

შშმ ახადგაზრდებსა და ქადაბში
საქსუაღუნი და რეპროდუქციური
ჯანმრთაღმობის საჭირმოაბების
და ბარირების

პპღეპა | 2019



შშმ ახალგაზრდებსა და ქალებში სექსუალური და
რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების და
ბარიერების კვლევა



შშმ ახალგაზრდებსა და ქალებში სემსუალური
და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების და ბარიერების კვლევა

კვლევის ანგარიში

კვლევის ხელმძღვანელი:

ნინო წულეისკირი - დირექტორი, ასოციაცია ჰერა ოცდაერთი

კვლევის კოორდინატორი:

სალომე იობაძე - პროექტების კოორდინატორი, ასოციაცია ჰერა ოცდაერთი

მკვლევართა ჯგუფი:

ნინო ქოქოსაძე - დირექტორი, შპს ანოვა

ქრისტინე ლორთქიფანიძე - კვლევების კონსულტანტი, შპს ანოვა

მარიამ კვიციანი - კვლევების კონსულტანტი, შპს ანოვა

მაია რობაქიძე - კვლევის ანალიტიკოსი, შპს ანოვა

მადლობა ასოციაცია ჰერა ოცდაერთს და კვლევაში მონაწილე თითოეულ რესპონდენტს.

წინამდებარე კვლევა განხორციელდა შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციის (RFSU) მხარდაჭერით. პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის კვლევის მონაწილეებსა და მკვლევართა ჯგუფს და შესაძლოა არ გამოხატავდეს შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციისა და შვედეთის მთავრობის მოსაზრებებს.

© ასოციაცია ჰერა ოცდაერთი

თბილისი, 2019

სარჩევი

შესავალი	5
ტერმინთა განმარტება	6
კვლევის შებენიანობა	6
1. საკითხის აქტუალობა	7
2. კვლევის მეთოდოლოგია.....	9
3. კვლევის ძირითადი დასკვნები და რეკომენდაციები	13
3.1 კვლევის ძირითადი მიგნებები.....	13
3.2 კვლევის რეკომენდაციები.....	19
4. კვლევის შედეგები.....	21
თავი 1 - შპს პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების კუთხით არსებული პროგრამების, სერვისებისა და საკანონმდებლო გარემოს ანალიზი	21
1.1. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების საკანონმდებლო ბაზის მიმოხილვა.....	21
1.2. შპს პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, პროექტებისა და პროგრამების მიმოხილვა	24
თავი 2 - შპს ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და ბარიერების ანალიზი	42
2.1. შპს - ტერმინის აღქმა და დამოკიდებულებები	42
2.2. რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობა.....	45
2.2.1. ტერმინების აღქმა	45
2.2.2. შპს პირების სექსუალობასთან და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სტიგმები.....	47
2.2.3. შპს ახალგაზრდების და ქალების სექსუალობის აღქმა	52
2.3. სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები	52
2.3.1. შპს ჯგუფებში სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების დარღვევის შემთხვევები ..	55
2.3.2. დახურულ ინსტიტუციებში შპს პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების დაცვა და საჭიროებები	56
2.3.3. ოჯახის შემქმნის უფლების რეალიზაციის ბარიერები.....	61
2.4. ძალადობა.....	65
2.4.1. ძალადობის სახეები	67
2.4.1.1. სექსუალური ძალადობა	67
2.4.1.2. გენდერული დისკრიმინაცია	71
2.4.1.3. ოჯახური ძალადობა/ფიზიკური ძალადობა	72

2.4.1.4. ბულინგი სკოლაში	74
2.4.1.5. სექსუალური შევიწროების შემთხვევები შშმ პირებში	75
2.4.2. ძალადობასთან ბრძოლა.....	77
2.5. შშმ ახალგაზრდების და ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჭიროებები	78
2.6. განათლება.....	82
2.6.1. სამიზნე ჯგუფებში ინფორმაციის სიმწირის პრობლემატიკა	82
2.6.2. სექსუალურ და რეპროდუქციულ საკითხებზე არსებული ინფორმაცია.....	84
2.6.3. ინფორმაციის მიღების არსებული წყაროები	85
2.6.4. რეკომენდაციები ინფორმაციაზე/განათლებაზე	93
2.7. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები	95
2.7.1. სერვისების არსებობა და სამიზნე ჯგუფების ინფორმირება	95
2.7.2. სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის ბარიერები.....	97
2.7.2.1. ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა	97
2.7.2.2. ინფრასტრუქტურული ხელმისაწვდომობა/ადაპტაცია სხვადასხვა ტიპის შშმ-ზე.....	98
2.7.2.3. ფინანსური ხელმისაწვდომობა.....	100
2.7.3. მედპერსონალის კვალიფიკაცია და დამოკიდებულებები.....	101
2.7.3.1. ცოდნა და კვალიფიკაცია	101
2.7.3.2. ეთიკა, კონფიდენციალობა, პაციენტთან კომუნიკაციის წესები	103
2.7.3.3. დამოკიდებულებები	104
2.7.4. ექსპერტების რეკომენდაციები.....	105
2.8. მშობლების ჩართულობა შშმ პირის ცხოვრებაში	107
2.8.1. შშმ მოზარდების სექსუალური ცხოვრების მიმდებლობა.....	108
2.8.2. შშმ ბავშვების/მოზარდების მშობლების რეკომენდაციები	109
დანართი.....	110
1. ფოკუსური ჯგუფური დისკუსიების სახელმძღვანელო.....	110
ფოკუსური ჯგუფური დისკუსიები შშმ ბავშვების და მოზარდების მშობლებთან/მეურვეებთან	110
ფოკუსური ჯგუფური დისკუსიები შშმ ქალებთან	112
2. სიღრმისეული ინტერვიუების სახელმძღვანელო	117
სიღრმისეული ინტერვიუები სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრელებთან, არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებსა და სერვისის მიმწოდებლებთან.....	117
სიღრმისეული ინტერვიუები შშმ პირების სექსუალურ და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე / საჭიროებებზე მომუშავე პირებთან.....	119

შესავალი

წინამდებარე დოკუმენტში მიმოვიხილავთ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისა და მოზარდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების კუთხით არსებულ სამართლებრივ დოკუმენტებს, საქართველოში ბოლო 3 წლის მანძილზე განხორციელებულ პროექტებს, პროგრამებსა და სერვისებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვას. ამასთან, გავანალიზებთ შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვისა და რეალიზების კუთხით არსებულ საჭიროებებსა და ბარიერებს - რა სირთულეებს აწყდებიან, რა გამოწვევების წინაშე დგანან.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, მასთან დაკავშირებული უფლებები და კეთილდღეობა განიხილება, როგორც ადამიანის ძირითადი უფლება და აღიარებულია ადგილობრივ და საერთაშორისო დონეზე - საქართველოს კონსტიტუციით, ადამიანის უფლებების დაცვის საერთაშორისო დეკლარაციითა და გაეროს ადამიანის უფლებების დაცვის კონვენციით. სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები უკავშირდება ისეთ ფუნდამენტურ უფლებებს, როგორებიცაა: ჯანმრთელობის დაცვის უფლება; ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა; პირადი ცხოვრების უფლება; დისკრიმინაციის აკრძალვა; პიროვნული თვითგამორკვევის უფლება; წამებისა და სასტიკი მოპყრობისგან თავდაცვის უფლება და სხვა უფლებები.

ასოციაცია „ჭერა ოცდაერთი“ თავისი საქმიანობით ხელს უწყობს საქართველოში რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხების წინა პლანზე წამოწევას, მოსახლეობისთვის ყოვლისმომცველი კომპეტენტური ინფორმაციის მიწოდებითა და დაინტერესებული მხარეების არაფორმალური განათლებით.

მიმდინარე ეტაპზე, ასოციაციის მიზანია გაანალიზდეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების კუთხით საქართველოში შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების საჭიროებებისა და ბარიერების შესახებ არსებული მდგომარეობა, მოხდეს ამ საკითხის ამომწურავი შესწავლა და ანალიტიკური ანგარიშის მომზადება, რომელიც ხელმისაწვდომი იქნება ფართო საზოგადოებისთვის.

პროექტი ხორციელდება შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციის მხარდაჭერით.

იმედი გვაქვს, ჩვენ მიერ მომზადებული ანგარიში დაეხმარება დაინტერესებულ მხარეებს შშმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების კუთხით ინფორმირებაში და ხელს შეუწყობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ადვოკატირების პროცესებს. ასევე, ხელს შეუწყობს მოზარდებს, ქალებსა და მათი ოჯახის წევრებს, სერვისის მიმწოდებლებსა და უფლებადამცველებს, გაანალიზონ არსებული სიტუაცია და დასახონ თანასწორი გარემოს ხელშემწყობი გზები.

ტერმინთა განმარტება

კვლევის ანგარიშში გამოყენებული ტერმინოლოგიის ნაწილი (შპმ პირთა დიაგნოზები და ჯანმრთელობის სტატუსები) უმეტესწილად ასახავს კვლევის მონაწილეთა მიერ მონოდებულ ინფორმაციას, რომელსაც დღეს აქტიურად იყენებენ სამედიცინო სფეროში (ექიმები, დარგის სპეციალისტები) და დამკვიდრებული ტერმინებია სამედიცინო დიაგნოზების სახით.

თუმცა, აქვე აღსანიშნავია, რომ შპმ პირთა უფლებების კონვენციის რატიფიცირების და მისი კანონქვემდებარე აქტების მიღების შედეგად მიჩნეულია, რომ შპმ პირთა დიაგნოზები განხილული იყოს სოციალურ კონტექტში და საზოგადოდ, ჩანაცვლდეს სამედიცინო ტერმინოლოგია. ამით, ერთი მხრივ, ხელს შევუწყობთ სტიგმატიზაციის შემცირებას, მეორე მხრივ, ვაღირებთ გაეროს უფლებების კონვენციასა და თანამედროვე მიდგომებს შპმ პირთა საკითხების მიმართ.

კვლევის შეზღუდვები

წინამდებარე კვლევა განხორციელებულია კვლევის თვისებრივი მეთოდის გამოყენებით, რაც ბუნებრივია, არ იძლევა შედეგების განზოგადების საშუალებას და მხოლოდ ძირითად საკითხებს, გამონკვევებსა და ტენდენციებს აჩვენებს. ამასთან, კვლევის ფარგლებში გამოკითხული რესპონდენტების მიერ მონოდებული ინფორმაცია ეყრდნობა მათ გამოცდილებაში არსებულ შემთხვევებს და ცხადია, ვერ ვისაუბრებთ იმაზე, თუ რამდენად გავრცელებულია აღნიშნული ფაქტები ზოგადად საქართველოში.

კვლევა განხორციელდა 3 რეგიონში - თბილისში, კახეთსა და იმერეთში - რაც, ასევე მთავარ შეზღუდვად მიიჩნევა. კვლევის მიღმა რჩება სხვა რეგიონები, სადაც არსებული სიტუაციის გაანალიზება დამატებითი შესწავლის საგანია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ კვლევის ფარგლებში სრულად ვერ დაიფარა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების მთლიანი სპექტრი, სწორედ ამიტომ, სხვადასხვა დიაგნოზის მქონე ადამიანების საჭიროებები და ბარიერები კვლევის ანგარიშში ვერ მოხვდა.

ვითოვებთ იმედს, რომ საკითხის აქტუალობიდან გამომდინარე, დამატებითი კვლევები განხორციელდება და პასუხი გაეცემა ყველა იმ შეკითხვას, რაც მოცემული კვლევის ფარგლებში წამოიჭრება.

1. საკითხის აქტუალობა

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, უფლებები და კეთილდღეობა ადამიანის ერთ-ერთი ძირითადი უფლებაა და აღიარებულია საქართველოს კონსტიტუციითა და კანონებით, საქართველოს მიერ რატიფიცირებული ადამიანის უფლებების საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულებებით.

უფლებრივი თვალსაზრისით, რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობა და უფლებები განისაზღვრა 1994 წელს კაიროში გამართული საერთაშორისო კონფერენციის - „მოსახლეობა და განვითარება“ (ICPD) - საბოლოო დოკუმენტით („კაიროს კონფერენციის სამოქმედო პროგრამა“), და განმეორებით დამტკიცდა 1995 წელს პეკინში, „ქალების შესახებ მეოთხე მსოფლიო კონფერენციაზე“ (პეკინის კონფერენციის სამოქმედო პლატფორმა). როგორც კაიროს კონფერენციის სამოქმედო პროგრამა, ისე პეკინის კონფერენციის სამოქმედო პლატფორმა ნათლად გვიჩვენებს, რომ რეპროდუქციული და სექსუალური უფლებები ადამიანის უფლებების განუყოფელი ნაწილია, ისეთივე, როგორცაა: სიცოცხლის უფლება, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, (მათ შორის ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უფლება), დისკრიმინაციის აკრძალვა, პირადი ცხოვრების უფლება, პიროვნული თვითგამორკვევის უფლება, უფლება, არ გახდეს წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის და სასჯელის მსხვერპლი და სხვა.

მიუხედავად იმისა, რომ შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცულობა და თანასწორობა რამდენიმე სამართლებრივი დოკუმენტით განისაზღვრება (მაგალითად, „ადამიანის საყოველთაო უფლებების დეკლარაცია“, და სხვა), მათი აღსრულების მექანიზმები საკმაოდ სუსტია. წინამდებარე კვლევის საფუძველზე, აშკარაა, რომ საქართველოში თითქმის არ არსებობს ამ ჯგუფის მხარდამჭერი პროგრამები და სერვისები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით (დეტალურად მომოვიხილავთ მომდევნო ქვეთავებში). მოცემული სამიზნე ჯგუფი მოწყვლადია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების ხელყოფის მიმართულებით. ამასთან, ისინი ჯერ კიდევ განიცდიან სტიგმას სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით.

შშმ პირები, როგორც მოწყვლადი ჯგუფი, მრავალი საჭიროების წინაშე დგანან, მათ შორისაა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, რომლის საჭიროებებზეც ნათელი წარმოდგენა ამ ეტაპამდე ნაკლებად არსებობდა. მწირი კვლევებისა და ინფორმაციული ბაზის არარსებობის გამო განსაკუთრებით შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ადვოკატირება და მათზე მორგებული გარემოს ფორმირება დღემდე ვერ მოხერხდა და ჯერ კიდევ დახვეწის ეტაპზეა.

დღესდღეობით, სახელმწიფო დონეზე იშვიათად ვხვდებით ფოკუსირებულად შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების ჯგუფზე მორგებულ პროექტებს. განსაკუთრებით იშვიათია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით განხორციელებული სერვისები/პროგრამები. მსგავსი სერვისები და პროგრამები ფაქტობრივად არ ხორციელდება საქართველოს ტერიტორიაზე. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის არსებული სერვისები და პროგრამები კი ძალიან ზოგადია, და არ არის მორგებული შშმ პირების, მათ შორის შშმ ქალებისა და შშმ ახალგაზრდების საჭიროებებზე. თუმცა, საკითხი იმდენად აქტუალურია, რომ ყურადღების სათანადო დათმობას საჭიროებს. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების შესახებ ინფორმირებულობა სულ ცოტა ერთ-ერთი პრევენციული მექანიზმია სექსუალური ძალადობის შესამცირებლად, რომ არაფერი ვთქვათ სხვა ბენეფიტებზე, რაც ამ უფლებების დაცვას მოაქვს, კერძოდ - სტიგმის შემცირება, მოწყვლადი ჯგუფის გარემოსთან ადაპტაცია, ცხოვრების სტილის გაუმჯობესება და ა.შ.

შშმ პირთა ზოგადი უფლებებისა და საჭიროებების კუთხით საზოგადოების ინფორმირებისთვის საქართველოში არასამთავრობო სექტორი აქტიურობს. არასამთავრობო ორგანიზაციები მათ მიერ მოპოვებული დაფინანსებითა თუ პირადი შესაძლებლობებით ძირითადად მცირე მასშტაბის პროექტებს ახორციელებენ, რაც მასობრივად არსებულს პრობლემებს ნაკლებად ცვლის. ამასთან, მათ მიერ განხორციელებული პროგრამები ძირითადად ორიენტირებულია შშმ პირთა ზოგადი და ფუნდამენტური

საჭიროებებისა და უფლებების დაცვის მიმართულებით და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხები მსჯელობის მიღმა რჩება.

ერთი მხრივ, სწორედ არსებული საჭიროებების გამოსავლენად და მეორე მხრივ, აღნიშნულ საკითხზე ფართო საზოგადოების უფრო მეტად ინფორმირებისთვის, ასოციაცია „ჰერა ოცდაერთმა“ შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციის მხარდაჭერით განახორციელა კვლევა, რომლის მიზანი სწორედ შშმ ქალთა და ახალგაზრდათა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და ბარიერების გამოვლენა იყო.

იმედს ვიტოვებთ, რომ მოცემული კვლევა ნათლად წარმოაჩენს საკითხის სიმწვავესა და მნიშვნელობას მოცემული სამიზნე ჯგუფისთვის და ამასთან, კვლევა საფუძვლად დაედება საკითხის უფრო სიღრმისეულ და მასშტაბურ შესწავლას.

2. კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანი

წინამდებარე კვლევის ძირითად მიზანს წარმოადგენს შშმ ახალგაზრდებსა და ქალებში სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზაციის მიმართულებით არსებული პრობლემების, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისის ხელმისაწვდომობის ბარიერებისა და საჭიროებების გამოვლენა, შშმ პირების დამოკიდებულებებისა და ცხოვრებისეული გამოცდილებების ანალიზი სექსუალობის თვალსაზრისით.

კვლევის ამოცანები

კვლევის პირველი მთავარი ამოცანა იყო **შშმ ქალებსა და მოზარდებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უფლებების კუთხით არსებული სიტუაციის გაანალიზება** სერვისების, პროექტების, პროგრამებისა და სამართლებრივი დოკუმენტების შესწავლის გზით, რაც საშუალებას მოგვცემს, დავინახოთ ამ მიმართულებით ქვეყანაში გადადგმული ნაბიჯები, სახელმწიფოს, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და სამოქალაქო სექტორის ჩართულობა და როლი საკვლევ საკითხში.

კვლევის მეორე ძირითად მიზანს წარმოადგენდა **სამიზნე ჯგუფებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უფლებების კუთხით აღქმული ბარიერებისა და საჭიროებების შესწავლა**, რაც მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ ზუსტად განისაზღვროს შშმ პირთა თვალთ დახეული რეალობა, გამოწვევები და საჭიროებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უფლებების დაცვის უზრუნველყოფის კუთხით. ეს, თავის მხრივ, გულისხმობს ისეთი საკითხების შესწავლას, როგორებიცაა:

- შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების ინფორმირებულობის ანალიზი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებზე;
- შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების დამოკიდებულებების იდენტიფიცირება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე;
- სექსუალობა და შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების ცხოვრებისეული გამოცდილებების ანალიზი.

კვლევის მეთოდი

კვლევის მეთოდოლოგია შემუშავდა ასოციაცია „ჰერა ოცდაერთისა“ და კვლევითი და საკონსულტაციო კომპანია „ანოვას“ მკვლევართა გუნდის მიერ. კვლევა დაიგეგმა ორი ძირითადი მიმართულებით:

1. **მეორადი მონაცემების ანალიზი** - რის ფარგლებშიც მოგროვდა ინფორმაცია შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების რეპროდუქციული და სექსუალური საკითხების გარშემო ბოლო 5 წლის განმავლობაში არსებული პროექტებისა და პროგრამების თაობაზე საქართველოს მასშტაბით, განხორციელებული როგორც სამთავრობო, ისე არასამთავრობო სექტორის მიერ.
2. **თვისებრივი კვლევა სიღრმისეული ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფების მეთოდის გამოყენებით** - რომლის ფარგლებშიც უშუალოდ სამიზნე ჯგუფი გამოიკითხა და მოგროვდა ინფორმაცია მათი საჭიროებების შესახებ.

პროექტის მიმდინარეობისას პირველ ეტაპზე - **მეორადი ინფორმაციის მოგროვება** - გაანალიზდა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უფლებების მიმართულებით როგორც საერთაშორისო, ისე ქართული სამართლებრივი დოკუმენტები. წინამდებარე ანგარიშში წარმოდგენილია ძირითადი მიგნებები.

ამასთან, მკვლევართა გუნდმა მოაგროვა ინფორმაცია ბოლო წლების განმავლობაში განხორციელებული სერვისების, პროექტებისა და პროგრამების შესახებ, რომელთა სამიზნე აუდიტორია იყო შშმ პირები (ქალები და ახალგაზრდები) და თემატიკა ეხებოდა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას.

კვლევის მეორე ეტაპზე - **თვისებრივი კვლევა**- განხორციელდა პირველადი ინფორმაციის შეგროვება შშმ ქალებსა და ახალგაზრდებთან. სამიზნე ჯგუფის შესწავლის მიზნით გამოყენებული იყო კვლევის ტექნიკები:

1. სიღრმისეული ინტერვიუები;
2. ფოკუსური ჯგუფები.

სიღრმისეული ინტერვიუები

აღნიშნული კვლევის მეთოდი გამოყენებული იქნა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებებისა და საჭიროებების სფეროს ექსპერტებთან, ჯანდაცვის პროვაიდერებსა და სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებთან. სულ განხორციელდა 24 სიღრმისეული ინტერვიუ. კვლევაში მონაწილე მხარეების შესახებ დეტალური ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში #1.

ცხრილი #1. სიღრმისეული ინტერვიუების მონაწილეები

№	სექტორი	ორგანიზაცია / პოზიცია	რეგიონი
1	არასამთავრობო	არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანი“, დამფუძნებელი; „ბავშვი ოჯახი საზოგადოება“, დამფუძნებელი; 202-ე უსინათლო ბავშვთა სკოლა, დირექტორის მოადგილე	თბილისი
2	არასამთავრობო	სოციალური თერაპიის სახლი, ხელმძღვანელი	თბილისი
3	არასამთავრობო	„პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“, წარმომადგენლები, სფეროს ექსპერტები	თბილისი
4	არასამთავრობო	„პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისათვის“, წარმომადგენელი	თბილისი
5	არასამთავრობო	„ხელი ხელს არასამთავრობო ორგანიზაცია“, ხელმძღვანელი	თბილისი
6	არასამთავრობო	შშმ მშობელთა მხარდამჭერი არასამთავრობო ორგანიზაცია „ლამპარი“, ხელმძღვანელი	კახეთი
7	პოლიტიკის შემქმნელი	გენდერული თანასწორობის დეპარტამენტი და შშმ პირთა უფლებების მონიტორინგის დეპარტამენტი, ომბუდსმენის აპარატი	თბილისი
8	პოლიტიკის შემქმნელი	შშმ მომუშავე სკოლის ფსიქოლოგი/სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრი, ომბუდსმენის აპარატი	თბილისი
9	პოლიტიკის შემქმნელი	განათლების სამინისტრო, ეროვნული სასწავლო გეგმების სამმართველო	თბილისი
10	პოლიტიკის შემქმნელი	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი	თბილისი
11	პოლიტიკის შემქმნელი	საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, ინკლუზიური განათლების სამმართველო	თბილისი
12	პოლიტიკის შემქმნელი	სოციალური მომსახურების სააგენტო, ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტი, წარმომადგენელი	თბილისი
13	პოლიტიკის შემქმნელი	საქართველოს პარლამენტი, ადამიანის უფლებათა დაცვისა და სამოქალაქო ინტეგრაციის კომიტეტის თავმჯდომარის მოადგილე	თბილისი
14	საერთაშორისო ორგანიზაცია	UNFPA - გაეროს მოსახლეობის ფონდი, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამა, ანალიტიკოსი	თბილისი
15	ჯანდაცვის პროვაიდერი	„პირველი ნაბიჯი საქართველო“, საქველმოქმედო კავშირი „გრემი“, ექიმი-პედიატრი	თბილისი
16	ჯანდაცვის პროვაიდერი	ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი, დირექტორი	იმერეთი

17	ჯანდაცვის პროვაიდერი	ქუთაისის ივ.სხირტლაძის სახ. სარაიონთამორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი, ფსიქიატრი	იმერეთი
18	ჯანდაცვის პროვაიდერი	ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის ფსიქოლოგი/ფსიქოთერაპევტი	იმერეთი
19	ჯანდაცვის პროვაიდერი	„Iner Georgia- ნევილისა და სიცოცხლის სამსახური“ ხელმძღვანელი/ოჯახის ბუნებრივი დაგეგმვის ექსპერტი	იმერეთი
20	ჯანდაცვის პროვაიდერი	ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი, სოციალური მუშაკი	კახეთი
21	ჯანდაცვის პროვაიდერი	გრემის თემი, უფროსი აღმზრდელი	კახეთი
22	ჯანდაცვის პროვაიდერი	გაგუას და ინვიტროს კლინიკა, რეპროდუქტოლოგი	თბილისი
23	ჯანდაცვის პროვაიდერი	თბილისის რეფერალური ჰოსპიტალის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი, ხელმძღვანელი	თბილისი
24	ჯანდაცვის პროვაიდერი	მეორე ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის ხელმძღვანელი და ექიმ-ნევროლოგი	იმერეთი

ფოკუსური ჯგუფური დისკუსიები

ფოკუს ჯგუფები ჩატარდა უშუალოდ შშმ პირებთან - ახალგაზრდებთან, ქალებსა და შშმ პირთა მშობლებთან. კვლევის მონაწილეებს წარმოადგენდა სხვადასხვა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები რამდენიმე სამიზნე ჯგუფის მიხედვით. სულ განხორციელდა:

1. 3 ფოკუს ჯგუფი შშმ ახალგაზრდებთან, 16-25 წლის ასაკობრივ ჯგუფთან;
2. 3 ფოკუს ჯგუფი შშმ ქალებთან, 25-45 წლის ასაკობრივი ჯგუფი;
3. 3 ფოკუს ჯგუფი შშმ პირთა მშობლებთან, ვისაც ჰყავთ შშმ მოზარდები (10-18 წლის).

ფოკუს ჯგუფის მონაწილეთა განაწილება მოცემულია ცხრილში #2.

ცხრილი #2. ფოკუს ჯგუფის მონაწილეები

შეზღუდული შესაძლებლობების კატეგორია												
რეგიონი	სამიზნე ჯგუფები	სმენადა-ქვეითებული	უსინათლო / მცირე-მხედველი	დაუნის სინდრომი	ცერებრალური დამბლა / ეტლით მოსარგებლე	გონება ჩამორჩენილობა	გადაადგილების შეზღუდვა	ხერხემლის დაავადება	ეპილეფსია	დიაბეტი	თავის / ბურგის ტვინის სიმსივნე	ემოციური ქცევითი აშლილობა
თბილისი	შშმ ქალები	3	1				3					
კახეთი	შშმ ქალები		1					2	1	1		
იმერეთი	შშმ ქალები		1		4				1		1	1
თბილისი	შშმ ახალგაზრდები	4	1			2						
კახეთი	შშმ ახალგაზრდები			1	1	1			1	1		
იმერეთი	შშმ ახალგაზრდები	1			4	1					1	1
თბილისი	მშობლები	1	2	1	1	1	1		1			
კახეთი	მშობლები	2			1	1		1	2			1
იმერეთი	მშობლები			1	1	2	2	1				1
	სულ	11	6	3	12	8	6	4	6	2	2	4

მითითება: ცხრილში მოცემული დიაგნოზები ეყრდნობა მხოლოდ რესპონდენტთა მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

კვლევის სამიზნე ჯგუფი

კვლევის მონაწილეების მრავალფეროვნება ძირითადად განპირობებული იყო საკვლევი თემატიკით. მათი შერჩევა განისაზღვრა კვლევის ამოცანებიდან გამომდინარე სრულყოფილი ინფორმაციის მიღების მიზნით.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს **სამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებმა**, რომლებიც ჩართულნი არიან სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვის, სერვისების შექმნისა და განხორციელების საკითხებში. ასევე, **არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებმა**, რომელთაც უშუალო შეხება აქვთ შშმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან - კარგად იცნობენ მათ საჭიროებებს, აქვთ განხორციელებული გარკვეული პროგრამები და პროექტები.

ინფორმაციის შესაგროვებლად ასევე გამოიკითხა **ჯანდაცვის პროვაიდერები, ექიმები, და უშუალოდ სერვისის მიმწოდებლები**, რომელთაც ყოველდღიური ურთიერთობა აქვთ შშმ ქალებსა და ახალგაზრდებთან სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების კუთხით.

მეორე მხრივ, კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს როგორც **ფიზიკური, ისე მენტალური შეზღუდვის მქონე პირებმა** მათი უფლებების დაცვის, სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და საჭიროებების კვლევის მიზნით.

კვლევის ინსტრუმენტი

კვლევის ინსტრუმენტებს წარმოადგენდა კვლევის მიზნებისა და ამოცანების შესაბამისად შექმნილი „ფოკუს ჯგუფის სახელმძღვანელო“ და „სიღრმისეული ინტერვიუების სახელმძღვანელო“. კვლევის გაიდლაინები შემუშავდა კვლევითი და საკონსულტაციო კომპანია „ანოვას“ მიერ ასოციაცია „ჰერა ოცდაერთის“ ჩართულობითა და დახმარებით. სულ გამოყენებული იყო 4 სხვადასხვა ინსტრუმენტი სამიზნე ჯგუფებისა და კვლევის ამოცანების გათვალისწინებით.

კვლევის ინსტრუმენტები მოცემულია დანართი #1-ის სახით

კვლევის არეალი

კვლევა განხორციელდა საქართველოს სამ რეგიონში - თბილისში, იმერეთსა და კახეთში. თითოეულ რეგიონში ჩატარდა ფოკუს ჯგუფები და სიღრმისეული ინტერვიუები. კვლევის მონაწილეთა შერჩევა და გადანაწილება დამოკიდებული იყო რეგიონის სპეციფიკაზე - რეგიონში მიმდინარე პროგრამებსა და სამიზნე ჯგუფის ხელმისაწვდომობაზე.

კვლევის პერიოდი

კვლევა მიმდინარეობდა 3 თვის მანძილზე, 2019 წლის ივლისიდან სექტემბრის ჩათვლით. მონაცემთა შეგროვება მიმდინარეობდა ივლისისა და აგვისტოს პერიოდში, ხოლო კვლევის ანგარიშზე მუშაობა კვლევითი გუნდისა და ექსპერტების ჩართულობით დასრულდა 2020 წლის იანვარში.

3. კვლევის ძირითადი დასკვნები და რეკომენდაციები

3.1 კვლევის ძირითადი მიგნებები

შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მხარდამჭერი საკანონმდებლო ბაზა

- საერთაშორისო და ადგილობრივი საკანონმდებლო ბაზის ანალიზის საფუძველზე ნათელია, რომ შშმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ერთ-ერთ სასიცოცხლო უფლებად განიხილება და რეგულირდება ადამიანის საყოველთაო უფლებათა დეკლარაციით. ამასთან, შშმ პირებს, როგორც საზოგადოების განუყოფელ ნაწილს და მათი უფლებების ხელშეუხებლობას აღიარებს საქართველოს კონსტიტუციაც. მე-11 მუხლში ასახულია, რომ მიუხედავად ეთნიკური წარმომავლობისა, სქესისა, რასისა და სხვა ერთმანეთისგან განმასხვავებელი ნიშნებისა, მოქალაქეები კანონის წინაშე არიან თანასწორნი და თანაბარი უფლებები გააჩნიათ. ბუნებრივია, საქართველოს კონსტიტუცია ქმნის გარანტიას შემზღვეული შესაძლებლობების მქონე პირების უფლებების დასაცავად.
- საქართველოში რატიფიცირებულია გაეროს შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, რაც ასევე შეგვიძლია ჩავთვალოთ, რომ ერთ-ერთი მთავარი დასაყრდენი დოკუმენტია შშმ პირთა უფლებების დაცვის კუთხით.
- გარდა აღნიშნულისა, არსებობს სამთავრობო დადგენილებები და ნორმატიული აქტები, ანტიდისკრიმინაციული კანონისა და სხვათა მაგალითზე, რომლის მიხედვითაც დასტურდება შშმ პირთა უფლებების უნივერსალობა და სახელმწიფო მსგავსი აქტებით იძლევა მათი უფლებების დაცულობის გარანტიას.

შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მხარდამჭერი პროგრამები და სერვისები

- მეორადი მონაცემების ანალიზით ირკვევა, რომ დღესდღეობით კონკრეტულად შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიმართულებით სერვისებისა და პროგრამების ნაკლებობაა. სახელმწიფო დონეზე განხორციელებული პროექტების ბენეფიციარები შშმ პირებიც არიან, თუმცა მომსახურების მიღება მონაცვლად ჯგუფს რამდენიმე მიზეზის გამო უჭირს;
- სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლებს არ აქვთ სპეციფიკური ცოდნა და ნაკლებია კომპეტენციები, რომელიც საჭიროა შშმ პირთა ადეკვატური მომსახურებისთვის;
- გაუმართავია ინფრასტრუქტურა, არაადაპტირებული გარემო ერთ-ერთი მთავარი ბარიერია შშმ პირთათვის, მიიღონ სასურველი სამედიცინო მომსახურება;
- შშმ პირთათვის აქტუალური და საჭირო საკითხებთან დაკავშირებით ცნობიერების ასამაღლებელ აქტივობებს (უმეტესად ტრენინგებს) ახორციელებს არასამთავრობო სექტორი ძირითადად მოპოვებული გრანტებისა და სააერთაშორისო დონორების დახმარებით, თუმცა თითოეული პროექტი ლოკალურია და ვერ ხერხდება შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სრული მოცვა. ამასთან, მათ მიერ განხორციელებული ტრენინგების თემები იშვიათად ეხება კონკრეტულად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობას და მხოლოდ ერთეული ორგანიზაციები ახერხებენ მსგავს საკითხებზე სამიზნე აუდიტორიის შეკრებას;
- სახელმწიფო, წინასწარ შემუშავებული კრიტერიუმების მიხედვით, ახდენს სერვისის მიმწოდებელ კლინიკათა შერჩევას, თუმცა, ამ კრიტერიუმებში ცალკე ქვეპუნქტად არ არის გამოტანილი,

რომ ისინი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს შშმ პირთათვის. შესაბამისად, ჩამონათვალში ხვდება ისეთი კლინიკებიც, სადაც სულ ცოტა ინფრასტრუქტურა არ არის ადაპტირებული შშმ პირთა შესაძლებლობებზე.

შშმ ახალგაზრდების და ქალების სექსუალობის აღქმა და საზოგადოების დამოკიდებულებები

- თვისებრივ კვლევაში მონაწილე შშმ ქალების თანახმად, მათი ნაწილი საკმაოდ უარყოფითად არის განწყობილი თავად ტერმინი - **შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი - ს მიმართ**. ჯგუფის მონაწილეები, განსაკუთრებით თბილისში, მიიჩნევენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა არ არსებობს და მათ ყველაფრის გაკეთება შეუძლიათ. რიგ შემთხვევაში, საკუთარ თავს უფრო ძლიერებადაც მიიჩნევენ, ვინაიდან მათ მეტი ბარიერის გადალახვა უნევთ როგორც საზოგადოების დამოკიდებულების, ასევე გარემო პირობების გამო.

თუმცა, საგულისხმოა, ზოგიერთი ექსპერტისა და აქტივისტის აღქმით, სლოგანი „შეზღუდული შესაძლებლობა არ არსებობს“ შშმ პირების პოზიტიურ დისკრიმინაციას ახდენს და პრობლემის იგნორირებას უწყობს ხელს.

- კვლევის თანახმად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ **საზოგადოების განწყობა ხშირად ნეგატიურია**. კვლევაში მონაწილე შშმ ახალგაზრდები და ქალები საუბრობდნენ მთელ რიგ **სტიგმებსა და სტერეოტიპებზე**, რასაც ისინი საზოგადოების მხრიდან გრძობენ. თუმცა, გამოითქვა აზრი, რომ ტენდენცია ბოლო დროს უკეთესობისკენ იცვლება, რაც, თავის მხრივ, აღნიშნული საკითხით სახელმწიფოს და არასამთავრობო ორგანიზაციების დაინტერესების და შესაბამისი აქტივობების განხორციელების შედეგად მიიჩნევა.
- აღნიშნულისგან განსხვავებით, ნაკლებად შესამჩნევია ცვლილებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების მიმართ დამოკიდებულებებში. **სექსუალობა დღესაც ტაბუირებულია**, და უფრო მეტიც, ხშირად არა მარტო საზოგადოებას, არამედ სპეციალისტებსაც აქვთ მოსაზრება, რომ შშმ პირების შემთხვევაში არსებული სხვა პრობლემების ფონზე, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხი ნაკლებად მნიშვნელოვანია, შესაბამისად, ნაკლებად ხედავენ მათი სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზებაზე ზრუნვის საჭიროებას.
- **სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების მნიშვნელოვნება ნაკლებად აქვთ გააზრებული თავად შშმ ქალებსაც** (განსაკუთრებით რეგიონებში), რომლებიც თვლიან, რომ სოციალური ფონის გათვალისწინებით, და იმის გამო, რომ არ ხდება მაგალითად, დასაქმების უფლების დაცვა, რაც მათ დამოუკიდებლობის მოპოვებაში დაეხმარებოდა, სექსუალურ და რეპროდუქციულ უფლებებზე საუბარი ნაადრევი ან დღევანდელი ვითარების გათვალისწინებით ნაკლებად მნიშვნელოვანია.
- კვლევის შედეგად გამოვლინდა მთელი რიგი სტიგმები და სტერეოტიპები, რომლებიც შშმ ქალების სექსუალობას უკავშირდება. მათგან ყველაზე გავრცელებული **შშმ გოგოების ასექსუალობაა** - რესპონდენტების ნაამბობის თანახმად, ხშირად რაიმე ტიპის სექსუალური სურვილის ქონაც კი სირცხვილად მიაჩნიათ, გოგონებს უბღუდავენ გარეგნობაზე ზრუნვას, თავის გალამაზებას, საპირისპირო სქესის მიმართ ინტერესის გამოხატვას.
- კვლევაში მონაწილე შშმ ქალები საუბრობდნენ თავად **მათი პარტნიორების ან ოჯახების მხრიდან სტიგმატიზებულ დამოკიდებულებაზეც**: არ უყურებენ, როგორც მუდმივ პარტნიორებს, ნაკლებად განიხილავენ შშმ ქალებთან ოჯახის შექმნას, არსებობს მოსაზრება, რომ **შშმ პირს ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე შვილი ეყოლება ან ვერ შეძლებს შვილის დამოუკიდებლად გაზრდას**. კვლევის შედეგად ვლინდება, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების გენეტიკურად გავრცელების სტიგმა ოჯახში **შშმ პირის ოჯახის სხვა**

წევრების დაოჯახებისთვისაც ბარიერი ხდება. შესაბამისად, არის შემთხვევები, როდესაც ოჯახები ვერ იღებენ შშმ წევრის საზოგადოებისთვის ჩვენებას.

- ზოგადად შშმ სტატუსთან ან შშმ პირების სექსუალურ და რეპროდუქციულ საკითხებთან საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპების და სტიგმების გამო, ხშირად **ოჯახი ცდილობს გოგონას აარიდოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსი.**
- თუმცა, საგულისხმოა, რომ სტერეოტიპებს გენდერული ხასიათიც აქვთ და ხშირ შემთხვევაში შშმ პირ მამაკაცს არ ეზღუდება პარტნიორის ყოლა ან დაოჯახება.
- რაც შეეხება თავად შშმ ქალების მიერ საკუთარი სექსუალობის აღქმას, ზოგიერთი მათგანი აღნიშნავდა, რომ ზოგადად აქვთ ინტერესი სექსუალური ცხოვრების მიმართ, თუმცა, ერთი მხრივ, ინფორმაციის ნაკლებობა, ხოლო, მეორე მხრივ, საზოგადოების დამოკიდებულებები და გენდერული სტერეოტიპები მათთვის პარტნიორის ყოლის მნიშვნელოვანი ბარიერია.

სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები

- მიუხედავად იმის, რომ საკანონმდებლო დონეზე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებები იგივეა, რაც ტიპური განვითარების მქონე ადამიანის, საზოგადოების დამოკიდებულებების თუ სხვა გარემო პირობების გამო, მათ ხშირად ეზღუდებათ უფლებებით სარგებლობა.
- შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზაციის მნიშვნელოვან ბარიერად მიიჩნევა **სექსუალური განათლების / სექსუალური აღზრდის სიმწირე.**
- კვლევის შედეგად იდენტიფიცირდა შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რღვევის მთელი რიგი შემთხვევები: ინფორმაციის სიმწირე, როგორც უფლებების, ასევე ზოგადად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით, სექსუალობის მედიკამენტოზური დათრგუნვა, ბულინგი სკოლებში, არაადაპტირებული გარემო, მათ შორის სამედიცინო დაწესებულებების, ზოგადად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების სიმცირე ან მათი ნაკლები მისაწვდომობა (ადაპტირება, ფინანსური მხარე, მედპერსონალის დამოკიდებულებები), შშმ პირის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით გენდერული და სხვა ტიპის სტერეოტიპები და სტიგმები, სამედიცინო სერვისების ნაკლები მისაწვდომობა, ოჯახის შექმნის ან ბავშვის ყოლის ბარიერები, ექიმებთან ვიზიტის დროს კონფიდენციალობის ნაკლებობა, ზოგადად, დამოუკიდებლობის სიმცირე ზრდასრულ ასაკში, ძალადობის სხვადასხვა ფორმები (სექსუალური, ოჯახში ძალადობა, როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქოლოგიური).
- თვისებრივი კვლევის თანახმად, **სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რღვევის თვალსაზრისით ყველაზე მონყვლად სეგმენტად ფსიქოსოციალური და ინტელექტუალური შეზღუდვების მქონე პირები** მიიჩნევა, რომლებიც ინსტიტუციებში ცხოვრობენ: მძიმე სოციალური ფონი და გაჭირვება, უყურადღებობა სომატური პრობლემების მქონე, განსაკუთრებით ლოგინში მწოლიარე პაციენტების მიმართ, იმ პირების ცემის ფაქტები, ვინც სანოლშია და გადაადგილება აქვს შეზღუდული, სოციალური ბარათების წართმევა / ფულის გამოძალვა, ინფრასტრუქტურული პრობლემები, პირადი სივრცის არარსებობა, ჰიგიენის საშუალებების დეფიციტი.
- კვლევის თანახმად, დახურულ ინსტიტუციებში (მათ შორის ფსიქიატრიულ კლინიკებში) ერთ-ერთი მწვავე საკითხი **შშმ ქალების შვილოსნობას ეხება.** ერთი მხრივ, ქალებს არ აქვთ ბავშვის პანსიონატში / ფსიქიატრიულში დატოვების უფლება, მეორე მხრივ, არ არის ხელმისაწვდომი ორსულობისგან თავის დაცვის საშუალებები, რის გამოც **არასასურველი ორსულობის პრევენცია მთლიანად სექსუალური ცხოვრების აკრძალვით ხდება.** ასევე, **ფიქსირდება იძულებითი აბორტის შემთხვევები. მოცემული საკითხები არღვევს ინსტიტუციაში მცხოვრები ქალების პირადი ცხოვრების, თავისუფლების, უსაფრთხოების და ხელშეუხებლობის უფლებებს.**

ექსპერტების აზრით, ზოგადად ინსტიტუციებში მცხოვრები **ქალების სექსუალური ცხოვრება მხოლოდ პრობლემის კრილში განიხილება** და არა, როგორც ადამიანის ბაზისური უფლება.

- თვისებრივი კვლევის თანახმად, ზოგადად შშმ ქალების შემთხვევაში **დარღვეულია ოჯახის შექმნის უფლება**. ოჯახის შექმნის ძირითადი ბარიერებია: მხარდამჭერი სერვისების სიმცირე, სოციალიზაციის პრობლემა, ოჯახის წინააღმდეგობა, ფინანსური და ფიზიკური დამოუკიდებლობის დაბალი ხარისხი და საზოგადოებაში არსებული სტიგმები.
- თავად კვლევაში მონაწილე შშმ ქალები აღნიშნავენ, რომ ოჯახზე ზედმეტი დამოკიდებულება არ აძლევს მათ საშუალებას ჯანსაღი სექსუალური ურთიერთობები დაამყარონ, გაიცნონ პარტნიორი და შესაბამისად რთული ხდება დაოჯახებაზე ფიქრიც.
- ადამიანის სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ საუბრის დროს მნიშვნელოვანია ძალადობრივი შემთხვევებზე ყურადღების გამახვილება. კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აღქმით, საზოგადოებაში გავრცელებული გენდერული სტერეოტიპები ქალების, მათი ფუნქციის და როლის შესახებ პირდაპირ ძალადობრივ გარემოს ქმნის ზოგადად ქალებისთვის და განსაკუთრებით, შშმ სტატუსის მქონე ქალებისთვის, რომლებიც ორმაგად მოწყვლად ჯგუფს განეკუთვნებიან.
- შშმ ქალებზე ძალადობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა **სექსუალური ძალადობაა**. აქვე, უნდა აღინიშნოს, რომ შშმ ქალებზე სექსუალური ძალადობა ხშირად ოჯახის წევრების, ან სხვა ახლოდები გარემოს მხრიდან ხდება, მათ შორის არასრულწლოვან გოგონებზეც. თუმცა, ასევე ხშირია გენდერული ნიშნით დისკრიმინაციაც: შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე გოგონებს და ქალებს ოჯახის წევრები არ აღიქვამენ საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად, არ აღიარებენ მის უფლებებს და სურვილებს და ძირითადად **„შინამოსამსახურებად“ მრდიან**. ექსპერტების დაკვირვებით, მდგომარეობა განსაკუთრებით რთულია რეგიონებში, სადაც მსგავსი დისკრიმინაციული შემთხვევების დიდი წილი მოდის.
- კვლევის თანახმად, სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილად მიიჩნევა **სექსუალურ ვაჭირზე შშმ ქალის თანხმობის საკითხი**. კვლევაში მონაწილე ექსპერტის განცხადებით, დღესდღეობით არ არის დადგენილი, თუ როგორ უნდა მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ქალზე ძალადობის შემთხვევების გამოძიება.
- გარდა ამისა, გამოიკვეთა კომპეტენციების ნაკლებობის საკითხი შშმ პირების მიმართ ძალადობის შემთხვევების გამოძიების პროცესშიც. კვლევის მონაწილეების თანახმად, **სამართალდამცავებს არ აქვთ შშმ პირების / ძალადობის მსხვერპლი პირების სწორი ინტერვიუების საკმარისი კომპეტენცია, რაზეც პრაქტიკულად დამოკიდებულია მთელი შემდგომი პროცედურები**.
- აქვე უნდა აღინიშნოს, შშმ მოზარდების და ქალების პირადი ცხოვრების, თავისუფლების, უსაფრთხოების და ხელშეუხებლობის უფლების დარღვევის შემთხვევებზეც. კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ რიგ შემთხვევაში შშმ გოგონებს ოჯახის წევრები სახლიდან გასვლის უფლებას არ აძლევენ, კვლევაში მონაწილე ერთ-ერთი ექსპერტი იხსენებდა შემთხვევას, როდესაც ახალგაზრდა ქალი მამას საძინებელში ჯაჭვით ჰყავდა დაბმული, რათა ვერ გასულიყო გარეთ და ვერ ურთიერთობა მამაკაცებთან.
- თვისებრივი კვლევის თანახმად, სხვა ძალადობრივ შემთხვევებთან ერთად, აგრეთვე ხშირია **შშმ ბავშვებზე ფიზიკური სახის ძალადობა**, რომელიც ძირითადად ოჯახის წევრების მხრიდან მოდის. მნიშვნელოვანია, რომ ხშირად შშმ პირების შევიწროვება და ფიზიკური დასჯა ოჯახის წევრებს „აღზრდის მეთოდად“ მიაჩნიათ. კერძოდ, აქ მოიაზრება ბავშვის ცემა, ემოციური ძალადობა, ყვირილი და ა.შ. გარდა ოჯახში ძალადობისა, შშმ მოზარდები ხშირად არიან პირდაპირი თუ არაპირდაპირი ბულინგის მსხვერპლნი თანატოლების ან თუნდაც სკოლის პედაგოგების მხრიდანაც.

- კვლევის თანახმად, რიგ შემთხვევებში, **შპს მოზარდები დისკრიმინაციას მასწავლებლების მხრიდანაც განიცდიან**. მასწავლებლების მხრიდან ირიბი დისკრიმინაციის მაგალითად მიიჩნევა, როდესაც მასწავლებელი შპს ბავშვებთან ურთიერთობის არასაკმარისი ცოდნის და გამოცდილების გამო, ვერ ახერხებს მოზარდების სასწავლო პროცესში სრულფასოვნად ჩართვას, მაგალითად, არ იძახებს დაფასთან იმ მიზეზით, რომ მოზარდი თავად არ გამოხატავს ინიციატივას, არ იწვევს ხელს. კვლევაში მონაწილე ექსპერტების, მოსაზრების თანახმად, შესაძლებელია მასწავლებლის ასეთმა ქცევამ მოზარდის განვითარება შეაფერხოს.

შპს ახალგაზრდების და ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჭიროებები

- კვლევის შედეგად იდენტიფიცირდა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული შემდეგი საჭიროებები:
 - ჰიგიენასთან დაკავშირებული ინფორმაცია და ჰიგიენის საშუალებების ხელმისაწვდომობა;
 - უსაფრთხო სექსუალურ კავშირებთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდება და თავდაცვის საშუალებების ხელმისაწვდომობა;
 - მოზარდობის ასაკში მოჭარბებული ლიბიდოს მართვა და მოზარდების მასტურბაცია;
 - შპს ახალგაზრდების და ქალების სოციალიზაცია;
 - ზოგადად, სექსუალური განათლების საჭიროება;
- კვლევის თანახმად, დღეს შპს ახალგაზრდებისა და ქალების ინფორმირებულობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების, ისევე, როგორც მათი უფლებების შესახებ საკმაოდ დაბალია, რასაც, პირველ რიგში, საზოგადოებაში სექსუალობასთან დაკავშირებული საკითხების ტაბუირება იწვევს. თუმცა, ასევე ნაკლებადაა ხელმისაწვდომი ინფორმაცია - ზოგადად, მწირია სექსუალობის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ლიტერატურა ქართულ ენაზე, ნაკლებად არის ხელმისაწვდომი სხვადასხვა საჭიროებების მქონე სამიზნე ჯგუფების სექსუალური თავისებურებების შესახებ ინფორმაცია, ინფორმაცია არ არის ადაპტირებული სხვადასხვა შემზღუდვის მქონე პირებისთვის, მაგალითად: ინტელექტუალური შემზღუდვის მქონეთათვის, სმენადაქვეითებული ან მხედველობის შემზღუდვის მქონე პირებისთვის.
- თავად კვლევაში მონაწილე შპს ქალები აღნიშნავენ, რომ მათ თითქმის არ მიუღიათ სექსუალური განათლება სკოლაში, სხვადასხვა მიზეზით უჭირთ ამ თემის სპეციალისტებთან / ექიმებთან განხილვა. ხშირ შემთხვევაში უჭირთ სექსუალური და რეპროდუქციული საკითხების განხილვა მშობლებთანაც. ზოგიერთი მათგანი აღნიშნავდა, რომ თავად მათ მშობლებს / ოჯახის სხვა წევრებსაც აქვთ სხვადასხვა ბარიერები: არ ფლობენ საკმარის ინფორმაციას, ან ერიდებთ შვილებთან სექსუალურ საკითხებზე საუბარს. კვლევის მონაწილეების თანახმად, მშობლები გოგონებს ყველაზე მეტად მენსტრუალური ციკლის შესახებ აწვდიან ინფორმაციას, თუმცა ამ შემთხვევაშიც, ხშირია მაგალითები, როდესაც მშობელი მხოლოდ ციკლის დაწყების შემდეგ ესაუბრება და ამშვიდებს მოზარდს.
- კვლევის თანახმად, სისტემური განათლების არარსებობის პირობებში, **მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის სექსუალურ და რეპროდუქციულ საკითხებზე ინფორმაციის მიღების ძირითადი წყარო ინტერნეტი**ა, რაც, ერთი მხრივ, ნაკლებად ხელმისაწვდომია ყველასთვის, მეორე მხრივ, ასევე არის შესაძლებელი გახდეს არასწორი / დამახინჯებული ინფორმაციის მიღების მიზეზი.
- საკითხები, რომელზეც შპს ქალებს ინფორმაცია აკლიათ მოიცავს: გარდატეხის ასაკი და ჰორმონალური ცვლილებები, კონტრაცეფცია და თავის დაცვის საშუალებები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და მათი სკრინინგი (განსაკუთრებით პაპილომა ვირუსი), ორსულობა, ბავშვის მოვლა, უსაფრთხო აბორტი, სექსუალური დისფუნქცია და მისი მკურნალობა;

- განსხვავებული დამოკიდებულება გამოვლინდა მშობლების მხრიდან ბავშვებთან სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებზე საუბართან დაკავშირებით. ზოგიერთი მათგანი აცხადებდა, რომ ნაკლებად ხედავს ამის საჭიროებას - ჯერ ვერ გაიგებს, ან არ სჭირდება. თუმცა, ზოგიერთი მშობელი საკმაოდ გახსნილი იყო სექსუალურ თემებზე სასაუბროდ და აღნიშნავდა, რომ თავად ეძებს ინფორმაციას, იმისთვის, რომ შეძლოს შვილის დახმარება და სწორი ინფორმაციის მიწოდება. ტენდენციის სახით **გამოვლინდა, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ სასაუბროდ/ინფორმაციის მისაღებად განსაკუთრებით დიდი მზაობა აქვთ ინტელექტუალური შეზღუდვის მქონე ბავშვების მშობლებს, რომელთა შემთხვევაში შედარებით უფრო მწვავე საკითხია გარდატეხის ასაკში მოჭარბებული სექსუალური ენერჯის მართვა.**
- კვლევაში მონაწილე ექსპერტების რეკომენდაციით, საჭიროა, ზოგადად, **საზოგადოების, მშობლების, და ასევე შშმ პირებთან სხვადასხვა სერვისის ფარგლებში კონტაქტში მყოფი სპეციალისტების ცნობიერების ამაღლება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით**, სადაც, პირველ რიგში, მოიაზრება: 1) სწორი ინფორმაციის მიწოდება მშობლებისთვის; 2) ექიმების და სხვა სამედიცინო პერსონალის გადამზადება; 3) მასწავლებლების გადამზადება.
- თავად შშმ პირებისთვის ინფორმაციის მიწოდება: ტრენინგები სპეციალური საჭიროებების მიხედვით, რომელიც მოიცავს როგორც ჰიგიენასთან, ასევე თავის დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებს. მნიშვნელოვანია, ასევე სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ლიტერატურის ადაპტირება და სპეციალურ საჭიროებებზე მორგება.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები

- კვლევის თანახმად, დღეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით შშმ პირების საჭიროებებზე მორგებული სერვისები ფაქტობრივად არ არსებობს. ხოლო იმ სერვისებით სარგებლობა, რომლებიც დღეს საყოველთაო დაზღვევის ფარგლებში ნებისმიერ ადამიანს შეუძლია, შშმ პირებისთვის გარკვეული ფაქტორების გამო შეზღუდულია: ნაკლებად აქვთ ინფორმაცია სერვისის შესახებ, კლინიკა/დანესებულება არ არის ადაპტირებული როგორც შეღწევადობის, ასევე შიდა ინფრასტრუქტურის თვალსაზრისით, სერვისი არ არის ტერიტორიულად ან ფინანსურად ხელმისაწვდომი და სხვა.
- გარდა სერვისების ფიზიკური თუ მატერიალური ხელმისაწვდომობისა, კვლევის შედეგად გამოვლინდა **მედპერსონალის კვალიფიკაციასთან და დამოკიდებულებებთან დაკავშირებული პრობლემებიც:**
 - თვისებრივი კვლევის თანახმად, შშმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით მთელი რიგი მიმართულების სპეციალისტების დეფიციტია: სპეციალისტების, რომლებსაც საკმარისი ცოდნა აქვთ უშუალოდ შშმ ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ. ასევე, ბავშვებთან და მოზარდებთან მომუშავე სპეციალისტების/სექსოლოგების, რომლებიც შშმ ბავშვების და მოზარების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებების გათვალისწინებით მათთან მუშაობას შეძლებენ. მედპერსონალის კვალიფიკაციის საკითხი განსაკუთრებით მწვავედ დგას ფსიქოსოციალური შეზღუდვების მქონე პირთა, ასევე აუტისტი მოზარდების სექსუალური ქცევის მართვის თვალსაზრისით. თავად სპეციალისტები, დარგის ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ამ კუთხით ქვეყანაში არც საგანმანათლებლო პროგრამები არსებობს, არც რაიმე ლიტერატურა.
 - ასევე არის სპეციალისტების დეფიციტი, მაგალითად, სექსოლოგები. აღნიშნული პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ რეგიონებში დგას.

