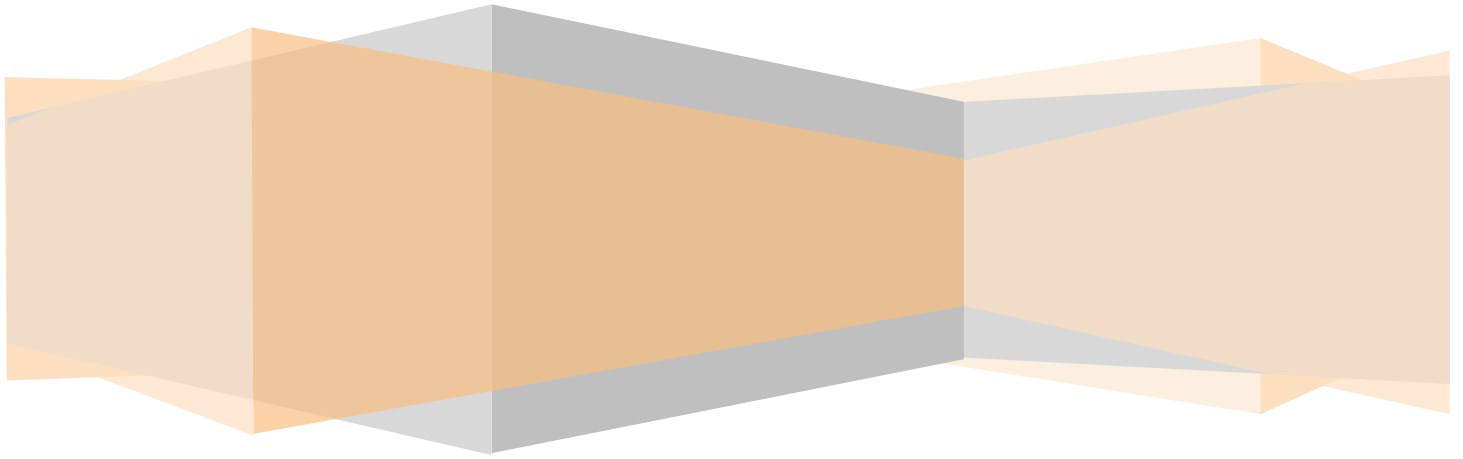


რეპროდუქციული უფლებები და  
მათი რეალიზაციის გარანტიები  
საქართველოს კანონმდებლობის  
მიხედვით



*კვლევა განხორციელდა ასოციაცია "ჰერა-XXI"-ის მიერ, შვედეთის ასოციაციის RFSU-სა და "ქალთა ფონდი საქართველოში"-ის მხარდაჭერით, ერთობლივი პროგრამის "უსაფრთხო აბორტი - ქალის არჩევანია"-სა და "კოალიცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებებისათვის" ფარგლებში.*

სამუშაო ჯგუფის შემადგენლობა:

1. ნინო წულეისკირი - ასოციაცია "ჰერა-XXI"-ის აღმასრულებელი დირექტორი
2. მაგდა კოსტავა - პროექტ "უსაფრთხო აბორტი - ქალის არჩევანია"-ს კოორდინატორი
3. ნათია ჩაჩანიძე - პროექტ „კოალიცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებებისათვის გამლიერებისთვის“- კოორდინატორი

მოწვეული ექსპერტები:

1. ოთარ თოიძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი
2. გულნარა შელია - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი.

2015

შესავალი.....	4
<b>1. ადამიანის უფლებები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და რეპროდუქციული უფლებები. სახელმწიფო პოლიტიკა რეპროდუქციული უფლებების სფეროში .....</b>	<b>5</b>
1.1 სახელმწიფო პოლიტიკა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში.....	6
1.2 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები ჯანდაცვის სექტორის განვითარების 2014-2020 წლის სტრატეგიულ გეგმაში .....	7
1.3 რეპროდუქციული სერვისების ხელმისაწვდომობა .....	9
<b>2. უფლება აბორტზე. აბორტის შეზღუდვის მიზეზები.....</b>	<b>9</b>
2.1 აბორტი და კანონმდებლობა, უსაფრთხო და სახიფათო აბორტი .....	10
2.2 აბორტი და სახელმწიფოს ვალდებულებები.....	12
2.3 უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობისათვის სახელმწიფო ვალდებულია:.....	12
2.4 საქართველოს კანონმდებლობა აბორტის შესახებ .....	13
<b>3. სქესის სელექცია (გენდერული სელექცია), სელექციური აბორტი.....</b>	<b>16</b>
3.1 სქესთა რაოდენობრივი თანაფარდობა საქართველოში .....	16
3.2 სელექციური აბორტი საქართველოში.....	17
3.3 ქართული კანონმდებლობა (უფლებები, გენდერული თანასწორობა, ქალთა უფლებები, ოჯახური ძალადობა, ტრადიცია, ტრენდი).....	18
<b>4. უსაფრთხო დედობის/ორსულობის და მშობიარობის უფლების და მისი რეალიზაციის გარანტიები საქართველოს კანონმდებლობაში .....</b>	<b>19</b>
<b>5. საქართველოში დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენების უფლებისა და მისი რეალიზაციის გარანტიების შესახებ .....</b>	<b>22</b>
<b>6. მიმოხილვის შედეგები .....</b>	<b>24</b>
გამოყენებული ლიტერატურის სია .....	26

## შესავალი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებს საქართველოში მნიშვნელოვანი ყურადღება ეთმობოდა. ამის დასტური ისაა, რომ ამ დარგს ყოფილ საბჭოთა კავშირში თითქმის ნახევარი საუკუნის განმავლობაში მეთაურობდა თბილისში 1958 წელს, პროფ. ი. ჟორდანიას მიერ დაარსებული ადამიანის გენერაციულ ფუნქციათა ინსტიტუტი. გასული საუკუნის 90-ანი წლებიდან მსოფლიოში მკვიდრდება შეხედულება, რომ რეპროდუქციული ფუნქციის უზრუნველყოფა არა მარტო ჯანმრთელობის, არამედ ადამიანის უფლებათა სფეროსაც მიეკუთვნება. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებული წვლილი ქაიროს 1994 წლის კონფერენციას მიუძღვის. ქაიროს დეკლარაციის აღიარებით მრავალმა ქვეყანამ არსებითად შეცვალა მიდგომები რეპროდუქციულ უფლებებსა და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის პრობლემებთან მიმართებაში. დღეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და რეპროდუქციული უფლებების დაცვა ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის ერთ-ერთ აუცილებელი პირობაა, რომელიც საქართველოში აღიარებული და განმტკიცებულია მთელი რიგი საერთაშორისო დოკუმენტებითა და ქვეყნის შიდა კანონმდებლობით.

ამჟამად, რეპროდუქციის სფეროში ქვეყნის ოფიციალური ძირითადი სამოქმედო პროგრამა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წლების ეროვნული სტრატეგიაში“ ინტეგრირებული, ხოლო საკანონმდებლო სივრცე ძირითადად 1995 წელს მიღებული „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონითაა წარმოდგენილი. კანონის მიღებიდან ოცი წელია გასული. ამიტომ მასში არაა სრულად ასახული უკანასკნელი პერიოდის მიღწევები, მისი მოძველებული ნორმები ვეღარ აკმაყოფილებენ თანამედროვე რეპროდუქტოლოგიის მოთხოვნებს ვერც ჯანდაცვითი და ვერც ადამიანის უფლებათა კუთხით. შესაბამისად, საქართველოში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თვალსაზრისით არის რიგი მოუგვარებელი საკითხი.

კვლევები და ანგარიშები მიუთითებენ, რომ საქართველოში ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და სექსუალური უფლებები ირღვევა სხვადასხვა ფორმით: უსაფრთხო აბორტის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვით, სელექციური აბორტით, კონტაცეფტივების გამოყენების წესებსა და მათზე ხელმისაწვდომობის უფლებების დარღვევით; ხშირია ქალებზე ოჯახში ძალადობის შემთხვევები. ამ პრობლემების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორი რეპროდუქციულ სფეროში თანამედროვე სამართლებრივი და ნორმატიული ბაზის არ არსებობაა - სახელმწიფოს არ გააჩნია ერთიანი სამართლებრივი ხედვა და აქტი, რომელიც თანამედროვე მოთხოვნათა შესაბამისად მოაწესრიგებს რეპროდუქციული სფეროს მრავალფეროვან და განსხვავებულ პრობლემებს.

ასოციაცია ჰერა XXI –ის ინიციატივით პროექტ „უსაფრთხო აბორტი ქალის არჩევანის“ ფარგლებში შეიქმნა კოალიცია - „რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებისთვის“ რომლის მიზანია ყველა ქალს მიუწვდებოდეს ხელი სრულფასოვან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე, ჰქონდეს ინფორმირებული არჩევანისა და ჯანმრთელობის მართვის უფლება და შესაძლებლობა.

წინამდებარე ნაშრომი პროექტის ერთ-ერთი კომპონენტია. მისი მიზანია რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების სფეროში საქართველოში არსებული საკანონმდებლო ბაზის გაუმჯობესებისათვის რეკომენდაციების შემუშავება, რისთვისაც ამ ეტაპზე შერჩეული იქნა თემა:

„რეპროდუქციული უფლებები და მათი განხორციელების გარანტიები საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით“

პროექტით გათვალისწინებული ამოცანების შესასრულებლად დაიგეგმა საქართველოს კანონმდებლობის და საერთაშორისო დოკუმენტების ანალიზის საფუძველზე სახელმწიფო ვალდებულებების შეფასება და საკანონმდებლო სივრცეში დანერგვისათვის რეკომენდაციების მომზადება. რეპროდუქციული სფეროს მხოლოდ რამოდენიმე პრობლემური საკითხის ირგვლივ:

- ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის უფლება და რეალიზაციის გარანტიები
- უსაფრთხო დედობის/ორსულობის და მშობიარობის უფლება და რეალიზაციის გარანტიები
- უნაყოფობის მკურნალობის, მათ რიცხვში დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენების უფლება და რეალიზაციის გარანტიები

ნაშრომში მიმოხილვითი ხასიათისაა და მასში მოყვანილი მოსაზრებების ნაწილი სადისკუსიოა

## 1. ადამიანის უფლებები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და რეპროდუქციული უფლებები. სახელმწიფო პოლიტიკა რეპროდუქციული უფლებების სფეროში

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების საკითხების მნიშვნელოვანი წილი ასახულია ეროვნულ კანონმდებლობასა და კანონქვემდებარე დოკუმენტებში, ასევე საქართველოს მიერ რატიფიცირებულ საერთაშორისო დოკუმენტებსა და შეთანხმებებში, რომელთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა „ქაიროს საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამა“ და „გაეროს ათასწლეულის დეკლარაცია“.

ქაიროს მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციამ (ICPD, 1994) მიიღო სამოქმედო პროგრამა, რომელითაც განსაზღვრა მოსახლეობისა და განვითარების პოლიტიკა და პერსპექტივები მომავალი 20 წლისათვის. პროგრამა ხელმომწერთ ავალდებულებს 2015 წლისათვის უზრუნველყონ რიგი მნიშვნელოვანი ამოცანების განხორციელება, მათ შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში. კერძოდ, ახალშობილთა, ბავშვთა და დედათა სიკვდილიანობის შემცირება; რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურებზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, ოჯახის დაგეგმვის“ სამსახურების ჩათვლით.

„გაეროს ათასწლეულის დეკლარაცია“ მიღებულ იქნა 2000 წელს იგი აღიარებს ათასწლეულის განვითარების 8 ძირითად მიზანს, რომელთაგან სამი რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას ეხება:

- დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება – დედათა სიკვდილობის კოეფიციენტის შემცირება სამი მეოთხედით;

- ბავშვთა სიკვდილობის შემცირება – 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის კოეფიციენტის შემცირება ორი მესამედით;
- აივ/შიდსის, მალარიისა და სხვა დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლა – აივ/შიდსის გავრცელების შეჩერება და უკუქცევის დაწყება.

