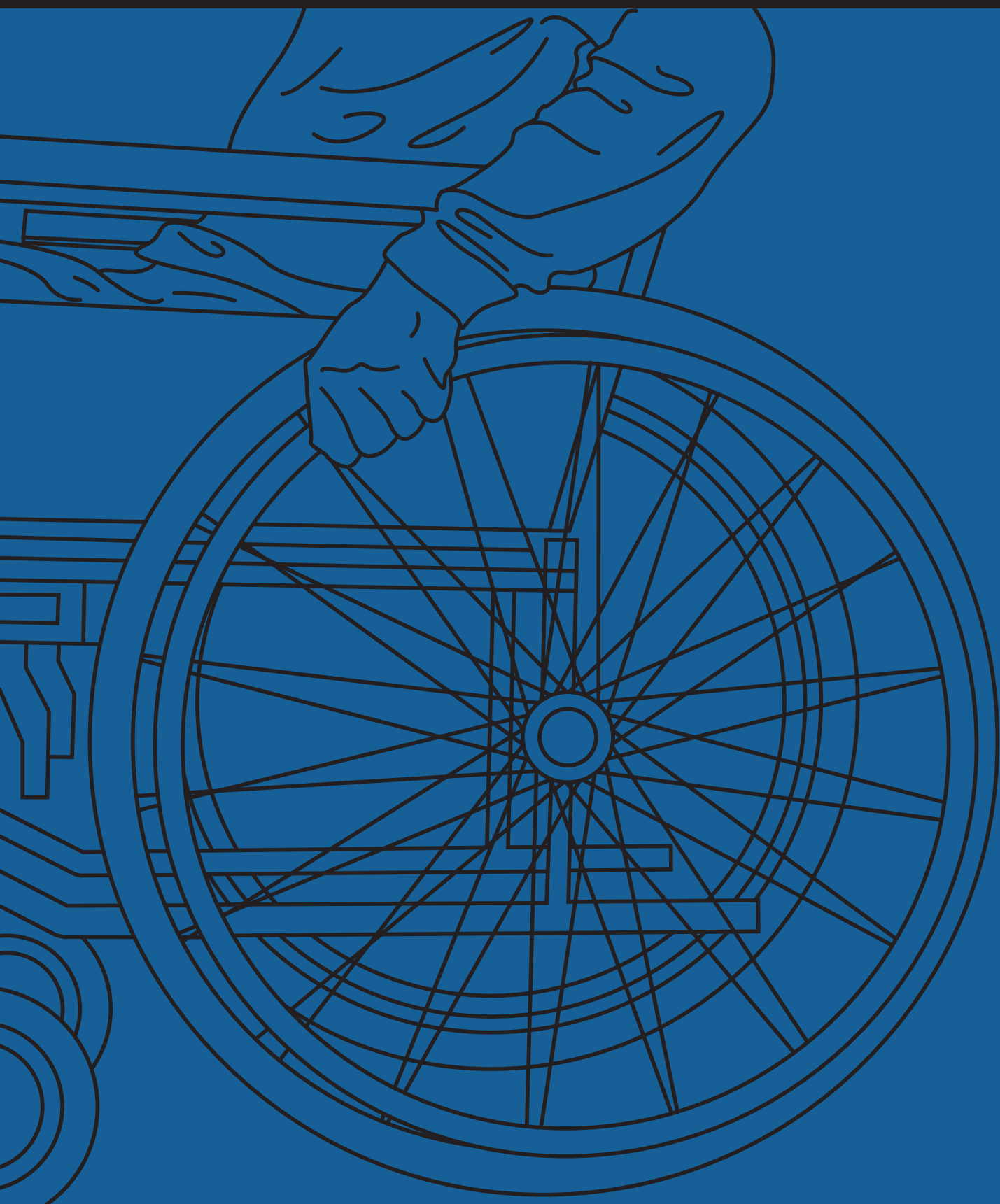


СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ И ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ

(ИЗВЕШТАЈ ОД ПРОЦЕНКА ЗА ПОТРЕБИ ОД УСЛУГИ)



Издавач:

Асоцијација за здравствена едукација и истражување – ХЕРА

Автор:

м-р Роберт Величковски

Истражувачки тим:

**Весна Матевска,
Тања Станкова и
Даниел Калајџиевски**

Дизајн:

Дамјан Момировски

СОДРЖИНА

Предговор	04
Благодарност	06
1. Сексуалното и репродуктивното здравје кај лицата со попреченост	07
2. Цели на истражувањето	09
2.1. Основна цел	09
2.2. Специфични цели на истражувањето	09
3. Методологија	10
3.1. Дизајн на студијата	10
3.2. Развој и алатки за собирање податоци	11
3.3. Обука на истражувачкиот тим	12
3.4. Обработка на податоци	13
3.5. Истражувачка популација	13
3.5.1. Примерок за фокус-групи со лица со телесна попреченост	13
3.5.2. Експерти и даватели на услуги	15
3.6. Критериуми за вклучување	15
3.7. Критериуми за исклучување	15
3.8. Етичка основа	15
3.8.1. Информирана согласност	16
3.8.2. Анонимност	16
3.9. Ограничување и потенцијални бајаси	16
3.10. Надминување на евентуалните ризици	17
4. Резултати и дискусија од фокус-групите со лицата со телесна попреченост	18
5. Сумирани препораки од одделните фокус-групи	41
6. Резултати и дискусија од експерти и даватели на услуги	44
7. Општи заклучоци поделени по теми	56
8. Препораки	61
Библиографија	63

ПРЕДГОВОР

Публикацијата **„Сексуалното и репродуктивното здравје и лицата со телесна попреченост (Извештај од проценка за потреби од услуги)“** се јавува како неминовна анализа во процесот кон унапредување на состојбата на лицата со телесна попреченост, а во контекст на спроведувањето на Политиката за сексуалност и лица со попреченост публикувана од НВО ХЕРА во 2011 година <http://hera.org.mk/?p=1413>.

Од досегашната практика, во Република Македонија речиси и да не постои истражување од ваков тип. Целта на ова истражување е да се направи проценка на потребите на лицата со телесна попреченост по однос на нивното сексуално и репродуктивно здравје и права, со посебен фокус на пристапот до услугите. Проценката е анализа на моменталната состојба и специфичните потреби и проблеми со кои се соочува целната група при пристапот кон сервисите за сексуалното и репродуктивното здравје и дава јасна слика за координираноста и соработката меѓу сите засегнати страни што треба да обезбедат сеопфатни сервиси за сексуалното и репродуктивното здравје (СРЗ сервиси).

Оваа проценка е спроведена и публикувана во рамките на проектот **„Репродуктивното здравје и лицата со попреченост“**, којшто е финансиран од градот Скопје.

Претставена е методологија што дава детален осврт на методите и различните алатки што ги користи оваа истражување. Резултатите од истражувањето се прикажани во два дела, при што е направена анализа на резултатите од работата во фокус-групите со лица со телесна попреченост во Скопје и анализа на добиените одговори по одделни прашања наменети за експерти и даватели на услуги.

На крај се дадени опсежни заклучоци и препораки од истите.

При подготовката на оваа проценка се вложија големи напори и посветеност, особено во прибирањето и обработката на податоците со цел добивање реална слика за потребите на лицата со телесна попреченост по однос на нивното сексуално и репродуктивно здравје и права, при што посебен фокус беше ставен на пристапот до услугите. Сепак, авторот не претендира дека овој извештај ја отсликува општата состојба на лицата со телесна попреченост во државата од причина што опфаќа само еден сегмент од оваа област и целната

популација. Поради тоа, оваа публикација ја гледаме како основа за понатамошна дискусија преку која ќе се додефинираат потребите и активностите за одговор на истите, со цел унапредување на состојбата на оваа категорија на граѓани по однос на сексуалното и репродуктивното здравје.

БЛАГОДАРНОСТ

Асоцијацијата за здравствена едукација и истражување – ХЕРА упатува голема благодарност до сите учесници: до лицата со телесна попреченост во подготовката на оваа анализа, кои доброволно учествуваа во фокус-групите, како и благодарност до здруженијата што ги застапуваат нивните права и самите нив: Национален сојуз на лица со телесен инвалидитет – „Мобилност“ Скопје¹, Здружение на граѓани за движење против хендикеп „Полиоплус“², граѓанско здружение „Мобилноста предизвик“³, Сервисен центар за лица со попреченост „Отворете ги прозорците“⁴.

Се надеваме дека напорите што ги вложивме за подготовката на оваа проценка ќе бидат од корист при натамошното креирање и спроведување на политиките од областа на сексуалното и репродуктивното здравје за лицата со телесна попреченост.

1 <http://www.mobilnost.mk/index.php/2011-10-26-08-23-44/2011-10-26-08-25-00>

2 <http://www.polioplus.org.mk>

3 <http://mobilitychallenge.weebly.com/index.html>

4 <http://openthewindows.org/>

СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ КАЈ ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ

Сексуалноста е централен аспект од бидувањето човек за време на животниот век и ги вклучува полот, родовите идентитети и улоги, сексуалната ориентација, еротизмот, задоволството, интимноста и репродукцијата. Сексуалноста се искусува и се изразува преку мисли, фантазии, желби, верувања, ставови, вредности, поведенија, практики, улоги и врски. Иако сексуалноста може да ги вклучи сите овие димензии, сите од нив не секогаш ќе се искусуваат или, пак, изразуваат. На сексуалноста влијае интеракцијата на биолошки, психолошки, општествени, економски, политички, културни, етички, правни, историски, религиозни и духовни фактори.

Сексуалните права се универзални човекови права засновани на вродената слобода, достоинството и еднаквоста на сите човечки суштества. За потполно уживање на овие права, сите луѓе, меѓу другото, треба да имаат пристап до информации и пристап до услуги за СРЗ. Услугите за сексуалното и репродуктивното здравје вклучуваат: планирање на семејството, здравствена заштита на мајката, превенција и справување со насилство, превенција и лекување на сексуално преносливи инфекции, вклучувајќи и ХИВ/СИДА. И покрај тоа што постојат малку информации за оваа област, сепак, општо познато е дека лицата со попреченост имаат значително нереализирани потреби. Во многу случаи е детектирано дека адолесцентите и возрасните со попреченост во светот се со поголема веројатност да бидат исклучени од сексуалните програми во образованието. Една национална студија во САД покажала дека жените со функционални ограничувања имаат помала веројатност да прашаат за контрацепција за време на посетите кај матичните лекари.

Од друга страна, голем е бројот на меѓународните документи што се однесуваат на човековите права, правата на лицата со попреченост, вклучително и правата на сексуално и репродуктивно здравје. Така, на пример, Универзалната декларација за човекови права посочува дека сите човечки суштества се раѓаат слободни и еднакви по достоинство и права (член 1) и дека секој има должности кон заедницата во која единствено евозможен слободниот и целосниот развој на неговата личност (член 29). Државите-членки, пак, од Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права го признаваат правото на секое лице за најдобро физичко и ментално здравје што може да се постигне (член 12). Не од помало значење е и Конвенцијата на Обединетите нации за правата на лицата со попреченост (CRPD), која нагласува дека лицата со попреченост треба да уживаат правна способност на еднаква

основа со другите (член 12), имаат право да стапат во брак и да основаат семејство, да одлучуваат слободно и одговорно за бројот на планирањето на своите деца, да ја задржат својата плодност на еднаква основа со другите (член 23), и имаат пристап до сексуална и репродуктивна здравствена заштита (член 25). Меѓутоа, и покрај овие одредби, широко е распространета предрасудата дека лицата со попреченост, вклучително и лицата со телесна попреченост, се асексуални или слично и дека тие треба да имаат контролирана сексуалност и плодност. Постојат докази дека лицата со попреченост се сексуално активни, па пристапот до сексуалното образование е важен за да се промовира сексуалното здравје и позитивните искуства од водењето сексуални односи и врските за сите лица со попреченост.

И покрај законските забрани, постојат многу случаи на присилна стерилизација, која честопати се користи за да се ограничи плодноста кај некои луѓе со попреченост, особено оние со интелектуална попреченост, а тоа речиси секогаш се однесува за жените. Стерилизацијата, исто така, може да се користи како техника за регулирање на менструалниот циклус. Присилната стерилизација на лицата со попреченост е во спротивност со меѓународните стандарди за човековите права. Лицата со попреченост треба да имаат пристап до доброволна стерилизација на еднаква основа со другите. Исто така, стерилизацијата речиси никогаш не е единствената опција за регулирање или контрола на плодноста. Од друга страна, стерилизацијата не нуди заштита против сексуалната злоупотреба или полово преносливи болести (ППИ). Кога се бара да се изврши стерилизација треба да се имаат предвид правните рамки и механизми за спроведување на истата, при што правата на лицата со попреченост секогаш се почитуваат над другите интереси.

При подготовката на оваа проценка се вложија големи напори и посветеност,

ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

2.1. ОСНОВНА ЦЕЛ на ова истражување е да се направи проценка на потребите на лицата со телесна попреченост по однос на нивното сексуално и репродуктивно здравје и нивните права, со посебен фокус на пристапот до услугите.

2.2. СПЕЦИФИЧНИ ЦЕЛИ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО СЕ:

1. Да се утврдат познавањата и разбирањата на лицата со телесна попреченост по однос на сексуалните и репродуктивните права, како и заштита на истите
 2. Да се утврди кои услуги за сексуалното и репродуктивното здравје (СРЗ) ги користат лицата со телесна попреченост (услуги за семејно планирање, за превенција и контрола на ХИВ/СИДА, СПИ и др.)
 3. Да се дефинираат и разберат потребите за сексуалното и репродуктивното здравје, како и начините на пренесување информации за ХИВ/СИДА, СПИ на лица со телесна попреченост
 4. Да се предложат конкретни мерки, кои ќе обезбедат подобри услуги за СРЗ за оваа категорија на население
-

МЕТОДОЛОГИЈА

Методологијата што е употребена за оваа студија е комплексна и се состои од дефинирање на дизајн на истражувањето, развој на алатки за собирање податоци, обука на модератори/попишувачи, спроведување на процесот за собирање на податоците, обработка на истите и нивна анализа.

За собирање податоци за лица со телесна попреченост (ЛТП) во Македонија во текот на спроведувањето на ова истражување беа користени следните квалитативни методи: фокус-групи со лица со телесна попреченост во град Скопје и интервјуа со експерти и даватели на услуги.

Истражувањето, главно, се темели на работа во фокус-групите. Изборот на овој метод е направен од следните причини:

- × Фокус-групите се најчест облик на квалитативни истражувања и со нив се испитува одредена тема (конкретно за сексуалното и репродуктивното здравје), проблем, општествена појава или пазар. Една фокус-група има во просек 5-10 испитаници и трае околу 2 часа. Дискусијата е координирана со модератор, со однапред подготвен водич и сценарио. Истата се снима, за која има аудиозапис, што дополнително дава можност за преслушување на одредени ставови, мислења и сл.
- × Податоците потекнуваат од релевантни целни групи (учесниците во фокус-групите се регрутираат според одредени критериуми), дискусијата е флексибилна, спонтанa и дозволува непосредна опсервација на однесувањето, реакциите и изјавите на учесниците, нивните мотиви, ставови, преференции итн.
- × Дискусијата во групата делува поттикнувачки на испитаниците да искажат свој став, мислење и реакција, врз основа на што може да се детектираат поголем дел од спектарот на квалитативните аспекти на проблемот/темата за која се води дискусијата.

Пред отпочнувањето на истражувањето на терен, односно процесот на собирање податоци, најнапред беше побарана согласност од испитаниците за спроведување на истото.

3.1. ДИЗАЈН НА СТУДИЈАТА

Студијата претставува квалитативно истражување, кое дава можност да се детектираат

потребите за сексуалното и репродуктивното здравје на лицата со телесна попреченост во Скопје. Освен тоа, предложениот дизајн дава широк осврт на повеќе аспекти на студијата пред фактичкото собирање податоци, со што се минимизира веројатноста за прибирање информации што не ги исполнуваат целите на оваа студија.

3.2. РАЗВОЈ НА АЛАТКИ ЗА СОБИРАЊЕ ПОДАТОЦИ

Основниот инструмент на ова истражување беше дискусија спроведена преку конкретни прашања проследена во 5 фокус-групи. Секоја група ја претставуваа 5-6 учесници, односно испитаници – лица со телесна попреченост.

