



სახელმძვანელო

საქსუადუნი და ჩავროდუქუნი ჯანმრთედოება და უფდაბები

ძირითადი სავითხები მონონილა
და ჩესუნები





ქალთა ფონდი საქართველოში
WOMEN'S FUND IN GEORGIA

სარიჩხი

ფემინიზმი, როგორც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ფუნდამენტი	2
რეპროდუქციული ძალადობა და საერთაშორისო სტანდარტები	5
SRHR და ადამიანის უფლებათა დაცვის საერთაშორისო ინსტრუმენტები	7
ინფორმირებული თანხმობა	10
სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები	12
აბორტი	15
მენსტრუაცია	18
სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები	21
კონტრაცეფცია	26
სერვისები	31
სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები საქართველოს ეროვნულ კანონმდებლობაში	34
პანდემიის გავლენა ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების განხორციელებაზე	39
ანატომია, სიამოვნება და თანხმობა სექსუალურ კონტექსტში	44
ყოველდღიური სექსუალური განათლება და მისი ინდიკატორები	52

დოკუმენტი განკუთვნილია მათთვის, ვისაც გავლილი აქვს SRHR საკითხზე ტრენერთა ტრენინგი და სურს, თავად ჩაატაროს საგანმანათლებლო აქტივობები ამ თემატიკაზე.

დოკუმენტი მომზადებულია შვედეთის სექსუალური განათლების ასოციაციის ფინანსური მხარდაჭერით.

შინაარსზე პასუხისმგებელია ქალთა ფონდი საქართველოში და SRHR ადვოკატების არაფორმალური ჯგუფი.

ფემინიზმი, როგორც სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ფუნდამენტი

ფემინიზმი¹ მოიცავს თეორიების, იდეოლოგიებისა და სოციალური მოძრაობების ერთობას, რომელთა მიზანია ქალთა მდგომარეობის თუ გამოცდილებების აღწერა და ანალიზი, ქალის პერსპექტივისა და ავტორიტეტის წინ წამოწევა და ქალთათვის თანასწორი სოციალური, პოლიტიკური, ეკონომიკური თუ კულტურული უფლებების მოპოვება.

ფემინისტთა თუ ფემინისტური თეორიის ამოსავალ წერტილად შეგვიძლია მივიჩნიოთ დაშვება, რომ ქალები სოციალურ თუ მატერიალურ უთანასწორობას განიცდიან მათი სქესის / გენდერის გამო და ფემინიზმის მიზანი ამ უთანასწორობებთან ბრძოლაა. თუმცა, ბრძოლის პოლიტიკური მეთოდები თუ ჩაგვრის ახსნის მექანიზმები ფემინისტებს შორის მრავალფეროვანია და, შესაძლოა, ურთიერთსაწინააღმდეგოც კი იყოს.

ფემინიზმის განსხვავებულ მიმდინარეობებში რამდენიმე ძირითადი და მნიშვნელოვანი პოზიციის გამოკვეთა შეიძლება:

ლიბერალური ფემინიზმი, რომელსაც განმანათლებლობის პერიოდში ჩაეყარა საფუძველი დასავლურ საზოგადოებაში, ლიბერალიზმის იდეოლოგიის ძირითად დაშვებებს ეფუძნება და მიიჩნევს, რომ ქალის მდგომარეობის გამოსწორება შესაძლებელია პოლიტიკური რეფორმებით დემოკრატიულ გარემოში. ლიბერალი ფემინისტებისთვის ძირითადი ამოცანებია ქალთათვის განათლებაზე ხელმისაწვდომობა, რეპროდუქციული უფლებები, კანონის წინაშე თანასწორობა, შრომის თანასწორი ანაზღაურება, ოჯახში ძალადობის აღმოფხვრა და სხვა. ლიბერალი ფემინისტები არ იბრძვიან „რევოლუციისა თუ გადატრიალებისათვის“, მათი აზრით, თანასწორობის მისაღწევად დემოკრატიული ჩარჩო საკმარისად ეფექტურია. ლიბერალური ფემინიზმი ერთგვარად „ზომიერი“ პოზიციაა, მასთან ყველაზე ხშირად ასოცირდებიან ადამიანები, რომელთაც სოციალური სისტემის ძირეული ცვლილების გარეშე, ქალთა სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება სურთ.

სოციალისტური ფემინიზმი ქალთა სოციალური და ეკონომიკური უთანასწორობის მიზეზად სექსისტური ჩაგვრასთან ერთად, კლასობრივ ჩაგვრას ხედავს. სოციალისტი ფემინისტებისთვის ქალთა ჩაგვრას ორი ძირითად წყარო აქვს: ეკონომიკური და კულტურული. მათი აზრით, ქალთა ემანსიპაციისთვის აუცილებელია ჩაგვრის ორივე წყაროს, კაპიტალიზმისა და პატრიარქატის, აღმოფხვრა.

¹ წინამდებარე თავში მოცემული ფემინიზმის დეფინიცია და ძირითად ფემინისტურ მიმდინარეობებზე ინფორმაცია სრულად აღებულია CSS-ის სოციალური მეცნიერებების ლექსიკონი-ცნობარიდან, იხ: <http://dictionary.css.ge/content/feminism>

მარქსისტი ფემინისტები ქალთა ჩაგვრის წყაროდ კლასობრივ საზოგადოებას მიიჩნევენ, რომელიც პირველყოფილ თანასწორ საზოგადოებებში გაჩენილმა ეკონომიკურმა აუცილებლობებმა წარმოშვა. თანამედროვე დროში მარქსისტული ფემინიზმი ქალთა ჩაგვრის ახსნას კაპიტალისტური საზოგადოების შინაგანი ბუნებიდან ცდილობს, რითაც იგი განსხვავდება სოციალისტური ფემინიზმისგან, რომელიც უშვებს ქალთა ჩაგვრის მეორე წყაროს - პატრიარქალურ იდეოლოგიას.

რადიკალური ფემინიზმი, რომელიც, ძირითადად, ახალი მემარცხენე და სამოქალაქო უფლებების მოძრაობის წიაღში წარმოიშვა, ლიბერალურ და მარქსისტულ პერსპექტივას ზედაპირული ხედვის გამო აკრიტიკებს და ჩაგვრის ძირითად მიზეზად მიიჩნევს პატრიარქატს, როგორც სისტემას, რომელიც კაცებს იერარქიის სათავეში აყენებს. რადიკალური ფემინიზმის მიხედვით, აუცილებელია ძირეული ცვლილებები და კაცებზე ორიენტირებული პოლიტიკისა და თვალსაზრისისგან გათავისუფლება. რადიკალები აკრიტიკებენ პატრიარქატს, როგორც ღირებულებათა ერთობას, რომელიც ნეიტრალურობის სახელით ნიღბავს უთანასწორობას და ფესვგადგმულია ცხოვრების ყველა სფეროში, ლიტერატურაში, ფილოსოფიასა და ფსიქოლოგიაში. რადიკალი ფემინისტები ქალზე ორიენტირებული, ქალების მიერ დომინირებული ცოდნისა და სივრცეების შექმნისკენ ისწრაფვიან, ამიტომ მათ ხშირად სეპარატიზმში სდებენ ბრალს. რადიკალური ფემინიზმის ორ სახეს გამოყოფენ: ლიბერტარიანული (libertarian) და კულტურის (cultural). რადიკალი კულტურის ფემინისტები თვლიან, რომ აუცილებელია ქალებისთვის დამახასიათებელი ისეთი თვისებებისთვის, როგორიცაა მზრუნველობა, ურთიერთდამოკიდებულება, ემოციურობა, თანაგრძნობა და თანაზიარობა, პოზიტიური ღირებულების მინიჭება. ისინი აფასებენ „ფემინურ“ მზრუნველობას და ემიჯნებიან „მასკულინური“ აგრესიის ღირსებად წარმოჩენას. ხოლო რადიკალი ლიბერტარიანული ფემინისტები თვლიან, რომ მასკულინური მახასიათებლები მავნეა თავად კაცებისთვის, ფემინური მახასიათებლები - თავად ქალებისთვის.

პოსტმოდერნისტული და პოსტსტრუქტურალისტური ფემინისტური თეორია ფემინიზმის თავდაპირველ იდეას ცვლის იმით, რომ ეჭვქვეშ აყენებს ისეთ ბაზისურ ცნებებს, როგორებიცაა „ქალი“ და „უთანასწორობა“. პოსტსტრუქტურალისტი ფემინისტებს აინტერესებთ, როგორ იქმნება მნიშვნელობა, როგორ ხდება სუბიექტის კონსტრუირება სოციალურ დისკურსში და ენის საშუალებით სხვადასხვა კულტურულ კონტექსტში. პოსტსტრუქტურალისტი ფემინისტების აზრით, მტკიცება, რომ ქალებს ჩაგვრის უნივერსალური გამოცდილება აქვთ, ქალთა შორის სოციო-კულტურულ განსხვავებებს უგულებელყოფს და ყურადღების მიღმა ტოვებს სოციალური იერარქიის ისეთ ასპექტებს, როგორებიცაა რასა, კლასი ან სექსუალობა.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები დგას ფემინიზმის ჩარჩოზე და სწორედ ქალთა თანასწორობის მიღწევის, მათი სხეულებრივი მთლიანობისა და

ავტონომიურობის დაცვას ემსახურება. SRHR ჩარჩო ქალთა საჭიროებებზე მორგება საჭიროებს მის გააზრებას ფემინისტური სამართლიანობის იდეის ქვეშ, რადგანაც აღნიშნულ უფლებათა დაცვის დაბალი სტანდარტი და საზოგადოებაში არსებული სტიგმა სწორედ პატრიარქატული, მასკულინური კულტურის დომინაციის შედეგია, შესაბამისად, ამ უფლებათა დაბრუნება საჭიროებს მისი საფუძველმდებარე მჩაგვრელი სისტემების იდენტიფიცირებას და მის რღვევას, რომელიც მხოლოდ გაერთიანებული კოლექტიური, სოლიდარული და რადიკალური ფემინისტური ბრძოლით შეიძლება მიიღწეს.

დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ:

აირის მერიონ იანგი „ჩაგვრის ხუთი სახე“,

<https://femcomingout.files.wordpress.com/2016/10/e183a9e18390e18392e18395e183a0e18398e183a1-e183aee183a3e18397e18398-e183a1e18390e183aee18394.pdf>

თამარ საბედაშვილი, ქალთა უფლებების ისტორიული ასპექტები,

http://ucss.ge/geo/publication/publications_detail.php?ID=392

ლელა გაფრინდაშვილი, „ფემინიზმი და ქალის უფლებები: მოძრაობა ნაპირიდან

ცენტრისაკენ“, <http://feminism-boell.org/ka/2014/05/08/peminizmi-da-kalis-uplebebi-mozraoba-napiridan-centrisaken>

EMC, სტატიათა კრებული: „დედობა, სექსუალობა და რეპროდუქციული სამართლიანობა“,

2018 <https://emc.org.ge/ka/products/statiebis-krebuli-1>

რეპროდუქციული ძალადობა და საერთაშორისო სტანდარტები

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები ქალთა მიმართ ძალადობის აღმოფხვრის ვალდებულებას მოიაზრებს. გაეროს ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კომიტეტის (CEDAW) 35-ე ზოგადი რეკომენდაციის მიხედვით, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვა ქალებისა და გოგონების ღირსებისა და ავტონომიის უფლების დაცვის კრიტიკული ასპექტია.

ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლების დარღვევა, როგორცაა იძულებითი სტერილიზაცია, იძულებითი აბორტი, იძულებითი ორსულობა, აბორტის კრიმინალიზება, უსაფრთხო აბორტზე უარის თქმა ან დაყოვნება, ორსულობის იძულებითი გაგრძელება, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობის შესახებ

ინფორმაციის, სერვისებისა და სხვა საშუალებების მიწოდებაზე უარის თქმა - წარმოადგენს გენდერული ნიშნით ძალადობის ფორმას, ხოლო კონკრეტულ შემთხვევებში, შესაძლოა აღნიშნულმა ძალადობამ მიაღწიოს წამებას, არაადამიანურ და ღირსების შემლახავ მოპყრობას².

ევროსაბჭოს „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ“ კონვენციის³ მიხედვით (2011) სახელმწიფოები „აღიარებენ, რომ ქალებსა და მამაკაცებს შორის *de jure* და *de facto* თანასწორუფლებიანობის უზრუნველყოფა არის ქალთა მიმართ ძალადობის პრევენციის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ელემენტი. კონვენციის მიხედვით, „ქალთა მიმართ ძალადობა არის ისტორიულად ქალებსა და მამაკაცებს შორის ძალთა უთანასწორობის გამოვლენა, რამაც მიგვიყვანა მამაკაცების მხრიდან ქალების მიმართ დისკრიმინაციამდე და მათზე დომინირებამდე და ხელი შეუშალა ქალების სრული თანასწორუფლებიანობის განხორციელებას.“

კონვენციის მიხედვით, ქალები და გოგონები ხშირად განიცდიან ისეთი სერიოზული ფორმების ძალადობას, როგორიცაა ოჯახში ძალადობა, სექსუალური შევიწროება, გაუპატიურება, იძულებითი ქორწინება, ეგრეთ წოდებული „ღირსების“ სახელით ჩადენილი დანაშაული და სასქესო ორგანოების დასახიჩრება, რაც წარმოადგენს ქალებისა და გოგონების ადამიანის უფლებათა სერიოზულ დარღვევას და ერთ-ერთ მთავარ დაბრკოლებას ქალებსა და მამაკაცებს შორის თანასწორუფლებიანობის მიღწევის საქმეში.

კონვენცია დეტალურად გამოყოფს გენდერული ძალადობის სპეციფიკურ ფორმებს და სახელმწიფოებს აღნიშნულ დანაშაულთა პრევენციისა და აღკვეთისკენ მოუწოდებს. კერძოდ,

იძულებითი ქორწინება (მუხლი 37)

1. მხარეები იღებენ ყველა საჭირო საკანონმდებლო ან სხვა ზომას იმის უზრუნველსაყოფად, რომ სისხლის სამართლის დანაშაულად ჩაითვალოს წინასწარგანზრახული ქცევა, რომელიც ზრდასრულ ადამიანს ან ბავშვს აიძულებს ქორწინებაში შესვლას.

2. მხარეები იღებენ ყველა საჭირო საკანონმდებლო ან სხვა ზომას იმის უზრუნველსაყოფად, რომ სისხლის სამართლის დანაშაულად ჩაითვალოს წინასწარგანზრახული ქცევა, რომელიც გულისხმობს ზრდასრული ადამიანის ან ბავშვის შეტყუებას იმ მხარის ან სახელმწიფოს ტერიტორიაზე, სადაც ის არ

² CEDAW General Recommendation No 35, პარა. 18

³ ევროსაბჭოს „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ“ კონვენცია, 2011 წელი, იხ: <https://matsne.gov.ge/document/view/3789678?publication=0>

ცხოვრობს, ამ ზრდასრული ადამიანის ან ბავშვის ქორწინებაში შესვლის იძულების მიზნით.

ქალის სასქესო ორგანოების დასახიჩრება (მუხლი 38)

ა. ქალის დიდი სასირცხოვო ბაგეების, მცირე სასირცხოვო ბაგეების ან კლიტორის მთლიანი ან ნაწილობრივი ამოკვეთა, ინფიზულაცია ან სხვა ნებისმიერი სახით დასახიჩრება;

ბ. ქალის იძულება ან დაყოლიება იმ მიზნით, რომ მას ჩაუტარდეს „ა“ პუნქტში ჩამოთვლილი ნებისმიერი აქტი;

გ. გოგონას წაქეზება, იძულება ან დაყოლიება იმ მიზნით, რომ მას ჩაუტარდეს „ა“ პუნქტში ჩამოთვლილი ნებისმიერი აქტი.

იძულებითი აბორტი და იძულებითი სტერილიზაცია (მუხლი 39)

ა. ქალისთვის აბორტის გაკეთება მისი წინასწარი და ინფორმირებული თანხმობის გარეშე;

ბ. ისეთი ქირურგიული ოპერაციის ჩატარება, რომელიც მიზნად ისახავს ან იწვევს ქალის ბუნებრივი რეპროდუქციის უნარის შეწყვეტას მისი წინასწარი და ინფორმირებული თანხმობის ან ამ პროცედურის გააზრების გარეშე.

გენდერული ძალადობის ზემოაღნიშნული ფორმები პირდაპირ არის დაკავშირებული სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებების განხორციელებასთან.

დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ:

თ. დეკანოსიძე და სხვები „გენდერი და სამართალი“, PHR, <http://ewmi-prolog.org/images/files/2572GENDER-geo.pdf>

სახალხო დამცველის ოფისი, ქალთა მიმართ სექსუალური ძალადობის დანაშაულებზე მართლმსაჯულების განხორციელება საქართველოში, 2020, <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020121613551185316.pdf>

სახალხო დამცველის ოფისი, ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების დაცვის მდგომარეობა ფსიქიატრიულ და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში, 2020, <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020051116165376986.pdf>

UNICEF, ადრეული/ზავშვობის ასაკში ქორწინებისა და ქალთა სასქესო ორგანოების დასახიჩრების/კვეთის პრაქტიკა, 2017

<https://www.unicef.org/georgia/media/1201/file/Early%20Marriage%20Geo.pdf>

GEOSTAT, UN Women and the EU for Georgia, National Study on Violence against Women in Georgia 2017

SRHR და ადამიანის უფლებათა დაცვის საერთაშორისო ინსტრუმენტები

ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების რეალიზება განუყოფელია ქალთა ავტონომიისა და მათი გაცნობიერებული გადაწყვეტილებისგან მათ ცხოვრებასა და ჯანმრთელობაზე. გენდერული თანასწორობა მოითხოვს, რომ მოხდეს ქალთა ჯანდაცვის საჭიროებების გათვალისწინება და ადეკვატური მომსახურების შეთავაზება ქალებისათვის მთელი ცხოვრების განმავლობაში⁴.

„სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების“ (SRHR) ჩარჩო პირველად ქაიროს მოსახლეობისა და განვითარების საერთაშორისო კონფერენციაზე (ICPD) შემუშავდა, მოგვიანებით კი - 1995 წელს, პეკინში გამართულ ქალთა მეოთხე მსოფლიო კონფერენციაზე (FWCW). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) განმარტებაზე დაყრდნობით, ქაიროს პროგრამა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას განსაზღვრავს როგორც, „სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა რეპროდუქციულ სისტემასთან დაკავშირებულ ყველა საკითხში. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ნიშნავს მდგომარეობას, როდესაც ადამიანებს შეუძლიათ ჰქონდეთ სასიამოვნო და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება, აქვთ თავისუფალი და ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა იყოლიონ თუ არა შვილი, ასევე, რამდენი და როდის. ეს უკანასკნელი პირობა გულისხმობს, რომ თითოეულ ქალს და კაცს აქვს უფლება ჰქონდეთ ინფორმაცია და ხელი მიუწვდებოდეთ მათთვის სასურველ უსაფრთხო და ეფექტურ ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე სერვისებსა და იმ მეთოდებზე, რომლებიც კანონით აკრძალული არ არის; ასევე, ხელი მიუწვდებოდეთ შესაბამის ჯანდაცვის მომსახურებაზე, რომლებიც ქალებს საშუალებას მისცემს უსაფრთხოდ გაიარონ ორსულობისა და მშობიარობის პროცესი, ხოლო წყვილებს დაეხმარება ჯანმრთელი შვილის ყოლაში.“⁵

⁴ ICESCR, General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), პარა. 25

⁵ UNFPA, Program of Action, adopted at the International Conference on Population and Development, 5-13 September, Cairo, 1994, პარა. 7.2.

ამასთან, ქაიროს მოქმედების პროგრამა ნათლად განმარტავს რეპროდუქციული უფლებების იდეას მეშვიდე თავში და აღნიშნავს, რომ მსგავსი უფლება აღიარებულია ძირითად უფლებებზე დაყრდნობით და ადამიანებს აქვთ უფლება თავისუფლად და პასუხისმგებლობით გადაწყვიტონ შვილების რაოდენობა, შობადობას შორის ინტერვალი და დრო. ამასთან, ისინი უნდა იყვნენ ინფორმირებული და ხელი მიუწვდებოდეთ რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის უმაღლეს სტანდარტებზე. აღნიშნული პროგრამა ასევე გულისხმობს უფლებას რეპროდუქციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაზე, რომელიც არ უნდა იყოს დისკრიმინაციული, იძულებითი და ძალადობრივი⁶.

საგულისხმოა, რომ აღნიშნულ უფლებათა ჩარჩო ეფუძნება არამხოლოდ იმის აღიარებას, რომ წყვილებსა და ინდივიდებს ჰქონდეთ საბაზისო უფლება, მიიღონ დამოუკიდებელი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილება მათ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, არამედ ინფორმაციისა და განათლების მისაწვდომობის უფლებას, რათა აღნიშნული განახორციელონ⁷.

