

სექსუალური და
რეპროდუქციული
ჯანმრთელობის საჭიროებები
შეზღუდული შესაძლებლობის
მქონე და ლბქ ქალებისთვის

კვლევის ავტორი: ანი გოგბერაშვილი

სარჩევი

კვლევის მოკლე შეჯამება	3
შესავალი.....	5
ადგილობრივი კონტექსტი.....	7
კვლევის მიზანი და ამოცანები.....	9
მეთოდოლოგია	9
სამაგიდე კვლევა	9
საველე სამუშაოები.....	11
ანალიზის ეტაპი.....	11
ეთიკური საკითხები	12
კვლევის შეზღუდვები	12
კვლევის შედეგები	13
პერსონალური ავტონომიის საკითხი	13
შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ლბქ იდენტობის თანაკვეთა.....	18
სერვისებზე წვდომა	20
ინფორმაციაზე წვდომა.....	28
დასკვნა	32
გამოყენებული ლიტერატურა.....	33

ტერმინთა განმარტება

ეიბლიზმი - გულისხმობს დამოკიდებულებების, პრაქტიკების და სისტემური ბარიერების ერთობლიობას, რომლებიც არახელსაყრელ მდგომარეობაში აყენებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს და ყურადღების მიღმა ტოვებს მათ საჭიროებებსა და პერსპექტივებს. ეიბლიზმს შესაძლოა ჰქონდეს შემდეგი გამოხატულებები: არაადაპტირებული გარემო, შეზღუდულ შესაძლებლობებთან დაკავშირებული სტერეოტიპები, შეზღუდული წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე, დისკრიმინაცია საგანანმანათლებლო სივრცეებში და სამუშაო ბაზარზე.

ჰეტერონორმატიულობა - რწმენათა და დამოკიდებულებათა ერთობლიობა, რომელიც ნორმად აღიარებს/პრივილეგიას ანიჭებს ჰეტეროსექსუალობას, ხოლო სექსუალობის სხვა ნებისმიერ გამოხატულებას მარგინალურ პოზიციაში აქცევს. ჰეტერონორმატიული საზოგადოების სოციალური, მორალური და სამართლებრივი სტრუქტურა იმთავითვე მოიაზრებს არადომინანტი სექსუალობების გარიყვას და დისკრიმინაციას.

სისგენდერი: ტერმინი „სისგენდერი“ მიესადაგება ადამიანს, რომლის გენდერული იდენტობა და გენდერული თვითგამოხატვაც შეესაბამება დაბადებისას მისთვის მინიჭებულ ბიოლოგიურ სქესს და იმ სოციალურ მოლოდინს, რომელიც მის გენდერს მიემართება.

ლბტქი+: აბრევიატურა, რომელსაც იყენებენ ლესბოსელი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი/ტრანსი*, ლბქ და ინტერსექსი ადამიანების აღსანიშნავად.

ლბქ: აბრევიატურა, რომელსაც იყენებენ ლესბოსელი, ბისექსუალი და ლბქ ადამიანების აღსანიშნავად.

ქვიარი - ქოლგა ტერმინი, რომელიც გამოიყენება სექსუალობის და გენდერული იდენტობის მრავალფეროვანი გამოხატულებების აღსანიშნავად, რომელიც ცდება ჰეტერონორმატიულ/სისნორმატიულ ჩარჩოებს.

კვლევის მოკლე შეჯამება

კვლევის მიზანი ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების კვლევა და მათ გამოცდილებებს შორის თანაკვეთის შესწავლაა. მიზნის მისაღწევად, მკვლევარმა ჩაატარა სამაგიდე კვლევა და გამოიყენა **სიღრმისეული და პირისპირი ინტერვიუების** მეთოდები. კვლევის მთავარი მიგნებები მოცემულია ქვემოთ:

როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ისე ლბქ ქალები ხშირად განიცდიან პერსონალური ავტონომიის ნაკლებობას. **შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების შემთხვევაში ავტონომიის ნაკლებობა განპირობებულია საზოგადოებაში დამკვიდრებული ებლისტური დამოკიდებულებებით, ხოლო ლბქ ქალების შემთხვევაში ავტონომიას ზღუდავს ჰომოფობია და ჰეტერონორმატიული დამოკიდებულებები.** ჰომოფობია და ჰეტერონორმატიული დამოკიდებულებები ქმნის ბარიერებს დასაქმების, საცხოვრებელი ადგილის ძიების, ჯანდაცვის სერვისების მიღების დროს, ლბქ ქალები აწყდებიან დისკრიმინაციას და კომპეტენციის ნაკლებობას სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან. ხშირ შემთხვევაში ლბქ ქალებს საკუთარი იდენტობის გამო არ აქვთ მხარდაჭერა ოჯახის წევრებისგან, რაც დამატებით ბარიერებს ქმნის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციასა და სერვისებზე წვდომის კუთხით. აღნიშნული საკითხების განსახილველად უსაფრთხო სივრცის არქონა ამყარებს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებულ სტიგმას და ამცირებს ინფორმაციისა თუ სერვისების პროაქტიულად მოძიების ალბათობას (Ryan et al., 2010). გარდა ამისა, ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების მხრიდან მხარდაჭერის ნაკლებობა გავლენას ახდენს განათლებისა და დასაქმების შესაძლებლობებზეც, რაც მნიშვნელოვანი ბარიერია ინფორმაციასა და სერვისებზე წვდომისას.

სიტუაცია განსაკუთრებულად მწვავეა თანამკვეთი, შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ლბქ იდენტობების შემთხვევაში. **როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობები იკვეთება ლბქ იდენტობასთან, ინდივიდები აწყდებიან დამატებით სტიგმასა და ბარიერებს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და სერვისების მისაწვდომობის მხრივ.** შეზღუდული შესაძლებლობების არსებობის შემთხვევაში, საზოგადოება სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან და ზოგადად, სექსუალობასთან დაკავშირებით საუბარს არარელევანტურად მიიჩნევს. ხშირ

შემთხვევაში, ორმაგი სტიგმის თავიდან ასაცილებლად, თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებიც არიდებენ თავს სექსუალური იდენტობაზე ლაპარაკს.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის ნაკლებობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალებს უზღუდავს ჯანმრთელობის უფლებას. სამედიცინო სისტემაში არსებული არაადაპტირებული გარემო და ეიბლისტური და ჰეტერონორმატიული დამოკიდებულებები ხელს უშლის ქალებს მიიღონ საჭიროებების შესაბამისი სერვისები და ისარგებლონ უფასო სკრინინგ პროგრამებით, როგორცაა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი და პრენატალური გამოკვლევები. ამასთან, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული მისაწვდომობის საკითხი უდიდეს გამოწვევას წარმოადგენს რეგიონში მცხოვრები ქალებისთვის და ხაზს უსვამს სოციალურ უთანასწორობებს და ინკლუზიური ჯანდაცვის სისტემის შექმნის აუცილებლობას.

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ნაკლებობა ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისა და გოგოებისთვის გამოწვეულია ფორმალურ განათლების სისტემაში ასაკის შესაბამისი ყოვლისმომცველი სექსუალური განათლების არარსებობით. არაფორმალური განათლების წყაროები ხშირად არ მოიცავს სპეციფიკურ ინფორმაციას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალებისთვის. გარდა ამისა, მსგავსი სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებული ტრენინგები ქალაქებშია ტარდება და სოფლად მცხოვრებ ქალებსა და გოგოებს იშვიათად მიუწვდომელია. ინფორმაციის ნაკლებობა ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს ტოვებს ისეთი კრიტიკული მნიშვნელობის მქონე ინფორმაციის გარეშე, როგორცაა უსაფრთხო სექსი, კონტრაცეფციის მეთოდები, სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები. ეს ყველაფერი ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს უფრო მოწყვლადს ხდის სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების, არასასურველი ორსულობების, ძალადობის სხვადასხვა ფორმის მიმართ.

შესავალი

წინამდებარე კვლევის ფარგლებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მოაზრებულია როგორც ფიზიკური, ემოციური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობა, რაც დაკავშირებულია სექსუალობის და რეპროდუქციის ყველა ასპექტთან. აღნიშნული განმარტება 1994 წელს კაიროს მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე(ICPD) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანმრთელობის განმარტებაზე დაყრდნობით შემუშავდა. განმარტების მიხედვით, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა არ გულისხმობს მხოლოდ დაავადების ან დისფუნქციის არარსებობას და მიიღწევა სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების რეალიზაციით, რაც ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა (Ann M Starrs, 2018). რეპროდუქციული ჯანმრთელობა მოიაზრებს როგორც უსაფრთხო და სასიამოვნო სექსუალურ ცხოვრებას, ისე კონტროლს საკუთარ რეპროდუქციულ ფუნქციაზე, რაც მოიცავს ოჯახის დაგეგმვის მეთოდებზე წვდომას და მათზე სრულყოფილი ინფორმაციის ქონას (Glasier, et al. 2006, გვ. 1595). სექსუალური ჯანმრთელობა გულისხმობს პოზიტიურ დამოკიდებულებას სექსუალობისადმი; იძულებისაგან, ძალადობისგან, დისკრიმინაციისგან თავისუფალ სექსუალური გამოცდილებების ქონის შესაძლებლობას (იქვე, გვ. 1596). სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეს დეფინიცია განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალებისთვის, რადგან ფიზიკური, ემოციური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობის ერთიანობა, ხაზს უსვამს მათი საჭიროებებისა და გამოცდილებების კომპლექსურობას.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების შემთხვევაში, მათი სექსუალობა დღემდე ტაბუდადებული და მარგინალური საკითხია. მეტიც, საზოგადოების დიდი ნაწილი კვლავ მიიჩნევს, რომ სექსუალობა საერთოდ არაა რელევანტური შეზღუდული შესაძლებლობის პირებთან მიმართებაში, ახდენს მათ ინფანტილიზებას და არ უტოვებს სივრცეს სხეულებრივი ავტონომიისა და აგენტობისთვის. ისტორიულად ქვიარ თემიც მსგავსი ტიპის ბარიერებს აწყდებოდა: მუდმივად ხდებოდა და ხშირად დღესაც ხდება მათი სექსუალობის პათოლოგიზება და უარყოფა (Whitney, 2006). ამასთან, როგორც შეზღუდული შესაძლებლობების, ისე ქვიარ თემი ისტორიულად ხდებოდა და დღესაც ხდება მედიკალიზაციის, ასექსუალიზების ან ჰიპერსექსუალიზების ინსტიტუციონალიზაციის ობიექტი.

