

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები:

სახელმწიფო პოლიტიკის ანალიზი

2014 წელს საქართველომ მოახდინა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) პირთა უფლებების კონვენციის რატიფიცირება და აიღო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ძირითადი უფლებების და თავისუფლებების რეალიზების პასუხისმგებლობა, მათ შორის სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და უფლებებთან მიმართებაში, რაც ადამიანის ძირითადი უფლებების ნაწილს წარმოადგენს და მოიცავს უფლებას ძალადობის და დისკრიმინაციის გარეშე მიიღო ინფორმირებული გადაწყვეტილება სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე (სქესობრივი ურთიერთობების და ოჯახის დაგეგმვის ჩათვლით) და ხელმისაწვდომობას შესაბამის ინფორმაციასა და სერვისებზე.¹

რეპროდუქციული უფლებების რეალიზება განსაკუთრებით აქტუალურია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის, რამდენადაც ისინი დისკრიმინაციულ მოპყრობას როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის, ასევე სქესის ნიშნითაც განიცდიან – გავრცელებული შეხედულებების თანახმად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები არიან ასექსუალები, ვისაც არ შეუძლია ყავდეს პარტნიორი, შექმნას ოჯახი და გახდეს დედა (რაც ასევე განპირობებულია არსებული გენდერული სტერეოტიპებით ქალისა და მამაკაცის სოციალურ როლთან დაკავშირებით),² შესაბამისად, ისინი ხშირად არც განიხილებიან რეპროდუქციული უფლებების სუბიექტებად და მათი საჭიროებები სახელმწიფო პოლიტიკის მიღმა არის დარჩენილი, რაც არა მარტო ადამიანის ძირითადი უფლებების დარღვევას წარმოადგენს, არამედ განაპირობებს ღირსების შემლახავ მოპყრობასაც.

შშმ ქალებისთვის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე და ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა გარკვეული სპეციფიკით ხასიათდება, რასაც განაპირობებს როგორც ზემოაღნიშნული სტიგმა შშმ ქალთა სექსუალობაზე და არსებული გენდერული სტერეოტიპები, სერვისების მიმწოდებელთა ცნობიერების დაბალი დონე მათ სპეციფიკურ საჭიროებებზე, გარემოს ფიზიკური ხელმისაწვდომობის და ინფორმაციის არ არსებობა შესაბამის ფორმატში და სხვა. შშმ ქალები ასევე განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფია სხვადასხვა ფორმის გენდერული ძალადობის მიმართ, მათ შორის იძულებითი აბორტი, იძულებითი კონტრაცეფცია და სტერილიზაცია.³

შშმ ქალების საჭიროებებზე მორგებული სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შექმნაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მონაცემთა ანალიზს. მონაცემების შეგროვებისა და კვლევების ჩატარების აუცილებლობას ხაზს უსვამს „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახი ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ ევროპის საბჭოს კონვენცია“ (სტამბოლის კონვენცია), რომელიც ავალდებულებს სახელმწიფოებს რეგულარულად შეაგროვონ დეტალური სტატისტიკური მონაცემები და მხარი დაუჭირონ შესაბამის კვლევებს ამ კონვენციის განსახორციელებლად მიღებული ზომების ეფექტურობისთვის (მუხლი 11).

¹ Reproductive Rights Are Human Rights. A Handbook For National Human Rights Institutions, 2014 United Nations

² 'Report on SRHR of girls and young women with disabilities, Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, UN General Assembly, 2017

³ იქვე

წინამდებარე სტატიის მიზანია შეაფასოს სახელმწიფო პოლიტიკა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან კავშირში და გამოავლინოს ის ძირითადი გამოწვევები, რომლებიც ამ მიმართულებით არსებობს. სტატია ეყრდნობა სამაგიდო კვლევის ფარგლებში მოპოვებული ინფორმაციისა და მონაცემების ანალიზს.

