

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები

ავტორები:

მაია შიშნიაშვილი MD, MS

ააიპ „ხელი ხელს“

წინამდებარე მასალა მომზადდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით და მდგრადი განვითარების მიზნების ფონდის ფინანსური დახმარებით. © UNFPA 2020

ტერმინის განმარტება და სტატისტიკური მონაცემები

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები უმცირესობის ყველაზე მრავალფეროვან ჯგუფს წარმოადგენენ. მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 15%(დაახლოებით, 1 მილიარდი ადამიანი) არის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი, რაც 1970 წლის მონაცემებს 5%-ით აღემატება, ხოლო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები მსოფლიოს ქალი მოსახლეობის 1/5-ს შეადგენენ. (WHO, 2011).

საქართველოში შშმ ქალთა სტატისტიკა არ არსებობს, პრობლემურია ზოგადად შშმ პირთა სტატისტიკის წარმოებაც, რომელიც მხოლოდ სოციალური პაკეტის (ე.წ. შშმ პენსიის) მიმღებთა ოდენობით ითვლება და 2020 წლის მონაცემებით არის 126 270 პირი, აქედან 49 339 ქალი (39%). (მონაცემები ეყრდნობა თვითიდენტიფიცირებას და ვერ ასახავს საქართველოში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ზუსტ რაოდენობას.) ასევე არ არსებობს კომპლექსური კვლევა და სტატისტიკა შეზღუდვის სახეებზე (ფიზიკური, მხედველობითი, სმენითი, ფსიქოსოციალური).

შეზღუდული შესაძლებლობის განმარტება დროთა განმავლობაში ძირითადად შესაძლებლობის შეზღუდვის გამომწვევი მიზეზების ინტერპრეტაციის შესაბამისად იცვლებოდა. გაერთიანებული ერების 2006 წლის შშმ პირთა კონვენციის პირველი მუხლის თანახმად შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს მიეკუთვნებიან პირები, ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული მყარი დარღვევებით, რომელთა ურთიერთქმედებამ სხვადასხვა დაბრკოლებებთან შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირის სრულ და ეფექტურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, სხვებთან თანაბარ პირობებში (UN, 2006).

შესაძლებლობის შეზღუდვის განმარტების მოდელები:

შეზღუდული შესაძლებლობის მოდელები გამოიყენება როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის განსაზღვრისთვის, ასევე სოციალური პოლიტიკისა და სტრატეგიების შესამუშავებლად. მოდელები განსაზღვრავენ გზებს, რომლის მიხედვითაც შშმ პირების ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილია ან პირიქით აწესებს შეზღუდვებს დასაქმებაზე, მომსახურებებზე, ეკონომიკურ ან პოლიტიკურ ჩართულობაზე.

ზოგადად, შეზღუდული შესაძლებლობის გამომწვევი მიზეზების ინტერპრეტაციის 3 ძირითადი მოდელი არსებობს, სამედიცინო ანუ ტრადიციული, სოციალური და ბიოფსიქოსოციალური მოდელები.

ამ მოდელების განვითარებამდე არსებობდა რელიგიური და საქველმოქმედო მოდელები. რელიგიური მოდელის თანახმად შეზღუდული შესაძლებლობა განიხილება როგორც სასჯელი პიროვნების ან ოჯახის მიმართ, იმ ცოდვებისთვის ან არასწორი ქმედებებისთვის, რომელიც მათ წარსულში ჩაიდინეს. სხვა პერსპექტივიდან, რელიგიური/მორალური მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას განიხილავს როგორც გამოცდას კონკრეტული ოჯახებისა თუ ადამიანებისთვის, რათა მიიღონ მეტი განსაცდელი და იყვნენ ღვთისმოშიშნი. შეზღუდულ შესაძლებლობას განიხილავს, როგორც საშუალებას, რომელიც ხელს უწყობს ღვთისმსახურების განვითარების შესაძლებლობას. რათა მან მიიღოს გარკვეული მომავალი სულიერი ჯილდო.

საქველმოქმედო მოდელი, შშმ პირებს განიხილავს როგორც მსხვერპლს ან დაზარალებულს. პრობლემა მდგომარეობს თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებში და მიიჩნევა, რომ ისინი უნდა იყვნენ მუდმივად სხვისი მზრუნველობისა და დახმარების ქვეშ. ქველმოქმედება განიხილება მათი მდგომარეობის კომპენსაციად.

ბიოსამედიცინო მოდელი

მე-18 საუკუნის შუა წლებიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ახალი კონცეფცია სამედიცინო იგივე ბიოსამედიცინო მოდელი იჩენს თავს. ასეთი მიდგომის დროს აქცენტი ადამიანის ფიზიკურ შეზღუდულობასა და ნაკლოვანებაზე კეთდება, შეზღუდული შესაძლებლობა, როგორც პრობლემა, განიხილება სამედიცინო ჭრილში და ამიტომ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის პოტენციალსა და შესაძლებლობებს სათანადო ყურადღება არ ექცევა, რაც საბოლოო ჯამში მისი უფლებებისა და ინტერესების დაცვას ვერ უზრუნველყოს და ამყოფებს დისკრიმინაციულ გარემოში.

სამედიცინო მოდელის თანახმად: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე არის ადამიანი, რომელიც - ვერ დადის, ვერ საუბრობს, ვერ ხედავს, რომელსაც სჭირდება მუდმივი ან ნაწილობრივი მხარდაჭერა, რომელსაც არ შეუძლია საკუთარი ძალისხმევით სურვილებისა და ინტერესების დაკმაყოფილება. შეზღუდვა აღიქმება კონკრეტული პირის პრობლემად. გამოსავალს კი წარმოადგენს პირის მკურნალობა და მისი რეაბილიტაცია. აქცენტი კეთდება პიროვნების მიერ დამაკმაყოფილებელი ფუნქციონირების დონის მიღწევაზე: შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი უნდა მოერგოს, მიესადაგოს მის ირგვლივ არსებულ გარემოს. შეზღუდული შესაძლებლობები არასასურველია უნდა აღმოიფხვრას პირის და საზოგადოების სასიკეთოდ. შესაბამისად, ასეთი ხედვის შემთხვევაში, ხაზგასხმა ხდება მხოლოდ იმაზე, თუ რა „არ შეუძლია“ ადამიანს, ხოლო ყურადღება იმას, თუ „რა შეუძლია“ მას, საერთოდ არ ექცევა.

სოციალური პოლიტიკის შემქმნელები ან დამსაქმებლები სამედიცინო მიდგომის მიხედვით, შშმ პირებს ერთგვარ „კომპენსაციას“ სთავაზობენ, იმ შეზღუდვებისთვის, რომელიც მათ აქვთ და იზოლირებულ, „სპეციალურ“ მომსახურებებს ქმნიან, რაც კიდევ უფრო ღრმად ნერგავს იმ ცრუ წარმოდგენებსა და სტერეოტიპებს, რომლებიც ქმნიან დისკრიმინაციულ გარემოს და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს გარიყულ მდგომარეობაში ამყოფებენ.

სამედიცინო მოდელის დროს სერვის პროვაიდერებს წარმოადგენს სამედიცინო პროფესიონალები, საქველმოქმედო ორგანიზაციები, დიდი ზომის ინსტიტუციები, თავშესაფრები, ჰოსპიტლები, სპეციალური სკოლები, ესქპერტები და სხვა.

სოციალური მოდელი

მარკ ოლივერმა 1983 წელს გამოთქვა ჰიპოთეზა იმის შესახებ, რომ სოციალური, ეკონომიკური და ფიზიკური ბარიერები, რომლის წინაშეც დგანან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები წარმოადგენს შეზღუდული შესაძლებლობის მთავარ მიზეზს. როგორც ჩანს, ამ მოდელმა დიდი გავლენა იქონია მეცნიერებზე, პოლიტიკასა და უფლებების დეკლარირებაზე 1970 წლიდან, რომელიც საბოლოოდ 1990 წლებში წარმატებით, უფლებების მოპოვებით დასრულდა. სოციალური მოდელის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობა ნიშნავს სახელმწიფოს სტრუქტურებისა და ინსტიტუტების, გარემოსა და საზოგადოებრივი აზრის ისეთ ერთობლიობას, რომლის დროსაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანისთვის უფლების დაცვის კოეფიციენტი ძალიან დაბალია. როდესაც მას არ შეუძლია დამოუკიდებლად მოახდინოს გარემოში გადაადგილება, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანს არ შეუძლია მიიღოს სასურველი განათლება და დასაქმება არა საკუთარი ინტელექტუალური შესაძლებლობის, არამედ გარემოს კეთილმოუწყებლობის გამო. ამ შემთხვევაში საზოგადოებრივი აზრი კი არ იცავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანს ხელოვნურად და არაობიექტურად შექმნილი დაბრკოლებებისგან, არამედ პირიქით, ამყოფებს მას გაუსაძლის პირობებსა და იზოლაციაში.

შეზღუდული შესაძლებლობის განმარტების სოციალური მოდელი ადამიანის ძირითად უფლებებსა და თავისუფლებებს ეფუძნება და ადამიანი განიხილება არა როგორც პაციენტი, არამედ როგორც მოქალაქე, რომელსაც აქვს გარკვეული უნარები და შესაძლებლობები, შეუძლიათ გააკეთონ არჩევანი საკუთარი ცხოვრების შესახებ.

სოციალური მოდელი აღიარებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა, როგორც პრობლემა მწვავედ არსებობს, მაგრამ იმისათვის, რომ გადაიჭრას ეს საკითხები, ადამიანი კი არ უნდა შევცვალოთ და მოვარგოთ გარემოს (მაშინ როცა სამედიცინო მოდელი თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანს განიხილავს პრობლემად), არამედ პირიქით, უნდა შევცვალოთ, ანუ კეთილმოვაწყოთ გარემო და მოვახდინოთ საზოგადოებრივი აზრის ამაღლება (ანუ ადამიანი შეუძლებელია პრობლემა იყოს, პრობლემა მხოლოდ ის გარემოა, რომელშიც ის ცხოვრობს).

