



## სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზი საქართველოში



გაეროს ქალთა ორგანიზაცია (UN Women) არის გაერთიანებული ერების სააგენტო, რომელიც გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობისა და ქალთა შესაძლებლობების გაზრდის საკითხებზე მუშაობს. ორგანიზაციის დაარსების მიზანს, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, ქალთა და გოგონათა ინტერესების დაცვა და მათი პრიორიტეტების დაკმაყოფილება წარმოადგენს.

გაეროს ქალთა ორგანიზაცია მხარს უჭერს გაერთიანებული ერების წევრ სახელმწიფოებს გენდერული თანასწორობის მიღწევის საყოველთაო სტანდარტების შემუშავებაში; თანამშრომლობს მთავრობებსა და სამოქალაქო საზოგადოებასთან ამ სტანდარტების შესაბამისი კანონმდებლობის, პოლიტიკის, პროგრამებისა და მომსახურების შექმნის პროცესში. გაეროს ქალთა ორგანიზაცია ხელს უწყობს ცხოვრების ყველა სფეროში ქალთა თანაბარ მონაწილეობას და განსაკუთრებულ აქცენტს ხუთ ძირითად მიმართულებაზე აკეთებს: ქალთა ლიდერობისა და მონაწილეობის გაზრდა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში; ქალთა მიმართ ძალადობის აღმოფხვრა; სამშვიდობო და უსაფრთხოების პროცესების ყველა ასპექტში ქალთა მონაწილეობის უზრუნველყოფა; ქალთა ეკონომიკური გაძლიერება და გენდერული თანასწორობის პრინციპების, როგორც მნიშვნელოვანი პრიორიტეტის, ინტეგრირება ქვეყნის განვითარების დაგეგმვისა და ბიუჯეტის განსაზღვრის პროცესებში. ამასთან, გაეროს ქალთა ორგანიზაცია ახორციელებს გაეროს სისტემაში გენდერულ თანასწორობასთან დაკავშირებული საქმიანობის კოორდინაციასა და წახალისებას.

*ამ პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ავტორისეულია და შესაძლოა არ გამოხატავდეს გაეროს ქალთა ორგანიზაციის (UN Women), გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის (United Nations) ან რომელიმე მისი წევრი ორგანიზაციის მოსაზრებებს.*

პუბლიკაცია დაიბეჭდა გაეროს ქალთა ორგანიზაციის პროექტების „ქალები თანასწორობის, მშვიდობისა და განვითარებისათვის“ და „ინოვაციური ინიციატივა გენდერული თანასწორობისათვის“ ფარგლებში, ნორვეგიის მთავრობის და ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით. კვლევა ჩაატარა „სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტმა“.

განსაკუთრებული მადლობა „სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის“ ხელმძღვანელს, იაგო კაჭკაჭიშვილს და ამ ორგანიზაციის მკვლევარს - სოფო დავითურს. აგრეთვე, გაეროს ქალთა ორგანიზაციის საქართველოს ოფისის გუნდს თამარ თავართქილაძეს, თამარ საბედაშვილს, ხათუნა კუნჭულიას და ანა ფაშალიშვილს მათ მიერ გაწეული ხელმძღვანელობისა და დახმარებისთვის.

**რედაქტორი:** ანა გეგეჭკორი

**დაკაბადონება:** ნატა ყუბანეიშვილი

**ფოტო:**

© UN Women 2014

© სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი ([www.issa-georgia.com](http://www.issa-georgia.com)) 2014

კვლევა დაბეჭდილია შპს „ფაუნტეინ ჯორჯია“-ს მიერ.

ISBN

# სარჩევი

I. შესავალი: სოციალური პოლიტიკის ზოგადი მიმოხილვა.....	6
II. კვლევის მეთოდოლოგია .....	10
2.1. მეორადი მონაცემების ანალიზი.....	11
2.2. ჩაღრმავებული ინტერვიუები .....	12
2.3. ფოკუს ჯგუფები.....	13
III. საქართველოს მოსახლეობის სოციო-დემოგრაფიული და ეკონომიკური ასპექტები.....	14
IV. სამიზნე ჯგუფების ძირითადი სოციო-დემოგრაფიული და ეკონომიკური მახასიათებლები და საჭიროებები.....	26
4.1. იძულებით გადაადგილებული პირები.....	26
4.2. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები .....	30
4.3. მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები .....	31
4.4. პატიმარი ქალები .....	32
4.5. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები .....	34
V. ფულადი სოციალური დახმარება (საარსებო შემწეობა).....	38
VI. სოციალური დაცვა.....	42
6.1. სოციალური დაცვა იძულებით გადაადგილებული ქალებისთვის .....	47
6.2. სოციალური დაცვა ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის .....	48
6.3. სოციალური დაცვა მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალებისთვის .....	49
6.4. სოციალური დაცვა პატიმარი ქალებისთვის .....	49
6.5. სოციალური დაცვა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისთვის .....	54
VII. სახელმწიფო პროგრამები ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით.....	59
7.1. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები იძულებით გადაადგილებული ქალებისთვის.....	64
7.2. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის.....	65
7.3. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალებისთვის.....	66
7.4. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები პატიმარი ქალებისთვის.....	66
7.5. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისთვის.....	70
VIII. .... ქალების დასაქმება, განათლება და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობა	73
8.1. დასაქმება.....	73

8.2.	განათლება და ჩართულობა საზოგადოებრივ აქტივობებში .....	77
8.3.	დასაქმება, განათლება და საზოგადოებრივ აქტივობებში ჩართულობა სამი სამიზნე ჯგუფის მიხედვით (იძულებით გადაადგილებული პირები, მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები).....	78
8.4.	შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალების განათლება, დასაქმება, საზოგადოებრივ აქტივობებში ჩართულობა და ინფრასტრუქტურა .....	78
<b>IX.</b>	<b>ადგილობრივი თვითმმართველობისა და ცენტრალური ხელისუფლების პროექტები ქალებისთვის, სტრატეგია და გენდერული ბიუჯეტირება .....</b>	<b>85</b>
<b>X.</b>	<b>დასკვნები და რეკომენდაციები .....</b>	<b>88</b>
10.1.	იძულებით გადაადგილებული ქალები .....	92
10.2.	ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები .....	93
10.3.	საქართველოს მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები .....	96
10.4.	პატიმარი ქალები .....	97
10.5.	შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები .....	98

## I. შესავალი: სოციალური პოლიტიკის ზოგადი მიმოხილვა

საქართველოს, როგორც ახალი დამოუკიდებელი ქვეყნის განვითარება, სამ პერიოდად შეიძლება დაიყოს: 1. 1991-1995; 2. 1995-2003 და 3. 2003 წლის შემდეგ.

*პირველ პერიოდში (1991-95)*, სამოქალაქო ომისა და ტერიტორიული კონფლიქტების ფონზე, ადგილი ჰქონდა სახელმწიფოს ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის კატასტროფულ გაუარესებას. მთლიანი შიდა პროდუქტის 72%-ით შემცირება უპრეცედენტო იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის დაშლის შედეგად წარმოქმნილი ახალი დამოუკიდებელი სახელმწიფოებისათვის, რომლებიც იდგნენ ეკონომიკური პრობლემების და სოციალური მდგომარეობის ზოგადი გაუარესების წინაშე.

ეკონომიკური კატასტროფის თანმდევ საბიუჯეტო კრიზისს მოჰყვა სახელმწიფოს მიერ ნაკისრ სოციალური ვალდებულებებზე პრაქტიკულად უარის თქმა. ამის მაგალითი იყო პენსიების, როგორც ყველაზე მსხვილი სახელმწიფო სოციალური პროგრამის, ფაქტობრივი გაუქმება - პენსიის ოდენობა შემცირდა თვეში დაახლოებით ერთ დოლარამდე.

აღნიშნულ პერიოდში ქვეყანაში შენარჩუნებული იყო დიდი ნაწილი იმ სოციალური ბენეფიტებისა, რაც საბჭოთა პერიოდის ბოლო წლებში არსებობდა<sup>1</sup>:

- დახმარება დროებით შრომით უუნაროზე
- დახმარება დროებით შრომით უუნარობაზე ავადმყოფის მოვლისათვის
- დახმარება ორსულობასა და მშობიარობაზე
- დახმარება ნაკლებად უზრუნველყოფილი ოჯახის ბავშვებზე
- დახმარება ბავშვის დაბადებასთან დაკავშირებით
- ბავშვის წლინახევარი ასაკის შესრულებამდე
- ბავშვის 1.5-დან 3 წლამდე
- დახმარება დაკრძალვის ხარჯებთან დაკავშირებით
- პენსია მომუშავე პენსიონერებზე
- მშრომელთა სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა და დასვენება
- ბავშვთა მომსახურება ბავშვთა და მოზარდა ბანაკებსა და სანატორიუმებში
- ბავშვთა სკოლის გარეშე მომსახურება

1991/92 წლების სამოქალაქო ომისა და შიდა კონფლიქტების გამო ქვეყნის ბიუჯეტი მინიმუმამდე დავიდა. ძალიან მაღალი იყო ინფლაცია. ამან გამოწვია სოციალური დახმარების სისტემის ეფექტურობის შემცირება და აღნიშნული დახმარებების თანდათანობითი ლიკვიდაცია. 1992 წლიდან 1995 წლამდე სოციალურ დახმარებებში ზემოთ ჩამოთვლილი ბენეფიტების წილი ძალიან მცირე იყო. სოციალური დახმარების ძირითად სახეს წარმოადგენდა

<sup>1</sup> წყარო: სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის ბიუჯეტის საბუღალტრო აღიცხვა, 1992 წელი.

სხვადასხვა ქვეყნებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ მოსახლეობის გარკვეულ კატეგორიებისადმი გაცემული ჰუმანიტარული დახმარება საკვებისა და ტანსაცმლის სახით. ეს დახმარებები არ იყო სისტემატური და უფრო ქაოტურ ხასიათს ატარებდა. ჰუმანიტარულ დახმარებას შედარებით სტაბილურად იღებდნენ იძულებით გადაადგილებული პირები. თუმცა, ამ მიმართულებითაც მაღალი იყო სერვისის არაორგანიზებულობის ხარისხი.

ამ პერიოდში სოციალური დახმარების ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენდა შეღავათები სხვადასხვა კომუნალურ გადასახადებზე (ელექტროენერგია, ბუნებრივი აირი, წყალი, ტელეფონი).

მას შემდეგ რაც, შეიარაღებული დაპირისპირების და ეთნიკური კონფლიქტების (ქართულ-ოსური, ქართულ-აფხაზური) შედეგად, ქვეყანაში გაჩნდნენ იძულებით გადაადგილებული პირები, დაიწყო ფულადი სოციალური დახმარების გაცემა დევნილ მოსახლეობაზე.

**მეორე პერიოდისათვის (1995 – 2003)** დამახასიათებელი იყო ზოგადი სტაბილიზაცია, რის ფონზეც აღინიშნა ეკონომიკური ზრდა და დამოუკიდებელი სახელმწიფოსათვის დამახასიათებელი ძირითადი ატრიბუტების ეტაპობრივი ჩამოყალიბება. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ამ პერიოდში ცვლილებების ნელი ტემპებით განხორციელება ვერ პასუხობდა მოსახლეობის მოლოდინებს ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიმართულებით.

ეკონომიკური სტაბილიზაციის ფონზე, პერმანენტული საბიუჯეტო დავალიანებების მიუხედავად, მინიმალური პენსია დაახლოებით 7-ჯერ გაიზარდა (14 ლარი, რაც იმ პერიოდისათვის დაახლოებით იყო \$6,4), რამაც ეკვივალენტური მოზრდილის საარსებო მინიმუმის 19% შეადგინა. სტატისტიკის (ციფრების) მიღმა იდგა საბჭოთა პენსიის არსის ცვლილება. თუ საბჭოთა პერიოდისათვის პენსიის გარკვეული ნაწილი (სოციალური დაზღვევის პრინციპიდან გამომდინარე) უკავშირდებოდა შრომით სტაჟს და დროის ამ მონაკვეთში განხორციელებულ სოციალურ შენატანებს, მეორე პერიოდში შემოიღეს ე.წ. “ბრტყელი” პენსიის ფორმა, რამაც ასაკოვანი მოქალაქეებისათვის არადიფერენცირებული სოციალური დახმარების სახე მიიღო.

1995 წელს საქართველომ მიიღო ახალი კონსტიტუცია, რომელმაც გააუქმა საბჭოთა პერიოდის კანონმდებლობა. შესაბამისად, ასაკოვანი ადამიანების შემოსავლით უზრუნველყოფის სფეროში შეიქმნა საკანონდებლო ვაკუუმი. ამ ვაკუუმის შევსების მცდელობები განხორციელდა 1998 და 1999 წლებში, აგრეთვე, 2003 წელს („ვარდების“ რევოლუციამდე), როდესაც საქართველოს პარლამენტმა მიიღო საპენსიო კანონების ახალი პაკეტი, რომლის თანახმადაც ყველა სახის სადაზღვევო პენსია შეიცავდა ორ კომპონენტს: ა) მინიმალურ საბაზისო ნაწილს, რომელიც გარანტირებული და თანაბარი იქნებოდა ყველასათვის, ვინც აკმაყოფილებს პენსიაზე გასვლის მოთხოვნებს (ასაკს, სადაზღვევო სტაჟს, ჯანმრთელობის შეზღუდვის ხარისხს, გარდაცვლილი ოჯახის წევრის კმაყოფაზე ყოფნის ფაქტს) და ბ) სადაზღვევო ნაწილს, რომლის სიდიდე დიფერენცირებული და დამოკიდებული იქნებოდა სადაზღვევო სტაჟის ხანგრძლივობაზე და სადაზღვევო შენატანების სიდიდეზე. აღსანიშნავია, რომ შემოთავაზებული მოდელის დაფინანსება უნდა განხორციელებულიყო ფორმალურ სექტორში დასაქმებული ადამიანების შრომის სოციალური დაზღვევის შენატანის (33%) ხარჯზე. 33%-იანი სავალდებულო შენატანის

28% მოაზრებული იყო საპენსიო შენატანად, ხოლო 5% - ჯანმრთელობის ხარჯების ასანაზღაურებლად. 28%-დან 20% მოხმარდებოდა ყველასათვის თანაბარი ე.წ. ბაზისური პენსიის დაფინანსებას, ხოლო 8% მიმართული იქნებოდა ინდივიდუალურ ანგარიშებზე, ახლად შემოღებული ინდივიდუალური სადაზღვევო ნაწილის დასაფინანსებლად. ფაქტობრივად, ეს აღმოჩნდა ნომინალური ცვლილებები, რომლებიც რეალურად არ განხორციელებულა ორი მიზეზების გამო: ა) არ არსებობდა მათი აღსრულების ინსტიტუციური მექანიზმები და ბ) ხელისუფლება შეიცვალა რევოლუციურ რეჟიმში (მოხდა ე.წ. „ვარდების“ რევოლუცია).

1995 წლიდან, ქვეყანაში პოლიტიკური და ეკონომიკური სიტუაციის შედარებით დასტაბილურების შემდეგ, მოქმედება დაიწყო სხვადასხვა სოციალური დახმარების პროგრამებმა. მათ შორის აღსანიშნავია ე.წ. „საოჯახო დახმარების“ და უმუშევართა შემწეობის პროგრამები. ამავე პერიოდში გარკვეული კატეგორიის მოქალაქეებისათვის (II მსოფლიო ომის ინვალიდები, პერსონალური პენსიონერები, მრავალშვილიანები და სხვ.) ფუნქციონირებდა სხვადასხვა ტიპის შეღავათები კომუნალურ გადასახადებზე.

აღნიშნული ფედერალური (სახელმწიფო) ბენეფიტების გარდა, აღნიშნულ პერიოდში გაიცემოდა სხვადასხვა რეგიონული და მუნიციპალური დახმარებები, რომლებიც ძირითადად არამონეტარულ ხასიათს ატარებდა (მაგალითად, თბილისის მერია ომის ვეტერნებს და მრავალშვილიან ოჯახებს ურიგებდა სასურსათო ტალონებს, რიგდებოდა ვაუჩერები ელექტროენერგიაზე და სხვ.).

*მესამე პერიოდისათვის (2003 წლიდან დღემდე)* დამახასიათებელია სახელმწიფოს მმართველი ვერტიკალის უპრეცედენტო გაძლიერება, რის ფონზეც შესაძლებელი გახდა სახელმწიფო მმართველობის ბევრ სეგმენტში რადიკალური რეფორმების გატარება. ქვეყნის სოციალურ სიტუაციაზე გავლენის პოტენციალის თვალსაზრისით, ამ ეტაპზე განხორციელებული რეფორმებიდან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეკონომიკის სექტორში გატარებული ლიბერალური რეფორმები ეკონომიკის დერეგულირების მიმართულებით. კორუფციის მკვეთრი შემცირების ფონზე უპრეცედენტოდ გაიზარდა საბიუჯეტო შემოსავლები. ამან შესაძლებელი გახადა ყურადღება გამახვილებულიყო სოციალურ სექტორზე და განხორციელებულიყო საბიუჯეტო შემოსავლების გადანაწილების პოლიტიკის ცვლილება.

ამ წლებში ძირეულად შეიცვალა სოციალური დახმარებების სისტემა. 2005 წელს მიღებულ იქნა პოლიტიკური გადაწყვეტილება სოციალური ბიუჯეტის მიზნობრივად განაწილების დაწყების შესახებ. ამ პერიოდამდე ქვეყანაში ფუნქციონირებდა **კატეგორიებზე დაფუძნებული სოციალური დახმარების სისტემა**, ანუ დახმარებას იღებდნენ გარკვეული კატეგორიის ადამიანები (მარტოხელა პენსიონერები, ობოლი ბავშვები, იძულებით გადაადგილებული პირები და სხვ.). ძირეული ცვლილების არსი მდგომარეობდა იმაში, რომ სოციალური ბენეფიცირება უნდა შეხებოდა მოსახლეობის ეკონომიკურად ღარიბ ნაწილს. იმისათვის, რომ გამოევიდინათ უღარიბესი ოჯახები, ამუშავდა ფულადი სოციალური დახმარების (საარსებო შემწეობის) პროგრამა, რომლის საფუძველს წარმოადგენს შინამეურნეობების კეთილდღეობის შეფასება Proxy Mean Testing (PMT-ის მეთოდით. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს და სხვა



მაღალი სოციალური საჭიროების მქონე ჯგუფების წარმომადგენლებს უფრო მეტი შანსი გაუჩნდათ მიიღონ დახმარება აღნიშნული მეთოდოლოგიის შესაბამისად.

2006 წელს მიღებულ იქნა *„კანონი სოციალური დახმარების შესახებ“*, რომლის ძირითადი პრინციპები ასე ჩამოყალიბდა<sup>2</sup>:

- ა) სოციალური დახმარების, როგორც საჭიროების შეფასებაზე დაფუძნებული სახელმწიფო მხარდაჭერის, მაგრამ არა კანონით გარანტირებული უპირობო უფლების, აღიარება;
  - ბ) სოციალური დახმარების სისტემის მეშვეობით სათანადო რესურსების მიზანმიმართული გადანაწილება სპეციალური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებზე, დატაკ ოჯახებსა და უსახლკარო პირებზე;
  - გ) სოციალური მომსახურების ალტერნატიული სახეების განვითარების ხელშეწყობა.
- მაშასადამე, კანონის მიხედვით, სოციალური დახმარება უნდა გაცემულიყო მათზე, ვინც საჭიროებდა ამ დახმარებას - მოსახლეობის უღარიბეს ნაწილზე.

2006 წლის 1 ივნისიდან ყველა ახალი სოციალური დახმარების დანიშვნა საქართველოში ხორციელდება სწორედ Proxy Mean Testing (PMT) მეთოდოლოგიაზე დაყრდნობით (ამ მეთოდოლოგიის შესახებ უფრო დეტალურად იხილეთ ქვემოთ).

ეკონომიკური პოლიტიკის ცვლილებამ გავლენა მოახდინა საპენსიო კანონმდებლობით დადგენილი სოციალურ პოლიტიკაზეც და მოითხოვა მისი გადახედვა. 2004 წლის შემდგომ მთავრობამ დაიწყო სახელმწიფო პენსიების ეტაპობრივი ზრდა. 2005 წელს პენსიები ნაცვლად 14 ლარისა გახდა 28 ლარი 2006-ში 38 და ა.შ. ამასთან ერთად 2007 წელს საქართველოს მთავრობამ მიიღო დადგენილება ”შრომითი სტაჟის მიხედვით საპენსიო ასაკის საფუძვლით დანიშნული სახელმწიფო პენსიის დანამატის განსაზღვრის შესახებ”, რომელიც ითვალისწინებს საპენსიო ასაკის საფუძვლით დანიშნულ მინიმალურ პენსიაზე დანამატს (მაქსიმუმ 10 ლარამდე). დღეისათვის (შრომითი სტაჟის დანამატის გარეშე) ქვეყანაში ასაკის საფუძვლით დანიშნული პენსიის ოდენობა შეადგენს 150 ლარს.

---

<sup>2</sup> საქართველოს კანონი სოციალური დახმარების შესახებ, მუხლი 5.

## II. კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის ძირითადი მიზანი იყო სოციალური დაცვისა და ეკონომიკური პოლიტიკის გენდერული ჭრილით გაანალიზება. მიზნის მისაღწევად, ანალიზი სამ სხვადასხვა დონეზე ჩატარდა:

1. ეროვნული პოლიტიკის დონეზე, იმის გასარკვევად თუ ნაციონალური სოციალური პოლიტიკა რამდენად შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებსა და პრინციპებს გენდერული თანასწორობისა და ქალთა უფლებების მიმართულებით, როგორცაა: კონვენცია ქალთა მიმართ ყველა ფორმის დისკრიმინაციის აღმოფხვრის შესახებ (CEDAW), გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის უშიშროების საბჭოს რეზოლუციები ქალებზე, მშვიდობასა და უსაფრთხოებაზე #1325 და სხვა, რომლებიც გამოკვეთენ ქალთა თანასწორი და სრული ჩართვის აუცილებლობას კონფლიქტების მოგვარების, მშვიდობის დაცვისა და შენარჩუნების პოლიტიკაში და ა.შ.
2. ეროვნული ინსტიტუტების დონეზე, იმის გასარკვევად, თუ რამდენად უზრუნველყოფს და რა შესაძლებლობები გააჩნია ქვეყანაში არსებულ აღმასრულებელ და საკანონმდებლო სტრუქტურებს, ინსტიტუტებსა და ორგანიზაციებს ქალთა სხვადასხვა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის (იძულებით გადაადგილებული პირები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები, კონფლიქტებით დაზარალებული ქალები, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები, მოქმედი და ყოფილი პატიმარი ქალები, მაღალმთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები და სხვ.) ადეკვატური ინფორმაციისა და სერვისების მისაწოდებლად, მათი მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით.
3. პრაქტიკის (grassroots) დონეზე, იმის გასარკვევად, თუ რამდენად ხელეწიფებათ ქალთა სხვადასხვა მოწყვლად ჯგუფებს (იძულებით გადაადგილებული პირები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები, კონფლიქტებით დაზარალებული ქალები, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები, მოქმედი და ყოფილი პატიმარი ქალები, მაღალმთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები და სხვ.) მონაწილეობდნენ პოლიტიკის განსაზღვრისა და გადაწყვეტილებების მიღების პროცესებში, რაც მათ ცხოვრებას განსაზღვრავს.

კვლევის მიზნის მისაღწევად შემდეგი ამოცანების შესრულება იყო საჭირო:

- ✓ არსებული სახელმწიფო სოციალური პოლიტიკისა და სხვადასხვა საკანონმდებლო დოკუმენტების ანალიზი და გენდერული ჭრილით შეფასება;
- ✓ ჩაღრმავებული ინტერვიუებისა და ჯგუფური დისკუსიების ჩატარება.

აღნიშნული მიზნებისა და ამოცანების მისაღწევად, სოციალური კვლევის შემდეგი მეთოდები იქნა გამოყენებული:

1. მეორადი მონაცემების ანალიზი (desk research) - დოკუმენტების და არსებული ემპირიული კვლევების ანალიზი;
2. ჩადრმავებული ინტერვიუები სახელმწიფო სტრუქტურების (სამინისტროების) და სხვადასხვა ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლებთან;
3. ფოკუს ჯგუფები სამიზნე ჯგუფებთან.

კვლევის სამიზნე ჯგუფებს წარმოადგენდნენ:

- ✓ ყოფილი პატიმარი და პატიმარი ქალები;
- ✓ ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები;
- ✓ იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული ქალები;
- ✓ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები;
- ✓ მთაში მცხოვრები ქალები.

## 2.1. მეორადი მონაცემების ანალიზი

კვლევის აღნიშნული მეთოდი არსებული მონაცემების სისტემატიზაციის და გაანალიზების საშუალებას იძლევა. ამ შემთხვევაში, მეთოდი გულისხმობდა არსებული სახელმწიფო პოლიტიკის, პროგრამებისა და გეგმების ანალიზს, რომელიც ეხება კვლევის სამიზნე ჯგუფებს. ამასთან ერთად, მოხდა საკანონმდებლო და იურიდიული დოკუმენტების ანალიზიც, რომლებიც ეხება სოციალურ დაცვას (განსაკუთრებით, მოწყვლადი ჯგუფების ქალების სოციალურ დაცვას) და გენდერულ თანასწორობას. სამიზნე პროგრამები და საკითხები იყო:

- ✓ ფულადი სოციალური დახმარება (საარსებო შემწეობა);
- ✓ სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც მიემართება მოქალაქეთა ეკონომიკურ გაძლიერებაზე და რომლებსაც, ძირითადად, ახორციელებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და ა.შ.
- ✓ რეგიონული განვითარების სტრატეგიები და ადგილობრივი ხელისუფლების პროგრამები გაეროს ქალთა ორგანიზაციის პროექტების, WEPD<sup>3</sup> და IAGE<sup>4</sup>, სამიზნე მუნიციპალიტეტებში (თეთრიწყარო, მარნეული, გორი, სამტრედია, ზუგდიდი და თიანეთი) კონკრეტული ფოკუსით იძულებით გადაადგილებულ, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე, პატიმარ, მთაში მცხოვრებ და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებზე;
- ✓ აქამდე ჩატარებული კვლევები და ანალიტიკური ანგარიშები.

კვლევაში ჩართული იყო ექსპერტი იურიდიულ საკითხებში, რომელმაც გაანალიზა სახელმწიფო დოკუმენტები CEDAW-სა და გაეროს უშიშროების საბჭოს რეზოლუციებთან ქალებზე, მშვიდობასა და უსაფრთხოებაზე (#1325 და სხვა) პრინციპებთან შესაბამისობაში. პირველ რიგში, ექსპერტმა გაანალიზა, თუ რამდენად იყო კანონმდებლობა, რეგულაციები და

<sup>3</sup> გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ განხორციელებული პროექტი „ქალები თანასწორობის, მშვიდობისა და განვითარებისთვის საქართველოში“ (“Women for Equality, Peace and Development in Georgia”)

<sup>4</sup> გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ განხორციელებული პროექტი „ინოვაციური მოქმედება გენდერული თანასწორობისთვის საქართველოში“ (“Innovative Action for Gender Equality in Georgia”)

პროგრამები რელევანტური სოციალურ და ეკონომიკურ პოლიტიკასთან ორი ძირითადი მიმართულებით:

1. ქალების უფლებების დაცვა ზოგადად;
2. სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფების საჭიროებების გათვალისწინება.

ამის შემდეგ, ექსპერტმა გაანალიზა, თუ სოციალური დაცვის რა მექანიზმებს სთავაზობდა სახელმწიფო ქალებს და იყო თუ არა აღნიშნული მექანიზმები რელევანტური CEDAW<sup>5</sup> და გაეროს უშიშროების საბჭოს რეზოლუციებთან ქალებზე, მშვიდობასა და უსაფრთხოებაზე (#1325 და სხვ.).

## 2.2. ჩაღრმავებული ინტერვიუები

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ინტერვიუები (ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის - გაიდლაინის მეშვეობით) რელევანტური სახელმწიფო ინსტიტუტების (სამინისტროების) და ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების წარმომადგენლებთან სამიზნე რეგიონებში: თეთრიწყაროს, მარნეულის, გორის, სამტრედიის, ზუგდიდისა და დუშეთის მუნიციპალიტეტებში. სულ ჩატარდა 15 ჩაღრმავებული ინტერვიუ, აქედან რვა - სამინისტროების წარმომადგენლებთან, ხოლო შვიდი - ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლებთან. რესპონდენტების დეტალური სია იხ. ცხრილში №1.

ცხრილი №1

სამინისტროების წარმომადგენლები	<p>მინისტრის პირველი მოადგილე <i>საქართველოს რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო</i></p> <p>მინისტრის მოადგილე <i>საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო</i></p> <p>მინისტრის მოადგილე <i>საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო</i></p> <p>ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის უფროსი <i>საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო</i></p> <p>სოციალური დაცვის დეპარტამენტის უფროსი <i>საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო</i></p> <p>დასაქმების პროგრამების დეპარტამენტის უფროსი <i>სოციალური მომსახურების სააგენტო, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო</i></p> <p>სოციალური პროგრამების სამმართველოს უფროსი; მეურვეობა-მზრუნველობის სამმართველოს უფროსი <i>სოციალური მომსახურების სააგენტო, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო</i></p> <p>ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების სამმართველოს უფროსი <i>სოციალური მომსახურების სააგენტო, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო</i></p>
ვი ცი თვითმმართველობის წარმომადგენელი	<p>ზუგდიდის მუნიციპალიტეტის გამგეობის საზოგადოებასთან ურთიერთობის განყოფილების უფროსი (<i>ზუგდიდი</i>)</p> <p>სამტრედიის მუნიციპალიტეტის საკრებულოსა და გამგეობის გენდერული ბიუჯეტის საკითხებზე მომუშავე ჯგუფის წევრი (<i>სამტრედია</i>)</p> <p>სამტრედიის მუნიციპალიტეტის საკრებულოსა და გამგეობაში შექმნილი გენდერული ბიუჯეტის საკითხებზე მომუშავე ჯგუფის წევრი (<i>სამტრედია</i>)</p>

<sup>5</sup> Committee on the Elimination of Discrimination against Women

	მარნეულის გამგებლის მრჩეველი გენდერულ საკითხებში (მარნეული)
	თეთრიწყაროს გამგებლის წარმომადგენელი (თეთრიწყარო)
	დუშეთის საკრებულოს თავმჯდომარე (დუშეთი)
	გორის გამგებლის მრჩეველი გენდერულ საკითხებში (გორი)

ჩაღრმავებულ ინტერვიუებზე განიხილებოდა ისეთი საკითხები, როგორებიცაა სახელმწიფო პროგრამები სამიზნე ჯგუფებისთვის, გენდერული თანასწორობა, გენდერული ბიუჯეტირება, სამოქმედო გეგმები და ა.შ.

### 2.3. ფოკუს ჯგუფები

სულ 5 ფოკუს ჯგუფი ჩატარდა სამიზნე რეგიონებში სამიზნე ჯგუფებთან. ესენია:

1. იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული ქალები შიდა ქართლის რეგიონში, კერძოდ, გორში;
2. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები (რომლებიც, ამავედროულად, არიან იძულებით გადაადგილებული და კონფლიქტის შედეგად დაზარალებული ქალები) სამეგრელოს რეგიონში, კერძოდ, ანაკლიაში;
3. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები მარნეულში;
4. მთაში მცხოვრები ქალები დუშეთში;
5. ყოფილი პატიმარი ქალები თბილისში.

ჯგუფური დისკუსიის მონაწილეები შეირჩნენ სხვადასხვა სოციო-ეკონომიკური კრიტერიუმის გათვალისწინებით, როგორებიცაა: განათლების დონე, დასაქმების სტატუსი, ასაკი, საშუალო თვიური შემოსავალი და ა.შ.

შემდეგ ეტაპზე მოხდა ჩაღრმავებული ინტერვიუებისა და ჯგუფური დისკუსიის გამიფრვა აუდიო მასალებიდან და მათი ფორმალიზება. საბოლოო ჯამში მოხდა მონაცემების დამუშავება და ანალიზი.

### III. საქართველოს მოსახლეობის სოციო-დემოგრაფიული და ეკონომიკური ასპექტები

საქართველოს მოსახლეობა, 2014 წლის 1 იანვრის მონაცემებით<sup>6</sup>, თითქმის ოთხ ნახევარ მილიონს (4 490 500) შეადგენს. მათ შორის ქალთა რაოდენობა მეტია, ვიდრე მამაკაცებისა (მამაკაცი - 2 141 400, ქალი - 2 349 100. მამაკაცი - 47.7%, ქალი - 52.3%). ყველაზე მეტი ადამიანი თბილისშია თავმოყრილი (1 175 200), ხოლო ყველაზე ნაკლები - რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში (45 900).

**ქორწინება<sup>7</sup>:** რეგისტრირებულ ქორწინებათა რიცხვი, 2013 წლის მონაცემებით, წინა წელთან შედარებით, გაზრდილია და 2012 წლის მონაცემებს 14.1%-ით აღემატება (შეადგინა 34 693 ერთეული). გაზრდილია განქორწინებათა სიხშირეც. აღსანიშნავია, რომ დაქორწინებულთაგან, 16-19 წლის ასაკში ოჯახი შექმნა ქალების 12.7%-მა, ხოლო მამაკაცების 2.7%-მა. ადრეული ქორწინების პროცენტული მაჩვენებელი ქალებს შორის 10%-ით აღემატება კაცებს შორის ამავე მაჩვენებელს. ეს ნიშნავს, რომ ქალების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად ადრეული ქორწინება რჩება.

2012 წლის მონაცემებით, ქალის დაქორწინების საშუალო ასაკი 27.2 წელია, ხოლო მამაკაცისა - 30.7. უკანასკნელი 13 წლის განმავლობაში კაცების ქორწინების საშუალო ასაკი ყოველ წელს აღემატებოდა ქალების საშუალო ასაკს. განქორწინების ასაკიც, ქალების შემთხვევაში უფრო მცირეა (36.2), ვიდრე მამაკაცების (39.8).

ადრეული ქორწინება ხშირად განათლების მიღების უფლებაზე ახდენს გავლენას. როგორც სახალხო დამცველის ანგარიშშია აღნიშნული, „2011 წლის ოქტომბრიდან 2013 წლის იანვრამდე საქართველოს საჯარო და კერძო სკოლებში საბაზო საფეხურის დასრულებამდე 7 367 გოგონამ შეწყვიტა განათლების მიღება, რისი მიზეზიც უმრავლეს შემთხვევაში ადრეული ქორწინებაა. განათლების შეწყვეტის მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია ქვემო ქართლის რეგიონში.“<sup>8</sup> საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ცნობით კი, 2013 წელს სკოლის დატოვების მხოლოდ 503 შემთხვევა დაფიქსირდა.

**ოჯახების შემოსავალი საქართველოში<sup>9</sup>:** 2013 წლის მონაცემებით, საშუალო თვიური შემოსავალი ერთ შინამეურნეობაზე 887.2 ლარია, საშუალო თვიური დანახარჯი კი - 871.1 ლარი, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობა, მძიმეა, თვიური შემოსავალი და დანახარჯი თითქმის ერთმანეთს უდრის.

ყველაზე მაღალი საშუალო თვიური შემოსავალი იმ ოჯახებს აქვთ, რომლებიც თბილისში ცხოვრობენ (1071.5 ლარი), ხოლო ყველაზე დაბალი - მათ, ვინც ქვემო ქართლში ცხოვრობენ (727.5 ლარი). ამასთან, ყველაზე მაღალი ხარჯებიც თბილისში მცხოვრებ ოჯახებს აქვთ (1046.6

<sup>6</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

<sup>7</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

<sup>8</sup> საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ, 2013 წელი (იხ. ბმულზე <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/1/1563.pdf>)

<sup>9</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ლარი), ხოლო ყველაზე დაბალი ხარჯები - ქვემო ქართლში მცხოვრებ მოსახლეობას (726.3 ლარი).

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს მასშტაბით შემოსავლებსა და ხარჯებს შორის განსხვავება 16.1 ლარია, რაც ნიშნავს, რომ საშუალო შემოსავალი 16.1 ლარით აღემატება საშუალო ხარჯებს. ყველაზე დიდი განსხვავება შემოსავლებსა და ხარჯებს შორის შიდა ქართლში (სადაც საშუალო შემოსავალი 55.5 ლარით მეტია საშუალო ხარჯზე) და იმერეთში, რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში (სადაც ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავალი 50.2 ლარით მეტია საშუალო თვიურ ხარჯზე) ფიქსირდება. საშუალო თვიური შემოსავალი და ხარჯი თითქმის ერთმანეთს უტოლდება ქვემო ქართლის შემთხვევაში (განსხვავება 1.2 ლარია). სიტუაცია საპირისპიროა აჭარის ა.რ.-სა და დანარჩენ რეგიონებში<sup>10</sup>, სადაც ოჯახის საშუალო თვიური შემოსავალი ნაკლებია საშუალო თვიურ ხარჯზე (აჭარის ა.რ.-ში - 34.3 ლარით, ხოლო დანარჩენ რეგიონებში - 55.3 ლარით). ამის საფუძველზე შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ აჭარის ა.რ.-ის, გურიის, სამცხე-ჯავახეთისა და მცხეთა-მთიანეთის ეკონომიკური მდგომარეობა, დანარჩენ რეგიონებთან შედარებით, უფრო მძიმეა.

**ოჯახის საარსებო მინიმუმი და სიღარიბის მაჩვენებელი<sup>11</sup>:** საშუალო ოჯახის საარსებო მინიმუმი მერყეობს 242 – 260 ლარს შორის. საარსებო მინიმუმი გამოითვლება მინიმალური სასურსათო კალათის მიხედვით. მინიმალური საარსებო შემოსავლის არქონის შემთხვევაში, ოჯახი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფად განიხილება. ასეთი ოჯახების რაოდენობა, 2013 წლის მონაცემებით, 9.7%-ს შეადგენს. მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული ეხება მხოლოდ რეგისტრირებულ სიღარიბეს. ეს უკანასკნელი ბოლო 7 წლის მანძილზე, ყველაზე მაღალი 2009 წელს იყო (9.9%), ხოლო ყველაზე დაბალი - 2007 წელს (6.4%).

იმ შინამეურნეობებში, რომელთა უფროსიც მამაკაცია, საშუალო თვიური შემოსავალი (ფულადი და არაფულადი) ბევრად მაღალია (860.7 ლარი), ვიდრე იმ შინამეურნეობებში, რომელთა უფროსიც ქალია (648.8 ლარი). ამის მიზეზი, შესაძლოა, ისიც იყოს, რომ იმ ოჯახთა უმრავლესობის უფროსი, რომლებშიც ორივე მშობელი ცხოვრობს, მამაკაცია. ფულადი შემოსავლების ყველა კომპონენტში მამაკაცს მეტი საშუალო თვიური შემოსავალი აქვს (იხ. ცხრილი №2), გარდა ოთხი კომპონენტისა, ესენია:

- ✓ ქონება (გაქირავება, პროცენტი ანაბრიდან);
- ✓ პენსიები, სტიპენდიები, დახმარებები;
- ✓ უცხოეთიდან მიღებული გზავნილები;
- ✓ ქონების გაყიდვა.

<sup>10</sup> საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიხედვით, დანარჩენი რეგიონები მოიცავს გურიას, სამცხე-ჯავახეთსა და მცხეთა-მთიანეთს.