Лицата со телесна попреченост беа информирани и поканети доброволно да се вклучат во истражувањето преку организациите за лица со попреченост од Скопје. Пред спроведувањето на фокус-групите, секое полнолетно лице даде своја усна согласност, а за малолетните лица беа информирани и добивме согласност за вклучување во истражувањето од самите лица и од нивните родители. Информациите за начинот на спроведување на истражувањето и потребната согласност беа проследени и до лица што тие ги познаваат, а не се членови на организации. Со ова истражување беа вклучени заинтересирани лица со различен степен на попреченост (лесна, тешка, потешка и најтешка телесна попреченост⁵), на возраст над 15 години, при што беше запазен принципот на рамномерна полова застапеност.

Прашањата за дискусија во фокус-групите ги опфатија следните теми:

- × Општо познавање за сексуални и репродуктивни права
- × Заштита на сексуални и репродуктивни права
- × Услуги за сексуалното и репродуктивното здравје (СРЗ) – општо
- × Услуги за семејно планирање и контрацепција
- × Услуги за превенција и контрола на ХИВ/СИДА СПИ
- × Сексуалност и задоволството

Секоја тема содржи свои потпрашања, кои служат како водич во дискусијата во фокус-групите. Истражувањето се реализираше од страна на модераторот, според однапред утврдена временска рамка, при што фокус-групите беа организирани во периодот од 10-24 декември 2012 година.

⁵ Согласно со поделбата според чл. 8 од постојниот Правилник за оцена на специфичните потреби на лицата со пречки во физичкиот или психичкиот развој (Сл. Весник на РМ, бр. 30/2000).

Дополнително, при изготвувањето на проценката на потребите на лицата со попреченост, беа спроведени кратки интервјуа со експерти и даватели на услуги (гинеколози, дерматовенеролози, инфектолози и општи лекари) што работат во областа на здравството и попреченоста.

Прашањата по однос на сексуалното и репродуктивното здравје (СРЗ) на лица со телесна попреченост наменети за експертите и давателите на услугите, главно, се однесуваат на нивното професионално искуство со оваа категорија на население, познавања за правата на лицата со попреченост (општи и конкретни права за СРЗ), нивните ставови по однос на стигма и дискриминација, пристапот до различните сервисни служби, како и нивни конкретни препораки за унапредување на состојбата на лица со телесна попреченост по однос на СРЗ.

Пред да се започне со теренското интервјуирање, беше направено пилот-истражување на репрезентативен примерок на испитаници со цел да се тестираат и валидираат темите и прашањата што ќе бидат дискутирани во фокус-групите, односно анкетниот прашалник наменет за експертите.

На крајот на истражувањето, а врз основа на спроведените дискусии и добиените одговори од прашалникот беа дефинирани заклучоци и препораки со цел унапредување на СРЗ на лица со телесна попреченост.

3.3. ОБУКА НА ИСТРАЖУВАЧКИОТ ТИМ

За ефективно спроведување на истражувањето беше обучен тим од 3 лица (еден главен модератор и двајца записничари во фокус-групата), назначени за спроведување на дискусиите во фокус-групите на лицата со телесна попреченост. Истите се запознаени поконкретно со целите на студијата, основните методологии за истражувањето, карактеристиките на испитаниците, како и прашањата поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје.

Тимот беше избран врз основа на основно разбирање на истражување и статистика, јазик, возраст, разбирање на основните прашања за ХИВ/СИДА, СПИ, контрацепција, абортус и прашања поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје. Приоритет при изборот имаа оние лица што се стручни за областа на истражувањето, како што се дефектолози, психолози, или други здравствени работници, или, пак, лица што имаат професионално искуство со оваа категорија на население.

3.4. ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

Самите учесници одбија да се прават аудиозаписи и токму затоа се бележеа одговорите во целост од страна на записничарот. Веднаш по завршувањето на фокус-групата се подготвуваше извештај со цитати што се доставуваа до истражувачот. Истражувачот и самиот беше присутен на дел од фокус-групите.

Истражувачот подоцна, согласно со теоретскиот пристап, направи квалитативно толкување. Квалитативниот метод се користеше со дескриптивна и интерпретативна анализа на податоците собрани од фокус-групите, како и на оние од стручните лица, а во согласност со дефинираните тематски подрачја. Притоа, преку квантификација се направи истакнување на најзначајните изјави и се идентификуваа интерсекциите меѓу наодите од различните фокус-групи и се направи анализа на содржината на добиените податоци/информации.

Споредбата на добиените одговори (резултати) е извршена на ниво на различните фокус-групи по секое одделно прашање, односно теми за дискусија. Дел од добиените одговори од страна на членовите во фокус-групите, за кои се смета дека се од особена важност, се цитирани изворно, без да е споменато името на испитаникот/учесникот во фокус-групата, односно е запазен принципот на анонимност.

3.5. ИСТРАЖУВАЧКАТА ПОПУЛАЦИЈА

Целната популација на истражувањето е поделена на две групи на испитаници:

- × лица со телесна попреченост
- × експерти и даватели на услуги

Според последниот попис на населението од 2002 година⁶, согласно со официјалната статистика на Државниот завод за статистика⁷, во Р. Македонија се регистрирани вкупно 1.571 лице со телесна попреченост, односно 0.07% од вкупната популација во државата. На територијата на Скопје, овој број се движи од околу 785 лица со телесна попреченост.

3.5.1. ПРИМЕРОК ЗА ФОКУС-ГРУПИ СО ЛИЦА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ:

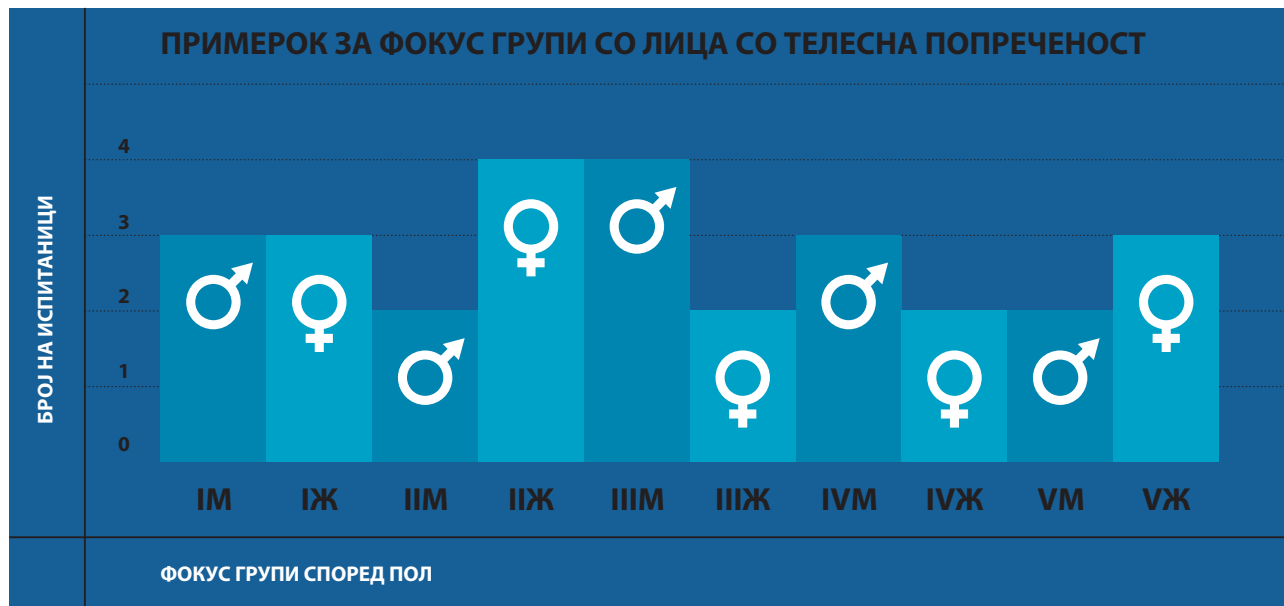
За целите на оваа истражување, во работата во фокус-групи се вклучени вкупно 28 лица со телесна попреченост што живеат во град Скопје, кои се регистрирани како такви и имаат добиено наод и мислење за видот и степенот на нивната попреченост од страна на Комисијата за категоризација на лица со попреченост, кои се на возраст од 15-49 години,

односно возраст во која тие се сексуално активни, или се наоѓаат во репродуктивен период, согласно со дефиницијата на СЗО⁸. Испитаниците се поделени во 5 фокус-групи (секоја фокус-група брои од 5-6 испитаници), од кои најголем дел се членови на граѓански здруженија и тоа:

- × *I^{ва}* фокус-група: лица со телесна попреченост членови на „Мобилност“
- × *II^{ва}* фокус-група: лица со телесна попреченост членови на „Полиооплус“
- × *III^{ва}* фокус-група: лица со телесна попреченост членови на „Полиооплус“
- × *IV^{ва}* фокус-група: лица со телесна попреченост членови на „Општина Карпош“
- × *V^{ва}* фокус-група: лица со телесна попреченост членови на „Отворете ги прозорците“

Во работата во фокус-групите е запазен принципот на полова еднаквост, при што од вкупно 28 испитаници, опфатени се вкупно 14 мажи и 14 жени со телесна попреченост.

Подолу е даден графички приказ на распределбата на бројот на испитаници по одделни фокус-групи.



6. Извор: Државен завод за статистика

7. <http://www.stat.gov.mk>

8. Согласно со дефиницијата на СЗО Репродуктивен период или фертилитет е период што се поврзува со возраст на жената од 15-49 години.

3.5.2. ЕКСПЕРТИ И ДАВАТЕЛИ НА УСЛУГИ

Прашањата по однос на сексуалното и репродуктивното здравје (СРЗ) на лица со телесна попреченост наменети за експерти и здравствени работници/даватели на услуги спроведени се на вкупно 11 лица. Нивната селекција е базирана врз основа на нивниот работен делокруг и институцијата во која работат, имајќи го предвид нивното професионално искуство со лица со попреченост. Предноста е ставена на оние лица што работат во областа на јавното здравство. На истите, покрај усно интервју, дадена им е можност и писмено по електронски пат да одговорат на прашањата.

3.6. КРИТЕРИУМИ ЗА ВКЛУЧУВАЊЕ

Со оглед на тоа што истражувачката популација се 2 целни групи, критериумите за вклучување ги опфаќаат соодветно:

- а) Лицата со телесна попреченост на возраст од 15-49 години што користеле некаков вид услуги во заедницата, кои се категоризирани како лица со телесна попреченост, согласно со податоците од Заводот за социјални дејности и тоа само оние лица што се согласни да бидат интервјуирани и да бидат дел од истражувањето.*
- б) Експертите и давателите на услуги, кои активно работат во областа на здравството и попреченоста во државниот сектор.*

3.7. КРИТЕРИУМИ НА ИСКЛУЧУВАЊЕ

Во студијата не се вклучени лица што досега не користеле некој тип здравствена услуга, лица што не се категоризирани како лица со телесна попреченост (согласно со наод и мислење за видот и степенот на попреченоста), лица што се под 15 години или над 49-годишна возраст, како и оние лица што не сакаат да учествуваат во истражувањето. Освен тоа, не се вклучени експерти што не работеле со оваа категорија на население и немаат познавања за нивните потреби. Односно не се вклучени лица што во нивниот делокруг на работење немаат контакти, т.е. не работат со лица со попреченост.

3.8. ЕТИЧКА ОСНОВА

Ова истражување се темели на етички принципи. Прашањата, односно темите за дискусија што се користени како основен инструмент на истражувањето наменети за лица со телесна попреченост и експертите, односно давателите на услуги се дискутирани/пополнувани/одговорани при нивно директно учество и истите ќе се користат исклучиво за целите на ова истражување.

3.8.1. ИНФОРМИРАНА СОГЛАСНОСТ

Пред почетокот на интервјуирањето, од испитаниците е побарана дозвола за анкетирање, при што на истите им е објаснета целта на истражувањето, видот на податоците што ќе бидат побарани од нив, како и начинот за понатамошната употреба на добиените податоци. Освен тоа, објаснето им е дека можат да одбијат да одговорат/дискутираат на некое прашање од анкетниот прашалник, односно темите за дискусија и/или, пак, да го прекинат учеството во истражувањето во кое било време од интервјуто/работата во фокус-групите.

3.8.2. АНОНИМНОСТ

Пред почетокот на истражувањето на испитаниците им беше објаснето дека сите информации што ќе бидат добиени од нивна страна ќе бидат анонимни и ќе се третираат како такви. Дополнително, од испитаниците беше побарана дозвола за снимање на фокус-групите со диктафон, но повеќето одбија. Токму затоа записничар ги бележеше одговорите, без да се забележуваат имињата на учесниците и други нивни лични карактеристики.

Со ова истражување на испитаниците им е гарантирана нивната анонимност при што како личен податок се побарани само општите демографски карактеристики (пол, возраст), без откривање на личниот идентитет (име, презиме, живеалиште и сл.). При обработката и анализата на податоците не се користени лични податоци на испитаниците.

3.9. ОГРАНИЧУВАЊЕ И ПОТЕНЦИЈАЛНИ БАЈАСИ

Истражувањето претставува студија на пресек, која, како методолошка алатка дизајнирана за добивање податоци во одреден временски период на одредена популација, има и одредена веројатност за откривање на статистички значајни неточни асоцијации.

Со оглед на тоа што поголем дел од прашањата се од чувствителна природа, се однесуваат на сексуалните односи, на сексуалните навики на испитаниците и сл., при дискусиите во фокус-групи, секогаш постои ризик од неволно и/или неточно дадени или, пак, прикриени податоци, особено оние што се однесуваат на нивната интима.

Освен тоа, како што е наведено претходно, многу малку, или речиси воопшто не се правени истражувања од овој тип на лица со телесна попреченост во Македонија, поради што не е можно да се изврши компарација со наодите од ова истражување.

Потенцијален бајас може да се појави и во услови кога дел од учесниците опфатени со ова истражување веќе претходно биле вклучени во едукации и давања услуги од страна на ХЕРА, поради што не е исклучена можноста да даваат веќе „очекувани“ одговори. Но, во ова

истражување тоа не беше случај бидејќи испитаниците не биле дел од едукации и не користеле сервис на ХЕРА.

Од друга страна, пак, при поставувањето на прашањата од страна на анкетарот постои можност за влијание врз одговорот на испитаниците, особено при објаснувањето на поимите што се неразбирливи поради нивната слаба информираност, или недоволна едукација, особено во делот со постручни медицински термини. Како резултат на тоа, може да се појави информациски бајас, кој може да влијае врз точноста на некои од резултатите во студијата. Меѓутоа, со соодветната обука и искуството на модераторите овој бајас е минимизиран.

3.10. НАДМИНУВАЊЕ НА ЕВЕНТУАЛНИТЕ РИЗИЦИ

При дефинирање на прашањата во анкетниот прашалник, како и темите за дискусија во фокус-групите беа консултирани стручни лица, како што се психолози, дефектолози, психијатри, социјални работници, со цел изготвување прашања што ќе бидат достапни и разбирливи за целната група.

Пред започнувањето со какво било интервју анкетарот/модераторот беше задолжен да им укаже на испитаниците дека интервјутото/работата во фокус-групите е анономно и дека со него не се бараат лични информации или имиња на поединци, туку се дискутираат и се истражуваат информации, разбирања, ставови, идеи и практики поврзани со сексуалното и репродуктивното здравје.

Освен тоа, во ситуации во кои е утврдено дека е потребно дополнително објаснување околу одредени термини, анкетарот, односно модераторот истите професионално, на лесно разбирлив јазик и без пристрастност ги објаснуваше на испитаниците, со што беше надминат информацискиот бајас по однос на одредени стручни медицински термини и поими.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА ОД ФОКУС-ГРУПИТЕ СО ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ

Подолу е претставена анализа на добиените резултати од фокус-групите по одредени прашања, односно теми за дискусија.

Тема:

ОПШТО ПОЗНАВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНИ И РЕПРОДУКТИВНИ ПРАВА

Прашање: 1. Како лицата со попреченост ги разбираат сексуалните и репродуктивни права

1.1 ЗНАЕТЕ ЛИ ШТО СЕ И КОИ СЕ СЕКСУАЛНИТЕ И РЕПРОДУКТИВНИТЕ ПРАВА?

