

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის
სახელმწიფო უნივერსიტეტი

თამარ გიორგაძე

მობილური გუნდის მომსახურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის
პრობლემების მქონე პირებისთვის – ძირითადი გამოწვევები და
პერსპექტივები

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია სოციალური მუშაობის მაგისტრის
ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: თამარ მახარაძე,
თსუ-ს სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა
ფაკულტეტის ასოცირებული პროფესორი

თბილისი

2019

სარჩევი

ანოტაცია -----	3
შესავალი -----	7
სათემო სერვისები და მათი მნიშვნელობა -----	10
სოციალური მუშაობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში-----	16
სოციალური მუშაკის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისებში-----	20
სოციალური მუშაკის როლი მულტიდისციპლინარულ გუნდში -----	23
ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში-----	25
თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის სერვისი -----	32
კვლევის დიზაინი -----	34
კვლევის ანალიზი -----	36
მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებებისა და მათი ოჯახის წევრების ძირითადი საჭიროებები-----	37
მობილური გუნდის მომსახურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებთან-----	45
სახელმწიფოს როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში-----	48
სოციალური მუშაკის როლი სათემო სერვისებში -----	52
სოციალური მუშაობის გამოწვევები-----	53
ძირითადი დასკვნები და რეკომენდაციები -----	56
გამოყენებული ლიტერატურა -----	62

ანოტაცია

ფსიქიკურ ჯანმრთელობას გავლენა აქვს ადამიანის ზოგად მდგომარეობაზე, მის კეთილდღეობაზე და ცხოვრებით კმაყოფილების ხარისხზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების რაოდენობა ყოველწლიურად იზრდება. ასევე, მატულობს მათ წინაშე არსებული გამოწვევებიც. ქვეყნებმა, მათ შორის საქართველომაც გაანალიზა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელობა საზოგადოების კეთილდღეობისათვის და დაიწყო აქტიური ნაბიჯების გადადგმა დეინსტიტუციონალიზაციისა და სათემო სერვისების განვითარების კუთხით.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სათემო სერვისი არის თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება, რომელმაც მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია ადამიანების ცხოვრებაზე. სერვისმა შეამცირა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით გამოწვეული სირთულეები, დააკმაყოფილა მომსახურების მიმღებების სამედიცინო საჭიროებები და ხელი შეუწყო, როგორც მათი ისე ოჯახების მხარდაჭერას. მობილური გუნდის მომსახურებამ საშუალება მისცა ადამიანებს უფასოდ მიეღოთ მედიკამენტები, რამაც შეამცირა ფულადი დანახარჯი. მიიღეს ინფორმაცია არსებული სოციალური სერვისების შესახებ, დაენიშნათ კუთვნილი ფულადი დახმარება და სხვა. ასევე, მობილური გუნდი მისი მომსახურების მიმღებებისა და ოჯახებს უზრუნველყოფს ფსიქოგანათლებით.

მიუხედავად აქტიური მუშაობისა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს ჯერ კიდევ არაერთი პრობლემა და გამოწვევა აქვთ. მათ შორის: ეკონომიკური, სოციალური, საყოფაცხოვრებო, ფსიქოლოგიური, ემოციური, დასაქმების და სხვა. ჯერ კიდევ აქტიური მუშაობაა საჭირო ადამიანების სოციალური კუთხით განვითარებისთვის.

სერვისში სხვა პროფესიის წამომადგენლებთან ერთად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სოციალური მუშაკი, თუმცა პროფესია თავის მხრივ არაერთი გამოწვევის წინაშე დგას. კერძოდ: მომსახურების მიმღებებს არ აქვთ ინფორმაცია პროფესიის

შესახებ, არის შესაბამისი განათლების მიღების პრობლემა, პრაქტიკოსებს არ აქვთ შესაძლებლობა განავითარონ თავიანთი შესაძლებლობები და აიმაღლონ კვალიფიკაცია. არ ხდება მათი აქტიურად ჩართვა მომსახურებების მიმღებებთან თერაპიული მუშაობის კუთხით. ასევე, ამ ეტაპზე არის კადრების ნაკლებობა, განსაკუთრებით კი რეგიონებში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში აუცილებელია კვლევების ჩატარება, რომლებიც სიღრმისეულად შეისწავლიან ადამიანების და მათი ოჯახების საჭიროებებს. სწორედ მსგავსი კვლევებიდან მიღებულ ინფორმაციებზე დაყრდნობით და გათვალისწინებით უნდა ხდებოდეს ამა თუ იმ სერვისის შექმნა, რათა მან რეალურად დააკმაყოფილოს არსებული საჭიროებები და გადაჭრას არსებული პრობლემები.

მოცემული კვლევა მიზნად ისახავს, მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, სხვადასხვა დაინტერესებული ჯგუფებისთვის განსახილველად გამოიტანოს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების, მათი ოჯახის წევრების, ასევე არსებული სათემო სერვისების საჭიროებები და მათში სოციალური მუშაკის როლის მნიშვნელობა.

Annotation

Mental health has an influence on the general condition of the human beings, its welfare and quality of life satisfaction. The number of people with mental health problems increases annually. Also, the challenges are rising. Countries, including Georgia, has analyzed the importance of mental health for the well being of the society and started active development of community based services and deinstitutionalization.

One of the most important services is a community-based mobile team, which has had a significant impact on service user's life. The service reduced health problems caused by mental health disease; satisfied the medical needs of the service recipients and contributed to the support of their families as well. The mobile team service allowed people to get medicines for free, which reduced expenses; users have received information about existing social services and get some social support. Additionally, the mobile team support with psycho-social education.

Despite active work, people with mental health problems still have many challenges. Including: economical, social, domestic, psychological, emotional, unemployment and more. Still, there is a great need of active work for the development of social inclusion of these people.

The social worker, with other professionals plays a crucial role in the community-based services and multidisciplinary team, but they are facing many challenges. For instance: among service users and their families the level of information about profession is very low. Also, it should be analysed, that there is a great need of high quality education. Social workers do not have the opportunity to develop their capabilities and improve their qualifications. At the same time, there is a lack of staff, especially in the regions.

There is a great need of researches in the field of mental health, which will deeply study the needs of people with mental disorders. Also, the needs of their families, because they have almost the same challenges and they are related to each other. Services should be created exactly based on the information obtained from the researches, in order to satisfy the needs of these people and solve existing problems.

The research below, is an attempt to discuss needs of people with mental health problems, their families and community-based services and the role of social worker.

შესავალი

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (2014) განმარტებით, ჯანმრთელობა არ მოიაზრებს მხოლოდ ფიზიკურ მდგომარეობას, არამედ გულისხმობს სრულ მენტალურ და კეთილდღეობის მდგომარეობას. ამავე ორგანიზაციის მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის "კეთილდღეობის მდგომარეობა, როდესაც ინდივიდი ანალიზებს საკუთარ პოტენციალს, შეუძლია გაუმკლავდეს მარტივ ცხოვრებისეულ სტრესს, შეუძლია იმუშაოს პროდუქტიულად და აქვს შესაძლებლობა წვლილი შეიტანს საკუთარი საზოგადოების განვითარებაში" (WHO,2014).

ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს ისეთი გარემოებების ერთობლიობა, როგორცაა ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, კულტურული და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორები (Lehmann&Ricka,2004). იგი მოქმედებს ინდივიდის ზოგად მდგომარეობაზეც - ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და სოციალურ ცხოვრებაზე. ადამიანის ფსიქიკური მდგომარეობა განსაზღვრავს, თუ როგორ შეუძლია მას გაუმკლავდეს სტრესს; გადაჭრას არსებული პრობლემები თუ კონფლიქტები; დაამყაროს პოზიტიური ურთიერთობები სხვა ადამიანებთან; შეძლოს საკუთარი შესაძლებლობების წარმოჩენა და რეალიზება; გაუმკლავდეს ისეთ ემოციებს, როგორცაა სევდა, წყენა, შფოთვა და სხვა. ასევე, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს რესურსებზე ხელმისაწვდომობა, ოჯახი, მხარდამჭერი სისტემა, არსებული პოლიტიკა, კულტურა და სხვა (Bhugra, Till&Sartorius,2013).

არსებული მონაცემებით, 2016 წელს¹ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე ადამიანთა მაჩვენებელმა მილიარდს გადააჭარბა. ფსიქიკური აშლილობები მიიჩნევა თვითმკვლელობის გამომწვევ ყველაზე დიდ რისკ-ფაქტორად. ასევე, იგი არის მიზეზი სხვადასხვა სახის შეზღუდული შესაძლებლობებისა და თვითდაზიანების. ასევე,

¹ H. Ritchie & M. Roser (2018). Mental Health:Our Worldin Data(April,2018)

<https://ourworldindata.org/mental-health#disease-burden-of-mental-health-and-substance-use-disorders>

ფსიქიკური აშლილობა გავლენას ახდენს ქვეყანაში უმუშევრობის და განათლების დონეზეც (Ritchie&Roser,2018).

ზემოთ აღნიშნული ცხადყოფს, რომ ფსიქიკურ ჯანმრთელობას დიდი გავლენა აქვს ადამიანის ცხოვრების თითქმის ყველა ასპექტზე, რაც განსაზღვრავს მისი ცხოვრების ხარისხსა და კმაყოფილების დონეს. თითოეული ინდივიდის მდგომარეობა კი განსაზღვრავს თემის და საბოლოო ჯამში, ქვეყნის განვითარების მაჩვენებელს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით (2017), კარგი მმართველობის ერთ-ერთი კომპონენტი ის კანონები და დადგენილებებია, რომლებიც უკავშირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების უფლებების დაცვას, ეფექტური მკურნალობისა და სწორად სტრუქტურირებული სერვისების მიწოდებას. უფლებების დაცვა უნდა გულისხმობდეს, თითოეული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანისთვის შესაძლებლობის მიცემა მიიღოს მასზე მორგებული მკურნალობა. ქვეყნებმა უნდა დაიწყონ გაანალიზება, რომ მნიშვნელოვანია ისეთი პოლიტიკის წახალისება, რომელიც ხელს შეუწყობს თემზე დაფუძნებული სერვისების შექმნას; ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს კი დაეხმარება რეალიზება მოახდინონ შესაძლებლობების და თავადვე შეძლონ საკუთარი ცხოვრების მართვა (WHO,2017).

ასევე, მნიშვნელოვანი ფაქტორია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დასაქმებული პერსონალის რაოდენობის თანაფარდობა ქვეყანაში არსებულ მოსახლეობასთან. თანაფარდობის მაჩვენებელი განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ყოველ 100 000 მოსახლეზე მოდის 70-მდე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი, მათ შორის 2,6 სოციალური მუშაკი, ხოლო დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში კი ეს მაჩვენებელი დაახლოებით 2-ია, მათ შორის სოციალური მუშაკი-0.03 (WHO, 2017, p.30,32). რაც შეეხება სათემო სერვისების არსებობას, იგი თითქმის არ აქვთ დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებს. ასევე, მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების 96%-ს შეუძლია უზრუნველყოს სოციალური მხარდაჭერა: საცხოვრისებით უზრუნველყოფილია 58%, დასაქმებით 63%. მაშინ,

როდესაც დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში მხოლოდ რამდენიმე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანი იღებს მსგავს მხარდაჭერას (WHO, 2017,p.46).

ქვეყნებმა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების გარდა ყურადღება უნდა მიაქციონ მათ ოჯახებსაც. კვლევები ადასტურებენ, რომ ოჯახებს მუდმივად სჭირდებათ ინფორმაცია მათი ფსიქიკური აშლილობის მქონე ნათესავის დაავადებისა და მასზე ზრუნვის შესახებ, ხოლო ოჯახის და მხარდამჭერი სისტემის ჩართვა მკურნალობის პროცესში, ზრდის ინტერვენციის წარმატების შესაძლებლობას (Hjärthag et al.,2016). ამ ყოველივედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, რომ შეიქმნას მოქნილი პოლიტიკა და შესაბამისი სერვისები ოჯახების დასახმარებლად, რადგან ფსიქიკური აშლილობის მქონე ოჯახის წევრი გავლენას ახდენს ოჯახის ზოგად მდგომარეობაზე. მაგალითად, შემოსავალზე, სოციალურ ურთიერთობებზე, ემოციურ მდგომარეობაზე, ჯანმრთელობაზე, ზოგადად ყოველდღიური ცხოვრების რეჟიმზე და დიდია ალბათობა იმისა, რომ ოჯახის დადგეს სტიგმისა და დისკრიმინაციის რისკის ქვეშ (Hjärthag et al.,2016). ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საბჭოს მიხედვით, აუცილებელია ოჯახების მხარდაჭერა ფსიქოგანათლებით და მათ გასაძლიერებლად შეიქმნას შესაბამისი სათემო სერვისები (Hjärthag et al.,2016).

სწორად გათვლილი, ორგანიზებული და საჭიროებებზე მორგებული თემზე დაფუძნებული სერვისები, თავის მხრივ მთლიანი საზოგადოების კეთილდღეობის ერთ-ერთი წინაპირობაა. სხვადასხვა ქვეყანაში მიღებული გამოცდილება აჩვენებს, რომ ძლიერი სათემო სერვისები საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს არიდებული არასაჭირო ჰოსპიტალიზაცია და უზრუნველყოფს ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას (Funk&Saraceno,2009).

სათემო სერვისები და მათი მნიშვნელობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დეინსტიტუციონალიზაციის დაწყება მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში ერთ-ერთი წინ გადადგმული ნაბიჯი იყო, რადგან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს მიეცათ საშუალება დიდი ზომის, იზოლირებული დაწესებულებიდან გამოსვლის, ოჯახებში და თემში დაბრუნების, საზოგადოებაში რეინტეგრაციის. გაჩნდა ახალი სახის სერვისების საჭიროება, რომლებიც ადამიანებს მკურნალობას მიაწვდიდა საცხოვრებელ ადგილას. სამედიცინო საჭიროებების დაკმაყოფილების გარდა, სტაციონარიდან გამოსულ ადამიანებს, რომელთაც დროის უდიდესი ნაწილი ჰოსპიტალში გაატარეს, ჭირდებოდათ დახმარება სოციალური უნარების განვითარებაში, საკუთარ თავზე დამოუკიდებლად ზრუნვისა და თემში ცხოვრებისთვის მომზადება, ინფორმაციის მიწოდება შესაძლო სირთულეებისა და მასთან გამკლავების ხერხების შესახებ (Thornicroft&Tansella,2003). მეორეს მხრივ, გაჩნდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანის ოჯახის წევრების მხარდაჭერის აუცილებლობაც. ნათესავის სტაციონარში ყოფნისას ოჯახს არ ჭირდებოდა მუდმივად ყურადღების გამახვილება მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რადგან ამას საავადმყოფოს სამედიცინო პერსონალი აკეთებდა. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სირთულეებით გამოწვეული სტრესი ოჯახის ყოველდღიურობას ნაკლებად ეხებოდა. დეინსტიტუციონალიზაციის შემდეგ კი ოჯახი ახალი რეალობის წინაშე დადგა. აუცილებელი გახდა მათთვის ინფორმაციის მიწოდება დაავადებებზე, სიმპტომებზე და სხვა სირთულეების შესახებ (Hjärthag et al.,2016).