<sup>11</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

საშუალო თვიური შემოსავლების განაწილება ერთ შინამეურნეობაზე შინამეურნეობის უფროსის სქესის მიხედვით (2012 წელი) <sup>13</sup>	ქალი	კაცი
1. ფულადი შემოსავლები და ტრანსფერები	486.2	633.1
დაქირავებული შრომიდან	188.7	277.6
თვითდასაქმებიდან	38.0	81.5
სოფლის მეურნეობის პროდუქციის გაყიდვიდან	31.3	56.7
ქონებიდან (გაქირავებიდან, პროცენტი ანაბრიდან)	6.7	3.0
პენსიები, სტიპენდიები, დახმარებები	100.3	94.1
უცხოეთიდან მიღებული გზავნილები	31.1	27.5
საჩუქრად მიღებული ფული	90.2	92.8
2. არაფულადი შემოსავლები	66.3	103.4
3. შემოსავლები, სულ (1+2)	552.5	736.5
4. სხვა ფულადი სახსრები	96.3	124.2
ქონების გაყიდვა	28.9	16.9
ფულის სესხება ან დანაზოგის გამოყენება	67.3	107.2
5. ფულადი სახსრები, სულ (1+4)	582.4	757.2
6. ფულადი და არაფულადი სახსრები, სულ (2+5)	648.8	860.7

პარალელურად, იმ შინამეურნეობების საშუალო თვიური ხარჯები, რომელთა უფროსიც კაცია, 834 ლარს შეადგენს, რაც ბევრად აღემატება იმ შინამეურნეობების საშუალო თვიურ ხარჯებს, რომელთა უფროსიც ქალია 634.9 ლარი. ეს ნიშნავს, რომ იმ ოჯახების შემოსავლებიცა და დანახარჯებიც, რომელთა უფროსიც ქალია, გაცილებით მცირეა, ვიდრე იმ შინამეურნეობებისა, რომელთა უფროსებიც კაცები არიან.

რეგისტრირებული სიღარიბის გარდა, მნიშვნელოვანია ფარდობითი სიღარიბის მაჩვენებლებიც. ფარდობითი სიღარიბე კეთილდღეობის მაჩვენებლის შეფარდებაა მატერიალური უზრუნველყოფის დონესთან კონკრეტულ ქვეყანაში. შესაბამისად, ფარდობითი სიღარიბის მაჩვენებელი ქვეყნების მიხედვით განსხვავდება. 2013 წლის მონაცემებით, მედიანური მოხმარების 40 პროცენტის ქვევით მყოფი მოსახლეობის წილი 8.4%-ია, ხოლო 60 პროცენტის ქვევით მყოფი მოსახლეობის წილი - 21.4%.

მედიანური მოხმარების 60%-ის მიმართ ფარდობითი სიღარიბის მაჩვენებელი იმ შინამეურნეობებში, რომელთა უფროსიც ქალია, 23.8%-ია (მედიანური მოხმარების 40%-ის მიმართ - 9%), ხოლო იმ შინამეურნეობებში, რომელთა უფროსიც კაცია, 21.9% (მედიანური მოხმარების 40%-ის მიმართ - 9.4%). ეს მონაცემები მიუთითებს იმაზე, რომ იმ შინამეურნეობებში, რომლების უფროსიც ქალია, სიღარიბის ზღვარს ქვევით მოხვედრის ალბათობა უფრო მაღალია.<sup>14</sup> ასეთ ოჯახებში შედიან მარტოხელა დედებიც.

<sup>12</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

<sup>13</sup> „ქალი და კაცი საქართველოში“, სტატისტიკური პუბლიკაცია, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2013

<sup>14</sup> „ქალი და კაცი საქართველოში“, სტატისტიკური პუბლიკაცია, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2013



**დასაქმება<sup>15</sup>:** უმუშევრობის დონე, 2013 წლის მონაცემებით, 14.6%-ს შეადგენს. ამდენად მცირე პროცენტული მაჩვენებელი, შესაძლოა, კავშირში იყოს თვითდასაქმებასთან, როგორც დასაქმების ერთ-ერთ სფეროსთან. საქართველოს მოსახლეობის უმრავლესობა თვითდასაქმებულია. უმუშევრობის პროცენტული მაჩვენებლები კაცებს შორის მეტია (16.5%), ვიდრე ქალებს შორის (12.3%). ამის მიზეზია ის, რომ ქალების უმრავლესობა დიასახლისია და ამიტომ, ეკონომიკურად არააქტიურ მოსახლეობას მიეკუთვნება (რაც ასევე ნიშნავს, რომ მათ თავიანთი პირადი შემოსავალი ნაკლებად აქვთ). დასაქმების სტატისტიკა კი მოსახლეობის ეკონომიკურად აქტიური ნაწილიდან გამოითვლება. ქალებში ეკონომიკური აქტიურობის დაბალი დონეა: ქალებს შორის აქტიურობის პროცენტული მაჩვენებელი 56.8%-ია, ხოლო მამაკაცებში - 77.3%. მნიშვნელოვანია, რომ ქალების ეკონომიკური აქტიურობის მაჩვენებელი 2013 წელს 1998 წლის მაჩვენებელს უდრის. აღნიშნული მონაცემი წლების განმავლობაში იცვლებოდა და პიკს 2001 წელს მიაღწია. ქალების უმუშევრობის 2013 წლის მონაცემებიც 1998 წლის მონაცემების მსგავსია. უმუშევრობის დონე ქალებში ყველაზე დაბალი იყო 2000 წელს, ხოლო ყველაზე მაღალი - 2008 და 2009 წლებში. აღსანიშნავია ისიც, რომ ქალთა დასაქმების 2013 წლის მაჩვენებელიც 1998 წლის მონაცემების მსგავსია. დასაქმება ყველაზე მაღალი 2001 წელს იყო, ხოლო ყველაზე დაბალი - 2008-2009 წლებში (იხ. ცხრილი №3).

ცხრილი №3<sup>16</sup>

15 წლის და უფროსი ასაკის ქალების განაწილება ეკონომიკური აქტიურობის მიხედვით, 1998-2013																
%	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
უმუშევრობის დონე	12.2	11.1	9.7	10.7	11.0	11.5	11.8	12.6	11.7	12.6	16.1	15.4	14.5	13.1	13.8	12.3
აქტიურობის დონე	56.8	56.0	57.2	58.3	56.0	57.7	56.9	55.9	53.6	55.0	53.5	54.3	55.5	55.8	57.4	56.8
დასაქმების დონე	49.9	49.8	51.6	52.0	49.9	51.0	50.2	48.8	47.4	48.1	44.9	45.9	47.5	48.5	49.5	49.8

ამასთან, ცხრილში №4 ჩანს, რომ მამაკაცთა ეკონომიკური აქტიურობის, ისევე, როგორც დასაქმების მაჩვენებელი ქალების მონაცემებს მნიშვნელოვნად აღემატება.

ცხრილი №4<sup>17</sup>

15 წლის და უფროსი ასაკის კაცების განაწილება ეკონომიკური აქტიურობის მიხედვით, 1998-2013																
%	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
უმუშევრობის დონე	12.6	14.0	11.0	11.6	14.0	11.5	13.4	14.8	15.2	13.9	16.8	18.1	17.9	16.7	16.1	16.5
აქტიურობის დონე	75.7	73.6	75.1	75.9	75.8	76.3	74.3	73.5	72.2	73.3	73.4	74.6	74.5	76.5	78.2	77.3
დასაქმების დონე	66.2	63.4	66.8	67.1	65.1	67.5	64.3	62.6	61.2	63.1	61.1	61.1	61.2	63.7	65.6	64.5

შედეგად, ქალთა ნახევარზე მეტი ეკონომიკურად აქტიურია (56.8%). მათგან დასაქმებულია უმრავლესობა. 2012 წლის მონაცემებით, ქალებში აქტიურობის ყველაზე მაღალი დონე 45-54 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შეინიშნებოდა (80%). დასაქმების დონეც ამავე ჯგუფში იყო ყველაზე მაღალი (70.8%). უმუშევრობის დონე კი ყველაზე მაღალი იყო 15-24 წლის ასაკის ქალებში (36.2%).

<sup>15</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

<sup>16</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

<sup>17</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

მონაცემების რეგიონული განაწილებისას ჩანს, რომ მოსახლეობის აქტიურობის დონე შედარებით მაღალია კახეთში (72.8%), შიდა ქართლსა (72.3%) და დანარჩენ რეგიონებში<sup>18</sup> (72.5%), ხოლო ყველაზე დაბალი - თბილისში (55.3%). რაც შეეხება დასაქმების რეგიონულ განაწილებას, აღმოჩნდა, რომ უმუშევრობის დონე ყველაზე მაღალი თბილისშია (29.1%). ამის შემდეგ მოდის აჭარის (18.1%) და სამეგრელო-ზემო სვანეთის (15.8%) მონაცემები. დასაქმების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები კი გვხვდება კახეთსა (68.2%) და დანარჩენ რეგიონებში (67.7%), ხოლო ყველაზე დაბალი - თბილისში (39.2%). დასაქმების ასეთი დაბალი მაჩვენებელი თბილისში, სავარაუდოდ, იმ მიზეზითაა, რომ თვითდასაქმებულთა რაოდენობა თბილისში გაცილებით მცირეა, ვიდრე რეგიონებში (იხ. ცხრილი №5).

**ცხრილი №5<sup>19</sup>**

15 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის განაწილება ეკონომიკური აქტივობის მიხედვით, რეგიონალურ კრილში, 2013									
%	კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	აჭარის ა.რ.	სამეგრელო-ზემო სვანეთი	იმერეთი	დანარჩენი რეგიონები	საქართველო
უმუშევრობის დონე	6.4	29.1	9.8	8.0	18.1	15.8	9.3	6.7	14.6
აქტიურობის დონე	72.8	55.3	72.3	65.0	69.4	70.2	69.9	72.5	66.2
დასაქმების დონე	68.2	39.2	65.2	59.8	56.8	59.1	63.4	67.7	56.6

დასაქმებულ ქალთაგან, 2012 წლის მონაცემებით, 38.7% საშუალო ზოგად განათლებას ფლობდა, 29% - უმაღლესს, ხოლო 21% - საშუალო პროფესიულს (იხ. ცხრილი №6).

**ცხრილი №6<sup>20</sup>**

დასაქმებულ ქალთა განაწილება განათლების დონის მიხედვით 2012 წელს	ქალი	კაცი
დაწყებითი ან საბაზო განათლება	6.9%	6.8%
საშუალო ზოგადი განათლება	38.7%	40.9%
დაწყებითი პროფესიული, სახელობო განათლება	2.3%	5.8%
საშუალო პროფესიული	21%	16.9%
უმაღლესი	29%	28.6%
განათლების გარეშე/არაიდენტიფიცირებული	2%	0.9%

აღმოჩნდა, რომ ეკონომიკურად აქტიური ნაწილიდან, 2012 წლის მონაცემებით, უმუშევარ ქალთაგან 47%-ს უმაღლესი განათლება აქვს, 28.5%-ს - საშუალო ზოგადი განათლება, 20.1%-ს საშუალო პროფესიული განათლება. რაც შეეხება მამაკაცებს, უმუშევარ მამაკაცთაგან 42%-ს საშუალო ზოგადი განათლება აქვს, 33.9%-ს - უმაღლესი, ხოლო 15.8%-ს - საშუალო პროფესიული. ამ სურათიდან ცალსახად ჩანს, რომ უმუშევარ ქალთაგან თითქმის ნახევარს უმაღლესი განათლება აქვს. ეს პროცენტული მაჩვენებელი 13%-ით აღემატება მამაკაცთა მაჩვენებელს, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ ქალთა დასაქმება საჭიროებს სპეციფიკურ

<sup>18</sup> საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიხედვით, დანარჩენ რეგიონებში შედიან სამცხე-ჯავახეთი, გურია, მცხეთა-მთიანეთი

<sup>19</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

<sup>20</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

პროგრამებს და სტრატეგიას, რათა ეკონომიკურად აქტიური, უმაღლესი განათლების მქონე ქალებმა შეძლონ დასაქმება (იხ. ცხრილი №7).

ცხრილი №7<sup>21</sup>

უმუშევართა განაწილება განათლების დონის მიხედვით 2012 წელს	ქალი (სულ - 130 800)	კაცი (სულ - 174 200)
დაწყებითი ან საბაზო განათლება	1.6%	4.8%
საშუალო ზოგადი განათლება	28.5%	42.0%
დაწყებითი პროფესიული, სახელობო განათლება	2.8%	3.2%
საშუალო პროფესიული	20.1%	15.8%
უმღალესი	47.0%	33.9%
განათლების გარეშე/არაიდენტიფიცირებული	-	0.3%

**ანაზღაურება<sup>22</sup>:** საქართველოში საშუალო თვიური ხელფასი, 2012 წლის მონაცემებით, 712.5 ლარს შეადგენს, რაც აღემატება საშუალო თვიურ ხელფასს წინა წლის მონაცემებით (636 ლარი). აღმოჩნდა, რომ ყველაზე მაღალი საშუალო თვიური შემოსავალი საფინანსო საქმიანობითა (1 402 ლარი) და სახელმწიფო მმართველობით (1 031 ლარი) დაკავებულ პირებს აქვთ, ხოლო ყველაზე ნაკლები - განათლების სფეროში (355 ლარი), მეთევზეობის/თევზჭერის (389 ლარი) და სასტუმროებსა და რესტორნებში (397 ლარი) დასაქმებულ მოსახლეობას.

მნიშვნელოვანია, რომ ქალების საშუალო თვიური ხელფასი, 2012 წლის მონაცემებით, 341.7 ლარით ნაკლებია კაცების ხელფასზე. ქალების საშუალო თვიური ხელფასი მნიშვნელოვნად გაიზარდა უკანასკნელი რამდენიმე წლის მანძილზე, თუმცა კიდევ უფრო სწრაფი ზრდა განიცადა მამაკაცების ხელფასმა, რის გამოც, ზრდადი განსხვავება ქალისა და კაცის ხელფასებს შორის კიდევ უფრო თვალსაჩინო გახდა (იხ. ცხრილი №8).

ცხრილი №8<sup>23</sup>

საშუალო თვიური ხელფასები სქესის მიხედვით			
წელი	ქალი	კაცი	სხვაობა მამაკაცისა და ქალის ხელფასებს შორის
2000	52.1	95.9	43.8
2001	63.5	125.2	61.7
2002	75.7	150.1	74.4
2003	85.7	163.0	77.3
2004	108.3	200.8	92.5
2005	131.1	167.9	36.8
2006	177.6	362.0	184.4
2007	240.2	475.6	235.4
2008	367.7	678.4	310.7
2009	398.3	690.8	292.5
2010	426.6	742.8	316.2
2011	460.2	771.1	310.9
2012	517.9	859.6	341.7

<sup>21</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

<sup>22</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

<sup>23</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს ისეთი საქმიანობის სფერო, რომელშიც ქალების საშუალო თვიური ხელფასი აღემატება ან უტოლდება მამაკაცების საშუალო თვიურ ხელფასს (იხ. ცხრილი №9). შესაბამისად, ნებისმიერ სფეროში დასაქმებულ ქალს ნაკლები ანაზღაურება აქვს, ვიდრე მამაკაცს.

ცხრილი №9<sup>24</sup>

დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი საქმიანობის სახეების და სქესის მიხედვით, 2012 წელი	ქალი	კაცი	სულ
<b>სულ</b>	<b>517.9</b>	<b>859.6</b>	<b>712.5</b>
სოფლის მეურნეობა, ნადირობა და სატყეო მეურნეობა	375.7	438.7	424.6
თევზჭერა, მეთევზეობა	154.0	414.2	388.9
სამთომოპოვებითი მრეწველობა	574.7	910.5	874.5
დამამუშავებელი მრეწველობა	438.5	706.0	623.0
ელექტროენერჯის, აირისა და წყლის წარმოება და განაწილება	892.7	926.0	919.9
მშენებლობა	611.5	908.3	890.8
ვაჭრობა; ავტომობილების, საყოფაცხოვრებო ნაწარმისა და პირადი მოხმარების საგნების რემონტი	478.7	791.1	650.0
სასტუმროები და რესტორნები	342.2	497.9	397.5
ტრანსპორტი და კავშირგაბმულობა	759.1	1002.6	943.4
საფინანსო საქმიანობა	1153.8	1777.2	1402.3
ოპერაციები უძრავი ქონებით, იჯარა და მომხმარებლისათვის მომსახურების გაწევა	655.4	929.3	843.5
სახელმწიფო მმართველობა	944.2	1062.6	1031.2
განათლება	331.7	434.4	355.1
ჯანმრთელობის დაცვა და სოციალური დახმარება	515.3	796.1	599.5
კომუნალური, სოციალური და პერსონალური მომსახურების გაწევა	481.2	713.6	602.1

გაეროს ქალთა ორგანიზაციის კვლევის „შემოსავლების გენდერული სხვადასხვაობა“<sup>25</sup> შედეგებიც სწორედ იმ განსხვავებებზე აკეთებს აქცენტს, რაც ქალისა და კაცის შემოსავლებს შორის არსებობს. შემოსავლების გენდერული განსხვავების პროცენტული მაჩვენებელი (GWG) გამოთვლილია განათლებისა და გამოცდილების გათვალისწინებით. ასევე, გამოიყენება ისეთი დამატებითი მონაცემები, როგორებიცაა 6 წლამდე ბავშვების რაოდენობა, დაოჯახების სტატუსი, საქმიანობის სფერო და რეგიონი. კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ შემოსავლების გენდერული განსხვავება 34.8%-ს უდრის. ის უფრო მაღალია რურალურ დასახლებებში (34.5%), ვიდრე ურბანულში (33.5%). განსხვავება მცირეა თბილისში (28.3%) რეგიონებთან (37.2%) შედარებით. მაღალი განათლების მქონეთათვის (რომლებსაც მინიჭებული აქვთ უნივერსიტეტის ხარისხი), შემოსავლის გენდერული განსხვავება 29.5%-ია, ხოლო დაბალი განათლების მქონეთათვის (რომლებსაც არ აქვთ უნივერსიტეტის ხარისხი) კი 2.3%-ია ქალების სასარგებლოდ.

<sup>24</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

<sup>25</sup> გაეროს ქალთა ორგანიზაციის ტექნიკური თანამშრომლობა საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურთან შემოსავლების გენდერული განსხვავების გაზომვაზე საქართველოში (Gender Wage Gap in Georgia)

**ჯანმრთელობის დაცვა<sup>26</sup>:** საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის მონაცემებით, მოსახლეობის ავადობა, პირველ რიგში, შემდეგ დაავადებებს უკავშირდება:

- ✓ სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები (557 500 შემთხვევა)
- ✓ საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობები (292 400 შემთხვევა);
- ✓ სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები (196 800 შემთხვევა);
- ✓ შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები (111 200 შემთხვევა);
- ✓ ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები (104 900 შემთხვევა).

აღსანიშნავია ისიც, რომ ავადობის შემთხვევების რაოდენობა, წინა წლებთან შედარებით, გაზრდილია. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მტკიცებით, ამის მიზეზი, პირველ რიგში, ჯანდაცვის სისტემაზე ხელმისაწვდომობის, მიმართვიანობის და რეგისტრაციის გაზრდაა. ამას გარდა, მონაცემებზე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებამ.

2012 წლის მონაცემებით, ქალების გარდაცვალების ძირითად მიზეზებს წარმოადგენდნენ სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები, სიმსივნეები და კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებით გამოვლენილი სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ მამაკაცების სიკვდილიანობის ძირითადი გამომწვევი მიზეზებიც აღნიშნული დაავადებებია. სტატისტიკის მიხედვით, ყველა დაავადების შემთხვევაში, დაავადებულ და გარდაცვლილ კაცთა რაოდენობა მეტია, ვიდრე ქალების. განსხვავება მხოლოდ რამდენიმე დაავადებასთან მიმართებაში ვლინდება. ესენია:

- ✓ ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული ავადმყოფობები;
- ✓ სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები;
- ✓ ძვალ-სახსართა სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები;
- ✓ კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებით გამოვლენილი სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში;

ჩამოთვლილი დაავადებებით ქალები უფრო ხშირად გარდაიცვლებიან, ვიდრე მამაკაცები (იხ. ცხრილი №10).

<sup>26</sup> წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

ცხრილი №10<sup>27</sup>

გარდაცვალების მიზეზები ძირითადი კლასების მიხედვით (2012 წელი)	ქალი	კაცი
ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობები	113	389
სიმსივნეები	2 275	2 939
სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების ავადმყოფობები და იმუნური მექანიზმის ჩათრევით გამოწვეული მიმდინარე დარღვევა	60	63
ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული ავადმყოფობები	670	561
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	32	42
ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	268	311
თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	-	2
ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები	-	2
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები	10 462	9 540
სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობები	407	618
საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობები	417	772
კანისა და კანქვეშა უჯრედისის ავადმყოფობები	11	14
ძვალ-სახსართა სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები	48	14
შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები	143	221
ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	14	-
პერინატალურ პერიოდში წარმოშობილი ცალკეული მდგომარეობა	178	267
თანდაყოლილი ანომალიები (განვითარების მანკები), დეფორმაციები და ქრომოსომური დარღვევები	47	58
კლინიკური და ლაბორატორიული გამოკვლევებით გამოვლენილი სიმპტომები, ნიშნები და გადახრები ნორმიდან, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში	8 342	8 333
ტრავმები, მოწამვლები და გარეგანი მიზეზების ზემოქმედების ზოგიერთი სხვა შედეგი	408	1 307
<b>სულ</b>	<b>23 895</b>	<b>25 453</b>

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებიც, უფრო ხშირად, მამაკაცებს ახასიათებთ. 2012 წლის მონაცემებით, მამაკაცების რაოდენობა, ვისაც აღნიშნული აშლილობები აქვს, 40.4%-ით მეტია ქალების რაოდენობაზე (ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების რეგისტრირებული შემთხვევები მამაკაცებში - 49 073; ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების რეგისტრირებული შემთხვევები ქალებში - 29 223). უკანასკნელი 5 წლის მონაცემები ცხადყოფს, რომ იმ მამაკაცთა რაოდენობა, რომელთაც აღნიშნებოდათ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები აღემატებოდა ქალთა რაოდენობას. აღსანიშნავია, რომ როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები უფრო ხშირად ქალაქში ფიქსირდება. ამის მიზეზი, ერთი მხრივ, შესაძლოა იყოს რეგისტრაციის სირთულე და შესაბამისი დიაგნოზის დასმის პრობლემები სოფლად მცხოვრებ მოსახლეობაში; ქალაქის სპეციფიკა, რაც გამოიხატება ზრდად ანონიმურობაში, სოციალური ინტეგრაციის დაბალ მაჩვენებელში და ა.შ.

<sup>27</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

## შეჯამება

საქართველოს მოსახლეობის ზოგადი სტატისტიკიდან იკვეთება ის ძირითადი სფეროები თუ საკითხები, რომელთა დაკავშირებითაც ქალების მდგომარეობა არ არის კაცების მდგომარეობის თანასწორი. ეს სფეროები საჭიროებს ისეთი პოლიტიკის დაგეგმვას, რომელიც უზრუნველყოფდა ქალთა თანაბარ პირობებს და ჩართულობას. პრობლემური საკითხებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია:

- ✓ ადრეული ქორწინება და დამოკიდებულება ქორწინების მიმართ: 16-19 წლის ასაკში ოჯახი შექმნა დაქორწინებული ქალების 12.7%-მა, ხოლო მამაკაცების 2.7%-მა. ეს მონაცემი ცალსახად მეტყველებს ადრეული ქორწინების პრობლემურობაზე. ამასთან, არსებობს ზოგადი ტენდენცია, რომ ქალები უფრო ადრე ქმნიან ოჯახს, ვიდრე მამაკაცები (2012 წლის მონაცემებით, ქალის დაქორწინების საშუალო ასაკი 27.2 წელია, ხოლო მამაკაცისა - 30.7).
- ✓ ქალების მხოლოდ 56.8%-ია ეკონომიკურად აქტიური, მაშინ, როცა კაცების 77.3% ეკონომიკურად აქტიურია. ეკონომიკური აქტიურობის ამგვარი დაბალი მაჩვენებელი გავლენას ახდენს ქალთა ეკონომიკურ დამოუკიდებლობაზე, შემოსავალზე და შედეგად, თავისუფლების ხარისხზე. ეკონომიკურად აქტიური ნაწილიდან ქალთა დასაქმების დონე 49.8%-ია, ხოლო კაცებისა - 64.5%. ეს უკანასკნელი ცხადყოფს, რომ აუცილებელია ქალთა დასაქმების შესახებ პროექტებისა და პროგრამების განხორციელება სახელმწიფოს მხრიდან.
- ✓ ქალების საშუალო თვიური ხელფასი, 2012 წლის მონაცემებით, 341.7 ლარით ნაკლებია კაცების ხელფასზე. არ არსებობს ისეთი საქმიანობის სფერო, რომელშიც ქალების საშუალო თვიური ხელფასი აღემატება ან უტოლდება მამაკაცების საშუალო თვიურ ხელფასს. ამის მიზეზი, ერთი მხრივ, ისიცაა, რომ მაღალ თანამდებობებზე ქალები იშვიათად საქმდებიან.
- ✓ 2012 წლის მონაცემებით, დასაქმების მდგომარეობა განათლების დონის მიხედვით მსგავსია ქალებსა და მამაკაცებში. თუმცა, რაც შეეხება უმუშევართა განაწილებას, აქ განსხვავებები თვალსაჩინოა, კერძოდ, საშუალო ზოგადი განათლების მქონე კაცები უფრო ხშირად არიან დაუსაქმებლები, ვიდრე ქალები, ხოლო საშუალო პროფესიული და უმაღლესი განათლების მქონე ქალები უფრო ხშირად არიან უმუშევრები, ვიდრე ამავე განათლების მქონე მამაკაცები. ეს ნიშნავს, რომ უმაღლესი განათლების მქონე ქალთა თითქმის ნახევარი უმუშევარია.
- ✓ იმ შინამეურნეობების საშუალო თვიური შემოსავალი, რომელთა უფროსიც ქალია, დაბალია და მხოლოდ 648 ლარს უდრის მაშინ, როდესაც იმ შინამეურნეობების საშუალო თვიური შემოსავალი, რომელთა უფროსიც კაცია, 860.7 ლარს უტოლდება. საარსებო შემწეობის მიმღები პირების რიცხოვნობა 2012 წელს იყო 501 445. მათგან 54.9% იყო ქალი. ეს ნიშნავს, რომ ქალები უნდა განიხილებოდნენ, როგორც სპეციფიკური სამიზნე ჯგუფი იმ პროგრამებისთვის, რომლებიც მოქალაქეთა სოციალურ დაცვას ითვალისწინებს.



- ✓ 2013 წლის მონაცემებით, 23 895 ქალი გარდაიცვალა ავადმყოფობის შედეგად. ქალები მამაკაცებზე ხშირად ავადდებიან ისეთი დაავადებებით, როგორებიცაა ენდოკრინული სისტემის, კვებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოწვეული ავადმყოფობები, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები და ძვალ-სახსართა სისტემისა და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები. ჯანდაცვის ადეკვატური სისტემა უზრუნველყოფს დაავადებების პრევენციას, გამოკვლევებს. მნიშვნელოვანია, საყოველთაო დაზღვევის სისტემამ მოიცვას ყველა ძირითადი სამედიცინო დახმარება.
- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ იზრდება ჩასახვის საწინააღმდეგო ჰორმონალური საშუალებების მიღების პროცენტული მაჩვენებელი, იზრდება აბორტების რიცხვიც. საჭიროა ეფექტური საინფორმაციო კამპანიის დაგეგმვა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის უზრუნველყოფა ინფორმაციით და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ადეკვატური პროგრამებისა და პროექტების გაკეთება.

## IV. სამიზნე ჯგუფების ძირითადი სოციო-დემოგრაფიული და ეკონომიკური მახასიათებლები და საჭიროებები

### 4.1. იძულებით გადაადგილებული პირები

2014 წლის აპრილის მდგომარეობით, რეგისტრირებულ იძულებით გადაადგილებულ პირთა (დევნილთა) რიცხოვნობა არის 253 574 ადამიანი (85 177 ოჯახი). იძულებით გადაადგილებულ პირთაგან ყველაზე მეტი ცხოვრობს თბილისში (95 642 ადამიანი) და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (83 159). 2013 წლის მონაცემებით, იკვ ქალების რაოდენობა 133 069-ა (54%), ხოლო მამაკაცების - 113 537 (46%)<sup>28</sup>.

დევნილთა რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით განაწილებისას ნათლად ჩანს, რომ ყველაზე მეტი იძულებით გადაადგილებული პირი თბილისსა და სამეგრელო-ზემო სვანეთში ცხოვრობს, ხოლო ყველაზე ნაკლები - გურიასა და რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში (იხ. ცხრილი №11).

ცხრილი №11<sup>29</sup>

რეგისტრირებულ დევნილთა რაოდენობა - სტატისტიკა რეგიონების მიხედვით (08.04.2014 წ. მდგომარეობით)	დევნილების რაოდენობა	ოჯახების რაოდენობა
აჭარა	6275	2208
გურია	482	166
თბილისი	95642	33513
იმერეთი	24251	8231
კახეთი	1472	488
მცხეთა-მთიანეთი	10735	3467
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	848	340
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	83159	26824
სამცხე-ჯავახეთი	2266	909
ქვემო ქართლი	12150	4068
შიდა ქართლი	16292	4961
<b>სულ</b>	<b>253574</b>	<b>85177</b>

გაეროს 1998 წლის იძულებით გადაადგილების შესახებ სახელმძღვანელო პრინციპების მიხედვით, დევნილად მიიჩნევა პირი, რომელიც იძულებული გახდა დაეტოვებინა საცხოვრებელი ადგილი არა მხოლოდ შეიარაღებული კონფლიქტის მიზეზით, არამედ, ასევე, საყოველთაო ძალადობის, ადამიანის უფლებათა ხელყოფისა და სტიქიური, ან ადამიანის მიერ შექმნილი კატასტროფების გამო. საქართველოში კი დევნილად მხოლოდ ის ითვლებოდა, ვინც

<sup>28</sup> საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს სტატისტიკა, 2013 წელი

<sup>29</sup> წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო

იძულებული გახდა დაეტოვებინა საცხოვრებელი ადგილი შეიარაღებული კონფლიქტის მიზეზით. 2014 წელს ეს ხარვეზი აღმოიფხვრა<sup>30</sup>, შეიცვალა დევნილის ცნება და განიმარტა ასე:

*„იძულებით გადაადგილებულ პირად - დევნილად ჩაითვლება საქართველოს მოქალაქე ან საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირი, რომელიც იძულებული გახდა დაეტოვებინა თავისი მუდმივი საცხოვრებელი ადგილი იმ მიზეზით, რომ საფრთხე შეექმნა მას ან მისი ოჯახის წევრის სიცოცხლეს, ჯანმრთელობას ან თავისუფლებას, უცხო ქვეყნის მიერ ტერიტორიის ოკუპაციის, აგრესიის, შეიარაღებული კონფლიქტის, საყოველთაო ძალადობის ან/და ადამიანის უფლებების მასობრივი დარღვევის გამო, ან/და ზემოაღნიშნული მიზეზების გათვალისწინებით შეუძლებელია მის მუდმივ საცხოვრებელ ადგილზე დაბრუნება.“*

*„საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა - დევნილთა“ შესახებ საქართველოს კანონი, 2014, მუხ. 6*

2012 წლის ოფიციალური მონაცემების შესაბამისად<sup>31</sup>, იძულებით გადაადგილებულ პირთა 39.2% ცხოვრობდა კოლექტიური ჩასახლების ადგილებში, ხოლო 60.8% - კერძო საცხოვრებელში. კოლექტიური ჩასახლების ადგილები თავიდან წარმოადგენდა არასაცხოვრებელ შენობებს - საავადმყოფოებს, სკოლამდელ დაწესებულებებს და ა.შ. 2013 წლიდან კი დაიწყო საცხოვრებელი ფართების გაცემა.<sup>32</sup>

როგორც 1990-იანი წლების შედეგად, ისე 2008 წლიდან იძულებით გადაადგილებული პირების კოლექტიურ ჩასახლებებს ხშირად არ აქვთ სოციალური ინფრასტრუქტურა და სხვადასხვა მომსახურება, როგორებიცაა აფთიაქები, მაღაზიები, ჯანდაცვის ობიექტები და სხვა. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ფართების ძირითადი რაოდენობა იგპ-ებმა თვითნებურად დაიკავეს (თუმცა 2013 წლის ბოლოს თვითნებურად დაკავებულად რჩება მხოლოდ 26 ობიექტი<sup>33</sup>). შესაბამისად, კოლექტიურ ჩასახლებებში არასათანადო საცხოვრებელი პირობები იძულებით გადაადგილებულ ქალთა მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს.

2013 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად<sup>34</sup>, 500 იძულებით გადაადგილებული ქალი გამოიკითხა ქალაქებში თბილისი, ქუთაისი, ზუგდიდი, რუსთავი და გორი. გამოიკითხვა დევნილთა კოლექტიური ჩასახლების ცენტრებში მიმდინარეობდა. გამოიკითხულთაგან 82.3% აფხაზეთიდან, ხოლო 17.4% – შიდა ქართლიდან დევნილი იყო. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ იძულებით გადაადგილებულ ქალთა ჯგუფისთვის დამახასიათებელია გაფართოებული ოჯახები, რომლებიც, ძირითადად, 4-5 წევრისგან შედგება და რომლებშიც რამდენიმე თაობა ერთ შინამეურნეობაში ცხოვრობს. აქ ოჯახების საშუალო ზომა, რომელიც 3.9-ს შეადგენს,

<sup>30</sup> „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა - დევნილთა შესახებ“ 2014 წლის 6 თებერვალს მიღებული კანონით

<sup>31</sup> წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო

<sup>32</sup> „დევნილთა გრძელვადიანი საცხოვრებელი ფართით უზრუნველყოფის წესის, კრიტერიუმებისა და დევნილთა საკითხების შემსწავლელი კომისიის დებულების დამტკიცების შესახებ“, მინისტრის 2013 წლის 18 დეკემბრის №320 ბრძანების საფუძველზე

<sup>33</sup> საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტროს მონაცემების თანახმად

<sup>34</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი, 2013 წელი

აღმატება საქართველოში ოჯახის საშუალო ზომას, რომელიც 3.6-ს უდრის. იძულებით გადაადგილებულ ქალთაგან ნახევარზე მეტი დაოჯახებულია, ხოლო მეოთხედი – ქვრივი.

გამოკითხულთა შორის დასაქმებული მხოლოდ 18.5%-ია, ხოლო უმუშევართა რაოდენობა ნახევარზე მეტია. აღნიშნულ კვლევაში თვითდასაქმებულთა ხვედრითი წილი მხოლოდ 3%-ს შეადგენდა. დასაქმება იძულებით გადაადგილებულ ქალთა შორის მნიშვნელოვანი პრობლემაა. მით უფრო მაშინ, როცა მათგან მესამედს საშუალო განათლება აქვს, მესამედს კი უმაღლესი. იძულებით გადაადგილებულ პირთაგან 35.8%-ს არ ჰქონდა პროფესია. მათგან, ვისაც პროფესია ჰქონდა, უმრავლესობა პედაგოგი, სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელი ან ეკონომისტი იყო. აქ დგება პროფესიული გადამზადების საჭიროებაც.

იძულებით გადაადგილებულ ქალთა შემოსავალის ძირითად წყაროებს წარმოადგენს იძულებით გადაადგილებულ პირთა შემწეობა, პენსია, ხელფასი და სოციალური დახმარება. ეს მიუთითებს მათ მძიმე ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, რადგან ისინი დამოკიდებულნი არიან სახელმწიფოზე და მის მიერ გაწეულ დახმარებაზე. იძულებით გადაადგილებულ პირთა ოჯახების შემოსავალი, ძირითადად, 301–500 ლარია. ისეთი ოჯახების რაოდენობა, რომელთა შემოსავალიც 300 ლარზე ნაკლებია, გამოკითხულთა ზუსტად ნახევარს შეადგენს. ისეთი ოჯახების რაოდენობა კი, რომელთა შემოსავალიც 500 ლარზე მეტია, მხოლოდ 18.2%-ია.

იძულებით გადაადგილებული ოჯახების საშუალო შემოსავალი 364.23 ლარია. კვლევის პროცესში საკუთარი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებისას იძულებით გადაადგილებულ ქალთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ძალიან უჭირთ, თანხა კვებაზეც არ ყოფნით (57.8%). თითქმის მესამედი ამბობს, რომ მათი შემოსავალი საკმარისია კვებისთვის, თუმცა ვერ ახერხებენ ტანსაცმლის შეძენას. მხოლოდ 10.6% მიიჩნევს, რომ მათი ეკონომიკური მდგომარეობა საშუალო (ჩვენი შემოსავალი კვებასა და ჩაცმას უზრუნველყოფს, მაგრამ ძვირადღირებული ნივთების შესაძენად არ გვყოფნის - 10.2%) ან საშუალოზე მაღალია (ჩვენ შეგვიძია შევიძინოთ გრძელვადიანი საქონელი უპრობლემოდ, მაგრამ ჩვენ არ შეგვიძლია უძრავი ქონების შეძენა - 0.4%).

ამასთან, მნიშვნელოვანია ისიც, რომ განაცხადი სოციალურად დაუცველი ოჯახების სახელმწიფო დახმარების მისაღებად არ შეუტანია იგპ-ების მხოლოდ 29%-ს. შემწეობას, კვლევის მიხედვით, 34.8% იღებდა. მათგან 20.8%, ვისაც აღნიშნული შემწეობა მოცემულ მომენტში არ ჰქონდა, აპირებდა განაცხადის შეტანას. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ იძულებით გადაადგილებულ ქალთა უმრავლესობა საკუთარ ოჯახს მიაკუთვნებდა სოციალურად დაუცველთა კატეგორიას.

იძულებით გადაადგილებულ პირთა უმნიშვნელოვანეს პრობლემას წარმოადგენს საცხოვრებელი ფართით უზრუნველყოფის მდგომარეობა. კვლევის „სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზი“ ერთ-ერთი ჯგუფური დისკუსიის დროს იძულებით გადაადგილებულმა ქალებმა აღნიშნეს, რომ არ არიან ფართით დაკმაყოფილებული. ისინი აღნიშნავენ, რომ ვერ გაარკვიეს თუ როდის დაკმაყოფილდებიან ფართით და როდის მოუწევთ რიგი.

„საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა – დევნილთა მიმართ 2012-2014 წლებში სახელმწიფო სტრატეგიის განხორციელების სამოქმედო გეგმა“ ითვალისწინებს აღნიშნულ პრობლემას და დევნილებს გრძელვადიანი განსახლების

გეგმას სთავაზობს. გეგმის მიხედვით, გრძელვადიანი განსახლება სამ ეტაპად უნდა გახორციელდეს. პირველი ეტაპი ეხება კომპაქტურად განსახლებულ დევნილებს, რომელთაც სახელმწიფო შესთავაზებს ამჟამინდელი ჩასახლების ადგილებს. მეორე ეტაპი ეხება იმ დევნილებს, რომლებიც ცხოვრობენ კერძო სექტორში და არიან უკიდურესად გაჭირვებულნი და ასევე, დევნილებს, რომლებიც ცხოვრობენ კომპაქტურად განსახლების ობიექტებში, თუმცა ამ შენობებს სახელმწიფო არ სთავაზობს მათ გრძელვადიანი განსახლების მიზნით. მესამე ეტაპი კი ეხება მათ, ვინც უარს აცხადებს სახელმწიფოს მიერ შეთავაზებულ გრძელვადიან განსახლების ალტერნატივებზე (ეს ეტაპი განხორციელდება პირველი და მეორე ეტაპის დასრულების შემდეგ)<sup>35</sup>. ამ მიზნების მისაღწევად სახელმწიფო ახორციელებს რამდენიმე პროგრამას, ესენია:

- ✓ დევნილთათვის გრძელვადიანი საცხოვრებელი ფართების პრივატიზაცია (2013 წლის მონაცემებით, სულ 949 ოჯახმა მოახდინა საკუთარი დროებით სარგებლობაში არსებული საცხოვრებელი ფართების პრივატიზაცია<sup>36</sup>);
- ✓ რეაბილიტირებულ და ახალაშენებულ შენობებში დევნილთა განსახლება (2013 წლის აგვისტოდან 2014 წლის აპრილამდე, ქვეყნის მასშტაბით, სულ საცხოვრებელი ფართის მისაღებად განაცხადი შეიტანა 13 041-მა დევნილმა ოჯახმა. სამინისტრომ განიხილა 10 500 განაცხადი და გრძელვადიანი საცხოვრებელი ფართით დააკმაყოფილა 1 353 დევნილი ოჯახი<sup>37</sup>);
- ✓ დევნილი ოჯახებისთვის ინდივიდუალური სახლებისა და ბინების შექმნა (ამ პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო შეიძენს სახლებს სოფლად და გადასცემს დევნილთა ოჯახებს. 2013 წლის მონაცემებით, სამინისტრომ შეიძინა 30 სახლი დევნილი ოჯახებისთვის<sup>38</sup>);
- ✓ კერძო საკუთრებაში არსებული დევნილთა ჩასახლების ობიექტების გამოსყიდვა და დევნილებისთვის გადაცემა (2014 წლის აპრილის მონაცემებით, ამ პროგრამის ფარგლებში მოხდა დევნილთა ხუთი განსახლების ობიექტის გამოსყიდვა და 202 დევნილი ოჯახისთვის გადაცემა<sup>39</sup>);

აღნიშნული ცხადყოფს, რომ სახელმწიფომ, სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული გრძელვადიანი განსახლების ფარგლებში საცხოვრებელი ფართით დააკმაყოფილა 2 534 დევნილი ოჯახი.

