

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება

ძირითადი მიგნებები

პუბლიკაცია მომზადდა სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით, გაეროს ერთობლივი პროგრამის „გენდერული თანასწორობისთვის“ ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია შვედეთის მთავრობის მიერ.

პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორს და არ წარმოადგენს UNFPA-ს და შვედეთის მთავრობის ოფიციალურ პოზიციას.

მეთოდოლოგიის ავტორი: კრისტინა ზამპასი

კვლევის ავტორები: ლელა შენგელია, ლიკა ჯალაღანია, თამარ დეკანოსიძე

შესავალი

საქართველოს სახალხო დამცველი, როგორც კონსტიტუციური ორგანო, განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ქვეყანაში გენდერული თანასწორობისა და ქალთა უფლებების კუთხით არსებულ მდგომარეობას.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატისა და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) თანამშრომლობით, შესაძლებელი გახდა კომპლექსური მიდგომის შემუშავება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად. აღნიშნული თანამშრომლობა უზრუნველყოფს ადამიანის უფლებათა დაცვის ეროვნული ინსტიტუტის მონაწილეობას სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების განხორციელების მონიტორინგისა და შეფასების პროცესში. რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო მექანიზმების მუშაობას და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ეროვნული, რეგიონული და გლობალური ტენდენციების გაანალიზებას.

2017 წელს სახალხო დამცველის აპარატმა სპეციალური ანგარიში გამოსცა, რომელშიც შეფასებულია საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებრივი მდგომარეობა.¹ აღნიშნული კვლევის საფუძველზე, 2018 წელს დაიგეგმა და განხორციელდა მეორე ეტაპი, რომელიც სამიზნე პოპულაციის გამოკითხვის საშუალებით, მიზნად ისახავდა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების პრაქტიკაში განხორციელების შეფასებას.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სახელმწიფოს მიერ რიგი პროგრესული ნაბიჯების გადადგმის მიუხედავად, არსებობს სისტემური პრობლემები, რომელთაც სხვადასხვა ჯგუფების წარმომადგენელი ქალები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების კუთხით აწყდებიან. კერძოდ, სახელმწიფოს არ გააჩნია სისტემური ხედვა პოსტნატალურ ზრუნვასა და სერვისებთან დაკავშირებით; კვლავ სახელმწიფო დაფინანსების მიღმა რჩება ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული სერვისები; პრობლემას წარმოდგენს ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების სრული ინტეგრირება ფორმალური განათლების სისტემაში.

გამოწვევად რჩება ქალთა მიმართ ძალადობის, ძალადობის მიზეზებისა და შედეგების შესახებ გაეროს სპეციალური მომხსენებლის, დუბრაკვა სიმონოვიჩის მიერ საქართველოს მთავრობისთვის გაცემული რეკომენდაციის შესრულება², რომელიც გენდერული

¹ კვლევა ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე:

<https://drive.google.com/file/d/1OijtLDqkHg4dV0ml17Z4aPdhGmrmHCM4/view> [ბოლოს ნანახია 04.02.2019].

² ქალთა მიმართ ძალადობის, ძალადობის მიზეზებისა და შედეგების შესახებ გაეროს სპეციალური მომხსენებლის საქართველოში ვიზიტის ანგარიში, A/HRC/32/42/Add.3, 22 ივლისი, 2016.

ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე:

თანასწორობის, ქალთა მიმართ ძალადობისა და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საკითხების განათლების ყველა დონეზე ინტეგრირებას გულისხმობს.

გამოწვევად რჩება მდგრადი განვითარების დღის წესრიგში ასახული სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მიზნების მისაღწევად სახელმწიფოს მხრიდან პროგრესული ნაბიჯების გადადგმაც.³

სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ კვლევის შედეგად წარმოჩენილი მიგნებები და შემუშავებული რეკომენდაციები ქვეყანაში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების კუთხით პოლიტიკის განსაზღვრის ყველა ეტაპზე იქნება გათვალისწინებული და ასახული.

1. დედათა ჯანმრთელობა

დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და ხარისხი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია ქვეყნის, როგორც ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების, ასევე, გენდერული თანასწორობის პოლიტიკის განხორციელების შესაფასებლად. უნდა აღინიშნოს, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა საკითხებისგან განსხვავებით,⁴ დედათა ჯანმრთელობის კომპონენტი გარკვეულწილად გათვალისწინებულია ჯანდაცვის სისტემაში.

2016-2030 წლების ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის გლობალური სტრატეგიის სამოქმედო გეგმისა და მდგრადი განვითარების მიზნების მიხედვით, მთავრობამ უნდა გააძლიეროს მმართველობითი და მენეჯერული შესაძლებლობები ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით; გაამყაროს მულტისექტორული მიდგომები და ანგარიშგება მოახდინოს საზოგადოების წინაშე.

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შესაფასებლად ჩატარებულმა მონიტორინგმა გამოავლინა როგორც წინგადადგმული ნაბიჯები, ისე პრობლემური საკითხები, რომელთა გამოსწორებაც მნიშვნელოვანია დედათა ჯანმრთელობის კუთხით არსებული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

<https://www.ohchr.org/en/hrbodies/hrc/regularsessions/session32/pages/listreports.aspx>, [ბოლოს ნანახია 04.02.2019].

³ იგულისხმება მდგრადი განვითარების მე-3, მე-4 და მე-5 მიზნები. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs> წყარო ბოლოს ნანახია 04.02.2019.

⁴ როგორცაა, მაგალითად, ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება ან კონტრაცეფცია.

