



UN JOINT PROGRAMME
FOR GENDER EQUALITY



საქართველოს სახალხო დამცველი

სექსუალური და რეპროდუქციული
ჯანმრთელობა და უფლებები:
ეროვნული შეფასება

2019

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

შინაარსი

შესავალი	4
მეთოდოლოგია	4
კვლევის შეზღუდვები და თავისებურებები	6
1. დედათა ჯანმრთელობა	7
1.1. ანტენატალური ზრუნვა	8
1.1.1. ანტენატალურ ზრუნვასთან დაკავშირებული სახელმწიფო სერვისები	9
1.1.2. ანტენატალური სერვისების ხარისხი და ხელმისაწვდომობა	10
1.1.3. სერვისის ხელმისაწვდომობის სპეციფიკური ბარიერები	13
1.2. მშობიარობა.....	14
1.2.1. მშობიარობასთან დაკავშირებული სახელმწიფო სერვისები.....	14
1.2.2. წვდომა მშობიარობის სერვისზე.....	15
1.2.3. საკეისრო კვეთა.....	16
1.3. პოსტნატალური (მშობიარობის შემდგომი) ზრუნვა.....	17
1.3.1. პოსტნატალურ ზრუნვასთან დაკავშირებული სახელმწიფო სერვისები	17
1.3.2. წვდომა პოსტნატალურ სერვისებზე.....	18
1.4. სუროგაცია	19
რეკომენდაციები:	22
2. წვდომა ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის სერვისებზე	23
2.1. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები.....	24
2.1.1. წვდომა ოჯახის დაგეგმვის სერვისზე	24
2.1.2. ოჯახის დაგეგმვის სერვისის ხარისხის შეფასება	27
2.2. კონტრაცეფცია.....	28
2.2.1. კონტრაცეპტივების შესახებ ქალთა ცოდნა და ინფორმირებულობა	28
2.2.2. კონტრაცეპტივების გამოყენების სოციალურ-კულტურული ბარიერები.....	32
2.2.3. კონტრაცეპტივების გამოყენების სოციალურ-ეკონომიკური ბარიერები.....	33
2.2.4. მისაწვდომობის სპეციფიკური ბარიერები.....	35
2.3. აბორტის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის გამოყენება.....	41
2.3.1. უსაფრთხო და ხარისხიანი აბორტის სერვისზე ხელმისაწვდომობის ბარიერები.....	42
რეკომენდაციები	46
3. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება.....	48
3.1. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მნიშვნელობა.....	50
3.2. სწავლების ხარისხის შეფასება.....	52

3.3.	სწავლების პროცესში არსებული გამოწვევები	54
3.4.	არაფორმალური სასწავლო პროგრამების შეფასება	56
3.5.	ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების საჭიროების ანალიზი ფორმალურ და არაფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში	58
რეკომენდაციები		61
დასკვნა		61

შესავალი

საქართველოს სახალხო დამცველი, როგორც კონსტიტუციური ორგანო, განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ქვეყანაში გენდერული თანასწორობისა და ქალთა უფლებების კუთხით არსებულ მდგომარეობას. 2018 წელს, გაეროს მოსახლეობის ფონდის მხარდაჭერით, დაიგეგმა და განხორციელდა ქვეყნის ეროვნული შეფასება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების მიმართულებით.

წინამდებარე კვლევა აფასებს ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობას, გამოწვევებსა და ხარვეზებს დედათა ჯანმრთელობის, ოჯახის დაგეგმვის/კონტრაცეპტივების სერვისების და მათზე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობისა და ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსურ განათლებაზე ხელმისაწვდომობის კუთხით.

აღსანიშნავია, რომ კვლევის ჩატარებას საფუძვლად დაედო 2017 წელს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ გაეროს მოსახლეობის ფონდის მხარდაჭერით მომზადებული სამაგიდო კვლევა, რომლის მიზანი იყო მეორად წყაროებზე დაყრდნობით საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება¹.

როგორც სამაგიდო, ისე წინამდებარე კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების განხორციელება და დაცვა სისტემური პრობლემაა. სამწუხაროდ, გამოწვევად რჩება ამ სფეროში საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებთან მისადაგების უზრუნველსაყოფად კანონებისა და პოლიტიკის დოკუმენტების შემუშავება, აღსრულება და მონიტორინგი; დახარისხებული მონაცემების რეგულარულად შეგროვების უზრუნველყოფა; ასაკის შესაბამისი, სავალდებულო, ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების დანერგვა ქვეყნის მასშტაბით არსებულ ყველა სკოლაში; ჯანდაცვის სფეროში პერსონალური ინფორმაციისა და კონფიდენციალობის დაცვის გაუმჯობესება; აბორტის სერვისებთან დაკავშირებული პოლიტიკური, სოციალური თუ კულტურული წინააღმდეგობების მოხსნა; რეპროდუქციულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ბარიერების აღმოფხვრა და სუროგაციის სფეროს რეგულირება.

სახალხო დამცველი იმედს გამოთქვამს, რომ შესაბამისი უწყებები, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების კუთხით პოლიტიკის შესაქმნელად და არსებული პრაქტიკის სრულყოფისათვის, გაითვალისწინებენ და გაიზიარებენ კვლევაში მოცემულ რეკომენდაციებს.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგია შემუშავდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის გზამკვლევის, „ადამიანის უფლებათა დამცველი ინსტიტუტების მხარდაჭერის გზამკვლევი ადამიანის უფლებათა შესახებ ქვეყნის შეფასება და ეროვნული კვლევა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში“, მიხედვით და გულისხმობდა წინასწარ

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

შემუშავებული კითხვარების მეშვეობით, ფოკუს ჯგუფებისა და ინდივიდუალური ინტერვიუების ჩატარებას სხვადასხვა ჯგუფებთან და ცოდნის შეგროვებას შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

- დედათა ჯანმრთელობის სერვისები (მათ შორის, სუროგატი დედების უფლებრივ მდგომარეობასთან დაკავშირებული საკითხები)
- ოჯახის დაგეგმვის/კონტრაცეპტივების სერვისები და მათზე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა (მათ შორის, აბორტის, როგორც კონტრაცეფციის გამოყენება)
- სასიცოცხლო უნარებზე/კომპლექსურ სექსუალურ განათლებაზე ხელმისაწვდომობა.

კითხვარები კვლევისთვის შერჩეული ჯგუფებისთვის ცალ-ცალკე, მათი სპეციფიკური საჭიროებების გათვალისწინებით და საკითხების შესაბამისობიდან გამომდინარე შემუშავდა.

კვლევა ჩატარდა თბილისში, კახეთში, სამცხე-ჯავახეთში, სამეგრელო-ზემო სვანეთსა და აჭარაში. სამიზნე რეგიონების შერჩევის დროს გავითვალისწინეთ კვლევის ფინანსური და ტექნიკური მხარდამჭერის, გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის სამიზნე რეგიონები, და კვლევის სამიზნე ჯგუფების ტერიტორიული განაწილება იმგვარად, რომ კვლევას ყველა ჯგუფი მოეცვა.

კვლევის საველე სამუშაოების პერიოდი მოიცავდა 2018 წლის ივლისს, აგვისტოს და სექტემბერს, შესაბამისად, ის ცვლილებები, რაც სახელმწიფომ აღნიშნულ პერიოდში ან მის შემდეგ განახორციელა, კვლევაში არ არის ასახული.²

საკვლევი საკითხები, სახალხო დამცველის აპარატის მიერ შესწავლილი ინდივიდუალური საქმეებისა და პოლიტიკის დოკუმენტების ანალიზის შედეგად გამოვლენილი ხარვეზებისა და ბარიერების გათვალისწინებით, გადანაწილდა სხვადასხვა ჯგუფზე. კერძოდ, დედათა ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის საკითხის კვლევა ჩატარდა ზოგადი მოსახლეობის ჭრილში, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებთან, ასევე, ქალებთან, რომლებიც არიან ან ყოფილან სუროგატი დედები. აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით, ასევე გამოიკითხნენ სერვისის მიმწოდებლები, არასამთავრობო ორგანიზაციები, პოლიტიკის შემქმნელები და სამედიცინო სასწავლებლების წარმომადგენლები.

კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობისა და მათზე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის, ასევე, აბორტის სერვისის ხელმისაწვდომობის საკითხებზე ფოკუს ჯგუფები ჩატარდა ქალ სექს-მუშაკებთან, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებთან, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებთან, მოზარდ გოგოებთან და ზოგადი მოსახლეობის წარმომადგენელ ქალებთან.

² უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტრომ უკვე შეიტანა გარკვეული ცვლილებები სასწავლო სტანდარტებში (იხ. თავი 5.), რაც საველე სამუშაოების ეტაპზე არ გამოიკვეთა, რადგან საველე სამუშაოების პერიოდში აღნიშნული სტანდარტები არ ყოფილა პრაქტიკაში დანერგილი.

ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ხელმისაწვდომობის საკითხის შესახებ ინფორმაცია მოვიპოვეთ მოზარდი გოგოებისა და ბიოლოგიის მასწავლებლებისაგან. ასევე, განათლების აღნიშნული კომპონენტის შესახებ ინფორმაცია შევაგროვეთ არასამთავრობო ორგანიზაციების, სამედიცინო უნივერსიტეტის წარმომადგენლებისა და პოლიტიკის შემქმნელი სხვა აქტორების მეშვეობით.

კვლევაში მონაწილეობის მსურველები მოვიძიეთ ე.წ. თოვლის გუნდის პრინციპით, კერძოდ, მონაწილეობის მსურველებმა თავად მოახდინეს ერთმანეთის იდენტიფიცირება და მათი სახალხო დამცველის აპარატთან დაკავშირება³.

კვლევის შეზღუდვები და თავისებურებები

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შეფასება მეთოდოლოგიურად წინასწარ განსაზღვრული საკითხების თვისობრივი კვლევაა და მიღებული მონაცემები, სამიზნე რეგიონებში მიღებული მონიტორინგის მასალების შესაბამისად, კონკრეტულ საკითხებთან მიმართებით ასახავს ვითარებას. შესაბამისად, მიღებული შედეგები არ წარმოადგენს რაოდენობრივი კვლევის შედეგებს და ქვეყნის მასშტაბით არსებული მდგომარეობის აღსაწერად არ განივრცობა.

აღსანიშნავია, რომ კვლევის ჩატარებისას გამოწვევა იყო მონაწილეთა დაინტერესება. შესაბამისად, კვლევაში მონაწილეობისათვის საკმარისი რაოდენობის მსურველთა შეკრება რთული აღმოჩნდა. საკითხის სენსიტიურობიდან და პრივატულობიდან გამომდინარე, ქალებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ფარგლებში მიღებულ სერვისებზე, თუნდაც კონფიდენციალურად საუბარი, ასევე დიდი ბარიერი იყო, რის გამოც მათი უმრავლესობა პირადი გამოცდილების გაზიარებაზე უარს აცხადებდა⁴.

ასევე, თავდაპირველი მეთოდოლოგიის თანახმად, ფოკუს ჯგუფების ჩატარება განსაზღვრული იყო იმ ქალებთან, რომლებიც იყვნენ ან არიან სუროგატი დედები. თუმცა კვლევაში მონაწილე ქალების სიმცირის, ასევე, იმის გამოც, რომ არ სურდათ ფოკუს ჯგუფის შეხვედრის ფარგლებში სხვა სუროგატი დედებისთვის ამოცნობადნი გამხდარიყვნენ, აღნიშნულ ჯგუფთან მხოლოდ ინდივიდუალური ინტერვიუების ჩატარება მოხერხდა.

³ მოზარდ გოგოებთან, ქალ სექს-მუშაკებთან, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებთან, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებთან, ზოგადი მოსახლეობის წარმომადგენელ ქალებთან და ბიოლოგიის მასწავლებლებთან ჩატარდა როგორც ფოკუს ჯგუფის შეხვედრები, ისე ინდივიდუალური ინტერვიუები. ქალებთან, რომლებიც იყვნენ ან არიან სუროგატი დედები, სერვისის მიმწოდებლებთან, სამედიცინო უნივერსიტეტების წარმომადგენლებთან და პოლიტიკის შემქმნელებთან ჩატარდა მხოლოდ ინდივიდუალური ინტერვიუები, ხოლო არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან - მხოლოდ ფოკუს ჯგუფის შეხვედრა.

⁴ აღნიშნულმა ბარიერმა გამოიწვია ის, რომ თავდაპირველ მეთოდოლოგიაში ფოკუს ჯგუფებში მონაწილეთა რაოდენობა განსაზღვრული იყო 8-12 ქალზე, რაც შემდგომში შემცირდა და მერყეობდა სამიდან რვამდე.

1. დედათა ჯანმრთელობა

წვდომა დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე და მათი ხარისხი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია ქვეყნის ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების შესაფასებლად. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა საკითხებისგან განსხვავებით⁵, დედათა ჯანმრთელობის (პერინატალური მოვლა, მშობიარობა და პოსტნატალური მოვლა) კომპონენტი გათვალისწინებულია ჯანდაცვის სისტემაში, რაც იმას ნიშნავს, რომ სახელმწიფო ქალის რეპროდუქციულ როლს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს. მიუხედავად ამისა, სახალხო დამცველის მიერ ამ უფლებათა მონიტორინგის შედეგად მიღებული ინფორმაცია ცხადყოფს, რომ პროგრამის განხორციელების პროცესში არსებობს პრობლემები და გამოწვევები, და მათი გადაჭრა სახელმწიფოს მხრიდან კომპლექსურ მიდგომას საჭიროებს.

2016-2030 წლების ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის გლობალური სტრატეგიის სამოქმედო გეგმისა და მდგრადი განვითარების მიზნების მიხედვით⁶, სახელმწიფო ვალდებულია გააძლიეროს მმართველობითი და მენეჯერული შესაძლებლობები ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებით; გაამყაროს მულტისექტორული მიდგომები და ანგარიშგება მოახდინოს საზოგადოების წინაშე.

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

დედათა ჯანმრთელობის ხარისხიანი სერვისების მიწოდების მნიშვნელოვანი კომპონენტებია კონფიდენციალობა და ინფორმირებული თანხმობა. ხშირად აღნიშნული საკითხები ექიმსა და სერვისის მომხმარებელს შორის უნდობლობის გაჩენისა და დავის საგანი ხდება.

სამედიცინო მომსახურების სფეროში და განსაკუთრებით, დედათა ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებისას კონფიდენციალურობის დაცვა მნიშვნელოვანი საკითხია. მნიშვნელოვანია კონფიდენციალობის დაცვაზე აქცენტის გაკეთება მომსახურების ყველა დონეზე, განსაკუთრებით კი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში. კონფიდენციალობის დაცვის შესახებ სწავლება ექიმთა უწყვეტი განათლების ნაწილი უნდა გახდეს, რათა სამედიცინო პერსონალმა გაითავისოს პაციენტის პირადი ინფორმაციის დაცვის აუცილებლობა.

მონიტორინგით დადგინდა, რომ დედათა ჯანმრთელობის სერვისების აღსრულების ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა **კონფიდენციალობის დაცვა**. როგორც გამოვლინდა, სერვისის მომხმარებელთა კონფიდენციალობას უმეტესად იმ შემთხვევაში იცავდნენ, თუკი ისინი კერძო სერვისის გამცემს მიმართავდნენ. იმ შემთხვევაში კი, თუკი ქალები სახელმწიფო

⁵ როგორცაა, მაგალითად, ყოვლისმომცველი სექსუალური განათლება ან კონტრაცეფცია

⁶ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf?fbclid=IwAR1-dCMzI8Ce0Xtursi5efK4M90M-yxYavKwmWsc8vafp_pzsoVqxSkqZw [ბოლოს ნანახია 2019 წლის 5 მარტს].

პროგრამით განსაზღვრულ სერვისებს მოიხმარდნენ, მაგალითად, ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტებს, ხშირი იყო ექიმთან ვიზიტისას უცხო პირის მოულოდნელი შესვლა საკონსულტაციო ოთახში, ან კონსულტაციის ჩატარება სხვა ექიმის თანდასწრებით.

ინფორმირებულ თანხმობას ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის განხორციელებისას ყველა ქვეყანაში დიდი ყურადღება ენიჭება. პაციენტის სრულყოფილად ინფორმირება გასაუბრებით და საკითხავი მასალის გადაცემით, ნებისმიერ პროცედურამდე მნიშვნელოვანია.

კვლევის შედეგად ასევე შეიძლება ითქვას, რომ პაციენტისათვის დედათა ჯანმრთელობის სერვისებთან დაკავშირებით **სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდება** ერთ-ერთი მთავარი გამოწვევაა. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის პროვაიდერები არ ფლობენ ან არასრულად ფლობენ ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ როგორ გაუწიონ მომსახურება და მიაწოდონ ინფორმაცია შეზღუდული შესაძლებლობის (სმენის/მხედველობის არმქონე) მქონე პაციენტებს და მათთან შეხება ხშირად დამაბულობას ან/და გაურკვევლობას იწვევს. ეს სიტუაცია რეგიონებში კიდევ უფრო მწვავედ არის გამოხატული.

მონიტორინგით დადგინდა, რომ დედებს უჭირთ სერვისებთან დაკავშირებით საჭირო ინფორმაციის მოძიება. ინფორმაციას ძირითადად ინტერნეტის ან ახლობლების საშუალებით მოიპოვებენ. თუმცა ამ შემთხვევაშიც გამოიკვეთა განსხვავება ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობას შორის. ინფორმაციას ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის შესახებ, ინტერნეტით უმეტესად ქალაქის მოსახლეობა იღებს, ხოლო ახლობლებისა და გამოცდილი ადამიანებისაგან - სოფლის მოსახლეობა.

მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდა დედათა ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ნაწილი უნდა იყოს. მიზნობრივი პოპულაციის ინფორმირებულობის გასაზრდელად, აუცილებელია თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენება.

1.1. ანტენატალური ზრუნვა

ორსულობასთან ასოცირებული გართულებების დროულად გამოსავლენად და მათ თავიდან ასაცილებლად ანტენატალური ზრუნვა (მეთვალყურეობა) ერთ-ერთი მთავარი პირობაა. ანტენატალური ვიზიტების დროს, ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლის ჩართულობით ტარდება ორსულობის შესაბამის ვადასთან დაკავშირებული გამოკვლევები და ინტერვენციები⁷. თითოეული ინტერვენცია თუ გამოკვლევა საერთაშორისოდ აღიარებულ მტკიცებულებებს უნდა ეფუძნებოდეს და ორსულობის დადებით გამოსავალს უზრუნველყოფდეს.

⁷ ანტენატალური ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: ანტენატალური მეთვალყურეობა; ანტენატალური სკრინინგი აივ-ინფექცია/შიდსზე, B და C ჰეპატიტებსა და სიფილისზე; გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა; გენეტიკურ პათოლოგიებზე სკრინინგული გამოკვლევა სამმაგი ტესტ-სისტემით; სკრინინგით ვერიფიცირებული ორსულების ინვაზიური კვლევა (ამნიოცენტუზი) კარიოტიპირების მეთოდით; ორსულებში B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრისა და დედიდან შვილზე B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის უზრუნველყოფა.

1.1.1. ანტენატალურ ზრუნვასთან დაკავშირებული სახელმწიფო სერვისები

ანტენატალური ზრუნვის უზრუნველსაყოფად სახელმწიფო ახორციელებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამას. პროგრამის მიზანია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის, ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირება ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

2018 წლის 1-ლი თებერვლიდან, სახალხო დამცველის რეკომენდაციის შესაბამისად⁸, სახელმწიფომ ანტენატალური პროგრამის სერვისზე წვდომის გაზრდის კუთხით, პროგრესული ნაბიჯი გადადგა, კერძოდ, პროგრამის მონაწილე გახდა საქართველოს ყველა მოქალაქე და საქართველოში მუდმივად მცხოვრები ორსული. ასევე, ოთხიდან რვამდე გაიზარდა ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა, რაც ზრდის ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების დროული გამოვლენისა და პრევენციის შესაძლებლობას.

იმისათვის, რათა ორსულმა მიიღოს მომსახურების სრული პაკეტი ანუ 8 უფასო ანტენატალური ვიზიტი, იგი პროგრამაში ორსულობის მეცამეტე კვირამდე უნდა დარეგისტრირდეს. საგულისხმოა, რომ დაურეგისტრირებელ, ან ორსულობის მე-13 კვირის შემდეგ დარეგისტრირებულ ორსულთათვის „ორსულთა და ახალშობილთა მეთვალყურეობის ელექტრონულ მოდულში“ პროგრამის მოსარგებლედ, ან იმ ორსულთათვის, რომელთაც არ უსარგებლიათ პირველი ვიზიტით ვაუჩერის ფარგლებში დადგენილ ვადებში, პროგრამით გათვალისწინებულია მხოლოდ სკრინინგული კვლევების⁹ უზრუნველყოფა, რაც ზღუდავს ორსულთა ხელმისაწვდომობას ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტებზე.

ანტენატალური მომსახურება მოიცავს მთელ რიგ გამოკვლევებს, რომლებიც, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უახლესი გაიდლაინის შესაბამისად, განაწილებულია 8 ვიზიტის ფარგლებში¹⁰. დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ ანტენატალური სერვისები გარკვეულწილად მოერგო ორსულთა საჭიროებებს, კერძოდ, ორსულებს, რომელთაც აქვთ ანემიის დიაგნოზი, მიეწოდებათ ფოლიუმის მჟავა და რკინის პრეპარატები. აღნიშნული ზრდის პრევენციულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას, რაც სერვისის გაუმჯობესების კუთხით წინგადადგმული ნაბიჯია.¹¹

⁸ ინფორმაცია იხილეთ ვებგვერდზე: http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=92&info_id=573

⁹ B და C ჰეპატიტებზე, აივ-ინფექცია/შიდსსა და სიფილისზე.

¹⁰ ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის მიხედვით, თითოეული ქალი გადის 6,7 ან 8 ანტენატალურ კონსულტაციას ორსულობის განმავლობაში, სადაც პირველი ვიზიტი მოიცავს მენ-გინეკოლოგის კონსულტაციას, სისხლის საერთო ანალიზს, შარდის კულტურალურ გამოკვლევას, სისხლის ჯგუფისა და რეზუს-კუთვნილების განსაზღვრას, რეზუს-ანტისხეულებზე ტესტირებას და სკრინინგულ ტესტებს (B ჰეპატიტის ვირუსი, C-ჰეპატიტის ვირუსი, აივ-ინფექცია და სიფილისი) და ულტრაბგერით კვლევას.

¹¹ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციები ანტენატალური ზრუნვის შესახებ, ორსულობის პოზიტიური გამოცდილებისთვის. წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე:

მიუხედავად ამისა, კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის გაანალიზების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ პროგრამის მიღმა კვლავ რჩება ისეთი გამოკვლევები, რომელთა ჩატარება აუცილებელია ორსულობის განმავლობაში, მაგალითად, ფარისებრი ჯირკვლის გამოკვლევა, რაც აჭარის რეგიონის გარდა, სხვა ტერიტორიულ ერთეულებში ორსულებისთვის არ არის უფასოდ ხელმისაწვდომი, ასევე, შარდის ბაქტერიოლოგიური კვლევა, დოპლეროგრაფია და ა.შ.

წინადადებულ ნაბიჯად უნდა მივიჩნიოთ „მაღალი რისკის ორსულების, მშობიარეთა და მელოგინების სამედიცინო დახმარების“ კომპონენტის ინტეგრირება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, რაც კიდევ უფრო მეტად უზრუნველყოფს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისებზე. კერძოდ, თუკი ორსულს აღენიშნება გართულება (პრეეკლამფსია, ეკლამფსია და ა.შ), რომელიც საჭიროებს დაუყოვნებლივ სამედიცინო დახმარებას, მას გაეწევა უფასო სამედიცინო დახმარება საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის ფარგლებში.

ანტენატალური მეთვალყურეობის ქვეკომპონენტია ნაყოფის გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა, რაც გულისხმობს მაღალი რისკის ორსულთა გენეტიკურ პათოლოგიებზე გამოკვლევას.¹² კონკრეტული პროგრამის არსებობა, რომელიც მაღალი რისკის ორსულებს, მშობიარეებსა და მელოგინე ქალებს მიემართება, მისასაღმებელია, რადგან იგი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით მოწყვლადი ჯგუფების წინაშე არსებულ საჭიროებებს ითვალისწინებს.

სამწუხაროდ, პროგრამა მხოლოდ თბილისში მცხოვრები ორსულებისთვის არის ხელმისაწვდომი, რაც ქვეყნის მოსახლეობას არათანაბარ მდგომარეობაში აყენებს და გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემას ქმნის.

1.1.2. ანტენატალური სერვისების ხარისხი და ხელმისაწვდომობა

სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს ანტენატალური მეთვალყურეობის ბაზისური სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ამ ეტაპზე, ბაზისური სერვისების მიწოდება საქართველოს ყველა მუნიციპალიტეტში ქალთა კონსულტაციის ან სამშობიარო სახლთან

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1> წყარო ბოლოს ნანახია 04.0.2019.

¹² აღნიშნული წარმოადგენს სკრინინგულ გამოკვლევას სამმაგი ტესტ-სისტემით და სკრინინგით ვერიფიცირებული ორსულების ინვაზიურ კვლევას (ამნიოცენტეზი) კარიოტიპირების მეთოდით. პროგრამით მოსარგებლები არიან თბილისში მცხოვრები ორსულები, რომელთაც აღენიშნებათ: ქრომოსომული/გენური პათოლოგიები ერთ-ერთ მშობელთან და/ან ოჯახის წევრთან; ნაადრევი მშობიარობა თანდაყოლილი განვითარების მანკით; ანამნეზში მკვდრადშობადობა ან ჩვეული აბორტები (3-ზე მეტი). ნაყოფის ულტრაბგერითი გამოკვლევით ჩანდეს განვითარების მანკის ნიშნები; ერთ-ერთი მშობლის ნარკომანია ან/და ალკოჰოლზე დამოკიდებულება; ხელოვნური განაყოფიერება; ორსულის მიერ ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტის ქონა; ორსულობის პერიოდში მავნე ფაქტორების ზემოქმედება. ამასთან, პროგრამაში მონაწილეობისათვის აუცილებელია ორსულის ასაკი აღემატებოდეს 35 წელს.

არსებული ანტენატალური მეთვალყურეობის განმახორციელებელი ერთეულის მოვალეობაა¹³.