ზოგიერთი მეცნიერი მიიჩნევს, რომ სასურველი შედეგის მისაღებად მნიშვნელოვანია მოიძებნოს ბალანსი სტაციონარულ და სათემო სერვისებს შორის, რომელიც მიიღწევა დაბალანსებული ზრუნვის მოდელის გამოყენებით: სათემო და ჰოსპიტალური სერვისების კოორდინირებით. თუმცა ხაზგასმულია, რომ ნებისმიერი სახის სერვისის მიწოდება უნდა ხდებოდეს თემში ან თემთან ახლოს, ხოლო სტაციონარული მკურნალობა უნდა იყოს რაც შეიძლება ხანმოკლე და მხოლოდ აუცილებლობიდან გამომდინარე (Thornicroft&Tansella,2003).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, 2007 წლის ქენევის გლობალურ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისების ფორუმზე, მკაფიო გზავნილი გაეგზავნათ ქვეყნებს და ხაზი გაესვა სათემო სერვისების უპირატესობასა და მნიშვნელობას. ფორუმზე აღინიშნა, რომ თემზე დაფუძნებული სერვისები, სტაციონარისგან განსხვავებით, ხელს უწყობენ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანის საჭიროებების მაქსიმალურ დაკმაყოფილებას, ნაკლებადაა ძალადობის, ადამიანის უფლებებისა და ღირსების შემლახველი ფაქტები.

ხარჯთეფექტურობის კუთხით, კვლევები სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა შედეგს იძლევა. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში თემზე დაფუძნებული სერვისი, სტაციონარულ მკურნალობასთან შედარებით ხარჯთეფექტურია, მაშინ როდესაც ავსტრალიაში ამ ორი სერვისის ხარჯებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ აღინიშნება (McDaid&Thornicroft,2005). ორივე ქვეყანაში მიღებული შედეგი თემზე დაფუძნებული სერვისის სასარგებლოდ მეტყველებს, რადგან მომსახურების მიმღების მკურნალობა არა ჩაკეტილ და საზოგადოებისგან იზოლირებულ გარემოში, არამედ თემში უნდა მოხდეს. გარდა ამისა, თუ ადამიანს მიეცემა საშუალება და ექნება სახელმწიფოსგანაც შესაბამისი მხარდაჭერა, გამოჯანმრთელების ან ფსიქიკური მდგომარეობის დასტაბილურების შემდეგ, შეძლებს აღარ იყოს სერვისზე დამოკიდებული და პირიქით, გახდეს საზოგადოებისთვის პროდუქტიული ან თუნდაც დამოუკიდებლად შეძლოს საკუთარ თავზე ზრუნვა და გაზარდოს ცხოვრებით კმაყოფილების ხარისხი.

სათემო სერვისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირს საშუალებას აძლევს, მკურნალობა და მომსახურება მიიღოს სახლში, ეს კი აღნიშნული სერვისის ერთ-ერთი დადებითი მხარეა, რადგან ინსტიტუციისგან განსხვავებით ადამიანს საკუთარ საცხოვრებელ გარემოში აქვს უსაფრთხოების, ავტონომიის, საკუთარ თავზე და ცხოვრებაზე კონტროლის განცდა. გარდა ამისა, სახლში ვიზიტისას მომსახურების მიმღების საცხოვრებელ გარემოზე დაკვირვებით შესაძლებელია მასზე ინფორმაციის შეგროვება, რაც შეიძლება გამოყენებულ იქნას მკურნალობის დაგეგმვისას. ასევე, სათემო სერვისმა ხელი უნდა შეუწყოს მომსახურების მიმღების საჭიროებებზე და ახალ

გარემოსთან ადაპტირების უნარების განვითარებაზე, საზოგადოებაში დამოუკიდებელ ცხოვრებას, დაავადების მართვის და სოციალური უნარების გაუმჯობესებას, მომსახურების მიმღების და მისი მხარდამჭერი ქსელის ფსიქოგანათლებას და ა.შ. (Femdal, 2018).

გარდა ამისა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს ესაჭიროებათ სხვადასხვა სახისა და დანიშნულების მქონე სათემო სერვისი. მაგალითად, ისეთი, როგორცაა თერაპიული ჯგუფები, თანასწორგანმანათლებელი, თემში არსებული მხარდამჭერი ცენტრები, საცხოვრისები და სხვა (Miyamoto et al., 2015).

სათემო სერვისების მომსახურება გათვალისწინებული უნდა იყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების ოჯახის წევრებისათვისაც, რადგან სტაციონარიდან გამოწერის შემდეგ, როგორც წესი ადამიანის მთავარი მხარდამჭერი სისტემა მისი ოჯახია. სახლში დაბრუნების შემდეგ ოჯახის ყოველდღიურობა იცვლება, მომსახურების მიმღები და მისი ოჯახი შეიძლება ბევრი პრობლემისა და გამოწვევის წინაშე დადგეს. ოჯახს შეიძლება მოუხდეს სტრესთან, ეკონომიკურ და სოციალურ პრობლემებთან გამკლავება (Cheng et al., 2017). ამიტომ, სერვისმა უნდა უზრუნველყოს მრავალმხრივი მომსახურების მიწოდება. მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებისა და მისი ოჯახის წევრების კონსულტირება და დახმარება არსებული კონფლიქტების დამლევაში; დახმარება ყოველდღიურ სტრესორებთან გამკლავების უნარ-ჩვევების დასწავლაში; თემისა და გადაწყვეტილების მიმღებების მოტივირება მომსახურების მიმღებების დასაქმების ხელშეწყობის მიზნით. აღნიშნული მიზნების მიღწევა ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან როგორც კვლევები ადასტურებენ, თემში მცხოვრები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების ოჯახის ცხოვრებით კმაყოფილების დონე ბევრად დაბალია, ვიდრე სტაციონარში მყოფების (Cheng et al., 2017).

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე შეიძლება გამოვყოთ ეფექტური თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შემდეგი მახასიათებლები:

1. მდებარეობს თემში და მომსახურების მიმღებისთვის ადვილად ხელმისაწვდომია;

2. დაცულია არადისკრიმინაციული მიდგომა, რაც გულისხმობს: სერვისი პასუხობს თემში არსებული სხვადასხვა სახის უმცირესობების თავისებურებს და არ ლახავს მათ კულტურულ, ეთნიკურ თუ რელიგიურ მრწამსს;
3. სერვისის მიწოდება ხდება მულტიდისციპლინარული გუნდის მეშვეობით;
4. ხელს უწყობს მომსახურების მიმღების საზოგადოებაში ინტეგრაციას;
5. სერვისი იძლევა, მკურნალობის დაგეგმვის და განხორციელების პროცესში, სერვისის მომხმარებლისა და მისი ოჯახის წევრის მაქსიმალური ჩართვისა და მონაწილეობის შესაძლებლობას; (White et al., 1997)
6. მომსახურების მიმღებს აქვს არჩევანის საშუალება, თავად მიიღოს გადაწყვეტილებები;
7. რესურსების სამართლიანად და პრიორიტეტების მიხედვით ნაწილდება, უზრუნველყოფილია მომსახურების უწყვეტობა (Thornicroft&Tansella,2003);

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი სათემო სერვისებია: სათემო ამბულატორიული კლინიკა, რომელიც განთავსებულნი არის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ან ადგილობრივ ჰოსპიტალებში. ამბულატორიებში ხდება მომსახურების მიმღებების მდგომარეობის შეფასება და მკურნალობის დაგეგმვა. მათ მომსახურე პერსონალი უწევს სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მხარდაჭერას. მნიშვნელოვანი სათემო სერვისია დღის, ოკუპაციური და ფსიქიატრიული რეაბილიტაციის ცენტრები, რომლებიც ორიენტირებულნი არიან მომსახურების მიმღების რეაბილიტაციაზე. მტკიცებულებების მიხედვით, საცხოვრისების არსებობა, დიდი ზომის ინსტიტუციებისგან განსხვავებით, ხელს უწყობს ადამიანის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასა და თემში დაბრუნების შესაძლებლობას (Thornicroft&Tansella , 2003).

თემზე დაფუძნებული მომსახურებების უმნიშვნელოვანესი ნაწილია მისი მულტიდისციპლინარული გუნდი, რომლის მეშვეობით ხდება სერვისის მიწოდება ადამიანებისთვის იმ გარემოში, სადაც იგი ცხოვრობს. იგი ხელს უწყობს სერვისის

უწყვეტობასა და მოქნილობას, შესაბამისი საჭიროების მქონე ადამიანების ჩართულობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში. გუნდის როლი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც პირს აქვს კრიზისული სიტუაცია. იგი არის მობილურები, მომსახურების მიმღებებს ეკონტაქტება საცხოვრებელ ადგილას, სამსახურში ან სხვა მისთვის მოსახერხებელ ადგილას (Thornicroft&Tansella,2003). ასევე, სათემო სერვისში მისი არსებობა ხელს უწყობს მომსახურების მიმღებისთვის ეფექტური შედეგების მიღწევას, რადგან პრობლემის განხილვა არ ხდება მხოლოდ ერთი კუთხით, არამედ გუნდში მომუშავე ყველა პრაქტიკოსს საშუალება აქვს შეაფასოს ინდივიდის მდგომარეობა საკუთარი პროფესიის გადმოსახედიდან. დამატებით, მულტიდისციპლინარული გუნდი საშუალებას იძლევა უზრუნველყოს ინდივიდზე ორიენტირებული მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესი, ყურადღება მიაქციოს მომსახურების მიმღების ზოგად მდგომარეობაზე მომხდენ ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა კულტურა, რელიგია, ოჯახის წარსული გამოცდილებები, განათლება, ეკონომიკური და სოციალური საჭიროებები. ასევე, გუნდის ყველა წევრი ყურადღებას აქცევს, რომ თავად მომსახურების მიმღები აქტიურადაა ჩართული მკურნალობის დაგეგმვის პროცესში და მისი აზრი გათვალისწინებულია (Huxley et al.,2011).

გუნდის ეფექტური მუშაობისთვის აუცილებელია, რომ ფუნქციები შესაბამისად იყოს გადანაწილებული და მისმა თითოეულმა წევრმა გაიაზროს გუნდში შემავალი თითოეული პროფესიის როლის აუცილებლობა და მნიშვნელობა (Slade et al.,1995). მულტიდისციპლინარული გუნდის წევრები არიან სოციალური მუშაკები, ოკუპაციური თერაპევტები, ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები, ექიმები, ექთნები და სხვა. მულტიდისციპლინარული გუნდის ერთ-ერთი დადებითი მხარე ის არის, რომ იგი საშუალებას იძლევა ყურადღება გამახვილდეს არა მარტო სამედიცინო საჭიროებებზე, არამედ ფსიქოლოგიურ და სოციალურ პრობლემებზე. თითოეულ მულტიდისციპლინარულ გუნდს, სერვისის სპეციფიკიდან გამომდინარე, საკუთარი მახასიათებელი აქვს. განვიხილოთ ასერტული გუნდის მაგალითი: გუნდში დაბალანსებულია შემთხვევების რაოდენობის შესაბამისობა გუნდში არსებულ პერსონალთან (10 პროფესიონალზე 100-მდე მომსახურების მიმღები), მომსახურება არის

უწყვეტი, გუნდის წევრები არინ სხვადასხვა პროფესიის წარმომადგენლები (ფსიქიატრი, ექიმი, ექთანი, სოციალური მუშაკი და სხვა), გუნდის მიერ გაწეული სამუშაოების 80% მიმდინარეობს თემში, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში კი ხდება მედიკამენტების ყოველდღიური მიწოდება (Thornicroft&Tansella,2003). სხვადასხვა ასერტულ გუნდს სხვადასხვა ქვეყანაში საკუთარი სტანდარტი გააჩნია.

მულტიდისციპლინარული გუნდის არსებობამ ხელი შეუწყო და გააუმჯობესა მძიმე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მდგომარეობა. იმ გუნდში სადაც, სამედიცინო საჭიროებებთან ერთად სოციალურ ზრუნვასაც ყურადღება ექცევა, მომსახურების მიმღებისთვისაც პოზიტიური შედეგების შექმნას ეწყობა ხელი. ეს შეიძლება გამოიხატებოდეს მისი ინტერპერსონალური ურთიერთობებისა და უნარების გაუმჯობესებაში, დასაქმებაში და სხვა (Huxley et al., 2011).

მულტიდისციპლინარულ გუნდში ყველა პროფესიის წარმომადგენელს თავისი ფუნქცია გააჩნია: ფსიქიატრი და ექთანი უზრუნველყოფს სამედიცინო საჭიროებების ხელმისაწვდომობას; ოკუპაციური თერაპევტი ეხმარება ყოველდღიური პრაქტიკული საქმიანობების განხორციელებაში და მის დასწავლაში; სოციალური მუშაკი ახორციელებს სოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებას, აფასებს პირველად და მეორად საჭიროებებს, აფასებს თუ როგორ მოქმედებს განხორციელებული ინტერვენცია მომსახურების მიმღებზე, რამდენადაა საჭირო მკურნალობის მიმართულების შეცვლა და ბევრი სხვა. განვითარებულ ქვეყანებში მიიჩნევა, რომ სოციალური მუშაკები წარმოადგენენ მულტიდისციპლინარული გუნდის ბირთვს და ისინი მუდმივად არიან გუნდის შემადგენლობაში. თუმცა, რა თქმა უნდა, აუცილებელია შეთანხმებული და კოორდინირებული მუშაობა გუნდის პროფესიონალებს შორის(Huxley et al., 2011).