- კვლევის შედეგად, ასევე გამოვლინდა მედპერსონალის მხრიდან ეროვნული სამედიცინო გაიდლაინების / პროტოკოლების დარღვევის ფაქტები, მაგალითად, როდესაც ექიმი ისეთ ფსიქოტროპულ პრეპარატს ნიშნავს, რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიოს მენოპაუზა, თუმცა, ამის შესახებ არ აწვდის პაციენტს ინფორმაციას.
- ექიმების მხრიდან შშმ პირებთან შესაბამისი კომუნიკაციის პრობლემა. ერთი მხრივ, კვლევაში მონაწილე ექსპერტები აღნიშნავდნენ, რომ **ექიმებს არ აქვთ შესაბამისი ცოდნა, როგორ ესაუბრონ მათი ჯანმრთელობის პრობლემებზე ფსიქოსოციალური ან ინტელექტუალური შეზღუდვის მქონე პირებს**. მეორე მხრივ, ფიზიკური შეზღუდვის მქონე პირები აღნიშნავდნენ, რომ ექიმებს ხშირად უჭირთ, მაგალითად, ეტლით მოსარგებლე პირებთან კომუნიკაციაც, მიუხედავად იმისა, რომ პირი ინტელექტუალურად შეზღუდული არ არის და არ უჭირს ექიმის საუბრის გაგება.
- ექიმთან ვიზიტის დროს **კონფიდენციალობის დაცვის პრობლემა** - შშმ პირებს ხშირად არ აქვთ შესაძლებლობა ექიმთან დამოუკიდებლად განახორციელონ ვიზიტი, ექიმები ინფორმაციას მარტივად გასცემენ მათი ახლობლების თანდასწრებით / არ სთხოვენ პაციენტს მარტო დაელაპარაკონ და სხვა.
- ექიმების მხრიდან არაეთიკურ ქცევაზე საუბრობდნენ კვლევაში მონაწილე შშმ პირების მშობლებიც, რომლებიც იხსენებენ შემთხვევებს, როდესაც **ექიმმა მათ ფსიქიკური ან ჯანმრთელობის სხვა დარღვევის გამო ბავშვის დატოვება ურჩია**.

3.2 კვლევის რეკომენდაციები

1. კვლევის თანახმად, შშმ პირების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი ყველაზე მწვავე საკითხი, ზოგადად სექსუალური განათლების დეფიციტია. რეკომენდებულია, პირველ რიგში, სამიზნე ჯგუფების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის ზრდა, მათ შორის კონკრეტულად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების თავისებურებებთან დაკავშირებით. კერძოდ, მნიშვნელოვანია, სექსუალური განათლების უზრუნველყოფა შემდეგი სამიზნე ჯგუფებისათვის:

- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოზარდები და ქალები;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მშობლები;
- მასწავლებლები;
- შშმ პირებთან მომუშავე ექიმები და სპეციალისტები.

ამასთან მნიშვნელოვანია, აღნიშნული ინფორმაცია ადაპტირებული იყოს განსხვავებული საჭიროებების მქონე შშმ პირებისთვის როგორც სენსორული შეზღუდვების, ასევე ფსიქოსოციალური და ინტელექტუალური შეზღუდვების მქონე პირებისთვის.

2. გარდა განათლებისა, მნიშვნელოვანია სამიზნე ჯგუფებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე ზრუნვა, მათ შორის მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის კეთილგანწყობილი და მათ საჭიროებებზე მორგებული სერვისების შექმნა, ასევე, სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის უზრუნველყოფა არა მხოლოდ შენობაში შეღწევადობის, არამედ შენობის შიგნითაც.
3. კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აღქმით, დღეს შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებისთვის არ გამოიყოფა საკმარისი თანხა, ხოლო ის მცირე რესურსი, რაც

არის გამოყოფილი, რიგ შემთხვევაში, არაპრიორიტეტულ / ნაკლებად ეფექტურ აქტივობებში იხარჯება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, რეკომენდებულია სახელმწიფოს მხრიდან მიდგომების და სტრატეგიების შემუშავება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების სხვადასხვა კატეგორიების საჭიროებების გათვალისწინებით. ამასთან, მნიშვნელოვანია, დონორი და არასამთავრობო ორგანიზაციების სახელმწიფოსთან კოორდინირებული მუშაობა, რათა თანხების ინვესტირება წინასწარ განსაზღვრულ მიმართულებებში მოხდეს.

4. მოცემული კვლევა საფუძვლად ედება შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების უფრო ფართოდ და სიღრმისეულად შესწავლას. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საკითხი საკმაოდ მოცულობითია და განიხილება როგორც სახელმწიფო, ისე არამსათავრობო და კერძო სექტორის ტრილში. შესაბამისად, სასურველია, რომ შეფასდეს თითოეული რგოლის პასუხისმგებლობები და შესაძლებლობები, რათა დაიძლიოს შშმ ქალთა და ახალგაზრდათა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით წამოჭრილი სირთულეები.

ამასთან, წინამდებარე კვლევის შედეგები აჩვენებს რომ დამატებითი სიღრმისეული კვლევაა ჩასატარებელი ისეთი საკითხების შესასწავლად, როგორცაა:

- ფსიქიატრიულებსა და დახურული ინსტრუქციები შშმ ქალთა და ახალგაზრდათა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გარშემო;
- ზოგადად სექსუალური ძალადობის საკითხები შშმ პირებში;
- ჯანდაცვის სისტემის მზაობა, ხარისხიანი და სათანადო მომსახურება შესთავაზოს შშმ პირებს.
- ექიმებისა და ზოგადად მედ-პერსონალის კვალიფიკაცია - შესასწავლია მათი საჭიროებები და უნარები, შშმ პირებთან ხარისხიანი მომსახურების შეთავაზების მიზნით.

4. კვლევის შედეგები

თავი 1 - შპმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების კუთხით არსებული პროგრამების, სერვისებისა და საკანონმდებლო გარემოს ანალიზი

1.1. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების

საკანონმდებლო ბაზის მიმოხილვა

ზოგადად, აღსანიშნავია, რომ საქართველოს კანონმდებლობა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საჭიროებების, მათი უფლებებისა და თავისუფლების კუთხით დასახვეწია და საჭიროებს საკანონმდებლო ორგანოს უფრო აქტიურ მუშაობას, თუმცა შპმ პირთა უფლებების დაცვის ნაწილში მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა ბოლო 10 წლის მანძილზე და შედეგად მივიღეთ სხვადასხვა ნორმატიული აქტი, დადგენილება თუ კანონი, რომლის მიზანია დაცული იყოს შპმ პირთა უფლებები, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ნაწილში.

ამის ნათელი მაგალითია საქართველოს მთავრობის მიერ 2014 წელს რატიფიცირებული „გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“¹, რაც გულისხმობს სახელმწიფოს მხრიდან კონვენციით განვრცობილი ვალდებულებების შესრულებას.

გაეროს შპმ პირთა უფლებების კონვენცია ის ძირითადი წყაროა, რომლის მიხედვითაც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს შეუძლიათ დაიცვან თავიანთი უფლებები. აღნიშნული დოკუმენტი რატიფიცირების შემდგომ სახელმწიფოს ნორმატიულ აქტებზე უპირატესია (საქართველოს კონსტიტუცია, მუხლი 4).

კონვენციაში ხაზგასმულია, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე კაცებზე მეტად ქალები განიცდიან ჩაგვრასა და დისკრიმინაციას და სახელმწიფოს მოუწოდებს, რომ მათი უფლებებისთვის შექმნას თანაბარი გარემო.

გაეროს კონვენციის 25-ე მუხლში განვრცობილია:

- ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა
- და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებების მისაწვდომობა გენდერული ნიშნით საჭიროებების გათვალისწინებით.

აღნიშნული ცალსახად ავალდებულებს სახელმწიფოს, შექმნას შპმ პირთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე მისაწვდომი გარემო და პროგრამები.

მეორე ნათელი მაგალითი, სადაც სახელმწიფო იღებს ვალდებულებებს შპმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვაზე, არის 2007 წელს ევროპის საბჭოს მიერ მიღებული „ბავშვთა სექსუალური ექსპლუატაციისა და სექსუალური ძალადობისგან დაცვის კონვენცია.“ კონვენციის თანახმად, ბავშვთა შეზღუდული შესაძლებლობის გამოყენება ძალადობის საფუძვლად კვალიფიცირდება, როგორც სექსუალური ძალადობა, თუმცა, ზოგადად კონვენცია შპმ პირთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ უფლებას განიხილავს ზოგადი უფლებების ჭრილში და არ გამოყოფს მას დამოუკიდებლად („პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“, 2017, გვ 27).

საქართველოს პარლამენტის ადამიანის უფლებათა დაცვისა და სამოქალაქო ინტეგრაციის კომიტეტის თავმჯდომარის მოადგილის განცხადების თანახმად, „ჩვენი საკანონმდებლო ბაზა არ არის ეფექტური შპმ პირთა უფლებების დასაცავად. ჩვენ გვაქვს წინ გადადგმული ნაბიჯები, თუნდაც ის, რომ

1 შპმ პირთა უფლებების კონვენცია; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289?publication=0>

კონსტიტუციის მეორე თავში, მე-11 მუხლში, ჩვენ ვაღიარებთ შშმ პირთა უფლებები და კონსტიტუციით ავსახეთ შესაბამისი ფორმულირებით. ასევე, ჩვენ მივიღეთ ანტიდისკრიმინაციული კანონი, რომლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სამიზნე ჯგუფი არის ბუსტად შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანები. ჩვენ, ამ მხრივ, ძალიან ქმედითი ნაბიჯები გვაქვს გადასადგმელი.“

ქართველი მოქალაქეებისთვის საქართველოს კონსტიტუცია იძლევა გარანტიას, რომ მიუხედავად ეთნიკური წარმომავლობისა, სქესისა, რასისა და სხვა ერთმანეთისგან განმასხვავებელი ნიშნებისა, მოქალაქეები კანონის წინაშე არიან თანასწორნი და თანაბარი უფლებები გააჩნიათ. ბუნებრივია, საქართველოს კონსტიტუცია ქმნის გარანტიას შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის, რომ დაცული იქნება მათი ყველა, მათ შორის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები, კერძოდ:

- სიცოცხლისა და ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლება
- პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლება
- პირადი და ოჯახური ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლება
- ინფორმაციის თავისუფლება
- განათლების უფლება
- ჯანმრთელობის დაცვის უფლება
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის უფლება

საქართველოს კონსტიტუციის მე-5 მუხლის მიხედვით, საქართველო სოციალური სახელმწიფოა და ზრუნავს სოციალურ სამართლიანობასა და თანასწორობაზე. ეს მუხლი ერთგვარი გარანტიაა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის სახელმწიფოსგან მიიღონ მისაწვდომი გარემო, განათლება, სამედიცინო მომსახურება და დასაქმება. უფრო მეტიც, კონსტიტუციის მე-11 მუხლში აღნიშნულია, რომ სახელმწიფო შშმ პირთა უფლებებისა და რეალიზებისთვის ქმნის განსაკუთრებულ პირობებს. ეს ჩანაწერი ცალსახად გულისხმობს რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის უფლებების კუთხითაც საჭირო პირობების შექმნას.

უნდა აღინიშნოს, რომ შშმ პირთა უფლებების დაცვის კუთხით სახელმწიფოს მიერ ერთ-ერთი წინ გადადგმული ნაბიჯია 2014 წელს მიღებული „კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“² აღნიშნული კანონის ძირითადი არსი მდგომარეობს იმაში, რომ ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირის საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი უფლებების თანასწორობა უზრუნველყოფილია. თუმცა, კანონი ზოგადია და არ არის დეტალურად განერილი ცალკეული, მათ შორის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები.

კიდევ ერთ წინ გადადგმულ ნაბიჯს მოქალაქეების, მათ შორის შშმ პირთა, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვის კუთხით წარმოადგენს საქართველოს პარლამენტის 2016 წლის დადგენილება „საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფციის შესახებ“³, რაც შემუშავებულია საერთაშორისო სამართლის საყოველთაოდ აღიარებული პრინციპებისა და ნორმების გათვალისწინებით. მოცემული დადგენილების 1.3 მუხლში საუბარია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების, ინფორმაციისა და განათლების საყოველთაო მისაწვდომობაზე.

ამასთან, ამავე დადგენილების 2.2. მუხლი გულისხმობს ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხიანი სერვისების საყოველთაო მისაწვდომობას და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანების საჭიროებებზე ქმედით და სამართლიან რეაგირებას.

2 კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ; <https://matsne.gov.ge/document/view/2339687?publication=1>

3 საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3331420?publication=0>

ცხადია, ეს ორივე ჩანაწერი გულისხმობს შპმ პირებს და მათ მისაწვდომობას ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის⁴ 53-ე მუხლის 1 ქვეპუნქტის მიხედვით, დამამძიმებელ გარემოებად ითვლება და ისჯება კანონით ისეთი ქმედებები, რომლებიც დაკავშირებულია შპმ პირთა სექსუალურ ძალადობასთან, დისკრიმინაციასთან, შპმ პირთა ადევნებასთან. ამასთან, აღნიშნული კოდექსის 142-ე მუხლის მიხედვით დასჯადია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების კანონით მინიჭებული უფლებების შეზღუდვა.

აუცილებლად უნდა შევვხვთ ამბულატორიული სერვისების მიმართულებით განხორციელებულ საკანონმდებლო ცვლილებებსაც. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის ბრძანებით „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“⁵ სერვისის მომწოდებელი ვალდებულია შექმნას შპმ პირებზე მორგებული და ადაპტირებული გარემო, თუმცა მოცემული დოკუმენტი ძირითადად ითვალისწინებს მხოლოდ პანდუსების მონყობას და არაფერია ნახსენები სხვა დამატებითი საჭიროებების შესახებ, რაც შპმ პირს სრულყოფილი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის მომსახურების მისაღებად სჭირდება (მაგალითად, ადაპტირებული გინეკოლოგიური კაბინეტები და ა.შ.).

ამკარაა, რომ ბოლო წლებში საქართველოს მთავრობაში აქტიურად განიხილება ქმედითი სისტემების შექმნა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებებისა და თავისუფლების დასაცავად. ამას მოწმობს 2014 წლის იანვარში მთავრობის მიერ გამოცემული დადგენილება 2014-2016 წლის სამოქმედო გეგმის⁶ შესახებ, რომელიც ორიენტირებული იყო შპმ პირებისთვის თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველყოფაზე. აღნიშნულ სამოქმედო გეგმაში განვიხილავთ იყო შპმ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის მართვის ეფექტიანობის გაუმჯობესება, სერვისებზე მისაწვდომობის, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ცნობიერების ამაღლება. სამოქმედო გეგმაში მოიაზრებოდა როგორც დონორი ორგანიზაციების, ისე არასამთავრობო სექტორისა და კერძო ბიზნესის აქტიური თანამშრომლობა.

აქვე განვიხილოთ საქართველოს პარლამენტის კიდევ ერთი დადგენილება - „საქართველოს ადამიანის უფლებათა დაცვის ეროვნული სტრატეგია (2014-2020 წლებისთვის)“⁷. მოცემული სტრატეგიის მე-15 ქვეთავი მთლიანად ეძღვნება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს და მიზნად ისახავს უზრუნველყოს შპმ პირთა უფლებების სხვების მსგავსად განხორციელების შესაძლებლობა, გონივრული მისადაგების პრინციპის დაცვით. ქვეთავის ძირითადი მიზანია შპმ პირთა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სრული ჩართულობის უზრუნველყოფა. დოკუმენტში ცაკლე არ არის ხაზგასმული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვა, თუმცა, ბუნებრივია, ეს უფლება მოიაზრება ზოგადი უფლებების ნაწილში, რაც სტრატეგიის ამოცანებშია განვიხილავთ.

კიდევ ერთ შპმ ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების მხარდამჭერ სამართლებრივ დოკუმენტს წარმოადგენს „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ ევროპის საბჭოს კონვენცია“⁸, სადაც ზოგად მიზნებში გაცხადებულია ქალების დაცვა ძალადობისგან და მათ მიმართ ყველა ფორმის დისკრიმინაციის აღმოფხვრის ხელშეწყობა. ბუნებრივია, რომ მოცემულ დოკუმენტში იგულისხმებიან შპმ ქალებიც.

4 საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი; <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16426?publication=210>

5 ჯანდაცვის მინისტრის დადგენილება (2014) <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1946785?publication=0>

6 დადგენილება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველყოფის 2014-2016 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ

7 საქართველოს ადამიანის უფლებათა დაცვის ეროვნული სტრატეგია (2014-2020 წლებისთვის) <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2348314?publication=0>

8 „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ ევროპის საბჭოს კონვენცია, <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3789678?publication=0>

საქართველოს პარლამენტის ადამიანის უფლებათა დაცვისა და სამოქალაქო ინტეგრაციის კომიტეტის თავმჯდომარის მოადგილის განცხადებით, უნდა გაიზარდოს „თვითონ ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის ხელმისაწვდომობა, რაც თითქოს არის ადაპტირებული, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ხშირ შემთხვევაში ამ ადაპტირებას ფასადური ხასიათი აქვს და სხვადასხვა კატეგორიის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალი ვერ მივა დამოუკიდებლად ბევრ შემთხვევაში და ვერ მიიღებს იმ მომსახურებას, რომელსაც სამედიცინო სერვისები, თუნდაც ტიპური განვითარების ქალებს სთავაზობს.“

მეორე მხრივ, საქართველოს პარლამენტში აცხადებენ, რომ შშმ პირთა უფლებების დაცვის კუთხით საკანონმდებლო ბაზის დახვეწა მიმდინარეობს. ამ ეტაპზე მუშაობენ გაეროს შშმ პირთა კონვენციის ფაკულტატური ოქმის რატიფიცირების საკითხზე, რაც „იძლევა ინდივიდუალური ადვოკატირების საშუალებებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების და ასევე მათი წარმომადგენელი ორგანიზაციებისთვის. ეს არის ყველაზე მაღალი სტანდარტის დოკუმენტი, რაც კი შეიძლება იყოს. ასევე, ეს მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ანგარიშვალდებულებების იმპლემენტაციას“ (რ. იონათამიშვილი). შესაბამისად, სამომავლოდ საკანონმდებლო ორგანოს მხრიდან შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვის კუთხით ემედით ნაბიჯებს უნდა ველოდოთ.

1.2. შშმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, პროექტებისა და პროგრამების მიმოხილვა

ზოგადად, საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისა და ახალგაზრდების მხარდაჭერი პროგრამები ხორციელდება როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დონეზე. სახელმწიფო ცდილობს გაატაროს უნივერსალური პოლიტიკა და სერვისები და პროექტები მიაწოდოს საქართველოს ყველა მოქალაქეს.

მიუხედავად შშმ პირების საჭიროებებზე მორგებული პროგრამების სიმწირისა, არსებობს მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრული პროგრამები, რომლის ბენეფიციარები ზოგადად საქართველოს მოქალაქეები, მათ შორის შშმ პირები არიან და ეს უკანასკნელი სამიზნე ჯგუფი სარგებლობს გარკვეული გამოწვევებისა და ბენეფიტებით.

ერთ-ერთ ასეთ ყველაზე გავრცელებულ პროგრამას წარმოადგენს 2013 წლის 21 თებერვლის, №36 დადგენილებით დამტკიცებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა“, რომლის საფუძველზეც შშმ პირები განსხვავებული პაკეტით იღებენ ამბულატორიულ და და სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან (ძირითადად გინეკოლოგებსა და ზოგადი პროფილის ექიმებთან, თერაპევტებთან) ვიზიტსა და შესაბამის გამოკვლევებს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ძირითადად ორიენტირებულია იმაზე, რომ შშმ პირთათვის ფინანსურად ხელმისაწვდომი იყოს სამედიცინო სერვისები.

აქვე განვიხილოთ საქართველოს მთავრობის 693 დადგენილება, „2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“, სადაც განერილია 2019 წელს განსახორციელებელი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები. აღნიშნული პროგრამების ბენეფიციარები არიან საქართველოს მოქალაქეები, მათ შორის შშმ პირები.

ცხრილი #3 სახით მოცემულია ის პროგრამები, რომლებიც ხორციელდება აღნიშნული დადგენილების ფარგლებში. განმახორციელებელი ორგანოა სოციალური მომსახურების სააგენტო.

ცხრილი #3. 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები

პროგრამა/კომპონენტი (მომსახურება)	
1	ტუბერკულოზის მართვა
2	ამბულატორიული მომსახურება (მ.შ. პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებების ფარგლებში ტუბსანიზაქტის დამატებითი დონის დიეტების დაფინანსება 12 500 ლარი თვეში)
3	სტაციონარული მომსახურება
4	პენიტენციური დაწესებულებებისათვის ტუბერკულოზის მართვისთვის მედიკამენტების, სხვა სახარჯი და დამხმარე მასალების შესყიდვა
5	აივ ინფექცია/შიდსი
6	ამბულატორიული მომსახურება
7	სტაციონარული მომსახურება
8	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა
9	ანტენატალური მეთვალყურეობა
10	გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა
11	ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე
12	სამედიცინო მომსახურება სიფილისზე ეჭვის შემთხვევაში
13	ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა
14	სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია ოპიოიდების, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების და სხვა სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს
15	ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელება და ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის მიწოდების (ტრანსპორტირება, ბადრაგირება) უზრუნველყოფა ქ. თბილისსა და რეგიონებში
16	მ.შ. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა (2017 წლის 1 ივლისიდან)
17	№2 და №8 პენიტენციურ დაწესებულებაში ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტით ხანმოკლე და ხანგრძლივი დეტოქსიკაციის უზრუნველყოფა
18	ეფექტურობის შეფასების კომპონენტი
19	ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება
20	ფსიქიკური ჯანმრთელობა
21	სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება
22	ამბულატორიული მომსახურება - ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია
23	ამბულატორიული მომსახურება - ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა
24	ამბულატორიული მომსახურება - ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია
25	ამბულატორიული მომსახურება - თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება
26	ფსიქიკური აშლილობის მქონე მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება
27	ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება
28	ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავმესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი
29	დიაბეტის მართვა
30	შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება
31	სპეციალიზებული აბულატორიული დახმარება
32	ბავშვთა ონკოპემატოლოგიური მომსახურება

33	ონკოპემატოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობა
34	დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია
35	ჰემოდიალიზით უზრუნველყოფა
36	პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა
37	თირკმლის ტრანსპლანტაცია
38	ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა
39	ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა
40	ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა
41	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა
42	იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურება
43	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება
44	ჰემოფილიით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება
45	სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება
46	სასწრაფო სამედიცინო დახმარება (ოკუპირებულ ტერიტორიაზე მოქმედი სასწრაფო სამედიცინო დახმარება)
47	სოფლის ექიმი
48	პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად (მათ შორის – ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტების და სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ექიმის ჩანთის და სამედიცინო დოკუმენტაციის ბეჭდვის მომსახურების შესყიდვა)
49	სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება
50	შიდა ქართლის სოფლების ამბულატორიული ქსელის ხელშეწყობა და განვითარება
51	სპეცდაფინანსებაზე მყოფი რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, დამატებითი ღონისძიებების განხორციელების უზრუნველყოფა
52	რეფერალური მომსახურება
53	სტიქიური უბედურებების, კატასტროფების, საგანგებო სიტუაციების, კონფლიქტურ რეგიონებში დაზარალებულ მოქალაქეთა და საქართველოს მთავრობის მიერ განსაზღვრული სხვა შემთხვევების დროს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების კომპონენტი
54	ყოფილი უმაღლესი პოლიტიკური თანამდებობის პირების ოჯახის წევრთა სამედიცინო დაზღვევის კომპონენტი
55	თავდაცვის ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება
56	თავდაცვის ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა ამბულატორიული შემოწმების კომპონენტი
57	თავდაცვის ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა დამატებითი გამოკვლევის კომპონენტი
58	C ჰეპატიტის მართვა
59	დიაგნოსტიკის კომპონენტი

ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმაციით, აღნიშნული პროგრამები ძირითადად პროვაიდერი კლინიკების მეშვეობით ხორციელდება და კლინიკათა შერჩევა ხდება სახელმწიფოს მიერ, ტენდერის საფუძველზე. სახელმწიფო წინასწარ შემუშავებული კრიტერიუმების მიხედვით არჩევს სერვისის მიმწოდებელ კლინიკას, თუმცა ამ კრიტერიუმებში ცალკე ქვეპუნქტად არ არის გამოტანილი, რომ ისინი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს შშმ პირთათვის. შესაბამისად, ჩამონათვალში ხვდება ისეთი კლინიკებიც, სადაც სულ ცოტა ინფრასტრუქტურა არ არის ადაპტირებული შშმ პირთა შესაძლებლობებზე.

სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის ინფორმაციით, აღნიშნული სერვისების მიწოდება დღესდღეობით ყველა რეგიონში მინიმუმ ერთ რაიონულ ცენტრში არსებული კლინიკის მეშვეობით ხორციელდება. პროგრამის განხორციელებიდან მიმდინარე ეტაპამდე აღნიშნული სერვისებით ქვეყნის მასშტაბით ისარგებლა 26 169 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე სტატუსის პირმა (ცხრილი #4.1 და #4.2). არსებული სტატისტიკიდან ნათელია, რომ შშმ პირები ძირითადად ჯანმრთელობის სხვა საკითხებთან დაკავშირებით მიმართავენ კლინიკებს და ნაკლებია მიმართვიანობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიზნით. შშმ პირთა მომსახურების მიღების კუთხით ძირითადი დატვირთვა მოდის თბილისის, იმერეთის, კახეთისა და ქვემო ქართლის რეგიონზე.

ცხრილი #4.1 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შშმ ბენეფიციართა რაოდენობა

კომპონენტი	ბენეფიციარების რაოდენობა
ფსიქიკური ჯანმრთელობა	16,199
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	468
აივ-ინფექცია/შიდსის მართვა	315
დიაბეტის მართვა	1,962
ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა	802
დიალიზი და თირკმელის ტრანსპლანტაცია	1,873
ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა	383
იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა	589
რეფერალური მომსახურება	2,447
ბავშვთა ონკოპემატოლოგიური მომსახურება	69
სულ	26,169

ცხრილი #4.1 შპმ პირთა მიერ მიღებული მომსახურება რეგიონების მიხედვით.

კომპონენტი/ ორგანიზაცია	თბილისი	აჭარა	მურია	იმერეთი	კახეთი	მცხეთა-მთიანეთი	რაჭა-ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთი	სამეგრელო-ზემო სვანეთი	სამცხე-ჯავახეთი	ქვემო ქართლი	შიდა ქართლი	სულ
ამბულატორიული მომსახურება- სათემო ამბულატორიული მომსახურება	7,027	959	930	1,986	1,267	262		838	140	1,564	795	15,768
ამბულატორიული მომსახურება - ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია	26			11	16							53
სტაციონარული მომსახურება - ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	35											35
ამბულატორიული მომსახურება - ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	35											35
ამბულატორიული მომსახურება - ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია	18	6		18						5		47
თირკმელის ტრანსპლანტაცია	10											10
ჰემოდიალიზით უზრუნველყოფა	1,046	291	42	442	158			95	72	222	110	2,478
პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა	44	3										47
ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა	57			60	5			17			2	141
ჰემოფილით და სისხლის შედედების სხვა მემკვიდრული პათოლოგიებით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება	196											196
სტიქიური უბედურებების, კატასტროფების, საგანგებო სიტუაციების, კონფლიქტურ რეგიონებში დაზარალებულ მოქალაქეთა და საქართველოს მთავრობის მიერ განსაზღვრული სხვა შემთხვევების დროს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების კომპონენტი	2,632	21	12	54	2	1		13	1	14	24	2,774

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება	1,044												1,044
სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარება	804			62	16				3		44		929
იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურება	80												80
იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება	393												393
ონკოჰემატოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობა	69												69
ამბულატორიული მომსახურება (მ.შ. პენიტენციურ დაწესებულებებში ტუბსანიანალმდეგო ამბულატორიული ღონისძიებების დაფინანსება 12 500 ლარი თვეში)	210	419	29	298	40	16	12	170	29	102	63		1,388
სტაციონარული მომსახურება	90	9		14				14	11				138
აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა ამბულატორიული მომსახურებით უზრუნველყოფა	307	51		38				41					437
ანტენატალური მეთვალყურეობა	145	83	14	61	40	2	1	19	9	33	23		430
გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა	25												25
ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე	48												48
სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია ოპიოიდების, სტიმულატორების და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს	62	3		6									71

ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელება და ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის მიწოდების (ტრანსპორტირება, ბადრაგირება) უზრუნველყოფა ქ. თბილისსა და რეგიონებში	721											721
სტაციონარული მომსახურება - ფსიქიკური დარღვევების მქონე მშპ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი				78								78
ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული პალიატიური მზრუნველობა	195	42		19							11	267
ალკოჰოლის მიღებით გამონვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება	19	2		4								25
ამბულატორიული მომსახურება - თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება	281	24	57	57	61			71	28	125		704
ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა (2017 წლის 1 ივლისიდან)	7											7
N2 და N8 პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტით ხანმოკლე და ხანგრძლივი დეტოქსიკაციის უზრუნველყოფა	22											22
სტაციონარული მომსახურება - მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	989	304		805				111		378		2,587
სამედიცინო მომსახურება სიფილისზე ეჭვის შემთხვევაში	1											1

შებენიერი შესაძლებლობების მქონე პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებით 2016-2019 წლებში აქტიურად იყო დაინტერესებული არასამთავრობო სექტორი. წინა წლებში განხორციელებული და ამჟამად მიმდინარე პროექტების ავტორები ძირითადად სწორედ ამ სექტორს წარმოადგენენ. იშვიათია შშმ პირებზე ფოკუსირებული ისეთი პროგრამები, რომელთა განმახორციელებელი ორგანო საერთაშორისო ორგანიზაციები, სახელმწიფო ან კერძო სექტორია.

არასამთავრობო სექტორიდან ერთ-ერთი ფუნდამენტური კვლევა განხორციელებული აქვს ორგანიზაციას „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“ MAC Georgia-ს მხარდაჭერით. კვლევის მთავარი მიზანი ამ თემის გარშემო არსებული სამართლებრივი ბაზისა და პრაქტიკის მიმოხილვა და მასზე დაფუძნებით რეკომენდაციების შემუშავება იყო. კვლევის შედეგებით:

- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე მოზარდებსა და ახალგაზრდებს სჭირდებათ ინდივიდუალური გარემო, ადაპტირებული სასწავლო პირობები და მიდგომა, რაც დღეს საქართველოში თითქმის არ არსებობს;
- მოცემული საკითხის გარშემო ინფორმირების დაბალი დონეა როგორც ზოგადად, ისე სკოლებსა და პედაგოგებში;
- მნიშვნელოვანი გამოწვევის წინაშე დგანან მოზარდების მშობლები, რომელთა ნაწილი მზადაა მიიღოს, ისწავლოს და გაუზიაროს შშმ მოზარდს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები, სათანადო ცოდნის პირობებში. ხოლო მეორე ნაწილი შვილებთან ამ თემებთან დაკავშირებულ საუბარზე საერთოდ უარს აცხადებს.

ბოლო წლებში განხორციელებული პროექტების ანალიზით ირკვევა, რომ შშმ პირები ჯერ ფიზიკური გარემოს ადაპტირებისთვის იბრძვიან და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვა სამომავლო პერსპექტივაა.

ცხრილი #5-ის სახით მოცემულია ბოლო რამდენიმე წელში განხორციელებული პროგრამები და პროექტები, რომელთა ძირითადი ბენეფიციარები შშმ პირები იყვნენ. როგორც ვხედავთ, პროექტთა უმრავლესობა მიმართულია შშმ პირთა საჭიროებებზე ცნობიერების ამაღლებისკენ.

წარმოდგენილი პროექტების ანალიზით ირკვევა, რომ ბოლო წლებში სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პროექტები მწირია და ნაკლებად ფარავს იმ საჭიროებებს, რაც შშმ ქალებსა და ახალგაზრდებს გააჩნიათ.

პროექტებისა და პროგრამების განხორციელების კუთხით, როგორც ვხედავთ, უმეტესად არასამთავრობო სექტორი აქტიურობს, რომლის პროექტების ძირითადი მიზანი ცნობიერების ამაღლებაა როგორც ფიზიკური, ისე მენტალური სირთულეების მქონე სამიზნე ჯგუფში. უნდა ითქვას, რომ არსებული პროგრამების(იხ. ცხრილი 5) ძირითადი შინაარსი ეხება ზოგად უფლებებს და მხოლოდ ერთეული პროგრამის ფოკუსია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. აქვე, უნდა აღინიშნოს, რომ პრაგრამათა ბენეფიციართა დიდი ნაწილი ზოგადად შშმ პირები არიან და მხოლოდ რამდენიმე პროექტია განხორციელებული შშმ ახალგაზრდებსა და ქალებზე ფოკუსირებით.

სამაგიდო კვლევის ფარგლებში რთულია იმაზე საუბარი, თუ რამდენად ხელმისაწვდომია თითოეული პროგრამა შშმ ახალგაზრდებისა და ქალებისთვის, თუმცა უმეტესად, შეზღუდული რაოდენობის ბენეფიციარები ჰყავთ, რაც ავტომატურად მიუთითებს იმას, რომ ფიზიკურად მონაწილეობა ყველას არ შეუძლია.

ცხრილი #5. 2016-2019 წლებში საქართველოში განხორციელებული პროექტები შპმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების კუთხით

ორგანიზაცია	მარეგულირებელი ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი ჯგუფი	წყარო
1	მედონა 2015	არასამთავრობო	2016	შპმ პირთა დღის ცენტრის მოწყობა და ადაპტირება პანკისში	ღია სამოგადოების ფონდი	ახმეტის რაიონი	პროექტის მიზანია მოეწყოს და ადაპტირდეს შპმ პირთა დღის ცენტრი პანკისში. მათი სოციალიზაციისა და შესაძლებლობების განვითარების ხელშეწყობა; დღის ცენტრის გრძელვადიან პერსპექტივაში ფუნქციონირებაზე ბრუნვა; ვაკუუმული დაფინანსების მოპოვება; მომსახურების სპექტრისა და ხარისხის გაზრდა	შპმ	https://osgf.ge/
2	პარტნიორობა ადამიანების უფლებებისათვის	არასამთავრობო	2016	ანტიდისკრიმინაციული მექანიზმის ეფექტიანობის გაზრდა მეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და ბავშვებისათვის საქართველოში	ღია სამოგადოების ფონდი-	საქართველო	პროექტის მიზანია „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ საერთაშორისო კანონის ეფექტური აღსრულების ხელშეწყობა შემუშავებული შესაძლებლობების მქონე პირთა და ბავშვთა მიმართ დისკრიმინაციის დაძლევის კუთხით	შპმ	https://osgf.ge/
3	კავშირი ქალი და რეალობა საქართველოში	არასამთავრობო	2017	შემუდგული შესაძლებლობების მქონე ქალები სვლილენებისთვის	ქალთა ფონდი საქართველოში, ფონდი (ღია სამოგადოების ინსტიტ.)	თბილისი, თელავი, გორი	პროექტის მიზანია შპმ ქალთა გაძლიერება რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და სქესობრივი უფლებების საკითხებში თვით ადვოკატირებისთვის	შპმ ქალები (გოგონები)	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main

ორგანიზაცია	მარგულ-რეპელი ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი ზეგუფი	წყარო
4	ქალები რეგიონის განვითარებისთვის	არასამთავრობო	2017	ქლონა გვიცავს, განათლება გვაძლიერებს	ქლონა ფონდი საქართველოში	ობიექტი, სოფ. დვანს	პროექტის მიზანია მოწყვლადი ჯგუფის ქალებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და გოგონებში ინფორმირებულობის გაზრდა.	მოწყვლადი ჯგუფის ქალები და გოგონები	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main
5	მომხრობა - ხელმისაწვდომი გარემო ყველასთვის	არასამთავრობო	2018	ადვოკატირება საკანონმდებლო და სახელმწიფო პოლიტიკის ცვლილებებისთვის, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს ინკლუზიური განვითარების და რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა	ფონდი ღია სამოგადოება საქართველო	საქართველო	შპს პირთა მიმართ მოქმედი პოლიტიკის და პროგრამების ანალიზი, ჯანდაცვის ობიექტებში ფიზიკური გარემოსა და ინფრასტრუქტურის მისაწვდომობის მონიტორინგი, შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება პარლამენტისა და სამთავრობო სტრუქტურებისათვის	შპს	http://www.dpo.ge/ge

ორგანიზაცია	მარგალი-რეპელი ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი ჯგუფი	წყარო
6	უფლებებისა და განათლებისათვის	არასამთავრობო	2018	ქუთაისის გენდერული საკონსულტაციო საბჭოს წევრთა ტრენინგების სერია ქალთა უფლებების, ლგბტ თემის წარმომადგენელთა და შშმ ქალთა შესახებ	ქალთა ფონდი საქართველოში	ქუთაისი	ქუთაისის საკრებულოსთან არსებული გენდერული საკონსულტაციო საბჭოს წევრებს ჩაუტარდეთ საგანმანათლებლო, ცნობიერების დონის ასამაღლებელი ტრენინგები ქალთა უფლებებზე, ლგბტ და შშმ პირებთან დაკავშირებულ საკითხებზე. მიიღონ მეთი ცოდნა უფლებრივ და სავანონმდებლო რეგულაციებზე. ასოცირების ხელშეწყობით ნავისრ ვალდებულებებსა და ადგილობრივი თვითმმართველობების კომპეტენციებზე, რათა შემდგომ სადეპუტატო საქმიანობაში ასახონ საკუთარი დამოკიდებულებები და სავანონმდებლო ინიციატივები	ქუთაისის საკრებულო, სავანონმდებლო რეგულაციების დონის ასამაღლებელი ტრენინგები ქალთა უფლებებზე, ლგბტ და შშმ პირებთან დაკავშირებულ საკითხებზე. მიიღონ მეთი ცოდნა უფლებრივ და სავანონმდებლო რეგულაციებზე. ასოცირების ხელშეწყობით ნავისრ ვალდებულებებსა და ადგილობრივი თვითმმართველობების კომპეტენციებზე, რათა შემდგომ სადეპუტატო საქმიანობაში ასახონ საკუთარი დამოკიდებულებები და სავანონმდებლო ინიციატივები	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main

ორგანიზაცია	ორგანიზაციის მარჯვენა- რეპეტი ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/ პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი პეუფი	წყარო
7	აპოლოგანტი- ქალი და სამყარო (მარინა ბუალავა)	არასამ- თავრობო	2018-2019	ქალთა კოალიცია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალთა და გოგონათა უფლებებისთვის	ქალთა ფონდი საქართველოში	ქვემო ქართლი, ბოლნისი	შპს ქალთა ცხოვრების დონისა და მათი ინტეგრაციული პროექტების ხელშეწყობა და შპს ქალთა მიმართ სამოგადიდებრივი აზრის ჩამოყალიბებაზე დადებითი მეგავლენის მოხდენა. ცნობიერების აზღვევა აქტუალური საკითხების შესახებ (მეცხერი, შპს ქალთა და გოგონათა უფლებები და საჯირობები), სამოგადიდების, მსმედის, გაქვრება და ქალთა კოალიციური საქმიანობის გაძლიერება)	შპს ქალები	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main
8	ანა ბაქანიძე	არასამ- თავრობო	2018-2019	ფემინისტური აუდიო ბიბლიოთეკა უსინათლო ქალებისთვის	ქალთა ფონდი საქართველოში	თბილისი	პროექტის მიზანია ფემინიზმით დაინტერესებული უსინათლოების მცირე მუდველი ქალებისთვის შეიქმნას ფემინისტური ლიტერატურის აუდიო ვერსია, ხმოვანი წიგნები. აღნიშნული მასალები აიტვირთება ინტერნეტ სერვისში და გაფრელებსა ბიბლიოთეკებსა თუ უსინათლოთა ორგანიზაციებში უსასყიდლოდ.	უსინათლო და მცირემუდველი ქალები	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main

ორგანიზაცია	ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი კანუთი	წყარო
9	ღია საზოგადოების ფონდის და საქართველოს ადვოკატთა ასოციაციის ერთობლივი პროექტი	არასამთავრობო	2018 წლის მაისი - დღემდე	შემღებულ შესაძლებლობების მქონე და პალიტიკური მმართველობის პაციენტებისთვის უფასო იურიდიულ დახმარების პროექტი	ღია საზოგადოების ფონდის და საქართველოს ადვოკატთა ასოციაცია	საქართველო	უფასო იურიდიულ დახმარება და ინტერნეტული შპმ ინტერნეტები დაცვა სასამართლოში, ასევე სხვა ინსტრუმენტები, ყველა იმ საქმეზე, რომელიც გამოწვეულია ჯანმრთ.-ის უფლების დარღვევით და ბუნებრივი კანონით.-ის მდგომარეობის გამო ის მდგომარეობის გამო გამოწვეული ქონებრივი თუ არაქონებრივი უფლების დარღვევით.	შპმ	https://osgf.ge
10	მაკლენის ასოციაცია ბავშვებისთვის - MAC Georgia	არასამთავრობო	2018 - დღემდე	შედეგი	ღია საზოგადოების ფონდი	საქართველო	ელექტრონული რესურსის (აპლიკაციის) შექმნა, სადაც თავმოყრილი იქნება ინფორმაცია შეზღუდული შესაძლებლობების გამოწვევი მდგომარეობის და შიშის მართვის შესახებ, სერვისების შესახებ, რომელთაც შესაძლებელია ისარგებლონ შპმ და მათ მშობლებმა	შპმ და მათი მშობლები/მეუღლები	https://osgf.ge/ „შედეგი“- თნლაინ პლატფორმა
11	ქალთა ფონდი საქართველოში	არასამთავრობო	2019	ქალთა დაკარგული ხმები - შპმ ბავშვების მართვის დედეების საჭიროებები თბილისსა და რეგიონებში	ქალთა ფონდი საქართველოში	თბილისი, თელავი, გორი, ბოლნისი, ქუთაისი, ზუგდიდი, ბათუმი.	პროექტის მიზანია თბილისსა და რეგიონებში მცხოვრები შპმ ბავშვების მართვის დედეების გამოყვანილობის კვლევა და სოციალური კამპანიის წამოწყება კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით	შპმ ბავშვების მართვის დედეები	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main

ორგანიზაცია	მარგალი-რეპელი ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი უზუფი	წყარო
12	საინიციატივო ჯგუფი - ქალები ქალების უკეთესი მომავლისთვის	არასამ-თავრობო	2019	თანაბარი შესაძლებლობები და ხელმძისხმადლოში გარემო ყველა ქალისთვის	ქალთა ფონდი საქართველოში	თელავი, ახმეტა	პროექტის მთავარი მიზანი იყო თელავსა და ახმეტის მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მშმ ქალების ცნობიერების ამაღლება საკუთარი უფლებების შესახებ. ის ასევე, მიზნად ისახავდა ამ ქალთა უფლებების სამომავლო ადვოკატირებისთვის არსებული საჭიროებებისა და გამოწვევების კვლევას.	მშმ ქალები	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main
13	თანაბარი შესაძლებლობები თანასწორობისთვის	არასამ-თავრობო	2019	„ქალები უკეთესი მომავლისთვის“.	ქალთა ფონდი საქართველოში	კერძოდ: დმანისი, გარდაბანი, თეთრი წყარო და წალკა	პროექტი ემსახურება ქვემო ქართლის მუნიციპალიტეტებში (კერძოდ: დმანისი, გარდაბანი, თეთრიწყარო და წალკა) 14 - დან 35 წლამდე ახალგაზრდა მშმ ქალების, ასევე მუზღულული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების მშობლების, მათ შორის ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელი ქალების გააქტიურებას საკუთარი უფლებების და ინტერესების დასაცავად. მათ ჩართვას ქვეყანაში მიმდინარე პროცესებში და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებას.	14 დან 35 წლამდე ახალგაზრდა მშმ ქალების, ასევე მუზღულული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების მშობლები	https://www.womenfundgeorgia.org/ka/Main

ორგანიზაცია	ორგანიზაციის დაფუძნების წელი	მარგალი-ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი ჯგუფი	წყარო
14	მეციცებულებამ დაფუძნებული პრაქტიკის ცენტრი		არასამთავრობო	2018-2019	საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მობილური სერვისის განვითარების ხელშეწყობა 2018-2019	ღია საზოგადოების ფონდი-	თბილისი	პროექტის ამოცანებია: ასერტული პროგრამის ბაზაზე ახალი ტრენინგ მოდულის შემუშავება და ჯანდაცვის სამინისტროში მისი აკრედიტირება.	ფსიქიკური ჯანმრთელობის პირებთან მომუშავე მობილური ჯგუფები	https://osgf.ge/
15	საქართველოს დაუნის სინდრომის ასოციაცია		არასამთავრობო	2019	სახელმძღვანელოს გამოცემა „დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვისა და მოზარდის მზადება გარდატეხის ასაკისა და ჯანსაღი ბრდასრული ცხოვრებისთვის“	ქ. თბილისის მუნიციპალიტეტის მერია	?	სახელმძღვანელოს „დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვისა და მოზარდის მზადება გარდატეხის ასაკისა და ჯანსაღი ცხოვრებისთვის“ გამოცემა მშრ	შშმ მშობლებისა და შშმ-თან მომუშავე პროფესიონალები	http://dsageorgia.ge/
16	UNDP	შეიქმნა საქართველოს პარლამენტის გენდერული თანასწორობის საბჭოს ინიციატივით UNDP-ს თრგანიზაციებით	არასამთავრობო	2018	გენდერული თანასწორობა საქართველოში: ბარიერები და რეკომენდაციები	UNDP და შედეგის მთავრობა	საქართველო	კანონმდებლობისა და პოლიტიკის ანალიზი მუცხელებზე დაფუძნებული გენდერული უოლიტივის სანარმოებლად	ქალები	https://www.undp.org/
17	პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის	მაკკორჯია	არასამთავრობო	2019	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონების დაცვა სექსუალური ძალადობისგან	მაკკორჯია	საქართველო	შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონების სექსუალური ძალადობისგან დაცვა.		http://www.cso.ge/content.php?type=about_site

ცხრილი #6. 2017-2019 წლებში განხორციელებული კვლევები და პუბლიკაციები შპმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების კუთხით

ორგანიზაცია / ავტორი	მარეკული-რეგული ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიმნობივი ჯგუფი	წყარო
1 ნიონო ლობჯანიძე და ნინო ჩოჩია	IDFI-ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი,	არასამ-თავრობო	2018, მაისი	შემლედული შესაძლებლობების მქონე პირთა ჯანმრთელობის უფლებების დაცვის პროექტი	„კონკურსი ჩატარდა IDFI -ის მიერ ვიშვარაძის საერთაშორისო ფონდისა და ნიდერლანდების სამეფოს საგარეო სამინისტროს ფინანს. მხარდაჭერით		სტატია დაიწერა კონკურსისთვის „მონაცემები ცვლილებებისთვის.“ ნაშრომი, არსებული პრაქტიკის საფუძველზე, იდენტიფიცირებულია ცალკეული პრობლემები, რომლებიც აფერხებს შპმ პირთა ჯანმრთელობის უფლებების სრულყოფილ რეალიზებას. საჯარო ინფორმაციაზე დაყრდნობით, მიმოხილულია სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ შპმ პირებისათვის შეთავაზებული სერვისების ეფექტურობა და გამოსადეგობა.	შპმ	https://idfi.ge/ge
2 ანა ქათამაძე	IDFI-ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი	არასამ-თავრობო	2018, მაისი	შემლედული შესაძლებლობების მქონე ქალების სქესობრივი და რეპრო-დუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები	კონკურსი ჩატარდა IDFI - ის მიერ ვიშვარაძის საერთაშორისო ფონდისა და ნიდერლანდების სამეფოს საგარეო სამინისტროს ფინანსური მხარდაჭერით		სტატის მიზანია ზეფასის სახელმწიფო პოლიტიკა შემდგომი შესაძლებლობის მქონე ქალთა სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან კავშირში და გამოავლინოს ის ძირითადი გამოწვევები, რომლებიც ამ მიმართულებით არსებობს. სტატია ეყრდნობა სამეფო კვლევის ფარგლებში მოპოვებული ინფორმაციისა და მონაცემების ანალიზს.	შპმ ქალები	https://idfi.ge/ge

ორგანიზაცია / ავტორი	მარეგულირებელი ორგანიზაცია	სექტორი	პერიოდი	პროგრამის/ პროექტის სახელი	ფინანსური მხარდაჭერა	დაფარვა	მიზანი	მიზნობრივი ჯგუფი	წყარო
3 გაეროს ქალთა ორგანიზაცია	გაეროს ქალთა ორგანიზაცია საქართველო	არასამთავრობო	2017	უბლიკაცია ქალთა მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევა საქართველოში 2017 მიღებული გამომცდილება	ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული პროექტის „ერთად დავძლიეთ ქალთა მიმართ ძალადობა“	საქართველო	უბლიკაციის მიზანია, კვლევის განხორციელების დოკუმენტრება და ანალიზი. იგი კვლევის განხორციელების ყველა ეტაპს აღწერს და მკითხველებს, მათ შორის მკვლევარებს, მთავრობებსა და განვითარების პარტნიორებს, ქალთა მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევის განხორციელებისთვის პრაქტიკულ რჩევებსა და რეკომენდაციებს სთავაზობს	ქალები	https://georgia.unwomen.org/ka/digital-library/publications/2019/06/lessons-learned-from-the-national-study-on-violence-against-women-in-georgia

არსებული პროგრამებისა და სერვისების მიმოხილვის შემდეგ, საინტერესოა განვიხილოთ შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების ხედვა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით - რა საჭიროებები და ბარიერები აქვთ ამ თემის გარშემო.

მომდევნო ქვეთავებში მიმოხილულია შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული საჭიროებებისა და ბარიერების თვისებრივი კვლევის შედეგები.

თავი 2

შპმ ქალებისა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებისა და ბარიერების ანალიზი

2.1. შპმ - ტერმინის აღქმა და დამოკიდებულებები

კვლევაში მონაწილე სახელმწიფო სექტორის, არასამთავრობო სექტორისა და ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენელი ექსპერტების უმრავლესობა „შეზღუდული შესაძლებლობების“ განმარტებისას იყენებს შპმ პირთა უფლებების კონვენციას, რომლის მიხედვითაც, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებში აერთიანებენ ოთხი ტიპის შეზღუდვის მქონე პირებს, ესენია: ფიზიკური, მობილური, სენსორული და ფსიქო-სოციალური ტიპის შეზღუდვები. თუმცა კვლევის ფარგლებში აგრეთვე, გაიჟღერა მოსაზრებამ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობები განისაზღვრება იმის მიხედვით, თუ რისი უზრუნველყოფა არ შეუძლია საზოგადოებას / სახელმწიფოს და რა შეზღუდულ რესურსებს სთავაზობს ის ამა თუ იმ ადამიანს.

„დავეყრდნობი გაეროს 2006 წლის შპმ პირთა უფლებების დაცვის კონვენციას და ამ კონვენციის მიხედვით, ესენი არიან ადამიანები, რომლებსაც აქვთ ხანგრძლივი ფიზიკური, ფსიქიკური, სენსორული ან/და მობილური დარღვევები, ფუნქციის დარღვევები, ანუ მოშლა, საზოგადოებასთან არსებული ბარიერების კომბინაციაში, რამაც შეიძლება ხელი შეუშალოს ამ ადამიანების სრულფასოვან ჩართულობას სამოქალაქო, პოლიტიკური, ეკონომიკური, სოციალური, კულტურული ცხოვრების ყველა ასპექტში“. [არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„ადამიანებს განვიხილავთ ზოგადად არა იქიდან, რომ მათ გარკვეული პრობლემები აქვთ ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, არამედ ისე, რომ საზოგადოებაში არ არის საკმარისად რესურსი, რომ მათთვის ხელმისაწვდომი იყოს ესა თუ ის სერვისი, რაც ზოგადად ყველა ადამიანისთვის ხელმისაწვდომია. მეც ბუსტად ამ კონტექსტში განვიხილავ, რომ ადამიანი არის სრული უფლებებით ყველაფერთან მიმართებაში, თუმცა საზოგადოება, თუ ზოგადად ჩვენი ე.ი. ვთქვათ შენობები, თუ მთელი რიგი სხვადასხვა ტიპის სერვისები შეიძლება არ იყოს მზად იმისათვის, რომ ამ ადამიანმა მიიღოს, გაიაროს სრულფასოვანი ჯანსაღი და დამამშვიდებელი ცხოვრება და მთელი მიმართულებაც აქეთ მიდის, რომ ეს სერვისები, რაც შეიძლება დაიხვეწოს.“ [ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]

თავად კვლევაში მონაწილე შპმ ქალები და ახალგაზრდები ტერმინის მიმართ განსხვავებულ დამოკიდებულებებს ავლენდნენ, თუმცა ყველა მათგანი, პირველ რიგში, საუბრობდა საზოგადოების მხრიდან ნეგატიურ დამოკიდებულებებზე. კვლევის მონაწილეების თანახმად, მათ ხშირად სმენიათ საზოგადოების წევრებისგან შპმ პირების მიმართ გამოთქმული დამამცირებელი სახელები: „საცოდავი“, „უუნარო“. რესპონდენტების აზრით, საზოგადოება ხშირად შპმ პირის ხსენების დროს წარმოიდგენს ადამიანს, რომელსაც მუდმივად სხვისი დახმარება სჭირდება და თავად არაფრის გაკეთება შეუძლია. კვლევაში მონაწილე შპმ ქალების თანახმად, საზოგადოების მხრიდან მათი ღია შეცოდება და ყველაფერში დახმარების სურვილის გამოხატვა დისკრიმინაციული და უსიამოვნოა.

„ჩემი აზრით, რომ დაგინახავენ, გარედან თუ გეტყობა, რომ რაიმე შეზღუდვა გაგაჩნია, შეიძლება გადაადგილების ან მხედველობის, უნდა შეგიცოდონ აუცილებლად. მე ბევრჯერ შემხვედრია და მადლობა ღმერთს მაქვს უნარი ავუხსნა, რომ შეგხედავენ რაღაცა შეზღუდვა გაქვს, ანალიზებენ იმას, რომ შენ რაღაც არ შეგიძლია, ხელის მოწერაში დაგეხმარო? სახელმწიფო უწყებებშიც რომ ყოფილა. მოდი, მოგიწერ თუ გინდა ხელს, მოდი, ამაში დაგეხმარები.“ [შპმ ქალი, იმერეთი]

თავად ტერმინი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის“ მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულებები გამოვლინდა სხვადასხვა ასაკის შშმ ქალებს შორის. შედარებით უფროსი ასაკის ქალბატონები აღნიშნავენ, რომ თავად იაზრებენ საკუთარ საჭიროებებს და ტერმინი მათთვის არ უკავშირდება ნეგატიურ დამოკიდებულებებს. თუმცა, **კვლევაში მონაწილე მოზარდებს და ახალგაზრდებს ამ ტერმინის მიმართ გაცილებით დაბალი მიმდებლობა აღმოაჩნდათ. ჯგუფის მონაწილეები, განსაკუთრებით თბილისში, მიიჩნევდნენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა არ არსებობს და მათ ყველაფრის გაკეთება შეუძლიათ.** რიგ შემთხვევაში საკუთარ თავს უფრო ძლიერებადაც მიიჩნევდნენ, ვინაიდან მათ მეტი ბარიერის გადალახვა უწევთ როგორც საზოგადოების დამოკიდებულების, ასევე გარემო პირობების გამო.

„მე უკვე ისე ვგრძნობ თავს, როგორც სრულყოფილი“

ასევე გამოითქვა მოსაზრება, რომ ტერმინი ზედმეტად რთული და გრძელია საზოგადოებისთვის, გარდა ამისა, ნაწილისთვის არ არის გასაგები მისი მნიშვნელობა. კვლევის მონაწილეების აზრით, აღნიშნულ ტერმინს ხშირად უფრო მოკლე, თუმცა ნეგატიური/დამამცირებელი კონოტაციის მქონე სიტყვებით ანაცვლებენ - „ინვალიდი“, „ყრუ-მუნჯი“, „ბრმა“, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სტიგმატიზაციას და საზოგადოებისგან გარიყვას.

რიგ შემთხვევებში გამოითქვა მოსაზრება, რომ საზოგადოების დამოკიდებულებები ტერმინის მიმართ ნაკლებად შეიცვალა, თუმცა, თავად რესპონდენტებმა შეცვალეს თავისი დამოკიდებულება, რაშიც ზოგიერთ ქალს ამ საკითხთან დაკავშირებული ტრენინგები დაეხმარა.

„შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე, ეს სიტყვა მე ისე გამიჭდა და იმდენი ტრენინგი მაქვს ამ კუთხით მოსმენილი, მე სრულად მაქვს გააზრებული, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა არის არა ჩვენში, არამედ გარემო გვზღუდავს.“ [შშმ ქალი, იმერეთი]

„მე მთელი ცხოვრება ვარ ასე მხედველობის პრობლემით. ბავშვობაში მქონდა ხოლმე ცოტა შეზღუდვები. მაგრამ ახლა, ხალხი რომ მეტყვის - ვაიმე, როგორი ცოდო ხარ- მე არ ვფიქრობ, რომ ვერ ვხედავ, ცოდო ვარ ან რამე დახმარება მჭირდება. მე უკვე ისე ვგრძნობ თავს, როგორც სრულყოფილი.“ [შშმ ქალი, კახეთი]

„ჩვენ მეტად გვაქვს განვითარებული საზოგადოებაში თავის დამკვიდრებაც, ბრძოლისუნარიანობა გვაქვს ჩვეულებრივი ტიპის ადამიანებთან შედარებით.“ [შშმ ქალი, იმერეთი]

„შშმ პირი არ იციან ხალხმა, მაინც ყრუ-მუნჯს გეძახიან.“ [შშმ ქალი, თბილისი]

„ის შესაძლებლობებია, რაც არის შეზღუდული და ვერ აკეთებ მას, რისი გაკეთებაც გინდა, მაგრამ თუ მოინდომებ შეუძლებელი არაფერია.“ [შშმ ახალგაზრდა, იმერეთი]

„ჩემთვის შეზღუდული შესაძლებლობები არ არსებობს. ყველაფერი გვაქვს. ანუ მე არ მესმის, მაგრამ ისეთი მომსახურება მაქვს თარჯიმნის მეშვეობით, რომ ყველაფერს ვგებულობ და ყველაფერი მესმის.“ [შშმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„უკვე მიჩვეული ვარ ზოგადად ამ სიტყვებს, როცა იძახიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი. არ ვთვლი, რომ ვარ მე ეს პირი, მაგრამ მიჩვეული ვარ, რომ ხშირად მესმის ეს სიტყვა.“ [შშმ ახალგაზრდა, თბილისი]

შშმ პირში მშობლები მოიაზრებდნენ ადამიანს, რომელსაც რაიმეს შესრულება დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ. შშმ ქალების მსგავსად, მშობლებისთვისაც ყველაზე მეტად შემანუხებელი საზოგადოების დამოკიდებულებაა.