მაგალითად, თუ ორ ადამიანს არ შეუძლია ერთნაირი სიიოლით გადალახოს კიბე, მაშინ საჭიროა დაშენდეს ბილიკი, სადაც ნებისმიერი ადამიანი თავისუფლად შეძლებს გადაადგილებას. თუ ადამიანს დაქვეითებული აქვს მხედველობა, ან სმენადობა, საჭიროა არსებობდეს ისეთი დამხმარე საშუალებები, რაც უზრუნველყოს მის ჩართულობას, დაეხმარება მას ადაპტაციაში და შესაბამისად იგი აღარ იგრძნობს თავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირად, ვინაიდან, როგორც აღინიშნა, ადამიანის შეზღუდულ შესაძლებლობას სინამდვილეში ფიზიკური დარღვეულობის ნაცვლად - დამაბრკოლებელი ფაქტორები სძენენ.

სოციალური მიდგომის მთავარი მიზნებია:

1. ინტეგრაცია საზოგადოებაში რეგიონალური დამხმარე სერვისების მეშვეობით და შინაარსიანი ურთიერთობების განვითარება;
2. ოჯახში ცხოვრება (ბიოლოგიური, შვილად აყვანა ან/და მინდობითი აღზრდა);
3. სხვა ადამიანების მსგავსი ცხოვრების პირობების შექმნა და ისეთი მხარდამჭერი სისტემის შემუშავება, რომელიც ხელს შეუწყობს საცხოვრებლის, დასაქმებისა და დასასვენებელი დროის შინაარსიანად, ღირსეულად წარმართვაში.

სოციალური მოდელისთვის დაბრკოლებას წარმოადგენს:

- დამოკიდებულებები და ცრურწმენები

- ფინანსური დამოკიდებულება
- იზოლაცია, სეგრეგაცია
- საცხოვრისების ერთ ტერიტორიაზე თავმოყრა
- სპეციალური სკოლების არსებობა
- გადაჭარბებულად მზრუნველი ოჯახი
- განათლებისა და დასაქმების შესაძლებლობების ნაკლებობა

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი

მოდელი ემყარება ფილოსოფიას რომ როგორც ფსიქიკურ ისე ფიზიკურ დაავადებებს ბიოფსიქოსოციალური შემადგენლობა აქვს. ამიტომ მოდელი აერთიანებს სამედიცინო და სოციალურ მოდელების გარკვეულ ელემენტებს, თვლის რომ შეზღუდული შესაძლებლობა გამოწვეულია როგორც ბიოლოგიური ფაქტორებით, ასევე სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორებით. ეს ნიშნავს, რომ ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ფაქტორებს თანაბარი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის ჯანმრთელობაში.

მოდელის მიხედვით ფსიქიკისა და სხეულის გამიჯვნა შეუძლებელია, ხოლო შეზღუდული შესაძლებლობები წარმოდგენილია, როგორც დინამიური ურთიერთქმედება ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და გარემოსა და პირად შინაარსობრივ ფაქტორებს შორის. მოდელი ადამიანის შეფასებისას ითვალისწინებს ადამიანის შესაძლებლობებსა და იმ ბარიერებს, რომელიც მათ აქვთ საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სრულფასოვანი ჩართულობის თვალსაზრისით.

აღნიშნულ მოდელში აქცენტი მიმართულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სხვაზე დამოკიდებული, არათავისუფალი მდგომარეობიდან თავისუფალ, დამოუკიდებელ მდგომარეობაზე გადასვლაზე და წარმოადგენს უფლებებზე დაფუძნებულ მოდელს.

შეზღუდული შესაძლებლობის ტიპები

1. სენსორული დარღვევები

- მხედველობასთან დაკავშირებული დარღვევები მრავალფეროვანია და მნიშვნელოვნად იცვლება ინდივიდუალურად. ამ პრობლემის მქონე ადამიანები შეიძლება იყოს როგორც უსინათლო, აგრეთვე მცირედ მხედველი.
- სმენის პრობლემები-რომელიც ასევე იყოფა რამდენიმე კატეგორიად, ყრუ-ადამიანი, რომელსაც დაბადებიდან ან ძალიან მცირე ასაკიდან აქვს სმენის მნიშვნელოვანი დაქვეითება, სმენის მნიშვნელოვანი პრობლემის მქონე ან სმენის პრობლემის მქონე(ადამიანი, რომელსაც აქვს დაქვეითებული სმენა, მაგრამ ნათქვამის გაგება დამხმარე საშუალებით შეუძლია)

2. ფიზიკური დარღვევები შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი მიზეზებით. (ფიზიკური დარღვევების ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია: ნერვული, კუნთოვანი, ზურგის ტვინის დაზიანება, ართრიტი, თანდაყოლილი ანომალიები, ცერემბრალური დამბლა და სხვა).

3. ინტელექტუალური დარღვევები - საშუალოზე დაბალი ინტელექტუალური ფუნქცია, რომლის შედეგადაც ადამიანი მოითხოვს ზედამხედველობას ყოველდღიური ცხოვრებისეულ საქმიანობასთან დაკავშირებით. იგი იწყება ცხოვრების ადრეული განვითარების პერიოდში ან ზრდასრულობაში უბედური შემთხვევების, გადატანილი დაავადებების შედეგად. დარღვევები შეიძლება გამოწვეული იყოს გენეტიკური ფაქტორებით, მუცლადყოფნის დროს მიღებული ტრავმით, დაბადების ტრავმით, გადატანილი ავადმყოფობებით და სხვა.

4. დასწავლის / სწავლის სპეციფიკური დარღვევები - უკავშირდება მთელ რიგ დარღვევებს, რომელიც გავლენას ახდენს ვერბალური და არავერბალური ინფორმაციის მიღებაზე, გადამუშავებასა და ორგანიზებაზე. სწავლის დარღვევები

ვლინდება შემდეგ ასპექტებში: ვერბალური ინფორმაციის მიღება/გადამუშავება, წერა, მათემატიკური უნარები. სწავლის დარღვევები აუცილებლად არ ნიშნავს გონებრივი განვითარების შეფერხებას.

5. მეტყველების დარღვევები - გავლენას ახდენს პიროვნების ვერბალური გამოხატვის გზაზე. მეტყველების დარღვევის მქონე პირთა უმეტესობას არ აქვს გაგების პრობლემა, რაც კომუნიკაციის მეორე ნაწილია. ამასთან, შესაძლებელია მეტყველების დარღვევები იყოს ინტელექტუალურ დარღვევებთან ერთად.

6. ფსიქიკური დარღვევები-მოიცავს დაავადებათა ფართო სპექტრს, როგორცაა შიზოფრენია, განწყობის ბიპოლარული აშლილობები, პიროვნული დარღვევები, დეპრესიული აშლილობები, შფოთვა, პოსტტრავმულისტრესული აშლილობები და სხვა. ფსიქიკური დარღვევა არ ნიშნავს აუცილებლად გონებრივი განვითარების შეფერხებას, რადგან მათ უმრავლესობას საშუალო ან საშუალოზე მაღალი ინტელექტი აქვს.

7. კომპლექსური დარღვევები - ერთდროულად რამდენიმე ტიპის დარღვევის არსებობა: ყრუ-ბრმა, ინტელექტუალური და გონებრივი დარღვევები, ფიზიკური და მეტყველების დარღვევები (მაგალითად, ცერებრალური დამბლა და მეტყველების დაქვეითება).

შშმ ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები

გაერომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები (SRHR) , პირველად, დღის წესრიგში მოსახლეობის ზრდის ფოკუსში ჯერ კიდევ 1954 წელს დააყენა, რომში გამართულ მსოფლიო მოსახლეობის კონფერენციაზე. შემდეგ, 1965 წელს, ბელგრადში, სადაც მოსახლეობის ზრდისა და მის სიჭარბესთან ასოცირებული პრობლემები დემოგრაფიის ექსპერტების შესწავლის საგანს წარმოადგენდა. ბელგრადის კონფერენცია დროში ემთხვევა იმ საგანგაშო კვლევებს, რომლებიც

ფოკუსირდებოდნენ პოპულაციის ზრდის მაღალ მაჩვენებლებსა და შედეგად, მასობრივი შიმშილისა და სიღატაკის საფრთხეებზე (Pizzarossa, 2018).

ამ პოლიტიკების წინააღმდეგ, 1970-იანი წლებიდან, ქალთა გაერთიანებების მხრიდან დაწყებულმა კრიტიკამ ხილვადი შედეგი 1994 წელს გამოიღო, ქაიროში გამართულ საერთაშორისო კონფერენციაზე მოსახლეობისა და განვითარების შესახებ (ICPD). ეს კონფერენცია საკვანძო მოვლენად არის მიჩნეული ადამიანის რეპროდუქციისა და ჯანმრთელობის თაობაზე ახალი ხედვის გაზიარებისა და პარადიგმის მყარი ჩარჩოს ჩამოყალიბების პროცესში. ქაიროს სამოქმედო გეგმა გვიჩვენებს, რომ რეპროდუქციული და სექსუალური უფლებები ადამიანის უფლებების განუყოფელი ნაწილია და ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორცაა სიცოცხლის, პირადი ცხოვრებისა და თვითგამორკვევის უფლებები, წამებისა და სხვა არაადამიანური მოპყრობისგან დაცვა და სხვა.

კონფერენციაზე შემუშავებულმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ახალმა მიდგომამ შესაძლებელი გახადა, ქალთა რეპროდუქციული შესაძლებლობები მოსახლეობის ზრდის კონტროლის “საშუალების” ნაცვლად, ქალთა გაძლიერებისა და პირადი ავტონომიის მიღწევის საკითხად ექცია.

2000 წელს გაერომ 189 ქვეყნით მიიღო „ათასწლეულის განვითარების გეგმა“, რომელშიც გათვალისწინებული იყო რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობის მიღწევა 2015 წლისთვის, აივ / შიდსის მკურნალობაზე წვდომა 2010 წლისთვის, დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტის შემცირება სამი მეოთხედით 2015 წლამდე.

ათასწლეულის განვითარების გეგმა 2015 წლიდან ჩაანაცვლა მდგრადი განვითარების მიზნებმა, მისი კონცეფცია 2012 წელს წარმოიშვა, გაერთიანებული ერების კომფერენციაზე და ეყრდნობა 15 წლიან ციკლს. მდგრადი განვითარების მესამე მიზანი, რომელიც გულისხმობს ჯანსაღი ცხოვრებისა და კეთილდღეობის

უზრუნველყოფა ყველა ასაკის ადამიანისათვის, ითვალისწინებს სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრირებას ეროვნულ სტრატეგიებსა და მიზნებში.