პატრიარქალურ საზოგადოებებში სხვადასხვა ისტორიული, კულტურული და სოციალური ფაქტორების ერთობლიობა ქალების სექსუალობის კონტროლისკენაა მიმართული, რაც ძალაუფლებისა და არსებული გენდერული იერარქიის შენარჩუნების ერთ-ერთი გზაა. ქალების სექსუალობის გამოხატულების დათრგუნვა ადრეული სოციალიზაციის ეტაპიდანვე იწყება და მთელი ცხოვრების განმავლობაში გრძელდება. ზოგიერთი ქალისთვის ჩაგვრის ამ შრეს ემატება ეიბლიზმი, ჰომოფობია და ჰეტერონორმატიული დამოკიდებულებები, რაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ლბქ ქალების გამოცდილებებს განსაკუთრებულად მარგინალურს ხდის.

ადგილობრივი კონტექსტი

საქართველომ 2014 წელს მოახდინა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის რატიფიცირება, რომელიც სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების გარანტიებს და მომსახურების მისაწვდომობაზე არადისკრიმინაციულ მიდგომას მოიცავს. მიუხედავად ამისა, კონვენციის განხორციელების პროცესში მნიშვნელოვანი გამოწვევებია (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2018) და არ მომხდარა კონვენციის ჰარმონიზაცია კანონმდებლობისა და პოლიტიკის დონეზე. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების ნაწილს დღემდე არ აქვთ წვდომა გინეკოლოგიურ სერვისზე ადაპტირებული გინეკოლოგიური კაბინეტების არარსებობის გამო. გარდა ამისა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს არ აქვთ ინფორმაცია სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე. ხშირად ექიმები არ იცავენ კონფიდენციალურობის პრინციპს და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალის სამედიცინო ისტორიის დეტალებს ოჯახის წევრებთან განიხილავენ, რაც მრავალმხრივ პრობლემურია (გოგბერაშვილი, 2023).

საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების საჭიროებებზე მორგებული სამედიცინო სერვისების ნაკლებობაა, რაც გამოიხატება როგორც გარემოს მიუწვდომლობასა და არაადაპტირებულობაში, ისე სამედიცინო პერსონალს შორის მგრძნობელობის ნაკლებობაში. გარემოს ფიზიკური მისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია პანდუსები, ფართო კარი, ადაპტირებული საპირფარეშო, კომუნიკაციის დამხმარე საშუალებები, ადაპტირებული სამედიცინო აღჭურვილობა, ადაპტირებული გინეკოლოგიური სკამი და ა.შ. ხოლო მგრძნობელობის ასამაღლებლად მნიშვნელოვანია

თანამშრომლების გადამზადება. სერვისები არც ლბქ თემის წევრების საჭიროებებს აკმაყოფილებს, რაც ისევ და ისევ კვალიფიციური კადრის ნაკლებობითაა განპირობებული. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ლბქ ქალებისთვის განსაკუთრებით პრობლემური იქნება ორივე მხრივ ადაპტირებული სერვისის მოძიება, რაც მათ ჯანმრთელობაზე უარყოფითად აისახება. გარდა ამისა, ყველასთვის პრობლემურია სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებული ცოდნა. აღნიშნული საკითხები არაა ინტეგრირებული განათლების სისტემაში, არაფორმალური წყაროებიდან მიღებული ინფორმაცია კი შესაძლოა არ იყოს ვალიდური, ინკლუზიური და ყოვლისმომცველი.

ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასა და დისკრიმინაციის აკრძალვას ეხება საქართველოს კონსტიტუცია, „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ კანონი, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონი და „ჯანმრთელობის დაცვის უფლების შესახებ“ კანონი, რომელიც კრძალავს დისკრიმინაციას შეზღუდული შესაძლებლობის, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადი უარყოფითი დამოკიდებულების გამო (მუხლი 6). მიუხედავად ამისა, სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლების მხრიდან კვლავ ფიქსირდება დისკრიმინაციული დამოკიდებულება და პირადი ცხოვრებისა და კონფიდენციალურობის უფლებების დარღვევა (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2018). კვლევების მიხედვით, ლგბტ პირები წარსული უარყოფითი გამოცდილებების ან ნეგატიური მოპყრობის შიშის გამო ხშირად თავს არიდებენ ექიმთან მისვლას და თვითმკურნალობას ცდილობენ (რატიანი, აღდგომელაშვილი, & გოცირიძე, 2015). გარდა ამისა, ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების ნაწილი ჰომოსექსუალობას აღიქვამს როგორც პრობლემას, რომელსაც სამედიცინო ჩარევა სჭირდება (იქვე). ეს ვითარება მნიშვნელოვნად აფერხებს ლგბტ ადამიანების მხრიდან ჯანდაცვის სერვისების მიღების პროცესს.

ამ ეტაპზე არ არის მისაწვდომი კვლევები, რომლებიც ეხება უშუალოდ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ლბქ ქალების წინაშე არსებულ უნიკალურ გამოწვევებს საქართველოში. ლიტერატურაში არსებული სიცარიელე ხაზს უსვამს ამ კონკრეტული მარგინალური ჯგუფის მიერ განცდილი მრავალმხრივი ჩაგვრის შესწავლის აუცილებლობას. ეს ცოდნა საჭიროა სწორი ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაქმნელად,

ადვოკატირების პროცესისთვის, ასევე ჯანდაცვის მუშაკების სენსიტიური და ეთიკური საქმიანობისთვის.

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების კვლევა და მათ გამოცდილებებს შორის თანაკვეთის შესწავლა. **კვლევის კონკრეტული ამოცანებია:**

- იმ ბარიერებისა და გამოწვევების იდენტიფიცირება, რასაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალები აწყდებიან სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის თვალსაზრისით;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების გამოცდილებების შესწავლა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებულ ინფორმაციაზე წვდომის თვალსაზრისით;
- სოციალური სტიგმისა და სტერეოტიპების გავლენის შესწავლა ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე;
- ზემოთ ხსენებულ გამოცდილებებს შორის თანაკვეთის წერტილების იდენტიფიცირება და მონაცემების ინტერსექციური ანალიზი.

მეთოდოლოგია

კვლევითი სამუშაოები ჩატარდა სამ ეტაპად: სამაგიდე კვლევის ეტაპი, სავლე სამუშაოების ეტაპი და ანალიზის ეტაპი. ქვემოთ თითოეული ეტაპი ინდივიდუალურადაა განხილული:

სამაგიდე კვლევა

სამაგიდე კვლევის ეტაპზე მკვლევარმა განალიზა საკვლევ საკითხთან დაკავშირებული კვლევები და სხვა ლიტერატურა. სამაგიდე კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, მკვლევარმა შეიმუშავა ინტერვიუს გზამკვლევი სავლე ეტაპისთვის. სამაგიდე კვლევისთვის მკვლევარმა გამოიყენა შემდეგი ლიტერატურა:

საკანონმდებლო ბაზის მიმოხილვისთვის:

საქართველოს კონსტიტუცია, „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ კანონი, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონი, „ჯანმრთელობის დაცვის უფლების შესახებ“ კანონი.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებული კვლევების მიმოხილვისთვის:

ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფის 2021 წლის ანგარიში „დისკრიმინაციისგან დაცვის უფლების განხორციელება სხვადასხვა ჯგუფისთვის საქართველოში“; ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფის მიერ 2015 წელს გამოქვეყნებული კვლევა „დისკრიმინაცია და სიძულვილით მოტივირებული დანაშაული ლგბტ პირთა მიმართ“; საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ 2018 წელს გამოქვეყნებული კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“; საქართველოს სახალხო დამცველის 2019 წლის პუბლიკაცია „სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება“; გაეროს მოსახლეობის ფონდის 2020 წლის პუბლიკაცია „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკანონმდებლო ანალიზი, სახელმწიფო პროგრამების მიმოხილვა და რეკომენდაციები (გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციასთან მიმართებაში)“; საქართველოს სახალხო დამცველის 2021 წლის კვლევა „ლგბტ+ პირთა უფლებების დაცვის საერთაშორისო სტანდარტებისა და საქართველოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების მიმოხილვა“.

საველე სამუშაოები

ამ ეტაპზე მკვლევარმა თვისებრივი მონაცემების შეგროვების მიზნით **სიღრმისეული და პირისპირ** ინტერვიუების მეთოდები გამოიყენა. პირისპირ, ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუები ჩატარდა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების იმ ექსპერტებთან, რომელთაც იციან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ლბქ ან ამ ორივე იდენტობის მქონე ქალების სპეციფიკური საჭიროებებსა და გამოწვევების შესახებ. პირისპირ ინტერვიუები გამოყენებულ იქნა სიტუაციის შესაფასებლად.

სიღრმისეული ინტერვიუების მიზანს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების პირადი გამოცდილებების შესწავლა წარმოადგენდა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის საჭიროებებთან დაკავშირებით. სიღრმისეულმა ინტერვიუებმა რესპონდენტებს საშუალება მისცა ვრცლად და დაწვრილებით განეხილათ საკუთარი გამოცდილებები, ღირებულებები და ემოციები, რაც მნიშვნელოვან კონტექსტს ქმნის კონკრეტული გამოწვევებზე საუბრისას. ამასთან, სიღრმისეული ინტერვიუს მეთოდი იძლევა მოქნილობის საშუალებას ინტერვიუს პროცესში, რაც აუცილებელია მსგავსი მგრძობიარე საკითხების განხილვისას.

