

**ადამიანის უფლებები
საქსუადუნი და ჩვეულებრივი
ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის
ფილიში: ქვეყნის უფლებივი
მდგომარეობის შეფასება**

საქართველოს სახალხო დამცველი



კვლევა მომზადებულია გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით, გაეროს ერთობლივი პროგრამის "გენდერული თანასწორობისთვის" ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია შვედეთის მთავრობის მიერ.

პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორს და არ წარმოადგენს UNFPA-სა და შვედეთის მთავრობის ოფიციალურ პოზიციას.

კვლევის ავტორი: კრისტინა ზამპასი

თანაავტორები: თამარ დეკანოსიძე, ლელა შენგელია, ლიკა ჯალაღანია

შინაარსი

ტერმინების განმარტება და აკრონიმები	5
წინათქმა	9
შემაჯამებელი დასკვნა და რეკომენდაციები	10
სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შეფასება საქართველოში	10
ძირითადი მიღწევები და არსებული გამოწვევები	11
კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციასა და მომსახურებისადმი წვდომა	11
უსაფრთხო აბორტი და აბორტის შემდგომი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა	12
დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა	13
აივ/შიდს-ის პრევენცია და მკურნალობა	14
სასიცოცხლო უნარების შესწავლა/ყოველმხრივი სექსუალური განათლება	15
ქალთა მიმართ ძალადობა	15
რეპროდუქციული სისტემის და ძუძუს კიბო	16
ხელოვნური რეპროდუქციული ტექნოლოგია (ART): ვითარება სუროგატ დედობასთან დაკავშირებით	16
მარგინალიზებული და მოწყვლადი ჯგუფები	17
რეკომენდაციები	18
კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა:	18
უსაფრთხო აბორტის მომსახურებისა და აბორტის შემდგომი მკურნალობის ხელმისაწვდომობის თაობაზე:	18
დედების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით:	19
აივ/შიდს-ის პრევენციასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებით:	20
სასიცოცხლო უნარ-ჩვევების/სექსუალულობის შესახებ განათლებასთან დაკავშირებით:	21
ქალთა მიმართ ძალადობასთან დაკავშირებით:	21
რეპროდუქციული სისტემის და ძუძუს კიბოსთან დაკავშირებით:	22
სუროგაციასთან დაკავშირებით:	22
მარგინალიზებულ ჯგუფებთან დაკავშირებით:	23
შესავალი	25
საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი	25
ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კრილში (SRHR)	26
ეროვნული შეფასების სამართლებრივი და კონცეპტუალური ჩარჩო	27
კვლევის შეკითხვები	28
მეთოდოლოგია	29
თავი 1: საქართველოს სამართლებრივი ვალდებულებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით	31
1. ქვეყნის სამართლებრივი და პოლიტიკური კონტექსტი	31
საქართველოს კონსტიტუცია	31
სხვა კანონები	31
შესაბამისი პოლიტიკა	32
2. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ვალდებულებები	33
თავი 2: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა და ძირითადი გამოწვევები	42
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა და ძირითადი ინსტიტუციები	42
ძირითადი სირთულეები:	44
დაფინანსება	44
კანონების და პოლიტიკის განხორციელება	45
ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა (HIS)	46
სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვისა და რეფერალურ სისტემებში	47
ჯანდაცვის პროვაიდერების ტრენინგი	47
ანგარიშვალდებულება	48
თავი 3: ადამიანის უფლებათა საკითხები სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის კრილში	50
კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურებისადმი წვდომა	50
ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები	50
კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაცია და სერვისები საქართველოში	52
სახელმწიფო და სხვა ღონისძიებები	54

შეუსაბამობები	56
რეკომენდაციები:	59
წვდომა უსაფრთხო აბორტის მომსახურებასა და აბორტის შემდგომ მეთვალყურეობაზე	60
ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებების საკითხები	60
აბორტის უსაფრთხო სერვისებისა და აბორტის შემდგომი მზრუნველობისადმი წვდომა საქართველოში	63
სახელმწიფო და სხვა ღონისძიებები	65
შეუსაბამობები	69
რეკომენდაციები:	72
დედათა ჯანმრთელობა	73
ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები	73
დედათა ჯანმრთელობა საქართველოში	75
მთავრობის ნაბიჯები	77
შეუსაბამობები	79
რეკომენდაციები	82
აივ/შიდსის პრევენცია და მკურნალობა	83
ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებები	83
აივ/შიდსის პრევენცია და მკურნალობა საქართველოში	85
მთავრობა და სხვა ქმედებები	88
შეუსაბამობები	90
რეკომენდაციები	92
სასიცოცხლო უნარები/კომპლექსური სექსუალური განათლება	93
ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები	93
სასიცოცხლო უნარები/კომპლექსური სექსუალური განათლება საქართველოში	94
მთავრობის ქმედებები	97
შეუსაბამობები	99
რეკომენდაციები	101
ქალთა მიმართ ძალადობა	102
ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები	102
ქალთა მიმართ ძალადობა საქართველოში	103
მთავრობა და სხვა ქმედებები	105
შეუსაბამობები	107
რეკომენდაციები	111
რეპროდუქციული სისტემა და ძუძუს კიბო	112
ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები	112
რეპროდუქციული სისტემა და ძუძუს კიბო საქართველოში	112
მთავრობა და სხვა ქმედებები	113
შეუსაბამობები	114
რეკომენდაციები	114
ხელოვნური რეპროდუქციული ტექნოლოგიები (ART): სეროგაციასთან დაკავშირებული მდგომარეობა	115
ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები	115
მთავრობა და სხვა ქმედებები	115
შეუსაბამობები და განვითარება	116
რეკომენდაციები	117
სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები და მონყვლადი ჯგუფები	118
1. ლგბტი	120
2. სექსუალური ქალები	122
3. ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი ქალები	124
4. იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული ქალები	125
5. ეთნიკური უმცირესობები	126
6. შემღვდელი შესაძლებლობის მქონე პირები	128
7. ახალგაზრდობა და მოზარდები	130
რეკომენდაციები მონყვლად ჯგუფებთან დაკავშირებით	133

საინფორმაციო განმარტება და აკრონიმები

ARVs: ანტირეტროვირუსული პრეპარატები, აივ ინფექციის სამკურნალო წამლები.

პეკინის დეკლარაცია და სამოქმედო პლატფორმა: დოკუმენტი, რომელიც 1995 წ. გაეროს მეოთხე კონფერენციაში მონაწილე სახელმწიფოებმა ქალთა მდგომარეობის შესახებ მიიღეს.

CEDAW კომიტეტი: გაეროს ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფოების მიერ ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კონვენცია (CEDAW) მოთხოვნების შესრულების მონიტორინგზე.

ბავშვთა უფლებების კომიტეტი (CRC): გაეროს ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფოების მიერ ბავშვის უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის მოთხოვნების შესრულების მონიტორინგზე.

Coitus interruptus/შენწყვეტილი აქტი: ეაკულაციამდე პენისის ვაგინიდან ამოღების და ქალის გარე სასქესო ორგანოებისგან მოცილების პრაქტიკა, ორსულობის თავიდან აცილების მიზნით.

შემდუდელი შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის კომიტეტი (CRPD): გაეროს ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფოების მიერ შემდუდელი შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის მოთხოვნების შესრულების მონიტორინგზე.

დასკვნითი დებულებები: სახელმწიფოს მოხსენების წარდგენის და კონკრეტული კონვენციის მონაწილე სახელმწიფოსთან კონსტრუქციული დიალოგის შემდეგ ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანოები მომხსენებელი ქვეყნისთვის გამოსცემენ დასკვნით დებულებებს, რომლებიც რეკომენდაციებსაც მოიცავს. ისინი წლიურ მოხსენებაში ერთიანდება და გაეროს გენერალურ ასამბლეას გადაეცემა.

ევროპის საბჭო: რეგიონული მთავრობათაშორისი ორგანო, რომელშიც წარმოდგენილია 47 ევროპული წევრი სახელმწიფო. საბჭოს მიზანია ევროპის მოქალაქეებისა და მცხოვრებლების ადამიანის უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების დაცვა.

გადაუდებელი კონტრაცეპტივები: პრეპარატი, რომელიც ორსულობის თავიდან ასაცილებლად, კოიტუსის შემდეგ რამდენიმე დღის განმავლობაში უშლის ხელს ოვულაციას ან/და განაყოფიერებას.

ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR): გაეროს ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფოების მიერ ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა შესახებ პაქტის მოთხოვნების შესრულების მონიტორინგზე.

ოჯახის დაგეგმვა (FP): ცალკეული პირებისა და წყვილების შესაძლებლობა, გააჩინონ იმდენი შვილი, რამდენსაც თავად ისურვებენ, მათთვის სასურველ დროს, სასურველი ინტერვალებით. ეს მიიღწევა კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენებით და არანებაყოფლობითი უნაყოფობის მკურნალობით.

ზოგადი კომენტარები/რეკომენდაციები: ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანოს მიერ ადამიანის უფლებების დებულებების შინაარსის ინტერპრეტაცია თემატურ საკითხებთან ან მუშაობის მეთოდებთან დაკავშირებით. ზოგადი კომენტარები განკუთვნილია მონაწილე სახელმწიფოს ანგარიშვალდებულების განმარტებისთვის, გარკვეული დებულებების მიმართ, ასევე სთავაზობს მიდგომებს ხელშეკრულების დებულებების განსახორციელებლად.

ჰორმონული კონტრაცეპტივები: ორალური აბები, ინექციები, ჰორმონებთან დაკავშირებული იმპლანტები, კანის სალბუნები („პლასტირები“), ვაგინალური რგოლები და ზოგიერთი IUD.

ადამიანის უფლებათა კომიტეტი (HRC): გაეროს ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფოების მიერ სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის (ICCPR) მოთხოვნებთან შესაბამისობის მონიტორინგზე.

ადამიანის უფლებების სტანდარტები: ადამიანის უფლებების მნიშვნელობა და მოცულობა, იმ ინტერპრეტაციის და გამოყენების შესაბამისად, რომელსაც უზრუნველყოფენ ადამიანის უფლებების დამცავი ორგანოები, რომლებსაც დაევალებათ ამ სამუშაოს შესრულება, მაგალითად, საერთაშორისო, რეგიონული და ეროვნული სასამართლოები, ადამიანის უფლებათა კომიტეტები.

მოსახლეობის და განვითარების საერთაშორისო კონფერენცია (ICPD): 1994 წელს ქაიროში ჩატარებული გაეროს კონფერენცია, რომელზეც მსოფლიოს ლიდერები, მაღალი დონის თანამდებობის პირები, არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და გაეროს სააგენტოების წარმომადგენლები მოსახლეობისა და განვითარების პრობლემების გადასაჭრელი სამოქმედო პროგრამის თაობაზე შესათანხმებლად შეიკრიბნენ.

ადამიანის უფლებების საერთაშორისო ხელშეკრულება: ზოგჯერ ასევე უწოდებენ კონვენციას ან პაქტს, რომელიც მიიღება სახელმწიფოთა საერთაშორისო თანამეგობრობის მიერ, როგორც წესი, გაეროს გენერალური ასამბლეის ფარგლებში. თითოეული ხელშეკრულება შეეხება რიგ ადამიანის უფლებებს და შესაბამის ვალდებულებებს და კანონით სავალდებულოა იმ სახელმწიფოებისთვის, რომლებმაც მოახდინეს ხელშეკრულების რატიფიკაცია.

IDU: ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებელი.

IUD: საშვილოსნოსშიდა მცირე ზომის მოწყობილობა, რომელიც ქალის საშვილოსნოში ორსულობის პრევენციის მიზნით თავსდება და მოქმედებს 12 წლამდე პერიოდის განმავლობაში, ტიპის მიხედვით.

KAPs: ძირითადი მოწყვლადი პოპულაცია

გენდერის სამართლებრივი აღიარება (LGR): ოფიციალური პროცედურა, რომლითაც იცვლება ტრანსგენდერი პირის სახელი და გენდერული იდენტიფიკატორი ოფიციალურ რეესტრებსა და დოკუმენტებში, როგორიცაა დაბადების მოწმობა, პირადობის მოწმობა, პასპორტი, მართვის მოწმობა და ა.შ.

LGBTI: ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი, ინტერსექსი.

დედის სიკვდილი/სიკვდილიანობა: დედის სიკვდილი არის ქალის გარდაცვალება, როდესაც ის არის ორსულად ან ორსულობის დასრულებიდან 42 დღის განმავლობაში, ორსულობის ხანგრძლივობის ან ადგილის მიუხედავად, ნებისმიერი მიზეზით, რომელიც დაკავშირებულია ორსულობასთან, ან დამძიმდა ორსულობის ან მისი მენეჯმენტის გამო, მაგრამ არა შემთხვევითი ან თანმხვედრი მიზეზებით.

თანამედროვე კონტრაცეპტივები: კონტრაცეფციის კლინიკური და მიწოდების მეთოდები, მათ შორის, ქალის და კაცის სტერილიზაცია; IUDs; ჰორმონული მეთოდები, როგორიცაა ორალური აბები, ინექციები, ჰორმონებიანი იმპლანტები, კანის სალბუნები („პლასტიკი“) და ვაგინალური რგოლები; კონდომები, ვაგინალური ბარიერული მეთოდები, როგორიცაა დიაფრაგმა, ცერვიკალური საფარი, სპერმიციდული ქაფები, ჟელეები, კრემები და ღრუბლები.

MoLHSA: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

MoES: საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო.

MIA: საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო.

MoSYA: საქართველოს სპორტის და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო.

MoC: საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო.

NGO: არასამთავრობო ორგანიზაცია.

PDO: საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი

PHC: პირველადი ჯანდაცვა.

აბები ან კონტრაცეპტიული აბები: ორალური ჰორმონული კონტრაცეპტივები, რომლებიც შეიცავს ესტროგენს და პროგესტინს ან მხოლოდ პროგესტინს.

მოსახლეობის და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამა: შეთანხმებული დოკუმენტი, რომელიც მოსახლეობის და განვითარების შესახებ საერთაშორისო კონფერენციის მონაწილე სახელმწიფოებმა მიიღეს.

PO: საქართველოს პროკურატურა.

RHS: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა.

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

SC: საქართველოს უზენაესი სასამართლო.

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია (STI): ინფექცია, რომელიც ერთი პირისგან მეორეს შეიძლება სექსუალური კავშირის დროს გადაედოს.

SOGI: სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა.

SRHR: სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები.

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

ოჯახის დაგეგმვის ტრადიციული მეთოდები: კონტრაცეფციის მეთოდები, რომლებიც არ ითვალისწინებს მიწოდებას, რაც მოიცავს რიტმს, შეწყვეტილ აქტს, თავშეკავებას, ლაქტაციურ ამენორეას (მეთოდი, რომელსაც საფუძვლად უდევს ბუნებრივი მშობიარობის შემდგომი უნაყოფობა, როდესაც ქალი ძუძუთი სრულად კვებავს ბავშვს და არა აქვს მენსტრუაცია; ქალი მუდმივად და მხოლოდ ძუძუთი უნდა კვებავდეს ჩვილს, მშობიარობის შემდგომ ექვს თვეზე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში).

ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანო: ადამიანის უფლებების შესახებ გაეროს თითოეული ხელშეკრულების მონიტორინგს ახორციელებს სპეციალურად დანიშნული ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანო. ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანოებია კომიტეტები, რომლებიც დამოუკიდებელი ექსპერტებისგან შედგება. მათი ძირითადი ფუნქციაა სახელმწიფოს მიერ შესაბამისი ხელშეკრულების შესრულება, მათ შორის, სახელმწიფოს ანგარიშების შემოწმებით, ზოგად სახელმძღვანელო პრინციპების გამოცემით, ყველა სახელმწიფოსთვის, თუ როგორ უნდა შეასრულონ ხელშეკრულების დებულებები, რომლებსაც ეწოდება ზოგადი კომენტარები ან ზოგადი რეკომენდაციები; ზოგიერთ შემთხვევაში ისინი სახელმწიფოს მიმართ ინდივიდუალურ საჩივრებსაც განიხილავენ.

U.N.: გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია (გაერო)

კონტრაცეპტივებზე/ოჯახის დაგეგმვაზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება: ქალები, რომლებსაც აქვთ დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება, არიან რეპროდუქციის უნარის მქონე და სექსუალურად აქტიური ქალები, რომლებიც არ სარგებლობენ კონტრაცეფციის ამა თუ იმ მეთოდით და ამასთან, აცხადებენ, რომ აღარ სურთ მეტი შვილის გაჩენა ან სურთ დააყოვნონ მომდევნო შვილის გაჩენა. დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილების კონცეფცია ქალის რეპროდუქციულ განზრახვებსა და მის ქცევას შორის, კონტრაცეფციის თვალსაზრისით, არსებულ სხვაობაზე მიანიშნებს.

სახიფათო აბორტი: არასასურველი ორსულობის შეწყვეტის პროცედურა, რომელსაც ატარებენ საჭირო კვალიფიკაციის არმქონე პირები, ან/და რომელიც ტარდება გარემოში, სადაც არ არის დაცული მინიმალური სამედიცინო სტანდარტები.

UNFPA: გაეროს მოსახლეობის ფონდი. გაეროს წამყვანი სააგენტო, რომელიც ხელს უწყობს ისეთი სამყაროს შექმნას, სადაც ყველა ორსულობა სასურველია, ყველა მშობიარობა უსაფრთხოა და ყველა ადამიანის პოტენციალი რეალიზდება.

VCT: ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება.

WHO: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. გაეროს წამყვანი სააგენტო, რომელიც იკვლევს და ხელს უწყობს საზოგადოებრივ ჯანდაცვას მთელ მსოფლიოში.



საქართველოს სახალხო დამცველი კონსტიტუციური ინსტიტუტია, რომელიც ზედამხედველობს საქართველოს ტერიტორიასა და მისი იურისდიქციის ფარგლებში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვას, ავლენს ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დარღვევის ფაქტებს და ხელს უწყობს დარღვეული უფლებებისა და თავისუფლებების აღდგენას. საქართველოს სახალხო დამცველის ინსტიტუტს, გაეროს პარიზის პრინციპების შესაბამისად, მინიჭებული აქვს „A“ სტატუსი¹.

საქართველოს სახალხო დამცველი განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ქვეყანაში გენდერული თანასწორობისა და ქალთა უფლებების კუთხით არსებულ მდგომარეობას. სახალხო დამცველის აპარატის გენდერული თანასწორობის დეპარტამენტის მიერ შესწავლილი საქმეების ანალიზი ცხადყოფს, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვა სისტემური პრობლემაა საქართველოში. სამწუხაროდ, საზოგადოებაში ჯერ კიდევ ღრმადაა გამჭდარი გენდერული სტერეოტიპები. საქმეთა ანალიზის შედეგად მოპოვებული ინფორმაცია ნათლად მიუთითებს, რომ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით საზოგადოების ცნობიერება კრიტიკულად დაბალია, განსაკუთრებით ეთნიკური უმცირესობის, ლგბტი თემის, ძალადობის მსხვერპლ და დაზარალებულ ქალთა შორის.

ქალთა მიმართ ძალადობის, ძალადობის მიზეზებისა და შედეგების შესახებ გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა, ქალბატონმა დუბრაჟკა სიმონოვიჩმა, საქართველოში ვიზიტის შემდეგ, საქართველოს მთავრობას რეკომენდაციით² მიმართა განათლების ყველა დონეზე გენდერული თანასწორობის, ქალთა მიმართ ძალადობისა და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საკითხების ინტეგრირებასთან დაკავშირებით, თუმცა, ეს რეკომენდაცია გათვალისწინებული არ ყოფილა.

წინამდებარე ქვეყნის შეფასება განხორციელდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისისა და საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის თანამშრომლობის ფარგლებში, რომელიც მიზნად ისახავდა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებში სახალხო დამცველის აპარატის გაძლიერებას. წინამდებარე კვლევა აფასებს ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობას, გამოწვევებსა და ხარვეზებს არა მხოლოდ ჯანდაცვის, არამედ ადამიანის უფლებათა სფეროში, სხვადასხვა მონყვლადი ჯგუფის, კანონმდებლობისა და პოლიტიკის, ბიუჯეტირებისა და დაფინანსების, ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებისა და ხელმისაწვდომობის, კომპენსაციისა და ანაზღაურების საკითხებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის კონტექსტში.

აღნიშნულ კვლევაზე იმუშავა საერთაშორისო სამართლის იურისტმა და კონსულტანტმა ქრისტინა ბამპასმა, ეროვნული კონსულტანტების ლიკა ჯალაღანიას, ლელა შენგელიასა და თამარ დეკანოზიძის დახმარებით. ასევე, კვლევაზე მუშაობის პროცესს ხელი შეუწყო ფედერალური მერენდამ.

წარმოგიდგენთ კვლევის შედეგებს და იმედს ვიტოვებთ, რომ რეკომენდაციები გათვალისწინებული იქნება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის სფეროში კანონმდებლობისა და პოლიტიკის შემდგომი განვითარებისა და განხორციელების პროცესში.

1 გაეროს პარიზის პრინციპები, როგორც ადამიანის უფლებათა დაცვის ეროვნული ინსტიტუტების (NHRIs) საქმიანობების საფუძველი და სახელმძღვანელო მითითებები, გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ 1993 წელს დაამტკიცა.

2 გაეროს სპეციალური მომხსენებლის, ქალთა მიმართ ძალადობის, ძალადობის მიზეზებისა და შედეგების შესახებ – დუბრაჟკა სიმონოვიჩის სპეციალური ანგარიში A/HRC/32/42/Add.3, 22 July 2016, 6, ხელმისაწვდომია ონ-ლაინ: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/A.HRC.32.42.Add.3.pdf>

შემაჯავებელი დასკვნა და რეკომენდაციები

ადამიანის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უფლებების (SRHR) და კეთილდღეობის უზრუნველყოფა მნიშვნელოვანია ისეთი ფუნდამენტური უფლებების უზრუნველყოფისთვის, როგორიცაა ღირსების, სიცოცხლის, ჯანმრთელობისა და სხვა უფლებები. ისინი დაცულია ადამიანის უფლებების საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულებებით, რომლებიც რატიფიცირებულია საქართველოს მიერ და შესაბამისად, ქვეყნისთვის სავალდებულოა მათი აღსრულება. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, უფლებები და კეთილდღეობა ადამიანის უფლებების დაცვის ფარგლებში, ასევე აღიარებულია საქართველოს კონსტიტუციითა და კანონმდებლობით.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შეფასება საქართველოში

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, უფლებებისა და კეთილდღეობის კუთხით ქვეყანაში არსებული უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება საქართველოში პირველად განხორციელდა. დოკუმენტის ამოცანაა, შეფასდეს, რამდენად არის საქართველოს ეროვნულ კანონმდებლობაში ასახული ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების ჭრილში, როგორ ხორციელდება ისინი პრაქტიკაში და რა არის ამ მიმართულებით არსებული ძირითადი მიღწევები თუ ბარიერები. დოკუმენტის საფუძველზე მომზადდა რეკომენდაციები საქართველოს მთავრობის და სხვა შესაბამისი ორგანოებისთვის.

შეფასება შემდეგი საკითხების ირგვლივ განხორციელდა: კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და სერვისებისადმი წვდომა; უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობა და აბორტის შემდგომი ზრუნვა; დედათა ჯანმრთელობა; აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია და მკურნალობა; სასიცოცხლო უნარ-ჩვევები/საფუძვლიანი სქესობრივი განათლება; ქალთა და გოგონათა მიმართ ძალადობა; რეპროდუქციული ტექნოლოგიები; სუროგაცია და რეპროდუქციული სისტემისა და ძუძუს კიბო. დოკუმენტში ყურადღება ასევე გამახვილებულია მონყვლად ჯგუფებზე, კონკრეტულად კი, ისეთ ქვეჯგუფებზე, როგორიცაა ქალები და გოგონები, ლგბტი პირები, კომერციულ სექს სამუშაოში ჩართული ქალები, ნარკოტიკული ნივთიერებების მომხმარებელი ქალები, იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული ქალები, ეთნიკური უმცირესობები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, მოზარდები და ახალგაზრდები.

შეფასების დროს განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებულ ისეთ ძირითად საკითხებს, როგორებიცაა დისკრიმინაციის აკრძალვა და თანასწორობა, მონაწილეობა, რესურსების ბიუჯეტირება და განაწილება, მონაცემების შეგროვება, მონიტორინგი, ანგარიშვალდებულება, პერსონალური ინფორმაცია და კონფიდენციალობა. ძირითადი მიღწევებისა და ბარიერების გამოსავლენად, დოკუმენტში ასევე განხილულია ზოგადად ჯანდაცვის სისტემა, ამ კონტექსტში ადამიანის უფლებების უფრო ფართოდ გასააზრებლად.

მიღწევებისა და დაბრკოლებების შესაფასებლად, შემუშავდა შესაბამისი კითხვები და ინდიკატორები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ. მოპოვებული ინფორმაცია, რომელიც თითქმის მთლიანად ეყრდნობოდა არსებულ მონაცემებს და კვლევებს, სამი ყოვლისმომცველი კითხვის ჭრილში გაანალიზდა:

- როგორია საქართველოს მოსახლეობის, მათ შორის, მონყვლადი ჯგუფების, მდგომარეობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების თვალსაზრისით?
- რომელი ძირითადი კანონები, პოლიტიკა და ინიციატივები შეიმუშავა მთავრობამ და როგორ ხორციელდება ისინი?
- რა ძირითადი თანხვედრები და შეუსაბამობები არსებობს ჯანმრთელობისა და უფლებების სამართლებრივი დაცვის კუთხით, მათ შორის, ეროვნულ და საერთაშორისო დონეზე აღიარებულ ადამიანის უფლებათა ჭრილში?

ანგარიშში წარმოდგენილია მიღებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით შემუშავებული რეკომენდაციები.

ძირითადი მიღწევები და არსებული გამოწვევები

ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით, მათ შორის, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობასთან მიმართებაში, საქართველომ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა. ამ მიმართულებით არსებობს ეროვნული საკანონმდებლო ჩარჩო და შესაბამისი პოლიტიკა. საქართველომ მოახდინა ადამიანის უფლებების საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულებების რატიფიცირება. მათ შორის, რატიფიცირებული იქნა ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ ევროპის საბჭოს კონვენცია („სტამბოლის კონვენცია“). გარდა ამისა, ქვეყანამ გარკვეული ნაბიჯები გადადგა მდგრადი ჯანდაცვის სისტემის შექმნის კუთხითაც. კონკრეტულად, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებულ საკითხებთან მიმართებით, არსებობს წინსვლა დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების, მათ შორის, დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლის შემცირების თვალსაზრისით. შეფასებაში ნაჩვენებია, რომ ქვეყანამ ბევრი მიმართულებით აიღო პასუხისმგებლობა. მათგან ზოგიერთი შესრულებულია, ხოლო დანარჩენი კვლავ ღიად რჩება.

თუმცა წინსვლა არათანაბარია და საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების განხორციელებისთვის ხელშემშლელი მთელი რიგი ბარიერები არსებობს. ზოგი მათგანი, ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემას უკავშირდება, მათ შორის, შემდეგ შეზღუდვებს: ჯანდაცვის დაფინანსება; კანონებისა და პოლიტიკის განხორციელება; ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა, მათ შორის, მონაცემთა შეგროვება; სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურების ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვისა და რეფერალურ სისტემებში; ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების არასაკმარისი ტრენინგი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საკითხებზე. ასევე, აუცილებელია ანგარიშვალდებულების გაძლიერება, მათ შორის, კანონების, პოლიტიკის და მათი განხორციელების კუთხით.

ამ ზოგადი სისტემური გამოწვევების გარდა, რაც თანაბრად შეეხება ყველა ან კონკრეტული ჯგუფის უფლებრივ მდგომარეობას სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კონტექსტში, წინამდებარე კვლევაში განხილული თითოეული საკითხი, თავის მხრივ, სხვა სპეციფიკურ პრობლემებთანაა დაკავშირებული.

საქართველო ადამიანის უფლებების ყველა უმნიშვნელოვანესი საერთაშორისო და რეგიონული შეთანხმების მონაწილე სახელმწიფოა და შესაბამისად, ექვემდებარება ამ შეთანხმებებით გათვალისწინებული ვალდებულებების შესრულების მონიტორინგს. ადამიანის უფლებადამცველი საერთაშორისო ორგანიზაციები ხშირად აღნიშნავენ, რომ საქართველო სათანადოდ ვერ აკმაყოფილებს წინამდებარე შეფასებაში განხილულ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებულ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ნორმებს. უფლებადამცველი ორგანიზაციები საქართველოს მთავრობას მოუწოდებენ, რომ სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებები არა ილუზიური, არამედ რეალური იყოს. ეს განსაკუთრებით ეხება მოწყვლად ჯგუფებს. დიდ შემოთხებას იწვევს საზოგადოებაში გავრცელებული მავნე გენდერული სტერეოტიპები, რომლებიც გავლენას ახდენს ადამიანის უფლებების განხორციელებაზე საქართველოში. ამას გარდა, საქართველოს არ აქვს რატიფიცირებული ისეთი ფაკულტატიური პროტოკოლები, რომლებიც ინდივიდუალური გასაჩივრებისა და მოძიების პროცედურების შესაძლებლობებს უზრუნველყოფენ. ასეთია, მაგალითად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციისა და ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კონვენციის ფაკულტატიური ოქმები.

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციასა და მომსახურებისადმი წვდომა

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში არსებული პოლიტიკის განმსაზღვრელი რამდენიმე დოკუმენტი აღიარებს კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და სერვისების ნაკლებობის პრობლემას, არც ერთ მათგანში არ არის მოცემული დეტალური ინფორმაცია პრობლემის გადაჭრის გზებზე. საერთო ჯამში, მთავრობა არ უზრუნველყოფს ადეკვატური მხარდაჭერი გარემოს შექმნას ოჯახის დაგეგმვის ეფექტიანი სერვისების უზრუნველსაყოფად, ძირითადად იმ მიზეზით, რომ ასეთი მომსახურებები

ინტეგრირებული არ არის პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში. გარდა ამისა, პრობლემას წარმოადგენს საზოგადოების დაბალი გათვითცნობიერებულობა, მათ შორის, კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდების არსებობის, გამოყენებისა და ხელმისაწვდომობის შესახებ, რადგან კონტრაცეფცია სახელმწიფოს ჯანდაცვის პროგრამით არ ფინანსდება. შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში საერთოდ არ არსებობს ესენციური მედიკამენტების ნუსხა, რომელსაც დაემატებოდა ჩასახვის საწინააღმდეგო მედიკამენტებიც და ზოგადად, არასაკმარისია ინფორმაცია ბაზარზე ხელმისაწვდომი თანამედროვე კონტრაცეპტივების სრული ასორტიმენტის შესახებ, მაშინ, როცა ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებული ადამიანის ერთ-ერთი ძირეული უფლებაა, რომ კონტრაცეპტივები, მათ შორის გადაუდებელი კონტრაცეპტივები, ქვეყნის ესენციური მედიკამენტების ნუსხაში შედიოდეს, რაც ამ მედიკამენტების არსებობას და ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფდა.

მიუხედავად იმისა, რომ გადაუდებელი კონტრაცეპტივები რეცეპტის გარეშე უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, გვხვდება არათანმიმდევრული პრაქტიკა, როდესაც რიგ შემთხვევებში გადაუდებელი კონტრაცეფცია რეცეპტის გარეშე გაიცემა, ხოლო ზოგჯერ - რეცეპტს ითხოვენ, რაც, ბუნებრივია, მნიშვნელოვნად უშლის ხელს კონტრაცეპტივებთან დროულად წვდომას. კონტრაცეფციის გამოყენების დაბალი მაჩვენებელი და მაღალი საჭიროება ასევე განპირობებულია კონტრაცეპტივების უკუეფექტების შესახებ საზოგადოებაში გავრცელებული მცდარი წარმოდგენებით (მაგალითად, გავრცელებულია შეხედულება, რომ კონტრაცეპტივები საშიანოა ჯანმრთელობისთვის, ჰორმონალური კონტრაცეპტივები იწვევს კიბოს და აბები იწვევს უნაყოფობას). თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდების მაღალი ფასი, მათი ეფექტიანობის შესახებ ზუსტი ინფორმაციის ნაკლებობასთან ერთად, ხელს უწყობს მცირე მოხმარებას და მაღალ დაუკმაყოფილებელ მოთხოვნას. ამასთან, კონტრაცეპტივების გამოყენების თაობაზე ინფორმირებული თანხმობისთვის აუცილებელია კონტრაცეპტივების შესახებ ზუსტი ინფორმაციის სრულად ხელმისაწვდომობა, მათ შორის, მოზარდებისთვის და ახალგაზრდებისთვის, მაგრამ არ არსებობს ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები.

უსაფრთხო აბორტი და აბორტის შემდგომი მკურნალობის ხელმისაწვდომობა

აბორტის მარეგულირებელი სამართლებრივი ჩარჩო-კანონმდებლობის მრავალი ასპექტი პრობლემურია და საქართველოს ვალდებულებებს ადამიანის უფლებების სფეროში და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელო პრინციპებს არ შეესაბამება. მართალია, მთავრობა სამართლიანად არის შემფოთებული საქართველოში აბორტების მაღალი მაჩვენებლით, მაგრამ კანონისა და კანონქვემდებარე აქტების ზოგიერთი ასპექტი აკნინებს ქალის მიერ გადაწყვეტილების მიღების უფლებას და არ ქმნის ხელსაყრელ გარემოს, რათა ქალმა თავად მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარ რეპროდუქციულ ფუნქციასთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანება მტკიცე საფუძველს ქმნის ქალების ღირსებისა და გადაწყვეტილებების პატივისცემისთვის, სავალდებულო 5-დღიანი მოსაფიქრებელი პერიოდი და ჯანმრთელობის დაცვის კანონის ენა, რომელიც პრიორიტეტს ნაყოფს ანიჭებს, ეწინააღმდეგება ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების შესახებ საერთაშორისო რეკომენდაციებს და განსაკუთრებით, ზემოქმედებას ახდენს მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე მონყვლადი ჯგუფებისთვის.

ამას გარდა, აბორტის თანხმობის ფორმა, რომელშიც მოცემულია ინფორმაცია აბორტთან დაკავშირებული მორალური და ეთიკური საკითხების და მათ შედეგად გამოწვეული ზიანის შესახებ, განაპირობებს მიკერძოებულ კონსულტაციებს და არასწორი ინფორმაციის მიწოდებას აბორტის შედეგად მიყენებული შესაძლო ზიანის შესახებ, რაც ეწინააღმდეგება ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების შესახებ საერთაშორისო რეკომენდაციებს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღიარებს, რომ „როდესაც პროცედურა სრულდება კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ, სათანადო სამედიცინო მეთოდებისა და პრეპარატების გამოყენებით, ასევე ჰიგიენური პირობების დაცვით, ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა ძალზე უსაფრთხო სამედიცინო პროცედურაა“. სხვა დაბრკოლებებს შორისაა მწიფობრივი მოსაზრებით უარის თქმის არარეგულირებადი პრაქტიკაც: არ არსებობს სახელმწიფოს მიერ შეგროვებული ინფორმაცია, თუ რამდენი პროვაიდერი ამბობს უარს პროცედურის ჩატარებაზე მწიფობრივი მოსაზრებით ან ქალის ჯანმრთელობაზე გავლენის მოტივის აპელირებით.

არასამთავრობო ორგანიზაციების ანგარიშებში აღნიშნულია, რომ ბევრი კლინიკა, ასევე მწეობრივი მოსაზრებებით არ სთავაზობს რეფერალურ პროცედურას. ზემოაღნიშნული ეწინააღმდეგება სახელმწიფოს ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებულ საერთაშორისო ვალდებულებას, რაც აბორტის ჩატარებასთან დაკავშირებით მწეობრივი მოსაზრების საკითხის იმგვარად დარეგულირებას ითვალისწინებს, რომ არ შეიზღუდოს ქალის უფლება, მიიღოს კანონიერი მომსახურება. ამას გარდა, ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანება, რომელიც გაუპატიურების შემთხვევაში 12 კვირის შემდეგ ორსულობის შეწყვეტისთვის სასამართლო გადაწყვეტილებას მოითხოვს, აფერხებს მსხვერპლის უფლებას, მიიღოს მომსახურება. ეს კიდევ უფრო მეტად ახდენს პრაქტიკის სტიგმატიზებას და ეწინააღმდეგება ვალდებულებებს ადამიანის უფლებებთან მიმართებაში. არასამთავრობო ორგანიზაციების კვლევები ასევე მიუთითებენ, რომ ზოგიერთი კლინიკა დისკრიმინაციულ შეზღუდვებს აწესებს ქალებისა და გოგონების კონკრეტული ჯგუფებისთვის, განსაკუთრებით 16 წლამდე და 16-18 წლის ასაკობრივი ჯგუფისთვის, სქესობრივად გადამდები დაავადების მატარებელი ქალებისა და სექსუალური ურთიერთობებისთვის.

აფხაზეთში ბოლოს დროს მიღებულ აბორტის აკრძალვასთან დაკავშირებით რაიმე სახის კვლევა არ ჩატარებულა, უცნობია რამდენი ქალი მიემგზავრება აფხაზეთიდან მეზობელ რეგიონებში აბორტის პროცედურის ჩასატარებლად, და ან რამდენად მიუწვდებიათ მათ ხელი ასეთ პროცედურაზე სხვა რეგიონში გამგზავრების შემთხვევაში.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

დედათა ჯანმრთელობის უფლება ჯანმრთელობის, სიცოცხლის და თანასწორობის უფლებების ფარგლებში აღიარებული ადამიანის უფლებაა, რაც სახელმწიფოს ავალდებულებს აღმოფხვრას არსებული ნაკლოვანებები.

საქართველომ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიმართულებით, მათ შორის, იმ სამი ძირითადი შეფერხების დაძლევის კუთხით, რომლებიც, ხშირად დედათა სიკვდილიანობასა და ავადობასთან არის დაკავშირებული. მიუხედავად ამისა, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია რეგიონში. ზემოთხსენებულის მთავარი მიზეზებია ანტენატალური და პერინატალური ზრუნვის დაბალი ხარისხი, ტრანსპორტირების სუსტი სისტემა, მარეგულირებელი და მონიტორინგის გაუმართავი სისტემა, სამშობიარო სახლებისა და ქალთა საკონსულტაციო ცენტრების პერსონალისთვის ტრენინგების ნაკლებობა, განსაკუთრებით, რეგიონებში. მოსახლეობის ცნობიერების დაბალი დონე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში, განსაკუთრებით, ორსულობასა და ორსულობასთან დაკავშირებულ გართულებებთან დაკავშირებით, ასევე უარყოფითად აისახება ორსულობის შედეგებზე.

მიუხედავად იმისა, რომ საერთაშორისო ხელშეკრულებებით საქართველოს აღებული აქვს ვალდებულება, გააუმჯობესოს ანტენატალური მზრუნველობის ხარისხი, ჯერ კიდევ დღის წესრიგში დგას მაღალი რისკის მქონე ორსული ქალებისა და ახალშობილების დროულად გამოვლენის მექანიზმთა დახვეწის საკითხი (ანტენატალური ვიზიტების დროს არ ხდება ორსულობის რისკების კლასიფიკაცია) ისევე, როგორც მკურნალობისას შესაბამის ეტაპებზე რეფერალის განხორციელება, ინფორმაციის გაცვლისა და უკუკავშირის გაუმჯობესებული მექანიზმის საჭიროება ჯანდაცვის დაწესებულებებს (სოფლის ამბულატორია, ქალთა საკონსულტაციო ცენტრები, სამშობიარო სახლები და გადაუდებელი სამედიცინო დაწესებულებები (EmOC)) შორის.

უმნიშვნელოვანესია მკურნალობის თანმიმდევრულობის უზრუნველყოფა. დედათა სიკვდილიანობაზე აქტიური ეპიდემიოლოგიური დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ გართულებების მქონე მშობიარე ქალების ტრანსპორტირება პრობლემური იყო ბოლო წლებში. არსებული დახარისხებული, თუმცა შეზღუდული მონაცემების თანახმად, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები, სოფლად მცხოვრები ქალები და ისინი, ვისაც არასრული საშუალო განათლება აქვთ მიღებული, შედარებით ნაკლებად იყენებენ ანტენატალურ სერვისებს. ეს, ნაწილობრივ, განპირობებულია ჯანდაცვის დაწესებულებებისთვის მიმართვის მნიშვნელობის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობითა და დაბალი ეკო-

ნომიკური სტატუსით, რაც მათ აიძულებს, თავი აარიდონ ჯანდაცვის მომსახურებასთან დაკავშირებულ პირდაპირ თუ ირიბ ხარჯებს. თუმცა პრობლემის მასშტაბი უცნობია, რადგან არ მოიპოვება ეთნიკური, ასაკობრივი, გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის ან სხვა მახასიათებლების ჭრილში დებაგრევირებული მონაცემები.

რაც შეეხება საკეისრო კვეთების გაზრდილ რაოდენობას, კვლევამ აჩვენა, რომ ერთი მხრივ, ქალები ამ მეთოდს ძირითადად მშობიარობასთან დაკავშირებული ტკივილის ასარიდებლად მიმართავენ, მეორე მხრივ კი, ბუნებრივი მშობიარობის დადებითი მხარეებისა და საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებული გართულებების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობით აიხსნება. სხვა კვლევაში ასევე აღნიშნულია, რომ ქალების მიერ საკეისრო კვეთის სასარგებლოდ გადაწყვეტილების მიღება შეიძლება განპირობებული იყოს ექიმების პირადი დაინტერესებულობით, რომ მეტი ფული გამოიმუშაონ ან დრო დაზოგონ. ეს პრობლემები სერიოზულ შემფოთებას იწვევს ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურების დაცვასთან დაკავშირებით. ამას გარდა, საქართველოში ქალთა მხოლოდ მცირე ნაწილს უტარდება მშობიარობის შემდგომი მკურნალობა. ფაქტობრივად, ამ მაჩვენებლით ქვეყანა ყველაზე ბოლო ადგილზეა რეგიონში. სირთულე შესაძლოა პროგრამების ნაკლებობითა და პოსტნატალური მკურნალობის საჭიროების შესახებ ცოდნის ნაკლებობითაც იყოს გამოწვეული. პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის 37-ე მუხლი ითვალისწინებს მშობიარობასთან დაკავშირებით ქალის გადაწყვეტილების გაუთვალისწინებლობას იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ის მინიმალურ რისკთანაა დაკავშირებული. თუმცა არ იძლევა ამ კუთხით დეტალურ მითითებებს, რაც ეჭვებს ბადებს მკურნალობის ხარისხსა და ქალის მიერ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობასთან დაკავშირებით.

აივ/მიდს-ის პრევენცია და მკურნალობა

2009 წელს მიღებული იქნა საქართველოს კანონი აივ ინფექციის/მიდსის შესახებ, რითაც გაუმჯობესდა საერთო სამართლებრივი გარემო. მოგვიანდებით დამტკიცებული ეროვნული სტრატეგია კი წინ გადადგმული ნაბიჯია აივ ინფექციის პრევენციის, ტესტირების, მკურნალობისა და ზრუნვის კუთხით. თუმცა, ჯერ კიდევ არსებობს გამოწვევები რეგულაციებსა და მათ განხორციელებასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით, სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციასთან მიმართებაში. ეს სხვადასხვა ფაქტორით არის განპირობებული. მათ შორისაა ქვეყანაში მოქმედი სისხლის სამართლის კოდექსით აივ ინფექციის გადაცემის საკითხის კრიმინალიზების ფარგლები ასევე, ტესტირების დროს პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის წარდგენის მოთხოვნა, სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციის მიმართ არსებული სტიგმა, მაგალითად, როგორებიც არიან მამაკაცებთან სექსუალური კავშირის მქონე მამაკაცები (MSM) და სექსმუშაკები. ზოგადად, საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელების კრიმინალიზების ფარგლებმა ადამიანები შეიძლება შეაფერხოს ტესტირების გავლისა და დადებითი პასუხის შემთხვევაში, შესაბამისი მკურნალობის მიღებისას. UNAIDS-ი აღიარებს, რომ აივ ინფექციის გაუმხელობის, დაყოვნების და გადადების ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაციამ შეიძლება დააკნინოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძალისხმევა და სამართლიანობის განხორციელება. ამასთან, მკაცრი ნარკოპოლიტიკა მნიშვნელოვანი წინაღობაა აივ ინფექციის/მიდსის პრევენციის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის ეფექტიანი განხორციელებისთვის.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღნიშნავს, რომ საქართველოში აივ ინფექციის მქონე პირებს არ სურთ თავიანთი მდგომარეობის გამჟღავნება პირველადი ჯანდაცვის ექიმებთან და სტომატოლოგებთან და ზოგადად, უფრო მიღებულია საკუთარი თავის, როგორც C ჰეპატიტით დაავადებულად, ვიდრე აივ ინფექციის მატარებელ პირად იდენტიფიცირება. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ თბილისის ფარგლებს გარეთ, რეგიონებში დგას. მოყვანილია შემთხვევები, როცა პაციენტები, იმის გამო, რომ ექიმები აივ სტატუსის გამო უარს აცხადებენ სხვა დაავადებისგან მათ მკურნალობაზე, თბილისში გადაჰყავთ. გარდა ამისა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, რისკის ქვეშ მყოფი პირების გამოკვლევის დაბალი დონე საქართველოში პრობლემის ძირითადი მიზეზია. ეს, ნაწილობრივ, განპირობებული შეიძლება იყოს აივ ინფექციის მატარებელი პირების და სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციის შესახებ საზოგადოებაში თუ სამედიცინო პერსონალში დამკვიდრებული სტიგმით, ასევე, ტესტირების დროს ანონიმურობის დაუცველობით. 2011 წელს სახელმწიფომ გამოსაკვლევ პირთა

საიდენტიფიკაციო მონაცემების მოთხოვნა დაიწყო, მაგრამ 2015 წლიდან კვლავ აღდგა რისკ ჯგუფში მყოფი პირების ანონიმური ტესტირება. ზოგადად, ჩვეულ გარემოში, ამგვარი რისკ ჯგუფები რთულად მისაწვდომია და ამ ქვეჯგუფებში ეპიდემიის მასშტაბებისა და მახასიათებლების დადგენა, მათდამი არსებული სოციალური უთანასწორობისა და სტიგმის დონის გათვალისწინებით, ჯერ კიდევ ქვეყნის გამოწვევად რჩება. ასევე პრობლემაა, აივ ინფექციით დაავადებული ახალგაზრდების რაოდენობის ზრდა.

სასიცოცხლო უნარების შესწავლა/ყოველმხრივი სექსუალური განათლება

სასიცოცხლო უნარების შესწავლა/ყოველმხრივი სექსუალური განათლება ადამიანებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ აუცილებელ ცოდნასა და უნარებს სძენს. ამით მცირდება დაუცველობა სექსუალური ავადობისადმი, რადგანაც მცირდება არასასურველი ორსულობის, სახიფათო აბორტის, სქესობრივად გადამდები დაავადებების და აივ ინფექციის რაოდენობა. ადამიანის უფლებების სტანდარტების, აგრეთვე, UNFPA-სა და UNSECO-ს გაიდლაინების მიხედვით, სექსუალობის და რეპროდუქციასთან დაკავშირებული ინფორმირებული და გონივრული გადაწყვეტილების მისაღებად, პირებს და განსაკუთრებით, ახალგაზრდებს, ესაჭიროებათ სკოლიდან მიიღონ ყოვლისმომცველი და ხარისხიანი ინფორმაცია თავიანთი ასაკობრივი განვითარების გათვალისწინებით. ამ ინფორმაციის მიზანს გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობა და ისეთი საკითხების პრევენცია/დაძლევა წარმოადგენს, როგორიცაა გენდერული ნიშნით ძალადობა, საზიანო პრაქტიკები და სტერეოტიპები.

სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული ინიციატივების მიუხედავად, საქართველოში, სრულყოფილი და ასაკის შესაბამისი სავალდებულო პროგრამა ცხოვრებისეული უნარების/სრულყოფილი სექსუალური განათლების შესახებ, ამჟამად არ არსებობს. კონკრეტულ საგნებში გადმოცემული ინფორმაცია, ძირითადად, რეპროდუქციის ბიოლოგიურ ასპექტებს შეეხება და არ მოიცავს საქართველოში არსებულ კრიტიკულ საკითხებს, როგორიცაა საზიანო გენდერული სტერეოტიპები და გენდერული ნიშნით ძალადობა. არასათანადო საკონსულტაციო მომსახურება, შეზღუდული ან არარსებული სექსუალური განათლება სკოლაში ან მის მიღმა, ასევე ინფორმაციის სიმწირე, მისი საერთოდ არარსებობა ან მცდარი ინფორმაცია, ხელს უშლის მოზარდებს, მიიღონ უსაფრთხო და ინფორმირებული გადაწყვეტილებები სექსუალობის და რეპროდუქციის შესახებ და ჰქონდეთ დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება. ამას გარდა, აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით არ არსებობს მასწავლებელთა სრულყოფილი ტრენინგები ქვეყნის მასშტაბით, სწავლების მეთოდოლოგიური სახელმძღვანელოები და სასწავლო მასალები, როგორც მასწავლებლებისთვის, ასევე მოსწავლეებისთვის. ასევე, არ არის გადამზადებული ყველა სკოლის ექიმი და არ არსებობს მექანიზმი, რომელიც ასეთ ტრენინგებს სავალდებულოს გახდიდა. საქართველოში ნაკლებად ხორციელდება საზოგადოების ინფორმირებისადმი მიმართული კამპანიები, რაც ახალგაზრდებისთვის, მათ შორის, მათთვისაც, ვინც სკოლის სივრცის მიღმა არიან, საჭირო ინფორმაციის მიწოდებას შესაძლებელს გახდიდა.

ქალთა მიმართ ძალადობა

საქართველოს მთავრობის მიერ განხორციელებული პოზიტიური ნაბიჯებისა და ქალთა მიმართ ძალადობის წინააღმდეგ და გენდერული თანასწორობის შესახებ მიღებული კანონების მიუხედავად, მაინც არსებობს მრავალრიცხოვანი შეუსაბამობა, როგორც კანონმდებლობის, ასევე პრაქტიკაში გატარების კუთხით (წინამდებარე შეფასება შეეხება ქალთა მიმართ ძალადობის კონკრეტულ საკითხებს და არა გენდერული ნიშნით ძალადობის ყველა ფორმას).

ქალთა მიმართ ძალადობა და კონკრეტულად, ოჯახში ძალადობა, საქართველოში ფართოდ გავრცელებული პრობლემაა. ამასთან, შემთხვევების რაოდენობაც, სავარაუდოდ, არასრულადაა შეფასებული. მაგალითად, ქალთა მიმართ ძალადობის, ძალადობის მიზეზებისა და შედეგების შესახებ გაეროს სპეციალური მომხსენებელი შემფოთებას გამოთქვამს იმასთან დაკავშირებით, რომ საქართველოში ძალადობის ზოგიერთ შემთხვევას პოლიცია „ოჯახურ კონფლიქტად“ არეგისტრირებს, რის გამოც ოჯახში ძალადობის შემთხვევები დაფარული რჩება. საზოგადოების ნაკლებად ინფორმირებულობა, შურისძიების და სტიგმატიზაციის შიში, სამართალდამცავი ორგანოებისადმი

ნდობის ნაკლებობა და მსხვერპლთა დაცვის მექანიზმების, მათ შორის, რეაბილიტაციის მომსახურების დაბალი ეფექტიანობა ხელს უწყობს ოჯახში ძალადობისა და სექსუალური ძალადობის შემთხვევების ნაკლებად გამოვლენას. გარდა ამისა, ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული საერთაშორისო მოთხოვნების მიუხედავად, კანონმდებლობაშიც არსებობს ხარვეზები, მაგალითად, სისხლის სამართლის კანონმდებლობაში არ არის განსაზღვრული ფემიციდი (ქალის მკვლელობა გენდერული ნიშნით).

სისხლის სამართლის კოდექსში მოცემული გაუპატიურების და სხვა სექსუალური ძალადობის განსაზღვრებები, 2017 წლის შესწორებების მიუხედავად, არ შეესაბამება CEDAW და სტამბოლის კონვენციის მოთხოვნებს. პრაქტიკაში, გაუპატიურების შემთხვევების უმეტესობაში, გაუპატიურების მუხლით საქმე მხოლოდ ფიზიკური დაზიანების არსებობის შემთხვევაში აღიძვრება, რაც დამკვიდრებულ საერთაშორისო და რეგიონულ ადამიანის უფლებათა სტანდარტებს ეწინააღმდეგება. იმის მიუხედავად, რომ გენდერული თანასწორობის შესახებ კანონში მოცემულია შრომით ურთიერთობებში სექსუალური შევიწროების განსაზღვრა, ამგვარი ქმედებისთვის კანონი რაიმე მკაფიო სასჯელს ან კომპენსაციას არ ითვალისწინებს.

რაც შეეხება საინფორმაციო კამპანიებს, მართალია, ბევრმა სახელმწიფო დაწესებულებამ მიიღო ზომები ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებისთვის და ახლა უფრო მეტმა იცის ამ პრობლემის არსებობის თაობაზე, მაგრამ საზოგადოებაში კვლავაც ღრმად ფესვგადგმული პატრიარქალური დამოკიდებულებები ძალადობისა და გენდერული თანასწორობის შესახებ, რაც ასეთი დანაშაულის გამოძიებასა და გამოვლენაზე უარყოფითად აისახება. ასევე პრობლემად რჩება სისტემური და კონკრეტულ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარვეზები ქალთა მიმართ ძალადობაზე რეაგირებისას სამართალდამცავი უწყების მხრიდან, რომელიც, როგორც ჩანს, კვლავაც ვერ აფასებს მსხვერპლის მიმართ არსებულ საფრთხეს და რისკს და არ იღებს ადეკვატურ ან პრევენციულ ზომებს.

და ბოლოს, დღეისათვის ჯერ კიდევ არ არის უზრუნველყოფილი სამართლებრივი დაცვისა და დახმარების ეფექტიანი საშუალებები, მაგალითად, მსხვერპლთა მიერ კომპენსაციის სრული ხელმისაწვდომობა.

რეპროდუქციული სისტემის და ძუძუს კიბო

ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბო საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალების სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზია. ხელმისაწვდომობა და ფიზიკური წვდომა, მათ შორის, ფინანსური ფაქტორი, ის ძირითადი დაბრკოლებებია, რომლებიც ხელს უშლის რეპროდუქციული ორგანოების კიბოს სკრინინგს და მკურნალობას საქართველოში. მიუხედავად იმისა, რომ 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის (UHC) ფარგლებში სახელმწიფო გარკვეულწილად აფინანსებს კიბოს მკურნალობას, მათ შორის, ქიმიოთერაპიას, ჰორმონოთერაპიას, რადიოლოგიურ თერაპიასა და სხვა შესაბამის დიაგნოსტიკურ ტესტირებას, სკრინინგის პროგრამები ჯერ არ არის ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში და ამიტომ, ისევ რჩება გეოგრაფიული და ფინანსური ბარიერები. კიბოს (მკერდის, საშვილოსნოს ყელის, პროსტატის და კოლორექტალური) სკრინინგის პროგრამებით სარგებლობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად დაბალია. მართალია, კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებით საზოგადოების ინფორმირების კამპანიები ეფექტიანი იყო, მაგრამ ისინი შეწყდა და ამჟამად აღარ ხორციელდება სახელმწიფო თუ მუნიციპალური დაფინანსებით.

ხელოვნური რეპროდუქციული ტექნოლოგია (ART): ვითარება სუროგატ დედობასთან დაკავშირებით

საქართველოს არსებულ კანონმდებლობაში სათანადოდ არ არის გათვალისწინებული სუროგაციის საკითხები და შედეგად, პრაქტიკის დიდი ნაწილი არ რეგულირდება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს, იუსტიციის სამინისტროს, ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის საპარლამენტო კომიტეტის, დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭოსა და გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის მიერ 2014 წელს ორგანიზებულ

საკონსულტაციო შეხვედრაზე მიღწეული იქნა შეთანხმება კონტროლის მარეგულირებელი სისტემის ჩამოყალიბების შესახებ, რაც არ ნაახალისებს სუროგაციას, თუმცა აღმოფხვრის ინდივიდებსა და, ზოგადად, საზოგადოებაზე მის საზიანო გავლენას, რაც თავის მხრივ, შეიძლება განპირობებული იყოს სუროგატ დედებთან არაკონტროლირებადი გარიგებებითა და ნახალისებით. მაგრამ მეორე მხრივ, აღნიშნული რეგულირების სისტემა არ გულისხმობს სუროგაციის აკრძალვას. თუმცა სისტემა, რომელიც ამ შეხვედრის შედეგად შეიქმნა, არ ამოქმედებულა და დღეისათვის სუროგატი დედობის პრაქტიკა, არსებითად, კვლავ დაურეგულირებელია.

მარგინალიზებული და მონყვლადი ჯგუფები

წინამდებარე ანგარიშში აქცენტი გაკეთებულია ისეთ ჯგუფებზე, რომლებიც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და სერვისებისადმი წვდომის თვალსაზრისით, განსაკუთრებით მონყვლად კატეგორიას განეკუთვნებიან. რამდენადაც დოკუმენტში განხილულია ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებებისა და კეთილდღეობის კუთხით, რაც ძალადობის პრევალენტობის და ბიოლოგიური ფაქტორების გამო განსაკუთრებით ქალებს ეხება, ძირითადი აქცენტი გაკეთდა იმ ქალებზე, რომლებიც დისკრიმინაციას განიცდიან სხვადასხვა მახასიათებლის თუ იდენტობის გამო, როგორიცაა, მაგალითად, შეზღუდული შესაძლებლობების ქონა. შესაბამისად, წინამდებარე ანგარიშში განხილული ჯგუფებია: ლგბტი პირები, ქალი სექსმუშაკები, ნარკოტიკული ნივთიერებების მომხმარებელი ქალები, იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტით დაზარალებული ქალები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ეთნიკური უმცირესობები, ახალგაზრდები და მოზარდები.

გემოთ აღნიშნულ ჯგუფები დისკრიმინაციას, როგორც არასათანადო კანონმდებლობის, ისე ჯანდაცვის სექტორში და მის მიღმა დამკვიდრებული მცდარი პრაქტიკის გამო განიცდიან. საკუთარი ვინაობით და საქმიანობით განპირობებული სტიგმის და, ზოგიერთ შემთხვევაში, კრიმინალიზაციის გამო ისინი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ვერ იღებენ სათანადო მკურნალობას, რაც მონყვლადი ჯგუფების წარმომადგენლებს მკურნალობისგან თავის არიდებისკენ უბიძგებს. დეტალური მონაცემების ნაკლებობის გამო სახელმწიფო ადეკვატურად ვერ პასუხობს განსაკუთრებით მონყვლადი მოსახლეობის საჭიროებებს კანონმდებლობის, პოლიტიკის და პროგრამების მეშვეობით, რაც, ნაწილობრივ, განაპირობებს ანგარიშვალდებულების ნაკლებობას.

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა:

- ესენციური მედიკამენტების ნუსხის შემუშავება, რომელშიც შევა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდები, მათ შორის გადაუდებელი კონტრაცეპტივები
- ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციებისა და კონტრაცეპტივების უფასოდ მიწოდების ჩართვა საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში, რაც უზრუნველყოფს ამ მომსახურების გავრცელებას ახალგაზრდებსა და დაბალი ეკონომიკური სტატუსის მქონე პირებზე და მის ფინანსურად ხელმისაწვდომობას ყველა ქალისთვის
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ეფექტიანად ინტეგრაციის უზრუნველყოფა. აგრეთვე, იმისა, რომ ოჯახის/სოფლის ექიმებს გააჩნდეთ სათანადო კომპეტენცია და ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის მაღალხარისხიანი და ახალგაზრდების მიმართ კეთილგანწყობილი მომსახურებისთვის
- სოფლის ექიმებისთვის, ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის მეთოდებისა და კონსულტირების პრინციპების შესახებ ცოდნის განსამტკიცებლად, მათ შორის, კონფიდენციალობისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის, ასევე, ახალგაზრდებისთვის კეთილგანწყობილი მომსახურების უზრუნველყოფის შესახებ, ტრენინგების ჩატარება
- გადაუდებელ კონტრაცეპტივებზე ურეცეპტოდ წვდომის უზრუნველყოფა პრაქტიკაში, როგორც ეს მარეგულირებელი დოკუმენტებითაა განსაზღვრული
- ჯანდაცვის თითოეული დონისთვის მონაცემთა შეგროვების მინიმალური ინსტრუმენტების შექმნა, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ხარისხისა და სარგებლობის მონიტორინგის შესახებ მონაცემების შესაგროვებლად და გასაანალიზებლად
- კვლევის ჩატარება მომსახურების განვითარების გაუმჯობესებისა და სოციალური დაბრკოლებების, ასევე, ადმინისტრირებისა და პოლიტიკის დამაბრკოლებელი ფაქტორების განსასაზღვრავად. Ex., MICS-RHS
- საზოგადოების ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიებისა და საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება ოჯახის დაგეგმვის მნიშვნელობის, მათ შორის, თანამედროვე კონტრაცეფციის შესახებ. განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიექცეს რეგიონებსა და სოფლებს. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის პრიორიტეტული თემები უნდა გამოვლინდეს ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციისა და ძირითადი სერვისების დაფარვის შესახებ, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემისა და მოსახლეობის პერიოდული გამოკვლევების საფუძველზე შეგროვებული მონაცემების გამოყენებით
- პარტნიორული ურთიერთობების დამყარება სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებთან ოჯახის დაგეგმვის ხელშეწყობად და ახალგაზრდების მიმართ კეთილგანწყობილი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების, ასევე ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურების უზრუნველყოფა
- იმის უზრუნველყოფა, რომ ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურების მისაღებად საჭირო არ იყოს მესამე მხარის, მათ შორის, მშობლების და მეუღლეების ნებართვა და ის თავისუფალ და ინფორმირებულ თანხმობაზე იყოს დაფუძნებული.

უსაფრთხო აბორტის მომსახურებისა და აბორტის შემდგომი მკურნალობის ხელმისაწვდომობის თაობაზე:

- სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდის გაუქმება და ქალებისთვის, ფაქტებზე დამყარებული და არამიმითითებლური ხასიათის კონსულტაციების გაწევა
- კონსულტაციის ფარგლებში და მის გარეთ ქალებისთვის აბორტის შესახებ მიწოდებული ინფორმაცია იყოს ზუსტი, ეყრდნობოდა ფაქტებს და შეესაბამებოდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტებს, აბორტზე თანხმობის ფორმის გადასინჯვის ჩათვლით, რომელშიც უნდა აისახოს ინფორმაცია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აბორტი აღიარებულია ძალიან უსაფრთხო პროცედურად, თუ მას მომსახურების კვალიფიციური მიმწოდებელი ლეგალურ გარემოში ატარებს. აბორტების წინა კონსულტაციების მონიტორინგის მექანიზმის უზრუნველყოფა
- ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის გადასინჯვა და ქალის უფლებებისთვის, ნაყოფის

უფლებებთან შედარებით, უპირატესობის მინიჭება

- შესწორდეს სასამართლოს მოთხოვნა გაუპატიურების დადასტურებისთაობაზე, რაც აფერხებს ორსულობის შეწყვეტის მომსახურებას
- მრწამსის საფუძველზე მომსახურების განევაზე უარის თქმის პრაქტიკის იმგვარად გადასინჯვა, რომ ეს ხელს არ უშლიდეს ქალისთვის აბორტის ხელმისაწვდომობას და მომსახურების გაუკიცხავად და პატივისცემით მიწოდებას
- ღონისძიებების გატარება სქესის მიხედვით სელექციური აბორტების გამომწვევი მიზეზების წინააღმდეგ
- აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის უზრუნველყოფა და მისი ჩართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში
- ჯანდაცვის დაწესებულებების ფართო სპექტრის მიერ აბორტის სერვისის მიწოდების უზრუნველყოფა, რათა მომსახურება გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი გახდეს სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის. ასევე, უსაფრთხო აბორტის და აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის საქმეში ჯანდაცვის მუშაკების როლის შესახებ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინების შესაბამისად, ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლების ფართო სპექტრის უზრუნველყოფა, რათა აბორტის მომსახურების განევა არა მხოლოდ ექიმებს, არამედ ბებიაქალებსა და ექთნებსაც შეეძლოთ
- გადანყვებილების მიღებაში, ყველა დონეზე, იმ ქალების ეფექტიანი მონაწილეობის უზრუნველყოფა, რომლებსაც უტარდებათ აბორტი, მათ შორის, გესტაციის 12 კვირის შემდეგაც
- სამედიცინო დაწესებულებების შინაგანაწესში აბორტის მომსახურების არადისკრიმინაციული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა
- აბორტის მომსახურების მიმწოდებლებისთვის სათანადო ტრენინგების ჩატარება, მათ შორის, პაციენტის მკურნალობის პროცესში ადამიანის უფლებების დაცვისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის კუთხით
- აბორტის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა ქალისთვის, მათ შორის, ძალადობის მსხვერპლთათვის და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური შეძლების მქონე ქალებისთვის
- აბორტის ხელმისაწვდომობა არ უნდა შეეზღუდოს აფხაზეთიდან საქართველოს სხვა რეგიონებში მომსახურების მისაღებად ჩამოსულ ქალებს. ასევე, უნდა ჩატარდეს კვლევა აფხაზეთიდან მომსახურების მისაღებად ჩამოსული ქალების რაოდენობის დასადგენად და იმის გასარკვევად, ახერხებენ თუ არა ისინი აბორტის მომსახურების მიღებას სხვა ტერიტორიებზე.

დედების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით:

- ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების ადრეულ ეტაპზე იდენტიფიცირება და შესაბამისი მართვის გაუმჯობესება, რაც ორი ძირითადი საშუალებაა დედათა სიკვდილიანობის პრევენციისთვის
- პოსტნატალური მეთვალყურეობის გაუმჯობესება იმგვარად, რომ გაიზარდოს ასეთი მომსახურების მიმღები ქალების პროცენტული მაჩვენებელი
- პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების ტრენინგი დედათა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე
- ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ საკეისრო კვეთებთან დაკავშირებით გადანყვებილების მიღებისას რობსონის კლასიფიკაციის რუტინული გამოყენების უზრუნველყოფა და კლინიკებში ამ კრიტერიუმის პრაქტიკული დანერგვა. ჯანდაცვის სამინისტრომ ხელი უნდა შეუწყოს საზოგადოების ინფორმირებას საკეისრო კვეთის სათანადო შემთხვევებში გამოყენების შესახებ
- დედათა სამედიცინო მომსახურების ფართო ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება პირველადი, და სოფლებში არსებული ჯანდაცვის დონეზე
- სიკვდილის რისკის შემცველი შემთხვევების მონიტორინგის პროგრამის შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში, მისი მთელი ქვეყნის მასშტაბით დანერგვა
- ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ისეთი პროგრამებისა და სახემძღვანელო ინსტრუქციების შემუშავება, რომლებიც დროულად გამოავლენს მაღალი რისკის მქონე ორსულ ქალებსა და ახალშობილებს და უზრუნველყოფს სათანადო დონის ჯანდაცვის დაწესებულებაში მათ მიმართვას, ჯანდაცვის დაწესებულებების სხვადასხვა დონეებს შორის ინფორმაციის გაზიარებასა და უკუკავშირის (სოფლის ამბულატორიებს, ქალთა კონსულტაციის ცენტრებს, სამშობიარო საავადმყოფოებსა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებს (გადაუდებელ სამედიცინო ცენტრებს) შორის)

- პერინატალური ჯანდაცვის ცენტრების შესაბამისად აღჭურვა (განსაკუთრებით სოფლებში) საგანგებო შემთხვევებში საჭირო მზრუნველობის განსახორციელებლად, ან უფრო მაღალი დონის დანესებულებებში დროული მიმართვიანობის უზრუნველყოფა
- ინფორმაციის ხარისხიანი გაცვლისა და პერინატალური მეთვალყურეობის დროს სერვისის უწყვეტობის უზრუნველყოფა დედათა ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დონეზე
- ბიუჯეტიდან ქალთა საჭიროებების ადეკვატურად დაფინანსება და დედათა ჯანმრთელობის სტრატეგიაში დასახული მიზნების მიღწევა
- ანტენატალური ვიზიტებისა და დედათა ჯანმრთელობის სხვა სერვისებისათვის, უფრო დიდი სუბსიდიების გამოყოფა, რათა ქალებს აღარ მოუწიოთ საკუთარი ჯიბიდან ასეთი სერვისების საფასურის გადახდა და ჯანმო-ს რეკომენდაციების გათვალისწინებით, ანტენატალურ ზრუნვაზე, ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობის, 4-დან 8-მდე გაზრდა
- კომპლექსური მონაცემების შესაგროვებლად, ისეთი სისტემების შემუშავება, რომლებშიც მონაცემები დეტალიზებული იქნება ეთნიკური, ასაკობრივი, გეოგრაფიული მდებარეობისა და სხვა ნიშნებით, და მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისათვის
- დედათა ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომი სერვისების შესახებ ფართო საზოგადოებისა და მოსახლეობის მოწყვლადი ჯგუფებისთვის (ეთნიკური უმცირესობები და სოფლებში მცხოვრები ქალები) ცნობიერების ამაღლება. მათზე ორიენტირებული სპეციფიკური კამპანიების განხორციელება
- ქალის მიერ გადაწყვეტილების მიღების უფლების უზრუნველყოფა, მისი სურვილების გათვალისწინება და ზრუნვის პროგრამების ცენტრში მისი დაყენება.

აივ/მიდს-ის პრევენციასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებით:

- დეტალიზებული მონაცემების შეგროვება, მათ შორის, განსაკუთრებით მოწყვლადი პოპულაციების შესახებ
- ეროვნული სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების სრულად დაფინანსებისა და მათი შესრულების უზრუნველყოფა, მათ შორის – მაგრამ არა მხოლოდ – პრევენციული სერვისების გაძლიერებით, განსაკუთრებით მოწყვლადი მოსახლეობის შემთხვევაში
- თემზე გათვლილი კვლევების პრიორიტეტულად მიჩნევა, რადგან ეს რისკის პოპულაციებთან მისაღწევად აუცილებელი წინაპირობაა. სათემო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლობის უზრუნველყოფა, რათა განსაკუთრებული რისკის პოპულაციებისათვის გარანტირებულ იქნას კვლევებზე წვდომა და ასევე, ტესტის პოზიტიური პასუხის შემთხვევაში, მათთან საჭირო კავშირების დამყარება ჯანდაცვის მომსახურების მისაწოდებლად
- სისხლის სამართლის კანონმდებლობის გადასინჯვა აივ ინფექციასთან დაკავშირებული საკითხების ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაციის აღმოსაფხვრელად
- ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაციის საკითხის განხილვა, განსაკუთრებით, ინექციური ნარკოტიკების ფლობასა და მოხმარებასთან დაკავშირებით, ვინაიდან ეს თემა აფერხებს ინმ-თა აივ ტესტირებას
- პოლიციის მხრიდან ოპოიდიური ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრების მონიტორინგის შეწყვეტა ნარკოტიკების მოხმარებელთა დასადგენად
- საინფორმაციო და დესტიგმატიზაციის შესახებ განათლების დონის ამაღლება, აივ ინფექციით დაავადებულებსა და სხვა განსაკუთრებულად მოწყვლად ინფიცირებულ მოსახლეობაზე სათანადო ზრუნვის უზრუნველსაყოფად
- ნებაყოფლობითი ტესტირებისა და კონსულტაციების ხელშეწყობით, პროგრამებში ზიანის შემცირების და OST პროგრამების გაძლიერება
- აივ ტესტირების ჩატარება ჯანდაცვის პირველად დონეზე, მათ შორის, სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციისთვის წვდომის უზრუნველყოფა
- აივ ინფექციის შესახებ საზოგადოების ინფორმირება. განსაკუთრებული აქცენტის გაკეთება ახალგაზრდებზე, როგორც სკოლებში, ასევე სკოლებს გარეთ. მათთვის ინფორმაციის მიწოდება აივ ინფექციის გადადების გზებსა და პრევენციის მეთოდებზე, ასევე, სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციის მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის აღმოფხვრაზე. აუცილებელია, ეს სასკოლო სასიცოცხლო უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების სავალდებულო პროგრამების ნაწილი გახდეს

- აივ ინფიცირებული ან სხვა მოწყვლადი ინფიცირებული პოპულაციების დისკრიმინაციის შემთხვევებში, ეფექტიანი სამართლებრივი დაცვის საშუალებების გამოყენების უზრუნველყოფა.

