

## فهم الإجهاض العمدى: نتائج البرنامج البحثي في راجاستان، الهند

على مدى ثلاثين عاماً، صار الإجهاض بالهند قانونياً وذلك منذ إصدار قانون الإنهاء الطبي للحمل (MTP) بالهند عام 1971. وفي حين يتيح هذا القانون إمكانية إجراء الإجهاض للعديد من الأسباب الاجتماعية والطبية إلا إنه يتضمن نصوصاً تتعلق بتقديم الخدمات من شأنها أن تقيد إمكانية إجراء الإجهاض الآمن والقانوني للغالبية العظمى من النساء في الهند. ومن بين هذه البنود، أنه لا يسمح سوى للأطباء الممارسين والمدرّبين على أمراض النساء أو الذين اجتازوا برنامجاً تدريبياً حكومياً على إنهاء الحمل عن طريق الإجهاض بصورة قانونية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن القانون لا يسمح بإجراء عمليات الإجهاض سوى بالمؤسسات الطبية العامة (على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية وما فوقها) أو في المنشآت الخاصة الحاصلة على ترخيص من الأجهزة الحكومية المعنية. وأخيراً، فإنه لا يسمح بإجراء عمليات الإجهاض لحالات الحمل التي تتراوح ما بين 12-20 أسبوعاً إلا بعد موافقة اثنين من مقدمي الخدمة.

ونتيجة لهذه القيود، فإن ما يقرب من 90% من بين الستة ملايين حالة إجهاض المقدر حدوثها سنوياً في الهند تتم بصورة غير قانونية وفي أماكن غير مرخصة أو بواسطة أشخاص غير مرخص لهم بذلك (Chhabra and Nuna 1994).

وفي حين أن بعض من هذه العمليات غير القانونية تكون آمنة، فإن الكثير منها غير آمن ويؤدي إلى حدوث نسب عالية من المشاكل الصحية والوفيات (Ganatra et al 1998; Johnston 2001; Sood et al 1995; Johnston 2002).

وتشير البيانات المتاحة إلى سوء الحالة في الولايات الأقل نمواً في شمال الهند بما في ذلك ولاية راجاستان. وفي حقيقة الأمر، فإن راجاستان تتسم بوجود معدلات عالية للحمل غير المرغوب فيه وعدم كفاية خدمات تنظيم الأسرة إلى جانب انخفاض معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة (IIPS and ORC – Macro 2000). ومن ثم، فإن اجتماع هذه العوامل معاً إنما يشير إلى ارتفاع معدل الطلب على إجراء عمليات الإجهاض. إلا أنه مقارنةً بنصيب الفرد من خدمات الإجهاض القانونية والذي يبلغ واحد لكل 157354 سيدة، فإن إمكانية التوفير الكامل لخدمات الإجهاض في ولاية راجاستان تكون محدودة (Johnston 2002)، حيث أن غالبية العدد المقدر لحالات الإجهاض العمدى فيها والتي تبلغ 352000 حالة سنوياً في الولاية، تتم بصورة غير قانونية بواسطة ممارسين طبيين أو غير طبيين غير مرخص لهم بإجراء هذه العمليات (Chhabra and Nuna 1994). وهو ما يعنى أن راجاستان تعد من بين الولايات الهندية التي في حاجة ماسة إلى زيادة إمكانية توفير خدمات الإجهاض الآمن.

## المشروع

بناء على هذا الوضع، قام مجلس السكان بالاشتراك مع مركز بحوث العمليات والتدريب ومنظمة إبتادا بتنفيذ برنامج بحثي حول الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض في ستة مراكز مختارة في راجاستان، هي أوار، بيكانير، بيلوارا، كارولي، بالي، وتونك. وقد تم تصميم البرنامج كأحد الأنشطة المكتملة لأنشطة تقديم الخدمة التي تتم من خلال منظمة باريفار سيفا سانتا (انظر الصندوق)، وهي منظمة غير حكومية تعمل في مجال الصحة الإنجابية وتهدف إلى توفير البيانات الشاملة حول الإجهاض وذلك من أجل توجيه السياسات والبرامج. وقد تم من خلال هذا البرنامج إجراء ثلاث دراسات خلال الفترة ما بين عامي 2001 و 2002 وهي:

مجلس السكان هو منظمة دولية غير حكومية و غير هادفة للربح تأسست عام 1952 وتسعى إلى رفع مستوى معيشة الأجيال الحالية والمستقبلية في شتى أنحاء العالم والمساعدة في تحقيق التوازن الإنساني والعادل والمستدام بين الناس والموارد.