საველე სამუშაოების ჩატარებამდე მკვლევარმა, კვლევის ამოცანებიდან გამომდინარე, მოამზადა ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუს გზამკვლევი. მომზადდა ორი განსხვავებული გზამკვლევი პირისპირ და სიღრმისეული ინტერვიუებისთვის. მკვლევარმა ექსპერტული ინტერვიუებისთვის გამოიყენა მიზნობრივი შერჩევის მეთოდი, რაც კვლევის მონაწილეებთან მათი კონკრეტული მახასიათებლებიდან გამომდინარე დაკავშირებას გულისხმობს. სიღრმისეული ინტერვიუებისთვის გამოყენებულ იქნა მიზნობრივი და თოვლის გუნდის შერჩევის მეთოდების კომბინაცია, ანუ მონაწილეებთან დაკავშირება ხდებოდა როგორც სპეციფიკური კრიტერიუმებზე დაფუძნებით, ისე სხვა მონაწილეების რეკომენდაციის საფუძველზე. კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 4 ექსპერტული და 6 სიღრმისეული ინტერვიუ.

ანალიზის ეტაპი

შემდეგ ეტაპზე მკვლევარმა გაანალიზა მოპოვებული მონაცემები და გააერთიანა სამაგიდე კვლევის მიგნებებთან. ანალიზის პროცესი მიმდინარეობდა სამაგიდე კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შემუშავებული თემატური ჩარჩოს საფუძველზე. ინტერვიუების ანალიზის დროს მკვლევარმა გამოიყენა თემატური ანალიზის მეთოდი, რაც დაეხმარა კვლევის მონაწილეების განსხვავებული ხედვების შესწავლაში, მათ შორის მსგავსებებისა და განსხვავებების დანახვაში.

ეთიკური საკითხები

კვლევის პროცესში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ეთიკურ პრინციპებს. კვლევის ყველა მონაწილემ წინასწარ იცოდა კვლევისა და ინტერვიუს მიზნების შესახებ და ამ ინფორმაციაზე დაყრდნობით წყვეტდა, მიეღო თუ არა მონაწილეობა კვლევაში. ინტერვიუს დაწყებამდე, ყველა რესპონდენტისგან მიღებულ იქნა ინფორმირებული თანხმობა. რესპონდენტებმა იცოდნენ, რომ კვლევის პროცესიდან გამოთიშვა შეეძლოთ ნებისმიერ დროს. კონფიდენციალურობა და ანონიმურობა შენარჩუნებულ იქნა კვლევის მთელი პროცესის განმავლობაში. რესპონდენტების კონკრეტული მახასიათებლები ანგარიშში იმგვარად დამუშავდა, რომ მათი იდენტიფიცირება შეუძლებელია. აუდიო ჩანაწერები კვლევის დასრულებამდე ინახებოდა, შემდეგ კი განადგურდა.

კვლევის შეზღუდვები

თავდაპირველად კვლევის ფარგლებში დაგეგმილი იყო სიდრმისეული ინტერვიუების ჩატარება ქალებთან, რომლებიც არიან როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე თემის, ისე ლბქ თემის წარმომადგენლები და შეუძლიათ აღნიშნული იდენტობების თანაკვეთასთან დაკავშირებულ ბარიერებზე პირადი გამოცდილებიდან საუბარი. **კვლევის პროცესში ვერ მოხერხდა ამ მახასიათებლების მქონე რესპონდენტების საკმარის რაოდენობასთან დაკავშირება რამდენიმე მიზეზის გამო: სოციალ-კულტურული ფაქტორები – ამ იდენტობებთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია ხელს უშლის ადამიანებს ღიად ისაუბრონ საკუთარ გამოცდილებებზე, რაც ბუნებრივია; შეზღუდული დროიდან და რესურსებიდან გამომდინარე რთული იყო რეკრუტირების უფრო მასშტაბური სტრატეგიის შემუშავება.**

ამ შეზღუდვებიდან გამომდინარე, ინტერვიუები ჩატარდა სექსუალური და რეპროდუქციული სფეროს ექსპერტებთან, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ თემის ცალკეულ წევრებთან და ორივე/თანამკვეთი იდენტობის მქონე რამდენიმე რესპონდენტთან. ამ გზით შეგროვდა მონაცემები ორივე თემის წინაშე არსებული გამოცდილებებისა და გამოწვევების თანაკვეთის შესახებ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან მიმართებაში.

კვლევის შედეგები

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების გარიყვა ჰეტერონორმატიული და ეიბლისტური ნორმებითაა განპირობებული. ჰეტერონორმატიულობა სოციალურ ნორმებს, დისკურსებსა და პრაქტიკებს გულისხმობს, რომელთა მიხედვითაც ჰეტეროსექსუალობა უპირატესი და პრივილეგირებულია სექსუალობის სხვა გამოხატულებებთან მიმართებაში (Robinson, 2016). რაც შეეხება ეიბლიზმს, ის გულისხმობს შეზღუდული შესაძლებლობების არმქონე პირების სხეულების “სტანდარტად” დაწესებას (Bogart, 2019). გამომდინარე იქიდან, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების და ლბქ ქალების არსებობაც კი ამ ნორმებიდან მნიშვნელოვან გადახვევას წარმოადგენს, ისინი ხშირ შემთხვევაში დისკრიმინაციისა და გარიყვის მსხვერპლები არიან. მეტიც, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ლბქ ქალები ორმაგი სტიგმის ქვეშ ექცვიან და მარგინალურები არიან როგორც ლბქ, ისე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე თემში.

პერსონალური ავტონომიის საკითხი

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეფინიცია, რომელსაც წინამდებარე კვლევა ეყრდნობა, პერსონალურ ავტონომიას მოიაზრებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის წინაპირობად (Ann M Starrs, 2018). პერსონალური ავტონომია ფართო ცნებაა და გულისხმობს საკუთარი ცხოვრების შესახებ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებების მიღების შესაძლებლობას გარე გავლენების და

წნეხის გარეშე. ინდივიდუალური ავტონომია გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის ერთ-ერთ ძირითად პრინციპადაა განსაზღვრული (მუხლი 3a).

პერსონალურ ავტონომიასთან დაკავშირებული დისკუსიები გზდება ისეთ დისციპლინებში, როგორცაა სამართალი, ფილოსოფია, სოციოლოგია, ფსიქოლოგია, შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევები და სხვა. თითოეულ დისციპლინას პერსონალურ ავტონომიასთან მიმართებაში განსხვავებული ფოკუსი აქვს (Collins & O'Mahony, 2015). შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევებში, პერსონალური ავტონომია ხშირად განიხილება როგორც დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობა, რასაც უნდა უზრუნველყოფდეს კანონმდებლობა, ადაპტირებული გარემო, ინკლუზიური განათლება, სამუშაო გარემო და ა.შ. მიუხედავად ამისა, შეზღუდული შესაძლებლობის კვლევებში არ არსებობს პერსონალური ავტონომიის ერთი, ფიქსირებული განსაზღვრება და ის დამოკიდებულია ინდივიდუალურ ღირებულებათა სისტემასა და კულტურულ კონტექსტზე (Krhutová, 2017). პერსონალური ავტონომია შედგება კომპონენტებისგან, როგორცაა: სხეულებრივი, სექსუალური, რეპროდუქციული, სამედიცინო, ფინანსური, სოციალური ავტონომია. ამ კონცეპტის და მისი კომპონენტების გააზრება აუცილებელია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების გამოწვევების გასააზრებლად და ამ გამოწვევების გადასაჭრელად. პერსონალური ავტონომიის საკითხი განსაკუთრებით აქტუალურია შეზღუდული შესაძლებლობების და ლბქ იდენტობების გადაკვეთის დროს.

წინამდებარე კვლევის შედეგებიდან გამომჩნდა, რომ როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ისე ლბქ ქალები აწყდებიან პერსონალური ავტონომიის ნაკლებობის/არარსებობის პრობლემას. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების შემთხვევაში, მათი ავტონომიის შეზღუდვა ძირითადად განპირობებულია ეიბლიზმით. რესპონდენტების გამოცდილებები მოწმობს, რომ ეიბლიზმი მრავალი ფორმით მანიფესტირდება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების ცხოვრებაში და უზღუდავს მათ პერსონალურ ავტონომიას. მაგალითად, ხშირად საზოგადოება შეზღუდული შესაძლებლობების გამო სათანადოდ არ აფასებს ამ ადამიანების პოტენციალს და ხელს უშლის როგორც განათლების მიღებასა და დასაქმებაში, ისე სხვა სოციალურ თუ რეკრეაციულ აქტივობებში მონაწილეობაში. მსგავსი სტერეოტიპული დამოკიდებულება იწვევს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ინფანტილიზებას, სოციალურ იზოლაციას და არ აძლევს საშუალებას, მიიღონ

დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებები საკუთარ სხეულებთან და ცხოვრებასთან მიმართებაში. კვლევის რესპონდენტების თქმით, აღნიშნული პრობლემის გადასაჭრელად აუცილებელია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს ჰქონდეთ წვდომა მათ საჭიროებებზე მორგებულ/ადაპტირებულ გარემოზე და საჭირო სერვისებზე.

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებსა და გოგონებში დამოუკიდებლობის ხარისხი არის ძალიან დაბალი. აუცილებელია სახელმწიფო სთავაზობდეს ადამიანებს ისეთ სერვისებს, რაც მათ დამოუკიდებელ ცხოვრებას უზრუნველყოფს“ (დეა ერემაშვილი, შშმ ქალთა ალიანსის აღმასრულებელი დირექტორი).

