

DREPTURILE NOASTRE

Drepturile sexuale și reproductive ale femeilor cu dizabilități intelectuale și psihosociale

Educație sexuală

**Mijloace
contraceptive**

**Viață privată și
relațiile de cuplu**

DREPTURILE NOASTRE

Drepturile sexuale și reproductive ale femeilor cu dizabilități intelectuale și psihosociale

Autoare

Oana Gîrlescu
Monica Obreja
Gabriela Tănăsan

- Martie 2014 -

Acest material a fost realizat în cadrul proiectului

DREPTURILE NOASTRE

Finanțat de Feminist Review Trust și Euroregional Center for Public Initiatives

Implementat cu colaborarea Fundației Orizonturi Câmpulung Moldovenesc și Asociației Regionale de Educare a Adulților Suceava.

Mulțumim tuturor celor care au contribuit la realizarea acestui raport.

Mulțumim persoanelor care au fost de acord să fie intervievate și să ne împărtășească din experiența lor profesională și experiența lor de viață. Ne referim aici la angajații instituțiilor, la membri ai familiilor persoanelor cu dizabilități și în special la persoanele instituționalizate care au acceptat să discute cu echipa de cercetare despre chestiuni atât de intime și uneori dificil de abordat.

Mulțumim organizațiilor partenere, Fundația Orizonturi și Asociația Regională de Educare a Adulților Suceava (AREAS), pentru că ne-au ajutat să obținem autorizațiile necesare pentru a avea acces în instituții și au contribuit la mediatizarea și diseminarea de informații despre acest proiect.

Mulțumim de asemenea autorităților locale care au fost deschise către proiectul nostru de cercetare, permițându-ne accesul în instituții și contribuind la diseminarea de informații despre proiectul nostru.

Și nu în ultimul rând mulțumim Feminist Trust Review și Euroregional Center for Public Initiatives (ECPI) pentru suportul financiar și logistic acordat, fără de care finalizarea acestui raport nu ar fi fost posibilă.

REZUMAT	5
CAPITOLUL 1	
Introducere	7
Descrierea proiectului și importanța.....	7
Metodologie și definiții.....	11
CAPITOLUL 2	
Drepturi sexuale și reproductive	17
Generalități.....	17
Educația sexuală.....	18
Mijloace contraceptive.....	19
Viața privată și de familie.....	20
Dreptul de a nu fi supus violenței și abuzului sexual.....	21
CAPITOLUL 3	
Educația sexuală	23
Context.....	23
Descrierea practicilor existente în domeniul educației sexuale.....	24
Aspecte problematice.....	25
CAPITOLUL 4	
Mijloace contraceptive	29
Pilula contraceptivă.....	29
Context.....	29
Aspecte problematice.....	30
Prezervativele.....	33
Context.....	33
Aspecte problematice.....	33
Sterilizarea.....	34
Context.....	34
Aspecte problematice.....	34

CAPITOLUL 5

Viața privată și de familie.....	37
Sarcina și a fi părinte.....	37
Context.....	37
Aspecte problematice.....	38
A fi într-o relație de cuplu.....	39
Context.....	39
Aspecte problematice.....	39
Dreptul de a se angaja în activități de natură sexuală.....	43
Relații sexuale.....	43
Masturbare.....	47

CAPITOLUL 6

Concluzii și recomandări.....	51
Aspecte problematice generale.....	51
Concluzii.....	51
Recomandări generale.....	54

BIBLIOGRAFIE.....	57
--------------------------	-----------

Raportul de față sintetizează rezultatele cercetării „Drepturile noastre: Drepturile sexuale și reproductive ale femeilor cu dizabilități intelectuale și psihosociale”, oferind o imagine de ansamblu asupra practicilor existente în instituții legate de viața sexuală și reproductivă a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale care locuiesc acolo. Aceste practici sunt apoi analizate din perspectiva standardelor internaționale relevante care privesc drepturile sexuale și reproductive, analiză urmată la final de o serie de recomandări despre schimbările necesare pentru îmbunătățirea situației.

În Introducere sunt prezentate **tema și scopul acestei cercetări, prin localizarea** importanței cercetării în contextul recunoașterii sexualității ca aspect esențial în viața oricărei persoane și a necesității respectării drepturilor sexuale și reproductive ale persoanelor instituționalizate. Tot aici introducem termenul de abilitism, care denotă marginalizarea, discriminarea și opresiunea persoanelor cu dizabilități care nu corespund standardului corporal, intelectual și comportamental din societate.

În capitolul **Metodologie și definiții** explicăm activitățile derulate pentru atingerea obiectivelor noastre, activități care au cuprins interviuri, prezentarea proiectului în cadrul unor evenimente publice, precum și o cercetare a literaturii și a cadrului legislativ relevante. Capitolul se încheie cu o serie de definiții ale unor termeni a căror cunoaștere este necesară pentru înțelegerea acestui raport, unii dintre ei fiind frecvent utilizați.

Capitolul **Drepturi sexuale și reproductive** este dedicat explicării noțiunii de drepturi sexuale și reproductive așa cum s-a conturat ea în practică și documentele naționale și internaționale. Sunt apoi abordate în mod specific acele aspecte care s-au dovedit relevante pentru cercetarea noastră și despre care am obținut informații din interviuri: educația sexuală, mijloacele contraceptive, viața privată și de familie și dreptul de a nu fi supus/ă violenței și abuzului sexual.

Urmează trei capitole care descriu practicile existente în instituții în legătură cu viața sexuală și reproductivă a persoanelor care locuiesc acolo, în special a femeilor, evidențiind aspectele problematice și oferind o analiză a acestora din perspectiva standardelor internaționale relevante. Fiecare capitol este însoțit de o casetă în care indicăm ce este important de reținut pentru ca practicile discutate să reflecte respectarea drepturilor omului.

Astfel, în capitolul referitor la **Educație sexuală** explicăm necesitatea acesteia, subliniată nu doar în documente internaționale, ci și în opinia majorității persoanelor intervievate, lipsa educației sexuale fiind corelată cu numeroase consecințe negative. Urmează o descriere a modurilor în care educația sexuală are loc în instituții, subliniindu-se faptul că acestea sunt diferite de la instituție la instituție și depind de bunăvoința, disponibilitatea, cunoștințele și pregătirea personalului acestora. În consecință, conținutul educației sexuale nu este întotdeauna unul adecvat, dreptul la educație sexuală al persoanelor instituționalizate fiind încălcat.

Capitolul referitor la **Mijloace contraceptive** evidențiază că, în instituții, cel mai răspândit mijloc contraceptiv este pilula contraceptivă. Există numeroase probleme asociate cu administrarea și folosirea mijloacelor contraceptive, printre care se numără cele legate de lipsa consimțământului femeilor pentru administrarea mijloacelor contraceptive, precum și neutilizarea prezervatului, singurul mijloc contraceptiv care împiedică transmiterea bolilor cu transmitere sexuală. De asemenea, există probleme legate de respectarea intimității și vieții private a femeilor instituționalizate prin distribuirea obiectelor necesare păstrării igienei pe perioada ciclului menstrual în prezența altor persoane și monitorizarea ciclului lor menstrual prin tabele ușor accesibile tuturor celor care locuiesc, lucrează sau vizitează instituția.

Capitolul **Viața privată și de familie** subliniază că, deși în instituții se formează deseori relații de cuplu, inițierea și menținerea acestora se dovedesc dificile din mai multe motive: datorită angajaților instituției sau membrilor familiei care doresc să joace un rol decisiv în astfel de decizii, datorită lipsei intimității și a spațiilor private necesare dezvoltării unor astfel de relații, cât și datorită stigmatizării persoanelor instituționalizate, care, de multe ori, sunt luate în derâdere atunci când își exprimă dorința de a avea o relație sau când deja sunt într-o relație. De asemenea, în timp ce în instituții relațiile sexuale sunt frecvente, iar masturbarea este o practică întâlnită, nevoia de intimitate și de spații private este deseori ignorată. Atitudinile angajaților față de aceste activități sexuale variază între tolerare, descurajare și sancționare.

Acest capitol abordează și modul în care situațiile de sarcină sunt gestionate în instituții. În lipsa unor servicii de sprijin pentru creșterea copiilor, aceștia sunt trimiși după naștere, de multe ori, în centrele de plasament. Instituțiile nu primesc femei însărcinate și încearcă să evite cazurile de sarcină, uneori prin administrarea de contraceptive tuturor femeilor chiar și fără consimțământul acestora.

Luând în considerare toate aspectele prezentate, **Concluziile** elaborează și accentuează ideea că mediul instituțional facilitează adesea încălcarea drepturilor sexuale și reproductive și că este necesară luarea unor măsuri care să asigure respectarea acestora.

Raportul se încheie cu o serie de **Recomandări** privind măsurile care trebuie luate pentru ca viața sexuală și reproductivă a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale din instituții să fie în acord cu respectarea drepturilor omului.

Introducere

Descrierea proiectului și importanța

„Drepturile noastre” este un proiect care și-a propus să cerceteze practicile legate de sexualitate și viața reproductivă a femeilor¹ cu dizabilități intelectuale și psihosociale care locuiesc în instituții. Odată identificate, aceste practici au fost analizate din perspectiva standardelor internaționale existente în domeniul drepturilor sexuale și reproductive. Intenția acestei cercetări a fost o dată de **evaluare** a respectării drepturilor sexuale și reproductive în instituții și apoi de **formulare**, în lumina acestei evaluări, a unor recomandări. Am încercat astfel să echilibrăm o cercetare axată pe identificarea unor **nevoi**, cu un discurs centrat pe ideea de **drepturi**.

Scopul proiectului este atragerea atenției asupra drepturilor sexuale și reproductive ale persoanelor cu dizabilități psihosociale și intelectuale care trăiesc în instituții, astfel încât respectarea și exercitarea lor să devină o prioritate în politicile publice care privesc aceste persoane. De asemenea, dorim să atragem atenția asupra faptului că orice formă de viață instituționalizată este în dezacord cu dreptul la viață independentă și integrare în comunitate,² un drept care fundamentează exercitarea drepturilor sexuale și reproductive. De aceea, subliniem necesitatea accelerării procesului de deinstituționalizare.

Sexualitatea umană „are la bază funcționarea biologică, dezvoltându-se în fiecare dintre noi pe măsură ce înaintăm în vârstă.”³ Ea este „o nevoie de bază, fiind una dintre puținele nevoi care implică un contact intim [cu sine și cu] o altă persoană și cu nevoile de bază ale acesteia.”⁴ Fiind relaționată și cu reproducerea, sexualitatea însumează toate „sentimentele și comportamentele de natură sexuală ale ființei umane.”⁵ În timp ce „punerea în aplicare a modelului social al dizabilității [a contribuit, cel puțin în anumite părți ale globului, la] transformarea percepțiilor sociale despre dizabilitate, problema sexualității și a comportamentului sexual, în special pentru persoanele cu dizabilități mintale, nu a fost supusă aceluiași nivel de dezbateri și advocacy.”⁶ Acest lucru perpetuează și reproduce o realitate în care, pentru persoanele cu dizabilități, „sexualitatea este [...], de multe ori, sursa uneia dintre cele mai profunde și intime opresiuni, sursa uneia dintre cele mai profunde și intime suferințe; de aceea ne este mai ușor să vorbim despre discriminarea pe piața muncii și în educație [...] decât să vorbim despre excluderea noastră de la sexualitate și reproducere.”⁷

1 În cadrul cercetării, am realizat și interviuri cu bărbați care locuiesc în instituții, ceea ce ne-a permis să surprindem o imagine complexă a nevoilor persoanelor instituționalizate privind aspectele legate de viața sexuală și reproductivă.

2 Articolul 19, Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

3 Janell L. Carroll. *Sexuality Now: Embracing Diversity*. (Wadsworth Cengage Learning, Fourth Edition, 2010), p. 2.

4 Carroll, p. 3.

5 Carroll, p. 2.

6 Suzanne Doyle. *The notion of consent to sexual activity by persons with mental disabilities*. (Liverpool Law Review, 2010), p. 3.

7 Anne Finger. *Forbidden Fruit*. (New Internationalist, 1992).

Cu toate acestea, datorită caracterului intrinsec naturii umane al sexualității, aceasta reprezintă un domeniu ale cărui numeroase aspecte sunt protejate, pentru toți, sub umbrela drepturilor omului; mai specific, atât aspectele legate de sexualitate cât și cele specifice vieții reproductive sunt protejate sub numele de drepturi sexuale și reproductive.

Drepturile sexuale și reproductive acoperă o varietate de aspecte legate de sexualitate și viață reproductivă, incluzând accesul la educație sexuală, dreptul la viață privată și de familie, dreptul de a întreține relații sexuale și dreptul de a controla decizia asupra diferitelor aspecte ale vieții (precum cele legate de sexualitate și reproducere). Deși având caracter universal, aceste drepturi le sunt frecvent încălcate persoanelor cu dizabilități. În plus, persoanele cu dizabilități nu au acces la informații corespunzătoare vârstei și dizabilității, care să le permită posibilitatea de a-și exercita aceste drepturi. Femeile cu dizabilități intelectuale și psihosociale sunt într-o poziție de dublă vulnerabilitate când vine vorba de sexualitate și viață reproductivă, ele fiind discriminate o dată pe criterii de gen, pentru că sunt femei, și apoi pentru că au o dizabilitate.⁸

În această situație se află atât persoanele și mai ales femeile cu dizabilități care trăiesc în comunitate, cât și persoanele și mai ales femeile instituționalizate în centre menite să ofere servicii pentru persoane cu dizabilități. Astfel, chiar în comunități, unde în general nu există servicii adecvate de suport, viața persoanelor cu dizabilități este de multe ori caracterizată printr-un grad ridicat de izolare și segregare, iar persoanele cu dizabilități nu beneficiază de un suport real și adecvat exercitării drepturilor amintite. În același timp, viața în instituții face extrem de dificilă exercitarea multor drepturi sexuale și reproductive. Aceasta pentru că mediul instituțional, deși presupus a oferi protecție, tratament și reabilitare, este de fapt un mediu care promovează „izolare socială, o stimulare redusă în cadrul mediului, și pierderea controlului asupra aproape tuturor aspectelor din viața de zi cu zi, în consecință, cu efecte extrem de dăunătoare asupra sănătății și bunăstării individului.”⁹

Discriminarea structurală a femeilor cu dizabilități și a persoanelor cu dizabilități¹⁰ în general, inclusiv în domeniul sexualității și al vieții reproductive, este, printre altele, rezultatul unui mediu socio-cultural unde există „[o] rețea de credințe, procese și practici care produce un tip particular de persoană și corp (standardul corporal) care este construit ca fiind perfect, exemplar pentru specie, și astfel, esențial și cu adevărat uman. Dizabilitatea, nerespectând acest standard, este respinsă ca fiind o stare redusă a ființei umane”.¹¹

8 Așa cum este recunoscut în Preambul, punctele (p), (q), (s) și în Articolul 6 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

9 Oana Georgiana Gîrlescu. *Human Rights Oversight in Institutional Settings*. (Mental Disability Rights Initiative MDRI-S, 2014), p. 7.

10 De exemplu, despre situația discriminării persoanelor cu dizabilități pe piața muncii a se vedea *Raport de analiză privind piața muncii pentru angajarea persoanelor cu dizabilități*. (Fundatia Centrul de Resurse pentru Educație și Formare Profesională - CREFOP, 2012).

11 Fiona Kumari Anne Campbell. *Inciting legal fictions: Disability's date with ontology and the ableist body of the law*. (Griffith Law Review, 2001), p. 10. Abilitismul înseamnă astfel atât „excluderea, devalorizarea și violența împotriva persoanelor cu dizabilități, cât și glorificarea, perpetuarea și întreținerea exigenței de a fi apt/ă, a coporalității apte, cât și a privilegiului asociat acesteia” (așa cum se explică în Bethany Stevens. *Politicizing Sexual Pleasure, Oppression and Disability: Recognizing and Undoing the Impacts of Ableism on Sexual and Reproductive Health*. (Center for Women Policy Studies, Washington, 2011).

Această atitudine de respingere față de persoanele cu dizabilități datorită faptului că nu corespund unui standard corporal, intelectual și comportamental prestabilit, precum și marginalizarea, discriminarea și opresiunea acestora, poate fi numită abilitism.¹² Abilitismul are drept consecință lipsirea persoanelor cu dizabilități de posibilitatea de a se exprima ca ființe demne de o viață sexuală și reproductivă. Astfel, persoanele cu dizabilități apar, pentru abilitiști, ca lipsite de gen, ca indezirabile¹³, ca asexuale sau hipersexuale, ca denaturate dacă fac sex, ca neputând fi agresate sexual sau neavând nevoie de educație sexuală pentru că asta ar iniția un comportament sexual hiperactiv cu consecințe care nu ar putea fi gestionate.¹⁴

În același timp, persoanele cu dizabilități trăiesc într-un orizont social dominat de atitudinea potrivit căreia nu ar trebui să facă copii pentru că nu ar putea avea grijă de ei/ele, o atitudine care scuză, printre altele, practicile de contracepție (incluzând și sterilizarea) forțată, astfel încât persoanele cu dizabilități rareori ajung să se bucure în egală măsură de dreptate reproductivă.¹⁵ La toate acestea se adaugă convingerea că persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale sunt lipsite de discernământ și de aceea nu pot decide asupra vreunui aspect legat de viața sexuală și reproductivă.

Abilitismul, alături de toate aceste mituri și percepții, creează contextul în care sexualitatea și viața reproductivă a persoanelor cu dizabilități devin atent supravegheate, organizate și disciplinate. Mai mult, corpurile lor devin bunuri *publice*, la îndemâna oricui dorește să le privească și să le chestioneze abilitățile, fără vreo considerație pentru sentimentele și nevoia lor.¹⁶ De aici rezultă o serie de practici care restrâng exercitarea drepturilor asociate acestor dimensiuni ale existenței umane.

Mediul instituțional este dominat de abilitism, acesta reprezentând norma care controlează viața de zi cu zi a femeilor instituționalizate și a persoanelor instituționalizate în general.

În lipsa unor alte studii, dar și a unor politici coerente care să vizeze respectarea drepturilor lor sexuale și reproductive, considerăm că proiectul de cercetare „Drepturile noastre” este indispensabil, mai ales în contextul în care persoanele cu dizabilități intelectuale și psihosociale din România rămân instituționalizate în continuare într-un număr foarte mare.¹⁷

12 Discriminarea și opresiunea cu care se confruntă persoanele cu dizabilități și probleme de sănătate mintală mai este numită și *mentalism* (a se vedea Judi Chamberlin. *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. (Haworth Press, New York, 1978)).

13 Eli Clare. *Exile and Pride. Disability, Queerness and Liberation*. (South End Press Classics: Cambridge, MA, 1999), p.138.

14 Miriam Kaufman, Cory Silverberg și Fran Odette. *The Ultimate Guide to Sex and Disability: For All of Us Who Live with Disabilities, Chronic Pain, and Illness*. (Cleis Press: San Francisco, 2007).

15 S.E. Smith. *Disability and Reproductive Justice*. (Disability Intersections, 2013).

16 Hilde Zitzelsberger. *(In)visibility: accounts of embodiment of women with disabilities and differences*. (Disability & Society, 2005).