საქართველო მიუერთდა აღნიშნულ დეკლარაციას და ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესაბამისად, ჩამოაყალიბა ამოცანები, რომლებიც ეროვნულ დონეზე 2015 წლისათვის უნდა იქნეს მიღწეული.

ადამიანის უფლებათა, განსაკუთრებით ქალთა უფლებების დაცვის სფეროში მნიშვნელოვანი პროგრესის მიუხედავად 2014 წლის გაეროს „ქალთა დისკრიმინაციის საწინააღმდეგო კომიტეტის“ (CEDAW) საქართველოს შესახებ ანგარიშის (WHO, 2014). 31-ე პუნქტი აღნიშნავს, რომ „კომიტეტი სახელმწიფოსაგან მოითხოვს გააუმჯობესოს რეპროდუქციული სერვისებისადმი ქალთა ხელმისაწვდომობა განსაკუთრებით:

- ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და თანამედროვე კონტრაცეპციული მეთოდების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით;
- სქეს-სელექციური აბორტების აღმოფხვრით;
- ..ცრურწმენების აღმოფხვრის, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების და სამეანო სამედიცინო ტექნიკის ხარისხისა და რაოდენობის გაზრდის გზით ...“.

## 1.1 სახელმწიფო პოლიტიკა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში

2006 წელს საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის სხდომაზე დაისვა საკითხი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტიზაციის თობაზე; ხაზი გაესვა ნორმატიული აქტების სრულყოფის აუცილებლობას. შედეგად - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 6 ივლისის Nო 184 ბრძანებით შეიქმნა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის სამუშაო ჯგუფი, რომელმაც შეიმუშავა საქართველოს „რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის დოკუმენტი“.

ამ დოკუმენტის საფუძველია საქართველოს მთავრობის მიერ აღებული ვალდებულება დაიცვას ქვეყნის თითოეული მოქალაქის ჯანმრთელობის უფლება, ხარისხიან სერვისებსა და ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით. დოკუმენტში დეტალურად არის აღწერილი ნებისმიერი ასაკის ქალისა და მამაკაცის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილების გზები; განხილულია ის სისტემური საკითხები (ჯანდაცვის სახელმწიფო რეგულირება, მართვის საინფორმაციო სისტემები, ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაფინანსება), რომელთა გარეშე შეუძლებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის წარმატებული და ეფექტიანი განხორციელება. დოკუმენტი აწესრიგებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შესაბამისობას, როგორც მისი განხორციელების ინსტრუმენტებთან, ისე საერთაშორისო ხელშეკრულებებით ნაკისრ ვალდებულებებთან.

დოკუმენტში ხაზგასმულია, რომ სახელმწიფოს მიერ დაგეგმილი პოლიტიკის ერთ-ერთი ამოცანაა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებული პროგრამების ქვეყნის მამულებით კოორდინაციის გაუმჯობესება; მითითებულია, რომ: "რესურსების სიმწირე ხელს უშლის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტს, როგორც უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების, ასევე, ზოგადად, ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული პოლიტიკის შედეგების ამსახველი თანმიმდევრული, სრულყოფილი და ზუსტი მონაცემთა ბაზის შექმნაში", რაც ხელს უშლის ქვეყნის მამულებით განხორციელებული, პრობლემაზე მიმართული საქმიანობების მიმოხილვას და ანალიზს.

ამის გარდა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინდიკატორებზე უარყოფით გავლენას ახდენენ ქვეყანაში არსებული სიღარიბის დონე, ფინანსური და გეოგრაფიული ბარიერები. რის გამოც საქართველოს მოსახლეობა ვერ იღებს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ადეკვატურ დახმარებას.

რეპროდუქციული სერვისების მნიშვნელოვან ხარვეზადაა მიჩნეული ოჯახის დაგეგმვის მიმართულებით არსებული პრობლემები. კერძოდ, პრობლემები, რომლებიც შეეხება თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი საჭიროების არსებობას (მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის დაგეგმვის სერვისები შესულია სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ამბულატორიული მომსახურების პაკეტში და დონორების მხარდაჭერით, კონტრაცეპტივები ხელმისაწვდომია სოფლის ამბულატორიების. დონეზე) და აბორტთან დაკავშირებული პრობლემები.

იმ პერიოდისათვის (დღესაც) რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლებს, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, წარმოადგენენ სხვადასხვა ტიპის პოლიკლინიკური დაწესებულებები: მოზრდილთა, ბავშვთა პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები და სპეციალიზებული დისპანსერები, სოფლის ამბულატორიები. პოლიტიკის დოკუმენტი აღნიშნავს, რომ აუცილებელია რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მომსახურების აქტივიზაცია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე, პროფესიული კადრების კვალიფიკაციის ამაღლებისა და სამედიცინო მომსახურების ინფრასტრუქტურის სრულყოფის გზით.

ამ დოკუმენტის პირველი სამუშაო ვერსიის პრეზენტაცია გაიმართა 2007 წლის 27 თებერვალს საქართველოს პარლამენტში, რომელმაც ჯანდაცვის სამინისტროს დაავალა გააგრძელოს აქტიური მუშაობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის რეგულირების ჩარჩო დოკუმენტის საბოლოო ვარიანტის შემუშავების მიმართულებით. სამწუხაროდ დღემდე პოლიტიკის ეს დოკუმენტი სრულყოფილი არ არის

## 1.2 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები ჯანდაცვის სექტორის განვითარების 2014-2020 წლის სტრატეგიულ გეგმაში

ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს სტრატეგიული გეგმა ეფუძნება 2014 წელს საქართველოს პარლამენტის დადგენილებას - „საქართველოს ადამიანის უფლებების დაცვის ეროვნული სტრატეგია 2014 – 2020 წლებისათვის“ (30 აპრილი 2014 წ. N2315-



IIს). ხოლო საერთაშორისო დონეზე - აღიარებულ პოლიტიკურ დეკლარაციებს და სამოქმედო პლატფორმებს; განსაკუთრებით არის აღნიშნული 1994 წლის მოსახლეობის და განვითარების საკითხებზე საერთაშორისო კონფერენციის (ICPD) პროგრამის სამოქმედო გეგმის შესრულება.

სტატისტიკური მონაცემების და ჩატარებული კვლევების ანალიზის საფუძველზე ჩამოყალიბებულ 10 პრიორიტეტთან ერთ-ერთი დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობას ეძღვნება. მიმართულების განხილვისას ხაზგასმულია, რომ დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მაჩვენებლები ჯანდაცვის ეროვნული სისტემებისა და ქვეყნების სოციალური კეთილდღეობის შეფასების უმთავრეს ინდიკატორს წარმოადგენს. აღნიშნული მაჩვენებლების გაუმჯობესებაზე დამოკიდებული სახელმწიფოების მიერ ათასწლეულის გამოწვევის მე-4 და მე-5 მიზნების მიღწევა. კერძოდ, 1990–2015 წლებში დედათა სიკვდილობის სამი მეოთხედით შემცირება და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა.

ჯანდაცვის სექტორის განვითარების საქართველოს მთავრობის 2014 – 2020 წლის სტრატეგიულ გეგმის (საქართველოს მთავრობა, 2014) დედათა და ბავშვთა ბლოკში გამოყოფილია სამი ქვეკომპონენტი: დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა; ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა და მართვადი ინფექციების წინააღმდეგ მიმართული იმუნიზაციის ღონისძიებები. პირველი კომპონენტის ძირითადი ასპექტი არის ის, რომ საქართველოს მთავრობა განაგრძობს თითოეული მოქალაქისათვის ხელმისაწვდომი საბაზისო პაკეტით უზრუნველყოფის პოლიტიკას, რომელიც მოიცავს დედათა და ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სრული ციკლის ფინანსურ მხარდაჭერას, ანტენატალური მეთვალყურეობის, სამეანო და ნეონატალური სერვისების ჩათვლით; რამდენადაც დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის ანალიზში იკვეთება ანტენატალური და პერინატალური მომსახურების პრობლემები, მთავრობას მნიშვნელოვანად მიაჩნია სერტიფიცირებული მოდელის დანერგვა: ორსულთა პატრონაჟის, სამეანო და ნეონატალური მომსახურების სხვადასხვა დონეების განსაზღვრა (რეგიონალიზაცია) და შესაბამისი მარეგულირებელი მექანიზმების და სტანდარტების შემუშავება; კარგად ორგანიზებული და ცენტრალური კოორდინირების სატრანსპორტო სისტემა, როგორც რეგიონიზებული პერინატალური სერვისების ორგანიზების საკვანძო ელემენტი.

სტრატეგიული გეგმის მიხედვით დედათა და ბავშვთა გარდაცვალების და მკვდრადშობადობის აღრიცხვიანობის, გარდაცვალების მიზეზების განსაზღვრისა და ანალიზის გასაუმჯობესებლად ჩასატარებელი ღონისძიებები მოიცავს სავალდებულო შეტყობინების სისტემის გაუმჯობესებას, აქტიური ზედამხედველობის მექანიზმების ჩართვას, სამედიცინო პერსონალის გადამზადებას, შემთხვევის ეპიდკვლევის და ანონიმიური განხილვის პრაქტიკის დანერგვას

სტრატეგიის საბოლოო მიზნად განსაზღვრულია, რომ 2020 წლისათვის პირველადი ჯანდაცვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მოსახურების მიმწოდებელი ყველა დაწესებულება უნდა უზრუნველყოფდეს ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე, უსაფრთხო და ეფექტური მეთოდების ფართე სპექტრს; მათზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობისათვის გამიზნულია კონტრაცეპტივებით მომარაგებისა და შესაბამისი საკონსულტაციო სერვისების ჩართვას საყოველთაო ჯანდაცვისა და სამედიცინო დაზღვევის ბაზისურ სქემებში. განსაკუთრებით ხაზგასმულია ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების ინტეგრირება საბაზისო პაკეტებში.



### 1.3 რეპროდუქციული სერვისების ხელმისაწვდომობა

მაღალი ხარისხის ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის უფლება ერთ-ერთ ძირითად უფლებად და დარგის განვითარების გარანტიად განიხილება. საქართველოს მთავრობა, აცნობიერებს რა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის საჭიროებას, საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარების ამოცანის ფარგლებში, ახორციელებს ანტი- და პოსტნატალური მეთვალყურეობისა და ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული მომსახურების ინტეგრირებას პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ოჯახის ექიმის მიერ მიწოდებულ სერვისებში. ქვეყნის მასშტაბით დღეისათვის ჩამოყალიბებულია და ფუნქციობს 200-ზე მეტი საოჯახო მედიცინის ცენტრი. მომდევნო წლებში იგეგმება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების საჭირო სიმძლავრის შექმნა მთელი ქვეყნის მასშტაბით, განსაკუთრებით სოფლებსა და ძნელად მისადგომ გეოგრაფიულ ადგილებში.

რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მომსახურება სოფლის ამბულატორიის დონეზე პრაქტიკულად არ ხორციელდება (გარდა პილოტური რეგიონებისა, სადაც მუშაობენ გადამზადებული ოჯახის ექიმები). პროფესიული ადამიანური რესურსების არასათანადო კვალიფიკაციისა და სამედიცინო მომსახურების შეუსაბამო ინფრასტრუქტურის გამო. ქალების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ძირითადი სერვისების მიწოდება ხორციელდება რაიონულ და რეგიონულ ცენტრებში განთავსებულ ქალთა კონსულტაციებსა და სამშობიარო სახლებში. მანძილი სამედიცინო დაწესებულებამდე, განსაკუთრებით მთიან რეგიონებში, სოფლების მაცხოვრებელ ქალს უქმნის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის ბარიერს.