აღსანიშნავია, რომ ანტენატალური სერვისების განმახორციელებელი დაწესებულებების 85% კერძო მფლობელობაშია, თუმცა კვლევამ დაადგინა, რომ სახელმწიფო ანტენატალური სერვისების კერძო სექტორის საშუალებით განხორციელება გავლენას არ ახდენს ფიზიკურ ხელმისაწვდომობაზე. მიუხედავად ამისა, მნიშვნელოვანია, რომ კერძო პროვაიდერების მიერ სახელმწიფო პროგრამის აღსრულებას თან ახლდეს შესაბამისი რეგულაცია სახელმწიფოს მხრიდან, რათა ხელოვნურად არ შეიქმნას ბარიერები სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით. კერძოდ, მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა, რომ რეგიონში მცხოვრები ქალებისათვის, დედაქალაქში მცხოვრები ქალებისგან განსხვავებით, ნაკლებად ხელმისაწვდომია ხარისხიანი გამოკვლევა და ფინანსური შესაძლებლობის შემთხვევაში, ისინი ცდილობენ დედაქალაქში ჩავიდნენ სერვისების მისაღებად. ამ შემთხვევაში, პრობლემად რჩება სერვისის მოხმარებასთან დაკავშირებული არაპირდაპირი ხარჯები, რაც თავისთავად ამცირებს როგორც გეოგრაფიულ, ისე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას.

გარდა იმისა, რომ ბენეფიციართა მიერ მთავარ ბარიერად ლაბორატორიული მომსახურების სიძვირე სახელდება, სირთულეს ქმნის ისიც, რომ რეგიონებში ბაზისურის გარდა, დამატებითი კვლევისთვის საჭირო სხვა ლაბორატორიული ანალიზები არ კეთდება. განსაკუთრებით მწვავეა მდგომარეობა ამ თვალსაზრისით სამცხე-ჯავახეთში. ამასთან, იმ ქალებს, ვისთვისაც საჯარო ტრანსპორტი გადაადგილების ერთადერთი საშუალებაა, გაუმართავი ინფრასტრუქტურის პირობებში, დედაქალაქში სერვისების დროულად მიღებისა და რეგიონში დაბრუნების თვალსაზრისით, განსაკუთრებით ორსულობის დიდ ვადაზე, დამატებითი ბარიერები ექმნებათ.

დედათა ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობასთან ერთად, პრობლემას წარმოადგენს სახელმწიფო პროგრამით მიღებული სერვისების ხარისხიც. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას რეგიონებში. მონიტორინგის შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ ბენეფიციარები ლაბორატორიულ და ექოსკოპიურ კვლევებს რეგიონში, დედაქალაქთან შედარებით, დაბალი ხარისხისა და გაუმართავი აპარატურის გამო, ნაკლებად ენდობიან.

საქართველოში პოპულარულია პირადი ექიმის ინსტიტუტი, განსაკუთრებით, ორსულობის და მშობიარობის პერიოდში. ჩვეულებრივ, პირადი ექიმი ორსულობის პირველი დღეებიდანვე აწყავთ და უმეტესად, პოზიტიურ გამოცდილებას და ორსულთა მიერ გაწეულ დამატებით ფინანსურ დანახარჯებს უკავშირდება. ხშირ შემთხვევაში, ორსულები ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისს კერძო კლინიკებში დასაქმებული ექიმებისგან იღებენ, რაც სახელმწიფო სერვისების გამცემი დაწესებულებებისადმი ნდობის დაბალ ხარისხზე მიანიშნებს.

¹³ ბაზისური სერვისები გულისხმობს სერვისების მინიმალურ პაკეტს სამედიცინო ჩარევების სახით, როგორცაა სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, ექოსკოპიური კვლევა და ა.შ. რომელიც აუცილებელია იმისათვის, რომ დროულად გამოვლინდეს და თავიდან იქნას აცილებული ორსულობასთან ასოცირებული გართულებები.

აღსანიშნავია, რომ ანტენატალური და მშობიარობის მხოლოდ სახელმწიფო სერვისებით მოსარგებლებს, ნაკლებად პოზიტიური გამოცდილება აქვთ მათთან შედარებით, ვინც საკუთარი სახსრებით სარგებლობდა პირადი ექიმის და დამატებითი გამოკვლევების/სკრინინგების სერვისით. მონიტორინგის შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ სერვისის მომხმარებლებს, სახელმწიფო სერვისით სარგებლობას, უმეტესად, თანხის თავად გადახდა ურჩევნიათ, რაც აღნიშნული პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევას წარმოადგენს¹⁴.

კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაციის ანალიზით დგინდება, რომ სახელმწიფო სერვისის მიღების სპეციფიკური ბარიერია ექიმთან ვიზიტისათვის მოცდის ხანგრძლივი დრო, რის გამოც, ორსულები თავს არიდებენ ვიზიტებს. განსაკუთრებით ხანგრძლივია მოცდის დრო რეგიონებში არსებულ სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში.

ამ პრობლემის საპასუხოდ, მნიშვნელოვანია ოჯახის/სოფლის ექიმების ჩართვა ორსულთა პატრონაჟის პროცესში. ეს ორსულებს ანტენატალური მეთვალყურეობის ვიზიტების ადგილზე განხორციელების საშუალებას მისცემს. ეს მიდგომა სერვისის მოხმარებასთან დაკავშირებულ არაპირდაპირ ხარჯებსაც შეამცირებს და კვლევაში გამოვლენილ სპეციფიკურ ხელისშემშლელ ფაქტორებსაც თავიდან აგვაცილებს.

სავალალო მდგომარეობაა საშუალო სამედიცინო პერსონალის სამედიცინო განათლების ხარისხის კუთხით. ხარისხიან ანტენატალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად გადამწყვეტია უწყვეტი სამედიცინო განათლების არსებობა. აღსანიშნავია, რომ უწყვეტი სამედიცინო პროგრამები/მოდულები ამ ეტაპზე არსებობს, თუმცა ექიმებისათვის სავალდებულო არ არის მათში მონაწილეობა.

კვლევისას ცალსახად გამოიკვეთა, რომ ქვეყანაში პრობლემურია ორსულთა ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისებზე წვდომა. სამწუხაროდ, მსგავს სერვისს ორსულებს არცერთი ქალთა კონსულტაცია თუ სამშობიარო სახლი არ სთავაზობს. უფრო მეტიც, პროვაიდერები ვერ ხედავენ მსგავსი სახის სერვისის საჭიროებას. შესაბამისად, ფსიქოლოგიური თანადგომის ერთ-ერთ სახეობად მიიჩნევა აყვანილი ექიმის „პერსონალური მეთვალყურეობა“, რომელიც ორსულობას მართავს პირველი დღეებიდან. კარგ შემთხვევაში, ეს პრაქტიკა ხელს უწყობს ექიმთან ნდობის დამყარებას და მიიჩნევა, რომ ორსულის და მშობიარის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე დადებითად აისახება.

მსგავსი სერვისი მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იყოს ანტენატალური მომსახურების სახელმწიფო პაკეტშიც, რადგან იმ ქალებსაც, ვისაც პირადი ექიმის ასაყვანად დამატებითი სახსრები არ გააჩნიათ, ან არ აქვთ ინფორმაცია ანტენატალურ პერიოდში ფსიქოლოგიური

¹⁴ ამასთან, გამოწვევას წარმოადგენს ისიც, რომ ანტენატალური ზრუნვის ფარგლებში, ერთი ორსულის/ორსულობის მართვის ღირებულება განისაზღვრება 180 ლარის ოდენობით, მათ შორის, ყოველ ვიზიტზე მეან-გინეკოლოგის კონსულტაცია 8 ლარის ოდენობით. აღნიშნული თანხა თავისთავად, ძალზე მცირეა იმ ანაზღაურებასთან შედარებით, რასაც ჩვეულებრივ, ექიმი იღებს კონსულტაციისას და ეს აისახება სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებული სერვისის ხარისხზე.

მომსახურების ჩართვის აუცილებლობასთან დაკავშირებით, ხელი მიუწვდებოდეთ მსგავს სერვისზე.

1.1.3. სერვისის ხელმისაწვდომობის სპეციფიკური ბარიერები

კვლევამ გამოავლინა, რომ ჯანდაცვის პერსონალის გადამზადება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია **შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა** რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სპეციფიკური საჭიროებების მიმართულებით. გარდა ამისა, მცირედმხედველი ან მხედველობის არმქონე ქალებისა და ფიზიკური გადაადგილების შეზღუდვის მქონე ქალებისთვის, ანტენატალური სერვისების მიღების კუთხით გამოწვევად რჩება სერვისის გამცემი დაწესებულებების არაადაპტირებული გარემო.

ქვეყნის მასშტაბით, გინეკოლოგიური კაბინეტები და გინეკოლოგიური სავარძლები არაადაპტირებულია ეტლით მოსარგებლე ან სხვაგვარი ფიზიკური შეზღუდვის მქონე ქალებისთვის, რაც შეუძლებელს ხდის სათანადო გინეკოლოგიურ შემოწმებას. ამასთანავე, ხშირ შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულების შესასვლელი ადაპტირებულია, მაგრამ არ არის ადაპტირებული დაწესებულების შიდა პერიმეტრი. სამედიცინო დაწესებულებების და ტრანსპორტის არაადაპტირებულობა გამორიცხავს შშმ ქალის გინეკოლოგისთვის დამოუკიდებლად და კონფიდენციალურად მიმართვის შესაძლებლობას, რის გამოც ქალები, განსაკუთრებით, ქორწინებაში არმყოფები, საერთოდ თავს იკავებენ მსგავსი სერვისის მიღებისგან.

განსაკუთრებით პრობლემურია სმენისა და მეტყველების არმქონე ადამიანისთვის გინეკოლოგიური სერვისის მიღება. ვინაიდან სამედიცინო დაწესებულებებს თარჯიმანი არ ჰყავთ, შშმ ქალი ვალდებულია თავად წაიყვანოს თარჯიმანი (ან ოჯახის წევრი, რომელიც თარჯიმნის ფუნქციას ასრულებს) სერვისის მისაღებად, რაც სერვისის კონფიდენციალურად მიღებას ასევე გამორიცხავს.

ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის, კვლევის თანახმად, მთავარი გამოწვევაა ენის ბარიერი და კონფიდენციალობის საკითხი, ვინაიდან არ აქვთ შესაძლებლობა, ექიმს თავად აუხსნან ჩივილები. ენის ბარიერის გამო, შეხვედრას ყოველთვის ესწრება პირი, რომელიც თარგმნის პაციენტის საუბარს. დამსწრე პირი ხშირად ოჯახის წევრია, რომლის თანდასწრებით პაციენტს უჭირს თავისი საჭიროებების ახსნა ექიმისათვის.

მონიტორინგის შედეგად, შეიძლება ითქვას, რომ პროფესიონალი თარჯიმნის არარსებობა ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული რეგიონების სამედიცინო დაწესებულებებში, ერთ-ერთი სერიოზული პრობლემაა. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები აღნიშნავენ, რომ პრობლემას წარმოადგენს დედათა ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებელი შესაბამისი ენის მცოდნე პროვაიდერების ნაკლებობა.

მნიშვნელოვანია, რომ ეთნიკური უმცირესობით დასახლებულ ტერიტორიებზე დედათა ჯანმრთელობის სერვისის მიმწოდებელმა პროვაიდერმა უზრუნველყოს პროფესიული თარჯიმნის მომსახურება, ხოლო სახელმწიფომ სამედიცინო დაწესებულებაში თარჯიმნის არსებობა უზრუნველყოს დაწესებულების ლიცენზირების ეტაპზე.

1.2. მშობიარობა

მშობიარობასთან დაკავშირებული სერვისები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, კერძოდ, დედათა ჯანმრთელობის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტია. ხარისხიან სამშობიარო სერვისებზე თანაბარი წვდომა, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების განხორციელებისთვის, აუცილებელი პირობაა. კვლევამ გამოავლინა, რომ სახელმწიფოს მიერ წინ გადადგმული ნაბიჯების მიუხედავად, კვლავ არაერთი გამოწვევა არსებობს ამ მიმართულებით.

1.2.1. მშობიარობასთან დაკავშირებული სახელმწიფო სერვისები

მშობიარობასთან დაკავშირებული სახელმწიფო სერვისების მიმართულებით აღსანიშნავია სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული პერინატალური რეგიონალიზაციის პროგრამა, რაც ორგანიზებული სატრანსპორტო სისტემის შექმნას, ეფექტიანი რეფერალის უზრუნველსაყოფად მეთვალყურეობის დონეების, როლებისა და მოვალეობების ყველა დონეზე განსაზღვრას გულისხმობს. აღნიშნული პროგრამის განხორციელება წინგადადგმული ნაბიჯია და ხელს უწყობს დედათა ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესებას¹⁵. პერინატალური რეგიონალიზაციის მიზანია, უზრუნველყოფილ იქნას პირველი, მეორე და მესამე დონის სამშობიარო სახლების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა¹⁶.

აღნიშნული პროექტის ფარგლებში, სახელმწიფომ თითოეული დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებლისთვის შესაბამისი უფლებები და მოვალეობები განისაზღვრა: პირველი, იგივე საბაზისო დონის დაწესებულება უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ფიზიოლოგიურად მიმდინარე მშობიარობებისას. დაწესებულებამ ასევე შეიძლება მართოს გართულებული მშობიარობები მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში. მეორე დონის პერინატალური სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება ახორციელებს სამედიცინო მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ისე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში. ასევე, იგი უზრუნველყოფს მშობიარობის პროცესში ყველა იმ გადაუდებელი მდგომარეობის მართვას, რომელიც არ საჭიროებს სუბსპეციალიზებულ მოვლას, ხოლო მესამე დონის დაწესებულება უზრუნველყოფს ორსულობისა და მშობიარობის მძიმე გართულებების ინტერდისციპლინური მართვისათვის მაღალსპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, ასევე, სამედიცინო მოვლას როგორც ფიზიოლოგიური, ისე რისკის მქონე ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში, მათ შორის, რეფერირებული პაციენტების მართვას. აღნიშნული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებს უნდა გააჩნდეთ ინტენსიური მოვლისა და კრიტიკული მდგომარეობების მართვის ერთეული და მძლავრი

¹⁵ აღნიშნული პროექტი 2017 წელს დასრულდა და მთელი საქართველო მოიცავს.

¹⁶ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან გადაადგილებულ დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს რეგიონალიზაციის ზოგადი ბაზის 2019 წლის მონაცემის მიხედვით, მთელ ქვეყანაში 105 დაწესებულებაა განაწილებული დონეების მიხედვით. აქედან, 46 პერინატალური რეგიონალიზაციის მეორე დონის დაწესებულებაა და 23 - პირველი დონის დაწესებულება. ასევე, ქვეყანაში არის შერეული, მეორე-მესამე დონე და მესამე დონის დაწესებულებები, რომლებიც კონცენტრირებულია დიდ ქალაქებში - თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში.

ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები, ასევე, წვდომა თერაპიული და ქირურგიული პროფილის სპეციალისტებზე.

სახელწიფო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ასევე გათვალისწინებულია მშობიარობის დაფინანსება¹⁷, აღნიშნული სერვისები ინტეგრირებულია „მაღალი რისკის ორსულების, მშობიარეთა და მელოგინების სამედიცინო დახმარების პროგრამაში“. საკეისრო კვეთის შემთხვევაში, ფინანსდება როგორც გეგმიური, ისე ორსულის მოთხოვნით საკეისრო კვეთა. აღნიშნული დაფინანსების პროგრამა ვრცელდება ყველა ორსულზე, მიუხედავად იმისა, თუ რომელ სოციალურ ფენას მიეკუთვნება ის და აქვს თუ არა კერძო დაზღვევა.

1.2.2. წვდომა მშობიარობის სერვისზე

საქართველოში სამშობიარო სახლების უმეტესობა კერძო მფლობელობაშია. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, საქართველოს ყველა მოქალაქეს მშობიარობასთან და საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებულ სერვისებს სწორედ კერძო დაწესებულებები სთავაზობენ.

სერვისის მიმღებ პირებთან ჩატარებული ინტერვიუების და ფოკუს ჯგუფების შედეგად, შეიძლება ითქვას, რომ კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება მშობიარობისა თუ საკეისრო კვეთის შემდგომი გართულებების მართვა და სწორი/დროული რეფერალი. პატარა ქალაქებსა და სოფლებში იკვეთება სამედიცინო სფეროში ადამიანური რესურსების ნაკლებობა მეან-გინეკოლოგების, ბეზიაქალებისა თუ ანესთეზიოლოგების სახით. ეს კი, სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხზე უარყოფით გავლენას ახდენს.

აღნიშნული ბარიერის საპასუხოდ, ორსულები თავად „ახორციელებენ“ რეფერალს. იმ შემთხვევაში, თუ ქალი დარწმუნდება, რომ მის ექიმს არ აქვს მისი ორსულობის/მშობიარობის მართვისთვის საკმარისი კომპეტენცია, ან უბრალოდ, ადეკვატურად ვერ პასუხობს მის კითხვებს, იგი სხვა ექიმს მიმართავს. სამწუხაროდ, არსებული პროგრამის შეზღუდვებიდან გამომდინარე, ორსულ ქალს ანტენატალური მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, შეზღუდული აქვს ექიმის შეცვლის უფლება და ექიმის შეცვლის შემთხვევაში, ორსულს თავად უწევს დამატებითი ხარჯების გაღება.

მონიტორინგის შედეგად, ცალსახად იკვეთება განსხვავება მშობიარობასთან დაკავშირებული სერვისების ხარისხში დედაქალაქსა და რეგიონებს შორის. კერძოდ, ქალები უფრო მეტად ენდობიან დიდ ქალაქში არსებულ სერვისებს, მიუხედავად იმისა, რომ რეგიონებში არის სამშობიარო სახლები და ხელმისაწვდომია როგორც სამშობიარო, ისე საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული სერვისები.

აღსანიშნავია, რომ მაღალმთიან რეგიონებში შენარჩუნებულია მხოლოდ პირველი დონის დაწესებულებები. მონიტორინგის შედეგად, სერვისის მიმღებთა გამოცდილებაზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ თუ მაღალმთიან რეგიონში მცხოვრები მშობიარე საკეისრო კვეთის ან სხვა ნებისმიერი მიზეზის გამო, საჭიროებს მესამე დონის სამშობიარო

¹⁷ გათვალისწინებული ლიმიტი ფიზიოლოგიური მშობიარობისთვის 500 ლარია, ხოლო საკეისრო კვეთისთვის - 800 ლარი.

დაწესებულების მომსახურებას, იგი იძულებულია სერვისი მიიღოს დიდ ქალაქებში, რაც განურჩევლად ზრდის სერვისის მიღების ბარიერებს. აღნიშნული დაკავშირებულია მაღალმთიან რეგიონებში საგზაო და სატრანსპორტო ინფრასტრუქტურის არარსებობასთან, მგზავრობასა და სხვა ქალაქში ცხოვრებასთან დაკავშირებულ დანახარჯებთან და ნეგატიურ გავლენას ახდენს ამ სერვისის ხელმისაწვდომობაზე.

ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ გამოწვევად რჩება ბევრი მესამე დონის (ნეონატალური და სამეანო გინეკოლოგიური) კლინიკის კონცენტრირებული რაოდენობა დედაქალაქსა და დიდ ქალაქებში. ამ რაოდენობის მესამე დონის კლინიკის არსებობა არცერთი მტკიცებულებით არ არის გამართლებული.

1.2.3. საკეისრო კვეთა

საკეისრო კვეთა ეფექტიან ინსტრუმენტად დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შესამცირებლად მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება მივიჩნიოთ, თუკი მსგავსი ჩარევის აუცილებლობა სამედიცინო ჩვენებით არის დადასტურებული. ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის თანახმად, საერთო პოპულაციის დონეზე, საკეისრო კვეთების 10-15%-ზე მეტი არ ასოცირდება დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებასთან.¹⁸ საკეისრო კვეთა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს მნიშვნელოვან და ზოგიერთ შემთხვევაში, მუდმივ გართულებასთან, კერძოდ, შესაძლო შეზღუდულ შესაძლებლობასთან და სიკვდილიანობასთან, განსაკუთრებით იმ ადგილებში, სადაც სპეციფიკური დანიშნულების ჯანდაცვის სერვისებზე, როგორცაა მაგალითად, უსაფრთხო ქირურგიული ჩარევა და გართულებების ქირურგიული მკურნალობა, ხელმისაწვდომობა დაბალია.

საქართველოში ბოლო ათწლეულის განმავლობაში 46%-ით გაიზარდა საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი და 2018 წელს მშობიარობების საერთო რაოდენობის 44% შეადგინა. ცალკეულ დაწესებულებებში კიდევ უფრო მაღალი მაჩვენებელი გვხვდება. კვლევამ დაადგინა, რომ ქვეყანაში საკეისრო კვეთების მაღალი მაჩვენებელი განპირობებულია საკეისრო კვეთებისა და ბუნებრივი მშობიარობის დადებითი და უარყოფითი ფაქტორების შესახებ საზოგადოების არასაკმარისი ინფორმირებულობით.

სახელმწიფო პოლიტიკის, კერძოდ, სელექტიური კონტრაქტირების¹⁹ ერთ-ერთი მიზანი სწორედ საკეისრო კვეთების რაოდენობის შემცირებაა ფინანსური ჯარიმების საშუალებით. გარდა საკეისრო კვეთების რაოდენობის მექანიკური შემცირებისა, მნიშვნელოვანია, საკეისრო

¹⁸ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განცხადება საკეისრო კვეთებთან დაკავშირებით. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=F1E9F84AD2285C2E906830E2B5321022?sequence=1 [ბოლოს ნანახია 18.02.2019]

¹⁹ სახელმწიფოს პროექტი, რომლის თანახმადაც, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამაში მონაწილეობას მიიღებენ მხოლოდ ის სამშობიარო სახლები/დაწესებულებები, რომლებიც უზრუნველყოფენ შესაბამისი დონის მეთვალყურეობას და წელიწადში მინიმუმ 500 ახალშობილი ბავშვის მიღებას შეძლებენ.

კვეთის კლასიფიკაციის სისტემის, ე.წ. „რობსონის შკალის“²⁰ დანერგვა და ეროვნულ დონეზე საკეისრო კვეთის მაღალი რაოდენობის მიზეზებისა და შედეგების კვლევა.

ამასთან, მნიშვნელოვანია, რომ საკეისრო კვეთა ხელმისაწვდომი იყოს სამედიცინო საჭიროების შემთხვევაში და სახელმწიფო პოლიტიკის ორიენტირი არ იყოს საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის გარკვეულ ნიშნულზე დაყვანა. უნდა აღინიშნოს, რომ ჯერ კიდევ უცნობია და დამატებით კვლევებს საჭიროებს, თუ რა გავლენას ახდენს საკეისრო კვეთა დედის და ახალშობილის ავადობაზე, პედიატრიულ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე.²¹

1.3. პოსტნატალური (მშობიარობის შემდგომი) ზრუნვა

მშობიარობის შემდგომი, ანუ პოსტნატალური პერიოდი, რომელსაც „ლოგინობის ხანასაც“ უწოდებენ, მნიშვნელოვანია როგორც დედის, ისე ახალშობილისათვის. ამ პერიოდში, ძირითადად, ახალშობილი ხდება ზრუნვის საგანი როგორც ოჯახის წევრების, ასევე, პოლიტიკის განსაზღვრის დონეზე, სახელმწიფოს მიერ და დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ყურადღების მიღმა რჩება, რასაც შესაძლოა მოჰყვეს დედათა ავადობა და სიკვდილიანობა²².

უნდა აღინიშნოს, რომ განსხვავებით ანტენატალურისგან, პოსტნატალური ზრუნვისადმი სახელმწიფოს სისტემური მიდგომის არარსებობა საზოგადოებაში ღრმად გამჯდარი შეხედულების გამოძახილია, რომლის თანახმად, ქალის მთავარი ფუნქცია რეპროდუქციაა და აღნიშნული ფუნქციის განხორციელების შემდეგ, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისადმი ინტერესი მცირდება.

1.3.1. პოსტნატალურ ზრუნვასთან დაკავშირებული სახელმწიფო სერვისები

პოსტნატალურ მოვლასთან დაკავშირებული საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, მშობიარობის შემდეგ დედას სამშობიარო დაწესებულებიდან 3-5 დღის შემდეგ წერენ, პოსტნატალურ პერიოდში დედის ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად კი, აუცილებელია

²⁰ იქვე.

²¹ უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ინფორმაციით, საკეისრო კვეთების მზარდ სტატისტიკას არ გაუზრდია სარგებელი დედათა ჯანმრთელობის მდგომარეობის კუთხით, ასევე, ზოგიერთი კვლევა მიუთითებს საკეისრო კვეთების ზრდის ნეგატიურ შედეგებზე დედათა და ნეონატალური ჯანმრთელობის კუთხით. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/robson-classification/en/ [ბოლოს ნანახია 18.02.2019].

²² აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში პოსტნატალური სერვისის დანერგვის საჭიროებაზე საუბარი იყო სახალხო დამცველის წინა ანგარიშში, რომელიც სახელმწიფოს სამწუხაროდ არ გაუთვალისწინებია. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1> წყარო ბოლოს ნანახია: 01.02.2019.

მშობიარობის შემდგომი ორი ვიზიტის ჩატარება - მშობიარობიდან 7-14 დღისა და მომდევნო 6 კვირის განმავლობაში²³.

ეროვნული ანტენატალური მოვლის გაიდლაინის მიხედვით, გაწერილია მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი (სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერიდან მომდევნო ერთი კვირის განმავლობაში) გეგმიური ამბულატორიის ფარგლებში. აღნიშნული მომსახურება ფარავს ბაზისურ სამედიცინო მომსახურებას, კერძოდ, ნებისმიერ ქალს, მშობიარობის შემდეგ პერიოდში, შეუძლია მიმართოს ოჯახის ექიმს ან მეან-გინეკოლოგს. ამ ვიზიტზე უნდა შეფასდეს როგორც დედის სასიცოცხლო ფუნქციები, ისე მშობიარობის შემდგომი ფსიქო-ფიზიოლოგიური ცვლილებები. ვიზიტი უნდა ემსახუროდეს მშობიარობის შემდგომი პერიოდის გართულებების პრევენციასა და დროულ გამოვლენას.

ქვეყნის მასშტაბით, მსგავსი სერვისების უფასოდ მიწოდება ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ქალი ჩვილებით მიმართავს ოჯახის/სოფლის ექიმს. ასევე, გავრცელებული პრაქტიკის მიხედვით, ე.წ. „აყვანილი“ პირადი მეანგინეკოლოგები თავის ნამშობიარებ ქალებს ვიზიტზე იბარებენ მშობიარობიდან ორ კვირაში და აფასებენ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, აწვდიან ინფორმაციას, თუ რა პერიოდის შემდეგ არის აუცილებელი ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კონტროლი. თუმცა, ამ პროცესს არ აქვს სისტემური ხასიათი.

პრობლემას წარმოადგენს ის ფაქტიც, რომ ქვეყანაში არ არსებობს დახმარების პროგრამა დედებისთვის, რომელთაც ახალშობილზე ზრუნვასთან დაკავშირებით ინფორმაციის მიწოდება ესაჭიროებათ. დედები ჩვილებზე პირველად მზრუნველები ხდებიან მათი დაბადებისთანავე მაშინ, როცა მათ არ აქვთ საჭირო განათლება და უნარ-ჩვევები და არც ხელშეწყობა გააჩნიათ მშობიარობის შემდგომი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კუთხით. სხვა მიზეზებთან ერთად, აღნიშნული ფაქტორები განაპირობებს იმას, რომ ხშირია მშობიარობის შემდგომი სტრესი და დეპრესია, ასევე, გახანგრძლივებული ტკივილები.

