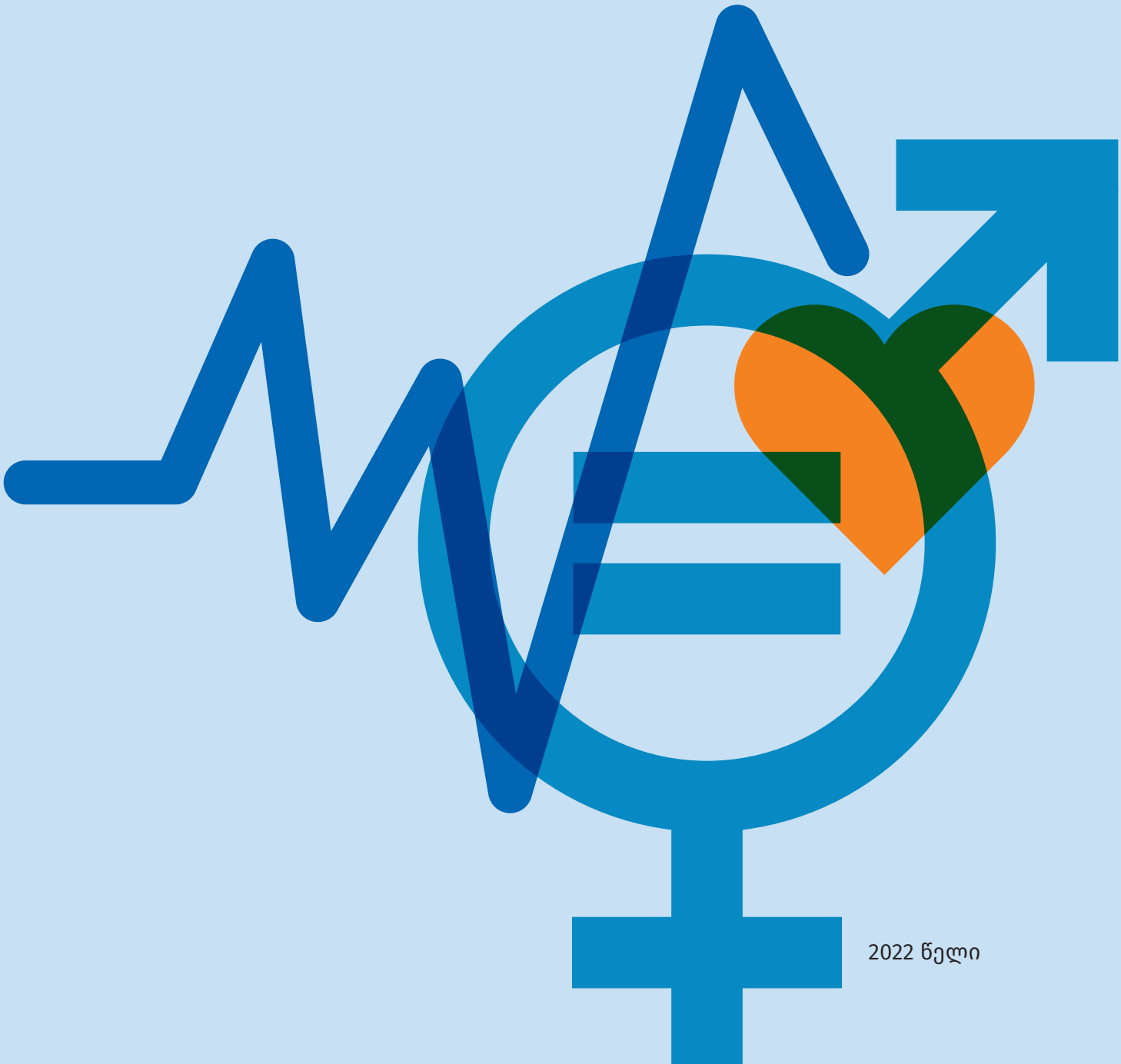
UN JOINT PROGRAMME
FOR GENDER EQUALITY

სპეციალური ანგარიში

საქართველოში არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების კუთხით არსებული მდგომარეობის შეფასება



2022 წელი

პუბლიკაცია მომზადდა საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით, გაეროს ერთობლივი პროგრამის, „გენდერული თანასწორობისთვის“ ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება შვედეთის მთავრობის ფინანსური მხარდაჭერით. პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორს და არ წარმოადგენს UNFPA-ს და შვედეთის მთავრობის ოფიციალურ პოზიციას.

კვლევის ავტორი: ესმა იმერლიშვილი

საველე სამუშაოებზე პასუხისმგებელი პირები: გოარ აღჯოიანი, სუსანა შაქარჯიანი, აითაჯ ხალილოვა

სარჩევი

კვლევის მეთოდოლოგია **2**

კვლევის შეზღუდვები და თავისებურებები **4**

კვლევის შედეგები **5**

კვლევის ძირითადი მიგნებები **5**

1. კონტრაცეფციაზე წვდომა და ბარიერები **7**

1.1. კონტრაცეფციის/ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკა 7

1.2. კონტრაცეფციის/ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკის ბარიერები 10

1.3. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა 13

1.4. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები არასრულწლოვნებში 16

1.5. რეპროდუქციული ძალადობა 16

2. დედათა ჯანმრთელობა **19**

2.1. ანტენატალურ სერვისებზე წვდომა და ბარიერები 20

2.2. მშობიარობის სერვისებზე წვდომა და ბარიერები 23

2.3. გინეკოლოგიური ძალადობა 24

2.4. მშობიარობის შედგომი პერიოდი და დედათა ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური ფაქტორები 26

3. საზიანო პრაქტიკები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ჭრილში **27**

დასკვნა **30**

რეკომენდაციები **30**

შესავალი

წინამდებარე კვლევა, საქართველოში მცხოვრები არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მდგომარეობის შესწავლის, საკვანძო საკითხების გამოკვეთის და სახელმწიფო უწყებებისთვის შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავების პირველი მცდელობაა.

კვლევას საფუძვლად უდევს საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის გენდერის დეპარტამენტის მიერ 2017 და 2019 წელს ჩატარებული კვლევები,[1] რომლებმაც ნათლად აჩვენეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებით ქვეყანაში არსებული გამოწვევები და გამოავლინეს ცალკეული მოწყვლადი პოპულაციები, მათ შორის, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალები და გოგოები. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების კვლევა არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებსა და გოგოებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ქალის სექსუალობა და რეპროდუქციული პრაქტიკა სოციალურ-კულტურული ფაქტორებით არის ნაკარნახევი, ხოლო არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების უფლებების დაცვა მათი იდენტობის განმსაზღვრელი მახასიათებლების აღიარებით და თანაბარუფლებიანობით არის შესაძლებელი.

წინამდებარე კვლევა კონკრეტულად შეისწავლის კონტრაცეფციის, დედათა ჯანმრთელობის და საზიანო პრაქტიკების საკითხებს და კიდევ ერთხელ ადასტურებს ამ მიმართულებით სისტემურ გამოწვევებს და მათზე რეაგირების გადაუდებელ საჭიროებას. საქართველოს სახალხო დამცველი იმედს იტოვებს, რომ სახელმწიფო უწყებები მხედველობაში მიიღებენ კვლევის შედეგად გამოვლენილ მნიშვნელოვან პრობლემურ საკითხებს და უზრუნველყოფენ ამ პრობლემური საკითხების კორექციისთვის საჭირო, ამავე ანგარიშში წარმოდგენილი რეკომენდაციების შესრულებას.

კვლევის მეთოდოლოგია

წინამდებარე კვლევის მიზანი იყო შეესწავლა საქართველოში მცხოვრები არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი[2] ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებრივი (სრჯუ) მდგომარეობა და ამ კუთხით ქვეყანაში არსებული გამოწვევები. კერძოდ:

- შეესწავლა ის სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული მახასიათებლები, რომლებიც საქართველოში მცხოვრები არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ახდენს გავლენას; და
- გამოევლინა არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის ბარიერები და ამ ბარიერების გამომწვევი მიზეზები.

1 კვლევები მომზადებულია საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის ფინანსური მხარდაჭერით:
(1) ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება 2017. კვლევის ანგარიში მისწვდომია შემდეგ ბმულზე: https://bit.ly/3qmQFEz [ბოლო ნახვა: 25.12.2021];
(2) სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების საკითხებზე ეროვნული კვლევა 2019. კვლევის ანგარიში მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: https://bit.ly/3FrCKn2 [ბოლო ნახვა: 25.12.2021].

2 კვლევის ფარგლებში, კვლევის რესპონდენტთა ეთნიკურ უმცირესობად იდენტიფიცირებისთვის, დეტალური ინფორმაცია მოცემულია მეთოდოლოგიის შემდეგ ქვეთავში: „კვლევის სამიზნე პოპულაცია და საკვლევი სუბიექტების რეკრუტირება“.

ამ მიზნის მისაღწევად, კვლევა ითვალისწინებდა, ეპასუხა შემდეგი კითხვებისთვის:

1. რა გამოწვევები აქვთ არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელ ქალებსა და გოგოებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებით?
2. რამდენად ითვალისწინებს საქართველოს ჯანდაცვის პროგრამები და სერვისები არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სპეციფიკურ საჭიროებებს?
3. რისი გაკეთებაა საჭირო არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებზე მორგებული ჯანმრთელობის პროგრამებისა და სერვისების განსავითარებლად?

აღსანიშნავია, რომ კვლევა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლების შემდეგ საკითხებზე ფოკუსირდა: (1) კონტრაცეფცია, ოჯახის დაგეგმვის ჭრილში; (2) დედათა ჯანმრთელობა და (3) საზიანო პრაქტიკების გავლენა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე.

კვლევის მეთოდოლოგია შემუშავებულია გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) გზამკვლევში ასახული ჩარჩოს შესაბამისად,[3] რომელიც წარმოადგენს ინსტრუმენტს ადამიანის უფლებათა დამცველი ინსტიტუტებისთვის, რათა შეაფასონ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით ქვეყანაში არსებული მდგომარეობა და საერთაშორისო სტანდარტებისა და ინდიკატორების შესაბამისად გამოკვეთონ ამ სფეროში ადამიანის უფლებათა დარღვევის ძირითადი ტენდენციები, შეიმუშაონ რეკომენდაციები და ადვოკატირება გაუწიონ შემუშავებული რეკომენდაციების შესრულებას.

წინამდებარე კვლევის მიზნის, საკვლევი კითხვებისა და UNFPA-ს ზემოაღნიშნული ჩარჩოს საფუძველზე შემუშავდა კვლევის მეთოდოლოგია და გაიწერა კვლევის ჩატარების პროტოკოლი, რომლის საფუძველზე განისაზღვრა საკვლევი პოპულაცია, კვლევის ინსტრუმენტები, დაიგეგმა კვლევის ჩატარების არეალი.

კვლევის მეთოდოლოგიის შემუშავების საწყის ეტაპზევე განისაზღვრა ძირითადი საკვლევი პოპულაცია, რისთვისაც გამოყენებულ იქნა გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის (OHCHR) 2010 წლის პუბლიკაციაში - „უმცირესობათა უფლებები: საერთაშორისო სტანდარტები და გაიდლაინი იმპლემენტაციისთვის“ - გამოყენებული განსაზღვრება, რომელიც, თავის მხრივ, ეფუძნება სუბიექტურ (ადამიანი თავად ახდენს საკუთარი ეთნიკური იდენტობის სახელდებას) და ობიექტურ (საერთო ეთნოსი, რელიგია და ენა) მახასიათებლებს.[4] ამასთანავე, ობიექტური მახასიათებლებიდან, კვლევაში ჩართვის აუცილებელ კომპონენტად შეირჩა ენობრივი ბარიერის არსებობა (ვერ საუბრობს, ან უჭირს ქართულად კომუნიკაცია).

ძირითადი სამიზნე პოპულაციის გარდა, განისაზღვრა კვლევის სხვა სამიზნე ჯგუფებიც. ესენია: ექიმები (გინეკოლოგი, სოფლის/ოჯახის ექიმი), ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის შემქმნელი ან განმახორციელებელი, ადგილობრივი თვითმმართველობის და სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენლები.

3 UNFPA-ს გზამკლვევი „ადამიანის უფლებათა დამცველი ინსტიტუტების მხარდაჭერის გზამკვლევი: ადამიანის უფლებათა შესახებ ქვეყნის შეფასება და ეროვნული კვლევა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში“ (UNFPA-ს გზამკვლევი).

4 წყარო ხელმისაწვდომია: https://www.refworld.org/docid/4db80ca52.html, ბოლო ნახვა: [30.07.2020].

კვლევა ჩატარდა არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფებით ყველაზე მჭიდროდ დასახლებულ ორ რეგიონში: სამცხე-ჯავახეთი (ეთნიკურად სომეხი მოსახლეობა) და ქვემო ქართლი (ეთნიკურად აზერბაიჯანელი მოსახლეობა). კონკრეტულად, საველე სამუშაოები ჩატარდა სამცხე-ჯავახეთის რეგიონის ორ - ახალქალაქისა და ახალციხის მუნიციპალიტეტებში, და ქვემო ქართლის ერთ მუნიციპალიტეტში - გარდაბნის მუნიციპალიტეტში.

საველე სამუშაოების დაწყებამდე თითოეული სამიზნე ჯგუფისთვის შემუშავდა კვლევის ინსტრუმენტები - ჩაღრმავებული ინტერვიუს და ფოკუს ჯგუფის გზამკვლევი.[5] საველე სამუშაოები ჩატარდა 2021 წლის სექტემბერ-ოექტომბერში, სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელი ინტერვიუერების მიერ იმ ენაზე, რომელიც თავად რესპონდენტებმა შეარჩიეს. თითოეული ჩაღრმავებული ინტერვიუ და ფოკუს ჯგუფის დისკუსია, რამდენიმე ჩაღრმავებული ინტერვიუს გარდა, ჩატარდა პირისპირ.[6] ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფის დისკუსიების დროს გაკეთდა აუდიოჩანაწერები, მომზადდა ტრანსკრიპტები, ჩატარებული ინტერვიუები ითარგმნა სომხურ და აზერბაიჯანულ ენაზე (თავად ინტერვიუერების მიერ). მომზადებული ტრანსკრიპტებით მიღებული ინფორმაცია დამუშავდა, ჩაუტარდა თემატური კოდირება და კოდირების შედეგად მიღებული მონაცემების ანალიზი.

კვლევის შეზღუდვები და თავისებურებები

კვლევა ერთ-ერთი პირველი მცდელობაა, შეისწავლოს არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხები საქართველოში. შესაბამისად, ის წარმოადგენს ღირებულ დოკუმენტს ამ ჯგუფის მიმართ სენსიტიური და სპეციფიკურ საჭიროებებზე მორგებული ჯანდაცვის პოლიტიკისა და პროგრამების შესამუშავებლად, ასევე, საკითხის შემდგომი სიღრმისეული კვლევისთვის. გარდა ამისა, საყურადღებოა ისიც, რომ ეს არის პირველი კვლევა, რომელიც საქართველოში რეპროდუქციული და გინეკოლოგიური ძალადობის საკითხებს შეისწავლის. შესაბამისად, კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაცია განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა არა მხოლოდ კვლევის სამიზნე, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენლებისთვის, არამედ, ზოგადად, მოსახლეობისთვის. ამ მიმართულებით კვლევის შედეგების მნიშვნელობას განაპირობებს ისიც, რომ ქვეყანაში დამკვიდრებული სოციალური და კულტურული ნორმებიდან გამომდინარე, ამ ტიპის ძალადობა არც ისე იშვიათი პრაქტიკაა, განსაკუთრებით, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებში.

გარდა ამისა, კვლევას გააჩნია რიგი თავისებურებები, რომელთა გათვალისწინება მნიშვნელოვანია შედეგების სწორი ინტერპრეტაციისა და შესაბამისი ქმედებების შემდგომი დაგეგმვისთვის. ამ თვალსაზრისით, პირველ რიგში, საყურადღებოა ის, რომ წინამდებარე ანგარიშში მოცემული ინფორმაცია ჯანდაცვის სისტემის ყოვლისმომცველი ანალიზის და შეფასების საშუალებას არ იძლევა. არამედ, საკვლევი ფოკუსისა და გამოყენებული მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით, შეისწავლის მხოლოდ არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სპეციფიკურ საჭიროებებს და ამ საჭიროებების საპასუხოდ სახელმწიფოს მიერ გატარებული ღონისძიებების რელევანტურობას, რაც, თავის მხრივ, სავსებით შესაძლებელია, რომ იმეორებდეს ზოგადი პოპულაციის წინაშე არსებულ გამოწვევებსა და საჭიროებებს.

