

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ
ძალადობა საქართველოში - ძირითადი ტენდენციები

თბილისი

2015

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ
ძალადობა საქართველოში - ძირითადი ტენდენციები

თბილისი

2015



პროექტი დაფინანსებულია

ევროკავშირის მიერ

კვლევა მომზადდა არასამთავრობო ორგანიზაციის „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“ მიერ ევროკავშირის პროექტის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების მეინსტრიმინგი, გენდერული ძალადობის წინააღმდეგ ეროვნულ სამოქმედო გეგმაში“ ფარგლებში. პროექტს ახორციელებდნენ არასამთავრობო ორგანიზაციები: „ძალადობისაგან დაცვის ეროვნული ქსელისა“, „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისთვის“ და „დამოუკიდებელი ცხოვრების ახალგაზრდული ცენტრი“.

კვლევა გამოიცა ევროკავშირის მხარდაჭერით. მის შინაარსზე პასუხისმგებელია ავტორი და მასში გამოთქმული მოსაზრებები არ შეიძლება იყოს აღქმული, როგორც ევროკავშირის პოზიცია.

კვლევის ავტორები:

ნანა გოჩიაშვილი

კვლევის მომზადებაში მონაწილეობდნენ: ანა აბაშიძე, ანა არგანაშვილი

რედაქტორი: ნათია მენაბდე



სარჩევი

შესავალი	6
II. ძირითადი მიგნებები.....	8
III. თემატური კვლევა - ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობის ზოგადი ტენდენციები.....	10
1. ძირითადი ტენდენციები	10
1.1.ინდივიდუალური შემთხვევა.....	11
2. ხარვეზები კანონმდებლობაში.....	12
3. საზოგადოების დამოკიდებულება/სტიგმა	13
4. სტატისტიკა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ განხორციელებული ძალადობის შემთხვევაში.....	14
5. რისკ-ფაქტორები	15
6. ხარვეზები რეფერალურ სისტემაში.....	16
7. სოციალური მუშაკების როლი და კომპეტენცია.....	17
IV. თემატური კვლევა - უფლების დარღვევის კონკრეტული სფეროები	19
1. დედობის უფლება.....	19
2. დამოუკიდებელი ცხოვრება.....	23
3. მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობა	24
4. ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა	27
V. თემატური კვლევა - ძალადობის სხვადასხვა ფორმა	29
1. ოჯახში ძალადობა.....	29
1.1. ინდივიდუალური შემთხვევა.....	30
1.2. ინდივიდუალური შემთხვევა.....	31
2. ოჯახში ძალადობის იდენტიფიცირება/ბარიერები.....	31
2.1. ინდივიდუალური შემთხვევა.....	33

3. პოლიციელის როლი.....	34
3.1. ინდივიდუალური შემთხვევა.....	35
4. თავშესაფრებზე ხელმისაწვდომობა	36
5. ძალადობა ინსტიტუციებში	38
5.1. იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია	38
5.2. ძალადობა პანსიონატებში.....	38
5.3. ფსიქიატრიული დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა.....	39
6. ეკონომიკური ძალადობა	39
7. სექსუალური ძალადობა	40
7.1. ინდივიდუალური შემთხვევა.....	41
VI. თემატური კვლევა - ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის პრევენციის ეფექტური მექანიზმები	42
1. მონიტორინგის ორგანო	42
2. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში.....	43
3. ოჯახის როლი	44
4. რეაბილიტაციის ცენტრების მნიშვნელობა.....	44
VII. დასკვნა/რეკომენდაციები	45

შესავალი

კვლევის ანგარიში მიმოიხილავს საქართველოში ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ გამოვლენილი ძალადობის ძირითად ტენდენციებს. ნაშრომში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტების მიერ გაანალიზებულია ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ გამოვლენილი ძალადობის განმაპირობებელი ფაქტორები, ძალადობის იდენტიფიცირების პროცესში არსებული სირთულეები და სახელმწიფოს მიერ ძალადობის პრევენციისათვის გასატარებელი აუცილებელი ღონისძიებები.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები უფრო ხშირად ხდებიან ძალადობის მსხვერპლი, კაცებთან შედარებით. აშშ-ის იუსტიციის დეპარტამენტის მიერ გამოქვეყნებულ ანგარიშში¹ აღნიშნულია, რომ, 2012 წლის მონაცემებით, ყოველი 1000 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალიდან 62 ყოფილა სხვადასხვა სახის ძალადობის მსხვერპლი, მაშინ, როდესაც ანალოგიური მაჩვენებელი შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე ქალების შემთხვევაში იყო 20. ამავე ანგარიშის მიხედვით, განსხვავება არის თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებში სქესის მიხედვით. თუ ყოველი 1000 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალიდან 62-ის შემთხვევაში ძალადობის ფაქტი დადგენილია, კაცების შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 59-ს შეადგენს.

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანები უფრო ხშირად ხდებიან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი, ვიდრე სხვა სახის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები. თუმცა, კაცებთან (10%) შედარებით, ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო დიდია ქალების (12%) შემთხვევაში. მოძალადეები, როგორც წესი, არიან მათთან დაახლოებული პირები: ოჯახის წევრები, მეზობლები, განათლების სფეროს წარმომადგენლები².

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში პრობლემას წარმოადგენს ასევე ძალადობის დროს დარღვეული უფლების სასამართლოს გზით აღდგენის შესაძლებლობა. სწორედ ამიტომ 2015 წელს გაეროს ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კომიტეტმა მიიღო ზოგადი რეკომენდაცია, რომელიც შეეხება ქალებისათვის მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად დამატებითი გარანტიების შექმნის საჭიროებას. აღნიშნული რეკომენდაცია მონაწილე სახელმწიფოებს მოუწოდებს,

¹ Crime against persons with disabilities, 2009-2012-statistical tables, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs; pg. 5

² Report Violence and Discrimination against disabled people, European Disabled Forum, Doc EDF 99/5/EN, pg. 9

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს შეუქმნან სპეციალური გარანტიები მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობისათვის³.

საქართველოში ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის შესახებ საერთო სურათის წარმოდგენა შეუძლებელია, რაც, პირველ რიგში, განპირობებულია იმით, რომ ძალადობის შესახებ სტატისტიკის წარმოების დროს აღნიშნული შემთხვევები ცალკე არ გამოიყოფა. თუმცა, საქართველოდან გაეროს ადამიანის უფლებათა სახელმძღვანელო ორგანოებში გაგზავნილ ჩრდილოვან ანგარიშში ხშირად აღინიშნება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის ფაქტების, ასევე სერვისების ნაკლებობის შესახებ. სწორედ ამიტომ გაეროს ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კომიტეტის 2014 წლის საქართველოსთან დაკავშირებით გამოცემულ სპეციალურ ანგარიშში ყურადღება დაეთმო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების უფლებრივი მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით სპეციალური ღონისძიებების გატარების მნიშვნელობას, მათი ეფექტურობის შეფასებას, ამ კუთხით სტატისტიკის წარმოებას⁴ და ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას⁵.

კვლევის მიზანს წარმოადგენს, აღწეროს საქართველოში ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის ძირითადი ფორმები, მათი გამომწვევი მიზეზები, ძალადობის პრევენციის მთავარი რისკ-ფაქტორები, შეაფასოს ძალადობის წინააღმდეგ ქვეყანაში მოქმედი მექანიზმების ეფექტურობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის შემთხვევაში.

კვლევა განხორციელდა თვისებრივი კვლევის მეთოდების გამოყენებით. ესენია სიღრმისეული ინტერვიუები და დოკუმენტების ანალიზი. სულ ჩატარდა 7 სიღრმისეული ინტერვიუ. კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტებმა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტებმა და პოლიციელმა. განხილულ იქნა საქართველოს სახელმწიფოს მიმართ გაეროს სპეციალური ორგანოების მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები, ასევე გაეროს ზოგადი რეკომენდაციები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა საკითხებთან მიმართებით.

კვლევა შედგება ექვსი ძირითადი თავისგან. პირველ თავში მოცემულია კვლევის ძირითადი მიგნებები, რომლებიც მკითხველს საშუალებას აძლევს, მოკლედ გაეცნოს

³General recommendation on women's access to justice, Committee on the Elimination of Discrimination against women, 25 July, 2015, CEDAW/C/GC/33, paragraph 17(g)

⁴ Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 24 July, 2014, CEDAW/C/GEO/CO/4-5, Paragraph 17

⁵ Concluding observations on the combined fourth and fifth periodic reports of Georgia, Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 24 July, 2014, CEDAW/C/GEO/CO/4-5, Paragraph 35 (b)

კვლევის შედეგებს. მეორე თავში მოცემულია ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის მაპროვოცირებელი ძირითადი ტენდენციები: კანონმდებლობაში, რეფერალურ სისტემასა და სტატისტიკის წარმოების დროს არსებული ხარვეზები, საზოგადოების დამოკიდებულება, როგორც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის ერთ-ერთი მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორი. მესამე თავი ეთმობა უფლების დარღვევის კონკრეტული სფეროების მიმოხილვას, რაც შედეგად მოჰყვება/განაპირობებს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილ ძალადობას. ესენია: დედობის უფლება, დამოუკიდებელი ცხოვრების უფლება, მართლმსაჯულებასა და ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა. მეოთხე თავში მიმოხილულია ძალადობის სხვადასხვა ფორმა, რომლებიც ყველაზე ხშირად გვხვდება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში. მეხუთე თავში წარმოდგენილია კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მოსაზრება იმასთან დაკავშირებით, თუ რა უნდა გაკეთდეს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის შესამცირებლად. მეექვსე თავი წარმოადგენს კვლევის შეჯამებას, რომელშიც მოცემულია კვლევის განმახორციელებელი გუნდისა და კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მიერ ერთობლივად შემუშავებული რეკომენდაციები.

კვლევა არის ავტორთა მცდელობა, აღწერონ საქართველოში ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობის ფორმები, მასზე რეაგირების სუსტი მხარეები. საკვლევი საკითხის შესახებ საქართველოში დღემდე არსებული კვლევითი პრაქტიკის სიმცირიდან და თემის აქტუალურობიდან გამომდინარე, კვლევა საინტერესო იქნება როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციებისათვის, ისე სახელმწიფო უწყებებისთვის, რომელთა უშუალო ვალდებულებასაც წარმოადგენს ეფექტური ღონისძიებების განხორციელება კვლევის დროს გამოვლენილი პრობლემების მოსაგვარებლად.

II. ძირითადი მიგნებები

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის დროს საზოგადოება ძალადობის მაპროვოცირებლად თავად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალს მიიჩნევს;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებს ხშირად უწევთ ძალადობის ატანა ოჯახის წევრების მხრიდან, რაც შესაბამისი სახელმწიფო სერვისების ნაკლებობით არის გამოწვეული;

ქართულ კანონმდებლობაში არ გვხვდება სპეციალური რეგულაციები ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის პრევენციისა და აღმოფხვრის შესახებ;

კანონქვემდებარე ნორმატიულ აქტებში არ გვხვდება აღსრულების კონკრეტული მექანიზმები ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის შემთხვევაში;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში ხშირად ძალადობის მაპროვოცირებელია საზოგადოებაში მათ მიმართ არსებული სტერეოტიპული დამოკიდებულება;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ არსებული ძალადობის პრევენციის კუთხით დაბრკოლებას წარმოადგენს არსებული სტატისტიკა, რომელიც სრულიად გამორიცხავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების შესახებ სტატისტიკის წარმოებას;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობა ხშირად განპირობებულია იმით, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო არ მოიაზრება, როგორც ადამიანის უფლებათა სფერო;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ გამოვლენილი ძალადობის აღმოფხვრის პროცესში დაბრკოლებას წარმოადგენს სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლების მიერ დროში გაწეილი, არაეფექტური მუშაობა და სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან შეტყობინების ნაკლებობა;

სოციალური მუშაკების მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის აღმოფხვრას ხშირად ხელს უშლის არასაკმარისი კვალიფიკაცია, რაც განპირობებულია უმაღლესი განათლების პროგრამებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არასაკმარისი ინფორმაციით;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში განსაკუთრებით ხშირად ხდება დედობის უფლების ხელყოფა, რაც განპირობებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების შეფასების დროს სოციალური მუშაკების მხრიდან სამედიცინო მიდგომის გამოყენებით, ნაცვლად სოციალური მოდელისა;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალები ხშირად არიან დამოუკიდებელი ცხოვრების უფლების დარღვევის რისკის ქვეშ, რაც ოჯახის წევრების მხრიდან მათი განსაკუთრებული კონტროლით არის განპირობებული;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში, ფაქტობრივად, გამორიცხულია ეფექტური მართლმსაჯულების უფლების გამოყენება, რაც განპირობებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მიმართ სასამართლო სისტემის არასენსიტიურობით და თავად ქალების ნაკლები ინფორმირებულობით;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ჯანმრთელობის უფლების დარღვევის განმაპირობებელი ფაქტორებია: ექიმების არაინფორმირებულობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს შესახებ, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის

არახელმისაწვდომობა და სომატური დაავადებების მკურნალობის სირთულეები ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში;

ძალადობისგან დაცვის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური მექანიზმი - ძალადობის მსხვერპლთა თავშესაფრები - ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებისათვის ხელმიუწვდომელია;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში ინსტიტუციური ძალადობის ორი ფორმა ძალაში რჩება: ესაა იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია და ძალადობა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში;

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის პრევენციის ეფექტური მექანიზმები იქნება შემდეგი: საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ჩართვა მონიტორინგის პროცესში, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს შესახებ, რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობისა და ხარისხის გაზრდა.

III. თემატური კვლევა - ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობის ზოგადი ტენდენციები

1. ძირითადი ტენდენციები

შეკითხვაზე, თუ რა ტენდენციები იკვეთება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობის დროს, რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ სამ ძირითად ტენდენციაზე. პირველი მდგომარეობს იმაში, რომ საზოგადოება, როგორც წესი, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალს მიიჩნევს ძალადობის მაპროვოცირებლად:

„პირველი არის ე.წ. ნორმალიზაციის ტენდენცია, როდესაც ყველა ფიქრობს, რომ ეს არის ნორმა და ძალადობის მაპროვოცირებლად მიიჩნევენ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალს, მიუხედავად იმისა, შეესაბამება ეს სიმართლეს თუ არა; ამას არც კი არკვევენ. რა თქმა უნდა, თუ ადამიანი ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონეა, იქ ძალადობა რალაცნაირად ყველასთვის დაშვებულია - ეს არის პირველი ტენდენცია. იმთავითვე არსებობს რეალობის ისეთი აღქმა, რომ სხვანაირად თითქოს არც შეიძლება იყოს. ხშირია ასევე შემთხვევები, როდესაც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებს არ უჯერებენ, როცა ისინი გაუპატიურების შესახებ აცხადებენ, თუმცა, არაერთი შემთხვევა მქონია პრაქტიკაში, როდესაც შემდეგ ცხადი ხდება, რომ მათი განცხადება სინამდვილეს შეესაბამება“ (ექსპერტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტთა მოსაზრებით, მეორე ტენდენცია განპირობებულია, ერთი მხრივ, ძალადობის მსხვერპლი ქალის დამოკიდებულებით

პარტნიორისადმი/მზრუნველისადმი, ხოლო, მეორე მხრივ, ის პირდაპირ უკავშირდება შესაბამისი სახელმწიფო სერვისების ნაკლებობას:

„აქ ის გლობალური პრობლემა ჩანს, როცა სახელმწიფო მიიჩნევს, რომ, თუ ადამიანს ჰყავს ოჯახის წევრი, ანუ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალს ჰყავს პარტნიორი, მას აღარ სჭირდება დამოუკიდებელი მზრუნველი და ის, თავისთავად, საიმედო ხელშია. ამ დროს სტატისტიკა მოწმობს, რომ ძალადობა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ იმათგან ხორციელდება, ვისაც მათზე ზრუნვა აქვს ჩაბარებული და ამ ქალებს, რეალურად, წასასვლელი არსად რჩებათ. პრაქტიკაში მქონდა ასეთი შემთხვევა: როცა ოჯახში ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი იყო ქალი, ვთხოვდი, პოლიციაში განეცხადებინა, მაგრამ მან მითხრა, ჩემი განცხადების საფუძველზე ეს ადამიანი რომ დააკავონ, მაშინ მე მშიერი დავრჩები, შიმშილით სიკვდილს კი ძალადობის ატანა მირჩევნიაო. ისიც გავარკვეეთ, რომ ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა თავშესაფრებში ამ ქალებს საერთოდ არ იღებენ, და როდესაც ოჯახში ძალადობის შემთხვევაში ადგილზე გამოცხადებულ პოლიციელს მოძალადე ან მისი ოჯახის წევრი ეტყვის, რომ ამ ქალს აქვს რაიმე ისტორია დიაგნოზთან დაკავშირებით, საქმის შესწავლა ოჯახში ძალადობის კუთხით კი არ იწყება, ხორციელდება ამ ქალის იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია. რეალურად, ასეთ ქალებს აბსოლუტურად შეზღუდული აქვთ დაცვისა და სათანადო პროცესუალური უფლებები“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

1.1. ინდივიდუალური შემთხვევა

„მახსენდება ერთი კონკრეტული შემთხვევა, როდესაც ჩემთან მოვიდნენ პარტნიორები. ქალს სახეზე ძალიან მძიმე დაზიანებები ჰქონდა. მაშინვე გამიჩნდა ეჭვი, მაგრამ ჯერ მამაკაცს ვკითხე, რატომ აქვს ამ ადამიანს სახეზე დაზიანებები-მეთქი. მითხრა, რომ მას ჰქონდა ფსიქიკური აშლილობა და გამუდმებით ეჯახებოდა კედლებს. მისი ნათქვამის საპირისპიროდ, ქალმა ამიხსნა, რომ ეს კაცი ძალადობდა მასზე და თვითონ ამის გამო მოვიდა ჩვენთან, რომ რეაგირება მოგვეხდინა. ამაზე იმ კაცმა თავდაჯერებით განაცხადა, რომ ეჭვი არავის უნდა შეეტანა მის ნათქვამში, წარმოადგინა გარკვეული მტკიცებულებები, რომ ამ ქალს ჰქონდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა და მიზეზი იმისა, რასაც ის ჰყვებოდა, ფსიქიკური აშლილობა და ჰალუცინაციები იყო. როგორც მერე გავარკვეეთ საუბარში, ეს კაცი გახლდათ ამ ქალის ერთადერთი მზრუნველი. მისცემდა თუ არა დანიშნულ მედიკამენტებს დროულად, ამაზე იყო დამოკიდებული, გაუმწვავდებოდა თუ არა ამ ქალს მდგომარეობა. რაც კაცს მტკიცებულებებად მოჰყავდა (ავიჯის გადაყრა სახლიდან და ნივთების დაზიანება), რა თქმა უნდა, უკავშირდებოდა მედიკამენტოზური მკურნალობის სისტემის დარღვევას. ეს კაცი დიდ გავლენას ახდენდა ქალზე და ეს გახლდათ პირველი შემთხვევა, როდესაც ამ უკანასკნელმა გადაწყვიტა, საკუთარი უფლებები დაეცვა, მაგრამ არაფერი ჰქონდა ხელმოსაჭიდი, რაც ამისთვის გამოადგებოდა. კაცი მუდმივად ამ ქალის პროვოცირებას ახდენდა.

