კულტურულ-ჰუმანიტარული ფონდი „სოხუმი“

სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლების როლი და ჩართულობა ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის გამოვლენის, მასზე რეაგირების და რეფერირების პროცესში

კვლევა

2019

სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლების როლი და ჩართულობა ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის გამოვლენის, მასზე რეაგირების და რეფერირების პროცესში

კვლევა

კვლევის შედეგების მოკლე რეზიუმე და რეკომენდაციები

ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობა რთული და მრავალშრიანი პრობლემაა, რომლის წინააღმდეგ ბრძოლა სახელმწიფოსგან მოითხოვს საკმაოდ კომპლექსური პოლიტიკის, მასშტაბური, დროული და ქმედითი ღონისძიებების გატარებას. ბოლო წლებში საქართველოში ძალადობასთან ბრძოლის მიმართულებით მიღწეული პროგრესის კვალდაკვალ, რეფერირების სისტემაში ჯერ კიდევ რჩება გარკვეული გამოწვევები და სუსტი რგოლები, რომლებიც ძალადობისგან ქალის დაცვის კომპლექსურ ღონისძიებებში ნაკლებად ეფექტიანია. გამოწვევად რჩება რეფერირების სისტემაში მოქმედი აქტორის მიერ საკუთარი როლის სათანადოდ გააზრება, ერთმანეთთან კოორდინაცია და თანამშრომლობა. ერთ-ერთ ასეთ გამოწვევას წარმოადგენს ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემის მიმართ დამოკიდებულება და მსხვერპლის დაცვის ეფექტიანი სტრატეგიის, ერთიანი მიდგომის არარსებობა მედიცინის სფეროში, სამედიცინო პერსონალის მხრიდან.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სსიპ ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდი 2016 წლიდან მუშაობენ ცვლილებებზე, რომელთაც ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ხარვეზები უნდა აღმოეფხვრა, თუმცა დაწყებული რეფორმა 2019 წელს ჯერ კიდევ მხოლოდ პილოტირების რეჟიმშია. ექიმთა **და მედიცინის სფეროს სხვა პროფესიონალთა გადამზადების გაჭიანურება, სახელმძღვანელო დოკუმენტების დანერგვის დაყოვნება** უარყოფით გავლენას ახდენს აღნიშნული სოციალური ბოროტების წინააღმდეგ ბრძოლის გზაზე, რადგან დროულ დახმარებას გადამწყვეტი, ზოგჯერ კი სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს ძალადობის მსხვერპლისთვის. ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობა ხშირად დაფარულია, დაზარალებული მრავალი მოსაზრებით იკავებს თავს, გაამჟღავნოს ასეთი ფაქტი. ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულების სხვა თანამშრომელი, შესაძლოა, ერთადერთი იყოს, ვისაც იგი ენდობა. ამდენად, მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლისგან მსხვერპლმა იგრძნოს გულისხმიერება, მხარდაჭერა, მიიღოს მის საჭიროებებზე მორგებული მომსახურება და **არ გახდეს მეორადი ძალადობის (secondary victimization) ობიექტი.**

ფონდი „სოხუმის“ მიერ განხორციელებულმა კვლევამ, რომელიც ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის გამოვლენის, მასზე რეაგირების და რეფერირების პროცესში სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლების ჩართულობის ხარისხს სწავლობდა, ნათლად აჩვენა, რომ **ექიმები აღიარებენ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემის სიმწვავეს,** რაც, თავისთავად, წინგადადგმული ნაბიჯია, თუმცა უმთავრეს პრობლემას, რომელსაც კვლევის შედეგად მოპოვებული მონაცემები ცხადყოფს, წარმოადგენს სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლების მხრიდან ქალთა მიმართ და ოჯახში ძა-

ლადობის ფაქტებზე არასათანადო რეაგირების საკითხი, რაც განპირობებულია არაერთი ობიექტური თუ სუბიექტური მიზეზით, მათ შორის, უმთავრესი შემდეგი ფაქტორებია:

- **საგანმანათლებლო და სხვა რესურსების არარსებობა ან ხელმიუწვდომლობა, კომპეტენციის ნაკლებობა ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის კუთხით;**
- **გენდერული მგრძნობელობის არქონა;**
- **საკუთარი როლისა და ეთიკური პასუხისმგებლობის გაუაზრებლობა;**
- **ძალადობის პრობლემის მასშტაბების და სერიოზულობის არასაკმარისი გაცნობიერება;**
- **ექიმთა გულგრილობა;**
- **დროის დეფიციტი;**
- **დაბალი ანაზღაურება (განსაკუთრებით რეგიონებში);**
- **კადრების უკმარისობა;**
- **ქალთა მიმართ ძალადობის შემთხვევებზე რეაგირების ერთიანი სტანდარტების და მიდგომების არარსებობა;**
- **ძალადობის შემთხვევათა დოკუმენტირების არასრულყოფილი ფორმები;**
- **რეფერირების სუბიექტებს შორის არასათანადო კოორდინაცია და თანამშრომლობა;**
- **მოძალადისგან დაუცველობის განცდა.**

პრაქტიკაში არსებული ხარვეზების გამოსწორება მოითხოვს სახელმწიფო სტრუქტურების, სამოქალაქო საზოგადოების და ყველა დაინტერესებული პირის მხრიდან დროულ რეაგირებას და პროაქტიულ მოქმედებას.

სამედიცინო პერსონალი უაღრესად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლის ძალადობისგან დაცვის და რეფერირების სისტემაში. არსებული გამოწვევების ფონზე, მაინც არსებობენ პროფესიონალი, გულისხმიერი, ეთიკური ექიმები თუ სხვა სამედიცინო პერ-

სონალი, რომლებიც, მიუხედავად უამრავი სირთულისა, როგორიცაა, მაგალითად, პროფესიული გადაწვის მაღალი რისკი, მაინც ასრულებენ თავიანთ მოვალეობას, იღებენ დამატებით დატვირთვას და ხშირად პირადი რისკის ფასადაც კი, იცავენ და ეხმარებიან მსხვერპლს. აუცილებელია, რომ მსგავსი პრაქტიკა არ იყოს იშვიათი გამონაკლისი, მხოლოდ ერთეულ ექიმთა კეთილ ნებაზე დამოკიდებული. ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ უკომპრომისო ბრძოლა უნდა წარმოადგენდეს ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტს.

წინამდებარე დოკუმენტზე მუშაობისას გამოიკვეთა, რომ ექიმები მზად არიან, თვალი გაუსწორონ გამოწვევებს, მიიღონ მეტი ცოდნა და თავიანთი წვლილი შეიტანონ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებულ ბრძოლაში.

კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემასთან უფრო ეფექტიანი ბრძოლისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალთან დამატებითი მუშაობა, მათი ინფორმირება, გადამზადება და აღჭურვა თანამედროვე ცოდნით, რაც დაეხმარება, გაუმკლავდნენ და სწორი რეაგირება მოახდინონ სამუშაო პრაქტიკაში გამოვლენილ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის შემთხვევებზე. ამისათვის საჭიროდ მიგვაჩნია შემდეგი კონკრეტული ღონისძიებების განხორციელება:

- სასურველია, დაჩქარდეს რეფორმა ჯანდაცვის სფეროში, რათა სამედიცინო დაწესებულებები სწრაფად და ეფექტიანად ამოქმედდნენ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ;
- საქართველოს მთავრობამ დროულად მიიღოს დოკუმენტი „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა გამოვლენის, მათი დაცვის, დახმარებისა და რეაბილიტაციის ეროვნული რეფერირების პროცედურები“;
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინის-

ტრომ დროულად უზრუნველყოს სამედიცინო პერსონალის ცნობიერების და ინფორმირებულობის ამაღლება ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემის, მასთან ბრძოლის მეთოდების და ამ მხრივ სამედიცინო პერსონალის როლის შესახებ. სამინისტრომ შეძლებისდაგვარად სწრაფად უნდა დანერგოს უკვე შემუშავებული დოკუმენტები („სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები (SOP) ქალთა მიმართ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სექსუალური ძალადობის გამოვლენის, მკურნალობის პრინციპებისა და რეფერალის საკითხებზე", ჩანართები სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახების ბარათში (ფორმა NIV), ამბულატორიულ (ფორმა 41/ნ) და სტაციონარულ (ფორმა 108/ნ) ბარათებში და საგანმანათლებლო/გადამზადების პილოტური პროგრამები;

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ სამედიცინო პერსონალს მთელი ქვეყნის მასშტაბით უნდა მიაწოდოს ნათელი და ზუსტი რეკომენდაციები ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის ერთგვაროვანი პრაქტიკის დასანერგად. დოკუმენტი უნდა მოიცავდეს მსხვერპლის იდენტიფიცირების, მასთან ურთიერთობის, ძალადობის შემთხვევათა დოკუმენტირების სტანდარტის, რეფერირების სუბიექტებთან თანამშრომლობის წესების შესახებ ინფორმაციას. ასევე უნდა ითვალისწინებდეს სამედიცინო პერსონალის მიერ თავისი მოვალეობის შეუსრულებლობის შემთხვევაში რეაგირების მექანიზმებს და პასუხისმგებლობის ზომებს;
- ექიმები და სხვა სამედიცინო პერსონალი უნდა წახალისდნენ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთან ეფექტიანი მუშაობისათვის, ზეგანაკვეთური სამუშაოს შესრულებისათვის და შეექმნათ მოძალადისგან დაცვის სათანადო გარანტიები;
- უნდა წახალისდეს სამედიცინო პერსონალის მხრიდან რეფერირების სუბიექტებთან კოორდინაციის გაძლიერება. სასურველია ერთობლივი გადამზადების პროგრამის დანერგვა;

- აუცილებელია, დაიხვეწოს საჭირო სერვისის მისაღებად პაციენტების სათანადო დაწესებულებაში გადამისამართების პრაქტიკა, რათა ძალადობის მსხვერპლს არ უწევდეს სხვადასხვა დაწესებულებისთვის, პერსონალისთვის მიმართვა (გარდა განსხვავებული პროფილის ექიმის საჭიროებისა), რითაც იზრდება მისი მეორადი ძალადობის საფრთხე.
- აუცილებელია ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ იზრუნოს ფსიქოლოგთა რაოდენობის გაზრდაზე. ასეთი კადრების კრიტიკული დეფიციტია განსაკუთრებით რეგიონებში, რაც შეუძლებელს ხდის ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლისათვის კვალიფიციური ფსიქოლოგიური დახმარების გაწევას და ართულებს მის რეაბილიტაციას;
- სასურველია, ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ იზრუნოს სამედიცინო დაწესებულებებში სპეციალური კადრის (რომელიც შეირჩევა არსებული პერსონალისგან, ან, სადაც ეს შესაძლებელია მაღალი მიმართვიანობის გამო, ახალი თანამშრომლის) გამოყოფაზე, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის შესახებ ინფორმაციის და მონაცემების შეგროვებაზე, თანამშრომელთა ინფორმირებულობის გაზრდასა და შესაბამის სტრუქტურებთან თანამშრომლობაზე;
- სასურველია, მეტად გაძლიერდეს სახელმწიფო უწყებების თანამშრომლობა არასამთავრობო სექტორთან მედპერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლების, ინფორმაციის გაცვლის და მონიტორინგის კუთხით და დაინტერესებულ, კვალიფიციურ ადგილობრივ ორგანიზაციებს მიეცეთ გამოცდილების გაზიარების, რეფორმის განხორციელების პროცესში ჩართვის, მისი მიმდინარეობისა და შედეგების შეფასების შესაძლებლობა.