Генерално, на почетокот во сите фокус-групи (ФГ) е забележана мала збунетост кај испитаниците по однос на оваа прашање. Нивната најчеста изјава е „сме слушнале нешто, меѓутоа не сме доволно запознаени“. Во втората ФГ општ став на испитаниците е дека претходно не добиле информации на оваа тема и дека не се запознаени со тематиката. Откако прашањата беа подетално објаснети од страна на испитувачите, испитаниците се чувствуваа послободни да разговараат на оваа проблематика, при што една од испитаничките изјави дека „репродуктивни права се права за имање деца“, проследен со коментар од друга испитаничка дека „тоа е всушност право на избор на сексуален партнер, право на избор на матичен лекар, право на избор на имање деца итн.“

Генерално, СРЗ-правата се поврзуваат со избор на партнер, практикување сексуални односи, имање деца и вршење гинеколошки прегледи.

Општ став на сите е дека сите луѓе (вклучително и лицата со телесна попреченост) се сексуални битија и дека треба да имаат сексуални односи, но и дека тоа во голема мера зависи од средината во која живеат. Според нив, многу лица со телесна попреченост се повлечени и ретко имаат можност да бидат сексуално активни, при што често ги омаловажуваат и ги сметаат за асексуални. Од друга страна, пак, кај дел од испитаниците преовладува мислењето дека не можат да се сметаат како останатите лица, истакнувајќи дека тие имаат дополнителни потреби. Таков е примерот со гинеколошки стол, каде што едно лице со телесна попреченост не може да се искачи поради статиката на столот. Освен тоа испитаниците немаа

информација дека некоја гинеколошка ординација има посебен пристап (хидрауличен гинеколошки стол) за лица со телесна попреченост, за што е дискутирано и во наредното прашање.

Дополнително, споделено е дека институциите што работат со/за лица со попреченост не спроведуваат посебни едукативни активности за СРЗП.

Во четвртата фокус-група некои од испитаниците во СРЗ-права ги наведоа: право на слобода на изразување на сексуалната ориентација, право на сексуална ориентација и право на заштита од дискриминација. Испитаниците релативно имаа познавања за сексуалните и репродуктивните права истакнувајќи дека „без разлика дали едно лице има попреченост или пак не, сите имаат исти права“ – право на слобода на изразување на сексуалната ориентација, право на сексуална ориентација, право на заштита од дискриминација и сл.

Во петтата фокус-група на ова прашање од вкупно 5 испитаници одговориле само два. Испитаничка на 32-годишна возраст изјави дека под сексуални и репродуктивни права се подразбира право на сексуални односи и право да се формира семејство, на што се надоврзува 19-годишна испитаничка (најмлада од сите испитани лица), која напоменува дека тука спаѓа и правото на избор со кого би имала сексуални односи. Кога се зборува за сексуални права, лицата најчесто тоа го поврзуваат со сексуалната ориентација. Сепак, меѓу нив најзабележително е тоа што тие се свесни за тоа дека правата се еднакви за сите и тие не можат да бидат дискриминирани само затоа што се лица со попреченост. Други информации по однос на СРП не се дадени, а останатите и не искоментираа воопшто ништо за ова тема, генерално, поради недостиг на информација.

2. ДАЛИ ЗНАЕТЕ ДЕКА ПОСТОИ НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЈА ЗА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ?

Во рамките на соработката на Министерството за здравство на Република Македонија, Институтот за јавно здравје и УНФПА за спроведување на проектот: „Подобрување на националниот одговор во однос на правата на сексуалното и репродуктивното здравје во Република Македонија изготвена е Национална стратегија за сексуалното и репродуктивното здравје (2010-2020), при што истата во 2010 година е донесена од Собранието на РМ. Целта на оваа стратегија е да обезбеди широка платформа за интерсекторски пристап во реализацијата на сексуалните и репродуктивните права и да се воспостави стратешка рамка за делување на сите партнери на сите нивоа на превенција во сите сектори на општеството со соодветна одржлива финансиска рамка на активности. Освен тоа, главната цел на стратегијата е до 2020 година сите граѓани во Р. Македонија да имаат подобро сексуално и репродуктивно здравје. Во стратегијата има и посебни одредби што се однесуваат за лица со попреченост.

Иако се очекуваше дека лицата со телесна попреченост се запознаени со постоечката Национална стратегија за сексуалното и репродуктивното здравје, во три од вкупно пет фокус-групи, испитаниците немаа слушнато дека воопшто постои, не располагаат со информации за истата и не знаат дали во неа има посебно дефинирани одредби наменети за лица со попреченост, што уште еднаш упатува на тоа дека оваа стратегија треба да добие своја соодветна визуализација, односно да биде достапна до пошироката јавност, со цел запознавање на правата за СРЗ.

Само 2 лица имаа слушнато за оваа стратегија, од кои едно лице е запознаено од медиумите. „Имам само чуено, но тоа е само на хартија“, вели една од испитаничките, на што следува коментар од останатите дека и да постои, тоа е само на хартија како и многу други закони што се однесуваат на лицата со попреченост, со оглед на тоа што тие не располагаат со дополнителни информации за таквата Национална стратегија.

3. КОИ ОД ПРАВАТА СМЕТАТЕ ДЕКА ЛИЦАТА СО ПОПРЕЧЕНОСТ НЕ ГИ УЖИВААТ ДОВОЛНО ИЛИ ВООПШТО? СПОРЕД ВАС КОИ СЕ ПРИЧИНИТЕ ЗА ТОА?

I.

Основниот проблем што го истакнуваат учесниците е погрешната перцепција на општата популација и нивното т.н. помилување, наместо односот да биде повеќе насочен во насока на нивно разбирање и социјална инклузија.

Испитаничка на 38-годишна возраст истакна дека уживањето на правата зависи од разбирањето и видиците на самата личност, но и пристапот до самите објекти што овозможуваат уживање на тие права, што, пак, инициира коментар од останатите испитаници дека поради архитектонските бариери принудени се изборот на матичниот лекар да го ограничат само на институција/установа што има физичка пристапност за лица со попреченост, наместо според квалитетот на услугите, кој го предлагаат установите. Правото на избор на матични лекари и матични гинеколози е ограничено за голем број лица со телесна попреченост, поради физичката непристапност на голем број здравствени установи. Широко преовладува мислењето дека Министерството за здравство и Фондот за здравство не се пристапни за лица со физичка попреченост, како едни од надлежните институции што треба да ги застапуваат нивните права и да даваат позитивен пример во односот со лицата со попреченост.

Во однос на правото на стапување во брак, дел од лицата со попреченост се ограничени при изборот на животниот партнер. Правото на избор на сексуален и/или брачен партнер

честопати може да биде ограничено за лицата со телесна попреченост. Како причини за ограничен избор се истакнати:

- × „Лицата со попреченост почесто се бирани, а поретко тие бираат партнер/ка“;
- × ниска самодоверба;
- × стигмата и предрасудата помеѓу самите лица со попреченост.

Иако не постојат законски ограничувања во однос на правото на стапување во брак кај лица со физичка попреченост (постои ограничување само за лица со интелектуална попреченост што имаат IQ под 35), најчесто лицата со физичка попреченост се тие што се бирани, а многу помалку им е дадена можност тие да го бираат својот партнер. Ова се случува поради намалената самодоверба и мислењето дека доколку не се омажат со сегашниот партнер/партнерка, за кои не се сигурни дали сакаат да стапат во брак, сепак се одлучуваат на ваков чекор, затоа што мислат дека нема да најдат друга личност со која би стапиле во брак. Преовладува мислењето од типот „ако не се омажам за тој со кого сега сум во врска, најверојатно воопшто нема да се омажам“, поради што, најчесто, се одлучуваат да останат во врска, отколку да ја прекинат врската и да не стапат во брак воопшто, што уште еднаш го истакнува фактот на зголемената стигма и предрасудите дури и меѓу самите нив. Сите се согласни дека договорени бракови нема, барем не колку што се тие информирани. Бракови се склопуваат и меѓу членовите на нивната популација, на пример, меѓу две лица со телесна попреченост, но има и случаи кога партнерот нема попреченост. Сепак веројатноста еден брак да опстане се поголеми, доколку попреченоста е вродена и/или доколку партнерот бил запознаен за тоа пред да стапат во брак. Следствено на тоа, поголемиот дел од испитаниците сметаат дека шансите еден брак да се распадне се многу поголеми доколку попреченоста настане за време на брачниот живот.

По однос на остварувањето на правото на здравствено осигурување, сите испитаници се со заедничко мислење, односно членовите што имаат воспоставено работен однос имаат осигурување од работното место, а оние што не работат најчесто се осигурани преку своите родители, а има и некои што воопшто не се осигурани. Според нив, многу лица не одат на лекар затоа што немаат здравствено осигурување и доколку посетат лекар, приморани се сами да си ги платат сметките, без притоа да имаат какви било бенефити (делумна партиципација или слично). Пристапот до здравствено осигурување е ист како и за општата популација. Лицата со телесна попреченост честопати не посетуваат лекар, бидејќи не се во можност да ја платат партиципацијата и/или целосната услуга. Можеби затоа што степенот на невработеност е поголем кај оваа целна група за разлика од општата популација.

Кај дел од испитаниците преовладува мислењето дека доколку станува збор за сериозна дијагноза или болест, лекарот на многу отворен и некоректен начин ги коментира новонастанатите промени, дотаму што има коментари од типот „штом Ви се појавил тој симптом, нема спас“, со што се утврдува односот лекар-пациент.

Честопати жените со телесна попреченост имаат проблем со гинеколошките прегледи поради несоодветни столици за преглед (без хидраулика, многу високи, неможност за поставување на нозете на местата предвидени на столот поради проблеми со карлицата или спазми). Испитаниците од женски пол најчесто го истакнуваат проблемот при посетата на гинеколог на државна клиника или во некои од приватните гинеколошки ординации, главно, поврзан со несоодветниот гинеколошки стол, кој според нив и нивните потреби е премногу висок и нехидрауличен, а кој нема можност да се намести на висина што би била соодветна на пациентката. Ова особено се однесува за жени со телесна попреченост, кои честопати, во недостиг на медицински персонал што доброволно би им помогнал, се принудени да бараат помош од трето лице (најчесто нивни роднина или пријател), кое ги придружува по време на посетите кај гинеколог.

И токрај тоа, личните искуства на испитаниците укажуваат на тоа дека лекарите по време на прегледите, не ги делат во однос на другите граѓани, но сепак сметаат дека треба да имаат предност во некои ситуации. Генералниот општ став на сите е: „Не сакаме да нè делат, но сакаме да нè забележуваат“. Заедничка констатација на испитаниците од првата фокус-група е дека се донесени голем број закони, но дека истите не се спроведуваат во пракса. Според нив, и покрај тоа што е поминато речиси една година откако Република Македонија ја ратификува Конвенцијата на ОН за правата на лицата со инвалидност (на 05.12.2011 година), сепак видливи промени не се настанати, па дури и работите воопшто не се изменети од времето пред нејзиното ратификување.

II.

Во втората фокус-група, исто како и во претходната се истакнува проблемот со гинеколошките столови, кои се статични и не постои можност жени со потешка физичка попреченост да се качат на истиот, а во повеќе државни здравствени институции нема пристапност за лицата со физичка попреченост, поради недостиг на рампи за пристапност.

Многу често е ограничено правото на планирање семејство и грижа за истото. Како причина се истакнуваат предрасудите и дискриминацијата од страна на општата популација кон лицата со телесна попреченост и нивните способности за грижа за себе и за други. Споделено е мислење дека многу лица со телесна попреченост ретко се сексуално активни, поради што најчесто се омаловажувани од останатите лица од општата популација – „Тој е инвалид, како

ќе може да се грижи за своето семејство кога тој не може сам за себе да се грижи“. Најчесто предрасуди постојат кај родителите на брачниот партнер, кои не ретко се вмешуваат во нивните односи и најчесто се причина за брачен развод. Родителите на брачниот партнер честопати сметаат дека лицето со телесна попреченост е на товар на нивното дете и сметаат дека другото семејство треба исцело да се грижи за лицето со попреченост.

Во однос на стигмата и дискриминацијата што останатите ја пројавуваат кон лицата со физичка попреченост споделено е лично искуство каде што е повредено правото на здравствена услуга, каде што по претходно закажан термин, лицето со попреченост било принудено да ги пропушти пациентите што немале закажано во тој термин, а по интервенција дека лицето е инвалид и дека не може долго време да чека, добиен е крајно некоректен однос од медицинското лице дека местото не е за инвалиди. На тоа лицето со попреченост, не можејќи повеќе да чека, бидејќи тоа не и го дозволувала неговата состојба, си заминало без да го изврши прегледот и испитувањето за кое претходно имало закажано термин.

Споделен е случај каде што ординациите за општа пракса, конкретно во општина Аеродром, се на недостапно ниво, т.е. на првиот кат, а во самата зграда нема лифт воопшто, што уште еднаш ја потврдува ограничената физичка пристапност до здравствените установи за лица со телесна попреченост, особено оние што се во инвалидски колички.

III.

Во третата фокус-група, како ограничување на права за СРЗ, испитаниците најчесто го истакнуваат ограничувањето во делот на стапувањето во брак и планирањето семејство. Заедничка констатација на испитаниците е дека предрасуди најмногу се јавуваат кај родителите на партнерот без попреченост. Според нив, овие проблеми се јавуваат на почетокот пред да ја запознаат личноста, а потоа односот и мислењата за лицето со телесна попреченост се менуваат.

Постојат разминувања на ставовите меѓу испитаниците по однос на склучувањето брак и нивните односи. Дел од испитаниците истакнаа дека постојат разлики меѓу лицата од градска и рурална средина, со образложение дека според нив лицата во урбана средина се оформуваат како психички зрели личности, а оние во рурална средина, кои се без поголеми можности за социјализација и развој на критичко мислење, често имаат недостиг на самодоверба и самопочит. Поради тоа лесно се подложни на туѓи мислења и влијанија, особено на негативните ставови и мислењата што преовладуваат во нивната околина. Останатите, пак, споделија дека немаат слушнато за прекршувања на тоа право или присилно стапување во брак и заземаат став дека тоа најчесто зависи индивидуално од личноста. Дури, едно од лицата сподели дека е во брак со личност без попреченост и досега никогаш немале проблеми.

IV.

Слично како и во претходната фокус-група, лицата со телесна попреченост најголеми ограничувања во СРЗ-правата споменуваат во делот на стапувањето во брак и планирањето семејство. Како причини за тоа се истакнуваат: автостигма кај самите лица, предрасудите од семејствата и општата популација во однос на способностите и можностите на лицата со телесна попреченост. Кај испитаниците преовладува мислењето дека предрасуди постојат од општата популација, која смета дека лицата со попреченост не може да имаат деца (ги сметаат за асексуални), па и оттаму правото на СРЗ и особено семејното планирање е доста ограничено. Оттаму ЛТП, честопати, се двојно дискриминирани: ако родители имаат две деца, од кои едното е со некаква попреченост, за едното имаат очекувања дека ќе стапи во брак, ќе има семејство, додека за детето со попреченост немаат такви очекувања. Сепак, има и такви што не гледаат на тоа како сериозен проблем изјавувајќи: „Не можам да им се налутам на луѓето кога имаат таков став кон луѓето со попреченост, кога тие никогаш не се соочиле со овие лица“.

Но предрасудите и не секогаш доаѓаат од други лица. Тие доста често се појавуваат и кај самите лица со попреченост. Во однос на стапувањето во брак, сè уште, постои автостигма и кај самите лица. Доста често, поради состојбата што ја имаат, кај нив се јавува чувство на вина, при што не сакаат да се наметнуваат на партнерот и да бидат дополнителен товар при извршување на секојдневните активности и должности.

Генерално, испитаниците од оваа група изразија задоволство по однос на односот што здравствените работници го имаат кон лицата со попреченост и се однесуваат кон нив како и кон сите останати.

V.

Некои од учесниците истакнаа дека голем дел од СРЗ-правата не ги уживаат поради неинформираност на лицата со телесна попреченост за овие права и начинот на нивното реализирање. Една од причините за ограничувањето е и непристапноста на здравствените институции од физички аспект (немањето пристапни рампи).