თან იმ მომენტში ქალი წამლის დეფიციტის პრობებში იყო“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

რესპონდენტთა მოსაზრებით, მესამე ტენდენცია, რომელიც იკვეთება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებზე ძალადობის დროს, მდგომარეობს ძალადობის ფაქტის შემსწავლელი სტრუქტურების კომპეტენციის დეფიციტში. აღნიშნული, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტთა შეფასებით, იწვევს როგორც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ გამოვლენილი ძალადობის ფაქტების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობას, ასევე მოძალადის პირისპირ დაუცველს ტოვებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებს:

„მესამე ტენდენცია არის ის, რომ სახელმწიფო სტრუქტურებმა ჯერ კიდევ ვერ გაიაზრეს, რომ სინამდვილეში არ ყოფნით კომპეტენცია ამგვარი საქმეების შესასწავლად. განა ის, რომ ჭეშმარიტებას ვერ ადგენენ, არ მიუთითებს კომპეტენციის ნაკლებობაზე? ფაქტობრივად, გამოდის, რომ ყველა შემთხვევა წინასწარ განწირულია. ეს აღქმულია, როგორც ნორმა, და თუნდაც ასე არ იყოს, მათ არა აქვთ ინსტრუმენტი, როგორ უნდა ჩაატარონ გამოკითხვა და დაკითხვა, არავითარი თეორიული ცოდნა არ არსებობს ამასთან დაკავშირებით“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

2. ხარვეზები კანონმდებლობაში

კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოიკვეთა, რომ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობას ხშირად განაპირობებს კანონმდებლობაში გაწერილი ზოგადი რეგულაციები, რომლებიც სრულებით არ ითვალისწინებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ქალების ინდივიდუალურ საჭიროებებს. რესპონდენტები ასევე საუბრობენ სპეციალური კანონის არარსებობაზე, რომელშიც კონკრეტულად იქნება გაწერილი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების დაცვის მექანიზმები:

„საკანონმდებლო დონეზე არსებობს აბსოლუტურად ზოგადი ხედვა, ზოგადი რეგულაციები, რომლებიც სრულიად არასენსიტიურია როგორც გენდერული, ისე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პერსპექტივიდან. ის სპეციალური კანონი, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალურ დაცვას ეხება, მოძველებულია და ისეთ ნორმებს მოიცავს, რომელთა გამოყენება პრობლემას შექმნის. სისტემის დონეზე ჩვენ არ გვაქვს სპეციალური კანონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაცვის შესახებ, სადაც ცალკე იქნებოდა გაწერილი გენდერულად სენსიტიური თემები“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

რესპონდენტები ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ არსებული ძალადობის განმაპირობებლად ასევე მიიჩნევენ იმ ფაქტს, რომ კანონქვემდებარე

ნორმატიული აქტების დონეზე არ არის გაწერილი აღსრულების კონკრეტული მექანიზმები:

„ვფიქრობ, ხარვეზები არის არა უშუალოდ კანონმდებლობაში, არამედ კანონქვემდებარე ნორმატიულ აქტებში, რომლებშიც გაწერილი იქნება უშუალოდ აღსრულების მექანიზმები, კერძოდ, თითოეული ქმედება, ღონისძიება, რაც არის ჩასატარებელი; უნდა გავანალიზოთ, როგორ აღსრულდება, რამდენად აღსრულებადია ისინი, თუ, მაგალითად, ქალი იმ მომენტში არის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, ან გამწვავებულია მისი მდგომარეობა. როგორც ვიცით, ოჯახში ძალადობის სტატუსს ანიჭებს პოლიცია, მაგრამ იმ შემთხვევაში, თუ ეს სტატუსი არ ენიჭება, არსებობს ალტერნატიული სტატუსის მინიჭების ჯგუფი. სტატუსის მინიჭების წესში შევიდა შემდეგი რეგულაცია: სამუშაო ჯგუფს, რომელსაც ევალება სტატუსის მინიჭება, უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, რომ მოიწვიოს სპეციალისტი, მაგალითად, ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, ოკუპაციური თერაპევტი, რომლებიც მას დაეხმარებიან, გაიგოს და ახსნას მდგომარეობა, რომელიც შეიძლება ჯგუფის წევრებისთვის გაუგებარი იყოს. მაგალითად, თუ საკითხში ჩახედული არ ხარ, შეიძლება ერთმანეთისგან ვერ გაარჩიო ორი რამ: რაც ერთ შემთხვევაში შეიძლება აგრესია გეგონოს, მეორე შემთხვევაში, თუ სიტუაციას ფსიქოსოციალური საჭიროების კუთხით შეხედავ, ეს შეიძლება იყოს თავდაცვა. თუ არ იცი კონკრეტული ისტორია, თუ არ იცი, როგორ ძალადობენ მზრუნველები, შეიძლება არასწორი დასკვნა გააკეთო. თუმცა, ჯერ არ შემოწმებულა, რეალურად, როგორ მუშაობს ეს სისტემა, რამდენად აღსრულებადია ის პრაქტიკაში“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

3. საზოგადოების დამოკიდებულება/სტიგმა

რესპონდენტთა მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირების, განსაკუთრებით ქალების, შემთხვევაში ხშირად ძალადობის მაპროვოცირებელია საზოგადოების დამოკიდებულება, რაც საბოლოოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანის უფლებების დარღვევაში გადაიზრდება:

„მამას ერთი თვის განმავლობაში ჯაჭვით ჰყავდა დაბმული შვილი საწოლზე. ამ გოგოს რეალურად ჰქონდა ფსიქოსოციალური საჭიროებები, მშობელი კი სამკურნალოდ არ გზავნიდა იმ სტიგმის გამო, რომ სირცხვილია, როდესაც შენს ახლობელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს. საზოგადოებაში გავრცელებულია არაჯანსაღი აზრი, რომ ჯობია, ადამიანი მოკვდეს, ვიდრე ფსიქიატრთან წაიყვანო. საბოლოო ჯამში, ეს გოგო მეზობლებმა ერთ-ერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოათავსეს, მას შემდეგ, რაც გაიგონეს მისი ყვირილი და პოლიცია გამოიძახეს“ (ექსპერტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში).

კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტები მიუთითებენ, რომ საზოგადოება, როგორც წესი, ავლენს ორი სახის დამოკიდებულებას ფსიქიკური

ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანების მიმართ - ესაა შიში და დაცინვა; ეს უკანასკნელი ხშირად აგრესიაშიც გადაიზრდება ხოლმე, რაც განაპირობებს პრობლემებს საზოგადოებაში ამ ადამიანების ინტეგრაციასთან დაკავშირებით:

„ჩვენი ორგანიზაცია ერთი წლის მანძილზე ერთ-ერთ ეზოში იმყოფებოდა. შენობა თემში იყო, სადაც უნდა მდებარეობდეს, წესით, სათემო ცენტრი; გვყავდა კარის მეზობლები. ჩვენი ყველა ბენეფიციარი კულტურულად იქცეოდა, იცავდნენ წესებს. ამის მიუხედავად, მთელი სადარბაზო შეშფოთებული, შეშინებული იყო. იქ მცხოვრებლებმა ვერ გაიგეს, რას წარმოადგენდა ჩვენი ორგანიზაცია. რამდენჯერაც მომმართეს, აუხსენი. ჩემ თვალწინ ამცირებდნენ ადამიანებს, კითხულობდნენ: „აი, შეხედეთ, ეს ნორმალურია?“ ხშირად მათ თავს ესხმოდნენ და საშინლად ლანძღავდნენ, აგინებდნენ. ჩვენს ბენეფიციარებს მშვიდად ეჭირათ თავი. მოკლედ, ხალხი ძალიან ცუდად გვექცეოდა. კაცების უფრო ეშინიათ, ვიდრე ქალების; მაქსიმალურად ცდილობენ, ქალები დაამცირონ. ეს უფრო შესამჩნევია. თუ ადამიანი სოციალურად მოწესრიგებულია, იცავს პირად ჰიგიენას, მის მიმართ აგრესია ნაკლებია. ვინც ასე არ გამოიყურება, იმის მიმართ უფრო მეტად შიში ეუფლებათ“ (სათემო ცენტრის ხელმძღვანელი).

კვლევაში მონაწილე პოლიციელის მოსაზრებით, საკანონმდებლო დონეზე არსებული ეფექტური რეგულაციების მიუხედავად, მათ მუშაობაში ერთ-ერთი მთავარი დამაბრკოლებელი ფაქტორი ქალზე ძალადობის მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებაა:

„ნორმალური საკანონმდებლო ბერკეტები გვაქვს ოჯახში ძალადობის შემთხვევაში. გარდა იმისა, რომ მის ასამოქმედებლად გვჭირდება კვალიფიციური სპეციალისტები, მუშაობაში ძალიან გვიშლის ხელს საზოგადოების დამოკიდებულება ოჯახში ძალადობის მიმართ. როდესაც ოჯახში ძალადობის მსხვერპლი ქალი მიდის მშობლებთან და სთხოვს, მათთან გადასვლის ნება მისცენ, მშობლები უმეტესად ეუბნებიან, რომ ის უკვე გათხოვილია და არ უნდათ, მათ შვილს „უკან მობრუნებული“ სახელი ჰქონდეს. ეს არის კატასტროფა. რა სამართლებრივი ბერკეტით შეიძლება მივუდგეთ მშობლების ამ დამოკიდებულებას? ორი ზრდასრული ადამიანი ასე წყვეტს შვილის ბედს. ის კი იძულებულია, ისევ ქმარს შეურიგდეს, ვიდრე შინ დაბრუნდეს და მშობლები „შეარცხვინოს“. ის ასეა აღზრდილი და მშობლებს უსიტყვოდ ეთანხმება“ (პოლიციელი).

4. სტატისტიკა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ განხორციელებული ძალადობის შემთხვევაში

კვლევაში მონაწილე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტის მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ არსებული ძალადობის პრევენციისა და ძირითადი გამოწვევების იდენტიფიცირებაში განსაკუთრებულ დაბრკოლებას წარმოადგენს ქვეყანაში

მოქმედი სტატისტიკა, რომელიც სრულად გამორიცხავს ქალების, კერძოდ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების შესახებ შესაბამისი მონაცემების შეგროვებას:

„არსებული პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ პრობლემის ეფექტური გადაჭრის მექანიზმები არ გვაქვს. „პრაქტიკაში“ ვგულისხმობ, მაგალითად, წარმოებულ სტატისტიკას. ვხედავთ, რომ წლიდან წლამდე სამასამდე ოჯახში ძალადობის საქმე იხსნება, ორდერები გაიცემა. გარდა ამისა, არსებობს პროკურატურის მიერ სისხლის სამართლის კუთხით გამოძიებული საქმეები და, ჩვენი ინფორმაციით, არც ერთ მათგანში ქალები, რომლებსაც მსხვერპლის სტატუსი აქვთ მინიჭებული, არ არიან ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონენი. ჩვენ გამოვითხოვეთ ინფორმაცია შინაგან საქმეთა სამინისტროდან და ვიკითხეთ, სტატისტიკურად აღრიცხავენ ამ ადამიანებს თუ არა. გვითხრეს, რომ სტატისტიკა საერთოდ ვერ აფიქსირებს, შეზღუდული შესაძლებლობა აქვს თუ არა მსხვერპლს. ეს ცალკე პრობლემაა, ასეთი ადამიანი რამდენია, ან რამდენი შეიძლება იყოს. ამის შესახებ ინფორმაციას არ ვფლობთ“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

5. რისკ-ფაქტორები

შეკითხვაზე, თუ რა არის ძირითადი რისკ-ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლის ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის პრევენციას, რესპონდენტებმა მთავარ პრობლემად დაასახელეს შესაბამისი სახელმწიფო სერვისების ნაკლებობა. ეს სერვისები, ერთი მხრივ, მოახდენდა ძალადობის პრევენციას, ხოლო, მეორე მხრივ, იქნებოდა რეაბილიტაციის ეფექტური საშუალება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებისათვის:

„ერთ-ერთი მთავარი რისკ-ფაქტორია სერვისების ნაკლებობა. სამწუხაროდ, დღეს საქართველოში ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ჰოსპიტალიზებული ადამიანი უკეთეს მდგომარეობაშია, ვიდრე სტაციონარიდან გამოწერის შემდეგ. წარმოიდგინეთ, მასთან თემში არავინ მუშაობს. რა თქმა უნდა, მისი მდგომარეობა არ იცვლება, არ უმჯობესდება; ამ დროს ადამიანი ძალიან მოწყვლადია, ამიტომ მასზე ძალადობა იოლია“ (ექსპერტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში).

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა მიერ კიდევ ერთ რისკ-ფაქტორად დასახელდა საკითხი, რომ დღემდე ფსიქიკური ჯანმრთელობა სპეციალისტთა უმრავლესობის მიერ არ მოიაზრება, როგორც ადამიანის უფლებების სფერო. ეს კი ხშირად განპირობებულია იმით, რომ არც ერთი კურსი, ჩატარებული სხვადასხვა დარგის სპეციალისტებისთვის, რომელთაც ურთიერთობა აქვთ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებთან, არ შეიცავს მინიშნებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე:

„კიდევ ერთი რისკ-ფაქტორი: არც ერთი კურსი ძალადობის შესახებ, რომელიც ტარდება პროფესიონალებისთვის, არ შეიცავს რაიმე ჩანაწერს ფსიქოსოციალური

საჭიროების მქონე ქალებზე. გენდერული ძალადობის და ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხები, უბრალოდ, გამოტოვებულია და გენდერისა და ძალადობის თემაზე მომუშავე სპეციალისტებიც კი ვერაფერს აკეთებენ ამ მიმართულებით. მათ ჰგონიათ, რომ ეს არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო და არა ადამიანის უფლებებისა. არავითარი მნიშვნელობა არა აქვს, ვინ ვარ მე, თუ შენ ჩემზე ძალადობ. ჩვენ, ფაქტობრივად, მსხვერპლში ვეძებთ ძალადობის მიზეზსა და გამართლებას და ამიტომ ყველანი კომფორტულად ვართ“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

6. ხარვეზები რეფერალურ სისტემაში

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობის მაპროვოცირებელ ერთ-ერთ გარემოებად რესპონდენტები მიიჩნევენ რეფერალურ სისტემაში არსებულ ხარვეზებს, რაც პრაქტიკაში განაპირობებს ძალადობის მსხვერპლ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ქალთა დაცვის სირთულეს. მთავარ ნაკლოვანებად ისინი მიიჩნევენ გადამისამართების ეფექტური პროცესების არარსებობას:

„ძალიან ცუდია, რომ თავად რეფერალის პროცედურა არის დაუხვეწელი. მე რამდენჯერაც გავაკეთე რეფერალი, პაციენტს ვეუბნებოდი, როდის და ვისთან უნდა მისულიყო; ამასობაში ვურეკავდი ამ სპეციალისტს და ვაფრთხილებდი პაციენტის მისვლის შესახებ. ბოლომდე უნდა მიჰყვე საქმეს; გაინტერესებდეს, მოითხოვო უკუკავშირი, მარტო სახელისა და გვარის გადაცემას სასურველი შედეგი არ მოაქვს. ცოტა სხვანაირად უნდა მოიქცე, თუ მართლა გინდა, რომ ადამიანს რეალური დახმარება აღმოუჩინონ. შეიძლება ვინმე ჩართო, ვინც დაეხმარება მას ამ ყველაფრის განხორციელებაში; ეს შეიძლება იყოს შენი რომელიმე თანამშრომელი ან ოჯახის წევრი. ასე ადვილი არ არის ამ ადამიანების გადამისამართება, მათ ძალიან უჭირთ ინსტიტუციური ბარიერების გადალახვა; მით უმეტეს, როცა კრიზისული მდგომარეობა აქვთ“ (ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირთა სათემო ცენტრის თანამშრომელი).

კვლევაში მონაწილე პოლიციელის მოსაზრებით, რეფერალური სისტემის ეფექტურად მუშაობას ხშირად ხელს უშლის სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლების მიერ არაკვალიფიციური მომსახურების გაწევა ძალადობის მსხვერპლი ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებისთვის; თანაც ეს პროცესი დროში გაწელილია. ამის გამო ხშირად თავად პოლიციის თანამშრომლებს უწევთ შესაბამისი სერვისების მოძიება მოძალადისგან მსხვერპლის გარიდების მიზნით:

„სოციალურ სამსახურთან გარკვეულ პრობლემებს ყოველთვის ქმნის ის, რომ მათი წარმომადგენლების მომსახურება კვალიფიციური არ არის. ამიტომ ჩვენ მხოლოდ შეტყობინებას გადავცემთ; ვიცი, რომ დიდ დახმარებას ვერ გამოიწვევენ, ამიტომ ცვდილობ, მე თვითონ მოვაგვარო ხოლმე საქმე, რადგანაც ის გადაუდებელ ჩარევას საჭიროებს. თუ ამ ადამიანებს რამდენიმე დღის განმავლობაში (სანამ სოციალური

მათ მდგომარეობას შეისწავლის) ისევ შინ დავტოვებთ, ეს კონფლიქტი გაგრძელდება. ამიტომ დაზარალებული თავშესაფარში გადაგვყავს“ (პოლიციელი).

