

ოჯახის დაგეგმვის პოლიტიკისა და
სერვისების გაძლიერება - უსაფრთხო
და ეფექტური გზა აბორტის სიხშირის
შესამცირებლად საქართველოში
პოლიტიკის მიმოხილვა

პოლიტიკის მიმოხილვა

ოჯახის დაგეგმვის პოლიტიკისა და სერვისების გაძლიერება - უსაფრთხო და ეფექტური გზა აბორტების სიხშირის შესამცირებლად საქართველოში

პოლიტიკის მიმოხილვა მომზადებულია გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ ადგილობრივ ექსპრტებთან თანამშრომლობით

გაეროს მოსახლეობის ფონდი არ იღებს პასუხისმგებლობას შესაძლო უზუსტობებზე.

შეჯამება:

პოლიტიკის მიმოხილვა ეფუძნება საერთაშორისო და ადგილობრივი კვლევებისა და პუბლიკაციების ყველაზე სანდო მონაცემებს და გამიზნულია გადაწყვეტილების მიმღებთათვის, რათა დაეხმაროს მათ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული და ეფექტური პოლიტიკისა და ინტერვენციების შემუშავებაში, რომელიც მიმართული იქნება აბორტების სიხშირის შესამცირებლად და დედათა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად.

არსებული მტკიცებულებების მიხედვით

- უსაფრთხო აბორტზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა არ ამცირებს აბორტის სიხშირეს;
- აბორტის ჩატარების წინს მოცდის პერიოდის შემოღება, ან ამ მოცდის პერიოდის გახანგრძლივება შედეგად მოიტანს აბორტების ჩატარებას ორსულობის უფრო გვიან ვადაზე, და ამგვარად გაამძნელებს პროდუცურას;
- მოცდის პერიოდის შემოღება ან მისი გახანგრძლივება გულისხმობს, რომ ქალები არ არიან აღიარებული, როგორც კომპეტენტური გადაწყვეტილების მიმღები პირები, და ამგვარად, არღვევს ქაიროს მოსახლეობის და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე (ICPD) და პეკინის საერთაშორისო კონფერენციაზე მიღებულ გადაწყვეტილებებს;
- ვერც ერთმა ქვეყანამ, რომელიც ეცადა შობადობის გაზრდას უსაფრთხო აბორტზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვით, ამ შედეგს ვერ მიაღწია. ნაცვლად ამისა, უსაფრთხო აბორტზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვამ გამოიწვია დედათა გაზრდილი სიკვდილობა და ავადობა, მეორადი უმვილობის ჩათვლით;
- ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, აბორტის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის/გამძნელების გარეშე, არის ეფექტური გზა აბორტების საწინააღმდეგოდ. ამავე დროს, ეს არის ამ მიზნის მიღწევის ერთადერთი უსაფრთხო სტრატეგია;
- სწორი პოლიტიკით, სახელმწიფო მხარდაჭერით და ინვესტირებით ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება თვალსაჩინო შედეგს იძლევა აბორტის სიხშირის შემცირებისა და ქალთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მხრივ, და ამავე დროს, არ ახდენს გავლენას შობადობის მაჩვენებლებზე.

შინაარსი

სარჩევი

თავი I: შესავალი.....	3
თავი II: ძირითადი საკითხები	3
აბორტები – საერთაშორისო სტრატეგიები და არსებული მარეგულირებელი ჩარჩო საქართველოში	3
ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ხელმისაწვდობა და მიწოდება.....	5
თავი III: პოლიტიკის შესაძლო მიმართულებები	7
a. სავალდებულო მოცდის პერიოდი და სხვა შეზღუდვითი ღონისძიებები აბორტის სერვისების მიმართ	7
b. ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიწოდებისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება.....	8
თავი III: დასკვნები და რეკომენდაციები	9

თავი I: შესავალი

მიუხედავად პროგრესისა, რომელსაც საქართველომ მიაღწია უკანასკნელ ათწლეულში აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტის (TIAR) შემცირების თვალსაზრისით, აბორტი კვლავ ფართოდ გავრცელებულია ქვეყანაში და, რაც კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, ოჯახის დაგეგმვის ერთ-ერთ მეთოდს წარმოადგენს. გარდა ამისა, საზოგადოების გარკვეულ ნაწილში არსებობს მოსაზრება, რომ ქვეყანაში შობადობის დაბალი მაჩვენებლის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს აბორტები წარმოადგენს.