- كشاف الوصفي للاتجاهات والسلوكيات المحيطة بالحمل غير المرغوب فيه والإجهاض العمدى،
- مسح مجتمعي للمعرفة والاتجاهات والممارسات السائدة فيما يتعلق بالحمل غير المرغوب فيه والإجهاض العمدى بين النساء في سن الخصوبة أو المتزوجات (N= 3266) وعينة فرعية من الأزواج (N= 602)،
- تحليل وضعي لخدمات الإجهاض المرخصة وغير المرخصة في كل من المؤسسات الرسمية وغير الرسمية (منشآت طبية N=1051 ، مقدم خدمة N= 119) والقطاعات غير الرسمية. (مقدم خدمة N= 489).

## النتائج الرئيسية

معدلات انتشار الإجهاض العمدى والحمل غير المرغوب فيه تبين أن 13% من النساء اللاتي شملهن المسح المجتمعي قد مررن بتجربة إجهاض واحدة على الأقل. كما تبين أن معدلات الإجهاض كانت مرتفعة بصورة خاصة بين النساء في المناطق الحضرية (17%) بالإضافة إلى المتعلمات (18%) أو من يعشن في أسر ذات مستوى معيشي مرتفع (19%). وباستقراء أسباب الإجهاض، تبين أن 77% من الحالات أجريت بهدف الحد من الإنجاب في حين ان 22% من الحالات أجريت بهدف المبادعة الزمنية بين الولادات. كما انتهت الدراسة إلى أن عدداً محدوداً للغاية من النساء (3%) أجريت لهن عمليات الإجهاض بسبب رغبتهم في إنجاب طفل من جنس مختلف. هذا بالإضافة إلى نسبة لا بأس بها من السيدات حدث لهن حمل غير مرغوب فيه ولكنهم أكملنه حتى الولادة.

## العلاج ومقدمو الخدمة

أشارت البيانات التي توصل إليها البرنامج إلى أن عملية الإجهاض غالباً ما يتم خلالها تناول علاجات منزلية إلى جانب استخدام خدمات القطاع الرسمي وغير الرسمي. وقد تبين ان 20% من النساء اللاتي شملهن المسح المجتمعي، وأجريت لهن عمليات إجهاض ناجحة، قد استخدمن العلاجات

المنزلية أو حصلن على خدمات من مقدمي خدمات غير رسمية كمحاولة أولية لإنهاء الحمل. كما أظهرت كل من الدراسة الوصفية وعملية تحليل الوضع وجود قطاع عريض ومتنوع من مقدمي الخدمة غير الرسميين يتم الاستعانة بهم في إجراء عمليات الإجهاض على مستوى المجتمع المحلي بما في ذلك صيادلة ودايات ومساعدات دايات. وقد أقرت الغالبية العظمى من مقدمي الخدمة غير الرسميين (75%) ممن اشتركوا في التحليل الوضعي بإعطائهم النساء أقرصاً مخصوصة لتعجيل عملية الإجهاض إلا أن معدلات نجاحها كانت منخفضة بصفة عامة (حوالي 41%).

ومن غير المستغرب أن الغالبية العظمى (89%) من النساء اللاتي أجريت لهن عمليات إجهاض ناجحة وشملتهن الدراسة المجتمعية قد سعين في النهاية للحصول على خدمات من القطاع الرسمي. وقد بلغت نسبة النساء اللاتي استخدمن العيادات الطبية الخاصة 43%، في حين لجأت النسبة الباقية إلى استخدام مؤسسات الخدمات الطبية الحكومية. وحيث أن ثلثي (65%) العيادات الخاصة و 58% من المؤسسات الطبية الحكومية كان غير مرخص لها بإجراء عمليات الإجهاض وفقاً لقانون الإنهاء الطبي للحمل (MTP) وتضمنتهم عملية تحليل الوضع، فإن العديد من عمليات الإجهاض التي أجريت للنساء اللاتي أجرى عليهن المسح المجتمعي كانت على الأرجح غير قانونية.

