

ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა
საქართველოში
(შედარებითი მიმოხილვა)



თბილისი 2014

ავტორები და ანგარიშის შექმნაში მონაწილე პირები

კვლევის ინსტრუმენტის, ანალიტიკური ანგარიშის, შერჩევის დიზაინისა და მონაცემების სტატისტიკური მომზადება დამუშავება:

გულნარა შელია - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი.

ნიკოლოზ წულეისკირი - MD, MSc.

კვლევა განხორციელდა ასოციაცია “ჰერა-XXI”-ის მიერ, შვედეთის ასოციაციის RFSU-ს მხარდაჭერით, ერთობლივი პროგრამის “უსაფრთხო აბორტი - ქალის არჩევანია”-ს ფარგლებში.

Table of Contents

ავტორები და ანგარიშის შექმნაში მონაწილე პირები	2
კვლევის ინსტრუმენტის, ანალიტიკური ანგარიშის, შერჩევის დიზაინისა და მონაცემების სტატისტიკური მომზადება დამუშავება.....	2
შეჯამება	4
შესავალი	6
რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ზოგადი განმარტება.....	6
აბორტის შესახებ არსებული კანონმდებლობა ევროპაში- მოკლე შინაარსი.....	8
თავისუფალი არჩევანის დაცვის ეთიკა	9
ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო).....	10
უნივერსალური ნორმატიული ინსტრუმენტები	12
შემაჯამებელი ანალიზის დანიშნულება და ნიშნები.....	14
მეთოდოლოგია	15
საქართველო.....	16
სტატისტიკა და დემოგრაფიული ინფორმაცია.....	16
სოციალურ-ეკონომიკური ინფორმაცია	17
კონტრაცეფცია.....	18
აბორტის ასაკობრივი კოეფიციენტი და შობადობის მაჩვენებელი	21
შობადობა და აბორტი.....	224
საყოველთაო ჯანდაცვა.....	224
საქართველოს პარლამენტის მიერ რატიფიცირებული საერთაშორისო დოკუმენტები ქალთა უფლებებთან დაკავშირებით	25
საქართველო : აბორტის შესახებ კანონმდებლობა.....	26
აბორტი ნიდერლანდებში.....	30
აბორტი ესტონეთში	32
დასკვნა	33
რეკომენდაციები.....	334
ბიბლიოგრაფია.....	36

შეჯამება

აბორტის მაჩვენებელსა და კანონმდებლობაში, სექსუალურ განათლებაში, გენდერულ თანასწორობაში მომხდარი ცვლილებების მიზეზსა და ეფექტს შორის არსებობს არაპირდაპირი დამოკიდებულება. პოსტ-საბჭოურ ქვეყნებში აბორტის მაჩვენებლის საექვო სტატისტიკისა დაკავშირის დაშლის შემდეგ მაჩვენებლის კიდევ უფრო შემცირების მიუხედავად, უნდა აღინიშნოს, რომ აბორტის მაჩვენებლის შემცირების უმთავრესი ფაქტორებია: კონტრაცეფტივებზე ხელმიუწვდომლობა, სექსუალური განათლებისა და გენდერული თანასწორობის გაუმჯობესება.

აბორტის შესახებ კანონდებლობა განსხვავდება სხვადასხვა ქვეყნებში. არსებობს აბორტის შესახებ რადიკალური კანონმდებლობა, მაგალითად, ისეთ ქვეყნებში როგორცაა კანადა, სადაც საერთოდ გაუქმებულია აბორტის კანონმდებლობა და ქვეყნებში რომლებშიც აბორტი არის არალეგალური (ანდორა, ჩილე, ელსალვადორი, ნიკარაგუა, დომინიკის რესპუბლიკა, მალტა, ტიმორ-ლესტე და ვატიკანი). აბორტის შეზღუდვის სხვადასხვა მიზეზი არსებობს. ერთ-ერთი მათგანია შობადობის გაზრდა, თუმცაღა, რუმინეთის მაგალითით თუ ვიმსჯელებთ მხოლოდ მცირედით გაიზარდა ეს მაჩვენებელი და სწრაფადვე დაუბრუნდა უწინდელს. მეორე მიზეზი შესაძლოა იყოს აბორტის მაჩვენებლის შემცირება, თუმცაღა მსოფლიოს გამოცდილება ჩხადყოფს, რომ მკაცრი კანონების მიღებით არ ხდება აბორტების მაჩვენებლის შემცირება (ჯანმო 2012). როგორ ზემოთ ავღნიშნეთ აბორტის მაჩვენებელსა და კანონმდებლობას შორის არსებობს არაპირდაპირი კავშირი. ქვეყნებში რომელიშიც აბორტი არალეგალურია ან იკრძალება, კონტრაცეფტივებიც არაა თავისუფლად ხელმისაწვდომი. აკრძალული აბორტი და კონტრაცეფტივებზე არასაკმარისი ან ნულოვანი ხელმისაწვდომობა, მხოლოდ ერთ გამოსავალს ტოვებს, აბორტს, რომელიცამგვარი გარემოებების უმეტეს შემთხვევაში არის სახიფათო. მსოფლიოს გამოცდილების მიხედვით აბორტის ლეგალური შეზღუდვა არ ამცირებს მასზე მოთხოვნილებას. ისეთ ქვეყნებში, რომლებშიც აბორტი ლიბერალიზებულია, აბორტის მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა, ჯანმო-ს გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ არსებობს პირდაპირი დამოკიდებულება აბორტის შეზღუდულობასა და აბორტით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელს შორის (ჯანმო 2009) დადგინდა სირარბისა და აბორტის მაჩვენებელს შორის კოლერაცია. როდესაც ქალს არ შეუძლია უსაფრთხო აბორტის პროცედურის და საფასურის

გადახდა, მიუხედავად იმისა ლეგალურად შეზღუდულია ეს თუ არა, ის იძულებულია პრობლემა გადაჭრას იაფფასიანი, ან უფასო არაუსაფრთხო აბორტის პროცედურით.

აბორტის აკრძალვა ასევე ზრდისშემოსავლების სამსახურისათვის დაფარულ გადასახადებს, რომელთაც უხდიან პროვაიდერებს საკუთარ თავზე რისკის აღებისათვის. ქალების სიცოცხლის გადარჩენასთან ერთად , აბორტის მიმართ ლიბერალური კანონმდებლობა ეკონომიურია ჯანდაცვის სისტემისათვის, თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ უსაფრთხო აბორტის პროცედურის ღირებულება უფრო დაბალია, ვიდრე არა უსაფრთხო აბორტისა და მისით გამოწვეული გართულებების მკურნალობისათვის გაწეული ხარჯები(ჯანმო 2012).

მსოფლიოში აღიარებულია , რომ ყოველწლიურად არასასურველი 80 მილიონი ორსულობის ნახევარი მთავრდება ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტით. მიუხედავად იმისა საზოგადოებისათვის მისაღებია თუ არა აბორტი , ან არის თუ არა ლეგალური საშუალება ამ პროცედურის მიღებისა , ის მაინც ხდება არალეგალურად, არა უსაფრთხო გზით.

ისტორიულად ნიდერლანდებში აბორტის მაჩვენებელი იყო დაბალი, ხოლო შობადობა- კი მაღალი. ცნობილია, რომ აბორტი არ იყო შობადობის კონტროლის მეთოდი. დღეს დღეობით ამ ქვეყანას აქვს აბორტის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი , კონტრაცეფცივები ხელმისაწვდომია. არ არსებობს ოჯახის დაგეგმარების საკითხზე ტაბუ და ის ძალზედ განვითარებულია.

ესტონეთში პირიქით, ისევე როგორც უმეტეს პოსტ საბჭოურ ქვეყნებში, აბორტი გამოიყენებოდა, როგორც შობადობის მაჩვენებლის კონტროლის მეთოდი. ოჯახის დაგეგმარება განუვითარებელი იყო და წლების მანძილზე ამ თემაზე არსებობდა ტაბუ, პატრიარქალური შეხედულებების გამო. კონტრაცეფციული საშუალებები ქალებისათვის არ იყო ხელმისაწვდომი, რათა გაზრდილიყო შობადობის მაჩვენებელი. ეს ტრენდი ჰგავს საბჭოური და მისი დაშლის შემდგომ საქართველოში არსებულ მდგომარეობას. საქართველოსგან განსხვავებით ესტონეთმა მოახერხა, რომ 1990 იანი წლიდან ხალხისათვის კონტრაცეფციული საშუალებები ხელმისაწვდომი გაეხადა. ეს მიღწეულ იქნა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსების ზრდით და დაზღვევის გეგმაში კონტრაცეფცივების შეტანით. აგრეთვე შემსუბუქდა ოჯახის დაგეგმარებასა და სექსუალურ განათლებაზე არსებული ტაბუ, რომელიც პატრიარქალური ხედვის შედეგი იყო.

რეპროდუქციულ ჯანდაცვასა და კონკრეტულად აბორტის პრაქტიკაში დიდი ცვლილებების მიუხედავად, საქართველოში მაინც არსებობს გარემო, რომელიც გარდაქმნას საჭიროებს. აუცილებელია ჩატარდეს უამრავი

გამოკვლევა და უნდა მოხდეს ამ გამოკვლევების შეფასება, რათა დადგინდეს, თუ რა არის საქართველოში აბორტის პრაქტიკის უმთავრესი მიზეზი.

შ ე ს ა ვ ა ლ

რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ზოგადი განმარტება

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია (ჯანმო) განმარტავს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას (RP) როგორც „ ადამიანის რეპროდუქციულ სისტემასთან დაკავშირებულ: ფიზიკურ, მენტალურ და სოციალურ კეთილდღეობას, ცხოვრების ნებისმიერ ეტაპზე. ეს კი გულისხმობს იმას, რომ ადამიანებს აქვთ უფლება ჰქონდეთ დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სექსუალური კავშირი და შესაბამისად ჰქონდეთ არჩევანი იმისა თუ როდის და რამდენად ხშირად იყოლიონ ბავშვი. გარდა ამისა, ეს აძლიერებს ქალებისა და მამაკაცების უფლებას, ჰქონდეთ წვდომა: უსაფრთხო , ეფექტურ, ხელმისაწვდომ და მათთვის მისაღებ ოჯახის დაგეგმარებაზე და ჯანდაცვის სერვისებზე (HCS), რომლებიც უზრუნველყოფს მათ უსაფრთხოებას ორსულობისა და მშობიარობისას.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მკურნალობა განმარტება, როგორც რამდენიმე მეთოდი, ტექნოლოგია და სერვისი, რომლებიც უზრუნველყოფს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კეთილდღეობას და მასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებას. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მკურნალობამ უნდა გააუმჯობესოს ცხოვრება და პირადი ურთიერთობები, ის არ მოიცავს მხოლოდ სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების შესახებ რჩევებსა და ამ დაავადებების მკურნალობას(STD).

მოსახლეობის რაოდენობისა და განვითარების შესახებ ჩატარებული საერთაშორისო კონფერენციის მიხედვით რეპროდუქციული ჯანმრთელობა გულისხმობს, რომ ადამიანებს აქვთ უფლება ჰქონდეთ დამაკმაყოფილებელი, უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება და იმის საშუალება, რომ თავისუფლად გადაწყვიტონ თუ როდის და რამდენად ხშირად იყოლიონ შვილები. ის აგრეთვე მოიცავს: სექსუალურ ჯანმრთელობას , რომლის მიზანია ცხოვრებისა და სექსუალური ურთიერთობების გაუმჯობესება . ის არ მოიცავს მხოლოდ სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების შესახებ რჩევებსა და ამ დაავადებების მკურნალობას. (ქაირო 1992, მუხლი 7.2)

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა (SRH) არის მოსახლეობის ზოგადი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის მნიშვნელოვანი საზომი . სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში ექცევა ადამიანი მთელი სიცოცხლის მანძილზე და ის ვრცელდება რამდენიმე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროზე.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მოიცავს რიგი საკითხების ფართო ჩამონათვალს , მაგალითად ისეთების, როგორებიცაა: შობადობის კონტროლი, სექსუალური გზით გადამდები დაავადებები (STI) დაორსულებისა და ნაყოფიერების უნარი. აბორტი არის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ერთ-ერთი საკითხი და განიმარტება, როგორც ქალების სიკვდილიანობისა და მათი ჯანმრთელობის დაზიანებების ხელისშემშლელი საშუალება. მიუხედავად ამისა, უამრავ ქვეყანაში აბორტი გამოიყენება, როგორც შობადობის კონტროლის მეთოდი.