17 Conform unui Buletin statistic publicat de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, la 31 martie 2013, 16.773 persoane trăiesc în instituțiile publice rezidențiale de asistență socială pentru persoanele adulte cu dizabilități coordonate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice prin Direcția de Protecție a Persoanelor cu Handicap. În cele 52 de Centre de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică, trăiesc 5328 de persoane. Foarte multe persoane cu „handicap mintal” și „handicap psihic” trăiesc și în alte instituții decât CRRNuri. 7466 de persoane trăiesc în centre pilot de recuperare și reabilitare pentru persoanele cu handicap, centre de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică, centre de recuperare și reabilitare pentru persoanele cu handicap, centre de pregătire pentru o viață independentă, centre de criză și 4068 în centre de îngrijire și asistență. Nu există date despre distribuția pe gen a persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale care trăiesc în instituții. (a se vedea *Buletin statistic în domeniul muncii și protecției sociale*. (Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, 2013)).

România a semnat Convenția ONU pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități în 2007, ratificând-o la 31 ianuarie 2011. De la data ratificării, România ar fi trebuit ca, în maxim doi ani, să trimită primul raport despre situația respectării drepturilor persoanelor cu dizabilități, inclusiv a celor ce țin de sexualitate și viață reproductivă, către Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități al ONU.¹⁸ Acest raport nu a fost încă trimis. Statul român trebuie însă să țină cont de faptul că, reacționând la rapoartele trimise de alte state, Comitetul Convenției ONU a cerut tuturor statelor care au ratificat Convenția să ia măsuri pentru a adresa problematica drepturilor sexuale și reproductive.¹⁹

Având în vedere toate aceste aspecte, considerăm că rezultatele proiectului de cercetare „Drepturile noastre” pot fi utilizate în formularea unor politici publice care să răspundă nevoilor legate de sexualitate și viață reproductivă ale femeilor care locuiesc în instituții, dar și ale persoanelor care locuiesc în instituții în general, contribuind astfel la asigurarea respectării drepturilor sexuale și reproductive așa cum sunt ele prevăzute în Convenția ONU pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

18 Până acum au fost dezvoltate rapoarte de monitorizare a implementării Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități în România doar de către organizații neguvernamentale și nici unul dintre acestea nu atinge problematica respectării drepturilor sexuale și reproductive (a se vedea *Raport de monitorizare a implementării Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități*. (Institutul de Politici Publice, 2012); *Raport de monitorizare a implementării Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități*. (Institutul de Politici Publice, 2013); *Primul raport periodic al societății civile cu privire la punerea în practică a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități*. (Consiliul Național al Dizabilității din România, 2013).

19 Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2011). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Spain*. UN Doc. No: CRPD/C/ESP/CO/1, paragrafele 17, 37 și 38. Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2012). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Peru*. UN Doc. No: CRPD/C/PER/CO/1, paragrafele 34 și 35; Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2012). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: China*. UN Doc. No: CRPD/C/CHN/CO/1, paragrafele 33 și 34; Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2012). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Hungary*. UN Doc. No: CRPD/C/HUN/CO/1, paragrafele 36, 37 și 38.

Metodologie și definiții

Metodologie

Proiectul de cercetare „Drepturile noastre” și-a propus o analiză a practicilor legate de sexualitate și viață reproductivă în instituții care au în grijă persoane cu dizabilități intelectuale și psihosociale.

Obiectivele cercetării au fost:

- Identificarea nevoilor persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale care trăiesc în instituții, în special ale femeilor, în ceea ce privește sexualitatea și viața reproductivă;
- Identificarea practicilor sociomedicale legate de sexualitate și viață reproductivă existente în instituții, o atenție sporită fiind acordată practicilor care vizează femeile;
- Analizarea practicilor relevante sub aspectul standardelor existente la nivel internațional în domeniul drepturilor sexuale și reproductive;
- Formularea de recomandări către actorii relevanți în direcția îmbunătățirii serviciilor legate de sexualitate și viață reproductivă.

În vederea atingerii acestor obiective, au fost desfășurate următoarele activități:

- ✓ Realizarea de interviuri;
- ✓ Prezentarea proiectului de cercetare în cadrul unor evenimente, urmate de o discuție în jurul aspectelor cercetate;
- ✓ Cercetarea rapoartelor și lucrărilor care descriu practici în domeniul sexualității și vieții reproductive a persoanelor cu dizabilități, precum și a cadrului legislativ relevant (național și internațional);
- ✓ Formularea de recomandări care să adreseze aspectele problematice identificate în urma analizării interviurilor și a cercetării efectuate.

În continuare, vom prezenta în detaliu metodologia realizării interviurilor.

Plecând de la obiectivele propuse, studiul a avut în vedere abordarea problematicei din perspectiva mai multor categorii de persoane pentru a creiona o imagine de ansamblu a situației la momentul cercetării. De aceea, am intervievat persoane cu dizabilități intelectuale și psihosociale care trăiesc în instituții, personal care lucrează în instituții, precum și membri din familiile unor persoane cu dizabilități.

Am realizat un număr total de **40** interviuri individuale, din care **26** cu persoane instituționalizate (16 femei și 10 bărbați), **13** cu personal care lucrează în instituții (12 femei și 1 bărbat) și 1 interviu cu părintele unei persoane cu dizabilități (femeie). Aceste persoane au fost identificate în urma vizitelor în trei instituții (un spital de psihiatrie cronici și două centre de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică) cu o capacitate de locuri între 35 și 50 de persoane. Echipa de cercetare a invitat persoanele prezente în instituție, atât persoanele care lucrau acolo cât și cele care locuiau acolo, într-un spațiu comun, pus la dispoziție de către conducerea instituției, pentru prezentarea proiectului de cercetare. Au fost intervievate persoanele care și-au manifestat dorința de a discuta cu noi despre drepturile sexuale și reproductive, printre care persoane instituționalizate de diferite vârste și cu diferite tipuri și grade de dizabilitate. Părintele intervievat a acceptat să răspundă întrebărilor după ce a participat la un eveniment de prezentare a proiectului.

Cei mai mulți respondenți au fost femei, tema de cercetare adresându-se cu precădere acestora. Au fost intervievați și bărbații, rezidenți și personal, care au dorit să discute cu membrii echipei noastre. Respondenții din rândul personalului au profiluri profesionale diferite, printre care persoane din conducerea instituției, asistenți medicali, asistenți sociali, predagogi de recuperare, kinetoterapeut și psihologi.

Interviurile au fost efectuate individual, discuția purtându-se între un membru al echipei de cercetare și o persoană interviuată. Echipa proiectului a pregătit un formular de consimțământ cu informații despre obiectul cercetării, detalii despre participarea intervievaților la această cercetare, riscuri și beneficii, anonimizarea participanților și a înregistrării/transcrierilor interviurilor și aspectul voluntar al participării la această cercetare. Participanții au putut alege dacă doresc sau nu ca interviul să fie înregistrat audio. Fiecărei persoane interviuate i-a fost prezentat conținutul acestui formular și i s-a oferit posibilitatea să îl citească; fiecare dintre acestea a semnat formularul, primind o copie a sa. Participanților li s-au oferit materiale informative cu descrierea proiectului.

Chestionarele aplicate persoanelor interviuate au fost elaborate de echipa proiectului, concentrându-se pe cele mai importante aspecte ale vieții sexuale și reproductive. Am lucrat cu trei grile de interviu, una pentru persoane instituționalizate, una pentru membri de familie și una pentru personalul din instituții. Grilele au cuprins, în general, aceleași întrebări, cu deosebirea că grila de interviu pentru personal a conținut câteva întrebări specifice care vizau informații despre documente interne ale instituțiilor privind aspecte legate de viața sexuală și reproductivă, precum și despre eventuale comunicări între instituțiile în cauză și cele care le coordonează activitatea.

Întrebările din grilele de interviuri s-au referit, pe larg, la următoarele aspecte:

- Educația sexuală în instituție (tematica abordată, formarea grupurilor de discuție, curricula formală, responsabilitatea organizării și susținerii cursurilor, necesitatea educației sexuale, activități din practica de zi cu zi);
- Mijloace contraceptive (acces, distribuire, sterilizarea ca metodă contraceptivă și aspecte legate de consimțământ și luarea deciziilor);
- Posibilitatea dezvoltării relațiilor intime în interiorul și/sau exteriorul instituției, procedura în cazul relației cu cineva din afara instituției, facilități și forme de sprijin oferite de instituție pentru menținerea și dezvoltarea relației;
- Practica masturbării în instituție, reacții, locul/locurile în care se practică;
- Accesul la servicii de obstetrică, ginecologie, planning familial și/sau alte servicii relevante pentru viața sexuală și reproductivă;
- Sarcina: aspecte legate de consimțământ și luarea deciziilor privind menținerea sarcinii sau avortul, păstrarea și creșterea copilului sau plasarea lui în sistemul de asistență socială/adopecție;
- Surse de informații și oportunități de a desfășura activități legate de viață sexuală și reproductivă;
- Îmbunătățirea practicilor legate de viața sexuală și reproductivă;
- Viață sexuală și reproductivă între drept legal și obiect de decizie la nivel de instituție/familie/personal.

Chestionarul a cuprins întrebări deschise pentru a permite discuții mai largi pe marginea subiectelor preferate de persoana intervievată. Interviuurile au avut durată cuprinsă între 20 de minute și 2 ore.

Limitări ale proiectului de cercetare

Acest studiu de cercetare trebuie să fie citit ținându-se cont de metodologia utilizată, care impune o serie de limitări.

- ➔ O primă limitare este aria geografică de desfășurare a interviurilor, care au avut loc în trei instituții aflate pe o rază de mai puțin de 100 de km a unui oraș. Această limitare a fost impusă de limitele financiare și de timp pe care acest proiect le-a avut. Ea nu este, în opinia noastră, o limitare semnificativă, deoarece practicile descoperite și discutate în raport au coincis cu așteptările membrilor echipei, așa cum s-au formulat ele în perioada de cercetare prealabilă, când am consultat literatura relevantă și am discutat cu alte persoane care au cercetat și sunt interesate de aceste aspecte.
- ➔ O altă limitare este imposibilitatea corelării cu alte studii sau rapoarte care cercetează în detaliu situația respectării drepturilor sexuale și reproductive în instituțiile din România, din cauza lipsei acestora.

Definiții

Instituția, în contextul acestui raport, este acel loc unde mai multe persoane cu dizabilități sunt aduse să locuiască împreună pentru o perioadă mai scurtă sau mai lungă de timp. În general, aceste persoane primesc o formă de sprijin pentru implicare în anumite activități și o formă de tratament, fie că este vorba despre tratament medicamentos sau de altă natură (precum psihoterapie). Instituțiile din România apar sub o varietate de denumiri, incluzând spitale psihiatrice, centre de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică și centre medico- sociale.²⁰ În aceste instituții locuiesc, de regulă, de la câteva zeci până la câteva sute de persoane.

În instituții, persoanele se confruntă cu izolare socială, stimulare redusă și pierderea controlului asupra majorității aspectelor din viața lor de zi cu zi.²¹ „Viața instituționalizată înseamnă de multe ori că rezidenții sunt forțați să doarmă în grup, să mănânce în grup, să se spele în grup, să-și petreacă ziua în grup - în măsura în care angajarea este posibilă în instituție pentru persoane instituționalizate - să muncească în grup. Nu există posibilitate pentru autonomia individuală [...] și orice comportament care se abate de la normă este pedepsit”.²²

20 Mai multe detalii despre denumirile utilizate și deosebirea dintre diferite tipuri de instituții pot fi găsite în Hotărârea de Guvern nr. 1007/2005 privind modificarea Hotărârii Guvernului nr. 539/2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale.

21 Oana Georgiana Gîrlescu. *Human Rights Oversight in Institutional Settings*. (Mental Disability Rights Initiative MDRI-S, 2014), p. 10.

22 Out of Sight. *Human Rights in Psychiatric Hospitals and Social Care Institutions in Croatia*. (Mental Disability Advocacy Center and the Association for Social Affirmation of People with Mental Disabilities (SHINE), 2011), p. 58.

Dizabilitatea rezultă din interacțiunea dintre persoanele cu deficiențe și barierele de atitudine și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate în condiții de egalitate cu ceilalți.²³

Dizabilitatea intelectuală este acea dizabilitate care afectează capacitatea unei persoane de a învăța și a utiliza informația. O persoană cu dizabilitate intelectuală este capabilă să participe efectiv în toate aspectele vieții de zi cu zi, dar uneori are nevoie de sprijin pentru a învăța o sarcină, a se adapta la modificări aduse rutinelor zilnice și a confrunța barierele din fața participării la viața socială.²⁴ Organizația Mondială a Sănătății include în utilizarea termenului de dizabilitate intelectuală, copiii din spectrul autismului care au dizabilități intelectuale, precum și copiii care au fost plasați în instituții datorită unor dizabilități percepute sau abandonului familial, și care dobândesc, ca urmare, probleme de sănătate mintală și de dezvoltare.²⁵

Dizabilitatea psihosocială este un termen care descrie dizabilitățile asociate cu probleme de sănătate mintală. Termenul de dizabilitate psihosocială se revendică mai degrabă de la un model social al dizabilității decât de la cel medical care insistă pe utilizarea denumirii de „boală/afecțiune mintală”. Acest termen accentuează și faptul că orice măsură represivă, patologizantă și paternalistă ca răspuns la o serie variată de stări emoționale, mentale, spirituale și sociale care nu sunt trăite ca deficiențe, conduce, de fapt, la incapacitarea persoanei.²⁶

Persoana instituționalizată este acea persoană care locuiește în instituții, așa cum a fost definit termenul instituție mai sus. Termenul folosit în mod curent în loc de persoană instituționalizată este cel de beneficiar. Acesta apare atât în terminologia documentelor guvernamentale,²⁷ cât și în cea a inițiativelor și activităților neguvernamentale. Deși încetățenit în limbajul celor care oferă servicii, am ales să nu utilizăm acest termen în raportul nostru, din câteva motive. În primul rând, credem că sensul termenului beneficiar - cineva care trage un folos, se folosește și se bucură de un serviciu - nu reflectă realitatea utilizării unor astfel de servicii de către persoanele cu dizabilități psihosociale și intelectuale care trăiesc în instituții sau în comunitate. O persoană care acceptă furnizarea unui serviciu nu poate fi considerată în mod automat beneficiară a acelui serviciu, decât dacă este demonstrată utilitatea reală a acelui serviciu din perspectiva persoanei. În același timp, termenul beneficiar este rar asumat de persoanele care utilizează aceste servicii. Uneori, persoanele care accesează sau au accesat serviciile oferite de acest tip de instituții se referă la ele însele ca la utilizatori, consumatori, foști utilizatori de servicii de sănătate mintală și supraviețuitori ai psihiatriei.²⁸ Identitatea pe care oamenii și-o asumă este un lucru foarte personal și trebuie respectată.

23 Preambul, litera (e) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

24 *What is an Intellectual Disability?*. (Community Living Ontario).

25 *Definition: Intellectual disability*. (World Health Organization)

26 *Psychosocial Disability*. (World Network of Users and Survivors of Psychiatry, 2008).

27 A se vedea, spre exemplu, Strategia Națională în Domeniul Sănătății Mentale elaborată de Ministerul Sănătății.

28 Paul Cutler, Robert Hayward and Jane Shears. *Building for the Future: Making Organisations Stronger and More Effective*. (Hamlet Trust, London, 2002).

Deși termenul de persoană instituționalizată este folosit uneori, atât în societate cât și în instituții, într-un fel care stigmatizează persoanele care trăiesc în instituții, am ales să îl utilizăm tocmai pentru a indica lipsa de autonomie a acestora în viața lor de zi cu zi din instituții, un rezultat al abilitismului existent atât în societate, cât și în instituții.

Modelul social al dizabilității contestă modelul medical al dizabilității. Modelul medical vede dizabilitatea ca pe „o problemă medicală care necesită o soluție medicală individualizată”²⁹. Modelul medical consideră dizabilitatea o problemă în sine. În schimb, modelul social recunoaște în primul rând drepturile persoanelor cu dizabilități de a face parte din comunitate și de a fi apreciate în cadrul acesteia. Astfel, persoanele cu dizabilități au dificultăți în a se dezvolta și a trăi viața de zi cu zi nu datorită dizabilității, ci datorită barierelor sociale și de mediu.

Dreptatea reproductivă este un termen care subliniază faptul că femeile cu dizabilități își pot exprima autonomia reproductivă doar în contextul atât al respectării drepturilor reproductivă, cât și al unei dreptăți sociale, economice și politice care să le asigure accesul la resurse și servicii de suport în cadrul grupurilor și comunităților din care fac parte.³⁰ De multe ori, accesul la servicii de planificare familială și avort este nu doar insuficient pentru a facilita exercitarea drepturilor reproductivă, ci ascunde uneori încălcări ale acestora. Pentru multe femei cu dizabilități care trăiesc în instituții, a întrerupe sau nu o sarcină, a fi sau nu părinte, nu constituie o alegere reală. Metodele contraceptive, atât cele hormonale cât și sterilizarea, încetează să mai fie o alegere reproductivă, o modalitate prin care femeile cu dizabilități dețin controlul asupra propriului corp, și devin o metodă de control al corpurilor acestora. În condiții coercitive sociale și economice, accesul la contracepție și avort este, mai degrabă, expresia unei retorici abilitiste și eugeniste, decât o măsură care are în vedere respectarea drepturilor reproductivă.³¹

29 Bradley A. Areheart. *Disability Trouble*. (Yale Law and Policy Review, 2011), p. 348.

30 Alison Kafer. *Feminist, Queer, Crip*. (Indiana University Press, Bloomington, 2013), pp. 161-162; Andrea Smith. *Beyond Pro-Choice Versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice*. (NWSA Journal, 17 (1), Spring 2005), p. 119

31 Decretul 700 din 1969 care incrimina avortul în Republica Socialistă România, prevedea o serie de situații excepționale în care avortul era permis, una dintre acestea referindu-se la femeia însărcinată care prezenta „invalidități grave fizice, psihice sau senzoriale”. Femeile cu dizabilități aveau acces la servicii de avort, în contextul unei politici nataliste agresive din acea perioadă care, astfel, încuraja și forța doar unele femei să nască copii.

Drepturi sexuale și reproductive

Generalități

Acest capitol oferă o descriere a standardelor relevante pentru drepturile sexuale și reproductive așa cum sunt ele conturate prin legislația națională și prin tratatele internaționale ratificate de România.

Pe parcursul cercetării noastre s-a conturat necesitatea sublinierii faptului că acestea sunt drepturi prevăzute prin legislație. În cadrul cercetării, a reieșit că multe persoane instituționalizate și angajați cred că multe dintre aspectele legate de viața sexuală și reproducere nu constituie obiect al drepturilor, ci sunt aspecte asupra cărora ar trebui să se decidă de la caz la caz, la nivelul fiecărei institutii. Acest raționament este unul greșit.