## نوعية/جودة الخدمة

أفادت البيانات المستمدة من التحليل الوضعي أيضاً تدنى نوعية الرعاية في خدمات الإجهاض وبخاصة في المراكز والمؤسسات العامة. وقد أسفرت غالبية المقابلات التي أجريت خلال عملية التحليل الوضعي مع مقدمي خدمات الإجهاض في القطاع الرسمي عن أنهم يستخدمون أساليب قديمة في إجراء عمليات الإجهاض الجراحية مثل توسيع وكحت الرحم. كما أفادت التقارير بأن الطرق الأيسر والأكثر أماناً مثل جهاز الشفط اليدوي أو الكهربائي نادراً ما تستخدم حتى في عمليات الإجهاض التي تتم في مراحل الحمل المبكرة.

إمكانية الحصول على الرعاية

على الرغم من التزام الحكومة بزيادة إمكانية حصول الناس على خدمات الإجهاض في المناطق الريفية، فإن ما لا يزيد عن 5% فقط من النساء الريفيات اللاتي شملتهن الدراسة المجتمعية أفدن بوجود مثل هذه الخدمات في قرأهن. كما أفاد 24% منهن بأنهن قد سافرن لمدة تزيد عن الساعة للوصول إلى مكان تتوافر به خدمات الإجهاض. ويقدم لنا تقرير تحليل الموقف دليلاً آخر على صعوبة الوصول إلى خدمات الإجهاض في المناطق الريفية حيث يشير إلى أن 21% فقط من مراكز الرعاية الصحية الأولية و 65% من مراكز صحة المجتمع التي تضمنتها الدراسة تقدم خدمات الإجهاض.

كما تم الإشارة إلى وجود معوقات مالية واجتماعية إضافية تحول دون الوصول إلى هذه الخدمات، إذ على الرغم من أن خدمات الإجهاء الطبي للحمل تتوافر بالجمان في المؤسسات الطبية العامة، فقد أفادت كل النساء اللاتي أجريت لهن عمليات إجهاض وشملتهن الدراسة المجتمعية أنه كان عليهن تحمل بعض النفقات على الأقل للوصول على هذه الخدمة. وقد بلغت هذه التكاليف في العديد من الحالات (34%) ما يزيد عن 500 روبية. وقد أفاد تقرير تحليل الموقف إلى أن متوسط تكلفة خدمات الإجهاض في القطاع الرسمي بلغت 318 روبية خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل و 497 روبية للثلاثة أشهر التالية و 750 روبية خلال الثلاثة أشهر الأخيرة مما يعني أن خدمات القطاع الرسمي ليست في متناول العديد من النساء الفقيرات اللاتي يتعرضن لمشكلات الحمل غير المرغوب فيه. وقد أشار تحليل الموقف كذلك إلى أن المؤسسات الطبية غالباً ما ترفض إجراء عمليات الإجهاض في ظروف عديدة مثال ذلك إذا ما اتت المرأة للوحدة بمفردها (72%)، أو إذا كانت متزوجة ولكن ليس لديها أطفال (53%)، أو إذا كانت غير متزوجة (37%)، مما يقوض الحقوق الإيجابية للمرأة بشكل صارخ.

#### خبرات ما بعد الإجهاض

ظهرت مشكلات هامة حول جودة ونوعية الرعاية ما بعد الإجهاض من خلال كل من الدراسة المجتمعية وتحليل الوضع. فقد تبين الغياب التام لخدمات المشورة الخاصة بتنظيم الأسرة بعد إجراء عملية الإجهاض، وفي حالات توافرها فأحياناً لم تكن فعالة أو كان بها إجبار للسيدات. وفي الحقيقة، فإنه في حين ان غالبية النساء اللاتي أجريت لهن عملية إجهاض وشملتهن الدراسة المجتمعية كانت لديهن الرغبة في منع أو تأجيل الحمل، فإن الغالبية العظمى منهن (60%) وبخاصة في المناطق الريفية (83%) لم تحصلن على أية معلومات أو مشورة خاصة بتنظيم الأسرة.

وعلى النقيض من ذلك، فإنه على الرغم من حذف مستهدفات وسائل تنظيم الأسرة من برنامج الرعاية الأسرية، فإن 42% من مقدمي الخدمة الرسميين الذين جرت مقابلتهم خلال عملية تحليل الوضع أصروا على ضرورة التزام المرأة بوسيلة لتنظيم الأسرة بعد الإجهاض مع وجود نسبة أكبر (53%) من هؤلاء في القطاع الطبي العام. ونتيجة لذلك، فإنه من غير المستغرب وفقاً للدراسة المجتمعية أن 17% من النساء اللاتي استخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة بعد الإجهاض قد تخلين عنها بعد فترة قصيرة.