## შეჯამება

იძულებით გადაადგილებულ ქალთა ზოგადი სოციო-დემოგრაფიული და ეკონომიკური მახასიათებლებიდან ჩანს, ამ ჯგუფის ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს:

<sup>35</sup> საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა – დევნილთა მიმართ 2012-2014 წლებში სახელმწიფო სტრატეგიის განხორციელების სამოქმედო გეგმა, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო, 2012 წელი

<sup>36</sup> წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო

<sup>37</sup> წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო

<sup>38</sup> წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო

<sup>39</sup> წყარო: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრო

- ✓ კოლექტიური ჩასახლების ობიექტებში არაადეკვატური საცხოვრებელი პირობები, არასაკმარისი ფართი და ა.შ.;
- ✓ დასაქმების შესაძლებლობების სიმცირე, პროფესიული გადამზადების შესაძლებლობის არარსებობა;
- ✓ რთული ეკონომიკური პირობები. მათი ოჯახების შემოსავალი, ძირითადად, სახელმწიფო შემწეობებზეა დამოკიდებული.

#### 4.2. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, საქართველოში ეთნიკური უმცირესობების ხვედრითი წილი 16.2%-ია. ეთნიკური უმცირესობების ყველაზე დიდი ჯგუფები ეთნიკური აზერბაიჯანელები და ეთნიკური სომხები არიან. საქართველოს მოსახლეობის 6.6%-ს (284 761) ეთნიკურად აზერბაიჯანელები წარმოადგენენ, ხოლო 5.7%-ს - ეთნიკურად სომხები (248 929). ეთნიკურად აზერბაიჯანელები, ძირითადად, ქვემო ქართლში ცხოვრობენ, ხოლო ეთნიკურად სომხები - სამცხე-ჯავახეთში. მათ აქვთ სპეციფიკური პრობლემები, რომელთა უმეტესობა გამოწვეულია ინტეგრაციის დაბალი ხარისხით და ქართული ენის არასაკმარისი ცოდნით. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლები კომპაქტურად არიან დასახლებულები სხვადასხვა სოფლებში, რაც კიდევ უფრო აძლიერებს დეზინტეგრაციის ხარისხს.

2013 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად<sup>40</sup>, გამოიკითხა 200 ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალი მარნეულში. გამოკითხულები, ძირითადად, ეთნიკური აზერბაიჯანელები იყვნენ. ეთნიკური უმცირესობების უმრავლესობას არ შეეძლო ქართულად მეტყველება, წერა, კითხვა და გაგება (შეეძლო მხოლოდ 20.9%-ს).

კვლევის მიხედვით, ამ სამიზნე ჯგუფს ახასიათებს გაფართოებული ოჯახები, რომლებიც, ძირითადად, 4-5 წევრისგან შედგება (45%). ამასთან, ეთნიკური უმცირესობებში თითქმის ყოველი მესამე ოჯახი 6 ან მეტ წევრიანია (29.5%). ოჯახების საშუალო ზომა 4.6-ს უდრის, რომელიც აღემატება საქართველოში ოჯახის საშუალო ზომას (3.6). გამოკითხულთა უმრავლესობა დაოჯახებულია. მეტიც, დაოჯახებულთაგან 41.5%-მა 14-18 წლის ასაკში შექმნა ოჯახი.

ეთნიკური უმცირესობებში ქალთა მხოლოდ მეათედი, 10.5%-ია დასაქმებული. უმუშევართა რაოდენობა მეოთხედს, 25.7%-ს შეადგენს. ამ მონაცემებს ხსნის დიასახლისთა რაოდენობა, რომელიც ეთნიკური უმცირესობებში 39.5%-ია. როგორც აღმოჩნდა, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები არ ახდენენ საკუთარ თავის კლასიფიკაციას „უმუშევრებად“, რაც ნიშნავს, რომ არ ეძებენ სამსახურს და არ ფიქრობენ მუშაობის დაწყებაზე.

ეთნიკური უმცირესობების ქალთა 74.6%-ს არ აქვს პროფესია/ჯერ არ აქვს პროფესია. გარდა ამისა, მათგან მეოთხედმა მხოლოდ 9 კლასი დაამთავრა, მესამედზე მეტმა – სკოლა. უმაღლესი განათლება გამოკითხულთა მხოლოდ 11.6%-ს აქვს მიღებული. საბოლოოდ, საშუალო

<sup>40</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი, 2013 წელი

განათლება ვერ მიიღო 134-მა ეთნიკური უმცირესობის წარმომადგენელმა ქალმა, რაც საერთო რაოდენობის 37.8%-ია.

რესპონდენტებმა შემოსავლის ძირითად წყაროებად დაასახელეს ხელფასი (60%), პენსია (45%) ან მათ მიერ მოწეულ სასოფლო-სამეურნეო პროდუქცია (14.5%). ეთნიკურ უმცირესობათა ოჯახების 49.5%-ს 300 ლარზე ნაკლები შემოსავალი აქვს, 19.5%-ს 301-500 ლარი აქვს შემოსავალი, ხოლო 30%-ს 501-1000 და მეტი ლარი. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ეთნიკური უმცირესობების ქალების შემოსავლის საშუალო მაჩვენებელი 409.71 ლარია. მიუხედავად იმისა, რომ სულ გამოკითხული ეთნიკური უმცირესობების ოჯახების ნახევარი ღარიბია (აქვს 300 ლარზე ნაკლები შემოსავალი), მხოლოდ 15% აფასებს საკუთარ ეკონომიკურ მდგომარეობას, როგორც ძალიან ცუდს. 27.5% ამბობს, რომ მისი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა ცუდია, ხოლო 45% ამბობს, რომ – საშუალო.

### შეჯამება

როგორც ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა ზოგადი სოციო-დემოგრაფიული და ეკონომიკური მახასიათებლებიდან ჩანს, ამ ჯგუფის ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს:

- ✓ ინტეგრაციის დაბალი ხარისხი;
- ✓ ქართული ენის არცოდნა;
- ✓ მათთვის სახელმწიფო სტრუქტურებისა და ძირითადი მომსახურებების ქართულ ენაზე შეთავაზება;
- ✓ ადრეული ქორწინება და გაფართოებული ოჯახები;
- ✓ დასაქმების დაბალი ხარისხი;
- ✓ განათლების შესაძლებლობების არქონა; განათლების მიღების პროცესში შექმნილი პრობლემები; განათლების დაბალი ხარისხი;
- ✓ ხშირად განათლებაზე უარის თქმა ოჯახის შექმნის სანაცვლოდ;
- ✓ დაბალი შემოსავალი და მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობა;
- ✓ ქალების მატერიალური (და არა მხოლოდ) დამოკიდებულება ოჯახში მცხოვრებ კაცებზე.

### 4.3. მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები

თუ საქართველოს მთიან რეგიონებად ჩავთვლით ქედის, შუახევის, ხულოს, ახმეტის, დუშეთის, თიანეთის, ყაზბეგის, ამბროლაურის, ლენტეხის, ონის, ცაგერის, მესტიის, ბორჯომის, ნინოწმინდისა და წალკის მუცინიპალიტეტებს, აღმოჩნდება, რომ მოსახლეობის რაოდენობა, 2014 წლის მონაცემებით<sup>41</sup>, 323 500-ა.

საქართველოს მთიან რეგიონებში შემოსავლის ერთ-ერთი მთავარი წყარო არის სოფლის მეურნეობა, კერძოდ, მეცხოველეობა და მარცვლეულისა და ბოსტნეულის წარმოება. აქ მოსახლეობა, ძირითადად, თვითდასაქმებულია.

მთიანი რეგიონები რთული ეკონომიკური სიტუაციით ხასიათდებიან - დაბალი შემოსავლით, სიღარიბის მაღალი მაჩვენებლით, მიგრაციით, ჯანდაცვის ხელმიუწვდომლობით. მიუხედავად

<sup>41</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

იმისა, რომ რეგიონში ფუნქციონირებს სოფლის ექიმების პროგრამა, ხშირია აფთიაქების და საავადმყოფოების ნაკლებობა.

რთული სიტუაციაა განათლების კუთხითაც. თითოეულ სოფელს აქვს დაწყებითი სკოლა, თუმცა საშუალო სკოლა არ გვხვდება ყველა სოფელში. ზოგიერთ სოფელში არ არის სკოლამდელი დაწესებულებაც.

## შეჯამება

მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალების ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს:

- ✓ განათლების ხელმისაწვდომობის დაბალი დონე;
- ✓ დასაქმების დაბალი მაჩვენებელი;
- ✓ თვითდასაქმების მაღალი მაჩვენებელი; თვითდასაქმება შემოსავლის მნიშვნელოვანი წყაროა;
- ✓ ინფორმაციის ნაკლებობა როგორც გენდერთან დაკავშირებულ, ასევე სახელმწიფო პროგრამების შესახებ და ა.შ.;
- ✓ სიღარიბის მაღალი მაჩვენებელი, რთული ეკონომიკური სიტუაცია;
- ✓ ჯანდაცვის სისტემების მიმართ ხელმიუწვდომლობა;
- ✓ ინფრასტრუქტურა;

### 4.4. პატიმარი ქალები

2010 წლის 1 ოქტომბრიდან ძალაში შევიდა ახალი პატიმრობის კოდექსი, რომლის თანახმადაც პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში განთავსებული ყველა პირი აღინიშნება ტერმინით "ბრალდებულები და მსჯავრდებულები". ეს კატეგორია შეიძლება აღინიშნებოდეს ასევე ტერმინით "პატიმრები"<sup>42</sup>.

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მონაცემებით, 2013 წელს საქართველოში რეგისტრირებულია 561 სასამართლოს მიერ მსჯავრდებული ქალი, რაც ყველაზე ნაკლებია უკანასკნელი 13 წლის მანძილზე მსჯავრდებული ქალების რაოდენობაზე.<sup>43</sup> პატიმარი ქალების რაოდენობა 2012 წელს 926 იყო, ხოლო 2013 წელს - 463. ამგვარი კლება, ერთი მხრივ, შესაძლოა, ამნისტიის შედეგი ყოფილიყო. ზოგადად, იკლო პატიმართა საერთო რაოდენობამ. თუ 2011 წელს მათი რაოდენობა იყო 24 114, 2013 წელს რაოდენობა შემცირდა 9 085-მდე. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო<sup>44</sup> ამ კლებას ასე ხსნის:

- აქტიურად ხდება თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატიული საშუალებების გამოყენება, როგორცაა: საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომა;
- დაინერგა სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობისაგან განრიდების მექანიზმი;
- დაიხვეწა სასჯელის მოხდისაგან პირობით ვადაზე ადრე გათავისუფლების სისტემა;
- მიღებულ იქნა საქართველოს კანონი "ამნისტიის შესახებ";

<sup>42</sup> წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

<sup>43</sup> წყარო: საქართველოს უზენაესი სასამართლო

<sup>44</sup> წყარო: საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო



- განხორციელდა საკანონმდებლო ცვლილებები, რომლის საფუძველზეც საქართველოში შეიქმნა თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულება, რომელიც უახლოეს პერიოდში ამოქმედდება;

კვლევის მიხედვით, სულ მსჯავრდებულთა 79%-ის განათლება საშუალოა, 16%-ისა - უმაღლესი. მსჯავრდებულთა 87% უმუშევარია. მსჯავრდებულთაგან 57%-ს შეეფარდა პირობითი მსჯავრი. მსჯავრდებულთა მხოლოდ 28%-ს შეეფარდა თავისუფლების აღკვეთა.<sup>45</sup>

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს 2013 წლის აგვისტოს მონაცემებით, ბრალდებული და მსჯავრდებული ქალების რაოდენობა 295-ა. მათგან არცერთია არასრულწლოვანი. პატიმართა რიცხოვნობაში იგულისხმება პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფი ბრალდებულებისა და მსჯავრდებულების რაოდენობის ჯამი.

ხელისუფლებისგან მიღებული სტატისტიკის მიხედვით, ქალთა დიდი ნაწილი (39%) მსჯავრდებული იყო თაღლითობისთვის. ხშირი იყო ნარკოტიკთან დაკავშირებული დანაშაულიც (29%).<sup>46</sup>

2013 წელს ჩატარდა კვლევა „ვინ არიან ქალი პატიმრები“ საქართველოსა და სომხეთში ქალ პატიმრებს შორის. კვლევა განხორციელდა ორგანიზაციის „ციხის საერთაშორისო რეფორმა“ მიერ დიდი ბრიტანეთის მთავრობის მხარდაჭერით. კვლევის ჩატარებისას საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემა მოიცავდა 16 დაწესებულებას, მათ შორის წინასწარი პატიმრობის დაწესებულებებს, არასრულწლოვანთათვის სპეციალურ დაწესებულებებს, ორ სამედიცინო დაწესებულებას და სპეციალურ დაწესებულებებს ქალებისთვის. კვლევა ჩატარდა რუსთავეში, სასჯელაღსრულების #5 დაწესებულებაში. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 290-მა პატიმარმა.

კვლევის მიხედვით, საქართველოში პატიმარ ქალთა 28% განქორწინებულია, მესამედი - დაქორწინებული, ქვრივი - 21%, ხოლო 11% - დაუოჯახებელი. ქალების უმრავლესობას (78%) ჰყავს შვილი/შვილები. გამოკითხული ქალების 98%-ს აქვს საშუალო ან უმაღლესი განათლება. პატიმარი ქალების 46% აცხადებს, რომ ღარიბი ან ძალიან ღარიბია. ქალების 66% აცხადებს, რომ დაკავების პერიოდში ჰქონდა ანაზღაურებადი სამსახური. ქალების 22%-ს დაკავებისას ჰქონდა საკუთარი ბიზნესი. დაკავების შემდგომ, ქალების მესამედზე მეტმა დაკარგა სამსახური, 36%-მა საცხოვრებელი, 18%-მა ოჯახი. 3%-ს წაართვეს შვილები.

გამოკითხული ქალების 44%-ს ბრალად ედებათ ქონებრივი დანაშაული (თაღლითობა), 17%-ს ნარკო-ტრეფიკინგი, 14%-ს ნარკოტიკის ფლობა/გამოყენება.

## შეჯამება

პატიმარ ქალთა ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს:

- ✓ ოჯახის და შვილების მონახულების პირობები;

<sup>45</sup> წყარო: საქართველოს უზენაესი სასამართლო

<sup>46</sup> კვლევა „ვინ არიან ქალი პატიმრები“, განხორციელებული ორგანიზაციის „ციხის საერთაშორისო რეფორმა“ მიერ, დიდი ბრიტანეთის მთავრობის მხარდაჭერით, 2013 წელი

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის და ჰიგიენური პირობების ხელმისაწვდომობის დაბალი მაჩვენებელი; გენდერულად სპეციფიკური ჯანდაცვის სერვისის არარსებობა;
- ✓ ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია;
- ✓ პროფესიული, ზოგადი და სახელობო განათლების შესაძლებლობა;
- ✓ ნარკოდამოკიდებულებების სამკურნალო პროგრამები;
- ✓ წვდომა ფსიქოლოგსა და ფსიქიატრზე.

#### 4.5. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 2006 წლის 13 დეკემბრის „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის“ 31-ე მუხლი ხელმომწერ სახელმწიფოებს ავალდებულებს, რომ მან მოახდინოს შშმ პირთა სტატისტიკური მონაცემების შეგროვება. გაეროს მოსაზრებით, ეს უნდა იყოს სახელმწიფოს მხრიდან პოლიტიკის დაგეგმვისა და იმპლემენტაციის საფუძველი. დღეს საქართველოში შშმ პირების შესახებ სტატისტიკური მონაცემები ძალიან მცირეა. ეს კი შეუძლებელს ხდის რეალური სურათის გამოვლენას და შშმ პირების საჭიროებების დანახვას.

---

*„საქართველოში, დღეის მდგომარეობით, არ არსებობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ზუსტი ან ზუსტთან მიახლოებული რაოდენობრივი მაჩვენებელი. შესაბამისად, სახელმწიფოს დღევანდელი პოლიტიკა ემყარება ვარაუდებს, ამ ჯგუფის საჭიროებების მიმართ და არა ადეკვატურ, სათანადო ფორმით დამუშავებულ მონაცემებს. 2014 წლის სტატისტიკის სამუშაოების პროგრამა კვლავ არ ითვალისწინებს შშმ პირების შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის მოძიებას, რაც ამ პროცესს გაურკვეველი ვადით გადაადებს.“*

*„გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCPRD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი“, გვ: 112 მომზადდა ადამიანის უფლებების, სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრის (EMC) მიერ ფონდი „ღია საზოგადოება-საქართველოს“ (OSGF) მხარდაჭერით, 2014 წელი*

---

ერთადერთი მონაცემი, რაც შშმ პირების შესახებ არსებობს, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საპენსიო პაკეტის მიმღებებს ეხება. კერძოდ, სახელმწიფოსგან შშმ პირთა საპენსიო პაკეტს იღებს 122 940 შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი, აქედან 72 338 მამრობითი სქესის, ხოლო 50 602 - მდედრობითი სქესის<sup>47</sup>. საქსტატის 2014 წლის მონაცემების მიხედვით, საქართველოში დევნილი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 9,739 პირია, რომელთაგან 3,964 ქალია, ხოლო 5,775 - კაცი.

მნიშვნელოვანია, რომ არსებობენ ისეთი შშმ პირებიც, რომლებიც სახელმწიფო პენსიას არ იღებენ: პენსიის მიმღები ადამიანები არიან მხოლოდ მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შშმ პირები და ზომიერად გამოხატული შშმ პირების მხოლოდ ნაწილი. შესაბამისად, ზომიერად გამოხატული შშმ პირების ნაწილი არ იღებს სახელმწიფო პენსიას. ამასთან ერთად, ზოგიერთი შშმ პირი საერთოდ არ სარგებლობს შესაბამისი სტატუსით (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირის სტატუსით) და ისინი სახელმწიფოს ხედვის არედან გასულები არიან.

---

<sup>47</sup> წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო

2013 წელს სახალხო დამცველის ოფისისა და გაეროს ერთობლივი პროგრამის „გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობისთვის საქართველოში“ მხარდაჭერით მცირემასშტაბიანი კვლევა განხორციელდა თემაზე „დევენილი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალი მშობლების უფლებების შესახებ“. კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 100 რესპონდენტი. კვლევა ჩატარდა ზუგდიდში, ფოთში, წყალტუბოში, გორში, მესტიაში და თელავში. გამოკითხულთაგან 33% ცხოვრობდა ზუგდიდში, 25%-ფოთში, 15%-წყალტუბოში, 10%-გორში, 8%-მესტიაში, 5%-თელავში, 4% მცხეთასა და ცხინვალში. რესპონდენტთა 41.2% იყო შშმ პირი, 54.1% - შშმ პირის ოჯახის წევრი, 4.7% - შშმ პირთა ორგანიზაციის წარმომადგენელი (მათგან, ვინც აღნიშნულ კითხვას უპასუხა - 85%). რესპონდენტთა 8% მამრობითი სქესის წარმომადგენელი იყო, 92% - მდედრობითი.

კვლევის შედეგების მიხედვით, გამოკითხულთა 64.4%-ს საშუალო განათლება აქვს, 20.7%-ს საშუალო პროფესიული განათლება, ხოლო 14.9%-ს - უმაღლესი განათლება (მათგან, ვინც მიუთითა განათლება - 87%). რესპონდენტთა 48%-ის საშუალო თვიური შემოსავალი იყო 101-200 ლარი, 40%-ისთვის - 200 ლარზე მეტი, 10%-სთვის - 51-100 ლარი, ხოლო 2%-სთვის - 0-50 ლარი. გამოკითხულთა 91.8% არ იყო დასაქმებული.

---

*„საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა დასაქმების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკა არ არსებობს, თუმცა ეს მაჩვენებელი დაბალია.“*

*„საჭიროების კვლევა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დასაქმების მიმართულებით“, საქართველოს უსინათლოთა ასოციაცია, 2013 წელი*

---

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ყველა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი არ გამოიყენებს დამხმარე საშუალებებს (ეტლი, სმენის აპარატი, ხელჯოხი და ა.შ.). მათგან, ვინც დამხმარე საშუალებების გამოყენება-არგამოყენებაზე ისაუბრა (გამოკითხულთა 96%), დამხმარე საშუალებებს იყენებს გამოკითხულთა მხოლოდ 25% (აქედა 80% შშმ პირთა, 20% - შშმ პირთა ოჯახის წევრი/მეურვე), ხოლო არ იყენებს - 75% (მათგან 27.4% შშმპ-ა, 72.6% - შშმ პირთა ოჯახის წევრი/კანონიერი მეურვე). ეს ნიშნავს, რომ გამოკითხული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთაგან (35 ადამიანი) დაახლოებით ნახევარი არ იყენებს დამხმარე საშუალებებს. მათგან, ვინც იყენებს დამხმარე საშუალებებს (25%), ყველაზე ხშირად იყენებენ ეტლს - 26.1%, სმენის აპარატს - 4.3%, ხელჯოხს - 43.5%, სათვალეს - 17.4%, გადასაადგილებელ ჩარჩოს - 4.3%, პროთეზს - 4.3%.

ამასთან, დამხმარე საშუალებების გამოყენება რეგიონის მიხედვით განსხვავებულია. დამხმარე საშუალებებს ყველაზე ხშირად იყენებენ გორში (44.4%), ზუგდიდსა (39.4%) და ფოთში (30.4%). დანარჩენ ქალაქებში გამოკითხული შშმ პირების 100% არ იყენებს დამხმარე საშუალებებს.

აღნიშნულ კვლევაში ფოკუს-ჯგუფების ანალიზისას გამოიკვეთა, რომ დევენილი შშმ ქალების ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს არასათანადო საცხოვრებელი და მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური პირობები, არაადაპტირებული გარემო, ინკლუზიურ განათლებაზე, სამედიცინო მომსახურებაზე, დასაქმებაზე ხელმიუწვდომლობა და ა.შ.

**პატიმარი შშმ პირები:** 2014 წლის სახალხო დამცველის ანგარიშში „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მდგომარეობა პენიტენციურ დაწესებულებებში, დროებითი მოთავსების იზოლაციორებსა და არანებაყოფლობით ფსიქიატრიული მკურნალობის დაწესებულებაში“, რომელიც გამოიცა ფონდ „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ ფინანსური მხარდაჭრით<sup>48</sup>, აღნიშნულია, რომ საქართველოს სახალხო დამცველმა გამოითხოვა შშმ პატიმართა სტატისტიკა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროდან, თუმცა ასეთი სტატისტიკა არ მიეწოდა.<sup>49</sup>

ამასთან, ამავე დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ:

---

*„ვერც ერთ იმ დაწესებულებაში, სადაც ჩატარდა მონიტორინგი, დაწესებულების ხელმძღვანელობამ ვერ მიაწოდა ექსპერტებს სრული სია იქ განთავსებული შშმ პირებისა. რამდენიმე მათგანში ასეთი სია არ არსებობდა და მონიტორინგის მისვლის შემდეგ სპონტანურად შედგა, ხოლო იქ, სადაც არსებობდა, იყო არასრულფასოვანი. ექსპერტების მიერ იდენტიფიცირებული სპეციალური საჭიროების მქონე პირები (რომლებიც გადმოცემულ სიაში არ იყვნენ აღრიცხული) რამდენჯერმე სჭარბობდა მოწოდებულ რიცხვებს.“*

*წლის სახალხო დამცველის ანგარიშში „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მდგომარეობა პენიტენციურ დაწესებულებებში, დროებითი მოთავსების იზოლაციორებსა და არანებაყოფლობით ფსიქიატრიული მკურნალობის დაწესებულებაში“, 2014 წელი, გვ: 10*

---

## შეჯამება

საერთო ჯამში, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს:

- ✓ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დემოგრაფიული მონაცემების შესახებ სტატისტიკის არარსებობა;
- ✓ არასათანადო საცხოვრებელი პირობები;
- ✓ არაადაპტირებული ინფრასტრუქტურა და გარემო;
- ✓ მძიმე სოციო-ეკონომიკური პირობები და დაბალი შემოსავალი;
- ✓ დასაქმების უკიდურესად დაბალი მაჩვენებელი;
- ✓ ინკლუზიურ განათლებაზე ხელმიუწვდომლობა;
- ✓ სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმიუწვდომლობა.

---

<sup>48</sup> იხ. ბმულზე: <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/1/1726.pdf>

<sup>49</sup> 2014 წლის სახალხო დამცველის ანგარიშში „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა მდგომარეობა პენიტენციურ დაწესებულებებში, დროებითი მოთავსების იზოლაციორებსა და არანებაყოფლობით ფსიქიატრიული მკურნალობის დაწესებულებაში“, გვ: 7



## V. ფულადი სოციალური დახმარება (საარსებო შემწეობა)

სოციალური დახმარება ისეთი სარგებელია, რომლითაც სახელმწიფო უზრუნველყოფს არა მხოლოდ დატაკ ოჯახებს ან უსახლკაროებს, არამედ სპეციალური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებსაც. ფულადი სოციალური დახმარება ეკუთვნით ისეთ ოჯახებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა ნაკლებია 57 001-ზე.

საარსებო შემწეობის პროგრამა წარმოადგენს ქვეყანაში მომქმედ ყველაზე მასშტაბურ ფულადი დახმარების პროგრამას. ფულადი სოციალური დახმარება (იგივე, „საარსებო შემწეობა“) წარმოადგენს ოჯახისათვის (შინამეურნეობისათვის) გაწეულ ფულად დახმარებას, რომელიც განკუთვნილია შეფასების სისტემით იდენტიფიცირებული დატაკი ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის.

ოჯახი ხდება საარსებო შემწეობის მიმღები, თუ იგი რეგისტრირებულია უმწეო ოჯახების ერთიან ბაზაში და მისი ეკონომიკური მდგომარეობის შესაბამისი სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 57 000-ს. საარსებო შემწეობის ოდენობა ერთწევრიანი ოჯახისათვის განისაზღვრება 60 ლარის ოდენობით, ხოლო ორი და მეტსულიანი ოჯახი იღებს ყოველ დამატებით წევრზე 48 ლარს. აღნიშნული დახმარება შესაძლებელია შეწყდეს, შეჩერდეს და განახლდეს სხვადასხვა მიზეზის გამო.

ფულადი სოციალურ დახმარებას არ იღებენ ის ოჯახის წევრები, რომლებიც არიან<sup>50</sup>:

- ✓ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი მსჯავრდებული, რომელსაც სასამართლოს კანონიერ ძალაში შესული განაჩენით შეეფარდა თავისუფლების აღკვეთა;
- ✓ იძულებით სამკურნალოდ გაგზავნილი პირი;
- ✓ ვადიან სამხედრო სამსახურში მყოფი პირი (გარდა იმ პირისა, რომლების სამხედრო სამსახურის შესრულებისას პერიოდულად (სამ თვეში ერთხელ მაინც) ბრუნდება ოჯახში);
- ✓ ოჯახიდან სამ თვეზე მეტი ვადით წასული პირი;
- ✓ სასამართლოს მიერ უგზო-უკვლოდ დაკარგულად ან გარდაცვლილად გამოცხადებული პირი;
- ✓ ინსტიტუციონალურ დაწესებულებაში სრულ სახელმწიფო კმაყოფაზე მყოფი პირი.

როგორც ცნობილია, ფულად სოციალურ დახმარებას იღებს შინამეურნეობა. შინამეურნეობიდან გასული წევრი ამ პროგრამის ფარგლებში დახმარებას აღარ იღებს. თუ მას მაინც უნდა დახმარების მიღება, გასული წევრის შინამეურნეობას ცალკე აფასებს სოციალური მომსახურების სააგენტო და ამის შემდეგ გადაწყვეტს, დაუნიშნოს თუ არა აღნიშნულ ადამიანს, როგორც სხვა შინამეურნეობის წევრს, სოციალური დახმარება. იგივე წესი ვრცელდება ძალადობის მსხვერპლებზეც. თუ ძალადობის მსხვერპლი მიდის თავშესაფარში და ტოვებს საკუთარ შინამეურნეობას (მაგალითად, განქორწინდება და სხვა), ის აღარ იღებს ამ შინამეურნეობის ფარგლებში სოციალურ დახმარებას, თუმცა შეუძლია მოითხოვოს ხელახალი შეფასება და

<sup>50</sup> წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო

თავიდან დაენიშნოს სოციალური დახმარება, როგორც ცალკე შინამეურნეობას. თუ ძალადობის მსხვერპლი მოთავსებულია სახელმწიფო თავშესაფარში, ის სახელმწიფო კმაყოფაზე იმყოფება და მასზე გამოყოფილია სახელმწიფო დაფინანსება. შესაბამისად, მას უწყდება სოციალური დახმარება.

როგორც უკვე ითქვა, „საარსებო შემწეობის“ გაცემა დაიწყო 2006 წლის აგვისტოდან. ამ ბენეფიტის მიმღები ოჯახების რაოდენობა პროგრამის დაწყების მომენტში იყო 89 000 ოჯახი (233 000 პირი). ბენეფიციართა რაოდენობა მუდმივად იცვლება და 2009 წლის დეკემბრისათვის ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 159000 ოჯახს (444 000 პირი). საქართველოს სოციალური მომსახურების 2013 წლის დეკემბრის მონაცემებით, სოციალურ დახმარებას იღებდა 150 607 ოჯახი (რაც საქართველოში არსებული ოჯახების 12.9%-ია), 453 857 ადამიანი (რაც საქართველოს მოსახლეობის 10.1%-ია). 2014 წლის აგვისტოს მონაცემებით კი სოციალურ დახმარებას იღებდა 142 062 ოჯახი (სულ საქართველოში არსებული ოჯახების 13.8%), 426 088 ადამიანი (სულ საქართველოს მოსახლეობის 9.5%). ეს არ იძლევა იმის თქმის საშალებას, რომ სოციალური დახმარების ბენეფიციართა რაოდენობა შემცირდა, რადგან 2013 წლის აგვისტოს მონაცემები 2014 წლის აგვისტოს მონაცემების მსგავსია (იხ. ცხრილი №12).

ცხრილი №12<sup>51</sup>

	საარსებო შემწეობის მიმღებთა რაოდენობა		საარსებო შემწეობის მიმღებთა პროცენტული წილი მთელ მოსახლეობასთან	
	ოჯახი	მოსახლეობა	ოჯახი	მოსახლეობა
აგვისტო, 2013	141,218	432,165	12.1	9.6
აგვისტო, 2014	142,062	426,088	13.8	9.5

2014 წლის აგვისტოს მონაცემებით, დახმარებას იღებს 191 565 კაცი და 234 523 ქალი, საერთო რაოდენობიდან 31,336 დევნილია, 17,235 ქალი და 14,101 კაცია. იმ ოჯახების რაოდენობა, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 57 000 ქულას და აგვისტოს თვეში არ გადაერიცხათ საარსებო შემწეობა, 16 773-ია.

როგორც აღინიშნა, ფულადი სოციალური დახმარება ოჯახების კეთილდღეობის დონის შეფასების საფუძველზე გაცივება. ეს ნიშნავს, რომ ქულებით ფასდება კუთვნილებაში არსებული ქონება, სოფლის მეურნეობისგან მიღებული სარგებელი, შემოსავალი, საცხოვრებელი პირობები და ა.შ. კატეგორია, რომელსაც აქვს 57 001-ზე ნაკლები ქულა, ლატაკია.

პროგრამა ქულებს ანიჭებს ისეთი კრიტერიუმებითაც, როგორებიცაა ჯანმრთელობის მდგომარეობა, 18 წელზე დაბალი ასაკის ოჯახის წევრების რაოდენობა, შეზღუდული შესაძლებლობების პირის არსებობა ოჯახში, ხანდაზმულების არსებობა, რომლებიც თავად ახორციელებენ მზრუნველობას არასრულწლოვანი შვილების ან შვილიშვილების მიმართ, მარტოხელა პენსიონერების არსებობა და ოჯახის წევრების რაოდენობა.

მისამართული დახმარების დანიშვნა ხდება Proxy Mean Testing (PMT) მეთოდოლოგიის საფუძველზე, რომლის არსი შემდეგში მდგომარეობს: უმწეო (ღარიბი) ოჯახების დახმარების

<sup>51</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

პროგრამაში ჩართვის აუცილებელი ეტაპია თვითიდენტიფიცირება, ანუ თუ ოჯახი თვლის, რომ ღარიბია და საჭიროებს დახმარებას, ბენეფიტის მიღებისათვის მან აუცილებლად უნდა მიმართოს სახელმწიფოს დახმარების მიღების თხოვნით.

2013 წლის ჩათვლით, მისამართული დახმარების დანიშვნა ამ წესით ხდებოდა<sup>52</sup>:

- ოჯახს ენიჭება უნიკალური საიდენტიფიკაციო ნომერი და განაცხადში დაფიქსირებული ოჯახის წევრების მონაცემები შედის კომპიუტერში. ამის შემდეგ სოციალური აგენტი მიდის ოჯახში, რათა დაეხმაროს ოჯახს დეკლარაციის შევსებაში. დეკლარაციაში დაფიქსირებული მონაცემების სიზუსტეზე პასუხისმგებელია ოჯახი, რასაც ოჯახის უფლებამოსილი წევრი ადასტურებს ხელმოწერით. სოციალურ აგენტს დეკლარაციაში შეაქვს მხოლოდ ის მონაცემები, რასაც ოჯახი მიაწვდის. დეკლარაციის ბოლო გვერდს ავსებს სოციალური აგენტი, რომელიც აფიქსირებს თავის სუბიექტურ მოსაზრებას ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობისა და დეკლარაციის შევსების სიზუსტის შესახებ.

დეკლარაციაში დაფიქსირებული მონაცემები შედის მონაცემთა ბაზაში და სპეციალურად შემუშავებული მეთოდის საფუძველზე გამოიანგარიშება ე.წ. ოჯახის სარეიტინგო ქულა. თუ ოჯახის სარეიტინგო ქულა აღმოჩნდა ბენეფიტის მიღებისათვის საჭირო ზღვრულ ქულაზე ნაკლები, მაშინ ოჯახი ხდება ბენეფიტის მიღების კანდიდატი.

თუ ბენეფიციარობის კანდიდატი ოჯახის მიერ გაცემული ინფორმაციის სანდოობის მიმართ სოციალურ აგენტს აღეძვრება ეჭვი, მას შეუძლია დეკლარაციის სპეციალურ გრაფაში თავისი მოსაზრება დააფიქსიროს (მაგ., აღნიშნავს, რომ ოჯახი, სავარაუდოდ, მალავს ქონებას). ასეთ შემთხვევაში, იმავე ოჯახში მიდის ე.წ. კონტროლის სოციალური აგენტი და ხელახლა ავსებს დეკლარაციას. ოჯახის საბოლოო სარეიტინგო ქულის დათვლა ხდება კონტროლის სოციალური აგენტის მიერ შევსებული დეკლარაციის საფუძველზე და ამ ქულის მიხედვით მიიღება გადაწყვეტილება, არის თუ არა ოჯახი ბენეფიტის მიღების კანდიდატი.

მთელი პროცედურის შესრულებას სჭირდება სამი თვე და ბენეფიციარ ოჯახს ბენეფიტის მიღების უფლება აღეძვრება განაცხადის შეტანდან მეოთხე თვეს.

2014 წლიდან მისამართული დახმარების დანიშვნის მეთოდოლოგიაში მნიშვნელოვანი ცვლილება შევიდა: ქულების განსაზღვრის დროს, სოციალური აგენტის სუბიექტური შეფასება გათვალისწინებული აღარ იქნება. არ იარსებებს გრაფა, სადაც სოციალური აგენტი პირად მოსაზრებებს და შეფასებებს აღრიცხავს. კრიტერიუმები ისე იქნება გაწერილი, რომ სუბიექტური ინტერპრეტაციის საშუალება მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი. ობიექტური ინფორმაციის ძირითადი ნაწილი მიღებული იქნება ოჯახის წევრებისგან და სახელმწიფო უწყებებისგან;

კვლევისთვის მნიშვნელოვანია ის ფაქტორი, რომ სოციალური დახმარებისთვის სამიზნე ჯგუფს ოჯახები წარმოადგენენ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური დაცვის დეპარტამენტის უფროსის<sup>53</sup> განცხადებით, კონკრეტულად ამ პროგრამაში გენდერული კომპონენტი გათვალისწინებულია მხოლოდ იმდენად, რამდენადაც

<sup>52</sup> წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო

<sup>53</sup> სოციალური დაცვის დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო



ამას ოჯახების სპეციფიკა განაპირობებს. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ, სოციალური დახმარებს გაცემისას, არ არსებობს სისტემური მიდგომა გენდერული კომპონენტის მიმართ.

აღნიშნული პროგრამა ნაკლებად აკეთებს აქცენტს ბენეფიციარის სქესზე, გენდერული კომპონენტი მხოლოდ ირიბადაა მოცული შეფასების სისტემაში; კერძოდ, სოციალური დახმარების გაცემისას პრიორიტეტი ენიჭებათ მარტოხელა მშობლებს ან მრავალშვილიან ოჯახებს. მარტოხელა მშობლების დიდი ნაწილი ქალები არიან. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონმდებლობაში არ არის განმარტებული ტერმინი „მარტოხელა დედა“, კრიტერიუმებში ეს კატეგორია ჩართულია იყო, როგორც სუბიექტური შეფასება. სუბიექტური შეფასების ამოღების შემდეგ, ბუნდოვანია, რა კრიტერიუმით შეფასდებიან მარტოხელა და მრავალშვილიანი დედები.

## VI. სოციალური დაცვა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს მრავალ პროგრამას სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფისთვის. აღნიშნულ პროგრამებში გენდერული კომპონენტი იშვიათადაა გათვალისწინებული. ეს უკანასკნელი ისეთ პროგრამებშია ჩართული, რომლებიც ეხება უშუალოდ მშობიარე ქალებს, დედებს, შვილად აყვანის პროცედურებს, ბავშვზე ზრუნვასა და მათ დაცვას.

### პენსია

პენსია ენიშნებათ საქართველოს მოქალაქე მამაკაცებს 65 წლიდან და ქალებს - 60 წლიდან. სახელმწიფო პენსიის ოდენობაა 150 ლარი.

პენსიის მიმღებთა რაოდენობა, 2014 წლის აგვისტოს მონაცემებით, 694 849 ადამიანია, რომელთაგან 204 775 კაცია, ხოლო 490 074 - ქალი. ეს ნიშნავს, რომ პენსიონერი ქალების რაოდენობა თითქმის 2.5-ჯერ მეტია კაცების რაოდენობაზე.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური დეპარტამენტის უფროსის<sup>54</sup> განცხადებით, გენდერული ჭრილის გათვალისწინება პენსიის შემთხვევაში ხდება, სადაც:

---

*„ქალს შეუძლია 60 წლის ასაკიდან გავიდეს პენსიაზე, მამაკაცი კი გადის 65 წლის ასაკში. თუმცა ევროპის ქვეყნებშიც და საქართველოშიც ეს წესი შეიცვლება, ვინაიდან სქესს არ აქვს მნიშვნელობა“.*

*საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური დეპარტამენტის უფროსი*

---

### სოციალური პაკეტი

სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ განხორციელებული კიდევ ერთი პროგრამა სოციალური პაკეტის გაცემაა. სოციალური პაკეტი გადაეცემათ შშმ პირებს, ოჯახებს მარჩენალდაკარგული წევრის შემთხვევაში, პოლიტიკურად რეპრესირებულებს, სახელმწიფო კომპენსაციის მიმღებებს, საყოფაცხოვრებო სუბსიდიის მიმღებებს და სხვ. სულ ასეთი დახმარება, 2014 წლის აგვისტოს მონაცემებით, მიიღო 169 618-მა ბენეფიციარმა (კაცი - 105 040, ქალი - 64 578), რომელთაგან 123 690 იყო შშმ პირი, 26 266 - მარჩენალდაკარგული, 1 099 - პოლიტიკურად რეპრესირებული, 9 701 - სახელმწიფო კომპენსაციის მიმღები, 8 751 - საყოფაცხოვრებო სუბსიდიის მიმღები და 111 - კატეგორიის გარეშე (სხვა).