აბორტის პრობლემის გადასაჭრელად ინიცირებულია საკანონმდებლო ცვლილებები, სადაც შეთავაზებულია აბორტისწინა მოცდის პერიოდის გაზრდა დღეს არსებული სამი დღიდან ხუთ დღემდე და სახელმწიფო მონიტორინგის გაძლიერება აბორტისწინა კონსულტაციის სერვისებზე.

აღნიშნული საკანონმდებლო ცვლილებების დადებითი მოტივაციის მიუხედავად, შემოთავაზებულ მიდგომას მნიშვნელოვანი საფრთხეები ახლავს, რაც დაკავშირებულია უსაფრთხო აბორტის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის მიმართ ბარიერის გაზრდასთან, რასაც შეიძლება ნეგატიური ეფექტი ჰქონდეს ქალებისა და დედების ჯანმრთელობაზე. უფრო მეტიც, მრავალი ქვეყნის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ აბორტის მიმართ შეზღუდვით პოლიტიკას შედეგად არ მოაქვს შობადობის მაჩვენებლებისა და დემოგრაფიული სიტუაციის გაუმჯობესება; ამის ნაცვლად, ეს ცვლილებები იწვევს დედათა სიკვდილობისა და ავადობის მატებას. შესაბამისად მნიშვნელოვანია, რომ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის ასეთი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებები ეფუძნებოდეს საუკეთესო საერთაშორისო და ადგილობრივ მტკიცებულებებს.

თავი II: ძირითადი საკითხები

აბორტები – საერთაშორისო სტრატეგიები და არსებული მარეგულირებელი ჩარჩო საქართველოში

მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის (The International Conference for Population and Development - ICPD) მიერ დამტკიცებული სამოქმედო გეგმის შესაბამისად ქვეყნები შეთახმდნენ, რომ ლეგალურად დაშვებული აბორტი უნდა იყოს უსაფრთხო და ხელმისაწვდომი პირველადი სამედიცინო მომსახურების დონეზე.ⁱ ICPD სამოქმედო გეგმა აღიარებს, რომ არალეგალური აბორტი დედათა სიკვდილობისა და ავადობის უმთავრესი მიზეზია და ზიანის მომტანია ქალებისა და ოჯახებისათვის.ⁱⁱ სახელმწიფოები შეთანხმდნენ რომ „მნიშვნელოვნად შეამცირებენ არალეგალურ აბორტთან დაკავშირებულ სიკვდილისა და ავადობის შემთხვევებს“ⁱⁱⁱ და მიიღებენ ზომებს არალეგალური აბორტის პრევენციისათვის, კერძოდ ოჯახის დაგეგმვის სერვისების განვითარებისა და გაუმჯობესების გზით.^{iv}

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ აბორტი ერთ-ერთ უსაფრთხო სამედიცინო პროცედურად არის აღიარებული, თუმცა გართულების რისკი იზრდება

ორსულობის ვადის ზრდასთან ერთად. საკანონმდებლო შეზღუდვები, სხვა ბარიერებთან ერთად, აიძულებს ქალებს რომ მიმართონ არაპროფესიონალების დახმარებას, ზოგჯერ სამედიცინო დაწესებულებების გარეთ და ხშირ შემთხვევებში, ორსულობის გვიან ვადებზე. ასეთ სახიფათო პირობებში ჩატარებული აბორტის (unsafe abortion)¹ შედეგები სავალალოა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით ყოველწლიურად, მსოფლიოში ყოველწლიურად 47,000 ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილის მიზეზია სახიფათო პირობებში ჩატარებული აბორტი, ხოლო 5 მილიონ ქალს - შედეგად უვითარდება მძიმე გართულებები. შეფასებებითი მონაცემებით, აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონის ზოგიერთ ქვეყანაში დედათა სიკვდილობის დაახლოებით 30% სახიფათო პირობებში ჩატარებული აბორტით არის გამოწვეული.^v ოთხიდან ერთ ქალს სახიფათო პირობებში ჩატარებული აბორტის შედეგად უვითარდება დროებითი ან მუდმივი ინვალიდობა,^{vi} მათ შორის მეორადი უშვილობა. აღნიშნული ციფრები სრულად ვერ ასახავს პრობლემის სიმწვავეს, ვინაიდან მონაცემები არასაკმარისად აღირიცხება სახიფათო პირობებში ჩატარებულ აბორტთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური, ფინანსური და ფსიქოლოგიური სტრესისა და სტიგმის გამო.