وكانت نسبة المشاكل الصحية في مرحلة ما بعد الإجهاض بسيطة نسبياً وفقاً للدراسة المجتمعية مع وجود اختلاف طفيف للغاية بين المناطق الحضرية والريفية. وقد تبين أن غالبية النساء اللاتي صادفن مشكلات صحية بعد عملية الإجهاض (83%) كن في حاجة إلى الراحة لمدة يوم واحد على الأقل بدون القيام بالأعمال المنزلية الروتينية. كما أن ما يقرب من نصف النساء (45%) وثلثي النساء الريفيات (64%) ممن عانين من مضاعفات ما بعد الإجهاض سعيين للحصول على علاج من المؤسسات الطبية الرسمية، وأن نسبة 13% منهن أدخلن إلى المستشفيات مما يشير إلى أنه في حالة حدوث مضاعفات، فإنها تكون شديدة وبخاصة في المناطق الريفية. إلا أن خدمات المشورة المتعلقة بما يمكن أن يحدث من مضاعفات نتيجة لعملية الإجهاض لا تكون شاملة، ففي حين أشار غالبية مقدمي الخدمة الرسميين (89%) في التقرير الخاص بتحليل الوضع إلى أنهم نصحوا النساء بضرورة العودة فوراً إلى المركز الطبي في حالة حدوث نزيف شديد بعد الإجهاض، فإن عدداً أقل كثيراً هو الذي أوصى بأن تسعى النساء إلى طلب الخدمة في حالة حدوث آلام شديدة بالبطن أو انتفاخ (49%)، أو ارتفاع في درجة الحرارة / حمى (36%) أو إفرازات ذات رائحة كريهة (20%).

#### دور الزوج والأسرة في عملية الإجهاض

للأزواج وأفراد الأسرة دور هام في عملية الإجهاض، إذ انه وفقاً للدراسة المجتمعية، فإن ما يزيد عن نصف عدد النساء (55%) أشرن إلى اشتراك أزواجهن في اتخاذ القرار بشأن إجراء عملية الإجهاض في حين أشارت 25%

منهن إلى أن أزواجهن كانوا هم المسؤولين عن اتخاذ هذا القرار. وقد أشارت الدراسة إلى اشتراك الأزواج (46%) وأفراد آخرين في الأسرة (40%) في اختيار القائم بإجراء عملية الإجهاض.

وفي حين لا يشترط قانون الإنهاء الطبي للحمل موافقة الزوج، إلا أن كلاً من الدراسة المجتمعية وتحليل الوضع أشارا إلى أن ذلك أمراً شائعاً. وقد أوضحت 80% من النساء المشتركات في الدراسة المجتمعية أن مقدمي الخدمة طلبوا منهن الحصول على موافقة الزوج قبل إجراء العملية. وبالمثل، أشار تحليل الوضع إلى أن نصف عدد المؤسسات الصحية التي اختبرت ضمن عينة الدراسة كان المسؤولين فيها يصرون على الحصول على موافقة الزوج أو أعضاء آخرين في الأسرة رغم كونها غير ضرورية. كما أشارت بيانات إضافية في تقرير تحليل الحالة إلى أن هذه الممارسة ربما كانت ناتجة عن عدم دراية كافية بالقانون الخاص بالإنهاء الطبي للحمل إذا أن 55% من مقدمي الخدمة الرسميين كان لديهم اعتقاد خاطئ بأن نص القانون يتطلب بضرورة الحصول على موافقة الزوج قبل إجراء عملية الإجهاض. وفي حين أن مقدمي الخدمة قد يطلبون موافقة الزوج، فإن كلا من الرجال والنساء كانوا يفضلون غير ذلك. والدليل على ذلك، أن أكثر من نصف عدد الرجال (56%) والنساء (54%) أشاروا إلى أن عدم اشتراط موافقة الزوج قد يكون أحد العوامل الهامة جداً عند اختيار القائم بعملية الإجهاض.

### المعرفة الخاصة بشرعية الإجهاض

أثبتت الدراسة أن مستوى معرفة الناس بشرعية عملية الإجهاض كان منخفضاً بدرجة كبيرة، إذ انه وفقاً لنتائج المسح المجتمعي، فإن نسبة 16% من الرجال و 17% فقط من النساء كانوا على دراية بقانونية الإجهاض في الهند. وعلى وجه الخصوص، فإن النساء الريفيات (13%) لم يكن على دراية بحقهن القانوني في الإجهاض. وبالمثل، فإن نسبة لا تتجاوز 29% من مقدمي الخدمة غير الرسميين والذين أجريت معهم مقابلات شخصية خلال عملية تحليل الوضع كانوا على دراية بشرعية الإجهاض. وفي حين كان مقدمو الخدمة الرسميين الذين أجريت معهم المقابلات خلال تحليل الوضع على دراية جيدة بالغالبية العظمى من الظروف التي على أساسها يكون الإجهاض شرعياً في الهند، فإن 30% منهم كان لديهم اعتقاد خاطئ بأن الإجهاض غير قانوني في حالة النساء غير المتزوجات.

