

Покрајински Заштитник грађана – омбудсман

РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЉЕ ЖЕНА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ У АП ВОЈВОДИНИ

Косана Бекер и Вишња Баћановић

Нови Сад, децембар 2018. године

Израду ове публикације помогла је Мисија ОЕБС-а у Србији.

Ставови изречени у публикацији припадају искључиво ауторкама и њиховим сарадницима и сарадницама и не представљају нужно званичан став Покрајинског заштитника грађана - омбудсмана.

Ставови изречени у публикацији припадају искључиво ауторкама и њиховим сарадницима и сарадницама и не представљају нужно званичан став Мисије ОЕБС-а у Србији.

УВОД*	2
1. МЕЂУНАРОДНИ ПРАВНИ ОКВИР	3
Конвенција о правима особа са инвалидитетом	5
Општи коментар бр. 3 Комитета за права особа са инвалидитетом – Жене и девојчице са инвалидитетом	6
Опште препоруке Комитета за елиминацију дискриминације жена (CEDAW)	9
2. ПРАВНИ ОКВИР РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ	11
3. СЕКСУАЛНА И РЕПРОДУКТИВНА ПРАВА ЖЕНА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ	26
4. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	33
5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА	36
Домови здравља – Службе за здравствену заштиту жена	36
Болнице и клинички центри (одељења гинекологије и акушерства)	46
Резиденцијалне установе	48
Покрајински секретаријат за здравство и Институт за јавно здравље Војводине	54
Искуства и праксе здравствених радника и радница	54
Искуства жена са инвалидитетом	58
6. ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ	61

УВОД*

Термин *особе са инвалидитетом* означава „особе са урођеном или стеченом физичком, сензорном, интелектуалном или емоционалном онеспособљеношћу које услед друштвених или других препрека немају могућности или имају ограничене могућности да се укључе у активности друштва на истом нивоу са другима, без обзира на то да ли могу да остварују поменуте активности уз употребу техничких помагала или служби подршке“.¹ И мушкарци и жене са инвалидитетом субјекти су дискриминације по основу свог инвалидитета; ипак, жене са инвалидитетом су изложене двострукој дискриминацији - зато што су особе са инвалидитетом и зато што су жене.

Покрајински заштитник грађана – омбудсман у оквиру свога деловања посебно посвећује пажњу анализи положаја и остваривања права особа са инвалидитетом. Пратећи средства јавног информисања и у разговору са женама са инвалидитетом, Покрајински заштитник грађана – омбудсман дошао је до закључка да се репродуктивном здрављу жена недовољно посвећује пажња и да ово питање није довољно истражено.

Женама са инвалидитетом често нису приступачне здравствене услуге у превенцији и заштити њиховог репродуктивног здравља из различитих разлога, као што су институционалне и архитектонске баријере (неприлагођен прилаз зградама здравствене заштите, неприступачни тоалети, лифтови, непостојање хидрауличних гинеколошких столова, недовољно обучени гинеколози и друго здравствено особље у пружању услуга и сл), али и социјални, економски и други фактори посредовани социјалном искљученошћу и дискриминацијом према женама са инвалидитетом. Неким женама са инвалидитетом нису доступне информације о могућности гинеколошких прегледа, јер ове информације нису обезбеђене у приступачним форматима (нпр. Брајево писмо, смс сервис, аудио информације, различити прилагођени информативни материјали).

Полазећи од тога да свака особа има право на једнако квалитетну здравствену заштиту, као и да недоступне услуге у области репродуктивног здравља могу бити показатељ вишеструке дискриминације жена са инвалидитетом, Покрајински заштитник грађана је спровео истраживање како би прикупио податке о

* Вишња Баћановић је писала делове извештаја о искуствима и пракси здравствених радника и радница и искуствима жена са инвалидитетом, док је остале делове извештаја написала Косана Бекер. Закључке и препоруке дале су обе ауторке заједнички.

¹ Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом, члан 3. став 1.

недостацима који су присутни у пракси здравствених и других релевантних институција, као и да ли се и какве мере и активности спроводе у циљу унапређења репродуктивног здравља жена у АП Војводини. Резултати истраживања требало би да допринесу реалном сагледавању стања у општинама и градовима на територији Аутономне покрајине Војводине у погледу могућности жена са инвалидитетом у остваривању права на заштиту њиховог репродуктивног здравља.

У овом извештају најпре је дат преглед међународног и националног правног оквира који се односи на жене са инвалидитетом, са посебним освртом на њихово репродуктивно здравље. Након тога је представљена методологија према којој је урађено истраживање, као и резултати истраживања спроведеног у АП Војводини током 2018. године којим су се идентификовале праксе здравствених установа, искуства жена са инвалидитетом и искуства и праксе здравствених радника и радница у вези са здравственим услугама у области репродуктивног здравља жена са инвалидитетом. На крају су сумирани главни налази истраживања и дате препоруке институцијама у АП Војводини, али и другим актерима, са циљем унапређења приступачности и квалитета ових услуга за жене са инвалидитетом.

1. МЕЂУНАРОДНИ ПРАВНИ ОКВИР

Положају жена са инвалидитетом није се посвећивало много пажње све до скоро. Оне су биле искључене из државних политика, али и из покрета који су се бавили побољшањем положаја особа са инвалидитетом и заштитом њихових права, на начин да се није посебно водило рачуна о њиховом специфичном положају и изложености дискриминацији. Слично је и са државним политикама и покретима који су се бавили побољшањем положаја жена. У последњих десетак година забележени су извесни помаци, али патријархалне и стереотипне представе о улогама мушкараца и жена још увек су веома присутне у Србији, као и у другим државама, те отежавају положај жена са инвалидитетом.² Позитивне промене су се десиле на међународном плану, усвајањем докумената на универзалном и регионалном нивоу, што се одразило и кроз законске промене на националним нивоима. Међутим, законске промене су само први корак ка смисленом побољшању положаја жена са инвалидитетом.

² Лепојка Чаревић Митановски, Виолета Кочић Митачек и Марко Савић, *Жене са инвалидитетом у Србији – прва анализа стања и правне регулативе о положају жена са инвалидитетом у Републици Србији, ...* ИЗ КРУГА – организација за заштиту и подршку женама са инвалидитетом Србије и Центар за мониторинг и евалуацију, Београд, 2009.

У Србији особе са инвалидитетом чине 8% укупног становништва, од тога је 58% жена, које су често изложене вишеструкој дискриминацији и суочавају се са бројним препрекама у остваривању својих права.³

Жене са инвалидитетом су дискриминисане у свим областима јавног и приватног живота и то двоструко – зато што су жене и зато што имају инвалидитет. Оне су невидљиве у јавном животу, сусрећу се са бројним препрекама у свим областима друштвеног и приватног живота, као што су образовање, здравствена и социјална заштита, сиромашније су и чешће незапослене од мушкараца са инвалидитетом. Жене са инвалидитетом често су жртве различитих облика насиља, а у друштву су и даље присутни стереотипи и предрасуде у вези са њиховим родним улогама, посебно у вези са брачним и породичним односима и родитељством.⁴

Усвајање Конвенције о правима особа са инвалидитетом са Опционим протоколом уз конвенцију,⁵ које је Република Србија ратификовала 2009. године,⁶ представља најважнију промену у односу према особама са инвалидитетом. Особама са инвалидитетом су и другим међународним документима била гарантована сва основна права и слободе, самим тим што се универзални и регионални међународни документи односе на све, али су се особе са инвалидитетом широм света сусретале са препрекама и тешкоћама у остваривању права. У овој конвенцији, поред права које свака особа са инвалидитетом треба да ужива, прописане су и обавезе држава како би се остварила гарантована права.

Једна од најважнијих промена је то што се променио однос према особама са инвалидитетом, па се оне више не посматрају као „објекти заштите“, већ се третирају као субјекти права.⁷ Сам појам инвалидитета је дефинисан тако да одражава ову промену приступа – особе са инвалидитетом су и оне особе које имају дугорочне физичке, менталне, интелектуалне или чулне *тешкоће које у интеракцији са разним препрекама могу ометати њихово пуно учешће у друштву равноправно са другима* (нагласиле ауторке).⁸ Ово значи да се инвалидитет не посматра више као проблем појединца, већ као проблем друштва, односно, није одговорна особа већ друштво

³ Милан М. Марковић, *Особе са инвалидитетом у Србији, Попис становништва, домаћинства и станова у 2011. у Републици Србији*, Републички завод за статистику, Београд, 2014.

⁴ *Посебан извештај о дискриминацији жена* Повереника за заштиту равноправности, Повереник за заштиту равноправности, Београд, 2015.

⁵ Генерална скупштина Уједињених нација, *Конвенција о правима особа са инвалидитетом и Опциони протокол уз конвенцију*, А/РЕС/61/106 од 13. децембра 2006. године

⁶ *Закон о потврђивању Конвенције о правима особа са инвалидитетом*, „Службени гласник РС – Међународни уговори“, бр. 42/2009

⁷ Косана Бекер, *Лишење пословне способности - Закони и пракса у Републици Србији*, Иницијатива за права особа са менталним инвалидитетом МДРИ-С, Београд, 2014

⁸ Члан 1. Конвенције о правима особа са инвалидитетом

које није довољно приступачно, прилагођено ни инклузивно према свим својим члановима.

Општи циљ Конвенције о правима особа са инвалидитетом је унапређење, заштита и обезбеђивање уживања особама са инвалидитетом свих људских права. Веома је важно указати да је ово прва међународна конвенција којом су додатно издвојене одређене групе особа са инвалидитетом које су изложене двострукој и вишеструкој дискриминацији, на основу пола, старосног доба и других личних својстава.

Конвенција о правима особа са инвалидитетом

Државе које су ратификовале Конвенцију о правима особа са инвалидитетом, међу којима је и Република Србија, свесне су да су жене и девојчице са инвалидитетом изложене вишеструкој дискриминацији и у том погледу су се обавезале да ће предузети мере како би им обезбедиле потпуно и равноправно остваривање свих људских права и основних слобода, као и све одговарајуће мере како би се обезбедио потпун развој, напредак и оспособљавање жена са инвалидитетом у циљу гарантовања вршења и уживања права и слобода садржаних у конвенцији.⁹

Поред тога, државе су се обавезале да ће предузети ефикасне и одговарајуће мере у циљу отклањања дискриминације особа са инвалидитетом у свим питањима која се односе на брак, породицу, родитељство и личне односе, равноправно са другима, како би се обезбедило признавање права особама са инвалидитетом да слободно и одговорно одлучују о броју и размаку између рађања деце и да имају приступ информацијама одговарајућим за њихово животно доба о образовању у вези са рађањем и планирањем породице, као и потребним средствима како би им се омогућило вршење ових права, те да очувају своју плодност равноправно са другима.¹⁰ Када је реч о заштити здравља особа са инвалидитетом, конвенцијом је прописано да државе уговорнице признају особама са инвалидитетом право на остваривање највишег могућег здравственог стандарда без дискриминације засноване на инвалидитету.¹¹

Државе су се обавезале да ће предузети све одговарајуће мере како би особама са инвалидитетом омогућиле приступ здравственим услугама, *водећи рачуна о полу*, укључујући рехабилитацију у вези са здрављем, а посебно ће:

⁹ Члан 6. Конвенције о правима особа са инвалидитетом

¹⁰ Члан 23. став 1. Конвенције о правима особа са инвалидитетом

¹¹ Члан 25. Конвенције о правима особа са инвалидитетом

- (а) обезбедити особама са инвалидитетом исти избор, квалитет и стандард бесплатне или приступачне здравствене заштите и програме који се нуде другим лицима, укључујући у области *сексуалног или репродуктивног здравља* и јавних здравствених програма намењених широкој популацији;
- (б) обезбедити оне здравствене услуге које су конкретно потребне особама са инвалидитетом због њиховог инвалидитета, укључујући рано откривање и интервенцију, по потреби и услуге намењене свођењу на најмању меру и спречавању даљег инвалидитета, укључујући међу децом и старијим особама;
- (ц) обезбедити здравствене услуге што је могуће ближе заједницама где људи живе, укључујући сеоске средине;
- (д) затражити од професионалних здравствених радника да обезбеде исти квалитет лечења особама са инвалидитетом као и другима, укључујући на основу слободне и информисане сагласности, између осталог, ширењем знања о људским правима, достојанству, аутономији и потребама особа са инвалидитетом путем обуке и усвајањем етичких стандарда за јавну и приватну здравствену заштиту;
- (е) забранити дискриминацију према особама са инвалидитетом приликом обезбеђења здравственог осигурања и животног осигурања уколико је такво осигурање дозвољено националним законодавством, које ће се обезбедити на праведан и разуман начин;
- (ф) спречити дискриминаторско ускраћивање здравствене заштите или здравствених услуга или хране или течности на основу инвалидитета.

Општи коментар бр. 3 Комитета за права особа са инвалидитетом – Жене и девојчице са инвалидитетом

У Општем коментару бр. 3 – Жене и девојчице са инвалидитетом,¹² Комитет за права особа са инвалидитетом посебно се бавио положајем жена и девојчица са инвалидитетом и истакао је да постоје чврсти докази да се жене и девојчице са инвалидитетом суочавају са препрекама у бројним областима друштвеног живота. Те препреке доводе до вишеструке дискриминације жена и девојчица са инвалидитетом, нарочито када је реч о контролисању сопственог живота у различитим областима друштвеног живота, укључујући област пружања услуга вези са заштитом сексуалног и репродуктивног здравља.

Комитет за права особа са инвалидитетом изражава забринутост у вези са заштитом права жена и девојчица, посебно у три области:

¹² Комитет за права особа са инвалидитетом, *Општи коментар бр. 3 – Жене и девојчице са инвалидитетом*, ЦРПД/Ц/ГЦ/3 од 2. септембра 2016. године

- ✚ Насиље;
- ✚ Сексуално и репродуктивно здравље;
- ✚ Дискриминација.

Такође, у закључним запажањима које комитет даје државама изражена је забринутост због распрострањености вишеструке дискриминације жена са инвалидитетом на основу пола, инвалидитета и других личних својстава која нису довољно обухваћена у законодавству и политикама, због права на живот и права на једнакост пред законом, због насиља над женама са инвалидитетом укључујући сексуално насиље и злостављање, због присилних стерилизација, сексуалне и економске експлоатације, институционализације, због одсуства или недовољног учешћа жена са инвалидитетом у процесима одлучивања у јавном и политичком животу.

У вези са сексуалним и репродуктивним здрављем жена са инвалидитетом, комитет истиче да стереотипизација жена на основу инвалидитета и пола представља облик дискриминације, који има посебно озбиљне последице уживање права на сексуално и репродуктивно здравље, као и на право жена да заснују породицу. Штетни стереотипи о женама са инвалидитетом укључују ставове да су оне асексуалне, неспособне, ирационалне, да им недостаје контрола и/или да су хиперсексуалне. Жене са инвалидитетом, као и све остале жене, имају право да одлучују о броју и размаку између рађања деце, као и да имају право да без принуде, дискриминације и насиља контролишу и слободно и одговорно одлучују о питањима у вези сопствене сексуалности, укључујући сексуално и репродуктивно здравље.

Комитет посебно истиче да се жене са инвалидитетом суочавају са препрекама при приступу здравственим и рехабилитационим службама и услугама. Међу тим препрекама су: необразованост и неинформисаност о сексуалном и репродуктивном здрављу и правима; физичке препреке за гинеколошке, опстетричарске и онколошке услуге, те препреке у виду ставова о плодности и хормонским третманима. Додатно, догађа се да услуге физичке и психолошке рехабилитације, укључујући саветовање о манифестацијама родно заснованог насиља нису приступачне, инклузивне или родно сензитивне, као ни прилагођене старосном добу жене или девојчице са инвалидитетом.

Жене са инвалидитетом суочавају се са вишеструким препрекама када је реч о остваривању сексуалног и репродуктивног здравља и права, једнаком признању пред законом и приступу правди. Истовремено, оне се суочавају са препрекама које су резултат вишеструке дискриминације на основу пола и инвалидитета, док су неке жене са инвалидитетом, попут избеглица, мигранткиња и тражитељки азила суочене са додатним препрекама јер им се одбија приступ здравственој заштити. Жене са

инвалидитетом могу бити суочене са штетним еугеничким стереотипима услед којих се претпоставља да ће родити децу са инвалидитетом, због чега се жене са инвалидитетом обесхрабрују или спречавају да остваре своје право на мајчинство.

Поред тога, комитет истиче да женама са инвалидитетом може бити онемогућен приступ информацијама и комуникацији, укључујући и свеобухватном сексуалном образовању услед штетних стереотипа да су асексуалне, те да им такве информације нису потребне у истој мери као женама без инвалидитета. Такође, потребне информације често нису обезбеђене у приступачним форматима, што онемогућава поједине жене са инвалидитетом да се адекватно и благовремено информишу. Информације о сексуалном и репродуктивном здрављу, између осталог, треба да укључе информације о свим аспектима сексуалног и репродуктивног здравља, укључујући здравље мајки, контрацепцију, планирање породице, информације о сексуално преносивим болестима, методама за спречавање преношења ХИВ инфекције, безбедном абортусу и нези након абортуса, могућностима у погледу лечења неплодности, као и информације у вези са карциномом репродуктивних органа. Онемогућавање приступа информацијама о сексуалном и репродуктивном здрављу за жене са инвалидитетом, нарочито за жене са интелектуалним тешкоћама, као и за жене са сензорним инвалидитетом може да повећа ризик да буду изложене сексуалном насиљу.