სასიცოცხლო უნარ-ჩვევების/სექსუალობის შესახებ განათლებასთან დაკავშირებით:

- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ, სკოლებსა და სკოლის გარეთ, ასაკის შესაბამისი ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების, სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის პრიორიტეტულად ცნობა, შემუშავება და განხორციელება
- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ იმის უზრუნველყოფა, რომ ასაკის შესაბამისი ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლება სავალდებულო გახდეს საქართველოს ყველა სკოლაში, ყველა ბავშვისათვის. ეს ვალდებულება უნდა შევიდეს განათლების სხვადასხვა საფეხურის სასწავლო გეგმებში და აისახოს შესაბამის სტრატეგიებში
- ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების მისაღებად საერთაშორისო სტანდარტებსა და იუნესკოს სახელმძღვანელო მითითებებთან (იხ. ზემოთ). მოსწავლეებისთვის ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების ასაკის შესაბამისი სასწავლო მასალების შემუშავება
- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ, ყველა პედაგოგის, რომელიც ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების გაკვეთილს ჩაატარებს, შესაბამისად გადამზადება. პედაგოგებისთვის ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული სასწავლო მასალების შემუშავება
- მასწავლებელთა და სკოლის ექიმების სავალდებულო პროგრამების 2017 წელს აღებული ვალდებულებების მიხედვით შემუშავება და განხორციელება (იხ. ზემოთ)
- სკოლის გარეთ მოზარდებისა და ახალგაზრდების ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების პროგრამის არსებულ ინფრასტრუქტურაზე დაფუძნება და მასში ამ სფეროში მომუშავე სამოქალაქო ორგანიზაციების მონაწილეობა. თანასწორი განათლების ეროვნული სტანდარტის, ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების შესახებ, საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით შემუშავება და მიღება
- მოზარდებისა და ახალგაზრდების, სკოლის ფარგლებში და მის გარეთ, ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების შემუშავების პროცესში მონაწილეობა, ასეთი განათლების გავრცელებაში თანატოლებისთვის ინიციატივების გაზიარების გზით
- ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ გამოცემული შესაბამისი რეკომენდაციების შესრულება, ბავშვთა უფლებების კომიტეტის ბოლო რეკომენდაციების ჩათვლით.

ქალთა მიმართ ძალადობასთან დაკავშირებით:

- შემუშავდეს კანონმდებლობა/რეგულაციები სექსუალური შევიწროების ასაკრძალად როგორც საჯარო სივრცეში ისე საგანმანათლებლო დაწესებულებებსა და სამუშაო ადგილას. მოხდეს ძალადობის მსხვერპლთა/დაზარალებულთა დაცვის მექანიზმების ეფექტიანობის ამაღლება და მისი მისაღებად ქალთა მიმართ ძალადობის ყველა ფორმასთან, ადევნებისა და სექსუალური შევიწროების ჩათვლით.
- გაუპატიურების განმარტების შეცვლა სისხლის სამართლის კოდექსში, რათა ის შეესაბამებოდეს CEDAW-სა და სტამბოლის კონვენციებს, მსხვერპლთა თანხმობის არარსებობის ელემენტის გათვალისწინებით
- ძალადობის მსხვერპლთათვის არსებული დამხმარე სერვისების უზრუნველყოფა ეთნიკური უმცირესობების ენებზე და ამ მომსახურების გამარტივებული ხელმისაწვდომობა იმ ქალებისთვის, რომლებიც ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ ტერიტორიებზე ცხოვრობენ
- საჯარო მოხელეებისთვის, მათ შორის, სამართალდამცავებისა და სასამართლო სისტემის წევრებისთვის, სავალდებულო ტრენინგებისა და უკვე არსებული სასწავლო პროგრამების, მთელი ქვეყნის მასშტაბით გაძლიერება
- სოციალური მუშაკების, მასწავლებლებისა და ექიმების ტრენინგების გაძლიერება ოჯახში ძალადობის შემთხვევების გამოსავლენად
- ცნობიერების ამაღლების კამპანიებისა და პროგრამების გაძლიერება, მათ შორის, სამოქალაქო საზოგადოებასთან თანამშრომლობით. საზოგადოებისა და სპეციალისტების ცნობიერების

ამაღლება ქალთა მიმართ ძალადობის გამოვლინების სხვადასხვა ფორმების, მათი მიზეზებისა და შედეგების, და არსებული სამართლებრივი დაცვის საშუალებების შესახებ, მათი პრევენციის მიზნით

- ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებების და კამპანიების ორგანიზება საზოგადოებაში, მათ შორის, მედიაში, არსებული დისკრიმინაციული გენდერული სტერეოტიპების დასამარცხებლად
- ქალთა მიმართ ძალადობის ყველა ფორმის, მათ შორის, სექსუალური შევიწროების შესახებ დახარისხებული ინფორმაციისა და ძალადობის მსხვერპლ ქალთა თვითმკვლელობის შესახებ მონაცემების შეგროვება და ანალიზი
- ბავშვთა ქორწინების ყველა დე ფაქტო შემთხვევაზე სქესისა და ასაკის ნიშნით დახარისხებული მონაცემების შეგროვება
- სისხლის სამართლის კანონმდებლობაში იძულებითი ქორწინების აკრძალვის დებულებების გაძლიერება და ამ დანაშაულის დონის შესახებ მონაცემების შეგროვება
- ბავშვის ქორწინებასთან დაკავშირებული დანაშაულის ფაქტებზე (სექსუალური კავშირი არასრულწლოვანთან, თავისუფლების აღკვეთა და ა.შ.) სანქციების დაკისრება დანაშაულის სიმძიმის შესაბამისად
- ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ორგანოების მიერ გამოცემული შესაბამისი რეკომენდაციების შესრულება, მათ შორის, ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხებზე გაეროს სპეციალური მომხსენებლის და CEDAW კომიტეტის რეკომენდაციების ჩათვლით.

რეპროდუქციული სისტემის და ძუძუს კიბოსთან დაკავშირებით:

- სკრინინგის პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში
- რეპროდუქციული და ძუძუს კიბოს შესახებ ცნობიერების ამაღლების პროგრამების შემუშავება და განხორციელება, რომლებიც ასევე მოახდენენ ხალხის ინფორმირებას სკრინინგისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომი პროგრამების შესახებ
- HPV ვაქცინაციის პროგრამის განხორციელება ქვეყნის მასშტაბით. ვაქცინაციის ინფორმირებული თანხმობით, ყოველგვარი იძულების ან დისკრიმინაციის გარეშე ჩატარების უზრუნველყოფა.

სუროგაციასთან დაკავშირებით:

- შესაბამისი სამინისტროს ფარგლებში, ან მის მიმართ ანგარიშვალდებული მარეგულირებელი სააგენტოს შექმნა, რომელსაც დაეკისრება სუროგატული შეთანხმებების მონიტორინგისა და სუროგატული ხელშეკრულების ნიმუშის შემუშავება
- მარეგულირებელი ორგანოსათვის ანაზღაურების შეთანხმებების მონიტორინგის ფუნქციის დაკისრება, რათა ისინი იყოს სამართლიანი და საკმარისი ორსულობის ხარჯების დასაფარად, არ უწევდეს ექსპლუატაციას პოტენციურად დაუცველ სუროგატ დედებს და აგრეთვე, არ იყოს გაუმართლებლად მაღალი სუროგატული მომსახურების განვითარების
- მარეგულირებელი სააგენტოსთვის კონსულტირების ფუნქციის დაკისრება, რაც გულისხმობს სუროგაციის მონაწილე პირების კონსულტირებას ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა: ორსულობისა და ბუნებრივი ან ქირურგიული მშობიარობის რისკები სუროგატი დედისათვის და დაბადებული ბავშვის შვილად აყვანასთან დაკავშირებულ გართულებები, განსაკუთრებით, საკუთარი ბავშვის გაშვილებისას, ტრადიციულ სუროგაციაში; პოტენციური მშობლებისთვის ინფორმაციის მიწოდება ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა, სპონტანური ან სამედიცინო მიზეზებით გამოწვეული აბორტის რისკები, ამით გამოწვეული ემოციური და ფინანსური ტვირთი; პასუხისმგებლობა გენეტიკური ან თანდაყოლილი მიზეზებით გამოწვეული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვზე
- უშვილობის კრიტერიუმების ჩამოყალიბება, რათა სუროგაცია მშობლობის უკანასკნელ საშუალებად განისაზღვროს
- არადისკრიმინაციული გარემოს უზრუნველყოფა სუროგაციის ორგანიზებისას, მათ შორის ოჯახური მდგომარეობისა და სექსუალური ორიენტაციის საფუძველზე
- „რეპროდუქციული ტურიზმის“ შესაძლო პრაქტიკის თავიდან ასაცილებლად, საქართველოში საცხოვრებელი ადგილის ქონის აუცილებელ მოთხოვნად აღიარება
- გესტაციური მატარებლისთვის მინიმალური ასაკობრივი ზღვრის დაწესება, რომელიც უნდა იყოს ბავშვთა უფლებების კონვენციით გათვალისწინებულ 18 წელსა და სრულწლოვნობის ასაკზე ზევით,

რათა გარანტირებული იქნას სუროგატი დედის შესაბამისი მონიფულაობა და გადანაცვების მიღების დროს მის ჯანმრთელობასა და ორსულობაზე მომავალში შესაძლო ზემოქმედების საფრთხეების გააზრების უნარი; ასაკობრივი ცენზის დაწესება მიმღები მშობლებისთვისაც, ადამიანის უფლებათა სტანდარტების გათვალისწინებით, რომელიც კრძალავს დისკრიმინაციას ასაკის საფუძველზე

- მონაცემთა შეგროვება და მათი პერიოდულად წარდგენა მარეგულირებელ სააგენტოში ან სხვა შესაბამის სახელმწიფო დაწესებულებაში, როგორც აუცილებელი პირობა სამედიცინო რეპროდუქციული მომსახურების განვითარების ლიცენზიის მისაღებად.

მარგინალიზებულ ჯგუფებთან დაკავშირებით:

- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე ყველა მოწყვლადი ჯგუფისთვის ხელმისაწვდომობის შესახებ, დახარისხებული მონაცემების შეგროვება
- სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობაზე დაფუძნებული ძალადობის ფაქტების ეფექტიანი გამოძიება, აღკვეთა, აღრიცხვა და მსხვერპლთა უზრუნველყოფა ეფექტიანი სამართლებრივი დაცვის საშუალებებით
- ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტის უზრუნველყოფა შესაბამისი (სავალდებულო) ტრენინგით იმ მიზნით, რომ ინფორმირებულობის ნაკლებობამ და ნეგატიურმა სტერეოტიპებმა არ შელახოს ლგბტ პირებისათვის ჯანდაცვაზე წვდომა
- ტრანსგენდერი, ტრანსსექსუალი და გენდერულად არაკონფორმული პირების საჭიროებებზე ფოკუსირებული საერთაშორისო კლინიკური სახელმძღვანელოს ადაპტირება და დანერგვა ტრანსგენდერი პირების ჯანდაცვის ხარისხიან სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად
- ტრანსგენდერი პირებისათვის სასურველი სქესის სამართლებრივი აღიარება მათი თვითიდენტიფიკაციის საფუძველზე, ყოველგვარი სამედიცინო, მათ შორის ქირურგიული ან ფსიქოლოგიური, ინტერვენციების გარეშე
- ლგბტ პირების სოციალური საჭიროებების შესწავლა და სახელმწიფოებრივ გეგმებსა და ჯანდაცვის სტრატეგიებში მათი საჭიროებების გათვალისწინება
- პოლიციის თანამშრომლების მომზადება ქალი სექსმუშაკების მიმართ არასათანადო მოპყრობის წინააღმდეგ ბრძოლისა და მისი პრევენციის მიზნით, ასევე, სავარაუდო ძალადობის ყველა შემთხვევის სათანადო გამოძიების უზრუნველსაყოფად
- კამპანიების ორგანიზება სექსმუშაკების მიმართ ისეთი სოციალური სტიგმის აღმოსაფხვრელად, რაც მათ ძალადობის მსხვერპლად აქცევს
- სექსმუშაკებისათვის, სგგი-ის მკურნალობის მეთოდების შესახებ, საინფორმაციო კამპანიების ორგანიზება
- ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებების ორგანიზება ისეთი სოციალური სტიგმისა და გენდერული სტერეოტიპების წინააღმდეგ, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებენ ნარკოტიკების მომხმარებელი ქალების, ასევე ყველა ქალის, სიცოცხლეზე და ხელს უშლის მათ, მიიღონ სხვადასხვა მომსახურება, ჯანდაცვის მომსახურების ჩათვლით
- ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა თავშესაფრების მოწყობა შესაბამისი ინფრასტრუქტურითა და საშუალებებით, რათა თავშესაფრებთან წვდომა შესაძლებელი გახდეს იმ ქალებისათვისაც, რომლებიც ნარკოტიკებს იღებდნენ. ასევე, თავშესაფრებში ისეთი სერვისების უზრუნველყოფა, როგორიცაა მეტადონის ჩანაცვლებითი მკურნალობა
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ ეროვნული სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავება სპეციალურად ნარკოტიკების მომხმარებელი ქალებისათვის.
- პოლიციის ოფიცრების მხრიდან ნარკოტიკების მომხმარებელ ქალთა მიმართ ძალადუფლების ბოროტად გამოყენების ყველა შემთხვევის ეფექტიანი და მიუკერძოებელი გამოძიება და შესაბამისი სტატისტიკის წარმოება
- ნარკოტიკების მოხმარების, კერძოდ, ინექციური ნარკოტიკების ფლობისა და გამოყენების დეკრიმინალიზაციის საკითხის განხილვა
- იძულებით გადაადგილებულ ქალთა შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად, საინფორმაციო კამპანიების ჩატარება
- კანონმდებლობასა და პრაქტიკაში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და ყველა

მონყვლადი ჯგუფის მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის უზრუნველყოფა

- ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ რაიონებში მოქმედი საავადმყოფოების სათანადოდ აღჭურვა, რათა მათ შეეძლოთ საბაზისო და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება
- ეთნიკური ჯგუფების დისკრიმინაციის თავიდან ასაცილებლად შესაბამისი პროგრამების შემუშავება, მათ შორის ჯანდაცვის სფეროში და ამ ჯგუფებისათვის ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის საკითხებთან დაკავშირებით არსებული ხარვეზების აღმოფხვრა
- ყველა მარგინალური ჯგუფის წინააღმდეგ დისკრიმინაციის შემთხვევების გამოძიება და მათზე რეაგირება, მათ შორის, ბოშა ქალებისათვის დედათა სამედიცინო მომსახურებაზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობის ჩათვლით
- საქართველოს ოჯახის დაგეგმვისა და სხვა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამებში (მათ შორის, აივ-თან დაკავშირებული პროგრამებში) დაუცველ ჯგუფებზე გათვლილი კონკრეტული პროგრამების ჩართვა
- გინეკოლოგიური განყოფილებების ადაპტაცია იმგვარად, რომ ეტლით მოსარგებლე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს ხელი არ შეეშალოთ მის ფიზიკურ წვდომაში
- ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა ყველა თავშესაფრის იმგვარად ადაპტირება, რათა ისინი ხელმისაწვდომი გახდეს სხვადასხვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის, ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ქალების ჩათვლით
- ჯანდაცვის პერსონალის მომზადება და, მათ შორის, ცნობიერების ამაღლების კამპანიების ჩატარება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ყველა სხვა მონყვლადი ჯგუფის მიმართ არსებული დისკრიმინაციის დასაძლევად
- ყველა სახის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის სერვისების მიღებისას არსებული ბარიერების კვლევა ეფექტიანი პოლიტიკისა და პროგრამების შესამუშავებლად
- ისეთი პრაქტიკის შეწყვეტა, რომელიც ხელს უშლის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა და ახალგაზრდების რეპროდუქციული უფლებების რეალიზაციას. მათ შორის, ნებაყოფლობითი სექსუალური აქტივობის კონტროლის შეწყვეტა
- ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი, კონფიდენციალური მომსახურებების ჩართვა სექსუალური და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის პროგრამებში, განსაკუთრებით დაუცველი ჯგუფების შემთხვევაში
- ეფექტიანი მექანიზმების არსებობის უზრუნველყოფა მონყვლადი ჯგუფებისათვის მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობის საგარანტიოდ, მათი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის, ბავშვთა უფლებების კონვენციის და ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კონვენციის ინდივიდუალურ საჩივრებსა და პროცედურებზე ფაკულტატიური პროტოკოლების რატიფიცირება.

შესავალი

ადამიანის უფლებების შეფასებას ექსპერტული დარეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში საქართველოში პირველად ჩატარდა. აღნიშნული ინიციატივა საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა (PDO), გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის (UNFPA CO Georgia) ტექნიკური მხარდაჭერით „ადამიანის უფლებათა დამცველი ინსტიტუტების მხარდაჭერის გზამკვლევი: ადამიანის უფლებათა შესახებ ქვეყნის შეფასება და ეროვნული კვლევა ექსპერტული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში“ (UNFPA-ს გზამკვლევი) მიხედვით, განხორციელდა.

წინამდებარე შეფასება მსოფლიოს მასშტაბით ადამიანის უფლებათა დამცველი ინსტიტუტების მიერ განხორციელებული შეფასებების ანალოგია, რომელიც მიზნად ისახავს, წარმოაჩინოს ექსპერტული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით მიღწეული წინსვლა, არსებული წინააღმდეგობები და გაუმჯობესების გზები. UNFPA-ის გზამკვლევი და პირველი ეროვნული შეფასების შედეგები ხელს შეუწყობენ, შეიქმნას მუდმივი ექსპერტული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის კენ მიმართული პლატფორმა ადამიანის უფლებათა პერიოდული და თანმიმდევრული ანალიზისა და წინსვლის მონიტორინგის განხორციელებლად.

საქართველოში ექსპერტული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვის ეროვნული შეფასების ამოცანები შეესაბამება საქართველოს სახალხო დამცველის და ადამიანის უფლებათა დამცველი ბევრი მსოფლიო ინსტიტუტის ვალდებულებებს, რომლებმაც ადამიანის უფლებათა მხარდაჭერისა და დაცვის ეროვნული ინსტიტუტების საერთაშორისო საკოორდინაციო კომიტეტის მეთერთმეტე საერთაშორისო კონფერენციაში მიიღეს მონაწილეობა (იორდანია, ამანი, 2012 წ. ნოემბერი) და იკისრეს „ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე დაიცვან და ხელი შეუწყონ რეპროდუქციულ უფლებებს“ და „ხელი შეუწყონ მტკიცებულებების შეგროვებას (მაგ.: მონაცემების, გამოკითხვების, კვლევის) რეპროდუქციული უფლებების განხორციელებასთან და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებით.“

მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ ეროვნული შეფასება არ არის ეროვნული გამოკითხვა³, თუმცა ადამიანის უფლებების შეფასების კუთხით, ექსპერტული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში, ამ უკანასკნელის მყარი საფუძველია.

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი

ეროვნული შეფასება საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა (PDO) ჩატარდა.

სახალხო დამცველი დამოუკიდებელი კონსტიტუციური ინსტიტუტია, რომლის მანდატიც, საქართველოს ტერიტორიაზე ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვის ზედამხედველობას

3 ეროვნული გამოკითხვა წარმოადგენს ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული სისტემატური პრობლემების გამჭვირვალე, საჯარო კვლევას, რომელშიც მონაწილეობის მისაღებად ინვევენ ფართო საზოგადოებას და დაინტერესებულ ექსპერტებს (მათ შორის ექსპერტებს მთავრობიდან და სამოქალაქო საზოგადოებიდან). ეროვნული შეფასებას კი, როგორც აქ წარმოდგენილი დოკუმენტია, სხვა ფუნქცია აქვს და შეიძლება ჩატარდეს ეროვნულ გამოკითხვამდე ან მის დროს. ეროვნული შეფასება არის მეორადი წყაროებიდან კომპილირებული ინფორმაციისა და მონაცემების სისტემატური შესწავლა ადამიანის უფლებების სფეროში ქვეყანაში არსებული ძირითადი პრობლემების დასადგენად და გასარკვევად, რომლებიც დაკავშირებულია ექსპერტული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საკითხებთან და ასევე, იმ ძალისხმევის დასადგენად, რომელსაც ამ პრობლემების დასაძლევად იჩენენ (ან არ იჩენენ) სახელმწიფო, როგორც ძირითადი უფლებამოსილი სუბიექტი, და სხვა არასამთავრობო სუბიექტები. იხ.: UNFPA-ს გზამკვლევი „ადამიანის უფლებათა დამცველი ინსტიტუტების მხარდაჭერის გზამკვლევი: ადამიანის უფლებათა შესახებ ქვეყნის შეფასება და ეროვნული კვლევა ექსპერტული და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში“ (UNFPA-ს გზამკვლევი)

ითვალისწინებს, მისი იურისდიქციის ფარგლებში. ის აღგენს ადამიანის უფლებების დარღვევის შემთხვევებს სახელმწიფო სააგენტოების, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების, საჯარო ინსტიტუციებისა და სახელმწიფო თანამდებობის პირების ზედამხედველობის გზით და ხელს უწყობს დარღვეული უფლებებისა და თავისუფლებების აღდგენას.

სახალხო დამცველი ადამიანის უფლებების დარღვევის შემთხვევებს შეისწავლის, როგორც მიღებული განცხადებების საფუძველზე, ასევე საკუთარი ინიციატივითაც. მის მიერ განხილული საქმეები მოიცავს შემდეგს:

- საჯარო დაწესებულებების გადაწყვეტილებები;
- სასამართლო განხილვის პროცესში საქართველოს კანონმდებლობით მინიჭებული უფლებებისა და თავისუფლებების შელახვას ან დარღვევას;
- დაკავებული, დაპატიმრებული ან სხვაგვარად თავისუფლებაშემზღუდული პირისთვის საქართველოს კანონმდებლობით უზრუნველყოფილი უფლებების დარღვევას;
- ნორმატიული აქტების საქართველოს კონსტიტუციის მეორე თავთან შესაბამისობას;
- რეფერენდუმისა და არჩევნების მომწესრიგებელი ნორმების და ამ ნორმების საფუძველზე ჩატარებული ან ჩასატარებელი არჩევნების (რეფერენდუმის) კონსტიტუციურობას.

სახალხო დამცველის აპარატი უფლებამოსილია განიხილოს განაცხადები ადამიანის იმ უფლებებისა და თავისუფლებების დარღვევის თაობაზე, რომლებიც დაცულია საქართველოს კანონებით, ასევე იმ საერთაშორისო შეთანხმებებითა და ხელშეკრულებებით, რომელთა ხელმოწერიც საქართველოა.

ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად განხორციელებულ სხვა საქმიანობებს შორის, საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი:

- შეიმუშავებს მოსაზრებებს აუცილებელი საკანონმდებლო ცვლილებების შესახებ და მათ საკანონმდებლო წინადადების სახით წარუდგენს საქართველოს პარლამენტს;
- წინადადებებითა და რეკომენდაციებით მიმართავს სახელმწიფო სააგენტოებს, ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს, სახელმწიფო დაწესებულებებსა და თანამდებობის პირებს, რომელთა მოქმედებამაც გამოიწვია სახელმწიფოს მიერ გარანტირებულ ადამიანის უფლებების დარღვევა;
- ამზადებს საპარლამენტო ანგარიშებს, საქმიანობის შესახებ ანგარიშებსა და სპეციალურ ანგარიშებს ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული შერჩეული საკითხების შესახებ, როგორიცაა „ქალთა უფლებებისა და გენდერული თანასწორობის შესახებ ანგარიში“, რომელიც 2016 წელს გამოიცა და მოხსენიებულია ეროვნულ შეფასებაში;
- წინადადებებით მიმართავს შესაბამის საგამოძიებო ორგანოებს გამოძიების ან/და სისხლისსამართლებრივი დევნის დაწყების თაობაზე;
- მიმართავს შესაბამის ორგანოებს, იმ პირთა დისციპლინური ან ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობის შესახებ, რომელთა მოქმედებებმაც გამოიწვია ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების დარღვევა;
- ასრულებს სასამართლოს მეგობრის (*amicus curiae*) ფუნქციას საერთო სამართლის სასამართლოებსა და საკონსტიტუციო სასამართლოში;
- წარადგენს კონსტიტუციურ სარჩელს საკონსტიტუციო სასამართლოში;
- განსაკუთრებულ შემთხვევებში, მიმართავს საქართველოს პარლამენტს ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დარღვევის ფაქტთან დაკავშირებით დროებითი საგამოძიებო კომისიის შექმნისა და კონკრეტული საკითხების განხილვის მოთხოვნით.

ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჭრილში (SRHR)

ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში გამომდინარეობს ადამიანის ძირითადი უფლებებიდან, რომლებიც აღიარებულია საქართველოს კონსტიტუციითა და კანონებით, საქართველოს მიერ რატიფიცირებული ადამიანის უფლებების

საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულებებით, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დოკუმენტებით და საერთაშორისო კონფერენციების დოკუმენტებით. ზემოთ აღნიშნული მოიცავს:

- სიცოცხლის უფლებას;
- ხარისხიანი ჯანდაცვის უფლებას, მათ შორის, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით;
- უფლებას, გადანეცხდოს, როდის და რა ინტერვალით იყოლიოს შვილები და ხელი მიუწვდებოდეს ინფორმაციაზე, განათლებასა და შესაბამის საშუალებებზე ამ უფლებების განსახორციელებლად;
- განათლებასა და ინფორმაციას;
- თანასწორობას;
- დისკრიმინაციის აკრძალვას;
- კონფიდენციალობას;
- ქორწინებაზე თანხმობას და თანასწორობას ქორწინებაში;
- უფლებას, არ გახდეს წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის და სასჯელის მსხვერპლი;
- უფლებას, გამოიყენოს სამართლებრივი დაცვის ეფექტიანი საშუალებები.

ადამიანის უფლებები სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში მნიშვნელოვანია ისეთი ძირეული უფლებების განსახორციელებლად, როგორიცაა ჯანმრთელობა, სიცოცხლე, ღირსება, სიღარიბის შემცირება, თანასწორობა, მათ შორის, გენდერული ნიშნით და სხვ. რეპროდუქციული უფლებები მკაფიოდ აღიარეს ადამიანის უფლებებად გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ისეთ კონფერენციებზე, როგორებიცაა მოსახლეობის და განვითარების საერთაშორისო კონფერენცია (1994 წ.) და ქალთა მდგომარეობის შესახებ მეოთხე მსოფლიო კონფერენცია (1995). მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ ჯანმრთელობის, როგორც სრული ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობის და არა უბრალოდ დაავადებების ან შეუძლოდ ყოფნის არარსებობის განსაზღვრების ფარგლებში, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა შეეხება რეპროდუქციულ პროცესებს, ფუნქციებსა და სისტემებს სიცოცხლის ყველა ეტაპზე. ამდენად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა გულისხმობს, რომ ადამიანებს შეუძლიათ ჰქონდეთ პასუხისმგებლიანი, დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება და რომ მათ გააჩნიათ კვლავწარმოების უფლება და თავისუფლება, გადანეცხდონ გააჩინონ თუ არა შვილები, როდის და რა სიხშირით. ეს გულისხმობს ქალებისა და მამაკაცების უფლებას, იყვნენ ინფორმირებული და ხელი მიუწვდებოდეთ ფერტილობის რეგულირების უსაფრთხო, ეფექტიან, ფინანსურად ხელმისაწვდომ და მისაღებ მეთოდებზე, ასევე უფლებას, ჰქონდეთ წვდომა სათანადო ჯანდაცვის მომსახურებაზე, რომელიც ქალებს საშუალებას მისცემს უსაფრთხოდ გაიარონ ორსულობისა და მშობიარობის პერიოდი და უზრუნველყოფს წყვილებს ჯანმრთელი შვილის ყოლის საუკეთესო შესაძლებლობით⁴. ამას გარდა, სექსუალური ჯანმრთელობა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განისაზღვრება, როგორც ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური კეთილდღეობა სექსუალობის ჭრილში. ის მოითხოვს პოზიტიურად და პატივისცემით მიდგომას სექსუალობისა და სექსუალური ურთიერთობების მიმართ, ასევე სასიამოვნო და უსაფრთხო სექსუალური გამოცდილების მიღების შესაძლებლობას ძალდატანების, დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე.

ეროვნული შეფასების სამართლებრივი და კონცეპტუალური ჩარჩო

ქვეყნის წინამდებარე შეფასების სამართლებრივ ჩარჩოს წარმოადგენს საქართველოს კონსტიტუციითა და კანონებით განსაზღვრული ადამიანის უფლებები და თავისუფლებები, ასევე, ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ხელშეკრულებები, რომლებიც ამ საკითხს სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში განიხილავენ და რომლებიც რატიფიცირებულია საქართველოს მიერ.

4 მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.
http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში განხორციელდა რამდენიმე ინიციატივა, რომლებმაც დადებითი ზემოქმედება მოახდინეს ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის (SRH) სერვისებზე, ამ საკითხის შესახებ ერთიანი დოკუმენტი საქართველოში ჯერ კიდევ არ არსებობს. 2006 წელს, საერთაშორისო ექსპერტების დახმარებით, შემუშავდა კანონპროექტი რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ, თუმცა საქართველოს მთავრობას ის არ მიუღია. გარდა ამისა, საქართველოს კანონმდებლობაში მკაფიოდ არ არის განმარტებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები. შესაბამისად, სხვადასხვა საკანონმდებლო ნორმებით და პოლიტიკის განმსაზღვრელი დოკუმენტებით, იგი ფრაგმენტულად რეგულირდება⁵.

წინამდებარე შეფასება იკვლევს სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების და კეთილდღეობის რეალიზების მასშტაბს ქვეყანაში და იმას, შეესაბამება თუ არა სახელმწიფოს ადამიანის უფლებების შესახებ აღებული ვალდებულებები ამ სტანდარტებს.

საქართველოს მიერ რატიფიცირებული შესაბამისი საერთაშორისო და რეგიონული შეთანხმებები განხილულია პირველ თავში.

კვლევის შეკითხვები

კვლევაში მოცემულია პასუხები შემდეგ ძირითად კითხვებზე:

- რამდენად უწყობს ხელს ქვეყნის მიერ ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ხელშეკრულებებით აღებული ვალდებულებებისა და ამ საკითხების ირგვლივ პოლიტიკური განცხადებების შესრულებას საქართველოს მთავრობის და სხვა ორგანოების მიერ მიღებული კანონები, პოლიტიკა, ნორმატივები და სხვა ინიციატივები?
- რამდენად უწყობს ხელს ეროვნული კანონმდებლობით განსაზღვრული ადამიანის უფლებების ვალდებულებების შესრულებას საქართველოს მთავრობისა და სხვა ორგანოების მიერ მიღებული კანონები, პოლიტიკა, რეგულაციები და სხვა ინიციატივები?
- რა ღონისძიებებია საჭირო ამ ვალდებულებების შესასრულებლად?

ამ კითხვებზე მიღებულ პასუხებზე დაყრდნობით, წინამდებარე ანგარიშში წარმოდგენილია რეკომენდაციები მთავრობის, პარლამენტისა და სასამართლოსთვის, შემოთავაზებულია სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ტრილში ადამიანის უფლებების გაუმჯობესების მექანიზმები, რაც თავის მხრივ, ხელს უწყობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში უკეთესი შედეგების მიღწევას. რეკომენდაციები შეიძლება და უნდა იქნას გამოყენებული შემდგომ წლებში წინსვლის შესაფასებლად.

ქალები და გოგონები, არახელსაყრელი სოციალური, კულტურული, პოლიტიკური და სამართლებრივი პირობების გამო, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის რეალიზების კუთხით, ხშირად განსაკუთრებულ სირთულეებს აწყდებიან. თუმცა, ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხები ასევე მნიშვნელოვანია კაცებისა და ბიჭების ადამიანის უფლებებისთვისაც. შესაბამისად, ისეთი საკითხების ანალიზი, როგორიცაა ოჯახის დაგეგმვა, ყოვლისმომცველი სქესობრივი განათლება, აივ ინფექცია – რელევანტურია ყველა ადამიანის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების რეალიზებისთვის.

5 საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები ხშირად აღნიშნავს და გამოიყენება იმ მნიშვნელობით, რომელიც გამორიცხავს სექსუალობას და სექსუალური ჯანმრთელობის სრულყოფილ გაგებას; საქართველოში, საზოგადოდ, მას აკავშირებენ სქესის ბიოლოგიურ მახასიათებლებთან.

მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანის უფლებების საერთაშორისო და ეროვნული სტანდარტების შესაბამისად, გენდერს განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა, თანასწორობა და დისკრიმინაციის გამორიცხვა გამჭოლი პრინციპებია. შესაბამისად, შეფასებაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა სხვა მარგინალიზებულ და მოწყვლად ჯგუფებს, მათ შორის, ეთნიკურ და რელიგიურ უმცირესობებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, გაჭირვებაში მცხოვრებ პირებს, ნარკოტიკული ნივთიერებების მომხმარებლებს, სოფლის მოსახლეობას, მოზარდებს და ახალგაზრდებს, ქალებს, ბოშებს, სექსუალურ უმცირესობებს, ლესბოსელებს, გეი, ბისექსუალ, ტრანსგენდერ და ინტერსექს (LGBTI) პირებს და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებს (ფიზიკური, ფსიქოსოციალური თუ გონებრივი).

მეთოდოლოგია

ქვეყანაში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჭრილში ადამიანის უფლებების შეფასება არის „მეორადი წყაროებიდან კომპილირებული ინფორმაციისა და მონაცემების სისტემატური შესწავლა ადამიანის უფლებების სფეროში არსებული იმ ძირითადი პრობლემების დასადგენად და გასარკვევად, რომლებიც დაკავშირებულია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საკითხებთან და ასევე იმ ძალისხმევის, რომელსაც ახორციელებს (ან არ ახორციელებს) სახელმწიფო, როგორც ძირითადი უფლებამოსილი სუბიექტი, და სხვა არასამთავრობო სუბიექტები, ამ პრობლემების დასაძლევად“.

შემდგომ პარაგრაფებში განხილულია შეფასების განხორციელების ძირითადი ნაბიჯები და მეთოდები:

კვლევისა და ანალიზის საკითხების იდენტიფიკაცია

ქვეყნის შეფასებაში განხილულია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვის შემდეგი საკვანძო საკითხები:

- კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობა;
- უსაფრთხო აბორტის სერვისებისადმი წვდომა და აბორტის შემდგომი მეთვალყურეობა;
- დედათა ჯანმრთელობა;
- აივ/მიდს-ის პრევენცია და მკურნალობა;
- ყოვლისმომცველი სექსუალობის განათლება;
- ძალადობა ქალებისა და გოგონების მიმართ;
- რეპროდუქციული ტექნოლოგიები: სუროგაცია;
- რეპროდუქციული სისტემის შერჩეული სიმსივნეები და ძუძუს კიბო;
- მარგინალიზებული და მოწყვლადი ჯგუფები.

აგრეთვე, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ადამიანის უფლებების გამჭოლ საკითხებს, სახელდობრ:

- დისკრიმინაციის აკრძალვა და თანასწორობა;
- მონაწილეობა;
- ბიუჯეტირება და რესურსების გამოყოფა;
- მონაცემების შეგროვება და მონიტორინგი;
- ანგარიშვალდებულება, მათ შორის, მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობა და დაზარალებულთა კომპენსაცია, ასევე, ანგარიშვალდებულების ისეთი არაიურიდიული ფორმები, როგორიცაა პოლიტიკური და ადმინისტრაციული მექანიზმები; მაგალითად, დედათა სიკვდილიანობის ან სიკვდილთან მიახლოებული შემთხვევების მიმოხილვა და ზემოქმედების შეფასება;
- პრივატულობა და კონფიდენციალობა.

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

შერჩეული საკითხები და გამჭოლი თემები ეყრდნობა UNFPA-ის გზამკვლევში მოცემულ მოდელს, რომელიც ადაპტირებულია საქართველოსთვის. თითოეული საკვანძო საკითხისა და ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული საერთო პრობლემისთვის UNFPA-ის გზამკვლევში მოცემულია შეკითხვები და შესაბამისი ინდიკატორები ადამიანის უფლებათა სტანდარტებთან შესაბამისობის დასადგენად.

კვლევა

ინფორმაციისა და მონაცემების შესასწავლად გამოყენებული ძირითადი მეთოდებია:

1. პირველადი მონაცემების (მაგ.: სტატისტიკის, ეროვნული კანონების, ნორმატივების და პოლიტიკის, ეროვნული სტრატეგიების (როგორიცაა დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სტრატეგია), ეროვნული კვლევების (მაგ.: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა)) სამაგიდო კვლევა.
2. მეორადი ლიტერატურის, მათ შორის, რაოდენობრივი და თვისობრივი ინფორმაციის, სახელდობრ, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ორგანოების (მაგ.: გაეროს სააგენტოების), გაეროს და ადამიანის უფლებების რეგიონული ორგანოების ანგარიშების (მათ შორის, გაეროს ხელშეკრულების მონიტორინგის ორგანოების სპეციალური რეკომენდაციების, საქართველოს შესახებ უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვის და სპეციალური მომხსენებლის ქვეყანაში ვიზიტების ჩათვლით), სამოქალაქო საზოგადოების და აკადემიური წრის, აგრეთვე, მთავრობის ანგარიშების სამაგიდო კვლევა.
3. გაცნობითი შეხვედრები გაიმართა ზოგიერთ სამინისტროსთან, პარლამენტთან, სამოქალაქო ორგანიზაციებთან. შეხვედრები ჩატარდა, პირველ რიგში, დაინტერესებული მხარეების მომავალი შეფასების შესახებ ინფორმირებისა და შეფასებისადმი საერთო მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად.
4. სახალხო დამცველის აპარატმა გამოითხოვა ინფორმაცია შესაბამისი სახელმწიფო ორგანოებიდან. მიღებული პასუხები საჭიროებისამებრ არის გამოყენებული წინამდებარე ანგარიშში.

ანალიზი და ანგარიშის შედგენა

მონაცემების გაანალიზების შემდეგ შეიქმნა შეფასების ანგარიშის პროექტი. ეს შეფასება არ არის საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვის ამომწურავი ანალიზი, თუმცა ზემოთ განსაზღვრულ პრობლემებთან და საერთო თემებთან დაკავშირებულ ძირითად საკითხებს მოიცავს.

თავი 1: საქართველოს სამართლებრივი ვადეპუტატი საქსუალური და ჩაქროლუქიუი ჯანმრთელობის კუთხით

1. ქვეყნის სამართლებრივი და პოლიტიკური კონტექსტი

საქართველოს ეროვნული კანონმდებლობა და პოლიტიკის ჩარჩო, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და სქესის, გენდერის, სექსუალური ორიენტაციის და გენდერული იდენტობის (SOGI) საფუძველზე დისკრიმინაციისა და უთანასწორობის წინააღმდეგ ბრძოლის კუთხით, მნიშვნელოვნად შეიცვალა. ამ სფეროში მიღებულია ახალი ნორმატიული აქტები და დამატებითი ნორმები, ცვლილებები შევიდა არსებულ კანონმდებლობაში.

მიუხედავად ამისა, სახელმწიფოს მიერ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების ჩარჩო სისტემურ დონეზე არ აღიქმება, რაც სხვადასხვა მხრივ ვლინდება: ეფექტიანი დაფინანსების ნაკლებობა და დახარისხებული მონაცემების შეგროვების ნაკლოვანებები; ჯანდაცვის მაღალი სტანდარტების ხელმიუწვდომლობა, რაც დედათა სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელზე აისახება; ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ფრაგმენტული ხასიათი; სასიცოცხლო უნარების/ყოველმომცველი სექსუალური განათლების, როგორც ადამიანის უფლების, უგულებელყოფა. წინამდებარე შეფასებაში დეტალურად განხილული ეს და სხვა ფაქტორები ართულებენ გენდერული თანასწორობის მიღწევას და სახელმწიფოს მიერ ფართომასშტაბიანი, ყოველმხრივი და კოორდინირებული პოლიტიკის ეფექტიანად განხორციელებას.

ანგარიშში დანვრილებით არის განხილული ეროვნული კანონმდებლობა (მათ შორის, საქართველოს კონსტიტუცია) და პოლიტიკა, რომლებშიც ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჭრილშია ასახულია.

საქართველოს კონსტიტუცია

საქართველოს კონსტიტუციის (მიღებულია 1995 წ., უკანასკნელად შესწორდა 2017 წ.), პრეამბულა საყოველთაოდ აღიარებული ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების შესახებ მთელ რიგ დებულებებს შეიცავს.

კონსტიტუციის მეშვიდე მუხლის მიხედვით, სახელმწიფო ცნობს და იცავს ადამიანის საყოველთაოდ აღიარებულ უფლებებსა და თავისუფლებებს, როგორც „წარუვალ და უზენაეს ადამიანურ ღირებულებებს“. მუხლი 39 ავსებს ზემოხსენებულ ამრს და აცხადებს, რომ „საქართველოს კონსტიტუცია არ უარყოფს ადამიანისა და მოქალაქის სხვა საყოველთაოდ აღიარებულ უფლებებს, თავისუფლებებსა და გარანტიებს, რომლებიც აქ არ არის მოხსენიებული, მაგრამ თავისთავად გამომდინარეობენ კონსტიტუციის პრინციპებიდან.“

უფრო კონკრეტულად, საქართველოს კონსტიტუცია აღიარებს დისკრიმინაციის აკრძალვას (მუხლი 14) და იცავს, *inter alia*, სიცოცხლის უფლებას (მუხლი 15), კრძალავს წამებას და არაადამიანურ და სასტიკ მოპყრობას (მუხლი 17), იცავს პირადი ცხოვრების უფლებას (მუხლი 20), დედათა და ბავშვთა უფლებებს (მუხლი 36) და ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარებით, სარგებლობის უფლებას (მუხლი 37). სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რეალიზებისთვის, ყველა მათგანი არსებითად მნიშვნელოვანია.

სხვა კანონები

მთელი რიგი სხვა კანონები ასევე ითვალისწინებს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და მასთან დაკავშირებულ უფლებებსა და მოვალეობებს. მათ შორისაა, კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (გამოცემულია 1997 წ., რამდენჯერმე შესწორდა), რომელიც არეგულირებს უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვას (თავი 22), ოჯახის დაგეგმვას (თავი 23). მუხლი 136 განმარტავს, რომ საქართველოს მოქალაქეებს უფლება აქვთ დამოუკიდებლად განსაზღვრონ შვილების რაოდენობა და გაჩენის დრო, მუხლი 139 განსაზღვრავს აბორტის გაკეთების პირობებს, მუხლი 143 – ინვიტრო განაყოფიერების საკითხებს, სხვა დებულებებთან ერთად.

საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ (2000 წ.) იცავს საქართველოს მოქალაქეების უფლებას, მიიღონ ჯანდაცვის მომსახურება დისკრიმინაციის გარეშე (მუხლი 6), უზრუნველყოფს მათი კონფიდენციალურობისა და პირადი ცხოვრების უფლებას (თავი 5), ორსული ქალებისა და მეძუძური დედების უფლებებს (თავი 7).

2010 წელს საქართველომ მიიღო კანონი **გენდერული თანასწორობის შესახებ**, რომელიც უზრუნველყოფს ქალებისა და კაცების თანასწორ უფლებებს, თავისუფლებებსა და შესაძლებლობებს საქართველოს კონსტიტუციის შესაბამისად. კანონში განსაზღვრულია ამ უფლებების შესაბამის სფეროებში განხორციელების სამართლებრივი მექანიზმები და პირობები (მუხლი 1). კანონის გაცხადებული მიზანია დისკრიმინაციის აკრძალვა ყველა სფეროში, ქალებისა და კაცების მიერ თანასწორი უფლებებით, თავისუფლებებითა და შესაძლებლობებით სარგებლობისთვის სათანადო პირობების შექმნა და დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრისა და შემსუბუქების ხელშეწყობა (მუხლი 2). კანონი ასევე ითვალისწინებს ჯანდაცვის სერვისებისადმი წვდომას დისკრიმინაციის გარეშე, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების დაცვის სპეციალურ ზომებს (მუხლი 10).

აღნიშნულ სფეროს ასევე არეგულირებს **სისხლის სამართლის და სამოქალაქო სამართლის კოდექსები** და 2014 წელს მიღებული **საქართველოს კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღფხვრის შესახებ** – პირველი საკანონმდებლო მექანიზმი საქართველოში, რომელიც მკაფიოდ კრძალავს დისკრიმინაციის ყველა ფორმას, მათ შორის, სექსუალური ორიენტაციის და გენდერული იდენტობის საფუძველზე, როგორც საჯარო, ასევე კერძო სექტორებში.

შესაბამისი პოლიტიკა

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭრილში ადამიანის უფლებების დაცვის სტრატეგიებისა და პოლიტიკის ჩამოყალიბების კუთხით, ქვეყანაში მნიშვნელოვანი წინსვლა შეინიშნება. განსაკუთრებით აღსანიშნავია **დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგია (2017-2030 წლები)** და სამწლიანი სამოქმედო გეგმა (2017-2019 წლები). სტრატეგიის ამოცანაა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესაბამისი სფეროების გასაუმჯობესებლად მიმართულებების განსაზღვრა და მხარდაჭერა საქართველოში. დოკუმენტის ძირითადი მიზანია, რომ 2030 წლისთვის აღმოიფხვრას დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობა ან მკვრადშობადობა; უზრუნველყოს, რომ ყველა დაბადებული ბავშვი იყოს სასურველი, ხოლო ყველა არასასურველი ორსულობა არიდებული შესაბამისი განათლებით და მაღალი ხარისხის ინტეგრირებული სერვისებისადმი წვდომით⁷. 3-წლიანი სამოქმედო გეგმა (2017-2019 წწ.) ზოგადი ჩარჩო დოკუმენტია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ, რომლითაც განსაზღვრულია მომდევნო სამი წლის განსახორციელებელი ნაბიჯები.

ახალგაზრდები ქვეყნის განვითარების პრიორიტეტი რომ გამხდარიყო, 2014 წელს **ეროვნული ახალგაზრდული პოლიტიკა** მიიღეს. პოლიტიკა აღიარებს და უზრუნველყოფს ახალგაზრდების საჭიროებებს განათლების, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებისადმი წვდომის, დასაქმების, გადწყვეტილების მიღების პროცესში მონაწილეობის კუთხით. იგი ასევე ითვალისწინებს ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდებას გენდერული თანასწორობის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების, აივ ინფექციის პრევენციის და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ. პოლიტიკის ამოცანაა, ეს ინფორმაცია მათთვის ხელმისაწვდომი გახადოს არაფორმალური არხების მეშვეობითაც, მაგალითად, თანატოლთა საგანმანათლებლო პროგრამების მეშვეობით.

7 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღიარებს, რომ არასასურველი ორსულობის შემთხვევების უმეტესობის პრევენცია შეუძლებელია. კონტრაცეპტივის უმოქმედობა და სექსუალური ძალადობა არის ის ორი ფაქტორი, რომლებიც გავლენას ახდენს ამ აღიარებაზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია. 2012. „უსაფრთხო აბორტი: ტექნიკური და პოლიტიკის გაიდლაინი ჯანდაცვის სისტემებისთვის“. მეორე გამოცემა. უენევა გვ. 23

საქართველოს პარლამენტმა დაამტკიცა **დემოგრაფიული უსაფრთხოების პოლიტიკა 2017-2030 წლებისთვის**. პოლიტიკის ერთ-ერთი ამოცანაა, უზრუნველყოს „რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, ინფორმაციისა და განათლების საყოველთაო ხელმისაწვდომობა“. ასევე რელევანტურია **საქართველოში ადამიანის უფლებების დაცვის ეროვნული სტრატეგია 2014-2020 წლებისთვის** და სახელმწიფო პოლიტიკა, რომელიც საქართველოს ჯანდაცვის სისტემამ 2010 წელს დაწერა.

ასევე მნიშვნელოვანია **გენდერული თანასწორობის და ქალთა მიმართ ძალადობის/ოჯახში ძალადობის ეროვნული სამოქმედო გეგმები** დისკრიმინაციის აკრძალვის, თანასწორობისა და ძალადობის საკითხებთან დაკავშირებით, რამდენადაც ისინი წინამდებარე ანგარიშში განხილულ ბევრ საკითხს შეეხება.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა (RHS) შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულმა ცენტრმა (NCDC) და სტატისტიკის ეროვნულმა სამსახურმა 2012 წელს ჩაატარეს. მასში შესულია 2010 წლიდან არსებული მონაცემები. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა გახდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გარკვეული საკითხების შესახებ კანონებისა და პოლიტიკის შემუშავების საფუძველი.

მიუხედავად იმისა, რომ პოლიტიკა ადამიანის უფლებების უზრუნველყოფის მნიშვნელოვანი მექანიზმია, მას არ აქვს სავალდებულო ხასიათი და კანონებისა და რეგულაციების ჩასანაცვლებლად არ უნდა გამოიყენებოდეს.

2. ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ვალდებულებები

საქართველო ადამიანის უფლებათა ყველა იმ ძირითადი საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულების ხელმოწერია, რომლებიც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ უფლებებს მოიცავენ. ქვემოთ მოყვანილია ხელშეკრულებები, რომლებიც რატიფიცირებულია საქართველოს მიერ და რომლებიც გარკვეულწილად შეეხება სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებს.

საერთაშორისო პაქტი სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა შესახებ (ICCPR): სამართლებრივი დაცვის ეფექტიანი მექანიზმებისა და მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობის უფლება ადამიანის უფლებების დარღვევის შემთხვევაში (მუხლი 2); ქალებისა და კაცების თანასწორი უფლებები (მუხლი 3); სიცოცხლის უფლება (მუხლი 6); წამების, სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან დასჯის აკრძალვა (მუხლი 7); პირად და ოჯახურ ცხოვრებაში ჩაურევლობის, ადამიანის საცხოვრებლის შეუვალობის ან მისი კორესპონდენციის საიდუმლოების თვითნებური ან უკანონო ხელყოფის აკრძალვა (მუხლი 17); სიტყვის თავისუფლება, მათ შორის, ინფორმაციის მოძიების, მიღების და გაცემის უფლება (მუხლი 19); იძულებითი ქორწინების აკრძალვა (მუხლი 23.3); არადისკრიმინაციული მოპყრობის უფლება (მუხლი 26).

საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა შესახებ (ICESCR): ქალების და კაცების თანასწორი უფლებები (მუხლი 3); იძულებითი ქორწინების აკრძალვა (მუხლი 10.1); დედათა სპეციალური დაცვა (მუხლი 10.2); ცხოვრების ადეკვატური სტანდარტებით სარგებლობის უფლება (მუხლი 11); უფლება ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლეს სტანდარტებზე (მუხლი 12); განათლების უფლება, რაც განამტკიცებს ადამიანის უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების პატივისცემას (მუხლი 13).

კონვენცია ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ (CEDAW): ქალთა სრულფასოვანი განვითარებისა და წინსვლის უზრუნველყოფისთვის ყველა სათანადო ზომის მიღების ვალდებულება (მუხლი 3); დროებითი სპეციალური ზომების მიღება კაცებსა და ქალებს შორის დე ფაქტო თანასწორობის მიღწევის დასაჩქარებლად და დედობის დისკრიმინაციული აღქმისაგან დაცვა (მუხლი 4); კაცების და ქალების სოციალური და კულტურული ქცევის წესის მოდიფიცირება, იმ მიკერძოებების და წეს-ჩვეულებების და ყველა სხვა პრაქტიკის აღსაკვეთად, რომლებიც რომელიმე

სქესის უპირატესობის ან დაქვემდებარების იდეას ან კაცების და ქალების სტერეოტიპულ როლებს ეყრდნობა და იმის უზრუნველყოფა, რომ ოჯახის განათლება მოიცავდეს დედობის, როგორც სოციალური ფუნქციის, აღქმას (მუხლი 5); ვალდებულება ჯანდაცვის სფეროში ქალთა დისკრიმინაციის აღმოსაფხვრელად ყველა სათანადო ზომის მიღების შესახებ, ჯანდაცვის მომსახურების, მათ შორის, ოჯახის დაგეგმვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად (მუხლი 12.1); ჯანმრთელობის და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და სწავლების ყველა დონესა და ყველა ფორმაში მამაკაცთა და ქალთა როლის ნებისმიერი სტერეოტიპული კონცეფციის აღმოფხვრა, მათ შორის, სახელმძღვანელოების და სასკოლო პროგრამების გადასინჯვის და სწავლების მეთოდების ადაპტაციის გზით (მუხლი 10); ქალთა შესაბამისი სერვისებით უზრუნველყოფის ვალდებულება ორსულობის, მშობიარობისა და პოსტნატალურ პერიოდში, მათ შორის, საჭიროების შემთხვევაში, უფასო მომსახურების გაწევა, ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში ადეკვატური კვებით უზრუნველყოფა (მუხლი 12.2); სოფლად მცხოვრები ქალების პრობლემების მოგვარების ვალდებულება (მუხლი 14); კანონის წინაშე კაცებთან თანასწორობის უზრუნველყოფა (მუხლი 15); ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრა ქორწინებისა და ოჯახური ურთიერთობების ყველა საკითხთან მიმართებაში, მათ შორის, იძულებითი ქორწინების აკრძალვა და შვილების რაოდენობისა და გაჩენის დროის შესახებ გადანყვეტილების მიღებისას იმავე უფლებით სარგებლობა, რითაც მამაკაცი სარგებლობს (მუხლი 16).

კონვენცია რასობრივი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ (CERD): რასობრივი დისკრიმინაციის ნებისმიერი ფორმის აღმოფხვრისა და აკრძალვის ვალდებულება და პიროვნების უსაფრთხოებისა და სახელმწიფოს მიერ ძალადობისგან და სხეულის დაზიანებისგან დაცვის უზრუნველყოფა, მიუხედავად იმისა, ამგვარ ქმედებას სახელმწიფო მოხელე ჩაიდენს, ინდივიდუალური ჯგუფი თუ დაწესებულება; ქორწინებისა და მეუღლის არჩევის უფლება; საზოგადოებრივი ჯანდაცვითა და სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის უფლება; სოციალური დახმარებისა და სოციალური სერვისების გამოყენების უფლება; განათლებისა და ტრენინგის მიღების უფლება (მუხლი 5).

კონვენცია ბავშვის უფლებების შესახებ (CRC): ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის უზრუნველყოფის უფლება, მათ შორის, შესაბამისი პრენატალური და პოსტნატალური მეთვალყურეობა დედებისთვის (მუხლი 24); განათლების უფლება, რომელიც მიმართულია ადამიანის უფლებებისა და ფუნდამენტური თავისუფლებების მიმართ პატივისცემის სწავლებაზე (მუხლი 29); ბავშვის დაცვა სექსუალური ექსპლუატაციისა და შევიწროების ყველა ფორმისგან (მუხლი 34); ფიზიკური და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის ხელშეწყობა და ძალადობის, წამების ან სასტიკი, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის მსხვერპლ ბავშვთა სოციალური რეინტეგრაციის ხელშეწყობა (მუხლი 39).

კონვენცია შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირების უფლებების შესახებ (CRPD): ზომების მიღება შებლუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების და გოგონების უფლებებისა და ძირითად თავისუფლებათა სრული და თანაბარი უზრუნველყოფისათვის (მუხლი 6); შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაცვა ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შევიწროებისგან, მათ შორის, გენდერული თვალსაზრისით; შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირების პირადი ცხოვრების პატივისცემა, მათ შორის, პირადი, ჯანმრთელობისა და რეაბილიტაციის შესახებ ინფორმაციის დაცვა სხვათა თანასწორად (მუხლი 22); საცხოვრებლის და ოჯახური ცხოვრების დაცვა, მათ შორის, იძულებითი ქორწინების აკრძალვა; უფლება, თავად მიიღოს გადანყვეტილება საკუთარი შვილების რაოდენობის და გაჩენის დროის თაობაზე და შებლუდული შესაძლებლობის მქონე პირების უფლება, შეინარჩუნონ ფერტილობა სხვათა თანასწორად (მუხლი 23); მაღალი ხარისხის ჯანდაცვით სარგებლობის უფლება დისკრიმინაციის გარეშე, ადეკვატური ცხოვრების სტანდარტით სარგებლობის უფლება (მუხლი 28).

ადამიანის უფლებების ევროპული კონვენცია (ECHR) მისი პროტოკოლებით: სიცოცხლის უფლება (მუხლი 2); წამების და არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის აკრძალვა (მუხლი 3); პირადი და ოჯახური ცხოვრების პატივისცემის უფლება (მუხლი 8); ფექტიანი სამართლებრივი დაცვის უფლება (მუხლი 13); დისკრიმინაციის აკრძალვა (მუხლი 14).

ევროპის საბჭოს კონვენცია ქალებზე ძალადობის და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლისა და პრევენციის შესახებ (სტამბოლის კონვენცია): თანასწორობა და დისკრიმინაციის აკრძალვა (მუხლი 4); კონვენციით განსაზღვრული ძალადობის ყველა ფორმის მსხვერპლთა თუ მოძალადეებთან მომუშავე პერსონალის ტრენინგი (მუხლი 15); პრევენციული ინტერვენციისა და მკურნალობის პროგრამები მსხვერპლთათვის და მოძალადეებისთვის, ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობა მსხვერპლთათვის (მუხლი 20); სექსუალური ძალადობის რეფერალური ცენტრების მოწყობა (მუხლი 25); იძულებითი ქორწინების გაუქმების, ბათილად ცნობის ან მოშლის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა (მუხლი 32); სექსუალური ძალადობის კრიმინალიზაცია (მუხლი 36); იძულებით ქორწინება (მუხლი 37); ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრება (მუხლი 38); იძულებითი აბორტი და იძულებითი სტერილიზაცია (მუხლი 39); სექსუალური შევიწროების სამართლებრივი დასჯა (მუხლი 40); „ღირსების“, როგორც დანაშაულის გამართლების საფუძვლის, მიუღებლობა.

ჩანართი 1: ადამიანის უფლებათა ძირითადი ცნებები

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ხელშეკრულებებით განსაზღვრულია ვალდებულებები, რომლებიც სახელმწიფოებს ეკისრებათ, მათ შორის, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების კონტექსტში:

- **პატივისცემა, დაცვა, შესრულება:** პატივისცემა ნიშნავს, რომ სახელმწიფო არ უნდა ჩაერიოს პიროვნების უფლების განხორციელებაში; დაცვა ნიშნავს, რომ სახელმწიფომ პიროვნება უნდა დაიცვას მესამე პირის მიერ ზიანის მიყენებისგან, რაც რელევანტურია კერძო სექტორში ჯანდაცვის მომსახურების გაწევის, ასევე ოჯახში ძალადობის კონტექსტში; შესრულება ნიშნავს, რომ სახელმწიფომ ისეთი პოზიტიური ნაბიჯები უნდა გადადგას, როგორიცაა კანონების, პოლიტიკისა და ბიუჯეტის შემუშავება და განხორციელება ადამიანის უფლებების უზრუნველსაყოფად, მათ შორის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების განსახორციელებლად.

- **დაუყოვნებელი ვალდებულებები, პროგრესული ვალდებულებები და ხელმისაწვდომი რესურსების გამოყენება:** ზოგიერთი თავისუფლება (მაგ.: ნამების აკრძალვა, სიტყვის თავისუფლება და დისკრიმინაციის დაუშვებლობა) დაუყოვნებლივ უნდა ამოქმედდეს. ჯანმრთელობის უფლების მინიმალური არსებითი დონეებიც, დაუყოვნებლივ უნდა შევიდეს ძალაში, მათ შორის, ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობა დისკრიმინაციის გარეშე, აუცილებელი მედიკამენტებისა და ჯანდაცვის საშუალებების, პროდუქტებისა და მომსახურების სამართლიანი განაწილება. ჯანმრთელობის უფლების სხვა ასპექტები პროგრესული განხორციელების ვალდებულებას ექვემდებარება, რაც ნიშნავს, რომ სახელმწიფოებმა უფლების სრული რეალიზაციისთვის გააზრებული, კონკრეტული და გამიზნული ნაბიჯები უნდა გადადგან. სახელმწიფოებმა უნდა გამოიყენონ მათთვის ხელმისაწვდომი რესურსების მაქსიმუმი, მათ შორის ქვეყანაში არსებული წყაროებიდან და საერთაშორისო თანამეგობრობიდან.

- **დისკრიმინაციის აკრძალვა და თანასწორობა:** ადამიანის უფლებები გარანტირებული უნდა იყოს დისკრიმინაციის გარეშე, მათ შორის, ასაკის, სქესის, რასის, ეთნიკური კუთვნილების, რელიგიის, ეროვნების, დაბადების, პოლიტიკური თუ სხვა შეხედულებების და სხვა ისეთი მდგომარეობის საფუძველზე, როგორიცაა შეზღუდული შესაძლებლობა, ჯანმრთელობის სტატუსი, ასაკი, სექსუალური ორიენტაცია და გენდერული იდენტობა, ამ და სხვა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის, როგორებიც არიან მოზარდები, სექს-მუშაკები და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები (IDU), დისკრიმინაციის გარეშე ადამიანის უფლებებით სარგებლობის უზრუნველსაყოფად, ხშირად სპეციალური ზომების მიღებაა საჭირო. კონკრეტული პირები და მოსახლეობის ჯგუფები დისკრიმინაციის მრავლობითი და ურთიერთგადამფარავი ფორმების ქვეშ ექცევიან, რაც კიდევ უფრო აძლიერებს მათ განცალკევებას საკანონმდებლო თუ პრაქტიკის დონეზე. ასეთები არიან LGBTI პირები, ღარიბი ქალები, მიგრანტები, ადგილობრივი და სხვა ეთნიკური უმცირესობები,

მოზარდები, აივ/შიდსის მქონე პირები და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, რომელთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების სრულყოფილად განხორციელება კიდევ უფრო იზღუდება.

- **მონაწილეობა:** უფლებების მატარებლები შინაარსობრივად და აქტიურად უნდა მონაწილეობდნენ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ კანონების, პოლიტიკისა და პროგრამების შემუშავებაში, განხორციელებასა და მონიტორინგში. დისკრიმინაციის გარეშე მონაწილეობისთვის საჭიროა, ყურადღება მიექცეს მარგინალიზებული ჯგუფების ჩართულობას.

- **ანგარიშვალდებულება:** სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ მონიტორინგის, რევიზიის, სამართლებრივი დაცვის/კომპენსაციის იმგვარი პროცედურების არსებობა, რომლებიც ხელს შეუწყობს ადამიანის უფლებების განხორციელებას. ანგარიშვალდებულების ეროვნული მექანიზმები მოიცავს მართლმსაჯულების (მაგ.: სასამართლო), კვაზი-მართლმსაჯულების (მაგ.: სახალხო დამცველის აპარატი), პოლიტიკურ (მაგ.: საპარლამენტო განხილვა) და ადმინისტრაციულ (მაგ.: ზემოქმედების შეფასების, დედების სიკვდილის შესწავლის) მექანიზმებს. ეს მექანიზმები უნდა მოქმედებდნენ გამჭვირვალედ, უნდა იყოს ქმედითი და ხელმისაწვდომი უფლებების მქონე პირებისთვის. უფლება სამართლებრივი დაცვის საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის შესახებ ადამიანის მნიშვნელოვანი უფლებაა და ანგარიშვალდებულების განუყოფელ ელემენტს წარმოადგენს.

- **ხელმისაწვდომობა, წვდომა, მისაღებლობა და ხარისხი (AAAQ)**

მიუხედავად იმისა, რომ CESC-მა მე-14 [1] ზოგად კომენტარში უკვე განიხილა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, 2016 წელს, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის უფლების მუდმივი და სერიოზული დარღვევების გათვალისწინებით, კომიტეტმა ახალი კომენტარი მიიღო (ზოგადი კომენტარი 22). CESC-ის 22-ე ზოგად კომენტარში განმარტებულია სახელმწიფოს მოვალეობები და მოცემულია სახელმძღვანელო პრინციპები, რათა განმტკიცდეს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლება, როგორც ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლით გათვალისწინებული ჯანმრთელობის უფლების განუყოფელი ნაწილი. CESC-ის მე-14 და 22-ე ზოგად კომენტარებში განსაზღვრულია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების ოთხი ძირითადი კომპონენტი: ხელმისაწვდომობა, წვდომა, მისაღებლობა და ხარისხი.

- **წვდომა** – მოითხოვს, რომ სახელმწიფომ იმგვარად უზრუნველყოს ჯანდაცვის მომსახურებასთან დისკრიმინაციის გარეშე წვდომა, რომ ინფორმაცია ხელმისაწვდომი იყოს ფიზიკურად და ეკონომიკურად;
- **ხელმისაწვდომობა** – ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა გულისხმობს მოქმედი ჯანდაცვის დაწესებულებების, პროგრამებისა და პროდუქციის ადეკვატურ რაოდენობას, ესენციური წამლების ნუსხას ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის ესენციური მედიკამენტების სამოდელო სიის მიხედვით, რომელიც ასევე მოიცავს კონტრაცეპტივებსა და გადაუდებელ კონტრაცეპტივებს;
- **მისაღებლობა** – გულისხმობს, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებები, სერვისები და პროდუქცია პატივს უნდა სცემდეს ადამიანების კულტურას. აგრეთვე, უნდა პასუხობდეს უმცირესობების, სხვადასხვა სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების საჭიროებებს, უნდა ხორციელდებოდეს სამედიცინო ეთიკის დაცვით, მათ შორის კონფიდენციალურობისა და ინფორმირებული თანხმობის უზრუნველყოფით;
- **ხარისხი** – არსებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისები უნდა იყოს კარგი ხარისხის, რაც მეცნიერებისა და მედიცინის მოთხოვნებთან შესაბამისობას, კარგად აღჭურვილ სამედიცინო პერსონალს, მეცნიერულად დადასტურებულ და ვადიან მედიკამენტებსა და ტექნიკურ საშუალებებს გულისხმობს.

გაეროს ადამიანის უფლებების დაცვის სახელმწიფოებო ორგანოების რეკომენდაციები საქართველოსთვის და უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვით განსაზღვრული ვალდებულებები

საქართველო, როგორც გაეროს ადამიანის უფლებების ხელშეკრულებების მონაწილე მხარე, სხვა ქვეყნების მსგავსად, რომლებმაც მოახდინეს ხელშეკრულებების რატიფიკაცია, ექვემდებარება შემოწმებას გაეროს სახელმწიფოებო ორგანოების მონიტორინგის ექსპერტების მხრიდან, რომლებიც ამოწმებენ ხელშეკრულებებით განსაზღვრულ მოთხოვნებთან ქვეყნის შესაბამისობას. სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებულ სახელმწიფოებო ვალდებულებებთან მისასადაგებლად, საქართველომ მთელი რიგი რეკომენდაციები მიიღო. ქვემოთ წარმოდგენილია ხელშეკრულებათა აღსრულების მონიტორინგის განმახორციელებელ ორგანოთა იმ ახალი რეკომენდაციების მოკლე მიმოხილვა, რომლებიც წინამდებარე შეფასებაში აღნიშნულ საკითხებს შეეხება. მას მოსდევს ინფორმაცია გენდერული სტერეოტიპების პრობლემის შესახებ და 2016 წელს საქართველოში განხორციელებული მნიშვნელოვანი მისიის შემდეგ გაეროს სპეციალური მომხსენებლის რეკომენდაცია ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხებზე (გაეროს სპეციალური მომხსენებელი ქალთა მიმართ ძალადობის, ძალადობის მიზეზებისა და შედეგების შესახებ).

2014 წელს ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღკვეთის კომიტეტმა საქართველოს მოუწოდა, განამტკიცოს გენდერული თანასწორობის საბჭო, შექმნას სრულყოფილი მექანიზმი გენდერული თანასწორობის პოლიტიკის განსახორციელებლად და მონიტორინგისთვის, მიიღოს ზომები გენდერული სტერეოტიპების წინააღმდეგ, შეისწავლოს და გაატაროს ზომები ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების და ოჯახში ძალადობის პრევენციის მიზნით, შესთავაზოს ეფექტიანი დაცვის მექანიზმები ძალადობის მსხვერპლ პირებს, აკრძალოს და სანქციები დააწესოს ქალიშვილობის შემოწმების პრაქტიკაზე. ასევე, რეკომენდებულია, რომ ეროვნულმა სტრუქტურებმა მიიღონ ზომები ეთნიკური უმცირესობის გოგონებს შორის სკოლაში სიარულის ხელშესაწყობად; ხელი შეუწყონ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების შესახებ განათლებას, ქალების, განსაკუთრებით, ეთნიკური უმცირესობებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას და ლგბტი პირების წინააღმდეგ ძალადობის აღმოფხვრას.⁸ საქართველოში ვიზიტის შემდეგ გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა ვრცელი ანგარიში მიუძღვნა ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების საკითხებს. მან ანგარიშში ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ მთელი რიგი პრობლემები და რეკომენდაციები ჩამოაყალიბა (იხ. ქალთა მიმართ ძალადობის ნაწილის დეტალები).

2014 წელს ადამიანის უფლებების კომიტეტმა, რომელიც სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტის (ICCPR) შესრულებას უწევს მონიტორინგს, საქართველოს მოუწოდა, შეიმუშაოს სტრატეგიები პატრიარქალური დამოკიდებულებისა და გენდერული სტერეოტიპების, ნაადრევი ქორწინების, ნაყოფის გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევისა და LGBTI პირების სტიგმატიზაციის დასაძლევად. რეკომენდაციები მოიცავდა ისეთ საკითხებზე მუშაობასაც, როგორიცაა სექსუალური შევიწროების აკრძალვა, ოჯახში ძალადობის პრევენცია და აღკვეთა. კომისიამ საქართველოს, ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემის მოსაგვარებლად, ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომის გამოყენებისკენაც მოუწოდა.⁹

2016 წელს რასობრივი დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტმა საქართველოს ანტიდისკრიმინაცი-

8 ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეოთხე და მეხუთე პერიოდული ანგარიშების დასკვნითი დებულებები, 2014 წლის 24 ივლისი, CEDAW/C/GEO/CO/4-5. ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GEO/CO/4-5&Lang=En

9 ადამიანის უფლებათა კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეოთხე პერიოდული ანგარიში დასკვნითი დებულებები, 2014 წლის 19 აგვისტო, CCPR/C/GEO/CO/4. ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/GEO/CO/4&Lang=En

იული კანონის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიების ჩატარების, და ამ მიზნით, სახელმწიფოს სახალხო დამცველის აპარატთან თანამშრომლობის რეკომენდაციით მიმართა. ბოშათა თემაზე ყურადღების გამახვილებით, კომიტეტმა ეროვნულ ორგანოებს მოუწოდა, გააძლიერონ ძალისხმევა ამ თემის ყველა წევრისთვის დოკუმენტების გასაცემად, ასევე უზრუნველყონ ბავშვთა და იძულებითი ქორწინებების აკრძალვის დებულებების პრაქტიკაში განხორციელება.¹⁰

2017 წელს ბავშვთა უფლებების კომიტეტმა საქართველოს რეკომენდაციით მიმართა, რომ აღმოეხვრას გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სტრატეგიებში განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდეს მოზარდების ჯანმრთელობაზე; აივ/შიდსთან დაკავშირებით, CRC კომიტეტმა საქართველოს მოუწოდა, გააუმჯობესოს აივ ინფექციით დაავადებულ დედათა და ბავშვთა შემდგომი მკურნალობა და უზრუნველყოს ხარისხიანი და ასაკის შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები.¹¹

გარდა ამისა, 2015 წელს ადამიანის უფლებათა საბჭოს უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვის (UPR) მეორე ციკლის ფარგლებში განხორციელებული შეფასების შედეგად საქართველომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ დაახლოებით 70 რეკომენდაცია მიიღო.¹² რეკომენდაციები ძირითადად ეხებოდა ოჯახში ძალადობის და გენდერული სტერეოტიპების წინააღმდეგ ღონისძიებების გაძლიერებას, ეროვნული კანონმდებლობის ჰარმონიზებას ადამიანის უფლებათა, მათ შორის, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ რატიფიცირებულ საერთაშორისო ხელშეკრულებებთან, გენდერული თანასწორობის ეროვნული სამოქმედო გეგმებისა, SRHR-თან დაკავშირებით სხვა სტრატეგიებისა და მონყვლადი ჯგუფების, განსაკუთრებით, შეზღუდული შესაძლებლობის პირების, ლგბტი და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლების დამცავი ანტიდისკრიმინაციული კანონების განხორციელებას. საქართველომ აიღო ვალდებულება უზრუნველყოს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის, აბორტისა და კონტრაცეპტივებისადმი წვდომა, რაც ხელმისაწვდომი იქნება ყველა ქალისთვის და გოგონასთვის, განსაკუთრებით სოფლად მცხოვრები და მონყვლადი ჯგუფებისთვის. საქართველომ ასევე განაცხადა თანხმობა, უზრუნველყოს რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობისა და სერვისებისადმი უნივერსალური წვდომა, მათ შორის კონტრაცეპტივების მიწოდების კუთხით, განსაკუთრებით სოფლად მცხოვრები ქალებისა და აივ ინფექციით/შიდსით დაავადებული პირებისთვის.