### الخلاصة

لعل الرسالة المحورية التي أسفرت عنها هاتان الدراستان هي أن الحق القانوني في الإجهاض لا يزال بعيداً عن الحقيقة الفعلية بالنسبة للغالبية العظمى من النساء اللاتي تضمنتهن عينة الدراسة في ولاية راجاستان حتى بعد مرور ما يزيد عن 30 عاماً على صدور التشريع الخاص بإتاحة الإجهاض في الهند. إن التطبيق غير الفعال للقانون وسوء مستوى خدمات الإجهاض إنما يتمثلان بشكل واضح في طول المسافة التي على المرأة أن تقطعها للوصول إلى مكان تقديم الخدمة، وما عليها أن تدفعه مقابل إنهاء الحمل، والاعتقاد السائد بضرورة الحصول على موافقة الزوج قبل إجراء عملية الإجهاض، وعدم وجود أو عدم فاعلية المشورة فيما يتعلق بوسائل تنظيم الأسرة التي يمكن استخدامها بعد الإجهاض، واستمرار انخفاض مستوى الوعي بشرعية الإجهاض. في الهند كما أوضحت هاتان الدراستان كذلك رغبة النساء القوية في تلبية احتياجاتهن الإيجابية إلا أن خدمات الإجهاض ووسائل تنظيم الأسرة القائمة لا تمكنهن من تلبية هذه الاحتياجات.

### التوصيات

#### السياسات

- تعد التعديلات التي أجريت مؤخراً على قانون الإنهاء الطبي للحمل علامة مميزة على جهود تحسين إمكانية الوصول إلى خدمات إجهاض شرعية ذات جودة عالية وتكلفة مقبولة، إلا أن الأمر لا يزال في حاجة إلى بذل المزيد من الجهود لضمان إمكانية توفير خدمات الإجهاض بصورة مناسبة في الهند. وفي حين أن نقل صلاحية الترخيص للمؤسسات الطبية لتقديم خدمات الإجهاض إلى مستوى المراكز من شأنه أن يساعد على زيادة عدد المنشآت الطبية المرخصة، إلا أن هناك بعض القضايا الأخرى التي يجب التصدي لها أو توضيحها لتشجيع المنشآت غير المرخصة على الالتزام بالمتطلبات القانونية للخدمة. كما يجب أن تتناول المناقشات التالية للسياسة الطبية جدوى البدائل المختلفة لمقدمي الخدمة غير المرخصين بما في ذلك الحاصلين على تدريب على نظم الطب الهندية (التقليدية) للحصول على كفاءة أعلى في مجال خدمات الإجهاض.

- تبين أن القطاع الخاص يوفر جانباً هاماً من خدمات الإجهاض مما يلقي الضوء على أهمية إشراكه في الحوار الدائر حول السياسات المنظمة لهذه الخدمة. وما لم تنهض شراكة حقيقية بين كل من القطاع الخاص والعام، فإن خدمات الإجهاض ستظل على الأرجح في مستوى أقل مما يجب.