ფოკუს-ჯგუფებში გამოიკვეთა **საზოგადოების დისკრიმინაციული დამოკიდებულების მაგალითები შშმ პირების მიმართ**. მშობლები აღნიშნავენ, საზოგადოების ნაწილი დღემდე განიხილავს შეზღუდულ შესაძლებლობებს „ოჯახის სირცხვილად“, რის გამოც მიაჩნიათ, რომ ოჯახი მას უნდა მალავდეს. ფოკუს ჯგუფების მონაწილე ერთ-ერთი მშობელი ჰყვებოდა თავის მაგალითს, როდესაც ახლობლებისგან შენიშვნა მიიღო, რადგან შვილის ეპილექსიასთან დაკავშირებით ინფორმაციის შეგროვებას აქტიურად ცდილობდა.

შშმ ბავშვების და ახალგაზრდების მშობლები, ასევე საუბრობდნენ მედიცინის მუშაკების მხრიდან დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებაზე, მაგალითად, იხსენებდნენ, როცა ექიმი შშმ ბავშვის მშობელს სიტყვა „უბედურით“ მიმართავს.

„შე, უბედურო!“ - დედას რომ მოაძახებენ, „შე, უბედურო!“ ექიმმა მომაძახა - „რა უბედური ხარო!“ - „უბედური ხარ შენ-მეთქი!“ **[შშმ პირის მშობელი, კახეთი]**

„შე, მაგალითად, ერთ-ერთმა ჩემმა მეგობარმა, სრული ამ სიტყვის მნიშვნელობით მიმაყენა კედელთან და კარგად გამლანძღა იმის გამო, რომ ჩემს შვილს ეპილექსია დაემართა, ყველგან ვკითხულობდი, ვინ რა იცოდა, ვინ იცოდა კარგი ექიმი, სად წავსულიყავი, რა მეკეთებინა, მუდმივ ინფორმაციის ძიებაში ვიყავი და რა ქვეყანას ყრიო, მითხრა და არ ვიცი, რამდენად დაიჭერებთ თუ არა, მაგრამ შემძულდა ის ადამიანი თავის ყველაფრიანად“. **[შშმ მშობელი, თბილისი]**

„უფრო ბავშვებში აღარ არის, ჩემი ბიჭი დიდია, მოდიან ახალგაზრდები...უფრო ასაკოვნებშია - „დედა, რა ცოდვაა!“ რატოა ცოდვა? ვუვლი, არ აკლია არაფერი.“ **[მშობელი, იმერეთი]**

„დამოუკიდებლად, რომელსაც არ შეუძლია ყველაფრის გაკეთება, ალბათ ვფიქრობ, ან თუნდაც ერთი რამის გაკეთება, გადაადგილება, რავიცი კვება, ბანაობა ყველაფერი შედის იმაში, რასაც დამოუკიდებლად ვერ აკეთებს.“ **[მშობელი, თბილისი]**

„კი, მაგრამ ეხლა არის გაცილებით მცირე რაოდენობა. საზოგადოებამ შედარებით გაიგო და მიიღეს ბავშვები, რომლებიც გარეგნულად გამოიყურებიან სხვანაირად.“ **[მშობელი, იმერეთი]**

მიუხედავად შშმ პირების მიმართ ჯერ კიდევ არსებული სტიგმატიზებული დამოკიდებულებებისა, გამოითქვა აზრი, რომ ტენდენცია ბოლო დროს უკეთესობისკენ იცვლება. ექსპერტების მოსაზრებით, პოზიტიურ ცვლილებებში დიდი როლი აქვს სახელმწიფოს და არასამთავრობო ორგანიზაციების მხრიდან ამ საკითხით დაინტერესებას - გამოიყო დაფინანსება, ჩაერთო მედია საშუალებები, რაც საბოლოოდ საზოგადოების ცნობიერების შეცვლაში აისახება. რესპონდენტების თანახმად, პოზიტიური ტენდენცია განსაკუთრებით იგრძნობა ახალგაზრდებში. ერთეულმა რესპონდენტებმა (თბილისის ჯგუფები) აღნიშნეს, რომ პოზიტიური ცვლილება სხვადასხვა პროექტების სახითაც ვლინდება.

„გასულ წლებთან შედარებით წინ ნაბიჯები არის გადადგმული. მაგალითად, ჩვენს თემთან დაკავშირებით, ყრუთა თემთან დაკავშირებით. ბევრი პროექტებია, ინტეგრაცია, მაგრამ აი, დისკრიმინაციული არის ჩემთვის ხანდახან, რომ უფრო კეთილი დისკრიმინაცია არის, რომ ცდილობენ და ხანდახან არის შემანუხებელი უკვე.“ **[შშმ ქალი, თბილისი]**

2.2. რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობა

2.2.1. ტერმინების აღქმა

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განმარტებისას კვლევაში მონაწილე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ზრდასრულ (25+) პირთა, ისევე, როგორც მშობელთა უმრავლესობა, საუბრობდა შვილის გაჩენასთან დაკავშირებულ საკითხებზე, შვილოსნობაზე და ამ ტერმინში აერთიანებდნენ ყველა საკითხს, რაც გამრავლების ფუნქციას უკავშირდება, თუმცა ვერ აკონკრეტებდნენ, კერძოდ, რა საკითხებს მოიცავს ქალის რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

25 წლამდე შშმ პირებისთვის ეს ტერმინი ძირითადად გაუგებარი იყო. რესპონდენტების უმრავლესობა, განსაკუთრებით რეგიონებში, აღნიშნავდა, რომ არ სმენია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ და არ იცის, რას მოიაზრებს ეს ტერმინი. მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში აღინიშნა, რომ სავარაუდოდ რეპროდუქცია ადამიანის გამრავლების ფუნქციას უნდა უკავშირდებოდეს. ერთეულ შემთხვევებში „რეპროდუქცია“ ხელოვნურად შექმნილთან ასოცირდებოდა.

„რაც უნდა იგულისხმებოდეს ის, გამრავლება, შვილის გაჩენა, შესაბამისად, ამ პროცესს რაც მოყვება ნებისმიერი დაავადება.“ [შშმ ბელი, იმერეთი]

„მე ზუსტად არ ვიცი, მაგრამ ჯანმრთელობა, როგორც ასეთი, რეპროდუქციული, გულისხმობს შვილთან დაკავშირებული საკითხები, რომელიც შეეხება შვილის ჯანმრთელობას და ეს პირდაპირ დამოკიდებული არის შვილის ჯანმრთელობა ამ ქალის ჯანმრთელობასთან, ვინც გააჩენს ამ ბავშვს და თვითონ რეპროდუქციული ჯანმრთელობაც ამასთან ურთიერთკავშირში მგონია.“ [შშმ ახალგაზრდა, იმერეთი]

„არ მესმის, სიმართლე გითხრათ და თუ დამიკონკრეტებთ, კარგი იქნება.“ [შშმ ქალი, კახეთი]

„რეპროდუქცია, რაღაც ხელოვნურად შექმნილთან ასოცირდება, ასე მგონია. უფრო ზუსტად, არც ჩავძიებულვარ სიმართლე გითხრათ, არ მქონია შეხება.“ [შშმ ქალი, კახეთი]

სექსუალური ჯანმრთელობა

კვლევაში მონაწილე შშმ ქალების და მშობლების ნაწილი ტერმინ „სექსუალურ ჯანმრთელობას“ გადამდები დაავადებებისგან თავდაცვის უნარს და პირადი ჰიგიენას უკავშირებენ. ნაწილი კი აღნიშნავდა, რომ სექსუალური ჯანმრთელობა უნდა უკავშირდებოდეს სექსუალურ ურთიერთობებს, პარტნიორთან ურთიერთობის კულტურას და სექსუალურ საკითხებთან დაკავშირებული ზუსტი ინფორმაციის მიწოდებას.

25 წლამდე შშმ ახალგაზრდები განსაკუთრებით ერიდებიან სექსუალურ ჯანმრთელობაზე საუბარს. მათი აზრით, მსგავსი საკითხები სიყვარულს უკავშირდება, რისი გამოცდილებაც მათ არ გააჩნიათ. ერთეულ შემთხვევაში აღნიშნეს, რომ რეპროდუქცია უფრო ქალს უკავშირდება, ხოლო სექსუალური ჯანმრთელობა ორივე სქესს.

„ჯერ მაინც და მაინც ვერ აღვიქვამ ამ სიტყვას, რადგან ჯერ სიყვარული არ შემხვედრია. უფრო სიყვარულთან ასოცირდება, პირადი ცხოვრება. ჯერ ვერ ვიტყვი ამ თემასთან დაკავშირებით იმიტომ, რომ ჯერ ვერ ვაცნობიერებ, რა არის ეს.“ [შშმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„აღბათ სექსუალური ცხოვრება, უპირველესი.“ [შშმ ქალი, იმერეთი]

„ერთი ცალსახად მგონია, რომ ქალთან დაკავშირებულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, და სექსუალური ჯანმრთელობა ორივესთან ერთაირად.“ [შშმ ახალგაზრდა, იმერეთი]

ექსპერტების განმარტება

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ ჯანმრთელობა განსაზღვრა, როგორც სრული ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობა და არა უბრალოდ დაავადებების ან შეუძლოდ ყოფნის არარსებობა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა შეეხება რეპროდუქციულ პროცესებს, ფუნქციებსა და სისტემებს, სიცოცხლის ყველა ეტაპზე. ამდენად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა გულისხმობს, რომ ადამიანებს შეუძლიათ ჰქონდეთ პასუხისმგებლური, დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება და რომ მათ გააჩნიათ რეპროდუქციის უნარი და თავისუფლება, გადაწყვიტონ გააჩინონ თუ არა შვილები, როდის და რა სიხშირით. ეს გულისხმობს ქალების და მამაკაცების უფლებას, იყვნენ ინფორმირებულნი და ხელი მიუწვდებოდეთ შობადობის რეგულირების უსაფრთხო, ეფექტიან, ფინანსურად ხელმისაწვდომ და მისაღებ მეთოდებზე, მათი არჩევანის მიხედვით და ასევე უფლება, ხელი მიუწვდებოდეთ სათანადო ჯანდაცვის მომსახურებაზეც, რომელიც ქალებს საშუალებას მისცემს უსაფრთხოდ გამოიარონ ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდი და უზრუნველყოფს წყვილებს ჯანმრთელი შვილის ყოლის საუკეთესო შესაძლებლობით.

ძირითად შემთხვევაში, კვლევაში მონაწილე ექსპერტები მიიჩნევდნენ, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მოიაზრებს შვილოსნობასთან დაკავშირებულ ნებისმიერ საკითხს, მათ შორის რეპროდუქციული ორგანოების ჯანსაღ ფუნქციონირებას, ორსულობას, ინფორმაციას კონტრაცეფციამზე, მშობიარობასთან დაკავშირებულ საკითხებს.

სექსუალური ჯანმრთელობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ განსაზღვრა, როგორც ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობა, სექსუალობასთან მიმართებაში. ის მოითხოვს პოზიტიურად და პატივისცემით მიდგომას სექსუალობისა და სექსუალური ურთიერთობების მიმართ, ასევე სასიამოვნო და უსაფრთხო სექსუალური გამოცდილების მიღების შესაძლებლობას, ძალდაუტანებლად, დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე.

ექსპერტების განმარტებით, სექსუალურ ჯანმრთელობაში იგულისხმება პიროვნების სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხები, რომელიც არა აუცილებლობით უკავშირდება გამრავლებას. უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ სექსუალურ ჯანმრთელობაში შეიძლება მოიაზრებოდეს სქესობრივი იდენტობა, სექსუალურ საკითხებთან დაკავშირებული ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა, სქესობრივად გადამდები დაავადებები, ზოგადად სექსუალური აქტის შესრულების უნარი და პიროვნების სექსუალური უფლებები.

თუმცა საინტერესოა, რომ ექსპერტების მოსაზრებით ეს ორი საკითხი იმდენად გადაფარავს ერთმანეთს, რომ რთულია ერთმანეთისგან დიფერენცირება და მკვეთრი ბღვარის გავლება. ამასთან, ექსპერტთა დიდი ნაწილი საუბრობს გავრცელებულ ტენდენციაზე - მათ შორის პროფესიონალებს შორის - რომ **რეპროდუქციულ და სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ყველა საკითხი გააერთიანონ ტერმინ „რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაში“, რის მიზგზადაც ასახელებენ უხერხულობას, რომელსაც ტერმინი „სექსუალური“ ბადებს საზოგადოებაში.** თუმცა, აქვე აღნიშნავენ, რომ სწორედ სექსუალური საკითხების და განათლების დაბალი დონიდან გამომდინარე, აუცილებელია ამ ტერმინის დამკვიდრება და მასში მოაზრებული შინაარსისადმი მეტი ყურადღების გამახვილება.

„რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, პირველ რიგში, გამრავლებასთან დაკავშირებული საკითხებია. თუმცა საქართველოში რამდენადაც ვიცი, თუნდაც სექსუალური განათლება რომ უნდათ გამოიყენონ ამის ნაცვლად იყენებენ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას ან უფლებებს. ტერმინთან „სექსუალური“ დიდი პრობლემებია ხოლმე.“ [ომბუდსმენის აპარატში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრი, თბილისი]

2.2.2. შშმ პირების სექსუალობასთან და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სტიგმები

კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აღქმით, შშმ პირებისადმი ზოგადი დამოკიდებულების პოზიტიური ცვლილებისგან განსხვავებით, ნაკლებად შესამჩნევია ცვლილებები სექსუალური და რეპროდუქციული საკითხების მიმართ. **სექსუალობა დღესაც ტაბუირებულია, რაც რესპონდენტების აზრით, საზოგადოების კულტურული ღირებულებებს და ტრადიციებს უკავშირდება.** გარდა ამისა, ზოგიერთი ექსპერტის მოსაზრებით, ხშირად არა მარტო საზოგადოებას, არამედ სპეციალისტებსაც აქვთ მოსაზრება, რომ შშმ პირების შემთხვევაში არსებული სხვა პრობლემების ფონზე, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხი ნაკლებად მნიშვნელოვანია, შესაბამისად ნაკლებად ხედავენ მათი სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზებაზე ბრუნვის საჭიროებას.

თვისებრივ კვლევაში მონაწილე ექსპერტები, ასევე თავად შშმ ახალგაზრდები და ქალები საუბრობდნენ შშმ ქალების სექსუალობასთან და რეპროდუქციულ უნარებთან დაკავშირებულ მთელ რიგ სტერეოტიპებსა და სტიგმებზე, რომელიც საზოგადოებაში არსებობს და ხშირ შემთხვევაში ხდება შშმ ქალების დაოჯახების ან სრულფასოვანი სექსუალური ცხოვრებით ცხოვრების ბარიერი.

„სტიგმა რომ ძალიან პრობლემა ჩვენს საზოგადოებაში ბევრი რაღაცის მიმართ, ეს ვიცით, მე პირადად, რაც არასამთავრობოებისგან მომისმენია, გამიგია ესეთი ფრაზები - რეპროდუქციული ჯანმრთელობა საერთოდ რად უნდათ, რად უნდათ შობადობა, დაგეგმვა, აქვთ საერთოდ მათ სექსუალური ცხოვრება? რაში სჭირდებათ - ანუ რაღაცნაირად საზოგადოება თვლის, რომ შშმ პირს არაფერი არ სჭირდება, მითუმეტეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობა“. [გაეროს მოსახლეობის ფონდის წარმომადგენელი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით, თბილისი]

შშმ გოგონების სექსუალობასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სტერეოტიპი მათი ასექსუალობაა. კვლევაში მონაწილე ექსპერტის თანახმად, საზოგადოება მათ ხშირად ე.წ. „უმანკო“ არსებებად განიხილავს, რომელთაც სექსუალური ცხოვრება არ შეიძლება, რომ ჰქონდეთ. აღნიშნული სტერეოტიპი განსაკუთრებით გამოხატული ეტლით მოსარგებლე ქალბატონების შემთხვევაშია. თუმცა, რესპონდენტები, ასევე საუბრობდნენ საზოგადოების სტერეოტიპულ შეხებულებებზე სმენადაქვეითებულების მიმართაც - ფოკუს ჯგუფების მონაწილე ერთ-ერთი სმენადაქვეითებული ახალგაზრდა ქალი (რომელსაც, ასევე სმენადაქვეითებული მშობლები ყავს) ჰყვებოდა, რომ საზოგადოების წევრებისგან ხშირად გაუგონია გაკვირვება, როგორ შექმნეს მისმა მშობლებმა ოჯახი, როგორ შეუძლიათ ურთიერთობა და ა.შ.

საზოგადოებაში იმდენად გავრცელებულია აზრი, რომ შშმ ქალებს არ შეიძლება ჰქონდეთ სექსუალური ცხოვრება, რომ მსგავსი **სურვილიც კი სირცხვილად მიაჩნიათ.** უფრო მეტიც, შშმ გოგონებს ოჯახი ხშირად თავის გარეგნობაზე ზედმეტ ბრუნვას, „თავის გალამაზებასაც“ უკრძალავს, მშობლებისათვის მიუღებელია, რომ მათ შშმ შვილს შეიძლება საწინააღმდეგო სქესის ადამიანისადმი ინტერესი ჰქონდეს.

„პირველი პრობლემა, რაც გვაქვს ჩვენს ქვეყანაში შშმ ახალგაზრდებთან არის ის, რომ მათი სექსუალობა საერთოდ არ განიხილება პრაქტიკულად ის, რომ მათ შეიძლება ჰქონდეთ სქესი და სექსუალური ცხოვრების მოთხოვნილება. ეს პრინციპში არის ტაბუ დადებული საკითხი, რომ ამის განხილვა არ ხდება“. [ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]

„ჯგუფში მონაწილე სმენადაქვეითებული ახალგაზრდა ქალი არის სმენაშემზღუდული ოჯახიდან, დედა, მამა ყველა სმენა შემზღუდულია და ჰყავს მხოლოდ მეტყველი და. საზოგადოების მხრიდან იცით რა იყო? რომ ვაიმე ყრუები როგორ დაქორწინდნენ ერთმანეთთან? აქვთ რამე ურთიერთობა? შეუძლიათ სქესობრივი ურთიერთობა?“ [შშმ ქალი, თბილისი]

„მე მქონდა შემთხვევა ჩემზე დიდმა კაცმა, რომელსაც გავუზიარე რაღაცა ჩემი პირადი პრობლემა, ასეთი პასუხი გამცა, რომ სირცხვილია, არ თქვა სხვასთან, რომ გათხოვება გინდაო. იმან დაარქვა გათხოვება მინდა თან“. **[შშმ ქალი, კახეთი]**

შემდეგი სტერეოტიპი, რომელიც ჯგუფის მონაწილე ქალებისთვის ასევე, მნიშვნელოვანია, **შშმ ქალების პარტნიორად აღქმას ეხება:**

- კვლევის მონაწილე შშმ ქალები აღნიშნავენ, რომ საზოგადოება მათ საერთოდ ვერ აღიქვამს, როგორც ქალს, რომელიც შეიძლება ვინმეს მოეწონოს, ურთიერთობა მოუხდეს ან ოჯახი შექმნას. აღნიშნულის გამო, ხშირია შემთხვევები, როდესაც ახალგაზრდა ქალებს უბრალოდ სახლში კეტავენ ან მონასტერში წასვლას სთავაზობენ.

„ჯერ არავინ არ წაიყვანს ნორმალური ოჯახის შვილი, ჯანმრთელი და ჩამოყალიბებული. თავისნაირი მოძებნოს და იმნაირს გავაყოლო?!“

- კვლევის მონაწილე ქალების თანახმად, კაცებმა შეიძლება გამოიჩინონ ინტერესი, თუმცა, ნაკლებად ხედავენ მათში მუდმივ პარტნიორებს და ნაკლებად განიხილავენ ოჯახის შექმნას. ქალების ნაწილს მიაჩნდა, რომ ხშირად ისინი უარყოფილნი არიან მამაკაცისაგან, რადგან სხვა ქალებთან შედარებით არიან სუსტები და ნაკლებად დამოუკიდებლები, შესაბამისად, გაუჭირდებათ ოჯახში მოვალეობების შესრულება. აქვთ შეხედულება, რომ მამაკაცები მათზე ძლიერ ქალებს ეძებენ, ხოლო შშმ პირი არ ჯდება ძლიერი ქალის პროტოტიპში.
- რესპონდენტების თანახმად, საზოგადოებაში არსებობს მოსაზრება, რომ **შშმ პირის პარტნიორი მხოლოდ შშმ პირივე შეიძლება იყოს** და მასთან ურთიერთობით არ დაინტერესდება ტიპური განვითარების მქონე ადამიანი. გარდა ამისა, კვლევაში მონაწილე ქალები აღნიშნავენ, რომ ხშირად ტიპური განვითარების მქონე მამაკაცებს რცხვენიათ შშმ პარტნიორის წარდგენა მეგობრებთან, ოჯახის წევრებთან. იმ შემთხვევაში კი, თუ მამაკაცს თავად არ აქვს სტერეოტიპული დამოკიდებულება და არ მაღავეს თავის პარტნიორს, იგი დაცინვის ობიექტი ხდება საზოგადოების მხრიდან და ხშირ შემთხვევაში იღებს კრიტიკას ოჯახის წევრებისგანაც.

„მართო შიში არ არის, მანდ კომპლექსის გამოხატულებაა. უტყდებათ იგივე საძმაკაცოსთან, რომ გვერდით ჰყავთ შშმ პირი და ძაან უნდა უყვარდე, რომ ეს გადალახოს. მე მქონია ეგ მომენტი, ჯერ სანამ მოვწონდი, არც მეგობრებს მაცნობდა დიდად, არც არაფერი, მერე რომ შევუყვარდი, გადალახა ეს კომპლექსი და თვითონვე აღარ ჰქონდა და როცა ჰქონდა შემოთავაზება, რომ დავექორწინდეთ, მერე მაგისმა ოჯახმა ძაან გააპროტესტა, იყო მთელი ამბები, კაპლების ბზრიალი... ძაან, ძაან დიდი წნეხი მათ შორის მეგობრების მხრიდანაც და არა მართო ოჯახის წევრებისგან, ნათესავებისგან“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

„ჩვენ, მაგალითად, არ მოგვიაზრებენ, როგორც მუდმივ პარტნიორებად ან ცოლებად. ყველა ვინც გვიყურებს, მე ვფიქრობ, 95% მამაკაცებისა, ფიქრობენ, რომ... აი, რაღაცა ერთჯერადად ან რაღაცა პერიოდში გამოგვიყენებს და მერე... იმიტომ, რომ შენ არ მოიაზრები მუდმივ პარტნიორად“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

„მე, მაგალითად, ჩემს შვილს არ გავათხოვებ, იმ ხნის ვარ შეიძლება ხვალ მოვკვდე, მაგრამ ჯერ ვინ ითხოვს, იმნაირს უნდა გააყოლო ხო ალბათ. მე არ მინდა კიდევ შშმ პირს გავაყოლო. მე ასე ვარ. ახალგაზრდა რომ ვიყო, ძაან გვიან ასაკში შემეძინა მარი, არა მყავს არავინ, ქმარი გარდამეცვალა. მყავს მართო მარი, 15 წლის გახდება, ჯერ არავინ არ წაიყვანს ნორმალური ოჯახის შვილი, ჯანმრთელი და ჩამოყალიბებული. თავისნაირი მოძებნოს და იმნაირს გავაყოლო? მე მაგალითად, არ მინდა. ახალგაზრდა რომ ვიყო, შეიძლება მართლა გავრისკო, გავაჩენინო შვილი და მერე მე გავზარდო ის ბავშვი.“ **[შშმ მშობელი, ქუთაისი]**

კვლევის მონაწილეები საუბრობდნენ გენდერულ სტერეოტიპებზეც, თუმცა მათი აღქმით, ეს სტერეოტიპები თანაბრად ვრცელდება როგორც ტიპური განვითარების მქონე, ასევე შშმ გოგონებზე. მათ შორის ყველაზე გავრცელებული ახალგაზრდა ქალის ქალიშვილობას უკავშირდება. რესპონდენტების თანახმად, **საზოგადოების დიდი ნაწილისთვის არაქალიშვილი არაპატიოსანია.** საინტერესოა, მამაკაცი შშმ პირებისთვის არა მხოლოდ მისაღებია პარტნიორის ყოლა, არამედ პარტნიორის მოძებნაში ოჯახის წევრებიც ეხმარებიან, ყოფილა სექს მომსახურებით სარგებლობის შემთხვევებიც. კვლევაში მონაწილე შშმ მოზარდების და ქალების თანახმად, შშმ მამაკაცებზე ნაკლებად ვრცელდება დაოჯახების ბარიერებიც. აღნიშნულ მოსაზრებას ემხრობიან ექსპერტებიც, რომლებიც აღნიშნავდნენ, რომ არ არსებობს ზუსტი აღრიცხვა, თუმცა ტენდენციების ანალიზი აჩვენებს, რომ უფრო მეტი შშმ მამაკაცია დაქორწინებული ტიპური განვითარების მქონე პირზე, ვიდრე ქალი.

„სტერეოტიპია, რადგან გოგო არ არის ქალიშვილი, ვაიმე ბოზია და კი მაგრამ, თუ ბიჭს შეუძლია ქალთან დანჯვს, მაგაზე რა ვთქვათ მაშინ, ხო? [შშმ ქალი, თბილისი]

„ბევრი შემთხვევა ვიცი, ერთ-ერთ შემთხვევას ვიტყვი, მაგალითად, შეყვარებულები იყვნენ, ქორწილამდე ჰქონდათ ურთიერთობა და თვითონ იმ ბიჭის მეგობრებმაც კი უთხრეს, აი, ხო ხედავო, არაპატიოსანია, ქორწინებამდე ჰქონდა ურთიერთობა, რათ გინდა ეგეთი, არ გამოგადგება და არის ასეთი სტიგმები“. [შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, თბილისი]

„გავიკეთე აბორტი. ჩემი შვილი მოვკალი იმიტომ, რომ აქ ქალის უფლებებს არ იცავენ, მით უმეტეს შშმ ქალის უფლებებს!“

თვისებრივი კვლევის შედეგად იდენტიფიცირდა შშმ ქალების რეპროდუქციულ უნარებთან დაკავშირებული სტერეოტიპებიც. კვლევაში მონაწილე ექსპერტები საუბრობდნენ საზოგადოებაში არსებულ მოსაზრებაზე, რომ **შშმ პირებს შვილიც აუცილებლად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ეყოლება.** რაც ეფუძნება იმ შეხედულებას, რომ შეზღუდული შესაძლებლობები, განსაკუთრებით ფსიქიკური დარღვევები, სმენის, მხედველობის დარღვევები გადადის გენეტიკურად. არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისთვის“ წარმომადგენელი აღნიშნავს, რომ შშმ პირის შვილოსნობასთან დაკავშირებული სტიგმა იმდენად გამჭადარია საზოგადოებაში, რომ ხშირად შშმ ქალები თავადაც წყვეტენ ბრძოლას და ფიქრობენ, რომ მართლა არ აქვთ უფლება, ან მათთვის შვილის ყოლა არ არის მნიშვნელოვანი.

„შენნაირი შვილი მეყოლება და არ მინდაო!“

კვლევის შედეგად ვლინდება, რომ აღნიშნულ სტერეოტიპს რიგ შემთხვევაში იზიარებენ შშმ პირების მშობლები. დედები თავად არიან წინააღმდეგნი, შშმ შვილისგან შვილიშვილი ეყოლოთ. მათი აღქმით, შეზღუდული შესაძლებლობა თუკი მომდევნო თაობაზე არა, შემდეგ თაობებში მაინც შეიძლება გამოვლინდეს. მშობლებისთვის შშმ ქალის შვილოსნობის დამატებით ბარიერს წარმოადგენს შიშები, რომ ორსულობამ / მშობიარობამ შესაძლებელია დედის ჯანმრთელობა კიდევ მეტად დააზიანოს.

შეზღუდული შესაძლებლობის „გადამდებ დაავადებად“ აღქმამ შესაძლებელია შშმ ქალებს ორსულობის შეწყვეტა აიძულოს. ერთ-ერთი სმენადაქვეითებული ქალი თავის მაგალითზე ჰყვებოდა, რომ 21 წლის ასაკში დაორსულდა, თუმცა შეყვარებულმა და მისმა ოჯახმა აბორტის გაკეთება მოსთხოვა. რესპონდენტის თანახმად, ვინაიდან თავად პატარა იყო და არ ჰქონდა თავისი ოჯახის გვერდში დადგომის იმედი, იგი იძულებული გახდა აბორტი გაეკეთებინა.

„სტიგმა არის ის, რომ შშმ პირის შვილი იქნება შშმ და სჯობს ესეთი სექსუალური ურთიერთობები არ დასრულდეს შვილოსნობით“. [არასამთავრობო ორგანიზაცია „პირველი ნაბიჯის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„პირველი გამოწვევა არის სტიგმა, როდესაც ფიქრობენ, რომ არა აქვთ ეს უფლება ან არ უნდა ჰქონდეთ. ეს არის განსჯის და ხშირად არის ცრუ მორალურ ღირებულებებთან დაკავშირებული, რომ გადადის გენეტიკურად. ეს არის ყველაზე დიდი გამოწვევა ჩემთვის, რომელსაც ადამიანები უკრძალავენ ადამიანებს სექსუალური და რეპროდუქციული ცხოვრების ქონას ეს ერთი, მერე თვით სტიგმაზე მინდა ვისაუბრო. ძალიან ხშირად ეს გამოწვევა არის ხოლმე ის, რომ თავადაც აღარ იბრძვიან ამისთვის. ამბობენ, რომ არ არის მნიშვნელოვანი ან აზრი არა აქვს“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„სტერეოტიპია ის, რომ თუკი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი შვილს გააჩენს, მასაც გამოყვება ეს დიაგნოზი. ეს გადამდებებით არის, გენეტიკური კოდი ჰგონიათ. ღმერთმა იცის, რისგან გამოწვეული, ექიმის დაუდევრობით თუ ვირუსიდან გამოწვეული, აუცილებლად ჰგონიათ, რომ, თუკი იმას აქვს, მის შვილსაც აუცილებლად უნდა ჰქონდეს“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

„ემინიათ ისევ შშმ შვილი არ გეყოლოს. ყოველთვის ეს შიში აქვს საზოგადოებას. ამ ფაქტის წინაშე დავდექი, დავორსულდი და მომთხოვეს აბორტის გაკეთება და ძალით მაინც გამაკეთებინეს აბორტი. მე 21 წლის ვიყავი, ოჯახი გვერდში ვერ დამიდგებოდა მაგ პერიოდში და იძულებული ვიყავი, რომ გამეკეთებინა. ისიც კი ითქვა, რომ ეს შვილი არ არის ჩემი და სხვისია და ა.შ. მე ვთვლი, რომ შშმ პირი რომ არ ვყოფილიყავი, არ მოხდებოდა ასეთი რაღაცა, იმიტომ, რომ შენაირი შვილი მეყოლება და არ მინდაო“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

„მე მქონდა ეს შეცდომა, 2 წელი ვცხოვრობდით, პარტნიორი მყავდა და ოჯახმა არ იცოდა, იმიტომ, რომ ოჯახს რომ ცოდნოდა, ვიცი, რომ ან გამაგდებდა სახლიდან, ან ძალით გამათხოვებდა იმ ადამიანზე და იმ ადამიანმა კიდევ უარი თქვა ჩემზე, 2 კვირის მანძილზე გავიკეთე აბორტი, ანუ ჩემი შვილი მოვკალი, იმიტომ, რომ აქ ქალის უფლებებს არ იცავენ, მითუმეტეს შშმ ქალის უფლებებს. ეხლა ვწერვიულობ, რომ 4 წლის უნდა მყოლოდა.“ **[შშმ ქალი, თბილისი]**

კვლევის შედეგად ვლინდება, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების გენეტიკურად გავრცელების სტიგმა ოჯახში შშმ პირის ოჯახის სხვა წევრების დაოჯახებისთვისაც ბარიერი ხდება. შესაბამისად, არის შემთხვევები, როდესაც ოჯახები ერიდებიან შშმ წევრის საზოგადოებისთვის ჩვენებას. კვლევის მონაწილეები ჰყვებიან მაგალითებს, როდესაც გოგოს დაოჯახების ბარიერი მისი ოჯახის წევრის ფიზიკური დეფექტი ან ფსიქიკური პრობლემები გახდა.

„მე შემოიღია გითხრათ ერთი გოგონას ისტორია, მუსტად ამ თემაზე იყო, მას ოჯახის წევრი ჰყავდა მძიმე ფსიქიკური პრობლემებით, სამწუხაროდ, მასაც აღმოაჩნდა სერიოზული ფსიქიკური დაავადება. მან გაიცნო ადამიანი, რომელიც მოეწონა და ეს თქვა სახლში, შეემჩნა კიდევ, ვილაც რომ მოსწონდა. შეხვდა ძალიან დიდ წინააღმდეგობას მეგობრების და ოჯახის მხრიდანაც, უთხრეს არ გათხოვილიყო, თავიდან უთხრეს არ შეეყვარა იმიტომ, რომ ამ შეყვარებულობას მოსდევს ბევრი პრობლემები, მაინც არ მიგიყვანს ცოლადო... მართლა გამართლდა ეს... შეყვარებულის ოჯახმა ამ გოგონას ავადმყოფობის შესახებ არ იცოდა, მაგრამ რომ გაიგეს ოჯახის წევრი ჰყავდა მძიმე ავადმყოფი უარი თქვეს, მოკლედ, შეუთვალეს, რომ ის რძლად არ უნდოდათ, რადგან ოჯახის წევრი ჰყავდა ავადმყოფი“. **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]**

„არც არავის უნდა მაგნაირი ითხოვოს. გოგო არის ანგელოზებით და და ჰყავს კუბიანი. არავინ არ ითხოვა“. **[შშმ მშობელი, ქუთაისი]**

შშმ ქალების მიმართ საზოგადოებაში გავრცელებულია შეხედულება, რომ ისინი განსაკუთრებით სუსტები, სხვებზე დამოკიდებულები არიან, სხვების მიერ მოსავლელეები არიან, შესაბამისად, **მათი დაოჯახება დამატებითი ტვირთია ოჯახისათვის**, რადგან შვილს ვერ გაზრდის, მუდმივად სხვისი

დახმარების იმედად უნდა იყოს, რის გამოც მისი დაოჯახება დიდ დაბრკოლებას წარმოადგენს ოჯახის წევრებისათვის. ამიტომ ხშირად შშმ ქალებისა ოჯახის წევრები და ახლობლები წინააღმდეგნი არიან მათი დაოჯახების. თუმცა, კვლევაში მონაწილე ახალგაზრდა შშმ ქალები არ ეთანხმებოდნენ სტერეოტიპს, რომ შშმ ქალს არ შეუძლია შვილის გაჩენა ან მოვლა და იხსენებდნენ მათ გარშემო არსებულ მაგალითებს, როდესაც შშმ ქალს ჯანმრთელი შვილი გაუჩნდა და მის გაზრდასაც დამოუკიდებლად ახერხებს.

„მაგალითად, ფიზიკური შეზღუდვების შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა, რომ ყოველთვის ინტელექტუალური ადამიანი ვიყავი, რატომღაც ჩემს გარშემო ესეთი დამოკიდებულება ჰქონდათ, რომ ჯერ ერთი დედაჩემი მეუბნებოდა, რომ შენ არ უნდა გათხოვდე იმიტომ, რომ ეს შენთვის ძალიან დიდი ტვირთი იქნება. ანუ ტვირთი იყო ოჯახის მოვლა, ანუ დედაჩემს ვერც კი წარმოედგინა ის, რომ ვთქვათ დამეხმარებოდა, გვერდში დამომიდგებოდა. ჩემს დას ეხლა ჩვეულებრივად ეხმარება ძაან“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

„ვერ მიხედავს ისე, როგორც მოტორულად გამართული ჩვეულებრივი შესაძლებლობების მქონე ქალი, რაც არის ასევე სტერეოტიპი და გვინდა, რომ ეს დაიმსხვრეს. არსებობს პრეცედენტები, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანები უკეთესადაც ბრდიან თავიანთ ბიოლოგიურ შვილს“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, იმერეთი]**

„მე მაქვს ეგეთი მაგალითი, ორივე ქალი და კაცი არიან შეზღუდული შესაძლებლობების და არც ისე იოლად, მაგრამ დაქორწინდნენ, ბავშვები ანგელოზებივით არიან, რომ ვთქვა, რომ რამე პრობლემა აქვთ არა. ეს ქალი, ადრეც ვიცნობდი, ეხლაც ხომ ვიცნობ, ისეთი ძალა აქვს ისე დასდევს ამ ბავშვებს იქ არ წახვიდე, ერთი ბიჭია ერთი გოგოა და როგორ რეჟიმში ჰყავს იცით, რეჟიმი ცუდი ნათქვამია, თან ის ბავშვებიც რომ უყურებენ ასეთ მშობლებს დედას ეხმარებიან მამის მიხედვაში და პირიქით“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, იმერეთი]**

ზოგადად, შშმ სტატუსთან ან შშმ პირების სექსუალურ და რეპროდუქციულ საკითხებთან მიმართებაში საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპების და სტიგმების გამო, **ხშირად ოჯახი ცდილობს გოგონას აარიდოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსი.** კვლევაში მონაწილე ექსპერტების მოსაზრებით, თუ გოგონას აქვს მცირედ გამოხატული შეზღუდვები, ოჯახი მაღავეს მის შეზღუდულ შესაძლებლობებს, რადგან შიშობენ, რომ შშმ სტატუსი მათთვის პარტნიორის პოვნის და ოჯახის შექმნის ბარიერი იქნება. ერთ-ერთი ექსპერტის აზრით, ასეთი შემთხვევები განსაკუთრებით ხშირია მხედველობის პრობლემების მქონე პირებთან.

კვლევაში მონაწილე შშმ პირების მშობლები, განსაკუთრებით რეგიონებში, აღნიშნავენ, რომ ხშირია შემთხვევა, როდესაც ოჯახი მაღავეს შვილის შესახებ ინფორმაციას და თავისი შვილების დასახმარებლად შშმ პირების მშობლები ცდილობენ ანონიმურად მიიღონ გარკვეული სერვისები, მაგალითად: სპეციალისტთან კონსულტაცია თავად გაიარონ, თუმცა შვილი არ მიიყვანონ.

„არსებობს ტენდენცია ისეთი, რომ ზოგჯერ მაღავეს პრობლემას და არ აფორმებენ სტატუსს იმიტომ, რომ უნდათ გათხოვება, ვთქვათ გოგოსი...მაგალითად, უსინათლო გოგონა თუ მცირე ნაკლულით. ე.ი. არ აღიარებენ, რომ საჭიროებს ლუპას ან ლინზას სკოლაში, ამისთვის არის საჭირო მისი სტატუსის აღიარება, მაგრამ უარს ამბობენ“. [არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„არის, როცა მსუბუქი შეზღუდვა აქვს გოგონას, მითუმეტეს, სტატუსს არ ანიჭებს მშობელი იმის გამო, რომ შემდეგში ვერ გავათხოვებთ“. **[მშობელი, კახეთი]**

„ბავშვებს, რომლებსაც განვითარებაში აქვთ შეფერხება. მოდიან მშობლები, სურთ, რომ ანონიმურად იმუშაონ მათ შვილებთან ქცევის პრობლემებზე, ოღონდ არ მოიყვანონ ბავშვები თან იმ ცენტრში“. **[მშობელი, კახეთი]**

2.2.3. შპმ ახალგაზრდების და ქალების სექსუალობის აღქმა

კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აზრით, შპმ პირების სექსუალობის მიმართ არსებული სტერეოტიპები, ასევე ინფორმაციის არარსებობა ამ საკითხების გარშემო, ხშირად მათ აღქმაზეც უარყოფითად მოქმედებს და ეჭვი უჩნდებათ თავიანთი სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების თუ უნარების მიმართ.

ძირითად შემთხვევაში, კვლევაში მონაწილე ქალები აღნიშნავდნენ, რომ მათ არ ჰქონიათ სექსუალური გამოცდილება, რის გამოც უჭირდათ თავის სექსუალობაზე საუბარი. თბილისში ჩატარებულ ფოკუს ჯგუფებში მონაწილე ახალგაზრდა ქალები აღნიშნავდნენ, რომ ზოგადად აქვთ ინტერესი სექსუალური ცხოვრების მიმართ, თუმცა, **ერთი მხრივ, ინფორმაციის ნაკლებობა, ხოლო, მეორე მხრივ, საზოგადოების დამოკიდებულებები და გენდერული სტერეოტიპები მათთვის პარტნიორის ყოლის მნიშვნელოვანი ბარიერია.**

*„მაინტერესებს წინასწარ, უკვე ასაკიც 24 წლის ვარ და ძალიან მინდა, რომ ოჯახიც შევქმნა, მეგობარიც მყავდეს, მაგრამ ცოტა შიში მაქვს, რომ არ ვიცი ეს როგორ გავაკეთო იმიტომ, რომ არ მაქვს ეგ ინფორმაცია“. **[შპმ ახალგაზრდა ქალი, თბილისი]***

*„23 წლის ვარ... ევროპაში რომ ვიყო, მეგობარი მეყოლებოდა აუცილებლად, მაგრამ რადგან საქართველოში ვარ, ცოტა თავშეკავებისკენ მივდივარ“. **[შპმ ახალგაზრდა ქალი, თბილისი]***

ტენდენციის სახით გამოიკვეთა, შედარებით ახალგაზრდა ქალებს აქვთ მოლოდინი, რომ ნაკლებად შეხვდებოდათ ოჯახის შექმნის ან პარტნიორის ყოლის ბარიერები. კვლევის მონაწილე ახალგაზრდა შპმ ქალი აცხადებდა, რომ სმენია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებზე, რომლებსაც წარმატებული სექსუალური ცხოვრება აქვთ, ჰყავთ პარტნიორები ან არიან დაოჯახებული.

*„ძალიან ბევრ შემზღუდულ ადამიანებს ოჯახები ჰყავს, პარტნიორები ჰყავს, მეგობრები და ცხოვრობენ ჩვეულებრივად“. **[შპმ ახალგაზრდა ქალი, თბილისი]***

მხოლოდ ერთეული დაოჯახებული კვლევის მონაწილე აღწერდა თავის სექსუალურ ცხოვრებას პოზიტიურად: „სტაბილური“, „ლამაზი“, „მაგის გარეშე არ შეიძლება“.

2.3. სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები

კვლევაში მონაწილე ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების ინფორმაციით, შპმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები იგივეა, რაც ტიპური განვითარების მქონე პირების, თუმცა, გარკვეული შეზღუდვებიდან გამომდინარე, მათ თავისი უფლებების დასაცავად გარკვეული მხარდაჭერა სჭირდებათ, რაშიც მოიაზრება როგორც ინფორმაციის მიწოდება, ასევე გარკვეული სერვისების ხელმისაწვდომობა.

კვლევაში მონაწილე ექსპერტები აუღერებდნენ მოსაზრებას, რომ საკანონმდებლო დოკუმენტაციის დონეზე, სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები ყველა ადამიანისთვის, მათ შორის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვისაც გამართულია. თუმცა, შპმ პირების შემთხვევაში გარკვეული ფაქტორები აფერხებს მათი უფლებების რეალიზაციას. მათ შორის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხად სახელდება საზოგადოების არატოლერანტული დამოკიდებულება და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმები და სტერეოტიპები.

„როგორც ზოგადად ყველა ადამიანს, მათაც ზუსტად იგივე უფლებები უნდა ჰქონდეთ წესით და აქვთ კიდევ ოფიციალურად, დოკუმენტალურად აქვთ ეგ უფლებები. რეალურად როგორ სარგებლობენ ამ უფლებებით, ეს რამდენად ინფორმირებულნი არიან, თუნდაც ამის შესახებ, სად შეიძლება მიიღონ ინფორმაცია ამასთან დაკავშირებით? როგორ მიიღონ ასეთი ტიპის მომსახურება, როგორ გაუწიონ კონტროლი საკუთარ ცხოვრებას?“

უფლებებით, საბოლოო ჯამში, აბსოლუტურად თანაბარ პირობებში არიან, უბრალოდ, რაღაცა დახმარებას შეიძლება საჭიროებდეს“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„მონესრიგებულია, არ უკრძალავს, ქალაქდღმე ყველაფერი მონესრიგებულია. სტერილიზაცია არ ხდება, არ ხდება ჩასახვის სანინააღმდეგო აბების მიცემა. არ ხდება, ასე ვთქვათ, თავისუფალი კონტაქტის აკრძალვა. საკანონმდებლო დონეზე არის, იმიტომ, რომ ეს ჩვენების მოგონილი არ არის და კალკირება გააკეთეს, თუმცა კულტურასთან, ტრადიციასთან, ცხოვრების წესთან მისადაგება, ცხადია, არ ხდება. მე რეალურად ვაწყდები ამას“. **[სოციალური თერაპიის სახლის წარმომადგენელი, თბილისი]**

შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზაციის მნიშვნელოვან ბარიერად მიიჩნევა სექსუალური განათლების / სექსუალური აღზრდის სიმწირე.

თუმცა, არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისათვის“ წარმომადგენლის აზრით, მხოლოდ ინფორმაციის მიწოდება ვერ უზრუნველყოფს უფლებების დაცვას, თუ არ იქნება გამართული სხვა სერვისებიც. შშმ პირებს ამ შემთხვევაში ექნებათ ინფორმაცია მათ უფლებებზე, მაგრამ მათ რეალიზაციას ვერ შეძლებენ გარემო პირობების გამო - ექიმთან მისვლის დროს კონფიდენციალობის დაცვა, სერვისების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა და სხვა.

შშმ პირებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების დაცვა დაკავშირებულია სხვა სერვისებთანაც, რომელთა ნაკლები ხელმისაწვდომი განაპირობებს მათთვის უფლებების დაცვის სირთულეებსაც.

- დამოუკიდებლად ცხოვრების ხელშეწყობა - პირადი ასისტენტი, ადაპტირებული ფიზიკური გარემო, დასაქმების ხელშეწყობა.
- ძალადობის მსხვერპლთა ხელშეწყობა, ოჯახში რეინტეგრაციის სერვისები.

„მე ვფიქრობ, ერთმა აქტივისტმა ძალიან სწორი რაღაც თქვა, სერვისი თუ არ იქნება და ცხოვრების ადეკვატური სტანდარტი და ეს რაღაცეები, მე რაც ვთქვი, პერსონალური ასისტენტი იქნება ეს თუ რა, ექიმი თუ არ დაიცავს კონფიდენციალურობას და შემოიყვანს თანმხლებ პირს, გინეკოლოგი, სექსოლოგი თუ არ ვიცი ვინ, როცა მივა მასთან შშმ პირი, არ გაუშვებს იმ ადამიანს გარეთ პროაქტიულად, ამ შემთხვევაში განათლება, მე როგორ უნდა დავიცვა თავი დაავადებებისგან, მე არ დამეხმარება, იმიტომ, რომ მე ეს გამაგებინებს, რომ მე რეალურად არაფერი არ შემიძლია, უფლებები კი მაქვს, მაგრამ მეუბნება ეხლა, ან არ მეუბნება და ვიცი, რომ ჩემი ოჯახი ამას არ მიიღებს, თუ მე არ დავქორწინდი. ფიზიკურად ვერ გავალ სახლიდან, ვერ შევხვდები, სად უნდა ვნახო? გინეკოლოგთან რომ მივალ, გასკდება. აფთიაქში რომ მივიდე ელემენტარული თავდაცვის საშუალების საყიდლად, ესე შეიძლება მე ვერ მივიდე ფიზიკურად, იმიტომ, რომ ... მაგალითად, ყრუ პირებმა წერა-კითხვა კარგად არ იციან. ბევრმა არ იცის კიდევ ჟესტური ენა“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„მაგრამ შშმ პირთა მიმართებაში, როცა სერვისები არ გვაქვს მისაწვდომი და ესე შემდეგ. როცა არ გვაქვს დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობის სხვადასხვა ფაქტორები, რომელიც შეიძლება იყოს პერსონალური ასისტენტი, მისაწვდომი ფიზიკური გარემო, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა სენსიტიური თავშესაფრები, კი გასაგებია, რომ ნ თვე იცხოვრა, მაგრამ შშმ პირი, რომელსაც დასაქმების ნაკლები შანსები აქვს, ის სად წავა და ასე შემდეგ, ესეთი ტიპის სერვისები, რომ არ გვაქვს და სხვა ბევრი სერვისები, მაგალითად, ოჯახში რეინტეგრაციის სერვისი პირობითად, რომელიც ოჯახთან იმუშავებს იმაზე, რომ თუ შშმ პირი გახდა დევნის მსხვერპლი თავის სექსუალური არჩევანების გამო,

რომ მოხდეს ოჯახთან მუშაობა, რომ ეს ადამიანი აღარ გააგდონ, სხვადასხვა რაღაც შეიძლება არსებობდეს მსგავსი, რადგან არ არსებობს, ჩავთვალოთ, რომ ეს უფლებები შესაძლებლობების დონეზე შშმ პირებისთვის როგორც ქალების, ასევე მამაკაცებისთვის შედარებით ნაკლები დობით, ჩავთვალოთ, რომ არის შეზღუდული“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

შშმ ქალებისთვის, განსაკუთრებით თბილისში, მნიშვნელოვანი იყო ინფორმირების უფლება. თუმცა ფოკუს ჯგუფებში მონაწილე შშმ ქალები, განსაკუთრებით სმენის პრობლემების მქონე ქალები (თბილისში) აღნიშნავენ, რომ ინფორმაცია მათ უფლებებზე მათთვის ხელმისაწვდომი არ არის. აღნიშნულ უფლებებში ინტუციურად მოიაზრებდნენ: გამოკვლევების ჩატარების და მკურნალობის ხელმისაწვდომობას, გადაწყვეტილების მიღების თავისუფლებას ოჯახის დაგეგმვის, შვილის გაჩენის ან პარტნიორის არჩევის დროს.

მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში (თბილისის ჯგუფებზე) აღინიშნა, რომ მათ, რიგ შემთხვევაში, ინვევენ სექსუალურ და რეპროდუქციულ, ან ზოგადად შშმ პირების უფლებებთან დაკავშირებულ შეხვედრებზე და ტრენინგებზე, რომლებიც, როგორც წესი, მათი თემის ან სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციის ინიციატივით ტარდება.

*„ძაან საინტერესო ტრენინგი იყო რეპროდუქციულ და სექსუალურ უფლებებზე, ძაან ბევრი რაღაც გავიგე. ესლა უფლება, ზოგადად, ესლა მე არავინ არ მიზღუდავს უფლებას, მაგრამ მე მიზღუდავენ იქამდე მისვლის სურვილს. მაგალითად, იმიტომ, რომ მე არ დამხვდება იქ ჯანსაღი გარემო, რა გარემოც მე მჭირდება“. **[შშმ ქალი, თბილისი]***

კვლევაში მონაწილე შშმ ქალებს საკმაოდ სკეპტიკური განწყობა ჰქონდათ მათი უფლებების დაცვასთან დაკავშირებით. მათი განაცხადით, შშმ პირებისთვის უფლებების გაცნობის შეხვედრებზეც კი, ინფრასტრუქტურა არაადაპტირებული ხვდებათ, რის გამოც მხოლოდ ზეპირი საუბარი, რისი უფლება აქვთ, ნაკლებად მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ იმ გარემოში, სადაც არ არსებობს რაიმე მხარდამჭერი სერვისი, ნაკლებად ხელმისაწვდომია ჯანმრთელობის სერვისები და მათი თავისუფლად გადაადგილების შესაძლებლობა შეზღუდულია იმ შეხვედრებზეც კი, სადაც უფლებებზე სასაუბროდ ინვევენ.

გარდა ამისა, შშმ ქალები აღნიშნავდნენ, რომ სოციალური ფენის გათვალისწინებით, და იმის გამო, რომ არ ხდება, მაგალითად, დასაქმების უფლების დაცვაც, რაც მათ დამოუკიდებლობის მოპოვებაში დაეხმარებოდათ, სექსუალურ და რეპროდუქციულ უფლებებზე საუბარი მათ ნაადრევად ან დღევანდელი ვითარების გათვალისწინებით ნაკლებად მნიშვნელოვნად ეჩვენებათ.

*„პირველ რიგში ძალიან აქტიურია, მაგალითად, ამაზე მეტად, შეიძლება თქვენს თემას არ ეხება, მაგრამ დასაქმების უფლება ხომ ირღვევა პირველ რიგში? რომ სადმე მიხვალ ძალიან ტვინიც რომ გადმოგდიოდეს თავიდან, ისე კულტურულად და იმით მოგიმორებენ თავიდან, პირველ რიგში, მანდ ირღვევა ჩვენი უფლება“. **[შშმ ქალი, კახეთი]***

ასევე, გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ შშმ ქალების ნაწილი, განსაკუთრებით რეგიონებში, მიიჩნევდა, რომ სექსუალურ უფლებებზე საუბრის საჭიროება დღეს არც არსებობს, ვინაიდან სექსუალური ცხოვრება მხოლოდ 2 ადამიანს ეხება, რაშიც სხვა ორგანიზაციები არ უნდა ერეოდნენ.

*„თვითონ ასე საკითხის დასმა არის ჩემთვის ყოველად მიუღებელი, მაქვს სექსუალური ამისა და ამის უფლება, არც არავის შევუზღუდივარ ამ მხრივ და რატო უნდა ვიყვირო, რომ მე ეს უფლება მაქვს. ეს ხომ ბუნებრივია. თითიდან გამოწოვილი ტერმინია. ჩემი პასუხი ეს არის“. **[შშმ ქალი, კახეთი]***

*„ყოველთვის ირღვეოდა, ირღვევა და დაირღვევა და ისევ კულტურაა, მაგალითად, ორ ადამიანს შორის ურთიერთობის კულტურა. მთელმა მსოფლიომ, რომ ყველა ორგანიზაცია მიმართოს იქითკენ, რომ ქალთა უფლებები არ დაირღვეს, მაინც დაირღვევა იმიტომ, რომ ეს ქალის და მამაკაცის პირადი ურთიერთობის კულტურის ამბავია ეგ“. **[შშმ ქალი, კახეთი]***

2.3.1. შპმ ჯგუფებში სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების დარღვევის შემთხვევები

ექსპერტების მოსაზრებით, შპმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რღვევა ზოგადად ხშირად ხდება, განსაკუთრებით მონყვლად ჯგუფებად, ფსიქიკური და ინტელექტუალური დარღვევების, ასევე მობილობის შეზღუდვის მქონე პირები მიაჩნდათ. მათ შორის, კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობა იმ ადამიანების უფლებების დაცვის თვალსაზრისითაა, ვინც დახურულ ინსტიტუციებში - პანსიონატებში და ფსიქიატრიულ კლინიკებში ცხოვრობენ.

„ზოგადად, თუ ვისაუბრებთ ყველა კატეგორიის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებზე, არ არის დაცული უფლებები. განსაკუთრებით მობილობის შეზღუდვის მქონე პირებზე, ნაკლებად არის დაცული და ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევის მქონე ადამიანებშიც ნაკლებად არის დაცული, განსაკუთრებით იმათთან, ვინც ინსტიტუციებში არიან, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში“. [არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

კვლევის შედეგად გამოვლინდა სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რღვევის შემდეგი მაგალითები:

- ინფორმაციის სიმწირე, როგორც უფლებების, ასევე ზოგადად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით
- სექსუალობის მედიკამენტოზური დათრგუნვა
- ბულინგი სკოლებში
- არაადაპტირებული გარემო, მათ შორის სამედიცინო დაწესებულებებში
- ზოგადად, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების სიმცირე ან მათი ნაკლები ხელმისაწვდომობა (ადაპტირება, ფინანსური მხარე, მედპერსონალის დამოკიდებულებები)
- შპმ პირის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით გენდერული და სხვა ტიპის სტერეოტიპები და სტიგმები
- სამედიცინო სერვისების ნაკლები ხელმისაწვდომობა
- ოჯახის შექმნის ან ბავშვის ყოლის ბარიერები
- ექიმებთან ვიზიტის დროს კონფიდენციალობის ნაკლებობა
- ზოგადად, დამოუკიდებლობის სიმცირე ზრდასრულ ასაკში
- ძალადობის სხვადასხვა ფორმები (სექსუალური, ოჯახში ძალადობა, როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქოლოგიური)

2.3.2. დახურულ ინსტიტუციებში შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების დაცვა და საჭიროებები

სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რღვევის თვალსაზრისით, ყველაზე მონყვლად სეგმენტად ფსიქიკური და ინტელექტუალური დარღვევების მქონე პირები მიიჩნევიან, რომლებიც ინსტიტუციებში ცხოვრობენ. კვლევაში მონაწილე სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენელი საუბრობდა დახურულ ინსტიტუციებში შშმ ქალების უფლებების დაცვის პრობლემატიკაზე. მათი აზრით, ასეთ დანესებულებებში, სადაც გარკვეულ რაოდენობაზე მეტი შშმ პირი ცხოვრობს, რთულია პიროვნების ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინება და უფლებების დაცვა. ხშირ შემთხვევაში კი შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და მათ უფლებებზე ზრუნვა საერთოდ არ ხდება.