„სერვისის მისაღებად მისვლა შესაძლოა რამდენჯერმე დაგჭირდეს და ამ შემთხვევაში გადაადგილების პრობლემა იკვეთება. განსაკუთრებით თუ რეგიონიდან ჩამოდიხარ, მობილობის შეზღუდვა გაქვს და თანმხლები გჭირდება“ (მედეა ხმელიძე, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების სფეროს ექსპერტი).

რესპონდენტების (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების) თქმით, მათი დაკვირვებით, ხშირად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს პერსონალურ ავტონომიას უზღუდავენ საკუთარი ოჯახის წევრები, რომლებიც თავად არიან მოქცეულები სტიგმის გავლენის ქვეშ. ამის გამო, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, რომლებიც მათ საჭიროებებზე მოურგებელი გარემოს გამო ოჯახის წევრებზე არიან დამოკიდებულები, უდიდესი წნეხის ქვეშ არიან.

„პარტნიორი რომ მყავდა, ჩემს მშობლებს გაუკვირდათ, რომ როგორ უნდა გქონდეს ურთიერთობა როცა დამოუკიდებლად თავს ვერ უვლიო. ეს ხომ მათი გადასაწყვეტი არაა. მეზობლების და გარემომოყვების გავლენა მაინც იყო“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

„როცა ინტელექტუალურ შეზღუდვასთან გვაქვს საქმე, კიდევ უფრო რთულადაა მდგომარეობა, რადგან პირის ნათქვამს ოჯახიც არ იღებს

სერიოზულად და ბავშვებად აღიქვამენ. თვითონ ამ ადამიანს რა უნდა არავინ ითვალისწინებს“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

ქვიარ ადამიანების შემთხვევაში, მათ პერსონალურ ავტონომიას საფრთხე ექმნება არაჰეტერონორმატიული სექსუალური ან გენდერული იდენტობის გამო.

ჰომოფობია და ტრანსფობია ქმნის ბარიერებს დასაქმების, საცხოვრებელი ადგილის ძიების, ჯანდაცვის სერვისების მიღების დროს, ლბქ ქალები აწყდებიან დისკრიმინაციას და კომპეტენციის ნაკლებობას სერვისის მიწოდებლების მხრიდან. ხშირ შემთხვევაში ლბქ ქალებს საკუთარი იდენტობის გამო არ აქვთ მხარდაჭერა ოჯახის წევრებისგან, რაც დამატებით ბარიერებს ქმნის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციასა და სერვისებზე წვდომის მხრივ.

პერსონალური ავტონომიის მნიშვნელოვანი ასპექტია ეკონომიკური ავტონომია, განსაკუთრებით ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების კონტექსტში. ამ ადამიანებისთვის ეკონომიკური ავტონომიის მოპოვება ნიშნავს საკუთარ ცხოვრებასთან და სხეულთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობას. ფინანსური ავტონომია საშუალებას აძლევს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე, ლბქ ქალებს ჰქონდეთ წვდომა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის სერვისებზე, მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. რესპონდენტების თანახმად, საზოგადოებაში, სადაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სექსუალობა ტაბუდადებული თემაა, ოჯახზე ფინანსური დამოკიდებულების შემთხვევაში, ნაკლები ალბათობაა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალი შეძლებს სერვისების მიღებას. ლბქ ქალებისთვის განსაკუთრებით რთულია კომპეტენტური და ქვიარ საკითხების მიმართ სენსიტიური ექიმების პოვნა, სწორედ ამიტომ, სამედიცინო კონსულტაციის მისაღებად შესაძლოა ქალაქში გამგზავრება ან ძვირადღირებული კონსულტაციის საფასურის გადახდა იყოს საჭირო. ეკონომიკური ავტონომიის გარეშე ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ისინი სისტემატურად მოახერხებენ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას.

„თუ ქალს აქვს ეკონომიკური დამოუკიდებლობა, მან შეიძლება თავად მიიღოს გადაწყვეტილება, რა არის მისთვის პრიორიტეტული.“

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისა და გოგონების შემთხვევაში, მათ თანხას უმეტესწილად განკარგავენ მშობლები. როდესაც მშობელი თვლის, რომ თუ მის შვილს პარტნიორი არ ჰყავს არ ესაჭიროება პროფილაქტიკური გინეკოლოგიური შემოწმებები, არ ესაჭიროება სკრინინგ ცენტრები, თავად თანხას არ განკარგავს და ამ სერვისებს არ მიიღებს“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები მწვავედ განიცდიან სხეულებრივი და სექსუალური ავტონომიის ნაკლებობას, რაც გულისხმობს საკუთარ სხეულზე და სექსუალობაზე კონტროლის ქონას, გადაწყვეტილებების მიღებას საკუთარ ჯანმრთელობასთან, სექსუალურ ცხოვრებასთან, ფიზიკურ საზღვრებთან [personal boundary] დაკავშირებით (UNFPA, 2022). ფემინისტი შეზღუდული შესაძლებლობის მკვლევრების თანახმად, სექსუალურ ავტონომიის წართმევა, ერთ-ერთ მთავარ როლს თამაშობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების ჩაგვრაში (Hall, 2011). ამ აზრს ეხმიანება კვლევის მონაწილეთა გამოცდილებაც, რომელთაც აღნიშნეს, რომ ავტონომიის ნაკლებობა წარმოადგენს მნიშვნელოვან ბარიერს საკუთარი სექსუალობის შეცნობასთან და გამოხატვასთან მიმართებაში. სექსუალობის შეცნობის პროცესი საკმაოდ კომპლექსურია და აქვს მენტალური, ფიზიკური, სოციალური ასპექტები. პირად სივრცესთან ერთად, ამ პროცესის უმტკივნეულოდ წარმართვისთვის აუცილებელია სექსუალობასთან დაკავშირებულ ვალიდურ და ყოვლისმომცველ ინფორმაციაზე წვდომა. თუ ეს ინფორმაცია შეზღუდულია კულტურული ტაბუების გამო, ბუნებრივია, ადამიანებს გაუჭირდებათ საკუთარი გრძნობებისა და სურვილების იდენტიფიცირება.

„ჰომოფობიურ გარემოში ვცხოვრობთ და როცა ყველაფრით ოჯახზე ხარ დამოკიდებული, თამამად ვერ იტყვი, რომ სექსუალური უმცირესობა ხარ“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები ნაკლებად საუბრობენ სექსუალობის, სექსუალურ იდენტობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. ალბათ ბევრი წლის გასვლაა საჭირო იმისთვის, რომ ამ საკითხებზე თავისუფლად საუბარი დაიწყოს“ (ორგანიზაცია “ქალი და რეალობის” ხელმძღვანელი).

შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ პერსონალური ავტონომია, რომელიც სხვადასხვა აკადემიური დისციპლინის განხილვის საგანია, განმსაზღვრელი მნიშვნელობისაა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისთვის და წარმოადგენს წინაპირობას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების კეთილდღეობისთვის. კვლევის შედეგებიდან ნათელია, რომ როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ისე ლბქ ქალები ხშირად განიცდიან პერსონალური ავტონომიის ნაკლებობას. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების შემთხვევაში ავტონომიის ნაკლებობა განპირობებულია საზოგადოებაში დამკვიდრებული ეიბლისტური დამოკიდებულებებით, ხოლო ლბქ ქალების შემთხვევაში ავტონომიას ზღუდავს ჰომოფობია და ტრანსფობია. სიტუაცია განსაკუთრებულად მწვავეა თანამკვეთი, შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ლბქ იდენტობების შემთხვევაში. ცნობიერების ამაღლება და ინკლუზიური სერვისების არსებობა მნიშვნელოვანია მარგინალური ჯგუფის წარმომადგენელი ქალებისთვის პერსონალური ავტონომიის მოპოვების გზაზე.

შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ლბქ იდენტობის თანაკვეთა

შეზღუდული შესაძლებლობისა და ლბქ იდენტობის თანაკვეთის შემთხვევაში, ადამიანები ორმაგი სტიგმის ქვეშ ექცევიან და კიდევ უფრო ნაკლები მისაწვდომობა აქვთ რესურსებზე, ჯანდაცვასა და საზოგადოების მხრიდან მხარდაჭერაზე. სერვისის მიმწოდებლები, ისევე როგორც საზოგადოების წევრები არ არიან სენსიტიურები არც შეზღუდული შესაძლებლობების და არც ლბქ საკითხების მიმართ, შესაბამისად, არ იცნობენ ისეთი ადამიანების საჭიროებებს, რომლებიც ორივე ჯგუფს ეკუთვნიან. რესპონდენტების თქმით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების ნაწილი საერთოდ გაურბის სექსუალურ იდენტობაზე საუბარს, რადგან ისედაც უდიდესი სტიგმის ქვეშ იმყოფებიან შეზღუდული შესაძლებლობის გამო და ერიდებიან დამატებით ბარიერებს. სწორედ ამიტომ, კვლევის ფარგლებში რთული აღმოჩნდა ისეთ ადამიანებთან დაკავშირება, რომლებიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ლბქ ადამიანებად პოზიციონირდებიან და თანამკვეთ იდენტობებზე საუბარს საკუთარი გამოცდილებიდან შეძლებდნენ. სიღრმისეული ინტერვიუების დროს, რესპონდენტები ამბობენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის იდენტობა ხშირ შემთხვევაში საზოგადოების თვალში

გადაფარავს სექსუალური იდენტობის საკითხს. ადამიანებს იმდენად უჭირთ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების სექსუალობაზე ფიქრი და საუბარი, რომ მათი სექსუალობის საკითხი სრულიად უგულებელყოფილია.