---

<sup>54</sup> გიორგი კაკაჩია, სოციალური დაცვის დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის მონაცემებით, საპენსიო პაკეტს (ასაკით პენსიონერი) საქართველოს მოსახლეობიდან 686 675 ადამიანი იღებს. სხვა ტიპის საპენსიო პაკეტისა და სოციალური პაკეტის მიმღებთა რაოდენობა კი 170 336-ს უდრის. ამ უკანასკნელიდან, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საპენსიო პაკეტს 122 940 ადამიანი იღებს, ხოლო საყოფაცხოვრებო სუბსიდიას - 9 467 ადამიანი. დეტალური მონაცემები იხ. ცხრილში №13.

ცხრილი №13<sup>55</sup>

სოციალური პაკეტის მიმღებთა რიცხოვნობა		
სოციალური პაკეტის მიმღები:		170 336
	შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები	122 940
	მარჩენალდაკარგული ოჯახის წევრები	27 080
	პოლიტრეპრესიულები	1 284
	პენსიონერები წელთა ნამსახურებით	118
	სახელმწიფო კომპენსაციის მიმღებები	9 411
	საყოფაცხოვრებო სუბსიდიის მიმღებები	9 467
	სხვა	36

### საყოფაცხოვრებო სუბსიდია

საყოფაცხოვრებო სუბსიდია სოციალური შეღავათებით მოსარგებლე პირებისთვის დაწესებული ყოველთვიური ფულადი გასაცემელია საყოფაცხოვრებო-კომუნალური საჭიროების ხარჯების გასაწევად.<sup>56</sup> საყოველთაო სუფსიდია ენიჭებათ მეორე მსოფლიო ომის, სხვა სახელმწიფოთა ტერიტორიაზე საბრძოლო მოქმედებისა და საქართველოს ტერიტორიული მთლიანობისთვის, თავისუფლებისა და დამოუკიდებლობისთვის საბრძოლო მოქმედების შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს, დაღუპულებს და მონაწილეებს.

საყოფაცხოვრებო სუბსიდიის მიმღებთა რაოდენობა, 2014 წლის მონაცემებით, სულ 33 518 ბენეფიციარია (ქალი - 22 361, კაცი - 11 157).

### ომის ვეტერანთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობა

აღნიშნული პროგრამა ომის ვეტერანებს სთავაზობს: ექიმ-სპეციალისტების მომსახურებას, ფიზიოთერაპიული და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების ჩატარებას, ბალნეოლოგიური პროცედურების ჩატარებასა და სამკურნალო ფიზკულტურისა და მანუალური თერაპიის პროცედურების ჩატარებას. ამ პროგრამით სარგებლობენ საპენსიო ასაკის ან შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე ომის მონაწილეები.<sup>57</sup> პროგრამა, ერთ ვეტერანზე, ითვალისწინებს ვაუჩერის გაცემას, რომლის ღირებულებაც 250 ლარი. აღნიშნული

<sup>55</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

<sup>56</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტო

<sup>57</sup> წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო

პროგრამაში, 2013 წლის მონაცემებით, ჩართული იყო 137 ბენეფიციარი (აქედან 6 - ქალი). ბენეფიციარები, ძირითადად, თბილისში მაცხოვრებლები იყვნენ (131).<sup>58</sup>

### დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფა

აღნიშნული პროგრამა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის სავარძელ-ეტლებით და საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალებებით უზრუნველყოფას გულისხმობს, თუ შშმ პირი საჭიროებს შემდეგ დამხმარე საშუალებებს:

- მექანიკური სავარძელ-ეტლი;
- ელექტრო სავარძელ-ეტლი;
- უსინათლოთა ხელჯოხი;
- ხელჯოხ/ყავარჯენი;
- ყავარჯენი;
- გადასაადგილებელი ჩარჩო (ჩოჩიალა);
- საპროთეზო-ორთოპედიული საშუალება;
- სმენის აპარატი;
- კოხლეარული იმპლანტი.

სახელმწიფო აღნიშნულ საშუალებებს გადასცემს მხოლოდ იმ პირებს, რომელთაც აქვთ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სტატუსი.

2013 წელს აღნიშნული პროგრამით ისარგებლა 2 757-მა ბენეფიციარმა (ქალი - 1 069, კაცი - 1 688). სულ 2011, 2012 და 2013 წლებში ამ პროგრამით ისარგებლა 8 749 შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირმა (ქალი - 3 601, კაცი - 5 148).<sup>59</sup>

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ მექანიკური და ელექტრო სავარძელ-ეტლების მომხმარებელთა რაოდენობა აღრიცხულია. 2013 წლის მონაცემებით, სულ გაიცა 2 757 დამხმარე საშუალება, მათ შორის, ყველაზე მეტი, 1 012, თბილისში. უკანასკნელი 2 წლის განმავლობაში სახელმწიფოსგან 1207-მა მამაკაცმა და 652-მა ქალმა მიიღო მექანიკური სავარძელ-ეტლები (სულ - 1859), ხოლო 20-მა ქალმა და 49 კაცმა (სულ - 69) ელექტრო სავარძელ-ეტლები. როგორც ამ რიცხვებიდან ჩანს, კაცების რაოდენობა ქალებისას ბევრად აღემატება.

### დღის ცენტრები

დღის ცენტრები ბავშვთა ზრუნვის ერთ-ერთი პროგრამაა, რომელიც მოიცავს ბავშვების მომსახურებას (მიტოვების რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვი) შაბათ-კვირისა და უქმე დღეების გარდა ორჯერადი კვებით, ბავშვების აკადემიური საჭიროებების მიხედვით მომსახურებას, ბავშვთა კულტურულ და სპორტულ-გამაჯანსაღებელ ღონისძიებებში ჩართვას, საჭიროების შემთხვევაში ამბულატორიული სამედიცინო და ფსიქოლოგიური მომსახურების ორგანიზებას და ა.შ. ამასთან, დღის ცენტრები ფოკუსირდება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებსა და

<sup>58</sup> "სოციალური სტატისტიკა", 2013 წელი, სოციალური მომსახურების სააგენტო, იხ. ბმულზე [http://ssa.gov.ge/files/01\\_GEO/statistika/EXCEL/12/2013/2013.pdf](http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/statistika/EXCEL/12/2013/2013.pdf)

<sup>59</sup> "სოციალური სტატისტიკა", 2013 წელი, სოციალური მომსახურების სააგენტო, იხ. ბმულზე [http://ssa.gov.ge/files/01\\_GEO/statistika/EXCEL/12/2013/2013.pdf](http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/statistika/EXCEL/12/2013/2013.pdf)

მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობების ბავშვებზეც.

დღის ცენტრის მომსახურების მიმღები ბავშვი, 2013 წლის მონაცემებით, 1 164-ია, აქედან შშმ ბავშვია 538. შშმ პირთა (არა მხოლოდ ბავშვებისთვის) დღის ცენტრებში, 2013 წლის მონაცემებით, ჩართულია 997 ბენეფიციარი, აქედან ქალი - 449, ხოლო კაცი - 548. დღის ცენტრები ფუნქციონირებს 25 მუნიციპალიტეტში (სულ - 54 დღის ცენტრია), თუმცა:

- ✓ მიტოვების რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვებისთვის ფუნქციონირებს 11 მუნიციპალიტეტში (გარდა ბათუმისა, ქარელის, თერჯოლის, სამტრედიის, ზესტაფონის, თელავის, გურჯაანის, ფოთის, ჩხოროწყუს, მცხეთის, ჩოხატაურის, წალენჯიხის, საჩხერის და საგარეჯოს მუნიციპალიტეტებისა).
- ✓ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის ფუნქციონირებს 19 მუნიციპალიტეტში (გარდა გურჯაანის, თიანეთის, წყალტუბოს, ჭიათურის, ლანჩხუთის, ასპინძის მუნიციპალიტეტებისა);
- ✓ მძიმე და ღრმა გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე შეზღუდული შესაძლებლობების ბავშვებისთვის ფუნქციონირებს მხოლოდ თბილისსა და ქუთაისში;
- ✓ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის ფუნქციონირებს მხოლოდ თბილისში, ქუთაისში, რუსთავში, თელავისა და გურჯაანის მუნიციპალიტეტებში.

### **სათემო ორგანიზაციები**

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სათემო ორგანიზაციები ემსახურება შშმ პირებს 18 წლის ზემოთ და საპენსიო ასაკის ადამიანებს. ის ერთგვარი თავშესაფარია ბენეფიციართათვის, რამეთუ აქვს საცხოვრებლით, კვებითა და სხვა მომსახურებებით უზრუნველყოფის ფუნქცია. პროგრამა ფოკუსირდება სრულწლოვან შშმ პირებზე და უზრუნველყოფს მათ კვებას, პირველად სამედიცინო დახმარებას, პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარებასა და საზოგადოებაში ინტეგრაციას.

2013 წელს აღნიშნული პროგრამით 138-მა ბენეფიციარმა ისარგებლა (81 ქალი, 57 კაცი). ბენეფიციარების უმრავლესობა სერვისით კახეთში სარგებლობდა (78).

### **ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა ინსტიტუციური პატრონაჟი (თავშესაფრით უზრუნველყოფა)**

ეს პროგრამა ითვალისწინებს ფსიქიკური დარღვევების მქონე ბენეფიციართა ყოველდღიურ მომსახურებას. პროგრამით სარგებლობა შეუძლიათ თანდაყოლილი და შეძენილი ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული დემენციის მქონე 18 წლის და მეტი ასაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს.<sup>60</sup>

2013 წელს აღნიშნული პროგრამით 114-მა პირმა ისარგებლა, აქედან ქალთა და კაცთა რაოდენობა იყო თანაბარი. ბენეფიციართაგან უმრავლესობა თავმოყრილი იყო თბილისსა და იმერეთის რეგიონში.

<sup>60</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტო

## დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამა დაიწყო 2014 წლიდან დემოგრაფიული მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად, რაც გულისხმობს შობადობის მატერიალურ წახალისებას. რიგით მესამე ან შემდეგ ცოცხლადშობილი ბავშვის ენიჭება ყოველთვიური ფულადი დახმარება (0-2 წლის ასაკამდე) იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახი ცხოვრობს „საქართველოს იმ რეგიონში, სადაც ბავშვის დაბადების წლის წინა მეორე და მესამე წელში წლიური ბუნებრივი მატების საშუალო დადებითი მაჩვენებელი არ ფიქსირდება.“<sup>61</sup> თუ ბენეფიციარი მაღალმთიანი რეგიონიდანაა, ენიშნება ყოველთვიური ფულადი დახმარება 200 ლარის ოდენობით, ხოლო თუ არამაღალმთიანი რეგიონიდანაა - 150 ლარის ოდენობით.

### ბავშვზე ზრუნვა

ბავშვზე ზრუნვის პროგრამები მოიცავს:

- ✓ ბავშვის შვილად აყვანას;
- ✓ ბავშვზე მეურვეობა-მზრუნველობის დაწესებას;
- ✓ ბავშვის საერთაშორისო გამვილებას;
- ✓ ბავშვზე ზრუნვის ალტერნატიულ ფორმებს (მცირე საოჯახო ტიპის სახლი; მინდობით აღზრდა; რეინტეგრაცია);
- ✓ ბავშვთა დაცვა ძალადობისგან;
- ✓ ოჯახის დამხმარე პრევენციულ ღონისძიებებს (დღის ცენტრი; მიტოვების რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვების კვებით უზრუნველყოფა);
- ✓ ბავშვთა რეაბილიტაცია/აბილიტაცია;
- ✓ ბავშვთა ადრეული განვითარება;
- ✓ მიუსაფარ ბავშვთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა;
- ✓ კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვიანი ოჯახების გადაუდებელი დახმარება;

ასეთი საქმეების რაოდენობა 2013 წელს 9 008-ს შეადგენდა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პოზიციით, ბავშვის აღზრდა უმჯობესია მოხდეს ოჯახში ან მცირე საოჯახო ტიპის სახლში, ვიდრე ბავშვთა სახლებში. ამისთვის, სამინისტროს მხრიდან, გატარდა სხვადასხვა პროგრამები, პირველ რიგში, შემცირდა ბავშვთა სახლების რაოდენობა. სამინისტროს მონაცემებით, 2009 წელს 24 ბავშვთა დაწესებულება (ე.წ. ბავშვთა სახლი) იყო, ხოლო 2013 წელს რაოდენობა სამჯერ შემცირდა და გახდა 8. შესაბამისად, შემცირდა ბავშვთა რიცხოვნობა დაწერებულებებში (2009 წელი - 1321 ბავშვი, 2013 წელი - 132 ბავშვი)<sup>62</sup>. რეფორმის შედეგად ბავშვთა რეინტეგრაცია მოხდა ბიოლოგიურ ოჯახში ან მათი განთავსება ოჯახის ჩამნაცვლებელ მომსახურებაში (მინდობით აღზრდა, მცირე საოჯახო ტიპის სახლი). 2013 წლის მონაცემებით, რეინტეგრაციის პროგრამით 398-მა ბავშვმა ისარგებლა, მინდობით აღზრდით - 1 052-მა, ხოლო გადაუდებელი მინდობით

<sup>61</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტო

<sup>62</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

აღზრდის პროგრამით - 42-მა ბავშვმა. სულ ჩამოთვლილი პროგრამების ბენეფიციართა რაოდენობა 1 492-ია<sup>63</sup>.

სოციალური დახმარების სახით, სახელმწიფო გაცემს რეინტეგრაციის შემწეობასაც, რაც ნიშნავს ფულად სოციალურ დახმარებას, რომელიც მიეცემა სპეციალური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ბავშვ(ებ)ის ბიოლოგიურ ოჯახს, მეურვეს, რომელიც ბავშვ(ებ)ს სპეციალიზირებული დაწესებულებიდან გაიყვანს ოჯახურ გარემოში საცხოვრებლად და გაუწევს მას სათანადო მზრუნველობას. ოჯახს უფლება აქვს მოითხოვოს რეინტეგრაციის შემწეობა. ეს შემწეობა გაიცემა ხელშეკრულების საფუძველზე, რომელიც იღება სახელმწიფოსა და ოჯახს შორის.

სოციალური დეპარტამენტის უფროსის<sup>64</sup> თქმით, პროგრამა „დედათა და ბავშვთა თავშესაფარი“ განკუთვნილია სწორედ იმ ქალებისთვის, რომლებიც მარტო ზრდიან ბავშვს. რესპონდენტის აზრით, გარდა თავშესაფრის მიცემისა, ამ სერვისის მიზანია ქალების პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარება და მათი სოციალურ-ეკონომიკური გაძლიერება. ამ პროგრამით სარგებლობა შეუძლიათ სხვადასხვა პრობლემების მქონე დედებს, რომლებსაც ჰყავთ 10 წლამდე ასაკის შვილები, რომლებიც არიან მიტოვების ან ინსტიტუციაში მოხვედრის რისკის ქვეშ და სხვადასხვა პრობლემების მქონე ქალებს, რომლებიც ორსულობის არანაკლებ 26-ე კვირაში არიან. აღნიშნული მომსახურება ბენეფიციარებს მიეწოდებათ მხოლოდ ქ. თბილისსა და ქ. ქუთაისში. 2013 წლის მონაცემებით, ამ პროგრამით ისარგებლა 43-მა ბენეფიციარმა.<sup>65</sup>

## შეჯამება

როგორც ჩამოთვლილი პროგრამებიდან ჩანს, ქალები პროგრამების სპეციფიკურ სამიზნე ჯგუფს იშვიათად წარმოადგენს. პროგრამების მოხმარების სტატისტიკა ცხადყოფს, რომ ქალები უფრო მოწყვლადი ჯგუფია და უფრო ხშირად ესაჭიროება სახელმწიფოს დახმარება, ვიდრე მამაკაცებს. თუმცა ქალები, როგორც სამიზნე ჯგუფი, გათვალისწინებულია მხოლოდ ისეთ პროგრამებში, რომლებიც ეხება ბავშვთა დაცვას.

## 6.1. სოციალური დაცვა იძულებით გადაადგილებული ქალებისთვის

2014 წლის იანვრის მონაცემებით, ყოველთვიურ ფულად დახმარებას სახელმწიფოსგან იღებდა 215 134 დევნილი, მათ შორის 116 225 ქალი და 98 909 კაცი. 2014 წლამდე დევნილთა შემწეობა კომპაქტურად ჩასახლების ობიექტებში 22 ლარს შეადგენდა, ხოლო კერძო სექტორში - 28 ლარს. ამის მიზეზი იყო ის, რომ კოლექტიური ჩასახლების ცენტრებში მცხოვრებ დევნილებს სახელმწიფოსგან ერიცხებოდათ ელექტროენერჯის გადასახადი (თბილისში არაუმეტეს 13.48 ლარისა, რეგიონებში - არაუმეტეს 12.98 ლარისა). მსგავსი პრინციპი ვრცელდებოდა სხვა კომუნალურ გადასახადებზეც. „ახალი კანონის მიხედვით<sup>66</sup>, დევნილთაგან ყველა, ვისი თვითონ დასაბეგრი შემოსავალიც 1 250 ლარზე ნაკლებია, მიიღებს 45 ლარიან შემწეობას მიუხედავად

<sup>63</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

<sup>64</sup> სოციალური დაცვის დეპარტამენტის უფროსი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

<sup>65</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

<sup>66</sup> „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა - დევნილთა შესახებ“ საქართველოს კანონი

იმისა, სად ცხოვრობს ის. ამის გამო, დევნილებს ექმნებათ გადასახადის გადახდის პრობლემა იქ, სადაც დღემდე არ დამთავრებულა ინდივიდუალური გამრიცხველიანება“.<sup>67</sup>

2014 წლის აგვისტოს მონაცემებით, დევნილის სტატუსის მქონეთაგან 41 911 იღებს სახელმწიფო პენსიას<sup>68</sup>. 2014 წლის იანვრის მონაცემებით, საარსებო შემწეობას იღებს 31 336 იძულებით გადაადგილებული პირი, მათგან 17 235 ქალია, ხოლო 14,101 - კაცი. დევნილთაგან სოციალურ პაკეტს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის იღებს 9 739 ბენეფიციარი, მათგან 3 964 ქალი და 5 775 კაცი.<sup>69</sup>

სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის მიერ 2013 წელს განხორციელებული კვლევის<sup>70</sup> შედეგების მიხედვით, სადაც გამოიკითხა 500 იგპ ქალი, მათი ოჯახების 34.8% იღებდა სოციალურ დახმარებას. მათგან 20.8%, ვისაც აღნიშნული შემწეობა მოცემულ მომენტში არ ჰქონდა, აპირებდა განაცხადის შეტანას. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ იძულებით გადაადგილებულ ქალთა უმრავლესობა საკუთარ ოჯახს მიაკუთვნებდა სოციალურად დაუცველთა კატეგორიას.

იძულებით გადაადგილებული ქალები ასევე იღებდნენ ერთჯერად დახმარებებსაც. ასეთი პროგრამები 2013 წელს განხორციელდა და განკუთვნილი იყო სხვადასხვა გადაუდებელი საჭიროებებისთვის. მაგალითად, ერთჯერადად გაიცა 200 ლარიანი „ზამთარის ვაუჩერები“ იმ დევნილებისთვის, რომელთა სარეიტინგო ქულებიც იყო 70 001-ზე ნაკლები (23 000 ოჯახი). ვაუჩერებით მათ შეეძლოთ ელექტროენერჯისა და ბუნებრივი აირის საფასურის გადახდა.<sup>71</sup>

მიუხედავად იმისა, რომ იძულებით გადაადგილებულ ქალებზე სახელმწიფო დახმარებები გაიცემა, მათი ეკონომიკური მდგომარეობა რთულია და ეს ჯგუფი მიეკუთვნება ერთ-ერთ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფს საქართველოში.

## 6.2. სოციალური დაცვა ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის

სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის მიერ 2013 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>72</sup>, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთაგან სოციალურად დაუცველთა დახმარების სრული პაკეტი ამჟამად 2.5%-ს აქვს (სულ 200 რესპონდენტიდან). რესპონდენტთა 1.5% აცხადებს, რომ სოციალურად დაუცველთა დახმარებას იღებდნენ, თუმცა ამჟამად აღარ იღებენ (შეუწყდათ ან უარი თქვეს). განაცხადი აღნიშნული დახმარების მისაღებად შეიტანა 3%-მა (თუმცა ან ვერ მიიღო, ან პასუხს ელოდება). განაცხადი არ შეუტანია ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა 92%-ს, თუმცა მათი 29.6% აპირებს შეიტანოს. საბოლოო ჯამში გამოდის, რომ გამოკითხული ეთნიკური უმცირესობების ოჯახებიდან 34.2% ფიქრობს, რომ მისი ოჯახი სოციალურად დაუცველი, ე.წ. უმწეოა და უნდა იღებდეს საარსებო შემწეობას.

<sup>67</sup> საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში, 2013 წელი

<sup>68</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

<sup>69</sup> მონაცემები მოგვაწოდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა სამინისტრომ

<sup>70</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი და გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2013 წელი

<sup>71</sup> საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში, 2013 წელი

<sup>72</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი და გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2013 წელი



ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის სპეციფიკური პროგრამები სოციალური დაცვის კუთხით, არ განხორციელებულა. მეტიც, არ არსებობს მონაცემები სხვადასხვა პროგრამებში ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა ჩართულობის შესახებ. სოციალური დაცვის პროგრამებისთვის ეს ჯგუფი სამიზნე ჯგუფად არ განიხილება მიუხედავად იმისა, რომ მათი სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა რთულია, მათ არ აქვთ ხელმისაწვდომობა და ინფორმაცია სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამების შესახებ.

### 6.3. სოციალური დაცვა მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალებისთვის

მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალებისთვისაც არ არსებობს სპეციფიკური პროგრამები სოციალური დაცვის კუთხით. მათ შეუძლიათ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი პროგრამით ისარგებლონ, რომელთა კრიტერიუმებსაც აკმაყოფილებენ (არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახები და ა.შ.).

ერთადერთი პროგრამა, რომელიც მთიან რეგიონებში მცხოვრებ ქალებზე აკეთებს აქცენტს, დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამაა. ის გულისხმობს შობადობის მატერიალურ წახალისებას. რიგით მესამე ან შემდეგ ცოცხლადშობილ ბავშვს ენიჭება ყოველთვიური ფულადი დახმარება (0-2 წლის ასაკამდე) იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახი ცხოვრობს „საქართველოს იმ რეგიონში, სადაც ბავშვის დაბადების წლის წინა მეორე და მესამე წელში წლიური ბუნებრივი მატების საშუალო დადებითი მაჩვენებელი არ ფიქსირდება.“<sup>73</sup> მთიან რეგიონებში ბოლო წლების განმავლობაში შეინიშნება მაღალი მიგრაცია, სოფლის მოსახლეობა იკლებს. შესაბამისად, ამ პროგრამის ბენეფიციარები, პირველ რიგში, სწორედ მთიან რეგიონში მცხოვრები ქალებია, რომლებიც მიიღებენ ყოველთვიურ ფულად დახმარებას 200 ლარის ოდენობით.

ამის გარდა, მაღალმთიან რეგიონებში არსებობს სახელმწიფო პროგრამა ტურიზმის განვითარებისთვის, რომელიც ოჯახებს საშუალებას აძლევს დაიწყოთ სასტუმრო ბიზნესი<sup>74</sup>. აღნიშნული პროგრამა მხოლოდ სვანეთის რეგიონში ხორციელდება.

### 6.4. სოციალური დაცვა პატიმარი ქალებისთვის

სოციალური დაცვის ის პროგრამები, რომლებიც საქართველოს მოქალაქეებისთვის მოქმედებს, წყდება პატიმარი ქალებისთვის. სოციალური დაცვის კუთხით პატიმრებისთვის მოქმედებს ისეთი პროგრამები, როგორცაა რეაბილიტაციის პროგრამა. 2013 წელს 250 მსჯავრდებული/ბრალდებული ქალი მონაწილეობას იღებდა 516 სხვადასხვა რესოციალიზაციის პროგრამაში. რესოციალიზაციის პროგრამები მოიცავდა ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას, პროფესიულ განათლებას, არტ-თერაპიას, ზოგად განათლებას, სახელობო განათლებას, კულტურულ და სპორტულ ღონისძიებებს.

„საქართველოს პროფესიონალ ფსიქოლოგთა ასოციაციისა“ და არასამთავრობო ორგანიზაციის „გოგონები და გენდერული განათლება“ კვლევის ფარგლებში 295 პატიმარი ქალი გამოიკითხა, აქედან 125 - არასრულწლოვანი ბავშვის დედაა. კვლევის მიხედვით პატიმრების მხოლოდ 5%-ს

<sup>73</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტო

<sup>74</sup> სახელმწიფო კანონი „მაღალმთიანი რეგიონების სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული განვითარების შესახებ“

ჰყავს სასჯელადსრულების დაწესებულებაში შვილი. 63% შემთხვევაში კი ბავშვი მამასთან ან ოჯახის სხვა წევრებთან ერთად ცხოვრობს.

2013 წელს ჩატარდა კვლევა „ვინ არიან ქალი პატიმრები“ საქართველოსა და სომხეთში ქალ პატიმრებს შორის. კვლევა განხორციელდა ორგანიზაციის „ციხის საერთაშორისო რეფორმა“ მიერ დიდი ბრიტანეთის მთავრობის მხარდაჭერით. კვლევის ჩატარებისას საქართველოს სასჯელადსრულების სისტემა მოიცავდა 16 დაწესებულებას, მათ შორის წინასწარი პატიმრობის დაწესებულებებს, არასრულწლოვანთათვის სპეციალურ დაწესებულებებს, ორ სამედიცინო დაწესებულებას და სპეციალურ დაწესებულებებს ქალებისთვის. კვლევა ჩატარდა რუსთაველი სასჯელადსრულების N5 დაწესებულებაში. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 290-მა პატიმარმა.

დაპატიმრების შედეგად ქალების მესამედზე მეტმა დაკარგა სამსახური, 36%-მა საცხოვრებელი, 18%-მა ოჯახი, ხოლო 3%-ს შვილები წაართვეს. მათგან, ვინც ადრეც იმყოფებოდა პატიმრობაში (გამოკითხულთა 15%) ნახევარი ამბობს, რომ ძირითადი დაბრკოლება, რასაც წააწყდა გათავისუფლების შემდეგ ახალი ცხოვრების დაწყების მცდელობისას, იყო ნასამართლეობის გამო დაუსაქმებლობა. 21% აცხადებს, რომ ვერ ნახა საცხოვრებელი. 16% ამბობს, რომ ოჯახმა მიატოვა, ამდენივეს ჰქონდა ჯანმრთელობის მძიმე მდომარეობა და არ ჰქონდა შესაბამისი ხარჯები. ანგარიშის ავტორები მიიჩნევენ, რომ საჭიროა<sup>75</sup>:

- ქალთა პატიმრობის შემცირება მათი ვიქტიმიზაციის ისტორიისა და სამეურვეო მოვალეობების გათვალისწინებით, სადაც შესაძლებელია წინასწარი დაკავების ნაცვლად არასაპატიმრო ღონისძიებების გამოყენება;
- შემამსუბუქებელი და გენდერულად სპეციფიკური ფაქტორების გათვალისწინება ქალი დამნაშავეებისთვის სასჯელის გამოტანის დროს;
- გენდერულად სპეციფიკური ჯანდაცვის სერვისი უნდა იყოს პრიორიტეტული;
- მეტადონის პროგრამის გაფართოება; სხვა ნარკოდამოკიდებულების სამკურნალო პროგრამები;
- წვდომა ფსიქოლოგსა და ფსიქიატრზე უნდა იყოს პრიორიტეტული
- სარეაბილიტაციო პროგრამის გაუმჯობესება.

პატიმარ ქალთაგან ჯანდაცვისა და კონსულტაციების სერვისს 54% საჭიროებს, 70% - სამუშაოს მოძიებას, ბავშვზე ზრუნვასა და ოჯახის გაერთიანებაში დახმარებას - 49%, საცხოვრებელი უზრუნველყოფაში დახმარებას - 43%.

ქალთა თითქმის ნახევარი (48%) აღნიშნავს, რომ გათავისუფლების შემდგომი რეინტეგრაციისთვის ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობა იქნებოდა. 19% ამბობს, რომ საჭიროებს თავდაჯერებულობის ამაღლებისა და ყოველდღიური ცხოვრებისთვის საჭირო უნარჩვევების განვითარების პროგრამებს, 18% ამბობს, რომ საჭიროებს ტრენინგებს, 17% ამბობს, რომ საჭიროებს იურიდიულ დახმარებას, 15% - განათლებას, 13% - ფსიქიკური ჯანმრთელობის თერაპია/კონსულტაციას.

<sup>75</sup> „ვინ არიან ქალი პატიმრები“, 2013 წელი, ორგანიზაცია „ციხის საერთაშორისო რეფორმა“. იხ. ბმულზე <http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2014/02/%E1%83%A5%E1%83%90%E1%83%A0%E1%83%97%E1%83%A3%E1%83%9A%E1%83%98-%E1%83%A5%E1%83%90%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98.pdf>

„სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზის“ კვლევის ფარგლებში ჩატარებული ჩაღრმავებული ინტერვიუს დროს, საქართველოს პრობაციისა და სასჯელაღსრულების მინისტრის მოადგილემ განაცხადა, რომ 2015-2020 წლების სტრატეგია მზადდება, რომელიც სისტემისთვის ინოვაციური მნიშვნელობისაა. ეს იქნება ქალთა საჭიროებებზე გათვლილი დოკუმენტი და გათვალისწინებული იქნება სპეციფიკურად ის პროგრამები, საჭიროებები და ღონისძიებები, რომლებიც აუცილებელია ქალთა ადეკვატური სოციალური გარემოსთვის.

2014 წლის პირველ კვარტალში „სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტმა“, ფონდ „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ დაკვეთით ჩაატარა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის პრაქტიკის (2003-2012 წწ.) ფართომასშტაბიანი კვლევა. კვლევის მიზანი იყო 2003 წლიდან დღემდე სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში პატიმართა ცხოვრების პირობებისა და მათ მიმართ მოპყრობის პრაქტიკების გამოვლენა; ასევე – პატიმართა წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის მიზნისა და კონტექსტის შესწავლა.

გამოიკითხნენ როგორც ყოფილი, ისე მოქმედი პატიმრები; სულ შერჩევის მოცულობამ შეადგინა 1199 რესპონდენტი (მათ შორის მოქმედი პატიმარი 598, ხოლო ყოფილი პატიმარი - 601).

გამოკითხულ მოქმედ და ყოფილ პატიმრებს შორის 83 ქალია. ზოგადად უნდა აღინიშნოს, რომ მამაკაცი და ქალი პატიმრების გამოცდილება, წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის კონტექსტში, არსებითად არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან.

კვლევა ითვალისწინებდა პატიმარი ქალების მიერ სისხლის სამართლის კოდექსის იმ მუხლების დასახელებას, რომელთა მიხედვითაც ისინი გასამართლდნენ (მოცემულ შემთხვევაში იგულისხმება ბოლო ნასამართლეობა). კვლევის შედეგების მიხედვით გამოიკვეთა დანაშაულის 3 ტიპი, რომელთა მიხედვითაც გასამართლდა გამოკითხულ პატიმარ ქალთა უმეტესობა: წამალდამოკიდებულება და შენახვა/რეალიზაცია (მუხლი 260 – 20.8%); თაღლითობა (მუხლი 180 – 17.9%); საქართველოში ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის უკანონოდ შემოტანა, საქართველოდან უკანონოდ გატანა ან ტრანზიტით საერთაშორისო გადაზიდვა (მუხლი 262 – 7.5%). დანარჩენ დანაშაულებს (მუხლებს) მცირე ხვედრითი წილი აქვს.

პატიმარმა ქალებმა დაასახელეს ის სასჯელაღსრულებითი დაწესებულებები, სადაც იხდიან სასჯელს. რესპონდენტთა ყველაზე დიდმა ნაწილმა (43.7%) მიუთითა გარდაბნის მუნიციპალიტეტის ქალთა დაწესებულება, თითქმის მეხუთედმა (19%) – ე.წ. „მატროსოვის“ ციხე, ხოლო 11.5%–მა ქ. რუსთავის სასჯელაღსრულებითი დაწესებულება.

კვლევაში მონაწილე პატიმარ ქალთა ნაწილი აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის შემდეგი ფაქტები:

- ფიზიკური წამება - 25.3% (21 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;
- ფსიქოლოგიური წამება - 55.4% (46 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;

- ესწრებოდა ოჯახის წევრის ან ნათესავის წამებას - 3.6% (3 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;
- ესწრებოდა მეგობრის წამებას (იგულისხმება თანამესაკნე მეგობარიც) - 7.2% (6 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;
- ესწრებოდა სხვა პატიმრის წამებას - 12% (10 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;
- ესმოდა წამების ხმები - 32.5% (27 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;
- არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობა - 41% (34 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;
- არაადეკვატური სამედიცინო მომსახურება - 42.2% (35 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი;
- არაადამიანური, ღირსების შემლახავი პატიმრობის პირობები - 42.2% (35 რესპონდენტი) აცხადებს, რომ მათ შეემთხვათ ასეთი ფაქტი.

პატიმარი ქალების მონათხრობიდან იკვეთება, რომ ფიზიკური და ფსიქოლოგიური წამების ფაქტები არ წარმოადგენდა ერთი რომელიმე კონკრეტული სასჯელაღსრულებითი ან სხვა დაწესებულების პრაქტიკის ნაწილს, არამედ გავრცელებული იყო საქართველოს მასშტაბით სხვადასხვა სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში ან თუ სტრუქტურებში. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ წამების შემთხვევათა ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი გარდაბნის მუნიციპალიტეტის ქალთა დაწესებულებას და ე.წ. „მატროსოვის“ ციხეს აქვს (აღნიშნული ფაქტი იმითაც აიხსნება, რომ რესპონდენტთა უმეტესობა სწორედ ამ ორ სასჯელაღსრულებით დაწესებულებაში იმყოფება). რესპონდენტებმა გამოყვეს სხვა დაწესებულებებიც, სადაც ფიზიკური და ფსიქოლოგიური წამების ფაქტები მეტ-ნაკლებად იყო გავრცელებული: ორთაჭალის ციხე, გლდანის სასჯელაღსრულებითი დაწესებულება, რუსთავის კოლონიები და ბათუმის სასჯელაღსრულებითი დაწესებულება.

კვლევის შედეგების მიხედვით ჩანს, რომ სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში პატიმართა წამებას ძირითადად ციხის დირექციის მაღალი რანგის თანამშრომლები და ციხის რიგითი თანამშრომლები ახორციელებდნენ. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში ხაზგასმულია პოლიციის, პროკურატურის და უშიშროების თანამშრომლების, ასევე, სხვა პატიმრის როლი (მაგ: ფსიქოლოგიური წამების შემთხვევაში).

იმ რესპონდენტებს, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ესა თუ ის ფაქტი შეემთხვათ, ეკითხებოდნენ, რამდენჯერ შეემთხვათ მათ მიერ დასახელებული ფაქტები:

- იმ პატიმარ ქალთა 30.1% (25 ქალი), რომელიც აცხადებდა, რომ წამების ფაქტი შეემთხვა, მიუთითებდა რომ ფსიქოლოგიურ წამებას ყოველდღე ჰქონდა ადგილი, ხოლო 12% (10 ქალი) კი აცხადებს – კვირაში ერთხელ მაინც;
- პატიმარი ქალები მიუთითებენ წამების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების ყოველდღიურობაზე: არაადამიანური, ღირსების შემლახავი პატიმრობის პირობები

– 32%; ღირსების შემლახავი მოპყრობა – 28.9%; არაადექვატური სამედიცინო მომსახურება – 26.5%; ესმოდა წამების ხმები – 18.1%.

რესპონდენტთა უმრავლესობა (ზოგჯერ, დიდი უმრავლესობაც) აცხადებს, რომ დაკავების ან პატიმრობის პერიოდში არასდროს ხვდებოდა უფლებადამცველი ორგანიზაციების წარმომადგენლებს, როგორცაა:

- გაეროს/ევროსაბჭოს და სხვა საერთაშორისო სამთავრობოთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლებს (არასოდეს შეხვედრია 91.6%);
- საერთაშორისო უფლებადაცვითი არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებს (არასოდეს შეხვედრია 84.3%-მდე);
- საქართველოს პარლამენტის ადამიანის უფლებათა დაცვის კომიტეტის წარმომადგენლებს (არასოდეს შეხვედრია 74.7%);
- სახაზინო ადვოკატს (არასოდეს შეხვედრია 67.5%);
- სახალო დამცველის ოფისის წარმომადგენელს (არასოდეს შეხვედრია 53%);
- ადგილობრივი უფლებადაცვითი არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენელს (არასოდეს შეხვედრია 66.3%);

ყველაზე ხშირი შეხვედრები პატიმარ ქალებს ჰქონდათ კერძო ადვოკატებთან („ხშირად“ ან „ზოგჯერ“ შეხვედრებზე მიუთითებს 73.5%) და სასულიერო პირებთან („ხშირად“ ან „ზოგჯერ“ შეხვედრებზე მიუთითებს 71.1%). რაც შეეხება სახალხო დამცველის ოფისის, აგრეთვე, ადგილობრივი უფლებადაცვითი არასამთავრობო ორგანიზაციის წარმომადგენლებს, მათთან მეტ-ნაკლები სიხშირით („ხშირად“/„ზოგჯერ“) შეხვედრებზე მიუთითებს, შესაბამისად, 28.9% და 15.7%.

იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ხდებოდა შეხვედრები პატიმრებსა და სხვადასხვა უფლებადამცველ პირებსა და ორგანიზაციებს შორის, პატიმართა დიდი ნაწილი (ზოგჯერ, უმრავლესობაც) არ აცნობდა მათ წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ. ამის ორი ძირითადი მიზეზი გამოიკვეთა: ვითარების გამოსწორების იმედის არქონა და შიში, რომ ასეთი ფაქტების გამჟღავნებისთვის უარესად დასჯიდნენ პატიმარს ან მისი ოჯახის წევრებს. რესპონდენტთა სკეპტიციზმს ადასტურებს იმ ჯგუფის, ვინც გაამხილა წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის შესახებ, 29% – ის (65%-მა არ უპასუხა შეკითხვას) განაცხადი, რომ წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების უფლებადამცველი პირებისა და ორგანიზაციებისთვის გაცნობის მიუხედავად, ამას არავითარი დადებითი შედეგი არ მოჰყოლია.

პატიმარ ქალთა გამოკვეთილი უმრავლესობა (61.4%) სრულიად იზიარებს მოსაზრებას, რომ პატიმრების წამება და არაადამიანური მოპყრობა იყო მთავრობის სასჯელალსრულებითი პოლიტიკის მიზანმიმართული ნაწილი და არა ციხის ადმინისტრაციის ან ციხეში მომუშავე ცალკეული პირების ინიციატივა.

პენიტენციურ სისტემაში ამჟამად არსებული მდგომარეობის შეფასებისას, პატიმარ ქალთა შეფასება დადებით ტენდენციაზე მიუთითებს: 37.3% აცხადებს, რომ 2012 წლის საპარლამენტო არჩევნების შემდეგ პატიმართა წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტები შემცირდა,

თუმცა არ აღმოფხვრილა, ხოლო 31.3%-ს მიაჩნია, რომ წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტები აღმოფხვრა.