რაც შეეხება პროფესიულ ადამიანურ რესურსებს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდებელი პერსონალის საშუალო ასაკი (დაახლოებით 50 წელი), სამედიცინო დაწესებულებებში მეან-გინეკოლოგებისა (50%-ში) და ნეონატოლოგების (20% შემთხვევებში) ჭარბი რაოდენობა, რაც რეპროდუქციული მომსახურების მიწოდებაში ადამიანური რესურსების არაოპტიმალურ ჩართვას და შედეგად, მათი პროფესიული დონის დაქვეითებას განაპირობებს. აღსანიშნავია, ასევე, პერსონალის არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება დასახლებულ პუნქტებში მაქსიმალური კონცენტრაციის ტენდენციით; სერვისების ხელმისაწვდომობის კვლევა ჩატარდა ასოციაცია „ჰერა-XXI“-ს მკვლევართა ჯგუფის მიერ, რომელმაც გამოავლინა სერიოზული ხარვეზები სერვისების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის კუთხით და შემუშავებული რეკომენდაციები წარუდგინა შესაბამის სამინისტროს;

მთავრობის მიერ ინიცირებული ღონისძიებებიდან უნდა აღინიშნოს უსაფრთხო ორსულობასა და მის გამოსავალთან დაკავშირებით შექმნილი გაიდლაინები და პროტოკოლების მოცულობითი პაკეტი.

## 2. უფლება აბორტზე. აბორტის შეზღუდვის მიზეზები

სიცოცხლის უფლება ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა. მას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ადამიანის სხვა უფლებების განხორციელებისას. საერთაშორისო სამართალი აღიარებს, რომ

ადამიანი ამ უფლებას მხოლოდ დაბადების მომენტიდან იძენს. ამიტომ მსოფლიოს უმეტეს ქვეყანაში ადამიანის უფლებათა დაცვის საერთაშორისო და რეგიონული ორგანოები, ასევე სასამართლოები მკაფიოდ განმარტავენ, რომ **ნებისმიერი პრენატალური დაცვა პირველ რიგში დედის ქალთა უფლებებს უნდა ესატყვისებოდეს და ეყრდნობოდეს.**

სიცოცხლის უფლების დაბადებამდე, განსაკუთრებით მისი ჩასახვისთანავე წარმოქმნის საკითხი, სერიოზულ სიძნელებს უქმნის ქალთა ადამიანის უფლებების თეორიასა და პრაქტიკას. ასეთი ძალისხმევა ხელს უშლის სრულყოფილ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების განხორციელებას, რაც, თავის მხრივ, ქალთა ჯანმრთელობის, ღირსების, თანასწორობისა და ავტონომიის და სხვა ფუნდამენტური უფლებებს დაცვისათვისაა აუცილებელი. დაბადებამდე სიცოცხლის უფლების მინიჭების მცდელობა, და მაშასადამე, მშობიარობამდე უფლებრივი ინდივიდუალობის აღიარება ნიშნავს ზიგოტას, ემბრიონს ან ნაყოფს მიენიჭოს ქალთა უფლებების თანაბარი ან უპირატესი უფლებები. ხშირ შემთხვევაში, ასეთი მიდგომის მიზანი ორსულობის შეწყვეტის ნებისმიერი პროცედურის უკანონოდ გამოცხადება და აკრძალვაა. ასეთი სტრატეგიები ყველგან ცდილობენ **დათრგუნონ ფერტილობის შესახებ ქალების დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების უნარი და დანერგონ ინდიფერენტულობა საერთოდ ქალთა ადამიანის უფლებების მიმართ.**

საჯარო და კერძო დისკუსიებისას აბორტის მომხრე და საწინააღმდეგო არგუმენტები, ჩვეულებრივ, ხელოვნური აბორტის მორალურ დაშვებულობის და აბორტის ნებადამრთველი ან შემზღვევადი კანონმდებლობის საკითხებზეა ფოკუსირებული. ამდენად, დისკუსიები, განსაკუთრებით კანონმდებლობასთან მიმართებაში, ერთის მხრივ, მისი სრული აკრძალვისა და შეზღუდვების მომხრეებსა და, მეორე მხრივ, აბორტის სრული დელიბერალიზაციის მხარდამჭერებს შორის დღემდე საკმაოდ მწვავედ მიმდინარეობს.

მსოფლიოს გამოცდილება ცხადყოფს, რომ მკაცრი კანონების მიღებით არ ხდება აბორტების მაჩვენებლის შემცირება (WHO, 2011). მიუხედავად ამისა აბორტის კანონმდებლობით შეზღუდვის მრავალი მაგალითი არსებობს. ამის მიზეზები მრავალფეროვანია; ერთ-ერთი მათგანია შობადობის გაზრდის წახალისება. მეორე მიზეზი შესაძლოა ქვეყანაში დომინანტური რელიგიური და ტრადიციული შეხედულებები იყოს. **აბორტი პოლიტიკის ობიექტაცაა. ამიტომ მისდამი პარტიების დამოკიდებულება ხშირად სპეკულაციის საგანი ხდება და ზოგჯერ კანონმდებლობაშიც აისახება.**

## 2.1 აბორტი და კანონმდებლობა, უსაფრთხო და სახიფათო აბორტი

ყოველწლიურად მსოფლიოში დაახლოებით 250 მილიონი ქალი ორსულდება. მათგან ერთ მესამედ შემთხვევაში ორსულობა დაუგეგმავი, გაუთვალისწინებელია და ამდენად არასასურველია. აბორტი უპირატესად არასასურველი ორსულობის შედეგია. მხოლოდ მცირე შემთხვევაში მისი მიზეზი დედის ავადმყოფობა, ნაყოფის გენეტიკური დაავადება ან მისი მალფორმაციები და სხვა იშვიათი გარემოებებია (ნაყოფის სიკვდილი, სოციალური გარემო, გაუპატიურება, ინცესტი დ სხვა).

ხელოვნური აბორტი არის ორსულობის შეწყვეტა ნაყოფის სიცოცხლისუნარიანობის დადგომამდე. ჯანმო-ს და დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის (აშშ) განმარტებით აბორტი არის ორსულობის შეწყვეტა ჰესტაციის 20 კვირამდე ან 500 გ-ზე ნაკლები წონის ნაყოფის შემთხვევაში. ეს

განმარტება საყოველთაოდ აღიარებული არაა და იგი განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყანაში მისი კანონმდებლობის მიხედვით (Schorge, et. al., 2008).

აბორტი სერიოზული სამედიცინო მანიპულაციაა და მას დედის ჯანმრთელობის დამაზიანებელი, ზოგჯერ სიცოცხლისათვის სახიფთო, რისკები ახლავს იმ შემთხვევაშიც კი თუ იგი სათანადო გარემოში და წესების დაცვით კეთდება. გასაგებია, რომ ამ პირობების დაუცველობისას დედის ჯანმრთელობის დაზიანების შანსი მეტად მაღალია. ამ მანიპულაციის პირობების გათვალისწინებით, მიუხედავად მისი ქირურგიული, ფარმაცოლოგიური თუ სხვა ხასიათისა **აბორტი უხიფათო და სახიფათო კატეგორიებად იყოფა.**

**უსაფრთხო აბორტი** თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში კანონითაა ნებადართული და მოთხოვნისთანავე შესაძლებელი მანიპულაციაა. დასაბუთებული ფაქტია, რომ **აბორტის საკანონმდებლო შეზღუდვების მქონე ქვეყნებში სახიფათო აბორტების პროპორცია მეტია ვიდრე ლიბერალური კანონმდებლობისა და აბორტისადმი მაღალი ხელმისაწვდომობის ქვეყნებში.** აბორტის საკანონმდებლო ლეგალიზაცია და შეუზღუდავობა ხელს უწყობს ჯანდაცვითი სერვისების ადეკვატურ მიწოდებას. უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად შეიცვალა აბორტისას სამედიცინო დახმარების მტკიცებითი ბაზა და კომპლექსური უსაფრთხოების ტექნოლოგიები, ასევე მისი გამოყენების დასაბუთება ადამიანის უფლებათა დაცვის კუთხით. ამიტომ განვითარებულ ქვეყნებში აბორტი ერთ-ერთ უსაფრთხო სამედიცინო პროცედურად ითვლება. აშშ-ში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი არის 0.7:100000 პროცედურაზე. ეს მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად მეტია იმ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო აბორტი შეზღუდულია (Berer, 2000; Berer, 2004).

**აბორტი სახიფათოა** თუ იგი არასათანადო კვალიფიკაციის პერსონალის მიერ ან უხარისხო ხელსაწყოებით ან შეუსაბამო ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ გარემოში ტარდება. ზოგჯერ აბორტს ფარულად თვით ორსული იტარებს. სახიფათო აბორტი მნიშვნელოვნად ზრდის სიცოცხლისათვის სახიფათო გართულების ისეთ რისკებს როგორცაა: არასრული აბორტი, ჰემორაგია, სეფსისი, შინაგანი ორგანოების დაზიანება; იგი დედათა სიკვდილიანობის უმთავრესი მიზეზია. მსოფლიოში ყოველწლიურად დაახლოებით 20-22 მილიონი სახიფათო აბორტი აღირიცხება; მათგან 97% განვითარებად ქვეყნებში, რასაც 47 000 ქალის სიკვდილი და 5 მილიონის მძიმე დასახიჩრება მოყვება (Grimes et al., 2006).

**არაუსაფრთხო აბორტის შედეგად ლეტალური და დასახიჩრების თითქმის ყველა შემთხვევის პრევენცია შესაძლებელია აბორტის ლეგალიზაციით, კანონმდებლობის ლიბერალიზაციით და დახვეწით, რეპროდუქციული სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდით, სამედიცინო პერსონალის ტრენინგით განსაკუთრებით აბორტის და მისი გართულების სამედიცინო დახმარების საკითხებში, საზოგადოების განათლებით, ახალგაზრდობაში სწორი სქესობრივი აღრზნისა და ოჯახის დაგეგმარების პროპაგანდით (Berer, 2000).**

## 2.2 აბორტი და სახელმწიფოს ვალდებულებები

ჯანმო სახელმწიფოებს მოუწოდებს ისე ჩამოყალიბონ კანონმდებლობა აბორტის შესახებ, რომ ქალთა ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა ხელშეწყობილი და დაცული იყოს. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კვლევები ნათელყოფენ, რომ შეზღუდვები არ ამცირებენ ხელოვნური აბორტების რაოდენობას და ხელს უწყობენ სახიფათო აბორტების პროპორციის მატებას. (WHO, 2011; UN Women, 2011)

UNFPA-ს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ცენტრის შეხედულებით საკანონმდებლო რეგულაციურმა და პრაქტიკულმა წინაღობებმა შესაძლებელია მნიშვნელოვნად დააზარალონ უსაფრთხო აბორტზე ხელმისაწვდომობა. ასეთი ბარიერებია: 1) სისხლის სამართლის მკაცრი მიდგომა აბორტის პროვადერებისა ან აბორტის მსურველებისადმი, 2) აბორტის ლეგალური სამართლებრივი სტატუსის ბუნდოვანება, 3) უსაფრთხო აბორტის საბიუჯეტო დაფინანსების არ არსებობა, 4) მოცდის აუცილებელი პერიოდი, 5) პროვადერების უარი აბორტის წარმოებაზე (UNFPA, 2014).

სახიფათო აბორტი და მისი გართულებები დედათა სიკვდილობის 13%-ის მიზეზია (იქვე). ამ გართულებათა მინიმინჯაციისათვის რეკომენდებულია დროული პოსტაბორტული დახმარების ისე ორგანიზება, რომ იგი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტში გახილებოდეს, მიუხედავად იმისა აბორტი ლეგალური თუ არა ლეგალურია (UNFPA, 2014). სახელმწიფო ვალდებულია დაიცვას ქალთა და გოგონათა ჯანმრთელობა და სიცოცხლე სახიფათო აბორტის რისკის შემცირებისა და უხიფათო აბორტსა და აბორტის შემდგომი მზრუნველობის სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით.