Drepturile sexuale și reproductive reprezintă cumulul acelor drepturi civile, politice, sociale, culturale și economice care au legatură cu sexualitatea și viața reproductivă. Ele includ, fără ca această enumerare să fie una exhaustivă, „dreptul la sănătate, dreptul la sănătatea sexuală și reproductivă, la planificare familială, dreptul de a decide asupra numărului de copii pe care o persoană îi dorește și asupra intervalului de timp dintre aceștia, dreptul de a se căsători și a forma o familie, dreptul la viață, libertate, integritate și siguranță [...], dreptul de a nu fi supus la atacuri, la exploatare de natură sexuală, dreptul de a nu fi supus torturii și tratamentelor crude, inumane sau degradante [...], dreptul la viață privată, la intimitate.”³²

Drepturile sexuale și reproductive sunt protejate în prevederi ale dreptului românesc, dar și de către tratatele internaționale ratificate de România. Constituția României prevede la articolul 11(2) că tratatele ratificate de Parlament, potrivit legii, fac parte din dreptul intern. Astfel, prevederile tratatelor internaționale ratificate de România sunt deosebit de importante în ceea ce privește respectarea drepturilor omului, ele putând fi invocate direct, atunci când se consideră că drepturile sunt încălcate. Recunoscând acest principiu, legea 487/2002 a sănătății mintale și protecției persoanelor cu tulburări psihice prevede la articolul 41(2) că orice persoană care suferă de o tulburare psihică are dreptul să exercite toate drepturile civile, politice, economice, sociale și culturale recunoscute în Declarația Universală a Drepturilor Omului, precum și în alte convenții și tratate internaționale în materie, la care România a aderat sau este parte.

În continuare, vom discuta mai pe larg despre câteva dintre aspectele care sunt protejate ca drepturi sexuale și reproductive, explicând ce reprezintă ele și care sunt prevederile legale care le protejează.

Ele au fost alese datorită relevanței lor pentru persoanele instituționalizate, cât și datorită faptului că, în cadrul cercetării noastre, aceste aspecte au fost discutate mai îndeaproape.

Astfel, vom discuta despre:

1. Educația sexuală
2. Mijloace contraceptive
3. Viața privată și relațiile de cuplu
4. Dreptul de a nu fi supus violenței și abuzului sexual

³² Ana Pelaez Narvaez. *Sexual and reproductive rights* in Luis Cayo Perez Bueno. *Guide to gender mainstreaming in public disability policies*. (CERMI, 2012), p. 237.

Educația sexuală

Organizația Mondială a Sănătății, împreună cu sute de organizații non-guvernamentale din întreaga lume, promovează convingerea că toți tinerii au „dreptul la informații complete în legătură cu sănătatea sexuală și reproductivă, la educație și servicii pentru ca astfel să fie cetățeni activi, să aibă plăcere și încredere în sexualitatea lor și să fie în măsură de a face propriile alegeri în cunoștință de cauză.”³³

Dreptul la educație sexuală este, de asemenea, prevăzut în mai multe documente de drept internațional, inclusiv în Pactul Internațional privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale³⁴, în Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități³⁵, în Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului³⁶ și Convenția ONU privind Eliminarea tuturor formelor de Discriminare împotriva Femeilor³⁷. De asemenea Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturilor pacientului prevede la articolul 27 că pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare dezvoltării unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nicio discriminare.

Conform Federației Internaționale pentru Planificare Familială, educația sexuală trebuie „să fie bazată pe o perspectivă a drepturilor omului și trebuie să ofere oamenilor cunoștințe și aptitudini esențiale pentru ca aceștia să poată să își înțeleagă sexualitatea și să se bucure de aceasta la nivel fizic dar și emoțional, individual dar și în cadrul unei relații de cuplu.”³⁸

Echipele acestui proiect consideră că educația sexuală trebuie să includă:

! Informații despre anatomia umană și alte aspecte biologice:

- * Spre exemplu, informații despre dezvoltarea corpului, funcționarea aparatelor reproductive, infecții cu transmitere sexuală și contraceptive;
- * În cadrul lecțiilor de educație sexuală pot fi folosite pictograme și filme educative

! Informații practice despre produsele și serviciile relevante disponibile, inclusiv despre cele disponibile gratuit:

- * Informații despre centrele medicale care pot oferi informații relevante, contraceptive, despre centrele unde se efectuează consulturi ginecologice și despre procedura care trebuie urmată de către victimele violenței și abuzului sexual, adică orice comportament sexual care nu este consimțit;

! Discuții despre aspectele de natură emoțională și socială.

33 *Sexuality education in Europe. A reference guide to policies and practices.* (IPPF European Network, 2006), p. 7.

34 Articolul 12 al Pactului Internațional privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale prevede dreptul la sănătate fizică și mentală. În Comentariul General numărul 14 al Comitetului Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale ((2000). *Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment 14.* United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. E/C.12/2000/4) este explicat, în paragraful 11, că dreptul la sănătate include și necesitatea asigurării unui „acces la educație și informații asupra sănătății, inclusiv asupra sănătății sexuale și reproductive.”

35 Articolul 23 al Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități prevede, la punctul 1(b), dreptul persoanelor cu dizabilități de a avea acces la educație „în sfera vieții reproductive și în legătură cu planificarea familială.”

36 A se vedea articolele 19(1) și 24(2)(f) din Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului. Relevante sunt și precizările din Comentariul General numărul 4 al Comitetului Organizației Națiunilor Unite pentru Drepturile Copilului ((2003). *General Comment 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child.* United Nations Committee on the Rights of the Child. CRC/GC/2003/4), paragrafele 16 și 26.

37 A se vedea articolele 5(b) și 10(h) ale Convenției ONU privind Eliminarea tuturor formelor de Discriminare împotriva Femeilor.

38 *Good practice in sexual and reproductive health and rights for young people. Sexuality education in schools.* (IPPF European Network, 2007), p. 1.

Mijloace contraceptive

Contracepția se referă la toate acele mijloace folosite în vederea prevenirii sarcinilor. Astfel de mijloace includ, fără ca aceasta să fie o enumerare exhaustivă, prezervativele, steriletul, pilulele contraceptive, inelele vaginale, contraceptivele injectabile și sterilizarea.

Dreptul de a avea acces la mijloace contraceptive, precum și la informații despre acestea este un drept fundamentat pe o serie de alte drepturi prevăzute explicit în documente internaționale³⁹, cum ar fi dreptul la intimitate⁴⁰, accesul la informație⁴¹, dreptul la sănătate⁴² și dreptul de a decide numărul și intervalul de timp dintre copii⁴³. Acestea sunt strâns legate de accesul la mijloace contraceptive și la informații despre acestea, fără de care respectarea drepturilor anterior menționate ar fi imposibilă.

În ceea ce privește legislația națională, legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului prevede expres la articolul 28 că (2) pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind sănătatea reproducerii și că (3) orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente și lipsite de riscuri.

Organizațiile internaționale care lucrează în domeniul drepturilor sexuale și reproductive explică cum serviciile contraceptive și accesul la informații despre contracepție trebuie să fie disponibile, acceptabile și de bună calitate, asigurându-se înlăturarea oricărei forme de constrângere în legătură cu administrarea contraceptivelor. Aceste condiții sunt esențiale în vederea prevenirii și înlăturării discriminării, a violenței, precum și a realizării egalității de gen și a participării femeilor în societate ca membri cu drepturi depline.⁴⁴

De aceea, în Programului de acțiune realizat în cadrul Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare a fost recunoscut „dreptul bărbaților și al femeilor de a fi informați despre și de a avea acces la metode de panificare familială sigure, eficiente, acceptabile și la prețuri accesibile, având posibilitatea să aleagă ce consideră că li se potrivește cel mai bine.”⁴⁵

Având în vedere că există numeroase concepții greșite cu privire la sexualitatea persoanelor cu dizabilități, este important să subliniem că șansele ca o persoană cu dizabilități să fie activă sexual sunt la fel de mari ca în cazul persoanelor fără dizabilități.⁴⁶ De aceea, accesul acestora la serviciile generale de planificare familială este esențial.

Pe lângă aceasta, este important să accentuăm că orice persoană, inclusiv persoanele cu dizabilități, sunt cele care vor alege personal, după cum consideră că este cel mai potrivit, dacă să folosească sau nu vreo metodă contraceptivă, și care dintre metodele contraceptive disponibile să le aleagă.⁴⁷ Ele vor discuta despre acestea și cu partenerul/partenera.

39 Așa cum este subliniat în *Briefing paper. The right to contraceptive information and services for women and adolescents.* (Center for Reproductive Rights și United Nations Population Fund, 2010), p. 6.

40 Prevăzut, printre altele, la articolul 22 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

41 Prevăzut, printre altele, la articolul 21 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

42 Prevăzut, printre altele, la articolul 25 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

43 Prevăzut, printre altele, la articolul 23 (1)(b) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

44 Așa cum este subliniat în (2010). *Briefing paper. The right to contraceptive information and services for women and adolescents.* Center for Reproductive Rights și United Nations Population Fund, p. 6.

45 *Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, Sept. 513.* (United Nations Population Fund, 1994), para. 7.2

46 *Briefing paper. The right to contraceptive information and services for women and adolescents.* (Center for Reproductive Rights și United Nations Population Fund, 2010), p. 11.

47 Dreptul persoanelor cu dizabilități de a avea capacitatea juridică recunoscută și de a avea dorințele și preferințele lor respectate este recunoscut în articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Această obligativitate de a respecta dorințele persoanelor cu dizabilități cade și asupra medicilor care prescriu pilulele contraceptive femeilor cu dizabilități. Pilula contraceptivă, așa cum a reieșit din studiul nostru, este cea mai comună metodă de contracepție folosită de către femeile instituționalizate.

În cadrul luării deciziei asupra folosirii sau nu a unei metode contraceptive, precum și a alegerii unei astfel de metode, este important ca personalul medical implicat să respecte următoarele condiții (care trebuie respectate atunci când se decide administrarea și urmarea oricărui tratament):⁴⁸

- Să pună la dispoziția persoanei cu dizabilități informații complete, corecte și într-un limbaj accesibil despre metodele contraceptive, efectul acestora și interacțiunea lor cu alte tratamente;
- Să NU invoce lipsa de timp pentru a sări peste această etapă de informare;
- Să prezinte absolut TOATE informațiile existente, fără a sări o parte din acestea presupunând că persoana le cunoaște deja;
- Să NU ascundă nici un fel de informații cu scopul de a influența luarea deciziei;
- Să NU folosească vreo formă de constrângere asupra persoanei cu dizabilități în momentul luării deciziei;
- Decizia finală TREBUIE să aparțină persoanei cu dizabilități, fără ca opinia personalului medical să fie impusă acesteia.

Viața privată și de familie

Aspectele legate de viața privată și de familie care au fost privite mai îndeaproape în cadrul acestui studiu sunt dreptul de a iniția, menține și renunța la o relație de cuplu, dreptul de a se masturba și dreptul de a întreține relații sexuale.

Inițierea, menținerea și renunțarea la o relație de cuplu, fie că aceasta implică sau nu întreținerea de relații sexuale, sunt aspecte care ridică probleme în ceea ce privește respectarea drepturilor omului aproape exclusiv în cazul persoanelor cu dizabilități. În general, oricare dintre noi poate să decidă cu cine să petreacă mai mult timp și cum să își gestioneze relațiile cu ceilalți. Persoanele cu dizabilități însă, îndeosebi cele instituționalizate, sunt deseori nevoite să implice în cadrul luării unor astfel de decizii nu doar membrii ai familiei, ci și personal medical, aceștia din urmă pretinzând, deseori, să aibă un rol decisiv în cadrul procesului de decizie.

Orice formă de constrângere a persoanelor cu dizabilități în luarea deciziei de a forma un cuplu și de a-l menține, până la punctul în care sunt ignorate preferințele persoanei în cauză, reprezintă o încălcare a drepturilor fundamentale ale acesteia. Dreptul de a iniția, menține și renunța la o relație de cuplu este fundamentat pe o serie de alte drepturi explicit prevăzute în documente internaționale, precum dreptul la viață privată,⁴⁹ dreptul la viață defamilie,⁵⁰ dreptul de a fi recunoscut în fața legii și de a avea

48 Descrie mai pe larg în Oana Georgiana Gîrlescu. *Human Rights Oversight in Institutional Settings*. (Mental Disability Rights Initiative MDRI-S, 2014), pp. 27-29.

49 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice, în articolul 8(1) din Convenția Europeană pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale și în articolul 22 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

50 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

dorințele și preferințele respectate,⁵¹ dreptul de a decide numărul și intervalul de timp dintre copii⁵² și dreptul de a consimți liber în legătură cu o căsătorie.⁵³ Dreptul la viață privată/particulară este explicit prevăzut și la articolul 42 (1)(b) din legea 487/2002 a sănătății mintale și protecției persoanelor cu tulburări psihice. Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturilor pacientului prevede la articolul 28 (1) dreptul femeii de a hotărî dacă să aibă sau nu copii. Legea nr. 448/2006 legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap prevede la articolul 3(l) libertatea opțiunii și controlul sau decizia asupra propriei vieți, a serviciilor și formelor de suport de care beneficiază. Toate aceste drepturi există în strânsă legătură cu existența unei relații de cuplu și nu ar putea fi respectate dacă persoanei i s-ar refuza dreptul de a iniția, menține și renunța la o relație de cuplu.

Masturbarea și întreținerea de relații sexuale sunt și ele strâns legate de drepturi protejate explicit de către documente internaționale, precum dreptul la viață privată,⁵⁴ la viață de familie⁵⁵ și dreptul de a decide numărul și intervalul de timp dintre copii.⁵⁶ Din nou, legătura dintre acestea este indisolubilă, neputând exista, spre exemplu, o viață de familie și decizii în legătură cu numărul de copii fără a se respecta dreptul persoanelor de a întreține relații sexuale.

Aici trebuie subliniată și necesitatea înțelegerii aplicabilității acestor drepturi în practică în legătură cu sarcina. Dreptul de a fi recunoscut în fața legii și de a avea dorințele și preferințele respectate,⁵⁷ precum și dreptul de a decide numărul și intervalul de timp dintre copii se traduc în practică prin dreptul femeii însărcinate de a decide ce se va întâmpla cu sarcina sa, precum și cu un copil, în cazul în care acesta se va naște.

Dreptul de a nu fi supus violenței și abuzului sexual

Dreptul de a nu fi supus violenței și abuzului de orice natură, inclusiv cel de natură sexuală, este expres prevăzut în numeroase documente internaționale precum Convenția Europeană pentru apărarea Drepturilor Omului,⁵⁸ Pactul Internațional privind Drepturile Civile și Politice⁵⁹ și Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.⁶⁰

51 Prevăzut la articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

52 Prevăzut în articolul 16 (1)(e) din Convenția ONU privind Eliminarea tuturor formelor de Discriminare împotriva Femeilor și la articolul 23 (1)(b) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

53 Prevăzut la articolul 16 (1)(b) din Convenția ONU privind Eliminarea tuturor formelor de Discriminare împotriva Femeilor și la articolul 23 (1)(a) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

54 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 22 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

55 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

56 Prevăzut în articolul 16 (1)(e) din Convenția ONU privind Eliminarea tuturor formelor de Discriminare împotriva Femeilor și la articolul 23 (1)(b) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

57 Prevăzut la articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

58 Pentru cazurile în care violența și abuzul sexual constituie tortură sau tratamente inumane sau degradante este relevant articolul 3 al Convenției Europene pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale care prevede interzicerea torturii.

59 Pentru cazurile în care violența și abuzul sexual constituie tortură sau tratamente inumane sau degradante este relevant articolul 7 al Pactului Internațional privind Drepturile Civile și Politice care interzice astfel de practici.

60 Acest drept este prevăzut la articolul 16 al Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Problema violenței și abuzului de orice natură, inclusiv de natură sexuală, este una semnificativă pentru persoanele cu dizabilități și îndeosebi pentru persoanele instituționalizate. Astfel, Organizația Mondială a Sănătății a raportat că pentru persoanele cu dizabilități există un risc de la 4 până la 10 ori mai mare de a fi supuse violenței față de persoanele fără dizabilități.⁶¹

Prejudicata că viața și sănătatea persoanelor cu dizabilități este mai puțin valoroasă decât a altora, și că, prin urmare, violența împotriva lor este mai acceptabilă este o temă recurentă atât în îngrijirea instituțională cât și în comunitate.⁶² De aceea, persoanele cu dizabilități și îndeosebi cele instituționalizate sunt extrem de vulnerabile la violență și abuz.

Se spune adesea că instituționalizarea este o măsură de protecție pentru ele, protecție față de ele însele și față de alții. Practica însă arată că „instituționalizarea persoanelor cu dizabilități nu a dus la o mai bună protecție de exploatare, violență și abuz.”⁶³ De fapt, riscul de abuz este exacerbant de „culturi instituționale, regimuri și structuri în care personalul de îngrijire directă are abilități minime, statut scăzut și salarii mici. [În instituții] există și rezistență la schimbare iar comunitatea este închisă; [...] [mai mult, există puține] condiții și oportunități de formare pentru personal.”⁶⁴ De asemenea, instituțiile sunt adesea caracterizate de „neutralizarea preocupării pentru norme morale, de un dezechilibru de putere, [...] și o absență de răspundere și responsabilitate.”⁶⁵

Există numeroase cazuri de violență și abuz sexual raportate ca având loc în România față de persoane cu dizabilități, atât în mediul instituțional, cât și în comunitate.⁶⁶ Am ales să semnalăm în acest raport faptul că violența și abuzul sexual reprezintă o problemă semnificativă pentru persoanele instituționalizate tocmai pentru că și în cadrul interviurilor realizate de noi ne-au fost semnalate astfel de situații, deși ele nu reprezentau un obiect al cercetării.

Din aceste motive, este important să se recunoască faptul că violența și abuzul sexual față de persoanele instituționalizate există și de aceea astfel de cazuri trebuie prevenite, iar atunci când sunt identificate ele trebuie anchetate, iar persoanele vinovate, agresorii, trebuie sancționate.

61 *World Report on Disability*. (Organizația Mondială a Sănătății și Banca Mondială, 2011).

62 Don MacKay. *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. (The Syracuse Journal of Internal Law and Commerce, 2007).

63 Charles O'Mahony. *Legal capacity and detention: implications of the UN disability convention for the inspection standards of human rights monitoring bodies*. (The International Journal of Human Rights, 2012), pp. 888-889.

64 Hilary Brown. *Safeguarding Adults and Children with Disabilities against Abuse*. (Council of Europe Publishing, 2003), p. 10.

65 Lesley Chenoweth. (1995). *The mask of benevolence: Cultures of violence and people with disabilities*. Journal of Australian Studies, p. 40.

66 A se vedea spre exemplu (2002). *Profesor acuzat de abuz sexual asupra unei eleve cu handicap*. Ziarul de Iași, 14. 02.2002, disponibil la <http://www.ziaruldeiasi.ro/local/iasi/profesor-acuzat-de-abuz-sexual-asupra-unei-eleve-cu-handicap~ni2e7h>; (2007). *Monitorizarea drepturilor copiilor și tinerilor cu dizabilități din instituțiile publice*. Centrul de Resurse Juridice și UNICEF, disponibil la http://www.unicef.org/romania/ro/Raport_CRJ.pdf, p. 5; (2013). *Anchetă a Direcției Copilului la Borșa, pentru suspiciuni de abuz fizic și sexual asupra a doi frați cu handicap*. EMM.ro, 4.02.2013, disponibil la <https://www.emm.ro/stiri/Stire.aspx?NewsID=78269>; (2013). *Tânără cu handicap, victimă a traficului de persoane. Totul s-ar fi întâmplat cu ajutorul unui fost asistent social, fost angajat al unei primării de sector din municipiul București*. Realitatea.net, 20.09.2013, disponibil la http://www.realitatea.net/tanara-cu-handicap-abuzata-sexual-fata-a-fost-vanduta-pentru-suma-de-250-de-lei_1274987.html; (2013). *Șeful unui centru pentru terapie a DGASPC, acuzat de abuz sexual asupra unei tinere cu handicap*. Bihoreanul tipărit, 13.12.2013, disponibil la <http://www.ebihoreanul.ro/stiri/ultima-or-31-6/sex-cu-handicap-sefului-unui-centru-pentru-terapie-a-dgaspc-acuzat-de-abuz-sexual-asupra-unei-tinere-cu-handicap-112170.html>.