გაეროს 1966 წლის სოციალურ, ეკონომიკურ და კულტურულ უფლებათა პაქტის (ICESCR) მე-12 მუხლის მიხედვით, წევრი სახელმწიფოები აღიარებენ ყველას უფლებას ისარგებლონ ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტით⁸. პაქტის 22-ე ზოგადი კომენტარი აზუსტებს და სპეციფიკურად ასახავს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ფუნდამენტურ საკითხებს, კომენტარის მიხედვით, აღნიშნული უფლებათა ეფექტურ განხორციელებაზე გავლენას ახდენს „ჯანმრთელობის სოციალური დეტერმინანტები“⁹. ბევრ ქვეყანაში, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ასპექტებზე ნეგატიურად აისახება საზოგადოებაში არსებული უთანასწორობა, გენდერის, სექსუალური ორიენტაციის, რასის, შეზღუდული შესაძლებლობისა და სხვა ნიშნების საფუძველზე არსებული ძალაუფლებათა არათანაბარი გადანაწილება, რაც გავლენას ახდენს აღნიშნულ და მასთან დაკავშირებულ სხვა უფლებათა სარგებლობის ხარისხზე¹⁰. შესაბამისად, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების სარგებლობის რეალიზებისთვის სახელმწიფოებმა ძალისხმევა უნდა მიმართონ სოციალურ დეტერმინანტებზე, რომლებიც კანონმდებლობებში, ინსტიტუციურ მოწყობებსა და სოციალურ პრაქტიკებში ჰპოვებს გამოხატულებას და ახდენს ინდივიდთა მიერ ამ უფლებათა სარგებლობაში ხელშეშლას¹¹.

მნიშვნელოვანია, რომ CESCR-ის ზოგადი კომენტარი განამტკიცებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებას, როგორც ეკონომიკური, სოციალური და

⁶ იქვე, პარა. 7.3

⁷ იქვე.

⁸ ICESCR, მუხლი 12.1

⁹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), პარა.7

¹⁰ იქვე, პარა. 8

¹¹ იქვე.

კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლით გათვალისწინებული ჯანმრთელობის უფლების განუყოფელ ნაწილს და მისი ეფექტური განხორციელებისათვის ოთხ ფუნდამენტურ ასპექტს გამოყოფს - **არსებობას, მისაწვდომობას, მისაღებობასა და ხარისხს**¹².

გარდა აღნიშნული პრინციპებისა, ნაირობის სამიტის (ICPD 25) წინარე დოკუმენტში 2030 წლის დღის წესრიგის მიღწევისა და უნივერსალური ჯანდაცვის რეფორმის ჭრილში აქცენტი გაკეთდა სექსუალურ და რეპროდუქციულ უფლებებთან მიმართებით უნივერსალური ჯანდაცვის უზრუნველყოფის სამ ურთიერთგადამკვეთ პრინციპზე - **მისაწვდომობის თანასწორობა, ზრუნვის ხარისხი და ანგარიშვალდებულება**. აღნიშნული პრინციპები გავლენას ახდენს როგორც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობისა და უფლების სერვისის გაცემაზე, ისე უშუალოდ ინდივიდების უფლებების პრაქტიკულ რეალიზებაზე¹³.

არსებითი მნიშვნელობისაა, რომ ICESCR-ის ზოგადი კომენტარებით გამოყოფილ პრინციპთა პრაქტიკაში განხორციელებისას, სახელმწიფოებს ევალებათ არსებითი თანასწორობის უზრუნველყოფა, რომელიც სახელმწიფოებს ავალდებულებს აღმოფხვრას ნებისმიერი ბარიერი სექსუალური და რეპროდუქციული საჭიროებების დაკმაყოფილებისას, რომელიც კონკრეტულ ჯგუფებს შეიძლება შეექმნათ. ამასთან, განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს ის ჯგუფები, რომელთაც მრავალი ნიშნით დისკრიმინაციის რისკის წინაშე დგანან, მათ შორის, ლგბტქი, სოფლად მცხოვრები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები და სხვა ჯგუფები.

ინფორმირებული თანხმობა

ინფორმირებული თანხმობა წარმოადგენს კომუნიკაციის პროცესს სერვისის მიმწოდებელსა და სერვისის მიმღებს შორის, რომლის შედეგადაც სერვისის მიმღების მიერ თანხმობის ნებაყოფლობითად, მუქარის, დაშინების, დარწმუნების, რეფერალის ან პირის პირადი ინფორმაციის გათქმის გარეშე გაცემა. სერვისის მიმღებმა უნდა მიიღოს კონსულტაცია არსებული სერვისის შესახებ და მისი პოტენციური ალტერნატივების შესახებ იმ ენასა თუ ფორმით, რაც გასაგებია სერვისის მიმღებისათვის¹⁴.

¹² იქვე, პარა. 11

¹³ UNFPA, SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS: AN ESSENTIAL ELEMENT OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE Background document for the Nairobi summit on ICPD25 – Accelerating the promise, 2019, გვ. 11

¹⁴ UNFPA, WOMEN AND YOUNG PERSONS WITH DISABILITIES, Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights, 2018

როგორც დეფინიციიდან ჩანს, ჯანმრთელობის უმაღლესი ხელმისაწვდომი სტანდარტებით სარგებლობა გულისხმობს, რომ ჯანმრთელობის დაცვა უნდა ეფუძნებოდეს პირის თავისუფალ და ინფორმირებულ თანხმობას. მონაწილე სახელმწიფოებმა უნდა დაავალდებულონ ჯანდაცვისა და სამედიცინო სფეროს ყველა პროფესიონალი რომ პირის სახელით თანხმობა არ წარადგინონ მესამე პირებმა, რომლებიც მათ ნაცვლად იღებენ გადაწყვეტილებას.

უფლება ინფორმირებულ გადაწყვეტილებაზე, რომელიც მოითხოვს ინფორმირებული თანხმობის არსებობას სახელმწიფოთა მიერ ყოველთვის ამომწურავად არ არის რეგულირებული ეროვნულ კანონმდებლობებში. სახელმწიფოს აქვს სამართლებრივი ვალდებულება, უზრუნველყოს სერვისების იმგვარად მიწოდება, რომ მოიცვას ინფორმაციის ნათელი და გასაგები ფორმით გადაცემა, მათ შორის, დადებითი და უარყოფითი შედეგების შესახებ ინფორმაცია და ინფორმაცია არსებულ ალტერნატივებზე, რათა პაციენტებს ჰქონდეთ არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა¹⁵.

ინფორმაციის მიწოდება მაღალი ხარისხის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების არსებობის მნიშვნელოვანი ნაწილია. აღნიშნული სერვისის მიღებისას არსებული ნებისმიერი ხელშეშლა წარმოადგენს ჩარევას ინფორმაციის მიწოდებისა და მისი მიღების უფლებაში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს აღნიშნულ სერვის მიღების შეფერხება ან მასზე წვდომის არარსებობა, რაც, თავის მხრივ, ადამიანის ჯანმრთელობას ბევრად უფრო სერიოზული რისკების წინაშე აყენებს¹⁶.

ინფორმირებული თანხმობის მთავარი ელემენტებია:

1. ინფორმირება

- ა) ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდება
- ბ) ინფორმაციის პაციენტის საჭიროებებზე მორგებულად შეთავაზება

2. თანხმობა

- ა) კონფიდენციალობის უზრუნველყოფა
- ბ) მხარდაჭერა გადაწყვეტილების მიღებისას
- გ) გადაწყვეტილების ნებაყოფლობითობის უზრუნველყოფა, რაც გულისხმობს პირის გადაწყვეტილების მიღებაში მესამე პირის მხრიდან ნეგატიური ჩარევის/გავლენის პრევენციას.

საქართველოს კანონმდებლობა, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვას შეეხება არეგულირებს ინფორმირებული თანხმობის საკითხებს, თუმცა ის არ ავალდებულებს სერვისის მიმწოდებელს ინფორმაციის სრულყოფილად არადისკრიმინაციულად და ამომწურავად

¹⁵ WHO, Sexual Health, Human Rights and the Law, გვ. 17

¹⁶ იქვე, გვ. 33

მიწოდების ვალდებულებას. მაგალითად, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ ითვალისწინებს ცალკეულ მითითებებს, როდესაც საქმე ეხება პაციენტთა ინფორმირების ვალდებულებასა და თანხმობის მოპოვებას. კანონის 22-ე მუხლის 1-ლი პუნქტის მიხედვით, „სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი მცირეწლოვანების ან მის მიერ გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების შეუძლებლობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის მიღება. ინფორმირებული თანხმობის მიღება წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურების გაწევას.“

ასევე, ყურადსაღებია, რომ ეროვნულ კანონმდებლობაში არსებული ჩანაწერების ინფორმირებული თანხმობის მნიშვნელობა ხშირად პრაქტიკაში არ არის სრულად გააზრებული და აღნიშნული უფლების დარღვევით ხორციელდება.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები

SRHR-ის მრავალი განმარტება არსებობს, მათ შორის უახლეს ვერსიას არაერთი ავტორი ყავს და ხანგრძლივი სამუშაო პროცესის შედეგად შემუშავდა, რომელშიც სხვადასხვა აქტორები იყვნენ ჩართული სამოქალაქო სექტორის, გაეროს სააგენტოების, კვლევითი ცენტრებისა და სხვა გადაწყვეტილების მიმღები პირების სახით. თითოეულ მათგანს SRHR საკითხებზე მუშაობის მრავალწლიანი გამოცდილება გააჩნდა.

ხსენებული განმარტების თანახმად, რომელიც 2018 წელს შემუშავდა, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა არის ადამიანის ფიზიკური, ემოციური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობა, სექსუალობის და რეპროდუქციის ყველა ასპექტთან მიმართებაში. სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა არ შემოიფარგლება დაავადების ან დისფუნქციის არქონით. აქედან გამომდინარე, საჭიროა, რომ სექსუალობისა და რეპროდუქციის მიმართ არსებობდეს პოზიტიური მიდგომა, რომელიც დაეფუძნება სასიამოვნო სექსუალურ ურთიერთობებს, ნდობასა და კომუნიკაციას. ყოველივე ეს, ხელს შეუწყობს ადამიანების თავდაჯერებულობისა და კეთილდღეობას ჩამოყალიბებას. SRHR-ის პრინციპების თანახმად, ყველა ადამიანს აქვს უფლება დამოუკიდებლად მიიღოს საკუთარ სხეულთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები. ამდროულად, აუცილებელია, თითოეულ ინდივიდს ხელი მიუწვდებოდეს სერვისებზე, რომლებიც ამ უფლებების განხორციელების წინაპირობას წარმოადგენენ¹⁷.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა დამოკიდებულია სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების განხორციელებაზე, რომელიც, თავის მხრივ, ეფუძნება ადამიანის უფლებებს:

¹⁷ <https://www.guttmacher.org/guttmacher-lancet-commission/accelerate-progress-executive-summary#>

- სხეულის ხელშეუხებლობა, ავტონომია და პირადი სივრცის პატივისცემა;
- საკუთარი სექსუალობის, სექსუალური ორიენტაციის, გენდერული იდენტობის თავისუფლად განსაზღვრა და გამოხატვა;
- საკუთარ სექსუალურ აქტივობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღება;
- სექსუალური პარტნიორის არჩევა;
- უსაფრთხო და სასიამოვნო სექსუალური გამოცდილების ქონის შესაძლებლობა;
- ქორწინებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღება (როდის და ვისზე დაქორწინდნენ);
- შვილის ყოლასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა - იყოლიონ თუ არა შვილი, როდის, რამდენი და რა საშუალებით;
- ცხოვრების მანძილზე ჰქონდეთ უწყვეტი წვდომა ინფორმაციაზე, რესურსებზე, სერვისებსა და მხარდაჭერაზე, რომელიც აუცილებელია ზემოხსენებული პუნქტების მისაღწევად, დისკრიმინაციის, იძულების, ექსპლუატაციისა და ძალადობისგან თავისუფალ გარემოში.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე მუშაობისას, გათვალისწინებული უნდა იყოს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა სექსუალობა, სქესობრივი მომწიფება, მენოპაუზა, სტიგმა, ანატომია, კონტრაცეფცია, ორსულობა; აბორტი; სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები, მათი გადაცემის გზები, პრევენცია და მკურნალობა.¹⁸

ჰოლისტური SRHR მოიცავს ყოვლისმომცველი განათლების საკითხებს სექსუალობასთან დაკავშირებით, გენდერულ ძალადობას, საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და უშვილობის პრევენციას, გამოვლენასა და მკურნალობას, კონსულტაციასა და ზრუნვას სექსუალური ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის საკითხებზე¹⁹.

საბაზისო სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები, შესაბამისობაში უნდა იყოს სამედიცინო ეთიკის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და ადამიანის უფლებების გლობალურ სტანდარტებთან. ამასთანავე, გარანტირებული უნდა იყოს სერვისის ხარისხი, გეოგრაფიული, ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა.

რეპროდუქციული უფლებები მოიცავს საერთაშორისო და ეროვნული სამართლით უკვე აღიარებულ უფლებებს. აღნიშნული უფლებები ეფუძნება თითოეული წყვილისა და ინდივიდის უფლების აღიარებას თავისუფლად გადაწყვიტონ და განსაზღვრონ შვილების რაოდენობა, გაჩენის დრო, ასაკობრივი ინტერვალი მათ შორის, მიიღონ საჭირო ინფორმაცია გადაწყვეტილების მისაღებად და ჰქონდეთ წვდომა ხარისხიან ჯანდაცვაზე სქესობრივ და რეპროდუქციულ უფლებებთან მიმართებით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია გვთავაზოვს სექსუალობის და სექსუალური ჯანმრთელობის განმარტებებსაც. „სექსუალობა ადამიანის ცხოვრების ცენტრალური

¹⁸ https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_framework_for_comprehensive_sexuality_education.pdf

¹⁹ <https://www.guttmacher.org/guttmacher-lancet-commission/accelerate-progress-executive-summary#>

ასპექტია, რომელიც მოიცავს გენდერულ იდენტობას, გენდერულ როლებს, სექსუალურ ორიენტაციას, ეროტიულობას, სიამოვნებას, ინტიმურობას და გამოიხატება ადამიანის ფიქრებში, სურვილებში, დამოკიდებულებებში, ურთიერთობებში და ა.შ. ადამიანის სექსუალობაზე გავლენას ახდენს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, ეკონომიკური, პოლიტიკური, კულტურული, ისტორიული და რელიგიური ფაქტორები.“ სექსუალური ჯანმრთელობის დეფინიცია კი აზუსტებს, რომ სექსუალური ჯანმრთელობა გულისხმობს ადამიანის ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას, ადამიანის სექსუალობასთან მიმართებაში. სექსუალური ჯანმრთელობა არ შემოიფარგლება დაავადებისა და დისფუნქციის არქონით. სექსუალური ჯანმრთელობა გულისხმობს ძალდატანებისგან, იძულებისგან, ძალადობისგან, დისკრიმინაციისაგან თავისუფალი და უსაფრთხო ურთიერთობების ქონის შესაძლებლობას²⁰.

სექსუალური უფლებების დასაცავად, საჭიროა:

- თანასწორობა და არადისკრიმინაციული მოპყრობა;
- სასტიკი, არაადამიანური, ღირსების შემალახავი და წამებისგან თავისუფალი გარემო;
- კონფიდენციალურობის უფლება;
- ხარისხიან ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის უფლება;
- ნებაყოფლობითი ქორწინებისა და ქორწინებაში თანასწორობის უფლება;
- შვილის გაჩენასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების უფლება;
- განათლებასა და ინფორმაციაზე წვდომის უფლება;
- თავისუფალი არჩევანისა და გამოხატვის უფლება;
- ფუნდამენტური უფლებების დარღვევის ეფექტიანი დაცვის უფლება²¹.

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვა, არის აუცილებელი წინაპირობა იმისათვის რომ ვისაუბროთ რეალურ გენდერულ თანასწორობასა და ქალთა გაძლიერებაზე. იმ შემთხვევაში, თუკი SRHR არ იქნება სრულფასოვნად განხორციელებული, შეუძლებელი იქნება იმ გამოწვევების მოგვარება, რომლებიც ქალების წინაშე უმწვავესად დგას. მათ შორისაა:

- სიღარიბე;
- განათლებაზე წვდომა;
- ჯანდაცვაზე წვდომა;
- ძალადობა ქალთა მიმართ;
- სამართლიანი შრომითი ანაზღაურება;
- პოლიტიკური მონაწილეობა;

²⁰ <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>

²¹ https://www.ippf.org/sites/default/files/sexualrightsippfdeclaration_1.pdf

- მოწყვლადი ჯგუფების წარმომადგენლების მდგომარეობა (სოფლად მცხოვრები ქალები, ლბტქ ადამიანები, სექს სამუშაოში ჩართული ქალები, მიგრანტები, შშმ ქალები, ნარკო-მომხმარებელი ქალები და ა.შ.).

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლება ყველა ადამიანს თანასწორად აღიარებს. ის ეწინააღმდეგება არსებულ გენდერულ სტერეოტიპებს, რომლებიც ზღუდავენ ადამიანის სიცოცხლეს, არჩევანს და უფლებებს. თუმცა, ზოგადი პრინციპების დაცვის პარალელურად, აუცილებელია თითოეული ჯგუფის წინაშე არსებული გამოწვევების და საჭიროებების დეტალური შესწავლა და მასზე დაყრდნობით, სამოქმედო გეგმის დასახვა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, არსებობს მაღალი ალბათობა იმისა, რომ პოზიტიური ცვლილებების განხორციელების შემთხვევაშიც კი, სარგებელი მხოლოდ პრივილეგირებული ჯგუფებისათვის იქნება ხელმისაწვდომი. ის მოწყვლადი ჯგუფები კი, რომლებიც მომატებული რისკის ქვეშ არიან, კვლავ ხელშესახები ცვლილებების მიღმა აღმოჩნდებიან.

აბორტი

აბორტი ორსულობის შეწყვეტაა, რომელიც მიზეზებიდან გამომდინარე ორი სახის შეიძლება იყოს: (1) **ხელოვნური აბორტი**, რომელიც ქალის გადაწყვეტილების საფუძველზე სამედიცინო ჩარევის შედეგად დგება და (2) **სპონტანური აბორტი**, როდესაც ორსულობა სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედების შედეგად, ყოველგვარი სამედიცინო მანიპულაციის გარეშე, თვითნებურად ხდება.

აბორტი, სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების კონცეფციის შემადგენელი ნაწილია. შესაბამისად, აბორტის უსაფრთხო სერვისზე წვდომა ყველა ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა, რომელიც თითოეულ მათგანს, საშუალებას აძლევს მიიღოს საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები და დაგეგმოს მომავალი ცხოვრება.

მიუხედავად იმისა, რომ აბორტი ერთ-ერთი ყველაზე უფრო მოთხოვნადი გინეკოლოგიური პროცედურაა²² და მისი ჩატარების მეთოდები ყოველწლიურად უმჯობესდება, მსოფლიო მასშტაბით ქალების დიდი ნაწილისთვის, აბორტის უსაფრთხო სერვისზე წვდომა ჯერ კიდევ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება. არსებული სამედიცინო მიღწევების პარალელურად, ყოველწლიურად, მსოფლიოს მასშტაბით, დაახლოებით 22 მილიონი ადამიანი აბორტს ისეთ გარემოში იკეთებს, რომელიც უსაფრთხოების სტანდარტს არ შეესაბამება. მათგან, 5 მილიონი ადამიანი გართულებებით ხვდება საავადმყოფოში, ხოლო

²² Induced Abortion Worldwide. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>

47 ათასი შემთხვევა კი სრულდება ლეტალური შედეგით²³. გასათვალისწინებელია, რომ აღნიშნული მსხვერპლის თავიდან აცილება, ან მინიმუმამდე შემცირება, ადვილად შესაძლებელია, არსებული სამედიცინო მიღწევების გათვალისწინებით, მაგრამ ამ მიზნის მიღწევა ვერ ხერხდება, რაც სხვადასხვა ბარიერის არსებობით არის განპირობებული.

აბორტთან დაკავშირებული კანონმდებლობა და რეალური ხელმისაწვდომობა ქვეყნების მიხედვით განსხვავებულია. თუმცა, მაინც შესაძლებელია იმ ძირითადი ბარიერების იდენტიფიცირება, რომლებსაც სხვადასხვა ქვეყნებში ადამიანები აწყდებიან განსხვავებული მასშტაბით. ესენია, სოციალური, ეკონომიკური, საკანონმდებლო და ჯანდაცვის სისტემასთან დაკავშირებული ბარიერები.

სოციალური ბარიერების განმაპირობებელია საზოგადოებაში არსებული გენდერული დისკრიმინაცია, გენდერული ნიშნით ძალადობა, აბორტთან და სექსუალობასთან დაკავშირებული სტიგმები. როგორც ცნობილია, აბორტის სტიგმას 3 ძირითადი სამიზნე ჰყავს. ესენი არიან: (1) ქალები, რომლებმაც გაიკეთეს აბორტი, (2) ადამიანები, რომლების აკეთებენ აბორტს, (3) აბორტის უფლების დამცველები²⁴.

ეკონომიკური ბარიერები, იმ სახელმწიფოებშიც კი, სადაც აბორტის სერვისი ოფიციალურად ხელმისაწვდომია, გარკვეული ჯგუფებისთვის გადაულახავ წინააღმდეგობებს ქმნის. ფინანსურ რესურსზე შეზღუდული წვდომა, სამედიცინო მომსახურების ღირებულება და სერვისის მომწოდებელამდე მისასვლელი ტრანსპორტის პრობლემა, განსაკუთრებულად მწვავედ დგას არასრულწლოვანების, სოფლად მცხოვრები და სოციალურად დაუცველი ჯგუფების წინაშე.

საკანონმდებლო ბარიერებს შორის აღსანიშნავია აბორტის ამკრძალავი კანონი, მესამე მხარის სავალდებულო ჩართულობა (მშობლის/მეურვის/კანონიერი წარმომადგენლის ნებართვა) და სექსუალური ძალადობის შემთხვევაში მტკიცების ვალდებულება. იმ შემთხვევაში, თუკი სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი, იძულებული ხდება სასამართლოს მიმართოს, დროში მნიშვნელოვნად იწელება აბორტის სერვისზე დროული ხელმისაწვდომობა.