თავი 1. კვლევის აქტუალობა, პრობლემის არსი

ბოლო წლების განმავლობაში სახელმწიფომ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობასთან ბრძოლის კუთხით, რაც, პირველ რიგში, სტამბოლის კონვენციასთან ჰარმონიზაციის მიზნით, საქართველოს კანონმდებლობაში 2017 წელს მასშტაბური ცვლილებებით აღინიშნა. მიუხედავად ამისა, ჯერ კიდევ რჩება უამრავი გამოწვევა და ძალადობასთან ბრძოლის რეფერალურ სისტემაში სუსტი რგოლები, რომლებიც ძალადობისგან ქალის დაცვის კომპლექსურ ღონისძიებებში ნაკლებად ეფექტიანია. გამოწვევას წარმოადგენს ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემის მიმართ **სამედიცინო პერსონალის მხრიდან** დამოკიდებულება და სათანადო რეაგირება და მსხვერპლის დაცვის ქმედითი, ერთიანი მიდგომის არარსებობა.

ექიმებს, ექთნებს და საავადმყოფოს სხვა თანამშრომლებს, მათი სამუშაოს სპეციფიკიდან გამომდინარე, ხშირი შეხება აქვთ ყოველგვარი ძალადობის, მათ შორის ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთან. ნებისმიერი ძალადობა აუცილებლად უკავშირდება მსხვერპლისათვის რაიმე ტიპის ფიზიკური ან / და ფსიქიკური ზიანის მიყენებას, რომლის შედეგები ხშირად ისეთი მწვავეა, რომ ვერ იმალება. შესაბამისად, მსხვერპლს უწევს სამედიცინო დახმარების თხოვნა. ამდენად, უმნიშვნელოვანესია, რომ მსხვერპლს, რომელმაც დაძლია შიში, სირცხვილი, მოძალადის წინააღმდეგობა და სხვა შესაძლო დაბრკოლებები (მათ შორის, ეკონომიკური, გეოგრაფიული) და მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას, ადგილზე დახვდნენ ქალთა მიმართ ძალადობის პრობლემის მცოდნე გულისხმიერი ადამიანები, რომლებიც კვალიფიციური დახმარების გაწევას და სათანადო სერვისების შეთავაზებას შეძლებენ.

ზემოაღნიშნული მით უფრო ყურადსაღები და გასათვალისწინებელია, რომ მეორადი ძალადობა, მსხვერპლის მეო-

რადი ვიქტიმიზაცია მთელს მსოფლიოში წარმოადგენს პრობლემას და აბრკოლებს მსხვერპლს, გაამჟღავნოს ძალადობის ფაქტი და ითხოვოს დახმარება. ეს კი, თავის მხრივ, ზრდის ძალადობის მასშტაბის გაფართოების და მსხვერპლისათვის გამოუსწორებელი ზიანის მიყენების რისკს.

მეორადი ძალადობის შესახებ საუბრობს ევროსაბჭოს სტამბოლის კონვენციაც[1]. აღნიშნული ტერმინი რამდენიმე ვარიაციით გვხვდება[2] და უკვე კარგადაა დამუშავებული აკადემიურ სივრცეში. იგი გულისხმობს ძალადობის ფაქტზე მომუშავე პროფესიონალების (სოციალური სერვისების სისტემის, მათ შორის, იურიდიული, სამედიცინო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს თანამშრომლების: პოლიციელების, პროკურორების, ექიმების, სოცმუშაკების და ა.შ.) არამგრძნობიარე, არაგულისხმიერ დამოკიდებულებას მსხვერპლის მიმართ, ასევე თვით მსხვერპლის დადანაშაულებას, რომ მან გამოიწვია ძალადობა, ან რაიმე ფორმით უბიძგა მოძალადეს ძალადობისკენ,[3] რაც დამატებითი ტრავმაა ისედაც მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ადამიანისათვის. იმ პირთა მხრიდან მხარდაჭერის მიუღებლობის გამო, რომლებსაც, წესით, უნდა ეზრუნათ მსხვერპლის დაცვასა და რეაბილიტაციაზე, არაერთი დაზარალებული თავს იკავებს იმისგან, რომ

---

[1] ევროპის საბჭოს კონვენცია „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ“, მუხ. 15.1 https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3789678?publication=0

[2] ხელახალი ვიქტიმიზაცია, რევიქტიმიზაცია, ორმაგი ვიქტიმიზაცია, მეორადი ვიქტიმიზაცია, მეორადი ძალადობა, მეორადი დისკრიმინაცია

[3] რებეკა კემპბელი და შილა რაჯა, ილინოისის უნივერსიტეტი, ჩიკაგო, ჟურნალი „ძალადობა და მსხვერპლები“, 14 (3) ტომი, 1999 - „გაუპატიურებულ მსხვერპლთა მეორადი ვიქტიმიზაცია: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სპეციალისტების ხედვა, რომლებიც მუშაობენ ძალადობის მსხვერპლებთან“, ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე
https://mainweb-v.musc.edu/vawprevention/research/victimrape.shtml

გააზიაროს თავისი მძიმე გამოცდილება, მისცეს ჩვენება, ან ითანამშრომლოს გამოძიებასთან. ასეთი მდგომარეობა, თავის მხრივ, ხელს უშლის პრევენციას, მსხვერპლის დაცვას/რეაბილიტაციას, მოძალადის დასჯას და, საერთო ჯამში, პრობლემის მოგვარებას კიდევ უფრო შორეულ პერსპექტივაში გადაავადებს.

ამდენად, იმ ადამიანთა მომზადება და ცოდნის დონის ამაღლება, რომელთაც უშუალო და ხშირი შეხება აქვთ, ან ლოგიკურად უნდა ჰქონდეთ მსხვერპლთან/სავარაუდო მსხვერპლთან, არის გადაუდებელი აუცილებლობა ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემის დაძლევის გზაზე.

ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობა ერთ–ერთ ყველაზე გავრცელებულ პრობლემას წარმოადგენს საქართველოში. შინაგან საქმეთა სამინისტროს ოფიციალური სტატისტიკის თანახმად,[4] 2018 წელს პოლიციის მიერ გამოიცა 7646 შემაკავებელი ორდერი, რომელიც დაამტკიცა სასამართლომ. 2019 წლის 14 მარტის მდგომარეობით კი გამოცემულია 1768 ორდერი.

რაც შეეხება სისხლის სამართლის დანაშაულებს (სტატისტიკური მონაცემები სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული ოჯახში მომხდარი დანაშაულისთვის, რომელზეც პასუხისმგებლობა განისაზღვრა სსკ 11'-108, 11'-109, 11'-117, 11'-118, 11'-126', 126' მუხლებით), სულ მოხდა 4791 შემთხვევა, გაიხსნა 3036, რაც 63%-ს შეადგენს. 2019 წლის 14 მარტის მდგომარეობით, 1072 შემთხვევაა დაფიქსირებული, რომელთაგან გახსნილია 508 საქმე (47%).

კვლევის ჩატარების არეალის მიხედვით, 2018 წლის მონაცემები რეგიონული კუთხით ასე გამოიყურება:

სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 1 მკვლელობა, 2 ჯანმრთელობის დაზიანება, 143 ძალადობის სხვა შემთხვევა, რაც, ჯამში, ქვეყნის მასშტაბით აღრიცხული ამ ტიპის საქმეების

[4] სტატისტიკა გამოქვეყნებულია შინაგან საქმეთა სამინისტროს საიტზე, იხ.: https://police.ge/

3%-ია. ამავე რეგიონში, 2019 წლის 14 მარტის მდგომარეობით, დაფიქსირდა - 1 ჯანმრთელობის დაზიანება, 34 სხვა ტიპის ძალადობა.

იმერეთი და რაჭა-ლეჩხუმი - 2 მკვლელობა, 6 ჯანმრთელობის დაზიანება, 748 ძალადობა (სხვა). საერთო ეროვნული მასშტაბით ეს 15,8%-ს შეადგენს. 2019 წლის 14 მარტის მდგომარეობით, ამ ტერიტორიაზე 2 მკვლელობა, 1 ჯანმრთელობის დაზიანება, 123 სხვა ტიპის ძალადობაა დაფიქსირებული.

გურია - 1 მკვლელობა, 2 ჯანმრთელობის დაზიანება, 156 ძალადობა (სხვა), რაც მთელი ქვეყნის ტერიტორიაზე მომხდარი ასეთი დანაშაულის 3,3%-ია. 2019 წლის 14 მარტის მდგომარეობით, გურიაში აღრიცხულია სხვა ტიპის ძალადობის 31 შემთხვევა.

ძალადობის შედეგები, ძირითადად, აისახება ქალთა ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, რაც სოციალური ცხოვრების სხვადასხვა სფეროსათვის სერიოზული პრობლემაა და პირდაპირ კავშირშია საზოგადოებრივ ჯანდაცვასთან, ხოლო არაპირდაპირ - სოციალურ კეთილდღეობასა და უთანასწორობის საკითხებთან.[5]

„ძალადობისაგან დაცვის ეროვნული ქსელის“ მიერ საქართველოს მასშტაბით განხორციელებული კვლევის (2008 წელს) მიხედვით, გამოკითხული ექიმების 31% და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმთა 39% აღნიშნავს, რომ ისინი ყოველდღიურ პრაქტიკაში ხვდებიან ოჯახში სისტემატიური ძალადობის მსხვერპლ პაციენტებს.

ფონდი „სოხუმის“ მიერ „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის

5 ქალთა მიმართ ოჯახში ძალადობის საკითხების ეროვნული კვლევა საქართველოში გვ. 50., იხ.: https://youngsupporters.files.wordpress.com/2012/03/annual-geo1.pdf

აღსრულების მონიტორინგის ფარგლებში, დასავლეთ საქართველოში ჩატარებულმა მცირე მასშტაბის კვლევამ ნათლად წარმოაჩინა ძალადობის მსხვერპლ ქალთა სამედიცინო მომსახურების სფეროში არსებული გამოწვევები, სირთულეები, რომლებსაც აწყდება სამედიცინო პერსონალი ყოველდღიური საქმიანობის ფარგლებში მსხვერპლთან ან/და მოძალადესთან ურთიერთობისას. აღნიშნული პრობლემების აღმოფხვრა, რომელზეც უფრო ვრცლად ქვემოთ იქნება საუბარი, დაუყოვნებლივ საჭიროებს ძალისხმევას სახელმწიფოს მხრიდან, როგორც საკანონმდებლო, ისე პრაქტიკულ დონეზე, რათა ქალთა მიმართ ყველა ტიპის ძალადობის დაძლევის რთულ გზაზე ამ სფეროში მომუშავე პროფესიონალებს არ შეექმნათ დაბრკოლებები თავიანთი მოვალეობის შესრულებისას და აღიჭურვონ სათანადო ინტელექტუალური და ყველა სხვა საჭირო რესურსით.