1.3.2. წვდომა პოსტნატალურ სერვისებზე

მშობიარობის შემდგომი კონსულტირება ასევე მნიშვნელოვანია პოსტნატალური დეპრესიის პროფილაქტიკისათვის. კერძოდ კი, აუცილებელია მელოგინეთა სავარაუდო დეპრესიის შეფასება და მისი დროული პრევენცია, რისთვისაც რეკომენდებულია მაგალითად, ე.წ. „ედინბურგის შკალის“ გამოყენება, რაც სპეციალურად პოსტნატალური დეპრესიის სიმპტომების გამოვლენის ასისტირებისთვის შექმნილი კითხვარია.

ვიზიტი აუცილებელია ინფორმაციული თვალსაზრისითაც. ამ დროს, განსაკუთრებით ახალბედა დედებისათვის, აუცილებელია ინფორმაციის მიწოდება ისეთ საკითხებზე,

²³ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაცია, 2017, ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf;jsessionid=523803AA71F1AE7A003E4416DE7BEBDF?sequence=1> [ბოლს ნანახია 19.02.2019].

როგორცაა ძუძუთი კვება²⁴, ჭიპლარის დამუშავება, დაბანა, კუჭის მოქმედება, სწორად გამშრალება.

აღსანიშნავია, რომ პოსტნატალურ სერვისებზე წვდომა პრობლემურია იმ ქალებისათვის, რომლებმაც იმშობიარეს ერთ ქალაქში და შემდეგ დაბრუნდნენ საცხოვრებელ ადგილას. მონიტორინგით ირკვევა, რომ მათ არ გადაამისამართებენ რეგიონულ დაწესებულებებში და შესაბამისად, არ იციან, სად უნდა მიიღონ სერვისი პოსტნატალურ პერიოდში საჭიროების შემთხვევაში. ამასთან, კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაცია აჩვენებს, რომ პოსტნატალურ პერიოდში, ჩვეულებრივ, არ ხორციელდება პროფილაქტიკური ვიზიტი.

აღნიშნული გამოწვევების საპასუხოდ, მნიშვნელოვანია პოსტნატალური სერვისებისადმი სისტემური მიდგომის ჩამოყალიბება. მშობიარობის შემდგომი ვიზიტი აუცილებელია, რადგან იგი ხელს უწყობს ლოგინობის ხანის გართულებების დროულ გამოვლენას ან/და მათ თავიდან არიდებას.

დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის და სერვისების შესაბამისი ხარისხის უზრუნველყოფა ამცირებს დედათა სიკვდილიანობას, რაც, დედათა ჯანმრთელობის პროგრამის განვითარების ფარგლებში, ქვეყნის მთავარი პრიორიტეტია. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველომ ვერ შეძლო შეემცირებინა დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი და მიეღწია ათასწლეულის განვითარების მიზნისთვის, აღნიშნული მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა 2017 წელს და გახდა 13.1/100 000 ცოცხალშობილზე²⁵. დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2018 წელს, წინასწარი მონაცემებით არის 23.5/100 000 ცოცხალშობილზე.²⁶

1.4. სუროგაცია

სუროგაცია ნიშნავს ნაყოფის გადატანას ქალის სხეულში შემდგომი ზრუნვისთვის და სხვა ადამიანისთვის გადაცემის მიზნით. ეს შეიძლება განხორციელდეს ინ-ვიტრო ან ბუნებრივი განაყოფიერების გზით ან/და ემბრიონის გადანერგვით. სუროგატი დედა (გესტაციური მატარებელი²⁷) ორსულად არის ცხრა თვის განმავლობაში, მშობიარობის შემდეგ კი, ბავშვი

²⁴ დამატებითი შესწავლის საგანია, თუ რამდენად უჭერენ მხარს ძუძუთი კვებას დედათა სამედიცინო სერვისის განმახორციელებელი დაწესებულებები და როგორია სახელმწიფოს პოლიტიკა ამ საკითხთან მიმართებით.

²⁵ 2017 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა ორსულობასთან დაკავშირებული გარდაცვალების 17 შემთხვევა. გარდაცვლილთაგან 12 (70,5%) კლასიფიცირებულ იქნა, როგორც დედის ადრეული სიკვდილი, რაც დაკავშირებული იყო ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის გართულებასთან.

²⁶ აღსანიშნავია, რომ მაჩვენებელი შესაძლოა შეიცვალოს, რადგან მიმდინარეობს დედათა სიკვდილის თითოეული შემთხვევის შესწავლა როგორც სამედიცინო ჩანაწერების, ისე ვერბალური აუტოფსიის დონეზე. საჯარო სამართლის იურიდიული პირის. ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2019 წლის 28 თებერვლის წერილი №06/727.

²⁷ გესტაციური მატარებლის განმარტება: ქალი, რომელიც მესამე მხარის სპერმისა და კვერცხუჯრედის გამოყენებით დაორსულდა. ის ორსულდება იმ განზრახვით ან შეთანხმებით, რომ შთამომავლობის მშობელი იქნება ერთი ან ორივე პირი. „რეპროდუქციის სამედიცინო, ეთიკური და სოციალური ასპექტების შესახებ“, პ. დევიდ გრიფინი.

სხვა ინდივიდს ან წყვილს გადაეცემა. მოცემულ ეტაპზე, სათანადო რეგულაციების არარსებობის გამო, სუროგაციის სერვისის არსებობა მნიშვნელოვანი გამოწვევაა ქვეყნისათვის.

კვლევის შედეგად შეიძლება ითქვას, რომ სუროგაცია სახელმწიფოს მიერ აღიქმება არა როგორც სამედიცინო, არამედ როგორც სოციალური მოვლენა. მაშინ, როდესაც, სუროგაცია ცალსახად არის ქალის და ბავშვის ფიზიკურ და მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფენომენი და შესაბამისად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ჭრილში უნდა განიხილებოდეს.

სამწუხაროდ, ქვეყანაში არ არსებობს სტატისტიკური ინფორმაცია სუროგაციის შესახებ. 2017 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში იყო ვიტრო განაყოფიერების განმახორციელებელი დაახლოებით 7 დაწესებულება, რომლებიც ასევე შესაძლოა ყოფილიყვნენ ჩართული სუროგაციის სერვისის მიწოდებაში. ეს დაწესებულებები სერვისების მიწოდებას ახორციელებენ ყოველგვარი სახელმწიფო რეგულირების გარეშე.

მონიტორინგით დადგინდა, რომ სუროგატი დედები ისევე სარგებლობენ უფასო სახელმწიფო სერვისებით, როგორც დანარჩენი ორსულები. გარდა ამ სერვისებისა, ჩვეულებრივ, ორსულობის მართვა სუროგაციისას ხდება შემდეგი მიდგომით: ორსულობის დასაწყისში სუროგატი დედები სუროგაციის კლინიკაში ვიზიტს ახორციელებენ კვირაში ერთხელ, ხოლო შემდეგ - ორ კვირაში ერთხელ. ყოველ ვიზიტზე მათ უკეთდებათ ექოსკოპიური კვლევა და სისხლის საერთო ანალიზი.

სუროგატ დედებს, იმისათვის, რათა გამოირიცხოს ნაყოფის განვითარების მანკები, მეორე ტრიმესტრში ამნიოცენტეზის საშუალებით უტარდებათ გენეტიკური ანალიზი. ხოლო იმ შემთხვევაში, თუკი დადგინდა ნაყოფის განვითარების მანკი, ორსულობა წყდება და სუროგატ დედას არ ეძლევა შეთანხმებული ოდენობის ანაზღაურება.

კვლევაში მონაწილე სუროგატ ქალებს მიაჩნიათ, რომ ის მიდგომები, რომლებიც ექიმებს აქვთ მათ მიმართ, დისკრიმინაციულია და მავნებელია მათი ჯანმრთელობისთვის. სუროგატი დედები აღნიშნავენ, რომ ორსულობის განმავლობაში იღებენ მედიკამენტებს, რომლებიც იწვევს მადის და, შესაბამისად, წონაში მატებას. ამასთან, ისინი იძულებულნი არიან პროფილაქტიკისთვის მიიღონ ისეთი პრეპარატები, რომლებიც მათ მთელ რიგ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს უქმნის. გასათვალისწინებელია, რომ ორსულობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, მათ ექიმის მიერ ეკრძალებათ სასწრაფო დახმარების გამოძახება.

უნდა აღინიშნოს, რომ სუროგატი დედებისთვის არცერთ ეტაპზე არ არის გათვალისწინებული ფსიქოლოგიური დახმარება. ეს იმ ფონზე, როდესაც კვლევის თანახმად, ზოგიერთი ქალისთვის სუროგაცია მძიმე სტრესული გამოცდილებაა. ასევე ვლინდება, რომ სუროგაციის სერვისის მიმწოდებლები უგულვებელყოფენ იმ შესაძლო გავლენებს, რაც გესტაციური მატარებლის ფსიქიკურმა მდგომარეობამ შეიძლება იქონიოს ნაყოფზე და მათთვის პრიორიტეტს ნაყოფის მხოლოდ ფიზიკური ჯანმრთელობა წარმოადგენს.

ზოგადად დედათა ჯანმრთელობის სერვისების მსგავსად, კონფიდენციალობის დაცვა და სათანადო ინფორმირებულობა გამოწვევად რჩება სუროგატი დედების შემთხვევაშიც.

საინტერესოა იმის აღნიშვნა, რომ ჩვეულებრივი ორსულობისგან განსხვავებით, სუროგატ დედებს არ ეძლევათ საშუალება, ნახონ ჩატარებული ანალიზებისა და გამოკვლევების პასუხები და ისინი სრულად არიან მინდობილი სუროგატის განმახორციელებელ კლინიკას.

კიდევ უფრო დიდი პრობლემაა სუროგატი დედებისათვის მშობიარობის შემდგომი სერვისების მიწოდება, რადგან ისინი უზრუნველყოფილი არ არიან მსგავს (მათ შორის, ბაზისურ) სერვისებზე ხელმისაწვდომობით.

აღნიშნული გამოწვევებისა და ბარიერების გადასალახად, მნიშვნელოვანია, სახელმწიფომ დროულად შეიმუშავოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტექნოლოგიების, მათ შორის, სუროგატისა და ინ ვიტრო განაყოფიერებასთან დაკავშირებული რეგულაციები, რომელთა საფუძველზეც, ინ ვიტრო განაყოფიერების ლიცენზიის მქონე კლინიკები და ექიმები ვალდებული იქნებიან დაარეგისტრირონ სუროგატის ხელშეკრულებები.

ქვეყანაში სუროგატისთან დაკავშირებული რეგულაციების არარსებობა საფრთხეში აყენებს ქალებს, რომლებიც არიან, ან უნდათ, რომ იყვნენ სუროგატი დედები. ამასთან, რეგულაციების არარსებობის პირობებში არსებობს საფრთხე, რომ კერძო პირთა შეთანხმებისას წამოჭრილი დავები არ გადაწყდება უფრო მეტად მოწყვლადი მხარის სასარგებლოდ. აღნიშნულ ვითარებაში, სუროგატი დედები, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში ფინანსური საჭიროებების გამო ინტერესდებიან სუროგატიით, საფრთხის ქვეშ არიან, რადგან თავის დასაცავად არ გააჩნიათ სპეციფიკური სამართლებრივი და ფინანსური ბერკეტები.

რეგულაციების არარსებობა საფრთხეში აგდებს სუროგატი დედების არა მხოლოდ უფლებრივ, არამედ ჯანმრთელობის მდგომარეობასაც. როგორც კვლევით დადგინდა, სუროგატის ყველა ეტაპზე, გესტაციური მატარებლის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მხოლოდ ნაყოფის ფიზიკური ჯანმრთელობის ჭრილშია განხილული და ქალის მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობა სამედიცინო პროცედურების ჩატარების დროს უგულებელყოფილია.

ამასთან, არც პოტენციური სუროგატი დედების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ადეკვატური შეფასება ხდება. არსებობს მხოლოდ მინიმალური მოთხოვნები სუროგატობის მსურველი ქალებისთვის. მნიშვნელოვანია, რომ რეგულაციით განისაზღვროს რიგი კრიტერიუმებისა, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია სუროგატის შეთანხმების ძალაში შესასვლელად და მიზნად ისახავს სუროგატი დედისა და ბავშვის უფლებების გარანტირებას. ეს კრიტერიუმებია: მომავალი მშობლების უნაყოფობა (რათა თავიდან ავირიდოთ სუროგატია ტრივიალური მიზეზების გამო), მიმღები წყვილის კანონიერი ქორწინება, საცხოვრებელი ადგილი საქართველოში (რეპროდუქციული ტურიზმის თავიდან ასაცილებლად), ასაკობრივი და ჯანმრთელობის ცენზი (რათა ქალი ასაკობრივად მოწიფული იყოს და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, სწორად იაზრებდეს თავისი ქმედებით გამოწვეულ შედეგებს მომავალში მის ჯანმრთელობასა და მშობიარობასთან დაკავშირებით), ფინანსური ანაზღაურება (რათა ეს უკანასკნელი სუროგატული მომსახურების გაწევის გაუმართლებელი მოტივი არ გახდეს) და მონაცემთა შეგროვება (მთავრობის მიერ).

დამატებით შესწავლის საგანი უნდა გახდეს სუროგაციასთან დაკავშირებული „ტურიზმის“ საკითხი. პრაქტიკიდან გამომდინარე, ცნობილია არაერთი შემთხვევა, როცა უცხო ქვეყნის მოქალაქეებმა საქართველოში არსებულ სუროგაციის სერვისის მიმწოდებელს მომსახურებისათვის მომართეს.

რეკომენდაციები:

საქართველოს მთავრობას:

- გადაიხედოს და დაიხვეწოს ანტენატალური ზრუნვის საბაზო პაკეტი
- დაინერგოს ფსიქოლოგიური დახმარება როგორც პოსტ, ისე ანტენატალური სერვისების საბაზო პაკეტში, ასევე, ე.წ. „ედინბურგის შკალის“ სისტემა პოსტნატალური დეპრესიის გამოსავლენად.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:

- ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული რეგიონების სამედიცინო დაწესებულებებში ხელი შეეწყოს პროფესიული თარჯიმნის ინსტიტუტის შექმნას
- გამკაცრდეს ლიცენზირების პროცესი საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე, ლაბორატორიული სერვისების ერთგვაროვანი ხარისხის დასაწერად
- უზრუნველყოფილ იქნას უწყვეტი სამედიცინო განათლების სავალდებულობა
- უზრუნველყოფილ იქნას 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, კერძოდ, განხორციელდეს რეფერალის პროცესის მუდმივი მონიტორინგი და შეფასება
- 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
- სუროგაციის სფერო სამართლებრივად დარეგულირდეს და უზრუნველყოფილ იქნას არადისკრიმინაციული გარემო სუროგაციის ორგანიზებისას
- მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებების, გინეკოლოგიური კაბინეტისა და გინეკოლოგიური სავარძლის ადაპტირება და ამასთან, გინეკოლოგების გადამზადება ეტლით მოსარგებლე ქალისთვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გაწევის სპეციფიკის თაობაზე.

2. წვდომა ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის სერვისებზე

ქალისათვის წვდომას ჯანდაცვის მომსახურებაზე და ავტონომიური გადაწყვეტილებების მიღების შესაძლებლობას, ზღუდავს რეპროდუქციული ფუნქციის შესახებ ოჯახსა და საზოგადოებაში ჩამოყალიბებული მოსაზრებები.²⁸ მიუხედავად იმისა, რომ გენდერული თანასწორობის მისაღწევად რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვას არსებითი მნიშვნელობა აქვს, სახელმწიფოს როლი აღნიშნულ უფლებათა ეფექტიან აღსრულებაზე საჭირო სტანდარტს ვერ აკმაყოფილებს.

ოჯახის დაგეგმვის საკითხებზე კონსულტაციასა და მომსახურებების მიწოდებაზე სახელმწიფო საბიუჯეტო სახსრები არ გამოიყოფა, ეს მომსახურებები არც სახელმწიფო პროგრამებითა თუ კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა მომსახურების პაკეტშია გათვალისწინებული. სახელმწიფო არც კონტრაცეპტივების საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მედიკამენტების ჩამონათვალში ინკლუზიას უზრუნველყოფს.²⁹

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება ანტენატალური, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომი მომსახურების უზრუნველსაყოფად ინტეგრირებულია ოჯახის დაგეგმვის ცენტრების მეშვეობით,³⁰ რომლებიც ასევე ისახავს მიზნად კონტრაცეფციის, სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციების და აივ/შიდსის შესახებ კონსულტირებას. თუმცა სერვისები, რომლებიც არ უკავშირდება ანტე და პოსტნატალურ პერიოდს და კონტრაცეპტივების მოხმარებაზე კონცენტრირდება, დაფინანსების მიღმა ხვდება.

კონტრაცეფციის საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემები, ასევე ინფორმაციის ნაკლებობა, იწვევს კონტრაცეპტივების იშვიათ გამოყენებას და შედეგად, არასასურველ ორსულობასა და აბორტს. წინამდებარე კვლევის ფარგლებში აბორტთან მიმართებით ორი უკიდურესი მიდგომა 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 გენდერის ნიშნით სქესის სელექციის მიზნით აბორტის ჩატარება კვლავ აქტუალურ პრობლემად რჩება.³¹

²⁸ 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

²⁹ სახალხო დამცველის ანგარში, ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის კონტექსტში: ქვეყნის შეფასება, 2017, გვ. 56

³⁰ 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

³¹ აღნიშნულ საკითხზე იხ. ასევე საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ (2018), გვ. 64-65

საქართველოს მასშტაბით ბოლო წლებში აბორტების რაოდენობის შედარებით შემცირება აღინიშნება, თუმცა კვლავ პრობლემურია კონტრაცეფციის საშუალებების დაბალი მოხმარება და აბორტის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის გამოყენება.³² მონიტორინგმა გამოკვეთა, რომ ამასთანავე, მზარდია სამედიცინო მომსახურების გამწვანება რაოდენობა, რომლებიც აბორტს მორალური თუ რელიგიური შეხედულებების გამო არ აკეთებენ. სსიპ სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტო ფლობს მონაცემთა ბაზას იმ სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, რომელთაც მოპოვებული აქვთ აბორტის სერვისის მიწოდების ნებართვა, თუმცა, ეს მონაცემები არ იძლევა იმის გაანალიზების საშუალებას, აღნიშნული დაწესებულებებიდან რეალურად რამდენია აბორტის სერვისის მიმწოდებელი.³³

მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დაცვის განხორციელებასთან დაკავშირებით, ნაკისრი აქვს რიგი ვალდებულებები, რომლებიც განმტკიცებულია ადამიანის უფლებათა სამთავრობო სამოქმედო გეგმასა³⁴ და დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის 2017-2030 წლების სტრატეგიაში³⁵, დღემდე არცერთი ფუნდამენტური მნიშვნელობის რეფორმა არ განუხორციელებია, რომელიც უზრუნველყოფდა ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე წვდომისა და ხარისხის გაუმჯობესებას.

2.1. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები

ოჯახის დაგეგმვის სერვისები და მათზე მისაწვდომობა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ქალთა ადამიანის უფლებების დაცვისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლების სრულყოფილი რეალიზებისთვის. სახელმწიფოს მიერ სერვისის შექმნა და მის ხელმისაწვდომობაზე ზრუნვა არსებითად განსაზღვრავს და გავლენას ახდენს ქალთა კეთილდღეობაზე, მათი უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვის ხარისხზე.

2.1.1. წვდომა ოჯახის დაგეგმვის სერვისზე

საქართველოში ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ინტეგრირებული არ არის პირველადი ჯანდაცვის რგოლში და არც პირველადი ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტში მოიაზრება. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ძირითადად ლიცენზირებული ექიმი რეპროდუქტოლოგების ან გინეკოლოგების მიერ გაიცემა³⁶, რომლებიც, როგორც წესი, არ არიან ორიენტირებულები წახალისონ თანამედროვე კონტრაცეპტივების მოხმარება წყვილებისა თუ ინდივიდების

³² აღნიშნულ საკითხზე იხ. ასევე საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ (2018), გვ. 64-65

³³ სსიპ სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს 2018 წლის 26 ოქტომბრის წერილი.

³⁴ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №182, 2018 წლის 17 აპრილი, ქ. თბილისი, ადამიანის უფლებათა დაცვის სამთავრობო სამოქმედო გეგმის (2018-2020 წლებისთვის) დამტკიცების შესახებ, სექცია 12.10.

³⁵ დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის, იხ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/download/3825285/0/ge/pdf>

³⁶ UNFPA, მოსახლეობის მდგომარეობის ანალიზი (PSA), საბოლოო ანგარიში, საქართველო 2015, გვ. 52, იხ: https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA%20_Final%20Print%20version_0.pdf

მიერ. შედეგად, ჯანმრთელობის შესახებ განათლება და კონტრაცეპტივებზე კონსულტირების სერვისის პირველადი ჯანდაცვისა და ზრუნვის ინტეგრირებულ ნაწილს არ წარმოადგენს.³⁷

საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში განხორციელებულმა ინტერვიუებმა ზემოაღნიშნული დაადასტურა. როგორც წესი, ოჯახის დაგეგმვის სერვისს და კონტრაცეპტივების შესახებ კონსულტირებას ექიმი რეპროდუქტოლოგი და/ან ექიმი მეან-გინეკოლოგი ეწევა. ამასთან, ექიმი რეპროდუქტოლოგები აღნიშნავენ, რომ მათთან კონტრაცეპტივებზე ინფორმაციის მისაღებად კი არა, პირიქით, უშვილობის სამკურნალოდ დადიან, ამიტომ მათი პაციენტების დიდი უმრავლესობა კონტრაცეპტივებს არ მოიხმარს. რაც შეეხება გინეკოლოგებსა და მეან-გინეკოლოგებს, მათთან გამართული დისკუსიები ცხადყოფს, რომ კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციის მიმღებები, ძირითადად, პოსტნატალურ მდგომარეობაში მყოფი დაოჯახებული ქალები არიან.

სერვისის მიმღებ ქალებთან ჩატარებულმა ინტერვიუებმა ასევე აჩვენა, რომ კონტრაცეპტივების შესახებ კონსულტირების პროცესში ქალები სულ მცირე, პირველი შვილის გაჩენის შემდეგ ერთვებიან. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ პოსტნატალურ პერიოდში დაორსულებისგან დაცვის სურვილი გამოწვეულია არა გრძელვადიანი მიზნით, არამედ დროებითი ინტერვენციით, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ორსულობისგან თავის არიდება ქალის სხეულის აღდგენამდე (თუმცა დისკუსიებმა ასევე გამოავლინა მითები პოსტნატალურ პერიოდში ორსულობის შეუძლებლობის შესახებ, იხ. ქვემოთ).

იშვიათია დაუოჯახებელ ქალთა მიმართვიანობა სპეციფიკურად ოჯახის დაგეგმვის სერვისისა და მათზე მორგებული კონტრაცეპტივის შესარჩევად, მათ შორის, მოზარდი ადამიანების მხრიდან. აღნიშნულის მიზეზი მოზარდებისა და დაუოჯახებელი ქალების სექსუალური აქტივობის მიმართ არსებული კულტურული წნეხი და სტიგმაა, რომელიც ჯანდაცვის სისტემის მიერაც მყარდება, როდესაც ქალებს ხარისხიანი, სტიგმისგან თავისუფალი და მათ საჭიროებებზე მორგებული სერვისის მიღების პროცესში, ბარიერები ექმნებათ.

მოზარდ გოგონას და ქორწინებაში არმყოფი ახალგაზრდა ქალის გინეკოლოგთან ვიზიტის პრობლემურობა ყველაზე მწვავედ სამეგრელოსა და აჭარის რეგიონში (ხულოში) გამოიკვეთა, სადაც ფოკუს ჯგუფში მონაწილე ქალებმა ყურადღება გაამახვილეს იმ ბარიერებზე, რასაც ამგვარი სტიგმა წარმოშობს და გოგონებსა და ქალებს აბრკოლებს, თავისუფლად ისარგებლონ არსებული სერვისებით. ერთ-ერთი მთავარი ბარიერი კი, ქალაქის, დაბისა თუ სოფლის გეოგრაფიული სიმცირეა, რომელიც ავტომატურად წარმოშობს კონფიდენციალობის დარღვევის რისკებსა და ინფორმაციის სწრაფად გავრცელებას გარშემომყოფებში.

როგორც ფოკუს ჯგუფებმა და ინტერვიუებმა აჩვენა, ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ქალაქებსა და დაბებში არსებული ამბულატორიების ქვეშ ხორციელდება. სოფლებსა და მაღალმთიან სოფლებში კი, კლინიკებისა და ქალთა საკონსულტაციო ცენტრების არსებობა შეზღუდულია. ამიტომ ხარისხიანი სერვისის მისაღებად ქალებს ახლომდებარე დაბაში ან ქალაქში უწევთ ჩასვლა. თუმცა სერვისების არარსებობის პრობლემა არა მხოლოდ მის გეოგრაფიულ არეალში

³⁷ იქვე/ ibid

ფიზიკურ არარსებობას, არამედ უშუალოდ კლინიკებში არსებულ ლიმიტირებულ რესურსებსაც გულისხმობს.

მაგალითად, აჭარის რეგიონში ჩატარებული ინტერვიუებით გამოიკვეთა, რომ ხულოს მუნიციპალიტეტსა და მის სოფლებში მცხოვრები ქალებისათვის პრობლემას მათთან შედარებით ახლოს მდებარე სამედიცინო დაწესებულებებში სხვადასხვა პროფილის ექიმისა და ტექნიკური აღჭურვილობის არარსებობა ქმნის, შესაბამისად, როგორც გამოკვლევების, კონსულტაციისა თუ სხვა საჭიროებებისთვის, ქალებს ახლომდებარე ქალაქში, ბათუმში უწევთ ჩასვლა.

როგორც აღინიშნა, ოჯახის დაგეგმვის სერვისები პირველადი ჯანდაცვის საფეხურზე სრულად არ არის ინტეგრირებული და უსისტემოდ არის განთავსებული სხვადასხვა სპეციალისტის მოვალეობებს ქვეშ. შესაბამისად, არ არსებობს სრულყოფილი და სისტემური მიდგომა ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციის, განათლებისა და სერვისის მიწოდების თვალსაზრისით, რომელიც ზემოაღნიშნულს ოჯახის დაგეგმვის ინტეგრირებული პროგრამის ქვეშ მოაქცევდა. ოჯახის დაგეგმვის პოლიტიკა და სერვისთან დაკავშირებული სხვადასხვა კომპონენტები კონცეპტუალურად და პრაქტიკულადაც განცალკევებულია სამედიცინო სწავლების, სერვისების ორგანიზებისა და ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის გავრცელების საკითხებისგან.³⁸

აღნიშნულიდან გამომდინარე, ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციის გავრცელების არარსებობა ამ სერვისებზე წვდომის მნიშვნელოვანი ბარიერია. ამ მხრივ კრიტიკულია ექიმების ჩართულობის მნიშვნელობა კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციის გავრცელების პროცესში. მონიტორინგმა აჩვენა, რომ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში მცხოვრები სერვისის მიმღები სხვა ქალები მიიჩნევენ, რომ პასუხისმგებელი სერვისის არსებობა პირველ რიგში ექიმის პასუხისმგებლობას გულისხმობს, იმას, რომ აღნიშნული სერვისის შესახებ ინფორმაცია სრულყოფილად მიაწოდოს პაციენტს, რაც პრაქტიკაში რთულად ხორციელდება.