ჯანდაცვის სისტემებთან დაკავშირებულ ბარიერებს შორის გამოკვეთილად ადგილი უჭირავს იმ სამედიცინო დაწესებულებების სიმცირეს, რომლების აბორტის სერვისს ახორციელებენ. ამასთან, პრობლემურია კონფიდენციალობის საკითხიც.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ აბორტი ჯანდაცვის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული და უსაფრთხო გინეკოლოგიური პროცედურაა, მის მიმართ დამოკიდებულება ბევრ საზოგადოებაში მკვეთრად პოლარიზებულია. ამის გამო, პროცედურა რელიგიურ და მორალურ ჭრილში განიხილება. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ სახელმწიფო, ძალაუფლების გადანაწილების არსებული მოწყობით, სეკულარულია, აბორტთან მიმართებაში არსებული რელიგიური რიტორიკა ხშირად საფუძვლად ედება

²³ https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/

²⁴ Norris A et al., Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences, Women's Health Issues, 2011, 21(Suppl. 3):S49–S54.

აბორტის შესახებ პოლიტიკურ დისკუსიას და აბორტი პოლიტიკის ნაწილი ხდება. ეს უკანასკნელი გარემოება, ხშირად ხდება აბორტთან დაკავშირებით მიღწეული წარმატებების, უსაფრთხოებისა და ხელმისაწვდომობის სტანდარტის ადამიანის უფლებრივ მიდგომასთან დაახლოების უკუქცევის მიზეზი, რისი მომსწრეც არაერთხელ გავმხდარვართ სხვადასხვა ქვეყნებში. ამის ნათელი მაგალითი იყო 2020 წლის ოქტომბერში, პოლონეთის საკონსტიტუციო სასამართლოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება, რომელიც ფაქტობრივად აბორტის სრულ აკრძალვას გულისხმობდა. აღნიშნული გადაწყვეტილების ამოქმედება დროებით გადავადდა, უდიდესი საპროტესტო ტალღის აგორების შემდეგ²⁵.

გასათვალისწინებელია, რომ აბორტის სრული აკრძალვის შემთხვევაში, არ მცირდება არც არასასურველი ორსულობის შემთხვევები და არც ჩატარებული პროცედურების რაოდენობა. არსებული მონაცემების თანახმად, ქვეყნებში სადაც აბორტზე ხელმისაწვდომობა მღალია, 1000-დან მხოლოდ 12 ქალი სარგებლობს ამ სერვისით. ამის საპირისპიროდ კი, იმ ქვეყნებში, სადაც აკრძალულია ან არსებობს მნიშვნელოვანი ბარიერები სერვისზე, 1000-დან 27-32 ქალი საჭიროებს არასასურველი ორსულობის შეწყვეტას აბორტის გზით²⁶. ამკრძალავი კანონი, ერთადერთი მიმართულებით ახდენს გავლენას, ეს არის საფრთხის შემცველი აბორტების სტატისტიკის ზრდა, რომელიც პირდაპირ აისახება ადამიანების ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეზე.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, აბორტი ქალის მოთხოვნის საფუძველზე დაშვებულია ორსულობის 12 კვირის ჩათვლით. 13-დან 22 კვირის ჩათვლით კი, ორსულობის შეწყვეტა ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო ან/და სოციალური ჩვენებით²⁷. 14-და 18 წლამდე მოზარდებს, საქართველოში შეუძლიათ მშობლის ან კანონიერი მეურვის გარეშე ისარგებლონ აბორტის სერვისით, კონფიდენციალურობის უფლების დაცვით. აღნიშნული ჩანაწერი უმნიშვნელოვანეს რეგულაციას წარმოადგენს სერვისებზე წვდომის კუთხით, თუმცა, სამწუხაროდ მოზარდები ვერ სარგებლობენ მინიჭებული უფლებით, იმის გამო რომ უმეტეს შემთხვევაში არც მათ და არც სამედიცინო პერსონალს, არ აქვთ ინფორმაცია ხსენებული რეგულაციის შესახებ. აბორტის სერვისის წვდომის კუთხით ქართული კანონმდებლობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრობლემა, ე.წ. ხუთდღიანი სავალდებულო მოსაცდელი პერიოდია, რომელიც ორსულს იძულებულს ხდის განმეორებით მოვიდეს კლინიკაში სერვისის მისაღებად. ამის პარალელურად, საქართველოში აბორტის ხელმისაწვდომობაზე ნეგატიურად აისახება აბორტის მიმწოდებელი კლინიკების სიმცირე, ფასი და აბორტთან დაკავშირებული სტიგმა.

საქართველოში, დებატები აბორტთან დაკავშირებით უმეტეს შემთხვევაში ეფუძნება დიქტომიას, რომელის ერთ მხარეს დგანან რელიგიური ჯგუფები, რომლებიც ბავშვის მკვლელობასა და ცოდვაზე აპელირებენ, მეორე მხარეს კი ადამიანს უფლებადამცველები, რომლებიც ქალის არჩევანის უფლებაზე საუბრობენ. ამ დისკუსიებში, აბორტის აკრძალვის

²⁵ <https://www.theguardian.com/world/2020/nov/03/poland-stalls-abortion-ban-amid-nationwide-protests>

²⁶ How to educate about abortion - A guide for peer educators, teachers and trainers (IPPF, 2016)

²⁷ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=11> (თავი 8, მუხლი 40)

მომხრეები მუდმივად ახერხებენ საკუთარი ფოკუსის შენარჩუნებას, სადაც აქცენტები კეთდება ნაყოფის უფლებებსა და ქალის დანაშაულზე. მსგავსი დებატების ფონზე, გასათვალისწინებელია, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების რაკურსით აბორტის გაანალიზება, საშუალებას იძლევა დავინახოთ ის, როგორც უფრო მეტი, ვიდრე ერთი ინდივიდუალური ადამიანის მარტივი არჩევანი. საჭიროა, აბორტზე ვისაუბროთ ინტერსეციური მიდგომის გათვალისწინებით, რაც საშუალებას მოგვცემს ეს პროცესი დავინახოთ სხვადასხვა ჯგუფების პერსპექტივიდან, შევისწავლოთ ამ ჯგუფებისთვის არსებული ბარიერების მასშტაბები, საჭიროებები და გამოწვევები.

ამასთანავე, გასათვალისწინებელია, რომ „რეპროდუქციული უფლებები მოიცავს საერთაშორისო და ეროვნული სამართლით უკვე აღიარებულ უფლებებს“. ეს ფაქტი წარმოადგენს მოცემულობას, რომელიც ათვლის წერტილად უნდა იქცეს აბორტზე დისკუსიისას.

სამედიცინო ჩარევის საფუძველზე, განასხვავებენ აბორტის ორ ძირითად ფორმას - **მედიკამენტური და ქირურგიული**. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) გაიდლაინის თანახმად, მედიკამენტური აბორტი, ერთ-ერთი უსაფრთხო გინეკოლოგიური პროცედურაა. დღეისათვის, საქართველოში ორივე მეთოდი დანერგილია.

მედიკამენტური აბორტი ორსულობის ნებისმიერ ვადაზე შეიძლება განხორციელდეს. როგორც წესი, ამ ტიპის აბორტი ორი მედიკამენტის კომბინაციით, ხოლო ქვეყანაში ერთ-ერთი მედიკამენტის არარსებობის შემთხვევაში ერთი მედიკამენტის გამოყენებით, ამბულატორიულად ხორციელდება.

ქირურგიული აბორტი ორი სახისაა და არჩევანი ორსულობის ვადის შესაბამისად კეთდება. ორსულობის ადრეულ ავადაზე ორსულობის შეწყვეტის მიზნით ვაკუუმ ასპირაცია, ხოლო გვიან პერიოდში დილატაცია და ევაკუაცია გამოიყენება.

აბორტის სერვისის მიღებისას, მნიშვნელოვანია დაცული იყოს ორსულის კონფიდენციალობა და პრივატულობა, ამასთან, აუცილებელია ორსული აქტიურად იყოს ჩართული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

მენსტრუაცია

მენსტრუაცია ბუნებრივი, ბიოლოგიური მოვლენაა და ის რეპროდუქციულ ასაკში²⁸ მყოფ, დაახლოებით, 1.8 ბლნ ადამიანს ყოველთვიურად აღენიშნება, მათ შორის არიან გოგონები, ქალები, ტრანს* კაცები, ზოგიერთი ინტერსექსი და არაბინარული გენდერული იდენტობის მქონე ადამიანი.

²⁸ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, რეპროდუქციული ასაკის ქალები არიან 15-49 წლის ასაკის ქალები.

გენდერული უთანასწორობა, დისკრიმინაციული სოციალური ნორმები, საკითხის ირგვლივ არსებული კულტურული ტაბუ, სიღარიბე და ბაზისური სერვისების ნაკლებობა, ხშირად განაპირობებს ქალებისა და გოგოების²⁹ მენსტრუაციასთან დაკავშირებული საჭიროებების უგულებელყოფას. აღნიშნული, არაიშვიათად ზღუდავს მათ გადაადგილებას, გავლენას ახდენს მათ თავისუფალ არჩევანზე, ჯანმრთელობაზე, სასკოლო, სამუშაო, თუ სხვა სახის სოციალურ აქტივობებში ჩართულობაზე, იწვევს სტრესს, შფოთვის და ა.შ. მენსტრუაციასთან ასოცირებული უთანასწორობა განსაკუთრებული სიმწვავით ადამიანების გარკვეულ ჯგუფებში იჩენს ხოლმე თავს. ამ თვალსაზრისით, ერთ-ერთ მოწყვლად ჯგუფს მოზარდი გოგოები წარმოადგენენ, რომლებიც მენსტრუაციის დროს ყველაზე უფრო ხშირად ხდებიან სტიგმის და დაცინვის მსხვერპლნი; გარდა ამისა, ასეთ ჯგუფს მიეკუთვნებიან ტრანს* ადამიანებიც, რომლებიც განიცდიან ორმაგ დისკრიმინაციას ერთი მხრივ, მენსტრუაციის, ხოლო მეორე მხრივ, გენდერული იდენტობის გამო. მენსტრუაციასთან ასოცირებული სტიგმის უარყოფითი გავლენის შესუსტება და მენსტრუაციული ჰიგიენის მართვის შესაძლებლობებზე ყველა ქალის და გოგოს თანასწორი და ღირსეული წვდომა, მდგრადი განვითარების მიზნების ერთ-ერთი სამიზნეა, რადგან აღნიშნული გავლენას ახდენს ქალებისა და გოგოების როგორც მენტალურ, ისე ემოციურ, ფიზიკურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე (მიზანი 3), განათლების უფლების განხორციელებაზე (მიზანი 8) და გენდერულ თანასწორობაზე (მიზანი 5).

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლება და სასიცოცხლო უნარების განვითარება, მენსტრუაციასთან დაკავშირებული პრობლემების დაძლევისა და ქალებისა და გოგოებისთვის თანასწორი და არადისკრიმინაციული გარემოს უზრუნველყოფისთვის, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მენსტრუაციასთან დაკავშირებული ინფორმაცია ფოკუსირებული უნდა იყოს მენსტრუაციის ფიზიოლოგიური პროცესის რაობაზე, მენსტრუაციული ჰიგიენის მართვის საკითხებზე, მენსტრუაციის სტიგმასა და მის უარყოფით შედეგებზე, როგორც მოზარდების ჯანმრთელობაზე, ისე - განათლებასა და ზოგადად, მათი ყოველდღიური ცხოვრების ხარისხზე.

მენსტრუაციასთან დაკავშირებული საგანმანათლებლო აქტივობების ადრესატები არიან მოზარდი გოგოები და ბიჭები, მშობლები, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე, გენდერულ თანასწორობაზე, ახალგაზრდებთან მომუშავე ორგანიზაციები, პედაგოგები და ჯანდაცვის პროფესიონალები. საგანმანათლებლო აქტივობების დროს, მნიშვნელოვანია, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამეცნიერო და სტიგმისგან თავისუფალი ინფორმაციის მიწოდება. ამასთან, საგანმანათლებლო მასალების შემუშავების და აქტივობების დაგეგმვის დროს, სამიზნე აუდიტორიის საერთო ინტერესების გარდა, გათვალისწინებული უნდა იყოს მონაწილეთა ინდივიდუალური მახასიათებლები და საჭიროებები (მაგ.: შშმ სტატუსი, რელიგია, კულტურა, ენა და ა.შ.).

²⁹ წინამდებარე თავში „გოგოები“ და „ქალები“ გულისხმობს მენსტრუაციის მქონე ყველა ადამიანს, მათ შორის ტრანს* კაცებს და არაბინარული გენდერული იდენტობის მქონე პირებს.

მენსტრუაციული ციკლი ორგანიზმში ციკლურად მიმდინარე ბიოლოგიური პროცესებია, რომლის ერთი სრული ციკლი, როგორც წესი, 28 დღე გრძელდება, თუმცა მისი ხანგრძლივობა, შესაძლოა, 21-დან 35 დღემდე მერყეობდეს.

მენსტრუაცია მენსტრუაციული ციკლის ნაწილია. ეს არის პროცესი, რომლის დროსაც სისხლი ქსოვილებთან ერთად საშვილოსნოს ღრუდან გარეთ გამოდის. ის, როგორც წესი, 2-7 დღის განმავლობაში მიმდინარეობს.

მენარქე არის პირველი მენსტრუაცია. მენარქეს ასაკიც ინდივიდუალურია, მასზე სხვადასხვა ბიოლოგიური და სოციალური ფაქტორები ახდენს გავლენას და შესაძლოა განსხვავდებოდეს სხვადასხვა ქალისთვის. ის შეიძლება დაიწყოს 8-დან 16 წლამდე პერიოდში, მაგრამ ჩვეულებრივ - 12-13 წლის ასაკში ვლინდება.

მენსტრუაციის ფიზიოლოგიურ პროცესებზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია, ყურადღება გამახვილდეს მენსტრუაციული ციკლის დროს ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე ცვლილებებზე, რომელიც მენსტრუაციის გარეგნული გამოხატულების საფუძველია; ასევე, მენსტრუაციის დაწყების და დასრულების ასაკობრივ ჩარჩოზე, ციკლის და თვითონ მენსტრუაციის ხანგრძლივობაზე და სხვა თანმდევ ნიშნებზე. ახალგაზრდებს და მათზე პასუხისმგებელ, თუ სხვა დაინტერესებულ პირებს უნდა შეეძლოთ მენსტრუაციის ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური ნიშნების ამოცნობა და სამედიცინო ჩარევის საჭიროების დროული იდენტიფიცირება.

-*დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ: მეანთა და გინეკოლოგთა ამერიკული კოლეჯის (ACOG) სტატია „მენსტრუაცია გოგოებსა და მოზარდებში: მენსტრუაციული ციკლის, როგორც სასიცოცხლო ნიშნის შეფასება“. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/12/menstruation-in-girls-and-adolescents-using-the-menstrual-cycle-as-a-vital-sign>*

მენსტრუაციული ჰიგიენის მართვა (მჰმ) გულისხმობს მენსტრუაციასთან დაკავშირებული ჰიგიენური პროცედურების მართვას. სასმელი წყლის (Water), სანიტარიის (Sanitation) და ჰიგიენის (Hygiene) შესახებ ჯანმო-ს და უნისეფ-ის ერთობლივი მონიტორინგის პროგრამის (WASH) მიხედვით მენსტრუაციული ჰიგიენის მართვა არის: „მენსტრუაციული სისხლის აბსორბციის მიზნით ქალების და გოგოების მიერ სუფთა მენსტრუაციული ჰიგიენის პროდუქტების გამოყენება, მათი გამოცვლა პრივატულ გარემოში, ზუსტად იმ სიხშირით, რა სიხშირითაც ამის საჭიროებაა; დასაბანად საპნისა და წყლის გამოყენების შესაძლებლობა, მენსტრუაციული ჰიგიენური პროდუქტების გამოსაცვლელად და გადასაგდებად უსაფრთხო და კომფორტულ გარემოზე წვდომა. მენსტრუაციულ ციკლთან დაკავშირებული ბაზისური ინფორმაციის ფლობა და დისკომფორტის და შიშის გარეშე მისი მართვის შესაძლებლობა.“

მენსტრუაციული ჰიგიენის პროდუქტები მენსტრუაციული გამონადენის შეწოვის მიზნით გამოიყენება. ეს პროდუქტები შეიძლება იყოს საფენები (ერთჯერადი და მრავალჯერადი), ნაჭრები, ტამპონები და მენსტრუაციული ჭიქა.

მენსტრუაციული ჰიგიენის მართვაზე ინფორმაციის მიწოდების დროს, მნიშვნელოვანია ყურადღება გამახვილდეს მენსტრუაციული ჰიგიენური პროდუქტების სახეობებზე, მათ უარყოფით მხარეებსა და უპირატესობებზე, გამოყენების წესებზე; ასევე, მათი გამოცვლის, დაბანის წესებსა და სიხშირეზე; სველი წერტილების ინფრასტრუქტურის მნიშვნელობაზე. ამასთან, მენსტრუაციულ პროდუქტებზე, მათი გამოყენების და ჰიგიენის დაცვის წესების შესახებ საუბრისას, მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იყოს ადამიანის ინდივიდუალური საჭიროებები და შესაძლებლობები.

მენსტრუაციული ჰიგიენის მართვასთან დაკავშირებით, დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ სახელმძღვანელო მენსტრუაციული ჰიგიენის პროდუქტების შესახებ, UNICEF Every Child, 2019. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNICEF-Guide-menstrual-hygiene-materials-2019.pdf>

მენსტრუაციასთან დაკავშირებული სტიგმა - მენსტრუაციასთან დაკავშირებული მცდარი რწმენა, რომ მენსტრუაცია, მენსტრუაციული სისხლი, მენსტრუაციის მქონე ადამიანი არის ბინძური/არაჰიგიენური. მენსტრუაციული სტიგმის შედეგი ის არის, რომ ვერც ქალები და ვერც გოგოები ვერ საუბრობენ თავისუფლად მენსტრუაციაზე. შედეგად, ეს უარყოფით გავლენას ახდენს მენსტრუაციის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებაზე, განაპირობებს გოგოების დარცხვენას და გარიყვას. მენსტრუაციასთან დაკავშირებული სტიგმა უარყოფითად აისახება ქალებისა და გოგოების ფიზიკურ, მენტალურ ჯანმრთელობაზე, მათ განათლებაზე, სოციალურ კეთილდღეობასა და პროფესიულ განვითარებაზე.

დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ კვლევა - მენსტრუაცია, როგორც სოციალური სტიგმა. პალგრეივის სახელმძღვანელო მენსტრუაციული სტიგმის შესახებ. 2020. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-15-0614-7_17.

მენსტრუაციული ჰიგიენის მართვასთან დაკავშირებით დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ მენსტრუაციული ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის გაიდლაინი, UNICEF Every Child, 2019. <https://www.unicef.org/wash/files/UNICEF-Guidance-menstrual-health-hygiene-2019.pdf>

საინფორმაციო ბროშურა მენსტრუაციის შესახებ:

https://app.luminpdf.com/viewer/5f79c855fb5f9100197651b0?fbclid=IwAR0-MEeykYMZN0XovWUsCD7lQ0x1Ydk51vMcxBHNNd3N2LOF3_jYqONv6JY

მენსტრუაციასთან დაკავშირებული ცოდნის, სტიგმის და მენსტრუაციის მართვის პრაქტიკების კვლევა სკოლებში. 2020.

<https://womenfundgeorgia.org/ka/Publications/View/3549#.YDUkU2ib9pQ.messenger>

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები (სგი) ადამიანიდან ადამიანს, ძირითადად, სექსუალური კონტაქტის გზით გადაეცემა. ინფექციის გავრცელება ნებისმიერი სახის სექსუალური კონტაქტით არის შესაძლებელი, როდესაც ინფიცირებული პარტნიორის

გენიტალურ სეკრეტთან, სპერმასთან ან პრეკუმთან ხდება შეხება. ეს იმას ნიშნავს, რომ სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელება შეიძლება მოხდეს ვაგინალური, ანალური და ორალური სექსუალური კავშირის, ასევე, კანით კანთან კონტაქტის შედეგად და სექს სათამაშოების გაზიარებისას. რიგი სგგი-ის გავრცელება სექსუალური კონტაქტის გარეშეც, მაგალითად სისხლის საშუალებით, არის შესაძლებელი. გარდა ამისა, გარკვეული სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები ორსულიდან ნაყოფზე, ან დედიდან ბავშვზე შეიძლება გავრცელდეს (მშობიარობის ან/და ძუძუთი კვების დროს).

30-ზე მეტი სახეობის ვირუსი, ბაქტერია და პარაზიტია ცნობილი, რომელიც სექსუალური კონტაქტის გზით ვრცელდება. ამ 30 სახეობიდან, ყველაზე უფრო მაღალი ინსიდენტობით³⁰ 8 სახეობის მიკროორგანიზმი გამოირჩევა. დღეისათვის, ამ რვა სახეობიდან მხოლოდ ოთხი მათგანისგან განკურნებაა შესაძლებელი. ესენია: სიფილისი, გონორეა, ქლამიდია და ტრიქომონიაზი. ვირუსის დანარჩენი ოთხი სახეობისგან ორგანიზმის განკურნება არ ხდება. ესენია ჰეპატიტი B, ჰერპეს ვირუსები, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) და ადამიანის პაპილომა ვირუსი (აპვ). მიუხედავად იმისა, რომ ამ უკანასკნელი ოთხი მიკროორგანიზმისგან განკურნება ვერ ხერხდება, მათი მართვა და მათგან გამოწვეული სიმპტომების აღგება, თანამედროვე მკურნალობის მეთოდებით, სავსებით შესაძლებელია.