Комитет је приметио да су здравствене установе и опрема, укључујући уређаје за мамографију и кревете за гинеколошке прегледе, често физички недоступни и неприступачни женама са инвалидитетом. Поред тога, безбедан превоз жена са инвалидитетом, како би дошле у здравствену установу или учествовале у скрининг програмима, може бити недоступан или прескуп за жене са инвалидитетом. Надаље, препреке због ставова здравствених радника и осталог особља могу да доведу до тога да женама са инвалидитетом буде одбијен приступ здравственим радницима и/или услугама, нарочито када је реч о женама са психосоцијалним или интелектуалним тешкоћама, женама са сензорним инвалидитетом, као и женама које се налазе у резиденцијаним институцијама.

У пракси се избори жена са инвалидитетом, посебно жена са психосоцијалним и интелектуалним инвалидитетом, веома често игноришу, њихове одлуке се замењују одлукама трећих лица, што може да укључује правне заступнике, пружаоце услуга, старатеље и чланове породице, чиме се крше њихова права на једнако признавање пред законом гарантована чланом 12. Конвенције о правима особа са инвалидитетом. Све жене са инвалидитетом морају имати могућност да остваре пуну правну и пословну способност тако што ће саме одлучивати или уз подршку уколико је желе и уколико им је подршка потребна, а у вези са медицинским и/или терапијским лечењем, укључујући одлуке о задржавању плодности, репродуктивној

аутономији, право на избор броја деце и размака између порођаја, право на саглашавање са признавањем очинства и слично. Ограничавање или лишење пословне способности може да омогући и/или олакша присилне интервенције, као што су стерилизација, абортус, контрацепција, генитално сакаћење или операције, односно, лечење које се обавља над интерсексуалном децом без њихове сагласности и присилно задржавање у институцијама.

Пракса давања принудне контрацепције и стерилизације може да доведе до сексуалног насиља без трудноће као последице, посебно за жене са психосоцијалним и интелектуалним инвалидитетом, жене које се налазе у психијатријским или другим институцијама или у притвору. Због тога је посебно важно указати да је пословна способност женама са инвалидитетом призната равноправно са другима, као и да жене са инвалидитетом имају право на заснивање породице и на одговарајућу подршку у подизању деце.

Коначно, комитет указује да погрешни и штетни родни стереотипи и стереотипи о инвалидитету који се везују за различите неспособности и немогућности жена са инвалидитетом могу довести до тога да мајке са инвалидитетом буду изложене дискриминацији у правном систему, на начин да су диспропорционално чешће странке у поступцима у вези са децом и родитељством у односу на мајке из опште популације, као и да неупоредиво чешће губе контакт са својом децом и лишене су родитељског права, а деца се дају на усвајање и/или се смештају у институције.

Опште препоруке Комитета за елиминацију дискриминације жена (CEDAW)

Конвенција о елиминисању свих облика дискриминације жена (CEDAW конвенција) усвојена је 1979. године и представља најважнији међународни документ о правима жена.¹³ Србија је ратификовала ову конвенцију и опциони протокол уз CEDAW конвенцију.¹⁴

Овом конвенцијом државе потписнице осудиле су све видове дискриминације жена и обавезале су се да користећи сва средства која су им на располагању и без одлагања, воде политику елиминације дискриминације жена и да предузму одговарајуће мере

¹³ Генерална скупштина Уједињених нација, *Конвенција о елиминацији свих облика дискриминације жена – CEDAW*, РС 34/180 од 18. децембра 1979. године

¹⁴ *Закон о ратификацији Конвенције о елиминисању свих облика дискриминације жена*, „Службени лист СФРЈ“, бр. 11/81 и *Опциони протокол уз Конвенцију о елиминисању свих облика дискриминације жена*, „Службени лист СРЈ – Међународни уговори“, бр. 13/2002.

ради измене или укидања закона, прописа, обичаја и праксе који представљају дискриминацију жена.¹⁵ У CEDAW конвенцији нема посебних одредаба које се односе на жене са инвалидитетом, што се касније исправило општим препорукама CEDAW комитета.

У Општој препоруци бр. 18 о женама са инвалидитетом, CEDAW комитет је затражио од држава да обезбеде и доставе информације о женама са инвалидитетом у својим периодичним извештајима о спровођењу CEDAW конвенције.¹⁶ Овом препоруком комитет је тражио да државе укључе у извештаје информације о мерама које су предузете како би се женама са инвалидитетом обезбедио равноправан приступ образовању, запошљавању, здравственој заштити и услугама, социјалном осигурању, као да обезбеде да жене са инвалидитетом могу да учествују у свим областима друштвеног и културног живота.

У Општој препоруци бр. 24 о женама и здрављу указано је да и биолошке и социолошке разлике између мушкараца и жена доводе до различитих здравствених статуса мушкараца и жена, као и међу различитим групама жена.¹⁷ Због тога је неопходно обратити посебну пажњу на здравствене потребе и права жена које припадају маргинализованим и депривираним друштвеним групама, укључујући жене са физичким и менталним инвалидитетом. Комитет указује да жене са инвалидитетом, свих старосних доба, веома често имају тешкоће јер су здравствене услуге неприступачне. Жене са менталним инвалидитетом посебно су осетљива група, а веома је низак степен разумевања о широком спектру ризика по ментално здравље којима су жене диспропорционално изложене због последица родно засноване дискриминације, насиља, сиромаштва, оружаних сукоба и различитих облика социјалне депривације. Због тога државе треба да обезбеде да здравствене услуге буду адекватне и сензитивне на потребе жена са инвалидитетом, као и да се поштују људска права и достојанство жена са инвалидитетом. Такође, указано је на важност обезбеђивања приступачних здравствених услуга старијим женама, имајући у виду инвалидитете који се могу појавити као последица старења.

У Општој препоруци CEDAW комитета бр. 29 о економским последицама брака, породичних односа и њиховог прекида не спомињу се изричито жене са

¹⁵ Члан 2. став 1. тачка ф) CEDAW конвенције

¹⁶ CEDAW комитет, *Општа препорука бр. 18 о женама са инвалидитетом*, А/46/38 од 4. јануара 1991. године, доступно на енглеском језику на: https://www.nichibenren.or.jp/library/ja/kokusai/humanrights_library/treaty/data/CEDAW_GC_18e.pdf, приступљено 10. септембра 2018.

¹⁷ CEDAW комитет, *Општа препорука бр. 24 о женама и здрављу*, А/54/38 Рев. 1, 1999, доступно на енглеском језику на: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/INT_CEDAW_GEC_4738_E.pdf, приступљено 11. септембра 2018.

инвалидитетом, али се подсећа да елиминисање дискриминације жена подразумева да државе осигурају формалну и суштинску равноправност жена.¹⁸ Комитет је указао да се формална равноправност може постићи усвајањем закона и политика којима се жене и мушкарци третирају равноправно, док се суштинска равноправност може постићи тек након што државе испитају примену и ефекте закона и политика, те осигурају да се у обезбеђивању суштинске равноправности води рачуна о искључености и неповољном положају жена.

На крају, треба указати и на **Општу препоруку бр. 35 о родно заснованом насиљу над женама** којом је CEDAW комитет препоручио државама да укину све прописе који су дискриминаторни према женама, између осталог, одредбе којима су дозвољени медицински поступци према женама са инвалидитетом без њиховог информисаног пристанка.¹⁹

2. ПРАВНИ ОКВИР РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

У Србији постоје бројни закони којима су регулисани положај и права жена са инвалидитетом. Имајући у виду тему овог истраживања, у овом делу биће представљене релевантне одредбе закона које се односе на здравствену заштиту жена са инвалидитетом, посебно у погледу репродуктивног здравља.

Устав Републике Србије садржи низ важних одредаба које се односе и на жене са инвалидитетом.²⁰ Забрањена је свака дискриминација на основу различитих личних својстава, међу којима су пол и психички или физички инвалидитет.²¹ Прописано је да свако има право да слободно одлучи о рађању деце,²² као и да се мајци пружа посебна подршка и заштита пре и после порођаја.²³ Свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља, а деца, труднице, мајке током породичког одсуства,

¹⁸ CEDAW комитет, *Општа препорука бр. 29 о економским последицама брака, породичних односа и њиховог прекида*, CEDAW/C/GC/29 од 26. фебруара 2013. године, доступно на енглеском језику на: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/comments/CEDAW-C-52-WP-1_en.pdf, приступљено 10. септембра 2018.

¹⁹ CEDAW комитет, *Општа препорука бр. 35 о родно заснованом насиљу над женама, којим се допуњује Општа препорука бр. 19 CEDAW комитета*, CEDAW/C/GC/35 од 14. јула 2017. године, доступно на енглеском језику на: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_35_8267_E.pdf, приступљено 12. септембра 2018.

²⁰ Устав Републике Србије, „Сл. гласник РС”, бр. 98/2006

²¹ Члан 21. Устава Републике Србије

²² Члан 63. став 1. Устава РС

²³ Члан 66. став 2. Устава РС

самохрани родитељи са децом до седме године и старији остварују здравствену заштиту из јавних прихода, ако је не остварују на други начин, у складу са законом.²⁴

Породичним законом прописано је да жена слободно одлучује о рађању.²⁵

Законом о забрани дискриминације прописано је да дискриминација особа са инвалидитетом постоји ако се поступа противно начелу поштовања једнаких права и слобода особа са инвалидитетом у политичком, економском, културном и другом аспекту јавног, професионалног, приватног и породичног живота,²⁶ а дискриминација на основу пола постоји ако се поступа противно начелу равноправности полова, односно, начелу поштовања једнаких права и слобода жена и мушкараца у политичком, економском, културном и другом аспекту јавног, професионалног, приватног и породичног живота.²⁷ Дискриминација с обзиром на здравствено стање постоји нарочито ако се лицу или групи лица због њихових личних својстава неоправдано одбије пружање здравствених услуга, поставе посебни услови за пружање здравствених услуга који нису оправдани медицинским разлозима, одбије постављање дијагнозе и ускрате информације о тренутном здравственом стању, предузетим или намераваним мерама лечења или рехабилитације, као и узнемиравање, вређање и омаловажавање у току боравка у здравственој установи.²⁸ Законом о забрани дискриминације прописано је да се начин остваривања и заштита права особа са инвалидитетом уређује посебним законом.²⁹

Законом о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом прописано је да посебно тежак случај дискриминације због инвалидитета јесте дискриминација особа са инвалидитетом приликом пружања здравствених услуга.³⁰

Дискриминацијом особа са инвалидитетом приликом пружања здравствених услуга сматра се:

1. одбијање да се пружи здравствена услуга особи са инвалидитетом због њеног инвалидитета;
2. постављање посебних услова за пружање здравствених услуга особама са инвалидитетом ако ти услови нису оправдани медицинским разлозима;

²⁴ Члан 68. Устава РС

²⁵ Породични закон, „Сл. гласник РС”, бр. 18/2005, 72/2011 - др. закон и 6/2015, члан 5. став 1.

²⁶ Закон о забрани дискриминације, „Сл. гласник РС”, бр. 22/2009, члан 26.

²⁷ Члан 20. став 1. ЗЗД

²⁸ Члан 27. став 2. ЗЗД

²⁹ Члан 26. став 2. ЗЗД

³⁰ Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом, „Сл. гласник РС”, бр. 33/2006 и 13/2016

3. одбијање постављања дијагнозе и ускраћивање одговарајућих информација о тренутном здравственом стању, предузетим или намераваним мерама лечења и рехабилитације особи са инвалидитетом због њеног инвалидитета;

4. свако узнемиравање, вређање или омаловажавање особе са инвалидитетом у току боравка у здравственој установи због њеног инвалидитета.³¹

Прописано је да се дискриминацијом у остваривању права из брачних и породичних односа због инвалидитета сматра и постављање посебних услова особама са инвалидитетом за вршење родитељског права.³²

Законом о заштити лица са менталним сметњама прописано је да се заштита лица са менталним сметњама врши без дискриминације по основу расе, *пола*, рођења, језика, држављанства, националне припадности, вероисповести, политичког или другог уверења, образовања, правног или социјалног статуса, имовног стања, узраста, инвалидитета или било којег другог личног својства, као и да свако лице са менталним сметњама има право на хумани третман, уз пуно поштовање његовог достојанства.³³ Овим законом је забрањена примена стерилизације у лечењу лица са менталним сметњама.³⁴

Друштвена брига за здравље, под једнаким условима, на територији Србије остварује се обезбеђивањем здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику обољевања, здравственом заштитом лица у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја, као и здравственом заштитом социјално угроженог становништва, а према одредбама **Закона о здравственој заштити**, она обухвата особе са инвалидитетом и „ментално недовољно развијена лица“.³⁵ Начело правичности здравствене заштите остварује се забраном дискриминације приликом пружања здравствене заштите по основу расе, *пола*, старости, националне припадности, социјалног порекла, вероисповести, политичког или другог убеђења, имовног стања, културе, језика, врсте болести, *психичког или телесног инвалидитета*.³⁶ Начело приступачности здравствене заштите остварује се обезбеђивањем одговарајуће здравствене заштите грађанима која је физички, географски и економски доступна и културно

³¹ Члан 17. Закона о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом

³² Чл. 30. ст. 2. Закона о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом

³³ Закон о заштити лица са менталним сметњама, „Сл. гласник РС“, бр. 45/2013, чланови 4. и 5.

³⁴ Члан 56. Закона о заштити лица са менталним сметњама

³⁵ Закон о здравственој заштити, „Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 72/2009 - др. закон, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - др. закон, 93/2014, 96/2015, 106/2015, 113/2017 - др. закон и 105/2017 - др. закон, члан 11. Наводници су стављени да би се нагласило да је законска терминологија застарела и увредљива према особама са инвалидитетом.

³⁶ Члан 20. Закона о здравственој заштити

прихватљива, а посебно здравствене заштите на примарном нивоу,³⁷ док се начело свеобухватности здравствене заштите остварује укључивањем свих грађана у систем здравствене заштите, уз примену обједињених мера и поступака здравствене заштите које обухватају промоцију здравља, превенцију болести на свим нивоима, рану дијагнозу, лечење и рехабилитацију.³⁸ У оквиру друштвене бриге за здравље становништва обезбеђује се здравствена заштита која, између осталог, обухвата информације које су становништву или појединцу потребне за одговорно поступање и за остваривање права на здравље.³⁹

Законом о поступку прекида трудноће у здравственим установама прописано је да прекид трудноће може да се изврши само на захтев трудне жене.⁴⁰ За прекид трудноће код жене млађе од 16 година и жене потпуно лишене пословне способности, потребна је и писана сагласност родитеља, односно, старатеља. Ако се сагласност не може прибавити од родитеља или старатеља због њихове одсутности или спречености, потребно је прибавити сагласност надлежног органа старатељства.

Прекид трудноће може се извршити до навршене десете недеље трудноће, а изузетно и после навршене десете недеље трудноће:

- 1) када се на основу медицинских индикација утврди да се на други начин не може спасити живот или отклонити тешко нарушавање здравља жене;
- 2) када се на основу научно-медицинских сазнања може очекивати да ће се дете родити са тешким „телесним или душевним недостацима“;
- 3) када је до зачећа дошло извршењем кривичног дела (силовање, обљуба над немоћним лицем, обљуба над малолетним лицем, обљуба злоупотребом положаја, завођење и родоскрнављење).⁴¹

Здравствена установа дужна је да жени којој је извршен прекид трудноће обезбеди контролу здравственог стања.⁴²

Законом о биомедицински потпомогнутој оплодњи уређује се начин, поступак, услови и организација делатности биомедицински потпомогнутог оплођења, врсте поступака биомедицински потпомогнутог оплођења, остваривања права на биомедицински потпомогнуту оплодњу, као и друга питања од значаја за

³⁷ Члан 19. Закона о здравственој заштити

³⁸ Члан 21. Закона о здравственој заштити

³⁹ Члан 8. Закона о здравственој заштити

⁴⁰ Закон о поступку прекида трудноће у здравственој установи, „Сл. гласник РС“, бр. 16/95 и 101/2005 - др. закон, члан 2.

⁴¹ Члан 6. Закона о поступку прекида трудноће у здравственим установама

⁴² Члан 11. Закона о поступку прекида трудноће у здравственим установама

спровођење делатности и поступака биомедицински потпомогнутог оплођења (у даљем тексту: БМПО).⁴³ Овим законом су прописана начела равноправности и слободе одлучивања, па се начело равноправности остварује обезбеђивањем једнаких могућности за жену и за мушкарца у примени поступака БМПО, док се начело слободе одлучивања остварује гарантовањем права на слободно одлучивање, односно, слободни пристанак свих лица која се подвргавају поступку БМПО.⁴⁴ Право на поступак БМПО имају пунолетна и пословно способна жена и мушкарац којима је потребна помоћ поступцима БМПО у лечењу неплодности, а који воде заједнички живот у складу са законом којим се уређују породични односи - супружници, односно, ванбрачни партнери, који су способни да врше родитељску дужност и у таквом су психосоцијалном стању на основу кога се оправдано може очекивати да ће бити способни да обављају родитељске дужности, у интересу детета.⁴⁵ Изузетно, право на поступке БМПО има и пунолетна пословно способна жена која живи сама и која је способна да врши родитељску дужност и у таквом је психосоцијалном стању на основу кога се оправдано може очекивати да ће бити способна да обавља родитељске дужности у интересу детета.⁴⁶

О избору поступака БМПО одлучују супружници, односно, ванбрачни партнери, односно, жена заједно са доктором медицине.⁴⁷ Надлежни специјалиста дужан је да обавести лица која се подвргавају поступку БМПО, пре давања писаног пристанка тих лица, о свим подацима који се тичу поступка БМПО, а посебно о стању њиховог здравља, дијагнози, прогнози лечења, могућим последицама и опасностима за жену, мушкарца и дете, као и могућности правног и психосоцијалног саветовања.⁴⁸ Овим законом прописане су и друге обавезе надлежног специјалисте, дипломираног правника и дипломираног психолога према паровима (брачним и ванбрачним), односно, према жени који се подвргавају поступку БМПО.⁴⁹

⁴³ Закон о биомедицински потпомогнутој оплодњи, „Сл. гласник РС”, бр. 40/2017 и 113/2017 - др. закон

⁴⁴ Чланови 8. и 9. Закона о биомедицински потпомогнутој оплодњи

⁴⁵ Члан 25. став 1. Закона о биомедицински потпомогнутој оплодњи

⁴⁶ Ibid. Поред наведених лица којима је потребна помоћ поступцима БМПО у лечењу неплодности, право на поступак БМПО у хомологној оплодњи има и пословно способна жена, односно, мушкарац који су употребу својих репродуктивних ћелија одложили због постојања могућности смањења или губитка репродуктивне функције, а који испуњавају наведене услове.