მონიტორინგის ფარგლებში ჩატარებულმა დისკუსიებმა აჩვენა, რომ ქალთა დიდი ნაწილი მხარს უჭერს პირველადი ჯანდაცვის საფეხურზე ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მოთავსებას, რაც მათთვის უფრო გამარტივებულ და ფინანსურად ხელმისაწვდომ ჯანდაცვის სერვისზე ხელმისაწვდომობასაც გულისხმობს. თუმცა საინტერესოა, რომ იმ გინეკოლოგთა და რეპროდუქტოლოგთა ნაწილი, რომელიც წინამდებარე კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა, სიფრთხილით ეკიდება ცალსახა პასუხის გაცემას, რადგანაც მიაჩნიათ, რომ პირველადი ჯანდაცვის საფეხურზე მომსახურებისა და ექიმთა ხარისხის, პროფესიონალიზმის და ცოდნის შედარებითი სიმწირიდან გამომდინარე, ამ სერვისის სრულად მოთავსება ქვედა რგოლში, თანადროულად სერვისის მიმწოდებელთა პერმანენტული სწავლებისა და გადამზადების გარეშე, პრობლემური აღმოჩნდება.

³⁸ გაეროს მოსახლეობის ფონდის პოლიტიკის ნარკვევი, ოჯახის დაგეგმვაში ინვესტირება, ოჯახის დაგეგმვის პოლიტიკის და სერვისების გაძლიერება ჯანმრთელი ოჯახებისთვის საქართველოში, 2017 წლის 25 ოქტომბერი. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: <https://georgia.unfpa.org/en/publications/invest-family-planning>

2.1.2. ოჯახის დაგეგმვის სერვისის ხარისხის შეფასება

ოჯახის დაგეგმვის ხარისხიანი სერვისი ურთიერთდაკავშირებულ ასპექტთა ერთიანობას გულისხმობს. მათ შორის შესაძლოა გამოიყოს კონტრაცეპტივების მეთოდების სიმრავლე და მისი არჩევის შესაძლებლობა, კლიენტებისთვის გადაცემული ინფორმაციის ხარისხი, პროვაიდერების ტექნიკური კომპეტენცია, ინტერპერსონალური ურთიერთობები, შეფასების მექანიზმების არსებობა და სერვისების შესაბამისობა და ადეკვატურობა კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალსა თუ ადგილთან.³⁹

კვლევა აჩვენებს, რომ სერვისის მიმღები ქალებისათვის ექიმთა დაბალი პროფესიონალიზმის პრობლემასთან ერთად, ინტერპერსონალური ურთიერთობის ჭრილში არსებული სირთულეები - არასრული ინფორმაციის მიწოდება, სპეციალისტების მხრიდან გამოვლენილი ზრუნვისა და ყურადღების ნაკლებობა, რიგში დიდხანს დგომა და მაღალი ფასი - ხარისხიანი სერვისის მიღებას აბრკოლებს.

პაციენტებთან ინტერპერსონალურ ურთიერთობებში არსებული ხარვეზები კარგად ჩანს ქალთა მიერ დასახელებული ისეთი შემთხვევებიდან, რომლებიც ექიმთა არასენსიტიურობაზე მიუთითებს. მონიტორინგმა აჩვენა, რომ ოჯახური სტატუსის შესახებ კითხვები ექიმების მხრიდან მუდმივად ისმის, რაც ქალებს ხშირად უხერხულობას უქმნით.

შედეგად, ქალები ცდილობენ იმ გინეკოლოგთან მივიდნენ, რომლის შესახებ წინასწარ აქვთ ინფორმაცია, რომ მგრძობელობით გამოირჩევა, რითიც პაციენტი შეძლებს თავიდან აირიდოს სტიგმით გამოწვეული უხერხულობა თუ დისკომფორტი. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ შეუძლებელია ამ შემთხვევათა განზოგადება, რადგანაც ყველა ქალს არ აქვს შესაძლებლობა თავისი სურვილის შესაბამისად შეარჩიოს ექიმი და იძულებულია იმ სერვისით ისარგებლოს, რასაც მისი ფინანსური შესაძლებლობა სწვდება ან/და მის რეგიონში არსებული ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრი სთავაზობს⁴⁰.

ხარისხიანი სერვისის მიღების ფუნდამენტური ასპექტია სამედიცინო დაწესებულებისა და მკურნალი ექიმის მიერ პაციენტთა კონფიდენციალობის უზრუნველყოფა. საინტერესოა, რომ შეხვედრა/დისკუსიების მონაწილეთა ნაწილი სერვისის პრობლემად არ დაუსახელებია

³⁹ ბრუს ჯ. (1990) ზრუნვის ხარისხის ფუნდამენტური ელემენტები: მარტივი ჩარჩო. ოჯახის დაგეგმვის კვლევები 21: 61-9; დონაბედიან ა. (1980) ხარისხის და მიდგომების დეფინიცია მის შეფასებაში: მიჩიგანის ჯანდაცვის ადმინისტრირების გამოცემა. ასევე იხილეთ: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, ხარისხიანი ოჯახის დაგეგმვაზე წვდომის გაუმჯობესება: სამედიცინო შესაბამისობის კრიტერიუმი კონტრაცეპტივების გამოყენებისთვის, მეორე გამოცემა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია/რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კვლევის დეპარტამენტი. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61086/WHO_RHR_00.02.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁴⁰ სტიგმისა და დაბალი მგრძობელობის მსხვერპლები ხშირად ხდებიან ლბტ პაციენტებიც, რომელთაც სურთ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან, სეგი-სთან და კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებით მიიღონ კონსულტაცია, თუმცა ხშირად ისინი ვერ იღებენ ხარისხიან სერვისს, რომელიც თავისუფალი იქნება სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობასთან დაკავშირებული წინასწარგანწყობებისგან. ლბტ ქალების წინაშე არსებული პრობლემები სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებით, კომპლექსური საკითხია, რომელიც დამატებით დეტალურ შესწავლასა და ანალიზს საჭიროებს.

კონფიდენციალობა, სანამ კვლევის ექსპერტი არ განუმარტავდა იმ შესაძლო შემთხვევებს, რასაც შეიძლება მოჰყვეს კონფიდენციალობის დარღვევა. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ ამგვარი პრაქტიკა არსებითად გავრცელებულია და იმდენად დაბალია სტანდარტი, რომ სერვისის მიმღებნიც კი აღარ ამახვილებენ მასზე ყურადღებას, თუმცა ინდივიდუალური ჩაკითხვის შემდგომ, ყველა აღნიშნავს, რომ ეს მისთვის ბარიერია, დისკომფორტს იწვევს და ისურვებდა მისი კონფიდენციალობა დაცული იყოს, როგორც მესამე პირებთან გაუმჟღავნებლობის გარანტიით, ისე მათ თანმხლებ ადამიანებთან, ინფორმაციის მხოლოდ მათთან შეთანხმებით გაზიარებით.

„...სანამ გასასინჯი ოთახიდან, ჩავიცვი და გამოვედი, მთელი ოჯახობა ხო მახლდა, ბათუმიდან ჩავედი თბილისში [...] 5 სხვადასხვა ადამიანი იყო მეუღლის გარდა, ხუთივეს აუხსნა, რა მჭირდა და როგორ უნდა მეშვეობა, ისე, რომ ჩემთვის არ უკითხავს, მინდოდა მიმეწოდებინა... სხვა არ არის [ასეთი სპეციალისტი] საქართველოში და მომიწია მასთან ყოფნა.“ (ფოკუს ჯგუფი ზოგად მოსახლეობასთან, ბათუმი, აჭარა)

ამგვარად, კვლევა აჩვენებს, რომ ხარისხიანი სერვისის მიღება კონტრაცეპტივებსა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე საქართველოში კვლავ კრიტიკულ პრობლემად რჩება, და ის მოიცავს ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ რიგ ხარვეზებსა და პრობლემებს, მათ შორის, ექიმთა არასათანადო მომზადებას, მათ არასენსიტიურ და მასტიგმატიზებელ მიდგომას, კონფიდენციალობის უზრუნველყოფის დაბალ სტანდარტებსა და იმგვარ ტექნიკურ საკითხებს, როგორიცაა ექიმების დროის ნაკლებობა და ხანგრძლივი რიგები, რაც ქალს აბრკოლებს, მიიღოს ხარისხიანი და მისაღები სერვისი.

2.2. კონტრაცეფცია

საქართველოში ჩატარებული ადრეული კვლევები აჩვენებს, რომ ქალების მიერ კონტრაცეპტივების მოხმარება დაბალია, თუმცა დადებითი ცვლილება შეინიშნება მეთოდებთან მიმართებით - სულ უფრო მეტი ქალი მოიხმარს თანამედროვე მეთოდებს⁴¹. ამასთან, კვლავ მაღალია დაუგეგმავი და არასასურველი ორსულობების მაჩვენებელი, რაც მიუთითებს ოჯახის დაგეგმვის სერვისის დაუკმაყოფილებელ მოთხოვნაზე, საქართველოში მცხოვრებ ქალთა პოპულაციაში.

2.2.1. კონტრაცეპტივების შესახებ ქალთა ცოდნა და ინფორმირებულობა

წინამდებარე კვლევამ აჩვენა, რომ ქალებს აქვთ გარკვეული ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის სერვისებსა და კონტრაცეპტივებზე. თუმცა, ქალების დიდი ნაწილი კითხვაზე, მიაჩნიათ თუ არა, რომ ქალები სრულყოფილად არიან ინფორმირებულები ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და კონტრაცეპტივების შესახებ, ძირითადად უარყოფითად პასუხობს. მონაწილეთა დიდი ნაწილიც, კონტრაცეპტივებზე საუბრისას, პირველ რიგში, ტრადიციულ მეთოდებს ჩამოთვლის (თავშეკავება, აქტის შეწყვეტა, სპირალი), თუმცა კიდევ უფრო იშვიათია კონტრაცეპციის თანამედროვე მეთოდების დასახელება, როდესაც საკუთარ გამოცდილებაზე

⁴¹ გაეროს მოსახლეობის ფონდი, მოსახლეობის მდგომარეობის ანალიზი (PSA), საბოლოო ანგარიში, საქართველო, 2015, იხ: https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA%20Final%20Print%20version_0.pdf

საუბრობენ. ქალთა მხოლოდ მცირე ნაწილი აღნიშნავს, რომ საერთოდ არ იყენებს თანამედროვე კონტრაცეპტივებს.

აღნიშნულს ადასტურებს იმ არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან გამართული ფოკუს ჯგუფებიც, რომელთა მუშაობაც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე კონცენტრირდება. მათთან დისკუსიისას, აღინიშნა, რომ ქალები არ ფლობენ საკმარის ინფორმაციას ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე, კონტრაცეპციასა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადების თავიდან არიდების მეთოდებზე. წინამდებარე კვლევა აჩვენებს, რომ კონტრაცეპტივების მეთოდების შესახებ არსებულ სრულყოფილ, სამეცნიერო და კვალიფიციურ ინფორმაციაზე ქალებს ხელი არ მიუწვდებათ. ინფორმაციას იღებენ ინტერნეტის საშუალებით ან, უარეს შემთხვევაში, ზეპირსიტყვიერად - ნაცნობების, ოჯახის წევრებისა და მეგობრების მხრიდან, რაც ხშირად იწვევს დამახინჯებული ან/და საზიანო ინფორმაციის გავრცელებას.

ცოდნასა და ინფორმირებულობას შორის სხვაობა შეიმჩნევა ქალაქსა და სოფელში, ასევე, „ცენტრსა“ და „პერიფერიაში“ მცხოვრებ ქალთა ცოდნის შეფასებისას. რეგიონებში მცხოვრები ქალების შემთხვევაში გამოიკვეთა, რომ ინტერნეტთან ერთად, ხშირად ეყრდნობიან ოჯახის რეკომენდაციებს კონტრაცეპტის შერჩევისას. ამასთან, როგორც სერვისის მიმღები ქალები, ისე სერვისის მიმწოდებელი ექიმები, მიიჩნევენ, რომ კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციაზე წვდომის ხარისხი განსხვავდება ასაკის მიხედვითაც, სქესობრივად აქტიური ახალგაზრდები უფრო მეტად იყენებენ ჰორმონულ მედიკამენტებს, ვიდრე ზრდასრული ქალები. ცხადია, ეს განსხვავება ინფორმაციის მიღების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით და მასზე წვდომის შესაძლებლობებს შორის სხვაობითაც აიხსნება. თუ ახალგაზრდებს მეტი შესაძლებლობა აქვთ, ინტერნეტში ადვილად მოიძიონ მათთვის საჭირო ინფორმაცია (მიუხედავად იმისა, რამდენად სანდოა ეს ინფორმაცია), რეპროდუქციულ ასაკში ზრდასრული ქალების შემთხვევაში, ეს პროცესი ასეთივე მარტივი არ არის და ერთდროულად უკავშირდება სხვადასხვა ტიპის ბარიერებს.

ყურადსაღებია, კონკრეტულ კონტრაცეპტივთა არჩევის მიზეზებიც. ჰორმონული კონტრაცეპტივების შედარებით დაბალი მოხმარება მიეწერება მოსახლეობაში გავრცელებულ მცდარ შეხედულებას გვერდითი ეფექტების შესახებ. ამას ასევე უწყობს ხელს თანამედროვე კონტრაცეპციის მეთოდების სიძვირე და მათი ეფექტიანობის შესახებ ზუსტი ინფორმაციის სიმწირე. თუმცა ჰორმონული კონტრაცეპტივების შემთხვევაში დასახელდა მისი მიღების სირთულეც, რომელიც დროის კონტროლით არის განპირობებული. ქალთა ნაწილი აღნიშნავდა, რომ ხშირად ავიწყდებოდათ მისი მიღება, რის გამოც არსებობდა რისკი, რომ კონტრაცეპტივის ეფექტიანობა შემცირდებოდა.

გინეკოლოგები/რეპროდუქტოლოგები აღნიშნავენ, რომ კონტრაცეპტივების თანამედროვე მეთოდების გამოყენების პრაქტიკა, კერძოდ კი, ჰორმონული აბების მოხმარება, ზოგადად არაპოპულარულია, ის უფრო ახალგაზრდა პაციენტებში შეინიშნება, ზრდასრული ქალები საშვილოსნოს შიდა მეთოდებს (IUD) ანიჭებენ უპირატესობას.

განსხვავებით ჰორმონული კონტრაცეპტივებისგან, საშვილოსნოს შიდა მეთოდის - სპირალის (სპილენძის თუ პლასტმასის) გამოყენების პრაქტიკა მის მაღალ სანდოობას, ფინანსურ

ხელმისაწვდომობას და კომფორტს უკავშირდება. ქალებისთვის მისი უპირატესობა მისი გამოყენების მარტივ წესში მდგომარეობს, რადგანაც ის ერთი პროცედურით იდგმება და ხანგრძლივი მოხმარების პერიოდი აქვს. თუმცა სერვისის მიმწოდებლები აღნიშნავენ, რომ IUD-ის გამოყენების დროს ქალები დაუდევრად იქცევიან, იშვიათად მიდიან გადამოწმებაზე მკურნალ ექიმთან, რათა დარწმუნდნენ, რომ ყველაფერი რიგზეა. ეს მთელი რიგი მიზეზებით შეიძლება აიხსნას, რომელთა შორის ზედმეტი დანახარჯების თავიდან არიდება და ქალის მხრიდან საკუთარი ჯანმრთელობის ნაკლებ პრიორიტეტულობა შეიძლება დასახელდეს.

საინტერესოა, რომ განსაკუთრებით სუსტად გამოიკვეთა ცოდნა გადაუდებელი კონტრაცეპციის შესახებ, ქალებს არ დაუსახელებიათ მათი გამოყენების პრაქტიკა. ეს, შესაძლოა, იმაზე მიუთითებდეს, რომ არასასურველი ორსულობის დადგომის შემთხვევაში, ქალები ან აბორტს იყენებენ, ან არჩევენ შვილის გაჩენას. დიდი ალბათობით, მათ არ აქვთ ინფორმაცია, რომ აღნიშნული არარეგულარული გამოყენების მეთოდი ხელმისაწვდომია და ექიმთან კონსულტაციის შემდგომ, მისი ყიდვა აფთიაქში შეუძლიათ.

რაც შეეხება კონტრაცეპტივის შეუქცევად მეთოდს - სტერილიზაციას, მონიტორინგმა ვერ გამოკვეთა მისი გამოყენების გავრცელებული პრაქტიკა, თუმცა მიმართვიანობის შემთხვევაში, კლინიკები, როგორც წესი, ითხოვენ ქმრის თანხმობას. აღნიშნული პრაქტიკა გამოიკვეთა როგორც თბილისის, ისე ბათუმისა და საქართველოს სხვა ქალაქების აღნიშნული სერვისის გამცემ დაწესებულებებში. ამასთან, გამოიკვეთა ქმრის თანხმობის მოთხოვნის განსხვავებული მიზეზებიც. გინეკოლოგებისა და რეპრუდოქტოლოგების ნაწილი აღნიშნავს, რომ სტერილიზაციის მეთოდი, მისი შეუქცევადობიდან გამომდინარე, საჭიროებს ქმრის თანხმობას, იმდენად, რამდენადაც წყვილის სამომავლო ცხოვრება ამ გადაწყვეტილებამ შეიძლება რადიკალურად შეცვალოს და მათ სჭირდებათ იცოდნენ, რომ ეს გადაწყვეტილება წყვილთა შორის შეთანხმებას ეფუძნება. თუმცა სრულიად განსხვავებულია მეორე მიზეზი, რომელიც პირდაპირ კავშირშია მასკულინურ კულტურასთან:

„ნებისმიერი სამშობიარო და მეანი ეკითხება ქმარსაც, რომ ის თანახმაა თუ არა, რომ მეუღლეს ჩაუკეტონ მილები [...] მე ძნელად წარმომიდგენია, რომ ქალმა მილები დაიხუროს და ქმარი ამის საქმის კურსში არ იყოს [...] ის კი არა, სიტყვიერ თანხმობაზე კი არ არის, აწერინებენ, რომ მერე ის რომ მოვიდეს და რაღაც, [შეიძლება] ცხვირ-პირი დაუმტვრიოს ექიმებს ან რაღაცა და კონფლიქტების და შარის მოშორების, თორე ეს თვითონაც იციან ექიმებმა, რომ რა თქმა უნდა, ქალის უფლებაა.“ (გინეკოლოგი, თბილისი)

აღნიშნულის საპირისპიროდ, ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ ქალები იშვიათად მიდიან ექიმთან თავიანთ პარტნიორთან/ქმართან ერთად, როდესაც სურთ ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციის მიღება (მიუხედავად იმისა, პოსტ-აბორტული თუ პოსტ-ნატალური მდგომარეობაა), კონტრაცეპტივების მეთოდის შერჩევა მთლიანად ქალების პასუხისმგებლობად მოიაზრება, თუმცა მხოლოდ ინტერვიუერთა მცირე ნაწილი აღნიშნავდა, რომ შვილების გაჩენასთან, ორსულობასთან, თუ მის თავიდან აცილებასთან დაკავშირებული ტვირთი მთლიანად ქალებს აწევბათ.

კაცების მხრიდან ოჯახის დაგეგმვის პროცესში ჩართულობაზე უარი ან მწირი ჩართულობა ქალის აზრის, მისი სურვილის უპირატესობით კი არა, კაცის მიერ პასუხისმგებლობის

თავიდან არიდებით აიხსნება. ქალები აღნიშნავენ, რომ ხშირად ისე უსარგებლიათ IUD-ის სერვისით, რომ მათ ქმრებს ამის შესახებ არც გაუგიათ.

თუ გინეკოლოგების, რეპროდუქტოლოგების მხრიდან ქალების გადაწყვეტილება კონტრაცეპტივების არჩევასა და მათთვის შესაბამისი მეთოდის შერჩევაზე ქალის თავისუფალ არჩევნად მიიჩნევა, პრაქტიკა და ქალთა გამოცდილებები აღნიშნულს არ ადასტურებს. როგორც წესი, ქალები „არჩევენ“ იმ მეთოდს, რომელიც ყველაზე ნაკლებ დისკომფორტს შეუქმნის მათ ქმრებს/პარტნიორებს. მაგალითად, მიუხედავად იმისა, რომ ხშირია კაცის კონდომების გამოყენების პრაქტიკა, როგორც თავის დაცვის საშუალება, მისი გამოუყენებლობა პირდაპირ უკავშირდება მხოლოდ კაცების სურვილს - დიდია იმ ქალთა წილი, რომლებიც ვერ იყენებს აღნიშნულ მეთოდს, რადგანაც „არ სურთ თავიანთ ქმრებს აწყენინონ“.

იმ გამონაკლის შემთხვევებშიც კი, როდესაც კაცი ზრუნავს კონტრაცეპტივზე, ხშირად ის კაცის მხრიდან ქალზე კულტურული დომინაციის გამოვლინება უფროა, ვიდრე პასუხისმგებლობის თანაგაზიარების შედეგი.

„[კონდომის გამოყენება] მეუღლის გადაწყვეტილება იყო ეს. ჩემი არანაირად. თითქოს მან ეს იცის, და მორჩა ... მე არ ჩავრეულვარ“ (36 წლის ქალი, სამეგრელო)

მიუხედავად კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული ურთიერთსაწინააღმდეგო შეხედულებებისა, სერვისის მიმწოდებლების - გინეკოლოგების და რეპროდუქტოლოგების მხოლოდ ნაწილს აქვს ექსპლიციტურად გააზრებული ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე წყვილის მხრიდან თანაზიარი პასუხისმგებლობის და თანაბარი ჩართულობის აუცილებლობა.

მეან-გინეკოლოგები, რეპროდუქტოლოგები სერვისის მიმღებ ქალთა ინფორმირებულობაზე საუბრისას ხშირად უთითებენ ცოდნის დაბალ დონესა და მწირ ინფორმაციაზე. კვლევის თანახმად, ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე წვდომა გარდა განათლების პრობლემისა, ჯანდაცვის სისტემის გაუმართაობასაც უკავშირდება. როგორც ქალები აღნიშნავენ, მათ არც ჯანდაცვის სერვისის მხრიდან მიეწოდებათ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, სამეცნიერო და სრულყოფილი ინფორმაცია. აღნიშნულ საკითხებზე ცოდნის მიღება არ არის წახალისებული, შესაბამისად, ინფორმაციის ფლობის არათანაბარი ხარისხი საფუძველშივე ქმნის მრავალ ბარიერს სხვადასხვა გამოცდილებისა და სოციალური მდგომარეობის მქონე ქალებისათვის, რაც მომავალში მათთვის დამატებით მძიმე წინაღობებს წარმოშობს.

განსაკუთრებით საინტერესოა, რომ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში სხვადასხვა გამოცდილების მქონე ქალები ერთხმად აღიარებენ სასკოლო განათლების მნიშვნელობას ქალთა ადამიანის უფლებების დაცვისა და რეპროდუქციული უფლებებისა და ჯანმრთელობის უკეთესი რეალიზების ხელშეწყობისთვის. ქალთა დიდი ნაწილისთვის, მოზარდთა ჯანმრთელობის დაცვა უპირატესი უნდა იყოს სახელმწიფოსთვის.

მონიტორინგის შედეგად ჩანს, რომ არსებითი მნიშვნელობა აქვს ცნობიერების ამაღლების, ინფორმაციის მიწოდების სხვადასხვა მექანიზმის გამოყენების საჭიროებას, რომელიც დეტალურ ინსტრუქციებსა და ინფორმაციას მიაწვდის ქალებს კონტრაცეპტივების შესახებ.

მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა აშკარა საჭიროება - ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდებოდა მოქნილობით, რომელიც საფუძველშივე შეუკავშირდება განათლების სისტემასა და პოლიტიკას, გრძელვადიანი, სიცოცხლისუნარიანი პროექტების განხორციელებას, როგორც მნიშვნელოვან ზომას ქალთა ინფორმირებულობისა და მათ მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ცოდნის ფლობის წასახალისებლად.

2.2.2. კონტრაცეპტივების გამოყენების სოციალურ-კულტურული ბარიერები

კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციისა და მისი ფიზიკური ხელმისაწვდომობისთვის არსებით ბარიერს შეიძლება წარმოადგენდეს ის კულტურულად ნაწარმოები რწმენები და იმპერატივები, რომლებიც ქალებს, კაცებთან შედარებით, უთანასწორო მდგომარეობაში აყენებს. ქალის სხეული მუდმივად ექვემდებარება კონტროლს საზოგადოების მხრიდან, სავალდებულო ჰეტეროსექსუალობის, სავალდებულო დედობისა და მისი სექსუალობის მუდმივი ნეგაციით. აღნიშნული ბარიერები, შესაძლოა, არსებითად დამაზიანებელი იყოს, რადგანაც წარმოშობს პრაქტიკებს, რომლებიც ქალებს ხელს უშლის მათი ჯანმრთელობისა და პირადი და ოჯახური ცხოვრების სრულყოფილ დაცვაში.

საზოგადოებაში ქალთა მიმართ არსებული სტერეოტიპებისგან არც ჯანდაცვის სექტორია თავისუფალი. წინამდებარე მონიტორინგმა გამოკვეთა თავად სპეციალისტთა უარყოფითი დამოკიდებულება იმ ქალების/გოგონების მიმართ, რომლებიც რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სერვისს ქორწინების მიღმა იღებდნენ. განკიცხვის და მასტიგმატიზებული ენა ყველაზე ხშირად ქალებს მიემართებათ, რომელთა დაორსულების შემთხვევაში, ისინი „უპასუხისმგებლო“, „შეგნების არმქონე“ და „წინდაუხედავ“ ქალებად შეირაცხებიან. რაც, ცხადია, არსებითი ბარიერია ქალებისთვის და მათ მიერ სამედიცინო დაწესებულებისადმი მიმართვა მუდმივ რისკთან შეიძლება ასოცირდებოდეს - გახდეს გაკიცხვის ობიექტი, რაც, თავის მხრივ, ფსიქოლოგიური ზიანის მიღების წყაროდ შეიძლება იქცეს.