## البرامج

- تبين عدم وجود وعي كافي بالوضع القانوني لخدمات الإجهاض ومن ثم، ينبغي القيام بحملات توعية عامة لتثقيف النساء وأزواجهن وباقي أفراد الأسرة بكل ما يتعلق بعملية الإجهاض كحق قانوني. وبالمثل، يجب أن يكون مقدمو الخدمات من القطاع الخاص والعام أكثر دراية بالنصوص الدقيقة لقانون الإنهاء الطبي للحمل (MTP) بما في ذلك تلك المتعلقة بموافقة الزوج حتى يمكنهم تنفيذ أحكام هذا القانون بصورة أكثر فاعلية.
- يستخدم الكثير من مقدمي الخدمة الرسميين أساليب قديمة في إجراء عمليات الإجهاض الجراحية مثل التوسيع والكحت التي غالباً ما تؤدي إلى كثير من المضاعفات. وعلى هذا، فإن إدخال الأساليب الحديثة مثل الشفط اليدوي أو الكهربائي والإجهاض الطبي ضمن برامج التطوير المهني للأخصائيين وغير الأخصائيين في مجال أمراض النساء وفي مراكز التدريب على الإجهاض يعد أمراً حيوياً. كما أن إدخال التدريب على رأس العمل على هذه الأساليب يعد من الأمور الأساسية أيضاً لمقدمي الخدمة ممن أتموا تدريبهم في مجال أمراض النساء و/أو الإجهاض.
- وحيث أن 70% من حالات الإجهاض التي تضمنتها عينة الدراسة كانت نتيجة حمل غير مرغوب فيه، فإن الحاجة إلى توفير وسائل تنظيم الأسرة تعد أمراً واضحاً وملحاً حتى تستطيع السيدات التخطيط لحياتهن الإنجابية. كما يجب بذل الجهود لتوفير المعلومات عن زيادة إمكانية الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة الموقّعة والدائمة في المنشآت التابعة لكل من القطاعين العام والخاص.

باريفار سيفا سنثا، هي منظمة وطنية غير حكومية تقدم خدمات الصحة الإنجابية مع التركيز على خدمات تنظيم الأسرة. ومنذ تسجيلها عام 1978، صار للمنظمة اليوم شبكة قومية تتألف من 40 عيادة للصحة الإنجابية، ومنتجات لتنظيم الأسرة ونظام لتسويقها وتوزيعها، بالإضافة إلى العديد من المشروعات وأنشطة الإعلام والتوعية المنتشرة في 21 ولاية بالهند

مركز بحوث العمليات والتدريب، هو منظمة بحثية وتدريبية متعددة التخصصات في مجال العلوم الاجتماعية، يقع مقرها الرئيسي في مدينة فادودارا بولاية جوجاراد. وقد قام هذا المركز على مدى الثلاثة عشر عاماً الماضية بإجراء العديد من بحوث التشخيص والتقييم وبحوث العمليات حول مختلف جوانب الصحة الإنجابية والسكان والمرأة وغيرها من القضايا الاجتماعية.

ابتدا، هي منظمة اهلية تنموية لا تسعى للربح وتعمل من أجل رفع مستوى معيشة فقراء الريف والمحرومين في ولاية راجاستان والولايات المحيطة بها. تم إشهار هذه المنظمة عام 1997 عندما كان المدير المؤسس يجري مسحا لمنطقة "موات" لحكومة راجاستان ساهم في إلقاء الضوء على الأحوال المعيشية المتردية لهذه المنطقة مما أدى بالتالي إلى ظهور مبادرة ابتدا وهي كلمة أردية تعني البداية.

## Population Council

For further information, please contact:

Population council  
Zone 5A, Ground floor  
India Habitat Center  
Lodi Road, New Delhi 110003. INDIA  
Tel: 91-11-1464 2901/2  
Fax: 91-11-2464 2903  
E-mail: [info@pcindia.org](mailto:info@pcindia.org)

[www.popcouncil.org](http://www.popcouncil.org)

---

## References

1. Chhabara R and Nuna SC. 1994. Abortion in India: An Overview. New Delhi, India: Veerendra Printers.
2. Ganatra BR, Coyaji KJ and Rao V. 1998. Too far, too little, too late: A community based case control study of maternal mortality in rural west Maharashtra. Bulletin of the World Health Organization 76(6): 591-98.
3. Government of India. 1971. the Medical Termination of Pregnancy Act. Act No. 34.
4. International institute for Population sciences (IIPS) and ORC Macro. 2000. National Family Health Survey (NFH-2), 1998-99: India. Mumbai, India :IIPS
5. Johnston HB, Ved R, Lyall N et al. 2001. Post-abortion Complications and their Management: A Community Assessment Conducted in Rural Uttar Pradesh, India. Prima Technical Report #23. Chapel Hill, USA: Intrah, Prime II project.
6. Johnston HB, 2002 Abortion Practice in India: A review of the Literature. Mumbai, India: Center for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT) and Research Center for Anusandhan Trust.
7. Khan ME, Barge S, Kumar N et al, 1999. abortion in India: Current situation and future challenges, in implementing a Reproductive health Agenda in India: The Beginning, ed. S Pachauri. New Delhi, India: Population Council.
8. Sood M, Juneja Y and Goyal U. 1995. Maternal mortality and morbidity associated with clandestine abortions. Hournal of the India Medical Association 93(2): 77-79.