გენდერული სტერეოტიპები საქართველოში: განსაკუთრებული სირთულე

საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების რეალიზებაზე უარყოფითად მოქმედებს ქალთა სოციალური როლისა და მათი სექსუალობის აღქმის შესახებ საზოგადოებაში ღრმად ფესვგადგმული გენდერული სტერეოტიპები. CEDAW კონვენცია მკაფიოდ აცხადებს, რომ გენდერული სტერეოტიპების აღმოფხვრა საზოგადოებაში, ადამიანის უფლებათა დაცვის სფეროში სახელმწიფოს ერთ-ერთი ვალდებულებაა. ადამიანის უფლებათა დამცავი ორგანოები გამუდმებით აკრიტიკებენ საქართველოს პრობლემების მოსაგვარებლად სათანადო ზომების გაუტარებლობისთვის.¹³

პატრიარქალურ საზოგადოებაში ქალები ორმაგ რეპროდუქციულ ფუნქციას ასრულებენ: ბიოლოგიურს

10 რასობრივი დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეექვსე და მერვე პერიოდული ანგარიშის დასკვნითი დებულებები, 2016 წლის 13 მაისი, CERD/C/GEO/CO/6-8, ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CERD/C/GEO/CO/6-8&Lang=En

11 ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, დასკვნითი შენიშვნები საქართველოს მეოთხე პერიოდული ანგარიშისთვის, 2017 წ. 9 მარტი, ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GEO/CO/4&Lang=En

12 ადამიანის უფლებების საბჭო, ოცდამეთერთმეტე სესია, დღის წესრიგის პუნქტი 6. უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვა. უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვის სამუშაო ჯგუფის ანგარიში საქართველოს შესახებ, 2016 წ.

13 იანვარი, A/HRC/31/15 და A/HRC/31/15/Corr.1, ხელმისაწვდომია: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/GIndex.aspx>

და სიმბოლურს,¹⁴ ხოლო ქალის სხეული ხშირად ინსტრუმენტალიზებულია მისი ადამიანური ღირსების სანინააღმდეგოდ, რის გამოც მისთვის რთულია მიიღოს ავტონომიური, ეფექტიანი და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის მომსახურება. ინსტრუმენტალიზაცია განისაზღვრება, როგორც ქალის ბუნებრივი ბიოლოგიური ფუნქციების პოლიტიზებული პატრიარქალური წესებისადმი დაქვემდებარება, რაც გამიზნულია ფემინურობასა და მასკულიზობასთან ან საზოგადოებაში ქალთა დაქვემდებარებულ როლთან დაკავშირებული მოსაზრებების გავრცელებასა და გამყარებაში. ქალის სხეულის ინსტრუმენტალიზაცია ხდება კულტურული, პოლიტიკური და ეკონომიკური მიზნებისთვის, რომლებიც პატრიარქალურ ტრადიციებშია ფესვგადგმული. ინსტრუმენტალიზაცია გვხვდება ჯანდაცვის სექტორში და მის ფარგლებს გარეთ და ღრმადია ჩანერგილი ქალების სოციალური და პოლიტიკური კონტროლის მრავალრიცხოვან ფორმებში. მისი მიზანია ქალის სხეულთან დაკავშირებული ტაბუს და სტიგმის, ასევე საზოგადოებაში მისი ტრადიციული როლის განმტკიცება, განსაკუთრებით ქალის სექსუალობის, რეპროდუქციისა და დედობასთან დაკავშირებით. შედეგად, ქალებისთვის პრობლემურია წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე და საკუთარი სხეულის შესახებ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღების უფლების შენარჩუნება. მავენ კულტურულ ნორმებზე დაფუძნებული ქალთა სხეულის ინსტრუმენტალიზებისა და ქალთა ჯანმრთელობაზე მისი დამანგრეველი გავლენის გათვითცნობიერება და აღმოფხვრა მნიშვნელოვანია ცვლილებების მისაღებად.¹⁵

გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) მიერ 2013 წელს ჩატარებულმა ანალიზმა უჩვენა, რომ საქართველოს კულტურაში ქალის სექსუალობა კვლავ რეპროდუქციული ფუნქციით, დიასახლისისა და დედის როლით შემოიფარგლება.¹⁶ ამას გარდა, 2012 წ. ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ „სექსი უფრო კაცისთვის სიამოვნების მისაღებ საშუალებად არის აღქმული (51.8%), ვიდრე ქალისთვის (19.3%). მას, როგორც მეუღლის მოვალეობას, უფრო მეტად ქალები აღიქვამენ (10.9%), ვიდრე მამაკაცები (2.1%).“¹⁷

სექსუალური ორიენტაცია გარკვეულ როლს თამაშობს სტერეოტიპულ წარმოდგენებშიც. ქალთა საინიციატივო მხარდაჭერის ჯგუფის (WISG) მიერ 2016 წელს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ლესბოსელ ქალთა მიმართ აგრესიის დონე მაღალია. კვლევაში წარმოდგენილია ქალის სექსუალობასთან დაკავშირებული აგრესიის ანალიზი, რის მიხედვითაც, „ქალის ჰომოსექსუალობა, პირველ რიგში, ძირს უთხრის ქართულ კულტურაში ფართოდ გავრცელებულ მითს ქალის ასექსუალობის შესახებ. ამას გარდა, ქალის სექსუალობა არ შეიძლება შეიზღუდოს მხოლოდ მისი რეპროდუქციული როლით და არ შემოიფარგლება ტრადიციული ოჯახის ფარგლებით, რაც, თავის მხრივ, გამოიწვევს მამაკაცის და, შესაბამისად, საზოგადოების კონტროლს სექსუალობასა და სურვილებზე.“¹⁸

CEDAW კომიტეტის 2014 წლის შეფასება საქართველოს შესახებ (დასკვნითი დებულებები)¹⁹ ადასტურებს, რომ მიუხედავად სახელმწიფოს მცდელობებისა, შეესრულებინა წინა შეფასებაში წარმოდგენილი რეკომენდაციები, პატრიარქალური დამოკიდებულება და სტერეოტიპები ოჯახსა და საზოგადოებაში ქალების და კაცების როლებთან და პასუხისმგებლობებთან დაკავშირებით, ღრმადია ფესვგადგმული და კიდევ უფრო ღრმავდება მედიაში ქალთა მზარდი სექსუალიზაციით, რომელიც ზიანს აყენებს ქალთა სოციალურ სტატუსს, მათ საზოგადოებრივ ცხოვრებასა და პროფესიული კარიერას. კომიტეტმა რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს, უფრო გააძლიეროს ძალისხმევა ოჯახსა და

14 ე. აღდგომელაშვილი From Prejudice to Equality, WISG, 2016, p. 236 (ENG)

15 გაეროს უმაღლესი კომისარი ადამიანის უფლებების საკითხებში (OHCHR), გაეროს სამუშაო ჯგუფის ანგარიში ქალთა მიმართ კანონისმიერი და პრაქტიკაში დისკრიმინაციის შესახებ, 2016 წლის 8 აპრილი.

16 UNDP საქართველოს „საზოგადოების დამოკიდებულებები პოლიტიკასა და ბიზნესში გენდერული თანასწორობის შესახებ“, 2013

17 ტ. კეკელია და სხვ. „სექსუალობა თანამედროვე საქართველოში: დისკურსი და ქცევა“, თბილისი, 2012, გვ. 134 (ციტირებული ე. აღდგომელაშვილის მიერ, ნაშრომში: ცრურწმენიდან თანასწორობამდე, WISG, 2016).

18 ე. აღდგომელაშვილი, ცრურწმენიდან თანასწორობამდე, WISG, 2016, გვ. 236-237 (ინგლისური)

19 დასკვნითი შენიშვნები საქართველოს შესახებ მეოთხე და მეხუთე პერიოდული ანგარიშებიდან, 2014 წლის 24 ივლისი.

საზოგადოებაში ქალისა და კაცის როლებისა და პასუხისმგებლობების შესახებ სტერეოტიპული დამოკიდებულების დასაძლევად და მიიღოს ზომები გენდერული სტერეოტიპების შესაცვლელად ქალთა რეალური თანასწორობის ხელშეწყობით.

ქვეყანაში ვიზიტის შემდეგ ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა თავის ანგარიშში²⁰ აღნიშნა, რომ იმ ფაქტორებს შორის, რომლებიც როგორც ჩანს, ზრდიან ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობის რისკს, დიდ როლს ასრულებს დისკრიმინაციული გენდერული სტერეოტიპები და პატრიარქალური დამოკიდებულებები. სპეციალურმა მომხსენებელმა ასევე აღნიშნა, რომ სექსუალური ძალადობის დანაშაულს ხშირად მსხვერპლი არ ამჟღავნებს სტიგმის, მათ შორის, ქალის უბიწოებასა და ოჯახის ღირსებასთან დაკავშირებული მოსაზრებების გამო, მოძალადის შიშით, სამართალდამცავი ორგანოებისადმი უნდობლობისა და სპეციალიზებული სერვისების ნაკლებობის გამო.

ICPD, SDGs, FWCW-ის ამოცანები

საერთაშორისო სამართლის თანახმად, სახელმწიფოები ვალდებული არიან, უზრუნველყონ თავიანთი კანონების, რეგულაციებისა და პოლიტიკის მისადაგება ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ვალდებულებებთან. თუმცა ამ დოკუმენტებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ინტეგრაციას უფრო მეტი მნიშვნელობა ენიჭება, ვიდრე მხოლოდ სამართლებრივი ვალდებულებით გამოიხატება. ის არა მხოლოდ ადამიანის უფლებათა ძირეული ღირებულების შინაარსობრივ დატვირთვას ატარებს, არამედ ინსტრუმენტული მნიშვნელობაც გააჩნია, რადგან ადამიანის უფლებების დაცვა ხელს უწყობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით უკეთესი შედეგების მიღებას.

ამგვარად, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და მასთან დაკავშირებული უფლებები აღიარებულია, როგორც განვითარების შესახებ მიღებული საერთაშორისო დოკუმენტების უმნიშვნელოვანესი ელემენტები.

2030 წლის მდგრადი განვითარების დღის წესრიგი, რომელშიც მდგრადი განვითარების მიზნები (SDGs) გლობალური განვითარების დღის წესრიგის ახალ ღერძადაა მიჩნეული, ადამიანის უფლებათა პრინციპებს ეყრდნობა და მოიცავს მნიშვნელოვან ვალდებულებებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით, რაც ასევე შეესაბამება სახელმწიფოს ადამიანის უფლებების კუთხით ნაკისრ ვალდებულებებს. SDG-ებში სახელმწიფოები თანხმდებიან შემდეგზე:

- სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვასა და რეპროდუქციულ უფლებებზე საყოველთაო წვდომის უზრუნველყოფა, როგორც მოსახლეობისა და განვითარების საკითხებზე საერთაშორისო კონფერენციის სამოქმედო პროგრამასა და პეკინის სამოქმედო პლატფორმაში, აგრეთვე მათი გადასინჯვის მიზნით გამართული კონფერენციების დასკვნით დოკუმენტებშია განსაზღვრული (მიზანი 5.6).
- 2030 წლისთვის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების, მათ შორის, ოჯახის დაგეგმვის, ინფორმაციისა და განათლების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრირება ეროვნულ სტრატეგიებსა და პროგრამებში (მიზანი 3.7).
- საჯარო და კერძო სფეროებში ქალთა და გოგონათა წინააღმდეგ ძალადობის ყველა ფორმის, მათ შორის, ტრეფიკინგის და სექსუალური და სხვა ტიპის ექსპლუატაციის, აღმოფხვრა (მიზანი 5.2).

20 გაეროს სპეციალური მომხსენებელი ქალთა მიმართ ძალადობის, მის გამომწვევ მიზეზებსა და შედეგების შესახებ საქართველოში, 2016

- ყველა ისეთი საზიანო პრაქტიკის აღმოფხვრა, როგორცაა არასრულწლოვანთა ქორწინება, ადრეულ ასაკში და იძულებით ქორწინება, ასევე, ქალთა გენიტალიების დასახიჩრება (მიზანი 5.3).
- 2030 წლისთვის დედათა სიკვდილიანობის გლობალური მაჩვენებლის შემცირება მაჩვენებელამდე, როცა 100,000 ახალშობილზე 70-ზე ნაკლები დაღუპული მოდის (მიზანი 3.1)
- 2030 წლისთვის შიდსის ეპიდემიის, ტუბერკულოზის, მალარიისა და მოუვლელ ტროპიკულ დაავადებათა აღმოფხვრა და პეპატიტან, წყლით გადამდებ და სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა (მიზანი 3.3).

1994 წელს **მოსახლეობის და განვითარების შესახებ საერთაშორისო კონფერენციამ (ICPD)** (და მისი გადასინჯვის პროცესში ICPD+5, 1999 წ.) მკაფიოდ განსაზღვრა, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებები მოიცავს შემდეგ საკითხებს:

- ოჯახის დაგეგმვა;
- ანტენატალური, უსაფრთხო მშობიარობის და პოსტნატალური მკურნალობა;
- უშვილობის პრევენცია და სათანადო მკურნალობა;
- აბორტი, სადაც კანონითაა დაშვებული, და აბორტის შედეგების მენეჯმენტი ყველა შემთხვევაში;
- რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციების, ძუძუს კიბოს და რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნეების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;
- სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების (STI) და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის/შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის (აივ/შიდს-ის) პრევენცია, მოვლა და მკურნალობა;
- სათანადო ინფორმირება, განათლება და კონსულტირება ადამიანის სექსუალობის და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თაობაზე.

ICPD სამოქმედო პროგრამაში მონაწილე სახელმწიფოებმა, მათ შორის საქართველომ, იკისრეს ვალდებულება მიიღონ ყველა შესაფერისი ზომა ჯანდაცვის სერვისებისადმი წვდომის უზრუნველსაყოფად, ქალთა და კაცთა თანასწორობის გათვალისწინებით. მათ შორისაა ზრუნვა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, რაც მოიცავს ოჯახის დაგეგმვასა და სექსუალურ ჯანმრთელობას. მიღებული დოკუმენტის თანახმად, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამები უნდა მოიცავდნენ მომსახურების მაქსიმალურად ფართო სპექტრს, გამოირიცხავდნენ იძულების ნებისმიერ ფორმას და ყველა წყვილს და პიროვნებას ანიჭებდნენ ძირეულ უფლებას, თავად მიიღონ გადაწყვეტილება შვილების რაოდენობისა და მათი გაჩენის დროის შესახებ, ასევე ხელი მიუწვდებოდეთ ინფორმაციაზე, განათლებასა და მისი მიღების საშუალებებზე (ICPD სამოქმედო პროგრამა, პრინციპი 8).

პეკინის დეკლარაცია და სამოქმედო პროგრამა, რომელიც ქალების მდგომარეობის შესახებ 1995 წელს პეკინში ჩატარებულ მეოთხე მსოფლიო კონფერენციაზე (FWCW) მიიღეს, სტრატეგიულ ამოცანებს შორის ასახელებს ქალის უფლებებს ჯანდაცვასა და SRHR, რასაც დაეთანხმნენ მონაწილე სახელმწიფოები, მათ შორის საქართველო. პეკინის დეკლარაციამ განამტკიცა ICPD და აღიარა, რომ ქალს უფლება აქვს, „განახორციელოს კონტროლი და თავისუფლად და პასუხისმგებლობით, იძულების, დისკრიმინაციისა და ძალადობის გარეშე მიიღოს გადაწყვეტილება იმ საკითხების შესახებ, რომლებიც მის სექსუალობას, მათ შორის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რეალიზებას უკავშირდება.“ მონაწილე სახელმწიფოები შეთანხმდნენ, გადახედონ კანონებს, რომელთა თანახმად აბორტი დასაჯადია.

თავი 2: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა და ძირითადი გამოწვევები

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების, წინამდებარე შეფასებაში განხილულ თითოეულ საკითხზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემის უფრო ფართო კონტექსტი, რომელიც ჯანდაცვის პროდუქტებს, მომსახურებასა და ინფორმაციას აწვდის მოსახლეობას. ჯანდაცვის სისტემის შეუფერხებელი ფუნქციონირება დაფინანსების ეფექტიან მექანიზმზე, პოლიტიკის შექმნისთვის საჭირო საიმედო მონაცემებზე, კარგად დატრენინგებულ და ადეკვატური ანაზღაურების მქონე თანამშრომლებზე, სათანადოდ მოვლილ დაწესებულებებზე, მედიკამენტებისა და ტექნოლოგიების მიწოდების ლოჯისტიკასა და ძლიერ საკანონმდებლო ბაზაზეა დამოკიდებული. წინამდებარე თავი საქართველოში არსებული ჯანდაცვის დაწესებულებების სტრუქტურისა და მისი ძირითადი ერთეულების მოკლე მიმოხილვით იწყება. სისტემაში არსებული რამდენიმე კრიტიკული საკითხი, რომელიც გავლენას ახდენს ანგარიშში განხილულ ზოგიერთ ან ყველა თემაზე და რომელიც კვლევის შედეგებში პრობლემურად იქნა მიჩნეული, შემდგომში უფრო ვრცლად განიხილება. ამ გამოწვევების შესახებ დამატებითი ინფორმაცია და რეკომენდაციები მოცემულია ანგარიშის შესაბამის ნაწილებში.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა და ძირითადი ინსტიტუციები

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა მოიცავს როგორც პირველად ჯანდაცვას, ასევე ჰოსპიტალურ სექტორსაც. საბაზისო მომსახურების თვალსაზრისით, მისი გეოგრაფიული გადანაწილება დამაკმაყოფილებელია: ამბულატორიული მომსახურების უზრუნველყოფი სამედიცინო დაწესებულებები (მაგ.: პოლიკლინიკები, საოჯახო მედიცინის ცენტრები) ერთნაირად ფუნქციონირებს დიდ ქალაქებსა და რეგიონულ ცენტრებში. სოფლის ექიმის ინსტიტუტი პასუხისმგებელია ჯანდაცვის სერვისის მიწოდებაზე სოფლებში.²¹ თუმცა, ბევრი სამედიცინო დაწესებულება, განსაკუთრებით სპეციალიზებული დაწესებულებები, თბილისში მდებარეობს, რაც გეოგრაფიულ და ფინანსურ ბარიერებს უქმნის ოჯახებს, რადგან იზრდება მომსახურების, ტრანსპორტირებისა და საცხოვრებლის პირდაპირი და ირიბი ხარჯები.²²

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებს ახორციელებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (MoLHSA), რომელშიც ასევე შედის შემდეგი ერთეულები: სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო, სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი და სსიპ საგანგებო სიტუაციების კოორდინაციისა და გადაუდებელი დახმარების ცენტრი.²³ იმის გათვალისწინებით, რომ სამედიცინო დაწესებულებების თითქმის 95% კერძო მფლობელობაშია, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნაკლებად გააჩნია მათი რეგულირების შესაძლებლობა.²⁴ საქართველოში ჯანდაცვის რეფორმის შესახებ Oxfam-ის მიერ ჩატარებული კვლევის ანგარიშში (2009 წ.) აღნიშნულია, რომ სხვა სამინისტროებს (როგორცაა ფინანსთა და ეკონომიკის სამინისტროები) და ცალკეულ პირებს დიდი გავლენა აქვთ ჯანდაცვის პოლიტიკის საერთო მიმართულებაზე და ამგვარად, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მანდატი გარკვეულწილად შეზღუდულია მომსახურების პირდაპირ მიწოდების, შესყიდვებისა და რეგულირების სხვა ასპექტებში.²⁵

21 თ. რუხაძე „ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვა საქართველოში: ექსპერტთა რეკომენდაციები პროგნოზირებადი, პრევენციული და პერსონალიზებული მედიცინის კონტექსტში“, თბილისი, 2013 წელი, გვ. 4.

22 Welfare Foundation „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი: ბიუჯეტის ხარჯის ეფექტურობის შეფასება“, 2016 წელი, გვ. 8-9.

23 საქართველოს მთავრობის 2016 წ. 30 დეკემბრის ბრძანებულება #638, 2017 წლისთვის სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამების დამტკიცების შესახებ. ხელმისაწვდომია: http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Kanon%20Qvemdebare/206.pdf, წვდომა განხორციელდა 2017 წლის 3 ოქტომბერს.

24 კ. ჩხატარაშვილი „გლობალური ფონდის მხარდაჭერიდან გარდამავალი პერიოდი და პროგრამული მდგრადობის კვლევა ცენტრალური ადმოსავლეთის ევროპის/დსთ-ს ოთხ ქვეყანაში: ანგარიში საქართველოს შესახებ“, CIF, 2015 წელი, გვ. 13

25 «ჯანდაცვის რეფორმა საქართველოში: სამოქალაქო საზოგადოების ხედვა; ქვეყნის მაგალითის შესწავლა, Oxfam International, 2009 წელი, გვ. 30

გასული სამი ათწლეულის განმავლობაში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მრავალი სისტემური ცვლილება მოხდა. 1990-იანი წლების დასაწყისში, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველომ საბჭოთა კავშირისგან მემკვიდრეობით მიიღო ჯანდაცვის ცენტრალიზებული მოდელი.²⁶ ამგვარად, ძალიან რთული იყო ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება საბაზრო ეკონომიკის ნაწილად. პირველი რეალური ცვლილებები 1995 წელს განხორციელდა, როცა საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმის პაკეტი შეიქმნა.²⁷ ის გულისხმობდა ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციას, სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების შექმნასა და განხორციელებას, ფარმაცევტული სექტორის განვითარებას, ჯანდაცვის დაწესებულებების პრივატიზაციის პირველ ეტაპს და ჯანდაცვის სოციალური დაზღვევის ამოქმედებას.²⁸

ცენტრალიზებული მოდელის შემდგომში ჯანდაცვის დეცენტრალიზებულ სისტემად გარდაქმნის პროცესი რამდენიმე ეტაპს მოიცავს: პირველი ტალღა განხორციელდა 1995 წელს და მოიცავდა ჯანდაცვის 12 რეგიონული ორგანოს შექმნას, რომლებსაც რეგიონული სააგენტოები მართავდნენ. პარალელურად, განხორციელდა პრივატიზაცია, რომლის დროსაც ყველა აფთიაქი და სტომატოლოგიური კლინიკა კერძო მფლობელობაში გადავიდა.²⁹ რეფორმის მეორე ტალღა 2007 წელს დაიწყო, როცა სახელმწიფო სამსახურების პრივატიზაციის შესახებ მთავრობის ინიციატივის შედეგად, საავადმყოფოები კერძო სტრუქტურებმა შეისყიდეს.³⁰ უმეტესად, ესენი იყვნენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები, რომლებსაც უფრო ფართო ფუნქციები და პასუხისმგებლობები დაეკისრათ. მათ შორის, დაევალებათ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სერვისების მიწოდება სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის.³¹ ე.წ. „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა“ აერთიანებდა მოწყვლად მოსახლეობას, მათ შორის, სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფ ადამიანებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვებს, მასწავლებლებს, სახალხო მსახიობებს, მხატვრებს და რუსთაველის პრემიის ლაურეატებს.³²

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების შემდეგი ტალღა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის 2013 წელს ამოქმედებას გულისხმობდა.³³ ის მიზნად ისახავდა მოსახლეობის იმ ჯგუფის მომსახურებას, რომელსაც არცერთი სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამა ან/და კერძო დაზღვევა არ ემსახურებოდა. ამან ჯანდაცვის მომსახურებით მოსარგებლეთა წრე გაათავსო, რის შედეგადაც ხარჯები გაიზარდა.³⁴ ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლებიდან ფინანსდებოდა, მაგრამ არსებული შემოსავლები ვერ ფარავდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მზარდ ფინანსურ მოთხოვნილებებს.³⁵ 2013 წლიდან 2015 წლამდე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისთვის განკუთვნილი სახელმწიფოს ხარჯები 69 მილიონი ლარიდან 575 მილიონ ლარამდე გაიზარდა.³⁶ ხარჯების ამგვარი ზრდა სახელმწიფოს მხრიდან მიდგომის შეცვლას მოითხოვდა, რის შედეგადაც 2017 წელს

- 26 კ. ჩხატარაშვილი; „გლობალური ფონდის მხარდაჭერიდან გარდამავალი პერიოდი და პროგრამული მდგრადობის კვლევა ცენტრალური ადმოსავლეთის ევროპის/დსთ-ს ოთხ ქვეყანაში: ანგარიში საქართველოს შესახებ“, CIF, 2015 წელი, გვ. 12
- 27 თ.. რუხაძე „საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვა: ექსპერტების რეკომენდაციების პროგნოზირებადი, პრევენციული და პერსონალიზებული მედიცინის კონტექსტში“, თბილისი, 2013 წელი, გვ.1
- 28 თ. ჭანტურიძე, et al „ჯანდაცვის სისტემა გარდამავალ ეტაპზე“, WHO, 2009 წელი, გვ. 15-16
- 29 თ. ჭანტურიძე, et al „ჯანდაცვის სისტემა გარდამავალ ეტაპზე“, WHO, 2009 წელი, გვ. 18-19
- 30 ს. გაბრიიძე „ჯანდაცვის რეფორმის ბოლო პერიოდის რეფორმების ანალიზი საქართველოში: მასობრივი პრივატიზაციის სამომავლო გავლენა და ჯანდაცვის კერძო ბაზრის ზრდა“, 2007 წელი, გვ.2
- 31 კ. ჩხატარაშვილი „გლობალური ფონდის მხარდაჭერიდან გარდამავალი პერიოდი და პროგრამული მდგრადობის კვლევა ცენტრალური ადმოსავლეთის ევროპის/დსთ-ს ოთხ ქვეყანაში: ანგარიში საქართველოს შესახებ“, CIF, 2015 წელი, გვ.12
- 32 ლ. შენგელია „ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის გავლენა საყოველთაო დაზღვევაზე საქართველოში: სისტემური მიმოხილვა“, 2016 წელი
- 33 ლ. ავალიშვილი, et al. „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გამოწვევები და მათი გადაჭრის გზები“, IDFI, 2016 წელი
- 34 Welfare Foundation „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი: ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შეფასება“, 2016 წელი
- 35 კ. ჩხატარაშვილი „გლობალური ფონდის მხარდაჭერიდან გარდამავალი პერიოდი და პროგრამული მდგრადობის კვლევა ცენტრალური ადმოსავლეთის ევროპის/დსთ-ს ოთხ ქვეყანაში: ანგარიში საქართველოს შესახებ“, CIF, 2015 წელი, გვ. 13
- 36 Welfare Foundation „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სამოქალაქო მონიტორინგი: ბიუჯეტის ხარჯვის ეფექტურობის შეფასება“, 2016 წელი, გვ. 16

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ცვლილებები შევიდა.³⁷ ეს ცვლილებები გულისხმობდა ბენეფიციართა კატეგორიზაციას მათი შემოსავლების მიხედვით და ამგვარად, მომსახურებათა სხვადასხვა პაკეტების ამ კატეგორიზაციის საფუძველზე შეთავაზებას.³⁸

ძირითადი სირთულეები:

დაფინანსება

მიუხედავად იმისა, რომ 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ სახელმწიფოს ხარჯები მნიშვნელოვნად გაიზარდა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ხარჯებში მისი წილი მაინც დაბალია (6.9% 2015 წელს).³⁹ შედეგად, პირდაპირი ხარჯები კვლავაც მაღალი რჩება და 2014 წელს საქართველოში ჯანდაცვის საერთო ხარჯების 58.6%-ს შეადგენს.⁴⁰ „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული ჯანდაცვის სისტემის კვლევის მიხედვით, მოსახლეობისთვის ყველაზე მძიმე ტვირთი მედიკამენტების ხარჯებია, რაც 2015 წელს ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში პირდაპირი დანახარჯების ორ მესამედს შეადგენდა და 57.3% უტოლდებოდა.⁴¹

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პარალელურად, მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოხდა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემაშიც. 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს 8%-ით შეუმცირა მოზიდული სამედიცინო სადაზღვევო პრემიები და 31%-ით გაუზარდა ასანაზღაურებელი თანხის მოცულობა.⁴²

შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო სახელმწიფოსგან საბიუჯეტო დაფინანსებას პროგრამულად იღებს, მათ შორის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დასაფინანსებლად.⁴³ სპეციალური საბიუჯეტო დოტაციის მიუხედავად, გამოყოფილი რესურსები არასაკმარისია. მაგალითად, 1990-იანი წლების ბოლოდან ქალებს შეუძლიათ ოთხი უფასო ანტენატალური ვიზიტით ისარგებლონ, როგორც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაცია ითვალისწინებს. ამ დროის განმავლობაში ანტენატალური პაკეტი არ შეცვლილა და მთავრობა ისევ იმავე თანხებს გამოყოფს (55 ლარს), რაც საკმარისი არ არის და გამოკვლევებისა და კონსულტაციების საფასურის ანაზღაურება ორსულებს უწევთ (იხილეთ ნაწილი დედათა ჯანდაცვაში ანტენატალური ვიზიტების კუთხით დაგეგმილი ცვლილებების შესახებ).⁴⁴

მსოფლიო ბანკის თანახმად, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებასთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემა სახელმწიფო ხარჯების არაეფექტიანი მენეჯმენტია, რასაც კიდევ უფრო აღრმავებს განსხვავებული ტარიფებისა და თანადაფინანსების სქემებით გამოწვეული დაფინანსების რთული

37 საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 30 დეკემბრის ბრძანება #638 2017 წლის სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის დამტკიცების შესახებ

38 საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“, „ჯანდაცვის სისტემის ბარომეტრი IX ტალღა“, 2017 წელი

39 თ. ვერულავა „ჯანდაცვის ხარჯები მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციების მიხედვით და ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში“, 2015 წელი, ხელმისაწვდომია: <https://idfi.ge/ge/health-care-expenditure-who-recommendations-georgia>, წვდომა განხორციელდა 2017 წლის 4 ოქტომბერს

40 ჯანდაცვის პირდაპირი ხარჯები (ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების %) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.TO.ZS> (ბოლოს წვდომა განხორციელდა 2017 წლის 5 ოქტომბერს)

41 საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“, „ჯანდაცვის სისტემის ბარომეტრი IX ტალღა“, 2017

42 ტ. იობაშვილი, „საქართველოს სადაზღვევო კომპანიების მიმოხილვა“, 2013 წ.

ხელმისაწვდომია: <http://aaf.ge/index.php?menu=1&jurn=0&rubr=5&mas=2045> წვდომა განხორციელდა 05/10/2017

42 მთავრობის ბრძანებულება #638 ჯანდაცვის პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 2017

ხელმისაწვდომია: <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/3530020> წვდომა განხორციელდა 05/10/2017

44 დედათა და ბავშვთა სახელმწიფო პროგრამა ხელმისაწვდომია: http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=812 წვდომა განხორციელდა 05/10/2017. ლ. შენგელია და სხვ. დაინტერესებული მხარეების მოსაზრებები საქართველოში დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის დაფინანსების ძლიერი და სუსტი მხარეების და მისი რეფორმის შესახებ ხელმისაწვდომია: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549305/> წვდომა განხორციელდა 10/10/2017

მექანიზმები და პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ფრაგმენტულობა, აგრეთვე, ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერთა არამოტივირებულობა, რომ ხელი შეუწყო მომხმარებლისთვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების სათანადოდ მიწოდებას.⁴⁵

კანონების და პოლიტიკის განხორციელება

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ადგილობრივი და საერთაშორისო კანონმდებლობით რეგულირდება, რომელიც უმეტესად ჯანდაცვის სისტემის ძირითად საკითხებს შეეხება. მაგრამ მათში არსებობს გარკვეული შეუსაბამობები არა მხოლოდ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების დაცვის საკითხებთან დაკავშირებით, არამედ ზოგადად, ჯანდაცვის საკითხების გარშემო:⁴⁶

- ტექნიკური უზუსტობები და ტერმინთა შეუსაბამობები, რომლებიც არ საჭიროებენ სისტემური ცვლილებებს. მაგალითად, განსხვავება ისეთი ტერმინების განსაზღვრებაში, როგორებიცაა „ინფორმირებული თანხმობა“, „პაციენტი“, „პაციენტის ნათესავი“, „ჯანდაცვის მომსახურება“, „ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერი“, „სამედიცინო ჩანაწერები“ და ა.შ. საჭიროა ამ ტერმინთა თანხვედრის უზრუნველყოფა ყველა კანონსა და პოლიტიკაში, მათ შორის, კანონქვემდებარე აქტებში.
- საკითხები, რომლებიც საკანონმდებლო ან/და პოლიტიკის დონეზე უნდა გადაწყდეს, რადგან კანონი მათ ნაწილობრივ, ან საერთოდ არ არეგულირებს, მათ შორის: ინფორმაციის კონფიდენციალობა, უწყვეტი პროფესიული განვითარება, პაციენტების ინფორმირება მათი უფლებების, სამედიცინო მოწყობილობების უსაფრთხოების და შეზღუდული შესაძლებლობის შეფასების, სტატუსისა და პაციენტების უსაფრთხოების შესახებ; მარგინალიზებული ჯგუფების წინაშე არსებული საკითხები, როგორიცაა გაიდლაინები ჰორმონალური თერაპიისა და ტრანსგენდერი პირებისთვის სქესის შეცვლა სამედიცინო ჩარევით; სუროგაცია.

ჯანდაცვის საკითხებს შემდეგი კანონები არეგულირებენ:⁴⁷

- საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ;
- საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ;
- საქართველოს კანონი სამედიცინო პრაქტიკის შესახებ;
- საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ;
- საქართველოს კანონი სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ;
- საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოების ტრანსპლანტაციის შესახებ;
- საქართველოს კანონი სამედიცინო და სოციალური ექსპერტიზის შესახებ;
- საქართველოს კანონი წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ;
- საქართველოს კანონი ნარკოტიკული პრეპარატების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების და პრეკურსორების და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ;
- საქართველოს კანონი ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ;

45 საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“, „ჯანდაცვის სისტემის ბარომეტრი IX ტალღა“, 2017 WB „სახელმწიფო ხარჯების მიმოხილვის“ შესაბამისად, 2017 ხელმისაწვდომია: http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2017/09/HSB-9-Results_September-18-2017.pdf წვდომა განხორციელდა 04/10/2017

46 ა. თალაკვაძე et al. „ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და ანალიზი“, GYLA, 2011 ხელმისაწვდომია: <http://www.nplg.gov.ge/gsd/cgi-bin/library.exe?e=d-01000-00---off-0samartal--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--11-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&cl=CL4.1&d=HASH4e35112dc cb841ea499b55.5>=1> (წვდომა განხორციელდა 2017 წლის 3 ოქტომბერს)

47 ჯანდაცვის საკითხების მარეგულირებელი ძირითადი კანონები, ხელმისაწვდომია: <http://rama.moh.gov.ge/geo/static/5/kanonebi> and <http://www.healthrights.ge/legislation/>; ა. თალაკვაძე et al. „ჯანდაცვის კანონმდებლობის მიმოხილვა და ანალიზი“, GYLA, 2011 ხელმისაწვდომია: <http://www.nplg.gov.ge/gsd/cgi-bin/library.exe?e=d-01000-00---off-0samartal--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--11-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&cl=CL4.1&d=HASH4e35112dc cb841ea499b55.5>=1> (წინამდებარე ანგარიშში ყველა ჩამოთვლილი კანონი განხილული არ არის).

- საქართველოს კანონი ბავშვთა ბუნებრივი კვების დაცვისა და ხელშეწყობის, ხელოვნური საკვების მოხმარების შესახებ;
- საქართველოს კანონი აივ/მიდს-ის პრევენციისა და კონტროლის შესახებ;
- საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი;
- საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი;
- საქართველოს ადმინისტრაციული კოდექსი;
- საქართველოს მიერ რატიფიცირებული საერთაშორისო კონვენციები და პროტოკოლები.

მთავრობის 2014 წლის 26 დეკემბრის დადგენილება №724 (2014-2020 წწ.) განსაზღვრავს ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტებს „პაციენტთა უფლებების დასაცავად საყოველთაო ჯანდაცვასა და ხარისხის მართვასთან“ მიმართებაში. სტრატეგიული ამოცანები მიზნად ისახავს ჯანდაცვის მომსახურების არასათანადო ხელმისაწვდომობის შემცირებას, ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებას, პაციენტების უფლებების დაცვას, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხების გაუმჯობესებას, ჯანდაცვის ყოვლისმომცველი მართვის ჩამოყალიბებას, ჯანდაცვის სექტორის ეფექტიანობის გაზრდას.⁴⁸

ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემა (HIS)

ელექტრონული ჯანდაცვის მართვის პირველი სტრატეგია 2011 წელს შეიქმნა. ის მიზნად ისახავდა ახალი პროგრამის შექმნას სამინისტროს, სადაზღვევო კომპანიების, სამედიცინო დაწესებულებებისა და პაციენტების საინფორმაციო მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად და ჯანდაცვის საერთაშორისო სტანდარტების დასამკვიდრებლად.⁴⁹ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ჯანდაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემას 2011 წლიდან იყენებს. ის ინფორმაციის კონფიდენციალობასა და უსაფრთხოებას უზრუნველყოფს, განსაზღვრავს უნიფიცირებულ სტანდარტებს, ახორციელებს ინფორმაციის გაცვლას რეალური დროის რეჟიმში, აწესრიგებს ფინანსურ და სამედიცინო მონაცემებს და ხელს უწყობს ზუსტ სტატისტიკასა და მონაცემთა ანალიზს. ის 14 ძირითადი მოდულისგან შედგება. თითოეული მათგანი ჯანდაცვის სისტემის კონკრეტულ ნაწილს არეგულირებს, მათ შორის: სამედიცინო საქმიანობას, იმუნიზაციას, მიწოდების მენეჯმენტს, ფარმაცევტულ პროდუქციას, სამედიცინო ისტორიებს და ა.შ.⁵⁰ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემის გამოყენება მთავრობის 2017 წლის 6 ივნისის №274 დადგენილების 31 პუნქტით რეგულირდება, რაც სამინისტროს ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ყველა მონაცემის დამუშავების საშუალებას აძლევს.⁵¹ UNICEF-ის ფინანსური დახმარებითა და ნორვეგიის არქტიკის უნივერსიტეტის ტექნიკური მხარდაჭერით, 2015 წელს ორსული ქალებისა და ახალშობილებისთვის ჯანდაცვის ზედამხედველობის ახალი ელექტრონული სისტემა შეიქმნა.⁵²

ამას გარდა, საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი ჯანდაცვის დაწესებულებებიდან დახარისხებულ მონაცემებს აგროვებს მთელი ქვეყნის მასშტაბით.⁵³ როგორც აღმოჩნდა, ჯანდაცვის არსებულ საინფორმაციო სისტემას გარკვეული

48 მთავრობის 2014 წლის 26 დეკემბრის დადგენილება #724 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის, „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, დამტკიცების შესახებ; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2657250>

49 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, „საქართველოს ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სტრატეგია“, 2011 წელი, ხელმისაწვდომია: http://www.georgia-ccm.ge/wp-content/uploads/ABT_ka-GE.pdf

50 USAID „ჯანდაცვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემა“; ხელმისაწვდომია: http://www.healthquality.ge/sites/default/files/23%20Turdzeladze%20Tatoshvili%20HMIS%20Presentation_GAMPHA_GEO.pdf

51 საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 6 ივნისის დადგენილება #274 „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 31 დეკემბრის №249 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“ ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3689920>, წვდომა განხორციელდა 2017 წლის 6 ოქტომბერს

52 UNICEF, „საინფორმაციო ბიულეტენი #1 (#19)“, 2016 წელი ხელმისაწვდომია: <https://issuu.com/unicefgeorgia/docs/>

53 ჯანდაცვის სტატისტიკის ანგარიში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

პრაქტიკული ნაკლოვანებები გააჩნია, რადგან სისტემის მეშვეობით მიღებული ინფორმაციის ხარისხი ყოველთვის არ შეესაბამება სტანდარტებს.⁵⁴ ეს განპირობებულია მონაცემთა ნაკლებობით, ან არასრულყოფილი და დაუხარისხებელი მონაცემებით, განსაკუთრებით, მოწყვლადი ჯგუფების შემთხვევაში (მაგალითად, სექსუალური, მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები, ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლები, ლგბტი პირები და ა.შ.). ასევე, გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის, ეთნიკური კუთვნილების, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის, ეკონომიკური კვინტილის და ა.შ. მიხედვით. ყოველმხრივი, დახარისხებული მონაცემების ასეთი ნაკლებობა ხელს უშლის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკისა და პრაქტიკის შექმნას და ინვესტ დისკრიმინაციას.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრაცია პირველადი ჯანდაცვისა და რეფერალურ სისტემებში

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ინტეგრაციის ხელშესაწყობად, საქართველოს მთავრობამ, ანტენატალური და პოსტნატალური მომსახურებისთვის, ოჯახის დაგეგმვის 200-ზე მეტი ცენტრი შექმნა. მათ დანიშნულება გამოიხატება კონსულტაციების გაწევაში კონტრაცეფციის, ასევე, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და აივ/მიდს-ის შესახებ. თუმცა სოფლად ასეთი მომსახურების ხელმისაწვდომობა ჯერ კიდევ შეზღუდულია, რადგან, პილოტური რეგიონების გარდა, სოფლის ამბულატორიებში ოჯახის დაგეგმვის ცენტრები არ არსებობს.⁵⁵ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაცია უმთავრესად დონორების მიერ ფინანსდება. მაგალითად, USAID/SUSTAIN-ის და UNFPA-ის ფინანსური დახმარებით, ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის სფეროში, 1400-ზე მეტ ოჯახს ექიმს ჩაუტარდა ტრენინგები.⁵⁶

ჯანდაცვის პროვაიდერების ტრენინგი

საქართველოს კანონში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცნება განსაზღვრულია, როგორც პროფესიონალური განვითარების პროცესი, რომელიც მოიცავს თვით-განათლებას, ფორმალურ განათლებასა და ტრენინგებს, ასევე, ჯანდაცვის პერსონალის მონაწილეობას სხვადასხვა ღონისძიებებში ცოდნის მიღებისა და უნარ-ჩვევების გამომუშავების ხელშესაწყობად. ის ასევე განსაზღვრავს საბაზო განათლების მოთხოვნებს ექიმებისთვის.⁵⁷ მაგრამ საქართველოში სავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლება არ არსებობს: სამედიცინო საქმიანობაზე მუდმივი ლიცენზია ექიმებს არ ავალდებულებს, გაიუმჯობესონ სამედიცინო უნარ-ჩვევები და ცოდნა მთელი კარიერის განმავლობაში.⁵⁸

არასავალდებულო უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სრულად ინტეგრირებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის მომსახურების არარსებობა საქართველოში ძირითადი გამოწვევებია. SRHR-ის საკითხებზე არასაკმარისი სწავლების გამო ექიმებსა და ექთნებს, განსაკუთრებით სოფლად, აკლიათ ცოდნა და გამოცდილება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდების სფეროში.⁵⁹ მათ არ ჩატარებიან ტრენინგი მშობიარეობის მოვლის საკითხებზე, მათ შორის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების შესახებ. მაგალითად, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, პილოტური

54 MoLHSA „ანგარიში ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის შეფასების შესახებ“, 2013 წელი, ხელმისაწვდომია: <http://www.healthrights.ge/wp-content/uploads/2013/01/jandacvis-sistemis-efekturobis-angarishi.pdf>

55 ნ. ზულესკირი et al. „რეპროდუქციული უფლებები და მათი რეალიზების გარანტიები საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით“, ასოციაცია ჰერა -XXI, 2015 წელი

56 საქართველოს მთავრობა „საქართველოში ათასწლეულის განვითარების მიზნების შესახებ ანგარიში“, 2014 წელი

57 საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესახებ
ხელმისაწვდომია: http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30.pdf

58 კ. ჩხატარაშვილი „გლობალური ფონდის მხარდაჭერიდან გარდამავალი პერიოდი და პროგრამული მდგრადობის კვლევა ცენტრალური აღმოსავლეთის ევროპის/დსთ-ს ოთხ ქვეყანაში: ანგარიში საქართველოს შესახებ“, CIF, 2015 წელი, გვ. 46

59 ინტერვიუ მაგდა კოსტავასთან, ასოციაცია ჰერა XXI (ინტერვიუ ჩატარდა მაისში)

რეგიონების გარდა, ოჯახის ექიმებს არა აქვთ გავლილი ტრენინგები ონკოლოგიური დაავადებების ადრეულ დიაგნოსტიკაში.⁶⁰

ანგარიშვალდებულება

ადამიანის უფლებების დარღვევასთან დაკავშირებით ანგარიშვალდებულების კუთხით არსებული პრობლემები განპირობებულია ჯანდაცვის დაწესებულებებისა და პერსონალის მიერ ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით სახელმწიფო კონტროლის ნაკლებობით და ასევე, ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ კანონებში აღსრულების ეფექტიანი მექანიზმების არარსებობით.

სასამართლო წესით განხილვა და აღსრულება

ჯანმრთელობის უფლება სასამართლო წესით განხილვას საქართველოს სასამართლო სისტემაში სრულად არ ექვემდებარება.⁶¹ პაციენტების უფლებები მოცემულია ჯანდაცვის სფეროს მარეგულირებელ ძირითად კანონებში, როგორებიცაა კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ და კანონი ჯანდაცვის შესახებ, მაგრამ მათ აკლია აღსრულების მექანიზმები. პაციენტის უფლებების დარღვევის გამო სასამართლოში პასუხისმგებლობის დაყენება მხოლოდ მაშინაა შესაძლებელი, თუ დამტკიცდება, რომ ასეთი დარღვევის შედეგად პაციენტი მატერიალური ან მორალური ზარალი მიაღდა.⁶² მორალური ზიანის დაკმაყოფილების მოთხოვნა მხოლოდ იმ შემთხვევაში ხდება, თუ დარღვევის შედეგად პაციენტის ჯანმრთელობას ზიანი მიაღდა,⁶³ ან თუ პაციენტი ჯანდაცვის მომსახურების მიღების პროცესში დისკრიმინაციის მსხვერპლი გახდა.⁶⁴ ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანის შესახებ საჩივრის დასასაბუთებლად განმცხადებელმა უნდა მიიღოს სამედიცინო ექსპერტის დასკვნა, რაც დაადასტურებს ექიმის/ჯანდაცვის პერსონალის მიერ ჩადენილ დარღვევას და მიყენებულ ზიანს. ასეთი მტკიცებულების მიღება კი ძალიან რთულია.⁶⁵ ყველა სხვა შემთხვევაში, პაციენტები, რომელთა უფლებებიც (მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ) დაირღვა ჯანდაცვის სერვისის მიღებისას, სამართლებრივი დაცვის საშუალების გარეშე რჩებიან.

სისხლის სამართლის და ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობა

არალეგალურ სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებით, სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა იმ შემთხვევაში დგება, თუ ქმედების შედეგად პაციენტის ჯანმრთელობას ან მის სიცოცხლეს ადგება ზიანი.⁶⁶ თუ მკურნალობის პროცესში ექიმი გაუფრთხილებლობით პაციენტის ჯანმრთელობას ზიანს მიაყენებს ან თუ პაციენტი დაიღუპება, ამგვარი ქმედება სისხლის სამართლის ზოგადი დებულებებით

60 ნ. წულეისკირი et al. „რეპროდუქციული უფლებები და მათი რეალიზების გარანტიები საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით“, ასოციაცია პერა - XXI, 2015 წელი

61 საქართველოს კონსტიტუციის მოქმედი დებულება აღნიშნავს, რომ ყველას აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევით სარგებლობის უფლება და უფასო ჯანდაცვის პირობები გათვალისწინებულია კანონში (კონსტიტუციის მუხ. 37.1). კონსტიტუციაში აგრეთვე აღნიშნულია, რომ სახელმწიფო ახორციელებს კონტროლს ჯანდაცვის დაწესებულებებზე, ასევე, მედიკამენტების წარმოებასა და გაყიდვაზე (კონსტიტუციის მუხლი 37.2). კონსტიტუციის ბოლო ცვლილებებით (რომელიც ჯერ კიდევ უნდა განხორციელდეს), მოქალაქის უფლება, რომ ხელი მიუწვდებოდეს ხარისხიან ჯანდაცვაზე, გათვალისწინებულია კანონით (კანონპროექტი, მუხლი 28.1) და სახელმწიფო ახორციელებს კონტროლს ჯანდაცვის ინსტიტუტებზე და ხარისხზე, ფარმაცევტულ წარმოებაზე და ფარმაცევტული პროდუქტების გავრცელებაზე (კანონპროექტი, მუხ. 28.2).

62 საქართველოს კანონი პაციენტის უფლების შესახებ, მუხლი 10, საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 103 და 104.

63 საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მუხლი 413.2-ის მიხედვით, მორალური ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნა შესაძლებელია სხეულის ან სიცოცხლისადმი ზიანის მიყენების შემთხვევაში.

64 საქართველოს კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ, მუხ. 10.

65 ზიანის ანაზღაურების საკითხთან დაკავშირებით საიას სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, ხშირად სამედიცინო ექსპერტების დასკვნაში არაა ნათლად გამოკვეთილი ექიმის მიერ ჩადენილი დარღვევა, რაც ართულებს მტკიცებულების ტვირთის დაკმაყოფილებას სამოქალაქო სამართალწარმოებაში.

66 სისხლის სამართლის კოდექსის მუხლი 246-ის მიხედვით, ქმედება ისჯება ჯარიმით ან 3 წლამდე თავისუფლების შეზღუდვით და/ან იმავე ვადით თავისუფლების აღკვეთით. თუკი იგივე ქმედება დასრულდა პაციენტის გარდაცვალებით, იგი დასჯადია თავისუფლების აღკვეთით ხუთ წლამდე ვადით ან პატიმრობით სამიდან შვიდ წლამდე, ოფიციალური თანამდებობის დაკავების ან კონკრეტული საქმიანობის განხორციელების აკრძალვით ან მის გარეშე სამ წლამდე ვადით.

ისჯება და პასუხისმგებლობის საკითხის დასმას ამგვარი ქმედებების ნებისმიერ გარემოში ჩადენისთვის ითვალისწინებს.⁶⁷

საქართველოს ადმინისტრაციული სამართალდარღვევების კოდექსი ადმინისტრაციულ პასუხისმგებლობას აწესებს არალეგალური სამედიცინო საქმიანობისთვის, ასევე, ლიცენზიის გარეშე სამედიცინო პრაქტიკისთვის. მსგავსი ქმედებები ისჯება ჯარიმით. სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობისაგან განსხვავებით, სავალდებულო არაა, ქმედებამ ზიანი მიაყენოს პაციენტის ჯანმრთელობას, რათა ის ადმინისტრაციულ დანაშაულად იქნას განხილული.

დარღვევებზე სახელმწიფო ზედამხედველობის მექანიზმები ჯანდაცვის დაწესებულებებში

სამედიცინო საქმიანობის მარეგულირებელი სახელმწიფო სააგენტო პასუხისმგებელია სამედიცინო მომსახურების (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში გაწეული მომსახურების ჩათვლით) ხარისხის კონტროლზე და მკურნალობასთან დაკავშირებული საჩივრების განხილვაზე. სააგენტო ასევე ვალდებულია, დასვას სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის საკითხი შესაბამისი ორგანოს წინაშე. სააგენტოს მანდატში არ შედის ადამიანის უფლებების დაცვის ზედამხედველობა ჯანდაცვის მომსახურების განვითარებას და არცერთ სააგენტოს არ გააჩნია აღნიშნული მანდატი.

2014 წელს, ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილებით, საქმეში „ძებნიაური საქართველოს წინააღმდეგ“, სახელმწიფომ პასუხისმგებლობა აიღო კერძო სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტისთვის არასათანადო სამედიცინო მომსახურების გაწევისა და სახელმწიფოს მხრიდან დაწესებულების სამედიცინო ლიცენზირების მოთხოვნებთან მისადაგების შემოწმების ნაკლოვანების გამო. სასამართლოს გადაწყვეტილების აღსრულების მხარდასაჭერად, „საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციამ“ (საია) ჯანდაცვის სამინისტროსა და ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტს მიმართა წინადადებით, შექმნილიყო სპეციალური მექანიზმები სახელმწიფოს მიერ ადამიანის უფლებათა დაცვის ზედამხედველობის განსახორციელებლად ჯანდაცვის კერძო დაწესებულებებში. გადაწყვეტილება ამ დრომდე არ აღსრულებულა.

67 საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 117 – მძიმე დაზიანების განზრახ მიყენება; მუხლი 118 – სხეულის ნაკლებად მძიმე დაზიანების განზრახ მიყენება; მუხლი 116 – დაუდევრობით გამოწვეული მკვლელობა წინასწარი განზრახვის გარეშე.

68 საქართველოს ადმინისტრაციული სამართალდარღვევების კოდექსი, მუხლი 442 – არალეგალური სამედიცინო საქმიანობა

69 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-64/ნსსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო მარეგულირებელი სააგენტის შექმნის და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ, 28/12/2011 [თარგმანი ქართულიდან]

70 ძებნიაური v. საქართველოს წინააღმდეგ, app. no.67813/11, ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება, 09.09.2014.

თავი 3: ადამიანის უფლებათა საკითხები საქსოგრივი და ჩეპროუქიუი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ჭირში

კონსტრუქციული უსახეო ინფორმაციისა და მომსახურებისადმი წვდომა

ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და სერვისებზე წვდომა ცალკეულ ადამიანებს და წყვილებს საშუალებას აძლევს გადანწყვიტონ, როდის და რამდენი შვილი იყოლიონ. ის, ასევე უწყობს ხელს ჯანმრთელობის დაცვას, ზრდის ადამიანების ავტონომიურობას და კეთილდღეობას, ხელს უწყობს დამაკმაყოფილებელ და უსაფრთხო სექსუალურ ცხოვრებას.⁷¹

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაცია და სერვისები მნიშვნელოვანია ორსულობის პრევენციისთვისაც, მათ შორის, სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში, ასევე სექსუალური გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ ინფექციის პრევენციისთვის. ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებული ვალდებულებების თანახმად, კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაცია და მომსახურება უნდა მოიპოვებოდეს, ხარისხიანი უნდა იყოს და ქალებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ კონტრაცეფციის მეთოდების სრულ სპექტრზე.⁷² გაეროს ადამიანის უფლებათა ორგანოების თანახმად, თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე წვდომის შეზღუდვა გავლენას ახდენს სხვადასხვა უფლებაზე, მათ შორის, დისკრიმინაციის გარეშე ცხოვრების, ჯანმრთელობის და შვილების რაოდენობის, დაშორებისა და შვილის გაჩენის დროის შესახებ გადანწყვტილების მიღების უფლებებზე. სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში გადაუდებელი კონტრაცეფციის მიღების შეზღუდვა გავლენას ახდენს არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობისაგან თავისუფალი ცხოვრების უფლებაზე.⁷³

ჯანმრთელობის უფლების უმაღლესი სტანდარტის შესაბამისად, სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ესენციური მედიკამენტების ნუსხაში შესულ მედიკამენტებზე წვდომა, რომელშიც ასევე შედის ჰორმონალური, მათ შორის, გადაუდებელი კონტრაცეპტივები.⁷⁴ ადამიანის უფლებების დამცავი ორგანოები სახელმწიფოებს რეკომენდაციას უწევენ, რომ აღმოფხვრან ყველა დაბრკოლება კონტრაცეპტივებზე, მათ შორის, ძვირადღირებულზე, წვდომის თვალსაზრისით. ასევე რეკომენდებულია, აღმოიფხვრას ისეთი წინააღმდეგობები, როგორიცაა ოჯახური მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციისა და მესამე პირის მიერ დადასტურების, მაგალითად მეუღლის თანხმობის მოთხოვნები, როგორც კანონმდებლობაში, ასევე პრაქტიკაში.⁷⁵

71 ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR), ზოგადი შენიშვნა 22 სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ (2016) (შემდგომში CESCR-ის ზოგადი შენიშვნა 22); ICPD PoA; ს. სინგხი და ჯ.ი. დაროჰი, დამატება: კონტრაცეფციის სერვისების ღირებულება და უპირატესობები – 2012 წლის შეფასება, ნიუ-იორკი: გატმაპერის ინსტიტუტი და გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA), 2012.

72 CESCR -ის ზოგადი შენიშვნა 22

73 გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) და რეპროდუქციულ უფლებათა ცენტრი, „კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და სერვისების უფლება ქალებისთვის და მოზარდებისთვის“, 2010 წ. ხელმისაწვდომია: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>; რეპროდუქციულ უფლებათა ისეთი დარღვევების ცენტრი, როგორიცაა წამება და სასტიკი მოპყრობა, ხელმისაწვდომია: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Reproductive_Rights_Violations_As_Torture.pdf CAT-ის კომიტეტი, დასკვნითი შენიშვნები: პერუ, პარაგრაფი 15, გაეროს დოკუმ. CAT/C/PER/CO/5-6, 2013

74 ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR), ზოგადი შენიშვნა 14 ჯანდაცვის უმაღლეს სტანდარტებზე ხელმისაწვდომობის უფლების შესახებ (2000 წ.) (შემდგომში CESCR-ის ზოგადი კომენტარი 14); CESCR ზოგადი კომენტარი 22.

75 ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტი (CESCR), ზოგადი შენიშვნა 14 ჯანდაცვის უმაღლეს სტანდარტებზე ხელმისაწვდომობის უფლების შესახებ (2000 წ.) CESCR ზოგადი კომენტარი 22

სახელმწიფოები ვალდებული არიან, უზრუნველყონ, რომ კონტრაცეპტივები გამოიყენებოდეს ნებაყოფლობით და ინფორმირებულად, ძალდატანების ან დისკრიმინაციის გარეშე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმ ჯგუფებზე, რომლებიც ისტორიულად ოჯახის იძულებით დაგეგმვის პრაქტიკას ექვემდებარებიან, მაგალითად ბოშები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, აივ ინფექციის მატარებელი ქალები.⁷⁶ კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაცია უნდა მოიცავდეს მის ყველა შესაძლო ვარიანტს, ასევე ინფორმაციას მათი გვერდითი ეფექტებისა და დადებითი მაჩვენებლების შესახებ. იმ შემთხვევაში, თუ კონტრაცეპტივების გამოყენებასთან დაკავშირებით აღგილი აქვს ინფორმირებული თანხმობის უფლების დარღვევას და სხვა უზუსტობებს, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სამართლებრივი დაცვის ეფექტიანი საშუალებები.⁷⁷

სახელმწიფოებს ასევე ეკისრებათ ვალდებულება, შეაგროვონ დეტალური მონაცემები კონტრაცეპტივების მოხმარების კუთხით არსებული წინააღმდეგობების ან მათი ხელმისაწვდომობის შესახებ, და შეიმუშაონ კანონები, პოლიტიკა და პროგრამები, რომლებიც ასახავს საზოგადოების საჭიროებებს, მათ შორის, ისეთი მოწყვლადი ჯგუფების ინტერესებს, როგორებიც არიან მოზარდები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და დაუოჯახებელი ქალები.⁷⁸

სექსუალურად აქტიურ ახალგაზრდა ქალებს კონტრაცეპტივებისა და ჯანდაცვის მომსახურებაზე წვდომის თვალსაზრისით, განსაკუთრებული სირთულეები ექმნებათ, რაც ზრდის არასასურველი ორსულობისა და მისი შედეგების რისკს. ახალგაზრდა კაცებს, ასევე სჭირდებათ ინფორმაცია და სერვისები, რათა პასუხისმგებლობა აიღონ და ხელი შეუწყონ არასასურველი ორსულობის პრევენციას.⁷⁹ უნდა დაინერგოს კონფიდენციალური და ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი საკონსულტაციო სერვისები და მოზარდებს მშობლის თანხმობის გარეშე უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი ინფორმაციასა და სამედიცინო სერვისებზე.⁸⁰

ადამიანის უფლებების სტანდარტების შესაბამისად, UNFPA-ი მიიჩნევს, რომ „კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციასა და სერვისებზე წვდომის პრაქტიკული ბარიერები ხშირად სოციალურად და კულტურულად დამკვიდრებული დისკრიმინაციიდან გამომდინარეობს. სახელმწიფოებმა სათანადო ნაბიჯები უნდა გადადგან ამ დაბრკოლებების აღსაკვეთად, რათა უზრუნველყონ კონტრაცეფციის ხელმისაწვდომობა ქალებისა და მოზარდებისთვის. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია საზოგადოებაში ქალთა და მოზარდთა თანასწორუფლებიანობისთვის.“⁸¹

საქართველოს აღებული აქვს ვალდებულება, განახორციელოს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ადამიანის უფლებათა სტანდარტი. საქართველოსთვის გაცემულ რეკომენდაციებში CEDAW-ის კომიტეტი სახელმწიფოს მოუწოდებს, გააუმჯობესოს ქალთა და მოზარდთა წვდომა ხარისხიან ჯანდაცვაზე, მიაწოდოს ოჯახის დაგეგმვის სერვისები და უზრუნველყოს კონტრაცეფციის ხელმისაწვდომი, მათ შორის, უახლესი მეთოდები, განსაკუთრებით სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის.⁸² უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვის (UPR) მიერ საქართველოსთვის მიცემულ მრავალრიცხოვან რეკომენდაციაში მითითებულია კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციასა და სერვისებზე წვდომის გაზრდის აუცილებლობა, მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით, მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

76 CESCR ზოგადი კომენტარი 22

77 CESCR ზოგადი კომენტარი 22

78 CESCR ზოგადი კომენტარი 22

79 UNFPA, მსოფლიოს მოსახლეობის მდგომარეობის შესახებ 2013 წლის ანგარიში. დედობა საბავშვო ასაკში.

80 CESCR ზოგადი კომენტარი 22; CRC ზოგადი კომენტარი 15 (2013); გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში „ჯანმრთელობის უფლება“ მოზარდთა ჯანმრთელობის უფლებების შესახებ (2013).

81 UNFPA, საინფორმაციო ფურცელი, „კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და სერვისების უფლება ქალებისთვის და მოზარდებისთვის“, 2010, გვ. 12, ხელმისაწვდომია: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Contraception.pdf>

82 CEDAW/C/GEO/CO/4-5, 2014, პარაგ. 31 (a)

კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაცია და სერვისები საქართველოში

საქართველოში კონტრაცეპტივები ძირითადად აფთიაქებშია ხელმისაწვდომი და ხშირად, ექიმის რეცეპტით გაიცემა. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, მათ შორის, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, მათ არ აფინანსებს. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები მეანების, გინეკოლოგების, ასევე ოჯახის/სოფლის ექიმების კომპეტენციაში შედის, თუმცა ისინი სრულად არ არიან ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.⁸³

არასასურველ ორსულობასთან დაკავშირებით, 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (RHS) მიხედვით, 1999 წელს საქართველოში ორსულობის ყველა შემთხვევის მხოლოდ 41% იყო დაგეგმილი. 2005 წელს ეს მაჩვენებელი 48%-მდე, ხოლო 2010 წელს 63%-მდე გაიზარდა. დამდგარი ორსულობის 37% დაუგეგმავი, მათგან 26% კი, არასასურველი და 11% უდროო იყო.⁸⁴ 30-34 წლის ასაკის ქალებს შორის ყველა ორსულობის 39% დაუგეგმავი იყო, ხოლო 35-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფში – 54%.⁸⁵ 15-19 წლის ახალგაზრდა ქალებს შორის ორსულობის მხოლოდ 16% იყო დაუგეგმავი. ამასთან, ამ დაუგეგმავი ორსულობის შემთხვევებიდან უმეტესობა უდროო უფრო იყო, ვიდრე არასასურველი.⁸⁶ არასასურველი ორსულობის შემთხვევების დიდი უმრავლესობა ცოცხალი ნაყოფის გაჩენით არ დასრულებულა (94.4% ხელოვნური ან სპონტანური აბორტით, ან მკვდარი ნაყოფის დაბადებით დასრულდა).⁸⁷ ეს მიანიშნებს, რომ ოჯახის დაგეგმვა არ ამცირებს შობადობის მაჩვენებელს, მაგრამ ამცირებს აბორტების რაოდენობას.

რაც შეეხება კონტრაცეპტივების გამოყენებასა და დაუკმაყოფილებელ საჭიროებებს, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, 2010 წელს ყველა დაქორწინებული წყვილიდან 12,3%-ს არ უსარგებლია ოჯახის დაგეგმვის რაიმე მეთოდით, მიუხედავად არასასურველი ორსულობის რისკისა. გარდა ამისა, რისკის ქვეშ მყოფი დაქორწინებული ქალების 18.2%-მა კონტრაცეფციის არასაიმედო მეთოდებს მიმართა. საერთო ჯამში, თანამედროვე კონტრაცეპტივების დაუკმაყოფილებელი საჭიროების⁸⁸ შემთხვევები დაქორწინებულ ქალებს შორის 30,5%-ს აღწევს, ხოლო 18.5%-ს – ქალთა საერთო რაოდენობისთვის, რაც ძალიან მაღალი მაჩვენებელია ევროპული სტანდარტების მიხედვით. დაუკმაყოფილებელი საჭიროება განსაკუთრებით მაღალია სოფლად, სადაც ის 40%-ს აღწევს.⁸⁹

მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაცეპტივების მოხმარება 1999 წლის შემდეგ 41%-დან 54%-მდე გაიზარდა, 2010 წელს⁹⁰ საქართველოში, ეს მაჩვენებელი, მთელს აღმოსავლეთ ევროპაში, თითქმის ყველაზე დაბალია.⁹¹ 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, თანამედროვე კონტრაცეპტივების გამოყენება რეგულარულად იზრდება, ხოლო ტრადიციული მეთოდების გამოყენება მცირდება. თუმცა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების სრული სპექტრის, განსაკუთრებით ქალთა კონტრაცეპტივების, გამოყენება მაინც დაბალია. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის თანახმად, ყველაზე გავრცელებულ მეთოდებს შორის იყო კონდომი (20%), კალენდარული (რიტმის)

83 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წწ. გვ. 29

84 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010, გვ. 46

85 იქვე., სურ. 4.6.3

86 იქვე.

87 იქვე.

88 **თანამედროვე კონტრაცეპტივები:** კონტრაცეფციის კლინიკური და მიწოდებითი მეთოდები, მათ შორის, ქალის და კაცის სტერილიზაცია; IUDs; ჰორმონული მეთოდები, როგორიცაა ორალური აბები, ინექციები, ჰორმონებიანი იმპლანტები, კანის სალბუნები („პლასტიკი“) და ვაგინალური რგოლები; კონდომები, ვაგინალური ბარიერული მეთოდები, როგორიცაა დიაფრაგმა, ცერვიკალური საფარი, სპერმიციდული ქაფები, ჟელები, კრემები და ღრუბლები.

89 NCDC, რეპროდუქციული ჯანდაცვის კვლევა, 2010, გვ. 175, ცხრილი 9.1.2

90 უნდა აღინიშნოს, რომ 10 წლის პერიოდის მონაცემებით, ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა ჩაანაცვლა კონტრაცეპტივების გამოყენებამ, ნაყოფიერების შეუმცირებლად. რადგან კონტრაცეპტივების გავრცელება გაიზარდა, აბორტების მაჩვენებელი შემცირდა, ხოლო შობადობის მაჩვენებელი 1.7-დან 2.0-მდე გაიზარდა.

91 კონტრაცეპტივების გამოყენება მსოფლიოში 2011 წელს. გაეროს ეკონომიკისა და სოციალურ საქმეთა დეპარტამენტი; მოსახლეობის განყოფილება (სადემონტრაციო დიაგრამა).

მეთოდი (17%), საშვილოსნოსშიდა მოწყობილობები (16%) და შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი (15%).⁹² კიდევ ერთი კვლევის მიხედვით, ჰორმონალური კონტრაცეპტივების გამოყენება, 2000 წელთან შედარებით, 2014 წელს ოთხჯერ გაიზარდა.⁹³

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (RHS) მიხედვით, საქართველოში ყველა დაქორწინებული ქალიდან მხოლოდ 35% და ყველა ქალიდან მხოლოდ 20,9% იყენებდა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდებს. უმეტესობა კონდომებს ან IUD-ს იყენებს.⁹⁴ ევროპასთან შედარებით (21,4%), ორალური კონტრაცეპტივების (აბები (4%)) მოხმარების მაჩვენებელი კვლავაც ძალიან დაბალი იყო 15-დან 44 წლამდე ასაკის დაქორწინებულ ქალებს შორის. აბების მოხმარება კიდევ უფრო დაბალია ქალთა საერთო რაოდენობაში (2,4%). ასევე გამოიკვეთა განსხვავება ქალაქსა და სოფლად მცხოვრებლებს შორის: 15-44 წლის ასაკის ქალებში თანამედროვე მეთოდების გამოყენების მაჩვენებელმა ქალაქის მცხოვრებლებში 42% შეადგინა, ხოლო სოფელში – 28%.⁹⁵ მეთოდების გამოყენების კუთხით ძალიან მცირე განსხვავებაა ეთნიკური კუთვნილების მიხედვით. თუმცა, თანამედროვე მეთოდებს უპირატესობას ქართველი ქალები უფრო ანიჭებენ, ვიდრე აზერბაიჯანელი ან სომეხი ქალები. დაქორწინებული ქალების მიერ კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენება ქართველების შემთხვევაში თითქმის 50%-ით მაღალია აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებთან შედარებით (37% ქართველებში და, შესაბამისად, 23% და 20% - აზერბაიჯანელ და სომეხ ქალებს შორის).⁹⁶

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ (RHS) ასევე გამოავლინა, რომ კონტრაცეფციის ტრადიციული მეთოდებიდან უფრო საიმედო თანამედროვე მეთოდებზე გადასვლას ხელს უშლის ინფორმაციის სიმწირე და თანამედროვე კონტრაცეფციასთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტების შესახებ გავრცელებული მითები. ასევე პრობლემურად რჩება ამ საშუალებების ფასი და ნაკლებად ხელმისაწვდომობა, პარტნიორის არჩევანი, სამედიცინო თუ სხვა პირის მიერ მიცემული რჩევები თანამედროვე მეთოდების წინააღმდეგ და ასევე, რელიგიური რწმენა.⁹⁷

რეპროდუქციული ასაკის ქალებს შორის, 2010 წელს, კვლავ ძალიან დაბალი იყო ცოდნა თანამედროვე კონტრაცეფციის ფორმების შესახებ.⁹⁸ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, პრაქტიკულად ყველა რესპოდენტს (97%) გაგონილი ჰქონდა, სულ მცირე, ერთი მეთოდის შესახებ მაინც.⁹⁹ კონდომები და IUD საკმაოდ კარგად იყო ცნობილი, მაგრამ 19%-ს არ ჰქონია ინფორმაცია ორალური კონტრაცეპტივების შესახებ, ხოლო 50%-მა არ იცოდა მათი გამოყენება.¹⁰⁰ რესპოდენტთა მხოლოდ 39% ფლობდა ინფორმაციას ქალთა სტერილიზაციის შესახებ, ხოლო კაცების სტერილიზაციაზე – თითქმის არავინ (მხოლოდ 4%).¹⁰¹

ქალების უმეტესობა რომელიმე ერთ თანამედროვე კონტრაცეპტივს გამორჩეულად ეფექტიანად არ მიიჩნევდა. მაშინ, როცა ქალების 29%-მა სწორად აღნიშნა, რომ IUD ძალიან ეფექტიანია ორსულობის პრევენციისთვის, კონტრაცეფციული სტერილიზაციის ძალიან ეფექტიანობაში, მხოლოდ 16% იყო დარწმუნებული. ქალების უმეტესობა აბებს არასაკმარისად ეფექტიანად არასწორად მიიჩნევდა.¹⁰²

92 რაც შეეხება ტენდენციებს, 1999 – 2010 წლებში გაორმაგდა იმ ქალების რაოდენობა, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ მათი პარტნიორი კონდომს იყენებს (10%-დან 13%-მდე, 20%-მდე)

93 საქსტატის ანალიტიკური ანგარიში „ქალები და მამაკაცები საქართველოში“, 2015, გვ. 22, ხელმისაწვდომია: http://geostat.ge/cms/site_images/_files/georgian/health/Qali%20da%20kaci_2015.pdf

94 NCDC, რეპროდუქციული ჯანდაცვის კვლევა, 2010, გვ. 156, ცხრილი 8.2.2, ცხრილი 8.2.1.

95 იქვე. გვ. 156, ცხრილი 8.2.2

96 იქვე. გვ. 157, ცხრილი 8.2.3

97 NCDC, რეპროდუქციული ჯანდაცვის კვლევა, 2010

98 იქვე, გვ. 125-138

99 NCDC, რეპროდუქციული ჯანდაცვის კვლევა 2010, ნებისმიერი მეთოდის შესახებ ცოდნის დონე ყველაზე დაბალი იყო ქვემო ქართლში, ყველაზე მაღალი – თბილისსა და იმერეთის რეგიონში.

100 NCDC, რეპროდუქციული ჯანდაცვის კვლევა 2010, გვ. 127

101 იქვე., გვ. 126

102 იქვე., გვ. 130

გარდა ამისა, კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციის მისაღებად არც საიმედო წყაროებს იყენებდნენ. ძირითად წყაროდ მითითებული იყო ნაცნობი ან მეგობარი ბიჭი (32%), ეჭიმი (17%), არა მშობელი ნათესავი (15%), პარტნიორი/ქმარი (12%) და ტელევიზია, რადიო და ინტერნეტი (9%).¹⁰³

სახელმწიფო და სხვა დონის ძიებები

1997 წელს მიღებული კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, სახელმწიფოს ვალდებულებად განსაზღვრავს რეპროდუქციის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვის უზრუნველყოფას. ასევე, კანონით დაცულია ყველა ადამიანის უფლება, დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს, თუ როდის და რამდენი შვილი იყოლიოს.¹⁰⁴

ზოგიერთი სხვა პოლიტიკური დოკუმენტებით, სახელმწიფო ასევე ცნობს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების დაცვის უზრუნველყოფის მნიშვნელობას.