## 2.3 უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობისათვის სახელმწიფო ვალდებულია:

- უზრუნველყოს ობიექტური, ამომწურავი და ზუსტი მეცნიერული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ასევე არასასურველი ორსულობის არიდებისა და სახიფათო აბორტების აცილების შესახებ, ასევე ინფორმაცია კანონიერი უხიფათო აბორტის ხელმისაწვდომობის თაობაზე;
- უზრუნველყოს აბორტის ხელმისაწვდომობა როგორც კანონით დაშვებულ, ისე სამედიცინო პრაქტიკაში არსებულ იმ მცირერიცხოვან გამონაკლის შემთხვევებშიც, როდესაც ორსულობა დედის სიცოცხლეს ემუქრება, ასევე გაუპატიურების, ინცესტის და ნაყოფის სიცოცხლესთან შეუთავსებელი დაზიანებისას;
- გადახედოს აბორტის მაკრიმინალიზებელ კანონმდებლობას, რომელიც აბორტისათვის ქალებისა და გოგონების, ასევე ჯანდაცვის პროვადერებს დასჯას ითვალისწინებს;

- უზრუნველყოს ხელმისაწვდომობა იმ ესენციურ მედიკამენტებსა და მომსახურებაზე, რომლებიც ლეგალურ აბორტს უსაფრთხოსა და მარტივად მიღწევადს ხდიან, განსაკუთრებით სოფლად;
- უზრუნველყოს განხორციელებადი, საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი, მისაღები და ხარისხიანი უსაფრთხო ლეგალური აბორტის სერვისები;

**აბორტისშემდგომი მზრუნველობის სერვისით უზრუნველყოფისათვის სახელმწიფო ვალდებულია:**

- უზრუნველყოს აბორტისშემდგომი გართულებების მკურნალობა, მიუხედავად აბორტის ლეგალობისა, ადეკვატური სწავლების, მხარდაჭერის და მომარაგების გზით;
- უზრუნველყოს პაციენტის კონფიდენციალობა, გამოიკვილოს და დააწესოს სანქციები მათ წინააღმდეგ ვინც ხელყოფს პაციენტის კონფიდენციალობას;
- უზრუნველყოს, რომ აბორტისშემდგომი ზრუნვა არ იქნება პაციენტის განცხადებებზე დამოკიდებული და რომ ეს განცხადებები გამოყენებული არ იქნება ამ სერვისის მსურველი პაციენტის საზიანოდ;
- აღმოფხვრას მოთხოვნა, რომ ჯანდაცვის პროვაიდერებმა სხვას შეატყობინონ იმ პაციენტების შესახებ, რომლებზეც არალეგალიური აბორტის ეჭვი აქვთ.

## 2.4 საქართველოს კანონმდებლობა აბორტის შესახებ

საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს აბორტის უფლებას და მას ლეგალურდ აცხადებს. (ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი, მ.139, მ140). როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ აბორტი წინააღმდეგობრივი პრობლემაა და ამის მიზეზი ნაყოფისა და დედის “ინტერესების” შეუთვსებლობაა. საქართველოს კანონმდებლობით ინტერესთა ეს კონფლიქტი თითქოს „მოგვარებულია“ - კანონი აღიარებს ქალთა (და არა ნაყოფის) ჯანმრთელობის დაცვის პრიორიტეტს და აბორტის ლეგალობას, მაგრამ იქვე ამტკიცებს, რომ აბორტი მავნეა ჯანმრთელობისათვის და მისი რაოდენობა შესამცირებელია (მ.139, პ.1), რის ერთადერთ გზასაც კანონმდებელი აბორტისწინა გასაუბრების 5-დღიანი მოსაცდელი ვადის დაწესებაში ხედავს. საერთაშორისოდ აღიარებული რეკომენდაციების თანახმად (UNFPA, 2014) **უმჯობესი** იქნებოდა კანონი ორსულის ჯანმრთელობაზე ზრუნავდეს უსაფრთხო აბორტის და აბორტისშემდგომი ზრუნვის სტანდარტის დამკვიდრებისათვის. ამიტომ მიგვაჩნია, რომ კანონის ეს პუნქტი შემდეგნაირად უნდა ჩამოყალიბდეს - **„ქალთა ჯანმრთელობის დაცვა უსაფრთხო აბორტის და ხარისხიანი აბორტისშემდგომი ზრუნვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა“**. ასეთი ფორმულირება სრულიად აკმაყოფილებს ადამიანის უფლებებიდან უმთავრესის - სიცოცხლის უფლების მოთხოვნას, რომ არცერთი ადამიანის სიცოცხლეს არ უნდა ემუქრებოდეს საფრთხე და საშიშროება სამედიცინო მომსახურების მიუწვდომლობის მიზეზით.



კანონი ამავე 139-ე მუხლით სამართლიანად მიიჩნევს, რომ „აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ქალის პრეროგატივაა“ (მ.139, პ.2ბ) მაგრამ იქვე უწესებს ორსულებს დროით შეზღუდვას. კერძოდ, 2014 წლიდან საქართველოს კანონმდებლობა ამ უფლების რეალიზაციისათვის ორსულს 5-დღიან მოსაფიქრებელ ვადას სთავაზობს ნაცვლად მანამდე მოქმედი 3-დღიანი ვადისა. ნათელია, რომ კანონის ამ ნორმის მიზანი ნაყოფის სიცოცხლის დაცვაა და იგი მიმართულია აბორტების რიცხვის შემცირებისაკენ დედის მიერ აბორტზე უარის თქმის გზით. როგორც ნებისმიერი სამედიცინო მანიპულაციის გადაწყვეტილების მიღებისას, ასევე აბორტის წინ პაციენტი საჭიროებს სპეციალისტის მხრიდან პროფესიულ რჩევას და აბორტის აუცილებლობის კიდევ ერთხელ გადაფასებას. მაგრამ აბორტის მართებულობისადმი მიდგომის ასეთ ხერხს არ მოაქვს მოსალოდნელი შედეგი, ამლიერებს ორსულის უარყოფით ემოციას და აღრმავებს სტრესს, რაც საბოლოოდ ცუდად აისახება პაციენტის ჯანმრთელობაზე. ამიტომ კანონის ეს ნორმა ეწინააღმდეგება მტკიცებითი მედიცინით აღიარებულ პრინციპებს, რომ **რაც უფრო მცირეა ორსულობის ვადა, მით უფრო მცირეა აბორტის გართულებების რისკი** და, ამიტომ **ორსულის კონსულტაცია, მისთვის ინფორმაციის მიწოდება და აბორტი რაც შეიძლება მჭიდრო ვადებში, სწრაფად უნდა ჩატარდეს, დაუსაბუთებელი შეყოვნების გარეშე.**

მეორე მხრივ ასეთი შეზღუდვა ეწინააღმდეგება თავისუფალი არჩევანის უფლებას. ვინაიდან ქალები თვითნებურად და დამოუკიდებლად არ ცვლიან აბორტის გადაწყვეტილების სურვილს. „**ჭერა-XXI“ (2014) მიერ** ექიმების გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ ექიმები, საზოგადოდ, აბორტის რაოდენობის შემცირების მომხრე არიან, თუმცა ამისათვის მოსაფიქრებელი პერიოდის 5 დღემდე გახანგრძლივებას არ მიიჩნევენ ეფექტურ ნაბიჯად, ვინაიდან, მათი აზრით, **ქალთა აბსოლუტური უმრავლესობა აბორტის შესახებ საბოლოო გადაწყვეტილებას იღებს დაწესებულებაში მომართვის პირველსავე დღეს.** ამ ფაქტს ადასტურებს 2015 წელს აშშ-ში გამოქვეყნებული გამოკითხვის შედეგები: 667 რესპოდენტი ქალიდან აბორტის შემდგომი სამი წლის განმავლობაში რეგულარული გამოკითხვის პროცესში არცერთს შეპარვია ეჭვი აბორტის შესახებ მათი გადაწყვეტილების სისწორეში, ამასთან მნიშვნელობა არ ქონდა ორსულობის ვადას. ამ გამოკითხვის შედეგად ასევე დადგინდა, რომ **არცერთ ქალს არ გამოუთქვამს სინანული მიღებული გადაწყვეტილების გამო** (Wade, 2015).

პრაქტიკაში 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა გარდა იმისა, რომ ზრდის სახიფათო ან კრიმინალური აბორტის შანსს და ამაღლებს აბორტის შემდგომი გართულებების რისკს, იგი დამატებით უხერხულობებს უქმნის ორსულს. კერძოდ, ცნობილია (შელია, წულეისკირი, 2014), რომ საქართველოში 2014 წლის აგვისტოში 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადის დაკანონების შემდეგ პერიოდში რეგისტრირებული აბორტების შემთხვევები ზოგიერთ რეგიონში (კახეთი, იმერეთი, გურია) შემცირდა; სამაგიეროდ გაიზარდა არალეგალური აბორტების რიცხვი. ამასთანავე მოიმატა შემთხვევებმა, როდესაც აბორტისათვის დარეგისტრირებული ქალბატონები 5-დღიანი მოსაფიქრებელი პერიოდის გავლის შემდეგ აღარ ბრუნდებიან აბორტის პროცედურის ჩასატარებლად. ეს ფაქტი, ექიმების განცხადებით, შესაძლებელია დადებითად შეფასდეს თუ ქალბატონები მართლაც უარს ამბობენ აბორტზე მოფიქრების შედეგად. თუმცა როგორც აღნიშნული იყო, ქალთა აბსოლუტური უმრავლესობა გადაწყვეტილებას იღებს დაწესებულებაში მომართვის პირველსავე დღეს და მათი მობრუნების დაბალი მაჩვენებელი შეიძლება უკავშირდებოდეს არალეგალური და თვითნებური აბორტების მატებას.

ამავე კვლევით (გაბრიჭიძე, 2014) დადგინდა, რომ ქალბატონები მიმართავენ თვითნებური აბორტს საიტოტექსის და მიზოპროსტონის გამოყენებით. რესპოდენტები აღნიშნავენ არალეგალური (სახლის პირობებში) „სააბორტოების“ შექმნის ფაქტებს. განსაკუთრებით მწვავედ ეს პრობლემა ეთნიკურ უმცირესობაში დგას. ერთ-ერთი გამოკითხული ექიმის აზრით 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადის გამო შექმნილი არაკომფორტული პირობები უბიძგებს აზერბაიჯანელი ქალბატონების მეუღლეებს (რომელთაც ძლიერი ზეგავლენა აქვთ ქალის გადაწყვეტილებაზე) ეძებონ სხვა „შესაფერისი ადგილები“ აბორტის გასაკეთებლად, სადაც უფრო ნაკლები იქნება როგორც ბიუროკრატიული პროცედურები, ასევე მომსახურების ღირებულება. აღსანიშნავია თვით ქალბატონების უკმაყოფილება 5-დღიან მოსაფიქრებელ ვადასთან დაკავშირებით, რაც აიძულებს მათ რამოდენიმეჯერ მიმართონ პროვაიდერ კლინიკას. უკმაყოფილება მძაფრდება მაშინ როდესაც ქალბატონები მოგზაურობენ სხვა რეგიონებიდან, რაიონებიდან ან რაიონული ცენტრიდან მომორებული სოფლებიდან.

აბორტისწინა კონსულტაციასთან ერთად მოსაფიქრებელი ვადის ვალდებულება არ წარმოადგენს უნივერსალურ მოვლენას. იგი რამოდენიმე ქვეყნის კანონმდებლობითაა აღიარებული (ნიდერლანდებში - 5 დღე; ბელგიაში - 6 დღე). 2015 წლის აგვისტოში გუტმახერის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინსტიტუტმა (Joyce, et al., 2009; Guttmacher Institute, 2015 ) გამოაქვეყნა, რომ აბორტისწინა კონსულტაცია კანონმდებლობით სავალდებულოა 35 შტატში და ამათგან 28 შტატის კანონით ამასთან ერთად სავალდებულოა 24-საათიანი მოსაფიქრებელი ვადა. ანალიტიკური მიმოხილვის შედეგად გამოტანილ იქნა დასკვნა, რომ ასეთი ვალდებულებების გამო როგორც პაციენტები, ისე პროვაიდერები რთულ სიტუაციაში არიან - ქალები უჩივიან ფიზიკურ და ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესებას, უხერხულობას კლინიკაში მრავალჯერადი ვიზიტის გამო, ასევე დისკომფორტს იმ შტატებში მგზავრობისაგან სადაც ასეთი კანონები არაა მიღებული. ექიმების გამოკითხვით გამოვლინდა რომ მრავალი მათგანი იბრძოდა ასეთი კანონის წინააღმდეგ მისი მიღებისთანავე. ყველა შტატში აუცილებელი მოსაცდელი ვადით (ჩვეულებრივ 24 საათი მანიპულაციამდე) შემცირდა აბორტების რაოდენობა, სამაგიეროდ მოიმატა მათი ამ შტატის გარეთ რაოდენობამ და მეორე ტრიმესტრის აბორტების რაოდენობამ.