5 კვლევის ინსტრუმენტები და ინფორმირებული თანხმობის ფორმები, რომლებიც განკუთვნილი იყო ძირითადი სამიზნე პოპულაციისთვის, ითარგმნა სომხურ და აზერბაიჯანულ ენებზე.

6 კოვიდ პანდემიის გამო, პროფესიულ ჯგუფებთან ჩატარებული რამდენიმე ჩაღრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა ონლაინ.

აღსანიშნავია ისიც, რომ გამოყენებული კვლევის მეთოდოლოგია, რომელიც თვისებრივი ხასიათისაა, ავლენს საკვლევი საკითხის ირგვლივ არსებულ ძირითად ტენდენციებს, მაგრამ ვერ შეისწავლის გამოკვეთილი ტენდენციების გავრცელების სიმძიმეს. ამასთანავე, კვლევა მოიცავს საქართველოში მცხოვრებ ორ ყველაზე დიდ არადომინანტ ეთნიკურ ჯგუფს - ეთნიკურად სომეხ და აზერბაიჯანელ მოსახლეობას და კვლევის ფოკუსის მიღმა ტოვებს სხვა ეთნიკურ ჯგუფებს. ამიტომ, კვლევით მიღებული შედეგების ყველა ეთნიკურ ჯგუფზე განზოგადება დამატებითი ანალიზისა და განსჯის გარეშე, არ შეიძლება.

ბოლოს, აუცილებელია აღინიშნოს კოვიდ პანდემიით განპირობებული იმ გამოწვევების შესახებ, რომელთაც კვლევის მიმდინარეობაზე მოახდინეს გავლენა. კერძოდ, ქვეყანაში არსებული ეპიდემიოლოგიური სიტუციიდან გამომდინარე, საველე სამუშაოები წინასწარ დაგეგმილი ოთხი მუნიციპალიტეტის ნაცვლად, მხოლოდ სამ მუნიციპალიტეტში ჩატარდა.

კვლევის შედეგები

კვლევის ძირითადი მიგნებები

კვლევამ აჩვენა, რომ რიგი **სოციალურ-კულტურული ფაქტორები,** უპირატესად კი, **გენდერული ნორმები და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმა,** ხშირად იწვევს არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დარღვევას. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ უფლებადარღვევის განმაპირობებელი რიგი გარემოებები საერთოა საქართველოში მცხოვრები ზოგადი მოსახლეობისთვის. თუმცა, გარკვეული გამოცდილებები უნიკალურია, რაც სამიზნე ჯგუფის სექსუალური და რეპროდუქციული უფლების განსახორციელებლად განსხვავებული მიდგომების გამოყენების აუცილებლობაზე მიანიშნებს.

- კვლევამ გამოკვეთა ტენდენცია, რომ **ქალების მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა კულტურულად ნაკლებად მისაღებია,** რადგან საზოგადოება მათ, ძირითადად, საშინაო საქმეებზე, შვილებსა და ოჯახის სხვა წევრებზე ზრუნვის პასუხისმგებლობას აკისრებს. სწორედ ეს არის იმის ერთ-ერთი მიზეზი, რომ ქალები, საჭიროების შემთხვევაშიც კი, იშვიათად აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებებს. ამ თვალსაზრისით, გამონაკლისს წარმოადგენს ორსულობასა და მშობიარობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სერვისები, სადაც ნაყოფის კეთილდღეობის მიზნით, ქალების რეგულარული ვიზიტები ოჯახის წევრებისა და ზოგადად, საზოგადოების მიერ მეტად არის წახალისებული. თუმცა, კვლევამ გამოავლინა ცალკეული შემთხვევები, როდესაც ქალები, განსაკუთრებით, მეორე და შემდგომი ორსულობების დროს, ორსულობის გვიან ვადაზე აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებას (კულტურულად დეტერმინირებული იმავე ფაქტორის გამო);
- კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ **დედობა ქალის უპირველეს პასუხისმგებლობად არის მიჩნეული,** სადაც ბევრი შვილის ყოლა კულტურულად მეტად წახალისებულია, ხოლო კონტრაცეფციის საჭიროებას, საზოგადოება სათანადოდ ვერ აღიქვამს; შესაბამისად, ეს გარემოება *კონტრაცეფციაზე წვდომის ერთ-ერთი ბარიერია.* გარდა ამისა, გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ საკვლევ თემში ქალის რეპროდუქციის მნიშვნელობა, ხშირად წაახალისებს *ახალგაზრდა ასაკში ქალების ქორწინებას, რაც,* მეტად სავარაუდოა, რომ ადრეული და იძულებითი ქორწინების რისკის ზრდას იწვევდეს;

- **სექსუალობასთან დაკავშირებული ტაბუ,** ქალებს, ხშირად, *საჭირო ინფორმაციის, სერვისისა და პროდუქტების მიღმა ტოვებს.* კერძოდ, ტაბუთი განპირობებული სირცხვილის გამო, ქალებს ხშირად უჭირთ ექიმისთვის შეკითხვის დასმა, პარტნიორთან კონტრაცეფციის, ან სხვა საკითხების განხილვა და საკუთარი სამედიცინო საჭიროების დაკმაყოფილებისთვის ფინანსური რესურსის მისაღებად ეფექტიანი კომუნიკაციის დამყარება;
- **ქალის სხეულებრივი ავტონომიის უგულებელყოფა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პარტნიორის და ოჯახის უფროსი თაობის წევრების ჩარევის ხშირი პრაქტიკა,** ხშირად იწვევს არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული უფლების დარღვევას. კვლევამ აჩვენა, რომ ამგვარი პრაქტიკა კვლევის სამიზნე პოპულაციაში *რეპროდუქციულ ძალადობასა და მის ხელშემწყობ ფაქტორებს* წაახალისებს. გარდა ამისა, ქალის ავტონომიის უგულებელყოფის კულტურულად დეტერმინირებული ქცევა არამხოლოდ ოჯახში, არამედ სამედიცინო დაწესებულებებშიც ვლინდება - *პაციენტების კონფიდენციალობის და ავტონომიის დარღვევა და გინეკოლოგიური ძალადობა;*
- **ქალის სექსუალობის კონტროლი,** როგორც აღმოჩნდა, კიდევ ერთი გავრცელებული პრაქტიკაა არადომინანტ ეთნიკურ ჯგუფებში, რომელიც *ქორწინებასთან დაკავშირებულ გარკვეულ წესჩვეულებებში ვლინდება და ქალების ღირსების შემლახავ ქმედებებს განაპირობებს.*

გარდა ზემოაღნიშნულისა, კვლევამ აჩვენა, რომ **ინფორმაციის ნაკლებობა, რომელიც არაიშვიათად ენობრივი ბარიერის გამო არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებს შორის უფრო მწვავედ არის გამოვლენილი,** ასევე უდევს საფუძვლად სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დარღვევას. კვლევის თანახმად, ინფორმაციის დეფიციტი, ძირითადად, შემდეგი ფაქტორებით არის განპირობებული:

- **სკოლებში ადამიანის სექსუალობის შესახებ ყოვლისმომცველი განათლების არარსებობა** ცოდნის დეფიციტის განმაპირობებელი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია, რომელიც მხოლოდ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ნაკლებობით კი არ შემოიფარგლება, არამედ ქალებს არც სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ აწვდის ინფორმაციას; სწორედ ამის შედეგი შეიძლება იყოს ის, რომ კონტრაცეფციაზე, დედათა ჯანმრთელობის და სხვა სერვისებზე წვდომა, მნიშვნელოვანწილად იმ კულტურული და სოციალური ფაქტორებით არის გამოწვეული, რომლებიც ქალების გენდერული ნიშნით ძალადობას და მათი სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების უგულებელყოფას განაპირობებს;
- **სამედიცინო პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაცია** ასევე უარყოფითად აისახება ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე. ამასთანავე, ჯანდაცვის პროფესიონალების არასაკმარისი ცოდნა, როგორც წესი, სამეცნიერო სამედიცინო ცოდნის დეფიციტთან ერთად, პაციენტთან ურთიერთობის უნარებისა და ცოდნის დეფიციტშიც გამოიხატება;
- **არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოებისთვის გასაგებ ენაზე ინფორმაციის მიღების შეზღუდული შესაძლებლობა** კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი დამაბრკოლებელი ფაქტორია ქალებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭირო ხარისხიანი და კონფიდენციალური სერვისების მისაღებად.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამებისა და სერვისების სიმცირე, ხოლო არსებული პროგრამების გენდერულად არასენსიტიურობა, არაინკლუზიურობა, დაბალი ხარისხი და ადმინისტრირებასთან დაკავშირებული პრობლემები, ასევე მნიშვნელოვნად აფერხებს არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალების წვდომას საჭირო სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე. კერძოდ:

- დედათა ჯანმრთელობის სახელმწიფო სერვისები ყურადღების მიღმა ტოვებს მშობიარობის შემდგომი პერიოდისა და ზოგადად, დედათა მენტალური ჯანმრთელობის სერვისებს;
- კონტრაცეფციისა და ოჯახის დაგეგმვის სახელმწიფო სერვისების არარსებობა განსაკუთრებულ ტვირთად აწევთ არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებსა და გოგოებს, რადგან კვლევამ აჩვენა, რომ ამ თემში, ქალებს ფინანსური დამოუკიდებლობა არ აქვთ და ოჯახის დაგეგმვის საშუალებებზე მათი წვდომა მთლიანად ქმრებზე ან ოჯახის სხვა წევრებზეა დამოკიდებული;
- სახელმწიფო დაფინანსების არარსებობის გარდა, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების განხორციელების კიდევ ერთი ბარიერია კონტრაცეფციისა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისა თუ პროდუქტების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება, რადგან საცხოვრებელი ადგილიდან შორ მანძილზე გადაადგილება მათთვის განსაკუთრებულ პრობლემას ქმნის. ამ მხრივ, კვლევის სამიზნე ჯგუფის მოწყვლადობას, ზემოაღნიშნული ფინანსური ფაქტორის გარდა, ოჯახის მხრიდან სახლიდან დიდი ხნით გასვლასთან დაკავშირებული წინააღმდეგობა წარმოქმნის;
- ანტენატალური სერვისებით სარგებლობისთვის სამედიცინო დაწესებულებაში ორსულობის ცამეტი კვირის ვადამდე ვიზიტის განხორციელების აუცილებლობა, როგორც კვლევამ აჩვენა, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისთვის, ხშირად, უფასო სერვისებით სარგებლობის შემაფერხებელი მიზეზი ხდება. რადგან, კვლევის თანახმად, ენის ბარიერის გამო, ქალები დროულად ვერ იღებენ ინფორმაციას პროგრამის შესახებ;
- კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ არცთუ იშვიათად, ფინანსური და სამედიცინო სერვისების ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემების გამო, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალები დედათა ჯანმრთელობის სერვისების მისაღებად აზერბაიჯანსა და სომხეთში მიდიან.

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ მიუხედავად ანტენატალური სერვისების დაფინანსებისა, ორსული ქალებისთვის ფინანსურ ბარიერს წარმოქმნის ის გარემობა, რომ გართულებული ორსულობების დროს, სახელმწიფო არ აფინანსებს რიგ ნოზოლოგიებს. ეს, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალების თქმით, მათ მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება.

1. კონტრაცეფციაზე წვდომა და ბარიერები

კვლევის მიზნებისთვის, კონტრაცეფცია ოჯახის დაგეგმვის ჭრილშია განხილული და შესაბამისად, მიმოიხილავს არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების არასასურველი ორსულობებისგან თავის დაცვის პრაქტიკას და ამ კუთხით მათ წინაშე მდგარ გამოწვევებს.

1.1. კონტრაცეფციის/ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკა

კონტრაცეფციის შესახებ საჭირო ინფორმაციაზე, სერვისებსა თუ პროდუქტებზე წვდომა ადამიანის უფლებების ნაწილია, რომლის უზრუნველყოფაც რიგი უარყოფითი შედეგების თავიდან აცილების შესაძლებლობას იძლევა, განსაკუთრებით, ქალებისთვის. კერძოდ, ოჯახის დაგეგმვა და არასასურველი ორსულობების თავიდან აცილება ხელს უწყობს დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას და ორსულობასთან დაკავშირებული სიკვდილობის რიცხვის შემცირებას. ამასთანავე, აღნიშნული სარგებელი, განსაკუთრებული მნიშვნელობისაა ადამიანთა ცალკეული ჯგუფებისთვის, მათთვის, ვისთვისაც ორსულობა და მშობიარობა დამატებით რისკებთან არის დაკავშირებული. მაგალითად, ეს შეიძლება იყოს ქალის ასაკი (არასრულწლოვნები, ან ასაკში მყოფი ქალები), ორსულობებს შორის მცირე შუალედი, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები,

გარკვეული ტიპის მედიკამენტების მოხმარება და სხვ.[7] გარდა დედათა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული აღნიშნული რისკებისა, ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე წვდომა ამცირებს საფრთხის შემცველი აბორტების რიცხვს, ასევე, ახალშობილთა და ბავშვთა ავადობასა და სიკვდილობას. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების თავიდან აცილების გარდა, არასასურველი ორსულობების პრევენცია და სურვილის შესაბამისად დაგეგმილი ორსულობები, გოგოებისა და ქალებისთვის განათლების მიღების, პროფესიული განვითარების, დამოუკიდებელი ცხოვრების და საკუთარი შესაძლებლობების სრული რეალიზების აუცილებელი წინაპირობაა.[8]

კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული ცოდნა: კვლევამ აჩვენა, რომ არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალების, გოგოების და თავად - ექიმების ოჯახის დაგეგმვასა და კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული ცოდნა, ორივე რეგიონში, მწირია. ინფორმაციის ნაკლებობისა და საკითხისადმი ზედაპირული მიდგომის შედეგად, დაუგეგმავი და არასასურველი ორსულობების რისკი იზრდება. ეს უკანასკნელი, თავის მხრივ, ზრდის საფრთხის შემცველი აბორტებისა და გართულებული ორსულობების განვითარებას, საბოლოოდ კი, ქალისა და ნაყოფის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკებს. ამ პროცესებს შორის კავშირები თითოეული საკვლევი პოპულაციის წარმომადგენელთან ჩატარებული ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფის დისკუსიების შედეგად მიღებულმა ინფორმაციამ არაერთგზის დაადასტურა.

კერძოდ, კვლევამ აჩვენა, რომ არადომინანტი ეთნიკური ჯფუფის წარმომადგენელი ქალების და გოგოების მნიშვნელოვან ნაწილს არ შეუძლია სიტყვა „კონტრაცეფციის“ განმარტება,[9] მათ შორის, არ აქვს ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების შესახებ სათანადო ცოდნა. რესპონდენტებისთვის ყველაზე ნაცნობი კონტრაცეფციის მეთოდებია ე.წ. შეწყვეტილი სექსუალური აქტი, კალენდარული მეთოდი, საშვილოსნოსშიდა საშუალებები, ჰორმონალური აბები და პრეზერვატივი; შედარებით ნაკლებად - კონტრაცეფციის პერმანენტული საშუალებები და რამდენიმე რესპონდენტისთვის - „რაღაც ინექციები“ და იმპლანტი. საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ კიდევ უფრო მწირია რესპონდენტების ცოდნა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების წესების, ჩვენებების, უკუჩვენებების და გვერდითი ეფექტების შესახებ. უფრო მეტიც, არსებობს უამრავი მითი, რომ კონტრაცეფციის თანამედროვე საშუალებები (განსაკუთრებით, ჰორმონალური აბები და საშვილოსნოსშიდა საშუალებები) მნიშვნელოვან უარყოფით გავლენას ახდენს ქალის ჯანმრთელობაზე, მიუხედავად იმისა, ექიმის დანიშნულია, თუ არა. ამ მიმართულებით ცოდნის დეფიციტი გამოვლინდა თავად ექიმებს შორისაც.[10]

კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიღების წყაროები: როგორც აღმოჩნდა, ქალებისა და გოგოებისთვის კონტრაცეფციისა თუ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე სხვადასხვა ინფორმაციის ძირითადი წყაროებია: ინტერნეტი (მათ შორის, სოციალურ ქსელებში არსებული ჯგუფები), მშობლები, ოჯახის სხვა წევრები, ახლობლები, ხოლო ყველაზე ნაკლებად - ჯანდაცვის პროფესიონალები და საგანმანათლებლო დაწესებულებები. ამასთანავე,

7 MSD Manual Professional Version. Professional, Gynecology and Obstetrics, “Risk Factors for Complications During Pregnancy”. ინფორმაცია მისაწვდომია ონლიაინ: https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/high-risk-pregnancy/overview-of-high-risk-pregnancy?query=Overview%20of%20Disease%20During%20Pregnancy. [ბოლო ნახვა: 15.12.2021].