ბოლო პერიოდში მიღებულ 2017-2030 წლების საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სტრატეგიითა და 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმით განსაზღვრულია კონტრაცეპტივების ხელმისაწვდომობასთან პირდაპირ და ირიბად დაკავშირებული სტრატეგიული ინტერვენციები, მათ შორის ისეთ საკითხებზე მუშაობა, როგორცაა დედათა და ჩვილთა სიკვდილიანობა, ოჯახის დაგეგმვა და ზრდასრულთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული პრიორიტეტული მიმართულებების იდენტიფიკაცია. ჯანდაცვის სამინისტრომ თანამედროვე კონტრაცეპტივების წვდომასთან დაკავშირებით შემდეგი პრიორიტეტული ინტერვენციები განისაზღვრა:¹⁰⁵

- პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (PHC) იქნება პირველი დონე ოჯახის დაგეგმვის (FP) შესახებ კონსულტირების, სერვისების მიწოდებისა და კოორდინაციის კუთხით. ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული კონსულტაციები და კონტრაცეპტივების გამოწერა (IUD და ჰორმონული კონტრაცეპტივების ჩათვლით) შევა საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში და უზრუნველყოფილი იქნება შესაბამისი რესურსების გამოყოფა სახელმწიფო ბიუჯეტში.¹⁰⁶
- ეტაპობრივად განხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სოფლის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრების ლიცენზირება, რათა მათ შეძლონ ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებული ყველა მომსახურების მიწოდება (რამდენიმე გამონაკლისის გარდა, რომლებიც ცალკე აღინიშნება), როგორც კი ასეთი ცენტრები ხარისხის დადგენილ კრიტერიუმებს დააკმაყოფილებენ.¹⁰⁷
- ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდები (IUD და ორალური კონტრაცეპტივები) უფასოდ იქნება ხელმისაწვდომი მიზნობრივი სოციალური დახმარების (TSA) პროგრამის ბენეფიციარებისთვის და ზოგი სხვა მოწყვლადი ჯგუფისთვის, მათ შორის, 21 წლამდე ასაკის ქალებისთვის.¹⁰⁸
- ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციები, კონტრაცეპტივების განაწილება ან გამოწერა და კონტრაცეპტივების მიმღებლობაზე შემოწმებები, თუ მათ PHC პერსონალი განახორციელებს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში შევა. სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში, ასევე, გათვალისწინებული იქნება უფრო მაღალი დონის სპეციალისტთან გადამისამართება და მისი მომსახურება.¹⁰⁹

103 იქვე., გვ. 129

104 მუხლი 136

105 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წწ. გვ. 25

106 იქვე.

107 იქვე., გვ. 26

108 იქვე.

109 იქვე.

სამოქმედო გეგმაში აღნიშნულია, რომ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურებაზე წვდომა არსებითად გაუმჯობესდება მიზნობრივი ჯგუფებისთვის. სამოქმედო გეგმაში ჩამოყალიბებული ზოგიერთი მიზანი გულისხმობს:

თანამედროვე კონტრაცეპტივებზე დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების შემცირება 2015 წელს არსებული 31%-დან 25%-მდე – 2020 წელს და 15%-ს ქვემოთ – 2030 წლისთვის. არასრულწლოვანთა ორსულობის მაჩვენებლების (TPR) შემცირება 15-19 წლის ასაკის ყოველ 1000 ქალზე 2015 წელს არსებული 48,6%-დან, <40-მდე – 2020 წლისთვის და <20-მდე – 2030 წლისთვის.

საქართველოს 2017-2019 წლების დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სამოქმედო გეგმაში არ არის გათვალისწინებული შესაბამისი ღონისძიებების ბიუჯეტი.¹¹⁰

სტრატეგიაში ასევე შესულია ინტერვენციები ცნობიერების ამაღლებისა და განათლებისთვის, განერილია შესაბამისი საქმიანობები, მათ შორის, მასმედიის გამოყენებით, რომელთა მიზანი იქნება კონტრაცეპტივების შესახებ არსებული და ახალი მითების გაქარწყლება და პრაქტიკული ინფორმაციის მიწოდება ქვეყანაში ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ღონისძიებების შესახებ.¹¹¹

2014 წელს საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა სახელმწიფო კონცეფცია: „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“.¹¹² კონცეფციაში, რომელიც ფოკუსირებულია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვაზე, აღნიშნულია, რომ „ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, განიხილება რეკომენდაციები 2017 წლიდან კონტრაცეპტივებით მომარაგებისა და შესაბამისი საკონსულტაციო სერვისების სახელმწიფო დაფინანსების სქემებში ჩართვასთან დაკავშირებით.“¹¹³

2014-2020 წლების ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგია ასევე უწყობს ხელს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებას.¹¹⁴ ეს გულისხმობს ხარისხიანი რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანდაცვის მომსახურების (მათ შორის, კონტრაცეპტული სერვისების) საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას მოწყვლადი ჯგუფებისთვის, სახელდობრ, სოფელში მცხოვრები ქალებისა და აივ/მიდის ინფექციის მატარებელი ქალებისთვის.¹¹⁵

2014-2015 წლებისა და 2016-2017 წლების ადამიანის უფლებების დაცვის სამოქმედო გეგმები ხელს უწყობს ცნობიერების ამაღლებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ადამიანის უფლებებისა და გენდერული თანასწორობის საკითხებზე.¹¹⁶ მაგრამ ისინი არ ითვალისწინებენ ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების გაუმჯობესებას ან კონტრაცეპტივებზე წვდომის ხელშეწყობას.

ოჯახის დაგეგმვის კლინიკური პრაქტიკის შესახებ ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მოიცავს აბორტის შემდგომ ოჯახის დაგეგმვას. ის მკაფიოდ მიუთითებს კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდების თაობაზე პაციენტების ცნობიერების ამაღლების მნიშვნელობაზე, არასასურველი ორსულობისა და აბორტის განმეორების თავიდან ასაცილებლად.¹¹⁷

110 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2017-2019 წლებისთვის.

111 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის.

112 საქართველოს მთავრობის ბრძანებულება N724, 2014 წ. 26 დეკემბერი, 2014, თბილისი, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის 2014-2010 წწ. სახელმწიფო კონცეფციის, „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტების უფლებების დაცვისთვის“, დამტკიცების შესახებ. ხელმისაწვდომია მხოლოდ ქართულად: <https://matsne.gov.ge/ka/document/download/2657250/0/ge/pdf>

113 იქვე, პრიორიტეტი 7

114 A/HRC/31/15, UPR-ის სამუშაო ჯგუფის ანგარიში, 13 იანვარი, 2015 წ. პარაგრაფი. 118.41

115 იქვე, პარ. 118.43

116 ადამიანის უფლებების სამოქმედო გეგმა 2014-2015 წლებისთვის, პარაგრაფები 14.1.4.3; ადამიანის უფლებების სამოქმედო გეგმა 2016-2017 წლებისთვის, პარაგრაფები 12.1.3.2

117 MoLSHA, „ეროვნული რეკომენდაცია ოჯახის დაგეგმვის კლინიკური პრაქტიკის შესახებ (გაიდლაინი)“, მინისტრის განკარგულება N01-78 MoLSHA, დამტკიცებულია 2017 წ. 21 აპრილს, გვ 207, ხელმისაწვდომია მხოლოდ ქართულად <http://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/04/26/0015f8eee1d4899f94a44386bb2e5ea1.pdf>

შესაბამობები

მართალია, პოლიტიკის ბევრ დოკუმენტშია აღიარებული კონტრაცეფციის სერვისებისა და მათ შესახებ არსებულ ინფორმაციასთან დაკავშირებული სირთულეების დაძლევის აუცილებლობა, კონტრაცეპტივებზე უფრო ფართო წვდომის უზრუნველყოფით, მაგრამ მათში დეტალურად არ არის გაწერილი, ეს როგორ უნდა მიიღწეს. საბოლოო ჯამში, სახელმწიფო არ უზრუნველყოფს სათანადო ხელშეწყობ გარემოს ოჯახის დაგეგმვის ეფექტიანი სერვისისთვის, რაც ნიშნავს ადამიანური რესურსების ნაკლებობას ასეთი მომსახურების მისაწოდებლად. სირთულეებში ასევე მოიაზრება საზოგადოების ცნობიერების დაბალი დონე, მათ შორის, კონტრაცეფციის მთელი რიგი მეთოდების გამოყენების შესახებ არასათანადო ცოდნა და ფინანსური ხელმიუწვდომლობა.¹¹⁸

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგია, რომელიც მკაფიოდ მიუთითებს სახელმწიფოს მზაობაზე, უზრუნველყოს ოჯახის დაგეგმვის ხელმისაწვდომობა, მნიშვნელოვანი დოკუმენტია. ოჯახის დაგეგმვის სერვისები ჯერ კიდევ არ არის სრულად ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და არც საჯარო სექტორის ჯანდაცვის პროგრამები მარაგდება კონტრაცეპტივებით, მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახის დაგეგმვის სერვისი დაემატა პირველადი ჯანდაცვის რგოლსა და ოჯახის/სოფლის ექიმებისა და ექთნების კომპეტენციებში.¹¹⁹ თუმცა აღსრულების მექანიზმების არარსებობის და პირველადი ჯანდაცვის ექიმთა (ფინანსური) დაინტერესების ნაკლებობის გამო, ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციები ჯერჯერობით სრულად არ არის ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის დონეზე და კონცენტრირებულია მეან-გინეკოლოგიების ხელში, რომლებიც თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდების გავრცელებით არ არიან დაინტერესებულნი.¹²⁰

ყველაზე გაჭირვებული ჯგუფებისთვის უფასო თანამედროვე კონტრაცეპტივების მიწოდებას მხოლოდ UNFPA-ი და USAID-ი უზრუნველყოფდნენ. შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროსგან მიღებული ინფორმაციის მიხედვით,¹²¹ 2015 წელს USAID-მა კონტრაცეპტივების 5 წლიანი მარაგი უფასოდ მიაწოდა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს, მათ შორის, კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივების აბები (COC), ზოგიერთი სხვა კონტრაცეპტივების აბები და კონდომები. მათვე მიაწოდეს ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებს კონტრაცეპტიული იმპლანტები (იმპლანტონი) და IUD-ებიც. ოჯახის დაგეგმვის კონსულტაციებისთვის, მომსახურების გაწევის, ან კონტრაცეპტივების შესაძენად საჭირო თანხები სახელმწიფო ბიუჯეტში ამჟამად გათვალისწინებული არ არის. ეს მომსახურება არც რომელიმე სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამით, მათ შორის, 2013 წელს ამოქმედებული საყოველთაო სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამით ფინანსდება.¹²² მეტიც, ეს მომსახურება არც კერძო დაზღვევის პაკეტებშია გათვალისწინებული.¹²³ კონტრაცეპტივები ხელმისაწვდომია აფთიაქებში, რომლებიც, უმთავრესად, კერძო მფლობელობაშია და კანონში ახლახან განხორციელებული ცვლილებების მიხედვით, წამლების რეცეპტით რეალიზებას ეწევიან. აბები შედარებით მაღალ ფასად იყიდება (10 ლარიდან 41 ლარამდე)¹²⁴ და ამგვარად, ხელმიუწვდომელია ბევრი შეჭირვებული, განსაკუთრებით კი, სოფლად მცხოვრები, ქალისთვის.¹²⁵

118 UNFPA, Policy brief, 2014

119 მინისტრის ბრძანებულება N01-9n, 2016 წ. 4 მარტი, დანართი 1, მუხლი 3, აბზაცი ა). ხელმისაწვდომია მხოლოდ ქართულად: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3192567>

120 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის გვ. 29

121 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის წერილი #: 01/55418, 2017 წ. 29 აგვისტო

122 საქართველოს მთავრობის რეზოლუცია #36 „ზოგიერთი ღონისძიება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღებისთვის“, 2013 წ. 21 თებერვალი, მხოლოდ ქართულ ენაზე: <http://ssa.gov.ge/files/2013/File/N36-2013.pdf>

123 UNFPA, ოჯახის დაგეგმვის დაფინანსება, პოლიტიკის მოკლე მიმოხილვა.

124 ინფორმაცია კონტრაცეპტივების შესახებ (აბები, IUD, ვაგინალური კონტრაცეპტივები) მიღებულია საიტზე: <http://pharmacy.moh.gov.ge/Pages/Products.aspx#>

125 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის გვ. 30

რაც შეეხება ოჯახის დაგეგმვის სერვისებს, საქართველოში არსებული სპეციალური სერვის-ცენტრების/კლინიკების შესახებ, რომლებიც ამგვარ მომსახურებას სთავაზობენ, ინფორმაცია ძალიან მწირია. შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის მიხედვით,¹²⁶ კლინიკები, რომლებიც ასეთ მომსახურებას ეწევიან, აღრიცხული არიან სამინისტროს მიერ შექმნილ მონაცემთა ბაზაში.¹²⁷ მაგრამ, როგორც აღმოჩნდა, დეტალური ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმვის კლინიკების შესახებ, იოლად ხელმისაწვდომი არ არის.¹²⁸

რადგან კონტრაცეფციის მომსახურება ჯანდაცვის არცერთი სახელმწიფო პროგრამით არ ფინანსდება, იმ პირებმა და წყვილებმა, რომლებსაც კონტრაცეფცია სჭირდებათ, ავთიაქებში საკუთარი ხარჯით უნდა შეიძინონ ეს საშუალებები.¹²⁹ თუმცა მაღალი ფასის გამო ქალების უმეტესობისთვის, განსაკუთრებით მოზარდებისთვის, დაბალი შემოსავლის მქონე და ასევე, სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის, ისინი ხელმიუწვდომელია. ბევრი საერთაშორისო ორგანიზაცია და მექანიზმი მოუწოდებს საქართველოს, გამოეყოს რესურსები კონტრაცეპტივებზე არსებული მოთხოვნის დასაკმაყოფილებლად.¹³⁰

აღინიშნა, რომ მიუხედავად მინისტრის განკარგულებისა, ცოტა ქალი თუ იღებს კონსულტაციას და შესაბამის მომსახურებას აბორტის შემდგომ ოჯახის დაგეგმვის შესახებ. მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობა განსაკუთრებით საგრძნობია სოფლებში, სადაც დაბალია განათლების დონე და მწირია ინფორმაცია.¹³¹

გარდა ამისა, კონტრაცეპტივები არც ესენციური მედიკამენტების ნუსხაშია შეტანილი, რაც ჯანმრთელობის უფლების თვალსაზრისით ერთ-ერთი ძირითადი უფლებაა. ფაქტობრივად, ესენციური მედიკამენტების ასეთი ნუსხა მხოლოდ ფორმალურად არსებობს ქვეყანაში და¹³² ზოგადად, მწირია ინფორმაცია ბაზარზე ხელმისაწვდომი თანამედროვე კონტრაცეპტივების სახეობებისა და სრული სპექტრის შესახებ. მაშინ, როცა გადაუდებელი კონტრაცეპტივები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ურეცეპტოდ, არსებობს არათანმიმდევრული პრაქტიკა, როცა ისინი ხან ურეცეპტოდ, ხან კი – რეცეპტით გაიცემა. ეს ამკარად აფერხებს წვდომას კონტრაცეპტივებზე, რომელთა მიღება დროშია შეზღუდული.¹³³

კონტრაცეპტივების მოხმარების დაბალი მაჩვენებელი და მაღალი დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილება, ასევე მიეწერება მოსახლეობაში გავრცელებულ მცდარ შეხედულებას გვერდითი ეფექტების შესახებ (მაგალითად, „კონტრაცეპტივები მავნეა ჯანმრთელობისთვის“, „ჰორმონალური კონტრაცეპტივები კიბოს იწვევს“, „აბები უშვილობას იწვევს“). თანამედროვე კონტრაცეფციის მეთოდების სიძვირე, მათი ეფექტიანობის შესახებ ზუსტი ინფორმაციის სიმწირე, ამას ასევე უწყობს ხელს. ეს მიანიშნებს შეუსაბამობებზე, რომლებიც არსებობს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, მათ შორის, კონტრაცეპტივების შესახებ საიმედო, ფაქტებზე დაფუძნებული ინფორმაციის ხელმისაწვდომობის უფლების განხორციელების თვალსაზრისით.

126 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის წერილი#: 01/55418, 2017 წ. 29 აგვისტო

127 MoLSHA, ხელმისაწვდომია: <http://cloud.moh.gov.ge/Pages/SearchPage.aspx>

128 ერთადერთი ინფორმაცია, რომელიც ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალურ ვებგვერდზეა ხელმისაწვდომი, შეეხება სამედიცინო დანესებულებებს, რომლებიც მშობიარობამდე და პერინატალურ მომსახურებას უწევენ, თუმცა ოჯახის დაგეგმვის სერვისები შედის მათი მომსახურების ჩამონათვალში.

129 დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის გვ. 24

130 CEDAW/C/GEO/CO/4-5, პარაგრაფი 31

131 PDO, „ქალთა უფლებები და გენდერული თანასწორობა“, 2015, pp. 19-20

132 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის წერილი#: 01/55418, 2017 წ. 29 აგვისტო

133 მართალია, გადაუდებელი კონტრაცეპტივების რეცეპტით გაცემას არ ითვალისწინებს, მაგრამ სინამდვილეში ზოგიერთი კერძო ავთიაქი ითხოვს რეცეპტს ან ადგილზე ჰყავს ექიმი, რომელიც მომხმარებელს ასეთ რეცეპტს გამოუწერს.

დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგიის მიხედვით, „ქალები სამედიცინო პერსონალს ორალური კონტრაცეპტივების (მეთოდი, რომელიც ყველაზე ფართოდ გამოიყენება განვითარებულ ქვეყნებში) მისაღებად, უმეტესად არ მიმართავენ და ამჯობინებენ ისინი უშუალოდ აფთიაქებში შეიძინონ (60%-ზე მეტ შემთხვევაში). ეს მიანიშნებს, რომ მათი აზრით, სპეციალისტის კონსულტაციის მიღება ძალზე გართულებულია ან, უბრალოდ, უსარგებლოა.“¹³⁴ აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი კონტრაცეპტივი რეცეპტით გაიცემა, ზოგიერთი – ურეცეპტოდ.¹³⁵

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის მიხედვით, 14-18 წლის პაციენტებს უფლება აქვთ, არაქირურგიული კონტრაცეფციის მეთოდების შესახებ კონსულტაცია, ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, მშობლების ინფორმირების გარეშე მიიღონ.¹³⁶ მიუხედავად იმისა, რომ კონტრაცეპტივების შესახებ ზუსტი ინფორმაციის სრულ ხელმისაწვდომობას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ინფორმირებული თანხმობისთვის, მათ შორის, მოზარდებს შორისაც, არსებობს ახალგაზრდებზე ორიენტირებული SRHR კომპლექსური სერვისების დეფიციტი, მათ შორის, ოჯახის დაგეგმვის კუთხითაც.

როგორც აღმოჩნდა, არსებობს არაფორმალური და საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, არაკანონიერი პრაქტიკა, როდესაც სტერილიზაციის პროცედურისთვის ქალს მეუღლის თანხმობა სჭირდება.¹³⁷ კანონები ითვალისწინებენ დებულებებს, რომლებიც სტერილიზაციისთვის მეუღლის თანხმობას მოითხოვდა.¹³⁸ მეტიც, ოჯახის დაგეგმვის კლინიკური გაიდლაინი სამედიცინო პერსონალს ავალდებულებს, „უზრუნველყონ, რომ ქალი სტერილიზაციის თაობაზე გადანყვეტილებას იღებდეს დამოუკიდებლად, მხოლოდ საკუთარი სურვილით.“¹³⁹ შესაბამისად, ზემოთ აღწერილი პრაქტიკა სამედიცინო დანესებულებაში ქალის დისკრიმინაციაა, რაც ლახავს ქალის თანასწორ უფლებებს, არღვევს მის უფლებას სრული ქმედუნარიანობის შესახებ, ინფორმირებული თანხმობისა და ჯანდაცვის კონფიდენციალობის თვალსაზრისით,¹⁴⁰ და ხელს უწყობს სტიგმას და მიკერძოებულ დამოკიდებულებას ქალის უნარის მიმართ, მიიღოს დამოუკიდებელი, ავტონომიური გადანყვეტილება საკუთარ სხეულთან დაკავშირებით.

134 დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ეროვნული სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის გვ. 25

135 იხ. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ოფიციალური საიტი: <http://pharmacy.moh.gov.ge/Pages/Products.aspx#>

136 საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 41.1

137 არ არსებობს ოფიციალური ინფორმაცია ამ პრაქტიკის შესახებ, მაგრამ გამოვლინდა ცალკეული შემთხვევები, რომლებიც ეროვნულ ონლაინ მედია არხებში მოხვდა. ხელმისაწვდომია მხოლოდ ქართულ ენაზე: <http://www.tabula.ge/ge/story/116873-sterilizacia-qalis-ufleba-romelzec-qmris-tanxmobas-itxoven>

138 საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 22.1, 22.2

139 ოჯახის დაგეგმვა, ეროვნული რეკომენდაციები კლინიკური პრაქტიკისთვის (გაიდლაინი) გვ. 149 (ქართ.) ხელმისაწვდომია: <http://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/04/26/0015f8eee1d4899f94a44386bb2e5ea1.pdf>

140 კარმელ შალევი, სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებები - ICPD და კონვენცია ქალების წინააღმდეგ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ, and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 1998 წლის 18 მარი. ხელმისაწვდომია: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm>

რეკომენდაციები:

- ესენციური მედიკამენტების ნუსხის შემუშავება, რომელშიც შევა კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდები, მათ შორის გადაუდებელი კონტრაცეპტივები
- ოჯახის დაგეგმვის შესახებ კონსულტაციებისა და კონტრაცეპტივების უფასოდ მიწოდების ჩართვა საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტში, რაც უზრუნველყოფს ამ მომსახურების გავრცელებას ახალგაზრდებსა და დაბალი ეკონომიკური სტატუსის მქონე პირებზე და მის ფინანსურად ხელმისაწვდომობას ყველა ქალისთვის
- ოჯახის დაგეგმვის სერვისის პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ეფექტიანად ინტეგრაციის უზრუნველყოფა. აგრეთვე, იმისა, რომ ოჯახის/სოფლის ექიმებს გააჩნდეთ სათანადო კომპეტენცია და ცოდნა ოჯახის დაგეგმვის მაღალხარისხიანი და ახალგაზრდების მიმართ კეთილგანწყობილი მომსახურებისთვის
- სოფლის ექიმებისთვის, ოჯახის დაგეგმვისა და კონტრაცეფციის მეთოდებისა და კონსულტირების პრინციპების შესახებ ცოდნის განსამტკიცებლად, მათ შორის, კონფიდენციალობისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის, ასევე, ახალგაზრდებისთვის კეთილგანწყობილი მომსახურების უზრუნველყოფის შესახებ, ტრენინგების ჩატარება
- გადაუდებელ კონტრაცეპტივებზე ურეცეპტოდ წვდომის უზრუნველყოფა პრაქტიკაში, როგორც ეს მარეგულირებელი დოკუმენტებითაა განსაზღვრული
- ჯანდაცვის თითოეული დონისთვის მონაცემთა შეგროვების მინიმალური ინსტრუმენტების შექმნა, ოჯახის დაგეგმვის მომსახურების ხარისხისა და სარგებლობის მონიტორინგის შესახებ მონაცემების შესაგროვებლად და გასაანალიზებლად
- კვლევის ჩატარება მომსახურების განვითარების გაუმჯობესებისა და სოციალური დაბრკოლებების, ასევე, ადმინისტრირებისა და პოლიტიკის დამაბრკოლებელი ფაქტორების განსასაზღვრავად. Ex., MICS-RHS
- საზოგადოების ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიებისა და საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება ოჯახის დაგეგმვის მნიშვნელობის, მათ შორის, თანამედროვე კონტრაცეფციის შესახებ. განსაკუთრებული მნიშვნელობა უნდა მიექცეს რეგიონებსა და სოფლებს. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის პრიორიტეტული თემები უნდა გამოვლინდეს ეპიდემიოლოგიური ინფორმაციისა და ძირითადი სერვისების დაფარვის შესახებ, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემისა და მოსახლეობის პერიოდული გამოკვლევების საფუძველზე შეგროვებული მონაცემების გამოყენებით
- პარტნიორული ურთიერთობების დამყარება სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებთან ოჯახის დაგეგმვის ხელშეწყობად და ახალგაზრდების მიმართ კეთილგანწყობილი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების, ასევე ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურების უზრუნველყოფა
- იმის უზრუნველყოფა, რომ ოჯახის დაგეგმვის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურების მისაღებად საჭირო არ იყოს მესამე მხარის, მათ შორის, მშობლების და მეუღლეების ნებართვა და ის თავისუფალ და ინფორმირებულ თანხმობაზე იყოს დაფუძნებული.

ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებების საკითხები

დაუგეგმავი ორსულობის შემთხვევები მთელ მსოფლიოში აბორტით მთავრდება. კონტრაცეპტივების მოხმარების ზრდა ამცირებს დაუგეგმავი ორსულობების რაოდენობას და, შესაბამისად, ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის საჭიროებას, თუმცა აბორტი ყოველთვის იქნება საჭირო.¹⁴¹ გაეროს გენერალური ასამბლეის მიმოხილვაში და მოსახლეობის და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციის 1999 წლის შეფასებაში აღნიშნულია, რომ „იმ ვითარებაში, როცა აბორტი კანონს არ ეწინააღმდეგება, ჯანდაცვის სისტემებმა უნდა უზრუნველყონ ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერების დატრენინგება და სათანადო აღჭურვა და გაატარონ სხვა ზომები აბორტის უსაფრთხოებისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად“¹⁴² ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მიუთითებს, რომ როდესაც აბორტი ჯანდაცვის კვალიფიცირებული პერსონალის მიერ, სანიტარიული პირობების დაცვით ტარდება, ის უსაფრთხო პროცედურაა. მაგრამ არალეგალურად ჩატარების შემთხვევაში, როგორც წესი, ის აღარ არის უსაფრთხო და იწვევს გართულებებს, მათ შორის, დედათა სიკვდილიანობას. ასეთი აბორტები მთელ მსოფლიოში დედათა სიკვდილიანობის ერთ-ერთი პირველი მიზეზია.¹⁴³ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღნიშნავს, რომ უსაფრთხო აბორტის ჩატარება შეუძლია ჯანდაცვის სერვისის დატრენინგებულ პერსონალს, მათ შორის, ექთნებსა და ბეზიქალებსაც.¹⁴⁴

წვდომას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე, მათ შორის, აბორტზე, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს ქალის უფლებების განხორციელებისთვის. ადამიანის უფლებათა დამცველი საერთაშორისო ორგანიზაციები და გაეროს სააგენტოები მიიჩნევენ, რომ კანონები, რომლებიც აბორტის კრიმინალიზაციას ახდენს, დისკრიმინაციულია და ხელს უშლის ქალებს, ისარგებლონ ჯანმრთელობის უფლებით სხვა უფლებებთან ერთად, და რომ სახელმწიფოებმა ყველა ვითარებაში უნდა მოახდინონ აბორტის დეკრიმინალიზაცია.¹⁴⁵ კერძოდ, აღნიშნავენ, რომ გარკვეულ ვითარებაში, ქალისთვის აბორტის ხელმისაწვდომობის აკრძალვა არღვევს ჯანმრთელობის უფლებას, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლებას, ასევე, უფლებას, არ დაექვემდებაროს არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობას და უფლებას, არ დაექვემდებაროს დისკრიმინაციას.¹⁴⁶ CEDAW კომიტეტმა გარკვევით განაცხადა, რომ სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ზომები იმის უზრუნველსაყოფად, რომ უპირატესობა ნაყოფის დაცვასთან შედარებით, ქალის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას ენიჭებოდეს.¹⁴⁷

141 მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია WHO. 2012. „უსაფრთხო აბორტი: „ტექნიკური და პოლიტიკური სახელმძღვანელო ჯანდაცვის სისტემებისთვის“. მეორე გამოცემა. ჟენევა, 2012 წ.

142 ICPD 1999

143 მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია WHO. 2012. „უსაფრთხო აბორტი: „ტექნიკური და პოლიტიკური სახელმძღვანელო ჯანდაცვის სისტემებისთვის“. მეორე გამოცემა. ჟენევა, 2012 წ.

144 მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია WHO. 2012. „უსაფრთხო აბორტი: „ტექნიკური და პოლიტიკური სახელმძღვანელო ჯანდაცვის სისტემებისთვის“. მეორე გამოცემა. ჟენევა. WHO-ს გაიდლაინები „ჯანდაცვის პერსონალის როლი უსაფრთხო აბორტის და აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის მიწოდების შესახებ. ხელმისაწვდომი: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/;

145 სპეციალური მომხსენებელი ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების საყოველთაო უფლების შესახებ, უმაღლესი მომხსენებლის ანგარიში ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების საყოველთაო უფლების შესახებ, ანან გროვერი, პარაგრაფი 24, U.N. Doc. A/66/254, 2011 წლის 3 აგვისტო; *Mellet v Ireland*, ადამიანის უფლებათა კომიტეტი, კომუნიკაცია N 2324/2013 (2016), პარა. 7.4; CEDAW ზოგადი რეკომენდაცია 24 ქალებისა და ჯანდაცვის შესახებ, (1999 წ.) პარა 31(c); CEDAW ზოგადი რეკომენდაცია 35 ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ (2017 წ.), პარა. 18 და 31 (a).

ბავშვთა უფლებების კომიტეტი ამთავრებს დაკვირვებას: ირლანდია, (2016 წ.), პარა. 58(a); ბავშვთა უფლებების კომიტეტი ამთავრებს დაკვირვებას: პერუ, (2016), პარა. 56(b); ბავშვთა უფლებების კომიტეტი ამთავრებს დაკვირვებას, კენია (2016 წ.), პარა 50(b); ბავშვთა უფლებების კომიტეტი ამთავრებს დაკვირვებას: ჰაიტი, (2016 წ.), პარა. 51(c); ბავშვთა უფლებების კომიტეტი ამთავრებს დაკვირვებას: სენეგალი, პარა. 54(d).

146 *L.C. v. პერუ*, CEDAW კომიტეტი, კომუნიკ. N 22/2009; *K.L. v პერუ*, CEDAW 2005; *P და S v პოლონეთი* („ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლო“, 2012 წ.); *RR v პოლონეთი* („ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლო“ 2011 წ.); *Tysiac v პოლონეთი* („ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლო“ 2007 წ.)

147 *L.C. v. Peru*, CEDAW კომიტეტი, კომუნიკ. N. 22/2009

სახელმწიფოებს ეკისრებათ ვალდებულება, არ დაანესონ და აღმოფხვრან აბორტის არასამედიცინო აუცილებლობით გამოწვეული ხელის შემშლელი დაბრკოლებები, მათ შორის, სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდი,¹⁴⁸ კონსულტაციისა¹⁴⁹ და მესამე მხარის ნებართვის მიკერძოებული მოთხოვნები; ასევე, დაარეგულირონ პერსონალის მხრიდან მრწამსის მოსაზრებების გამო მომსახურების განევაზე უარის თქმა.¹⁵⁰ ბავშვის უფლებების კომიტეტი ასევე მოუწოდებს, რომ „ჯანდაცვის პერსონალმა აბორტის შესახებ სამედიცინო თვალსაზრისით ზუსტი ინფორმაცია სტიგმატიზაციის გარეშე გასცეს.“¹⁵¹ ასევე, მოუწოდებს, გაუქმდეს სასამართლო ნებართვისა და სამართალდამცავი ორგანოების სხვაგვარი ანგარიშების მოთხოვნა, როდესაც საქმე გაუპატიურების შედეგად დამდგარ ორსულობას ეხება.¹⁵²

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მოწოდებაა, რომ ორსულობის შეწყვეტისთვის, აღიკვეთოს არასამედიცინო აუცილებლობით გამოწვეული ხელის შემშლელი დაბრკოლებები. ის რეკომენდაციას უწევს, რომ სახელმწიფოებმა არ დაანესონ უსარგებლო ადმინისტრაციული თუ სამართლებრივი პროცედურები, მაგალითად, არ მოსთხოვონ ქალებს სარჩელის შეტანა ან მოძალადის ვინაობის დასახელება.¹⁵³ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ასევე აღიარებს, რომ სავალდებულო მოსაფიქრებელ პერიოდს შეიძლება უარყოფითი ზემოქმედება ჰქონდეს: „სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდის შედეგად შეიძლება შეფერხდეს მკურნალობა, რაც საფრთხის ქვეშ აყენებს ქალის შესაძლებლობას, ხელი მიუწვდებოდეს აბორტის უსაფრთხო, კანონიერ მომსახურებაზე.“¹⁵⁴ ამ მოსაზრებიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღნიშნავს, რომ სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდი აბორტის სერვისებში არ უნდა გამოიყენებოდეს.¹⁵⁵ ორგანიზაციამ ხაზი გაუსვა, რომ „თუ ქალი გადაწყვეტილებას (აბორტის შესახებ) მიიღებს, აბორტი უნდა ჩატარდეს შეძლებისდაგვარად სწრაფად¹⁵⁶ და დაყოვნების გარეშე“.¹⁵⁷

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ, ადამიანის უფლებათა სტანდარტების შესაბამისად, ასევე მიუთითა, რომ აბორტის წინ ქალისთვის მიწოდებული ინფორმაცია და კონსულტაციები ყოველთვის უნდა იყოს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული, და ნებაყოფლობითი და არა ბრძანებითი.¹⁵⁸ მიკერძოებული ინფორმაცია და კონსულტაცია ხშირად აიძულებს ქალს, მიიღოს გადაწყვეტილება აბორტის საწინააღმდეგოდ და სამედიცინო თვალსაზრისით, შეიძლება არაზუსტი, შეცდომაში შემყვანი, გამკიცხველი ინფორმაციის მიწოდების საფრთხეს შეიცავდეს, რაც ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებებს, რომლებიც ადგენს, რომ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია და კონსულტაციები

148 სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდი მინიმალური დროა, რომელიც კანონის მიხედვით უნდა გავიდეს, სანამ ქალი, რომელიც ითხოვს აბორტის მომსახურებას, შეძლებს ამ მომსახურების მიღებას.

149 მიკერძოებული ინფორმაციის მოთხოვნები ჯანდაცვის პროფესიონალებისგან მოითხოვს, რომ ქალს მიაწოდონ ინფორმაცია, რათა გადააფიქრებინონ ორსულობის შეწყვეტა.

150 CESCR ზოგადი კომენტარი 22; CEDAW ზოგადი რეკომენდაცია 24.

151 CEDAW, დასკვნითი შენიშვნები: სლოვაკეთი, პარა. 31(c), U.N. Doc. CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015); CRC, დასკვნითი შენიშვნები: სლოვაკეთი, პარა. 41(e), U.N. Doc. CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016

152 ბავშვთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები: კამერუნი, პარა 35 (2017); ბავშვთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები: ბოლივია, პარა 9 (2013); ბავშვთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები: რუანდა, პარა 17 და 18 (2016), ბავშვთა უფლებების კომიტეტის დასკვნითი შენიშვნები: ირლანდია (2014), პარა 9; CEDAW დასკვნითი შენიშვნები: ახალი ზელანდია, (2012), პარა 33-34:

CEDAW CO ტიმორ-ლესტის შესახებ (2015) პარა. 30-31; ევროსაბჭოს ადამიანის უფლებათა კომისარი, ნილს მუიუნეიკის ანგარიში, გაკეთებული მისი ირლანდიაში ვიზიტის შემდეგ, 2016 წლის 22-25 ნოემბერს (29 მარტი, 2017 წ.), პარა 77.

153 WHO, უსაფრთხო აბორტი: ტექნიკური და პოლიტიკური სახელმძღვანელო ჯანდაცვის სისტემებისთვის 96 (მე-2 გამოც. 2012), გვ. 69 [შემდგომში WHO, 2012 უსაფრთხო აბორტის სახელმძღვანელო].

154 WHO, უსაფრთხო აბორტი: ტექნიკური და პოლიტიკური სახელმძღვანელო ჯანდაცვის სისტემებისთვის 96 (2-ე გამოც. 2012) [შემდგომში WHO, 2012 უსაფრთხო აბორტის სახელმძღვანელო].

155 WHO, 2012 უსაფრთხო აბორტის სახელმძღვანელო, გვ. 96-97

156 WHO, 2012 უსაფრთხო აბორტის სახელმძღვანელო, გვ. 36

157 WHO, 2012 უსაფრთხო აბორტის სახელმძღვანელო, გვ. 64

158 იხ. WHO, 2012 უსაფრთხო აბორტის სახელმძღვანელო, 36, 68, 97; აგრეთვე იხ. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, ჯანდაცვის მუშაკთა როლი უსაფრთხო აბორტისა და აბორტის შემდგომ კონტრაცეფციაში, 56, 2015

რელევანტური, ზუსტი უნდა იყოს, ეყრდნობოდეს ფაქტებს, არ იყოს ბრძანებითი ხასიათის და რომ სამედიცინო გადაწყვეტილება კარნახის, იძულებისა და დისკრიმინაციის გარეშე მიიღებოდეს.¹⁵⁹ ასეთმა ქმედებამ, ასევე, შეიძლება გამოიწვიოს გაკიცხვისა და სირცხვილის გრძნობა და ისეთი შეხედულების ჩამოყალიბება, რომ ქალი, რომელიც ხელოვნურად წყვეტს ორსულობას, რაღაც ცუდს სჩადის. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა აღნიშნა, რომ აბორტთან დაკავშირებული სტიგმის შექმნამ და გაძლიერებამ, მიკერძოებულმა და მბრძანებლურმა კონსულტაციებმა და ინფორმაციამ შეიძლება ქალების ტრავმირება და ტანჯვა გამოიწვიოს.¹⁶⁰

გაეროს მონიტორინგის ორგანოებმა შემოთქმეს მრწამსის საფუძველზე მომსახურების განვება უარის თქმის დამკვიდრებულ პრაქტიკასთან დაკავშირებით და მიდმივად მოუწოდებენ სახელმწიფოებს, სადაც ასეთი პრაქტიკა ნებადართულია, საკითხი იმგავარად დაარეგულირონ, რომ არ შეიზღუდოს ქალებისთვის აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობა. მათ მკაფიოდ მიუთითეს, რომ შესაბამისი რეგულაციებით, ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერებს ქალების ალტერნატიულ მიმწოდებლებთან გადამისამართების ვალდებულება უნდა დაეკისროთ. გარდა ამისა, დაუშვებელია დაწესებულების მხრიდან მზრუნველობაზე უარის თქმა. უარის თქმა ასევე დაუშვებელია საგანგებო მდგომარეობის დროს. სახელმწიფოებმა ასევე უნდა უზრუნველყონ „ჯანდაცვის სერვისების პროვაიდერების სათანადო რაოდენობა, რომლებსაც სურთ და შეუძლიათ ასეთი მომსახურების განვება ყოველთვის, როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დაწესებულებებში და გონივრულ გეოგრაფიულ არეალში.“¹⁶¹

კვლევამ უჩვენა, რომ მოზარდებმა შეიძლება თავი შეიკავონ შესაბამისი სერვისებისთვის მიმართვისგან, თუ მიიჩნევენ, რომ საჭირო იქნება მშობლის ან მეურვის ნებართვის მიღება, რაც ზრდის იმის ალბათობას, რომ ისინი არალეგალური მომსახურების მიღებას შეეცდებიან. ბავშვთა უფლებების კომიტეტმა სახელმწიფოებს მოუწოდა, მისცენ მოზარდებს საშუალება, მიიღონ სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები მშობლის ან მეურვის თანხმობის გარეშე. მათ შორის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები, როგორიცაა კონტრაცეფცია და უსაფრთხო აბორტი.¹⁶² ჯანმრთელობის უფლების საკითხებში სპეციალური მომხსენებლის ბოლო

159 მაგალითად, CESCR-მ მიუთითა, რომ სახელმწიფოებმა უნდა უზრუნველყონ ქალებისთვის ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ხარისხიანი ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, და თავი უნდა შეიკავონ ასეთი ინფორმაციის „ცნუნის, დაკავების ან განზრახ არასწორად წარმოდგენისგან“, მათ შორის, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი 14: *უფლება ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტზე* (მუხლი 12), (22nd Sess., 2000), paras. 12(b) (iv), 12(d), 21, 34, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000) [შემდგომში CESCR, *Gen. Comment* No. 14]. იხ. ასევე რეპროდუქციული უფლებების ცენტრი, *სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდი და მიკერძოებული კონსულტირების მოთხოვნა ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში: ზღუდავს აბორტის ხელმისაწვდომობას, ძირს უთხრის ადამიანის უფლებებს და ხელს უწყობს მავნე გენდერულ სტერეოტიპებს* (Sept. 2015) [შემდგომში სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდი და მიკერძოებული კონსულტირების მოთხოვნა ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში].

160 სპეციალური მომხსენებელი ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების საყოველთაო უფლების შესახებ, *უმაღლესი მომხსენებლის ანგარიში ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების საყოველთაო უფლების შესახებ, ანან გროვერი*, პარა. 24, U.N. Doc. A/66/254, 3 აგვ., 2011 წ.; ანურადა კუმარი et al., *აბორტის სტიგმის კონცეპტუალიზება*, 11(6) კულტურა, ჯანმრთელობა & სექსუალობა 625, 2009; ელისონ ნორისი et al., *აბორტის სტიგმა: შემადგენლების, მიზეზებისა და შედეგების რეკონცეპტუალიზაცია. ქალთა ჯანმრთელობის საკითხები* 7, 2011 (ავტ. გამ.), ხელმისაწვდომია: <http://www.gutmacher.org/pubs/journals/Abortion-Stigma.pdf>; რებეკა ჯ. კუკი, *აბორტების შესახებ კანონის სტიგმატიზებული მნიშვნელობა, აბორტების შესახებ კანონის ტრანსნაციონალური პერსპექტივები: შემთხვევები და დავები*, 347, 347 (რებეკა ჯ. კუკი, ჯოანა ნ. ნორდმანი & ბერნარდ მ. დიკენსი., 2014); ბრიუს გ. ლინკი & ჯო კ. ფელანი, *სტიგმა და მისი შედეგები სამოგადოებრივ ჯანდაცვაში*, 367 *The Lancet* 528, 528-29, 2006; ბრიუს გ. ლინკი & ჯო კ. ფელანი, *სტიგმის კონცეპტუალიზება*, 27 *Ann. Rev. of Soc.* 363, 367-76, 2001

161 იხ. მაგალითად, CESCR ზოგადი კომენტარი 22, პარაგრაფები. 14, 43; ქალების წინააღმდეგ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღკვეთის კომიტეტის ზოგადი რეკომენდაცია 24, ქალთა და ჯანდაცვის შესახებ (1999) (შემდგომში CEDAW GR 24)

162 CRC კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი No. 15: ბავშვის უფლება, მიიღოს ჯანდაცვის უმაღლესი სტანდარტი, (62-ე სესია.), პარა. 21 & 31, U.N. Doc. CRC/C/GENERAL COMMENT/15 (2013); იხ. CRC კომიტეტის ზოგადი კომენტარი N 3, პარა. 20; იხ. CRC კომიტეტის ზოგადი კომენტარი N. 4, პარა. 36.,

ანგარიშში მოზარდების შესახებ, აღნიშნულია, რომ კანონები სავალდებულო თანხმობის შესახებ, არ ითვალისწინებს მოზარდის შესაძლებლობას, მიიღოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, მისთვის საჭირო მომსახურება და ხელს უშლის მოზარდის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების სრულყოფილ რეალიზაციას. ის რეკომენდაციას უწევს, რომ სახელმწიფოებმა უზრუნველყონ იმ მოზარდების სამართლებრივი ქმედუნარიანობის დაშვება, რომლებიც ცდილობენ, მიიღონ პრევენციული და დროის თვალსაზრისით სენსიტიური სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები.¹⁶³

სახელმწიფოებმა ასევე უნდა მიიღონ ზომები იმ სოციალურ-კულტურული ფაქტორების აღმოსაფხვრელად, რომლებიც განაპირობებს უპირატესობის მინიჭებას ვაჟისთვის და გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევას.¹⁶⁴ აბორტის სამართლებრივი სტატუსის მიუხედავად, ადამიანის უფლებათა ორგანოებმა მკაფიოდ განაცხადეს, რომ სახელმწიფოებმა ქალებისთვის უნდა უზრუნველყონ კონფიდენციალური და ადეკვატური მზრუნველობა აბორტის შემდეგ.¹⁶⁵

ისევე, როგორც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სფეროებში, სახელმწიფოებმა ასევე უნდა მიიღონ ზომები საიმისოდ, რომ სერვისის მისაღები გახდეს ქალებისა და მოზარდებისთვის. მაგალითად, მომსახურება უნდა გულისხმობდეს მათი ღირსებისა და კონფიდენციალობის დაცვის უფლებას და სენსიტიურობას მათი საჭიროებებისა და პერსპექტივების მიმართ.¹⁶⁶

საქართველოს აღებული აქვს ვალდებულება, განახორციელოს ადამიანის უფლებათა ყველა ზემოთ აღნიშნული სტანდარტი. ქვეყანამ მიიღოს უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვის ის რეკომენდაციები, რომლებიც ყველა ქალისა და გოგონასთვის, განსაკუთრებით, სოფლად მცხოვრები და ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენლებისთვის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის აბორტის, ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას ეხება. ადამიანის უფლებათა კომიტეტისა და გაეროს ადამიანის უფლებათა ორგანოების რეკომენდაცია გულისხმობს, რომ საქართველომ, მისი მასშტაბის მონიტორინგის, გამომწვევი მიზეზების დადგენითა და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებისადმი წვდომის გაუმჯობესებით, უნდა აღმოფხვრას სქესის ნიშნით შერჩევის პრაქტიკა.¹⁶⁷

აბორტის უსაფრთხო სერვისებისა და აბორტის შემდგომი მზრუნველობისადმი წვდომა საქართველოში

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, 1990 წელს საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, მკვეთრად გაიზარდა ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის საერთო მაჩვენებელი, რომელმაც პიკს 1997-1999 წლებში მიაღწია, როცა ერთ ქალზე საშუალოდ 3,7 აბორტი მოდიოდა. 2002-2005 წლებში აბორტის მაჩვენებელი ერთ ქალზე თანდათან 3,1 აბორტამდე შემცირდა. 2005-დან 2010 წლამდე აბორტების მაჩვენებელი მკვეთრად დაეცა და ერთ ქალზე 1,6 აბორტი

163 სპეციალური მომხსენებელი ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების საყოველთაო უფლების შესახებ, მომხსენებელი ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის მიღების საყოველთაო უფლების შესახებ, პარა. 60, U.N. Doc. A/HRC/32/32 (2016) (ბატ, დაინიუს პურასი) [შემდგომში სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ჯანმრთელობის უფლების შესახებ].

164 გაეროს უწყებათაშორისი განცხადება სქესის გენდერული ნიშნით არჩევის აკრძალვის შესახებ (2011), https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Preventing_gender-biased_sex_selection.pdf

165 CESCR ზოგადი კომენტარი 22

166 CEDAW GR 24

167 ადამიანის უფლებათა კომიტეტი, დასკვნითი დებულებები საქართველოს შესახებ მეოთხე პერიოდული ანგარიშის დასკვნითი დებულებები, 2014 წლის 19 აგვისტო. CCPR/C/GEO/CO/4, ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CCPR/C/GEO/CO/4&Lang=En

შეადგინა.¹⁶⁸ 2000 წლამდე საქართველოს ხელოვნური აბორტის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ჰქონდა მსოფლიოში.¹⁶⁹

აბორტების წლიური მაჩვენებელი საქართველოში (56 აბორტი 15-44 წლის ასაკის ყოველ 1000 ქალზე) მაინც ორჯერ აღემატებოდა სამხრეთ ევროპის მაჩვენებელს (26) და დასავლეთ ევროპასთან შედარებით (18) სამჯერ უფრო მაღალი იყო.¹⁷⁰ ამის მიუხედავად, საქართველოში აბორტების დაფიქსირებულ მაჩვენებელს მაინც სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ, რადგან არის ეჭვი, რომ რეპროდუქციული ჯანდაცვის უკანასკნელ კვლევაში აბორტების მაჩვენებელი შემცირებული იყო. ასევე, რამდენადაც ეს მაჩვენებლები დაახლოებით ორჯერ აღემატება საერთაშორისო საშუალო მონაცემებს, სავარაუდოა, რომ ხელოვნური აბორტის შემთხვევები ზოგჯერ „სპონტანურად“ ან „მკვდრად შობადობად“ რეგისტრირდებოდ.¹⁷¹

ქალთა უფრო მოწვევლად ჯგუფებში აბორტების მაჩვენებელი შედარებით მაღალია. ასეა, მაგალითად, სოფლად მცხოვრები, განათლების დაბალი დონის მქონე და ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებს შორის.¹⁷² ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ჯამური მაჩვენებელი ნეგატიურ კორელაციაშია ოჯახების კეთილდღეობის კვინტილთან: თუ კეთილდღეობის უმცირესი კვინტილის წარმომადგენელ ქალზე ორ აბორტამდე მოდის, კეთილდღეობის უმაღლეს კვინტილში ეს მაჩვენებელი ქალზე ერთ აბორტამდე მცირდება. აბორტების მაჩვენებელი ყველაზე მაღალი იყო ეთნიკურად აზერბაიჯანელ ქალებში (3,3 აბორტი ერთ ქალზე) და ყველაზე დაბალი – ეთნიკურად ქართველ ქალებში (1,5 აბორტი ერთ ქალზე).¹⁷³ მოზარდებს შორის აბორტების მაჩვენებელი (1 აბორტი 1000 ქალზე) იყო 29 აბორტი 1999 წელს, 13 – 2005 წელს და 10 – 2010 წელს.¹⁷⁴ დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2015 წელს მოზარდებში აბორტების მაჩვენებელი 1000 ქალზე 12,5-ს შეადგენდა.¹⁷⁵

UNFPA-ს 2015 წლის ანგარიშში აღნიშნულია საქართველოში სქესის ნიშნით შერჩევის ნეგატიური ტენდენცია, როდესაც მშობლები უპირატესობას ვაჟებს ანიჭებენ. ანგარიშის მიხედვით, გენდერული ნიშნით სქესის შერჩევის საფუძველი კულტურაში უნდა ვეძიოთ, სადაც კაცი გვარის გამგრძელებლად განიხილება, ხოლო ქალი – დაქვემდებარებულ ან ფასეულობის უქონელ პირად. აღნიშნულ პრაქტიკას

168 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 2010, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო (MoLHSA) საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული ბიურო, 2012, გვ. ix, ხელმისაწვდომია: http://unicef.ge/uploads/1_GERHS_2010_Final_Report_ENGL_resized.pdf

169 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 2010, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო (MoLHSA) საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული ბიურო, 2012, გვ. 62, ხელმისაწვდომია: http://unicef.ge/uploads/1_GERHS_2010_Final_Report_ENGL_resized.pdf

170 ჯილდა სედგი, ჯონათან ბირაკი, სუშილა სინგჰი et al. აბორტების სიხშირე 1990 და 2014 წლებს შორის: გლობალური, რეგიონული და სუბრეგიონული დონეები და ტენდენციები. The Lancet, გამოქვეყნდა ელექტრონულად 2016 წლის 11 მაისს. ხელმისაწვდომია: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4) მითითებულია საქართველოს დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის სტრატეგიაში 2017-2030 წწ.

171 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, გვ. 23

172 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო (MoLHSA) საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული ბიურო, 2012, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010, გვ. 9, ხელმისაწვდომია: http://unicef.ge/uploads/1_GERHS_2010_Final_Report_ENGL_resized.pdf

173 დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (NCDC) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო (MoLHSA) საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული ბიურო, 2012, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 2010, გვ. 67, ხელმისაწვდომია: http://unicef.ge/uploads/1_GERHS_2010_Final_Report_ENGL_resized.pdf

174 რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა [RHS] (2010), გვ. 75
ხელმისაწვდომია: http://unicef.ge/uploads/1_GERHS_2010_Final_Report_ENGL_resized.pdf

175 NCDC Yearbook 2015, გვ. 141 (ცხრილი)
ხელმისაწვდომია: http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/yearbook%202016_53210b52-12da-4279-9f27-f7a361c84c96.pdf

საფუძვლად გენდერული სტერეოტიპები და გენდერული უთანასწორობა უდევს და როცა იგი სისტემური ხდება, მეტ უთანასწორობას, ქალთა მიმართ ძალადობის ზრდას, მოსახლეობის დისბალანსს და ადამიანის უფლებების დარღვევას იწვევს.¹⁷⁶

აბორტის შემდგომი მზრუნველობა ორსულობის უსაფრთხოდ შეწყვეტის შესახებ, პროტოკოლით რეგულირდება. პროტოკოლში აღნიშნულია, რომ აბორტის შემდგომი გართულებების შემთხვევაში, ქალმა სამედიცინო მომსახურება უნდა მიიღოს. იმ შემთხვევაში, თუ აბორტი გართულებებს არ გამოიწვევს, დამატებითი მომსახურება მაინც ხელმისაწვდომი და არჩევითი უნდა იყოს. პროტოკოლის თანახმად, აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის შესახებ. პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში, ასევე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ფსიქოლოგიური დახმარება და სხვა სექსუალური და რეპროდუქციული ან მონათესავე ჯანდაცვის სერვისების შეთავაზება (მაგ.: STD ტესტირება და ძალადობის მსხვერპლთა დახმარების მომსახურება).¹⁷⁷

სახელმწიფო და სხვა ღონისძიებები

აბორტისთვის საკანონმდებლო ბაზას საქართველოში ქმნის კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ და სისხლის სამართლის კოდექსი. კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ ითვალისწინებს, რომ ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა შესაძლებელია ნებისმიერი მიზეზით, თუ ორსულობის ვადა არ აღემატება 12 კვირას.¹⁷⁸ 12-22 კვირის შემთხვევაში, აბორტი დასაშვებია მხოლოდ განსაზღვრული სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში (თერაპიული აბორტი) და სოციალური მიზეზებით, მათ შორის, გაუპატიურების შედეგად დამდგარი ორსულობისას, ან თუ პაციენტის ასაკი 15 წელს ქვევითაა ან 49 წელზე მეტია.¹⁷⁹ 22 კვირის შემდეგ აბორტი დასაშვებია მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით და მხოლოდ სამედიცინო კომისიის გადაწყვეტილებით.¹⁸⁰ 22 კვირის შემდეგ არასამედიცინო მიზეზებით ორსულობის შეწყვეტა აკრძალულია¹⁸¹ (იხ. დეტალები ქვემოთ).

არალეგალური აბორტის გაკეთებისთვის, პირი, საზოგადოებრივი შრომით 120-300 საათით ან პატიმრობით ისჯება.¹⁸² დანაშაულის განმეორების შემთხვევაში, გათვალისწინებულია პატიმრობა 2-4 წლის ვადით და სამუშაო ლიცენზიის შეჩერება 3 წლის განმავლობაში.¹⁸³ სისხლის სამართლის კოდექსში არალეგალური აბორტი განსაზღვრული არ არის, მაგრამ კომენტარის მიხედვით, აბორტი არალეგალურია, თუ ის ეწინააღმდეგება ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის 139-ე მუხლს, რომელიც ზემოთაა განხილული.¹⁸⁴ არალეგალური აბორტის ჩატარებაში დამნაშავე შეიძლება იყოს ნებისმიერი პირი, მათ შორის, სამედიცინო პერსონალიც.¹⁸⁵ არალეგალური აბორტის გამო პაციენტ ქალებს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა არ ეკისრებათ.

176 UNFPA, გენდერული ნიშნით სქესის მერჩევა საქართველოში, 2015, გვ. 11-12, ხელმისაწვდომია <http://en.calameo.com/read/000713529fba88352dbbb>

177 ოქმი „ორსულობის უსაფრთხოდ შეწყვეტა“, დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის №01-182/ი ბრძანებით, 2014 წ. მაისი, დანართი 1, თავი 8.6

178 საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 139.2.ა

179 საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 140.2; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N1, მუხლი 2 ბ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N5

180 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N4, მუხლი 1

181 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N6

182 საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 133.

183 საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 133.

184 მ. ლევკიშვილი, ნ. თოდუა, გ. მამულაშვილი, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, კომენტარი, წიგნი 1, მეოთხე გამოცემა, გამომცემლობა „მერიდიანი“, 2011, გვ. 153

185 მ. ლევკიშვილი, ნ. თოდუა, გ. მამულაშვილი, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, კომენტარი, წიგნი 1, მეოთხე გამოცემა, გამომცემლობა „მერიდიანი“, 2011, გვ. 153

ჯანმრთელობის დაცვის კანონის მიხედვით, აბორტების რაოდენობის შემცირება სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა.¹⁸⁶ იგივეა აღნიშნული საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფციაშიც. კონცეფცია ითვალისწინებს, რომ სტაბილურობის და მოსახლეობის მდგრადი განვითარების უზრუნველსაყოფად, აუცილებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დაცვა, რაც ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდებზე წვდომის გაზრდით, ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის პრევენციას მოიცავს. კონცეფციაში ასევე აღნიშნულია, რომ სახელმწიფოს ერთ-ერთი პრიორიტეტი აბორტების, როგორც ოჯახის დაგეგმვის მეთოდის რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირება და იმ აბორტების თავიდან აცილება, რომლებიც სამედიცინო მიზეზებით ხორციელდება.¹⁸⁷

ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის საკითხი გათვალისწინებულია საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის დაცვის 2017-2030 წლების სტრატეგიის „ოჯახის დაგეგმვის“ ქვეთავში. მასში აღნიშნულია, რომ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პერსონალი, როგორც წესი, არ არის (ფინანსურად) მოტივირებული აბორტის ჩასატარებლად და შესაბამისად, მისი პრევენციით უფროა დაინტერესებული, ვიდრე ის სპეციალისტები, რომლებიც ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მანიპულაციებს ატარებენ და ამის ფინანსური დაინტერესებაც გააჩნიათ.¹⁸⁸ სტრატეგიაში ასევე აღნიშნულია, რომ სანამ ოჯახის დაგეგმვის სერვისებს შეუძლია კონკურენცია გაუწიოს აბორტებს, მეანების/გინეკოლოგების შემოსავლების თვალსაზრისით, მცირეა იმის შესაძლებლობა, რომ პროვაიდერები გამოყოფენ დროს, ენერგიას და რესურსებს კლიენტების სათანადოდ კონსულტირებისთვის და უზრუნველყოფენ ოჯახის დაგეგმვის მეთოდს მათი არჩევანის მიხედვით.

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების მიხედვით, აბორტის წინ კონსულტაციის ერთ-ერთი მიზანი აბორტის შემდგომი კონტრაცეპციის შესახებ პაციენტის ინფორმირებაა.¹⁸⁹

რაც შეეხება პრიორიტეტულ ინტერვენციებს, სტრატეგია არ ითვალისწინებს უსაფრთხო აბორტის ხელმისაწვდომობის საკითხს, თუმცა კონცენტრირებულია არასასურველი ორსულობის პრევენციაზე, მათ შორის, კონტრაცეპციის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობისა და კონტრაცეპტივების შესახებ საზოგადოებისა და ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლებით.

სად და ვინ შეიძლება ჩაატაროს აბორტი

კანონის მიხედვით, ორსულობის ნებაყოფლობით შეწყვეტა ნებადართულია შესაბამისი ავტორიზაციის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში და მხოლოდ სერტიფიცირებული გინეკოლოგის მიერ. ორსულობის ქირურგიულად შეწყვეტა (მანუალური ან ელექტრული ვაკუუმ ასპირაცია) შეიძლება ჩატარდეს 7 კვირამდე ამბულატორიულ ან სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში, ხოლო 7 კვირის შემდეგ აბორტი შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში. ორსულობის ნებისმიერი შეწყვეტა 12 კვირის შემდეგ შეიძლება მოხდეს მხოლოდ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებსაც გააჩნიათ ავტორიზაცია გინეკოლოგიური მომსახურების გასაწევად. მედიკამენტოზურად (აბებით) ორსულობის შეწყვეტა ორსულობის 10 კვირამდე დასაშვებია ამბულატორიულ ან სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებიც ეწევიან გინეკოლოგიურ მომსახურებას.¹⁹⁰

186 კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 139.1

187 საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფცია, 2016 წ. 24 ივნისი, პარაგრაფი 1.3

188 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია, 2017-2030 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, გვ. 25

189 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N2, მუხლი 2, დ

190 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N1, პარაგრაფი 5-8

სავალდებულო კონსულტაცია და მოსაფიქრებელი პერიოდები

2014 წელს აბორტის შესახებ კანონი გადაისინჯა და დადგინდა სავალდებულო კონსულტირება და 5-დღიანი მოსაფიქრებელი ვადა ორსულობის პირველი 12 კვირის განმავლობაში.¹⁹¹ ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით, ეს პერიოდი შეიძლება შემცირდეს 3 დღემდე, თუ ქალი სამედიცინო დაწესებულებას აბორტის გასაკეთებლად ორსულობის მე-12 კვირაში მიმართავს.¹⁹²

კანონი ითვალისწინებს, რომ კონსულტაციის დროს ექიმმა პრიორიტეტი ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას უნდა მიანიჭოს.¹⁹³ კანონში ასევეა აღნიშნული, რომ აბორტის თაობაზე გადაწყვეტილება ქალის პრეროგატივაა, რაც იმას ნიშნავს, რომ მას მესამე მხარის ნებართვა ან თანხმობა არ სჭირდება.¹⁹⁴

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების თანახმად,¹⁹⁵ კონსულტაცია ინტერაქტიული პროცესია, რომელიც პაციენტისთვის მხარდაჭერის განევას და დამატებითი ინფორმაციის მიწოდებას ითვალისწინებს, თანაგრძნობითა და იძულების გარეშე. ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს მარტივად და მკაფიოდ, კონფიდენციალობის გარანტიით, ქალის საჭიროებებზე დაყრდნობით. ბრძანების მიხედვით, კონსულტაციის დროს, ექიმი ვალდებულია, თავი შეიკავოს საკუთარი შეხედულებებისა და ფასეულობების გამოხატვისგან.¹⁹⁶ პაციენტს ასევე უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია სამედიცინო საკითხების შესახებ, რომლებიც ორსულობის შეწყვეტასა და აბორტის შემდგომ პერიოდს,¹⁹⁷ ასევე, აბორტთან დაკავშირებულ სამართლებრივ მოთხოვნებს, უკავშირდება.¹⁹⁸ ორსულობის შეწყვეტის მეთოდის თაობაზე საბოლოო გადაწყვეტილებას პაციენტი მას შემდეგ იღებს, რაც მას სრულყოფილად გააცნობენ ყველა შესაძლებელ მეთოდს, მათ უპირატესობებსა და რისკებს.¹⁹⁹

12 კვირაზე მეტი ვადის ორსულობის შეწყვეტა სამედიცინო ჩვენებებით

ორსულობის 12-22 კვირაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით (თერაპიული აბორტი) და სოციალური მიზეზების გამო.²⁰⁰ დასაშვები სამედიცინო ჩვენებების ნუსხა მოცემულია ჯანდაცვის მინისტრის შესაბამის ბრძანებაში და მოიცავს როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს.²⁰¹ ისეთი შემთხვევები, რომლებიც შესული არ არის ნუსხაში, მაგრამ ორსულობის გაგრძელება რისკს უქმნის ქალის სიცოცხლეს, ქალის წერილობითი განაცხადის საფუძველზე ორსულობის შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილება შესაბამის დაწესებულებაში შექმნილ სამედიცინო კომისიას გამოაქვს.²⁰² სამედიცინო ჩვენებებით 22 კვირის შემდეგ ორსულობის შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილებას დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭო იღებს.²⁰³

191 კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, Article 139.2.b.

192 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N1, მუხლი 3

193 კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, Article 139.2.b.

194 კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 139.2.ბ.

195 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N2., მუხლი2, ა, ბ, გ, დ

196 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N2., მუხლი2, ა, ბ, გ, დ

197 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N2., მუხლი2, ა, ბ, გ, დ

198 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N2., მუხლი 11

199 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N1., მუხლი 13

200 კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 140.2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N1., მუხლი2,ბ

201 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N3

202 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N3

203 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N4, მუხლი N1.

ორსულობის შეწყვეტა არასამედიცინო ჩვენებებით, 12 კვირის შემდეგ

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით, ორსულობის შეწყვეტა 12 კვირის შემდეგ შესაძლებელია, თუ:

- a) დაორსულება სასამართლოს მიერ დადასტურებული გაუპატიურების შედეგად მოხდა;
- b) ქალს არ მიუღწევია 15 წლის ასაკისთვის;
- c) ქალის ასაკი 49 წელს აღემატება.²⁰⁴

არასამედიცინო მიზეზების გამო ორსულობის შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილებას ქალის წერილობითი განაცხადის საფუძველზე იღებს სამედიცინო კომისია შესაბამის დანესებულებაში. 22 კვირის შემდეგ არასამედიცინო ჩვენებებით ორსულობის შეწყვეტა აკრძალულია.²⁰⁵

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების მიხედვით, აბორტი დაუშვებელია სქესის შერჩევის მიზნით, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ეს სქესისთვის დამახასიათებელი დაავადებების პრევენციისთვის ხდება.²⁰⁶ ამ მოთხოვნის შესრულებას, ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის პროცედურების ფარგლებში, მონიტორინგს უწევს სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სახელმწიფო სააგენტო. შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო აღნიშნავს, რომ სქესის შერჩევის მიზნით ორსულობის შეწყვეტის შემთხვევები არ გამოვლენილა.²⁰⁷

ინფორმირებული თანხმობა

ორსულობის შეწყვეტისთვის აუცილებელია პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა.²⁰⁸ 16 წლამდე არასრულწლოვნებისთვის სამედიცინო ინტერვენციების შემთხვევაში არსებობს საერთო წესი, რომელიც მშობლის/მეურვის თანხმობას ითვალისწინებს.²⁰⁹ თუმცა აბორტი და კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდები ამ წესიდან გამონაკლისია. 14-18 წლის ასაკში არასრულწლოვანს შეუძლია თანხმობის მიცემა (მშობლების ნებართვის გარეშე), თუ მას სურს აბორტის ან არაქირურგიული კონტრაცეფციის მეთოდების გამოყენება და თუ იგი, ჯანდაცვის მომსახურების პროვაიდერის აზრით, ზუსტად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას.²¹⁰ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ არასრულწლოვანს ჩაუტარდა აბორტი ან მიიღო კონტრაცეფციის არაქირურგიული საშუალებები, არასრულწლოვნის უნებართვოდ, არ უნდა გადაეცეს მშობელს/კანონიერ წარმომადგენელს.²¹¹

შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანების თანახმად, აბორტის ჩატარებამდე პაციენტმა ხელი უნდა მოაწეროს თანხმობის ფორმას. მასში აღნიშნულია, რომ პაციენტს გააცნეს ინფორმაცია აბორტის მორალური და ეთიკური ასპექტების, ასევე, მისი გვერდითი ეფექტების, აბორტთან დაკავშირებული სიცოცხლის რისკის და საქართველოსა და მსოფლიოში აბორტის შედეგად დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შესახებ.²¹² ამის საპირისპიროდ, ორსულობის უსაფრთხოდ

204 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N5

205 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N6. თუ არსებობს არასამედიცინო მიზეზი, რომელიც არაა შესული წესში, გადაწყვეტილება ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით შექმნილი დედათა და ბავშვთა ჯანდაცვის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ მიიღება.

206 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N1, მუხლი 14

207 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წ. 14 სექტემბრის წერილი, N01/58047.

208 კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 22.2.ბ

209 კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 41.2.

210 კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 41.1.

211 საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 40.2.ბ

212 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6 „ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის წესების დამტკიცების შესახებ“, დანართი N2.2.

შენწყვეტის ოქმში აღნიშნულია, რომ ქალს უნდა აცნობონ, რომ აბორტი უსაფრთხო პროცედურაა, თუმცა, იშვიათ შემთხვევებში, შესაძლებელია მას მძიმე გართულებები და ლეტალური შედეგიც მოჰყვეს.²¹³

უარი მრწამსის საფუძველზე

ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების შესაბამისად შედგენილი ორსულობის უსაფრთხოდ შეწყვეტის პროტოკოლი, მრწამსის საფუძველზე უარის შემთხვევაში, პაციენტის გადამისამართებას ითვალისწინებს. პროტოკოლის მიხედვით, თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, ეთიკური ან რელიგიური მოსაზრებების გამო, აბორტის წინააღმდეგია, მან დაუყოვნებლივ უნდა გაგზავნოს პაციენტი აბორტის მომსახურების სხვა მიმწოდებელთან.²¹⁴ მრწამსის საფუძველზე უართან დაკავშირებით რაიმე სხვა მარეგულირებელი ნორმა არ არსებობს.

კანონი აბორტის შესახებ აფხაზეთში

2016 წლის 9 თებერვალს აფხაზეთში ძალაში შევიდა კანონი, რომელიც სრულად კრძალავს აბორტს, იმ შემთხვევებშიც კი, თუ ორსულობა საფრთხეს უქმნის ორსული ქალის სიცოცხლეს. ერთადერთი გამონაკლისი დაშვებულია მკვდარი ნაყოფის შემთხვევაში. ახალი კანონის მიზანია აფხაზეთში შობადობის გაზრდა.²¹⁵ სამხრეთ ოსეთში აბორტი აკრძალული არ არის.²¹⁶

შესაბამოები

აბორტების შესახებ არსებული სამართლებრივი და მარეგულირებელი ჩარჩოს მრავალი ასპექტი პრობლემურია, და საქართველოს მიერ ნაკისრ ვალდებულებებს ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროში და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მითითებებს, არ შეესაბამება. მაშინ, როცა მთავრობა სამართლიანადაა შემფოთებული საქართველოში აბორტების მაღალი მაჩვენებლებით, კანონებისა და ნორმატივების ზოგიერთი ასპექტი, როგორც აღმოჩნდა, ამ პრობლემის დაძლევის ქალის თვითგამორკვევის შეზღუდვით ცდილობს და არა მათი უფლებების გაზრდით, რეპროდუქციული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში.

მართალია, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება მტკიცე საფუძველს ქმნის ქალების ღირსებისა და გადაწყვეტილებების პატივსაცემად, კანონში გათვალისწინებული სავალდებულო 5-დღიანი მოსაფიქრებელი პერიოდი და ფორმულირებები, სადაც პრიორიტეტი ნაყოფს ენიჭება, ჯანმრთელობის და ადამიანის უფლებების შესახებ საერთაშორისო რეკომენდაციებს ეწინააღმდეგება.²¹⁷ ბრძანების მოთხოვნა თანაგრძნობის, ძალდაუტანებლობის და ქალის სურვილებსა და

213 პროტოკოლი „ორსულობის უსაფრთხოდ შეწყვეტა“, დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014წ. 28 ივლისის №01-182/ი ბრძანებით, დამტკიცებული „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული საბჭოს (გაიდლაინები) და დაავადებების მენეჯმენტის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასების და განხორციელების ეროვნული საბჭოს (ოქმები) №3 კრების გადაწყვეტილების შესაბამისად, 2014 წ. 20 მაისი, თავი 8.1.1. ინფორმირებ. კონსულტაცია და გადაწყვეტილების მიღება, პარაგრაფი 5. P. 9

214 პროტოკოლი „ორსულობის უსაფრთხოდ შეწყვეტა“, დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014წ. 28 ივლისის №01-182/ი ბრძანებით, დამტკიცებული „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული საბჭოს (გაიდლაინები) და დაავადებების მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასების და განხორციელების ეროვნული საბჭოს (ოქმები) №3 კრების გადაწყვეტილების შესაბამისად, 2014 წ. 20 მაისი, თავი 8.1.1, ინფორმირებ. კონსულტაცია და გადაწყვეტილების მიღება, პარაგრაფი. 3, გვ.8

215 საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში, ქალთა და ბავშვთა უფლებები კონფლიქტებით დაზარალებულ რეგიონებში, 2017, 2014-2016 წლების მიმოხილვა, გვ. 9.

216 საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში, ქალთა და ბავშვთა უფლებები კონფლიქტებით დაზარალებულ რეგიონებში, 2017, 2014-2016 წლების მიმოხილვა, გვ. 10.