⁴⁷ Члан 26. Закона о биомедицински потпомогнутој оплодњи

⁴⁸ Ibid. Правно и психосоцијално саветовање обавезно је у поступцима са дарованим репродуктивним ћелијама, односно, ембрионима.

⁴⁹ Надлежни специјалиста је дужан да лицима која се подвргавају поступку БМПО саопшти и друге могућности за решавање или ублажавање узрока неплодности, укључујући и оне које тај центар за БМПО не обавља, као и да их упозна са немедицинским избором као што су усвојење или напуштање лечења. Надлежни специјалиста дужан је да лица поучи о чувању репродуктивних ћелија и ембриона, као и да се упозна са њиховом жељом у погледу рока чувања и одлуком о неупотребљеним ембрионима. Пре започињања поступка БМПО са дарованим репродуктивним ћелијама, односно

Законом о здравственом осигурању⁵⁰ прописано је да се осигураницима сматрају и лица која припадају групацији становништва која је изложена повећаном ризику оболевања; лица чија је здравствена заштита потребна у вези са спречавањем, сузбијањем, раним откривањем и лечењем болести од већег социјално-медицинског значаја; као и лица која су у категорији социјално угроженог становништва, ако не испуњавају услове за стицање својства осигураника на други начин прописан овим законом⁵¹, а међу којима су особе са инвалидитетом, према прописима о пензијском и инвалидском осигурању, „ментално недовољно развијена лица“, жене у вези са планирањем породице, као и у току трудноће, порођаја и материнства до 12 месеци након порођаја. Осигураним лицима обезбеђује се здравствена заштита у пуном износу из средстава обавезног здравственог осигурања без плаћања партиципације, и то, између осталог, слепим лицима и трајно непокретним лицима, као и лицима која остварују новчану накнаду за помоћ и негу другог лица, у складу са законом.⁵²

Надаље, када је реч о мерама превенције и раном откривању болести, прописано је да се осигураним лицима, ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља обезбеђују мере, међу које спада: здравствено васпитање у вези са планирањем породице, превенцијом трудноће, контрацепцијом и хируршком стерилизацијом, тестирањем на трудноћу, тестирањем и лечењем сексуално преносивих болести и ХИВ инфекције.⁵³

Женама у вези са планирањем породице, у трудноћи, за време порођаја и материнства до 12 месеци обезбеђују се:

ембрионима, дипломирани правник је дужан да супружнике, односно, ванбрачне партнере, односно, жену упозна са правним последицама пристанка на поступак и рађање детета зачетог путем БМПО са донираним репродуктивним ћелијама, односно, ембрионима. Пре започињања поступка БМПО са дарованим репродуктивним ћелијама, односно, ембрионима, дипломирани психолог је дужан да супружнике, односно, ванбрачне партнере, односно, жену упозна са могућим психичким последицама поступка БМПО.

⁵⁰ Закон о здравственом осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 107/2005, 109/2005 - испр., 57/2011, 110/2012 - одлука УС, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - одлука УС, 106/2015 и 10/2016 - др. закон, члан 22.

⁵¹ Мисли се на лица која не испуњавају услове за стицање својства осигураника из члана 17. Закона о здравственом осигурању.

⁵² Члан 50. Закона о здравственом осигурању

⁵³ Члан 35. Закона о здравственом осигурању. Истим чланом прописано је да Влада доноси републички програм превенције и раног откривања болести од већег социјално-медицинског значаја, републички програм стоматолошке здравствене заштите деце до навршених 18 година живота, односно, до краја прописаног средњошколског, односно, високошколског образовања а најкасније до навршених 26 година живота и трудница, као и републички програм имунизације становништва против одређених заразних болести, као и медицинске стандарде мера и поступака који проистичу из програма.

- 1) прегледи и лечење од гинеколога и бабице који се односе на трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога;
- 2) болничко лечење када је медицински неопходно и порођај у здравственој установи;
- 3) патронажне посете и помоћ породиљи и рутинска нега новорођенчета од стране патронажне сестре и
- 4) дијагностика и лечење стерилитета.⁵⁴

Под прегледом и лечењем од гинеколога и бабице који се односе на трудноћу (укључујући пренатални период, порођај и постпорођајни период), стања која могу да изазову компликацију трудноће, као и прекид трудноће из медицинских разлога подразумева се и пренатално и генетско тестирање и друге превентивне мере, у складу са медицинским стандардима.

У остваривању права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања, осигураним лицима обезбеђује се 100% плаћања од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања запрегледе и лечење у случају планирања породице, трудноће, порођаја и у постнаталном периоду, укључујући *прекид трудноће из медицинских разлога* (нагласиле ауторке), те прегледи и лечење у вези са ХИВ инфекцијом. Са друге стране, осигураним лицима обезбеђује се најмање 65% од цене здравствене услуге из средстава обавезног здравственог осигурања за дијагностику и лечење стерилитета.⁵⁵

Законом о здравственом осигурању изричито је прописана здравствена заштита која се не обезбеђује осигураним лицима у оквиру обавезног здравственог осигурања, међу којима је и прекид трудноће из немедицинских разлога.⁵⁶ Поред тога, прописано је да право на коришћење здравствене заштите у иностранству, на терет средстава обавезног здравственог осигурања, има осигурано лице ако је пре одласка у иностранство утврђено да не болује, односно, да није боловало од акутних или хроничних болести у акутној фази у последњих 12 месеци, за које је потребно дуже или стално лечење, односно, да се осигурано лице не налази у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтевало дуже лечење, односно, смештај у стационарну здравствену установу, укључујући трудноћу и друге здравствене услуге.⁵⁷

⁵⁴ Члан 36. Закона о здравственом осигурању

⁵⁵ Члан 45. Закона о здравственом осигурању

⁵⁶ Члан 61. Закона о здравственом осигурању

⁵⁷ Члан 65. став 1. Закона о здравственом осигурању

Законом о правима пацијената прописано је да се пацијенту гарантује једнако право на квалитетну и континуирану здравствену заштиту у складу са његовим здравственим стањем, општеприхваћеним стручним стандардима и етичким начелима, у најбољем интересу пацијента и уз поштовање његових личних ставова.⁵⁸ Остваривање овог права заснива се на партнерском односу пацијента као примаоца здравствених услуга и здравственог радника, односно здравственог сарадника као даваоца здравствених услуга, те овај партнерски однос подразумева узајамно поверење и поштовање између пацијента и здравственог радника, односно, здравственог сарадника на свим нивоима здравствене заштите, као права и дужности партнера у том односу. С тим у вези, прописана су одређена права пацијента, међу којима су право на доступност здравствене заштите, право на превентивне мере, право на обавештење, право на пристанак и право на приговор.⁵⁹

Пацијент има право на доступну и квалитетну здравствену заштиту, у складу са својим здравственим стањем, а у границама материјалних могућности система здравствене заштите. У поступку остваривања здравствене заштите, пацијент има право на једнак приступ здравственој служби, без дискриминације у односу на финансијске могућности, место становања, врсту обољења, време приступа здравственој служби или у односу на неку другу различитост која може да буде узрок дискриминације.⁶⁰ Поред тога, пацијент има право на одговарајуће здравствене услуге ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља, док здравствена установа има обавезу спровођења превентивних мера, подизањем свести људи и обезбеђивањем здравствених услуга у одговарајућим интервалима, за групације становништва које су изложене повећаном ризику оболевања.⁶¹ Такође, пацијент има право да од надлежног здравственог радника благовремено добије обавештење, које му је потребно како би донео одлуку да пристане или не пристане на предложену медицинску меру.

Ово обавештење обухвата:

- 1) дијагнозу и прогнозу болести; 2) кратак опис, циљ и корист од предложене медицинске мере, време трајања и могуће последице предузимања, односно непредузимања предложене медицинске мере; 3) врсту и вероватноћу могућих ризика, болне и друге споредне или трајне последице; 4) алтернативне методе лечења; 5) могуће промене пацијентовог стања после предузимања предложене

⁵⁸ Закон о правима пацијената, „Сл. гласник РС”, бр. 45/2013, члан 2.

⁵⁹ Чланови 6-31. Закона о правима пацијената

⁶⁰ Члан 6. Закона о правима пацијената

⁶¹ Члан 8. Закона о правима пацијената

медицинске мере, као и могуће нужне промене у начину живота пацијената и б) дејство лекова и могуће споредне последице тог дејства.

Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту да обавештење и без тражења. Обавештење даје надлежни здравствени радник усмено и на начин који је разумљив пацијенту, водећи рачуна о његовој старости, образовању и емоционалном стању. Ако надлежни здравствени радник процени да пацијент, из било ког разлога, не разуме дато обавештење, обавештење се може дати члану пацијентове уже породице. Пацијент се може одрећи права на обавештење, осим обавештења о томе да је предложена медицинска мера потребна и да није без знатног ризика, односно, да је ризично њено непредузимање. Надлежни здравствени радник може, изузетно, прећутати дијагнозу, ток предложене медицинске мере и њене ризике, или обавештење о томе умањити, ако постоји озбиљна опасност да ће обавештењем знатно нашкодити здрављу пацијента. У том случају обавештење се мора дати члану уже породице пацијента.⁶²

Надаље, пацијент има право да слободно одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим у случајевима када то директно угрожава живот и здравље других лица. Без пристанка пацијента не сме се, по правилу, над њим предузети никаква медицинска мера. Медицинска мера противно вољи пацијента, односно, законског заступника детета, односно, пацијента лишеног пословне способности, може се предузети само у изузетним случајевима, који су утврђени законом и који су у складу са лекарском етиком.⁶³

Ако је пацијент дете или је лишен пословне способности, медицинска мера може се предузети, уз пристанак законског заступника. Надлежни здравствени радник дужан је да омогући да дете, односно, пацијент лишен пословне способности и сам буде укључен у доношење одлуке о пристанку на предложену медицинску меру, у складу са његовом зрелошћу и способношћу за расуђивање. Надлежни здравствени радник, који сматра да законски заступник пацијента не поступа у најбољем интересу детета или лица лишеног пословне способности, дужан је да о томе одмах обавести надлежни орган старатељства.⁶⁴ Коначно, пацијент који сматра да му је ускраћено право на здравствену заштиту или да му је поступком здравственог радника, односно, здравственог сарадника, ускраћено неко од права из области здравствене заштите, има право да поднесе приговор здравственом раднику који руководи

⁶² Члан 11. Закона о правима пацијената

⁶³ Члан 15. Закона о правима пацијената

⁶⁴ Члан 19. ст. 1-3. Закона о правима пацијената

процесом рада или директору здравствене установе, односно, оснивачу приватне праксе или саветнику за заштиту права пацијената.⁶⁵

Заштиту права пацијената обезбеђује јединица локалне самоуправе, одређивањем лица које обавља послове саветника за заштиту права пацијената и образовањем Савета за здравље.⁶⁶ Саветник пацијената обавља послове заштите права пацијената по поднетим приговорима и пружа потребне информације и савете у вези са правима пацијената.⁶⁷ Здравствена установа, приватна пракса, организациона јединица високошколске установе здравствене струке која обавља здравствену делатност и друго правно лице које обавља одређене послове из здравствене делатности дужни су да на видном месту истакну име и презиме, радно време саветника пацијената, као и адресу и број телефона на који се пацијент може обратити ради заштите својих права.⁶⁸ Пацијент, односно, његов законски заступник, приговор може поднети саветнику пацијената писмено или усмено на записник. По приговору, саветник пацијената одмах, а најкасније у року од пет радних дана од дана подношења приговора, утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у приговору. Након утврђивања свих релевантних чињеница и околности, саветник пацијената сачињава извештај, који одмах а најкасније у року од три радна дана, доставља подносиоцу приговора, руководиоцу организационе јединице и директору здравствене установе, односно, оснивачу приватне праксе. Директор здравствене установе, односно, оснивач приватне праксе обавезан је да у року од пет радних дана од добијања извештаја саветника пацијената, достави саветнику пацијената обавештење о поступању и предузетим мерама у вези са приговором. Подносилац приговора који је незадовољан извештајем саветника пацијената, може се обратити Савету за здравље, здравственој инспекцији, односно надлежном органу организације здравственог осигурања код које је пацијент здравствено осигуран.⁶⁹

Уредбом о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине прописано је да здравље деце, омладине и жена током трудноће, порођаја и материнства, јесте један од приоритета система здравствене заштите Републике Србије.⁷⁰ Брига о мајци и детету и мере у корист ових популационих групација остварују се сарадњом сектора здравља, образовања и социјалне заштите, те је неопходно да здравствене службе буду оријентисане ка родним и културалним разликама становника, а здравствени радници треба да буду едуковани да пружају здравствену заштиту женама, деци, омладини и породицама на начин који је узрасно

⁶⁵ Члан 30. Закона о правима пацијената

⁶⁶ Члан 38. став 1. Закона о правима пацијената

⁶⁷ Члан 39. став 2. Закона о правима пацијената

⁶⁸ Члан 40. став 3. Закона о правима пацијената

⁶⁹ Члан 41. ст. 1-5. Закона о правима пацијената

⁷⁰ Уредба о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине, „Сл. гласник РС”, бр. 28/2009

и родно сензитиван, хуман и заснован на доказима. Људска права морају бити заштићена на свим нивоима у систему здравствене заштите жена, деце и омладине.

У свим установама основани су етички одбори, а здравствени радници треба да поштују етички кодекс у лечењу и истраживању. У уредби се као приоритетни проблеми истичу низак обухват жена старијих од 15 година превентивним гинеколошким прегледом: низак обухват жена генеративног доба радом саветовалишта за планирање породице и недовољан обухват трудница првом посетом гинекологу у првом триместру трудноће, те је као општи циљ прописано - *очување и унапређење здравља жена репродуктивног доба*, док је као специфични циљ одређено *очување и унапређење здравља жена пре трудноће*. С тим у вези, очекивани резултати су: двоструко увећање процента жена које имају безбедне сексуалне односе и користе неко од савремених контрацепцијских средстава уколико желе да спрече трудноћу; превенција и рано откривање обољења жена, смањење стопе разболевања и умирања жена фертилног доба за једну трећину, смањење броја намерних прекида трудноће за једну трећину и смањење инциденције полно преносивих инфекција за најмање једну трећину, као и одржавање стопе фертилитета на актуелним вредностима. Овај циљ се може остварити спровођењем следећих активности:

- ✚ применом програма промоције здравља и здравствено-васпитним радом са женама и њиховим партнерима уз мобилисање локалне заједнице, удружења, јавних гласила, како би се повећао удео жена и њихових партнера који имају одговарајуће знање, ставове и понашање у вези репродуктивног здравља. Тиме би се смањила учесталост ризичних сексуалних односа, остварило би се активније учешће локалне заједнице и свих сектора друштва у промоцији здравља жена;
- ✚ унапређењем саветовалишног рада у служби за заштиту жена дома здравља на планирању породице повећањем броја едукованих и мотивисаних партнера за коришћење савремених контрацепцијских метода и средстава, чиме би се смањило број намерних прекида трудноће;
- ✚ скринингом на рак грлића материце према Националном програму за превенцију рака грлића материце и повећаним обухватом жена скрининг прегледима тј. смањивањем морбидитета и mortalитета жена од рака грлића материце за једну трећину;
- ✚ скринингом на рак дојке према Националном програму за превенцију рака дојке и повећаним обухватом жена скрининг прегледима тј. смањивањем морбидитета и mortalитета жена од рака дојке за једну трећину;
- ✚ обезбеђивањем скрининга и лечења полно преносивих болести, добровољним поверљивим саветовањем и тестирањем на ХИВ/АИДС за жене.

Треба указати да се у овој уредби не спомињу посебно жене са инвалидитетом.

Уредба о националном програму очувања и унапређења сексуалног и репродуктивног здравља грађана Републике Србије дефинише сексуално и репродуктивно здравље као стање комплетног физичког, психичког и социјалног благостања у свим аспектима који се тичу репродуктивног система, његових функција и процеса.⁷¹ То подразумева да су људи способни да остварују задовољавајући и безбедан полни живот, да могу да се репродукују и да имају слободу да одлуче да ли, када и колико често желе децу. Да би се очувало сексуално и репродуктивно здравље потребно је свима обезбедити свеобухватну и исправну информисаност и могућност избора метода контрацепције који је безбедан, ефикасан, приступачан и прихватљив. Свако лице треба информисати и оспособити да се заштити од полно преносивих инфекција. Такође, женама које планирају трудноћу треба обезбедити одговарајућу здравствену заштиту и тако омогућити здраво материнство. Право на сексуално и репродуктивно здравље представља битну компоненту универзалног права на највиши могући стандард телесног и менталног здравља, како је то дефинисано у Универзалној декларацији о људским правима и у другим међународним конвенцијама и декларацијама о људским правима. Задовољење потреба за очувањем и унапређењем сексуалног и репродуктивног здравља треба да буде једнако за све, независно од пола, рода, старосног доба, социо-економског положаја, етничке припадности, културног наслеђа и припадности другим рањивим категоријама становништва. Такође је важно омогућити свим лицима да на ширем друштвеном плану учествују у развоју програма заштите сексуалног и репродуктивног здравља, а на индивидуалном да доносе одлуке које се тичу њихове сексуалности, репродукције и здравствене заштите. У уредби је истакнуто да је сексуално и репродуктивно здравље становништва Србије оптерећено низом озбиљних проблема. Као најважнији, издвајају се доминантно конзервативна контрола рађања, ризично сексуално понашање адолесцената и младих и незадовољавајући обим ангажовања у очувању сексуалног и репродуктивног здравља целокупне популације, а посебно осетљивих категорија, попут социјално депривираних и маргинализованих група.