Educația sexuală

Context

În România, deși există o serie de prevederi relevante pentru drepturile sexuale și reproductive răspândite în mai multe texte cu caracter legal, **nu există** documente oficiale care să solicite expres obligativitatea unei activități complete de educație sexuală în instituții sau să ofere sugestii despre cum ar trebui să se desfășoare astfel de activități și ce informații ar trebui să fie oferite. Nu există nicio curriculă formală pentru lecțiile de educație sexuală. România nu mai are o strategie națională în domeniul sănătății și drepturilor sexuale și reproductive din 2006.

Lipsa educației sexuale este deosebit de gravă în contextul în care persoanele care trăiesc în instituții au un grad crescut de vulnerabilitate la încălcări ale drepturilor omului, inclusiv la cele sexuale și reproductive. La lipsa unor astfel de activități se adaugă și faptul că accesul acestora la surse de informare în masă precum ziare, televizor sau internet este extrem de limitat. În consecință, deciziile pe care le iau în legătură cu viața lor sexuală și reproductivă sunt deseori neinformate. Mai mult, persoanele care trăiesc în instituții, prin natura vieții instituționalizate, au deseori o capacitate mai scăzută de a recunoaște forme de abuz sexual, de a se proteja de acesta și de a se asigura că persoanele vinovate de astfel de fapte sunt pedepsite.

Lipsa educației sexuale afectează în special femeile cu dizabilități psihosociale și intelectuale deoarece „[a]ccesul la informații despre sănătatea reproductivă este necesar pentru capacitatea femeii de a-și exercita autonomia reproductivă și drepturile la sănătate și la integritate fizică.”⁶⁷ Femeile cu dizabilități intelectuale și psihosociale având rareori acces la astfel de informații, și în consecință, posedând un nivel mai scăzut de cunoștințe despre sănătatea reproducerii și cea sexuală, se regăsesc într-o situație de vulnerabilitate crescută față de abuzuri și/sau sarcinile nedorite.

Faptul că activitățile de educație sexuală sunt necesare în instituții a fost subliniat de mai multe ori în timpul interviurilor realizate de către echipa noastră de cercetare, atât de către persoane instituționalizate, cât și de către personal și membri ai familiei.

Un membru al familiei unei persoane cu dizabilități neinstituționalizată a afirmat că „*ar trebui să se facă și educație despre sexualitate...mi se pare obligatoriu [...] sunt niște noțiuni care sunt firești, sunt normale și necesită instruire la urma urmei*”. O angajată interviuată a subliniat că „[educația sexuală] e oricum necesar[ă] pentru toată lumea. [...] E o necesitate mai mare din cauza bolilor [...] Orice informație ar fi utilă. Mă gândesc aici la igienă, la bolile cu transmitere sexuală.” O altă angajată ne-a spus că „[educația sexuală e] necesară pentru prevenirea sarcinilor nedorite, prevenirea bolilor transmisibile, inclusiv pentru prevenirea abuzurilor între ei. [...] unii dintre ei au senzația că un act sexual trebuie să fie obligatoriu brutal ca să fie normal. Astfel de situații se discută individual.”

⁶⁷ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. (Human Rights Council, 2013), p. 11.

În același timp, din punctul de vedere al altor angajate, este nevoie de educație sexuală întrucât „majoritatea sunt curioși [și] ar trebui să-și înceapă viața sexuală,” iar „dacă [rezidenții] ar fi informați, poate unii dintre ei ar putea să-și dea seama de consecința unei relații sexuale”.

Au existat și persoane intervievate care au considerat că activitățile de educație sexuală nu sunt necesare în instituții. Spre exemplu, una din persoanele instituționalizate a considerat că „unii iau în bășcălie pe alții că n-ar ști nimica, dar eu, după mintea mea, cred că tot omu' știe cum se fac copiii.” De aceea este necesar să subliniem că persoanele instituționalizate nu pot fi forțate să participe la astfel de activități. În același timp însă există obligativitatea legală a asigurării accesului la astfel de activități, limitarea acestui acces și ignorarea obligației de a întreprinde astfel de activități constituind o încălcare a drepturilor omului.

Descrierea practicilor existente în domeniul educației sexuale

Practicile de oferire a informațiilor cu caracter de educație sexuală sunt diferite de la instituție la instituție. Având în vedere faptul că nu există documente care să reglementeze astfel de activități, ele depind în cea mai mare parte de bunăvoința, disponibilitatea, cunoștințele și pregătirea personalului acestora.

Educația sexuală este astfel oferită, așa cum ne-a fost dezvăluit în cadrul interviurilor, în mod individual, în grupe mixte sau în grupe separate în funcție de sex, de dizabilitate sau de vârstă.

Activități generale de informare

Educația sexuală se realizează uneori prin prezentarea unor informații legate de sexualitate și viața reproductivă în cadrul unor *activități generale de informare* care adresează o varietate mai largă de probleme. Spre exemplu, atunci când persoanelor instituționalizate li se oferă informații legate despre o varietate de afecțiuni medicale, precum hepatita, ciroza, insuficiența renală etc., acestora li se vorbește și despre boli cu transmitere sexuală, HIV și metode contraceptive.

Individual, la inițiativa angajaților

Există și situații în care *angajații* instituțiilor au inițiativa de a oferi informații despre aspecte ale vieții sexuale și ale reproducerii în mod individual persoanelor instituționalizate. O parte dintre aceștia desfășoară astfel de activități pentru că recunosc importanța obiectului acestor drepturi și vor să se implice în diseminarea de informații relevante. Într-un caz, persoanele instituționalizate intervievate ne-au povestit despre un medic psihiatru care le-a oferit astfel de informații. Alți angajați inițiază activități de educație sexuală ca reacție la apariția unor comportamente sexuale în rândul persoanelor instituționalizate. Spre exemplu, în cadrul interviurilor realizate de echipa noastră de cercetare ni s-a vorbit despre cazuri în care anumite persoane s-au masturbat în spații publice precum parcuri sau curtea instituțiilor. În aceste situații au existat angajați care au considerat că e de datoria lor să le explice persoanelor respective că ar trebui să se masturbeze în spații private precum băi și camerele în care locuiesc.

Individual, la cererea persoanelor instituționalizate

Alteori informații legate de sexualitate și viața reproductivă sunt oferite la *cererea* expresă a persoanelor instituționalizate. Spre exemplu, unul dintre psihologii intervievați de echipa noastră de cercetare ne-a spus că în timpul sesiunilor de consiliere i se pun foarte des întrebări legate de relația de cuplu, de mijloace contraceptive etc.

Alte surse de informare

O altă sursă importantă de informare în legătură cu aspecte ce țin de drepturile sexuale și reproductive o reprezintă discuțiile între persoane instituționalizate. Majoritatea unor astfel de discuții au loc, evident, în privat, în viața de zi cu zi, în afara activităților organizate de către angajați. Astfel de discuții pot avea loc însă și în cadrul unor întâlniri săptămânale la care participă și persoanele instituționalizate și angajați. Precum menționează una dintre angajatele intervievate, la acest fel de întâlniri se discută, uneori, printre altele, *„despre reguli de comportare, inclusiv cele legate de respectarea intimității[...] Cu fetele discutăm despre perioada de ciclu, igienă.”* Aceasta nu reprezintă însă o regulă. Astfel, o altă angajată intervievată mărturisește că în cadrul unor astfel de întâlniri subiectele legate de sexualitate și reproducere nu sunt vreodată abordate, deși unele persoane sunt „curioase” și ar vrea să știe mai multe despre asta.

Televizorul și internetul reprezintă o altă sursă de informare în legătură cu drepturile sexuale și reproductive. În timp ce aceste surse de informare sunt larg răspândite în rândul populației generale, trebuie subliniat că nu toate persoanele care locuiesc în instituții au un *televizor* la care să se uite, și cu atât mai puțin un calculator care să le fie pus la dispoziție. Deseori, chiar dacă există un televizor, el aparține instituției și este pus la dispoziția mai multor persoane în același timp, astfel încât decizia legată de programele care vor fi vizionate trebuie luată în comun și depinde de opțiunile puse la dispoziție de către instituție. Astfel că, deși, așa cum ne explica una dintre angajatele intervievate, *„unii [rezidenți] sunt curioși și în același timp dornici să vadă cât mai multe filme pentru adulți”*, aceștia nu au deseori acces la ele. La fel se întâmplă și în cazul altor programe care pot constitui o sursă, mai mult sau mai puțin bună, de educație sexuală. Cât despre accesul la *internet*, acesta este extrem de limitat în rândul persoanelor care trăiesc în instituții. Deseori calculatoarele lipsesc cu desăvârșire și, atunci când există, accesul la ele poate fi îngreunat de o serie de factori (precum faptul că persoanele instituționalizate nu știu să le utilizeze și au nevoie de ajutor, faptul că ele pot fi folosite doar într-un anumit interval orar etc).

Aspecte problematice

Având în vedere practicile existente în legătură cu activitățile relevante, nu se poate spune că educația sexuală lipsește cu desăvârșire în instituții. Există însă numeroase **aspecte problematice** legate de modalitatea în care acestea sunt realizate.

Educație sexuală în funcție de disponibilitatea și cunoștințele angajaților

O problemă majoră este legată de faptul că activitățile de educație sexuală sunt realizate în funcție de disponibilitatea și cunoștințele angajaților fiecărei instituții în parte, *fără* să existe o curriculă *structurată* și cu *informații neafectate* de lipsa de cunoștințe, de prejudecăți și de stereotipuri. Aceasta poate avea

multiple consecințe problematice.

Dat fiind faptul că obligația de a oferi educație sexuală nu este menționată expres în vreun document, există persoane instituționalizate cărora nu li se oferă niciodată oportunitatea de a participa la astfel de activități educative. Aceasta deoarece angajații se simt liberi să ia, în funcție de opiniile personale, decizia de a oferi sau nu astfel de activități: „*Noi ne putem da seama dacă unul dintre tineri are o problemă. Și dacă are o problemă, suntem oameni și putem discuta cu el anumite lucruri. [...] Nu e cazul [să se țină lecții de educație sexuală]*” (Angajat).

Aceasta este o practică inadmisibilă deoarece dreptul la educație sexuală aparține tuturor, iar necesitatea unor astfel de activități pentru persoanele instituționalizate este evidentă din întregul raport.

Legal

Dreptul la educație sexuală este prevăzut în mai multe documente de drept internațional, inclusiv în Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.⁶⁸ Legislația națională prevede, de asemenea, că pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare dezvoltării unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nicio discriminare.⁶⁹



Problematic este și faptul că excluderea din activitățile de educație sexuală se manifestă în special față de persoanele percepute ca având o dizabilitate mai severă și față de persoanele vârstnice. Astfel, unii dintre angajații intervievați au specificat că „*persoanele peste 60 de ani nu se mai iau în discuție*” și că „*programele de educație sexuală sunt necesare [doar] celor care înțeleg.*” Aceasta nu constituie doar un eșec al personalului în comunicarea cu persoanele instituționalizate, ci și o încălcare, prin practici discriminatorii, a dreptului la educație și a dreptului la sănătate, rezultând în vulnerabilitate la abuz.

Principiul non-discriminării stă la baza Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.⁷⁰ De asemenea, legislația națională prevede că pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare dezvoltării unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nici o discriminare.⁷¹

68 Articolul 23 al Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități prevede, la punctul 1(b), dreptul persoanelor cu dizabilități de a avea acces la educație „în sfera vieții reproductive și în legătură cu planificarea familială”.

69 Articolul 27, Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului.

70 Principiul non-discriminării este prevăzut la articolul 3 (b) al Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. Articolul 5 al aceleiași Convenții discută și el problema egalității și a discriminării.

71 Articolul 27, Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 privind drepturile pacientului.

Conținutul necorespunzător al educației sexuale

O altă consecință a lipsei unei reglementări adecvate a activităților de educație sexuală este și conținutul necorespunzător al acestora atunci când ele există.

Astfel, acest conținut poate fi insuficient. Activitățile considerate de către angajați ca reprezentând educație sexuală se referă, de regulă, la educația igienico-sanitară care este expres prevăzută în standardele de funcționare a instituțiilor. Deși aceasta trebuie să facă obiectul activităților de educație sexuală, ea constituie doar o parte dintre aspectele despre care trebuie să se discute. De aceea, este evidentă necesitatea unor prevederi explicite a obligativității oferirii unor activități complete de educație sexuală în standarde și nu doar a educației igienico-sanitare.

În același timp, conținutul neadecvat al activităților de educație sexuală a fost relevat și prin lipsa unor cunoștințe specifice în rândul persoanelor instituționalizate, precum și prin înțelegerea incorectă a anumitor aspecte legate de viața sexuală și reproductivă.

Astfel, în cadrul interviurilor realizate de către echipa noastră de cercetare s-a observat că unele persoane nu știau cum arată aparatul reproductiv, nu știau cum funcționează unele metode de contracepție și nu înțelegeau cuvinte precum „masturbare”. Lipsa unor astfel de cunoștințe a fost semnalată chiar și de către persoanele instituționalizate, una dintre acestea declarând: „[Fetele] nu ști[u] cum să se apere, cum să se ducă să se spele, să facă toate cele necesare pentru a nu se îmbolnăvi. Băieții la fel, tot nu știu lucrurile astea. Nu sunt învățați, nu sunt educați.[..] Ei [știu] doar ce mai aud de la unu' la altu'.”

Cât despre înțelegerea distorsionată a unor aspecte legate de sexualitate și de viața reproductivă, am aflat, spre exemplu, că unele persoane considerau că dacă te masturbezi „*ți se urcă la cap*”, „*amețești și cazi jos*” și/sau nu mai poți avea copii pentru o perioadă lungă de timp. Unele considerau că masturbarea este un comportament exclusiv al bărbaților, că lipsa relațiilor sexuale ar conduce la „*înnebunit*” sau că „*dacă nu îți vine să ai o relație, ți se urcă sângele la cap și mori*”. Altele considerau că dacă doi bărbați fac sex unul cu celălalt vor avea SIDA și că dacă două persoane de același sex întrețin relații sexuale „*vor ajunge să se omoare una pe cealaltă*”. A existat și o persoană care ne-a spus că știa de la personal că HIV/SIDA se transmite prin folosirea tacâmurilor și farfuriilor unor persoane infectate cu HIV/SIDA. De aceea, farfuriile și tacâmurile aparținând acestor din urmă persoane erau spălate separat și folosite doar de către ele.

Deși nivelul educației sexuale pe care l-am regăsit în instituții, atât în rândul persoanelor instituționalizate, cât și al personalului, nu diferă de cel din restul societății în general, programele de educație sexuală sunt cu atât mai necesare în mediul instituțional unde accesul la informații cu caracter educativ este redus, iar deciziile privind viața sexuală și reproductivă a persoanelor instituționalizate nu le aparțin acestora în foarte multe situații. Consecința acestui lucru e că multe din persoanele instituționalizate sunt împiedicate să-și exprime sexualitatea în situații lipsite de constrângere. În același timp, perpetuarea unor informații neadecvate poate constitui baza unor atitudini și comportamente discriminatorii față de alte persoane instituționalizate, cum ar fi, persoanele cu HIV/SIDA, femeile și bărbații LGBT și alte persoane trans etc.

Persoanele instituționalizate au dreptul la educație sexuală.

! Educația sexuală este necesară în instituții ca instrument pentru dezvoltarea autonomiei personale și de conștientizare a importanței sănătății sexuale, lipsite de abuz.

! Educația sexuală trebuie oferită pe bază de consimțământ și fără discriminare în funcție de vârstă sau grad de dizabilitate.

! Educația sexuală trebuie oferită în format accesibil și adecvat tipului de dizabilitate.

! Educația sexuală trebuie să ofere informații corecte și complete despre aspecte ale sănătății sexuale și reproductive, despre serviciile asociate și despre aspectele emoționale și sociale ale sexualității și reproducerii.

! Educația igienico-sanitară nu acoperă și nu poate înlocui o educație sexuală corectă și completă.

! Conținutul educației sexuale trebuie să aibă în vedere profilul tuturor persoanelor cărora li se adresează, ținându-se cont de vârstă, sex, orientare sexuală, nivel de educație, istoric personal și medical.

! Educația sexuală trebuie să accentueze dreptul persoanei de a decide asupra aspectelor vieții sexuale și reproductive.

De reținut!

Mijloace contraceptive

În această secțiune vom discuta despre mai multe tipuri de mijloace contraceptive, descriind practica din instituții și discutând aspectele problematice.

Trebuie menționat aici că viața sexuală a persoanelor instituționalizate reprezintă o arie de interes nu doar pentru acestea, ci și pentru angajații instituțiilor. Perspectivele acestor două grupuri sunt însă, în general, diferite. În timp ce pentru persoanele instituționalizate acesta reprezintă un domeniu care presupune experimentare, plăcere și împlinire nu doar pe plan sexual ci și emoțional, pentru angajați este vorba mai des despre un aspect care trebuie reprimat și unde atenția trebuie în principal acordată împiedicării sarcinilor și reproducerii.

De aceea, multe dintre persoanele instituționalizate folosesc mijloace contraceptive, cel mai răspândit mijloc fiind pilula contraceptivă, la care se adaugă steriletul și contraceptivele injectabile⁷² pentru femei și prezervativul pentru bărbați.

Una dintre angajatele intervievate a menționat de asemenea că „*cea mai bună metodă, ne-a spus doamna doctor, este să-i păzim*”.

Pilula contraceptivă

Context

Persoanele instituționalizate au acces la sistemul general de sănătate, fiind înscrise la un medic de familie. Acesta le consultă periodic sau la cerere, acordând trimitere la medicul de specialitate atunci când este cazul. Consultațiile sunt gratuite.

Programarea pentru consult, cum ar fi un consult ginecologic, se face de către unul dintre angajații instituției, fiind vorba în general despre asistent medical sau psiholog. De asemenea, unul dintre angajați va însoți persoanele instituționalizate la medic, unde se merge, în general, în grup.

Mijlocul de contracepție cel mai des utilizat în instituții este pilula contraceptivă, care este distribuită femeilor în mod gratuit prin serviciile generale de planificare familială. Fetele și femeile aflate la vârsta reproductivă merg, de obicei însoțite de angajați ai instituției unde locuiesc, la centre de planificare familială, de unde obțin aceste pilule. În aceste cazuri tipul de contraceptiv este indicat de către medicul de specialitate în funcție de tratamentul medicamentos curent.

Au fost identificate și situații în care pilulele se administrează fără consimțământul femeilor în cauză și fără o vizită inițială la un cabinet de planning. Deși recunoscută ca o formă de tortură,⁷³ contracepția forțată este încă o practică atât în comunitate, dar mai ales în instituții, apărând fie sub forma sterilizării, fie a administrării contraceptivelor hormonale. De asemenea, în multe țări, femeilor cu dizabilități

⁷² În cazul unuia dintre centre, conform declarațiilor unei angajate, „în trecut s-au distribuit anticoncepționale injectabile în cadrul unui proiect de planning familial, dar în prezent nu se mai folosesc”.

⁷³ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. (Human Rights Council, 2013).

intelectuale li se administrează contraceptive injectabile de lungă durată, indiferent dacă sunt active sexual sau dacă au început deja să menstrueze.⁷⁴ În multe din instituții, același tratament li se aplică și femeilor cu dizabilități psihosociale sau asociate.