პოლიტიკური გარემო

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკას შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს (მუხლი 28). სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები განთავსებულია სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამაში და მათთვის ცალკე ბიუჯეტის გამოყოფა არ ხდება, გარდა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამისა, რომლის ბიუჯეტი 2018 წელს 8 მლნ ლარს შეადგენს.⁴ თუმცა, შშმ ქალთა სპეციფიური საჭიროებები არ არის გათვალისწინებული შეზღუდულ შესაძლებლობასთან, სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და გენდერულ თანასწორობასთან დაკავშირებულ სახელმწიფო სტრატეგიებში, სამოქმედო გეგმებსა და პროგრამებში. სახელმწიფოს არ გააჩნია პრობლემის გადაჭრის მექანიზმებზე კონკრეტული ხედვა, შესაბამისად, არ ხორციელდება შშმ ქალების სქესობრივი და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზების ხელშემწყობი მიზანმიმართული საქმიანობა.

აქვე უნდა აღნიშნოს 2014-2016 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა⁵ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველსაყოფად, რომელიც ითვალისწინებდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ცოდნის, შეხედულებებისა და ქცევის კვლევას შესაბამისი ასაკის შშმ პირებისთვის და ცნობიერების ამაღლების კამპანიების გამართვას, თუმცა აღნიშნული ღონისძიებები არ განხორციელებულა და საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, მათი განხორციელების დრო 2017 წლის სექტემბრისთვის უცნობია.⁶

სტატისტიკა/კვლევები

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები მსოფლიოს ქალი მოსახლეობის 1/5-ს წარმოადგენენ.⁷ საქართველოში შშმ ქალთა სტატისტიკა არ არსებობს, პრობლემურია ზოგადად შშმ პირთა სტატისტიკის წარმოებაც, რომელიც მხოლოდ სოციალური დახმარების მიმღებთა ოდენობით ითვლება (125,104 პირი 2017 წლის მონაცემებით, იხ. ცხრილი #1)⁸, რაც ეყრდნობა თვითიდენტიფიცირებას და ვერ ასახავს საქართველოში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ზუსტ რაოდენობას. ასევე, არ არსებობს სტატისტიკა შეზღუდვის სახეებზე (ფიზიკური, მხედველობითი, სმენითი, ფსიქოსოციალური) და კომპლექსური კვლევა, რომელიც განსაკუთრებით პრობლემური საკითხების იდენტიფიცირების საშუალებას მოგვცემდა. რიგი საკითხები ინტეგრირებულია სხვადასხვა ანგარიშებსა და კვლევებში, რაც უფრო მეტად ფრაგმენტულ ხასიათს ატარებს და ვერ ასახავს ამ

⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, წერილი № 01/19404, 2 აპრილი, 2018

⁵ ხელმისაწვდომობა ბმულზე: <http://disability.ge/images/stories/pdfs/samgegma.pdf>

⁶ ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება, საქართველოს სახალხო დამცველი

⁷ WHO and World Bank, *World Report on Disability*, 2011

⁸ <http://www.datalab.ge/ge/dataview/v/78/>

მიმართულებით არსებულ გამოწვევებს ყველა ტიპის შეზღუდულობის კონტექსტში. ყოველივე ზემოაღნიშნული კი ართულებს კონკრეტული საჭიროებების იდენტიფიცირებას და მათზე მორგებული სერვისების დანერგვას.

ცხრილი #1

	თბილისი	აჭარა	გურია	იმერეთი	კახეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-ლეჩხუმ-ქვემო სვანეთი	სამცხე-ჯავახეთი	ქვემო ქართლი	შიდა ქართლი
მკვეთრი	6536	3230	949	4972	2104	601	313	1005	2369	1870
მნიშვნელოვანი	16513	8541	2962	15157	6855	1631	976	2861	5743	5982
ზომიერი	1593	673	192	818	567	184	38	220	591	574
შშმ ბავშვი	3005	1249	363	1439	798	193	62	338	1053	647
შშმ მოპოვებული უფლ.	1556	836	215	1313	607	179	116	330	483	937