8 World Health Organizatio. Contraception. ინფორმაცია მისაწვდომია ონლაინ: https://www.who.int/health topics/contraception#tab=tab_3. [ბოლო ნახვა: 10.12.21].

9 ინტერვიუერის განმარტების შემდეგ, მათ შეძლეს დაესახელებინათ კონტრაცეფციის, მინიმუმ, ერთი მეთოდი მაინც.

10 ინფორმაცია, რომელიც ამ მიმართულებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნის დეფიციტს ადასტურებს, დეტალურად არის წარმოდგენილი კვლევის ანგარიშის შემდეგ ნაწილში: 1.2. კონტრაცეფციის/ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკის ბარიერები: ინფორმაციის დეფიციტი.

ინტერვიუებისა და ფოკუს ჯგუფის დისკუსიების ანალიზის დროს ნათლად გამოიკვეთა, რომ ქალების მიერ ყველაზე ხშირად დასახელებული საინფორმაციო წყაროები, მათივე აზრით, არ არის საკმარისი, სანდო და დასაყრდენი. რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ მშობლები და ოჯახის სხვა წევრები უფრო აქტიურ როლს უნდა თამაშობდნენ ინფორმირების, განსაკუთრებით, ახალგაზრდების ინფორმირების საქმეში. რესპონდენტთა დიდი ნაწილი, მიუხედავად იმისა, რომ ინტერნეტში განთავსებულ ინფორმაციას ნაკლებად ენდობა, ინფორმაციის მისაღებად, ყველაზე ხშირად სწორედ ამ რესურსს იყენებს; ხოლო ყველაზე იშვიათად მიმართავენ რჩევისთვის მათ, ვისაც ყველაზე მეტად ენდობიან - ექიმებს. ნაკლებად სანდო საინფორმაციო რესურსის - ინტერნეტის გამოყენების ხშირი პრაქტიკა, თავად რესპონდენტების აზრით, ვირტუალურ სივრცეში ინფორმაციის მოპოვების სიმარტივით და იმ უხერხულობის განცდის არარსებობით აიხსნება, რომელიც სექსუალობასა და რეპროდუქციასთან დაკავშირებული ტაბუს გამო, ექიმებთან, ახლობლებთან, ან ოჯახის წევრებთან ამ საკითხებზე საუბრისას ქალებს ხშირად უჩნდებათ. ყოველივე ეს, საბოლოო ჯამში, ერთი მხრივ, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების იშვიათ პრაქტიკას, ხოლო, მეორე მხრივ, ასეთი პრაქტიკის არსებობის შემთხვევაში, კონტრაცეფციის თვითნებურ გამოყენებას განაპირობებს.

კონტრაცეფციასა და ოჯახის დაგეგმვის თაობაზე ინფორმირების საკითხზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს ის განსხვავება, რაც ქალ და ახალგაზრდა გოგო რესპონდენტებს შორის გამოიკვეთა. კერძოდ, ქალებისგან განსხვავებით, ახალგაზრდებმა (ორივე რეგიონში) ინფორმაციის დეფიციტთან დაკავშირებით ექსპლიციტურად გამოთქვეს წუხილი და მათთვის ინფორმაციის ფლობის მნიშვნელობაზე გაამახვილეს ყურადღება. ასევე, აღნიშნეს, რომ მაშინაც კი, როდესაც რაიმე ფორმით მიეწოდებათ ინფორმაცია, აქცენტები, ძირითადად, რეპროდუქციის წახალისებაზე კეთდება. ამასთანავე, ახალგაზრდებმა ინფორმირების ჭრილში სახელმწიფოსა და მშობლების დიდ როლზეც ისაუბრეს. კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ქალების ინფორმირების განსაკუთრებულ საჭიროებაზე ყურადღება გაამახვილეს ექიმებმაც.

კონტრაცეპტივების გამოყენების პრაქტიკა: როგორც აღმოჩნდა, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების ირგვლივ არსებული ინფორმაციის დეფიციტი, უარყოფითად აისახება კონტრაცეპტივების მიმართ, როგორც ქალების, ისე ექიმების დამოკიდებულებაზე და შესაბამისად, მათი გამოყენების პრაქტიკაზეც. კვლევამ აჩვენა, რომ რესპონდენტების უმრავლესობა არასასურველი ორსულობების თავიდან ასაცილებლად კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს არ იყენებს, ხოლო ის, ვინც იყენებს - არარეგულარულად. ექიმების ინტერვიუებიდანაც კარგად ჩანს, რომ ორსულობების დიდი ნაწილი დაუგეგმავია და, შესაბამისად, მაღალია გართულებებით მიმდინარე ორსულობებისა და მშობიარობების რისკი. კვლევის თანახმად, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალები ყველაზე ხშირად მიმართავენ კონტრაცეფციის შემდეგ მეთოდებს - შეწყვეტილ სექსუალურ აქტს და კალენდარულ მეთოდს; შედარებით ნაკლებად - ჰორმონალურ აბებს, საშვილოსნოსშიდა საშუალებებს და კიდევ უფრო იშვიათად - პრეზერვატივს.[11] კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ ხშირია კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდების გამოყენების მიუხედავად დამდგარი ორსულობების ხელოვნური გზით შეწყვეტის პრაქტიკაც, რომელიც ქალების ნაწილის მიერ, კონტრაცეფციის ერთ-ერთ საშუალებად მიიჩნევა. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ მიუხედავად ცოდნის დეფიციტისა და კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულებისა, კონტრაცეფციაზე წვდომა ქალების მიერ არასასურველი ორსულობების პრევენციის აუცილებელ და მნიშვნელოვან საშუალებად არის მიჩნეული.

11 აღსანიშნავია, რომ პრეზერვატივის გამოყენების პრაქტიკა ეთნიკურად აზერბაიჯანულ თემში, კვლევის ფარგლებში არ გამოვლენილა. უფრო მეტიც, კონტრაცეფციის ბარიერული მეთოდების შესახებ მათი ცოდნა საკმაოდ დაბალია.

1.2. კონტრაცეფციის/ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკის ბარიერები

მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაცეფცია და ოჯახის დაგეგმვა დადებითად აისახება ქალებისა და გოგოების ცხოვრების არაერთ ასპექტზე, მათზე წვდომა, რიგი პოლიტიკური, სოციალურ-კულტურული, ეკონომიკური თუ რელიგიური ფაქტორების გამო, ჯერ კიდევ მნიშვნელოვანი გამოწვევაა მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში და მათ შორის, საქართველოში. სამწუხაროდ, არაერთი საერთაშორისო თუ სახელმწიფო სამართლებრივი და სტრატეგიული დოკუმენტით განსაზღვრული მთავრობის ვალდებულება, უზრუნველყოს ოჯახის დაგეგმვის პრაქტიკის გავრცელება და ამ გზით არასასურველი ორსულობების რიცხვის შემცირება, ვერ სრულდება. მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის 2018 წელს გამოქვეყნებული ანგარიშის თანახმად, საქართველოში ქალების დაახლოებით მესამედს (32%) აქვს კონტრაცეფციაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნა. აღსანიშნავია, რომ მაჩვენებელი უფრო მაღალია სოფლად მცხოვრები ქალების შემთხვევაში.[12] ამავე კვლევის თანახმად, დაბალია მოსახლეობის ინფორმირება კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ. გარდა ამისა, შედეგები ცხადყოფს, რომ მაღალია არასასურველი ორსულობების შედეგად დამდგარი აბორტების რიცხვიც.[13] კონტრაცეფციასთან დაკავშირებულ პრობლემებსა და ამით განპირობებული აბორტების გაზრდილი რიცხვის არსებობაზე საუბრობს საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ 2019 წელს გამოქვეყნებული კვლევის ანგარიშიც, სადაც ეთნიკურად სომეხი და აზერბაიჯანელი ქალები, სხვა მოწყვლად ჯგუფებთან ერთად, კონტრაცეფციაზე წვდომის თვალსაზრისით, ერთ-ერთი სპეციფიკური საჭიროების მქონე ჯგუფად დასახელდა.[14]

ინფორმაციის დეფიციტი: კვლევის შედეგების ანალიზმა აჩვენა, რომ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე წვდომის ძირითადი ბარიერებია ინფორმაციის ნაკლებობა, ასევე, გეოგრაფიული, სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული ფაქტორები. აღსანიშნავია, რომ ენის არცოდნა, როგორც კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე წვდომის უშუალო ბარიერი, კვლევის ფარგლებში, თავად ქალებს არ დაუსახელებიათ, რაც გასაკვირი არ არის; რადგან კვლევამ აჩვენა, რომ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე წვდომის ბარიერებს შორის სოციალურ-კულტურული და ეკონომიკური ფაქტორები იმდენად დიდ როლს ასრულებენ, რომ სერვისისა თუ პროდუქტის მოხმარების ეტაპამდე, ქალები პრაქტიკულად ვერ აღწევენ. შესაბამისად, ენობრივი ბარიერით განპირობებული კომუნიკაციის და ინფორმირების პრობლემის აქტუალიზება და მისი აღქმა ყველაზე იშვიათია. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგადად, სასურველ ენაზე ინფორმაციის მიღების შეზღუდული შესაძლებობა, როგორც ინტერნეტის საშუალებით, ისე სამედიცინო სერვისის მიღების დროს, მეტად სავარაუდოა, რომ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე ქალების ინფორმირების და, შესაბამისად, მათ მიერ კონტრაცეპტივების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების ბარიერს უპირობოდ უნდა წარმოადგენდეს. მითუმეტეს, რომ ენის ბარიერის არსებობასა და მის ნეგატიურ გავლენაზე აქტიურად ისაუბრეს არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებმა.

კვლევამ კიდევ ერთხელ დაადასტურა მანამდე არაერთხელ გამოვლენილი პრობლემა. კერძოდ, ჩატარებულმა ინტერვიუებმა და ფოკუს ჯგუფის დისკუსიებმა აჩვენა, რომ ზოგადი მოსახლეობის მსგავსად, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ინფორმაციის დეფიციტს სკოლებში შესაბამისი განათლების არარსებობა უდევს ერთ-ერთ საფუძვლად. ფორმალურ საგანმანათლებლო სივრცეში სათანადო განათლების არარსებობის გავლენაზე, ცოდნის დეფიციტზე, თავად რესპონ-

12 სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2019. საქართველოს 2018 წლის მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა, კვლევის შედეგების ანგარიში. თბილისი, საქართველო: სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. გვ. 100-117.

13 იგივე.

14 საქართველოს სახალხო დამცველი. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება. 2019. გვ. 38-39. https://ombudsman.ge/res/docs/2019072913513745197.pdf.

დენტებმა ისაუბრეს. კვლევამ აჩვენა, რომ ინფორმაციის სიმცირეზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო პერსონალის არასათანადო კვალიფიკაციაც, რაც, როგორც არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებთან და გოგოებთან, ისე ექიმებთან ჩატარებული ინტერვიუების საფუძველზეც დადასტურდა. როგორც აღმოჩნდა, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ გავრცელებული არაერთი მითი თავად სამედიცინო პერსონალს შორისაც გვხვდება. ჯანდაცვის პროფესიონალები ხშირად აღნიშნავდნენ, რომ კონტრაცეფციული საშუალებები, ქალის ორგანიზმში იწვევენ ჰორმონალურ ცვლილებებს, უნაყოფობას, ანთებით პროცესებს, ცვლილებებს სისხლის მაჩვენებლებში და სხვ.[15] სამწუხარო ფაქტია ისიც, რომ სამედიცინო პერსონალის ნაწილმა, ინტერვიუების დროს პირდაპირ აღნიშნა, რომ პაციენტებს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენებისგან თავის შეკავებისკენ მოუწოდებდა.

სოციალურ-კულტურული ბარიერი: კვლევამ აჩვენა, რომ ზოგადად, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფები ნაკლებად გამოირჩევიან საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პრაქტიკით, რაც კიდევ უფრო იშვიათია ისეთი ტაბუირებული საკითხების შემთხვევაში, როგორიცაა ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა. კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა ტენდენცია, რომ ქალების მიერ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა და ექიმთან რეგულარული ვიზიტები ერთგვარად ფუფუნების საგნად არის მიჩნეული და ნაკლებად მოსაწონი და მისაღებია საზოგადოებაში.

„ეგ საკითხი ძალიან სერიოზულია აქ, ჩვენს ქალებს ძალიან ბევრი კომპლექსები აქვთ, თავისუფლები არ არიან, არ შეუძლიათ ექიმთან მისვლა და გამოკვლევა მაგ კუთხით/საკითხით, მაგიტომ ორსულობამდე აქვთ პრობლემები, მერე აქვთ ინფექციები და სხვა პრობლემები. ეგ პრობლემა გვაქვს ჩვენ“ - ახალქალაქი, ადგილობრივი თვითმმართველობა

რესპონდენტებმა გაიხსენეს კონკრეტული ფაქტები, როდესაც დედამთილები ქალის გინეკოლოგთან ვიზიტის გამო უკმაყოფილებას გამოთქვამდნენ.[16] სავარაუდოა, რომ საზოგადოების ამგვარი დამოკიდებულება ეკონომიკურ ფაქტორებთან ერთად, კონტრაცეფციაზე წვდომის კიდევ ერთ მნიშვნელოვან ბარიერად უნდა გვევლინებოდეს, განსაკუთრებით, ქალების ფინანსური დამოუკიდებლობის არარსებობის პირობებში, როდესაც მათ ოჯახის წევრების ფინანსური მხარდაჭერის გარეშე ექიმთან წასვლა არ შეუძლიათ.

„მაგალითად, ჩვენი რეგიონის ახალქალაქის ქალებს და სოფლის ქალებს არა აქვთ საკუთარი სამსახური და არა აქვთ საკუთარი ფული, მან ყოველთვიურად უნდა მიმართოს უფროსს [ძირითადად, იგულისხმება ქმარი, დედამთილი, ან მამამთილი], რომ ფული მომეციო. თანაც გავრცელებულია ის პრაქტიკა, რომ გკითხავენ, რა უნდა გააკეთო ამ ფულითო? და ეს ცოტა რთულია, რომ უთხრა, თუ რის ყიდვას აპირებ. ამის გამო არ იყენებენ [კონტრაცეფციას], საკუთარი ფული არ აქვთ. თუ საკუთარი ფული ექნებათ, ინტერნეტში ყველა ინფორმაცია არის და იყიდის, რაც სჭირდებათ“ - ფოკუს ჯგუფის მონაწილე ქალი, ახალქალაქი

15 აღსანიშნავია, რომ ამ ფაქტებს უფრო ხშირად მიაკუთვნებდნენ ჰორმონალური აბების გვერდით მოვლენებს სამცხე-ჯავახეთის რეგიონში, მაშინ როდესაც, საშვილოსნოსშიდა საშუალებების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება უფრო გავრცელებული იყო ქვემო ქართლის რეგიონში გამოკითხულ რესპონდენტებს შორის.

16 ეს არ ეხება მხოლოდ კონტრაცეფციისთვის საჭირო სერვისებით სარგებლობას, არამედ, ზოგადად, ექიმთან ნებისმიერ ვიზიტს.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, კვლევის ფარგლებში, კონტრაცეფციის გამოყენების სოციალურ-კულტურული ფაქტორებით დეტერმინირებული კიდევ არაერთი ბარიერი გამოვლინდა. მათ შორის არის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სირცხვილი, რის შედეგადაც ქალებს ორსულობისგან თავის დაცვის საშუალებების საჭიროებებზე უჭირთ საუბარი, როგორც პარტნიორებთან, ისე ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებთან. ეს, ბუნებრივია, კონტრაცეფციაზე წვდომის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ბარიერია.

„მაგალითად, რომ წავიდე და აფთიაქში ვიყიდო, თუ აფთიაქის თანამშრომელი ნაცნობი იქნება, შეიძლება შემრცხვეს. აი, მერე არ იფიქროს, რომ მოვიდა კონტრაცეფციის საშუალება იყიდაო, არ თქვას“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუს მონაწილე ქალი, ახალქალაქი

კულტურული ფაქტორებით განპირობებულ კიდევ ერთ ბარიერად შეიძლება მივიჩნიოთ კონდომების გამოყენების კიდევ უფრო ნაკლებად გავრცელებული პრაქტიკა, რაც, თავის მხრივ, კაცების მიერ მათ გამოყენებაზე გაცხადებული უარის შედეგია. კვლევის რესპონდენტების ნაწილმა, როგორც ქალებმა, ისე გოგოებმა და ექიმებმა, განაცხადეს, რომ ხშირია შემთხვევები, როდესაც ქალები კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდის (ყველაზე ხშირად - კონდომის) გამოყენებაზე უარს, პარტნიორების სურვილის საფუძველზე ამბობენ.