217 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წ. 7 ოქტომბრის ბრძანება №01-74/6

საჭიროებებზე რეაგირების თაობაზე, ეწინააღმდეგება კანონის პრობლემურ და პოტენციურად, ზიანის მომტან დებულებას, რომელიც მოითხოვს, რომ პრიორიტეტი ნაყოფს მიენიჭოს. გარდა ამისა, აბორტის თანხმობის ფორმა, რომელშიც მოცემულია ინფორმაცია აბორტთან დაკავშირებული მორალური და ეთიკური საკითხების, ასევე აბორტის მავნებლობის შესახებ, როგორც ჩანს, ხელს უწყობს მიკერძოებულ კონსულტაციებს და პაციენტის არასწორად ინფორმირებას, რადგან ჯანმრთელობის და ადამიანის უფლებების შესახებ საერთაშორისო რეკომენდაციების სანიშნააღმდეგოდ, მასში გადმოცემული ინფორმაცია აბორტის მავნებლობაზეა კონცენტრირებული. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აღიარებს, რომ კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალის მიერ ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტა სათანადო სამედიცინო მეთოდებისა და პრეპარატების გამოყენებით, ჰიგიენურ პირობებში, ძალიან უსაფრთხო სამედიცინო პროცედურაა.²¹⁸

ანგარიშში აღნიშნულია, რომ კლინიკების 23% არ სთავაზობს აბორტის თაობაზე მიუკერძოებელ წინასწარ კონსულტაციებს, როგორც ეს ბრძანებაშია გათვალისწინებული. მაგალითად, გამოვლინდა, რომ ექიმები ცდილობენ პაციენტების დარწმუნებას, არ შეწყვიტონ ორსულობა. ასეთი მცდელობები უმეტესად წარუმატებელია, თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც ამგვარი გადარწმუნების შემდეგ ქალებს გადაუფიქრებიათ აბორტის ჩატარება.²¹⁹ ბრძანების განხორციელების, ასევე, აბორტის წინა კონსულტაციებისა და პაციენტისთვის გადაცემული ინფორმაციის ხასიათისა და ხარისხის ზედამხედველობის მექანიზმი არ არსებობს.²²⁰

გარდა ამისა, შეზღუდვები, რომლებიც ორსულობის შეწყვეტის უფლებას მხოლოდ გინეკოლოგებს აძლევს, ეწინააღმდეგება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მითითებებს. ისევე, როგორც 5-დღიანი მოსაფიქრებელი პერიოდის შემთხვევაში, ეს მოთხოვნაც პოტენციურად გავლენას ახდენს ქალებისა და მოზარდების უფრო მოწყვლად ჯგუფებზე, როგორებიც არიან სოფლად მცხოვრები ქალები და არასრულწლოვანი პირები. არასამთავრობო ორგანიზაციის ანგარიშში აღნიშნულია, რომ ორსულობის შეწყვეტის სერვისი სოფლად ხელმიუწვდომელია და ქალებს მის მისაღებად შორ მანძილზე სჭირდებათ წასვლა, რაც დამატებით სატრანსპორტო ხარჯებთან და დროსთანაა დაკავშირებული. ანგარიშში ნათქვამია, რომ ხარჯების ზრდა, უმეტესად, სავალდებულო 5-დღიანი პერიოდითაა განპირობებული, რაც სამედიცინო დანესებულებაში დამატებით ვიზიტებს იწვევს.²²¹

მართალია, კანონით დაშვებულია მკურნალობაზე უარის თქმა მრწამსის საფუძველზე, რეალურად ასეთი პრაქტიკა არ რეგულირდება და არც ინფორმაცია არსებობს იმ პროვაიდერების რაოდენობის შესახებ, რომლებიც უარს აცხადებენ მომსახურების გაწევაზე ამ მიზეზით. ასევე უცნობია, რა გავლენას ახდენს ეს ქმედება ქალებზე. არასამთავრობო ორგანიზაციის ანგარიშში აღნიშნულია, რომ საქართველოში გინეკოლოგების უმეტესობა ორსულობის შეწყვეტაზე უარს რელიგიური მოსაზრებებით ამბობს. ბევრ კლინიკას, მრწამსის გამო აბორტზე უარის თქმის შემთხვევაში, პაციენტის სხვაგან გადამისამართების პროცედურაც არ აქვს. ზოგიერთ სამკურნალო დანესებულებაში სამლოცველო ფუნქციონირებს, რელიგიური სიმბოლოები და ხატები საჯაროდ არის გამოფენილი, რაც, სხვათაგან ერთად, ასევე ემსახურება აბორტის უარყოფას.²²² საქართველოს მართლმადიდებლური ეკლესია აბორტის ლეგალურობას ეწინააღმდეგება და აბორტზე შეზღუდვების დასაწესებლად, ცდილობს, გავლენა მოახდინოს საზოგადოებრივ აზრსა და მთავრობაზე.²²³

218 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უსაფრთხო აბორტის გაიდლაინი, გვ. 20.

219 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, გვ. 32.

220 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, გვ. 34.

221 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, p. 54.

222 ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა საქართველოში (შედარებითი კვლევა), HERA XXI, 2014

223 ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა საქართველოში (შედარებითი კვლევა), HERA XXI, 2014

ქალს გადანწყვეტილების მიღების უფლების რეალიზებაში დამატებით ბარიერს უქმნის ისიც, რომ ორსულობის 12 კვირის შემდეგ შეწყვეტის შემთხვევაში, ის გადანწყვეტილების მიღების პროცესის მონაწილედ არ მიიჩნევა. ეს ზღუდავს ქალის ავტონომიას და თვითგამორკვევას. გაუპატიურების შემთხვევაში, 12 კვირის შემდეგ ორსულობის შეწყვეტისთვის კანონით გათვალისწინებული მოთხოვნა, რომ სასამართლომ დაადასტუროს გაუპატიურების ფაქტი, ასევე შეიძლება გახდეს ხელისშემშლელი ფაქტორი მსხვერპლთათვის აბორტის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. ისინი საზოგადოების მხრიდან გაკიცხვის ობიექტებიც შეიძლება გახდნენ, რაც ეწინააღმდეგება ვალდებულებებს ადამიანის უფლებების სფეროში.

არასამთავრობო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით, ზოგიერთ კლინიკაში არსებობს დისკრიმინაციული შეზღუდვები იმ ქალებისა და გოგონების გარკვეული ჯგუფებისთვის, რომლებსაც ორსულობის შეწყვეტა სურთ. ეს განსაკუთრებით შეეხება 16 წლამდე და 16-18 წლის ასაკის პირებს, სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების მქონე ქალებს და სექსმუშაკებს.²²⁴ ანგარიშის მიხედვით, შესწავლილი კლინიკების 11% (11 კლინიკა) აცხადებს, რომ ისინი ორსულობის შეწყვეტის მომსახურებას 16 წლამდე პირებს არ უწევენ.²²⁵ კლინიკების ერთ მეხუთედში (20 კლინიკა) სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების მქონე ქალებისთვის აბორტის ჩატარებაზე შემოღებულია შიდა შეზღუდვები, თუმცა ანგარიშში აღნიშნულია, რომ ამ შეზღუდვებს ზოგჯერ პრაქტიკაში არ იყენებენ. გარდა ამისა, გამოვლინდა 15 კლინიკა (15%), სადაც ასეთი შეზღუდვები არ აქვთ დაწესებული, მაგრამ ამ ჯგუფის ქალებს მაინც არ უწევენ ასეთ მომსახურებას.²²⁶ სექსმუშაკებისთვის ორსულობის შეწყვეტის მომსახურების შეზღუდვები აქვს კლინიკების 9%-ს (9 კლინიკა), თუმცა ამ კლინიკების ნახევარზე მეტი (5 კლინიკა), დაწესებული შიდა შეზღუდვების მიუხედავად, მაინც ემსახურება ამ ჯგუფს. აგრეთვე, გამოიკვეთა 22 კლინიკა (22%), რომლებსაც, მართალია, ოფიციალურად არა აქვთ დაწესებული ასეთი შეზღუდვები, მაგრამ სექსმუშაკებს მაინც არ უწევს ორსულობის შეწყვეტის მომსახურებას.²²⁷

ანგარიშში ასევე აღნიშნულია, რომ აბორტის მომსახურების გაწევის ან აბორტის შემდგომი მკურნალობის დროს მათი უფლებების დარღვევის მიუხედავად, პაციენტები, როგორც წესი, არ მიმართავენ სამართლებრივი დაცვის საშუალებებს.²²⁸

რაც შეეხება აბორტის აკრძალვას აფხაზეთში, კვლევები იმის დასადგენად, თუ რამდენი ქალი მიემგზავრება აფხაზეთიდან მეზობელ რეგიონებში, მაგალითად გალში, ორსულობის შესაწყვეტად და გამგზავრების შემთხვევაში, რეალურად, რამდენად მიუწვდებიათ მათ ხელი ამ მომსახურებაზე, არასოდეს ჩატარებულა.

224 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, p. 55.

225 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, p. 55.

226 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, გვ. 56.

227 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, გვ. 56.

228 აბორტის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და მზადყოფნის შეფასება (ანალიტიკური ანგარიში), HERA XXI, RFSU, სოციალური კვლევების და ანალიზის ინსტიტუტი, 2015, გვ. 45.

რეკომენდაციები:

- სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდის გაუქმება და ქალებისთვის, ფაქტებზე დამყარებული და არამიმართლებური ხასიათის კონსულტაციების გაწევა
- კონსულტაციის ფარგლებში და მის გარეთ ქალებისთვის აბორტის შესახებ მიწოდებული ინფორმაცია იყოს ზუსტი, ეყრდნობოდე ფაქტებს და შეესაბამებოდეს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტებს, აბორტზე თანხმობის ფორმის გადასინჯვის ჩათვლით, რომელშიც უნდა აისახოს ინფორმაცია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აბორტი აღიარებულია ძალიან უსაფრთხო პროცედურად, თუ მას მომსახურების კვალიფიციური მიმწოდებელი ლეგალურ გარემოში ატარებს. აბორტების წინა კონსულტაციების მონიტორინგის მექანიზმის უზრუნველყოფა
- ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონის გადასინჯვა და ქალის უფლებებისთვის, ნაყოფის უფლებებთან შედარებით, უპირატესობის მინიჭება
- შესწორდეს სასამართლოს მოთხოვნა გაუპატიურების დადასტურებისთაობაზე, რაც აფერხებს ორსულობის შეწყვეტის მომსახურებას
- მრწამსის საფუძველზე მომსახურების გაწევაზე უარის თქმის პრაქტიკის იმგვარად გადასინჯვა, რომ ეს ხელს არ უშლიდეს ქალისთვის აბორტის ხელმისაწვდომობას და მომსახურების გაუკიცხავად და პატივისცემით მიწოდებას
- ღონისძიებების გატარება სქესის მიხედვით სელექციური აბორტების გამომწვევი მიზეზების წინააღმდეგ
- აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის უზრუნველყოფა და მისი ჩართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში
- ჯანდაცვის დაწესებულებების ფართო სპექტრის მიერ აბორტის სერვისის მიწოდების უზრუნველყოფა, რათა მომსახურება გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი გახდეს სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის. ასევე, უსაფრთხო აბორტის და აბორტის შემდგომი კონტრაცეფციის საქმეში ჯანდაცვის მუშაკების როლის შესახებ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინების შესაბამისად, ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლების ფართო სპექტრის უზრუნველყოფა, რათა აბორტის მომსახურების გაწევა არა მხოლოდ ექიმებს, არამედ ბებიაქალებსა და ექთნებსაც შეეძლოთ
- გადანყვებილების მიღებაში, ყველა დონეზე, იმ ქალების ეფექტიანი მონაწილეობის უზრუნველყოფა, რომლებსაც უტარდებათ აბორტი, მათ შორის, გესტაციის 12 კვირის შემდეგაც
- სამედიცინო დაწესებულებების შინაგანაწესში აბორტის მომსახურების არადისკრიმინაციული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა
- აბორტის მომსახურების მიმწოდებლებისთვის სათანადო ტრენინგების ჩატარება, მათ შორის, პაციენტის მკურნალობის პროცესში ადამიანის უფლებების დაცვისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის კუთხით
- აბორტის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა ქალისთვის, მათ შორის, ძალადობის მსხვერპლთათვის და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური შეძლების მქონე ქალებისთვის
- აბორტის ხელმისაწვდომობა არ უნდა შეეზღუდოს აფხაზეთიდან საქართველოს სხვა რეგიონებში მომსახურების მისაღებად ჩამოსულ ქალებს. ასევე, უნდა ჩატარდეს კვლევა აფხაზეთიდან მომსახურების მისაღებად ჩამოსული ქალების რაოდენობის დასადგენად და იმის გასარკვევად, ახერხებენ თუ არა ისინი აბორტის მომსახურების მიღებას სხვა ტერიტორიებზე.

ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები

დედათა ჯანმრთელობის ცნება გულისხმობს ქალების ჯანმრთელობას ორსულობის, მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. მიუხედავად იმისა, რომ დედობა უმეტესად დადებითი და კმაყოფილების მომგვრელი გამოცდილებაა, ბევრი ქალისთვის იგი ტანჯვას, ჯანმრთელობის გაუარესებას და სიკვდილსაც კი უკავშირდება.²²⁹ დედათა სიკვდილიანობა გულისხმობს ქალის გარდაცვალებას ორსულობის პერიოდში ან მისი დასრულებიდან 42 დღის ვადაში, ორსულობის ხანგრძლივობისა და ადგილის მიუხედავად, ორსულობასთან დაკავშირებული, მის შედეგად გამწვავებული მიზეზით ან ორსულობის მართვის შედეგად და არა უბედური შემთხვევებისა და სხვა ინციდენტების გამო. დედათა სიკვდილიანობის შემცირება მდგრადი განვითარების მიზნების ერთ-ერთ იმ ამოცანათაგანია, რომლის შესრულების ვალდებულებაც საქართველომ აიღო. მსოფლიოს მასშტაბით დედათა სიკვდილიანობის 80% ორსულობის დროს ძლიერი სისხლდენის, ინფექციების, მაღალი არტერიული წნევისა და სახიფათო აბორტის შედეგია. ზოგადად, ამ მიზეზების პრევენცია შესაძლებელია, თუ დროულად გამოვლინდება და სათანადოდ იმართება. დედათა სიკვდილიანობის შესამცირებლად მთელი რიგი კრიტიკული ინტერვენციების არსებობის მიუხედავად, გადაუდებელი სამედიცინო-გინეკოლოგიური დახმარების ხელმისაწვდომობა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. ამასთან, ანტენატალურ მეთვალყურეობას დედათა ჯანმრთელობისათვის ცენტრალური მნიშვნელობა აქვს, რადგან ამ დროს ხდება ორსულობებს შორის დაშორების შესახებ საჭირო ინფორმაციის მიწოდება, ანემიის მართვა ორსულობის პერიოდში და გამოკვლევების ჩატარება აივ და სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე. ჯანმო, ადრე რეკომენდებული ოთხი ვიზიტის ნაცვლად, ამჟამად მიიჩნევს, რომ რვა ანტენატალური ვიზიტი უნდა განხორციელდეს, ორსულზე მზრუნველობა კი, რაც შეიძლება ადრეულ სტადიაზე დაიწყოს.²³⁰

დედათა ხარისხიანი ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, ანტენატალური და პოსტნატალური მეთვალყურეობის ჩათვლით, ქალების მიერ ჯანმრთელობის უმაღლეს სტანდარტზე ხელმისაწვდომობის, თანასწორობისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის უფლების ნაწილია, რომელიც ასევე უკავშირდება სიცოცხლის უფლებას. სახელმწიფოებმა რეაგირება უნდა მოახდინონ და აღმოფხვრან ისეთი დაბრკოლებები, როგორიცაა მაღალი გადასახადები, და მომსახურება ხელმისაწვდომი გახადონ ქალებისათვის, იმგვარად, რომ დაცული იქნას ქალის ღირსება და კონფიდენციალურობის უფლება და სერვისი მიეწოდებოდეთ საჭიროებებისა და მოსაზრებების გათვალისწინებით.²³¹

სახელმწიფოებს აქვთ ვალდებულება, შეიმუშაონ კანონები, პოლიტიკა, პროგრამები და პრაქტიკა ქალთა და გოგონათა ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად მთელი ორსულობის განმავლობაში, მშობიარობის დროს და მის შემდგომ პერიოდში. სახელმწიფოებს აკისრიათ ვალდებულება, შეაგროვონ, გააანალიზონ და გაავრცელონ დეტალური მონაცემები, რომელიც აუცილებელია დედათა სიკვდილიანობისა და ავადობის პირველად მიზეზებზე (როგორც უშუალო, ასევე ირიბი) ადეკვატური რეაგირებისთვის და მათ გასაზრებლად; ყურადღება მიაქციონ ჯანსაღი ორსულობის ძირითად დეტერმინანტებს, სასმელი წყლის, ადეკვატური კვების, განათლების, სანიტარიისა და ტრანსპორტირების ჩათვლით; შეამცირონ დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები დედათა სიკვდილიანობის პრევენციისათვის ადეკვატური ინტერვენციის განხორციელებით, რაც

229 მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, დედათა ჯანმრთელობა, http://www.who.int/topics/maternal_health/en/

230 ჯანმო (WHO). 2017. ჯანმო-ს რეკომენდაციები ანტენატალური მკურნალობის შესახებ პოპულაციური ორსულობისათვის: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>

231 კონვენცია ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ (CEDAW) ზოგადი რეკომენდაცია 24 (1999), ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი (CESCR) ზოგადი რეკომენდაცია 22 (2016).

გულისხმობს კვალიფიციურ დახმარებას მშობიარობის დროს, პრენატალურ მეთვალყურეობას, გადაუდებელ სამედიცინო-გინეკოლოგიურ დახმარებას; სამედიცინო გართულებების შემთხვევაში ეფექტიანი რეფერალური სისტემების და სახიფათო აბორტით გამოწვეული გართულებების ხარისხიანი მკურნალობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას. მათ ასევე უნდა აღმოფხვრან რეპროდუქციულ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ისეთი ბარიერები, როგორიცაა მაღალი ფასები; უზრუნველყონ უფასო მომსახურება ორსულობის, მშობიარობისა და პოსტნატალურ მეთვალყურეობასთან დაკავშირებით; უზრუნველყონ, რომ ესენციური მედიკამენტები ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებებისთვის დარეგისტრირებული და ხელმისაწვდომი იყოს (მაგ.: მიზოპროსტოლი მშობიარობის შემდგომი სისხლდენისა და არასრული აბორტის სამკურნალოდ); ჯანდაცვის პროვაიდერები იმგვარად გაანაწილონ, რომ დედათა ჯანმრთელობის აუცილებელი მომსახურება ხელმისაწვდომი იყოს გეოგრაფიული მდებარეობის მიუხედავად; უზრუნველყონ, რომ დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები აკმაყოფილებდნენ ქალთა განსაკუთრებულ საჭიროებებს და მოიცავდნენ საზოგადოების ისეთ მოწყვლად სექტორებს, როგორიცაა დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლების მქონე, ახალგაზრდა, ღარიბი, სოფლად მცხოვრები, უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები და ემიგრანტი მუშები; მიიღონ ზომები იმაში დასარწმუნებლად, რომ ქალის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა ნაყოფის დაცვაზე პრიორიტეტულია; აღმოფხვრან ქალებისა და გოგონებისადმი არსათანადო დამოკიდებულება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, მათ შორის, დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების მიღებისას.²³²

ადრეული ორსულობა ზრდის გართულებების რისკს. ადრეული ორსულობისა და ყველა ასაკობრივ ჯგუფში არასასურველი ორსულობის მაჩვენებლის შესამცირებლად გათვალისწინებული სხვა მნიშვნელოვანი ინტერვენციებია: სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის შესახებ განათლებისა და ინფორმირების გაუმჯობესება, კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციისა და მომსახურების ხელმისაწვდომობა და საზოგადოებაში გენდერული თანასწორობის მიღწევა.²³³

საქართველოს აღებული აქვს ვალდებულება, შეასრულოს ყველა ზემოთ აღნიშნული ადამიანის უფლებათა სტანდარტი ისევე, როგორც უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვის რეკომენდაციები დედათა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და ყველა ქალისა და გოგონასთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, მათ შორის, აბორტის მომსახურების, ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შესახებ, განსაკუთრებით მათთვის, ვინც სოფელში ცხოვრობს და მოწყვლად ჯგუფებს მიეკუთვნება. გაეროს ადამიანის უფლებათა ორგანოები საქართველოს მოუწოდებენ, მიიღოს ზომები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების გასაუმჯობესებლად, რაც დედათა ჯანმრთელობას და ადრეული/ბავშვთა ქორწინების დაძლევის გულისხმობს.²³⁴

232 CEDAW ზოგადი რეკომენდაცია 24; ზოგადი რეკომენდაცია 22; გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისიის (U.N. OHCHR) ტექნიკური სახელმძღვანელო პრინციპები და პრევენციურებადი დედათა ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებელი პოლიტიკისა და პროგრამების განხორციელებასთან დაკავშირებული ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომის გამოყენებაზე (2 ივლისი 2012); CEDAW კომიტეტი, *ლ.ს პერუს წინააღმდეგ* (2011); CEDAW კომიტეტი *ალბინე დე სილვა პიმენტელი ბრაზილიის წინააღმდეგ* I (2011);

233 გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) ანგარიში მსოფლიო მოსახლეობის მდგომარეობის შესახებ, 2013, დედობა ბავშვობაში, მოზარდთა ორსულობის გამოწვევები (2013)

234 ბავშვთა უფლებების კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეოთხე პერიოდული მიმოხილვის დასკვნითი დებულებები, 2017 წლის 9 მარტი, ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GEO/CO/4&Lang=En;

ადამიანის უფლებათა კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეოთხე პერიოდული მიმოხილვის დასკვნითი დებულებები, 2014 წლის 19 აგვისტო, CCPR/C/GEO/CO/4, ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/GEO/CO/4&Lang=En;

ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეოთხე და მეხუთე კომბინირებული პერიოდული მიმოხილვის დასკვნითი დებულებები, 2014 წლის 2 ივლისი. CEDAW/C/GEO/CO/4-5, ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GEO/CO/4-5&Lang=En

დედათა ჯანმრთელობა საქართველოში

დედათა სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით მიღწეული მნიშვნელოვანი პროგრესის მიუხედავად, საქართველოს ამ კუთხით ჯერ კიდევ ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს რეგიონში.²³⁵ დედათა სიკვდილიანობის შეფასების სააგენტოთაშორისი ჯგუფის (MMEIG) მონაცემების თანახმად, უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში საქართველომ დედათა სიკვდილიანობის კოეფიციენტის შემცირების მხრივ მნიშვნელოვან მაჩვენებლებს მიაღწია. MMEIG-ის თანახმად, 2000 წელს საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (MMR) ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე 60 გარდაცვლილს უდრიდა, რაც 2015 წლისთვის 36-მდე შემცირდა.²³⁶ ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 2015 წელს 32.1 იყო. ოფიციალურ სტატისტიკურ მაჩვენებლებსა და MMEIG-ის მონაცემებს შორის განსხვავება მნიშვნელოვანია და პირველ რიგში, იმაზე მიუთითებს, რომ დედათა სიკვდილიანობის ეროვნული მაჩვენებლის (MMR) შეფასებისა და გაანგარიშების ფორმულა განსხვავებულია და ამავე დროს, შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში დედათა სიკვდილიანობის შემთხვევების გამოვლენა კვლავ პრობლემურ საკითხად რჩება. მთავრობის უახლესი მონაცემებით, დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (MMR) 2016 წელს ყოველ 100,000 ცოცხალშობილზე 23 იყო.²³⁷

რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილიანობის კვლევამ (RAMOS), რომელიც 2014 ჩატარდა, რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების რეგისტრაციის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება გამოავლინა: 2006 წელთან შედარებით, როდესაც რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების მხოლოდ 84% დარეგისტრირდა, 2012 წელს საქართველოს სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის სისტემაში რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების თითქმის ყველა ფაქტი (98%) აღინუსხა. ამავე კვლევის მიხედვით, დემოგრაფიულ სტატისტიკურ მაჩვენებლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა დედათა სიკვდილიანობის არასათანადო აღწერის შემთხვევები (2006 წელს 65%, ხოლო 2012 წელს – 39%).²³⁸ დედათა სიკვდილიანობის რისკი 1990 წელს 1,200-დან 1-ს შეადგენდა, ხოლო 2015 წელს – 1,500-დან 1-ამდე შემცირდა.²³⁹

2005-დან 2010 წლამდე მშობიარე ქალების 15.7% იუნყებოდა ორსულობის ისეთი გართულებების შესახებ, რომლებიც სამედიცინო მართვას საჭიროებდნენ.²⁴⁰ დასახელებული გართულებებიდან ყველაზე გავრცელებული იყო: ნაადრევი მშობიარობის რისკი (7,9%), ორსულობასთან დაკავშირებული ანემია (3.6%), წელის შეკავება ან შეშუპება (3.3%), ორსულობასთან დაკავშირებული მაღალი არტერიული წნევა (3.0%).²⁴¹ მშობიარობის შემდგომი გართულებები ქალების 11.2%-მა გადაიტანა.²⁴²

235 ჯანმო., დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები: 1990 წლიდან 2015 წლამდე. ჯანმო-ს, გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF), გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA), მსოფლიო ბანკის ჯგუფის და გაერთიანებული ერების მოსახლეობის განყოფილების მონაცემები. ხელმისაწვდომია: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1

236 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. „ეროვნული პროტოკოლი: საკეისრო კვეთა“. 2013.

237 (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) წელიწადული 2016, მალე გამოქვეყნდება).

⁵დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2017. რეპროდუქციული ასაკის ქალებში სიკვდილიანობის კვლევის შედეგების მოკლე მიმოხილვა, 2014, ხელმისაწვდომია: <http://www.ncdc.ge/Category/მუხლი/10884>

238 პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი.

239 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2016. მოსახლეობა

240 პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი.

241 პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი.

242 დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები: 1990 წლიდან 2015 წლამდე. ჯანმო-ს, UNICEF-ის, UNFPA-ს, მსოფლიო ბანკის ჯგუფის და გაეროს მოსახლეობის განყოფილების მონაცემები. გვ. 46

მშობიარობის შემდგომი გართულებებიდან ყველაზე ხშირად ასახელებდნენ: უხვ სისხლდენას (3.5%), მტკივნეულ საშვილოსნოს (3.5%), მაღალ ტემპერატურას (3.3%) და მკერდის ინფექციას (2.5%).²⁴³ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2015 წელს საავადმყოფოებში პაციენტთა მიმართვის 15%-ის მიზეზი ორსულობის, მშობიარობის დროს ან მშობიარობის შემდგომ წარმოქმნილი გართულებები იყო.²⁴⁴ დედათა სიკვდილიანობაზე აქტიურმა ეპიდემიოლოგიურმა ზედამხედველობამ გამოავლინა, რომ ბოლო წლებში გართულებების მქონე ორსული ქალების ტრანსპორტირება, უმეტეს შემთხვევაში, გართულებული იყო.²⁴⁵

2014 წელს მთავრობამ დაამტკიცა 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია, რომელიც უნივერსალურ ჯანდაცვას (UHC) განსაზღვრავს, როგორც ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების საყრდენ სვეტს და აყალიბებს დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პრიორიტეტს.

შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (ჯანდაცვის სამინისტრო) არის სახელმწიფო უწყება, რომელიც იღებს სახელმწიფო დაფინანსებას მოსახლეობისთვის ჯანდაცვის, მათ შორის, დედათა ჯანმრთელობის სერვისების, კერძო პროვაიდერებისგან შესასყიდად. დედათა ჯანმრთელობის სერვისებს საქართველოში ქალთა საკონსულტაციო ცენტრები და სამშობიარო სახლები უზრუნველყოფს. ქალთა საკონსულტაციო ცენტრები პირველადი დაწესებულებებია, რომლებიც მხოლოდ ანტენატალურ მომსახურებას უზრუნველყოფენ. სამშობიარო სახლები მეორადი დონის დაწესებულებებია, რომლებიც ანტენატალურ მკურნალობას, მშობიარობას, საკეისრო კვეთას და გადაუდებელ სამედიცინო მზრუნველობას ახორციელებენ.

2015 წელს ჯანდაცვის სფეროს კვალიფიციური მუშაკების მონაწილეობით ჩატარებულმა მშობიარობამ შემთხვევების 99.8% შეადგინა.²⁴⁶ სამშობიარო სახლებისა და ქალთა საკონსულტაციო ცენტრების 90% ანტენატალური ზრუნვის განმახორციელებელი კერძო დაწესებულებებია. ზოგიერთი მათგანი არ მონაწილეობს სახელმწიფო ანტენატალური დახმარების პროგრამაში, რადგან სახელმწიფოს მიერ გაცემული სუბსიდიები ძალიან დაბალია და საკმარისად ადეკვატური არ არის ამ ობიექტების სტანდარტების შესაბამისი მომსახურების უზრუნველსაყოფად.²⁴⁷ რაც შეეხება სახელმწიფო პროგრამის მონაწილეებს, 2016 წელს ყველა ნამშობიარე ქალიდან 72%-მა ისარგებლა 4-ივე ანტენატალური ვიზიტით. ანტენატალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მომსახურება საკმაოდ მაღალია მთელი ქვეყნის მასშტაბით. იმ ქალების წილმა, რომლებმაც ანტენატალური მეთვალყურეობისთვის განკუთვნილი ოთხივე ვიზიტით ისარგებლეს, 2016 წელს ნამშობიარე ქალების სრული რაოდენობის 90% შეადგინა.²⁴⁸

243 პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

244 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 724, 26 დეკემბერი 2014 წ.

245 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. 2017. დედათა სიკვდილიანობის აქტიური ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა.

246 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 724, 26 დეკემბერი, 2014

247 შენგელია ლ., პავლოვა ლ., გრუტი ვ., „დაინტერესებული მხარის მოსაზრებები დედათა მოვლის დაფინანსების ძლიერ და სუსტ მხარეებზე და მისი რეფორმა საქართველოში“ .

248 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის (NCDC) წელიწადეული 2016, (მაღე გამოქვეყნდება).

2016 წლამდე დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი ჯანდაცვის ობიექტებიდან მხოლოდ დახარისხებულ მონაცემებს აგროვებდა. 2016 წლიდან დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა დაუხარისხებელი და დახარისხებული მონაცემების შეგროვება დაიწყო. 2016 წელს ფუნქციონირებას შეუდგა საქართველოს შობადობის რეესტრი, სადაც მონაცემებზე დაყრდნობილი მაჩვენებლები ქვეყანაში არსებული დედათა ჯანმრთელობის დაცვის ყველა ორგანიზაციიდან გროვდება (დეტალები იხილეთ ქვემოთ). 2010 წელს ჩატარებულ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევაში არსებული შეზღუდული დეტალიზებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ სოფლად მცხოვრები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი და არასრული სასკოლო განათლების მქონე ქალები ნაკლებად იყენებენ ანტენატალურ ვიზიტებს.²⁴⁹

მნიშვნელოვანი ზრდის მიუხედავად, საქართველოს რეგიონში პოსტნატალური მომსახურებით სარგებლობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აქვს.²⁵⁰ 1999 წელს იმ ქალთა რაოდენობა, რომლებმაც პოსტნატალური სერვისით ისარგებლეს, 11%-ს შეადგენდა, 2005 წელს – 22%-ს, ხოლო 2010 წელს – 23%-ს.²⁵¹ გარდა ამისა, 2000 წლის შემდეგ საკეისრო კვეთის რაოდენობა გაოთხმაგდა. 2016 წელს საკეისრო კვეთის წილმა 43.2 %-ს მიაღწია.²⁵²

მთავრობის ნაბიჯები

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ჯანდაცვის მთელი ბიუჯეტის გარკვეულ ნაწილს დედათა ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებზე მიმართავს, რომლებიც დედათა ჯანმრთელობის სხვადასხვა პროგრამებზე პასუხისმგებელი სააგენტოების მეშვეობით ხორციელდება. სახელმწიფო მხარდაჭერა აქვს შემდეგ მომსახურებებს: 4 ანტენატალური (ჯანმო-ს მითითებების შესაბამისად, მალე 8 ანტენატალურ ვიზიტამდე გაიზრდება) და სულ მცირე, ერთი სკრინინგის ვიზიტი; აივ ინფექციის, ჰეპატიტი B-სა და სიფილისის გამოკვლევა და ანტირეტროვირუსული მკურნალობა დედებისთვის; მომსახურება 0-1 წლამდე ბავშვებისთვის (მათ შორის, ახალშობილებისთვის); ანტენატალური გენეტიკური სკრინინგი (სამმაგი ტესტი და ამნიოცენტები); გართულებების მართვა უნივერსალურ ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული ყველა ქალისათვის ორსულობის პერიოდში; ჰიპოთირეოზის, ფენილკეტონურიის, ჰიპერფენილალანინემიის და კისტოზური ფიბროზის სკრინინგი ახალშობილებისა და ბავშვებისთვის; ახალშობილთა სმენის სკრინინგი (მხოლოდ თბილისში).²⁵³

სულ ახლახან, 2017 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ 2017-2030 წლებისათვის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია დაამტკიცა. სტრატეგიას ერთვის სამოქმედო გეგმა (2017 – 2019 წწ.), მომდევნო სამი წლის განმავლობაში სახელმძღვანელო პრინციპების ჩათვლით. დოკუმენტში მოცემულია დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის (MNH) დაცვისა და მასთან მჭიდროდ დაკავშირებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გრძელვადიანი პერსპექტივა.²⁵⁴

249 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010

250 პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი.

251 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2016 მოსახლეობა

252 ჯანდაცვა. სტატისტიკური წელიწდეული. 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

253 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 724, 26 დეკემბერი, 2014

254 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის. 2017 წწ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სტრატეგიის მიზანია, უზრუნველყოს დედათა და ახალშობილთა სიცოცხლისუნარიანობის მტკიცებულებულებაზე დაფუძნებული, შედეგიანი და ეფექტიანი ინტერვენციების განხორციელება და დაფარვის ზონის გაფართოება. სტრატეგია ასევე უზრუნველყოფს სერვისების გაუმჯობესებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში და მათზე ხელმისაწვდომობას ყველა ქალისთვის, საჭიროების შემთხვევაში. სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა ორ ნაწილადაა გაყოფილი: დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობა და ოჯახის დაგეგმვა და ახალგაზრდების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა.

სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის ამოცანებია, 2020 წლისთვის გაზარდოს და ფართოდ დანერგოს ქალების წვდომა მყარ მშობიარობამდელ, ანტენატალურ, ნატალურ, პოსტნატალურ და ნეონატალურ სერვისებზე, მათი საჭიროებების შესაბამისად; გაზარდოს დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სერვისების ხარისხი და მოახდინოს მათი სტანდარტიზაცია მათი სრული ინტეგრაციის საშუალებით; ზოგადად, აამაღლოს მოსახლეობის ცნობიერების და ცოდნის დონე ჯანმრთელი ქცევების, სამედიცინო სტანდარტების მაღალი ხარისხისა და პაციენტის უფლებების შესახებ. ასევე მნიშვნელოვანი მიზანია დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება 2015 წელს ყოველ 100,000 ცოცხლადშობილზე დარეგისტრირებული 32 შემთხვევიდან, 25 შემთხვევამდე – 2020 წლისთვის და 12 შემთხვევამდე – 2030 წლისთვის.

დედათა სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლების შესამცირებლად და დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სისტემის გასაძლიერებლად, კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ნაბიჯი 2015 წელს გადაიდგა: დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, ჯანდაცვის სამინისტრომ პერინატალური დახმარების რეგიონალიზაციის პროექტი განახორციელა.²⁵⁵ დედათა სიკვდილიანობის მაღალმა მაჩვენებელმა და რეფერალური სისტემის სისუსტემ დონორებსა და სახელმწიფოს ბიძგი მისცა ეს ახალი პროექტი წამოეწყო. პროგრამა გულისხმობს ორგანიზებული სატრანსპორტო სისტემის შექმნას, მეთვალყურეობის დონეების, როლებისა და მოვალებების განსაზღვრას ყველაზე დონეზე, ეფექტიანი რეფერალის უზრუნველსაყოფად. გარდა ამისა, 2016 წელს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისმა UNFPA-ს აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონალურ ოფისთან (EECARO) ერთად, ექვს შერჩეულ სამშობიარო სახლში სიკვდილთან ახლოს მდგომი შემთხვევების შემოწმების (NMCR) პროგრამის პილოტირება დაიწყო. თითოეულ მათგანში გამოიყო ფასილიტატორი, რომელიც კოორდინაციას უწევს საქმიანობას და კავშირი აქვს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნულ კონსულტანტთან NMCR პროგრამის ფარგლებში. 2017 წელს ამოქმედდა ახალი რეგულაცია სახელწოდებით, „შერჩეული კონტრაქტირება“, რომლის თანახმადაც, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის პროგრამაში მონაწილეობას მიიღებენ მხოლოდ ის სამშობიარო სახლები/დანესებულებები, რომლებიც უზრუნველყოფენ შესაბამისი დონის მეთვალყურეობას და წელიწადში მინიმუმ 500 ახალშობილი ბავშვის მიღებას შეძლებენ.²⁵⁶

საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეფციის მიხედვით, ფერტილობასა და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის ყველაზე მნიშვნელოვანი პრიორიტეტები გულისხმობს: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ხარისხიანი სერვისების, მათ შორის ახალგაზრდებზე ორიენტირებული და დედათა და ბავშვთა ზრუნვისთვის საჭირო მომსახურებების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას; გართულებული ორსულობისა და მშობიარობის მართვისა და პრევენციის დახვეწას.²⁵⁷

255 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2015 წლის 15 იანვრის N01-2 / 6 ბრძანება.

256 საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2017. შერჩეული კონტრაქტირება, იხ.: <http://portal.sitecom.com/WLR-7100/v1002/upgrade/parent.php?lanIP=192.168.0.1&userRequest=www.moh.gov.ge>

257 2017-2030 წლების დემოგრაფიული უსაფრთხოების პოლიტიკა

დედათა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მონიტორინგის უამრავი მექანიზმი არსებობს. მაგალითად, 2016 წლის იანვარში საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ და საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულმა ცენტრმა, UNICEF-ის მხარდაჭერით, აამოქმედეს ელექტრონული რეესტრი „დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის მონიტორინგის სისტემა“, ე.წ. „საქართველოს შობადობის რეგისტრი“ (GBR). სისტემა აერთიანებს ინფორმაციას ორსულობის, მშობიარობის, პოსტნატალური, აბორტების, აგრეთვე, დედათა გარდაცვალების, მკვდრად-შობადობის და ახალშობილთა სიკვდილის ყველა ფაქტის შესახებ. თუმცა ჯერ კიდევ გასავითარებელია ამჟამად მოქმედი და მომხმარებლისთვის მოსახერხებელი ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს არა მარტო მონაცემების შეგროვებას, არამედ გააუმჯობესებს მეთვალყურეობის დონეებსაც, ასევე პროვაიდერებსა და პაციენტებს შორის კომუნიკაციასა და კოორდინაციას.²⁵⁸

ამასთან ერთად, სახელმწიფომ გარკვეული ნაბიჯები გადადგა სარისკო ორსულობის გამომწვევი ისეთი მავნე პრაქტიკის აღმოსაფხვრელადაც, როგორიცაა ქალის სასქესო ორგანოების დასახიჩრება (FGM) და ადრეული ან იძულებითი ქორწინება. 2017 წელს საქართველოს მთავრობამ დაამტკიცა ნორმატიული ცვლილებების პაკეტი, რომლის მიხედვით ქალის სასქესო ორგანოების დასახიჩრების პრაქტიკა კრიმინალიზებულია, ხოლო საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 1108-ე მუხლის თანახმად, ქორწინებისთვის მინიმალური დასაშვები ასაკი 18 წელი გახდა.

უსაფრთხო დედობას რამდენიმე მოქმედი კანონი არეგულირებს. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ უსაფრთხო დედობის გარანტიას აცხადებს და განსაზღვრავს, რომ ჯანდაცვის სამინისტრო ძირითადი პასუხისმგებელი დაწესებულებაა უსაფრთხო დედობასთან დაკავშირებული საქმიანობების სამართავად. კანონი ასევე მოიცავს დებულებებს, რომლებიც ეხება დეკრეტულ შვებულებას დასაქმებული მშობლებისთვის, საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებას დედათა და ბავშვთა უფლებების შესახებ, ორსული ქალების კონსულტირებასა და ზრუნვას და მათ პოსტნატალურ მეთვალყურეობას.²⁵⁹ „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის ერთ-ერთი თავი განსაზღვრავს ორსულთა და მეძუძური დედების უფლებებს, ქალების მიერ პერინატალური მეთვალყურეობის პროვაიდერის არჩევისა და მშობიარობისას მეუღლის/პარტნიორის/ ოჯახის წევრის დასწრების უფლებებს.²⁶⁰

შეუსაბამობები

სახელმწიფომ დედათა ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად და დედათა სიკვდილიანობის დონის შესამცირებლად მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა. გათვალისწინებული იქნა ის სამი ძირითადი საკითხი, რომელიც ხშირად იწვევს პრევენციურად დედათა სიკვდილიანობასა და ავადობას: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა, ანტენატალური მეთვალყურეობის პროგრამა და საინფორმაციო სისტემების გაუმჯობესება. მიუხედავად ამისა, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ჯერ კიდევ ერთ-ერთი ყველაზე მაღალია რეგიონში.²⁶¹ საქართველოში დედათა სიკვდილიანობის ასეთი მაღალი მაჩვენებლის ძირითადი მიზეზებია: ანტენატალური და პერინატალური მეთვალყურეობის

258 ჯანმრთელობის დაცვა. წელიწდეული 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

259 საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. 1997. თავი XXII - უსაფრთხო დედობა და ბავშვის ჯანმრთელობის დაცვა, მუხლი 131

260 საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ 2000. თავი VII ორსულისა და მეძუძური დედის უფლებები, მუხლები 35-38

261 დედათა სიკვდილიანობის ტენდენციები: WHO, UNICEF, UNFPA, მსოფლიო ბანკის ჯგუფისა და გაეროს ორგანიზაციის მოსახლეობის განყოფილების 1990 – 2015 წლების მონაცემები გვ. 46.

დაბალი ხარისხი, სუსტი სატრანსპორტო სისტემა, რეგულირებისა და მონიტორინგის სუსტი სისტემა, სამშობიარო სახლებსა და საკონსულტაციო ცენტრებში, განსაკუთრებით რეგიონებში, კვალიფიციური სპეციალისტების ნაკლებობა. მოსახლეობის ინფორმირებულობის დაბალი დონე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, კერძოდ კი, ორსულობისა და ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების შესახებ, ასევე უარყოფითად აისახება ორსულობის შედეგებზე.²⁶²

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად, 1997 წლიდან საქართველოში ხორციელდება ოთხი უფასო ანტენატალური მომსახურება, თუმცა ჯანმო-ს ახალი სახელმძღვანელო პრინციპების შესაბამისად, ეს რიცხვი რვამდე გაიზრდება.²⁶³ მაგრამ პროგრამაში ბევრი სამშობიარო სახლი არ მონაწილეობს ორი მიზეზის გამო: პირველ რიგში, პაკეტის არასაკმარისი ანაზღაურების, და მეორეც, იმის გამო, რომ ანტენატალური მეთვალყურეობის პაკეტის სერვისი არ მოიცავს ანტენატალური ზრუნვის ყველა საჭიროებას. 4 ანტენატალური ვიზიტისათვის სახელმწიფო თითოეულ ქალზე, მათი შემოსავლების მიუხედავად, მხოლოდ 55 ლარს გამოყოფს. ის სამშობიარო სახლები და ქალთა საკონსულტაციო ცენტრები, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამაში არ მონაწილეობენ, ანტენატალურ სერვისებს გარკვეული საფასურის სანაცვლოდ ახორციელებენ და ქალები, მათი სურვილებისა და შესაძლებლობების შესაბამისად, ყიდულობენ მომსახურებას.²⁶⁴

2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში მშობიარობის მომსახურების მოცულობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა, დღემდე არ არსებობს ორსულ ქალებსა და ახალშობილებში მაღალი რისკების დროულად გამოვლენის ადეკვატური მექანიზმები (ანტენატალური ვიზიტის ჩანაწერები არ მოითხოვს ორსულობის რისკის კლასიფიკაციას), მეთვალყურეობის შესაბამის დონეზე ასეთ პაციენტთა რეფერალისა და ინფორმაციის გაცვლისა და მიღების ნაკლებობა (სოფლის ამბულატორიებს, ქალთა საკონსულტაციო ცენტრებს, სამშობიარო სახლებს და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებს (გადაუდებელ სამედიცინო ცენტრებს) შორის). ხშირად, პერინატალური მეთვალყურეობის ცენტრები, განსაკუთრებით, სოფლებში, რომლებსაც სამედიცინო და ნეონატალური საგანგებო სიტუაციების სათანადო მართვის რესურსი არ გააჩნიათ (პერსონალის, მედიკამენტების, აღჭურვილობის, სისხლის ბანკების და სხვათა არარსებობის გამო) ან სულ არ მიმართავენ უფრო მაღალი დონის დაწესებულებებს, ან ამას მნიშვნელოვანი დაგვიანებით აკეთებენ.²⁶⁵

დედათა სიკვდილიანობაზე განხორციელებულმა ეპიდემიოლოგიურმა დაკვირვებამ აჩვენა, რომ ბოლო წლებში განსაკუთრებით პრობლემურია გართულებების მქონე ორსული ქალების ტრანსპორტირება.²⁶⁶ კარგად ორგანიზებული და კოორდინირებული ცენტრალიზებული სატრანსპორტო სისტემა ეფექტიანი რეფერალური სისტემის მნიშვნელოვანი ნაწილია. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფომ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა დედათა ჯანმრთელობის ისეთი რეფერალური სისტემების გასაუმჯობესებლად, როგორცაა საგანგებო სამედიცინო დახმარება, ამ სახის მომსახურება საზოგადოებრივი და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე კვლავ ხელმიუწვდომელია. ოჯახის ან სოფლის ექიმები ვერ უზრუნველყოფენ დედათა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ მომსახურებას.

262 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, დედათა სიკვდილიანობის აქტიური ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის ანგარიში, 2014 წ.

263 მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია. 2017. ჯანმო-ს რეკომენდაციები ანტენატალურ მკურნალობაზე დადებითი ორსულობისათვის <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1> გვერდები 12,101,120

264 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა.

265 პერინატალური ჯანმრთელობის ანგარიში 2016. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი.

266 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. 2017. დედათა სიკვდილიანობის აქტიური ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის ანგარიში, 2014 წ.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანების თანახმად, ანტენატალური და დედათა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები მხოლოდ სამშობიარო სახლებისა და ქალთა საკონსულტაციო ცენტრების ფუნქციას.²⁶⁷

არსებული დეტალიზებული მონაცემები მიუთითებენ, რომ ეთნიკური უმცირესობების, სოფლად მცხოვრები და არასრული სასკოლო განათლების მქონე ქალების შემთხვევაში, მათი მონაწილეობის დონე მნიშვნელოვნად ნაკლებია. ეს, ნაწილობრივ, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მნიშვნელობის შესახებ ხელმისაწვდომი ინფორმაციის ნაკლებობითა და დაბალი ეკონომიკური შესაძლებლობებით არის გამოწვეული, რაც მათ ჯანდაცვის მომსახურების მოძიებასთან დაკავშირებული პირდაპირი და ირიბი ხარჯებისაგან თავის არიდებას აიძულებს.²⁶⁸ მაგრამ პრობლემის მასშტაბი უცნობია, რადგან კომპლექსური მონაცემები, რომლებიც ეთნიკური, ასაკის, გეოგრაფიული ადგილმდებარეობისა და სხვა ნიშნებით იქნება დეტალიზებული, არ არსებობს. გარდა ამისა, შემდგომ დახვეწას საჭიროებს ამჟამად მოქმედი და მომხმარებლისთვის მოსახერხებელი ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა, რომელიც ხელს შეუწყობს მონაცემების შეგროვებას, გააუმჯობესებს მეთვალყურეობის დონეებს, ასევე პროვაიდერებსა და პაციენტებს შორის კომუნიკაციასა და კოორდინაციას.

რაც შეეხება საკეისრო კვეთის რაოდენობის ზრდას, კვლევამ აჩვენა, რომ ეს ნაწილობრივ გამოწვეულია მშობიარე ქალების სურვილით, შეამცირონ სამშობიარო ტკივილი და ასევე, ინფორმაციის ნაკლებობით ბუნებრივი მშობიარობის დადებითი მხარეებისა და საკეისრო კვეთისა წარმოქმნილი გართულებების შესახებ.²⁶⁹ სხვა კვლევა ასევე მიუთითებს, რომ საკეისრო კვეთის გაკეთებასთან დაკავშირებით ქალთა გადაწყვეტილებაზე, გავლენას ახდენს ექიმების მოსაზრება, რომელიც, გარკვეულწილად, შემოსავლის გაზრდასა და დროის დაზოგვასთან დაკავშირებული მათი ინტერესებითაც არის განპირობებული.²⁷⁰ ეს საკითხები სერიოზულ შემოფთებას იწვევს პაციენტის მხრიდან ინფორმირებული თანხმობის მოთხოვნის დაცულობასთან დაკავშირებით.

გარდა ამისა, საქართველოში ქალების ძალიან მცირე ნაწილი რჩება მშობიარობის შემდგომი მეთვალყურეობის ქვეშ. ეს მაჩვენებელი, ფაქტობრივად, ყველაზე დაბალია რეგიონში.²⁷¹ ამ სფეროში არსებული გამოწვევები შესაძლოა, შესაბამისი პროგრამების ნაკლებობითა და პოსტნატალური მეთვალყურეობის საჭიროების შესახებ მწირი ინფორმაციით იყოს განპირობებული.

2017 წელს დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სტრატეგიის ამუშავებისას ჯანდაცვის მინისტრის მოადგილემ აღნიშნა, რომ დედათა ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტი ადეკვატური იქნებოდა, თუმცა ინფორმაცია სამოქმედო გეგმის დაფინანსების შესახებ, დღემდე უცნობია.

პაციენტთა უფლებების დაცვის კანონის 36-ე მუხლის თანახმად, მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას, და რომელიც მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია. ეს დებულება შეშფოთებას იწვევს ქალების მიერ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მიღებისა და სამედიცინო სერვისის ხარისხთან დაკავშირებით.

267 USAID. (2015). მდგრადი საბოლოო ანგარიში: ოჯახის დაგეგმვა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მომსახურება საქართველოში. ბოსტონი, მასაჩუსეტსი. ჯონ სნოუ.

268 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. 2010. ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა. იხ: http://unicef.ge/uploads/1_GERHS_2010_Final_Report_ENGL_resized.pdf

269 ე. იურგენსი, ლ. შენგელია, თ. ასათიანი, ლ. ბიულმეიკერსი. 2011 მომხმარებლებისა და მიმწოდებლების პერსპექტივები საკეისრო კვეთაზე: ოპერაციული კვლევა საქართველოში მაღალი საკეისრო კვეთის მაჩვენებლის შესახებ. კვლევა ჩატარდა ასოციაცია „პერა XXI“-ის პროექტის „ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესება: ბებიაქალების ცოდნისა და უნარების განახლება საქართველოში“ ფარგლებში, ნიდერლანდების საგარეო საქმეთა სამინისტროს სოციალური ტრანსფორმაციის პროგრამა მატრას მიერ. კვლევაში ჩართულნი იყვნენ: „საქართველოს ბებიაქალთა ასოციაცია“, „საქართველოს მეან გინეკოლოგთა ასოციაცია“, ETC Crystal.

270 ბეტრანი ა. პ., იეი ჯ., მოლერი, ა.-ბ., ჟანგი, ჯ., გულმეზოგლუ, ა.მ., და ტორლონი, მ. რ. (2016). საკეისრო კვეთის ზრდადი ტენდენცია: გლობალური, რეგიონული და ეროვნული შეფასებები: 1990-2014 წ. PLOS ONE, 11 (2), e0148343.

271 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა 2010

რეკომენდაციები

- ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების ადრეულ ეტაპზე იდენტიფიცირება და შესაბამისი მართვის გაუმჯობესება, რაც ორი ძირითადი საშუალებაა დედათა სიკვდილიანობის პრევენციისთვის
- პოსტნატალური მეთვალყურეობის გაუმჯობესება იმგვარად, რომ გაიზარდოს ასეთი მომსახურების მიმღები ქალების პროცენტული მაჩვენებელი
- პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების ტრენინგი დედათა ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებზე
- ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ საკეისრო კვეთებთან დაკავშირებით გადანყვეტილების მიღებისას რობსონის კლასიფიკაციის რუტინული გამოყენების უზრუნველყოფა და კლინიკებში ამ კრიტერიუმის პრაქტიკული დანერგვა. ჯანდაცვის სამინისტრომ ხელი უნდა შეუწყოს საზოგადოების ინფორმირებას საკეისრო კვეთის სათანადო შემთხვევებში გამოყენების შესახებ
- დედათა სამედიცინო მომსახურების ფართო ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება პირველადი, და სოფლებში არსებული ჯანდაცვის დონეზე
- სიკვდილის რისკის შემცველი შემთხვევების მონიტორინგის პროგრამის შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში, მისი მთელი ქვეყნის მასშტაბით დანერგვა
- ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ისეთი პროგრამებისა და სახემძღვანელო ინსტრუქციების შემუშავება, რომლებიც დროულად გამოავლენს მაღალი რისკის მქონე ორსულ ქალებსა და ახალშობილებს და უზრუნველყოფს სათანადო დონის ჯანდაცვის დაწესებულებაში მათ მიმართვას, ჯანდაცვის დაწესებულებების სხვადასხვა დონეებს შორის ინფორმაციის გაზიარებასა და უკუკავშირს (სოფლის ამბულატორიებს, ქალთა კონსულტაციის ცენტრებს, სამშობიარო საავადმყოფოებსა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებს (გადაუდებელ სამედიცინო ცენტრებს) შორის)
- პერინატალური ჯანდაცვის ცენტრების შესაბამისად აღჭურვა (განსაკუთრებით სოფლებში) საგანგებო შემთხვევებში საჭირო მზრუნველობის განსახორციელებლად, ან უფრო მაღალი დონის დაწესებულებებში დროული მიმართვიანობის უზრუნველყოფა
- ინფორმაციის ხარისხიანი გაცვლისა და პერინატალური მეთვალყურეობის დროს სერვისის უწყვეტობის უზრუნველყოფა დედათა ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დონეზე
- ბიუჯეტიდან ქალთა საჭიროებების ადეკვატურად დაფინანსება და დედათა ჯანმრთელობის სტრატეგიაში დასახული მიზნების მიღწევა
- ანტენატალური ვიზიტებისა და დედათა ჯანმრთელობის სხვა სერვისებისათვის, უფრო დიდი სუბსიდიების გამოყოფა, რათა ქალებს აღარ მოუწიოთ საკუთარი ჯიბიდან ასეთი სერვისების საფასურის გადახდა და ჯანმო-ს რეკომენდაციების გათვალისწინებით, ანტენატალურ ზრუნვაზე, ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობის, 4-დან 8-მდე გაზრდა
- კომპლექსური მონაცემების შესაგროვებლად, ისეთი სისტემების შემუშავება, რომლებშიც მონაცემები დეტალიზებული იქნება ეთნიკური, ასაკობრივი, გეოგრაფიული მდებარეობისა და სხვა ნიშნებით, და მიზნობრივი პროგრამების შემუშავება სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისათვის
- დედათა ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომი სერვისების შესახებ ფართო საზოგადოებისა და მოსახლეობის მონყვლადი ჯგუფებისთვის (ეთნიკური უმცირესობები და სოფლებში მცხოვრები ქალები) ცნობიერების ამაღლება. მათზე ორიენტირებული სპეციფიკური კამპანიების განხორციელება
- ქალის მიერ გადანყვეტილების მიღების უფლების უზრუნველყოფა, მისი სურვილების გათვალისწინება და ზრუნვის პროგრამების ცენტრში მისი დაყენება.

ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებები

უფლება ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტის შესახებ, სხვა უფლებებთან ერთად, წარმოშობს მოსახლეობისთვის აივ/შიდსის ინფექციების შესახებ ინფორმაციისა და განათლების მიწოდების, ასევე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და მკურნალობის (ნკმ) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ვალდებულებას.²⁷² აივ ინფექციის გავრცელების შესახებ სათანადო ცოდნა, მისი გადაცემის პროფილაქტიკა და ნკმ-ს ხელმისაწვდომობა, სამი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია აივ ინფექციის გავრცელების დონის შესამცირებლად. სახელმწიფოებმა სათანადო ზომებს უნდა მიმართონ აივ/შიდსის შესახებ ინფორმაციის გასავრცელებლად, რაც ინფექციის გადაცემის, პრევენციისა და მკურნალობის შესახებ მეცნიერულად ზუსტი ინფორმაციის მიწოდებას გულისხმობს. აღნიშნული სტრატეგიული პრევენციული ზომებია კონდომების გამოყენების აგიტაცია და მათი ხელმისაწვდომობა, და საზოგადოების ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიების ჩატარება. აივ/შიდსით დაავადებული ადამიანებისათვის აუცილებელია, ხელი მიუწვდებოდეთ ადეკვატურ ჯანდაცვის სერვისებზე. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტები თანაბრად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასათვის, როგორც გეოგრაფიული, ასევე ფინანსური და ფიზიკური თვალსაზრისით. აუცილებელია ანტირეტროვირუსულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ისეთი ბარიერების აღმოფხვრა, როგორიცაა მათი მაღალი ღირებულება; სათანადო რესურსების გამოყოფა აივ/შიდსის პროგრამებზე; აღნიშნული პროგრამების ეფექტიანობის მონიტორინგი და ანალიზი. ადამიანის უფლებათა დაცვა ტესტირებისა და მკურნალობის დროს პიროვნების ღირსების, ავტონომიის, პირადი ცხოვრებისა და კონფიდენციალურობის დაცვის უფლების გათვალისწინებას გულისხმობს. სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს, რომ ყველა ადამიანს, მათ შორის, აივ ინფექციით/შიდსით დაავადებულებს და მოწყვლად ჯგუფებს, დისკრიმინაციის გარეშე მიუწვდებოდეთ ხელი ჯანდაცვის, მათ შორის, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე.²⁷³

სახელმწიფოებმა ასევე უნდა დანერგონ გენდერული თვალსაზრისით სენსიტიური მიდგომა აივ ეპიდემიის მიმართ, რაც ქალთა უფლებებისა და საჭიროებების გათვალისწინებაში გამოიხატება. უნდა აღმოიფხვრას ის სოციალური და კულტურული ფაქტორები, რომლებიც ამწვავებენ ქალთა და გოგონების აივ ინფიცირების რისკს, მათ შორის, გენდერული ნიშნით ძალადობა, გენდერული სტერეოტიპები, ადეკვატური სექსუალური განათლების ნაკლებობა, როგორც ახალგაზრდა ქალებში, ასევე მამაკაცებში, და ადრეულ/ბავშვობის ასაკში ქორწინება.²⁷⁴ ადამიანის უფლებები მოითხოვს, რომ აივ ინფექციით დაავადებულ ყველა პირს შეეძლოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის, მომსახურების და მასთან დაკავშირებული საშუალებების მიღება, რაც პერინატალური ზრუნვის, მშობიარობის დროს კვალიფიციური პერსონალის მონაწილეობის, გადაუდებელი სამედიცინო სამეანო დახმარების და სხვა რეპროდუქციული მედიკამენტებისა და ტექნოლოგიების ხელმისაწვდომობასაც გულისხმობს. სახელმწიფოებმა ხელი უნდა შეუწყონ, რომ აივ-ინფიცირებულ ადამიანებს რეპროდუქციისა და მშობიარობის შესახებ ინფორმირებული და ნებაყოფლობითი გადანაცვლებების მიღება შეეძლოს, კონტრაცეპციისა და აბორტის ჩათვლით. ასევე საჭიროა ისეთი პოლიტიკის ან პრაქტიკის აღმოფხვრა, რომელიც პირდაპირ ან ირიბად ხელს უწყობს, ან არ კრძალავს აივ ინფექციით დაავადებული ადამიანების იძულებით სტერილიზაციას ან აბორტს.²⁷⁵

272 CESCR ზოგადი კომენტარები 14 და 22; CRC ზოგადი კომენტარი 3 აივ / შიდსი და ბავშვის უფლებები (2003) CRC ზოგადი კომენტარი 15 ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების უმაღლესი სტანდარტი (2013) ICPD სამოქმედო პროგრამა

273 CESCR ზოგადი კომენტარები 14 და 22; CRC ზოგადი კომენტარი 3 აივ / შიდსი და ბავშვის უფლებები (2003) CRC ზოგადი კომენტარი 15 ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების უმაღლესი სტანდარტი (2013) ICPD სამოქმედო პროგრამა

274 CRC ზოგადი კომენტარი 3 აივ/შიდსი და ბავშვის უფლებები (2003); CRC ზოგადი კომენტარი 15 ბავშვის ჯანმრთელობის უფლების უმაღლესი სტანდარტი (2013)

275 CESCR ზოგადი კომენტარი 22.

სახელმწიფოებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ აივ ინფიცირების მაღალი რისკის მქონე ისეთ პირთა უფლებებს, როგორებიც არიან სექსმუშაკები, ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლები (ინმ), და მამაკაცები, რომლებსაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (MSM). იმ ადამიანთა კრიმინალიზაცია, რომლებიც ინფექციის უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, მაგალითად სექსმუშაკებისა და ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებლების, რიყავს მათ და აივ ინფექციასთან დაკავშირებული მომსახურების მიღებას უზღუდავს. ეს, თავის მხრივ, ხელს უწყობს აივ დაინფიცირების მიმართ მათ კიდევ უფრო მოწყვლადობას, ასევე სტიგმატიზაციას, დისკრიმინაციას, მარგინალიზაციასა და ძალადობას.²⁷⁶ მნიშვნელოვანია, რომ ადამიანის უფლებათა სტანდარტები მოითხოვს სისხლის სამართლის კანონმდებლობის რეფორმირებას, რათა ბოლო მოეღოს აივ ინფიცირების გამოვლენის, გაუმჟღავნებლობის და გავრცელების გადაჭარბებულ კრიმინალიზაციას, რაც ასევე იწვევს დისკრიმინაციასა და განსხვავებულ მოპყრობას.²⁷⁷ აივ ინფექციისა და შიდსის თემაზე 2016 წელს გამართულ უმაღლესი დონის შეხვედრაზე წარმოდგენილ ანგარიშში გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური მდივანი საგანგებოდ მიუთითებდა სისხლის სამართლის კანონმდებლობის უარყოფით გავლენაზე ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებებზე:

სისხლის სამართლის კანონმდებლობის ბოროტად გამოყენება ხშირად უარყოფითად აისახება ჯანმრთელობაზე და არღვევს ადამიანის უფლებებს. აივ ინფექციის გამოვლენის, გაუმჟღავნებლობისა და გავრცელების ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაცია ეწინააღმდეგება საერთაშორისო ჯანდაცვის რეკომენდაციებსა და ადამიანის უფლებათა პრინციპებს. ზრდასრულთა ნებაყოფლობითი სექსუალური ურთიერთობების კრიმინალიზაცია ადამიანის უფლებების დარღვევაა, ხოლო მათი ლეგალიზაცია აივ ინფექციის მიმართ მოწყვლადობის შემცირებას და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას გამოიწვევს. ინექციური ნარკოტიკების ფლობისა და გამოყენების დეკრიმინალიზაციამ და ისეთი კანონებისა და პოლიტიკის შემუშავებამ, რომელიც ზიანის შესამცირებელი სრულყოფილი სერვისების უზრუნველყოფის საშუალებას იძლევა, უკვე მოიტანა აივ ინფექციის გავრცელების დონის შემცირება. ანალოგიურად, სექსინდუსტრიის დეკრიმინალიზაციამაც შეიძლება შეამციროს ძალადობის, შევიწროებისა და აივ ინფექციის გადადების რისკები. სექსმუშაკებმა უნდა ისარგებლონ ადამიანის უფლებებით, რომელთა დაცვაც გარანტირებულია ყველა ადამიანისთვის, მათ შორის, დისკრიმინაციის, ჯანმრთელობის, უსაფრთხოების და დაცვის უფლებით.²⁷⁸

ამ განცხადების ფონზე გაეროს გენერალური მდივანი ქვეყნებს მოუწოდებს:

არავინ ჩამორჩეს, და უზრუნველყოფილი იყოს სერვისებზე წვდომა იმ სადამსჯელო კანონმდებლობის, პოლიტიკისა და პრაქტიკის გაუქმებით, რომლებიც არღვევს ადამიანის უფლებებს, მათ შორის, ერთსქესიანი სექსუალური კავშირების, გენდერული და სექსუალური ორიენტაციის, ნარკოტიკების მოხმარებისა და სექს-სამუშაოს კრიმინალიზაციის, აივ ინფექციის გაუმჟღავნებლობის უფლებებს; უნდა გაუქმდეს გამოვლენისა და გავრცელების ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაცია, აივ ინფექციასთან დაკავშირებული გადაადგილების შეზღუდვა და სავალდებულო ტესტირების, თანხმობის ასაკთან დაკავშირებული ის კანონები, რომლებიც ზღუდავენ მოზარდთა უფლებებს ჯანდაცვაზე; ასევე მოწყვლადი მოსახლეობის წინააღმდეგ ძალადობის ყველა ფორმა.²⁷⁹

276 გენერალური მდივნის მოხსენება შიდსის ეპიდემიის დასრულების სწრაფი გზის შესახებ, გაეროს დოკუმენტი. A/70/811 (2016), პარ. 53 და 75(f)

277 გროვერ ა, სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტის მიღების საყოველთაო უფლებაზე, გაეროს დოკ. A/HRC/14/20 (2010), იხ. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>; ასევე იხ. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის განცხადება ჯანდაცვის პარამეტრების დისკრიმინაციის დასასრულს (2017).

278 გენერალური მდივნის მოხსენება შიდსის ეპიდემიის დასრულების სწრაფი გზის შესახებ, გაეროს დოკუმენტი. A/70/811 (2016), პარ. 53

279 იქვე პარ. 75 (f).

სტიგმა და დისკრიმინაცია ხშირად ხელს უშლის აივ/შიდსით დაავადებულ პირებს, ისარგებლონ ადამიანის უფლებებით. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების კამპანიები აუცილებელია აივ/შიდსით დაავადებული ადამიანების, განსაკუთრებით მოწყვლადი პოპულაციების მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის დასაძლევად. ამგვარი დისკრიმინაციის შემთხვევებში, აივ/შიდსით დაავადებულ ადამიანებს და განსაკუთრებით, მოწყვლად ჯგუფებს, საშუალება უნდა ჰქონდეთ, ისარგებლონ სამართლებრივი დაცვის უფლებებით.²⁸⁰

საქართველოს ნაკისრი აქვს ვალდებულება, დანერგოს ადამიანის უფლებების ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი სტანდარტი. ბავშვთა უფლებების კომიტეტის რეკომენდაციაა, საქართველომ გააუმჯობესოს ხარისხიანი, ასაკის შესაბამისი HIV/AIDS-ის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებისადმი წვდომა, ასევე, გააუმჯობესოს აივ ინფექციის მქონე დედებისა და ახალშობილების შემდგომი მეთვალყურეობა ადრეული დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის დროულად დასაწყებად.²⁸¹

აივ/შიდსის პრევენცია და მკურნალობა საქართველოში

საქართველოში აივ/შიდსის გავრცელების დაბალი მაჩვენებელია. დადგენილია, რომ 2016 წელს აივ ინფექციის გავრცელების დონე ზრდასრულ მოსახლეობაში 0.4% იყო.²⁸² USAID-ის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, აივ ინფექციის გავრცელების დონე საქართველოში მთლიანი ზრდასრული მოსახლეობის 0.07% შეადგენს.²⁸³ 2014 წლის ინფორმაციის თანახმად, საქართველოში ყველა გამოვლენილი შემთხვევის მატარებელთა დაახლოებით 45%-მა, ტესტირების პირველად გავლის დროს, არ იცოდა აივ დადებითი სტატუსის შესახებ.²⁸⁴ ოფიციალური წყაროების მიხედვით, 2015 წელს აივ-ინფექციებით ავადობის მაჩვენებელი იმ მოსახლეობაში, ვინც გამოკვლევა ჩაიტარა, 100,000 მოსახლეზე 19.3-ს შეადგენდა.²⁸⁵

ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე წვდომა საქართველოში უნივერსალურია.²⁸⁶ UNAIDS-ის მონაცემებით, საქართველოს აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონში ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ყველაზე მაღალი დაფარვა აქვს.²⁸⁷

2017 წლის ივნისის მდგომარეობით, საქართველოში აივ/შიდსის სულ 6,441 შემთხვევაა დარეგისტრირებული, რომელთაგან 4,797 კაცია და 1,644 – ქალი.²⁸⁸ ამ პირთა უმრავლესობა 29-დან 40-წლამდე ასაკისაა. იმავე თარიღისთვის, ამ შემთხვევებიდან 3,562-ში შიდსი განვითარდა და ამ პაციენტებიდან 1,301 პირი გარდაიცვალა.²⁸⁹

280 UNAIDS, დისკრიმინაციის დაძლევა, აივ-თან დაკავშირებული სტიგმის და დისკრიმინაციის დაძლევა ჯანდაცვის დაწესებულებებში და მის ფარგლებს გარეთ (2017)

281 ბავშვთა უფლებების შესახებ კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეოთხე პერიოდული მიმოხილვის დასკვნითი დებულებები, 2017 წლის 9 მარტი, ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GEO/CO/4&Lang=En

282 ინტერვიუ მთავარ ინფორმატორთან, ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევის ცენტრი.

283 USAID, საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი – მდგრადი აივ პრევენცია საქართველოში: გამოწვევები, შესაძლებლობები და რეკომენდებული ქმედებები, 2014.

284 გლობალურად შიდსის საპასუხო ღონისძიებების პროგრესის ანგარიში: საქართველოს რეგიონალური პროგრესის ანგარიში 2014

285 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანდაცვის სტატისტიკური წელიწადი. 2015

286 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანდაცვის სტატისტიკური წელიწადი. 2015

287 UNAPIDS GAP ანგარიში 2014

288 ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევის ცენტრი. აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგია საქართველოში, 2017 წ.

289 ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევის ცენტრი. აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგია საქართველოში, 2017 წ.

აივ ინფექციის ახალი შემთხვევები გადამდის გზების მიხედვით (%), საქართველო, 2015²⁹⁰

საინექციო ნარკოტიკების გამოყენება (IDU)	28.0
ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები	50.2
ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტები	19.8
ვერტიკალური ხაზით გადადება (დედისგან ბავშვზე)	0.8
სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გადასხმა	0.6
დაუდგენელი	0.6

2015 წელთან შედარებით, 2016 წელს ჰეტეროსექსუალური კონტაქტის გზით აივ ინფიცირებულთა რიცხვი 1.3%-ით გაიზარდა; ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტის გზით – 3%-ით შემცირდა; საინექციო ნარკოტიკების მოხმარებით – 2.3%-ით გაიზარდა და ვერტიკალური გადადების რეგისტრირებული შემთხვევები 0.2%-ით შემცირდა.²⁹¹

აივ ინფექციის პრევალენტობა ქალ სექსუალურ პარტნიორს შორის 0.8%-დან 1.3%-მდე მერყეობს.²⁹² აივ ინფექციის გავრცელება იმ მამაკაცებში, რომლებსაც აქვთ სექსი მამაკაცებთან, დედაქალაქ თბილისში, 2010 წელს აღრიცხული 7%-დან, 2012 წლისთვის 13%-მდე გაიზარდა.²⁹³ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა დადგენილი რიცხვი საქართველოში 45,000 პირს შეადგენს, მათ შორის აივ ინფექციის გავრცელება 0.4%-სა და 9.1%-ს შორისაა.²⁹⁴ USAID-ის მიერ 2014 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, აივ ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი თბილისში 1.9%-ს შეადგენდა, ბათუმში – 5.6%-ს, ქუთაისში – 2.1%-ს და ზუგდიდში – 9.1%-ს.²⁹⁵ 15-24 წლამდე ასაკის ახალგაზრდებში წელიწადში რეგისტრირებული შემთხვევების რიცხვი 2008 წლიდან 2013 წლამდე 18-დან 60 შემთხვევამდე გაიზარდა.²⁹⁶ ამას გარდა, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის პუბლიკაციის თანახმად, რომელიც ახალგაზრდებისა და მოზარდების ჯანმრთელობას შეეხება, აივ ინფექციის ახალი შემთხვევები 15-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, 2013 წელს, წინა წლებთან შედარებით, თითქმის გაორმაგდა.²⁹⁷ 2014 წლის მდგომარეობით, ორსულ ქალებში აივ პრევალენტობა 0.04% იყო.²⁹⁸

არ არსებობს ხელმისაწვდომი მონაცემები აივ პრევალენტობის შესახებ ტრანსგენდერ პირებთან მიმართებაში. არსებობს სექსუალური, ასაკობრივი (უფრო მცირე ასაკობრივი კატეგორიებიც), გენდერული და რასობრივი/ეთნიკური ნიშნით დახარისხებული ინფორმაცია გამოკვლეულ პირებს

290 ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევის ცენტრი. აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგია საქართველოში, 2017 წ.

291 ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევის ცენტრი. აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგია საქართველოში, 2017 წ.