უსაფრთხო პირობებში ჩატარებული ათასობით პროცედურის მონაცემების ანალიზის შედეგები აჩვენებს, რომ უსაფრთხო აბორტი (ანუ აბორტი ჩატარებული კვალიფიციური პერსონალის მიერ შესაბამის პირობებში) არ არის საფრთხის შემცველი ქალის ჯანმრთელობისათვის. დამატებით, აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში ბოლო 20 წლის მანძილზე მოგროვებულმა მონაცემებმა აჩვენა, რომ კონტრაცეფციის შესახებ კონსულტირებაზე და თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა მეტად წარმატებული სტრატეგიაა აბორტის სიხშირის მნიშვნელოვნად შემცირებისათვის. ამგვარად, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, აბორტის მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის/გაძნელების გარეშე, არის ეფექტური გზა აბორტების საწინააღმდეგოდ. ამავე დროს, ეს არის ამ მიზნის მიღწევის ერთადერთი უსაფრთხო სტრატეგია.^{vii}

აბორტის გაკეთების შესახებ ქალის გადაწყვეტილებაზე აბორტის ლეგალურ სტატუსს გავლენა არა აქვს, მაგრამ იგი პირდაპირ კავშირშია უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობასთან. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით **“აბორტის საკანონმდებლო შეზღუდვის თუ მისი არარსებობის შემთხვევაში ალბათობა იმისა, რომ ქალს ექნება დაუგეგმავი ორსულობა და იგი მიმართავს სამედიცინო სერვისებს ორსულობის შესაწყვეტად, პრაქტიკულად თანაბარია.”** შესაბამისად, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ხაზს უსვამს აბორტის უსაფრთხო და შეუზღუდავი სერვისების ხელმისაწვდომობას **“ყველა ქალისათვის კანონმდებლობის სრული დაცვით.”**

საქართველოს კანონმდებლობა შეიცავს მნიშვნელოვან რეგულაციებს, რომელიც სრულ შესაბამისობაშია საერთაშორისო კონვენციებთან. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 136 მუხლის მიხედვით *„საქართველოს ყველა მოქალაქეს აქვს უფლება დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და*

¹ “Unsafe abortion” - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, აქ და ქვემოთ მოხსენიებული იქნება, როგორც “სახიფათო პირობებში ჩატარებული აბორტი”