რესპონდენტები საუბრობენ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებების, სკოლისა და უბნის ინსპექტორების განსაკუთრებულ როლზე. თუმცა, სამედიცინო დაწესებულებებიდან, ფაქტობრივად, შეტყობინება არ მოდის. კვლევაში მონაწილე პოლიციელის თქმით, მის პრაქტიკაში არც ერთი შეტყობინება არ დაფიქსირებულა სამედიცინო დაწესებულებებიდან:

„შვიდი წლის განმავლობაში არ ყოფილა შემთხვევა, სამედიცინო დაწესებულებებიდან მოსულიყვნენ და ეთქვათ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს აქვს პრობლემა და ის საჭიროებს რაიმე დახმარებას. დიახ, ასეთი შემთხვევები, სავარაუდოდ, ხშირია, თუნდაც იმიტომ, რომ ეს ადამიანები მოწყვეტილნი არიან ყოველგვარ საზოგადოებრივ აქტივობებს - არ უსწავლიათ სკოლაში, საერთოდ არ გამოდიან საზოგადოებაში, რა თქმა უნდა, აღარც მუშაობენ და მართლაც ძალიან ბევრი პრობლემა აქვთ. თუმცა ეს პრობლემები „ჩაკეტილია“ იმ ოჯახში, სადაც ისინი წარმოიშობა. ერთადერთი ორგანო, საიდანაც ასეთ შემთხვევაში შეტყობინებები უნდა მოდიოდეს, სამედიცინო დაწესებულებებია, სადაც მეტ-ნაკლები სიხშირით დადიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალები. სკოლის პედაგოგებისგან და უბნის ინსპექტორებისგან შეიძლება ხშირად მოდიოდეს ინფორმაცია. უბნის ინსპექტორი თითქმის ყველა ოჯახში შედის. თუმცა, სამწუხაროა, რომ, როგორც ყველა საჯარო დაწესებულებაში, ამ შემთხვევაშიც ძალიან დაბალია მათი კომპეტენცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის სპეციფიკასთან დაკავშირებით“ (პოლიციელი).

7. სოციალური მუშაკების როლი და კომპეტენცია

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ძალადობისგან დაცვის მიმართულებით განსაკუთრებული როლი აკისრიათ სოციალურ მუშაკებს. თუმცა, როგორც ისინი ამბობენ, ხშირად პრაქტიკაში თავად მათი მხრიდან ირღვევა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა უფლებები, რაც დახმარებისა და კონსულტაციის მისაღებად მათთან მისულ ქალებთან არასწორ კომუნიკაციაში გამოიხატება:

„ჩვენი გამოცდილებით, სოციალური მუშაკები ხშირად ორიენტირებულნი არ არიან ხარისხიანი მომსახურების გაწევაზე. შეიძლება, არ ჰყავთ საკმარისი კადრი, ან არა აქვთ შესაბამისი კვალიფიკაცია. ამის მიზეზი შეიძლება ისიც იყოს, რომ ძალიან ბევრი საქმე აწერიათ, ამიტომ პროფესიული გადაწვის ზღვარზე არიან და უჭირთ საკუთარი ვალდებულების ბოლომდე შესრულება; მაგრამ ეს არ არის გასამართლებელი მიზეზი. მე მქონია შემთხვევა, როცა სარეკომენდაციოდ მივმართე სოციალურ მუშაკს; მან ჩემ მიმართ ისეთი დამოკიდებულება გამოავლინა, ძლივს შევიკავე თავი და ასე ავიცილე მოსალოდნელი კონფლიქტი. მათ ძალიან

დირექტიული ტონი აქვთ (ეს პირადად გამოვცადე). პაციენტებს უარესად ექცევიან. ჩემს თანამშრომელს, რომელიც ჩვენს პაციენტებს ეხმარება, რამდენიმე დღის წინ ძალიან უხეშად მოექცა სოციალური სამსახურის იურისტი. საბოლოოდ, გამოდის, რომ სოციალური სამსახური თავის მოვალეობას ვერ ასრულებს და ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალი იქიდან უარესად ტრავმირებული ბრუნდება. როდესაც სოციალური მომსახურების სააგენტოში მივედი, ვერაფერი გამაგებინეს, ყველა ერთად ლაპარაკობდა; ერთი ამბობდა, ეს ჩვენ არ გვეხებაო, მეორე საბუთებს ეძებდა; ძალიან დამძაბეს, ვცდილობდი, რამე დასკვნა გამომეტანა. ახლა თქვენ წარმოიდგინეთ, რა მდგომარეობაშია იქ მისული ადამიანი, რომელსაც აქვს ფსიქოსოციალური საჭიროებები, აქვს ალქმის პრობლემები და უჭირს ასეთ გარემოში ორიენტაცია. იმას როგორ შეიძლება გააგებინონ რამე. აქედან გამომდინარე, ეს ადამიანი მეორედ ამ სამსახურს როგორ მიმართავს? ისეთი სამსახურებიც არ არის, რომლებიც ყველა ადამიანის საჭიროებების თანმიმდევრულად (თავიდან ბოლომდე) დაკმაყოფილებას უზრუნველყოფს. ძალიან მნიშვნელოვანია აქტიური სათემო ცენტრების არსებობა ამ მიმართულებით, მათ ძალიან კარგი შედეგები ექნებათ“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო ცენტრის თანამშრომელი).

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მომსახურების კუთხით სოციალურ სამსახურში არსებული ხარვეზების გამოსწორების გზად კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები მიიჩნევენ შესაბამისი მონიტორინგის ორგანოს ეფექტურ ფუნქციონირებას, რომელიც სოციალური მუშაკების მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობის ნაცვლად, ხარისხის კონტროლზე იქნება ორიენტირებული:

„მეორე ფაქტორია კიდევ: როცა არ არსებობს მონიტორინგის სისტემა, ხარისხიც დაბალია. შეიძლება დაფიქსირებული იყოს, თუ რამდენ ადამიანს მოემსახურნენ, მაგრამ მარტო რაოდენობა არაფერს ნიშნავს, მთავარია ხარისხი. როდესაც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალი მიმართავს სოციალურ მუშაკს და ამ უკანასკნელს არ ექნება ელემენტარული კომუნიკაციის ჩვევები, ის ვერ გაითვალისწინებს პაციენტის მდგომარეობას და, უბრალოდ, ურთიერთობასაც ვერ დაამყარებს მასთან. აუცილებელია, ერთი მხრივ, მონიტორინგის ჩატარება და, მეორე მხრივ, უწყვეტი განათლება; სხვადასხვა საკითხში უნდა შეფასდეს ამ მუშაკების ცოდნა, მდგომარეობა, შესრულებული სამუშაო და მათ ამის შესაბამისი კონსულტაცია უნდა გაეწიოს“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სპეციალისტი).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სპეციალისტების მოსაზრებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა საჭიროებებთან დაკავშირებით საჯარო სამსახურში დასაქმებული პირების კომპეტენციის ნაკლებობის მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორი მაინც არის ის, რომ საუნივერსიტეტო განათლებაში ნაკლებ ყურადღებას უთმობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს:

„სოციალურმა მუშაკმა უნდა იცოდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, მაგრამ უნივერსიტეტში ამ სფეროზე განათლებას არ აძლევენ. არსებობს მხოლოდ

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა, მართო პოლიტიკას კი შედეგი არ მოაქვს. მე ვარ მაგისტრებისა და ბაკალავრების პრაქტიკის პედაგოგი; შემძლია, გითხრათ, რომ ზემოაღნიშნულის შესახებ სამაგისტროს სტუდენტებს არავითარი ცოდნა არა აქვთ. როდესაც სპეციალისტები სამსახურში მოდიან, უკვე უნდა იცოდნენ, სერვისებში სად რა ხდება, უნდა ერკვეოდნენ, სად წავიდნენ, ელემენტარული ცოდნა უნდა ჰქონდეთ. ვაკვირდები და ვხვდები, რომ კომუნიკაციის ელემენტარულ უნარ-ჩვევებს არ ფლობენ. მათთან მიდის კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანი, რომელსაც ვერ შევლიან. რამდენიმე ქეისის გაანალიზების საფუძველზე შემძლია, ვთქვა, რომ სოციალური სამსახური თავის ფუნქციებს ვერ ასრულებს, ის სრულებით არ არის ორიენტირებული შედეგზე“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

IV. თემატური კვლევა - უფლების დარღვევის კონკრეტული სფეროები

კვლევის ერთ-ერთი მთავარი მიზანი იყო, გამოერკვია უფლების დარღვევის კონკრეტული სფეროები; უფლებების ხელყოფის საფრთხის წინაშე ხომ ყველაზე ხშირად დგებიან ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალები. შედეგების მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებს ყველაზე მეტად ერღვევათ ოჯახური ცხოვრების უფლება, რაც ვლინდება მათთვის დედობის უფლების განხორციელების შეზღუდვაში. მათთვის, ფაქტობრივად, შეუძლებელი ხდება პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლების რეალიზება, გართულებულია ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, ხოლო მთლიანად იგნორირებულია ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხი. კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მოსაზრებით, მთავარი პრობლემა, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებს შეიძლება უფლების დარღვევის დროს წარმოეშვათ, არის ის, რომ მათ არა აქვთ სასამართლოს გზით უფლების აღდგენის ეფექტური გარანტიები, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს მათ მდგომარეობას.

1. დედობის უფლება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სპეციალისტები საკუთარ პრაქტიკაზე დაყრდნობით კვლევის დროს საუბრობენ შემდეგ ტენდენციაზე: როდესაც ოჯახური დავის შემთხვევაში ერთ-ერთი მხარე არის ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალი, ბავშვის ბედი, ფაქტობრივად, გადაწყვეტილია - ის მამასთან რჩება:

„როგორც წესი, განქორწინების შემთხვევაში, ბავშვი დედასთან რჩება, მაგრამ ასე არ ხდება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში. ამ დროს უფრო დიდი ალბათობაა, რომ ბავშვი დარჩეს მამასთან, თუნდაც, რეალურად, შეფასების შემდეგ, დადგინდეს, რომ ქალს შეუძლია ბავშვის დამოუკიდებლად აღზრდა. ერთი შემთხვევა მახსენდება, როდესაც დეპრესიაში მყოფი ქალი მოხვდა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში და მხოლოდ ერთი კრიზისული ეპიზოდი საკმარისი აღმოჩნდა,

რომ ბავშვი დედისთვის წაერთმიათ. ქალი ასეთ დროს არა მხოლოდ მეუღლეს, არამედ შვილებსაც კარგავს“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

რესპონდენტთა მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში, დედობის უფლების შეზღუდვის ერთ-ერთი მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორი ისევ სტერეოტიპულ აზროვნებაში უნდა ვეძიოთ, რომლის მიხედვითაც, თუ ქალს აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, ის მოკლებულია შვილის აღზრდის შესაძლებლობას. გადაწყვეტილების მიღებისას მთავარი განმსაზღვრელი ფაქტორი ხდება ქალის დიაგნოზი და არა მისი უნარები:

„ოჯახებში, სადაც ეს ქალები იმყოფებიან, ეზღუდებათ ყველაფერი; ისინი ვერ ასრულებენ თავიანთ ფუნქციებს, სოციალურ როლებს. არ არსებობს ადამიანი, რომელიც შეაფასებს, რა შეუძლიათ მათ და რა არა. თუ რამე არ შეუძლია, არავინ უწევს თანადგომას, რომ შეასრულოს თავისი სოციალური როლი, რომელიც მას აქვს საზოგადოებასა და ოჯახში, მაგალითად, დედის როლი. როცა დედა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირია, როგორც წესი, ამ დროს შვილებზე მზრუნველობას იღებს ან სოციალური მომსახურების სააგენტო, ან ოჯახის წევრები, ან ნათესავები. გავრცელებულია სტერეოტიპული შეხედულება, რომ ეს ადამიანები თავიანთ ბავშვებს ვერ მოუვლიან, ან რაიმე სახის ზიანს მიაყენებენ. შეიძლება ეს დასკვნა სრულიად უსაფუძვლოდ იყოს გამოტანილი. თითოეული ინდივიდუალური შემთხვევის შეფასება არ ხორციელდება. თუმცა, თუ ბავშვი აღსაზრდელად გადაეცემა მცირე საოჯახო ტიპის სახლს, მაშინ, რასაკვირველია, სოცმუშაკს ევალება შეფასება. სოცმუშაკები არ ფლობენ სრულ ინფორმაციას ფსიქიკური დაავადებების შესახებ; ამიტომ ისინი არ არიან კომპეტენტური შეფასებისას. ადამიანს შეიძლება ჰქონდეს ფსიქიატრიული დიაგნოზი, მაგრამ რა კონკრეტულ სფეროში სჭირდება დახმარება, სოცმუშაკებმა არ იციან. ისინი მოქმედებენ, დიაგნოზიდან გამომდინარე, კითხულობენ ფორმა N100-ს, რომელშიც დაავადების მიმდინარეობაა ასახული. შესაბამისად, ეს ყოველთვის იმუშავებს პაციენტის საწინააღმდეგოდ იმ კუთხით, რომ ვერ იქნება დაცული მისი, როგორც მშობლის, უფლებები. რატომ? იმიტომ რომ მაინც ისეთ დაავადებასთან გვაქვს საქმე, რომელიც ვლინდება ქცევითი აშლილობებით და ზედაპირულად თუ შეხედავ, ადამიანს, რომელიც ვერც საკუთარ თავს უვლის და ვერც სხვას, ბავშვს ვერ ანდობ. განვიხილოთ სიტუაცია მეორე კუთხით: აბა, ჩატარდა რაიმე სახის ინტერვენცია? გაიარა პაციენტმა რეაბილიტაცია? ასეთი შემთხვევები ძალიან ხშირია. ეს არის ერთ-ერთი მწვავე პრობლემა, რადგან დედის როლი ქალისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ბიოლოგიური, ინსტინქტური თვალსაზრისით. ქალის, როგორც ცოლის, უფლებებიც ირღვევა, მაგრამ ეს სხვა საკითხია. ქალი სტიგმის მსხვერპლი ხდება. ზოგადად, „ცუდი დედის“ სტატუსი გაცილებით მძიმეა ქალისთვის, ვიდრე „ცუდი ცოლისა“. ამიტომ ეს მტკივნეული თემაა ქალებისთვის. ასევე არიან ჩვენი პაციენტები. „ცუდი დედა“ თუ ხარ, ბავშვს არ გაკარებენ და არ გაზრდევინებენ, სტიგმაც უფრო ძლიერდება და თვითშეფასება კლებულობს, უფრო

მეტად, ვიდრე ცუდი მეუღლისა და ცუდი შვილის შემთხვევაში“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებით, მთავარი პრობლემა ისაა, რომ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების დედობის უფლებების დასაცავად ქვეყანაში არავითარი სერვისი არ არსებობს; სერვისი, რომელიც დაიცავდა როგორც ქალის, ისე ბავშვის ინტერესებს. ამ უკანასკნელს შესაძლებლობა მიეცემოდა, გაზრდილიყო ოჯახურ გარემოში, ნაცვლად იმისა, რომ რომელიმე ნათესავს შეეკედლებინა, ან, უარეს შემთხვევაში, სახელმწიფოს მზრუნველობის ქვეშ გადასულიყო:

არსებობს ასეთი ვარიანტი: წარმოებს მოლაპარაკება, ნათესავებს, ოჯახის წევრებს შორის და ასე წყდება პრობლემა. პაციენტებს ურჩევნიათ ხოლმე, რომ, ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე, ბავშვი ნათესავებთან იყოს, შვილს უფრო იოლად ნახავენ. მაგალითად, ჩემი პროფესიიდან გამომდინარე, ურთიერთობა მიწევს ერთ ოჯახთან. ორივე მშობელი აღრიცხვაზეა. ვხედავთ, რომ დახმარება სჭირდებათ, არა მხოლოდ რეაბილიტაციის კუთხით, ეკონომიკურადაც ძალიან უჭირთ. დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის კი ეკონომიკური მხარდაჭერა ძალიან მნიშვნელოვანია. ისინი იღლებიან, უძილო ღამეები კი საკმაოდ ცუდად მოქმედებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებზე. ეს დატვირთვა უარყოფითად აისახება დაავადების მიმდინარეობაზე. ხშირად ასე ღამეების თენების გამო შემდგომში სტაციონარი სჭირდებათ, რომ მდგომარეობიდან გამოვიდნენ. თოთო ბავშვი ჰყავთ, ძალიან უჭირთ. ამგვარი მდგომარეობის სპეციფიკიდან გამომდინარე, რაღაც სერვისი უნდა არსებობდეს. დამოუკიდებელი ოჯახისთვის აუცილებელია ხელშეწყობა. ამაზე ვინმე უნდა დაფიქრდეს. უნდა იყოს მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომ ბავშვი გაიზარდოს ოჯახში, ეს ადამიანებიც არ გადაიტვირთონ და მერე დაიგეგმოს, რა ტიპის დახმარება შეიძლება გაეწიოს“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სპეციალისტი).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პრაქტიკოსი სპეციალისტების მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა დედობის უფლების ხელშეწყობისათვის აუცილებელია, დაინერგოს მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომელიც რეალურ ოჯახურ გარემოში შეაფასებს მათ და არ დაეყრდნობა მხოლოდ ფსიქიატრიულ დიაგნოზს, როგორც ამას ხშირად აკეთებენ სოციალური მუშაკები:

„ჩვენ, ფსიქიატრებს, სოციალური მუშაკები ხშირად გვეკითხებიან, შეძლებს თუ არა ეს თუ ის ქალი ბავშვის გაზრდას. რეალურად, ასეთი კითხვის დასმა უკვე არასწორია და ვერც ერთი ექიმი ამას ოფიციალურად ვერ დაწერს. თუ ანამნეზში არა აქვს ჩანაწერი, რომ აღენიშნება დამაზიანებელი ქცევა, ფსიქიატრისთვის ამ საქმის მიბარება იმ მიზნით, რომ მერე სოცმუშაკმა დასკვნა დადოს, მართებული არაა. ექიმი ყოველთვის შეაფასებს სამედიცინო კუთხით. შეფასება უნდა იყოს

მულტიდისციპლინური; ადგილზე, ოჯახში უნდა მივიდნენ და იქ შეაფასონ, რა სჭირდება - რეაბილიტაცია თუ სხვა სახის დახმარება“.

კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტები ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა უფლების დარღვევად აფასებენ იმ ტენდენციას, როცა ასეთ ქალებს თავად ოჯახის წევრები არ აძლევენ ბავშვის გაზრდის საშუალებას და დედები იძულებულნი არიან, ბავშვი გააშვილონ, ან ბავშვთა სახლში ჩააბარონ:

„ძალიან ხშირად (როგორ შეიძლება ამის კვალიფიცირება, არ ვიცი) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალი გააჩენს ბავშვს და გააშვილებს, იმიტომ რომ ოჯახში არა აქვს შესაბამისი პირობები. ადამიანი თვითონ ავადაა და იძულებულია, რომ ბავშვი გააშვილოს, ან ბავშვთა სახლში დატოვოს. არის შემთხვევები, როცა სარგებლის ნახვაც უნდათ და ოჯახის ჩარევით ბავშვი გაუყიდიან. ხანდახან ოჯახი ქალს ბავშვის გაჩენის უფლებასაც არ აძლევს და ხელს უშლის. ხშირად ქორწინებაში მყოფ ქალებს, რომლებსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვთ, ჩამორთმეული ჰყავთ ბავშვები. სხვები მაქსიმალურად მანიპულირებენ ამ თემით, ეს ადამიანები მიჰყავთ იქამდე, რომ პროვოცირება გაუკეთონ და ეს იყოს ბავშვის ჩამორთმევის მიზეზი. უფლებაშელახულებმა ისიც არ იციან, ვის უნდა მიმართონ, რა სერვისები არსებობს, რა უფლებები აქვთ, როგორ უნდა მოიქცნენ ასეთ სიტუაციაში“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

შეკითხვაზე, არის თუ არა გავრცელებული პრაქტიკა იძულებითი აბორტი ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში, რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ პირდაპირი გაგებით იძულებით აბორტზე ბოლო წლებში აღარ სმენიათ, თუმცა, ხშირად ითრგუნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების ნება და ისინი, ფაქტობრივად, იძულებულნი არიან, აბორტის საშუალებით უარი თქვან შვილზე:

„იძულებით აბორტი კვლავ ხშირია, ოღონდ უნდა დავაკონკრეტოთ, რა სახისაა ეს იძულება რეალურად. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ქალის ნების დათრგუნვასთან. მათ ოჯახის წევრები უყენებენ უამრავ პირობას: შვილს თუ გააჩენ, აღმოჩნდება ქუჩაში, აღარ შეგინახავ, და ა.შ. ის იძულებულია, გაიკეთოს აბორტი. სახელმწიფოს ამ შემთხვევაში აქვს ვალდებულებები, რომლებიც გამოიხატება იმაში, რომ ამ ადამიანს ხელი შეუწყოს; თუ მას სურს და აქვს შესაძლებლობა (ეს კიდეც ცალკე დასადგენია, თუ არა აქვს), რომ ჰყავდეს ოჯახი, შესაბამისი პირობები უნდა შეექმნას. თუ აღნიშნული ადამიანი ოჯახში ცხოვრობს და სახელმწიფო არ ახორციელებს სიტუაციის მონიტორინგს, არსებობს შემდეგი სახის რისკი: ოჯახის წევრმა ან პირმა, რომელიც ქალს მატერიალურად ინახავს, უთხრას, რომ ბავშვი, რომელსაც ის გააჩენს, აუცილებლად იქნება დაავადების მატარებელი. ეს ძალიან მცდარი ინფორმაციაა, რომელიც უაზრო სტერეოტიპების ნაყოფს წარმოადგენს. ამ ქალს ბავშვისა და ოჯახის ყოლის შესაძლებლობა უნდა ჰქონდეს. იძულებამ სახე იცვალა. კისერში არ

მოგვიდებს ვინმე ხელს, მაგრამ შენზე ისეთ ფსიქოლოგიურ და ეკონომიკურ ძალადობას განახორციელებენ, რომ, უბრალოდ, არჩევანი არ გექნება“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

2. დამოუკიდებელი ცხოვრება

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები მიიჩნევენ, რომ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების უფლებების დარღვევის თვალსაზრისით, ერთ-ერთ მწვავე საკითხს წარმოადგენს დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობის ნაკლებობა, რაც მათი პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლებაში ჩარევად შეიძლება შეფასდეს. კონტროლი ოჯახის წევრების მხრიდან განსაკუთრებით შესამჩნევია ქალების შემთხვევაში, რაც ისევ საზოგადოებაში გავრცელებული სტერეოტიპებით არის ნაკარნახევი:

„ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს განსაკუთრებული კონტროლი ოჯახის მხრიდან, რაც უკვე დამოუკიდებლად ცხოვრებაში უხეში ჩარევაა. კონტროლი განპირობებულია შემდეგი სტერეოტიპით: თუ გოგო გარეთ გავა დამოუკიდებლად, ოჯახის წევრები ფიქრობენ, რომ დაორსულდება“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებზე მომუშავე იურისტი).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების შეფასებით, ოჯახის წევრებისა და მზრუნველების დამოკიდებულება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ხშირად ძალადობაშიც კი გადაიზრდება. ოჯახის წევრები ამ ქალის ნაცვლად აკეთებენ ყველაფერს, არ აძლევენ ელემენტარული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობას, ეს ადამიანი სრულიად გარიყული რჩება ოჯახის ცხოვრებისგან:

„ოჯახის ძალადობაა, როცა ადამიანს არ აკეთებინებ იმას, რის გაკეთებაც უნდა, თანაც იმ მოტივით, რომ მას ფსიქიკური აშლილობა აქვს, ან რაღაცას ვერ აკეთებს კარგად, ანდა, არ იცის, როგორ გააკეთოს. ოჯახის სხვა წევრი თავის თავზე მეტ ინიციატივას იღებს, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალს თრგუნავს და არა აძლევს საშუალებას, მონაწილეობა მიიღოს სხვადასხვა აქტივობაში. ოჯახის წევრს, იმის ნაცვლად, რომ თავისიანს გვერდში ამოუდგეს, ურჩევნია, მარტო თვითონ აკეთოს საქმე. ზოგადი მიდგომაა ასეთი. ის ოჯახის წევრი ცალკე წუწუნებს, რომ აღარც ნერვები შერჩა, არც არავინ ჰყავს მხარდამჭერი, ყველაფერი მას აწევს ტვირთად; ამბობს, რომ ურჩევნია, თვითონ გააკეთოს, რადგან ბევრად მეტი დრო დასჭირდება, მას რომ დაეხმაროს. სინამდვილეში მათ ძალიან უყვართ საკუთარი ოჯახის წევრები, წინააღმდეგ შემთხვევაში, შინ არც გააჩერებდნენ; ისინი ინსტიტუციურ დაწესებულებაში არ აბარებენ და არც თავიდან იშორებენ, სტაციონარშიც არ ტოვებენ. არც ინფორმაციას ფლობენ და სტიგმაც არსებობს, რომ ეს ასე უნდა იყოს. მომვლელს (ოჯახის წევრს), რომელსაც დიდი ხნის მანძილზე აქვს ურთიერთობა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთან, ჰგონია, რომ თვითონ უკეთ იცის, რა უნდა ამ ადამიანს. რეალურად კი ეს არის ძალადობა. ადამიანს არ აძლევენ

დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას, იმ უნარებსაც უკლავენ, რაც აქვს. ეუბნებიან, რომ მას ეს არ შეუძლია და მის ნაცვლად იღებენ გადაწყვეტილებებს. ზოგადად, ქალის როლი, ხომ იცით, ოჯახში უფრო მეორეხარისხოვანია, ოჯახის ბურჯად მამაკაცი მოიაზრება; მით უმეტეს, წარმოიდგინეთ, რა მდგომარეობაშია ქალი, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობისაა და, ამასთან, ფსიქოსოციალური საჭიროებაც აქვს. უფრო მძიმეა სიტუაცია ფსიქიკური შეზღუდვის შემთხვევაში. ფიზიკური შეზღუდვისას იციან, რომ, თუ კიდურის პრობლემაა, ჯოხს დააჭერინებენ; ასე მოიძებნება გამოსავალი სხვა სომატური დაავადების დროსაც, მაგრამ ფსიქიკა სულ სხვაა; ფიზიკურად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს შეიძლება აზრს დაეკითხონ, რალაცნაირად ჩართონ ოჯახისთვის მნიშვნელოვანი საკითხების გადაწყვეტაში; სულ მცირე, თავისი პირადი ცხოვრების წარმართვის საშუალება მაინც მისცენ; სამსახურიც შეიძლება დააწყებინონ ადაპტირებულ გარემოში. ფსიქიკური შეზღუდვა როცაა, ასე არ ხდება. „ამას ფსიქიკა აქვს დარღვეული“ - ეს მოსაზრება გადამწყვეტია. არ არსებობენ დასაქმებული პირები, რომლებიც იქნებოდნენ პოზიტიური მაგალითები სხვა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებისათვის“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ საზოგადოებაში არსებული სტიგმა ხშირად მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორი ხდება ოჯახის წევრების მხრიდან მათთვის დამოუკიდებელი ცხოვრების უფლების შეზღუდვისთვის. იმის გამო, რომ ოჯახის წევრები ერიდებიან ამ ადამიანების გარეთ გამოყვანას, ისინი კიდევ უფრო კარგავენ სოციალურ უნარ-ჩვევებს, რაც საზოგადოებისგან მათ საბოლოო იზოლირებას იწვევს:

„ძალიან ხშირია ასეთი შემთხვევები. ადამიანებს, რომლებსაც მოვლა, ზრუნვა სჭირდებათ, მალავენ; ამ მდგომარეობაში მათ სათანადო დახმარებას ვერ უწევენ, იზოლირებული ჰყავთ; ისინიც სოციალურ უნარ-ჩვევებს კარგავენ. ეს ავადმყოფობითაც არის განპირობებული და, თავის მხრივ, იზოლაციაც არასასიკეთო გავლენას ახდენს. ასეთ შემთხვევაში, პირის განვითარებისთვის არახელსაყრელი გარემო იქმნება. ჯოხს, გარეთ გაიყვანო. შინ ისედაც უფლებჩამორთმეულები არიან. ისინი სიამოვნებით თანხმდებიან პროექტში მონაწილეობაზე, ოჯახის წევრებს კი ურჩევნიათ, იყვნენ ისე, როგორც იქამდე; არ უნდათ, რომ ისინი გარეთ გამოვიდნენ, გააქტიურდნენ, სურვილები გაუჩნდეთ, მათი ცხოვრება უფრო ჯანსაღი გახდეს. უკვე ამ ადამიანების ცხოვრების სტილიც იცვლება და ოჯახმა, ამ პირის მიმართ დამოკიდებულებიდან გამომდინარე, არ იცის, როგორ მიიღოს ეს ცვლილება. სიტუაციის გართულების მერე კი ისევ სტაციონარს ან თავშესაფარს მიმართავენ“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

3. მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობა

კვლევაში მონაწილე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტების მიერ გამოიყო რამდენიმე საკითხი, რომლებიც ზღუდავს

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მართლმსაჯულებაზე ხელმისაწვდომობას. მათი აზრით, მთავარი პრობლემა ისაა, რომ იურიდიული აკადემიური განათლების მიღების დროს არ არსებობს სპეციალური მოდულები, რომლებიც ყურადღებას გაამახვილებდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე. იურისტების არაინფორმირებულობა და საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპული აზროვნება იწვევს უარყოფით შედეგს - ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირებისათვის უფლების დარღვევების სასამართლოს გზით აღდგენა შეუძლებელი ხდება:

„მაქვს ინფორმაცია მხოლოდ ადვოკატებისგან, რომლებიც ნამდვილად არიან მონდომებული, რომ დაიცვან საკუთარი კლიენტი, თუნდაც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე, მაგრამ ისინი ამბობენ, რომ არც ერთ უნივერსიტეტში იურისტებს აკადემიური ფორმით არ ასწავლიან ამ საგანს, არ მიეწოდებათ ინფორმაცია, როგორ უნდა იმუშაონ ამ ადამიანებთან, როგორ დააამყარონ კომუნიკაცია, რა უფლებები აქვთ მათ. ისინი არ ფლობენ არავითარ ინფორმაციას და არა აქვთ შესაბამისი კომპეტენცია, რომ იმუშაონ. ასეთ სიტუაციაში მათ ძალიან უჭირთ; თანაც სტერეოტიპების ტყვეობაში არიან - მაგალითად, „ოთახში ასეთ ადამიანთან მარტო არ უნდა დარჩე, რამე რომ არ ჩაგარტყას“. ხშირად შეიძლება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის მეტყველება ვერ გაარჩიონ; შეიძლება არ იცოდნენ, რა დინამიკა აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარკვეულ დიაგნოზს, მაგალითად, ის, რომ სეზონურობა ახასიათებს; როდის სჯობს, დაიკითხოს ან გამოიკითხოს პირი; როგორ შეიძლება იმოქმედოს მასზე ერთმა და იმავე გარემომ; პირობითად, როგორ შეიძლება გააუარესოს მისი მდგომარეობა გარემო ფაქტორებმა. ეს ინფორმაცია იურისტებისთვის ცნობილი არ არის. შესაბამისად, ისინი ეფექტურად ვერ დაიცავენ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანს, თუნდაც ამის დიდი სურვილი ჰქონდეთ“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

შეკითხვაზე, თუ რა უნდა გაკეთდეს იმისათვის, რომ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებს შეეძლოთ ეფექტური მართლმსაჯულების უფლების გამოყენება, რესპონდენტები ასახელებენ სიღრმისეული კვლევის ჩატარების საჭიროებას. ეს გამოავლენს იმ ბარიერებს, რომლებიც ექმნებათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებს სასამართლოსთვის მიმართვის დროს. ასეთი კვლევა, რესპონდენტთა მოსაზრებით, შესაძლებელს გახდის შემდეგში უფრო ქმედითი ღონისძიებების გატარებას გამოვლენილი ბარიერების აღმოსაფხვრელად. საკუთარ პრაქტიკაზე დაყრდნობით, რესპონდენტები გამოყოფენ რამდენიმე დაბრკოლებას, რომელთა შორის ყველაზე მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ თავად ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ინფორმირებულობის ნაკლებობა დარღვეული უფლების აღდგენის აუცილებლობის დროს:

„რაც შეეხება სერვისების ხელმისაწვდომობას, მართლმსაჯულებას აღვიქვამ, როგორც სერვისს. პირველ რიგში, უნდა ჩატარდეს ძალიან ღრმა კვლევა, რეალურად რა

ბარიერები ელობებათ წინ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს სასამართლოს ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. ასეთი კვლევა ჯერ არ ჩატარებულა; ამიტომ, რა თქმა უნდა, რასაც ვიტყვი, ესაა ჩემი მოსაზრება, კონკრეტული ქეისებიდან გამომდინარე. პირველი ბარიერი, რაც მახსენდება, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების ინფორმირებულობის ნაკლებობაა. მათ არ იციან, რა მექანიზმები არსებობს, ვის უნდა მიმართონ, რომელი სერვისია უფასო, რომელი - ფასიანი და ა.შ.“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

რესპონდენტთა მოსაზრებით, დღეს მოქმედი უფასო იურიდიული დახმარების სისტემა არასენსიტიურია ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ, რაც განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოშობს სამოქალაქო ხასიათის დავის დროს:

„უნდა იყოს უფასო იურიდიული დახმარების სერვისი, რაც ცალკე ბარიერია ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში. დღეს გვაქვს მხოლოდ ორი შემთხვევა, როცა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალმა შეიძლება მიიღოს უფასო დახმარება: თუ ის შშმ პირია და თან სოციალურად დაუცველი (რაც დასტურდება შეფასების გარკვეული ქულებით). დღეის მდგომარეობით, თუ შშმ პირები, ამავე დროს, სოციალურად დაუცველებიც არ არიან, ვერ მიიღებენ დახმარებას სამოქალაქო და ადმინისტრაციულ საქმეებზე. ეს რთულად გადასალახავ ბარიერებს ქმნის, იმიტომ რომ შეიძლება არ გქონდეს სოციალურად დაუცველის სტატუსი, მაგრამ საპროცესო ხარჯების გადახდა შენთვის აბსოლუტურად შეუძლებელი იყოს. მაგალითად, თუ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალს აქვს ქონებრივი დავა, სავარაუდოდ, მაღალი ბაჟის გამო ვერ შეძლებს სარჩელის აღძვრას, რაც პრობლემურია ასეთი მოწყვლადი ჯგუფებისთვის“ (იურისტი).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტების მოსაზრებით, იმ შემთხვევაშიც, თუ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალი გადალახავს ზემოთ ნახსენებ ბარიერებს და შეძლებს სარჩელის მომზადებას თავისი უფლებების დასაცავად, ის გადააწყდება ფიზიკურ ბარიერებს უკვე სასამართლოს შენობაში. იურისტებს მიაჩნიათ, რომ ბარიერები არსებობს არა მხოლოდ ფიზიკური გადაადგილების შეზღუდვის მქონე, არამედ ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების მქონე პირებისთვისაც:

„შემდეგი ბარიერი - ეს არის ფიზიკური ხელმისაწვდომობის ბარიერი, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია. შეუძლებელია სასამართლოში შეღწევა, თუ ფიზიკურად გადაადგილების პრობლემა არსებობს. ფიზიკურ გადაადგილებაში, ბუნებრივია, არ იგულისხმება მხოლოდ ეტლით სარგებლობა. არავინ ზრუნავს სენსორული შეზღუდვის მქონე პირებზე, რომლებსაც სჭირდებათ ადაპტირებული გარემო, რომ გადაადგილდნენ. უფრო მძიმე მდგომარეობაა ინტელექტუალური განვითარების შეზღუდვის მქონე პირების შემთხვევაში, რომლებსაც არ შეუძლიათ, გაიგონ, გაიაზრონ ის რთული ინსტრუქციები, რეგულაციები, რომლებიც არსებობს

სასამართლოს სივრცეში. ეს ეხება, მაგალითად, საქმეთა გადანაწილების ტაბელს, სადაც ცხადდება გარკვეული ინფორმაცია. ის უნდა იყოს ადაპტირებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის, რომლებიც შეძლებენ აღქმას, თუ მათ ინფორმაციას გამარტივებული ფორმით, მაგალითად, ნახატებით მიაწოდებენ; ან, თუ ეს შეუძლებელია, გამოყენებულ უნდა იქნეს გონებრივი მისადაგების პრინციპი, არსებობდეს ასისტენტი, რომელიც შეიძლება იყოს გიდი. ის ინდივიდუალურად დაეხმარება ასეთი საჭიროების მქონე პირებს, თუკი ისინი ამ დახმარებას მოითხოვენ“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

შეკითხვაზე, რა ხარვეზები არსებობს თავად მართლმსაჯულების სისტემაში, რომლებიც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში ხელმისაწვდომი მართლმსაჯულების უფლების შეზღუდვას განაპირობებს, რესპონდენტები ასახელებენ თავად სისტემის შიგნით მომუშავე პირების, მათ შორის, მოსამართლეების, კომპეტენციის საკითხს. მათი აზრით, ყველაზე უკეთესი გამოსავალია, თუ სასამართლო ხელისუფლებაში იქნებიან საგანგებოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე მომუშავე მოსამართლეები:

„იდეალურია, თუ სპეციალური მოსამართლეები იმუშავენ, რომლებიც სიღრმისეულ გადამზადებას გაივლიან. თუ ეს არ მოხერხდება, მუდმივად უნდა ხორციელდებოდეს ყველა მოსამართლის ინფორმირება. ვიცით, რომ ისინი პერიოდულად გადიან გადამზადებას, დანიშვნამდე კი - სპეციალურ კურსს; მაგრამ ძალიან საინტერესოა მათი კურიკულუმების გადახედვა. ჩემი ინფორმაციით, ეს კურიკულუმები არ მოიცავს აღნიშნულ ინფორმაციას. ამიტომ წარმოუდგენელია, საიდან უნდა ჰქონდეს ის მოსამართლეს“ (იურისტი).

4. ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ჯანმრთელობის უფლების დაცვის კუთხით კვლევის დროს სამი ძირითადი პრობლემა გამოიკვეთა: ექიმების არაინფორმირებულობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს შესახებ, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებისათვის და სომატური დაავადებების მკურნალობის სირთულეები ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში.

კითხვაზე, თუ რა პრობლემებს ხედავენ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის კუთხით, კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მიერ დასახელდა ექიმების არაინფორმირებულობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს შესახებ:

„ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით არსებობს სტიგმა; სამედიცინო სფეროში ძალიან ბევრს არა აქვს მიღებული ცოდნა ამ საკითხზე, თუნდაც მომიჯნავე სპეციალიზაციის წარმომადგენლებს. მაგალითად, ჩვენი ორგანიზაციის ერთ-ერთი

წევრისგან, ფსიქიატრისგან ვიცი, რომ მას ურევავენ გინეკოლოგები და ქირურგები, რომლებიც საკეისრო კვეთაზე მუშაობენ, და ეკითხებიან, შეიძლება თუ არა ამის გაკეთება ფსიქიკური დიაგნოზის მქონე ქალისთვის. ექიმებსაც არა აქვთ გააზრებული, რომ ყველა სომატური დაავადების მომსახურება (ან თუნდაც გინეკოლოგის მომსახურება), ჩვეულებრივ, ამ ადამიანებისთვისაც თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. სამწუხაროდ, მათი ეშინიათ; როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჯერ კიდევ არის სტიგმა, რომ თითქოს ეს ადამიანები საერთოდ არც უნდა არსებობდნენ. ექიმი უნდა იყოს ინფორმირებული, როგორ გაუწიოს მომსახურება ნებისმიერი მდგომარეობის მქონე პაციენტებს (მათ შორის, არა მხოლოდ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირებს, არამედ, ზოგადად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს). მცდარი აზრია, რომ რეპროდუქციული სფერო მათგან ძალიან შორს არის და ცალკეა. რეპროდუქციული და სომატური სფეროს ექიმების განათლება დასახვეწია. მათ უნდა შეძლონ კონტაქტის დამყარება თუნდაც რადაცის გამო გაღიზიანებულ პაციენტთან (შეიძლება ამ ადამიანს სულაც არ ჰქონდეს ფსიქიკური ხასიათის პრობლემები)“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

ექსპერტების მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს კვლევის დროს გამოიყო კიდევ ერთი პრობლემა, რომელიც შეეხება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მყოფი ქალების სომატური ჯანმრთელობის უზრუნველყოფას:

„სომატური ჯანმრთელობა სრულიად იგნორირებულია. თუ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში იმყოფები, თვლიან, რომ სომატური გამოკვლევები შენთვის ნაკლებად მნიშვნელოვანი და საჭიროა. რეალურად, გარკვეული ტიპის საავადმყოფოში ხარ, მაგრამ შეგიძლია სხვა სერვისის/მკურნალობის ტიპის გამოყენება. ნებისმიერი პროფილის ექიმი უნდა ფლობდეს კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებს. ფსიქიატრებმა უნდა იცოდნენ, რომ რეპროდუქციული და სომატური ჯანმრთელობა ძალიან მნიშვნელოვანია მათი პაციენტებისთვის. ის ფაქტი, რომ ისინი ექიმები არიან, ჯერ კიდევ არ ნიშნავს, რომ ყველა პროფილის ექიმები არიან და ყველაფერთან დაკავშირებით შეუძლიათ გადაწყვეტილების მიღება. შეიძლება იმ ეტაპზე ადამიანს სულ სხვა საჭიროება ჰქონდეს; შეიძლება ის ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე იყოს, მაგრამ მას შეეძლოს ბავშვის ყოლა, და ეს მისთვის კონკრეტულ ასაკში სასიცოცხლო აუცილებლობას წარმოადგენდეს. ამიტომ არის აუცილებელი მულტიპროფილური ჯგუფის შექმნა, რომელშიც გაერთიანდებიან სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი. ისინი შეაფასებენ საერთო მდგომარეობას, დაადგენენ, რა არის საჭირო ზოგადად, და არა მხოლოდ ფსიქოზის დროს“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების სომატური ჯანმრთელობის მომსახურების კუთხით არსებული პრობლემების გადაჭრის გზად კვლევის მონაწილეები მიიჩნევენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების

სტრატეგიის სამოქმედო გეგმის შემუშავების პროცესში განსაკუთრებით უნდა გამახვილდეს ყურადღება აღნიშნულ საკითხზე:

„სომატურ ჯანმრთელობაზე და გენდერული კუთხით სტრატეგიაში არაფერია გაწერილი, შეიძლება ჩართვა. საკმარისი არაა ზოგადი მინიშნება, საჭიროა კონკრეტიზაცია. ამ საკითხებს ადვოკატირება უნდა გაეწიოს“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებით, განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფერო. მდგომარეობას ამძიმებს ფსიქიატრების მხრიდან აღნიშნული თემის უგულვებელყოფა; სამწუხაროდ, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ისინი პაციენტებს შესაძლო გართულებების შესახებ ინფორმაციას არ აწვდიან:

„ფსიქოტროპული წამლები ძალიან ცუდ გავლენას ახდენს ქალების ჯანმრთელობაზე. როგორც წესი, ხშირ შემთხვევაში ისინი იწვევს ამენორეას. საერთოდ ქრება მენსტრუალური ციკლი. ამ შემთხვევაში გამორიცხულია ბავშვის ყოლა. ყველაზე დიდი პრობლემა არის ინფორმაციის დეფიციტი - ექიმებმა იციან, რომ ზემოაღნიშნულ წამლებს ასეთი გვერდითი ეფექტი აქვს, მაგრამ ამის შესახებ არც პაციენტებს ეუბნებიან და არც მათ ახლობლებს. ასეთი სიტუაციიდანაც არსებობს გამოსავალი, თუ ექიმი ამ საკითხზე იფიქრებს. ალტერნატივები არსებობს, მაგრამ ამას დიდ ყურადღებას არ აქცევენ. გვერდით ეფექტებს ხშირად იმიტომ მალავენ, რომ პაციენტებს ისედაც არ უნდათ წამლის მიღება და არასასურველი ეფექტების გამჟღავნების შემდეგ ამის მიმართ კიდევ უფრო უარყოფითი დამოკიდებულება გაუჩნდებათ. ხშირად უშვილობა განქორწინების მიზეზი ხდება. ასევე, თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ კრიზისული მდგომარეობა პირველად ვლინდება, ძირითადად, 20-21 წლის ასაკში, ხშირად ქალები ვერც ასწრებენ ოჯახის შექმნას. ამიტომ ფსიქიატრებმა უნდა გაიაზრონ ეს საკითხი, უნდა ხვდებოდნენ, რომ ეს ადამიანის ცხოვრების მნიშვნელოვანი ნაწილია“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

V. თემატური კვლევა - ძალადობის სხვადასხვა ფორმა

1. ოჯახში ძალადობა

შეკითხვაზე, ძალადობის რა სახეებია გავრცელებული ყველაზე მეტად ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში, რა სახით გვხვდება ის პრაქტიკაში, კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები ერთ-ერთ ყველაზე ტიპურ ფორმად მიიჩნევენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების მიმართ ოჯახში ძალადობის გახშირებულ ფაქტებს. მთავარი სირთულე, მათი თქმით, მდგომარეობს იმაში, რომ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალები ერიდებიან ამის შესახებ შესაბამისი სახელმწიფო დაწესებულებების ინფორმირებას, რადგან

მომალადე ოჯახის წევრი, ხშირ შემთხვევაში, თავად არის ქალის ერთადერთი მარჩენალი:

„ჩვენ გვექონია პრაქტიკაში ასეთი შემთხვევა - ქალები ჰყვებოდნენ ოჯახის წევრების მხრიდან ძალადობის ფაქტებზე, მაგრამ ჩვენ მიერ შეთავაზებულ სამართლებრივ დახმარებაზე უარი თქვეს, რადგან ის ადამიანები, რომლებიც მათზე ძალადობდნენ, მათივე მეურვეები იყვნენ; შესაბამისად, მეურვეების წინააღმდეგ ჩვენების მიცემა გამოიწვევდა ამ ქალების დარჩენას ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, რადგან ზემოხსენებული ადამიანები უარს იტყოდნენ მათ მზრუნველობაზე. ისინი იყვნენ არჩევანის წინაშე - ან დარჩებოდნენ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, რაც არც უნდოდათ და არც ამის საჭიროება არსებობდა; ან მოითმენდნენ ამ ძალადობას და როცა შედარებით უკეთეს გარემოში მოხვდებოდნენ (სახლის პირობებში), კიდევ მოუხდებოდათ ამგვარი მოპყრობის ატანა. ეს ძალიან დრამატულია“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

1.1. ინდივიდუალური შემთხვევა

„ერთი შემთხვევა მახსენდება: ქალი 14 წლიდან იყო ოჯახური ძალადობის მსხვერპლი და ამ პერიოდიდანვე გახდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე. ამ შემთხვევაში უკვე აშკარაა ოჯახური ძალადობის შედეგი. ის ძალადობის მსხვერპლი იყო, ძირითადად, ძმის მხრიდან. ხორციელდებოდა როგორც ფსიქოლოგიური, ისე ფიზიკური ძალადობა; ხშირად ძმა უმოწყალოდ სცემდა.

გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ოჯახი ერთად ცხოვრობდა, მაგრამ თანდათანობით ქალისთვის უკვე შეუძლებელი გახდა იქ გაჩერება. ძმა ცალკე გადავიდა საცხოვრებლად და ქალიშვილი მამასთან დარჩა. იქაც ძალიან მძიმე პირობები ჰქონდა. მამა სულ სვამდა, მერე მეორე ცოლი შეირთო. დედინაცვალი გერს საშინლად ჩაგრავდა. ის, ფაქტობრივად, ნახევრად მშვიერი იყო ხოლმე. მერე ეს დედინაცვალი ჩავარდა ლოგინად, გერს ძალაუნებურად უწევდა მისი მოვლა. ახალგაზრდა ქალი ძალიან ხშირად დადიოდა ეკლესიაში და იქ შემოწირულობებით გაჰქონდა თავი. ეს გრძელდებოდა წლების განმავლობაში. ისეთ სერვისებზე, როგორიცაა, მაგალითად, უფასო სასადილო, თვითონ აცხადებდა უარს, რადგან ამბობდა, რომ უფულობის გამო გადაადგილება არ შეეძლო. ფულად დახმარებას იღებდა, მაგრამ სხვა სახის დახმარებაზე უარს ამბობდა. თვითონ ბოლომდე ვერც აცნობიერებდა, რა მდგომარეობაში იყო, მიეჩვია. როცა იქამდე მივიდა საქმე, რომ ჩვენ ჩავერთეთ და დახმარება შევთავაზეთ, უარი თქვა, რადგან ეშინოდა. ოჯახის წევრები ემუქრებოდნენ, მამა ეუბნებოდა, რომ აღარ დაუტოვებდა ბინას, ძმა ისევ მიუვარდებოდა და სცემდა, რადგან მისი დის შესახებ მთელი თბილისი გაიგებდა. ამიტომ ცდილობდა, ეს ყველაფერი დაემალა. თავშესაფარს ან სხვა ტიპის დახმარებას ვერ შევთავაზებდით, რადგან მაშინ არ იყო ასეთი სერვისები. არასამთავრობო სექტორში არსებულ სოციალურ სამსახურებს, რომლებიც ფონდებზე

იყო დამოკიდებული, ფრაგმენტული ხასიათი ჰქონდა“ - ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი.

1.2. ინდივიდუალური შემთხვევა

„იყო ერთი ქალი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით. ერთხელ სტაციონარში იმყოფებოდა, ჰქონდა ეპილეფსია. მასზე მუდმივად ძალადობდნენ ოჯახის წევრები, ძირითადად, მისი ძმები. მერე ოჯახს გამოეყო და ცალკე ცხოვრობდა, მაგრამ უსახსრობის გამო მაინც უწევდა თავისიანებთან კომუნიკაცია. ჰქონდა უმაღლესი განათლება, ფლობდა ორ პროფესიას, შეეძლო რაღაცების გაკეთება, მაგრამ ვერაფრით იშოვა სამსახური და მატერიალურად ძალიან უჭირდა. მისთვის ცალკე ცხოვრება იმდენად მნიშვნელოვანი იყო, რომ ბინის გაქირავებაზეც უარს ამბობდა (ეს იყო მისთვის პოტენციური შემოსავლის წყარო, ფაქტობრივად, ერთადერთი). დედა, ფაქტობრივად, ვერანაირ გადაწყვეტილებას ვერ იღებდა. ძირითადად, ძმების ხელში იყო ქონება და შემოსავალი მამის ბიზნესიდან. დას არაფერს აძლევდნენ. არ მოსწონდათ მისი ცხოვრების წესი, მისი დამოკიდებულებები და ხან ერთი სცემდა, ხან - მეორე. მიუხედავად იმისა, რომ, თავისი დიაგნოზიდან გამომდინარე, საკმაოდ მძიმე ხასიათი ჰქონდა, ამას ძმები მასთან ურთიერთობის დროს ყურადღებას არ აქცევდნენ. ერთი მხრივ, კარგია, რომ არ უყურებდნენ, როგორც ავადმყოფს, მაგრამ, მეორე მხრივ, როცა ადამიანის მდგომარეობას არ ითვისებენ, არ არის სწორი დამოკიდებულება; თანაც მისგან ითხოვ ისეთ მოქცევას და უკუკავშირს, რაც შეიძლება იმ კონკრეტულ მომენტში მის ძალებს აღემატებოდეს. რაღაც უნდა იყოს გათვალისწინებული, ინდივიდუალურობა მაინც, რომ არაფერი ვთქვათ ავადმყოფობაზე. ყველაფერი ეს დაბავდა სიტუაციას და ეს გოგონაც გამუდმებით ასეთ კონფლიქტებში იყო ჩართული. ის, ფაქტობრივად, სულ მარტო უმკლავდებოდა თავდასხმებს ახლობლების მხრიდან“ - ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი.