მეხუთე მიზნის მიხედვით, რაც გულისხმობს გენდერული თანასწორობის მიღწევასა და ყველა ქალისა და გოგონას შესაძლებლობების გაუმჯობესებას, ითვალისწინებს შემდეგ ამოცანებს:

- აღმოიფხვრას ყველა სახის ძალადობა ყველა ქალისა და გოგონას მიმართ, საჯარო და კერძო სივრცეში, მათ შორის ტრეფიკინგი, სექსუალური და სხვა სახის ექსპლუატაცია;
- აღმოიფხვრას ყველანაირი დამაზიანებელი და ძალადობრივი ქმედების პრაქტიკა, როგორცაა: ბავშვთა, ადრეული და იძულებითი ქორწინება და ქალის სასქესო ორგანოების დაზიანება/დასახიჩრება;
- უზრუნველყოფილ იქნას საყოველთაო წვდომა სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე და საკუთარი რეპროდუქციული უფლებების ცოდნა;

2006 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ მიიღო შშმ პირთა კონვენცია. მანამდე შშმ ქალთა უფლებები ისტორიულად არ იყო აღიარებული საერთაშორისო და ადგილობრივ კანონებში, ხოლო დოკუმენტები, რომელიც მოიცავდა ქალთა და გოგონათა უფლებებს, უგულებელყოფდა შეზღუდულ შესაძლებლობას, რაც დიდ დაბრკოლებას უქმნიდა შეზრუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს დაეცვათ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები.

კონვენცია მონაწილე სახელმწიფოებს აკისრებს ვალდებულებას პატივი სცენ და დაიცვან შშმ ქალები. პატივისცემის ვალდებულება გულისხმობს დისკრიმინაციული კანონებისა და რეგულაციების გაუქმებასა და დისკრიმინაციული პრაქტიკის აღმოფხვრას. დაცვის ვალდებულების მიხედვით კი ყველა შშმ ქალის უფლება უნდა იყოს დაცული და ყველა სახის დისკრიმინაცია აღმოფხვრილი.

კონვენციაში შშმ ქალთა შესახებ ჩანაწერში გამოყოფილია შემდეგი საკითხები:

- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, მომსახურებისა და პროგრამების თანაბარი ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.
- ჯანდაცვის პროფესიონალების მხრიდან ხარისხიანი და არადისკრიმინაციული მომსახურების გაწევა
- სექსუალურ და რეპროდუქციულ განათლებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.
- სექსუალური და რეპროდუქციული ძალადობისგან დაცვა

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

კონვენციის მეექვსე მუხლი უშუალოდ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს ეხება და ადგენს, რომ შშმ ქალები ორმაგი დისკრიმინაციის საშიშროების წინაშე დგანან, სწორედ ამიტომ განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ. აღნიშნული მუხლის მიხედვით, მონაწილე სახელმწიფოები იღებენ ვალდებულებას:

1. მიიღონ ყველა საჭირო ზომა შშმ ქალების უფლებებისა და ძირითად თავისუფლებათა სრული და თანაბარი უზრუნველყოფისათვის.

2. მიიღონ ყველა შესაბამისი ზომა ქალთა ყოველმხრივი განვითარების, წინსვლის, დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფისა და წინამდებარე კონვენციით მათთვის მინიჭებული უფლებებისა და ძირითად თავისუფლებათა გარანტირებისათვის.

მე-6 მუხლი დაკავშირებულია კონვენციის ყველა სხვა მუხლთან და მისი მიზანია შეახსენოს წევრ ქვეყნებს შშმ ქალებისა და გოგონების უფლებათა გათვალისწინება ნებისმიერ ქმედებაში, რომელიც მიმართული იქნება კონვენციით ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებაზე. კერძოდ, საჭიროა პოზიტიური ზომების მიღება, რათა შშმ ქალები დაცულნი იყვნენ სხვადასხვა სახის დისკრიმინაციისაგან და შეძლონ ადამიანის უფლებებითა და ფუნდამენტური თავისუფლებებით სარგებლობა სხვათა თანასწორად.

მეთექვსმეტე მუხლში საუბარია სექსუალური და რეპროდუქციული ძალადობისგან დაცვაზე. სახელმწიფო სტრუქტურებმა უნდა უზრუნველყონ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაცვა ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან, მათ შორის, სექსობრივი დისკრიმინაციის ჩათვლით, როგორც შინ, ასევე გარეთ.“

ასევე სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს შშმ პირების, მათი ოჯახის წევრებისა და მხარდამჭერების დახმარება ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით, მათ შორის ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფის შემთხვევების გამოვლენის, თავიდან აცილებისა და გახმაურების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებისა და განათლების ჩათვლით.

კონვენციის 22-ე მუხლი უზრუნველყოფს შშმ პირების პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობასა და პატივისცემას. პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა გულისხმობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის უფლებას, არ განიცდიდეს თვითნებურ ჩარევას მის პირად ცხოვრებაში, ოჯახში, საცხოვრებელში და სხვა სახის კომუნიკაციაში, მიუხედავად მისი საცხოვრებლისა და პირობებისა. დაუშვებელია

მისი ღირსებისა და რეპუტაციის უკანონო ხელყოფა. ასევე, სხვათა თანაბრად უნდა იქნას დაცული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთაპირადი, სამედიცინო და სარეაბილიტაციო ხასიათის ინფორმაციის კონფიდენციალურობა.

23-ე პუნქტის პირველი ქვეპუნქტის თანახმად, „მონაწილე სახელმწიფოები იღებენ ეფექტურ და შესაბამის ზომებს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოსაფხვრელად, ქორწინებასთან, ოჯახთან, მშობლის ფუნქციებთან და პირად ურთიერთობებთან დაკავშირებულ ყველა საკითხთან მიმართებაში“.

აღნიშნული ქვეპუნქტის მიხედვით, ქორწინების ასაკში მყოფ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ყველა პირს შეუძლია თავად მიიღოს გადაწყვეტილება ქორწინებასა და ოჯახის შექმნაზე, მეუღლეთა თავისუფალი არჩევანისა და გაცნობიერებული თანხმობის საფუძველზე, ასევე მიიღონ გადაწყვეტილება შვილების რაოდენობასა და მათ დაბადებას შორის ინტერვალის თაობაზე.

25-ე მუხლი ქმნის გარანტიებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მისაწვდომობის თაობაზე.“ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები უზრუნველყოფენ უნდა იყვნენ უფასო ან ხელმისაწვდომი სტანდარტების, ხარისხისა და დონის ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებითა და პროგრამებით სხვათა თანაბრად, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროს ჩათვლით;“

საქართველოს სხვა კანონების, კანონქვემდებარე აქტების, ეროვნული სტრატეგიებისა და გეგმების მიხედვით შშმ პირებს უფლება აქვთ მიიღონ ინდივიდუალიზებული განათლება და ინფორმირებული გადაწყვეტილება, მათ შორის ისეთ საკითხებზე როგორცაა რეპროდუქცია, ქორწინება და ოჯახური ცხოვრება, უსაფრთხო სექსი, სექსუალური ძალადობა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები. აქვთ უფლება სექსუალობის გამოხატვისა და განათლების, საკუთარი კულტურული, რელიგიური და მორალური ღირებულებების და

სოციალური პასუხისმგებლობის გათვალისწინებით. აგრეთვე მათი უფლებაა იყვნენ დაცული ფიზიკური, სექსუალური და ემოციური ძალადობისგან.

საქართველოს კანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ (2020) აღიარებს შშმ პირის უფლებას პირადი და ოჯახური ცხოვრების ხელშეუხებლობის შესახებ და კრძალავს მის პირად და ოჯახურ ცხოვრებაში, კორესპონდენციასა და სხვაგვარ კომუნიკაციაში თვითნებურ ან უკანონო ჩარევას.

კანონი ცალკე გამოყოფს შშმ ქალთა და გოგონათა უფლებებსა და თავისუფლებებს, მათ შორის, რეპროდუქციულ უფლებას. კანონის მეექვსე მუხლის მიხედვით:

- სახელმწიფო უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისა და გოგონების ძირითადი უფლებებისა და თავისუფლებების რეალიზებას სხვა ქალებთან თანასწორად.
- სახელმწიფო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებსა და გოგონებს იცავს დისკრიმინაციისგან საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში და უზრუნველყოფს მათთვის სათანადო პირობების შექმნას ქალისა და მამაკაცის თანასწორი უფლებების, თავისუფლებებისა და შესაძლებლობების რეალიზაციისათვის. ამ კატეგორიის პირთა მიმართ განხორციელებული ნებისმიერი ქმედება უნდა პასუხობდეს გენდერული თანასწორობის პრინციპებს, ქალთა და გოგონათა სპეციფიკური საჭიროებების გათვალისწინებით.
- სახელმწიფო ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთათვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ხელმისაწვდომობას სხვებთან თანასწორად.

კანონის მე-12 მუხლი, რომელიც ეხება ექსპლუატაციისგან, ძალადობისა და დამამცირებელი მოპყრობისგან დაცვას, სახელმწიფოს ავალდებულებს უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების, მათ შორის, ქალებისა

და ბავშვების, ექსპლუატაციისგან, ძალადობისა და დამამცირებელი მოპყრობისაგან დაცვა.