ქვეყნების ძალისხმევის მიუხედავად, რომელიც მიმართულია აბორტის მაჩვენებლის შემცირებისაკენ, არცერთ ქვეყანაში არ უტლოდება ის ნულს. ამას რამდენიმე მიზეზი აქვს. ადამიანებს არ მიუწვდებათ ხელი კონტრაცეფცივებზე და და/ან არ აქვთ საკმარისი , ადექვატური ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ გამოიყენონ კონტრაცეფცივები ეფექტურად. მეორე მიზეზია ის, რომ არცერთი კონტრაცეფცივი არაა 100 პროცენტით ეფექტური. მესამე მიზეზი შეიძლება იყოს ქალების წინააღმდეგ სახლში ან ომის დროს განხორციელებული ძალადობა. და ბოლოს, როდესაც ქალისათვის ორსულობა იწყება როგორც „სასურველი” თუმცა გარკვეული გარემოებების გამო, ხდება „არასასურველი”. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს განქორწინება, ან ეკონომიკური კრიზისი. დადგენილია, რომ მაშინაც კი , თუ მოხდება კონტრაცეფცივების ეფექტურად გამოყენება, მსოფლიოს გარშემო მაინც იქნება ექვსი მილიონი არასასურველი ორსულობა.

თითქმის ყველა ქვეყანაში კანონით დაშვებულია აბორტი, თუ ის ქალის სიცოცხლის გადასარჩენად ხდება. ქვეყნების სამ- მეხუთედზე მეტში აბორტი ნებადართული აფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად და ქვეყნების დაახლოებით 40 პროცენტში აბორტი ნებადართულია გაუპატიურების, ინცესტისა და არასრლუფასოვანი ნაყოფის შემთხვევაში. ქვეყნების ერთი მესამედი ნებას რთავს აბორტს თუკი ის ხდება სოციალურ ან ეკონომიკურ საფუძველზე, და ერთი მეოთხედი მაინც ნება რთავს აბორტზე სურვილის გათვალისწინებით. (გაერთიანებული ერების მოსახლეობის დაყოფა 1999). მაშასადამე, ფაქტიურად ყველა ქვეყანას უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომი და არასახიფათო სერვისები , იმ შემთხვევაში თუკი ეს კანონით დაშვებულია.

ბოლო ორი ათწლეულის მანძიზე რამდენიმე ქვეყანაში შემცირდა აბორტის მაჩვენებელი. თუმცაღა მეტად აღმაშფოთებელია ის, რომ დღესდღეობით აბორტების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მოდის ახალგაზრდა მოსახლეობაზე. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ აბორტის მაჩვენებელი შემცირდა მხოლოდ გარკვეულ ასაკობრივ ჯგუფებში. ნაკლები ინფორმაცია მოიპოვება აბორტის შემდგომი გართულებების შემთხვევების შესახებ, თუმცაღა სისხლდენა ყველაზე გავრცელებულ გართულებად ითვლება საქართველოში, რუმინეთში და მოლდოვეთის რესპუბლიკაში. მაგალითად, აზერბაიჯანში ყველაზე გავრცელებული გართულებაა მენჯის ტკივილი, ხოლო მენჯის ინფექცია-კი რუსეთის ფედერაციაში.

აბორტის შესახებ არსებული კანონმდებლობა ევროპაში - მოკლე შინაარსი

ევროპაში აბორტი ნელ-ნელა ლეგალური გახდა მეოცე საუკუნის შუა წლებში. ეს პროცესი გრძელდებოდა 1986 წლამდე, რომლის დროსაც უმეტესობა ევროპის ქვეყნებში აღიარეს აბორტი კანონიერად. თუმცაღა, აბორტის შესახებ კანონები განსხვავებულია. ამჟამად პორტუგალიასა და ირლანდიაში აბორტი არაა ნებადართული, თუმცაღა არსებობს გამონაკლისი შემთხვევები, რომელთა დროსაც ხდება პროცედურის ჩატარება. მაგალითად, ირლანდიაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში,თუ დედის სიცოცხლეს ემუქრება საფრთხე. აუცილებელია აღინიშნოს ლეგალური და ფინანსური ძალისხმევა, რომელსაც ირლანდია სწევს არალეგალური და არაუსაფრთხო აბორტის პრაქტიკის პრევენციისათვის. მკაცრი კანონმდებლობა ქალებს აიძულებს, რომ მათ ეძიონ ეს სერვისი საზღვარგარეთ (დიდ ბრიტანეთში). პორტუგალიაში, აბორტი მხოლოდ მაშინაა დაშვებული თუკი დედის სიცოცხლეს ემუქრება საფრთხე, ისევე როგორც ირლანდიაში, და იმ შემთხვევაში, თუ დედა გაუპატიურების მსხვერპლი იყო ან მას ჰყავს არასრულფასოვანი ნაყოფი.

ქვეყნების უმრავლესობაში აბორტი ნებადართულია ორსულობის 12 კვირის პერიოდამდე, შვედეთში ეს პერიოდი 18 კვირამდეა გაზრდილი. ქვეყნებში , როგორებიცაა: დიდი ბრიტანეთი (ირლანდიის გამოკლებით) და ნიდერლანდები, აბორტი დასაშვებია 12 კვირამდე პერიოდში. ქვეყნების უმრავლესობაში არ არსებობს ასაკობრივი ლიმიტი, თუ ორსულობა დედის სიცოცხლეს აგდებს საფრთხეში.

აბორტი დაშვებულია ევროპის წევრი ქვეყანებიდან უმეტესში, თუმცა ნებადართულია სხვადასხვა მიზეზის გათვალისწინებით. ქალის სასიცოცხლო რისკი ითვლება მთავარ მიზეზად, რომლისგამოც შეიძლება ჩატარდეს აბორტი. ევროკავშირში ქვეყნები შეიძლება სამ კატეგორიად და იყოს:

ქვეყნებად, რომლებშიც არის ძლიერი და შესაფერისი აბორტის სერვისი. ისინი, რომლებშიც ეს პროცედურა არის არასრულფასოვნად განვითარებული და ბოლოს ისეთი ქვეყნები, რომლებშიც არ არსებობს აბორტი პროცედურის მეთვალყურეობის ცენტრები.

ყველა ქვეყნის მიზანია, რომ შეამციროს აბორტის მაჩვენებელი. ამიტომაც ქვეყნებში აბორტის შესახებ კანონები განსხვავდება.

თავისუფალი არჩევანის დაცვის ეთიკა

ინტუიციურად არასწორია ხელოვნური აბორტი, რამეთუ ეს ნიშნავს საკუთარი სურვილით ორსულობის შეწყვეტას, მანამ სანამ ნაყოფი გახდება სიცოცხლისუნარიანი. მსოფლიოს გარშემო სხვადასხვა რელიგიები მიიჩნევენ აბორტს, როგორც ამორალურ ქცევას, რამეთუ ის სპობს სიცოცხლეს და ჩანასახს, მაშინროდესაც ძლიერმა უნდა დაიცვას სუსტი.

აბორტი არის განხილვის საგანი არამხოლოდ ერთი კონკრეტული ერის მასშტაბით, არამედ მსოფლიოს ხალხებს შორისაც. მეორეს მხრივ, მსოფლიოში სტატისტიკის მიხედვით ყოველი ქალი სიცოცხლეში ერთხელ მაინც იკეთებს აბორტს. აბორტის შესახებ კანონების მიხედვით, მნიშვნელოვანია ის, რომ ქალს ჰქონდეს უფლება აკონტროლოს საკუთარი სხეული. მაშასადამე, ამ გადაწყვეტილებაში ჩართულია კიდევ ერთი სიცოცხლე. აქ ჩნდება დილემა სოციალური ნორმებისა და სხვა მნიშვნელოვანი ფაქტორების გამო. ქალის გადაწყვეტილება შესაძლოა არ იყოს კულტურისათვის მისაღები, თუმცაღა როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ ეს დილემა მოიცავს ეთიკურ და მორალურ საკითხებს.

რელიგიისა და აზროვნების თავისუფლებას იცავს ევროპის კონვენციის მიერ დადგენილი ადამიანის უფლებების კანონების მეცხრე მუხლი. უფლება არაა აბსოლუტური. ის იზღუდება ისეთ პირობებში, როდესაც შევიწროება ხდება კანონის მიერ და აუცილებელია დემოკრატიული საზოგადოებისათვის რათა დაცული იყოს: საზოგადოების უსაფრთხოება, წესრიგი, ჯანმრთელობა, მორალი და არ შეავიწროვოს სხვათა უფლებები და თავისუფლება. თუმცაღა, ექიმს უნდა ჰქონდეს საშუალება, რომ უარი თქვას აბორტის პროცედურის ჩატარებაზე, ნაყოფიერების მკურნალობისა და ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტისათვის მიმართულ მკურნალობის კურსის წარმართვაზე, მაინც იარსებებს სხვა ექიმი, რომელსაც ექნება სურვილი, რომ უმკურნალოს

პაციენტს. მიუღებელია, როდესაც ჯანდაცვის ცენტრი უარს ამბობს აბორტის პროცედურის პრაქტიკაზე. მნიშვნელოვანია დაცული იყოს ყველა პაციენტის უფლება, რათა შეძლონ მიიღონ მაღალი ხარისხის კლინიკური მკურნალობა, რომელიც არ იქნება განკითხვადი ხასიათის, არამედ პირიქით მხარს დაუჭერს მათ.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო)

ჯანმო წარმოადგენს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რეგიონალურ სტრატეგიას. მიჩნეულია, რომ შესაფერისი: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები, ოჯახის დაგეგმარებასთან, როგორც პირველად ჯანდაცვის სტრატეგიასთან ერთად, სხვადასხვა პროგრამებთან და საზოგადოებისათვის ხელმისაწვდომ კონტრაცეფციულ საშუალებებთან ერთად, ხელსუწყობს აბორტის მაჩვენებლის შემცირებას.

ჯანმო განმარტავს აბორტს, როგორც ორსულობის შეწყვეტისაკენ მიმართულ პროცედურას, რომელსაც ატარებს ან არაკვალიფიცირებული პირი ანთავად პროცედურატარდება გარემოში, სადაც დაცული არაა მინიმალური სამედიცინო სტანდარტები, ან ორივე ერთად.

მოცემული განმარტება არაა მხოლოდ არაუსაფრთხო აბორტის პროცესის მახასიათებლებზე მიმართული. ყურადღება მახვილდება აბორტამდე და მის შემდგომ სერვისზეც. თუ კი არ ტარდება აბორტამდელი კონსულტაცია, ან პროცედურას მართავს არაკვალიფიციური პირი არაპიგიენურ გარემოში ან თუ პროცედურა არ ხდება სამედიცინო დაწესებულებაში, არამედ საექვო ნივთიერებებით, მაგალითად საშოში რაიმეს შეყვანით ან მუცლის ძლიერი მასაჟით, თუ აბორტი ხორციელდება მედიკამენტის საშუალებით, რომელიც არაკვალიფიციური პირის მიერ იქნა დანიშნული - ამ ტიპის აბორტის სერვისებიც მიჩნევა სახიფათოდ.

ხელმისაწვდომია გაიდლაინები, რომლებიც ხელს უშლის არაუსაფრთხო აბორტის პრაქტიკას და ეხმარება მის გართულებებთან გამკლავებას. გათვალისწინებული უნდა იქნეს ის, რომ არსებობს გზამკვლევი დაინტერესებულ პირთათვის, იმის შესახებ თუ როგორ განახორციელონ, რაზეც იქნა შეთანხმება მიღწეული ICPD ზე 1999 წელს (ICPD + 5) 'ისეთ სიტუაციებში, რომლებშიც აბორტი არ იკრძალება კანონისმიერ, ჯანდაცვის სისტემებმა უნდა ჩაუტარონ ჯანდაცვის პროვადერებს საჭირო ტრენინგები და მიაწოდონ აღჭურვილობა, ასევე მიიღონ სხვა ზომები, რათა უზრუნველყონ ის, რომ აბორტის პროცედურა იყოს უსაფრთხო და ხელმისაწვდომი. მიღებული უნდა იქნეს დამატებითი ზომებიც, რათა დაცული იქნეს ქალის ჯანმრთელობა.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და აბორტის თემა გაერთიანებული ერების დოკუმენტებში

რეპროდუქციული უფლებები მოიცავს გარკვეულად ადამიანის უფლებებს, რომლებიც აგრეთვე აღიარებულია ეროვნულ კანონმდებლობაში, საერთაშორისო ადამიანის უფლებების დოკუმენტებში და სხვა კონსენსუსის დოკუმენტებში. ეს უფლებები ეფუძვნება წყვილებისა და ინდივიდების ძირითად უფლებას, რომ გადაწყვიტონ თავისუფლად და შეგნებულად თუ როდის სად და რამდენი ბავშვი იყოლიონ. ეს აგრეთვე ითვალისწინებს, იმას, რომ მათ უნდა ჰქონდეთ საჭირო ინფორმაცია და ცოდნით მიღებულის პრაქტიკაში განხორციელების შესაძლებლობა. მათ უნდა ჰქონდეთ უფლება მიადწიონ უმაღლესი სტანდარტის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. (გაერთიანებული ერები 1995, მუხლი 7.3). ეს იყო მოსახლეობის რაოდენობასა და განვითარების შესახებ ჩატარებული საერთაშორისო კონფერენციის შედეგი (ICPD) ქაიროში 1994 წელს და მეოთხე მსოფლიო კონფერენციის შედეგი, რომელიც ჩატარდა ბეიჯინგში 1995 წელს (FWCW).