2. ოჯახში ძალადობის იდენტიფიცირება/ბარიერები

კვლევის ერთ-ერთი მიზანი იყო, სპეციალისტებს განესაზღვრათ ის პრობლემები/ბარიერები, რომლებიც ართულებს საქართველოში ძალადობის იდენტიფიცირებას. კვლევაში მონაწილე იურისტებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მიერ ყველაზე მნიშვნელოვან ბარიერად დასახელდა საზოგადოებაში არსებული სტერეოტიპული დამოკიდებულება, რომლის თანახმადაც, თუ ოჯახში ძალადობის დროს ერთ-ერთი წევრი არის ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალი, როგორც წესი, ძალადობის მაპროვოცირებლად მას მიიჩნევენ. მათი თქმით, ასეთი დამოკიდებულება იკვეთება არა მხოლოდ საზოგადოების წევრების, არამედ ძალადობის იდენტიფიცირებაზე მომუშავე სახელმწიფო უწყებების მხრიდან:

„ბარიერები იცვლება იმის მიხედვით, თუ რა სახის შეზღუდული შესაძლებლობა აქვს ქალს. ზოგადად, ყველა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალისთვის არსებობს

საერთო ბარიერი - სტერეოტიპული წარმოდგენა მათ შესახებ. მაგალითად, თუ ადამიანი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონეა, ვთქვათ, აქვს ფსიქიატრიული დიაგნოზი, ან ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში დროებით იმყოფებოდა, ეს ფაქტი მოძალადეების მხრიდან გამოყენებულია, როგორც არგუმენტი, რომ არ დაუჯერონ ამ ქალს, როცა ის მასზე განხორციელებული ძალადობის შესახებ ჰყვება. დამნაშავე იყენებს ყველა ხერხს, რომ თავი აარიდოს პასუხისმგებლობას, მაგრამ პრობლემას წარმოადგენს თავად სისტემა - პოლიციელი, გამომძიებელი, პროკურორი თუ სხვები იზიარებენ ამ სტერეოტიპს, მოძალადის მტკიცება (რომ ამ ქალს რაღაც ეჩვენება, აქვს ჰალუცინაციები; რომ მას არ უნდა დაუჯეროთ) უტყუარ არგუმენტად მიიჩნევა და აქ წყდება ყველანაირი აქტივობა, რომლებსაც უნდა მიმართონ ნებისმიერი შეტყობინების დროს“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

რესპონდენტები მეორე მნიშვნელოვან ბარიერად ძალადობის იდენტიფიცირების დროს მიიჩნევენ ძალადობის იდენტიფიცირებაზე პასუხისმგებელი სამსახურის თანამშრომლების დაბალ კვალიფიკაციას. შესაბამისი უნარების ნაკლებობა განსაკუთრებით მაშინ იგრძნობა, თუ ძალადობის მსხვერპლი არის მენტალური ან ინტელექტუალური შეზღუდვის მქონე პირი:

„მეორე ბარიერის მაგალითისთვის: შეიძლება პოლიციელი იყოს კეთილსინდისიერი და მონდომებული, გამოიძიოს კონკრეტული საქმე, მაგრამ მას არა აქვს უნარი და სისტემაში არ ჰყავს ისეთი პირი, ან არა აქვს წვდომა ისეთ სერვისზე, რომელიც პოლიციელს დაეხმარება, კომუნიკაცია დაამყაროს მსხვერპლთან, განსაკუთრებით მაშინ, თუ საქმე გვაქვს მენტალურ და ინტელექტუალურ შეზღუდვასთან. იმ დროს, როდესაც ოჯახში ხდება ძალადობა, ძალიან რთულია მტკიცებულებების მოპოვება. ხშირად პოლიციელს ყველაზე უფრო სწორედ მსხვერპლის ჩვენება ეხმარება, მაგრამ ის ვერ ახერხებს კონტაქტის დამყარებას ამ უმნიშვნელოვანეს წყაროსთან. ეს ქმნის რეალურ საშიშროებას, რომ საერთოდ ვერ გაიხსნება ის საქმე, რომლის შესახებაც ქალმა მოახერხა, რომ პოლიციელისთვის ეცნობებინა“ (პოლიციელი).

კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებით, ერთ-ერთ სერიოზულ ბარიერს ოჯახში ძალადობის იდენტიფიცირების დროს წარმოადგენს ის, რომ ხშირად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები ეკონომიკურად არიან დამოკიდებულნი მოძალადეებზე:

„მნიშვნელოვანია კიდევ ერთი ბარიერი, რომელიც ყველა შშმ ქალის წინაშე დგას - ისინი ეკონომიკურად და ფიზიკურად დაქვემდებარებულნი არიან ოჯახის წევრებზე, რომლებიც შეიძლება იყვნენ პოტენციური მოძალადეები. მაგალითად, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალის მეურვე (მხარდამჭერი) შეიძლება იყოს მოძალადე. ამ დროს ქალის აზროვნების ლოგიკა გასაგებია. ის ფიქრობს: სახელმწიფო არაა იმდენად ძლიერი, რომ მოძალადე სხვა პიროვნებით ჩაუნაცვლოს; ან რამე ისეთ სერვისს შესთავაზებს, რაც მის მდგომარეობას ვერ გააუმჯობესებს; შესაბამისად,

შეჩვეული ჭირი ურჩევნია ახალ სირთულეებს. ასევე, თუ ქალი ეკონომიკურად დამოკიდებულია მოძალადეზე, ამ შემთხვევაში თითქმის წარმოუდგენელია, მან გააკეთოს განაცხადი ძალადობის შესახებ“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

2.1. ინდივიდუალური შემთხვევა

„ამ საკითხში მწირი გამოცდილება მაქვს - სულ ორ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალბატონთან მქონდა ურთიერთობა. ორივემ მოგვმართა დახმარებისთვის. ორივე იყო ძალადობის მსხვერპლი (ერთი - სტატუსით, მეორე - სტატუსის გარეშე, თუმცა აშკარა იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა). ორივე შემთხვევაში ამ ადამიანებზე ძალადობდნენ ოჯახის წევრები. ოჯახის წევრებს არამარტო დისკრიმინაციული დამოკიდებულება ჰქონდათ მათ მიმართ, ხორციელდებოდა სისტემატური ხასიათის ფსიქოლოგიური ძალადობა. ერთი შემთხვევა ხდებოდა მიყრუებულ სოფელში, მრავალრიცხოვან ოჯახში. ძალადობის მსხვერპლ ახალგაზრდა ქალს დედა ფარავით ჰყავდა გადაფარებული და ცდილობდა, ყველასგან დაეცვა. უკრძალავდნენ ხმაურს, მას კი მხოლოდ ყვირილით შეეძლო, მიეჩვია ყურადღება, როდესაც რამე სჭირდებოდა. დედა, რომელიც მას უვლიდა, მუშაობდა ხოლმე მიწის ნაკვეთში და მისი სახლში დატოვება უწყევდა. როდესაც რამე უნდოდა, ეძახდა დედას. კარი იმ ოთახისა (სახლის პირველ სართულზე), სადაც თვითონ იმყოფებოდა, ჩაკეტილი იყო. მთელი სახლი ოჯახის წევრებით იყო სავსე. როდესაც ეს გოგონა იძახდა (ის გამართულად ვერ მეტყველებდა), ოჯახის წევრები იწყებდნენ ყვირილს: „გაჩუმდი, ჩვენ ვწყუბდებით!“ ისინი ამბობდნენ, რომ მისი მხრიდან ხედავდნენ საფრთხეს, თუმცა ეს გოგონა არავისთვის არ იყო საშიში, უბრალოდ, ოჯახის წევრები ვერ აცნობიერებდნენ, თუ რა საჭიროებები ჰქონდა მას; უკრძალავდნენ ეზოში გამოსვლას, რომ ბავშვებისთვის არ შეექმნა საფრთხე, არადა, ის არავის არაფერს უშავებდა. მას ყურადღებასაც არ აქცევდნენ, თვითონ კი ცდილობდა, კონტაქტი დაემყარებინა მათთან - უღიმოდა, ხელის უწვდებოდა. ისინი აბსოლუტურ იგნორირებას უკეთებდნენ, უყვიროდნენ: „გაეთრიე აქედან!“ ამის გამო მხოლოდ დედასთან ურთიერთობდა. დედამ მოგვმართა დახმარებისთვის. მას უნდოდა, დაეცვა შვილი ძმებისგან, რძლებისგან, ძმისშვილებისგან. მთელი ოჯახი მოითხოვდა, რომ ეს გოგონა საგიჟეთში ჩაებარებინათ. ზუსტად ამ სიტყვას ახსენებდნენ, ის მიაჩნდათ ზედმეტად ამ ოჯახში და დედას ეუბნებოდნენ: „წაიყვანე, ჩააბარე, რატომ იტანჯები?!“ დედა, რა თქმა უნდა, ცდილობდა, შეწინააღმდეგებოდა ოჯახის წევრებს. მათ ის იზოლაციაში მოაქცევს, გამოუერთეს ელექტროენერგია იმ მოტივით, რომ ცალკე მრიცხველები დააყენეს და შენი დახარჯული თანხა შენვე უნდა გადაიხადო. ვინაიდან ეს იყო ერთი მთლიანი კომლი, მას ცალკე მრიცხველს არავინ დაუყენებდა. შემდეგ დედა მიხვდა, რომ საჭირო იყო გაყოფა. მას უთხრეს, რომ მხოლოდ ერთი გიჟი შვილი ჰყავდა და ამიტომ წილი არ ეკუთვნოდა, თანაც ორივენი იყვნენ ქალები, დედას კი არც ვაჟი ჰყავდა და არც მეუღლე. ეს ქალი დაახლოებით 30 წლის წინ მეუღლისგანაც ამგვარი ძალადობის მსხვერპლი იყო,

რადგანაც ქმარმა სწორედ იმ მიზეზით მიატოვა, რომ მას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე შვილი უნდა გაეზარდა და შეთავაზებაზე, დაეტოვებინათ ეს ბავშვი საავადმყოფოში, დედამ უარი განაცხადა. როდესაც ეს ქალი ასეთი ბავშვით დაბრუნდა შინ, მას მთელი ოჯახი იზოლირებულ მდგომარეობაში ამყოფებდა; ცდილობდნენ, რომ ამ ქალს თავისი შვილი მოეშორებინა, მაგრამ ის მტკიცედ იცავდა თავის პოზიციას. ბოლოს, როცა ამ სახლიდან წილის გამოსატანად სამართლებრივ ორგანოებს მიმართა, ამის გამო მოუვიდათ კონფლიქტი, რომლის დროსაც ის სიტყვიერად შეურაცხევს. ფიზიკური შეურაცხყოფა არ მიუყენებიათ, მაგრამ სიტყვიერის გამოც გავაკეთეთ ორდერი. ამ ქალმა თავად მოგვაკითხა.

მის შვილს კომუნიკაციის საშუალებებიც შეზღუდული ჰქონდა. შემაკავებელი ორდერი გამოვეცით. გარკვეული სახის კონსულტაცია გავიარეთ და აღმოჩნდა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირის მომსახურება გართულდებოდა. ამიტომ პირდაპირ დედაზე მოვითხოვეთ შემაკავებელი ორდერი და, როგორც დამოკიდებული პირი, თავშესაფარში განვათავსეთ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე შვილთან ერთად. შვილი სრულწლოვანი იყო, მაგრამ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსი ჰქონდა. ვერ მეტყველებდა, არ შეეძლო კონკრეტულ კითხვებზე პასუხის გაცემა და მასთან გასაუბრება შეუძლებელი იყო. ვერ ხერხდებოდა დოკუმენტაციის შექმნა, რომელიც შემდგომში მტკიცებულებად გამოდგებოდა. რა თქმა უნდა, საჭირო იყო სოციალური მომსახურება. ამაზე გვითხრეს, რომ რეგიონში არ ჰყავდათ შესაფერისი სპეციალისტი, ფსიქოლოგი, რომელიც ასეთ შემთხვევაში უნდა გამოემძახებინათ“ (პოლიციელი).

3. პოლიციელის როლი

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტების შეფასებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების ძალადობის იდენტიფიცირების მხრივ განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს პოლიციელების კომპეტენცია, რასაც განაპირობებს მათთვის შესაბამისი გაიდლაინების არარსებობა, ძალადობის შემთხვევების გამოვლენის დროს მულტიდისციპლინური მიდგომის დეფიციტი:

„ჩვენს პრაქტიკაში იყო შემთხვევა, როცა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალმა გაბედა და პოლიციას უთხრა მის მიმართ განხორციელებული ძალადობის შესახებ. პოლიციელმა, უბრალოდ, არც კი მოუსმინა. ობიექტურად რომ ვიმსჯელოთ, შეუძლებელია, პოლიციელს მოვთხოვოთ, რომ ის იყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტიც, მაგრამ მას უნდა ჰქონდეს კონკრეტული ინსტრუქცია, როგორ უნდა მოიქცეს ასეთ შემთხვევაში (ასეთი მითითებები კი ჩვენთან არ არსებობს). როცა მასთან მიდის ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალი, პოლიციელმა ზუსტად უნდა იცოდეს, ვისი დახმარება სჭირდება ამ ადამიანს. პოლიციელი უნდა მიხვდეს, რომ მისი კომპეტენცია ამოიწურა, რომ არა აქვს შესაძლებლობა, ამ ადამიანთან, ფაქტობრივად, შიშველი ხელებით გააგრძელოს ურთიერთობა. ის ვერ მიიღებს

სასურველ ინფორმაციას. მან არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ჩათვალოს, რომ ეს ქალი აპრიორი არ არის ძალადობის მსხვერპლი, მისმა მონათხრობმა სამართალდამცველს უნდა ჩამოუყალიბოს პრეზუმფცია, რომ ის ნამდვილად ძალადობის მსხვერპლია. მან დიდი ძალისხმევა უნდა მოახმაროს დანაშაულის იდენტიფიცირებას, რადგან არსებობს შანსი, ეს დანაშაული მიიმალოს. ინსტრუქცია, მითითებები იმის შესახებ, თუ რა უნდა გააკეთონ პოლიციელმა, უბნის ინსპექტორმა, უდავოდ, უნდა არსებობდეს, მაგრამ ეს საკმარისი ვერ იქნება. სისტემაში უნდა დამკვიდრდეს მულტიდისციპლინური მიდგომა, რომ ასეთი შემთხვევები ყურადღების მიღმა არ დარჩეს“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

3.1. ინდივიდუალური შემთხვევა

„პოლიციასთანაც მქონია ურთიერთობა. მაგალითად, ჩვენი ერთ-ერთი პროგრამის წევრი არის მარტოხელა, აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, მაგრამ რემისიის პერიოდში არის ძალიან კარგ მდგომარეობაში. როდესაც იწყება კრიზისი, ძალიან ცუდად ხდება. ჩვენ მის საკეთილდღეოდ ვმოქმედებთ; თუ უარს განაცხადებს წამლის მიღებაზე, რა თქმა უნდა, ვცდილობთ, დავიყოლიოთ, ვესაუბრებით, მაგრამ როცა მდგომარეობა კრიზისულია, უფრო მეტად დირექტიული უნდა იყო, სხვანაირად არ შეიძლება. ამიტომაც, რომ ასეთ დროს ძალიან გვიჭირს ჩარევა. კომუნიკაციის ყველა საშუალებას ვიყენებთ. ის დისპანსერშია ჩაწერილი და იქ ექიმს ვაფრთხილებთ ხოლმე, რომ ასეთი მდგომარეობაა და იქნებ რეკომენდაციები მიაწოდოს. ეს პაციენტი რეაბილიტაციის ცენტრშიც დადის და მასაც მივმართავთ; კოორდინირებულად ვმუშაობთ, განსაკუთრებით - სათემო ორგანიზაციებთან, მაგრამ სახელმწიფო სტრუქტურებთან გაცილებით გვიჭირს კომუნიკაცია. ძალიან მნიშვნელოვანია, სახელმწიფოში არსებობდეს ასეთი კოორდინაციის შესაძლებლობა. ამ პაციენტმა სერვისზე უარი განაცხადა და რეაბილიტაციის ცენტრიდან წავიდა. ამიტომ შევატყობინეთ დისპანსერს, რომ ახლა მას უფრო მეტი პასუხისმგებლობა ეკისრებოდა. ერთ-ერთი ასეთი გამწვავების დროსაც დიდი ხნის განმავლობაში არავის ეკონტაქტებოდა; როცა მიდის ხოლმე, ვეუბნებით, ორი კვირის მანძილზე მოიფიქროს, რომელიმე სერვისთან მაინც რომ იყოს მიმავრებული. მაშინაც უარი თქვა, აცხადებდა, რომ უკვე გამოჯანმრთელებული იყო. საბოლოოდ, ეს გოგონა გადმოხტა ორთაჭალის ხიდიდან და დავარდა მიწაზე. მოხვდა სტაციონარში. ჩვენ ვურეკავდით ხოლმე ტელეფონზე, რომ არ გვპასუხობდა, მასთან სახლშიც მივედით; დისპანსერშიც გვითხრეს, რომ არ გამოჩენილა. ძალიან შეგვეშინდა. მეზობელი ვნახეთ და გვითხრა, დიდი ხანია, არ ჩანს და კარები, მგონი, ღიააო. მივმართეთ სამძებრო სამსახურს და ავუხსენით მდგომარეობა, კლინიკებსაც შევეხმიანეთ, სადმე თუ დააწვენდნენ, რომ მისი მდგომარეობის შესახებ გაგვეგო. საბოლოოდ, ის აღმოჩნდა ერთ-ერთ კლინიკაში, სადაც ამოკვეთეს თირკმელი და ელენთა. კლინიკაში სრულიად მშვიერი იყო, რადგან ფულს ვერ იხდიდა. ფაქტობრივად, მხოლოდ გადაუდებელი დახმარება აღმოუჩინეს,

სხვამხრივ მასზე არ უზრუნიათ (ეს თავად პაციენტისგან ვიცით - შემდეგ მოგვიყვა). მივმართეთ პოლიციას. იქ გვიპასუხეს, გამოვაცხადებთ ძებნას და თუ გამოჩნდა, გაგაგებინებთო. ჩვენ თვითონ ვიპოვეთ. ფსიქიატრიულში გადაეყვანათ და იქიდან დაგვირეკეს. კრიმინალურსაც მივმართეთ. გვითხრეს, ნამდვილად იცით, რომ ხიდიდან გადახტა, თვითონ სხვა რაღაცას ჰყვება და საინტერესოა, ვინმემ ხომ არ გადააგდო. დავინტერესდით, ვიდეოკამერები ხომ არ იყო იმ ადგილზე, რომ შეგვემოწმებინა. ამ დროს პაციენტი, ძალიან მძიმე მდგომარეობის მიუხედავად, წამალს არ იღებდა (საკუთარი სურვილით კი არა, საავადმყოფოში არ აძლევდნენ წამალს). ფაქტობრივად, სულ მშვიერი იყო. ერთხელ რომელიღაც ექთანს მიუცია საჭმელი. მის შესახებ ვერანაირი ინფორმაცია ვერ მოვიპოვეთ. პოლიციამ გვითხრა, ჩვენი სამსახურის თანამშრომელმა გამოიძახა სასწრაფო დახმარება და ჩვენ გადავიყვანეთო. დაზარალებულმა გვითხრა, არაფერი მსგავსი არ მომხდარაო. საავადმყოფოშიც სახელი და გვარი არ ფიქსირდებოდა. გამოძიებაზე უარი მივიღეთ. ბევრი ეჭვი ჩნდება ხოლმე. ამის მერე გავიდა ერთი წელიწადი. ამ გოგონას ისეთივე მწვავე მდგომარეობა ჰქონდა; მომსახურებაზეც უარი თქვა. წინა წელს რომ საფრთხის წინაშე აღმოჩნდა, ახლა ვშიშობდით, გვინდოდა, რამე გველონა. ვიცოდით, რომ დადიოდა ეკლესიაში. ჩვენი ერთი კლიენტიც დადის იქ, რომელმაც გვითხრა, რომ მოვიდა ეკლესიაში და მრევლის წევრს სცემა, მოკლედ, არ არის კარგადო. წამლებს აღარ სვამდა, დისპანსერშიც არ იყო ნამყოფი. მივმართე პოლიციის იმავე განყოფილებას; ავუხსენი მდგომარეობა, მაინტერესებდა, სანამ ამ ადამიანის ქცევა ისევ სარისკო არ გახდებოდა, რის გაკეთება შეიძლებოდა. ასეთი შემთხვევები მოსალოდნელია. მითხრეს, სანამ ფაქტის წინაშე არ დავდგებით, არანაირი უფლება არ გვაქვსო. მეზობლებსაც არ უნდოდათ სასწრაფოს გამოძახება, რადგან ეშინოდათ, მერე მათზე წყენა არ ჩაედო გულში. ასეთი რაღაც მომაფიქრდა: განცხადებას დავეწერ და, იქნებ, პერიოდულად უბნის ინსპექტორმა შეამოწმოს-მეთქი. მოკლედ, მაშინ ეს გამოსავალი მოვძებნეთ“ - ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი.