მე-13 მუხლში საუბარია პირადი და ოჯახური ცხოვრების დაცულობაზე, სახელმწიფო იღებს ზრუნვის პასუხისმგებლობას პირადი და ოჯახური ცხოვრების ყველა საკითხთან დაკავშირებით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრისათვის, რაც, სხვა შესაძლებლობებთან ერთად, გულისხმობს:

ა) ქორწინების ასაკში მყოფ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ქორწინებისა და ოჯახის შექმნის უფლების რეალიზებას, მეუღლეთა თავისუფალი არჩევანისა და გაცნობიერებული თანხმობის საფუძველზე;

ბ) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლების რეალიზებას, მიიღონ თავისუფალი და საპასუხისმგებლო გადაწყვეტილება შვილების რაოდენობასა და მათ დაბადებას შორის ინტერვალთან დაკავშირებით, ასევე მიიღონ მათი ასაკისათვის შესაბამისი ინფორმაცია და განათლება რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონის თანახმად (2020), რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პოლიტიკას შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განსაზღვრავს (მუხლი 28). სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები ინტეგრირებულია სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამაში და მათთვის ცალკე ბიუჯეტის გამოყოფა არ ხდება, გარდა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამისა. თუმცა, შშმ ქალთა სპეციფიური საჭიროებები არ არის გათვალისწინებული შეზღუდულ შესაძლებლობასთან, სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და გენდერულ თანასწორობასთან დაკავშირებულ სახელმწიფო სტრატეგიებში, სამოქმედო გეგმებსა და პროგრამებში. სახელმწიფოს არ გააჩნია პრობლემის გადაჭრის

მექანიზმებზე კონკრეტული ხედვა, შესაბამისად, არ ხორციელდება შშმ ქალების სქესობრივი და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზების ხელშემწყობი მიზანმიმართული საქმიანობა.

2020 წელს „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონში შევიდა ცვლილება და გაჩნდა ჩანაწერი შშმ პირების შესახებ. მეექვსე მუხლის მიხედვით, „დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, შეზღუდული შესაძლებლობის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი დამოკიდებულების გამო.“

მე-16 მუხლის მიხედვით დაწესებულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიერ სამედიცინო სერვისით სარგებლობის უზრუნველსაყოფად შესაბამისი სტანდარტებისა და მეთოდების დანერგვისათვის ხელის შეწყობა;

53-ე მუხლში კი საუბარია სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების მოვალეობაზე, უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის აღნიშნულ დაწესებულებებზე თანაბარ ხელმისაწვდომობა.

საქართველოს კანონი „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ კრძალავს შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე ნებისმიერი სახის დისკრიმინაციას. კანონის აღსრულებაზე პასუხისმგებელი არის საქართველოს სახალხო დამცველი, რომელიც განიხილავს კონკრეტული პირის ან ჯგუფის საჩივარს, რომელიც თავს დისკრიმინაციის მსხვერპლად აღიქვამს.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 53-ე მუხლის 1 ქვეპუნქტის მიხედვით, დამამძიმებელ გარემოებად ითვლება და ისჯება

კანონით ისეთი ქმედებები, რომლებიც დაკავშირებულია შშმ პირთა სექსუალურ ძალადობასთან, დისკრიმინაციასთან, შშმ პირთა ადევნებასთან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის ბრძანებით „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“ სერვისის მომწოდებელი ვალდებულია შექმნას შშმ პირებზე მორგებული და ადაპტირებული გარემო, თუმცა მოცემული დოკუმენტი ძირითადად ითვალისწინებს მხოლოდ პანდუსების მოწყობას და არაფერია ნახსენები სხვა დამატებითი საჭიროებების შესახებ, რაც შშმ პირს სრულყოფილი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის მომსახურების მისაღებად სჭირდება (მაგალითად, ადაპტირებული გინეკოლოგიური კაბინეტები, გადამზადებული კადრები, ტრენინგები და ა.შ.).

2014-2020 წლების სამთავრობო სტრატეგია და 2018-2020 წლის მთავრობის სამოქმედო გეგმა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველსაყოფად, ითვალისწინებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ცოდნის, შეხედულებებისა და ქცევის კვლევას შესაბამისი ასაკის შშმ პირებისთვის და ცნობიერების ამაღლების კამპანიების გამართვას. სამწუხაროდ არცერთი მათგანი ცალკე არ გამოყოფს შშმ ქალთა უფლებებს.

არ არის განხილული შშმ ქალთა სპეციფიკური საჭიროებები 2014 წლის „სადღეღამისო სპეციალური დაწესებულებებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ხანდაზმულთა მინიმალურ სტანდარტებში“, ასევე „საქართველოს კანონში სამედიცინო და სოციალური ექსპერტიზის შესახებ.“

სექსუალური ძალადობა ინტელექტუალური და მენტალური ნიშნით შშმ ქალების

მიმართ

ევროსაბჭოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა 2017-2023 წლების სტრატეგიის მიხედვით, შშმ ქალები და გოგონები გენდერული ნიშნით ძალადობის მაღალი რისკის წინაშე დგანან, რაც ასევე აღიარებულია ევროსაბჭოს სტამბოლის კონვენციის მიერ. შშმ პირთა იზოლაცია და თემისგან სეგრეგაცია, არამხოლოდ ართმევს მათ შესაძლებლობებს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში იყვნენ ჩართულები, არამედ ნაყოფიერ ნიადაგს ქმნის ადამიანის უფლებების სერიოზული დარღვევებისთვის. შშმ ქალები და გოგონები განიცდიან გენდერული ძალადობის სხვადასხვა ფორმას, მათ შორის ფიზიკურ, სექსუალურ, ფსიქოლოგიურ და ემოციურ ძალადობას, ბულინგს, თავისუფლების თვითნებური აღკვეთას, ინსტიტუციონალიზაციას, დედობის უფლების წართმევას, ტრეფიკინგს, უფლებელყოფას, ოჯახური ძალადობასა და მავნე პრაქტიკას, როგორცაა იძულებითი ქორწინება, ქალის გენიტალიების დასახიჩრება, იძულებითი სტერილიზაცია და ინვაზიური და შეუქცევადი იძულებითი მკურნალობა. ძალადობის მრავალი ფორმა შეზღუდული შესაძლებლობისა და სქესს შორის გადაკვეთის შედეგია. გენდერული ნიშნით ძალადობა ხდება სახლში, დაწესებულებებში, სკოლებში, ჯანმრთელობის ცენტრებში და სხვა საჯარო და კერძო დაწესებულებებში, ხოლო მოძალადე პირები ხშირად არიან ნათესავები, მომვლელები და პროფესიონალები, რომლებზეც შეიძლება დამოკიდებული იყოს გოგონა ან ახალგაზრდა ქალი.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის მესამე ზოგადი კომენტარის მიხედვით, შშმ ქალებს, სხვა ქალებთან შედარებით, მეტად ემუქრებათ ძალადობის, ექსპლუატაციისა და სასტიკი მოპყრობის საფრთხე. რისკი უფრო მაღალია სმენადაქვეითებულ, უსინათლო ან მცირედმხედველ, ფსიქოსოციალური და ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების შემთხვევაში. რასობრივი, რელიგიური ან სექსუალური უმცირესობა სიღარიბე და ინსტიტუციონალიზაცია ასევე ზრდის სექსუალური ძალადობის რისკ-ფაქტორს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისათვის.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები ხშირად ექვემდებარებიან იძულებით სტერილიზაციას სხვადასხვა მიზეზების გამო, მენსტრუაციის მენეჯმენტისა და ორსულობის პრევენციის ჩათვლით. ინტელექტუალური და ფსიქოსოციალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, ისევე როგორც დაწესებულებებში მოთავსებული ქალები, განსაკუთრებით მოწყვლადია იძულებითი სტერილიზაციის მიმართ.

მიუხედავად იმისა, რომ გაეროს ადამიანის უფლებათა კომიტეტმა აღიარა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა იძულებითი სტერილიზაცია წარმოადგენს დისკრიმინაციას, ძალადობის ფორმას, წამებასა და სხვა სასტიკ, არაადამიანურ ან დამამცირებელ მოპყრობას, ეს პრაქტიკა კვლავ ლეგალურია და ბევრ ქვეყანაში გამოიყენება. მთელ მსოფლიოში მრავალი იურიდიული სისტემა საშუალებას აძლევს მოსამართლეებს, ჯანდაცვის პროფესიონალებს, ოჯახის წევრებსა და მეურვეებს თანხმობა განაცხადონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტერილიზაციის პროცედურებზე, როგორც მათი "საუკეთესო ინტერესი". ეს პრაქტიკა ხშირად ტარდება პრევენციული მიზნით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა სექსუალური ძალადობისგან დაცვის გამო და იმ არასწორი წარმოდგენით, რომ სტერილიზაცია შესაძლებლობას მისცემს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს გააუმჯობესონ თავიანთი ცხოვრების ხარისხი ორსულობის "ტვირთის" გარეშე. იძულებითი სტერილიზაცია მიუღებელი პრაქტიკაა, რომელსაც მთელი სიცოცხლის მანძილზე აქვს შედეგები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა ფიზიკურ და ფსიქიკურ მთლიანობაზე, რაც დაუყოვნებლივ უნდა აღმოიფხვრას და კრიმინალიზირდეს.

სხვა სამედიცინო პროცედურები ან ჩარევები, რომლებიც ხშირად ტარდება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონების და ახალგაზრდა ქალების ინფორმირებული თანხმობის გარეშე, მოიცავს იძულებითი კონტრაცეფციისა და იძულებითი აბორტს. კონტრაცეფცია ხშირად გამოიყენება მენსტრუაციის

გასაკონტროლებლად ჯანმრთელობის პროფესიონალების ან მშობლების მიერ. უფრო მეტიც, მიუხედავად იმისა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების კონტრაცეპტული საჭიროებები იგივეა, რაც ქალებისა შეზღუდული შესაძლებლობის გარეშე, ისინი კონტრაცეფციას უფრო ხშირად იღებენ ინექციის გზით ან საშვილოსნოსშიდა საშუალებებით, რადგან ეს უფრო მარტივია ოჯახებისა და მომსახურების მიმწოდებლებისთვის. მაგალითად, ხშირად გამოიყენება ჰისტერექტომია, როგორც ეფექტური გზა მენსტრუაციის მართვის თავიდან ასაცილებლად.

ასევე ხშირია რეპროდუქციული და უფლებების დაცვის სერვისების მიუწვდომლობა:

- ინფორმაციის ნაკლებობა უსაფრთხო და ეფექტური კონტრაცეფციის შესახებ
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა ნაყოფიერების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა.
- ბარიერები გინეკოლოგიურ მომსახურებებზე წვდომისას, როგორცაა მამოგრაფია და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი მიუწვდომელი სამედიცინო აღჭურვილობის გამო
- ნაკლები წვდომა ინფორმაციაზე, როგორცაა მშობიარობის კონტროლი, უსაფრთხო სექსი, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მკურნალობა, რადგან ისინი ითვლება ასექსუალად.