ბეიჯინგში მთავრობები შეთანხმდნენ, რომ „ ქალების ადამიანის უფლებები მოიცავს იმას, რომ მათ აქვთ უფლება ჰქონდეთ კონტროლი საკუთარ სხეულზე და თავისუფლად: დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე გადაწყვიტონ სექსუალობასთან დაკავშირებული საკითხები, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხი. ქალსა და მამაკაცს შორის თანასწორი ურთიერთობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში , ადამიანის მიმართ სრული პატივისცემის ჩათვლით, მოითხოვს: ორმხრივ თანხმობას , ერთობლივ პასუხისმგებლობას სექსუალურ ქცევებსა და მის შედეგებზე (გაერთიანებული ერები 1996, მუხლი 96). 1995 წელს ქაიროში ჩატარებული კონფერენცია არაუსაფრთხო აბორტის შესახებ მიჩნეულ იქნა ძირითად საზრუნავად, რადგან მთავრობები შეთანხმდნენ, რომ შეამცირებდნენ აბორტის მაჩვენებელს ოჯახის დაგეგმარების პროგრამების ინტეგრაციისა და განვითარების გზით, ხოლო ისეთ ადგილებში , რომლებშიც აბორტი არაა კანონის საწინააღმდეგო ქცევამიჩნეულ იქნა, რომ აბორტი უნდა იყოს უსაფრთხო (გაერთიანებული ერები 1995. მუხლი 8.25). ერთი წლის შემდეგ, ბეიჯინგის კონფერენციამ დაამტკიცა ეს შეთანხმებები და მოუწოდა მთავრობებს ქალების არალეგალური აბორტის დასჯის შესახებ არსებული კანონების გადახედვისაკენ (გაერთიანებული 1996. მუხლი 106).

გაერთიანებული ერების გენერალურ ანსამბლეაზე ICPD ის მიმოხილვისა და შეფასების შემდეგ 1999 წელს მიღწეულ იქნა შეთანხმება (ICDP + 5) რომლის

მიხედვითაც „ ისეთ სიტუაციებში, რომლებშიც აბორტი არ იკრძალება ლეგალურად, ჯანდაცვის სისტემებმა უნდა დაატრეინინგონ და მოამარაგონ ჯანდაცვის პროვაიდერები საჭირო აღჭურვილობით, აგრეთვე მიიღონ სხვა ზომები, რათა უზრუნველყონ ჩატარებულია ბორტის უსფრთხოება და ხელმისაწვდომობა. მიღებული უნდა იქნეს დამატებითი ზომებიც, რათა დაცული იქნეს ქალის ჯანმრთელობა (გაერთიანებული ერები 1999, მუხლი 63).

უნივერსალური ნორმატიული ინსტრუმენტები

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია

- ადამიანის უფლებათა დეკლარაცია 1948;
- კონვენცია ქალთა პოლიტიკური უფლებების შესახებ, 1952;
- კონვენცია ქორწინებაში მყოფ ქალთა მოქალაქეობის შესახებ, 1957;
- კონვენცია ქორწინებაზე თანხმობის, მინიმალური საქორწინო ასაკისა და ქორწინების რეგისტრაციის შესახებ, 1962;
- საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ, 1966;
- საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ, 1966;
- სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტის ფაკულტატური ოქმი, 1966;
- დეკლარაცია საგანგებო სიტუაციებსა და შეიარაღებული კონფლიქტების დროს ქალების და ბავშვების დაცვის შესახებ, 1974;
- კონვენცია ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ, 1979;
- ქალების მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კონვენციის ფაკულტატური ოქმი, 2000;
- ქალთა მიმართ ძალადობის აღმოფხვრის შესახებ დეკლარაცია, 1993;

- რეზოლუცია 1325 "ქალებზე, მშვიდობასა და უსაფრთხოებაზე", 2000;
- ორგანიზებული ტრანს-ნაციონალური დანაშაულის წინააღმდეგ გაეროს კონვენციის ოქმი (ადამიანების, განსაკუთრებით ქალებისა და ბავშვების ტრეფიკინგის თავიდან აცილების, აღკვეთისა და დასჯის შესახებ), 2003.

ევროპის საბჭო

- დეკლარაცია ქალთა და მამაკაცთა თანასწორობის შესახებ, 1988;
- რეზოლუცია 356 – ევროპაში ქალთა პოლიტიკური, სოციალური და სამოქალაქო მდგომარეობის შესახებ, 1967;
- რეზოლუცია 1247 – ქალთა სქესობრივი და სახიჩრების შესახებ, 2001;
- რეზოლუცია 1399 – სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ევროპული სტრატეგია, 2004.

შემაჯამებელი ანალიზის და ნიშნულბა და მიზნები

შემაჯამებელი ანალიზის მიზანია რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე და აბორტზე, როგორც მის ერთ-ერთ შემადგენელ საკითხზე არსებული ზოგადი ინფორმაციის თავმოყრა. აგრეთვე მსოფლიოს გარშე აბორტის შესახებ არსებული კანონებისა და ეთიკური დილემების ჩვენება. აბორტის თემისგან ხილვამ სოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და გაერთიანებული ერების დოკუმენტებში.

შემაჯამებელ ანალიზში მოცემული იქნება საქართველოში არსებული სტატისტიკური ინფორმაცია და გაანალიზებული იქნება მაჩვენებლის დემოგრაფიული და სოციო-ეკონომიკური ინდიკატორები. განხილული იქნება აბორტისა და კონტრაცეფტივების გამოყენების სტატისტიკური მაჩვენებლები.

მოცემული იქნება ინფორმაცია 2013 წელს დაწყებულ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაზე და აგრეთვე ხელმისაწვდომ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის სერვისებზე.

განხილულ იქნება საქართველოში აბორტის პრაქტიკის შესახებ არსებული კანონმდებლობა და რეგულაცია . მოცემული იქნება ისტორიული მიმოხილვა ზოგადად აბორტის პრაქტიკის შესახებ . და ბოლოს, დამატებით განიხილება აბორტის პრაქტიკა.

განხილული იქნება ორი აბორტის განსხვავებული მახასიათებლების მქონე ქვეყანა (ნიდერლანდები, ესტონეთი). და ბოლოს, მოცემული იქნება დასკვნები და რეკომენდაციები.

მოცემული მიმოხილვის მიზნებია:

1. შეიქმნას მიმოხილვითი დოკუმენტი , რომელშიც გაერთიანებული იქნება ინფორმაცია.
2. შეიქმნას სამომავლო გამოკვლევებისათვის წინაპირობა.
3. დადგინდეს არსებული ინფორმაციის ხარვეზები.
4. შემუშავდეს რეკომენდაციები
5. გამარტივდეს ინფორმაცია ფართო საზოგადოებისათვის.

მ ე თოდოლოგ ი ა

მიმოხილვა:

1. აბორტის შესახებ საერთაშორისო დოკუმენტები.
2. საქართველოში აბორტის ეროვნული კანონმდებლობა.
3. ეროვნული სამართლებრივი ნაშრომები საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან.
4. საქართველოს ეროვნული სტატისტიკის ოფისის დემოგრაფიული და სოციალურ-ეკონომიკური ინფორმაცია .
5. დაავადებათა კვლევის ეროვნული ცენტრისა და ეროვნული სტატისტიკის ოფისის მიერ მოცემული საქართველოში აბორტის სტატისტიკა.
6. დოკუმენტები სხვადასხვა საერთაშორისო და ეროვნული სააგენტოებიდან და ორგანიზაციებიდან.

მიმოხილვის შინაარსი დაფუძნებულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების შესახებ სამართლებრივი, სოციალური და დემოგრაფიული მონაცემების შესახებ არსებული სხვადასხვა წყაროს /ლიტერატურის ანალიზზე ძირითად წყაროებს წარმოადგენენ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური დადავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის რუტინული სტატისტიკური ანგარიშები. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ფართომასშტაბიანი კვლევის შედეგები, რომელიც საქართველოში 5 წლიანი ინტერვალებით ჩატარდა (GERSHS 1999,2005,2010) რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის შედეგები (RAMOS ,2008 წ)

ათასწლეულის განვითარების მიზნების განხორციელების ანგარიში საქართველოში (საქართველოს გაეროს ასოციაცია, 2007) ,, სქესის პრენატალური შერჩევის შესახებ კვლევების მონაცემები” (ასოციაციაჰერა XXI , 2012)

გარდა ამისა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ პერიოდულად განხორციელებული ინდიკატორების შეფასებითი გათვლების მონაცემები ქვეყნებისათვის და სხვა.

რეპროდუქციული ჯანდაცვის კონტექსტში გაანალიზდა სხვადასხვა ქვეყნის კანონმდებლობა. ასევე საქართველოს კანონები ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ”. “ პაციენტთა უფლებების დაცვის შესახებ” , „სისხლის სამართლის კოდექსი” და ა.შ. საქართველოს პარლამენტის მიერ რატიფიცირებული

საერთაშორისო დოკუმენტები : აქტები, კონვენციები, ხელშეკრულებები: აქტები, კონვენციები, ხელშეკრულებები;

სტატისტიკისა და ლიტერატურის სხვა მონაცემების ანალიზის გარდა ყურადღება მიექცა სპეციალისტებთან კონსულტაციებს , მათი გამოცდილების , შეხედულებების , მოსაზრებების და ზოგადად აბორტის საკითხისადმი დამოკიდებულების გათვალისწინების თვალსაზრისით.

(შენიშვნის სახით უნდა აღინიშნოს , რომ დოკუმენტების ფართე სპექტრის ანალიზისათვის დრო იყო შეზღუდული, რის გამოც ბუნებრივია, რომ ანალიტიკურმა მიმოხილვამ ყველაა სპექტრი სიღრმისეულად ვერ მოიცვა. შესაძლოა სრულყოფილად არ იქნას წარმოდგენილი ყველა დეტალი, კონკონენტიან კონკრეტული საკითხი, შესაბამისად მონაცემთა სისრულე არასაკმარისად ჩაითვალოს და რეკომენდაციების სიფრთხილით შეფასდეს).

ს ა ქ ა რ თ ვ ე ლ ო

სტატისტიკა დემოგრაფიული ინფორმაცია

საქართველოში მოსახლეობის საერთო ოდენობაა 4.4095 მილიონი ადამიანი. 2000 წლის შემდეგ მოსახლეობის ოდენობა გაიზარდა 55.300 ათასი ადამიანით. საქართველოს მოსახლეობის თითქმის მეოთხედი ცხოვრობს დედაქალაქ თბილისში (1.1752 მილიონი). 2014 წლისათვის საქართველოში 2.1414 მილიონი მამაკაცია, ხოლო 2.3491 - კი ქალი. აუცილებელია აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ 2.3491 მილიონი ყველა ასაკის ქალისგან მხოლოდ 1.1261 (47.937%) არის რეპროდუქციულ ასაკში (15-49). ეს აღნიშნავს იმას, რომ 2014 წელს რეპროდუქციული ასაკის ქალები საქართველოში წარმოადგენენ საერთო ქალების ოდენობის 47.937 % -ს. ეს მონაცემი აჩვენებს, რომ აღინიშნება შემცირება გასულ ათწლეუდთან შედარებით, რადგან 2004 წელს რეპროდუქციული ასაკის ქალების პროცენტული მაჩვენებელი იყო ქალების სრული რიცხვის 50.57 %-ი.

სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა საქართველოში 2006-2013 წლებში ვარიირებდა მნიშვნელოვან იცვლილებების გარეშე. თუმცადა, ბოლო დროს სიცოცხლის ხანგრძლივობამ იმატა 73.6 დან 2009 წელს 75.2 მდე 2013 წელს.

სიცოცხლის ხანგრძლივობა მამაკაცებში გაიზარდა 69.7 (2004) დან 70.08 მდე (2013). ამავე პერიოდში ქალებში სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაიზარდა 75.1 დან 79.4 მდე. 2004 წლისათვის მამაკაცისა და ქალის სიცოცხლის

ხანგრძლივობის მაჩვენებელს შორის სხვაობა იყო 7.2 , ხოლო 2013 წლისათვისის გახდა 8.6-ი.