292 გლობალურად შიდსის საპასუხო ღონისძიებების პროგრესის ანგარიში: საქართველოს რეგიონალური პროგრესის ანგარიში 2014

293 გლობალურად შიდსის საპასუხო ღონისძიებების პროგრესის ანგარიში: საქართველოს რეგიონალური პროგრესის ანგარიში 2014

294 გლობალურად შიდსის საპასუხო ღონისძიებების პროგრესის ანგარიში: საქართველოს რეგიონალური პროგრესის ანგარიში 2014

295 USAID, საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი – მდგრადი აივ პრევენცია საქართველოში: გამომწვევები, შესაძლებლობები და რეკომენდებული ქმედებები, 2014.

296 USAID, საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი – მდგრადი აივ პრევენცია საქართველოში: გამომწვევები, შესაძლებლობები და რეკომენდებული ქმედებები, 2014.

297 NCDC, მოზარდების და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში, 2015 წელი, ხელმისაწვდომია: http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/NCDC%20Youth_Health_Statistical%20Overview_20.02.2014_d68e1957-a8f2-45af-a143-1af5a3e890c8.pdf

298 გლობალურად შიდსის საპასუხო ღონისძიებების პროგრესის ანგარიში: საქართველოს რეგიონალური პროგრესის ანგარიში 2014

შორის დაავადების გავრცელებისა და სიხშირის შესახებ, მაგრამ ეკონომიკური კვინტილებისა და ადგილმდებარეობის ნიშნით დაჯგუფებული მონაცემები უცნობია.

2014 წელს გამოქვეყნებული ინფორმაციის თანახმად, ყოველწლიურად გამოკვეთილი ადამიანების 70%-ზე მეტი დაბალი რისკის მქონე მოსახლეობის კატეგორიას (ორსული ქალები და სისხლის დონორები) განეკუთვნება. შემამოთხევებელია ტესტირების დაბალი მაჩვენებელი მაღალი რისკის მქონე ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებს (IDUs) შორის. 2013 წელს სულ 5000 IUD-ის გამოკვეთვა ჩატარდა, თუმცა დადგენილია, რომ საქართველოში IUD-თა რაოდენობა 10-ჯერ უფრო მეტია და შესაბამისად, მათი დაფარვის მაჩვენებელი მხოლოდ 14,68%-ს შეადგენს.²⁹⁹

აივ ინფექციის/შიდსის არსებობის შესახებ ცოდნის დონე მაღალია ქალთა გარკვეულ ჯგუფებში და მიუხედავად იმისა, რომ ეს ცოდნა მოზარდებს შორისაც ასევე მაღალია, უკანასკნელი კვლევის თანახმად, იგი მნიშვნელოვნად შემცირდა. 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მონაცემებით, გამოკითხულ ქალთა 96% ინფორმირებულია აივ ინფექციის შესახებ. თუმცა, ეს მაჩვენებლები გაცილებით დაბალი იყო სოფლად მცხოვრებ ქალებში (93%) და არასრული საშუალო ან უფრო დაბალი განათლების მქონე ქალებში (88%), ყველაზე დაბალი შემოსავლის მქონე კვინტილის ქალებში (90%), სომეხ ქალებში (88%) და მნიშვნელოვნად დაბალია აზერბაიჯანელ ქალებში (60%).³⁰⁰ მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის 2009 წლის კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა 86%-ისთვის (გოგონები და ბიჭები) ცნობილი იყო აივ ინფექციის/შიდსის შესახებ. გარდა ამისა, ბიჭების 81,3%-მა და გოგონების 74,6%-მა იცოდა აივ ინფექციის გადადების გზების შესახებ.³⁰¹ 2012 წლის USAID-ის კვლევამ დაადგინა, რომ 15-24 წლის ასაკის ახალგაზრდების 93,6%-ს შიდსის შესახებ გაგონილი ჰქონდა. ამავე კვლევამ გამოავლინა, რომ აივ ინფექციის შესახებ გაგონილი ჰქონდა ახალგაზრდების 75,1%-ს.³⁰²

მაგრამ დაბალია აივ პრევენციის პრაქტიკის შესახებ არსებული ცოდნის დონე. გარდა ამისა, გავრცელებულია მცდარი მოსაზრებები მისი გადადების შესახებ. 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, რეპროდუქციული ასაკის ქალთა მხოლოდ 69% იყო ინფორმირებული იმაზე, რომ აივ ინფექციის გავრცელების პრევენცია შესაძლებელია. ამ საკითხის შესახებ ცოდნის დონე სოფლებში უფრო დაბალია, ვიდრე ქალაქებში (60% და 77% შესაბამისად). ასევე დაბალია 15-დან 19 წლამდე ასაკის ქალებს შორის (58%), განათლების დაბალი დონის მქონე ქალებში (50%), დაბალი შემოსავლის მქონე კვინტილის ქალებში (53%), სექსუალური გამოცდილების არმქონე ქალებში (65%), აზერბაიჯანელ ქალებში (24%) და სომეხ ქალებში (44%). რესპონდენტთა მხოლოდ 71%-მა იცოდა, რომ აივ ინფექცია შეიძლება იყოს ასიმპტომური და ეს მაჩვენებელი გაცილებით დაბალია სოფლად მცხოვრებთა შემთხვევაში (60%), 15-დან 19 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში (64%), არასრული საშუალო ან უფრო დაბალი განათლების (50%), დაბალი შემოსავლის მქონე კვინტილის ქალებში (53%) და განსაკუთრებით, აზერბაიჯანელი ქალების ჯგუფში (18%).³⁰³ გამოკითხული ქალების 31%-მა ვერ დაასახელა აივ ინფექციის პრევენციის რომელიმე მეთოდი. მათ უმრავლესობას არასწორი წარმოდგენა ჰქონდა აივ ინფექციის გავრცელების გზებზე. განსაკუთრებით მცდარი წარმოდგენები ჰქონდათ სოფლად მცხოვრებ ქალებს, დაბალი განათლების და შემოსავლის სტატუსის მქონე და აზერბაიჯანელ ქალებს.³⁰⁴ რეპროდუქციული ასაკის ქალთა მხოლოდ ოცდამეხუთმა პროცენტმა იცოდა, რომ არსებობს წამლები აივ ინფექციის ვერტიკალური გადადების თავიდან ასაცილებლად.³⁰⁵

299 ჯანმო, აივ/შიდსის მკურნალობა და ჯანდაცვა საქართველოში. 2014 წ.

300 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010.

301 ქრისტესიაშვილი და სხვა, მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2009.

302 USAID საქართველოს აივ პრევენციის პროექტი, ახალგაზრდათა ქცევის კვლევა: სკოლის მოსწავლეებისა და უნივერსიტეტის სტუდენტების ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა აივ/შიდსთან მიმართებაში თბილისში/საქართველო (2012)

303 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010.

304 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010.

305 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010.

მოზარდების უმრავლესობას ესმის, რომ აივ ინფექციის გადაცემა შესაძლებელია ინფიცირებულ სისხლთან შეხებით (მაგ., გადასხმის საშუალებით), არასტერილური შპრიცის/ნემსის გამოყენებით და ნებისმიერი სახის სექსუალური ურთიერთობით მამაკაცსა და ქალს შორის. თუმცა მოზარდების დიდ ნაწილს აივ ინფექციის გადაცემის შესახებ არასწორი წარმოდგენა აქვს: მათ სჯერათ, რომ აივ ინფექცია შეიძლება გადაეცეს კოცნით, მწერის ნაკვებით და აივ ინფიცირებული პირების კუთვნილი ნივთების გამოყენებით.³⁰⁶ ერთ-ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ აივ/შიდსის შესახებ ახალგაზრდებს (14-17 წლის) შორის გავრცელებულმა არასწორმა შეხედულებებმა (მაგალითად, მოსაზრებამ, თითქოს „შიდსით ძირითადად გვი ადამიანები ავადდებიან“) გამოიწვია აივ ინფექციის პრევენციული პრაქტიკის გამოყენებლობის რისკის გაზრდა, კერძოდ – კონდომების არარეგულარული გამოყენება და ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება.³⁰⁷

ინფორმაცია იმაზე, თუ რამდენი პირი მიმართავს სხვადასხვა პრევენციულ ზომას, უცნობია ყველა კატეგორიის როგორც ქალების, ისე მამაკაცების შესახებ.

მთავრობა და სხვა ქმედებები

2009 წელს საქართველომ აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ კანონი მიიღო. კანონი უზრუნველყოფს აივ ინფექციით ან შიდსით დაავადებულ პირთა უფლებების დაცვას და კრძალავს მათ დისკრიმინაციას მომსახურებისას და სერვისების მიწოდებისას, ასევე დასაქმების კონტექსტში.³⁰⁸ იგი ასევე უზრუნველყოფს აივ ინფექციის ნებაყოფლობით და ინფორმირებულ კონსულტირებასთან, ტესტირებასა და მკურნალობასთან თანაბარ ხელმისაწვდომობას საქართველოს ტერიტორიაზე მუდმივად ან დროებით მცხოვრები ან მყოფი ნებისმიერი პირისთვის.³⁰⁹ კანონის თანახმად, აივ ტესტირება სავალდებულოა სისხლის, ორგანოების ან ქსოვილების დონორებისთვის. სამედიცინო დაწესებულება ასევე უფლებამოსილია, ახალშობილს აივ ინფექციაზე ჩაუტაროს ტესტირება მშობლის თანხმობის გარეშე იმ შემთხვევაში, თუ მშობლის აივ სტატუსი უცნობია, იგი უარს აცხადებს ტესტირებაზე ან არსებობს საფუძვლიანი ეჭვი მისი ინფიცირებულობის შესახებ.³¹⁰ მიუხედავად იმისა, რომ კანონი აღიარებს ტესტირებისა და მკურნალობის კონფიდენციალურობას, იგი აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირისაგან მოითხოვს, რომ მან მეუღლე/სექსუალური პარტნიორი საკუთარი აივ ინფიცირების სტატუსის შესახებ საქმის კურსში ჩააყენოს.³¹¹ იმ შემთხვევაში, თუ ინფიცირებულ პირს თავად ამის გაკეთება არ შეუძლია, მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაცია ვალდებულია, აცნობოს დაავადების შესახებ მეუღლეს ან სექსუალურ პარტნიორებს, თუ მათი ვინაობა ცნობილია.³¹²

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი ახდენს აივ ინფექციის/შიდსის გადაცემასთან დაკავშირებული შემდეგი ქმედებების კრიმინალიზაციას: სხვისთვის შიდსის განზრახ გადადების საფრთხის შექმნა – ისჯება თავისუფლების აღკვეთით, ვადით სამიდან ხუთ წლამდე; სხვისთვის შიდსის განზრახ გადადება – ისჯება თავისუფლების აღკვეთით, ვადით ოთხიდან შვიდ წლამდე; სხვისთვის შიდსის გაუფრთხილებლობით გადადება პროფესიული მოვალეობის შესრულებისას – ისჯება თავისუფლების აღკვეთით, ვადით ორიდან ხუთ წლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით, ვადით სამ წლამდე; წინასწარი შეცნობით ორსული ქალის ან არასრულწლოვნისთვის განზრახ შიდსის გადადება რომელიმე ზემოაღნიშნულ გარემოებაში – ისჯება

306 ქრისტესიაშვილი და სხვა, მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2009; იხ. USAID საქართველოს აივ პრევენციის პროექტი, ახალგაზრდათა ქცევის კვლევა: სკოლის მოსწავლეებისა და უნივერსიტეტის სტუდენტების ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა აივ/შიდსთან მიმართებაში თბილისში/საქართველო (2012)

307 გუდვინი და სხვები. საქართველოში მოზარდებს შორის მაღალი რისკის მქონე სექსუალური ქცევის ფსიქოლოგიური პროგნოზები და ნარკოტიკების მოხმარება. აქტუალური აივ კვლევა. 2010 წ. 8 (3): 207-211.

308 კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ, მუხლი 10

309 კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ, მუხლი 6.

310 კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ, მუხლი 6

311 კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ, მუხლი 11 (2)

312 კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ, მუხლი 11

თავისუფლების აღკვეთით, ვადით ხუთიდან ცხრა წლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით, ვადით სამ წლამდე, შესაბამის შემთხვევაში.³¹³

ადმინისტრაციული და სისხლის სამართლის კანონმდებლობის მიხედვით, საქართველოში ნარკოტიკების გამოყენება კრიმინალიზებულია. საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლი ადგენს, რომ ნარკოტიკული საშუალების მცირე ოდენობით უკანონო ფლობის ან/და ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარების პირველი შემთხვევა გამოიწვევს დაჯარიმებას 500 ლარის (220 €) ოდენობით ან, გამოწვევას შემთხვევაში, ითვალისწინებს ადმინისტრაციულ პატიმრობას 15 დღემდე ვადით. თუ პირი ნარკოტიკების მოხმარებისთვის 12 თვის განმავლობაში განმეორებით დაიჭირეს, იგი სისხლის სამართლის კანონმდებლობით (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლი) დაისჯება და მის მიმართ გამოყენებული იქნება მთელი რიგი ჯარიმები და თავისუფლების აღკვეთა 12 თვემდე ვადით.³¹⁴

2015 წელს დამტკიცდა 2016-2018 წლების საქართველოს აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგია (NSP). მისი მიზანია ეფექტიანი და უწყვეტი პრევენციისა და ჯანდაცვის პროგრამების შემუშავება. ყოველივე ეს მიზნად ისახავს საქართველოში აივ ინფექციის ეპიდემიის რევერსიულ ფაზაში გადაყვანას, რაც ინფორმაციის გავრცელების გაძლიერებით და მიზნობრივ, განსაკუთრებით, იმ მოწყვლად დაინფიცირებულ ჯგუფებზე (KAP) მიმართული ჩარევებით მიიღწევა, როგორიცაა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები და მათი სექსუალური პარტნიორები; მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები და მათი სექსუალური პარტნიორები; სექსმუშაკები, განსაკუთრებით, ქალები, ტრანსგენდერი პირების ჩათვლით, მათი კლიენტები და რეგულარული სექსუალური პარტნიორები; პატიმრები და დაკავებულები; ორსული ქალები. სტრატეგიის კიდევ ერთი მიზანი აივ ინფექციით დაავადებულ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებაა. სტრატეგიას სამი ამოცანა აქვს: აივ პრევენცია და გამოვლენა, აივ ინფიცირებულებზე ზრუნვა და მკურნალობა და მართვის და პოლიტიკის შემუშავება მთავრობის მხრიდან მდგრადი რეაგირების უზრუნველსაყოფად, საკანონმდებლო და ოპერაციული გარემოს გაძლიერება და სამოქალაქო საზოგადოების მეტი მონაწილეობა.

სტრატეგიას რამდენიმე ძირითადი ამოცანა აქვს: სახელმწიფო ბიუჯეტიდან აივ ინფექციაზე რეაგირების დაფინანსების გაზრდა 32%-დან (2013 წელს) 70%-მდე (2018 წლამდე); 2018 წლის ბოლოსათვის აივ პრევალენტობა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა, სექსმუშაკებისა და პატიმრების ჯგუფებში, თითოეულ ჯგუფში 5%-ს არ უნდა აღემატებოდეს; 2018 წლის ბოლოსათვის აივ პრევალენტობა კაცებთან სექსის მქონე კაცების ჯგუფში 15%-მდე უნდა შემცირდეს; აივ ინფექციის გვიანი გამოვლენის მაჩვენებელი 2018 წლისთვის 62%-დან 30%-მდე უნდა შემცირდეს; შიდსით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი უნდა შემცირდეს 2.0 გარდაცვალების შემთხვევამდე 100,000 სულ მოსახლეზე. სტრატეგია შეიცავს იმ სპეციფიკური მომსახურებების დეტალურ სიას, რომელიც განკუთვნილია განსაკუთრებით მოწყვლადი ინფიცირებული მოსახლეობის (KAPs) საჭიროებებისთვის. ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ყურადღებას ამახვილებს აივ ინფექციით დაავადებულთათვის რეგიონული ჯანდაცვისა და დახმარების მნიშვნელობაზე, როგორც მათთვის, ვინც უკვე მიიღო კლინიკური მომსახურება, ასევე მათთვისაც, ვინც მომავალში მკურნალობისთვის ემზადება.

2011 წელს მიიღეს აივ/შიდსის მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული ჩარჩო დოკუმენტი, რომლის მიზანია მონიტორინგის და შეფასების სისტემის გაუმჯობესება, დაავადებათა კონტროლის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრთან და ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმთან თანამშრომლობა

313 საქართველოს კანონი. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 131. იხ.: <https://matsne.gov.ge/en/document/download/16426/157/en/pdf>

314 ნარკოლოგიური მდგომარეობა საქართველოში. წლიური ანგარიში. 2014

(CCM), მონაცემთა გაცვლისას არსებული ხარვეზების იდენტიფიცირებისა და რეკომენდაციების შესამუშავებლად, სისტემის გაუმჯობესების მიზნით.³¹⁵

შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი აივ ინფექციის სფეროში ძირითადი დონორია. რაც შეეხება ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების შესყიდვის დაფინანსებას, 2015 წელს ის მთლიანად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (1.16 მილიონი ლარი) დაფინანსდა; პირველი ხაზის ანტირეტროვირუსული პრეპარატების ღირებულება (1.5 მილიონი ლარი) 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში შეიტანეს; 2017 წლის ბოლომდე იგეგმება ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიის (OST) პროგრამის დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან; სახელმწიფო სრულად იღებს თავის თავზე აივ ინფექციის, B და C ჰეპატიტის სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტების ჩატარებისა და ART-ის მონიტორინგის ტესტების ღირებულების დაფარვას (CD4; მეორე ხაზის ARV პრეპარატების თანადაფინანსება 2016 წელს 25% იყო, ხოლო 2018 წელს – 75%-მდე გაიზრდება).³¹⁶

ზოგიერთი არასამთავრობო ორგანიზაცია ასევე მუშაობს განსაკუთრებით მოწყვლად ინფიცირებულ მოსახლეობასთან, კერძოდ, მამაკაცთან სექსის მქონე მამაკაცებთან, სექსმუშაკებთან და პატიმრებთან. ისინი მათ ანონიმურ, ნებაყოფლობით გამოკვლევებს, კონსულტაციებს და მკურნალობას სთავაზობენ ჯანდაცვის იმ დანესხებულებების დახმარებით, რომლებთანაც ხელშკრულებაა გაფორმებული. ეს ორგანიზაციები ასევე უზრუნველყოფენ უფასო კონდომებისა და საინფორმაციო ბუკლეტების დარიგებას მიზნობრივი მოსახლეობისთვის. მათი სამოქმედო არეალი მხოლოდ თბილისით არ შემოიფარგლება, მთელი ქვეყნის მასშტაბით საქმიანობენ. ამ ორგანიზაციების ნაწილი მოზარდებსა და ახალგაზრდულ მოსახლეობასაც ფარავს.³¹⁷

შეუსაბამობები

აივ ინფექციის შესახებ მონაცემები სხვადასხვა წყაროებიდან მომდინარეობს. მონაწილე მხარეები მათ სხვადასხვა გარემოში მოიპოვებენ. ამის მიუხედავად, კვლევა მიუთითებს, რომ საქართველოს ადამიანის უფლებათა ვალდებულებებსა და განხორციელებულ ქმედებებს შორის გარკვეული შეუსაბამობები არსებობს. მასში ხაზგასმულია აივ ინფექციის შესახებ დეტალიზებული კომპლექსური მონაცემების შეგროვების კრიტიკული აუცილებლობაც.

აივ ინფექციის/შიდსის შესახებ 2009 წელს მიღებული კანონი აუმჯობესებს ზოგადსამართლებრივ გარემოს. ეროვნული სტრატეგია ასევე ისახავს მიზნად აივ ინფექციის პრევენციის, ტესტირების, მკურნალობისა და ზრუნვის წინაშე არსებული დაბრკოლების აღმოფხვრას. თუმცა რეგულაციებში თუ პრაქტიკაში ჯერ კიდევ არსებობს ბარიერები, განსაკუთრებით, მოწყვლად ინფიცირებულ მოსახლეობასთან მიმართებაში. ისინი შემდეგი სხვადასხვა მიზეზისგან გამომდინარეობენ: ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაცია, ტესტირებისათვის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის მოთხოვნა მოწყვლად ჯგუფებთან, განსაკუთრებით, მამაკაცთან სექსის მქონე მამაკაცებისა და სექსმუშაკებთან დაკავშირებული სტიგმა.

საქართველოში აივ ინფიცირების გავრცელების ზედმეტად კრიმინალიზაცია ადამიანებს აიძულებს, უარი თქვან ტესტირებაზე, ან დადებითი პასუხის შემთხვევაში, შესაბამისი მკურნალობის გავლაზე. UNAIDS მიიჩნევს, რომ აივ ინფიცირების გამოვლენის, გაუმჯობესების და გავრცელების კრიმინალიზაციამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საქმიანობას და მართ-

315 UNAIDS. შიდსზე გლობალური რეაგირების პროგრესის ანგარიში. 2014 წ. ივ.: <http://ghdx.healthdata.org/record/georgia-global-aids-response-progress-report-2015> 16/08/2017 წ.

316 შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მიერ მხარდაჭერილი აივ და ტუბერკულოზის პროგრამები საქართველოში. ივ. http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/Khonelidze_b8a399f5-f484-42bf-b194-b3516b906309.pdf

317 ინტერვიუ არასამთავრობო ორგანიზაცია „თანადგომის“ წარმომადგენელთან.

ლმსაჯულების მარცხი გამოიწვიოს. ამიტომ რეკომენდებულია გადაიხედოს ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაციის პრაქტიკა.³¹⁸ ამასთან, მკაცრი ნარკოპოლიტიკური გარემო ეროვნული სტრატეგიული გეგმის პროგრამების განხორციელებასაც უქმნის დაბრკოლებებს. ნარკოტიკების მომხმარებელთა კრიმინალიზება ართულებს მათთან კავშირს. არსებობს ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ნარკომომხმარებლების აღმოჩენის მიზნით, პოლიცია ხშირად მოძრაობს ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრებთან. ყოველივე ეს ძალიან კონტრპროდუქტიულია.³¹⁹ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მიუთითებს, რომ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებზე მზრუნველობა მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოში, რადგან ისინი ყველაზე მეტად დაზარალებული რისკ-ჯგუფია და ტრადიციულად, ყველაზე რთულია ზრუნვის პროგრამაში მათი შენარჩუნება.³²⁰

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაცია აღნიშნავს, რომ საქართველოში აივ ინფიცირებულ პირებს არ სურთ თავიანთი სტატუსის გამჟღავნება პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და სტომატოლოგებისთვის. უფრო მიღებულია იმის თქმა, რომ ჰეპატიტი C-ს მატარებლები არიან. როგორც ჩანს, ეს პრობლემა რეგიონებში უფრო მწვავედ დგას. არსებობს იმის მაგალითებიც, რომ პაციენტები თბილისში გადმოიყვანეს, რადგან სხვა დაავადების მკურნალობისას ექიმებმა მათ მომსახურებაზე, აივ დადებითი სტატუსის გამო, უარი განაცხადეს.³²¹

ეპიდდაკვირვების სისტემაში ახალი ინფექციების იდენტიფიკაცია დამოკიდებულია აივ ტესტირების ნიმუშებზე და ამდენად, მასში ვერ ხვდებიან ის ადამიანები, რომლებსაც ტესტირება არ გაუვლიათ. სავარაუდოდ, აივ პრევალენტობის მაჩვენებელი გაცილებით მაღალია თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ აივ ტესტირების დაფარვის დონე დაბალი რჩება და მასში ადევკატურად არ აისახება ინფექციის რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების მონაცემები.³²² ჯანმო-ს მიხედვით, რისკის ქვეშ მყოფ ადამიანთა ტესტირების დაბალი მაჩვენებელი საქართველოში არსებული პრობლემის მთავარი მიზეზია. ნაწილობრივ, ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს აივ ინფიცირებული და განსაკუთრებულად მოწყვლადი ინფიცირებული ჯგუფების მიმართ საზოგადოებაში, ასევე შესაბამისი სპეციალისტების წრეში (ჯანდაცვის მუშაკების ჩათვლით), ფართოდ გავრცელებული სტიგმით და ტესტირების დროს ანონიმურობის მოთხოვნის დაუცველობით.

ამგვარი რისკ-ჯგუფები ჩვეულებრივ გარემოში საკმაოდ რთულად შესაღწევი კატეგორიაა და არსებული სოციალური უთანასწორობისა და სტიგმის დონის გათვალისწინებით, მათ შესახებ მონაცემების შეგროვება, ეპიდემიის რეალური მასშტაბებისა და მახასიათებლების დასადგენად, დიდ გამოწვევად რჩება.³²³

მწირია ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რამდენად კარგად სრულდება ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში აღწერილი სტრატეგიები ან ინტერვენციები.

318 UNAIDS სახელმძღვანელო შენიშვნა: აივ ინფიცირების გამოვლენის, გაუმჟღავნებლობის და გავრცელების ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაციის დასრულება: კრიტიკული სამეცნიერო, სამედიცინო და სამართლებრივი მოსაზრებები (2013) http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20130530_Guidance_Ending_Criminalisation_0.pdf

319 ჯანმო, აივ/შიდსის მკურნალობა და ჯანდაცვა საქართველოში. 2014 წ. იხ: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/publications/2014/hiv-aids-treatment-and-care-in-georgia-2014>

320 ჯანმო, აივ/შიდსის მკურნალობა და ჯანდაცვა საქართველოში. 2014 წ. იხ: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/publications/2014/hiv-aids-treatment-and-care-in-georgia-2014>

321 ჯანმო, აივ/შიდსის მკურნალობა და ჯანდაცვა საქართველოში. 2014 წ. იხ: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/publications/2014/hiv-aids-treatment-and-care-in-georgia-2014>

322 ჯანმო, აივ/შიდსის მკურნალობა და ჯანდაცვა საქართველოში. 2014 წ. იხ: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/publications/2014/hiv-aids-treatment-and-care-in-georgia-2014>

323 ჯანმო, აივ/შიდსის მკურნალობა და ჯანდაცვა საქართველოში. 2014 წ. იხ: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/publications/2014/hiv-aids-treatment-and-care-in-georgia-2014>

რეკომენდაციები

- დეტალიზებული მონაცემების შეგროვება, მათ შორის, განსაკუთრებით მოწყვლადი პოპულაციების შესახებ
- ეროვნული სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების სრულად დაფინანსებისა და მათი შესრულების უზრუნველყოფა, მათ შორის – მაგრამ არა მხოლოდ – პრევენციული სერვისების გაძლიერებით, განსაკუთრებით მოწყვლადი მოსახლეობის შემთხვევაში
- თემზე გათვლილი კვლევების პრიორიტეტულად მიჩნევა, რადგან ეს რისკის პოპულაციებთან მისაღწევად აუცილებელი წინაპირობაა. სათემო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლობის უზრუნველყოფა, რათა განსაკუთრებული რისკის პოპულაციებისათვის გარანტირებულ იქნას კვლევებზე წვდომა და ასევე, ტესტის პოზიტიური პასუხის შემთხვევაში, მათთან საჭირო კავშირების დამყარება ჯანდაცვის მომსახურების მისაწოდებლად
- სისხლის სამართლის კანონმდებლობის გადასინჯვა აივ ინფექციასთან დაკავშირებული საკითხების ზედმეტად ფართო კრიმინალიზაციის აღმოსაფხვრელად
- ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაციის საკითხის განხილვა, განსაკუთრებით, ინექციური ნარკოტიკების ფლობასა და მოხმარებასთან დაკავშირებით, ვინაიდან ეს თემა აფერხებს ინმ-თა აივ ტესტირებას
- პოლიციის მხრიდან ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრების მონიტორინგის შეწყვეტა ნარკოტიკების მოხმარებელთა დასადგენად
- საინფორმაციო და დესტიგმატიზაციის შესახებ განათლების ღონის ამაღლება, აივ ინფექციით დაავადებულებსა და სხვა განსაკუთრებულად მოწყვლად ინფიცირებულ მოსახლეობაზე სათანადო ზრუნვის უზრუნველსაყოფად
- ნებაყოფლობითი ტესტირებისა და კონსულტაციების ხელშეწყობით, პროგრამებში ზიანის შემცირების და OST პროგრამების გაძლიერება
- აივ ტესტირების ჩატარება ჯანდაცვის პირველად ღონეზე, მათ შორის, სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციისთვის წვდომის უზრუნველყოფა
- აივ ინფექციის შესახებ საზოგადოების ინფორმირება. განსაკუთრებული აქცენტის გაკეთება ახალგაზრდებზე, როგორც სკოლებში, ასევე სკოლებს გარეთ. მათთვის ინფორმაციის მიწოდება აივ ინფექციის გადადების გზებსა და პრევენციის მეთოდებზე, ასევე, სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციის მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის აღმოფხვრაზე. აუცილებელია, ეს სასკოლო სასიცოცხლო უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების სავალდებულო პროგრამების ნაწილი გახდეს
- აივ ინფიცირებული ან სხვა მოწყვლადი ინფიცირებული პოპულაციების დისკრიმინაციის შემთხვევებში, ეფექტიანი სამართლებრივი დაცვის საშუალებების გამოყენების უზრუნველყოფა.

ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები

ცხოვრებისეულ უნარებში განათლება/კომპლექსური სექსუალური განათლება ადამიანებს აწვდის მათი ჯანმრთელობისთვის საჭირო სათანადო ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს. არასასურველი ორსულობის, სახიფათო აბორტების, სგვის და აივის რისკის თავიდან არიდების საშუალებით, ის ამცირებს სექსუალურ ავადობათა მიმართ არსებულ სისუსტეებს. სექსუალურობასა და რეპროდუქციაზე ინფორმირებული და ჯანსაღი გადაწყვეტილებების მისაღებად, ინდივიდებს, მათ შორის მოზარდებს, ხელმისაწვდომი, სრულყოფილი და ხარისხიანი ინფორმაცია ესაჭიროებათ.³²⁴

გაეროს მოსახლეობის ფონდმა (UNFPA) კომპლექსური სექსუალური განათლება (კსგ) განმარტა, როგორც „უფლებებზე დაფუძნებული და გენდერულ საკითხებზე ორიენტირებული მიდგომა სექსუალური განათლებისადმი სკოლაში ან სკოლის გარეთ“.³²⁵ იგი გულისხმობს არა მხოლოდ ორსულობისა და სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციების პრევენციას (სგვი), არამედ ერთიან ხედვას სექსუალურობისა და სექსუალური ქცევის შესახებ.³²⁶ იუნესკოს სახელმძღვანელო პრინციპების მიხედვით, სექსუალური განათლების კომპლექსური პროგრამა აერთიანებს შემდეგ ინფორმაციას: ზრდა და განვითარება; სექსუალური ანატომია და ფიზიოლოგია; რეპროდუქცია, კონტრაცეფცია, ორსულობა და მშობიარობა; აივ და შიდსი; სგვი; ოჯახური ცხოვრება და ინტერპერსონალური ურთიერთობები; კულტურა და სექსუალობა; ადამიანის უფლებების გაძლიერება; დისკრიმინაციის აკრძალვა, თანასწორობა და გენდერული როლი; სექსუალური ქცევა; სექსუალური მრავალფეროვნება; სექსუალური ძალადობა; გენდერული ძალადობა; მავნე პრაქტიკები.³²⁷ თუმცა არაადეკვატური საკონსულტაციო მომსახურება, სექსუალური განათლების არარსებობა, ან შეზღუდული ფორმით არსებობა სკოლებში და სკოლებს გარეთ, ინფორმაციის ნაკლებობა, მისი არარსებობა ან არასწორი ინფორმაცია ხელს უშლის ინდივიდებს, მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები სექსუალურობისა და რეპროდუქციის შესახებ და ჰქონდეთ დამაკმაყოფილებელი და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება.

ადამიანის უფლებათა დამცველმა ორგანოებმა აღნიშნეს, რომ ჯანმრთელობის, ინფორმაციის, განათლებისა და არადისკრიმინაციულობის უფლებებიდან გამომდინარე, სახელმწიფოებს სექსუალური განათლებასთან დაკავშირებით, შემდეგი ვალდებულებები ეკისრებათ: კომპლექსური სექსუალური განათლების პროგრამები გახადონ სტანდარტული სასკოლო სასწავლო გეგმის ნაწილი, რომელიც დაინერგება სკოლაში სწავლის მთელი პერიოდის განმავლობაში, ასაკის შესაბამისად და მშობლების თანხმობის გარეშე;³²⁸ ინფორმაცია ფიზიკურად ხელმისაწვდომი, გასაგები უნდა იყოს და შეესაბამებოდეს მოსწავლეთა ასაკსა და განათლების დონეს;³²⁹ უზრუნველყონ, რომ ადამიანებს გააჩნდეთ წვდომა, როგორც ფორმალურ, ისე არაფორმალურ საგანმანათლებლო სისტემებთან;³³⁰

324 გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი. *ზოგადი რეკომენდაცია* N 21: თანასწორობა ქორწინებასა და ოჯახურ ურთიერთობებში, 1994, აბზაცი 22.; ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი, *ზოგადი კომენტარი* No. 14: *ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტის უფლება* (2000).

325 UNFPA, კომპლექსური სექსუალური განათლება: ადამიანის უფლებების, გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობა და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, 2010, იხ.: <http://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education>

326 UNFPA, კომპლექსური სექსუალური განათლება: ადამიანის უფლებების, გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობა და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, 2010, გვ. 15-20

327 UNESCO, სექსუალური განათლების საერთაშორისო ტექნიკური სახელმძღვანელო პრინციპები (2009).

328 გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში განათლების უფლების შესახებ, პარ. 87 (c), დოკ. /A/65/162 (2010); ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი, *ზოგადი კომენტარი* 22; UN სპეციალური მომხსენებელი ჯანმრთელობის უფლების ანგარიშზე მოზარდების ჯანმრთელობის უფლებების შესახებ (2016).

329 ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, *ზოგადი კომენტარი* 15: ბავშვთა უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტზე, პარ. 59 (2013); გაეროს სპეციალური მომხსენებელი მოზარდების ჯანმრთელობის უფლების საკითხებზე, ანგარიში მოზარდთა ჯანდაცვის შესახებ (2016);

330 ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, *ზოგადი კომენტარი* 15: ბავშვთა უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტზე (2013); ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, *ზოგადი კომენტარი* 4 მოზარდთა ჯანმრთელობაზე პარ. 26, 28, 39(b) (2003); CEDAW *ზოგადი რეკომენდაცია* 24 ქალთა და ჯანმრთელობის შესახებ, მუხლი, პარ. 18 (1999).

განახორციელონ საზოგადოების საგანმანათლებლო კამპანიები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად სამედიცინო ან სხვა სახის ფორუმების საშუალებით;³³¹ დარწმუნდნენ, რომ საგანმანათლებლო პროგრამები არ ახდენენ ინფორმაციის ცენზურას ან მის უარყოფას, ან არ ავრცელებენ მიკერძოებულ ან არასწორ ინფორმაციას;³³² დარწმუნდნენ, რომ სასწავლო გეგმა არ არის დისკრიმინაციული გენდერული და სექსუალური ორიენტაციის თვალსაზრისით, როგორც შინაარსის, ისე სწავლების მეთოდოლოგიების კუთხით;³³³ დარწმუნდნენ, რომ სასწავლო გეგმის მასალები არ ქმნიან მავნე ან დისკრიმინაციულ სტერეოტიპებს, განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობენ მრავალფეროვნებას და გენდერულ საკითხებს, მათ შორის ისეთ საკითხებს, რომლებიც გენდერული სტერეოტიპების წინააღმდეგაა მიმართული;³³⁴ დარწმუნდნენ, რომ მასწავლებლები კარგად არიან გადამზადებული ახალგაზრდებისთვის სექსუალური განათლების მისაწოდებლად და ახალგაზრდები ჩართული არიან ამგვარი საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავებაში.³³⁵

საქართველოს ნაკისრი აქვს ვალდებულება, განახორციელოს ყველა ზემოთ აღნიშნული ადამიანის უფლებათა სტანდარტი. ცოტა ხნის წინ, ბავშვთა უფლებების კონვენციასთან საქართველოს შესაბამისობის განხილვისას, ბავშვთა უფლებების კომიტეტმა შემოთქვა გამოთქვა ადრეული ორსულობის მაღალი მაჩვენებლისა და „სკოლის სასწავლო პროგრამებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების“ არარსებობის გამო. კომიტეტი რეკომენდაციას იძლევა, რომ საქართველომ „მოზარდი გოგონებისა და ბიჭების სასწავლო გეგმაში შეიტანოს სავალდებულო განათლება სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით, რომლის ფარგლებშიც განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა ადრეული ორსულობის და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების თავიდან აცილებას; ასევე, გაატაროს ღონისძიებები ცნობიერების ამაღლებისა და მშობლობასა და სექსუალურ ქცევაზე პასუხისმგებლობის გაზრდის მიზნით, განსაკუთრებით ბიჭებსა და მამაკაცებში“.³³⁶

სასიცოცხლო უნარები/კომპლექსური სექსუალური განათლება საქართველოში

ცხოვრებისეული უნარები/კომპლექსური სექსუალური განათლება საქართველოში არ არის ოფიციალური სასკოლო პროგრამის ნაწილი. ზოგი საგანი შეიცავს ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების შესახებ განათლების გარკვეულ ასპექტებს: მაგალითად, „სამოქალაქო განათლება“ და ბიოლოგია, მაგრამ ისინი ყოვლისმომცველი არ არის. გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ გამოქვეყნებული ბოლო ანგარიშის თანახმად, ბიოლოგიის საგანშიც კი, „მასწავლებლები ტოვებენ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ თავებს, ან ძალიან მოკლედ განიხილავენ მათ“.³³⁷ როგორც აღმოჩნდა,

- 331 ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი 15: ბავშვთა უფლება ჯანმრთელობის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტზე, პარ. 28 (2013); ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი 4 მოზარდთა ჯანმრთელობაზე პარ. 28, (2003)
- 332 ბავშვის უფლებათა კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი 3 აივ და ბავშვის უფლებები, პარ. 16 (2003); ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი No. 14: ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტის უფლება, პარ.34 (2000). გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში განათლების უფლების შესახებ პარ. 39, დოკ. /A/65/162 (2010); ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი 22 (2016);
- 333 გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში განათლების უფლების შესახებ პარ. 63, დოკ. /A/65/162 (2010) განათლების უფლების შესახებ გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა აღნიშნა, რომ სახელმწიფოებმა მიიღონ ზომები, რათა უზრუნველყონ, რომ პროგრამები თავისუფალი იყოს მავნე სექსუალური ან გენდერული ან ჰეტერონორმული სტერეოტიპებისგან, რომლებიც დამოკიდებულია ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ უნარებზე. (პარ 63)
- 334 გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში განათლების უფლების შესახებ. პარ. 21-23, 87 (d), დოკ. /A/65/162 (2010).
- 335 ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი ზოგადი კომენტარი 22 გაეროს სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში განათლების უფლების შესახებ დოკ. (2010); გაეროს სპეციალური მომხსენებელი მოზარდების ჯანმრთელობის უფლების შესახებ ჯანდაცვის შესახებ მოხსენების უფლებაზე (2016).
- 336 ბავშვთა უფლებების შესახებ კომიტეტი, საქართველოს შესახებ მეოთხე პერიოდული ანგარიშის დასკვნითი დებულებები, 2017 წლის 9 მარტი. ხელმისაწვდომია: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRC/C/GEO/CO/4&Lang=En
- 337 ევერტ კეტინიგი, „საქართველოში ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება – სიტუაციის ანალიზი“, საკონსულტაციო მისიის ანგარიში UNFPA-ს საქართველოს ოფისის სახელით 2015 წლის 16-20 ნოემბერი, გვ.22

საგანმანათლებლო მასალაში არ არსებობს ინფორმაცია ქალებისა და გოგონების მიმართ, არც სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე წარმოქმნილი გენდერული სტერეოტიპების აღმოფხვრის და თანასწორობისა და არადისკრიმინაციულობის ხელშეწყობაზე. ეს განსაკუთრებით პრობლემურია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქმე გვაქვს კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების გამოყენების დაბალ მაჩვენებელთან და გენდერის, სექსუალობის, ქალების და ლგბტი პირების გარშემო არსებულ სტიგმასთან, ტაბუებთან და სტერეოტიპებთან.³³⁸ მაგალითად, საქართველოში ჩატარებული კვლევის თანახმად, „სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებით, ფორმალური განათლების დონე მკაფიოდ არ უკავშირდება ჰომოფობიურ დამოკიდებულებებს, [რაც ნიშნავს, რომ] ფორმალური განათლება ხელს არ უწყობს ლგბტი პირებისადმი ტოლერანტობის გაზრდას“.³³⁹

2010 წლის მონაცემებით, ქართველ და სომეხ მოსწავლეთა 48-49% სკოლაში იღებდა გარკვეულ სექსუალურ განათლებას, მაშინ როცა აზერბაიჯანელი რესპონდენტების მხოლოდ 18% ადასტურებდა სკოლაში სექსუალური განათლების მიღებას. 18 წელს მიუღწეველ ახალგაზრდა ქალთა 46%-ს ჰქონდა სკოლაში გავლილი მინიმუმ ერთი კურსი, რომელიც სექსუალური განათლების თემას ეხებოდა.³⁴⁰ ქალაქში მცხოვრებ რესპონდენტებს უფრო მეტად ჰქონდათ გავლილი ასეთი საგანი, ვიდრე სოფლად მცხოვრებლებს (50% 41%-ის საპირისპიროდ) და სკოლაში სექსუალური განათლების დონე პირდაპირ უკავშირდებოდა რესპონდენტების სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსს: დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე რესპონდენტთა მხოლოდ 35% აცხადებს, რომ სკოლაში მიიღეს სექსუალური განათლება, განსხვავებით საშუალო სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის 45%-ისა და უმაღლესი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის რესპონდენტების 57%-ისა.³⁴¹ სექსუალური განათლების კლასში განხილული თემები უფრო მეტად ბიოლოგიის საკითხებზე იყო ორიენტირებული, ვიდრე ორსულობის და სგგი-ის პრევენციაზე, ან გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობაზე. მაგალითად, განსახილველ თემებში შედიოდა ქალთა რეპროდუქციული ბიოლოგია (გამოკითხულთა 41%-ის თქმით, მათ ასწავლეს ეს საკითხი), მამაკაცთა რეპროდუქციული ბიოლოგია (38%), მენსტრუალური ციკლი (28%), როგორ დგება ორსულობა (20%), აივ/შიდსი (17%), სგგი (3%) და კონტრაცეფცია (3%). კვლევის მიხედვით, 15-17 წლის ქალებს უფრო მეტად ჰქონდათ შეხება სექსუალურ განათლებასთან, ვიდრე 18-24 წლისებს.³⁴²

2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის თანახმად, გამოკითხულ ქალთა 80% მხარს უჭერს სექსუალური განათლების შემოღებას სკოლაში.³⁴³ ეს რიცხვი უფრო მაღალია შედარებით ახალგაზრდა, განათლებულ, ქალაქში მცხოვრებ, დასაქმებულ ქალებში, რომლებსაც უფრო მაღალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი აქვთ. ყველაზე მცირეა – აზერბაიჯანელ ქალებში (50%) და დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე ქალებში (67%). გამოკითხულთა 50% მიიჩნევდა, რომ სექსუალური განათლება 14-15 წლის ასაკში უნდა იწყებოდეს, 35% ფიქრობდა, რომ 16 წლის ან უფროს ასაკში, და მხოლოდ 12% ფიქრობდა, რომ 14 წლის ასაკამდე მოზარდებში.³⁴⁴ გამოკითხულ მოზარდთა უმრავლესობამ მიიჩნია, რომ „მეტ-ნაკლებად“ მისაღებია სექსუალური საკითხების შესახებ საუბარი (58.6%), ამასთან, 30% მიიჩნევს, რომ ეს სრულიად მისაღებია, ხოლო მოზარდების მხოლოდ 11.4% მიიჩნევს, რომ ეს სრულიად მიუღებელია.³⁴⁵

338 მაგალითად იხ., ევერტ კეტინგი, „საქართველოში ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება – სიტუაციის ანალიზი“, საკონსულტაციო მისიის ანგარიში UNFPA-ს საქართველოს ოფისის სახელით 2015 წლის 16-20 ნოემბერი, გვ.22;30,

339 ე. აღდგომელაშვილი, სიძულვილისგან თანასწორობისკენ – ლგბტ თემისა და მათი უფლებების შესახებ საქართველოში არსებული საზოგადოების დამოკიდებულებების, ცოდნისა და ინფორმაციის კვლევა, WISG, 2016, გვ.237, იხ: http://women.ge/data/WISG%20HomoBiTransPhobia%20Study_for%20web.pdf

340 დკსჯეც, ეროვნული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010, გვ 249-250

341 იქვე

342 იქვე

343 იქვე გვ. 247-248

344 იქვე

345 ქრისტესიაშვილი და სხვა, მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2009.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის მიერ გამოცემული ბოლო ანგარიშის თანახმად, გამოკითხულთა უმრავლესობა თანხმდება, რომ სკოლებმა უნდა უზრუნველყონ და იყვნენ პასუხისმგებელნი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სწავლებაზე. როგორც კვლევაშია აღნიშნული, სკოლა ერთადერთი საშუალებაა ინფორმაციის სტრუქტურულად, სისტემურად და სწორად მისაწოდებლად.³⁴⁶ და მაინც, მიუხედავად იმ მხარდაჭერისა და სარგებლისა, რასაც კომპლექსური სექსუალური განათლების მიწოდება ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების კუთხით იძლევა, საზოგადოების გარკვეულ ნაწილში არსებობს მკვეთრად გამოხატული უარყოფითი დამოკიდებულება სექსუალურ განათლებასთან დაკავშირებით, რომელმაც უარყოფითი გავლენა მოახდინა ამ სფეროში სახელმწიფო პროგრამის განვითარებაზე.³⁴⁷

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის თანახმად, 15-დან 24 წლამდე ასაკის ახალგაზრდა ქალებისთვის სექსუალური ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვან წყაროა მეგობრები (32%), მშობელი (23%), რადიო/ტელევიზია (12%) და პედაგოგები (10%). 15-დან 17 წლამდე ასაკის ქალების 15%-ისთვის მასწავლებელი ინფორმაციის მიღების ყველაზე მნიშვნელოვანი წყარო იყო. ეს ციფრები მხოლოდ ქალთა ინფორმაციის ყველაზე მნიშვნელოვან წყაროზე მიუთითებს, რაც იმას ნიშნავს, რომ ახალგაზრდა ქალები, ამ წყაროს გარდა, რომელსაც ყველაზე მნიშვნელოვნად მიიჩნევენ, ინფორმაციას სხვა გზითაც იღებენ.³⁴⁸

არ მოიპოვება ინფორმაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ კონსულტაციის გასაწევად გადამზადებული ჯანმრთელობის პროვაიდერების რაოდენობაზე. ასევე არ არსებობს ინფორმაცია ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების სწავლების ჩასატარებლად გადამზადებული მასწავლებლების, ან იმ მასწავლებლების რაოდენობის შესახებ, რომლებიც რეალურად ასწავლიან ამ საგანს. თუმცა მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ეროვნულმა ცენტრმა შეიმუშავა სასწავლო ტრენინგ-პროგრამა „ბულინგის პრევენცია და ტოლერანტული კულტურის განვითარების ხელშეწყობა სკოლებში“.³⁴⁹ მასში ორი ძირითადი მიმართულებაა გათვალისწინებული: „ძალადობა“ და „ოჯახში ძალადობა“, რომელშიც შესულია ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხები. 2016 წელს ტრენინგში მონაწილეობა მიიღო 282-მა პედაგოგმა, ხოლო 2017 წელს – 253-მა. აღნიშნული ტრენინგ-პროგრამა არ მოიცავდა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებს, მაგრამ ახალი ეროვნული სასწავლო გეგმის დამტკიცების შემდეგ დაგეგმილია ტრენინგის პროგრამაში ამ საკითხების ჩართვა.³⁵⁰

საქართველოში ადრეული ორსულობის მაჩვენებელი მაღალია. 2015 წელს 15-დან 19 წლამდე ასაკის 1000 ქალზე 48.6 ასეთი შემთხვევა მოდიოდა.³⁵¹ „საქსტატის“ 2012 წლის მონაცემებით, აბორტის მაჩვენებელი 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შემცირდა. 2012 წელს აბორტების რაოდენობა ამ ჯგუფში 1,955 იყო, 2013 წელს 1,833 აბორტის შემთხვევა გამოვლინდა, 2014 წელს – 1,387, 2015 წელს კი – 1,335 შემთხვევა დაფიქსირდა.³⁵² კლების ტენდენცია ასევე გამოიკვეთა 15 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში: 2013 წელს 34 შემთხვევა დაფიქსირდა, 2014 წელს – 20 შემთხვევა და მხოლოდ 9 შემთხვევა გამოვლინდა 2015 წელს.³⁵³ აღნიშნული შეიძლება იმის მიმანიშნებელი იყოს, რომ

346 ევერტ კეტინგი, „საქართველოში ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება – სიტუაციის ანალიზი“, საკონსულტაციო მისიის ანგარიში UNFPA-ს საქართველოს ოფისის სახელით 2015 წლის 16-20 ნოემბერი, გვ.22;30

347 „ლევან ვასაძე და საზოგადოება“, „ნეტგაზეტი“ იხ. მხოლოდ ქართულად: <http://netgazeti.ge/life/99457/>; ასევე, „საქართველოს პატრიარქი: ვთხოვეთ ამოვლოთ გარკვეული ტერმინები პროექტიდან „მე და საზოგადოება“, იხ. მხოლოდ ქართულად: <http://netgazeti.ge/news/72572/>; „ლევან ვასაძის 120 კომენტარი განათლების სამინისტროს“, იხ. მხოლოდ ქართულად: <http://liberali.ge/news/view/21238/levan-vasadzis-120-shenishvna-ganatilebis-saministros>

348 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა საქართველო, 2010

349 განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს წერილი No: MES 0 17 00988233

350 იქვე

351 მთავრობის დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წლებისათვის

352 საქსტატი, გენდერული სტატისტიკა, გვ. 7, იხ. http://geostat.ge/cms/site_images/_files/english/Gender%20Statistics.pdf

353 იქვე

თანამედროვე კონტრაცეპტული საშუალებების გამოყენება გაიზარდა,³⁵⁴ თუმცა 2016 წელს აბორტის მაჩვენებელი მოზარდებში შედარებით მაღალი იყო.³⁵⁵

კონტრაცეფციის გამოყენების მაჩვენებელი დაბალია. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, სექსუალურად აქტიური გაუთხოვარი ქალების (17-19 წლამდე ასაკის) 30% იყენებს კონტრაცეფციას პირველი ურთიერთობისას (ყველა შემთხვევაში კონდომს), 70%-ს ის საერთოდ არ გამოუყენებია.³⁵⁶

მთავრობის ქმედებები

ბოლოდროინდელი პროგრამული პოლიტიკური დოკუმენტების ნაწილი ითვალისწინებს ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების სწავლების/კომპლექსური სექსუალური განათლების მნიშვნელობას სკოლებში და მის გარეთ, თუმცა კომპლექსური სექსუალური განათლება მოსწავლეებს სკოლებში დღემდე არ მიეწოდება.

საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკა³⁵⁷ აღიარებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ ინფორმაციის ახალგაზრდებისთვის მიწოდების მნიშვნელობას. ახალგაზრდული პოლიტიკის მიხედვით, „სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და თანამედროვე კონტრაცეფციის შესახებ ინფორმაციის არსებობა ხელს უწყობს ახალგაზრდებში აბორტებისა და სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების, მათ შორის, აივ ინფექციის გავრცელების შემცირებას, ასევე, ნაადრევი ქორწინების, ნაადრევი ორსულობის და მასთან დაკავშირებული რისკების და დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე უარყოფითი შედეგების თავიდან აცილებას“.³⁵⁸ პოლიტიკის ამოცანაა,³⁵⁹ უზრუნველყოს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებზე თანამედროვე საგანმანათლებლო პროგრამების განვითარება და ფორმალური და არაფორმალური განათლების სისტემის ფარგლებში ჩართვა, თანამედროვე საუკეთესო საერთაშორისო სტანდარტებზე დაყრდნობით.

სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრომ აღნიშნა, რომ 2013 წლის განმავლობაში, არაფორმალური საგანმანათლებლო პროგრამის ფარგლებში, მან ჩაატარა ჯანსაღი ცხოვრების წესის შესახებ ცნობიერების ამაღლების კამპანიები, რომლებიც მოიცავდნენ საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებში გამართულ ტრენინგებსა და სპორტულ ღონისძიებებს.³⁶⁰ მაგრამ უცნობია, მოიცავდა თუა არა კამპანიები ინფორმაციის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ.

საქართველოს ადამიანის უფლებების დაცვის სამთავრობო სამოქმედო გეგმა (2016-2017 წლების-თვის) მიზნად ისახავს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, ბავშვთა მიმართ ძალადობისა და ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების პრობლემის შესახებ ასაკის შესაბამისი სახელმძღვანელო პრინციპების მომზადებას. ეს პრინციპები განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ უნდა აღასრულოს.³⁶¹ ამ დოკუმენტის მოსამზადებლად 36 000 ლარია გამოყოფილი.³⁶² აღნიშნული ამოცანის განხორციელების მიმდინარე სტატუსის შესახებ ინფორმაცია არ არსებობს.

354 სახალხო დამცველის აპარატი, სპეციალური ანგარიში ქალთა უფლებებისა და გენდერული თანასწორობის შესახებ, თბილისი, 2016, გვ. 25

355 იქვე

356 ქრისტესიაშვილი და სხვა, მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2009.

357 „საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის“ დოკუმენტი, დამტკიცებული საქართველოს მთავრობის N553 განკარგულებით 2014 წლის 2 აპრილს, იხ.: [http://msy.gov.ge/files/Youth_Policy_\(Engl\)_Final_July_2014.pdf](http://msy.gov.ge/files/Youth_Policy_(Engl)_Final_July_2014.pdf)

358 იქვე, პარ 3.2.

359 იქვე პარ. 13

360 სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროს საპასუხო წერილი N06/2619, 19 სექტემბერი, 2017

361 მთავრობის ადამიანის უფლებათა დაცვის სამოქმედო გეგმა 2016-2017 წლებში, პ. 12.1.3.2. იხ.: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3350412>

362 იქვე პ. 12.1.

2017 წლის მაისში საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ და გაეროს ერთობლივმა პროგრამამ გენდერული თანასწორობისთვის, ეროვნული სასწავლო გეგმის მიმდინარე გადამუშავებისთვის ხელის შესწავლად და საგანმანათლებლო პროგრამებში ადამიანის უფლებების, გენდერული თანასწორობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის ინტეგრირებისთვის, ხელი მოაწერეს ურთიერთგაგების მემორანდუმს.³⁶³ ეს ინიციატივა შესულია მთავრობის დედათა და ახალშობილთა 2017-2030 წლების სტრატეგიაშიც, რაც სრულ საკითხებზე ახალგაზრდების განათლების გაუმჯობესების საჭიროებაზე მიუთითებს. სტრატეგიის თანახმად, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო მჭიდროდ ითანამშრომლებს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან ჯანსაღი ცხოვრების წესის, სკოლაზე დაფუძნებული, საგანმანათლებლო პროგრამების შემდგომი განვითარების, პილოტირებისა და დანერგვის საკითხებში.³⁶⁴ პროგრამა მოიცავს ისეთ თემებს, როგორიცაა პასუხისმგებლური სექსუალური ქცევა, გენდერული ურთიერთობები და ძალადობა მოზარდების მიმართ, ოჯახის დაგეგმვისადმი პასუხისმგებლური მიდგომა და სვგი/აივ ინფექციის პრევენცია. ამ ინტერვენციას მოჰყვება პროგრამის შემუშავებისათვის აუცილებელი ყველა სასწავლო მასალის შემუშავება და მასწავლებელთა სატრენინგო კურსების შესაბამისი სისტემის განვითარება.³⁶⁵ სტრატეგიის თანახმად, პროგრამა ეტაპობრივად დაინერგება სასკოლო სასწავლო გეგმაში ისე, რომ 2030 წლისთვის მას ყველა სკოლა (მათ შორის, პროფესიული სკოლები) განახორციელებს.³⁶⁶ სტრატეგიის მიხედვით, მთავრობა ასევე გეგმავს საზოგადოებრივი საინფორმაციო კამპანიის დაწყებას ახალგაზრდებისთვის, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვადასხვა საკითხზე, სოციალური მედიის გამოყენებით. მთავრობა ასევე აპირებს საგანმანათლებლო აქტივობების განვითარებასა და განხორციელებას თემებში, განსაკუთრებით მშობლებისთვის, რათა მათ შეეძლოთ შვილებს სათანადო რჩევები მიანდონ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.³⁶⁷ ამ პროგრამების ბიუჯეტი კონკრეტულად განსაზღვრული არ არის.³⁶⁸

დღეისთვის, ჯანსაღი ცხოვრების წესის ინტეგრაციისათვის, ფორმალური განათლების სისტემაში ორი ძირითადი საგანი გადაიხედა: „ბიოლოგია“ და „სამოქალაქო განათლება“. დამტკიცებულია 1-4 კლასების სასწავლო გეგმა, ხოლო მე-7-9 კლასების სასწავლო გეგმის მიღება 2017 წლის ბოლოსთვის არის დაგეგმილი. განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ ახალი წიგნების დიზაინის კონკურსი გამოაცხადა 1-4 კლასის განახლებული სტანდარტების გათვალისწინებით და ისინი 2018 წლის სექტემბრიდან უნდა იყოს ხელმისაწვდომი.

ამავე დროს, ქვეყნის მასშტაბით დაინერგება ახალი სავალდებულო ცალკე საგანი მესამე და მეოთხე კლასების მოსწავლეებისთვის. საგანს ეწოდება „მე და ჩემი საზოგადოება“. განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს თანახმად, საგნის სწავლება საქართველოს რამდენიმე საჯარო სკოლაში 2017-2018 სასწავლო წელს უნდა დაწყებულიყო. 2018-2019 სასწავლო წლიდან აღნიშნული საგანი საქართველოს ყველა საჯარო და კერძო სკოლისთვის სავალდებულო გახდება. ამასთან, დახვეწის პროცესშია მოსწავლეებისთვის განკუთვნილი დამხმარე სახელმძღვანელო პრინციპები სასწავლო პროგრამის დასაგეგმად.³⁶⁹ ახალი საგანი ეხება ოჯახთან, საზოგადოებასთან,

363 ინიციატივას მხარს უჭერს შვედეთის მთავრობა. ის მოიცავს საშუალო განათლების სამ ძირითად მიმართულებას – ფორმალურ განათლებას სკოლებში; არაფორმალურ განათლებას, მათ შორის სურვილისამებრ ასარჩევ კურსებსა და მშობელთა განათლებას; და პროფესიულ განათლებას და ტრენინგს. მიზნად ისახავს განავითაროს ახალი სასწავლო პროგრამები, განაახლოს სწავლების მეთოდოლოგია, გადაამზადოს მასწავლებლები და კარიერული მრჩეველები და გაუზიაროს საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკა ადამიანის უფლებების, გენდერული თანასწორობისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის მხარდაჭერისათვის ზოგადი განათლების მეშვეობით, იხ.: <http://www.ge.undp.org/content/georgia/en/home/presscenter/pressreleases/2017/05/15/georgian-schools-embrace-human-rights-and-gender-equality/>

364 მთავრობის ახალი 2017-2030 წლამდე დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია, პ 31

365 იქვე პ. 32

366 იქვე

367 იქვე

368 საქართველოს 2017-2019 წლების სამოქმედო გეგმა დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობაზე და უშუალოდ დაკავშირებული რეპროდუქციული ჯანდაცვის საკითხები.

369 განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის წერილი No: MES 0 17 00988233

სახელმწიფოსთან, სასკოლო გარემოსა და მოქალაქეობასთან დაკავშირებულ საკითხებს.³⁷⁰ პროგრამის შინაარსზე რამდენიმე დაინტერესებული მხარე მუშაობდა, მათ შორის, ადგილობრივი მასწავლებლები, სხვადასხვა საერთაშორისო ორგანიზაციები (UNFPA, UN Women) და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები.³⁷¹ პროგრამის მოწინააღმდეგეები არაფორმალური ჯგუფებიდან, ამტკიცებენ, რომ საგანი ემუქრება ქართველი ბავშვების განვითარებას და „ქართული საზოგადოების ფუნდამენტურ ფასეულობებს“.³⁷² მიუხედავად ამ წინააღმდეგობისა, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ დაამტკიცა ახალი საგანი და მისი, როგორც სავალდებულო კურსის, შემოღება 2018-2019 წლებისთვის არის დაგეგმილი. როგორც გვაცნობეს, საქართველოს საპატრიარქოსა და სამოქალაქო საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან კონსულტაციების შემდეგ, კურსის შინაარსში რამდენიმე ცვლილება შევიდა. უნდა აღინიშნოს, რომ ტერმინები „ლიბერალიზმი“, „დემოკრატიული ფასეულობები“, „გენდერი“ და „ტოლერანტობა“ გარკვეულწილად შეიცვალა, ხოლო რამდენიმე ტერმინი და განმარტება საერთოდ ამოიღეს კურსიდან.³⁷³

შესაბამობები

ზემოთ ჩამოთვლილი დადებითი ინიციატივების მიუხედავად, საქართველოში დღემდე არ არსებობს ყოვლისმომცველი და სავალდებულო ასაკის შესაბამისი პროგრამა ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების შესახებ. ზოგიერთ კურსში წარმოდგენილი ინფორმაცია, პირველ რიგში, რეპროდუქციის ბიოლოგიურ ასპექტებზეა ორიენტირებული და საქართველოს ყველა მოსწავლეს არ მიეწოდება. მაგალითად, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსგან მიღებული ინფორმაციის თანახმად,³⁷⁴ 2011 წლის 11 მარტს განათლების სამინისტროს N36/6 ბრძანებით დამტკიცებული ეროვნული სასწავლო გეგმის მიხედვით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების შესახებ ინფორმაციას ბიოლოგიის საგანი მოიცავს და იგი ეხება ისეთ საკითხებს, როგორიცაა სგგი, მათი სიმპტომები, გადადების გზები და შედეგები. მასში ასევე შესულია ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების საკითხები, მისი სოციალური მიზეზები და თანმხლები რისკები, მაგრამ ყურადღება ძირითადად გოგონებისა და ახალშობილების ჯანმრთელობის საკითხებზეა გამახვილებული. მასშივე შედის ოჯახში ძალადობის, ტრეფიკინგისა და სხვა სახის ძალადობასთან დაკავშირებული საკითხები და ბავშვთა უფლებები.³⁷⁵ მაგრამ უცნობია, რა ფორმით არის ეს საკითხები ინტეგრირებული სახელმძღვანელოში და როგორ ხდება მათი ინტერპრეტირება მოსწავლეების მიერ.

არსებული პროგრამები არ ითვალისწინებს ყოვლისმომცველი ინფორმაციის საჭიროებას, რაც ახალგაზრდებს საშუალებას მისცემდა, ეცხოვრათ ჯანსაღი და ღირსეული ცხოვრების წესით. გარდა ამისა, მთელი ქვეყნის მასშტაბით არსებობს მოსწავლეებელთა სათანადო გადამზადების და სატრენინგო მასალების ნაკლებობა, როგორც მოსწავლეებისთვის, ასევე მასწავლებლებისთვის განკუთვნილი სწავლების მეთოდოლოგიების ჩათვლით. მთელი ქვეყნის მასშტაბით სკოლის ექიმები არ გადამზადებულან ამ საკითხების შესახებ და არ არსებობს მექანიზმი, რომელიც ასეთ ტრენინგს სავალდებულოდ გახდიდა. განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ, მშობლებისა და სკოლის ექიმების საგნის შინაარსობრივი კუთხით ჩართულობის მიზნით, მშობელთა განათლებისა და სკოლის ექიმების პროგრამა დაამტკიცა, მაგრამ 2017 წლისთვის ამ პროგრამისთვის გამოყოფილი კონკრეტული ბიუჯეტის მიუხედავად, სამინისტრომ გადაწყვიტა, აღნიშნულ საკითხზე აღარ ემუშავა.

370 იქვე

371 განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის წერილი No: MES 0 17 00988233

372 „ლევან ვასაძის 120 კომენტარი განათლების სამინისტროს“, იბ. მხოლოდ ქართულად: <http://liberali.ge/news/view/21238/levan-vasadzis-120-shenishvna-ganatlebis-saministros> იბ. აგრეთვე: <https://www.kvirispalitra.ge/public/28407-gangashis-zarebi.html>

373 „ლევან ვასაძე და საზოგადოება“, იბ. მხოლოდ ქართულად: <http://netgazeti.ge/life/99457/>; ასევე, იბ. მხოლოდ ქართულად: <http://netgazeti.ge/news/72572/>

374 განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის წერილი: MES 0 17 00988233

375 განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის წერილი: MES 0 17 00988233

მიუხედავად იმისა, რომ პარლამენტმა მიიღო დადგენილება, რომელიც სახალხო დამცველის აპარატის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიშს ეფუძნება და განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს რეკომენდაციას უწევს ამ სფეროში სკოლებში არსებული შეზღუდული ინფორმაციის ზოგიერთი ასპექტის გადახედვას, თუმცა, აღნიშნული არ განხორციელებულა და შესაბამისად, ეს არ შეიძლება ჩაითვალოს სკოლებში ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების საგნის დანერგვად.³⁷⁶

ნაკლებად ტარდება საჯარო საინფორმაციო კამპანიები, რომლებიც ყველა, მათ შორის სკოლის გარეთ მყოფ ახალგაზრდამდე მიაღწევნ. ასევე ნაკლებად ტარდება თანატოლთა შორის ურთიერთ-საგანმანათლებლო პროგრამები, რომლებიც მოზარდებსა და ახალგაზრდებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის გასავრცელებლად ეფექტიანი საშუალებაა.³⁷⁷

ინფორმაციის ასეთი სიმწირე ახალგაზრდობას არასასურველი ორსულობის, აივ და სხვა სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების რისკის წინაშე აყენებს და ხელს უშლის საზოგადოებაში გავრცელებული მავნე გენდერული სტერეოტიპების დამარცხებას.

376 დადგენილება N 1181-III, 30.06.2017, იხ. მხოლოდ ქართულად: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3744739>

377 თანასწორ განმანათლებელთა პროგრამების შესახებ საერთაშორისო სტანდარტი, ხელმისაწვდომია:

რეკომენდაციები

- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ, სკოლებსა და სკოლის გარეთ, ასაკის შესაბამისი ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების, სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის პრიორიტეტულად ცნობა, შემუშავება და განხორციელება
- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ იმის უზრუნველყოფა, რომ ასაკის შესაბამისი ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლება სავალდებულო გახდეს საქართველოს ყველა სკოლაში, ყველა ბავშვისათვის. ეს ვალდებულება უნდა შევიდეს განათლების სხვადასხვა საფეხურის სასწავლო გეგმებში და აისახოს შესაბამის სტრატეგიებში
- ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების მისაღება საერთაშორისო სტანდარტებსა და იუნესკოს სახელმძღვანელო მითითებებთან (იხ. ზემოთ). მოსწავლეებისთვის ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების ასაკის შესაბამისი სასწავლო მასალების შემუშავება
- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ, ყველა პედაგოგის, რომელიც ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების გაკვეთილს ჩაატარებს, შესაბამისად გადამზადება. პედაგოგებისთვის ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული სასწავლო მასალების შემუშავება
- მასწავლებელთა და სკოლის ექიმების სავალდებულო პროგრამების 2017 წელს აღებული ვალდებულებების მიხედვით შემუშავება და განხორციელება (იხ. ზემოთ)
- სკოლის გარეთ მოზარდებისა და ახალგაზრდების ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების პროგრამის არსებულ ინფრასტრუქტურაზე დაფუძნება და მასში ამ სფეროში მომუშავე სამოქალაქო ორგანიზაციების მონაწილეობა. თანასწორი განათლების ეროვნული სტანდარტის, ყოვლისმომცველი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/სექსუალური განათლების შესახებ, საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით შემუშავება და მიღება
- მოზარდებისა და ახალგაზრდების, სკოლის ფარგლებში და მის გარეთ, ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების/კომპლექსური სექსუალური განათლების შემუშავების პროცესში მონაწილეობა, ასეთი განათლების გავრცელებაში თანატოლებისთვის ინიციატივების გაზიარების გზით
- ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ გამოცემული შესაბამისი რეკომენდაციების შესრულება, ბავშვთა უფლებების კომიტეტის ბოლო რეკომენდაციების ჩათვლით.

ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები

ქალთა მიმართ ძალადობა გულისხმობს „საზოგადოებრივ თუ პირად ცხოვრებაში ქალების მიმართ გენდერული ნიშნით ჩადენილი ძალადობისათვის დამახასიათებელ ყველა ქმედებას, რომელსაც შედეგად მოჰყვება ან შეიძლება მოჰყვეს ქალებისთვის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური ან სექსუალური ტანჯვის ან ეკონომიკური ზიანის მიყენება, მათ შორის, ასეთი ქმედებების ჩადენის მუქარა, ქალების იძულება ან მათთვის თავისუფლების თვითნებური აღკვეთა“.³⁷⁸ ის მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება „ფიზიკური, სექსუალური და ფსიქოლოგიური ძალადობით, რომელსაც ადგილი აქვს ოჯახში, კერძოდ, ოჯახში ძალადობა შეიძლება იყოს ცემა, ოჯახში მდებარეობითი სქესის ბავშვების მიმართ სექსუალური ძალადობა, მზითვთან დაკავშირებული ძალადობა, მეუღლის გაუპატიურება, ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრება და ქალების მჩაგვრელი სხვა ტრადიციული პრაქტიკების განხორციელება; ოჯახის სხვა წევრის მიერ ქალის მიმართ ძალადობა და ექსპლუატაციასთან დაკავშირებული ძალადობა;

ასევე, ქალის მიმართ ძალადობა, რომელიც ოჯახს გარეთ ხდება შეიძლება იყოს ფიზიკური, სექსუალური და ფსიქოლოგიური ძალადობა, გაუპატიურების, სექსუალური ძალადობის, სამსახურში, საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ან ნებისმიერ სხვა ადგილას სექსუალური შევიწროებისა და დამინების ჩათვლით; ქალთა ტრეფიკინგი ან იძულებითი პროსტიტუცია, სახელმწიფოს მიერ ჩადენილი ან დაშვებული ფიზიკური, სექსუალური და ფსიქოლოგიური ძალადობა, სადაც არ უნდა ხდებოდეს ის“.³⁷⁹ იძულებითი გამოკვლევები, როგორიცაა ქალწულობის შემოწმება და სხვა მავნე პრაქტიკები ასევე აღიარებულია დისკრიმინაციისა და ძალადობის ფორმებად, და უნდა იქნეს აღმოფხვრილი.³⁸⁰

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ორგანიზაციებმა აღიარეს, რომ გენდერული ნიშნით ძალადობა არის დისკრიმინაციის ფორმა, რომელიც სერიოზულად აფერხებს ქალის შესაძლებლობას, მამაკაცების თანასწორად ისარგებლოს თავისი უფლებებითა და თავისუფლებებით.³⁸¹ ეს გულისხმობს შემდეგ ძირითად უფლებებს: სიცოცხლის უფლება; ჯანმრთელობის უფლება; უფლება, არ დაექვემდებაროს წამებას, სასტიკს, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახველ მოპყრობას ან დასჯას; ადამიანის თავისუფლებისა და უსაფრთხოების უფლება; თანაბარი დაცვა კანონის წინაშე, მათ შორის თანაბარი დაცვა საერთაშორისო ან შიდა შეიარაღებული კონფლიქტების დროს ჰუმანიტარული ნორმების შესაბამისად; თანაბარუფლებიანობა ოჯახში; სამართლიანი და ხელსაყრელი სამუშაო პირობებით სარგებლობის უფლება, თანასწორობისა და არადისკრიმინაციულობის უფლება.³⁸²

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტები (მათ შორის, ევროპის საბჭოს კონვენციის ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღმოფხვრის შესახებ (სტამბოლის კონვენცია), და კონვენცია ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ (CEDAW)), ქალთა მიმართ ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის კუთხით, შემდეგ სახელმწიფო ვალდებულებებს წარმოშობენ: ქალებისა და გოგონების მიმართ ძალადობის პრევენცია და აღმოფხვრა საზოგადოებრივ და კერძო სფეროებში; ადეკვატური, ყოვლისმომცველი კანონმდებლობისა და სხვა ზომების მიღება, მათ შორის, შესაბამისი სანქციების; ქალებისა და გოგონების მიმართ ძალადობის ყველა ფორმის პრევენცია და დასჯა; გენდერული ნიშნით ძალადობასთან ბრძოლის პროგრამებში

378 U.N. დეკლარაცია ქალთა მიმართ ძალადობის აღმოფხვრის შესახებ, A/RES/48/104, მუხლი 1

379 U.N. დეკლარაცია ქალთა მიმართ ძალადობის აღმოფხვრის შესახებ, A/RES/48/104, მუხლი 2

380 ერთობლივი CEDAW-CRC ზოგადი რეკომენდაცია მავნე პრაქტიკის შესახებ (2014)

381 ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, ზოგადი რეკომენდაცია 19 (1992) ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ, პარაგრაფი. 1

382 ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, ზოგადი რეკომენდაცია 19 (1992) ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ, პარაგრაფი. 7

მოწყვლადი და დაუცველი ჯგუფების გათვალისწინება, კერძოდ – შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების, მათთვის და ყველა ქალისთვის აუცილებელი მომსახურებისა და ანაზღაურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად; სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთათვის გადაუდებელ კონტრაცეპციასთან წვდომის უზრუნველყოფა; გენდერული ნიშნით ძალადობის წინააღმდეგ მიმართულ პროგრამებში ძალისხმევის გაერთიანება, გენდერული სტერეოტიპებისა და გენდერული ნიშნით ძალადობის გამომწვევი სხვა მიზეზების აღმოსაფხვრელად; ქალთა მიმართ ძალადობის მსხვერპლთათვის მართლმსაჯულებაზე ეფექტიანი ხელმისაწვდომობის, იურიდიული დახმარებისა და სამართლებრივი დაცვის საშუალებების, მათ შორის, კომპენსაციისა და რეაბილიტაციის, უზრუნველყოფა.³⁸³

გარდა ამისა, სექსუალურმა ძალადობამ შეიძლება გამოიწვიოს აივ, სხვა სკგი და არასასურველი ორსულობა, აგრეთვე, სხვა ფუნქციური დარღვევები, როგორიცაა გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი; კუჭ-ნაწლავის სისტემის მოშლილობა და სხვადასხვა ქრონიკული ტკივილის სინდრომები, მათ შორის მენჯის ქრონიკული ტკივილი. ის ასევე ახდენს გავლენას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. სახელმწიფოები ვალდებული არიან ისეთი პოლიტიკა განახორციელონ, რომელიც მსხვერპლს შემდგომი არასათანადო მოპყობისაგან დაიცავს. ამაში იგულისხმება მსხვერპლთათვის სოციალური, ფსიქოლოგიური და ჯანდაცვის სერვისების შექმნა.