განსაკუთრებულდ საყურადღებოა, რომ 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა ხელისშემშლელია აბორტის მეთოდებთან (ვაკუუმასპირაცია, ქირურგიული და სხვა) მიმართებაში, ვინაიდან იგი მოქმედებს ნაკლებად ტრავმული აბორტის მეთოდის გამოყენების დროულობაზე და იწვევს მის გადავადებას ორსულობის ადრეულ ეტაპზე (7 კვირამდე) რაც უარყოფითად აისახება ქალის ჯანმრთელობაზე.

ამრიგად, 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა, რომლის ძირითადი დანიშნულება ნაყოფის შენარჩუნებაა პრაქტიკულად უმოქმედოა, სამაგიეროდ იგი აფერხებს აბორტზე ხელმისაწვდომობას და ზრდის კრიმინალური და სახიფათო აბორტის შანსს და დედის ჯანმრთელობის გაუარესების რეალურ რისკებს წარმოშობს. გამომდინარე აქედან დედის ჯანმრთელობის პრიორიტეტის დაცვით სასურველია გაუქმდეს მოსაცდელი ვადა ან **5-დღიანი ვადა დაწესდეს სამედიცინო დაწესებულებისათვის, რათა მათ ორსულის მიმართვიდან დროის ამ პერიოდში უზრუნველყონ უსაფრთხო აბორტი.**



### 3. სქესის სელექცია (გენდერული სელექცია), სელექციური აბორტი

ადამიანის უფლებების დარგში საერთაშორისო შეთანხმებები სელექციურ აბორტს სიცოცხლის უფლების განსაკუთრებით მძიმე დარღვევად მიიჩნევენ, ვინაიდან იგი გენდერული შერჩევის მიზნით კეთდება. ამიტომ მას სქესობრივი ნიშნით დისკრიმინაციის ერთ-ერთ სახედ მიიჩნევენ.

დემოგრაფიული სტატისტიკის მიხედვით ყოველ 100 ახალშობილ გოგონაზე 105 ახალშობილი ვაჟი მოდის. ეს ფარდობა ბიოლოგიურ, უნივერსალურ, პოპულაციურ ნორმადაა აღიარებული თითქმის ყველა ქვეყნისათვის.

2011 წლის 3 ოქტომბერს ევროსაბჭოს საპარლამენტო ასამბლეამ (CU, 2011) განიხილა საკითხი ევროპაში სელექციური აბორტის შესახებ და აღნიშნა, რომ დაბადებამდე სქესის შერჩევამ საგანგაშო პროპორციებს მიაღწია ოთხ ევროპულ ქვეყანაში; ალბანეთში, სომხეთსა და აზერბაიჯანში - 112 ვაჟი და 100 გოგონა; ხოლო საქართველოში - 111 ვაჟი და 100 გოგონა. ასამბლეამ მიიღო რეზოლუცია N1829 რომლის პუნქტით 9 იგი საქართველოს მოუწოდებს:

- 9.1 „გამოიკვილოს დაბადებისას სქესთა პროპორციის მკვეთრი ზრდის მიზეზები;
- 9.2 დააჩქაროს ძალისხმევა საზოგადოებაში ქალის სტატუსის წინ წამოწევისათვის და უზრუნველყოს გენდერული თანასწორობისა და არადისკრიმინაციული კანონმდებლობის და პოლიტიკის ეფექტური განხორციელება;
- 9.3 უზრუნველყოს დაბადებისას სქესთა თანაფარდობის სანდო მონაცემების შეგროვება, ქვეყნის განსხვავებული გეოგრაფიულ არეებში და უზრუნველყოს მათი ცვალებადობის ევოლუციის მონიტორინგი;
- 9.4 დააორგანიზოს ან/და დაეხმაროს პრენატალური სქესის შერჩევის და მისი მავნე შედეგების საზოგადოებრივი ცნობიერების ამალღების ინიციატივებს ან კამპანიებს, შესაბამისი საერთაშორისო ორგანიზაციების, მათ შორის ევროსაბჭოს ჩართულობით;
- 9.5 გაანალიზოს და თვალყური ადევნოს ამ კამპანიათა ეფექტურობას, კანონსა და პოლიტიკას და, პირველ რიგში, გენდერული თანასწორობის კანონმდებლობასა და პოლიტიკას;
- 9.6 მხარი დაუჭიროს და განახორციელოს სამედიცინო პერსონალის სწავლება სქესის პრენატალურ სელექციის და მისი საზიანო ზეგავლენის კუთხით.

#### 3.1 სქესთა რაოდენობრივი თანაფარდობა საქართველოში

სქესთა მეორეული რაოდენობრივი თანაფარდობა, ანუ მამრობითი და მდედრობითი სქესის ბავშვების თანაფარდობა ცოცხლად დაბადებულებში დემოგრაფიის კვლევის საგანს წარმოადგენს. დემოგრაფიიდან ცნობილია რომ ნორმული თანაფარდობა შესაძლებელია განსხვავებული იყოს სხვადასხვა ქვეყანაში, მაგრამ იგი იშვიათად აღემატება 107-ს და ასევე იშვიათად არის ნაკლები 104-

ზე. დემოგრაფიის უმეტესობის აზრით საქართველოში ცოცხლად დაბადებულებში სქესთა თანაფარდობის დარღვევა არის არასრული აღრიცხვის შედეგი და დაბადებულთა სტატისტიკური აღრიცხვის მოწესრიგების შემდეგ პრობლემა მოგვარდება. სტატისტიკური უზუსტობის არსებობის დამადასტურებლად დემოგრაფები, რამოდენიმე ისტორიულ ფაქტთან ერთად იყენებენ იმ ფაქტსაც, რომ 2009-2010 წლებში საქართველოსი ცოცხლად დაბადებულთა რაოდენობის ზრდას (რაც ნაწილობრივ მაინც, სტატისტიკური აღრიცხვის გაუმჯობესებასაც გულისხმობს) მოჰყვა თანაფარდობის ნორმისაკენ შეცვლა - 100 გოგონაზე შესაბამისად 104,5 და 107,9 ბიჭი მოდიოდა (წულაძე, 2010; წულაძე, 2011)

სტატისტიკური აღრიცხვის არასრულყოფილების მნიშვნელობაზე ირიბად მიუთითებს კიდევ ერთი დემოგრაფიული ფაქტი. კერძოდ, გეოსტატის მონაცემებით 2012 წელს სქესთა თანაფარდობა უკვე ახალგაზრდა დედებშია დარღვეული, რასაც სელექციურ აბორტს ვერ დავაბრალებთ. ასევე გამოუსადეგარია ეს ვერსია 45 წლის და უფროსი ასაკის დედების შემთხვევაში, ვინაიდან გამოვა, რომ ისინი აბორტს ბიჭებზე ორსულობის შემთხვევაში იკეთებენ, რაც ნაკლებად სარწმუნოა. ამრიგად, გარკვეული ალბათობით შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ არსებობენ ფაქტები და საფუძვლიანია ეჭვი იმის შესახებ, რომ საქართველოში ბიჭების სასარგებლოდ სქესთა თანაფარდობის მაჩვენებლის გადახრა არ შეესაბამება რეალობას. თუმცა სელექციური აბორტების იგნორირება არ შეიძლება.

### 3.2 სელექციური აბორტი საქართველოში

ზემოთქმულისა და საქართველოში ამ საკითხის კვლევის (გაბრიჭიძე, 2014) შედეგების მიხედვით შესაძლებელია რამოდენიმე წინასწარი დასკვნის გამოტანა.

1. საქართველოში არსებობს ვაჟის ყოლის სურვილის გარკვეული, არადომინანტური, ტრადიციული ტენდენცია, რომელიც ახალგაზრდა თაობაში შედარებით ნაკლებად ვლინდება;
2. საქართველოში სელექციური აბორტის დაგეგმვის მიზნით ნაყოფის სქესის პრენატალურად განსაზღვრის პრაქტიკა რეალურად არსებობს, მაგრამ განხორციელებული სელექციური აბორტების წილი მცირეა - 1,4%-1,7%;
3. მოსაზრება საქართველოში ბიჭისათვის უპირატესობის მინიჭების გამო სელექციური აბორტების შედეგად სქესთა თანაფარდობის ბიჭების სასარგებლოდ გადახრის თაობაზე ნაკლებ სავარაუდოა
4. საფუძვლიანია ვარაუდი, რომ სქესთა თანაფარდობის დარღვევის ძირითადი მიზეზი მოსახლეობის აღრიცხვის სტატისტიკის ხარვეზებში უნდა ვეძიოთ.

საქართველოში ნაყოფის სქესის განსაზღვრის ხელმისაწვდომი და გავრცელებული მეთოდი ულტრასონოგრაფიაა. ლიტერატურული მონაცემების თანახმად გენიტალიების პირველი მორფოლოგიური განმასხვავებელი ნიშნები ჰესტაციის მე-7 კვირას იწყებენ დიფერენციაციას; მათი ამოცნობა მე-11 კვირიდანაა შესაძლებელი, ხოლო საბოლოო მორფოლოგიურ კონფიგურაციას ისინი მეცამეტე კვირას იძენენ. ამიტომ ულტრაბგერითი მეთოდი ჰესტაციის მე-11 კვირამდე

გამოუსადეგარია. იგი მხოლოდ მე-14 კვირიდან იძენს პრაქტიკულ მაგრამ არა აბსოლუტურ დიაგნოსტიკურ ღირებულებას. უფრო დამაჯერებელი მსჯელობა ნაყოფის სქესის შესახებ მე-16 კვირიდანაა შესაძლებელი. მეთოდის ეფექტურობაზე ჰესტაციის ასაკის გარდა დიდი გავლენა აქვს: ნაყოფის საშვილოსნოში პოზიციას გამოკვლევის პერიოდში, ულტრაბგერითი ხელსაწყოთა გამართულობასა და ტექნიკურ შესაძლებლობებს, მკვლევარის სპეციალიზაციას და გამოცდილებას (Efrat, 1999; Hsiao, 2008; Mackenzie-Morris, 2014). საკითხში სრულყოფილად გარკვევისათვის სასურველი იყო გაგვეანალიზებინა ამ პარამეტრების კონდიცია საქართველოში. რაც მიმოხილვისათვის გამოყოფილი დროის სიმცირის გამო სამწუხაროდ ვერ შევძელით.

სელექციურ აბორტებზე მსჯელობისას ევროპის საპარლამენტო ასამბლეის რეზოლუცია ეყრდნობოდა მოხსენებას, რომლისთვისაც საქართველოში სათანადო გამოკვლევა არ ჩატარებულა (Stump, 2011). მოხსენებაში ჩანს, რომ - სელექციური აბორტი ყველა შემთხვევაში ორსულობის პირველ 12 კვირაშია გაკეთებული; მაგრამ ჰესტაციის 12 კვირამდე ნაყოფის სქესის ექსკოპიით დადგენა ძალზე რთულია, ხოლო მე-12 კვირას - სათუთა. ამდენად, რეზოლუციაში ნახსენები სელექციური აბორტი შესაძლებელია ორსულობის მე-12 კვირას გაკეთებულიყო ადეკვატური აპარატურისა და მაღალკვალიფიციური ექსკოპისტის დასწრების პირობებში (ეს პირობა საქართველოს ყველა რეგიონში როდია ხელმისაწვდომი). ამის შემდგომ პერიოდში აბორტი არალეგალურია.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ ეს საკითხი საქართველოში ჯერ სრულყოფილად შესწავლილი არ არის. მანამდე კი შეიძლება გამოვთქვათ ვარაუდი, რომ საქართველოში გენდერსელექციური აბორტების კანონით დადგენილ 12-კვირიან ვადაში მასიური გაკეთების ტექნიკური შესაძლებლობა და შესაბამისი პროფესიული მზაობა არ არსებობს, რაც არამყარი დემოგრაფიული სტატისტიკის გათვალისწინებასთან ერთად ევროსაბჭოს საპარლამენტო ასამბლეის დადგენილების ადეკვატურობაში ეჭვის შეტანის საფუძველია.