პენიტენციურ სისტემაში წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის თვალსაზრისით ვითარების გაუმჯობესებას ისიც აჩვენებს, რომ პატიმარ ქალთა გამოკვეთილი უმრავლესობისთვის (75–77%-ის ფარგლებში) 2012 წლის საპარლამენტო არჩევნების შემდეგ სხვადასხვა დაწესებულებებში (საპატიმროები, პოლიციის და უშიშროების იზოლატორები, პოლიციის სამმართველოები) პატიმრების წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის ფაქტები ცნობილი არ არის.

## 6.5. სოციალური დაცვა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისთვის

როგორც უკვე აღინიშნა, საქართველომ მოახდინა „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების გაეროს კონვენციის“ რატიფიცირება. ამ უკანასკნელის მიზანია ხელი შეუწყოს, დაიცვას და უზრუნველყოს შშმ პირების უფლებები, თავისუფლებები და მათით თანასწორი სარგებლობა. კონვენცია აქცენტს აკეთებს დისკრიმინაციის აღმოფხვრაზე, თანასწორ შესაძლებლობებზე და ამასთან, გენდერულ თანასწორობაზეც. გარდა ინფრანსტრუქტურის ადეკვატურად მოწყობის, კომუნიკაციის საშუალებების განვითარების, ჯანმრთელობის დაცვის, განათლების ხელმისაწვდომობის, შრომის, დასაქმების, პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის და სხვა ვალდებულებებისა, კონვენცია გამოყოფს შშმ ქალების უფლებებსაც:

---

### მუხლი 6

#### შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები

1. წევრი სახელმწიფოები აღიარებენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები და გოგონები მრავალგვარი დისკრიმინაციის საფრთხის ქვეშ იმყოფებიან და მათ მიერ ადამიანის უფლებებით და ყველა ფუნდამენტური თავისუფლებით თანასწორუფლებიანი სარგებლობის უზრუნველსაყოფად საჭიროა შესაბამისი ზომების მიღება.
2. წევრმა სახელმწიფოებმა ყველა შესაბამის ზომებს უნდა მიმართონ ქალების სრულყოფილი განვითარების, წინსვლის, დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფისა და მათთვის ამ კონვენციით გამყარებული ადამიანის უფლებებითა და ყველა ფუნდამენტური თავისუფლებით თანასწორად სარგებლობის გარანტირებისათვის.“

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების გაეროს კონვენცია (2006 წ.)

---

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა თანაბარი შესაძლებლობების უზრუნველყოფის 2014-2016 წწ. სამთავრობო სამოქმედო გეგმაში თითქმის მთლიანადაა გათვალისწინებული გაეროს კონვენციის ძირითადი დებულებები, თუმცა შშმ ქალებისთვის ცალკე გაწერილი სტრატეგია არ ფიგურირებს. სამოქმედო გეგმა სპეციფიკურად ქალებისთვის (და ბავშვებისთვის) მხოლოდ მათი საჭიროებების შესახებ კვლევების ჩატარებაზე აკეთებს აქცენტს.

გაეროს კონვენციის რატიფიცირების შემდეგ სახელმწიფომ მიიღო 2014-2016 წლების სამოქმედო გეგმა. კონვენცია განიხილავს ისეთ საკითხებს, როგორებიცაა:

- შშმ პირთათვის უფლებებითა და თავისუფლებებით თანაბარი სარგებლობის შესაძლებლობას
- გარემოს, მომსახურების, პროგრამების ისეთ დიზაინს, რომელიც ყველა ადამიანს აძლევს მისი გამოყენების საშუალებას
- საჭიროების შემთხვევაში, დამხმარე საშუალებების გამოყენების შესაძლებლობას
- შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე დისკრიმინაციას
- ჟესტების ენას, როგორც ოფიციალურ, დამოუკიდებელ ენას (საჭიროებას, რომ სახელმწიფომ აღიაროს ჟესტების ენა ოფიციალურ ენად)

პირველი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი, რაც სახელმწიფოს წინაშე დგას, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სტატუსის მინიჭების საკითხია, რომელიც არ უნდა ხდებოდეს პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დაფუძნებით, არამედ ინდივიდუალური საჭიროებების გამოვლენითა და შეფასებით. ეს პირველ რიგში გულისხმობს იმას, რომ უნდა დაინერგოს სტატუსის მინიჭების სოციალური მოდელი სამედიცინო მოდელის მაგივრად. ეს კონვენციის მნიშვნელოვანი მოთხოვნაა. კონვენცია შშმ პირს განსაზღვრავს ამგვარად: „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მიეკუთვნებიან ადამიანები, რომელთა ხანგრძლივმა ფიზიკურმა, მენტალურმა, ინტელექტუალურმა და სენსორულმა დარღვევებმა, დამატებით ბარიერებთან ურთიერთქმედებაში, შესაძლოა, შეაფერხოს მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი და ეფექტური მონაწილეობა“<sup>76</sup>. ეს ნიშნავს, რომ კონვენცია შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსს განიხილავს, როგორც გარემოსთან ურთიერთქმედებაში წარმოქმნილ დაბრკოლებას და არა როგორც სამედიცინო დიაგნოზს. მიუხედავად იმისა, რომ სამოქმედო გეგმაში მოცემული განმარტება თანხვედრა კონვენციაში გაწერილ განმარტებას და სოციალურ მოდელს ემყარება, ცვლილება არ მომხდარა სტატუსის მინიჭების წესში, რაც ნიშნავს, რომ სამედიცინო მოდელი, სტატუსის მინიჭებისას, ძალაში რჩება. გარდა ამისა, საჭიროა სტატუსის მინიჭება დაემყაროს პირის ინდივიდუალურ შეფასებას. მეტიც, ომბუდსმენის ანგარიშის მიხედვით, ადრეულ ასაკში შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენა შეუძლებელია 0-3 წლამდე. დღეს მოქმედი რეგულაცია არ ითვალისწინებს აუტისტური სპექტრის აშლილობისა და დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვებისთვის სტატუსის დადგენის საკითხს.

ამის გარდა, რთულია მენტალური დარღვევების მქონე ადამიანების მდგომარეობა (ეს ჯგუფი მიეკუთვნება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ჯგუფს). საქართველოს აქვს ქმედუუნარობის აღიარების სპეციფიკური წესი: პირის ქმედუუნაროდ აღიარების და მისთვის მეურვის დანიშვნის საფუძველად სამოქალაქო კოდექსი „ჭკუასუსტობას“ ან „სულით ავადმყოფობას“ მიიჩნევს. „ქმედუუნაროდ აღიარება კი ხდება სასამართლოს მიერ ოჯახის წევრების, კანონიერი წარმომადგენლის, მეურვისა და მზრუნველობის ორგანოს ან ფსიქიატრიული დაწესებულების განცხადების საფუძველზე.“<sup>77</sup> სასამართლო პროცესში ქმედუუნარო პირი არ სარგებლობს რაიმე სტატუსით, მას არ აქვს დაცვის უფლებით სარგებლობა, გადაწყვეტილების გასაჩივრების უფლება. მას ასევე არ აქვს უფლება, გასაჩივროს მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს გადაწყვეტილება მეურვის დანიშვნის შესახებ. ასევე, სასამართლოს

<sup>76</sup> გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, მუხლი 1

<sup>77</sup> „გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCRPD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი“, 2014, ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი, გვ: 30

მიერ ქმედუუნაროდ აღიარებით, პირს ერთმევა საკუთრების განკარგვის, ქორწინების, ხმის მიცემის, სასამართლოსამდი მიმართვის, შვილის ყოლის და ა.შ. უფლებები.

ამასთანავე, თუ შშმ პირებს არ გააჩნიათ მუდმივი და დროებითი საცხოვრებელი, სადაც ცხოვრებას შეძლებენ და ცხოვრობენ პანსიონატში, „არ აქვთ უფლება, შვილები ყავდეთ მათთან ერთად. ამიტომ, შვილები სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში მიჰყავთ, რის შედეგადაც შშმ პირებს უჩერდებათ მშობლის უფლება-მოვალეობები“<sup>78</sup>.

აღნიშნული ინსტიტუციური სახის პრობლემები ხშირად ხელს უშლის შეზღუდული შესაძლებლობების პირებს სახელმწიფო პროგრამებით სარგებლობაში. მიუხედავად იმისა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის მრავალი პროგრამა ხორციელდება (შშმ პირთა სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა; ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა ინსტიტუციური პატრონაჟის ქვეპროგრამა; მეორე მსოფლიო ომის ვეტერანთა რეაბილიტაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა; ყრუ-მუნჯების კომუნიკაციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამა; დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფის ქვეპროგრამა), არც პროგრამების, არც ბიუჯეტის შემუშავებისას როგორც ჯანდაცვის, ასევე სოციალური რეაბილიტაციის კუთხით, არ ხდება მათი, როგორც სამიზნე ჯგუფის, საჭიროებების გათვალისწინება. ეს ნიშნავს, რომ პროგრამაში არ ხდება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინება.

მაგალითად, დღეს არსებული კანონმდებლობით, სახელმწიფო შშმ პირებს უზრუნველყოფს სოციალური პაკეტით სოციალური დაცვისთვის. სოციალურ პაკეტს იღებენ მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები. რაც შეეხება ზომიერად გამოხატულ შშმ პირებს და მათ მიერ სოციალური პაკეტით სარგებლობას, ეს ჯგუფი იმ შემთხვევაში იღებს სოციალურ პაკეტს, თუ არსებობს მოწყვლადობის დამტებითი მაჩვენებელი (სიღარიბე და ა.შ.). შესაბამისად, ზომიერად გამოხატული შშმ პირების ინტერესები არ არის გათვალისწინებული.

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ფულადი გასაცემლის ოდენობა არ ეფუძნება შშმ პირების სოციალური საჭიროებების კვლევას. და არც ინდივიდუალურ შეფასებას. 2014-2016 წლების სამოქმედო გეგმა მიზნად ისახავს „სოციალური პაკეტის“ მიმღებთა მოქმედების არეალის გაფართოებას და ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებას. საჯარო სამსახურში დასაქმების მერე წყდება. განურჩევლად შემოსავლისა და სხვა ფაქტორებისა.

სახალხო დამცველის აზრით<sup>79</sup>, საარსებო შემწეობაც, რომელიც გაიცემა ღატაკ და უკიდურესად ღატაკ მოსახლეობაზე, არ ითვალისწინებს შშმ პირების სპეციალურ საჭიროებებს. ამიტომ ბევრი ოჯახი ვერ ხვდება სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან ბაზაში და ვერ იღებს სამედიცინო მომსახურებას.

სტატუსთან მიმართებაში ხშირად პრობლემურია კიდევ ერთი საკითხი: 18 წლამდე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირს უდგინდება სტატუსი „შეზღუდული

<sup>78</sup> „გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCRPD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი“, 2014, ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი,

<sup>79</sup> საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანი უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ, 2011 წელი, გვ:261



შესაძლებლობების მქონე ბავშვი“, რომელიც არ განასხვავებს შეზღუდული შესაძლებლობების კატეგორიებს (კატეგორია I, II, III). სოციალური პაკეტი შშმ ბავშვებისთვის 100 ლარს შეადგენს, რაც ხშირად ვერ ფარავს ბავშვის მკურნალობის და მედიკამენტების თანხას, რომელიც ვარირებს შეზღუდული შესაძლებლობის მდგომარეობის მიხედვით. შშმ ბავშვების მშობლები ხშირად უსვამენ ხაზს, რომ სოციალური პაკეტი მათ ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით უნდა მიეცეთ.

---

*ციტატა 1: „მართალია, სექტემბრიდან ჩემს შვილს აქვს დაზღვევა, მაგრამ არ გვაქვს ინფორმაცია, რა ფინანსდება დაზღვევის ფარგლებში. ისიც არ ვიცით, ვის მივაკითხოთ საკითხის გასარკვევად.“*

*ფოკუს ჯგუფის მონაწილე*

*ციტატა 2: „ჩემი შვილი სულ წევს, ეტლი არ გვაქვს, არ ვიცი, ვის ვთხოვოთ. თუ ფასიანია, თანხა არ გვაქვს, ვერ შევიძენთ.“*

*ინდივიდუალური შეხვედრის მონაწილე*

*„დევენილი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების (გოგონების) უფლებების განხორციელება“, მცირემასშტაბიანი კვლევა, 2013, საქართველოს სახალხო დამცველის გაძლიერების პროექტი*

---

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ხშირად მოსახლეობას არ აქვს ინფორმაცია იმ სოციალური დაცვის პროგრამების ფარგლებში, რასაც სახელმწიფო ახორციელებს. ამიტომ, ინფორმაციის გაზრდა, განსაკუთრებით რეგიონებში, სახელმწიფოს მორიგ ამოცანას წარმოადგენს. მაგალითად, აქ მოყვანილი ციტატა 2-ის ავტორმა არ იცის, რომ შშმ პირებს გადაეცემათ ეტლები უფასოდ (ეს პროგრამა ყველაზე ფართომასშტაბიანი პროგრამაა შშმ პირებისთვის).

2013 წელს გაეროს ქალთა ორგანიზაციის საქართველოს ოფისმა საქართველოში ევროკავშირის წარმომადგენლობის მხარდაჭერით და ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან - ქალთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა დედეების ასოციაცია „დეასთან“ და საზოგადოებრივი პოლიტიკის ინსტიტუტთან - თანამშრომლობით, ჩატარა კვლევა „დევენილ და კონფლიქტით დაზარალებულ ქალთა და გოგონათა საჭიროებები და პრიორიტეტები საქართველოში“. კვლევაში განხილულ ერთ-ერთ ჯგუფს წარმოადგენდა დევენილი შშმ პირებიც. კვლევის ფარგლებში ჩატარდა როგორც ფოკუს ჯგუფები 68 ადამიანთან (აქედან 21-მა ხანდაზმულმა და შშმ პირმა), ასევე 989 პირისპირი ინტერვიუ (გამოკითხულთა 23.3% თვითონ არის ან სახლში ჰყავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი). კვლევის შედეგების მიხედვით, მათთვის დიდი პრობლემაა პენსია, რომლის რაოდენობა, შშმ პირთა აზრით, ძალიან მცირეა და არ არის მორგებული მათ საჭიროებებზე. პენსიის რაოდენობაში არ არის გათვალისწინებული ყოველდღიური მედიკამენტების და სამედიცინო საჭიროებების ხარჯები. ამასთან ერთად, სახელმწიფო იშვიათად ეხმარება შშმ პირებს. კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთაგან 13.6%-მა მოითხოვა სახელმწიფოსგან პენსია და მათგან 65.3% იქნა დაკმაყოფილებული.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების სოციალურ დაცვაზე საუბრისას მნიშვნელოვანია მომვლელების მდგომარეობაც. ხშირად შშმ პირს უჭირს დამოუკიდებლად გადაადგილება და თავის მოვლა, ამიტომ მიჯაჭვულია მომვლელზე. მომვლელად, როგორც წესი, გვევლინებიან ოჯახის წევრები (მაგ. დედა და ა.შ.), რომლებიც, უმეტეს წილად, შშმ პირის მოვლის გამო, დაუსაქმებლები არიან და შესაბამისად, ეკონომიკურად მოწყვლადებიც. სახელმწიფო არ სთავაზობს ასეთ მომვლელებს ბენეფიტებს და სოციალურ პაკეტებს, მათ არ აქვთ მომვლელის სტატუსიც და შესაბამისად, არ იღებენ ანაზღაურებას. განსაკუთრებით რთულია მარტოხელა მშობლების მდგომარეობა.

სახელმწიფო ოჯახს მომვლელების სერვისს მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაში სთავაზობს:

1. დღის ცენტრებისა და სათემო ტიპის მომსახურების ფარგლებში (ამ შემთხვევაში დაქირავებულ მომვლელებს გარკვეული ბენეფიტები აქვთ. მაგალითად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაფინანსებაზე მყოფ სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრებ არანაკლებ 30 პირისათვის (ბენეფიციარები და მომვლელები) არსებობს „სათემო ტიპის მომსახურების ბენეფიციართა საკურორტო რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა“. ამ პროგრამის ბენეფიციარებისა (შშმ პირების) და მათი მომვლელების დასვენებას 14 დღის განმავლობაში სახელმწიფო უზრუნველყოფს. სახელმწიფო მომვლელებისთვის ბიუჯეტიდან გამოყოფს 220 ლარს და უზრუნველყოფს მათ სამჯერადი კვებით, კეთილმოწყობილი საცხოვრებელი ადგილით და საჭიროების შემთხვევაში, ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებით);
2. პროექტის „ბავშვზე ზრუნვის მომსახურებისა და სისტემის გაძლიერება“ ფარგლებში (თუ შშმ ბავშვის მშობელს მძიმე სოციალური მდგომარეობის ან სხვა პრობლემის გამო არ შეუძლია შვილის გაზრდა, ბავშვი მინდობით აღზრდის პროგრამაში ხვდება. ეს ნიშნავს, რომ ბავშვზე ზრუნვის მოვალეობის ამდები ადამიანის ანაზღაურება, გრძელვადიანი მინდობით აღზრდის შემთხვევაში ანუ 18 წლის ასაკამდე, იქნება 600 ლარი თვეში, ხოლო გადაუდებელი მინდობით აღზრდის შემთხვევაში ანუ 1 დღიდან 3 თვემდე - 20 ლარი დღეში).

სხვა შემთხვევაში ოჯახს თავად შეუძლია აიყვანოს კერძო მომვლელი ან სახელმწიფოსგან მოითხოვოს მომვლელით უზრუნველყოფა. არსებობენ ასეთი სერვისის მომწოდებელი ორგანიზაციები, რომლებიც მხოლოდ მარტოხელა შშმ პირებს ეხმარებიან და დონორების საშუალებით, თავად გამოყოფენ მომვლელების თანხას.

## VII.

### VII. სახელმწიფო პროგრამები ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით

#### საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვა

„საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის“<sup>80</sup> მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტით უზრუნველყოს მოსახლეობა, რათა მათთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო მომსახურება. ამ პროგრამით სარგებლობა შეუძლიათ „საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის მქონე პირებს, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირებს, გარდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებით მოსარგებლეების, კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა და იმ ბრალდებული/მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობაში.“<sup>81</sup> აღნიშნული დაზღვევა სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ საკითხებს (გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება; გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება; გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა) სრულად ან ნაწილობრივ ფარავს. პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება სამედიცინო ვაუჩერის მეშვეობით.

2013 წლის მონაცემებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ისარგებლა (სახელმწიფოს მიერ აღიარებული შემთხვევების რაოდენობა) 143 587-მა ადამიანმა, მათგან 77 790 იყო კაცი, ხოლო 65 797 - ქალი. მშობიარობისა და საკეისრო კვეთისთვის აღნიშნული ვაუჩერი გამოიყენა 14 089 ქალმა.<sup>82</sup>

#### ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა

აღნიშნული პროგრამის მიზანია, დაიცვას ბენეფიციარები თანაგადახდით ან საფასურის გადახდის გარეშე და უზრუნველყოს ისინი, მიიღონ სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურება. პროგრამა დააზღვევს 0-5 წლის ასაკის ბავშვებს, საპენსიო ასაკის მოსახლეობას, სტუდენტებს, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებს და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს. დაზღვევა, 2014 წლის ივნისის მონაცემებით, 542 425-მა ბენეფიციარმა მიიღო (იხ. ცხრილი №14). მათგან 216 097 იყო კაცი, ხოლო 326 328 - ქალი.

ცხრილი №14<sup>83</sup>

ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის მიმღებთა რაოდენობა 2014 წლის ივნისისთვის	საპენსიო ასაკის პირები	6 წლამდე ასაკის ბავშვები	პირველი ჯგუფის შშმ პირები	შშმ ბავშვები	სტუდენტები	სულ
	325,616	164,854	7,608	2,745	41,602	542,425

<sup>80</sup> ამოქმედდა 2013 წლის 21 თებერვალს #36 დადგენილებით

<sup>81</sup> წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო

<sup>82</sup> სოციალური მომსახურების სააგენტო

<sup>83</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

## ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

„საქართველოს მთავრობა ყოველწლიურად ამტკიცებს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას,<sup>84</sup> რომლის მიზანია მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისთვის შექმნას ფინანსური გარანტიები სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისთვის“.<sup>85</sup>

აღნიშნულ პროგრამაში შედის შემდეგი ქვეპროგრამები<sup>86</sup>:

- 1. სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა:** ამ პროგრამის მიზანია მოსახლეობის მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. პროგრამა გულისხმობს დიაბეტით დაავადებულთა, იშვიათი დაავადების მქონე და მუდმივად ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა, ნარკომანიით დაავადებულთა და დიალიზისა და თირკმლის ტრანსპლანტაციის საჭიროების მქონე პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფას. აღნიშნული პროგრამით სულ ისარგებლა 25 291-მა ბენეფიციარმა, რომელშიც ყველაზე დიდი ხვედრითი წილი ჰქონდა დიაბეტის მართვას.
- 2. ფსიქიკური ჯანმრთელობა:** ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა გულისხმობს ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე საქართველოს მოსახლეობის გეორგაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას. პროგრამა მოიცავს ამბოლატორიულ მომსახურებას, ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას, დიაგნოსტიკას და ა.შ. 2013 წელს ამ პროგრამის ფარგლებში არსებული შემთხვევების რაოდენობა იყო 656 787 შემთხვევა, ხოლო ბენეფიციართა რაოდენობა იყო 26 771. ბენეფიციართაგან 15 173 კაცია, ხოლო 11 598 - ქალი.
- 3. ინფექციური დაავადებების მართვა:** პროგრამის მიზანია მოსახლეობაში გადამდებ დაავადებათა სტაციონარული მკურნალობის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. მომსახურება მოიცავს სხვადასხვა ინფექციური დაავადებების, მათ შორის, სეფსისის და პარაზიტული დაავადებების სტაციონარულ მკურნალობას. ამ პროგრამის ფარგლებში, 2013 წელს გამოვლინდა 4 736 შემთხვევა (4 198 ბენეფიციარი, აქედან 2 380 - კაცი, ხოლო 1 818 - ქალი).
- 4. ტუბერკულოზის მართვა:** პროგრამის მიზანია ტუბერკულოზით ავადობის, სიკვდილიანობისა და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება, ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების პრევენცია და ფთიზიატრიულ დახმარებაზე პროგრამის მოსარგებლეებისთვის გეორგაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. აღნიშნული პროგრამით 2013 წელს გამოვლინდა 200 279 შემთხვევა (25 565 ბენეფიციარი, აქედან 16 300 კაცი, ხოლო 9 265 - ქალი).
- 5. აივ ინფექცია/შიდსი:** პროგრამის მიზანია აივ ინფექცია/შიდსის ახალი შემთხვევების დროულად გამოვლენა, მისი გავრცელების შეფერხება და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. პროგრამაში შედის რისკ ჯგუფების კონსულტაცია, ტესტირება, დაავადებულთა უზრუნველყოფა ამბულატორიული მომსახურებით და სტაციონარული

<sup>84</sup> საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 31 ოქტომბრის N279 დადგენილება

<sup>85</sup> წყარო: სოციალური მომსახურების სააგენტო

<sup>86</sup> მონაცემები აღებულია სოციალური მომსახურების სააგენტოს ვებ-გვერდიდან

მკურნალობით. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში 2013 წელს გამოვლინდა 30 752 შემთხვევა და 2 675 ბენეფიციარი (აქედან 1 888 კაცი და 787 – ქალი).

6. **დიაბეტის მართვა:** პროგრამის მიზანია შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებული პაციენტების ამბულატორიული მეთვალყურეობის გაუმჯობესება, შესაძლო გართულებების პრევენცია და სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. 2013 წელს ამ პროგრამის ფარგლებში იყო 11 756 შემთხვევა (4 111 ბენეფიციარი). როგორც ბენეფიციართა, ასე შემთხვევათა რაოდენობა აღემატება 2012 წლის მაჩვენებლებს (9 477 შემთხვევა, 3 519 ბენეფიციარი, რომელთაგან 1 831 იყო კაცი, ხოლო 2 280 - ქალი).
7. **ნარკომანია:** პროგრამის მიზანია ნარკომანიით დაავადებულ პირთა უზრუნველყოფა მკურნალობით, რეაბილიტაციით, ჩანაცვლებითი თერაპიითა და ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკით. 2013 წელს შემთხვევათა რაოდენობა თითქმის ორჯერ აღემატებოდა 2012 წლის შემთხვევათა რაოდენობას და შეადგენდა 22 632-ს (2012 წელს იყო 11 779). ბენეფიციართა რაოდენობა იყო 2 892, რაც ასევე აღემატება 2012 წლის ბენეფიციართა რაოდენობას (1 896, რომელთაგან მხოლოდ 23-ია ქალი).
8. **დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია:** პროგრამის მიზანია თირკმლის ტერმინალური უკმარისობით დაავადებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება. შემთხვევათა რაოდენობა 2013 წელს - 233 577, ხოლო ბენეფიციართა რაოდენობა - 2 209 (კაცი - 1 352, ქალი - 857).
9. **ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა:** პროგრამის მიზანია ინკურაბელური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით. 210 410 შემთხვევა 2013 წელს, 3 864 ბენეფიციარი. ეს მონაცემები აღემატება 2012 წლის მონაცემებს (161 706 შემთხვევა, 2 264 ბენეფიციარი, რომელთაგან 1 607 კაცია, ხოლო 2 257 - ქალი).
10. **იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა:** პროგრამის მიზანია იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება სამედიცინო მომსახურებასა და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით. შემთხვევათა რაოდენობა 2013 წელს - 8 902, ხოლო ბენეფიციართა - 666 (რომელთაგან 435 კაცია, ხოლო 231-ქალი).
11. **სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება:** სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების და სამედიცინო ტრანსპორტირების სახელმწიფო პროგრამის მიზანია გადაუდებელი მდგომარეობების დროს გართულებებისა და ლეტალური გამოსავლის შემცირება, მოსახლეობის უზრუნველყოფა უფასო სამედიცინო დახმარებით. პროგრამა მოიცავს ბრიგადის ვიზიტს პაციენტთან, სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას, საჭიროების შემთხვევაში - ჰოსპიტალიზაციას და ა.შ. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებების რაოდენობა იყო 13 485, ხოლო ბენეფიციარი - 9 780 (რომელთაგან 7 062 იყო კაცი, ხოლო 2 718 - ქალი).
12. **სამხედრო ძალებში გასაწვევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება:** პროგრამის ბენეფიციარები არიან სამხედრო ძალებში გასაწვევი ადამიანები. პროგრამა მიზნად ისახავს სამხედრო ძალების შევსებას ჯანმრთელი კონტიგენტით. შემთხვევების რაოდენობა 2013 წელს იყო 30 706, ხოლო ბენეფიციარებისა - 29 694 (რომელთაგან მხოლოდ 50 იყო ქალი).

13. **C ჰეპატიტით დაავადებული პირებისათვის C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტებზე შეღავათით სარგებლობის წესი:** C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტებზე არსებული შეღავათით სარგებლობა შეუძლიათ საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებს, ასევე, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირებს, რომლებიც დაავადებულნი არიან C ჰეპატიტით (შემდგომში - პაციენტი) შეუძლიათ ისარგებლონ C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტებზე არსებული შეღავათით. აღნიშნული არ ვრცელდება აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულ პირებზე, ასევე პათიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფ ბრალდებულებზე/მსჯავრდებულებზე.
14. **რეფერალური მომსახურება:** მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით. ასევე სასჯელადსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებებში მყოფ მძიმე და განუკურნებელი სენით დაავადებულ მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლა და ავადმყოფობის ან ხანდაზმულობის ასაკის გამო სასჯელისაგან გათავისუფლების მიზანშეწონილობის თაობაზე შესაბამისი დასკვნის მომზადება. შემთხვევების რაოდენობა 9 451, ხოლო ბენეფიციარებისა - 7 308 (კაცი - 3 910, ქალი - 3 398), რაც მნიშვნელოვნად ჩამოუვარდება 2012 წლის მონაცემებს (შემთხვევების რაოდენობა 56 441, ბენეფიციარებისა - 36 593). აღსანიშნავია, რომ სტატისტიკური მონაცემის ასეთი ვარდნა მოხდა „3 წლამდე ასაკის ბავშვთა გადაუდებელი და სტაციონარული დახმარების“ გამო.
15. **პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად (სოფლის ექიმი):** პროგრამა ჯანმრთელობის სისტემის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მისი მიზანია, რომ მოსახლეობის პირველადი დახმარება მოხდეს დასახლების ადგილზე. მეტიც, მნიშვნელოვანია, მათ გაეწიონ შესაბამისი კონსულტაციებიც. სოფლის ექიმის პროგრამა მოიცავს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმებას, ბავშვებისა და მოზარდების განვითარებაზე მეთვალყურეობას, ქრონიკური და მწვავე დაავადებების მართვას და ა.შ. სოფლის ექიმს ადეკვატური დახმარების გაწევისთვის აქვს ე.წ. „ექიმის ჩანთა, რომელშიც სხვადასხვა პირველადი ჯანმრთელობის დაცვისთვის საჭირო მედიკამენტებია შესული. მიიჩნევა, რომ აუცილებელია, მომავალში გაიზარდოს სოფლის ექიმის ფუნქციები.
16. **ორსულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა:** აღნიშნული პროგრამა გულისხმობს ყველა ორსულის უზრუნველყოფას ფოლიუმის მჟავით ორსულობის 13 კვირამდე და რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზის არსებობის შემთხვევაში, მათ უზრუნველყოფას რკინის პრეპარატებით ორსულობის 26-ე კვირიდან.
17. **დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა:** აღნიშნული პროგრამა ითვალისწინებს უსაფრთხო ორსულობის უზრუნველყოფას, გართულებული მშობიარობის მართვას, პერინატალური სიკვდილიანობის შემცირებას, ორსულთა ეფექტური პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით, თანდაყოლილი და გენეტიკური დაავადებების ადრეულ გამოვლენას. პროგრამის მოსარგებლენი არიან საქართველოს მოქალაქეები. პროგრამა მოიცავს ანტენატალურ მეთვალყურეობას, მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა მკურნალობას, გენეტიკური პათოლოგიების ადრეულ გამოვლენას, ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგს ჰიპოთირეოზზე, ფენიკლეთონურიაზე, ჰიპერფენილალანემიასა და მუკოვისციდოზზე. 2013

წელს სულ შემთხვევების რაოდენობა იყო 232 188, ხოლო ბენეფიციარებისა - 129 223. ამ პროგრამაზე გახარჯულია 4 738 210 ლარი, რაც სულ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებზე დახარჯული თანხის (104 173 689) მხოლოდ 4.5%-ია<sup>87</sup>, ხოლო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვაში გადარიცხული თანხების (20 726 215) 22.9%. ამ უკანასკნელი პროგრამების ბლოკიდან (საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა) ყველაზე მაღალი გადარიცხები ფიქსირდება ტუბერკულოზის მართვის პროგრამაში (7 795 083 ლარი), ხოლო ზოგადად, ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებიდან, ყველაზე მაღალი გადარიცხვებია რეფერალური მომსახურების პროგრამაში (17 924 385 ლარი).

როგორც ჩამონათვალიდან ჩანს, 17 პროგრამიდან სპეციფიკურად ქალებზე ორიენტირდება მხოლოდ 2 მათგანი, ესენია „ორსულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა“ და „დედათა და ბავშვთა ჯანმთელობა“. აღნიშნული პროგრამებიც ფოკუსირდებიან დედებზე და არა ქალებზე ზოგადად. შესაბამისად ქალები, როგორც სამიზნე ჯგუფი, არ არის გათვალისწინებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში.

---

*ქალის როლი, როგორც დედის როლი მნიშვნელოვანია და ქალს, როგორც დედას, შვილების გამზრდელს, თავისებური მოვლა სჭირდება. სახელმწიფოს პოლიტიკა არის ჩამოყალიბებული - ჯანდაცვის პოლიტიკა უფროთხილდება მომავალ დედას, არსებობს სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც ამისკენ არის მიამართული. ... ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში არის დაფინანსება, როგორც ფიზიოლოგიური ორსულობის, ასევე საკეისროს გზით. გარდა ამისა სკრინინგ პროგრამები და პრევენციული პროგრამები გვაქვს - საშვილოსნოს ყელის, ძუძუს კიბოს და სხვა. ... ვფიქრობთ რეგიონალიზაციის სქემის ამოქმედებას, რათა შევამციროთ დედათა და ბავშვების სიკვდილიანობა. რეგიონებში არ გვაქვს მძლავრი სამშობიარო სახლები, სადაც ყველა გართულებასთან გამკვლავების შესაძლებლობა აქვთ. დაიგეგმა სად რა ტიპის ორსულობის მოვლა შეიძლება განხორციელდეს და როგორ შეიძლება მოხდეს რეფერალი დიაგნოზის მიხედვით. შესწავლილი იქნა მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და ადამიანური რესურსი. ვფიქრობთ, რომ სასარგებლო პროგრამა იქნება. პილოტი განხორციელდება რაჭა-ლეჩხუმში.*

*ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის უფროსი*

---

ჯანდაცვაზე საუბრისას მნიშვნელოვანია ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობაც. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური 2013 წლის მონაცემებით, აბორტების რაოდენობა 38 000-ს შეადგენს და აღემატება უკანასკნელი თერთმეტი წლის მონაცემებს (გარდა 2012 წლის მონაცემებისა, როდესაც აბორტების რიცხვმა 39 200-ს მიაღწია). აბორტების უმეტესობას ქალები 25-44 წლის ასაკში მიმართავენ, თუმცა 15 წლამდე ასაკის გოგონებს აბორტისთვის 2013 წელს 34-ჯერ მიუმართავთ, რაც წინა წლებთან შედარებით, ყველაზე მაღალი მონაცემია.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის 2013 წლის მონაცემებით, იმ ქალების რაოდენობა, რომლებიც იყენებენ ჰორმონალურ კონტრაცეფციებს, 2012 წლის მონაცემებით, 24 312 ქალია, რაც აღემატება უკანასკნელი 5 წლის მონაცემებს. 2008 წელთან შედარებით იმ

---

<sup>87</sup> არ არის ხელმისაწვდომი ინფორმაცია „ორსულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფის“ პროგრამაში გადარიცხულ თანხებზე

ქალების რაოდენობა, ვინც ჰორმონალურ კონტრაცეფციებს იყენებს, 99.7 პროცენტითაა გაზრდილი (2008 წელს იყო 12 171).

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2012 წელს სქესობრივად გადამდები დაავადებების 4 385 შემთხვევა დაფიქსირდა.

ამ მონაცემების ფონზე მნიშვნელოვანია საუბარიც, რომ აუცილებელია ქალებისთვის ისეთი პროგრამების დანერგვა, რომლებიც მოიცავს ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ისეთ საკითხებს, რომლებიც არ არის პრიორიტეტული სახელმწიფოსთვის ამჟამად.

## 7.1. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები იძულებით გადაადგილებული ქალებისთვის

იძულებით გადაადგილებული ქალებისთვის სპეციფიკური ჯანდაცვის პროგრამები არ მოქმედებს. ისინი არ წარმოადგენენ სპეციფიკურ სამიზნე ჯგუფს რომელიმე პროგრამისთვის, მიუხედავად იმისა, რომ იძულებით გადაადგილებულ ქალებს გაცილებით მეტად სჭირდებათ დაავადებათა კონტროლი, ჯანმრთელობის დაცვა, ფსიქოლოგის კონსულტაცია და სხვა ისეთი დახმარებები, რომელიც უზრუნველყოფდა მათ ჯანმრთელობას.

2013 წელს ჩატარებული კვლევის თანახმად<sup>88</sup>, იძულებით გადაადგილებულ ქალთა 30.5% აღნიშნავდა (სულ გამოკითხული 500 იგპ ქალიდან), რომ უკანასკნელი 1 წლის განმავლობაში ჰქონდა ქრონიკული დაავადებები, 19%-მა თქვა, რომ იყო პრაქტიკულად ჯანმრთელი, ხოლო 27.3% მიუთითებდა ჯანმრთელობის მცირე პრობლემებზე.

გამოკითხულთა ძირითად ნაწილს (36.9%) „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის“ ე.წ. უმწეოთა დაზღვევა ჰქონდა, მეოთხედს – მოსახლეობის საყოველთაო დაზღვევა (27.7%). მათი ხვედრითი წილი, ვისაც საერთოდ არ ჰქონდა დაზღვევა, 11% იყო. ეს ნიშნავს, რომ გამოკითხულთა მესამედზე მეტი მიეკუთვნებოდა სოციალურად დაუცველთა კატეგორიას. ამასთან, მოსახლეობის საყოველთაო დაზღვევით გამოკითხულთა მხოლოდ მეოთხედზე მეტი იყო დაზღვეული.

„სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზის“ კვლევის ფარგლებში, ჩატარდა ჯგუფური დისკუსია იძულებით გადაადგილებულ ქალებთან სამტრედიაში და ჩაღრმავებული ინტერვიუ ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენელთან<sup>89</sup>, რომელიც აღნიშნავს, რომ საყოველთაო დაზღვევა ყველაფერს არ ანაზღაურებს, დანარჩენი პროცედურებიც ძვირია. ამიტომ, მოსახლეობა ერიდება ექიმთან ვიზიტს.

ამავე კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ინტერვიუ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა მინისტრის მოადგილესთან, რომელიც ადასტურებს, რომ დევნილების ფსიქოლოგიური მდგომარეობა მძიმეა:

<sup>88</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი და გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2013 წელი

<sup>89</sup> დარეჯან ახოზაძე, სამტრედიის მუნიციპალიტეტის საკრებულოსა და გამგეობის გენდერული ბიუჯეტის საკითხებზე მომუშავე ჯგუფის წევრი



---

„რაც აქ მოვედი უკვე წელიწადნახევარია ქალთა რეაბილიტაციის პროგრამა ავამუშავეთ დევნილებისთვის. აღნიშნული პროგრამა ორკვირიან კურსს ითვალისწინებს, გამოსაჯანმრთელებლად კარგია, მაგრამ, ჩემი აზრით, უფრო დიდ ხანს უნდა გრძელდებოდეს. ... მანამდე ჩამოვყალიბეთ დევნილთა მეგობრობის კლუბი, სადაც გაერთიანდნენ ორგანიზაციები, რომლებიც დახმარებას უწევდნენ დევნილებს.“

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლებისა და ლტოლვილთა მინისტრის მოადგილე

---

## 7.2. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის

იძულებით გადაადგილებული ქალების მსგავსად, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთათვისაც არ არსებობს სპეციფიკური პროგრამები, რომლებიც ამ სამიზნე ჯგუფზე გააკეთებს აქცენტს. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებს ხშირად ყველაზე ნაკლები ინფორმაცია აქვთ სხვადასხვა პროგრამების შესახებ, ერთი მხრივ, ენის ბარიერის გამო, მეორე მხრივ კი ქალების აქტიურობის დაბალი მაჩვენებლის გამო.

„სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზის“ კვლევამ დაადასტურა, რომ კიდევ უფრო ნაკლებია ინფორმაცია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებში. ისინი იშვიათად აკითხავენ სპეციალისტებს და პრევენციის თუ შემოწმების მიზნით თითქმის არასდროს მიდიან ექიმთან. სიტუაცია კიდევ უფრო მწვავეა მარნეულის მუნიციპალიტეტში, სადაც ქალებს ხშირად ექმნებათ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. როგორც ინტერვიუებიდან გამოიკვეთა, ქალის ჯანმრთელობა ამ რეგიონში არცთუ მნიშვნელოვანია. მარნეულის გამგებლის გენდერულ საკითხებში მრჩეველის თქმით, გინეკოლოგიურ გამოკვლევებზე ქალები იშვიათად დადიან. მათ არ აქვთ ინფორმაცია ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, როგორცაა არასასურველი ორსულობისგან თავდაცვა, კონტრაცეპტივების თავისებურებები და ა.შ.