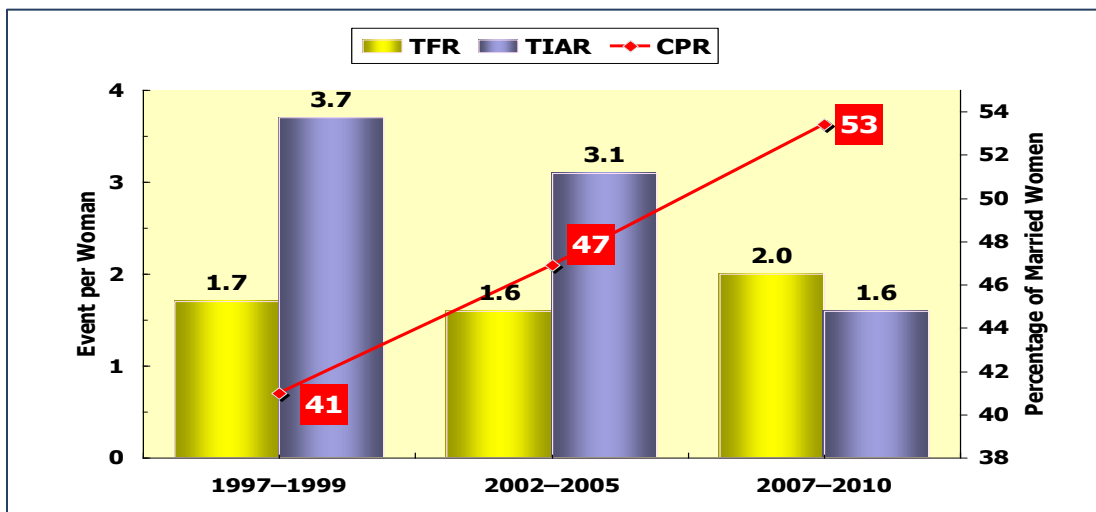
მათი დაბადების დრო. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ადამიანის უფლებებს რეპროდუქციის სფეროში საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.“ ამავე კანონის 138 მუხლის მიხედვით „კონტრაცეპტივების წარმოება, იმპორტი და გავრცელება ხდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით,“ ხოლო 139.1 მუხლის შესაბამისად “ქალთა ჯანმრთელობის დაცვა აბორტების შემცირების გზით“ სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა.^{viii}

დღეს არსებული კანონმდებლობის მიხედვით, ორსულობის ნებაყოფლობით შეწყვეტა ნებადართულია, თუ ორსულობის ვადა არ აღემატება 12 კვირას და მისი ჩატარება დასაშვებია მხოლოდ სათანადო ნებართვის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, სერტიფიცირებული ექიმის მიერ. აბორტის წინ ორსულს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება და გასაუბრებიდან პროცედურამდე სავალდებულოა სამი დღის მოსაფიქრებელი ვადა. თორმეტ კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ განსაზღვრული სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების მიხედვით.

ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ხელმისაწვდობა და მიწოდება

უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში საქართველომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია ხელოვნური აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტის შემცირების თვალსაზრისით, მაშინ, როდესაც 90-იან წლებში ეს მაჩვენებელი ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი იყო მსოფლიოში. საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევების მონაცემებით (Georgia Reproductive Health Surveys - GERHS 1999, 2005, 2010), ყველა სახის კონტრაცეფციის გამოყენების (პრევალენტობის) მაჩვენებლის (CPR) 41%-დან to 53%-მდე ზრდასთან ერთად აღინიშნა აბორტების ჯამობრივი კოეფიციენტის (TIAR) მკვეთრი შემცირება 3.7-დან 1999 წელს, 1.6-მდე 2010 წელს, რასაც თან სდევდა შობადობის ჯამობრივი კოეფიციენტის (TFR) მატება 1.7-დან 2.0-მდე [გრაფიკი 1].

გრაფიკი 1: ცვლილებები შობადობის ჯამობრივ კოეფიციენტში (TFR), აბორტების ჯამობრივ კოეფიციენტსა (TIAR) და კონტრაცეფციის პრევალენტობაში (CPR) 1999 წლიდან 2010 წლამდე



აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს პირდაპირ კორელაციაზე ამ სამ ინდიკატორს შორის: საქართველოს 15 წლიანი გამოცდილება აჩვენებს, რომ (ა) აბორტის პრევენცია შესაძლებელია ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ხელმისაწვდომობის გაზრდის შედეგად; (ბ) გარკვეული პროპორციით, ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებმა ჩაანაცვლა აბორტის მავნე პრაქტიკა; (გ) კონტრაცეფციის პრევალენტობის ზრდას არა აქვს გავლენა შობადობის ჯამობრივ კოეფიციენტზე, რომელიც განპირობებულია სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორებით, რასაც ასევე ადასტურებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემები: მომავალში მეტი შვილების ყოლის სურვილი დამოკიდებულია ოჯახში ბავშვების რაოდენობასა და ეკონომიკურ მდგომარეობაზე.^{xi}