თავი 2. კვლევის მიზანი და მეთოდოლოგია

სტამბოლის კონვენციის რატიფიცირების და საკანონმდებლო ნოვაციების კვალდაკვალ, კულტურულ-ჰუმანიტარულმა ფონდმა „სოხუმმა“ ***საპილოტე პროექტის ფარგლებში*** ჩაატარა კვლევა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა:

- სამედიცინო სფეროში, კერძოდ: „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის და სხვა შესაბამისი სამართლებრივი აქტების პრაქტიკაში რეალიზებისა და სამედიცინო პერსონალის მიერ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემაზე რეაგირების საკითხების შესწავლა;
- არსებული ხარვეზების გამოვლენა და მათ დასაძლევად/გამოსასწორებლად შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება;
- აქტიური კომუნიკაცია შესაბამის სახელმწიფო ინსტიტუტებთან, დაინტერესებულ საერთაშორისო ორგანიზაციებთან, ადგილობრივი სამოქალაქო საზოგადოების წარმომადგენლებთან და პრობლემის გადაწყვეტის ადვოკატირება;

კვლევა ჩატარდა 2019 წლის იანვარ-თებერვალში. მისი არეალი მოიცავდა 7 მუნიციპალიტეტს და 2 თვითმმართველ ქალაქს, კერძოდ: ზუგდიდს, წყალტუბოს, თერჯოლას, ხონს, ლანჩხუთს, სენაკს, ოზურგეთს, ქუთაისს და ფოთს.

წინამდებარე კვლევაში გამოყენებულია როგორც რაოდენობრივი, ისე თვისობრივი კვლევის მეთოდები, მათ შორის: ანკეტირება, გამოკითხვა, ჩაღრმავებული ინტერვიუ, ფოკუს-ჯგუფი. სამაგიდე კვლევის ფარგლებში გაანალიზდა არსებული საკანონმდებლო ჩარჩო, როგორც საერთაშორისო სამართლებრივი, ისე საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული საკანონმდებლო აქტები, ასევე ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე სხვადასხვა ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევები.

გამოიკითხა სამედიცინო სფეროს 150 წარმომადგენელი,

მათ შორის: ექიმები, ექთნები და სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენლები. ექიმებს შორის კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს ოჯახის ექიმებმა, სასწრაფო დახმარების, ამბულატორიების, სტაციონარების და პოლიკლინიკების სხვადასხვა სპეციალიზაციის მედიკოსებმა - თერაპევტები, გინეკოლოგები, ნევროპათოლოგები, კარდიოლოგები, ტრავმატოლოგები. გამოკითხულთა შორის 35% ამბულატორიის, ხოლო 17% სტაციონარის ექიმია, 18,4% - ოჯახის ექიმი. სასწრაფო დახმარების წარმომადგენლებმა შეადგინეს გამოკითხულთა 9%, სხვადასხვა ადგილზე დასაქმებული რესპონდენტების ნაწილმა კი - 20,3%.

კვლევის რესპონდენტების განაწილება სამუშაო ადგილის და რეგიონების მიხედვით ასე გამოიყურება:

	სასწრაფო დახმარების სამსახური	ამბულატორია	ოჯახის ექიმი	სტაციონარი	სხვა
სენაკი	4	19	7	5	4
წყალტუბო	4	15	1	6	0
ზუგდიდი	1	14	4	8	3
ქუთაისი	6	14	15	10	5
ოზურგეთი	3	9	10	5	10

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი და 2 ჩაღრმავებული ინტერვიუ ექიმებთან და მედპერსონალის სხვა წარმომადგენლებთან - სულ 20 რესპონდენტი.

საერთო ჯამში, კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 170 რესპონდენტმა, რომელთა 86% ქალი, ხოლო 14% კაცი იყო.

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევას არ აქვს პრეტენზია, ასახოს სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების და პრაქტიკის სრული სურათი ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე, შესაძლებელია, მასში გამოიკვეთოს მნიშვნელოვანი ასპექტები და გამოწვევები, რომლებიც საჭიროებს ყურადღებას და დროულ რეაგირებას. ამ გამოწვევებზე დეტალურად შემდეგ თავებში იქნება საუბარი.

თავი 3. სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ქალთა მიმართ ძალადობის ფაქტებზე რეაგირების სამართლებრივი ასპექტები

ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე სხვადასხვა სფეროს პროფესიონალთა ვალდებულებებსა და რეაგირების იურიდიულ საფუძვლებს რამდენიმე სამართლებრივი დოკუმენტი განსაზღვრავს. საქართველოში 2006 წლიდან ამოქმედდა კანონი „ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“[6], რის საფუძველზეც სახელმწიფომ პრიორიტეტად დაისახა ქალთა მიმართ ძალადობის და გენდერული დისკრიმინაციის აღმოფხვრა. მართალია, კანონი წინგადადგმულ ნაბიჯს წარმოადგენდა, თუმცა მთელი რიგი ნაკლოვანებების გამოსწორება იყო საჭირო. კვლავ გამოწვევად რჩებოდა პრევენციის ეფექტიანი მექანიზმების ნაკლებობა, რეფერირების მექანიზმში ჩართული პროფესიონალების მხრიდან გულგრილობა, გენდერულად არასენსიტიური მიდგომა და ა.შ.

ქალთა მიმართ ძალადობის წინააღმდეგ სახელმწიფო პოლიტიკის განხორციელება თვისობრივად ახალ ეტაპზე გადავიდა მას შემდეგ, რაც 2017 წელს საქართველომ რატიფიცირება გაუკეთა ევროპის საბჭოს 2011 წლის კონვენციას „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ“ (ე.წ. სტამბოლის კონვენცია).[7] შესაბამისად, აუცილებელი გახდა საქართველოს კანონმდებლობის სტამბოლის კონვენციის ნორმებთან შე-

[6] კანონის პირველადი ვერსია იხ.: https://matsne.gov.ge/ka/document/view/26422?publication=0

[7] ევროპის საბჭოს 2011 წლის კონვენცია „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ“ (ე.წ. სტამბოლის კონვენცია) https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3789678?publication=0

საბამისობაში მოყვანა. კონვენციასთან კანონმდებლობის ჰარმონიზაციის პროცესში შემუშავდა 20-მდე კანონში საკანონმდებლო ცვლილებათა პაკეტი[8]. ამჯერად ჩვენს ფოკუსში მოექცა ის საკანონმდებლო ნოვაციები, რომლებიც ძალადობის მსხვერპლის / სავარაუდო მსხვერპლის და სამედიცინო დაწესებულებების ურთიერთობას, ამ სფეროში სამედიცინო პერსონალის ვალდებულებებს ეხება და არეგულირებს.

კონვენციის რატიფიცირებით, საქართველომ აიღო მთელი რიგი კონკრეტული ვალდებულებები, ერთი მხრივ, დანერგოს ქმედითი მექანიზმი სახელმწიფო უწყებათა შორის სათანადო თანამშრომლობის უზრუნველსაყოფად ძალადობის ყველა ფორმის მსხვერპლთა და მოწმეთა დაცვის და მხარდაჭერის მიზნით,[9] ხოლო, მეორე მხრივ, უზრუნველყოს მსხვერპლთათვის ისეთ სამედიცინო პერსონალთან მომსახურების ხელმისაწვდომობა, რომელსაც გავლილი ექნება მომზადება მსხვერპლისთვის დახმარების გასაწევად და გადაამისამართებს მას შესაბამის სამსახურებში.[10] ზემოაღნიშნულ მოვალეობათა სრულყოფილად შესასრულებლად, კონვენცია ავალდებულებს ხელმომწერ მხარეებს, უზრუნველყონ ან გააუმჯობესონ იმ შესაბამისი სპეციალისტების პროფესიული მომზადება, რომლებსაც ურთიერთობა აქვთ კონვენციის მოქმედების სფეროში შემავალი ძალადობის ყველა აქტის მსხვერპლთან, რათა აღიკვეთოს მეორადი ძალადობა.[11]

ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ერთ-

---

[8] იუსტიციის სამინისტროს განცხადება
იხ.: http://www.justice.gov.ge/Ministry/Index/483

[9] ევროპის საბჭოს 2011 წლის კონვენცია „ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის პრევენციისა და აღკვეთის შესახებ“, მუხ. 18.2

[10] იქვე, მუხ. 20.2

[11] იქვე, მუხ. 15

ერთ ძირითად საკანონმდებლო აქტს წარმოადგენს საქართველოს კანონი „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“ („ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ კანონი“), რომელიც მოითხოვს ქალთა მიმართ ძალადობის თავიდან აცილებისათვის და ძალადობის წინააღმდეგ საბრძოლველად სხვადასხვა ინსტიტუტს შორის თანამშრომლობის უზრუნველყოფას[12], მათ შორის საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს („ჯანდაცვის სამინისტრო“) მხრიდან.[13]

კანონმდებლობის თანახმად, ძალადობის წინააღმდეგ მოქმედი ყველა სახელმწიფო უწყების სისტემური და კოორდინირებული მუშაობის უზრუნველსაყოფად, აღმასრულებელი ხელისუფლების ფარგლებში შეიქმნა გენდერული თანასწორობის, ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე მომუშავე უწყებათაშორისი კომისია,[14] რომელიც წარმოადგენს ერთიან საკოორდინაციო მექანიზმს და პასუხისმგებელია იმ პოლიტიკისა და ზომების კოორდინაციაზე, განხორციელებაზე, მონიტორინგსა და შეფასებაზე, რაც მიმართულია ძალადობის ყველა ფორმის პრევენციისა და აღკვეთისაკენ.[15] ჯან-

---

[12] საქართველოს კანონი „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“ მუხ. 2.დ-ე
https://matsne.gov.ge/ka/document/view/26422?publication=14

[13] იქვე, მუხ. 7.1

[14] საქართველოს კანონი „გენდერული თანასწორობის შესახებ“, მუხ. 12.6 https://matsne.gov.ge/ka/document/view/91624?publication=8

[15] გენდერული თანასწორობის, ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე მომუშავე უწყებათაშორისი კომისიის დებულება, მუხ.: 4.ლ
https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3698004?publication=0

დაცვის მინისტრის მოადგილე წარმოადგენს აღნიშნული უწყებათაშორისი კომისიის წევრს.[16]