ISSA-ს და გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ 2013 წელს ჩატარებული კვლევის<sup>90</sup> შედეგად გამოიკვეთა, რომ ეთნიკური უმცირესობების ქალთა თითქმის ნახევარი აღნიშნავს, რომ უკანასკნელი 1 წლის განმავლობაში იყო პრაქტიკულად ჯანმრთელი. თითქმის მეხუთედს ჰქონდა ჯანმრთელობის მცირე პრობლემები, დაახლოებით ამდენივეს – ქრონიკული დაავადება.

გამოკითხულთა ძირითად ნაწილს (83.3%) მოსახლეობის საყოველთაო დაზღვევა ჰქონდა. მათი ხვედრითი წილი, ვისაც საერთოდ არ ჰქონდა დაზღვევა, 9.9% იყო.

---

<sup>90</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი და გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2013 წელი

### 7.3. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალებისთვის

კვლევის „სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზი“ ფარგლებში ერთ-ერთი ფოკუს ჯგუფი ჩატარდა დუშეთში, რათა ჯგუფურ დისკუსიას მოეცვა მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალების სამიზნე ჯგუფი. ჯგუფური დისკუსიისას, მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები აღნიშნავენ, მათ ხშირად აწუხებთ ჩიყვის პრობლემები და ბევრმა არ იცის რა სამედიცინო მომსახურების მიღება შესაძლებელი ამ პრობლემის მოსაგვარებლად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. გარდა ამისა, საყოველთაო დაზღვევის მოქმედების მიუხედავად, მოსახლეობა ექიმს იშვიათად მიმართავს. მიმართვიანობა არ გაზრდილა, რადგან ეს უკანასკნელი არა მხოლოდ ფინანსებზე, არამედ სხვა ფაქტორებზეცაა დამოკიდებული, როგორცაა ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, ინფორმაციის არარსებობა და მკურნალობის და ექიმთან ვიზიტის ხარჯებზე.

ამავე კვლევის ფარგლებში, დუშეთის საკრებულოს თავმჯდომარე საუბრობდა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის გაზრდის საჭიროებაზე და აცხადებდა, რომ მისი ინიციატივით, ხშირად იწვევენ ექიმებს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ კონსულტაციების გასაცემად.

### 7.4. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები პატიმარი ქალებისთვის

2013 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>91</sup>, რომელშიც მონაწილეობა მიიღო 290-მა პატიმარმა, გამოიკვეთა, რომ პატიმრების 62%-ს აწუხებს დეპრესია, 53%-ს - უძილობა, 34%-ს მარტობა, 33%-ს - შიში, 15%-ს - აგრესია, 17 ფიქრობს თვითმკვლელობაზე, 6% - თავის დაზიანებაზე. ამასთან, პატიმარ ქალთა 7%-ს ჰქონდა თვითდაზიანების, ხოლო 13%-ს - თვითმკვლელობის მცდელობა. საქართველოში პატიმარ ქალთა 13% ამბობს, რომ ოჯახური ძალადობის მსხვერპლია.

ეს მონაცემები პატიმარი ქალების ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზუსტ სურათს წარმოადგენს. ქალთა უმრავლესობას ახასიათებს როგორც ფიზიოლოგიური, ასევე ფსიქოლოგიური პრობლემები. პატიმარ ქალთა 54% ამბობს, რომ საჭიროებს ჯანდაცვისა და კონსულტაციების სერვისს, ხოლო - 13% - ფსიქიკური ჯანმრთელობის თერაპია/კონსულტაციას. მეტიც, ქალთა თითქმის ნახევარი (48%) აღნიშნავს, რომ გათავისუფლების შემდგომი რეინტეგრაციისთვის, პირველ რიგში, მისი ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობა იქნებოდა მნიშვნელოვანი.

კვლევის „სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზი“ ფარგლებში ჩატარებული ფოკუს ჯგუფიდანაც ჩანს (ფოკუს ჯგუფი ყოფილ პატიმარ ქალებთან), რომ პატიმრების ჯანმრთელობის მდგომარეობა მძიმეა:

<sup>91</sup> „ვინ არიან ქალი პატიმრები“, 2013, „ციხის საერთაშორისო რეფორმა“

---

*„ბეტონზე ვცხოვრობდით ... საშინელ პირობებში გვიჩვენდა ციხეში ყოფნა, რაც ჩვენს ფსიქიკაზე აისახა. შიდასით, სიფილისით და სხვა ინფექციით დაავადებულები, ყველანი ერთად ვიყავით.“*

*ყოფილი მსჯავრდებული ქალი*

---

მნიშვნელოვანია, რომ ამ სამიზნე ჯგუფისთვის გენდერულად სპეციფიკური ჯანდაცვის სერვისის იყოს პრიორიტეტული, ამასთან გაიზარდოს წვდომა ფსიქოლოგსა და ფსიქიატრზე და გაუმჯობესდეს სარეაბილიტაციო პროგრამები.

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს ერთ-ერთ პროგრამას წარმოადგენს „პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისი“, რომელიც უზრუნველყოფს პენიტენციურ სისტემაში სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას. ამ პროგრამის ადმინისტრირებას სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტი ახორციელებს. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს განმარტებით, ამჟამად სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის რეფორმა მიმდინარეობს.

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მოადგილის თქმით, პატიმრებისთვის C ჰეპატიტის 100%-იანი დაფინანსება ხდება ისევე, როგორც ტუბერკულოზის. შესაბამისად, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად შემცირდა.

რესპონდენტი ასევე აღნიშნავს, რომ სისტემაში არ არიან გინეკოლოგები და მამოლოგები ქალებისთვის:

---

*„ჩვენს სისტემას არ ყავს გინეკოლოგი და მამოლოგი, მაგრამ ჩვენ ჯანდაცვის სისტემა ისე ავაწყვეთ, რომ რა სერვისებსაც შიგნით ვერ ვაწვდით პატიმრებს, გარედან მოგვყავს. ასეა აწყობილი რეფერალების სისტემა. ოპერაციებზე, გეგმიურ შემოწმებებზე და ა.შ. გარეთ გაგვყავს. რთული ოპერაციების გაკეთება არ არის მიზანშეწონილი დაწესებულებაში. გინეკოლოგებთან და მამოლოგებთან პატიმარი ქალები წელიწადში ორჯერ გადაიან სქრინინგს, პოლიკლინიკებში ხდება მათი შემოწმება.“*

*საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მოადგილე*

---

სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის განვითარების 2014-2017 წლების სტრატეგიაში აღნიშნულია, რომ სამინისტროს პრიორიტეტებს წარმოადგენს:

- პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული სერვისების შემდგომი განვითარება;
- სპეციალიზებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთათვის;
- სტომატოლოგიური მომსახურება;
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა (ხარისხის შეფასების კრიტერიუმების და მეთოდოლოგიის შემუშავებას, ხარისხის უზრუნველყოფის მონიტორინგს, ინფექციების კონტროლს და ა.შ.);

- გადამდები დაავადებების პრევენცია და კონტროლი (მაგ. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს 2013 წლის მონაცემებით, ტუბერკულოზის სტატისტიკა, 2011 წელთან შედარებით, შემცირებულია (572 შემთხვევა 2011 წელს, 107 შემთხვევა 2013 წელს);
- ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ინტეგრირებული მოდელის დანერგვა და განვითარება;
- წამალდამოკიდებულება და ნარკოლოგიური სერვისები: პრევენცია, მკურნალობა, რეაბილიტაცია და ზიანის შემცირება;
- პაციენტის უფლებები და საჩივრების განხილვის მექანიზმების გაუმჯობესება;
- სამედიცინო პერსონალის როლის გაძლიერება წამებისა და არასათანადო მოპყრობის პრევენციის საქმეში;
- არასრულწლოვანთა ჯანდაცვის საჭიროებები პენიტენციურ სისტემაში;
- პენიტენციური ჯანდაცვის ინტეგრაციის გეგმა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში;
- სპეციალური საჭიროებები პატიმრობაში მყოფი ქალებისთვის (ქალ პატიმართა სპეციფიკურ საჭიროებებზე მორგებული სამედიცინო სერვისების მიწოდება - კიბოს სკრინინგი, ორსულობის სკრინინგი და სხვა; ქალთა დაწესებულებაში განთავსებული მეძუძური და ჩვილ-ბავშვიანი დედების, ასევე ჩვილ ბავშვთა სამედიცინო საჭიროებების გათვალისწინება სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვის პროცესში);
- მოწყვლადი ჯგუფები და მათი უზრუნველყოფა სათანადო მომსახურებით (მოწყვლად ჯგუფებში შედიან შშმ პირები. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს განცხადებით, „დაიგეგმა სპეციალიზებული განყოფილება შშმ პირებისთვის, რომელთაც განსაკუთრებული საჭიროებები აქვთ, სადაც სათანადო სერვისებთან ერთად შშმ პირებს ადაპტირებული საცხოვრებელი პირობები აქვთ, ....., გაკეთდა ათეულობით პროთეზირების ოპერაცია; ასევე დამხმარე საშუალებები გადაეცათ სმენადაქვეითებულ ან მხედველობადაქვეითებულ პატიმრებს და სხვა“<sup>92</sup>.

ცხადია, ქალებისა და შშმ პირების სამიზნე ჯგუფებად განხილვა დადებითი ცვლილებაა, თუმცა, არასაკმარისი. კერძოდ, სპეციალიზებული განყოფილების დაგეგმვა შშმ პირებისთვის მხოლოდ გაზრდის გაუცხოებას და იზოლაციას პატიმრებისგან, ხელს შეუშლის შშმ პირთა ინტეგრაციის პროცესს და მათ ჩართულობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

ქალთა მდგომარეობა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში რთულია, განსაკუთრებით, თუ ქალი ორსულადაა და ბავშვის გაჩენას გეგმავს. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მოადგილის აზრით, ბავშვისთვისაც და მშობლისთვისაც დაწესებულებაში არსებული პირობები ნორმალურია.

<sup>92</sup> სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის განვითარების 2014-2017 წლების სტრატეგია

---

გვყავს ორსული ქალბატონები, რომლებიც საჭიროებენ სათანადო პირობებს. როდესაც ბავშვებს აჩენენ დაწესებულებაში, შესაძებელია, რომ ბავშვი სამ წლამდე იქვე ყავდეთ პატიმრებს. თავად პირობები აბსოლუტურად მისაღებია. ... სამი წლის შემდეგ ბავშვი გარეთ უნდა გავიდეს, ეს ძალიან სერიოზული დებატის საგანია, ბავშვის ინტერესი არის დედასთან ერთად ყოფნა, მაგრამ, მეორეს მხრივ, ბავშვი ხედავს ადამიანების მცირე რაოდენობას და მერე მისი განვითარებისთვის სასურველია, რომ გარეთ იყოს და შეძლოს სოციალიზაცია. ამ დროისთვის სულ 4 ბავშვია საპატიმროში.

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მოადგილე

---

2014 წლის პირველ კვარტალში „სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტმა“, ფონდ „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ დაკვეთით ჩაატარა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში წამებისა და არადამიანური მოპყრობის პრაქტიკის (2003-2012 წწ.) ფართომასშტაბიანი კვლევა. გამოიკითხნენ როგორც ყოფილი, ისე მოქმედი პატიმრები; სულ შერჩევის მოცულობამ შეადგინა 1199 რესპონდენტი (მათ შორის მოქმედი პატიმარია 598, ხოლო ყოფილი პატიმარი - 601). გამოიკითხულ მოქმედ და ყოფილ პატიმრებს შორის 83 ქალია.

პატიმარ ქალთა აბსოლუტური უმრავლესობა (94%) აცხადებს, რომ პატიმრობაში ყოფნამ მათ შეუქმნა ისეთი პრობლემები (სოციალური, სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სხვ.), რაც პატიმრობამდე არ ჰქონდათ.

პატიმრობის ყველაზე უფრო გავრცელებულ ჯანმრთელობის პრობლემებს მიეკუთვნება:

- დიდი უმრავლესობის (81%) თქმით, პატიმრობის შედეგად შეექმნა ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემა, რომელიც ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებს.
- გამოიკითხულთა 64.6% ამბობს, რომ მათ დაკარგეს ქონება.
- გამოიკითხულთა 60.8% ამბობს, რომ მათ დაკარგეს სამსახური.

პატიმრობის სხვა მნიშვნელოვან შედეგებს შორის გამოიკვეთა შემდეგი:

- გამოიკითხულთა 44.3% ამბობს, რომ პატიმრობის შედეგად გახდნენ დეპრესიულები/დაკარგეს აქტიური ცხოვრების ინტერესი.
- ქალების 35.4% აღნიშნავს, რომ მათ დაუქვეითდათ ან დაკარგეს შრომის უნარი.
- ყოველი მესამე გამოიკითხული ამბობს, რომ პატიმრობაში ყოფნისას შეექმნათ ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემა, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას.
- ასევე, ყოველი მესამე რესპონდენტი ამბობს, რომ მათ უჭირთ სხვა ადამიანებთან კონტაქტი (ოჯახის წევრების ჩათვლით).

რესპონდენტთა მონათხრობის მიხედვით, პატიმრობის შედეგად მათ სხვადასხვა დაავადებები განუვითარდათ. ყველაზე უფრო ხშირად რესპონდენტები მიუთითებენ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებსა (მანკი, გულის უკმარისობა და ა.შ.) (36.7%) და ფსიქიკურ აშლილობაზე (34.2%). სხვა, მეტ-ნაკლებად გავრცელებულ, დაავადებებს მიეკუთვნება:

- კუჭის წყლული/სხვა კუჭ-ნაწლავის დაავადებები – 26.6%;
- სპინალური (ხერხემლის კუნთების ატროფია) დაავადებები – 21.5%;
- C ჰეპატიტი – 16.5%.

რესპონდენტებს მიაჩნიათ, რომ სამედიცინო მომსახურების მიზანი წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის უშუალო შედეგებთან მიმართებაში არ არის დაკავშირებული პატიმრების ჯანმრთელობასა და მათი უფლებების დაცვასთან, არამედ წარმოადგენს სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში (პატიმართა მიმართ) გავრცელებული უკანონო ქმედებების მიჩქმალვის და წესრიგის დამყარების ილუზიის შექმნის მცდელობას: რესპონდენტების დაახლოებით 18–26% მიუთითებს, რომ სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების მიზანია:

- მხოლოდ ფორმალობის დაცვა (26.5%);
- წამებისა და არაადამიანური მოპყრობის კვალის დაფარვა (25.3%);
- სასიკვდილო შედეგის თავიდან აცილება (შიში, რომ პატიმარი არ მომკვდარიყო) (18.1%).

## 7.5. ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამები შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისთვის

სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა შშმ ქალებს დამოუკიდებელ სამიზნე ჯგუფად არ განიხილავს. შესაბამისად, სახელმწიფო პროგრამებში აღნიშნული ჯგუფის საჭიროებები არ არის გაწერილი. ისინი იმავე პროგრამებით სარგებლობენ, რომლებითაც, ზოგადად, შშმ პირები. არც პროგრამების, არც ბიუჯეტის შემუშავებისას როგორც ჯანდაცვის, ასევე სოციალური რეაბილიტაციის კუთხით, არ ხდება მათი, როგორც სამიზნე ჯგუფის, საჭიროებების გათვალისწინება.

---

*„2013 წლისთვის, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დამტკიცდა 20 სახელმწიფო პროგრამა, თუმცა არცერთი მათგანი არ ითვალისწინებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სპეციფიკას/განსაკუთრებულ საჭიროებებს. ეს კი აჩვენებს სახელმწიფოს ჯანდაცვის პოლიტიკის არასენსიტიურობას ამ ჯგუფის მიმართ.“*

*გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCPRD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი, გვ: 87*

*2014 წელი*

*ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი*

---

დღეს არსებობს სპეციალური დაზღვევა, რომელიც გულისხმობს შშმ ბავშვებისა და მკვეთრად გამოხატული შშმ პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევას. ზომიერად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები კი საყოველთაო დაზღვევის პროგრამით სარგებლობენ. რაც ნიშნავს, რომ შშმ პირები არ არიან განხილულნი, როგორც სპეციფიკური სამიზნე ჯგუფი. სოფლის ექიმის პროგრამაც არ ითვალისწინებს შშმ პირებს, როგორც სპეციფიკურ სამიზნე ჯგუფს. სახალხო დამცველი აღნიშნავს, რომ სოფლის ექიმს და სოციალური მომსახურების სააგენტოს სტატისტიკური აღრიცხვის ვალდებულებაც არ გააჩნიათ.<sup>93</sup>

---

<sup>93</sup> „სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის მიზნით“, საქართველოს სახალხო დამცველი, 2013 წელი, გვ: 28

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება თანაბარ პირობებში ჯანდაცვის სისტემაზე წვდომას გულისხმობს. შშმ პირთა ჯანმრთელობის უფლებას არეგულირებს ორი ძირითადი სამართლებრივი აქტი: საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. „ხშირად ამ დოკუმენტებში არსებული ჩანაწერები შშმ პირთა დისკრიმინაციის საფუძველი ხდება, მაგალითად კანონმდებლობა გამორიცხავს შშმ პირის მიერ ნების გამოხატვის საჭიროებას, როდესაც ქმედუუნარო პირს (რომლის შეზღუდვაც გამორიცხავს პირის გადაწყვეტილების პროცესში ეფექტურ ჩართულობას) არ აძლევს უფლებას, მიიღონ საკუთარი დაავადებისა და ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ სრული ინფორმაცია. ამ ინფორმაციას იღებენ მათი კანონიერი წარმომადგენლები. ეს ეწინააღმდეგება კონვენციას, რომელიც შშმ პირების ინფორმირებას და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩართვას მოითხოვს.“<sup>94</sup>

სახალხო დამცველის 2013 წლის ანგარიში აქცენტს აკეთებს მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის არარსებობაზე შშმ პირთათვის. კერძოდ, შშმ პირების უმრავლესობა ყუველდღიურადაა დამოკიდებული მედიკამენტებზე. მედიკამენტებს, სპეციალური დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში, მხოლოდ მკვეთრად გამოხატული შშმ პირები და შშმ ბავშვები იღებენ (100 ლარის ღირებულების მედიკამენტებზე 50%-ის თანაგადახდა სახელმწიფოს მხრიდან). თუმცა ეს არ არის საკმარისი და ბენეფიციართა მედიკამენტების რეალურ საჭიროებას არ უზრუნველყოფს.

სახალხო დამცველის 2013 წლის ანგარიშში ისიცაა აღნიშნული, რომ „განსაკუთრებით ყურადსაღებია ფსიქიატრიულ დაწესებულებებსა და პენიტენციურ სისტემაში შშმ პირთა ჯანმრთელობის დაცვა. მედიკამენტების უკუჩვენებებით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის აღდგენა არ ხდება, განსაკუთრებით, სტომატოლოგიური და სომატური დაავადებებისას, რასაც ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღება იწვევს“.<sup>95</sup> არ არსებობს შშმ პაციმართა მოვლის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავების პრაქტიკა. საჭიროა პერსონალის გადამზადება.

ჯანდაცვის პროგრამებზე საუბრისას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ შშმ პირები ხშირად ხდებიან მედიცინის მუშაკთა მხრიდან უგულისყურო მოპყრობის მსხვერპლნი. მაღალმთიან რეგიონში მცხოვრებ შშმ დევნილებს კი ხელი არ მიუწვდებოდათ საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე. მნიშვნელოვანია არაინფორმირებულობაც ჯანმრთელობის დაცვისა და დაზღვევის პოლიტიკის შესახებ, რომელიც განსაკუთრებით მწვავეა რეგიონებში მცხოვრები შშმ პირებისთვის. ერთ-ერთი ხელისშემშლელი ფაქტორია არაადაპტირებული გარემო სამედიცინო პუნქტამდე მისასვლელად.

2013 წელს გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>96</sup>, რომლის ფარგლებშიც ჯგუფური დისკუსია გაიმართა 21 დევნილ ხანდაზმულ და შშმ პირთან გორსა და ზუგდიდში, შშმ პირები აცხადებდნენ, რომ მათთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს სამედიცინო დაზღვევა. ისინი მიუთითებდნენ სპეციალური სამედიცინო

<sup>94</sup> გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCRC) იმპლემენტაციის გაიდლაინი, 2014 წელი  
<sup>95</sup> საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ, 2012 წელი, გვ: 150

<sup>96</sup> „დევნილ და კონფლიქტით დაზარალებულ ქალთა და გოგონათა საჭიროებები და პრიორიტეტები საქართველოში“, გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, საქართველოში ევროკავშირის წარმომადგენლობა, ქალთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა დედების ასოციაცია „დეა“ და საზოგადოებრივი პოლიტიკის ინსტიტუტი, 2013 წელი

დაზღვევის არსებობის აუცილებლობაზე, რომელიც მოერგებოდა მათ რეალურ საჭიროებებს (დაფარავდა ექოსკოპიის, ტომოგრაფიის, დოპლერის და სხვა სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს). გარდა ამისა, ისინი საუბრობდნენ წამლების მაღალ ფასზეც, რომლის დაფარვაც მათ უჭირთ რეგულარული მედიკამენტური მკურნალობის გამო.

გარდა ამისა, ფოკუს ჯგუფზე აღინიშნა ისიც, რომ რეგიონებში არ იყვნენ ყველა პროფილის ექიმები და საჭირო იყო სამკურნალოდ სხვა ქალაქში წასვლა. ხშირად მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მოითხოვდა საზღვარგარეთ მკურნალობასაც, რასაც სახელმწიფო პროგრამები და დაზღვევა ვერ უზრუნველყოფენ.

განხილვის საგანს წარმოადგენდა ექიმების კვალიფიკაციაც. მათ აწუხებდათ ექიმების არაპროფესიონალიზმი შშმ საკითხებთან მიმართებით. ამაზე ხშირადაა საუბარი სახალხო დამცველის ანგარიშებშიც. როგორც ჩანს, ექიმებს არ აქვთ არც საკმარისი ცოდნა შშმ საკითხებთან მიმართებით და ამას გარდა, აქვთ არასწორი დამოკიდებულებები შშმ ადამიანების მიმართ, რაც ხშირად დისკრიმინაციას იწვევს.



## VIII. ქალების დასაქმება, განათლება და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობა

### 8.1. დასაქმება

დასაქმება ქვეყნის ერთ-ერთი ყველაზე მწვავე პრობლემაა. ქალები, მამაკაცებთან შედარებით, უფრო იშვიათად არიან დასაქმებულნი. ქალთა დასაქმება კიდევ უფრო პრობლემურია საქართველოს რეგიონებში. როგორც სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლებების თავში იყო განხილული, უმუშევრობის დონე, 2013 წლის მონაცემებით, 14.6%-ს შეადგენს. ამდენად მცირე პროცენტული მაჩვენებელი, შესაძლოა, კავშირში იყოს თვითდასაქმებასთან, როგორც დასაქმების ერთ-ერთ სფეროსთან. საქართველოს მოსახლეობის უმრავლესობა თვითდასაქმებულია. უმუშევრობის პროცენტული მაჩვენებლები კაცებს შორის მეტია (16.5%), ვიდრე ქალებს შორის (12.3%). ამის მიზეზია ის, რომ ქალების უმრავლესობა დიასახლისია და ამიტომ, ეკონომიკურად არააქტიურ მოსახლეობას მიეკუთვნება. დასაქმების სტატისტიკა კი მოსახლეობის ეკონომიკურად აქტიური ნაწილიდან გამოითვლება. ქალებში ეკონომიკური აქტიურობის დაბალი დონეა: ქალებს შორის აქტიურობის პროცენტული მაჩვენებელი 56.8%-ია, ხოლო მამაკაცებში - 77.3%. მნიშვნელოვანია, რომ ქალების აქტიურობის მაჩვენებელი 2013 წელს 1998 წლის მაჩვენებელს უდრის. აღნიშნული მონაცემი წლების განმავლობაში იცვლებოდა და პიკს 2001 წელს მიაღწია. ქალების უმუშევრობის 2013 წლის მონაცემებიც 1998 წლის მონაცემების მსგავსია. უმუშევრობის დონე ქალებში ყველაზე დაბალი იყო 2000 წელს, ხოლო ყველაზე მაღალი - 2008 და 2009 წლებში. აღსანიშნავია ისიც, რომ ქალთა დასაქმების 2013 წლის მაჩვენებელიც 1998 წლის მონაცემების მსგავსია. დასაქმება ყველაზე მაღალი 2001 წელს იყო, ხოლო ყველაზე დაბალი - 2008-2009 წლებში (იხ. ცხრილი №15).

ცხრილი №15<sup>97</sup>

15 წლის და უფროსი ასაკის ქალების განაწილება ეკონომიკური აქტიურობის მიხედვით, 1998-2013																
%	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
უმუშევრობის დონე	12.2	11.1	9.7	10.7	11.0	11.5	11.8	12.6	11.7	12.6	16.1	15.4	14.5	13.1	13.8	12.3
აქტიურობის დონე	56.8	56.0	57.2	58.3	56.0	57.7	56.9	55.9	53.6	55.0	53.5	54.3	55.5	55.8	57.4	56.8
დასაქმების დონე	49.9	49.8	51.6	52.0	49.9	51.0	50.2	48.8	47.4	48.1	44.9	45.9	47.5	48.5	49.5	49.8

ამასთან, ცხრილში №16 ჩანს, რომ მამაკაცთა ეკონომიკური აქტიურობის, ისევე, როგორც დასაქმების მაჩვენებელი ქალების მონაცემებს მნიშვნელოვნად აღემატება.

ცხრილი №16<sup>98</sup>

15 წლის და უფროსი ასაკის კაცების განაწილება ეკონომიკური აქტიურობის მიხედვით, 1998-2013																
%	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
უმუშევრობის დონე	12.6	14.0	11.0	11.6	14.0	11.5	13.4	14.8	15.2	13.9	16.8	18.1	17.9	16.7	16.1	16.5

<sup>97</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის სამსახურის ვებ-გვერდიდან

<sup>98</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის სამსახურის ვებ-გვერდიდან

აქტიურობის დონე	75.7	73.6	75.1	75.9	75.8	76.3	74.3	73.5	72.2	73.3	73.4	74.6	74.5	76.5	78.2	77.3
დასაქმების დონე	66.2	63.4	66.8	67.1	65.1	67.5	64.3	62.6	61.2	63.1	61.1	61.1	61.2	63.7	65.6	64.5

შედეგად, ქალთა ნახევარზე მეტი ეკონომიკურად აქტიურია (56.8%). მათგან დასაქმებულია უმრავლესობა. 2012 წლის მონაცემებით, ქალებში აქტიურობის ყველაზე მაღალი დონე 45-54 წლის ასაკობრივ ჯგუფში შეინიშნებოდა (80%). დასაქმების დონეც ამავე ჯგუფში იყო ყველაზე მაღალი (70.8%). უმუშევრობის დონე კი ყველაზე მაღალი იყო 15-24 წლის ასაკის ქალებში (36.2%).

მონაცემების რეგიონული განაწილებისას ჩანს, რომ მოსახლეობის აქტიურობის დონე შედარებით მაღალია კახეთში (72.8%), შიდა ქართლსა (72.3%) და დანარჩენ რეგიონებში<sup>99</sup> (72.5%), ხოლო ყველაზე დაბალი - თბილისში (55.3%). რაც შეეხება დასაქმების რეგიონულ განაწილებას, აღმოჩნდა, რომ უმუშევრობის დონე ყველაზე მაღალი თბილისშია (29.1%). ამის შემდეგ მოდის აჭარის (18.1%) და სამეგრელო-ზემო სვანეთის (15.8%) მონაცემები. დასაქმების ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები კი გვხვდება კახეთსა (68.2%) და დანარჩენ რეგიონებში (67.7%), ხოლო ყველაზე დაბალი - თბილისში (39.2%). დასაქმების ასეთი დაბალი მაჩვენებელი თბილისში, სავარაუდოდ, იმ მიზეზითაა, რომ თვითდასაქმებულთა რაოდენობა თბილისში გაცილებით მცირეა, ვიდრე რეგიონებში (იხ. ცხრილი №17)

ცხრილი №17<sup>100</sup>

15 წლის და უფროსი ასაკის მოსახლეობის განაწილება ეკონომიკური აქტივობის მიხედვით, რეგიონალურ კრილში, 2013									
%	კახეთი	თბილისი	შიდა ქართლი	ქვემო ქართლი	აჭარის ა.რ.	სამეგრელო-ზემო სვანეთი	იმერეთი	დანარჩენი რეგიონები	საქართველო
უმუშევრობის დონე	6.4	29.1	9.8	8.0	18.1	15.8	9.3	6.7	14.6
აქტიურობის დონე	72.8	55.3	72.3	65.0	69.4	70.2	69.9	72.5	66.2
დასაქმების დონე	68.2	39.2	65.2	59.8	56.8	59.1	63.4	67.7	56.6

დასაქმების პრობლემის აღმოსაფხვრელად, სახელმწიფომ შექმნა ერთიანი ბაზა (Worknet - დასაქმების ფორუმი<sup>101</sup>), რომელიც აღრიცხავს არა მხოლოდ დამსაქმებლებს, რომლებიც თანამშრომლებს ეძებენ, არამედ ადამიანებსაც, რომელთაც დასაქმება სურთ (სამუშაოს მაძიებლების რეგისტრაცია და აღრიცხვა). სოციალური მომსახურების სააგენტოს დასაქმების პროგრამების დეპარტამენტის უფროსის<sup>102</sup> განცხადებით, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, ქალებში ეკონომიკური აქტიურობა ძალიან დაბალია. ქალები მართლაც ნაკლებად აქტიურები არიან, უფრო ხშირად საკუთარ თავს აქცევენ კატეგორიაში „დასახლისი“ და არა „დაუსაქმებელი“ ან „უმუშევარი“.

<sup>99</sup> დანარჩენ რეგიონებში შედიან სამცხე-ჯავახეთი, გურია, მცხეთა-მთიანეთი

<sup>100</sup> მონაცემები აღებულია საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდიდან

<sup>101</sup> იხ. ბმული: [http://ssa.gov.ge/index.php?lang\\_id=&sec\\_id=1112](http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=1112)

<sup>102</sup> თეა სტურუა, სოციალური მომსახურების სააგენტოს დასაქმების პროგრამების დეპარტამენტის უფროსი

მიუხედავად ამისა, სოციალური მომსახურების სააგენტოს დასაქმების პროგრამების დეპარტამენტის უფროსი ამბობს, რომ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურისა და მსოფლიო ბანკის 2013 წლის მონაცემებით, სამსახურის მაძიებლად ოფიციალურად დარეგისტრირებულებს შორის, რომელთა რაოდენობაც არის დაახლოებით 25 000, ქალები სჭარბობენ კაცებს.

ქალებში დასაქმების უფრო დაბალ პროცენტულ მაჩვენებელს, ვიდრე მამაკაცებისას, შესაძლოა, რამდენიმე ფაქტორი განსაზღვრავდეს:

- ✓ რეგიონებში შესაბამისი ინფრასტრუქტურის არარსებობა (ბაღები, სკოლები და ა.შ.);
- ✓ მოსაზრება, რომ ქალის სოციალური როლი ოჯახზე ზრუნვით უნდა შემოიფარგლებოდეს;
- ✓ განათლებისა და კვალიფიკაციის არასაკმარისად მაღალი მაჩვენებელი ქალებში;
- ✓ დამსაქმებელთა დისკრიმინაციული დამოკიდებულება ქალების მიმართ, გამომდინარე მათი (ქალების) ვალდებულებებიდან: დედობა, ოჯახის მოვლა და ა.შ.

ცხადია, ზემოთ აღნიშნული გავლენას ახდენს ქალების დასაქმების პოზიციაზეც. ეს უკანასკნელი კი - ხელფასზე. როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სტრუქტურებში ქალებს იშვიათად ასაქმებენ მაღალ პოზიციებზე. შესაბამისად, ქალების საშუალო ხელფასი კაცების საშუალო ხელფასზე დაბალია. საქართველოში საშუალო თვიური ხელფასი, 2012 წლის მონაცემებით, 712.5 ლარს შეადგენს, რაც აღემატება საშუალო თვიურ ხელფასს წინა წლის მონაცემებით (636 ლარი). აღმოჩნდა, რომ ყველაზე მაღალი საშუალო თვიური შემოსავალი საფინანსო საქმიანობითა (1 402 ლარი) და სახემწიფო მმართველობით (1 031 ლარი) დაკავებულ პირებს აქვთ, ხოლო ყველაზე ნაკლები - განათლების სფეროში (355 ლარი), მეთევზეობის/თევზჭერის (389 ლარი) და სასტუმროებსა და რესტორნებში (397 ლარი) დასაქმებულ მოსახლეობას.

მნიშვნელოვანია, რომ ქალების საშუალო თვიური ხელფასი, 2012 წლის მონაცემებით, 341.7 ლარით ნაკლებია კაცების ხელფასზე. ქალების საშუალო თვიური ხელფასი მნიშვნელოვნად გაიზარდა უკანასკნელი რამდენიმე წლის მანძილზე, თუმცა კიდევ უფრო სწრაფი ზრდა განიცადა მამაკაცების ხელფასმა, რის გამოც, ზრდადი განსხვავება ქალისა და კაცის ხელფასებს შორის კიდევ უფრო თვალსაჩინო გახდა.

### **დასაქმება საჯარო სექტორში**

2013 წლის „გენდერული უთანასწორობის გლობალური ინდექსის“ მონაცემებით, საქართველო ქალთა პოლიტიკური მონაწილეობის მაჩვენებლით 136 ქვეყანას შორის 97-ე პოზიციას იკავებს. „გენდერული უთანასწორობის ინდექსის“ მიხედვით, პარლამენტში ქალთა წარმომადგენლობის მაჩვენებლით საქართველო 102-ე ადგილზეა, ხოლო პარლამენტთაშორისი კავშირის (Inter-Parliamentary Union) მონაცემთა ბაზაზე დაყრდნობით, 2013 წლის 1 დეკემბრის მდგომარეობით, 188 ქვეყნის ეროვნულ პარლამენტში ქალთა პოლიტიკური მონაწილეობის სტატისტიკური მაჩვენებლით, საქართველო 105-ე ადგილს იკავებს.

მიუხედავად იმისა, რომ 2012 წლის საპარლამენტო არჩევნების შემდეგ ქალთა რაოდენობა პარლამენტში 5%-ით გაიზარდა, ეს სიტუაციას მნიშვნელოვნად არ ცვლის. 2013 წლის მონაცემებით, „საქართველოს პარლამენტში ქალთა წარმომადგენლობა 11%, მინისტრთა კაბინეტში 21%, ხოლო ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში – 10%-ია.“<sup>103</sup>

2013 წლის მონაცემებით, სამინისტროებში მაღალ თანამდებობებზე დასაქმებული იყო მხოლოდ 693 ქალი და 5600 კაცი. ქალების რაოდენობა, შესაბამისად, მაღალ თანამდებობებზე დასაქმებულთა 11%-ს შეადგენდა. ყველაზე მეტი ქალი დასაქმებული იყო ევროპული და ატლანტიკური ინტეგრაციის სამინისტროში (56%), ხოლო ყველაზე ნაკლები - შინაგან საქმეთა სამინისტროში (2%) (იხ. ცხრილი №18).<sup>104</sup>

ცხრილი №18

სახელმწიფო სტრუქტურები:	ქალების პროცენტული მაჩვენებელი	სულ თანამდებობის პირები
შინაგან საქმეთა სამინისტრო	2%	3164
თავდაცვის სამინისტრო	10%	1026
საგარეო საქმეთა სამინისტრო	19%	389
იუსტიციის სამინისტრო	18%	297
ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტრო	30%	192
შემოსავლების სამსახური	19%	171
დიასპორის საკითხებში სახელმწიფო მინისტრის აპარატი	27%	106
ინფრასტრუქტურისა და რეგიონული განვითარების სამინისტრო	25%	105
სოფლის მეურნეობის სამინისტრო	21%	103
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო	26%	100
ენერგეტიკის სამინისტრო	29%	96
გარემოს დაცვის სამინისტრო	26%	88
მთავრობის აპარატი	43%	87
განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო	43%	87
სასაგარეო ურთიერთობებისა და პრობაციის სამინისტრო	15%	82
სპორტისა და ახალგაზრდობის სამინისტრო	25%	61
კულტურისა და ძეგლთა დაცვის სამინისტრო	38%	60
კანცელარია	15%	46
საქართველოს სახელმწიფო მინისტრის აპარატი ევროპულ და ევროატლანტიკურ სტრუქტურებში ინტეგრაციის საკითხებში	56%	16
შერიგებისა და სამოქალაქო თანასწორობის საკითხებში საქართველოს სახელმწიფო მინისტრის აპარატი	20%	10
საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა, განსახლების და ლტოლვილთა სამინისტრო	43%	7

2010 წლის არჩევნების შემდეგ ქალები შეადგენდნენ საკრებულოს წევრთა მხოლოდ 10%-ს. ქალთა მონაწილეობის მაჩვენებელი განსაკუთრებით დაბალია ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული მუნიციპალიტეტების საკრებულოებში. ახალქალაქის, ნინოწმინდას, გარდაბნის,

<sup>103</sup> <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/1/1563.pdf>, გვ: 492

<sup>104</sup> წყარო: თანამდებობის პირთა ქონებრივი დეკლარაციების ონლაინ სისტემა, საჯარო სამსახურის ბიურო; დეკემბერი, 2013

მარნეულისა და წალკის საკრებულოებში არჩეული 148 დეპუტატიდან მხოლოდ 4 ქალია, რაც დეპუტატთა საერთო რაოდენობის მხოლოდ 2,7% შეადგენს და საერთო მაჩვენებელს (10%) საგრძნობლად ჩამორჩება.

გენდერული საკითხების სახელმწიფო პროგრამებში ჩართვისთვის მნიშვნელოვანია გენდერული

თანასწორობის საკითხებზე მრჩევლის პოზიციის შემოღება. 2013 წელს დაინიშნა პრემიერ-მინისტრის თანაშემწე ადამიანის უფლებათა დაცვისა და გენდერული თანასწორობის საკითხებში, ასევე რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის მინისტრის მრჩეველი გენდერის საკითხებში.

2013 წელს, არასამთავრობო ორგანიზაციის, „ქალთა საინფორმაციო ცენტრი“, და კოალიციის „ქალთა პოლიტიკური ჩართულობისათვის“ ერთობლივი ძალისხმევითა და „ოქსფამის“, მხარდაჭერით, გენდერის საკითხებზე სხვადასხვა ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ 49 მრჩეველი დაინიშნა.

## 8.2. განათლება და ჩართულობა საზოგადოებრივ აქტივობებში

2012-2013 სასწავლო წლის დასაწყისისთვის ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში ირიცხებოდა 559 415 მოსწავლე, აქედან 265 491 გოგონა (47.5%) და 293 924 ბიჭი (52.5%). პროფესიულ და საზოგადოებრივ კოლეჯებში კი - 5 808 მოსწავლე, აქედან 2 282 გოგონა (39.3%) და 3 526 ბიჭი (60.7%). რაც შეეხება სტუდენტებს, 2012/2013 წლის დასაწყისში ირიცხებოდა 109 553 სტუდენტი, მათგან 61 256 - ქალი (55.9%), ხოლო 48 277 - კაცი (44.1%). „სტუდენტების რიცხოვნობა ყველაზე მაღალია სოციალური მეცნიერებები, ბიზნესის და სამართლის პროგრამებზე. ქალი სტუდენტების რიცხოვნობა ყველაზე დაბალია სოფლის მეურნეობის პროგრამებზე, ხოლო კაცი სტუდენტების რიცხოვნობა - განათლების პროგრამაზე.“<sup>105</sup>

ყველა სამიზნე ჯგუფის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საჭიროება კვალიფიკაციის ამაღლება, განათლება და მათი ინფორმირებაა ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, როგორებიცაა მათი უფლებები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ძალადობა და ა.შ. ქალები ერიდებიან არა მხოლოდ საკუთარ პრობლემებზე საუბარს და მათ გაცხადებას, არამედ უჭირთ მათთვის კვალიფიკაციის მინიჭება. მათთვის რთულია მოახდინონ ძალადობის (განსაკუთრებით, ფსიქოლოგიური და სექსუალური) იდენტიფიცირება.