ორსულობის, მშობიარობისა და მშობლობის უარყოფითი გამოცდილება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა პერინატალური პრობლემების მართვისას, ჯანდაცვის ზოგიერთი მუშაკის უგულვებელყოფის გამო, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სექსუალობისადმი უარყოფითი დამოკიდებულება და კომუნიკაციის პრობლემები.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები ასევე განიცდიან მნიშვნელოვან გამოწვევებს მართლმსაჯულებაში, სექსუალური და გენდერული ძალადობის დროს.

ამის პირველი მიზეზი შეიძლება იყოს ის, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებმა შესაძლოა ვერ შეძლონ ძალადობის იდენტიფიცირება ან კომუნიკაცია სხვა ადამიანთან ძალადობის შესახებ. შედარებით მსუბუქი ინტელექტუალური შეფერხების მქონე ადამიანები შესაძლებელია ხვდებოდნენ რომ მათზე იძალადეს, მაგრამ ვერ ხვდებოდნენ/არ იცოდნენ რომ მათ აქვთ უფლება თქვან „არა“ და ვერ ხვდებოდნენ/არ იცოდნენ რომ აქვთ უფლება ძალადობის შემთხვევაში მიმართონ შესაბამის ორგანოებს და/ან უთხრან იმ ადამიანებს ვისაც ენდობიან.

მეორე, მათი კეთილდღეობისთვის საფრთხის შექმნის გამო, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (და არამართ) ქალებმა, შესაძლოა არავის უთხრან ძალადობის შესახებ, განსაკუთრებით მაშინ თუ მათთვის ავტორიტეტული ფიგურისგან ნასწავლი აქვთ რომ არ უნდა დასვან კითხვები.

მესამე, ფიზიკური და საკომუნიკაციო ბარიერები მართლმსაჯულების სისტემაში ხელს უშლის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სამართლიანობის ხელმისაწვდომობასა და მათ შესაძლებლობებს იბრძოლონ და მიიღონ შედეგები.

სხვა მნიშვნელოვანი მიზეზია, ის, რომ ისინი ნაკლებად იღებენ განათლებას სექსუალურ საკითხებთან/მოთხოვნილებებთან დაკავშირებით და შესაბამისი ორგანოებისთვის შეტყობინების მცდელობის შემთხვევაშიც კი ისინი ხვდებიან ბარიერებს, რადგან შესაძლოა შეზღუდული შესაძლებლობის გამო არ იყვნენ აღქმულნი ისეთ ადამიანებად რომელთაც შესაძლოა ენდონ. არ ითვლებიან კომპეტენტურ მოწმეებად, რის შედეგადაც უმეტესად სავარაუდო დამნაშავე ვერ ისჯება (Keilty & Connely 2001, Davis 2011).

სტატისტიკური ინფორმაცია ძალადობის მსხვერპლ შშმ ქალებსა და გოგონებზე არ არსებობს, რაც პრობლემის უხილავობას და გადაწყვეტილების მიმღები ორგანოების შესაბამისი თანამშრომლების ნაკლებკვალიფიციურობას განაპირობებს შშმ ქალების, მათ შორის ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ქალების, სპეციფიურ

საჭიროებებზე. საქართველოში წარმოებული დანაშაულის სტატისტიკა არ მოიცავს სტატისტიკურ მონაცემებს ძალადობის აღნიშნულ ფორმებთან დაკავშირებით, რაც საერთაშორისო გამოცდილებასთან შედარების საფუძველზე კიდევ ერთხელ უთითებს მონაცემების წარმოების ხარვეზებზე.

სექსუალურ ძალადობას აქვს საზიანო ფსიქოლოგიური, ფიზიკური და ქცევითი ეფექტი. ფსიქოლოგიური შედეგები შესაძლოა იყოს, დეპრესიის, შფოთვის, პანიკის შეტევების, დაბალი თვითშეფასების, სირცხვილის და დანაშაულის, ირაციონალური შიშის და უნდობლობის ჩამოყალიბება. სექსუალური ძალადობის ფიზიკური ეფექტები შესაძლოა იყოს: ფიზიკური ტრავმა, ინდივიდუალურ შემთხვევებში არასასურველი ფეხმძიმობა. ქცევითი ეფექტებიდან აღსანიშნავია ქცევითი სირთულეები, აგრესიულობის, თვითდამაზიანებელი ქცევის და მიუღებელი სექსუალური ქცევის ჩამოყალიბება/განვითარება (Sobsey, 1994)

რატომ არ ითხოვენ დახმარებას ძალადობის მსხვერპლი შშმ ქალები?

საზოგადოებაში არსებული მითები და სტერეოტიპები დამაზიანებელ გავლენას ახდენს თავად ადრესატებზეც - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მსხვერპლ ქალებზე და მათ ცნობიერებაზე, რაც ბარიერს კიდევ უფრო მდგრადს ხდის. ძალადობის მსხვერპლი შშმ ქალები იშვიათად ითხოვენ დახმარებას მაშინაც კი, როცა ისინი ძალადობის მსხვერპლნი არიან და თავიანთი მდგომარეობა გააზრებული აქვთ. ამის ძირითადი მიზეზებია:

- სირცხვილის განცდა ძალადობის ფაქტის გამო;
- რწმენა, რომ თვითონ იმსახურებდა ძალადობრივ მოპყრობას ან ძალადობა მისივე შეზღუდული შესაძლებლობის გამო განხორციელდა ;
- არაინფორმირებულობა საკუთარი უფლებებისა და კანონების შესახებ, რომლებიც მას ძალადობისგან იცავს;

- ძალადობის იდენტიფიცირების სირთულე, ვინაიდან მასზე ამ სახით ძალიან დიდი ხნის განმავლობაში ზემოქმედებდნენ;
- ძალადობრივ გარემოში შშმ ქალის ყოფნა იმ მიზეზით, რომ მას ჰქონდეს საცხოვრებელი;
- ინსტიტუციაში მოხვედრის შიშით დამამცირებელი და არასათანადო მოპყრობის ატანა;
- უნდობლობა სამართალდამცავებისა და მართლმსაჯულების სისტემის მიმართ;
- სამართალდამცავებთან ან სხვა პასუხისმგებელ პირებთან დაკავშირებული ცუდი გამოცდილება;
- მოძალადის მხრიდან მსხვერპლის იზოლირების საფრთხე, რაც მას უშწეო მდგომარეობაში ამყოფებს;
- შიში, რომ არავინ ენდობა მას, ან ვერავინ შეძლებს მის დახმარებას.
- პროტესტის გამოხატვის გამო დასჯის ან დაცინვის შიში
- ოჯახის მხრიდან უარყოფის შიში

სტიგმა და სტერეოტიპული დამოკიდებულებები შშმ პირებისა და სექსუალობის

შესახებ, დისკრიმინაცია შელუდული შესაძლებლობის ნიშნით

შშმ ქალებისა და გოგონების მიმართ დისკრიმინაცია შეიძლება იყოს მრავალი ფორმის:

- პირდაპირი დისკრიმინაცია;
- არაპირდაპირი დისკრიმინაცია;
- დისკრიმინაცია ასოცირების საფუძველზე;
- უარი გონივრულ მისადაგებაზე;
- სტრუქტურული ან სისტემური დისკრიმინაცია.

პირდაპირი დისკრიმინაცია წარმოიშვება, როდესაც შშმ ქალებს, აკრძალულ საფუძველზე, ეპყრობიან ნაკლებად ხელსაყრელად, ვიდრე სხვა პირს იმავე

სიტუაციაში. ის ასევე მოიცავს მავნე ქმედებებს ან შეცდომებს აკრძალული მიზეზის საფუძველზე, როდესაც არ არსებობს შესაძარებელი სიტუაცია. მაგალითად, პირდაპირი დისკრიმინაციაა, როდესაც ინტელექტუალური ან ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ჩვენებები არ მიიღება სასამართლოში მათი სამართალსუბიექტად აღიარების მხრივ არსებული ბარიერების გამო. შესაბამისად, ამ ქალებს, როგორც ძალადობის მსხვერპლთ, არ ეძლევათ წვდომა მართლმსაჯულებასა და ეფექტიან ზომებზე;

არაპირდაპირი (ირიბი) დისკრიმინაცია ეხება კანონებს, პოლიტიკას ან პრაქტიკას, რომელებიც შესაძლებელია ნეიტრალური ჩანდეს, თუმცა მაინც ჰქონდეს არაპროპორციულად უარყოფითი ზეგავლენა შშმ ქალებზე. მაგალითად, ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებები შეიძლება ნეიტრალური ჩანდეს, მაგრამ, რეალურად, ქალ პაციენტებთან მოპყრობა იყოს დისკრიმინაციული, თუკი გინეკოლოგიური სკრინინგისათვის არ იყენებენ შესაბამის საწოლებს.

დისკრიმინაცია ასოცირების საფუძველზე გულისხმობს დისკრიმინაციას შშმ პირთან ასოცირების საფუძველით. მომვლელის როლში მყოფი ქალები ხშირად განიცდიან დისკრიმინაციას ასოცირების ნიადაგზე (მაგ.: შშმ ბავშვის დედამ შეიძლება დისკრიმინაცია განიცადოს პოტენციური დამქირავებლისაგან, რომელიც შიშობს, რომ ის შეიძლება ნაკლებად ჩართული იყოს სამუშაოში ანდა ვერ მოიცალოს ბავშვის გამო).

დისკრიმინაცია გონივრულ მისადაგებაზე უარის საფუძველით წარმოიშვება მაშინ, როცა პირს უარს ეუბნებიან აუცილებელ და შესაბამის მოდიფიკაციებსა და რეგულირებებზე (რომლებიც არ აკისრებს არაპროპორციულ ან არასაჭირო ტვირთს), მიუხედავად იმისა, რომ ისინი საჭიროა შშმ პირთა მიერ საკუთარი უფლებებითა და ფუნდამენტური თავისუფლებებით სხვათა თანასწორად სარგებლობისათვის მაგ.: თუ შშმ ქალს არ შეუძლია გაიკეთოს მამოგრამა ჯანმრთელობის ცენტრში, რადგან შენობის სივრცე მისთვის ფიზიკურად მიუწვდომელია.