საგანგებო აღნიშვნის ღირსია, რომ კონვენცია ზოგიერთ სპეციალისტს, მათ შორის სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლებს, უწესებს შეტყობინების ვალდებულებას, მიუხედავად კონფიდენციალურობის დაცვის პრინციპისა, თუკი მათ გააჩნიათ გონივრული საფუძველი ივარაუდონ, რომ ჩადენილია ძალადობის სერიოზული აქტი.[17] ეს სტანდარტი აისახა 2017 წელს განხორციელებულ საკანონმდებლო ცვლილებებში, სადაც, მაგალითად, ექიმებს, ადვოკატებს, მასწავლებლებს, გამონაკლისის სახით, ევალებათ, სამართალდამცველებს მიაწოდონ ინფორმაცია ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის შესაძლო შემთხვევის თაობაზე.[18] კანონი ცალსახად უთითებს, რომ შესაბამისი ორგანოებისადმი მიმართვის ვალდებულება, სხვა სუბიექტებთან ერთად, აკისრიათ სამედიცინო დაწესებულებების უფლებამოსილ თანამშრომლებს.[19]

ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ კანონის ჯეროვანი აღსრულების მიზნით, საქართველოს მთავრობამ 2018 წლის 11 აპრილს დაამტკიცა 2018-2020 წლების

---

[16] „გენდერული თანასწორობის, ქალთა მიმართ ძალადობისა და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე მომუშავე უწყებათაშორისი კომისიის შექმნისა და დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 12 ივნისის №286 დადგენილება, მუხ. 1
https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4488017?publication=0

[17] იქვე, მუხ. 28

[18] საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს განცხადება
იხ.: http://www.justice.gov.ge/News/Detail?newsId=5346

[19] საქართველოს კანონი „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“, მუხ. 9[1]

ეროვნული სამოქმედო გეგმა,[20] სადაც დეტალურად არის გაწერილი ჯანდაცვის სფეროში ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ეფექტიანი ბრძოლისთვის გასატარებელ ღონისძიებათა ნუსხა, პასუხისმგებელი პირების და განსახორციელებლად სავალდებულო ვადების მითითებით. გასატარებელ ღონისძიებებს შორის აღსანიშნავია ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობაზე ჯანდაცვის სისტემის რეაგირების გაძლიერების უზრუნველსაყოფად სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების დანერგვის პილოტური პროგრამის განხორციელება და მისი შედეგიანობის ანალიზი; ელექტრონული სასწავლო მოდულის შექმნა და ინტეგრირება უწყვეტი სამედიცინო განათლების სფეროში; მსხვერპლთა ფსიქოლოგიური, სოციალური და ეკონომიკური რეაბილიტაციის სტანდარტიზების სახელმძღვანელოების შექმნა და დანერგვა და ა. შ. საგულისხმოა, რომ აღნიშნული მიმართულებით მუშაობა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ჯერ კიდევ 2016 წლიდან მიმდინარეობს, თუმცა რეფორმის ეფექტიანად განხორციელება და აღნიშნული ღონისძიებების საქართველოს მასშტაბით დანერგვა, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ იგვიანებს და ვერ ხერხდება.

საკანონმდებლო ცვლილებებით, ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა პირველადი იდენტიფიკაცია, გამოვლენა, მათი დაცვა, დახმარება, რეაბილიტაცია და ამ მიზნით სახელმწიფო ორგანოებისა და სხვა შესაბამისი სუბიექტების დროული, კოორდინირებული (ურთიერთშეთანხმებული) საქმიანობა განისაზღვრება „ქალთა მიმართ ძალადობის ან / და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა გამოვლენის,

[20] საქართველოს მთავრობის N175 დადგენილება „ქალთა მიმართ ძალადობის და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლისა და მსხვერპლთა (დაზარალებულთა) დასაცავად გასატარებელ ღონისძიებათა 2018-2020 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების თაობაზე“
იხ.: http://gov.ge/files/496_64833_426270_rotated_175.pdf

მათი დაცვის, დახმარებისა და რეაბილიტაციის **ეროვნული რეფერირების პროცედურებით“,** რომელსაც დეტალურად უნდა გაეწერა მსხვერპლის დაცვის კომპლექსური პროცედურები და თითოეული სახელმწიფო ინსტიტუტის როლი ამ პროცესში. აღნიშნული კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტის მიღებაზე პასუხისმგებელი იყო საქართველოს მთავრობა, რომელსაც კანონის ამოქმედებიდან ერთი თვის ვადაში უნდა უზრუნველეყო რეფერირების პროცედურების დამტკიცება.[21] საქართველოს პარლამენტის მიერ მომზადებული დოკუმენტის თანახმად, საქართველოს მთავრობას აღნიშნული ვალდებულება არ შეუსრულებია და რეფერირების პროცედურები არ დაუმტკიცებია.[22] არადა, ამ პროცედურების დეტალური გაწერა აუცილებელია რეფერირების ყველა სუბიექტის მიერ საკუთარი როლის სწორად დანახვისა და ეფექტიანად შესრულებისათვის.

წინამდებარე კვლევის ფარგლებში, ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლის მიერ ფონდი „სოხუმისთვის“ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, ეროვნული რეფერალური პროცედურების პროექტის შემუშავება ჯერ კიდევ 2016 წელს, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) პროექტის[23] ფარგლებში დაიწყო, რომელსაც ახორციელებდა სსიპ ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო

---

[21] საქართველოს კანონი „ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე
იხ.: https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3975127?publication=0

[22] საქართველოს კანონების გარდამავალი დებულებებით და პარლამენტის დადგენილებებით განსაზღვრული დავალებები, რომელთა შესრულების ვადა გავიდა 2018 წლის თებერვალში
იხ.: http://www.parliament.ge/uploads/other/87/87686.pdf

[23] აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) 2016 წლის პროექტი - „საქართველოში ოჯახში ძალადობის შემცირება“

ფონდი (სახელმწიფო ფონდი)[24], სახელმწიფო სტრუქტურებისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლების მონაწილეობით. 2018 წლის ზაფხულში სამინისტროების შერწყმა / დაყოფის შედეგად განხორციელებული სტრუქტურული ცვლილებების გათვალისწინებით, აუცილებელი გახდა აღნიშნულ პროექტში ხელახალი ცვლილებების შეტანა და მისი შემდგომი დამუშავება. ჩვენს ხელთ არსებული ინფორმაციის თანახმად, აღნიშნულ პროექტზე მუშაობა მიმდინარე წლის აპრილ-ივნისის განმავლობაში გასტანს და, სავარაუდოდ, საბოლოო ვარიანტი მზად იქნება 2019 წლის ივლისში.

აღსანიშნავია ასევე, რომ სახელმწიფო ფონდი, გაეროს მოსახლეობის ფონდთან (UNFPA) პარტნიორობით და მხარდაჭერით, 2016 წლიდან დღემდე ახორციელებს საპილოტე პროექტს,[25] რომლის მიზანია ოჯახში ძალადობის / გენდერული ნიშნით ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების მექანიზმების გაუმჯობესება ჯანდაცვის პერსონალის შესაბამისი მომზადების გზით. პროექტის ფარგლებში 2016 წელსვე სახელმწიფო ფონდმა, ჯანდაცვის სამინისტროსთან აქტიური თანამშრომლობით, შეიმუშავა:

ა) „ჯანდაცვის პირველი და მეორეული რგოლის მუშაკებისათვის **სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები**

---

[24] ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდი არის საჯარო სამართლის იურიდიული პირი, მის სახელმწიფო კონტროლს ახორციელებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის დებულება
იხ.: http://atipfund.gov.ge/res/docs/fondis_debuleba_2017.pdf

[25] პროექტი - ჯანდაცვის რეაგირება (პასუხი) ოჯახში ძალადობაზე / გენდერულ ძალადობაზე, 2016 წლის მოკლე ანგარიში
იხ.: http://atipfund.gov.ge/res/docs/UNFPA.pdf

(SOP) ქალთა მიმართ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სექსუალური ძალადობის გამოვლენის, მკურნალობის პრინციპებისა და რეფერალის საკითხებზე“, რაც ითვალისწინებს ქალთა მიმართ ძალადობის და ოჯახში ძალადობის შემთხვევების ეფექტიან ამოცნობას, შეფასებას, ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფას, ძალადობის დოკუმენტირებისა და მტკიცებულებების შეგროვების კოორდინირების გაუმჯობესების ხელშეწყობას შემდგომი ღონისძიებების განხორციელებისთვის; თუმცა აღნიშნული სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების მთელი საქართველოს მასშტაბით ამუშავება და დანერგვა ჯერაც ვერ მოხერხდა.

ბ) ძალადობის ფაქტების დოკუმენტირების გასაუმჯობესებლად, სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურებზე დაყრდნობით, მომზადდა ჩანართები სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახების ბარათში (ფორმა NIV), ამბულატორიულ (ფორმა 41 / ნ) და სტაციონარულ (ფორმა 108 / ნ) ბარათებში, რომელთა პილოტირება შემდგომი დანერგვის მიზნით დაიწყო 2018 წლის სექტემბრიდან.

ფონდი „სოხუმისთვის“ მიწოდებული ინფორმაციის თანახმად, პროექტის პილოტირება მიმდინარეობს მხოლოდ კახეთის მასშტაბით - თელავის, ახმეტის, ყვარლის, საგარეჯოს, ლაგოდეხის, სიღნაღისა და დედოფლისწყაროს მუნიციპალიტეტებში სოფლის ექიმების ბაზაზე. ასევე თელავში - ავთანდილ ყამბარაშვილის კლინიკასა და თბილისში - კლინიკა „კურაციოში“. დღესდღეობით მიმდინარეობს პილოტურ პროექტზე დაკვირვება და მონიტორინგი. 2019 წლის ნოემბრიდან მოხდება აღნიშნული პროექტის შეფასება და 2019 წლის დეკემბრისთვის მომზადდება შედეგიანობის ანალიზი.

პროექტის ფარგლებში ასევე შემუშავდა „ქალის მიმართ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სექსუალური ძალადობის გამოვლენის, მკურნალობის პრინციპებისა და რეფერალის საკითხებზე“ სატრენინგო მოდული, რომლის მიხედვით 2016

წლიდან 2018 წლის ჩათვლით გადამზადდა 300-ზე მეტი ჯანდაცვის მუშაკი თბილისსა და კახეთის რეგიონში.