სოციალური მუშაობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში

ბრიტანეთის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მიხედვით, სოციალური მუშაობა "სერვისის მომხმარებლებთან და მათ მზრუნველებთან მუშაობისას, ხელს უნდა უწყობდეს უნიკალურ, ჰოლისტურ, გამოჯანმრთელებაზე ორიენტირებულ, ფასეულობებზე დაფუძნებულ, სოციალურ ზრუნვასა და ინკლუზიაზე ორიენტირებული მოდელის შექმნას" (BASW,2010,p.4). სოციალურ მუშაკთა ეროვნული ასოციაცია კი სოციალური მუშაობის როლს აღწერს, როგორც "ფსიქოლოგიური, სოციალური და პრაქტიკული ელემენტების ერთობას, რომელსაც აქვს უნარი ასისტირების, მკურნალობის და იმ ფსიქოლოგიური, ქცევითი, ემოციური, სოციალური და გარემო პრობლემების პრევენციისა, რომელიც უარყოფით გავლენას ახდენს ინდივიდზე" (Conway, 2016,p.10).

სოციალური მუშაკების ჩართვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მე-20 საუკუნის დასაწყისიდან მოხდა, როდესაც პრაქტიკოსები საქმდებოდნენ სხვადასხვა ფსიქიატრიულ ინსტიტუციებში. პროფესიის როლი განსაკუთრებით გაიზარდა მას შემდეგ, რაც დიაგნოზის დასმისას ყურადღება მიექცა არამხოლოდ მის სამედიცინო ისტორიას, არამედ თავად ინდივიდისა და მისი თემის სოციალურ გარემოსაც. სოციალური მუშაკები გახდნენ ფსიქო-სოციალური მკურნალობის მიწოდების ძირითადი საშუალებები (Sawatsky, 2015). გაჩნდა შესაბამისი განათლების საჭიროებაც. კვლევებით დასტურდება, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მნიშვნელოვანია შესაბამისი კომპეტენციის მქონე პერსონალის არსებობა, მათ შორის სოციალური მუშაკებისაც. დამატებით, კვლევები ხაზს უსვამენ სოციალური მუშაობის განათლების გაძლიერებაზე მუშაობის აუცილებლობასაც (Triplett, 2017).

სოციალურ მუშაკებისთვის შესაბამისი განათლების ქონა მნიშვნელოვანია, რადგან მას უნდა ქონდეს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რასთან გამკლავება უხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანს. პრაქტიკოსს უნდა ქონდეს ინფორმაცია სტიგმაზე, რაც მას ეხმარება კლიენტთან პოზიტიური ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში. ასევე, სოციალური მუშაკები ხშირად თავადვე ხდებიან ისეთი პრობლემის წინაშე,

როგორცაა "პროფესიული გადაწყვეტა", ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ პრაქტიკოსს ქონდეს შესაბამისი ცოდნა, როგორ გაუმკლავდეს მსგავს პრობლემას და მისმა პირადმა განცდებმა უარყოფითად არ იმოქმედოს კლიენტთან მუშაობაზე. ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე სოციალურ მუშაკებს ქონდეთ შესაბამისი თეორიული და პრაქტიკული ცოდნა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და დაავადებების შესახებ (Triplett, 2017).

ბევრმა ქვეყანამ გააცნობიერა სოციალური მუშაობის როლის მნიშვნელობა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. მაგალითად, სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკაში სოციალური მუშაკები დასაქმებულნი არიან როგორც კერძო, ისე სახელმწიფო უწყებებში, რომლის დროსაც ისინი მნიშვნელოვან სერვისებს აწვდიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს, მათი ბიო-ფსიქო-სოციალური საჭიროებებიდან გამომდინარე. აღნიშნულ ქვეყანაში, პროფესიის როლი ძირითადად ფოკუსირებულია ინფორმაციის მიწოდებასა და სფეროს შესახებ ცნობიერების ამაღლებისკენ, ცვლილებების მოხდენაზე, ინდივიდებისა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის გაუჯობესებაზე. სოციალური მუშაკები ინტერვენციის დაგეგმვისას ითვალისწინებენ, არამარტო ინდივიდის დაავადებას და მის ინტერპერსონალურ უნარებს, არამედ მის სოციალურ გარემოს: ოჯახს, სამეზობლოს, თემს, ორგანიზაციებს და სხვა. სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკაში, კლინიკური სოციალური მუშაკები მონაწილეობას იღებენ ინდივიდის დიაგნოსტიკის პროცესში. პრაქტიკოსები შეიძლება ახორციელებდნენ შემთხვევის მართვას, თერაპიებს, იყვნენ კრიზისის მართვის კონსულტანტები, პროგრამის განმავითარებელი, ადმინისტრატორები, პოლიტიკის ანალიტიკოსები და სხვა. ისინი დასაქმებულნი არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჰოსპიტალებში, დღის ცენტრებში, სათემო, ასევე სარეაბილიტაციო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ორგანიზაციებსა და ცენტრებში (Olckers, 2008).

სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ძირითადად დასაქმებულნი არიან კლინიკური სოციალური მუშაკები, რომლებიც თავიანთ კლიენტებთან იყენებენ პირისპირ მუშაობის მეთოდს, რათა ხელი შეუწყონ ცნობიერების

ამაღლებას, ცვლილებებს და გაზარდოს, არამარტო ადამიანის პირადი ფუნქციონირება, არამედ მისი როლი და შესაძლებლობები ოჯახსა თუ თემში. კლინიკური სოციალური მუშაკების მსგავსად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებთან მუშაობენ ზოგადი განათლების მქონე პრაქტიკოსებიც. ზოგ შემთხვევაში მათი ფუნქცია-მოვალეობები იკვეთება, თუმცა არის ძირითადი განსხვავებაც: კლინიკური სოციალური მუშაკები უფრო ფოკუსირებულნი არიან ფსიქოთერაპიაზე, მაშინ როდესაც ზოგადი განათლების მქონე სოციალური მუშაკები ახორციელებენ სამუშაოებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების საზოგადოებაში რეინტეგრაციისვის. ოლკერის აზრით, მნიშვნელოვანია, რომ სოციალურ მუშაკს ქონდეს შესაბამისი ცოდნა ფსიქიკურ აშლილობებში და მისთვის უცხო არ უნდა იყოს დიაგნოსტიკების სისტემა, უნდა ერკვეოდეს ტერმინოლოგიაში და დამატებით გავლილი ქონდეს შესაბამისი საკვალიფიკაციო ტრენინგები (Olckers, 2008).

კონვეის მიხედვით (2016), სოციალური მუშაკის როლი და ფუნქცია განსხვავდება იმის მიხედვით, თუ სად მუშაობს იგი. მაგალითად, სტაციონარში მომუშავე პრაქტიკოსის ძირითადი მოვალეობაა: შეფასება, ინდივიდისა და მისი ოჯახის წევრის ინფორმირება დიაგნოზის, სიმპტომებისა და მკურნალობის შესაძლო გზების შესახებ. მისი როლი მნიშვნელოვანია კრიზისული ინტერვენციის დროსაც, საჭიროების შემთხვევაში სათემო სერვისებში გადამისამართება, ინდივიდუალური და ჯგუფური თერაპიების ორგანიზება, არასასურველი ქცევის შეცვლა, უფლებების ადვოკატირება და სხვა. ასევე, სოციალური მუშაკები ჩართულნი არიან კატასტროფების დროსაც, რათა უზრუნველყონ ადამიანების ჯანსაღი ფსიქიკური მდგომარეობის შენარჩუნება. მაგალითისთვის, 2001 წლის 11 სექტემბრის ტერაქტის დროს სოციალური მუშაკები აქტიურად ჩაერთნენ, რათა ადამიანებისთვის გაეწიათ დაუყოვნებლივი მხარდაჭერა და დახმარებოდნენ არსებული სტრესისა და ტრავმის დამლევაში. რაც შეეხება სათემო სერვისებში პროფესიის როლს, პრაქტიკოსს ევალება მოახდინოს ბიო-ფსიო-სოციალური შეფასება, დაგეგმოს მისი მკურნალობის შესაძლო გზები, უზრუნველყოს ინდივიდუალური თუ ჯგუფური თერაპიები, მიაწოდოს შესაბამისი რესურსები. რაც მნიშვნელოვანია, განახორცილოს მოქმედებები ისე, რომ ხელი შეუწყოს ინდივიდის

დამოუკიდებელ ცხოვრებას, დაეხმაროს სიმპტომებთან გამკლავებაში და გამოჯანმრთელების პროცესში (Conway, 2016).

სოციალური მუშაკი კლიენტს უნდა დაეხმაროს თავად განსაზღვროს, თუ რა საჭიროების წინაშე დგას და გაანალიზოს მისი პირადი რესურსები; დაეხმაროს დაამყაროს ურთიერთობა გარემომცოფებთან. თუ მომსახურების მიმღები დასაქმებულია, მხარდაჭერა გაუწიოს, რომ შეძლოს სამსახურის შენარჩუნება ან დაეხმაროს მას მის მოძებნაში, რადგან დასაქმება ერთ-ერთი საშუალებაა სოციალიზაციისთვის. პრაქტიკოსმა ჩარევა ისე უნდა დაგეგმოს, რომ დროთა განმავლობაში შეამციროს ადამიანის დამოკიდებულება სერვისებზე და შესაძლებლობა მისცეს თავად, დამოუკიდებლად მართოს საკუთარი ცხოვრება (Olckers, 2008).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში შეგვიძლია გამოვყოთ სოციალური მუშაკის შემდეგი ფუნქციები:

1. არსებულ კრიზისულ და სტრესულ სიტუაციებთან დახმარება;
2. ძლიერი მხარეების გამოვლენაში დახმარება;
3. ოჯახთან, თემთან თუ სხვადასხვა ორგანიზაციებთან კონფლიქტების დარეგულირებასა და მოგვარებაში დახმარება;
4. რესურსების მობილიზება და ადვოკატირება სხვადასხვა სერვისის შესაქმნელად, მომსახურების მიმღებთა საჭიროებებიდან გამომდინარე;
5. ინტერვენციის გეგმის შემუშავება ან მასში მონაწილეობა და მისი მონიტორინგი;
6. კლიენტისა და მისი მხარდამჭერი სისტემის ფსიქო-სოციალური განათლებით უზრუნველყოფა;
7. ჯგუფების მხარდაჭერა, მაგალითად სხვადასხვა სახის ჯგუფური ფსიქოთერაპიით;
8. კლიენტის, მისი მხარდამჭერი სისტემისა და თემის დახმარება პრიორიტეტების

განსაზღვრაში (Sawatsky, 2015);

9. კლიენტის ხელშეწყობა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩართულობის მიზნით;
10. სტიგმასთან და დისკრიმინაციასთან ბრძოლა;
11. მულტიდისციპლინარულ გუნდთან თანამშრომლობა, რათა ხელი შეუწყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების გამოჯანმრთელებისა და რესოციალიზაციის პროცესს (AASW, 2014).

ავსტრალიის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მიხედვით, პრაქტიკოსის მუშაობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირებთან, დაფუძნებული უნდა იყოს სოციალურ სამართლიანობაზე; უნდა იცოდეს, თუ როგორ აღიქმება ფსიქიკური ჯანმრთელობა და აშლილობა იმ კულტურაში სადაც იგი მუშაობს; მუშაობისას უნდა იყენებდეს უახლეს, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ცოდნას, ინტერვენციებსა და თეორიებს; უნდა ქონდეს ცოდნა სახელმწიფო პოლიტიკისა და თემში არსებული სერვისების შესახებ; საჭიროებისამებრ უნდა ახდენდეს სხვა პროფესიონალებთან თანამშრომლობას; ხელს უწყობდეს სოციალურ ცვლილებებს და სხვა (AASW, 2014).

სოციალური მუშაკის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისებში

დენსტიტუციონალიზაციის შემდეგ, სოციალური მუშაკების ჩართვა და აქტიურობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში განსაკუთრებით გაიზარდა. საჭირო გახდა თავად თემთან მუშაობაც, რათა თემში დაკმაყოფილებულიყო ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების საჭიროებები, მომხდარიყო საზოგადოების ინფორმირება ფსიქიკური პრობლემებისა და მასთან დაკავშირებული სტიგმის შესახებ, შექმნილიყო შესაბამისი თემზე დაფუძნებული სერვისები, როგორც ფიქსოციალური საჭიროების მქონე პირირთვის, ისე მისი მხარდამჭერი სისტემისთვის, დაიწყო ადვოკატირება, რათა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს ქონოდათ ხელმისაწვდომობა არსებულ რესურსებთან, შეძლებოდათ დასაქმება და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, სოციალური მუშაობის მთავარ ამოცანას წარმოადგენდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის

პრობლემების მქონე პირების ინტეგრაცია და სრულფასოვანი ცხოვრების პირობების შექმნა საზოგადოებაში (Ornellas, 2014).

სოციალური მუშაკები, თემზე დაფუძნებულ სერვისებში მუშაობენ მობილურ, ასერტულ და კრიზისული ინტერვენციის გუნდებში. პრაქტიკოსები ცდილობენ უზრუნველყონ მუდმივი კავშირი მომსახურების მიმღებს, მის მხარდამჭერ სისტემასა და მკურნალობის სერვისებს შორის. პრაქტიკოსები აფასებენ ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს, არიან მხარდამჭერები, როგორც თავად კლიენტის, ასევე მისი ოჯახის; ატარებენ ოჯახურ თერაპიებს, უზრუნველყოფენ შესაბამისი განათლების მიწოდებას, რათა ხელი შეუწყონ ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას. ასევე, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია არის შესაბამისი სერვისების შექმნა და სამიზნე ჯგუფისთვის მათი მიწოდება, რათა მოხდეს კრიზისის ინტერვენცია და დაკმაყოფილებულ იქნას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მინიმუმ საბაზისო საჭიროებები. პროფესიის როლი მნიშვნელოვანია, რათა მოხდეს შეფასება, თუ რამდენად ემთხვევა კლიენტი საჭიროებები და არსებული სერვისები ერთმანეთს. დამატებით, თემზე დაფუძნებულ სერვისებში, სოციალური მუშაკები შეიძლება დასაქმებულნი იყვნენ, როგორც შემთხვევის მართვის მენეჯერები, რომლის დროსაც ისინი ახორციელებენ პირის საჭიროებების შეფასებასა და აკავშირებენ მას შესაბამის სერვისებთან. როგორც წესი, სოციალური მუშაკი იყენებს სისტემურ მიდგომას და ყურადღებას ამახვილებს ინდივიდზე შესაძლო უარყოფითი ზეგავლენის მომხდენ სხვადასხვა ფაქტორებზე და ცდილობს მათ პრევენციას (Ornellas, 2014). პრაქტიკოსები აანალიზებენ და აფასებენ არამხოლოდ სამედიცინო, არამედ სხვადასხვა სახის საჭიროებებს, ხელს უწყობენ თემის მობილიზებასა და წახალისებას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირების საზოგადოებაში ინტეგრაციის მიზნით (Huxley et al., 2011).