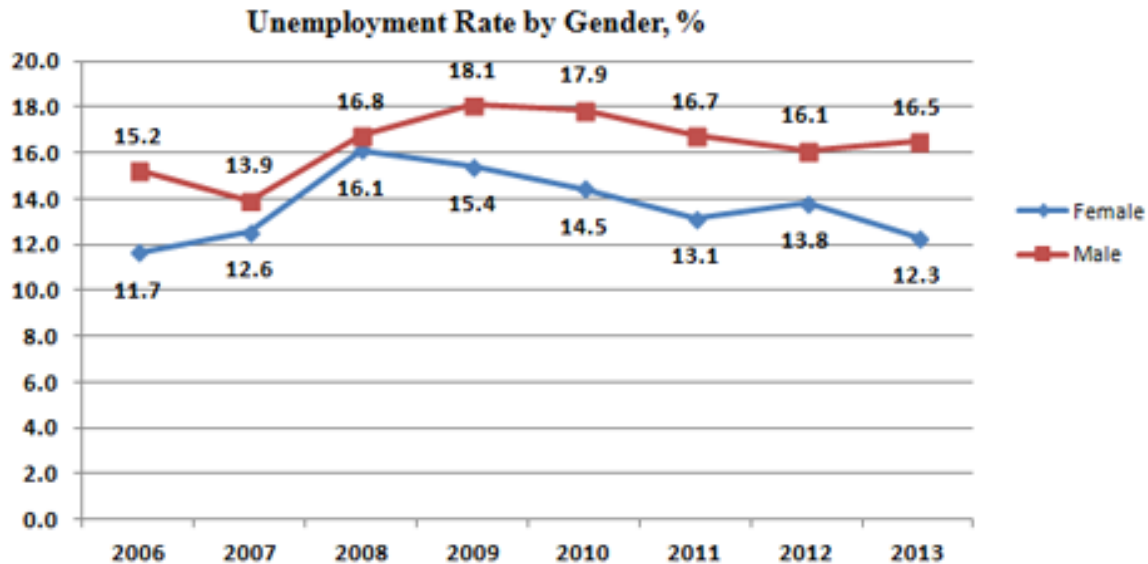
სოციალურ-ეკონომიკური ინფორმაცია

2004-2013 წლებში რეგისტრირებული ქორწინებების მაჩვენებელი გაიზარდა 14.886 დან 34.693 მდე, თუმცა გაიზარდა განქორწინების მაჩვენებელიც 1793 დან 8089მდე. 2013 წლის მაჩვენებლებით ყველაზე მაღალი განქორწინების მაჩვენებელი ფიქსირდება ქორწინებიდან პირველი 4 წლის მანძილზე(2398). ეს მაჩვენებელი მცირდება 1644 მდე 5-6 წლის დაქორწინებულ წყვილებში , 1090 მდე 10-14 წლის დაქორწინებულებში და შეადგენს 1119 ს 15-19 წლის ქორწინებებში. მეორე, ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ქორწინებებისა ფიქსირდება ქორწინებიდან 20 + პერიოდში (1898).

2013 წელს დაფიქსირდა 925.2 ათასი შრომისუნარიანი ქალი, რომლისგან 811.3 ათასია დასაქმებული, ხოლო 111.4 ათასი არის დაუსაქმებელი. შრომის უუნარო მანდილოსნების რაოდენობა შეადგენს 705.2-ათასს.

2014 წლისათვის სრული რიცხვი დასაქმებული ექიმებისა არის 6441. ქალების პროცენტული მაჩვენებელი საერთო ექიმების რიცხვიდან შეადგენს 67 % -ს.

უმუშევრობის მაჩვენებელი სქესის მიხედვით, %



კონტრაცეფცია

NCDC -ის მიხედვით საქართველოში 2012 წელს იმ ქალების რიცხვი, რომლებიც იყენებენ ჰორმონალურ კონტრაცეფცივებს გაიზარდა 99.7%-ით 2008 წლის მონაცემებთან შედარებით, ხოლო 17.9 % ით თუ შევადარებთ 2010 წლის მონაცემებს.

2012 წელს 2009 წელთან შედარებით აბორტის რიცხვი გაიზარდა 61.3 %-ით. მინი აბორტისა და აბორტის მაჩვენებლები ზრდადი ხასიათისაა. 20-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფებზე მოდის სრული აბორტის მაჩვენებლის 94 პროცენტი.

1999 წელს ჩატარდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკვლევა ქართველ ქალებში კონტრაცეფციული მეთოდების ინფორმატიულობის შესახებ. ქართველი ქალების უმრავლესობას (95%) აქვს ინფორმაცია სულ მცირე ერთი თანამედროვე კონტრაცეფციული საშუალების შესახებ, ხოლო ორ-მესამედზე მეტს კი (69%) ტრადიციული მეთოდების შესახებ. ინტრაუტერინული საშუალებების შესახებ ინფორმაციის დონე საკმაოდ მაღალია (93 %- 88%), შემდგომ აბების შესახებ ინფორმატიულობა (68 %), კალენდარული მეთოდზე (65 %) , საშოს გარეთ გათავების (50 %). კონტრაცეფციული მეთოდზე ქალთა სტერილიზაცია (ტუბალურილიგაცია) მხოლოდ 44% ს ჰქონდა ინფორმაცია. ნაკლებად პოპულარული მეთოდები იყო: ვაზექტომია (12%), სპერმიციდები (11%), საინექციო და სასწრაფო კონტრაცეფცია (4 %). ზოგადად, საშუალო რიცხვი თანამედროვე მეთოდებისა, რომელთა შესახებაც ქალები ფლობენ ინფორმაციას მოდის სამ თანამედროვე მეთოდზე. ინფორმაცია ძირითადად ვრცელდება: მეგობრებს, კოლეგებსა და თანატოლებს შორის. არსებობს აგრეთვე სხვაწყაროებიც, მაგალითად: ნათესავები, ექიმები, პარტნიორები, ტელევიზია, წიგნები , სკოლა , მშობლები.

ბოლო დროინდელი აღმოსავლეთ ევროპაში და კავკასიის რეგიონში ჩატარებული მოსახლეობის რაოდენობაზე დაფუძნებული მონაცემების მიხედვით სომხეთს (52 % 2000) და აზერბაიჯანს (53 % 2001) აქვს უმაღლესი მაჩვენებელი კონტრაცეფციების საჭიროებისა , შემდგომ უკრაინას (47 % 1999) , ჩეხეთის რესპუბლიკას (39 % 1997) , რუმინეთსა (39 % 1999) და საქართველოს(31 % 2010). ყველაზე მაღალი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნის მაჩვენებელი აქვს საქართველოს. , ეს შესაძლოა იყოს განპირობებული ორი მიზეზით. დაუკმაყოფილებელი სურვილი არასასურველი ორსულობებისა 1999 დან 2013 წლამდე შემცირდა 14 % ით, მაშინ როდესაც დაუკმაყოფილებელი სურვილი შობადობებს შორის ინტერვალების მაჩვენებლისა იგივე რჩება (10 %).

ყველაზე გავრცელებული მიზეზი კონტრაცეფციების დაუკმაყოფილებელი საჭიროებისა საქართველოში არის ინფორმაციის ნაკლებობა, კონტრაცეფციული საშუალებების გვერდითი ეფექტების მიმართ შიში და

სერვისების მიღებით გამოწვეული დისკომფორტის გრძნობა. ქალები, რომელთაც აქვთ დაუკმაყოფილებელი კონტრაცეფცივების საჭიროების პრობლემა, როგორც წესი არ აქვთ სათანადო ინფორმაცია ეფექტური კონტრაცეფციული საშუალებების შესახებ, არ აქვთ ინფორმაცია მეთოდების გამოყენების შესახებ და ნაკლებად სჯერათ იმისა, რომ ოჯახის დაგეგმარების სერვისი მათთვის ხემისაწვდომია. (რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკვლევა 2010).

1999 დან 2000 წლებში გათხოვილ ქალებს შორის დაუკმაყოფილებელი საჭიროება კონტრაცეფციაზე 31 დან 12 მდე შემცირდა. თუმცა, იმისათვის, რომ ქალების კონტრაცეფციულ საშუალებებზე მოთხოვნები იქნეს დაკმაყოფილებული უნდა გაიზარდოს მათი ინფორმაციულობის დონე და კონტრაცეფცია საქართველოში უნდა გახდეს ქალებისათვის ხელმისაწვდომი.

აბორტის სტატისტიკა

ხელოვნური აბორტი იყო ნაყოფიერების კონტროლის მეთოდი იმ 15 ქვეყანაში, რომელთაც თავი დააღწიეს საბჭოთა კავშირს. ამგვარად, სრული აბორტის მაჩვენებელი ამ ქვეყნებში არ იყო ერთნაირი. განსხვავებული მაჩვენებელი განპირობებული იყო სოციო-ეკონომიკური და კულტურული განსხვავებულობით. გოსკომ სტატის მიხედვით (1990) საბჭოთა კავშირის არსებობის მანძილზე 1000 ქალზე ფიქსირდებოდა 96 აბორტის შემთხვევა და სიცოცხლეში ხელოვნური აბორტის მაჩვენებელი იყო 3.3 თითოეულ ქალზე. ცნობილი იყო, რომ 1999 წლისათვის, საქართველოში აბორტის მაჩვენებელი 40%-50 % ით უფრო მაღალი იყო, ვიდრე რუსეთის ფედერაციაში.

1999 წელს საქართველოს SRH გამოკვლევის მიხედვით ამ რეგიონში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდა 51 აბორტი ყოველ 1000 ქალზე ასაკობრივ ჯგუფში 15-49. 1999 წლისთვის მოლშამ დაბეჭდა შემცირებული სტატისტიკა 14 აბორტი 1000 ქალზე. მამასადამე, SHR ის გამოკვლევა ამტკიცებს, რომ ეს შედეგები არის მცდარი და რეალური მონაცემი აბორტის მაჩვენებლისა იყო 135 აბორტი 1000 ქალზე 15 დან 44 ასაკობრივ ჯგუფებში და ეს არის დაახლოებით ათჯერ მეტი, ვიდრე ოფიციალური მონაცემებშია დაფიქსირებული. სტატისტიკური მონაცემების ამგვარი განსხვავება იყო შედეგი არასწორი მოსახლეობის გამოკვლევისა, რადგან გათვალისწინებული იყო მხოლოდ ოფიციალური მონაცემები. მაგალითად 1999 დან 2005 წლამდე ოფიციალური მონაცემებით ეს მაჩვენებელი იყო 80 % ით უფრო ნაკლები, ვიდრე ეს 2005 წელს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიერ გამოვლინდა. 2007 -2013 წლებში ეს განსხვავება შემცირდა 44 % მდე.

ავადმყოფობის მკურნალობის ეროვნულმა ცენტრმა (NCDC) გამოაქვეყნა ყოველწლიური სტატისტიკის მოხსენება . 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 და 2013 წლების მოხსენების ნახვა შესაძლებელია ელექტრონულად.

2008 წელს სრული რიცხვი რეგისტრირებული აბორტებისა იყო 22062 ამ მაჩვენებლის 2.1 % ჩატარებული იქნა პირველი ორსულობის დროს. 6 აბორტი დაფიქსირდა 15 წლამდე ასაკში და 1359 კი- 15 დან 19 წლამდე ასაკში.

2009 წელს აბორტების სრული რეგისტრირებული რიცხვი შეადგენს 24311 ამ მაჩვენებლის 1.8 % ჩატარებული იქნა პირველი ორსულობის დროს. 21 აბორტი იქნა ჩატარებული 15 წლამდე ასაკში, ხოლო 1689 15 დან 19 წლამდე ასაკში. 2010 წელს აბორტების სრული რეგისტრირებული რიცხვი იყო 25585. ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით აბორტის კოეფიციენტი ერთ ქალზე 2007-2010 წლებში შეადგენს 0.9-ს. უნდა აღინიშნოს, რომ ოფიციალური მონაცემები ხშირად მონაცემების შემცირებისაკენაა მიდრეკილი. უნდა გაესვას ხაზი ოფიციალური სტატისტიკისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიერ მოპოვებულ მასალას შორის განსხვავებას (2010).

20-29 ასაკობრივ ჯგუფებში აბორტის მაჩვენებელი არის მაღალი 3613,4 ყოველ 100000 (36.1/1000 ქალი). აბორტების 41.5 % ტარდება მინი აბორტის მეთოდით და აქედან 2 % ჩატარდა პირველი ორსულობის დროს. 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამო კვლევამ დააფიქსირა შობადობის კოეფიციენტის გაზრდა აბორტის კოეფიციენტის შემცირების საფუძველზე.

საქართველოს NCDC -ის 2011 წლის სტატისტიკის მიხედვით, რეგისტრირებული იქნა 31185 აბორტი. აბორტის კოეფიციენტი შემცირდა 0.1- ით და გახდა 0.8 . 2011 წელს შეინიშნება უმნიშვნელო შემცირება აბორტის მაჩვენებლისა ასაკობრივ ჯგუფებში 20-29 (35.9/1000). 30-34 ასაკობრივ ჯგუფში აბორტის მაჩვენებელი არის 47.8 ყოველ 1000 ქალზე. აბორტების 42.3 % ჩატარდა ვაკუუმის ასპირაციის მეთოდით , ხოლო 7.6 % კი- სამედიცინო აბორტის მეთოდით.