მიუხედავად იმისა, რომ 2010 წლის რეპროდუქციული კვლევის მონაცემებით, ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე საშუალებების მოხმარება გაიზარდა, ის კვლავ საკმაოდ დაბალ დონეზე რჩება. საქართველოში ორსულობების საერთო რაოდენობიდან ერთი მესამედი (36%) არასასურველი ორსულობაა (11% უდროა, ხოლო 26% ზოგადად არასასურველი), რაც გაუმჯობესებაა 1999 (59%) და 2005 (51%) წლებთან შედარებით, თუმცა მიუთითებს, რომ შემთხვევითი ორსულობა კვლავ საკმაოდ ხშირად ხდება.

მნიშვნელოვანია, რომ აბორტის შემდგომი კონსულტირება, რომელიც რეკომენდირებულია ქალთა ცოდნის ამაღლებისა და ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკის გაუმჯობესების მიზნით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემების მიხედვით, მხოლოდ შემთხვევების ერთ მესამედში ხდება და ქალების მხოლოდ 14%-ს უტარდება კონსულტირება კონტრაცეფციის კონკრეტული მეთოდის შესახებ.

ყველა ეს მტკიცებულება გვამღვეს უმნიშვნელოვანეს ინფორმაციას კონტრაცეფციის პრევალენტობის მაჩვენებლის გაზრდის აუცილებლობის შესახებ, რათა შევამციროთ აბორტების რაოდენობა ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ნებაყოფლობითი გამოყენების ხელშეწყობის გზით. ამავე დროს უნდა გავაცნობიეროთ, რომ აბორტების ხელმისაწვდომობის შემცირებით აბორტების მაჩვენებლების შემცირება ვერ მოხდება.

აღნიშნული ტენდენციები ნათლად იქნა გამოვლენილი რუმინეთის შემთხვევაში: თავდაპირველად, უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის შემცირებამ გამოიწვია დედათა სიკვდილობის კატასტროფული ზრდა, რაც პირდაპირ იყო დაკავშირებული სახიფათო პირობებში ჩატარებულ აბორტებთან. შემდგომში, უკანასკნელი 15 წლის მანძილზე, თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე ხელმისაწვდომობის ზრდისათვის განხორციელებული სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგად, შობადობის მაჩვენებელი არ შემცირებულა, თუმცა მნიშვნელოვნად შემცირდა აბორტების საჭიროება და მაჩვენებლები. „ქვეყნებმა, რომლებიც ცდილობენ აბორტებისა და კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვას, უნდა შეისწავლონ და გაითვალისწინონ რუმინეთის მაგალითი“.^{ix}

საქართველოში მნიშვნელოვანი ხარვეზებია ოჯახის დაგეგმვის სახელმწიფო პოლიტიკისა და, შესაბამისად, სერვისების მიწოდების მიმართულებით - ასეთმა პოლიტიკამ და სერვისებმა ხელი უნდა შეუწყოს აბორტზე, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდზე, დამოკიდებულების შემცირებას. გაეროს მოსახლეობის ფონდის 2013 წლის კვლევამ^x აჩვენა, რომ მნიშვნელოვანი ნაკლოვანებებია

სახელმწიფოს მიერ ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიმართ ხელშემწყობი გარემოს შექმნის მხრივ და პრობლემებია ადამიანური რესურსებისა და ინფრასტრუქტურის ადეკვატურობის თვალსაზრისით სერვისების მიწოდებაში. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები კონცენტრირებულია მეან-გინეკოლოგიურ სპეციალიზირებულ სერვისებში, პირველადი ჯანდაცვის ქსელის შეზღუდული მონაწილეობით, რაც აისახება მოსახლეობისთვის ამ სერვისების ლიმიტირებულ მიწოდებაზე. არსებობს პრობლემები სერვისებზე მოთხოვნის თვალსაზრისითაც, რაც დაკავშირებულია კონტრაცეპტული საშუალებების შესახებ ცოდნისა და მათი გამოყენების დაბალი დონით, რომელიც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემებით, ნელი ტემპით უმჯობესდება. **კონტრაცეპტივების შესახებ ცოდნის ნაკლებობა და მაღალი ფასი არის ამ მეთოდების არ გამოყენების მთავარი მიზეზები.**^{xi}