სოციალური მუშაკების როლი ოჯახების მხარდამჭერაშიც უმნიშვნელოვანესია. თუ არ მოხდა ოჯახის გაძლიერება და არსებული პრობლემების გადაჭრა, ეს იმოქმედებს კლიენტზეც. ოჯახის წევრებს შორის მუდმივმა დაძაბულობამ და კონფლიქტმა შესაძლოა

პროვოცირება მოახდინოს და გაამწვავოს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რაც თავისთავად უარყოფითად აისახება მასზე და თავად ოჯახზე. ამ ყოველივედან გამომდინარე მნიშვნელოვანია სისტემური მუშაობა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირის ოჯახს უხდება ისეთ პრობლემებთან გამკლავება, როგორცაა სტრესი, სტიგმა, ემოციური სირთულეები და სხვა. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს მისი მხარდაჭერა, შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება, კრიზისის დროს საჭირო რესურსებით უზრუნველყოფა, კონსულტირება, დასწავლა, თუ როგორ შეიძლება არსებული პრობლემების გადაჭრა. ოჯახთან მუშაობისას, სოციალურ მუშაკს შეუძლია დახმარება გაუწიოს ოჯახში არსებული ყველა შესაძლო რესურსის ორგანიზებაში, რათა მიღწეულ იქნეს საერთო მიზანი; გაიგოს ოჯახის წევრების მოლოდინები არსებული მკურნალობის შესახებ და მაქსიმალურად ჩართოს ისინი მკურნალობისა თუ ინტერვენციის პროცესის დაგეგმვასა და განხორციელებაში; დაეხმაროს გეგმის შემუშავებაში, თუ როგორ შეუძლიათ მოიქცნენ, თუ მათი ოჯახის წევრის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუარესდება; დაეხმაროს ასწავლოს და განუვითაროს უნარები პრობლემებისა და კრიზისის გადასაჭრელად; დაეხმაროს ფორმალური და არაფორმალური მხარდამჭერი სისტემის გაფართოებაში (Dixon et al., 2001).

თემზე დაფუძნებულ სერვისებში შეგვიძლია გამოვყოთ სოციალური მუშაკის შემდეგი ძირითადი როლები:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებისა და მათო ოჯახების გაძლიერება და დახმარება;
2. მუშაობა ინდივიდებთან, როგორც ოჯახში, ასევე თემში, ინკლუზიის ხელშეწყობის მიზნით;
3. ადგილობრივი კანონმდებლობისა არსებული სერვისების შესახებ ინფორმაციის ქონა;
4. თერაპიების ორგანიზება და განხორციელება;

6. სხვა პროფესიონალებთან თანამშრომლობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის საუკეთესო შედეგების მიღწევის მიზნით (Allen,2014).

სოციალური მუშაკის როლი მულტიდისციპლინარულ გუნდში

თემზე დაფუძნებული სერვისების განუყოფელი ნაწილია მულტიდისციპლინარული გუნდი, რომლის მეშვეობითაც ხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირებისათვის თემში არსებული სერვისების მიწოდება. მულტიდისციპლინარულ გუნდში კი ერთ-ერთი ცენტრალური ადგილი უკავია სოციალურ მუშაკს. სათემო სერვისებში მულტიდისციპლინარული გუნდის როლის გაზრდამ, ხელი შეუწყო პროფესიის გაძლიერებასა და განვითარებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, რადგან საჭირო გახდა მომსახურების მიმღებზე შესაძლო გავლენის მომხდენი ფაქტორების გამოვლენა, ანალიზი და შესაბამისი ჩარევის განხორციელება. იმისათვის, რომ სოციალური მუშაკის როლი შედეგის მომტანი იყოს, გუნდის წევრებს გაანალიზებული უნდა ქონდეთ პროფესიის მნიშვნელობა, ქონდეთ შესაბამისი ცოდნა თავად პროფესიაზე (BASW,2010).

მულტიდისციპლინარულ გუნდში სოციალური მუშაკი უზრუნველყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისთვის უწყვეტი ზრუნვის მიწოდებას, პირველადი და მეორადი საჭიროებების დახარისხებას და ა.შ. (Huxley et al., 2011). სოციალური მუშაკი ცდილობს საკითხს შეხედოს მომსახურების მიმღების, მისი ოჯახისა და ახლობლების გადმოსახედიდან, მხედველობაში მიიღოს მათი გამოცდილებები, საჭიროებები, გაუზიაროს იგი გუნდის სხვა წევრებს და არსებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით დაგეგმოს მკურნალობა (Allen,2014).

აუცილებელია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებისა და გადაწყვეტილებების მიმღები პირების მიერ გაანალიზებული იყოს პროფესიის მნიშვნელობა მულტიდისციპლინარულ გუნდში, რადგან სოციალურ მუშაკებს შეუძლიათ გაანალიზონ სხვადასხვა სისტემების, კულტურული თუ სხვა ბარიერების უარყოფითი ზეგავლენა ადამიანის კეთილდღეობაზე; მოახდინონ ინტერვენცია ადრეულ ეტაპზე; ხელი შეუწყონ მხარდამჭერი სისტემის ჩამოყალიბებას,

რათა თავიდან იქნეს არიდებული კრიზისული სიტუაციები; მოახდინონ ოჯახისა და თემის მობილიზება; ყურადღება გაამახვილოს ისეთ მოწყვლად ჯგუფებზე, როგორცაა მაგალითად ეთნიკური, რელიგიური და ა.შ. უმცირესობები, რომლებიც დამატებით განიცდიან სტიგმის უარყოფით შედეგებს (Allen,2014).

სოციალური მუშაკის როლი მულტიდისციპლინარულ გუნდში, ხშირ შემთხვევაში სხვა სათემო სერვისების მსგავსად, არის:

1. მხარდამჭერი სისტემის განსაზღვრა და მათთან ერთად იმ საკითხების გამოყოფა, რაში დახმარებაც ესაჭიროება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანს.
2. მკურნალობის პროცესში აქტიური ჩართვა, რაც გულისხმობს სერვისის მომხმარებელთა საჭიროებების მაქსიმალური გათვალისწინება. ასევე, სოციალური მუშაკი უნდა დარწმუნდეს, რომ გუნდის მიერ მიწოდებული სერვისი თანხვედრაშია მის საჭიროებებთან.
3. საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოთერაპევტის როლის შეთავსებაც, რაც გულისხმობს სხვადასხვა ჯგუფების ორგანიზებას და მათ ხელმძღვანელობას. ჯგუფი შეიძლება გათვალისწინებული იყოს სერვისის მომხმარებლისა და მისი ოჯახის წევრისთვის, სადაც განიხილება არსებული პრობლემები, მათი გადაჭრის გზები და ა.შ. ასევე, პრაქტიკოსმა შეიძლება ორგანიზება გაუკეთოს მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებების ერთობლივ შეხვედრებს-მხარდამჭერ ჯგუფებს (BASW,2010).

მულტიდისციპლინარ გუნდში სოციალური მუშაკის როლის მნიშვნელობა არაერთმა განვითარებულმა ქვეყანამ გააცნობიერა. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში პრაქტიკოსის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა კლიენტს გაუწიოს კონსულტირება სერვისების შესახებ და დაეხმაროს გაანალიზოს, თუ რა სოციალური ბენეფიტები არსებობს და რომელია მისთვის შესაბამისი. სოციალური მუშაკისთვის მნიშვნელოვანია, რომ მას ქონდეს საკმარისი ცოდნა ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკაციაში (Olckers, 2008).

ფსიქიკური ჯანმრთელობა საქართველოში

საქართველოს კანონის "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" (2006) მიხედვით, ფსიქიკური აშლილობა არის "პირის ძირითადი ფსიქიკური ფუნქციების დარღვევა ან ქცევის აშლის გამომხატველ სიმპტომთა ჯგუფი, რომელიც იწვევს პიროვნულ დისფუნქციას, არღვევს გარემოსთან ადაპტაციის პროცესს".

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, 2017 წელს რეგისტრირებულია 88610 ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე ადამიანი, მათ შორის ახალი შემთხვევების ოდენობაა 4841. ფსიქიკური აშლილობის პრევალენტობამ 100 000 მოსახლეზე 2376,9 შეადგინა. სიკვდილიანობის მიზეზის მიხედვით კი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები მეხუთე ადგილზეა - 100 000 მოსახლეზე 111 შემთხვევა. წინა წლებთან შედარებით მონაცემები გაზრდილია, გამონაკლისია 2016 წელი, როდესაც რეგისტრირებულ იქნა 90139 შემთხვევა².

საქართველოში მნიშვნელოვანი რეფორმების დაწყების პირველ ეტაპად შეგვიძლია მივიჩნიოთ 2011 წლის ივნისი, როდესაც დაიხურა ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ინსტიტუცია - მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი. ქვეყანამ დაიწყო ბალანსირებული ზრუნვის მოდელზე გადასვლა და სათემო სერვისების განვითარების ხელშეწყობა. ამ მხრივ, 2011-2015 წლებში მნიშვნელოვანი ნაბიჯების გადაიდგმა დაიწყო, როდესაც შეიქმნა სამოქმედო გეგმა, რითაც ხაზი გაესვა სათემო და ჰოსპიტალურ სერვისებს შორის ბალანსის არსებობის მნიშვნელობას (Makhashvili&Voren, 2013). მიუხედავად იმისა, რომ ჯერ კიდევ ბევრი სამუშაოა გასატარებელი ადამიანის უფლებების დაცვის კუთხით, თანდათან უმჯობესდება შესაბამისი რეგულაციები და მეტი ყურადღება ეთმობა აღნიშნულ

² დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი(2007). ჯანმრთელობის დაცვა: სტატისტიკური ცნობარი; <http://www.ncdc.ge/Pages/User/Documents.aspx?ID=f10b3ffb-da47-4488-94df-2f03764cf365>

საკითხს. საქართველოს კანონში "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" (2006), აღნიშნულია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირს უნდა მოეპყრან ჰუმანურად, უფლება აქვს მიიღოს ინფორმაცია დაავადებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ, უარი თქვას მკურნალობაზე, მიმართოს საჩივრით შესაბამის უწყებას, მისი უფლებების ნაწილობრივი შეზღუდვა შესაძლებელია მხოლოდ შესაბამისი კანონით დადგენილი წესით. დამატებით, კანონში გაწერილია, თუ რა შემთხვევაში შეუძლია ექიმს შეზღუდოს პაციენტი ფიზიკურად. ეს საშუალებას იძლევა, თავიდან იქნას არიდებული სამედიცინო პერსონალის თვითნებური ქმედებები და ფიზიკური შეზღუდვის, როგორც დასჯის მეთოდად გამოყენება. კანონში განხილულია არანებაყოფლობითი სტაციონირების შემთხვევაც, რომლის მიხედვითაც არანებაყოფლობითი მკურნალობის თანხმობაზე მხოლოდ სასამართლოს შეუძლია მიიღოს გადაწყვეტილება ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის დასკვნის საფუძველზე. ასევე, კანონში აღნიშნულია საჭიროების შემთხვევაში მხარდამჭერის დანიშვნის საკითხიც.

თუ გადავხედავთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებას, იგი ყოველწლიურად იზრდება, მათ შორის იზრდება თემზე დაფუძნებული სერვისების, კერძოდ მობილური გუნდის დაფინანსებაც. მაგალითად, 2015 წლის³ ბიუჯეტში თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურებისთვის განისაზღვრა 96 ათას ლარზე მეტი, 2017 წელს⁴ - 232 ათას ლარზე მეტი, ხოლო 2018 წელს⁵ კი 774 ათასი ლარი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დაფინანსება გაიზარდა 2019 წელსაც⁶. საქართველოს დადგენილებაში "2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ" ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროსთვის განისაზღვრა 24 მილიონი ლარი, აქედან 7 მილიონამდე სათემო სერვისებისთვის, ხოლო მილიონ ლარზე

3 საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2891068?publication=0>

4 საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3530020?publication=0>

5 საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3972595?publication=0>

6 საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=0>

მეტი კი თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდებისთვის. აღნიშნული ინფორმაცია ცხადყოფს, რომ დაფინანსება იზრდება, თუმცა მეორე საკითხს წარმოადგენს, თუ რამდენადაა იგი საკმარისი ხარისხიანი, ხელმისაწვდომი და რეალური შედეგის მომტანი სერვისების უზრუნველსაყოფად ქვეყანაში. ამავე დოკუმენტის მიხედვით, გაიზარდა არამარტო თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების დაფინანსება, არამედ მათი რაოდენობა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. მობილური გუნდის სერვისი ხელმისაწვდომი იქნება არამხოლოდ თბილისისთვის და დიდი ქალაქებისთვის, არამედ თითქმის ყველა მუნიციპალიტეტისთვის. ეს საშუალებას მისცემს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს მიიღონ მათთვის საჭირო მკურნალობა. ასევე, დოკუმენტში აღნიშნულია ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მნიშვნელობაც. კერძოდ, უნდა გატარდეს ღონისძიებები, რომლებიც დაეხმარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანს დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების აღდგენასა თუ შესწავლაში. მნიშვნელოვანია ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური, რომლის მოსარგებლენიც არიან 16-დან 65 წლამდე ადამიანები. იგი საშუალებას იძლევა მწვავე მდგომარეობის დროს მკურნალობა მოხდეს საცხოვრებელ ადგილას და თავიდან იქნეს არიდებული სტაციონირება. ასევე, დოკუმენტში აღნიშნულია თავშესაფრის კომპონენტი, რომლითაც სარგებლობა შეუძლიათ 18 წელს ზემოთ მყოფ შშმპ-ს, რომელთაც არ აქვს მხარდამჭერი გარემო. აღნიშნული გარემოებები მეტყველებს სახელმწიფოს მზაობასა და მხარდაჭერაზე სათემო სერვისების განვითარების მიმართ. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ ფსიქიატრიული მომსახურება ხორციელდება ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელისა და მულტიდისციპლინარულ მიდგომაზე დაყრდნობით, რომლის მიხედვითაც 70 000-100 000 მოსახლეზე არის 1 ფსიქიატრი, 1,5 ექთანი და 0.5 სოციალური მუშაკი ან ფსიქოლოგი⁷. პერსონალის მოსახლეობაზე თანაფარდობის კომპონენტი აუცილებლად გადასახედია, რადგან ხარისხიანი სერვისისა და ეფექტური შედეგის მისაღებად, პერსონალს უნდა ყავდეს კლიენტთა ის რაოდენობა, სადაც იგი მოახერხებს თითოეულ მათგანს დაუთმოს მისთვის საჭირო დრო და რესურსი. მაგალითად, ჯანდაცვის

⁷ საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=0>

მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, განვითარებულ ქვეყნებში 100 000 მოსახლეზე საშუალოდ 70-მდე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პერსონალი და მათ შორის 2.6 სოციალური მუშაკი (WHO, 2017).