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები საკმაოდ გავრცელებულია მთელ მსოფლიოში და ყოველდღიურად, დაახლოებით, 1 მლნ ადამიანის ინფიცირების მიზეზი ხდება. ჯანმო-ს თანახმად, 2016 წელს, ზემოაღნიშნული ოთხი განკურნებადი სექსუალური გზით გადამდები ინფექციის 376 მლნ ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა. აქედან, 127 მლნ ქლამიდიის, 87 მლნ გონორეის, 6.3 მლნ სიფილისის და 156 მლნ ტრიქომონიაზის შემთხვევა იყო. აღსანიშნავია ისიც, რომ მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, ასევე ჯანმო-ს 2019 წლის ინფორმაციით, 500 მლნ-ზე მეტ ადამიანს აღენიშნებოდა გენიტალური ჰერპესული ინფექცია და 240 მლნ ადამიანს - ქრონიკული ჰეპატიტი B. ამასთან, 300 მლნ ქალი იყო ინფიცირებული ადამიანის პაპილომა ვირუსით, რომელიც, თავის მხრივ, ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამომწვევი ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია.

აღსანიშნავია, რომ სგგი-ის მქონე პაციენტების არც ისე მცირე ნაწილს, მიუხედავად ორგანიზმში პათოლოგიური პროცესების მიმდინარეობისა, სიმპტომები საერთოდ არ აქვს გამოხატული. სიმპტომების მქონე ადამიანებს კი, ზოგჯერ აღენიშნებათ ვაგინალური გამონადენი, შარდსადენის წვის შეგრძნება (კაცებში), გენიტალური წყლულები, მუცლის ქვედა ნაწილის და წელის ტკივილი და სხვ. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ კლინიკური ნიშნები და ჯანმრთელობის საზიანო შედეგები, ხშირ შემთხვევაში, ინფიცირების საწყის ეტაპზე შეუმჩნეველია და დაავადების მოგვიანებით სტადიაზე იჩენს ხოლმე თავს.

³⁰ ინსიდენტობა დაავადებების სტატისტიკაში ხშირად გამოყენებული ტერმინია, რომელიც დროის გარკვეულ მონაკვეთში დაავადებების, ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მდგომარეობების ახალი შემთხვევების რაოდენობის შესახებ გვაწვდის ინფორმაციას.

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები მნიშვნელოვან ზიანს აყენებენ ადამიანის ჯანმრთელობას და ზრდიან არასასურველი გამოსავლების რისკს:

- სგგი, განსაკუთრებით ჰერპეს ვირუსული ინფექციები და სიფილისი, დაახლოებით, 3-ჯერ და მეტად ზრდის ადამიანის აივ-ით ინფიცირების რისკს.
- სგგი-ის ორსულიდან ნაყოფზე, ან დედიდან ბავშვზე ტრანსმისიამ შესაძლოა გამოიწვიოს ნაადრევი მშობიარობა, ახალშობილთა სიკვდილობა, ახალშობილის წონის დეფიციტი, სეფსისი, პნევმონია, თანდაყოლილი პათოლოგიები და სხვ. ჯანმოს ინფორმაციით, 2016 წელს, დაახლოებით 1 მლნ. ორსულს დაუდასტურდა სიფილისი, რომლის შედეგადაც 350 000 შემთხვევაში განვითარდა ახალშობილთა სხვადასხვა პათოლოგია, ხოლოდ მათგან 200 000 შემთხვევა დასრულდა ახალშობილის სიკვდილით.
- ყოველწლიურად, აპვ ინფექცია საშვილოსნოს ყელის კიბოს 570 000 შემთხვევის და ამით გამოწვეული 300 000 გარდაცვალების მიზეზი ხდება.
- სგგი - გონორეა და ქლამიდია ყველაზე ხშირად იწვევს მენჯის ანთებით დაავადებებს და შემდგომ მეორად უნაყოფობას.

როგორც ჩანს, სგგი-ს შეუძლიათ სერიოზული ზიანი მიაყენონ ადამიანის ჯანმრთელობას. ზიანის თავიდან ასაცილებლად, აუცილებელია მათი პრევენცია და ადრეული დიაგნოსტიკა. ჯანდაცვის სისტემებისა, თუ სამედიცინო სერვისების განვითარების და მასზე თანაბარი წვდომის გარდა, სგგი-ის და მათი გართულებების თავიდან აცილების ერთ-ერთ საუკეთესო საშუალებას ადამიანების ინფორმირება და მათი ქცევის ცვლილება წარმოადგენს.

წყარო: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების შესახებ, დამატებითი ინფორმაციისთვის, იხილეთ: <https://www.plannedparenthood.org/learn/stds-hiv-safer-sex>.

რისკ-ფაქტორები

ცნობილია, რომ რიგი გარემოებები სგგი-ის გავრცელებას უწყობს ხელს. ეს შეიძლება იყოს ბიოლოგიური, ქცევითი და სოციალურ-კულტურული ფაქტორები, რომელთა ცოდნა მნიშვნელოვანია რისკ-ჯგუფების გასააზრებლად და მათთვის ეფექტური საინფორმაციო, თუ საგანმანათლებლო აქტივობების განსახორციელებლად.

ბიოლოგიური ფაქტორები

ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორები ადამიანის ასაკთან (მაგ.: მოზარდები, მწირი სექსუალური განათლების გამო), სქესთან (მაგ.: ქალების აივ ინფიცირების მომატებული რისკი, რომელიც საშოს ლორწოვანის ანატომიური თავისებურებებით არის განპირობებული) და იმუნურ სტატუსთან (მაგ.: სხვადასხვა დაავადებების დროს, ადამიანის სუსტი იმუნიტეტის შემთხვევაში, იზრდება სგგი-თ ინფიცირების რისკი) არის ასოცირებული.

ქცევითი რისკ-ფაქტორები

ბიოლოგიური ფაქტორების გარდა, არსებობს რიგი ქცევითი ფაქტორებისა, რომელთაც სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელებაზე ზემოქმედება და ინფიცირების რისკის გაზრდა შეუძლიათ. ეს ფაქტორებია:

- მრავლობითი სექსუალური პარტნიორის ყოლა
- კომერციული სექს სამუშაო (მათ შორის, რისკის ქვეშ არიან მათი კლიენტებიც)
- ანალური ჰომოსექსუალური კონტაქტი; გარდა ამისა, სგგი-თ ინფიცირების გადაცემის რისკი მაღალია ანალური ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების დროსაც, თუმცა ჰეტეროსექსუალურ წყვილებს შორის სგგი-ის გავრცელებაში მისი როლი, ჯერ-ჯერობით ბოლომდე შესწავლილი არ არის
- სექსუალური კონტაქტის დროს კონდომის გამოყენებაზე უარი, ან მისი არასწორი გამოყენება
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული საშუალებების ბოროტად გამოყენება

სოციალურ-კულტურული ფაქტორები

სოციალურ-კულტურული ფაქტორები ის ფაქტორებია, რომელთაც სექსუალური გზით გადამდები ინფექციებით ინფიცირების რიკი არაპირდაპირი გზით შეუძლიათ გაზარდონ. ესენია:

- ის გარემოებები, რომლებიც მოქმედებენ ადამიანების შესაძლებლობაზე, დამოუკიდებლად მიიღონ საკუთარ ქცევასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები
- გენდერულ უთანასწორობასთან ასოცირებული ფაქტორები, მათ შორის ქალების ეკონომიკური დამოკიდებულება კაცებზე
- მაღნე პრაქტიკები, მათ შორის, ადრეული ქორწინება, არასტერიულ გარემოში ჩატარებული წინადაცვეთა, ან გენიტალიების დასახიჩრება და სხვ.

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელებაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ დამატებითი ინფორმაციის სანახავად, გთხოვთ იხილოთ:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232936/>.

პრევენცია

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების პრევენციის ორი ძირითადი გზა არსებობს: (1) ვაქცინაცია და (2) უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება. გარდა ამისა, აივ ინფექციისთვის არსებობს ე.წ. პრე-ექსპოზიციური და პოსტ-ექსპოზიციური პროფილაქტიკა, რომელიც პრევენციის მიზნით, აივ ინფექციის მაღალი რისკის ჯგუფების (ტრანს* ადამიანები, მამაკაცები, რომელთაც სექსუალური კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან, სექს სამუშაო ჩართული

პირები, ნარკოტიკების ინტრავენური მომხმარებლები) მიერ ანტირეტროვირუსული პრეპარატების³¹ მიღებას გულისხმობს.

აღსანიშნავია, რომ დღეისათვის, სექსუალური გზით გამდამდები ორი ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია არსებობს. ესენია ჰეპატიტი B და აპვ.

პრეექსპოზიციური პროფილაქტიკა (პრეპ) არის აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის მეთოდი. ამ დროს, გამოიყენება ყოველდღიური მედიკამენტი, რომელიც იცავს აივ/შიდსისგან 99%-მდე. მისი მიღება შესაძლებელია როგორც ყოველდღიურად, ისე სექსამდე და სექსის შემდგომ.

პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა (პეპ) არის იმ პირებისთვის, ვინც არ არის აივ დადებითი (არ არის ინფიცირებული), თუმცა ჰქონია სარისკო ქცევა/კონტაქტი აივ ინფიცირებულ პირთან ან პირთან, ვისაც აქვს აივთან დაკავშირებული მაღალი რისკი. აივ ინფექციის თავიდან აცილების მიზნით, მნიშვნელოვანია პეპის დროული მიღება. კონტაქტიდან რამდენიმე საათის შემდეგ. მისი მიღება უნდა მოხდეს კონტაქტიდან მაქსიმუმ 72 საათის განმავლობაში. რაც უფრო გვიანდება პეპის მიღება, აივ ინფექციისგან დაცვის შანსი იკლებს. პეპი ყველაზე აქტიური სარისკო ქცევიდან 2 საათის განმავლობაშია. პეპის საჭიროების დადგენის შემდგომ, მედიკამენტი მიიღება ყოველდღიურად 28 დღის განმავლობაში, გასათვალისწინებელია ის, რომ პეპის დაწყებამდე და პეპის დასრულების შემდგომ, აუცილებელია ჩატარდეს გამოკვლევები აივ ინფექცია/შიდსზე.

უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება აბსტინენციას³², ან ნებისმიერი ტიპის სექსუალური კონტაქტის დროს, წესების სათანადო დაცვით ბარიერული კონტრაცეპტივების გამოყენებას გულისხმობს. ბარიერული კონტრაცეპტივებია: კონდომი, ვაგინალური კონდომი, დენტალური დამი და/ან ლატექსის ან ნიტრილის ხელთათმანები. მათი გამოყენება აუცილებელია ყოველი ორალური, ანალური, ან ვაგინალური სექსუალური კონტაქტისას, ან ნებისმიერი ისეთი აქტივობის განხორციელების დროს, როდესაც პარტნიორის გენიტალურ სეკრეტთან შეხება ხდება.

უსაფრთხო სექსუალური კონტაქტის შესახებ ინფორმაციის მიწოდების დროს, აუცილებელია ყურადღება რამდენიმე მნიშვნელოვან ფაქტორზე გამახვილდეს:

- მიუხედავად განსხვავებული დონის რისკების არსებობისა, რისკის შემცველია ნებისმიერი ტიპის სექსუალური კონტაქტი - ანალური, ორალური, ვაგინალური, კანით კანთან კონტაქტი, სექს-სათამაშოების გაზიარება ან სხვა ტიპის კავშირი, რომლის შედეგადაც ხდება პარტნიორის გენიტალურ სეკრეტთან შეხება ხდება;

³¹ აივ ინფექციის სამკურნალო პრეპარატი

³² აბსტინენცია - ადამიანის სხვადასხვა მიზეზის საფუძველზე მიღებული დამოუკიდებელი გადაწყვეტილება, დროის გარკვეულ მონაკვეთში (დროებით, ან სამუდამოდ) სექსუალურ კონტაქტზე უარის თქმის შესახებ.

- ბარიერული კონტრაცეპტივების გამოყენება უნდა მოხდეს მთელი სექსუალური კონტაქტის განმავლობაში;
- ბარიერული კონტრაცეპტივების გამოყენებისას, მნიშვნელოვანი გათვალისწინებულ იქნას მისი ზომა, ლატექსზე ალერგიის არსებობა/არარსებობა, მისი შენახვის წესები;
- მნიშვნელოვანია ბარიერული კონტრაცეპტივების გამოყენების წესების ზედმიწევნით დაცვა.

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციებისა და უსაფრთხო სექსუალური კონტაქტის შესახებ, დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ:

<https://www.plannedparenthood.org/learn/stds-hiv-safer-sex/safer-sex>

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ "ოჯახის დაგეგმვა - გლობალური სახელმძღვანელო სერვის პროვაიდერებისთვის. 2018. თავი 22. გვ.329-344.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>

უსაფრთხო სექსუალური კონტაქტის შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ "ოჯახის დაგეგმვა - გლობალური სახელმძღვანელო სერვის პროვაიდერებისთვის. 2018.

თავები 14, 15. გვ.247-271. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>

აივ ინფექციის პრე- და პოსტ-ექსპოზიციური პროფილაქტიკის შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის, იხილეთ: <http://www.equality.ge/category/prep>

კონტრაცეფცია

კონტრაცეფცია არასასურველი ორსულობის, ხოლო მისი ბარიერული მეთოდები სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების პრევენციის საშუალებაა.

კონტრაცეფციაზე წვდომა ადამიანებს შესაძლებლობას აძლევს გადაწყვიტონ როდის და რამდენი შვილი იყოლიონ. ის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის და ადამიანების კეთილდღეობის უზრუნველყოფის ერთ-ერთი ძირითადი და აუცილებელი წინაპირობაა. კონტრაცეფციის პირდაპირი ჯანმრთელობის სარგებელი ვლინდება, მაგალითად, არასასურველი ორსულობის პრევენციით და შედეგად, დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილობის შემცირებით.

თანამედროვე მსოფლიოში კონტრაცეფციის არაერთი მეთოდი არსებობს. ესენია ორალური აბები, იმპლანტები, ინექციები, პლასტირები, ვაგინალური რგოლები, საშვილოსნოსშიდა საშუალებები, კონდომები, ქალის და კაცის სტერილიზაცია, ლაქტაციური ამენორეა, შეწყვეტილი სექსუალური კავშირი და ფერტილობის კალენდარული მეთოდი. თითოეული ეს მეთოდი გამოირჩევა განსხვავებული მოქმედების მექანიზმით, ეფექტურობით და

გვერდითი ეფექტების არსებობით. თითოეული კონტრაცეფციული მეთოდის ეფექტურობის გაზომვა ხდება ყოველ 100 ქალზე ორსულობების რიცხვის გამოთვლით, რომელიც კონკრეტული მეთოდის გამოყენების დროს დადგა. მეთოდები, მისი ეფექტურობის შესაბამისად კლასიფიცირდება, როგორც: ძალიან ეფექტური (0-0.9 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე); ეფექტური (1-9 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე); ეფექტურობის საშუალო დონე (10-19 ორსულობა ყოველ 100 ქალზე); ნაკლებად ეფექტური (20 და მეტი ორსულობა ყოველ 100 ქალზე).

მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა და გათვალისწინება, რომ კონტრაცეფციაზე წვდომა უამრავ სხვა ფაქტორთან ერთად, ადამიანების ცოდნაზეა დამოკიდებული. ამასთან, ინფორმაცია, რომელიც ქალებს კონტრაცეფციული მეთოდის შერჩევისას უნდა მიეწოდოთ უკავშირდება თითოეული ამ მეთოდის ეფექტურობას, გამოყენების წესებს, მის უპირატესობებსა და დისკომფორტებს. ამასთან, კონტრაცეფციის კონკრეტული მეთოდის თაობაზე გადაწყვეტილება, აუცილებლად ექიმის კონსულტაციის შედეგად, ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით უნდა განხორციელდეს.

კონტრაცეფციული საშუალებების მოქმედების მექანიზმი და ეფექტურობა

მეთოდი	როგორ მოქმედება	ეფექტურობა: ორსულობა ყოველ 100 ქალზე წელიწადში მუდმივი და სწორი გამოყენების დროს	ეფექტურობა: ორსულობა ყოველ 100 ქალზე წელიწადში ხშირი გამოყენების დროს
კომბინირებული ორალური კონტრაცეპტივი (კოკ) ან „აბი“	ხელს უშლის ოვულაციას	0.3	7
მხოლოდ პროგესტერონის შემცველი აბი ან „მინიპილი	ცერვიქსის ლორწოვანის გასქელება სპერმის გადაადგილების შეფერხების მიზნით და ოვულაციის პრევენცია	0.3	7

იმპლანტი	ცერვიქსის ლორწოვანის გასქელება სპერმის გადაადგილების შეფერხების მიზნით და ოვულაციის პრევენცია	0.1	0.1
მხოლოდ პროგესტერონის შემცველი ინექცია	ცერვიქსის ლორწოვანის გასქელება სპერმის გადაადგილების შეფერხების მიზნით და ოვულაციის პრევენცია	0.2	4
ყოველთვიური ინექცია, ან კომბინირებული ინექციური კონტრაცეპტივი	ხელს უშლის ოვულაციას	0.05	3
კომბინირებული კონტრაცეპტივის პლასტირი, ან კომბინირებული კონტრაცეპტივის ვაგინალური რგოლი	ხელს უშლის ოვულაციას	0.3 (პლასტირი) 0.3 (ვაგინალური რგოლი)	7 (პლასტირი) 7 (ვაგინალური რგოლი)
თუთიის შემცველი საშვილოსნოსშიდა საშუალება	თუთიის კომპონენტი აზიანებს სპერმას და ხელს უშლის სპერმის შეჭრას მომწიფებულ კვერცხუჯრედში	0.6	0.8
ლევონორგესტრელის შემცველი საშვილოსნოსშიდა საშუალება	ცერვიქსის ლორწოვანის გასქელება სპერმის გადაადგილების შეფერხების მიზნით	0.5	0.7
კაცის კონდომი	ხელს უშლის სპერმატოზოიდის შეჭრას მომწიფებულ კვერცხუჯრედში	2	13

ვაგინალური კონდომი	ხელს უშლის სპერმატოზოიდის შეჭრას მომწიფებულ კვერცხუჯრედში	5	21
კაცის სტერილიზაცია (ვაზექტომია)	სპერმატოზოიდების შერევის პრევენცია სპერმაში	0.1	0.15
ქალის სტერილიზაცია (მილების გადაკვანძვა)	მომწიფებული კვერცხუჯრედის და სპერმატოზოიდის შეხვედრის ბლოკირება	0.5	0.5
ლაქტაციური ამენორეა	ოვულაციის პრევენცია	0.9 (6 თვეში)	2 (6 თვეში)
სტანდარტული დღეების მეთოდი	ყველაზე მაღალი ფერტილობის დღეების დროს დაუცველი სექსუალური კონტაქტისგან თავის შეკავების გზით ორსულობის პრევენცია	5	12
სხეულის ბაზალური ტემპერატურის მეთოდი	ფერტილობის დღეების დროს დაუცველი სექსუალური კონტაქტისგან თავის შეკავების გზით ორსულობის პრევენცია	ეფექტურობის სიხშირე უცნობია	
ორი დღის მეთოდი	ყველაზე მაღალი ფერტილობის დღეების დროს დაუცველი სექსუალური კონტაქტისგან თავის შეკავების გზით ორსულობის პრევენცია,	4	14
სიმპტო-თერმული მეთოდი	ყველაზე მაღალი ფერტილობის დღეების დროს დაუცველი სექსუალური კონტაქტისგან თავის შეკავების გზით	<1	2

	ორსულობის პრევენცია		
გადაუდებელი კონტრაცეფცია	ოვულაციის პრევენცია ან დაყოვნება. აბი მიიღება დაუცველი სექსუალური კონტაქტიდან მაქსიმუმ 5 დღის განმავლობაში	< 1 ულიპრისტალის აცეტატის მიღების დროს 1 მხოლოდ პროგესტერონის შემცველი გადაუდებელი კონტრაცეპტივი ს შემთხვევაში 2 კომბინირებულ ი გადაუდებელი პრეპარატის მიღებისას	
კალენდარული მეთოდი	ორსულობის პრევენცია დაუცველი ვაგინალური სექსუალური კონტაქტისგან თავის შეკავების გზით, ფერტილობის პირველ და ბოლო დღეს	ეფექტურობის სიხშირე უცნობია	15
შეწყვეტილი სექსუალური აქტი	კაცის სპერმის შეკავება ქალის სხეულის გარეთ	4	20

წყარო: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია. 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

ადამიანის უფლებების დაცვაზე მომუშავე ინსტიტუციები კონტრაცეპტივებსა და კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციაზე წვდომას ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის უფლების შემადგენელ ნაწილად მოიაზრებენ. გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების დაცვის კომიტეტის თანახმად, ქვეყნებმა უნდა უზრუნველყონ ესენციური მედიკამენტების, მათ შორის, კონტრაცეპტივების ფართო სპექტრის (მათ შორის,

პრეზერვატივები, გადაუდებელი კონტრაცეპცია, აბორტისა და აბორტის შემდგომი ზრუნვის მედიკამენტები და ა.შ.) მისაწვდომობა.