ძირითადი მიგნებები:

- ანტენატალური მეთვალყურეობის ბაზისური პაკეტით გათვალისწინებული ვიზიტების რაოდენობა, სახალხო დამცველის რეკომენდაციის შესაბამისად, 4-დან 8 ვიზიტამდე გაიზარდა. ასევე გაიზარდა იმ საბაზო მედიკამენტების ნუსხა, რომელიც ორსულებს ანტენატალური ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მიეწოდებათ, და პერინატალური სერვისის განმახორციელებელ დაწესებულებათა რეგიონალიზაციის შედეგად, გაუმჯობესდა დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა;
- ანტენატალური მომსახურების პაკეტი ბაზისურია და მხოლოდ ორსულთა პირველად საჭიროებებს ფარავს, შესაბამისად, ანტენატალური პაკეტის მიღმა რჩება ორსულობის ეფექტიანი მონიტორინგისათვის აუცილებელი ლაბორატორიული კვლევები.⁵ თითოეული ასეთი კვლევა კი ორსულებისთვის დამატებით ფინანსურ ხარჯთან არის დაკავშირებული;
- აუცილებელია მომსახურების პაკეტში ფსიქოლოგიური მომსახურების გათვალისწინება (როგორც ანტენატალური, ისე პოსტნატალური ზრუნვის ეტაპებზე). ასეთი სახის სერვისების საჭიროება, დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევების, ბოლო წლებში განხორციელებული ანალიზით დასტურდება;⁶
- მიუხედავად წინ გადადგმული ნაბიჯებისა, დედათა ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესების თვალსაზრისით, კვლავ მაღალია დედათა სიკვდილიანობა და ავადობა. 2018 წლის წინასწარი მონაცემებით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელია 23.5/100 000 ცოცხალშობილზე;⁷
- გამოიკვეთა საკეისრო კვეთის მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი. მონიტორინგმა პატარა ქალაქებსა და სოფლებში სამედიცინო სფეროში ადამიანური რესურსების – მეან-გინეკოლოგების, ბეზიქალებისა თუ ანესთეზიოლოგების ნაკლებობაც გამოავლინა, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხზე. ასევე გამოვლინდა, რომ ისევ გამოწვევად რჩება რეფერალის სისტემის ეფექტიანი განხორციელება დედათა ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებს შორის. კერძოდ, მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება მშობიარობისა თუ საკეისრო კვეთის შემდგომი გართულებების დროული გამოვლენა, მართვა და სწორი, დროული რეფერალი;

⁵ მაგალითად, შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა.

⁶ პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში, 2016. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

⁷ ეს არის წინასწარი მაჩვენებელი, რომელიც შესაძლოა შეიცვალოს, რადგან მიმდინარეობს დედათა სიკვდილის თითოეული შემთხვევის შესწავლა როგორც სამედიცინო ჩანაწერების, ასევე, ვერბალური აუტოფსიის დონეზე. საჯარო სამართლის იურიდიული პირის. ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2019 წლის 28 თებერვლის წერილი №06/727. 2017 წელს დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 13.1/100 000 ცოცხალშობილზე.

- კვლევამ გამოავლინა სისტემური ხედვის არარსებობა პოსტნატალურ სერვისებთან დაკავშირებით, რაც დედათა ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხზე ნეგატიურად აისახება. კერძოდ, პრობლემას წარმოადგენს მშობიარობის შემდგომი ვიზიტებისა და ზრუნვის მნიშვნელობის გააზრება დედათა სიკვდილიანობის პრევენციისა და ქალის როგორც მენტალური, ისე ფიზიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნების პროცესში, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელთა მხრიდან;
- გამოწვევად რჩება ქვეყანაში უწყვეტი სამედიცინო განათლების არასავალდებულო ხასიათი - მეან-გინეკოლოგები და საშუალო სამედიცინო პერსონალი (ბებიაქალები, ექთნები) მედიცინის თანამედროვე მიგნებების კვალდაკვალ არ გადამზადდებიან. ყოველივე ეს კი, მნიშვნელოვნად აქვეითებს დედათა ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხს;
- ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის, დედათა ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისას, კვლავ შემაფერხებელი ფაქტორია ენობრივი ბარიერი. კერძოდ, ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ რეგიონებში მოქმედ სამედიცინო დაწესებულებებში პროფესიონალი თარჯიმნის არარსებობა, მათ ბარიერს უქმნის ხარისხიანი და კონფიდენციალური სამედიცინო სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით;
- გამოწვევას წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ სუროგაციის, არა როგორც ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი ნაწილის, არამედ, როგორც სოციალური მოვლენის აღქმა. ქვეყანას არ გააჩნია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თანამედროვე ტექნოლოგიების, მათ შორის, სუროგაციასა და ინვიტრო განაყოფიერებასთან დაკავშირებული კანონმდებლობა. შესაბამისად, აღნიშნულ სერვისში ჩართულ ქალებს არ გააჩნიათ თავის დაცვის სამართლებრივი ბერკეტები;
- გამოწვევად რჩება დედათა მოვლის სერვისების არაერთგვაროვანი ხარისხი და ხელმიუწვდომლობა ქვეყანაში, რაც მნიშვნელოვანი პრობლემაა შესაბამისი ჯანდაცვის სერვისების დროულად და ეფექტიანად მიღების თვალსაზრისით.

რეკომენდაციები:

- მოხდეს ანტენატალური ზრუნვის საბაზო პაკეტის გადახედვა და სრულყოფა;
- გამკაცრდეს ლიცენზირების პროცესი საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე, ლაბორატორიული სერვისების ერთგვაროვანი ხარისხის დასანერგად;
- უზრუნველყოფილ იქნას უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულოობა;
- ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული რეგიონების სამედიცინო დაწესებულებებში დაარსდეს პროფესიული თარჯიმნის ინსტიტუტი;
- ჯანდაცვის სამინისტრომ უზრუნველყოს ე.წ. „რობსონის შკალის“ რუტინული გამოყენება, საკეისრო კვეთებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღებისას;