დახურულ ინსტიტუციებში, ძირითადად მოიაზრებენ:

- შშმ პირების პანსიონატებს და თავშესაფრებს
- ფსიქიატრიულ კლინიკებს, რომლებშიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები არა მხოლოდ მკურნალობენ, არამედ უწევთ ცხოვრებას
- რიგ შემთხვევაში მოიაზრებდნენ, ასევე სათემო საცხოვრისებს, სადაც 24 ადამიანზე მეტი ცხოვრობს

„რომელი რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ადამიანები იბრძვიან გადარჩენისთვის!“

*„უფლებების დარღვევის კუთხით, ინტელექტუალური დარღვევის მქონე ადამიანები განსაკუთრებით მონყვლადი არიან. ასევე, განსაკუთრებით მონყვლადია ფსიქიკური დარღვევის მქონე ადამიანები, მინიმუმ იმიტომ, რომ ძირითადი მათი საცხოვრებელი სივრცე არის ინსტიტუცია, როცა სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ არიან და იმ ინსტიტუციაში უბრალოდ ძალადობრივი გარემოა. სისტემური ძალადობაა. იქ არ არის ინდივიდზე მორგებული მომსახურება, რითაც მთავრდება ადამიანის თავისუფლება. აქ შედის ფსიქიატრიული კლინიკები, სადაც ადამიანები არა დაავადების გამო ცხოვრობენ, როცა ავადობის პერიოდია, მწვავე და მკურნალობა სჭირდება, ამას კი არ ვგულისხმობ, არამედ სადაც ადამიანები თვეობით და წლებით ვერ მიდიან იქედან, რადგან წასასვლელი არა აქვთ, როცა ოჯახები არ იღებენ, როცა საცხოვრებლად იყენებენ კლინიკას. მეორე, როცა აღიარებული ინსტიტუცია, პანსიონატები, თუმცა მე აქვე განვიხილავ ე.წ. სათემო ორგანიზაციებსაც, სადაც 24 კაცზე მეტი ცხოვრობს ერთ სივრცეში, ვთვლი, ეს ასევე არაბუნებრივია, ეს არანორმალური გარემოა იმისთვის, რომ თითოეული ადამიანის საჭიროებები სწორად დააკმაყოფილოს, მათ შორის უფლებებიც. **[სამოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]***

კვლევაში მონაწილე ზოგიერთი ექსპერტის აღქმით, დახურულ ინსტიტუციებში არსებული მატერიალური / სოციალური გაჭირვების და ძალადობრივი გარემოს ფონზე, ხშირად სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე საუბარი და ამ თვალსაზრისით თავისუფლებაზე არ ხდება საერთოდ, ვინაიდან სხვა უფლებები ილახება, რომელთა ფონზეც ეს საკითხი არ ჩანს პირველადად გადასაჭრელი. ერთ-ერთი ექსპერტი განსაკუთრებით მწვავე მდგომარეობაზე საუბრობს დეშეთის, ძეგვის და მარტყოფის პანსიონატებში, ასევე თბილისში, გლდანის და ქავთარაძის ფსიქიატრიულ დანესებულებებში.

- უყურადღებობა სომატური პრობლემების მქონე, კერძოდ ლოგინში მწოლიარე პაციენტების მიმართ - შეიძლება საათები არავინ მიაქციოს ყურადღება

- იმ პირობის ცემის ფაქტები, ვინც საწოლშია და გადაადგილება აქვს შეზღუდული
- სოციალური ბარათების წართმევა / ფულის გამოძალვა

„იცით როგორ სიტუაციაში ცხოვრობენ ეს ხალხი? მარტყოფის პანსიონატში შეიძლება დაინახოთ, რომ ნაცემმა ადამიანმა ჩაიარა ან საჭმელი მიაქვს იმიტომ, რომ ფულს წაართმევინ, ანადგურებენ პენსიის კარტებს, რომ არ წაართვან, ეს იცის ყველამ. როგორ გითხრათ, უკიდურესი ძალადობა, საჭმლის დეფიციტი და ქურდობებია იმიტომ, რომ არ აინტერესებს სახელმწიფოს და ამ დროს მე და თქვენ ვლაპარაკობთ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. რომელი რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ადამიანები იბრძვიან გადარჩენისთვის. ფეისბუქები აქვთ, გვწერენ: “დაგვეხმარეთ!” აზრი არა აქვს, ვერ ვეხმარებით. რომ ჩახვიდე მათთან არ დაგტოვებენ იმიტომ, რომ იმდენ დარღვევებს გეტყვიან, რომ პროკურატურაში უნდა გავრბოდეთ. სხვა სამყაროა ის და ახლა ჩვენ ვართ სხვა სამყაროში“.**[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

პანსიონატების და ფსიქიატრიულების შემთხვევაში მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ინფრასტრუქტურა. ექსპერტების განცხადებით, მონიტორინგის დროს ისინი უამრავ ინფრასტრუქტურულ პრობლემებს აწყდებიან:

- ლოგინები ერთმანეთთან ზედმეტად ახლოს დგას, რაც, თავის მხრივ, ძალადობრივი გარემოს შექმნას შეიძლება უწყობდეს ხელს;
- სველი წერტილები არ არის ადაპტირებული ეტლით მოსარგებლეთათვის;
- არსად არ არის დაცული პრივატულობა - ოთახში 4 ან შეიძლება 8 ადამიანი ერთად იწვეს, სველი წერტილები არ იკეტება, არ აქვთ სივრცე, სადაც ფიზიკურად განმარტობას შეიძლება, რაც არა მარტო პარტნიორთან სექსს, არამედ ნებისმიერი ფორმით სექსუალობის დაკმაყოფილებას შეუძლებელს ხდის.

„მაგალითად, პაციენტების კონცენტრაცია პალატაში, წესი არის ის, რომ საწოლებს შორის დაშორება უნდა იყოს მეტრი და რაღაც სანტიმეტრი და არის ხოლმე 1-2 სანტიმეტრი. პრაქტიკულად, ეს ადამიანები ერთ საწოლზე წვანან. შეიძლება ძალადობის მომენტები გაჩნდეს, იძულების, რაც ძალიან ძნელი დასადგენია და გასამიჯნია“.**[სამზოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„თუნდაც ფსიქიატრიულში, თუ ეტლით მოსარგებლე მიდის და ფსიქიკური პრობლემა აქვს, ვთქვათ, ადაპტირებული ტუალეტი არ არის და იქ უწევს ვედროში ტუალეტში გასვლა, ანუ ადაპტირებული ტუალეტი ვერ გაკეთდა ე.წ. თავშესაფარშიც“.**[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ინსტიტუციებში არა მარტო სექსი არის აკრძალული, არამედ არის ფაქტობრივად შეუძლებელი სხვა ტიპის ქცევაც, მასტურბაცია და ვთქვათ, სხვა ტიპის ქმედებები, რადგან ყველაფერი არის აპრივატული“.**[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„შევამჩნიეთ, რომ მენსტრუაციის პაკეტი არ აქვს და წევს ტაშტზე“

გარემო პირობების დარღვევებში ასევე მოიხსენიებენ ჰიგიენის საშუალებების სიმწირეს. კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აღქმით, **დახურული ტიპის ინსტიტუციებში ხშირად არ აქვთ პირადი ჰიგიენის დაცვის მინიმალური პირობაც.** გარდა იმისა, რომ თითქმის არ არსებობს ჰიგიენის საშუალებები (მაგ: ჰიგიენური საფენები), ჰიგიენის ნორმების დარღვევა სხვა თვალსაზრისითაც

ხდება - ერთად ირეცხება მათი საცვლები. ასევე საგულისხმოა, რომ პირადი ჰიგიენის საშუალებების არქონა, ხშირად ძალადობასთანაც არის თანაკვეთაში, მაგალითად, მენსტრუალური ციკლის დროს, ქალებს შეიძლება მთელი ციკლის განმავლობაში ტაშტზე უწევდეთ წოლა, ჰიგიენური საფენის არქონის გამო.

„შევამჩნიეთ, რომ მენსტრუაციის პაკეტი არა აქვს და წევს ტაშტზე, ამის ფოტო გვაქვს გადაღებული, ტაშტზე რომ წევს, რაის კონვენციაზე უნდა ველაპარაკო, ოღონდ ეს წევს რამდენიმე დღე. განა ისეთი იყო... ცოტა - სამკუთხედი, რომ ადვილად დანვე, ტაშტი იყო მრგვალი იმიტომ, რომ პაკეტს არ აძლევენ. რაზე ვილაპარაკო ხოლმე ამ დროს?“
[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

კვლევის თანახმად, დახურულ ინსტიტუციებში (მათ შორის ფსიქიატრიულ კლინიკებში) ერთ-ერთი მწვავე საკითხი **შშმ ქალების შვილოსნობას ეხება**. კვლევის მონაწილეების ინფორმაციით, პანსიონატების და ფსიქიატრიული დაწესებულებების პოლიტიკის თანახმად, მათ არ აქვთ დაწესებულებაში ბავშვების დატოვების უფლება. თუმცა, კვლევაში მონაწილე ექსპერტების ინფორმაციით, დახურულ ინსტიტუციებში ქალებისთვის **არ არის ხელმისაწვდომი ორსულობისგან თავის დაცვის საშუალებები, რის გამოც, არასასურველი ორსულობის პრევენცია მთლიანად სექსუალური ცხოვრების აკრძალვით ხდება**. ექსპერტების აზრით, ზოგადად, ინსტიტუციებში მცხოვრები ქალების სექსუალური ცხოვრება მხოლოდ პრობლემის ჭრილში განიხილება და არა, როგორც ადამიანის ბაზისური უფლება.

ორსულობის პრევენცია ძირითადად ხორციელდება:

- მედიკამენტოზური მკურნალობით ან ქალების სტერილიზაციით
- პრევენცია ხდება ქალი და მამაკაცი შშმ პირების ერთმანეთისგან მკაცრი იზოლირებით - მათ ეკრძალებათ ერთმანეთთან საუბარი ან ერთად გარეთ გასეირნება, მათ უმტკიცებენ, რომ ერთმანეთისთვის და-ძმა არიან და ა.შ.

„ვერბალური თვალსაზრისით, ვერბალურადაც საუბარი იკრძალება, ებოში ერთად სეირნობა საპირისპირო სქესთან, ანუ ეგეც არის დაუშვებელი“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„კი, და და ძმები არა ხართ“ - ეს არის იდეა. არანაირი კავშირი არ აქვს. პრევენცია ხდება ამ გზით და არა იმ გზით, რომ რაღაც კონტრაცეპტივები მისცე. ზუსტად სექსი არ უნდა გქონდეს ამბავია. მაინც გექნება ოდესმე, სადაც და მერე მოხდება უკანონო აბორტები, რაც არის სისხლის სამართლის დანაშაული, ოღონდ შეტყობინება არ ხდება“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„პანსიონატები ან მცირე საოჯახო ტიპის სახლები, სათემო საცხოვრისები, იქ რომ გადადიან შშმ ქალები, იქ შვილების გადაყვანის უფლება არ აქვთ. შესაბამისად, მათი ლოგიკაა, რომ არასოდეს არ ჰქონდეთ სექსი იმიტომ, რომ შეიძლება გაგიჩინდეს შვილი და შემდეგ, გამოიწვევს შვილსა და შენს შორის ტრაგიკულ დაშორებას. ასევე, მაქვს ასეთი ინფორმაცია, ოღონდ წყაროს ვერ დავასახელებ, რომ მათ არ ჰქონდეთ სექსი, გარკვეული პრეპარატების მიცემა ხდება.“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ზოგადად, ინსტიტუციებში სექსის თემა განიხილება პრობლემის ჭრილში, ეს არის ის, რაც არ უნდა ხდებოდეს. დამატებითი პრობლემებია, იქ შეიძლება დაორსულება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, იქ ურთიერთობები, იქ იმის განსჯა ძალადობა ან ექსპლუატაცია

ხომ არ იყო და იყო თუ არა ეს ნამდვილად თანხმობაზე დაფუძნებული. ამიტომ ყველაზე მარტივია თავიდან აიცილონ ეს აქტივობა. ერთი ჩემი თანამშრომელი ძალიან აქტიურად საუბრობს იმაზე, ფსიქიატრიულში ქალების და მამაკაცების განყოფილებები ერთია, რომ ცალ-ცალკეა და მეორე არის ის, რომ გარეთ გასეირნების დროს სხვადასხვა დროს ასეირნებენ, შემთხვევით რომ მოხდეს გარეთ მამაკაცთან ქალის კონტაქტი, უყვირიან და უშლიან უბრალოდ“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

ფსიქიატრიულ კლინიკებში და პანსიონატში მცხოვრები შშმ პირებისთვის **სკრინინგ პროგრამები ხელმისაწვდომი არ არის**. სკრინინგ პროგრამების ხელმისაწვდომობის ბარიერი ინსტიტუციებში მცხოვრებთათვის გარკვეულწილად ფინანსური თუ ადამიანური რესურსის ნაკლებობაა. ინსტიტუციებს არ აქვთ საკმარისი მატერიალური რესურსი, არ ჰყავთ კადრები, რომ შშმ ქალები სკრინინგისთვის რომელიმე კლინიკაში მიიყვანონ. შესაბამისად, ექსპერტების მოსაზრებით, მნიშვნელოვანია სკრინინგ პროგრამები თავად ინსტიტუციების შიგნით დაინერგოს.

რესპონდენტების თანახმად, პერსონალს ქალის ორსულობაზე ეჭვი მხოლოდ მაშინ უჩნდება, როდესაც მას მუცელი დაეტყობა, რაც ორსულობის უკვე საკმაოდ დიდ ვადებზე მიუთითებს. საგულისხმოა, რომ სხვა შემთხვევაში ინსტიტუციაში მცხოვრები შშმ ქალები გინეკოლოგებთან ნაკლებად მიჰყავთ, რაც ისევე პერსონალის სიმცირის ან მწირი მატერიალური რესურსიდან გამომდინარეა. თუმცა, აღნიშნული, თავის მხრივ, სხვა დარღვევებს განაპირობებს: იზრდება **არალეგალური აბორტების რაოდენობა**.

კვლევაში მონაწილე ექსპერტები, ასევე საუბრობდნენ იმის შესახებ, რომ მენტალური დაავადებების მქონე პირების შემთხვევაში მედიკამენტოზური მკურნალობის დროს არ ითვალისწინებენ მედიკამენტების გავლენას ნაყოფზე ან არ აფრთხილებენ პაციენტებს, ზოგადად, ქალის სექსუალურ თუ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე მედიკამენტების გავლენის შესახებ.

„დანესებულებებს რაც შეეხება, ინსტიტუციებს ხო, იქ პერსონალიც არ არის გათვითცნობიერებული ამ რეპროდუქციულ საკითხებში, მაგალითად, ჩვენ ვიკითხეთ ერთ-ერთი ინსტიტუციის მონიტორინგის დროს, აი, იყო თუ არა ბენეფიციარებისთვის ჩატარებული პაპტესტი, მაგალითად, მათ თქვეს, რომ ვერ გაიგეს, პასუხი მათი ასეთი იყო-“ჩვენ ვატარებთ ამ ტესტს მაშინ, როცა ვხედავთ, რომ მუცელი უკვე დიდა და ეჭვი გვაქვს, რომ ფეხმძიმედ არის ქალბატონი“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„მაშინ, როცა ნეიროლეპტიკებმა, ანუ წამლებმა, შესაძლოა ცუდი ზეგავლენა მოახდინოს, ძალიან ცუდი ზეგავლენა მოახდინოს ჩვილის განვითარებაზე. მოკლედ, პერსონალი როცა არაა გაცნობიერებული ამის მნიშვნელობაში, მაშინ არც ხდება დროულად მიტანა ადმინისტრაციამდე, რომ საჭიროა სკრინინგის გაკეთება. პერსონალის ნაკლებობის ფონზე ეს შეუძლებელია, უბრალოდ, ტექნიკურად ბენეფიციარების გაყვანა გარეთ ამ რაოდენობით, 300 ქალი, მაგალითად, ან 200 ქალი გაიყვანე გარეთ მაგალითად. რამდენი პერსონალი არის ამისთვის საჭირო, ანუ თუნდაც, ნელ-ნელა იქაც არის მწვავე დეფიციტი, შიგნით და კიდევ გზის ფული ცალკე სიამოვნებაა კიდევ, ანუ ჯობდა ინტეგრირებულად შეყვანა იმ სერვისის შიგნით, ამ სკრინინგის ინსტიტუციების შიგნით ჩატარება გეგმიურად, შეთავაზება ბენეფიციარებისთვის“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

კვლევაში მონაწილე არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები აღნიშნავდნენ, რომ იმ შემთხვევაში, თუ შშმ ქალს შვილი მაინც შეეძინება, ინსტიტუციას არ აქვს ბავშვის დატოვების უფლება, რაც, როგორც წესი, ბავშვის დედისთვის ჩამორთმევით სრულდება.

- იმის გამო, რომ პანსიონატებს არ აქვთ ბავშვის დატოვების უფლება, შესაძლებელია ქორწინებაში გაჩენილი ბავშვიც მოაშორონ მშობლებს და არ დაიტოვონ

- პანსიონატიდან გამოსვლა და ბავშვის მონახულება რთულია
- ისევე, როგორც რთულია ამ პანსიონატში მცხოვრების მონახულება, მაგალითად: მეგობარი რომ მოვიდეს, ნებართვა სჭირდება

„რეპროდუქციულ უფლებად, მე მგონი, მართო ეს არ უნდა ჩავთვალოთ, ჩემი აზრით, რომ გააჩინე და დამთავრდა, ხო? ბიოლოგიური და სოციალური არსება ვართ, ეს გრძელდება შემდეგ, ეს არ არის ერთჯერადი აქტი, დაორსულდი, გააჩინე და დამთავრდა, რა... ამ შემთხვევაში, ამათვის ესე იყო, გააჩინე და დამთავრდა, ამის იქით ვერ მიხედავ ბავშვს, რაც, ჩემი აზრით, გარკვეულწილად არის რეპროდუქციული უფლების დარღვევა რაღაცა ფორმით“. **[სამოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„შშმ პირთა პანსიონატებს შეიძლება ჰქონდეთ წესი, რომ ეს არ არის ბავშვებისთვის განკუთვნილი და ამით ოჯახური ცხოვრების უფლება, ავტომატურად შშმ ქალებს და მამაკაცებსაც ერთმევათ. თუ ბავშვი იბადება შეიძლება ქორწინებაშიც კი, ეს ბავშვი მიჰყავთ, აცალკევებენ“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ორგანიზაციას არა აქვს უფლება, რომ ჰყავდეს ბავშვი. გამოდის რა, ერთი, რომ დედამ უნდა დატოვოს თავშესაფარი და თუ არა აქვს არც საცხოვრებელი და არაა დასაქმებული, მაშინ სად უნდა წავიდეს. მეორე ვარიანტია, რომ ართმევენ ბავშვს. აქ ეხლა არ იგულისხმება, რომ მშობლის უფლებას ართმევენ, შეიძლება ჰქონდეს უფლება, რაღაც პერიოდში ერთხელ ეს ბავშვი მონახულოს, თუმცა ისიც ხომ საკითხავია, რა დისტანციაზე ეყოლება ეს ბავშვი და როგორ ნახავს. პრაქტიკულად არის შშმ, შეიძლება გარემო ვერ არის ისეთი, შეიძლება გარეთ ვერ გამოდის. ნუ არ ვიცი, მე ისიც გამიგია, ვიღაც რომ შევიდეს უბრალოდ იქ, სტუმარი, იქ ადმინისტრაცია უნდა გააფრთხილო, ეგეც კი არ არის მარტივი. ფსიქიატრიულში, მაშინ, როდესაც ადამიანი იქ უბრალოდ ცხოვრობს, მე რომ მინდოდეს ჩემი მეგობარი იქ მოვიწახულო, ამისთვის შეიძლება მჭირდებოდეს ნებართვა, შეიძლება არ შემომვან და ასე შემდეგ“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

კვლევაში მონაწილე სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენლები აღნიშნავენ, რომ მათ ხშირად უკავშირდებიან დახურულ ინსტიტუციებში მცხოვრები შშმ პირები და დახმარებას ითხოვენ. თუმცა, ექსპერტების თქმით, დღეს მათ დასახმარებლად ბევრი არაფერი კეთდება და მათაც ამ ადამიანების დახმარების შესაძლებლობა ნაკლებად აქვთ:

- ოფიციალური ორგანოებიდან პასუხად იღებენ, რომ დახურულ ინსტიტუციებში აქვთ როგორც საკვები, ასევე საჭირო ჰიგიენის საშუალებები
- სასამართლოში ჩივილის შემთავრებელი ხშირად ხდება ის ფაქტი, რომ იქ მცხოვრებ პირს არ აქვს პირადობის დამადასტურებელი არანაირი საბუთი

კვლევაში მონაწილე ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ისინი ვერ ხედავენ ამ საკითხით დონორების საკმარის დაინტერესებასაც. ხოლო ის მცირე რესურსიც, რაც გამოყოფილია, მათი აღქმით, არაეფექტურად ნაწილდება და უშუალოდ ამ პირების დახმარების ნაცვლად კონფერენციებს ან ძვირადღირებულ შეხვედრების ორგანიზებას ხმარდება.

„ათასნაირი შეტყობინებაა გაკეთებული. მიდის ჩვენგან წერილი და ისინი იძახიან, რომ ყველაფერი კარგადაა. აი, მაგალითად, მივწერთ, საჭმელი არ ყოფნით, მოგვწერენ საჭმელი გვაქვს. დამირეკა ამ დილას - “გვშია!”... მივწერ, მომწერენ - “არ შიათ!” გეტყვიან, მათ მიეწოდებათ საკმარისი რაოდენობის საკვები, ტამპონები, მიდის გინეკოლოგი და რაღაც ესეთი“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„რომ ჰქონდეს დაფინანსება საკმარისი, სუყველა ამ საქმეს ნავილებდი სასამართლოში, მაგრამ, როგორც ვითხარით, დონორებიც არ არიან დიდად დაინტერესებული ამ საკითხით“.

[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„ძაან ცუდი რაღაც უნდა ვითხრათ, ხშირად დონორებს ურჩევნიათ დააფინანსონ მდიდრულ სასტუმროში რამდენიმე ათასიანი შეხვედრა, რომელიც რამოდენიმე საათი გრძელდება, მაშინ, როცა ეს რამოდენიმე ათასი გამოიყვანდა 100 ქალს სახლიდან ერთი თვე და მაგალითად, მიტინგზე ივლიდნენ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მოთხოვნით. რაც არის, ძაან არასწორად ნაწილდება, ეს არ არის ჩემთვის “ფემენ” თემა. არაპოპულარული თემა არის, მაგრამ ვინც მუშაობს, ძაან “ფემენ” თემაა, გაეროს დონეზე ვართ რა, არადა უკიდურესი სიღარიბეა. შეიძლება გარდაიცვალოს ნაწოლის სეფსისისთ, რაც არის სიღარიბე და შეიძლება ამაზე საქართველოს მთავრობამ მოხსენება გააკეთოს გაეროში, რომელიც 1200 დოლარი ჯდება. უთანასწორობაა ამ მცირე ფონდების ხარჯვაშიც. ყველაფერში უთანასწორობაა“.

[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„პროკურატურას ვანვდით და პროკურატურა არაფერს არ აკეთებს და იქ წყდება ყველაფერი. სახალხო დამცველს შევხვდით წინა კვირაში, ის ვერაფერს ვერ აკეთებს, ჩვენც ვერაფერს ვერ ვაკეთებთ“.

„როცა შიდა რესურსი არის ამონურული და არავინ არაფერს არ აკეთებს, მერე მივდივართ სტრასბურგში, მაგრამ ახლა სტრასბურგში რატომ ვერ მივდივარ, ამის პირადობაც არა მაქვს, რომ დავურთო. უსაშველოდ მძიმე მდგომარეობაში არიან“.

„...პრემიერ მინისტრმა უნდა დასვას კითხვა, რაში იხარჯება ბიუჯეტი“.

[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

2.3.3. ოჯახის შექმნის უფლების რეალიზაციის ბარიერები

კვლევაში მონაწილე ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ არ არსებობს დაზუსტებული ინფორმაცია ან სტატისტიკა შშმ პირების შესახებ და შესაბამისად, არ არსებობს ინფორმაცია მათი დაოჯახების მაჩვენებელზე, თუმცა, იქიდან გამომდინარე, რომ განსაკუთრებით ქალების შემთხვევაში სექსუალური საკითხები ტაბუდადებულია, საზოგადოება არ განიხილავს და ხმამაღლა არ საუბრობს შშმ პირების დაოჯახებაზე.

ექსპერტების აზრით, შშმ პირებისთვის დაოჯახების რამდენიმე ბარიერი არსებობს:

- **მხარდამჭერი სერვისების სიმცირე** - არ არსებობს ოჯახის დაგეგმვის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები, შშმ დედების მხარდაჭერის პროგრამა.
- **სოციალიზაციის პრობლემა** - ექსპერტებს, ზოგადად, მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ როგორც ინსტიტუციებში მცხოვრები, ასევე ოჯახებში მყოფი შშმ პირების სოციალურ აქტივობებში ჩართვა, სოციალური წრეების ორგანიზება, შეხვედრები, კლუბები, სადაც წახალისებული იქნება არაფორმალური ურთიერთობების ჩამოყალიბება და ისინი შეძლებენ გარე სამყაროსთან კონტაქტს, ერთმანეთის გაცნობას. კვლევის თანახმად, დღეს შშმ პირების დიდი ნაწილი უბრალოდ გამოკვეტილია რამე სივრცეში, სადაც ფიზიკურად არ აქვს ვინმეს გაცნობის შესაძლებლობა.
- **პარტნიორის პოვნაში ხელს შშმ პირებს ოჯახებიც არ უწყობენ ხელს** - არ აძლევენ მარტო ყოფნის სივრცეს, შშმ პირს მუდმივად თან დაყვება მეურვე/მშობელი. როდესაც შშმ პირის დაოჯახებაზე საუბარი, ოჯახის მხრიდან ეს ხშირ შემთხვევაში პრობლემად/რისკად არის აღქმული - 1) ფინანსურად ოჯახს დამატებითი საზრუნავები ემატება, 2) სხვადასხვა ფაქტორის

გამო ემინიათ შშმ პირების ბავშვის გაჩენის, 3) ფიქრობენ, რომ ვერ მოუვლის დამოუკიდებლად შვილს.

- **ფინანსური და ფიზიკური დამოუკიდებლობის დაბალი ხარისხი** - როგორც ქუჩაში გადაადგილების მხრივ, ასევე მატერიალურადაც დამოუკიდებულები არიან ოჯახებზე / ინსტიტუციებზე.
- **საზოგადოების სტერეოტიპები** - მუდმივად იღებენ რჩევებს გარშემომყოფთაგან, რომ მათ ოჯახის შექმნა მაინც არ გამოუვათ, ბავშვის ყოლას ვერ შეძლებენ ან შემდეგ, მაინც ვერ მოუვლიან, ბავშვიც შშმ იქნება და ა.შ.

„იგივე მატერიალურ მიზეზს დავასახელებ, რადგან ასეთი ურთიერთობისგან გაჩენილი ბავშვები ისევ იმ ინსტიტუციას, ბრჭყალებში მოვიაზრებ, სამწუხაროდ, ისევ ხარჯად აწვება. არ არის მათთვის გამოყოფილი არანაირი თანხა, არც პენსია და ეს არის იმ მეურვის, ხელმძღვანელის თავში სატეხი, ახალი ბავშვის თუ ახალი შშმ პირის გაჩენა თუ ტიპური განვითარების ბავშვის.“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პირველი ნაბიჯი“-ს წარმომადგენელი, თბილისი]**

„კი, ან მეგობრების და მეზობლების მხრიდან იღებს რჩევა-დარიგებებს, რომ სჯობს ამას შეეშვას და ძირითადად ეუბნებიან, მაინც ვერ შექმნი ოჯახს იმიტომ, რომ გენეტიკური დაავადებების პრობლემაა, გამრავლების პრობლემაა, შვილი არ გეყოლება, შენს შვილსაც რაღაც პრობლემა ექნება და არის ძალიან ბევრი ესეთი რჩევა-დარიგებები და ამიტომ ამ სექსუალური ცხოვრების ხელშეშლა და დაბლოკვა ხდება დასაწყისშივე ანუ ზრდიან ამ მიმართულებით.“ **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]**

„სექსუალური ჯანმრთელობის კუთხით, პირველი ის, რომ არიან დაუცველები, ხშირ შემთხვევაში, მათ, აი, ამ შშმ პირებს იყენებენ აუგათ, მით უმეტეს, თუ არაკეთილსინდისიერ ადამიანების გვერდით აღმოჩნდებიან, აწყდებიან საკმაოდ დიდ სირთულეს იმიტომ, რომ თითქოს მშობლები თვლიან, რომ ტაბუ დადებული უნდა იყოს, მათ არ აქვთ თითქოს რეპროდუქციის უნარი და არც უნდა გამრავლდნენ. თუმცა, ჩვენ გვყვას ახალგაზრდა, უსინათლო, რომელსაც ძალიან უდვას ოჯახი მხარში და მეორე ბავშვი გვაჩუქა უკვე სრულიად ჯანმრთელი. თუ არ არის ოჯახისგან მხარდაჭერა, ბევრ სირთულეებს აწყდებიან. ეჭიმთან ვიზიტი, მაგალითად, არის ძალიან დამანგრეველი მათთვის იმიტომ, რომ კომუნიკაციას ვერ ამყარებენ, თუ ამყარებენ სხვა მესამე პირის დახმარებით, და ეს მათ პირად მეს და ინტიმურ საკითხებს ხშირად უფრო მეტად ნიღბავს და უჭირთ.“ **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ხშირია, როცა ოჯახი ერევა ამ გადაწყვეტილებებში, განსაკუთრებით, უფრო მონყვლადი არიან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე გოგონები ამ კუთხითაც. ეს უსინათლოებსაც ეხებათ, შეიძლება ერთ-ერთი ყველაზე მონყვლადი უსინათლოებიც იყვნენ. დამოუკიდებლობის ხარისხი საქართველოში არის ძალიან დაბალი უსინათლო ადამიანების იმიტომ, რომ ძირითადად ოჯახის წევრებზე არიან დამოკიდებულები სადმე წასვლის დროს, გადაადგილების დროს, იგივე პაემანზე წასვლის დროს. ის რომ პაემანზე წავიდეს, ოჯახის წევრები ყველა ვარიანტში უნდა გააფრთხილოს, უნდა უთხრას, სად მიდის, ვისთან მიდის. და-ძმა, დედა, ბებია დაყვება მუდმივად და ეს საკითხი არის ნამდვილად და იქ მერე გავლენა, რომ ის არ მომწონს, ის რად გინდა, ეს რად გინდა, ეს - ცუდია, ის - კარგია, ჩარევა ოჯახის წევრების ამ კუთხით გადაწყვეტილებებში.“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ყველაზე მთავრი შშმ პირისთვის არის ის, რომ ის არ იყოს მთელი დღე ოჯახში. სექსუალური და რეპროდუქციული ცხოვრება ჩვენ ტიპური განვითარების ქალების ისტორიებიდანაც ვიცით. თავისუფლება იწყება იქიდან, როდესაც ქალს შეუძლია იცხოვროს ფიზიკურად ცალკე, ფიზიკურად გადიოდეს გარეთ, დადიოდეს საზღვარგარეთ, დადიოდეს სხვა

ქალაქებში იმიტომ, რომ ეს იზრდება გარემოსთან, სადაც პოტენციურად შეიძლება ვინმე გაიცნოს და ასე შემდეგ. მარა, როდესაც სულ ოჯახის კონტროლ ქვეშ ხარ, ვერ გადიხარ გარეთ, ფიზიკური გარემოს გამოც, თუ ეტლით მოსარგებლე მესამე სართულზე ცხოვრობს და თუნდაც თბილისში იყოს და ლიფტი არა აქვს, ის ფიზიკურად ვერ გავა ვერსად და ვერავისაც ვერ გაიცნობს, თუ სახლში არ მოუყვანეს. არის ძალიან მძიმე ისტორიები ბიჭებზე განსაკუთრებით, როდესაც არის საწოლში პარალიზებული, პლიუს ამას ახლავს ინტელექტუალური პრობლემები და ეწყებათ ეს სქესობრივი მომნიშვნელობა, ეს ერეცხები და მშობლებმა არ იციან, რა უნდა ქნან, თვითონ უნდა განურონ თუ სასწრაფო გამოიძახონ თუ ვინ, თუ - რა. ემინიათ, რომ სასწრაფომაც შეიძლება არ იცოდეს ამ ბიჭებთან მოპყრობის ეტიკეტები, წესები, რომ კიდევ უფრო არ დააზიანოს და ასე შემდეგ. ძალიან ცუდი ისტორიებია ამ მხრივ, მშობლებსაც სჭირდებათ დახმარება.” **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

სირთულეები უკავშირდება არა მხოლოდ ბავშვის გაჩენამდე მდგომარეობას, არამედ შემდგომ პერიოდსაც. დგება საკითხი, შეუძლია თუ არა შშმ პირს ან მის ოჯახს უზრუნველყოს ბავშვის კეთილდღეობა. ექსპერტები იხსენებენ შემთხვევებს, როდესაც მომხდარა სოციალური სააგენტოს ჩარევა და ბავშვის მინდობით ოჯახში გადაყვანა ან გაშვილება. რიგ შემთხვევებში, შეიძლება მოხდეს უხეში ჩარევაც და ადამიანის უფლებების დარღვევაც ბავშვის კეთილდღეობის სახელით.

„ნების საწინააღმდეგო იყო, მაგრამ ეს გააკეთა სოციალური მომსახურების სააგენტომ იმიტომ, რომ მოვლის არანაირი პერსპექტივა არ იყო, აქ იყო ბავშვის სიცოცხლის საფრთხე და შესაბამისად, მოხდა გაშვილება, ესე სჯობდა და ამიტომ გააშვილეს.“ **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]**

„ერთი ქეისი, რომელიც ჩვენმა ბენეფიციარმა გვითხრა, ჩვენთან როცა ორი ადამიანი, წყვილი შედგა, შეუყვარდათ ერთმანეთი, მათ გადაწყვიტეს, რომ ოჯახი შეექმნათ, სხვათა შორის, სოციალურმა მუშაკმა, რომელიც მოწოდებულია იმისათვის, რომ ამ ადამიანების პირველი მხარდამჭერი და უფლებადამცველი იყოს, პირველი ის მოვიდა და პროტესტი გამოგვიცხადა, რატომ მიეცით ამის საშუალება, რომ ერთად ყოფილიყვნენ. ჯერ დაიწყო იმით, რომ საერთოდ სექსუალური ურთიერთობის, თუ ჯანმრთელობის, უკვე შეზღუდვაზე იყო საუბარი, რატომ არ დაუშალებთ, მისთვის რომ საშუალება მიგვეცა, ალბათ შეზღუდვად, შემძლია ვთქვა, რომ პირდაპირ მითხრა, და მე მითხრა. მეორე თემა იყო, რომ საერთოდ ამ სისტემამ, სოციალური დაცვის სისტემაა ხომ? ორი ბავშვი წაართვა ამ წყვილს, რომელიც შემდეგ თანაცხოვრების შედეგად შეეძინათ, ანუ ერთი მეურვესთან გადაიყვანა და მეორეც, იძულების წესით, ამ მეურვეს ხანგრძლივი მოლაპარაკების შემდეგ დაითანხმა, რომ მასთან გადასულიყო ბავშვის და.“ **[საზოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„საშინელი მომენტი იყო, ძალიან დიდი ხანი იბრძოლა მარტყოფმა, რომ ბავშვი გაეზარდათ მშობლებს, მინდობილობით აღზრდაში გაუშვეს და ვიბრძოდით ამისთვის. ისე წყვილებიც ჰყავთ ერთი სამი. თბილისის მასშტაბით 20-30 ადამიანზე მეტი არ იქნება, რომ ამ უფლებით სარგებლობს და იცის რა არის, დანარჩენს ყველაფერს წყვეტს მშობელი და როგორც წესი, ამბობენ - არას! ერთ შემთხვევაშიც და მეორე შემთხვევაშიც.“ **[სოციალური თერაპიის სახლის წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ბევრი ჯანმრთელი ბავშვი ვერ უვლის ბავშვს. ესეთ პრობლემურ ადამიანს რომ შვილი ეყოლება, ჩემთვის მიუღებელია. მისი გადაწყვეტილებაა, რა თქმა უნდა, ვერ დააბამ, მაგრამ ჩემთვის მიუღებელია!“ **[მშობელი, თბილისი]**

თავად კვლევაში მონაწილე შშმ ქალები აღნიშნავენ, რომ ოჯახზე ზედმეტი დამოკიდებულება არ აძლევს მათ საშუალებას ჯანსაღი სექსუალური ურთიერთობები დაამყარონ, გაიცნონ

პარტნიორი და შესაბამისად, რთული ხდება დაოჯახებაზე ფიქრიც. ექიმებთან პრივატული ვიზიტები და ზოგადად, საკუთარ სექსუალურ ჯანმრთელობაზე ფიქრი დაინყეს მხოლოდ მას შემდეგ, რაც დაინყეს დამოუკიდებელი ცხოვრება და შეამცირეს ოჯახის გავლენა მათ ცხოვრებაზე. საგულისხმოა, რომ ოჯახისგან დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობაზე საუბრობდნენ მხოლოდ თბილისის ჯგუფებში მონაწილე ქალები.

„მე, მაგალითად, 31 წლის ასაკში მოვიპოვე სრული დამოუკიდებლობა. ვთქვი, რომ ჩემს საქმეში ველარავინ ველარ ჩაერევა საერთოდ.“ [შშმ ქალი, თბილისი]

„მე დამოუკიდებლობა მოვიპოვე, დაახლოებით 27 წლის ვიყავი და ჩემი აზრით, რაღაც ასაკი მაინც საჭიროა. ინდივიდუალურია, მე ისეთ ასაკში ვიყავი, რომ მე ჩავთვალე, რომ არავის საქმე არ იყო მე როგორ ვიცხოვრებდი და მე რომ დედაჩემს ავუხსენი, მიუხედავად იმისა, რომ ასაკიანი ქალი იყო და რაღაც, სხვათა შორის გაიგო, არ გამოუთქვამს პროტესტი. მე ძალიან გამიკვირდა... და ბოლო 4 წელია დამოუკიდებლად ვარ, საერთოდ, ბოლო 3 წელია დამოუკიდებლად ვცხოვრობ, ვმუშაობ“ [შშმ ქალი, თბილისი]

ექსპერტების განმარტებით, ხშირია შშმ პირებში აბორტები, მათ შორის იძულებითი აბორტების ან აბორტები, რომელზე გადადანყვეტილებას მეურვე იღებს, ასევე ხშირია ბავშვების გაშვილების შემთხვევებიც.

„მათ არ უნდოდათ, მაგრამ, რადგან მათი უმრავლესობა არის ქმედუუნარო გადაწყვეტილებას ღებულობს მისი მხარდამჭერი მხარე და აქედან გამომდინარე, ძალიან ბევრი პრობლემის გამო იმიტომ, რომ თვითონ იმ პირს არ შეუძლია ბავშვის მოვლა იმიტომ, რომ მისი მხარდამჭერი პირიც ვთქვათ მოხუცია, მეტი არავინ არ ჰყავთ, არ აქვთ ფინანსური შემოსავალი და გადაწყვეტილებაა აბორტი. იყო ესეთი შემთხვევაც, 3 შემთხვევა იყო ბოლო 2 წლის განმავლობაში, როცა გააჩინეს, მაგრამ გააშვილეს“. [ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]

„მაგრამ აბორტებთან დაკავშირებით გვაქვს პრობლემა ის, რომ მანამდე, სანამ მოვა კლინიკამდე, აიძულებენ აბორტისკენ, ქალი არის სრულიად დამოუკიდებელი ოჯახზე. ოჯახი თუ ამბობს, რომ მე შენი ბავშვი გამიჭირდებაო იმიტომ, რომ ისედაც ძლივს ვსუნთქავ და ახლა კიდევ პლიუს ერთი პირი ვერ გავუძლებ და მიდი, გაიკეთე აბორტი, აი, ასეთ დღეში ძალიან ბევრი ქალია, განსაკუთრებით, ვინც არის ინტელექტუალური და ფსიქოსოციალური პრობლემების მქონე. იმიტომ, რომ ისინი ვიზუალურად... მოკლედ - უფრო ნაკლებად თვალსაჩინო შშმ სტატუსი, უფრო მეტი ჯავშირები მამაკაცებთან, უფრო მეტი არის სიხშირე, პლიუს მეტი არის გამოყენების ვერსიები და შესაბამისად, პლიუს ოჯახშიც ალბათ ნაკლები არის ავტორიტეტი ამ ქალბატონების შემთხვევაში იმიტომ, რომ მაინც თუ გაქვს სენსორული პრობლემები, მეტად მოსარგებლე ხარ, მაინც გარკვეული პატივისცემა რჩება. იმიტომ, რომ პიროვნება ხარ მაინც, ის რაც არის ნორმაში გამჭდარი. ხოლო თუ გაქვს ან გქონდა, რაღაც ისეთი უცნაური ქცევა, ფსიქოზი, მაგალითად, დადიოდი სადმე, შენი რეპუტაცია, შენი იმიჯი და შენი თვითშეფასება იმდენად დაცემულია, აღარც ხმის ამოდების უფლება ვითომ არ გაქვს. იმიტომ, რომ თუნდაც თუ ოჯახი კარგია, შენ თვლი, რომ “აი, გედმეტი ტვირთი ნამდვილად იქნება ოჯახისთვის.“ ამიტომ იძულებულები არიან შიშით იმოქმედოს ან გაშვილება - შვილების, ვინც იბადება ბავშვები“. [არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

2.4. ძალადობა

ექსპერტების უმრავლესობას არ აქვს ზუსტი სტატისტიკური ინფორმაცია ქალებზე ძალადობასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით ბუნდოვანია ინფორმაცია, როდესაც საქმე შშმ ქალებს ეხებათ, თუმცა, ზოგადად, საუბრობენ, რომ დღევანდელ საზოგადოებაში ქალებზე სხვადასხვა სახის ძალადობის არაერთი შემთხვევა ფიქსირდება.

ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ **საზოგადოებაში გავრცელებული გენდერული სტერეოტიპები ქალების, მათი ფუნქციის და როლის შესახებ პირდაპირ ძალადობრივ გარემოს ქმნის ზოგადად ქალებისთვის და განსაკუთრებით შშმ სტატუსის მქონე ქალებისთვის, რომლებიც ორმაგად მონყვლად ჯგუფს განეკუთვნებიან.** ძალადობას ხვდებიან ყველგან, პირველ რიგში, ოჯახში, რომელიც თავის მხრივ, საზოგადოებისგან ნეგატიურ დამოკიდებულებებს ეჯახება შშმ პირის ოჯახში ყოლის გამო.

ქალებზე ძალადობაზე და სტერეოტიპების უარყოფით შედეგებზე საუბრობენ აგრეთვე შშმ პირები და მიაჩნიათ, რომ სტატუსი ამ შემთხვევაში შეიძლება არც იყოს მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რადგან ეს საზოგადოების მიერ ზოგადად ქალების აღქმითაა გამოწვეული.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა მოსაზრება, რომ ტიპური განვითარების ქალებთან შედარებით, შშმ ქალები კიდევ უფრო მეტად მონყვლადი სეგმენტია ძალადობის თვალსაზრისით. კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აღქმით, ძალადობის შესახებ ზუსტი ინფორმაციის არქონა რამდენიმე ფაქტორით არის განპირობებული:

- ერთი მხრივ, თავად შშმ პირები არ არიან ინფორმირებული საკუთარ უფლებებზე, რის გამოც არის შემთხვევები, როდესაც თავს ძალადობის მსხვერპლად არც მიიჩნევენ
- არის შემთხვევები, როდესაც მსხვერპლს მოძალადე სხვადასხვა ფორმით აიძულებს ინფორმაცია დამალოს (ფსიქოლოგიური ზენოლა, მუქარა, „შენ მაინც არ დაგიჯერებენ“)
- მეორე მხრივ, მსგავსი საკითხები საზოგადოებაში ტაბუდადებულია და ამაზე არავინ საუბრობს, ბევრი შემთხვევა იმალება და არ ვრცელდება
- გარდა ამისა, როდესაც ძალადობა ხდება ინსტიტუციებში ან ოჯახებში და მსხვერპლს არ ჰყავს სხვა მეურვე და არც სახელმწიფო სთავაზობს ალტერნატიულ თავშესაფარს, მათივე ფიზიკური გადარჩენისთვის გამოსავალი ხშირად ისევ მოძალადე გარემოში დარჩენაა.

„მირჩევნია გამაუპატიუროს, ვიდრე დავრჩე ესე ქუჩაში“

ასევე მნიშვნელოვანია, რომ როდესაც საუბარია შშმ პირებზე, ძალადობრივი ფორმები უფრო მრავალფეროვანია, ძალადობის განხორციელება და შემდგომ ამ ფაქტის დამალვა კი უფრო მარტივია. ეს, ერთი მხრივ, განპირობებულია შშმ პირის მდგომარეობით, ხოლო, მეორე მხრივ, სპეციალისტების და პასუხისმგებელი პირების ნაკლები კომპეტენციით.

„ძალიან მოქმედებს მეორე მომენტი, რომ ვთქვათ, მოძალადე არის, მაგრამ თან მზრუნველი და დაკარგავს ქალი სერვისს და თუ ვთქვათ, პოლიციაში შევიტან, მაგალითად, მომცემენ ამ სერვისს როგორმე ან თავშესაფარს, სადაც ვიცხოვრებ და ა.შ. არ არის, მაშინ რატომ უნდა შევიტანო? ანუ არ ღირს მაშინ შეტანა. ამის შედეგად, ძალიან დიდი ფენა არის გაჭირვებული ჩვენთან იმიტომ, რომ სრულიად დამოკიდებულია მოძალადეებზე, სრულიად.“
[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„ძალიან ხშირად მოძალადეები სარგებლობენ იმითი, რომ შშმ პირს ელემენტალურად არ ააქვს გადაადგილების უნარი ხშირად და ამიტომ არიან მსხვერპლნი, ხშირად არის, რომ

აშინებენ და ეუბნებიან, რომ თუ იმათთან არ დაამყარებენ სექსუალურ კავშირს, მაშინ ან დედას მოუკლავენ ან მამას, აი, დაშინებებით და შანტაჟით. **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„სმენაშეზღუდული გოგონა, ნათესავი ძალადობდა, ვეტყვი ჩემს მშობლებსო, მოგკლავ იცოდეთ, გცემო და ასე აშინებდა. დღესდღეობითაც არის კიდევ, მაინც შიშის ქვეშარის ის ადამიანი.“ **[შშმ ახალგაზრდა, თბილისი]**

„იცით რა? რომ ვთქვათ რამე ისეთი... თუმცა ვიცით, რომ ხდება, მაგრამ ფაქტი, რომ ვინმემ წაასწროს ან რაღაცა თვითონ ესენიც არ იძახიან იმიტომ, რომ დამოკიდებულები არიან იმ ოჯახის წევრებზე, დედა იქნება თუ ნებისმიერი. ესენი ფიქრობენ, რომ ვთქვა სად გავიქცევი, ვის შევაფარო თავი“ **[მშობელი, კახეთი]**

„კიდევ ერთი ძაან საინტერესო, რაც ემატება, თვითონ მეუბნებიან, რომ არ დაიჭიროთ, რადგან სხვა მომვლელი არ მყავს. მირჩევნია გამაუპატიუროს, ვიდრე დავრჩე ესე ქუჩაში. არის ესე ბეტრაგიკული მოვლენა.“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ზოგადად, ამ კუთხით ვიცნობ კვლევებს, საერთაშორისო კვლევებს, რომელიც ამბობს, რომ ზუსტად პროცენტი არ ვიცი, მაგრამ 8-10 %-ით უფრო მეტად მონყვლადები არიან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე გოგონები სექსუალური ძალადობის მიმართ, ვიდრე არაშეზღუდული შესაძლებლობების მქონე გოგონები. იმდენად ტაბუდადებულია ეს საკითხი, რომ იმასაც ვერ ვეტყვით, რომ არ მომხდარა მსგავსი ფაქტი, უბრალოდ მგონია, რომ იშალება და იფარება ხშირად“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

ექსპერტების თანახმად, ძალადობრივი ფაქტები განსაკუთრებით ხშირი და საყურადღებოა ინტიტუციონალურ დაწესებულებებში - ფსიქიატრიულებში და შშმ პირთა პანსიონატებში. მათი ინფორმაციით, ფსიქიატრიულ კლინიკებში გართულებულია გარეშე პირების შესვლა, რაც კლინიკის განცხადებით პაციენტთა დაცვას ემსახურება, თუმცა, რეალურად, მათთან შეღწევა უჭირთ უფლებადამცველებს და ადვოკატებსაც, შედეგად, რთულია როგორც ფსიქიატრიულში არსებული გარემოს კონტროლი, ასევე იქ მცხოვრები შშმ პირების უფლებების დაცვაც.

ექსპერტების აზრით, მნიშვნელოვანია მოხდეს მსგავსი დაწესებულებების დეინსტიტუციონალიზაცია და საოჯახო ტიპის სივრცეების შექმნა. ჩაკეტილი სისტემის გაღება, ადამიანებისთვის იქედან გამოსვლის, სხვა ადამიანებთან სოციალიზაციის უფლების მიცემა მინიმუმ იმის გარანტიაა, რომ ძალადობრივი ფაქტების შესახებ გარეთ მეტი ინფორმაცია გამოვა.

„გარკვეული რისკი სხვათაშორის უფრო ინსტიტუციონალურ დაწესებულებებში შეიძლება იყოს, სადაც ბევრი ბავშვია ერთად თავმოყრილი მაღალია რისკი სექსუალური ძალადობის“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„მიზეზი არის, რომ მარტივად შეიძლება ამათი დაყოლიება, ფაქტის დამალვა, დახურულ სივრცეში, იქ საერთოდ უკონტოლოა ყველაფერი, განსაკუთრებით ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, ადვოკატიც კი ვერ შედის, უბრალოდ კლინიკა არ გიხსნის კარებს, სხვადასხვა მიზეზების გამო. უფლებადამცველი ამას წინ ამბობდა, რომ მე შევდივარ საპატრიმროში და ვერ შევდივარ კლინიკაში, ეს ადამიანები პრაქტიკულად არიან რაღაცა სისტემის მიერ აბსოლუტურად უუფლებო ადამიანები. ამას ძალიან ხშირად იყენებენ სხვადასხვა მიზნით, ვითომდა პაციენტის დასაცავად. სხვა პრაქტიკა არც არსებობს ჩვენს ფსიქიატრიულ კლინიკებში“. **[საზოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

ექსპერტებს ძირითადად უჭირთ რაიმე პოზიტიური ცვლილების დანახვა ძალადობის აღმოფხვრასთან დაკავშირებით და მიაჩნიათ, რომ მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა, თუმცა რამდენიმე

მიმართულებით ძვრებს მაინც ახსენებენ:

- პირველ რიგში, აღნიშნავენ, რომ მომართვიანობა შედარებით გაზრდილია და მეტად ხდება ძალადობის იდენტიფიცირება. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ქალების მიმართ ძალადობის ფაქტების იდენტიფიცირებას და მედიაში გაშუქებას, რაც თავისთავად უკვე პოზიტიურ მოვლენად მიაჩნიათ.
- აგრეთვე აღინიშნა, რომ ნაადრევ ქორწინებასთან დაკავშირებით ბევრად გაუმჯობესებულია მდგომარეობა ქალაქში, თუმცა რეგიონებში კვლავ რთული სიტუაცია რჩება.

*„მაგალითად, კონკრეტულად მე რომ ვმუშაობდი სოციალურ სააგენტოში უკეთესობას ალბათ იმ თვალსაზრისით დავარქმევ რომ იდენტიფიცირება ხდებოდა, მიმართვიანობაც იმატებდა იმიტომ, რომ თუ მსგავს შემთხვევას ჰქონდა ადგილი, ვიღაცა ბედავს და მიმართვიანობას აკეთებს სოციალურ სააგენტოში ან პოლიციაში და მერე თანამშრომლობა მიდის მიმართვიანობის საფუძველზე იდენტიფიცირება ხდება და მერე გარკვეული ტიპის დახმარება“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]***

2.4.1. ძალადობის სახეები

2.4.1.1. სექსუალური ძალადობა

კვლევის თანახმად, **ძალადობის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმა ქალებზე სექსუალური ძალადობაა**. ზოგადად ქალის სექსუალობაზე და სექსუალურ მოთხოვნილებებზე საუბარი და ხაზგასმა საზოგადოებაში არ არის ნახალისებული და ნებისმიერი ამ საკითხებთან დაკავშირებული ინფორმაცია, განსაკუთრებით ინფორმაცია, რომელიც შშმ ქალებზე ძალადობას ეხება, არის შეზღუდული და ჩაკეტილი, რაც ძალადობის ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორია.

კვლევის მონაწილეების თანახმად, შშმ პირებზე ძალადობის ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორი სწორედ ისაა, რომ შშმ ქალებს ნაკლებად შეუძლიათ წინააღმდეგობის გაწევა, არ აქვთ დამოუკიდებლად ცხოვრების რესურსი და არ აქვთ საკუთარი უფლებების შესახებ ინფორმაცია. ამასთან, სექსუალური ძალადობა შშმ პირებზე სენსიტიური საკითხია ოჯახისთვის, რომლის რეაქციაც მომხდარზე არის სირცხვილის განცდა და უმეტესობა მაქსიმალურად ორიენტირებული ხდება, არ გამჟღავნებს ძალადობის ფაქტი. თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ **შშმ ქალებზე სექსუალური ძალადობა ხშირად სწორად ოჯახის წევრების ან სხვა ახლობელი გარემოს მხრიდან შეიძლება ხდებოდეს, მათ შორის არასრულწლოვან გოგონებზეც**.

აქვე, უნდა აღინიშნოს, რომ ექსპერტების აზრით, **სექსუალური ძალადობის განმარტებასთან დაკავშირებით არათუ მონყვლად ჯგუფს, არამედ საზოგადოების დანარჩენ ნაწილსაც ინფორმაციის ნაკლებობა** აქვს და ხშირია შემთხვევები, როდესაც ფაქტი სექსუალურ ძალადობად მხოლოდ იმ შემთხვევაში კვალიფიცირდება, თუკი ადგილი ქონდა გაუპატიურებას.

*„შშმ პირია და ვინც იძალადა მეტყველი არის ის ადამიანი. 2-მა თუ 3-მა იძალადა იმ გოგონაზე, 14-15 წლის იყო ეს გოგონა, დედამ გაიგო იმიტომ, რომ ძაან ცუდად იყო და იმის შემდეგ, ძალიან სხვა გზით წავიდა ის ადამიანი. არაფერი რეაგირება არ მოჰყოლია ამას. მე ვფიქრობ, რომ არ გავრცელებულიყო ეს, რაც მოხდა, ოჯახმა დამალა ეს ყველაფერი“. **[შშმ ახალგაზრდა, თბილისი]***

*„სექსუალურ ძალადობას ძირითადად მალავენ, მართალი რომ გითხრათ, გაუღერება ყოველთვის ჭირს. ვიცი ერთი ადამიანის ისტორია, ის არასდროს არ იტყვის ამას. ვიცი და არც მე არ გავაუღერებ“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]***

„რადაცებს თავის სახელს არ ვარქმევთ. ძალადობას არ ვეძახით - ძალადობას, თუ ეს მართლა გაუპატიურებამდე არ მივიდა. მიჭირს ეხლა კონკრეტული ფაქტი გავიხსენო,

მაგრამ ეს იმდენად ტაბუირებულია, რომ არ ხდება ამაზე საუბარი და ამ საკითხების განხილვა“.**[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ **სექსუალური ძალადობის მხრივ, განსაკუთრებით მონყვლად ჯგუფს ფსიქო-სოციალური (ინტელექტუალური თუ ფსიქიკური) შეზღუდვის მქონე პირები წარმოადგენენ** რამდენიმე ფაქტორის გამო. პირველ რიგში, გამომდინარე იქიდან, რომ ძალიან მარტივია მოძალადისთვის მათით მანიპულირება და ადვილად შეიძლება მათი დამორჩილება ისე, რომ ძალადობრივი ფაქტის დადგენა ფაქტიურად შეუძლებელი ხდება. ამას ხელს უწყობს ისიც, რომ დღევანდელ სისტემაში არ არსებობს სამართლებრივი ნორმატივები, რომლებიც ამ შეზღუდვის ტიპის მქონე პირიდან მიიღებდა სანდო და ზუსტ ინფორმაციას, შესაბამისად მსხვერპლი ავტომატურად ითიშება საქმის წარმოებიდან. ამასთან ერთად, ფსიქო-სოციალური შეზღუდვა არ არის გარეგნულად გამოხატული ნიშანი, რაც მოძალადისთვის მას ფიზიკურად უფრო მიმზიდველს ხდის. ექსპერტებმა ხაზი გაუსვეს განათლების და ცნობიერების ამაღლების მნიშვნელობას და აუცილებლობას სექსუალური ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლაში.