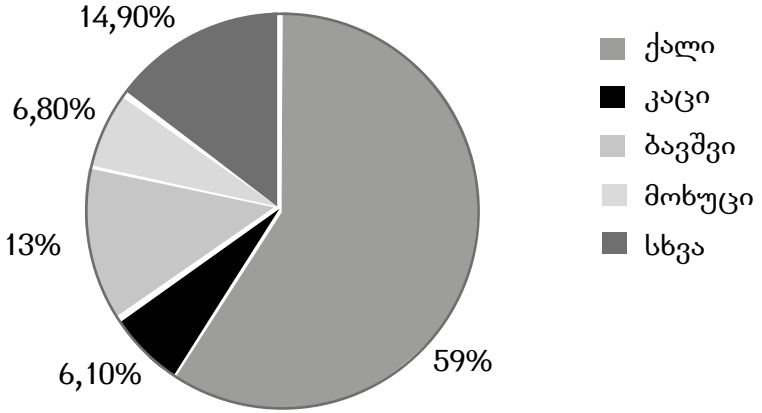
ამდენად, ნათელია, რომ მთავრობა, სამინისტრო და სხვა ორგანოები დიდი ხანია მუშაობენ ამ მიმართულებით, რათა უზრუნველყოფილი იქნას ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი პასუხი ოჯახში ძალადობაზე/გენდერულ ძალადობაზე. თუმცა, წინამდებარე კვლევამ გვიჩვენა, რომ ექიმთა შორის ჯერ კიდევ სათანადო მასშტაბით არ არის გავრცელებული ინფორმაცია. მხოლოდ მცირე ნაწილია გადამზადებული, ხოლო დიდ უმრავლესობას არ აქვს წარმოდგენა რეფერირების სისტემაში მათი როლისა და პასუხისმგებლობის შესახებ. მიუხედავად იმ ობიექტური გარემოებებისა, რამაც გამოიწვია რეფერირების დოკუმენტების საბოლოო ვერსიის დამტკიცების შეფერხება (საკანონმდებლო და სამთავრობო ცვლილებები), სასურველია, სახელმწიფოს მხრიდან დაჩქარდეს სამართლებრივი ბაზის სრულყოფილად ჩამოყალიბებისა და დანერგვის პროცესი. რეფორმაზე მომუშავე ყველა უწყება უნდა აცნობიერებდეს, რომ ცვლილებების გაჭიანურებისათვის, თითოეული დაგვიანებული დღისათვის, ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლმა, შესაძლოა, თავისი ჯანმრთელობითა და სიცოცხლით აგოს პასუხი.

თავი 4. კვლევის ძირითადი მიგნებები

4.1. სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლების დამოკიდებულება და საკუთარი როლის გააზრება ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის საკითხების მიმართ

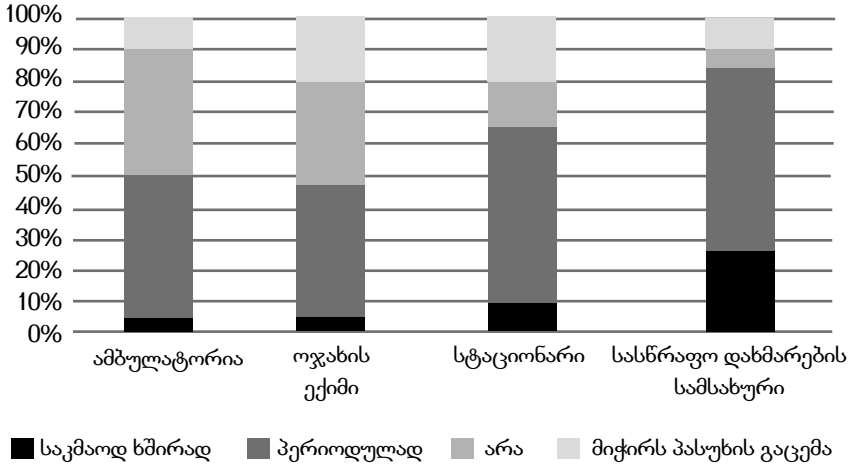
კვლევის ფარგლებში გამოკითხულმა ექიმებმა აჩვენეს ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემის გააზრების მაღალი დონე. რესპონდენტთა 96.6% მიიჩნევს, რომ ზემოაღნიშნული ძალადობა სერიოზული პრობლემაა. ამას უარყოფს მხოლოდ 0.6%, ხოლო 2,8%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა. გენდერული კუთხით პასუხებში უმნიშვნელო სხვაობა დაფიქსირდა, გამოკითხულ ქალთა 97% და მამაკაცთა 95% აღიარებს პრობლემის სერიოზულობას.

სამედიცინო პერსონალის გამოცდილება, როგორც მოსალოდნელი იყო, ადასტურებს, რომ ოჯახში ძალადობის მსხვერპლი უმეტესად ქალია (59,2%), ხოლო ექიმების 13%-ის პრაქტიკით, მსხვერპლი ხშირად ბავშვია.



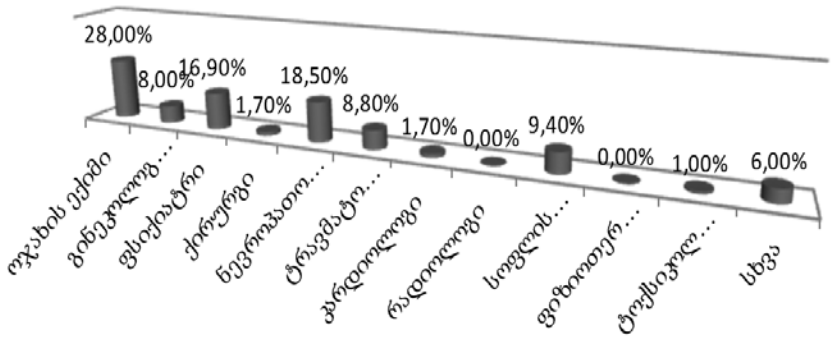
გამოკითხული ექიმების 12.2% პროფესიული საქმიანობისას ხშირად აწყდება ოჯახში ძალადობის შემთხვევებს, პერიოდულად 49%, პრაქტიკაში მსგავსი შემთხვევა არ ჰქონია 25.2%-ს, ხოლო 13,6%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა. რეგიონულ ჭრილში პირველი მაჩვენებელი თითქმის თანაბარი იყო. ძალადობის შემთხვევებთან პერიოდული შეხების დონე ყველაზე მაღალი იყო წყალტუბოსა და სენაკში, შესაბამისად - 64% და 60%. უარყოფითი პასუხის მეტი სიხშირე დაფიქსირდა ოზურგეთსა (52%) და ზუგდიდში (48%).

კვლევის შედეგების მიხედვით, ყველაზე აქტიური შეხება ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის შემთხვევებთან სასწრაფო დახმარების ექიმებს აქვთ. მათი 60% პერიოდულად, ხოლო 25% ხშირად აწყდება ამგვარ ფაქტებს პრაქტიკაში. კვლევით ნაჩვენები სრული სურათი ასე გამოიყურება:



რაც შეეხება სხვადასხვა სპეციალიზაციის ექიმთა შემხებლობას ძალადობის შემთხვევებთან, კვლევამ აჩვენა, რომ ყველაზე ხშირად ძალადობის პრობლემას ოჯახის ექიმები (28%), ნევროპათოლოგები (18,5%), ფსიქიატრები (16,9%), სოფლის ამბულატორიის ექიმები (9,4%) აწყდებიან.

25



მნიშვნელოვანია ექიმების მიერ მათი ***ეთიკური პასუხისმგებლობის გააზრება*** ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლაში. გამოკითხულთა 25,3%-ის აზრით, მედპერსონალის ერთ-ერთი ეთიკური ვალდებულებაა, გამოავლინოს ოჯახში ძალადობის შემთხვევები. 22,9% თვლის, რომ უნდა უმკურნალოს ძალადობის ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ შედეგებს. მსხვერპლთან მუშაობას მის დასარწმუნებლად, რომ არ შეეგუოს ძალადობას, ექიმთა ეთიკურ ვალდებულებად თვლის 24,3%, ხოლო 25,3%-ის თქმით, მათი მოვალეობაა, დაუკავშირდნენ სოციალურ/სამართლებრივ სამსახურებს, რათა მსხვერპლმა მიიღოს შესაბამისი კონსულტაცია და დახმარება.

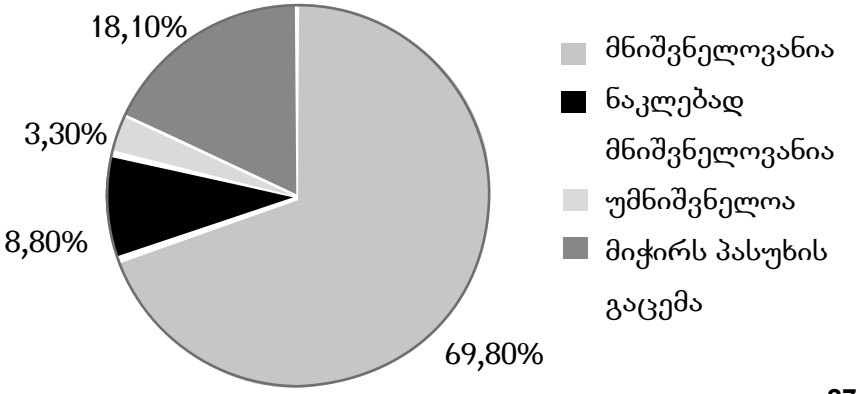
ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლაში ჩართვის თვალსაზრისით, ექიმების 28,4% თავის როლს პრევენციის კუთხით ხედავს. პრობლემის იდენტიფიკაცია და შემთხვევის შეფასება საკუთარ მოვალეობად მიაჩნია 18,3%-ს. 16,9%-ის აზრით, მათ უნდა აღრიცხონ და დოკუმენტაცია მოამზადონ ძალადობის შემთხვევებზე. ხოლო ძალადობის მსხვერპლის ტრავმის მინიმალიზებას საკუთარ მოვალეობად მიიჩნევს 10,1%. 10% თვლის, რომ სამედიცინო პერსონალმა ხელი უნდა შეუწყოს მსხვერპლს არსებული სერვისების ხელმისაწვდომობაში. რესპონდენტთა 20% კი კომპლექსურ მიდგომას უჭერს მხარს და მიაჩნია, რომ ყველა ეს ზომა ერთდროულად უნდა განხორციელდეს.

ექიმთა გარკვეული წრე ძალადობასთან ბრძოლაში საკუთარ როლს სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომ-

ლებთან და სოციალურ მუშაკებთან შედარებით ნაკლებ-მნიშვნელოვნად მიიჩნევს, თუმცა მაინც აღიარებს, რომ სამედიცინო პერსონალი ***მნიშვნელოვან რგოლს წარმოადგენს რეფერირების მექანიზმში***. ხშირად ექიმი არის პირველი და, შესაძლოა, ერთადერთი წარმომადგენელი რეფერალური მექანიზმის რგოლში, რომელსაც შეხება აქვს მსხვერპლთან. ამასთან, კვლევის მონაწილეებმა აღნიშნეს ექიმისა და პაციენტის დამოკიდებულების სპეციფიკა: ***„ხშირად მსხვერპლი პოლიციასა და სოციალურ მუშაკზე მეტად ექიმს ენდობა, რადგან მათ შორის ურთიერთობაში ნაკლები კომპლექსებია, ექიმს ისე უყურებენ, როგორც მშველელს.“***

როგორც ზემოთ უკვე აღინიშნა, ექიმები აღიარებენ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის პრობლემის სერიოზულობას, მაგრამ, საყურადღებოა, ეს რამდენად აისახება მსხვერპლთა მიმართ პრაქტიკაში დამკვიდრებულ მიდგომებზე, იჩენს თუ არა სამედიცინო პერსონალი სათანადო გულისხმიერებას, უთმობს თუ არა საჭირო დროს და ყურადღებას ძალადობაგადატანილ პაციენტს. ერთია დეკლარირებული განცხადება, ხოლო მეორე - რეალობა. ეს უკანასკნელი ნაკლებად დამაიმედებლად გამოიყურება.