„ის [მეუღლე] თუ უარს მეტყვის, არ გავიკეთებ. ჩემი მეუღლე ისეთს არაფერს მეტყვის, რაც საზიანო იქნება“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუს მონაწილე ქალი, ახალქალაქი

კვლევის შედეგების ანალიზით გაირკვა, რომ სექსუალობასთან დაკავშირებული სირცხვილი და ტაბუ, ისევე როგორც ბევრი შვილის ყოლასთან და დედობასთან ასოცირებული საზოგადოებრივი წნეხი, კონტრაცეფციაზე წვდომას იმთავითვე განიხილავს, არა როგორც ქალის და ზოგადად ადამიანის ბაზისურ საჭიროებას, არამედ როგორც ალტერნატიულ შესაძლებლობას. შესაბამისად, არც საზოგადოება, არც სამედიცინო სექტორი და არც სახელმწიფო, სერვისის მიწოდებისა და მოხმარების არცერთ ეტაპზე პროაქტიული არ არის და მიმართულია ცალკეული ინდივიდუალური საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე, რაც ხშირად, როგორც ინდივიდუალურ, ისე საზოგადოებრივ დონეზე არაეფექტიანია.

„მათ ვურჩევ, რომ თუ აქვთ საშუალება, ბევრი ბავშვი გააჩინონ. ერთადერთი სპეციალური საჭიროება მათი სოციალური მდგომარეობის გათვალისწინებაა“, სამცხე-ჯავახეთის რეგიონი, სოფლის ექიმი

გეოგრაფიული ბარიერი: სოფლად მცხოვრები ქალების მიერ კონტრაცეფციაზე წვდომის კიდევ ერთ მნიშვნელოვან ბარიერად, გეოგრაფიული ფაქტორი დასახელდა. რესპონდენტთა ამ ჯგუფმა აღნიშნა, რომ სოფლების დიდ ნაწილში კონტრაცეფციის საშუალებები და შესაბამისი სამედიცინო სერვისები ხელმიუწვდომელია, მათთვის კი ახლომდებარე ქალაქში სიარული სირთულეებთან არის დაკავშირებული. ამასთანავე, საკითხთან ასოცირებული სირცხვილის გამო, არ შეუძლიათ

ახლობლისთვის, ან მეზობლისთვის კონტრაცეფციის რომელიმე საშუალების დაბარება, რაც მაგალითად, სხვა ნებისმიერი მედიკამენტის შემთხვევაში საკმაოდ გავრცელებული პრაქტიკაა. გეოგრაფიული წვდომის პრობლემაზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ამ თვალსაზრისით, ქალები განსაკუთრებულად მოწყვლად ჯგუფს მიეკუთვნებიან.[17]

ფინანსური ბარიერი: კვლევის ფარგლებში, კონტრაცეფციის წვდომის კიდევ ერთ მნიშვნელოვან ბარიერად ფინანსური მისაწვდომობის პრობლემა გამოიკვეთა. რესპონდენტები ხშირად აღნიშნავდნენ, რომ ქალებს იშვიათად აქვთ სამსახური და საკუთარი შემოსავალი, რაც კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე მათ წვდომას კიდევ უფრო მეტად ართულებს, განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც საზოგადოების მიერ არასასურველი ორსულობისგან თავის დაცვა, ძირითადად, ქალის პასუხისმგებლობად აღიქმება.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს ის გარემოებაც, რომ გაურკვეველი მიზეზით, კვლევის ფარგლებში, ფინანსური პრობლემები, როგორც კონტრაცეფციაზე წვდომის შემაფერხებელი ფაქტორი, ეთნიკურად აზერბაიჯანულ თემში ნაკლებად დასახელდა. ეს ფაქტი, შესაძლოა, განპირობებული იყოს ამ თემში კონტრაცეფციაზე წვდომის სხვა უფრო მძლავრი (ინფორმაციული) ბარიერის არსებობით, ან ნაკლებად გავრცელებული ფინანსური პრობლემებით. თუმცა, ამის თვალსაჩინო გარემოებები, კვლევის ფარგლებში, არ გამოვლენილა და ზუსტი ანალიზისთვის დამატებით შესწავლას საჭიროებს.

1.3. ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა

კვლევამ ნათლად გამოკვეთა აბორტის მიმართ საზოგადოებაში არსებული ნეგატიური განწყობები და ამ ნეგატიური განწყობების მიუხედავად არასასურველი ორსულობების ხელოვნური გზით შეწყვეტის ხშირი პრაქტიკა, რაც ცალსახად, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების უკიდურესად დაბალი გავრცელების კიდევ ერთ დასტურად შეიძლება მივიჩნიოთ. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს ისიც, რომ აბორტის მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება არა მხოლოდ მის მორალურ, არამედ მის სამედიცინო მხარეზეც ვრცელდება. კერძოდ, გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ საზოგადოებაში და მათ შორის, სამედიცინო საზოგადოებაში, არსებობს აბორტის სერიოზულ გართულებებთან დაკავშირებული მითები, რომლებიც სრულებით მოკლებულია სამეცნიერო მტკიცებულებებს და იწვევს აბორტის დემონიზებას. საინტერესოა ისიც, რომ აბორტის მიმართ ამ ტიპის დამოკიდებულება არ მცირებს მის რიცხვს, თუმცა ზრდის სამედიცინო დაწესებულების გვერდის ავლით გაკეთებული აბორტების რაოდენობას და შესაბამისად, ქალის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკებს.[18] კვლევის ფარგლებში გამოკვეთილი ეს ტენდენცია, არაერთი საერთაშორისო ფართომასშტაბიანი კვლევით დასტურდება. ჩატარებულმა ინტერვიუებმა თუ ფოკუს ჯგუფის დისკუსიებმა აჩვენა, რომ აბორტის საკითხი პრობლემურია არაერთი მიმართულებით და თითოეული მათგანის განხილვა მნიშვნელოვანია მათზე შემდგომი რეაგირების მიზნით.

აბორტის სამედიცინო ასპექტების მიმართ არსებულ ნეგატიურ განწყობებზე საუბრისას, არ შეიძლება არ აღინიშნოს მედიკამენტური აბორტის მიმართ ექიმების განსაკუთრებულად უარყოფითი დამოკიდებულება, რაც, სავარაუდოდ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის დეფიციტით არის გამოწვეული. კერძოდ, ექიმები აღნიშნავდნენ, რომ ორსულობის ხელოვნური გზით შეწყვეტა (განსაკუთრებით, პირველი ორსულობის დროს) ქალებში აბორტის შემდგომი

17 გადაადგილებასთან დაკავშირებულ სიძნელეებს, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ნაწილში, უფრო დეტალურად განვიხილავთ.

18 World Health Organization. Abortion. Key Facts. ინფორმაცია მისაწვდომია ონლაინ: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion. [ბოლო ნახვა: 10.12.2021].

უნაყოფობის გამომწვევი მიზეზია (რიგი ჰორმონალური ცვლილებების, საშვილოსნოს დაზიანების და უფრო მეტიც, ხშირად, მისი ამოჭრის საჭიროების გამო); ასევე, მათი აზრით, ის ხშირად იწვევს სიცოცხლისთვის საშიშ გართულებებს, როგორიცაა მასიური სისხლდენა და სეფსისი. ეს, ბუნებრივია, სხვა უარყოფით შედეგებთან ერთად, ქალების და განსაკუთრებით, მათი ყველაზე უფრო მოწყვლადი ჯგუფების აბორტის სერვისზე წვდომას კიდევ უფრო ართულებს, რადგან დადასტურებულია, რომ მედიკამენტური აბორტის ფართოდ გამოყენება, ქალების სერვისზე წვდომას მნიშვნელოვნად აადვილებს.[19]

„ვაშინებთ, რაა. რადგან არის ეხლა ტაბლეტები, რომელიც წყვეტს ორსულობას. ამ ტაბლეტებს ჩვენ ვიყენებთ მშობიარობის შემდგომ საშვილოსნოს შეკუმშვის მიზნით. ვიღაცამ, ნუ ისევ ექიმმა ალბათ ასწავლა ერთ-ერთ პაციენტს, რომ ორსულ საშვილოსნოზე თუ მიიღებს ამ ტაბლეტს, ხომ შეიკუმშება საშვილოსნო და ეს იწვევს ხელოვნურ აბორტს, ამით შეიძლება. ამაზე სულ ვაშინებთ ხოლმე, რომ თუ მე მივხვდები, რომ შენ ტაბლეტი გაქვს მიღებული, დავრეკავთ პოლიციაში ან ვაფრთხილებთ ხოლმე, რომ თუ შენ მიიღებ ამ ტაბლეტებს, შეიძლება ისეთი სისხლდენა გქონდეს, რომ კლინიკამდე ვერც მოასწრო. აი ამით ვზღუდავთ“ - გინეკოლოგი, ქვემო ქართლის რეგიონი

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებზე დაბალი წვდომის გამო, აბორტი, ხშირ შემთხვევაში, ქალებისთვის საკუთარი რეპროდუქციის კონტროლის ერთადერთი საშუალებაა, რასაც, მიუხედავად მის მიმართ არსებული უარყოფითი დამოკიდებულებისა, არც ისე იშვიათად მიმართავენ. თავად ქალები, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის რამდენიმე მიზეზს გამოყოფენ. ესენია, არასასურველი ორსულობა, ნაყოფის სქესი და ორსულის ან ნაყოფის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ აბორტის მიმართ საზოგადოებაში გავრცელებული ნეგატიური განწყობები, როგორც ქალების, ისე ექიმების მხრიდან, ყველაზე ნაკლებად ვრცელდება მესამე მიზეზით გაკეთებულ აბორტზე; შედარებით ხშირია - გენდერის ნიშნით სქესის სელექციური აბორტების მიმართ, რომლის უარყოფით კონტექსტში განხილვა თავად აბორტს ნაკლებად მიემართება და უფრო ნაყოფის სქესის სელექციისკენ არის მიმართული; ხოლო, ყველაზე მკაცრები არასასურველი ორსულობის შეწყვეტის მიზნით ჩატარებული აბორტის შემთხვევაში არიან. აბორტის მიმართ ამ ტიპის დამოკიდებულება, შესაძლებელია, საზოგადოებაში ორმაგ სტანდარტსა და ქალების რეპროდუქციის კონტროლის გავრცელებულ პრაქტიკაზე მიანიშნებდეს.

აბორტის სერვისის მიღების ბარიერებიდან ყველაზე მწვავედ, კვლევის ფარგლებში, ფინანსური, გეოგრაფიული და აბორტის სტიგმით განპირობებული ბარიერები გამოვლინდა. ამ საკითხზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებს შორის, აბორტის სერვისი ერთ-ერთი ყველაზე რთულად მისაწვდომი სერვისია, რაც, პირველ რიგში, აბორტთან დაკავშირებული სტიგმით და ასევე, სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში აბორტის სერვისის დაუფინანსებლობით არის გამოწვეული. თავის მხრივ, აბორტთან დაკავშირებული სტიგმის განხილვისას, მნიშვნელოვანია, საზოგადოებაში, და სამედიცინო სერვისის გამცემებში არსებული სტიგმისა და მისით გამოწვეული სერვისის მიღების ბარიერების გათვალისწინება.

19 Iyengar, K., Iyengar, S.D. Improving access to safe abortion in a rural primary care setting in India: experience of a service delivery intervention. Reprod Health 13, 54 (2016). https://doi.org/10.1186/s12978-016-0157-5.

კვლევამ აჩვენა, რომ სტიგმის გამო, ქალები აბორტის შესახებ გადაწყვეტილებას ოჯახის წევრებთანაც მალავენ და ზოგადად, უჭირთ ამაზე საუბარი. დედათა ჯანმრთელობის სერვისებისგან განსხვავებით, რომლის მისაღებადაც მთელი ოჯახის ფინანსური თუ ადამიანური რესურსია მობილიზებული, აბორტის სერვისის მიღება ქალებს მარტო და ხშირად, მალულად უწევთ. შესაბამისად, სერვისის მიღების პროცესში ისინი კარგავენ, როგორც სოციალურ, ისე ფინანსურ მხარდამჭერს. ეს უკანასკნელი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია განსაკუთრებით ქალების შემთხვევაში, რადგან როგორც ზემოთაც აღინიშნა, მათ უმეტესწილად არ გააჩნიათ ფინანსური დამოუკიდებლობა და არ ჰყავთ საკუთარი ტრანსპორტი. ასეთ ვითარებაში კი, მათი სოფლიდან მუნიციპალურ ცენტრში გადაადგილება და მით უმეტეს ფასიანი სერვისის მიღება, პრაქტიკულად შეუძლებელია.

ექიმებთან ჩატარებულმა ინტერვიუებმა ჯანდაცვის პროვაიდერებს შორის აბორტის სტიგმის და სერვისის მიწოდების პროცესში მისი ნეგატიური გავლენა ცალსახად გამოკვეთა. როგორც აღმოჩნდა, გინეკოლოგები ყოველთვის ცდილობენ ქალების გადარწმუნებას, რომ არ გაიკეთონ აბორტი და ამავე დროს ორსულობის შეწყვეტას უკიდურესად ნეგატიურ კონტექსტში წარმოაჩენენ. ყოველივე ეს, მეტად სავარაუდოა, რომ კიდევ ერთი შემაფერხებელი ფაქტორია ქალისთვის, მიაკითხოს სამედიცინო დაწესებულებას და ისარგებლოს აბორტის უსაფრთხო სერვისით.

„აბორტზე ქალი უნდა უნდა აცნობიერდეს, რომ ეგ [ნაყოფი] არის ბუნების საჩუქარი, რაც შეეხება კონტრაცეფციას, თავიდანვე უნდა გამოიყენოს, რომ ბოლოს არჩევანის წინაშე არ დადგეს, გააკეთოს თუ არა აბორტი“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუ ექიმთან
„ყველამ იცის, რომ ვინც ჩემთან მოდის, მე ვიწყებ იმით, რომ აბორტი არ უნდა გააკეთოს, რადგან აბორტი სამი წუთის საქმეა, მაგრამ ორსულობა ცხრა თვის, გაფუჭება ადვილია, შექმნა რთული. ბევრი მერე ბავშვთან ერთად მოდის, მეუბნება ნახე ეს შენი ბავშვიაო, შენი საჩუქარიაო და ეგეთი ბავშვები მე ბევრი მყავს“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუ ექიმთან

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის ფარგლებში, სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის კონფიდენციალობასა და პრივატულობასთან დაკავშირებული უფლებადარღვევები პირდაპირ არ გამოვლენილა, მაინც გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ ჯანდაცვის სერვისის მისაღებად მისულ ქალებს არ აქვთ კონფიდენციალობის და პრივატულობის სრულყოფილად დაცვის იმედი. ქალები ხშირად აღნიშნავდნენ, რომ რთულია, სამედიცინო დაწესებულებაში ნაცნობი არ შეგხვდეს, რომელიც აუცილებლად შეგეკითხება, ან შემდეგ სხვას ჰკითხავს სამედიცინო დაწესებულებაში შენი მისვლის მიზეზს. ამიტომ, პრაქტიკულად შეუძლებელია კონფიდენციალობის დაცვა.

„მაგრამ ზოგადად ვფიქრობ, რომ ამ შემთხვევაშიც, სოფლებში ეს [კონფიდენციალობა] შეიძლება იყოს უფრო პრობლემური. მე რომ მყავს ნაცნობი მედდა, ... ის საუბრობდა, რომ ექიმთან პაციენტი როგორ შედის და როგორ გამოდის, ამით ადვილია იმის განსაზღვრა, თუ რისთვის არის ის ზოგადად მოსული. ამიტომ, აქ კონფიდენციალობა ვერც იქნება დაცული. ქალაქის პირობებში ალბათ უფრო მეტად არის დაცული“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუ ქალთან, გარდაბნის მუნიციპალიტეტი

ყველა ზემოაღნიშული ბარიერის გამო, ხშირია ქალებში ორსულობის თვითნებური შეწყვეტის პრაქტიკა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების თანახმად, მედიკამენტური აბორტის მართვა ქალებს დამოუკიდებლადაც შეუძლიათ, თუმცა მხოლოდ სათანადო ცოდნის პირობებში და ისეთ შემთხვევებში, როდესაც აბორტის სერვისის მიღება ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ შეუძლებელია. ინტერვიუების დროს ქალების მიერ აღწერილი პრაქტიკა კი მეტად სავარაუდოა, რომ ხშირად სრულიად მოკლებულია რაიმე ტიპის ცოდნას ან პროფესიულ მეთვალყურეობას, რაც შესაძლო გართულებების შემთხვევაში, მნიშვნელოვნად ზრდის ქალის ჯანმრთელობის რისკების განვითარების შანსს.