Указано је да су индикатори стања сексуалног и репродуктивног здравља неповољнији у посебно осетљивим популационим групама.⁷² То се првенствено односи на Роме, али и друге категорије становништва, попут лица које живе на граници сиромаштва, лица из руралних крајева, *жене са инвалидитетом* (нагласиле ауторке) и лица која живе са ХИВ-ом. Истакнуто је да је у извештају о положају

⁷¹ Уредба о националном програму очувања и унапређења сексуалног и репродуктивног здравља грађана Републике Србије, „Сл. гласник РС”, бр. 120/2017

⁷² Тачка 3.3. Уредбе о националном програму очувања и унапређења сексуалног и репродуктивног здравља грађана Републике Србије

особаса инвалидитетом у Републици Србији утврђено да „нема законских препрека остваривању права на сервисе за сексуално и репродуктивно здравље жена и мушкараца са инвалидитетом, али да у пракси постоји изузетно мали број приступачних здравствених установа у којима могу остварити та права. Гинеколошке ординације приступачне женама са инвалидитетом постоје само у неколико великих градова у Србији. Додатне тешкоће изазивају распрострањене предрасуде везане за родитељство и сексуалност жена и мушкараца са инвалидитетом”. Стога, општи циљ овог програма јесте очување и унапређење сексуалног и репродуктивног здравља становника Србије уз поштовање права на доношење информисаних одлука које се односе на сексуалност и репродукцију независно од личних карактеристика појединаца, као што су *пол, род, старосно доба, инвалидитет, социо-економски статус, културни идентитет, сексуална оријентација, изложеност социјалној депривацији, ХИВ статус и друге личне карактеристике*. Остваривање наведеног општег циља захтева претходно остваривање специфичних циљева:

- ✚ *Обезбедити свим људима да могу да остваре највиши могући стандард заштите сексуалног и репродуктивног здравља и права.*⁷³ Ради испуњења овог циља, између осталог, потребно је организовати пружање здравствених услуга у вези са сексуалним и репродуктивним здрављем, оним категоријама становништва за које коришћење редовних служби може да представља проблем, попут адолесцената, старијих, лица које су у неповољном социо-економском положају, *оних који живе у институцијама, миграната и азиланата, лица које живе са инфекцијом ХИВ, лица са инвалидитетом, ЛГБТ популације (укључујући и лица које су сексуално „неопредељена“), корисника дроге и комерцијалних сексуалних радница.*
- ✚ *Гарантовати да ће свима, без разлике, бити доступна заштита сексуалног и репродуктивног здравља и да ће се поштовати њихова сексуална и репродуктивна права.*⁷⁴ Постоји више изазова са којима се суочавају адолесценти и друге посебно осетљиве групе при коришћењу здравствених служби у вези са њиховим сексуалним и репродуктивним здрављем. Страх од социјалне осуде због сексуалне активности или нехетеросексуалне оријентације, бојазан да се неће поштовати приватност и поверљивост саветовања, као и одбијање пружања здравствених услуга без формалне сагласности родитеља или старатеља неки су од важних разлога малог

⁷³ Специфични циљ 6.2.2. Уредбе о националном програму очувања и унапређења сексуалног и репродуктивног здравља грађана Републике Србије

⁷⁴ Специфични циљ 6.2.3. Уредбе о националном програму очувања и унапређења сексуалног и репродуктивног здравља грађана Републике Србије

обухвата адолесцената саветовањем о сексуалности и репродуктивном здрављу. Службе за сексуално и репродуктивно здравље, у мањој мери у односу на општу популацију, користе и социјално-депривирани и маргинализоване групе, *лица са инвалидитетом* и друге посебно осетљиве популационе категорије.

Према **Кодексу медицинске етике Лекарске коморе Србије**⁷⁵ лекар је дужан да лекарску помоћ пружа свима једнако, без обзира на године живота, *пол*, расу, националну припадност, вероисповест, друштвени положај, образовање, социјално порекло, политичко или друго убеђење, имовинско стање, језик, културу, врсту болести, *психички или телесни инвалидитет* или друго лично својство, поштујући људска права и достојанство сваког човека.⁷⁶ Лекар спроводи медицински третман над пацијентом, по правилу, само уз његов пристанак. Пацијент се може сагласити изричито (усмено или писмено) или прећутно. Ако је пацијент малолетан или лишен пословне способности, медицинска мера над њим се може предузети уз пристанак његовог законског заступника (родитеља, усвојитеља или старатеља). Пословно неспособан пацијент треба да буде укључен у процес доношења одлуке о пристанку, у складу са његовом зрелошћу и способношћу за расуђивање.⁷⁷

Поред тога, прописано је да лекар саветује и детаљно информише партнере о најповољнијим начинима за планирање породице, као и могућностима регулисања зачећа, у складу са актуелном медицинском доктрином,⁷⁸ залаже се да се планирање породице обавља савременим методама контрацепције, при чему је побачај крајња мера, као и да је дужан да пацијенткињу упозна са деловањем контрацептива, динамиком њихове примене, као и о могућим нежељеним пропратним дејствима.⁷⁹ Свако прекидање трудноће које није у складу са законом представља кривично дело и тешку повреду принципа лекарске етике, а додатно је прописано да гинеколог може одбити да изврши абортус који је у складу са законом, уколико се то противи његовој савести, верским или моралним схватањима, изузев у случају животне угрожености труднице.⁸⁰ Лекар може да обави стерилизацију у случајевима када је то законом дозвољено, те је одређено да је стерилизација по правилу дозвољена ако је заснована на медицинским, генетским или социјалним узроцима.⁸¹ Лекар може одбити да изврши абортус или стерилизацију која није у складу са његовим уверењем и савешћу, изузев кад се ради о хитној лекарској помоћи. У том случају

⁷⁵ Кодекс медицинске етике Лекарске коморе Србије, „Сл. гласник РС”, бр. 104/2016

⁷⁶ Члан 5. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

⁷⁷ Члан 49. ставови 1, 4. и 5. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

⁷⁸ Члан 59. став 2. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

⁷⁹ Члан 60. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

⁸⁰ Члан 61. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

⁸¹ Члан 63. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

дужан је да пацијенткињу упуту другом оспособљеном лекару, односно да обезбеди извршење тих захвата у складу са законом.⁸²

У Стратегији подстицања рађања⁸³ постоје циљеви и мере који се односе на жене са инвалидитетом. Једна од мера за постизање појединачног циља *побољшање квалитета здравствене заштите током трудноће* јесте оснаживање примарне здравствене заштите за остваривање оптималног тока и исхода трудноће, укључујући и услове за задовољавање потреба посебно осетљивих група („инвалиткиње“, адолесценткиње, социјално депривирание).⁸⁴ Жене са инвалидитетом спомињу се и у контексту појединачног циља *спречавање обољења репродуктивног система*, у оквиру мере која се односи на обезбеђивање саветовања и прописивања контрацепције свим женама и паровима без разлике, укључујући и лица која припадају тзв. посебно осетљивим, као што су адолесценти, лица која су у неповољном социјално-економском положају, они који су маргинализовани или живе у институцијама, *особе са инвалидитетом*, мигранти и азиланти, особе које живе са инфекцијом ХИВ и др.⁸⁵ У оквиру истог циља, као једна од мера наводи се и обезбеђивање редовних превентивних гинеколошких прегледа који подразумевају и скрининг на рак грлића материце свим женама без разлике, укључујући и жене са инвалидитетом.

Један од посебних циљева **Стратегије превенције и заштите од дискриминације** односи се на здравствену заштиту особа са инвалидитетом.⁸⁶ У оквиру овог циља наведено је да је потребно унапредити степен здравствене заштите особа са инвалидитетом, са посебним фокусом на жене са инвалидитетом. Поред тога, потребно је променити дискриминаторске праксе у вези са личним и породичним животом особа са инвалидитетом, кроз подизање свести о правима особа са инвалидитетом на сексуалност, оснивање породице и рађање деце и кроз афирмацију примера добре праксе.⁸⁷ Истакнута је и потреба за обезбеђивањем сервиса подршке за жене са инвалидитетом које желе да оснују породицу, да рађају и подижу децу.

У Националној стратегији за родну равноправност за период од 2016. до 2020. године, као једна од слабости у остваривању родне равноправности, идентификована је чињеница да жене из рањивих група имају ограничен приступ

⁸² Члан 63. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

⁸³ Стратегија подстицања рађања, „Сл. гласник РС”, бр. 25/2018

⁸⁴ Појединачни циљ 6.1. Стратегије подстицања рађања

⁸⁵ Појединачни циљ 4.3. Стратегије подстицања рађања

⁸⁶ Стратегија превенције и заштите од дискриминације, „Сл. гласник РС”, бр. 60/2013, посебан циљ 4.5.5.4.

⁸⁷ Посебан циљ 4.5.5.2. Стратегије превенције и заштите од дискриминације

здравственој заштити.⁸⁸ Указано је да и поред постојања законодавних мера и мера здравствене политике, налази евалуације Акционог плана (2010-2015) показали су да очекивани резултати у овој области нису постигнути. Женама, а нарочито припадницама рањивих група, није обезбеђен довољан ниво приступа квалитетној здравственој заштити. Распољиви финансијски, технички и људски ресурси у овој области нису били ни довољни ни одрживи. Комитет УН за елиминацију дискриминације жена упутио је Србији низ препорука ради обезбеђења равноправног приступа здравственим услугама и побољшању здравља жена, посебно имајући у виду потребу и положај припадница рањивих група. Стога је као један од посебних циљева ове стратегије утврђено *побољшано здравље жена и равноправан приступ здравственим услугама*.⁸⁹ Предузимање неопходних мера које гарантују потпуну и ефикасну реализацију права жена са инвалидитетом на сексуално и репродуктивно здравље отклањањем предрасуда, обуком медицинског особља и повећањем броја здравствених објеката адекватно опремљених како би одговорили њиховим потребама, једна је од мера за постизање овог циља.

3. СЕКСУАЛНА И РЕПРОДУКТИВНА ПРАВА ЖЕНА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Истраживања у вези са сексуалним и репродуктивним правима жена са инвалидитетом су ретка. Међутим, малобројна доступна истраживања и извештаји показују сличне резултате. Жене са инвалидитетом су дискриминисане у остваривању права на сексуално и репродуктивно здравље и то на много нивоа – од предрасуда и стереотипа до неприступачних и недоступних услуга. У овом делу ће бити укратко представљени резултати доступних истраживања на ову тему.

Жене са инвалидитетом наводе да током одрастања и сазревања нису имале са ким да разговарају и да се информишу у вези своје сексуалности, репродуктивног здравља, те утицаја трудноће на инвалидитет.⁹⁰ Оне нису имале са ким да поделе своје страхове у вези са родитељством и бригом о деци, те услед недовољне информисаности и недостатка подршке, жене са инвалидитетом често не улазе у озбиљније разматрање одлуке да роде децу и заснују породицу. Све жене са инвалидитетом које су учествовале у овом истраживању наводе да нису имале прилике да се посаветују у вези са развојем сексуалности, везама и планирањем

⁸⁸ Национална стратегија за родну равноправност за период 2016-2020, „Сл. гласник РС”, бр. 4/2016

⁸⁹ Посебан циљ 2.7. Националне стратегије за родну равноправност за период 2016-2020

⁹⁰ Лепојка Чаревић Митановски и Марко Милановић, *Право жена са инвалидитетом на родитељство и породицу*, ...ИЗ КРУГА – Београд и ИДЕАС, Београд, 2015.

породице, осим са мајком и пријатељицама, што указује на недовољну приступачност и прилагођеност саветодавних служби.⁹¹

Доступност и приступачност гинеколошких услуга отежана је за жене са инвалидитетом услед непостојања одговарајућих капацитета и/или прилагођености здравствених установа и радника за рад са особама са инвалидитетом, због чега оне често траже адекватну институцију дужи временски период. Едукованост и сензибилисаност здравствених радника о инвалидитету и у раду са женама са инвалидитетом у великој мери одређује њихова искуства при коришћењу здравствених услуга. Жене са инвалидитетом наводе различита негативна искуства, настала углавном због предрасуда и неразумевања, као што су непримерено опхођење помоћног медицинског особља, непостојање подршке при кретању и одбијање доктора да се лично обрати особи са инвалидитетом, већ се комуникација води „преко“ пратиоца/асистента, а ова ситуација се уобичајено промени када се жена са инвалидитетом боље упозна са лекаром.⁹² Поред тога, присутне су и друге препреке, као што су мањак техничке опремљености (нпр. недостатак хидрауличних гинеколошких столица) и друге физичке препреке, што уз негативан однос медицинских радника према женама са инвалидитетом, резултира касним и ретким гинеколошким прегледима. Оваква ситуација додатно је отежана мањком знања медицинских радника о специфичностима појединачног инвалидитета, те мањком стечених вештина у смислу општег опхођења са женама са инвалидитетом.⁹³ Жене са инвалидитетом сматрају да им информације о заштити репродуктивног здравља нису доступне, да генерално немају довољно информација о репродуктивном здрављу и заснивању породице, као и да се често осећају нелагодно да ове информације прибаве од здравствених радника, уколико уоче предрасуде или наиђу на неразумевање.

Као разлог због којег не улазе у брак и не желе да заснују породицу, жене са инвалидитетом наводе неједнак третман у процесу додељивања „старатељства“ над дететом јер се деца, према мишљењу испитаница, много чешће додељује оцу, без обзира на најбољи интерес детета.⁹⁴ Иако нема много жена са инвалидитетом које су пробале да усвоје дете, углавном због уверења да то неће бити могуће, оне малобројне су добијале негативне одговоре или нису добијале одговоре уопште.⁹⁵ Такође, жене са инвалидитетом нису довољно информисане о могућностима вештачке оплодње, а неке које су покушале, суочиле су се са одбијањем клиника.

⁹¹ Ibid.

⁹² Ibid.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Ibid.

Већина жена са инвалидитетом које су учествовале у истраживању сматра да је вештачка оплодња добра опција за жене са инвалидитетом, али да је ова опција у пракси недоступна женама са инвалидитетом.⁹⁶ Мајке са инвалидитетом немају специјализовану подршку у вези са одређеним аспектима бриге о детету, због чега морају да се ослоне на подршку породице, што није адекватно решење за све жене са инвалидитетом.

Истраживање на тему сексуалности жена са инвалидитетом у Војводини обухватило је теме као што су: менструација, мастурбација, рађање деце, гинеколошки прегледи, хигијена и друго.⁹⁷ Резултати истраживања су показали да су женама са инвалидитетом најчешће биле ускраћиване инфомације о сексуалности у окружењима попут породичног, при одласку у здравствене установе и током боравка на другим, за жене значајним местима. Једина места, где су ретке међу њима, добиле минимум информација, биле су школе, односно, најчешће један час физичког васпитања у читавом основношколском васпитању посвећен сексуалном образовању.⁹⁸ Искуства жена сведоче о друштвеном миту да жене са инвалидитетом нису сексуалне и да не могу да рађају децу. Међутим, уласком у партнерске и брачне заједнице ове жене се суочавају са потпуно другачијим очекивањима, која подразумевају и рађање деце. Дискриминишуће и контрадикторне поруке које друштво шаље женама са инвалидитетом настављају се након што један број жена роди децу. Наиме, некада се деца одузимају мајкама са инвалидитетом, због предрасуде да оне нису способне да о њима брину.⁹⁹ Посебно маргинализована и дискриминисана група жена са инвалидитетом су жене са интелектуалним и психосоцијалним инвалидитетом. Поред баријера са којима се сусрећу све жене са инвалидитетом у нашем друштву, ова група жена је у повећаном ризику од лишења пословне способности, што укључује ускраћивање могућности одлучивања о сопственим правима и обавезама.¹⁰⁰ То значи да су ове жене са интелектуалним и психосоцијалним инвалидитетом лишене могућности да самостално одлучују о браку, породици и рађању, а уједно су у повећаном ризику од институционализације. Треба имати у виду да реформа система социјалне заштите није допринела побољшању положаја особа са интелектуалним и психосоцијалним инвалидитетом, јер и даље нема адекватних услуга у заједници намењених њима, односно, за особе са

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ Вероника Митро и др, *Сексуалност жена са моторним инвалидитетом из Војводине, ...ИЗ КРУГА – ВОЈВОДИНА*, Нови Сад, 2014. Истраживање је спроведено у пет градова у Војводини, уз учешће 45 жена са урођеним или стеченим моторним инвалидитетом. Учеснице су биле старости од 19 до 65 година и припаднице су углавном српске и 12% мађарске националности.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Косана Бекер, *Заштита од вишестуке дискриминације жена – Мајке са инвалидитетом у систему социјалне заштите, Студије случаја из праксе Повереника за заштиту равноправности*, Октобарски сусрети у социјалној заштити 2015, Ниш, 2016

интелектуалним и психосоцијалним инвалидитетом систем подршке практично није реформисан.¹⁰¹

О праксама одузимања деце мајкама са инвалидитетом сведоче и два мишљења Повереника за заштиту равноправности.