სტრუქტურული ან სისტემური დისკრიმინაცია ასახულია დისკრიმინაციული ინსტიტუციური ქცევის დაფარულ ან ცხად ჩარჩოებში, დისკრიმინაციულ კულტურულ ტრადიციებში, სოციალურ ნორმებსა და/ან წესებში. გენდერსა და შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებული მავნებლური სტერეოტიპები, რომლებსაც მივყავართ ასეთ დისკრიმინაციამდე, მჭიდროდ უკავშირდება პოლიტიკის, რეგულაციებისა და სერვისების ნაკლებობას, განსაკუთრებით, შშმ ქალებთან მიმართებით. მაგალითად, გენდერისა და შეზღუდული შესაძლებლობის ინტერსექციის საფუძველზე, შშმ პირები შესაძლოა წააწყდნენ ბარიერებს ძალადობაზე განცხადების დაფიქსირებისას, კერძოდ: ვერ დაარწმუნონ პოლიცია, პროკურორები და სასამართლოები და უარი ეთქვათ საქმისწარმოებაზე. მსგავსად, მავნე პრაქტიკა მჭიდროდ უკავშირდება და აძლიერებს სოციალურად სტრუქტურირებულ გენდერულ როლებსა და მახასიათებლებს, რომლებშიც აისახება უარყოფითი დამოკიდებულებები ან დისკრიმინაციული წარმოდგენები შშმ ქალების მიმართ. უფლებების დარღვევას ხშირად იწვევს ცნობიერების ასამაღლებელი ტრენინგებისა და პოლიტიკის ნაკლებობა, რომელთა მიზანიც უნდა იყოს შშმ ქალთა მავნე სტერეოტიპიზაციის პრევენცია საჯარო პირების, მასწავლებლების, ჯანმრთელობის სფეროს წარმომადგენლების, პოლიციის ოფიცრების, პროკურორების, მოსამართლეებისა და, ზოგადად, საზოგადოების მხრიდან.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ინტეგრაციის გზაზე ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ბარიერად კვლავ რჩება საზოგადოების დამოკიდებულება, სტერეოტიპული აზროვნება და ვარაუდი იმის შესახებ, თუ რა შეუძლია და რა არ შეუძლია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანს.

შეზღუდულ შესაძლებლობებსა და გენდერთან დაკავშირებული მცდარი სტერეოტიპები დისკრიმინაციის ის ფორმებია, რომლებსაც განსაკუთრებულად სერიოზული გავლენა აქვს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის შექმნის უფლებებით სარგებლობაზე. სტერეოტიპები მნიშვნელოვნად

აფერხებს ადამიანის საზოგადოებაში თანაბარი მონაწილეობისა და თვითრეალიზაციის პროცესს. შეზღუდული შესაძლებლობა თავისთავად სტიგმატიზირებულია ბევრ საზოგადოებაში და, შესაბამისად, ის არის "განსხვავების" უარყოფითი მარკერი. გალვინის თანახმად, "შეზღუდული შესაძლებლობა ხშირად აშორებს ხალხს შესაძლებლობას, ჩაერთონ ნორმალურ სექსუალურ პრაქტიკაში და / ან დაამყარონ შინაარსიანი სოციალური ურთიერთბები სხვებთან. ისინი ან არ ითვლებიან სექსუალურ ადამიანებად ან, თუ თუ აქვთ სექსუალური ქცევა მიიჩნევა მიუღებლად ან არასასურველად. იმ ადამიანებსაც კი, ვისაც შშმ პირები მიმზიდველად მიაჩნიათ, ჩვეულებრივ, "ფეტიშად" აფასებენ."

სტიგმა და სტერეოტიპები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონების და ახალგაზრდა ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შეზღუდვაში. უფრო მეტიც, გავრცელებულია მოსაზრება, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, განსაკუთრებით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, არიან ან ასექსუალები ან ჰიპერსექსუალური. ეს სტიგმები განსაკუთრებით ძლიერია ინტელექტუალური და ფსიქოსოციალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შემთხვევაში.

სტერეოტიპები, რომლებიც დაფუძნებულია გენდერული ნიშნით განსხვავებასა და შეზღუდულ შესაძლებლობებზე, ხშირად იწვევს სტრუქტურულ ან სისტემურ დისკრიმინაციას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა მიმართ, განსაკუთრებით მათი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების კუთხით. არსებული ცრურწმენები გავლენას ახდენს შშმ ქალთა თვითშეფასებაზე, რაც მათ თავს დაუცველად და სოციალურად იზოლირებულად აგრძნობინებს. უფრო მეტიც, რადგან მძიმე და ღრმა დარღვევების მქონე ბევრი ქალი ცხოვრობს დაწესებულებაში, ხშირად სრულად არის დამოკიდებული ან კონტროლირებადი სხვების მიერ, მათ არ აქვთ შესაძლებლობა გამოიყენონ ავტონომიის უფლება და მიიღონ გადაწყვეტილება საკუთარი ცხოვრების შესახებ.

შედეგად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა უმრავლესობას არ გააჩნია საბაზისო ცოდნა და მხარდაჭერა, რაც საჭიროა სექსუალური ძალადობისგან, არასასურველი ორსულობისგან და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისგან თავის დასაცავად და არ აქვთ შესაძლებლობა მიიღონ ინფორმაცია საკუთარი სხეულის, ჯანმრთელობისა და ცხოვრების შესახებ.

ქალის, როგორც პირველ რიგში მეუღლისა და ქალის როლის შესახებ დომინანტური პატრიარქალური მოსაზრებები, ასევე მითი სილამაზის სტანდარტების შესახებ ხელს უშლის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს იცხოვრონ ჯანმრთელი სექსუალური და რეპროდუქციული ცხოვრებით. შშმ ქალები საკუთარ თავს მიიჩნევენ არამიმზიდველად და უღირსად. აქვთ მოლოდინი, რომ ვერ შეძლებენ შეასრულონ ეს მოვალეობები ოჯახისა და საზოგადოების წინაშე.

ასევე გავრცელებული მითია, რომ შშმ ქალებს არ შეუძლიათ დედობა, ანუ ბავშვების გაჩენა და აღზრდა. მათ ერთმევათ დედობის უფლება, ხდება ქალთა იძულებითი სტერილიზაცია, იძულებითი აბორტი.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, რომლებიც მიეკუთვნებიან ისტორიულად არახელსაყრელ ან დისკრიმინაციულ ჯგუფებს, როგორცაა რელიგიური და ეთნიკური უმცირესობები, ღარიბი ან სოფლის მოსახლეობა, ლტოლვილები, ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ინტერსექსუალური პირები განიცდიან დისკრიმინაციის მრავალჯერად ფორმებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების განხორციელებისას. ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები განიცდიან დისკრიმინაციის მწვავე ფორმებს, რადგან გავრცელებულია მოსაზრება, რომ არ აქვთ სექსუალობისა და საკუთარი სხეულის გააზრების უნარი, ასევე აწყდებიან მნიშვნელოვან ბარიერებს სექსუალური ორიენტაციის დასადასტურებლად, რადგან მშობლები და მეურვეები ხშირად უარყოფენ და თრგუნავენ მათ შეხედულებებს.

გავრცელებულია მცდარი აზრი იმის შესახებ, რომ მოზარდებს, როგორც შეზღუდული შესაძლებლობით, ასევე მისა გარეშე, არ აქვთ შესაძლებლობა მიიღონ ავტონომიური გადაწყვეტილებები საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ან ისარგებლონ სერვისებით ოჯახის წევრისგან დამოუკიდებლად. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის უარყოფა არის ძალადობის ფორმა, რომელიც მათ ასევე აყენებს არასასურველი ორსულობის, ადრეული ქორწინებისა და სკოლის მიტოვების რისკების წინაშე.

სინამდვილეში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები ისეთივე დიაპაზონით განიცდიან სექსუალურ აზრებს, ურთიერთობებს, გრძნობებს, სურვილებს, ფანტაზიებს და მოქმედებებს როგორც ნებისმიერი სხვა. იმისათვის რომ გავიგოთ სექსუალობა და სიამოვნება მივიღოთ მისგან, ნებისმიერს ჭირდება ადეკვატური ინფორმაცია და დახმარება ახალგაზრდა ასაკიდანვე. შშმ პირების უმრავლესობას შეუძლია ქონდეს სასარგებლო პირადი ურთიერთობები, თუმცა ზოგიერთს შესაძლოა დაჭირდეს სრული მხარდაჭერა ურთიერთობების განვითარებაში, ძიებაში და საკუთარი სექსუალობის გამოხატვაში, სექსუალური ჯანმრთელობის, ინფორმაციისა და სერვისების წვდომაში.

შეზღუდული შესაძლებლობის არსებობა არ გამოირიცხავს ინდივიდუალურ სექსუალურ სურვილს. სექსუალობას მრავალი კომპონენტი აქვს. ის, რომ ვიღაცას აქვს ერთი კომპონენტის დეფიციტი, არ ნიშნავს, რომ ის სექსუალობის ყველა ასპექტიდან უნდა გამოირიცხოს, რადგან მას ყოველთვის შეუძლია გამოიყენოს ნებისმიერი სხვა კომბინაცია სექსუალური სიამოვნების მისაღებად.

სექსუალური განათლება

ინკლუზიური განათლების უფლების აღიარების პროცესი გაძლიერდა ბოლო 30 წლის განმავლობაში და დაცულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციით - პირველი სამართლებრივად სავალდებულო ინსტრუმენტით, რომელიც მოიცავს მითითებას ხარისხიანი ინკლუზიური განათლების კონცეფციაზე. ასევე მდგრადი განვითარების მეოთხე მიზანი ადასტურებს ინკლუზიური, ხარისხიანი და ყველასთვის ხელმისაწვდომი განათლების მნიშვნელობას.