აღსანიშნავია, რომ კონტრაცეპციაზე წვდომის არქონა ისეთი უფლების განხორციელებაზე ახდენს გავლენას, როგორებიცაა, დისკრიმინაციის გარეშე ცხოვრება, ჯანმრთელობის უფლება, რეპროდუქციული გადაწყვეტილების ავტონომიურად მიღება, ამასთან, სექსუალური ძალადობის შედეგად დამდგარი ორსულობის შემთხვევაში, შეზღუდვა გადაუდებელი კონტრაცეპციის მიღებაზე უტოლდება არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობასაც კი.

ადამიანის უფლებების დაცვაზე მომუშავე ინსტიტუციები ქვეყნებს მოუწოდებენ, აღმოფხვრან ისეთი ბარიერები კონტრაცეპტივებზე წვდომის კუთხით, როგორიც არის მაგალითად მესამე პირის (ქმრის/პარტნიორის/მამის და ა.შ.) თანხმობა რეპროდუქციული გადაწყვეტილების კონტექსტში (მაგალითად, საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ ხშირი პრაქტიკაა, როდესაც სტერილიზაციის სერვისის მოთხოვნისას, ექიმები ქალებს ქმრების წერილობით თანხმობას თხოვენ), მიკერძოებული კონსულტაციების პრაქტიკები და სავალდებულო მოსაცდელი პერიოდები განქორწინებისთვის, ხელახალი ქორწინებისთვის, ან აბორტის სერვისისთვის (როგორც ზევით უკვე აღნიშნულია, აბორტთან მიმართებაში, საქართველოში არსებობს 5 დღიანი სავალდებულო მოსაცდელი პერიოდი, რაც წინააღმდეგობაში მოდის წინამდებარე რეკომენდაციასთან), სავალდებულო ტესტირებები აივზე, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვადასხვა სერვისების სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამებიდან გამორიცხვა (საქართველოს ჯანდაცვის პროგრამებით არ ფინანსდება არც კონტრაცეპცია და არც აბორტის სერვისი) და ა.შ.

ამასთან, აღსანიშნავია, რომ უნივერსალური პერიოდული მიმოხილვის (UPR) მიერ, საქართველოს მიეცა რეკომენდაცია, გაზარდოს წდომა კონტრაცეპტივების შესახებ ინფორმაციასა და შესაბამის სერვისებზე, განსაკუთრებით, მოწყვლადი ჯგუფებისთვის.

დამატებითი რესურსები:

კონტრაცეფციის თანამედროვე მეთოდების შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ "ოჯახის დაგეგმვა - გლობალური სახელმძღვანელო სერვის პროვაიდერებისთვის. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>.

ასევე: <https://www.plannedparenthood.org/learn/birth-control>.

CESCR General Comment 22 დოკუმენტი მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3aKmlNY>

CESCR General Comment N 14 დოკუმენტი მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე:

<https://bit.ly/2WN5IJg>

სახალხო დამცველის აპარატი, “ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის კრილში” გვ. 50-55. ანგარიში მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2L24Y0d>

Reproductive Rights Violations as Torture <https://bit.ly/3hkY6XW>

სერვისები

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, რომელიც ყოველწლიურად მთავრობის დადგენილების საფუძველზე მიიღება, აერთიანებს ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა პროგრამებს, მათ შორის პროგრამებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით.

დაავადებათა ადრეული სკრინინგის პროგრამა³³

ძუძუს კიბოს სკრინინგი, რომელიც ითვალისწინებს 40-70 წლის ასაკის ქალებში ძუძუს კიბოს სკრინინგის 2 წელიწადში ერთხელ უფასოდ:

- ძუძუს ხელით გასინჯვა;
- მამოგრაფიული გამოკვლევა (2 რადიოლოგის მიერ წაკითხვით);
- პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში
- ექოსკოპიური გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში ექოსკოპიის კონტროლით ძუძუს წვრილნემსიანი ასპირაციული ბიოფსია;
- ბიოფსიური მასალის ციტოლოგიური კვლევა.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი,³⁴ რომელიც ითვალისწინებს 25-60 წლის ასაკის ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის 3 წელიწადში ერთხელ, უფასოდ:

- გინეკოლოგის კონსულტაცია
- პაპ-ნაცხის აღება და მასალის ციტოლოგიური კვლევა (PAP-ტესტი) ბეტესტას მეთოდზე დაყრდნობით
- პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში ტარდება:
 - კოლპოსკოპია და საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსიური მასალის აღება
 - ბიოფსიური მასალის ჰისტო-მორფოლოგიური კვლევა

³³ დოკუმენტში ასახულია სკრინინგის მხოლოდ ის პროგრამები, რომლებიც რეპროდუქციული სისტემისთვის ხორციელდება.

³⁴ პრევენციული ღონისძიების ნაწილია, რომელიც გულისხმობს დაავადების ადრეულ (უსიმპტომო) სტადიაზე გამოვლენას, მისი შემდგომი მკურნალობის მიზნით.

კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი, რომელიც ითვალისწინებს 50-70 წლის ასაკში მყოფი კაცების და ქალების კოლორექტული კიბოს სკრინინგს 2 წელიწადში ერთხელ, უფასოდ:

- ფარულ სისხლდენაზე სპეციალური ტესტის ჩატარება
- პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში დამატებით ტარდება:
 - კოლონოსკოპიური სკრინინგი და საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსიური მასალის აღება;
 - ბიოფსიური მასალის ჰისტო-მორფოლოგიური კვლევა.

პროსტატის კიბოს მართვა, რომელიც ითვალისწინებს 50-70 წლის ასაკის კაცებში პროსტატის კიბოს სკრინინგს ყოველწლიურად, უფასოდ:

- სისხლში პროსტატის სპეციფიური ანტიგენის გამოკვლევას ოჯახის ექიმის, ან შესაბამისი სპეციალისტის მიმართებით.

სკრინინგის პროგრამა, ტერიტორიული პრინციპის დაცვით ხორციელდება საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონში.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება, ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირება ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გზით.

პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურდება:

- ანტენატალური მეთვალყურეობა³⁵ (8 ვიზიტი)
- გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა
- ორსულებში B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრისა და დედიდან შვილზე B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის უზრუნველყოფა
- ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილლანინემიასა და მუკოვისციდოზზე
- ახალშობილთა სმენის დიაგნოსტიკური კვლევა
- ორსულის გარკვეული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა
- სამედიცინო მომსახურება სიფილისზე ეჭვის შემთხვევაში.

³⁵ ანტენატალური მეთვალყურეობა - ორსულთა მეთვალყურეობა.

აივ ინფექცია/შიდსის მართვის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანია აივ-ინფექცია/შიდსით ავადობის, სიკვდილიანობის და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება.

პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურდება:

- აივ-ინფექცია/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება
- აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებით, მათ შორის აივ-ინფექცია/შიდსის პრევენციულ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას (პრეექსპოზიციური და პოსტკონტაქტური პროფილაქტიკა) მაღალი რისკის ჯგუფებში
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სიფილისი, ქლამიდია, გონორეა და ტრიქომონიაზი) დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პილოტური მომსახურება აივ ინფექცია/შიდსის მქონე პირებში და აივ ინფექცია/შიდსის მაღალი რისკის პირებში (ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები, კომერციული სექს მუშაკი ქალები, მსმ და ტრანსგენდერი პირები).

იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამა

- B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია (B ჰეპატიტი) – აცრა ტარდება სამშობიარო სახლში/განყოფილებაში დაბადებიდან 0-12 საათის განმავლობაში.
- ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია (აპვ) – აცრა ტარდება 10 - 11 - 12 წლის გოგონების ასაკობრივ ჯგუფში, აცრების კურსი არის ორდოზიანი, აცრებს შორის მინიმალური ინტერვალია 6 თვე. ვაქცინაციის დაწყების მინიმალური ასაკია 9 წელი.

სერვისების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის სანახავად, იხილეთ "2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ: საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 31 დეკემბრის დადგენილება N674:

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4762618?publication=0>

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები საქართველოს ეროვნულ კანონმდებლობაში

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების რეალიზება, პირდაპირ არის დაკავშირებული იმასთან, თუ რამდენად არის ის ასახული ქვეყნის ეროვნულ კანონმდებლობაში და რამდენად არის აღნიშნული კანონმდებლობა გამართული.

გამომდინარე იქიდან, რომ სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და უფლებები ფართო ცნებაა და ის არ შემოიფარგლება მხოლოდ ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების წვდომის გარანტირებით, აღნიშნული უფლებების შემცველი რეგულაციებიც მიმოფანტულია საქართველოს სხვადასხვა ნორმატიულ აქტებში.

აღნიშნული მიმართულებით, პირველ რიგში მნიშვნელოვანია **საქართველოს კონსტიტუციის** იმ მუხლების ხსენება, რომლებიც დაკავშირებულია სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და უფლებებთან. კერძოდ, საქართველოს კონსტიტუცია აღიარებს:

- ადამიანის ღირსების ხელშეუვალობას (მუხლი 9);
- სიცოცხლისა და ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლებას (მუხლი 10);
- თანასწორობის უფლებას (მუხლი 11);
- პირადი და ოჯახური ცხოვრების, პირადი სივრცისა და კომუნიკაციის ხელშეუხებლობის უფლებას (მუხლი 15);
- ჯანმრთელობის დაცვის უფლებას (მუხლი 28);
- ქორწინების უფლებას და დედათა და ბავშვთა უფლებებს (მუხლი 30)³⁶.

საქართველოს კონსტიტუციის ზემოთ ჩამოთვლილი მუხლები სხვადასხვა კუთხით შეეხება სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ უფლებებს და იძლევა მათი დაცვის გარანტიას.

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების რელიზების თვალსაზრისით, მნიშვნელოვან ჩანაწერებს შეიცავს **საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ**, კერძოდ, მისი 22-ე (უსაფრთხო დედობა და ბავშვთა უფლებების დაცვა) და 23-ე (ოჯახის დაგეგმვა) თავები³⁷.

აღნიშნული კანონის 136-ე მუხლის თანახმად, *საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო*³⁸. ამავე კანონით განსაზღვრულია ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის (აბორტი) წესები³⁹, ექსტრაკორპორულ განაყოფიერებასთან დაკავშირებული საკითხები⁴⁰, სტერილიზაციასთან (ქირურგიული კონტრაცეპცია) დაკავშირებული საკითხები⁴¹.

³⁶ საქართველოს კონსტიტუცია. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3rfa2iE>

³⁷ საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/37B9ZFX>

³⁸ იქვე.

³⁹ იქვე, მუხლი 139.

⁴⁰ იქვე, მუხლი 143.

⁴¹ იქვე, მუხლი 145.

აღსანიშნავია, საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ, რომლის მიზანია, მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა⁴².

აღნიშნული კანონი აღიარებს მოქალაქეების მიერ ჯანდაცვი სერვისების დისკრიმინაციის გარეშე მიღების უფლებას⁴³, სრულყოფილი ინფორმაციის მიღების უფლებას იმ საკითხებთან მიმართებაში, რაც მოქმედებს ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე⁴⁴.

კანონის მე-5 თავი შეიცავს დებულებებს პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობასა და კონფიდენციალობაზე და ადგენს ექიმის მიერ პაციენტის კონფიდენციალური ინფორმაციის დაცვისა და გამჟღავნების წესებს.

კანონის მე-7 თავი შეიცავს დებულებებს ორსული და მეძუძური დედების უფლებების შესახებ.

აღნიშნული კანონი ასევე შეიცავს ჩანაწერებს ინფორმირებულ თანხმობასთან მიმართებაში. ინფორმირებული თანხმობა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი უფლებაა, რადგან, სწორედ ინფორმირებული თანხმობა განსაზღვრავს/გამორიცხავს სხვადასხვა უფლების განხორციელებისას/სერვისის მიღებისას ადამიანის სხეულის ხელშეუხებლობას, მისი გადაწყვეტილების ავტონომიურობას.

განსაკუთრებით საყურადღებოა, აღნიშნული კანონის მე-8 თავი, რომელიც არასრულწლოვანი პაციენტების უფლებებს შეეხება და მათ ჯანმრთელობის დაცვის გარკვეულ საკითხებთან მიმართებაში, დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებების მიღების უფლებას აძლევს.

კანონი განსაზღვრავს, რომ 14-დან 18 წლამდე არასრულწლოვანს, იმ შემთხვევაში, თუ ის სათანადოდ აფასებს თავის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს, მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირების გარეშე, დამოუკიდებლად განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ზოგიერთი სერვისის მიღებაზე (კონსულტაციის მიღება არაქირურგიული კონტრაცეპციის შესახებ, სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების მკურნალობა, ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტა)⁴⁵.

⁴² საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ, მუხლი 1. წყარო მსიაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/34ulFIT>

⁴³ იქვე, მუხლი 6.

⁴⁴ იქვე, მუხლი 16.

⁴⁵ იქვე.

ასევე, აღსანიშნავია, საქართველოს კანონი გენდერული თანასწორობის შესახებ, რომელიც სხვადასხვა თანასწორობის უზრუნველყოფ ნორმებთან ერთად, განსაზღვრავს კონკრეტულად ჯანდაცვის სერვისებზე დისკრიმინაციის გარეშე წვდომის უფლებას⁴⁶.

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების განხორციელება უკავშირდება სექსუალურ და რეპროდუქციულ ცხოვრებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების ძალადობისგან, იძულებისგან თავისუფალ გარემოში მიღების უფლება და შესაბამისად, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის გარკვეული ასპექტებიც შეგვიძლია მოვიაზროთ აღნიშნული საკანონმდებლო ჩარჩოს ნაწილად. აღნიშნული მიმართულებით, საყურადღებოა ის მუხლები, რომლებიც ადამიანის სექსუალურ თავისუფლებას შეეხება (გაუპატიურება, სექსუალური ხასიათის სხვაგვარი ქმედება, პირის სხეულში სექსუალური ხასიათის შეღწევა ან სექსუალური ხასიათის სხვაგვარი ქმედების იძულება, სექსუალური შეღწევა 16 წლის ასაკს მიუღწევლის სხეულში, გარყვნილი ქმედება)⁴⁷.

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი ასევე შეიცავს მუხლებს, რომლებიც საექიმო პასიხისმგებლობას შეეხება.

აღნიშნული კოდექსი ასევე განსაზღვრავს სისხლის სამართლებრივ პასუხისმგებლობას უკანონო აბორტისთვის (აღსანიშნავია, რომ ამ მუხლით გათვალისწინებული პასუხისმგებლობის სამიზნეს აბორტის განმახორციელებელი პირი წარმოადგენს და არა ორსული პირი, ვინც უკანონო აბორტი გაიკეთა) და თანხმობის გარეშე სტერილიზაციისთვის⁴⁸. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი ასევე აწესებს სისხლის სამართლებრივ პასუხისმგებლობას ქალის სასქესო ორგანოს დასახიჩრებისთვის (აღნიშნულ ქმედებას საფუძვლად უდევს ქალის სხეულის, მისი სექსუალობის კონტროლთან დაკავშირებული მიზნები და აღნიშნულის გამო, მისი აკრძალვა წარმოადგენს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და დაკავშირებული უფლების რეალიზაციის საკითხს)⁴⁹.

ამავე კონტექსტში შეგვიძლია განვიხილოთ სისხლის სამართლის 150-ე და 150¹ მუხლები, რაც იძულებას (სხვადასხვა ქმედების ან ქმედებისგან თავის შეკავების) და ქორწინების იძულებას გულისხმობს.

საკანონმდებლო ჩარჩოს განხილვისას, მნიშვნელოვანია, საქართველოს კანონი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ. აღნიშნულ კანონზე დაყრდნობით, მის აღსრულებაზე ზედამხედველობის განმახორციელებელმა უწყებამ, სახალხო დამცველის

⁴⁶ საქართველოს კანონი გენდერული თანასწორობის შესახებ. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე:

<https://bit.ly/3mwWz1X>

⁴⁷ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი. თავი 22. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე:

<https://bit.ly/37AUKNr>

⁴⁸ იქვე. მუხლები 133 და 133¹.

⁴⁹ იქვე. მუხლი 133²

აპარატმა, 2014 წლიდან დღემდე, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების ირგვლივ, არაერთი პრეცედენტული გადაწყვეტილება მიიღო, მაგალითად, დაადგინა, რომ სტერილიზაციისას (ქირურგიული კონტრაცეპცია) მესამე პირის (მეუღლის, მამის, სხვა ოჯახის წევრის) წერილობითი თანხმობის მოთხოვნა სერვისის გამცემი პირის მხრიდან, წარმოადგენს ქალის დისკრიმინაციას გენდერული ნიშნით⁵⁰. ასევე, აღნიშნულ კონტექსტში მნიშვნელოვანია სახალხო დამცველის გადაწყვეტილება, რომელიც სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი ქალებისთვის აბორტის სერვისზე ფინანსური წვდომის გარანტირებას შეეხება⁵¹.

სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და უფლებებთან დაკავშირებული საკანონმდებლო ჩარჩოს განხილვისას, მნიშვნელოვანია, აღვნიშნოთ, რომ საქართველოს კანონმდებლობაში 2019 წელს გაჩნდა სექსუალური შევიწროების სამართლებრივი დეფინიცია. აღნიშნული ცვლილება განხორციელდა **საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსში** (მუხლი 166¹) და საქართველოს კანონში დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კერძოდ, სექსუალური შევიწროება განიმარტა, როგორც: *პირის მიმართ ნებისმიერი არასასურველი სექსუალური ხასიათის ქცევა, რომელიც მიზნად ისახავს ან/და იწვევს მისი ღირსების შელახვას და ქმნის მისთვის დამამინებელ, მტრულ, დამამცირებელ, ღირსების შემლახველ ან შეურაცხმყოფელ გარემოს შექმნას*.

გარდა აღნიშნული კანონმდებლობისა, მნიშვნელოვანია, იმ ქვეყნის სტრატეგიული დოკუმენტების მიმოხილვა, რომლებიც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ უფლებებს შეეხება. ასეთებია: **დედათა და ახალშობილთა ჯანმრთელობის 2017-2030 წლების ეროვნული სტრატეგია**⁵², რომელიც სერვისების ხარისხისა და მათზე წვდომის გაუმჯობესების გზით, საქართველოში დედათა სიკვდილიანობისა და მკვდრადშობადობის სტატისტიკის შემცირებას, ასევე, შესაბამისი განათლებისა და სერვისების მისაწვდომობის გაზრდით, არასასურველი ორსულობების სტატისტიკის შემცირებას ისახავს მიზნად.

სტრატეგიული დოკუმენტებიდან, აღსანიშნავია, **საქართველოს ეროვნული ახალგაზრდული პოლიტიკის კონცეპცია**, რაც ახალგაზრდებისათვის ადამიანის სექსუალობის შესახებ ასაკის შესაბამის განათგანათლებაზე წვდომის მნიშვნელობას უსვამს ხაზს და ისახავს მიზნად⁵³.

პოლიტიკის დოკუმენტებიდან, ასევე მნიშვნელოვანია **საქართველოს დემოგრაფიული უსაფრთხოების კონცეპცია**, რადგან, მისი ამოცანაა, „რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების, ინფორმაციისა და განათლების საყოველთაო ხელმისაწვდომობა“⁵⁴.

⁵⁰ გადაწყვეტილება მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2KqtoAC>

⁵¹ გადაწყვეტილება მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3ayhgs3>

⁵² დოკუმენტი მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2KkZP3q>

⁵³ დოკუმენტი მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3h7xBFe>

⁵⁴ დოკუმენტი მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/37BDvM4>

ამ მხრივ, ასევე მნიშვნელოვანია, საქართველოში ადამიანის უფლებების დაცვის ეროვნული სტრატეგიის დოკუმენტი და მასთან დაკავშირებული სამოქმედო გეგმები, ასევე, გენდერული თანასწორობისა და ქალთა მიმართ/ოჯახში ძალადობის სამოქმედო გეგმები.

ზემოთ განხილული საკანონმდებლო ჩარჩო, ბუნებრივია, არ წარმოადგენს იმ დოკუმენტების ამომწურავ სიას, რომლებიც საქართველოში სექსუალური და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ უფლებებს შეიცავს, თუმცა, ის არის ძირითადი ჩარჩო.

აღნიშნულ ქვეთავში წყაროებად მითითებული დოკუმენტების გარდა, საკანონმდებლო ჩარჩოს შესახებ, იხილეთ საქართველოს სახალხო დაცველის აპარატის სამაგიდო კვლევა „ადამიანის უფლებები სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ქრილში: ქვეყნის უფლებრივი მდგომარეობის შეფასება“⁵⁵.

პანდემიის გავლენა ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების განხორციელებაზე

კოვიდ-19-თან დაკავშირებულმა პანდემიამ ადამიანების ცხოვრების ყველა ასპექტზე და მათ უფლებრივ მდგომარეობაზე მოახდინა გავლენა და ბუნებრივია, ამ მხრივ, არც სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები გამონაკლისი.

წვდომა აბორტზე და ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე

პანდემიასთან დაკავშირებული რამდენიმე გარემოება შესაძლებელს და ლოგიკურს ხდის, რომ აბორტის სერვისზე უკვე არსებული მოთხოვნის სტატისტიკა კიდევ უფრო მეტად გაიზრდებოდა.

პანდემიასთან დაკავშირებულმა იმ შეზღუდვებმა, რომლებიც მოსახლეობას სახლში დარჩენისკენ უბიძგა, შედეგად ბევრ ქვეყანაში გამოიწვია ოჯახში ძალადობის, მათ შორის, ინტიმური პარტნიორის მხრიდან სექსუალური ძალადობის სტატისტიკის ზრდა⁵⁶, რაც ცხადია, ზრდის არასასურველი ორსულობების სტატისტიკის მატების რისკსაც.