Две од испитаничките наведоа дека нивни впечаток е, а и искуството покажува, дека лицата со телесна попреченост не се информирани за своите права, а институциите и речиси воопшто не се пристапни за оваа категорија на население. Според нив, лекарите не делуваат советодавно кога тие одат на лекар, т.е. не ги информираат самоиницијативно. Тоа го прават само доколку лицето со телесна попреченост побара информации и помош за одредена тематика, т.е. проблем со кој се соочуваат.

Според една од испитаничките, ограничувањето на правото на имање деца и избор на сексуален партнер, понекогаш може да биде последица на неинформираноста и стравот од наследност на одредена болест во семејството. По однос на создавањето семејство, една од испитаничките сподели дека нејзиното семејство било против тоа таа да формира свое семејство, бидејќи стравувале и детето да не се здобие со состојба каква што има таа, а доста често се мешаат и во изборот на нејзиното момче.

4. ДАЛИ СМЕТАТЕ ДЕКА ИНФОРМАЦИИТЕ ЗА СРЗ СЕ ДОСТАПНИ ЗА ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ? АКО НЕ, ЗОШТО СМЕТАТЕ ТАКА?

I.

По однос на ова прашање наидовме на различни ставови и искуства. Како извор на информации за СРЗ најчесто се посочуваат матичните лекари и гинекологите. Самите лица со телесна попреченост, најчесто, зборуваат за информациите од областа на планирањето семејство и безбедно мајчинство.

Една од учесничките сподели не многу пријатно искуство. Таа изјави: „Матичната лекарката понекогаш знае да ме информира многу накратко за прогресирањето на мојата болест и да ми каже дека имам сè на интернет, што дополнително би можело да ме интересира. Но во однос на мојот матичен гинеколог сум задоволна. Таа ме информираше за сите тешкотии и последици што можам да ги имам за време и по бременоста. Но имав непријатно искуство со лекарката што ме пораѓаше, која дојде буквално пред да се породам, да ме прегледа, за потоа да ме праша: *Дали си подготвена да станеш мајка? Мајчинството е многу тешка и одговорна работа.* Тоа според мене не беше коментар на место и не знам што сакаше со тоа да ми каже“.

За разлика од неа, друга учесничка имаше сосема спротивно искуство: „Јас сум презадоволна од мојот гинеколог. Тој на секој преглед ми објаснува што прави, зошто го прави тоа, ми ги објаснува настанатите промени, доколку е потребно, и ми црта. Потоа јас дома самоиницијативно дознавам повеќе за состојбата што ме интересира преку интернет“.

II.

Повеќето се сложија дека немаат пристап до информации и дека најчесто се информираат како и сите останати, односно преку интернет, во дискусија со своите пријатели, преку медиумите, но исто така го посочија проблемот дека специфичните информации што ним им се потребни не се достапни на медиумите. Учесничките, пак, во групата посочија дека немаат проблем во однос на добивањето информации за СПИ од нивниот матичен гинеколог. Досега

наидувале на разбирање од нивна страна, но, сепак, информациите што им ги даваат се генерални и често не располагаат со информации тесно поврзани со нивната попреченост и СПИ за која се информираат. Тоа е така затоа што и самите гинеколози не се информирани за контраиндикациите или други аспекти на кои треба да се внимава при третирањето на одредена болест или инфекција кај пациентот со некаков вид попреченост.

III.

Информација за СРЗ, ХИВ/СИДА, СПИ и слично главно учесниците имаат добивано во училиштата, од меѓусебни разговори со пријателите, но од лекарите во останатите групи немаат добивано информации конкретно за нивната потреба. Лекарите ги сметаат исто како и сите останати и мислат дека како и останатата популација, така и лицата со ТП имаат информации за истата. Во оваа фокус-група учесниците се на возраст од 20-30 години. За оваа тема не разговараат со своите пријатели, зашто сè уште се смета за „табу“ тема. Но, доколку ситуацијата стане сериозна, тогаш родителите почнуваат да разговараат со своите деца. Ова особено се однесува за СПИ, кои бележат пораст. Еден од учесниците смета дека на родителите многу полесно им е да разговараат со машките деца отколку со девојчињата, главно водени од нивното стереотипно мислење дека машките имаат потреба за сексуални односи, за разлика од девојчињата на кои гледаат како задоволување на нечија желба.

IV.

Се истакнува дека пристапот до информации зависи и од личниот интерес. Генерално, учесниците сметаат дека доколку некој сака да биде информиран и ако пројави интерес за тоа, истата ќе ја добие. „Понекогаш читам и од некое списание, како на пример *Плејбој*, па и од таму може да се добијат некои информации“ е една од изјавите на учесниците. Споделија дека информација понекогаш добивале и додека оделе во училиште.

V.

Според учесниците, ретко кој од нив разговара со своите родители за теми поврзани со сексуалноста. Со ретки исклучоци има и некои што разговараат со нивните родители, но не баш за сè: „Постојат и теми за кои не можеме да разговараме со своите родители“. Во тој случај разговараат со своите пријатели или, пак, се обидуваат информациите што ги бараат да ги најдат на интернет, иако самите тие многу повеќе веруваат на информациите што ги добиваат од нивните родители.

Меѓу учесниците има и такви што присуствувале на едукативни предавања организирани во нивните училишта на кои се разговарало за контрацепција и активен сексуален живот.

Информации за СРЗ од своите матични лекари добиваат само доколку ги прашаат, и во тој случај најчесто не им посветуваат доволно време и внимание при разрешување на нивните дилеми. Ова се случува најчесто кога се обраќаат кај лекарите што работат во јавното здравство, додека лекарите што работат приватно имаат поинаков однос кон нив. Тие сметаат дека приватните лекари одвојуваат повеќе време за нив и во многу попријатна атмосфера даваат информации на нивните прашања.

ТЕМА: ЗАШТИТА НА СЕКСУАЛНИ И РЕПРОДУКТИВНИ ПРАВА

1. ДАЛИ ЗНАЕВТЕ ДЕКА ПОСТОЈАТ СОВЕТУВАЛИШТА ЗА МЛАДИ ЗА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ?

Преку имплементација на проектот „Подобрување на националниот одговор во поглед на сексуалното и репродуктивното здравје и правата во Македонија“, Институтот за јавно здравје, односно Министерство за здравство во партнерство со УНФПА (Фонд за население на Обединетите нации) во 19 градови отвори т.н. „Советувалишта за млади за сексуалното и репродуктивното здравје“, во кои младите од страна на стручните лица имаат можност да добијат бесплатни здравствени советувања за сексуалното и репродуктивното здравје, бесплатен пристап до информации, брошури и слично, како и пристап до бесплатни контрацептивни средства (кондоми, орални контрацептиви).

Речиси никој од испитаниците во петте фокус-групи не знаеше за „Советувалишта за млади за сексуалното и репродуктивното здравје“. Неколкумина ги знаат Младинските центри на ХЕРА и се запознаени со услугите што ХЕРА ги нуди.

I.

И покрај тоа што се претпоставуваше дека учесниците имаа некаква информација за советувалишта за СРЗ, ниту еден од нив не знаеше дека постојат такви советувалишта. Генерално, информациите за СРЗ ги добиваат од лекарите и самоинцијативно на интернет, но и од меѓусебните разговори со нивните врсници, пријатели и сл. Сепак, учесниците изјавија дека најголем број од лицата со попреченост живеат сами во своите домови или со своите родители. И во двата случаи немаат од кого да добијат информации за СРЗ, зашто најчесто разговорот за сексуалноста во нивните семејства е табу-тема, каде што се смета за некултурно детето да води таков разговор со еден од своите родители. Еден од учесниците истакна: „Јас сум израснат во патријархално семејство и ден-денеска јас морам да го сменам каналот, доколку има некоја љубовна сцена, а сум во друштво на моите родители. Сметам дека тоа не треба да биде така, и поради тоа имам сосема отворен однос со мојот син за овие прашања“, што укажува на тоа дека сфаќањата полека се менуваат во семејствата со

доаѓањето на нови генерации и послободно се зборува на теми поврзани со СРЗ. Меѓутоа, сепак, во многу случаи во семејствата на лицата со телесна попреченост за оваа тема се зборува само доколку е настаната некоја многу сериозна ситуација, за која мора да се најде решение. Во спротивно, се премолчуваат многу работи.

II.

Ниту еден од учесниците немаше слушнато дека постојат советувајќишта за млади и сексуалното и репродуктивното право во Скопје.

III.

Сите мислеа дека не постојат сервиси каде што можат да се добијат информации за СРЗ. Доколку постојат вакви сервиси, тие не се информирани дека истите постојат.

IV.

Само еден од учесниците имаше слушнато за постоењето на центрите за советување за СРЗ, другите немаа такви информации. Половина од групата беше запознаена и за услугите што ги нуди ХЕРА преку своите центри.

V.

Во однос на советувајќишта, никој од испитаниците не беше информиран дека постојат такви сервиси. Само еден учесник има слушнато, но никогаш не бил во состојба да ги користи услугите што тие ги нудат. Освен тоа, малку беше информиран за тоа какви услуги нудат овие советувајќишта.

2. ДАЛИ МОЖЕТЕ ДА ОПИШЕТЕ НЕКОЈ СЛУЧАЈ КАКО ОДРЕДЕНО СЕКСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ПРАВО БИЛО ПОВРЕДЕНО ВРЗ ОСНОВА НА ПОПРЕЧЕНОСТ? ДАЛИ ЛИЦЕТО ПРЕЗЕМАЛО КОНКРЕТНИ МЕРКИ НА ПРАВНА ЗАШТИТА?

I.

Дискусијата е повеќе во насока на недоволно познавање на состојбите на лицата со телесна попреченост од страна на лекарите, како и правото на соодветен медицински третман.

Слично како и во третото прашање учесниците основниот проблем го лоцираат во погрешната перцепција на општата популација и нивното т.н. сожалување, наместо односот да биде повеќе насочен во насока на нивно разбирање, социјална инклузија и делење еднакви сексуални и репродуктивни права како и сите останати.

Имаше и такви учесници што се пожалија на долгото чекање во чекалниците пред ординациите, што нивната болест на го дозволува, како што е примерот со параплегија. Заедничка констатација на сите беше дека лекарите мора да бидат информирани за нивната болест со цел издавање соодветна терапија, која нема да има контраиндикации поради одредени аспекти на болеста што ја имаат. Таков е примерот со интерферонот. Освен тоа, постојат пациенти што поради примањето одредена хормонална терапија при лекување на нивната попреченост нема да можат да направат „in vitro“ оплодување, пред сè поради негативниот ефект што таа терапија го има врз оплодувањето и евентуалниот ризик на истото.

II.

Постои случај каде што, и покрај уредно закажаниот термин за преглед и испитување, лицето со телесна попреченост е принудено да чека, бидејќи медицинската сестра, која ги упатува пациентите, не го почитувала редот на пријавени пациенти, а воедно имала и недолично однесување кон лицето со попреченост. Има случај каде што лицето со телесна попреченост не можејќи повеќе да чека, бидејќи тоа не го дозволува неговата состојба, си заминало без да го изврши прегледот и испитувањето, но сепак не го пријавило случајот, од причина што смета дека и да преземе какви било мерки на правна заштита, мала е веројатноста дека ќе бидат изречени санкции за таквото однесување.

Кај сите испитаници постои недоверба во институциите (во системот), задолжени за третирање на таква проблематика. Дури и да поднесат тужба, тоа би претставувало дополнително измачување за нив – издвојување време и средства со кои тие самите не располагаат, а дури и да отпочнат постапка, генерално, многу скептично гледаат кон завршницата на целиот процес.

Кај дел од учесниците постои мислење дека персоналот што работи во јавните здравствени установи е крајно нељубезен и не ретко се случува да коментираат одредени состојби на непрофесионален и недоличен начин, за разлика од приватните здравствени установи каде што персоналот е многу пољубезен и има поголема свест за потребите на лицата со телесна попреченост.

Не ретко наидуваат и на низок праг на толеранција од страна на другите лица, па дури и од страна на другите пациенти: „Не може да влезеш пред мене, ќе чекаш, не ме интересира што си инвалид, јас не сум те направил инвалид“, што уште еднаш укажува на ниската свесност на општата популација за потребите на оваа категорија на население.

III.

Акцентот е ставен на непрофесионалниот однос на медицинскиот работник кон лицето со телесна попреченост и медицинската грешка извршена по време на пораѓањето на една од учесничките во групата. Имено, споделено е лично искуство каде што при пораѓање на една од учесничките со царски рез, лекарите заборавиле игла во стомакот. Таа чувствувала промени во стомакот и кога се пожалила на лекарот, тој и кажал дека е нормално да има болки по извршен царски рез. По продолжување на болките и појава на рана во пределот на стомакот лекарите решиле да ја снимаат раната од каде што на рендген увиделе за фактичката состојба и направениот пропуст при медицинска интервенција. Потоа медицинскиот персонал и кажал дека вадењето на иглата, во државна институција, е многу ризично и можела да изгуби многу крв и да почине, при што и посочиле тоа да го направи во приватна клиника, зашто тие располагале со посовремена апаратура за тој третман, која би чинела околу 2000 евра. Така и ден-денешен учесничката ја има иглата во својот стомак, зашто нема од каде да одвои 2000 евра за таа операција. Во однос на прекршувањето на нејзиното право на здравствено лекување, учесничката не се решила на отпочнување постапка за тужење на лекарот за извршената медицинска грешка, затоа што знае дека тоа ќе ја чини многу средства (кои ги нема) и малтретирања по институции, со што, според неа, ни одблизу не би се задоволила правдата. Од друга страна, ова уште еднаш покажува на недовербата што пациентите ја имаат кон системите што треба да ги штитат нивните права.

Според нив, лекарите, генерално, немаат чувство за нивната состојба и многу често забораваат како треба да се однесуваат со нив. Забораваат и да понудат помош кога лицето не може да се качи на стол или кревет, за што, многупати, се принудени одново да ја објаснуваат нивната состојба и она на што би требало да внимаваат лекарите.

Некои од лицата изјавија дека се случува, честопати, индиректно да бидат дискриминирани од здравствените работници. Во однос на изборот на матичен лекар, поголем број од испитаниците немаат проблем, но на дел од нив не им било дозволено да изберат одреден лекар, со објаснување дека лекарот има запишано максимум пациенти и нема место за упис на нови. Сепак, ниту еден лекар директно не им кажал дека врз основа на нивната попреченост не може да го одберат саканиот лекар. Мислењето на учесниците е дека лекарите не сакаат дополнително да си создаваат проблеми, затоа што голем број од нив и не се информирани за поврзаноста на нивната болест со можните други болести што можат да се јават и да предизвикаат одредени компликации.

IV.

Најголемиот проблем со сервисите е тоа што тие се целосно недостапни за лицата со попреченост. Покрај тоа, проблем е што лекарите немаат посебни апарати што се прилагодени за лицата со попреченост, на пример, посебни гинеколошки столови.

Она што може да се забележи е што дел од учесниците што се задоволни од односот на лекарот и ги добиваат потребните информации проблемот го упатуваат кон нивните родители, кои, честопати, имаат зголемена заштитничка улога. Често се случува родителите по време на целата посета на лекарот да бидат во придружба со своите деца (без разлика дали станува збор за малолетни или полнолетни и за кој тип услуги е посетата), при што лекарот целото внимание (разговор) го посветува на родителите, што, пак, им пречи на лицата со попреченост: „На моите еднаш им реков: кога ќе завршите, дојдете, ве чекам надвор“.

V.

Има случаи каде што лицата со попреченост (особено девојчињата) никогаш не отишле на гинеколог и во случаи кога ЛТП има гинеколошки проблеми нејзината мајка оди кај гинекологот на консултации и врз основа на тоа гинекологот и припишува „соодветна“ терапија (конкретно беше спомената терапија за регулирање на менструалниот циклус).

Останатите испитаници не искоментира ништо на ова прашање.

ТЕМА: ОПШТО ЗА УСЛУГИ И ЗА СРЗ

1. КОЛКУ ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ КОРИСТАТ УСЛУГИ ЗА СРЗ?

1.1. КОИ УСЛУГИ ЗА СРЗ ГИ КОРИСТАТ ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ?