თავი III: პოლიტიკის შესაძლო მიმართულებები

a. სავალდებულო მოცდის პერიოდი და სხვა შეზღუდვითი ღონისძიებები აბორტის სერვისების მიმართ

მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შემდეგ 35-ზე მეტმა ქვეყანამ მოახდინა აბორტების კანონების ლიბერალიზაცია, რის შედეგადაც ქალებისთვის აბორტი ლეგალურად ხელმისაწვდომი გახდა.^{xii} მიუხედავად იმისა, რომ მრავალ ქვეყანაში აბორტი კანონმდებლობით დასაშვებია, კვლავ არსებობს ბარიერები აბორტის სერვისების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. *ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია აღიარებს, რომ კანონები და პოლიტიკა, რომელიც აიძულებს ქალებს მიიღონ მშობლის ან მეუღლის თანხმობა, სავალდებულო ლოდინის პერიოდები, სავალდებულო ულტრაბგერითი გამოკვლევა და აბორტის წინ მიკერძოებული კონსულტაციები, სამედიცინო თვალსაზრისით საჭიროებას არ წარმოადგენს და ხელს უშლის აბორტის უსაფრთხო სერვისებზე ხელმისაწვდომობას.*^{xiii}

ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ანგარიშში აბორტების შესახებ აღნიშნულია, რომ „სავალდებულო მოცდის პერიოდი [და სხვა ბარიერები] პოტენციურად საფრთხის წინაშე აყენებს აბორტის უსაფრთხოებას; იწვევს ორსულობის შეწყვეტას გესტაციური ასაკის უფრო გვიან ვადაზე, რაც შესაბამისად, ზრდის პროცედურასთან დაკავშირებულ რისკებს.“^{xiv}

აღნიშნული საერთაშორისო ანგარიშები მიუთითებს, რომ შეზღუდვითი პოლიტიკა ამცირებს ხელმისაწვდომობას და ქალის ჯანმრთელობისათვის პოტენციურ რისკს ქმნის. ამასთან დაკავშირებით, შემოთავაზებული საკანონმდებლო ცვლილებები ლოდინის პერიოდის 5 დღემდე გაზრდის შესახებ, შექმნის ბარიერს უსაფრთხო აბორტის სერვისების მიმართ და ზრდის რისკს ქალის ჯანმრთელობისათვის. ეს დაკავშირებულია შემდეგ ფაქტორებთან: (ა) აბორტის დაგვიანება და შესაბამისად მისი ჩატარება ორსულობის უფრო გვიან ვადაზე; (ბ) ხელმისაწვდომობის შემცირება, რასაც პოტენციურად შესაძლებელია მოყვეს აბორტის სახიფათო პირობებში ჩატარება, უკიდურესად უარყოფითი თანმხლები შედეგებით, რომელთა შორისაა მეორადი

უშვილობა, რომელსაც, თავის მხრივ, ნეგატიური გავლენა აქვს შობადობის მაჩვენებლებსა და დემოგრაფიულ სიტუაციაზე.

პრობლემები არსებობს აგრეთვე აბორტის საკონსულტაციო სერვისებთან დაკავშირებით. აბორტის წინა და შემდგომი კონსულტაციებისათვის გაიდლაინები არ არის შემუშავებული და დანერგილი და შესაბამისად, სამედიცინო პერსონალი არ ფლობს საჭირო რეკომენდაციებს, ხოლო მათი მომზადების დონე არ არის ადეკვატური. შესაბამისად, არსებობს საფუძველი ეჭვისათვის, რომ ქალები აბორტის წინ ვერ იღებენ სათანადო სტანდარტის მიუკერძოებულ ინფორმაციას.