„ინტელექტუალური და ფსიქო-სოციალური საჭიროების მქონე პირები ცალსახად იმიტომ, რომ იქ იმის გამიჯვნაც ძაან ძნელია იქ თანხმობა იყო სექსუალური ცხოვრების არსებობის შემთხვევაში თუ იძულება“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ნუ, ინტელექტუალური პრობლემების მქონე ქალები და გოგონები ალბათ ყველაზე დაუცველი კონტიგენტია, ამ მხრივ, იმიტომ, რომ ფიზიკურად ვითომ ტიპური განვითარების ქალები არიან, რაც არის მიმზიდველი პოტენციურად მამაკაცებისთვის. ამასთან აქვთ ისეთი პრობლემები გონებრივი თვალსაზრისით, ან ოდნავ, მაგრამ თვალსაჩინო, რომ მამაკაცებისთვის, მათ შორის ბოროტმოქმედებისთვის, ჩანს, რომ ვერ წავა პოლიციაში და ადვილად შეიძლება მასზე ძალადობა“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

კვლევაში მონაწილე ერთ-ერთი არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენელი შშმ პირებთან მიმართებაში სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილად მიიჩნევს **სექსუალურ კავშირზე შშმ ქალის თანხმობის საკითხს**. მისი განცხადებით, დღესდღეობით არ არის დადგენილი, თუ როგორ უნდა მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ქალზე ძალადობის შემთხვევების გამოძიება. ხშირია შემთხვევა, როდესაც სავარაუდო მოძალადე უარყოფს ძალადობას და აღნიშნავს, რომ სექსუალური კავშირი ქალის თანხმობით მოხდა ან საერთოდ უარყოფს რამე ტიპის კავშირს. სამართლდამცავებს აკლიათ ამ საკითხის შესახებ თეორიული ცოდნაც, არ იციან გამოძიების ტექნიკები.

„რასაც მე გავუსმევდი ხაზს, ძალიან ნაცრისფერი სფეროა თანხმობა. მე, მაგალითად, თუ შშმ ქალი ვარ, ინტელექტუალური შეზღუდვის და მინდა სექსუალური კავშირი, შეიძლება შემდეგ ეს იყო განმარტებული როგორც ჩემზე ძალადობა იმიტომ, რომ ჩემი თანხმობა არ მიიჩნიონ თანხმობად, ამიტომ ეს თანხმობის საკითხი არის ძალიან სერიოზული და მინდა გითხრათ, რომ სხვა რეფორმებს უკავშირდება, მხარდაჭერის რეფორმებს, მაგრამ არ არის ეს მონესრიგებული, არც სისხლის სამართლის პროცესში არ იციან როგორ გამოიძიონ“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„მე მინახავს შემთხვევები, ქალი ამბობს, რომ გამაუპატიურეს, ინტელექტუალური შეფერხების და ფსიქო-სოციალური საჭიროების და სავარაუდო მოძალადე ამბობს, რომ არა, თავისი ნება იყო. ამის გამოძიების ტექნიკა არ არსებობს - ის ამბობს, რომ იგონებს ან სექსი არ გვქონია. რთულია იმიტომ, რომ ჩვენთან არც თეორიულად არის დამუშავებული, სისხლის სამართლის სპეციალისტები არ გვესაუბრებიან ჩვენ, ვინც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონეების საკითხებზე ვმუშაობთ... პროკურატურაშიც ისეთი ხალხი მუშაობს, ვინც ესეთი

საკითხები არ იციან“. [არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

სექსუალურ ძალადობის ერთ-ერთ ფორმად მიიჩნევა ოჯახის მხრიდან შშმ ახალგაზრდების სურვილებისა და მოთხოვნილებების უგულვებლყოფაც, რაშიც ხელს დღევანდელი სამედიცინო სისტემაც უწყობს. ახალგაზრდები აღნიშნავენ, რომ სრულფასოვანი სექსუალური ცხოვრებისთვის საჭიროა გინეკოლოგთან ვიზიტი, ინფორმაცია კონტრაცეფციაზე და მუდგმივი გადამონმება, რაც ვერ ხერხდება კონფიდენციალობის დაცვით და შესაბამისად ეზღუდებათ მსგავსი სერვისები.

„მენტალიტეტსაც რომ თავი დავანებოთ, ოჯახის წევრების მხრიდან არის ხოლმე რაღაცა წნეხი და უმეტესად ბავშვებს და თუნდაც 18 წელს ზემოთ ადამიანებს უნვით ხოლმე ყველაფრის მალულად გაკეთება და ექიმთანაც რომ მიდიხარ, ნუ, ნორმალურმა ექიმმა წესით არ უნდა გაგცეს და შენი ინფორმაცია სხვას არ უნდა უთხრას და კონფიდენციალური უნდა იყოს და თან კიდევ ბევრი მომენტია აქ. შენ შეიძლება სურვილი გქონდეს სქესობრივი ცხოვრების დაწყების, მაგრამ იქ მთელი გინეკოლოგიური პროცედურები სჭირდება, მთელი ფული სჭირდება, ფინანსები, იმ კონტრაცეფციის საშუალებებსაც დაგეგმვა უნდა და ძაან ბევრი ინფორმაცია, ამ თვალსაზრისით, არ არის იმიტომ, რომ ტაბუ ადევს და რავიცი, კი აქვთ სქესობრივი ცხოვრება, მაგრამ ეს უფრო ხდება მალულად და ჩუმად, რომ მშობლებს ჰგონიათ, რომ ანგელოზი შვილები ჰყავთ, ანგელოზი იმ თვალსაზრისით, რომ არაფერს არ აკეთებენ.“ [შშმ ახალგაზრდა, თბილისი]

სექსუალური ძალადობის შემთხვევები:

„ჩვენ, პირადად, რამდენიმე ქეისი გვქონდა, ძალადობა, ძირითადად სექსუალური ტიპის, ძალადობა ხშირად გვაქვს ჩვენი ბენეფიციარები, შშმ სტატუსის მატარებლები განსაკუთრებით, როცა არიან ძალადობის მსხვერპლნი ძმისგან, მამისგან სექსუალური ძალადობის, ბიძისგანაც გვქონია შემთხვევა. ახლა გვყავს ამ ნუთას ბენეფიციარი, წელან იყო მისი დედა შემოსული, რომელმაც შვილიც კი გააჩინა, ისე იყო ხუთი თვის ორსული, ჩვენ სანამ სტაციონარში არ დავანვინეთ, არც ოჯახმა არ იცოდა მისი ორსულობის შესახებ, არც არავინ, ჩვენ აღმოვაჩინეთ, რომ იყო ფეხმძიმედ, გავუშვით მერე ექოსკოპიაზე.“ [ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]

„აი, ერთი კონკრეტული ქეისი გვაქვს, მაგალითად, სექსუალური ძალადობა. ჩვენი ბენეფიციარი, საკმაოდ ისეთი რთული ფსიქოზური აშლილობითა და დიაგნოზით, ეს არის შიზოფრენია, იყო ძალადობის მსხვერპლი ერთ-ერთი მამაკაცისგან, მეზობლისგან, რომელიც აშანტაჟებდა, მერე ეუბნებოდა „თუ გაამხელ, რომ მართლა სექსუალური კავშირი გვქონდა, გამოგკეტავენ ფსიქიატრიულში“- ეს იყო შანტაჟის ძირითადი სფერო. შემდეგ, მოკლედ დარჩა ფეხმძიმედ, მერე უარი უთხრა მამაკაცმა თავისთავად დაოჯახებაზე და დარჩა მერე მარტოხელა დედა და მერე კიდევ იმიტომ, რომ ჩვენი ბენეფიციარი იყო წაართვეს საერთოდ შვილი. მეუღლის ოჯახმა საბოლოოდ წაართვა და სასამართლოც გაიმართა და სახალხო დამცველი გვყავდა ზუსტად და გვითხრეს, რომ ადვოკატირებას გაუნევენ და, რა თქმა უნდა, დაირღვა მისი უფლებები.“ [ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]

„ეხლა თქვა, თავშესაფარში არის ეს ბენეფიციარი, კრიზისულ ცენტრში, ამ ნუთას ქალბატონი 44 წლის არის მგონი, ზუსტად არ მახსენდება, თავიდან მოიყვანეს უბრალოდ იმის გამო, რომ შშმ ბავშვები ყავდა, სამივე გონებრივად ჩამორჩენილები არიან და ქალბატონმა მერე მოყვა, რომ თვითონაც იყო სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი, რომ მეუღლე სვამდა, მეუღლეს ჰქონდა ამის გამო ეჭვიანობის მაღალი დონე, რომ შენ ვიღაცა გყავს და საყვარელი გყავს და მერე ამ მაზღმა გადაწყვიტა, რომ თუ სხვები შეიძლება ყოფილიყვნენ ამ ქალბატონის საყვარლები, რატომ არ შეიძლება ჩემთან დაამყაროს სექსუალური კავშირი, პირველად დანით შემაშინაო, დანა მომადო ყელზეო და მითხრაო, რომ თუ შენს

ქმარს ეტყვიო, შენც მოგკლავ და შვილებსაც მოგიკლავო, მეც ჩვეულებრივად დავნებდიო, ოთხჯერ ჰქონდა სექსუალური კავშირი მასთან, როგორც გავარკვიე და ქმარმა მეუღლეს დასდო ბრალი, რომ შენ გამოიწვიე ალბათ ჩემი ძმა და თავისი ძმა არც არანაირად არ დაადანაშაულა, მერე, ეს მამლი, მოკლედ, მოკვდა... ალკოჰოლიკი იყო, მერე მამამთილმა პირდაპირ ეს სიტყვები მითხრაო, რომ თუ მაინც ასეთი ხარ, რაღა სხვა ვაცებმა იარონ შენთან, მეც რატომ ვეძებო სხვა ქალიო, მე ვიყნები შენი პარტნიორი და მამამთილთან იყო და ეხლა საერთოდ ეჭვი იყო, რომ ბავშვიც. ქალიშვილი 14 წლის ჰყავს, უფროსი ქალიშვილი. ეჭვი ქონდათ თავშესაფრის წარმომადგენელს ვინც იყო, რომ შეეკითხეთ მგონი ქალიშვილიც არის მამამთილისგან ძალადობის მსხვერპლიო, ანუ შშმ პირებში ძალიან ხშირი შემთხვევები ყოფილა მსგავსი ძალადობების, თვითონ ოჯახის შიგნით სექსუალური ძალადობის“. **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ხშირად, როგორც გითხარით, ძალადობის მსხვერპლი არის ჩვენი ობიექტი, ძალიან ხშირად ხდება ეს და რამდენიმე შემთხვევა იყო, როდესაც აქვთ მენტალური და ფსიქიური პრობლემები მოხვდნენ სექს-მუშაკებად, ყოფილა ასეთი შემთხვევებიც, რა თქმა უნდა, მათ სრულად არ აქვთ უნარი, რომ გაათავისუფლებინათ თავისი ქმედებები და რამდენად კეთილსინდისიერია ის ადამიანი, რომელსაც ჰყავს ეს ამ სამსახურში, ეს კიდევ ცალკე საკითხია“. **[ორგანიზაცია ინერ ჯორჯიას წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„დისფუნქციური ოჯახები არიან, ვერ უზრუნველყოფდნენ ბავშვის უსაფრთხოებას, რის გამოც ბავშვი შეიძლება ყოფილიყო ძალადობის მსხვერპლი, ეს შეიძლება მომხდარიყო ზოგჯერ შემთხვევითი ხასიათის და ძირითადად სექსუალური ძალადობა სწორედ ახლობლების მხრიდან ხდება და ამ სტატისტიკასაც ვარგად ვიცნობ“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„202-ე სკოლაში ესეთი მაგალითი იყო, სახალხო დამცველის ანაგარიშშიც წერია ეს, ერთი გოგო არის 17 წლის არის, ამ გოგოს აქვს მრავლობითი დარღვევები, ვერ ლაპარაკობს, აქვს ქცევითი პრობლემები, შეამჩნიეს აღმზრდელებმა, არის იმ ასაკში, რომ სექსუალური ინტერესი ეწყება, შეამჩნიეს აღმზრდელებმა, რომ ვაცებზე აქვს ძალიან ნეგატიური რეაქცია, ზოგადად, იწყებს ყვირილს, შფოთვას და ასე შემდეგ. მამამისს მოჰყავს და მიჰყავს, ეთნიკური აზერბაიჯანული ოჯახიდანაა, მამა დადის ბავშვთან ძირითადად, გაჩნდა ვარაუდი, რომ ის შეიძლებოდა რამე ტიპის ძალადობის მსხვერპლი ყოფილიყო ოჯახში, თუნდაც ამ მამის მიერ ან ზოგადად ვაცების მიერ. როცა ეცადნენ, რომ რაღაც გაერკვიათ, ამ ბავშვთან კომუნიკაცია ვერ დაამყარეს სოც-მუშაკებმა და ასე შემდეგ, შესაბამისად, ვერ გაიგეს იყო თუ არა რაიმე ძალადობა. პლიუს დამატებლობით თემა იყო, ინტელექტუალური ან ფსიქოსოციალურის მქონეზე გეტყვიან, რომ შენ ილუზია გაქვს, რომ ვიღაცა შენზე ძალადობს. მერე წამალს მოგცემენ და გაგხდიან კიდევ უფრო მონყვლადს. ხშირად ძალადობის მსხვერპლები ხდებიან ოჯახში თავიანთი მომვლელების მხრიდან, შეიძლება თეორიულად და ამას ვერ ამბობენ, რადგან პოლიციამ რომ წაიყვანოს და დააპატიმროს ეს ადამიანი, ისინი რჩებიან მომვლელების გარეშე. ამ პირობებში ფიზიკურად შეიძლება გარდაიცვალნენ, ეტლით მოსარგებლეა, რომელიც გარეთ ვერ გადის, რომელიმე სოფელში ხომ, მაგალითად. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

2.4.1.2. გენდერული დისკრიმინაცია

შპმ ქალებზე სექსუალური სახის ძალადობის გარდა, ხშირია გენდერული ნიშნით დისკრიმინაცია. ექსპერტების შეფასებით, **შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე გოგონებს და ქალებს ოჯახის წევრები არ აღიქვამენ საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად, არ აღიარებენ მის უფლებებს და სურვილებს და ძირითადად „შინამოსამსახურებად“ ზრდიან.** ექსპერტების დაკვირვებით, მდგომარეობა განსაკუთრებით რთულია რეგიონებში, სადაც მსგავსი დისკრიმინაციული შემთხვევების დიდი წილი მოდის.

„გოგონებს უფრო სხვანაირი ბედი აქვთ, იმათ შინამოსამსახურებად იყენებენ ჯანმრთელი და-ძმები, ამრდევინებენ ბავშვებს და ასე შემდეგ. იქ უფრო პიროვნების სივრცის შეზღუდვაა და ტრეფიკინგი. ტრეფიკინგი კი არა შრომითი ძალის და ბიჭებთან სხვა ენერგეტიკაა.“
[სოციალური თერაპიის სახლის წარმომადგენელი, თბილისი]

„როდესაც ურთიერთობა გვინებს სხვადასხვა ჯგუფებთან, რატომღაც სმენის არმქონე ბიჭს აქვს უფლება ცოლი მოიყვანოს და სმენის არ მქონე გოგონას ოჯახი ცდილობს ყავდეთ ოჯახის „დიასახლისად“. დიასახლისი არაპირდაპირი გაგებით, ასე ვთქვათ ადამიანი - უფრო მოსამსახურის სტატუსით.“
[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]

„განსაკუთრებით არაქართულ დასახლებებში... ეხლა მახსენდება სოფელი ყარაჯალა, სადაც ნათესაური კავშირების გამო, ხშირია სმენის პრობლემების მქონე ბავშვების შობადობა... და გოგონები (3 გოგონაა), რომლებსაც არც კი მისცეს სწავლის უფლება, ესე ვთქვათ შეზღუდეს მათი უფლებები და ოჯახში არიან, რომელ რეპროდუქციაზე ვსაუბრობთ, იმის უფლებაც არ მისცეს, რომ განათლება მიეღოთ. დაოჯახებაზე და გამრავლებაზე ზედმეტია საუბარი.“
[არასამთავრობო ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრის წარმომადგენელი, კახეთი]

თბილისის ფოკუს ჯგუფებში მონაწილე ახალგაზრდა ქალები განსაკუთრებით აღნიშნავენ ქალების და კაცების არათანაბარ პოზიციას საზოგადოებაში და ერთი მხრივ, მიზეზად ასახელებენ მოძველებულ, უფროსი თაობის პატრიარქალურ მენტალიტეტს, რომელიც კაცს ყველაფრის უფლებას აძლევს ქალთან შედარებით. მეორე მხრივ, ხაზს უსვამენ რელიგიის როლს ქალების სექსუალობის მიმართ სტერეოტიპების ჩამოყალიბებაში.

„საქართველოში რელიგია ძაან დიდ როლს თამაშობს იმიტომ, რომ თუნდაც ქალის ლალატი რელიგიურადაც იგმობა უფრო მეტად, ვიდრე კაცის. ანუ, მაინც ყველაფერი გადაჯაჭვულია ერთმანეთთან, რელიგია, გენდერული ნიშანი, სქესობრივი იდენტობა, ყველაფერი“
[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„პირადი ცხოვრება განსხვავებული არის ქალების და კაცების. კაცებს აქვთ იმის საშუალება და საზოგადოება თუ იწონებს იმას, რომ ვთქვათ, კაცებმა დააგროვონ სხვადასხვა გამოცდილებები ყველანაირი ტიპის ქალთან, იქნება დაქორწინებული, დაუქორწინებელი, რავიცი, ნებისმიერთან, ქალების შემთხვევაში შეზღუდული არის, განსაკუთრებით რაიონებში იმიტომ, რომ პატარა სივრცეა და ვიღაცის გვერდით რომ გაივლი, ჩათვლიან, რომ შეყვარებულები არიან, უნდა დაქორწინდნენ და ა.შ.“
[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„მე მქონია იმ თვალსაზრისით, რომ ძმა მყავს ეხლა, ჩემი ძმა რომ არ მოვიდეს მაგალითად, დამე სახლში არ ინერვიულებენ ოჯახის წევრები და ჩემზე განგაშის ზარს შემოსცემენ. არადა 1 წელი არის განსხვავება, არც ისე დიდი, რომ ვთქვათ, ასაკს დააბრალო.“
[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

2.4.1.3. ოჯახური ძალადობა/ფიზიკური ძალადობა

თვისებრივი კვლევის თანახმად, სხვა ძალადობრივ შემთხვევებთან ერთად, აგრეთვე ხშირია **შპმ ბავშვებზე ფიზიკური სახის ძალადობა, რომელიც ძირითადად ოჯახის წევრების მხრიდან მოდის**. მნიშვნელოვანია, რომ ხშირად შპმ პირების შევიწროვება და ფიზიკური დასჯა ოჯახის წევრებს „აღზრდის მეთოდად“ მიაჩნია. აქ მოიაზრება ბავშვის ცემა, ემოციური ძალადობა, ყვირილი და ა.შ.

„მაგალითად, შეიძლება ყოფილიყო ახლა ცემის ფაქტები, ყოფილიყო ემოციური ძალადობა, აუცილებლად... ახლა სექსუალური ძალადობა, ოჯახურის, კონკრეტულად, უმეტეს შემთხვევაში არ ყოფილა ასეთი პრეცედენტი“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ნებისმიერი ძალადობა, ვთქვათ შემორტყმა, ვითომ, რომ შეიძლება იფიქრო, რომ ეს აღზრდის მეთოდია, სინამდვილეში არის ძალადობის ფორმა. ესეთები გვაქვს და არა მხოლოდ შპმ-ში, ახლა, ზოგადად, თუ ეს ფორმა არის აღზრდის მეთოდი, თუ საზოგადოება ასე ფიქრობს, შპმ ოჯახშიც ხდება“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ოჯახური ძალადობის მაგალითი შეიძლება გავიხსენო, პირადად მე, როცა მშობლები გონებრივი ჩამორჩენის მქონე ბავშვებს ფიზიკურად უსწორდებოდნენ და ამაზე იყო, რა თქმა უნდა, შესაბამისი რეაგირება. ჩემს პრაქტიკაში, როგორ გითხრათ, ერთ-ერთ დღის ცენტრთან, სადაც მე მქონდა შეხება, რამოდენიმე შემთხვევა იყო, როცა მშობელი არასწორად, ანუ ფიზიკური ძალის გამოყენებით, ფიზიკურად ძალადობდა სხვადასხვა მიზეზების გამო, თუმცა ერთ-ერთი მიზეზი ის იყო, რომ ეს ბავშვი იყო გონებრივი განვითარების ჩამორჩენით და ვერ ახერხებდა იმ მოთხოვნების შესრულებას, რაც უნდოდა მის მშობელს, შესაბამისი რეაქცია იყო როგორც მშობლისგან, ასევე სოც-მუშაკისგან და სამართალდამცავი სტრუქტურებიც იყო ამაში ჩართული“. **[რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„იყო შემთხვევა, როცა ქალი იყო მიჯაჭვული ჯაჭვით მის საძინებელში“

გარდა ფიზიკური ძალადობისა, არსებობს **ოჯახების მხრიდან შპმ პირების სახლში გამოკეტვის და თავისუფლების სრულად შეზღუდვის ფაქტები**. ფოკუს ჯგუფის მონაწილეების თანახმად, აღნიშნული ფაქტები გარკვეულ წილად შპმ პირის ოჯახებზე სოციალური წნეხით იხსნება. კვლევაში მონაწილე როგორც შპმ ქალები, ასევე მშობლები საუბრობენ ოჯახის დამოკიდებულებაზე, სირცხვილზე და სტიგმაზე, რომელიც მათ საზოგადოებაში აქვთ და რის გამოც მაღავენ შეზღუდვის მქონე ოჯახის წევრებს, არ უშვებენ სახლიდან, ზღუდავენ მის თავისუფლებას, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში რადიკალურ ფორმებსაც იღებს.

„ფსიქოლოგიურ ძალადობას, ჩემი აზრით, ვუნდებ იმას, როცა მშობელი არიდებს ბავშვს გარე სამყაროში გამოსვლას იმიტომ, რომ საზოგადოება დასცინებს. მე ვთვლი, რომ მშობელია მოძალადე საზოგადოებასთან“. **[შპმ ქალი, იმერეთი]**

„მე მშობელი მყავს, ვითომ არაფერს არ აკლებენ რამეს, მაგრამ მაინც გაუშვებენ სოფელში, რომ იყოს მოფარებული, არ იაროს სკოლაში ან არ მიიღოს განათლება“. **[შპმ ქალი, იმერეთი]**

„ძირითადი მოძალადეები ამ შემთხვევაში ოჯახის წევრები არიან, შ.შ.მ. პირს რომ არ აძლევენ გარეთ გამოსვლის უფლებას, მშობელი რომ შემოდის, იმასთან კონტაქტის დამყარების უფლებას“. **[მშობელი, კახეთი]**

მშობლების/მეურვეების/ოჯახის წევრების მხრიდან არაპირდაპირ ძალადობად ითვლება, ასევე

რეაგირების არარსებობა შშმ ოჯახის წევრის ძალადობაზე. კვლევის თანახმად, არსებობს ისეთი შემთხვევები, როდესაც შშმ პირი ძალადობის ფაქტის შესახებ ოჯახის წევრს უყვება, თუმცა იგი არწმუნებს, რომ ამის შესახებ საუბარი სირცხვილია და არ ახდენს შესაბამის რეაგირებას.

შშმ პირები აგრეთვე საუბრობენ მათ მიმართ „პოზიტიურ ძალადობაზე“, რაშიც იგულისხმება გადაჭარბებული ყურადღება და მზრუნველობა მათდამი, რაც რეალურად მათივე თავისუფლების შეზღუდვას და არასრულფასოვნების განცდას უწყობს ხელს. როგორც ისინი აღნიშნავენ, ოჯახის წევრები ხშირ შემთხვევაში ვერ ხვდებიან რომ შშმ ქალსაც უნდა ჰქონდეს პირადი სივრცე და აქვს ისეთივე უფლებები და მოთხოვნილებები, როგორიც ტიპური განვითარების ქალს.

„საქართველოში, ზოგადად, სექსისადმი ჯერ კიდევ არქაული შეხედულებაა. ბევრი თვლის, რომ სექსი თუ გინდა, ესე იგი, ბოზი ხარ. ანუ პატიოსან გოგოს სექსი არ უნდა უნდოდეს. თუ შშმ ხარ მითუმეტეს. ამიტომ ოჯახს, დარწმუნებული ვარ სიბოროტით კი არ მოსდით ეს, საერთოდ ვერც ფიქრობენ, რომ ეს ესაჭიროება“. [შშმ ქალი, თბილისი]

ოჯახური ძალადობის შემთხვევები:

„ხო, ნუ, გალიებში კეტავენ, ან საერთოდ კეტავენ. ერთი იყო შემთხვევა, რუსთაველი რომ დედამ დაკეტა სკოლის დამთავრების შემდეგ, ოჯახში სულ ცხოვრობდა, გარეთ არ გადიოდა საერთოდ ეს ქალი, წლები გაატარა სახლში, არავინ არ იცოდა, რომ ის საერთოდ იქ ცხოვრობს და მერე ახლა, რომ დედა გარდაეცვალა კიბოს გამო, ესე იგი და ნათესავი შორეული მოვიდა საზღვარგარეთიდან და მოუნდა წაყვანა იმ ინტელექტუალური შეზღუდვების ქალის, ეს აღმოჩნდა შეუძლებელი იმიტომ, რომ მას არ აქვს არანაირი საბუთი, პირადობის მონიშნა... [არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„კორპუსში ვცხოვრობ და 2 კორპუსი ერთმანეთს უყურებს, ესე ეზოა, ვთამაშობთ და მოკლედ, რამდენიმე წლის წინ გარდაიცვალა ახალგაზრდა გოგო 26 წლის და მე საერთოდ არ ვიცოდი, რომ ის გოგო არსებობდა. მის ძმას ვიცნობდი, მის ძმასთან ერთად ვთამაშობდი და არასოდეს ეს ბიჭიც არ ახსენებდა, რომ ჰყავს და. ნუ, ამ გოგოს მე მგონი, მენტალური შეზღუდვა ჰქონდა, ზუსტად არ ვიცი, როგორც უკვე ვთქვი არც მყავდა ნანახი, შეიძლება დამბლაც ჰქონდა, ზუსტად არ ვიცი, იმიტომ, რომ აივანზეც კი არ უშვებდნენ. ჩაკეტილი ჰყავდათ სახლში, სავარაუდოდ, მაგიტომ გარდაიცვალა, რომ 26 წელი რომ იქნები სახლში ადამიანი და გარეთ რომ არ გამოყავხართ და რაღაცა. მერე გავიგე დედაჩემისგან... დედაჩემს თურმე ცოდნია, რომ ეს ბავშვი არსებობს და თუ გამოყავდათ, გამოყავდათ ძან ღამე, უკვე ხალხი აღარ იყო სასაყრდენი, აივანზეც კი არ უშვებდნენ და მალავდნენ... არის კიდევ ის მომენტიც, რომ ზოგიერთი მშობელი თვლის, რომ თუ ბავშვს სახლში გამოკეტავს, ეს მისთვის უკეთესია, რომ ვიღაცა არ დასცინებს, არ დაჩაგრავს და ა.შ. მაგრამ, რეალურად, ეს უარესია. კი შეიძლება დაგჩაგრონ და დაგცინონ, მაგრამ ამასობაში ისწავლი თავის დაცვას“. [შშმ ქალი, თბილისი]

„კი, ჩემთანაც იყო. უბანში მყავდა მე გოგო, 26 წლის ასაკში გარდაიცვალა, დამბლა ჰქონდა ამ გოგოს. მე რომ უბანში გამოვდიოდი და დავდიოდი სკოლაში, ან გოგოებთან და ბიჭებთან ვთამაშობდი, ეს გოგო ვიღაცის დაუხმარებლად ვერ გამოდიოდა, გამოდიოდა დედის თანხლებით, მაგრამ სამწუხაროდ მერე კი გავიგე, რომ მშობელს არ გამოჰყავდა ხშირად იმის გამო, რომ არ უნდოდა რომ საზოგადოებას ენახა ეს ბავშვი. კი, მართალია ეს გოგონა იყო დამბლით, მაგრამ იმდენს კი აზროვნებდა, რომ მშობელი ესე ექცეოდა. მაგრამ ადგა ამ გოგომ და მერე სახლში თავი ჩამოიხრჩო. გადაშალა ალბომი, დაათვალიერა ოჯახის წევრები ყველა და აი ესე ჩამოიხრჩო. ანუ დატოვა წერილი, რატომ იკლავდა თავს ეს გოგო. ეს გოგო კარგად მოაზროვნე გოგო იყო. კი, მართალია ჰქონდა ეს პრობლემა მაგრამ...“ [შშმ ქალი, თბილისი]

„წარმოიდგინეთ, როცა ოჯახის ძალადობის მსხვერპლია, რამხელა შიშის ქვეშ არის შშმ სრულიად დამოკიდებული ქალი ხო? ვისზეც იციან, რომ არ შეუძლია სადმე წასვლა, თუნდაც ოჯახში, როგორი ძალადობა შეიძლება იყოს. ერთი იყო შემთხვევა, როცა ქალი იყო მიჯაჭვული ჯაჭვით მის საძინებელში მამის მიერ, რომ, ესე იგი, გასვლა არ მოხდებოდა მისი სადმე, ქუჩაში და რომ იქ არ მოხდებოდა მისი ურთერთობა მამაკაცებთან. და მერე მოიყვანეს, თანაც მეზობელმა გამოიძახა პოლიცია, ალბათ ყვირილის გამო და ნაკვალი... აი, დიდი ხნის ნაკვალი ჯაჭვისგან დარჩა ფეხებზე და ასე ნახეს, რომ იყო მიჯაჭვული“.

[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

2.4.1.4. ბულინგი სკოლაში

მშობლები ხშირად აწყდებიან პირდაპირი თუ არაპირდაპირი ბულინგის შემთხვევებს სკოლაში. პირველ რიგში, როდესაც თანატოლებისგან ხდება შშმ ბავშვების გარიყვა ან მშობლები გამოთქვამენ პროტესტს იმასთან დაკავშირებით, რომ მათ შვილებს უწევთ შშმ ბავშვებთან ერთად განათლების მიღება. ამ საკითხზე ძირითადად საუბრობენ იმერეთში, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ დამხმარე მასწავლებლის საშუალებით როგორც შშმ ბავშვებს, ასევე მათ მშობლებს სწავლის პროცესთან დაკავშირებული ძირითადი საჭიროებები მოგვარებული აქვთ.

მასწავლებლის მხრიდან ირიბ დისკრიმინაციაზე საუბრობს ექსპერტიც, რომელსაც მიაჩნია, რომ შეზღუდვის მქონე ბავშვის საჭიროებებში არასრულფასოვანმა ცოდნამ და გამოცდილებამ შეიძლება მისი უგულვებლყოფა გამოიწვიოს და შესაბამისად, ამ ბავშვისთვის განვითარების შესაძლებლობა შეაფერხოს.

„სკოლაში რომ მივიყვანე, ისიც გავიგე, ასეთი ბავშვები ჩემს ბავშვებთან ერთად არ უნდა იყოსო. ნადი ეხლა დაგამოიძიე, ვინ თქვა“. **[მშობელი, იმერეთი]**

„ერთ-ერთ ბაღში იყო მშობლებმა ერთი ამბავი ატეხეს, ასეთი ბავშვი ჩვენს შვილებთან ერთად რატომ არისო. ჩვენ ეხლა, რამდენ ასეთ რაღაცას გავიგონებ, იმდენჯერ ვკვდები. მქონია შემთხვევა, ბავშვებს მოუტანიათ ენა“. **[მშობელი, იმერეთი]**

„ჩემს გოგოებს ფიზიკურად რომ შეხედო, ანგელოზებივით არიან. აქვთ პრობლემა, ფეხზე ოდნავ, მაგრამ მაინც. ცეკვითაც გადასარევად ცეკვავენ და მასწავლებელმა ერთი რომ წაიყვანა კონკურსზე, მეორე გამოუშვა სახლში. მერე გავბრაზდი, არც იმას არ გავუშვებო-თქო, მაგრამ შემეცოდა, ეს მეკითხება, კი მაგრამ მე რატომ არ წამიყვანაო. რა უნდა ვუთხრა ასეთს. მე, მერე საყვედური ვუთხარი, წამოვიყვანე ერთიც და მეორეც. ჩაგვრას განიცდის, მეორეც რომ უნდა და ვერ წავიყვან. სექტემბერში არ წავიყვან ცეკვაშიო?“

[მშობელი, იმერეთი]

„ჩემს ბავშვს მეზობლის ბავშვმა უთხრა, ნუ ვოჭლობო, თუ რაღაც, ცალფეხაო, როგორც კი მოვიდა ბავშვი მკვდარი იყო ფაქტიურად. ნავედი, მოვკიდე ჩემს ბავშვს ხელი, მივიყვანე პატრონთან იმ ბავშვის, ის ბავშვი არ დაგვხვდა სახლში, მშობელი აღმოჩნდა ძალიან შეგნებული... ჩამოიყვანა... ბოდიში მოახდევინა. მერე დედა შემხვდა და ბოდიში მომიხადა და თან აუხსენით, ბოდიშს იმიტომ კი არ იხდის ძალადობის მხრივ, პირიქით რომ იყოს, შენ გავიხარდება? აი, მის მერე ეს მაგალითი იყო არა მხოლოდ მისთვის, არამედ მთელი იმ ბავშვებისთვის. მასწავლებელი თუ იზამს და ნებისმიერი სხვა ვინმე, სჯობს არ გაჩენილიყო!“

[მშობელი, იმერეთი]

„შევედი პირველ კლასში, დაწვრე განცხადება, რომ ბავშვი არის პრობლემური, იმიტომ კი არ არის, რომ დამჭირდეს და მე იქ არ ვიყო. დაწვრე, რომ მჭირდება, შეიძლება დამჭირდეს ტუალეტში წასვლა, მაგრამ ღვთის წყალობით პედაგოგი შეგვხვდა საოცარი, ბავშვები ისე მოიყვანა, ხელის გულზე დაჰყავთ. საპირფარეშოს პრობლემა ისე მომიგვარა,

ყველაზე დიდი პრობლემა ეს მექონდა, მასწავლებელს უფლება არ აქვს თურმეო. მართალიც არის 25 ბავშვი დატოვოს, თუნდაც 10 იყოს და ამას გაყვეს. ისე ლამაზად მომიგვარა და გადამილახა ეს პრობლემა“. **[მშობელი, იმერეთი]**

„არ ვიცი ძალადობა იყო თუ უძალადობა, არ ვიცი, მე ვცხოვრობ ქვემო ხოდაშენში და ბავშვი რაიონულ სკოლაში დამყავდა, მესამე კლასში არის წესად, მაგრამ ერთი წელი ვნიავედებოდი ხოლმე, როგორც დავდიოდით, ბოლო ერთი წელი არის და ცოტა მეტიც ბავშვს იმ მხარეზე გავლაც კი არ უნდა. აი, რომ მიმყავს ხოლმე, ნანა რომ დაგვიბარებს, მასწავლებელი, თელავში რომ უნდა წამოვიდეთ ტრასაზე, ამოსვლაც არ უნდა, გონებაში იმდენად აქვს ჩაბეჭდილი, რომ არ ვიცი, გიჟს ემგვანება ბავშვი, სკოლის დანახვა არ უნდა, რა მოხდა არ ვიცი, რა უქნეს იმ სკოლაში არ ვიცი.“ **[მშობელი, კახეთი]**

„დისკრიმინაცია არ არის-თქო რომ ვითხრათ, ეს ხომ ტყუილი იქნება. ყოველ წამს შეიძლება გადააწყდე სხვადასხვა ფორმებს, შეიძლება პირდაპირი დისკრიმინაცია არ იყოს, მაგრამ იყოს ირიბი დისკრიმინაცია. იყოს სიტუაციით განპირობებული, შენიღბული დისკრიმინაცია, მაგალითად, მასწავლებელი, რომელიც ამბობს, რომ არ იწვევს ხელს და დაფასთან ვერ იძახებს, იმ ბავშვზე, რომელსაც აქვს ყურადღების დეფიციტი, დისლექსია და შესაძლებელია, რომ იმ ხარისხით არ იყოს მომზადებული გაკვეთილისთვის, როგორც ეს ტრადიციულ მასწავლებელს და ტრადიციულ გაკვეთილს შეეფერება. მთელი წელი ისე გავიდა, რომ ხელი არ აუწევიაო, ეს არ არის დისკრიმინაცია? მენ რა გააკეთე მასწავლებელმა, ჩართე კი ის? ჯერ რატომ გგონია, რომ მხოლოდ დაფასთან გამოძახება არის სწავლების საუკეთესო ფორმა, ჩართე კი ის ჯგუფურ დავალებებში, სადაც მისთვის საუკეთესო აქტივობას შესთავაზებდი? მიეცი კი ისეთი დავალება, რომელიც მის ინტერესებს და შესაძლებლობებს ერგება? ესეთი ტიპის დისკრიმინაციებს აქვს ადგილი, ეს განათლების კუთხით, ზოგჯერ ვერც ხვდებიან მასწავლებლები, ისეთი რამ შეიძლება თქვან. კი, როგორ არ ვაწყდებით გინდ თბილისში იყოს და, გინდ რეგიონში, ეს პირდაპირი დისკრიმინაცია რომ არის, - “ეს ბავშვი აქ არ შემოვიდეს!“ **[განათლების სამინისტროს ინკლუზიური განათლების სამმართველოში მულტიდისციპლინარული გუნდების წარმომადგენელი, თბილისი]**

2.4.1.5. სექსუალური შევიწროების შემთხვევები შშმ პირებში

ძალადობის პირად შემთხვევებზე საუბრობენ მხოლოდ თბილისში მცხოვრები ახალგაზრდები და ჰყვებიან შემთხვევებს, რომლებიც, მათი აზრით, საზოგადოებას ძალადობად არ მიაჩნია. ამასთან, კვლევაში მონაწილე შშმ ქალი აღნიშნავს, რომ ხშირად ისინი იმ ადამიანის მხრიდან არიან ძალადობის მსხვერპლი, რომელსაც ყველაზე მეტად ენდობიან.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა:

- პედაგოგების მხრიდან სექსუალური შევიწროების ფაქტები
- ტრანსპორტში ადევნების და სექსუალური შევიწროების ფაქტები
- ტაქსის მძღოლების მხრიდან ურთიერთობის დამყარების მცდელობა - ტელეფონზე დაკავშირება, მგზავრის მიერ მიცემული მარშრუტიდან გადახვევა და უცხო ადგილებში წაყვანა
- ქუჩაში / სადარბაზოში ადევნების და შევიწროების ფაქტები

ჯგუფში მონაწილე შშმ ახალგაზრდები და ქალები აღნიშნავენ, რომ ხშირად საკმაოდ ნერვიულობენ ქუჩაში ან ტრანსპორტში გადაადგილების დროს. ზოგიერთ მათგანს პოტენციური მოძალადეებისგან თავის დაცვის მექანიზმებიც აქვს შემუშავებული - ხმის აწევა, იმის ჩვენება, რომ არ ეშინიათ, ვინაიდან მიაჩნიათ, რომ პოტენციური მოძალადეები იმ შემთხვევაში თამამდებიან, თუ დაინახეს, რომ მსხვერპლს მათი ეშინია.

ასევე საგულისხმოა, რომ მსგავს შემთხვევებზე, როგორც წესი, ახალგაზრდები და ქალები არ საუბრობენ, არ მიმართავენ სამართალდამცავებს, ხშირ შემთხვევაში ინციდენტს არ ჰყვებიან მეგობრებთან ან ოჯახის წევრებთანაც. კვლევის მონაწილეების აღქმით, ასეთი ფაქტების გაზიარების ერთ-ერთი ბარიერი ისევ საზოგადოების დამოკიდებულებაშია, რომელიც რაიმე ფორმით მსხვერპლის დადანაშაულებას ცდილობს - „აღბათ გამომწვევად ეცვა“.

„ისე, რაც შეეხება ძალადობას არა, მაგრამ სექსუალური შევიწროების მსხვერპლი ვყოფილვარ და ამის გამო, ჩემს საყვარელ საქმიანობაზე ვთქვი უარი. წრეზე დავდიოდი და ტრენერს მოვეწონე, რომელიც საკმაოდ, აქტიურად პედოგიური გამოდიოდა ის ადამიანი იმიტომ, რომ ძალიან დიდი იყო და ამის გამო, საერთოდ დავანებე იმას თავი. აი, ყველანაირად ცდილობდა, რომ ახლოს მოსულიყო, ხელი მოეკიდა საჯდომზე, ხან წაავლებდა ხოლმე ხელს მკერდისკენ, ერთხელ კოცნა დააპირა და რომ ვიგრძენი უკვე აშკარა დამოკიდებულება, ვეღარ გავჩერდი იქ. მაშინ 15 წლის ვიქნებოდი. თან, ანუ ყველაზე საშინელება ის არის ხოლმე, რომ ძალადობის მსხვერპლი როცა ხდებიან ადამიანები, არიან იმ ადამიანების მხრიდან, რომლისგანაც ყველაზე მეტი ნდობით არიან ხოლმე აღჭურვილი. ანუ მე, მაგალითად, ეხლა ეს ადამიანი ძალიან მიყვარდა და ვენდობოდი და 3 წელი დავდიოდი ფაქტობრივად იქ, ახალი მისულიც არ ვყოფილვარ“.

[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„მე - კი, ძირითადად ტრანსპორტში. არასდროს გამომწვევად არ მაცვია ხოლმე, მითუმეტეს ტრანსპორტში, ეხლა თითქმის აღარ ვსარგებლობ საზოგადოებრივი ტრანსპორტით, მარტო როცა ვარ მითუმეტეს და ერთხელ მახსოვს, მეგობარს უნდა შევხვედროდი პლექსანოვზე, წამოვედი ავლაბრიდან მეტროთი და აღმოჩნდა, რომ დიღომში მიწევდა წასვლა, მეტროში ჩაბრუნება დამეზარა, ავედი ავტობუსში და სანამ დიღმამდე მივედი, ნუ, ერთმა კაცმა ძაან ითამაშა, ასე ვთქვათ, ხელითაც შემეხო რამდენჯერმე და ბოლოს უკვე გადამეკეტა. თავიდან თავს ვიკავებდი ეხლა, ხალხი იყო, რაღაცა და მერე უკვე ძაან უხეშად მოვიშორე და ჩავედი უცებ ავტობუსიდან, ისე რომ ჩამოყოლა ვერც კი მოასწრო, დაიკეტა უცებ კარი და ეგრე ხშირად მქონია, ანუ ერთი არ იყო ეგ შემთხვევა“.

[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„ერთხელ მეგობართან მივდიოდი და გზაში ამედევნა და სადარბაზოში შემომყვა და ნუ, მოვიშორე, ხმას ავუწიე, რომ შემეშვი-მეთქი და ჩემი მეგობარიც ჩამოვიდა, გაიქცა ამასობაში. ანუ თუ შეამჩნია, რომ ცოტა მაინც გეშინია, როგორც წესი ეგეთი ავადმყოფი ადამიანები უფრო გადმოდიან შეტევაზე. მაგას დავაკვირდი, არასდროს არ ვაჩვენებ კიდევაც რომ გული მისკლებოდა, მეშინია. ადრე ნაკლებად მეშინოდა, ეხლა უცხო ტაქსივც კი როცა ვარ, ზედმეტად დაძაბულიც კი ვარ, ეგეთი მანიაკები არ არიან ყველანი, მაგრამ მაინც ძაან დაძაბული ვარ. მყავს მძღოლი, რომელიც უნივერსიტეტში და მეგობრებთან რომ დავდივარ... მიწევს ისე ტაქსით სიარული და ძაან დაძაბული ვარ ხოლმე“.

[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„ეხლა ესეთი ძალადობის მსხვერპლი არ ვყოფილვარ, მაგრამ მართვის მოწმობას ვსწავლობდი და 50 წლის იყო ვინც მასწავლიდა. რომ დავამთავრეთ, მერე ესემესებს წერდა, რომ „მომწონხარ“ და „ურთიერთობა მინდა“. ერთხელ დისკოტეკაზე ვიყავი, დისკოტეკიდან მივდიოდი, ისანში ვცხოვრობ, ტაქსი გამოვიძახე და ავხედე და დიღმისკენ მიდიოდა ტაქსი და რომ წამოვუფრინდი, მერე იმას შეეშინდა თვითონ და წამიყვანა ისანში“.

[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„უამრავი ისტორია მომისმენია და ბოლოს ისე მთავრდება, რომ არც სამართალდამცავს არ მიმართავენ, არც მშობელს არ ეუბნებიან“.

[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„ჩემს შემთხვევაში რა, ავტობუსში ვიღაც გიჟი შემხვდა, აზრიც არ ჰქონდა, ვის უნდა ეძება და ისეთ შემთხვევებზე გოგოებმა რომ მოყვნენ, მე ეხლა, როგორც იურისტს, პირადი სურვილი გამეღვიძა, რომ ვუჩივლო“.

[შპმ ახალგაზრდა, თბილისი]

„ხო, არის იმიტომ, რომ მერე საზოგადოების დამოკიდებულებაა ესეთი, რომ გამომწვევად ეცვა, ან თვალი ჩაუპაჭუნა, რაღაცა ისეთი გააკეთა, რამაც გამოიწვია ეს კაცი და ისევ ქალებზე გადმოდიან, რომ თქვენი ბრალია, ეს კაცები რა ვიცი, დაუკმაყოფილებლები არიან თუ რა ჭირთ“. **[შშმ ახალგაზრდა, თბილისი]**

2.4.2. ძალადობასთან ბრძოლა

მიუხედავად იმისა, რომ რიგ შემთხვევებში, ხდება შემთხვევის იდენტიფიცირება, სირთულე დგება შემდგომ ნაბიჯებთან დაკავშირებით. ძირითად შემთხვევებში გაურკვეველია, რა სახის რეაგირება უნდა მოჰყვეს ამ შემთხვევებს და ვინ უნდა ჩაერიოს აღნიშნულში.

კვლევაში მონაწილე ექსპერტების მოსაზრებით, სიტუაციას ართულებს არასაკმარისი ბერკეტი, რომელიც სახელმწიფოს და საზოგადოებას გააჩნია შშმ პირებზე ძალადობის წინააღმდეგ. მნიშვნელოვანია ჩართული პერსონალის მაღალი კომპეტენცია და განსაკუთრებით იმ ადამიანების, ვინც საკითხის განსაზღვრისას პირველი რგოლია, სადაც ძირითადად იგულისხმებიან გამომძიებლები. აქ მნიშვნელოვნად გამოიკვეთა კომპეტენციების ნაკლებობის საკითხი. კვლევის მონაწილეების თანახმად, **სამართალდამცავებს არ აქვთ შშმ პირების / ძალადობის მსხვერპლი პირების სწორი ინტერვიუების საკმარისი კომპეტენცია, რაზეც პრაქტიკულად დამოკიდებულია მთელი შემდგომი პროცედურები.**

„სოციალურ სააგენტოებში მომუშავე ფსიქოლოგები და სოციალური სააგენტოს მუშაკები ფსიქოლოგების ჩართულობა სწორედ მაგ მიმართულებით იყო, რომ ძალადობის მსხვერპლ ბავშვებთან უნდა ემუშავა და კონკრეტულად შშმ პირთა სექსუალურ ძალადობაზე იყო ლაპარაკი და ჩვენ, მაგალითად, პერიოდულად სულ გავდიოდით სექსუალური ძალადობასთან დაკავშირებით შესაბამის ტრენინგებს, გამოკითხვის, მაგალითად, მეთოდებს, რომლებიც ვერ გეტყვით, რომ იდეალურად იყო იმიტომ, რომ გამოკითხვა იწყებოდა პოლიციაში, იმათაც ჰქონდათ გავლილი ეს კონკრეტული მეთოდოლოგია, სექსუალური ძალადობის მსხვერპლ ბავშვებთან ინფორმაციის სარწმუნოდ ამოღების მეთოდოლოგია არსებობს, კონკრეტული, თუმცა ჩვენამდე მოსულ ბავშვებს იმდენი არასწორად ჩატარებული ინტერვიუება ჰქონდათ, რომ საკმაოდ რთულია, ანუ პირველ ჯერზე, როცა ბავშვთან ხდება, ძალადობის მსხვერპლად არის განხილული, თუნდაც კითხვის ნიშნის ქვეშ წესით, ეს გამოკითხვის პროცესი უნდა ჩაატაროს ადამიანმა, რომელიც კარგად ფლობს ტექნიკურად ამ გამოკითხვის პროცესს თვითონ და ტექნიკას კარგად ფლობს და თუ აღმოჩნდება, რომ რაღაცა თავიდანვე დარღვეულია და ბავშვს ასჯერ ეკითხებიან სხვადასხვა ადამიანები და დარღვეული პროტოკოლია კონკრეტულად და ამ პროტოკოლს უნდა გაყოლოდნენ ესენი, ჩვენამდე მოდიოდა ბავშვი, რომელმაც უამრავი რაღაცა გამოიარა ან ყოველთვისაც ესე არ იყო, ვერ გეტყვი, ხანდახან უშუალოდ ძაან ცხელ პროცესზე წავსულვარ მე თვითონ და ღამეებიც მითენებია, მქონია ესეთი შემთხვევა, ძალადობის მსხვერპლ ბავშვთან და პირველი ჯერი მეც მქონია, თუმცა იმ სფეროშიც გაიარეს, რომლებიც მოზარდებთან მუშაობენ მათ ვთქვათ გამომძიებლებს აქვთ გავლილი ესეთი ტექნიკები და მათ იმ ეტაპზე უნდა იცოდნენ“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ზოგადად ქალთა მიმართ ძალადობა ამ ბოლო დროს მეტი აქტუალურობით ხასიათდება იდეაში და ბევრი ყურადღება დაეთმო კარგია იმიტომ, რომ ყოველთვის მივსალამები იმას, რომ პრობლემას დაერქვას თავისი სახელი. ეს არის პირველი ნაბიჯი, პირველი საფეხური კიბეზე. ჩვენ გაეროს მოსახლეობის ფონდთან თანამშრომლობით გავაკეთეთ ინტეგრირება სამედიცინო დოკუმენტაციაში როგორ უნდა მოხდეს, ვთქვათ, გენდერულ ძალადობას დაქვემდებარებული ქალების მიმართვის შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულებაში, როგორ უნდა აღიწეროს და დოკუმენტირდეს ამ ძალადობის შედეგები. ეს არის ინტეგრირებული სამედიცინო დოკუმენტაციაში და ვფიქრობ, გარკვეულწილად უწყობს

ხელს იმას, რომ საჭიროების შემთხვევაში ეს დოკუმენტი სწორად იქნება გამოყენებული და ასევე, რეფერირების პროცედურების თემა გაეროს მოსახლეობის ფონდთან. ასევე რეფერალური პროგრამიდან გავაკეთეთ ეს ჩანაწერი მთავრობის დადგენილებაში სექსუალური ძალადობის მსხვერპლის შემთხვევაში სერვისი რომ მიეწოდოს შესაბამისი, თუნდაც კონტრაცეფციის ან აბორტის შემთხვევაში დაფინანსების სახით. თუმცა ჯერჯერობით სტატისტიკა ამასთან დაკავშირებით ჩემთვის ხელმისაწვდომი არ არის“. **[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ერთადერთი ცვლილება გვაქვს, რომ სმენადაქვეითებულებს შეუძლიათ 112-ის გამოძახება. ესეც UNDP-ის (გაეროს განვითარების პროგრამა) დაფინანსებით მოხდა.“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პარტნიორობა ადამიანთა უფლებებისათვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

2.5. შშმ ახალგაზრდების და ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჭიროებები

კვლევის თანახმად, შშმ ახალგაზრდების და ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებთან დაკავშირებით, პირველ რიგში, ინფორმაციის ნაკლებობა იკვეთება. კვლევაში მონაწილე ექსპერტების განცხადებით, დღეს ამ დარგში მომუშავე სპეციალისტებსაც (მათ შორის სამედიცინო პერსონალს) ნაკლებად აქვთ სისტემატიზირებული ინფორმაცია შშმ ახალგაზრდების და ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებზე, სხვადასხვა ტიპის შეზღუდვის მქონე ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებებზე და სპეციალურ საჭიროებებზე.

კვლევის მონაწილეების აღქმით, შშმ ახალგაზრდების და ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული საჭიროებები იმეორებს ზოგადად ქალების საჭიროებებს, თუმცა, ხშირ შემთხვევაში, გარკვეული საკითხი გაცილებით მწვავეა შშმ მოზარდების და ქალების ჯგუფში, განსაკუთრებით ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირებში, მით უფრო თუ ეს ადამიანი იზოლირებულია და არ აქვს კონტაქტი არავისთან ოჯახის წევრების გარდა.

„შშმ პირები, რომლებიც აბსოლუტურად არ არიან კონტაქტურები გარე სამყაროსთან, არ ჰყავთ მეგობრები, არ შეუძლიათ ურთიერთობა, კომუნიკაცია, ასეთ შემთხვევაში სექსუალური პრობლემები გაცილებით უფრო გამოხატულია და ვერც ვერავინ ვერ მოახერხებს, გარდა სპეციალისტისა და გადაამზადებული ადამიანისა, მათი ეს პრობლემა განსაზღვროს და სწორი მიმართულება მისცეს“. **[რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ **შშმ მოზარდების მშობლებს განსხვავებული დამოკიდებულებები აქვთ ბიჭი და გოგო მოზარდების სექსუალური საჭიროებების აღქმასთან დაკავშირებით.** კვლევაში მონაწილე შშმ მოზარდების მშობლები აღნიშნავენ, რომ მათთვის ბიჭი შვილის შემთხვევაში უფრო მარტივია როგორც სექსუალური საჭიროებების შემჩნევა, ასევე მათ დაკმაყოფილებაზე ზრუნვა. მაგალითად, **კვლევის მონაწილეები აღწერდნენ შემთხვევებს, როდესაც ბიჭებს ეხმარებიან სექსუალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაში (ასწავლიან მასტურბაციას, რთავენ სპეციალისტებს, ერთეულ შემთხვევაში მიმართავენ სექს მომსახურებებსაც).** თუმცა, **გოგოების შემთხვევაში ნაკლებად ვლინდება იგივე ტენდენცია** („ვაცს ხომ ვერ გამოვუძახებ?“). მხოლოდ ერთეულ შემთხვევაში დაფიქსირდა, რომ მშობლები უფლებას რთავენ მოზარდ შშმ გოგოებს ჰყავდეთ საპირისპირო სქესის მეგობარი და ამ შემთხვევაშიც მშობელი გოგონას ნაკლები კონტაქტისკენ მოუწოდებს.

„ეს პრობლემა უფრო მარტივია, უფრო გოგოს შემთხვევაში. ჩემი ბიჭია და არ მქონია გოგოსთან, მაგრამ, ჩემი აზრით, გოგოსთან უფრო რთულად არის საქმე იმიტომ, რომ

პროცესი ბიჭთან უფრო მარტივია, ვიდრე გოგოსთან, ცოტა რთულად მგონია საქმე.“ **[შშმ ბავშვის/მოზარდის მშობელი, კახეთი]**

„არანაირი ის არა აქვს ჩემს შვილს, თუმცა ყავს პიროვნება, ვისაც ესაუბრება, უყვარს ვითომ, მე ჯერ სერიოზულად არ იმას ვშვები, არც ვუკრძალავ. ერთადერთი ჩემი ის არის, რომ მთელი დღე კარგი გეყოფა, მთელი დღე იმას არ ესაუბრება. ის ცოტა ასაკით დიდია და მუშაობს და რა ვიცი, ვერ ვატყობ მე მას, რომ თუ რამე სხვა რაღაცნაირად გამოხატავს და რამეს აკეთებს, ვაკვირდები, მაგრამ არ ჩანს“. **[შშმ ბავშვის/მოზარდის მშობელი, კახეთი]**

კვლევის შედეგად იდენტიფიცირდა სექსუალურ და რეპროდუქციულ საჭიროებებთან დაკავშირებული შემდეგი საკითხები, რომლებიც საჭიროებენ რეაგირებას:

- **ჰიგიენასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მინოდება და ჰიგიენის საშუალებების ხელმისაწვდომობის გაზრდა**
- **უსაფრთხო სექსუალურ კავშირებთან დაკავშირებული ინფორმაციის მინოდება და კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებების ხელმისაწვდომობის გაზრდა**
- **მოზარდობის ასაკში მოჭარბებული ლიბიდოს მართვა და მოზარდების მასტურბაცია**
- **შშმ ახალგაზრდების და ქალების სოციალიზაცია**
- **ზოგადად სექსუალური განათლების საჭიროება**

მოზარდობის ასაკში მოჭარბებული ლიბიდოს მართვა და შშმ მოზარდების მასტურბაციის საკითხის სიმწვავე

თვისებრივი კვლევის თანახმად, ერთ-ერთი პრობლემატური საკითხი, გარკვეული დარღვევების მქონე შშმ პირებში გარდატეხის ასაკში ჰორმონალური დისბალანსი და სექსუალური ქცევის გამოვლინების კონტროლია. კვლევის მონაწილეები აღწერდნენ შემთხვევებს, როდესაც მოზარდი მასტურბაციას სკოლაში / კლასში იწყებს, იყენებს სკოლის კომპიუტერებს პორნოგრაფიის ყურებისთვის და ა.შ. კვლევის მონაწილეების თანახმად, ცოდნის ნაკლებობის გამო, ასეთი ტიპის ქცევასთან გამკლავება რთულია როგორც მშობლების, ასევე სკოლის მასწავლებლებისთვისაც და რიგ შემთხვევაში, მოსწავლე ბულინგის ან უხეში მოპყრობის მსხვერპლი სკოლის პედაგოგების მხრიდანაც ხდება.