2012 წელს ოფიციალურად რეგისტრირებული რიცხვი აბორტებისა იყო 39225 . აბორტის კოეფიციენტი გაიზარდა 0.9 % ით . 20-29 წლის ასაკობრივ ჯგუფში აბორტის მაჩვენებელი გაიზარდა 52.3მდე ყოველ 1000 ქალში, ხოლო 30-34 ასაკობრივ ჯგუფში კი- 62.1მდე. ვაკუუმის ასპირაციის მეთოდის გამოყენება შემცირდა 40.6 % მდე და გაიზარდა სამედიცინო აბორტის მაჩვენებელი გაიზარდა 10.1 პროცენტამდე. პირველ ორსულობაზე აბორტის მაჩვენებელი შემცირდა 50 % ით და შეადგენს აბორტის სრული რიცხვის 1 %-ს.

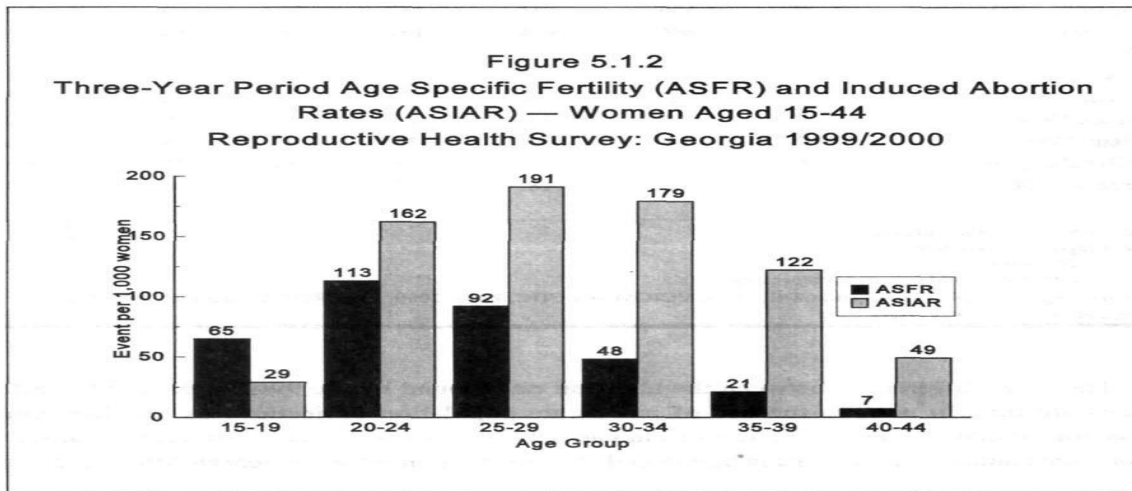
2013 წელს, 37018 აბორტი იყო ოფიციალურად რეგისტრირებული, რომელთაგან 15291 იყო მინი აბორტი.

აბორტის ასაკობრივი კოეფიციენტი და შობადობის მაჩვენებელი

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკვლევებმა აგრეთვე აჩვენა აბორტის ასაკობრივი კოეფიციენტი და შობადობის მაჩვენებელი. ხელმისაწვდომია 1999, 2005 და 2010 წლის კვლევები.

გრაფა 5.1.2

სამი წლის ასაკობრივი ნაყოფიერების კოეფიციენტი (ASFR) და ხელოვნური აბორტი (ASIAR) 15-44 წლის ასაკის ქალებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკვლევა 1999/2000 (ვერტიკალურად - ყოველ ათას ქალზე) (ჰორიზონტ- ასაკობრივიჯგუფი)



გრაფა 5.2.3

სამი წლის პერიოდის (2002-2005) სპეციფიური ასაკობრივი ნაყოფიერებისა და აბორტის მაჩვენებლები ყოველ 1000 ქალზე ასაკით 15 დან 44 წლამდე. შობადობა ყოველ 1000 ქალზე აბორტი ყოველ 1000 ქალზე

Figure 5.2.3 Three-Year-Period (2002–2005) Age-Specific Fertility and Abortion Rates per 1,000 Women Aged 15–44 Years

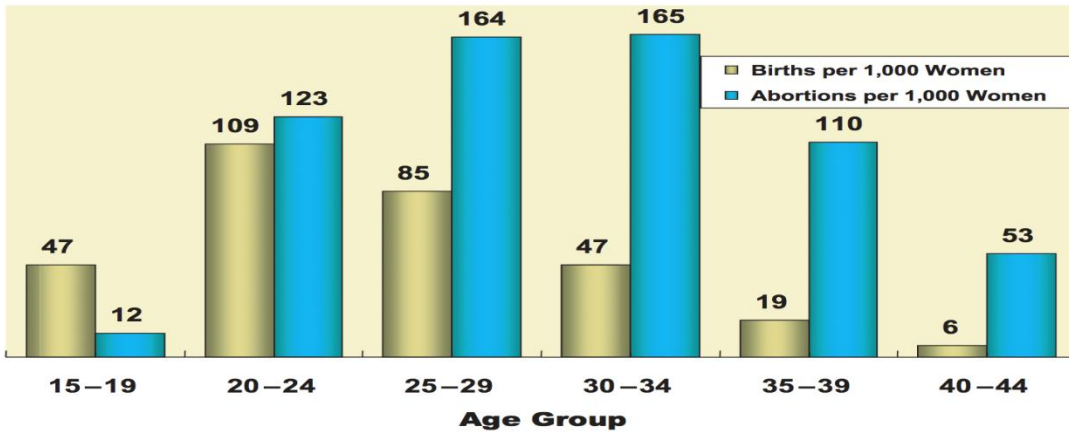
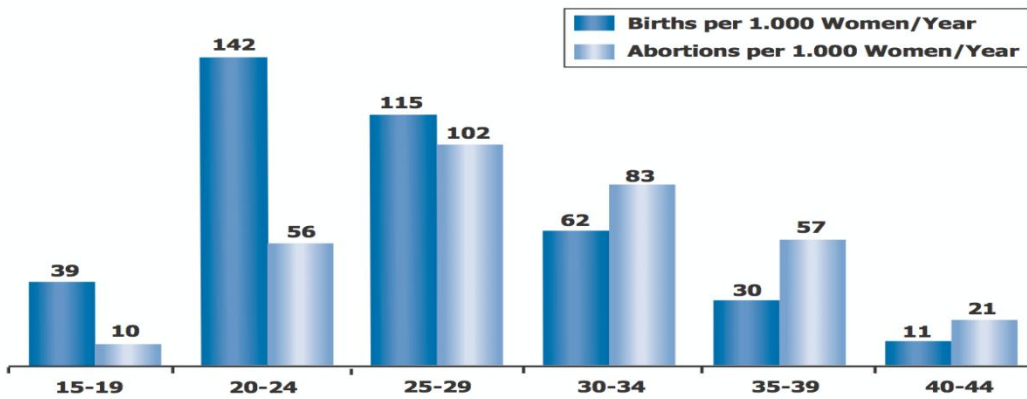


Figure 5.1.6 Three-Year-Period (2007–2010) Age-Specific Fertility and Abortion Rates per 1,000 Women Aged 15–44



გრაფა 5.1.6

სამიწლის პერიოდის (2007-2010) სპეციფიური ასაკობრივი ნაყოფიერებისა და აბორტის მაჩვენებლები ყოველ 1000 ქალზე ასაკით 15 დან 44 წლამდე.

შობადობა ყოველ 1000 ქალზე/ასაკი აბორტი ყოველ 1000 ქალზე /ასაკი 15 დან 19 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში აბორტი შემცირდა 29(1999) დან 12(2005) მდე და შემდეგ 10 (2010) მდე. ასევე შემცირდა შობადობის კოეფიციენტიც 67 დან 47 მდე და შემდეგ 39 მდე. 20 დან 24 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში აბორტის მაჩვენებელი შემცირდა 162 (1999) დან 123 მდე (2005) და შემდეგ 56 (2010 წლამდე). 2005 წელს ნაყოფიერების მაჩვენებელიც შემცირდა 113 დან 109 მდე 2005 ში. 2005 დან 2010 წელს შეინიშნება პოზიტიური ცვლილება, ზრდა შობადობის 142 მდე ყოველ 1000 ქალზე.

25 დან 29 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფებში აბორტის მაჩვენებელი შემცირდა (191 1991 წელს, 164 კი 2005 წელს) 102 მდე 2010 წლისთვის. შობადობის კოეფიციენტი ამ ასაკობრივ ჯგუფში შემცირდა 192 დან 1999 , 165 მდე 2005 წელს და 84 მდე 2010 წელს.

30 დან 34 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფებში აბორტის მაჩვენებელი შემცირდა 179 დან 1999 წელს, 165 მდე 2005 წელს და 84 მდე 2010 წელს. შობადობის კოეფიციენტი იყო 48 1999 წელს და თითქმის არ შეცვლილა 2005 წლამდე (47/1000 ქალზე), 2010 წლისათვის შობადობის კოეფიციენტი გაიზარდა 62 მდე.

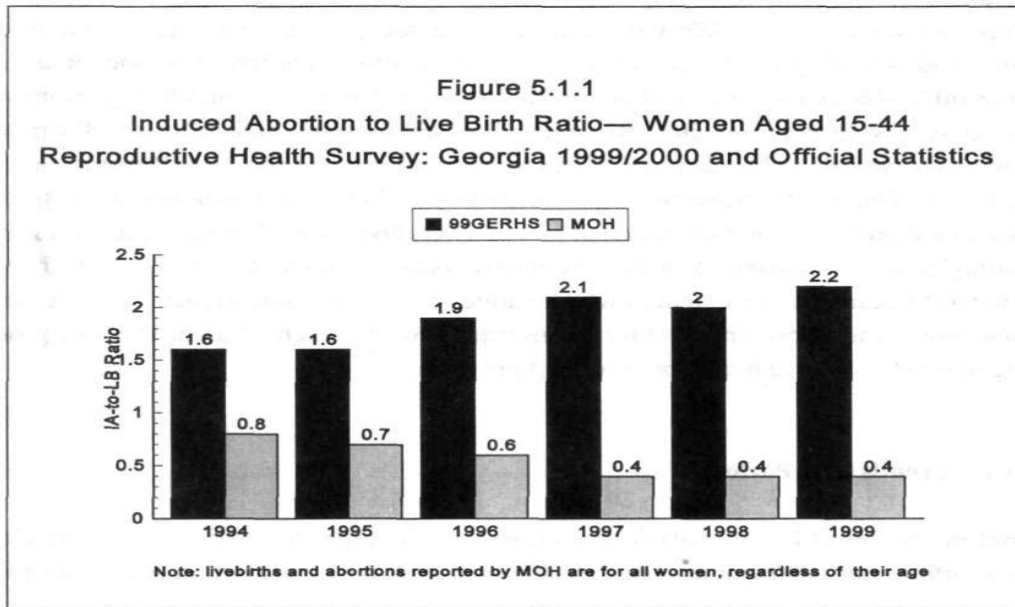
35-39 ასაკობრივ ჯგუფებში აბორტის მაჩვენებელი შემცირდა 122 დან 1999, 110 მდე 2005 წელს და 57 მდე 2010 წელს. რაც შეეხება შობადობის მაჩვენებელს ის იყო 21 1999 წელს, უმნიშვნელოდ დაეცა 2005 წელს (19/ 1000 ქალზე) და გაიზარდა 30 მდე 2010 წელს.

40-44 ასაკობრივ ჯგუფებში აბორტის მაჩვენებელი 1999 წელს იყო 49, და ის გაიზარდა 53 მდე 2005 წლისთვის. 2010 წელს აბორტის მაჩვენებელი დაეცა 21 მდე. შობადობის კოეფიციენტი 1999 წელს იყო 7, 2005 წელს 6 და 2011 წლისთვის კი თითქმის გაორმაგდა და გახდა 11 ყოველ 1000 ქალზე.

შევაჯამოთ საქართველოში 1999 წლიდან 2000 წლამდე ტენდენციები. ზოგადად, ამ პერიოდში გაიზარდა შობადობის კოეფიციენტი, შეინიშნებოდა მცირედი ცვლილება 2005 წლიდან, თუმცა ის მნიშვნელოვნად გაიზარდა 2010 წლისთვის. პერიოდი ხასიათდება აბორტის მონაცემების შემცირების ტენდენციით . შესაბამისად 1999 დან 2005 წლამდე არის მცირედი სხვაობა ვიდრე 2005 დან 2010 წლამდე პერიოდში.

ყველაზე დაბალი შობადობის კოეფიციენტი შეინიშნება 35-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში, ხოლო უმაღლესი შობადობის კოეფიციენტი მოდის 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფზე. აბორტის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია 25 დან 29 ასაკობრივ ჯგუფში 1999 დან 2010 წლამდე. თუმცა, 2005 წელს აბორტის მაჩვენებელი 25-29 ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის გაუტოლდა 30-34 წლის ასაკობრივი ჯგუფის მაჩვენებელს (24-39 წლისასაკში 164; 30-34 კი 165). ყველაზე დაბალი აბორტის მაჩვენებელი ამ პერიოდში დაფიქსირდა 15-19 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფებში.