და ბოლოს, მნიშვნელოვანია ლოდინის სავალდებულო პერიოდის გაანალიზება ადამიანის უფლებების ჭრილში. იგი შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც ქალების მიმართ დისკრიმინაციული, რადგან კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს მათ მიერ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღების უნარს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღნიშნულია, რომ ლოდინის სავალდებულო პერიოდი „აკნინებს ქალის კომპეტენტურობას გადაწყვეტილების მიღების საკითხში.“^{xiii} ამდენად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მოუწოდებს ქვეყნებს „უზრუნველყონ, რომ აბორტის მომსახურება იყოს განხორციელებული იმგვარად, რომ პატივი სცეს ქალს, როგორც გადაწყვეტილების მიმღებს,“ რაც გულისხმობს ლოდინის პერიოდის გაუქმებას.^{xiii} ქალის მიერ აბორტის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით სავალდებულო ლოდინის პერიოდის დისკრიმინაციული ხასიათი აღიარებულია აგრეთვე გაეროს CEDAW კომიტეტის მიერ. (the UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women - CEDAW).^{xv}

b. ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიწოდებისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება

ათასწლეულის განვითარების მიზანი 5 (The Millennium Development Goal 5 - MDG 5) - დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ამოცანა 5B მიმართულია 2015 წლისათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისაკენ. წარმატება გაიზომება კონკრეტული ინდიკატორებით, როგორცაა: კონტრაცეფციის პრევალენტობის ზრდა (ინდიკატორი 5.3) და ოჯახის დაგეგმვის დაუკმაყოფილებელი საჭიროების შემცირება (ინდიკატორი 5.6.) ათასწლეულის განვითარების მიზნების ჩარჩო გვთავაზობს პირდაპირ კავშირს დედათა ჯანმრთელობის შედეგების გაუმჯობესებასა და ოჯახის დაგეგმვის ეფექტურობას შორის, რაც პირდაპირ მიუთითებს ისეთი ინტერვენციების საჭიროებაზე, რომელიც მიმართული იქნება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებასა და კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენების ზრდაზე. როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, ამ ღონისძიებებს პირდაპირი ეფექტი ექნება აბორტების ინციდენტობის შემცირებაზე შობადობის მაჩვენებლებზე ნეგატიური გავლენის გარეშე, რაც დამტკიცებულია წარმოდგენილი მონაცემებით; მეტიც, ორსულობებს შორის შუალედის გაუმჯობესების გზით, ოჯახის დაგეგმვა დადებით გავლენას ახდენს სასურველი ორსულობების რიცხვის ზრდაზე, რაც პოტენციურად აუმჯობესებს შობადობის მაჩვენებლებს, რაც დადასტურებულია

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის ტენდენციებით 1999-დან 2010 წლამდე პერიოდში (GERHS).

დამტკიცებულია აგრეთვე ოჯახის დაგეგმვის ინტერვენციების მაღალი ხარჯთ-ეფექტურობა. რამდენიმე ქვეყანაში ჩატარებული კვლევები ადასტურებს, რომ „*ოჯახის დაგეგმვაზე დახარჯული ერთი დოლარი, ოთხი დოლარის ეკონომიის საშუალებას იძლევა, რომელიც, სხვა შემთხვევაში, არასასურველი ორსულობის გართულებების მკურნალობაზე დაიხარჯებოდა.*“^{xvi}

ოჯახის დაგეგმვა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღიარებულია, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში ძალიან ეფექტური ინტერვენცია, რომელსაც უდიდესი სარგებელი აქვს ქალებისა და ბავშვების კეთილდღეობისა და მოსახლეობის განვითარებისათვის. ეს სარგებელი გამოიხატება (ა) ორსულობასთან დაკავშირებული რისკების პრევენციაში, ქალის მიერ ორსულობის შესახებ გადაწყვეტილებისა და მისი დროს შერჩევის შედეგად; (ბ) ახალშობილთა სიკვდილობის შემცირებაში ორსულობებს შორის შუალედის შერჩევის გზით; (გ) მოზარდთა ორსულობის შემცირებაში; (დ) აივ ინფექცია/შიდსისა და სგვი პრევენციაში; (ე) ადამიანების გაძლიერებასა და განათლების გაუმჯობესებაში და ა.შ.^{xvii}