✚ Мајка са физичким инвалидитетом¹⁰²

Након прегледа ћерке у дому здравља, социјални радници су дете упутили на лечење у Институт за ментално здравље. Након лечења у овом институту, дете је без сагласности мајке смештено у Прихватилиште за ургентно збрињавање деце жртава породичног насиља, иако дете није било изложено насиљу, а мајци је привремено одузето родитељско право. У решењу центра којим је дете стављено под привремено старатељство наведено је да је [...]мајка као једини родитељ који врши родитељско право, инвалидно тешко покретно лице, битно снижених родитељских капацитета[...] Центар за социјални рад, у изјашњењу Поверенику за заштиту равноправности, навео је да је одлука о издвајању детета из примарне породице донета након процене да у породици не постоје довољно стимулативни услови за оптималан раст и развој детета, као и да би повратак у породицу представљао ризик за регресију на претходни образац понашања, чиме би била угрожена права детета на адекватно задовољавање права [...] уз процену да су тренутно исцрпљене расположиве могућности оснаживања и подршке породици. У току поступка пред Повереником за заштиту равноправности утврђено је да ставови центра за социјални рад о томе да је мајка са инвалидитетом битно снижених родитељских капацитета и да није у могућности да адекватно брине о детету, немају објективно утемељење, као и да центар за социјални рад није доставио стручно мишљење тима којим би се поткрепила тврдња да постоји било какав ризик по безбедност и здравље детета.

✚ Мајка са интелектуалним инвалидитетом¹⁰³

Након што се жена обратила центру за социјални рад за остваривање права на материјалну подршку, центар је покренуо поступак за лишење пословне способности

¹⁰¹ Влада Републике Србије, *Други национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији (2011-2014)*, Београд, 2014

¹⁰² Мишљење са препоруком Повереника за заштиту равноправности доступно је на: <http://www.ravnopravnost.gov.rs/sr/invaliditet/pritu%C5%BEba-ocd-protiv-gc-za-socijalni-rad-zbog-diskriminacije-po-osnovu-invaliditeta-u-oblasti-porodi%C4%8Dnih-odnosa>, приступљено 25.10.2018.

¹⁰³ Мишљење са препоруком Повереника за заштиту равноправности доступно је на: <http://www.ravnopravnost.gov.rs/sr/invaliditet/pritu%C5%BEba-a-b-i-g-a-h-protiv-gradskog-centra-za-socijalni-rad-u-beogradu-zbog-diskriminacije-po-osnovu-invaliditeta-u-ob>, приступљено 25.10.2018.

и поставио јој је привремену старатељку. Поступак је покренут због дијагнозе „лаке менталне ретардације“. Након тога јој је одузето дете из породилишта, детету је постављена привремена старатељка и смештено је у прихватилиште. У изјашњењу центра за социјални рад Поверенику за заштиту равноправности наведено је да је одлука о постављању привременог старатеља жени донета на основу доступне медицинске документације из периода њеног детињства, када јој је ова дијагноза постављена, као и опсервације стручног тима који је проценио да [...] *она и њен супруг не пружају адекватну сарадњу, да је манипулација њоме могућа јер поступа како супруг каже, а нема адекватну подршку примарне породице* [...] У току поступка пред Повереником за заштиту равноправности утврђено је да центар за социјални рад своје одлуке није донео на основу стручне процене и конкретних чињеница, већ првенствено због њеног интелектуалног инвалидитета, као и да ставови које је центар изнео у вези са њеном немогућношћу да врши родитељско право и брине о детету, немају објективно утемељење.

Жене са инвалидитетом у окружењу имају слична искуства. У једном истраживању које је рађено у Хрватској, 55,1% испитаница навеле су да су доживеле дискриминацију на основу инвалидитета, 28,6% навело да су биле дискриминисане на основу пола, а у односу на области у којима се десила дискриминација, највећи број наводи да су доживеле дискриминацију у здравственим установама.¹⁰⁴ Резултати другог истраживања показују је неопходно обезбеђивање веће финансијске подршке за жене са инвалидитетом које су мајке или жене да постану мајке, као и сузбијање предрасуда према мајкама са инвалидитетом.¹⁰⁵ Надаље, неопходно је едуковати јавност о правима и потребама жена са инвалидитетом, потребно је омогућити асистенцију око бриге за дете, а треба и побољшати здравствену заштиту која се пружа женама са инвалидитетом. Резултати овог истраживања показују да чак две трећине жена са инвалидитетом које желе да роде децу наилазе на препреке, од којих је најчешће наведена недовољна и неадекватна здравствена заштита, недостатак финансијских средстава и немогућност добијања персоналног асистента, као и недостатак подршке партнера или чланова породице.¹⁰⁶

Више од половине испитаница (56%) наводи да је инвалидитет делимично или у потпуности утицао на то што нису родиле, док четвртина жена истиче да је инвалидитет у потпуности утицао на то што нису постале мајке, између осталог због

¹⁰⁴ Марица Мирић, *Репродуктивна права жена са инвалидитетом*, Заједница савеза особа с инвалидитетом Хрватске –СОИХ, http://www.roda.hr/media/attachments/udruga/konferencije/10RMK_preporod2017/Marica_Miric_REPRODUKTIVNA_PRAVA_ZENA_S_INVALIDITETOM.pdf, приступљено 20.9.2018.

¹⁰⁵ *Мајчинство и жене с инвалидитетом*, Родитељи у акцији – Рода, Загреб, 2016.

¹⁰⁶ Ibid.

страха и забринутости да ли ће моћи да се брину о детету, због могућности наслеђивања одређених болести, а поједине су добиле савет од лекара да не рађају јер је превелик ризик за њихово здравствено стање.¹⁰⁷

С друге стране, жене са инвалидитетом које су родиле дете указују на неодговарајућу опремљеност породишта за труднице и породиље са инвалидитетом, али је већина њих била задовољна медицинском негом током трудноће, порођаја и након порођаја. Неке од њих наводе да су се лекари и медицинско особље опходили према њима као и према свим другим женама, док неке жене наводе посебно добар однос са лекарима и њихову појачану бригу у вези са инвалидитетом и порођајем, односно, бригу о целокупном здрављу жене са инвалидитетом.¹⁰⁸

Поред региона, слична је глобална ситуација у вези са остваривањем сексуалних и репродуктивних права жена и девојчица са инвалидитетом. Глобално истраживање о остваривању сексуалних и репродуктивних права младих са инвалидитетом показало је да су млади са инвалидитетом сексуално активни и имају исте недоумице око своје сексуалности као и њихови вршњаци без инвалидитета.¹⁰⁹ Међутим, стигма и заблуде о инвалидитету, заједно са неприступачним услугама заштите сексуалног и репродуктивног здравља, ограниченом личном аутономијом и недостатком оснаживања, младе људе са инвалидитетом често осујећују у вођењу здравог сексуалног живота и пуног уживања њихових права. Према налазима овог истраживања, адолесценти са инвалидитетом осећају се друштвено изоловано, са мањком социјалног и сексуалног самопоуздања, док се родитељи, наставници и здравствени радници осећају несигурно и недовољно обучено да разговарају о сексуалности са децом и младима са инвалидитетом, нарочито са интелектуалним инвалидитетом. Због тога млади са инвалидитетом имају мање знања о сексуалном и репродуктивном здрављу, а у најтежем положају су девојчице и младе жене са инвалидитетом које имају најмање знања о овој теми.¹¹⁰ За њих се сматра да им ове информације не требају, као и да нису способне да доносе одлуке о свом сексуалном животу и репродукцији. Поред тога, истраживање је показало да адолесценти са инвалидитетом ретко користе кондоме и контрацепцију, те су у истом или чак и повећаном ризику од добијања сексуално преносивих болести, при чему се ређе тестирају на ХИВ.¹¹¹

Млади са инвалидитетом, а посебно млади са интелектуалним инвалидитетом слабије су едуковани о сексуалном и репродуктивном здрављу, што се посебно

¹⁰⁷Ibid.

¹⁰⁸Ibid.

¹⁰⁹*Young persons with disabilities: Global study on ending gender-based violence, and realising sexual and reproductive health and rights*, UNFPA, 2018.

¹¹⁰Ibid.

¹¹¹ Ibid.

односи на девојчице. Лимитирано знање о овој теми је резултат друштвене искључености младих са инвалидитетом, посебно из школа и других установа у којима је доступно сексуално образовање. Многе девојчице са инвалидитетом не иду у школу или не остају довољно дуго у образовном систему да би дошле до разреда у којима се похађају часови сексуалног образовања.¹¹² Родитељи, такође, представљају препреку младима са инвалидитетом да добију адекватно знање о сексуалном и репродуктивном здрављу. Појединим младима са инвалидитетом препреке представљају и родитељи, пружаоци услуга, неприступачне услуге и објекти, као и неприлагођене јавне здравствене кампање.

Истраживање о ускраћивању сексуалних и репродуктивних права женама са интелектуалним инвалидитетом у Мексику показало је да је половини жена речено да не треба да имају децу.¹¹³ Главни налази овог истраживања су да више од половине жена са интелектуалним инвалидитетом наводи да имају веома мало сазнања о сексуалности и репродуктивном здрављу, да не иду редовно код гинеколога или да чак никада нису биле на гинеколошком прегледу. Поред тога, 43% жена наводи да су биле сексуално злостављане у гинеколошкој ординацији, а готово половина испитаница је трајно стерилисана, међу којима има жена које нису знале каква је операција у питању. Такође, готово једна трећина испитаница које су биле трудне, принуђене су да абортирају.¹¹⁴

Надаље, Медицински факултет Баулор из Тексаса спровео је национално истраживање о положају жена са физичким инвалидитетом, које је показало да скоро половина жена са инвалидитетом сматра да не поседује адекватне информације о томе како њихов инвалидитет утиче на њихову сексуалност.¹¹⁵ Такође, жене са инвалидитетом су у значајно већем проценту мање сексуално активне и задовољне својим сексуалним животом у односу на жене без инвалидитета, а трећина жена са физичким инвалидитетом имала је искуство одбијања пружања лекарске услуге због инвалидитета. Оне се суочавају са значајним тешкоћама у проналажењу лекара који је едукован о њиховом инвалидитету и који би могао да им помогне да изнесу трудноћу, а додатно наводе да чешће имају проблеме са хроничним инфекцијама

¹¹²Ibid.

¹¹³ Priscila Rodriguez, *Twice Violated – Abuse and Denial of Sexual and Reproductive Rights of Women with Psychosocial Disabilities in Mexico*, Disability Rights International and Colectivo Chuhcan, Washington, 2015. На пример, једна испитаница наводи: „Према социјалним и културним схватањима према којима сам одгајана, рађање је обавеза жена без инвалидитета, док ја, као жена са инвалидитетом, не могу и не треба да рађам“.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ *National Study of Women with Physical Disabilities--Executive Summary*, Center for Research on Women with Disabilities, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Baylor College of Medicine, <https://www.bcm.edu/research/centers/research-on-women-with-disabilities/topics/sexuality-and-reproductive-health/national-study-executive-summary>, приступљено 21.9.2018.

уринарног тракта, болестима срца, депресијом и остеопорозом која се јавља у ранијем животном добу у поређењу са женама без инвалидитета.¹¹⁶

На крају, истраживање о изазовима са којима се суочавају жене са инвалидитетом у приступу сексуалном и репродуктивном здрављу у Зимбабвеу показује да су проблеми са којима се жене са инвалидитетом суочавају веома слични у различитим крајевима света. Ово истраживање је показало да негативни ставови о женама са инвалидитетом отежавају женама одлазак у здравствене центре како би затражиле информације о свом сексуалном и репродуктивном здрављу.¹¹⁷ Главне препреке су нељубазно и недовољно едуковано медицинско особље, клинике нису доступне (мало их је и често су доступне само у већим градовима) и нису приступачне, тоалети су неприступачни, недостатак финансијских средстава, као и недостатак приватности у здравственим установама.¹¹⁸ Поред тога, постоје и комуникацијске баријере – жене које имају персоналну асистенцију указују да се медицинско особље не обраћа њима директно, већ особи која је у пратњи, медицинско особље углавном не зна знаковни језик, лекари немају стрпљења за жене које имају тешкоће у говору и слично.¹¹⁹

4. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Циљ овог истраживања био је сагледавање актуелне праксе у АП Војводини у вези са здравственом заштитом у области репродуктивног здравља за жене са инвалидитетом у смислу доступности и приступачности услуга, као и идентификовању постојећих препрека за потпуну приступачност и прилагођеност услуга женама са инвалидитетом.

Тражио се одговор на следећа питања:

1. Које препреке постоје у коришћењу здравствених услуга у области репродуктивног здравља жена са инвалидитетом;

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Tafadzwa Rugoho and France Maphosa, *Challenges faced by women with disabilities in accessing sexual and reproductive health in Zimbabwe: The case of Chitungwiza town*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5502473/>, приступљено 27.9.2018.

¹¹⁸ Ibid. Угрожавање приватности описала је једна испитаница: „Приметила сам гној у близини гениталија и отишла сам у болницу. Док ме је медицинска сестра прегледала свако је могао да уђе у ординацију. Мислили су да мени, само зато што сам слепа, не треба приватност. Чула сам кораке и људе како улазе и излазе из ординације. Било ми је јако непријатно. Дешавало се и да друге медицинске сестре уђу и почну међусобно да разговарају о мени“.

¹¹⁹ Ibid.

2. Који фактори утичу на доступност и приступачност здравствених услуга у области репродуктивног здравља жена са инвалидитетом;
3. Које су најзаступљеније мере и активности институција за повећање доступности и приступачности услуга у области репродуктивног здравља жена са инвалидитетом.

За потребе овог истраживања прикупљени су подаци из здравствених установа са територије АП Војводине и резиденцијалних установа о броју жена са инвалидитетом које користе услуге, врсти услуга, изабраним гинекологима и сл. Прикупљање ових података значајно је из неколико разлога, а најважнији међу њима су сагледавање да ли се здравствене институције системски баве праћењем приступачности услуга женама са инвалидитетом, односно, да ли су жене са инвалидитетом видљиве за здравствени систем, што је предуслов прилагођавања начина пружања услуга женама са инвалидитетом. Упитником су такође прикупљени подаци о архитектонској приступачности објеката, опремљености ординација, сензибилисаности здравствених радника и мерама које се предузимају како би се квалитет пружања услуга женама са инвалидитетом унапредио.

Осим ових података, прикупљени су квалитативни подаци о искуствима и праксама у здравственим установама кроз фокус групне дискусије (ФГД) за здравственим радницима и путем дубинских интервјуа са женама са инвалидитетом. Ова техника је изабрана због специфичности и бројности циљне групе и теме истраживања.

Здравствене установе

Истраживањем су обухваћени домови здравља, опште болнице, резиденцијалне установе, Институт за јавно здравље Војводине и Покрајински секретаријат за здравство. Креирани су упитници које је Покрајински омбудсман послао здравственим установама током јуна 2018. године. Упитници су прикупљени до краја августа, а након тога се приступило обради података.

- ✚ Упитник за домове здравља (службе за здравствену заштиту жена) послат је на адресе сва 43 дома здравља у Војводини. Попуњене упитнике је доставило 36 домова здравља, а седам домова здравља није доставило тражене одговоре.
- ✚ Упитник за опште болнице послат је на адресе 10 општинских болница, укључујући и Клинички центар Војводине. Девет општинских болница одговорило је на упитник.

- ✚ Упитник за резиденцијалне установе послат је на адресе свих 11 резиденцијалних установа у Војводини и све установе су одговориле на упитник.
- ✚ Упитник је послат Институту за јавно здравље Војводине и Покрајинском секретаријату за здравство. Обе институције су одговориле на упитник.

Фокус групе

У току октобра и новембра 2018. године организовано је пет ФГД са здравственим радницама и радницама: лекарима, лекаркама, медицинским техничарима у Новом Саду, Зрењанину, Кикинди и Сремској Митровици. Укупно је на ФГД учествовало 36 здравствених радника и радница. Обухваћене су опште болнице у Кикинди, Сремској Митровици, Врбасу и Зрењанину, Клинички центар Војводине и домови здравља из Новог Сада, Темерина, Ирига, Жабља, Бачког Петровца, Сремске Митровице, Руме, Зрењанина, Врбаса, Кикинде и Вршца.

Интервјуи са женама са инвалидитетом

Укупно је 13 жена са инвалидитетом учествовало у истраживању, у току новембра 2018. године. Неки од интервјуа спроведени су „лице у лице“, док су неке жене одговарале писаним путем. Питања су се односила на њихова искуства у вези са заштитом репродуктивног здравља, шта за њих значи приступачност и приступачна услуга, као и на који начин може да се унапреди постојећа пракса.

Испитанице су старости од 33 до 57 година, девет испитаница је из Новог Сада, а четири из других градова у Војводини. Највећи број испитаница има средњу стручну спрему, а пет високу спрему или мастер. У истраживању су учествовале жене са различитим врстама инвалидитета (физичког и сензорног), како би се сагледале евентуалне специфичности у вези са коришћењем услуга заштите репродуктивног здравља.

5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Домови здравља – Службе за здравствену заштиту жена

Први сет питања за службе за здравствену заштиту жена при домовима здравља односио се на број запослених гинеколога/гинеколошкиња, на број жена које имају изабраног гинеколога, на број жена са инвалидитетом које имају изабраног гинеколога, као и на број жена са инвалидитетом које су прегледане у претходне три године.

Иако се општине у Војводини, у којима се налазе домови здравља који су учествовали у истраживању, битно разликују по величини, развијености, броју становника и другим карактеристикама, може се закључити да је веома мали број гинеколога доступан у службама за здравствену заштиту жена.