შობადობა და აბორტი



გრაფა 5.1.1

ხელოვნური აბორტი და შობადობის მაჩვენებელი -ქალებში ასაკობრივ ჯგუფში 15-44 წლამდე. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გამოკვლევა: საქართველო 1999/2000 და ოფიციალური სტატისტიკა

საყოველთაო ჯანდაცვა

2013 წლის 21 თებერვალს საქართველოს მთავრობამ მიიღო რეზოლუცია #36 „საყოველთაო ჯანდაცვა“. # 36 რეზოლუციის მიზანი იყო, ჩატარებულ იყო რიგი აქტივობებისა, რომლებიც ხელს შეუწყობდნენ საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლას. ამ რეზოლუციის მიხედვით სახელმწიფომ წამოიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა 2013 წლის 28 თებერვალს. რეზოლუციით გათვალისწინებული აქტივობების განხორციელება მოიცავს ამჟამად მოქმედ სადაზღვეო კომპანიებს, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს (საქართველოს სერვისების განვითარების სააგენტო SSIP), საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დახმარების სამინისტროს MOLSHA (სოციალური სერვისის სააგენტო) და საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს.

#36 რეზოლუციის მიხედვით უნივერსალური ჯანდაცვის მთავარი მიზანი იყო, რომ დაფინანსებულიყო სამედიცინო სერვისები, იმ მოსახლეობისათვის, რომელთაც არ ჰქონდათ ჯანმრთელობის დაზღვევა. ძირითადად გამოიყოფა სამი მიზანი: 1) გაიზარდოს გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო სერვისებზე. 2) გაზრდილიყო პირველადი დახმარების გამოყენება(ამბულატორიული) იმისათვის, რომ გააზრებულად მომხდარიყო

მვირადღირებული და მაღალ-ტექნოლოგიური ჰოსპიტალური დახმარების გამოყენება. 3) გაუმჯობესებულიყო მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ზოგადად პირველადი ჯანმრთელობის სერვისებისა და გადაუდებელი ჰოსპიტალურ დახმარების ფინანსურად ხელმისაწვდომობით. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ხორციელდება სოციალური სერვისის სააგენტოს მიერ (SSA).

უფრო მეტიც, ფინანსური ხელმისაწვდომობის საკითხი საერთოდ არ განიხილება არც ერთ დოკუმენტში), რაც შემუშავებულა ჯანდაცვის პოლოტიკის და სტრატეგიის კონტექსტში, არცერთი პროგრამით არ ფინანსდება ხელოვნური აბორტი, რაც განაპირობებს დაბალი სოციალური ფენის (განსაკუთრებით სოფელში მცხოვრები ფერტილური ასაკის დარბი ქალების) ფსიქიურად დაავადებული ადამიანების და /ანთერაპიული /სამედიცინო აბორტის საჭიროების მქონე პაციენტების დისკრიმინაციას.

გარდა ამისა, ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულება (რაინში- როცა მხოლოდ ერთი კლინიკა არსებობს) უარს ამბობს აბორტის სერვისის განხორციელებაზე რელიგიური და სხვა მოტივით. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება დაირღვას ადამიანის მთავარი/ ფუნდამენტური უფლება სიცოცხლეზე, მით უფრო საქართველოს კანონმდებლობით უარის თქმის უფლება აქვს ექიმს(თუ მდგომარეობა არ მოითხოვს გადაუდებელ ჩარევას) და არა ამ პროფილით ლიცენზირებულ დაწესებულებას.

საქართველოსპარლამენტის მიერ რატიფიცირებული საერთაშორისო დოკუმენტები ქალთა უფლებებთან დაკავშირებით

ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია - საქართველოს პარლამენტმა დეკლარაციის რატიფიცირება მოახდინა 1991 წლის 15 სექტემბერს.

ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია- საქართველოს პარლამენტმა კონვენციის რატიფიცირება მოახდინა 1999 წლის 12 მაისს, ხოლო დოკუმენტის პირველ, მე-4, მე -6 დამე-7 (მეუღლეთა შორის თანასწორობის შესახებ) ოქმებიც ასევე რატიფიცირებულია საქართველოს საკანონმდებლო ორგანიზაციის მიერ, 2000-2001 წლებში. კონვენციის მე-12 დამატებითი ოქმის რატიფიცირება კი განხორციელდა 2001 წლის 30 მარტს. ეს ოქმი დისკრიმინაციას ეხება დაკრძალავს მას ნებისმიერ საფუძველზე.

სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტი-საქართველოს პარლამენტმა საერთაშორისო პაქტის რატიფიცირება მოახდინა 1994 წლის 25 იანვარს. სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტის ფაკულტატური I და II ოქმები : I ოქმი რატიფიცირებულია 1994 წლის 25 იანვარს, ხოლო II 1999 წლის 2 მარტს.

ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტი- საქართველოს პარლამენტის მიერ დოკუმენტი რატიფიცირებულია 1994 წლის 5 იანვარს. კონვენცია წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ-საქართველოს პარლამენტის მიერ დოკუმენტი რატიფიცირებულია 1994 წლის 22 დეკემბერს.

შრომისა და დასაქმების სფეროში დისკრმინაციის შესახებ საერთაშორისო კონვენცია-რატიფიცირებულია საქართველოს პარლამენტის მიერ 1995 წლის 4 მაისს. კონვენცია ქალის ლიკვიდაციის ყველა ფორმის შესახებ-საქართველოს პარლამენტის მიერ კონვენცია რატიფიცირებულია 1994 წლის 22 სექტემბერს. „ ქალის დისკრმინაციის ყველა ფორმის ლიკვიდაციის შესახებ” კონვენციის დამატებითი ოქმი (საქართველოს მიერ რატიფიცირებულია 2002 წლის 18 მაისს). კონვენცია ქალთა პოლიტიკური უფლებების შესახებ (მიღებულია გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ 1952 წლის 20 დეკემბერს , ძალაში შევიდა 1954 წლის 7 ივლისიდან).

საქართველოს პარლამენტის მიერ აღნიშნული კონვენცია რატიფიცირებულია 2005 წლის 16 ივნისს. კონვენცია მამაკაცთა და ქალთა თანაბარი ღირებულების შრომის თანაბარი ანაზღაურების შესახებ (მიღებულია შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ, ქ. ჟენევაში, 1951 წლის 29 ივნისს, ხოლო ძალაშია 1953 წლის 23 მაისიდან). დოკუმენტი საქართველოს პარლამენტის მიერ რატიფიცირებულია, 1996 წლის 26 მაისს.

საქართველო: აბორტის შესახებ კანონმდებლობა

ისტორიულად, 1990 წლამდე საქართველოს ჯანდაცვა კონტროლდებოდა სოციალური რესპუბლიკების კავშირის მიერ (USSR). ამჟამად, ისევე, როგორც სხვა ყოფილი კავშირის წევრ ქვეყნებში ფუნქციონირებს Semashko ჯანდაცვის სისტემა. 1955 წელს გამოქვეყნდა USSR -ის ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანება, რომლის მიხედვითაც ნება დართული ხდებოდა მე-12 კვირამდე ასაკის ორსულობისას აბორტის პროცედურის მიღება.

1987 წელს ბრძანებით # 757 USSR -ის ჯანდაცვის მინისტრმა დაუშვა მე-7 კვირამდე აბორტის ვაკუუმ ასპირაციის მეთოდით ჩატარება პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებში.

იმავე წელს ბრძანება # 1342 ის მიხედვით მოხდა ცვლილება, რომელიც ნებას რთავდა აბორტის პროცედურის ჩატარებას ორსულობის 28-ეკვირამდე, თუ იარსებებდა სამედიცინო და სოციალური წინაპირობა.

ექვსი წლის შემდეგ საერთაშორისო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ, შეცვალა ახალშობილის განმარტება და აღიარა ჩანასახი სიცოცხლისუნარიანად ორსულობის 22-ე კვირიდან. ამან კი შეამცირა აბორტის ზღვარი # 1242 ბრძანების მიერ მინიჭებული 28 კვირიდან, 22 კვირამდე.

საქართველოს პარლამენტმაც მიიღო რამდენიმე რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული კანონი. ესენია: „ჯანდაცვის ჯანონი“ (1997), საჯარო ჯანმრთელობის კანონი(2007), პაციენტების უფლების როლი (2000), HIV/AIDS-ისკანონი (2009) და სამედიცინო პრაქტიკის კანონი (2001).

თავი 23 მუხლი 139 და 140 ჯანდაცვის კანონი აბორტის მაჩვენებლის შემცირებას საქართველოში პრიორიტეტად ასახელებს. ამის გამო, აბორტის რეკლამირება აკრძალულია. მაშასადამე, პირადი სუვერენიტეტის დაცვით, ამ კანონში მოცემულია, რომ ყოველ მოქალაქეს აქვს უფლება გადაწყვიტოს ბავშვების ყოლის ოდენობა და პერიოდი, ამიტომ მას ეძლევა უფლება შეწყვიტოს ორსულობა ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ლიცენზირებული ექიმის მიერ. აგრეთვე არსებობს ორგვარი სიტუაცია: სურვილით ორსულობის შეწყვეტა შესაძლებელია 12 კვირამდე პერიოდში, მეორე პირობა: აუცილებელია აბორტამდელი კონსულტაცია ორსულიქალისა, რომლის შემდეგაც მას ეძლევა 5 დღე, რათა მიიღოს საბოლოო გადაწყვეტილება. კონსულტაციის დროს ექიმი ვალდებულია ყურადღება გაამახვილოს რიგ საკითხებზე და დაიცვას ნაყოფის სიცოცხლე, თუმცა საბოლოო გადაწყვეტილებას იღებს ქალი.

2000 წელს საქართველოს მთავრობამ მიიღო პაციენტის უფლებების დაცვის კანონი. მე-4 თავის 22-ე მუხლი აღწერს პაციენტის თანხმობას, ხოლო მე 8 თავის მე-40 მუხლი კი არასრულწლოვანთა უფლებებს. პაციენტის კანონის დაცვის გათვალისწინებით გამოუვალ სიტუაციებში სამედიცინო პროცედურის მიღება პაციენტის თანხმობის შემდეგ ხდება. აბორტის პროცედურაზე მოთხოვნა წერილობითად უნდა მოხდეს. 14 დან 18 წლამდე პირების შემთხვევაში აბორტის სერვისის მსურველმა უნდა მიაწოდოს ექიმს სრულყოფილი ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და თუ პაციენტს არ სურს, რომ ეს ინფორმაცია იქნეს გამხელილი, ექიმი ვალდებულია, არ გაანდოს ის არავის, მათ შორის მშობლებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ (Molsha) 2000 წელსგამოსცაბრძანება # 30/ი. ბრძანებაში მოცემულია სია იმ გარემოებებისა, რომელთა დროსაც გამრთლებულია 12 კვირაზე მეტი ასაკის

ორსულობის შეწყვეტა. ჯანდაცვისა და პაციენტის უფლებების კანონის შესახებ გამოცემული იქნა შემდეგი სამინისტროს ბრძანებები #136/ი, და #245/ი. შემდგომ, 2004 წლისთვის Molsha- ს სამინისტრომ მხარი დაუჭირა ორსულობის შეწყვეტისათვის მანუალური ვაკუუმ ასპირაციის შესახებ გაიდლაინებს , ხოლო 2010 წლისთვის კი სამედიცინო აბორტი გახდა დასაშვები სამინისტროს ბრძანებით.

2007 წელს (#34/ი) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შექმნა „ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭო” და „ დედათა და ბავშვთა ურთიერთობის საბჭო” (01-113/ი). 2013 წელს სტატისტიკური ფორმა და მისი წარმოების წესები იქნა დადგენილი ბრძანების მიხედვით (01-30/ი). 2014 წელს #230 ბრძანება გაუქმდა და მის ნაცვლად დამტკიცდა ახალი ბრძანება #01-182/ი. ის შეეხება შემდეგ საკითხებს: სახელმწიფოს მიერ კლინიკური მდგომარეობის მართვას, განსაკუთრებით კი - “ ორსულობის უსაფრთხო შეწყვეტის”, პროტოკოლს და პაციენტებისათვის აბორტის პროცედურების შესახებ არსებულ გაიდლაინებს.

ყველგან არ ხერხდება გაიდლაინით/პროტოკოლით დადგენილი პროფესიული სტანდარტების შესრულება. დარღვეულია ინფორმაციის მიწოდებაზე ადამიანის უფლება, ვინაიდან თემა ტაბუირებულია და ხშირად ვერ ხერხდება ახალგაზრდებისათვის ადეკვატური პუბლიკაციების მიწოდება არამარტო აბორტის, არამედ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა მნიშვნელოვან პრობლემებთან დაკავშირებითაც.

2014 წლის 7 ოქტომბერს გაუქმდა ბრძანება და შემოვიდა ახალი კანონი 01-74/ი, რომელიც შეეხება ორსულობის შეწყვეტას (აბორტს). ეს კანონი აყენებს პირობებს აბორტის წარმართვის შესახებ და აბორტამდე კონსულტირებას .უფრო მეტიც, 12 კვირაზე მეტი ასაკის შემთხვევაში აბორტის წარმართვის წესს და სამედიცინო და არასამედიცინო პირობების სიას, რომლის დროსაც ნებადართულია 12 კვირაზე მეტი ასაკის ორსულობის შეწყვეტა.