აქედან გამომდინარე, დე ფაქტო ურთიერთობაში მყოფი/არმყოფი ქალის გინეკოლოგთან ვიზიტი ერთგვარ სტიგმასთან არის ასოცირებული, და ამ პრატიკას ხელს ექიმებიც უწყობენ პაციენტებისთვის ზედმეტი კითხვების დასმით. აღნიშნული პრაქტიკა უფრო მძაფრად შეინიშნება პატარა ქალაქებსა და სოფლებში/დაბებში. ეს პრობლემა ხშირად ქალებს აიძულებთ, საერთოდ არ ისარგებლონ ჯანდაცვის სერვისით, რის გამოც, ჯანმრთელობის შესაძლო პრობლემის გართულების რისკის ქვეშ დგებიან.

თბილისს მიღმა ჩატარებულმა მონიტორინგმა აჩვენა, რომ კონტრაცეპტივების შეძენა ავთიაქში გარკვეულ კულტურულ ბარიერებთანაა დაკავშირებული. მათი მოსაზრებით, მორიდებისა და სირცხვილის გრძნობა შესამჩნევია, როგორც მყიდველის, ისე ფარმაცევტის მხრიდანაც (ამ პრობლემას დამატებით აწყდებიან მოზარდები, იხილეთ ქვემოთ ვრცლად). გამოიყოფა კონტრაცეპტივების ის ფორმები (კონდომი), რომელიც ადვილად იდენტიფიცირებადია და მის მიზნობრიობას აჩვენებს, საინტერესოა, რომ ფოკუს ჯგუფზე ბიჭების სირცხვილი უფრო მეტად დასახელდა, მაშინ როდესაც ქალების მიერ კონდომის

შეძენა კიდევ უფრო მეტ რისკთან და პოტენციურ გაკიცხვასთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული.

მიუხედავად იმისა, რომ როგორც სერვისის გამცემი, ისე სერვისის მიმღები რესპოდენტებიც მიუთითებენ რელიგიის როლსა და გავლენაზე ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე გადაწყვეტილების მიღებისას, ეს გავლენები არსებითად აშკარა/ხშირი არ არის პრაქტიკაში. რელიგიური შეხედულებების გავლენები უფრო ძლიერია აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას, თუმცა როგორც ექიმები აღნიშნავენ, იშვიათად ჰქონიათ შემთხვევა, როდესაც ქალი/წყვილი უარს ამბობს კონტრაცეფციაზე მხოლოდ რელიგიური რწმენის გავლენით.

2.2.3. კონტრაცეპტივების გამოყენების სოციალურ-ეკონომიკური ბარიერები

„სახელმწიფოები, რომლებიც ასხვავებენ კონტრაცეპტივს სხვა მედიკამენტებისგან და ნაწილობრივ მაინც გამორიცხავენ მათ სამედიცინო დაზღვევისაგან, სუბსიდირებისგან თუ ანაზღაურების სქემიდან, პრაქტიკაში დაუგეგმავი ორსულობის პრევენციის ფინანსური ტვირთის მთლიანად ქალებზე გადატანას ახდენენ, რაც თავის მხრივ აჩვენებს, რომ სახელმწიფოებს არ აქვთ აღიარებული, რომ თანამედროვე კონტრაცეფციაზე ხელმისაწვდომობა ადამიანის უფლება და ჯანდაცვის იმპერატივა“.⁴² შესაბამისად, ფინანსური ხელმისაწვდომობით გამოწვეული აღნიშნული ტვირთი ყველაზე საზიანოა მარგინალიზებული, სოციალურად მოწყვლადი ქალებისა და მოზარდებისთვის, რომელთაც ლიმიტირებული რესურსები აქვთ კონტრაცეპტივებთან დაკავშირებული სრულყოფილი და ხარისხიანი სერვისების მისაღებად.

საქართველოს შემთხვევაშიც, როგორც ზოგადად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სერვისი, ისე ოჯახის დაგეგმვა, მრავალ ფინანსურ ბარიერთან არის დაკავშირებული. შესაბამისად, წვდომა ხარისხიან, მათზე მორგებულ და ინფორმირებულად შერჩეულ კონტრაცეპტივზე, ლიმიტირებულია სერვისის პოტენციური მიმღების ფინანსური შესაძლებლობებით. ფინანსური ტვირთი კიდევ უფრო მძიმეა ღარიბისა და სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი ოჯახებისთვის თუ ინდივიდებისთვის.

სიღარიბე არსებით კავშირშია ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან, და ამას წინამდებარე კვლევის ფარგლებში განხორციელებული ფოკუს ჯგუფები და ინდივიდუალური ინტერვიუებიც მოწმობს. კონტრაცეპტივებზე ხელმისაწვდომობის მთავარი ბარიერი ხშირად ფინანსური და ეკონომიკური სიდუხჭირეა. მონიტორინგი აჩვენებს, რომ სახელმწიფოს სოციალური პოლიტიკა სრულად ვერ პასუხობს არსებულ გამოწვევებს. ის ადამიანები, რომელთა მთავარი საზრუნავი სიღარიბეში თავის გატანა, შვილების გამოკვება და მძიმე შრომაში ჩართულობაა, ვერ ახერხებენ მცირე შემოსავლიდან თანხის კონტრაცეპტივებისთვის გამოყოფას. სერვისის მიმწოდებელი ექიმები წუხილს გამოთქვამენ იმის გამო, რომ ინფორმირებულობის სიმწირე დაკავშირებულია ეკონომიკურ

⁴² ადამიანის უფლებათა ევროპული კომისიის მიერ გამოქვეყნებული დოკუმენტი, ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები ევროპაში, 2017 გვ. 32. ინფორმაცი ხელმისაწვდომია: <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead>

მდგომარეობასთან. მათი აზრითაც, საზოგადოების მიერ სხვა უფრო მნიშვნელოვანი საკითხების პრიორიტეზება, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და კონტრაცეფციასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ყურადღების ფოკუსიდან ავტომატურად გამორიცხავს.

„[კონდომს] 3-4 ლარი მაინც სჭირდება, რომ 10 დღის იყიდო და 10 დღე რა არის. მთელი წელი მაგი უნდა .. და ყველა 10 დღეში უნდა აძლიო 4 ლარი?“ (37 წლის ქალი, ხულოს რაიონი, აჭარა)

სერვისის მიმწოდებლების მიხედვით, ხარისხიანი კონტრაცეპტივები იაფი არ ღირს⁴³ და მასზე ხელმისაწვდომობა ლიმიტირებულია ბევრი ქალისათვის, რის გამოც ქალები შედარებით იაფფასიან (უხარისხო), მათ სხეულსა და ჯანმრთელობაზე ნაკლებად მორგებულ კონტრაცეპტივებს მოიხმარენ, რაც გინეკოლოგების განცხადებით, მათ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე უარყოფითად აისახება.

მიუხედავად იმისა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სადაზღვევო პაკეტი ქალთა სხვა საჭიროებას სხვადასხვა კუთხით მწირად ფარავს, ის არ მოიცავს ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არცერთ საკითხს, რომელიც დაკავშირებული არ არის ორსულობასთან/შობადობასთან, და ეს აღნიშნული კვლევაში მონაწილე რესპოდენტების მიერაც კრიტიკულად ფასდება - კონტრაცეპციის შერჩევის პროცესი, კერძოდ კონსულტირება, მრავალ ფინანსურ ხარჯებს წარმოშობს, რომელიც ქალებისათვის ხშირად ხელმიუწვდომელია.

სერვისის მიმწოდებლები საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში დადებითად აფასებდნენ UNFPA-სა და USAID-ის მიერ განხორციელებულ პროგრამებს, რომელთა საფუძველზეც ოჯახის დაგეგმვის სერვისების ფარგლებში უფასო კონტრაცეპტივები გაიცემოდა მსურველი ქალებისათვის. ეს პროგრამა 2015 წელს დასრულდა და კონტრაცეპტივების მარაგი ამოიწურა. აღნიშნული მოდელის საფუძველზე, ექიმები კიდევ უფრო ღიად გამოთქვამენ თავიანთ აზრს კონტრაცეპტივების გავრცელებასა და მიწოდებაში სახელმწიფოს როლის გაზრდის მნიშვნელობაზე. კვლევაში მონაწილე რესპოდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა თანხმდება სოციალურად და ეკონომიკურად მოწყვლადი, მოზარდებისთვის, სოფლად მცხოვრები და მრავალშვილიანი ოჯახებისთვის ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა და კონტრაცეპტივების უფასოდ მიწოდების საჭიროებასა და აუცილებლობაზე.

კონტრაცეპტივებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სახელმწიფოს სოციალური პასუხისმგებლობაა. ტვირთი, რომელიც ორსულობისგან თავის დაცვას მოსდევს, თან მთლიანად ქალების პასუხისმგებლობად განიხილება. სახელმწიფოს მხრიდან პოზიტიური ვალდებულების შეუსრულებლობა განაპირობებს ქალთა დისკრიმინაციას და

⁴³ *“კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივები დაახლოებით 15-დან სადღაც 50 ლარამდე მერყეობს. ძან დიდი გასაჭირია მინიპილიზე ანუ სუფთა პროგესტინებზე, რომელიც მაგალითად ძუძუთი კვების შემდეგ რეკომენდებულია რომ დაენიშნოს. სულ 1 სახეობაა ამ წუთას ბაზარზე. არც ისე იაფი ღირს, სადღაც 30 ლარამდეა, თუ არ ვცდები და ისიც დეფიციტშია ხოლმე. [...] მიღენა რომ არის პროგესტერონის შემცველი, ის გაცილებით უფრო ძვირია, სადღაც 400 ლარამდე ღირს. მასეთის მსურველებიც არიან, უფრო სწორად, ჩვენება ვისაც აქვს, იმას ვურჩევთ ხოლმე. ეგ ძან ძვირი სიამოვნებაა და ერთეულები იყენებენ ამ სპირალს. [...] კონდომები უფრო ხელმისაწვდომია, რა თქმა უნდა, უფრო იაფია. კალენდარულ მეთოდსაც იყენებს ზოგი.” (რეპროდუქტოლოგი, ბათუმი, აჭარა).*

მათ არსებითად უთანასწორო გარემოში ჩაყენებას სხვებთან შედარებით. რეპროდუქციული ძალადობა, ჩაგვრა და სექსუალობასთან დაკავშირებული წნეხები ქალების სხეულებრივ ავტონომიას და არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობას უგულებელყოფს.

2.2.4. მისაწვდომობის სპეციფიკური ბარიერები

მოზარდი გოგოები

კვლევამ გამოავლინა, რომ მოზარდ გოგოებს ყველაზე ნაკლებად მიუწვდებათ ხელი კონტრაცეპციის შესახებ ინფორმაციასა და სერვისებზე.⁴⁴

მონიტორინგი ადასტურებს, რომ სათანადო ინფორმაციის ნაკლებობა ორსულობისგან თავის დაცვის საშუალებებზე, ქალის და მოზარდი გოგოს სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა, ინფორმირებული თანხმობის ასაკის განმსაზღვრელი საკანონმდებლო ნორმების უგულებელყოფა, კონფიდენციალობის დაცვის პრობლემები და მოზარდის ფინანსური დამოკიდებულება მშობლებზე, მოზარდ გოგოებს უთანასწორო მდგომარეობაში აყენებს სრულწლოვან ქალებთან შედარებით.

კონტრაცეპტივებსა და ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე მოზარდები ძირითადად თავიანთი თანატოლების და ინტერნეტის მეშვეობით იგებენ. აღნიშნული ინფორმაცია არ არის სათანადო და ვერ უზრუნველყოფს მოზარდის დაცვას რისკის შემცველი ქცევისგან. იკვეთება, რომ ოჯახში მოზარდებს სექსუალობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ძირითადად მხოლოდ სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელი მშობლები ესაუბრებიან. მოზარდებთან ინტერვიუებმა და ფოკუს ჯგუფებმა ცხადყო, რომ ხშირად მათ სიტყვები „კონტრაცეპტივი“ და „კონტრაცეპცია“ გაგებულა არ ჰქონდათ და ამ საკითხზე მხოლოდ აღნიშნული სიტყვების განმარტების შემდეგ საუბრობდნენ.

მონიტორინგი აჩვენებს, რომ სექსუალური ურთიერთობები არასრულწლოვან გოგოებში შედარებით იშვიათია, თუ ეს არ უკავშირდება დე ფაქტო (არარეგისტრირებულ) ქორწინებას. ადრეული ქორწინება ის მნიშვნელოვანი პრობლემაა, რომელიც გავლენას ახდენს სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების მთელ სპექტრზე, განათლების მიღებაზე, დასაქმებაზე, ეკონომიკურ აქტივობაზე და ოჯახში ძალადობის რისკ-ფაქტორია.

დე ფაქტო ქორწინებაში არმყოფი მოზარდი გოგოები ორსულობის პრევენციას უმეტესწილად ვაგინალური პენეტრაციისგან თავის არიდების მეშვეობით ცდილობენ. უკიდურესად იშვიათია, როდესაც მოზარდი მიდის გინეკოლოგთან და ითხოვს კონტრაცეპტივის დანიშვნას, ან იღებს კონსულტაციას გინეკოლოგისგან კონტრაცეფციის შესახებ. აღნიშნულს სერვისის მიმწოდებლებიც ადასტურებენ როგორც დედაქალაქში, ისე რეგიონებში.

საქართველოს კანონმდებლობა ითვალისწინებს 14-დან 18 წლამდე არასრულწლოვნის კონფიდენციალობის დაცვას, როდესაც იგი მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას კონტრაცეფციის არაქირურგიული გზების შესახებ კონსულტაციის მისაღებად. პაციენტის

⁴⁴ იხ. საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ (2018), გვ. 130-133.

უფლებების შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად, მშობელს აღნიშნულის თაობაზე ინფორმაცია არ უნდა მიეწოდოს, თუ არასრულწლოვანი ამის წინააღმდეგია და იგი სწორად აფასებს თავის მდგომარეობას.⁴⁵ ამის მიუხედავად, ფართოდ გავრცელებული პრაქტიკით, სამედიცინო მომსახურების გამწევი, ხშირად არასრულწლოვნის ნების საწინააღმდეგოდ, არათუ ატყობინებს მშობელს აღნიშნული სერვისის გაწევის თაობაზე, არამედ მისგან წინასწარ ითხოვენ ინფორმირებულ თანხმობას. ეს მნიშვნელოვნად აზიანებს მოზარდი გოგოების ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას, რადგან ფაქტობრივად უზღუდავს მათ ხელმისაწვდომობას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე.

მონიტორინგმა ასევე ცხადყო, რომ გარდა მშობლისგან ინფორმირებული თანხმობის მოთხოვნისა, გოგოები სამედიცინო დაწესებულებასა და აფთიაქში კონტრაცეპტივის შესაძენად/დასანიშნად მისვლისგან თავს იკავებენ, რათა არ გამჟღავნდეს, რომ მათ სექსუალური ურთიერთობები აქვთ (რაც საზოგადოებაში მიუღებელ ქცევად მიიჩნევა). ამ ინფორმაციის გამჟღავნებას კი, ისინი უმეტესწილად მშობლებთან ერიდებიან. კონფიდენციალობის დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებსა და აფთიაქებში მნიშვნელოვანი პრობლემაა და ის რეგიონში მცხოვრებ გოგოებზე განსაკუთრებით აისახება.

არასრულწლოვანი გოგოები ბარიერებს აწყდებიან აფთიაქში კონტრაცეპტივის ან ორსულობის ტესტის ყიდვის დროსაც - გოგოები ამბობდნენ, რომ თუ კონტრაცეპტივის ან ორსულობის ტესტის ყიდვა დასჭირდებოდათ, აუცილებლად თბილისში წავიდოდნენ, რადგან მათივე ქალაქში კონფიდენციალურობა დაირღვეოდა და ინფორმაციის გახმაურება საზოგადოების მხრიდან განსჯას გამოიწვევდა.

მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ მოზარდი გოგოები, ისევე როგორც დაუქორწინებელი ქალები, გინეკოლოგთან ვიზიტისგან ხშირად საერთოდ თავს იკავებენ. დაუქორწინებელი ქალის გინეკოლოგთან ვიზიტი, არც პაციენტების, და არც სერვისის ზოგიერთი მიმწოდებლის მხრივ, ნორმად არ აღიქმება. ამავე მიდგომას იზიარებენ მშობლებიც, რომლებიც თავს იკავებენ შვილის გინეკოლოგიურ კონსულტაციაზე წაყვანისგან, როგორც ეს მოხდებოდა შვილის სხვა ნებისმიერი ჯანმრთელობის პრობლემის პრევენციის თუ მასზე რეაგირებისთვის.

მონიტორინგის პროცესში აღინიშნა, რომ მოზარდი გოგოებისა და ახალგაზრდების მიმართვიანობა ზოგადად იზრდება კონტრაცეფციის სერვისებზე, როდესაც რაიმე სახის საგანმანათლებლო შეხვედრები ტარდება. გოგოებისთვის უფრო კომფორტულია კონსულტაციის ტელეფონით მიღება, რადგან პირადად სამედიცინო დაწესებულებაში მისვლა უხერხულობას იწვევს, განსაკუთრებით რეგიონებში. თუ კონსულტაციის გარდა რაიმე სტაციონარული მომსახურება დასჭირდათ, ამისთვის პაციენტები რაიონულ ცენტრში ან თბილისში მიდიან და ადგილობრივ კლინიკას არ მიმართავენ. ხელმისაწვდომობის პრობლემას ასევე ქმნის ის ფაქტი, რომ მოზარდებს არ აქვთ დამოუკიდებელი ფინანსები კონტრაცეპტივების შესაძენად.

მონიტორინგის ფარგლებში ასევე აღინიშნა სერვისის მიმწოდებლების არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულება ახალგაზრდა გოგოების მიმართ, რომელთაც აქვთ სექსუალური

⁴⁵ პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონი, მუხლი 40.

ურთიერთობები, ან/და ჰყავთ ერთზე მეტი პარტნიორი. ამგვარი არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულების შიში გოგოებს უბიძგებს, არ მიმართონ გინეკოლოგიურ სერვისებს.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები (უსინათლო, სმენის არმქონე, გადაადგილების შეზღუდვის მქონე, ეტლით მოსარგებლე) ასევე აწყდებიან სხვადასხვა ბარიერებს კონტრაცეფციის საშუალებებზე ინფორმირებულობისა და წვდომის კუთხით, რაც გამოწვეულია არაადაპტირებული სამედიცინო დაწესებულებებითა და აფთიაქებით, საზოგადოებისა და სერვისის მიმწოდებელთა სტერეოტიპული დამოკიდებულებით შშმ ქალთა სექსუალობასთან დაკავშირებით.

მონიტორინგმა აჩვენა, რომ შშმ ქალები, რომლებსაც შეზღუდული შესაძლებლობა ადრეული ასაკიდან აქვთ, ნაკლებ ინფორმაციას ფლობენ კონტრაცეფციაზე, ვიდრე ის ქალები, რომლებმაც შეზღუდული შესაძლებლობა ზრდასრულ ასაკში შეიძინეს. ამის განმაპირობებელი, როგორც კვლევის ერთ-ერთი მონაწილე აღნიშნავს, ბავშვობიდან შშმ ქალების „უსქესო“ არსებობად აღქმაა, რომელთაც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები არ უნდა აწუხებდეთ.

ზემოხსენებული მიზეზებიდან გამომდინარე, შშმ ქალებისთვის, რომლებსაც ბავშვობიდან აქვთ შეზღუდული შესაძლებლობა, კონტრაცეფციაზე საუბარი განსაკუთრებულ უხერხულობას იწვევს და ამ საკითხებზე მწირ ინფორმაციას ფლობენ. ზოგი ქალი აცხადებდა, რომ აღნიშნული საშუალებები არ დასჭირვებიათ და აქედან გამომდინარე, არც ინფორმაცია მოუპოვებიათ. დაქორწინებულ შშმ ქალებს, რიგ შემთხვევებში, კონტრაცეპტივის გამოყენებას გინეკოლოგი ურჩევს, ხოლო დაუქორწინებელი შშმ ქალები გინეკოლოგს არ მიმართავენ, თუ ჯანმრთელობის პრობლემა არ აღნიშნებათ. კონტრაცეფციის და სქესობრივი აქტივობის შესახებ შშმ ქალები ერთმანეთში ნაკლებად საუბრობენ და თუ ქალი დაქორწინებული არ არის, ამ თემაზე საუბრისგან მათი თანდასწრებით სხვა ქალებიც თავს იკავებენ. აღნიშნული ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე შშმ ქალებში მწირი ინფორმაციის არსებობის ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორია.

შშმ ქალების გადმოცემით, სერვისის მიმწოდებლები ეტლით მოსარგებლე ქალებს არ აღიქვამენ, როგორც ადამიანებს, რომელთაც შესაძლოა სქესობრივი ცხოვრება ჰქონდეთ ან შვილები ჰყავდეთ და უბიძგებენ, ან მიაჩნებენ კიდევ მათ მსგავსი აქტივობებისგან თავის შეკავებისკენ. მნიშვნელოვან პრობლემად აღინიშნა სერვისის მიმწოდებელთა ცოდნის ნაკლებობაც ეტლით მოსარგებლე ქალთა ჯანმრთელობიდან გამომდინარე სპეციალურ საჭიროებებზე, რაც მხედველობაშია მისაღები.

დაუქორწინებელი შშმ ქალები ძირითადად აღნიშნავენ, რომ კონტრაცეპტივებზე ინფორმაციას არ ფლობენ, რადგან სქესობრივი ცხოვრება არ აქვთ და, შესაბამისად, არც გინეკოლოგთან ყოფილან კონსულტაციაზე. ქალები თავს იკავებენ ამ საკითხზე კითხვების დასმისგან, ვინაიდან შშმ ქალისთვის კონტრაცეფციის და სექსუალობასთან დაკავშირებული საკითხებით დაინტერესება განსაკუთრებით სამარცხვინოდ აღიქმება: „რომ ვიკითხოთ, გვეტყვიან, შენ გათხოვილი არ ხარო და არ გვიპასუხებენ“.

განსაკუთრებით პრობლემურად აღინიშნა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ე.წ. „ფარმაკოლოგიური სტერილიზაცია“, რაც იმას ნიშნავს, რომ ოჯახის წევრები ქალებს გარკვეულ მედიკამენტებს აღებინებენ სექსუალური აქტივობისგან თავის შესაკავებლად. თუმცა, რადგან მონიტორინგი მიმართული არ იყო ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ქალების კუთხით, ეს საკითხი დამატებით კვლევას საჭიროებს.

მონიტორინგმა ცხადყო, რომ შშმ ქალები (მათი სქესისა და შეზღუდული შესაძლებლობის გამო) კონტრაცეფციაზე ინფორმაციასა და სერვისებზე წვდომის თვალსაზრისით, ჯვარედინ და სტრუქტურულ დისკრიმინაციას განიცდიან. ეს განპირობებულია შშმ ქალებისა და მათი სექსუალობის მიმართ არსებული სტერეოტიპებით (მათ შორის, სამედიცინო მომსახურების გამწევთა შორის), არაადაპტირებული და სათანადო პროფესიონალებით (მაგალითად, თარჯიმანი) დაუკომპლექტებელი სამედიცინო დაწესებულებებითა და გარემოთი, კონფიდენციალობის დაცვის შეუძლებლობით, კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის ხელმიუწვდომლობით და სერვისის მიმწოდებელთა არასაკმარისი სპეციალური ცოდნით, რაც ხელს უშლის ქალებისთვის სათანადო მომსახურების გაწევასა და მათი ჯანმრთელობის უფლების რეალიზაციას.

ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები

კონტრაცეფციაზე ინფორმაციისა და სერვისებზე წვდომის კუთხით, ეთნიკურად სომეხი და აზერბაიჯანელი ქალები, ეთნიკურად ქართველ ქალებთან შედარებით, დამატებით ბარიერებს აწყდებიან. ეს გამოწვეულია აღნიშნული თემებისთვის გასაგებ ენაზე ინფორმაციისა და სათანადო სერვისების სიმწირით, ასევე სახელმწიფოს პასიური როლით რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებასთან მიმართებით, სოციალური და კულტურული ბარიერების გადასალახად.⁴⁶

მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ ეთნიკურად სომეხ ქალებს ურჩევნიათ ნებისმიერი სახის სამედიცინო მომსახურების სომხეთში მიღება, ვინაიდან საქართველოში ისინი ენის ბარიერს აწყდებიან და არ აქვთ წვდომა სათანადო ხარისხის სერვისებზე. თუმცა ეს ტენდენცია გასულ წლებში უფრო ძლიერი იყო და ამჟამად ქალები შედარებით ხშირად მიმართავენ საქართველოში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებს, ვიდრე გასულ წლებში.

ეთნიკურად აზერბაიჯანელ და სომეხ თემებში ქალებს უკიდურესად შეზღუდული აქვთ რეპროდუქციულ საკითხებზე დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა - კონტრაცეფციის გამოყენების, შვილების რაოდენობის და მათ შორის შუალედის, აბორტის და ქალის რეპროდუქციასთან დაკავშირებული სხვა საკითხები ძირითადად მეუღლის, დედამთილის ან მეუღლის ოჯახის სხვა უფროსი წევრების მიერ წყდება.

ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალები სამედიცინო დაწესებულებას თითქმის ყოველთვის მეუღლის ან დედამთილის თანხლებით აკითხავენ, რომლებიც თარჯიმნის ფუნქციასაც ასრულებენ, ვინაიდან რიგ შემთხვევაში ქალი არც ქართულ და არც რუსულ ენას არ ფლობს

⁴⁶ აღნიშნული ბარიერები ასევე მიმოხილულია საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევაში „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“

და ზოგჯერ არც ინტერნეტზე მიუწვდება ხელი, რომ მისთვის საჭირო ინფორმაციას გაეცნოს. სამედიცინო დაწესებულებებს თავიანთი თარჯიმანი არ ჰყავთ. ოჯახის წევრის თანხლება არა მხოლოდ კონფიდენციალობის პრობლემას ქმნის, არამედ აღინიშნა შემთხვევებიც, როდესაც მეუღლე ქალს განზრახ არასწორად უთარგმნიდა ექიმის გადმოცემულ ინფორმაციას, ან არ უთარგმნიდა კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციას, რადგან შვილის გაჩენა სურდა.

ეთნიკურად სომეხი ქალების შემთხვევაში, მონიტორინგმა აჩვენა, რომ ისინი სამედიცინო დაწესებულებას უმეტესწილად მეუღლის ქალ ნათესავებთან ერთად აკითხავენ მას შემდეგ, რაც რეპროდუქციასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გადაწყვეტილებას მიიღებენ (ძირითადად მეუღლე ან მეუღლის მშობლები).

მონიტორინგის შედეგები ეყრდნობა სერვისის მიმწოდებლების ინფორმაციას იმის თაობაზე, რომ ზოგადად, კონტრაცეფციის გამოყენების მაჩვენებელი ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებში უფრო ნაკლებია, ვიდრე ეთნიკურად ქართველებში. ზოგჯერ ქალები კონტრაცეპტივების გამოყენებისგან თავს რელიგიური შეხედულების გამო იკავებენ, ხოლო მამაკაცები უარს უმეტესწილად პრეზერვატივის გამოყენებაზე ამბობენ.