ქვეყნისთვის მნიშვნელოვან დოკუმენტს წარმოადგენს, საქართველოს პარლამენტის 2013 წლის 11 დეკემბრის დადგენილება-„ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის დამტკიცების შესახებ“, სადაც აღნიშნულია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა ადამიანის ცხოვრების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია, რადგან იგი განსაზღვრავს ადამიანის, ოჯახის, თემის და მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხსა და პროდუქტიულობას. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები ერთ-ერთ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფს მიეკუთვნება, მათი უმრავლესობა დაუსაქმებელია, არ არის საზოგადოებრივ საქმეში ჩართულნი, ხშირად არიან სტიგმისა და დისკრიმინაციის მსხვერპლნი. აღნიშნული კონცეფცია საქართველოში პირველად იქნა მიღებული, იგი არის სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრელი და ძალაშია 2023 წლამდე. დოკუმენტის ძირითადი პრინციპებია: სერვისების ხელმისაწვდომობა, უნივერსალობა, თანასწორობა, სოლიდარობა და მდგრადობა, არადისკრიმინაციული მიდგომა, გადაწყვეტილების პროცესში თანამონაწილეობა, გამჭირვალობა. აღსანიშნავია, რომ დოკუმენტში ყურადღებაა გამახვილებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა და მათი მომვლელთა ჩართულობას დაგეგმვასა და განხორციელებაში. ეს პუნქტი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან როდესაც რაიმე სერვისს ან გეგმას ვადგენთ, სამიზნე ჯგუფზე უკეთ არავინ იცის თუ რა საჭიროებები, პრობლემები და გამოწვევები აქვთ. პირველ რიგში, მათ უნდა ვკითხოთ, თუ რა შეუწყობს ხელს მათივე მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მათთან ერთად უნდა ხდებოდეს მსჯელობა, რომ ნამდვილად ეფექტური სერვისები, პოლიტიკა თუ ღონისძიებები იქნას შემუშავებული. ზემოთ აღნიშნულ დოკუმენტში ყურადღებაა გამახვილებული საზოგადოებაში ინტეგრაციაზე, ღირსების პატივისცემაზე, საჭიროებებზე ორიენტირებულობაზე, რაც კრიტიკულად მნიშვნელოვანია; უნდა ხდებოდეს კვლევების ჩატარება, რომელიც სიღრმისეულად შეისწავლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისა და მათი ოჯახის წევრებისა თუ მომვლელების საჭიროებებს, რომ შესაბამისად

დაინერგოს ესა თუ ის სერვისი, შემუშავდეს სწორი პოლიტიკა. ეს საშუალებას მოგვცემდა არამარტო დავზოგოთ ფინანსური და დროითი რესურსი, არამედ მივაღწიოთ რეალურ შედეგს, რაც გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მათ ინტეგრაციას საზოგადოებაში და ქვეყნის საერთო კეთილდღეობაში მათი წვლილის გაზრდას. "მომსახურების ხარისხი უნდა შეფასდეს, პირველ რიგში, შედეგით და არა მომსახურების პროცესის მახასიათებლებით" (ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია, 2013).

ქვეყნისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისა და არსებული გამოწვევების აღმოფხვრის მიზნით, მნიშვნელოვან დოკუმენტს წარმოადგენს "ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიულ დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა 2015-2020", სადაც განხილულია არსებული გამოწვევები, რეკომენდაციები და სამომავლო გეგმები. კერძოდ, მნიშვნელოვანია, ამბულატორიების გაძლიერება და შესაბამისი სამედიცინო სერვისით უზრუნველყოფა, ხარისხის ამაღლება, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, დაფინანსების გაზრდა, დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება, კვალიფიციური კადრების არსებობა, სოციალიზაციაზე, რეინტეგრაციაზე ორიენტირებული მომსახურებისა და სამსახურების რაოდენობის ზრდაზე ზრუნვა, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული კანონების საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა. ასევე, გაიწერა ის სტრატეგიული მიმართულებები, რომლებიც მნიშვნელოვანია გამოწვევების დასაძლევად, კერძოდ: დაფინანსების გაზრდა, განსაკუთრებით მოწყვლადი მოსახლეობისათვის; შეფასების სისტემის შექმნა, რომელიც განსაზღვრავს პოლიტიკის გავლენას ფსიქიკური ჯანმრთელობაზე; მოხდეს სწორი ინფორმაციის შეგროვება ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, კერძოდ როგორია მისი განაწილება და როგორაა ფსიქიკური აშლილობები გავრცელებული; გამოვლინდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის გავრცელების ტენდენცია, რისკ-ჯგუფები და ფაქტორები; ასევე, მომსახურებების ხარისხის კონტროლისთვის ეფექტური და შესაბამისი მექანიზმების შემუშავება, კვალიფიციური და შესაბამისი კადრების მობილიზება; თემზე

დაფუძნებული სერვისების განვითარება; ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ხელშეწყობა; უმუშევრობის პრობლემაზე ზრუნვა; პატიმრებისთვის შესაბამის მკურნალობის ხელმისაწვდომობა; საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება და სტიგმის შემცირება. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ 2020 წლისთვის დაგეგმილია თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების წილის ზრდა: ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების თანაფარდობამ 50 %/50%-ზე უნდა შეადგინოს. ასევე, იგეგმება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაზრდაც.

მაყაშვილის მიერ ჩატარებული კვლევის (2010) მიხედვით, ქვეყნისთვის გამოწვევად რჩება კავშირის არ არსებობა არსებულ სათემო და ჰოსპიტალურ სერვისებს შორის, არ არის თანამედროვე განათლება, შესაბამისი ტრენინგები და სასწავლო მასალა. პრობლემას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირის სხვადასხვა სახის ჯანმრთელობისა და სოციალური საჭიროებების (განათლების, ეკონომიკური პრობლემები...) დაუკმაყოფილებლობა, რაც ადამიანს დამატებით ხელს უშლის საზოგადოებაში ინტეგრაციისას (Makhashvili,2010). სოციალიზაციას აფერხებს არსებული სტიგმაც. მაგალითად, შიზოფრენიის დიაგნოზის მქონე ადამიანების მიმართ, მიუხედავად მკურნალობის პროგრესისა, კვლავ მიიჩნევა საზოგადოებისთვის საშიშ ადამიანებთან და ურჩევნიათ, რომ ისინი ჩაკეტილნი იყვნენ და ნაკლები კონტაქტი ქონდეთ ხალხთან. ერთ-ერთ გამოწვევად რჩება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირების ოჯახის წევრების ყოველდღიური სირთულეები. მათთვის მათი ოჯახის წევრის მოვლა შესაძლოა დიდ სირთულეებთან და სტრესთან იყოს დაკავშირებული, ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ამ საკითხზეც გამახვილდეს ყურადღება (კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, 2013).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ძირითადად დასაქმებულნი არიან ექიმი ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები და ექთანები. ასევე, სოციალური მუშაკები, ფსიქოთერაპევტები, ოკუპაციური თერაპევტები, თუმცა აღინიშნება კადრების ნაკლებობა. 2017 წლის მონაცემებით, საქართველოში ყოველ 100 000 მოსახლეზე არის:

ფსიქიატრი-9.9, ფსიქოლოგი და ფსიქოთერაპევტი-0.6, ექთანი-0.7, სოციალური მუშაკი-0.3⁸. ხოლო ევროპაში ეს მონაცემი შემდეგნაირად გამოიყურება: ფსიქიატრი-22.2, ფსიქოლოგი-29.6, ექთანი-45.3, სოციალური მუშაკი-60⁹. თუ ამ მაჩვენებლებს ერთმანეთს შევადარებთ, დავინახავთ აშკარა განსხვავებას. მათ შორის საყურადღებოა, რომ ევროპაში დიდი ყურადღება ექცევა სოციალური მუშობის პროფესიას. მოტანილი ციფრები ამის აშკარა დასტურია. იმისათვის, რომ საქართველოში კადრების პრობლემა ნაწილობრივ მოგვარდეს საჭიროა ფსიქოლოგების 422-ით გაზრდა, ექთნების-1688-ით, ხოლო სოციალური მუშაკების 2564-ით (სულაბერიძე და სხვ., 2014).

რაც შეეხება პროფესიის როლს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ: არასამთავრობო ორგანიზაციამ „პარტნიორობა ადამიანის ულებებისთვის“, ფონდი „ღია საზოგადოება საქართველოსთვის“ მხარდაჭერით, მოამზადა ბროშურა-„სოციალური მუშაკის როლი ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე პირებთან მუშაობისას“. აღნიშნულ დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ სოციალური მუშაკი ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირს უნდა დაეხმაროს გააუმჯობესოს მისი კეთილდღეობა. პრაქტიკოსმა ყურადღება უნდა მიაქციოს ინდივიდის მოქმედებას სოციალურ და ეკონომიკურ ფაქტორების მიმართ. ასევე, გათვალისწინებული უნდა იქნას პიროვნული, ოჯახური, განათლების, ჯანმრთელობის და სხვა საკითხები. სოციალური მუშაკის ფუნქცია მხარდაჭერის დანიშვნის პროცესისას უნდა იყოს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირის გაძლიერება, მონიტორინგი, თუ რამდენად ასრულებს მხარდამჭერი მასზე დაკისრებულ მოვალეობას.

⁸ ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში 2018

⁹ WHO (2018) Data and resources <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>

თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის სერვისი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, მობილური გუნდი არის საქართველოში არსებული ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სათემო სერვისი. აღნიშნული სერვისი¹⁰ განკუთვნილია 18 წელს ზემოთ, მძიმე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისათვის. სერვისში ჩართვა, ისევე როგორც გასვლა ნებაყოფლობითია და ხდება ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე. მკურნალობისას გამოიყენება ინდივიდუალური მიდგომა, სერვისის მიწოდება ხდება თემში, მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ. გუნდში არის სამი შტატი, რომელთაგან ერთ-ერთი აუცილებლადაა ფსიქიატრი, ხოლო დანარჩენი ორი შეიძლება იყოს სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი ან ექთანი.

სათემო მობილური გუნდის სერვისით სარგებლობა შეუძლიათ იმ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს, რომლებიც "ხშირად ან ხანგრძლივი დროით თავსდებიან სტაციონარში, ხოლო სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ სულ მცირე ბოლო სამი თვის განმავლობაში არ, ან ვერ აკითხავენ ამბულატორიულ დაწესებულებას, ან ანამნეზში აღენიშნებათ ცუდი დამყოლობა მკურნალობაზე, რის გამოც ხშირად რჩებიან მკურნალობის გარეშე, ან წყვეტენ მკურნალობას, რაც ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების გაუარესებას იწვევს, ან აქვთ სოციალური პრობლემები, რომელთა მოგვარებასაც ავადმყოფობის გამო ვერ ახერხებენ".

მომსახურება გულისხმობს კლიენტის საცხოვრებელ ადგილზე ვიზიტებს ან სატელეფონო კონსულტაციას. სერვისი ხელმისაწვდომია კვირაში 5 დღე, 8 საათის განმავლობაში, ხოლო სატელეფონო კონსულტაცია კვირაში 5 დღე 12 საათის განმავლობაში. სერვისის გეოგრაფიული მდებარეობა ისე უნდა იყოს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მობილური გუნდის პერსონალმა მომსახურების მიმღებთან მისვლა შეძლოს 2 საათის განმავლობაში.

მომსახურება მოიცავს ფსიქიატრის მიერ დანიშნული მედიკამენტების მიწოდებას;

¹⁰ საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=0>

სამედიცინო და სოციალური პრობლემების გადაჭრაში დახმარებას; კლიენტისა და მისი ოჯახის წევრების ფსიქოგანათლებას; სომატური პრობლემების შემთხვევაში არსებული სიმპტომების, კვლევებისა და პროგრამების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება; საჭიროების შემთხვევაში სტაციონარში გადაყვანის ორგანიზება.

2019 წელს გაიზარდა როგორც, მობილური გუნდის დაფინანსება, ისე მისი რაოდენობა და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. თუ 2018 წელს მთელს საქართველოში 11 მობილური გუნდი იყო, იგი 2019 წელს 31-მდე გაიზარდება¹¹. რაც სახელმწიფოს მიერ სათემო სერვისების შესახებ ინტერესზე მეტყველებს. გარდა ამისა, სერვისზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა საშუალებას მისცემს ადამიანებს მიიღონ მათთვის საჭირო მედიკამენტები უფასოდ, რაც სოციალურად და ეკონომიკურად მოწყვლადი მოსახლეობისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. ასევე, უფრო მეტ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანს ექნება საშუალება მიიღოს მისთვის საჭირო ინფორმაცია დაავადების, არსებული სერვისებისა თუ პროგრამების შესახებ; შეამციროს სტაციონარში მოხვედრის რისკს; კლიენტსა და მის ოჯახის წევრს შეუმცირებს ეკონომიკურ და დროის ხარჯს.

¹¹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=0>

კვლევის დიზაინი

მიზანი:

დავადგინოთ რამდენად ფარავს მობილური გუნდის მომსახურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისა და მათი ოჯახის წევრების საჭიროებებს.