Aceste practici au drept scop, în general, prevenirea sarcinilor, inclusiv a celor care rezultă din agresiuni sexuale. Contracepția forțată, care include și sterilizarea forțată, este susținută de multe ori de un substrat eugenist de control al populației cu dizabilități. Ca multe alte practici instituționale, și contracepția forțată e fundamentată pe convingerea că răspunde unei serii de nevoi: eficiența administrativă, modificarea comportamentală și necesitate medicală.⁷⁵ Spre exemplu, „administrarea medicației în mod neconsimțit sau a sterilizării involuntare este adesea susținută ca fiind un tratament necesar în așa-zisul interes al persoanei vizate.”⁷⁶

Aspecte problematice

În urma interviurilor și cercetării realizate au fost identificate o serie de **aspecte problematice** în legătură cu administrarea pilulei contraceptive.

Consimțământul în vederea folosirii de mijloace contraceptive

Administrarea pilulei contraceptive fără consimțământul persoanei în cauză este o practică problematică. Astfel, unele persoane intervievate au menționat că nu li s-a cerut vreodată consimțământul pentru administrarea pilulelor sau că au aflat după ce a început administrarea pilulei care era funcția acesteia. Unele au spus chiar că ar prefera să nu le mai ia, însă nu cred că decizia le aparține în totalitate. Au fost și persoane instituționalizate care au ne-au spus că, în percepția lor, „*centrul hotărăște*” cine și când va lua pilula contraceptivă. Această practică a fost confirmată și de o parte dintre angajatele intervievate, una dintre ele explicând cum funcționează procesul de decizie privind metoda contraceptivă ce urmează a fi administrată: „*Decizia se ia la recomandarea medicului; al doilea factor de decizie este aparținătorul; ulterior echipa multidisciplinară (asistent medical, psihiatru, psiholog, kinetoterapeut, șef de centru, medic generalist). Aparținătorul celor proveniți din centrele de plasament este CRRN. Atunci când nu au discernământ familia hotărăște.*”

Este astfel evident că procesul de decizie cu privire la administrarea pilulei contraceptive este, cel puțin pentru persoanele care trăiesc în instituții, unul dominat de o relație de putere în care perspectiva personalului medical și a membrilor familiei primează. Aceasta devine o problemă atunci când opiniile personalului sunt contrare opiniei persoanei în cauză.

Existența acestei practici problematice a reieșit și din interviurile cu angajații, care au explicat că se administrează contraceptive „*preventiv*”, chiar înainte de începerea vieții sexuale și că, uneori, anticoncepționalele se administrează fără ca persoana să știe scopul acestora, pentru că „*dacă ar ști, nu*

74 Michelle McCarthy. 'I have the jab so I can't be blamed for getting pregnant': Contraception and women with learning disabilities. (*Women's Studies International Forum*, 2009).

75 *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, Juan E. Méndez. (Human Rights Council, 2013).

76 *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, Juan E. Méndez. (Human Rights Council, 2013), p.8.

le-ar mai lua” și pentru că „așa a[m] considerat [personalul] că e mai bine”. O altă angajată recunoaște că unor femei instituționalizate li s-au administrat vaccinuri cu efect contraceptiv împotriva voinței lor: „Unele nu pot să spun că voiau neapărat, și chiar dacă acestea spuneau: „dar eu nu fac sex, eu nu fac copii.” O persoană din administrația unui centru pe care l-am vizitat crede că femeile cărora li se administrează pilule contraceptive nu își pun problema lipsei de consimțământ în acest fel, pentru că unora li se pare firesc să ia pastile, la fel ca mâncatul, dormitul...etc.

Sunt de asemenea problematice și situațiile în care persoana care ia pilule contraceptive nu știe cum funcționează acestea, punându-se astfel problema ca decizia în privința luării acestora să nu fi fost una informată. Cu alte cuvinte, există posibilitatea ca pilula să fi fost prescrisă fără ca persoana să fi fost informată despre consecințele unui astfel de tratament și despre necesitatea monitorizării ulterioare. Administrarea contraceptivelor pe termen lung trebuie monitorizată pentru a vedea în ce fel interacționează acestea cu alte tratamente medicamentoase, care sunt efectele asupra corpului și în ce moment trebuie întrerupt sau înlocuit tratamentul contraceptiv.

Toate aceste aspecte sunt problematice deoarece persoana instituționalizată are dreptul de a deține controlul asupra deciziilor care îi influențează viața. De asemenea, are și dreptul de a lua decizii informate, beneficiind de acces la toate informațiile relevante.

Legal

Toate aspectele abordate mai sus fac obiectul prevederilor din documentele internaționale cu privire la dreptul de a fi recunoscut în fața legii și de a avea dorințele și preferințele respectate,⁷⁷ precum și de a avea acces la informație.⁷⁸ Legislația națională prevede, de asemenea, că persoanele cu dizabilități au libertatea opțiunii și controlul sau decizia asupra propriei vieți, a serviciilor și formelor de suport de care beneficiază.⁷⁹



Impactul disproporționat asupra femeilor

Un alt aspect problematic este faptul că pilula contraceptivă, mijlocul de contracepție cel mai des întâlnit în instituții, vizează doar femeile. Aceasta reprezintă nu doar o modalitate de a controla cu precădere sexualitatea și corpurile acestora, ci și o practică ce poate facilita abuzurile sexuale. Impiedicarea cu orice preț a sarcinilor contribuie la menținerea unui mediu în care nu se discută despre sexualitate și nici despre posibilitatea existenței unui abuz. În condițiile în care, în unele cazuri,

77 Prevăzut la articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

78 Prevăzut la articolul 21 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

79 Articolul 3(l) din Legea nr. 448/2006 legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

sarcina este singurul indicator al unei agresiuni sexuale ca violul, prevenirea cu orice preț a sarcinii prin administrarea de pilule contraceptive contribuie la un context în care agresiunea sexuală este tolerată și rămâne nepedepsită. În lipsa unor informații accesibile femeilor despre cum să identifice o agresiune sexuală și ce să facă atunci când aceasta se întâmplă, practica administrării pilulei contraceptive crește riscul de vulnerabilitate a femeilor instituționalizate la viol și scade semnificativ șansele ca acesta să fie sesizat și sancționat.

Legal

Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități subliniază că femeile și fetele cu dizabilități sunt supuse discriminărilor multiple⁸⁰ și de aceea cere expres statelor să ia măsuri pentru a se asigura că acestea beneficiază de toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului.⁸¹ În Convenție se consideră că doar astfel se va asigura pe deplin dezvoltarea, progresul și implicarea femeilor.⁸²

De asemenea, Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități prevede obligația statului de a lua toate măsurile legislative, administrative, sociale, educaționale și alte măsuri adecvate în vederea protejării femeilor împotriva actelor de exploatare, violență și abuz care au drept victime în principal femei.⁸³ Statele au de asemenea obligația de a implementa legi și politici eficiente, inclusiv legislație și politici axate pe problematica femeii pentru a asigura identificarea, investigarea și judecarea cazurilor de exploatare, violență și abuz împotriva persoanelor cu dizabilități.⁸⁴



Confidențialitate și intimitate

O altă practică problematică o constituie faptul că administrarea contraceptivelor este de cele mai multe ori însoțită de monitorizarea îndeaproape a ciclului menstrual al fiecărei femei, cu scopul identificării rapide a anumitor afecțiuni specifice, dar și cu scopul identificării cazurilor de sarcină. O astfel de practică poate aduce atingere dreptului la viață privată a femeilor instituționalizate mai ales în condițiile în care există cazuri în care ciclul menstrual este monitorizat prin păstrarea datelor în tabele afișate în locuri ușor accesibile tuturor persoanelor care lucrează, locuiesc, sunt tratate în centru sau vizitează centrul.

De asemenea, se întâmplă ca obiectele necesare păstrării igienei pe perioada ciclului menstrual, fie că este vorba despre vată, absorbante sau tampoane, să fie distribuite în prezența altor persoane.

80 Articolul 6(1) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități

81 Articolul 6(1) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități

82 Articolul 6(2) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități

83 Articolul 16(1) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități

84 Articolul 16(5) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Unele dintre persoanele intervievate au specificat că o astfel de practică le jenează, mai ales atunci când persoanele în prezența cărora acestea sunt distribuite sunt de sex masculin.

De altfel, nici administrarea contraceptivelor nu este confidențială. În multe cazuri, informațiile despre persoanele cărora li se administrează contraceptive sunt accesibile și/sau împărtășite activ atât cu personalul, cât și cu celelalte persoane care locuiesc în instituții.

Astfel de practici aduc atingere dreptului la viață privată/particulară.

Legal

Dreptul la viață privată/particulară este prevăzut atât în documente internaționale precum Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități,⁸⁵ cât și în legislația națională.⁸⁶



Prezervativele

Context

Prezervativele nu sunt în general disponibile în mod gratuit. Conform spuselor persoanelor instituționalizate, acestea pot fi achiziționate de la farmacii din afara instituțiilor, cu bani proprii. Acesta este unul dintre motivele pentru care prezervativele sunt folosite rar de către persoanele instituționalizate.

Aspecte problematice

Persoanele care trăiesc în instituții au în general venituri personale scăzute. Ele pot proveni din prestațiile sociale acordate ca urmare a încadrării într-un grad de handicap, precum indemnizații lunare și buget personal complementar lunar. Aceste venituri pot proveni și ca urmare a încadrării pe piața muncii. Majoritatea persoanelor care locuiesc în instituții însă nu sunt încadrate pe piața muncii. Foarte puține au un loc de muncă stabil. Există și cazuri în care aceste persoane, din când în când, câștigă sume de bani prin participarea la activități de muncă temporară, precum munca sezonieră (cules de fructe etc.), curățenie etc. Cum părăsirea instituției are loc, de cele mai multe ori, în condiții restrictive, identificarea unor astfel de activități și desfășurarea lor este dificilă. Având în vedere această situație financiară precară, multe persoane din instituții nu își permit să își achiziționeze prezervative. Achiziționarea este și mai mult îngreunată de faptul că aceste persoane nu pot de multe ori să părăsească instituția atunci când vor ele;

85 Dreptul la viață privată/particulară este prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

86 Articolul 42 (1)(b) din Legea nr. 487 din 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice.

mai mult, deseori, atunci când se iese din instituție, se iese în grup, însoțiți de angajați ai instituției. Drept urmare, prezervativele nu sunt un mijloc de contracepție utilizat des de către persoanele instituționalizate. Aceasta face nu doar ca riscul apariției unor sarcini nedorite să fie unul crescut, dar și ca riscul de răspândire a infecțiilor cu transmitere sexuală să fie unul extrem de ridicat deoarece alte mijloace contraceptive nu împiedică astfel de transmiteri.

Sterilizarea

Context

O altă metodă de contracepție prezentă în rândul femeilor instituționalizate este sterilizarea care se face prin intervenții chirurgicale. Pentru multe femei cu dizabilități, sterilizarea nu este o alegere.

În literatură se face uneori diferențierea între sterilizare coercitivă și sterilizare forțată. „Sterilizarea coercitivă are loc atunci când sunt utilizate stimulente financiare sau de altă natură, informații gresite, sau tactici de intimidare pentru a obliga o persoană să se supună intervenției. În plus, sterilizarea poate fi o cerință care condiționează accesul la servicii de sănătate sau la un loc de muncă. Sterilizarea forțată are loc atunci când o persoană este sterilizată fără știrea ei sau când nu are ocazia să acorde consimțământul.”⁸⁷

De regulă, atât sterilizarea coercitivă, cât și cea forțată sunt favorizate de un cumul de factori: incapacitatea atribuită persoanelor cu dizabilități de a decide asupra propriului corp și nerecunoașterea capacității legale în acest sens, ignorarea dreptului persoanelor cu dizabilități de a refuza/consimți la proceduri medicale, convingerea larg răspândită că persoanele cu dizabilități nu ar trebui să aibă copii pentru că nu ar putea avea grijă de ei etc. Pe lângă acestea, mediul instituțional contribuie cu mult la diminuarea șanselor de a consimți voluntar la intervenția sterilizării. Pe lângă faptul că foarte multe persoane cu dizabilități intelectuale și psihosociale din instituții sunt lipsite de capacitatea legală care le-ar permite să decidă în legătură cu sterilizarea, una din practicile instituționale este de a preveni cu orice preț sarcinile pentru că, în acest moment, nu există nicio formă de suport pentru femeile care nasc în instituții de a-și crește copiii în comunitate. Sterilizarea este folosită ca o metodă de control, de multe ori neconsimțită, perpetuând în același timp un aranjament social care încalcă dreptul la viață în comunitate a persoanelor din instituții. Alt motiv invocat pentru sterilizarea forțată este incapacitatea femeilor cu dizabilități, în special intelectuale, de a-și gestiona menstrele și de a urma o rutină de igienă personală în timpul acestora.⁸⁸

Aspecte problematice

Un aspect problematic al procedurii de sterilizare este legat de modalitatea de obținere a consimțământului necesar pentru realizarea acesteia. Spre exemplu, una dintre femeile intervievate în

⁸⁷ *Against her will: forced and coerced sterilization of women worldwide.* (Open Society Foundation, 2011), p. 2.

⁸⁸ Carolyn Frohmader. *Dehumanised: The Forced Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia.* (Women with Disabilities Australia (WWDA), 2013).

cadrul acestei cercetări a menționat că și-a dat acordul pentru a fi sterilizată după ce un oarecare nivel de presiune a fost exercitat asupra ei din partea mamei și a personalului medical: „Nu eu am vrut. Așa a spus doamna doctor [...] că cine știe. Eu mai umblu cu băieți și doamne ferește să rămân iar gravidă. [...] Nu știu ce să cred [despre asta].” Alte persoane intervievate, atât din rândul persoanelor instituționalizate cât și al personalului ne-au spus că nu știu dacă o astfel de intervenție ar trebui să se facă cu consimțământul cuiva și cine ar trebui să-și dea acest consimțământ.

De aceea este necesar să subliniem că persoana instituționalizată trebuie să își dea acordul în legătură cu orice procedură care urmează a fi făcută asupra ei.

Legal

Aceasta este o consecință a prevederilor din documentele internaționale cu privire la dreptul de a fi recunoscut în fața legii și de a avea dorințele și preferințele respectate.⁸⁹ Legislația națională prevede, de asemenea, că persoanele cu dizabilități au libertatea opțiunii și controlul sau decizia asupra propriei vieți, a serviciilor și formelor de suport de care beneficiază.⁹⁰



Persoana instituționalizată este singura care poate alege ce tip de contracepție dorește să folosească! Nicio altă persoană nu poate decide în numele ei.

De reținut!

89 Prevăzut la articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

90 Articolul 3(l) din Legea nr. 448/2006 legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Decizia asupra folosirii sau nu a unui mijloc de contracepție se va face după furnizarea tuturor informațiilor relevante. Informațiile furnizate trebuie să cuprindă modalitatea de funcționare a mijloacelor contraceptive, efectele acestora, precum și modalitatea de impact cu alte tratamente. Ele trebuie să fie complete, corecte și transmise într-un limbaj ușor de înțeles.

Efectele administrării contraceptivelor hormonale pe termen lung trebuie evaluate la intervale regulate de către personalul medical împreună cu persoana căreia i se administrează tratamentul.

Distribuirea și administrarea mijloacelor contraceptive trebuie să fie confidențială.

Femeile cu dizabilități sunt extrem de vulnerabile la violență și abuz sexual. Cazurile de violență și abuz sexual trebuie întotdeauna identificate, iar agresorul trebuie sancționat!

Pentru multe femei ciclul menstrual este o experiență intimă, pe care acestea doresc să o trăiască în privat. Monitorizarea ciclului menstrual, precum și orice alte detalii legate de sănătatea lor sexuală și reproductivă, trebuie să fie confidențiale. De asemenea, administrarea și distribuția produselor necesare menținerii sănătății sexuale și reproductive trebuie să fie confidențială (contraceptive, absorbante etc.).

De reținut!

Viața privată și de familie

Sarcina și a fi părinte

Context

Există cazuri în care femeile care trăiesc în instituții rămân însărcinate. Deseori în aceste cazuri se recurge la avort. Atunci când se nasc copii, aceștia sunt deseori transferați către centrele de plasament în vederea începerii unui proces de adopție. De asemenea, în unele cazuri femeile însărcinate sunt fie obligate să părăsească instituția, fie se regăsesc în situația în care li se refuză accesul în alte centre. Instituțiile, în general, refuză să primească femei însărcinate.

Realitatea cu care se confruntă femeile care rămân însărcinate în instituții este rezultatul practicilor instituționale nescrise, dar și a atitudinilor personalului. O angajată a unui centru (asistent medical) ne-a spus că femeile „ar trebui să plece din centru în caz de sarcină”. Într-un alt centru a fost refuzat accesul unei femei însărcinate, pentru că, așa cum ne-a spus cineva din echipa administrativă a acelui centru, ar fi fost „dificil pentru personal”, iar „pregătire medicală au doar asistentele”.

Pe de altă parte, lipsa sarcinilor din instituții este direct corelată cu administrarea de contraceptive femeilor, de multe ori fără consimțământ. Astfel, sarcina nu este rezultatul unei decizii personale informate, ci, mai degrabă, a unei practici instituționale asupra căreia femeile nu au control. După cum ne-a spus cineva din personal, „preocuparea principală [...] e să nu rămână vreuna gravidă”.

Toate aceste aspecte sunt consecința unor atitudini abilitiste⁹¹ conform cărora persoanele cu dizabilități nu ar trebui să aibă copii, deoarece nu pot avea grijă de ei și/sau pentru că le pot transmite dizabilitatea. În consecință, femeile cu dizabilități sunt descurajate să nască și să crească copii.⁹² Date recente arată că o persoană cu dizabilități (de regulă, o mamă) este supusă unui risc de a-i fi luați copiii de zece ori mai mare decât o persoană fără dizabilități.⁹³ Astfel de practici, precum și legislația asociată care privește revocarea drepturilor de părinte, custodia copiilor și divorțul este întemeiată mai degrabă pe faptul că persoana are un diagnostic și a fost etichetată ca având o dizabilitate, decât pe abilitățile dovedite de îngrijire a copiilor. Un exemplu de legislație capacitistă este Noul Cod Civil din România care refuză unor persoane cu dizabilități intelectuale și psihosociale dreptul de a se căsători.⁹⁵

91 Anne Finger. *Forbidden Fruit*. (New Internationalist, 1992).

92 *Parenting Issues for Women with Disabilities in Australia' - A Policy Paper*. (Women With Disabilities Australia (WWDA), 2009).

93 Carolyn Frohmader. *Dehumanised: The Forced Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia*. (Women with Disabilities Australia (WWDA), 2013), p. 6.

94 Ibid.

95 Articolul 276 din Noul Cod Civil interzice căsătoria „alientaului mintal” și „debilului mintal”. Conform articolului 271, „căsătoria se încheie între bărbat și femeie prin consimțământul personal și liber consimțit”.

Aspecte problematice

Unul dintre aspectele problematice care a reieșit din interviuri este că multe dintre persoanele care lucrează în instituții, precum și membri ai familiei consideră că femeile instituționalizate nu au dreptul de a decide asupra păstrării sau nu a sarcinii, asupra păstrării copilului sau a dării acestuia spre adopție și nici asupra numărului de copii pe care și-ar dori să îi aibă. O angajată a afirmat despre una dintre femeile instituționalizate care născuse recent că aceasta nu „înțelege ce-nseamnă să fii mamă”.