სპეციალისტებთან კონსულტაციებმა , მათი გამოცდილების, შეხედულებების, მოსაზრებების და ზოგადად აბორტის საკითხისადმი დამოკიდებულების თვალსაზრისით ჩატარებულმა ინტერვიუებმა (ერთგვარი ინტერვიუ ფოკუს-ჯგუფთან),აჩვენა გარკვეული შეუსაბამობების არსებობა პოლიტიკას და პრაქტიკას შორის . სახელდობრ, ყოველთვის არ ხერხდება ჯანდაცვის (მათ რიცხვში რეპროდუქციული ჯანდაცვის) უმაღლეს სტანდარტზე ხელმისაწვდომობის უფლების დაცვა, ჯერ კიდევ ვერ ხერხდება სრული და ხარისხიანი აბორტის სერვისებით გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის უზრუნველყოფა, ხშირად კრიტიკას ვერ უძლებს მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა და აღჭურვილობის

მხრივ არსებული მდგომარეობა; ახალი ტექნოლოგიების (მანუალური ვაკუუმ-ასპირაციის, მედიკამენტური აბორტის საშუალებების) შესახებ სამედიცინო პერსონალი რიგ შემთხვევებში მხოლოდ თეორიულად არის ინფორმირებული, მაგრამ არ აქვს გავლილი შესაბამისი მომზადება;

საქართველოში კანონი არ განსაზღვრავს აბორტის პროცედურის საფასურს. აბორტის საფასური განსხვავებული შეიძლება იყოს და ის განსაზღვრულია სერვისის პროვაიდერის მიერ. ფასები მერყეობს 20-25 ლარიდან 250 ლარამდე. ფასებში განსხვავებას სხვა და სხვა მიზეზი აქვს, მაგალითად: ორსულობის ასაკი მისი შეწყვეტის დროს, ჩატარებული გამოკვლევების რიცხვი, (მაგ: სისხლის ანალიზი, HIV/ AIDS/ STI ზე ტესტი, რეპროდუქტოლოგთან კონსულტაცია), აბორტის სერვისის მეთოდი(მანუალურით უელექტრო, ვაკუუმ ასპირაცია, კიურეტჟი თუ მედიკამენტური აბორტი) და ანესთეზიის ტიპი. საქართველოში ჯერჯერობით კანონი არ არეგულირებს აბორტის საფასურსა და ხელმისაწვდომობას.

არალეგალური/უკანონო აბორტი „ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის“ (მუხლი133) მიხედვით ისჯება ჯარიმით ან საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომით ვადით ასიდან ორასორმოც საათამდე ანდა გამასწორებელი სამუშაოთი ვადით ერთიდან ორ წლამდე.

იგივე ქმედება, ჩადენილი უკანონო აბორტისათვის მსჯავრდებულის მიერ, ან რამაც გამოიწვია შვილოსნობის სამუდამო მოშლა ან სხვა მძიმე შედეგი, ისჯება თავისუფლების შეზღუდვით ვადით სამ წლამდე, ან თავისუფლების აღკვეთით ვადით ერთიდან სამ წლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით ვადით სამწლამდე. (28.04.2006. N2937); უკანონო აბორტი, რამაც გამოიწვია სიცოცხლის მოსპობა, ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით სამიდან ხუთწლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით ვადით სამწლამდე. (28.04.2006. N2937)

აბორტი ნიდერლანდებში

1965 წლამდე ნიდერლანდებს ევროპაში ჰქონდა შობადობის უმაღლესი მაჩვენებელი. შემდგომ ათწლეულში ეს მაჩვენებელი შეიცვალა სოციალური, პოლიტიკური და კულტურული მიზეზების გამო. ოჯახის დაგეგმარების პრაქტიკის ზრდა გახდა სექსუალური და მორალური ღირებულებების ცვლისა და კონტრაცეფციების ახალი ფორმების ხელმისაწვდომობის შედეგი.

საინტერესოა ის, თუ რატომ გახდა ჰოლანდიელი ხალხისათვის ოჯახის დაგეგმარების პრაქტიკა პოპულარული. აღმოჩენილი იქნა ოთხი ძირითადი ფაქტორი. ერთ-ერთი მათგანია ჭარბი მოსახლეობის საკითხი, რომელიც დღის წესრიგში დადგა 1960 წელს და რომელმაც გამოიწვია სოციალური და პოლიტიკური დებატები. მეორე, გამოიცა ახალი კანონი ოჯახის დაგეგმარების შესახებ. მესამე, ოჯახის დაგეგმარება აღიარებული იქნა, როგორც საზოგადოებრივი პრაქტიკის მთავარი ასპექტი და ექიმებმა დაიწყეს ოჯახის დაგეგმარების სერვისის მიწოდება. ამავე დროს, ნორმალური გახდა შობადობის კონტროლის პრაქტიკა და შესაბამისად ის გახდა ჯანდაცვის განუყოფელი ნაწილი. 1969 წელს სახელმწიფომ გააუქმა კონტრაცეფცივებზე აკრძალვა და 1971 წელს ჩართო კონტრაცეპტივები ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში. ადამიანთა მიერ შობადობის კონტროლის მორალური თვალსაზრისით თავისუფლად მიღებამ კონტრაცეფცივები ხელმისაწვდომი გახადა.

დემოგრაფიული, სოციალური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გამო შობადობის კონტროლის წინააღმდეგ ყველა წინაღობა მოიხსნა და ნიდერლანდები გადაიქცა ქვეყანად, რომელშიც შობადობის კონტროლი არის გავრცელებული პრაქტიკა.

ნიდერლანდებში ქალებს შეუძლიათ შეწყვიტონ არასასურველი ორსულობა ხელოვნური აბორტის მეთოდით, რომელიც ლეგალურად განიმარტება, როგორც ორსულობის შეწყვეტა. აბორტი არაა კანონის დარღვევა, თუ მას ჰოსპიტალში ან კლინიკაში ატარებს ექიმი, რომელიც არის ამგვარი პროცედურისათვის კვალიფიცირებული ორსულობის შეწყვეტის აქტის მიხედვით. ამავე დროს აბორტი არ შეიძლება იქნეს დანახული, როგორც რუტინული სამედიცინო პროცედურა. ქალი ამას აკეთებს, მაშინ თუ მას გარემო პირობები არ უტოვებს სხვა არჩევანს.

ნებისმიერი ადამიანი რომელიც ატარებს პროცედურს, აცნობიერებს რა, ან ხვდება, რომ ეს გამოიწვევს ორსულობის შეწყვეტას, კანონით ისჯება თავისუფლების აღკვეთით 4 წელი და 6 თვემდე ან ეკისრება მეოთხე კატეგორიის ჯარიმა. კრიმინალური კოდის 296-ე მუხლის პირველი თავის მიხედვით პროცედურის პრაქტიკანტის მიერ ჩატარება არ ითვლება კანონის დარღვევად თუკი ის არის კვალიფიცირებული და აკმაყოფილებს ორსულობის შეწყვეტის აქტის მოთხოვნებს.

კრიმინალური კოდი აგრეთვე განსაზღვრავს, რომ ორსულობის შეწყვეტა შესაძლებელია მხოლოდ იმ ასაკამდე, სანამ ნაყოფს არ შეუძლია დედისაგან ცალკე იყოს სიცოცხლის უნარიანი. ექსპერტების აზრით, ამჟამად ჩანასახი ითვლება სიცოცხლისუნარიანად 24-იკვირიდან, თუმცა ექიმების უმეტესობა აბორტის პროცედურას ჩაატარებს 22 კვირამდე ორსულობისას, რადგან არ გაითვალისწინოს შესაძლო ულტრაბგერითი სკანირების შეცდომა და იყოს დარწმუნებული, რომ ის ეტევა ნორმით გათვალისწინებულ პერიოდში.

ისეთი შემთხვევების დროს, რომლების დროსაც ქალს სურს აბორტის გაკეთება სამედიცინო მიზეზების გამო, ორსულობა შეიძლება იქნეს შეწყვეტილი მაქსიმუმ 24 კვირაში, თუმცა დაბალია იმ სპეციფიური სიტუაციების რიცხვი, რომელთა დროსაც ორსულობის ამ ეტაპზე შეწყვეტა ხდება. ორსულობის შეწყვეტის აქტის მიხედვით ორსულობა შესაძლოა იქნეს შეწყვეტილი ჰოსპიტალში ან კლინიკაში, რომელიც ამგვარი პროცედურისათვის ლიცენზირებულია.

ორსულობის შეწყვეტის აქტი ძალაში შევიდა 1984 წელს. ჯანდაცვის მონიტორინგის წამომადგენლები იძლევიან ცნობებს 1985 წლის შემდეგ არსებული მონაცემების შესახებ. აქტის მიზანია დააბალანსოს ორი პოტენციური კონფლიქტის მომცველი ინტერესი: ერთის მხრივ ის ცდილობს ჯერ კიდევ არ შობილი ბავშვის სიცოცხლის დაცვას და მეორეს მხრივ, ქალების დახმარებას, რომლებიც არასასურველი ორსულობის გამო ხვდებიან რთულ სიტუაციაში. აქტის მიზანია, უზრუნველყოს ის, რომ ნებისმიერი ორსულობის შეწყვეტის შესახებ მიღებულ გადაწყვეტილებას ექცეოდეს დიდი ყურადღება და რომ ორსულობის შეწყვეტა მოხდეს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ქალს არ აქვს სხვა არავითარი ალტერნატივა.

პროცედურა

აბორტის პროცედურამდე ქალს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტაცია ზოგადი პრაქტიკოსის მიერ და ის უნდა იქნეს გადაყვანილი ჰოსპიტალში ან ექიმთან, რომლის დახმარებითაც შეწყვეტს ორსულობას. ქალმა უნდა მიიღოს ინფორმაცია სხვა შესაძლო ალტერნატივებზე. აბორტი უნდა ჩატარდეს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ქალის მიერ ეს საკითხი იქნება კარგად გააზრებული

და გადაწყვეტილება მისი თავისუფალი ნებით მოხდება. ქალს უნდა მისცენ მოსაფიქრებელი 5 დღე. ორივეს, ქალსაც და ექიმსაც ეკისრება პასუხისმგებლობა გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე. ქალმა უნდა დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება და არაა ვალდებული მიაღწიოს ოჯახის წევრებთან ან პარტნიორთან შეთანხმებას. ორსულობის შეწყვეტა აკრძალულია იმ მომენტიდან, როდესაც ჩანასახი ხდება სიცოცხლისუნარიანი. ექსპერტების უკანასკნელი მოსაზრების მიხედვით ეს ასაკი არის 24 კვირა. ხელოვნური აბორტი, რომლის შემდეგაც მენსტრუალური ციკლი გრძელდება არაუმეტეს 16 დღისა, აღინიშნება როგორც მენსტრუალური რეგულაცია. მისი ჩატარება მხოლოდ შეიძლება ჰოსპიტალში ან კლინიკაში.

აბორტი ესტონეთში

კანონმდებლობის მიხედვით ესტონეთში მოთხოვნის შემთხვევაში აბორტის პროცედურა ნებადართულია ორსულობის პირველ ტრიმესტრში და 21-ე კვირამდე პერიოდში სამედიცინო პირობების გათვალისწინებით, მაგალითად, როდესაც დედის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები ხელს შეუშლის მას ბავშვის აღზრდაში ან როდესაც ნაყოფი შესაძლოა გაჩნდეს მწვავე მენტალური ან ფიზიკური ინვალიდობით. თუმცა აბორტი დაშვებულია მაშინაც როდესაც დედა არის 15 წელზე ნაკლების ან 45 წელზე მეტის (<https://www.riigiteataja.ee/akt/13243384>). ესტონეთის მთავრობამ ორალურ კონტრაცეფცივებისა და კონდომების მიმართებაში მიიღო ხარჯების განაწილების პოლიტიკა. აგრეთვე კონტრაცეფცივების მარაგზე წვდომა გაიოლდა სახელმწიფოს მხრიდან, იმისათვის, რომ გაიზარდოს მათზე ხელმისაწვდომობა. ამის შედეგად გაიზარდა თანამედროვე კონტრაცეფციული მეთოდების გამოყენების მაჩვენებელი.

და მეტიც, ესტონეთმა დაიწყო „ადამიანთა საგანმანათლებლო“ პროგრამა, რომელიც მოიცავს სექსუალურ განათლებას. შესაბამისად მიღწეულ იქნა ღრმა ცოდნა, და გათვითცნობიერება ამ სფეროში.