1.4. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები არასრულწლოვნებში

საინტერესოა, როგორია აბორტის, კონტრაცეფციის და ზოგადად, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდების პრაქტიკა არასრულწლოვნებში. კვლევამ აჩვენა, რომ ექიმებს არ აქვთ ინფორმაცია „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 და 41-ე მუხლის თაობაზე, რომელიც მშობლის ნებართვის და ინფორმირების გარეშე, 18 წელს მიუღწეველი პირისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გაცემის უფლებას იძლევა. შესაბამისად, ინფორმაციის არქონის გამო, კანონით მინიჭებული ეს უფლება, თითქმის ყველა შემთხვევაში დარღვეულია. საყურადღებოა, რომ მშობლის და პოლიციის ინფორმირების ვალდებულებას ექიმები, ძირითადად, არასრულწლოვანთა ქორწინების აკრძალვის შესახებ კანონში არსებული ჩანაწერით ხსნიან. ამასთანავე, გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ თანმდევი სადამსჯელო ღონისძიებების გამო, პოლიციის ინფორმირება ექიმებისთვის არასასურველი ქმედებაა, რომელსაც, იძულებით, ვალდებულების გამო აკეთებენ. ამ ინფორმაციისა და იმ დამკვიდრებული პრაქტიკის გათვალისწინებით, რომლითაც საზოგადოება ხშირად, არასრულწლოვანთან ქორწინების ფაქტების დამალვას ცდილობს, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ არასრულწლოვნებთან მიმართებით კანონის აღსრულება მანკიერ პრაქტიკას წარმოადგენდეს. კერძოდ, შესაძლებელია, რომ სამართალდამცავი უწყებების ინფორმირება არა ძალადობის სავარაუდო ფაქტების გამოსავლენად, არამედ მხოლოდ გამოუვალ სიტუაციაში ხდება (მაგ., არასრულწლოვანის ორსულობა). ძალადობის შესაძლო ფაქტის შეუფასებლად, არასრულწლოვნის ყოველი ორსულობის შემთხვევის შესახებ პოლიციის ინფორმირება და სხვა შემთხვევებში მისი თავიდან აცილება, საბოლოოდ, მეტად სავარაუდოა, რომ არასრულწლოვნებს კი არ იცავს, არამედ საჭირო და ხარისხიანი სერვისით სარგებლობის ბარიერს წარმოქმნის. ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ არასრულწლოვანი გოგოების მხრიდან არასასურველი ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ერთ-ერთი მოტივი, შესაძლებელია, სწორედ ადრეულ ასაკში ქორწინების თავიდან აცილება იყოს.

1.5. რეპროდუქციული ძალადობა

რეპროდუქციული ძალადობა ქალების მიმართ ჩადენილი ძალადობის ფარული ფორმაა და მოიცავს იმ ტიპის ქმედებებს, რომლებიც ქალის რეპროდუქციული ავტონომიის კონტროლს გულისხმობს და, რომლის მიზანსაც ორსულობის თავიდან აცილება, ან მისი იძულება წარმოადგენს.[20] რეპროდუქციული ძალადობა, როგორც წესი, სამი ძირითადი ფორმით ვლინდება. ესენია: ორსულობის იძულება (როდესაც ქალი, მისი სურვილის საწინააღმდეგოდ დაორსულების მიზნით ხდება ზეწოლის ან ძალადობის მსხვერპლი); კონტრაცეფციული საბოტაჟი (კონტრაცეპტივის მიზანმიმართული დაზიანება, დამალვა, ან ორსულობის კონტროლის პროცესში სხვაგვარი ქმედების განხორციელება) და ორსულობის გამოსავლის კონტროლი (ქალის იძულება, სურვილის საწინააღმდეგოდ შეწყვიტოს, ან გააგრძელოს ორსულობა).[21] აღსანიშნავია, რომ რეპროდუქციული ძალადობის ტერმინის გარშემო

20 Laura Tarzia and Kelsey Hegarty, “A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control,” Reproductive Health 18, no. 1 (December 2021): 87, https://doi.org/10.1186/s12978-021-01143-6.

21 Karen Trister Grace and Jocelyn C. Anderson, “Reproductive Coercion: A Systematic Review,” Trauma, Violence, & Abuse 19, no. 4 (October 2018): 371–90, https://doi.org/10.1177/1524838016663935.\\uc0\\u8220{}Reproductive Coercion: A Systematic Review,\\

აზრთა სხვადასხვაობაა. სწორედ ამაზე საუბრობს რამდენიმე წლის წინ გამოქვეყნებული სტატიაც,[22] სადაც ნათქვამია, რომ არ არსებობს ერთიანი მოსაზრება იმის შესახებ, თუ კონკრეტულად რა შეიძლება მიიჩნეოდეს რეპროდუქციულ ძალადობად. მაგალითად, ავტორთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ რეპროდუქციულ ძალადობად შეიძლება განიხილებოდეს დისკრიმინაციისა და ძალადობის ის სტრუქტურული ფორმებიც, რომლებიც ქალის სურვილის საწინააღმდეგოდ რეპროდუქციის კონტროლს განაპირობებს. ლიტერატურაში ასევე არ არსებობს ერთიანი აზრი, თუ ვინ შეიძლება მიიჩნეოდეს რეპროდუქციული ძალადობის ჩამდენ პირად - მხოლოდ პარტნიორი, თუ ოჯახის სხვა წევრი, ახლობელი და სხვა ადამიანი. მიუხედავად აზრთა ასეთი სხვადასხვაობისა, დარგის ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ რეპროდუქციული ძალადობის ფორმები, განმაპირობებელი ფაქტორები და ჩამდენი სუბიექტები ქვეყნის გეოპოლიტიკური, სოციალური, კულტურული და ეკონომიკური ფაქტორებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია, მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდეს.[23]

კვლევამ აჩვენა, რომ საზოგადოებაში დამკვიდრებული სოციალურ-კულტურული ნორმები და გენდერული უთანასწორობა რეპროდუქციული ძალადობის ხელშემწყობ გარემოს ქმნის და საბოლოოდ, ამ ტიპის ძალადობის პრაქტიკას განაპირობებს. აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტთა თითქმის აბსოლუტური უმრავლესობა, მსგავს შემთხვევებს ძალადობად არ აღიქვამს, რაც გასაკვირი არ არის, რადგან ამ ტიპის ძალადობის გამომწვევი ფაქტორები და გამოვლინებები მყარად არის დამკვიდრებული საზოგადოებაში და ხშირად, სოციალურ ნორმად მიიჩნევა. ამასთანავე, საკითხის სენსიტიურობიდან გამომდინარე, ეს არის თემა, რომელზეც იშვიათად საუბრობენ, რაც, თავის მხრივ, შემთხვევათა გამოვლენისა და შემდგომი შესწავლის შესაძლებლობას კიდევ უფრო ართულებს. რეპროდუქციულ ძალადობასა და მის ხელშემწყობ ფაქტორებზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს საზოგადოებაში დამკვიდრებული იმ მოლოდინების შესახებაც, რაც დაქორწინების შემდეგ მოკლე პერიოდში ქალის დაორსულების აუცილებლობას გულისხმობს. კერძოდ, კვლევის რესპონდენტები, საუბრობდნენ იმაზე, რომ საზოგადოების და ოჯახის წევრების მხრიდან პირველი შვილის მოლოდინი იმდენად დიდია, რომ ქალების აბსოლუტური უმრავლესობა კონტრაცეფციის გამოყენების საშუალებას პირველი შვილის გაჩენამდე, არც კი განიხილავს. ასეთივე დამოკიდებულება გამოიკვეთა ექიმებს შორისაც. გამოკითხული გინეკოლოგების ნაწილი აღნიშნავდა, რომ კონტრაცეფციის გამოყენებას ქალებს (მათ შორის, არასრულწლოვნებს) პირველი ორსულობის დადგომამდე არ ურჩევენ.

„ისე, პირველ ბავშვამდე სოფლებში მაინც არ იყენებენ ხოლმე კონტრაცეფციის რამე მეთოდს. პირიქით, წყვილს აჩქარებენ, რომ მათგან რაც შეიძლება მალე გაიგონ ორსულობის ამბავი. უკვე მშობიარობის შემდეგ, ოჯახის უფროსი წევრები, დედა იქნება ეს, მული, თუ დედამთილი ურჩევენ კონტრაცეფციის გამოყენებას“ - სოფლის ექიმი, გარდაბნის მუნიციპალიტეტი

„იცი რა, პირველი ორსულობა უნდა დადგეს მაინც, პირველი და მეორე ორსულობა რომ არის დამდგარი, მესამე ორსულობაზე შეიძლება დროის გაწელვა კონტრაცეფციის საშუალებით. მე ეგეთ რეკომენდაციას მოზარდს არ გავცემდი, რომ თავიდან კონტრაცეპტივი გამოიყენოს. თუ გათხოვდა და ა.შ. უნდა გააჩინოს, ერთი მაინც“ - გინეკოლოგი, ქვემო ქართლის რეგიონი

uc0\\u8221{} {\\i{}Trauma, Violence, & Abuse} 19, no. 4 (October 2018

22 Karen Trister Grace and Christina Fleming, “A Systematic Review of Reproductive Coercion in International Settings: International Reproductive Coercion,” World Medical & Health Policy 8, no. 4 (December 2016): 382–408, https://doi.org/10.1002/wmh3.209.

23 იგივე.

გარდა ამისა, კვლევამ აჩვენა, რომ პარტნიორი და ოჯახის სხვა წევრები ქალების ორსულობასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებაში აქტიურად ერევიან, რაც განსაკუთრებული სიმწვავით აბორტის შემთხვევაში ვლინდება.

„ოჯახის წევრებიდან უფროსმა [იგულისხმება ასაკით უფროსი ადამიანი], შეიძლება თქვას, რომ ეგ ბავშვი არ გვჭირდება და უნდა მოაშოროო, ან პირიქით. დამცავ საშუალებებს რაც შეეხება, მაგაზეც ამბობენ, რომ არ გჭირდებაო, თავშეკავებული იყავიო“ - ახალქალაქი, ფოკუს ჯგუფის მონაწილე გოგო

„აბორტის საბოლოო გადაწყვეტილებაზე მეუღლე და ხშირად მისი ოჯახის წევრები, განსაკუთრებით, დედამთილი, მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ხოლმე“ - ექიმი, გარდაბნის მუნიციპალიტეტი

„ზოგადად, საზოგადოებრივი წნეხი არის საკმაოდ ძლიერი და ოჯახის სხვა წევრების ზემოქმედება, ამიტომ ხდება ხოლმე, რომ სურვილის მიუხედავად, ორსულობის შეწყვეტის უფლებას არ აძლევენ ქალს“ - ექიმი, გარდაბნის მუნიციპალიტეტი

რეპროდუქციასთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებებში ოჯახის წევრების აქტიური ჩარევის (ხშირად, ქალების სურვილის საწინააღმდეგოდ) გავრცელებული პრაქტიკისა და ამ პრაქტიკის ნორმალიზების ერთ-ერთ გამოვლინებად შეიძლება მივიჩნიოთ ექიმების ქმედებებიც. კერძოდ, კვლევამ აჩვენა, რომ აბორტის სერვისის გაცემისას ექიმები ქალის ოჯახის წევრებს ხშირად აქტიურად რთავენ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, როგორც თავად უწოდებენ, „აზრს ეკითხებიან“, ან „საქმის კურსში აყენებენ მათ“. უფრო მეტიც, ერთ-ერთი ინტერვიუსას გინეკოლოგმა აღნიშნა, რომ ქალების რეპროდუქციული სისტემის სტერილიზაციას მეუღლის თანხმობის გარეშე არ აკეთებდა.

ზოგადად, კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა რიგი გარემოებები, რომლებიც ქალის რეპროდუქციის პირდაპირი, თუ ირიბი კონტროლის გავრცელებული პრაქტიკის არსებობაზე მიანიშნებს და, შესაბამისად, რეპროდუქციული ძალადობის ხელშემწყობ ფაქტორებად შეიძლება მოიაზრებოდეს. კვლევამ აჩვენა, რომ ქალები, ხშირად, მოკლებულნი არიან შესაძლებლობას, თავისუფლად, ყოველგვარი ძალადობისა და იძულების გარეშე აკონტროლონ როდის, რამდენი და რა შუალედით გააჩინონ შვილები. ორსულობა და დედობა, ხშირად, მათივე სურვილის საწინააღმდეგოდ არის წახალისებული, როგორც პარტნიორების, ისე ოჯახის სხვა წევრების მხრიდან. შესაბამისად, მათ მუდმივად უწევთ ხან თავის მართლება და ახსნა-განმარტებები იმის გამო, თუ რატომ არ აჩენენ შვილებს, ხან იმის დამალვა, რომ ორსულად არიან, ან კონტრაცეფციის რომელიმე მეთოდს იყენებენ. ამასთან ერთად, საჭირო სერვისების არათანაბარი გეოგრაფიული განაწილება და ამ სერვისებზე ქალების ფინანსური წვდომის პრობლემა, განსაკუთრებით, მათი ეკონომიკური დამოუკიდებლობის არარსებობის პირობებში, საბოლოოდ, მათ რეპროდუქციული ძალადობის მიმართ კიდევ უფრო მოწყვლადს ხდის.

2. დედათა ჯანმრთელობა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, დედათა ჯანმრთელობა აერთიანებს ქალთა ჯანმრთელობის საკითხებს ორსულობის, მშობიარობის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.[24] ეს უკანასკნელი, როგორც წესი, 6 კვირა გრძელდება; თუმცა, სხვადასხვა ინდივიდუალური, სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული ფაქტორების გათვალისწინებით, შესაძლებელია, 1 წლითაც განისაზღვროს.[25] ეს დრო ქალის ორგანიზმში სწრაფად მიმდინარე რიგი ფიზიოლოგიური ცვლილებებით ხასიათდება, რასაც თან ერთვის ამ ცვლილებებითა და ბავშვის გაჩენით გამოწვეული ემოციური ლაბილობა და ოჯახის ახალ წევრებთან შეგუების პროცესთან დაკავშირებული სირთულეები. ამასთან ერთად, ქალებისთვის, ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, განსაკუთრებული ტვირთია ის სოციალურ-კულტურული ფაქტორები და გენდერული როლები, რომლებიც მათ კაცებთან შედარებით არათანაბარ პირობებში ამყოფებს. ასეთებია, მაგალითად, გენდერული ნიშნით ძალადობა, ბავშვებსა და ოჯახის სხვა წევრებზე ზრუნვის ვალდებულება, ფინანსური დამოუკიდებლობის არქონა და სხვ. აქედან გამომდინარე, დედათა ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად, სახელმწიფო პროგრამებისა თუ სერვისების დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში, აუცილებელია თითოეული ამ ფაქტორის გათვალისწინება. მხოლოდ საკითხისადმი ასეთი მიდგომა თუ შეამცირებს დედათა და ბავშვთა ავადობასა და სიკვდილობას.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა კომპონენტებისგან განსხვავებით, დედათა ჯანმრთელობის საკითხი საქართველოში სწორედ ის ერთ-ერთი გამონაკლისია, რომელიც ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებშია ინტეგრირებული. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ყოველწლიური ანგარიშები ცხადყოფს, რომ დედათა ჯანმრთელობის სახელმწიფო სერვისების დანერგვამ და პერინატალური სერვისის გამცემი დაწესებულებების სტანდარტიზაციამ, ბოლო წლების განმავლობაში, დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა.[26] დედათა ჯანმრთელობის სერვისების სახელმწიფო პროგრამების სარგებლიანობის შესახებ საუბრობს საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ 2017 და 2019 წელს ჩატარებული კვლევის ზემოაღნიშნული ანგარიშებიც.

სამწუხაროდ, წინ გადადგმული ნაბიჯების მიუხედავად, დედათა ჯანმრთელობის რიგი საკითხები ჯერ კიდევ ყურადღების მიღმა რჩება. მაგალითად, პრაქტიკულად უგულებელყოფილია მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ქალთა, როგორც ფიზიკური, ისე მენტალური ჯანმრთელობისა და სოციალური კეთილდღეობის საკითხები. უფრო მეტიც, ამ ორ უკანასკნელს არ ითვალისწინებს დედათა ჯანმრთელობის სახელმწიფო სერვისების არცერთი კომპონენტი და ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემა.[27]

24 World Health Organization. Maternal Health. ინფორმაცია მისაწვდომია ონლაინ: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1. [ბოლო ნახვა: 15.12.2021].