ამოცანები:

- როგორია ოჯახში მცხოვრები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა და მათი ოჯახის წევრების ძირითადი საჭიროებები;
- როგორ პასუხობს მათ გამოწვევებს მობილური გუნდის მომსახურება;
- როგორია სახელმწიფოს მზადყოფნა მობილური გუნდის მომსახურების განვითარებისა და ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისთვის სათემო მომსახურების განვითარების მიმართულებით;
- როგორია სოციალური მუშაკის როლი და გამოწვევები მობილური გუნდის მომსახურებისა და ზოგადად, სათემო მომსახურების სისტემაში.

კვლევის ობიექტი:

- მობილური გუნდის მომსახურების მიმღები პირები და მათი ოჯახის წევრები;
- მობილური გუნდის პერსონალი: სოციალური მუშაკი, ფსიქიატრი, სოციალური ფსიქიატრი, ექიმი/ექთანაი, ფსიქოლოგი;
- არასამთავრობო სექტორი და ექსპერტები;
- სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკები;
- სახელმწიფოს წარმომადგენელი.

კვლევის მეთოდოლოგია:

კვლევაში გამოყენებულ იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდი-სიღრმისეული ინტერვიუ, რომელმაც საშუალება მოგვცა რესპოდენტებისაგან მიგველო დეტალური და ღრმა ინფორმაცია.

კვლევაში ჩართული იყო 10 მობილური გუნდის მომსახურების მიმღები და 8 ოჯახის წევრი; მობილური გუნდის პერსონალი: 4 ფსიქიატრი, 2 ექთანი, 4 სოციალური მუშაკი, 1 ფსიქოლოგი; 1 სახელმწიფო, კერძოდ "საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო"-ს წარმომადგენელი; 3 სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკი; 2 ექსპერტი ორგანიზაციებიდან: "ალიანსი უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის", "მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის ცენტრი".

კვლევა მიმდინარეობდა 2018 წლის ოქტომბრის თვიდან 2019 წლის იანვრის თვემდე. მომსახურების მიმღებებთან და მათ ოჯახის წევრებთან ინტერვიუ ჩატარდა მათ საცხოვრებელ ადგილას, ხოლო დანარჩენ რესპოდენტებთან მათ სამუშაო ადგილას. ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო 40 წუთიდან 75 წუთამდე. მასალა დამუშავებულ იქნა აუდიო მასალის შედეგად. ინტერვიუს აუდიო ჩაწერის შესახებ მოხდა თითოეული რესპოდენტის ინფორმირება.

კვლევის შეზღუდვა: რესპოდენტთა შერჩევა მოხდა მობილური გუნდის მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციებში არსებულ სივრცეზე დაყრდნობით, მობილური გუნდის პერსონალთან ერთად, რათა მაქსიმალურად შერჩეულიყო ის მომსახურების მიმღებები, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა სტაბილურია და უნარიანი იყვნენ კვლევის კითხვებზე პასუხის გასაცემად. კვლევა ჩატარდა თბილისის მასშტაბით. რესპოდენტთა პასუხები შესაძლოა არ იძლეოდეს ზოგად წარმოდგენას, ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისა და მათი ოჯახების წევრების საჭიროებების შესახებ.

კვლევის ანალიზი

კვლევამ აჩვენა, რომ მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებ რესპოდენტთა უმრავლესობას აქვს მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, საყოფაცხოვრებო პირობებიც არაადაკმაყოფილებელია; შრომისუნარიანი ასაკისა და განათლების მიუხედავად დაუსაქმებლები არიან; ძირითადად ცხოვრობენ ხანდაზმულ მშობლებთან ერთად, რომელთაც თავის მხრივ აქვთ სხვადასხვა სახის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები. გამოკითხულ რესპოდენტთა უმრავლესობის ერთადერთი შემოსავალი ხანდაზმული ოჯახის წევრის და შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის გამო დანიშნული პენსიაა. ზოგიერთ შემთხვევაში კი ფულადი სოციალური დახმარება. რესპოდენტთა ნაწილის განცხადებით, მიუხედავად მათი ოჯახების მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა, სოციალური დახმარების მიღებისთვის შემუშავებული არასამართლიანი კრიტერიუმების გამო ვერ იღებენ შესაბამის სტატუს და ვერც ფულად დახმარებას. რაც შეეხება სოციალიზაციის დონეს, იგი საკმაოდ დაბალია. რესპოდენტთა უმრავლესობის თქმით, ისინი ძირითადად სახლში არიან, რადგან არ სურთ გარეთ გასვლა, ხოლო ნაწილი ვერ ახერხებს მოხუცი მშობლის სახლში დატოვებას ან არ იცის სად წავიდეს. მათი უმრავლესობა დღის განმავლობაში დროს ტელევიზორთან ატარებს. გამოკითხულ რესპოდენტთაგან მხოლოდ ორი სარგებლობს დღის ცენტრის სერვისით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მსგავსად, მათი ოჯახის წევრებიც განიცდიან სირცხვილის გრძნობას, რაც მოქმედებს მათ ემოციურ და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე. ჩატარებულ კვლევაზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებებისა და მათ ოჯახის წევრებს უმეტესად ერთნაირი საჭიროებები აქვთ და ისინი მჭიდროდაა ერთმანეთთან დაკავშირებული.

მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებებისა და მათი ოჯახის წევრების ძირითადი საჭიროებები:

1. სოციალურ-ეკონომიკური: რესპოდენტთა უმრავლესობას აქვს მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა და საყოფაცხოვრებო პირობები. მათი ნაწილი, შეძლებისდაგვარად ახერხებს საბაზისო საჭიროებების დაკმაყოფილებას, თუმცა ყოველდღიურად, ეკონომიკური პრობლემების გამო აწყდებიან სხვადასხვა სირთულეს. უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ ფსიქიკური პრობლემების გარდა აქვთ, სხვადასხვა სახის ჯანმრთელობის პრობლემები, რომელთა მკურნალობისა და მედიკამენტების ყიდვისთვის თანხა არ ყოფნით. ასევე, უჭირთ გადასახადების გადახდა. ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ არსებული პენსია არაა საკმარისი საბაზისო მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად და აუცილებელია მისი გაზრდა:

„პენსია უნდა გაზარდონ, იმიტომ რომ, ახლა წარმოიდგინეთ, მუშაობა არ შემიძლია, დავუშვათ არ მყავს დასაქმებული ოჯახის წევრი, 100 ლარით როგორ უნდა ვიცხოვრო?“

„თუ არ გვასაქმებენ მოგვცენ ისეთი პენსია, რომ გვეყოს! პენსია წამლების საყიდლადაც კი არაა საკმარისი.“

ერთ-ერთი რესპოდენტი, ფინანსური პრობლემის გამო იძულებულია საკუთარი და მისი ხანდაზმული მამის კვება უფასო სასადილოდან წამოღებული სადილით უზრუნველყოს. სურვილის მიუხედავად თავად ვერ ახერხებს მოამზადოს ის კერძი, რაც სურს. ასევე, ეკონომიკური პრობლემების გამო ვერ ახერხებს სხვა საყოფაცხოვრებო საჭიროებების დაკმაყოფილებასაც:

„ადამიანი სანამ ცოცხალი ხარ ბევრი რამე გინდა, მარტო ჭამაც ხომ არაა“

„ფინანსური მდგომარეობა ძან მოქმედებს“

რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ მათ ეკონომიკურ მდგომარეობას ართულებს, სოციალური დახმარების მიღების არასამართლიანი კრიტერიუმები, რადგან არ

შეუძლიათ ფულადი სოციალური დახმარების აღება ან მოეხსნათ სხვადასხვა მიზეზის გამო. ერთ-ერთმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ ოჯახის წევრმა დაიწყო მუშაობა მცირე ხელფასზე, რაც მიზეზი გახდა სოციალური დახმარების მოხსნის, მიუხედავად იმისა რომ ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა კვლავ მძიმე დარჩა. ასევე, ერთ-ერთმა რესპოდენტმა (ოჯახის წევრმა), რომელსაც მოუხსნეს სოციალური დახმარება, აღნიშნა :

„რა ვქნა, მშობლების მიერ დატოვებულ სახლში ვცხოვრობ. პარკეტი ავყაროთ? ეს ავეჯიც მე არ შემიძენია, მშობლების დანატოვარია. ორი ავადმყოფი მყავს სახლში, მეც ონკოლოგიური ავადმყოფი ვარ და ძლივს გაგვაქ თავი. მე ჩემით ცოტა რაღაცას კი ვახერხებ, მაგრამ ამის გამო უნდა შეეწყვიტათ დახმარება? ხომ არ გადავყრი ამ ყველაფერს?“

„მანქანა უფიქსირდებოდა მამაჩემს, რომელიც ადრე გავყიდეთ და ამის გამო გვითხრეს, რომ არ გვეკუთვნოდა დახმარება.“

მობილური გუნდის წევრებიც აღნიშნავენ, რომ მათი მომსახურების მიმღებებს უწევთ ძალიან მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში ცხოვრება, არსებული პენსია და სოციალური დახმარება კი არაა საკმარისი მათი მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის. ერთ-ერთი მობილური გუნდის სოციალური მუშაკი, რომელიც მომსახურებას თბილისის გარდა საგარეჯოსაც აწვდის, აღნიშნავს:

„სოციალური ფონი აქვთ ძალიან მძიმე. განსაკუთრებით ეთნიკურ უმცირესობებში. აქვთ ენის ბარიერი და ბევრ რაღაცეებს ვერ აგებინებენ. თბილისში უფრო აქვთ ხელმისაწვდომობა, რეგიონებში უფროა ეს პრობლემა, არ გამოდიან სახლიდან. ცნობიერება ძალიან დაბალია პაციენტებში და ოჯახებში. არის სტიგმა და სტერეოტიპები და ამის გამო ჩაკეტილები არიან.“

„რამდენიმე ოჯახია, რომ შევედი მგონი გავეკვავდი. მარტო ფილმებში მაქვს ნანახი რა პირობებში ცხოვრობენ. ფანჯარა არ აქვთ და ბეტონზე ცხოვრობენ.“

„მათი უმრავლესობა ლატაკზე ლატაკია.“

2. დასაქმება: რესპოდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ არ მუშაობს, თუმცა სურს დასაქმება, რადგან მათი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობა მძიმეა და დანიშნული პენსია არაა საკმარისი ყოველდღიური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად.

რესპოდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ დასაქმებას შემდეგი ორი მიზეზის გამო ვერ ახერხებენ: პირველი, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო ვერ მოძებნის "ღირსეულ" სამუშაოს. ფიზიკური სამუშაო კი რთულია წამლების ზემოქმედების გამო და თვლიან, რომ სრულ განაკვეთზე მუშაობასაც ვერ შეძლებენ. ერთ-ერთი მათგანი დიდი ფიზიკური დატვირთვის გამო იძულებული გახდა სამსახურიდან წამოსულიყო, რამაც მის ემოციურ მდგომარეობაზე იმოქმედა:

„ჩემთვის რთული იყო. ბევრი მძიმე ტომრის თრევა მიწევდა. ფეხიც კი დავიზიანე და წამოვედი. როცა ვერაფერს ვერ ვაკეთებ მოქმედებს ძალიან. ოჯახს, რომ ვერ ვეხმარები.“

მეორე მიზეზად ასახელებენ არსებულ სტიგმისა და სტერეოტიპებს და თვლიან, რომ მათთან საქმიანი ურთიერთობის დამყარება არავის მოუხდება. ამ მიზეზით, არც არასოდეს უცდიათ სამსახურის პოვნა. ნაწილმა კი აღნიშნა, რომ რამდენჯერმე ქონდა დასაქმების მცდელობა, თუმცა უშედეგოდ:

„ჩემნაირ ავადმყოფებს ბევრ ადგილას არ ასაქმებენ.“

„მე როგორ დავსაქმდები. არც მიცდია მოძებნა.“

„ახლა მე როგორ დავსაქმდები? 40 წელს გადავაბიჯე, ან როგორ დავსაქმდე, რომ გაიგებენ ვინ ამიყვანს?“

„ვიყავი გასაუბრებაზე, არც დიაგნოზი დამიმალავს. რო ვუთხარი შეეცყო, რომ არ მოეწონა და თავი შორს დაიჭირა.“

ერთ-ერთმა რესპოდენტმა ისიც აღნიშნა, რომ იყო დასაქმებული, თუმცა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაართულების გამო იძულებული გახდა სამსახურიდან დროებით წამოსულიყო, დასტაბილურების შემდეგ კი უკან დაბრუნების მცდელობის მიუხედავად, აღარ მიიღეს.

რესპოდენტთა ოჯახის წევრებიც განიცდიან, როგორც საკუთარ, ისე მათი შვილების უმუშევრობის პრობლემას. ზოგიერთი მშობლის თქმით, მათ შვილს აქვს უმაღლესი დამთავრებული, თუმცა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო ვერ ახერხებს დასაქმებას:

„ძალიან განვიცდი, რომ დამთავრებული აქვს უმაღლესი სპორტის აკადემია და ვერ მუშაობს.“

„ჩემს შვილს ამერიკაში და ჰელსინკში აქვს უნივერსიტეტი დამთავრებული, მდგომარეობის გაუარესების გამო იძულებულ გახდა ჩამოსულიყო. აქ ვცადეთ რამდენჯერმე დასაქმება, მაგრამ არსად არ დაგვიბარეს.“

„კარგი იქნებოდა, რომ სამსახური და სადმე გასასვლელი მქონდეს. ხალხს შევხვდებოდი, გულს გადავაყოლებდი.“

დასაქმების პრობლემა გამოყვეს მობილური გუნდის წევრებმაც. მათი თქმით, მომსახურების მიმღებები და მათი ოჯახის წევრების უმრავლესობა დაუსაქმებელია და ვერ ახერხებენ თვითრეალიზაციას. ხოლო, ის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები, რომლებსაც აქვთ სამსახური, ვერ იღებენ "ღირსეულ" ანაზღაურებას. პრობლემაა საჯარო სამსახურში მათი დასაქმებაც. ერთ-ერთი ფსიქიატრის თქმით, არიან ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირები, რომლებსაც აქვთ უნარი, რესურსი და სურვილი დასაქმდნენ, თუმცა როდესაც დამსაქმებელი იგებს მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას და განსაკუთრებით მისი სტაციონარში ყოფნის შესახებ, თავს არიდებს მის სამსახურში აყვანას.