4. თავშესაფრებზე ხელმისაწვდომობა

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიერ მათ მიმართ განხორციელებული ძალადობის შესახებ შეტყობინების ნაკლები მაჩვენებელი განპირობებულია იმითაც, რომ ქალების ძალადობისგან დაცვის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური მექანიზმი, როგორცაა ძალადობის მსხვერპლთა თავშესაფრები, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებისთვის სრულიად ხელმიუწვდომელია:

„თავშესაფრების წარმომადგენელთა ინფორმაციით, არც ერთ მათგანში არასდროს არ მიუღიათ ქალი ფსიქოსოციალური საჭიროებით. უფრო მეტიც, ზოგიერთ თავშესაფარში გვითხრეს, რომ იყო შემთხვევები, როცა მათთვის მიუმართავთ, მაგრამ ადმინისტრაციას უარი უთქვამს, ვერ მიუღია, იმიტომ რომ არა აქვთ შესაბამისი ინფრასტრუქტურა, რომ ასეთ ადამიანებს (ფსიქოსოციალური საჭიროების ან რაიმე ტიპის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონეებს) რაიმე დახმარება აღმოუჩინონ;

ვერავითარ სერვისს ვერ სთავაზობენ. ამგვარად, რა გამოდის? თავშესაფრები, რომლებიც, შეიძლება ითქვას, ერთადერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმია ჩვენს ქვეყანაში, რომ ქალი ძალადობრივ გარემოს მოშორდეს და გადარჩეს, ფაქტობრივად, უარს უცხადებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს. ეს ტრაგიკული მდგომარეობაა, რაც აიძულებს დაზარალებულ ქალებს, მათ მიმართ განხორციელებული ძალადობის შესახებ არ გაამხილონ (ამას კიდევ სხვა მიზეზებიც აქვს); რა აზრი აქვს ხმამაღლა თქმას, როცა ზუსტად იციან, რომ მათი დაცვის მექანიზმი მაინც არ ჩაირთვება“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალები ძალადობის შემთხვევაში იმავე თავშესაფრებში უნდა განთავსდნენ, რომლებშიც ძალადობის ყველა სხვა მსხვერპლი გადაჰყავთ, რადგან ცალკე თავშესაფრების მოწყობა საზოგადოებისგან მათ კიდევ უფრო გარიყვას შეუწყობს ხელს. გამოსავალი ამ მდგომარეობიდან არის ის, რომ ყველა თავშესაფარში უნდა არსებობდეს როგორც ფიზიკური გარემო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის, ისე - შესაბამისი სპეციალისტები, რომლებიც იმუშავებენ თავშესაფარში მოხვედრილ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებთან:

„ვფიქრობ, ცალკე თავშესაფრები არ უნდა იყოს, რადგან ეს უფრო მეტად გამოიწვევს გარიყვას, იზოლაციას და ფსიქიატრიული დაწესებულებების რიცხვი მოიმატებს. სინამდვილეში ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხი აბსოლუტურად ექვემდებარება მენეჯმენტს. სრულიად მცდარია ის სტერეოტიპი, რომ ეს ადამიანები აგრესიულები არიან. თუ სტატისტიკას გადახედავთ, ნახავთ, რომ დანაშაულის ჩამდენთა შორის პროცენტულად ყველაზე ნაკლებია ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანების მაჩვენებელი. კარგი კლინიკური მართვის შემთხვევაში, ფსიქოსოციალური საჭიროებები შეიძლება ისე დაკმაყოფილდეს, რომ ადამიანის იზოლირება აუცილებელი არ იყოს. პირიქით, სხვა ადამიანებთან ყოფნა პაციენტს ეხმარება, რომ მდგომარეობიდან გამოვიდეს. ხშირად ოჯახში ძალადობა თვითონ წარმოშობს ფსიქოსოციალურ საჭიროებას, უბრალოდ, ეს იდენტიფიცირებული არ არის და სახელი არ ერქმევა. მე თუ მკითხავთ, ყველა მსხვერპლს აქვს ფსიქოსოციალური საჭიროება. უბრალოდ, ვიღაცას არ გაუმართლა, ადრე დაუსვეს დიაგნოზი და ამას სხვანაირად უყურებენ. აბა, გავანალიზოთ მსხვერპლთა ქცევა, როდესაც ისინი მოძალადესთან რჩებიან (მიუხედავად იმისა, რომ ძალადობა ხორციელდება). მათ უფრო ნაკლებად ეტყობათ, რომ ფსიქიკური პრობლემა აქვთ, ვიდრე მოძალადეს. სინამდვილეში ჩვენ აღვიქვამთ სიტუაციას არასწორად. ჩვენ ხშირად გვგონია, რომ თუ ადამიანს ფსიქოსოციალური საჭიროება აქვს, ის ნამდვილად კონფლიქტის მაპროვოცირებელი იქნება. ცოტა ხნით დიაგნოზი „წავშალოთ“ და ისე შევხედოთ ორ ადამიანს. თუ ერთის შემთხვევაში მივიღებთ რაიმე გადაწყვეტილებას, ისეთივე გადაწყვეტილება უნდა მივიღოთ მაშინაც, როცა ამ მეორის შესახებ არსებობს ფსიქიატრიული დიაგნოზი“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

5. ძალადობა ინსტიტუციებში

5.1. იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია

შეკითხვაზე, ძალადობის რა ფორმებს ვხვდებით ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტები ცალკე გამოყოფენ იძულებით ჰოსპიტალიზაციას, როგორც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის ფორმას. კვლევის დროს გამოიკვეთა ორი მთავარი ფაქტორი იძულებითი ჰოსპიტალიზაციის დროს: ერთი, როდესაც ოჯახი ამას აკეთებს, მძიმე სოციალური მდგომარეობიდან გამომდინარე; და მეორე, როცა აღარ სურთ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალის შინ გაჩერება გარკვეული პერიოდის განმავლობაში:

„ძალიან ხშირად პაციენტი სტაციონარში მოხვედრილა იმის გამო, რომ ოჯახის წევრებს არ უნდათ მისი შინ ყოფნა, მნიშვნელობა არა აქვს, ადეკვატურად იქცევა ის თუ არაადეკვატურად, შეუძლიათ, გააქციონ და საავადმყოფოში დააწვინონ. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც მძიმე სოციალური მდგომარეობის გამო უწევთ ამ გადაწყვეტილების მიღება. ამდენად, ძალიან მნიშვნელოვანია ისეთი სერვისების არსებობა, სადაც პაციენტის მიმართ ლობობიერი დამოკიდებულება ეწეებათ; პაციენტსაც გაუჩნდება იქ მისვლის სურვილი. როცა ამის პერსპექტივას ვერ ხედავს, რა თქმა უნდა, არ ენდომება წასვლა“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

5.2. ძალადობა პანსიონატებში

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები ინსტიტუციური ძალადობის ორ ფორმას ასახლებენ, რომლებიც საქართველოში არსებობს. ერთი, როდესაც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალები მუდმივად ცხოვრობენ პანსიონატებში; და მეორე, როდესაც ხორციელდება მათი დროებითი ჰოსპიტალიზაცია ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში:

„თუ ძალადობის თემას ინსტიტუციების დონეზე განვიხილავთ, საინტერესო იქნება, ერთმანეთისგან გამოვყოთ ორი ტიპის ინსტიტუცია. პირველია ე.წ. პანსიონატები, რომლებშიც მუდმივად ცხოვრობენ; ხოლო მეორეა ფსიქიატრიული დაწესებულებები, რომლებშიც ადამიანები გარკვეული პერიოდის განმავლობაში მკურნალობენ. პირველთან მიმართებით საქართველოში განსხვავებული პრობლემა დგას. ის გარემოება, რომ დღეს ჩვენ გვაქვს დიდი ზომის ინსტიტუციები, კონკრეტული ქეისის განხილვის გარეშე გვაძლევს საფუძველს, ვთქვათ, რომ ამ დაწესებულებებში ცხოვრების დონე არის დაბალი; პაციენტების ინდივიდუალური საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე არავინ იზრუნებს და იარსებებს სისტემური ძალადობა, ე.ი. თავად სისტემა იძალადებს ამ ადამიანებზე; ამას კი ნაკლებად დამაზიანებელი გავლენა არა აქვს ადამიანზე. აქედან გამომდინარე, ბოლო წლებში ჩვენი ხედვა და მოთხოვნები ასეთია - არათუ არსებულ ინსტიტუციებში უნდა გაძლიერდეს ძალადობის იდენტიფიცირების მექანიზმი, სახელმწიფომ უფრო

რადიკალურ გზასაც უნდა მიმართოს - დაიხუროს ეს დიდი ზომის ინსტიტუციები და ადამიანს მიეცეს საშუალება, იცხოვროს ოჯახურ გარემოსთან უფრო მიახლოებულ პირობებში! ეს, რა თქმა უნდა, ძალადობის რისკს შეამცირებს. ასე მოხდა ბავშვთა სახლებთან დაკავშირებითაც, სადაც სისტემური და ინსტიტუციური ძალადობა იყო და ეს ყველაფერი სისტემურ დონეზე გაქრა, მას შემდეგ, რაც დიდი ზომის ინსტიტუციები დაიხურა და ბავშვები მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში ცხოვრობენ“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

5.3. ფსიქიატრიული დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებით, ფსიქიატრიული დაწესებულებების გაუმართავი ინფრასტრუქტურა კიდევ უფრო დამაზიანებელია იქ მცხოვრები ქალებისათვის, კერძოდ, მათი რეპროდუქციული ჯანმრთელობისთვის:

„თავად დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა არავითარ სტანდარტს არ შეესაბამება. ხშირად შეხვდებით აბსოლუტურად ამორტიზებულ შენობებს, რომლებშიც ეს ადამიანები იმყოფებიან. ხშირად იატაკი ცემენტისაა, რაც პირდაპირ უკავშირდება რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას და განსაკუთრებით აზიანებს ქალებს. არაჰიგიენური მდგომარეობაა საპირფარეშოებში, რაც ორივე სქესის წარმომადგენლებს აზიანებს, მაგრამ უფრო - ქალებს, მათი განსაკუთრებული საჭიროებებიდან გამომდინარე“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

6. ეკონომიკური ძალადობა

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები ცალკე გამოყოფენ ეკონომიკურ ძალადობას, როგორც ძალადობის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო გავრცელებულ ფორმას ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ. მათი თქმით, აღნიშნული თემა, ზოგადად, პრობლემურია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებისთვის და განსაკუთრებით - ქალებისთვის. ეკონომიკური ძალადობა, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შემთხვევაში, ძირითადად, გვხვდება სამკვიდროს გაყოფის დროს. პრობლემას კიდევ უფრო ართულებს ის გარემოება, რომ ასეთ დროს დარღვეული უფლების აღდგენის ერთადერთ საშუალებას წარმოადგენს დავა სასამართლოს გზით; ეფექტურ მართლმსაჯულებაზე წვდომა კი ასევე მრავალ ბარიერთან არის დაკავშირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებისთვის:

„ძალადობის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა ეკონომიკური ძალადობა. პირველ რიგში, ეს უკავშირდება ქონების გაყოფის თემას, როცა მშობლები თანასწორად უტოვებენ შვილებს სამკვიდროს. თუ მათ შორის ერთ-ერთი არის ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირი, ასეთ დროს ხშირია მემკვიდრეობის უფლების შეზღუდვა. არის შემთხვევები, როდესაც ჰოსპიტალიზაცია ხორციელდება იმისთვის, რომ ამ დროს პაციენტის სამკვიდრო განკარგონ. ამ ყველაფერს მივყავართ

ისევ მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობასთან. თუ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირს არ ეყოლება უფასო ადვოკატი, მაშინ აუცილებლად დაირღვევა მისი ეკონომიკური უფლებები“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების თქმით, შეიძლება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალს ჰქონდეს საკუთარი სახლი, ოჯახის წევრებმა ან ახლობლებმა ისარგებლონ მისი მდგომარეობით და ამის მერე ეს პირი სრულიად უსახლკაროდ დარჩეს:

„ძალიან ხშირად ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალის სახელზე არის მემკვიდრეობა და ოჯახის წევრი ან ახლობელი ცდილობს, თავის სახელზე გადმოაფორმოს ის. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც ბენეფიციარი ამის გამო აღმოჩენილა სრულიად უსახლკაროდ და ბოლოს თავშესაფარში მოხვედრილა. მაგალითად, ერთ ქალს ჰქონდა სახლი, რომელიც ქალიშვილმა და სიძემ გაუყიდა. ამიტომ ეს ადამიანი დღემდე იძულებულია, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში იცხოვროს“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

7. სექსუალური ძალადობა

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტებით თქმით, რაკი ძალადობის შემთხვევების სტატისტიკის წარმოების დროს მსხვერპლის სტატუსი ცალკე არ გამოიყოფა, რთულია, აღვადგინოთ ზუსტი სურათი, რამდენ შემთხვევაში მოხდა სექსუალური ძალადობა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ. თუმცა, იქიდან გამომდინარე, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალები ყველაზე უფრო მოწყვლადნი არიან სხვადასხვა სახის ძალადობის მიმართ, უნდა ვივარაუდოთ, რომ სექსუალური ძალადობის საკმაოდ ბევრი ფაქტი იქნება:

„ეს თემა მკაცრად ტაბუდადებულია; ამიტომ ის ქალები, რომლებიც ამ ტიპის ძალადობის მსხვერპლნი გახდნენ, უბრალოდ, არ ლაპარაკობენ ამ საკითხზე. დარწმუნებული ვარ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებში განსაკუთრებით ბევრი იქნება ამ ტიპის ძალადობის მსხვერპლი, რადგან მოძალადე იმის მიხედვით არ ირჩევს მსხვერპლს, მას რამე შეზღუდვა აქვს თუ არა. დამნაშავე სჩადის დანაშაულს. მისთვის მთავარია, ჩაიდინოს დანაშაული და მნიშვნელობა არა აქვს, ვის დააზარალებს ამით. თუმცა, რა თქმა უნდა, უფრო ხშირად იმის უფლებებს ხელყოფს, ვისი დამორჩილებაც ადვილია. ესენი არიან ბავშვები და განსაკუთრებით - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და ქალები“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ჩადენილი სექსუალური ძალადობის ფაქტების

იდენტიფიცირებისას მთავარ პრობლემას ისევ საგამოძიებო ორგანოების მხრიდან მულტიდისციპლინური მიდგომის დეფიციტი წარმოადგენს:

„დაბრკოლებას ასეთი შემთხვევების გამოძიების დროს წარმოადგენს ასევე პოლიციელების არასაკმარისი კვალიფიკაცია ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებთან კომუნიკაციის დამყარების საკითხში. ამიტომ ძალიან დიდი შანსია, რომ ეს შემთხვევები საერთოდ გამოუძიებელი დარჩეს. მულტიდისციპლინური ხედვის, სერვისების შექმნის გარეშე, საგამოძიებო სისტემა ამ ტიპის დანაშაულის არათუ პრევენციას, ერთი ქეისის ბოლომდე მიყვანასაც ვერ შეძლებს. იმ ქვეყნებში, რომლებშიც მულტიდისციპლინური მიდგომა არ არსებობს, ქეისები ვერ იხსნება. დამნაშავეს დანაშაულს ვერ უმტკიცებენ, რადგან თავად მტკიცებულება ხელშესახები არაა. მნიშვნელოვანია სხვა სფეროს სპეციალისტების დახმარება, რომლებიც მოსამართლეს დაარწმუნებენ შესაძლო დანაშაულში“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

7.1. ინდივიდუალური შემთხვევა

„სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი იყო ქალი, რომელსაც ჰყავდა მეუღლე და ორი შვილი. თავიდან არანაირი პრობლემები არ ჰქონდათ, მაგრამ მულმა დაიწყო ამ ადამიანის შევიწროება და ჩაგვრა; მუდმივად ფსიქოლოგიურად ძალადობდა მასზე, ითხოვდა სახლიდან მის გაგდებას, ეუბნებოდა, რომ ის არც დედად ვარგოდა, არც ცოლად, არც სექსუალურ პარტნიორად, არც ადამიანად; წლების მანძილზე ამ წნეხის ქვეშ იყო. ამას დაემატა ქმრის მხრიდან ძალადობა, ფიზიკურიც და ფსიქოლოგიურიც; საბოლოოდ გადავიდა სექსუალურ ძალადობაზეც. ამ ქალს მუდმივად თავის დაცვა უწევდა. თუ ქმრის მოთხოვნებს არ შეასრულებდა, მაშინ ეს კაცი არ აძლევდა თანხას. ქალი არ მუშაობდა, თავისი შემოსავალი არ ჰქონდა, უვლიდა ორ შვილს. ქმარი ემუქრებოდა, რომ გაშორდებოდა და ამცირებდა, შეურაცხყოფას აყენებდა. ამ ქალს, სიტუაციიდან გამომდინარე, გაუჩნდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, დაეწყო უძილობა, შფოთვა; მერე უკვე საქმის კეთება უჭირდა, შიში ეუფლებოდა, შვილებთან ურთიერთობა გაუფუჭდა; რაკი გამუდმებით ამ ძალადობას ხედავდნენ და მუქარა ესმოდათ, მათაც მამას მიბაძეს და ისინიც ცუდად ექცეოდნენ დედას, ქალი კი თავს ვერაფრით იცავდა. მისი მდგომარეობა წლიდან წლამდე მძიმდებოდა, საქმე იქამდე რომ მივიდოდა, რომ რაღაც ზომები უნდა მიგვეღო, ამაზე მაშინვე უარს აცხადებდა, რადგან, მისი თქმით, წასასვლელი არსად ჰქონდა. მე ვერაფერს ვიზამ და რა ვქნა, ასე უნდა ვიყო“ - ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი.