- უზრუნველყოფილ იქნას საკეისრო კვეთებისა და ბუნებრივი მშობიარობის უარყოფით და დადებით მხარეებზე ორსული ქალების სრულფასოვანი ინფორმირება, მათ შორის, სამედიცინო დაწესებულებების მიერ;
- გატარდეს ღონისძიებები როგორც ორსულის, ისე ახალშობილის რეფერალის სისტემის სრულყოფისათვის;
- შემუშავდეს სისტემური მიდგომა პოსტნატალურ ზრუნვასთან დაკავშირებით, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს პოსტნატალურ პერიოდებში საჭირო სერვისების მიწოდება სახელმწიფო პროგრამების მეშვეობით, და გატარდეს ღონისძიებები არსებული სერვისების შესახებ ინფორმირებულობის ასამაღლებლად;
- დაინერგოს ფსიქოლოგიური დახმარება როგორც პოსტ, ისე ანტენატალური სერვისების საბაზო პაკეტში, ასევე, ე.წ. „ედინბურგის შკალის“ სისტემა პოსტნატალური დეპრესიის გამოსავლენად;
- უზრუნველყოფილ იქნას არადისკრიმინაციული გარემო სუროგაციის ორგანიზებისას, მათ შორის, ოჯახური მდგომარეობისა და სექსუალური ორიენტაციის საფუძველზე;
- „რეპროდუქციული ტურიზმის“ შესაძლო პრაქტიკის თავიდან ასაცილებლად, სუროგაციის განხორციელებისას, საქართველოში საცხოვრებელი ადგილის ქონა აუცილებელ მოთხოვნად იყოს აღიარებული;
- გესტაციური მატარებლისთვის დაწესდეს მინიმალური ასაკობრივი ზღვარი, ბავშვის უფლებების კონვენციით⁸ გათვალისწინებულ 18 წელსა და სრულწლოვნობის ასაკზე ზევით, რათა გარანტირებული იქნას სუროგატი დედის შესაბამისი მოწიფულობა და გადაწყვეტილების მიღების დროს მის ჯანმრთელობასა და ორსულობაზე მომავალში შესაძლო ზემოქმედების საფრთხეების გააზრების უნარი;
- სუროგაციასთან დაკავშირებული მონაცემები შეგროვდეს და პერიოდულად წარედგინოს მარეგულირებელ სააგენტოს ან სხვა შესაბამის სახელმწიფო დაწესებულებას, როგორც აუცილებელი პირობა სამედიცინო რეპროდუქციული მომსახურების გაწევის ლიცენზიის მისაღებად.

2. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები და კონტრაცეპტივები

ქალისათვის ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობა და ავტონომიური გადაწყვეტილებების მიღების შესაძლებლობა შეზღუდულია რეპროდუქციული ფუნქციის შესახებ ოჯახსა და საზოგადოებაში ჩამოყალიბებული მოსაზრებებით.⁹ მიუხედავად იმისა,

⁸ კონვენცია ბავშვის უფლებების შესახებ. ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე:

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1399901?publication=0> [ბოლოს ნანახია 2019 წლის 3 აპრილს].

⁹ UNDP, გენდერული თანასწორობა საქართველოში: ბარიერები და რეკომენდაციები, II ნაწილი, 2018, გვ. 48, იხ:

http://www.ge.undp.org/content/dam/georgia/docs/publications/DG/UNDP_GE_DG_Gender_Equality_in_Georgia_VOL2_GEO.pdf

რომ გენდერული თანასწორობის მისაღწევად რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვას არსებითი მნიშვნელობა აქვს, სახელმწიფოს როლი, აღნიშნულ უფლებათა ეფექტიანი აღსრულების თვალსაზრისით, საჭირო სტანდარტს ვერ აკმაყოფილებს.

ოჯახის დაგეგმვის კონსულტირებაზე ან მომსახურებების მიწოდებაზე არ გამოიყოფა სახელმწიფო საბიუჯეტო სახსრები და ეს სერვისები არ შედის სახელმწიფო პროგრამებითა თუ კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა მომსახურების პაკეტში. სახელმწიფო არც კონტრაცეპტივების ინკლუზიას უზრუნველყოფს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტების ჩამონათვალში.¹⁰

კონტრაცეფციის საშუალებებზე, როგორც ფინანსური, ისე ინფორმაციული ხელმიუწვდომლობა სერიოზული პრობლემაა და იწვევს კონტრაცეპტივების იშვიათ გამოყენებას და შედეგად, არასასურველ ორსულობასა და ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტას (აბორტს). წინამდებარე კვლევის ფარგლებში, აბორტთან დაკავშირებით, ორი უკიდურესი რიტორიკა გამოვლინდა - ერთი მხრივ, აბორტის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის საშუალების, ფართო გამოყენება და მეორე მხრივ, აბორტის მორალურ-რელიგიურ ჭრილში განხილვა და მისი აკრძალვის მოთხოვნა. გარდა ამისა, მონიტორინგმა გამოკვეთა, რომ სელექციური აბორტები კვლავ აქტუალურ პრობლემად რჩება.¹¹

საქართველოს მასშტაბით, ბოლო წლებში აბორტების რაოდენობა შედარებით შემცირებულია, თუმცა კვლავ პრობლემურია კონტრაცეფციის საშუალებების დაბალი მოხმარება და აბორტის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის გამოყენება.¹²

ძირითადი მიგნებები:

- ხარისხიანი სერვისების არსებობა და მათზე წვდომა საქართველოში კვლავ კრიტიკული პრობლემაა. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები სრულად არ არის დანერგილი პირველადი ჯანდაცვის საფეხურზე და არასისტემურად არის განაწილებული სხვადასხვა სპეციალისტის მოვალეობებს ქვეშ. სახელმწიფოს მხრიდან, ოჯახის დაგეგმვის/კონტრაცეპტივებზე ინფორმაციის გავრცელებაზე ორიენტირებული მიდგომის არარსებობა, სერვისებზე ხელმისაწვდომობას მნიშვნელოვან ბარიერებს უქმნის;
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიმწოდებელი კლინიკების/ამბულატორიების და ქალთა საკონსულტაციო ცენტრების არსებობა შეზღუდულია რეგიონებში, განსაკუთრებით კი, მაღალმთიან სოფლებში. სოფლად მცხოვრებ ქალებს სერვისის მისაღებად ახლომდებარე დაბაში ან ქალაქში უწევთ ჩასვლა, რაც დამატებით ფინანსურ ბარიერებთან არის

¹⁰ სახალხო დამცველის ანგარიში, „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“, 2018, გვ. 56.

¹¹ იქვე, გვ. 64-65.

¹² იქვე.