„თუ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი ხარ, მორჩა, მხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი ხარ და სულ არ აინტერესებთ მენი სექსუალობა“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

როგორც კვლევის მონაწილეები აღნიშნავენ, საქართველოში არის მკვეთრად ჰომოფობიური და ჰეტერონორმატიული გარემო. როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი ფიზიკურადაც და ფინანსურადაც ოჯახის წევრებზეა დამოკიდებული და გარემოს არაადაპტირებულობისა და სტიგმის გამო ოჯახს გარეთ სოციალური ცხოვრება არ აქვს, ნაკლებია ალბათობა, რომ თამამად შეძლებს საუბარს საკუთარ სექსუალურ იდენტობაზე. ექსპერტების თქმით, აუცილებელია რეგიონებში ქვიარ ორგანიზაციების მხარდაჭერა, გაძლიერება და ინტერსექციური პროექტების კეთება. კვლევის ერთ-ერთ მონაწილის თქმით, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქვიარ აქტივისტია, მას არასწორად მიაჩნია, როდესაც თბილისის ორგანიზაცია აჭარაში ან სხვა რეგიონში ატარებს პროექტებს ისე, რომ საერთოდ არ იცის ადგილობრივი კონტექსტი.

„მაღალმთიან რეგიონებში ძალიან მძიმე შედეგი მოჰყვება, რომ გაიგონ რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი სექსუალური უმცირესობაა. ამ დროს გასაქცევიც არ გაქვს, თუ სრულად ოჯახზე და გარშემომყოფებზე ხარ დამოკიდებული“ (ქვიარ აქტივისტი, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე თემს შიგნითაც არის გრადაციები. თემის წევრი რომ ხარ არ ნიშნავს, რომ ავტომატურად სენსიტიური ხარ, აქაც განათლება და საუბარია საჭირო“ (მედეა ხმელიძე - სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების სფეროს ექსპერტი).

რესპონდენტები ხაზს უსვამენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ისე ლბქ თემს აქვს ერთი პრობლემა – საზოგადოებას არ უნდა მათი მიღება ისეთებად, როგორებიც არიან, რადგან სტანდარტი შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე, ჰეტეროსექსუალი ადამიანია. შეზღუდული შესაძლებლობების შემთხვევაში, ხშირად ხდება განსხვავებების მედიკალიზება. საზოგადოება თვლის, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანი უნდა “მოერგოს” არსებულ გარემოს და არა პირიქით. ამავდროულად, (Hayes & Hannold, 2007). სისნორმატიული და ჰეტერონორმატიული გარემო გამორიცხავს სხვადასხვა სექსუალური და გენდერული იდენტობის მქონე ადამიანების გამოცდილებებს, განსაკუთრებით, სამედიცინო სფეროში (Eckhert, 2016). სწორედ ამიტომ, კვლევის მონაწილე აქტივისტებს მიაჩნიათ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ლბქი+ უფლებადამცველები უნდა ქმნიდნენ ერთიან, თავისუფალ სივრცეს ამ თემაზე სასაუბროდ. ერთ-ერთი რესპონდენტის, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალის თქმით, “ნაკლებად წარმოდგენილ ჯგუფებს კიდევ უფრო მეტად სჭირდებათ ერთმანეთის გვერდში დგომა და მხარდაჭერა. ამ ეტაპზე კი მსგავსი თანამშრომლობა ნაკლებად ხდება.”

სერვისებზე წვდომა

პერსონალური ავტონომიის საკითხი პირდაპირაა დაკავშირებული სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და სერვისებზე წვდომასთან. საქართველოში აღნიშნულ სერვისებზე წვდომის პრობლემა მწვავედ დგას როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე, ისე ლბქ თემში. კვლევის ფარგლებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ ქვეყანაში არ არსებობს მათთვის ადაპტირებული სამედიცინო დაწესებულებები და გინეკოლოგიური კაბინეტები. არადაპტირებული გარემოსა და ინფორმაციის ნაკლებობის გამო, მათი უმრავლესობა ვერ სარგებლობს სახელმწიფოს მიერ უფასოდ შეთავაზებული სკრინინგ სერვისებით. ორგანიზაცია „ქალი და რეალობის“ ხელმძღვანელის, თამარ მაჭარაშვილის თქმით, ამის გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებში უფრო მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკი. მართალია, საქართველოში არ ჩატარებულა აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებული კვლევა, თუმცა მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებული კვლევები ადასტურებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები ნაკლებად სარგებლობენ

პრევენციული სკრინინგ სერვისებით (Ramjan, Cotton, Algos, & Peters, 2016); (Lofters, Guilcher, Glazer, Jagal, & Bayoumi, 2014).

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე შეზღუდული წვდომა აქვთ ლბქ ქალებსაც. უმეტეს შემთხვევებში ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული ადამიანებს აქვთ მგრძობელობის და ინფორმაციის ნაკლებობა სხვადასხვა სექსუალურ და გენდერულ იდენტობებთან დაკავშირებით და მათი შეხედულებები მკაცრად ჰეტერონორმატიულია. აქედან გამომდინარე, ლბქ ქალებს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების მსგავსად, აქვთ ტრავმული და დისკრიმინაციული გამოცდილებები სამედიცინო სერვისების მიღების დროს, რის გამოც ექიმთან ვიზიტს თავს არიდებენ, თუ ჯანმრთელობის სერიოზულ პრობლემასთან არ აქვთ საქმე. ბევრი მათგანი აღნიშნავს, რომ არ სარგებლობენ სკრინინგ სერვისებით. სხვა ქვეყნებში ჩატარებული კვლევები ლბქ ქალების შემთხვევაშიც ადასტურებს კავშირს საშვილოსნოს ყელის კიბოს მომატებულ რისკსა და ჯანდაცვის სფეროში ლბქ ქალების მიერ განცდილ დისკრიმინაციას შორის (Kathleen , Lydecker, & Ireland, 2010); (Waterman & Voss, 2015).

„გენეტიკურად, დედაც და ბებიაც ახალგაზრდა ასაკში გარდაიცვალა საშვილოსნოს და მკერდის სიმსივნით, მაგრამ ნდობა არ მაქვს ექიმების. არ ვიცი, სად შეიძლება მივიდე გამოსაკვლევად. კიდევ ტრავმული გამოცდილება რომ მივიღო, არ მინდა. დაღლილი ვარ უკვე ამ სიტუაციით“ (ლბქ ქალი).

„ისეთი მდგომარეობაა, რომ თვითგადარჩენაზე უნდა იყო მიმართული. მენ თვითონ უნდა იპოვო კარგი ექიმი, მენ თვითონ უნდა მოიფიქრო, რა შეიძლება გჭირდეს, რა უნდა გააკეთო, ფინანსები მოიძიო და ა.შ.“ (ლბქ ქალი).

რესპონდენტების თქმით, ისინი ექიმთან საერთოდ არ განიხილავენ საკუთარ იდენტობას, რადგან ჰომოფობიური დამოკიდებულებების საკუთარ თავზე გამოცდას ერიდებიან. გარდა ამისა, ბევრი მათგანი ზოგადად არ საუბრობს საჯაროდ საკუთარ სექსუალურ თუ გენდერულ იდენტობაზე და არ აქვთ ექიმების მხრიდან კონფიდენციალურობის დაცვის ნდობა. ეს მიდგომა გრძელვადიან პერსპექტივაში შესაძლოა ლბქ ქალების სექსუალური

და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებრივი მდგომარეობისთვის დამაზიანებელი იყოს. როდესაც ქალები თავს არიდებენ საკუთარ სექსუალურ იდენტობაზე საუბარს, ისინი ვერ იღებენ მათზე ინდივიდუალურად მორგებულ ჯანდაცვის სერვისებსა და სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას ექიმებისგან. ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლებს შორის სენსიტიურობის და ცოდნის ნაკლებობა უარყოფითად აისახება ლბქ ადამიანების მენტალურ ჯანმრთელობაზეც. გარდა ამისა, მსგავსი დამოკიდებულება ამყარებს სტიგმას და აღრმავებს უთანასწორობებს.

„ყველაზე დიდი პრობლემა სერვისების კუთხით არის არაეთიკურობა ექიმების მხრიდან. მქონდა შემთხვევა, როდესაც ექიმთან ვიზიტის დროს დამეწყო პანიკური შეტევა და ეს ექიმისთვის ძალიან გაუგებარი იყო, რამაც ჩემი მენტალური მდგომარეობა კიდევ უფრო გააუარესა“ (ლბქ ქალი).

„ექიმებთან სექსუალურ იდენტობას არ ვამუდავებ. წარმოდგენაც არ მინდა, რამდენად ცუდი გამოცდილება მექნება ეს რომ გავამუდავო“ (ლბქ ქალი).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების დიდ ნაწილს საკუთარი სურვილის მიუხედავად უწევთ შეზღუდულ შესაძლებლობებზე საუბარი, რადგან მათი ეს იდენტობა ხილულია და პირდაპირ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობასა და მკურნალობის მეთოდებზე. მიუხედავად ამისა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები უმეტეს შემთხვევებში მაინც ვერ იღებენ მათ საჭიროებებზე მორგებულ ჯანდაცვის სერვისებს, რადგან ექიმებს შორის არის შეზღუდულ შესაძლებლობებთან დაკავშირებული სპეციფიკური ცოდნისა და მგრძობელობის ნაკლებობა. ინდივიდებისთვის, რომელთაც აქვთ როგორც შეზღუდული შესაძლებლობები, ისე არაჰეტერონორმატიული/სისნორმატიული იდენტობა, აღნიშნული იდენტობების თანაკვეთა ქმნის ჩაგვრის დამატებით შრეს ჯანდაცვის სერვისებთან წვდომის თვალსაზრისით და მათი უნიკალური საჭიროებები ყურადღების მიღმა დარჩენილი.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების სფეროს სპეციალისტის თქმით, აუცილებელია მუშაობა ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების ცნობიერების ასამაღლებლად. ეს პასუხისმგებლობა აუცილებლად უნდა აიღოს სახელმწიფომ, კერძოდ კი, ჯანდაცვის სამინისტრომ და დაავალდებულოს ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლები, დაესწრონ ტრენინგებსა და საინფორმაციო შეხვედრებს. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენლებს შეუთავაზებიათ ექიმებისთვის ტრენინგებში მონაწილეობა, რაზეც უარი მიიღეს.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები აქტიურად საუბრობენ ექიმების მხრიდან ეთიკის ნორმების დარღვევაზე. ბევრი ექიმი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების დამოუკიდებლობას არ აღიარებს, არ სცემს პატივს მათ პერსონალურ ავტონომიას და მათ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ოჯახის წევრებს ან თანმხლებ პირებს ესაუბრებიან, რაც კონფიდენციალურობის პრინციპის მკაცრი დარღვევაა.