თუ **პრობლემის სერიოზულობას** აღიარებს 96,6%, **ექიმის როლი ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლაში** მნიშვნელოვნად მიაჩნია გამოკითხულთა 69,8%-ს, ხოლო უმნიშვნელოდ - 3%-ს. პასუხები დიაგრამაზე ასე გამოიყურება:



კვლევამ აჩვენა, რომ **პრაქტიკაში სავარაუდო მსხვერპლი პაციენტის მიმართ ექიმთა რეაქცია** განსხვავებულია, კერძოდ: დეტალების უფრო ღრმად გარკვევას ეცადა 31,7%, ხოლო კითხვებისაგან და დეტალებში ჩაძიებისგან თავი შეიკავა 50%-მა, რაც მიუთითებს რეაგირების საკმაოდ დაბალ ხარისხზე. შესაბამის სტრუქტურებთან (სოციალური მუშაკი, პოლიცია, საგანმანათლებლო დაწესებულება, პროკურატურა, ადგილობრივი თვითმმართველობა) ითანამშრომლა 11%-მა, სხვა ღონისძიებას მიმართა 7%-მა, მაგალითად, ექიმის მხრიდან დეტალების გასარკვევად მსხვერპლის ახლობელთან, ან სავარაუდო მოძალადესთან გასაუბრება.

სავარაუდო მსხვერპლის მდგომარეობის და ვითარების გარკვევის თვალსაზრისით შედარებით აქტიურობით გამოირჩევიან ამბულატორიისა და სტაციონარის ექიმები. მათი 29% ეცადა დეტალების დადგენას, ხოლო სასწრაფოს ექიმებმა შედარებით ნაკლები მონდომება აჩვენეს (22.6%).

კითხვებისგან თავის შეკავების მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა სასწრაფო დახმარების ექიმებში (32,2%), სტაციონარის ექიმების მაჩვენებელი იყო 25,8%, ოჯახის ექიმების - 22,6%, ხოლო ამბულატორიის ექიმების - 19,6%.

საინტერესოა პასუხების გეოგრაფიული განაწილებაც: დეტალების გარკვევას ეცადა ქალაქში მომუშავე ექიმთა 65%, სოფელში ეს მონაცემი 25%-ია. ზედმეტი კითხვისგან თავი შეიკავა შესაბამისად 25% და 40%-მა. ეს სურათი შეიძლება აიხსნას როგორც რეგიონების ექიმების ნაკლები ინფორმირებულობით და შეზღუდული რესურსებით, ასევე მცირე სოციუმში ცხოვრებით, სადაც უმრავლესობა ერთმანეთს იცნობს. დღემდე ფართოდ არის გავრცელებული მოსაზრება, რომ „ოჯახური პრობლემები“ გარეშე პირთა საქმე არ არის და თავს განსაკუთრებით არიდებს ისეთ სენსიტიურ საკითხში ჩაძიებას, როგორიც ოჯახში ძალადობაა.

4.2. ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის გამოვლენასთან დაკავშირებული ბარიერები

ბოლო პერიოდამდე, ექიმები იშვიათად იყვნენ დაკავებულნი ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობასთან ბრძოლის საკითხებით. მაშინაც კი, როდესაც სიმპტომები აშკარა იყო, არ იჩენდნენ სათანადო ძალისხმევასა და ენთუზიაზმს პრობლემის წინააღმდეგ სამოქმედოდ. კვლევამ აჩვენა ის ძირითადი გამოწვევები და მიზეზები, რომელთა გამოც ექიმები თავს არიდებენ ოჯახში ძალადობის შესახებ კითხვების დასმას, დეტალებში ჩაძიებას, რაც ხელს უშლის მათ მოვალეობის ეფექტიანად შესრულებაში.

რესპონდენტთა აზრით, ძალადობის წინააღმდეგ ეფექტიანი ბრძოლის გზაზე, ერთ-ერთი მთავარი დაბრკოლებაა **სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის დონე და შესაბამისი ცოდნის ნაკლებობა,** რადგან ამ შემთხვევაში საქმე ეხება არა მხოლოდ სამედიცინო-სამკურნალო უნარებს, არამედ პაციენტზე შესაძლო ძალადობის ფაქტების ამოცნობას, შეფასებას, ხარისხიანი მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფას, ძალადობის დოკუმენტირებისა და შესაბამის უწყებებთან რეფერირებას, რაც მოითხოვს სპეციფიკურ ცოდნას და უნარებს არსებული ღონისძიებების განხორციელებისთვის. გამოკითხული ექიმების 58%-მა აღნიშნა, რომ ოჯახში ძალადობის შემთხვევებზე რეაგირებისთვის შესაბამისი გამოცდილება / განათლება / უნარები არ გააჩნია, ხოლო 28%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა. ამ მხრივ თავისი ცოდნა დადებითად შეაფასა მხოლოდ 14%-მა, აქედან 7%-მა აღნიშნა, რომ კომპეტენცია აქვს, რადგან ხშირად ჰქონდა შეხება პრობლემასთან, ხოლო 7%-ს გავლილი აქვს შესაბამისი საკვალიფიკაციო ტრენინგები.

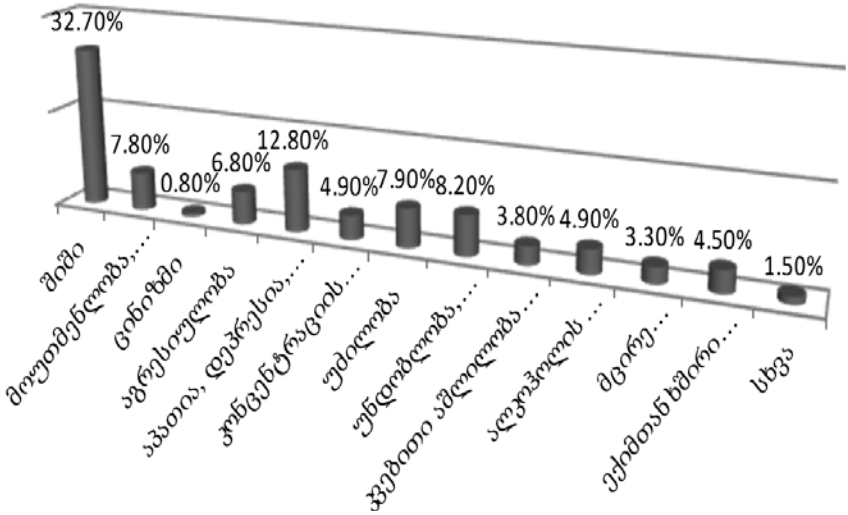
გენდერულ ჭრილში მონაცემები ასეთია: გამოკითხულ მა-

მაკაცთა 71% და ქალთა 62,1% თვლის, რომ არ აქვს ძალადობაზე სათანადო რეაგირებისათვის საჭირო ცოდნა, უნარები, გამოცდილება.

ექიმთა იმ მცირე რაოდენობას, რომელსაც გავლილი ჰქონდა ტრენინგი ძალადობის წინააღმდეგ, ეს სერვისი მიაწოდა არასამთავრობო სექტორმა და არა სახელმწიფომ. ექიმთა თქმით, მათთვის სამინისტროს ან სხვა სახელმწიფო დაწესებულებებს არ შეუთავაზებიათ გადამზადების რაიმე პროგრამა ან სასწავლო რესურსი ამ მიმართულებით.

ექიმების თქმით, გამოწვევას წარმოადენს მსხვერპლის **იდენტიფიცირების საკითხი.** ძალადობის მსხვერპლთა ერთი შეხედვით ამოცნობა ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. ექიმებსა და სხვა სამედიცინო პერსონალს უნდა ჰქონდეთ სათანადო ცოდნა, რათა სხვადასხვა ნიშნით შეძლონ ძალადობის ფაქტის ამოცნობა, შეარჩიონ ურთიერთობის სწორი სტრატეგია მსხვერპლთან და ითანამშრომლონ საგამოძიებო ორგანოებთან.

ექიმებმა მსხვერპლის მთავარ მახასიათებლად შიში დაასახელეს, ასევე ახსენეს ქრონიკული დაღლილობა და დეპრესია, ეჭვიანობისა და გარიყულობის განცდა.



ზემოაღნიშნული მონაცემები ნათლად აჩვენებს, რომ გამოკითხულ ექიმებს ხშირად არ აქვთ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთან მუშაობის და სათანადო რეაგირების კომპეტენცია. მნიშვნელოვანია, რომ რესპონდენტები ამაზე თავად, ღიად მიუთითებენ. ძალადობის მსხვერპლის იდენტიფიკაცია და მასთან ურთიერთობის სწორად წარმართვას სათანადო მომზადება და ცოდნა სჭირდება, რადგან არცთუ იშვიათად ძალადობის ნიშნები ზედაპირზე არ დევს, მსხვერპლის დაცვისა და დახმარების, ძალადობაზე რეაგირების მექანიზმების შესახებ ექიმები და მთელი სამედიცინო პერსონალი უკეთ უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი. ამ მხრივ ექიმების მხარდაჭერა, მათთვის სასწავლო პროგრამების, სახელმძღვანელო ინსტრუქციების შეთავაზება აუცილებელია.

ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსიისას, ექიმებმა ერთხმად აღნიშნეს მათთვის საგანმანათლებლო პროგრამების დანერგვის აუცილებლობა. მაგალითად, მონაწილეებმა ლანჩხუთიდან თქვეს: ***„არ მაქვს ინფორმაცია, თუ რა მევალება ძალადობის წინააღმდეგ ეფექტური ბრძოლისთვის“, „საჭიროება არსებობს, ჩვენთან ექიმები არ გადაუმზადებიათ, ძალადობის ფაქტი კი ბევრია და საჭიროა ვიცოდეთ, როგორ მოვიქცეთ“.***

ხშირად, ექიმები **არ არიან ინფორმირებულნი** იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იმოქმედონ პრაქტიკაში ძალადობის ფაქტის აღმოჩენის შემთხვევაში. კითხვაზე, ჰქონდათ თუ არა შესაბამისი ინფორმაცია ძალადობისგან დაცვის მექანიზმებისა და მსხვერპლთა დახმარების პროგრამების შესახებ, რესპონდენტთა მხოლოდ 32%-მა გასცა დადებითი პასუხი, ინფორმაცია არ აქვს 22,7%-ს, ხოლო 45.3% ნაწილობრივაა ინფორმირებული.

გენდერულ ჭრილში სურათი ასეთია: ქალ რესპონდენტთა 40% აღნიშნულ ინფორმაციას ფლობს, ეს მაჩვენებელი მამაკაც ექიმებში 28%-ია.