სახელმწიფოებს გააჩნიათ ვალდებულება, ებრძოლონ ადრეულ/ბავშვობის ასაკში ქორწინებას, როგორც სექსუალური და გენდერული ნიშნით ძალადობის ფორმას და მის ისეთ შედეგს, როგორიცაა ადრეული ორსულობა, რასაც გართულებების უფრო მაღალი რისკი ახასიათებს.³⁸⁴ კვლევები ადრეულ ქორწინებას ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობის რისკის გაზრდასთანაც აკავშირებენ. ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კონვენცია აცხადებს, რომ „ბავშვის ნიშნობას ან ქორწინებას იურიდიული ძალა არ აქვს“ (მუხლი 16.2). ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი და ბავშვთა უფლებების კომიტეტი მიიჩნევენ, რომ როგორც მამაკაცებისთვის, ისე ქალებისათვის, ქორწინების მინიმალური ასაკი 18 წელი უნდა იყოს.³⁸⁵

საქართველოს აღებული აქვს ვალდებულება, განახორციელოს ზემოთ აღნიშნული ადამიანის უფლებათა ყველა სტანდარტი. 2016 წელს საქართველოში ვიზიტის შემდეგ, ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა ქვეყანაში არსებულ მდგომარეობასთან დაკავშირებით მოხსენება გამოაქვეყნა და საქართველოს განსახორციელებლად დეტალური რეკომენდაციები შესთავაზა (იხ. რეკომენდაციების მოკლე მიმოხილვა, თავი 1).³⁸⁶ ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის (CEDAW) კომიტეტმა ასევე წარმოადგინა მრავალრიცხოვანი რეკომენდაციები, რომლებიც ქვემოთ არის ჩამოთვლილი.

ქალთა მიმართ ძალადობა საქართველოში³⁸⁷

ქალთა მიმართ ძალადობა და განსაკუთრებით, ოჯახში ძალადობა საქართველოში ფართოდ გავრცელებული პრობლემაა. 2009 წელს ჩატარებული ეროვნული კვლევა³⁸⁸ გვიჩვენებს, რომ გამოკითხულ ქალთა შორის ყოველი 11-დან ერთ ქალს ჰქონდა გამოცდილი ფიზიკური ან სექსუალური

383 ქალთა მიმართ ძალადობის პრევენციისა და ბრძოლის შესახებ ევროპის საბჭოს კონვენცია (2011); CEDAW ზოგადი რეკომენდაცია 35 ქალთა მიმართ გენდერული ძალადობის შესახებ (2017).

384 ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისიის ოფისი, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ ინფორმაციის სერია http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_VAW_WEB.pdf

385 CEDAW და კომიტეტის უფლებათა კომიტეტის ერთობლივი გენერალური კომენტარი 31 მავნე პრაქტიკის შესახებ (2014).

386 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების შესახებ საქართველოში 2016 წლის 9 ივნისს განხორციელებული მისიის დროს, A/HRC/32/42/Add.3

387 ეს სექცია ეხება ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ კონკრეტულ საკითხებს, და არა ყველა სახის გენდერულ ძალადობას.

388 ეროვნული კვლევა ქალთა მიმართ ოჯახში ძალადობის შესახებ საქართველოში, 2010, გვ. 33 და 44., იხ: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/AdvanceVersions/GeorgiaAnnexX.pdf>

ძალადობა მეუღლის ან ინტიმური პარტნიორის მხრიდან და 34.7%-მა მიიღო დაზიანება ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის შედეგად.

ოჯახში ძალადობისგან დაცვის მექანიზმების (დამცავი ორდერები, შემაკავებელი ორდერები და სისხლისსამართლებრივი დევნა) გამოყენება 2014 წლის შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა:³⁸⁹

	2014	2015	2016
დამცავი ორდერები	87	173	179
შემაკავებელი ორდერები	902	2726	2877
სისხლისსამართლებრივი დევნა სისხლის სამართლის კოდექსის მე-11 მუხლისა (ოჯახში ძალადობა) და 126-ე (ოჯახში ძალადობა) მიხედვით:	350	728	1356

2009 წელს ფსიქოლოგიურ ძალადობასთან დაკავშირებით ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ შეურაცხყოფა (14.3%), დამცირება (5.3%) დაშინება (5.1%) და მუქარა (3.8%) გამოვლინებულ ქალთა შორის გამოვლენილი ფსიქოლოგიური ძალადობის ყველაზე გავრცელებული ფორმები იყო. ქალების თითქმის 40% აცხადებდა, რომ მათზე ძალადობა მათი ქცევის კონტროლის მიზნით ხორციელდებოდა. ეს მაჩვენებელი არასრული საშუალო განათლების მქონე ქალებს შორის (60%) უფრო მაღალი იყო, ვიდრე საშუალო, ტექნიკური ან უმაღლესი განათლების მქონე ქალებში (35%), ხოლო იმ ქალებს შორის, რომლებსაც საკუთარი შემოსავალი არ გააჩნიათ, ეს მაჩვენებელი 76.6%-ს აღწევდა.

2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, სიტყვიერი და ფიზიკური ძალადობის მაჩვენებელი ქორწინებაში მყოფთა შორის უფრო მაღალი იყო მწირი განათლების და დაბალი ქონებრივი კვინტილის წარმომადგენლებში, ასევე აზერბაიჯანული ეროვნების რესპონდენტებში. ოჯახში ძალადობა უმცირესობათა ჯგუფებში, განსაკუთრებით, სოფელში მცხოვრებ აზერბაიჯანულ და სომეხ ქალებში, უფრო გავრცელებულია.³⁹⁰

გაეროს სპეციალური მომხსენებელი ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ, საქართველოზე გაკეთებულ თავის ანგარიშში აღნიშნავს, რომ სავარაუდოდ, ინტიმური პარტნიორის მხრიდან ძალადობის რისკის გამომწვევი ფაქტორები დისკრიმინაციულ გენდერულ სტერეოტიპებსა და პატრიარქალურ დამოკიდებულებას უკავშირდება. ამავე კატეგორიას განეკუთვნება ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა ქალთა დაბალი ინფორმირებულობა თავიანთი უფლებების შესახებ, ადრეული/ბავშვობის ასაკში და იძულებითი ქორწინება და ეკონომიკური დამოკიდებულობის ნაკლებობა. გარდა ამისა, ალკოჰოლური სასმელის მოხმარება, ეკონომიკური პრობლემები და უმუშევრობა ასევე უწყობს ხელს ოჯახში ძალადობის შემთხვევებს.³⁹¹

გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევა აჩვენებს, რომ ეს ზრდა შეიძლება საზოგადოების ცნობიერებასა და ოჯახში ძალადობის მიმართ დამოკიდებულებაში გარკვეული ცვლილებითაც იყოს განპირობებული. აღნიშნული პრობლემა „ოჯახურ საკითხად“ იყო მიჩნეული (გამოკითხულთა 78.3% 2009 წელს), დაზარალებულები ან მათი ნათესავები უკიდურეს შემთხვევებშიც კი

389 საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიში, ქალთა უფლებებისა და გენდერული თანასწორობის შესახებ სიტუაცია, 2016 წელი, გვ. 29, ხელმისაწვდომია: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4451.pdf>

390 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010.

391 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების შესახებ საქართველოში მისიის დროს, 9 ივნისი 2016, A/HRC/32/42/Add.3

თავს იკავებდნენ შესაბამისი უწყებებისთვის მიმართვისგან. თუმცა ასეთი დამოკიდებულება უკვე შეიცვალა. თბილისში, კახეთსა და სამეგრელო-ზემო სვანეთში ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის შესახებ 2013 წელს ჩატარებული კვლევის თანახმად, გამოკითხულთა მხოლოდ 25% მიიჩნევდა, რომ ოჯახში ძალადობა ოჯახის საქმეა. მაშინ, როცა 69% აცხადებდა, რომ ოჯახში ძალადობა დანაშაულია.³⁹²

ქალთა მიმართ ძალადობის სხვა საკითხები

2016 წელს საქართველოში, ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების შემთხვევები გამოვლინდა. ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების პრაქტიკა, რომლის დროსაც კლიტორის მცირე ნაწილს აჭრიდნენ, „ნათლობის“ რიტუალის ნაწილად აღიქმებოდა. რიტუალი სახლის პირობებში ტარდებოდა. საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ მოპოვებული ინფორმაცია ცხადყოფს, რომ ადგილობრივი მოსახლეობა ვერ აცნობიერებს ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრებით გამოწვეულ სირთულეს, რისკებს და გართულებებს. გარდა ამისა, პრაქტიკა სრულად გააზრებულიც არ არის: საზოგადოების ბევრი წევრი მას ტრადიციას ან/და რელიგიურ წესს უკავშირებს.³⁹³

საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, 2015 წელს ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების 611 შემთხვევა გამოვლინდა. 2016 წელს მათი რიცხვი მხოლოდ 5 იყო. შემცირება, სავარაუდოდ, სამოქალაქო კოდექსში შეტანილმა ცვლილებებმა განაპირობეს, რომლებიც საქართველოს სახალხო დამცველის ინიციატივით განხორციელდა (იხ. ქვემოთ). ასევე შემცირდა იმ მშობელთა რიცხვი, რომლებიც ბავშვის დაბადების რეგისტრაციისას თავად იყვნენ არასრულწლოვნები: მათი რაოდენობა 2015 წელს 1449-ს, ხოლო 2016 წელს 1278-ს შეადგენდა. არასრულწლოვანი მშობლების რაოდენობა ადრეული ქორწინების რიცხვს მნიშვნელოვნად აღემატება.³⁹⁴

სოციალური ზეწოლისა და სხვა მიზეზების გამო, თავიანთი ქმრებისა და ნათესავებისთვის ქალწულობის დასამტკიცებლად, ქალები ქალწულობის ტესტებს იტარებენ. ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხებზე გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა შემოთავაზა გამოთქვა ქალთა კონფიდენციალობისა და სრულად ინფორმირებული თანხმობის უფლების დაცვის გარანტიების ნაკლებობის გამო, რასაც ისიც ემატება, რომ მრავალი ასეთი ტესტი ქალთა სექსუალური ქცევის შესახებ უარყოფითი სტერეოტიპის გამო ტარდება.

მთავრობა და სხვა ქმედებები

საქართველო ადამიანის უფლებათა შესახებ ყველა ძირითადი საერთაშორისო და რეგიონული ხელშეკრულების წევრია, რომელიც კრძალავს ქალთა მიმართ ძალადობას. მნიშვნელოვანია, რომ 2017 წლის აპრილში საქართველომ მოახდინა ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლისა და პრევენციის შესახებ ევროპის საბჭოს კონვენციის (სტამბოლის კონვენცია) რატიფიცირება, რომელიც ძალაში 2017 წლის 1 სექტემბერს შევიდა. ამან მნიშვნელოვანი ცვლილებები გამოიწვია შიდა კანონმდებლობის კონვენციასთან მისასადაგებლად (შესწორებები ძალაშია 2017 წლის 1 ივნისიდან).

კანონი ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ (ამჟამად ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის შესახებ), 2006 წელს

392 UN Women, თბილისში, კახეთსა და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (2014) ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობისადმი დამოკიდებულებისა და წარმოდგენების კვლევა <http://georgia.unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/11/perception-of-violence-against-women-and-domestic-violence-in-tbilisi>

393 საქართველოს სახალხო დამცველი, ქალთა უფლებების დაცვის სპეციალური ანგარიში და გენდერული თანასწორობა, 2016, გვ. 33-34, იხ.: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4452.pdf>

394 საქართველოს სახალხო დამცველი, ქალთა უფლებების დაცვის სპეციალური ანგარიში და გენდერული თანასწორობა, 2016, გვ.35, იხ.: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4452.pdf>

ამოქმედდა. ის ითვალისწინებს ოჯახში ძალადობის გამოვლენისა და მასზე რეაგირების, ასევე, მსხვერპლთა დახმარების ღონისძიებებს.³⁹⁵ 2012 წლიდან ოჯახში ძალადობა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში ცალკე დანაშაულად ჩამოყალიბდა და განისაზღვრა დანაშაულის ფარგლები და კატეგორია.³⁹⁶ კანონი გენდერული თანასწორობის შესახებ, რომელიც ქალებისა და კაცებისათვის თანაბარ უფლებებსა და თავისუფლებებს აღიარებს, ძალაში 2010 წელს შევიდა.³⁹⁷ 2014 წელს ამოქმედდა კანონი „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“, რომელიც კრძალავს დისკრიმინაციას სხვადასხვა ნიადაგზე (სქესის ჩათვლით) და მსხვერპლისთვის სამართლებრივი დაცვის მექანიზმების მიწოდებას ითვალისწინებს.³⁹⁸

მთავრობამ დაამტკიცა მთელი რიგი სტრატეგიები და პოლიტიკა ქალთა მიმართ ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის, მათ შორის, ქალთა მიმართ ძალადობის და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლისა და მსხვერპლთა (დაზარალებულთა) დასაცავად გასატარებელ ღონისძიებათა 2016-2017 წლების სამოქმედო გეგმა, რომელიც მოიცავს ოჯახში და სექსუალური ძალადობის საკითხებს და მიზნად ისახავს გენდერული თანასწორობის მიღწევას ქალთა გაძლიერებისა და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის გზით.

მთავრობამ ასევე მიიღო 2014-2016 წლების გენდერული თანასწორობის ეროვნული სამოქმედო გეგმა და ადამიანის უფლებათა ეროვნული სტრატეგია.

2015 წლიდან, გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მხარდაჭერით, თავშესაფრებისა და კრიზისული ცენტრების უზრუნველყოფით, გაიზარდა ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთათვის განკუთვნილი სერვისები. სახელმწიფო დაწესებულებების უმრავლესობამ გარკვეული ნაბიჯები გადადგა ოჯახში ძალადობის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად და მნიშვნელოვანი რაოდენობის საინფორმაციო შეხვედრები გამართა საზოგადოებასთან სხვადასხვა ლოკაციაზე.

ოჯახში ძალადობის საკითხებზე ცნობიერების ასამაღლებლად გარკვეული ღონისძიებები რამდენიმე სახელმწიფო დაწესებულებამაც განახორციელა, მათ შორის, იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამინისტრომ,³⁹⁹ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრომ,⁴⁰⁰ მთავარმა პროკურატურამ,⁴⁰¹ განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ,⁴⁰² სახელმწიფო

395 ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ, 25/05/2006, იხ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/26422>

396 მუხლი 1261 (ოჯახში ძალადობა) საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, იხ.: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16426> Accessed 28.07.2017

397 კანონი გენდერული თანასწორობის შესახებ, 26/03/2010, იხ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/91624> მიღებულია: 28.07.2017

398 კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ, 02/05/2014, იხ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2339687> ინგლისური ვერსია იხ.: <https://matsne.gov.ge/en/document/view/2339687> მიღებული: 28.07.2017

399 იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამინისტრომ იძულებით გადაადგილებულ პირებთან ოჯახში ძალადობის თემაზე შეხვედრა გამართა 5 ადგილას, თავშესაფრის მაძიებლებთან 1 ადგილას. 2 შეხვედრა ადრეული/ბავშვობის ასაკში ქორწინების თემებსაც შეეხო. სსიპ იურიდიული დახმარების სამსახურის ადვოკატებმა ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ ადგილებში ოჯახში ძალადობის და ქალთა უფლებების შესახებ 10 საინფორმაციო შეხვედრა გამართეს. 36 შეხვედრა ჩატარდა იძულებით გადაადგილებულ პირებთან ერთად და 1 შეხვედრა თავშესაფრის მაძიებლებთან.

400 ჯერჯერობით არ გვაქვს ინფორმაცია საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს მიერ ჩატარებული საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებების შესახებ. მეორე მხრივ, საქართველოს იუსტიციის სამინისტრომ, შერიგებისა და სამოქალაქო თანასწორობის საკითხებში სახელმწიფო მინისტრის აპარატთან ერთად, მარნეულში ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებთან 1 საინფორმაციო შეხვედრა გამართა.

401 საქართველოს მთავარმა პროკურატურამ 11 საინფორმაციო შეხვედრა გამართა ადგილობრივ მოსახლეობასთან, უნივერსიტეტისა და უმაღლესი სასწავლებლის სტუდენტებთან საქართველოს რეგიონებში, მათ შორის ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ 1 ლოკაციაზე, ოჯახში ძალადობის, ქალთა მიმართ ძალადობისა და ადრეული ქორწინების თემებზე.

402 საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ 9 საინფორმაციო შეხვედრა გამართა ბავშვთა ქორწინებების საკითხების შესახებ მშობლებთან, რელიგიურ ლიდერებთან და თემის ლიდერებთან საშუალო სკოლებში, მუსლიმი მოსახლეობის დასახლებებში.

ფონდმა,⁴⁰³ და საჯარო სამართლის იურიდიულმა პირმა (სსიპ) საზოგადოებრივმა მაუწყებელმა საზოგადოებასთან, სხვადასხვა ადგილას, რამდენიმე საინფორმაციო შეხვედრა გამართა.

გარკვეული სახის ტრენინგები ჩაატარეს შინაგან საქმეთა სამინისტრომ,⁴⁰⁴ მთავარმა პროკურატურამ⁴⁰⁵ და იუსტიციის უმაღლესმა სკოლამ⁴⁰⁶ ოჯახში ძალადობის შესახებ პოლიციის თანამშრომლების, პროკურორებისა და მოსამართლეების გადасამზადებლად. ოჯახში ძალადობის თემები შევიდა მოსამართლეთა მოსამზადებელ პროგრამებსა და მოსამართლეთა და სასამართლოების სხვა თანამშრომლებისთვის განკუთვნილ ტრენინგებში.

საქართველოში ქორწინების რეგისტრაციის მინიმალური ასაკი 18 წელია. 2017 წლის 1 იანვრიდან ამ ასაკობრივ ცენზთან დაკავშირებით გამონაკლისი აღარ დაიშვა. კანონმდებლობის თანახმად, იძულებითი ქორწინება სისხლის სამართლის დანაშაულია (მუხლი 150.1) და სექსუალური ხასიათის შეღწევა თექვსმეტი წლის ასაკს მიუღწეველი პირის სხეულში (ქორწინება არც გამონაკლისია, არც შემამსუბუქებელი გარემოება) სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით (მუხლი 140) ისჯება. ქორწინების იძულება ისჯება საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომით ორასიდან ოთხას საათამდე, ან თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორ წლამდე. იგივე ქმედება, ჩადენილი არასრულწლოვნის მიმართ, (მუხლი 151.1) ისჯება თავისუფლების აღკვეთით, ვადით ორიდან ოთხ წლამდე. სექსუალური ხასიათის შეღწევა თექვსმეტი წლის ასაკს მიუღწეველი პირის სხეულში ისჯება თავისუფლების აღკვეთით 7-დან 9 წლამდე. მუხლი 150.1 ძალაში 2017 წლის 17 ოქტომბერიდან შევიდა, ხოლო 140-ე მუხლი 2017 წლის 4 მაისს შეიცვალა („სექსუალური კავშირი“ შეიცვალა ფრაზით „სექსუალური შეღწევა“). ცვლილებები საქართველოს კანონმდებლობის სტამბოლის კონვენციასთან მისადაგებას ისახავდა მიზნად.

კანონმდებლობის სტამბოლის კონვენციასთან მისადაგებლად 2017 წლის 4 მაისს მოხდა ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების კრიმინალიზაცია. სისხლის სამართლის კოდექსის 1332-ე მუხლის თანახმად, ის ისჯება თავისუფლების აღკვეთით 2-დან 6 წლამდე. არასრულწლოვნის წინააღმდეგ ჩადენილი დანაშაული 3-დან 7 წლამდე თავისუფლების აღკვეთას ითვალისწინებს.

შეუსაბამობები

საქართველოს მთავრობის მიერ გადადგმული მნიშვნელოვანი ნაბიჯებისა და ბოლო დროს მიღებული კანონების მიუხედავად, ჯერ კიდევ არსებობს რიგი შეუსაბამობები, როგორც კანონმდებლობაში, ასევე პრაქტიკაში.

ოჯახში ძალადობის შემთხვევების რაოდენობა დგინდება 126.1-ე მუხლით გათვალისწინებულ ქმედებაზე გამოცემულ შემაკავებელი და დამცავი ორდერების რაოდენობისა და ოჯახში ძალადობის შესახებ 11-ე მუხლის ყველა პუნქტით განსაზღვრული შემთხვევების მიხედვით, რის გამოც ჩრდილში რჩება ძალადობის შემთხვევების განუსაზღვრელი რაოდენობა და შეუძლებელია სრულყოფილი სტატისტიკის წარმოება.⁴⁰⁷ ამასთან დაკავშირებით ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხებზე გაეროს სპეციალური მომხსენებელი შემფოთებას გამოთქვამს, რადგან ზოგიერთი შემთხვევა პოლიციის მიერ

403 სახელმწიფო ფონდმა 31 საინფორმაციო შეხვედრა/საჯარო ლექცია ჩაატარა ოჯახში ძალადობის შესახებ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში (მათ შორის, ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ ადგილებში), სულ 907 მონაწილე.

404 სამინისტრო ახორციელებს რეგულარულ ტრენინგს პოლიციის ოფიცერებისთვის, შსს-ს ვებგვერდზე განთავსებული ინფორმაცია: <http://police.ge/ge/projects/odjakhshi-dzaladoba>

405 საქართველოს მთავარი პროკურატურის მიერ ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ ჩატარებულ 6 ტრენინგს სულ 116 პროკურორი დაესწრო. ევროპის საბჭოსთან თანამშრომლობით, პროკურორებისთვის შემუშავდა ტრენინგის მოდული ქალთა უფლებებისა და სამართლიანობის ხელმისაწვდომობის საკითხებზე.

406 იუსტიციის უმაღლეს სკოლაში 2 ტრენინგი ჩატარდა იუსტიციის უმაღლესი სკოლის მოსამართლეთა და სხვა თანამშრომლებისთვის, რომელშიც 9 მოსამართლე და 13 მოსამართლის თანაშემწე მონაწილეობდა.

407 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების შესახებ საქართველოში მისი დროს, 9 ივნისი 2016, A/HRC/32/42/Add.3, para. 12.

რეგისტრირდება, როგორც „ოჯახური კონფლიქტი“, რამაც შეიძლება ოჯახში ძალადობის შემთხვევები გამოუვლინებელი დატოვოს.⁴⁰⁸ საზოგადოების ცნობიერების დაბალმა დონემ, შურისძიებისა და სტიგმატიზაციის შიშმა, სამართალდამცავი ორგანოებისა და დაზარალებულთა დაცვის (მათ შორის, სარეაბილიტაციო სერვისის) მექანიზმებისადმი ნდობის ნაკლებობამ, ასევე, შეიძლება გამოიწვიოს ოჯახში ძალადობის ფაქტების რაოდენობის არასწორი აღრიცხვა.⁴⁰⁹ არასათანადო აღრიცხვიანობის ამავე მიზეზებთან გვაქვს საქმე სექსუალური ძალადობის შემთხვევაშიც: ცნობიერება იმის შესახებ, რომ სექსუალური ძალადობა, ძალადობის განსხვავებული ფორმაა, დაბალია. ეს განსაკუთრებით ეხება იმ შემთხვევებს, როცა ქალი სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი ქმრის ან პარტნიორის მხრიდან ხდება.

კანონმდებლობაში კვლავ რჩება ხარვეზები. სტამბოლის კონვენციის 33-ე მუხლის მიუხედავად, რომელიც ნებისმიერ კონტექსტში ჩადენილი ფსიქოლოგიური ძალადობის კრიმინალიზაციას ითვალისწინებს, ოჯახის გარეთ ფსიქოლოგიური ძალადობა არ არის გამოცალკევებულად კრიმინალიზებული. ასევე არ არის განსაზღვრული საქართველოს სისხლის სამართლის კანონმდებლობაში ფემიციდის მნიშვნელობა (გენდერული ნიშნით ქალების მკვლელობა), რაც საქართველოსთვის CEDAW კომიტეტის რეკომენდაციებშია აღნიშნული.⁴¹⁰

გაუპატიურების და სხვა სახის სექსუალური ძალადობის განმარტებები სისხლის სამართლის კოდექსში 2017 წელს შესწორდა,⁴¹¹ მაგრამ ისინი ჯერ კიდევ არ შეესაბამება CEDAW-ს⁴¹² და სტამბოლის კონვენციის მოთხოვნებს.⁴¹³ მიუხედავად იმისა, რომ სისხლის სამართლის კოდექსი გაუპატიურებას ახლა განმარტავს, როგორც სექსუალურ შეღწევას, ეს განმარტება ფოკუსირებას არ აკეთებს სექსუალური აქტის დაზარალებულის თანხმობის გარეშე ჩადენაზე, რასაც პირდაპირ მოითხოვს სტამბოლის კონვენცია.⁴¹⁴ დანაშაული ჩამოყალიბებულია, როგორც ძალადობით, ძალადობის მექანიზმითა და დაზარალებულის უმწეობის გამოყენებით ჩადენილი ქმედება. ქართული სასამართლო პრაქტიკა დაზარალებულის თანხმობას შეზღუდულად განმარტავს და თანხმობის საკითხის შესწავლისას „იძულებით გარემოებებს“ არ განიხილავს. გარდა ამისა, შემთხვევების უმრავლესობაში გაუპატიურების გამო სისხლისსამართლებრივი დევნის დასაწყებად საჭიროა ფიზიკური დაზიანებების არსებობა, რაც ადამიანის უფლებათა საერთაშორისოდ და რეგიონში აღიარებულ კანონებს ეწინააღმდეგება.⁴¹⁵ გაუპატიურების შემთხვევაში, ქორწინება არ არის შემამსუბუქებელი გარემოება, მაგრამ ქორწინებაში ჩადენილი გაუპატიურების დანაშაულის სტატისტიკა არ არსებობს.

მიუხედავად იმისა, რომ გენდერული თანასწორობის შესახებ კანონში შრომითი ურთიერთობებისას სექსუალური შევიწროების ცნება განმარტებულია,⁴¹⁶ კანონი ამ შემთხვევებისთვის მკაფიო ჯარიმას

408 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების შესახებ საქართველოში მისიის დროს, 9 ივნისი 2016, A/HRC/32/42/Add.3, para. 12.

409 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების შესახებ საქართველოში მისიის დროს, 9 ივნისი 2016, A/HRC/32/42/Add.3, para. 10.

410 2017 წლის 26 აპრილის საქართველოს მთავრობისადმი გაგზავნილი CEDAW კომიტეტის საპასუხო წერილი საქართველოს მეოთხე და მეხუთე კომბინირებული ანგარიშების შესახებ, იხ.: http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/GEO/INT_CEDAW_FUL_GEO_27290_E.pdf

411 საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 137

412 იხ. საქმე კარენ ტაიაგ ვერდიტო პილიპინების წინააღმდეგ, CEDAW, კომუნიკაცია N18/2008, გაეროს დოკუმენტი CEDAW/C/46/D/18/2008 (2010), პარაგ 8.9(b) (ii)

413 იხილეთ სტამბოლის კონვენციის 36-ე მუხლი

414 მუხლი 36 (1) (2) „1. მხარეებმა უნდა მიიღონ აუცილებელი საკანონმდებლო ან სხვა ზომები, რათა უზრუნველყოფილი იყოს შემდეგი განზრახული ქმედებების კრიმინალიზაცია: სხვა ფიზიკური პირის სხეულში სექსუალური ხასიათის არასასურველი ვაგინალური, ანალური ან ორალური შეღწევა მეორე პირის სხეულის ნებისმიერი ნაწილით ან ობიექტით; 2. თანხმობა ნებაყოფლობით უნდა იქნას მიცემული და პირის ნების თავისუფლება უნდა შეფასდეს მოცემული გარემოების კონტექსტში“, სტამბოლის კონვენცია, მუხლი 36 (1) (2).

415 ეს კარგად დასტურდება საიას მიერ სპეციალურად ამ ანგარიშისათვის შემთხვევით შერჩეული პირველი ინსტანციის სასამართლოს მიერ 2013-2015 წლებში მიღებული გადაწყვეტილებების შესწავლით.

416 კანონი გენდერული თანასწორობის შესახებ, მუხლი 6.1.ბ.

და სამოქალაქო სამართლებრივი დაცვის საშუალებებს არ განსაზღვრავს. სექსუალური შევიწროება მასში არ არის აღიარებული დისკრიმინაციის ფორმად. ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხებზე გაეროს სპეციალური მომხსენებელი ინფორმირებული იყო, რომ სამუშაო ადგილებზე სექსუალური შევიწროება საკმაოდ ხშირია, მაგრამ ისინი სათანადოდ აღრიცხული არ არის, რადგან ქალების სტიგმატიზებას იწვევს.⁴¹⁷ ამდენად, როგორც ჩანს, არ არსებობს მონაცემები სექსუალური ძალადობისა და შევიწროების სხვა ფორმების გავრცელების შესახებ.⁴¹⁸

საქართველოს შრომის კოდექსის თანახმად, შევიწროება დისკრიმინაციის ფორმაა, თუმცა ეს დებულება არ ეხება სექსუალურ შევიწროებას და ფაქტის დადგენისათვის შედარების კომპონენტის აუცილებლობას ითვალისწინებს (შრომის კოდექსის მუხლი 2.4). CEDAW კომიტეტმა რეკომენდაციით მიმართა ქვეყანას, სამუშაო ადგილებზე ქალთა სექსუალური შევიწროების პრევენციისა და მასთან ბრძოლის ღონისძიებები შრომითი სამართლის ეფექტიანი ანგარიშგებისა და აღსრულების მექანიზმების ინსპექტირების დანერგვის გზით გააძლიეროს.⁴¹⁹

არცერთი კანონი არ აღიარებს ქალთა მიმართ ძალადობას ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ფორმად.

მიუხედავად ცნობიერების ამაღლების კუთხით სახელმწიფოს მხრიდან განეული ძალისხმევისა, ქალთა მიმართ ძალადობასა და გენდერულ თანასწორობაზე პატრიარქალური შეხედულებები საზოგადოებაში ჯერ კიდევ ღრმად არის ფესვგადგმული. შესაბამისად, ქალთა მიმართ ძალადობა და ოჯახში ძალადობა სერიოზულად მხოლოდ მაშინ აღიქმება, როცა მნიშვნელოვან ფიზიკურ ზიანს აყენებს მსხვერპლს, ხოლო ფსიქოლოგიური ძალადობა, იძულება ან ფიზიკური ძალადობა, რომელიც ფიზიკურ დაზიანებას არ იწვევს, ძირითადად შეუმჩნეველი რჩება.

უფრო მეტიც, სახელმწიფო მოსამსახურეთა ტრენინგის შესახებ ინფორმაციის საჯაროობის მიუხედავად, უცნობია, ტრენინგის მოდულები შეიცავდნენ თუ არა საკითხებს გენდერული სტერეოტიპების, CEDAW-ის ფაკულტატიური ოქმისა და კომიტეტის ზოგადი რეკომენდაციების შესახებ (მათ შორის ზოგადი რეკომენდაცია №19-ს) და მის განახლებული ზოგად რეკომენდაციებს 35 (2017 წ.) გენდერული ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ.

საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციამ (GYLA) 2016 წლის თებერვალ-ივლისში, ამავე წლის აგვისტოსა და 2017 წლის იანვარში სისხლის სამართლის პროცესის მონიტორინგი ჩაატარა, რომელმაც ოჯახში ძალადობის შესახებ პროცესის გარკვეული სფეროებისადმი სასამართლოების მიდგომებში ბოლო დროს არსებული გაუმჯობესება გამოავლინა. თუმცა ჯერ კიდევ რჩება ქალთა მიმართ ძალადობაზე რეაგირების სისტემური და ინდივიდუალური ხარვეზები. სასამართლოები ჯერაც ვერ აფასებენ ოჯახში ძალადობის და ოჯახში დანაშაულის შემთხვევაში დაზარალებულთა წინაშე არსებულ საფრთხეებსა და რისკებს და არ ატარებს ადეკვატურ პრევენციულ ღონისძიებებს. მაგალითად, არაადეკვატური პრევენციული ზომების რაოდენობა, რომელიც 8-დან 17 შემთხვევამდე (47%) გაიზარდა, ცხადყოფს, რომ გამოყენებული პრევენციული ზომები არასაკმარისია ძალადობის თავიდან ასაცილებლად და მსხვერპლის დასაცავად.⁴²⁰ პრობლემური რჩება სასჯელის პროპორციულობა – 2016 წლის თებერვლიდან ივლისის ჩათვლით, თავისუფლების აღკვეთის ღონისძიება 22

417 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების შესახებ საქართველოში მისიის დროს, 9 ივნისი 2016, A/HRC/32/42/Add.3, citing to Annual Report, Public Defender of Georgia, 2014.

418 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის, მისი მიზეზებისა და შედეგების შესახებ საქართველოში მისიის დროს, 9 ივნისი 2016, A/HRC/32/42/Add.3, პარ. 18

419 ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, საქართველოს დასკვნითი მეოთხე და მეხუთე პერიოდული ანგარიშების შემატყობველი დასკვნა, 2014 წლის 24 ივლისი, პარ. 29.d

420 საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია; ავტორი: გოგა ხატიაშვილი, ქალთა მიმართ ძალადობა და ოჯახში ძალადობის მონიტორინგი სისხლის სამართლის საქმეებზე თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, გორი და თელავის სასამართლოები. მონიტორინგის ანგარიში N10. (2016).

საქმიდან მხოლოდ 6-ში (27%) იქნა გამოყენებული,⁴²¹ ასევე, პრობლემაა ამგვარი დანაშაულებების-
თვის კლასიფიკაციის შემსუბუქების ტენდენცია.⁴²² როგორც ჩანს, პრაქტიკაში ოჯახურ ძალადობას
სასამართლოები კვლავ დაზარალებულისა და მოძალადის პირად საქმედ განიხილავენ, რაც ნაკლებ
სასჯელს იმსახურებს, ვიდრე ოჯახის გარეთ ჩადენილი დანაშაული.⁴²³

ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა კომპენსაციის მექანიზმები გათ-
ვალისწინებულია ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის შესახებ კანონის მე-17 მუხლით, მაგრამ
სახელმწიფოს მიერ კომპენსაციის შესახებ დებულება ძალაში მხოლოდ 2022 წლიდან შევა.

421 საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია, ავტორი: გოგა ხატიაშვილი, თბილისის და ქუთაისის საქალაქო და
სააპელაციო სასამართლოს სისხლის სამართლის სასამართლოების მონიტორინგი, 2016 წლის თებერვალი-ივლისი, გვ.
19-20

422 იხილეთ ზემოთ, გვ. 23-28, საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია, ავტორი: გოგა ხატიაშვილი, ქალთა მიმართ
ძალადობისა და ოჯახშიძალადობის მონიტორინგი, თბილისში, ქუთაისში, ბათუმში, გორსა და თელავის სასამართლოებში;
მონიტორინგის ანგარიში N10, პერიოდი: 2016 წლის აგვისტო – 2017 წლის იანვარი.

423 საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია, ავტორი: გოგა ხატიაშვილი, ქალთა მიმართ ძალადობა და ოჯახში
ძალადობის მონიტორინგი თბილისში, ქუთაისში, ბათუმში, გორსა და თელავის სასამართლოებში; მონიტორინგის
ანგარიში N10, პერიოდი: 2016 წლის აგვისტო – 2017 წლის იანვარი.

რეკომენდაციები

- შემუშავდეს კანონმდებლობა/რეგულაციები სექსუალური შევიწროების ასაკრძალად როგორც საჯარო სივრცეში ისე საგანმანათლებლო დაწესებულებებსა და სამუშაო ადგილას. მოხდეს ძალადობის მსხვერპლთა/დაზარალებულთა დაცვის მექანიზმების ეფექტიანობის ამაღლება და მისი მისადაგება ქალთა მიმართ ძალადობის ყველა ფორმასთან, ადევნებისა და სექსუალური შევიწროების ჩათვლით. გაუპატიურების განმარტების შეცვლა სისხლის სამართლის კოდექსში, რათა ის შეესაბამებოდეს CEDAW-სა და სტამბოლის კონვენციებს, მსხვერპლთა თანხმობის არარსებობის ელემენტის გათვალისწინებით
- ძალადობის მსხვერპლთათვის არსებული დამხმარე სერვისების უზრუნველყოფა ეთნიკური უმცირესობების ენებზე და ამ მომსახურების გამარტივებული ხელმისაწვდომობა იმ ქალებისთვის, რომლებიც ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ ტერიტორიებზე ცხოვრობენ
- საჯარო მოხელეებისთვის, მათ შორის, სამართალდამცავებისა და სასამართლო სისტემის წევრებისთვის, სავალდებულო ტრენინგებისა და უკვე არსებული სასწავლო პროგრამების, მთელი ქვეყნის მასშტაბით გაძლიერება
- სოციალური მუშაკების, მასწავლებლებისა და ექიმების ტრენინგების გაძლიერება ოჯახში ძალადობის შემთხვევების გამოსავლენად
- ცნობიერების ამაღლების კამპანიებისა და პროგრამების გაძლიერება, მათ შორის, სამოქალაქო საზოგადოებასთან თანამშრომლობით. საზოგადოებისა და სპეციალისტების ცნობიერების ამაღლება ქალთა მიმართ ძალადობის გამოვლინების სხვადასხვა ფორმების, მათი მიზეზებისა და შედეგების, და არსებული სამართლებრივი დაცვის საშუალებების შესახებ, მათი პრევენციის მიზნით
- ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებების და კამპანიების ორგანიზება საზოგადოებაში, მათ შორის, მედიაში, არსებული დისკრიმინაციული გენდერული სტერეოტიპების დასამარცხებლად
- ქალთა მიმართ ძალადობის ყველა ფორმის, მათ შორის, სექსუალური შევიწროების შესახებ დახარისხებული ინფორმაციისა და ძალადობის მსხვერპლ ქალთა თვითმკვლელობის შესახებ მონაცემების შეგროვება და ანალიზი
- ბავშვთა ქორწინების ყველა დე ფაქტო შემთხვევაზე სქესისა და ასაკის ნიშნით დახარისხებული მონაცემების შეგროვება
- სისხლის სამართლის კანონმდებლობაში იძულებითი ქორწინების აკრძალვის დებულებების გაძლიერება და ამ დანაშაულის დონის შესახებ მონაცემების შეგროვება
- ბავშვის ქორწინებასთან დაკავშირებული დანაშაულის ფაქტებზე (სექსუალური კავშირი არასრულწლოვანთან, თავისუფლების აღკვეთა და ა.შ.) სანქციების დაკისრება დანაშაულის სიმძიმის შესაბამისად
- ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ორგანოების მიერ გამოცემული შესაბამისი რეკომენდაციების შესრულება, მათ შორის, ქალთა მიმართ ძალადობის საკითხებზე გაეროს სპეციალური მომხსენებლის და CEDAW კომიტეტის რეკომენდაციების ჩათვლით.

ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები

სამიზნე ასაკობრივი ჯგუფების (30-49 წლის ქალები) და რისკის მქონე ახალგაზრდა ქალთა საყოველთაო სკრინინგის პროგრამამ და პრეკარცეროგენული დაავადებების მკურნალობამ შეიძლება საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა უმრავლესობის პრევენცია მოახდინოს. შესაძლებელია, კიბოს უნივერსალურმა სკრინინგმა ხელი შეუწყოს ადრეულ ეტაპზე მის გამოვლენას.⁴²⁴ საშვილოსნოს ყელისა და ძუძუს კიბოს მკურნალობით იზრდება ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლესი სტანდარტით სარგებლობის უფლება, განსაკუთრებით ასაკოვან ქალებში.

ყველა პირს და ჯგუფს უნდა ჰქონდეს უფლება, მიიღოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყველა ასპექტის შესახებ, მათ შორის, რეპროდუქციული ორგანოების კიბოს შესახებაც.⁴²⁵ სახელმწიფოებს ეკისრებათ ვალდებულება, განახორციელონ სათანადო საკანონმდებლო, ადმინისტრაციული, საბიუჯეტო და სარეკლამო ღონისძიებები ამ სფეროში და დისკრიმინაციის გარეშე უზრუნველყონ ხარისხიანი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის სერვისების (რეპროდუქციული დაავადებების ჩათვლით) სრულ სპექტრზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, მათ შორის, დაუცველი და მონყვლადი მოსახლეობისთვის.⁴²⁶

რეპროდუქციული სისტემა და ძუძუს კიბო საქართველოში

ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბო საქართველოში რეპროდუქციული ასაკის ქალების სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზებია. რეპროდუქციული ასაკის ქალთა გარდაცვალების მიზეზებს შორის ძუძუს კიბოს შემთხვევებზე 12.6% მოდიოდა, ხოლო სხვა რეპროდუქციული ორგანოების კიბოს შემთხვევებზე – დაახლოებით 12.2% (მათგან საშვილოსნოს ყელის კიბო – 6.5%, საშვილოსნოს კიბო – 4.1% და საკვერცხის კიბო – 1.6%).⁴²⁷

დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევებმა მოიმატა: 2017 წელს 100 000 ქალზე 51.9 შემთხვევა გამოვლინდა მაშინ, როცა 2015 წელს 100 000 ქალზე 94,8 შემთხვევა დაფიქსირდა.⁴²⁸ ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში კიბოს სკრინინგისა და მართვის პროგრამებში მონაწილეთა რიცხვი გაიზარდა, რის გამოც, კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობამაც მოიმატა. ეს, უპირველესად, მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდის შედეგია. მაგალითად, 2011 წელს მკერდის სკრინინგის პროგრამაში 17,576 ქალმა მიიღო მონაწილეობა, ხოლო 2015 წელს მათი რაოდენობა თითქმის სამჯერ გაიზარდა და 21,511-ს მიაღწია. ამავე დროს, თითქმის სამჯერ გაიზარდა პროსტატის სკრინინგ პროგრამებში მონაწილე მამაკაცების რაოდენობაც. მაგრამ 2015 წელს შემცირდა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამაში მონაწილე ქალთა რიცხვი.⁴²⁹ კიბოს ეროვნული სკრინინგის პროგრამის განხორციელების შემდეგ გაიზარდა ადრეულ სტადიაზე გამოვლენილი კიბოს წილი კიბოს ყველა ფორმის შემთხვევაში (იხ. ქვემოთ), თუმცა გვიან ეტაპზე გამოვლენილი შემთხვევების წილი მაინც საკმაოდ მაღალი რჩება: 2015 წელს ეს მაჩვენებელი 56% იყო.⁴³⁰

424 ჯანმო, არაგადამდები დაავადების პრევენციისა და კონტროლის გლობალური სამოქმედო გეგმა 2013-2020 იხ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

425 CESCRC ზოგადი კომენტარი 22, პარაგრაფი 18

426 CESCRC ზოგადი კომენტარი 22, პარაგრაფი 45

427 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, რეპროდუქციული ასაკის სიკვდილიანობის კვლევა. 2014.

428 ჯანდაცვის სამინისტრო, განუკურნებელი პაციენტების პალიატიური მზრუნველობა, 2017 იხ: http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=822&info_id=859 Accessed 21.08.2017

429 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სტატისტიკური წელიწადი. 2015.

430 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანდაცვა. სტატისტიკური წელიწადი. 2015.

მთავრობა და სხვა ქმედებები

კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამის მიზანია კიბოს ანომალიებისა და სიმპტომატიკის გარეშე მიმდინარე პრეკარცენოგენური დაავადებების მქონე პირების გამოვლენა და დიაგნოზირებისა და მკურნალობის მიზნით, მათი დაუყოვნებლივი რეფერირება. რეპროდუქციული ორგანოების კიბოს სკრინინგის პროგრამებს შემდეგი დასაშვებობის კრიტერიუმები აქვთ:

- ძუძუს კიბოს სკრინინგის პროგრამა მთელი საქართველოს მასშტაბით უზრუნველყოფს ძუძუს უფასო სკრინინგს ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ 40-დან 70 წლამდე ყველა ქალისთვის;
- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა მთელი საქართველოს მასშტაბით უზრუნველყოფს ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ საშვილოსნოს ყელის უფასო სკრინინგს 25-დან 60 წლამდე ასაკის ქალებისთვის;
- პროსტატის კიბოს რისკის მართვის პროგრამა საქართველოში 50-დან 70 წლამდე ასაკის ყველა მამაკაცს ყოველწლიურად სთავაზობს PSA გამოკვლევას.⁴³¹

სკრინინგის ეს პროგრამები 2011 წლიდან მთელი ქვეყნის მასშტაბით ხორციელდება.⁴³²

2013 წლიდან მოქმედებს სახელმწიფო საყოველთაო ჯანდაცვის (UHC) პროგრამა. პროგრამა მოიცავს დაგეგმილ ამბულატორიულ, სასწრაფო ჰოსპიტალურ და ამბულატორიულ, არჩევით ქირურგიულ, კიბოს სამკურნალო და სამედიცინო მომსახურებას.⁴³³ პროგრამის ფარგლებში მთელი საქართველოს მოსახლეობისთვის უფასოა კიბოს სკრინინგი, ხოლო სკრინინგის ტესტების დადებითი პასუხის შემთხვევაში – შემდგომი ვიზიტები, პრეინვაზიული და in-situ დაავადების მკურნალობა. კიბოს მკურნალობა, რომელიც მოიცავს ქიმიოთერაპიას, ჰორმონალურ თერაპიას, რადიოთერაპიას და ყველა სახის დიაგნოსტიკურ გამოკვლევას, წლიურად, მაქსიმუმ, 12 000 ლარით ფინანსდება. არსებობს 20% თანადაფინანსება 18 წლის და ხანდაზმული ადამიანებისთვის. 18 წლამდე ასაკის პაციენტის მკურნალობის ხარჯებს მთლიანად სახელმწიფო ფარავს. პროგრამა აფინანსებს იმ მოქალაქეთა ხარჯებს, რომელთა შემოსავალი 40 000 ლარს აღემატება.⁴³⁴

კიბოზე ეპიდემიოლოგიური დაკვირვების გასაუმჯობესებლად, 2015 წელს შეიქმნა და დაინერგა მოსახლეობაში კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რეესტრი (CPR). რეესტრმა ხელი შეუწყო კიბოს ეპიდემიოლოგიის უკეთ გააზრებას სხვადასხვა ტიპის კლინიკურ სტადიებზე დაავადების გავრცელებისა და განაწილების თვალსაზრისით.⁴³⁵

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია რეკომენდაციას უწევს ადამიანის პაპილომა ვირუსების საწინააღმდეგო ვაქცინაციას (HPV), თუ ის რენტაბელური და ხელმისაწვდომი იქნება ეროვნული პროგრამებისა და პოლიტიკის გათვალისწინებით.⁴³⁶ საქართველოში ჯერ კიდევ არ ხდება HPV ვაქცინაცია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა 9 წლის გოგონების ვაქცინაცია ოთხ რეგიონში მალე დაიწყება. ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსი (GAVI) ახორციელებს ორწლიან პროექტს, რომელიც ქვეყნებს 15 000-მდე გოგონას უფასო ვაქცინაციის საშუალებას აძლევს. აღნიშნული პროექტი საქართველოში 2017-2019 წლებში განხორციელდება.⁴³⁷

431 კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამა, კიბოს სკრინინგის ეროვნული კომიტეტი, იხ:<http://gnsc.ge/?lang=en>

432 კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამა, კიბოს სკრინინგის ეროვნული კომიტეტი, იხ:<http://gnsc.ge/?lang=en>

433 საყოველთაო ჯანდაცვა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო იხ.http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=888. საყოველთაო ჯანდაცვა. 2017

434 საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია, 2017-2020

435 ჯანდაცვის სამინისტრო., ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა 2017 იხ.: http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=822&info_id=859 Accessed 21.08.2017

436 ჯანმო, არაგადამდები დაავადების პრევენციისა და კონტროლის გლობალური სამოქმედო გეგმა 2013-2020 იხ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

437 დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, 2017 (გამოქვეყნებული დოკუმენტი)

შესაბამობები

ფიზიკური, გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა კიბოს სკრინინგისა და მკურნალობისთვის ძირითად ბარიერების ქმნიან. სკრინინგის პროგრამები არ არის ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში. მაგალითად, PAP-ნაცხის ანალიზი, ძუძუს კლინიკური გამოკვლევა და მამოგრაფია, რადიოთერაპია, ქიმიოთერაპია და სახლის პირობებში მოვლის სერვისი პროგრესირებული კიბოს მქონე პაციენტებისთვის, არ არის ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის პირველად დონეზე, რადგან ამ დონეზე არსებული ტექნიკური საშუალებები და აღჭურვილობა არაა დეკვატურია. თავს იჩენს სათანადო უნარების დეფიციტიც, პერსონალში, რომელმაც სკრინინგი უნდა განახორციელოს.⁴³⁸ ამდენად, არსებული მდგომარეობა ადამიანებს აიძულებს ისეთ ადგილებზე გაემგზავრონ, სადაც ეს სერვისები არსებობს, რაც ზრდის მათ დანახარჯს.

კიბოს სკრინინგის პროგრამების (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, პროსტატისა და კოლორექტალური) გამოყენება საკმაოდ დაბალია. ამის ერთ-ერთი მიზეზი ისიცაა, რომ 2013 წლამდე სახელმწიფო არ აფინანსებდა მკურნალობას და ხალხი ერიდებოდა სკრინინგის გავლას. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად,⁴³⁹ საქართველომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს PAP-ნაცხის აღების მეთოდით უფასო გამოკვლევები დანერგა, პრეკარცენოგენული დაზიანებების მკურნალობა უფასო არ არის,⁴⁴⁰ რის გამოც ხალხი უფრო ხის ტესტირებაში მონაწილეობის მიღებას.

კიბოს სკრინინგთან დაკავშირებული საინფორმაციო კამპანიები უკვე შეწყდა და ამჟამად სახელმწიფოს ან ადგილობრივი ადმინისტრაციების მიერ დაფინანსებული საზოგადოებრივი ინფორმირების პროგრამები აღარ ხორციელდება.

რეკომენდაციები

- სკრინინგის პროგრამების ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის სერვისებში
- რეპროდუქციული და ძუძუს კიბოს შესახებ ცნობიერების ამაღლების პროგრამების შემუშავება და განხორციელება, რომლებიც ასევე მოახდენენ ხალხის ინფორმირებას სკრინინგისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომი პროგრამების შესახებ
- HPV ვაქცინაციის პროგრამის განხორციელება ქვეყნის მასშტაბით. ვაქცინაციის ინფორმირებული თანხმობით, ყოველგვარი იძულების ან დისკრიმინაციის გარეშე ჩატარების უზრუნველყოფა.

438 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ძუძუს კიბოს მკურნალობა ჰერცეპტინით (Herceptin) 2016 წ.

439 ჯანმო, არაგადამდები დაავადების პრევენციისა და კონტროლის გლობალური სამოქმედო გეგმა იხ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

440 ჯანმო, არაგადამდები დაავადების პრევენციისა და კონტროლის გლობალური სამოქმედო გეგმა იხ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა საკითხები

სამედიცინო მიღწევებმა და ახალი ტექნოლოგიების განვითარებამ ისეთ მდგომარეობაში მყოფი დედებისა და ბავშვების გადარჩენა გახადა შესაძლებელი, რომლებიც ჯერ კიდევ რამდენიმე წლის წინ დაიღუპებოდნენ. განვითარება ხელს უწყობს მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვას და მკურნალობის არსებულ ფორმებზე უფრო მეტ წვდომას. ამასთან, ის ზრდის ქალების შესაძლებლობას, უსაფრთხო და ჯანმრთელი ორსულობა ჰქონდეთ იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ადრე უნაყოფობის დიაგნოზი ჰქონდა დასმული. თუმცა, ხელოვნური რეპროდუქციული ტექნოლოგიებისა (ART) და ხელოვნური ორსულობის სფეროში მიღწეული ტექნოლოგიური პროგრესი მთელ რიგ ეთიკურ საკითხებსაც წარმოშობს.⁴⁴¹ მათ შორის არის სუროგაციის საკითხი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით ნებადართულია.

სუროგაცია ნიშნავს ნაყოფის გადატანას ქალის სხეულში შემდგომი ზრუნვისთვის და სხვა ადამიანისთვის გადაცემის მიზნით. ეს შეიძლება განხორციელდეს ინ-ვიტრო ან ბუნებრივი განაყოფიერების გზით ან/და ემბრიონის გადანერგვით. სუროგატი დედა (გესტაციური მატარებელი)⁴⁴² ორსულად არის ცხრა თვის განმავლობაში, მშობიარობის შემდეგ კი ბავშვი სხვა ინდივიდს ან წყვილს გადაეცემა.⁴⁴³

სუროგაცია შეიძლება იყოს ნაწილობრივი (როდესაც სუროგატი დედა ასევე არის გენეტიკური დედა) ან სრული (იმ შემთხვევაში, თუ სუროგატი დედის ორგანიზმში ხდება დონორის სინჯარაში განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტირება).

ალტრუისტული სუროგაცია გულისხმობს სუროგატი დედის მიერ უსასყიდლოდ ორსულობას, როდესაც სუროგატი დედა არ იღებს ისეთ ფინანსურ კომპენსაციას, რომელიც ორსულობის ხარჯებს აღემატება. ამის საპირისპიროდ, კომერციული სუროგაცია, რომელიც ზოგიერთ ისეთ ქვეყანაშიც აკრძალულია, სადაც ალტრუისტული სუროგაცია კანონითაა დაშვებული, გულისხმობს წინასწარ შეთანხმებულ ანაზღაურებას, რაც გესტაციურ მატარებელს ფინანსურ მოტივაციას უჩენს.⁴⁴⁴

ადამიანის უფლებები მოიცავს სამეცნიერო მიღწევებით სარგებლობის და პირადი და ოჯახური ცხოვრების ქონის უფლებას, რასაც, სხვა უფლებებთან ერთად, შეიძლება მივაკუთვნოთ სუროგაციაც. სუროგატული დედობა ყველა იმ სუბიექტის უფლებების გულდასმით განხილვას მოითხოვს, რომლებიც ამ პროცესში არიან ჩართული: სუროგატი დედის, კლიენტი მშობლის (მშობლების) და ბავშვის უფლებების.

მთავრობა და სხვა ქმედებები

საქართველოში სურგატულ დედობას არეგულირებს საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (მუხლი 143), კანონი „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ (მუხლი 30) და კანონი „სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის წესის დამტკიცების შესახებ“ (მუხლი 19).

441 UNFPA, OHCHR, ადამიანის უფლებათა დანიის ინსტიტუტი, რეპროდუქციული უფლებები ადამიანის უფლებებია. სახელმძღვანელო ადამიანის უფლებათა ეროვნული ინსტიტუტებისთვის.

442 გესტაციური მატარებლის განმარტება: ქალი, რომელიც მესამე მხარის სპერმისა და კვერცხუჯრედის გამოყენებით დაორსულდა. ის ორსულობას ახორციელებს იმ განზრახვით ან შეთანხმებით, რომ შთამომავლობის მშობელი იქნება ერთი ან ორივე პირი, ვინც მეტი გაიღო. იხილეთ WHO, აქტუალური პრაქტიკა და დაპირისპირება შვეიცარიაში, ვენეციაში, შვეიცარიაში, 17-21 სექტემბერი 2001, რედაქტირებულია ეფი ვაიენა, პატრიკ ჯო როუეს მიერ, „შვეიცარია, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შტაბ-ბინა“ რეპროდუქციის სამედიცინო, ეთიკური და სოციალური ასპექტების შესახებ, პ. დევიდ გრიფინი.

443 ნინო კარიაული, სუროგაცია და მისი სამართლებრივი შედეგები საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ევროპის სამეცნიერო ჟურნალი, 2016 წლის დეკემბერი, გვ. 2.2-222.

444 გაეროს მოსახლეობის ფონდი, ქალთა და ჯანმრთელობის რესურსების ჯგუფი, სუროგაციის ინფორმაცია მოკლედ, 2014, ხელმისაწვდომია <http://india.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SurrogacyInfobrief-1.pdf>

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის 143-ე მუხლი ინ-ვიტრო განაყოფიერებასთან (IVF) დაკავშირებით აცხადებს, რომ ექსტრაკორპორული განაყოფიერება ნებადართულია: „უშვილობის მკურნალობის მიზნით, აგრეთვე, ცოლის ან ქმრის მხრიდან ბავშვისთვის გენეტიკური დაავადების გადაცემის რისკის არსებობისას წყვილის ან დონორის სასქესო უჯრედების ან ემბრიონის გამოყენებით, თუ მიღებულია წყვილის წერილობითი თანხმობა“; „თუ ქალს არა აქვს საშვილოსნო, განაყოფიერების შედეგად მიღებული ემბრიონის სხვა ქალის (სუროგატული დედის) საშვილოსნოში გადატანისა და გამოზრდის გზით. წყვილის წერილობითი თანხმობა აუცილებელია“. კანონში ასევე აღნიშნულია, რომ „ბავშვის დაბადების შემთხვევაში წყვილი ითვლება მშობლებად, აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობებითა და უფლებამოსილებით; დონორს ან „სუროგატულ დედას“ არა აქვს დაბადებული ბავშვის მშობლად ცნობის უფლება.“

„სამოქალაქო აქტების შესახებ“ კანონის 30-ე მუხლში ნათქვამია, რომ ექსტრაკორპორალური განაყოფიერების შედეგად დაბადებული ბავშვის დაბადების რეგისტრაცია ხორციელდება „სამოქალაქო აქტების შესახებ“ კანონის შესაბამისად, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონისა და სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის პროცედურის გათვალისწინებით, რომელიც დადგენილია მე-19 მუხლში და ითვალისწინებს სამოქალაქო აქტების რეგისტრაციის ორგანოში შემდეგი დოკუმენტაციის წარდგენის ვალდებულებას: სამედიცინო ცენტრის მიერ გაცემული ექსტრაკორპორალური განაყოფიერების დამადასტურებელი დოკუმენტი უშუალოდ ემბრიონის იმპლანტაციის საფუძველზე და ხელმოწერილი და სანოტარო წესით დამოწმებული შეთანხმება ექსტრაკორპორალურ განაყოფიერებამდე. მე-19 მუხლი განმარტავს, რომ დაუშვებელია სამოქალაქო დაბადების ჩანაწერში დონორის ან სუროგატი დედის მითითება, როგორც ბავშვის მშობლისა.

შესაბამოები და განვითარება

ეროვნული კანონმდებლობის სრულყოფის მიზნით, 2014 წლის ივნისში შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, იუსტიციის სამინისტროს, პარლამენტის ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტისა და დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკოორდინაციო საბჭოს ორგანიზებით და გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის ტექნიკური მხარდაჭერით, გაიმართა საკონსულტაციო შეხვედრა მოსაზრებების გასაზიარებლად და საქართველოში სუროგატული დედობის მარეგულირებელი ჩარჩო დოკუმენტის შესამუშავებლად.⁴⁴⁵ ამჟამინდელ შიდა საკანონმდებლო ჩარჩოსთან დაკავშირებით არსებული ერთ-ერთი საყურადღებო საკითხი ის არის, რომ ჩარჩო არ აღიარებს გესტაციური მატარებლის რაიმე უფლებას, რითაც ხელს უწყობს კომერციული სუროგაციის წახალისებას.⁴⁴⁶

კონსენსუსი კონტროლის მარეგულირებელი სისტემის ჩამოყალიბების შედეგად მოიძებნა, რომელიც სუროგაციის შეთანხმებების წახალისების ნაცვლად, მიზნად ისახავს ფიზიკურ პირებსა და ფართო საზოგადოებაზე იმ მაგნე ზემოქმედების შეზღუდვას, რაც შეიძლება უკონტროლო სუროგატული დედობითა და მისი წახალისებით იქნეს გამოწვეული.⁴⁴⁷ მონაწილე მხარეების დასკვნით, მიუხედავად იმისა, რომ თეორიულად შესაძლებელია სუროგატული დედობის სამართლებრივი აკრძალვა, ასეთმა აკრძალვამ, მისი სავარაუდო გვერდის ავლისა და უკონტროლო სუროგაციის განვითარებით, შეიძლება ზიანი მიაყენოს სოციალურად დაუცველ ქალებს. ამის გამო მონაწილეებმა მიიღეს გადაწყვეტილება, რომ სუროგაციის ხელშეკრულებების აბსოლუტური აკრძალვა რეკომენდებული არ იქნას ეროვნული პოლიტიკის განხორციელებისას.

445 ბერნარ მ. დიკენსი, ტორონტოს უნივერსიტეტი, გაეროს მოსახლეობის ფონდის კონსულტაცია „სურგაროტი დედის რძის სამართლის შესახებ“ საქართველოში, 2014 წლის 9-10 ივნისი.

446 ნინო კარიაული, სუროგაცია და მისი სამართლებრივი შედეგები, საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, ევროპის სამეცნიერო ჟურნალი, 2016 წლის დეკემბერი, გვ. 215-222.

447 ბერნარ მ. დიკენსი, იქვე.

ჩარჩო ისეთი მარეგულირებელი ორგანოს შექმნას ითვალისწინებს, სადაც ინ-ვიტრო განაყოფიერების ლიცენზიის მქონე კლინიკები და ექიმები ვალდებული იქნებიან დაარეგისტრირონ სუროგაციის ხელშეკრულებები. ის ასევე განსაზღვრავს რიგ კრიტერიუმებს, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია სუროგაციის შეთანხმების ძალაში შესასვლელად და მიზნად ისახავს სუროგატი დედისა და ბავშვის უფლებების გარანტირებას. ეს კრიტერიუმებია: მომავალი მშობლების უნაყოფობა (რათა თავიდან ავირიდოთ სუროგაცია ტრივიალური მიზეზების გამო), მიმღები წყვილის კანონიერი ქორწინება, საცხოვრებელი ადგილი საქართველოში (რეპროდუქციული ტურიზმის თავიდან ასაცილებლად), ასაკობრივი ცენზი (რათა ქალი ასაკობრივად მოწიფული იყოს და სწორად იაზრებდეს თავისი ქმედებით გამოწვეულ შედეგებს მომავალში მის ჯანმრთელობასა და მშობიარობასთან დაკავშირებით), ფინანსური ანაზღაურება (ეს სუროგატული მომსახურების განვითარების გაუმართლებელი მოტივი რომ არ გახდეს), მონაცემთა შეგროვება (მთავრობის მიერ).

ეს ჩარჩო დღემდე არ განხორციელებულა.

რეკომენდაციები

9-10 ივნისს გამართულ კონსულტაციებზე შემდეგი რეკომენდაციები შემუშავდა:

- შესაბამისი სამინისტროს ფარგლებში, ან მის მიმართ ანგარიშვალდებული მარეგულირებელი სააგენტოს შექმნა, რომელსაც დაეკისრება სუროგატული შეთანხმებების მონიტორინგისა და სუროგატული ხელშეკრულების ნიმუშის შემუშავება
- მარეგულირებელი ორგანოსათვის ანაზღაურების შეთანხმებების მონიტორინგის ფუნქციის დაკისრება, რათა ისინი იყოს სამართლიანი და სავაჭრო ორსულობის ხარჯების დასაფარად, არ უწევდეს ექსპლუატაციას პოტენციურად დაუცველ სუროგატ დედებს და აგრეთვე, არ იყოს გაუმართლებლად მაღალი სუროგატული მომსახურების განვითარების
- მარეგულირებელი სააგენტოსთვის კონსულტირების ფუნქციის დაკისრება, რაც გულისხმობს სუროგაციის მონაწილე პირების კონსულტირებას ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა: ორსულობისა და ბუნებრივი ან ქირურგიული მშობიარობის რისკები სუროგატი დედისათვის და დაბადებული ბავშვის შვილად აყვანასთან დაკავშირებულ გართულებები, განსაკუთრებით, საკუთარი ბავშვის გაშვილებისას, ტრადიციულ სუროგაციაში; პოტენციური მშობლებისთვის ინფორმაციის მიწოდება ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა, სპონტანური ან სამედიცინო მიზეზებით გამოწვეული აბორტის რისკები, ამით გამოწვეული ემოციური და ფინანსური ტვირთი; პასუხისმგებლობა გენეტიკური ან თანდაყოლილი მიზეზებით გამოწვეული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვზე
- უშვილობის კრიტერიუმების ჩამოყალიბება, რათა სუროგაცია მშობლობის უკანასკნელ საშუალებად განისაზღვროს
- არადისკრიმინაციული გარემოს უზრუნველყოფა სუროგაციის ორგანიზებისას, მათ შორის ოჯახური მდგომარეობისა და სექსუალური ორიენტაციის საფუძველზე
- „რეპროდუქციული ტურიზმის“ შესაძლო პრაქტიკის თავიდან ასაცილებლად, საქართველოში საცხოვრებელი ადგილის ქონის აუცილებელ მოთხოვნად აღიარება
- გესტაციური მატარებლისთვის მინიმალური ასაკობრივი ზღვრის დაწესება, რომელიც უნდა იყოს ბავშვთა უფლებების კონვენციით გათვალისწინებულ 18 წელსა და სრულწლოვნობის ასაკზე ზევით, რათა გარანტირებული იქნას სუროგატი დედის შესაბამისი მოწიფულობა და გადაწყვეტილების მიღების დროს მის ჯანმრთელობასა და ორსულობაზე მომავალში შესაძლო ზემოქმედების საფრთხეების გააზრების უნარი; ასაკობრივი ცენზის დაწესება მიმღები მშობლებისთვისაც, ადამიანის უფლებათა სტანდარტების გათვალისწინებით, რომელიც კრძალავს დისკრიმინაციას ასაკის საფუძველზე
- მონაცემთა შეგროვება და მათი პერიოდულად წარდგენა მარეგულირებელ სააგენტოში ან სხვა შესაბამის სახელმწიფო დაწესებულებაში, როგორც აუცილებელი პირობა სამედიცინო რეპროდუქციული მომსახურების განვითარების ლიცენზიის მისაღებად.

თანასწორობა და დისკრიმინაციის დაუშვებლობა ადამიანის უფლებებით სარგებლობისას ის ფუნდამენტური პრინციპებია, რომლებიც ადამიანის უფლებათა დაცვისა და ფუნდამენტური თავისუფლებების დაცვის ყველა საერთაშორისო ინსტრუმენტშია აღიარებული. ისინი ასევე გათვალისწინებულია ეროვნულ დონეზე საქართველოს კონსტიტუციასა და ეროვნულ კანონებში, როგორცაა კანონი „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ (2014 წ.), რომელიც ჯანმრთელობის უფლების დაცვასაც მოიცავს. თუმცა ადამიანები, რომლებიც მოწყვლად და დაუცველ ჯგუფებს მიეკუთვნებიან, ბევრ ისეთ დაბრკოლებას აწყდებიან, რომელიც ხელს უშლით ადამიანის უფლებებით სარგებლობაში მათ შორის, ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტის უფლების ჩათვლით, რომელიც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასაც გულისხმობს.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სრული უფლებით სარგებლობა მილიონობით ადამიანისთვის, განსაკუთრებით მსიოფლიოს მასშტაბით მცხოვრები ქალებისა და გოგონებისთვის, ჯერ კიდევ მიუღწეველია.⁴⁴⁸ ცალკეული პირები და მოსახლეობის ჯგუფები მრავალჯერად და ურთიერთგადამკვეთი დისკრიმინაციის ფორმებს აწყდებიან, რომლებიც აღრმავებს მათ გარიყულობას, როგორც სამართლებრივი, ასევე პრაქტიკული თვალსაზრისით. ეს სახელმწიფოს მხრიდან რეაგირებას მოითხოვს. მათ შორის არიან ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ინტერსექს ადამიანები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, ქალი სექსმუშაკები, ნარკოტიკის მომხმარებელი ქალები, იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტებით დაზარალებული ქალები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები, ახალგაზრდები და მოზარდები.⁴⁴⁹

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხი ყველა ქვეყანაში ზოგადად ასახავს საზოგადოების სოციალურ უთანასწორობას და გენდერული, ეთნიკური წარმომადგენლობის, ასაკის, შეზღუდული შესაძლებლობის და სხვა ფაქტორების საფუძველზე ძალაუფლების არათანაბარ განაწილებას. სიღარიბე და შემოსავლების უთანასწორობა, სისტემური დისკრიმინაცია და მარგინალიზაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ფაქტორებია. ისინი რიგ სხვა უფლებებზეც აისახება, მათ შორის, ეფექტიანი სამართლებრივი დაცვის საშუალების, მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობის, ცხოვრების ადეკვატური სტანდარტისა და სოციალური უსაფრთხოების უფლებაზე.⁴⁵⁰

რამდენადაც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლება თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობის უმაღლესი მიღწევადი სტანდარტის უფლების განუყოფელი ნაწილია, იგი უნდა შეიცავდეს სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტის ზოგადი კომენტარების მე-14 და 22-ე მუხლებში გათვალისწინებულ ოთხ კომპონენტს. ამდენად, ქვეყნებმა ნებისმიერი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისის მიწოდებისას უნდა უზრუნველყონ არადისკრიმინაციულობა მათი ხელმისაწვდომობის (ფიზიკური ხელმისაწვდომობის, ფინანსური ხელმისაწვდომობის და ინფორმაციული ხელმისაწვდომობის), მისაღებლობისა და ხარისხის კუთხით (იხილეთ სექცია ზემოთ).

მაგალითად, საავადმყოფოების, თავშესაფრებისა და ჯანდაცვის სხვა ობიექტების ფიზიკური ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილი უნდა იყოს განსაკუთრებით დაუცველი და მოწყვლადი ჯგუფებისთვის. აუცილებელი საჭონელი და მომსახურება, მათ შორის, ისინიც, რომლებიც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითადი დეტერმინანტია, უნდა იყოს უფასო ან თანასწორად ხელმისაწვდომი,

448 CESCR ზოგადი კომენტარი 22, 2016.

449 CESCR ზოგადი კომენტარი 22, 2016; გაეროს სპეციალური მომხსენებელი ჯანდაცვის უფლების შესახებ მოზარდების ჯანმრთელობის უფლებაზე (2013).

450 CESCR ზოგადი კომენტარი 22, 2016.

რათა ცალკეულ პირებს და ოჯახებს არაპროპორციულად არ გაეზარდოთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხარჯები.

ყველა პირსა და ჯგუფს, მათ შორის მოზარდებსა და ახალგაზრდებს, გააჩნიათ უფლება, მიიღონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ყველა ასპექტის შესახებ, მათ შორის დედათა ჯანმრთელობაზე, კონტრაცეპტივებზე, ოჯახის დაგეგმვაზე, სექსუალური გზით გადამდებ ინფექციებსა და აივ პრევენციაზე, უსაფრთხო აბორტსა და აბორტის შემდგომ ზრუნვაზე, უშიშრობასა და შვილოსნობის პირობებსა და რეპროდუქციულ დაავადებებზე. ასეთი ინფორმაცია ინდივიდებისა და საზოგადოების მოთხოვნების შესაბამისად უნდა მიენიჭებოდეს, მაგალითად, ასაკის, სქესის, ენობრივი უნარების, განათლების დონის, შეზღუდული შესაძლებლობის, სექსუალური ორიენტაციის, გენდერული იდენტობისა და სექსუალური მახასიათებლების გათვალისწინებით. ინფორმაციის ხელმისაწვდომობამ არ უნდა დაარღვიოს პირის ჯანმრთელობის და მასთან დაკავშირებული ინფორმაციის პირადულობისა და კონფიდენციალურობის უფლება.