დაკავშირებული. რეგიონებსა და სოფლებში სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა კლინიკებსა და სამედიცინო ცენტრებში ადეკვატური ტექნიკისა და საჭირო აღჭურვილობის ლიმიტირებული რესურსების სახითაც ვლინდება;

- ქალები კონტრაცეპტივების ტრადიციულ და თანამედროვე მეთოდებზე სრულყოფილ ინფორმაციას არ ფლობენ, თუმცა მათ დიდ ნაწილს სმენია ან/და იყენებს ტრადიციული და თანამედროვე კონტრაცეპციის ზოგიერთ მეთოდს. გავრცელების მხრივ, ყველაზე ხშირია საშვილოსნოსშიდა საშუალებები (IUD), კონდომი, კალენდარული მეთოდი და ბოლოს, ჰორმონალური აბები. ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებას ხელს უშლის გავრცელებული მითები ჰორმონალური კონტრაცეპტივების საზიანო ეფექტების შესახებ, ის უშვილობის თუ სხვადასხვა დაავადებათა პოტენციურ გამომწვევად მიიჩნევა. აღნიშნული მითების გავრცელებას ხშირად ხელს უწყობენ თავად გინეკოლოგებიც. მწირია ცოდნა გადაუდებელი კონტრაცეპტივების შესახებ, რაც დამატებითი ბარიერია ქალებისათვის არასასურველი ორსულობისგან თავის დასაცავად. კონტრაცეპტივების სხვადასხვა მეთოდის შესახებ ინფორმირებულობის დაბალ დონეს განაპირობებს სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან ინფორმაციის არასაკმარისად და არაამომწურავად მიწოდების პრაქტიკაც;
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიღება კვლავ განსაზღვრულია საზოგადოებაში მიღებული გენდერული როლებით. კონტრაცეპტივების შესახებ კონსულტაციის მისაღებად ქალები იშვიათად მიდიან ექიმთან თავიანთ პარტნიორებთან/ქმრებთან ერთად, არასასურველი ორსულობისგან თავის დაცვაც მთლიანად ქალების პასუხისმგებლობად მოიაზრება. ამასთანავე, ქალები „არჩვენ“ კონტრაცეფციის იმ მეთოდს, რომელიც ყველაზე ნაკლებ დისკომფორტს შეუქმნის მათ ქმრებს/პარტნიორებს;
- სტერილიზაციის მეთოდი, როგორც კონტრაცეფცია, ნაკლებად არის გავრცელებული, თუმცა მიმართვიანობის შემთხვევაში, კლინიკები სერვისის გასაცემად ითხოვენ ქმრის თანხმობას, რაც ქალს აფერხებს, მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარ სხეულზე და, შესაბამისად, მისი უფლებების დარღვევის საფრთხეს წარმოშობს;
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისის/კონტრაცეფციის სერვისის მიღების მნიშვნელოვანი ბარიერია მასზე ფინანსური ხელმიუწვდომლობა, რაც ყველაზე უარყოფითად სოციალურად მოწყვლად, მარგინალიზებულ ქალებსა და მოზარდებზე აისახება. ფინანსური ბარიერის გამო, ქალებს ხელი არ მიუწვდებათ მათზე ინდივიდუალურად მორგებულ და ინფორმირებულად შერჩეულ კონტრაცეპტივზე. მნიშვნელოვანი დაბრკოლებაა იმგვარი ბარიერებიც, როგორცაა, ხანგრძლივი რიგი, ექიმთა სიჩქარე და ზედაპირულობა, სადაზღვევო კომპანიის მიერ გამოყოფილი ოჯახის ექიმის მიერ გადამისამართების პროცესის გაჭიანურება, რაც ქალებს აიძულებს, უარი თქვან სერვისის მიღებაზე ან გადაავადონ ექიმთან ვიზიტი;
- კონფიდენციალობის დარღვევა ქალებისთვის ხარისხიან სერვისზე ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი ბარიერია. რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა თუ კონტრაცეპტივებზე სერვისის მიღებისას კონფიდენციალობა მრავალი ფორმით ირღვევა, მათ შორის, ექიმთან კონსულტაციაზე მესამე პირის დასწრებით (მათ შორის, სხვა სამედიცინო პერსონალის),

პაციენტის გამყოლი ოჯახის წევრებისათვის ქალის წინასწარი თანხმობის გარეშე ინფორმაციის გაზიარებით, პაციენტთან არაიზოლირებულ სივრცეში გასაუბრებით;