მიუხედავად მცდელობისა, მონიტორინგის პროცესში ვერ იქნა მოძიებული რამე ტიპის ინსტრუქცია, გაიდლაინი თუ სხვა აქტი, რითაც დღეს უნდა ხელმძღვანელობდნენ სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლები ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის შემთხვევებზე რეაგირებისას. გამოკითხული ექიმების 54.6%-თვისაც უცნობია მსგავსი აქტი და, შესაბამისად, არ იყენებს მას. ეს აიხსენება იმით, რომ 2016 წელს, UNFPA-სთან თანამშრომლობით, ტრეფიკინგის წინააღმდეგ სახელმწიფო ფონდის მიერ შემუშავებული „სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები“ ჯერაც არ არის დანერგილი და მისი პილოტირება ხდება მხოლოდ კახეთის რეგიონში და ჯერ არ მოიცავს საქართველოს მთელ ტერიტორიას. გამოკითხულთა 15,3%-მა, რომელმაც მიუთითა, რომ იყენებს გარკვეულ სტანდარტებს, ჩაკითხვისას დააკონკრეტა, რომ ხელმძღვანელობს ძველი სტანდარტებით, რომლის მიხედვით, პაციენტზე ფიზიკური დაზიანების კვალის აღმოჩენისას, აღნიშნული ფაქტის შესახებ ატყობინებს პოლიციას.

ასევე პრობლემაა ***ძალადობის შემთხვევათა აღრიცხვა და დოკუმენტირებაც.*** გამოკითხულთა მხოლოდ 17,8% თვლის, რომ ეს მნიშვნელოვანია, თუმცა, როგორც კვლევამ აჩვენა, არ არსებობს ძალადობის ფაქტების დოკუმენტირების სპეციალური და სტანდარტული პრაქტიკა სამედიცინო დაწესებულებებში. კლინიკების ნაწილს არ აქვს სისტემა, რათა აღრიცხოს ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის შემთხვევები და სათანადოდ აწარმოოს მსხვერპლის საქმე.

კვლევის პროცესში მოძიებული ინფორმაციის თანახმად, 2016 წელს, UNFPA პროექტის ფარგლებში, სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურებზე დაყრდნობით შემუშავდა დოკუმენტირების გასაუმჯობესებლად სპეციალური ფორმები, კერძოდ: მომზადდა ჩანართები სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახების ბარათში (ფორმა NIV), ამბულატორიულ (ფორმა 41/ნ) და სტაციონარულ (ფორმა 108/ნ) ბარა-

თებში. აღნიშნული ფორმების გამოყენების პრაქტიკა ასევე პილოტირების რეჟიმშია კახეთის მასშტაბით.

ექიმების თქმით, დღესდღეობით, პაციენტის ფიზიკური და სომატური მდგომარეობის შესახებ დეტალური აღწერა შეაქვთ ავადმყოფობის ისტორიაში, რადგან სამართალდამცავ ორგანოებთან შესაძლო ურთიერთობისას პასუხს აგებენ პაციენტის მდგომარეობის რეალურ და სრულ აღწერაზე. ლანჩხუთიდან კვლევის ერთ-ერთი მონაწილის თქმით, ძალადობის მსხვერპლისათვის არ აქვთ სპეციფიკური დოკუმენტი, თუმცა ***„სამედიცინო ბარათში არის გრაფა პაციენტზე ძალადობის ისტორიის შესახებ, განსაკუთრებით არასრულწლოვნის შემთხვევაში“,*** რომლის შევსებას ისინი ცდილობენ.

ექიმთა მხრიდან ძალადობის შემთხვევებზე რეაგირების ნაკლებობის მიზეზად, გამოკითხულთა უმრავლესობამ, კერძოდ კი 55,3%-მა **ძალადობის პრობლემის მასშტაბების და სერიოზულობის არასაკმარისი გაცნობიერება** დაასახელა, ამას ერთვის მედიკოსების მხრიდან მსხვერპლისთვის დახმარების გაწევის გზების არცოდნა, რაც რესპონდენტთა 17,3%-მა აღნიშნა.

გამოკითხულთა 14,7% თვლის, რომ ეს საკითხები **ექიმებს არ ეხება,** რაც გარკვეულწილად მიანიშნებს ***ექიმთა გულგრილობაზეც.*** კვლევის მონაწილემ თერჯოლიდან თქვა, რომ პროფესიული კარიერის დასაწყისში ხვდებოდა, საიდან ჰქონდა მსხვერპლს დაზიანებები, მაგრამ დეტალებს არ არკვევდა, რადგან თვლიდა, რომ ეს მას არ ეხებოდა. ექიმთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ აუცილებელია არსებობდეს ჯანდაცვის სამინისტროდან მკაფიო მოთხოვნა და სპეციალური დოკუმენტი, რომელშიც აღინიშნება ექიმების ვალდებულება ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის ფაქტებზე რეაგირების თვალსაზრისით და ასევე მოცემული იქნება სამოქმედო ინსტრუქციები. ***„თუ ამის თაობაზე [...შესაბამისი რეაგირების...] მითითება და მოთხოვნა არ წამოვა სამინისტრო-***

დან და ექიმს შეექმნება წარმოდგენა, რომ ეს ინფორმაცია არავისთვის საინტერესო არ არის, ის არ შეიწუხებს თავს. ძალადობის ფაქტის იდენტიფიცირება და დაფიქსირება არ უნდა იყოს მის „სურვილზე“ დამოკიდებული“ (ინტერვიუ ფოთში).

ექიმების მხრიდან ძალადობის ფაქტებზე რეაგირების ინერტულობის ამსახველი სტატისტიკა, გარკვეულწილად, წინააღმდეგობაშია ზემოთ მოყვანილ მონაცემებთან, როცა პრობლემის სერიოზულობას გამოკითხულთა 96,6% აღიარებდა. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ დეკლარირებულ მოსაზრებას და რეალობას შორის ჯერ კიდევ სერიოზული ნაპრალია, რომლის ამოსავსებად მეტი მუშაობაა საჭირო, რათა ექიმებმა ყოველდღიურ პრაქტიკაში დანერგონ ძალადობასთან ბრძოლის და მსხვერპლის დაცვის თანამედროვე სტანდარტები.

საგულისხმოა, რომ ექიმთა მტკიცებით, ძალადობის ფაქტებზე რეაგირებისგან თავის შეკავება ხშირად უკავშირდება საკუთარ *ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ უსაფრთხოებაზე* ზრუნვას, რაც გამოკითხულთა 14,7%-მა აღნიშნა. რესპონდენტებს მოჰყავდათ მაგალითები, როცა ექიმი მოძალადის მხრიდან ფიზიკური ანგარიშსწორების მსხვერპლი გახდა მას შემდეგ, რაც მან ძალადობის ფაქტის შესახებ აცნობა სამართალდამცავ ორგანოებს. ექიმები ექვემდებარებიან ფსიქოლოგიურ წნეხსაც, მაგალითად, ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა: ***„ქუჩაში დანახვისას, მოძალადე დღემდე მეძახის „პოლიციელს პაგონების გარეშე“*** (ფოკუს-ჯგუფი, ლანჩხუთი). ექიმთა თქმით, პოლიციაც ყოველთვის დროულად ვერ რეაგირებს მოძალადის წინააღმდეგ ექიმის დასაცავად.

დროის დეფიციტი, როგორც პრობლემა ძალადობის ფაქტზე რეაგირებისათვის, რესპონდენტთა 6%-მა აღნიშნა. მათი აზრით, სავარაუდო მსხვერპლთა ფსიქოსოციალური პრობლემების განხილვა დაიკავებს ძალიან დიდ სამუშაო

დროს, ექიმს კი პაციენტთან კომუნიკაციისთვის საკმაოდ მცირე დრო აქვს განსაზღვრული. გარდა ამისა, ***დაბალი ანაზღაურების*** გამო ექიმებს უწევთ რამდენიმე კლინიკაში მუშაობა და დამატებითი დატვირთვა შეზღუდული დროისა და მცირე ხელფასის პირობებში რთულია. ასეთი გარემო და პირობები არ უქმნის მათ მოტივაციას, რომ ახალი პასუხისმგებლობები იკისრონ. კვლევის ერთ-ერთმა მონაწილემ აღნიშნა, რომ ექიმები გადატვირთულები არიან და დრო მკაცრად აქვთ გაწერილი: ***„ისინი ყოველთვის ვერ იტეხენ თავს იმაზე ფიქრით, არის თუ არა პაციენტი ძალადობის მსხვერპლი. ამ უკანასკნელთან მუშაობა დიდ დროს მოითხოვს, ხოლო ექიმს კართან პაციენტების რიგი აქვს.“***

ყურადსაღებია, რომ ***მსხვერპლისადმი უნდობლობა*** გამოკითხულთა 11,3%-ის მიერ დასახელდა, რაშიც ექიმთა ნაწილის განმარტებით, სავარაუდო მსხვერპლის მხრიდან საკითხის ინტერპრეტაციის, საკითხით მანიპულირების მცდელობას გულისხმობს. რესპონდენტთა 6,7% ბრალს დებს მსხვერპლს, რომ არ მიდის მოძალადისგან, ხოლო 18,5% თვლის, რომ ქალი თვითონ პროვოცირებს ძალადობას. აღნიშნული მიუთითებს, რომ მედიკოსთა ნაწილში არსებობს მსხვერპლის მიმართ წინასწარ ნეგატიური განწყობები, სტიგმატიზაციის და დადანაშაულების პრაქტიკა.

ექიმთა აზრით, ასევე პრობლემაა ის, რომ ხშირად მსხვერპლს უშუალო საფრთხის გავლის შემდეგ აღარ სურს საქმეს მსვლელობა მიეცეს, რადგან ეშინია, რომ მოძალადის ციხეში ჩასმის შემთხვევაში დაკარგავს მარჩენალს (ლანჩხუთის ფოკუს-ჯგუფი).

რესპონდენტების თქმით, სირთულეს ქმნის ისიც, რომ მსხვერპლები, როგორც წესი, ***მალავენ ტრავმის, დაზიანების ნამდვილ მიზეზს,*** თუმცა ბევრმა ასევე აღნიშნა, რომ გამოცდილი მედიკოსი ადვილად არჩევს საყოფაცხოვრებო ტრავმებსა და ძალადობის კვალს. ერთ-ერთმა მონაწილემ ლანჩხუთიდან თქვა, რომ პაციენტი ხშირად არ აღიარებს

სიმართლეს, ერიდება და საჭიროა კითხვების ფრთხილად შერჩევა.

ზემოაღნიშნული მონაცემები ნათლად ადასტურებს ექიმთა არასაკმარის და არასათანადო ინფორმირებულობას ძალადობის საკითხებზე რეაგირების არსებულ მექანიზმებსა და პრაქტიკულ გზებზე. აღნიშნული აუცილებლად საჭიროებს რეაგირებას, რადგან ყოველი შემთხვევა, როცა ექიმებმა არ/ვერ გამოიჩინეს სათანადო გულისხმიერება თუ მონდომება, ბოლომდე გაერკვიათ პაციენტის მდგომარეობა, ამ უკანასკნელისთვის შეიძლება ჯანმრთელობის მძიმე დაზიანებით ან სულაც ფატალურად დასრულდეს.