25 Kenneth Finlayson et al., "What Matters to Women in the Postnatal Period: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies," ed. Christine E. East, PLOS ONE 15, no. 4 (April 22, 2020): e0231415, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415.

26 ყოველწლიური სტატისტიკური ანგარიშები ხელმისაწვდომია ელექტრონულად: https://www.ncdc.ge/#/blog/blog-list/f10b3ffb-da47-4488-94df-2f03764cf365.

27 ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა, სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია, სერვისების მოწყობა და სხვ. არ არის სენსიტიური უპასუხოს ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებს და უზრუნველყოს უფლებაზე დაფუძნებული, არადისკრიმინაციული სერვისების მიწოდება. ამას ადასტურებს არაერთი კვლევისა თუ მონიტორინგის ანგარიშები, რომლებიც, ძირითადად, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებზე მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ არის მომზადებული. ამას ადასტურებს საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშებიც.

2.1. ანტენატალურ სერვისებზე წვდომა და ბარიერები

ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებული ბარიერი: კვლევამ აჩვენა, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა სერვისებისგან განსხვავებით, აქტიურად გამოიყენება დედათა ჯანმრთელობის სერვისები, რაც, ერთი მხრივ, დედობასთან დაკავშირებული სოციალურ-კულტურული ნორმებით და მეორე მხრივ, ამ სერვისების სახელმწიფო დაფინანსების შედეგია. ყოველივე ეს, საბოლოოდ, დადებითად აისახება ორსულის ჯანმრთელობასა და ფინანსურ კეთილდღეობაზე.

კვლევის თანახმად, სერვისების აქტიური გამოყენების მიუხედავად, ხშირია შემთხვევები, როდესაც ანტენატალური მეთვალყურეობის ფარგლებში, ქალები, განსაკუთრებით კი, სოფლად მცხოვრები ქალები, სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტს ორსულობის მე-13 კვირის ვადამდე ვერ ახერხებენ. ეს საკითხი საყურადღებოა რამდენიმე მიზეზის გამო. დაგვიანებული მიმართვიანობა, ერთი მხრივ, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკებს ზრდის, ხოლო, მეორე მხრივ, ორსულებს სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის შესაძლებლობას უკარგავს.[28] აქვე, მნიშვნელოვანია დაგვიანებული მიმართვიანობის მიზეზების განხილვაც, რამდენადაც ისინი იმ წინააღმდეგობებს უკავშირდება, რომელთა აღმოფხვრაც, პირველ რიგში, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაა. დაგვიანებული მიმართვიანობის მიზეზად კვლევის მონაწილეებმა ენის ბარიერი და ამის გამო მოსახლეობის ინფორმირებასთან დაკავშირებული სირთულეები დაასახელეს. ამ მხრივ, აუცილებელია აღინიშნოს ის დამატებითი გარემობაც, რომელიც, შესაძლებელია, გარკვეულ შემთხვევებში დაგვიანებული მიმართვიანობის პრაქტიკას ედოს საფუძვლად. მიუხედავად იმისა, რომ მოვლენებს შორის პირდაპირი კავშირის არსებობა, თავად რესპონდენტებს არ აღუნიშნავთ, კვლევის მონაწილეებს შორის გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ პირველ ორსულობასთან შედარებით, ქალები გაცილებით ნაკლებ ყურადღებას აქცევენ საკუთარ ჯანმრთელობას მეორე და შემდეგი ორსულობების დროს - შედარებით ნაკლები სიხშირით აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებას და შედარებით ნაკლებად ითვალისწინებენ ექიმის რჩევებს, განსაკუთრებით ისეთ პირობებში, როდესაც ეს ყველაფერი ფინანსურ დანახარჯებთან არის დაკავშირებული. აქვე უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული რისკები ორსულობის რიცხვის ზრდის უკუპროპორციულად არ მცირდება და ანტენატალური მეთვალყურეობა მეორე და შემდეგი ორსულობების დროსაც ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც პირველის შემთხვევაში.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებული ბარიერი: გარდა ზემოაღნიშნულისა, კვლევის ფარგლებში, გამოიკვეთა სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებული პრობლემებიც. ამ თვალსაზრისით, საკითხის პრობლემურობა რამდენიმე მიმართულებით შეიძლება განვიხილოთ. კერძოდ, თუ სამედიცინო მომსახურების ხარისხს ორი - ადამიანური და ტექნიკური (სამედიცინო ინფრასტრუქტურა) რესურსის ჭრილში განვიხილავთ, ორი ძირითადი ტენდენცია გამოიკვეთება. როგორც აღმოჩნდა, ორივე რეგიონში, მუნიციპალურ ცენტრებში მომუშავე გინეკოლოგები მეტ-ნაკლები ნდობით სარგებლობენ მოსახლეობაში, განსაკუთრებით, გაურთულებელი, ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობისა და მშობიარობის დროს. მიუხედავად ამისა, ექიმების მიმართ ნდობა ნაკლებად ვრცელდება გართულებული/პრობლემური შემთხვევებისთვის; ასევე ნაკლებია ნდობა რეგიონებში არსებული სამედიცინო ინფრასტრუქტურის მიმართ. რესპონდენტები ხშირად აღნიშნავდნენ, რომ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემის შემთხვევაში, კვალიფიციური და მათთვის სანდო ექიმის კონსულტაციის მისაღებად

28 ანტენატალური სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა მხოლოდ იმ შემთხვევაშია შესაძლებელი, თუ ორსული ორსულობის 13 კვირის ვადამდე დადგება აღრიცხვაზე.

თბილისში ან სხვა ახლომდებარე დიდ ქალაქებში უწევთ წასვლა, ხოლო თითქმის ყველა შემთხვევაში აცხადებდნენ, რომ რეგიონებში არსებული ტექნიკა, ფიზიოლოგიურად მიმდინარე ორსულობის დროს საჭირო გამოკვლევებისთვისაც კი არ არის საკმარისი. ეს, ბუნებრივია, რომ ძირითადი სამედიცინო სერვისების შეზღუდულ მოხმარებასა და მოსახლეობის გაზრდილ ფინანსურ დანახარჯებთან არის ასოცირებული. ეს უკანასკნელი კი, კიდევ უფრო დიდ ტვირთს წარმოქმნის ქალებისთვის იმ პირობებში, როდესაც ანტენატალური მონიტორინგის ფარგლებში სამედიცინო დაწესებულების შეცვლის უფლება, ორსულებს არ გააჩნიათ, შესაბამისად, არასათანადო მომსახურების შედეგად შეცვლილ სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებული სერვისების ფასი არ ანაზღაურდება. სამედიცინო მომსახურების დაბალ ხარისხსა და მის მიმართ უნდობლობაზე შეიძლება მიანიშნებდეს ის ფაქტიც, რომ კვლევის რესპონდენტები იხსენებდნენ, თუ როგორი სიფრთხილით მოიძიეს ექიმის შესახებ ინფორმაცია, ან როგორ მოუწიათ სამედიცინო დაწესებულების შეცვლა იმის გამო, რომ ვერ მიიღეს მათთვის დამაკმაყოფილებელი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება. მათი საუბრიდან ჩანდა, რომ ქალებს ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მიმართ ნაკლები ნდობა აქვთ, განსაკუთრებით, რეგიონებში და ეს, ხშირად, გარკვეული ტიპის პრობლემებს წარმოშობს. როგორც აღვნიშნეთ, ქმნის გეოგრაფიული წვდომის პრობლემასა და ზრდის ფინანსურ დანახარჯებს. ამ თვალსაზრისით, გამოვლინდა ფაქტები, როდესაც ხარისხიანი და ხარჯთეფექტიანი სერვისის მისაღებად ქალებს მეზობელ ქვეყანაში მოუწიათ წასვლა.

ფინანსური ბარიერი: არასათანადო ხარისხის სამედიცინო მომსახურების გარდა, პირდაპირი და ირიბი სამედიცინო ხარჯების ზრდა, ერთი მხრივ, კერძო კლინიკებში არსებული მაღალი ფასებით და მეორე მხრივ, ორსულობის დროს წარმოშობილი პათოლოგიური მდგომარეობების სამართვად საჭირო სახელმწიფო პროგრამის დაფარვის გარეშე დარჩენილი რიგი სამედიცინო სერვისების საჭიროებით არის განპირობებული. ყველა რესპონდენტი აღნიშნავდა, რომ მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული მოცულობითი წილისა, საჭირო სამედიცინო სერვისის მისაღებად, სისტემატურად უწევთ დამატებითი თანხის გადახდა, რასაც ხშირად ვერ ახერხებენ და შესაბამისად, სათანადო სამედიცინო მეთვალყურეობის გარეშე რჩებიან. ამასთანავე, კვლევის თანახმად, ზემოაღნიშნული გარემოებების შედეგად გაზრდილი სამედიცინო დანახარჯები, შესაძლებელია, ოჯახებისთვის კატასტროფული დანახარჯების საფუძველი გახდეს, რადგან რამდენიმე რესპონდენტმა განაცხადა, რომ ორსულობის და მშობიარობის დროს საჭირო სერვისის მისაღებად, „ნივთების დალომბარდება“ გახდა საჭირო.

კულტურული და არამეგობრული სერვისების არსებობასთან დაკავშირებული ბარიერები: საინტერესოა, რომ პაციენტის კონფიდენციალობის და პრივატული გარემოს დარღვევის ფაქტები, კვლევის ფარგლებში ყველაზე ნაკლები სიმწვავით გამოვლინდა. თუმცა, მეტად სავარაუდოა, რომ კვლევის ეს შედეგი ფაქტების ჭეშმარიტად არარსებობის კი არა, სოციალური, კულტურული და სახელმწიფო პოლიტიკის ფაქტორების გავლენით მისი დისკვალიფიკაციის შედეგია. ამის თქმის საფუძველს იძლევა, როგორც ექიმებთან, ისე თავად რესპონდენტებთან ჩატარებული ინტერვიუების ანალიზი. მიუხედავად იმისა, რომ კითხვაზე, „დაცულია, თუ არა თქვენი კონფიდენციალობა დედათა ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისას“, რესპონდენტების პასუხი დადებითი იყო (არ ირღვევა, დაცულია), ინტერვიუების სხვადასხვა ეტაპზე საწინააღმდეგო ინფორმაციას გვაწვდიდნენ. კერძოდ, რესპონდენტების გარკვეული ნაწილი საუბრობდა სამედიცინო პერსონალის მხრიდან არასათანადო მოპყრობაზე - „უხეშები არიან“; ამბობდნენ, რომ სოფლებსა და პატარა ქალაქებში ყველა ერთმანეთს იცნობს და სამედიცინო სერვისის მისაღებად მისული ქალის სამედიცინო საჭიროების შესახებ „ყველა ყველაფერს მარტივად იგებს“.

„ვიზიტებს რაც შეეხება, აქაც ვერ ვხედავ პრობლემას, რომ ახლობელთან, ან დაქალთან ერთად შევიდეს, მაგალითად, იმიტომ, რომ ამათ მოჰყავთ ისეთი ადამიანი, რომელიც უკვე გარკვეულია სიტუაციაში მანამდე და ეს არ ქმნის რამე პრობლემას. ანუ ისეთ ადამიანთან ერთად მოდის ხოლმე, რომელსაც ენდობა, მე ასე ვფიქრობ“ - გინეკოლოგი, ქვემო ქართლის რეგიონი

აღსანიშნავია, რომ კონტრაცეფციის და აბორტის სერვისის მიღების დროს მსგავს ფაქტებს რესპონდენტები უფრო მძაფრად აღიქვამენ, ვიდრე დედათა ჯანმრთელობის სერვისების მიღებისას. ეს, შესაძლებელია, ქალების პირადი სივრცის საზღვრების უგულებელყოფის და ამით გამოწვეული კონფიდენციალობის დარღვევის ფაქტების ნაკლები სიმწვავით აღქმის კიდევ ერთი აშკარა დემონსტრაცია იყოს.

კულტურულ ბარიერებზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს ერთ-ერთი ინტერვიუს დროს გინეკოლოგის გაზიარებული ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ კონკრეტულ რეგიონში, კარიერის დასაწყისში, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებს მის მიმართ ნდობა ნაკლებად ჰქონდათ და ნდობის მოსაპოვებლად დიდი ძლისხმევა დასჭირდა. თავად რესპონდენტმა ეს განსხვავებული ეთნიკური წარმომავლობით ახსნა. მართალია, კვლევის ფარგლებში მსგავსი ფაქტი არ განმეორებულა, მაგრამ სამედიცინო პერსონალის მიმართ ქალების ნდობის საკითხის საეჭვოობა ნამდვილად გამოიკვეთა. სწორედ ამიტომ, მნიშვნელოვანია მოსახლეობის ჯანდაცვის პროფესიონალებისადმი ნდობის საკითხის სიღრმისეული კვლევა და არსებული სიტუაციის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დადგენა.

საინტერესოა იმ ფაქტის აღნიშვნა, რომ რესპონდენტები ხშირად საუბრობდნენ სამედიცინო სერვისის მიღებით გამოწვეულ დისკომფორტსა და მასთან დაკავშირებულ შიშზე. ქალების უმრავლესობა საგანგებოდ მიუთითებდა, რომ გინეკოლოგიური სერვისებით სარგებლობის დროს თანმხლებ პირთან ერთად სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტი მათთვის ბევრად მოსახერხებელია, რადგან ისინი მხარდამჭერის როლს ასრულებენ. სამედიცინო სერვისის მიმართ ამ ტიპის დამოკიდებულება გამოიკვეთა თითქმის ყველა ქალი რესპონდენტის შემთხვევაში, რაც მეტად სავარაუდოს ხდის ფაქტს, რომ ჯანდაცვის პროვაიდერების მიერ გაცემული გინეკოლოგიური სერვისი არამეგობრული და სერვისის ბენეფიციარებში ძლიერი სტრესის გამომწვევია. არ არის გამორიცხული, რომ ეს ფაქტორი ქალების მნიშვნელოვანი ნაწილისთვის საჭირო სერვისის მიღებაზე უარის თქმის საფუძველი იყოს. მით უფრო, რომ ამაზე რამდენიმე რესპონდენტმა ღიად ისაუბრა.

„არა, უბრალოდ, გინეკოლოგთან ვიზიტები ჩემთვის დიდი სტრესია, მე ძალიან მრცხვენია. ერთადერთი ჩემი პრობლემა ეგაა, ამიტომ მირჩევნია არ მივიდე“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუ

კვლევამ აჩვენა, რომ ქალების დიდი ნაწილისთვის გინეკოლოგიური სერვისით სარგებლობის მნიშვნელოვანი ბარიერია კაცი გინეკოლოგებიც, რაც სერვისით სარგებლობაზე უარის თქმის მიზეზი არაიშვიათად ხდება. გარდა ამისა, გამოიკვეთა შემთხვევები, როდესაც ქალებმა უარი თქვეს კაცი გინეკოლოგების მომსახურებაზე არა საკუთარი, არამედ ოჯახის წევრების სურვილის საფუძველზე.

ენის ბარიერთან ასოცირებული პრობლემები: კვლევის რესპონდენტებს ენის არცოდნა, სამედიცინო სერვისების მიღების მნიშვნელოვან ბარიერად არ დაუსახელებიათ. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის რესპონდენტების მნიშვნელოვანმა ნაწილმა ქართული არ იცოდა, ამბობდნენ, რომ ამის გამო სერვისის მიღების დროს პრობლემა არ შექმნიათ, რადგან მათ მუნიციპალიტეტში არიან ექიმები, რომლებმაც იციან სომხური/აზერბაიჯანული, ან რუსული. მიუხედავად ამისა, ენის ბარიერით განპირობებული პრობლემები გამოიკვეთა ისეთი სერვისების მიღების დროს, რომელსაც არა ადგილობრივად, არამედ სხვა მუნიციპალიტეტში იტარებენ (ძირითადად, რუსთავი და თბილისი). რესპონდენტები აღნიშნავდნენ, რომ ასეთ შემთხვევაში მათ სომხური/აზერბაიჯანული ენის მცოდნე სხვა სამედიცინო პერსონალი, ან ქართული ენის მცოდნე ოჯახის წევრი ეხმარება. ქალების ნაწილისთვის, მათივე თქმით, ეს პრობლემას არ ქმნის, ნაწილი კი ამბობს, რომ ენის ბარიერის გამო ისინი ნაკლებად ინფორმირებულები არიან. ამასთანავე, გამოვლინდა ცალკეული შემთხვევები, როდესაც ენის ბარიერის გამო, სერვისის მიღების დროს ოჯახის წევრი ახლდა და ქალმა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ჩივილების მიუხედავად, ექიმისთვის შეკითხვის დასმა ვერ მოახერხა, რადგან თანმხლებ პირთან ამაზე საუბარი მოერიდა.