În general, angajații din instituții considerau că astfel de decizii trebuie luate colectiv, împreună cu partenerii lor acolo unde este cazul, cu familia și chiar cu personalul medical.

De aceea, este necesar să subliniem că femeile cu dizabilități au dreptul de a fi părinți și de a lua decizii în legătură cu toate aspectele colaterale precum păstrarea unei sarcini, darea spre adopție și numărul de copii născuți.

Legal

Aceasta este o consecință a prevederilor din documentele internaționale cu privire la dreptul de a fi recunoscut în fața legii și de a avea dorințele și preferințele respectate.⁹⁶ Legislația națională prevede, de asemenea, că persoanele cu dizabilități au libertatea opțiunii și controlul sau decizia asupra propriei vieți, a serviciilor și formelor de suport de care beneficiază.⁹⁷

De asemenea, Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități adresează direct aspecte legate de respectul pentru cămin și familie.⁹⁸ Aceasta cere statelor să ia măsuri eficiente și adecvate pentru a elimina discriminarea împotriva persoanelor cu dizabilități în toate chestiunile referitoare la căsătorie, familie, statutul de părinte și relațiile interpersonale.⁹⁹ Convenția recunoaște dreptul persoanelor cu dizabilități de a decide liber și responsabil asupra numărului de copii și a intervalului dintre nașteri.¹⁰⁰ De asemenea, Convenția prevede că un copil nu va fi separat în nici un caz de părinți pe criterii de dizabilitate, fie a copilului, fie a unuia sau ambilor părinți.¹⁰¹



96 Prevăzut la articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

97 Articolul 3(l) din Legea nr. 448/2006 legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

98 A se vedea articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

99 Articolul 23(1) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

100 Articolul 23(1)(b) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

101 Articolul 23(4) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

A fi într-o relație de cuplu

Context

Persoanele instituționalizate, la fel ca cele neinstituționalizate, se implică deseori în relații de cuplu. Aceste relații se formează în cele mai multe cazuri între persoane care locuiesc în aceeași instituție, posibilitatea cunoașterii și apropierii de persoane din afara instituției fiind dificilă datorită naturii mediului instituțional și a regulilor specifice fiecărei instituții. La fel ca în orice relație de cuplu, unii parteneri aleg să nu întrețină relații sexuale.

Aspecte problematice

Alegerea unui partener

Persoanele instituționalizate, ca toți ceilalți, au dreptul de a decide dacă și cu cine vor să formeze un cuplu. Deseori acest drept le este încălcat de către angajații instituției sau de către membri ai familiei care doresc să joace un rol decisiv în această decizie. În viața de zi cu zi noi toți putem ține de opiniile unor astfel de persoane atunci când decidem asupra formării unui cuplu. Persoanele instituționalizate însă se află într-o poziție de putere inferioară angajaților în ceea ce privește luarea deciziilor. Angajații, la rândul lor, acordă deseori prioritate opiniei membrilor de familie. În acest context, mai multe persoane intervievate au spus că nu vor să dezvăluie detalii despre relația lor anumitor membri ai familiei sau angajaților, de teamă că aceștia ar putea interveni pentru a separa cuplul.

Astfel, opiniile celor două grupuri, angajați și familie, ajung, practic, să condiționeze însăși existența relației, încălcând dreptul persoanelor instituționalizate de a decide dacă și cu cine vor să formeze un cuplu. Mai mult, în cazul în care familia este contactată și înștiințată, fără acordul persoanei în cauză, în legătură cu existența unei astfel de relații se aduce atingere, printre altele, dreptului la viață privată. Atunci când menținerea relației depinde de obținerea acestui acord se aduce atingere și dreptului de a lua decizii fără intruziuni neadecvate.

Legal

În legătură cu luarea de decizii fără intruziuni neadecvate, documentele internaționale prevăd dreptul de a fi recunoscut în fața legii și de a avea dorințele și preferințele respectate.¹⁰² Legislația națională prevede, de asemenea, că persoanele cu dizabilități au libertatea opțiunii și controlul sau decizia asupra propriei vieți, a serviciilor și formelor de suport de care beneficiază.¹⁰³

În legătură cu dreptul la viață privată/particulară, acesta este prevăzut atât în documente internaționale precum Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități,¹⁰⁴ cât și în legislația națională.¹⁰⁵



102 Prevăzut la articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

103 Articolul 3(l) din Legea nr. 448/2006 legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

104 Dreptul la viață privată/particulară este prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

105 Articolul 42 (1)(b) din Legea 487/2002 a sanatații mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice.

Dependența de angajați și familie

Situația persoanelor instituționalizate rămâne oricum una deosebită deoarece ele sunt mult mai dependente de alte persoane în vederea formării și menținerii unei relații de cuplu. Spre exemplu, o familie care susține o relație poate contribui la menținerea ei prin luarea cuplului acasă și ajutarea reintegrării lor în comunitate. Atitudinea angajaților față de relații este de asemenea vitală menținerii acesteia. Astfel, în timp ce unii angajați le oferă informații celor aflați într-o relație de cuplu răspunzându-le, spre exemplu, la întrebări legate de viața de cuplu, alți angajați, conform spuselor persoanelor instituționalizate intervievate, nu sunt de acord ca persoanele dintr-un cuplu să petreacă timp împreună în aceeași cameră, separat de celelalte persoane instituționalizate.

Atitudinea angajaților față de relațiile de cuplu ale persoanelor instituționalizate

Există și angajați a căror atitudine față de relațiile de cuplu ale persoanelor instituționalizate este problematică într-o altă manieră. Aceștia iau astfel de relații în derâdere sau le consideră ne semnificative atunci când decid asupra anumitor aspecte care au consecințe asupra persoanelor instituționalizate. Astfel, există angajați care consideră că „*Ei discută... că e prietena mea... dar ei au doar discuții amicale. Nu au relații intime. [...] Pot ieși la un suc pentru socializare, dar atât.*” Persoanele instituționalizate au povestit că, după ce unui cuplu dintr-o instituție i s-a promis că se pot căsători, a fost organizată o ceremonie „*joc*” în interiorul instituției care a fost oficiată de către unul dintre angajați. Altă persoană a afirmat că angajații, când aud de relația lui, „*zâmbesc, glumesc*”. De asemenea, mai multe persoane intervievate ne-au semnalat faptul că, atunci când au fost repartizate sau transferate la alte centre, nu s-a considerat relevant faptul că făceau parte dintr-un cuplu, ceea ce a condus la separarea partenerilor. În același timp, angajații par să fie conștienți de semnificația pe care relațiile de cuplu o au pentru persoanele instituționalizate. Aceasta a reieșit atunci când persoanele instituționalizate ne-au semnalat că, în situațiile în care comportamentele lor nu corespund standardelor stabilite de către angajați, sunt amenințați cu despărțirea fizică a cuplului prin transferul la alt centru.

Relațiile de cuplu joacă un rol semnificativ în viața persoanelor instituționalizate, în aceeași măsură ca pentru persoanele care locuiesc în comunitate. Stereotipurile și prejudecățile nu trebuie să conducă la minimizarea rolului relațiilor de cuplu pentru persoanele instituționalizate.

Legal

Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități prevede obligația statelor de combatere a stereotipurilor, prejudecăților și practicilor dăunătoare la adresa persoanelor cu dizabilități, inclusiv cele pe criterii de sex și vârstă, în toate domeniile vieții.¹⁰⁶



106 Articolul 8(1)(b) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Ignorarea relațiilor de cuplu în luarea deciziilor

Angajații nu țin cont însă de faptul că rezidenții se află într-o relație de cuplu atunci când iau decizii privind viața acestora. Acest lucru poate avea consecințe asupra menținerii relației. Spre exemplu, atunci când cuplul este fizic despărțit prin repartizarea la centre diferite, relațiile fie se destramă, fie devin dificil de menținut în condițiile în care persoanele instituționalizate nu pot, în general, să călătorească oricând și oriunde și-ar dori, nu dispun de mijloacele economice necesare unor călătorii dese, nu dispun de mijloace de comunicare și nu au posibilitatea să primească vizitatori care să rămână în centru peste noapte.

Dificultatea formării și/sau menținerii unei relații de cuplu

O altă problemă cu care se confruntă des persoanele instituționalizate este dificultatea formării și/sau menținerii unei relații de cuplu din mai multe motive. Pe de o parte, posibilitățile de socializare, mai ales cu persoane din afara centrului, sunt deosebit de reduse și, așa cum explica una dintre angajatele intervievate, „[cei din același centru] se cunosc de foarte mulți ani. Nu există [de multe ori] dorința de a lega o relație de prietenie cu cei din centru. Majoritatea vor să aibă relații cu persoane din afara centrului”. Cum acest lucru nu este întotdeauna posibil, cuplurile se vor forma în marea majoritate în centru.

Pe lângă posibilitățile reduse de socializare, mai sunt și alte cauze ale dificultății dezvoltării unei relații cu o persoană din afara instituției, fie că aceasta locuiește în comunitate sau într-o altă instituție. Așa cum explică una dintre angajatele intervievate, este „mai greu de întreținut relații cu cineva din afară”. În aceste cazuri se poate ține „legătura telefonic, [sau] se întâlnesc [...] cu prilejul unor acțiuni comune ale centrelor”. Se pot cere și învoiri în vederea întâlnirii cu partenerul, dar din experiența persoanelor instituționalizate intervievate a rezultat că acestea, în general, nu se acordă. Mai mult, au fost semnalate în cadrul interviurilor noastre situații în care partenerului care locuia în comunitate i se refuză accesul în instituție și chiar conversația între cei doi peste gardul care înconjură curtea instituției.

Un alt motiv pentru care formarea și menținerea unei relații cu cineva din afara instituției este dificilă este, așa cum ne preciza una dintre angajatele intervievate, „stigmatul care există în legătură cu persoanele instituționalizate”.

Pentru a rezolva aceste probleme este nevoie ca persoanele instituționalizate să se poată integra în comunitate și să poată trăi independent.

Legal

Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități recunoaște dreptul persoanelor cu dizabilități la viață independentă și integrare în comunitate.¹⁰⁷ Acest drept presupune asigurarea posibilității de a trăi în comunitate și a fi pe deplin integrate.¹⁰⁸ De asemenea, este important să se asigure că persoanele cu dizabilități au posibilitatea de a-și alege locul de reședință, de a alege unde și cu cine să trăiască și de a nu fi obligate să trăiască într-un anumit mediu de viață.¹⁰⁹



Lipsa intimității și a spațiului privat

O altă problemă cu care se confruntă persoanele instituționalizate este lipsa intimității, lipsa unui spațiu privat. Chiar și atunci când relațiile de cuplu se rezumă la a sta împreună la masă, a se ajuta la o serie de treburi pe care le au de făcut (spălat vase, curățenie în camere, bucătărie, sufragerie, cumpărături) și la plimbări în oraș, partenerii nu au posibilitatea să se bucure de intimitate deoarece atât la treburi cât și la plimbări participă și alte persoane din instituție, fie că este vorba de personal sau de alte persoane instituționalizate.

Un tânăr ne-a spus că ar dori să fie în centru un loc unde să poată sta de vorbă numai cu prietena sa, care locuiește în aceeași instituție. Singurul loc din centru unde rezidenții se pot întâlni și discuta este în general sufrageria comună, care nu asigură intimitatea cuplului pentru o discuție privată. Un spațiu privat ar fi așadar necesar nu doar pentru întreținerea de relații sexuale, ci și ca un loc unde pot avea discuții private și se poate petrece timp în cuplu.

Asigurarea unui spațiu privat este impusă de existența dreptului la viață privată.

Legal

În legătură cu dreptul la viață privată/particulară, acesta este prevăzut atât în documente internaționale precum Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități,¹¹⁰ cât și în legislația națională.¹¹¹



107 Acest drept este prevăzut la articolul 19 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

108 Articolul 19(1) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

109 Articolul 19(2) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

110 Dreptul la viață privată/particulară este prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

111 Articolul 42 (1)(b) din Legea 487/2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice.

Concluzii

În urma cercetării noastre putem concluziona că felul în care sunt inițiate, menținute și dezvoltate relațiile de cuplu și/sau sexuale în instituții, diferă de la instituție la instituție și este direct determinat de atitudinile personalului, atât cel administrativ, dar și cel medical și de îngrijire. Dacă în unele instituții, personalul acceptă relațiile dintre persoanele instituționalizate, sau dintre acestea și persoane din exterior, în alte instituții, acest tip de relații sunt sancționate. Într-unul din centre unde nu au existat până acum relații și unde nu am identificat situații în care persoanele instituționalizate să fi fost sancționate pentru inițierea relațiilor de prietenie și/sau sexuale, cineva din personal și-a exprimat neîncrederea în capacitatea persoanelor instituționalizate de a „înțelege ce e un cuplu”. Aceste atitudini diverse conduc la stabilirea unor reguli ad-hoc și la crearea unui mediu în care o relație încetează să mai fie un drept, și devine un aspect asupra căruia decide personalul.

În cadrul interviurilor realizate, persoanele instituționalizate au fost întreabate prin ce măsuri ar putea fi sprijinite pentru a forma, menține și dezvolta o relație de cuplu. În general, acestea ne-au spus că instituțiile nu vor putea fi vreodată un mediu propice dezvoltării unor astfel de relații și că își doresc să trăiască în comunitate. În același timp, unele persoane au considerat că pe perioada șederii în centru, ar putea fi benefic pentru cupluri să aibă o cameră specială destinată relațiilor de cuplu intime și/sau sexuale. În acest sens, una dintre femeile intervievate a accentuat că, dacă ar avea o relație, „e dreptul [ei] să aibă intimitate”.

Dreptul de a se angaja în activități de natură sexuală

Relații sexuale

Descrierea practicilor

Pentru a înțelege dificultatea întreținerii relațiilor sexuale de către persoanele instituționalizate, este important să înțelegem condițiile în care acestea trăiesc. Astfel, un raport al Agenției Naționale de Plăți și Inspecție Socială (ANPIS) menționează: „*Repartizarea beneficiarilor în dormitoare se efectuează în principal pe criterii de sex și grad de imobilitate, mai rar în funcție de afinități și preferințe, existând un număr mediu de 5 paturi/dormitor. [Există și centre cu] dormitoare de [până la] 20 de paturi.*”¹¹²

Dreptul la intimitate al cuplului format din persoane instituționalizate este rareori luat în considerare de către angajați. În raportul ANPIS menționat mai sus se face referire la acest drept o singură dată: „*echipa de inspectorii sociali a identificat o beneficiară imobilizată la pat găzduită într-un dormitor cu doi beneficiari bărbați, dintre care unul este partenerul de viață al acesteia, nerespectându-se dreptul la intimitate al cuplului*”. În acest sens, ANPIS a dispus să se ia măsuri în vederea protejării intimității și a relației de cuplu, fără a menționa care au fost aceste măsuri. În timp ce semnalizarea încălcării acestui drept în instituții de către ANPIS este binevenită, rămâne greu de crezut că în toate cele 51 de centre vizitate aceasta a fost singura situație în care dreptul la intimitate nu era respectat.

¹¹² Raport Tematic Național privind Controlul modului de respectare a standardelor specifice de calitate pentru centrele rezidențiale (centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică) pentru persoanele adulte cu handicap. (Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială (ANPIS), 2013), p. 10.

Chiar și în aceste condiții, relațiile sexuale au loc frecvent în instituții, în general, în băi sau în camerele persoanelor instituționalizate. În ultimul caz, colegii de cameră sunt rugați să părăsească încăperea, să păzească intrarea și să anunțe venirea personalului, uneori acestora oferindu-li-se în schimb bunuri precum țigări. Sau, așa cum ne explica una dintre persoanele intervievate: „*pândim și noi când pleacă colegul [...] și majoritatea angajaților*”. Acest lucru este necesar mai ales în cazurile în care colegii de cameră nu sunt de acord ca relațiile sexuale să aibă loc în cameră, astfel încât cuplurile sunt nevoite să găsească alternative. În unele instituții există camere speciale destinate întreținerii relațiilor sexuale. Camerele sunt încuiate, iar cheia se obține de la personalul instituției.

În unele instituții, posibil din cauza lipsei spațiului privat, întreținerea relațiilor sexuale are loc în spațiile publice, cum ar fi spațiile verzi din jurul instituțiilor. Există însă și instituții în care întreținerea relațiilor sexuale e interzisă. Astfel de reguli și practici există în același context în care, după cum ne-a explicat o angajată, „*majoritatea sunt curioși să-și înceapă viața sexuală*.”

Aspecte problematice

Din experiența persoanelor intervievate de către echipa noastră de cercetare a reieșit că circumstanțele în care se întrețin relațiile sexuale, precum și atitudinea personalului față de acestea s-au îmbunătățit semnificativ în ultimii 10 ani. Situații și evenimente care în prezent se întâmplă mai rar sau deloc includ violența fizică exercitată drept pedeapsă pentru întreținerea relațiilor sexuale: „*Pe atunci [dacă vreun angajat] te prindea [întreținând relații sexuale] te bătea și te trimitea la lucru pe undeva. Nu îi păsa lui că te îmbolnăvești tu [întreținând relații sexual în spații și condiții neadecvate]*”. Rămân însă numeroase aspecte problematice.

? Atitudinea angajaților față de întreținerea de relații sexuale

Cea mai importantă problemă este legată de atitudinile angajaților față de întreținerea relațiilor sexuale de către persoanele instituționalizate în instituții. Acestea se pot împărți în trei categorii: tolerare, descurajare și sancționare.

Tolerarea relațiilor sexuale presupune, în general, ignorarea acestora de către angajați. Aceștia știu că persoanele instituționalizate fac sex în instituție și, deși nu intervin pentru a le împiedica, nu fac nimic în vederea asigurării respectării dreptului la intimitate. Uneori, atunci când se formează cupluri, persoanele respective sunt invitate la ședințe de informare despre aspecte legate de sexualitate și viață reproductivă, vorbindu-li-se spre exemplu despre contracepție și igienă sexuală.

Descurajarea relațiilor sexuale se face în primul rând prin menținerea unui mediu în care nu există spații adecvate pentru întreținerea relațiilor sexuale. Așa cum ne-a explicat o tânără instituționalizată care are de câțiva ani un prieten, „*eu aș vrea să fac [să întrețin relații intime], dar nu am unde*”.

Persoanele instituționalizate sunt descurajate și prin discuții în cadrul cărora li se spune că atât timp cât sunt într-o instituție nu ar trebui să întrețină relații sexuale, deoarece instituția nu le poate oferi condițiile necesare. În general, li se spune că vor putea să aibă relații sexuale în momentul în care vor reuși să obțină o locuință proprie sau vor primi o locuință socială de la stat. De asemenea, unele persoane instituționalizate simt că există un anumit nivel de presiune din partea angajaților care, deși știu că se întrețin relații sexuale și nu acționează activ pentru împiedicarea lor, își manifestă dezacordul față de ele. Este astfel creat și menținut un mediu în care persoanele se simt amenințate și simt nevoia să se ascundă atunci când își exercită dreptul de a întreține relații sexuale.