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ყველა ობიექტი, საქონელი, ინფორმაცია და მომსახურება უნდა ითვალისწინებდეს პიროვნების, უმცირესობების, ხალხებისა და თემების კულტურულ თავისებურებებს და სიფრთხილით ეკიდებოდეს გენდერის, ასაკის, შეზღუდული შესაძლებლობების, სექსუალური მრავალფეროვნებისა და სიცოცხლის ციკლის მოთხოვნებს.

არადისკრიმინაციულობა და თანასწორობა მხოლოდ სამართლებრივ და ფორმალურ თანასწორობას კი არა, არსებით თანასწორობასაც გულისხმობს. არსებითი თანასწორობა ცალკეული ჯგუფების ჯანმრთელობის მკაფიო საჭიროებების, აგრეთვე, კონკრეტული ჯგუფების წინაშე არსებული ნებისმიერი ბარიერის დაძლევის მოითხოვს. კონკრეტული ჯგუფების სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებებს უნდა მიექცეს შესაბამისი, მასზე ორიენტირებული ყურადღება. მაგალითად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უნდა შეეძლოთ, ისარგებლონ არა მხოლოდ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანდაცვის მომსახურების ზოგადი სპექტრითა და ხარისხით, არამედ თავიანთი შეზღუდული შესაძლებლობიდან გამომდინარე საჭიროებებით. გარდა ამისა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სრულფასოვანი და თანასწორი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად უნდა შეიქმნას მათთვის შესაბამისი გარემო, როგორცაა ფიზიკურად იოლად მისაღწევი ობიექტები, გასაგებ ფორმატში გადმოცემული ინფორმაცია და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში დახმარება. ქვეყნებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ ზრუნვა პატივისცემით და პირის ღირსების აღიარებით ხორციელდებოდეს, რაც არ გააღრმავებს მათ მარგინალიზაციას.⁴⁵¹

მიმდინარე წლის დასაწყისში გაეროს სააგენტოებმა გამოაქვეყნეს ერთობლივი განცხადება იმის შესახებ, რომ ჯანდაცვის სისტემაში არსებული დისკრიმინაცია საერთაშორისო ხელშეკრულებებით დაცული ადამიანის ფუნდამენტური უფლებებისა და ეროვნული კანონმდებლობის დარღვევაა. განცხადებაში აღნიშნულია, რომ ჯანდაცვის სფეროში დისკრიმინაცია ზოგი ყველაზე მოწყვლადი და სტიგმატიზებული მოსახლეობის ჯგუფებისადმი მიმართული. მათ ქვეყნებს მოუწოდეს, გააუქმონ ასეთი დისკრიმინაციის სამართლებრივი და მარეგულირებელი ფორმები და გადაამზადონ ჯანდაცვის პერსონალი ამ კუთხით.⁴⁵²

რადგან დისკრიმინაცია აფერხებს სხვადასხვა ნიშნით მარგინალიზებული ჯგუფების მიერ ადამიანის უფლებებით სარგებლობას, მათ უზღუდავს წვდომას ჯანდაცვასა და სხვა სოციალურ მომსახურებებზე,

451 CESCR ზოგადი კომენტარი 22.

452 გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის განცხადება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დისკრიმინაციის დასრულების შესახებ (2017).

ამიტომ ამ ანგარიშში ისეთი მოწყვლადი ჯგუფები შევარჩიეთ, რომლებიც განსაკუთრებით დაუცველნი არიან სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურებების მიღების თვალსაზრისით. ანგარიში ფოკუსს აკეთებს სრჯაუ-ზე, რომელიც ძალადობის და ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გავრცელების გამო, განსაკუთრებით ქალებს ეხება. მასში ყურადღება გამახვილდა მოწყვლადი ქალების ჯგუფებზე, რომლებიც დისკრიმინაციის რამდენიმე ფორმას განიცდიან. დამატებითი ინფორმაცია ქვემოთ მოყვანილი მარგინალური ჯგუფების სრგ-ის შესახებ, ასევე, შეგიძლიათ იხილოთ ამ ანგარიშის სხვა თავებში. გაითვალისწინეთ, რომ აივ ინფექციით დაავადებული პირების შესახებ ინფორმაცია გადმოცემულია თავში, რომელიც აივ ინფექციას შეეხება.

გარდა საქართველოს მიერ ადამიანის უფლებების კუთხით ნაკისრი ვალდებულებებისა, ადამიანის უფლებათა დაცვის ორგანოებმა ქვეყანას არაერთხელ წარუდგინეს რეკომენდაციები სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და სოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილების შესახებ. მათ შორის მოსახლეობის ისეთი ჯგუფების შესახებ, როგორიცაა: მოზარდები და ახალგაზრდები, სოფლის მოსახლეობა, ეთნიკური უმცირესობა, ბოშები, ლგბტი, ნარკოტიკის მომხმარებელი ქალები და სხვ. რეკომენდაციებში ასევეა საუბარი სოციალურად დაუცველი ჯგუფების მიმართ არსებული დისკრიმინაციისა და უარყოფითი განწყობის აღმოფხვრის შესახებ, როგორც კანონმდებლობაში, ასევე პრაქტიკაში.⁴⁵³

1. ლგბტი

ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი და ინტერსექსი (ლგბტი) პირები საქართველოში ერთ-ერთი ყველაზე მარგინალური და ჩრდილში მყოფი ჯგუფია. მიუხედავად იმისა, რომ დისკრიმინაციის ყველაფორმის აღმოფხვრის შესახებ კანონის მიღებასთან ერთად (2014 წ.), სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის (სოგი) დისკრიმინაციის აკრძალვის თვალსაზრისით, გარკვეული წარმატებები მიიღწა, აღნიშნული ჯგუფის წევრები კვლავ განიცდიან ძალადობას, ზეწოლას და შეურაცხყოფას, როგორც ზოგადად საზოგადოების მხრიდან, ისე კონკრეტულ დაწესებულებებსა (მათ შორის, სამედიცინო დაწესებულებებში) და სამუშაო ადგილებზე.⁴⁵³ სოგი-ს საფუძველზე მოტივირებული ძალადობა ხშირად საერთოდ არ აღირიცხება და შესაბამისად, გამოძიებისა და რეპარაციის გარეშე რჩება.⁴⁵⁵

მოწყვლადი ჯგუფების დისკრიმინაციამ და სექსუალური უფლებების დარღვევამ, შეიძლება ჯანმრთელობასა და განათლებაზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა გამოიწვიოს პირის არაკონფორმისტული სექსუალური ქცევის, გამოხატვისა და იდენტობის გამო. ლგბტ ადამიანების მიმართ ჩადენილი ფიზიკური აგრესია აჩენს დაუცველობის გრძნობას, განსაკუთრებით ღარიბ და სხვა ნიშნით ჩაგრულ

453 ბავშვთა უფლებების კომიტეტი, დასკვნა საქართველოს მეოთხე პერიოდულ ანგარიშზე, 9 მარტი 2017, იხ: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GEO/CO/4&Lang=En; ადამიანის უფლებათა კომიტეტი, დასკვნა საქართველოს მეოთხე პერიოდულ ანგარიშზე, 19 აგვისტო 2014, CCPR/C/GEO/CO/4, იხ: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/GEO/CO/4&Lang=En;

ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, დასკვნითი მოსაზრებები საქართველოს მეოთხე და მეხუთე პერიოდული ანგარიშების შესახებ, 24 ივლისი 2014, CEDAW/C/GEO/CO/4-5, იხ: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GEO/CO/4-5&Lang=En; რასობრივი დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტი, დასკვნითი მოსაზრებები საქართველოს მეექვსე და მერვე პერიოდული ანგარიშების შესახებ, 13 მაისი 2016, CERD/C/GEO/CO/6-8, იხ: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CERD/C/GEO/CO/6-8&Lang=En

454 ლ. ჯალაღანია „ლგბტ პირთა სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოში“, EMC, 2016, იხ: <https://emc.org.ge/2016/06/03/emc-78/> / ლ.

455 ლ. ჯალაღანია, „სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის საფუძველზე გამოვლენილი დანაშაულის გამოძიებისა და პრევენციის ოპერატიული სახელმძღვანელო“, EMC, 2017, იხ: <https://emcrights.files.wordpress.com/2017/05/gender-crime-web.pdf>

ადამიანებში. ჯანდაცვის სფეროში სოგი-ის საფუძველზე დისკრიმინაციას შეუძლია, ხელი შეუშალოს ჯანმრთელობის დაზღვევაზე ან სათანადო სამედიცინო დახმარებაზე წვდომას, რამაც შეიძლება ბევრი ადამიანი გარიყოს სოციალური წრიდან და მათ სიღარიბისკენაც კი უბიძგოს.⁴⁵⁶

რაც შეეხება კანონმდებლობას ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის სფეროში, საქართველოს კონსტიტუციისა⁴⁵⁷ და „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ კანონის გარდა, დისკრიმინაციის აკრძალვა ასევე უზრუნველყოფილია „ჯანმრთელობის დაცვის უფლების შესახებ“ კანონით, რომელიც კრძალავს დისკრიმინაციას სექსუალური ორიენტაციის ან უარყოფითი პიროვნული დამოკიდებულების ნიშნით.⁴⁵⁸ გარდა ამისა, საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, რომელიც ჯანდაცვის სისტემაში მოქალაქეთა უფლებების დაცვას ისახავს მიზნად, ყველა პაციენტის ღირსების პატივისცემას გულისხმობს.⁴⁵⁹

მიუხედავად ამისა, საქართველოში ჩატარებული რამდენიმე კვლევა ააშკარავებს დისკრიმინაციის არსებობას და ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებისა და ზოგადად, ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების მიერ ლგბტი პირების პირადი ცხოვრებისა და კონფიდენციალობის უფლების დარღვევას.⁴⁶⁰ სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი ინფორმირებულობა, ლგბტი პირების მიმართ არსებული ნეგატიური სტერეოტიპები და კონკრეტული სამედიცინო საჭიროებების იგნორირება, პაციენტებს ხელს უშლის, მიიღონ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება.⁴⁶¹

ამ კვლევების თანახმად, ლგბტ ჯგუფის წევრები ხშირად თავს იკავებენ სამედიცინო მომსახურების მიღებისაგან და ექიმების მხრიდან უარყოფითი დამოკიდებულების თავიდან ასაცილებლად, თვითმკურნალობას არჩევენ.⁴⁶² ცალკეულ შემთხვევებში, ექიმების მხრიდან უარყოფითი ან გულგრილი დამოკიდებულების მოლოდინი დესტრუქციულ ქმედებებს იწვევს პაციენტის მხრიდან. მაგალითად, არასწორი ინფორმაციის მიწოდება ექიმისთვის, რაც გავლენას ახდენს ექიმის მიერ მედიკამენტების ან მკურნალობის შერჩევაზე.⁴⁶³

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს არ გაუანალიზებია და შეუფასებია ლგბტ ჯგუფების ჯანმრთელობის დაცვის საჭიროებები საქართველოში.

მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ ჰომოსექსუალობა 1990 წელს ამოიღო დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციიდან (ICD), საქართველოში ზოგიერთი სამედიცინო პერსონალის მიერ ის ჯერ კიდევ განიხილება დაავადებად და გადახრად: ჯანდაცვის სექტორის ცალკ-

456 იხ. ზოგადად, OHCHR, იბადები თავისუფალი და თანასწორი; ნ. დანიშვილი, ტრანსგენდერ პირთა საჭიროება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, WISG, 2015.. იხ: [http://women.ge/data/WISG%20Needs%20of%20Transgender%20persons%20in%20Healthcare%20\(policy%20paper\).pdf](http://women.ge/data/WISG%20Needs%20of%20Transgender%20persons%20in%20Healthcare%20(policy%20paper).pdf)

457 მუხლი 37

458 მუხლი 6

459 მუხლი 1

460 ლ. ჯალაღანია „ლგბტ პირთა სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოში“, EMC, 2016, იხილეთ: <https://emc.org.ge/2016/06/03/emc-78/>, ნ. გვიანელი, ტრანსგენდერი პირების საჭიროებები ჯანდაცვის სფეროში, WISG, 2015. იხილეთ: <http://women.ge/data/WISG%20Needs%20of%20Transgender%20persons%20in%20Healthcare%20policy%20paper.p.pdf> გარდა ამისა, იხილეთ თანადგომა, აივ ინფექცია / ჰივ და მასთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია საქართველოში ჰომოსექსუალთა შორის 2012 წ. იხილეთ: <http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dfltcontent/1/110.pdf>.

461 ე. აღდგომელაშვილი და სხვ., დისკრიმინაცია და სიძულვილის დანაშაული ლგბტ პირების წინააღმდეგ, WISG, 2015. იხილეთ: http://women.ge/data/docs/publications/WISG_discrimination_and_hate_crime_against_lgbt_persons_KA_EN_2015.pdf

462 იქვე გვ. 144

463 ნ. გვალაშვილი „ტრანსგენდერი ადამიანების მდგომარეობა საქართველოში“, WISG, 2015, გვ. 59, იხ: http://women.ge/data/docs/publications/WISG_Transgender_survey_2015.pdf

ეული წარმომადგენელი ჰომოსექსუალობას მიიჩნევს პრობლემად, რომელიც სამედიცინო ჩარევას საჭიროებს.⁴⁶⁴ გარდა ამისა, სამედიცინო სახელმძღვანელოების ნაწილში ჰომოსექსუალობა ქცევით აშლილობადაა განხილული.⁴⁶⁵

ტრანსგენდერი პირებისთვის ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა „ტრანსგენდერის“ იდენტობისა და სტიგმის გამო, არსებითად შეზღუდულია. ამჟამად საქართველოში ჯანდაცვის სისტემა იყენებს საერთაშორისოდ აღიარებულ კლასიფიკაციის სისტემა ICD-10-ს, რომელშიც „ტრანსგენდერობა“ ფსიქიკური აშლილობის ფორმად არის განსაზღვრული;⁴⁶⁶ ამგვარად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა იზიარებს „სრულიად სამედიცინო და პათოლოგიურ მიდგომას ტრანსგენდერი პირების მიმართ და არ აღიარებს მის ფართო სპექტრს“⁴⁶⁷ და მიიჩნევს, რომ ყველა ტრანსგენდერ ადამიანს არ უნდა, ან არ სჭირდება, ქირურგიული ჩარევა იმისათვის, რომ კომფორტულად იგრძნოს თავი საკუთარ სხეულში. გარდა ამისა, „სქესისა“ და „გენდერის“ ტერმინოლოგიური გაურკვევლობა შეიმჩნევა ICD-10 ქართული პუბლიკაციების უმეტესობაში, რაც ტრანსგენდერობის დეპათოლოგიზების პროცესის მთავარი პრობლემაა“.⁴⁶⁸

ამასთან, მართალია, ეროვნული კანონმდებლობა სქესის შეცვლის შესაძლებლობებს არ იძლევა ოპერაციული ჩარევის გარეშე, რადგან, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, სამედიცინო ჩარევა (მათ შორის, სქესის კვლავმინიჭების ოპერაციის ჩათვლით) მიიჩნევა საიდენტიფიკაციო დოკუმენტებში გენდერული მარკერის შეცვლის აუცილებელ წინაპირობად. ამგვარი ძვირი და ინტრუზიული სამედიცინო პროცედურები სახელმწიფოს მიერ არ ფინანსდება და შეიძლება არასასურველიც კი იყოს. ამგვარად, ტრანსგენდერი ადამიანები მათი გენდერული იდენტობის ზუსტად ამსახველი საიდენტიფიკაციო საბუთების გარეშე რჩებიან, რაც, ჯანმრთელობისა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის კუთხით, მათ სოციალურ გარიყვას და მათი უფლებების დარღვევას იწვევს. აღნიშნული ფაქტორი მნიშვნელოვანი ფუნდამენტური უფლებების დაცვასთან დაკავშირებულ ძირითად დაბრკოლებებს წარმოშობს.⁴⁶⁹

2. სექსმუშაკი ქალები

მიუხედავად იმისა, რომ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კანონის (2014 წ.) თანახმად, დისკრიმინაცია აკრძალულია ნებისმიერ გარემოშესესმუშაკების მიმართ ეს პრინციპი, ფაქტობრივად, არცერთ გარემოში არ სრულდება.

ერთ-ერთი არასამთავრობო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველოში 6,785 ქალი სექს-მუშაკია.⁴⁷⁰ ისინი ძალადობისა და დისკრიმინაციის ყველაზე უხეშ ფორმებს აწყდებიან და ხელი არ მიუწვდებათ სამართალსა და ჯანდაცვაზე, მათ შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით.

464 ე. აღდგომელაშვილი და სხვ. „ლგბტ პირების მიმართ დისკრიმინაცია და სიძულვილის დანაშაული საქართველოში“, WISG, 2015, გვ. 145

465 მაგალითისთვის იხილეთ პედიატრიაში რეზიდენტურის სასწავლო გეგმა. მუხლი 3. მოდული 3. განვითარებისა და ქცევის პედიატრია. ო) „სექსუალური ქცევის/სექსუალური იდენტიფიცირების დარღვევები: მასტურბაცია, ტრანსსექსუალიზმი, ტრანსსექსიზმი, ჰომოსექსუალიზმი“ (როგორც ე. აღდგომელაშვილის და „ლგბტ პირების მიმართ დისკრიმინაციისა და სიძულვილის დანაშაულის შესახებ“, WISG, 2016, გვ. 140) ICD-10, F64. ქ .: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F64>

466 WHO, ICD-10, F64. იხ.: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F64>

467 ნ. ღვინიაშვილი, „ტრანსგენდერი ადამიანების ჯანდაცვის საჭიროებები, საჯარო პოლიტიკის დოკუმენტი“, WISG, 2015, გვ. 33

468 ე. აღდგომელაშვილი და სხვ., დისკრიმინაცია და სიძულვილის დანაშაული ლგბტ პირების წინააღმდეგ, WISG, 2016. იხილეთ: გვ. 140, რეფ. 108.

469 ლ. ჯალაღანია „ლგბტ პირთა სამართლებრივი მდგომარეობა საქართველოში“, EMC, 2016; CESCR ზოგადი კომენტარი 22; ევროპის საბჭოს ადამიანის უფლებათა კომისარი, ევროპაში სექსუალური ორიენტაციისა და გენდერული იდენტობის ნიშნით დისკრიმინაცია (2011).

470 ქალი სექსმუშაკების პოპულაციის ზომის შეფასება თბილისსა და ბათუმში, საქართველო 2014, კვლევის ანგარიში, აგვისტო 2014 მომზადებულია: საერთაშორისო ფონდი კურაციო საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა, გვ.23 იხ.: <http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dfltcontent/1/150.pdf>

ისინი განსაკუთრებით დაუცველები არიან ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სექსუალური და ეკონომიკური ძალადობისა და დისკრიმინაციის გადამკვეთი ფორმების მიმართ.⁴⁷¹

მიუხედავად იმისა, რომ სექსუალური მომსახურება არ არის სისხლის სამართლის დანაშაული, ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის მიხედვით, სექსის გამყიდველები (მყიდველები – არა) ადმინისტრაციულ დაჯარიმებას ექვემდებარებიან. კოდექსის 172-ე მუხლის მიხედვით, „პროსტიტუცია“ ისჯება გაფრთხილებით ან ჯარიმით შრომის ანაზღაურების ნახევარ მინიმალურ ოდენობამდე, რაც 40 ლარს შეადგენს.⁴⁷² ადმინისტრაციული სახდელის დადების დღიდან ერთი წლის განმავლობაში განმეორებით ჩადენილი იგივე ქმედება ჯარიმდება თანხით საარსებო მინიმუმის ნახევრიდან მთლიან ოდენობამდე. კოდექსში „პროსტიტუცია“ განმარტებული არ არის.

2017 წლის 1 ივნისს ძალაში შესულმა საკანონმდებლო ცვლილებებმა და ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღმოფხვრის შესახებ ევროპის საბჭოს კონვენციის (სტამბოლის კონვენცია) რატიფიცირებამ, გენდერული ძალადობის ყველა მსხვერპლ ქალს აგრესორების მიმართ შეკავებისა და დაცვის ორდერების გამოყენების შესაძლებლობა მისცა. ეს შეეხება არა მხოლოდ ოჯახში ძალადობის მსხვერპლ პირებს, როგორც კანონმდებლობის წინა ვერსიით იყო გათვალისწინებული. ეს მექანიზმები გამოიყენება მიუხედავად იმისა, ქალზე ოჯახში იძალადეს თუ საზოგადოებრივ სივრცეში, რაც სექსმუშაკებს საშუალებას აძლევს, თავიანთი კლიენტების მიმართ შემკავებელი და დამცავი ორდერები გამოიყენონ იმ შემთხვევებში, როდესაც მათი მხრიდან ძალადობას განიცდიან.⁴⁷³

არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული გამოკითხვები აჩვენებს, რომ სექსმუშაკი ქალები თავიანთი კლიენტების მხრიდან ძირითადად ფიზიკურ, სიტყვიერ და სექსუალურ ძალადობას განიცდიან.⁴⁷⁴ ისინი ასევე აღნიშნავენ სიტყვიერი შეურაცხყოფის შემთხვევებს პოლიციის მხრიდან, განსაკუთრებით, ტრანსგენდერი სექსმუშაკების მიმართ. აგრეთვე საუბრობენ შემთხვევებზე, როცა ჯარიმების გაუქმების სანაცვლოდ, პოლიციელები მათგან სექსუალურ ურთიერთობას მოითხოვენ.⁴⁷⁵

გენდერული ძალადობის წინააღმდეგ სამართლებრივი დაცვის ძიების პროცესში სექსმუშაკი ქალები მთელ რიგ დაბრკოლებებს აწყდებიან. კერძოდ, მათ შორისაა: სამართლებრივი ცნობიერების ნაკლებობა; ადმინისტრაციული სასჯელის შიში და პოლიციის დევნა სექსუალური მუშაობისთვის; შიში, რომ პოლიცია მათ იმ პირების დასახელებას აიძულებს, რომლებიც სისხლის სამართლის კოდექსით დასჯად ქმედებას სჩადიან (მაგ.: პირები, რომლისგანაც უძრავ ქონებას ქირაობენ); სოციალური სტიგმა ასევე უშლის მათ ხელს გამოსავლის ძიებაში (შიშობენ, რომ მათი საქმიანობა ცნობილი გახდება მათი მეგობრებისა და ნათესავებისთვის); პოლიციის არაეფექტიანი რეაგირება სექსმუშაკების მიერ მათ მიმართ ჩადენილ დარღვევებზე განაცხადის გაკეთებისას; პოლიციის მხრიდან (ძირითადად სიტყვიერი) შეურაცხყოფა, როდესაც სექსმუშაკები ეძიებენ დაცვას; მოძალადის მხრიდან შურისძიების შიში მათთვის ბრალის წაყენებამდე.⁴⁷⁶

471 CEDAW კომიტეტში საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის ალტერნატიული შუალედური ანგარიში, დათარიღებული 19 აგვისტო 2016

472 მინიმალური ხელფასი განისაზღვრება საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით, N351 მინიმალური ხელფასის შესახებ, 4 ივნისი 1999, მუხლი N1 და N3 (თარგმნილი ქართულიდან).

473 მუხლი 10.1 კანონი ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ

474 CEDAW კომიტეტში საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის ალტერნატიული შუალედური ანგარიში, 19 აგვისტო 2016, პარაგრაფი. 35;

475 CEDAW კომიტეტში საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის ალტერნატიული შუალედური ანგარიში, 2016 წლის 19 აგვისტოს, პარაგრაფი.35.

476 CEDAW კომიტეტში საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციის ალტერნატიული შუალედური ანგარიში, 2016 წლის 19 აგვისტოს, პარაგრაფი.37.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მონაცემების თანახმად, სექსმუშაკი ქალები ყველაზე ნაკლებად არიან ინფორმირებულები სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების მკურნალობის მეთოდების შესახებ (მხოლოდ 27% აცხადებს, რომ კარგად არის ინფორმირებული).⁴⁷⁷ მათგან დაახლოებით 40% მოწმდება სექსუალური გზით გადამდებ დაავადებებზე ყოველ 3 თვეში ერთხელ, ხოლო 49% – მხოლოდ 6 თვეში ერთხელ. სექსმუშაკი ქალების 77%-ს არასდროს გაუკეთებია PAP-ტესტი (საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი) და 78%-ს არასდროს გაუვლია HPV ვაქცინაცია.⁴⁷⁸

3. ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი ქალები

არსებული მონაცემების თანახმად, საქართველოში ინექციური ნარკოტიკული საშუალებების 45 ათასი მომხმარებელია.⁴⁷⁹ გემოსხენებული კვლევის მიხედვით, მათგან დაახლოებით 10% ქალია.⁴⁸⁰

საქართველოში ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი ქალები ძალადობის ყველაზე ფარულ ფორმებს განიცდიან. სქესისა და ნარკოტიკების მოხმარების გამო ისინი ორმაგ სტიგმას აწყდებიან და სადამსჯელო ნარკოპოლიტიკის შედეგად ადამიანის უფლებების უხეშ დაღვევებთან აქვთ საქმე. ზოგიერთი ხელმისაწვდომი მონაცემი გვიჩვენებს, რომ ნარკოტიკული ნივთიერების მომხმარებელი ქალების 80% ოჯახში ძალადობას განიცდის.⁴⁸¹

სადამსჯელო ნარკოპოლიტიკისა და გავრცელებული გენდერული უთანასწორობის გარდა, ნარკოტიკების მოხმარებელი ქალების მიმართ გამოვლენილი ძალადობის წინააღმდეგ არაეფექტიანი რეაგირება ეფუძნება რწმენას, რომ ამ ქალებმა ნარკოტიკების მოხმარების გამო „ვერ შეძლეს“ თავიანთი ტრადიციული გენდერული როლის შესრულება. ამდენად, ისინი, მამაკაცებთან შედარებით, უფრო მძიმე გაკიცხვასა და ორმაგ სტანდარტს აწყდებიან. შედეგად, ქალთა სხვა ჯგუფებისგან განსხვავებით, მათ მიმართ ძალადობა ხშირად განიხილება მისაღებად და რიგ შემთხვევებში, გამართლებულად. სტიგმა და დისკრიმინაცია ხელს უწყობს ძალადობას, რაც რეპრესიულ სახელმწიფო პოლიტიკასთან ერთად, ამ ქალებს ძალადობის სხვადასხვა ფორმის წინაშე, განსაკუთრებით დაუცველს ხდის.

სიღარიბე და მამრობით პარტნიორებზე ფინანსური დამოკიდებულება, ოჯახში ძალადობისაგან თავის დასაღწევად, კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ბარიერია. როგორც საქართველოში ჩატარებული ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელ ქალთა ფორმატიული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, ქალები, რომლებიც ხშირად იყენებენ ნარკოტიკებს, როგორც წესი, ეკონომიკურად მამრობითი სქესის პარტნიორებზე არიან დამოკიდებული.⁴⁸² დასაქმების შესაძლებლობის ნაკლებობა და მცირეწლოვანი შვილების ყოლა, ხშირ შემთხვევაში, ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელ ქალებს მხოლოდ ორ შეუძლებელ არჩევანს უტოვებს: ფინანსური უსაფრთხოების გამო ძალადობრივ ურთიერთობებში დარჩენენ ან პოტენციური უსახლკარობა აირჩიონ.⁴⁸³

477 სექსმუშაკების საჭიროებების კვლევა და დისკრიმინაციის მიზეზები, ჰერა XI, 2014, გვ. 15.იხ.:<http://en.calameo.com/read/004110021894c3ad2d39d>

478 სექსმუშაკების საჭიროებების კვლევა და დისკრიმინაციის მიზეზები, ჰერა XI, 2014, გვ. 15-17.იხ.:
<http://en.calameo.com/read/004110021894c3ad2d39d>

479 გლობალური მიდის რეაგირების მიმდინარე ანგარიში, საქართველო, 2014 წელი

480 სირბილაძე, თ., ნარკოტიკების მოხმარების საქართველოში გავრცელების პრევალენტობის შეფასება: კონსენსუსის მოხსენება. ბემონის საზოგადოებრივი კავშირი, 2010.

481 ბიძინაშვილის კ. (2012), „ნაბიჯი + პროექტის ფარგლებში ჩატარებული ოჯახში ძალადობის კვლევის შედეგები“. კავშირი „მომავლისკენ ნაბიჯი: გორი, საქართველო“ კითხვაზე, თუ ვინ უფრო ხშირი აგრესორია ოჯახში – 55% ქალმა უპასუხა, რომ ქმარი, 19% – მუდმივი პარტნიორი, 17% – დედა ან მამა – 7% – სხვა ნათესავები და 2% - საზოგადოება.

482 კირთაძე, ი., ნარკოტიკების შემცველი ქალები საქართველოში, თუ შეიმუშავენ RCT- ის ეტაპს,იხ.:<http://www.slideshare.net/Irmakirtadze/a-formative-study-of-drugusing-women-in-georgia-setting-the-stage-for-an-rctan-rct> 14/28

483 ზიანის შემცირების საერთაშორისო, ბრიფინგის დოკუმენტი ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ, რომლებიც იყენებენ ნარკოტიკებს და აქვთ წვდომა ოჯახში ძალადობის თავშესაფრებთან, 2013 წლის მარტი,იხ.:http://www.ihra.net/files/2013/03/19/Briefing_Paper_-_Access_to_Shelters_-_with_correct_fonts_07.03_.13_.pdf p. 3

ანგარიშები აჩვენებს, რომ ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი ქალები საქართველოში ჯანმრთელობის მომსახურების მისაღებად სხვადასხვა სახის დაბრკოლებებს აწყდებიან: მკურნალობის გზების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა; ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების მტრული და გამკიცხავი დამოკიდებულება; კონფიდენციალობის ნაკლებობა; მკურნალობის მიღებასთან დაკავშირებული სტიგმა; ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელ ქალთა საჭიროებებზე დაფუძნებული სერვისების ნაკლებობა.⁴⁸⁴

ანგარიშებში ასევე აღნიშნულია, რომ ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლები ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა სახელმწიფო თავშესაფრების ხელმისაწვდომობაშიც აწყდებიან პრობლემას. მიუხედავად იმისა, რომ ამ სერვისების ხელმისაწვდომობა პირდაპირ არ არის აკრძალული ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი ქალებისთვის, ისინი პრაქტიკულად მიუწვდომელია მათთვის, რადგან ვერ აკმაყოფილებენ მათ საჭიროებების, მათ შორის, მეტადონის ჩანაცვლებითი მკურნალობის კუთხით. ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი ქალები ასევე თავს იკავებენ მათთვის მიმართვისგან ინფორმაციის ნაკლებობის და მათი იდენტიფიცირებისა და სისხლისსამართლებრივი დევნის შიშის გამო.⁴⁸⁵

ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელი ქალების დაუცველობის მაღალი დონის მიუხედავად, საქართველოს აკლია მითითებები ეროვნულ დონეზე მათთვის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისის უზრუნველსაყოფად. აქედან გამომდინარე, ნარკოტიკების მომხმარებელი ქალებისთვის ხელმისაწვდომი არ არის ხარისხიანი ანტენატალური ზრუნვა და მედიკამენტური მკურნალობა ორსულობისა და პოსტნატალური პერიოდის დროს, რაც საგრძნობლად ზრდის დედათა და ბავშვთა არაღამაკმაყოფილებელ ჯანმრთელობასთან და მათ სიკვდილიანობასთან დაკავშირებულ რისკს.⁴⁸⁶

4. იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული ქალები

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს სტატისტიკის მიხედვით, საქართველოში 273,411 იძულებით გადაადგილებული პირი იმყოფება.⁴⁸⁷ 2015 წლის მონაცემებით, მათგან 141 215 ქალია.⁴⁸⁸

საქართველოს კანონი „ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა შესახებ“ (2014) განსაზღვრავს იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამართლებრივ სტატუსს, დევნილის სტატუსის მინიჭების, შეწყვეტის, გაუქმებისა და აღდგენის საფუძვლებსა და პროცედურას, სამართლებრივ, ეკონომიკურ და სოციალურ გარანტიებსა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა უფლებებსა და მოვალეობებს.⁴⁸⁹ კანონი ითვალისწინებს იძულებით გადაადგილებულ პირთა საცხოვრებელთან დაკავშირებული უფლებების დაცვის ღონისძიებებს, მათ შორის, დამაკმაყოფილებელი უსაფრთხოების,

484 ი. კირთაძე, დ. ოტიაშვილი, ვ. ოგრედი, ვ. ზულე, ე. კრუპიციკი, ვ. უჩხუბერგი, ჰ. ჯონსი, «რისკის და სტიგმის მოვლისა და პოლიტიკის შედეგების ძიება», 2013 იხ.: <http://www.slideshare.net/IrmaKirtadze/risk-and-stigma-in-seeking-care-and-policy-implications>

485 მ. ხმელიძე, ანგარიში ნარკოტიკების მომხმარებელთა უფლებრივი მდგომარეობის შესახებ, ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის კომიტეტის ალტერნატიული ანგარიში, ძალადობის სისტემატური, შიდასახელმწიფოებრივი, სექსუალური და სხვა ფორმების იდენტიფიცირება, ACESO, თბილისი, 2016 და საქართველოს ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაცია, ალტერნატიული ანგარიში ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის შესახებ, ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კონვენციის მე-4 და მე-5 პერიოდული ანგარიშები, 2016 წლის 19 აგვისტო, 32-33, პ. 11.

486 ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კომისიის, საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელისა და ზიანის შემცირების ევრაზიული ქსელის ერთობლივი წარდგენა, 58 სესია, ივნისი 2014, P. 6-7

487 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს ვებგვერდზე არსებული ინფორმაცია, იხ.: <http://www.mra.gov.ge/geo/static/55>

488 ინფორმაცია ხელმისაწვდომია IDFI ვებ-გვერდზე, იხ.: <https://idfi.ge/ge/number-of-provided-living-areas-for-idps>

489 კანონი საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა – დევნილთა შესახებ (2014), მუხლი 2

ჯანმრთელობისა და სანიტარიული პირობების დაცვას საცხოვრებელი პირობების უზრუნველსაყოფად და ოჯახის ერთეულის პატივისცემას.⁴⁹⁰ სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში დარეგისტრირებული იძულებით გადაადგილებული პირის/იძულებით გადაადგილებული ოჯახის სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობის ხარჯები სახელმწიფო პროგრამიდან იფარება.⁴⁹¹

დედათა ჯანმრთელობის სტრატეგია ითვალისწინებს, რომ 2030 წლისთვის ქალებს სრული წვდომა ექნებათ და ისარგებლებენ ფაქტობრივ მონაცემებზე დაყრდნობილი ანტენატალური, სამეანო, ნეონატალური და პოსტსამშობიარო სერვისებით. ამ მიზნის მისაღწევად დაგეგმილი ერთ-ერთი პრიორიტეტული ღონისძიება მათზე მორგებული, კულტურულად მგრძნობიარე პროგრამის შემუშავებასა და განხორციელებას გულისხმობს, არაპრივილიგირებული ჯგუფებისთვის, მათ შორის იძულებით გადაადგილებული ქალებისათვის, მათსავე გარემოში, სერვისების გაუმჯობესებული, უწყვეტი ხელმისაწვდომობისა და შეთავაზების უზრუნველსაყოფად.⁴⁹² მიუხედავად ამისა, იძულებით გადაადგილებულ პირთა დასახლებებში მცხოვრებ იძულებით გადაადგილებულ ქალებს ხელი არ მიუწვდებათ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და მომსახურების შესახებ ინფორმაციაზე. დევნილთა დასახლებაში მცხოვრებ ქალებს შეუძლიათ, მიიღონ გენდერული სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურება, როგორცაა გინეკოლოგიური გამოკვლევა თავიანთ დასახლებაში ან სხვა ქალაქში. ისინი აღნიშნავენ, რომ ჯანმრთელობის სერვისის მიღებასთან დაკავშირებული გადაადგილება ზოგჯერ პრობლემებთანაა დაკავშირებული. გარდა ამისა, აბორტის აკრძალვა აფხაზეთში (იხ. ზემოთ, თავი აბორტის შესახებ) სერიოზულ პრობლემებს უქმნის ქალებს, რომლებსაც ეს მომსახურება ესაჭიროებათ. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ფსიქოლოგიური მომსახურება ყველგან პრობლემურია.⁴⁹³

2015-2020 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიულ დოკუმენტსა და სამოქმედო გეგმაში⁴⁹⁴ აღნიშნულია, რომ მის ერთ-ერთ სახელმძღვანელო პრინციპს, განსაკუთრებით დაუცველი ჯგუფების, მათ შორის ქალებისა და დევნილების, საჭიროებების დაკმაყოფილება წარმოადგენს. მაგრამ, სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა არ ითვალისწინებენ ქალთა, იძულებით გადაადგილებულ პირთა და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებულ რაიონში მცხოვრები ადამიანების (მათ შორის ქალების) საჭიროებებს და კონკრეტულად არ საუბრობენ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე კონფლიქტთან დაკავშირებული სექსუალური ძალადობის გავლენის შესახებ. როგორ ჩანს, დევნილ და კონფლიქტით დაზარალებულ ქალებს, მათ შორის სამხრეთ ოსეთის ადმინისტრაციული საზღვრის მიმდებარე ტერიტორიებზე მცხოვრებლებს, აკლიათ ინფორმაცია და ფსიქოსარეაბილიტაციო სერვისებზე წვდომა.⁴⁹⁵

5. ეთნიკური უმცირესობები

2014 წლის მოსახლეობის საყოველთაო აღწერის შედეგების მიხედვით, საქართველოს მოსახლეობის 86.8% ეთნიკურად ქართველია. აზერბაიჯანელი და სომეხი მოსახლეობა კი უმცირესობათა ორი უმსხვილესი ჯგუფია.⁴⁹⁶ აზერბაიჯანელი მოსახლეობა საქართველოს მთლიანი მოსახლეობის 6.3%-ს შეადგენს და მნიშვნელოვანი ეთნიკური ჯგუფია ქვემო ქართლის რეგიონში, რომელსაც სამხრეთით სომხეთი და აზერბაიჯანი ესაზღვრება. სომეხი უმცირესობა ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობის 4.5%-ია და სამცხე-ჯავახეთის მნიშვნელოვანი ჯგუფია თურქეთისა და სომხეთის მოსაზღვრე რეგიონში.⁴⁹⁷ სხვა

490 საქართველოს კანონი ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა შესახებ (2014) მუხლი 16.2

491 კანონი საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა – დევნილთა შესახებ (2014), მუხლი. 16.2

492 საქართველოს 2017-2030 წწ დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია გვ.18.

493 სახალხო დამცველის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია 2017 წლის 5 სექტემბერს.

494 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762, 2014 წლის 31 დეკემბერი, (ინგლისურად ნათარგმნი) იხ.:<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876>

495 სახალხო დამცველის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია 2017 წლის 5 სექტემბერს.

496 საქსტატი 2014 ზოგადი მოსახლეობის აღწერის ძირითადი შედეგები, 28.04.2016, გვ. 8, იხილეთ: http://geostat.ge/cms/site_images/_files/english/population/Census_release_ENG_2016.pdf

497 იქვე

მცირე ეთნიკურ ჯგუფებში შედიან რუსები, ოსები, იეზიდები, უკრაინელები, ჩეჩნები და ბერძნები.⁴⁹⁸ გარდა ამისა, საქართველოში წარმოდგენილი არიან ეთნიკური ბოშებისა და მუსულმანი მესხების მცირე ჯგუფებიც.⁴⁹⁹

საქართველოს კონსტიტუციაში აღნიშნულია, რომ საქართველოს ყველა მოქალაქე თანაბარია სოციალურ, ეკონომიკურ, კულტურულ და პოლიტიკურ ცხოვრებაში, მიუხედავად მათი ეროვნული, ეთნიკური, რელიგიური ან ენობრივი კუთვნილებისა. პირის ეთნიკური წარმომავლობის საფუძველზე დისკრიმინაციისაგან დაცვა ასევე შედის საქართველოს ანტიდისკრიმინაციულ კანონში.⁵⁰⁰ ხოლო „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის 6.1-ე მუხლის თანახმად, აკრძალულია ეროვნული, ეთნიკური წარმომავლობის საფუძველზე პაციენტის დისკრიმინაცია“.

მიუხედავად ამისა, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები თავიანთი უფლებების განხორციელებისას, რაც გულისხმობს სამართლებრივი დაცვის მექანიზმებს, საჯარო მომსახურებას (ჯანდაცვა, სოციალური დახმარება და სხვა), დასაქმებასა და უმაღლეს განათლებას, მაინც აწყდებიან დაბრკოლებებს ამ კუთხით, რასაც ქართული ენის არასაკმარისად ცოდნაც ხელს უწყობს.⁵⁰¹

უმცირესობათა თემების წარმომადგენელი ქალები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გამოწვევების წინაშე დგანან ჯანდაცვის ობიექტებისა და სამედიცინო მომსახურების წვდომასთან დაკავშირებით. როგორც 2014 წელს ჩატარებული კვლევა გვიჩვენებს, „უმცირესობათა თემების და განსაკუთრებით, უმცირესობათა თემების წარმომადგენელ ქალებს, არ გააჩნიათ სათანადო წვდომა ჯანდაცვის სისტემაზე. არსებული სამედიცინო დაწესებულებები არ იძლევიან ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების მიღების საშუალებას.“⁵⁰² გარდა ამისა, არ არსებობს სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურება ქალებისათვის.⁵⁰³

მიუხედავად იმისა, რომ ეთნიკური ჯგუფებით დასახლებულის რაიონების (ახალქალაქი, ნინოწმინდა, ახმეტა, თელავი, ყვარელი და ლაგოდეხი) უმეტესობის ტერიტორიაზე ფუნქციონირებენ საავადმყოფოები, ისინი ხშირად არ არიან აღჭურვილი აუცილებელი სამედიცინო ტექნიკით და, შესაბამისად, ადგილობრივი მოსახლეობა იძულებული ხდება, უფრო მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებებისთვის მიმართვის მიზნით, რეგიონულ ცენტრებში ან დედაქალაქში გაემგზავრონ.⁵⁰⁴ ეს დამატებითი ტვირთია მოსახლეობისთვის, განსაკუთრებით ქალებისთვის, განსაკუთრებით მაშინ, როცა მათ დროული სრტ სერვისების მიღება ესაჭიროებათ.

აბორტის მაღალი მაჩვენებელი სოფლად მცხოვრებ ქალებში, ნაკლებად განათლებულ ქალებსა და აზერბაიჯანული წარმოშობის ქალებს შორის⁵⁰⁵ მიუთითებს, რომ მომსახურებაზე წვდომა არათანაბარია და რომ ოჯახის დაგეგმვის პროგრამამ უნდა გააფართოოს თავისი ფარგლები და დაუცველი ქვეჯგუფებიც მოიცვას. დაუგეგმავი ორსულობის მაღალი მაჩვენებლები შეინიშნება ყველაზე დაბალი განათლების მქონე ქალებსა და ყველაზე დაბალშემოსავლიან ქალებს შორის. ქართველებთან შედარებით (24.7), ეს მაჩვენებელი ასევე მაღალია ეთნიკურად აზერბაიჯანელი და (36.3) სომეხი (31.6) ქალების შემთხვევაში.⁵⁰⁶

498 იქვე

499 ნორვეგიული საინფორმაციო ცენტრი – ლანდინფო, შეკითხვის პასუხი საქართველო: ეთნიკური უმცირესობების მდგომარეობა, 2017 წლის 14 თებერვალი, p.1, იხ.:http://www.landinfo.no/asset/3550/1/3550_1.pdf

500 მუხლი 1

501 ნილს მუიზნიკის (Muiznieks) ანგარიში, ევროსაბჭოს ადამიანის უფლებათა კომისარი საქართველოში ვიზიტის შემდეგ 2014 წლის 20 იანვრიდან სტრასბურგი, 12 მაისი, პარ., იხ.:https://www.ecoi.net/file_upload/1226_1400594411_com-instranetgeorgia.pdf

502 Un Women, ECMI, ეთნიკური უმცირესობების ქალთა საჭიროებების შეფასება საქართველოში, თბილისი, 2014, გვ. 31-32, იხილეთ:http://ecmicaucasus.org/upload/Ethnic%20Minority%20Women_Eng.pdf

503 იქვე

504 იქვე

505 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010, ცხრილი 5.2.1, გვ.

506 იქვე, პ. 47; გვ. 57 ცხრილი 4.6

2010 წელს გამოცემული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა გვიჩვენებს, რომ აზერბაიჯანელი ქალები თითქმის ორჯერ მეტად განიცდიან ძალადობას ქორწინებაში, ვიდრე ქართველი ქალები.⁵⁰⁷

სოფლად მცხოვრები ქალებისთვის, მათ შორის, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებისთვის, ქალაქის მცხოვრებლებთან შედარებით, ნაკლებად ხელმისაწვდომია ინფორმაცია საკუთარი უფლებების შესახებ. კერძოდ, მათთვის მოუწვდომელია ძალადობის მსხვერპლთა მომსახურება, ეკონომიკურ გაძლიერებისა და დასაქმების სერვისები, რაც მათ ძალადობრივი გარემოს მიტოვებისა და ძალადობის წრის დარღვევის საშუალებას მისცემდა.⁵⁰⁸ გარდა ამისა, უმცირესობათა ჯგუფების წარმომადგენლებში არსებული ენობრივი ბარიერები (კერძოდ, თარჯიმნის მომსახურების არარსებობა) ზოგიერთ ქალს ხელს უშლის ძალადობის შემთხვევების გაცხადებაში.⁵⁰⁹

საქართველოში არ არსებობს კონკრეტული სტატისტიკა ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების (FGM) პრაქტიკის შესახებ.⁵¹⁰ თუმცა, საქართველოს პროკურატურის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით, ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების ფაქტები გამოვლინდა კახეთში.⁵¹¹ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან მიღებულ ინფორმაციის თანახმად, ადგილობრივი მოსახლეობა მაღავეს ინფორმაციას ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების შესახებ საზოგადოებისა და მედიის გამძაფრებული ინტერესის გამო.⁵¹²

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს საქართველოში ბოშების მდგომარეობაზე, რომლებიც უკიდურესი მარგინალიზაციისა და დისკრიმინაციის წინაშე დგანან, რაც მათ შორის სიღარიბეს, უმუშევრობას, განათლებისა და ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ნაკლებობას იწვევს. სათანადო დოკუმენტაციის არქონის გამო, ბოშათა ჩართვა არც სოციალური უზრუნველყოფის პროგრამებში ხერხდება.⁵¹³

გარდა ამისა, მჭიდრო კოჰაბიტაციის გამო, ბოშათა დასახლებებში ხშირია ქალებისა და ბავშვების შორის დაავადებების გავრცელება. ასეთ შემთხვევებში მკურნალობის ხელმისაწვდომობა საკმაოდ დისკრიმინაციულია: ბოშა ქალები ხშირად განიცდიან უთანასწორო მოპყრობას და არ დაიშვებიან სამშობიარო განყოფილებაში. ისინი იძულებულნი არიან, სახლში იმშობიარონ, რადგან საავადმყოფოები უარს ამბობენ მათ მიღებაზე.⁵¹⁴

6. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველომ 2014 წელს მოახდინა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის რატიფიცირება, რომელიც სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების გარანტიებს შეიცავს და უზრუნველყოფს არადისკრიმინაციულ მიდგომას მომსახურებების ხელმისაწვდომობაზე, კონვენციის ეფექტიანი განხორციელების პროცესში ჯერ ისევ გვხვდება მნიშვნელოვანი გამოწვევები. გარდა ამისა, მიუხედავად სახალხო დამცველის რეკომენდაციებისა, კონვენციის ფაკულტატური ოქმის რატიფიკაცია აქამდე არ მომხდარა და ეროვნულ კანონმდებლობაში მისი კონვენციის მოთხოვნებთან ჰარმონიზაციის თვალსაზრისით, არსებითი ცვლილებები არ განხორციელებულა.⁵¹⁵

507 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010, გვ

508 სპეციალური მომხსენებლის ანგარიში ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ, მისი მიზეზები და შედეგები საქართველოში მისიის შესახებ, A / HRC / 32/42 / Add.3, 9 ივნისი, 2016, პარა. 36

509 იქვე

510 საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს წერილი, No: 158824.

511 საქართველოს პროკურატურის წერილი, No: 08-2/504

512 ჯანდაცვის სამინისტროს წერილი N: 01/4252

513 პეიდრნ ფერარი „პარტნიორობა ყველასთვის? უმცირესობათა აღმოსავლეთ პარტნიორობის გავლენის შეფასება“, გვ. 17, <http://minorityrights.org/wp-content/uploads/old-site-downloads/download-1373-Policy-paper-English.pdf>

514 Un Women, ECMI, საქართველოში, თბილისში ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა შესწავლა, მათ საჭიროებათა შეფასება 2014, პპ. 50-51

515 სახალხო დამცველის აპარატი, ანგარიში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ, 2016, <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4563.pdf>

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის ეროვნული კანონები და პროგრამები მოიცავს: საქართველოს კონსტიტუციას, საქართველოს კანონს „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ (1995 წ.), კანონს „დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“ (2014 წ.) საქართველოს შრომის კოდექსს (2010 წ.). თუმცა საქართველოს კონსტიტუციის (1995 წ.), „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის (2000 წ.) და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონის (1997 წ.) არადისკრიმინაციული დებულებები შეზღუდულ შესაძლებლობებს გარკვევით არ განიხილავს, როგორც დისკრიმინაციისაგან დაცულ მდგომარეობას, და ამასთან, ჯანმრთელობის დაცვისა და ადამიანის უფლებების სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრელი დოკუმენტების უმეტესობა, არ გამოყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებსა და გოგონებს დამოუკიდებელ სამიზნე ჯგუფებად.⁵¹⁶

მიუხედავად იმისა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა აქვთ,⁵¹⁷ ცნობილია, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს, არ გააჩნიათ საჭიროებაზე მორგებულ ჯანმრთელობის მომსახურებებზე, მათ შორის რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის მომსახურებებზე წვდომა. კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის იუწყება, რომ საქართველოში შეზღუდული ფიზიკური შესაძლებლობის მქონე პირებს არ შეუძლიათ გინეკოლოგიური მომსახურების მიღება, რადგან გინეკოლოგიური პალატა არ არის ადაპტირებული ეტლით მოსარგებლე პირებისთვის და მათ ასევე არ აქვთ წვდომა ინფორმაციაზე რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ.⁵¹⁸ უფრო მეტიც, ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ქალები საცხოვრებელ სახლებში არიან ჩაკეტილები თავიანთი ოჯახის წევრების მიერ, რათა თავიდან აირიდონ სექსუალური კონტაქტები და მათ მედიკამენტებს აძლევენ სექსუალური ურთიერთობისგან თავის შესაკავებლად. ექიმები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებს ასევე ურჩევენ, არ იყოლიონ ბავშვები, რადგან მათი ფიზიკური მდგომარეობა „არ შეესაბამება“ ორსულობის მდგომარეობას.⁵¹⁹ ასეთი პრაქტიკა არღვევს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციას.

როგორც ჩანს, ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა თავშესაფრები სრულად არის ადაპტირებული ყველა სახის შეზღუდული შესაძლებლობისთვის.⁵²⁰

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შესახებ მონაცემები მხოლოდ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ შეგროვებული ინფორმაციით შემოიფარგლება, რომელშიც შესულია შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის გამო სახელმწიფოსგან დახმარების მიმღებ პირთა სტატისტიკური მონაცემები. შესაბამისად, სტატისტიკა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე, მათ თვითიდენტიფიკაციაზე დაყრდნობით იქმნება, რაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და მათი საჭიროებების შესახებ სრულყოფილ და ზუსტ ინფორმაციას არ იძლევა.⁵²¹

2014-2016 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველსაყოფად სოციალური საჭიროებების (მათ შორის, ქალთა და

516 სახალხო დამცველის აპარატი, ანგარიში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ, 2016, იხ <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4563.pdf>

517 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური პაკეტი უზრუნველყოფს უფასო ჯანდაცვის დაზღვევას და, ზოგიერთ შემთხვევაში, დამატებითი ფულადი დახმარების განწევას.

518 ინტერვიუ, ქეთევან ხომერიკთან, მთავარი იურისტი, კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის, დათარიღებული 01.08.2017

519 ინტერვიუ, ქეთევან ხომერიკთან, მთავარი იურისტი, კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის, დათარიღებული 01.08.2017

520 სახალხო დამცველის აპარატი, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა თავშესაფრების მონიტორინგის ანგარიში, 2017, გვ. 10 და 31, იხ: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4617.pdf>

521 მონაცემები გვერდიდან: http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=1238

ბავშვთა კონკრეტული საჭიროებების) იდენტიფიცირებისა და პრიორიტეტების განსაზღვრის მიზნით კვლევების ჩატარებას ითვალისწინებს.⁵²² რაც შეეხება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებს, სამოქმედო გეგმის მიხედვით, უნდა ჩატარდეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე ცოდნის, შეხედულებებისა და ქცევის კვლევა ყველა შესაბამისი ასაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისათვის.⁵²³ სამოქმედო გეგმაში ასევე გათვალისწინებულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შორის ცნობიერების ამაღლების კამპანიების გამართვა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე, მათ შორის, სასიცოცხლო უნარების ამაღლება ტრენინგების მეშვეობით. ასეთი ტრენინგები განიხილავენ სხვადასხვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონკრეტულ საჭიროებებს და ითვალისწინებენ მათ ასაკს.⁵²⁴ 2017 წლის სექტემბრისთვის, ამ ღონისძიებების განხორციელების დრო, უცნობია.⁵²⁵ გარდა ამისა, სახელმწიფომ ჯერ კიდევ რატიფიცირება უნდა გაუკეთოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციასთან დაკავშირებულ ინდივიდუალურ საჩივრებსა და გამოძიების პროცედურების შესახებ ფაკულტატიურ პროტოკოლს.

7. ახალგაზრდობა და მოზარდები

2016 წლის იანვრისათვის, საქართველოში 15-29 წლის ასაკის 746,100 ახალგაზრდა იყო რეგისტრირებული, რაც მთლიანი მოსახლეობის 20.05%-ს შეადგენს.⁵²⁶ 2013 წელს ჩატარებული ახალგაზრდობის ეროვნული კვლევის მიხედვით, საქართველოში ახალგაზრდებს არასათანადო ცოდნა აქვთ საკუთარი უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ: მხოლოდ 10.9% იღებს მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.⁵²⁷

2011 წელს 15-19 წლის ასაკის მოზარდ გოგონებში ორსულობის მაჩვენებელი 6,2% იყო, ხოლო შობადობის მაჩვენებელი – 4,2%.⁵²⁸ 2010 წლის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, საქართველოში პირველი სექსუალური კონტაქტისას კონტრაცეპტივების გამოყენება, მიუხედავად ოჯახური მდგომარეობისა, მიუღებელია.⁵²⁹ კონტრაცეპტივების გამოყენების წესისა და რეალიზაციის ადგილის შესახებ ინფორმირებულობისა და ცოდნის მიუხედავად, ახალგაზრდების რიცხვი, რომლებიც რეალურად იყენებენ კონტრაცეპციის რომელიმე საშუალებას, ძალიან დაბალია.⁵³⁰

რაც შეეხება აბორტს, „საქსტატის“ მონაცემებით, 2012 წლიდან 15-19 ასაკობრივ ჯგუფში აბორტის მაჩვენებელი თანდათან მცირდება: თუ 2012 წელს აღნიშნულ ჯგუფში 1,955 აბორტი ჩატარდა, 2015 წელს მხოლოდ 1,335 შემთხვევაა დოკუმენტირებული.⁵³¹ კვების ტენდენცია შეინიშნება 15 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის მოზარდებშიც.⁵³² შესაძლოა, ეს თანამედროვე კონტრაცეპციის მეთოდების გამოყენების ზრდაზე მიუთითებდეს.⁵³³ თუმცა, 2016 წელს მოზარდებში აბორტის მაჩვენებელი ისევ საკმაოდ მაღალი იყო.⁵³⁴

522 თავი X, პარ 1., იხ: <http://disability.ge/images/stories/pdfs/samgegma.pdf> ინგლისური ვერსია იხ. file:///C:/Users/Administrator/Downloads/ActionPLAN.pdf

523 თავი VII, პარ 2.3.

524 თავი VII, პარ 2.4.

525 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი, 11 სექტემბერი, 2017, no. 01/57385.

526 საქსტატი, გენდერული სტატისტიკა, გვ.2, იხ: http://geostat.ge/cms/site_images/_files/english/Gender%20Statistics.pdf

527 UNICEF, ეროვნული ახალგაზრდული კვლევა, საქართველოში არსებული მდგომარეობისა და საჭიროებების ანალიზი, 2014, გვ. 12, http://unicef.ge/uploads/Final_Eng_Geostat_Youth_SitAN.pdf

528 სედგი, გ., ფინერი, ლ.ბ., ბანკოლე, ა., ეილერს, მ. ა., სინგპ, ს. მოზარდთა ორსულობის, შობადობისა და აბორტის მაჩვენებლები სხვადასხვა ქვეყნებში: დონეები და ბოლო ტენდენციები, 2015, ჟურნალი მოზარდთა ჯანმრთელობა, 56 (2): 223-230. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.007

529 NCDC, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, 2010, გვ. 261

530 Final_Geo_Adolescents_and_Youth_in_Georgia.pdf/UNICEF, ეროვნული ახალგაზრდული კვლევა, საქართველოში არსებული მდგომარეობისა და საჭიროებების ანალიზი, 2014, გვ. p. 73, იხ: http://unicef.ge/uploads/Final_Eng_Geostat_Youth_SitAN.pdf

531 საქსტატი, გენდერული სტატისტიკა, გვ., 7, იხ.: http://geostat.ge/cms/site_images/_files/english/Gender%20Statistics.pdf

532 იქვე

533 სახალხო დამცველის აპარატი, ქალთა უფლებათა და გენდერული თანასწორობის სპეციალური ანგარიში, თბილისი, 2016, გვ. 25

534 იქვე

2012 წლის ივლისიდან 2013 წლის ივნისამდე პერიოდში 15-დან 29 წლამდე ახალგაზრდებში აივ ინფექციის 112 ახალი შემთხვევა გამოვლინდა, რომელთა 8.7%-მა აივ ინფექცია ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარების გზით შეიძინა.⁵³⁵ ასევე მნიშვნელოვანია აღვნიშნოთ, რომ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მიერ (NCDC) ახალგაზრდებისა და მოზარდების ჯანმრთელობის შესახებ გამოცემული პუბლიკაციის მიხედვით, წინა წლებთან შედარებით, 2013 წელს 15-დან 24 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობა თითქმის გაორმაგდა.⁵³⁶

2017-2030 წლების დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია⁵³⁷ და დედათა და ახალშობილთა ჯანდაცვის სამოქმედო გეგმა პირველად ჯანდაცვის დაწესებულებებში ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სექსუალური და რეპროდუქციული სერვისების მიწოდებას და ახალგაზრდების ჩართულობას ითვალისწინებს.⁵³⁸ მიუხედავად ამისა, ამჟამად საქართველოში არ არსებობს ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საზოგადოებრივი სერვისები.⁵³⁹

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, 14-18 წლის პაციენტებს, რომლებსაც კარგად ესმით თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, უფლება აქვთ ინფორმირებული თანხმობა განაცხადონ სამედიცინო პროცედურაზე, თუკი მათ ესაჭიროებათ კონსულტაცია ან სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი), ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულების, არაქირურგიული კონტრაცეფციის, აბორტის ან აივ/შიდსის მკურნალობა.⁵⁴⁰

აივ/შიდსის დადებითი პასუხის შემთხვევაში, 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ინფორმაცია მხოლოდ მაშინ მიეწოდება, თუ არსებობს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა ამ ინფორმაციის მიწოდებაზე ან/და პაციენტი უარს აცხადებს შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებაზე და იგი იურიდიულად არ მიიჩნევა ქმედუნარიანად.⁵⁴¹

საქართველოს 2015-2020 წლების სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტი, რომელიც საქართველოს მთავრობამ 2014 წლის აპრილში მიიღო,⁵⁴² ყურადღებას ამახვილებს მონაწილეობაზე, განათლებაზე, დასაქმებასა და მობილობაზე.⁵⁴³ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობასა და უფლებებთან დაკავშირებით ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტი მოიცავს ისეთ ვალდებულებებს, როგორიცაა არსებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამებისა და მომსახურების შესახებ ახალგაზრდებში ცნობიერების ამაღლება; ახალგაზრდა ქალებისა და მამაკაცების მაღალი ხარისხის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებით უზრუნველყოფა; ახალგაზრდებისთვის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და მომსახურების მიწოდება

535 UNICEF, ეროვნული ახალგაზრდული კვლევა, 2014, გვ. 71-72

536 NCDC, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ჯანმრთელობა საქართველოში, 2015, იხ. http://www.ncdc.ge/AttachedFiles/NCDC%20Youth_Health_Statistical%20Overview_20.02.2014_d68e1957-a8f2-45af-a143-1af5a3e890c8.pdf

537 საქართველოს დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის სტრატეგია 2017-2030 წლებისთვის. გვ.32-33

538 საქართველოს სამოქმედო გეგმა 2017-2019 წლების დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობასა და უშუალოდ დაკავშირებულ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე, ამოცანა 4, პარ. 4.5.5.

539 ევერეტ კეტინგი, «ახალგაზრდებზე ორიენტირებული სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მომსახურება საქართველოში – სიტუაციის ანალიზი», საკონსულტაციო მისიის ანგარიში UNFPA-ს საქართველოს ოფისის სახელით 2015 წლის 16-20 ნოემბერი

540 საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ მუხლი 41.1

541 იქვე მუხლი 40.2 (ბ)

542 „საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტი დამონმებული საქართველოს მთავრობის #553 გადაწყვეტილებით 2014 წლის 2 აპრილს, პარ. 3.2. იხ.: [http://msy.gov.ge/files/Youth_Policy_\(Engl\)_Final_July_2014.pdf](http://msy.gov.ge/files/Youth_Policy_(Engl)_Final_July_2014.pdf) See:

543 იქვე

ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილ გარემოში, კონფიდენციალურობის დაცვის გარანტიით; სექსუალური ჯანმრთელობისა და განათლების შესახებ თანამედროვე საგანმანათლებლო პროგრამების განვითარების ხელშეწყობა, საუკეთესო საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით.⁵⁴⁴

2015 წლის 5 მარტს დამტკიცდა 2015-2020 წლების სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის განვითარების სამოქმედო გეგმა.⁵⁴⁵ ის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების კუთხით მნიშვნელოვან ღონისძიებებს ითვალისწინებს, რომლებიც ჯანდაცვის სამინისტრომ, სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრომ და დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა უნდა განახორციელოს. ამ ღონისძიებებს შორისაა სპეციალური საჭიროებების მქონე მოზარდების, მშობლების, სამედიცინო პერსონალისა და პედაგოგების ცნობიერების ამაღლება და განათლება ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა სვგი-ის და აივ/შიდსის პრევენციის მნიშვნელობა; მაღალი ხარისხის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების უზრუნველყოფა ახალგაზრდებისთვის, მათ შორის სპეციალური საჭიროებების მქონე ჯგუფებისთვის; ეროვნული ჯანდაცვის პროგრამების ფარგლებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ინტეგრირების ვალდებულება; პირველადი ჯანდაცვის ქსელების მეშვეობით ანტენატალური და ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე მეთოდების სერვისების უზრუნველყოფა; სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავების ხელშეწყობა, ახალგაზრდებისთვის არაფორმალური განათლებისა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობი კლუბების ჩამოყალიბების ჩათვლით.⁵⁴⁶

544 იქვე პ 13

545 დანართი N1/ იხ. მხოლოდ ქართულ ენაზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2766763>

546 იქვე პარ. 3.2.

რეკომენდაციები მოწყვლად ჯგუფებთან დაკავშირებით

- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე ყველა მოწყვლადი ჯგუფისთვის ხელმისაწვდომობის შესახებ, დახარისხებული მონაცემების შეგროვება
- სექსუალურ ორიენტაციასა და გენდერულ იდენტობაზე დაფუძნებული ძალადობის ფაქტების ეფექტიანი გამოძიება, აღკვეთა, აღრიცხვა და მსხვერპლთა უზრუნველყოფა ეფექტიანი სამართლებრივი დაცვის საშუალებებით
- ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტის უზრუნველყოფა შესაბამისი (სავალდებულო) ტრენინგით იმ მიზნით, რომ ინფორმირებულობის ნაკლებობამ და ნეგატიურმა სტერეოტიპებმა არ შელახოს ლგბტ პირებისათვის ჯანდაცვაზე წვდომა
- ტრანსგენდერი, ტრანსსექსუალი და გენდერულად არაკონფორმული პირების საჭიროებებზე ფოკუსირებული საერთაშორისო კლინიკური სახელმძღვანელოს ადაპტირება და დანერგვა ტრანსგენდერი პირების ჯანდაცვის ხარისხიან სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად
- ტრანსგენდერი პირებისათვის სასურველი სქესის სამართლებრივი აღიარება მათი თვითიდენტიფიკაციის საფუძველზე, ყოველგვარი სამედიცინო, მათ შორის ქირურგიული ან ფსიქოლოგიური, ინტერვენციების გარეშე
- ლგბტ პირების სოციალური საჭიროებების შესწავლა და სახელმწიფოებრივ გეგმებსა და ჯანდაცვის სტრატეგიებში მათი საჭიროებების გათვალისწინება
- პოლიციის თანამშრომლების მომზადება ქალი სექსმუშაკების მიმართ არასათანადო მოპყრობის წინააღმდეგ ბრძოლისა და მისი პრევენციის მიზნით, ასევე, სავარაუდო ძალადობის ყველა შემთხვევის სათანადო გამოძიების უზრუნველსაყოფად
- კამპანიების ორგანიზება სექსმუშაკების მიმართ ისეთი სოციალური სტიგმის აღმოსაფხვრელად, რაც მათ ძალადობის მსხვერპლად აქცევს
- სექსმუშაკებისათვის, სგგი-ის მკურნალობის მეთოდების შესახებ, საინფორმაციო კამპანიების ორგანიზება
- ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებების ორგანიზება ისეთი სოციალური სტიგმისა და გენდერული სტერეოტიპების წინააღმდეგ, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებენ ნარკოტიკების მომხმარებელი ქალების, ასევე ყველა ქალის, სიცოცხლეზე და ხელს უშლის მათ, მიიღონ სხვადასხვა მომსახურება, ჯანდაცვის მომსახურების ჩათვლით
- ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა თავშესაფრების მოწყობა შესაბამისი ინფრასტრუქტურითა და საშუალებებით, რათა თავშესაფრებთან წვდომა შესაძლებელი გახდეს იმ ქალებისათვისაც, რომლებიც ნარკოტიკებს იღებდნენ. ასევე, თავშესაფრებში ისეთი სერვისების უზრუნველყოფა, როგორიცაა მეტადონის ჩანაცვლებითი მკურნალობა
- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ ეროვნული სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავება სპეციალურად ნარკოტიკების მომხმარებელი ქალებისათვის.
- პოლიციის ოფიცრების მხრიდან ნარკოტიკების მომხმარებელ ქალთა მიმართ ძალაუფლების ბოროტად გამოყენების ყველა შემთხვევის ეფექტიანი და მიუკერძოებელი გამოძიება და შესაბამისი სტატისტიკის წარმოება
- ნარკოტიკების მოხმარების, კერძოდ, ინექციური ნარკოტიკების ფლობისა და გამოყენების დეკრიმინალიზაციის საკითხის განხილვა
- იძულებით გადაადგილებულ ქალთა შორის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად, საინფორმაციო კამპანიების ჩატარება
- კანონმდებლობასა და პრაქტიკაში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და ყველა მოწყვლადი ჯგუფის მიმართ დისკრიმინაციის აღმოფხვრის უზრუნველყოფა
- ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ რაიონებში მოქმედი საავადმყოფოების სათანადოდ აღჭურვა, რათა მათ შეეძლოთ საბაზისო და სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება
- ეთნიკური ჯგუფების დისკრიმინაციის თავიდან ასაცილებლად შესაბამისი პროგრამების შემუშავება, მათ შორის ჯანდაცვის სფეროში და ამ ჯგუფებისათვის ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის საკითხებთან დაკავშირებით არსებული ხარვეზების აღმოფხვრა

- ყველა მარგინალური ჯგუფის წინააღმდეგ დისკრიმინაციის შემთხვევების გამოძიება და მათზე რეაგირება, მათ შორის, ბოშა ქალებისათვის დედათა სამედიცინო მომსახურებაზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობის ჩათვლით
- საქართველოს ოჯახის დაგეგმვისა და სხვა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამებში (მათ შორის, აივ-თან დაკავშირებული პროგრამებში) დაუცველ ჯგუფებზე გათვლილი კონკრეტული პროგრამების ჩართვა
- გინეკოლოგიური განყოფილებების ადაპტაცია იმგვარად, რომ ეტლით მოსარგებლე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს ხელი არ შეეშალოს მის ფიზიკურ წვდომაში
- ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა ყველა თავშესაფრის იმგვარად ადაპტირება, რათა ისინი ხელმისაწვდომი გახდეს სხვადასხვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის, ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ქალების ჩათვლით
- ჯანდაცვის პერსონალის მომზადება და, მათ შორის, ცნობიერების ამაღლების კამპანიების ჩატარება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ყველა სხვა მონწყვლადი ჯგუფის მიმართ არსებული დისკრიმინაციის დასაძლევად
- ყველა სახის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალებისთვის სერვისების მიღებისას არსებული ბარიერების კვლევა ეფექტიანი პოლიტიკისა და პროგრამების შესამუშავებლად
- ისეთი პრაქტიკის შეწყვეტა, რომელიც ხელს უშლის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა და ახალგაზრდების რეპროდუქციული უფლებების რეალიზაციას. მათ შორის, ნებაყოფლობითი სექსუალური აქტივობის კონტროლის შეწყვეტა
- ახალგაზრდებისადმი კეთილგანწყობილი, კონფიდენციალური მომსახურებების ჩართვა სექსუალური და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის პროგრამებში, განსაკუთრებით დაუცველი ჯგუფების შემთხვევაში
- ეფექტიანი მექანიზმების არსებობის უზრუნველყოფა მონწყვლადი ჯგუფებისათვის მართლმსაჯულების ხელმისაწვდომობის საგარანტიოდ, მათი უფლებების დარღვევის შემთხვევაში
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის, ბავშვთა უფლებების კონვენციის და ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კონვენციის ინდივიდუალურ საჩივრებსა და პროცედურებზე ფაქულტატიური პროტოკოლების რატიფიცირება.

მოცემული შეფასება ადამიანის ძირითად უფლებებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის კუთხით, ჯანდაცვის სისტემას კი, უფრო ფართო მნიშვნელობით განიხილავს. მასში ყურადღება გამახვილებულია მნიშვნელოვან მომიჯნავე გამჭოლ თემებსა და უფლებებზე, მათ შორის ანგარიშვალდებულებაზე, დისკრიმინაციის აღმოფხვრასა და გენდერულ სტერეოტიპებზე. მთავრობამ ბევრ სფეროში მიაღწია მნიშვნელოვან პროგრესს, მათ შორის ძლიერი სამართლებრივი და პოლიტიკური ჩარჩოების შემუშავების, ჯანდაცვის ახალი სისტემისა და ინსტიტუტების შექმნის და ზოგიერთ სფეროებში გარკვეული პროგრესის თვალსაზრისით. სხვა ბევრ საჭიროებასთან ერთად, არსებობს ქვემოთ ჩამოთვლილი საკითხების შემდგომი დახვეწის აუცილებლობა: ადამიანის უფლებების სტანდარტებთან მისადაგების უზრუნველსაყოფად, კანონებისა და პოლიტიკის განახლება, შესრულება და მონიტორინგი; დახარისხებული მონაცემების რეგულარულად შეგროვების უზრუნველყოფა; ასაკის შესაბამისი, სავალდებულო, ყოვლისმომცველი სასიცოცხლო უნარების სწავლების/სექსუალური განათლების მიღების უზრუნველყოფა ქვეყნის მასშტაბით არსებულ ყველა სკოლაში; ჯანდაცვის სფეროში პერსონალური ინფორმაციისა და კონფიდენციალობის დაცვის გაუმჯობესება, მათ შორის აივ ინფექციის კუთხით; კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ ცოდნის გაღრმავება და მისი ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება; ქალთა მიმართ ძალადობის შესახებ საკანონმდებლო და პოლიტიკური ჩარჩოების განხორციელების მხარდაჭერა; აბორტის სერვისებთან დაკავშირებული წინააღმდეგობების მოხსნა; რეპროდუქციული და ძუძუს კიბოს სკრინინგისა და მკურნალობის ბარიერების აღმოფხვრა; სუროგაციის საკითხის დარეგულირება; მონყვლადი ჯგუფების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობათან დაკავშირებული უფლებების გათვალისწინება. საკუთარ ტერიტორიაზე ყველა ინდივიდისთვის ადამიანის უფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად, მთავრობამ ყველა ღონეს უნდა მიმართოს ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ვალდებულებების შესასრულებლად.