„ბოლოს წლების წინ ვიყავი ექიმთან კონსულტაციაზე და ამ ექიმმა მარტო არ მიმიღო, მხოლოდ დედაჩემის თანდასწრებით მიმიღო. სერიოზულ პიროვნებად არ ჩამთვალა. თვითონ არ იცოდა, რომ ყველა ინფორმაცია კონფიდენციალურია და მარტო უნდა მიველე. დიდად არ გამიწევია წინააღმდეგობა, იმიტომ რომ აზრი არ ჰქონდა, შეგნების და ინფორმირებულობის საკითხია“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

„ინფორმაციის დაცულობასთან დაკავშირებით წუხილი პრობლემურია როგორც ქვიარ თემისთვის, ისე შშმ პირებისთვის. ყველას უჩნდება კითხვა, ჩემს ანალიზებზე და პირად ინფორმაციაზე ვის აქვს წვდომაო. წესით და რიგით ეს ინფორმაცია კონფიდენციალურია, მაგრამ ჩნდება ეჭვი. შეიძლება საერთო სივრცეში გვიწევდეს საუბარი ან სხვა ექიმის თანდასწრებით. თუ პაციენტს ინტერპრეტაცია სჭირდება, შეიძლება გვიწევდეს იმ ადამიანის გავლით საუბარი, ვინც ჟესტების ენა იცის“ (გინეკოლოგი).

როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები გარიყულები არიან საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დისკუსიებიდან, მათ ერთმევათ საკუთარ სხეულთან, სექსუალობასთან და რეპროდუქციასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღების შესაძლებლობა. ამან შეიძლება მიგვიყვანოს ისეთ სამედიცინო ინტერვენციებამდე, რაც უშუალოდ პაციენტის სურვილებს ეწინააღმდეგება. მსგავსი დამოკიდებულებით ექიმები მკაცრად არღვევენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების პერსონალურ ავტონომიას, აქვეითებენ მათ თვითშეფასებას და ხშირ შემთხვევაში არ აძლევენ საკუთარი ჯანმრთელობისთვისა და საჭიროებებისთვის ადვოკატირების საშუალებას. კონფიდენციალურობის პრინციპის დარღვევა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში აქვეითებს მიღებული მომსახურების ხარისხსაც, რადგან დიდი ალბათობით ეს სერვისი არ იქნება მორგებული პაციენტის უნიკალურ საჭიროებებს.

რესპონდენტების თქმით, მათი გამოცდილებით, ექიმების უმეტესობა მხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე, ჰეტეროსექსუალ წყვილებს შორის სექსუალურ კავშირს ცნობს. ისინი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს ავტომატურად ასექსუალებად მოიაზრებენ, ხოლო ლბქ ქალების შემთხვევაში ვარაუდობენ, რომ ჰეტეროსექსუალურ ურთიერთობაში ან ქორწინებაში არიან. პირველ შემთხვევაში ექიმები გამორიცხავენ რეპროდუქციას, ხოლო ლბქ ქალების შემთხვევაში, პირიქით, ვარაუდობენ, რომ ჰეტეროსექსუალური ოჯახები აქვთ და შვილები უნდათ. მსგავსი ეიბლისტური და ჰეტერონორმატიული დამოკიდებულებები ძირს უთხრის ექიმებსა და პაციენტებს შორის ეფექტურ კომუნიკაციას და მიღებული სერვისის ხარისხს. სამედიცინო სფეროსთვის ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული საჭიროებები უხილავია.

„ექიმებმა ჰეტეროსექსუალური სექსის გარდა არაფერი იციან. ხშირად ერევან პირად ცხოვრებაში, სვამენ არაკორექტულ კითხვებს. ყველანაირად შეურაცხყოფელი გამოცდილებაა“ (ლბქ ქალი).

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ორსულებთან არ ჰქონიათ არასდროს შეხება და არც ცოდნა ჰქონდათ ამ თემაზე. უკვირდათ და მგრძობილობა დაბალი იყო. ვცდილობდი სიტუაცია არ დამეძაბა და

ვასწავლიდი, არადა, არ ვარ ექიმი და პირიქით, აქეთ უნდა გეხმარებოდეს ექიმი. მეორე ბავშვის გაჩენის სურვილი გამიქრა“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

კვლევის მონაწილე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების თქმით, განსაკუთრებით ტრავმულია ორსულობისა და მშობიარობის გამოცდილებები. ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, ექიმები და ექთნები მის წინ ღიად განიხილავდნენ, თუ რამდენად უცხო და უცნაური იყო მათთვის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ორსული ქალი. კვლევის ერთ-ერთ მონაწილეს, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალია, ექიმმა საკეისროს შემდეგ საშვილოსნოს ამოკვეთა შესთავაზა, რადგან თვლიდა, რომ ის მეტი შვილების ყოლას და გაზრდას მომავალში ვეღარ შეძლებდა. მსგავსი დამოკიდებულებები და მუდმივად თავდაცვის რეჟიმში ყოფნა ძალიან მძიმედ მოქმედებს ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.

ამ პრობლემების გადაჭრის გზაა ისეთი ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც ხელს შეუწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების უფლებებისა და ავტონომიის დაცვას. ამისათვის აუცილებელია შესაბამისი საკანონმდებლო და მარეგულირებელი ჩარჩოს არსებობა. როგორც კვლევის რესპონდენტებმა აღნიშნეს, აუცილებელია ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების სავალდებულო გადამზადება. ამ ყველაფერთან ერთად, უნდა მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებების ადაპტირება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების საჭიროებებთან იმისათვის, რომ მათ დამოუკიდებლად შეძლონ ამ სერვისით სარგებლობა.

„თუ მარტო შესასვლელია ადაპტირებული, ჰგონიათ, რომ ყველაფერი ადაპტირებულია, მაგრამ ექიმთან რომ მიხდოდეს მისვლა, ვერ მივალ, იმიტომ რომ ადაპტირებული კაბინეტი არ არსებობს, არათუ რეგიონში, არამედ მთელ საქართველოში“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი).

იმისათვის, რომ მარგინალური ჯგუფების წარმომადგენელ ქალებს ჰქონდეთ ღირსეული და ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისები, აუცილებელია პაციენტზე მორგებული ზრუნვის [Patient-Centered Care] მოდელის დამკვიდრება, რაც გულისხმობს ინდივიდუალური

პაციენტების ღირებულებებისა და პრეფერენციების ცენტრში მოქცევას და იმის აღიარებას, რომ ყველა პაციენტს უნიკალური გამოცდილებები და საჭიროებები აქვს. დღესდღეობით სამედიცინო სფეროში ხშირად ცენტრში მოქცეულები არიან ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული პროფესიონალები და ჯანდაცვის ინსტიტუტები, ხოლო პაციენტებს უწევთ მოერგონ სისტემას, რომელიც მათი უნიკალურ საჭიროებებს არ ითვალისწინებს (Tanenbaum, 2015). მაგალითად, კვლევის მონაწილე ეტლით მოსარგებლე ქალის თქმით, არც ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლის მომსახურებითაც უსარგებლია, არ არის ადაპტირებული საპირფარეშოები. ექიმები არ ითვალისწინებენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალს მსგავს გარემოში დიდი ხნით რიგში დგომა შეუძლებელია. ამ და სხვა მრავალ შემთხვევაში პაციენტებს უწევთ მოერგონ ჯანდაცვის სერვისებს და არა პირიქით. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ეტლით მოსარგებლე ქალები საშარდე გზების ინფექციების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, ხოლო ექიმებმა არ იციან, როგორ უმკურნალონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს. პაციენტზე მორგებული ზრუნვის მიდგომის დანერგვა საშუალებას მისცემს ლბქ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს მოახდინონ საკუთარი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებების რეალიზება.

„ექიმთან ვიზიტი მოითხოვს ძალიან დიდ დროს. ხშირ შემთხვევაში რიგში დგომა საჭირო, რისთვისაც პაციენტმა მთელი სამუშაო დღე უნდა გამოყოს. შეიძლება სხვა სპეციალისტის კონსულტაციაც დაგჭირდეს და იქაც მოგიწიოს რიგში დგომა. ძალიან მოუხერხებელია ეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტებისთვის. ხშირად ჩემი პირადი დროის ხარჯზე ვცდილობ მათ დროულად მიღებას“ (გინეკოლოგი).

საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე საუბრისას აუცილებლად უნდა გაესვას ხაზი ამ სერვისების გეოგრაფიული მისაწვდომობის საკითხს. დღესდღეობით ბევრ რეგიონში არაა მისაწვდომი ხარისხიანი სერვისები და ქალებს გინეკოლოგთან ვიზიტისთვის შესაძლოა დიდ მანძილებზე მგზავრობა უწევდეთ. რა თქმა უნდა, ეს დაკავშირებულია დროის და ფინანსურ რესურსებთან, რაც არათანაბრადაა განაწილებული. შედეგად, ქალების ნაწილი საცხოვრებელი ადგილის გამო სერვისებს მიღმა რჩება. აღნიშნული პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების

შემთხვევაში, რადგან ადაპტირებული სამედიცინო დაწესებულებები დიდ ქალაქებშიც კი არ არის მისაწვდომი. ლბქ ქალების შემთხვევაში, მათ რეგიონებში ექიმების მხრიდან სენსიტიურობის, კონფიდენციალურობის პრინციპის დაცვის და არაპეტერონორმატიული მიდგომის კიდევ უფრო ნაკლები მოლოდინი აქვთ. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ სერვისის მხოლოდ ერთჯერადად მიღება, შესაძლოა, საკმარისი არ იყოს და ადამიანს რამდენჯერმე მოუწიოს დიდ მანძილზე გადაადგილება, რაც ბევრი ქალისთვის არარეალურია, განსაკუთრებით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის, რომელთაც გარემოს არადაპტირებულობის გამო თანმხლები პირი სჭირდებათ.