Sanționarea relațiilor sexuale poate lua mai multe forme. Uneori persoanele sunt muștrăte verbal. Una din femeile instituționalizate cu care am discutat ne-a spus că în momentul în care ea și partenerul ei au fost surprinși împreună într-o situație de intimitate, partenerul ei a fost transferat într-o altă instituție. Alteori, deși nici o sancțiune nu a fost aplicată, persoanele instituționalizate ne-au spus că nu întrețin relații sexuale de teama unor pedepse precum interzicerea ieșirii din perimetrul instituției pentru muncă, pentru cumpărături, pentru activități recreative, sau chiar excluderea din instituție. Mediul instituțional este așadar unul deseori dominat de teama de a fi sancționat în cazul întreținerii de relații sexuale.

Un alt aspect problematic este atitudinea unora dintre angajate, care, așa cum am detaliat mai sus, ignoră dreptul persoanelor instituționalizate de a se angaja în activități sexuale. Mai mult, există și angajate care consideră că exercitarea acestui drept ar putea depinde de opiniile personalului: „Nu sunt camere special amenajate. Eu nu aș fi de acord cu așa ceva. Ar însemna să încurajăm curvia din punctul meu de vedere și lui Dumnezeu nu-i place. Ar trebui să fie familiști. Doresc ei să se căsătorească? [Poate.] Dar ar fi [prea] greu în centru.”

Luând în considerare toate aceste aspecte este important să subliniem că persoanele instituționalizate au dreptul să întrețină relații sexuale.

Legal

Întreținerea de relații sexuale este strâns legată de drepturi protejate explicit de către documente internaționale, precum dreptul la viață privată,¹¹³ la viața de familie¹¹⁴ și dreptul de a decide numărul și intervalul de timp dintre copii.¹¹⁵ Legătura dintre acestea este indisolubilă, neputând exista, spre exemplu, o viață de familie și decizii în legătură cu numărul de copii fără a se respecta dreptul persoanelor de a întreține relații sexuale.



? Lipsa condițiilor adecvate întreținerii de relații sexuale liber consimțite

Problematică este și însăși lipsa spațiilor adecvate întreținerii relațiilor sexuale, care conduce la existența unui risc ridicat al întreținerii acestor relații în condiții improprii, cu posibile urmări în plan emoțional și chiar cel al sănătății generale. Pe de altă parte, persoanele care trebuie să se ascundă, să trăiască permanent cu teama că vor fi sancționate, să găsească alternative care să le permită întreținerea relațiilor sexuale, pot dezvolta o înțelegere a relațiilor și a evoluției lor doar pe baza acestor experiențe constrânse.

113 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 22 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

114 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

115 Prevăzut în articolul 16 (1)(e) din Convenția ONU privind Eliminarea tuturor formelor de Discriminare împotriva Femeilor și la articolul 23 (1)(b) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Legal

Dreptul la viață privată/particulară este prevăzut atât în documente internaționale precum Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități,¹¹⁶ cât și în legislația națională.¹¹⁷ De asemenea, Ordinul privind aprobarea Standardelor specifice de calitate pentru centrele rezidențiale, centrele de zi și locuințele protejate pentru persoane adulte cu handicap prevede dreptul persoanelor instituționalizate de a-și desfășura activitățile într-un mediu fizic accesibil, sigur, funcțional și intim, dreptul de a beneficia de intimitate, precum și dreptul de a-și manifesta și exercita liber orientările și interesele culturale, etnice, religioase și sexuale.¹¹⁸



Mai mult, datorită caracterului coercitiv inerent mediului instituțional, decizia de a întreține relații sexuale este una influențată nu doar de dorințe și nevoi sexuale, ci și de o varietate de alți factori. Această varietate de factori indică posibilitatea caracterului abuziv al relațiilor, facilitat de o stare de dependență și vulnerabilitate promovată de un sistem răspândit în întreaga țară. O astfel de situație este, printre altele, cea în care relațiile sexuale sunt întreținute în schimbul unor foloase de orice tip și la care persoana nu are altfel acces din cauza faptului că este instituționalizată. Un exemplu de astfel de caz ne-a fost semnalat de către o persoană intervievată: „*Acolo unde sunt foarte mult [e persoane, în centrele mari] [...] [sunt] foarte multe cazuri de prostituție. Nu prostituție. Prostituție pe țigări [...] Pentru două țigări orice fată care fumează se duce și merge cu un băiat după care ea nu știe cum să se apere, cum să se ducă să se spele, să facă toate cele necesare pentru a nu se îmbolnăvi.*”

De aceea, este important să fie identificate acele cazuri care reprezintă forme de violență și abuz sexual.

Legal

Dreptul de a nu fi supus violenței și abuzului de orice natură, inclusiv cel de natură sexuală, este expres prevăzut în numeroase documente internaționale precum Convenția Europeană pentru apărarea Drepturilor Omului,¹¹⁹ Pactul Internațional privind Drepturile Civile și Politice¹²⁰ și Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.¹²¹



116 Dreptul la viață privată/particulară este prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

117 Articolul 42 (1)(b) din Legea 487/2002 a sănătății mintale și protecției persoanelor cu tulburări psihice.

118 A se vedea Ordinul Nr. 559 din 22 octombrie 2008 privind aprobarea Standardelor specifice de calitate pentru centrele rezidențiale, centrele de zi și locuințele protejate pentru persoane adulte cu handicap.

119 Pentru cazurile în care violența și abuzul sexual constituie tortură sau tratamente inumane sau degradante este relevant articolul 3 al Convenției Europene pentru apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților fundamentale care prevede interzicerea torturii.

120 Pentru cazurile în care violența și abuzul sexual constituie tortură sau tratamente inumane sau degradante este relevant articolul 7 al Pactului Internațional privind Drepturile Civile și Politice care interzice astfel de practici.

121 Acest drept este prevăzut la articolul 16 al Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

? **Administrarea de medicamente cu scopul inhibării instinctelor sexuale**

Un alt aspect problematic este legat de administrarea de medicamente cu scopul inhibării instinctelor sexuale. Posibilitatea unei astfel de practici a fost ridicată de una din persoanele instituționalizate intervievate, care bănuia că acesta ar fi motivul pentru care nu a mai avut vise erotice, nu s-a mai masturbat și nici nu a mai putut ejacula. Aceasta ridică pe de o parte problema aplicării unui tratament fără consimțământul pacientului și pe de altă parte folosirea de medicamente în alte scopuri decât cele terapeutice.

De aceea este important să se sublinieze că persoanele instituționalizate au dreptul de a întreține relații sexuale. Atunci când există suspiciuni în privința existenței unei disfuncții sexuale se va aplica tratament doar după alegerea acestuia de comun acord cu pacientul, care are dreptul să ia astfel de decizii.

Legal

Întreținerea de relații sexuale este strâns legată de drepturi protejate explicit de către documente internaționale, precum dreptul la viață privată,¹²² la viață de familie¹²³ și dreptul de a decide numărul și intervalul de timp dintre copii.¹²⁴ Legătura dintre acestea este indisolubilă, neputând exista, spre exemplu, o viață de familie și decizii în legătură cu numărul de copii fără a se respecta dreptul persoanelor de a întreține relații sexuale.

Luarea deciziilor este prevăzută în documente internaționale prin dreptul de a fi recunoscut în fața legii și de a avea dorințele și preferințele respectate.¹²⁵ Legislația națională prevede, de asemenea, că persoanele cu dizabilități au libertatea opțiunii și controlul sau decizia asupra propriei vieți, a serviciilor și formelor de suport de care beneficiază.¹²⁶



Masturbare

Masturbarea este o practică des întâlnită în instituții. În general, practica masturbării este percepută ca fiind o activitate specifică bărbaților atât de persoanele instituționalizate cât și de angajați.

Aspecte problematice

Există aspecte problematice în legătură cu atitudinile față de masturbare, care se împart din nou în trei categorii: tolerare, descurajare și sancționare.

122 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 22 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

123 Prevăzut, printre altele, în articolul 17 din Pactul Internațional pentru Drepturile Civile și Politice și în articolul 23 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

124 Prevăzut în articolul 16 (1)(e) din Convenția ONU privind Eliminarea tuturor formelor de Discriminare împotriva Femeilor și la articolul 23 (1)(b) din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

125 Prevăzut la articolul 12 din Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

126 Articolul 3(l) din Legea nr. 448/2006 legea privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

Tolerarea masturbării presupune ignorarea acestei practici, atât timp cât aceasta nu este o sursă de curiozitate, conflict sau deranj. Când masturbarea devine vizibilă ca practică sexuală, spre exemplu prin practicarea acesteia în spațiile comune din instituții, persoanele care o practică sunt invitate la o sedință de informare. Aici li se explică ce este masturbarea și unde ar trebui ea practică. În absența unor astfel de situații, masturbarea nu este discutată, nefiind oferită niciun fel de informație.

Descurajarea masturbării se face prin necorectarea unor cunoștințe false legate de masturbare și astfel perpetuarea lor. Astfel de cunoștințe includ opinia conform căreia dacă te masturbezi, „*ți se urcă la cap*” și/sau nu mai poți avea copii pentru o perioadă lungă de timp. Angajații descurajează masturbarea și prin invocarea unor convingeri personale. Spre exemplu, una dintre angajatele intervievate menționa: „*Așa cum spunea Părintele Arsenie Boca, masturbarea este un păcat strigător la cer*”. În timp ce orice persoană este liberă să își stabilească principiile după care dorește să își ghideze comportamentul, angajații instituțiilor trebuie să știe că au obligația de a lăsa persoanele instituționalizate să decidă pe cont propriu dacă vor sau nu să se masturbeze.

Sanționarea masturbării se realizează prin muștrări verbale și supunerea la tratament medicamentos în vederea inhibării instinctelor sexuale, așa cum am aflat atât de la personalul din instituții cât și de la persoanele care locuiesc acolo. Spre exemplu, o angajată intervievată a menționat: „*Se intervine cu medicație la bărbați pentru a reduce dorința.*”

Un alt aspect problematic este legat de multitudinea de cazuri semnalate de masturbare în spații comune sau în public. Acesta poate fi un indiciu al lipsei lecțiilor de educație sexuală care să adreseze această problemă, care își relevă astfel necesitatea.

! Discriminarea împotriva persoanelor cu dizabilități în toate chestiunile referitoare la căsătorie, familie, statutul de părinte și relațiile interpersonale este strict interzisă.

! Persoanele cu dizabilități au dreptul de a decide asupra numărului de copii și a intervalului dintre nașteri.

! Femeile cu dizabilități au dreptul să decidă asupra întreruperii sau păstrării unei sarcini, în condiții lipsite de constrângere din partea familiei sau angajaților instituției!

De reținut!

! Persoanele cu dizabilități au dreptul de a fi părinți.

! Persoanele cu dizabilități au dreptul să își aleagă partenerul alături de care vor să formeze un cuplu, lipsite de constrângeri și fără frica de a fi pedepsite.

! Relațiile de cuplu sunt la fel de importante și pentru persoanele cu dizabilități.

! Persoanele instituționalizate au dreptul la intimitate. Orice cuplu trebuie să aibă la dispoziție timp și un spațiu intim pentru a-și dezvolta relația.

! Persoanele instituționalizate au dreptul de a întreține relații sexuale consimțite, indiferent de sexul celor implicați.

! Masturbarea este o activitate sexuală firească și trebuie să se desfășoare în spații stabilite.

! Orice medicament cu efecte asupra vieții sexuale și reproductive poate fi administrat doar cu consimțământul persoanei instituționalizate.

De reținut!

Aspecte problematice generale

Faptul că multe Centre de Recuperare și Reabilitare Neuropsihiatrică se află sub controlul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului a fost uneori interpretat ca justificând încălcarea unor drepturi sexuale sau reproductive. Spre exemplu, unele persoane intervievate (atât din personal, cât și dintre cei care locuiesc în instituții) au afirmat că persoanele instituționalizate nu ar putea avea relații de cuplu sau întreține relații sexuale pentru că unitatea funcționează „sub Protecția Copilului”.

Această confuzie este generată de numele Direcției, care pare să coordoneze doar centre unde se află copiii, sau, altfel spus, persoane sub vârsta de 18 ani. De aceea este important să menționăm că și copiii sunt subiecți ai drepturilor sexuale și reproductive. Mai mult decât atât, instituțiile vizitate și unde se făcea această confuzie erau instituții cu adulți, persoane cu vârsta peste 18 ani. Aceștia nu pot niciodată să fie asimilați aceluiași regim juridic precum „copiii” și cu atât mai puțin atunci când această asimilare se face cu scopul limitării unor drepturi.

O altă problemă este legată de lipsa unor programe coerente care să asigure respectarea drepturilor sexuale și reproductive ale persoanelor instituționalizate. Aceasta afectează nu doar persoanele instituționalizate, ci și angajații instituțiilor care simt deseori că nu știu cum să reacționeze și care sunt responsabilitățile lor în situații care implică exercitarea unor astfel de drepturi. Mai mult, unii angajați au considerat că asupra lor se exercită o presiune de a rezolva unele situații în care deseori se simt depășiți: *„eu am o foarte mare problemă. Nu există proceduri pentru situațiile în care o femeie rămâne însărcinată. Se face întrerupere de sarcină sau nu? Care este procedura, se cere acordul, nu se cere? Nu știu. [...] Ni s-a spus că dacă o femeie rămâne însărcinată plătim cu capul.”*

Concluzii și recomandări

Concluzii

Acest studiu s-a născut dintr-o nevoie și pe fundalul unei lipse. În timp ce numeroase persoane cu dizabilități intelectuale și psihosociale rămân încă instituționalizate în România, nu există rapoarte sau cercetări coerente despre respectarea drepturilor sexuale și reproductive ale acestora. Mai mult, instituțiile sunt de multe ori locuri în care au loc grave încălcări ale drepturilor omului. În aceste condiții, acest studiu, prin identificarea practicilor legate de sexualitate și viața reproductivă în instituții și a analizei acestora în concordanță cu standardele legale internaționale, se dorește a fi o resursă pentru inițiativele și politicile care vor avea în vedere, de acum încolo, respectarea drepturilor omului în instituții.

Studiul are la bază interviuri cu persoane instituționalizate, cu personal din instituții și membri de familie. De asemenea, au fost consultate standarde de funcționare ale instituțiilor, articole și alte publicații în domeniul sexualității și vieții reproductive a persoanelor cu dizabilități, precum și cadrul legislativ relevant (național și internațional) care vizează drepturile sexuale și reproductive.

Studiul explică faptul că mediul instituțional este caracterizat prin izolare și diminuarea semnificativă a autonomiei personale. Educația sexuală care există în instituții este incompletă, neexistând o curricula adecvată și accesibilă. Oferirea informațiilor cu caracter de educație sexuală depinde, de obicei, de bunăvoința și cunoștințele personalului, rezumându-se deseori la educația igienico-sanitară. În același timp, accesul la alte surse de informații despre sexualitate, precum media, este redus. La acestea se adaugă faptul că, în context instituțional, relația dintre personal și persoanele instituționalizate este, în general, una de putere, în care personalul comandă, iar persoana instituționalizată se supune. În consecință, multe dintre deciziile pe care ar trebui să le ia persoana instituționalizată, inclusiv cele privitoare la sexualitate și viață reproductivă, sfârșesc prin a fi luate de personal.

Educația sexuală este necesară pentru că asigură posibilitatea înțelegerii propriului corp, a propriilor dorințe, contribuind la luarea de decizii și la dezvoltarea abilității de a identifica și reacționa în situații de abuz. Accesul la educație sexuală este un drept al omului.

Studiul adresează și subiectul **metodelor contraceptive**. Multe femei instituționalizate sunt sub tratament cu pilule contraceptive, fără să fi fost întotdeauna implicate în procesul de decizie asupra acestui tratament, și, de multe ori, indiferent dacă au sau nu relații sexuale frecvente. Dincolo de aspectul problematic al administrării contraceptivelor fără o ședință prealabilă de informare despre metodele contraceptive și efectele lor pe termen scurt sau lung, administrarea generalizată a contraceptivelor face imposibilă identificarea situațiilor de violență sexuală, atunci când sarcina rămâne singurul indiciu al unei astfel de agresiuni. Pe lângă toate acestea, administrarea contraceptivelor nu este confidențială, întâmplându-se ca persoanele dintr-o instituție să știe care femei iau pilule contraceptive.

Administrarea contraceptivelor este însoțită deseori și de monitorizarea ciclului menstrual, care se face uneori în tabele afișate în spații comune.

Deși singurul mijloc contraceptiv care previne infecțiile cu transmitere sexuală, prezervativele sunt rareori folosite în instituții. Aceasta se întâmplă deoarece ele nu se distribuie gratuit în instituții, iar obținerea acestora depinde de veniturile persoanelor instituționalizate - de regulă foarte scăzute. Mai mult, nefiind disponibile în instituții, acestea pot fi obținute doar de la magazinele din afara instituțiilor, unde se merge de multe ori în grup și cu membri ai personalului, ceea ce face imposibilă cumpărarea acestora în intimitate.

Viața privată și de familie însumează o altă serie de aspecte adresate de acest studiu.

Un astfel de aspect este sarcina. Serviciile de sprijin pentru femeile instituționalizate care dau naștere sunt practic inexistente, iar angajații consideră că nu știu cum să gestioneze astfel de situații. De multe ori, dacă se naște un copil, acesta este trimis în centrele de plasament, eventual pentru începerea procesului de adopție. Instituțiile, de regulă, nu primesc femei însărcinate. Mai mult, atât personalul cât și membrii familiei consideră că decizia asupra cursului sarcinii, întrerupere sau continuare, nu aparține femeii instituționalizate. Aceste practici sunt în neconcordanță cu standardele internaționale care prevăd dreptul persoanei cu dizabilități de a lua decizii, de a avea dorințele și preferințele respectate și de a primi asistență în vederea exercitării drepturilor părintești fără ca acestea să îi fie negate.

Relațiile de cuplu sunt o realitate comună în instituții, la fel ca în restul societății. De multe ori, însă, persoanele instituționalizate sunt descurajate să formeze un cuplu, sau sunt sancționate când o fac. Există membri ai personalului care iau în derâdere ideea de cuplu format între persoanele cu dizabilități. Relațiile cu persoane din afara instituției depind de regulamentele interne, scrise sau nescrise, ale fiecărei instituții, care pot permite sau nu persoanelor din exterior să viziteze instituția sau persoanelor instituționalizate să părăsească instituția pentru o anumită perioadă de timp. De asemenea, mediul instituțional este caracterizat de lipsa intimității și a unui spațiu privat. În consecință, multe persoane instituționalizate au relații în secret, se simt desconsiderate de către personal și cred că este dificil să dezvolte și să mențină relații de cuplu. Această situație este neconformă cu standardele internaționale care interzic discriminarea pe criteriu de dizabilitate în ceea ce privește formarea unei relații de cuplu.

Activitățile sexuale în instituții sunt uneori tolerate, iar altele descurajate sau sancționate.

Relațiile sexuale sunt uneori ignorate de personalul instituției, care nu intervine în nici un fel. Uneori persoanelor instituționalizate li se spune că instituția nu e un loc potrivit pentru întreținerea relațiilor sexuale și că astfel de activități vor putea fi inițiate după părăsirea instituției. Alteleori, personalul își exprimă deschis dezacordul față de întreținerea relațiilor sexuale, creând astfel un mediu în care multe persoane se simt amenințate și simt nevoia să se ascundă atunci când își exercită acest drept. Sancționarea poate merge de la mustrare până la mutarea unuia din parteneri în altă instituție, cât și interzicerea accesului la unele spații sau activități din interiorul sau din afara instituției. Astfel de practici există în contradicție cu necesitatea respectării dreptului de a întreține relații sexuale.