ისვე, როგორც ყველა ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყანაში, დასაქმება ან არასრულფასოვანი დასაქმება რჩება პრობლემად. ამჟამად, განვითარებული სოციალური დაზღვევის სისტემა, უზრუნველყოფს იმას, რომ ნაწილობრივ დაიფაროს მათი კონტრაცეფცივების შეძენის ხარჯები. ამგვარად, ჯერ კიდევ არსებობს პრობლემები, მაგალითად ყველა ადამიანს არ აქვს დაზღვევა და არაქვს ამ სერვისით სარგებლობის უფლება. ნათელია, არსებობს პრობლემის გადაწყვეტის გზები, რომლებიც გახდის თანამედროვე კონტრაცეფციულ მეთოდებს ხელმისაწვდომს, აბორტის მაჩვენებლის შემცირებასთან ერთად.

დასკვნა

აბორტის სერვისზე ხელმისაწვდომობა:

ფართოდ გავრცელებული ექიმების შეგნებული უარი და ინსტიტუტების მიერ მკურნალობაზე უარის თქმა: გენეკოლოგთა უმრავლესობა უარს ამბობს აბორტის პროცედურის ჩატარებაზე რელიგიური მიზეზების გამო, ხოლო უამრავი კლინიკა უარს ამბობს ეფექტური რეფერალური საშუალებების შეთავაზებაზე, ამგვარ სიტუაციაში ჩავარდნილი ქალებისათვის. საქართველოში მრავალმა კლინიკამ საკუთარ შენობაში გახსნა სამლოცველო და რელიგიური სიმბოლოები და ხატები გამოფინა.

აბორტის წინა მოსაფიქრებელი ვადა: ამჟამად 5 დღე. ჯანმო-მდა CEDAW-მ მოითხოვეს ამგვარი სამედიცინო თვალსაზრისით გამოუსადეგარი შეზღუდვების მოხსნა. მოსაფიქრებელი ვადა ქალს უქმნის ფსიქოლოგიურ ტვირთს, „ჰერა XXI“-ს (HERA-XXI) გამოცდილებით და საერთაშორისო კვლევების გათვალისწინებით ის არ ცვლის ქალების გადაწყვეტილებას აბორტზე, არამედ ამის შედეგად შეიძლება ისინი აღმოჩნდნენ გესტაციური ასაკის 12 კვირიანი ლიმიტის მიღმა და შესაბამისად იძულებულნი გახდნენ, რომ ეძიონ არალეგალური და არაუსაფრთხო აბორტი, რომელიც ქალის ჯანმრთელობისათვის სახიფათო გართულებებს იწვევს.

ტერიტორიული ბარიერები: სოფელში და მთიან ადგილებში მცხოვრები ქალები იძულებულნი არიან დიდ მანძილზე იმგზავრონ, რათა მიაღწიონ კლინიკას. აბორტის წინა მოსაფიქრებელი ვადა ნიშნავს, რომ მათ მოუწევთ ორმაგი ხარჯის გაწევა. ამ დორისათვის კი კლინიკამ ან ექიმმა შესაძლოა უარი უთხრას ამ პროცედურაზე.

ღირებულება: აბორტისა და კონტრაცეფციის ხარჯებს არ ფარავს ჯანმრთელობის დაზღვევა. აბორტის ღირებულება შეიძლება იყოს ზოგიერთი ქალის ერთი თვის ხელფასის ექვივალენტური.

ეკლესიის გავლენა: ეკლესიამ მოუწოდა მთავრობას, რათა გაეხადა აბორტის პროცედურა არალეგალური. ჰერა - XXI-ის ცნობებით მანდატორული ვადის შემოღება მოხდა ეკლესიის ზრდადი გავლენის გამო. ეს კანონი არ იყო სპეციალური კომისიის მიერ რეკომენდირებული, რომელმაც მთავრობას შესთავაზა უსაფრთხო აბორტის ახალი პროტოკოლი, პირიქით, კომისია

ცდილობდა, რომ ამოელო აბორტის წინა მოსაფიქრებელი ვადა კანონიდან ჯანმო-ს რეკომენდაციის გათვალისწინებით.

რეკომენდაციები

- შესწავლილი იქნეს ქალების ქცევა აბორტთან მიმართებაში, მისი გამოყენება როგორც შობადობის კონტროლის მეთოდი ქალის ცხოვრებაში.
- შესწავლილი იქნეს და დადგინდეს საქართველოში აბორტის პრაქტიკის გამომწვევი მიზეზები (სპეციფიურად საქართველოში არსებული მიზეზები)
- დადგინდეს აბორტის რელენტური მიზეზები.
- შემუშავდეს გაიდლაინების მონიტორინგის მექანიზმი
- გამოკვლევულ იქნეს შობადობის მაჩვენებელზე კონტრაცეფცივების გამოყენების ზეგავლენა.
- მოხდეს სადაზღვევო გეგმაში კონტრაცეფციული მეთოდების გაერთიანება.
- მოხდეს აბორტის შემდგომი გართულებების შემთხვევების დადგენა და გამოკვლევა (ფიზიკური და ფსიქოლოგიური), შემუშავდეს მოქმედების გეგმა, იმისათვის, რომ ჯანამრთელობის დაზღვევის გეგმაში გაერთიანდეს მკურნალობის საკითხები (მკერდის კიბო).
- რეპროდუქციული უფლებების მონიტორინგის მიზნით საჭიროა საკოორდინაციო მექანიზმის შექმნა.
- აუცილებელია რეპროდუქციული უფლებების მარეგულირებელი დოკუმენტების ანალიზი ადამიანის უფლებების დაცვის საერთაშორისო სტანდარტებთან დაახლოების და ლიბერალური პრინციპების გაძლიერების თვალსაზრისით (საერთაშორისო რეკომენდაციების გათვალისწინებით).
- კოოპერაცია პარლამენტთან და მთავრობასთან აბორტების შემცირების სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავებასა და ამოქმედებასთან დაკავშირებით.

- საჭიროა მუშაობა ჯანდაცვის სამინისტროსთან კლინიკების სელექციის, სტანდარტიზაციის, სერვისების გაუმჯობესების პირობების, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის, ძალადობის მსხვერპლთა, ფსიქიურად დაავადებული ქალების, არასრულწლოვანი გოგონების ორსულობის შეწყვეტის პროცედურის დაფინანსების /სადაზღვევო პაკეტში გათვალისწინების საკითხებზე.
- მიზანშეწონილი იქნება კვლევების ინიცირება სერვისების ხელმისაწვდომობის (გეოგრაფიული, ფინანსური, სოციო–კულტურული), რესურსების, მომხმარებლის კმაყოფილების ასპექტების შესასწავლად და შედეგების გამოყენება ცვლილებათა საჭიროების მეტი არგუმენტირებისათვის.
- აუცილებელია მუშაობა მედიასთან და საზოგადოებასთან აბორტის თემის სტიგმატიზაციის დასაძლევად; ასევე ქალებისათვის ინფორმაციის მიწოდება მათი უფლებების თაობაზე დაბეჭდილი სახით; აბორტის გართულებათა შესახებ საზოგადოების ინფორმირების გაუმჯობესება.
- სერვისების კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბება – შიდა კონტროლის მექანიზმის რეფორმირება ეფექტურობის უზრუნველყოფისათვის.
- მედ-მუშაკთა კვალიფიკაციის ამაღლება (პროფესიული ტრენინგ–საჭიროებების განსაზღვრა; ტრენინგების კურიკულუმების შექმნაში და კონტროლის, მენეჯმენტის, ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროში, ასევე არასრულწლოვანთა და ძალადობის მსხვერპლთა მოპყრობის სამართლებრივი და ფსიქოლოგიური თავისებურებების და მოპყრობის საკითხებზე.
- რეგისტრაციის და აღრიცხვის სისტემის შემდგომი დახვეწა და სისტემატიზაცია.

ბიბლიოგრაფია

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ, editors (2004). Comparative Quantification of Health risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors. 959–1108. Geneva, Switzerland, WHO.

Chanturidze T, Ugulava T, Durán A, Ensor T, Richardson E (2009). Georgia: Health System Review. Health Systems in Transition; 11(8):1–116.

Chitashvili M, Javakhishvili N, Arutiunov L, Tsuladze L, Chachanidze S (2010). National Research on Domestic Violence Against Women in Georgia. Final Report. Tbilisi, Georgia. UNFPA.

CoReform Project (2005). Review and Analysis of Reproductive Health Legislation and Policy in Georgia. Tbilisi, Georgia, USAID.

Georgian Ministry of Health, Labor and Social Affairs, Georgia National Reproductive Health Policy, 2006, Tbilisi, Georgia: Government of Georgia, 2007.

Goskomstat, USSR (1990). Demographic Yearbook of the USSR, 1990. Moscow: Goskomstat USSR.

Government of Georgia (1997). Law of Georgia of 10 December 1997 on Health Care. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (1997). Law of Georgia of 5 May 2000 on Patient Rights. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (1997). Law of Georgia of 27 June 2007 on Public Health. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (1997). Law of Georgia of 17 November 2009 on HIV/AIDS. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (2001). Law of Georgia on Medical Activities of 08 June 2001. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (2002). Decree #31: Measures on the Improvement of the Registration System in the Demography Statistics. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (2006). Law on Prevention of Domestic Violence, Protection and Support of Domestic Violence Victims, June 2006. Tbilisi, Georgia: Government of Georgia.

Government of Georgia (2002). Decree #30 o: list of medical complications for abortion after 12 weeks of pregnancy.

Government of Georgia (2002). Decree #01-74/n 07.10.2014: Order of implementation of termination of pregnancy up to 12 weeks.

Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, and A. Wagstaff. 2000. Social-economic differences in health, nutrition and poverty. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank. Washington D.C.: The World Bank.

Henshaw SK (1998). Unintended Pregnancy in the United States. Family Planning Perspectives; 30(1):24–29 and 46.

International Planned Parenthood Federation (IPPF)(2007).Abortion Legislation in Europe. Available at [http:// www.ippfen.org/](http://www.ippfen.org/)

Khomasuridze A, Kristesashvili J, and Tsuladze G (2005). Male Reproductive Health Survey, Tbilisi, Georgia: United Nations Population Fund (UNFPA).

Kristesashvili J, and Tsuladze G (2002). Adolescents' Reproductive Health Survey, Tbilisi, Georgia: United Nations Population Fund (UNFPA).

Kristesashvili J, Surmanidze L, et al. (2009). Adolescents' Reproductive Health Survey in Georgia, Tbilisi, Georgia: EU, UNFPA, EPF.

Kristesashvili, J, and Zardiashvili P (2009). “Comparative Analysis of Results of Adolescent Reproductive Health Surveys Conducted in Armenia, Azerbaijan and Georgia”, EU/UNFPA co-funded project “Reproductive Health Initiative for Youth in the South Caucasus” (RHIYC), Tbilisi.

Rahman A, Katzive L, Henshaw SL. 1998. A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985–1997. *International Family Planning Perspectives*; 24(2):56–64.

Rossier C (2003). Estimating Induced Abortion Rates: a Review. *Studies in Family Planning*; 34(2):87–102.

Sakvarelidze L., 2010. Health and Health Care Georgia 2009: Statistical Yearbook. Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control. Tbilisi, Georgia, NCDC.

Serbanescu F, Morris L, Nutsbidze N, Imnadze P, Shaknazarova M (2001). Reproductive Health Survey, Georgia, 1999–2000. Final Report. Atlanta, GA (USA): Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, USA.

Serbanescu F, Imnadze P, Bokhua Z, Nutsbidze N, Jackson DB, Morris L (2007). Reproductive Health Survey, Georgia, 2005. Final Report. Georgian National Center for Disease Control and Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA, USA.

State Department for Statistics (2003). Population of Georgia in 2002: Statistical Abstract. Tbilisi, Georgia: State Department for Statistics.

State Department for Statistics (2010). Key Population and Health Statistics. Available at: <http://geostat.ge>

Tietze C and Henshaw S (1986). Induced Abortion, a World Review. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1986, Chapter 8.

USSR Ministry of Health (1982). Order No. 234 of March 1982.

USSR Ministry of Health (1987). Order No. 757 of June 5, 1987 and Order No. 1342 of December 1987.

USSR Ministry of Health (1990). Order No. 484 of December 14, 1990.

Westoff CF (1976). The Decline of Unplanned Births in the United States. *Science*; 191:38–41.

WHO (1991). Indicators for Assessing Breast Feeding Practices (WHO/CDD/SER/91.14). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2006). Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015.

WHO (2010a). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2011b). World Health Statistics 2011. Available at: www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf

Bull World Health Organ 2014;92:155 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>
“From concept to measurement: operationalizing WHO’s definition of unsafe abortion”

World Health Organization 2003. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (ISBN 92 4 159034 3).

World Health Organization 2012. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (ISBN 978 92 4 154843 4).

World Health Organization 2014. Clinical practice handbook for safe abortion (ISBN 978 92 4 154871 7).

Report to the Norwegian Ministry of Foreign Affairs By Berit Austveg, M.D. March 2014. “Moral and Ethical arguments for Safe, Legal Abortion; Considerations for global negotiations”