„რეალურად ქალაქში უფრო უკეთესი სიტუაცია იმ კუთხითაა, რომ მეტი მიმღებლობა და ცნობიერებაა. თავისუფლება უფრო მეტია და სოფელში და რეგიონში სტიგმა ოჯახშიც არის, საზოგადოებაშიც და ექიმთანაც. რეგიონში ერთადერთი ექიმი ვიცი, ვინც ასეთი საკითხების მიმართ სენსიტიურია და ისიც ქალაქშია“ (ლბქ რესპონდენტი).

„მაღალმთიან აჭარაში აფთიაქიც არ აქვთ ცხრასოფლიან თემში. აფთიაქამდე მისასვლელად 40 წუთი უნდა იარო ტრანსპორტით და კვირაში ერთხელ დადის. იდენტობაზე ლაპარაკიც ზედმეტია ესეთ პირობებში. რადიკალური სხვაობაა ქალაქში და სოფელში მაცხოვრებლებს შორის. სოციალური უსამართლობაა სოფელში თვალსაჩინო“ (აქტივისტი ლბქ, შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხებზე).

რესპონდენტებმა ასევე აღნიშნეს, რომ საჭიროდ მიაჩნიათ ჯანდაცვის ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვა, რაც ადამიანების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჰოლისტურ ხედვას გულისხმობს. ის ითვალისწინებს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთდაკავშირებულ ბუნებას და მათ გავლენას ადამიანის ჯანმრთელობაზე (Dogar, 2007). ბიოლოგიური ფაქტორები მოიცავს ჯანმრთელობის ფიზიკურ ასპექტებს, რაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალებისთვის და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ლბქ ქალებისთვის გულისხმობს მათი სპეციფიკური ჯანდაცვის საჭიროებების გათვალისწინებას. ფსიქოლოგიური ფაქტორები გულისხმობს ჯანმრთელობის მენტალურ და ემოციურ ასპექტებს.

მაგალითად, წინამდებარე კვლევის მონაწილეები უამრავ ბარიერს აწყდებიან ჯანდაცვის სერვისების მიღების პროცესში და მუდმივად ხდებიან დისკრიმინაციის მსხვერპლი, რაც მათ მენტალურ ჯანმრთელობაზე ნეგატიურად აისახება. აღნიშნული მოდელი ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან ერთად, მენტალური ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინებასაც გულისხმობს. სოციალური კომპონენტი ხაზს უსვამს იმ სოციალურ ფაქტორებს, რაც განაპირობებს ადამიანების ჯანმრთელობას. მაგალითად, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე და ლბქ ქალების ან ამ ორივე იდენტობის მქონე ქალების შემთხვევაში, სოციალური ფაქტორები ხშირად წარმოადგენს ბარიერს ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომის თვალსაზრისით და ხელს უშლის საკუთარ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღებაში (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). ბიოფსიქოსოციალური მოდელი ადამიანის ჯანმრთელობას ხედავს, როგორც ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების კომპლექსურ ურთიერთქმედებას. ეს მიდგომა ითვალისწინებს დისკრიმინაციას, სტიგმას, ექიმების მხრიდან სენსიტიურობის ნაკლებობას და ამ ყველაფრის გავლენას ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე.

შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის არქონა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალებს უზღუდავს ჯანმრთელობის უფლებას. სამედიცინო სისტემაში არსებული არაადპტირებული გარემო და ებლისტური და ჰეტერონორმატიული დამოკიდებულებები ხელს უშლის ქალებს, მიიღონ საჭიროებების შესაბამისი სერვისები და ისარგებლონ უფასო სკრინინგ პროგრამებით, როგორცაა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი და პრენატალური გამოკვლევები. ამასთან, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული მისაწვდომობის საკითხი უდიდეს გამოწვევას წარმოადგენს რეგიონში მცხოვრები ქალებისთვის და ხაზს უსვამს სოციალურ უთანასწორობებს და ინკლუზიური ჯანდაცვის სისტემის შექმნის აუცილებლობას.

ინფორმაციაზე წვდომა

რესპონდენტების თქმით, სექსუალური და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი ყველაზე დიდი გამოწვევა ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის

ნაკლებობაა. საქართველოს ფორმალურ საგანმანათლებლო პროცესში ადამიანის სექსუალობის შესახებ ყოვლისმომცველი განათლება არაა ინტეგრირებული. სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გარკვეული საკითხები ფრაგმენტულადაა მოცემული სხვადასხვა საგნის სახელმძღვანელოებში, თუმცა მასწავლებელთა დაბალი კომპეტენცია ამ მცირე ინფორმაციის მოსწავლეებისათვის სწორად გადაცემასაც უშლის ხელს (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2019). 2021-2022 წლებში 12 საჯარო სკოლის დაწყებით საფეხურზე პილოტირება გაიარა ე.წ. “ექიმის საათის” პროგრამამ (განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2022). ამ ეტაპზე, ეს პროგრამა არ პასუხობს ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების გამოწვევებს და საჭიროებს შემდგომ განვრცობასა და განვითარებას (ჯოხაძე, 2022).

„არ არსებობს ასაკის შესაბამისი განათლება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე. შეიძლება ეს არც შეზღუდული შესაძლებლობების არმქონე ადამიანებისთვის არის ხელმისაწვდომი და მათთვისაც გამოწვევაა, თუმცა ეს არაა არგუმენტი. ყველას ფუნდამენტური უფლებაა. რიგში არ უნდა ჩაგვყენონ სხვა ადამიანების შემდეგ, რომ გვექონდეს კარგი მისაწვდომობა როგორც სერვისებზე, ისე ინფორმაციაზე. ყველამ ერთსა და იმავე დროს და ასაკში უნდა მივიღოთ ეს ცოდნა“ (თამარ მაჭარაშვილი, ორგანიზაცია “ქალი და რეალობას” ხელმძღვანელი).

კვლევის მონაწილეთა ნაწილს, რომელსაც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებით გარკვეული ცოდნა აქვს, ეს ცოდნა არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ორგანიზებული ტრენინგებიდან აქვს მიღებული. ამგვარ შეხვედრებს არ აქვს სისტემატური ხასიათი და არც გეოგრაფიული დაფარვა აქვს საკმარისი. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ აქტივისტების თქმით, აუცილებელია, რომ ტრენინგები არა დიდ ქალაქებში, არამედ სოფლებში ჩატარდეს. მათი თქმით, ქალაქებში ჩატარებულ შეხვედრებზე მუდმივად ერთი და იგივე ხალხი დადის და აუცილებელია უფრო ფართო წრეზე გასვლა და სოფლების მოცვა, სადაც ამ ინფორმაციის ყველაზე დიდი დეფიციტია. გარდა ამისა, აუცილებელია, რომ არაფორმალური განათლების სივრცეებში სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე საუბრისას გათვალისწინებული იყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების

საჭიროებებიც. რესპონდენტების თქმით, არ არის აუცილებელი სხვადასხვა ჯგუფთან ცალკე შეხვედრის ჩატარება. მთავარია, რომ სატრენინგო მოდულები იყოს ინკლუზიური და მხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე და ჰეტერონორმატიული გენდერული და სექსუალური იდენტობის მქონე ადამიანების საჭიროებებზე არ იყოს მორგებული.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების შემთხვევაში, მათი სექსუალობა იმდენად ტაბუდადებული თემაა, რომ ინფორმაციას ვერც ოჯახის წევრებისგან და გარშემომყოფებისგან იღებენ და ვერც დამოუკიდებლად ექიმთან მისვლას ახერხებენ. ამასთან, ექიმების ნდობაც არ აქვთ, რომ კონფიდენციალურობის პრინციპს დაიცავენ და მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირადი ინფორმაცია არ გასაჯაროვდება. 2020 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, უსინათლო და მცირედმხედველი გოგონების მშობელთა ნაწილი სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას და უფლებებს მხოლოდ სექსუალურ ცხოვრებასთან აკავშირებდნენ და ამ საკითხებთან დაკავშირებულ კვლევაში მონაწილეობის საშუალებასაც კი არ აძლევდნენ შვილებს. კვლევის მიხედვით, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სტიგმა ბავშვებს სწორედ მშობლებისგან და გარშემომყოფებისგან გადაეცემათ (მუქერია , სუთიძე , & გოგბერაშვილი, 2020). მსგავსი ინფორმაცია მოგვაწოდეს წინამდებარე კვლევის მონაწილეებმაც.

„18 წლამდე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე გოგონების მშობლებთან როცა ვლაპარაკობთ, ძალიან წინააღმდეგობაში შემოდის, არ ჰგონიათ, რომ მათ შვილებს ეს ინფორმაცია სჭირდებათ დროულად და ექიმთანაც უნდა მივიდეს თუ საჭიროა“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე აქტივისტი).

დიდი გამოწვევაა არსებულ ჯანდაცვის სერვისებთან დაკავშირებით ინფორმაციის ნაკლებობაც. ამას, შესაძლოა, განაპირობებდეს არასაკმარისი საგანმანათლებლო რესურსები და ცნობიერების ამაღლების კამპანიების ნაკლებობა. გარდა ამისა, შესაძლოა, ინფორმაცია არ იყოს მისაწვდომი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის, მაგალითად უსინათლო და მცირედმხედველი ქალებისთვის საჭირო ფორმატში. ამასთან სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებული სოციალური სტიგმა ხელს უშლის არსებულ სერვისებზე დისკუსიებს და ინფორმაციის

გაზიარებას. კულტურული ნორმები, ტაბუები და სტერეოტიპები ამცირებს იმის ალბათობას, რომ ქალები საკუთარი ინიციატივით მოიძიებენ ამ ინფორმაციასა და სერვისებს.