У највећем броју домова здравља запослен је само један или два гинеколога, док је највећи број гинеколога запослен у Новом Саду, што је и очекивано у односу на величину града, односно, број становника.

Број домова здравља	Запослени гинеколози		Укупан број
	Жене	Мушкарци	
Са једним гинекологом	11	8	19
Са два гинеколога	13	7	10
Са три гинеколога	2	4	2
Са пет гинеколога	8	2	2
Са шест гинеколога	2	4	1
Са седам гинеколога	6	1	1
Са 20 гинеколога	14	6	1
УКУПНО	56	32	36

На питање колико жена има изабраног гинеколога пет домова здравља није одговорило. Број жена које имају изабраног гинеколога креће се у распону од 875 до 84314. У највећем броју домова здравља испод 5000 жена има изабраног гинеколога (15), у девет домова здравља број жена које имају изабраног гинеколога је између 5000 и 10000, у четири дома здравља број жена које имају изабраног гинеколога је између 10000 и 20000, док је у три дома здравља овај број већи од 20000.

Само 16 домова здравља доставило је податак о броју жена са инвалидитетом које имају изабраног гинеколога. Тај број се креће у распону од две до 48 жена. Остали

домови здравља наводе да не постоје евидентирани подаци, да нема (тачног) податка, односно, да Е-картон не разврстава особе по инвалидитету.

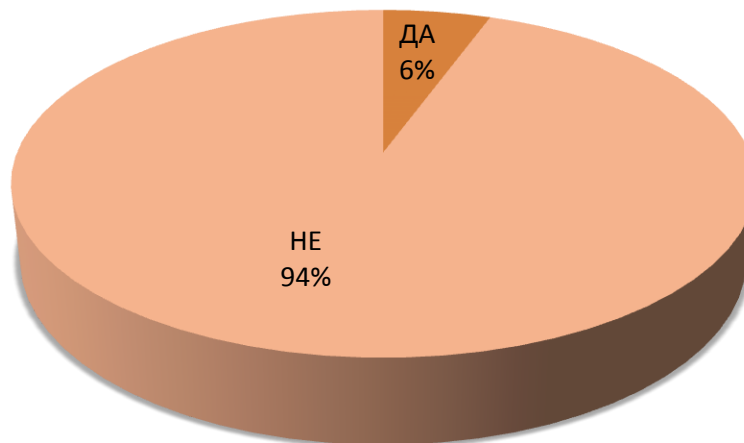


Слична је ситуација и са подацима о броју прегледаних жена са инвалидитетом у последње три године. Већина домова здравља наводи да не постоје подаци о броју жена са инвалидитетом које су прегледане, да се таква евиденција не води, да не постоје посебни протоколи, као и да се не може разврстати „инвалидитет“ из Е-картона, због чега нису били у могућности да одговоре на ово питање. С друге стране, неколико домова здравља је доставило податке о броју прегледаних жена са инвалидитетом у последње три године и овај број се креће од једне до 92 жене, с тим да је у највећем броју случајева у питању око 10 жена за три године по дому здравља.

Други део упитника садржао је питања о приступачности и доступности услуга здравствене заштите сексуалног и репродуктивног здравља женама са инвалидитетом.

На питање да ли се у служби за здравствену заштиту жена води евиденција о броју жена са инвалидитетом и врсти инвалидитета, само два дома здравља су навела да воде такву евиденцију.

Евиденција о женама са инвалидитетом у ДЗ



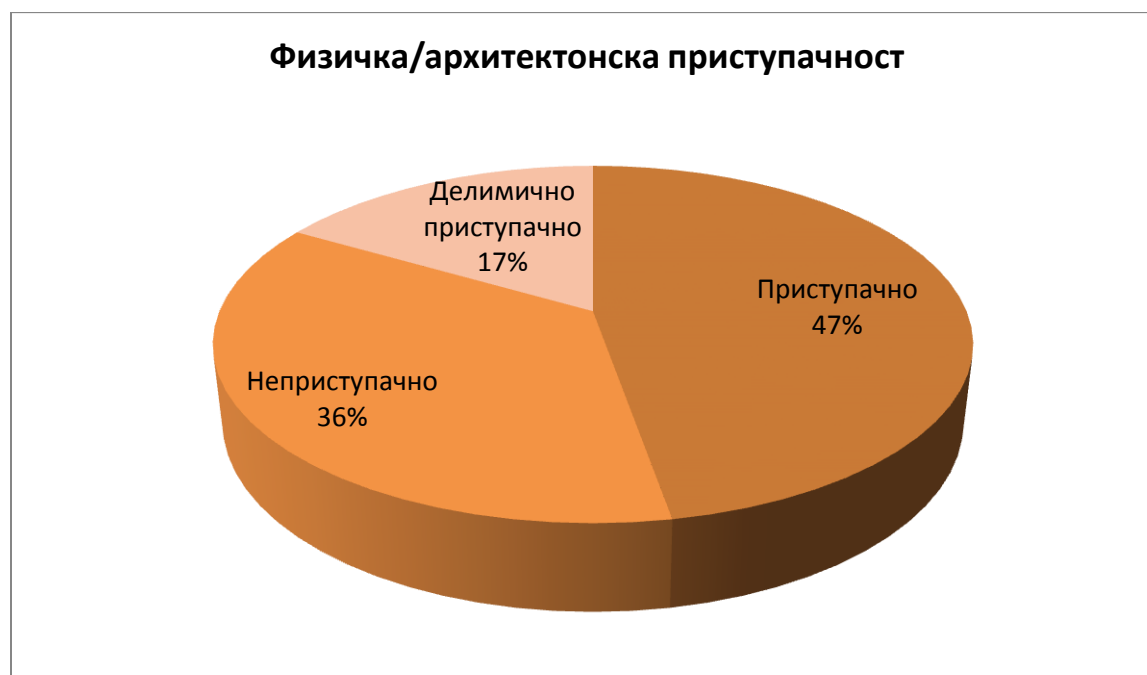
Податке о броју жена са инвалидитетом, домови здравља добијају на следећи начин:

- ✚ Податке добијамо од самих пацијенткиња;
- ✚ Из личне анамнезе, увидом у медицинску документацију;
- ✚ Кад се јаве на преглед или приликом заказивања;
- ✚ У контакту смо са удружењима и установама које збрињавају особе са инвалидитетом;
- ✚ У току годишњег рутинског гинеколошког прегледа;
- ✚ Углавном од пратилаца;
- ✚ Из протокола;
- ✚ Мала смо средина, познајемо жене са инвалидитетом;
- ✚ Из извештајног система јер се услуге пружене особи са инвалидитетом фактуришу са атрибутом који се односи на инвалидитет;
- ✚ По шифри здравственог осигурања;
- ✚ Из електронски генерисаних извештаја.

На питање који су најчешћи здравствени проблеми због којих се жене са инвалидитетом јављају службама за здравствену заштиту жена, већина домови здравља наводи да су проблеми идентични као и код других пацијенткиња, жена без инвалидитета. Неки домови здравља су навели најчешће тегобе због којих се жене са инвалидитетом јављају, као што су поремећаји менструалног циклуса, инфекције,

крварења, гинеколошке интервенције, инфертилитет, уринарна инконтиненција и слично. Неколико домова здравља указује да се жене са инвалидитетом веома ретко јављају због општег гинеколошког прегледа, већ углавном када имају неки проблем или због вођења трудноће. Четири дома здравља наводе да жене са инвалидитетом долазе на превентивне и редовне гинеколошке прегледе.

На питање о физичкој/архитектонској приступачности објеката у којима се налази служба за здравствену заштиту жена, добијени су следећи одговори:



Међутим, треба имати у виду да „делимично приступачан“ објекат у ствари није приступачан, те да је реалније закључити да је 53% домова здравља, односно, служби за здравствену заштиту жена, у ствари неприступачно женама са инвалидитетом. Наиме, неки од одговора били су:

- ✚ Постоји рампа на улазу у зграду, али се гинекологија налази на првом спрату а нема лифта;
- ✚ Постоји приступна рампа, али нема лифта у згради нити покретне платформе.

Два питања су се односила на доступност информација о репродуктивном здрављу жена у службама за здравствену заштиту жена. Прво се односило на то да ли су ове информације уопште обезбеђене у виду лефлета, брошура, плаката и слично, док се друго питање односило на то да ли су информације, уколико постоје, обезбеђене у

неком приступачном формату (нпр. Брајево писмо, увећани испис, поједностављене верзије и слично).

У шест домова здравља не постоје информације од значаја за репродуктивно здравље жена, док у осталих 30 постоје. Наведено је да постоје брошуре, лифлети, информације на зидовима чекаоница, постери, разна обавештења. Поред тога, у пет домова здравља, женама је доступан здравствено-васпитни материјал који креира Министарство здравља и Институт за јавно здравље „Милан Јовановић Батуту“. Неколико домова здравља наводи да се одржавају индивидуална и групна предавања за жене, као и да учествују у пројектима у вези са репродуктивним здрављем жена.

Теме о којима постоје информације у појединим домовима здравља јесу: превенција рака грлића материце, лактација, значај дојења, контрацепција, превенција малигнитета репродуктивног здравља (рак дојке, рак грлића материце), уопште о репродуктивном здрављу и значају превентивних гинеколошких прегледа, о ХПВ и ХИВ вирусу и слично.

Међутим, када су у питању приступачни формати, који су неким женама са инвалидитетом неопходни да би могле да остваре своје право да буду информисане, само један дом здравља наводи да има информације о репродуктивном здрављу жена које су написане увећаним исписом на огласној табли службе за здравствену заштиту жена, док сви остали немају такве информације.



Ниједан од домова здравља који су учествовали у овом истраживању не обезбеђује услугу знаковног превођења женама које имају оштећење слуха. Два дома здравља наводе да жене са оштећењем слуха долазе у пратњи некога од родбине или у пратњи пријатељица, па је то начин на који се споразумевају, а само један дом здравља наводи да се споразумевају писањем са женама са оштећењем слуха.

Више од половине домова здравља који су учествовали у овом истраживању наводи да су ординације опремљене хидрауличним гинеколошким столовима.

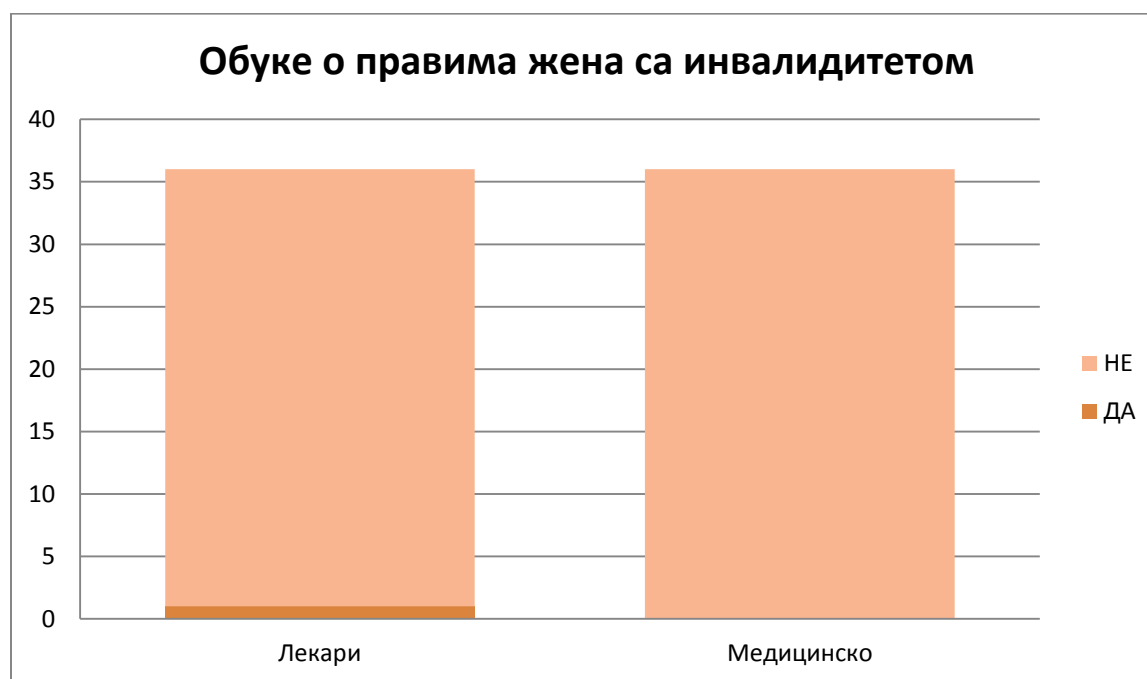


Домови здравља који немају хидраулични гинеколошки сто наводе да женама са физичким инвалидитетом обезбеђују гинеколошке прегледе на следећи начин:

- ✚ Женама са инвалидитетом помоћ пружа наше медицинско особље;
- ✚ Пацијенткињама помажемо физички приликом припреме за преглед;
- ✚ Свакој жени помогнемо да се припреми и легне на сто за преглед, као и да устане;
- ✚ Преглед се обавља на кревету или се жене стављају на гинеколошки сто ручно, уз помоћ лекара и медицинских сестара;
- ✚ Помажемо женама тако што се преглед обавља на ниском отоману, уз помоћ здравственог особља;
- ✚ Прегледе обављамо на ниском и чврстом медицинском кревету;

- ✚ Имамо хидраулични порођајни кревет, али он није практичан за свакодневну употребу;
- ✚ Прегледамо их на столу за ултра звук;
- ✚ Помогнемо им да легну на обичан кревет.

Само један дом здравља наводи да су лекари били на обуци која се односила на права жена са инвалидитетом у вези са здравственом заштитом и здравственим услугама и то је била обука „Поступање професионалаца у раду са женама из маргинализованих група са искуством насиља и заштита жена жртава специфичних облика родно заснованог насиља“. Такође, један дом здравља наводи да је било једно предавање о правима жена са инвалидитетом намењено свим здравственим радницима, које је организовала невладина организација, али да гинеколози из тог дома здравља нису били на предавању. Сви домови здравља су одговорили да нико од здравствених радника (медицинских сестара и техничара) није похађао обуке о правима жена са инвалидитетом у вези са здравственом заштитом и здравственим услугама, а један дом здравља наводи да сваке године буде организовано по једно предавање, али да није било обука.



На питање да ли жене са инвалидитетом имају једнак приступ заштити репродуктивног здравља као и жене без инвалидитета, одговори се разликују. Половина сматра да жене са инвалидитетом немају исти приступ заштити

репродуктивног здравља, док је у три одговора наведено да жене са инвалидитетом имају приоритет приликом пружања услуга заштите репродуктивног здравља.



У два одговора је наведено да би жене са инвалидитетом требало да имају исти приступ заштити репродуктивног здравља, а у четири случаја одговор је образложен тиме да имају могућност физички да приступе на преглед, односно, приступ здравственим услугама заштите репродуктивног здравља је поистовећен са физичком приступачношћу. Три одговора су била да жене имају једнак приступ, али да би било боље када би објекти, прилази и опрема били приступачни.

Неки од одговора домова здравља који сматрају да жене са инвалидитетом немају једнак приступ овим услугама:

- ✚ Проблем могу бити пунктови без архитектонски адаптираних прилаза;
- ✚ Углавном се преглед обавља на позив породице и на терену;
- ✚ Потребна нам је додатна опрема како бисмо прегледе прилагодили женама са инвалидитетом;
- ✚ Увек може боље. Развој медицине, науке и технике достигао је такав степен да се оваквим лицима у великој мери може олакшати и помоћи да буду равноправни чланови друштва;
- ✚ Лошије су обавештене, често им треба пратња, за рад са њима треба више времена, што је у постојећим условима тешко остварити;

- ✚ Женама са инвалидитетом мора да се приступа на посебан начин, у зависности од врсте инвалидитета. Отежан им је приступ јер нам је гинекологија на другом спрату без лифта;
- ✚ Разлози неједнаког приступа су техничке природе, приступ служби им није адекватно омогућен.

Следеће питање односило се на процену квалитета здравствене заштите репродуктивног здравља која се пружа женама са инвалидитетом, шта је добро а шта би могло да се побољша, као и евентуалне препреке у вези са пружањем ове врсте здравствених услуга.

У највећем броју одговора наведено је да је квалитет здравствене заштите жена са инвалидитетом исти као и за жене без инвалидитета, као и да је квалитет здравствене заштите условљен финансијским могућностима. Три дома здравља наводе да је највећа препрека недовољан број гинеколога. Неки сматрају да је квалитет пружања услуга задовољавајући, наводе да жене са инвалидитетом имају приоритет приликом заказивања прегледа, да никада не чекају дуго, а један дом здравља наводи као пример добре праксе организовање систематских прегледа за жене са инвалидитетом суботом. Такође, више од половине одговора у вези са могућностима побољшања квалитета здравствене заштите репродуктивног здравља жена односио се на аспекте приступачности објеката, прилаза и ординација. Наведено је да је за боље услове рада са женама са инвалидитетом потребно обезбедити уклањање архитектонских баријера (обезбеђивање рампи, платформи, лифтова), адекватну опрему (нпр. хидрауличне гинеколошке столове), реорганизацију рада у дому здравља (нпр. обезбедити просторију у приземљу за прегледе) и слично.

По питању прилагођавања саме услуге и информисања жена са инвалидитетом, наведено је да би требало обезбедити брошуре у приступачним форматима (нпр. Брајево писмо), увести посебан протокол за поступање са женама са инвалидитетом и побољшати вођење евиденције.

Наведено је да је неопходно сензибилисање лекара и другог медицинског особља за рад са женама са инвалидитетом, јер се у друштву, а посебно у медицинским круговима генерално мало прича о потребама које имају и препрекама са којима се оне суочавају.