აღნიშნული მიმართულებით ასევე გასათვალისწინებელი სხვა პანდემიების შედეგად მიღებული გამოცდილება, კერძოდ, კვლევებმა აჩვენა, რომ ებოლას პანდემიის დროს, დასავლეთ აფრიკაში, სასწავლო პროცესების გაუქმებისა და ბავშვების სკოლის მიღმა დარჩენის გამო, მოიმატა მოზარდთა ორსულობის სტატისტიკურმა მაჩვენებელმა⁵⁷.

⁵⁵ დოკუმენტი მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3mzyrfm>

⁵⁶ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3mz8RqF>

⁵⁷ წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3nxcgbD>

გარდა ზემოაღნიშნულისა, პანდემიით გამოწვეულმა ეკონომიკურმა არასტაბილურობამ გავლენა იქონია როგორც ადამიანების რეპროდუქციულ გადაწყვეტილებებზე, ასევე, მათ წვდომაზე ოჯახის დაგეგმვის სერვისების მიმართ.

გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მიერ 2020 წლის ივნისის თვეში გამოქვეყნებულ მოკვლევაში ვკითხულობთ, რომ შეზღუდვების კიდევ 6 თვით გახანგრძლივების შემთხვევაში, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, დაუგეგმავი ორსულობების რიცხვი, დაახლოებით 7 მილიონით გაიზრდება⁵⁸.

გარდა აბორტის სერვისის გაზრდილი საჭიროებისა, აღსანიშნავია ის დამაბრკოლებელი გარემოებები, რაც სერვისზე წვდომის კუთხით წარმოიშვა პანდემიის პირობებში.

მაგალითისთვის აღსანიშნავია, რომ ქვეყნებს შორის გადაადგილებაზე დაწესებული შეზღუდვების შედეგად, იმ ქვეყანაში მცხოვრებ ქალებს, რომლებშიც აბორტზე მხოლოდ შეზღუდული წვდომა არსებობს, წაერთვათ შესაძლებლობა, გადაეკვეთათ ქვეყნის საზღვარი და ამ გზით მიეღოთ სასურველი სერვისი⁵⁹.

მაგალითად, პოლონეთში აბორტის სერვისის მიმართ არსებული შეზღუდვების გამო, პოლონელი ქალები საჭიროების შემთხვევაში სერვისის მისაღებად, ხშირად გადადიან გერმანიაში⁶⁰. ე.წ. lockdown-ის, ქალაქებსა და ქვეყნებს შორის გადაადგილების შეზღუდვის გამო, ლოგიკურია, რომ ქალებს წვდომა შეეზღუდებოდათ აღნიშნულ სერვისზე. ვითარებას ამწვავებს ის ფაქტორიც, რომ აბორტის სერვისის მიღება დროის თვალსაზრისით სენსიტიურია და იმ ქვეყნებში, სადაც მისი მიღება ლეგალურად არის შესაძლებელი, დაწესებულია ვადები, რომლის დროსაც შესაძლებელია მისი მიღება (მაგალითად, საქართველოში აბორტის სერვისი ქალის სურვილის შემთხვევაში კეთდება ორსულობის პირველი 12 კვირის პერიოდში).

პანდემიის პირობებში, აბორტზე წვდომის შეზღუდვის განაპირობებელი ფაქტორი ასევე შესაძლოა სავალდებულო მოსაფიქრებელი პერიოდებიც გახდეს. მაგალითად, საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, აბორტის ნებადართულია სერვისის შესახებ პირველადი კონსულტაციიდან 5 დღის შემდეგ. აღნიშნული ბარიერი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ქალებისთვის, რომელთა საცხოვრებელ ტერიტორიულ ერთეულში არ არის მისაწვდომი აღნიშნული სერვისი და მათ, ჩაკეტილობის, გადაადგილებაზე დაწესებული შეზღუდვებისა და საჯარო ტრანსპორტის არ არსებობის პირობებში არა ერთხელ, არამედ, ორჯერ უწევთ მგზავრობა სერვისის მისაღებად, რაც ცხადია, ფინანსური მისაწვდომობის ბარიერსაც ზრდის.

აქვე, აუცილებლად უნდა აღინიშნოს აბორტთან დაკავშირებული იდეოლოგიური შეტევებიც, რაც პანდემიის პირობებში განხორციელდა ამერიკის შეერთებული შტატების

⁵⁸ წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3mCbGrk>

⁵⁹ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3mCFrja>

⁶⁰ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულებზე: <https://bit.ly/3mzBCU3>; <https://nyti.ms/38jBBPi>

რამდენიმე შტატში. მაგალითად, ტეხასის შტატში, მოხდა გეგმიური ოპერაციების გადავადება ვირუსის გავრცელების რისკის გამო და აღნიშნულმა გადავადებამ მოიცვა აბორტებიც⁶¹. ტეხასის შტატის გარდა, აღნიშნული ტენდენცია დაფიქსირდა ოჰაიოს, აიოვას, ალაბამასა და ოკლაჰომას შტატებში⁶².

აქვე აღსანიშნავია, რომ პანდემიის პირობებში აბორტზე წვდომის შესანარჩუნებლად, რამდენიმე ქვეყანაში განსაკუთრებული რელევანტურობა შეიძინა ტელემედიცინამ, რომლის დახმარებითაც, ორსულებს დისტანციურად, ექიმის მეთვალყურეობის პირობებში შეუძლიათ მედიკამენტოზური აბორტის მართვა⁶³.

წვდომა კონტრაცეპციის თანამედროვე საშუალებებზე

გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მიერ გამოქვეყნებულ მოკლევადიან ვკითხილობთ, რომ პანდემიის პირობებში, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე 114 ქვეყანაში მცხოვრებ 47 მილიონ ქალს არ აქვს წვდომა კონტრაცეპციის თანამედროვე საშუალებებზე⁶⁴.

პანდემიის პირობებში კონტრაცეპტივებზე აღნიშნული ბარიერების გაჩენა/გამლიერება გამოწვეულია რამდენიმე ფაქტორით. ერთი მხრივ, ოჯახების/ქალების ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესებით, რამაც მათ სხვადასხვა სერვისებზე ფინანსური წვდომა შეუზღუდა, ხოლო, მეორე მხრივ, თავად კონტრაცეპტივების თანამედროვე საშუალებების წარმოების კუთხით არსებული პრობლემებით. კერძოდ, შეზღუდვების გამო, მრავალი საწარმოს შეფერხებით, ნახევარი დატვირთვით მუშაობამ გამოიწვია ის, რომ კონტრაცეპტივებისთვის საჭირო მასალები შეზღუდულად იწარმოება, რაც გავლენას ახდენს თავად კონტრაცეპციის თანამედროვე საშუალებების წარმოებაზეც⁶⁵.

გარდა ყოველივე ზემოაღნიშნულისა, პანდემიის პირობებში გაჩნდა ბარიერები დედათა ჯანმრთელობის სერვისებზე წვდომის კუთხითაც, რაც მრავალი ქალის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას აყენებს რისკის ქვეშ⁶⁶.

ზემოაღნიშნული მიზეზების გამო, ბარიერები ასევე გაჩნდა მენსტრუაციული პროდუქტებზე წვდომის კუთხითაც⁶⁷.

შექმნილი ვითარებიდან გამომდინარე, ადამიანის უფლებებზე და ჯანდაცვაზე მომუშავე სხვადასხვა საერთაშორისო და რეგიონული ორგანიზაციებმა, ქვეყნებს პირდაპირ მოუწოდეს, რომ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სერვისებს, ესენციური სერვისების სტატუსი მიანიჭონ, რათა, არ შეფერხდეს მასთან

⁶¹ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://n.pr/2WEepWd>

⁶² იქვე.

⁶³ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://n.pr/2WEepWd>

⁶⁴ წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3mCbCrk>

⁶⁵ წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3peP7u3>

⁶⁶ წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3mCbCrk>

⁶⁷ იქვე.

დაკავშირებული უფლებების განხორციელება და ქალების სიცოცხლე არ დადგეს რისკის ქვეშ.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ აღნიშნა, რომ ქალების სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები პატივცემული უნდა იყოს მიუხედავად კოვიდ-19-სა⁶⁸.

ავტორიტეტულმა არასამთავრობო ორგანიზაციამ Amnesty International-მა ასევე აღნიშნა, რომ პანდემიის პირობებში სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სერვისებზე შეზღუდვების დაწესება გრძელვადიანი დამაზიანებელი შედეგების მომტანი იქნება⁶⁹.

პანდემიის პირობებში სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებების გარანტიების მხარდამჭერი განცხადება ასევე გაავრცელა ევროპის საბჭომ⁷⁰.

გენდერული ნიშნით ძალადობის სოციალური ასპექტები

გაეროს მიერ, ქალთა მიმართ ძალადობა განმარტებულია, როგორც გენდერის ნიშნით ძალადობის ნებისმიერი ქმედება, რომელიც შედეგად იწვევს ან შესაძლოა, იწვევს ქალის ფიზიკურ, სექსუალურ ან ფსიქოლოგიურ ზიანს ან ტანჯვას ან შესაძლოა, გამოიწვიოს ასეთი შედეგი. აღნიშნული მოიცავს ასევე ასეთი ქმედების ჩადენის მუქარას, იძულებას ან თავისუფლების თვითნებურ აღკვეთას, რომელიც ხდება საჯარო ან პრივატულ სივრცეში.

ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის (CEDAW) კომიტეტის მე-19 ზოგადი კომენტარი ეძღვნება გენდერის ნიშნით ქალზე ძალადობის, როგორც ქალთა უფლებების სისტემური დარღვევის საკითხს და განმარტავს, რომ გენდერის ნიშნით ძალადობა არის დისკრიმინაციის ფორმა, რომელიც მნიშვნელოვნად აფერხებს ქალების შესაძლებლობას, თანასწორობის პრინციპის დაცვით ისარგებლონ უფლებებითა და თავისუფლებებით.

გენდერის ნიშნით ძალადობა, მსოფლიოს მასშტაბით, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ძალადობის ფორმაა და ის მილიონობით ადამიანის ფიზიკურ თუ მენტალურ ჯანმრთელობას აზიანებს.

მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებული კვლევების თანახმად, მსოფლიოში ყოველი მესამე ქალი გახდება სიცოცხლის განმავლობაში ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი.

⁶⁸ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3nPAyND>

⁶⁹ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/37CNwIG>

⁷⁰ ინფორმაცია მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3mAkMEH>

გენდერის ნიშნით ძალადობა გენდერული დისკრიმინაციის ერთ-ერთი ყველაზე გამოხატული შედეგია. მას საფუძვლად უდევს სტრუქტურული უთანასწორობა, დისკრიმინაციული რწმენა და მიდგომები, რომ ქალი დაქვემდებარებულია, მასზე უფლებამოსილება კაცს გააჩნია და კაცი განახორციელებს მასზე ძალაუფლებას.

სხვადასხვა დამატებითი ფაქტორები, როგორებიცაა, სიღარიბე, განათლების არქონა, დაუსჯელობის განცდა ასევე ახალისებს აღნიშნულ ძალადობრივ ქცევებს.

გენდერული ნიშნით ძალადობა შეიძლება გამოიხატებოდეს სექსუალური, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური ძალადობით, ასევე, მავნე ტრადიციული პრაქტიკითა (ადრეულ ასაკში ქორწინების ტრადიცია, ქალების გენიტალიების დასახიჩრება და.ა.შ) და ეკონომიკური ძალადობით.

გენდერული ნიშნით ძალადობას აქვს სერიოზული გრძელვადიანი და სიცოცხლისთვის საფრთხის შემქმნელი შედეგები მსხვერპლებისთვის. აღნიშნული შედეგები შესაძლოა, იყოს სამუდამო შეზღუდული შესაძლებლობა, სიკვდილი, უამრავი ფიზიკური ან ფსიქო-სოციალური ჯანმრთელობის პრობლემა, რაც ხშირად მსხვერპლის თვითშეფასებასა და სიცოცხლის ხარისხს ანადგურებს.

სხვა მრავალთა ერთად, გენდერული ნიშნით ძალადობის სოციალურ და ეკონომიკურ შედეგებს წარმოადგენს მსხვერპლის დადანაშაულება, საზოგადოებაში როლის ან ფუნქციის დაკარგვა, სოციალური სტიგმა, უარყოფა და გარიყვა, სიღარიბის ფემინიზაცია, გენდერული უთანასწორობის გაზრდა, ეკონომიკური დამოუკიდებლობის დაკარგვა და ა.შ.

გენდერული ნიშნით ძალადობა წარმოადგენს როგორც ქალის დასჯის საშუალებას, ქალის ტრადიციულად აღქმული როლისთვის შეუფერებელი ქცევისთვის, ასევე, ასეთი ქცევის პრევენციის საშუალებას და იმის მცდელობას, რომ ქალები მაქსიმალურად განიდევნონ საჯარო სივრცეებიდან (მაგ. სექსუალური შევიწროება დასაქმების ადგილას, სექსისტურ თავდასხმები პოლიტიკოს ქალებზე და ა.შ).

გენდერული ნიშნით ძალადობა ქალის, როგორც კაცთან შედარებით, ნაკლები ღირებულების მქონე ადამიანად აღქმიდან გამომდინარეობს და სისტემური პრობლემაა, რაც ნიშნავს იმას, რომ მასთან ბრძოლის დროს, სახელმწიფოს უნდა ჰქონდეს სისტემური მიდგომა, უნდა მუშაობდეს მისი პრევენციისთვის და არ უნდა შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ ინდივიდუალური ძალადობის შემთხვევებზე რეაგირების ღონისძიებებით.

გენდერის ნიშნით ქალთა მიმართ ძალადობის განხილვის დროს, აუცილებლად უნდა შევხებით რეპროდუქციული ძალადობის საკითხს.

რეპროდუქციული ძალადობა მოიცავს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც მიზნად ისახავს ქალის სხეულზე ან მის რეპროდუქციულ გადაწყვეტილებაზე ზემოქმედებას. ასეთი ქმედება შესაძლოა განხორციელდეს ჯანდაცვის სერვისის მიღების დროს (მაგ. იძულებითი სტერილიზაცია ინფორმირებული თანხმობის გარეშე; იძულებითი აბორტი).

აღსანიშნავია, რეპროდუქციული იძულების ფაქტებიც, როდესაც, პარტნიორი აკონტროლებს ქალის რეპროდუქციულ გადაწყვეტილებას სხვადასხვა ქმედებით. ასეთი ქმედება შესაძლოა იყოს კონტრაცეპციის კონტროლი (კონტრაცეპციის მეთოდის შერჩევაში ჩარევის გზით, კონტრაცეპციის დამალვის გზით და ა.შ.), ქალის სურვილის საწინააღმდეგოდ მისი დაორსულების იძულება (ფიზიკურად, სიტყვიერად და ა.შ.), უკვე დამდგარი ორსულობის შემთხვევაში გამოსავლის გაკონტროლება (აბორტის იძულება ან პირიქით, აბორტის სერვისზე წვდომის შეზღუდვა).

წასაკითხი მასალა:

<https://www.unhcr.org/en-au/4794b3512.pdf>

<https://www.unfpa.org/gender-based-violence>

https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_3731_E.pdf

<https://www.gbv.ie/wp-content/uploads/2014/11/Learning-Brief-9.pdf>

<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

ნინო ჯანაშია, ნინო დირგლიშვილი, თამარ მარგველაშვილი, ასმათ ბეშიძე “ქალთა მიმართ ძალადობის კვლევა”. ანგარიში მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე <https://bit.ly/37SyoHb>

[Reproductive coercion and partner violence: implications for clinical assessment of unintended pregnancy](#)

[Elizabeth Miller, Jay G Silverman](#)

[Expert Rev Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2012 Feb 19.](#)

[Published in final edited form as: Expert Rev Obstet Gynecol. 2010 Sep; 5\(5\): 511–515. doi: 10.1586/eog.10.44 https://bit.ly/37OL0iG](#)

ანატომია, სიამოვნება და თანხმობა სექსუალურ კონტექსტში

მასტურბაცია

გარდატეხის ასაკში ორგანიზმი სექსის ჰორმონებს გამოყოფს, რომელთა გავლენითაც მოზარდები საკუთარი სექსუალობით ინტერესდებიან. ასეთ დროს ზოგი საკუთარი სხეულის შესწავლას გენიტალიაზე შეხებით იწყებს. ამას მასტურბაცია ეწოდება და მისი მთავარი მიზანი სიამოვნების მინიჭება, ან მიღებაა. ხშირია როგორც გოგონებში, ისე ბიჭებში, თუმცა, რა თქმა უნდა, არსებობენ ადამიანები, ვინც არ მასტურბირებენ და ესეც ნორმალურია.

მასტურბაცია სიამოვნების მიღების სრულიად უსაფრთხო გზაა და გავრცელებული მითების მიუხედავად, არ იწვევს ხელის გულებზე თმის ამოსვლას, სიბრმავეს, ან მომავალში სექსუალურ და რეპროდუქციულ პრობლემებს. როდესაც მოზარდებს მასტურბაციაზე ვესაუბრებით, აუცილებლად ხაზი უნდა გავუსვათ იმას, რომ მასტურბაცია პირადი გადაწყვეტილებაა; ყველას აქვს უფლება მასტურბაციით დაკავდეს, თუ ამის სურვილი აქვს, მაგრამ მხოლოდ პირად სივრცეში.

საზეპირობები:

- მასტურბაციის შედეგად ადამიანი ვერ დაორსულდება და ვერც სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები (სგგი) გადაედება;
- მასტურბაცია ადამიანებს საკუთარი სხეულის გაცნობაში ეხმარება, იმის გაგებაში, თუ როგორ მუშაობს ორგანო, რა მოგვწონს და რა – არა, რაც მომავალში გააუმჯობესებს სექსუალურ გამოცდილებებს;
- მასტურბაცია სტრესსა და დამაბულობას ამცირებს - ორგანოს დროს გამოიყოფა ენდორფინები, „ბედნიერების“ ჰორმონი, რომელიც თავს კარგად გვაგრძნობინებს და ბუნებრივი ტკივილგამაყუჩებელია, რაც შეიძლება მენსტრუაციისას, მუცლის ტკივილის დროსაც კი დაგვეხმაროს.

გარდატეხის ასაკი

სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების ერთ-ერთი საკვანძო საკითხია ანატომია. აუცილებელია საკითხის პოზიტიურ და სიამოვნებაზე ორიენტირებულ ჭრილში წარმოჩენა. უნდა ავირიდოთ თავიდან მასტიგმატიზირებული ტერმინები და ფრაზები.

მდედრობითი სქესის სხეული

საკუთარი სხეულის შესახებ ინფორმაციის ქონა აუცილებელია იმისთვის, რომ საკუთარ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე იზრუნო. დავიწყოთ გარეგანი გენიტალიებით:

- **ვულვა** მოიცავს გენიტალიების მთლიან შემადგენლობას: გარე და შიგნითა ლაბია, კლიტორი, კლიტორის ჩუჩა, ვაგინა და შარდსადენი არხი; ვულვა ხშირად ვაგინაში ერევათ. სინამდვილეში კი, ეს უკანასკნელი მხოლოდ ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია. თითოეული ამ ნაწილის ფერი, ფორმა და ზომა ყველა ადამიანს სხვა და სხვა აქვს. ხშირია ასიმეტრიაც.
- **კლიტორში** ათასობით ნერვული დაბოლოება გადის, მისი ერთადერთი მოვალეობა სიამოვნების მიღებაა. კლიტორი დაფარულია კლიტორის ჩუჩით, რომელსაც დამცველობითი ფუნქცია გააჩნია. კლიტორი პატარა ჩანს, მაგრამ თუ მას ჩუჩის ქვეშ დაათვალიერებ, აღმოაჩენ, რომ ის 9-10 სანტიმეტრის ზომისაა და სხეულშია

ჩამალული; აღზნების დროს სისხლი კლიტორისკენ მიედინება, იზრდება ზომაში და უფრო სენსიტიური ხდება.

- **ვაგინა** კუნთოვანი ქსოვილისგან შემდგარი ორგანოა, რომელიც შენს ვულვას შინაგან ორგანოებთან აკავშირებს: ვაგინიდან გამოდის მენსტრუალური სითხეც, მაგრამ არა შარდი. ვაგინა თვითგაწმენდის ფუნქციაც აქვს, ამიტომ ე.წ. გამორეცხვები რეკომენდირებული არ არის - პირიქით, ეს ბუნებრივ მიკროფლორას აზიანებს და სასარგებლო ბაქტერიებს ხოცავს. ვაგინა 9-10 სანტიმეტრის სიგრძისაა როდესაც აღზნებული არ ხარ. ვაგინაში ხდება პენისის, ვიბრატორის, ან თითის მოთავსება პენეტრაციული სექსის დროს. ვაგინის კედლების ლუბრიკაცია ბუნებრივად ხდება, როდესაც აღზნებული ხარ, რაც სექსს უფრო კომფორტულს ხდის.

ე.წ. საქალწულე აპკი ცალკე გამოვყავით, ვინაიდან მის შესახებ ბევრი მითი არსებობს. ზოგს ჰგონია, რომ აპკი ვაგინას მთლიანად ფარავს და პირველი პენეტრაციული სექსის დროს აუცილებლად უნდა გაიხეს. აქედან მოდის ის წარმოდგენაც, რომ მენსტრუაციის დროს ტამპონი არ უნდა გამოიყენო, რადგან „ქალწულობას დაკარგავ“. სინამდვილეში, აპკი ელასტიური მემბრანაა, რომელიც სხვა და სხვა ფორმის არსებობს და არაფერსაც არ ბლოკავს (წინააღმდეგ შემთხვევაში, მენსტრუალური სითხე ვერ გამოიყოფოდა). ყველაზე გავრცელებული აპკის სახეა ე.წ. ნახევარმთვარის ფორმა, რომელიც ვაგინალური არხის შესასვლელშია.