კვლევაში მონაწილე ექსპერტების თანახმად, აღნიშნული საკითხიც განსაკუთრებით მწვავეა ფსიქიკური დარღვევების მქონე მოზარდების შემთხვევაში, რომლებსაც ბუნებრივად ნაკლებად შეუძლიათ სურვილების კონტროლი. ასეთ შემთხვევაში, მშობლებს, მათი სურვილის მიუხედავად, უნევთ საკითხის აღიარება, სპეციალისტების დახმარების მიმართვა. კვლევაში მონაწილე ექსპერტები მშობლების მხრიდან განსხვავებულ დამოკიდებულებაზე საუბრობდნენ:

- **მშობლების ნაწილი ცდილობს მედიკამენტოზური ჩარევით მოაგვაროს ეს საკითხი და მიუხედავად იმის, რომ ლიბიდოს მედიკამენტებით დათრგუნვა ჯანმრთელობისთვის ნაკლებად რეკომენდებულია, სპეციალისტებს სთხოვენ სწორედ მედიკამენტოზურ ჩარევას**
- **თუმცა, მშობლების ნაწილი იწყებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების გააზრებას და პირიქით, ღია არიან ინფორმაცია მიიღონ, რამე გაიგონ, ისწავლონ და გამოთქვამენ მზადყოფნას ნებისმიერი გზით დაეხმარონ შვილებს**

„შშმ პაციენტი გვყავდა, რომელიც მოიყვანეს მშობლებმა ჰორმონალური დისბალანსი ჰქონდა, მსუბუქი ფორმის გონებრივი შეზღუდვით და ამკარად იკვებებოდა, რომ სქესობრივი ინტერესიც ჰქონდა და სურვილი სქესობრივი კავშირის, და უიმე, რას ლაპარაკობთ, ფსიქოლოგთან მოვიდნენ, რომ - „გვიშველეთ, ამას ეს არ მოუნდეს!“ და რომ ვუხსნიდით

მშობლებს, რომ როგორც საკვებს ვერ აუკრძალავ, ეს არის მისი პირადი მოთხოვნილება, რომელიც აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული და მშობლისთვის ეს იმდენად მიუღებელი იყო, რომ, „რას მთავაზობთ კაცი დავეჭირავო?“ - დედის პასუხი იყო“.

[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]

„განსაკუთრებით მინდა აღვნიშნო, კონკრეტულად თუ ავიღებთ განსამდგურულ ჯგუფს, აუტიზმის სპექტრის აშლილობის მქონე ბავშვები. ამ ტიპის აშლილობის მქონე ბავშვებს აქვთ მოჭარბებული ეს სექსუალური ენერჯია და მოთხოვნილება. ფაქტიურად, არც არსებობს ისეთი მნიშვნელოვანი მეთოდოლოგია, რომლითაც შეიძლება იყოს, როგორ მოვახდინოთ ჩვენ ამ მოჭარბებული სექსუალური ენერჯიის მართვა, რა მეთოდებით უნდა მივხედოთ და ჩავუტაროთ რეაბილიტაცია“. **[რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ძალიან ხშირად არის ხოლმე, მასტურბაციის მომენტიც ყოფილა კლასში ისეთი ბავშვისგან, რომელსაც აქვს გარკვეული მენტალური ჩამორჩენა და ეს საკითხი ეხლა როგორ შეიფუთება მშობლებისგან და მასწავლებლების მხრიდან“. **[განათლების სამინისტროს ინკლუზიური განათლების სამმართველოში მულტიდისციპლინარული გუნდების წარმომადგენელი, თბილისი]**

„რეაქციები არის ხოლმე მასწავლებლების მხრიდან, ვგულისხმობ, ჩვეულებრივად საგნის მასწავლებლებს, თუ ისე მოხდა, რომ კლასში ჩაიდინა ბავშვმა მათთვის მიუღებელი ქცევა, საზოგადოებრივად მიუღებელი ქცევა, ამას მოჰყვება საშინელი რეაქცია მასწავლებლების მხრიდან, იძულებული ხდება ისეთ ამბავს ტყუილად მასწავლებელი, რომ კლასიდან გამოიყვანო ბავშვი“. **[ომბუდსმენის აპარატში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრი, თბილისი]**

თუმცა, როგორც შშმ მოზარდების მშობლები, ასევე კვლევაში მონაწილე შშმ პირებთან მომუშავე ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ დღეს ნაკლებად არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია, მათ შორის სწავლება/გადამზადება სჭირდებათ სპეციალისტებსაც. განსაკუთრებით რეგიონების შემთხვევაში აღნიშნავენ, რომ არ არსებობს ბავშვთა ასაკის სექსოლოგი, რომელიც შეძლებს შშმ ბავშვების და მოზარდების თავისებურებების გათვალისწინებით მათთან მუშაობას ან თუნდაც მშობლების სათანადო ინფორმირებას.

„ეს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია, რომელიც საბოლოო ჯამში ბევრ რაღაცას დააყენებს თავის ადგილზე. არ არსებობს ისეთი სპეციალისტები, შეიძლება თითქმის ჩამოსათვლელი იყოს, რომელიც მუშაობენ, აი, ამ მიმართულებით, მაგალითად, სექსოლოგი ბავშვთა ასაკის, რომელსაც ექნება ისეთი გამოცდილილება და სწორ მიმართულებას მისცემს ამ ბავშვებს, რომ სწორად მოხდეს მათი განვითარება და აღზრდა. მოჭარბებული ან დაქვეითებული სექსუალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება რომ აუხსნას მათ, ასევე იმუშაოს მათ მშობლებთან, როგორ უნდა მოიქცნენ ისინი კონკრეტულად კონკრეტულ შემთხვევაში. ანუ ძირითადად ეს არის არასაკმარისი ცოდნის დონე, რაც გამოწვეულია არასპეციალისტებით და აი, ამ მიმართულების ძალიან ცუდი მდგომარეობით“. **[რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ძალიან მწვავე საკითხია მასტურბირების სწავლება ბავშვებისთვის განცალკევებულ ოთახში, რომელთაც აქვთ გარკვეული შეზღუდული შესაძლებლობა. ამაზე მშობლებსაც ზოგჯერ ეშინია ხოლმე, - „ვაიმე, რას მეუბნებით, მერე, ვინ შეძლებს ამას?“ არიან ადამიანები, რომლისთვისაც ეს შეიძლება იყოს მთელი ცხოვრების მანძილზე სექსუალური რეალიზების ერთადერთი საშუალება“. **[განათლების სამინისტროს ინკლუზიური განათლების სამმართველოში მულტიდისციპლინარული გუნდების წარმომადგენელი, თბილისი]**

ჰიგიენის და თავის დაცვის საშუალებები

კვლევის თანახმად, შშმ ქალები და ახალგაზრდები არ არიან ინფორმირებული სპეციალური საჭიროებების შემთხვევაში ჰიგიენის დაცვასთან დაკავშირებით. ინფორმაციის ნაკლებობა შეიმჩნევა მშობლებშიც, რომლებიც ხშირად აღნიშნავენ, რომ არ იციან, როგორ მოუარონ ან ასწავლონ თავის მოვლა სპეციალური საჭიროების მქონე შვილს. თუმცა, გარდა ინფორმაციისა, ზოგიერთ შემთხვევაში არ არის ხელმისაწვდომი ჰიგიენის საშუალებებიც.

ანალოგიურად, კვლევის შედეგად ვლინდება უსაფრთხო სექსუალურ კავშირებზე ინფორმაციის სიმცირეც. ექსპერტების და დარგის სპეციალისტების თანახმად, უსაფრთხო სექსუალურ კავშირებზე ინფორმაცია და ასევე თავის დაცვის საშუალებების ხელმისაწვდომობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მენტალური პრობლემების მქონე ქალებისთვის, რომლებიც უფრო ხშირად ამყარებდნენ სექსუალურ ურთიერთობებს, ნაკლებად აკონტროლებდნენ სექსუალურ იმპულსებს, მეტად მონყვლადები არიან სექსუალური ძალადობის თვალსაზრისით.

„ეს ახალგაზრდები საჭიროებენ ელემენტარულ განათლებას საკუთარი სხეულის მოვლის თვალსაზრისით, სოც მუშაკებმა, ოკუპაციურმა თერაპევტებმა - უნდა აუხსნან, თუ რა არის მენსტრუაცია, როგორ უნდა მოუარონ თავს ამ დროს და სხვა ჰიგიენასთან დაკავშირებული თემები უნდა იყოს მიწოდებული. ერთი სიტყვით - განათლება“. **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„თუმცადა, არსებობს ერთი ორგანიზაცია თელავში, არასამთავრობო, რომელიც უზრუნველყოფს დამცავი საშუალებებით, არ ვიცი ... ჯგუფებია და ფსიქოლოგებიც შედიან იქ და ამ მიმართულებით თანადგომა ჰქვია“. **[შშმ ბავშვის / მოზარდის მშობელი, კახეთი]**

*„...მაგრამ, როდესაც ვსაუბრობთ მენტალურ ჯანმრთელობაზე, ანუ, როდესაც გონებრივი პრობლემებია, აქ უნდა ვიგულისხმობთ ის, რომ ვინაიდან კრიტიკა არა აქვთ სექსუალური იმპულსები უფრო ფართოდ არის წარმოდგენილი და უფრო მეტია შემთხვევითი სექსუალური ურთიერთობები, ვიდრე, თუნდაც ჯანსაღ პოპულაციაში და მე ვთვლი, რომ აქ საჭიროა, რაღაც ინფორმაციის მიწოდება ან უსაფრთხო სექსზე, რომ არ მოხდეს შემთხვევითი განაყოფიერება და არასასურველი შედეგები ამ გზით, იმიტომ, რომ ძალიან ხშირად ეს ჯგუფი, ვინაიდან ბოლომდე ვერ აცნობიერებს, თუ რა არის სექსუალური ურთიერთობები, ხშირად ხდებიან სხვების მხრიდან ძალადობის მსხვერპლნი, ვინაიდან სრულად ვერ აცნობიერებენ, როგორც გითხარით, თუ რა არის ეს და შეიძლება ეს იყოს არაკეთილსინდისიერი ხალხისგან ბოროტად გამოყენებული. სასურველია საუბარი ამ თემებზე და უსაფრთხო სექსის რაღაც ელემენტების დამატება, აი, ამ ჯგუფში. **[ორგანიზაცია ინერ ჯორჯიას წარმომადგენელი, ქუთაისი]***

შშმ ახალგაზრდების და ქალების სოციალიზაცია

შშმ ახალგაზრდების და ქალების მნიშვნელოვან პრობლემად მიიჩნეოდა მათი დიდი ნაწილის იზოლირება საზოგადოებისგან. საზოგადოებაში არსებული სტიგმების გამო, ოჯახები ხშირად ცდილობენ შშმ ახალგაზრდა სახლიდან არ გაუშვან, მათ სოციალიზაციას აფერხებს არაადაპტირებული ინფრასტრუქტურაც. თუმცა, გარდა ამისა, კვლევაში მონაწილე ექსპერტებს მნიშვნელოვნად მიაჩნდათ არსებობდეს სივრცე, სადაც შშმ ახალგაზრდები და ქალები შეძლებენ სოციალიზაციას, მიიღებენ მათთვის საინტერესო ინფორმაციას, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებაც.

„არ არსებობს ჩვენთან კიდევ სოციალური სივრცეები, მათ შორის სოციალური კლუბები, შშმ პირებისთვის, მათ შორის ინტელექტუალური პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის, ანუ ისეთი სოციალური პლატფორმა სადაც შეიძლებოდა ერთმანეთის გაცნობა, მაგალითად“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ანუ, ეს არ უნდა იყოს მაინც და მაინც სექსზე ორიენტირებული რაღაცა, მაგრამ ისეთი პლატფორმა უნდა არსებობდეს, რომელიც ხელს შეუწყობს სოციალურ ურთიერთობებს და ჩვენთან ასეთი არ არის იმიტომ, რომ არ გავქვს სერვისები ნორმალური“. [არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

2.6. განათლება

2.6.1. სამიზნე ჯგუფებში ინფორმაციის სიმწირის პრობლემატიკა

თვისებრივი კვლევის თანახმად, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების, ისევე, როგორც სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ **სამიზნე ჯგუფების ინფორმირებულობა საკმაოდ დაბალია.**

გარდა ამისა, კვლევის მონაწილეებს მიაჩნდათ, რომ ზოგადად, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა **ტაბუირებული** საკითხია და მასზე ინფორმაცია ნაკლებად აქვთ ტიპური განვითარების მოზარდებს/ახალგაზრდებსაც, თუმცა, ინფორმაციის დეფიციტი კიდევ უფრო მწვავე საკითხია შშმ პირების შემთხვევაში. ტენდენციას, რომ დღესაც ამ საკითხებზე საზოგადოებაში საუბარი ნაკლებად მიღებულია, ექსპერტების ნაწილი ქართულ ტრადიციებთან აკავშირებს, ნაწილის აღქმით კი სექსუალობის საკითხების ტაბუირებას უბრალოდ ინფორმაციის სიმწირე იწვევს.

„მანდ ძალიან რთულად გვაქვს საქმე იმიტომ, რომ, გარდა იმისა, რომ ცოტა ტაბუ დადებული თემაა სექსუალურობა არა შშმ ადამიანებისთვისაც კი, ამათთვის განსაკუთრებით ასეა“.

[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]

სექსუალობის თემასთან დაკავშირებულ ტაბუზე და ზოგადად, მოსახლეობაში სექსუალური აღზრდის და ინფორმირების დონის სიმცირეზე საუბრობდნენ კვლევაში მონაწილე შშმ ახალგაზრდები და ქალებიც. რესპონდენტების თანახმად, საზოგადოების დიდ ნაწილს მკვეთრად ნეგატიური რეაქცია აქვს სექსუალურ აღზრდასთან დაკავშირებით. კვლევის მონაწილეებს მაგალითად მოყავთ ვიდეო გაკვეთილები, რომლის ავტორსაც საზოგადოების წევრები ხშირად ღიად ემუქრებოდნენ.

„იგივე, ერთ-ერთმა აქტივისტმა ვიდეოები რომ გააკეთა სექსუალური ჯანმრთელობის, როგორი ამბები იყო მერე, ემუქრებოდნენ გაუპატიურებით, მოკვლით, წერდნენ მუქარის წერილებს, არადა, ამ გოგომ უბრალოდ გააკეთა შემეცნებითი ვიდეოები ადამიანებზე იმიტომ, რომ სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

„ეგ, ზოგადად, საქართველოში არ არის დაცული. არც ერთ ფენაში და ზოგადად, საქართველოში სექსუალური განათლების დონეც არის ძალიან დაბალი“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

სექსუალური რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების მნიშვნელოვნების აღქმა

კვლევაში მონაწილე ექსპერტებს მიაჩნდათ, რომ სექსუალური განათლება მოზარდებს თავიდან არიდებს არასწორად მოპოვებული, დამახინჯებული ინფორმაციის მიღებას, რაც მომავალში მათი დაცულობის გარანტიაა. მოზარდებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის მნიშვნელოვნებას ხაზს უსვამს ნაადრევი ორსულობისა და მშობიარობის ფაქტები. ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლები აღნიშნავენ, რომ ადრეულ ასაკში ორსულობა ხშირად თავის დაცვის საშუალებებზე ინფორმაციის არქონით არის გამოწვეული. გარდა ამისა, მნიშვნელოვნად მიაჩნდათ სხვადასხვა დაავადებებისგან თავის დაცვის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაც.

„როცა არ გაქვს მინიმალური ცოდნა სექსუალური ჯანმრთელობის შესახებ ... დიდი რისკების წინაშე დგები“

„იყო ესე, რომ ერთ გოგონას ჰქონდა ეპილეფსია და მას არანაირი ინფორმაცია არ ჰქონდა ამაზე, როგორ შეიძლებოდა თავდაცვა, მოუწია ბავშვის გაჩენა და ისიც არ იცოდა, ანუ, არ ჰკითხეს და მანაც არ თქვა, რომ ჰქონდა ეპილეფსია მშობიარობის დროს და იმშობიარა საკეისროს გარეშე და ეს იყო ძალიან დიდი რისკი“. **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]**

„როცა არა გაქვს მინიმალური ცოდნა სექსუალური ჯანმრთელობის შესახებ, საერთოდ სექსთან დაკავშირებული, დიდი რისკების წინაშე დგები. სხვადასხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკის, არასასურველი ორსულობის რისკის ქვეშ დგები; რეალურად, გენგრევა მთელი ცხოვრება, თუ ეს რისკები რეალობად იქცა, ხომ?! და შენ იმის გამო, რომ შესაბამის განათლებას არ აძლევ, ანგრევ ამ მოზარდის ცხოვრებასა და მის უკან მდგარ ოჯახს, როგორი სტრესის ქვეშ აყენებ!“. **[სამოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

გასხვავებული დამოკიდებულებები გამოვლინდა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ინფორმაციის მიღების მნიშვნელოვნების აღქმასთან დაკავშირებით თავად სამიზნე სეგმენტში. კვლევაში მონაწილე შშმ ქალებისა და ახალგაზრდების ნაწილის აღქმით (განსაკუთრებით კახეთში), მათთვის ინფორმაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ნაკლებად მნიშვნელოვანია - ერთის მხრივ, ვერ ხედავდნენ ინფორმაციის საჭიროებას, ვინაიდან არ ჰქონდათ აქტიური სექსუალური ცხოვრება - „არ მჭირდება და არ ვიცი“, მეორე მხრივ, სხვა სოციალური საკითხების ფონზე, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ზოგადად ნაკლებად მნიშვნელოვან საკითხად მიაჩნდათ. თუმცა, კვლევის მონაწილეები თვლიდნენ, რომ დაინტერესების შემთხვევაში შეძლებენ ინფორმაციის მოპოვებას. ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ ფოკუს ჯგუფებში მონაწილე შშმ ქალების ნაწილს გაუჭირდა სექსუალობის შესახებ საუბარიც.

„უბრალოდ არ მჭირდება, პრაქტიკულად უმეტეს შემთხვევაში, რაღაც ნაწილში შეიძლება მჭირდებოდეს“. **[შშმ ქალი, კახეთი]**

„ინფორმაციის მხრივ, როგორ გითხრათ ჩავეძიებთ, გამოვიძიებთ, განვიხილავთ. თუკი მე დავინტერესდი, ყველანაირ ინფორმაციას მივიღებ“. **[შშმ ქალი, კახეთი]**

„პირდაპირ გეტყვით, სექსუალური ცხოვრება არ მაქვს და აქედან გამომდინარე, როგორ უნდა გიპასუხოთ მასეთ კითხვებზე?“. **[შშმ ქალი, კახეთი]**

„თუ დაგჭირდება ყველაფერს გაიგებ, მაგრამ როცა არ მჭირდება?“. **[შშმ ქალი, კახეთი]**

„მეცინება, ბოდიშით, არის საკითხი ცხოვრებაში საერთოდ არ ხარ ინფორმირებული, არ გჭირდება და მინდა, რაღაცნაირად დაგეხმაროთ ამ ამბავში, მაგრამ ეხლა რომ მითხრათ, მეშახტე იქ როგორ ბურღავსო, რა ვიცი“. **[შშმ ქალი, კახეთი]**

„ქრონიკული ბრონქიტი მაქვს ამ სქოლიოზის გამო, თან დართული, გართულებული თან, სისტემატიურად ვხმარებ ბრონქოდილატატორს, რომელიც დაიწყო 37 ლარიდან და ეხლა ვიყიდე დღეს, წინა თვეში ღირდა 39 ლარი და დღეს დამხვდა 44 ლარი გაძვირებული. ის, რომ არ ვისუნთყო, სუნთქვის პრობლემა მაქვს მერე, ეს მჭირდება ყველა თვეს, პენსია არის 100 ლარი და 44 ლარს ვიხდი მე ამ ერთ წამალში, ამის გარდა, კიდევ რამდენი. გამაყურებლებს ვერ ვყიდულობ იმიტომ, რომ ძვირია. აი, რეალური პრობლემა. ამის ფონზე მართლა სიცილს იწვევს ჩემში, რა რეპროდუქციებზეა საუბარი“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

თუმცა, შშმ ქალების ნაწილი (განსაკუთრებით თბილისში და იმერეთში) აღნიშნავდა, რომ აკლია სექსუალური განათლება და გამოხატავდა სურვილს, რაიმე ფორმით ინფორმაციის მიღებასთან

დაკავშირებით. ინფორმაციის სიმწირე განსაკუთრებით აქტუალურ საკითხად მიაჩნდათ **სმენადაქვეითებულ რესპონდენტებს, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ უჭირთ დამოუკიდებლად გაიგონ ინტერნეტში მოძიებული ინფორმაცია**. კვლევაში მონაწილე ერთ-ერთი სმენადაქვეითებული ქალბატონი საკუთარ მაგალითს იხსენებდა სექსუალური აღზრდის მნიშვნელოვნებაზე საუბრის დროს და აღნიშნავდა, რომ თავდაცვის საშუალებებზე ინფორმაციის არქონის შედეგად, იგი ადრეულ ასაკში დაორსულდა და შემდგომ აბორტის გაკეთება მოუწია.

„ძალიან ბევრი საკითხებია ესეთი, რომ მე ვი შევისწავლე, გამიმართლა, რომ მეუღლე შემხვდა, რომელმაც ამიხსნა და მასწავლა და ძალიან მინდა, რომ ბავშვებმა სკოლაშივე ისწავლონ და სკოლაშივე იცოდნენ, რომ გაუმარტივდეთ შემდგომ პერიოდები ცხოვრების, როგორც მე დამემართა, ისეთი რომ არ დამართოთ ამ ბავშვებს. აუცილებლად, რომ არ დაორსულდეს, აი, წინასწარ ეს ინფორმაცია რომ ჰქონდეთ, რა უნდა მიიღონ, რა უნდა გააკეთონ, რომ არ დაორსულდეს“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

„ინფორმაცია ჩვენთვის პირადად, ყრუ თემისთვის, საერთოდ არ არის ინფორმაცია ამ თემასთან დაკავშირებით იმიტომ, რომ სკოლებში არ ტარდება, მშობლებსაც იმდენი კომუნიკაცია არ აქვთ, რომ აუხსნას, მაგ კუთხით ჩვენ ინფორმაციას არ ვფლობთ“. **[შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]**

2.6.2. სექსუალურ და რეპროდუქციულ საკითხებზე არსებული ინფორმაცია

კვლევაში მონაწილე ექსპერტების თანახმად, შშმ პირებს ინფორმაციის ნაკლებობა აქვთ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ფაქტობრივად ყველა საკითხზე.

„სექსუალური განათლება მათ აუცილებლად სჭირდებათ, ანუ რაღაც თავდაცვის მომენტები საერთოდ არ იციან, აბსოლუტურად არ იციან, არ აქვთ ინფორმაცია გადამდებ დაავადებებზე, არ აქვთ ინფორმაცია აბორტის შესაძლებლობებზე, არ აქვთ ინფორმაცია თავდაცვაზე, აბსოლუტურად არაფერი არ იციან“. **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]**

კვლევის თანახმად ვლინდება, რომ კვლევაში მონაწილე შშმ ქალები თავად თვლიდნენ, რომ აქვთ ინფორმაცია ისეთ საკითხებზე, რაც მათი ცხოვრების რუტინის ნაწილია: მენსტრუალური ციკლი, პირადი ჰიგიენის საკითხები.

- თუმცა, რიგ შემთხვევაში, განსაკუთრებით კრიტიკულად მიაჩნდათ გარკვეული ფიზიკური შეზღუდვების თავისებურებებზე პირადი ჰიგიენის საკითხებთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღება, მაგალითად, ეტლით მოსარგებლე პირებისათვის.

„[მენსტრუალურ ციკლში] ჩვეულებრივ ალბათ ყველა ერკვევა, ახლა ხერხემალი სწორი გაქვს თუ გამრუდებული, მაგასთან რა მნიშვნელობა აქვს, ან მხედველობა გიჭირს თუ არა“. **[შშმ ქალი, კახეთი]**

„პირველი მენსტრუალური ციკლი - ამაზე გვაქვს ინფორმაცია“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

„4-5 წელიწადია, რაც მე განვვითარდი და ვისწავლე ჩემს თავს როგორ მოვუარო, ეს დედაჩემმაც არ იცოდა, მე ეტლში როგორ უნდა მომეველო თავი, თვითონაც არ ჰქონია ასეთი შემთხვევა და ეს პირველი იყო, ეს ყველაფერი. მე თვითონ დავინტერესდი ესეთი რაღაცით და მე თვითონ მოვიძიე რაღაც საშუალებებით, შემდეგ ჩატარდა ტრენინგები, არ ვტოვებდი არცერთ ტრენინგს, რომ მე მესწავლა თავის მოვლის საშუალებები. მერე ჩავგიტარდა გასვლები, და იმ დონეზე შევისწავლე ეს ყველაფერი და იმ დონეზე ვუვლი მე ჩემს თავს, იგივე მინდა მე ჩემნაირს გავუკეთო. ეს ყველაფერი არის ჩვენი სასიცოცხლო ინფორმაცია“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

კვლევაში მონაწილე შპმ ქალების განცხადებით, საკითხები, რომელზეც შპმ ქალებს ინფორმაცია აკლიათ მოიცავს:

- გარდატეხის ასაკი, ჰორმონალური ცვლილებები - უმეტეს შემთხვევაში რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ არ ფლობდნენ ამაზე ინფორმაციას
- კონტრაცეპტივები და გადამდები დაავადებებისგან თავის დაცვის საშუალებები ან სექსუალურად გადამდები ინფექციების სკრინინგი
- ინფორმაცია სექსუალური გზით გადამდებ დაავადებებზე, განსაკუთრებულ ინტერესს პაპილომა ვირუსი იწვევდა, ვინაიდან ამაზე ყველაზე ნაკლებად იყვნენ ინფორმირებული
- ორსულობისგან თავის დაცვის საშუალებები
- ორსულობა, ბავშვის მოვლა, უსაფრთხო აბორტი - ამის შესახებ ინფორმაციას მხოლოდ ერთეული რესპონდენტები ფლობდნენ, რომლებიც აღნიშნავენ, რომ დაესწრნენ ტრენინგს და ინფორმაცია იქ მიიღეს.
- სექსუალური დისფუნქცია და მისი მკურნალობა - რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ სექსუალური დისფუნქცია ძირითადად მამაკაცებთან ასოცირდება და ნაკლებად აქვთ ინფორმაცია, რას მოიაზრებს ქალების შემთხვევაში

„პაპილომა ვირუსზე ინფორმაცია ნაკლებად ვრცელდება ხოლმე იმიტომ, რომ, ზოგადად, შებლუდვის მქონე ქალები მეტად უფრო რისკის ქვეშ არიან, იქიდან გამომდინარე, რომ მათ დაავადება აქვთ და ამიტომ ვთვლი, რომ ამაზე ინფორმაცია ცოტა უფრო სხვა მიდგომით უნდა ვრცელდებოდეს, მაგალითად, გეგმიური შეტყობინებით და ღონისძიებებით და კონკრეტულად შპმ ადამიანებისთვის ეს უნდა იყოს ღონისძიება. ზოგადად, კულტურა არ არსებობს საქართველოში, რომ ქალმა მიხედოს თავს“. [შპმ ქალი, თბილისი]

„პაპილომა ვირუსი საერთოდ არ ვიცი რა არის“. [შპმ მოზარდი / ახალგაზრდა ქალი, იმერეთი]

„აი, ვთქვათ, ორსულობის მერე რომ მივიღე დაქვეითებული ან რამე საერთოდ, შეიძლება ეგეც გავიღეს სექსუალურ დისფუნქციაში? რატომღაც უფრო მამაკაცებთან დავაკავშირე“. [შპმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]

„რომ ესეთი რაღაცა არსებობს, რომ ქალი ვერ აღწევს სიამოვნებას და მაგისი მკურნალობა შეიძლება თურმე, ეგეც არ ვიცოდი“. [შპმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]

2.6.3. ინფორმაციის მიღების არსებული წყაროები

კვლევის თანახმად, შპმ პირებისთვის რთულია ინფორმაციის მოძიება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე. ექსპერტების მოსაზრებით, დღეს არ არსებობს რაიმე სერვისი, რომელიც სისტემატური ხასიათის იქნება და იზრუნებს არა მარტო შპმ მოზარდების / ზოგადად შპმ პირების, არამედ, თუნდაც ტიპური განვითარების მოზარდების სექსუალურ განათლებაზე.

„რომ ნახოთ კურიკულუმის დონეზე, ძალიან არასისტემურია და ის, რაც არასისტემურია და ინდივიდუალურ მინდობილი, ვერაფრით ვერ ჩაითვლება, რომ რომელიმე ინსტიტუცია თუ საგანმანათლებლო სისტემა ბრუნავს ამ უფლების უზრუნველყოფაზე“

კვლევებში მონაწილე ექსპერტების მოსაზრებით, ცალკეულ შემთხვევაში შპმ პირს შეიძლება მიენოდება გარკვეული ინფორმაცია, მაგალითად, შესაძლებელია ინფორმაციას საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოლოგისგან, ან სხვა სპეციალისტებისგან იღებდეს. თუმცა, ინფორმაციის მინოდების

ასეთი სერვისები არასისტემურია და არ არის ხელმისაწვდომი შპმ მოზარდების/ახალგაზრდების დიდი ნაწილისთვის. გარდა ამისა, იმ ფონზე, როდესაც სპეციალისტების გადამზადება არ ხდება და არ არსებობს შპმ პირების შესაძლებლობების გათვალისწინებით არსებული მასალა ან სხვადასხვა ტიპის დარღვევის მქონე პირისთვის ინფორმაციის მინოდებაზე რეკომენდაციები, შესაძლებელია ინფორმაცია არასწორად იყოს მიწოდებული და პირიქით, საზიანო გახდეს პირისთვის.

ექსპერტების აზრით, სისტემური განათლების არარსებობის პირობებში, **მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის სექსუალურ და რეპროდუქციულ საკითხებზე ინფორმაციის მიღების ძირითადი წყარო ინტერნეტი**, რაც, ერთი მხრივ, ნაკლებად ხელმისაწვდომია ყველასთვის, მეორე მხრივ, ასევე არის შესაძლებელი გახდეს არასწორი/დამახინჯებული ინფორმაციის მიღების მიზეზი.

„მე მგონია, რომ საერთოდ, არა მხოლოდ შპმ მოზარდების, საერთოდ მოზარდების განათლებაზე ამ კუთხით არავინ ზრუნავს, არ არის ტრენინგები, არ არის გაკვეთილები ჯანმრთელობის შესახებ, რომლის ერთ-ერთი ნაწილია რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ობიექტურად არ არსებობს. რაღაც თემები ამოგლეჯილად თითქოს შესულია სხვადასხვა საგნებში, მაგრამ მე არ მინახავს სახელმძღვანელო, რომელიც მასწავლებელს ასწავლის, ეს თემა როგორ გადასცეს ბავშვს, ამიტომ ძაან ინდივიდუალურ დონეზეა მიშვებული, მასწავლებელი მოინდომებს თუ არა სწავლებას და რომ გადაახტეს ამ თემებს, ვინმე მოსთხოვს თუ არა პასუხს, ანუ სქესობრივი აღზრდა კიდევ სხვა თემაა ხომ. ეს შეჭიდულია, სქესობრივ აღზრდაში, მე მგონი, სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებიც იგულისხმება და ალბათ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ელემენტებსაც მოიცავს. რომ ნახოთ კურიკულუმის დონეზე, ძალიან არასისტემურია და ის, რაც არასისტემურია და ინდივიდუალური მინდობილი, ვერაფრით ვერ ჩაითვლება, რომ რომელიმე ინსტიტუცია თუ საგანმანათლებლო სისტემა ზრუნავს ამ უფლების უზრუნველყოფაზე. ამიტომ უბრალოდ ვერ ვიტყვი, რომ ამაზე ვინმე ზრუნავს ჩვენს ქვეყანაში, უბრალოდ არ ზრუნავს. მით უმეტეს შპმ კიდევ უფრო რთულდება საქმე“. **[საზოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„სისტემურად ნამდვილად არ კეთდება, შეიძლება იყოს ცალკეული ქეისები, რა თქმა უნდა, ბავშვი, რომელიც მოზარდია ვთქვათ, რომელიც დადის კერძო ფსიქოლოგთან ან სპეც. მასწავლებელთან. თუ მასწავლებელი და ფსიქოლოგი არიან სკოლაში შეიძლება ვიღაცას ჰქონდეს დამატებითი კომპეტენცია და კარგად მიაწოდოს ინფორმაცია, ვიღაცამ შეიძლება ინტუიციამ დაყრდნობით მიაწოდოს და იყოს ეს ინფორმაცია სასარგებლო და ვიღაცამ შეიძლება, პირიქით, დააზიანოს ამ ინფორმაციით“. **[განათლების სამინისტროს ინკლუზიური განათლების სამმართველოში მულტიდისციპლინარული გუნდების წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ეგვიც კარგი თემაა. ინტერნეტიდან შევიძლია მიიღო როგორც სწორი და კარგი ინფორმაცია, ასევე შეიძლება მიიღო არასწორი ინფორმაცია, რომელმაც არასწორი დამოკიდებულებები ჩამოგიყალიბოს სექსუალური ცხოვრების შესახებ. ამის კარგი მაგალითია პორნოგრაფია, საიდანაც, ვფიქრობ, რომ, როდესაც გარკვეული საფუძველი არ გაქვს სექსუალური განათლების, ძალიან არასწორად შეიძლება შემოვიდეს ცნობიერებაში და არასწორი მოლოდინებიც ჩამოგიყალიბოს“. **[ომბუდსმენის აპარატში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრი, თბილისი]**

კვლევაში მონაწილე ექსპერტებს მიაჩნდათ, რომ **ოჯახს დიდი მნიშვნელობა აქვს შპმ მოზარდისთვის სწორი ინფორმაციის მიწოდებაში. თუმცა, გამომდინარე იქიდან, რომ თავად მშობლების ცოდნის დონეც დაბალია და გარდა ამისა, არსებობს სექსუალობის შვილებთან განხილვის სხვა ბარიერებიც, მიიჩნევენ, რომ მნიშვნელოვანია შპმ მოზარდების სექსუალურ განათლებაზე ზრუნვა სხვა სერვისების და ინსტიტუციების ფარგლებში მოხდეს, როგორცაა: დღის ცენტრები შპმ პირებისათვის ან სკოლა.**

თუმცა, კვლევაში მონაწილე ექსპერტების თანახმად, **სკოლაში სექსუალური და რეპროდუქციული**

ჯანმრთელობის სწავლებას საკმაოდ მნიშვნელოვანი წინააღმდეგობები ხვდება. ერთი მხრივ, საზოგადოების დამოკიდებულება - მშობლების ნაწილი, ასევე რელიგიური ინსტიტუციები მწვავედ აპროტესტებენ სკოლაში სექსუალობის საკითხების სწავლებას. მეორე მხრივ, თავად მასწავლებლები, რომლებიც ხშირად თავს არიდებენ სექსუალობის თემებზე საუბარს სხვადასხვა პირადი მოსაზრების ან დამოკიდებულების გამო.

„მე ვფიქრობ, სკოლას ძალიან დიდი როლი აქვს და სკოლაში მართლა უნდა იყოს სექსუალური განათლების საკითხები მინიმალურ დონეზე მაინც. ძალიან დიდი როლი აქვს ოჯახს, მაგრამ ოჯახებში საქართველოში ჯერ კიდევ ვერ ხდება ეს ამბები და ვფიქრობ, თუ მოზარდი ან ახალგაზრდა ჩართულია რაიმე პროგრამაში, ვთქვათ, არის შშმ და სადმე იღებს მომსახურებას ეს იქნება დღის ცენტრი, რაიმე კურსი ან რაღაც ესეთი იქაც აუცილებლად უნდა იყოს იმიტომ, რომ მათ ეს აუცილებლად სჭირდებათ“. **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]**

განათლების სამინისტროს წარმომადგენელი აცხადებს, რომ **სექსუალობის სწავლება სასწავლო პროცესში გამართულია ნორმატიული დოკუმენტების დონეზე**, თუმცა პრობლემებს აწყდებიან როგორც მასწავლებლების დამოკიდებულებების, ასევე მათი კომპეტენციის თვალსაზრისით.

კვლევაში მონაწილე ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ სპეციალური საჭიროებების მქონე პირთათვის სასკოლო პროგრამით გათვალისწინებული სექსუალური და რეპროდუქციული საკითხების ადაპტირების დადგენილი გეგმა არ არსებობს და ინკლუზიური განათლების ფარგლებში, საჭიროების შემთხვევაში ხდება ბავშვის საჭიროებაზე მორგება (მაგალითად, უფრო მარტივი ენით მიწოდება). თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ თავად მასწავლებლებისთვისაც და შშმ პირებთან მომუშავე სხვა სპეციალისტებისთვის, **ზოგადად, არ არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია შშმ პირების სექსუალობის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ.** ინკლუზიური განათლების სამმართველოში მულტიდისციპლინარული გუნდების კოორდინატორის განცხადებით, იმ შემთხვევაშიც, როდესაც მასწავლებელი ცდილობს თავად მოიძიოს ინფორმაცია, იგი საკმაოდ მწირ ინფორმაციას პოულობს, ისიც ძირითადად უცხო ენაზე. **შესაბამისად, სურვილის შემთხვევაშიც კი, მასწავლებლები აწყდებიან სირთულეებს სექსუალური ჯანმრთელობის შესახებ სასკოლო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ინფორმაციის შშმ მოსწავლეების საჭიროებებზე ადაპტირების და სწორად მიწოდების პროცესში.**

„რაც შეეხება დამოკიდებულებებს, ჩემი დაკვირვებით გეტყობით, კვლევის შედეგები ნამდვილად არ მაქვს, მაგრამ ემპირიული დაკვირვებით შემიძლია გითხრათ, რომ სხვადასხვა ფაქტობრივი გარემოებები მოქმედებს: მასწავლებელს, რომელსაც თვითონ აქვს ზოგადად ესეთი დამოკიდებულება, რომ სექსუალობის მიმართ როგორი აქვს დამოკიდებულება, ზოგადად, ამას მიიჩნევს ტაბუდადებულ ქცევად, რომელიც მხოლოდ საკუთარ ოჯახში უნდა იხარშებოდეს, თუ მიაჩნია, რომ ყველა ადამიანი აღწევს გარკვეულ ასაკს, როდესაც ეს ისედაც იწყება მის ცხოვრებაში. ბევრი გარემოება მოქმედებს, მასწავლებლებს, რომ გარკვეული ტრენინგები ჩავუტაროთ ამ მიმართულებით, მხოლოდ ის არ უნდა ვასწავლოთ, რომ ბავშვს, როგორ აუხსნიდა ამას, მაგალითად, მის განათლებაზეც უნდა ვიზრუნოთ ალბათ“. **[განათლების სამინისტროს ინკლუზიური განათლების სამმართველოში მულტიდისციპლინარული გუნდების წარმომადგენელი, თბილისი]**

„კი, ახლა შემიძლია გუსტად გითხრათ, არსებობს სავალდებულო დოკუმენტი ყველა საჯარო და კერძო სკოლისთვის ეროვნული სასწავლო გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებს. დაწყებით საფეხურზე ეს არის უფრო პირად ჰიგიენასთან დაკავშირებული, მხოლოდ ამ კუთხით თუ ვეხებით, მე - 7 კლასიდან უკვე გარდატეხას შეეხება და ეს არის იგივე ბიოლოგიაში, ხოლო სამოქალაქო განათლებაში არის უფრო ნაადრევი ქორწინების კუთხით, როგორც ერთგვარი უფლების დარღვევა ნაადრევი ქორწინება, როგორც სოციალიზაციის ჩვენი ძალების ხელშემშლელი ფაქტორი. მე-8 კლასში ბიოლოგიაში უფრო დეტალური ინფორმაცია მოცემული იმიტომ,

რომ ადამიანის აგებულებას გადის ყველა თავისი ასპექტით და მათ შორის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით, ნაადრევ აბორტთან, ორსულობასთან დაკავშირებული რისკების კუთხით და მათ შორის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების კუთხით, თავდაცვის საშუალებებთან დაკავშირებით და ა. შ. ანუ, ამ მხრივ, შეიძლება ითქვას, რომ საბაზო საფეხურზე უფრო ინტენსიური კურსია წარმოდგენილი, რომელიც იდეაში სასწავლო პროგრამით არის სავალდებულო. სხვა საკითხია, რა პრობლემები იჩენს თავს, როდესაც კლასში როგორ ხდება ამის რეალურად რეალიზება, ამასთან დაკავშირებით გვაქვს გარკვეული პრობლემები. ესეთი სპეციალური კვლევა არ ჩატარებია სამინისტროს, მაგრამ ისეთი წერტილოვანი მონიტორინგის შედეგად, იქ რაღაც პილოტირებას ვაკეთებდით, რამდენიმე სკოლაში ვნახეთ, რა ვითარებაა. მაინც არის ისეთი ვითარება, მასწავლებლებს ერიდებათ ამ თემაზე საუბარი, პროფესიონალიზმის ნაკლებობაა ეს ან ეუბნებიან - ამას თქვენ თვითონ გადახედეთ და თუ რამე კითხვა გექნებათ ჩემთან მოდითო ან საერთოდ არ საუბრობენ ამაზე, თუმცა გვაქვს შემთხვევები, როცა ამას კარგად, სრულყოფილად გადიან და დიდ დაინტერესებას იწვევს მოსწავლეებში“. **[განათლების სამინისტროს ეროვნული სასწავლო გეგმების სამმართველოს წარმომადგენელი, თბილისი]**

შშმ ქალების და მოზარდების / ახალგაზრდების მოსაზრებები ინფორმაციის წყაროებზე

თავად კვლევაში მონაწილე **შშმ ქალები და მოზარდები / ახალგაზრდები აცხადებდნენ, რომ დღეს ინფორმაციის მოპოვების მთავარი წყარო ინტერნეტია**, თუმცა მიაჩნდათ, რომ ინტერნეტში არსებული ინფორმაცია მწირი და არასრულია, რის გამოც ფიქრობდნენ, რომ ჯობს ინფორმაცია სპეციალისტისგან მიიღონ. გარდა ამისა, სხვადასხვა ბარიერის გამო ინფორმაცია არ არის ხელმისაწვდომი ყველასთვის: არ აქვთ ინტერნეტთან წვდომა, ინფორმაცია ნაკლებადაა მოცემული ქართულ ენაზე, ინფორმაცია ნაკლებად ხელმისაწვდომია უსინათლო ან სმენადაქვეითებული პირებისთვის, ასევე ინტერნეტში არსებული ინფორმაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ არ არის ადაპტირებული სხვადასხვა ინტელექტუალური თუ ფიზიკური დარღვევების მქონე პირებისთვის. მაგალითად, კვლევაში მონაწილე სმენადაქვეითებული ქალი ჰყვებოდა, რომ ძალიან დაინტერესებულია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მიღებით, თუმცა ინტერნეტში მოძიებული ინფორმაციიდან ბევრი ტერმინი / სიტყვა მისთვის გაუგებარია, რის გამოც სულ უწევს სიტყვების ახსნა სთხოვოს მეუღლეს ან დას.

ასევე მნიშვნელოვანია, რომ შშმ ახალგაზრდებისთვის და ქალებისთვის არ არის ცნობილი რაიმე სპეციალიზირებული ვებ-გვერდი და ინფორმაციას უბრალოდ გუგლში ჩანებით იძიებენ, ხოლო შემდეგ კითხულობენ იმას, რასაც გუგლი შესთავაზებს.

*„მაგაზე ინფორმაციას ინტერნეტით ვერ მიიღებ, აუცილებლად ექიმთან უნდა მიხვიდე. თუ გაინტერესებს შენი შვილოსნობის ამბავი, ის გეტყვის რამდენად შესაძლებელია, რამდენად არ არის შესაძლებელი, რაღაცა პატარა ინფორმაციას განოღებს“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]***

*„ყველაფერი ინტერნეტიდან გავიგე იმიტომ, რომ ერთი პერიოდი ისეთი ახლო მეგობრები არ მყავდა, რომ ამ თემაზე მესაუბრა, 16-17-18-19 წლის პერიოდში მე მგონი, საერთოდ არ მყავდა ეგეთი ახლო მეგობარი და აბსოლუტურად ყველა ინფორმაცია ინტერნეტიდან მივიღე“. **[შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]***

*„რასაც ამოგიგდებს ისაა, ესე თავმოყრილად იყოს ინფორმაცია, საიტი არ მახსენდება“. **[შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა ქალი, იმერეთი]***

კვლევის მონაწილე შშმ ქალები და ახალგაზრდები აღნიშნავდნენ, რომ **თითქმის არ მიუღიათ სექსუალური განათლება სკოლაში**. ზოგიერთი ქალის განცხადებით, მასწავლებელი ხშირად ანატომიურ ნაწილსაც ტოვებდა. სკოლაში სექსუალური განათლების მნიშვნელოვნებაზე

განსაკუთრებით აქცენტს აკეთებდნენ კვლევაში მონაწილე სმენადაქვეითებული ქალები, რომლებიც აღნიშნავდნენ, რომ მათთვის არაადაპტირებული ინფორმაციის ინტერნეტით მიღება რთულია და ხშირად დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ ნაკითხულის გააზრება.

სკოლაში სექსუალური და რეპროდუქციული საკითხების შესახებ ინფორმაციის მწირად მიწოდებაზე საუბრობდნენ კვლევაში მონაწილე მოზარდები და ახალგაზრდებიც. ერთ-ერთი ახალგაზრდა ქალი იხსენებდა, რომ ბიოლოგიის მასწავლებელმა უბრალოდ გამოტოვა სახელმძღვანელოდან შესაბამისი თავი და უთხრა მოსწავლეებს, რომ სურვილის შემთხვევაში შეეძლოთ წიგნში არსებულ მასალას სახლში თავად გაცნობოდნენ. ასევე იხსენებდნენ შემთხვევებს, როდესაც სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებზე საუბარი თავად მასწავლებელს ერიდებოდა, ან გაკვეთილი თანაკლასელებისგან დამცინავი დამოკიდებულების გამო არ შედგა.

„ბიოლოგიასაც კი არ ასწავლიან ნორმალურად, რეპროდუქციულ იმას ახტებიან.“ [შშმ ქალი, თბილისი]

„არა, ბოლომდე არ უსწავლიათ. აი, ზუსტად ესე, ერთად დადგებით და დაორსულებით. უნდა მიიღონ განათლება იმიტომ, რომ ჟესტურ ენაზე ჩვენთვის მიწოდებული განათლება სულ სხვა არის, ვიდრე ნაკითხული. აი, სმენაშემღუდულებთან ეს პრობლემა გვაქვს.“ [შშმ ქალი, თბილისი]

„მე ვფიქრობ, რომ უნდა იყოს სკოლებში, მართალია ეხლა უამრავი ინფორმაციაა ინტერნეტში, მაგრამ ინტერნეტში სწორ ინფორმაციასთან ერთად არის კიდევ ბევრი დეზინფორმაცია. ის, რომ ინტერნეტი იყოს მართლა კარგი და უნივერსალური საშუალება, არ იქნებოდა ესეთი დიდი რაოდენობით აბორტები, კი, ყველამ ვიცით თეორიულად, იდეაში იციან, მაგრამ აი, მაინც გამოდის, რომ არ იციან.“ [შშმ ქალი, თბილისი]

„ბიოლოგიის წიგნში იყო, მეცხრე კლასში ვიყავი, მაგრამ მასწავლებელს ერიდებოდა. ნუ, ბავშვები ჩვენით გავეცანით მერე და გავცვალებთ იდეები და აზრები.“ [შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]

„წიგნში იდო ეს საკითხი, მასწავლებელმა როცა დაიწყო ახსნა, ბიჭები იცინოდნენ და შეწყდა ეს საკითხი.“ [შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]

რაც შეეხება ინფორმაციის სპეციალისტებისგან მიღებას, შშმ პირები საუბრობდნენ რიგ ბარიერებზე, რაც მათ სპეციალისტებისგან ინფორმაციის მიღებაში უშლით ხელს:

- შშმ პირების სექსუალობასთან და შვილოსნობასთან დაკავშირებული სტიგმები როგორც საზოგადოების, ასევე ხშირ შემთხვევაში თავად მედპერსონალის მხრიდან;
- მშობლების ჰიპერმზრუნველობა შშმ შვილების მიმართ - რესპონდენტების განცხადებით, მშობლები ხშირად ზრდასრულ ასაკშიც არ აძლევენ შშმ ქალებს თავისუფლებას, რის გამოც ისინი ფიზიკურად ვერ ხვდებიან მართლ თუნდაც გინეკოლოგთან კონსულტაციაზე, ხოლო მშობლების / მეურვეების თანხლებით ზოგიერთი საკითხის განხილვა არ სურთ.
- მშობლების დამოკიდებულებები და სტერეოტიპები - მშობლების ნაწილს მიაჩნია, რომ შშმ ქალი მაინც ვერ გათხოვდება / ეყოლება შვილები, შესაბამისად მისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება არ არის საჭირო
- თავად შშმ პირების დამოკიდებულება - სირცხვილის შეგრძნება

„შეზღუდული შესაძლებლობის პირები დიდ ასაკშიც კი რჩებიან მშობლების მფარველობის ქვეშ. არის ორი კატეგორია ან საერთოდ მიგდებული ჰყავთ, ან გედმეტად გადაფოფრილი. შეიძლება იყოს 30 წლის და იყოს 10 წლის მშობლისთვის.“ [შშმ ქალი, იმერეთი]

„ისე შეიძლება გაიაროს ამ ასაკმა, ეს თემები შეიძლება არც კი მივიდეს ან რცხვენია და ვერ ეტყვი“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

„მშობლებს მაინც ეს სტერეოტიპები აქვს, ამან რა უნდა გააკეთოს, მაინც ოჯახს ვერ შექმნის და არ ესაუბრება ამ თემებზე. ზოგი მშობელი თავს არიდებს, ინფორმაცია რომ მიიწოდოს შვილს“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

შშმ ქალებს, ისევე როგორც ახალგაზრდებს და მოზარდებს, როგორც წესი, **უჭირთ სექსუალური და რეპროდუქციული საკითხების განხილვა მშობლებთანაც**. ზოგიერთი მათგანი აღნიშნავდა, რომ თავად მათ მშობლებს / ოჯახის სხვა წევრებსაც აქვთ სხვადასხვა ბარიერები: არ ფლობენ საკმარის ინფორმაციას, ან ერიდებოდათ შვილებთან სექსუალურ საკითხებზე საუბარი.

კვლევის მონაწილეების თანახმად, მშობლები გოგონებს ყველაზე მეტად მენტრუალური ციკლის შესახებ აწვდიან ინფორმაციას, თუმცა ამ შემთხვევაშიც, ხშირია მაგალითები, როდესაც მშობელი მხოლოდ ციკლის დაწყების შემდეგ ესაუბრება და ამშვიდებს მოზარდს. კვლევაში მონაწილე მოზარდები იხსენებდნენ ციკლის დაწყების გამოცდილებას, რაც ინფორმაციის არ ქონის ფონზე ზოგიერთი მათგანისთვის საკმაოდ სტრესული გამოცდილება აღმოჩნდა.

„დედაჩემს, მაგალითად, ვერ დაველაპარაკები და ბავშვობიდან სულ წიგნებიდან ვიგებდი ინფორმაციას, სანამ ინტერნეტი შემოვიდოდა. სულ წიგნებში ვიყავი და სულ აინტერესებდათ, რას ვიქეებოდი ამ წიგნებში და მერე მპარავდნენ ხოლმე ამ წიგნებს და რომ დაინახავდნენ, ვაიმე, რა დროს შენი ეგეთებიაო და რას ქვია, რა დროს ჩემი ეგეთებია, არ ჯობია, წიგნიდან გავიგო ქუჩაში გაგებულს?“. **[შშმ ქალი, თბილისი]**

„მშობლები გაიზარდნენ საბჭოთა კავშირში, რომელშიც ძაან ტაბუირებული იყო ეგ თემა და ზოგჯერ ვფიქრობ ხოლმე, რომ ვერც მოთხოვ, რომ იცოდეს ეს ინფორმაცია იმიტომ, რომ, რას იზავ, ეგეთ გარემოში გაიზარდა და თვითონაც ეგრე აზროვნებს და ეხლა 60 წლის მყავს მე მშობლები და ვერანაირად ვერ შევუცვლი ეხლა მე აზროვნებას და ამიტომ ყველა ოჯახში ვერ მიხვალ და ვერ მოთხოვ, რომ, აი, შენს შვილს მოუყევი და იცოდეს, ამიტომ სკოლამ მაინც უნდა უზრუნველყოს ეს ყველაფერი“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, თბილისი]**

„ციკლის გარდა, არაფერზე არ საუბრობენ. ციკლი არის მნიშვნელოვანი, მაგრამ მის მერე?“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, იმერეთი]**

„მე მქონდა სასაცილო შემთხვევა. 10 წლის ვიყავი, პირველი ოპერაცია რომ გავიკეთე, მეორე დღეს მომივიდა ციკლი, მანამდე აზრზე არ ვიყავი, მეგონა, რომ იყო ოპერაციის შემდგომი გართულება და ვაიმე-თქო, ვიკვილე. დედაჩემმა დამშვიდდი, კაცო, ეგ სხვა რაღაცაა, მერე, რა თქმა უნდა, დავმშვიდდი“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, იმერეთი]**

„არ გვაქვს სრული ინფორმაცია. როცა მომივიდა პირველად, ტირილი დავიწყე, მეგონა ტრავმა ხო არ მივიღე-თქო და დედამაც, ვაი, გილოცავო, და არანაირი ინფორმაცია არ მქონდა ამის შესახებ“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, თბილისი]**

„პირველ რიგში, შემეშინდა, მერე ტირილი დავიწყე, მეთქი, რა არის-თქო“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, თბილისი]**

„მე დედაჩემის მხრიდან ვიყავი გაფრთხილებული, ვიცოდი და მოულოდნელობაც არ იყო. მივედი მაშინ დედაჩემთან და ვახარე, თუ რა ვიცი, რა ჰქვია მაგას. და ვიცი კი, ვთქვათ, რა დღეებში მომდის, რამდენი ხანი მაქვს, მერე რამდენი დღის მერე მომდის, ეხლა დეტალურად ვერ აღვწერ, მაგალითად, როგორ ხდება ის პროცესი, მაგრამ რაც მაინტერესებს და რაც მჭირდება მაქვს“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, თბილისი]**

თავად კვლევაში მონაწილე შშმ ბავშვების და ახალგაზრდების მშობლები სამივე რეგიონში

საუბრობდნენ შვილებთან სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე საუბრის ბარიერებზე. მშობლები აღნიშნავენ, რომ:

- მათ აკლიათ და არ იციან, სად მოიძიონ ასაკის შესაბამისი ლიტერატურა ზოგადად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ, მათ შორის არ იციან შშმ პირების შემთხვევაში გარკვეული თავისებურებები
- მათ, ასევე არ იციან, ვის მიმართონ დახმარებისთვის
- სექსუალური საკითხების სრული ტაბუირება, ამ საკითხზე საუბრის სირცხვილი - საინტერესოა, რომ ზოგიერთი მშობლის აღქმით, სექსუალურ საკითხებზე საუბრის ტაბუ და მორიდების შეგრძნება, გარკვეულწილად, სრული ინფორმაციის არქონასაც უკავშირდება. მშობლების უმეტესი ნაწილი არ გრძნობს თავს საკმარისად კომპეტენტურად აღნიშნულ საკითხებზე შვილთან სასაუბროდ.

ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ შედარებით დაბალი ასაკის ბავშვის მშობლები (9-10 წლამდე) მიიჩნევენ, რომ მათ შვილთან სექსუალობის საკითხებზე საუბარი ჯერ კიდევ ადრეა. მიუხედავად იმის, რომ ბავშვი ამჟამად ავლენს ინტერესს.