შესაბამისად, აბორტების ჩანაცვლებას ოჯახის დაგეგმვის ხელმისაწვდომი სერვისებით უდიდესი ეფექტი ექნება არასასურველ ორსულობებზე, მოზარდითა ორსულობასა და აბორტის მაჩვენებლებზე და ამავე დროს დადებითი გავლენა ექნება ქალებისათვის განათლებისა და დასაქმების ხელმისაწვდომობაზე, და შესაბამისად, მათ როლზე საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

თავი III: დასკვნები და რეკომენდაციები

დასკვნის სახით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ სახელმწიფო გადაწყვეტილებები უნდა ეფუძნებოდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მონაცემებსა და ინფორმაციას. საერთაშორისო მტკიცებულებების, წამყვანი საერთაშორისო ორგანიზაციების რეკომენდაციების და ადგილობრივი მონაცემების საფუძველზე შემდეგი რეკომენდაციები იქნა შემოთავაზებული:

- გადაიხედოს აბორტის პროცედურის წინა ლოდინის პერიოდის გახანგრძლივების საკითხი არსებული საერთაშორისო მტკიცებულებებისა და გაიდლაინების შესაბამისად, რომლებიც ხაზს უსვამს იმას, რომ აბორტის სერვისების მიმართ ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა არ ახდენს გავლენას ქალის მიერ აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილებაზე და, ამავე დროს, ზრდის აბორტის სახიფათო პირობებში ჩატარების რისკს;
- უზრუნველყოფილ იქნას მდგრადი სახელმწიფო ინვესტირება, რათა შენარჩუნდეს პროგრესი და გადაიდგას შემდგომი ნაბიჯები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის ოჯახის დაგეგმვაზე უნივერსალური

ხელმისაწვდომობის მისაღწევად, რათა შემცირდეს ხელოვნური აბორტის მაჩვენებელი, დედათა ავადობა და სიკვდილობა;

- მხარი დაეჭიროს ისეთი პოლიტიკის შემუშავებასა და დანერგვას, რომელიც მიმართული იქნება ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიწოდებისა და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებაზე, კერძოდ მოხდეს მათი ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე უნივერსალური ჯანდაცვის სახელმწიფო სერვისებში;
- მიემართოს ძალისხმევა ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ მოსახლეობის ცოდნისა და მათი გამოყენების გაუმჯობესებაზე, რაც ასევე მოიცავს აბორტის შემდგომ კონსულტირებას ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების შესახებ, რათა ხელი შეეწყოს აბორტის ჩანაცვლებას ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდებით, და ამგვარად, დედათა სიკვდილობისა და ავადობის შემცირებას, მათ შორის უშვილობის პრევენციას.

ⁱ ICPD POA, para. 7.6, 8.19

ⁱⁱ ICPD POA, para. 8.19.

ⁱⁱⁱ ICPD POA, para. 8.20(a).

^{iv} ICPD POA, para. 8.52

^v WHO - Facts and figures about abortion in the European Region

^{vi} Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, 2004, XLVII:223-243

^{vii} Shah I, Ahman E, Ortayli N. Access to safe abortion: progress and challenges since the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD). *Contraception* 2014

^{viii} Gap Analysis of Family Planning Services in Georgia, Final Report, UNFPA, 2013

^{ix} The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility, Mihai Horga, Caitlin Gerds, Malcolm Potts, 2013

^x Gap Analysis of Family Planning Services in Georgia, Final Report, UNFPA, 2013

^{xi} Georgia Reproductive Health Survey (2010)

^{xii} ICPD 2013-Key Messages for Intergovernmental Meetings

^{xiii} WHO Safe Abortion, technical and policy guidance for health systems, 2012

^{xiv} *Id.*

^{xv} CEDAW Committee, *Concluding Observations: Hungary*, para. 31(c), U.N. Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013).

^{xvi} Family planning, poverty & economic development, Countdown 2015 Europe, Fact Sheet 2012

^{xvii} WHO Fact Sheet No 351, Family Planning, May 2013.