- ქალებისათვის მნიშვნელოვანი გამოწვევაა სერვისის მიღებისას სტიგმისა და დისკრიმინაციული დამოკიდებულებისგან თავისუფალი გარემოს არარსებობა. ხშირია სერვისის მიწოდებლების მხრიდან ქალების მიმართ არასენსიტიური, არაგულისხმიერი და, ხშირად, გამკიცხავი დამოკიდებულება, რაც ქალებს მნიშვნელოვან დისკომფორტს უქმნის და სერვისის მიწოდების/მიღების ხარისხზე უარყოფითად აისახება;
- არასრულწლოვან გოგოებს მნიშვნელოვნად ეზღუდებათ კონტრაცეფციის სერვისებსა და ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა, რაც, ძირითადად, სექსუალობის მიმართ საზოგადოებაში გაბატონებული ორმაგი სტანდარტებით, მოზარდებისთვის კეთილგანწყობილი სერვისებისა და ინფორმაციის ნაკლებობით, სამედიცინო მომსახურების გამწევთა მიერ ინფორმირებული თანხმობის შესახებ არსებული კანონმდებლობის უგულებელყოფით და მოზარდთა კონფიდენციალობის დაცვის უკიდურესად დაბალი ხარისხით არის გამოწვეული. ყოველივე ეს, გოგოებს, განსაკუთრებით რეგიონებში, უბიძგებს, თავი აარიდონ აფთიაქებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს სერვისების მისაღებად. კონტრაცეპტივებსა და ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე მოზარდები ძირითადად თავიანთი თანატოლებისგან და ინტერნეტის მეშვეობით იგებენ. მიღებული ინფორმაცია კი, არ არის სათანადო და ვერ უზრუნველყოფს მოზარდის დაცვას რისკის შემცველი ქცევისგან;
- მოზარდებისათვის კეთილგანწყობილი და კონფიდენციალური სერვისის მიღება მნიშვნელოვანი ბარიერია ხარისხიანი სერვისის მისაღებად. ფართოდ გავრცელებული პრაქტიკით, სამედიცინო მომსახურების გამწევი, ხშირად არასრულწლოვნის ნების საწინააღმდეგოდ, არათუ ატყობინებს მშობელს აღნიშნული სერვისის გაწევის თაობაზე, არამედ მისგან წინასწარ ითხოვს ინფორმირებულ თანხმობას, რაც არღვევს მოზარდის უფლებას კონფიდენციალობაზე და ხარისხიანი სერვისის მიღების მნიშვნელოვან დაბრკოლებებს წარმოშობს;
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე/კონტრაცეფციაზე შშმ ქალთა ინფორმირებულობის ნაკლებობა მათ მნიშვნელოვნად აფერხებს, მიიღონ საჭირო და ადეკვატური სერვისი. შშმ ქალები, რომლებსაც შეზღუდული შესაძლებლობა ადრეული ასაკიდან აქვთ, იმ ქალებთან შედარებით, რომლებმაც შეზღუდული შესაძლებლობა ზრდასრულ ასაკში შეიძინეს, ნაკლებ ინფორმაციას ფლობენ კონტრაცეფციაზე. ეს იმით არის გამოწვეული, რომ შშმ ქალებს ბავშვობიდან „უსქესო არსებებად“ აღიქვამენ, რომელთაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები არ უნდა აწუხებდეთ;
- შშმ ქალებისთვის, ოჯახის დაგეგმვის სერვისის მისაღებად, მნიშვნელოვანი ბარიერია კლინიკების არაადაპტირებულობა. ქვეყნის მასშტაბით, გინეკოლოგიური კაბინეტები და გინეკოლოგიური სავარძლები არაადაპტირებულია ეტლით მოსარგებლე ქალებისთვის, რაც სათანადო გინეკოლოგიურ შემოწმებას შეუძლებელს ხდის. ამასთანავე, ხშირ შემთხვევაში, ადაპტირებულია სამედიცინო დაწესებულების შესასვლელი, მაგრამ არ არის ადაპტირებული დაწესებულების შიდა პერიმეტრი;

- პრობლემურია სმენისა და მეტყველების არმქონე ქალებისთვის გინეკოლოგიური სერვისის მიღება - სამედიცინო დაწესებულებებს არ ჰყავთ თარჯიმანი და შშმ ქალი ვალდებულია თავად წაიყვანოს თარჯიმანი (ან ოჯახის წევრი, რომელიც თარჯიმნის ფუნქციას ასრულებს) სერვისის მისაღებად, რაც სერვისის კონფიდენციალურად მიღებას გამორიცხავს;
- კონტრაცეფციაზე ინფორმაციისა და სერვისების ხელმისაწვდომობის კუთხით, ეთნიკურად სომეხი და აზერბაიჯანელი ქალები, ეთნიკურად ქართველ ქალებთან შედარებით, ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობის არქონის, ფინანსური სახსრებისა და ხარისხიანი სერვისის არარსებობის გამო, დამატებით ბარიერებს აწყდებიან;
- ეთნიკურად სომეხ ქალებს ურჩევნიათ ნებისმიერი სახის სამედიცინო მომსახურება სომხეთში მიიღონ, ვინაიდან საქართველოში ენის ბარიერს აწყდებიან და არ აქვთ წვდომა სათანადო ხარისხის სერვისებზე. თუმცა, როგორც მონიტორინგმა აჩვენა, ეს ტენდენცია გასულ წლებში უფრო ძლიერი იყო და ამჟამად ქალები შედარებით ხშირად მიმართავენ საქართველოში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებს, ვიდრე გასულ წლებში;
- ეთნიკურად აზერბაიჯანულ და სომხურ თემებში ქალებს უკიდურესად აქვთ შეზღუდული რეპროდუქციულ საკითხებზე დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა. კონტრაცეფციის გამოყენების, შვილების რაოდენობის და მათ შორის შუალედის, აბორტის და ქალის რეპროდუქციასთან დაკავშირებულ სხვა საკითხებს ძირითადად მეუღლე, დედამთილი ან ოჯახის სხვა უფროსი წევრები წყვეტენ. ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალები სამედიცინო დაწესებულებას თითქმის ყოველთვის მეუღლის ან დედამთილის თანხლებით აკითხავენ, რომლებიც თარჯიმნის ფუნქციას ასრულებენ, ვინაიდან, რიგ შემთხვევაში, ქალი არც ქართულ და არც რუსულ ენას არ ფლობს და ზოგჯერ არც ინტერნეტზე მიუწვდება ხელი, მისთვის საჭირო ინფორმაციას რომ გაეცნოს;
- სექს-მუშაკი ქალები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დარღვევის მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ მყოფ ჯგუფს მიეკუთვნებიან. ორსულობის თავიდან ასაცილებლად და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან თავის დასაცავად, სექს-მუშაკები თითქმის ყოველთვის პრეზერვატივს იყენებენ, ამ მხრივ ქალები თითქმის მთლიანად არიან დამოკიდებული არასამთავრო ორგანიზაციის („თანადგომა“) გაწეულ მომსახურებაზე. კონტრაცეფციის სხვა საშუალებები უმეტესწილად არ გამოიყენება. სექს-მუშაკი ქალებისათვის მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება კლიენტების მიერ პრეზერვატივის მოხმარებაზე უარის თქმა, რაც სექს-მუშაკთა ჯანმრთელობას განსაკუთრებული რისკის ქვეშ აყენებს;
- კვლევის თანახმად, ოჯახის დაგეგმვის საშუალებად აბორტის გამოყენება კონტრაცეფციის საშუალებების და მათზე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის ბარიერებით არის გამოწვეული. აბორტის სერვისის მიწოდების დროს სამედიცინო ეთიკის სტანდარტების, ქალის ღირსებისა და არჩევანის უფლების დარღვევა მნიშვნელოვანი პრობლემაა. აბორტზე ფინანსური ხელმიუწვდომლობა იწვევს