I.

Најголем број од испитаниците користат услуги од гинеколог, особено за планирањето семејство, контрацепција и безбедна бременост. Но, генерално, релативно мал е бројот на лицата што користат СРЗ-сервиси. Како причини за ова се наведуваат:

- × срамот;
- × немањето сексуален/на партнер/ка;
- × социјалната изолација;
- × архитектонските бариери;
- × финансиски причини;
- × зависноста од лицето што би ги придружувало.

Најчесто лицата со телесна попреченост информациите за СРЗ ги добиваат од својот гинеколог, особено за можноста за хормонална контрацепција и можноста за здрава бременост. Има случаи каде што лекарот не препорачува втора бременост поради можноста од влошување на постоечката болест (на пр. мултиплекс склероза) и воедно не препорачува употреба на хормонална контрацепција поради комплициите што може да се јават како резултат на истата. Во тие случаи најчесто употребувано контрацептивно средство е спиралата. Од друга страна, пак, има лица со телесна попреченост што поради нивната состојба (на пр. одредени видови церебрална парализа) не можат да изнесат ин витро бременост.

Сепак, генерално, лицата со попреченост ретко ги користат услугите на СРЗ, бидејќи се срамаат. Кога одат на лекар, најчесто немаат пријатно искуство со нив, особено се соочуваат со коментари од типот „од каде сега ова настана“ или „што те снајде пак сега?!“. Поради ова повеќето, кои воопшто и посетуваат лекар, одат во приватни ординации. Таму, според нивните изјави, добиваат соодветен и коректен третман и воедно лекарот одвојува повеќе време за нив како пациенти.

Друга причина што се истакнува поради која лицата со телесна попреченост не ги користат услугите на СРЗ е затоа што немаат активен сексуален живот и личен партнер. Исто како

бариера, при користењето на услугите на СРЗ, се утврдуваат архитектонските бариери и несоодветниот превоз до институцијата. Но има и случаи во кои и тогаш кога се надминуваат овие пречки, сепак лицето не е во можност да отиде само на лекар. Ова најчесто се однесува за оние лица што живеат сами и долго време не излегле до дома, при што им е потребна помош од некое друго лице, односно придружник. Проблемот е во тоа што најголем број од овие лица ги немаат задоволени основните потреби, како што се средства за егзистенција, грижа за основна лична хигиена („се немаат избањато можеби со месеци“), оставени се на милост и немилост на соседите и роднините и во таква состојба не им е на прво место посета на лекар, доколку состојбата не е многу сериозна.

Голем дел од нив ги немаат остварено основните човекови права за понатаму да можат да планираат што било. Многу лица седат дома и воопшто не излегуваат од нивниот дом. Се затвораат во себе и не бараат партнер, ниту, пак, зборуваат за тоа или, пак, за СРЗ, СПИ, формирање семејство и сл. Основниот проблем за ова испитаниците го лоцираат во семејството на лицето со попреченост, но и во економските фактори како што се сиромаштијата, односно високиот процент на невработеност на семејствата, а особено на лицата со попреченост. Од друга страна, пак, оние што работат имаат ниски примања, или, пак, не се доволно едуцирани и најчесто се доста изолирани.

II.

Генерален заклучок е дека жените повеќе ги користат СРЗ-услугите и посетуваат гинеколог, за разлика од мажите, кои поретко одат на дерматовенеролог или уролог. Оваа ситуација е иста како и кај мажите и жените без попреченост. Меѓутоа, лицата со телесна попреченост ретко ги користат услугите за СРЗ, поретко отколку лицата без попреченост. Исто како и во претходната фокус-група, причините најчесто ги наоѓаат во архитектонската непристапност, а не на последно место е и срамот да одат на лекар поради својата состојба. Изолирани се во својот дом и кога ќе настане некој здравствен проблем, посетуваат лекар само доколку состојбата е многу сериозна. За редовни превентивни прегледи и контроли многу ретко станува збор. Меѓу нив преовладува и мислењето дека доколку државата понуди бесплатни услуги за лицата со телесна попреченост, тоа не ретко знаат до го искористат лекарите и наместо услугите да им бидат доделени на лицата со попреченост, лекарите најчесто ги информираат своите пријатели и роднини за услугата што можат да ја искористат (како на пример користење бесплатна бања). Најчесто информацијата за бесплатно користење услуги и не допира до самите нив.

III.

Мажите многу ретко посетуваат лекар кога станува збор за СРЗ. За нив ова е многу чувствителна и непријатна тема за разговарање и уште повеќе за преземање каква било

иницијатива или активност во однос на некој проблем што може им се појави. Мажите, честопати, ја одложуваат посетата на лекар сè додека состојбата не стане крајно сериозна, т.е. сè до оној момент кога ќе бидат приморани да побараат помош од стручно лице. Причината за тоа најчесто ја истакнуваат во незнаењето на лекарите да прегледаат лице во инвалидска количка, не знаејќи како да му пристапат. Многу од лицата и воопшто не знаат каде треба да се обратат доколку се јави некој проблем во врска со СРЗ. За разлика од нив, учесничките од женскиот пол најчесто ги користат редовните контроли и гинеколошките прегледи, како и прегледите за следење на текот на бременоста. Советување од лекарите добиваат само доколку тие нагласат дека им се потребни информации за нешто. Во случај лекарот да не знае да одговори на барањата и прашањата на лицето со ТП кажува дека не знае, без притоа да се потруди да дознае нешто повеќе за темата за подоцна да го информира пациентот.

IV.

Најчесто девојките се тие што одат редовно на гинеколог, додека, пак, машките не посетуваат уролог или дерматовенеролог. На мислење се дека секоја жена што има некаква попреченост треба да направи тестови за да биде сигурна дека болеста не е генетска и нема да се пренесе на детето.

Од гинеколошките услуги учесниците најчесто ги користат рутинските прегледи, ПАП-тестот, како и тестот за бременост, при што ПАП-тестот го поистоветуваат со другите тестови за СПИ.

V.

Забележана е разлика во знаењата меѓу мажите и жените во однос на упатувањето кај специјалист доколку станува збор за одреден проблем поврзан со СРЗ. Испитаничките одговорија дека жените посетуваат гинеколог и ги користат гинеколошките услуги. За разлика од нив мажите не беа информирани и не знаеја каде можат да се упатат, а како причина за нивното непознавање наведуваат дека до сега немале проблеми, а со тоа и потреба да побараат стручна помош. Генерално, лицата со телесна попреченост не ги користат сервисите за СРЗ затоа што не се информирани за истите (како што и останатите испитаници воопшто не се информирани дека треба да имаат избрано матичен гинеколог), а освен тоа голем дел од нив се непристапни за самите нив.

ТЕМА: УСЛУГИ ЗА СЕМЕЈНО ПЛАНИРАЊЕ

1. ДАЛИ ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ СЕ ИНФОРМИРААТ, СОВЕТУВААТ И КОРИСТАТ УСЛУГИ ЗА ПЛАНИРАЊЕ СЕМЕЈСТВО?

Во сите ФГ беше истакнато дека лицата со телесна попреченост недоволно се информираат,

советуваат и користат услуги за планирање семејство. Кога, сепак, тоа го прават, советувањата се со матичните лекари/гинеколози. Дополнително го истакнуваат ставот и предрасудите на општата популација, а честопати и на семејствата, дека не сите лица со попреченост се способни да имаат деца и да се грижат за нив.

I.

Учесниците во првата фокус-група беа информирани за услугите за семејно планирање и знаат како да ги користат, но нивното генерално мислење е дека лицата со телесна попреченост не се информирани, не се советуваат со стручните лица, не разговараат меѓу себе за оваа тема и не користат услуги за семејно планирање.

II.

Лицата со телесна попреченост имаат индивидуални потреби во однос на планирање семејство. Сепак, и покрај тоа, групата не беше подетално запознаена за кои услуги станува збор. Информациите за можноста да имаат деца, главно, ги добиваат од својот лекар и не знаат од кое друго место можат да добијат такви информации.

III.

Најчесто, за оваа тема се консултираат со лекари, во кои учесниците укажуваат најголема доверба кога станува збор за СРЗ, иако, сепак, постојат извесни разминувања во стручните мислења добиени од страна на различни лекари. Таков е случајот кога за време на бременоста кај една од учесничките едниот лекар дал мислење дека нема да може да ја износи бременоста поради проблемите што ги имала со карлицата, за разлика од (второ) мислење на друг лекар, кое упатува на тоа дека таа може да роди, со тоа што е потребно да мирува во текот на бременоста. Сепак, и покрај тоа, учесниците остануваат на мислење дека лекарите се лицата со кои треба да се консултираат, изјавувајќи дека „не можат да се потпрат на информациите добиени од своите пријатели или од интернет, затоа што тоа сепак се однесува индивидуално за секоја личност, во зависност од болеста што ја има“. На медиумите има едукативни емисии, но според нив тие, главно, се наменети за општата популација и не ги третираат темите и проблемите што ги засегаат самите нив.

IV.

По однос на семејното планирање, испитаниците најчесто се обраќаат до гинеколозите, од кои генерално се задоволни и ги третираат исто како и останатите. Сепак, недоволно се користат овие сервиси и услуги. Освен тоа, едногласно го истакнаа ставот и предрасудата што општата популација ги има кон нив, кај кои, според нивни укажувања, преовладува мислењето дека не сите лица може и треба да имаат деца.

V.

Според исказите на учесниците најчесто нивните родители се против тоа тие да формираат семејство, плашејќи се и детето да не ја наследи нивната состојба. Најчесто грижата на родителите е насочена кон тоа како лицето со попреченост би се грижело за своето дете кога еден ден тие повеќе не би биле во состојба да помогнат.

2. КОИ КОНТРАЦЕПТИВНИ МЕТОДИ НАЈЧЕСТО ГИ КОРИСТАТ?**I.**

Кондомот како контрацептивно средство беше споменато од сите учесници. Контрацептивни средства набавуваат од локалните продавници и најчесто тоа се презервативи. Сепак, според изјавата на еден од учесниците, многу лица, особено оние што не излегуваат од дома, не знаат што е тоа секс, а уште помалку контрацепција.

II.

Генерално, лицата со физичка попреченост се неинформирани и неедуцирани за видовите контрацепција. Најчесто го користат презервативот како средство за заштита од СПИ и средство за контрацепција. Најголем дел од лицата не се запознаени која контрацепција е соодветна за нив и дали некој вид контрацепција може да има котраиндикации за нивното здравје. Во најголем број случаи жените се поупатени за контрацепција, а мажите, најчесто, добиваат информации од својата партнерка.

III.

Од контрацептивните средства учесниците најмногу користат презервативи и како заштита и како контрацептивно средство. Спиралата за многу девојки/жени со телесна попреченост, во зависност од нивната состојба или болест, не им се препорачува.

IV.

Од контрацептивни средства, најчесто, се користат презервативи, а понекогаш и хормонална орална контрацепција, пилули. Поради непристапноста на дел од аптеките, пристапот до презервативите кај лицата со телесна попреченост е оневозможен, а нивните родители многу ретко купуваат кондоми за нив. Кај дел од испитаниците постојат предрасуди во однос на користењето контрацептивни средства. За користењето на орална хормонска контрацепција постојат митови околу претпоставените несакани ефекти.

V.

Во однос на контрацептивните средства, најчесто користат презервативи (и за заштита од СПИ и за контрацепција). Што се однесува до местото за набавување на кондом, најчесто

купуваат од продавница, но не се информирани за местата каде што можат бесплатно да ги набават истите. Една учесничка имаше информација за други контрацептивни средства како што се спирали и пилули, но немала искуство со нивно користење.

ТЕМА: УСЛУГИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА НА СПИ И ХИВ/СИДА

1. КАКО НАЈЧЕСТО СЕ ИНФОРМИРААТ ЗА СПИ И ХИВ/СИДА И ДАЛИ СЕ ТЕСТИРААТ ЗА ИСТИТЕ ИЛИ КОРИСТАТ УСЛУГИ ЗА ТРЕТИРАЊЕ НА НЕКОЈА ОД НИВ?

I.

Информациите за СПИ и ХИВ ги добиваат од матичните лекари, од гинеколозите и од дерматовенеролозите. За ХИВ-тестирања најчесто се незаинтересирани и недоволно информирани.

Зачудувачки е тоа што заедничко мислење на сите учесници беше дека многу малку лица со попреченост знаат дека постои можност за бесплатно и анонимно тестирање за ХИВ/СИДА. Многу од нив не вршат тестирање бидејќи се плашат од резултатите, а некои, пак, се целосно незаинтересирани. Стигмата и дискриминацијата се најчесто посочени причини поради кои лицата со телесна попреченост не се тестираат и воопшто не разговараат на оваа тема со други лица.

Машките со телесна попреченост не разговараат за проблемите поврзани со СРЗ, поради стереотипното мислење што владее, поради што и редовните контроли многу лица ги разбираат како присуство на одредена болест или инфекција. Генерален заклучок на сите учесници беше дека жените дефинитивно повеќе, т.е. почесто посетуваат гинеколог отколку мажите дерматовенеролог или уролог.

II.

Многу малку извршиле ХИВ-тестирање, а главна причина за тоа е што сè уште постојат предрасуди кон лицата што самоиницијативно се тестираат. Еден од испитаниците има направено ХИВ-тест, но тоа го чувал во тајност бидејќи смета дека, доколку разберат неговите пријатели за тоа, ќе помислат дека има ХИВ. Од истите причини останатите лица немаат направено ХИВ-тестирање. Има и лица што не се во можност да направат такво тестирање, бидејќи некои од нив се зависни од своите родители, со кои, пак, не можат да споделат таква информација.

III.

Учесниците, најчесто, се информираат во меѓусебни разговори со своите пријатели, преку училишни едукации и сл. Но кога станува збор за некој сериозен проблем, претпочитаат за тоа да го консултираат својот лекар.

На прашањето дали користат услуги за тестирање, советување за ХИВ/СИДА, испитаниците изјавија дека многу ретко користат таков вид услуги, бидејќи, главно, се предводат од мислата „Мене тоа не може да ми се случи“, а голем дел од нив и не се информирани на кои начини може да биде пренесена ХИВ-инфекцијата. Исто како и во другите фокус-групи, како втора причина за малиот број тестирања се јавуваат предрасудите. Доколку некое лице воопшто отиде само да се тестира за ХИВ, тоа е веќе обележано како лице заболено од ХИВ. Се разбира ова се случува доколу други лица дознаат дека тоа лице било да се тестира. Дел од лицата со ТП воопшто и не знаат каде може да се направи бесплатно тестирање за ХИВ.

IV.

Учесниците немаа информации за тоа каде можат да направат тестирање за ХИВ-статус, а поголем дел од нив сметаат и дека нема потреба да направат такви тестови, вклучително и тестирање за СПИ.

V.

На почетокот, учесниците не знаеја што се подразбира под поимот сексуално преносливи инфекции, но откако истиот беше објаснет од страна на модераторот, учесниците сфатија дека така се именуваат инфекциите што се пренесуваат по сексуален пат. Дел од нив беа запознаени со начинот на кој тие се пренесуваат. Информации за СПИ добиваат преку разговори со своите пријатели, интернетот и телевизиската. За разлика од претходните групи, дел од испитаниците разговараат со своите родители на оваа тема, но сепак не се чувствуваат слободни да прашаат за сè што ги интересира, поради што, често, имаат потреба од разговор со стручно лице на кое би му верувале и би му се отвориле и разговарале на оваа тема. Спротивно од учесниците во други групи, многу ретко се информираат од своите лекари, затоа што наидуваат на нетолерантен и некоректен однос од нивна страна, а доста често не се чувствуваат слободни да поставуваат интимни прашања.

Недоволна информираност за ХИВ, начин на пренос и каде се прави тестирањето. Кај некои од лицата постои стигма во однос на ХИВ-позитивните лица.

Во однос на ХИВ/СИДА само две испитанички знаат како се пренесува ХИВ и тоа со делумно погрешни информации. Едната од испитаничките мислеше дека ХИВ, освен преку крв и незаштитени сексуални односи, се пренесува и преку допир, што е сосема погрешно.

Најчесто за да се заштити себеси од ХИВ не се движи меѓу луѓе што имаат ХИВ, што, пак, од друга страна укажува на јавната стигма што постои и меѓу самите лица со попреченост.