როგორც უკვე ვთქვით, ვაგინა ვულვას შინაგან რეპროდუქციულ ორგანოებთან აკავშირებს. ესენია:

- **საშვილოსნოს ყელი**, რომელიც ვაგინის ბოლოში მდებარეობს და ვაგინას საშვილოსნოსთან აკავშირებს. საშვილოსნოს ყელის საშუალებით ხდება მენსტრუალური სისხლის გამოდევნა საშვილოსნოდან და სპერმის მოხვედრა საშვილოსნოში. საშვილოსნოს ყელი გამოიმუშავებს სითხეს, რომელიც ეხმარება სპერმას საშვილოსნოსკენ გადაადგილებაში.
- **საშვილოსნო**, რომელიც კუნთოვანი ორგანოა, აქ იწყება მენსტრუაციაც და ორსულობაც; მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს გაფართოვება და ჩანასახის დატევა შეუძლია, ჩვეულებრივ, ის მხოლოდ მუშტის ზომისაა. საშვილოსნო კუნთოვანი და შინაგანი შრეებისგან შედგება.
- **ფალოპის მილები** საკვერცხეებთან მდებარეობს და საშვილოსნოზეა მიერთებული; როდესაც საკვერცხიდან კვერცხუჯრედი გამოთავისუფლდება, იგი ფალოპის ერთ-ერთ მილში ფიმბრიების - ფოჩების მსგავსი ქსოვილის დახმარებით გადადის; ფალოპის მილში არსებული კვერცხუჯრედის განაყოფიერების შემთხვევაში, ის, როგორც წესი, საშვილოსნოში გადაადგილდება და შინაგან შრეს ეკვრება. ასე დგება ორსულობა.

- **საკვერცხეები** კვერცხუჯრედებს გამოყოფენ, რომლებიც პოტენციური განაყოფიერებისთვის თვეში ერთხელ თავისუფლდებიან; თუ გამოთავისუფლებული კვერცხუჯრედი სპერმატოზოიდის მიერ განაყოფიერდა, დგება ორსულობა.

მამრობითი სქესის სხეული

ყველა მამრობითი სქესის სხეული ერთმანეთისგან განსხვავდება. გარდატეხის დროს, შეიძლება პენისი და სათესლე ჯირკვლები გაგეზარდოს, ან ფერი შეიცვალოს, რაც სავსებით ნორმალურია. განვიხილოთ გარეგანი გენიტალიები:

- **პენისი** იმავე ემბრიონული ქსოვილისგან ვითარდება, რომლისგანაც კლიტორი. იგი საკმაოდ მგრძნობიარე ორგანოა, რომელსაც მექანიკური დაზიანებისგან ჩუჩა იცავს. როგორც წესი, ჩუჩას მოშარდვის, დაბანის და კონდომის გაკეთების დროს უკან წევენ, რათა პენისის თავი უკეთ გამოჩნდეს. დაბანისას ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმისთვის, რომ კანის ნაოჭებში დაგროვილი მარილები და ბაქტერიები არ დაგროვდეს. გარდატეხის ასაკში პენისი ზრდასა და დაგრძელებას იწყებს, რაც სხვადასხვა ადამიანის შემთხვევაში სხვადასხვა დროსაა. პენისის მეშვეობით ხდება როგორც შარდის, ისე ეაკულაციამდელი სითხისა და სპერმის გამოყოფა. აღზნების დროს სისხლი პენისისკენ მიედინება, იზრდება ზომაში და უფრო სენსიტიური ხდება.
- **სათესლე პარკი**, იგივე სკროტუმი, ტომსიკაა, რომელშიც სათესლე ჯირკვლებია მოთავსებული. სკროტუმი სხეულის ბაზალურ ტემპერატურაზე რამდენიმე გრადუსით უფრო დაბალია, რათა სპერმა დაიცვას. ალბათ შეამჩნევდი, რომ სიცხის დროს სათესლე პარკი უფრო ქვემოთ იწევს, ხოლო სიცივეში - პირიქით. გახსოვდეს, რომ სათესლე ჯირკვლები სიმეტრიულად არ არის განლაგებული, ბუნებრივია, თუ ერთი მათგანი უფრო დიდია, ვიდრე მეორე და ნორმაა, თუ იგი შედარებით უფრო მუქი ფერისაა.

ახლა, გადავიდეთ შინაგან რეპროდუქციულ ორგანოებზე:

- **სათესლე ჯირკვლები** ოვალური ფორმისაა. როგორც წესი, ადამიანს ორი მათგანი აქვს. უმეტეს შემთხვევაში, ერთი ჯირკვალი უფრო ქვემოთაა, ვიდრე მეორე, ან ერთი ჯირკვალი მეორეზე დიდია. ზოგჯერ თანაბარიც გვხვდება, თუმცა ორივე ნორმალურია. სათესლე ჯირკვლები სპერმისა და ტესტასტერონის (სექსუალური ჰორმონი) გამომუშავებაზეა პასუხისმგებელი. თითოეულ მათგანს თითო სათესლე დანამატი აქვს, რომელიც სპერმას მომწიფებაში ეხმარება.
- **სპერმის გამომტანი მილი** სათესლე დანამატიდან სპერმის გადაადგილებაში იღებს მონაწილეობას. იგი სათესლე დანამატს ჯერ პროსტატის ჯირკვალთან, ხოლო შემდეგ სათესლე ბუშტუკთან აკავშირებს.

- **პროსტატა** კაკლის ზომის ჯირკვალაა, რომლის მთავარი დანიშნულება, სათესლე ბუშტუკთან ერთად, სპერმის დამცავი, ბლანტი სითხის გამომუშავებაა.

ერექცია და ეაკულაცია

აგზნების დროს, ზურგის ტვინი გადასცემს მესიჯს, რომლის დროსაც პენისის სისხლძარღვები და ღრუბლის მსგავსი ქსოვილი სისხლით ივსება. როდესაც პენისში სისხლი შედის, კუნთები იკუმშება, რის გამოც სისხლი ვეღარ გამოდის - ამას ერექცია ეწოდება. ნებისმიერ ასაკში ნორმაა ისიც, თუ ერექციით გელვიძება.

ეაკულაციის დროს, კუნთები გამოისვრიან სითხეს, რომელიც შარდსაწვეთის გავლით, პენისის თავზე გამოდის. ეს, როგორც წესი, ხდება პენისის შეხების, სტიმულირების, სექსუალური ფიქრების, ან ე.წ. სველი სიზმრების შემდეგ. ეაკულაციამდე ე.წ. ეაკულაციის წინა სითხე გამოიყოფა, რომელიც წებოვანი და გამჭვირვალეა. იგი პენისის ბუნებრივი ლუბრიკანტია. უშუალოდ ეაკულაციის დროს გამოიყოფა სპერმა, რომელიც ასევე წებოვანი, მაგრამ მოთეთრო-მოყვითალოა. ორივე მათგანი სპერმატოზოიდებს შეიცავს - უჯრედებს, რომლებსაც კვერცხუჯრედის განაყოფიერება შეუძლიათ.

გახსოვდეს:

- შემთხვევითი ერექციები ასაკის მატებასთან ერთად სულ უფრო ნაკლებად მოხდება.
- ნაადრევი ეაკულაცია სრულებით ნორმალურია და ნებისმიერ ასაკში შეიძლება მოხდეს.
- პენისის „ნორმალური“ ზომა არ არსებობს და მითი იმის შესახებ, რომ „დიდი ყოველთვის ჯობია“ არ არის სიმართლე. შეიყვარე საკუთარი სხეული ისეთი, როგორიც არის..

ინტერსქესი სხეულები

ხდება ისეც, რომ ადამიანი ერთდროულად მდედრობითი და მამრობითი სქესის ბიოლოგიური მახასიათებლებით იბადება. ასეთ სხეულებს ინტერსქესი, ანუ სქესთაშორისი ეწოდება.

ყველა ინტერსქესი ადამიანის სხეული ერთნაირი არ არის, შესაბამისად, გარდატეხის ასაკის გამოცდილებაც განსხვავებულია. ამ დროს, შეიძლება ყველა მოსალოდნელი სხეულის ცვლილება არ, ან გვიან დადგეს, ზოგი ადამიანი მხოლოდ გარდატეხის ასაკში იგებს, რომ მის სხეულს ორივე სქესის მახასიათებელი აქვს. ხდება ისეც, რომ ზოგიერთი ადამიანის სხეულის ცვლილებები მის გენდერულ იდენტობას არ შეესაბამება. ამ დროს ზოგი ჰორმონულ ჩარევას, ან ქირურგიულ ოპერაციას ამჯობინებს, იმისთვის, რომ სხეული და გენდერული იდენტობა თანხვედრაში იყოს, ზოგი კი ამას საჭიროდ არ მიიჩნევს.

ყველაფერი, რაც შენ სხეულს ეხება მხოლოდ შენი გადასაწყვეტია. თუ გარდატეხის ასაკში ხარ და თავს იზოლირებულად გრძნობ, შესაძლოა სხვა მსგავსი მდგომარეობის მქონე ადამიანთან ლაპარაკი დაგეხმაროს. გახსოვდეს: მხოლოდ იმიტომ, რომ შენი სხეული ვიღაცის ვიწრო გენდერულ კატეგორიაში არ ჯდება, არ ნიშნავს, რომ „რაც ცუდი“ გჭირს.

თანხმობა სექსუალურ კონტექსტში

როდის და როგორ გქონდეს სექსუალური გამოცდილება, პირადი საკითხია. პირველი სექსუალური გამოცდილების შესახებაც ბევრი მითი არსებობს, რაც ადამიანებს, განსაკუთრებით გოგონებს, შიშის, ან საფრთხის გრძნობას უჩენს. ყველა პირველი სექსის გამოცდილება ერთნაირი არ არის და არც სექსი ნიშნავს მხოლოდ პენისსა და ვაგინას შორის აქტს. პირველი სექსი შეიძლება იყოს ორალური, ან ანალური, ასევე, შესაძლოა მოხდეს თითებით, ან სექს-სათამაშოებით. ზოგი ადამიანი თვლის, რომ პირველი სექსუალური გამოცდილება რამდენჯერმე ჰქონდა, იმის მიხედვით, რა სახის სექსით დაკავდა.

პირველ სექსუალურ აქტთან დაკავშირებით ყველაზე გავრცელებული შეკითხვაა: „მეტკინება?“ რეალურად, არცერთი სახის სექსი მტკივნეული არ უნდა იყოს. როდესაც აღზნებული ხარ, ვაგინის გარშემო არსებული კუნთები უფრო მოდუნებულია და გამოიყოფა ბუნებრივი ლუბრიკანტი, რომელიც, თავის მხრივ, უფრო კომფორტულს ხდის არამარტო პირველ, არამედ ყველა შემდეგ სექსუალურ გამოცდილებას. თუმცა, თავდაპირველი შეგრძნება შესაძლოა მაინც უცნაურად და არაბუნებრივად მოგეჩვენოს.

სექსის დროს სწორი კომუნიკაცია აუცილებელია - თუ რაიმე არ გსიამოვნებს, აუცილებლად უთხარი პარტნიორს რომ გაჩერდეს, ან სხვა რამე სცადოს. სიამოვნების გასაძლიერებლად შეგიძლია წყლის ბაზაზე დამზადებული ლუბრიკანტი გამოიყენო - ეს რჩევა განსაკუთრებით გამოგადგება, თუ ანალურ სექსს აპირებ, რადგან ანუსი ბუნებრივ ლუბრიკაციას არ გამოყოფს ვაგინისა და პენისისგან განსხვავებით.

გახსოვდეს, თუ სხვა ადამიანთან რაიმე ტიპის სექსუალური აქტი გინდა გქონდეს, ჯერ აუცილებლად უნდა ჰკითხო. თუ არ იკითხავ და ისე აკოცებ, შეეხები, ან რაიმე სახის სექსუალურ ქმედებას მისი თანხმობის გარეშე ჩაიდენ, ეს შეიძლება გაუპატიურება ან სექსუალური შევიწროვება იყოს.

თანხმობა უნდა იყოს:

- **ძალდაუტანებელი.** ადამიანის ზეწოლა, მოტყუება, ან დაშინება დაუშვებელია. თანხმობას ვერ გასცემ, როცა ალკოჰოლისა და სხვა ნივთიერებების თრობის ქვეშ, ან გულწასული ხარ.
- **შექცევადი.** შეგიძლია დათანხმდე, მაგრამ შემდეგ, ნებისმიერ დროს გადაიფიქრო - თუნდაც აქტი უკვე დაწყებული გქონდეთ.

- **ინფორმირებული.** თანხმობის მიცემა მხოლოდ მაშინ შეგიძლია, როცა ყველა დეტალი იცი. მაგალითად, თუ პარტნიორი გეუბნება, რომ კონდომს გამოიყენებს და შემდეგ არ იკეთებს, ითვლება, რომ სრული თანხმობა არ არის.
- **ენტუზიაზმით განცხადებული.** როცა საქმე სექსს ეხება, უნდა გააკეთო ის, რაც შენ გინდა და არა ის, რაც სხვას უნდა. თუ ვინმე ალტაცებული (ბედნიერი, აღფრთოვანებული, ან ენერგიული) არ არის, შეჩერდი და გადაამოწმე.
- **კონკრეტული.** ერთ რამეზე კის თქმა (მაგალითად, კოცნა) არ ნიშნავს, რომ სხვა რამეზეც თანახმა ხარ (მაგალითად, სექსზე).

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 140-ე მუხლის თანახმად, სრულწლოვანი ადამიანის მხრიდან 16 წელს მიუღწეველ ადამიანთან სექსუალური ხასიათის ურთიერთობა დანაშაულია.

სექსის ქონა პირადი არჩევანია - როდესაც ჩათვლი, რომ გინდა, გაინტერესებს და მზად ხარ. თუ სექსის სურვილი არ გიჩნდება, ესეც ნორმალურია. თუ სექსი გქონდა და ახლა ერთი, ან რამდენიმე სექსის სახეობისგან თავშეკავებას ამჯობინებ, ესეც შენი პირადი გადაწყვეტილებაა. ზოგჯერ აბსტინენციის (იგივე სექსუალური ქცევებისგან თავშეკავების) ზეწოლა ისეთივე ძლიერია, როგორც სექსის ქონის. არავის არ აქვს იმის უფლება, სექსის ქონა, ან არქონა დაგაძალოს.

წყაროები:

- www.teenhealthsource.com
- www.allaboutyou.ge
- <https://www.medicalnewstoday.com/>
- www.plannedparenthood.org

მენოპაუზა

მენოპაუზა ცხოვრების იმ ეტაპზე დგება, როდესაც ადამიანის ჰორმონები იცვლება და მენსტრუალური ციკლი წყდება. როგორც წესი, ეს 45-დან 55 წლის ფარგლებში ხდება, თუმცა შესაძლოა უფრო ადრეც დადგეს.

რა ხდება მენოპაუზის დროს?

მენოპაუზა ბუნებრივი და ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესია, როდესაც სხეულს ასაკი ემატება. მისი დადგომის საშუალო ასაკი 51 წელია.

მენოპაუზის დროს საკვერცხეები ესტროგენის გამოყოფას წყვეტენ, რის შედეგადაც სხვა რეპროდუქციული ჰორმონების, მაგალითად პროგესტერონის გამოყოფა ნელდება. ამ ჰორმონების გარეშე წყდება მენსტრუაცია და ადამიანის სხეულს დაორსულება აღარ შეუძლია.

თუ 45-55 წლის ფარგლებში ხარ, გაქვს საშვილოსნო და საკვერცხეები, ერთი წელია, რაც მენსტრუაცია არ მოგსვლია, არ ხარ ორსულად და არ ხარ რაიმე სერიოზული დაავადების მატარებელი, შესაძლოა მენოპაზას გადიოდე.

ყველა ადამიანი მენოპაუზას ასაკის გამო არ გადის, ზოგჯერ ამის მიზეზი ჯანმრთელობის პრობლემებიც შეიძლება იყოს. თუ საკვერცხეების ამოჭრა მოგიწია, შესაძლოა მენოპაუზის სიმპტომები უცებ განიცადო და არა თანდათან, როგორც ეს ასაკის მატებასთან მოდის. სამედიცინო პროცედურებს, მაგალითად ქიმიოთერაპიასა და რადიაციას, შეუძლია მენოპაუზის ადრეული მოყვანა.

კვალიფიციურ ექიმს, ან ექთანს შეუძლია იმის დადგენა, გადიხარ თუ არა მენოპაუზას და დაგეხმარება მისი სიმპტომების მართვაში.

რა არის პერიმენოპაუზა?

პერიმენოპაუზა ის პერიოდია, როდესაც მენოპაუზის სიმპტომებს გადიხარ. ეს ეტაპი შესაძლოა რამდენიმე თვეს, ან წლობითაც კი გაგრძელდეს, შესაძლოა რაღაც მომენტში შეჩერდეს და კვლავ დაიწყოს.

პერიმენოპაუზა, როგორც წესი, 40 წლის ასაკის ფარგლებში იწყება, თუმცა, მწვევლებისთვის ეს ეტაპი 2 წლით უფრო ადრე დგება.

ესტროგენის რაოდენობა, რომელსაც სხეული გამოიმუშავებს, იცვლება 30 და 40 წლის მაღლა და ნელნელა მცირდება. შესაძლოა ეს შეამჩნიოთკიდევ, ვინაიდან მენსტრუალური ციკლი ცვლას იწყებს. პერიმენოპაუზის დროს ცვლილებები მენსტრუალურ ციკლში ნორმალური პროცესია.

რა ცვლილებებს უნდა ველოდოთ ამ დროს?

- ციკლებს შორის პერიოდი შესაძლოა შემცირდეს, ან გაიზარდოს.
- შესაძლოა მენსტრუაცია არ მოვიდეს.
- სისხლის რაოდენობა შესაძლოა შეიცვალოს, გახშირდეს, ან პირიქით - შემსუბუქდეს.
- შესაძლოა შეამჩნიოთ სისხლდენა ციკლებს შორის.

პერიმენოპაუზის დროს მენსტრუალური სისხლდენის ცვლილება ნორმალური მოვლენაა, თუმცა ექიმთან, ან ექთანთან გასაუბრება რეკომენდირებულია.

პერიმენოპაუზის დროს დაორსულება ჯერ კიდევ შესაძლებელია. თუ ეს არ გსურთ, გააგრძელეთ კონტრაცეფციის გამოყენება ბოლო მენსტრუაციიდან მინიმუმ ერთი წლის

განმავლობაში. კვალიფიციური ექიმი, ან ექთანი დაგეხმარებათ იმის განსაზღვრაში, თუ როდის შეგეძლება კონტრაცეფციის შეწყვეტა.

მენოპაუზის სიმპტომები

მენსტრუალური ციკლის ცვლილებების გარდა, მენოპაუზას სხვა ცვლილებებიც ახასიათებს. ყველა ადამიანი მენოპაუზას ინდივიდუალურად გადის, ზოგი მათგანის სიმპტომები შესაძლოა უფრო რთული იყოს, ვიდრე სხვების.

მენოპაუზის ზოგადი სიმპტომები:

- **არარეგულარული მენსტრუაცია:** სისხლდენა შესაძლოა უფრო მოკლე, ან დიდხანს გაგრძელდეს, შესაძლოა იყოს უფრო მსუბუქი, ან მძიმე. შესაძლოა ასევე მენსტრუაციის გამოტოვება.
- **ე.წ. ალები:** ალებს ვუწოდებთ მოულოდნელ სიცხის შეგრძნებას სახესა და სხეულის ზედა ნაწილებში. ალები შესაძლოა იყოს უსიამოვნო, მაგრამ, როგორც წესი, მხოლოდ რამდენიმე წუთის განმავლობაში გრძელდება. შესაძლოა მოხდეს რამდენჯერმე დღეში, კვირაში, ან თვეში.
- **ღამის ოფლიანობა:** ალები, რომლებმაც შესაძლოა ღამ-ღამობით გამოგადვიდით.
- **ძილის პრობლემები:** შესაძლოა დაგეწყით ინსომნია - გაგიჭირდეთ დაძინება, ან ხშირად გეღვიძებოდეთ. შესაძლოა ჩვეულებაზე ადრე გაღვიძება დაიწყით.
- **ვაგინალური გამოწვევები:** ვაგინის შრე შესაძლოა გაგიხელდეთ და გამოგიშრეთ, ან ნაკლებად ელასტიური გაგიხდეთ, რამაც შეიძლება სიმშრალე, ან დისკომფორტი გამოიწვიოს სექსის დროს.
- **საშარდე მილის, ან შარდის ბუშტის ინფექციები:** შესაძლოა უფრო ხშირად გიწვედეთ მოშარდვა, ან უფრო მოწყვლადი გახდეთ საშარდე ტრაქტთან დაკავშირებული ინფექციების მიმართ.
- **ხასიათის ცვლილებები:** ჰორმონულმა ცვლილებებმა შესაძლოა გამოიწვიოს შფოთვა, გაღიზიანებადობა და დაღლილობა. ამ პერიოდში შესაძლოა სექსუალური ლტოლვაც შეგეცვალოს.
- **დასუსტებული ძვლები:** მენოპაუზის დროს მნიშვნელოვანია კალციუმისა და დე ვიტამინის მიღება და დღეში 30 წუთის განმავლობაში ვარჯიში, რათა ძვლები გაგიმაგრდეთ.