მონიტორინგმა აჩვენა, რომ ქალის ცხოვრების ყველა ასპექტზე მეუღლისა და მეუღლის ოჯახის კონტროლი აზერბაიჯანულ თემში განსაკუთრებით მწვავეა - მაგალითად, ერთ-ერთი ინტერვიუს დროს ქმარმა მოაკითხა ქალს და გცემო, ანიშნა, რადგან ინტერვიუ დიდხანს გაგრძელდა (კაბალა, აზერბაიჯანელი თემი). ამასთანვე, კაბალის ფოკუს-ჯგუფზე ქალები დედამთილებთან ერთად იყვნენ, რადგან მათ მარტო სიარულის შესაძლებლობა არ ეძლევათ.

ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებში განსაკუთრებული სიმწვავეთ გამოვლინდა სამედიცინო მომსახურების გამცემთა არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულება მათ მიმართ, რაც სერვისების ხელმისაწვდომობის ბარიერს ქმნის. ქალებმა აღნიშნეს, რომ ზოგიერთი ექიმი ქართველ და აზერბაიჯანელ ქალს განსხვავებულად ეპყრობა, ექიმები მათ მიმართ მეგობრულად არ არიან განწყობილი, რაც ასევე ერთ-ერთი მიზეზია იმისა, თუ რატომ აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებებს მეუღლეებთან ერთად.

ეთნიკურად სომეხ ქალებში გამოვლინდა, რომ ფინანსური დამოუკიდებლობის არქონა, გამოწვეული სამუშაო ადგილების არარსებობით, და მეუღლეზე დამოკიდებულება, უშლით ხელს შეიძინონ კონტრაცეპტივი. იმ ქალების უმეტესობა, რომლებიც კონტრაცეპტივს იყენებს, მედიკამენტს ექიმის დანიშნულების გარეშე იღებს და ხშირად მეუღლეს არ უმხელს ამის თაობაზე (რადგან, შესაძლოა, მეუღლეს სურდეს შვილის ყოლა). აღინიშნა ორსულობის თავიდან აცილების ხალხური მეთოდების არსებობა.

მონიტორინგმა ცხადყო, რომ ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი ქალები, ეთნიკურად ქართველ ქალებთან შედარებით, კონტრაცეფციის საშუალებებსა და სერვისებზე წვდომის დამატებით ბარიერებს განიცდიან. მთავარი დაბრკოლებებია უმცირესობათა ენაზე ინფორმაციის არარსებობა, ქალთა ეკონომიკური დამოკიდებულება და სოციალური და კულტურული ბარიერები, რაც ქალს თავისი რეპროდუქციის შესახებ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობას უზღუდავს.

სექსმუშაკი ქალები

სექსმუშაკი ქალები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დარღვევის მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ მყოფ ჯგუფს მიეკუთვნებიან. ვინაიდან კონტრაცეფციის თაობაზე ინფორმაციისა და სერვისების განსაკუთრებული საჭიროების წინაშე დგანან და სახელმწიფოს მხრიდან მსგავს სერვისებზე წვდომა არ არის უზრუნველყოფილი, თითქმის მთლიანად დამოკიდებული არიან არასამთავრობო ორგანიზაციის („თანადგომა“) გაწეულ მომსახურებაზე. თუ სექსმუშაკი ქალი სამედიცინო დაწესებულებაში მიდის, მისი იდენტიფიცირება (და შესაბამისად მასზე მორგებული სერვისის შეთავაზება) არ ხდება და იგი ისევე იღებს სერვისს, როგორც სხვა ქალი. ზოგიერთი სერვისის მიმწოდებელი (მაგალითად, სამეგრელოში) აღნიშნავდა, რომ სექსმუშაკები არ აკითხავდნენ, რადგან მათ მომსახურებას არასამთავრობო ორგანიზაციები უზრუნველყოფენ.⁴⁷

ქალები არასამთავრობო ორგანიზაციის მიერ მიწოდებულ სერვისს ძალიან პოზიტიურად ახასიათებენ. თუმცა, მონიტორინგმა ასევე გამოავლინა, რომ ზოგიერთი ქალი „თანადგომის“ სერვისით არ სარგებლობს, რადგან თავისი იდენტობის გამჟღავნების ეშინია. ასევე, ხშირია სექსმუშაკების მიერ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიღების დაწყება და შემდგომ მიტოვება.

თბილისში კვლევის ფარგლებში გამოკითხული სექსმუშაკები აღნიშნავდნენ, რომ ზოგადად, სამედიცინო სერვისებზე წვდომა, მათთვის განსაკუთრებული პრობლემაა⁴⁸.

მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ ორსულობის თავიდან აცილებისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისგან თავის დასაცავად სექსმუშაკები თითქმის ყოველთვის პრეზერვატივს იყენებენ, რომელსაც მათ „თანადგომა“ აწვდის. კონტრაცეფციის სხვა საშუალებების უმეტესწილად არ გამოიყენება. თუმცა, ამასთანავე, პრობლემად იკვეთება კლიენტების მიერ პრეზერვატივის მოხმარებაზე უარის თქმა, რაც სექსმუშაკებს განსაკუთრებული რისკების ქვეშ აყენებს.

კვლევა ცხადყოფს, რომ მნიშვნელოვანია სახელმწიფომ უზრუნველყოს სექსმუშაკი ქალებისთვის კონფიდენციალური და მათ საჭიროებებზე მორგებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის, კონტრაცეპტივების, ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. სექსმუშაკი ქალების ფაქტობრივი გამორიცხვა არსებული სახელმწიფო სერვისებიდან არღვევს მათი ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის რისკებს წარმოქმნის.

⁴⁷ აღნიშნული პრობლემები ასევე ცხადყო საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევამ „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ (2018), გვ. 122-124.

⁴⁸ მაგალითად, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადა მათთან არ მიდის, როდესაც სექსმუშაკების მომსახურების გაწევის ადგილიდან იძახებენ.

2.3. აბორტის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის გამოყენება

აღნიშნული კვლევა ეხება აბორტის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის, გამოყენების ანალიზს, ხოლო ქალის უფლება უსაფრთხო და ხელმისაწვდომი აბორტის სერვისზე, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტების ჭრილში დამატებით კვლევასა და შეფასებას საჭიროებს.⁴⁹

საქართველოს მასშტაბით, ბოლო წლებში აბორტების რაოდენობის შედარებით შემცირება აღინიშნება, თუმცა კვლავ პრობლემურია კონტრაცეფციის საშუალებების დაბალი მოხმარება და აბორტის, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის გამოყენება.⁵⁰ მონიტორინგის თანახმად, ამასთანავე, მზარდია სამედიცინო მომსახურების გამწვავება რიცხვი, რომლებიც აბორტის გაკეთებაზე უარს ამბობს მორალური თუ რელიგიური შეხედულებების გამო (conscientious objection). სსიპ სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტო ფლობს მონაცემთა ბაზას იმ სამედიცინო დაწესებულებების შესახებ, რომელთაც მოპოვებული აქვთ აბორტის სერვისის მიწოდების ნებართვა, თუმცა ეს მონაცემები არ იძლევა იმის გაანალიზების საშუალებას, აღნიშნული დაწესებულებებიდან რეალურად რამდენია აბორტის სერვისის მიმწოდებელი.⁵¹

მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ რიგ შემთხვევაში ქალებს არ აქვთ გაცნობიერებული აბორტთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის რისკები. მიუხედავად იმისა, რომ ქალები ხშირად ფლობენ კონტრაცეფციის შესახებ გარკვეულ ინფორმაციას, მაინც ურჩევნიათ, რომ გარისკონ და დაუცველი სქესობრივი კავშირი დაამყარონ, ხოლო არასასურველი ორსულობისგან გამოსავლად აბორტი ესახებათ. გარდა ამისა, მონიტორინგმა გამოკვეთა, რომ გენდერის ნიშნით სქესის სელექციის მიზნით აბორტის ჩატარება კვლავ აქტუალურ პრობლემად რჩება.⁵²

კონტრაცეფციის საშუალებებზე ფინანსური წვდომა, ასევე, წვდომა მათ შესახებ ინფორმაციაზე, სერიოზული პრობლემაა, რომელიც იწვევს კონტრაცეპტივების იშვიათ გამოყენებას და შედეგად, არასასურველ ორსულობასა და აბორტს. განსაკუთრებით პრობლემურია მამაკაცების მიერ ორსულობისგან თავის დაცვის საშუალებების (განსაკუთრებით, პრეზერვატივის შემთხვევაში) გამოყენებაზე უარის თქმა, რაც ქალს უბიძგებს, რომ ოჯახის დაგეგმვის მიზნით, აბორტს მიმართოს. ბათუმში სერვისის მიმწოდებელი ერთ-ერთი გინეკოლოგი აღნიშნავს: *„ბევრია შემთხვევა, როცა მეუღლე წინააღმდეგია [კონტრაცეპტივის გამოყენების]. ყველაფრის წინააღმდეგია, რაც კი საშუალება*

⁴⁹ აღნიშნულ საკითხზე იხ. საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ (2018), გვ. 60-73.

⁵⁰ აღნიშნულ საკითხზე იხ. ასევე საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ (2018), გვ. 64-65.

⁵¹ სსიპ სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს 2018 წლის 26 ოქტომბრის წერილი.

⁵² აღნიშნულ საკითხზე იხ. ასევე საქართველოს სახალხო დამცველის კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“ (2018), გვ. 64-65.

არსებობს ამქვეყნად. არის მარტო სექსის მომხრე.. არც სპირალი უნდათ, პრეზერვატივი ხომ არ უნდათ და არ უნდათ. მარტო უნდათ სექსი... მერე მოდიან ქალები და კონტრაცეფციის საშუალებად ხმარობენ აბორტს“.

მეორე მხრივ, ზოგიერთი ქალისთვის აბორტი კატეგორიულად მიუღებელია, რადგან მას, ძირითადად რელიგიური მოსაზრებების გამო, ადამიანის სიცოცხლის მოსპობად აღიქვამს. მათთვის მორალურად და ეთიკურად წარმოუდგენელია იმ ადამიანთა ქცევა, რომლებიც აბორტს მიმართავენ. აბორტების რაოდენობის შესამცირებლად, ეს ქალები, რიგ შემთხვევებში, აბორტის აკრძალვას მიიჩნევენ გამოსავლად.

მნიშვნელოვანი პრობლემაა აბორტი ქორწინებაში არმყოფ ქალებში, რასაც ხშირად განაპირობებს ეკონომიკური დამოუკიდებლობის არქონა, საზოგადოების ნეგატიური დამოკიდებულება და სოციალური მხარდაჭერის არარსებობა. ხშირ შემთხვევაში, დაუქორწინებლად დაორსულებულ ქალებს საკუთარი ოჯახები (მშობლები) არ იღებენ, ხოლო ბავშვის მამა უარს ამბობს ქალისთვის მხარდაჭერის აღმოჩენაზე, რაც აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების მიზეზი ხდება.

მონიტორინგის ფარგლებში აღინიშნა აფხაზეთიდან სამეგრელოს ტერიტორიაზე აბორტის სერვისის მისაღებად პაციენტების გადმოსვლის შემთხვევები. ამის მიზეზი შესაძლოა იყოს ოკუპირებული აფხაზეთის რეგიონში აბორტის აკრძალვა, თუმცა ამგვარი ტენდენციის მიზეზები და შედეგები დამატებით კვლევას საჭიროებს.

2.3.1. უსაფრთხო და ხარისხიანი აბორტის სერვისზე ხელმისაწვდომობის ბარიერები
უსაფრთხო და ხელმისაწვდომი აბორტის სერვისი, აბორტის ფასისა და სერვისის ტერიტორიული მიუწვდომლობის გამო, მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება. აბორტის ღირებულება ქალს რიგ შემთხვევებში უბიძგებს მიმართოს ორსულობის შეწყვეტის თვითნებურ გზას, მაგალითად, ექიმთან კონსულტაციის გარეშე ორსულობის შეწყვეტისთვის მედიკამენტების მიღებას, რაც ხშირად იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათულებას, ასევე სხვა სახიფათო ხერხებს, მაგალითად, დაცემას და სხეულის დაზიანებას ორსულობის შეწყვეტის მიზნით. მონიტორინგმა გამოკვეთა, რომ ხშირად ქალები თავიანთი ძალებით ცდილობენ ორსულობის შეწყვეტას და სამედიცინო დაწესებულებას იმ შემთხვევაში მიმართავენ, როდესაც ეს დამოუკიდებლად არ გამოსდით.

მონიტორინგმა, სამედიცინო მომსახურების გამწევთა ინფორმაციაზე დაყრდნობით, ცხადყო, რომ აბორტისთვის მოსაფიქრებელი 5-დღიანი პერიოდი, რომელმაც ადრე მოქმედი 3-დღიანი პერიოდი შეცვალა, პრაქტიკაში არ მუშაობს და ვერ აღწევს აბორტების შემცირების ან რაიმე სხვა ლეგიტიმურ მიზანს. პირიქით, იგი ქალებს აბორტზე წვდომის 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 ჯანმრთელობის გაუარესებული მდგომარეობით (სისხლდენით) დაბრუნდა იმავე სამედიცინო დაწესებულებაში.

ზოგი სერვისის მიმწოდებელი ასევე აღიარებს, რომ ზოგჯერ, რიგი მიზეზების გამო და პაციენტის ინტერესიდან გამომდინარე, არ იცავს მოსაცდელ ვადას და პაციენტს აბორტს სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დღესვე უკეთებს, მაგრამ სამედიცინო დოკუმენტაციაში აღუნუსხავად. აღნიშნული პრაქტიკა მოსაცდელი ვადის თაობაზე არსებული საკანონმდებლო რეგულირების არაეფექტიანობაზე მეტყველებს და მისი შეცვლის საჭიროებაზე მიუთითებს. ქალებმა ასევე გაიხსენეს იმ შემთხვევების შესახებაც, როდესაც აბორტი კანონით დაშვებულ ვადაზე (12 კვირა) გვიან გაიკეთეს; როდესაც სამედიცინო დაწესებულებამ 12 კვირაზე მეტი ორსულობის შემთხვევაში არასწორი ჩანაწერი გააკეთა (ორსულობის ვადა შეამცირა), რათა აბორტი ჩატარებინა; ასევე აღნიშნეს აბორტის სამედიცინო დაწესებულების გარეთ, უკანონოდ და ყოველგვარი სტანდარტის დაუცველად მიწოდების შემთხვევები.

ექიმები და სამედიცინო დაწესებულებები აბორტის სერვისის მიწოდებაზე უარს უმეტესწილად ეთიკური და რელიგიური შეხედულებების გამო ამბობენ. ხელმისაწვდომობის ბარიერს წარმოადგენს ასევე სერვისის მიმწოდებელთა მიერ აბორტის გაკეთებისგან ქალის გადარწმუნების მცდელობა. როდესაც ქალი ამგვარ სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავს, რიგ შემთხვევებში ექიმი ცდილობს მის გადარწმუნებას და ზოგჯერ ასევე არ ამისამართებს აბორტის სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში. სერვისის მიმწოდებელთა გადმოცემით, პაციენტის გადასარწმუნებლად ისინი ძირითადად რელიგიურ და მორალურ არგუმენტებს მიმართავენ, საიდანაც, მათი აზრით, ყველაზე ეფექტიანი რელიგიური არგუმენტია. ზოგიერთი სერვისის მიმწოდებელი დანაწევრებით აღნიშნავს, რომ ვერ ახერხებს ქალის გადარწმუნებას, მიუხედავად იმისა, რომ ყველა შესაძლო საშუალებას მიმართა.

ერთ შემთხვევაში აღინიშნა, რომ აბორტის სერვისის მიმწოდებელ კლინიკაში ექიმი პაციენტს განზრახ არასწორ ინფორმაციასაც კი აწვდის მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, იმისათვის, რათა მან აბორტის გაკეთებაზე უარი თქვას:

„ძალიან ბევრს გადავაფიქრებინე პირველივე დღესვე. ხუთი დღეც არ მჭირდება. ფსიქოლოგიურად ვმოქმედებ ალბათ, რომ ეს არის ნაყოფი ეხოზე. ქათინაურს ვეუბნები, რომ კარგი ხარ.. ყველაფერს ვაკეთებ, არ ვიცი, რაებს ვეუბნები. შეიძლება ხანდახან ისეთი არაპროფესიონალურიც მითქვამს, რომ შენ საშვილოსნო გაქვს ძალიან თხელი.. და აბორტის დროს შეიძლება [დაზიანდეს].. აი რაღაც ასეთებს. ტყუილებსაც მივმართავ“.

სამედიცინო მომსახურების გამწვევის პაციენტთან დამოკიდებულებაზე ქალის ასაკიც ახდენს გავლენას. აღინიშნა, რომ როდესაც ქალი 38-40 წლისაა და შვილი არ ჰყავს, მის გადარწმუნებას, უარი თქვას აბორტის გაკეთებაზე, სერვისის მიმწოდებლები განსაკუთრებით ცდილობენ იმაზე დაყრდნობით, რომ ასაკის გამო ქალმა მომავალში შესაძლოა შვილი ვეღარ იყოლიოს. მონიტორინგის ფარგლებში აღინიშნა ასევე ქალის არჩევანის მხარდამჭერი სერვისების არსებობის შესახებ, თუმცა შედარებით ძვირადღირებულ კლინიკაში. აქვე უნდა ითქვას, რომ მონიტორინგის ფარგლებში არ გამოვლენილა შემთხვევა, როდესაც ქალმა საერთოდ ვერ შეძლო აბორტის ჩატარებისთვის შესაბამისი ექიმის მოძიება.

მნიშვნელოვანი პრობლემაა აბორტის სერვისის მიმწოდებელთა მიმართ კოლეგებისა და სხვა პირთა დამოკიდებულება - სერვისის გამწვევი ექიმები, რელიგიურ თუ ეთიკურ მოსაზრებებზე დაყრდნობით, გარშემომყოფთაგან ზოგჯერ გაკიცხვას ისმენენ. მონიტორინგის ფარგლებში ჩატარებული ინტერვიუების ფარგლებშიც კი, რიგ შემთხვევებში, ექიმები თავის გამართლებისა თუ თავის დაცვის რეჟიმში იმყოფებოდნენ იმის გამო, რომ კანონით გათვალისწინებულ სერვისს აწვდიან.

ზემოთ ჩამოთვლილი ბარიერები უსაფრთხო აბორტის, როგორც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ნაწილის, უზრუნველყოფის აუცილებლობასა და კონტრაცეპტივებზე ხელმისაწვდომობისა და ინფორმაციის გარდაცემის მნიშვნელობაზე მიუთითებს, რათა შემცირდეს აბორტის გამოყენება კონტრაცეფციის საშუალებად. მონიტორინგი ასევე აჩვენებს აბორტის ძირეული მიზეზების (მათ შორის, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული ნორმებიდან გამომდინარე) აღმოფხვრის საჭიროებას, და ქალის ავტონომიის უფლების განუხრელი დაცვის მნიშვნელობას ყველა აქტორის მხრიდან.

ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები

ეთნიკურად აზერბაიჯანელი და სომეხი უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებში აბორტი განსაკუთრებით არის გავრცელებული, მაგრამ უსაფრთხო და ხარისხიან სერვისზე წვდომა, მნიშვნელოვანი პრობლემაა. აღნიშნულს ემატება უმცირესობათა ენაზე სერვისების არარსებობა და პატრიარქალური ნორმები, რომლებიც ქალებს ართმევს შესაძლებლობას, დამოუკიდებლად მიიღონ გადაწყვეტილება თავიანთი სხეულის, ჯანმრთელობის, შვილების რაოდენობისა და მათი სქესის შესახებ.

მონიტორინგმა განსაკუთრებული სიმწვავეთ გამოავლინა ხარისხიანი სერვისის არარსებობის პრობლემა, აბორტის შემდეგ გამოწვეული გართულებები და აბორტის სერვისის არასათანადო, პროფესიული სტანდარტების დაუცველად მიწოდების შემთხვევები. მაგალითად, როგორც ეთნიკურად სომეხმა, ისე ეთნიკურად აზერბაიჯანელმა ქალებმა რამდენიმე შემთხვევა გაიხსენეს, როდესაც ექიმს აბორტის შემდეგ ნაყოფის ნაწილი ქალის სხეულში „ჩარჩა“ და შემდეგ ქალს ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაურთულდა.

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა და მამაკაცების მიერ კონტრაცეპტივის გამოყენებაზე უარის თქმა განსაკუთრებით პრობლემურია აღნიშნულ ეთნიკურ თემებში, რაც ხელს უწყობს აბორტის განსაკუთრებულ სიხშირეს. მაგალითად, კვლევის ერთ-ერთმა მონაწილემ აღნიშნა, რომ აბორტს, ორსულობის შეწყვეტის მიზნით, 29-ჯერ მიმართა.

მნიშვნელოვან პრობლემად გამოვლინდა სამედიცინო მომსახურების გამწვევა არაეთიკური და არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულება ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი ქალების მიმართ, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებას აბორტის სერვისის მისაღებად მიმართავენ. ამასთანავე, გამოიკვეთა, რომ რიგი ბარიერების გამო, ეთნიკურად აზერბაიჯანელი ქალები ამჯობინებენ სამედიცინო სერვისები აზერბაიჯანის ტერიტორიაზე

მიიღონ. ეთნიკურად სომეხი ქალებიც, ხშირ შემთხვევაში, ნებისმიერი სამედიცინო სერვისის მისაღებად ერევანში გადადიან.

განსაკუთრებული პრობლემაა ქალის მიერ აბორტის შესახებ გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღების, ასევე ბავშვების რაოდენობის, მათ სქესსა და ორსულობებს შორის დაშორების განსაზღვრის შესაძლებლობის არქონა, რასაც უმეტესწილად მეუღლე, დედამთილი ან მეუღლის ოჯახის სხვა წევრები განსაზღვრავენ. ვაჟისთვის უპირატესობის მინიჭების და ნაყოფის სქესის შერჩევის პრაქტიკა ორივე თემში განსაკუთრებით ძლიერია. აზერბაიჯანული თემის წარმომადგენელმა, 15 წლის ასაკში ქორწინების მსხვერპლმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მას მეორე ორსულობაზე მეუღლის ოჯახმა აბორტი გააკეთებინა, რადგან ნაყოფი გოგო იყო. ამის გამო მას ჯანმრთელობის პრობლემა შეექმნა და შემდგომ ვედარ შეძლო დაორსულება. გამოკითხულთა თანახმად, თუ ქალი ვერ შეძლებს ბიჭის გაჩენას, შესაძლოა ქალი „გაუშვან და სხვა მოიყვანონ“.

პრობლემად დასახელდა ისიც, რომ ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ოჯახისთვის პრიორიტეტი არ არის, იმ პირობებში, როდესაც ქალებს ეკონომიკური დამოუკიდებლობა ნაკლებად აქვთ და ფინანსურ რესურსებს მეუღლის ოჯახი აკონტროლებს. დასახელდა ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის „ხალხური“ გზებიც, რომლებიც ქალის ჯანმრთელობისთვის საფრთხის შემცველია.

ჩამოთვლილი ბარიერები ცხადყოფს, რომ კონტრაცეპტივებზე ინფორმაციისა და სერვისებზე წვდომის პრობლემა ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელი ქალების უფლებრივ მდგომარეობაზე უფრო მწვავედ აისახება, ვიდრე ეთნიკურად ქართველი ქალების შემთხვევაში. აღნიშნული შედეგად იწვევს აბორტის განსაკუთრებულ გავრცელებასა და მის გამოყენებას კონტრაცეფციის საშუალებად, სათანადო, უსაფრთხო და ხარისხიან სერვისებზე წვდომა კი, პრობლემურია.

მოზარდი გოგოები

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონმდებლობა 14-18 წლის ასაკის არასრულწლოვანს ანიჭებს ავტონომიას, მშობლების/კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე მიიღოს გადაწყვეტილება კონტრაცეფციასა და აბორტთან დაკავშირებულ საკითხებზე, მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ პრაქტიკაში სამედიცინო მომსახურების გამწვავთა მიერ ამგვარი რეგულირება უგულებელყოფილია. ეს მოზარდ გოგოებს სრულებით ართმევს კონფიდენციალური სერვისის მიღების უფლებას⁵³.

მიუხედავად ზემოხსენებული რეგულირებისა, მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ სამედიცინო მომსახურების გამცემები არასრულწლოვანთან მიმართებით ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევას - აბორტისა და კონტრაცეფციის ჩათვლით - ახორციელებენ მხოლოდ მშობლის ან არასრულწლოვანის სხვა წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის მოპოვების შემთხვევაში. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის ყველა დოკუმენტზე მშობელი აწერს ხელს. სერვისის მიმწოდებლებმა აღნიშნეს, რომ არასრულწლოვანს სამედიცინო

⁵³ პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონი, მუხლი 40.

დაწესებულებაში არ არეგისტრირებენ, თუ მას დედა ან დედამთილი არ ახლავს თან. ერთ შემთხვევაში, ბათუმში, სერვისის მიმწოდებელმა აღნიშნა, რომ 15 წლის მოზარდს აბორტის სერვისი მხოლოდ მას შემდეგ მიაწოდა, რაც პოლიცია გამოიძახა და მისგან მიიღო ნებართვა.

ამასთანავე, თბილისში სერვისის ერთ-ერთმა მიმწოდებელმა აღნიშნა, რომ 16-18 წლის პაციენტებში მშობლისგან ინფორმირებული თანხმობის მიღება არ ხდება, თუმცა მათ ინფორმაციას აწვდიან იმ სერვისის შესახებ, რასაც მათი შვილი ითხოვს. აღნიშნული პრაქტიკები ეწინააღმდეგება კანონს, შეუძლებელს ხდის არასრულწლოვანი გოგოსთვის კონფიდენციალური და ხელმისაწვდომი მომსახურების მიწოდებას და, ხშირ შემთხვევაში, გოგოებს უბიძგებს არ მიმართონ სამედიცინო დაწესებულებებს.

სერვისის მიმწოდებელთა მიერ დასახელებულ შემთხვევებში, მშობლები უმეტესწილად მაშინ იღებენ გადაწყვეტილებას აბორტის თაობაზე და მიჰყავთ გოგო სამედიცინო დაწესებულებაში ორსულობის შესაწყვეტად, როდესაც არასრულწლოვანი ქორწინების გარეშე ორსულდება⁵⁴.