დედათა ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობაზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს სამედიცინო დაწესებულებაში სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებული სერვისის მისაღებად ფულის გადახდის შემთხვევების შესახებ. ამგვარი პრაქტიკა გამოვლინდა, როგორც ანტენატალური, ისე მშობიარობის სერვისების მიღებისას. რესპონდენტებმა, მათ შორის, ერთ-ერთმა სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელმა, აღნიშნა, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებები ხშირად სარგებლობენ არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი პირების ენობრივი ბარიერით და იმ ანტენატალური სერვისებისთვის ახდევინებენ ფულს, რომელიც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ტიპის პრაქტიკა მხოლოდ ქვემო ქართლის რეგიონში გამოვლინდა, რასაც ვერ ვიტყვით ე.წ. „ფულის ჩუქების“ პრაქტიკაზე, რომელიც ორივე რეგიონში თანაბრად აქტუალური აღმოჩნდა და მშობიარობის დროს მეანისა და ბებიაქალისთვის თანხის მიცემას (საჩუქრის სახით) გულისხმობს და, რომელიც მისი არაფორმალური ხასიათის მიუხედავად, დადგენილ წესად მიიჩნევა და შესაბამისად, ოჯახებს დამატებით ფინანსურ ტვირთად აწვება.

2.2. მშობიარობის სერვისებზე წვდომა და ბარიერები

კვლევამ აჩვენა, რომ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მშობიარობის სამედიცინო სერვისის დაფინანსება და მისი ხარისხი დადებითად აისახება არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალების ჯანმრთელობასა და ფინანსურ კეთილდღეობაზე. თუმცა, ამასთან ერთად, გამოიკვეთა რიგი გარემოებები, რომლებიც მშობიარობის დროს ქალების საჭიროებებს უგულებელყოფს და ხშირად ღირსების შემლახავ პრაქტიკასაც განაპირობებს.

ისევე როგორც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა საკითხების შემთხვევაში, მშობიარობასთან დაკავშირებული პრობლემებიც, ძირითადად, არსებული გენდერული და კულტურული ნორმებით არის განპირობებული. ამის თვალსაჩინო მაგალითია კვლევის სამიზნე პოპულაციაში მშობიარობის პროცესის თანმდევი ტკივილის ნორმალიზება, რომელიც, თავის მხრივ, ქალისთვის ბიოლოგიური შვილის ყოლის, როგორც ბუნებისგან მინიჭებული განსაკუთრებული საჩუქრის თანმდევ აუცილებლობად განიხილება. სწორედ ამიტომ, მშობიარობის დროს განცდილი ტკივილები, საზოგადოების მიერ, გარდაუვალ გამოცდილებად აღიქმება, რომლის შემდეგაც, მიჩნეულია, რომ ქალი უფრო კარგად შეიგრძნობს დედობით მინიჭებულ სიხარულს. სავარაუდოდ, სწორედ ეს უნდა იყოს იმის მიზეზი, რომ სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაშიც კი, ქალებს თითქოს

დანაშაულის გრძნობა უჩნდებათ იმის გამო, რომ ახალდაბადებული ბავშვისთვის „სრულყოფილი დედობის როლის“ გაწევა (ფიზიოლოგიური მშობიარობის სახით) არ შეუძლიათ.

ზემოაღნიშნულ ფაქტორებთან ერთად, მშობიარობის სერვისის მიღებისას, ნაკლები სიმწვავით, თუმცა მაინც გამოვლინდა გეოგრაფიული და ენის ბარიერები. გეოგრაფიული წვდომის პრობლემაზე ისაუბრეს, განსაკუთრებით, სოფლად მცხოვრებმა ქალებმა და აღნიშნეს, რომ მშობიარობის დროს, ტრანსპორტირება, ხშირად, დიდ ძალისხმევას და რესურსებს მოითხოვს.[29] ასევე, რესპონდენტებმა ისაუბრეს ენობრივი ბარიერის არსებობაზე და ამ ბარიერით განპირობებულ დისკრიმინაციულ მოპყრობაზე. აღსანიშნავია, რომ ეს პრობლემა, ძირითადად იმ რესპონდენტების შემთხვევაში გამოვლინდა, რომელთაც მშობიარობის გამოცდილება არა ადგილობრივ, არამედ სხვა ქალაქის საავადმყოფოში ჰქონდათ.

„მე მიგვრძვნია, აი, საავადმყოფოში რომ ვიყავი, ვგრძნობდი ქართველ ქალებთან უფრო ხშირ-ხშირად შედიოდა ხოლმე ექიმიც და უფრო ყურადღებიანი იყვნენ მათ მიმართ, ვიდრე ჩვენთან“ - ფოკუს ჯგუფის მონაწილე, გარდაბანი

„მე ვფიქრობ, რომ აქ მთავარი ეთნიკური ვინაობის კი არა, ენის ცოდნის ფაქტორია. თუ არ იცი ქართული, მაშინ გექცევიან გულგრილად. ხანდახან ისე ხდება, რომ საერთოდ არც გპასუხობენ ექიმები, თუ რამეს რუსულად ეკითხები. ენის ბარიერი ბევრ რამეში გვიქმნის პრობლემას“ - ფოკუს ჯგუფის მონაწილე, გარდაბანი

2.3. გინეკოლოგიური ძალადობა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, გინეკოლოგიური ძალადობა, სამედიცინო დაწესებულებაში მშობიარობის დროს ქალის მიმართ ჩადენილი ღირსების შემლახველი და ძალისმიერი მოპყრობაა, რომელიც შეიძლება შემდეგ ქმედებებში გამოიხატოს: ფიზიკური ძალადობა, შერცხვენა და სიტყვიერი ძალადობა, იძულება ან სამედიცინო მანიპულაციების (მათ შორის, სტერილიზაცია) თანხმობის გარეშე განხორციელება, კონფიდენციალობის დარღვევა, სრულყოფილი ინფორმირებული თანხმობის არმიღება, ტკივილის მართვის მიზნით მედიკამენტების მიღებაზე უარი, პირადი სივრცის უხეში დარღვევა, სამედიცინო დაწესებულებაში მიღებაზე უარი, სიცოცხლისთვის საშიში, თავიდან აცილებადი გართულებების უგულებელყოფა და თანხის გადაუხდელობის გამო ორსულისა და ბავშვის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება.[30] ამავე ჩამონათვალში შედის ნებისმიერი ტიპის მანიპულაცია, რომლის ეფექტიანობასაც არ გააჩნია სამეცნიერო მტკიცებულება და რომლის განხორციელებაც ქალის ღირსების შელახვას ან ჯანმრთელობის გაუარესებას იწვევს.[31] გამომდინარე იქიდან, რომ გინეკოლოგიური ძალადობა, ხშირ შემთხვევაში, გინეკოლოგიური გასინჯვის სხვადასხვა ფორმაში ვლინდება, როგორც წესი, ქალების დიდი ნაწილისთვის მათი გამოვლენა შეუძლებელი ხდება. უფრო მეტიც, ხშირია შემთხვევები, როდესაც ექიმის მიერ პაციენტის

29 ერთმა რესპონდენტმა გაიხსენა სახლში მშობიარობის შემთხვევა, როდესაც სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანამ ვერ მიუსწრო მშობიარობას და ქალმა ბავშვი სახლის პირობებში გააჩინა (სოფელი კულიკამი).

30 World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2014. გვ.1. (შემდეგში: World Health Organization, 2014) ინფორმაცია მისაწვდომია ონლაინ: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1. [ბოლო ნახვა: 12.12.2021].

31 The Parlamentary Assembly of the Council of Europe. Committee on Equality and Non-Discrimination. Obstetrican and Gynecological Violence 2019. ინფორმაცია მისაწვდომია ონლაინ: http://www.assembly.coe.int/LifeRay/EGA/Pdf/TextesProvisoires/2019/20190912-ObstetricalViolence-EN.pdf. [ბოლო ნახვა: 12.12.2021].

გასინჯვის დროს, ქალი სექსუალური შევიწროების, ან ძალადობის ობიექტი ისე ხდება, რომ თავად აც ვერ იგებს.

აღსანიშნავია, რომ გინეკოლოგიური ძალადობის განმაპირობებელი ფაქტორები საკმაოდ კომპლექსური ხასიათისაა და ინდივიდუალური, სტრუქტურული და პოლიტიკური საფუძველი გააჩნია.[32] ამიტომ, გინეკოლოგიურ ძალადობასთან ბრძოლის საქმეში სახელმწიფოს უდიდესი როლი აკისრია. ამისთვის, პირველ რიგში, აუცილებელია გინეკოლოგიური ძალადობის, როგორც სამართლებრივი ტერმინის დამკვიდრება, ძალადობის ამ ფორმების პრევალენტობისა თუ გამოვლინების ფორმების შესწავლა და სამედიცინო დაწესებულებებში შესაბამისი სტანდარტების დაწესება.[33]

კვლევამ აჩვენა, რომ ორსულობისა და მშობიარობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, ხშირად უგულებელყოფილია ქალის ინდივიდუალური საჭიროებები, ასევე - საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ამომწურავი ინფორმაციისა და ამ ინფორმაციაზე დაყრდნობით დამოუკიდებელი არჩევანის გაკეთების უფლება. უფრო კონკრეტულად, ორსულებსა და მშობიარეებს პროაქტიულად არ მიეწოდებათ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამეცნიერო ინფორმაცია. უფრო მეტიც, ხშირია შემთხვევები, როდესაც მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში, ქალების ნაცვლად, პირველ რიგში, მათი პარტნიორები და ოჯახის სხვა წევრები მონაწილეობენ. ყველაფერი ეს, საბოლოოდ, უგულებელყოფს ქალების სხეულის ავტონომიას და მასთან დაკავშირებული ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების უფლებას.

„მორიგე ექიმს 24 საათის განმავლობაში ევალება, თვითონ გადაწყვიტოს [გულისხმობს სამედიცინო მანიპულაციის შესახებ გადაწყვეტილებას]. ის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, ოჯახის წევრებს უხსნის, მაგალითად, ამ ეტაპზე საჭიროა საკეისრო კვეთა, თუ არა და დედასა და ბავშვის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება. ყოველ შემთხვევაში, ხდება ოჯახის წევრების, ვინც არის მასთან ერთად მოსული, მათიც, ინფორმირება“ - გინეკოლოგი, ქვემო ქართლის რეგიონი

არასათანადო მოპყრობის ამ ფაქტების გარდა, რესპონდენტები საუბრობდნენ ექიმების მიერ ორსულობისა თუ მშობიარობის დროს დანიშნულ უამრავ არასაჭირო მედიკამენტსა და გამოკვლევაზე. ეს, არასაჭირო ხარჯებთან ერთად, მეტად სავარაუდოა, რომ ჯანმრთელობის რისკებსაც ზრდიდეს.

ბოლოს, გინეკოლოგიური ძალადობის საკითხებზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს კვლევის ფარგლებში გამოვლენილი იმ გავრცელებული პრაქტიკის შესახებ, რომელიც მშობიარობის პროცესს უკავშირდება და სამეცნიერი ღირებულებების ნაცვლად, ქალის ღირსების შემლახავ, საზიანო პრაქტიკებად მიიჩნევა. კვლევამ აჩვენა, რომ მშობიარობის დროს, ქალების ქმედუნარიანობა თითქოს ეჭვქვეშ დგება, ხოლო მიღებული გადაწყვეტილებები ძალადობრივ და ავტორიტარულ ქმედებებზეა დაფუძნებული.

32 Anna Annborn and Hafrún Rafnar Finnbogadóttir, “Obstetric Violence a Qualitative Interview Study,” Midwifery 105 (February 2022): 103212, https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212.

33 World Health Organization, 2014. გვ. 2.

„ხანდახან არის ხოლმე, რომ პაციენტი იძახის, რომ არც ბავშვი უნდა, არც ქმარი და მე ვარ ცუდადო. მაშინ ვამბობ, რომ აი, მეც არ მაინტერესებს, თუ ბავშვი იხრჩობა, ანუ ინდივიდუალურია ეს ყველაფერი. ყველა პაციენტი სხვანაირია. ზოგი პაციენტი ხანდახან ისე არაადეკვატურად იქცევა და საფრთხეს უქმნის ნაყოფსაც. მაშინ წყალი მიუსხი [უნდა მიასხა], ცივი წყალი. იმიტომ, რომ ამ დროს ვერ აზროვნებს ადამიანი და შეიძლება ამან გაგუდოს ბავშვი, ნუ ის ექიმებიც ამ ქცევას მაგით ხსნიან“ - გინეკოლოგი, ქვემო ქართლის რეგიონი

კვლევის ფარგლებში, ასევე გამოვლინდა, რომ ჯერ კიდევ გავრცელებულია ისეთი არასაჭირო და საზიანო პროცედურები, როგორიცაა ფუძეზე ზეწოლა, მშობიარობის წინა პერიოდში ნაწლავის გამწმენდი პროცედურები, ეპიზიოტომია, ბოქვენის გაპარსვა, ზოგჯერ - ფიზიკური ძალის გამოყენება და სხვ. რესპონდენტები, როგორც ქალები, ისე ექიმები, აღნიშნავდნენ, რომ მათ ხელთ არსებული ინფორმაციით, ამ ტიპის პრაქტიკებმაც ბოლო წლების განმავლობაში თანდათან იკლო, თუმცა მაინც არსებობს, განსაკუთრებით, რეგიონებში. აღსანიშნავია ისიც, რომ გამოვლინდა იმ არასაჭირო სამედიცინო მანიპულაციების (პრაქტიკების) არსებობა, რომლებიც კულტურული ნორმებით და გენდერული უთანასწორობით არის გამოწვეული და ლახავს ქალის სხეულებრივ ავტონომიას.

„ხანდახან პაციენტი გვეუბნება, არ გამკეროო და მე ვპასუხობ, შეთვის არა, შენი მეუღლისთვის ვაკეთებ მეთქი. ვიზუალურად საერთოდ არის შეუმჩენეველი“ - გინეკოლოგი, ქვემო ქართლის რეგიონი.

2.4. მშობიარობის შედგომი პერიოდი და დედათა ჯანმრთელობაზე მოქმედი სოციალური ფაქტორები

კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო სერვისებზე ქალების მიმართვიანობა მშობიარობის შემდგომ პერიოდში საკმაოდ დაბალია. ამ პერიოდში ქალების მხოლოდ მცირე ნაწილი აკითხავს სამედიცინო დაწესებულებას, ისიც, მხოლოდ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ჩივილების შემთხვევაში. თუმცა, ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გამოხატული პრობლემები, ქალებისთვის ყოველთვის არ არის საკმარისი მიზეზი ექიმთან მისასვლელად. კვლევის რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ჩივილების მიუხედავად, ე.წ. სახლის საქმეების გამო, სამედიცინო დაწესებულებაში მისვლა ვერ მოახერხა. ქალების ნაწილში, ამავე მიზეზით ანტენატალური სერვისებით სარგებლობის პრობლემაც აღინიშნა.

„ოჯახური პირობების გამო ხანდახან არის, რომ ვერ ვასწრებდი ამ მომსახურებებზე, მაგრამ მერე მივდიოდი. მე ვურეკავდი და ვეუბნებოდი, რომ საპატიო მიზეზი მაქვს და ექიმი მეუბნებოდა, არაუშავს, შეგიძლია 2–3 დღის მერე მოხვიდე“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუს მონაწილე ქალი

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ მშობიარობის შემდგომი პერიოდი მთლიანად ახალდაბადებული ბავ-შვის ინტერესებით არის მოცული და დედის საჭიროებები პრაქტიკულად უგულებელყოფილია. ამას ემატება ის გარემოება, რომ ე.წ. საშინაო საქმეების კეთება, ძირითადად, ქალების მხრებზე

გადადის. გამოიკვეთა, რომ ქალებს, განსაკუთრებით კი სოფლად მცხოვრებ ქალებს, რთულ საყოფაცხოვრებო პირობებში უწევთ ცხოვრება. ისინი ხშირად აღნიშნავდნენ წყალმომარაგებასთან, გაზიფიცირებასთან და ამით გამოწვეულ გაზრდილ საშინაო შრომასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, რაც განსაკუთრებით ზამთრის სეზონზე, ართულებს ქალების შრომას და ჯანმრთელობის სერიოზულ საფრთხეებსაც წარმოქმნის.