ბარიერებს, რომლებიც ხელს უშლის შშმ პირებს ინკლუზიურ განათლებასთან წვდომაში, შეიძლება ქმნიდეს მრავალი ფაქტორი, მათ შორის:

- ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული შეზღუდული შესაძლებლობის მოდელის გაუზრებლობა ან განუხორციელებლობა
- შშმ პირთა მუდმივი დისკრიმინაცია, რაც მოიცავს რეზიდენტულ დაწესებულებებში ხანგრძლივად მცხოვრებთა იზოლაციას და საზოგადოების დაბალ წარმოდგენას მათზე.
- ცოდნის ნაკლებობა ინკლუზიური და ხარისხიანი განათლებისა და მრავალფეროვნების ბუნებასა და დადებით მხარეებზე, მათ შორის, კონკურენტუნარიანობაზე ყველასთვის ხელმისაწვდომ სწავლებაში.
- დეტალიზებული მონაცემებისა და კვლევის ნაკლებობა, რომლებიც აუცილებელია ანგარიშვალდებულებისა და პროგრამის განვითარებისათვის, ხელს უშლის ეფექტიანი პოლიტიკისა და ინტერვენციის პროგრესს ინკლუზიური და ხარისხიანი განათლების უზრუნველსაყოფად;
- პოლიტიკური ნების, ტექნიკური ცოდნისა და შესაძლებლობების არარსებობა ინკლუზიური განათლების უფლების განსახორციელებლად, მათ შორის, ყველა სასწავლო პერსონალის უკმარი განათლება;
- დაფინანსების შეუსაბამო და არაადეკვატური მექანიზმები წახალისებისა და გონივრული მისადაგების უზრუნველსაყოფად, ასევე, შშმ სტუდენტთა

ინკლუზიის, სამინისტროთაშორის კოორდინაციის, მხარდაჭერისა და მდგრადობისათვის;

- სამართლებრივი ზომების ნაკლებობა დარღვევების გამო კომპენსაციის მოთხოვნისათვის.

შშმ პირთა გაეროს კონვენციის მიხედვით, ქალები და გოგონები არიან მრავალგვარი დისკრიმინაციის მსხვერპლნი და მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ზომები მათ მიერ უფლებებით თანასწორი სარგებლობისათვის. ინტერსექციური დისკრიმინაცია და გარიყვა მნიშვნელოვან ბარიერებს უქმნის შშმ ქალებისა და გოგონების მიერ განათლების უფლებით სარგებლობას. განათლება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გენდერზე არსებულ ტრადიციულ შეხედულებებთან ბრძოლაში, რომლებიც აწესებს პატრიარქალურ და პატერნისტულ საზოგადოებრივ ჩარჩოებს.

ადამიანის სექსუალური განათლება მოდის ბევრი წყაროდან, მათ შორის მათი მშობლებიდან, მასწავლებლებიდან და მეგობრებიდან. ადამიანები ინტელექტუალური შეფერხებით საჭიროებენ ისეთ სექსუალურ განათლებას, რომელიც, ასწავლის მათ რომ შშმ პირებს შეუძლიათ ქონდეთ სავსე/სრულყოფილი სექსუალური ცხოვრება. განათლება უნდა მიეწოდოს ისეთი გზით რომელიც ინტელექტუალური შეფერხების მქონე ადამიანისთვის არის გასაგები. სრულყოფილი და არადისკრიმინაციული სექსუალური განათლების მიწოდება უნდა მიმდინარეობდეს, როგორც სკოლის შიგნით, ასევე მის გარეთ.

სექსუალური განათლება მათ უნდა უხსნიდეს სოციალურ წესებს, როგორცაა მაგალითად განსხვავება პირად და საზოგადო ქცევას შორის და უნდა მოიცავდეს ასაკობრივ სათანადო სექსუალურ საკითხებს, რომლებიც შესაძლოა უკავშირდებოდეს მათ შეფერხებასაც. კერძოდ, განათლება უნდა შეიცავდეს ინფორმაციას უფლებების, გენდერული როლების, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, კონტრაცეფციის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, სექსუალური და სხვა

სახის ექსპლუატაციის, ძალადობისა და ძალადობის პრევენციის, სტიგმა და სტერეოტიპების შესახებ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ შშმ ქალთა ინფორმირება და განათლება სექსუალურ და პეროდუქციულ ჯანმრთელობის შესახებ ძალიან მნიშვნელოვანია ძალადობისგან, სსგი-სგან დაცვისა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კუთხით.

შშმ ქალთა განათლება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ გარდა შშმ პირის ინდივიდუალური საჭიროებებისა, აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდეს კლიენტის კულტურას, ენას, სქესს, სექსუალური ორიენტაციასა და ასაკს. კონსულტაციისას პროვაიდერმა პატივი უნდა სცეს თითოეულ კლიენტს და გამოირიცხოს მისი დისკრიმინაცია ნებისმიერი ფორმით, რადგან ჯანდაცვის მუშაკების არათანმიმდევრული და უარყოფითი დამოკიდებულება არის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი იმისა, რომ შშმ ქალებში დაბალია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გამოყენების დონე.

სერვისის მიმწოდებელს შეუძლია ადეკვატური მომსახურების გაწევა შშმ ქალისთვის მხოლოდ მაშინ, თუ სიტუაცია კარგად აქვს გააზრებული, იცნობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ინტერპერსონალური უნარ-ჩვევებსა და კომუნიკაციის ფორმებს. ამიტომ, ყოველი ვიზიტი იგეგმება ინდივიდუალურად კლიენტის შესაძლებლობების გათვალისწინებით. მაგალითად, ინტელექტუალური და / ან მენტალური შეზღუდვის მქონე ზოგიერთ ქალს აქვს ინტელექტუალური ფუნქციონირების მაღალი დონე, შეუძლია ინფორმირებული არჩევანის გაკეთება და ნებისმიერი მეთოდის საიმედოდ გამოყენება, ხოლო ზოგს შეიძლება დასჭირდეს სრული მხარდაჭერა ამ ინფორმაციის აღქმასა და დასწავლაში.

ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებთან და გოგონებთან ეფექტური კომუნიკაციისა და კონკრეტული ქცევების დასწავლისთვის

გამოიყენება კონკრეტული ტექნიკები, რომელიც დაფუძნებულია უფლებებზე და წარმოადგენს ღირსეული და თანასწორი მხარდაჭერის საფუძველს.

პერსონაცენტრული მიდგომა

პერსონაცენტრული მიდგომა აწარმოებს მხარდაჭერას, რომელიც ფოკუსირებულია და ცენტრირებულია პირის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე, წარმოადგენს “არადირექტიულ” და ინდივიდუალურ მიდგომას და ორიენტირებულია ინდივიდის გაძლიერებაზე. მიდგომა ხედავს პიროვნების სურვილებს, ოცნებებს, ძლიერ მხარეებს და მათზე დაყრდნობით და მათი ჩართულობით ქმნის გეგმას, რომლის განხორციელებაში ჩართული არის პირის უახლოესი სოციალური წრე, რაც ხელს უწყობს არა მხოლოდ პირის სურვილებისა და საჭიროებების დაკმაყოფილებას და ღირსეულ მხარდაჭერას, არამედ სოციალიზაციას და პასუხისმგებლობების გადანაწილებას.

პერსონაზე ცენტრირებული მიდგომის მთავარი ღირებულებებია:

- ინდივიდუალური მიდგომა
- უფლებების დაცვა
- არჩევანი (არჩევანი არის რამდენიმე ვარიანტიდან ამორჩევა; ინფორმირებული არჩევანი არის თითოეული ასარჩევი ვარიანტის ცოდნა).
- თვითგამორკვევა (თვითგამორკვევა გულისხმობს, რომ პირმა დამოუკიდებლად და თავისუფლად განსაზღვროს თავისი ბედი, ისწავლოს საკუთარი თავი და შეძლოს მართვა იმ საკითხებისა, რაც მას ეხება. პირს აქვს უნარი განახორციელოს როგორც ყოველდღიური, ასევე უმთავრესი გადაწყვეტილებები მაგ: შექმნას ოჯახი, შვილების გაჩენა, სამედიცინო სერვისების გამოყენება და სხვა).
- პრივატულობა/კონფიდენციალობა
- დამოუკიდებლობა
- ღირსება
- პატივისცემა
- პარტნიორობა

პერსონაზე ცენტრირებული მიდგომა უპირისპირდება სერვისზე ცენტრირებულ მიდგომას, თუ ის ესაუბრება პიროვნებას, გეგმას პიროვნებასთან ერთად, ფოკუსირებული სიძლიერეზე, შესაძლებლობებსა და უნარებზე, მხარს უჭერს თემზე

დაფუძნებულ მომსახურებებს და ოჯახი და საზოგადოების წევრები განიხილებაინ როგორც პარტნიორები, სერვისზე ცენტრირებულ მიდგომა კი ორიენტირებულია დიაგნოზებზე და სერვისებს ქმნის კონკრეტული დიაგნოზის მქონე ადამიანისთვის, გეგმას სხვის ნაცვლად, საუბრობს ადამიანის შესახებ, მისი ჩართულობის გარეშე და რაც მთავარია, ოჯახი და საზოგადოება არ განიხილება პარტნიორად.

პერსონაზე ცენტრირებული მიდგომა გამოიყენება როგორც სერვისის დაგეგმვისა და განხორციელებისთვის, ასევე სწავლების, კომუნიკაციისა და სწორი მხარდაჭერისთვის.

აქტიური მხარდაჭერის ტექნიკა გულისხმობს ეფექტურ მხარდაჭერას, ინდივიდის შესაძლებლობებისა და უფლებების გათვალისწინებით. მიდგომის მიზანია დაეხმაროს ადამიანებს აზრიან, შინაარსიან, აქტივობებით სავსე ცხოვრებაში, ჰქონდეს არჩევანის უფლება და მოიპოვოს კონტროლი საკუთარ ცხოვრებაზე. აქტიური მხარდაჭერის ტექნიკას გააჩნია სამი ოქროს წესი:

1. “მათ ნაცვლად მუშაობის“ სტილიდან გადავდივართ” ერთად მუშაობის“ სტილზე
2. “აქტიური ჩართულობით ეტაპობრივად მცირდება მხარდაჭერის ინტენსივობა”.
3. “კეთილგანწყობილი დახმარებით, ყველას, განურჩევლად შეზღუდვის ტიპისა, შეუძლია ჩაერთოს იმ გადაწყვეტილებების მიღებაში, რაც მათ ცხოვრებას ეხება”.

აქტიური მხარდაჭერა ემყარება რამდენიმე ბაზისს.