3. სტიგმა და იზოლირება: კითხვაზე თუ როგორია მათი სოციალური ცხოვრება, რესპოდენტთა ნაწილმა აღნიშნა, რომ აქვთ კონტაქტი ნათესავებთან და მეზობლებთან, თუმცა არა ინტენსიური. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა უმრავლესობა დროს სახლში ატარებს და გარე სამყაროსთან კონტაქტი თითქმის არ აქვს. ინტერვიუების დროს კონტაქტის არარსებობის რამდენიმე მიზეზი გამოიყო: სირცხვილის გრძნობა; მოტივაციის და სურვილის არ ქონა; ხანდაზმული მშობლის

ჯანმრთელობის პრობლემები:

„არაფერს არ ვაკეთებ, ძირითადად ტელევიზორს ვუყურებ. გარეთ თითქმის არ გავდივარ. ზოგჯერ შეიძლება საყიდლებზე.“

„მე თვითონ არ მაქ ურთიერთობა, იმიტომ რომ არ მინდა ვინმემ რაღაცა შემეკითხოს.“

„რა საჭიროა ყველამ გაიგოს, მე თვითონაც განვიცდი, რომ ეს ავადმყოფობა მაქვს. სიმართლე გითხრათ მე თვითონაც "მიტყდება", რომ ვიღაცა გაიგებს და სხვა თვალთ შემომხედავს.“

„არა, მეზობლებთან არ მაქ კონტაქტი. რამე რომ მკითხონ ***-ზე არ მინდა.“

„დედ-მამას აქვს ჯანმრთელობის პრობლემა. მამაჩემს ინსულინი უნდა გავუკეთო და ვერ გავდივარ ხშირად და ამის გამო ძირითადად სულ სახლში ვარ ხოლმე. კი გავდივარ ხოლმე, მაგრამ იშვიათად.“

ერთ-ერთი რესპოდენტის თქმით: „მინდა ქალაქში თავისუფლად სეირნობა, კინოში სიარული“, თუმცა ამას მარტო ვერ ახერხებს, ეს მგდომარეობა არ მოსწონს, მაგრამ ფიქრობს, რომ ვერაფერს ვერ შეცვლის.

მხოლოდ ორმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ სარგებლობს დღის ცენტრის მომსახურებით, რაც ეხმარება სხვა ადამიანებთან კონტაქტის დამყარებაში, რომელთაც შეუძლია გაუზიაროს საკუთარი გამოცდილებები; დაესწროს თერაპიებს, სადაც ხდება სხვადასხვა საჭირო თემების განხილვა. ერთ-ერთი რესპოდენტის განცხადებით სწორედ დღის ცენტრი დაეხმარა სახლიდან გასვლაში:

„გარეთ გასვლა მაგათმა დამაწყებინეს.“

„გვაქვს საუბარი დაავადების სიმპტომებზე და როგორ უნდა მოვიქცე.“

მობილური გუნდის პერსონალიც აღნიშნავს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებში დაბალია მოტივაციის დონე, ჩაკეტილნი არიან სახლში და არ აქვთ სურვილი გარეთ გამოსვლის.

ასევე, სტიგმა წარმოადგენს ერთ-ერთ დიდ პრობლემას. საზოგადოება თავს არიდებს მათთან კონტაქტს. ერთ-ერთი სოციალური მუშაკის თქმით, თავად მომსახურების მიმღებებსაც აქვთ სტერეოტიპები: ისინი, ვინც დასაქმებულნი არიან ითხოვენ, რომ მათთან სახლში ან სამსახურში კონტაქტი არ მოხდეს. არ უნდათ თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამჟღავნება. სტიგმა და სირცხვილის გრძნობა არსებობს ოჯახშიც:

„საახალწლოდ ოჯახმა თვითნებურად დააწვინა პაციენტი ჰოსპიტალში, ელოდებოდნენ სტუმრებს და არ უნდოდათ, რომ ეს პაციენტი ოჯახში ენახათ.“

ასევე, მობილური გუნდის პერსონალმა აღნიშნა, რომ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მომსახურების მიმღებებთან მუშაობა, რათა მოხდეს მათი მოტივაციის გაღვივება და გაუჩნდეთ სახლიდან გასვლის სურვილი; უნდა ხდებოდეს ადამიანებთან უფრო ინტენსიური მუშაობა: ჯგუფური შეხვედრები, თერაპიები და ა.შ.

„ძალიან მოკლებულნი არიან ადამიანებთან ურთიერთობას. ჭირდებათ მიკრო ჯგუფებთან ურთიერთობა, სადაც ექნებათ აზრთა გაცვლა-გამოცვლის შესაძლებლობა.“

4. ოჯახის წევრების ემოციური მდგომარეობა: ოჯახის წევრები აღნიშნავენ, რომ მათ ემოციურ მდგომარეობაზე ძალიან მოქმედებს შვილის ავადმყოფობა. ამას ძალიან განიცდიან და საკუთარ თავზე ფიქრისთვის დრო თითქმის არ რჩებათ. გამოკითხულ ოჯახის წევრთა უმრავლესობას ძირითადად არ აქვს კონტაქტი მეზობლებთან და ახლობლებთან, რადგან გაურბიან შვილის ჯანმრთელობის პრობლემებზე საუბარს. მიიჩნევენ, რომ ეს მხოლოდ მათი პრობლემა და საზრუნავია:

„ეს ჩემი ტვირთია მთელი ცხოვრება.“

„არ მყავს ისეთი, ვიც შეიძლება, რომ დამეხმაროს, თუნდაც ეკონომიკურად.“

ასევე, განიცდიან, რომ მათი ოჯახის წევრი მთელ დროს სახლში ატარებს და გარეთ ვერ გადის. ზოგიერთ მათგანს კი ეშინია და არ იცის როგორ მიიღებენ მათ შვილებს სხვები:

„კარგი იქნებოდა, რომ ემუშავა. მაგრამ მეშინია, თვითონ როგორ მიიღებს საზოგადოებს

და პირიქით. ამიტომ შუშაში გვყავს.“

ოჯახის წევრების უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ მათი ყოველდღიურობა რუტინულია და მხოლოდ საყოფაცხოვრებო საქმეების კეთებით შემოიფარგლება. გამოკითხულთაგან მხოლოდ ერთმა ოჯახის წევრმა თქვა, რომ აქვს აქტიური სოციალური ცხოვრება და ხშირად ხვდება მეგობრებს.

ხანდაზმულმა მშობლებმა აღნიშნეს, რომ განიცდიან და აქვთ შიში, თუ როგორი იქნება შვილის ბედი მათი გარდაცვალების შემდეგ. ინტერვიუს მსვლელობის დროს აღნიშნული საკითხი მათთვის ძალიან ემოციური აღმოჩნდა:

„მე ვყავარ მარტო. არ ვიცი, მე რომ აღარ ვიქნები რა ეშველება, სად უნდა წავიდეს, ან ვინ მოუვლის?! ამის მეშინია.“

მობილური გუნდი აღნიშნავს, რომ ოჯახის წევრთა ემოციური დატვირთვა და სტრესის დონე მაღალია. ზოგიერთ ოჯახში არის კონფლიქტები, რადგან ოჯახს უჭირს გაანალიზოს და გაუმკლავდეს მათი ოჯახის წევრის ფსიქიკური პრობლემებიდან გამომდინარე რთულ ქცევას, რაც იწვევს გაღიზიანებას ორივე მხარისთვის. ასევე, აღნიშნავენ, რომ მათი მომსახურების მიმღებების ოჯახის წევრთა უმეტესობა დაუსაქმებელი და ხანდაზმულია. განიცდიან შიშს:

„არიან პაციენტები, რომლებსაც მარტო მოხუცი დედა ყავთ და რომ გარდაიცვლება ამ ადამიანების ბედი კითხვის ნიშნის ქვეშ დგება.“

ექსპერტებისა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალურ მუშაკების აზრით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების წინაშე დგას შემდეგი სახის პრობლემები: სხვადასხვა აქტივობებში ჩართვის, სამოქალაქო, განათლებისა და დასაქმების უფლებების შეზღუდვა, ოჯახის წევრების ემოციური მდგომარეობა, სტრესი, შესაბამისი და გამართული პოლიტიკის არარსებობა, პენსიის სიმცირე.

მათი აზრით, სოციალური კუთხით ძალიან ბევრი პრობლემაა: არ არის საჭირო

რაოდენობის დღის ცენტრები, ხოლო ისინი რომლებიც ფუნქციონირებს, ვერ აწვდიან ხარისხიან მომსახურებას. მათი თქმით, დღის ცენტრებში უნდა ხდებოდეს სხვადასხვა სახის უნარების განვითარება, ექსკურსიის ტიპის გასვლები, სპორტული ღონისძიებები და სხვა. ასევე, ოჯახის წევრებისთვისაც აუცილებელია შესაბამის მომსახურებების მიწოდება, მათი მხარდაჭერისა და გაძლიერების მიზნით.

ერთ-ერთი ექსპერტი ხაზს უსვამს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების და მათი ოჯახების საჭიროებების სრულფასოვნად კვლევის აუცილებლობას:

„რეალურად ჩვენ გამოკითხვა არ გვაქვს ჩატარებული. არ ვიცით ამ ადამიანებს რა საჭიროება აქვთ, ჩვენ ვლაპარაკობთ ჩვენი საკუთარი პრაქტიკიდან, ჩვენი გამოცდილებიდან და ჩვენი შეხედულებით რა შეიძლება მათ ჭირდებოდეთ.“

დამატებით აღნიშნავს ოჯახების გაძლიერების მნიშვნელობას, რადგან ისინი განიცდიან სირცხვილის გრძნობას, გაღიზიანებას, ბრაზს და უმუშევრობას:

„დიაგნოზი რომ დაისმება, როგორც პაციენტთან მუშაობ, ისე ოჯახის წევრთანაც მუშაობ, იმიტომ რომ ახალი რეალობა დგება და ამ ახალ რეალობას მომზადებული უნდა შეხვდეს, როგორც პაციენტი, ისე ოჯახის წევრი. ოჯახის წევრს ჭირდება ცოდნა. არ აქვთ ინფორმაცია, დაავადების სიმპტომების, მკურნალობის შესახებ. არ იცის თავის თავს როგორ უნდა უშველოს.“

ერთ-ერთი აუცილებელი საჭიროება, რომელიც გამოიყო, ეს არის საცხოვრისის არსებობის აუცილებლობა. მობილური გუნდის წევრები აღნიშნავენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები ზოგ შემთხვევაში ცხოვრობენ მარტო და ესაჭიროებათ მხარდაჭერა და ზრუნვა, ხოლო ბევრ მათგანს ყავს მოხუცი მშობელი, რომელიც მასზე ზრუნავს, თუმცა მისი გარდაცვალების შემდეგ რჩება მარტო და შესაძლოა ბევრ ყოველდღიურ პრობლემას წააწყდეს. ამიტომ საჭიროა საცხოვრისების არსებობა, სადაც ადამიანები მიიღებენ მათთვის საჭირო ზრუნვასა და მხარდაჭერას:

„საცხოვრისის საკითხიც მნიშვნელოვანია. შეიძლება ისეთი ადამიანი აღმოჩნდეს, რომ

აღარ ყავდეს მზრუნველი, საჭიროებდეს მეთვალყურეს და მისი გარდაცვალების შემდეგ დარჩეს მარტო. სადღაც ხომ უნდა იცხოვროს?!“

მობილური გუნდის მომსახურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებთან:

კითხვაზე თუ რამდენად აკმაყოფილებს მობილური გუნდი არსებულ საჭიროებებს, მომსახურების მიმღებებმა და ოჯახის წევრებმა განაცხადეს, რომ მათი სამედიცინო საჭიროებები დაკმაყოფილებულია. თუ ადრე ფინანსური პრობლემების გამო ვერ ახერხებდნენ მედიკამენტების ყიდვას, ახლა უფასოდ იღებენ, რამაც მინიმუმამდე დაიყვანა ფსიქიკური ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები და გართულებები. გამოკითხულთაგან ყველამ აღნიშნა, რომ სერვისში ჩართვის შემდეგ, არცერთი აღარ მოხვედრილა სტაციონარში. ასევე, სიმპტომების გართულების შემდეგ იციან როგორ მოიქცნენ, კონკრეტულად კი ურეკავენ მობილური გუნდის რომელიმე წევრს და მათგან ყოველთვის იღებენ შესაბამის დახმარებას, რაც მათ ეხმარებათ სიტუაციის დარეგულირებაში და სირთულეებთან გამკლავებაში. რესპოდენტები აღნიშნავენ, რომ ეს არის მათთვის ემოციური მხარადჭერა და თანადგომა, რადგან იციან, რომ პრობლემებთან მარტო არ არიან და არსებობენ ადამიანები, რომლებიც მათ დაეხმარებიან.

მომსახურების მიმღების თქმით, სერვისში ჩართვის შემდეგ მათი მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა. რესპოდენტთა ნაწილი აღნიშნავს, რომ საჭიროების შემთხვევაში მობილური გუნდის პერსონალისგან იღებს ფსიქოლოგიურ დახმარებასაც, რაც მათ ეხმარებათ ემოციური პრობლემების გადაჭრაში და რთული სიტუაციიდან გამოსავლის პოვნაში:

„ძალიან კარგი დამოკიდებულება აქვთ, სულ მზად არიან დახმარებისთვის.“

„არის ყურადღება. ტელეფონზე ძალიან ხშირად არის მაგათი ზარი. კითხულობენ როგორა ხართ, როგორ არის. ესე იგი უაღრესად კმაყოფილი და მადლობელი ვარ.“

„არ ვიცი, როგორც, აი ძალიან ძალიან დიდი გულშემატკივარი, როგორც შენი ოჯახის

წვერი გვერდზე დამიდგა, მაქვს მაგათი ნომერი და თუ რაღაცა ისეთი გართულება იქნა დავურეკავ და მაშინვე მომხედავენ.“

მხოლოდ სამმა ოჯახის წევრმა აღნიშნა, რომ პირად ემოციებზე და განცდებზე მობილურ გუნდთან არ აქვთ საუბრები:

"თუ რამე მაქვს ისეთი, ჩემი შვილების გარდა არავის არ ვეუბნები."

გამოკითხულთაგან მხოლოდ ერთმა რესპოდენტმა და მისმა ოჯახის წევრმა გამოთქვა უკმაყოფილება სერვისის მიმართ. მათ აღნიშნეს, რომ დანიშნულმა მედიკამენტებმა და მკურნალობამ უარყოფითად იმოქმედა. წამლების გამო შემცირდა ფიზიკური უნარები, ვეღარ ახერხებს დამოუკიდებლად გარეთ გასვლად, უჭირს გადაადგილება. ოჯახის წევრის განცხადებით, მათ ინფორმაცია მიაწოდეს მობილურ გუნდს, თუმცა ამას შესაბამისი რეაგირება არ მოყოლია, რის გამოც თვითნებურად შეამცირეს მედიკამენტის დოზა.