ზოგიერთი ადამიანი გრძელ და რთულ პერიმენოპაუზის პერიოდს გადის, რომელიც შესაძლოა 10-12 წელიც კი გაგრძელდეს. თუმცა, როგორც წესი, ადამიანების უმრავლესობა მენოპაუზის ყველაზე ხშირ სიმპტომებს (ხასიათის ცვლილებასა და ალებს) ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში, 3-5 წლის ფარგლებში განიცდის.

ზოგიერთი სხვა სიმპტომი შესაძლოა მენოპაუზის შემდეგაც გაგიგრძელდეთ, მაგალითად სექსუალური ლტოლვის ცვლილება და ვაგინალური სიმშრალე. კონსულტაცია და

მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია აუცილებლად უნდა შეათანხმოთ კვალიფიკურ ექიმთან, ან ექთანთან.

წყაროები:

1. <https://www.nhs.uk/conditions/menopause/symptoms/>
2. <https://www.plannedparenthood.org/learn/health-and-wellness/menopause>
3. <http://allaboutyou.ge/>

ყოველსმომცველი სექსუალური განათლება და მისი ინდიკატორები

სექსუალური განათლება ნიშნავს სექსუალობის კოგნიტიური, ემოციური, სოციალური, ინტერაქციული და ფიზიკური ასპექტების შესწავლას. სექსუალური განათლება იწყება ადრეულ ასაკში, და თანდათან ვითარდება მოზარდობისა და, ბოლოს, მოზრდილობის ეტაპზე. ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის იგი სწორი, დაცული სექსუალური განვითარების მიზანს ემსახურება. იგი თანდათანობით აღჭურავს და აძლიერებს ბავშვებსა და ახალგაზრდებს ინფორმაციით, უნარებით და პოზიტიური ფასეულობებით, რათა აღიქვან და სიამოვნება მიიღონ თავიანთი სექსუალობით, ჰქონდეთ უსაფრთხო და დამაკმაყოფილებელი ურთიერთობები, და პასუხისმგებლობით მოეკიდონ როგორც საკუთარ, ასევე სხვა ადამიანების სექსუალურ ჯანმრთელობასა და უფლებებს. იგი საშუალებას აძლევს მათ გააკეთონ ისეთი არჩევანი, რომელიც უკეთესს გახდის მათ ცხოვრებას და ხელს შეუწყობს ემპათიური, სამართლიანი საზოგადოების ჩამოყალიბებას.

ყველა ბავშვსა და ახალგაზრდას აქვს უფლება მიიღოს საკუთარი ასაკის შესაფერისი სექსუალური განათლება. UNESCO/UNICEF-ის მიერ ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ სექსუალური განათლება აყვავებს პირველ სექსუალურ აქტს.

სექსუალური განათლების პირდაპირი შედეგები:

მოზარდებში იკლებს ფეხმძიმობისა და აბორტების შემთხვევები, მცირდება სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები 15-24 წლის ახალგაზრდებში, იკლებს HIV ინფექციების რიცხვი 15-24 წლის ახალგაზრდებში, მცირდება სექსუალური ძალადობისა და ჰომოფობიის ფაქტები.

სექსუალური განათლების არაპირდაპირი შედეგები:

ახალგაზრდებში იზრდება ადამიანის უფლებების, მიმღებლობის, ტოლერანობის, ემპათიისა და ურთიერთპატივისცემის დონე, მაღლდება თვითშეფასება, იზრდება კონტრაცეპტიული

საშუალებების მოხმარება. ახალგაზრდებს უძლიერდებათ სოლიდარობის შეგრძნება, კრიტიკული აზროვნება, გადაწყვეტილების მიღების უნარი, უმჯობესდება მშობლებსა და შვილებს შორის ურთიერთობა. ასევე, იზარდება ცნობიერება სექსუალურ სიამოვნებასა და ურთიერთობაში ურთიერთპატივისცემის შესახებ.

გლობალიზაციამ, მიგრაციამ, თანამედროვე ტექნოლოგიების განვითარებამ, აივ ინფექციის ახალმა ტალღამ, სექსუალური ძალადობის მომატებულმა მაჩვენებლებმა და ახალგაზრდების ცხოვრების სტილის ცვლილებამ სექსუალური განათლების საჭიროების ახალი ტალღა წარმოშვა.

სექსუალური განათლება უნდა იყოს პოზიტიური. უმეტესად, პროფესიონალები სექსუალური განათლების უარყოფით ასპექტებზე ფოკუსირდებიან, მაგალითად არასასურველ ორსულობასა და სეგი-ს თავიდან აცილებაზე. ამას პრობლემაზე ორიენტირებულ მეთოდსაც უწოდებენ, რომელიც ყოველთვის არ პასუხობს ახალგაზრდების ინტერესებსა და ცნობისმოყვარეობას, შესაბამისად, შედეგიც არ აქვს.

ყოველსმომცველ სექსუალურ განათლებას 7 აუცილებელი კომპონენტი აქვს, ესენია:

- გენდერი
- სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, აივ ინფექციის ჩათვლით
- სექსუალური უფლებები და მოქალაქის სექსუალობა
- სიამოვნება
- ძალადობა
- მრავალფეროვნება
- თანხმობა და ურთიერთობები ასაკისა და განვითარების შესაბამისად.

UNESCO-მ, UNFPA-მ, IPPF-მა, WHO-მ და სხვა ევროპის რეგიონულმა ორგანიზაციებმა შეიმუშავეს სექსუალური განათლების მატრიცა, სადაც მოცემულია რიგი საკითხები რომელსაც უნდა მოიცავდეს სექსუალური განათლება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით:

<https://www.who.int/publications/m/item/9789231002595>

ყოველსმომცველი სექსუალური განათლება უნდა იყოს ფორმალურიც და არაფორმალურიც. აუცილებელია, რომ:

- ეს პროგრამები ახალგაზრდების თანამონაწილეობით იყოს შექმნილი;
- მისი სწავლება ხდებოდეს ინტერაქციულად;
- ისწავლებოდეს განგრძობითად და გააზრებული უნდა იყოს, რომ ეს პროცესი მთელი ცხოვრების მანძილზე გრძელდება;
- განათლება ხდებოდეს მულტისექტორულ გარემოში, სადაც სკოლები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და სერვისის მიმწოდებლები თანამშრომლობენ;
- განათლება არ ხდებოდეს ვაკუუმში და მჭიდროდ იყოს დაკავშირებული მოსწავლის უშუალო გარემოსთან;

- ახლო კავშირი ჰქონდეს მშობლებსა და საზოგადოებასთან;
- პასუხობდეს მოსწავლეების გენდერულ და რომანტიკულ საჭიროებებს.

ვინ შეიძლება გახდეს სექსუალური განათლების გადამცემი, ან ტრენერი?

მოთხოვნები, რომელსაც სექსუალური განათლების ტრენერი, ან მასწავლებელი უნდა აკმაყოფილებდეს, დამოკიდებულია სკოლის ტიპსა და მოსწავლეების ასაკობრივ ჯგუფზე. მთავარ მოთხოვნად შეგვიძლია დავასახელოთ ის, რომ ამ ადამიანს უნდა სჯეროდეს და ითვალისწინებდეს იმ სტანდარტებს, რომლებიც ამ გზამკვლევში აღნიშნული და გავლილი უნდა ჰქონდეს შესაბამისი ტრენინგი.

წყაროები:

1. https://www.ippf.org/sites/default/files/2016-10/Putting%20Sexuality%20back%20into%20Comprehensive%20Sexuality%20Education_0.pdf
2. <https://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education>
3. <https://en.unesco.org/news/why-comprehensive-sexuality-education-important>
4. <https://www.unfpa.org/publications/unfpa-operational-guidance-comprehensive-sexuality-education>
5. https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/BZgA_Country_Papers_2006.pdf
6. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>
7. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000207055>

ინტერსექციური ანალიზი

დიდი ხნის განმავლობაში, ადამიანის იდენტობა ერთ მთლიან, სტაბილურ და გამჭვირვალე ცნებად აღიქმებოდა, რომელიც ყველანაირი გამოცდილებისგან დამოუკიდებლად, იზოლირებულად არსებობდა. ამ მიდგომას იდენტობის ესენციალური გაგება ეწოდება და გულისხმობს, რომ 'სელფი'⁷¹ უცვლელია.

ფერადკანიანი ფემინისტური მოძრაობის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან ნაბიჯად სწორედ იდენტობის ესენციალური გაგების რეკონსტრუქცია ითვლება.

ინტერსექციულობა, ან ინტერსექციალიზმი, თავისი არსით, ჩრდილოეთ ამერიკის ფემინისტური მოძრაობის ნაყოფია; ამერიკულმა ქალთა მოძრაობამ ეს საკითხი 60-იანი წლების მიწურულსა და 70-იანების დასაწყისში მკაცრად დააყენა. ცნება ახსნილია, როგორც

⁷¹ სელფი - (საკუთარი პიროვნება) ადამიანის მიერ თავისი თავის გარემოდან გამოყოფის უნარი, რომელიც მას შესაძლებლობას აძლევს თავისი თავი განიცადოს ფიზიკური და ფსიქიური მდგომარეობების, ქცევისა და პროცესების სუბიექტად წარსულის, აწმყოსა და მომავლის მიმართ. ტერმინი აქტიურად გამოიყენება ფსიქოლოგიასა და სოციოლოგიაში, თუმცა გამოყენებისას გარკვეული განსხვავებები არსებობს. წყარო: <http://dictionary.css.ge/content/self>

„ანალიზი, რომლის მიხედვითაც რასა, სოციალური კლასი, გენდერი, სექსუალობა, ეთნიკურობა, ეროვნება და ასაკი თანადროულ გავლენას ახდენს სოციალური ორგანიზმის ჩამოყალიბებაში, რომელიც, თავის მხრივ, აყალიბებს ფერადკანიანი ქალების გამოცდილებას და თავისთავად – მათ იდენტობასაც.“ საქმე იმაშია, რომ ის საფარი, რომლის ქვეშაც მეორე ტალღის ფემინისტი ქალები ერთიანდებოდნენ, იყო პატრიარქატის შეზღუდვები და დიდი ხანი არ დასჭირვებია იმის გააზრებას, რომ ჩაგვრის გამოცდილება, რომელზეც ქალთა მოძრაობის ლიდერები საუბრობდნენ – თეთრკანიანი, საშუალო კლასის წარმომადგენლები – არ ასახავდა იმ შევიწროებას, რომელსაც ფერადკანიანი ქალები განიცდიდნენ. შეზღუდული შესაძლებლობის ქალებმა, სხვადასხვა ეთნიკური, კულტურული თუ ეკონომიკური წარმომავლობის მქონე ქლებმა, გააერთიანეს თავიანთი ხმები და შეუერთდნენ ფერადკანიან ფემინისტებს იმისთვის, რომ ყველას ერთად დაედასტურებინა – მათი პრობლემები და საზოგადოებრივი წნეხი არ იყო ასახული თეთრკანიანი ქალების ნარატივში.

სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ინტერსექციულობა არის იარაღი ანალიზისთვის, ადვოკატირებისთვის და პოლიტიკური მმართველობის განვითარებისთვის, რომელიც აღიარებს დისკრიმინაციის მრავალ შრეს და გვეხმარება გავიგოთ, თუ როგორ გავლენას ახდენენ განსხვავებული იდენტობები ჩვენს ხელმისაწვდომობაზე უფლებებისა და შესაძლებლობების კუთხით. ინტერსექციულობა შეგვიძლია განვიხილოთ, როგორც „დისკრიმინაციის მრავლობითი ფორმა, რომელიც ხდება თანდროულად და აყალიბებს ჩვენს პირად, ინდივიდუალურ იდენტობებს.“ ინტერსექციალიზმი არის ფემინისტური თეორია, მეთოდოლოგია კვლევისთვის და ტრამპლინი სოციალური სამართლის გასაუმჯობესებლად. იგი იწყება იმ დებულებით, რომ ადამიანები მრავალშრიანი იდენტობებით ცხოვრობენ, რომლებიც სათავეს იღებენ სოციალური ურთიერთობებისგან, ისტორიისგან და ძალაუფლების ცვალებადი სტრუქტურისგან. ადამიანები ერთდროულად სხვა და სხვა საზოგადოების წევრები არიან, და შესაძლოა ერთდროულად განიცდიდნენ ზეწოლასაც და პრივილეგიასაც (მაგ: ქალი შეიძლება დაფასებული ექიმი იყოს, თუმცა განიცდიდეს ოჯახში ძალადობას).

თუმცა, ინტერსექციული ანალიზი იმასაც გვეუბნება, რომ განსხვავებულ იდენტობათა შეკრებით არამც და არამც არ იზრდება იდენტობის „ტვირთი“ საზოგადოებაში, არამედ მისი გამოცდილება ხდება სხვებისგან განსხვავებული. ინტერსექციული ანალიზის მიზანი იმის ჩვენება არაა, თითქოს ერთი რომელიმე ჯგუფი სხვაზე უფრო პრივილეგირებულია, არამედ იმის ხაზგასმაც, რომ არსებობს მნიშვნელოვანი მსგავსებები და განსხვავებები, და იმისთვის, რომ ყველამ თანაბრად გამოიყენოს თავისი უფლებები, აუცილებელია ყველასთვის თანაბარი პირობების შექმნა. მისი უმთავრესი მიზანია გამოააშკაროს იდენტობის მრავალი შრე და უფრო ცხადი გახადოს დისკრიმინაციისა და დისკრედიტაციის მრავალი სახე, რომელიც იდენტობათა კომბინაციით შეიძლება წარმოიქმნას. იგი გვაჩვენებს, თუ როგორ ქმნის რასიზმი, პატრიარქატი, კლასობრივი უთანასწორობა და სხვა დისკრიმინაციის სისტემები წნეხს, რომლებიც შემდეგ განსაზღვრავენ ქალების ადგილს საზოგადოებაში. ეს მეთოდი

ითვალისწინებს ისტორიას, სოციალურ და პოლიტიკურ კონტექსტს და ამავედროულად მხვედველობაში აქვს უნიკლური ინდივიდუალური გამოცდილებები, რომლებიც სხვა და სხვა სახის იდენტობის ერთად შერევით შეიძლება წარმოიშვას.

კონცეფცია პირველად კიმბერლი კრენშოუმ წამოწია, რომელიც შემდეგ გენდერული თანასწორობის ძირითად დისკურსში პატრიცია ჰილ კოლინსმა დაამკვიდრა. ამ ახალი თეორიის მიხედვით, „ყველა კულტურაში შეიძლება ადამიანმა მრავლობითად და არაკონსისტენტურად გამოხატოს თავი, ეს კი თავის მხრივ კონტექსტზეა დამოკიდებული და მუდმივად იცვლება“. ლესბოსელობა, ასაკი, შეზღუდული შესაძლებლობა, სიღარიბე და კიდევ სხვა ბევრი მარკერი ქმნის უნიკალურ, ინდივიდუალურად განსხვავებულ გამოცდილებებსა და თვითგამოხატვის შესაძლებლობებს.

რასა, გენდერი, სოციალური კლასი და სხვა მსგავსი კატეგორიები გზები, რომლებიც განსაზღვრავენ პიროვნების სოციალურ, ეკონომიკურ ან პოლიტიკურ ძალას, ან ჩაგვრას. ორი, ან მეტი ასეთი იდენტობის გადაკვეთისას კი რთული გზაჯვარედინები წარმოიქმნება, რომელთა სხვადასხვა კუთხეში სხვადასხვა მიზეზით მარგინალიზებულ ჯგუფებს ვაწყდებით; აქედან გამომდინარე, გენდერი არის მხოლოდ ერთი (თუმცა მნიშვნელოვანი) ნაწილი იმ განტოლებისა, რომელიც გავლენას ახდენს ჩვენს ჩართულობასა და გაძლიერებაზე. ამ განტოლების თითოეული მარკერის დასახელება, თავის მხრივ, მნიშვნელოვანი ნაბიჯია გაძლიერებისა და მრავლობითი ბარიერის გადალახვის პროცესში, ვინაიდან ეს გვეხმარება გავაცნობიეროთ და გავიგოთ ის პოზიტიური თუ ნეგატიური გავლენა, რომელიც მრავალი იდენტობის თანმდევია, და რომლებიც განსაზღვრავენ ინდივიდის შესაძლებლობას თანაბარი მონაწილეობა მიიღონ სოციალური დისკურსის ყველა დონეზე.

ინტერსექციულობა სექსუალური ჯანმრთელობისა და რეპროდუქციული უფლებების ჩარჩოში

ცხადია, რომ რასისტული ან ეთნიკური დისკრიმინაცია ქალებსა და კაცებზე ერთნაირ გავლენას არ ახდენს, ისევე, როგორც გენდერულ ჩაგვრას აქვს განსხვავებული შედეგები თერთკანიან და ფერადკანიან ქალებზე, როგორც საჯარო, ასევე პირად ცხოვრებაში. თავიანთი განსხვავებული იდენტობების შედეგად, ზოგი ქალი უკიდურესად მარგინალიზებულია და განიცდის მნიშვნელოვან შევიწროებას საზოგადოების მხრიდან, მაშინ, როდესაც სხვები ბევრად უფრო პრივილეგირებულ პოზიციაში იმყოფებიან. იმის მიუხედავად, რომ ამ საკითხთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონე მატულობს, უმცირესობის წარმომადგენელი ქალები მაინც უჩინრები არიან ოფიციალური კანონების დონეზე, რომლებიც, ძირითადად, ცალ-ცალკე ებრძვიან გენდერულ და რასობრივ ჩაგვრას, რაც უმცირესობის წარმომადგენლებს კიდევ უფრო მოწყვლადებს ხდის დისკრიმინაციის წინაშე.

მაგალითად, ეთნიკურად ბოშა ხალხის იძულებითი სტერილიზაცია თავის დროზე აღქმული იქნა, როგორც ეთნიკური დისკრიმინაცია და არა გენდერული, მაშინ, როდესაც ამ საკითხს უფრო ჰოლისტურად შეგვიძლია მივუდგეთ და განვიხილოთ, როგორც დისკრიმინაცია კონკრეტული მარგინალიზებული საზოგადოების წევრი ქალების მიმართ.

ქალებმა შეიძლება ორმაგი დისკრიმინაცია განიცადონ – როგორც ჯგუფის შიგნით, ისევე გარეთ. ამ უკანასკნელის მაგალითად მიგრანტი ქალები შეგვიძლია გავიხსენოთ, და მათი მოწყვლადობა საზოგადოების წევრების უმეტესობასთან შედარებით: იაფი და არაორგანიზებული სამუშაო პირობები მასპინძელ ქვეყანაში, განათლებაზე ხელმიუწვდომლობა, საზოგადოებისგან გამორიცხვა, მათ მიმართ განხორციელებული ძალადობა შეიარაღებული კონფლიქტის დროს და ტრეფიკინგი – ეს ჩაგვრის მხოლოდ მცირე მაგალითებია. მეორე მხრივ, შიდა ჯგუფური დისკრიმინაცია უშუალოდ უმცირესობის თემის ფარგლებში ხორციელდება. ამის მაგალითებია საფრთხის შემცველი კულტურული ტრადიციები: იძულებითი ქორწინება, ქალთა წინადაცვეთა, ღირსების მკვლელობები და სხვა.

თვითონ ის ფაქტი, რომ (რასობრივი, ეთნიკური, რელიგიური და ა.შ) ჯგუფი უმცირესობას წარმოადგენს სხვადასხვა ქვეყანაში და დისკრიმინაციას განიცდის უმრავლესობის მიერ, არ გამორიცხავს იმ ფაქტს, რომ თავად ამ უმცირესობის ჯგუფშიც არ ხორციელდება დისკრიმინაცია სხვა არსებული მცირე ჯგუფების წინააღმდეგ, როგორებიც არიან შშმ პირები, ლგბტ+ თემის წარმომადგენლები, ქალები და სხვა.

ყოველივე ეს ნათელს ხდის, რომ ინტერსექციული ანალიზი ძლიერი მეთოდია იმ სხვადასხვა სახის დისკრიმინაციის დასაწახად, რომლებსაც მარგინალიზებული ქალები განიცდიან. ქალთა უფლებების კუთხით, ინტერსექციულობა ეფექტური ინსტრუმენტია როგორც ადგილობრივ, ასევე საერთაშორისო დონეზე, რომელიც მთავრობებს იმ გამოცდილებების ადეკვატურ სურათს უხატავს, რომლებსაც უმცირესობის წარმომადგენელი ქალები აწყდებიან თავიანთ საზოგადოებაში. ინტერსექციული ანალიზი გვხმარება ვიზუალიზაცია მოვახდინოთ, თუ სად იკვეთება სხვადასხვა სახის დისკრიმინაცია. მეტიც, ის გვხმარება რომ გავიგოთ და გარდავექმნათ ეს გადამკვეთი იდენტობები შესაძლებლობებად და უფლებებთან ხელმისაწვდომობად, და აშკარად დავინახოთ, რომ გავლენა, რომელსაც პოლიტიკა, პროგრამები, სერვისები და კანონები ჩვენი ცხოვრების ერთ ასპექტზე ახდენენ, მჭიდროდ უკავშირდებიან ჩვენი ცხოვრების სხვა ნაწილებსაც.

წყაროები:

1. <https://www.racialequitytools.org/resourcefiles/mapping-margins.pdf>
2. https://www.researchgate.net/profile/Loretta-Ross/publication/322536609_Reproductive_Justice_as_Intersectional_Feminist_Activism/links/5e68424c92851c7ce05b25ff/Reproductive-Justice-as-Intersectional-Feminist-Activism.pdf