ყველაზე მწვავედ დგას ქალების აქტიურობის საკითხი. ისინი პასიურები არიან გადაწყვეტილების მიღებისას ოჯახშიც და საზოგადოებაშიც. შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღების პროცესი მთლიანად მამაკაცის პრეროგატივაა. ქალი არ ითხოვს ჩართულობასა და მონაწილეობას. ამ უკანასკნელის გასაცნობიერებლად საინფორმაციო აქტივობები განსახორციელებელი, რომელსაც, ამ ეტაპზე, სახელმწიფო საკმარის ყურადღებას არ უთმობს.

<sup>105</sup> ციტატა, ქალი და კაცი, ანალიტიკური ვერსია, 2013 წელი. საქსტატის ვებ-გვერდი

### **8.3. დასაქმება, განათლება და საზოგადოებრივ აქტივობებში ჩართულობა სამი სამიზნე ჯგუფის მიხედვით (იძულებით გადაადგილებული პირები, მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები)**

ამ თემაზე თითქმის ყველა რეგიონში საუბრობენ, სადაც კვლევა ჩატარდა. ცხადია, დასაქმების მდგომარეობა გაცილებით რთულადაა სოფლებში, ვიდრე ქალაქებში. რეგიონების ქალაქებში მოსახლეობა, ძირითადად, თვითდასაქმებულია ან მოწეული სასოფლო-სამეურნეო პროდუქტის გაყიდვით იღებს შემოსავალს. სპეციფიკური პრობლემა აქვს ქვემო ქართლის რეგიონს, სადაც დაუსაქმებლობის ერთ-ერთ მიზეზად სახელმწიფო ენის არცოდნა მიიჩნევა.

იმ იძულებით გადაადგილებულ პირთა დასაქმების მდგომარეობა, ვინც ქალაქშია ჩასახლებული, უკეთესია, ვიდრე მათი, ვინც სოფლებში დასახლეს კოლექტიურად. სამტრედიის მუნიციპალიტეტის საკრებულოსა და გამგეობის გენდერული ბიუჯეტის საკითხებზე მომუშავე ჯგუფის წევრი აღნიშნავს, რომ ქალაქში მცხოვრებლებს თვითდასაქმების შესაძლებლობა აქვთ, რაც მათ ეკონომიკურ მდგომარეობას უწყობს ხელს, ხოლო სოფლებში სიტუაცია გაცილებით რთულია (მიუხედავად იმისა, რომ სოფელში ამუშავებენ სასოფლო-სამეურნეო მიწას).

მაგალითად, ქვემო ქართლში მნიშვნელოვანია ისეთი საინფორმაციო კამპანიის წარმოება, რომელიც ხაზს გაუსვამს ყველა ბავშვის და განსაკუთრებით, გოგონას განათლების უფლებას, მნიშვნელობას და ადრეული ქორწინების მიზანშეუწონლობას.

### **8.4. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალების განათლება, დასაქმება, საზოგადოებრივ აქტივობებში ჩართულობა და ინფრასტრუქტურა**

#### **ინფრასტრუქტურა**

საქართველოს 1995 წლიდან აქვს სახელმწიფოს ვალდებულება გაითვალისწინოს შშმ პირთა საჭიროებები შენობების პროექტირებისას, მშენებლობისას და არსებული შენობების მოდიფიცირებისას. თუმცა ეს ვალდებულება იშვიათად სრულდება. შენობები, ქუჩები, გადასასვლელები, სკვერები, ტრანსპორტი და ა.შ. არ არის ადაპტირებული. გაეროს კონვენციის რატიფიცირების შემდგომ სახელმწიფომ აიღო ვალდებულება, რომ შექმნას ხელმისაწვდომობის სტანდარტი და ამ სტანდარტს მოარგოს საჯარო და კერძო დაწესებულებები. დოკუმენტი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის სივრცის მოწყობისა და არქიტექტურული და გეგმარებითი ელემენტების ტექნიკური რეგლამენტი“<sup>106</sup>, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის გარემოს ხელმისაწვდომობაზე, სათანადო, დაგეგმარებაზე და ინფრასტრუქტურაზე აკეთებს აქცენტს.

<sup>106</sup> საქართველოს მთავრობის დადგენილება, 2014 წელი

2013 წელს, სახალხო დამცველის ოფისისა და გაეროს „გენდერული თანასწორობის ხელშეწყობისთვის საქართველოში“ პროგრამის მხარდაჭერით დევნილი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალებისა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალი მშობლების უფლებების შესახებ კვლევა ჩატარდა. კვლევა გორში, ზუგდიდში, წყალტუბოში, ფოთში და თელავში განხორციელდა 100 შშმ ქალთა შორის. კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა, რომ კომპაქტური ჩასახლების საცხოვრებელი კორპუსები შშმ პირების საჭიროებებს არ შეესაბამებოდა. ამის გარდა, მაღალმთიან რეგიონში მცხოვრებ შშმ დევნილებს ხელი არ მიუწვდებოდათ საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე, ინკლუზიურ განათლებასა და ტრანსპორტზე, ასევე ადაპტირებულ საკომუნიკაციო საშუალებებზე - სატელევიზიო გადაცემებზე სუბტიტრებით (საზოგადოებრივი მაუწყებელი ყოველდღე, შაბათ-კვირის გარდა, 10:00-ზე, ნახევარი საათით, გვთავაზობს საინფორმაციო გამოშვებას ყრუ და სმენადაქვეითებული პირებისთვის), ვებ-გვერდების მოდერნიზება/ადაპტირებზე და ა.შ. მნიშვნელოვანია ყრუ და სმენადაქვეითებული ადამიანებისთვის გადაუდებელი დახმარების სამსახურებაზე (სასწრაფო, საპატრულო პოლიცია და ა.შ.) ხელმისაწვდომობაც.

„სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზის“ ფარგლებში გამოკითხული შშმ პირებიც ხშირად უჩივიან ინფრასტრუქტურის არარსებობას. ეს არის უპირველესი პრობლემა, რომელსაც თითქმის ყველა რეგიონში ასახელებენ. მაგალითად, არ არის საკმარისი პანდუსები. მათი არსებობის შემთხვევაში, იშვიათადაა დაცული სამშენებლო ნორმალეები, არაა გათვალისწინებული ბარიერების არსებობაც. იმ შემთხვევაში, თუ შშმ პირი პანდუსით შევიდა შენობაში, სხვა სართულებზე ასასვლელი ლიფტი არ არის (თუ არის, ხშირად, ამ შემთხვევაშიც არაა დაცული სამშენებლო ნორმალეები), ოთახებში შესასვლელი კარებებიც ვიწროა, ადაპტირებული არ არის სველი წერტილებიც. აფთიაქების ღილაკების, ბანკომატები და შუქნიშანზე გადასასვლელად საჭირო ღილაკების სიმაღლე არ არის ადაპტირებული. ეტლით მოსარგებლე შშმ პირების ერთ-ერთი ყველაზე რთული პრობლემა ნაწილების მკურნალობაა, რომელიც არ არის უფასო.

უსინათლოებისა და მცირემხედველებისთვის არ არის ხმოვანი შუქნიშნები, უსინათლოთა ბილიკები, ლიფტებში ბრავლის შრიფტით უზრუნველყოფილი ღილაკები, ტრანსპორტში ხმოვანი სიგნალი. ყრუ და სმენადაქვეითებულებისთვის საზოგადოებრივ მაუწყებელზე საინფორმაციო გადაცემა ჟესტურ ენაზე დღეში მხოლოდ ერთხელ (ნახევარი საათით, შაბათ-კვირის გარდა) გადის.

ინფრასტრუქტურის გაუმართავობაზე და შესაბამისად, ხელმიუწვდომლობაზე საუბრობენ 2013 წელს გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ ჩატარებულ კვლევაშიც<sup>107</sup>, რომლის ფარგლებშიც ჯგუფური დისკუსია გაიმართა 21 დევნილ ხანდაზმულ და შშმ პირთან გორსა და ზუგდიდში. შშმ პირები აცხადებდნენ, რომ მათი საცხოვრებელი გარემო არ არის ადაპტირებული. პირველ რიგში, მათთვის შეუძლებელია მაღალსართულიან სახლებში გადაადგილება, ამიტომაც ხშირად ბინაში გამოკეტილები არიან. ამას გარდა, არ არის მოწყობილი ეზოები, სახლების შესასვლელი

<sup>107</sup> „დევნილ და კონფლიქტით დაზარალებულ ქალთა და გოგონათა საჭიროებები და პრიორიტეტები საქართველოში“, გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, საქართველოში ევროკავშირის წარმომადგენლობა, ქალთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა დედების ასოციაცია „დეა“ და საზოგადოებრივი პოლიტიკის ინსტიტუტი, 2013 წელი

ვიწროა. ამის გარდა, სკოლის ასაკის შშმ ბავშვები ვერ დადიან სკოლაში ტრანსპორტირების პრობლემების გამო. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია სკოლების ადაპტირების საკითხიც.

## განათლება

„ამერიკის სახელმწიფო დეპარტამენტის წლიური ანგარიში მიუთითებს, რომ საქართველოში საჯარო სკოლების დიდი ნაწილი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საჭროებებთან შეუსაბამოა და ასევე საუბრობს ადაპტირებულად აღიარებულ სკოლებში ინკლუზიის რეალურად დაბალ ხარისხზე.“<sup>108</sup>

საქართველოს სკოლებში ინკლუზიის ხარისხი კიდევ უფრო დაბალია. საჯარო და კერძო სკოლები ვერ სთავაზობენ შშმ ბავშვებს ადეკვატურ განათლებას და რელევანტურ სპეციალისტებს სკოლის ბაზაზე. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მიმართულებით ხორციელდება გარკვეული ნაბიჯები სახელმწიფოს მხრიდან, ტარდება ტრენინგები და პროექტები იმ მიზნით, რომ შესაძლებელი იყოს შშმ ბავშვების განათლება არასპეციალიზირებულ სკოლებში. სახელმწიფომ, ამ მიზნის მიღწევისთვის, განსაზღვრა, რომ სკოლა ვალდებულია ეროვნული სასწავლო გეგმის ფარგლებში შეიმუშავოს ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა და ან/დამატებითი სასწავლო პროგრამა სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლისთვის. 2009 წლიდან სახელმწიფომ მოახდინა სპეციალური მასწავლებლის პროფესიული სტანდარტის დანერგვა.

სწორედ ამაზეა საუბარი კონვენციაშიც, სადაც მითითებულია, რომ შშმ პირების საზოგადოებაში ინტეგრაციისა და სეგრეგაციისა და დისკრიმინაციის აღმოფხვრისთვის უმჯობესია არასპეციალიზირებული სკოლების შესაბამისად მომზადება და ამის ხარჯზე, სპეციალიზებული სკოლების შემცირება.

<sup>108</sup> გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCPRD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი, ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი, გვ: 81-82



---

„დღეს, თანამედროვე დემოკრატიული პრინციპების და შეხედულებების შესაბამისად, ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებები უნდა ქმნიდნენ შესაბამის გარემოს და პირობებს ყველა მოსწავლის განათლებისთვის, მიუხედავად მოსწავლეთა მრავალფეროვანი საჭიროებებისა და განსხვავებული უნარების და შესაძლებლობებისა. სხვა სიტყვებით, დღეს განვითარებული მსოფლიო ცდილობს დანერგოს ინკლუზიური განათლება, რომლის ფარგლებში ყველა მოსწავლე, არის ის სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე თუ არა, სწავლობს ერთად ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში.“

გვ.1, „საქრთველოს 13 სპეციალიზირებული პროფილის მქონე სკოლის (შემდეგში სპეციალური სკოლის) სიტუაციური ანალიზი და სკოლის და მასწავლებლების საჭიროებების კვლევა“

მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ცენტრი

ქანა კვაჭაძე; მაია არავიაშვილი

2009 წელი

---

სპეციალიზებული სკოლები მხოლოდ რამდენიმე რეგიონში ფუნქციონირებს. სულ საქართველოში 8 სპეციალიზებული სკოლაა, თბილისში - N198, N200, N202, N203 საჯარო სკოლები, ქუთაისში N45 საჯარო სკოლა, ჭიათურაში - N12 საჯარო სკოლა, ახალციხეში - N7 საჯარო სკოლა, სამტრედიისში - N15 საჯარო სკოლა<sup>109</sup>. სხვა რეგიონებში სპეციალიზებული სკოლები არ არსებობს. აქედან გამომდინარე, რეგიონში მცხოვრები შშმ პირები ხშირად ვერ სარგებლობენ ასეთი სკოლებით.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს პროექტით, არასპეციალიზებულ საჯარო სკოლებში შეიქმნა „ინტეგრირებული კლასები“, რომლებიც ემსახურება იმ სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მოსწავლეებს, რომელთა სწავლებაც, რთულდება კლასში. ეს პროექტი უზრუნველყოფს სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე პირებისათვის განსაკუთრებული გარემოს შექმნას, როგორც აკადემიური უნარების განვითარების თვალსაზრისით, ასევე სოციალური ინტეგრაციის მხრივ. ინტეგრირებული კლასების ბენეფიციარებისათვის შესაბამისი დამხმარე საშუალებებით აღჭურვილ რესურს-ოთახში უზრუნველყოფილია დამხმარე სპეციალისტების (ფსიქოლოგი, სპეციალური მასწავლებელი, მეტყველების თერაპევტი, სურდო პედაგოგი, საგნის მასწავლებელი, დამხმარე სპეციალისტი) მომსახურებაც.<sup>110</sup> იგეგმება ამ პილოტური პროექტების განხორციელება სხვა სკოლებშიც და შესაბამისად, პროგრამის ფარგლების გაფართოება. ინკლუზიური განათლების პილოტური პროექტები 20 სკოლაში (10 თბილისში და 10 რეგიონებში) ხორციელდება. ამასთან, ნორვეგიის მთავრობის დაფინანსებით, 5 კოლეჯში დაიწყო ინკლუზიური განათლების დანერგვა.

ძირითადი პრობლემები, რომლებიც ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით გვხვდება, უკავშირდება პედაგოგთა კვალიფიკაციას, სასწავლო დაწესებულებების ადაპტირებას, სპეციალური აღჭურვილობისა და სხვა ტექნიკური რესურსების საჭიროებას. ინდივიდუალური

---

<sup>109</sup> მონაცემები მოგვაწოდა საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ

<sup>110</sup> ინფორმაცია მოგვაწოდა საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრომ

გეგმების შედგენა მასწავლებელთა არასრული მომზადების და შესაბამისი ცოდნის გამო არასისტემატიზირებულია სასწავლო პროცესში.

განათლების სისტემაში ინკლუზიური განათლება არ მოიაზრებს უმაღლესი და პროფესიული ინკლუზიური განათლების ხელმისაწვდომობას. გარდა ამისა, სახელმწიფოსთვის ინკლუზიური განათლება სპეციალური განათლების ალტერნატივაა, გამონაკლისია. „ზოგადი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონი კი ინკლუზიურ განათლებას ხედავს, როგორც შშმ პირთა ზოგადსაგანმანათლებლო სივრცეში ჩართვის შესაძლებლობას. სკოლამდელ განათლებაში შშმ ბავშვთა ჩართულობისთვის განათლების სამინისტროს ბერკეტი არ აქვს. ამისთვის არ არსებობს საკანონმდებლო ბაზაც. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ არც განათლების სამინისტრო და არც ადგილობრივი მუნიციპალიტეტები არ ფლობენ ინფორმაციას სკოლამდელ სააღმზრდელო დაწესებულებებში შშმ ბავშვთა რაოდენობის შესახებ.<sup>111</sup>

2013 წელს გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>112</sup>, რომლის ფარგლებშიც ჯგუფური დისკუსია გაიმართა 21 დევნილ ხანდაზმულ და შშმ პირთან გორსა და ზუგდიდში, შშმ პირები აცხადებდნენ, რომ ყველაზე მნიშვნელოვანი საზოგადოების დამოკიდებულებაა შშმ ბავშვების მიმართ.

---

*„მშობლებს ხშირად ბავშვები სკოლაში არ დაჰყავთ საზოგადოებაში გავრცელებული დამოკიდებულების გამო. ბევრი მშობელი ცდილობს, თავიდან აიცილოს საზოგადოების ნეგატიური განწყობა და საკუთარ შვილს სახლში კეტავს. სკოლაში და საბავშვო ბაღში შშმ ბავშვების მიღებას ხშირად სხვა მშობლები აპროტესტებენ - მათ არ სურთ თავიანთი შვილების გვერდით შშმ ბავშვების ყოფნა“*

*გვ.11, „დევნილ და კონფლიქტით დაზარალებულ ქალთა და გოგონათა საჭიროებები და პრიორიტეტები საქართველოში“ გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, საქართველოში ევროკავშირის წარმომადგენლობა, ქალთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა დედების ასოციაცია „დეა“ და საზოგადოებრივი პოლიტიკის ინსტიტუტი 2013 წელი*

---

პრობლემურია მასწავლებელთა კვალიფიკაციაც, მათ არ იციან სპეციალური საჭიროების მქონე მოსწავლეებთან მუშაობის სპეციფიკის შესახებ. სკოლებში არც დამხმარე პედაგოგებია და არც ფსიქოლოგები. კვლევის ფარგლებში ჩატარებული ფოკუს ჯგუფების მონაწილეები ამბობენ, რომ მსგავსი მდგომარეობაა უმაღლეს განათლებასთან დაკავშირებითაც.

რაც შეეხება პროფესიულ განათლებას, „პროფესიული განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონი არ არის ორიენტირებული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ინდივიდუალური მიდგომის მეთოდების დანერგვაზე. მეტიც, აღნიშნული დოკუმენტისთვის შშმ პირები, როგორც სამიზნე ჯგუფი, არ არსებობს. თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ დაიწყო

---

<sup>111</sup> გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCRPD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი, ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი, გვ: 85

<sup>112</sup> „დევნილ და კონფლიქტით დაზარალებულ ქალთა და გოგონათა საჭიროებები და პრიორიტეტები საქართველოში“, გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, საქართველოში ევროკავშირის წარმომადგენლობა, ქალთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა დედების ასოციაცია „დეა“ და საზოგადოებრივი პოლიტიკის ინსტიტუტი, 2013 წელი

ინკლუზიური განათლების დანერგვა საქართველოს პროფესიულ სასწავლებლებში, რაც გულისხმობს ფიზიკური გარემოს ადაპტირებას, ადამიანური რესურსების განვითარებასა და მეთოდოლოგიის შესაბამისი დახვეწას. პროექტს ახორციელებს საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო ნორვეგიის განათლებისა და კვლევის სამინისტროს მხარდაჭერით (2013 წლიდან). პროექტის ფარგლებში 6 სასწავლებელში 18 დამხმარე სპეციალისტია დასაქმებული. 2013 წლის მონაცემებით, სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე 51 პირი ჩაირიცხა 6 კოლეჯში.<sup>113</sup> 2012 წლის მდგომარეობით, პროფესიულ სასწავლებლებში ჩარიცხული სტუდენტებიდან, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რაოდენობა 0.4%-ია.<sup>114</sup>

„უმაღლესი განათლების შესახებ“ კანონი ასევე არ ითვალისწინებს შშმ პირებისთვის ინდივიდუალური მიდგომის დანერგვას განათლების პროცესში. ... თუ შშმ პირი მოიპოვებს სტუდენტის სტატუსს, მასზე სახელმწიფო გასცემს სასწავლო გრანტს სოციალური პროგრამის ფარგლებში (აფინანსებს მაქსიმუმ 30 სტუდენტს). 2013 წლის მდგომარეობით ამ გრანტით 16 სტუდენტი სარგებლობს, მაგისტრატურაში - 5.“<sup>115</sup>

## დასაქმება

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა შრომის უფლებებიც არ არის დაცული: არასათანადო და არაეფექტური საკანონმდებლო ბაზა, პრაქტიკასა და გარემოში არსებული ბარიერები, საზოგადოებაში განმტკიცებული სტერეოტიპული დამოკიდებულებები და განწყობები, შშმ პირთათვის განათლებაზე, რეაბილიტაციასა და აბილიტაციაზე წვდომის დაბალი ხარისხი და სხვა.

„საჯარო სამსახურის შესახებ“ საქართველოს კანონი არ შეეხება შშმ პირთა შრომითი უფლებების რეგულირებას. ასეთი სამიზნე ჯგუფი დოკუმენტში არ არის განხილული. „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფცია“ შშმ პირთა დასაქმების ხელშეწყობას უსვამს ხაზს, თუმცა ეს სახელმწიფო პროგრამებში არ ხორციელდება. შრომის კოდექსში შეზღუდული შესაძლებლობების პირებზე მხოლოდ სამი დაშვებაა გაკეთებული: ა) არ უნდა მოხდეს მათი დისკრიმინაცია; ბ) დაუშვებელია მათი მუშაობა ზეგანაკვეთურ სამუშაოზე მათი თანხმობის გარეშე; გ) აკრძალულია ღამის სამუშაოზე მათი დასაქმება მათი თანხმობის გარეშე.<sup>116</sup> სხვა ტიპის რეგულაციები და შეზღუდვები შშმ პირთათვის კანონმდებლობით გაწერილი არაა.

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ კანონმდებლობის მიხედვით, თუ შშმ პირი საჯარო სამსახურში დასაქმდება, მას შეუზღუდება სოციალური პაკეტის მიღების უფლება. გამონაკლისია მხოლოდ

<sup>113</sup> საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში, გვ: 10

<sup>114</sup> „სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის მიზნით“, საქართველოს სახალხო დამცველი, 2013 წელი, გვ: 33

<sup>115</sup> გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCPRD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი, ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი, გვ: 79

<sup>116</sup> საქართველოს შრომის კოდექსი, 2013 წელი

მკვეთრად გამოხატული და მხედველობის გამო მნიშვნელოვნად გამოხატული შშმ სტატუსის მქონე ადამიანები.<sup>117</sup> ეს ჩანაწერი ხელს უშლის შშმ პირების დასაქმებას და ინტეგრაციას საზოგადოებაში, ამასთან, მხოლოდ საჯარო სამსახურს ეხება.

2013 წელს გაეროს ქალთა ორგანიზაციის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>118</sup>, რომლის ფარგლებშიც ჯგუფური დისკუსია გაიმართა 21 დევნილ ხანდაზმულ და შშმ პირთან გორსა და ზუგდიდში, შშმ პირები აცხადებდნენ, რომ უმუშევრობა მათთვის ძალიან დიდი პრობლემაა. მათ განსაკუთრებულად უჭირთ დასაქმება ორი მიზეზის გამო, ესენია საზოგადოებისა და შესაბამისად, დამსაქმებლების დამოკიდებულება მათ მიმართ და არაადაპტირებული ინფრასტრუქტურა (როგორც შენობები, ასევე ტრანსპორტი).

---

<sup>117</sup> გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის (UNCPRD) იმპლემენტაციის გაიდლაინი, ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრი, გვ: 98

<sup>118</sup> „დევნილ და კონფლიქტით დაზარალებულ ქალთა და გოგონათა საჭიროებები და პრიორიტეტები საქართველოში“, გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, საქართველოში ევროკავშირის წარმომადგენლობა, ქალთა და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა დედეების ასოციაცია „დეა“ და საზოგადოებრივი პოლიტიკის ინსტიტუტი, 2013 წელი

## IX. ადგილობრივი თვითმმართველობისა და ცენტრალური ხელისუფლების პროექტები ქალებისთვის, სტრატეგია და გენდერული ბიუჯეტირება

გენდერული ბიუჯეტირების საკითხი საქართველოში რამდენიმე წელია აქტიურად განიხილება. გენდერული ბიუჯეტირება არის პროცესი, რომელიც გულისხმობს ბიუჯეტის დაგეგმვას, დამტკიცებას, აღსრულებას, მონიტორინგს, ანალიზს და აუდიტს გენდერულად მგრძობიარე მიდგომით. კვლევის შედეგებიდან („სოციალური პოლიტიკის გენდერული ანალიზი“) ნათლად ჩანს, რომ სახელმწიფო სტრუქტურებში და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში ბიუჯეტის გაწერა გენდერული საჭიროებების მიხედვით თითქმის არასდროს ხდება. ამ უკანასკნელის იმპლემენტაციაზე მხოლოდ ზუგდიდის გამგეობის საზოგადოებასთან ურთიერთობის განყოფილების უფროსმა ისაუბრა:

---

*„2013 წლიდან დავნიშნეთ გენდერის მრჩეველი. ამის შემდეგ ბიუჯეტში ცვლილებები იქნა შეტანილი და გენდერის კუთხით მოხდა ბიუჯეტის გადახალისება, რომელიც ეხება ოჯახურ ძალადობას, სოციალურად დაუცველი ქალბატონების დახმარებას, მრავალშვილიან დედებს, ომის ვეტერან ქალებს და ა.შ. საჭიროებები ბევრია, თუმცა ბიუჯეტი რის საშუალებასაც გვაძლევს, იმის მიხედვით ვგეგმავთ.“*

*ზუგდიდის გამგეობის საზოგადოებასთან ურთიერთობის განყოფილების უფროსი*

---

გენდერული სტრატეგია სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს იშვიათად აქვთ. როგორც ჩანს, არ არსებობს ერთიანი ხედვა ქალების საჭიროებების შესახებ არც ცენტრალური და არც ადგილობრივი ხელისუფლების დონეზე. მათი განხილვა მხოლოდ ინდივიდუალურად ან ერთჯერადად ხდება. ამის ნათელი დასტურია ის პროგრამები, რომელიც რეგიონებში ხორციელდება. მრავალშვილიანი ან მარტოხელა დედების დახმარება, პროდუქტების ან სხვა საჩუქრების დარიგება, ღონისძიებების გამართვა, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობის პრობლემის შემთხვევაში დახმარება, საკრებულოს წარმომადგენლებთან შეხვედრები და თითოეული პრობლემის განხილვა, მხოლოდ მცირე ჩამონათვალია იმ პროექტებისა, რომლებსაც მუნიციპალიტეტები ახორციელებენ. თუმცა ყველა მათგანი ერთჯერადია და შესაბამისად, გრძელვადიან შედეგს ვერ უზრუნველყოფს. მეტიც, ასეთი ერთჯერადი ღონისძიებები მნიშვნელოვნად სიტუაციას ვერ ცვლის და ხელს არ უწყობს არათუ ქალების გაძლიერებას, არამედ, ზოგადად, ეკონომიკური ან სოციალური მდგომარეობის ტრანსფორმაციას. შედეგად, ამას პოლიტიკის დაგეგმვასა და მის იმპლემენტაციაზე ნაკლები ეფექტი აქვს.

დუშეთის საკრებულოს თავმჯდომარეს განსხვავებული პოზიცია აქვს და მისი არგუმენტები ქალების ჩართულობის გაზრდაზე ორიენტირდება:

---

*„პირველ რიგში, მეტი ქალი უნდა იყოს წარმოდგენილი საკრებულოში იმიტომ, რომ ქალებს მონაწილეობა მნიშვნელოვანია პროგრამების დაგეგმვის პროცესში, პირადად ჩემზე რომ ვთქვას, ყოველთვის ვლობირებდი განათლებისა და ჯანდაცვის დაფინანსებას, ქალები უფრო მეტად ხვდებიან თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ეს საკითხები. ჩვენ ვცდილობთ, რომ ისეთი სოციალური პროექტები დაეფინანსოთ, სადაც ქალები არიან ჩართულები.“*

*დუშეთის საკრებულოს თავმჯდომარე*

---

გენდერულ საკითხებში მრჩეველის პოზიცია რამდენიმე თვეა შეიქმნა როგორც ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში. ამ მიმართულებით მრჩეველის პოზიციის შექმნა სიტუაციის ძირეული ცვლილების ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტად მიიჩნევა, თუმცა ამ პოზიციაზე მომუშავე ადამიანებს, ჯერ-ჯერობით ბევრის საშუალება არ ეძლევათ. ისინი ამის მიზეზად, ერთის მხრივ, ბიუჯეტის ნაკლებობას, მეორეს მხრივ, სწორედ სახელმწიფო სტრატეგიის არარსებობას მიაწერენ. თუმცა იმედოვნებენ, რომ მომავალში მეტად განაპირობებენ ქალების კეთილდღეობის უზრუნველყოფას. არსებული მდგომარეობით, კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას გენდერული მრჩეველების კვალიფიკაცია. თითქმის ყველა კადრი, რომელსაც დაევალია გენდერის მიმართულებით მუშაობა, შეთავსებით მუშაობს ამ საკითხებზე. არ ხდება მათი გადამზადებაც.

---

*„მე გორის მუნიციპალიტეტში დამევალია შეთავსებით მუშაობა გენდერის მიმართულებით, ამისთვის კი სახელფასო დანამატი ან ხელფასის გაზრდა გათვალისწინებული არ არის. არ გვქონია დებულება, თუ რა უნდა გავაკეთებინა. ეს „ქალთა საინფორმაციო ცენტრმა“ აიღო საკუთარ თავზე და ჩენ შევქმენით დებულება და სამოქმედო გეგმა. ეს ახალი სამსახურია. ... მე ვფიქრობ, რომ ძალიან რთულია ერთი ადამიანისთვის ამ საქმიანობის წარმოება.*

*გორის გამგებლის მრჩეველი გენდერის საკითხებში*

---

საქართველოს რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო ჯერ-ჯერობით ერთადერთია, რომელსაც ჰყავს გენდერული მრჩეველი. ამასთან, ამ სტრუქტურის მეშვეობით განხორციელდა გენდერული მრჩეველების დანიშნაც ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში. მინისტრის პირველი მოადგილე<sup>119</sup> ამბობს, რომ სამინისტრო ინფორმაციას გენდერულ ჭრილში იშვიათად ამუშავებს, თუმცა არსებობს პროგრამები, სადაც გენდერული ანალიზი თავისთავად, აუცილებელია. რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ, მაგალითად, წყლისა და საბავშვო ბაღების პრობლემები მჭიდრო კავშირშია ქალებთან. თუ აღნიშნული საკითხები დღის წესრიგში აღარ იდგება, ქალებს გაუჩნდებათ დრო იზრუნონ განათლებაზე, დასაქმებაზე, პროფესიულ განვითარებაზე და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვაზე.

რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის სამინისტრო იმ ხუთ რეგიონში, რომლებიც კვლევის ფოკუსს წარმოადგენენ (სამეგრელო-ზემო სვანეთი, იმერეთი, მცხეთა-მთიანეთი, შიდა

---

<sup>119</sup> თენგიზ შერგელაშვილი, საქართველოს რეგიონული განვითარებისა და ინფრასტრუქტურის მინისტრის პირველი მოადგილე

ქართლი, ქვემო ქართლი), ძირითადად, ინფრასტრუქტურული პროექტების განხორციელებას ისახავს მიზნად. გაწერილი პროექტები ეხება საავტომობილო გზებისა და ტროტუარების, სანიაღვრე არხებისა და კოლექტორების, სტადიონების, მოედნების, ბაღების, გარე განათების ქსელის და სხვ. რეაბილიტაციასა და მშენებლობას. მცხეთა-მთიანეთისა და ქვემო ქართლის რეგიონებში განსაკუთრებული აქცენტი კეთდება წყალმომარაგებასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებაზე, რაც კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს ამ ორ რეგიონში საკითხის სიმწვავეს.

აღნიშნული ხუთი რეგიონისთვის არსებობს სამოქმედო გეგმები და რეგიონის განვითარების სტრატეგიები (ქვემო ქართლის რეგიონის განვითარების სტრატეგია, 2014-2021 წლები; სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონის განვითარების სტრატეგია, 2014-2021 წლებისთვის; შიდა ქართლის რეგიონების სტრატეგია, 2014-2021 წლებისთვის; იმერეთის რეგიონის განვითარების სტრატეგია, 2012-2017 წლებისთვის; მცხეთა-მთიანეთის განვითარების სტრატეგია 2012-2017 წლებისთვის). ჩამოთვლილი სტრატეგიების მიზანია სამიზნე რეგიონის განვითარება ეკონომიკის, ინფრასტრუქტურის, სოფლის მეურნეობის, მომსახურების სფეროს და სხვა სფეროების განვითარების გზით. ჩამოთვლილთაგან მხოლოდ ზუგდიდისა და მარნეულის რეგიონების სტრატეგიებში ერთ-ერთ მიზანს წარმოადგენს „გენდერული უთანასწორობის შემცირების უზრუნველყოფა“, რაც გულისხმობს გენდერული თანასწორობის ხელშემწყობი ღონისძიებების დაგეგმვასა და განხორციელებას. როგორც აღნიშნულიდან ჩანს, გენდერული უთანასწორობის შემცირება ამ რეგიონების განვითარებისთვის ერთ-ერთი პრიორიტეტია.

## X. დასკვნები და რეკომენდაციები

### ა) სოციო-დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა, რომ ქალები საქართველოში ეკონომიკურად და სოციალურად მოწყვლადები არიან. მათ, კაცებთან შედარებით, აქვთ უფრო დაბალი შემოსავალი და უფრო ხშირად არიან სიღარიბის ზღვარზე. ამასთან ერთად, მათთვის პრობლემურია უმუშევრობისა და ეკონომიკური აქტიურობის საკითხებიც, დასაქმების შემთხვევაში კი - ანაზღაურების. ამგვარი დასკვნების გამოტანა შესაძლებელია ქალების სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების ამ ძირითად ტენდენციებზე დაყრდნობით:

- ✓ ქალები უფრო ადრე ქმნიან ოჯახს, ვიდრე მამაკაცები (2012 წლის მონაცემებით, ქალის დაქორწინების საშუალო ასაკი 27.2 წელია, ხოლო მამაკაცისა - 30.7). 2013 წლის მონაცემებით, დაქორწინებულთაგან, 16-19 წლის ასაკში ოჯახი შექმნა ქალების 12.7%-მა, ხოლო მამაკაცების 2.7%-მა;
- ✓ ქალების უმრავლესობა დიასახლისია და ამიტომ, ეკონომიკურად არააქტიურ მოსახლეობას მიეკუთვნება. ქალებს შორის აქტიურობის პროცენტული მაჩვენებელი მხოლოდ 56.8%-ია, ხოლო მამაკაცებში - 77.3%. ეს ნიშნავს, რომ ქალების მხოლოდ ნახევარზე მეტია ეკონომიკურად აქტიური. მათგან 12.3% დაუსაქმებელია;
- ✓ ქალების დასაქმება პრობლემურია საჯარო სექტორშიც. 2013 წლის მონაცემებით, „საქართველოს პარლამენტში ქალთა წარმომადგენლობა 11%, მინისტრთა კაბინეტში 21%, ხოლო ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში - 10%-ია.“<sup>120</sup> 2013 წლის მონაცემებით, სამინისტროებში მაღალ თანამდებობებზე დასაქმებული იყო მხოლოდ 693 ქალი და 5600 კაცი. მაღალ თანამდებობებზე დასაქმებულთა შორის კი ქალების რაოდენობა მხოლოდ 11%-ს შეადგენდა;
- ✓ 2012 წლის მონაცემებით, ქალების საშუალო თვიური ხელფასი (517.9 ლარი) 341.7 ლარით ნაკლებია კაცების ხელფასზე (859.6 ლარი). არ არსებობს ისეთი საქმიანობის სფერო, რომელშიც ქალების საშუალო თვიური ხელფასი აღემატება ან უტოლდება მამაკაცების საშუალო თვიურ ხელფასს.
- ✓ იმ ოჯახების შემოსავლებიცა და დანახარჯებიც, რომელთა უფროსიც ქალია (შემოსავალი - 648.8, დანახარჯი - 634.9), გაცილებით მცირეა, ვიდრე იმ შინამეურნეობებისა, რომელთა უფროსებიც კაცები არიან (შემოსავალი - 860.7, დანახარჯი - 834). გასათვალისწინებელია, რომ იმ ოჯახთა უმრავლესობის უფროსი, რომლებშიც ორივე მშობელი ცხოვრობს, მამაკაცია.

### ბ) სოციალური დაცვა და ჯანდაცვა

<sup>120</sup> <http://www.ombudsman.ge/uploads/other/1/1563.pdf>, გვ: 492



- ✓ კვლევის ფარგლებში განხილული მონაცემებიდან ცხადად ჩანს, რომ ქალები ეკონომიკურად უფრო მოწყვლადები არიან, ვიდრე კაცები (ისინი ძირითადად დიასახლისები, ანუ ეკონომიკურად არააქტიურები არიან; სხვადასხვა სოციალური ბენეფიტების, როგორებიცაა პენსია, სოციალური პაკეტი, საყოფაცხოვრებო სუბსიდია და ა.შ. მიმღებები, ძირითადად, ქალები არიან), მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ქალები პროგრამების სპეციფიკურ სამიზნე ჯგუფს იშვიათად წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს მრავალ პროგრამას სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფისთვის, აღნიშნულ პროგრამებში გენდერული კომპონენტი იშვიათადაა გათვალისწინებული.
- ✓ ეს უკანასკნელი მხოლოდ ისეთ პროგრამებშია ჩართული, რომლებიც ეხება უშუალოდ მშობიარე ქალებს, დედებს, შვილად აყვანის პროცედურებს, ბავშვზე ზრუნვასა და მათ დაცვას. მაგალითად, პროგრამა „დედათა და ბავშვთა თავშესაფარი“ განკუთვნილია სწორედ იმ ქალებისთვის, რომლებიც მარტო ზრდიან ბავშვს და მისი მიზანია არა მხოლოდ თავშესაფრის მიცემა ასეთი ქალებისთვის, არამედ ქალების პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარება და მათი სოციალურ-ეკონომიკური გაძლიერება. თუმცა ეს პროგრამაც ბენეფიციარებს მხოლოდ თბილისსა და ქუთაისში მიეწოდებათ, სხვა რეგიონებში მცხოვრები ქალებისთვის პროგრამა ხელმისაწვდომი არ არის.
- ✓ იგივე შეიძლება ითქვას ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებზეც. როგორც კვლევის ფარგლებში განხილული პროგრამების ჩამონათვალიდან ჩანს, 17 პროგრამიდან სპეციფიკურად ქალებზე ორიენტირდება მხოლოდ 2 მათგანი, ესენია „ორსულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა“ და „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა“. აღნიშნული პროგრამებიც ფოკუსირდებიან დედებზე და არა ქალებზე ზოგადად. შესაბამისად ქალები, როგორც სამიზნე ჯგუფი, არ არის გათვალისწინებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებში.
- ✓ ჯანდაცვაზე საუბრისას მნიშვნელოვანია ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობაც. 2008 წელთან შედარებით, 2013 წელს იმ ქალების რაოდენობა, ვინც ჰორმონალურ კონტრაცეფციებს იყენებს, 99.7 პროცენტითაა გაზრდილი, თუმცა გაზრდილია აბორტების რაოდენობაც. ეს მიუთითებს იმაზე, რომ ქალების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმირებულობის ხარისხი ჯერ კიდევ დაბალია. აუცილებელია ქალებისთვის ისეთი პროგრამების დანერგვა, რომლებიც მოიცავს ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ისეთ საკითხებს, რომლებიც არ არის პრიორიტეტული სახელმწიფოსთვის ამჟამად.

**გ) ქალთა საზოგადოებრივი აქტიურობა და სახელმწიფოს სტრატეგია გენდერულ საკითხებთან დაკავშირებით**

- ✓ მნიშვნელოვანია ძალადობის მიმართ ქალთა ინფორმირებულობის დაბალი ხარისხი და პროგრამების სიმცირე ამ კუთხით, განსაკუთრებით საქართველოს რეგიონებში.
- ✓ დაბალია ქალთა აქტიურობა გადაწყვეტილების მიღებისას ოჯახშიც და საზოგადოებაშიც. შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღების პროცესი მთლიანად

მამაკაცის პრეროგატივაა. ამ ეტაპზე, ამ საკითხს სახელმწიფო საკმარის ყურადღებას არ უთმობს.