ორსულობის შეწყვეტის თვითნებური, ჯანმრთელობისთვის სახიფათო მეთოდების გამოყენებას;

- გინეკოლოგიურ საქმიანობაში ნებართვის მქონე სამედიცინო დაწესებულებების მნიშვნელოვანი ნაწილი, განსაკუთრებით რეგიონებში, მოსახლეობას არ სთავაზობს აბორტისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებს. აბორტის სერვისების არარსებობა/ხელმიუწვდომლობა ხელს უწყობს სხვადასხვა არალეგალური პრაქტიკის დამკვიდრებას.
- მონიტორინგმა, სამედიცინო მომსახურების გამწევთა მიერ მოწოდებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ცხადყო, რომ აბორტისთვის მოსაფიქრებელი 5-დღიანი პერიოდი, რომელმაც ადრე მოქმედი 3-დღიანი პერიოდი ჩაანაცვლა, პრაქტიკაში არ მუშაობს და ვერ აღწევს აბორტების შემცირების ან რაიმე სხვა ლეგიტიმურ მიზანს. პირიქით, იგი ქალებს აბორტის ხელმისაწვდომობის დამატებით, არასაჭირო ბარიერს უქმნის - აღინიშნა შემთხვევები, როდესაც 5-დღიანი პერიოდის გასვლის შემდეგ ქალი სამედიცინო დაწესებულებაში აღარ დაბრუნდა - აბორტი სხვა დაწესებულებაში გაიკეთა, ან ორსულობის შეწყვეტის თვითნებურ გზას მიმართა და გაუარესებული ჯანმრთელობის მდგომარეობით (სისხლდენით) დაბრუნდა იმავე სამედიცინო დაწესებულებაში.

რეკომენდაციები:

- მოხდეს ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციებისა და კონტრაცეპტივების ჩართვა საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზო პაკეტში;
- უზრუნველყოფილ იქნას მეან-გინეკოლოგიების, გინეკოლოგიების და რეპროდუქტოლოგიების მუდმივი და განგრძობითი გადამზადება ოჯახის დაგეგმვის, კონტრაცეფციის მეთოდებისა და კონსულტირების პრინციპების შესახებ ცოდნის გასამტკიცებლად, მათ შორის, კონფიდენციალობისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის, ასევე, ახალგაზრდებისთვის კეთილგანწყობილი მომსახურების უზრუნველყოფის შესახებ;
- შემუშავდეს და განხორციელდეს კამპანიები და საგანმანათლებლო პროგრამები საზოგადოების ცნობიერების ასამაღლებლად, ოჯახის დაგეგმვის მნიშვნელობის, მათ შორის, თანამედროვე კონტრაცეფციისა და მათი გამოყენების მნიშვნელობის შესახებ;
- შეიქმნას ახალგაზრდების მიმართ კეთილგანწყობილი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები და მიეწოდოს მათ ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაცია და მომსახურება;
- გაიზარდოს კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა ენაზე - მედიის, საინფორმაციო მეხვედრებისა და საინფორმაციო მასალის გავრცელების მეშვეობით;
- აღმოიფხვრას კანონის საწინააღმდეგო პრაქტიკა, რომლის თანახმადაც, აბორტისა და კონტრაცეფციის საკითხებზე 14-17 წლის არასრულწლოვნებში სამედიცინო

მომსახურების გამწევეები ინფორმირებულ თანხმობას მათი კანონიერი წარმომადგენლისგან მოიპოვებენ;

- მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებების, გინეკოლოგიური კაბინეტისა და გინეკოლოგიური სავარძლის ადაპტირება და ამასთან, გინეკოლოგების გადამზადება ეტლით მოსარგებლე ქალისთვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გაწევის სპეციფიკის თაობაზე;
- უზრუნველყოფილ იქნას შშმ ქალების ხელმისაწვდომობა ინფორმაციაზე კონტრაცეფციისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით, შესაბამისი საინფორმაციო კამპანიების მეშვეობით;
- აბორტის სერვისის პაციენტს მიეწოდოს ღირსების პატივისცემით და მისი მორალური, ეთიკური თუ რელიგიური საფუძვლებით განუსჯელად;
- უზრუნველყოფილ იქნას კონფიდენციალური და საჭიროებებზე მორგებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის, კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობა სექს-მუშაკი ქალებისთვის;
- უზრუნველყოფილ იქნას ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ინტეგრირება ანტენატალურ და პოსტნატალურ კონსულტირებასთან;
- აბორტის პროცედურის წინა ლოდინის პერიოდის გახანგრძლივების საკითხი გადაიხედოს არსებული საერთაშორისო მტკიცებულებებისა და გაიდლაინების შესაბამისად, რომლებიც მიუთითებენ იმაზე, რომ აბორტის სერვისების მიმართ ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა არ ახდენს გავლენას ქალის მიერ აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილებაზე და, ამავე დროს, ზრდის აბორტის სახიფათო პირობებში ჩატარების რისკს.

3. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება

ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ნაკლებობა საქართველოს ფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში, უმნიშვნელოვანესი გამოწვევაა პოლიტიკისა და თავად განათლების სისტემისთვის. განათლების აღნიშნული ასპექტების ინკლუზიის საჭიროება გაცნობიერებული აქვს საზოგადოების ნაწილს. მაგალითად, როგორც გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მიერ გამოცემულ ბოლო ანგარიშში ჩანს, გამოკითხულთა უმრავლესობა თანხმდება, რომ სკოლებმა უნდა უზრუნველყონ და იყვნენ პასუხისმგებელი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სწავლებაზე, რადგანაც სასკოლო სივრცე ერთადერთი საშუალებაა ინფორმაციის სტრუქტურულად, სისტემურად და სწორად მისაწოდებლად.¹³

¹³ ევერტ კეტინგი, „საქართველოში ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება – სიტუაციის ანალიზი“, საკონსულტაციო მისიის ანგარიში UNFPA-ს საქართველოს ოფისის სახელით 2015 წლის 16-20 ნოემბერი, გვ. 22; 30.