მშობლობის უფლება

საერთაშორისო მონაცემების თანახმად, შშმ ქალები შვილის ჩამორთმევის 10-ჯერ უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.⁹ „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“ (PHR) მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად,¹⁰ ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ქალთა დედობის უფლება საქართველოში ხშირად ხელყოფილია, რასაც მეტწილად განაპირობებს მისი სამედიცინო დიაგნოზი და სტერეოტიპული დამოკიდებულება, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ქალები მოკლებულნი არიან შვილის აღზრდის შესაძლებლობას. მიუხედავად პრაქტიკული შემთხვევებისა, რომელიც შშმ ქალებისთვის შვილების ჩამორთმევას უკავშირდება 2009 წლიდან დღემდე, სულ 217 ადამიანს ჩამოერთვა მშობლობის უფლება, ხოლო შშმ სტატუსის საფუძველით, მშობლის უფლების ჩამორთმევის არცერთი ფაქტი არ დაფიქსირებულა.¹¹ აღნიშნული მონაცემები საერთაშორისო გამოცდილებასთან და საქართველოში არსებულ მდგომარეობასთან კავშირში კიდევ ერთხელ მეტყველებს სახელმწიფო პოლიტიკის და მონაცემთა წარმოების ხარვეზებზე.

ინსტიტუციები

განსაკუთრებით პრობლემურია ინსტიტუციებში მოთავსებული შშმ ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. მათი უფლება პირად ცხოვრებაზე სრულად არის შეზღუდული და არსებული ნეგატიური წინასწარგანწყობები ზრდის მათზე ძალადობის განხორციელების რისკს. სახალხო

⁹ The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with disabilities, Issues paper. Carolyn Frohmader and Stephanie Ortoleva, 2013

¹⁰ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობა საქართველოში - ძირითადი ტენდენციები. „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“, ნანა გოჩიაშვილი, 2015

¹¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, წერილი № 01/19402, 2 აპრილი, 2018

დამცველის ანგარიშის თანახმად, ინსტიტუციებში მოთავსებულ შშმ ქალებს ხშირად აძლევენ მედიკამენტებს სექსუალური ურთიერთობისგან თავის შესაკავებლად,¹² ასევე მათ უმეტესობას არ მიეწოდება ინფორმაცია თუ რა გავლენა შეიძლება იქონიოს კონკრეტულმა პრეპარატებმა მათი სექსუალური ფუნქციის მოშლაზე, უშვილობაზე, ორსულობის და მის შემდგომ გართულებებზე.¹³

ფიზიკური ხელმისაწვდომობა და კონფიდენციალობა

2016 წლის მონაცემებით, საქართველოში გინეკოლოგიური და რეპროდუქციული სერვისის მიწოდებელი 304 დაწესებულება მოქმედებდა. (ცხრილი #2) მათ შორის: აფხაზეთი - 2; აჭარა - 20; თბილისი - 134; კახეთი - 16; იმერეთი - 40, სამეგრელო ზემო სვანეთი - 27; გურია - 4; შიდა ქართლი - 19; ქვემო ქართლი - 24; სამცხე-ჯავახეთი - 9; მცხეთა მთიანეთი - 5; რაჭა ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი - 4.¹⁴ თუმცა, დღემდე არ არსებობს სრულად ადაპტირებული გინეკოლოგიური კაბინეტი, რაც მოიცავს არა მარტო შენობის გარე ადაპტირებას, არამედ თავად კაბინეტებისა და შესაბამისი სამედიცინო აღჭურვილობის მორგებას შშმ ქალთა საჭიროებებზე, მათ შორის ეტლით მოსარგებლე და მხედველობის დარღვევის მქონე ქალებისთვის.