რეგიონებში ასევე გამოვლინდა მშობლების მიერ შვილისთვის სამედიცინო დაწესებულების გარეთ, ან/და უკანონო აბორტების გაკეთების შემთხვევები - პრაქტიკა, რომლის მიზანია არ გამჟღავნდეს, რომ გოგოს ქორწინებამდე სექსუალური ურთიერთობა ჰქონდა, ასევე, ოჯახის „ღირსებას“ საფრთხე არ შეექმნას. მონიტორინგის ფარგლებში გამოიკვეთა და დამატებით კვლევას საჭიროებს შემთხვევები, როდესაც 16 წელს მიუღწეველი გოგო შესაძლოა მშობლებმა ან ფაქტობრივი მეუღლის ოჯახმა აბორტს დაუქვემდებარონ არსებული კანონმდებლობის შიშით - რათა ბავშვის გაჩენის შემთხვევაში მეუღლის მიერ ჩადენილი სისხლის სამართლის დანაშაული (16 წელს მიუღწეველთან სექსუალური კავშირი) არ გამოჟღავნდეს და მამაკაცი პასუხისმგებლობა არ მიეცეს. ეს მოცემულობა აბორტის უკანონო გზით ან „სანდო“ ექიმთან გაკეთების საფრთხესაც ქმნის, რომელიც არ აღრიცხავს აბორტს სამედიცინო დოკუმენტაციაში, ან არ გადასცემს პოლიციას შეტყობინებას 16 წლამდე მიუღწეველი პირის ორსულობის შესახებ.

მონიტორინგი ცხადყოფს, რომ სამედიცინო მომსახურების გამწვევთა მიერ არსებული კანონმდებლობის მოთხოვნების უგულვებელყოფა, არასრულწლოვანთა დე ფაქტო ქორწინებები და საზოგადოებაში არსებული დამოკიდებულებები სექსუალობასთან დაკავშირებით, არასრულწლოვან პაციენტთა უფლებების მძიმე დარღვევასა და სამედიცინო მომსახურებაზე წვდომის ბარიერებს იწვევს. ეს მდგომარეობა გოგოებს, სრულწლოვან ქალებთან შედარებით, უთანასწორო მდგომარეობაში აყენებს და საფრთხეს უქმნის მათ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას.

რეკომენდაციები

საქართველოს მთავრობას:

⁵⁴ ერთ შემთხვევაში აღნიშნა, რომ 17 წლის გოგოს მშობლებმა 7 თვის ორსულობაზეც კი გააკეთებინეს აბორტი. თბილისში ასევე აღნიშნა, რომ მშობლები ორსულ გოგოს ეუბნებიან, რომ მის შვილზე ვერანაირ პასუხისმგებლობას ვერ აიღებენ, რადგან გოგოს ამ დროს არ შეუძლია თავისი თავის და ბავშვის დამოუკიდებლად რჩენა - იგი იღებს აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილებას.

- მოხდეს ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციებისა და კონტრაცეპტივების ჩართვა საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზო პაკეტში.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:

- გამკაცრდეს ზედამხედველობა კანონის საწინააღმდეგო პრაქტიკის აღმოსაფხვრელად, რომლის თანახმადაც, აბორტისა და კონტრაცეფციის საკითხებზე 14-17 წლის არასრულწლოვნებში სამედიცინო მომსახურების გამწევები ინფორმირებულ თანხმობას მათი კანონიერი წარმომადგენლ(ებ)ისგან მოიპოვებენ
- უზრუნველყოფილ იქნას მეან-გინეკოლოგების, გინეკოლოგების და რეპროდუქტოლოგების 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 ინფორმაციაზე წვდომა ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა ენაზე - მედიის, საინფორმაციო შეხვედრებისა და საინფორმაციო მასალის გავრცელების მეშვეობით
- უზრუნველყოფილ იქნას შშმ ქალების ხელმისაწვდომობა ინფორმაციაზე კონტრაცეფციისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით, შესაბამისი საინფორმაციო კამპანიების მეშვეობით
- აბორტის სერვისი პაციენტს მიეწოდოს ღირსების პატივისცემით და მისი მორალური, ეთიკური თუ რელიგიური საფუძვლების განუსჯელად
- უზრუნველყოფილ იქნას კონფიდენციალური და საჭიროებებზე მორგებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის, კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობა სექსმუშაკი 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 განათლების სისტემის ერთ-ერთი კრიტიკული გამოწვევაა. საზოგადოების ნაწილს გაცნობიერებული აქვს განათლების აღნიშნული ასპექტების ინკლუზიის საჭიროება, მაგალითად, როგორც გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ბოლო ანგარიშში ჩანს, გამოკითხულთა უმრავლესობა თანხმდება, რომ სკოლებმა უნდა უზრუნველყონ და იყვნენ პასუხისმგებელნი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სწავლებაზე, რადგანაც სასკოლო სივრცე ერთადერთი საშუალებაა ინფორმაციის სტრუქტურულად, სისტემურად და სწორად მისაწოდებლად.⁵⁵

მიუხედავად იმ მხარდაჭერისა და სარგებლისა, რასაც ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მიწოდება ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების კუთხით იძლევა, საზოგადოების გარკვეულ ნაწილში არსებობს მკვეთრად გამოხატული ნეგატიური დამოკიდებულება, რომელმაც უარყოფითი გავლენა მოახდინა ამ სფეროში სახელმწიფო პროგრამის განვითარებაზე.⁵⁶

შესაბამისად, ფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში განათლების აღნიშნულ კომპონენტთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი საკითხების ინკლუზიის ნაკლებობა გარდა სახელმწიფოს მყარი პოლიტიკური ნების ნაკლებობისა, ასევე შეიძლება აიხსნას აღნიშნული საკითხების სენსიტიურობითა და მის მიმართ არსებული კულტურული წინააღმდეგობით საზოგადოების გარკვეული ნაწილის, მათ შორის საქართველოს საპატრიარქოსა და კონსერვატიული ჯგუფების მხრიდან, რომელთა მიმართაც სახელმწიფოს პოლიტიკა ლოიალობით გამოირჩევა.⁵⁷

სახელმწიფომ მის მიერ მიღებული ბოლოდროინდელი პოლიტიკის დოკუმენტებით აიღო ვალდებულება, უზრუნველყოს ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების სწავლება სკოლებსა და მის გარეთ.^{58,59}

⁵⁵ 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.

⁵⁶ აღნიშნულის საილუსტრაციოდ 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>

⁵⁷ 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: საქართველოს სახალხო დამცველი, SRHR, გვ. 99.

⁵⁸ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №182, 2018 წლის 17 აპრილი, ადამიანის უფლებათა დაცვის სამთავრობო სამოქმედო გეგმის (2018-2020 წლებისთვის) დამტკიცების შესახებ, სექცია 12.14; 12.14.1

თუმცა დღეისათვის, საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციით⁶⁰, 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. კერძოდ, „მე-8 კლასის ბოლოს მოსწავლემ უნდა შეძლოს უპასუხოს შემდეგ საკვანძო კითხვებს: რატომ არის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ორსულის მიერ ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვა? რატომ ითვლება ნაადრევი ორსულობა რისკ-ფაქტორად როგორც დედის, ისე ნაყოფის ჯანმრთელობისათვის? რა ნიშნებით/სიმპტომებით შეიძლება სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების აღმოჩენა და მათგან თავდაცვა?“⁶¹

სამინისტროს ცნობით, მე-9 კლასში ასევე ისწავლება ნაადრევი ქორწინებასთან/ორსულობასთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური რისკები. ამდენად, სამინისტროს განმარტებით, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების სწავლება ახალი თაობის ეროვნული სასწავლო გეგმის მიხედვით უფრო მეტად აქცენტირებული გახდა.⁶² თუმცა, როგორც ზემოაღნიშნული ინფორმაციიდან ჩანს, სასკოლო სივრცეში მხოლოდ რამდენიმე საკითხი - ნაადრევი ორსულობა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და სქესთან დაკავშირებული ფიზიოლოგიური ასპექტები - ისწავლება, რაც ყოვლისმომცველი სექსუალური 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“.⁶³ ის ასევე ითვალისწინებს სახელმწიფოსთან, სასკოლო გარემოსა და მოქალაქეობასთან დაკავშირებულ საკითხებს.⁶⁴

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

⁵⁹ მთავრობის 2017-2030 წწ. დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია, ამოცანა 6, ა).

⁶⁰ საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს საპასუხო წერილი MES 1 18 01639770, 20/12/2018.

⁶¹ იქვე.

⁶² იქვე.

⁶³ 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.

⁶⁴ საქართველოს სახალხო დამცველი, „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“, გვ. 98-99, 2018.

ინტეგრირებულია საგნებში: „ბუნება“, „მე და საზოგადოება“ (დაწყებითი საფეხურის შემთხვევაში), „ბიოლოგია“ და „სამოქალაქო განათლება“ (საბაზო საფეხურის შემთხვევაში). სკოლის მოსწავლეების ასაკობრივი განვითარების გათვალისწინებით, სტანდარტებში შესაბამისი თემები ინტეგრირებულია 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.

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

3.1. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მნიშვნელობა

ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება ფუნდამენტურ როლს თამაშობს ახალგაზრდებისა და ზრდასრულების ჯანმრთელობის დაცვასა და კეთილდღეობის უზრუნველყოფაში. გაეროს მოსახლეობის ფონდი განათლების აღნიშნულ კომპონენტს განმარტავს,⁶⁵ როგორც უფლებებზე დაფუძნებულ და გენდერზე ფოკუსირებულ მიდგომას სექსუალურ განათლებაზე, სკოლასა თუ მის მიღმა.

გაეროს ბავშვთა ფონდის მიხედვით, ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება წარმოადგენს კურიკულუმზე დაფუძნებულ სწავლების პროცესს სექსუალობის კოგნიტური, ემოციური, ფიზიკური და სოციალური ასპექტების შესახებ. ის მიზნად ისახავს, ბავშვები და მოზარდები იმ ცოდნით, უნარებით, დამოკიდებულებებითა და ღირებულებებით აღჭურვოს, რომლებიც გააძლიერებს მათ; მოახდინოს მათი ჯანმრთელობის, კეთილდღეობისა და ღირსების რეალიზება; განავითარონ პატივსაცემი სოციალური და სექსუალური ურთიერთობები; გაიაზრონ, თუ როგორ ახდენს მათი გადაწყვეტილებები მათსა და სხვების კეთილდღეობაზე გავლენას და შეძლონ საკუთარი უფლებების დაცვა მთელი ცხოვრების განმავლობაში.⁶⁶ შესაბამისად, განათლების ზემოხსენებული კომპონენტი არ შეეხება მხოლოდ სექსს, არამედ მოზარდის საუკეთესო ინტერესის გათვალისწინებით, ის მიზნად ისახავს ხელი შეუწყოს მოზარდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვას.⁶⁷

გაეროს მოსახლეობის ფონდი, ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ოპერატიული სახელმძღვანელო: ფოკუსი ადამიანის უფლებებსა და გენდერზე, 2014, გვ. 6, იხ: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20Operational%20Guidance%20for%20CSE%20-Final%20WEB%20Version.pdf>

⁶⁶ UNESCO, საერთაშორისო ტექნიკური გზამკვლევი ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების შესახებ, მტკიცებულებებსა და ინფორმირებაზე დაფუძნებული მიდგომა, 2018, გვ. 16

⁶⁷ გაეროს მოსახლეობის ფონდი, ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ოპერატიული სახელმძღვანელო: ფოკუსი ადამიანის უფლებებსა და გენდერზე, 2014, გვ. 6, იხ:

საგანგებოდ უნდა აღინიშნოს, რომ განათლების ეს კომპონენტი საკუთარ თავში უნდა მოიცავდეს უფრო ფართე სოციალურ და კულტურულ ასპექტებსაც ურთიერთობებისა და მოწყვლადობის შესახებ, ისეთს, როგორცაა გენდერი და ძალაუფლებრივი უთანასწორობები, სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები, რასა, აივ სტატუსი, შეზღუდული შესაძლებლობა, სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა.⁶⁸

ყოველივე აქედან გამომდინარე, განათლების აღნიშნული კომპონენტი სხვადასხვა კომპლექსურ და ურთიერთდაკავშირებულ ასპექტს უნდა აერთიანებდეს, კერძოდ⁶⁹:

- უნდა ეყრდნობოდეს მეცნიერულად ზუსტ ინფორმაციას
- ხელს უნდა უწყობდეს ზრდადი განათლების მიწოდებას, რომელიც ადრეულ ასაკში იწყება და რომელზეც ხდება განვითარების შესაბამისი ცოდნის დაშენება
- უნდა უზრუნველყოფდეს ასაკზე მორგებული და განვითარების შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებას
- უნდა იყოს სიღრმისეული და შესაბამისი კურიკულუმით განმტკიცებული
- უნდა ეფუძნებოდეს ადამიანის უფლებათა მიდგომასა და გენდერული თანასწორობის პრინციპებს
- უნდა იყოს კულტურულად რელევანტური, კონტექსტზე მორგებული და ტრანსფორმაციული
- მან უნდა უზრუნველყოს სასიცოცხლო უნარების განვითარება, პირთა, ჯანსაღ არჩევანზე წვდომის უზრუნველსაყოფად.

მიუხედავად განათლების აღნიშნულ კომპონენტზე არსებული საჭიროებისა, საქართველო სრულად არ რთავს მას ფორმალური სწავლების პროცესში და ხასიათდება ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და გენდერული თანასწორობის გარკვეული ასპექტების სპორადული ინკლუზიით სხვადასხვა საგნობრივ სტანდარტებში.⁷⁰

წინამდებარე თავი მიმოიხილავს საქართველოში არსებულ გამოწვევებს და იმ ბარიერებს, რასაც მოსწავლეები და მასწავლებლები ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და სექსუალური განათლების გარკვეული კომპონენტების შესწავლა/სწავლებისას აწყდებიან.

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20Operational%20Guidance%20for%20CSE%20-Final%20WEB%20Version.pdf>

⁶⁸ UNESCO, საერთაშორისო ტექნიკური გზამკვლევი ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების შესახებ, მტკიცებულებებსა და ინფორმირებაზე დაფუძნებული მიდგომა, 2018, გვ. 16.

⁶⁹ UNESCO, საერთაშორისო ტექნიკური გზამკვლევი ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების შესახებ, მტკიცებულებებსა და ინფორმირებაზე დაფუძნებული მიდგომა, 2018, გვ. 16-17.

⁷⁰ ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში, არსებული მდგომარეობა და უახლესი განვითარება, 25 ქვეყნის მიმოხილვა, ჯანმრთელობის შესახებ განათლების ფედერალური ცენტრი, ოჯახის დაგეგმვის საერთაშორისო ფედერაცია, კიოლნი, 2018, გვ. 90-96, იხ: https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2018-05/Comprehensive%20Country%20Report%20on%20CSE%20in%20Europe%20and%20Central%20Asia_0.pdf

3.2. სწავლების ხარისხის შეფასება

მიუხედავად იმისა, რომ ყოვლისმომცველი სექსუალური განათლება ფორმალური საგანმანათლებლო სწავლების ნაწილს არ წარმოადგენს, როგორც ზემოთ აღნიშნა, ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და გენდერულ თანასწორობასთან დაკავშირებული გარკვეული საკითხები ასახულია სხვადასხვა საგნობრივ სტანდარტებში. ამ საკითხთა სწავლების ხარისხში კი იგულისხმება არსებულ სასწავლო კურიკულუმებში ასახული ინფორმაციის რელევანტურობა და საკმარისობა, პედაგოგთა მხრიდან საკმარისი მზაობა, მგრძობელობა და ცოდნა მოსწავლეებისათვის ადეკვატურად და საკითხის სტიგმატიზების გარეშე მისაწოდებლად.

ბოლო წლებში ახალგაზრდების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესახებ ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ ახალგაზრდების ცოდნა და ინფორმირებულობა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, დაბალია⁷¹, აღნიშნულს ხელს უწყობს სკოლებისა და მასწავლებელთა მოუმზადებლობა, სწავლების ხარვეზული მეთოდიკა⁷² და სექსუალობასთან დაკავშირებული კულტურული ტაბუ. წინამდებარე მონიტორინგიც აჩვენებს, რომ მოზარდების ცოდნა კვლავ არასაკმარისი და ზედაპირულია, პრობლემად რჩება მასწავლებელთა მხრიდან ინფორმაციის გადაცემის ფორმა და ინფორმაციის შინაარსობრივი მხარე, რომელიც არ არის ამომწურავი და ხშირად ზედაპირულია.

კვლევის ფარგლებში საქართველოს რიგ რეგიონებში ჩატარებულმა ფოკუსირებულმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების კომპონენტის სწავლება ფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში თითქმის არ ხორციელდება. გეოგრაფიული სხვაობა ბიოლოგიის მასწავლებელთა მხრიდან განათლების ამ კომპონენტის სწავლების ხარისხთან მიმართებით არ გამოვლენილა, რაც იმაზეც მიანიშნებს, რომ პრობლემა ქვეყნისთვის საერთოა და მასშტაბურობითაც გამოირჩევა.

სწავლების მეთოდიკასთან დაკავშირებით, მონიტორინგმა გამოავლინა ბიოლოგიის საგნის ქვეშ ჯანსაღი ცხოვრების წესის სწავლების ხარვეზული ფორმების გამოყენების კონკრეტული შემთხვევები, კერძოდ:

- როდესაც მასწავლებელი გამოტოვებს პროგრამულად გათვალისწინებულ სავალდებულო საათებს
- როდესაც მასწავლებელი მოსწავლეებს სთხოვს აღნიშნული გაკვეთილები სახლში წაიკითხოთ
- და ისეთ შემთხვევებსაც, როდესაც მასწავლებელი ბიჭებსა და გოგონებს აღნიშნულ საკითხებზე ცალ-ცალკე ესაუბრება.

⁷¹ UNDP, გენდერული თანასწორობა საქართველოში: ბარიერები და რეკომენდაციები, გვ. 69, 2017, იხ: http://www.ge.undp.org/content/dam/georgia/docs/publications/DG/UNDP_GE_DG_Gender_Equality_in_Georgia_VOL2_ENG.pdf; ასევე იხილეთ, მოსახლეობის მდგომარეობის ანალიზი (PSA), საქართველო 2014, გვ. 112, იხ: https://georgia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA%20Final%20Print%20version_0.pdf

⁷² ევერტ კეტინგი, ოლენა ივანოვა „სექსუალური განათლება ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში, 25 ქვეყნის მიმოხილვა“, ჯანმრთელობის შესახებ განათლების ფედერალური ცენტრი, ოჯახის დაგეგმვის საერთაშორისო ფედერაცია, კიოლნი, 2018, გვ. 90-96, იხ: https://www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2018-05/Comprehensive%20Country%20Report%20on%20CSE%20in%20Europe%20and%20Central%20Asia_0.pdf

სწავლების ამგვარი მიდგომები პრაქტიკაში ხშირად ვლინდება, რაც რამდენიმე ფაქტორით შეიძლება აიხსნას, ერთი მხრივ, მასწავლებელთა დაბალი მგრძობელობით და ერთგვარი უხერხულობის განცდით ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და სქესობრივ აგებულებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე მსჯელობისას (და შესაბამისად, ამ საკითხებთან დაკავშირებით გადამზადების ნაკლებობით), ხოლო მეორე მხრივ, თავად მოსწავლეთა მოუმზადებლობით და უხერხულობის განცდით აღნიშნულ საკითხთა მოსმენისას, რაც დაკავშირებულია მასწავლებლის მზაობასთანაც, ამ გამოწვევათა მიუხედავად, ჩაატაროს გაკვეთილი.

უნდა აღინიშნოს, რომ მოზარდთა მხრიდან ასევე დასახელდა ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ჯანსაღი ცხოვრების წესსა და ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მინიმალურ საკითხებზე ორიენტირებული საათები დაუბრკოლებლად გაიარეს და სახელმძღვანელოში მითითებული საკითხები სრულად ამოწურეს, თუმცა ასეთი შემთხვევები არსებითად მცირეა.

მონიტორინგმა ასევე გამოავლინა სწავლების შინაარსის ობიექტური შეზღუდვები, მოსწავლეთა/მოზარდთა მხრიდან გაზიარებული დაკვირვების/გამოცდილების მიხედვით, სწავლება მკაცრად მხოლოდ სახელმძღვანელოს მიერ შემუშავებულ ჩარჩოს ეფუძნება, რაც საკითხში ჩადრმავეების შესაძლებლობას არ აძლევთ არც მოსწავლეებს და არც მასწავლებლებს. ბიოლოგიის VIII კლასის სახელმძღვანელოში მითითებული მასალის შინაარსობრივი შეზღუდულობით გამოწვეულ პრაქტიკულ ბარიერებზე საუბრობენ თავად ბიოლოგიის პედაგოგებიც, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ სასწავლო გეგმით განსაზღვრულ საკითხებს მცირე საათები ეთმობა, რაც არ არის გამყარებული შემდგომ კლასებში დამატებითი ინფორმაციითა და დროის სიმწირით გამოწვეული დანაკლისის კომპენსირებით.

თუმცა მონიტორინგი აჩვენებს, რომ განათლების აღნიშნულ კომპონენტთან დაკავშირებული სწავლების ხარისხი მასწავლებელთა დაბალ მზაობასა და მგრძობელობას უკავშირდება, შესაბამისად, მოზარდთა ნაწილი პრობლემას მხოლოდ სახელმძღვანელოში კი არ ხედავს, არამედ ლეგიტიმურად გამოყოფს პედაგოგთა პასუხისმგებლობას სწავლების დაბალი ხარისხში.

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ პედაგოგთა ნაწილი ცდილობს გასცდეს კურიკულუმის ფარგლებს და მოსწავლეთა კითხვებსა და ინტერესებს დამატებითი დრო დაუთმოს, მათ შორის, მოსწავლეებს მისცეს ანონიმური კითხვების დასმის შესაძლებლობა და ამ კითხვებს ამომწურავი პასუხები გასცეს. თუმცა ეს პრაქტიკა მთლიანად მასწავლებლის ინდივიდუალურ ძალისხმევაზეა დამოკიდებული.

მონიტორინგის მიხედვით, სკოლებს ასევე აქვთ შესაძლებლობა, აირჩიონ ერთი დამატებითი საგანი X და XI კლასებში, რომელთა შორის ასევე არის სამედიცინო ბიოლოგია და ჯანსაღი ცხოვრების წესი, არჩევითი საგნის არსებობა (თუ სკოლა დასახელებულთაგან ერთ-ერთს აირჩევს) შესაძლებლობას იძლევა სექსუალურ განათლებასა და ჯანსაღ ცხოვრების წესთან დაკავშირებული საკითხები მე-8 კლასის შემდგომაც განიხილებოდეს. თუმცა, ცხადია, სკოლათა მხოლოდ მცირე ნაწილი ირჩევს დასახელებულ საგნებს, რაც სექსუალური განათლების სწავლების უწყვეტობის გარანტი ვერ გახდება.

საინტერესოა, რომ სასწავლო პროგრამაში ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და თანასწორობის პრინციპების ინკლუზიის საკითხების სიმცირის პრობლემა გამოიკვეთა არა მხოლოდ მაღალ კლასებში სწავლების გაგრძელების/ინფორმაციის მიწოდების ნაკლებობით, არამედ ადრეულ კლასებშივე ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის არარსებობითაც. კერძოდ, ბიოლოგიის საგანში მასალის სწავლების პრაქტიკულ ბარიერებზე საუბრისას გამოიყო მე-8 კლასის მოსწავლეთა კოგნიტური/ფსიქოლოგიური მოუმზადებლობა ზემოაღნიშნულ საკითხებზე სასაუბროდ. პედაგოგების ნაწილს მოსწავლეთა არასერიოზული დამოკიდებულება ხშირად უქმნის ბარიერს ამგვარ საკითხებს სიღრმისეულად მიუდგეს. ამას ისინი მოსწავლეთა ადრეულ ასაკს უკავშირებენ და ამგვარ საკითხთა განხილვას მათი ასაკისთვის შეუსაბამოდ მიიჩნევენ.

კვლევა ცხადყოფს, რომ VIII კლასში აღნიშნული თემების მიმართ მოსწავლეთა არასერიოზულ და საქილიკო დამოკიდებულებას მოსწავლეთა შეუმზადებლობა იწვევს. პედაგოგების აზრით, მნიშვნელოვანია, რომ მოზარდი დაბალი კლასებიდანვე იყოს მომზადებული და მას უკვე ჰქონდეს გარკვეული ინფორმაცია, რომელიც შესაძლებელს გახდის მასზე ადეკვატური ცოდნის დაშენებას.

მონიტორინგი აჩვენებს, რომ განგრძობითი და თანმიმდევრული სწავლების აუცილებლობა თანაბრად მნიშვნელოვანია მოზარდებისთვისაც. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსურ განათლებაზე უწყვეტი და ზრდადი სწავლების უზრუნველყოფა, რომელიც ხელს უნდა უწყობდეს განვითარების შესაბამისი ცოდნის დაშენებას, აღნიშნულის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია. მასწავლებელთა და მოსწავლეთა/მოზარდთა მხრიდან ამ პრინციპის გაზიარება და აღიარება კრიტიკული მნიშვნელობისაა სახელმწიფოს პოლიტიკისთვის, რადგანაც ის ასევე აჩვენებს მზაობას და ღიაობას, რაც დამატებითი საფუძველია ქვეყნისთვის აღნიშნული საკითხების ინკლუზიისთვის სხვადასხვა საგნობრივ სტანდარტებში - მოსწავლეთა განვითარების შესაბამისად, ადრეულ ასაკშივე.

არსებული პრაქტიკა აჩვენებს, რომ მიუხედავად ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების გარკვეული კომპონენტების არსებობისა არსებულ სასწავლო კურიკულუმებში, ის არ არის ფოკუსირებული მოსწავლეებისათვის ასაკის შესაფერისი ცოდნის სრულყოფილად გადაცემასა და მოზარდების ცხოვრებაში არსებული მრავალი გამოწვევის თავიდან აცილებაზე. სწავლება ზედაპირული ხასიათისაა, ხოლო მასწავლებლების მიერ გამოყენებული მეთოდიკა მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევაშია მოზარდებზე მორგებული. პედაგოგების მიერ ჯანსაღ ცხოვრების წესთან დაკავშირებული საკითხების სწავლება მრავალ ბარიერს ეჯახება, რაც სახელმწიფოს მხრიდან მყისიერი და ფუნდამენტურად მნიშვნელოვანი ზომების მიღებას საჭიროებს.

3.3. სწავლების პროცესში არსებული გამოწვევები

განათლების აღნიშნული კომპონენტების სასკოლო სივრცეში სწავლებასთან მიმართებით არსებული ბარიერები კომპლექსური და ურთიერთდაკავშირებულია. ერთი მხრივ, არსებობს ინსტიტუციური ხედვის და მზაობის სისუსტე, რაც პრაქტიკაში ამ საკითხთა სწავლების ზედაპირულობასაც განაპირობებს, მეორე მხრივ კი - მასწავლებელთა მოუმზადებლობა, ადამიანის სექსუალობისა და თანასწორობის პრინციპების შესახებ ისაუბრონ უხერხულობისა

და სტიგმის გარეშე, რასაც უკავშირდება კულტურული ბარიერებიც, რომელთა აღმოფხვრა გრძელვადიანი პროცესია და ის სახელმწიფოს მხრიდან ჰოლისტურ ხედვას საჭიროებს.

ზემოაღნიშნულ ბარიერთა პრაქტიკული პრობლემების გამოვლენა რამდენიმე მიმართულებით არის შესაძლებელი. მონიტორინგმა აჩვენა, რომ მასწავლებელთა დაბალი კომპეტენციის, სახელმძღვანელოების შინაარსობრივი შეზღუდულობის და განათლების მიწოდების ფრაგმენტული და არათანმიმდევრული ხასიათი მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს სწავლების პროცესში და საკლასო განხილვების დროსაც წარმოშობს დარბკოლებს.