Само една од учесничките знаеше дека ХИВ-тестирање може да биде извршено на Клиниката за инфективни болести. Останатите не располагаа со никакви информации за ова прашање.

ТЕМА: СЕКСУАЛНОСТА И ЗАДОВОЛСТВОТО

1. КАКО ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ ЈА ОСТВАРУВААТ СВОЈАТА СЕКСУАЛНОСТ И ЗАДОВОЛСТВО?

1.1 ДАЛИ ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ РАЗГОВАРААТ, СЕ СОВЕТУВААТ ИЛИ БАРААТ УСЛУГИ ЗА НИВНАТА СЕКСУАЛНОСТ, СЕКСУАЛНИТЕ АКТИВНОСТИ?

I.

На тема сексуалност и сексуални активности учесниците, најчесто, разговараат со своите пријатели и матичните лекари, по однос на предизвиците со кои се соочуваат, како и за земањето супстанции за подобрување на потенцијата и како тие влијаат врз нивната болест, како што се мултиплекс склерозата и параплегијата. Со нив, најчесто, разговараат за сексуални односи и за соодветната положба на телото за време на сексуалниот чин во која е полесно зачнувањето дете, но не и за положба на телото за време на сексуалниот чин во која е полесно да доживеат сексуално задоволство. Она што тие го забележале е дека многу често партнерот со телесна попреченост користи и препорачани супстанции (вијагри, инјекции) што можат да бидат штетни по нивното здравје, само за да го задоволат својот партнер и притоа во најголем број од случаите не постигнувајќи задоволство (оргазам) при сексуалниот чин: „тие вбризгуваат инјекции во половиот орган за да можат да имаат секс со својот партнер и покрај информирањето за контраиндикациите од нивна употреба“. Причина за ова е стравот дека партнерот нема да има разбирање за нивната состојба. Поради болестите – церебрална парализа, мултиплекс склероза, кои предизвикуваат ненадејни, неволеви и неконтролирани мускулни контракции, не можат да изнајдат удобна положба за време на сексот, а со тоа и не можат да имаат задоволство при истиот чин.

Сепак, повеќето лица со телесна попреченост поради нивната состојба имаат почесто проблеми со изнаоѓање удобна положба и движења по време на сексуалниот чин, отколку проблеми поврзани со ерекцијата: „Мастурбирањето претставува нормален чин и немаме проблеми со тоа“.

II.

Лицата што и воопшто разговараат на оваа тема тоа го прават со своите пријатели, а има и такви лица со телесна попреченост што воопшто и не зборуваат за своите потреби и проблеми. Не разговараат бидејќи се срамаат и не знаат дали ќе најдат на разбирање од лицата на кои би им се обратиле.

III.

Заедничко мислење на сите испитаници е дека другите лица ги сметаат за асексуални. Сепак, тие како и сите луѓе ги имаат истите потреби, само што треба да се задоволат на поинаков начин. Мал е бројот на лицата со ТП што воопшто се осмелуваат да се консултираат со лекарите во врска со задоволувањето на нивната сексуална потреба и најсоодветниот начин за тоа. Меѓутоа, често се случува и да ги прашаат лекарите, па тие да немаат одговор на нивните прашања. Многу повеќе за оваа тема разговараат со психолозите, бидејќи според нив нивниот пристап е многу попрофесионален и сензитивен во однос на оваа тема и може да се разговара поотворено.

Досега немаат слушнато дека некој нивни пријател има проблеми со импотенција, но веруваат дека постојат тие проблеми.

IV.

Кога станува збор за разговор поврзан со сексуалноста и СРЗП, најчесто учесниците разговараат со пријателите, но посочија дека информации можат да се добијат и од интернет.

Она што го истакнаа е што кога се говори за нивната сексуалност и за задоволството, најчесто психолозите и некои медицински лица ги поистоветуваат со лица со интелектуална попреченост.

V.

Една од учесничките сподели дека таа нема никакви информации за тоа како би можела да доживее оргазам, да се задоволува, да мастурбира и сл, а воедно и не знае од каде може да ги добие тие информации. Веројатно за ваква информација би се обратила кај лекар, за да биде сигурна дека добиената информација е точна.

Начините на информирање од страна на другите учесници се веќе претходно споменати: разговори со пријателите, интернет, ТВ и во некои случаи со родителите, но за вакви интимни прашања многу ретко се дискутира.

СУМИРАНИ ПРЕПОРАКИ ОД ОДДЕЛНИТЕ ФОКУС-ГРУПИ:

I^{ва} ФОКУС-ГРУПА:

- × Потребни се домашни посети кај лицата со телесна попреченост што не излегуваат од дома, со цел да се едуцираат за СРЗ. Одржување на едукативни трибини чија цел е да едуцира што е можно поголем број лица со телесна попреченост не е за претпочитање, затоа што исти лица присуствуваат на тие настани, а објективно на тие лица не им е потребна дополнителна едукација. Лицата на кои таа едукација им е потребна се лицата со телесна попреченост што со месеци, па и со години не излегле од својот дом., при што се препорачува „outreach“ пристапот (работа на терен).
- × Потребна е инклузија на лица со ТП во сите аспекти на општествениот живот, со цел што повеќе да се социјализираат, да разменуваат знаења и искуства и на тој начин полесно да ги пребродуваат проблемите предизвикани од болеста.
- × Медицинските лица треба да бидат запознаени со дијагнозата и терапијата на лицата со телесна попреченост пред да започнат со каква било терапија и третман за СПИ.

II^{ра} ФОКУС-ГРУПА:

- × Потребна е самопроценка на жените со телесна попреченост пред да се одлучат дали да имаат деца, односно самите да направат проценка дали се подготвени за таков чекор и одговорност, а потоа да побараат консултации од стручни лица.
 - × Да се едуцираат лицата со телесна попреченост за СРЗП преку семинари, обуки итн., на принцип на директен контакт (face-to-face), бидејќи така се постигнуваат најдобри резултати. Едукацијата да ги опфати оние табу-теми како што се сексуални односи и мастурбација, за која лицата најмалку имаат информации.
 - × Потребна е дополнителна обука на медицинскиот персонал за потребите на лицата со телесна попреченост и за начинот на кој тие треба да се третираат, односно да знаат зошто треба во одредени ситуации ЛТП да имаат одредени предности (да не чекаат предолго за прегледи и сл.).
 - × Да се овозможи пристап до јавните здравствени установи и институции, бидејќи и лицата
-

со телесна попреченост имаат право на здравствено лекување. За жал, сè уште постојат многу ординации и приватни клиници што не се пристапни за нив.

III^{та} ФОКУС-ГРУПА:

- × Потребни се обуки за лекари што ќе укажат на потребите на ЛТП, за да бидат поинформирани и на тој начин да се зголеми нивната свест за оваа популација.
- × Олеснет пристап до институции што нудат СРЗ сервиси и услуги: пристапни рампи, отстранување на лизгавите подови, лифтови и сл.
- × Потребен е развој на сервиси за патронажна грижа на мајките и новороденчињата во текот на првата година по породувањето, особено за оние мајки што не се способни сами да се грижат за своето бебе. Некои мајки имаат лица (роднини и/или пријатели) што им помагаат во секојдневната грижа за своето дете, но има и мајки што не се во состојба сами да се грижат за детето, а воедно немаат и лица што би можеле да им помогнат во тоа.
- × Подигнување на јавната свест на општата популација за СРЗ-потребите на лицата со физичка попреченост.
- × Обезбедување адаптирана опрема во институциите за спроведување на сите прегледи и тестирања, кои ЛТП имаат право да ги користат. На тој начин ЛТП повеќе би посетувале лекар и нема да им биде непријатно, бидејќи нема да зависат од нивната помош да се качат на кревет или стол, или, пак, воопшто да може да се пристапи во самата установа.

IV^{та} ФОКУС-ГРУПА:

- × Самите лица со попреченост треба да бидат поактивни. На тој начин можат да ѝ покажат на пошироката заедница дека можат да функционираат непречено.
- × Многу често родителите се бариера за социјализација на лицата со попреченост, поради што е потребно да се спроведе и едукација со родителите.
- × Потребно е да се сензибилизира општата јавност во однос на потребите и СРЗ на лицата со попреченост.
- × Преку најразлични културни и уметнички настани (театарски претстави, манифестации и слично) може да се промени перцепцијата кај општата популација дека и лицата со попреченост се сексуални битија.

-
- × Потребна е едукација на самите лица со попреченост за сексуалноста, потребно е тие да се себезапознаат и да бидат повеќе информирани за СРЗ.

V^{та} ФОКУС-ГРУПА:

- × Да се организираат обуки, едукации за родителите на лицата со телесна попреченост со цел да се подигне свеста за сексуалните потреби на нивните деца.
 - × Да се едуцираат лицата со телесна попреченост за своите СРП, да имаат информации за СПИ и ХИВ/СИДА, како и за темата сексуалност воопшто, бидејќи многу мал процент располагаат со целосни и точни информации.
 - × Да се направат „on-line“ веб-страници, како сигурен извор, од каде што би можеле да добијат одговори на прашањата што нив ги интересираат.
 - × Да се овозможи физичка достапност, т.е. институциите да се пристапни за лица со телесна попреченост.
 - × Да се сензитивизираат лекарите во однос на нивната состојба и да се едуцираат во однос на контраиндикациите и другите можни компликации што би можеле да настанат во однос на нивната состојба и земањето додатна терапија и контрацептивни средства.
-

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА ОД ЕКСПЕРТИ И ДАВАТЕЛИ НА УСЛУГИ

Со ова истражување се опфатени вкупно 11 експерти и даватели на услуги. Тие имаа можност да ги наведат сопствените искуства и знаења што ги имаат за работата со лица со телесна попреченост, а воедно и предлозите за унапредување на состојбата на оваа категорија на население по однос на сексуалното и репродуктивното здравје.

Нивните мислења и знаења се особено значајни за процесот во кој би требало да се движат реформите на креирање услуги за сексуалното и репродуктивното здравје за лица со попреченост, воопшто.

За таа цел се поставија вкупно 15 прашања по различни теми (професионално искуство, сексуални и репродуктивни права, стигма и дискриминација, пристап). Експертите имаа можност одговорите да ги достават писмено по електронски пат или преку однапред закажано интервју. За секое поединечно прашање одговорите се сумирани и анализирани како што се прикажани подолу.

ПРОФЕСИОНАЛНО ИСКУСТВО

1. ДАЛИ ДОСЕГА СТЕ ИМАЛЕ ПРОФЕСИОНАЛЕН КОНТАКТ СО ЛИЦЕ СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ?

Од вкупно 11 испитаници, 7 имале професионален директен контакт со лице со телесна попреченост, за разлика од останатите 4, кои немале, но сепак на еден или друг начин се вклучени во процесот на креирање политики и за оваа категорија на население. Има случај каде што давателот на услуги работи во Дневен центар за лица од над 18 години со интелектуална попреченост, при што структурата на нивните корисници е хетерогена – претежно се лица со умерена и тешка интелектуална попреченост, но имаат и корисници со комбинирани пречки (некои од нив се со нарушена моторика) и еден корисник со церебрална парализа, што покажува дека не секогаш дневните центри се строго дефинирани за одредена група, а тоа, пак, од друга страна, изискува познавање и стручност воопшто за лица со попреченост, а оттаму и посебен индивидуален пристап кон секое лице.

Има и такви што и покрај тоа што немале директен професионален контакт со овие лица, сепак, имаат учествувано на отворена дебата на тема за сексуалното и репродуктивното здравје на лицата со попреченост, организирана од страна на Асоцијацијата за здравствена едукација и истражување – ХЕРА.

2. КАКВО Е ВАШЕТО ПРОФЕСИОНАЛНО ИСКУСТВО СО НИВ?

Испитаниците што имале контакт со лица со телесна попреченост, генерално, немале тешкотии при работата со нив, ниту пак поинакво гледиште или однесување за разлика од останатите.

Единствената тешкотија што ја посочуваат лекарите во работата со оваа категорија пациенти е во тоа што е потребно повеќе време и трпение во земањето на анамнестичките податоци. Кај дел од овие пациенти, и покрај помошта укажана од страна на нивниот придружник (најчесто родител), податоците од сексуалната област тешко се добиваат. Според нив, потребно е повеќе време за работа со нив од аспект на доверба и објаснување за да можат да бидат послободни во нивниот разговор, особено за теми поврзани со СРЗ, што, пак, во услови на амбулантска работа, каде што вообичаено има голем проток на пациенти, создава напнатост кај пациентот и послаба соработка, што, пак, од друга страна, рефлектира на односот лекар-пациент.

СЕКСУАЛНИ И РЕПРОДУКТИВНИ ПРАВА НА ЛИЦА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ

3. СПОРЕД ВАС, КОИ СЕКСУАЛНИ И РЕПРОДУКТИВНИ ПРАВА ТРЕБА ДА ГИ УЖИВААТ ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ, А КОИ ТРЕБА ДА БИДАТ ПОВЕЌЕ КОНТРОЛИРАНИ И ЗОШТО?

Општо од сите е прифатено дека почитувањето на сексуалните и репродуктивните права на генералната популација, како и целосното подобрување на квалитетот на здравствените услуги во овој сегмент водат до почитување на овие права и кај лицата со телесна попреченост (доверливост, приватност, намалување на географските и административните бариери за целосен пристап до услугите, право на пристап до навремена и точна информација поврзана со сексуални и репродуктивни потреби на оваа категорија лица).

Лицата со телесна попреченост треба да ги уживаат СРП и да им бидат овозможени сите права од областа на СРЗ. Интернационалната федерација за планирано родителство (IPPF) ја издаде публикацијата Сексуални права, која претставува декларација што гарантира дека сексуалните права како човекови права се почитуваат, така што сите индивидуи ја уживаат слободата и правото на избор во својот сексуален и репродуктивен живот. Декларацијата е дел од основите на сите интернационални инструменти и стандарди за човекови права, со фокус на тоа дека сексуалните и репродуктивните права и слободи се основа за исполнет и задоволен живот. На лицата лишени од можноста за уживање на сексуалните и репродуктивните права и слободи им се оспорува капацитетот да го живеат животот според

нивните лични вредности и верувања. Сексуалноста е интегрален дел на личноста на секое човечко суштество и затоа мора да се создаде поволна средина во која секој може да ги ужива сите сексуални права како дел од процесот на развојот.

Сепак, по однос на остварувањето на нивните СРП има неусогласено мислење кај дел од експертите. Поголем дел од нив сметаат дека треба да ги уживаат истите права како и останатите и не гледаат причини да им се ограничат сексуалните права, доколку самите лица физички се во можност. По однос на репродуктивните права имаше и такви што сметаат дека треба да се разгледуваат од случај до случај, во зависност од видот и степенот на попреченост и доколку барем едниот партнер е во можност да го чува детето – во спротивно треба да се советува за можноста за чување дете.

Меѓу испитаниците имаше и такви што сметаат дека лицата со телесна попреченост треба да ги уживаат сите права, но со ограничување на бројот на децата, доколку немаат помош од семејството, а државата не може да помогне.

4. ДАЛИ СПОРЕД ВАС ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ СЕ СООЧУВААТ СО ПРОБЛЕМИ КОГА ОСТВАРУВААТ ИНТИМНИ ОДНОСИ?

АКО ДА, ВЕ МОЛАМ ОПИШЕТЕ ГИ ПРОБЛЕМИТЕ. ДАЛИ ТИЕ ПРОБЛЕМИ СЕ ИСТИ ЗА МАЖИТЕ И ЖЕНИТЕ? МОЛАМ ОБЈАСНЕТЕ ЗОШТО ТАКА СМЕТАТЕ.

Поголем дел од испитаниците одговорија потврдно на ова прашање. Во зависност од степенот на попреченоста, лицата со телесна попреченост наидуваат на различни проблеми кога остваруваат интимни односи. Некои од нив сметаат дека лицата со телесна попреченост имаат многу мала самодоверба (поради попреченоста што ја имаат и генералниот став на општеството кон попреченоста) во комуникацијата и интеракцијата со останатата социјална средина, а тоа ги намалува можностите за избор на соодветен интимен/или сексуален партнер/ка. Други, пак, сметаат дека проблемите кај лицата со телесна попреченост се од практична и психолошка природа при остварувањето интимни односи. Проблемите од практична природа се манифестираат кога се оневозможени да направат посакувани движења, а проблемите од психолошка природа се манифестираат како бариери за остварување целосен интимен однос, искривена слика за сопственото тело, очекувања да се задоволат одредени критериуми и сл. На некој начин, стигмата и табуата во сексуалната проблематика, кои постојат и меѓу општата популација, само се мултиплицираат кај лицата со попреченост.