ყველა მომენტს აქვს პოტენციალი- ადამიანის მხარდაჭერისას ჩვენი კითხვა უნდა იყოს არა „რომელი გადაწყვეტილების მიღებაში ჩავართო“ არამედ „როგორ დავუჭირო მხარი რომ ჩავართო გადაწყვეტილების მიღებაში“

ცოტა და ხშირად - ვინაიდან ახალი გამოცდილება და სწავლა ბევრად ადვილია მცირე დოზებით, ამიტომ გავამარტივოთ აქტივობები და მიწოდებული ინფორმაცია. ინფორმაციის მიწოდება ხდება მცირე დოზებით.

ეტაპობრივი მხარდაჭერა- ვაცადოთ სიტუაციას განვითარება, ადამიანს მხარი დავუჭიროთ ისე როგორც ეს მისთვის მისაღებია. გადაწყვეტილების მიღებისას შესაძლებელია ადამიანმა დაუშვას „შეცდომები“.

კონტროლისა და არჩევანის გაზრდა- (როდის და როგორ?) მხარდაჭერისას ადამიანს უნდა მივცეთ საშუალება რომ თავად აკონტროლოს საკუთარი ცხოვრება და პატივი

უნდა ვცეთ მის გადაწყვეტილებებს, თუნდაც ეს გადაწყვეტილებები „არასწორად“ მოგვეჩვენოს.

ეფექტური კომუნიკაცია

ეფექტური კომუნიკაციის ძირითადი ელემენტები პერსონაცენტრული მიდგომის მიხედვით:

- ურთიერთობა (კომუნიკაცია);
- არაგანსჯითი მიდგომა;
- პაციენტის სურვილის პატივსცემა;
- ემოციების მართვა;
- ჩართვა;
- კონფიდენციალობა;
- ინფორმირებულობა/განათლება;

ეფექტური კომუნიკაცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებთან:

- ისაუბრეთ შშმ პირებთან, ზუსტად ისე როგორც არა შშმ პირებთან
- ისაუბრეთ შშმ პირებზე, როგორც პიროვნებებზე და არა მათი დიაგნოზის მიხედვით
- ესაუბრეთ ზრდასრულებს, როგორც ზრდასრულებს და არა როგორც ბავშვებს
- ნუ გააკეთებ დაშვებებს ადამიანის შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ: მაგ. თუ ადამიანს აქვს ერთი შეზღუდული შესაძლებლობა, ნუ ჩათვლით, რომ მას სხვა დარღვევაც აქვს
- ნუ გააკეთებ დაშვებებს იმის შესახებ, თუ რისი გაკეთება შეუძლია ან არ შეუძლია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს
- იკითხეთ სანამ დაეხმარებით და პატივი ეცით ადამიანის უფლებას უარი თქვას თქვენს დახმარებაზე.
- თუ არ გესმით, რას ამბობს ადამიანი ნუ მოატყუებ- უბრალოდ კიდევ ერთხელ ჰკითხეთ მათ.
- ყოველთვის ისაუბრეთ უშუალოდ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთან, თუნდაც მას ახლდეს დამხმარე ან თარჯიმანი.

ეფექტური კომუნიკაცია ინტელექტუალური შეფერხების მქონე ადამიანებთან:

- დაუთმეთ დრო, პიროვნების ინდივიდუალური მახასიათებლების შესწავლას და ამის მიხედვით წარმართეთ კომუნიკაცია
- საუბრის დაწყებამდე დაარწმუნეთ, რომ თქვენი კომუნიკაცია არის კონფიდენციალური და შეუძლიათ გენდოთ
- საუბრის დაწყებამდე დაარწმუნდით, რომ ყურადღება კონცენტრირებულია თქვენზე
- ჰკითხეთ ადამიანს, სურს თუ არა თქვენ საუბარს დაესწროს სხვა ადამიანი
- თუ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს ახლავს სხვა ადამიანი, მაგალითად, მზრუნველი/მხარდამჭერი, თქვენ მაინც პირდაპირ უნდა ისაუბროთ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთან.
- პირველ ადგილზე დააყენე ადამიანის ინდივიდუალურ მახასიათებლები და არა მათი დიაგნოზი.
- გამოიყენეთ თვალთ კონტაქტი, მიმართეთ სახელით
- მოერიდეთ მეტაფორებს და ბარბარიზმებს
- გამოიყენეთ მარტივი ენა, საქმეზე და დანიშნულებისამებრ შერჩეული სიტყვები
- გამოიყენეთ მოკლე და მარტივი წინადადებები
- დაუსვით მარტივი კითხვები და არ ისაუბროთ სხვადასხვა თემაზე
- არ დაასრულოთ წინადადებები მათ ნაცვლად
- ნუ ისაუბრებთ პიროვნებაზე მესამე პირში
- შეინარჩუნეთ დინჯი საუბრის ტონი, წინადადებებს შორის დაიცავით ინტერვალი
- მიეცით მკაფიო ინსტრუქციები
- თუ ადამიანი იყენებს საკუთარ ტერმინებს, ინფორმაციის მიწოდება უნდა მოხდეს ამ ტერმინებით, ამ ადამიანის სასაუბრო ენის გამოყენება შესაძლოა იყოს სასარგებლო ნდობის და გაგების თვასაზრისით
- გამოიყენეთ სხეულის ენა, რადგან ინტელექტუალური შეზღუდვის მქონე ადამიანები ხშირად ვიზუალურ ნიშნებს ეყრდნობიან.

- გამოიყენეთ ვიზუალური მასალა სურათები ან როლური თამაშები, ანატომიური თოჯინები
- საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ მოდელირების მეთოდი
- თუ საჭიროა, გამოიყენეთ ვიზუალური მასალები პასუხის მისაღებად
- დააზუსტეთ პასუხები
- დაეხმარეთ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაში, მაგრამ არ გადაწყვიტოთ მათ ნაცვლად.

ეფექტური კომუნიკაცია ფსიქიკური დარღვევის მქონე ადამიანებთან:

- ესაუბრეთ მათ კომფორტულ სივრცეში, სადაც სავარაუდოდ ხელს არავინ შეგიშლით და მინიმალური გამღიზიანებელია
- დარწმუნდით, რომ თქვენი საუბრის ტონი არის მშვიდი
- ნუ მოატყუებთ მათ
- მიჰყევით ერთ თემას
- იყავით კარგი მსმენელი, მგრძობიარე და იყავით მზრუნველი მიდგომით.
- მიეცით საშუალება ისაუბრონ და გაიხსნან, მაგრამ არ დააძალოთ რამის თქმა
- არ შეაშინოთ ისინი კითხვებით, რომელიც ეხება მათ მდგომარეობას.

თუ ადამიანს აღენიშნება აგზნება, შფოთვა, პანიკა, შიში, დეზორიენტაცია ან აგრესიულობა:

- მშვიდად იყავი და აუჩქარებლად შეინარჩუნე ხმა
- გამოყავით დრო და მიეცით ადამიანს საშუალება ისაუბროს
- თანაგრძნობა გამოავლინეთ ნათქვამის მიხედვით
- არ შეაშინოთ, თვენს გამოცდილებაზე საუბრით
- გახსოვდეთ, რომ ჰალუცინაციები და ბოდვები რეალურია იმ ადამიანისთვის, მაგრამ არა თქვენთვის

ეფექტური კომუნიკაციის ხელის შემშლელი ფაქტორები:

- კრიტიკა, დადანაშაულება ან ხმის აწევა
- სიბრალოლი ან რაიმე დამამცირებელი სიტყვის თქმა.
- მათ მიმართ ნებისმიერი სახის მტრული დამოკიდებულების ჩვენება
- ზედმეტი ჩურჩული და სიცილი ნებისმიერ თემაზე
- სარკასტულობა ან მათი მდგომარეობის შესახებ ხუმრობა
- თანამოსაუბრის მოტყუება

- მის გადაყვეტილებაზე გავლენის მოხდენა ან მის მაგივრად გადაწყვეტა, თუმცა ეს ეხებოდეს ერთი შეხედვით უმნიშვნელო დეტალს

ლიტერატურა:

1. Amponsah-Bediako, K. (2013). Relevance of disability models from the perspective of a developing country: An analysis. The International Institute for Science, Technology and Education (IISTE), 122.
2. Rantoa Letšosa, M. R. (2018). Models of disability: A brief overview. HTS Theologiese Studies/Theological Studies , 2.
3. National disability coordination officer program „Communicating effectively with people with disabilities“
https://www.westernsydney.edu.au/_data/assets/pdf_file/0009/887931/NDCO_Communicating_effectively.pdf?fbclid=IwAR1HvKJaISooP2eTjsvSCFZVKK7hfEJTk34nOP-5XVSFDUefV01_0wU_nNQ
4. Australian federation of disability organization “Communication with people with disabilities”
<https://www.afdo.org.au/resource-communication-with-people-with-disabilities/?fbclid=IwAR0UB8KWoymkkBgMY4I1flolj1IGTO7C07QlrhMO5hllIsnZbGIXCorw5ig>
5. WHO (2011) “World Report on Disability”
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>
6. სოციალური მომსახურების სააგენტო (2020) „სოციალური პაკეტის მიმღებთა რაოდენობა ჯგუფების მიხედვით სქესობრივ-ასაკობრივ ჭრილში“
http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=1472
7. შუზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტი ზოგადი კომენტარი №4 (2016) ინკლუზიური განათლების შესახებ
https://www.ombudsman.ge/res/docs/2019110511405657307.pdf?fbclid=IwAR1CH1XUFopKgeqJrSMcISdPmV_Q4IJyveCcG4oci6q5u1riLkpGdU4UqvA
8. World Health Organization (2011) „*WORLD REPORT ON DISABILITY*“
9. HANDICAP INTERNATIONAL (2011) „*INTRODUCTION AND DISABILITY AWARENESS COMPONENTS*“.

10. გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია (2006) „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“.

11. საქართველოს მთავრობა (2020) „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“

12. UN (2017) „*Sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities*“.

13. Life Without Barriers. „*PERSON CENTRED PRACTICE APPROACH*“

14. Government of western Australia; “Positive Support – Improving Quality of Life“

<https://slideplayer.com/slide/4357714/?fbclid=IwAR2pqZiSnB0lLx9KasNnX30NRFsvbwUvPHT0zt9y5a9YUcl6CYCh5o2q9KM>