На крају, један број одговора односи се на саме жене са инвалидитетом. Наведено је да оне ретко саме долазе на редовне превентивне прегледе, али поред личних разлога, указано је да разлог могу да буду и препреке у виду неприступачних служби за здравствену заштиту жена, као и на страх да неће наићи на разумевање медицинског особља. У том смислу, један од предлога је да се организује медијска

кампања посебно намењена женама са инвалидитетом о важности здравствене заштите репродуктивног здравља, као и да се на тај начин позову на превентивне гинеколошке прегледе.

Више од половине домова здравља наводи да су потребне додатне обуке за лекаре и друго медицинско особље о правима жена са инвалидитетом у вези са заштитом њиховог репродуктивног здравља. Наведено је да су обуке увек корисне, да је неопходна континуирана едукација, као и сензибилизација свог медицинског особља за рад са женама са инвалидитетом и препрекама са којима се суочавају, као и о најефикаснијем и најадекватнијем решавању проблема, уколико се појаве. С друге стране, они који сматрају да додатне обуке нису потребне, наводе да су разлози за то мали број жена са инвалидитетом, да није било притужби на рад службе за здравствену заштиту жена, да их правна служба обавештава о свим законодавним новостима, да су лекари и медицинско особље школовани и обучени да раде са свима, укључујући и жене са инвалидитетом. Наводе и да проблем није у несензибилисаности или недовољној обучености особља, већ у недостатку адекватне опреме и средстава за рад, као и у генералном недостатку медицинског особља у службама за здравствену заштиту жена.



Болнице и клинички центри (одељења гинекологије и акушерства)

Упитник за опште болнице послат је на адресе 10 опшних болница, укључујући и Клинички центар Војводине. Девет опшних болница одговорило је на упитник, уз напомену да три болнице нису одговориле на сва питања.

На питање колико је жена са инвалидитетом прегледано у болници у претходне три године, само једна болница је одговорила и то да је прегледано „око 10 жена“, док су остале навеле да немају посебну евиденцију, односно, да немају тај податак. Такође, на питање колико је жена са инвалидитетом оперисано/било на болничком лечењу у установи у последње три године, једна болница је навела да је била једна жена са инвалидитетом, док су све остале навеле да немају тај податак. Коначно, само једна болница је навела да је једна жена са инвалидитетом порођена у претходне три године, а остале болнице тај податак немају у евиденцијама.

Жене са инвалидитетом се обраћају гинекологима у болници из истих разлога као и жене без инвалидитета (крварења, трудноћа и слично), а две болнице наводе да немају тај податак.

Све болнице наводе да су приступачне женама са физичким инвалидитетом, уз навођење да имају рампу и/или лифт, а једна болница наводи да је приступ женама са физичким инвалидитетом знатно отежан јер морају да дођу до гинекологије преко другог одељења болнице.

Од девет болница које су учествовале у истраживању, три наводе да је женама са инвалидитетом обезбеђена могућност присуства персоналних асистенткиња док су на болничком лечењу, али у једном случају је напоменуто да услови за боравак персоналних асистенткиња „нису идеални“. Три болнице наводе да ова могућност није обезбеђена, док три не дају ни позитиван ни негативан одговор, већ наводе да до сада нису имали захтеве за боравак персоналних асистенткиња у болници заједно са женама са инвалидитетом које су на лечењу.

Женама са оштећењем слуха није обезбеђено превођење на знаковни језик ни у једној болници. Неке болнице наводе да жене са оштећењем слуха долазе у пратњи особе која зна знаковни језик, као и да се споразумевању писаним путем, уколико особа нема никога у пратњи. Једна болница наводи да треба успоставити ту услугу, али да је потребно одредити ко плаћа трошкове преводиоца за знаковни језик.

Надаље, осам болница има хидраулични гинеколошки сто или столицу, а једна болница нема:

- ✚ Столови су нам стари и више од 30 година. Ангажујемо носаче и већи број сестара да их сместимо на сто. Када се јави проблем са подупирачима за ноге, ангажујемо медицинске сестре да их држе. Такође, постоји и потреба за набавком стола за извођење гинеколошких интервенција.

Што се тиче питања о похађању обука о правима жена са инвалидитетом у вези са здравственом заштитом и здравственим услугама, све болнице су одговориле да лекари нису похађали обуке на ову тему. У једном случају је наведено да су учествовали у радној групи у оквиру пројекта „Заустави – заштити – помози“. Идентична ситуација је и са медицинским сестрама и техничарима који раде на одељењима гинекологије и акушерства, све болнице су одговориле да медицинско особље није похађало обуке о правима жена са инвалидитетом у вези са здравственом заштитом и здравственим услугама.

Све болнице наводе да жене са инвалидитетом имају једнак приступ заштити репродуктивног здравља као и жене без инвалидитета, а две наводе да се женама са инвалидитетом посвећује посебна пажња и да се особље око њих више ангажује кад је то неопходно.

На питање о процени квалитета здравствене заштите репродуктивног здравља жена са инвалидитетом, укључујући препреке са којима се суочавају, већина одговара је да је квалитет задовољавајући. Неки од одговора који се односе на препреке и потенцијалне могућности повећања квалитета услуга:

- ✚ Потребне су додатне обуке, односно, сензибилизација медицинског особља јер немају довољно знања о потребама жена са инвалидитетом;
- ✚ Побољшање је могуће прилагођавањем тоалета који нису приступачни;
- ✚ Треба обезбедити персоналне асистенте који би им били доступни 24 часа;
- ✚ Побољшање архитектонске приступачности;
- ✚ С обзиром да су у случају жена са инвалидитетом, чланови породице више ангажовани и укључени у сарадњу, требало би обезбедити већу ангажованост и доступност патронажних служби;
- ✚ Треба обезбедити туш кабине у свакој соби, потребан је већи број медицинског особља да би се обезбедила боља нега и помоћ женама са инвалидитетом.

Три болнице сматрају да не постоји потреба за додатним обукама намењених лекарима и другом медицинском особљу о правима жена са инвалидитетом у вези са заштитом њиховог репродуктивног здравља, док остали сматрају да су обуке

потребне. Како је наведено, додатне обуке унапређују квалитет пружања здравствених услуга и неопходне су за цео здравствени систем, а потребна је и већа ангажованост особља у раду са женама са инвалидитетом и њиховим породицама.

Резиденцијалне установе

Упитник за резиденцијалне установе послат је на адресе свих 11 резиденцијалних установа у Војводини и све установе су одговориле на упитник. Резиденцијалне установе су укључене у истраживање због специфичног положаја жена са инвалидитетом које се налазе у установама, у вези са приступом здравственим услугама и заштитом репродуктивног здравља.

Од 11 резиденцијалних установа, једна није доставила опште податке о самој установи (капацитет, број мушкараца и жена, број мушкараца и жена лишених пословне способности), док су сви остали одговори достављени.

Кратак преглед дат је у табели испод:

	Капацитет установе	Број корисника		Број корисника лишених пословне способности	
		Жене	Мушкарци	Жене	Мушкарци
1.	120	72	63	5	7
2.	900	118	-	33	-
3.	800	208	408	64	129
4.	550	80	111	52	69
5.	-	184	353	118	306
6.	300	106	98	88 ¹²⁰	90 ¹²¹
7.	300	143	151	103	125
8.	451	103	150	37	70
9.	-	362	81	268 ¹²²	58 ¹²³
10.	170	70	92	-	-
11.	500	226	285	-	-

Од 11 установа које су учествовале у истраживању, 10 нема запосленог гинеколога, а једна установа има склопљен уговор о допунском раду са гинекологом запосленим у

¹²⁰ Од тога 75 лишених пословне способности у потпуности, а 13 делимично

¹²¹ Од тога 79 лишених пословне способности у потпуности, а 11 делимично

¹²² Од тога 249 лишених пословне способности у потпуности, а 19 делимично

¹²³ Од тога 49 лишених пословне способности у потпуности, а 9 делимично

дому здравља, па се прегледи обављају најчешће суботом, када овај гинеколог дежура а амбуланта је тада празна. Остале установе наводе да се прегледи за жене са инвалидитетом обезбеђују у надлежним домовима здравља и/или општим болницама.

На питање колико често се корисницама обезбеђују гинеколошки прегледи, најчешћи одговори су били једном годишње и према потреби.



Једна установа наводи да су до краја 2017. године, гинеколошки прегледи обезбеђивани на шест месеци, али да се након тога увело заказивање преко позивног центра, па се сада преглед обезбеђује онолико често колико „успеју да закажу преко позивног центра“.

У једном одговору је наведено да свака корисница има обезбеђен гинеколошки преглед приликом пријема у институцију, а да се даље контроле обезбеђују у складу са препорукама гинеколога, најмање једном годишње, а по потреби и чешће. Институције у којима су смештене жене млађе од 18 година, на питање када се корисницама обезбеђују први гинеколошки преглед, наводе:

- ✚ Индивидуално је, али у просеку када добију прву менструацију;
- ✚ Први преглед буде са 16 година, обично ради увођења контрацептива.

На питање шта све подразумева гинеколошки преглед, добијени су слични одговори: мануелни преглед; бимануелни преглед и преглед под спекулумом; ултразвук; ПАПА тест; брисеви; колпоскопија; преглед дојки; мамографија (по потреби и на предлог гинеколога).

Неколико повезаних питања односило се на прилагођеност гинеколошких прегледала женама са различитим облицима инвалидитета. Већина институција наводи да прегледи нису прилагођени.



Неки од добијених одговора су:

- ✚ Само у смислу доступности (прегледи се организују у приземљу, постоји лифт);
- ✚ Наш дом здравља има хидраулични сто, али се гинеколошка ординација налази на спрату а нема лифт. Тренутно немамо кориснице којима је потребно превођење на знаковни језик;
- ✚ Немамо обезбеђено знаковно превођење нити прилагођене формате;
- ✚ Нема хидрауличног стола, нема знаковног превођења, нема поједностављених материјала о заштити репродуктивног здравља који су потребни наши корисницама;

- ✚ Гинеколог је доступан у сваком тренутку, али ординација није опремљена хидрауличним столовима, не постоји преводилац за знаковни језик, али кориснице долазе у пратњи медицинског особља из наше установе. Имамо доступне материјале у виду плаката, летака, промотивног материјала.
- ✚ Није прилагођено, сналажење је ситуационо.

Два питања односила су се на коришћење контрацепције. Једно је било о томе да ли кориснице користе контрацепцију, а друго се односило на оне кориснице које користе контрацепцију – да ли су адекватно информисане о коришћењу контрацепције, ко их информиса и на који начин, као и ко доноси одлуку о коришћењу контрацепције.



Једна установа је навела да кориснице користе контрацепцију „само у терапијске сврхе, по налогу гинеколога“. Што се тиче информисања о коришћењу контрацепције и информисаног пристанка, добијени су следећи одговори:

- ✚ Кориснице информације добијају од медицинских сестара и васпитача, а одлуку о коришћењу контрацепције доноси здравствена служба;
- ✚ У установи тренутно има неколико корисница које користе контрацептивне таблете али по препоруци гинеколога у терапијске сврхе. Ординирајући

гинеколог их је обавестио, а у више наврата су у самој установи обављени разговори са корисницама на ту тему;

- ✚ Наш тим лекара организује едукације на тему контрацепције. Кориснице не одлучују самостално о коришћењу контрацепције, већ искључиво уз консултације са лекарима;
- ✚ Самостално одлучују, а информише их надлежни гинеколог, лекар опште праксе и социјални радник;
- ✚ Сходно индивидуалним могућностима објашњавамо могућност коришћења контрацепције. У случају уметања унутарматеричног контрацептивног средства (спирала), потребно је прибавити писану сагласност старатеља, као и у случају потребе успављивања и других интервенција, пошто су кориснице лишене „пословно-правне способности одлучивања“. Потребу за контрацепцијом објашњава гинеколог, на матерњем језику, разумљиво за њихов интелектуални ниво, ако постоји могућност комуникације;
- ✚ Обавештење о контрацепцији добијају о надлежног психијатра и надлежног гинеколога;
- ✚ Адекватно их информишу лекар опште праксе и гинеколог, а одлуку о коришћењу контрацепције доносе самостално или уз консултације са старатељем.

У пет од 11 установа које су учествовале у истраживању, било је трудноћа корисница у последњих пет година и то у једној установи три трудноће, а у осталима по једна. Међутим, ни једна од ових трудноћа није резултирала рађањем детета, односно, било је шест прекида трудноће и један спонтани побачај.

На питање ко доноси одлуку о прекиду трудноће у случајевима када су кориснице лишене пословне способности, добијени су следећи одговори:

- ✚ Одлуку о прекиду трудноће доноси старатељ, на основу писане сагласности. Мишљење о постојању услова за прекид трудноће до навршене 10. недеље трудноће даје лекар специјалиста гинекологије и акушерства, а до навршене 20. недеље етички одбор здравствене установе. Ако је трудна жена млађа од 16 година или ако је лишена пословне способности, за прекид трудноће потребан је пристанак њеног законског заступника. Ако надлежни здравствени радник сматра да законски заступник не поступа у њеном најбољем интересу, дужан је да о томе одмах обавести орган старатељства. Пословно неспособна жена треба и сама да буде укључена у доношење одлуке о престанку на прекид трудноће, у складу са зрелошћу и способношћу за расуђивање;
- ✚ Сагласност даје пацијенткиња и њен законски заступник (старатељ);
- ✚ Од трећег месеца конзилијум уз сагласност старатеља;

- ✚ Надлежна лекарска комисија, старатељ и корисница (зависи од степена лишења пословне способности);

Остали одговори били су „старатељ“ или „старатељ у сарадњи са органом старатељства“.

По питању квалитета здравствене заштите репродуктивног здравља, одговори се разликују. Три установе сматрају да је квалитет здравствене заштите репродуктивног здравља жена са инвалидитетом које живе у институцијама на задовољавајућем нивоу. Такође, три институције сматрају да је квалитет здравствене заштите репродуктивног здравља адекватан, али да би могао да се побољша у одређеним сегментима. Остале установе сматрају да ниво здравствене заштите репродуктивног здравља жена са инвалидитетом које су у установама није задовољавајући.

- ✚ Неопходно је учинити доступним скрининг програме чији је циљ рано откривање гинеколошких проблема;
- ✚ Треба побољшати информисаност корисница и обезбедити редовне гинеколошке прегледе;
- ✚ Потребно је запослити гинеколога који би прегледао кориснице два пута месечно, као што је то функционисало до краја 2017. године;
- ✚ Квалитет заштите репродуктивног здравља није задовољавајући, велики значај би имала посета гинеколога установи једном месечно;
- ✚ Неопходна је финансијска подршка у вези са плаћањем ПАПА теста, презерватива, спирала;
- ✚ Некада на резултате чекамо по два-три месеца, а често се дешава да дом здравља нема потребан материјал;
- ✚ Квалитет здравствене заштите репродуктивног здравља укратко је мизеран. Страх од трудноће корисница донекле је одагнан употребом тестова за трудноћу, јер већ само особље може на време да препозна трудноћу и уз прибављање сагласности органа старатељства може да упути корисницу на прекид трудноће до 10 недеље у краткој ИВ анестезији, што је најбезбедније за њу. Адекватном контрацепцијом могле би да се заштите да до тога и не дође [...] Немамо ињекције за дуготрајнију контрацепцију, модерне хормоналне спирале се често избегавају због цене иако због тога долази до престанка менструалног крварења и уштеде на нивоу уложака [...] У ери портабилних ултразвучних апарата није луксуз имати један такав јер су многе наше пацијенткиње непокретне.

Покрајински секретаријат за здравство и Институт за јавно здравље Војводине

Имајући у виду значај ових институција, упитник је послат Институту за јавно здравље Војводине и Покрајинском секретаријату за здравство.

Институт за јавно здравље Војводине одговорио је на упитник, али је у упитнику назначено да подаци о репродуктивном здрављу жена нису разаврстани на основу инвалидитета, те није било могуће добити податке о броју жена са инвалидитетом које су у последње три године:

- ✚ Добиле дете;
- ✚ Имале прекид трудноће;
- ✚ Имале малигно обољење репродуктивних органа;
- ✚ Преминуле услед малигног обољења репродуктивних органа;
- ✚ Преминуле услед малигнух обољења.

Покрајински секретаријат за здравство такође је одговорио на упитник. У одговорима је наведено да не прати податке о здрављу жена са инвалидитетом, као ни о репродуктивном здрављу жена са инвалидитетом.

На питање да ли је Покрајински секретаријат за здравство спроводио неке активности на унапређењу репродуктивног здравља жена са инвалидитетом, наведено је да је једина активност у том контексту учешће у реализацији пројекта „Заустави – заштити – помози“, кроз који је обезбеђено седам гинеколошких столица за седам пилот центара за жртве сексуалног насиља у здравственим установама у АП Војводини. Приликом избора медицинске гинеколошке опреме водило се рачуна о потребама особа са физичким инвалидитетом, а приступачни просторни и физички услови за жене са инвалидитетом су обезбеђени. У оквиру овог пројекта посебно се прати да ли су жртве сексуалног насиља жене и девојчице са инвалидитетом, с обзиром да су оне у посебном ризику када је у питању сексуално и родно засновано насиље. У оквиру наведеног пројекта реализоване су и промотивне активности и обавештавање жена о доступности услуга у пилот центрима за потенцијалне жртве сексуалног насиља.