### 3.3 ქართული კანონმდებლობა (უფლებები, გენდერული თანასწორობა, ქალთა უფლებები, ოჯახური ძალადობა, ტრადიცია, ტრენდი)

გარდა ულტრაბგერითი ვიზუალიზაციისა არსებობს ნაყოფის სქესის დადგენის სხვა საშუალებები. მოსალოდნელია მათი სწრაფი გავრცელება, რაც ქვეყნის კანონმდებლობისათვის. ახალ გამოწვევებს წარმოქმნის. თავისთავად რეპროდუქციული ტექნოლოგიები არ წარმოადგენენ სქესის სელექციის ძირითად მიზეზს და საფუძველს. ზოგიერთ აზიურ ქვეყანაში (ჩინეთი, ინდოეთი, ნეპალი, ვიეტნამი) აკრძალეს სქესის სელექციის ტექნოლოგიების გამოყენება, რამაც, მიუხედავად მკაცრი სადამსჯელო სანქციებისა სასურველი შედეგი არ გამოიღო (WHO, 2011). პრობლემა უფრო ქალთა ადამიანის უფლებების დარღვევის სფეროს განეკუთვნება. შესაბამისად ამისა, კანონმდებლობა და ქვეყნის პოლიტიკა ქალთა უფლებების დაცვისა და სქესთა თანასწორობის მხარდაჭერისაკენ უნდა იყოს მიმართული. საქართველოს კონსტიტუციის მე-14 მუხლი აწესებს ადამიანთა თანასწორობის პრინციპს, რომელიც ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპია სამართლებრივ სისტემაში. ვფიქრობთ, რომ კანონმდებლობის მთავარ მიმართულებას ადამიანთა უფლებების დაბადებისას სქესთა თანაფარდობის ჭრილში განხილვა უნდა წარმოადგენდეს.

ქვეყანამ საკუთარი საკანონმდებლო ბაზით უნდა უზრუნველყოს აბორტისა და თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების კომბინირებით ხელშეწყობილი გენდერული უთანასწორობის თავიდან აცილება, რასაც უდიდესი მნიშვნელობა აქვს არა მხოლოდ სამომავლოდ გენდერული ბალანსისა და ნორმალური დემოგრაფიისათვის, არამედ ქვეყნის დღევანდელი საერთაშორისო იმიჯისათვისაც, ვინაიდან, ბიჭების სასარგებლოდ სქესის შერჩევა განიხილება როგორც სოციალური, კულტურული, პოლიტიკური და ეკონომიკური უსამართლობა ქალის წინააღმდეგ და ქალთა უფლებების დარღვევის მანიფესტაციადა.

დღეს სქესის სელექციასთან დაკავშირებით ქართული კანონმდებლობა მწირია და მოიცავს მხოლოდ რამდენიმე მუხლს. აღსანიშნავია პაციენტთა უფლებების შესახებ კანონის 34-ე მუხლი, რომელიც სქესის სელექციას დისპოზიციური ფორმით ეხმიანება: „აკრძალულია სქესის შერჩევის მიზნით ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია სქესთან შეჭიდული მემკვიდრეობითი დაავადების თავიდან აცილება“.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის № 01-74/ნ ბრძანების მიხედვით დაუშვებელია სქესის შერჩევის მიზნით ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა. სახელმწიფო, კონსტიტუციის შესაბამისად, ვალდებულია დაიცვას მათი უფლებები, ვის ინტერესებსაც ზიანი ადგება დისკრიმინაციის შედეგად.

2010 წლის 26 მარტს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი გენდერული თანასწორობის შესახებ, რომლის უმთავრესი მიზანია საკანონმდებლო დონეზე სქესის ნიშნით ადამიანთა თანასწორობის პრინციპის განმტკიცება და გენდერული თანასწორობის მისაღწევად შესაბამისი საკანონმდებლო გარანტიების შექმნა. კანონის მე-2 თავის მე-10 მუხლში დეტალურადაა გაშლილი გენდერული თანასწორობის უზრუნველყოფის საკითხები საოჯახო ურთიერთობებში, კერძოდ კი ცალსახად აღიარებულია ქალისა და მამაკაცის თანასწორი უფლებები ქორწინებისა და განქორწინების, გვარის, პროფესიისა და საქმიანობის არჩევის, ქონების ფლობის, შეძენის, განკავგვის დროს. გარდა ვალდებულებებისა კანონის მოცემულ თავში აქცენტი კეთდება აღნიშნულ სოციალურ სფეროში ქალსა და მამაკაცზე თანაბრად დაკისრებულ ვალდებულებებზე, ოჯახში გაწეულ შრომასთან თუ შვილების აღზრდასთან დაკავშირებით, მაგრამ კანონში არაფერია ნათქვამი სქესთა ბალანსის დარღვევაზე.

#### 4. უსაფრთხო დედობის/ორსულობის და მშობიარობის უფლების და მისი რეალიზაციის გარანტიები საქართველოს კანონმდებლობაში

უსაფრთხო დედობა უპირველეს ყოვლისა ასოცირდება თავისუფალი არჩევანის უფლებასთან. საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობისა დაცვის შესახებ“ მუხლი 136 განმარტებულია, რომ „საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო“.

მნიშვნელოვანია, რომ “საქართველოს კანონის „პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-7 თავში განსაზღვრულია ორსულის და მეძუძური ქალის სხვა უფლებები; სახელდობრ, **ინფორმაციის მიღების უფლება:**

სამწუხაროდ, ჩვენ ვერ ვნახეთ გაიდლაინების/პროტოკოლების დიდ ნაწილში დეტალიზებული ინფორმირებული თანხმობის ფორმები, რაც მომსახურების გამწვევს ინტერპრეტაციის საშუალებას აძლევს და არ მოდის შესაბამისობაში კანონის მოთხოვნებთან. აღნიშნულის თაობაზე მნიშვნელოვანია სახალხო დამცველის აპარატის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგები, რომელიც ასახულია კვლევის ანგარიშში, სადაც მედპერსონალის მეხუთედი და გამოკითხული პაციენტების სოლიდური ნაწილი აღიარებს, რომ ეს პრობლემა არსებობს. ამავე დროს, უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად გაიდლაინების/პროტოკოლების სიმრავლისა ორსულობასა და მშობიარობასთან მიმართებაში, მათი უმეტესი ნაწილი საკმაოდ ხანდაზმულია და სამედიცინო ინფორმაციის და ახალი მტკიცებულების/კვლევების გათვალისწინებით მოითხოვს გადახედვას და გაახლებას.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, უსაფრთხო დედობის უფლების რეალიზაციის გარანტიები პირდაპირ უკავშირდება სერვისების ხელმისაწვდომობას. ასევე სოციალური დაცვის რიგ საკითხებს ხელმისაწვდომობის თაობაზე. კანონის მოთხოვნების და არსებული მდგომარეობის შესახებ ზემოთ ვისაუბრეთ. მოცემულ ეტაპზე უნდა აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულია უსაფრთხო ორსულობის და მშობიარობის უზრუნველყოფის, გართულებული მშობიარობის მართვის, ორსულთა ეფექტური პატრონაჟის, დედისა და ახალშობილის მაღალკვალიფიციური დახმარების ფინანსური ხელმისაწვდომობის, ასევე თანდაყოლილი და გენეტიკური დაავადებების ადრეული გამოვლენის საკითხები, სოციალური დაცვის საკითხებთან მიმართებაში არსებობს სათანადო მუხლები როგორც ჯანმრთელობის შესახებ კანონმდებლობაში, ისე შრომის და სამოქალაქო კოდექსებში.

შრომის კოდექსის მე-18 მუხლით ორსულის დამის სამუშაოზე დასაქმება აკრძალულია მისი თანხმობის გარეშე. მუხლი 19 განმარტავს დამატებითი ანაზღაურებადი შესვენების საკითხს (დღეში არანაკლებ 1 საათისა) მეძუძური დედისათვის; ასევე შვებულების საკითხსა და შრომითი ურთიერთობების შეჩერების საფუძვლებს.

სახელმწიფო გარანტიები ვლინდება სოციალური დაცვის პროგრამებშიც, რომელშიც განსაკუთრებულია ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვის მოვლის, ასევე ახალშობილის შვილად აყვანის გამო შვებულების ანაზღაურების პროგრამები.

ამრიგად, საქართველოს კანონმდებლობასა და სხვა ნორმატიული ხასიათის დოკუმენტების მიხედვით სახელმწიფო გარანტიები რეპროდუქციული უფლებების განხორციელებისათვის მოკლედ შეიძლება ასე ჩამოვაყალიბოთ:

- რეპროდუქციული არჩევანის უფლება;
- რეპროდუქციული უფლებების და ჯანმრთელობის დაცვა, ხელმისაწვდომობა, განგრძობადობა, უფასო სამედიცინო მომსახურების გარანტიების მოცულობა
- ჩაურევლობა რეპროდუქციული უფლებების განხორციელებაში;
- გადაწყვეტილების მიღება მშობიარობის განხორციელებისას დისკრიმინაციის, მუქარის და ძალადობის გარეშე;
- პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა და ოჯახური საექიმო საიდუმლოების დაცვა.

მიუხედავად სახელმწიფო ზრუნვის და გარანტიებისა, არსებობს გართულებული ორსულობისა და მშობიარობის მაღალი რისკის რეალური პირობები. განსაკუთრებით ეს შეეხება ე.წ. ნაადრევ ასაკში ქორწინების პრობლემას. კერძოდ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის მონაცემების მიხედვით, განვითარებად ქვეყნებში 15-19 წლის ასაკის გოგონებში გარდაცვალების წამყვანი მიზეზები ორსულობისა და მშობიარობის გართულებებია. 16 მილიონი მოზარდი გოგონადან, რომლებიც მშობიარობენ ყოველ წელს, დაახლოებით 90% უკვე დაქორწინებულია. მკვდრამობადობა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის 50% უფრო მაღალია 20 წლამდე ასაკის დედებში, ვიდრე ქალებში, რომლებიც იყვნენ ორსულად 20-29 წლის ასაკში; მოზარდთა მიერ გაჩენილ ახალშობილთა უმრავლესობა დაბალი წონით იბადება.

ადრეულ ასაკში ქორწინების გამომწვევ მიზეზებთან დაკავშირებით არასამთავრობო ორგანიზაცია ასოციაცია “ჰერა-XXI”-მა (წულისკირი და თანავტ., 2014) ჩატარა კვლევა სამცხე-ჯავახეთში. გამოიკითხა 15-დან 35-წლამდე ასაკის ქალბატონები. კვლევის ანალიზმა გამოკვეთა შემდეგი პრობლემები:

- გამოკითხულთა უმრავლესობა დაოჯახებამდე არ ფლობდა არანაირ ინფორმაციას რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ;
- დაოჯახებული არასრულწლოვნები ხშირად განიცდიან სტიგმა-დისკრიმინაციას საზოგადოების მხრიდან;
- ხშირია მათ მიმართ ნეგატიური რეპლიკები;

ჩატარებულმა კვლევამ გამოკვეთა ადრეულ ასაკში ოჯახის შექმნის განმაპირობებელი ორი ძირითადი ფაქტორი - **ქორწინებამდე დამყარებული სქესობრივი კავშირი და სქესობრივი კავშირის დამყარების სურვილი**. საზოგადოებრივი გაკიცხვის შიშით არასრულწლოვნები იძულებულნი არიან ოჯახი შექმნიან სოციალური სტიგმის თავიდან აცილების მიზნით. მაგრამ სტიგმატიზაცია გრძელდება დაოჯახების შემდგომაც, კერძოდ გამოკითხული მშობელთა უმრავლესობის პოზიციას - “უნდა აეკრძალოს დაოჯახებულ გოგოს სკოლაში სიარული, რა მაგალითს აძლევს ის თავის თანატოლებს?!”