VI. თემატური კვლევა - ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის პრევენციის ეფექტური მექანიზმები

1. მონიტორინგის ორგანო

კვლევის ერთ-ერთ საკითხს წამოადგენდა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა უფლებების დარღვევის პრევენციის ეფექტური მექანიზმების განსაზღვრა და მათი შეფასება.

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტებმა ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მექანიზმად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების ძალადობისგან დაცვის კუთხით დაასახელეს დახურული ტიპის ინსტიტუციების მონიტორინგი სახალხო დამცველის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში და კონკრეტული შემთხვევების მონიტორინგი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკების მიერ.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტების მოსაზრებით, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა უფლებების დაცვის მიმართულებით განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სახალხო დამცველის მიერ განხორციელებული მონიტორინგის ანგარიშებს, თუმცა, როგორც ისინი ფიქრობენ, ეს არ არის საკმარისი და საჭიროა აღნიშნული მიმართულებით საზოგადოებრივი ორგანიზაციების აქტიური ჩართულობა:

„ამ ეტაპზე, რეალურად, მხოლოდ სახალხო დამცველს შეუძლია დახურული ტიპის ინსტიტუციებში შესვლა, მაგრამ მართო ის ვერ გასწვდება ასეთ დიდ საქმეს, არასამთავრობო ორგანიზაციებს კი არ შეუძლიათ შესვლა გარკვეულ დაწესებულებებში და, უფრო მეტიც, ხშირ შემთხვევაში ეზღუდებათ უფასო სამართლებრივი დახმარების შეთავაზება. ამიტომ ჩნდება კითხვა, ვინ უნდა გამოიტანოს ინფორმაცია დახურული ტიპის ინსტიტუციებში მცხოვრები პირების უფლების დარღვევის ფაქტებზე, როდესაც ხშირად თავად ეს დაწესებულებაა მისი უფლებების დამრღვევი?! ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია, მონიტორინგის ჩატარებისა და სამართლებრივი დახმარების გაწევის შესაძლებლობა სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებსაც ჰქონდეთ“ (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხებზე მომუშავე იურისტი).

კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებით, სოციალურ მუშაკებს ეკისრებათ განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა ცალკეული შემთხვევების შესწავლისა და მონიტორინგის კუთხით, როდესაც ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების უფლებები ირღვევა. ამასთან, მათი თქმით, ხშირად სოციალური მუშაკების არაეფექტური მუშაობა განპირობებულია დიდი

დატვირთვითა და კადრების სიმცირით, რაც შეიძლება სახელმწიფო სოციალური მომსახურების ცენტრებში:

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების უფლებების დაცვის მონიტორინგის მიმართულებით სოციალურ მუშაკებს ძალიან დიდი როლი ეკისრებათ. სამწუხაროდ, არ გამიგია არც ერთი შემთხვევა, რომ მათ ალექვეთოთ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალის მიმართ გამოვლენილი უფლებადარღვევა. ამას რამდენიმე მიზეზი აქვს. ჯერ ერთი, სოციალურ მუშაკებს ხშირად აკლიათ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანებთან ურთიერთობის კომპეტენცია. გარდა ამისა, საქართველოში სულ 240 სოციალური მუშაკია, რომლებსაც ვგალებათ 21 მიმართულებაზე მუშაობა. ხალხი პროტესტს გამოთქვამს ხოლმე, როდესაც ბავშვების მიმართ სათანადო რეაგირება არ ხდება, მაგრამ თუ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირის მიმართ არ განხორციელდა სათანადო მოქმედებები, ამას არავინ გააპროტესტებს. მახსენდება ერთი შემთხვევა, როდესაც გარდაიცვალა დედა და ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალი მასთან ერთად ცხოვრობდა 14 დღის განმავლობაში. მთლიანად დედაზე იყო დამოკიდებული, ვერ მიხვდა, რომ გარდაცვლილი იყო. როცა მეზობლები სუნმა შეაწუხა, მერე დაადგინეს, რაც მოხდა“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

2. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტებმა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობის პრევენციის ეფექტური მექანიზმების განსაზღვრისას ცალკე გამოყვეს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების მნიშვნელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში:

„ძალიან მნიშვნელოვანია, ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროსთან დაკავშირებით ჩატარდეს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების კამპანია, რადგან საქართველოში დღემდე მიაჩნიათ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის მკვეთრი ზღვარი. ამ ზღვრის აქეთ არიან ჯანმრთელები და ამის იქით - არაჯანმრთელები. ეს არის სრულიად არასწორი წარმოდგენა. ძალიან ხშირად მიფიქრია, რომ ადამიანები, რომლებიც არ არიან იდენტიფიცირებულნი, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონენი, გაცილებით მეტ შეცდომას უშვებენ, ვიდრე ისინი, ვინც ამ სტატუსის მქონეა. ძალიან მარტივია ამ სტიგმის მიწეხება, რომელიც რჩება სამუდამოდ, მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებაში ფსიქიკურად აბსოლუტურად ჯანმრთელი ადამიანი არ მინახავს; ყველანი მოწყვლადნი ვართ, როცა ჩვენზე გარკვეული უარყოფითი სტიმულები ზემოქმედებს. ამიტომ ეს ზღვარი უნდა წაიშალოს და საზოგადოებამ სულ სხვა თვალთ შეხედოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს. პირველ რიგში, ადამიანები საკუთარ თავზე უნდა დაფიქრდნენ, არ მოახდინონ მათი იზოლაცია, ვისაც ეს დიაგნოზი აქვს, და ხელი შეუწყონ საზოგადოებაში მათ ინტეგრაციას“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

3. ოჯახის როლი

კვლევის შედეგების მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა უფლებების დაცვაში განსაკუთრებული როლი ოჯახის წევრებს ეკისრებათ. ამ მიმართულებით გასათვალისწინებელია ორი მთავარი საკითხი: პირველი - თავად ოჯახის წევრებისთვის საკმარისი ინფორმაციის მიწოდება, რაც დადებითად აისახება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობაზე; და მეორე - ოჯახის წევრების მხარდაჭერა და გაძლიერება:

„ადამიანისთვის რეაბილიტაციისა და რაიმე დახმარების შეზღუდვა მარტო იმიტომ, რომ სოციუმმა შეიძლება გარიყოს, არის სრულიად მცდარი მიდგომა. ოჯახმა, პირველ რიგში, უნდა მიიღოს თავისი წევრის ეს მდგომარეობა, როგორც მოცემულობა, აქედან არ შექმნას ტრაგედია და ხელი შეუწყოს ამ ადამიანის თვითრეალიზაციას, ე.ი. დაეხმაროს პროფესიის შეძენაში, მუშაობაში, დასაქმებაში, განათლების მიღებაში, სოციალურ ინტეგრაციაში. შემდეგში უკვე რეალიზებული ადამიანი უფრო ეფექტურად დაიცავს თავს ძალადობისგან. ყოველთვის ვფიქრობ, რომ გამოსავალი არის არა უშუალოდ ძალადობის პრევენცია, არამედ იმ წინაპირობების პრევენცია, რომლებიც სტიმულს აძლევს ძალადობას. ამიტომ ოჯახებმა მხარი უნდა დაუჭიროონ ამ ადამიანების რეაბილიტაციას, საზოგადოებაში ინტეგრაციას და ეს მხარდაჭერა უნდა იყოს უპირობო, ხანგრძლივი. ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია თავად ამ ოჯახების თანადგომა, იმიტომ რომ მათ შეიძლება ჰქონდეთ დახმარების სურვილი, მაგრამ არ იცოდნენ, როგორ გააკეთონ ეს. ხშირად ოჯახის წევრები ვერ გამოდიან „მზრუნველის“ როლიდან, ყველაფერს უზღუდავენ ამ ადამიანს, აღიქვამენ, როგორც დამოკიდებულ პირს, ზედმეტი ზრუნვით აღიზიანებენ და არღვევენ მის უფლებებს“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

4. რეაბილიტაციის ცენტრების მნიშვნელობა

კვლევის შედეგების მიხედვით, ცალკე პრობლემად გამოიყო ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირთა მიმართ სახელმწიფოში არსებული პოლიტიკა, რომელიც კვლავ სამედიცინო მოდელსა და მედიკამენტოზურ მკურნალობას ანიჭებს უპირატესობას, ნაცვლად რეაბილიტაციისა:

„საბჭოთა კავშირის დროიდან მოყოლებული, არსებობს ტენდენცია, რომ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანი უნდა ჩაკეტო სადღაც, შორს, სამედიცინო დაწესებულებაში და მას უტარდებოდეს ფარმაკოლოგიური მკურნალობა. არანაირი ყურადღება არ ექცევა რეაბილიტაციას, სოციალური სამსახურების ჩართულობას; ეს საკითხი სათანადოდ ჯერ არ არის გააზრებული. ყველაზე იოლი გამოსავალი ამ ადამიანების გამოკეტვაა. ასეთ დროს ნაკლები პრობლემებია, ნათესავებიც მშვიდად არიან, მაგრამ ფაქტია, რომ ადამიანის უფლებები ირღვევა. ყველა ადამიანს აქვს უფლება და უნდა მიეცეს საშუალება, რომ თავისი შესაძლებლობები გამოავლინოს. ჩვენთან ერთი რეაბილიტაციის ცენტრია,

მხოლოდ თბილისში, რომელიც 40 ადამიანზეა გათვლილი. ეს საქმეს ვერ შველის, რეაბილიტაციის ცენტრები უნდა ფუნქციონირებდეს მთელი ქვეყნის მასშტაბით. მაგალითად, რუსთავის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მხოლოდ გარე განყოფილებაშია სარეაბილიტაციო ნაწილი; სტაციონარში ვინც წევს, მათთვის ეს სერვისი არ არის განკუთვნილი. მხოლოდ მედიკამენტებით მკურნალობა ისე მოქმედებს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანებზე, როგორც ჩაქუჩის დარტყმა - მარტო სიმპტომები კი არ ქრება, მეხსიერებაც ზიანდება. ადამიანს აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევის დიაგნოზი, მაგრამ რა კონკრეტულ სფეროში სჭირდება დახმარება, ამის გასაგებად ფორმა N100-ს კითხულობენ, რომელშიც დაავადების მიმდინარეობაა ასახული. ასეთი მიდგომა არის უფრო ბიოლოგიური, ე.ი. დაავადებიდან, მისი სიმპტომატიკიდან გამომდინარე“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

კვლევაში მონაწილე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტების მოსაზრებით, სახელმწიფოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა უნდა წარიმართოს სწორედ რეაბილიტაციის მიმართულებით და ასეთ შემთხვევაში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს კრიზისული ცენტრების მუშაობას, სადაც ადამიანები მდგომარეობის გამწვავების შემთხვევაში მცირე ხნით განთავსდებიან და არა წლობით, როგორც ეს ახლა ხდება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში:

„ყველაზე ეფექტური იქნება კრიზისული ცენტრები, სადაც პაციენტს ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში მოათავსებენ და უმკურნალებენ, მერე კი ის დაუყოვნებლივ უნდა ჩართონ რეაბილიტაციის პროგრამებში. საჭიროა, შედგეს დიალოგი, რადგან ამ ადამიანებს არავითარი ინფორმაცია არა აქვთ, როცა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ხვდებიან. განყოფილებიდან შეიძლება სულ 6-7 ადამიანს უტარებოდეს ე.წ. რეაბილიტაცია (თანაც ყველგან არაა ეს სერვისი). ქუტირის (ხონის რაიონი) დიდ დაწესებულებაში არის თერაპიის კურსების ჩამონათვალი, მაგრამ - ფორმალურად, სულ რამდენიმე პაციენტი სარგებლობს, ისიც თვალსაჩინოებისთვის. ადამიანი მხოლოდ მდგომარეობის გამწვავებისას უნდა ხვდებოდეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, თანაც ხანმოკლე პერიოდით და არა წლობით, ათწლეულობით. ყველგან უნდა იყოს განვითარებული სათემო სერვისები; ეს ნიშნავს, რომ ადამიანი თავის სახლში ცხოვრობს და დადის თვითდახმარების ჯგუფში; შეუძლია, წავიდეს ცენტრებში; წამლები მიიღოს თემში და არა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. აქცენტი გადატანილი უნდა იყოს არა მშობლებისთვის ინფორმაციის მიწოდებაზე, არამედ უნდა ზრუნავდნენ თავად პაციენტის ინფორმირებაზე; მას გააზრებული უნდა ჰქონდეს, რა დაავადება აქვს, რა ხდება მის თავს“ (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტი).

VII. დასკვნა/რეკომენდაციები

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ საქართველოში ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ ძალადობა ხასიათდება გარკვეული თავისებურებებით,

რომლებიც, ძალადობის წინააღმდეგ არსებული საერთო რეგულაციების გარდა, დამატებით რეგულირებას საჭიროებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის მთავარ თავისებურებას წარმოადგენს საზოგადოების, ოჯახის წევრებისა და სახელმწიფო უწყებათა წარმომადგენლების დამოკიდებულება, რომლის თანახმადაც, ძალადობის მაპროვოცირებლად, უმეტეს შემთხვევაში, თავად ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალს აღიქვამენ. აღნიშნული, თავის მხრივ, უკავშირდება ქვეყანაში ძალადობის პრევენციასა და მასთან ბრძოლაზე მომუშავე სახელმწიფო უწყებებში მულტიდისციპლინური მიდგომის დეფიციტს, სპეციალისტების კვალიფიკაციის ნაკლებობასა და შესაბამისი რეგულაციების არარსებობას.

კვლევის განმახორციელებელმა გუნდმა კვლევაში მონაწილე რესპონდენტებთან ერთად შეიმუშავა რეკომენდაციები, რომელთა გათვალისწინება იქნება აუცილებელი წინაპირობა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ არსებული ძალადობის პრევენციისა და აღმოფხვრისთვის:

- სახელმწიფომ განახორციელოს ყველა აუცილებელი ღონისძიება, რომ ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა თავმესაფრები ხელმისაწვდომი გახდეს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებისათვის;
- გადამზადდეს სახელმწიფო უწყებათა ის თანამშრომლები, რომელთა პასუხისმგებლობაშიც შედის ძალადობის ფაქტების იდენტიფიცირება და მათზე რეაგირება;
- კანონმდებლობაში გაიწეროს კონკრეტული რეგულაციები, რომლებიც მიმართული იქნება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ გამოვლენილი ძალადობის პრევენციის, იდენტიფიცირებისა და მასზე რეაგირებისაკენ;
- სახელმწიფომ განახორციელოს ცნობიერების ამაღლების ეფექტური კამპანიები ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, რომელთა დროსაც განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ოჯახის წევრთა ცნობიერების ამაღლებას;
- ძალადობის შესახებ ქვეყანაში მოქმედი სტატისტიკის წარმოების დროს ცალკე გამოიყოს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა მიმართ ძალადობის შემთხვევები;
- შეიქმნას ეფექტური სერვისები ძალადობის მსხვერპლ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა რეაბილიტაციის კუთხით;
- უმაღლესი განათლების სასწავლო პროგრამებში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს;
- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა ეფექტური მომსახურების მიზნით გადამზადდნენ სოციალური მუშაკები, სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალი ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში;

- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების შეფასების პროცესში შესაბამისმა სპეციალისტებმა გამოიყენონ სოციალური მოდელი, რომლის განხორციელების დროსაც დანერგილი უნდა იყოს მულტიდისციპლინური შეფასების მიდგომა;
- სახელმწიფომ შექმნას სერვისები, რომლებიც მიმართული იქნება ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობისაკენ;
- შეიქმნას ეფექტური მექანიზმები ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიერ ეფექტური მართლმსაჯულების უფლების რეალიზების მიმართულებით;
- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიერ ეფექტური მართლმსაჯულების უფლების რეალიზებისთვის აუცილებელია უმაღლესი იურიდიული განათლების პროგრამებში შეტანილ იქნეს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირთა მომსახურების საკითხები;
- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიერ ეფექტური მართლმსაჯულების უფლების რეალიზებისთვის უნდა განხორციელდეს სიღრმისეული კვლევა სახელმწიფოს მხრიდან იმ ბარიერების გამოსავლენად, რომლებიც აბრკოლებს აღნიშნული უფლებით ეფექტურად სარგებლობას;
- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალებისათვის უნდა შეიქმნას უფასო იურიდიული დახმარების სერვისები;
- რეკომენდებულია ქვეყანაში სპეციალური მოსამართლეების მომზადება, რომელთაც ექნებათ დეტალური ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს შესახებ;
- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა ჯანმრთელობის უფლების დაცვის მიზნით მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ექიმების ინფორმირებულობის დონის გაზრდა;
- პოლიციელებისა და სოციალური მუშაკებისთვის უნდა შეიქმნას სპეციალური სახელმძღვანელო პრინციპები, რომლებიც დაეხმარება მათ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის იდენტიფიცირებაში;
- სახელმწიფოში უნდა შეიქმნას სპეციალური პროგრამა, რომელიც მიმართული იქნება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მუდმივად მცხოვრები პირებისათვის თემზე დაფუძნებული სერვისების მიწოდებისკენ;
- სახელმწიფომ უნდა დაიწყოს დიდი ზომის ინსტიტუციების ეტაპობრივი დახურვა და იქ მცხოვრებ პირებს შეეძლოთ ოჯახურ გარემოსთან მიახლოებული სერვისების მიღება;
- საზოგადოებრივ ორგანიზაციებს უნდა მიეცეთ დახურული ტიპის ინსტიტუციებში მონიტორინგის განხორციელების შესაძლებლობა ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა უფლებების დაცვის მიზნით;
- გაიზარდოს სოციალური მომსახურების ცენტრებში სოციალური მუშაკებისა და ფსიქოლოგების რაოდენობა;

- ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალების უფლებრივი მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით შეიქმნას რეაბილიტაციის ცენტრები ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.