მიუხედავად იმ მხარდაჭერისა და სარგებლისა, რასაც ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მიწოდება ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების კუთხით იძლევა, საზოგადოების გარკვეულ ნაწილს მასთან დაკავშირებით მკვეთრად გამოხატული ნეგატიური დამოკიდებულება აქვს. ამან უარყოფითი გავლენა მოახდინა ამ სფეროში სახელმწიფო პროგრამის განვითარებაზე.¹⁴

ფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსურ განათლებასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი საკითხების ინკლუზიის ნაკლებობა გარდა სახელმწიფოს მყარი პოლიტიკური ნების ნაკლებობისა, ასევე შეიძლება აიხსნას აღნიშნული საკითხების სენსიტიურობითა და მათ მიმართ არსებული კულტურული წინააღმდეგობით საზოგადოების გარკვეული ნაწილის, მათ შორის, საქართველოს საპატრიარქოსა და კონსერვატიული ჯგუფების მხრიდან, რომელთა მიმართაც სახელმწიფოს პოლიტიკა ლოიალობით გამოირჩევა.¹⁵

თუმცა დღეის მდგომარეობით, საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციით,¹⁶ ჯანსაღი ცხოვრების წესის ინტეგრაციისათვის, ფორმალური განათლების სისტემაში ორი ძირითადი საგანი გადაიხედა: „ბიოლოგია“ და „სამოქალაქო განათლება“. მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით, ახალი ეროვნული სასწავლო გეგმის (საბაზო საფეხური) ბიოლოგიის სწავლა-სწავლების ერთ-ერთი მიზანია მოსწავლის მიერ ჯანმრთელობის და ჯანსაღი ცხოვრების წესის მნიშვნელობის გაანალიზება და მისი დაცვა.

სამინისტროს ცნობით, მე-9 კლასში ასევე ისწავლება ნაადრევ ქორწინებასთან/ორსულობასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური რისკები. ამდენად, სამინისტროს განმარტებით, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების სწავლება ახალი თაობის ეროვნული სასწავლო გეგმის მიხედვით უფრო მეტად აქცენტირებული გახდა.¹⁷ თუმცა სასკოლო სივრცეში მხოლოდ რამდენიმე საკითხი - ნაადრევი

¹⁴ აღნიშნულის ილუსტრირებისთვის იხილეთ, „ლევან ვასაძე და საზოგადოება“, „ნეტგაზეთი“ იხ. მხოლოდ ქართულად: <http://netgazeti.ge/life/99457/>; ასევე, „საქართველოს პატრიარქი: ვთხოვეთ ამოვლოთ გარკვეული ტერმინები პროექტიდან „მე და საზოგადოება“, იხ. მხოლოდ ქართულად: <http://netgazeti.ge/news/72572/>; „ლევან ვასაძის 120 კომენტარი განათლების სამინისტროს“, იხ. მხოლოდ ქართულად: <http://liberali.ge/news/view/21238/levan-vasadzis-120-shenishvna-ganatilebis-saministros>

¹⁵ მაგალითად, მიუხედავად იმისა, რომ განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ წინააღმდეგობის მიუხედავად დაამტკიცა ახალი საგანი „მე და საზოგადოება“, სამინისტროს მიერ საქართველოს საპატრიარქოსა და სამოქალაქო საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან კონსულტაციების შემდეგ, კურსის შინაარსში რამდენიმე ცვლილება შევიდა - ტერმინები „ლიბერალიზმი“, „დემოკრატიული ფასეულობები“, „გენდერი“ და „ტოლერანტობა“ გარკვეულწილად შეიცვალა, ხოლო რამდენიმე ტერმინი და განმარტება სრულიად ამოიღეს კურსიდან. წყარო: სახალხო დამცველის ანგარიში, „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“, 2018, გვ. 99.

¹⁶ საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს საპასუხო წერილი MES 1 18 01639770, 20/12/2018.

¹⁷ იქვე.

ორსულობა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და სქესთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური ასპექტები ისწავლება, რაც ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მხოლოდ მცირე ნაწილია.

რაც შეეხება გენდერული თანასწორობის პრინციპების ასახვას სასკოლო კურიკულუმებში, სამინისტროს განმარტებით, 2018-2019 სასწავლო წლიდანვე, საქართველოს ყველა საჯარო სკოლის III და IV კლასებში დაიწყო საგნის, „მე და საზოგადოება“, სწავლება, რომლის „სასწავლო გეგმაც ითვალისწინებს გენდერული თანასწორობის საკითხის აქცენტირებას სავალდებულო სასწავლო თემებში, რაც ამ საგნის გრიფმინიჭებულ სახელმძღვანელოში გათვალისწინებულია.“¹⁸

გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით, გადაიხედა და დამტკიცდა დაწყებითი (I – VI კლასების) და საბაზო (VII-IX კლასების) საფეხურის სტანდარტები. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, რეპროდუქციული უფლებების და გენდერული თანასწორობის შესახებ ასაკის შესაბამისი ინფორმაცია ინტეგრირებულია საგნებში: „ბუნება“, „მე და საზოგადოება“ (დაწყებითი საფეხურის შემთხვევაში), „ბიოლოგია“ და „სამოქალაქო განათლება“ (საბაზო საფეხურის შემთხვევაში). სკოლის მოსწავლეების ასაკობრივი განვითარების გათვალისწინებით, სტანდარტებში ინტეგრირებულია შესაბამისი თემები გაეროს განათლების, მეცნიერებისა და კულტურის ორგანიზაციის (UNESCO) და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის სტანდარტების შესაბამისად. დაწყებულია საშუალო საფეხურის (X-XII კლასების) ბიოლოგიისა და სამოქალაქო განათლების სტანდარტების რევიზია.

მიუხედავად ამისა, ზემოაღნიშნული ვერ უზრუნველყოფს ფორმალურ/არაფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების გარკვეული კომპონენტების სწავლებას. ამასთან, პრობლემურია იმ საკითხების სწავლების ხარისხი და სიღრმეც, რომლებიც ოფიციალურად შედის სასწავლო გეგმაში. როგორც წინამდებარე მონიტორინგმა აჩვენა, სასწავლო პროცესი მრავალი კომპლექსური და ურთიერთგადაჯაჭვული ხარვეზებით ხასიათდება, რაც აბრკოლებს ცოდნის გადაცემას და მოზარდების ინფორმირებულობას.