მოზარდთა ადრეული ქორწინება ადამიანის უფლებების და ბავშვის უფლებების დარღვევად არის აღიარებული შემდეგი მიზეზების გამო:

- იზღუდება განათლების მიღების შესაძლებლობა;
- იზღუდება პროფესიული და პიროვნული განვითარების შესაძლებლობა;
- მაღალია ნაადრევი ორსულობის და მასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკები, დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე უარყოფითი შედეგები, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მოუმწიფებლობის გამო;

გაეროს მოსახლეობის ფონდის მონაცემების მიხედვით (UNFOA, 2014), საქართველოში მცხოვრები ქალების 17% დაქორწინდა 18 წლის შესრულებამდე. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში საქართველოს აქვს ნაადრევი ქორწინების ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ისევე, როგორც მოლდოვას (19%) და თურქეთს (14%). საქართველოში, ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებით, მოზარდთა და ახალგაზრდა ასაკის ქალთა შობადობის მაჩვენებელი 2009 წლიდან კლების დინამიკით ხასიათდებოდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. 2011 წლის მონაცემებით, საქართველოში 15-19 წლის



ასაკის ქალთა შობადობის მაჩვენებელი 42,8-ს შეადგენდა შესაბამისი ასაკის 1000 ქალზე, რაც მნიშვნელოვნად აღემატებოდა ევროპის და დსთ–ს ქვეყნების მაჩვენებლებს (ევროკავშირი - 12,6; ევროპის რეგიონი - 7,7; რუსეთი – 24,6). 2012 წელს 15–19 წლის ქალთა შობადობის მაჩვენებელი საქართველოში 39,9-მდე შემცირდა.

ახალგაზრდა დედათა სიკვდილიანობის და ინვალიდიზაციის, ასევე ახალშობილთა სიკვდილიანობის პრევენცია შესაძლებელია ადრეული ორსულობისა და დაოჯახების არიდებით. განვითარებული ქვეყნების გამოცდილების მომხილვამ აჩვენა შემდეგი ფაქტორების დადებითი ეფექტი (კიკნაძე, ჯავაშვილი, 2008) :

- სოციალური დ ეკონომიკური განვითარება და თანაბრობა;
- ახალგაზრდების და მშობლების ძლიერი მხარდაჭერა სახელმწიფოს მხრიდან;
- პოზიტიური დამოკიდებულება სექსუალობის მიმართ დ მკაფიო მოლოდინი (საზოგადოების, ოჯახის მხრიდან) სასურველი სქესობრივი ქცევის შესახებ;
- მოზარდების ხელმისაწვდომობა კონტრაცეპტივებისა და რეპროდუქციული სერვისებისადმი.

ნაადრევი დაქორწინების პრობლემის გადაჭრის გზები გრძელვადიან პერსპექტივაშია შესაძლებელია ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემუშავებით. მის შესამუშავებლად აუცილებლად გასათვალისწინებელია ქვეყნის დემოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, კულტურა, ტრადიციები, რელიგიური შეხედულებები, ოჯახის როლი. ამ თვალსაზრისით პირველ რიგში აუცილებელია ხარისხიანი სოციოლოგიური კვლევების ჩატარება, საყოველთაო დიალოგის ორგანიზება ახალგაზრდობასა და ზოგადად, საზოგადოებაში (კიკნაძე, ჯავაშვილი, 2008).

## 5. საქართველოში დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენების უფლებისა და მისი რეალიზაციის გარანტიების შესახებ

მსოფლიოში დახლოებით 80 მილიონი ადამიანი დაავადებულია უშვილობით. ამ პრობლემის ამსახველი სტატისტიკა საქართველოში არ არსებობს - სავარაუდოა, რომ უშვილო ადამიანების რაოდენობა რამოდენიმე ათასი უნდა იყოს. ასეთი ადამიანები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მკურნალობენ ფერტილობის აღმდგენი ტრადიციული და არატრადიციული მეთოდებით; უშედეგო მკურნალობის შემთხვევაში მათი ნაწილი შვილად აყვანის პროცედურებს მიმართავს.

პრობლემის მოგვარების გარკვეული პერსპექტივები გამოიკვეთა უკანასკნელ ოცწლეულში. ამას ხელი შეუწყო ქვეყანაში თანამედროვე დამხმარე რეპროდუქციული ტექნოლოგიების ფართოდ დაინერგვამ და მათზე ხელმისაწვდომობის გამარტივებამ. ამის შედეგად ქვეყანაში, ერთი მხრივ, შესაძლებელი გახდა უშვილობის წარმატებული მკურნალობა. მაგრამ, მეორე მხრივ, გამოვლინდა მკვეთრი დისპროპორცია უფლებრივ და საკანონმდებლო სივრცესთან, რაც სამკურნალო პროცესის ხელისშემშლელ ფაქტორად მოგვევლინა.



კანონმდებლობის სრულყოფის პირველი მცდელობა განხორციელდა გაერთიანებული ერების მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის ინიციატივითა და მხარდაჭერით ბატონ გურამ კიკნაძის\* და თანაავტორების მიერ 2004 წელს გამოქვეყნებული “რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის პროექტით. მეორე მცდელობის შედეგად ეს პროექტი, ზოგიერთი დამატებებით, საქართველოს პარლამენტმა დაარეგისტრირა ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალიურ საკითხთა კომიტეტის ინიციატივის სახით („საქართველოს ზოგიერთ საკანონმდებლო აქტში ცვლილებების შეტანის შესახებ“ - ინიციატივა 07-3/639, 08.06.2012). საპარლამენტო ინიციატივაში ცვლილებები გარდა ჯანდაცვის კანონისა კიდევ რამოდენიმე კანონშია შეტანილი (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი; საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ; საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი; კანონი ლიცენზირებისა და ნებართვების შესახებ; კანონი სალიცენზიო და სანებართვო მოსაკრებელის შესახებ)

სამწუხაროდ კანონპროექტით რეკომენდებული წინადადებები ჯერ-ჯერობით არაა გათვალისწინებული. ამიტომ დღეს საქართველოში უშვილობის პრობლემასთან დაკავშირებული საკანონმდებლო სივრცე შემოფარგლულია უპირატესად „საქართველოს კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (თავი XXIII ”ოჯახის დაგეგმვა“):

კანონპროექტის კონცეპტუალური ნაწილია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესაბამისობის უზრუნველყოფა ქვეყანაში აღიარებულ პროფესიულ სტანდარტებთან და ეთიკურ ნორმებთან; წყვილისა და ნაყოფის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის, აგრეთვე ემბრიონის დაცვა.

კანონპროექტი ადგენს იმ პირთა წრეს, რომელთაც შეუძლიათ ისარგებლონ ხელოვნური ჩასახვის ტექნოლოგიებით; სავალდებულოდ არის მიჩნეული სამედიცინო ჩარევას დაქვემდებარებული ყველა პირის წერილობითი, თავისუფალი ინფორმირებული თანხმობა. იგივე ეხება პროცედურასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვის აუცილებლობას, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული შემთხვევებისა;

სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად, კანონპროექტი ადგენს, რომ ხელოვნური ჩასახვის ტექნოლოგიები შეიძლება განხორციელდეს ქვეყანაში აღიარებული პროფესიული სტანდარტებით მხოლოდ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის (სუბიექტების) მიერ სათანადო ნებართვის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში.

გარდა აღნიშნულისა კანონპროექტის კონცეფცია მოიცავს მნიშვნელოვან რეგულაციებს:

- დაშვებულია ხელოვნური ჩასახვის ტექნოლოგიების გამოყენება მხოლოდ ალტრუისტული მოსაზრებებით, ფინანსური სარგებლობის მიღების გარეშე;
- განსაზღვრულია სამედიცინო დაწესებულებისა და სამედიცინო პერსონალის უფლება-მოვალეობები ხელოვნური ჩასახვის ტექნოლოგიების განხორციელებისას;
- გაცხადებულია ხელოვნური ჩასახვის ტექნოლოგიების გამოყენების შედეგად დაბადებული ბავშვის უფლებების დაცვის აუცილებლობა;
- განსაზღვრულია ემბრიონის შექმნისა და გამოყენების პირობები, დეკლარირებულია ემბრიონის დაცვის აუცილებლობა;
- განსაზღვრულია გამეტების დონორობის, მათი შენახვისა და გამოყენების, პირობები;

- განსაზღვრულია გარდაცვლილი გამეტების გამოყენების პირობები.

პარლამენტში წარდგენილი კანონპროექტი არ გამხდარა ფართო განხილვის საგანი. ვფიქრობთ, რომ ამ ფორმატში სასრებლო იქნება ზოგიერთი ძირითადი საკითხის განხილვა.

## 6. მიმოხილვის შედეგები

ყველა სახელმწიფოს გააჩნია ვალდებულება პატივი სცეს, დაიცვას და აღასრულოს ადამიანის ძირითადი უფლებები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. ამისათვის საჭიროა სახელმწიფომ ადეკვატურად შეაფასოს არსებული მდგომარეობა და დასახოს რეაგირების ოპტიმალური გზები ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად. საქართველოსთან მიმართებაში შესაძლებელია დავადასტუროდ, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების საკითხები ფორმალურად ასახულია ქვეყნის კანონმდებლობაში, ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებათა მარეგულირებელ აქტებში; ჩვენ მიერთებული ვართ საერთაშორისო სავალდებულო კონვენციებსა და ხელშეკრულებებს. მიუხედავად ამისა საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ადგილობრივი საზოგადოებრივი ორგანიზაციების კვლევებით დასტურდება, რომ ამ მიმართულებით საქართველო სტაბილურად ჩამორჩება საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტულ მახასიათებლებს - რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ამსახველი ინდიკატორები დაბალია. ამ მაჩვენებლების გაუმჯობესების მოკლე- და გრძელვადიანი რეკომენდაციები შემუშავებულია ასოციაცია „ჰერა-XXI“-ს მიერ. სახელმწიფოს ვალდებულებათა აღსრულების მთავარ გარანტად პირველ ეტაპზე ორი შედარებით მოკლევადიანი ვალდებულების შესრულება მიგვაჩნია.

**დარგის ადგილობრივი სპეციალისტების და უცხოელი ექსპერტების შეფასებით ჩამორჩენის ძირითადი მიზეზი მოძველებული კანონმდებლობაა.** მისი მოდერნიზაციის რამოდენიმე მცდელობა უშედეგოდ დამთავრდა. ამის ძირითადი მიზეზი, სავარაუდოდ, ქვეყნის პოლიტიკურ-ეკონომიკური არასტაბილობისა და ისედაც სუსტი ჯანდაცვის სისტემის მრავალჯერადი რეორიენტაციის შედეგია. ამაში ადვილად დავრწმუნდებით საერთაშორისო დოკუმენტებისა და ადგილობრივი კვლევების მონაცემების გაცნობით. მკვლევართა საერთო ზრია, რომ ქვეყანა საჭიროებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების დამხმარე კონცეპტუალურ მიდგომას - ახალი პოლიტიკის ჩამოყალიბებას, რაც პირველ ეტაპზე ერთიანი პოლიტიკის დოკუმენტის შექმნას და საკანონმდებლო ცვლილებების ინიციაციას გულისხმობს. ამრიგად, ჩვენ, მრავალ სხვა მკვლევართან ერთად, მიგვაჩნია, რომ სრულიად შესაძლებელია ქვეყნის ეკონომიკური და დემოგრაფიული მდგომარეობისადმი მისადაგებული თანამედროვე დონის დაბალანსებული კანონმდებლობის შექმნა.

შედარებით სწრაფად განხორციელებად ამოცანად შესაძლებელია დავსახოთ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების სფეროში გამოყენებული ტერმინოლოგიის დახვეწა და მისი უნიფიცირება მთლიანად სახელმწიფო საკანონმდებლო, საჯარო და საზოგადოებრივი გამოყენებისათვის. ამის საჭიროება დაგვანახა არა მარტო ერთი და იგივე ტერმინის განსხვავებულმა შინაარსობრივმა დატვირთვამ სხვადასხვა კანონში, არამედ სრულიად ახალი, დღემდე უცნობი

ტერმინების გამოჩენამაც. ვფიქრობთ ამ მიმართულებით მუშაობის დაწყებისათვის სასურველია შეიქმნას ტერმინთა განმარტებითი ლექსიკონი, რომლის შედგენა შედარებით მოკლე ხანშია შესაძლებელი.