*„ყოფილა შემთხვევა ბალიშიც გაუკეთებია მეცელში და დედა მიხდება? და ახლა 9 წლის არის უკვე და ლიფიც ჩაუცვია და მოსწონს, რომ ასეა, და დედა, რა კარგია, შენ დიდი გაქვსო და მე ჯერ პატარა მაქვსო და არის ესეთი რაღაცეები, მაგრამ ჯერ იმ ასაკთანაც არა ვართ... ხომ მიხვდით“. **[შშმ ბავშვის/მოზარდის მშობელი, კახეთი]***

განსხვავებული დამოკიდებულება გამოვლინდა მშობლების მხრიდან ბავშვებთან სექსუალური ჯანმრთელობის საკითხებზე საუბართან დაკავშირებით. ზოგიერთი მათგანი აცხადებდა, რომ ნაკლებად ხედავს ამის საჭიროებას - „ჯერ ვერ გაიგებს“ ან „არ სჭირდება“. თუმცა, ზოგიერთი მშობელი საკმაოდ გახსნილი იყო სექსუალურ თემებზე სასაუბროდ და აღნიშნავდა, რომ თავად ეძებს ინფორმაციას, იმისთვის, რომ შეძლოს შვილის დახმარება და სწორი ინფორმაციის მიწოდება. ტენდენციის სახით **გამოვლინდა, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ სასაუბროდ/ინფორმაციის მისაღებად განსაკუთრებით დიდი მზაობა აქვთ ინტელექტუალური სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვების მშობლებს, რომელთა შემთხვევაში შედარებით უფრო მწვავე საკითხია გარდატეხის ასაკში მოჭარბებული სექსუალური ენერჯის მართვა.**

*„ბევრი მშობელი ვიცი, რომელიც 24 საათი მის შვილთან არის, მაგრამ ეს თემა მაინც ტაბუდადებულია სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას თუ შევეხებით. **[მშობელი, თბილისი]***

*„მშობლებს, რომლებსაც თვითონ სიტყვა სექსის წარმოთქმა ჰგონიათ, რომ სირცხვილია, ამ დონეზე რომ განვითარდნენ, რომ არა თუ თვითონ იფიქროს და დააღაგოს, ის მოამზადოს მის შვილს როგორ უნდა მიუდგეს და მიაწოდოს ინფორმაცია, რა არის ამისთვის საჭირო, არ ვიცი რა, ძალიან... ძალიან რთულად გვაქვს ინფორმაცია. განათლების არ ქონა არის ნომერი პირველი პრობლემა“. **[მშობელი, თბილისი]***

*„გონია, რომ ძალიან ცოტა იქნება, პროცენტულადაც რომ შევეცადო განვსაზღვრო, იმ მშობლების რაოდენობა, ვისაც რაიმე ცოდნა ან წარმოდგენა გააჩნია ამ საკითხებთან მიმართებაში და შეუძლიათ ისაუბრონ ამ საკითხებზე.“ **[მშობელი, თბილისი]***

*„განათლებას თავი რომ გავანებოთ, არის ის მომენტი, რომ კომპლექსები გვაქვს მშობლებს, საბჭოთა კავშირიდან მოვდივართ, სადაც არ არსებობდა არაფერი. ჩვენ გვაქვს ვიღაცებიდან ნასწავლი. არც ჩვენს მშობლებს უთქვამს ჩვენთვის, არც მათთვის უთქვამთ და ეს ტრადიცია ცუდად არის. ეს კომპლექსია ჩვენში, რომ, რადგან ჩვენ არ მიგვიღია ჩვენი მშობლიდან ეს დისტანცირება, უნდა მოხდეს ჩვენს შვილსა და ჩვენს შორის ამ თემასთან დაკავშირებით“. **[მშობელი, იმერეთი]***

„ნუ, რომ ვიცოდე და სრულად ვიყო გარკვეული აღარ იქნებოდა ტაბუდადებული, მაგრამ იმიტომაც ტაბუდადებული, რომ არ ვიცი“ **[შშმობელი, კახეთი]**

„რაც არ უნდა ველაპარაკო და ვუხსნა ჩემს შვილს, ის ამას მართლა ვერ ხვდება“. **[შშმობელი, თბილისი]**

„გონებრივად ვინც არ არის შეზღუდული, იმას ყველაფერს აუხსნი. ჩემს შვილს რაზე უნდა ველაპარაკო, ენა კი აქვს იცოცხლე მარა, იმას მე რა უნდა აუხსნა, მენსტრუაცია რომ მოუვიდა, ბავშვმა არ იცის, რა ამეხსნა, იცის “დედიკო, გოგოებს ასე ემართებათ !” მეტი რას აუხსნი. ღმერთმა დამიფაროს, სექსუალური რაღაცა მან მოინდომოს და თავი დაიცვას, მას რას აუხსნი, გაიგებს? რა ვიცი, რანაირი ცხოვრება მოვა, ღმერთმა გააგებინოს ყველაფერი, მაგრამ რა უნდა ველაპარაკო. ვისაც გონებრივად აქვს შეზღუდვა, იმას ვერაფერს ვერ აუხსნის ვერც დედა და ვერც ვერავინ.“ **[შშმობელი, იმერეთი]**

მხოლოდ ერთეულ შემთხვევაში, კვლევაში მონაწილე შშმ ქალები ან მოზარდი/ ახალგაზრდები აღნიშნავენ, რომ საკმაოდ ბევრი ცოდნა მოაგროვეს სექსუალური და რეპროდუქციული საკითხების შესახებ ინფორმაციის სხვადასხვა არხის გამოყენებით: ინტერნეტში, ტრენინგებზე დასწრება. ზოგიერთი შშმ ქალი თვლიდა, რომ თავისუფლად განიხილავს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებს მეუღლესთან ან მეგობრებთან. ერთეულ შემთხვევაში აღინიშნა, რომ კონსულტაცია გავლილი აქვთ ექიმთან, ასევე ღიად შეუძლიათ აზრის გამოთქმა საზოგადოებაშიც და არ თვლიან, რომ ეს თემა ტაბუდადებულია.

„მე ძალიან ახლო მეგობარი მყავს და თავისუფლად ვესაუბრები ჩემს ახლო მეგობარს და ის მანვდის ინფორმაციას“. **[შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]**

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ტრენინგები, რომლის შესახებაც ფოკუს ჯგუფებში მონაწილე შშმ ქალები და ახალგაზრდები ფლობდნენ ინფორმაციას ან დასწრებიან:

- უსინათლოთა კავშირის მიერ ორგანიზებული ტრენინგი, სადაც ერთ-ერთმა ჯგუფის მონაწილემ მიიღო მონაწილეობა და აღნიშნა, რომ მისთვის საკმაოდ ღირებული და მნიშვნელოვანი ინფორმაცია მიიღო სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ
- ყრუთა კავშირის ბენეფიციარებისთვის ჩატარებული ტრენინგი - ასევე ღირებულად აფასებდნენ ამ ტრენინგში მონაწილეობას
- ასოციაცია ჰერა ოცდაერთის მიერ ორგანიზებული ტრენინგები

„ანუ, უსინათლოთა კავშირმა ჩაატარა, მე როგორც უსინათლოთა კავშირის წევრი დამირეკეს და მკითხეს, ესეთ ტრენინგში მონაწილეობა თუ გსურსო, ორდღიანი ტრენინგი იყო, ზუსტად არ მახსოვს, ვისი ორგანიზებით იყო, 2 ტრენინგი იყო, საკმაოდ ცნობილი გინეკოლოგები, ერთი მამაკაცი იყო და ერთი ქალბატონი, დაავადებათა კონტროლის ცენტრში მუშაობს დღესაც“. **[შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]**

„ასოციაცია “ჰერა ოცდაერთი” არის ორგანიზაცია, რომელიც მუშაობს ამ რეპროდუქციის და სქესობრივ კავშირებზე და მათ ჰქონდათ ტრენინგი, მაკა გეგეჭკორი იყო მოსული, რეპროდუქტოლოგი და ჩაატარა კონტრაცეფციის საშუალებებზე, ზოგადად, ყველანაირ კითხვას ვუსვამდით და გვპასუხობდა. ახლა ყველაფერი დეტალურად არ მახსოვს, მაგრამ მაშინ საინტერესო იყო ძალიან და სიახლეები გავიგე“. **[შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა, თბილისი]**

2.6.4. რეკომენდაციები ინფორმაციაზე / განათლებაზე

კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აზრით, შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებული პრობლემებისა და ბარიერების მოგვარება, პირველ რიგში, განათლების სისტემატიზაციით არის შესაძლებელი. კვლევაში მონაწილე სხვადასხვა სფეროს წარმომადგენლებს მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ როგორც ზოგადად სექსუალურ და რეპროდუქციულ უფლებებზე ინფორმაციის მიწოდება, ასევე კონკრეტული სერვისების და პროგრამების პოპულარიზაცია.

შესაბამისად, ექსპერტები ბევრს საუბრობდნენ სამიზნე ჯგუფებში ინფორმირების გაზრდის საშუალებებზე.

მათი რეკომენდაციების თანახმად საჭიროა:

1. ზოგადად, საზოგადოების, მშობლების და ასევე შშმ პირებთან სხვადასხვა სერვისის ფარგლებში კონტაქტში მყოფი სპეციალისტების ცნობიერების ამაღლება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით, სადაც, პირველ რიგში, მოიაზრება: 1) სწორი ინფორმაციის მიწოდება მშობლებისთვის; 2) ექიმებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის გადამზადება; 3) მასწავლებლების გადამზადება.
2. თავად შშმ პირებისთვის ინფორმაციის მიწოდება: ტრენინგები - სპეციალური საჭიროებების მიხედვით, რომლებიც მოიცავს როგორც ჰიგიენასთან, ასევე თავის დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებს;
3. ლიტერატურის ადაპტირება და სპეციალურ საჭიროებებზე მორგება:
 - რაშიც მოიაზრება, ერთი მხრივ, ინფორმაციის გამარტივება ინტელექტუალური შეფერხების მქონე პირებისთვის, განსაკუთრებით გამოყოფდნენ ფსიქიატრიული კლინიკების პაციენტებს
 - ჰიგიენის და თავის მოვლის, ასევე რეკომენდებული სექსუალური პოზის, დაორსულების, ბავშვის მოვლის საკითხები ზოგიერთი ფიზიკური შეზღუდვის მქონე პირებისთვის, მაგალითად, ეტლით მოსარგებლე პირებისთვის
 - ბრაილის შრიფტით არსებული მასალა
 - გამარტივებული მასალა ან სპეციალისტების არსებობა სმენადაქვეითებულებისთვის
4. ამასთან, ექსპერტებს მიაჩნდათ, რომ მნიშვნელოვანი იქნება უცხოელი სპეციალისტების ჩართვა, ვინაიდან საქართველოში ზოგადად ნაკლებად ფიქრობენ, რომ არსებობს ამის კომპეტენცია;
5. უფრო დიდი მედია მოცვა, რომელსაც სისტემური ხასიათი ექნება და არ იქნება მხოლოდ ერთჯერადი ან ფრაგმენტული ინფორმაციის მიწოდების სახით, მაგალითად, ყოველკვირეული სატელევიზიო რუბრიკის გამოყოფა, ასევე სოციალური მედიის უფრო აქტიური გამოყენება;
6. ფორმალური განათლების ფარგლებში (სკოლებში) ინფორმაციის მიწოდების აღსრულების უზრუნველყოფა. თუმცა, ამასთანავე არაფორმალური განათლების არსების გამოყენებაც, მაგალითად, საზაფხულო ბანაკებში ინფორმაციის მიწოდება.
7. კვლევაში მონაწილე ჯანდაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი შშმ პირების სწორ ინფორმირების რესურსს ოჯახის ექიმში ხედავს. გამოითქვა მოსაზრება, რომ ოჯახის ექიმები რეგიონებში და სოფლებშიც ხელმისაწვდომია, ყველაზე ხშირად აქვთ შეხება პაციენტებთან, მათ შორის შშმ პირებთან, შესაბამისად, გარკვეული ტრენინგების გავლის შემდეგ, შეძლებს სწორი ინფორმაცია მიიტანოს მოსახლეობამდე სექსუალურ და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე.

„ჩვენ ოჯახის ექიმი გვყავს როგორც ქალაქში, ურბანულ დასახლებებში, ასევე გვყავს ოჯახის ექიმი სოფლად, რომელსაც სოფლის ექიმს ვეძახით. სერვისი სრულად იფარება სახელმწიფოს მიერ და თუ ჩვენ ოპტიმალურად გამოვიყენებთ ამ რგოლს, პირველად ჯანდაცვას, უწყვეტი სამედიცინო ჯანდაცვის პროგრამით და ტრენინგებით მივაღწევთ იმას, რომ მათ თავისი კომპეტენციის ფარგლებში ის, რაც გააჩნიათ შეასრულონ სრულად, ვფიქრობ, ეს ძალიან დიდი დახმარება იქნებოდა. საჭიროების შემთხვევაში რეფერალი განახორციელონ, როდესაც უკვე მათი კომპეტენცია არ არის საკმარისი. ამ შემთხვევაში. არსებობს მაგალითად დღეს რეზერვი, რომელიც ჩვენ შეგვიძლია წარმატებით გამოვიყენოთ არსებული სახელმწიფო დაფინანსებების ფარგლებში და არსებული რეგულაციების ფარგლებში, რასაკვირველია, კარგია, რომ კონტრაცეპტივებზე ხელმისაწვდომობა გაიზარდოს, სამოქმედო გეგმით დაგეგმილიც გვაქვს, რომ მინიმუმ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის უზრუნველყოფა გავაკეთოთ, სამოქმედო გეგმაში არის მითითებული.“

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]

„ძალიან კარგი იქნება, რომ ცნობიერების ასამაღლებლად მხოლოდ ის არ ტრიალდებოდეს, რომ ოჯახში ძალადობაა და დარეკე ამ ნომერზე, უნდა ტრიალებდეს ანალოგიურად, რომ კი, ბატონო, შენ თუ ხარ ამდენი წლის, გაქვს უფლება სქესობრივი განათლების რეპროდუქციული განათლების, იზრუნე ამაზე, მოდი, აქა და აქ. რადგან სხვანაირად ინფორმაცია სწრაფად ვერ ვრცელდება, აუცილებელია მედია საშუალებების ცოტა გააქტიურება და კონკრეტულ საკითხებზე საჭირო მისამართების მითითება“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„ვფიქრობ, რომ ამ შემთხვევაში საჭირო იქნება უცხოელი ექსპერტების მონაწილეობა. იმიტომ, რომ მგონია, საქართველოში არ არიან სპეციალისტები მაგ კუთხით. შეიძლება სახელმწიფომ ვერ მოახდინოს მისი ბიუჯეტის ფარგლებში და არასამთავრობო სექტორმა შეიძლება ამ კუთხით იმუშაოს და ხელი შეუწყოს. თუმცა, ალბათ მათაც არ აქვთ დიდად ინფორმაცია მათი საჭიროების შესახებ. ვიღაცამ უნდა იმუშაოს ამაზე და მიანოდოს ინფორმაცია, რომ ეს საჭიროება დგას და მოდით, იქნებ დააფინანსოთ“. **[ომბუდსმენის აპარატში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრი, თბილისი]**

„ფორმალური და არაფორმალური გზები უნდა გამოვიყენოთ... მაგალითად, საზაფხულო ბანაკები, სადაც დიდი მოცვაა ახალგაზრდების და ძალიან მარტივი მაგალითია, მოცვა მეტია“. **[გაეროს მოსახლეობის ფონდის წარმომადგენელი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით, თბილისი]**

„ასეთ რაღაცეებში ძალიან გვჭირდება ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიები, ასევე თვითონ შშმ პირებისთვის ინფორმაციის მიწოდების საკუთარი ტექნიკები რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა თუ სექსუალური ჯანმრთელობის შესახებ, რომელიც შეიძლება იყოს ინტელექტუალურად სხვადასხვა განვითარების ტიპებზე მორგებული, აუტისტურ ბავშვებზე მორგებული, ბრაილის შრიფტით უსინათლოებზე მორგებული, იყოს დასურათებული და ასე შემდეგ... რა თქმა უნდა, იგულისხმება ძალიან თანმიმდევრული სტრუქტურირებული და ადეკვატური მსჯელობა, ტერმინები იყოს განმარტებული“. **[განათლების სამინისტროს ინკლუზიური განათლების სამმართველოში მულტიდისციპლინარული გუნდების წარმომადგენელი, თბილისი]**

კვლევაში მონაწილე ექსპერტებს მნიშვნელოვნად მიაჩნდათ სახელმწიფო ინსტიტუტებთან ერთად უნივერსიტეტების და არასამთავრობო სტრუქტურების აქტიური ჩართვა განათლების მიწოდების პროცესში.

„სახელმწიფოს მხრიდან, რა თქმა უნდა, უბრალოდ უნივერსიტეტის და ასოციაციების არასამთავრობო სტრუქტურად განიხილება და ესენი უნდა ჩაერთონ აქტიურად, თორემ

თვითონ სამინისტრო ამ პროტოკოლებს და კურიკულუმებს ვერ დაწერს, რა თქმა უნდა, მან უბრალოდ ორგანიზება უნდა გაუკეთოს ამ პროცესს და გახადოს ეს სავალდებულო შემდგომ ჯანდაცვის მიმწოდებლებისთვის, რომ მათ ესენი გაითვალისწინონ”. **[გაეროს მოსახლეობის ფონდის წარმომადგენელი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით, თბილისი]**

„ამისთვის არსებობს მედია კამპანიების წარმოება, შეიძლება, გარდა ამისა, უშუალოდ ე. წ. აუთორიტი მათთან, ანუ ამ ხალხს სხვადასხვა კატეგორიებს აქვთ თავიანთი არასამთავრობო ორგანიზაციები, მათი ჩართვა ამ საკითხებში, რომ მათ თავიანთი წევრები გაანათლონ, ძალიან სერიოზული იარაღია, დღესდღეობით სოციალური მედია, სამწუხაროდ, მეტ დროს სახლში ატარებს, კომპიუტერთან, ვიდრე გარეთ, მათ შორის სოციალური მედიის საშუალებით შეიძლება მიწოდება და კიდევ ერთხელ ვამბობ, ამას ყველაფერს უნდა ორგანიზება, ის რომ მათ ორგანიზებელი ძალაა, ეს ჯერ ქვეყანაში არ ჩანს სამწუხაროდ“. **[გაეროს მოსახლეობის ფონდის წარმომადგენელი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით, თბილისი]**

რაც შეეხება თავად შშმ მოზარდებს და ახალგაზრდებს, ისინი ინფორმაციის მიღების ყველაზე მისაღებ ფორმად სოციალურ მედიას მიიჩნევენ, თუმცა, გამოთქვამდნენ სურვილს, ინფორმაცია უფრო მეტად სისტემური ხასიათის და მათთვის გასაგებ ენაზე ადაპტირებული იყო. კვლევის მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ სურვილი აქვთ არსებობდეს ვიდეო ბლოგები.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვნად მიაჩნდათ ტრენინგები და პირისპირ მიწოდებული ინფორმაციაც, თუმცა, სურვილს გამოთქვამდნენ, ტრენინგზე იწვევდნენ არა მხოლოდ შშმ პირებს, არამედ საზოგადოების სხვა წევრებსაც, რომ მათაც აიმაღლონ ცნობიერება და შეიცვალოს დამოკიდებულებები ზოგადად შშმ პირების სექსუალობის აღქმასთან დაკავშირებით.

იმის გათვალისწინებით, რომ როგორც ინტერნეტი, ასევე ტრენინგები არ არის ყველასთვის ხელმისაწვდომი, კვლევაში მონაწილე შშმ ქალები და ახალგაზრდები თვლიდნენ, რომ მათთვის სასარგებლო იქნება ინფორმაციის ბუკლეტების სახით გავრცელება.

„მშობლებსაც მსგავსი შეხვედრები რომ ჩაუტარდეთ“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

„მე ვფიქრობ, შშმ პირთან ერთად უნდა იყოს მისი თანმხლები პირი აუცილებლად. იმიტომ, რომ თუნდაც თქვენნაირმა, რომ ჩაატარებ ტრენინგს და გვითარებ, ჩვენ უნდა გვყავდეს გვერდით ის, იმიტომ, რომ ჩვენ რომ გვესმის და ვიცით, იმანაც უნდა გაიგოს ის“. **[შშმ ქალი, იმერეთი]**

„საზოგადოების დამოკიდებულებაც უნდა შეიცვალოს, აქედან გამომდინარე, უფრო ფართო აუდიტორიასაც უნდა მიწოდოს, მხოლოდ შშმ ქალბატონებზე არ უნდა იყოს გათვლილი. როცა საუბრობენ ამ თემებზე, თან შშმ ქალბატონების საკითხებზეც უნდა საუბრობდნენ“. **[შშმ მოზარდი / ახალგაზრდა ქალი, იმერეთი]**

2.7. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები

2.7.1. სერვისების არსებობა და სამიზნე ჯგუფების ინფორმირება

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოკითხული როგორც ექსპერტები, ასევე თავად სამიზნე ჯგუფები აღნიშნავდნენ, რომ დღეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით შშმ პირების საჭიროებებზე მორგებული სერვისები ფაქტობრივად არ არსებობს.

კვლევაში მონაწილე შშმ ქალების განცხადებით, მათთვის ხელმისაწვდომია საყოველთაო ჯანდაცვით გათვალისწინებული იგივე სერვისები, რაც ტიპური განვითარების მქონე ქალებისთვის, თუმცა, გარკვეული ფაქტორების გამო, შშმ პირებს უჭირთ ამ არსებული სერვისებით სარგებლობაც

(ინფორმაციის ნაკლებობა, ადაპტაციის პრობლემა, ექიმების დამოკიდებულებები და სხვა).

ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი აღნიშნავს, რომ დღეს ქალებისთვის, მათ შორის შშმ პირებისთვის, ხელმისაწვდომია რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისები, რაც სახელმწიფოს მიერ არის დაფინანსებული: ანტენატალური, სამშობიარო სერვისები უზრუნველყოფილია სახელმწიფოს მიერ, სკრინინგული კვლევები, გენეტიკური კვლევები, რკინის პრეპარატების, მიკროელემენტების ხელმისაწვდომობა, ასევე ორსულობის გართულებული ქეისების მართვა. თუმცა, აქვე აღსანიშნავია, რომ **აღნიშნული სერვისების ფარგლებში არ ხდება შშმ პირების სპეციალური საჭიროებების გათვალისწინება და სერვისის მათთვის იმავე ფორმით არის ხელმისაწვდომი, როგორც ტიპური განვითარების მქონე ქალებისთვის.** ასევე მნიშვნელოვანია, რომ თავად სამიზნე სეგმენტისთვის ამ ინფორმაციის ცნობადობა დაბალია - **ფოკუს ჯგუფის მონაწილე ქალების უმრავლესობას არ ახსენდება სკრინინგ პროგრამები ან არ აქვს ინფორმაცია, რა სერვისების მიღება შეუძლია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თვალსაზრისით.**

*„რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით, რაღაც სერვისები სახელმწიფოს გააჩნია და გარკვეული მიმართულებებით სჭირდება განვითარება. ზოგჯერ ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა, ზოგჯერ შეიძლება გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის საკითხიც დაისვას. ყველაზე მეტად მაინც მოწესრიგებულია ის კუთხე, რომელიც დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობას ეხება. იგივე, ორსული ქალის სერვისები, რომელიც ორსულ ქალს სჭირდება. დანყებული ანტენატალური მეთვალყურეობიდან, სამშობიარო სერვისები, გართულებული ორსულობის მართვა, ორსულობის პერიოდში იგივე გენეტიკური კვლევები დამატებით, ვთქვათ, სკრინინგული კვლევები ახალშობილებისათვის, კვლევები, რომელიც მიმართულია მაღალი რისკის ორსულებისთვის. ამ შემთხვევაში, ხელმისაწვდომობა მიკროელემენტებით, ფოლიუმის მუავით, რკინის პრეპარატებით მომარაგება მრავალკომპონენტური, სახელმწიფოს აქვს გამოყოფილი ამისთვის რესურსი. **[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]***

საქართველოში მოქმედი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებით, ასევე ხელმისაწვდომია: C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკა, აივ შიდსის გამოვლენა, პაპილომა ვირუსის ვაქცინაცია, საშვილოსნოს ყელის და ძუძუს კიბოს სკრინინგი. თუმცა, ამ შემთხვევაშიც, შშმ პირებისათვის არ არის ნაკვლევი დამატებითი საჭიროებები და ხშირ შემთხვევაში, სამიზნე სეგმენტებს არ აქვთ ამ პროგრამებზე ინფორმაცია.

ასევე მნიშვნელოვანია, რომ გარდა ინფორმაციის სიმწირისა, მშობლების ჯგუფში გამოიკვეთა ვაქცინაციის მიმართ უნდობლობის ფაქტები, რაც ზოგიერთ შემთხვევაში აცრებთან დაკავშირებული უარყოფითი სტერეოტიპების არსებობის ბრალია, მეორე მხრივ, ნაკლები აქვთ ნდობა თავად ამ სერვისების პროვაიდერების მიმართ.

*„13 წლის გოგოსთვის აკეთებდნენ პაპილომა ვირუსის აცრებს, ძაან უარყოფითად შეხედა მშობელმა და არ გაუკეთა... არ ჰქონდა იმედი, რა არის და ვის რა შემოაქვსო. არ ვართ დაცული არაფრისგანო და ბევრმა არ გაუკეთა... არავისგან არ იჭერებენ. **[შშმ მშობელი, იმერეთი]***

*„თუმცა, მასობრივად ინფორმირება არ ხდება ხალხის, როცა ვთქვათ ასეთი გამოკვლევაა და შეგიძლია მიხვიდე - ზოგი გვიან იგებს, ზოგი საერთოდაც ვერ იგებს ამის შესახებ და ვერ სარგებლობენ.“ **[შშმ ქალი, კახეთი]***

ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი აღნიშნავს, რომ დღეს არ არის ხელმისაწვდომი რაიმე პროგრამები სერვისები ოჯახის დაგეგმვის, ან ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით. მისი განცხადებით, ამ საკითხებზე მუშაობა დანყებულია და შემდეგი წლების სამოქმედო გეგმაშია გათვალისწინებული. თუმცა, აღიშნულ შემთხვევაშიც არ არის ნაკვლევი შშმ პირების სპეციალური მოთხოვნები ან საჭიროებები ამ მიმართულებით.

„შედარებით ნაკლები აქტიურობა სახელმწიფოს მხრიდან, მაგალითად, ოჯახის დაგეგმვის კუთხით და ახალგაზრდების რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის მიმართულებით, რასაც ჩვენი სტრატეგიაც ასახავს, შესაბამისი დასახელების სტრატეგია 2017-2020-30 წლების შესაბამისი სამოქმედო გეგმა, რაც გულისხმობს, რომ ოჯახის დაგეგმვას სჭირდება მეტი ყურადღება როგორც გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, ასევე, მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლების კუთხით და კონკრეტულად, მაგალითად, გველისხმობ, რომ მათი ცნობიერების გაზრდა უნდა მოხდეს იმ საშუალებებზე, რომელიც არასასურველი ორსულობების თავიდან აცილებისთვის არის საჭირო, რაც სქესობრივად გადამდები დაავადების თავიდან აცილებისთვის არის საჭირო, კონტრაცეპტივებით სულ მინიმუმ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის უზრუნველყოფა, ფინანსური დახმარებით ხელმისაწვდომობის გაზრდა, **[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]**

2.7.2. სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის ბარიერები

2.7.2.1. ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა

ექსპერტების მოსაზრებით, საქართველოს რეგიონებში შშმ პირებისათვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით ჯანდაცვის სერვისების **ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა დაბალია** და გაცილებით პრობლემატური საკითხია, ვიდრე თბილისის შემთხვევაში. გარდა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისის პროვაიდერების ტერიტორიული სიმორისა, ზოგიერთ შემთხვევაში ხელმისაწვდომი არ არის კლინიკამდე მისასვლელი სატრანსპორტო საშუალებებიც.

„სერვისების ხელმისაწვდომობა საკმაოდ შეზღუდულია, თუ რამე არსებობს, არსებობს თბილისში, რეგიონებში ფაქტობრივად არაფერი არ არსებობს, თუნდაც ფიზიკური გარემოს თვალსაზრისით. მობილობის შეზღუდვის მქონე გოგონებს და ქალებს რა პრობლემებიც აქვთ ხოლმე - შეღწევადობა რეგიონებში არსებულ კლინიკებში არის ნულის ტოლი“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ტრანსპორტირებასთან არის შეზღუდვები, ჩვენ ის გოგონა, რომელიც მოიყვანეს მცირე მხედველი რომ იყო და ორსულად რომ იყო და არაერთი ორსულობა იყო. სამწუხაროდ, ლაგოდებში იყო, სადაც მთის პირას და ლაგოდებამდე რომ წასულიყო, იმის საშუალებაც არ ქონდა. ოჯახს ცხენის ურმის მეტი არაფერი არ ქონდა და ჩვენმა სოციალურმა მუშაკებმა რომ აღმოაჩინეს, ორგანიზაციის მანქანაში ჩასვეს, მოიყვანეს, მივხედეთ და თვეში ორჯერ, როდესაც მიდიოდნენ, იქ ადგილზე ამბულატორიაში ნახეს ექთანი, რომელიც უკეთებდა მერე ამ გოგოს ნემსს, რადგან სჭირდებოდა ვენერიული დაავადების გამო“. **[ბავშვთა რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენლის განცხადებით, გადაუდებელი დახმარება, მათ შორის რეპროდუქციული სერვისები საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში ყველასთვის თანაბრად ხელმისაწვდომია ტერიტორიული სიახლოვის თვალსაზრისით. ნაკლებად ხედავს, ასევე რეგიონებში პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის პრობლემას, თუმცა, აღნიშნავს, რომ გარკვეული სერვისები, როგორცაა, მაგალითად, მაღალტექნოლოგიური, ონკოლოგიური სერვისები მხოლოდ დიდ ქალაქებშია კონცენტრირებული და შესაბამისად, ნაკლებად ხელმისაწვდომია ზოგიერთი ქალაქების/ სოფლების მაცხოვრებელთათვის.

„როდესაც საუბარია ძუძუს კიბოს სკრინინგზე, მამოგრაფია ხომ უნდა გაკეთდეს, გამოკვლევა, ამ შემთხვევაში ძალიან რთულია, რომ სერვისი მიიტანო უშუალოდ ადგილზე. შეუძლებელი შეიძლება არაფერი არ არის, არსებობს მობილური ბრიგადები, მაგრამ ქვეყნის ჩამოკიდება და სისტემის მონყოლა მობილურ ბრიგადაზე ალბათ ცოტა უფრო რთულია.“

იგივე კოლორექტალურ კიბოსთან დაკავშირებით, ანუ დაგეგმარება სწორედ მაგიტომ ხდება და განხილვა სერვისების, რომ რა არის უფრო ხარჯთაღმწიქური. შესაძლებელია, იქ გადაადგილება უფრო მარტივი იყოს იმიტომ, რომ რამდენიმე ტიპის გამოკვლევა კეთდება, ზოგიერთი სკრინინგის დროს, ვიდრე ესეთი, პირიქით, სერვისის მიტანა კონკრეტულ სახლთან ახლოს“. **[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]**

2.7.2.2. ინფრასტრუქტურული ხელმისაწვდომობა / ადაპტაცია სხვადასხვა ტიპის შშმ-ზე

თვისებრივი კვლევის თანახმად, სამედიცინო დაწესებულებებში სერვისის მიღების მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს არაადაპტირებული გარემო, რაშიც მოიაზრება როგორც კლინიკამდე მისასვლელი გზა, ასევე თავად კლინიკის შიდა ინფრასტრუქტურა.

სამედიცინო სერვისების ადაპტაცია სპეციალურ შესაძლებლობებზე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია:

- ეტლით მოსარგებლე პირებისთვის;
- სმენადაქვეითებულთათვის;
- უსინათლოთათვის;

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სამინისტროს თანახმად, კლინიკა ლიცენზიას მხოლოდ მაშინ იღებს, თუ იგი ხელმისაწვდომია ყველა პირისთვის, მათ შორის ადაპტირებულია შშმ პირებისთვის, **ხშირ შემთხვევაში ეტლით მოსარგებლებს უჭირთ როგორც კლინიკაში შეღწევა, ასევე შიგნით გადაადგილება.** კვლევაში მონაწილე ექსპერტები და თავად შშმ ქალები აღწერდნენ სამედიცინო სერვისების პროვაიდერებში არაადაპტირებული გარემოს მრავალ მაგალითს: არასწორად გაკეთებული პანდუსი შესასვლელში, შენობის შიგნით ვიწრო დერეფნები ან ვიწრო კარი სპეციალისტის კაბინეტში შესასვლელად, ლიფტის არარსებობა, ან ლიფტი, რომელშიც შშმ პირის ეტლი არ ეტევა, არაადაპტირებული სველი წერტილები. საგულისხმოა, რომ მსგავსი ინფრასტრუქტურული ბარიერები თანაბრად აქტუალურია როგორც თბილისში, ასევე რეგიონების შემთხვევაშიც.

„მიუხედავად იმისა, რომ ლიცენზიის ასაღებად კლინიკა უნდა იყოს მისაწვდომი ყველა პირისთვის და ეს იყო ჯანდაცვის ოფიციალური პასუხი - ჩვენთან ყველა კლინიკა ადაპტირებულიაო, იმიტომ, რომ სხვანაირად ლიცენზიას არ მიიღებდნენო. მაგრამ ეს არ არის ასე, მათი სურვილის მიუხედავად ნამდვილად არ არის. ე.ი. ტერიტორიულად, ხშირ შემთხვევაში ტერიტორიულადაც შეუძლებელია შესვლა, თუნდაც პირველ სართულზე კიბეები ან ისეთი პანდუსებია, ისეთი გადახრის მქონე, რომ შეუძლებელია ასვლა.“
[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

სამედიცინო დაწესებულებები არ არიან მზად გაუწიონ გინეკოლოგიის მომსახურება ეტლით მოსარგებლეს, რადგან არა აქვთ ადაპტირებული გინეკოლოგიური სავარძლები. ასევე კლინიკებს არა აქვთ სპეციალური კვლევიითი აპარატურა. ექსპერტების განცხადებით, ორმა კლინიკამ შეიძინა ადაპტირებული აპარატურა, თუმცა კვლევაში მონაწილე შშმ ახალგაზრდებსა და ქალებს აღნიშნული კლინიკების შესახებ ინფორმაცია არ ჰქონიათ. გარდა ამისა, სპეციალური აპარატურით აღჭურვილი კლინიკები შშმ ქალებისთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომი მომსახურების მაღალი ფასის გამოა.

„სამედიცინო დაწესებულებები ზოგადად ადაპტირებასთან ვერ მეგობრობენ, თბილისშიც კი. ჩვენ ჩავატარეთ კვლევა, საპირფარეშოები არ არის, რომც მიხვიდე, გინეკოლოგიური სავარძლები არ არის. სკრინინგ აპარატურა ფიზიკური შეზღუდვა ვისაც აქვს, იმისთვის პრობლემაა.“
[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„სამწუხაროდ, არანაირი სერვისები არ არის მორგებული. ინფრასტრუქტურულადაც ჭირს მათი გადაადგილება, თუ არის ეტლიანი გოგონა და საჭიროა გინეკოლოგთან წავიყვანოთ, რა თქმა უნდა, იმ ეტლის შესვლა გინეკოლოგიურ კაბინეტში, მერე არ არის გინეკოლოგიური მაგიდა, რომელიც ქვემოთ ჩამოვა და შესაძლებლობას მოგვცემს გოგონას დავეხმაროთ, ესენი, რა თქმა უნდა ჭირს, თუმცა ვიცი 1-2 კლინიკა და სიამაყით მინდა ვთქვა, რომ ერთ-ერთი არის ჯონის კლინიკა, რომელმაც განავითარა ეს სერვისი, ყველას არ მიუნვდება ხელი მანდ მისასვლელად.“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პირველი ნაბიჯი“-ს წარმომადგენელი, თბილისი]**

თავად კვლევაში მონაწილე ეტლით მოსარგებლე რესპონდენტები ჰყვებოდნენ **კლინიკაში ვიზიტის ნეგატიური გამოცდილების ფაქტებს**, როდესაც მათ ექიმის კონსულტაციის მიღება კლინიკის მისაღებში მოუწიათ, კლინიკის სხვა ვიზიტორების თანდასწრებით. ასეთ გამოცდილებას კვლევის მონაწილეები აღწერდნენ, როგორც უხერხულს, მათთვის დამამცირებელს. კვლევაში მონაწილე ეტლით მოსარგებლე ქალები აღნიშნავდნენ, რომ ინფრასტრუქტურის ადაპტაციის პრობლემის გამო, მათთვის იმდენად დისკომფორტის შემქმნელია გინეკოლოგთან ვიზიტი, რომ ცდილობენ უკიდურესი აუცილებლობის გარეშე არ მიმართონ ექიმს.

„როცა არ არის სერვისი და იცი, იქ უნდა იწვალო, მიდიხარ - არ იცი, სად მიდიხარ, სრულ გაურკვევლობაში, ვინ როგორ შემოგხედავს, ორი კაცი უნდა წაიყვანო, რომ აგნიონ იქ. მაქსიმალურად ცდილობ რომ აირიდო, სანამ მთლად ისე არ დაგჭირდება და უკანასკნელში არ იქნება, არ მიდიხარ“. **[შპმ ქალი, იმერეთი]**

სამედიცინო დაწესებულებები არ არის ადაპტირებული არა მარტო მობილობის შეზღუდვის მქონე პირთათვის, არამედ სმენადაქვეითებულებისათვისაც, რადგან სამედიცინო დაწესებულებებს არ ჰყავთ სურდო-თარჯიმნები.

ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ სურდო-თარჯიმნის მომსახურება რეგიონებში ბოლო დროს გახდა შესაძლებელი. სოციალური მომსახურების სააგენტოში სურდო-თარჯიმნებს ხელშეკრულებას უდებენ და ის ემსახურება კონკრეტულ რეგიონს. ნებისმიერი საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება გამოიძახოს შპმ პირმა თარჯიმანი. თუმცა, კვლევაში მონაწილე სმენადაქვეითებული ქალის თქმით, სურდო-თარჯიმნები ცოტანი არიან, რის გამოც, შეიძლება ერთი კვირა ლოდინი მოუწიოთ, რაც გადაუდებელი საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელი არ არის. სურდო-თარჯიმნების რაოდენობის სიმცირეზე საუბრობდნენ ექსპერტებიც, განსაკუთრებით რეგიონებში. თითო რეგიონში, მაგალითად, აჭარაში ან კახეთში შეიძლება ერთი ან ორი სურდო-თარჯიმანი იყოს.

გარდა ლოდინის საჭიროებისა, **სმენადაქვეითებული ქალებისთვის სურდო-თარჯიმნის გამოძახება კონფიდენციალობის საკითხის დარღვევასთანაც ასოცირდება**. კვლევის მონაწილე ერთ-ერთი სმენადაქვეითებული ახალგაზრდა ქალი აღნიშნავს, რომ მის თემში ერთმანეთს კარგად იცნობენ და ის სურდო-თარჯიმანი, ვისთანაც მას მიუწვდება ხელი, მისი ოჯახის ახლობელიც არის. რის გამოც, გოგონებს ან ერიდებათ, ან ფიქრობენ, რომ შესაძლოა თარჯიმანმა მის ოჯახს გაუზიაროს ექიმთან კონსულტაციის დროს მიღებული ინფორმაცია.

„კიდევ სმენის დარღვევის მქონე გოგონებს და ქალებს აქვთ ეს პრობლემა, ვი არის თარჯიმნები, სახელმწიფო აფინანსებს და შეუძლიათ მათ, მიმართონ ყრუთა კავშირს, ჩაენერონ, მოითხოვონ და გაყვებათ ეს თარჯიმანი კლინიკაში ვიზიტზე, მაგრამ ამ თარჯიმნების რაოდენობა იმდენად შეზღუდულია...“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ძალიან ცოტაა ეს თარჯიმნები, თბილისშიც არიან და რეგიონებშიც, მაგრამ მთელ კახეთში შეიძლება ერთი იყოს ან ორი. მთელ აჭარაშიც შეიძლება 1 ან ორი. აჭარასაც არ მოიცავს, არის ბათუმში. ყველა სოფელში და იმაში არ არის, რეგიონებში, მხოლოდ დიდ ქალაქებშია ერთი ან 2, მაქსიმუმ 3 შეიძლება სადმე იყოს. თბილისში 20 თუ 15 არის, მაგრამ არ არის საკმარისი. არის რიგები, ყოველთვის არ სცალიათ, მაინც ბოლომდე ხელმისაწვდომი

არ არის. ინფორმაციის ხელმისაწვდომობაც პრობლემაა და ის, რომ ვიზიტზე გაყვეს ის თარჯიმანი, თან დროშიც შეზღუდულები არიან იმიტომ, რომ იქ შეიძლება რიგში დგომა მოგინოს ანალიზებზე და ამ თარჯიმანს განსაზღვრული 2 თუ 3 საათი ჰქონდეს, მერე სხვა ჰყავს ჩანერილი და იქ უნდა გაიქცეს.“ [არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„გინეკოლოგთან მივედი, მინდოდა გამოკვლევა ჩამეტარებინა, კვლევის ჩატარება მინდა, ანალიზები მინდა, რაო? რაო? და ერთი სიტყვა დამინერა და გადმომიგდო ფურცელი. ხოდა, მე, აი, ესეთი დისკრიმინაციული ფონი მქონდა, გადმომიგდო ესე ფურცელი, ძალიან ცუდად გავხდი, რადგან სმენაშეზღუდული ვიყავი, ინფორმაცია არ მომანოდა სრული. მე თარჯიმნის მიყვანის პრობლემა არ მაქვს იმიტომ, რომ არ მერიდება თარჯიმნის, მაგრამ ჩვენს თარჯიმნებს არ სცალიათ. უნდა დავდგე რიგში ერთი კვირა, უნდა დაველოდო თარჯიმანს, რომ ის გამომყვეს გინეკოლოგთან და 1-2 კადრი რომ გადამზადდეს, ძალიან კარგი იქნება და მე ავდექი და ჩემს მეუღლეს მივხერხე, რომ ესე და ესე მიკეთებს გინეკოლოგი და ყურმილი მიანოდე ეხლავეო და ტელეფონიც ძლივს აიღო, რა გინდაო, რა და კარგად გამოულანძლია ჩემს ქმარს და მერე შერცხვა გინეკოლოგს..“**[შშმ ქალი, თბილისი]**

კვლევის მონაწილეები საუბრობენ უსინათლო პირთათვის კლინიკების ნაკლებ ხელმისაწვდომობაზე. **კვლევის მონაწილეებს არ ახსენდებათ არც ერთი ჯანმრთელობის სერვისი, რომელიც ადაპტირებული იქნება უსინათლო პირებისთვის.**

2.7.2.3. ფინანსური ხელმისაწვდომობა

შშმ პირებისათვის ჯანდაცვის სერვისების მიღების ასპექტში ფინანსური ხელმისაწვდომობა ყველაზე დიდ გამოწვევად რჩება. განსაკუთრებით ეს ეხება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებს. ვინაიდან, ხშირად **საყოველთაო დაზღვევის პროვაიდერი კლინიკები შშმ პირებისათვის არ არის ადაპტირებული ან ვერ იღებენ მათთვის საჭირო კვალიფიციურ მომსახურებას.** ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი ინტერვიუში ამბობს, რომ შშმ პირების მომსახურება არ იზღუდება მხოლოდ საყოველთაო პროგრამების სტანდარტული დაფინანსებით, ისეთი შემთხვევებისთვის, როცა რაიმე დაავადების ან შეზღუდვის გამო მშობიარობა პოტენციურად სარისკოა, არსებობს პროგრამა და ასეთი ადამიანების მშობიარობა დაფინანსებულია. თუმცა, მშობიარობის გარდა, სხვა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე ყურადღება არ მახვილდება.

„**მაგალითისთვის,** შემიძლია ვთქვა, რომ, რადგან ეს თავისებური სირთულით სიძნელით და გართულებისადმი მაღალი მიდრეკილებით შეიძლება ხასიათდებოდეს, მაგალითად, ადამიანს აქვს ცალი თირკმელი ან ტერმინალური უკმარისობა აქვს და სურს, რომ რეპროდუქციული ფუნქცია სრულად რეალიზებადი იყოს. ორსულობა, მშობიარობას ვგულისმობ და მის სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას საფრთხე ემუქრება და ასე შემდეგ. სახელმწიფომ უზრუნველყო, რომ ესეთი ექსტრაგენიტალური დაავადებების და პრობლემების მქონე ქალები აუცილებლად უნდა იყვნენ მესამე დონის პრენატალური ცენტრების ბენეფიციარები, რომლებიც თავის კუთხით მულტიპროფილურ კლინიკებში არის განთავსებული და სადაც მათთვის ყველაანაირი დახმარების შესაძლებლობა არის და სპეციალური პროგრამით არის ამავდროულად უზრუნველყოფილი, დაფინანსება ასეთი პაციენტებისათვის ორსულობა და მშობიარობისათვის, თუმცა ეს არის ერთი მაგალითი.“
[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]

ასევე, გამოიკვეთა, რომ რიგი სერვისები ფინანსურად ხელმისაწვდომი არ არის, მაგალითად, გინეკოლოგის მომსახურებაში ფულის გადახდა უწევთ. შშმ პირის მშობლების აზრით, ხშირად მათ უფრო მეტის გადახდაც კი უწევთ, ვიდრე ჯანმრთელი ბავშვის მშობლებს, რადგან მეტი კვლევები

სჭირდებათ თავიანთი მდგომარეობიდან გამომდინარე. შშმ ქალებიც აღნიშნავენ, რომ სერვისების დიდი ნაწილი ფასიანია მათთვის, რის გამოც ვერ იტარებენ საჭირო გამოკვლევებს.

„ჩვენი შვილები არაფრით არ განსხვავდება ჯანმრთელი ბავშვებისგან, ფინანსურად, პირიქით, უფრო მეტს იხდი, რადგან მეტი გამოკვლევა სჭირდებათ. ამ მხრივ, არანაირი ის არ არის“. [შშმ მშობელი, იმერეთი]

„ექიმთან ვიზიტი, არის ისეთი ვარიანტი, რომ მიდიხარ ექიმთან, სთხოვ დახმარებას და არაფერი არ არსებობს, ფორმა 100-ც კი არ დამიწერა. არ გეკუთვნის, ვერ დაგინერ ფორმა 100-სო. იმაზეც ფულის გადახდა დამჭირდა, რომ მიმეღო ფორმა 100“. [შშმ ქალი, იმერეთი]

„დაგინიშნავს რაღაცას და ვეღარ ყიდულობ მერე. თანხა რომ მეონდეს, გამოკვლევებს, ყველაფერს ჩავიტარებდი, ვერანაირი გამოკვლევა ვერ ჩავიტარე, ამპუტირებული მაქვს ფეხი, ყოველ წელს უნდა მივიდე ექიმთან და ვერ მივდივარ“. [შშმ ქალი, იმერეთი]

რეგიონებში განსაკუთრებით მწვავედ დგას სერვისების ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა. კახეთის რეგიონის ფოკუს-ჯგუფში გამოიკვეთა შემთხვევები, როცა **გინეკოლოგთან კონსულტაციის ნაცვლად ქალები ხშირად თვითნებურად იღებენ გადაწყვეტილებას, მაგალითად, თუ ორსულობაზე აქვთ ეჭვი, თვითნებურად სვამენ აბებს, რასაც ფულის დაზოგვით ამართლებენ.**

„ბევრს მაგალითად არა აქვს იმის თანხა, რომ მივიდეს და ის 100 ლარია თუ რაც არის გადაიხადოს, ზოგს, მაგალითად, ვთქვათ, მიხვდება თუ ახალი გადაცილება აქვს და ახალი დარჩენილია, უფრო სწორედ და ის წამალი, რაც არის, ვთქვათ 5 ლარში ჩაეტევა მაგიტ. ექიმების მიხედვით იციან, რომ ამ დროს შეგიძლია, ამა და ამ დღეებში მოიცილო ვთქვათ“. [შშმ ქალი, კახეთი]

2.7.3. მედპერსონალის კვალიფიკაცია და დამოკიდებულებები

2.7.3.1. ცოდნა და კვალიფიკაცია

თვისებრივი კვლევის თანახმად, **შშმ პირთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით მთელი რიგი მიმართულების სპეციალისტების დეფიციტია, განსაკუთრებით ეს ეხება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა, ასევე აუტისტი მოზარდების სექსუალური ქცევის მართვას. თავად სპეციალისტები, დარგის ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ამ კუთხით ქვეყანაში არც საგანმანათლებლო პროგრამები არსებობს, არც რაიმე ლიტერატურა.**

გაეროს მოსახლეობის ფონდის პროგრამის ანალიტიკოსის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, **არ ხდება ექიმების საკმარისი დატრენინგება შშმ პირების მომსახურების სპეციფიკის თვალსაზრისით.** მან აღნიშნა, რომ არც რეზიდენტურის და არც უწყვეტი განათლების პროგრამებში შშმ პირებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სპეციფიკა არ არის გათვალისწინებული კურიკულუმში.

შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით მედპერსონალის კომპეტენციაზე განსხვავებული მოსაზრებები აქვს ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელს, რომელიც აცხადებს, რომ კლინიკებში დღეს, ამ თვალსაზრისით, ექიმების პროფესიონალიზმის პრობლემა არ დგას და მედპერსონალს, ერთი მხრივ, გარკვეული ტიპის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე შშმ ქალებთან მუშაობის საკმაოდ გამოცდილება აქვს. განსაკუთრებით გამოიყო ორსულობა, მშობიარობის საკითხები ფიზიკური შეზღუდვის (მაგალითად, მენჯ-ბარძაყის პრობლემები) მქონე ქალებში. მეორე მხრივ, ჯანდაცვის წარმომადგენლის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, შშმ პირების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები განერილია სამედიცინო სასწავლებლების კურიკულუმშიც.

„მე არ ვიტყვოდი, რომ არ იციან, როგორ უნდა მოექცნენ, ბევრ დაწესებულებას აქვს ამისი გამოცდილება, გარკვეულწილად, ეს განერილია კიდევაც იმ სასწავლო პროგრამებში, რომლითაც მზადდებიან ექიმები, ექთნები. მაგალითად, სრულად არის გაცნობიერებული მენტ-ბარძაყის პრობლემის მქონე ქალების ჩვენებები, როგორ უნდა ჩამოყალიბდეს და მათი მშობიარობის პროცესში, რა უნდა იქნას გათვალისწინებული, იგივე მშობიარობის გზა, როგორ უნდა შეირჩეს. იგივე მხედველობის მქონე, თუკი, ეს მშობიარობა იქნება პრობლემური და გამოიწვევს მხედველობის დაქვეითებას, პრობლემები ვისაც გააჩნია ამ კუთხით. თუკი ეს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე გამოიწვევს ნაყოფის ან დედის ჯანმრთელობის პრობლემას ან სიცოცხლეს შეუქმნის რისკს, რა თქმა უნდა, მეანი აკეთებს არჩევანს, როგორი გზით არის უმჯობესი ჯერ დედისთვის და შემდეგ ნაყოფისთვის.“ **[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]**

„არ არიან დატრენინგებული ექიმები იმ კუთხით, რომ, რა სპეციფიკას მოიცავს ასეთი ხალხის კონსულტირება, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პირობებში. ასევე, სამწუხაროდ, ისევე როგორც რეზიდენტურის პროგრამებში, ასევე უწყვეტი განათლების პროგრამებში ამ სპეციფიკით არც ოჯახის დაგეგმვის, არც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა ასპექტების კუთხით არ არის კურიკულუმები ჩამოყალიბებული.“ **[გაეროს მოსახლეობის ფონდის წარმომადგენელი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით, თბილისი]**

ექსპერტები ინტერვიუებში საუბრობენ ექიმების კომპეტენციის ხარვეზებზე შშმ პირების სომატური ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით, ასევე კონკრეტულად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ნაწილში. სამედიცინო პერსონალი არ ფლობს ინფორმაციას შშმ პირთა სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების შესახებ. ექსპერტების აზრით, იკვეთება ტენდენცია, რომ ექიმები ორსულ შშმ ქალებს პირდაპირ საკეისროს რეკომენდაციას აძლევენ, თუნდაც არ იყოს ამის საფუძველი, ზედმეტი პრობლემების თავიდან არიდების მიზნით. მეორე მხრივ, ხშირად შშმ ქალებს ექიმები „პრობლემურ“ პაციენტებადაც მიიჩნევენ და ცდილობენ, მათი მკურნალობის პასუხისმგებლობა თავის თავზე არ აიღონ, რის გამოც კვლევაში მონაწილე ექსპერტების აღქმით, ხშირად ხდება შშმ პაციენტების სხვა ექიმებთან გადამისამართება.

ამ დარგში მომუშავე სოციალური თერაპევტები და ფსიქოლოგებიც აღნიშნავენ, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, მით უფრო შშმ პირების საჭიროებებთან დაკავშირებით, მათაც სჭირდებათ დამატებითი ინფორმაციის და კონსულტაციების მიღება.

„კონკრეტულად, გამოხატულად რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების სექსუალური აღზრდა, მათი მოთხოვნილებების გათვალისწინება და მართვა - ესეთი არც სპეციალისტია, არც ლიტერატურაა ხელშესახები სადმე და ჯერჯერობით ფიქრიც არ აქვთ. ჩვენ ვაწყდებით აქ ამ სიტუაციებს განსაკუთრებით აუტიზმის სპექტრის მქონე ბავშვებს, 12-13 წლის ბიჭები უკვე იმდენად არიან ხანდახან აღგზნებულები, რომ გაცვეთილებზე არასწორ ტრადიციულ სექსუალურ მომენტებს იყენებენ და ჩვენ არ ვიცით, ამისი სრულფასოვანი მართვა როგორ უნდა მოახდინონ. როცა ამისი ცოდნა და გამოცდილება გვექნება, რა თქმა უნდა, უფრო სწორად ვმართავთ და შედეგიც უკეთესი იქნება.“ **[რეაბილიტაციის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]**

„სპეციალისტები არ არის, ვისაც დაეკითხები, მე, მაგალითად, განვითარების ფსიქოლოგი ვარ და ძალიან ძლიერად ვდგავარ ჩემს პროფესიულ საფუძველზე - როგორ წავნიო წინ ჩემი პროფესიული განვითარება და ასე შემდეგ. სექსუალურ საკითხებში მე თვითონ მჭირდება კონსულტანტი. კი ვკითხულობ, მაგრამ ეს არ არის ღია ინფორმაციები, ამაზე აუცილებლად უნდა იყოს დამატებითი განათლება.“ **[სოციალური თერაპიის სახლის წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ექიმების კვლევა რომ ჩავატარეთ, გავიგეთ, რომ შშმ ქალებს პირდაპირ საკუთრობე უშვებენ ყველას იმიტომ, რომ ბლანკეტურად არ უყურებენ მისი დიაგნოზიდან გამომდინარე - საჭიროა საკუთრო, არ არის საჭირო. მაშინ, როცა ოპერაცია არის, უფრო მძიმე შედეგებია, უფრო სარისკოა, ვიდრე ბუნებრივი მშობიარობა“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

2.7.3.2. ეთიკა, კონფიდენციალობა, პაციენტთან კომუნიკაციის წესები

კვლევის შედეგად იდენტიფიცირდა ექიმების მხრიდან შშმ პირებთან შესაბამისი კომუნიკაციის პრობლემა. ერთი მხრივ, კვლევაში მონაწილე ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ექიმებს არ აქვთ შესაბამისი ცოდნა, როგორ ესაუბრონ მათი ჯანმრთელობის პრობლემებზე ფსიქიკური ან ინტელექტუალური დარღვევის მქონე პირებს. მეორე მხრივ, ფიზიკური შეზღუდვის მქონე პირები აღნიშნავენ, რომ ექიმებს ხშირად უჭირთ, მაგალითად, ეტლით მოსარგებლე პირებთან კომუნიკაციაც, მიუხედავად იმისა, რომ პირი ინტელექტუალურად შეზღუდული არ არის და არ უჭირს ექიმის საუბრის გაგება.

„არანაირი გადამზადება, აი, ვის აქვს ახლა გადამზადება გავლილი, როგორ ესაუბროს მაგალითად, მარტივ ენაზე ინტელექტუალური დარღვევის მქონე ადამიანს. აქედან გამომდინარე, ინტელექტუალური დარღვევის მქონე ადამიანი რომ მივა, ან როგორ უნდა გამოვითხოს, რა ენით ელაპარაკოს ანამნეზის შესაგროვებლად, ან რა ანუხებს, როგორ გაიგოს მისგან, ან რა ენაზე ურჩიოს, იქსაერთოდ კრიტიკას ვერ უძლებს.“ **[სამოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„თვითონ ლაპარაკიც ძალიან უჭირთ ასეთი ტიპის ადამიანებთან. ჰგონიათ, რომ ვერ შეძლებენ, სხვა დამხმარე ადამიანიც სჭირდებათ“. **[შშმ მოზარდი/ახალგაზრდა, იმერეთი]**

„მიუხედავად იმისა, რომ საკმაოდ მაღალი ინტელექტუალური განვითარებისაა, ესაუბრებიან მის თანმხლებ პირს, იმდენად არ აღიქვამენ თანასწორად“

კვლევაში მონაწილე შშმ მოზარდები და ქალბატონები აღნიშნავენ, რომ ექიმი ხშირად მათ მაგივრად მშობელს/თანმხლებ პირს ესაუბრება და პაციენტს, მისი თანდასწრებით მესამე პირში მოიხსენიებს, რაც თავად პაციენტისათვის საკმაოდ ნეგატიური და დამამცირებელი გამოცდილებაა. ექიმების მხრიდან კონფიდენციალობის დარღვევაზე საუბრობენ კვლევაში მონაწილე ექსპერტებიც, რომლებიც ექიმის პასუხისმგებლობად თვლიან კონსულტაციის/გამოკვლევების ჩატარების დროს პაციენტის თანმხლებ პირებს კაბინეტის დატოვება შესთავაზოს და პაციენტს მომსახურება კონფიდენციალურ გარემოში გაუწიოს. კონფიდენციალობის დარღვევის მაგალითია ექიმის კაბინეტის კარის ღია დატოვებაც.

„კონფიდენციალურობის დარღვევა, როდესაც სრულწლოვანი პაციენტი მოდის და არის შშმ, ვინც ახლავს ახლობელი შეიძლება არ უთხრან, რომ დატოვოს ოთახი, გავიდეს. იქნებ მე უბრალოდ მოვაცვანინე თავი და არ მინდა გაიგოს, რომ ორსულად ვარ ან არ ვარ. რაღაცას ვაპირებ, ან რაღაც მაინტერესებს ხომ?! ეს შიში, რომ არ ვიცი როგორ ვეურთიერთო“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ბევრჯერ უთქვამთ, ჩემს უსინათლო ნაცნობს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ იქა ვარ, ყველაფერი მესმის და საკმაოდ მაღალი ინტელექტუალური განვითარებისაა, ესაუბრებიან მის თანმხლებ პირს, იმდენად არ აღიქვამენ თანასწორად, არ აღიქვამენ პირად, რომელსაც შეიძლება მისივე ჯანმრთელობის შესახებ ელაპარაკო. **[სამოგადოებრივი ორგანიზაცია**

„ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]

„ჩემს მეგობარს ეუბნება, ეს არის ამით ავად და ესა და ეს დააღვინეო. ვუყურებ ესე... ერთხელ რომ მიხვალ, ესე შემოგხედავენ თუ შეეპასუხე და მიხვდება, რომ შენც შეგიძლია აზროვნება, შენ მიხვედი შენ გტკივა და არა შენს მეგობარს, მეორედ რომ მიხვალ, ესე - არა“. [შშმ ქალი, იმერეთი]

ექიმების მხრიდან არაეთიკურ ქცევაზე საუბრობდნენ კვლევაში მონაწილე შშმ პირების მშობლებიც, რომლებიც იხსენებენ შემთხვევებს, როდესაც ექიმმა მათ ფსიქიკური ან ჯანმრთელობის სხვა დარღვევის გამო ბავშვის დატოვება ურჩია.