- ✓ ზოგადად, საქართველოში არსებული სახელმწიფო სტრუქტურები გენდერულ ჭრილში ინფორმაციას იშვიათად ამუშავებენ. შესაბამისად, გენდერული სტრატეგია სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს იშვიათად აქვთ. როგორც ჩანს, არ არსებობს ერთიანი ხედვა ქალების საჭიროებების შესახებ არც ცენტრალური და არც ადგილობრივი ხელისუფლების დონეზე. მათი განხილვა მხოლოდ ინდივიდუალურად ან ერთჯერადად ხდება. ჯერ-ჯერობით იშვიათად ხდება გენდერის კუთხით ბიუჯეტის განხილვაც.
- ✓ 2013 წლიდან ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებსა და სამინისტროებში გენდერულ საკითხებში მრჩეველის პოზიცია შეიქმნა. ამ მიმართულებით მრჩეველის პოზიციის შექმნა სიტუაციის ძირეული ცვლილების ერთ-ერთ მთავარ კომპონენტად მიიჩნევა, თუმცა კითხვის ნიშნის ქვეშ დგას გენდერული მრჩეველების კვალიფიკაცია. არ ხდება მათი გადამზადება და თითქმის ყველა კადრი, რომელსაც დაევალია გენდერის მიმართულებით მუშაობა, შეთავსებით მუშაობს ამ საკითხებზე.

## რეკომენდაციები

ჩამოთვლილი საკითხები მნიშვნელოვანია ქალების ყველა ჯგუფისთვის, მიუხედავად ასაკისა, რეგიონისა, დასაქმებისა და სხვა მახასიათებლებისა. შესაბამისად, ამ ძირითად საკითხებთან მიმართებით აუცილებელია ისეთი პოლიტიკის შემუშავება და დაგეგმვა, რომელიც შეამცირებს ქალების მოწყვლადობის ხარისხს და გაზრდის მათ ეკონომიკურ და სოციალურ აქტიურობას.

- საჭიროა საინფორმაციო კამპანიის გამართვა დაოჯახებასთან, განსაკუთრებით, ადრეულ ქორწინებასთან მიმართებით საქართველოში. ამასთან, შესაძლებელია ისეთი ნაბიჯების განხორციელებაც, რომლებიც შეუზღუდავს 18 წლამდე ასაკის ახალგაზრდას დაქორწინების უფლებას;
- აუცილებელია ქალების ეკონომიკური აქტიურობის გაზრდა. დღევანდელი მონაცემებით, ქალთა მხოლოდ ნახევარზე მეტია ეკონომიკურად აქტიური. დანარჩენი ნაწილი საკუთარ თავს დიასახლისს უწოდებს. უნდა დაიგეგმოს ისეთი საინფორმაციო კამპანია და ზოგადად, ისეთი დასაქმების პოლიტიკა, რომელიც ქალებს გაუზრდის სურვილს, დაინტერესდნენ დასაქმების პერსპექტივით. ამავე მიზნით აუცილებელია ქალების პროფესიული გადამზადება, მათი დატრენინგება და შრომითი ბაზრისთვის მომზადება;
- ეკონომიკური აქტიურობის გაზრდის პარალელურად საჭიროა სამუშაო ადგილების შექმნა ქალებისთვის და დამსაქმებლებთან მუშაობა ცნობიერების ამაღლების კუთხით, რადგან ცალსახაა, რომ მაღალ თანამდებობებზე ქალების სიმცირე, ნაწილობრივ, დამსაქმებლებზეცაა დამოკიდებული. შესაძლებელია კვოტების სისტემის შემუშავებაც;
- ქალები მაღალ თანამდებობაზე იშვიათად მუშაობენ, რაც განსაკუთრებულად თვალსაჩინოა საჯარო სექტორში. მნიშვნელოვანია, სახელმწიფომ, პირველ რიგში, საჯარო სექტორში უზრუნველყოს ქალებისა და კაცებისთვის თანაბარი დასაქმების მექანიზმები, ხელი შეუწყოს

მაღალ თანამდებობებზე ქალების დანიშვნას და შეიმუშაოს ადეკვატური რეგულაციები თუ პროგრამები ამ მიზნის განხორციელებისთვის;

- სახეზეა ქალების დაბალი ანაზღაურებაც (ქალები მაღალ თანამდებობაზე იშვიათად მუშაობენ, შესაბამისად, მათი ანაზღაურება დაბალია). მნიშვნელოვანია ქალებისა და მამაკაცების ანაზღაურებებს შორის 341.7 ლარიანი განსხვავების ეტაპობრივად შემცირება და საბოლოოდ, მათი ერთმანეთთან გათანაბრება საქმიანობის ყველა სფეროსთან მიმართებით (სამწუხაროდ, არ არსებობს ისეთი სფერო, რომელშიც ქალების საშუალო თვიური ხელფასი აღემატება ან უტოლდება მამაკაცების საშუალო თვიურ ხელფასს. განათლების სფეროშიც კი მამაკაცების საშუალო ანაზღაურება (434.4 ლარი) აღემატება ქალების საშუალო ანაზღაურებას (331.7 ლარი);
- ზემოთ აღნიშნული ნაბიჯების გატარება გამოიწვევს მარტოხელა დედებისა და იმ ოჯახების გაძლიერებას, რომლებშიც ოჯახის მთავარი შემომტანი ქალია;
- მნიშვნელოვანია გენდერული კომპონენტის გათვალისწინება სოციალური დაცვის პროგრამებში. ეს კომპონენტი არა მხოლოდ ისეთ საკითხებთან მიმართებით უნდა იყოს განხილული, რომლებიც დედებს ან მშობიარე ქალებს ეხება;
- სასურველია, ისეთი პროგრამები, როგორცაა, მაგალითად, „დედათა და ბავშვთა თავშესაფარი“, არა მხოლოდ თბილისსა და ქუთაისში, არამედ სხვა რეგიონებშიც იყოს ქალებისთვის ხელმისაწვდომი;
- იგივე შეიძლება ითქვას ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებზეც - საჭიროა ასეთი პროგრამები უფრო მეტად ითვალისწინებდნენ გენდერულ საჭიროებებს და ფოკუსირდებოდეს არა მხოლოდ დედებზე, არამედ ქალებზე, ზოგადად;
- აუცილებელია მეტი ყურადღება მიექცეს ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. კვლევის ფარგლებში განხილული მონაცემებიდან კარგად ჩანს, რომ საჭიროა ეფექტური საინფორმაციო კამპანიის დაგეგმვა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის უზრუნველყოფა ინფორმაციით და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ადეკვატური პროგრამებისა და პროექტების გაკეთება;
- ხშირად ქალებს არ აქვთ ინფორმაცია ძალადობის საკითხების შესახებ. მათ არ იციან, როგორ მოახდინონ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ეკონომიკური ან სექსუალური ძალადობის იდენტიფიკაცია. ამ მიზნით საჭიროა დაიგეგმოს სწორი საინფორმაციო პოლიტიკა. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია შემუშავდეს ძალადობის აღმოფხვრისკენ მიმართული ნაბიჯები. სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს მისი ინსტიტუტების მიმართ ქალების ნდობის გამოწვევა. ხშირია, როდესაც ქალები არ მიმართავენ შესაბამის ინსტიტუციებს საზოგადოებრივი წნეხის გამო. ამასთან დაკავშირებული საკითხები უნდა იქნეს შესწავლილი, ნაკვლევი, დამუშავებული და ძალადობის აღმოსაფხვრელად უნდა დაიგეგმოს ფრთხილი და გრძელვადიანი პოლიტიკა;
- უნდა მოხდეს ქალთა აქტიურობის ეტაპობრივი ზრდაც. ქალებს უნდა მიეცეთ ოჯახში და საზოგადოებაში გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩართვის საშუალება. ამისთვის, პურველ რიგში, უნდა მოხდეს ქალების ინფორმირებულობა მათი უფლებების შესახებ;

- ზოგადად, მნიშვნელოვანია, რომ საქართველოში არსებულ სახელმწიფო სტრუქტურებს ჰქონდეთ გენდერულ ჭრილში ინფორმაციის დამუშავების პრაქტიკა და არსებობდეს მყარი გენდერული სტრატეგია. სახელმწიფომ უნდა შეიმუშავოს ხედვა ქალების საჭიროებების შესახებ და ამის შესაბამისად დაგეგმოს შემდეგი ნაბიჯები;
- გენდერულ საკითხებზე მრჩეველის პოზიციის შექმნის მიუხედავად, ის მხოლოდ ერთ სამინისტროში ფუნქციონირებს (და ყველა ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოში). სასურველია, გენდერულ საკითხებზე მრჩეველი ყველა სამინისტროში არსებობდეს, იყოს შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე პირი და ამ პოზიციაზე შეთავსებით არ მუშაობდეს.

## 10.1. იძულებით გადაადგილებული ქალები

იძულებით გადაადგილებული ქალების პრობლემებს წარმოადგენს განათლება, დასაქმება, ეკონომიკური მდგომარეობა, არასათანადო საცხოვრებელი პირობები, სოციალური დაცვა, ჯანმრთელობის დაცვა და სხვა.

- ✓ 2013 წლის კვლევის „იძულებით გადაადგილებულ და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა“ მიხედვით, გამოკითხულ ქალებს შორის დასაქმებული მხოლოდ 18.5%-ია, თვითდასაქმებული - 3%, ხოლო უმუშევართა რაოდენობა ნახევარზე მეტია. შესაბამისად, დასაქმება იძულებით გადაადგილებულ ქალთა შორის მნიშვნელოვანი პრობლემაა;
- ✓ ამავე კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა მესამედს საშუალო განათლება აქვს, მესამედს კი უმაღლესი. იძულებით გადაადგილებულ პირთაგან 35.8%-ს არ ჰქონდა პროფესია. მიუხედავად იმისა, რომ მესამედის განათლება უმაღლესია, დასაქმების ხვედრითი წილი 18.5%, რაც ცხადს ხდის იმას, რომ საჭიროა პროფესიული გადამზადების პროგრამები იძულებით გადაადგილებული ქალებისთვის;
- ✓ იძულებით გადაადგილებული ოჯახების საშუალო შემოსავალი 364.23 ლარია. ამავე კვლევის პროცესში საკუთარი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასებისას იძულებით გადაადგილებულ ქალთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ძალიან უჭირთ, თანხა კვებაზეც არ ყოფნით (57.8%). ეს ცხადყოფს, რომ დევნილთა ეკონომიკური მდგომარეობა მძიმეა;
- ✓ კოლექტიურ ჩასახლებებში არასათანადო საცხოვრებელი პირობები იძულებით გადაადგილებულ ქალთა მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. კოლექტიურ ჩასახლებებს ხშირად არ აქვთ სოციალური ინფრასტრუქტურა და სხვადასხვა მომსახურება, როგორებიცაა აფთიაქები, მაღაზიები, ჯანდაცვის ობიექტები და სხვა;
- ✓ ზოგადად, დევნილებს ხშირად აწუხებთ საბინაო პრობლემები და არაშესაფერის ფართობში ცხოვრობენ;
- ✓ სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის მიერ 2013 წელს განხორციელებული კვლევის შედეგების მიხედვით, სადაც გამოიკითხა 500 დევნილი ქალი, მათი ოჯახების 34.8% იღებდა სოციალურ დახმარებას. მათგან 20.8%, ვისაც აღნიშნული შემწეობა მოცემულ მომენტში არ ჰქონდა, აპირებდა განაცხადის შეტანას. ეს მიუთითებს იმაზე,

რომ იძულებით გადაადგილებულ ქალთა უმრავლესობა საკუთარ ოჯახს მიაკუთვნებდა სოციალურად დაუცველთა კატეგორიას, რაც ხაზს უსვამს მათ რთულ ეკონომიკურ მდგომარეობას და მათი სოციალური ბენეფიტებით უზრუნველყოფის საჭიროებას;

- ✓ იძულებით გადაადგილებული ქალებისთვის სპეციფიკური ჯანდაცვის პროგრამები არ მოქმედებს, თუმცა არსებობს ქალთა რეაბილიტაციის ორ კვირიანი პროგრამა დევნილებისთვის და დევნილთა მეგობრობის კლუბის, რომლებიც დევნილთა ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციაზე აკეთებენ აქცენტს. თუმცა მიუხედავად ამისა, ისინი კიდევ საჭიროებენ მსგავს პროგრამებს არა მხოლოდ ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის კუთხით, არამედ დაავადებათა კონტროლის, ჯანმრთელობის დაცვას, ფსიქოლოგის კონსულტაციის მიმართულებითაც;
- ✓ დევნილ ქალებს ხშირად ექმნებათ პრობლემა საყოველთაო დაზღვევასთან მიმართებით, ისინი აღნიშნავენ, რომ იშვიათად დადიან ექიმთან, რადგან საყოველთაო დაზღვევა ყველაფერს არ ანაზღაურებს, დანარჩენი პროცედურებიც ძვირია.

## რეკომენდაციები

იძულებით გადაადგილებული ქალების პრობლემების მოსაგვარებლად საჭიროა იმ საკითხებზე აქცენტის გაკეთება, რომლებიც მათ განსაკუთრებულად აწუხებთ.

- იძულებით გადაადგილებული ქალების განათლებაზე, პროფესიულ გადამზადებაზე და პროფესიულ განათლებაზე მეტი აქცენტის გაკეთებაა საჭირო. უნდა შემუშავდეს მათი დასაქმების პოლიტიკაც, რადგან მათგან მხოლოდ მეხუთედია დასაქმებული;
- საჭიროა ისეთი პროგრამების დაგეგმვა, რომელიც დევნილთა ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებისკენ იქნება მიმართული. დევნილთა ნახევარზე მეტს მიაჩნია, რომ მისი ოჯახი სოციალურად დაუცველია, რაც ხაზს უსვამს მათ რთულ ეკონომიკურ პირობებს;
- სახელმწიფო აქტიურად ცდილობს დევნილთა საბინაო პირობების გამოსწორებას და შემუშავებული აქვს რამდენიმე პროექტი, რომლის ფარგლებშიც ბინებს უკანონებს ან ახალ ბინებს გადასცემს დევნილებს. სასურველია ეს პროექტები გაგრძელდეს და კიდევ უფრო გაფართოვდეს, რათა მოიცვას და ადეკვატური საცხოვრებელი ფართით უზრუნველყოს მეტი დევნილი ოჯახი. საბინაო პირობების გაუმჯობესების პროცესში მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იყოს სოციალური ინფრასტრუქტურის ხელმისაწვდომობა ბენეფიციარებისთვის;
- დევნილების ჯანმრთელობის დაცვა რამდენიმე მიმართულებით შეიძება მოხდეს, ეს მიმართულებებია ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია, ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის სერვისებზე, დაავადებათა კონტროლი და საყოველთაო დაზღვევა, რომელიც უფრო მეტად იქნება მორგებული დევნილების საჭიროებებზე.

## 10.2. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალები

ეთნიკურ უმცირესობებს აქვთ სპეციფიკური პრობლემები, რომელთა ნაწილი გამოწვეულია ინტეგრაციის დაბალი ხარისხით და ქართული ენის არასაკმარისი ცოდნით. ეთნიკური

უმცირესობების წარმომადგენლები კომპაქტურად არიან დასახლებულები სხვადასხვა სოფლებში, რაც კიდევ უფრო აძლიერებს დეზინტეგრაციის ხარისხს.

- ✓ 2013 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად<sup>121</sup>, რომლის ფარგლებშიც 200 ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალი გამოიკითხა. მათი უმრავლესობა დაოჯახებულია და დაოჯახებულთაგან 41.5%-მა 14-18 წლის ასაკში შექმნა ოჯახი. ეს ნათლად აჩვენებს, რომ ნაადრევი ქორწინება მათთვის ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას წარმოადგენს.
- ✓ ეთნიკური უმცირესობების ქალთა 74.6%-ს არ აქვს პროფესია/ჯერ არ აქვს პროფესია. გარდა ამისა, მათგან მეოთხედმა მხოლოდ 9 კლასი დაამთავრა, მესამედზე მეტმა – სკოლა. უმაღლესი განათლება გამოკითხულთა მხოლოდ 11.6%-ს აქვს მიღებული. საბოლოოდ, საშუალო განათლება ვერ მიიღო ქალების 37.8%-მა.
- ✓ ეთნიკური უმცირესობებში ქალთა მხოლოდ მეათედი, 10.5%-ია დასაქმებული. უმუშევართა რაოდენობა მეოთხედს, 25.7%-ს შეადგენს. ამ მონაცემებს ხსნის დიასახლისთა რაოდენობა, რომელიც ეთნიკური უმცირესობებში 39.5%-ია. შესაბამისად, დასაქმების და ეკონომიკური აქტიურობის პრობლემა ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებში მწვავედ დგას. ამასვე ებმის მძიმე ეკონომიკური პირობები, რაც ამ სამიზნე ჯგუფში ხშირად გვხვდება. სულ გამოკითხული ეთნიკური უმცირესობების ოჯახების ნახევარი ღარიბია (აქვს 300 ლარზე ნაკლები შემოსავალი).
- ✓ ქალთა მონაწილეობის მაჩვენებელი განსაკუთრებით დაბალია ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული მუნიციპალიტეტების საკრებულოებში. ახალქალაქის, ნინოწმინდას, გარდაბნის, მარნეულისა და წალკის საკრებულოებში არჩეული 148 დეპუტატიდან მხოლოდ 4 ქალია, რაც დეპუტატთა საერთო რაოდენობის მხოლოდ 2,7% შეადგენს და საერთო მაჩვენებელს (10%) საგრძნობლად ჩამორჩება.
- ✓ სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტის მიერ 2013 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით<sup>122</sup>, გამოკითხული ეთნიკური უმცირესობების ოჯახებიდან 34.2% ფიქრობს, რომ მისი ოჯახი სოციალურად დაუცველი, ე.წ. უმწეოა და უნდა იღებდეს საარსებო შემწეობას, თუმცა აღნიშნულ ბენეფიტს ამჟამად იღებს მხოლოდ 2.5%. ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელი ქალებისთვის სპეციფიკური პროგრამები სოციალური დაცვის კუთხით, არ განხორციელებულა. მეტიც, არ არსებობს მონაცემები სხვადასხვა პროგრამებში ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა ჩართულობის შესახებ. სოციალური დაცვის პროგრამებისთვის ეს ჯგუფი სამიზნე ჯგუფად არ განიხილება მიუხედავად იმისა, რომ მათი სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა რთულია, მათ არ აქვთ ხელმისაწვდომობა და ინფორმაცია სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამების შესახებ.
- ✓ ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთათვისაც არ არსებობს სპეციფიკური ჯანდაცვის პროგრამებიც, რომლებიც ამ სამიზნე ჯგუფზე გააკეთებს აქცენტს. ეთნიკური

<sup>121</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი, 2013 წელი

<sup>122</sup> იძულებით გადაადგილებულ და ეროვნული უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა სამართლებრივი საჭიროებების შესწავლა, სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი და გაეროს ქალთა ორგანიზაცია, 2013 წელი

უმცირესობების წარმომადგენლებს ხშირად ყველაზე ნაკლები ინფორმაცია აქვთ სხვადასხვა პროგრამების შესახებ, ერთი მხრივ, ენის ბარიერის გამო, მეორე მხრივ კი ქალების აქტიურობის დაბალი მაჩვენებლის გამო. ამის გარდა, ისინი იშვიათად აკითხავენ სპეციალისტებს და პრევენციის თუ შემოწმების მიზნით თითქმის არასდროს მიდიან ექიმთან. სიტუაცია კიდევ უფრო მწვავეა მარნეულის მუნიციპალიტეტში, სადაც ქალებს ხშირად ექმნებათ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. გინეკოლოგიურ გამოკვლევებზე ქალები იშვიათად დადიან. მათ არ აქვთ ინფორმაცია ისეთ საკითხებთან დაკავშირებით, როგორცაა არასასურველი ორსულობისგან თავდაცვა, კონტრაცეპტივების თავისებურებები და ა.შ.

## რეკომენდაციები

- ეთნიკური უმცირესობებისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია, ერთი მხრივ, სახელმწიფო ენის ცოდნა, ხოლო მეორე მხრივ, მათთვის სახელმწიფო პროგრამების მიწოდება მათ მშობლიურ ენაზე, რათა მათ შეძლონ ყველა იმ საჭირო ინფორმაციის მიღება, რაც საქართველოს მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომია;
- აუცილებელია ისეთ ნაბიჯების გატარება, რომლებიც შეამცირებს ადრეული ქორწინების სიხშირეს ამ სამიზნე ჯგუფში. განსაკუთრებული მნიშვნელობის მქონეა საინფორმაციო კამპანიის წარმოება და მეორე მხრივ, ქალების დამოუკიდებლობის და აქტიურობის გაზრდა;
- ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებს შორის მნიშვნელოვანია ისეთი საინფორმაციო კამპანიის წარმოება, რომელიც ხაზს გაუსვამს ქალების განათლების უფლებას და მნიშვნელოვნებას, ასევე, პროფესიული გადამზადების საჭიროებას;
- ქალთა დამოუკიდებლობის და აქტიურობის გაზრდისთვის საჭიროა უმუშევრობაზე ზრუნვა. მეტი ქალი უნდა მონაწილეობდეს და მუშაობდეს ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებული მუნიციპალიტეტების საკრებულებებში;
- ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებისთვის არ არსებობს სპეციფიკური პროგრამები სოციალური დაცვის ხუთხით, არ გვაქვს მონაცემები სხვადასხვა პროგრამებში ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალთა ჩართულობის შესახებ. ეს უკანასკნელი, სასურველია, აღირიცხოს და არსებობდეს შესაბამისი სტატისტიკა, რომელზე დაყრდნობითაც გამოვლინდება მათი პრობლემები და შესაბამისად, დაიგეგმება სამოქმედო სტრატეგია;
- გარდა ამისა, ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელ ქალებს არ აქვთ სპეციფიკური ჯანდაცვის პროგრამებიც. ამის გარდა, არ არსებობს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რამდენად ხელმისაწვდომია ეს პროგრამები მათთვის და როგორია მათი ჩართულობის ხარისხი. აუცილებელია, ყურადღება მიექცეს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას, რომელთან დაკავშირებითაც ქალებს ხშირად ექმნებათ პრობლემები. აუცილებელია მათი ინფორმირებაც რელევანტური პროექტების შესახებ;
- სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ქალების ცნობიერების ამაღლება ქალთა აქტიურობის, გადაწყვეტილებების მიღების, ძალადობის და სხვა მწვავე პრობლემების შესახებ, რომლებიც ამ სამიზნე ჯგუფში დგას.

### 10.3. საქართველოს მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები

- ✓ საქართველოს მთიან რეგიონებში შემოსავლის ერთ-ერთი მთავარი წყარო არის სოფლის მეურნეობა, კერძოდ, მეცხოველეობა და მარცვლეულისა და ბოსტნეულის წარმოება. აქ მოსახლეობა, ძირითადად, თვითდასაქმებულია. მთიანი რეგიონები რთული ეკონომიკური სიტუაციით ხასიათდებიან - დაბალი შემოსავლით, სიღარიბის მაღალი მაჩვენებლით, მიგრაციით, ჯანდაცვის ხელმიუწვდომლობით;
- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ რეგიონებში ფუნქციონირებს სოფლის ექიმების პროგრამა, ხშირია აფთიაქების და საავადმყოფოების ნაკლებობა;
- ✓ რთული სიტუაციაა განათლების კუთხითაც. თითოეულ სოფელს აქვს დაწყებითი სკოლა, თუმცა საშუალო სკოლა არ გვხვდება ყველა სოფელში. ზოგიერთ სოფელში არ არის სკოლამდელი დაწესებულებაც;
- ✓ მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალებისთვისაც არ არსებობს სპეციფიკური პროგრამები სოციალური დაცვის კუთხით. მათ შეუძლიათ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი პროგრამით ისარგებლონ, რომელთა კრიტერიუმებსაც აკმაყოფილებენ (არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახები და ა.შ.). ერთადერთი პროგრამა, რომელიც მთიან რეგიონებში მცხოვრებ ქალებზე აკეთებს აქცენტს, დემოგრაფიული მდგომარეობის გაუმჯობესების ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამაა, რომელიც გულისხმობს შობადობის მატერიალურ წახალისებას;
- ✓ მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალები აღნიშნავენ, მათ ხშირად აწუხებთ ჩიყვის პრობლემები და ბევრმა არ იცის რა სამედიცინო მომსახურების მიღება შესაძლებელი ამ პრობლემის მოსაგვარებლად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში. გარდა ამისა, საყოველთაო დაზღვევის მოქმედების მიუხედავად, მოსახლეობა ექიმს იშვიათად მიმართავს. მიმართვიანობა არ გაზრდილა, რადგან ეს უკანასკნელი არა მხოლოდ ფინანსებზე, არამედ სხვა ფაქტორებზეცაა დამოკიდებული, როგორცაა ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, ინფორმაციის არარსებობა და მკურნალობის და ექიმთან ვიზიტის ხარჯებზე.

#### რეკომენდაციები

- საქართველოს მთიანი რეგიონებისთვის მნიშვნელოვანია სოფლის მეურნეობის განვითარება, რადგან შემოსავლის მთავარ წყაროს სწორედ ის წარმოადგენს. ანასთან ერთად საჭიროა შემოსავლის გაზრდაზე და სიღარიბის შემცირებაზე ზრუნვა;
- მნიშვნელოვანია, რომ მთიანი რეგიონის თითოეული სოფლისთვის ხელმისაწვდომი იყოს აფთიაქები და საავადმყოფოები, საჭიროების შემთხვევაში;
- საჭიროა, ყველა სოფელში არსებობდეს სკოლამდელი დაწესებულებები და როგორც დაწყებითი, ასევე საშუალო სკოლები;
- მთიან რეგიონებში მცხოვრები ქალების საჭიროებს უნდა მოერგოს სოციალური დაცვის ის პროგრამებიც, რომლებიც ამ რეგიონებში მოქმედებენ;



- ჯანდაცვის კუთხით ამ სამიზნე ჯგუფისთვის ძირითადია ჩიყვის პრობლემები და ამ საკითხის, მისი მკურნალობისა და სამედიცინო მოსახურების მიღებისთვის ინფორმაციის მიწოდება. ამასთანავე, უნდა გაიზარდოს ექიმთან მიმართვიანობის რიცხვი და საშუალება (ტრანსპორტით გადაადგილებით, ინფორმაციის მიწოდებით და ექიმთან ვიზიტის ხარჯების გათვალისწინებით).

#### 10.4. პატიმარი ქალები

- ✓ პატიმარ ქალთა ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს ის, რომ მათ არ აქვთ ოჯახისა და შვილების მონახულების დამაკმაყოფილებელი პირობები;
- ✓ ამის გარდა, სოციალური დაცვის ის პროგრამები, რომლებიც საქართველოს მოქალაქეებისთვის მოქმედებს, წყდება პატიმარი ქალებისთვის. სოციალური დაცვის კუთხით პატიმრებისთვის მოქმედებს ისეთი პროგრამები, როგორცაა რეაბილიტაციის პროგრამა;
- ✓ პატიმარი ქალები, დაკავების ან პატიმრობის პერიოდში არასდროს ან იშვიათად ხვდება უფლებადამცველი ორგანიზაციების წარმომადგენლებს;
- ✓ მათ აქვთ რთული პირობები ჯანმრთელობის დაცვის კუთხითაც;

#### რეკომენდაციები

- ჯანმრთელობის დაცვის და ჰიგიენური პირობების ხელმისაწვდომობის მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია და საჭიროა მისი გაზრდა;
- სასურველია ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციების პროგრამების გაფართოვება, გაუმჯობესება, რადგან კვლევის შედეგების საფუძველზე. მათთვის საჭიროა წვდომა ფსიქოლოგსა და ფსიქიატრზე და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ადეკვატური მოდელის ჩამოყალიბება;
- ასევე, საჭიროა გენდერულად სპეციფიკური ჯანდაცვის სერვისი იყოს პრიორიტეტული, მოხდეს პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული სერვისების შემდგომი განვითარება, გადამდები დაავადებების პრევენცია და კონტროლი. აუცილებელია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვაც;
- პატიმარი ქალებისთვის ერთ-ერთ ძირითად საკითხს წამოადგენს პროფესიული, ზოგადი და სახელობო განათლების შესაძლებლობა დაწესებულებაში;
- მნიშვნელოვანია, შემამსუბუქებელი და გენდერულად სპეციფიკური ფაქტორების გათვალისწინება ქალი დამნაშავეებისთვის სასჯელის გამოტანის დროს;
- მოწყვლადი ჯგუფების უზრუნველყოფა სათანადო მომსახურებით (მოწყვლად ჯგუფებში შედიან შშმ პირები და სხვა).

## 10.5. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ქალები

გამოიკვეთა, რომ დევნილი შშმ ქალების ძირითად პრობლემებს წარმოადგენს არასათანადო საცხოვრებელი და მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური პირობები, არაადაპტირებული გარემო, ინკლუზიურ განათლებაზე, სამედიცინო მომსახურებაზე, დასაქმებაზე ხელმიუწვდომლობა და ა.შ.

- ✓ დღეს საქართველოში შშმ პირების შესახებ სტატისტიკური მონაცემები ძალიან მცირეა. ეს კი შეუძლებელს ხდის რეალური სურათის გამოვლენას და შშმ პირების საჭიროებების დანახვას;
- ✓ ზოგიერთი შშმ პირი საერთოდ არ სარგებლობს შესაბამისი სტატუსით (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირის სტატუსით) და ისინი სახელმწიფოს ხედვის არედან გასულები არიან;
- ✓ შშმ პირებს ხშირად პრობლემებს უქმნის სტატუსის მინიჭების საკითხები;
- ✓ საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა დასაქმების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკა არ არსებობს, თუმცა ეს მაჩვენებელი დაბალია. შესაბამისად, ამ სამიზნე ჯგუფს ახასიათებს მძიმე სოციო-ეკონომიკური პირობები და დაბალი შემოსავალი;
- ✓ განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს არასათანადო საცხოვრებელი პირობები, არაადაპტირებული ინფრასტრუქტურა და გარემო შშმ პირებისთვის; საქართველოს 1995 წლიდან აქვს სახელმწიფოს ვალდებულება გაითვალისწინოს შშმ პირთა საჭიროებები შენობების პროექტირებისას, მშენებლობისას და არსებული შენობების მოდიფიცირებისას. თუმცა ეს ვალდებულება იშვიათად სრულდება. შენობები, ქუჩები, გადასასვლელები, სკვერები, ტრანსპორტი და ა.შ. არ არის ადაპტირებული. გაეროს კონვენციის რატიფიცირების შემდგომ სახელმწიფომ აიღო ვალდებულება, რომ შექმნას ხელმისაწვდომობის სტანდარტი და ამ სტანდარტს მოარგოს საჯარო და კერძო დაწესებულებები;
- ✓ შშმ პირებისთვის პრობლემას წარმოადგენს ინკლუზიურ განათლებაზე ხელმიუწვდომლობა, მასწავლებლების და მოსწავლეების დამოკიდებულება მათ მიმართ; ამის გარდა, სკოლის ასაკის შშმ ბავშვები ვერ დადიან სკოლაში ტრანსპორტირების პრობლემების გამო. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია სკოლების ადაპტირების საკითხიც. ძირითადი პრობლემები, რომლებიც ინკლუზიურ განათლებასთან დაკავშირებით გვხვდება, უკავშირდება პედაგოგთა კვალიფიკაციას, სასწავლო დაწესებულებების ადაპტირებას, სპეციალური აღჭურვილობისა და სხვა ტექნიკური რესურსების საჭიროებას;
- ✓ არ არსებობს ინფორმაცია სკოლამდელ საადმინისტრაციულ დაწესებულებებში შშმ ბავშვთა რაოდენობის შესახებ;
- ✓ კიდევ უფრო პრობლემურია ინკლუზიური განათლება უმაღლეს და პროფესიულ სასწავლებლებში;
- ✓ მათთვის პრობლემურია სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმიუწვდომლობა და სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება შშმ პირების მიმართ. ისინი ხშირად

ხდებიან მედიცინის მუშაკთა მხრიდან უგულისყურო მოპყრობის მსხვერპლნი. მაღალმთიან რეგიონში მცხოვრებ შშმ დევნილებს კი ხელი არ მიუწვდებოდათ საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე. მნიშვნელოვანია არაინფორმირებულობაც ჯანმრთელობის დაცვისა და დაზღვევის პოლიტიკის შესახებ, რომელიც განსაკუთრებით მწვავეა რეგიონებში მცხოვრები შშმ პირებისთვის. ერთ-ერთი ხელისშემშლელი ფაქტორია არადაპტირებული გარემო სამედიცინო პუნქტამდე მისასვლელად. მედიკამენტების თანხა, მკურნალობის თანხა და სხვა ფაქტორები არ არის გათვალისწინებული მათ სამედიცინო დაზღვევაშიც. ხშირად მათთვის საჭიროა სამკურნალოდ სხვა ქალაქში წასვლა. ხშირად მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მოითხოვდა საზღვარგარეთ მკურნალობასაც, რასაც სახელმწიფო პროგრამები და დაზღვევა ვერ უზრუნველყოფენ;

- ✓ შშმ პირებისთვის ხელმისაწვდომი არ არის ადაპტირებულ საკომუნიკაციო საშუალებები - სატელევიზიო გადაცემები სუბტიტრებით, შესაბამისად ადაპტირებული ვებ-გვერდები და ა.შ. მნიშვნელოვანია ყრუ და სმენადაქვეითებული ადამიანებისთვის გადაუდებელი დახმარების სამსახურებაზე (სასწრაფო, საპატრულო პოლიცია და ა.შ.) ხელმისაწვდომობაც;
- ✓ მიუხედავად იმისა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის მრავალი პროგრამა ხორციელდება, არც პროგრამების, არც ბიუჯეტის შემუშავებისას როგორც ჯანდაცვის, ასევე სოციალური რეაბილიტაციის კუთხით, არ ხდება მათი, როგორც სამიზნე ჯგუფის, ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინება;
- ✓ სოციალურ პაკეტს იღებენ მკვეთრად და მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები. რაც შეეხება ზომიერად გამოხატულ შშმ პირებს და მათ მიერ სოციალური პაკეტით სარგებლობას, ეს ჯგუფი იმ შემთხვევაში იღებს სოციალურ პაკეტს, თუ არსებობს მოწყვლადობის დამტებითი მაჩვენებელი (სიღარიბე და ა.შ.). შესაბამისად, ზომიერად გამოხატული შშმ პირების ინტერესები არ არის გათვალისწინებული. კვლევის შედეგების მიხედვით, დიდი პრობლემაა პენსია, რომლის რაოდენობა, შშმ პირთა აზრით, ძალიან მცირეა და არ არის მორგებული მათ საჭიროებებზე. პენსიის რაოდენობაში არ არის გათვალისწინებული ყოველდღიური მედიკამენტების და სამედიცინო საჭიროებების ხარჯები;
- ✓ არ არსებობს შშმ პირებისთვის ისეთი მომსახურება, რომელიც ხელს შეუწყობდა მათ სოციალურ ინტეგრაციას;
- ✓ ზოგადად, ძირითად პრობლემას წარმოადგენს საზოგადოების დამოკიდებულებაც შშმ პირების მიმართ.

## რეკომენდაციები

- ყველაზე მნიშვნელოვანია შშმ პირების შესახებ არსებობდეს სტატისტიკური მონაცემები, რაც შესაძლებლობას მოგვცემს გამოვავლინოთ რეალური სურათი და მათი საჭიროებები;
- საკვანძო საკითხია, რომ სახელმწიფომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სტატუსის მინიჭების საკითხი მოაგვაროს და დანერგოს სტატუსის მინიჭების სოციალური მოდელი სამედიცინო მოდელის ნაცვლად. მიუხედავად იმისა, რომ სამოქმედო გეგმაში

მოცემული განმარტება თანხვდება კონვენციაში გაწერილ განმარტებას და სოციალურ მოდელს ემყარება, ცვლილება არ მომხდარა სტატუსის მინიჭების წესში, რაც ნიშნავს, რომ სამედიცინო მოდელი, სტატუსის მინიჭებისას, ძალაში რჩება. გარდა ამისა, საჭიროა, სტატუსის მინიჭება დაემყაროს პირის ინდივიდუალურ შეფასებას;

- ასევე, საჭიროა შეიცვალოს ქმედუუნარობის მინიჭების წესი და მექანიზმები;
- მნიშვნელოვანია შშმ პირთა დასაქმების მიმართულებით პროგრამების განხორციელება;
- აუცილებელია საცხოვრებელი პირობების, ადაპტირებული ინფრასტრუქტურისა და გარემოს შეთავაზება შშმ პირებისთვის. შენობები, ქუჩები, გადასასვლელები, ტრანსპორტი და ა.შ. უნდა იყოს ადაპტირებული. სტანდარტს უნდა მოერგოს როგორც საჯარო, ისე კერძო დაწესებულებები;
- შშმ პირებს უნდა ჰქონდეთ ხელმისაწვდომობა ინკლუზიურ განათლებაზე როგორც საშუალო, ასევე უმაღლეს და პროფესიულ საფეხურებზეც. საშუალო სკოლებში ინკლუზიური განათლების პროგრამა უნდა გაფართოვდეს, ხოლო უმაღლეს და პროფესიულ სასწავლებლებში - უნდა დაინერგოს;
- ამასთან, საჭიროა პედაგოგთა კვალიფიკაციის ამაღლება, ფსიქოლოგების და ინკლუზიური განათლების სპეციალისტების გადამზადება და ამ პროცესში ჩართვა. ყველაზე მნიშვნელოვანია მასწავლებლების ცნობიერების ამაღლება შშმ საკითხებთან მიმართებით;
- სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა შშმ ქალებს დამოუკიდებელ სამიზნე ჯგუფად არ განიხილავს. შესაბამისად, სახელმწიფო პროგრამებში აღნიშნული ჯგუფის საჭიროებები არ არის გაწერილი. არც პროგრამების, არც ბიუჯეტის შემუშავებისას როგორც ჯანდაცვის, ასევე სოციალური რეაბილიტაციის კუთხით, არ ხდება მათი, როგორც სამიზნე ჯგუფის, საჭიროებების გათვალისწინება. მომავალში, სასურველია, მათი საჭიროებები გათვალისწინებული იყოს ჯანდაცვის სისტემაში.
- მნიშვნელოვანია მედიცინის მუშაკთა ცნობიერების ამაღლება შშმ საკითხებთან მიმართებით და მათი გადამზადება, რათა მათ შეძლონ შშმ პრობლემების ადეკვატურად მკურნალობა;
- კვლევაში გამოვლინდა, რომ სასურველია სამედიცინო დაზღვევის და სოციალური პაკეტის უფრო მეტად მორგება შშმ პირთა საჭიროებებზე - მედიკამენტების და სხვა მკურნალობის ხარჯებზე. ხშირად ისინი საჭიროებენ მკურნალობას საზღვარგარეთ, რომლის ხარჯებსაც სახელმწიფო არ ფარავს. სოციალურ პაკეტს არ იღებს ზომიერად გამოხატული შშმ პირების ნაწილი, რაც ასევე უნდა იყოს უზრუნველყოფილი;
- მუნიციპალიტეტებს უნდა ჰქონდეთ სარეაბილიტაციო პროგრამები, რომლებიც შშმ პირებს უზრუნველყოფს სარეაბილიტაციო მასაჟით და საჭირო დიაგნოსტიკური პროცედურებით;
- შშმ პირებისთვის საჭიროა ადაპტირებული საკომუნიკაციო საშუალებების შეთავაზება - სატელევიზიო გადაცემების ჩვენება სუბტიტრებით, ვებ-გვერდების ადაპტირება და ა.შ. აუცილებელია ყრუ და სმენადაქვეითებული ადამიანებისთვის გადაუდებელი დახმარების სამსახურებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაც;
- აუცილებელია შშმ პირებისთვის ისეთი მომსახურებების შეთავაზება, რომლებიც ხელს შეუწყობს მათ სოციალურ ინტეგრაციას. მედია, სამთავრობო თუ არასამთავრობო

ორგანიზაციების უნდა გააქტიურდნენ შშმ პირებთან დაკავშირებული საკითხების განხილვის და გადაწყვეტის მიზნით. საბოლოო ჯამში, უნდა მოხდეს შშმ პირებისადმი საზოგადოების დამოკიდებულების შეცვლის ხელშეწყობა.