Искуства и праксе здравствених радника и радница





Сви здравствени радници имали су искуства прегледа, различитих врста интервенција и порођаја жена са инвалидитетом. Ипак, као што је утврђено

упитником, не постоји евиденција о прегледаним женама са инвалидитетом, нити периодична статистика, па нема података о томе колики број жена посећује гинекологе једном годишње, у циљу обављања превентивних прегледа, колики је број порођаја или других интервенција. Иако систем од скора предвиђа посебну шифру у Е-картону, оваква евиденција још увек није пракса.

Немогућност да ИЗИС систем за заказивање специјалистичких прегледа препозна пацијенткињу са инвалидитетом приликом заказивања прегледа представља уједно најчешће наведену препреку од здравствених радника и радница. За преглед жена са инвалидитетом, из искуства учесника и учесника ФГД, потребно је више времена, а у домовима здравља није могуће заказати два или три прегледа за жене са инвалидитетом, колико је потребно, имајући у виду да је предвиђено 15 минута по пацијенткињи. Додатно време је потребно због дуже припреме пацијенткиње за преглед, комуникације, „захтевног” прегледа.

Неки здравствени радници имају више искуства у раду са пацијенткињама са инвалидитетом. На пример, код једне докторке долази доста жена са инвалидитетом, а она претпоставља да оне једна другој препоручују лекарку. Код неких лекара долазе редовно пацијенткиње из резиденцијалних установа или се организују систематски прегледи за жене са инвалидитетом. Ово је пракса на пример у ДЗ у Зрењанину где лекари суботом обављају систематске гинеколошке прегледе жена са инвалидитетом. Организовани прегледи су својевремено били пракса и у Новом Саду у Клиничком центру Војводине, али након завршетка пројекта у оквиру којег су прегледи организовани, ова пракса се није задржала. У оба наведена случаја, организовани прегледи и прилагођени термини, реализовали су се у сарадњи са организацијама које се баве унапређењем права и положаја жена са инвалидитетом.

На питање да ли постоје препреке за преглед пацијенткиња са инвалидитетом, сви здравствени радници одговарају да препреке не постоје, да се никада није догодило да нису пружили услугу, нити да нису пружили адекватну услугу. Истичу да „не постоји разлика у односу према пацијенткињама са инвалидитеом” односно да и када постоји, она се огледа само у додатној љубазности и „спремности да помогну”.

-  *Ми смо здравствени радници, обучени смо и навикли смо на све.*
-  *Нема препрека, чак су жене са инвалидитетом спремније на сарадњу.*
-  *Буде некад компликованије, али се сналазимо.*
-  *Још није било ситуација да нисмо могли да се снађемо. На основним студијама медицине учи се и психијатрија и неурологија и социјална медицина.*

Ипак, на основу описа праксе, показало се да лекарима и медицинским сестрама препреку представља немогућност да се жене које имају проблеме са доњим екстремитетима и/или карлицом попну на гинеколошки сто, подигну ноге на држаче, контролишу мокрење и сл.

Хидраулични столови не постоје у свим здравственим установама у Војводини, а и тамо где постоје, проблем представља прелазак из колица на сто. У тим случајевима женама са инвалидитетом помаже особа са која их прати или медицинске сестре и техничари.

- ✚ *Највећа тешкоћа у раду је са женама које имају проблема са карлицом, јер је онемогућен вагинални приступ. Оне пацијенткиње које су потпуно непокретне, њих прегледамо у кревету јер не могу да се попну на гинеколошки сто.*
- ✚ *Немају редовне сексуалне односе, преглед је отежан, али ми то знамо, па тразимо најмање инструменте.*
- ✚ *Психички су измењене, потребно је више времена да се поприча, да се објасни.*
- ✚ *Није нам проблем ништа, оне долазе са пратњом.*

Све пацијенткиње долазе са пратњом, а то су најчешће њихове мајке, затим мужеви, снаје или други чланови породице. Жене су чешће пратња него мушкарци, а када су мушкарци пратња, то су најчешће партнери. Долазак са пратњом олакшава преглед лекарима, али и самим пацијенткињама, иако некада представља угрожавање права жене са инвалидитетом на приватност, посебно када се ради о женама са оштећењима слуха. Оваква пракса показује недостатак системских решења, терет бриге који је на породици и зависност особа са инвалидитетом од примарне породице.

У болницама не постоје стандардизовани услови за боравак пратње, односно, то питање није регулисано протоколима, те на пример није предвиђено додатно место у болници за особу која је пратња (нпр. персонална асистенткиња или члан породице) жени са инвалидитетом. Боравак персоналне асистенткиње или члана породице са женом са инвалидитетом могућ је у болницама у Новом Саду и Зрењанину. У осталим болницама ово никада није била пракса, а у свим породилиштима (осим новосадског) ово није могуће.

Здравствени радници у тим случајевима пружају све услуге женама са инвалидитетом.

- ✚ *Имали смо једну пацијенткињу која није могла себи да исече храну, па ми то увек урадимо за њу.*
- ✚ *Ми смо здравствени радници, нама је то посао.*

Уочава се разлика у решењима у Новом Саду, као урбаном центру и мањим градовима у Војводини. Разлика се односи првенствено на број жена са инвалидитетом и учесталост прегледа или порођаја. У Клиничком центру Војводине су сарађивали и са преводиоцима за мигранткиње и тумачице знаковног језика које су долазиле по позиву. У случају да нема преводиоца или тумача, решење су и мобилне апликације, гугле транслате и слично. Осим у Новом Саду, тумачи за знаковни језик нису доступни и лекари се „сналазе” тако што „говоре спорије и гледају у жену, јер знају да чита са усана”.

Здравствени радници препознају више препрека у раду са женама са менталним тешкоћама које имају сексуалне односе и у неким случајевима „велики број нежељених трудноћа или трпе партнерско насиље”. У тим случајевима здравствени радници „поступају по процедурама”, али се истовремено осећају немоћно и не реагују увек јер „неће да после они имају проблема”. Имају сарадњу са резиденцијалним установама и центрима за социјални рад.

- ✚ *Треба да идеш да сведочиш, па нам је једном упао муж, пребио докторицу јер је његовој жени ставила спиралу.*

Здравствени радници наводе да им нису потребне додатне едукације, а неки наводе да су их имали у оквиру формирања центара за жртве сексуалног насиља. Не препознају области у којима би им додатна едукација била потребна, нити сматрају да се икада односе дискриминаторно према женама са инвалидитетом. Ипак, о женама са инвалидитетом се говори као о „инвалидима”, препознају се „компликације” које настају са другим пацијенткињама које чекају дуже, због тога што преглед за жене са инвалидитетом траје дуже или мишљење лекарке о трудноћи жене са инвалидитетом: „како ћеш ти да имаш дете, не можеш сама да се обучеш, али то не кажем, али помислим.”

Здравствени радници су различито сензибилисани у вези сапругањем здравствених услуга женама са инвалидитетом, али се сви слажу да су услуге у њиховој установи потпуно приступачне. Ипак, кроз разговор се показало да неки делови зграде нису приступачни, као и да жене са инвалидитетом могу да дођу на преглед, али то никако не могу да учине саме. Такође, показало се да је женама са оштећењем слуха проблем што не знају када их прозову на преглед или не разумеју на добар начин дијагнозу.

- ✚ *Читају са усана, па ми знамо да морају да нас гледају или им напишемо, нема никаквих проблема.*

Здравствени радници препознају као посебан проблем зависност жена са инвалидитетом од туђе помоћи и да сигурно постоје оне које су изоловане и које родитељи или особе које о њима брину не доводе код гинеколога.

Препреке које постоје приписују функционисању здравственог система у целини: недостатку лекара, преоптерећеношћу, малим временом предвиђеним за преглед, неадекватним условима рада, неадекватним условима за пацијенте. Већина сматра да би се и услуге за жене са инвалидитетом унапредиле, када би се побољшао систем у целини.

- ✚ *Основно је особље. Потребно је што више кадрова. Бар још једна сестра која би помагала тој особи.*
- ✚ *Додатно се ангажујемо да се оне прегледају.*
- ✚ *Потребно је само више стрпљења и проблем се реши.*

Искуства жена са инвалидитетом

Највећи број учесница у истраживању иде на гинеколошке прегледе једном годишње, али то зависи од потребе. Први пут су посетиле гинеколога као адолесценткиње, када су добиле прву менструацију или приликом ступања у сексуалне односе, у периоду од 15. до 19. године и оцењују да су добиле све информације које су их занимале. Неке испитанице јесу, неке нису добиле информације о контрацепцији (5), али су информације о сексуалним односима и контрацепцији добијале од мајки, вршњакиња или у школи. Три испитанице наводе да су добиле све одговоре који су их занимали, али информисање о контрацепцији и другим аспектима сексуалности или бриге о репродуктивном здрављу није било доступно свим пацијенткињама као обавезан део (првог) прегледа.

На искуства првог гинеколошког прегледа инвалидитет није утицао, односно, јесте утолико што је искуство ново и што је потребно пронаћи начин на који је најбоље обавити преглед.

- ✚ *Била је предусретљива и помогла ми да се наместим.*

✚ Нисам знала како ћу користити гинеколошки сто, с обзиром да могу да дохватим држач за ноге само једном ногом, али ми је гинеколог рекао да ако не успемо да обавимо преглед тако, постоји други начин. Решили смо тако што подигнем и протезу на други држач и преглед се обави. На први преглед мајка је ишла са мном, јер је радила при Дому здравља. Мислим да је најбитније имати жељу да се води рачуна о себи и свом здрављу, сигурна сам да се начин за преглед увек може наћи и да се у сарадњи са гинекологом може све превазићи.

Једна испитаница је имала непријатно искуство првог гинеколошког прегледа, јер је лекарка прегледала код куће.

✚ Била је пријатељица моје мајке, па је дошла, да ја не идем и да се не гњавим по дому здравља, па ме је прегледала код куће и то је било грозно искуство.

Највећи број испитаница (10 од 13) оценило је приступачност услуга оценом 3 (на скали од 1 до 5). Неприступачност услуга не произлази нужно из неприступачности женама са инвалидитетом, него здравственог система у целини: „дуго се чека на преглед“, „нико се не јавља на телефон“, „дођем па кажу да је докторка на годишњем, а нико ме није обавестио“, „не заказују ми ултра звук никада, па идем приватно на ултра звук дојки“, „није могла интервенција на грлићу да се закаже редовно, па ми је мој гинеколог урадио приватно.“

Више испитаница користи државне здравствене услуге, а само неколико и само понекад приватне из разлога који су горе наведени, а разлог није у томе што у приватној пракси постоји више знања, већ то што је однос према пацијенткињама у целини другачији. Једна испитаница са искуством тумора на дојци је истакла недовољну посвећеност лекара и недовољно ангажовање на информисању жена, које нема нужно везе са инвалидитетом.

Испитанице су навеле неколико тешкоћа и неадекватних пракси када су у питању гинеколошки прегледи жена са инвалидитетом.

Првенствено, архитектонска неприступачност домова здравља и болница, а чак и када објекти и ординације јесу приступачни, тоалети нису приступачни за кориснице колица.

✚ У Новом Саду, ни у један ДЗ не можеш да уђеш колицима.

Поред тога, објекти нису означени као приступачни, како би жене са инвалидитетом то унапред знале.

Други проблем је мамографски преглед, који је отежан женама корисницама колица, јер је висина апарата таква да пацијенткиња мора да стоји.

Однос гинеколога и гинеколошкиња је у целини добар. Неке жене су посебно истакле своје лекаре и лекарке као подржавајуће и предусретљиве. Најчешћи облици неадекватног односа према пацијенткињама са инвалидитетом су да се лекари и лекарке не обраћају њима него пратњи.

✚ *Ишла сам у пратњи мајке. Гинеколог се све време обраћао мајци, а не мени. Иако сам имала 14 година, било ми је чудно, али касније ми је било необјашњиво и фрустрирајуће, када се гинеколог обрати другарици која ми је у пратњи и која је моја генерација. Код првог гинеколога више нисам ишла зато што нисам боравила у мом родном месту. Касније, одлазила сам у местима где сам пребивала. Једном се догодило да је гинеколошкиња питала моју другарицу: када сам последњи пут имала однос и колико често имам однос, или пак, налаз објашњава мени, али кад би ушла особа која је у пратњи, гинеколошкиња би тој особи објаснила исто, као да се брине да нећу запамтити. Ја стално објашњавам лекарима да се обраћају мени, те да је потребно да само она/он и ја будемо у ординацији и да ћу сасвим сигурно дати инструкције како да ми помогне и у чему. Често успевам у томе да они прихвате моју иницијативу и неки лекари то прихвате у потпуности, али ми се чини да неки као да никад до краја не могу да схвате како ја уствари могу да бринем о свом здрављу, тј. како је тај неко мој дозволио да ја будем „препуштена“ сама себи.*

Неретко се женама са инвалидитетом дешавало да лекари неће да их прегледају, јер процењују да „нема потребе“. Имајући у виду то да су лекарима прегледи жена са инвалидитетом захтевнији у погледу времена и начина прегледа, догађа се да лекари избегавају преглед.

✚ *Када сам студирала требала ми је потврда од лекара, па и од гинеколога за студентски дом, а ја сам је добила, а да нисам била прегледана.*

✚ *Каже ми, нема потребе да Вас прегледам, знам ја шта је Вама.*

За жене са оштећењем слуха је проблем то што не чују кад их прозову, као и то што лекари и лекарке морају говорити спорије или да напишу дијагнозу и налазе јасно, јер се у пракси дешавало да пацијенткиње погрешно разумеју дијагнозу.

Лежање у болници такође је проблем (нпр. неудобни су кревети, одмах стављају катетер), уколико нема пратње, а недостаје системска подршка.

- ✚ *Са мном је био муж и то су дозволили јер је тако и њима било лакше. Али шта ћемо са женама чији партнери су такође са инвалидитетом?*

Жене са мишићном дистрофијом сусрећу се са недовољним познавањем њиховог стања од гинеколога и гинеколошкиња.

- ✚ *Морала сам да објашњавам зашто сам толико мршава. Кад сам затруднела, докторица ме је питала да ли сам сигурна и како ћу кад сам тако мршава. Тада сам променила лекара.*
- ✚ *Постоји једна тиха дискриминација према женама које нису рађале или не рађају, она почиње и тиме што свака ординација нападно облепљена сликама беба, што је можда неком симпатично, али мени изгледа као да је порука: смисао нашег постојања је да вас породимо...не узимајући у обзир да ја можда из економских или неких других разлога (па евентуално и због инвалидитета) не могу или не желим да имам децу.*
- ✚ *Немам проблем са њиховим односом према мени, него са њиховим непознавањем моје болести.*
- ✚ *Неинформисаност гинеколога о врстама инвалидитета је велики проблем.*
- ✚ *Десило ми се да се збуњују око моје сексуалности, јер немам осећај од струка на доле.*

6. ЗАКЉУЧЦИ И ПРЕПОРУКЕ

Резултати овог истраживања показују да препреке у пружању приступачних и прилагођених услуга за жене са инвалидитетом произлазе из:

- ✚ недостатака у самом здравственом систему, што између осталог подразумева недостатак медицинског особља, чекање на специјалистичке прегледе и слично;

- ✚ невидљивости жена са инвалидитетом у оквиру здравственог система и недостатак разумног прилагођавања услуга, као што је на пример немогућност заказивања прегледа адекватне дужине (нпр. два повезана термина);
- ✚ неприступачности зграда и просторија, недостатка адекватне опреме (нпр. хидраулични гинеколошки столови), нерегулисаности прилагођавања услуге женама са инвалидитетом, као нпр. асистенција приликом прегледа, тумачи за знаковни језик, непостојање информативних материјала у прилагођеним форматима и друго;
- ✚ недовољне сензибилизације и информисаности здравствених радника и радница, који имају предрасуде према женама са инвалидитетом.

Имајући у виду наведене препреке у пружању приступачних и прилагођених услуга за жене са инвалидитетом, потребно је да:

- ✚ све здравствене установе буду архитектонски приступачне, као и да имају најмање један тоалет који могу да користе жене са инвалидитетом;
- ✚ све здравствене услуге у вези са заштитом репродуктивног здравља буду приступачне и доступне, укључујући и адекватно опремање ординација (нпр. хидраулични гинеколошки столови);
- ✚ здравствени систем и систем заказивања прегледа омогући препознавање жена са инвалидитетом, вођење евиденције, прилагођавање термина и трајања прегледа;
- ✚ да се гинеколози и гинеколошкиње, као и сви други медицински радници и раднице додатно едукују и информишу о различитим облицима инвалидитета, као и да се сензибилишу у погледу адекватног, подржавајућег и недискриминаторног односа према женама са инвалидитетом;
- ✚ у сарадњи са женским организацијама потребно је унапредити превентивне гинеколошке прегледе, а у сарадњи са другим институцијама мапирати жене са инвалидитетом и организовати кампање у којима ће бити позване на превентивне систематске прегледе, који ће бити организовани тако да одговарају различитим потребама жена са инвалидитетом;
- ✚ потребно је системски омогућити сет услуга за жене са инвалидитетом које им могу бити потребне, на пример асистенцију женама са инвалидитетом које бораве у болници, тумаче за знаковни језик и слично;
- ✚ припремити информативне материјале у прилагођеним форматима и прописати стандардизовани пакет информација (превентивни прегледи, трудноћа, репродуктивно здравље, услуге)

- ✚ организовати континуиране обуке за све здравствене раднике и раднице, које треба да укључе подизање свести, информисаности и знања, као и сензибилизацију здравствених радника и радница;
- ✚ осигурати да жене са инвалидитетом које су у резиденцијалним установама, укључујући и жене које су лишене пословне способности, дају свој информисани пристанак на све услуге и интервенције у вези са репродуктивним здрављем (контрацепција, одлука о трудноћи и слично), у складу са међународним стандардима из Конвенције о правима особа са инвалидитетом.