Како еден од проблемите со кои се соочуваат при остварувањето на интимните односи беше посочена неможност за остварување целосен физички сексуален контакт во зависност од видот и степенот на телесната попреченост, што, пак, од своја страна негативно влијае на нивното севкупно здравје (депресивност, анксиозност, незадоволство и сл.), а секако и на социјалниот аспект, со што се потхранува социјалната ексклузија со која се соочуваат, бидејќи самата попреченост им го отежнува создавањето интимни/љубовни врски и создавањето семејство.

По однос на родовите разлики и проблемите што ги имаат мажите и жените, немаат некое посебно мислење за тоа кој е позасегнат (мажот или жената), при што сметаат дека страдаат еднакво. Според нив, можеби мажите тоа го доживуваат како голем удар на нивната машкост – од проста причина што кај нас сè уште поделбата на родовите улоги и традиционалните норми се такви што „неспособноста“ на мажите се доживува како голем срам за мажот, додека за жената „не е трагично да не биде сексуално активна“, иако преовладува мислењето дека жената секогаш е изложена на поголема дискриминација и поограничени можности. Освен тоа, секој вид попреченост со себе носи и свои последици (помалку или повеќе).

СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЈА

5. КАКО, СПОРЕД ВАС, ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ ШТО ИМААТ ДЕЦА СЕ ПРИФАТЕНИ ОД ОПШТЕСТВОТО?

Мислењето по однос на оваа прашање е разнолико – има експерти што сметаат дека добро се прифатени, други дека не се соодветно прифатени, оние што сметаат дека не делат еднакви права со останатите, па дури и до скептично мислење околу нивната способност да бидат родители. Генерално, експертите и давателите на услуги се согласуваат дека родителите и нивните деца со попреченост се опкружени со голема доза сожалување од страна на околината, а тоа ги прави овие семејства уште поранливи. И самите институции најчесто нудат пасивна помош (разни социјални парични пакети), но не и начин како овие лица и нивните семејства активно да учествуваат во социјалниот живот.

Дел од испитаниците сметаат дека во поразвиените средини, каде што луѓето се поинформирани за способностите и потребите на лицата со телесна попреченост, тие се поприфатени, за разлика од не толку развиените, па дури и руралните места каде што попреченоста повеќе се потенцира и преовладува мислењето дека истите се помалку способни за многу нешта, па дури и за одгледување потомство. Исто така, посочено е дека прифатеноста во голема мера зависи и од степенот на образованието и едуцираноста на околината, како фактор што влијае на општото мислење.

Сепак, и покрај тоа, забележителна е тенденцијата за изградба на позитивно мислење. Експертите, односно давателите на услуги, сметаат дека стигмата сè повеќе се намалува и се на мислење дека постои позитивен тренд, односно дека лицата со попреченост сè помалку се стигматизираат во однос на сè, па и во однос на тоа дали ќе имаат деца.

6. ДАЛИ ВООПШТО ПОСТОИ ЈАВНА СТИГМА КОН ОВАА КАТЕГОРИЈА НА НАСЕЛЕНИЕ?

Поголем дел од нив сметаат дека јавна стигма сè уште постои кон оваа категорија на граѓани. Најчесто тоа е поради неинформираноста на луѓето за потребите, способностите и потенцијалите на лицата со попреченост: „Сè уште можат да се забележат скриени погледи, страв, сожалување, понижување, и сл.“, а сето тоа води кон отежната социјална интеграција на лицата со попреченост.

За да се промени тоа, сметаат дека е потребно многу работа, првенствено за подигнување на јавната свест за тоа дека сите луѓе се еднакви и дека проблемот е во тоа како ја преципираме разликата, а не во самата разлика.

Сепак, како и во претходното прашање, јавната стигма со текот на времето е сè помала, што најчесто се должи на поголемата информираност на општата популација за потребите на оваа категорија граѓани.

7. ДАЛИ СМЕТАТЕ ДЕКА ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ ГИ УЖИВААТ ИСТИТЕ УСЛУГИ ЗА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ КАКО И ОСТАНАТИТЕ? МОЛАМ ОБЈАСНЕТЕ.

Повеќето испитаници сметаат дека услугите од оваа област се лимитирани од повеќе причини (географски, административни, квалитет на услуга) и за општата популација, а уште поизразени се кај овие лица. Сервисите што нудат услуги од областа на СРЗ во Република Македонија ги има во недоволен број, а и тие што нудат информации од ваков тип главно се ориентирани кон општата популација.

Како една од основните причини поради кои не ги уживаат истите услуги за СРЗ што ги наведуваат е: јавната стигма, гневноста и повлеченоста на овие лица.

Постоењето и на најмала стигма и дискриманција од страна на здравствените работници го компромитира квалитетот и достапноста на услугата: „Пациентот што ќе почувствува дискриманција на своја кожа се соочува со субјективна бариера, која ако не може да ја надмине, ќе го одложи барањето на здравствената услуга или во иднина сосема ќе го избегне барањето на услугата“.

ПРИСТАП

8. ДАЛИ СПОРЕД ВАС ГИНЕКОЛОШКИТЕ И ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОШКИТЕ СЕРВИСИ/ОРДИНАЦИИ ГИ ЗАДОВОЛУВААТ ПОТРЕБИТЕ НА ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ? (ДАЛИ ИМААТ ОБУЧЕН КАДАР ЗА РАБОТА СО ОВАА КАТЕГОРИЈА ГРАЃАНИ? ДАЛИ ИМААТ ФИЗИЧКА ПРИСТАПНОСТ? ДАЛИ Е ПОТРЕБЕН ПОИНАКОВ ПРИСТАП И НАЧИН НА РАБОТА ЗА РАЗЛИКА ОД ЛИЦАТА ШТО НЕМААТ ПОПРЕЧЕНОСТ?)

Недостатокот на комуникациски вештини и недоволната обука за работа со овие лица е можна причина за намален пристап до овие сервиси од страна на лицата со попреченост, но можеби и свесноста кај самите лица за потребата од овие сервиси е минимална.

Од друга страна, пак, мрежата на овие сервиси е исто така ограничена. Гинеколошките и дерматовенеролошките сервиси не ги задоволуваат доволно потребите на лицата со телесна попреченост. Како особен недостаток на овие сервиси е истакнат проблемот што се јавува во руралните и оддалечените подрачја, што дополнително го намалува пристапот поради ограничената мобилност на лицата со телесна попреченост. Сепак, забележано е дека физичката пристапност се подобрува кај новите здравствени објекти (ГАК, Скопје), но кај старите останува како проблем што треба да се надмине.

Покрај пристапноста, особено е значајно закажувањето на пациентот во точно определено време, со што ќе се овозможи однапред планирано време што ќе биде посветено на поединецот, лицето со телесна попреченост, и соодветно на тоа ќе има повеќе време за консултации и преглед од вообичаено.

Во однос на кадарот експертите сметаат дека нема обучен кадар што треба да работи со оваа категорија граѓани, бидејќи самото образование на стручните лица и нивните обуки главно е насочено кон справување и решавање на проблеми со кои се соочува нормалната популација, за разлика од лицата што се со вродена попреченост. Некои од нив, пак, сметаат дека здравствениот кадар нема воопшто вештини (комуникациски, недискриминаторски, инклузивни практики) за работа со оваа категорија. Кога се работи со лица со попреченост, потребен е поинаков пристап, разбирање, толеранција и трпение во работата, самите ординации треба да обезбедат соодветен физички пристап и апаратура со што своите услуги ќе ги направат достапни за лицата со попреченост.

Генерално, сите испитаници се на мислење дека е потребен поинаков пристап на работа со

овие лица, со исклучок на мислењето од еден експерт, кој смета дека не е потребен поинаков пристап и начин на работа од лицата што немаат попреченост, туку е потребно да се промени сегашниот пристап, кој е полн со стигматизирачки и дискриминаторски практики. Со други зборови, потребен е нов пристап, а не поинаков.

9. ДАЛИ ВО ОБУКИТЕ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ СЕ ОБРНУВА ВНИМАНИЕ ЗА РАБОТА СО ЛИЦА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ И ВООПШТО СО ЛИЦА СО ПОПРЕЧЕНОСТ И ДАЛИ ТИЕ ГИ ПОЗНАВААТ НИВНИТЕ ПОТРЕБИ ПОВРЗАНИ СО СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ?

Давателите на услуги и воопшто експертите сметаат дека во додипломските студии нема такви модули, а во рамките на професионалниот развој овој сегмент е минимално застапен. Нема воопшто никаква посебна едукација за лицата со попреченост, а веројатно многумина од стручниот кадар и не се запознаени со потребите што овие лица ги имаат по однос на сексуалното и репродуктивното здравје. Дерматолозите сметаат дека немаат такви обуки во кои тие се вклучени и веројатно според нив такви или слични обуки посетуваат психијатрите.

Генерално, здравствените работници сметаат дека медиализираниот пристап во едукацијата на здравствените работници е сè уште доминантен и не го опфаќа социјалниот аспект на лицето со попреченост.

10. СО КАКВИ БАРИЕРИ СЕ СООЧУВААТ ПРИ КОРИСТЕЊЕТО НА ИНФОРМАЦИЈИТЕ И СЕРВИСИТЕ ЗА СРЗ?

Недостигот на информација каде да се обратат, оддалечени институции (главно лоцирани во урбаните подрачја), несоодветни архитектонски пристапи, пристапи на здравствени работници што најчесто не се во согласност со потребите и интересите на овие лица (немање доволно време за разговор или советување), недоволно квалитетни услуги во доменот на рехабилитацијата и превенцијата на трајната оштетеност, социјалниот аспект на попреченоста не се зема предвид (се користи само медиализиран пристап) – тоа се само дел од проблемите, односно бариерите што се посочени од страна на испитаниците, а со кои се соочуваат лицата со телесна попреченост.

Според нив, најчесто сервисите што обезбедуваат информации за СРЗ се доставуваат од институции што се непристапни за лицата со телесна попреченост – „речиси сите сервиси се наоѓаат на кат и немаат лифтови“. Исто така, сметаат дека нема доволен број сервиси што нудат информации од областа на СРЗ, а и оние сервиси што нудат информации се ориентирани главно кон општата популација. Како бариера може да се јави и јазикот што го користат давателите на услуги.

Има и такви што бариерите ги класифицираат на објективни и субјективни. Од објективните, покрај наведената недоволна физичка пристапност, посочен е и недостатокот на финансии затоа што инвалидноста ги прави почувствителни на економска зависност, невработеност, што уште повеќе ја потхранува постоечката ексклузија; а од субјективните ја посочуваат изложеноста на стигма и дискриминација, страв од осудувачкиот однос на вработените и сл.

11. ЗА КОИ ИНФОРМАЦИИ И СЕРВИСИ ПОВРЗАНИ СО СРЗ СМЕТАТЕ ДЕКА Е ПОТРЕБНО ОВИЕ ЛИЦА ДА ИМААТ ПОГОЛЕМА ПРИСТАПНОСТ?

Одговорите што беа доставени од страна на испитаниците по однос на ова прашање најчесто се однесуваат на:

- × советување, асистенција и медијаторство во упатување во други установи;
- × рехабилитациски сервиси;
- × сервиси за социјална поддршка;
- × средства за контрацепција.

Освен тоа, според нив, треба да бидат информирани за сексуално преносливи инфекции (СПИ), за антенатална и перинатална заштита и сл. Лицата со попреченост треба да имаат поголема пристапност до информации и сервиси што обезбедуваат поддршка во однос на разбирањето на сексуалноста и сексуалниот развој, да располагаат со информации и знаења за СРЗ, за тоа што значи врска, партнер и брак, бидејќи и лицата со попреченост ги имаат овие права како и сите други граѓани.

Исто така, испитаниците сметаат дека сервисите треба да обезбедат информации за начинот на заштита при сексуален однос и заштита од сексуална експлоатација, како и информации за надминување на објективните и субјективните пречки што се однесуваат на лицата со телесна попреченост. Овие сервиси треба да обезбедат континуирано информирање и едукација на лицата со попреченост.

За сето тоа потребно е првенствено на соодветен начин да бидат доставени информациите за постоењето на соодветни сервиси, за времето на нивното работење, за вработениот персонал, како да се дојде до нив, кога и сл.

12. ДАЛИ СМЕТАТЕ ДЕКА АНТЕНАТАЛНИТЕ УСЛУГИ СЕ ДОСТАПНИ ЗА ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ? (ДАЛИ СЕ ЗАБЕЛЕЖИТЕЛНИ ФИЗИЧКИ БАРИЕРИ И КОМУНИКАЦИСКИ ПРОБЛЕМИ, СТИГМА И СЛ.)

Генерално, испитаниците сметаат дека антенаталните услуги се достапни за лица со телесна попреченост, како и кај сите други, со тоа што бариерите за пристап и стигмата остануваат

валидни и поизразени за оваа категорија на население. Според дел од нив, перинаталните услуги се недоволно достапни за лицата со телесна попреченост од причина што сервисите што ја даваат оваа услуга се недоволно опремени, а здравствените работници недоволно обучени за работа со овие лица. Како бариера го истакнуваат и јазикот што го користат давателите на услуги, кој најчесто е обременет со многу медицински термини што се неразбирливи за лицата со попреченост.

Како добар пример за физичка пристапност на лица со телесна попреченост беше спомената ЈЗУ Клиника за гинекологија и акушерство во Скопје, која е една од поновите здравствени објекти, што укажува на тоа дека сепак постои позитивна тенденција кон надминување на бариерите за овие лица.

13. ДАЛИ СМЕТАТЕ ДЕКА ИМА РАЗВИЕНО ПОСЕБНИ СЕРВИСИ ЗА СРЗ ЗА ЛИЦА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ?

Интересно е тоа што поголем дел од испитаниците што сметаат дека нема развиено посебни сервиси за СРЗ за лица со телесна попреченост, исто така сметаат и дека не треба да има посебни сервиси за овие лица, бидејќи тоа би ја зголемило стигматизацијата и социјалната исклученост. Она што тие го наведуваат е дека е потребна поголема флексибилност на сервисите и прилагодување на потребите на овие лица и тоа: флексибилно работно време, архитектонски пристапи, мултидисциплинарни тимови, интегрирано спроведување на услугите и сл. Освен тоа, потребно е да се обучат здравствените работници при давањето услуги со цел да имаат социјални компетенции за работа со нив и да им помогнат во социјалната инклузија.

Само еден од испитаниците сподели дека НВО ХЕРА спроведува програма за сексуалното и репродуктивното здравје на лица со телесна попреченост.

14. ДАЛИ СМЕТАТЕ ДЕКА ИНФОРМАЦИИТЕ ЗА СРЗ СЕ ДОСТАПНИ ЗА ЛИЦА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ?

Поголем дел од испитаниците сметаат дека информациите за СРЗ не се достапни за лица со телесна попреченост, но исто така сметаат дека генерално има слаба достапност на информации и кај останатата популација во однос на оваа тема. Во тој сегмент како поефикасен го посочуваат невладиниот сектор, кој треба да биде поддржан и од страна на јавните институции. Сепак, никој не го негира фактот дека во последно време се прават повеќе напори за овие лица да имаат достапна информација.

15. КОИ МЕРКИ БИ ГИ СУГЕРИРАЛЕ ЗА ДА СЕ УНАПРЕДИ СОСТОЈБАТА НА ЛИЦАТА СО ТЕЛЕСНА ПОПРЕЧЕНОСТ ПО ОДНОС НА СРЗ?