საინტერესოა, რომ კვლევის ფარგლებში, მასწავლებელთა დაბალი კომპეტენციის პრობლემის ხაზგასმისას, მოზარდები კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებენ არა პედაგოგთა პროფესიულ ცოდნას, არამედ მათ დამოკიდებულებებს, მგრძობელობასა და მზაობას, ზემოაღნიშნულ საკითხებზე ამომწურავად ისაუბრონ. მოზარდები აღნიშნავენ, რომ მიუხედავად პედაგოგთა ცოდნისა კონკრეტულ საგანში (მაგალითად, ბიოლოგია), ამ საკითხებს ისინი მოუმზადებლები ხვდებიან და ცდილობენ ზედმეტი კითხვები თავიდან აირიდონ. აღნიშნა უხერხულობისა და სირცხვილის გრძობაც, რომელიც პედაგოგებს მოსწავლეთა თვალში ხელს უშლის აღნიშნულ საკითხებზე თავისუფლად საუბარში.

მასწავლებლების მხრიდან ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების კომპონენტების სწავლების ხარისხის შეფასებისას, მოსწავლეები ასევე ეხებიან პედაგოგთა ასაკს, და სწავლების ხარისხსა და მგრძობელობის არსებობა/არარსებობას ამითაც ხსნიან. საინტერესოა, რომ მოსწავლეთა ნაწილი პრობლემას ხედავს არა უშუალოდ ასაკოვან მასწავლებლებში, არამედ იმაში, რომ არ არიან ახალგაზრდა მასწავლებლების, რასაც განათლების სისტემისა და სახელმწიფოს მიერ ამ პროფესიების წამახალისებელი პროგრამების არარსებობით ხსნიან.

კვლევის თანახმად, პედაგოგების კომპეტენცია და მზაობა პირდაპირ კავშირშია გარემო პირობებთანაც, განათლების აღნიშნული კომპონენტების სწავლების დაბალი ხარისხი მასწავლებლებზე არსებული სოციალური, კულტურული და ინსტიტუციური გავლენებითაც შეიძლება აიხსნას.

როგორც აღინიშნა, მონიტორინგმა გამოავლინა უშუალოდ სასწავლო კურიკულუმის შინაარსობრივი ხარვეზებიც - მასწავლებელთა განმარტებით, ზემოხსენებულ საკითხებს მხოლოდ სამი პარაგრაფი ეთმობა, რაც არ იძლევა საშუალებას გარკვეული საკითხები უფრო დეტალურად აიხსნას. შესაბამისად, კვლევაში მონაწილე პედაგოგთა სრული უმრავლესობა სახელმძღვანელოთა გადახედვას, მათ მნიშვნელოვანი საკითხებით დატვირთვასა და გამდიდრებას უჭერს მხარს.

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების გარკვეული კომპონენტების სწავლების საკითხზე მსჯელობისას მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა პრაქტიკაში არსებულ დაბრკოლებებსაც. მათ შორის, პედაგოგთა დიდი ნაწილი აღნიშნულის რაობასა და სკოლებში მის სწავლებასთან დაკავშირებით დამახინჯებული ინფორმაციის გავრცელების პრობლემატიკას ასახელებს, რომელსაც მხარს სხვადასხვა

არაფორმალური, კონსერვატიული ჯგუფი უჭერს და საზოგადოებაში, მათ შორის, მშობლებში მორალურ პანიკას თესავს. მშობლები, შესაძლო წინააღმდეგობის ტალღაზე საუბრისას, ყურადღებას ამახვილებენ მშობელთა არაინფორმირებულობასა და მათ ნაკლებ ჩართულობაზე. კვლევის მონაწილეებს კარგად აქვთ გააზრებული მშობელთა ინფორმირებისა და მათი სასკოლო ცხოვრებაში მონაწილეობის მნიშვნელობა, რათა ისინი დამახინჯებული ინფორმაციის მსხვერპლები არ გახდნენ, თუმცა აღსანიშნია, რომ განსხვავებით პედაგოგებისგან, მშობლების წინააღმდეგობას აღნიშნული თემატიკის სასკოლო კურიკულუმში შეტანასთან დაკავშირებით, ნაკლებად ელიან მოზარდები. ისინი მეტად ამახვილებენ ყურადღებას ზოგადად საზოგადოებიდან წამოსულ სავარაუდო საფრთხეებზე, რაც შესაძლოა განათლების აღნიშნული კომპონენტის შეტანას მოჰყვეს სკოლებში, ისიც, ნიადაგის მოუმზადებლად.

მნიშვნელოვანია, რომ თუნდაც არსებული კურიკულუმების ფარგლებში სწავლების პროცესში არსებული ბარიერების აღწერისას, კრიტიკულად გამოიყოფა პედაგოგთა გადამზადების საჭიროება და მათ სპეციფიკურ მომზადებაში ხელშეწყობის აუცილებლობა.

მასწავლებელთა მოუმზადებლობა, როგორც ბარიერი, ჩანს არა მხოლოდ ისეთ თემატურ საგნებში, როგორც ბიოლოგიაა, არამედ სამოქალაქო განათლებასა და ქართულ ლიტერატურაშიც. მიუხედავად იმისა, რომ გენდერული თანასწორობის პრინციპები პერმანენტულად ინერგება საგანმანათლებლო სივრცეში, უნდა აღინიშნოს, რომ მოზარდები ასახელებენ მხოლოდ ზედაპირულ და კონვენციურ შემთხვევებს, როდესაც მასწავლებლები მათ თანასწორობის საკითხებს უხსნიან. ესეც, მხოლოდ ქალისა და კაცის თანასწორობის, პოლიტიკურ ცხოვრებაში თანაბრად მონაწილეობის, ადრეული ქორწინების აკრძალვის საკითხებით შემოიფარგლება. თვალსაჩინოა, რომ სკოლა დღემდე არ წარმოადგენს გენდერული სამართლიანობისა და თანასწორობის პრინციპების შესახებ ცოდნის გასაზიარებელ სივრცეს.

3.4. არაფორმალური სასწავლო პროგრამების შეფასება

ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ არაფორმალური სწავლების კომპონენტი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მოზარდების მხრიდან საკუთარ სხეულსა და ჯანმრთელობაზე დამატებითი ინფორმაციის მიღების ხარისხზე. მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფოს აღიარებული აქვს არაფორმალური სწავლების საჭიროება, რაც გამოხატულია მთავრობის ეროვნულ სამოქმედო გეგმაში აღნიშნული მიზნების მიღწევის ინკლუზიით.⁷³

აღნიშნულთან დაკავშირებით, საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით⁷⁴, არაფორმალური სწავლების ფარგლებში „ბავშვთა და ახალგაზრდობის ეროვნული ცენტრი“ პროგრამის,

⁷³ სექცია 12.11; სექცია 12.11.2.2.

⁷⁴ საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს საპასუხო წერილი MES 1 18 01639770, 20/12/2018.

„მომავლის ბანაკი“, ფარგლებში უზრუნველყოფს რეკრეაციული, საგანმანათლებლო, სპორტული და შემეცნებითი გარემოს შექმნას ახალგაზრდებისთვის.

მიუხედავად იმისა, რომ სამინისტრო არაფორმალური განათლების კომპონენტების დანერგვის შესახებ უთითებს, აშკარაა, რომ ამგვარ სწავლებას არათანმიმდევრული და არასისტემური ხასიათი აქვს. საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში არასამთავრობო ორგანიზაციებთან ჩატარებული ინტერვიუები აჩვენებს, რომ არაფორმალური სწავლების კომპონენტი ყველა რეგიონში არ არის ინტეგრირებული. მაგალითად, სამცხე-ჯავახეთსა და სამეგრელოში მოზარდებს სახელმწიფოს მიერ ორგანიზებული კონკრეტული შეხვედრების შესახებ ინფორმაცია არ გაუზიარებიათ. სხვადასხვა ფოკუს ჯგუფში დასახელდა მეტწილად კერძო ბიზნესის მიერ დაგეგმილი თემატური შეხვედრები ან ისევე უცხოური დონორის მიერ დაფინანსებული პროექტები, რომელსაც კვლავ არასამთავრობო ორგანიზაციები ახორციელებენ (მაგალითად, თელავი, თბილისი). სახელმწიფოს როლი აღნიშნულ აქტივობებში არსებითად მცირეა.

როგორც მოგახსენეთ, არსებითად შეზღუდულია არაფორმალური განათლების კომპონენტების განხორციელების პრეცედენტები საქართველოს ისეთ რეგიონებში, როგორც სამცხე-ჯავახეთი, აჭარა და სამეგრელო. ახალციხეში არსებულ ერთ-ერთ ორგანიზაციასთან დისკუსიით ირკვევა, რომ ცნობიერების ამაღლებისა და ინფორმაციის მიწოდების არეალები შეზღუდულია როგორც ინსტიტუციურად, ისე ფინანსურად. კერძოდ, აღინიშნა სასკოლო სივრცეებში არაფორმალური საგანმანათლებლო ფორმატით ტრენინგთა თუ საინფორმაციო შეხვედრათა ორგანიზების შეუძლებლობა, რომელსაც სახელმწიფოს მიერ დადგენილი, ხშირად არსებითად ფორმალური, შეზღუდვები იწვევს (მათ შორის, ნებართვის მოპოვება).

ამ პრობლემას კიდევ უფრო ამწვავებს ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციებისა თუ საინიციატივო ჯგუფების წახალისებისა და ფინანსური მხარდაჭერის სიმწირე და ხშირად, მისი არარსებობაც. ადგილობრივი საინიციატივო ჯგუფების სიმწირე და მათი აქტივობების ფინანსური შეზღუდულობა, არსებით ბარიერებს წარმოშობს ადგილობრივ დონეზე პრობლემების სიმწვავის შესაფასებლად და მეთოდური, დაგეგმილი ინტერვენციისთვის.

მონიტორინგმა გამოავლინა არაფორმალური სასწავლო თუ საინფორმაციო შეხვედრების ორგანიზებისა და განხორციელების პროცესში არსებული სირთულეები საქართველოს ზოგიერთ რეგიონში. კვლევის ფარგლებში, მონაწილეების მხრიდან დასახელებული პრობლემები დიდ ქალაქებსა და რეგიონებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და სექსუალური განათლების შესახებ ინფორმაციის გავრცელების კუთხით არსებულ საჭიროებებზე მიუთითებს. ეს თემა განსაკუთრებით აქტუალურია მაღალმთიან რეგიონებში, სოფლებსა და დაბებში, სადაც საინფორმაციო შეხვედრები იშვიათად, ან საერთოდ არ ტარდება.

ფორმალური განათლებისგან განსხვავებით, არაფორმალური სწავლება შესაძლებლობას იძლევა, ინფორმაცია გავრცელდეს არა მხოლოდ სკოლის მოსწავლეებში, არამედ მოზარდებსა და ზრდასრულ ადამიანებში, თუმცა, მიუხედავად ამისა, არაფორმალური სწავლების მნიშვნელობა სახელმწიფოს სრულყოფილად არ აქვს გააზრებული და შესაბამისად, სახელმწიფოს პოლიტიკა ცნობიერების ამაღლების კუთხით, არსებითად სუსტია.

3.5. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების საჭიროების ანალიზი ფორმალურ და არაფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში

ადამიანის სექსუალობისა და რეპროდუქციის შესახებ დღეს არსებული ჭარბი ინფორმაციის პირობებში, ახალგაზრდა ადამიანების ცხოვრებაში, კომპლექსური განათლების დაბალანსებული და ყოვლისმომცველი მიდგომის უზრუნველყოფა მეტად მნიშვნელოვანია იმისათვის, რათა ეს ახალგაზრდები ჩაერთონ მათსავე საჭიროებებზე მორგებულ სასწავლო პროცესებში. ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება ქმნის იმის შესაძლებლობას, რომ სექსუალობა განიხილებოდეს მისი პოზიტიური ასპექტების მოშველიებით, მათ შორის, ურთიერთობების შესახებ, რომელიც უნდა ეფუძნებოდეს ურთიერთპატივისცემასა და თანასწორობას.

ამასთან, განათლების აღნიშნული კომპონენტის მიზანია, წახალისოს მიმდინარე სოციალური და კულტურული ფართო ასპექტების შესახებ მსჯელობები, მათ შორის, უთანასწორობის, სიღარიბის, რასის, სექსუალური ორიენტაციის და გენდერული იდენტობის შესახებ.⁷⁵ შესაბამისად, მისი საჭიროება მტკიცებულებებზე დაყრდნობილ ინფორმაციასა და გამოცდილებას ეფუძნება, რომელიც, თავის მხრივ, წარმოაჩენს იმ არსებითად ნეგატიურ შედეგებს, რაც განათლების ზემოაღნიშნული კომპონენტის არარსებობით არის გამოწვეული.

როგორც პრაქტიკა აჩვენებს, საოჯახო სივრცეები მოზარდებსა და ახალგაზრდებს ნაკლებად სთავაზობს ზემოხსენებული ინფორმაციის მიღების შესაძლებლობებსა და სივრცეებს. ხშირად კი პირიქით, შესაძლოა ოჯახიდან მოდიოდეს სტერეოტიპები, სტიგმები და შეზღუდვები, რაც ხელს უშლის მოზარდებს, სანდო ინფორმაციაზე დაყრდნობით მიიღონ ინფორმაცია და შექმნან თვითგანვითარების შესაძლებლობები.⁷⁶

მონიტორინგმა აჩვენა, რომ ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების მიღებას მოზარდები სრულად უჭერენ მხარს, რადგანაც გააზრებული აქვთ მის არარსებობასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი ნეგატიური შედეგები. კვლევის თანახმად, მოზარდების/მოსწავლეებისათვის ამგვარი განათლების მისაღებად სასკოლო სივრცე ყველაზე მისაღებია, რადგანაც ამ სახის ინფორმაცია სკოლაში ყველაზე სწორი ფორმითა და მეთოდით შეიძლება მიეწოდოს. საინტერესოა, რომ მოსწავლეთა/მოზარდთა დიდმა ნაწილმა დადებითად უპასუხა კითხვას, მიაჩნია თუ არა, რომ ყოვლისმომცველი სექსუალური განათლება ადამიანის უფლებაა.

ბიოლოგიის პედაგოგთა დიდი ნაწილი მხარს უჭერს განათლების აღნიშნული კომპონენტის სავალდებულო ინტეგრირებას სასწავლო კურიკულუმში. საინტერესოა, რომ მოზარდთა და მასწავლებელთა დიდი ნაწილი ეთანხმება არა მხოლოდ ზემოაღნიშნულ საკითხთა ინკლუზიას ბიოლოგიისა და სამოქალაქო განათლების საგანში, არამედ მის ცალკე, დამოუკიდებელ საგნად არსებობას⁷⁷. ასევე გამოითქვა მეტად კომპლექსური მიდგომაც,

⁷⁵ UNICEF, 2018, გვ. 18

⁷⁶ UNICEF, მოზარდთა მშობლობისა და მოზარდთა მშობლობის მხარდამჭერი პროგრამების კვლევა საქართველოში, 2018, გვ. 22, იხ: http://unicef.ge/uploads/Parenting_study-ge.pdf

⁷⁷ პედაგოგთა და მოზარდთა დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ თუ საგანი ცალკე იარსებებს, მნიშვნელოვანია, ის სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელმა (გინეკოლოგი, რეპროდუქტოლოგი,

კერძოდ, ინტერვიუერთა გარკვეული ნაწილი ემხრობა ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების სხვადასხვა კომპონენტის ინკლუზიას სხვადასხვა საგანში, რათა მოსწავლეს შესაძლებლობა ჰქონდეს ინფორმაცია სხვადასხვა მედიუმიდან და პრიზმიდან მიიღოს.

ფორმალურ საგანმანათლებლო დაწესებულებებში განათლების აღნიშნული კომპონენტის გარკვეული ნაწილების სწავლების შესახებ ინფორმაციას არ ფლობენ ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები სამცხე-ჯავახეთში, კერძოდ კი, ახალციხეში. თუმცა, მიუხედავად ამისა, ყველა ორგანიზაციის წარმომადგენელი საუბრობს აღნიშნული საკითხების ინკლუზიის საჭიროებაზე სასწავლო გეგმასა და კურიკულუმებში.

მონიტორინგი ცხადყოფს, რომ მოზარდებისათვის ინფორმაციის მიღების პირველადი წყაროა ინტერნეტი, მხოლოდ მის შემდგომ სახელდება მეგობრები, მშობლები და მასწავლებლები⁷⁸.

კვლევა აჩვენებს, რომ სასკოლო სივრცეებში ინფორმაციის ნაკლებობა ან მისი სრული არარსებობა არსებით კავშირშია ახალგაზრდებისა და მოზარდების მიერ სერვისებზე წვდომასთან ან მიმართვიანობასთან. ამასთან, კრიტიკულ როლს თამაშობს ეკონომიკური დამოუკიდებლობის არარსებობაც, რომელიც აძლიერებს სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხების დამალვას. ამგვარ ბარიერებს ასევე წარმოშობს გენდერული როლები და ქალების სექსუალობის კონტროლის პრაქტიკა საზოგადოების მხრიდან, რაც გამყარებულია გოგონებისა და ბიჭების მიმართ არსებული მოლოდინების სხვაობითაც, ქორწინების მიღმა სექსუალური ცხოვრების დაწყება გოგონების თუ არსებით პრობლემებთან არის დაკავშირებული, რაც განსაზღვრავს კიდევ მის სტატუსს კონკრეტულ სოციალურ ჯგუფში, ბიჭების მიმართ ამგვარი დამოკიდებულება არასდროს გვხვდება და პირიქით, წახალისებულად კია.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, ინტერნეტი ასევე შეიძლება იყოს ძალადობის სივრცეც, რომელიც მისი ფარულობიდან გამომდინარე, რთულად გამოსავლენი და აღმოსაფხვრელია. ფუნდამენტური უფლებების შესახებ ევროკავშირის სააგენტოს (FRA) ანგარიშის მიხედვით, 15 წელს ზემოთ 10 ქალიდან ერთი ექვემდებარება შევიწროებას კიბერ სივრცეში⁷⁹ (მათ შორის, არასასურველი, ძალადობრივი ან/და სექსუალურად ექსპლიციტური წერილებისა და მესიჯების მიღება და სხვ.), ამასთან, სულ უფრო მზარდია სექსტინგის პრაქტიკა (Sexting) – პირების მიერ სექსუალური შინაარსის მესიჯების/ფოტოების გაზიარება, რომელიც ასევე წარმოშობს მაღალ სარისკო ქცევებს მოზარდებში, რომლის შემცირება შესაძლებელია გაუმჯობესებული განათლებით. ახალგაზრდებს სჭირდებათ მხარდაჭერა, რათა შეძლონ

სექსოლოგი) ასწავლოს, თუმცა მხოლოდ მან, რომელსაც აქვს ადეკვატური პედაგოგიური უნარები და ცოდნა სწორად მიაწოდოს მოზარდებს მათთვის საჭირო ინფორმაცია, რისთვისაც ინტერვიუებში აღნიშნავენ, რომ მნიშვნელოვანი იქნება ფსიქოლოგის მონაწილეობაც ამ პროცესში.

⁷⁸ ტექნოლოგიებს აქვთ დიდი პოტენციალი, პოზიტიურ, ზუსტ და არაგამიკცხავ ინფორმაციაზე წვდომა უზრუნველყოს, თუმცა ის ასევე შეიძლება გახდეს არაზუსტი, საზიანო და შეუსაბამო ინფორმაციის გავრცელების წყარო, რამაც შეიძლება ხელი შეუწყოს საზიანო გენდერული ნორმების გაძლიერებას.

⁷⁹ ევროკავშირის ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების სააგენტო, ქალთა მიმართ ძალადობა, ევროკავშირის კვლევა, 2014, იხ: file:///C:/Users/Lika%20Jalagania/Downloads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf

კრიტიკულად შეაფასონ მიღებული სექსუალური შინაარსის მესიჯები და ითხოვონ დახმარება, საჭიროების შემთხვევაში. ახალგაზრდებს ასევე სჭირდებათ ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლების ისეთ გარემოზე წვდომა, რომელიც იქნება ემოციურად მხარდამჭერი, სენსიტიური და არა – გამკიცხავი, რათა მან არ გამოიწვიოს თვითდესტრუქციული ქცევები მოზარდებსა და ახალგაზრდებში.⁸⁰

ინფორმაციის არქონით, თვითსტიგმათა და სირცხვილით გამოწვეულ სიცოცხლისთვის საფრთხის შემცველ გამოცდილებებთან⁸¹ დაკავშირებული კრიტიკული ასპექტები გამოიკვეთა სხვადასხვა რეგიონში ჩატარებულ დისკუსიებშიც.

მონიტორინგის ფარგლებში, ზუგდიდში გამოვლინდა არასრულწლოვანი გოგონას პერსონალური ინფორმაციის ამსახველი ვიდეოს გავრცელების მძიმე შემთხვევა. რასაც, მნიშვნელოვანია, რომ მსხვერპლის უნებლიე დადანაშაულების დამოკიდებულება მოჰყვა დისკუსიაში მონაწილე პედაგოგის მხრიდან, თუმცა პედაგოგმა აღნიშნა, რომ ის მომხდართან დაკავშირებით თავის მოსწავლეებს გაესაუბრა და ქმედების სიმძიმესა და დაუშვებლობაზე მიუთითა.

მსხვერპლის დადანაშაულების პრაქტიკა ტრადიციული პატრიარქალური სისტემისთვის დამახასიათებელი მძიმე შედეგის მქონე ფენომენია, რომელიც საზოგადოებაში ფესვგამდგარი სტერეოტიპების გავლენით, ქალის მიმართ კონკრეტული ძალადობრივი ქმედების განხორციელების პოტენციურ მიზეზად თუ გამომწვევად კვლავაც ქალს მოიაზრებს.

ყოველსმომცველი სექსუალური განათლების სასკოლო სივრცეებში არსებობის საჭიროებას განაპირობებს ფორმალური საგანმანათლებლო გარემოს უსაფრთხო და მხარდამჭერ სივრცედ ქცევის აუცილებლობაც. სახელმწიფოს პოლიტიკა მოზარდებისა და არასრულწლოვნების მიმართ ნაკლებად არის ორიენტირებული პოზიტიური გარემოს შექმნაზე, სადაც მოზარდებს განვითარების მეტი შესაძლებლობა ექნებათ.

ადამიანის სექსუალობის შესახებ მაღალი ხარისხის, ასაკზე მორგებული და განვითარებასთან შესაბამისი განათლების არარსებობამ შესაძლოა ბავშვები და ახალგაზრდები დაუცველები დატოვოს საზიანო სექსუალური ქცევებისა და სექსუალური ექსპლოატაციის წინაშე. კომპლექსური საკითხების ამოღება განათლების აღნიშნული კომპონენტიდან ზღუდავს ახალგაზრდების აგენტობას, მათ ავტონომიასა და კონტროლს სექსუალურ ურთიერთობასა და ცხოვრებაზე.⁸² აღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს სრულყოფილად ჰქონდეს გააზრებული მისი არა მხოლოდ ნეგატიური, არამედ პოზიტიური ვალდებულებაც, უზრუნველყოს საკუთარი მოქალაქეების ადამიანის უფლებების დაცვისათვის საჭირო ზომების მიღება და ეფექტიანი მექანიზმების დანერგვა. გარდა იმისა, რომ ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება სხვა უფლებათა ეფექტიანი განხორციელების საჭიროებაა, ის ცალკე აღებულიც წარმოადგენს ადამიანის უფლებას, რომელიც განუყოფელია სხვა ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებებისაგან.

⁸⁰ UNESCO, 2018, გვ. 24

⁸¹ „შსს-მ თვითმკვლელობამდე მიყვანის ბრალდებით ერთი პირი დააკავა“, 18 აგვისტო, 2018, იხ: <http://liberali.ge/news/view/39086/shssm-tvitmkvlelobamde-miyvanis-braldebit-erti-piri-daakava>

⁸² გვ. 18

რეკომენდაციები

საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს:

- ასაკის შესაბამისი, ადამიანის სექსუალობის შესახებ კომპლექსური განათლება გახდეს ფორმალური საგანმანათლებლო სისტემის ნაწილი. აღნიშნული ვალდებულება აისახოს 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
- უზრუნველყოფილ იქნას რეგიონებში, განსაკუთრებით, მაღალმთიან სოფლებში მცხოვრები პედაგოგებისა და იქ არსებული სკოლების, მხარდაჭერა ადამიანის სექსუალობის შესახებ არაფორმალური და ფორმალური სწავლების გაძლიერების მხრივ
- უზრუნველყოფილ იქნას მშობლების ჩართულობა სასკოლო ცხოვრებაში და მათი სრულყოფილი ინფორმირების წახალისება
- შემუშავდეს ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული სასწავლო მასალები სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი პედაგოგებისთვის. უზრუნველყოფილ იქნას პედაგოგების პერმანენტული გადამზადება.

დასკვნა

მოცემული დოკუმენტი აფასებს ქვეყანაში დედათა ჯანმრთელობის, კონტრაცეფციაზე ხელმისაწვდომობისა და ადამიანის სექსუალობის შესახებ ინფორმირებულობის კუთხით სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების განხორციელებას ქვეყანაში. კერძოდ, კვლევა აანალიზებს სერვისებზე წვდომის სოციალურ-ეკონომიკურ და სოციალურ-კულტურულ ბარიერებს, ასევე, იმ სპეციფიკურ ბარიერებს, რომლებსაც მარგინალიზებული ჯგუფები, კონკრეტულად, სექს-მუშაკი ქალები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები, შშმ ქალები, მოზარდი გოგონები, სოფლად მცხოვრები ქალები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის კუთხით აწყდებიან.

კვლევამ გამოავლინა, რომ საზოგადოებაში არსებული გენდერული უთანასწორობა აისახება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების მიმართულებით სახელმწიფო პოლიტიკასა და პრაქტიკაზე. კვლევამ ასევე გამოავლინა, რომ პატრიარქალური იერარქიით ნაკარნახევი, საზოგადოებაში ფესვგადგმული სტერეოტიპები და გენდერული როლები მჭიდრო კავშირშია იმ სოციალურ-კულტურულ და სოციალურ-ეკონომიკურ ბარიერებთან, რომლებიც აფერხებს ქალებს, სრულყოფილად ისარგებლონ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებებით.

კვლევის პროცესში გამოიკვეთა, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას სხვადასხვა მარგინალიზებულ და მოწყვლად ჯგუფთან მიმართებით. კერძოდ, მნიშვნელოვანია აღნიშნული მიმართულებით ლბტ+ ქალების საჭიროებების შესწავლა, ასევე, იმ ბარიერების შესწავლა, რომლებსაც ისინი სერვისზე წვდომისას ჰომო/ტრანსფობიური განწყობებისა და მათი საჭიროებების კვლევის არარსებობის ფონზე აწყდებიან.