როგორც ზემოთ ვახსენეთ, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებული ცოდნის ნაკლებობა ზღუდავს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე და ლბქ ქალების პერსონალურ ავტონომიას და ხელს უშლის მათ საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში. ყოვლისმომცველი და ინკლუზიური სექსუალური განათლების ნაკლებობამ, შესაძლოა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალებისთვის გაზარდოს ჯანმრთელობის სხვადასხვა რისკი. ამ დროს იზრდება დაუგეგმავი ორსულობების, სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების შესაძლებლობაც. გარდა ამისა, ინფორმაციის ნაკლებობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალებს უფრო მოწყვლადს ხდის სხვადასხვა ტიპის ძალადობის მიმართ. უფრო ზუსტად, ინფორმაციის არქონა ქალებისთვის ართულებს ძალადობის იდენტიფიცირების და მასზე რეაგირების პროცესს.

„ბავშვობაში ვიყავი სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი და მხოლოდ ზრდასრულ ასაკში მოვახერხე იმის გააზრება, რომ ეს ყველაფერი ნორმალური არ იყო, მანამდე არ მქონდა ამის შესახებ ინფორმაცია. ახლა ვხვდები რა პრობლემები დამიტოვა ამ გამოცდილებამ და რისგანაა გამოწვეული ეს ყველაფერი“ (ლბქ ქალი).

შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის ნაკლებობა ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის გამოწვეულია ფორმალურ განათლების სისტემაში ასაკის შესაბამისი ყოვლისმომცველი სექსუალური განათლების არარსებობით. არაფორმალური განათლების წყაროები ხშირ შემთხვევაში ქალაქებშია მისაწვდომი და სოფლად მცხოვრებ ქალებსა და გოგოებს არ სწვდება. ინფორმაციის ნაკლებობა ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს ტოვებს ისეთი კრიტიკული მნიშვნელობის მქონე ინფორმაციის გარეშე, როგორცაა უსაფრთხო სექსი, კონტრაცეფციის მეთოდები, სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები. ეს ყველაფერი ლბქ და შეზღუდული

შესაძლებლობის მქონე ქალებს უფრო მოწყვლადს ხდის სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების, არასასურველი ორსულობების, ძალადობის სხვადასხვა ფორმის მიმართ. აღნიშნული გამოწვევების საპასუხოდ კვლევის მონაწილეები ხაზს უსვამენ ასაკის შესაბამისი, სისტემური, ინკლუზიური და ყოვლისმომცველი სექსუალური განათლების ინტეგრირების მნიშვნელობას ფორმალურ განათლების სისტემაში. ასევე, არასამთავრობო ორგანიზაციების მხრიდან არაფორმალური საგანმანათლებლო შეხვედრებისა და ტრენინგების ცენტრიდან სოფლებში გადატანას.

დასკვნა

წინამდებარე ტექსტი წარმოადგენს საქართველოში ლბქ და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების წინაშე არსებული მრავალფეროვანი ბარიერებისა და გამოწვევების ანალიზს. კვლევა ეხება ისეთ საკითხებს, როგორცაა პერსონალური ავტონომია, სექსუალური ავტონომია, ეკონომიკური დამოუკიდებლობა, წვდომა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე და ინფორმაციაზე. ამასთან, ხაზს უსვამს შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ლბქ იდენტობის თანაკვეთას და ამ თანაკვეთასთან დაკავშირებულ სტიგმებს.

კვლევის მთავარი მიგნებები მიუთითებს არსებული სოციალური ნორმების გადააზრებისა და სისტემური ცვლილებების აუცილებლობაზე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და ლბქ ქალების კეთილდღეობისთვის. პერსონალური ავტონომიის ნაკლებობა ამ ადამიანებს არ აძლევს საკუთარი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებისა და ზოგადად, თვითგამორკვევის საშუალებას. სერვისების მიუწვდომლობა და ასაკის შესაბამისი, ყოვლისმომცველი სექსუალური განათლების არარსებობა პირდაპირ გავლენას ახდენს მათ პერსონალურ ავტონომიაზე და მოწყვლადს ხდის ჯანმრთელობის სხვადასხვა რისკისა და ძალადობის მიმართ.

შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ლბქ იდენტობების თანაკვეთა ხაზს უსვამს ორივე მარგინალური ჯგუფის წარმომადგენელი ადამიანების უნიკალურ საჭიროებებს და მიუთითებს ინკლუზიურ და ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ჯანდაცვისა და სოციალურ მხარდაჭერის სისტემების შექმნის აუცილებლობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

- ჯოხაძე, ნ. (2022, იანვარი). ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების მიმოხილვა საქართველოში - ადამიანის სექსუალობის შესახებ განათლების მიმოხილვისა და შეფასების UNESCO-ს ინსტრუმენტის (SERAT) მიხედვით. UNFPA, თბილისი.
- მუქერია, მ., სუთიძე, ა., & გოგბერაშვილი, ა. (2020). ჩემი სხეული სინათლის მიღმა მხედველობის დარღვევის მქონე გოგონებისა და ქალების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ ინფორმაციაზე მისაწვდომობის გაზრდა. თბილისი: ჩვენ ვიკვლევთ . WeResearch.
- რატიანი, ც., აღდგომელაშვილი, ე., & გოცირიძე, გ. (2015). დისკრიმინაცია და სიძულვილით მოტივირებული დანაშაული ლგბტ პირთა მიმართ. ქალთა ინიციატივების მხარდამჭერი ჯგუფი, თბილისი.

- ჯალაღანია, ლ. (2021). ლგბტ+ პირთა უფლებების დაცვის საერთაშორისო სტანდარტებისა და საქართველოს მიერ ნაკისრი ვალდებულებების მიმოხილვა. საქართველოს სახალხო დამცველი, თბილისი.
- ჯალაღანია, ლ., & მირზიკაშვილი, ნ. (2020). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების და გოგონების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკანონმდებლო ანალიზი, სახელმწიფო პროგრამების მიმოხილვა და რეკომენდაციები. თბილისი: UNFPA.
- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. (2022). სკოლებში პროგრამის „ეჟიმის საათი“ პილოტირების მეორე ეტაპი დასრულდა. Retrieved 11 2023, from განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო: <https://mes.gov.ge/content.php?t=srch&search=%E1%83%A1%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1&id=13034&lang=geo>
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2018). ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება. თბილისი.
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2019). სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები: ეროვნული შეფასება. თბილისი.
- საქართველოს სახალხო დამცველი. (2022). საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ.
- გოგბერაშვილი, ა. (2023). მენსტრუალური სიღარიბე საქართველოში. თბილისი: თანასწორობის მოძრაობა.
- Ann M Starrs, A. C.-S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642-2692.
- Bogart, K. R. (2019). Ableism special issue introduction. *Journal of Social Issues*, 75(3), 650-664.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Cho, S., & Crenshaw, K. W. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of women in culture and society*, 38(4), 785-810.
- Collins, B., & O'Mahony, P. (2015, 04 06). Physically Disabled Adults' Perceptions of Personal Autonomy: Impact on Occupational Engagement. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*, 35(3).
- Dogar, I. A. (2007). Biopsychosocial Model. *APMC-Annals of Punjab Medical College*, 1(1), 11-13.
- Eckhart, E. (2016). Focus: sex and gender health: a case for the demedicalization of queer bodies. *The Yale journal of biology and medicine*, 89(2), 239.
- Glazier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet*, 368(9547), 1595-1607.
- Hall, K. Q. (2011). reimagining disability and gender through feminist studies - an introduction. In K. Q. Hall (Ed.), *Feminist Disability Studies* (pp. 1-11).
- Harding, S. (2001). Feminist Standpoint Epistemology. *The gender and science reader*, 145-168.

- Hayes, J., & Hannold, E. (2007). The road to empowerment: A historical perspective on the medicalization of disability. *Journal of Health and Human Services Administration* (, 352-377.
- Kathleen , T. J., Lydecker, A. D., & Ireland, L. (2010). Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *Journal of Women's Health, 19(2)*, 229-237.
- Krhutová, L. (2017, 03 01). Personal Autonomy and Disability. *Review of Disability Studies: An International Journal, 13(1)*.
- Lofters, A., Guilcher, S., Glazer, R. H., Jagal, J. V., & Bayoumi, A. M. (2014). Screening for cervical cancer in women with disability and multimorbidity: a retrospective cohort study in Ontario, Canada. *Canadian Medical Association Open Access Journal, 2(4)*.
- Nowell, L. S., Norris, M. J., White , D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods, 16*, 1-13. doi:10.1177/1609406917733847
- Ramjan, L., Cotton, A., Algosio, M., & Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: a review. *Women & Health , 56(2)*.
- Robinson, B. A. (2016). Heteronormativity and homonormativity. In *The Wiley Blackwell encyclopedia of gender and sexuality studies* (pp. 1-3).
- Ryan, C., Russel, S. T., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 23(4)*, 205-213.
- Tanenbaum, S. J. (2015). What is patient-centered care? A typology of models and missions. *Health Care Analysis(272-287)*, 272-287.
- UNFPA. (2022, 03 16). *Bodily autonomy: A fundamental right*. Retrieved 08 22, 2034, from United Nations Population Fund: <https://www.unfpa.org/press/bodily-autonomy-fundamental-right>
- Waterman, L., & Voss, J. (2015). HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. *The Nurse Practitioner, 40(1)*, 46-53.
- Whitney, C. (2006). Intersections in Identity–Identity Development among Queer Women with Disabilities. *Sexuality and disability (24)*, 39-52.

დოკუმენტი შექმნილია RFSU-ს ფინანსური მხარდაჭერით. მასში გამოთქმული მოსაზრებები შესაძლოა არ ასახავდეს RFSU-ს და PHR-ის მოსაზრებებს.