ძირითადი მიგნებები:

- დღეს არსებული მდგომარეობით, მიუხედავად ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების საჭიროებისა, საქართველო არ ახდენს მის სრულ ინტეგრირებას ფორმალური სწავლების პროცესში და მიმართავს მხოლოდ მასთან

¹⁸ საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს საპასუხო წერილი MES 2 18 01620573, 17.12.2018. პროგრამის შინაარსზე რამდენიმე დაინტერესებული მხარე მუშაობდა, მათ შორის, ადგილობრივი მასწავლებლები, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები (UNFPA, UN Women) და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები.

დაკავშირებული გარკვეული ასპექტების სპორადულ ინკლუზიას სხვადასხვა საგნობრივ სტანდარტებში;

- ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების გარკვეული კომპონენტების სწავლებას პოლიტიკის დონეზე ხელს უშლის მისი რაობის შესახებ გავრცელებული მცდარი მოსაზრებები, ასევე, ფორმალური თუ არაფორმალური ჯგუფების/ინსტიტუციების მიერ საზოგადოებაში შექმნილი მორალური პანიკა. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მიმართ წინააღმდეგობის გაჩენა დაკავშირებულია მშობელთა არასაკმარის ინფორმირებულობასთან და მათ ნაკლებ ჩართულობასთან სასკოლო ცხოვრებაში;
- ადამიანის სექსუალობის შესახებ მოზარდების ცოდნა კვლავ მწირია, მოსწავლეები და მოზარდები არ ფლობენ სრულყოფილ ინფორმაციას თავიანთ სხეულზე, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და სექსუალობაზე;
- მასწავლებელთა დაბალი კომპეტენცია, სახელმძღვანელოების შინაარსობრივი შეზღუდულობა და არსებული სტანდარტის ფარგლებში განათლების მიწოდების არაპერმანენტული ხასიათი, როგორც სწავლების პროცესში, ისე საკლასო განხილვების დროსაც, მნიშვნელოვან დაბრკოლებებს წარმოშობს;
- პედაგოგიკა, მასწავლებელთა მზაობა, ცოდნა და მგრძობელობა, მოსწავლეებს სრულყოფილად და არამასტიგმატიზებლად მიაწოდონ ინფორმაცია, კვლავ პრობლემად რჩება. ასევე, ხარვეზიანი, და ხშირად ზედაპირულია მასწავლებელთა მხრიდან მიწოდებული ინფორმაციის შინაარსობრივი მხარე;
- არსებული სტანდარტის ქვეშ, ბიოლოგიის საგნის ფარგლებში ადამიანის სექსუალობის შესახებ სწავლების ხარისხი ნაკლოვანია. ჯერაც დამკვიდრებულია პრაქტიკა, როდესაც მასწავლებელი გამოტოვებს პროგრამულად გათვალისწინებულ სავალდებულო საათებს, ან მოსწავლეებს სთხოვს აღნიშნული გაკვეთილები სახლში წაიკითხონ, ანდა, როდესაც მასწავლებელი ბიჭებსა და გოგონებს აღნიშნულ საკითხებზე ცალ-ცალკე ესაუბრება;
- ადამიანის სექსუალობის შესახებ სწავლებაზე გავლენას ახდენს სტიგმა და მასთან ასოცირებული ტაბუები, ბიოლოგიის მასწავლებლებს უხერხულობის განცდა ეუფლებათ ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და სქესობრივ აგებულებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მსჯელობისას;
- მასწავლებლების მსგავსად, მოსწავლეებიც მოუმზადებლები ხვდებიან ადამიანის სექსუალობაზე, ჯანსაღი ცხოვრების წესსა და სქესობრივ აგებულებაზე ინფორმაციას, რაც მათი მხრიდან უხერხულობის განცდით გამოიხატება;
- ადამიანის სექსუალობასთან დაკავშირებული საკითხების სწავლება მოქმედი სტანდარტით შემუშავებული სახელმძღვანელოს შინაარსს მკაცრად ექვემდებარება, რაც შინაარსობრივად ზღუდავს მოსწავლეებსა და მასწავლებლებს და არ აძლევს მათ საკითხში ჩაღრმავების შესაძლებლობას;
- არსებობს შეთანხმება ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეებში ინკლუზიის საჭიროებაზე. როგორც

მასწავლებლები, ისე მოსწავლეები, ახალგაზრდები და ზრდასრულები ხაზგასმით აღნიშნავენ ამგვარი სწავლების აუცილებლობას სკოლებში და მის როლს მოზარდთა ცხოვრების ხარისხისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესებაში.

რეკომენდაციები:

- მოხდეს ასაკის შესაბამისი, ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ინკლუზია ფორმალურ საგანმანათლებლო სისტემაში; მოხდეს აღნიშნული ვალდებულების შეტანა განათლების სხვადასხვა საფეხურის სასწავლო გეგმებსა და სტრატეგიებში;
- ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების კომპონენტები მიესადაგოს საერთაშორისო სტანდარტებსა და იუნესკოს სახელმძღვანელო მითითებებს; მოსწავლეებისთვის შემუშავდეს ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ასაკის შესაბამისი სასწავლო მასალები;
- გამოიკვეთოს მუნიციპალიტეტების როლი ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების არაფორმალური საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავებისა და ადგილზე განხორციელების პროცესში;
- მოხდეს რეგიონებში, განსაკუთრებით მაღალმთიან სოფლებში მცხოვრები პედაგოგებისა და სკოლების მხარდაჭერა ადამიანის სექსუალობის შესახებ არაფორმალური და ფორმალური სწავლების გაძლიერების მხრივ;
- უზრუნველყოფილ იქნას მშობლების ჩართულობა სასკოლო ცხოვრებაში და წახალისდეს მათი სრულყოფილი ინფორმირება;
- შემუშავდეს ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული სასწავლო მასალები სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი პედაგოგებისთვის, თავად პედაგოგები პერმანენტულად გადამზადდნენ.