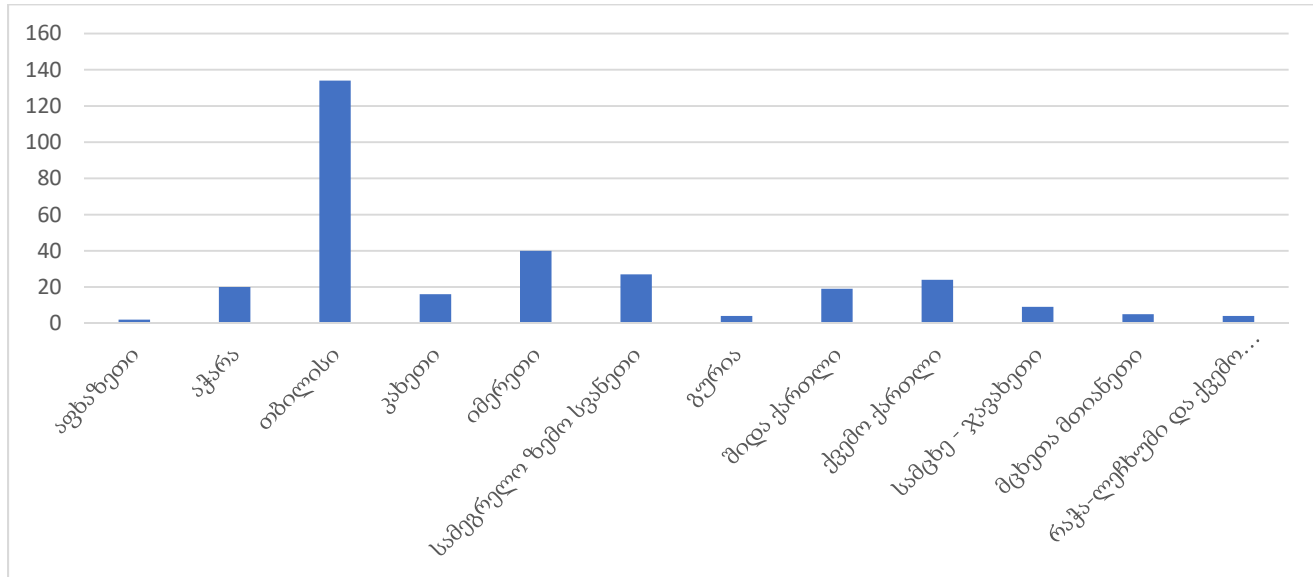
განსაკუთრებით პრობლემურია კონფიდენციალობის დაცვის საკითხი. შშმ ქალები ძირითადად თანმხლებ პირებთან ერთად გადაადგილდებიან, რაც სამედიცინო პერსონალის ცნობიერების დაბალი დონის პირობებში მათი პერსონალური ინფორმაციის გამჟღავნების მუდმივ საფრთხეს ქმნის. მაგალითად, ყრუ და სმენის დარღვევის მქონე ქალების შემთხვევაში აღნიშნული რისკი განსაკუთრებით მაღალია, რადგან სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებს არ ყავთ ჟესტური ენის ინტერპრეტატორები.

¹² იქვე

¹³ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებები და თავისუფლებები. პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის, 2016

¹⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, წერილი № 01/19404, 2 აპრილი, 2018

ცხრილი #2



გენდერული ძალადობა:

რეპროდუქციული უფლებები მჭიდროს უკავშირდება ძალადობის ნებისმიერი ფორმისგან დაცვის უფლებასაც, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფს წარმოადგენენ გენდერული ძალადობის თვალსაზრისით. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე კაცებისა და შეზღუდვის არ მქონე ქალებთან შედარებით ისინი უფრო ხშირად ხდებიან ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ეკონომიკური და სექსუალური ძალადობის ობიექტები მათი ოჯახის წევრებისა და მზრუნველების მხრიდან,¹⁵ თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული სტატისტიკური მონაცემები იწარმოება გენდერულ ჭრილში (ცხრილი #3),¹⁶ სტატისტიკური ინფორმაცია ძალადობის მსხვერპლ შშმ ქალებზე არ არსებობს, რაც პრობლემის უხილავობას და გადაწყვეტილების მიმღები ორგანოების შესაბამისი თანამშრომლების ნაკლებ კვალიფიციურობას განაპირობებს შშმ ქალების, მათ შორის ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ქალების,¹⁷ სპეციფიურ საჭიროებებზე. აქვე მოიაზრება ასევე იძულებითი სტერილიზაცია, იძულებითი აბორტი და იძულებითი კონტრაცეფცია, რაც სხვადასხვა ქვეყნებში გავრცელებულ პრაქტიკას წარმოადგენს, თუმცა საქართველოში წარმოებული დანაშაულის სტატისტიკა არ მოიცავს სტატისტიკურ მონაცემებს ძალადობის აღნიშნულ ფორმებთან დაკავშირებით, რაც საერთაშორისო გამოცდილებასთან შედარების საფუძველზე კიდევ ერთხელ უთითებს მონაცემების წარმოების ხარვეზებზე.

¹⁵ 'Report on SRHR of girls and young women with disabilities, Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, UN General Assembly, 2017

¹⁶ <http://www.datalab.ge/ge/dataview/v/257/>

¹⁷ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობა საქართველოში - ძირითადი ტენდენციები. „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“, ნანა გოჩიაშვილი, 2015

ცხრილი #3

სქესი	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
კაცი	9	13	16	32	27	20	87	337	381	497
ქალი	189	163	166	253	308	220	742	2301	2585	3599

რამდენადაც სქესობრივი და რეპროდუქციული უფლებები სხვადასხვა ფართო მიმართულებას მოიცავს, თითოეული მათგანის განხილვა სტატიაში ვერ მოხერხდა, თუმცა მოპოვებული ინფორმაციის ანალიზი ცხადყოფს, რომ სახელმწიფოს მიერ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციით, გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნებით და გენდერულ თანასწორობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა აქტებით ნაკისრი ვალდებულებები ამ მიმართულებით არ სრულდება. შშმ ქალების სპეციფიკური საჭიროებები იგნორირებულია და სახელმწიფო პოლიტიკის მიღმა არის დარჩენილი. აღნიშნული უფლებების უზრუნველსაყოფად, პირველ რიგში, აუცილებელია სახელმწიფომ აღიაროს შშმ ქალები სქესობრივი და რეპროდუქციული უფლებების სუბიექტებად და გადადგას ქმედითი ნაბიჯები ადამიანის ერთ-ერთი ძირითადი უფლებების რეალიზებისთვის სტიგმისა და სტერეოტიპებისგან თავისუფალ გარემოში, რისთვისაც აუცილებელია შესაბამისი კვლევების წარმოება, სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების სისტემის დახვეწა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიზანმიმართული საქმიანობის განხორციელება.

ბიბლიოგრაფია:

1. Reproductive Rights Are Human Rights. A Handbook For National Human Rights Institutions, 2014 United Nations
2. Report on SRHR of girls and young women with disabilities, Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, UN General Assembly, 2017
3. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველყოფის 2014-2016 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა
4. ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება, საქართველოს სახალხო დამცველი
5. WHO and World Bank, *World Report on Disability*, 2011
6. <http://www.datalab.ge/ge/dataview/v/78/>
7. "The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with disabilities", Issues paper. Carolyn Frohmader and Stephanie Ortoleva. 2013
8. ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობა საქართველოში - ძირითადი ტენდენციები. „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“, ნანა გოჩიაშვილი . 2015
9. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებები და თავისუფლებები. „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“. 2016
10. 'Report on SRHR of girls and young women with disabilities, Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, UN General Assembly, 2017

11. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, წერილი № 01/19402, 2 აპრილი, 2018. (იხილეთ დანართის სახით)
12. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, წერილი № 01/19404, 2 აპრილი, 2018.(იხილეთ დანართის სახით)
13. <http://www.datalab.ge/ge/dataview/v/257/>