4.3. კოორდინაცია - სამედიცინო დაწესებულებების წარმომადგენლების თანამშრომლობა რეფერალური მექანიზმის სხვა მონაწილეებთან

რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის საკითხებზე ინფორმაციის გაცემა და დამუშავება ბოლო დროს დაიწყეს. კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელთა **მონაწილეობა რეფერირების მექანიზმში რიგი სირთულეებით ხასიათდება**, მაგალითად, ხშირად, შეუძლებელია სათანადო პროფესიონალთან დაკავშირება, არის კადრების ნაკლებობის ან გადატვირთულობის პრობლემა. ექიმები მიუთითებდნენ ფსიქოლოგიური მომსახურების ხელმიუწვდომლობაზე, რის გამოც ვერ ხერხდება, საჭიროებისას, მსხვერპლის ფსიქოლოგთან ან ფსიქიატრთან გადამისამართება დახმარების მისაღებად. შესაბამისად, მკურნალ ექიმებს, არცთუ იშვიათად, უწევთ ფსიქოლოგის ფუნქციის შეთავსება. როგორც კვლევის ერთ-ერთმა მონაწილემ მიუთითა, ეს ზრდის სხვა პროფილის ექიმებზე ზეწოლას, რომლებიც პროფესიონალი ფსიქოლოგები არ არიან, მათ არ უნდა აშფოთებდეთ აზრი, რომ თუ მსხვერპლმა თავს რაიმე დაუშავა, მორალური ანდა სამართლებრივი პასუხისმგებლობა დაე-

კისრებათ. ამდენად, ასეთ კომპლექსურ პრობლემაზე მულტიდისციპლინური ჯგუფი უნდა მუშაობდეს. როგორც ხონიდან კვლევის მონაწილემ აღნიშნა, მსხვერპლს სჭირდება შესაბამისი გარემოს შექმნა, რათა გაიხსნას და დახმარება ითხოვოს, ფსიქოლოგის დახმარება განსაკუთრებით საჭიროა, როცა არსებობს მსხვერპლის იდენტიფიკაციის პრობლემა.

გამოკითხულ ექიმთა ნახევარზე მეტის აზრით, ძალადობის ფაქტებზე სათანადო რეაგირებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი და ***ეფექტიანია მედპერსონალის თანამშრომლობა*** სოციალურ მუშაკებთან (50,2%). პოლიციას პრიორიტეტი მიანიჭა 29%-მა, პროკურატურას - 3,3%-მა, საგანმანათლებლო დაწესებულებებს - 5,2%-მა. ადგილობრივ თვითმმართველობასთან თანამშრომლობა მნიშვნელოვნად მიიჩნია მხოლოდ 3,9%-მა.

რესპონდენტთა თქმით, სასწრაფო დახმარების მხრიდან ოჯახში ძალადობის ფაქტზე რეაგირება უფრო ადეკვატურია, როცა გამოძახება თავიდანვე ფიქსირდება, როგორც ოჯახური კონფლიქტი ან ოჯახში ძალადობა, რადგან ამ შემთხვევაზე ერთობლივად მუშაობენ სამართალდამცავები, სოციალური მუშაკი და ექიმი. სასწრაფო დახმარების სამსახურში გამოიკვეთა ასევე პოლიციასთან თანამშრომლობის და სწრაფი რეაგირების მექანიზმის არსებობაც. დაზარალებულის ან ექიმის უსაფრთხოების რისკის არსებობისას, ექიმი წარმოთქვამს კოდურ სიტყვას „ამბულანს“ (Ambulance), რაც პოლიციას აუწყებს არსებული საფრთხის შესახებ და ადგილზე მათ დაუყოვნებლივ გამოცხადებას უზრუნველყოფს.

კვლევის მონაწილემ ფოთიდან აღნიშნა, რომ მის სამუშაო ადგილას ექიმები და ექთნები კარგად აცნობიერებენ, რამდენად მნიშვნელოვანია მათი ჩანაწერები, დეტალებზე ყურადღების გამახვილება ძალადობის ფაქტზე ეჭვის შემთხვევაშიც კი, რათა ეს ინფორმაცია გამოადგეს პოლიციას გამოძიების პროცესში ან საჭიროებისამებრ.

ექიმების მხრიდან რეფერირების სუბიექტებთან კოორდი-

ნაცია ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის ფაქტებზე რეაგირების მექანიზმად - ნაკლებად დასახელდა. ამბულატორიისა და ოჯახის ექიმების მხოლოდ 1%-მა ითანამშრომლა შესაბამის ორგანოებთან, ხოლო სტაციონარის შემთხვევაში - 30%-მა. რეფერალური მექანიზმის სხვადასხვა სუბიექტთან თანამშრომლობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი სასწრაფო დახმარების ექიმებში იყო (50%), რაც მათი სამუშაოს სპეციფიკით აიხსნება, რადგან ძალადობის შესახებ ეჭვის არსებობისას, შემთხვევის ადგილზე, პოლიციასა და სოციალურ მუშაკთან ერთად გადიან.

ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღიარა, რომ არ ჰქონდა გაცნობიერებული ყველა შესაბამის უწყებასთან თანამშრომლობის და შეთანხმებული მოქმედების მნიშვნელობა: ***„მეგონა, ძალადობის ფაქტებით მხოლოდ პოლიცია ინტერესდება და ინფორმაცია მხოლოდ მათთვის გროვდება და სხვა სტრუქტურებთან ურთიერთქმედება ნაკლებ საყურადღებოა. თუმცა ვხვდები, რომ ეს ინფორმაცია სოციალური ხასიათისაა, რომელიც მოითხოვს მის ზედმიწევნით გაანალიზებას და სხვადასხვა უწყების ჩართულობას. არ იქნება ცუდი, თუ სამედიცინო დაწესებულებაში გვეყოლება შესაბამისი კადრი, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ინფორმაციის გაანალიზებაზე და მასზე შესაბამის რეაგირებაზე“*** (ინტერვიუ ფოთიდან).

აღნიშნული მონაცემებიდან იკვეთება, რომ კოორდინაციის დაბალი ხარისხი, უპირველესად, განპირობებულია რეფერალური სუბიექტების არასაკმარისი ინფორმირებულობით სისტემაში შემავალი რგოლების მოვალეობებისა და ფუნქციების, ასევე თანამშრომლობის გზების თაობაზე.

4.4. სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენლების ხედვა გამოსავლის შესახებ

კითხვაზე, თუ როგორ შეიძლება გავზარდოთ ექიმების როლი ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის მიმართულებით, რესპონდენტთა პასუხები შემ-

დეგნაირად გადანაწილდა: 40,8%-ის აზრით, ამისათვის აუცილებელია ***მედპერსონალისთვის სხვადასხვა საგანმანათლებლო პროგრამის დანერგვა***. ექიმებმა აღნიშნეს, რომ ასეთი პროგრამები უნდა მოიცავდეს როგორც საკანონმდებლო მექანიზმებისა და რეფერირების სისტემის მუშაობის ირგვლივ ინფორმაციას, ასევე უნდა იძლეოდეს ცოდნას ექიმის როლისა და ფუნქციების, რეაგირების პროცესში მისი მოვალეობების, ძალადობის შემთხვევათა იდენტიფიკაციის შესახებ. გამოკითხულთა თქმით, აუცილებელია სამინისტროს მხრიდან ცალსახა პოზიციის დაფიქსირება, გასაგები და ზუსტი ინსტრუქციების შემუშავება და საჭირო მექანიზმების დანერგვა. ექიმების აზრით, საგანმანათლებლო ტიპის პროგრამები/ტრენინგ-კურსები, სასურველია, ჩატარდეს რეფერირების მექანიზმის იმ სუბიექტებთან ერთად, რომლებთანაც ხშირად უწევთ თანამშრომლობა, მათ შორის, პოლიციელებთან და სოციალურ მუშაკებთან.

20,6%-ის აზრით, საჭიროა ***ცნობიერების ამაღლების ხელშემწყობი კამპანიების განხორციელება,*** ჯანდაცვის სისტემის თანამშრომლების როლზე ძალადობის ფაქტებზე რეაგირების საქმეში. ***კოორდინაციის სისტემის გაუმჯობესება*** სამედიცინო სფეროს მუშაკებსა და რეფერირებაში ჩართულ სხვა სუბიექტებს შორის პრიორიტეტად მიაჩნია გამოკითხულთა 16,4%-ს.

სადამსჯელო მექანიზმების შემოღებას, სამედიცინო პერსონალის მხრიდან სათანადო რეაგირების უზრუნველსაყოფად, გამოკითხულთა 7,8%-მა დაუჭირა მხარი. ზოგიერთი რესპონდენტის აზრით, საჭიროა დისციპლინური პასუხისმგებლობის დანერგვა მედიკოსების მიერ ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის ფაქტის დამალვისთვის.

ექიმთა 12,9%-ის აზრით, სამედიცინო დაწესებულებებში **სპეციალური კადრის გამოყოფა,** რომელიც პასუხისმგებელი იქნება ექიმების მიერ გამოვლენილი ძალადობის ფაქტების გაანალიზებასა და შესაბამის რეაგირებაზე, ხელს შეუწყობს არსებული პრაქტიკის გაუმჯობესებას.

ამ კითხვაზე, ექიმთა პასუხების რეგიონული მაჩვენებლები ასე გამოიყურება:

სამუშაო ადგილი	სხვადასხვა საგანმანათლებლო პროგრამის შემოღება	კოორდინაციის სისტემის ხელშეწყობა	საზოგადოების ცნობიერების ასამაღლებელი კამპანიები	დისციპლინური პასუხისმგებლობის შემოღება	სპეციალური კადრის გამოყოფა ფაქტებზე რეაგირებისთვის	სხვა
ქალაქი	60%	20%	30%	5%	5%	0
სოფელი	80%	45%	40%	20%	15%	0

ამდენად, კვლევამ ნათლად გამოკვეთა ჯანდაცვის სისტემის უმთავრესი გამოწვევები ქალთა მიმართ და ოჯახში ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლაში ექიმთა ჩართულობის თვალსაზრისით. ვიმედოვნებთ, იდენტიფიცირებული პრობლემები გულგრილს არ დატოვებს სისტემის მესვეურებს და რეფორმის განხორციელების პროცესი უფრო სწრაფად და გამჭვირვალედ წარიმართება.

კულტურულ-ჰუმანიტარული ფონდი „სოხუმი“

კვლევაზე მუშაობდნენ

ფონდი „სოხუმის“ თბილისის წარმომადგენლობის ოფისის
და ქუთაისის სათაო ოფისის მონიტორინგის ჯგუფის
წარმომადგენლები:

ეკატერინე გამახარია, ლელა ხათრიძე,
ემა კამკია, ხათუნა გოგუა, თეა გოლეთიანი

პროექტის დირექტორი - ალლა გამახარია

რედაქტორი - ლალი შენგელია

დიზაინი - ლია კოსტავა

მისამართი:
ქ. ქუთაისი, მგალობლიშვილის 6
ტელ: (431) 27 13 68
597 40 51 46
ელფოსტა: womansukhumi@gmail.com
ვებგვერდი: www.fsokhumi.ge
ფეისბუქგვერდი: www.facebook.com/fsokhumi/