კვლევის შედეგად ასევე გამოიკვეთა, რომ მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, ქალებს ხშირად აღენიშნებათ მენტალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, რის მიზეზადაც, ძირითადად, შვილის გაჩენით განპირობებული ახალი პასუხისმგებლობები და ოჯახის ახალ წევრებთან ურთიერთობების სირთულეები სახელდება.

3. საზიანო პრაქტიკები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ჭრილში

საზიანოპრაქტიკებიადამიანისუფლებათადარღვევაა,რომელიცშეიძლებასხვადასხვაფორმითიყოს გამოხატული. მაგალითად, ქალთა გენიტალიების დასახიჩრება, ბავშვთა და იძულებითი ქორწინება, ე.წ. ქალწულობის შემოწმება და სხვა მსგავსი პრაქტიკები, რადიკალური კვებითი შეზღუდვები, მათ შორის, ორსულობის დროს (იძულებითი კვება, საკვებთან დაკავშირებული ტაბუ), ფიზიკური დასჯა, ჩაქოლვა და სხვ. ამგვარი პრაქტიკები ქალებისა და მოზარდების მიმართ დისკრიმინაციული ქმედებაა და სერიოზული რისკის ქვეშ აყენებს მათ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას, უფლებებს, ასევე, სიცოცხლესაც. საზიანო პრაქტიკების არსებობა მჭიდროდ უკავშირდება სქესის, გენდერული ნიშნით, ასაკის, შშმ სტატუსის საფუძველზე ან სხვა ნიშნით დისკრიმინაციას. მის მიმართ განსაკუთრებული დაუცველობით გამოირჩევიან სხვადასხვა მარგინალიზებული ჯგუფის წარმომადგენელი ქალები და გოგოები. სწორედ ამიტომ, საზიანო პრაქტიკებისგან ქალებისა და გოგოების დაცვის უფლება აღიარებულია ბავშვთა და ქალთა უფლებების დაცვის არაერთი საერთაშორისო სამართლებრივი ინსტრუმენტით, რომელიც სახელმწიფოებს მათი აღმოფხვრისკენ მოუწოდებს.[34]

ადრეული ქორწინება: აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტებმა გამოკვეთეს ადრეულ ასაკში ქორწინების გავრცელებული პრაქტიკა, რომელიც, როგორც აღმოჩნდა, ბოლო პერიოდში შემცირების ტენდენციის მიუხედავად, ჯერ კიდევ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება ახალგაზრდებისთვის.

მიუხედავად იმისა, რომ ადრეული ქორწინების უარყოფითი გამოსავლები აშკარაა კვლევის ყველა რესპონდენტისთვის, განსხვავებულია მათი აღქმა ადრეული ქორწინების დეფინიციასთან და ამით გამოწვეულ ნეგატიურ შედეგებთან მიმართებით. ამ თვალსაზრისით, უნდა აღინიშნოს, რომ ახალგაზრდების ჯგუფის პრაქტიკულად აბსოლუტურმა უმრავლესობამ და დანარჩენი რესპონდენტების მხოლოდ მცირე ნაწილმა სწორად განმარტა ადრეული ქორწინება და დასძინა, რომ ქორწინებისთვის მზაობა იშვითად არის უშუალოდ დაკავშირებული ადამიანის ბიოლოგიურ ასაკთან და უფრო მეტად, ადამიანის ინდივიდუალური განვითარების დონეს უკავშირდება. საინტერესოა, აღინიშნოს, რომ რესპონდენტები ადრეული ქორწინებით მიყენებულ ზიანს განსხვავებულად აღიქვამენ გენდერულ ჭრილში და ამბობენ, რომ ასეთ დროს ქალები, კაცებთან შედარებით გაცილებით მეტად ზარალდებიან. საინტერესოა ისიც, რომ ამის მიუხედავად, რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობისთვის ადრეული ქორწინების ზედა ზღვარი ქალებისთვის გაცილებით

34 UN Human Rights Office of the HIgh Commissioner. Harmful Practices 2020. გვ. 1-2. ინფორმაცია მისაწვდომია ონლაინ: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Harm_Pract_WEB.pdf. [ბოლო ნახვა: 15.12.2021].

უფრო დაბალია, ვიდრე კაცებისთვის. საინტერესოა ის გარემოებაც, რომ ადრეული ქორწინების უარყოფით შედეგებზე საუბრისას, ასეთი გამოცდილების მქონე რესპონდენტები გაცილებით უფრო რადიკალურები და კონკრეტულები იყვნენ, ვიდრე ისინი, ვისაც ასეთი გამოცდილება არ ჰქონდა. მართალია, ყველა რესპონდენტმა მიუთითა ადრეული ქორწინების უარყოფით გავლენაზე ქალის და ბავშვის ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და ქალის რეპროდუქციულ უნარზე, თუმცა მხოლოდ ამ გამოცდილების მქონე რესპონდენტებმა ისაუბრეს განათლების მიღების, ეკონომიკური დამოუკიდებლობის, პროფესიული განვითარების პრობლემებზე, ადრეული ქორწინების შემთხვევაში. გოგოები აქტიურად იხსენებდნენ საკუთარ და სხვების გამოცდილებას, ადრეული ქორწინებისა და ორსულობის დროს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ.

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ ქალის ავტონომია, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების განხორციელება უფრო მეტად, სწორედ ადრეული ქორწინების შემთხვევაში ირღვევა, რაც ყველაზე კარგად, ისევ, სწორედ ასეთი გამოცდილების მქონე ქალების მიერ აღიქმება. გამოიკვეთა აზრი, რომ ქალები ხშირად, საზოგადოების პირდაპირი, თუ ირიბი გავლენის შედეგად, გაუცნობიერებლად, ხშირად, საკუთარი ნების საწინააღმდეგოდ ქმნიან ოჯახს.

„შეიძლება არ უნდოდეს, ზოგი სწავლობს, სწავლის მერე მუშაობა უნდა, საზოგადოება ისე აკეთებს, რომ ზოგი იძულებული ხდება გათხოვდეს და რაც ჰქონდა დაწყებული, ეგ ყველაფერი დატოვოს“ - ფოკუს ჯგუფის მონაწილე გოგო, ახალქალაქი

ადრეული ქორწინების მიზეზებიდან რესპონდენტებმა დაასახელეს განათლების მიღების შესაძლებლობის პრობლემა, განსაკუთრებით, სოფლად მცხოვრები გოგოების შემთხვევაში, სოციალურ-კულტურული თავისებურებები - ისინი აღნიშნავდნენ, რომ გარკვეული ასაკის შემდეგ ქალი უკვე „დაბერებულად“ მიიჩნევა ქორწინებისთვის, ასევე, ფინანსური პრობლემები. გარდა ამისა, ადრეული ქორწინების ერთ-ერთ მიზეზად მშობლების მკაცრი/ძალადობრივი აღზრდის მეთოდები დასახელდა, რომლის დროსაც, გოგოები დაქორწინების შესახებ გადაწყვეტილებას, მშობლების მარწუხებიდან თავის დასახსნელად იღებენ.

„დიახ, დიდებიდანაც მოდის. აი, ახლა გოგო ხდება 18 წლის. იწყებენ, ვაიმე რატომ აკავებთ სახლშიო? სახლში დარჩენილს უწოდებენ. მაგ სიტყვას იყებენ და იწყებენ მალე-მალე დაქორწინებას. მაგალითად, ჩემთვის 22 წელი უფრო მეტად ნორმალურია“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუ, ახალქალაქი

გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევა: საზიანო პრაქტიკებზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევა, რომელიც რესპონდენტების თქმით, ჯერ კიდევ გავრცელებული პრაქტიკაა. როგორც კვლევამ აჩვენა, ხშირია შემთხვევები, როდესაც ქალს მეუღლე, ან ოჯახის სხვა წევრი (ყველაზე ხშირად დასახელებულია დედამთილი) აიძულებს აბორტი გაიკეთოს მაშინ, როდესაც ნაყოფი მდედრობითი სქესისაა. ეს გარემოება, გარდა იმისა, რომ გენდერული ნიშნით ძალადობის ერთ-ერთი ფორმაა და ცალსახად საჭიროებს რეაგირებას, მნიშვნელოვანია იმ თვალსაზრისითაც, რომ ქალები, სწორედ ამ მიზეზით, ხშირად ხდებიან რეპროდუქციული ძალადობის მსხვერპლნი. ბიჭების, როგორც რესპონდენტები აღნიშნავდნენ, „გვარის გამგრძელებლის“ ყოლის სურვილის

გამო, პარტნიორები და ოჯახის სხვა წევრები ხელს უშლიან ქალებს გამოიყენონ კონტრაცეფციის მეთოდი, ორსულობის დადგომის შემთხვევაში კი, აიძულებენ გაიკეთონ აბორტი, თუ ნაყოფის სქესი მამრობითი არ არის.

სხვა საზიანო პრაქტიკები: კიდევ ერთი საზიანო პრაქტიკა, რომელსაც ქალის მენტალურ და სექსუალურ ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვანი უარყოფითი გავლენის მოხდენა შეუძლია, არის დაქორწინების დროს ე.წ. ქალწულობის შემოწმების ტრადიცია, რომელიც, მართალია, სხვადასხვა ფორმით, თუმცა ორივე ეთნიკურ ჯგუფში გავრცელებული პრაქტიკაა. კვლევის რესპონდენტები აღნიშნავდნენ, რომ ეს ტრადიცია მათთვის პირად ცხოვრებაში უხეშ ჩარევას ნიშნავს და ღირსების შემლახავია.

„მე არ ვფიქრობ, რომ ქალებს უნდათ, მე ჩემი გამოცდილებიდან გეუბნებით, ძალიან რთულია და ჩვენი დიდები გვაიძულებენ“ - ჩაღრმავებული ინტერვიუ, ახალქალაქი

დასკვნა

ანგარიშში წარმოდგენილი ინფორმაცია გარკვეულწილად იმეორებს საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებით წინა წლებში ჩატარებული კვლევის შედეგებს და კიდევ ერთხელ ადასტურებს ამ მხრივ ქვეყანაში არსებული გამოწვევების სიმძიმეს. ამასთან ერთად, გამოკვეთს რიგ სოციალურ და კულტურულ ფაქტორებს, რომლებიც კვლევის სამიზნე ჯგუფისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიღების პროცესში სპეციფიკურ საჭიროებებსა და განსაკუთრებულ ბარიერებს წარმოქმნის და, რომელთა მხედველობაში მიღება მნიშვნელოვანია პოლიტიკის, პროგრამების და სერვისების შემუშავების პროცესში.

რეკომენდაციები

საქართველოს მთავრობას:

- უზრუნველყოს ჯანდაცვის პროგრამებში ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის სერვისების ინტეგრირება; კერძოდ, თანამედროვე კონტრაცეპციის საშუალებების ჩართვა საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეთა საბაზისო პაკეტში შერეული სამიზნე ჯგუფებისთვის, მათ ორის არადომინანტი ეთნიკური ჯფუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოებისთვის. ასევე, ამ ჯგუფისთვის ინფორმირების შესაძლებლობა მათთვის სასურველ ენაზე; მათთვის კულტურულად მისაღები კონტრაცეფციის მეთოდების შეთავაზება, ხოლო სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის - სერვისებსა და პროდუქტებზე გეოგრაფიული წვდომის უზრუნველყოფა
- უზრუნველყოს დედათა ჯანმრთელობის პროგრამებში მენტალური ჯანმრთელობის საკითხების ინტეგრირება, ხოლო სერვისების განხორციელების ეტაპზე, კულტურული განწყობების შედეგად სერვისით სარგებლობაზე უარის თქმის თავიდან ასაცილებლად, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელ ქალებს შორის, მენტალური ჯანმრთელობის მნიშვნელობასა და პროგრამის საჭიროების შესახებ სპეციფიკური, აქტიური საინფორმაციო კამპანიის წარმოება
- უზრუნველყოს მშობიარობის შემდგომი (პოსტნატალური) სამედიცინო ზრუნვის ეფექტიანი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სერვისების ინტეგრირება დედათა ჯანმრთელობის პროგრამაში
- სიღრმისეულად გამოიკვლიოს გინეკოლოგიური და რეპროდუქციული ძალადობის შემთხვევები და კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, შეიმუშაოს შესაბამისი პროგრამები და პოლიტიკა
- დაიწყოს მუშაობა საკანონმდებლო ცვლილებებზე, გინეკოლოგიური და რეპროდუქციული ძალადობის დაფარული ფორმების თავიდან ასაცილებლად და მათთან საბრძოლველად
- ადრეული ქორწინების წინააღმდეგ კანონის ეფექტიანად აღსასრულებლად, ხელი შეუწყოს მის თავიდან აცილებასა და რეაგირებაზე პასუხიმგებელი პირების ინფორმირებას და ცნობიერების გაფართოებას.

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

- დედათა ჯანმრთელობის სერვისების გამცემი სამედიცინო დაწესებულებებისთვის შეიმუშაოს ხარისხის შეფასების სტანდარტი და მისი აღსრულების მონიტორინგის ეფექტიანი მექანიზმი

- უზრუნველყოს სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემის განვითარება და ხელი შეუწყოს ექიმების მუდმივი კვალიფიკაციის ამაღლებას, სადაც მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო ინფორმაციის მიღებასთან ერთად, ექიმები შეისწავლიან პაციენტთან კომუნიკაციის პრინციპებს, მრავალფეროვნების საკითხებს, სამედიცინო ეთიკის და ჯანმრთელობის სხვადასხვა მდგომარეობის მართვის დროს სოციალური ასპექტების გათვალისწინების მნიშვნელობის შესახებ
- უზრუნველყოს კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული, აბორტის და მათ შორის, მედიკამენტური აბორტის, ანტენატალური, მშობიარობისა და პოსტნატალური სამედიცინო ზრუნვის ეროვნული გაიდლაინების დადგენილი წესის შესაბამისად შემუშავება და/ან განახლება; ასევე, ამ პროცესების პარალელურად, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენლებისთვის გასაგებ ენაზე პაციენტისთვის განკუთვნილი სახელმძღვანელოების შემუშავება და მათი თარგმნა
- უზრუნველყოს განახლებული/ახლად შემუშავებული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების მიხედვით სამედიცინო პერსონალის ინფორმირება და გადამზადება
- ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე საკანონმდებლო ცვლილებების შესახებ, სისტემატურად მიაწოდოს ინფორმაცია სამედიცინო პერსონალს, საჭიროების შემთხვევაში, უზრუნველყოს მათი გადამზადება
- არადომინანტი ეთნიკური ჯგფუფების ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად, სამედიცინო დაწესებულებებში დანერგოს სავალდებულო პროფესიონალი თარჯიმნის სისტემა
- საქართველოს მთავრობასთან თანამშრომლობით შეიმუშაოს სამედიცინო დაწესებულებებში ძალადობისა და დისკრიმინაციის ნებისმიერი ფორმის, მათ შორის, რეპროდუქციული და გინეკოლოგიური ძალადობის პრევენციისა და კონტროლის ეფექტიანი მექანიზმი
- უზრუნველყოს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ სოფლისა და ოჯახის ექიმების გადამზადება და მათი აქტიური მონაწილეობა ოჯახის დაგეგმვის სერვისების გაცემის პროცესში
- სახელმწიფო პროგრამებში მონაცემთა შეგროვებისას, ინფორმაცია ჩაშალოს ეთნიკური ჯგუფების მიხედვით და აწარმოოს ამ ინფორმაციის სისტემატური ანალიზი, რათა პოტენციური ბარიერების აღმოსაფხვრელად, შეისწავლოს არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფების ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობის პრაქტიკა, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში, ჩაატაროს სიღრმისეული კვლევა.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს:

- უზრუნველყოს ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში ადამიანის სექსუალობის შესახებ ყოვლისმომცველი განათლების სასწავლო კურიკულუმებში სრულფასოვანი ინტეგრირება, პედაგოგების გადამზადება და მისი ეფექტიანი, შედეგზე ორიენტირებული სწავლება. კერძოდ, სამედიცინო ასპექტებთან ერთად, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებრივი ნაწილის სწავლება და ამ სახით ინფორმირების გზით იმ კულტურული, გენდერული და სოციალური ფაქტორების შესუსტება, რომლებიც ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით წარმოშობს უფლებადარღვევების გავრცელებულ პრაქტიკას

ადგილობრივ თვითმმართველობებს:

- შეისწავლონ საკუთარ მუნიციპალურ ერთეულში დასახლებული არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისა და გოგოების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართულებთ არსებული საჭიროებები და შეიმუშაონს ამ საჭიროებების შესაბამისი ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამები
- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ, არადომინანტი ეთნიკური ჯგუფებისთვის გასაგებ ენაზე აქტიურად აწარმოონ საინფორმაციო კამპანიები.