ზოგადად, ქვეყნის უმნიშვნელოვანეს ამოცანადაა აღიარებული სტატისტიკური ინფორმაციის სანდოობის საკითხი. დარგის სპეციალისტებისათვის კარგადაა ცნობილი, რომ ბევრი ინდიკატორი არ შეესაბამება რეალობას. ეს პარამეტრები არა მარტო ქვეყნის იმიჯის დამაზიანებელია, არამედ მათ სერიოზული გავლენა აქვთ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობაზე. გამომდინარე ამ სისტემის გამართულად მუშაობის განსაკუთრებული საჭიროებიდან ჯანდაცვის სამინისტროს უნდა ეთხოვოს პრიორიტეტად განიხილოს აღნიშნული საკითხი (და არა მარტო რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში). იმის გათვალისწინებით, რომ მიმდინარეობს მუშაობა ელექტრონული ისტორების შექმნაზე, სასურველი იქნება ქვეყანაში დაინერგოს პრობლემის მართვის რეგისტრები. მაგალითად - ორსულთა რეგისტრი, ახალშობილთა რეგისტრი და ა.შ, რაც პრაქტიკულად მოხსნის არაზუსტი სტატისტიკის შესაძლებლობას.

შედარებით მოკლევადიან ამოცანად გვეჩვენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის აქტიური ჩართვა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უღლებების მათთვის კოპეტენტურ მართვის რგოლში, შეწახამისი სწავლების და სხვა ფორმიების მეშვეობით. ამისათვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნა შესაძლებელია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის განსაკუთრებით, სოფლის ექიმის პროგრამის მოდერნიზაციის მეშვეობით.

საერთაშორისოდ აღიარებული ფაქტია რომ აბორტისწინა პერიოდის მოსაცდელი ვადა ვერ ასრულებს აბორტის პრევენციის მთავარი ფაქტორის როლს. იგი ხშირად არღვევს ორსულის სიცოცხლის და ჯანმრთელობის უფლებას სახიფათო აბორტის წინაპირობებს შექმნის გზით და არ ემსახურება ქალის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას. ამასთან იგი ქმნის ფსიქოლოგიურ, ფინანსურ, ეკონომიურ და ტერიტორიულ ბარიერებს ჯანდაცვის დროული და ადეკვატური სერვისების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. გამომდინარე აქედან. მრავალი ქვეყნის კანონმდებლობით რეკომენდებულია აბორტისწინა მოსაფიქრებელი ვადის გაუქმება.

ქვეყანაში სელექციური აბორტის, როგორც ქალის უფლებების და სიცოცხლის უფლების აღმაშფოთებელი დარღვევის, გავრცელება დაგმო ევროსაბჭოს საპარლამენტო ასამბლეამ. ამან სერიოზული ზიანი მიაყენა მთლიანად ქვეყნის იმიჯს. მიუხედავად მყისიერი რეაგირებისა და ევროპარლამენტის სხდომაზე გაკეთებული ოფიციალური განცხადებებისა ქვეყნისადმი ნეგატიური განწყობა უკვე რამოდენიმე წელია ფიქსირდება საერთაშორისო პოლიტიკურ თუ დარგობრივ ლიტერატურაში. გამომდინარე აქედან სახელმწიფო ვალდებულია ერთის მხრივ, სერიოზულად მოეკიდოს სქესის სელექციის საკითხს და გამოიკვლიოს პრობლემის რეალურად არსებობის ფაქტი და , მეოფრე მხრივ, გადაადგას პრევენციული ნაბიჯები ასეთი შესაძლებლობის თავიდან აცილების მიზნით

სახელმწიფოს მთავრობამ ახალგაზრდულ ორგანიზაციებთან ერთად პრიორიტეტულ ამოცანად უნდა დასახოს ადრეულ ასაკში ქორწინებების პრევენცია.

ქალთა რეპროდუქციული უფლებები გენდერული თანასწორობისა და ოჯახში ძალადობის სახელმწიფო კონცეფციების უფრო მოცულობით ნაწილად უნდა იქცეს. ამისათვის სასურველია

სახალხო დამცველის აპარატში შეიქმნას ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების დაცვის დეპარტამენტი, რომელიც რეგულარულად შეისწავლის და გააანალიზებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით არსებულ პრობლემებს, განახორციელებს ზედამხედველობას, სახელმწიფოს წარუდგენს რეკომენდაციებს, ეფექტური რეაგირებისათვის და შეიმუშავებს ამ პროცესებზე ზედამხედველობის მეთოდოლოგიებს;

საბოლოოდ, შეიძლება ითქვას, რომ ჩვენ შევეცადეთ მოგვეძიებია სახელმწიფოს საკანონმდებლო გარანტიები რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვის სფეროში გარკვეული მიმართულებების მიხედვით. ამისათვის ძალიან მოკლე დროში გააანალიზებული იქნა შესაბამისი პროფილის საქართველოს კანონმდებლობა, ნორმატიული ხასიათის სხვა დოკუმენტები, ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის სფეროში სახელმწიფო პროგრამები, გაიდლაინები დაპროტოკოლები, ასევე საქართველოში ჩატარებულ კვლევების მონაცემები. ერთი მიმოხილვის ფარგლებში რთულია ყველა პრობლემის გაანალიზება. ვფიქრობთ, სამომავლოდ სასარგებლო იქნება **პოლიტიკის შემუშავებელი ჯგუფის ჩამოყალიბება** პოლიტიკოსების, სოციოლოგების, დემოგრაფების, უფლებათა დამცველებისა და სხვათა მონაწილეობით ერთიანი გრძელვადიანი სტრატეგიული დოკუმენტის შემუშავების მიზნით.

## გამოყენებული ლიტერატურის სია

- 1 გაბრიჭიძე ს., და თანაავტორები, - საქართველოსი ახალშობილთა სქესის ბუნებრივი ბალანსის დარღვევის სოციალური და გენდერული ასპექტები. ასოციაცია „ჰერა-XXI“, 2012;
- 2 ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის ინსტიტუტის 2013 წლის გამოკვლევის შედეგების მასალები (ხელნაწერი).
- 3 კიკნაძე გ, სულაქველიძე მ., ჯავაშვილი გ., ბარკალაია ა. - რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების საკითხები საქართველოს კანონმდებლობაში, თბილისი, 2004;
- 4 კიკნაძე გ., ჯავაშვილი გ. - სრეკომენდაციები ახალგაზრდული (და ახალგაზრდობის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის) პოლიტიკის შემუშავების შესახებ. თბილისი, 2008;
- 5 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, საქართველო ციფრებში, სტატისტიკური პუბლიკაცია, 2012;.
- 6 „საქართველოს გენდერული თანასწორობის სახელმწიფო კონცეფცია“ (2006): “გენდერული თანასწორობის პოლიტიკის განხორციელების ღონისძიებათა 2007-2009 წლების სამოქმედო გეგმა“ – 2007;
- 7 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №724 2014 წლის 26 დეკემბერი ქ.თბილისი 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“ დამტკიცების შესახებ;

- 8 საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „საქართველოს ადამიანის უფლებების დაცვის ეროვნული სტრატეგია 2014 – 2020 წლებისათვის“ (30 აპრილი 2014 წ. N231511ს;
- 9 - საქართველოს კანონის პროექტი „საქართველოს ზოგიერთ საკანონმდებლო აქტში ცვლილებების შეტანის შესახებ“ (საქართველოს პარლამენტი 07-3/639, 08.06.2012);
- 10 საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკის დოკუმენტი. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ნოემბერი, 2006;
- 11 ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველოში, 2010, საბოლოო ანგარიში, თბილისი, ატლანტა, 2012;
- 12 შელია გ., წულეისკირი მ. - ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა საქართველოში (შედარებითი მიმოხილვა), ასოციაცია „ჰერა XXI“, თბილისი, 2014;
- 13 წულაძე გ., - დემოგრაფიული ვითარება საქართველოში, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დემოგრაფიისა და სოციოლოგიის ინსტიტუტი, თბილისი, 2010;
- 14 წულაძე გ. - „სქესთა რაოდენობრივი თანაფარდობა ცოცხლად დაბადებულებში და აბორტის მიზეზები საქართველოში“ - მოხსენება საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის სხდომაზე, 2011;
- 15 წულეისკირი ნ., ჯობავა მ., - რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკანონმდებლო მიმოხილვა, „ჰერა XXI“ 2014;
- 16 წულეისკირი ნ., ჩაჩანიძე ნ., ჯობავა მ. - პრობლემები და რეკომენდაციები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით. ასოციაცია “ჰერა -XXI” - ის მიერ CEDAW კომიტეტისათვის მომზადებული ჩრდილოვანი ანგარიში, 2014;
- 17 Berer M., (). "Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice". Bull. World Health Organ. 2000, 78 (5): 580–92. [PMC 2560758](#). [PMID 10859852](#));
- 18 Berer M , "National laws and unsafe abortion: the parameters of change". Reprod Health Matters 2004, 12 (24 Suppl): 1–8. [doi:10.1016/S0968-8080\(04\)24024-1](#). [PMID 1593815](#);
- 19 CU Parliamentary Assambly, - Prenatal sex selection, Resolution N1829, 16. Sept., 2011;
- 20 Efrat, Z.; Akinfenwa, O. O.; Nicolaides, K. H. (1999). "First-trimester determination of fetal gender by ultrasound". Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 13 (5): 305–7. [doi:10.1046/j.1469-0705.1999.13050305.x](#). [PMID 10380292](#);
- 21 Grimes, D. A.; et al., "Unsafe abortion: The preventable pandemic" The Lancet 2006, 368 (9550): 1908–1919);

- 22 Guttmacher Institute, Counseling and Waiting Periods for Abortion. state policies in brief, August 1, 2015, - [www.guttmacher.org/](http://www.guttmacher.org/);
- 23 Hsiao, C.H.; Wang, H.C.; Hsieh, C.F.; Hsu, J.J. (2008). "Fetal gender screening by ultrasound at 11 to 13<sup>6</sup> weeks". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 87 (1): 8–13. [doi:10.1080/00016340701571905](https://doi.org/10.1080/00016340701571905). PMID [17851807](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17851807/);
- 24 International Conference on population and Development, Qairo, 1994;
- 25 Joyce, T J., Henshaw, S K., Dennis, A., Finer L. B., Blanchard. K. The Impact of State Mandatory Counseling and Waiting Period Laws on Abortion: A Literature Review. 2009, Guttmacher Institute.[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org/);
- 26 MacKenzie-Morris K, **Will a dating scan show the sex of my baby?** <http://www.babycentre.co.uk/x2200/will-a-dating-scan-show-the-sex-of-my-baby#ixzz3kZtBZ5lu>;
- 27 Wade L., Less Than One Percent of Women Regret Their Decision to Have an Abortion And the experience becomes less emotionally charged over time.Jul 21, 2015. [www.psmag.com/author/lisa-wade](http://www.psmag.com/author/lisa-wade);
- 28 Schorge, J. O. et al., First-Trimester Abortion". *Williams Gynecology*, 2008, (1 ed.). McGraw-Hill Medical;
- 29 Stump D., Prenatal sex selection - Doc. 12715., 16 oct., 2011, Parliamentary assembly, Council of Europe;
- 30 WHO - Committee on the Elimination of Discrimination against Women, - Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia Adopted by the Committee at its fifty-eighth session (30 June – 18 July 2014);
- 31 WHO, - Preventing gender-based sex-selection, 2011.
- 32 WHO - Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008 6 (2011).
- 33 WHO – Preventing gender-biased sex selection, 2011;
- 34 UN Women, - 2011-2012 Progress of the World’s Women: In Pursuit of Justice 43 (2011);
- 35 UNFPA - Reproductive rights: A tool for monitoring state obligations; UNFPA Center for Reproductive Rights, 2014;