Masturbarea este tolerată, în special în cazul bărbaților, atât timp cât nu e o practică vizibilă. Atunci când aceasta devine vizibilă, spre exemplu, în public, persoanelor instituționalizate li se indică spațiile unde se pot masturba.

Masturbarea este uneori descurajată prin menținerea unui mediu în care sunt perpetuate informații false, chiar de către personal, despre consecințele masturbării. Uneori se ajunge la aplicarea de sancțiuni, precum muștrări sau tratament medicamentos în vederea inhibării sexualității. Astfel de practici sunt și ele în contradicție cu necesitatea respectării dreptului de se angaja în activități de natură sexuală.

Acest raport evidențiază așadar faptul că persoanele instituționalizate se află deseori în situația în care dorințele lor legate de sexualitate și viață reproductivă sunt desconsiderate și trecute cu vederea, iar deciziile relevante aparțin personalului și familiei. Astfel de practici sunt în contradicție cu standardele privitoare la drepturile omului așa cum apar ele înscrise, printre alte documente internaționale, în Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

De aceea, este necesară luarea unor măsuri care să țină cont de specificitatea mediului instituțional și de nevoile persoanelor instituționalizate. Este astfel nevoie de introducerea, menținerea și dezvoltarea activităților de educație sexuală adecvate vârstei și nivelului de dizabilitate în instituții. Este nevoie de măsuri care să asigure exercitarea drepturilor ce țin nu doar de controlul fertilității, ci și de decizia privind cursul sarcinii și creșterea copiilor, prin asigurarea de servicii de suport și dezvoltarea unor proceduri instituționale adecvate. De asemenea, este necesară și asigurarea intimității și a accesului la spații private.

Toate recomandările și observațiile propuse în acest raport au în vedere îmbunătățirea vieții persoanelor care încă locuiesc în instituții până în momentul încheierii procesului de deinstituționalizare. Ele nu trebuie folosite în sprijinul ideii că instituțiile ar putea deveni acceptabile prin îmbunătățirea practicilor existente. Dimpotrivă, convingerea noastră este că instituțiile trebuie închise pentru că sunt o încălcare a dreptului la viață independentă și la integrare în comunitate. Reafirmăm, de asemenea, că implicarea persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale în elaborarea și implementarea de strategii și planuri în funcție de nevoile lor și având în vedere experiențele lor în instituții privind toate aspectele ce țin de viața sexuală și reproductivă, este necesară și este o obligație pe care România și-a asumat-o prin ratificarea Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.

Recomandări

Recomandările noastre se adresează instituțiilor relevante ale statului.

Statul, prin ratificarea Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, și-a asumat obligația integrării persoanelor instituționalizate în comunitate prin închiderea instituțiilor și oferirea de servicii rezidențiale alternative, precum și implicarea activă a persoanelor cu dizabilități în elaborarea de politici și programe care le privesc în mod direct. În același timp, conform Convenției ONU, persoanele cu dizabilități au dreptul la recunoașterea capacității lor juridice și la sprijinul de care ar putea avea nevoie în exercitarea acesteia, inclusiv în legătură cu aspecte ale vieții sexuale și reproductive. Instituirea curatelei sau a tutelei nu va acorda altei persoane dreptul de a lua decizii în legătură cu sexualitatea sau viața reproductivă a oricărei persoane instituționalizate.

În contextul în care instituțiile vor continua să existe până când procesul de deinstituționalizare se va finaliza, noi recomandăm următoarele, cu mențiunea că **recomandările noastre nu au ca scop îmbunătățirea modului de organizarea a vieții în instituții, ci strict a vieților persoanelor care încă locuiesc acolo:**

- ! Introducerea, menținerea și dezvoltarea activităților de educație sexuală în instituții prin:
 - Organizarea de training-uri pe tema predării educației sexuale pentru personalul relevant care lucrează în instituții, implicând dacă este posibil, organizațiile neguvernamentale cu experiență în domeniu;
 - Dezvoltarea unor politici cu privire la educația sexuală la nivelele superioare ale administrație publice, dar și la nivelul fiecărei instituții în parte;
 - Încurajarea și crearea unui context în care persoanelor cu dizabilități intelectuale și psihosociale, atât cele instituționalizate, cât și cele care trăiesc în comunitate, să se implice activ în elaborarea curriculei de educație sexuală, precum și în asumarea rolului de educator.

- ! Desfășurarea unei campanii de conștientizare în rândul angajaților din instituții, a persoanelor instituționalizate, a membrilor familiei, dar și a publicului larg asupra dreptului persoanelor cu dizabilități de a lua decizii cu privire la viața lor sexuală și reproductivă.

- ! Monitorizarea efectivă și eficientă a tuturor facilităților și programelor destinate să servească persoanelor cu dizabilități în vederea asigurării respectării drepturilor sexuale și reproductive și prevenirii oricăror forme de exploatare, violență și abuz.

- ! Asigurarea de sprijin și asistență adecvate persoanelor cu dizabilități în îndeplinirea responsabilităților care le revin în creșterea copiilor lor.

- ! Asigurarea accesului la spații private pentru persoanele cu dizabilități din instituții.

- ! Accesul la mijloace contraceptive gratuite, atât pentru femei cât și pentru bărbați, trebuie să fie asigurat în instituții.

- ! Repartizarea persoanelor în anumite centre trebuie să țină cont de preferințele acestora în legătură cu persoanele cu care ar dori să locuiască sau să continue să locuiască împreună.

- ! Dezvoltarea și diversificarea activităților de socializare care să implice și persoane din afara instituțiilor.

- ! Asigurarea accesului permanent în instituții la materiale informative (tipărite, audio-video) despre sănătatea sexuală și reproductivă.

- ! Elaborarea de proceduri relevante pentru viața sexuală și reproductivă (sarcină, avort, abuz sexual etc.)

Cărți, articole și studii

- *Definition: Intellectual disability.* World Health Organization, disponibil la <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability> (accesat la 29 Martie 2014).
- *What is an intellectual Disability?* Community Living Ontario, disponibil la <http://www.communitylivingontario.ca/about-us/what-intellectual-disability> (accesat la 29 Martie 2014).
- (2006). *Sexuality education in Europe. A reference guide to policies and practices.* IPPF European Network, disponibil la www.dgdc.min-edu.pt/.../data/.../sexuality_education_in_europe.pdf
- (2007). *Good practice in sexual and reproductive health and rights for young people. Sexuality education in schools.* IPPF European Network.
- (2008). *Psychosocial Disability.* World Network of Users and Survivors of Psychiatry, available at www.wnusp.net/documents/2012/Psychosocial_disability.docx
- (2009). *Parenting Issues for Women with Disabilities in Australia' - A Policy Paper.* Women With Disabilities Australia (WWDA), disponibil la <http://www.wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12//parentingpolicypaper09.pdf>
- (2010). *Briefing paper. The right to contraceptive information and services for women and adolescents.* Center for Reproductive Rights și United Nations Population Fund, disponibil la <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Contraception.pdf>
- (2011). *Out of Sight. Human Rights in Psychiatric Hospitals and Social Care Institutions in Croatia.* Mental Disability Advocacy Center and the Association for Social Affirmation of People with Mental Disabilities (SHINE), disponibil la http://mdac.info/sites/mdac.info/files/croatiareport2011_en.pdf
- (2011). *World Report on Disability.* Organizatia Mondiala a Sanatatii si Banca Mondiala, disponibil [in limba engleza] la http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf?ua=1
- (2012). *Against her will: forced and coerced sterilization of women worldwide.* Open Society Foundation, disponibil la <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/against-her-will-20111003.pdf>
- (2012). *Raport de analiză privind piața muncii pentru angajarea persoanelor cu dizabilități.* Fundatia Centrul de Resurse pentru Educatie si Formare Profesionala- CREFOP, disponibil la http://www.onphr.ro/wp-content/uploads/2012/12/ID56705_Raport-RES.pdf
- (2012). *Raport de monitorizare a implementării Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.* Institutul de Politici Publice, disponibil la <http://www.ipp.ro/pagini/raport-de-monitorizare-a-stadiului-de-pr.php> (accesat la 9 martie, 2014).

- (2013). *Buletin statistic în domeniul muncii și protecției sociale*. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, disponibil la http://www.mmuncii.ro/j33/images/buletin_statistic/Hand%20trim%20I%202013.pdf
- (2013). *Primul raport periodic al societății civile cu privire la punerea în practică a Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități*. Consiliul Național al Dizabilității din România, disponibil la <http://observatorul.ro/data/documente/308/21345.pdf> (accesat 9 martie, 2014).
- (2013). *Raport de monitorizare a implementării Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități*. Institutul de Politici Publice, disponibil la <http://www.ipp.ro/pagini/raport-de-monitorizare-a-implement259.php> (accesat 1 martie, 2014).
- (2013). *Raport Tematic Național privind Controlul modului de respectare a standardelor specifice de calitate pentru centrele rezidențiale (centrele de recuperare și reabilitare neuropsihiatrică) pentru persoanele adulte cu handicap*. Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială (ANPIS), disponibil la http://www.crj.ro/*articleID_1284-articles
- Areheart, Bradely, A. (2011). *Disability Trouble*. Yale Law & Policy Review, Vol. 29, pp. 347-388, disponibil la http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1865983
- Brown, Hillary. (2003). *Safeguarding Adults and Children with Disabilities against Abuse*. Council of Europe Publishing: Strasbourg, disponibil la www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Abuse%20E%20in%20color.pdf
- Cayo Perez Bueno, Luis. (2012). *Guide to gender mainstreaming in public disability policies*. CERMI 54, disponibil la <http://www.oeaar.or.at/inter-national/europaeische-union/europaeisches-und-internationales-recht/GuidetoGenderMainstreaminginPublicDisabilityPolicies.pdf#page=233>
- Campbell, Fiona Kumari Anne. (2001). *Inciting Legal Fictions: 'Disability's' date with Ontology and the Ableist Body of Law*. Griffith Law Review, Vol. 10(1), pp. 42-62.
- Carroll, Janell L. (2010). *Sexuality Now: Embracing Diversity*. Wadsworth Cengage Learning, Fourth Edition, p. 2, disponibil la http://doczine.com/bigdata/2/1365600841_29431d38b3/9781133790785.pdf
- Chamberlin, Judi. (1978). *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Haworth Press: New York.
- Chenoweth, Lesley. (1995). *The mask of benevolence: Cultures of violence and people with disabilities*. Journal of Australian Studies 19(43): 36-44.
- Clare, Eli. (1999). *Exile and Pride. Disability, Queerness and Liberation*. South End Press Classics: Cambridge, MA.
- Cutler, P., Hayward, R. & Shears, J. (2002). *Building for the Future: Making Organisations Stronger and More Effective*. Hamlet Trust: London.
- Doyle, Suzanne. (2010). *The notion of consent to sexual activity by persons with mental disabilities*. Liverpool Law Review, 2010, disponibil la <http://www.inter-disciplinary.net/wp-content/uploads/2010/04/sdoylepaper.pdf>
- Finger, Anne. (1992). *Forbidden Fruit*. The Internationalist 233, available at <http://www.newint.org/features/1992/07/05/fruit/> (accesat la 29 martie 2014).

- Frohmader, Carolyne. (2013). *Dehumanised: The Forced Sterilisation of Women and Girls with Disabilities in Australia*. Women with Disabilities Australia (WWDA), disponibil la http://www.wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12//WWDA_Sub_SenateInquiry_Sterilisation_March2013.pdf
- Gîrlescu, Oana Georgiana. (2014). Human Rights Oversight in Institutional Settings. Mental Disability Rights Initiative MDRI-S, Belgrad, disponibil la <http://www.mdri-s.org/wp-content/uploads/2013/10/human-rights-oversight-in-institutional-settings.pdf>
- Kafer, Alison. (2013). *Feminist, Queer, Crip*. Indiana University Press Indiana: Bloomington, Indiana)
- Kaufman Miriam, Cory Silverberg si Fran Odette. (2007). *The Ultimate Guide to Sex and Disability: For All of Us Who Live with Disabilities, Chronic Pain, and Illness*. Cleis Press: San Francisco.
- MacKay, Don. (2007). *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. The Syracuse Journal of Internal Law and Commerce 34: 323-325.
- McCarthy, Michelle. (2009). 'I have the jab so I can't be blamed for getting pregnant': *Contraception and women with learning disabilities*. *Women's Studies International Forum* 32(3): 198208.
- O'Mahony, Charles. (2012). *Legal capacity and detention: implications of the UN disability convention for the inspection standards of human rights monitoring bodies*. *The International Journal of Human Rights* 16(6): 883-901.
- Smith, Andrea. (2005). *Beyond Pro-Choice Versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice*. *NWSA Journal* 17 (1): 119.
- Smith, S. E. (2013). *Disability and Reproductive Justice*. *Disability Intersections*, 2013, disponibil la <http://disabilityintersections.com/2013/12/disability-and-reproductive-justice/#more-19> (accesat 17 martie, 2014).
- Stevens, Bethany. (2011). *Politicizing Sexual Pleasure, Oppresion and Disability: Recognizing and Undoing the Impacts of Ableism on Sexual and Reproductive Health*. Center for Women Policy Studies, Washington, disponibil la http://www.centerwomenpolicy.org/programs/waxmanfiduccia/documents/BFWF_PoliticizingSexualPleasureOppressionDisability_BethanyStevens_FINAL.pdf
- Zitzelsberger, Hilde. (2005). *(In)visibility: accounts of embodiment of women with disabilities and differences*. *Disability & Society*, 20(4): 389-403.

Legi, tratate și recomandări ale comitetelor

- Consiliul Europei. *Convenția pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale*. Nov. 4, 1950, 213 U.N.T.S. 221, disponibil la www.irdo.ro/file.php?fisiere_id=10&inline=
- Legea nr. 487 din 2002 a sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea nr. 46 din 2003 privind drepturilor pacientului, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea nr. 448 din 2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare.

- Hotărârea de Guvern nr. 1007/2005 privind modificarea Hotărârii Guvernului nr. 539/2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale disponibile la <http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG1007-2005.pdf>
- Ordinul Nr. 559 din 22 octombrie 2008 privind aprobarea Standardelor specifice de calitate pentru centrele rezidențiale, centrele de zi și locuințele protejate pentru persoane adulte cu handicap, disponibil la http://www.combat.info.ro/uploaded_files/O559-2008.pdf
- Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Copilului (Committee on the Rights of the Child). (2003). *General Comment 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. U.N. Doc. CRC/GC/2003/4, disponibil la tb.ohchr.org/default.aspx?Symbol=CRC/GC/2003/4
- Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale (Committee on Economic, Social and Cultural Rights). (2000). *Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment 14*. U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 85 (2003).
- Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2011). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Spain*. UN Doc. No: CRPD/C/ESP/CO/1.
- Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2012). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Peru*. UN Doc. No: CRPD/C/PER/CO/1.
- Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2012). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: China*. UN Doc. No: CRPD/C/CHN/CO/1.
- Organizația Națiunilor Unite. Comitetul pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități (Committee on the Rights of Persons with Disabilities). (2012). *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities: Hungary*. UN Doc. No: CRPD/C/HUN/CO/1.
- Organizația Națiunilor Unite. Consiliul pentru Drepturile Omului (Human Rights Council). (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez*. UN Doc. No: A/HRC/22/53, disponibil la http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
- Organizația Națiunilor Unite. United Nations Population Fund. (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, Sept. 513*. U.N. Doc. A/CONF.171/13/, ch. VII, disponibil la <https://www.unfpa.org/public/global/publications/pid/1973>

- Organizația Națiunilor Unite. Seria Tratatelor. *Convenția asupra Eliminării tuturor Formelor de Discriminare față de Femei*. (adoptată la, intrată în vigoare la 3 Septembrie 1981) G.A. Res. 34/180, U.N. Doc. A/34/46, Vol. 1249, disponibil la <http://www.hotararicedo.ro/files/files/CONVENTIA%20ASUPRA%20ELIMINARII%20TUTUROR%20FORMELOR%20DE%20DISCRIMINARE%20FAȚA%20DE%20FEMEI.pdf>
- Organizația Națiunilor Unite. Seria Tratatelor. *Convenția cu privire la Drepturile Copilului*. (adoptată la 20 Noiembrie 1989, Intrată în vigoare la 2 Septembrie 1990) G.A. Res. 44/25, U.N. Doc. A/44/49, Vol. 1577, disponibil la http://www.unicef.org/moldova/CRC_RO.pdf
- Organizația Națiunilor Unite. Seria Tratatelor. *Convenția privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități*. (adoptată la 13 Decembrie, 2006, Intrată în vigoare la 3 Mai, 2008) G.A. Res. 61/106, U.N. Doc. A/61/611 Vol. 2515, disponibilă [în limba engleză] la <http://www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm> și [în limba română] la http://www.cevadespus.ro/docs/Conventia_UNU_ro.pdf
- Organizația Națiunilor Unite. Seria Tratatelor. *Pactul Internațional cu privire la Drepturile Civile și Politice*. (adoptat la 16 Decembrie 1966, intrat în vigoare la 23 Martie 1976), G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966) Vol. 999, disponibil la <http://www.prigoana.ro/doc/proiect-de-lege-acsa/anexa4.pdf>
- Organizația Națiunilor Unite. Seria Tratatelor. *Pactul Internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale*. (adoptat la 16 Decembrie 1966, intrat în vigoare la 3 ianuarie 1976), G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 49, U.N. Doc. A/6316, Vol. 993, disponibil la http://www.irdo.ro/file.php?fisiere_id=79&inline=
- *Strategia Națională în Domeniul Sănătății Mintale*. Ministerul Sănătății, disponibilă la http://www.ms.ro/documente/110_129_Strategia_MS_in_sanatate_mintala.doc

Feminist Review Trust

Feminist Review Trust a fost înființat în 2011 de către Feminist Review, un jurnal interdisciplinar feminist. Trust-ul finanțează academicieni și activități feministe. Pentru anii 2013 și 2014 Trust-ul a finanțat cu precădere activități desfășurate în legătură cu violența împotriva femeilor, femeile și fetele cu dizabilități, alfabetizare și abilități de dezvoltare de afaceri.

www.feminist-review-trust.com

Euroregional Center for Public Initiatives

ECPI este o organizație neguvernamentală, non-profit, înființată în 2008 de un grup de persoane cu o bogată experiență în promovarea drepturilor omului în România și în regiune. ECPI s-a constituit într-o platformă de suport și expertiză pentru inițiativele de interes public care au ca scop promovarea drepturilor omului și nediscriminarea. Caracteristica ECPI constă în combinarea lucrului pe cazurile strategice cu advocacy și lucrul cu media într-un efort complet de legal advocacy.

www.ecpi.ro

Fundația Orizonturi Câmpulung Moldovenesc

Organizația are misiunea de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor cu dizabilități psihosociale și scopul de a sprijini acești oameni să recâștige încrederea în forțele proprii și să capete deprinderi și priceperi care să le permită o viață independentă și activă în societate.

www.orizonturi.org

Asociația Regională de Educare a Adulților Suceava are drept scop promovarea bunelor practici în domeniul formării profesionale și educației adulților. Printre activitățile organizației se numără desfășurarea unor module de instruire și cursuri de formare profesională precum și activități pentru integrarea socioprofesională a persoanelor cu dizabilități psihosociale.

www.areas.ro

Copyright © 2014

Toate drepturile rezervate autoarelor.

Design și tehnoredactare Gabriela Tănăsan