Како едни од мерките испитаниците ги посочија следните предлози:

- × обуки на стручните лица и на сите останати вработени во здравството за потребите од СРЗ на лица со попреченост;
- × надминување на физичките бариери за пристап;
- × соодветни гинеколошки столици и маси за преглед;
- × избегнување на претерана љубезност и сервилност при давањето на услугите;
- × подигнување на јавната свест за потребите од сексуалното и репродуктивното здравје на лицата со попреченост, вклучувајќи ја и потребата да ја изразат својата сексуалност, правото на репродукција;
- × да се креираат сервиси за СРЗ во согласност со потребите и можностите на лицата со попреченост;
- × да се предвидат програми за сексуално образование во институциите и организациите што работат со лицата со попреченост;
- × да се донесат политики што не ги дискриминираат и не ги исклучуваат лицата со попреченост;
- × да се креираат јавни политики што при креирањето ќе ги вклучат лицата со попреченост во сите фази на донесувањето одлуки за таа политика;
- × да се обезбедат финансиски средства од буџетот на РМ за спроведување на квалитетни сервиси и програми за СРЗ;
- × изградба на додатни сервиси и останати потреби за овие лица;
- × поголема едукација на општеството за прифаќање на овие лица, но и обука за лицата со телесна попреченост за полесно справување со својата попреченост;
- × групи за поддршка (групна психотерапија);
- × вработување и бесплатна обука за одредени вештини;
- × заеднички средби меѓу лицата со телесна попреченост, размена на искуства, информации, предавања итн.

Освен наведените, испитаниците, покрај потребата од едукација на здравствените работници и лицата со попреченост, ја посочија и потребата од едукација и на старателите на лицата со попреченост, максималното искористување на мрежата на НВО што работат во оваа сфера, ангажирањето стручни лица од соодветни здравствени и социјални служби, па дури и ангажирање компетентни лица од граѓански здруженија што работат на оваа проблематика, а кои би предавале на тема СРЗ.

Намалувањето на финансиските бариери преку вработувања е предлог посочен за унапредување на општата состојба на лицата со попреченост, а не само поддршка преку социјална помош – социјалните мерки се потребни за лицата со тешка попреченост, но не и за оние што се работоспособни, затоа што вработеноста, економската независност, како и создавањето поширок круг пријатели и колеги е најважен начин за намалување на социјалната ексклузија, а оттаму и за формирањето интимни врски, за подигнувањето на самодовербата и подобрувањето на менталното/психичкото здравје, како дел од севкупното здравје.

ОПШТИ ЗАКЛУЧОЦИ

ТЕМА: ОПШТО ПОЗНАВАЊЕ ЗА СЕКСУАЛНИТЕ И РЕПРОДУКТИВНИТЕ ПРАВА

- × Лицата со телесна попреченост имаат малку информации за СРЗ-правата што треба да ги уживаат.
- × Лицата со телесна попреченост немаат информација за постоењето на Национална стратегија за сексуалното и репродуктивното здравје.
- × Правото на избор на матични лекари и матични гинеколози е ограничено за голем број лица со телесна попреченост, поради физичка непристапност на голем број Здравствени домови и ординации.
- × Лицата со телесна попреченост најголеми ограничувања имаат во делот на врските и односите, односно стапувањето во брак и планирањето семејство. Причините за тоа се автостигмата кај самите лица, ниската самодоверба, предрасудите од семејствата и општата популација во однос на способностите и можностите на лицата со телесна попреченост за грижа за себе и за други.
- × Предизвиците со пристапот до здравствено осигурување се исти како и за општата популација. Лицата со телесна попреченост честопати не посетуваат лекар, бидејќи не се во можност да платат партиципација и/или комплетна услуга.
- × Лицата со попреченост немаат доволно пристап до соодветни и сеопфатни СРЗ информации. Слично како кај општата популација, како извори на информациите што ги користат се посочуваат матичните лекари, интернетот, медиумите, пријателите. Со родителите се разговара многу ретко и најчесто кога има сериозна СПИ-инфекција или сериозен проблем поврзан со СРЗ.

По однос на сексуалните права поголем дел од експертите сметаат дека лицата со телесна попреченост треба да ги уживаат истите права како и сите останати, за разлика од репродуктивните права каде што имаат задршки и сметаат дека треба да се разгледуваат индивидуално по случај, во зависност од видот и степенот на попреченост, како и од тоа дали барем едниот партнер е во можност да го чува детето.

ТЕМА:**ЗАШТИТА НА СЕКСУАЛНИТЕ И РЕПРОДУКТИВНИТЕ ПРАВА**

- × Лицата со телесна попреченост имаат недоверба во институциите (во системот) задолжени за третирање на проблематика поврзана со заштитата на правата на пациентите, СРЗ-правата и дискриминацијата. Дури и да поднесат тужба за прекршување на СРЗ-правото, тоа би претставувало дополнително измачување за нив, затоа скептично гледаат кон завршницата на целиот процес.
- × Лицата со телесна попреченост честопати наидуваат на низок праг на толеранција од страна на другите лица, па дури и од страна на другите пациенти, што уште укажува на ниското ниво на свесност помеѓу општата популација за потребите на оваа категорија на население.

Дел од експертите/давателите на услуги сметаат дека стигмата и табуите во сексуалната проблематика што постојат и меѓу општата популација се мултиплицираат кај лицата со попреченост.

Генерално, и двете целни групи на ова истражување (лицата со телесна попреченост и експертите/давателите на услуги) сметаат дека јавната стигма со текот на времето е сè помала, што најчесто се должи на поголемата информираност на општата популација за потребите на оваа категорија граѓани.

ТЕМА:**УСЛУГИ ЗА СЕКСУАЛНОТО И РЕПРОДУКТИВНОТО ЗДРАВЈЕ (СРЗ) – ОПШТО**

- × Лицата со телесна попреченост од СРЗ-сервиси најчесто користат гинеколог, особено за планирање семејство, контрацепција и безбедна бременост. Но, генерално релативно мал е бројот на лицата со телесна попреченост што користат СРЗ-сервиси. Како причини за ова се наведуваат:

- × немањето сексуален партнер/ка, т.е. немањето активен сексуален живот;
- × социјалната изолација;
- × архитектонските бариери;
- × финансиските причини;
- × зависноста од лицето што би ги придружувало;

Генерален заклучок е дека жените со телесна попреченост повеќе ги користат СРЗ услугите и посетуваат гинеколог, за разлика од мажите, кои поретко одат на дерматовенеролог или уролог.

Мажите поретко посетуваат лекари за СРЗ. Велат дека причината за тоа е недовербата во медицинските лица за прегледи и совети за лицата во количка, а многу често и самите лица немаат информации или не знаат каде да се обратат за одреден проблем за СРЗ.

За разлика од мажите, жените најчесто знаат дека треба да се обратат на гинеколог доколку им е потребна некоја СРЗ-услуга.

- × Од гинеколошките услуги жените најчесто ги користат рутинските прегледи, ПАП-тестот, како и тестот за бременост, при што ПАП-тестот го поистоветуваат со другите тестови за СПИ.
- × Честопати жените со телесна попреченост имаат проблем со гинеколошките прегледи поради несоодветните столици за преглед (без хидраулика, многу високи, неможност за поставување на нозете на местата предвидени на столот поради проблеми со карлицата или спазми).

Поголем дел од експертите и давателите на услуги сметаат дека за ова категорија на лица не треба да има посебни сервиси за СРЗ, бидејќи тоа би ја зголемило стигматизацијата и социјалната исклученост.

Давателите на услуги сметаат дека е потребно повеќе време и трпение во земањето анамнестички податоци од лицата со попреченост.

Исто така, експертите/давателите на услуги истакнуваат дека гинеколошките и дерматовенеролошките сервиси не ги задоволуваат доволно потребите на лицата со телесна попреченост. Како особен недостаток на овие сервиси се истакнува проблемот што се јавува во руралните и оддалечените подрачја, што дополнително го намалува пристапот поради ограничената мобилност на лицата со телесна попреченост.

**ТЕМА:
УСЛУГИ ЗА СЕМЕЈНО ПЛАНИРАЊЕ**

- × Лицата со телесна попреченост недоволно се информираат, советуваат и користат услуги за планирање семејство. Кога сепак тоа го прават, советувањата се со матичните лекари/гинеколози. Дополнително го истакнуваат ставот и предрасудите на општата популација, а честопати и на семејствата, дека не сите лица со попреченост се способни да имаат деца и да се грижат за нив.
- × Лицата со телесна попреченост го посочија кондомот како контрацептивно средство што најмногу се користи. Постои многу слаба информираност и едуцираност за другите видови контрацепција помеѓу лицата со телесна попреченост. Жените се тие што се поупатени за разлика од мажите.
- × Дел од аптеките се непристапни за лицата со телесна попреченост, па оттаму и пристапот до контрацептивните средства е ограничен за нив.

**ТЕМА:
УСЛУГИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА НА СПИ И ХИВ/СИДА**

- × Лицата со телесна попреченост многу ретко прават тест за ХИВ/СИДА. Освен тоа, голем дел од нив не се информирани на кои начини може да биде пренесена ХИВ инфекцијата. Мала е информираноста помеѓу лицата со телесна попреченост за тоа каде може да направат бесплатно тестирање за ХИВ/СИДА, СПИ и сл.
- × Најчесто лицата со телесна попреченост не прават тестирање за ХИВ/СИДА, СПИ поради тоа што се срамат да не бидат „етикетирани“ како лица што се носители на овој вирус или други СПИ.
- × Постои јавна стигма од општата популација дека лицата со телесна попреченост се асексуални, меѓутоа постои и автостигма, главно поради тоа што немаат активен сексуален живот и личен партнер. Соодветно на тоа, сметаат и дека немаат потреба од услуги на СРЗ, доколку не се сексуално активни.

**ТЕМА:
СЕКСУАЛНОСТА И ЗАДОВОЛСТВОТО**

Лицата со телесна попреченост за темата сексуалност и сексуални активности, по однос на предизвиците со кои се соочуваат, најчесто разговараат со своите пријатели и матичните лекари. Некои од лицата со телесна попреченост за СРЗ-теми разговараат и со родителите, но сепак за интимните прашања многу ретко се дискутира.

-
- × Мал е бројот на лицата со телесна попреченост што воопшто се осмелуваат да се консултираат со лекарите во врска со задоволувањето на нивната сексуална потреба и најсоодветниот начин за тоа. Меѓутоа, често се случува и да ги прашаат лекарите, па тие да немаат одговор на нивните прашања.
 - × Честопати психолозите и медицинските лица, прават грешка со тоа што кон лицата со телесна попреченост се однесуваат исто како да се лица со интелектуална попреченост.

Експертите/давателите на услуги истакнаа дека:

Во обуките на здравствените работници, особено во додипломските студии, нема посебни модули за СРЗ кај лицата со телесна попреченост, а во рамките на професионалниот развој овој сегмент е минимално застапен. Медикализираниот пристап во едукацијата на здравствените работници е сè уште доминантен и не го опфаќа социјалниот аспект на лицето со попреченост.

Стручниот кадар речиси воопшто не е запознаен со потребите што лицата со телесна попреченост ги имаат по однос на сексуалното и репродуктивното здравје.

ПРЕПОРАКИ

- × Потребно е подигнување на јавната свест кај општата популација за потребите од сексуалното и репродуктивното здравје на лицата со попреченост, вклучувајќи ја и потребата да ја изразат својата сексуалност и право на репродукција.
 - × Неопходна е едукација и информирање за правата и услугите за СРЗ на лицата со телесна попреченост, намалување на автостигмата, вклучително и едукација на жената за родителство, за правото на избор за контрацепција и прекинување на бременоста, но и поголемо вклучување на мажите во едукацијата за СРЗ.
 - × Обуки на идниот професионален кадар (здравствен и социјален) за работа со лица со попреченост во делот на СРЗ.
 - × Спроведување едукација и информирање за СРЗ на родителите/старателите на лицата со телесна попреченост со посебен акцент на контрацепцијата и планирањето семејство.
 - × Обезбедување соодветни технички услови и неопходна медицинска опрема во гинеколошките ординации за лица со телесна попреченост, пред сè хидрауличен гинеколошки стол, помагала/опрема за трансфер на лице со попреченост од количка на стол/маса за преглед и сл.
 - × Лицата со телесна попреченост треба да имаат непречена физичка пристапност до здравствените објекти (пристапни рампи до здравствените установи и лифтови во истите: клиника, болници, здравствени домови, заводи, ординации, аптеки и сл.).
 - × Обезбедување на мобилни тимови на здравствени работници за доставување услуги за СРЗ (едукации и советувања за СРЗ, поддршка во семејствата со новороднче, советување и делење контрацепција) на лица со телесна попреченост.
-

При дефинирањето на горепосочените конкретни препораки што произлегоа од ова истражување, беа утврдени и некои поопшти препораки без кои не би можело целосно и во континуитет да се спроведуваат активности:

- × Потребно е да се креираат јавни политики и програми за СРЗ што ќе ги вклучат лицата со попреченост во сите фази на донесувањето одлуки за таа политика, следејќи го нивниот слоган „Ништо за нас без нас“.
 - × Да се обезбедат финансиски средства од буџетот на РМ за спроведување квалитетни сервиси и програми за СРЗ за лицата со попреченост.
 - × Граѓанскиот сектор треба да биде поддржан (политички и финансиски) од страна на државните и јавните институции. Потребно е максимално искористување на мрежата на НВО што работат во оваа сфера, ангажирање стручни лица од соодветни здравствени и социјални служби, па дури и ангажирање компетентни лица од граѓански здруженија што работат на оваа проблематика.
 - × Намалување на финансиските бариери преку вработувања со цел унапредување на општата состојба на лицата со попреченост, а не само поддршка преку социјална помош – социјалните мерки се потребни за лицата со тешка попреченост, но не и за оние што се работоспособни, затоа што вработеноста, економската независност, како и создавањето поширок круг пријатели и колеги е најважен начин на намалување на социјалната ексклузија, а оттаму и за формирањето интимни врски, за подигнувањето на самодовербата и подобрувањето на менталното/психичкото здравје, како дел од севкупното здравје кај овие лица.
-

БИБЛИОГРАФИЈА

1. Gender and Sexuality Cutting Edge Pack - Overview Report.:
http://www.bridge.ids.ac.uk/reports_gend_CEP.html#Sexuality (посетено на 19.11.2012)

2. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. Geneva, World Health Organization and United Nations Population Fund, 2009.

3. Rohleder P et al. HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. Disability and Rehabilitation, 2009.

4. The forgotten: HIV and disability in Tanzania. Dar es Salaam, Tanzanian Commission for AIDS, 2009 (<http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disability-tanzania.pdf>, посетено на 03.10.2012).

5. Chevarley FM et al. Health, preventive health care, and health care access among women with disabilities in the 1994–1995 National Health Interview Survey, Supplement on Disability. Women's Health Issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 2006.

6. Универзална декларација за човекови права (1948):
<http://www.un.org/en/documents/udhr/> (посетено на 21.11.2012)

7. Меѓународен пакт за економски, социјални и културни права (1976):
<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm> (посетено на 24.11.2012)

8. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, United Nations, 2006:
www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconve.pdf (посетено на 05.09.2012)

9. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. Geneva, World Health Organization and United Nations Population Fund, 2009.

10. Maart S, Jelsma J. The sexual behaviour of physically disabled adolescents. Disability and Rehabilitation, 2010.

-
11. Dyer O. Gynaecologist is struck off for sterilising women without their consent. *British Medical Journal*, 2002.
-
12. Grover SR. Menstrual and contraceptive management in women with an intellectual disability. *The Medical Journal of Australia*, 2002.
-
13. Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 2006.
-
14. Stansfield AJ, Holland AJ, Clare ICH. The sterilisation of people with intellectual disabilities in England and Wales during the period 1988 to 1999. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 2007.
-
15. Grover SR. Menstrual and contraceptive management in women with an intellectual disability. *The Medical Journal of Australia*, 2002.
-
16. Национална стратегија за сексуално и репродуктивно здравје (2010-2020): <http://www.sobranie.mk/WBStorage/Files/Nacionalna%20strategija.pdf> (посетено на 07.10.2012)
-



Х. Е. Р. А.
ОБДРУЖЕНИЕ ЗА ЗАКРЕПЕНА РОДИТЕЛСТВО И РЕПРОДУКЦИОННО ЗДРАВЈЕ

A Member Association of
IPPF International
Planned Parenthood
Federation
European Network



ГРАД СКОПЈЕ
ЌУЌЕТИ I ШКУРИТ