„პრობლემა, ჩემი აზრით, კიდევ უფრო ღრმა არის, ჩვენს შემთხვევაში უკვე წლებია ამას ვებრძვი. დაუნერვლი კანონი იყო საქართველოში, ბავშვი თუ იბადებოდა თვალსაჩინო გენეტიკური დარღვევით, თუ ასე შემდეგ, დაუნის სინდრომი ეგრევე სახეზეა და ეჭვი ჩნდება და ეგრევე იყო რჩევები, რომ ბავშვი დატოვე“. [შშმ მშობელი, თბილისი]

2.7.3.3. დამოკიდებულებები

ექსპერტთა აზრით, შშმ პირებისათვის ხშირად პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის არა მხოლოდ კვალიფიკაცია, არამედ მათი დამოკიდებულებების საკითხი შშმ პირების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების მიმართ. კვლევის მონაწილეთა ინფორმაციით, ხშირია შემთხვევა, როდესაც ექიმები იზიარებენ და ღიად გამოხატავენ საზოგადოებაში არსებულ სტერეოტიპებს შშმ ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით:

- ფიქრობენ, რომ შშმ პირებს შვილი ვერ ეყოლება, ან შეიძლება სექსუალური ცხოვრებაც არ ჰქონდეს;
- ფიქრობენ, რომ შშმ პირი ვერ შეძლებს ბავშვის მოვლას;

კვლევაში მონაწილე შშმ ქალები საუბრობდნენ ექიმებისგან დისკრიმინაციული და სუბიექტური დამოკიდებულებების დემონსტრირების მაგალითებზეც. ფოკუს ჯგუფების ერთ-ერთი მონაწილე ჰყვებოდა, რომ თავი გააკიცხვლად იგრძნო, როცა ორსულობის ტესტს აბარებდა, რადგან ზედმეტი ჩურჩულები და გადალაპარაკებები იგრძნო ექთნებისგან. მეორე რესპონდენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, გინეკოლოგთან კონსულტაციისთვის მოთხოვნილ მიმართვაზე ექიმისგან პასუხად მიიღო, რომ მას გინეკოლოგის მომსახურება არ სჭირდებოდა, რადგან „პატიოსანი“ გოგოა.

„მე მინდოდა, ერთხელ მიდიო მაინცო, მივედი და ჩემს ექიმს ვუთხარი, მიმართვა დაენერა, ამ კაცს ეგონა რაღაცა, შენ რა გინეკოლოგთან ვიზიტი გინდა პატიოსანი და კარგი გოგო ხარო. ეგ რა შუაშია პატიოსნებასთან? მე, რადგან გინეკოლოგთან ვიზიტი მინდოდა, რაღაც უნდა დამეშავებინა?“. [შშმ ქალი, იმერეთი]

„არ ვყოფილვარ, შემრცხვა ისეთი პასუხით გამომიშვა, ცუდთან რომ გააიგივა, საერთოდ არ მქონია ფიქრში ცუდი რაღაცისთვის, უბრალოდ შემანუხა, მინდოდა კითხვა, როგორ მოვექცეულიყავი. ამ შემთხვევაში, რაღაც პრობლემა ხომ არ არის-თქო, რომ ვიკითხე და შენ მე ესეთი მეგონეო, რატომ კითხულობ მაგასო, იმდენად მომერიდა, მის მერე არ ვყოფილვარ გინეკოლოგთან“. [შშმ ქალი, იმერეთი]

„ექიმების ცნობიერებაც ძალიან დაბალია. ნებისმიერი პროფილის ექიმი თუ გინეკოლოგი ფიქრობს, განსაკუთრებით ეხება ფიზიკური პრობლემის მქონე ადამიანებს, რომ შვილი ვერ ეყოლება, საერთოდ შეიძლება სქესობრივი კავშირებიც კი არ ჰქონდეს, თუ ვერ ჰქონდეთ. სამედიცინო პერსონალის მხრიდანაც ესეთი დამოკიდებულება ხშირად არის, ჩემი მეგობრები გოგონები, რომლებიც არიან ეტლით მოსარგებლები ხშირად აღნიშნავენ, რომ არის ესეთი დამოკიდებულება, რომ შენ შვილი რად გინდა ან როგორ უნდა გააჩინო“.

[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]

ექიმების დამოკიდებულებებზე საუბრის დროს მნიშვნელოვან ფაქტორად მიაჩნიათ **ექიმების მხრიდან პაციენტების დეტალური ინფორმირება როგორც მკურნალობის შესახებ, ასევე მედიკამენტების თავისებურებებთან / გვერდით ეფექტებთან დაკავშირებით.** კვლევის თანახმად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე პირების მკურნალობის დროს, ექიმების ნაწილი არღვევს აღნიშნულ წესს და არ აწვდის შშმ პირს / მეურვეს ინფორმაციას გამოყენებული მედიკამენტების გვერდით ეფექტებზე ან ამ მედიკამენტების გავლენის შესახებ ადამიანის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. ფოკუს ჯგუფში მონაწილე ერთ-ერთი ქალბატონი იხსენებდა, რომ ფსიქიატრის მიერ დანიშნული მედიკამენტების გამო აერია მენსტრუალური ციკლი, თუმცა, მხოლოდ ექიმთან რამდენიმე თვის შემდეგ განხორციელებული მეორე ვიზიტის დროს მიიღო ექიმისგან ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ მენსტრუალური ციკლის არევისას ის პრეპარატები ინვესტ, რაც მისი მკურნალობის დროს გამოიყენებოდა.

„ასევე, როდესაც ეხება საქმე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ქალებს, იძულებით კვლევას უნიშნავენ ფსიქიატრები და იყენებენ ისეთ ნეიროლეპტიკებს, ფსიქოტროპულ პრეპარატებს, რომლებიც ინვევენ მენოპაუზას და ამის შესახებ გოგონები გაფრთხილებულები არ არიან ხოლმე. ეს ინვესტ შემდეგ შიშს, იმიტომ, რომ არ იცის, რატომ შეუწყდა და ფიქრობს, ორსულად ხომ არ არის, თუ არ ჰქონია დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი, ფიქრობს, რომ ეშინია, ფიქრობს, შვილი საერთოდ ეყოლება, ვერ ეყოლება. რამე პრობლემა აქვს/ არ აქვს და ხშირია, როცა ოჯახის დამოკიდებულების გამოც, ამას ოჯახშიც ვერ ამხელს და ექიმთანაც ვერ ახერხებენ მისვლას“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

„ჩემს შემთხვევაში იყო, მაგალითად, ნეიროლეპტიკების ფონზე, რაც მომცეს გვერდითი ეფექტების ფონზე, ინფორმაცია არ მომცეს და ნახევარიწლის განმავლობაში მენსტრუალური ციკლი არ მქონდა და რომ დავრბოდი დედაჩემთან და ვერ ვიპოვეთ მიზეზი, იმიტომ, რომ სისხლი იყო წესრიგში, ყველაფერი იყო ვითომ წესრიგში, მაგრამ არ გვარდებოდა პრობლემა და მერე შემთხვევით, იქ დისპანსერში, სადაც ვიღებდი ფსიქოტროპულ წამლებს ყოველთვიურად, დედამ, რომელიც ჩემთან დადიოდა განერვიულებულად თქვა, რომ კიდევ ეს პრობლემა გვაკლია, რომ ეს პრობლემა გახდა ის, რომ ვთქვათ, ციკლი არ არის და არც ვიცი, რა უნდა გავაკეთო და ძაან, ე.ი. მშვიდად და წყნარად ექიმმა თქვა, რომ ხო, ეს შეიძლება იყოს ამ წამლების გვერდითი ეფექტი და ასე ბედნიერად თქვა.“ **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]**

2.7.4. ექსპერტების რეკომენდაციები

თვისებრივ კვლევაში მონაწილე ექსპერტები აუღერებდნენ თავის მოსაზრებებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით:

- ექსპერტების მოსაზრებით, ვინაიდან დღეს შშმ პირების საჭიროებები ნაკვლევაც არ არის, პირველ რიგში, უნდა მოხდეს სხვადასხვა შესაძლებლობის მქონე პირების საჭიროებების იდენტიფიცირება და სისტემატიზაცია;
- რესპონდენტების აზრით, მნიშვნელოვანია, არსებობდეს ცალკე სამშობიარო განყოფილება და გინეკოლოგიური კაბინეტები, სადაც იქნება როგორც მათთვის ადაპტირებული გარემო, ასევე სრულად დატრენინგებული პერსონალი. რესპონდენტები თვლიან, რომ ცალკე განყოფილება, ასევე აარიდებს შშმ პაციენტების „პრობლემად“ აღქმის და ერთმანეთთან გადამისამართების პრაქტიკას;
- ექიმებისთვის სპეციალური გაიდლაინების შექმნა - სადაც ასახული იქნება როგორც შშმ პირის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სპეციფიური მომენტები, ასევე მათთან ურთიერთობის, კომუნიკაციის წესები;

- ექსპერტთა ნაწილი ფიქრობს, რომ ყველაზე ეფექტური ექიმების კვალიფიკაციისა და შპმ პირთა სერვისის ხარისხის ასამაღლებლად სპეციალური მოდულებია, ექიმების უწყვეტი განათლების ფარგლებში. ნაწილი კი ფიქრობს, რომ მნიშვნელოვანია, ექიმების სწავლება უნივერსიტეტშივე დაიწყო. ამასთან, ექსპერტები გულისხმობენ როგორც კონკრეტულად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ასევე სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების ცოდნას და შპმ პაციენტებთან კომუნიკაციის უნარებს.
- ექსპერტთა ნაწილი ფიქრობს, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები უნდა შევიდეს სადაბლვევო პაკეტში შპმ პირებისათვის, როგორც დამატებითი ბენეფიტი მათთვის;
- ექსპერტებს მნიშვნელოვნად მიაჩნდათ სუდოთ-თარჯიმნების კლინიკებში არსებობა;
- ჯანდაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენლის რეკომენდაციით, მნიშვნელოვანია, დონორები და არასამთავრობო ორგანიზაციები სახელმწიფოსთან კოორდინირებულად მუშაობდნენ, რათა თანხების ინვესტირება წინასწარ განსაზღვრულ მიმართულებებში მოხდეს.

*„და თავად გინეკოლოგები ამბობენ, რომ არის მიზანშეწონილი სპეციალური განყოფილების გახსნა მშობიარობისთვის, იმ ქალებისთვის, ვინც არის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე იმიტომ, რომ მას სჭირდება კიდევ უფრო სპეციალიზაცია, ვთქვათ გინეკოლოგების, რომ იყოს შესაძლებელი მათთვის საკეისროს გარეშე მშობიარობა თუნდაც იმიტომ, რომ ამ წუთას ყველას ავტომატურად უშვებენ საკეისროზე რისკების თავიდან აცილების მიზნით. იმიტომ, რომ საკმარისი ინფორმაცია და გარანტიები არ აქვთ, ვთქვათ, ცოდნა საკმარისი ამაზე არ აქვთ და აქვთ შიში სამაგიეროდ, რომ რამე თუ მოხდება, მე არ მეცოდინება, რა უნდა გავაკეთო და სტობია საკეისრო“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „პლატფორმა ახალი შესაძლებლობებისთვის“ წარმომადგენელი, თბილისი]***

*„ორ რამეს ვფიქრობ, ერთი - ვთვლი, რომ რაღაც გაიდლაინი უნდა არსებობდეს ზოგადად ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული და დამტკიცებული, რომელიც სავალდებულო იქნება ყველა სამედიცინო პერსონალისთვის. შეიძლება ამას სარეკომენდაციო ხასიათი ჰქონდეს, მაგრამ გაიდლაინის სახით რომ იყოს, რა შემთხვევაში, რომელი კატეგორიის შემთხვევაში, როგორ უნდა მოიქცნენ, იგივე ფსიქიკურ აშლილობებს, სხვადასხვა ფსიქოტროპულ წამლებს როცა სვამენ. გარკვეულ წამალს თუ იყენებს ადამიანი, ამ შემთხვევაში ორსულობის მართვა როგორ უნდა მოხდეს. ასევე, ფიზიკური დარღვევის შემთხვევაში, როგორი უნდა იყოს გარემო თუ პერსონალის დამოკიდებულება. უშუალოდ ტრენინგები არის ძალიან მნიშვნელოვანი, რომ ექიმებს უტარდებოდეთ“. **[არასამთავრობო ორგანიზაცია „მარიანის“ წარმომადგენელი, თბილისი]***

*„მე ვფიქრობ, რომ თუ გვინდა, რომ სისტემურ ცვლილებას მივაღწიოთ, აკადემიური სექტორიდან დავიწყებდი, პროგრამაში, კურიკულუმში შევიყვანდი ექიმების მოსამზადებლად, სამედიცინო სტუდენტების მოსამზადებლად, შპმ თემატიკას ინტეგრირებას გავუკეთებდი მათ კურიკულუმში. რა თქმა უნდა, იქ მხოლოდ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე არ იქნებოდა საუბარი, აქ იქნებოდა კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებზე, სპეციფიკებზე, და საერთოდ უფლებებზე... - ... იმაზე არა მაქვს საუბარი, თითოეული ადამიანის მდგომარეობას რა სპეციფიკური დარღვევები, გართულებები შეიძლება ახლდეს.“ **[საზოგადოებრივი ორგანიზაცია „ხელი ხელს“ წარმომადგენელი, თბილისი]***

„ჩემი რეკომენდაცია ზოგადად არის ის, რომ კარგი იქნება დონორთან ან არასამთავრობო ორგანიზაციასთან კოორდინირებულად ვიმოქმედოთ იმიტომ, რომ ნებისმიერი კოორდინირებული მოქმედება ბევრად მეტ შედეგს იძლევა, ვიდრე ცალკე საკუთარი გადაწყვეტილებით მოქმედება სახელმწიფოს პოლიტიკის განხორციელებაში. ის, რასაც ჩვენ ვერ ვფარავთ, ანუ საბიუჯეტო პარამეტრების სიმწირიდან გამომდინარე, აქ შეჯერება მოხდება და იმისდა მიხედვით, რაც ჩვენ დავსახეთ გეგმა, ერთობლივად, რასაკვირველია, დავჯდეთ, რაღაცა გეგმა შევიმუშავოთ და შემდეგ, მის განხორციელებაზე ვთხოვოთ

ფინანსური ან ადამიანური რესურსის მობილიზება... მე ხანდახან მგონია, რომ რესურსები არაეფექტურად იხარჯება, არის გადაფარვები და ხდება ისეთი ღონისძიებების და აქტივობების განხორციელება, რომელიც აღარ იძლევა შედეგს და არ არის ეფექტური“.

[საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის წარმომადგენელი, თბილისი]

2.8. მშობლების ჩართულობა შშმ პირის ცხოვრებაში

ექსპერტების აზრით, გამომდინარე იქიდან, რომ არაადაპტირებული გარემოს გამო შშმ პირს უჭირს დამოუკიდებლად ყოფნა, ისინი ხშირ შემთხვევაში მშობლებზე არიან დამოკიდებულები, შესაბამისად, მშობლების ჩართულობაც შშმ პირის ცხოვრებაში უდიდესია. ეს ჩართულობა ძირითადად მოიაზრებს ბავშვის/მოზარდის ფიზიკურად მოვლას, ჰიგიენის დაცვას და ა.შ.

„ხშირად არიან ხოლმე... სადაც 75 პროცენტით ჩართულები არიან იმიტომ, რომ ესეთი ადამიანები ხომ თვითონ ხშირ შემთხვევაში შშმ პირები დამოუკიდებლად მაინც ვერ ფუნქციონირებენ და ამიტომ ოჯახი მეტ-ნაკლებად ჩართულია იქამდე, რომ გვყავს ისეთი ბენეფიციარები, რომლებსაც გოგონებს, მაგალითად, დედა არა ჰყავთ და მამები უვლიან ასეთ მდგომარეობაში და ძალიან კარგად იციან ჰიგიენა და მოვლა და ყველაფერი.“

[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, ქუთაისი]

როგორც კვლევაში მონაწილე ექსპერტები, აგრეთვე შშმ მოზარდების მშობლები აღნიშნავენ, თითქმის არ არსებობს სახელმწიფო სერვისები, რომლებიც მშობლებს და მათ შშმ შვილებს სხვადასხვა კუთხით დაეხმარებოდა, იქნება ეს ინფორმაციის გავრცელება სხვადასხვა საკითხებზე თუ მშობლების და შშმ პირების ოჯახების გაძლიერება და საჭირო რესურსებით უზრუნველყოფა, მშობლები თვითონ იწყებენ მოქმედებას და ერთმანეთის მხარდაჭერას და ცდილობენ, საკუთარი საჭიროებებიდან გამომდინარე შექმნან სივრცე, რომელიც შშმ პირების ოჯახებს დაეხმარება.

მაგალითისთვის, არსებობს აუტისტური სპექტრის მქონე ბავშვებისთვის ცენტრი, რომლის დაფუძნების ინიციატორი სწორედ ერთ-ერთი მშობელი იყო, აგრეთვე რეგიონში გაერთიანება, რომელიც მშობლებს აძლიერებს და აწვდის ინფორმაციას იმასთან დაკავშირებით, როგორ და რა პროცედურების გავლით შეუძლია მას სახელმწიფოსგან სხვადასხვა დახმარების მიღება. მშობლები აგრეთვე საუბრობენ, რომ აქვთ სივრცე, სადაც ერთმანეთთან განიხილავენ სხვადასხვა სირთულეებს, რაც მათი შვილების წინაშე დგას.

თუმცა, საგულისხმოა, რომ მშობლების მიერ შექმნილ ორგანიზაციებშიც, მათ შორის იმ საერთო სივრცეებშიც, სადაც მშობლები ერთმანეთს გამოცდილებას უზიარებენ და რჩევებს იღებენ, ნაკლებად ხდება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების განხილვა. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებულ ფაქტობრივად ერთადერთ წინ გადადგმულ ნაბიჯად თვლიან მოზარდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ წიგნის თარგმნას და გამოცემას, რაც მშობლების ჩამოყალიბებული ორგანიზაციის ინიცირებით მოხდა.

„მშობლებმა დაიწყეს, როგორც აქ, ჩვენთან, აუტისტური სპექტრის მშობლებმა ძალიან კარგი გაერთიანება გააკეთეს“. **[სოციალური თერაპიის სახლის წარმომადგენელი, თბილისი]**

„თავისი არასამთავრობო აქვს და კიდევ არის პრობლემების მქონე ბავშვების მშობლები ესეთი ორგანიზაციები, რომლებიც ძალიან აქტიურად არიან ჩართული.“ **[ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის წარმომადგენელი, თელავი]**

„ჩვენ ვმუშაობთ და ვქმნით ამ რაღაცას. რახან მთავრობა არ აკეთებს, უნდა გავაკეთოთ ჩვენ, რადგან სხვა ვერ გააკეთებს.“ **[მშობელი, თბილისი]**

„მეც ახლა სერვისს ვქმნი, ჩვენ მაგალითად, რეაბილიტაციის ცენტრი უნდა გავხსნათ, ეს

სულ არ არის ხომ იცით რა? მშობელი გავხდი იძულებული, რომ დავინახე, რომ 6 წელი ბავშვი არც მეტყველებს და არც ის და იმდენი გავაკეთე, რომ ვისწავლე ეს ყველაფერი, მე თვითონ გავხდი სპეციალისტი, მე თვითონ დავინყე ბრძოლა მოძიება ბავშვების და ეს, რა თქმა უნდა, ძაან რთული გზაა.“ **[მშობელი, კახეთი]**

„ჩემი ბუსტად მაგ კუთხით მუშობს, რომ მშობლები გავაძლიეროთ. ვეუბნებით დედას, რომელსაც, მაგალითად, ფული არ აქვს წამალი რომ იყიდოს, თუ შენ ამ საბუთს მოიტან, ამას, ამას... მე, აი, შეგატანინებ და შენ 300 ლარის წამლებს უფასოდ მიიღებ.“ **[მშობელი, კახეთი]**

2.8.1. შშმ მოზარდების სექსუალური ცხოვრების მიმღებლობა

მშობელთა უმეტესობა იაზრებს, რომ მოზარდობის ასაკში დგება პერიოდი, როდესაც მათ შვილებს უჩნდებათ (ან გაუჩნდებათ) სექსუალური საკითხებისადმი ინტერესი, თუმცა კვლევაში მონაწილე შშმ ბავშვების და მოზარდების მშობლების უმეტესობა აღნიშნავდა, რომ მათ არ აქვთ საკმარისი ცოდნა და ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა დაეხმარონ თავის მოზარდ შვილს.

ასევე, გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ შედარებით უფრო მარტივად უყურებენ საკითხს, როდესაც ეს ბიჭ შვილებს ეხებათ და მიაჩნიათ, რომ შესაძლებელია მათი სექსუალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება შესაბამისი მომსახურების მიღებით (სექს-მუშაკების მომსახურება). თუმცა, გოგონების შემთხვევაში, ხშირად იკვეთებოდა მოსაზრება, რომ გოგოს სექსუალური ცხოვრება უმჯობესია აარიდოთ თავიდან, ვინაიდან გოგოს შემთხვევაში, თუ სექსუალურ იმპულსებს არ დათრგუნავენ, ეს ითვლება „ცუდ გზაზე დაყენებად“, „დაღუპვად“.

მხოლოდ თბილისში ჩატარებულ ფოკუს ჯგუფებზე, ზოგიერთი მშობელი აღნიშნავდა, რომ სექსუალური მოთხოვნილებების თვითდაკმაყოფილება თანაბრად ხელმისაწვდომია ორივე სქესისათვის. თუმცა საგულისხმოა, რომ მშობლების ძირითადი ნაწილი, ასევე აღნიშნავდა, რომ მათ უჭირთ შვილებთან მასტურბაციაზე საუბარი

„ბიჭი და გოგო არის სხვა, უბრალოდ, გოგოს არ მივანიჭებდი, მაგრამ ბიჭს მივანიჭებ. (სექსუალური ცხოვრების თავისუფლებას)“. **[მშობელი, კახეთი]**

„სქესს აქვს მნიშვნელობა. ბიჭს უნდა მიენიჭოს, გოგოს - არა!“ **[მშობელი, კახეთი]**

„ეს უკვე რა არის? ვუბიძგებთ იმისკენ, რომ ძალიან ცუდი გზა აირჩიოს?“ **[მშობელი, კახეთი]**

„გოგონებზე რა უნდა გავაკეთო. გოგოს შემთხვევაში კაცებში ხომ არ წავიყვან?“ **[მშობელი, თბილისი]**

„თვითდაკმაყოფილება ქალსაც შეუძლია და კაცსაც შეუძლია, ეგ ერთი.“ **[მშობელი, თბილისი]**

„კარგი ფსიქოლოგი სჭირდება, რომ ჯერ ფსიქოლოგმა დედასთან იმუშაოს. როგორც თქვა, რომ პირადი სივრცე შეუქმნა თავის შვილს, მაგას სპეციალისტმა უნდა მიხედოს. მე, ფაქტიურად მასთან ერთად ვსწავლობ, 30 წლის ვარ მეც, მეტი კი არა. არ ვარ გათვიცნობიერებული რა გავაკეთო.“ **[მშობელი, თბილისი]**

კვლევის მონაწილეების აზრით, შშმ ბავშვების / მოზარდების მშობლები რიგ შემთხვევებში ირჩევენ გაცილებით უფრო ძალადობრივ გზას და ფსიქიატრის დახმარებით ასმევენ მედიკამენტებს, რომელიც აქვეითებს სექსუალურ მოთხოვნილებებს, მაგრამ ამასთან ერთად უარყოფითად მოქმედებს სხვადასხვა ფუნქციებზე, რომელიც კიდევ უფრო უკან ხევს მოზარდს.

„ეხლა დავინახე ნიკოს ერთ-ერთი მეგობარი, რომელიც მასზე დიდია, 5 თუ 6 წლით. დღის ცენტრში დადიოდნენ ერთად. ამ ბავშვს რომ მოუვიდა გარდატეხის ასაკი და იყო საკმაოდ აღზრდილი, დედა ვერ მიხვდა, რა უნდა გაეკეთებინა, მოკიდა ხელი, წაიყვანა ფსიქიატრთან, არ ვიცი, რა მისცეს, მე მაგას ვეძახი ლუმინალს დუმბადიდან გამომდინარე. ბავშვი არის როგორი რეგრესის მატარებელი, ყველა ნახვაზე ვხედავ, რომ უკან და უკან მიდის, მართო იმიტომ, რომ დედამ, საზოგადოებამ და ექიმმა გადანყვიტა, რომ ამ ბავშვს არ ჰქონდა სექსუალური ცხოვრების უფლება. არ ვიცი, რა მისცეს.“ **[მშობელი, თბილისი]**

„საუკეთესო შემთხვევა ნამდვილად არ არის, საუკეთესო კი არა, ძალიან ცუდი შემთხვევაა, მე თვითონაც არ ვისურვებდი, რომ ჩემმა შვილმა პირველი გამოცდილება სექს-მუშაკისგან მიიღოს, უფროს ბიჭზე ვამბობ. მაგრამ საუკეთესოა იმასთან შედარებით, რომ დამამშვიდებლებით გათიშო ეს ადამიანი. ეგეთი უფრო ბევრია, ვიდრე ის, რომ სექს-მუშაკთან წაიყვანო.“ **[მშობელი, თბილისი]**

2.8.2. მშმ ბავშვების / მოზარდების მშობლების რეკომენდაციები

მშობლების აზრით, პირველ რიგში, მათთვის აქტუალური შესაბამისი ინფორმაციის მიღებაა:

- ზოგადად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე;
- კონკრეტული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თავისებურებები;
- ბავშვისთვის ამ ინფორმაციის სწორად გადაცემის ტექნიკები და ტერმინოლოგია.

„ჩვენ რაც უფრო გავიზრდებით, რომ ჩვენს შვილებს უფრო მეტი ვასწავლოთ, მხოლოდ ჩვენ კი არა, ეს ყველა ტიპური განვითარების ბავშვის მშობლისთვისაც ბნყინვალე იქნება, თუ ეს ფუფუნება გვექნება. **[მშობელი, კახეთი]**

„დაგვეხმარებოდა ჯანდაცვის სფეროს მიერ შემუშავებული რაღაცა სიახლეები. ის მოძველებული რაღაცეები და პროგრამები არსებობს, მაგრამ პაპაჩემის დროინდელია.“ **[მშობელი, კახეთი]**

მშობლების აზრით, ეფექტური იქნება ტელევიზიებში მოკლე ვიდეო რგოლების გაშვება სხვადასხვა საკითხებზე, აგრეთვე საინტერესო იქნება გადაცემების მოწყობა, სადაც ექიმები დეტალურად ახსნიან რიგ საკითხებს, მაგალითად, ისაუბრებენ სხვადასხვა ვირუსებზე. მშობლებს მიაჩნიათ, რომ როგორც მათთვის, ასევე ფართო საზოგადოებისთვის, მსგავსს ინფორმაციას საგანმანათლებლო ღირებულება ექნება.

„ძალიან პატარა ვიდოებისნაირი მაგალითები უნდა იყოს, რომ მშობლებს აუხსნა, რომ ეს არის ეს...“ **[მშობელი, იმერეთი]**

„მენტრულურ ციკლზე გასაგებია. ყველაზე პრობლემურია პაპილომა ვირუსი და რომ გაკეთდეს კიდევ გადაცემები, მოიწვიონ ექიმები და კონკრეტულ თემაზე ისაუბრონ.“ **[მშობელი, იმერეთი]**

„საზოგადოების ცნობიერების ასამაღლებლად ალბათ უნდა იმუშაონ, რომ შესაძლებელია ამ ადამიანებს ჰქონდეთ მომავალი. სოციალურ ქსელებს რომ ვუყურებ, მიხარია, შეზღუდული შესაძლებლობების ადამიანები რომ ქორწინდებიან, ეს ისეთი უცხოა...“ **[მშობელი, თბილისი]**

დანართი

1. ფოკუსური ჯგუფური დისკუსიების სახელმძღვანელო

ფოკუსური ჯგუფური დისკუსიები შშმ ბავშვების და მოზარდების მშობლებთან / მეურვეებთან

შშმ პირის მშობლობა / მეურვეობა. შშმ ბავშვების და მოზარდების საჭიროებები

1. რა ასოციაცია გაქვთ, როცა გესმით სიტყვა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე? ვინ მოიაზრება ამ ჯგუფში? რა ტიპის შეზღუდულ შესაძლებლობებზეა საუბარი?
2. რა მოლოდინები არსებობს საზოგადოებაში შშმ პირების მიმართ? როგორია საზოგადოების დამოკიდებულება დღეს?
3. თქვენი გამოცდილების გათვალისწინებით, განსხვავდება თუ არა შშმ პირების ბავშვობა/ მოზარდობა სხვა ბავშვების/მოზარდებისგან? რა მთავარი პრობლემების წინაშე დგანან დღევანდელი შშმ ბავშვები/მოზარდები და მათი მშობლები?
4. როგორია დღეს იყო შშმ პირის მშობელი/მეურვე? თუ შეიცვალა ამ მხრივ მდგომარეობა (დამოკიდებულებები) ბოლო წლებთან შედარებით? გთხოვთ ამიხსნათ თქვენი პასუხები.
5. რა სპეციალური საჭიროებები აქვთ თქვენს ბავშვებს/მოზარდებს?

რას გულისხმობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა:

6. რა ასოციაციები გაქვთ, როცა გესმით სექსუალური ჯანმრთელობა და სექსუალური ცხოვრება? რა იგულისხმება ამ ტერმინის უკან? თუ შეიძლება განვმარტოთ.
7. რა ასოციაციები გაქვთ, როცა გესმით რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და რეპროდუქციული ქცევა? თუ შეიძლება განვმარტოთ.
8. რა სპეციალური საჭიროებები აქვს თქვენს ბავშვს/მოზარდს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თვალსაზრისით?
9. რა ინფორმაცია გაქვთ ადამიანის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების შესახებ?
10. თუ იცით რაიმე კოდექსი/კანონი, სადაც განწერილია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები? კონკრეტულად, რა დოკუმენტები/საბუთების შესახებ გსმენიათ?
11. ვინ მუშაობს/ვის ეხება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვა?
12. თქვენი ინფორმაციით/გამოცდილებით, რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში სექსუალური უფლებების დაცვა?
13. რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში რეპროდუქციული უფლებების დაცვა?

მშობლების ჩართულობა შშმ ბავშვის/მოზარდის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში

14. რამდენად ხართ ჩართულები ბავშვის/მოზარდის ჯანმრთელობის და ფიზიკური კეთილდღეობის საკითხებში?

15. რამდენად ჩართულები ხართ შშმ ბავშვის/მოზარდების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებში?
16. რამდენად ხართ ჩართულები შშმ ბავშვის/მოზარდების ფსიქიურ ჯანმრთელობასთან და ფსიქო-სოციალურ კეთილდღეობასთან დაკავშირებულ საკითხებში?
17. რამდენად ჩართულები არიან მშობლები/მეურვეები შშმ ბავშვის/მოზარდების დაცვაში ძალადობისგან, შეურაცხყოფისგან და მათი ბოროტი გამოყენებისგან/ექსპლუატაციისგან?
18. ზოგადად, რა გამოწვევები აქვთ მშობლებს/მეურვეებს შშმ ბავშვის/მოზარდების აღზრდის, დახმარების და რჩევის გაცემის პროცესებში?
19. რა ხერხებით ცდილობთ თქვენ და სხვა შშმ ბავშვების/მოზარდების მშობლები ამ გამოწვევების გადალახვას?

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები, პროგრამები და სტრუქტურები

20. თქვენი ინფორმაციით, ზოგადად, დღეს რამდენად არსებობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით მომსახურებები/პროექტები? რომლების შესახებ გსმენიათ?
21. რამდენად ხელმისაწვდომია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებები პირადად თქვენი შვილებისთვის?
22. ზოგადად, არის თუ არა აღნიშნული სერვისები/პროგრამები ყველა შშმ ქალისთვის ხელმისაწვდომი? რამდენად არის ეს სერვისები შშმ ქალების საჭიროებებზე მორგებული? თქვენი შვილის საჭიროებებზე მორგებული (გთხოვთ, ახსენით).
23. რამდენად არის პირველადი ჯანდაცვის სერვისები მორგებული შშმ ბავშვების/მოზარდების საჭიროებებს? რა სერვისების შესახებ გსმენიათ? რამდენად ხშირად მიგიმართავთ?
24. პირადად თქვენ (შვილი ან მეურვეობის ქვეშ მყოფი ბავშვი/მოზარდი) იღებთ თუ არა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით რაიმე მხარდაჭერას სერვისიდან, პროგრამიდან ან პროექტიდან? რა სერვისებში/პროექტებში ხართ ამჟამად ჩართული? მოგვიყევით თქვენი გამოცდილება.
25. რამდენად იცნობთ პაპილომა ვირუსის ვაქცინაციის პროგრამებს მოზარდებისათვის (ვირუსზე ვაქცინაცია/ონკო პრევენციისთვის) / რა ინფორმაციას ფლობთ სერვისების შესახებ? (ხელმისაწვდომობა, ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა)? თუ გისარგებლიათ ამ სერვისებით?
26. თუ არ იღებთ სერვისებს: რის გამო არ ხართ ჩართული?
27. თუ იღებთ მომსახურებას: რა ფორმით იღებთ მონაწილეობას ამ პროგრამაში/პროექტში?
28. როგორ აფასებთ ამ მომსახურებების ხარისხს? რამდენად ეხმარება ეს მომსახურება თქვენს ბავშვს/მოზარდს?

რეკომენდაციები და რჩევები:

29. რა ტიპის მხარდაჭერა გჭირდებათ, რომ თქვენი შვილის/მეურვეობის ქვეშ მყოფი შშმ ბავშვის/მოზარდის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით იყოს სათანადოდ ინფორმირებული?
30. რა რეკომენდაციას მისცემდით პროგრამებს, პროექტებსა თუ სერვისებს, ვინც სრჯ საქმიანობის

მხარდაჭერით არის დაკავებული, იმისათვის, რომ მოიზიდონ უფრო მეტი მონაწილე და ბენეფიციარი?

31. რა რჩევას მისცემდით სხვა შპმ ბავშვების/მოზარდების მშობლებს ვისაც აწუხებს სრუ საკითხები?

ფოკუსური ჯგუფური დისკუსიები შპმ ქალებთან

რას გულისხმობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა:

1. რა ასოციაცია გაქვთ, როცა გესმით სიტყვა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე? ვინ მოიაზრება ამ ჯგუფში? რა ტიპის შეზღუდულ შესაძლებლობებზეა საუბარი?
2. რა მოლოდინები არსებობს საზოგადოებაში შპმ პირების მიმართ? როგორია საზოგადოების დამოკიდებულება დღეს?
3. რა ასოციაციები გაქვთ, როცა გესმით სექსუალური ჯანმრთელობა და სექსუალური ცხოვრება? რა იგულისხმება ამ ტერმინის უკან? თუ შეიძლება განვმარტოთ.
4. სექსუალური ჯანმრთელობა გულისხმობს რამდენიმე საკითხს. თქვენი აზრით, რა საკითხები იგულისხმება ამ თემის ქვეშ?
5. რა ასოციაციები გაქვთ, როცა გესმით რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და რეპროდუქციული ქცევა? თუ შეიძლება განვმარტოთ.
6. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა გულისხმობს რამდენიმე საკითხს. თქვენი აზრით, რა საკითხები იგულისხმება ამ თემის ქვეშ?

სრუ საკითხებზე უფლებები:

7. რა ინფორმაცია გაქვთ ადამიანის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების შესახებ?
8. თუ იცით რაიმე კოდექსი/კანონი, სადაც განწერილია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები? კონკრეტულად რა დოკუმენტები/საბუთების შესახებ გსმენიათ?
9. ვინ მუშაობს / ვის ეხება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების დაცვა?
10. მოდი, ცალ-ცალკე განვიხილოთ სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები, რომლის შესახებაც გსმენიათ:

სექსუალური უფლებები

- თანასწორობის უფლება, კანონის წინაშე თანასწორობა და უფლება იყო თავისუფალი დისკრიმინაციის ყოველგვარი ფორმისაგან სქესის, გენდერული იდენტობისა თუ სექსუალობის ნიადაგზე
- მონაწილეობის უფლება - სქესის, სექსუალობის თუ გენდერული იდენტობის მიუხედავად საზოგადოებრივ და პოლიტიკურ ცხოვრებაში მონაწილეობის მიღება, სოციალური დამოკიდებულებების შეცვლაში მონაწილეობა, ზეგავლენა ისეთ გადაწყვეტილებებზე, რაც მის კეთილდღეობაზე მოქმედებს და ა.შ.

- სიცოცხლის, თავისუფლების, დაცვისა და ხელშეუხებლობის უფლებები (უფლება არ დაექვემდებაროს წამებას, არაადამიანურ და ღირსების შემლახავ მოპყრობას, ოჯახის რეპუტაციის დასაცავად ადამიანის სიცოცხლისთვის საფრთხის შექმნა, სექსუალური ქცევის გამო ადამიანისთვის ზიანის მიყენება, სექსუალური ძალადობისგან დაცულობა, იძულებით შვილების ყოლისგან დაცულობა)
- პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლება (მათ შორის სექსუალური დამოუკიდებლობის უფლება - თავად მიიღოს გადაწყვეტილებები, სხვისი ჩარევის გარეშე; ინფორმაციის კონფიდენციალობა სქესობრივი ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ, მათ შორის HIV სტატუსი)
- პერსონალური დამოუკიდებლობისა და კანონის წინაშე აღიარების უფლება (ტრეფიკინგის საფრთხისგან დაცვა, სამედიცინო პროცედურების იძულებით ჩატარებისგან დაცვა, ასევე, დაცვა ყოველგვარი ზეწოლისაგან მისი სქესის, ასაკის, გენდერის, გენდერული იდენტობის ან სექსუალური ორიენტაციის დაფარვის ან გამომჟღავნების გამო)
- ფიქრის, აზრისა და გამოხატვის თავისუფლება; გაერთიანების უფლება (უფლება საკუთარი სურვილისამებრ გამოხატოს თავისი სექსუალობა, ყოველგვარი დომინანტური კულტურული შეხედულებების გათვალისწინებული შეზღუდვების გარეშე; უფლება, თავად განსაზღვროს საკუთარი სექსუალობა და გამოხატოს შიშის გარეშე)
- ჯანმრთელობის დაცვისა და მეცნიერული პროგრესის მიღწევებით სარგებლობის უფლება (ისარგებლოს ჯანდაცვის უმაღლესი სტანდარტებით, მოითხოვოს უსაფრთხო სქესობრივი კონტაქტი ან არასასურველი ორსულობისგან დაცვა)
- განათლებისა და ინფორმირებულობის უფლება (სექსუალური განათლების მიღება)
- ქორწინების, ოჯახის შექმნისა და დაგეგმვის, შვილების ყოლის, შვილების ყოლის გმებისა და დროის არჩევნის უფლება
- ანგარიშვალდებულებისა და კომპენსაციის (სასამართლო დაცვის საშუალებების) უფლება (ქონდეს ინფორმაცია, რაც დაეხმარება სექსუალური უფლებების დარღვევის შემთხვევაში; ხელი მიუწვდებოდეს შესაბამისი დაცვის მექანიზმებზე)

რეპროდუქციული უფლებები

- ქალის ჯანმრთელობა/სიცოცხლე არ უნდა იყოს რისკის ქვეშ ორსულობის, სქესის ან არასაკმარისი ინფორმაციის და ჯანმრთელობის სერვისებთან არასაკმარისი წვდომის გამო
- არცერთ ქალს არ უნდა აძალებდნენ ორსულობას, სტერილიზაციას ან ორსულობის შეწყვეტას
- არცერთი ქალი არ უნდა განიცდიდეს დისკრიმინაციას მისი სექსუალობის გამო, ან რეპროდუქციული არჩევანის გამო
- სექსუალობასთან და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისები უნდა იყოს კონფიდენციალური (როგორც ადგილი, სადაც იღებენ მომსახურებას, ასევე კლიენტის ინფორმაციის კონფიდენციალობა)
- ყველა ქალს უნდა ჰქონდეს წვდომა სრულ ინფორმაციაზე - ფერტილობის რეგულაციების მეთოდების ბენეფიტების, რისკების და ეფექტურობის შესახებ
- უფლება აქვს თავად გადაწყვიტოს გათხოვდეს თუ არა
- ასევე თავად გადაწყვიტოს ყავდეს თუ არ შვილები და როდის
- მიიღოს თანამედროვე და უსაფრთხო სამედიცინო მომსახურება
- უფლება აქვს მიიღოს დაცვა სექსუალური თუ სხვა ხასიათის ძალადობისგან

- ✓ რას მოიაზრებს ეს უფლება? რა იგულისხმება თანასწორობის უფლებაში?
- ✓ რამდენად ხდება ამ უფლების დაცვა საქართველოში?
- ✓ რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში სექსუალური უფლებების დაცვა?
- ✓ რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში რეპროდუქციული უფლებების დაცვა?
- ✓ თქვენი აზრით, ზოგადად, როგორი მდგომარეობაა დღეს ქალების მიმართ (მათ შორის შშმ პირების) ძალადობასთან დაკავშირებით?
- ✓ სადაც შესაძლებელია, მომიყვით მაგალითები თქვენი ან თქვენს გარშემო არსებული შშმ ქალების გამოცდილებიდან
- ✓ რა საზიანო ტრადიციებია საზოგადოებაში, რომელიც ხელს უშლის ქალთა თავისუფლების, არჩევანის თავისუფლების?

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჭიროებები:

11. რა საკითხებია/თემებია, რაშიც კარგად ერკვევით სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით?
12. რომელი საკითხებია, რომლებშიც თქვენი აზრით ნაკლებად გაქვთ ინფორმაცია?

სექსუალური ჯანმრთელობა

- მენსტრუალური ციკლი?
- სექსუალური ცხოვრება?
- ჰიგიენა და სექსუალური კავშირი?
- სხეულის ბიოლოგიური აგებულება? გარდატეხის ასაკი და თანმდევი ცვლილებები?
- უსაფრთხო სექსუალური კავშირები? სექსუალური გზით გადამდები დაავადებები? ჯანმრთელობა?
- კონტრაცეფცია

რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

- შვილოსნობა
- ორსულობა და ბავშვის მოვლა
- დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა
- კონტრაცეფცია / ოჯახის დაგეგმვა
- ფერტილობა / უშვილობა
- უსაფრთხო აბორტი (ორსულობის შეწყვეტა)
- პაპილომა ვირუსი (ვირუსზე ვაქცინაცია)
- მკერდის კიბო
- სამვილოსნოს ყელის ონკოლოგიური დაავადებები?

13. საიდან იგებთ ინფორმაციას მოცემული საკითხების გარშემო? რა წყაროებს იყენებთ ამისთვის?
14. რამდენად ჩართულები ხართ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვაში?
15. ზოგადად, რა გამოწვევები აქვთ შშმ ქალებს სრჯ კუთხით პროცესებში? (მაგალითად: ინფორმაცია არ არის ხელმისაწვდომი, საზოგადოების მხრიდან არასწორი დამოკიდებულებაა, არ არის ხელმისაწვდომი სამედიცინო სერვისები და ა.შ.)
16. რა ხერხებით ცდილობთ თქვენ და თქვენს თემში არსებული შშმ პირები ამ გამოწვევების გადალახვას?

შშმ ქალებში სექსუალობის აღქმა და გამოცდილება

17. პირველ რიგში რა მითები/სტიგმები არსებობს საზოგადოებაში შშმ პირების/ქალების სექსუალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებით? როგორია თქვენი დამოკიდებულება ამ მითებთან დაკავშირებით? როგორ უმკლავდებით ამ მითებს?
18. რამდენად ახდენს შეზღუდული შესაძლებლობები გავლენას თქვენს სექსუალურ ცხოვრებაზე? თუ შეგიძლიათ აღმინეროთ კონკრეტული მაგალითებით?
19. როგორია თქვენი სექსუალური ცხოვრება? როგორ დაახასიათებდით მას? როგორ გაგრძნობინებთ ეს თავს?
20. თუ გყავთ პარტნიორი? როგორ აღწერდით მასთან ურთიერთობას? რამდენად მარტივაა თქვენთვის თქვენი სექსუალობის პარტნიორთან განხილვა?
21. თუ არის რაიმე, რაც თქვენ სექსუალობასთან დაკავშირებით გაინტერესებთ? რა დამატებითი ინფორმაცია გინდათ რომ გქონდეთ?

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები, პროგრამები და სტრუქტურები

22. თქვენი ინფორმაციით, ზოგადად დღეს რამდენად არსებობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით მომსახურებები/პროექტები? რომლების შესახებ გსმენიათ?
23. რამდენად ხელმისაწვდომია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებები პირადად თქვენთვის?
24. ზოგადად, არის თუ არა აღნიშნული სერვისები/პროგრამები ყველა შშმ ქალისთვის ხელმისაწვდომი? რამდენად არის ეს სერვისები შშმ ქალების საჭიროებებზე მორგებული? (გთხოვთ ახსენით)
25. პირადად თქვენ იღებთ თუ არა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით რაიმე მხარდაჭერას სერვისიდან, პროგრამიდან ან პროექტიდან? რა სერვისებში/პროექტებში ხართ ამჟამად ჩართული? მოგვიყვით თქვენი გამოცდილება.
26. თუ არ იღებთ სერვისებს: რის გამო არ ხართ ჩართული?
27. თუ იღებთ მომსახურებას: რა ფორმით იღებთ მონაწილეობას ამ პროგრამაში/პროექტში?
28. როგორ აფასებთ ამ მომსახურებების ხარისხს? დაგეხმარათ თუ არა აღნიშნული მხარდაჭერის სერვისი, პროგრამა ან პროექტი როგორც შშმ პირს?

რეკომენდაციები და რჩევები:

29. რა ტიპის მხარდაჭერა გჭირდებათ, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით იყოთ სათანადოდ ინფორმირებული?
30. რა რეკომენდაციას მისცემდით პროგრამებს, პროექტებსა თუ სერვისებს, ვინც სრულ საქმიანობის მხარდაჭერით არის დაკავებული, იმისათვის, რომ მოიზიდონ უფრო მეტი მონაწილე და ბენეფიციარი?
31. რა რჩევას მისცემდით სხვა შპმ ქალებს, ვისაც ანუხებს სრულ საკითხები?

2. სიღრმისეული ინტერვიუების სახელმძღვანელო

სიღრმისეული ინტერვიუები სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრელებთან, არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებსა და სერვისის მიმწოდებლებთან

შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების საჭიროებები:

1. რას გულისხმობთ, როცა გესმით რეპროდუქციული ჯანმრთელობა? რასთან დაკავშირებით გამოიყენება ეს სიტყვათა შეთანხმება?
2. რას გულისხმობთ, როცა გესმით სექსუალური ჯანმრთელობა? რასთან დაკავშირებით გამოიყენება ეს სიტყვათა შეთანხმება?
3. ჩვენს ქვეყანაში, შშმ ახალგაზრდები რა გამოწვევების წინაშე დგანან? ქალები რა გამოწვევების წინაშე დგანან სექსუალური ჯანმრთელობის კუთხით?
4. თქვენი აზრით, რა სირთულეებს აწყდებიან შშმ ახალგაზრდები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით? რა არის მათი მთავარი პრობლემა?
5. დღეს ჩვენს ქვეყანაში რამდენად არსებობს თქვენ მიერ დასახელებული პრობლემების გადაჭრის გზები?
6. თუ შეიძლება დამიკონკრეტეთ, რა ტიპის პრობლემების მქონე ადამიანებს მიიჩნევთ შშმ ახალგაზრდებად? რა ასაკს? ჯგუფს? რა საჭიროებების მქონეს?

კანონმდებლობა და პოლიტიკა [გამოტოვეთ თუ ძირითად ინფორმანტს არ აქვს ინფორმაცია ან გამოცდილება ამ საკითხზე]

7. ჩვენს ქვეყანაში შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების რეპროდუქციული და სექსუალური უფლებების კუთხით რა ტიპის სამართლებრივი პოლიტიკა არსებობს?
32. რას მოიაზრებს ეს უფლება? რა იგულისხმება თანასწორობის უფლებაში?
33. რამდენად ხდება ამ უფლების დაცვა საქართველოში?
34. რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში სექსუალური უფლებების დაცვა?
35. რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში რეპროდუქციული უფლებების დაცვა?
36. თქვენი აზრით, ზოგადად, როგორი მდგომარეობაა დღეს ქალების მიმართ (მათ შორის შშმ პირების) ძალადობასთან დაკავშირებით?
37. სადაც შესაძლებელია, მომიყვით მაგალითები თქვენი ან თქვენ გარშემო არსებული შშმ ქალების გამოცდილებიდან
38. რა საზიანო ტრადიციებია საზოგადოებაში, რომელიც ხელს უშლის ქალთა თავისუფლებას, არჩევანის თავისუფლებას?

სახელმწიფო სერვისები:

არასამთავრობო სექტორის პროექტები დაპროგრამები:

8. ზოგადად, რა სერვისები/პროგრამები არსებობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხთან დაკავშირებით? მათ შორის, თუ არსებობს ოჯახის დაგეგმვის და უსაფრთხო აბორტის სერვისები?
9. შეგიძლიათ აღწეროთ შშმ პირების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშემწყობი რომელიმე სახელმწიფო სერვისი/პაკეტი/NGO სერვისი?
10. რამდენად ხელმისაწვდომია ეს სერვისები?
11. შეგიძლიათ მითხრათ დაახლოებით რამდენ შშმ ახალგაზრდას/ქალს აქვს წვდომა მასზე?
12. ვისთვის არის ეს სერვისები? რამდენად ეხმარება მოცემული სერვისები შშმ ახალგაზრდებს? ქალებს? კონკრეტულად რომელი სამიზნე ჯგუფისთვის არის განკუთვნილ თქვენს მიერ ნახსენები სერვისები?
13. დაცულია თუ არა სამართლიანობა სამიზნე ჯგუფის შერჩევისას? როგორი ტიპის მონყვლად ჯგუფებს ეხმარება აღნიშნული სერვისები? რა კრიტერიუმებით ხდება წევრების შერჩევა?
14. მიიჩნევთ თუ არა, რომ მოცემულ სერვისებში აქტიური ჩართულობაა? არიან თუ არა შშმ ახალგაზრდები/მოზარდები და ქალები ჩართულნი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შექმნის, დანერგვისა და მონიტორინგის ნაწილში?
15. მიგაჩნიათ თუ არა, რომ აღნიშნული სერვისები ითვალისწინებს შშმ პირთა კულტურულ და ასაკობრივ განსხვავებებს და გენდერულ თავისებურებებს? ფიქრობთ თუ არა, რომ ეს სერვისები მისაღებია ყველა ამ ჯგუფისთვის?
16. რამდენად ეფექტურია აღნიშნული სერვისები შშმ ახალგაზრდებისა და ქალებისთვის?

ჩაეძიეთ:

17. კოორდინაცია და მენეჯმენტი:

- აღნიშნული სერვისები შშმ პირებისთვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით სერვისების მიწოდებისას რამდენად თანამშრომლობს სხვადასხვა სამინისტრო?
 - აღნიშნული სერვისები/პროგრამები/პროექტები რამდენად მოსწონთ არასამთავრობო სექტორისა და სამოქალაქო საზოგადოების წევრებს?
 - ეს პროექტები/სერვისები/პროგრამები გადაფარავს თუ არ აერთმანეთს? ერთმანეთის პარალელურად მიმდინარეობს და არ აქვთ ერთმანეთთან საერთო თუ ერთობლივად მუშაობენ? გთხოვთ განმარტოთ.
 - როცა საქმე ეხება სერვისების/პროგრამების და პროექტების დანერგვას, როგორ აღწერდით სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლების ურთიერთობას? შეგიძლიათ აღწეროთ რაიმე წარმატებული მაგალითი?
 - შშმ პირების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით საჭიროებების გადასაწყვეტად ერთად როგორ მუშაობენ სახელმწიფო და არასახელმწიფო სექტორის წარმომადგენლები? რა სირთულეებს აწყდებიან ერთად მუშაობისას?
18. არის თუ არა რაიმე პროგრამა ან სერვისი, რომელზეც ფიქრობთ, რომ ძალიან კარგ საქმეს აკეთებს (ასრულებს დანაპირებს)?

რეკომენდაციები:

19. როგორ უნდა დაიძლიოს შშმ ახალგაზრდებში/ქალებში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით არსებული ბარიერები? რა კონკრეტული ნაბიჯები უნდა გადაიდგას?
20. რა უნდა გაუმჯობესდეს სერვისებსა და პროგრამებში, იმისთვის, რომის შშმ პირებისთვის გახდეს უფრო ეფექტური?

სიღრმისეული ინტერვიუები შშმ პირების სექსუალურ და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე/საჭიროებებზე მომუშავე პირებთან

შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების საჭიროებების შესწავლა:

1. რას გულისხმობთ, როცა გესმით რეპროდუქციული ჯანმრთელობა? რასთან დაკავშირებით გამოიყენება ეს სიტყვათა შეთანხმება?
2. რას გულისხმობთ, როცა გესმით სექსუალური ჯანმრთელობა? რასთან დაკავშირებით გამოიყენება ეს სიტყვათა შეთანხმება?
3. რას გულისხმობთ, როცა გესმით სიტყვა „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები“ - რა პრობლემების მქონე პირები იგულისხმება ამ ჯგუფში?
4. რა უფლებები გააჩნიათ დღეს შშმ ახალგაზრდებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით?
 - რას მოიაზრებს ეს უფლება? რა იგულისხმება თანასწორობის უფლებაში?
 - რამდენად ხდება ამ უფლების დაცვა საქართველოში?
 - რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში სექსუალური უფლებების დაცვა?
 - რამდენად ხდება შშმ პირების შემთხვევაში რეპროდუქციული უფლებების დაცვა?
 - თქვენი აზრით, ზოგადად, როგორი მდგომარეობაა დღეს ქალების მიმართ (მათ შორის შშმ პირების) ძალადობასთან დაკავშირებით?
 - სადაც შესაძლებელია, მომიყვით მაგალითები თქვენი ან თქვენს გარშემო არსებული შშმ ქალების გამოცდილებიდან
 - რა საზიანო ტრადიციები საზოგადოებაში, რომელიც ხელს უშლის ქალთა თავისუფლების, არჩევანის თავისუფლებას?
5. შშმ ახალგაზრდებსა და ქალებს რა საჭიროებები გააჩნიათ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით? რა გამონკვევების წინაშე დგანან?
6. არის თუ არა დღეს საზოგადოებაში რაიმე ტიპის სტიგმა/სტერეოტიპები, რომლებიც ხელს უშლის შშმ პირების რეპროდუქციულ და სექსუალურ ჯანმრთელობას? კონკრეტულად რა?
7. თქვენი აზრით, რა სირთულეებს აწყდებიან შშმ ახალგაზრდები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით? რა არის მათი მთავარი პრობლემა?
8. დღეს ჩვენს ქვეყანაში რამდენად არსებობს თქვენ მიერ დასახელებული პრობლემების გადაჭრის გზები?
9. თქვენი აზრით, შშმ ახალგაზრდებისა და ქალების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ვინ უნდა იზრუნოს? ვის ეკისრება პასუხისმგებლობა?

შპმ ახალგაზრდებში მშობლების ჩართულობა და მათი როლი:

10. თქვენი აზრით, რამდენად უნდა იყოს მშობლები/ოჯახი ჩართული შპმ ახალგაზრდების რეპროდუქციული და სექსუალური, მენტალური ჯანმრთელობის საკითხებში?
11. რამდენად არიან შპმ ახალგაზრდების მშობლები ჩართულნი მათი შვილების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში? მენტალური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის საკითხებში?
12. აქვთ თუ არა ახალგაზრდების მშობლებს საკმარისი ცოდნა და უნარები ადეკვატურად ჩაერთონ შპმ ახალგაზრდების ცხოვრებაში ამ მიმართულებით? რა აკლიათ?
13. ესმით თუ არა ახალგაზრდების მშობლებს მათი რეპროდუქციული და სექსუალური უფლებები? თუ ესმით, პატივს სცემენ თუ არა მათი შვილების თავისუფალი არჩევანის უფლებას?
14. თუ არ აქვთ შესაბამისი ცოდნა/გამოცდილება, ამისთვის რას აკეთებენ?
15. არის თუ არა მშობელთა ხელშეწყობი პროგრამები ამ მიმართულებით? თუ სმენიათ მსგავსი პროგრამების შესახებ? თავად ყოფილან თუ არა ჩართული?
16. შპმ ახალგაზრდების მშობლებისთვის დახმარების რა წყაროები არსებობს?

სერვისები და პროგრამები:

17. რა ოფიციალური სერვისები, პროგრამები და პროექტები არსებობს რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის კუთხით დასახმარებლად?
18. რამდენად ხელმისაწვდომია ეს სერვისები ქალებისთვის?
19. რამდენად ხელმისაწვდომია ეს პროგრამები/პროექტები შპმ პირებისთვის?
20. არიან თუ არა შპმ ახალგაზრდები დაინტერესებული ამ პროგრამებით? საიდან იღებენ ინფორმაციას მსგავსი პროგრამების შესახებ? ესწრებიან თუ არა მათ? თუ არა, რის გამო? რამდენად არის დასწრება ნახალისებული?
21. რამდენად ეფექტურია ეს სერვისები და პროგრამები შპმ პირებში სექსუალურ და რეპროდუქციული ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებით ცნობიერების ასამაღლებლად?

რეკომენდაციები:

22. რა რეკომენდაციებს გასცემდით იმისთვის, რომ გაუმჯობესდეს შპმ ახალგაზრდებისა და ქალების მდგომარეობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით? რა ნაბიჯები უნდა გადაიდგას?
23. რა რეკომენდაციებს გასცემდით სერვისების, პროგრამებისა და პროექტებისთვის, იმისთვის, რომ ისინი შპმ პირებისთვის გახდეს უფრო ეფექტური?