მომსახურების მიმღებები აღნიშნავენ, რომ მობილური გუნდის სერვისმა შეამცირა მათი ფინანსური ხარჯებიც. პირველი იმის გამო, რომ მედიკამენტები მიეწოდებათ უფასოდ და მეორე, შეუძლიათ დაზოგონ ტრანსპორტის ხარჯიც, რადგან მობილური გუნდი მიდის ბინაზე ან არის მათ საცხოვრებელთან ახლოს და არ უწევთ ტრანსპორტის გამოყენება. ასევე, მობილური გუნდის ერთ-ერთი დადებითი მხარეა მისი საცხოვრებელთან ახლოს მდებარეობა. ადამიანებს პირადად შეუძლიათ მედიკამენტების წამოღება, რამაც, როგორც მომსახურების მიმღებებმა აღნიშნეს, მისცათ მოტივაცია გასულიყვინ სახლიდან.

თავის მხრივ, მობილური გუნდის პერსონალიც აღნიშნავს, რომ სერვისი აკმაყოფილებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სამედიცინო საჭიროებებს და უზრუნველყოფს საჭირო მედიკამენტების მიწოდებას, რამაც შეამცირა სტაციონირების შემხვევები. ასევე, მომსახურების მიმღებებთან აქტიური კომუნიკაციისა და მედიკამენტების მიღებაზე დათანხმების შედეგად, დასტაბილურდა მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რამაც ასევე დადებითი გავლენა იქონია ოჯახის წევრების

მდგომარეობაზე:

"ოჯახისთვის შვებაა, როცა იციან, რომ მათ შეუძლიათ გავიდნენ სახლიდან და პაციენტი მარტო დატოვონ და ოჯახი ანდონ. ეს საშუალებას აძლევს, რომ იმუშაონ და მატერიალურად გამართულები არიან. ადრე ვერ ტოვებდნენ ხოლმე."

"ძალიან ღირებულია სერვისია. წარმოიდგინეთ, რომ არ იცით ვის დაურეკოთ და გაქვთ ტელეფონი ვისაც ეკუთვნის, რომ გიპასუხოს და პლუს კვალიფიცირებული პასუხი გაქვს".

კითხვაზე, თუ რა კუთხით ჭირდება სერვისს განვითარება, რესპოდენტებმა აღნიშნეს, რომ იგი ყველასთვის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, კარგი იქნება თუ დაემატება თერაპიული ფუნქციაც და ეყოლება ფსიქოლოგი; ხოლო მობილური გუნდი ვიზიტისას მასთან უფრო დიდხანს დარჩებოდა და მეტი დრო დაეთმოდა საუბრებს:

"რა თქმა უნდა დადებითია რასაც აკეთებს. კარგი იქნება, რომ იყოს ფსიქოთერაპევტის მაგვარი, იმიტომ რომ წამლები ქიმიანა, ფსიქოთერაპია მკურნალობაა."

"ავადმყოფს უნდა, რომ გაესაუბროს ვიღაცას. მოდიან, კი მეკითხებიან, მაგრამ ყოველთვის არა."

"საჭიროა კადრი, რომელიც უფრო სხვა კუთხით წაიყვანს. გაამხნევეს, მოტივაციას მიცემს."

მობილური გუნდის პერსონალიც აღნიშნავს ფსიქოლოგის საჭიროებას. ასევე, ზოგიერთი ფსიქიატრი მიიჩნევს, რომ უნდა გაიზარდოს ვიზიტების რაოდენობა. ამისთვის კი აუცილებელია პერსონალის დამატება, რათა ხარისხიანად მოხდეს მომსახურების მიწოდება და თითოეულ მომსახურების მიმღებს სათანადო დრო დაეთმოს. ასევე, უნდა გაიზარდოს სხვადასხვა ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა. ეს ხელს შეუწყობს სერვისის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებას.

მობილური გუნდის პერსონალმა ხაზი გაუსვა სერვისის და მისი პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე მუდმივი ზრუნვის აუცილებლობას. ისინი აღნიშნავენ, რომ

კარგი იქნება, თუ მოხდება მობილური გუნდების შეკრებები, სადაც განხილული იქნება არსებული პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები. აუცილებელია, საერთაშორისო გამოცდილებების შესწავლა და მათი გაზიარებაც.

სოციალური მუშაკის აზრით, მობილური გუნდის მუშაობა ორიენტირებული უნდა იყოს სოციალური უნარ-ჩვევების განვითარებაზე, რათა ადამიანმა დამოუკიდებლად შეძლოს ცხოვრება და არ იყოს მხოლოდ სერვისზე დამოკიდებული:

"გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ, მე ვალდებული უნდა ვიყო, რომ ამ ადამიანმა უკვე თვითონ მოახერხოს ის, რომ ამბულატორიაში იაროს, არ უნდა მივაკითხო სახლში. მე არ ვამბობ ჩაწოლილებზე და ვისაც არ შეუძლია. მათ დიახაც უნდა მიაკითხო. ჩემთვის კარგი უნდა იყოს ის, რომ გუნდის კარგ მუშაობაზე იყოს, ის რომ არ მყავდეს ორი წელი ერთი პაციენტი."

თუმცა, ამისთვის მნიშვნელოვანია ალტერნატიული სერვისების შექმნა, რომელიც მობილური გუნდის მუშაობის შედეგის კიდევ უფრო განმავითარებელი იქნება. რესპოდენტის თქმით, სანამ სახელმწიფო მსგავსი სერვისების შექმნაზე არ იზრუნებს, მომსახურების მიმღები იძულებული იქნება მუდმივად დამოკიდებული იყოს ერთსა და იმავე პროგრამაზე:

"რა ვუთხრა, რომელ დღის ცენტრში იარეთქო, სად გავუშვა?"

სახელმწიფოს როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში:

მობილური გუნდის პერსონალი და ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ბოლო წლებში გაიზარდა სახელმწიფოს აქტიურობა და ინტერესი სათემო სერვისების მიმართ. თანდათან იმატა დაფინანსების ოდენობამ, გაიზარდა სათემო მობილური გუნდების რაოდენობა და მასში ჩართული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა რიცხვიც. ის ფაქტი, რომ 2020 წლისთვის სათემო და ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსება 50/50-ზე უნდა იყოს, დადებითად მეტყველებს ქვეყნის ინტერესზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროსადმი. მიუხედავად წინ გადადგმული ნაბიჯებისა, ქვეყანა კვლავ არაერთი გამოწვევის წინაშე დგას:

მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებები და მათი ოჯახის წევრები აცხადებენ, რომ მათი პრობლემების გადასაჭრელად და საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, პირველ რიგში, მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს მხრიდან მეტი ყურადღება, მათი ეკონომიკურად დახმარება, პენსიების გაზრდა, სოციალური დახმარებების მიღებისთვის შემუშავებული კრიტერიუმების გადახედვა და შეცვლა, დასაქმების ხელშეწყობა, თავშესაფრებითა და საცხოვრისებით უზრუნველყოფა, ფართის გამოყოფა, სადაც ადამიანები შეძლებენ შეკრებას და ერთმანეთისთვის მათი მდგომარეობის გაზიარებას, შინ მოვლის სერვისების განვითარებას:

„ისინი ვიც ჩემზე უარეს მდგომარეობაშია და საკუთარი მდგომარეობის გააზრება არ შეუძლია, მათთვის უნდა დაიქირაონ მომვლელი.“

სოციალური მუშაკები და ფსიქიატრები აღნიშნავენ, რომ აუცილებელია სახელმწიფომ ხელი შეუწყოს ბიზნესს და მოახდინოს მათი მოტივირება, რათა მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების დასაქმება და მათთვის შესაბამისი სამუშაო პირობების შექმნა. ასევე, უნდა ხდებოდეს იმ იდეების წახალისება, რომლებიც სოციალური საწარმოების განვითარების შეუწყობს ხელს. ერთ-ერთი ფსიქიატრის თქმით:

„მცდელობა გვექონდა ამ მიკრო საწარმოს გაკეთების, მაგრამ ვერ მოვიპოვეთ დაფინანსება. ამას კეთილი ნებაც ჭირდება.“

სახელმწიფოს როლის მნიშვნელობის გაძლიერების აუცილებლობას ხედავენ მრავალფეროვანი სათემო სერვისების განვითარების კუთხითაც, რომელიც ხელმისაწვდომი იქნება მთელი ქვეყნის მასშტაბით. უნდა გაიზარდოს დაფინანსება ასერტული და სხვა თერაპიული გუნდების. ასევე, მობილური გუნდების დაფინანსება და მათი რაოდენობის ზრდა. ერთ-ერთი სოციალური მუშაკის აზრით, არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები, რომლებიც ყოველგვარი მომსახურების გარეშე რჩებიან, რადგან ვერ აკმაყოფილებენ ვერც მობილური გუნდის და ვერც ასერტულის კრიტერიუმებს, თუმცა არც სტაციონარში არიან გადასაყვანები. იგი მიიჩნევს, რომ აუცილებელია სახელმწიფოს მხრიდან ამ ადამიანებზეც გამახვილდეს

ყურადღება და მათთვისაც შეიქმნას სათანადო სერვისი.

მობილური გუნდის პერსონალი, სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკები და ექსპერტები აუცილებლად მიიჩნევენ ოჯახებისთვის შესაბამისი სერვისების განვითარებას და მათ მხარდაჭერას. ისინი აღნიშნავენ, რომ მნიშვნელოვანია ოჯახების აქტიური ფსიქოგანათლება. ჯერ კიდევ არის ოჯახის წევრებთან აქტიური მუშაობის საჭიროება: ინფორმაციის მიწოდება დაავადების შესახებ, მისი სიმპტომების და მასთან გამკლავების ხერხების შესახებ და ახსნა იმისა, რომ მათი ოჯახის წევრის "რთული" ქცევა მისი ფსიქიკური დაავადების შედეგადაა გამოწვეული:

„ანუ საჭიროებაა ოჯახის წევრებმა გააცნობიერონ, რომ ეს ძალით არ ხდება ანუ შეწინააღმდეგება და ურჩობა, ეს არის გამომდინარე მათი დაავადების მდგომარეობიდან.“

„ზოგ შემთხვევაში არის კონფლიქტური სიტუაციები, რადგან პაციენტს აქვს ისეთი გამოვლინებები, რომლებიც ოჯახის წევრებს არ მოსწონთ. ეს ქმნის დაძაბულობას. ანუ, სახლში თუ არის დაძაბულობა და არ არის სიტუაცია მოწესრიგებული, მერე ესეც მოქმედებს ბენეფიციარის მდგომარეობაზე.“

„ნუ თვითონ სახლში, თვითონ ოჯახის წევრების წინაშეც არის მუშაობა საჭირო, ფსიქო განათლება, ახსნა, ბევრჯერ გამეორება ერთი და იგივესი.“

"დიაგნოზი რომ დაისმება, როგორც პაციენტთან მუშაობ, ისე ოჯახის წევრთანაც მუშაობ, იმიტომ რომ ახალი რეალობა დგება და ამ ახალ რეალობას მომზადებული უნდა შეხვდეს, როგორც პაციენტი, ისე ოჯახის წევრი. ოჯახის წევრს ჭირდება ცოდნა. არ აქვთ ინფორმაცია, დაავადების სიმპტომების, მკურნალობის შესახებ. არ იცის თავის თავს როგორ უნდა უშველოს."

ასევე, რესპოდენტები მიიჩნევენ, რომ სტაციონარი არ არის გამოსავალი და უნდა მოხდეს მისი შემცირება. ამისათვის აუცილებელია ყურადღება მიექცეს საცხოვრისებისა და მცირე საოჯახო ტიპის სახლების განვითარებას, სადაც ადამიანები მიიღებენ შესაბამის მკურნალობას:

"საცხოვრისი არის ერთ-ერთი მწვავე პრობლემა. რომ გაკეთდეს მცირე საოჯახო ტიპის სახლები. დიდი ზომის სტაციონარებში ბერი პაციენტია უბრალოდ იმიტომ, რომ წასასვლელი არსად აქვთ. მათთვის უნდა არსებობდეს ადგილი სადაც შეძლებენ წასვლას, იცხოვრებენ, ოღონდ იქაც უნდა მიიღონ შესაბამის მკურნალობა."

ექსპერტებმა აღნიშნეს, რომ აუცილებელია პერიოდული კონტროლი და შეფასება, თუ როგორ სრულდება დაგეგმილი აქტივობები და გაწერილი პროცედურები. თუმცა მხოლოდ ეს არაა საკმარისი. აუცილებელია შემუშავდეს სწორი და ეფექტური მექანიზმები, რომლებიც შეაფასებენ ამა თუ იმ სერვისის ხარისხსა და ეფექტურობის დონეს.

დამატებით, აღინიშნა, რომ დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის პარალელურად უნდა ხდებოდეს საზოგადოებასთან აქტიური მუშაობა. სახელმწიფომ უნდა შეიმუშაოს სხვადასხვა სახის ღონისძიებები, რომლებიც ხელს შეუწყობს ცნობიერების ამაღლებას და არსებული სტერეოტიპების შემცირებას, რადგან საზოგადოებისთვის ძალით თავს მოხვეულმა ქმედებებმა შესაძლოა მათი გაღიზიანება გამოიწვიოს და ვერ მოვახდინოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა სოციალიზაცია.

რაც შეეხება სახელმწიფოს სამომავლო გეგმებს, "საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს" წარმომადგენელმა აღნიშნა, რომ სახელმწიფო ყოველწლიურად ზრდის სათემო სერვისების განვითარებისთვის გამოყოფილი თანხების რაოდენობას და მომავალშიც აპირებს კიდევ უფრო მეტად შეუწყოს ხელი ფსიქიკური ჯანმრთელობას. წარმომადგენლის თქმით, მიმდინარეობს საცხოვრისების შექმნაზე ფიქრი და დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის კიდევ უფრო აქტიური ხელშეწყობა.

სოციალური მუშაკის როლი სათემო სერვისებში:

სოციალური მუშაკის როლის და მის მიერ განხორციელებული აქტივობების შესახებ ინფორმაციის მიღების მიზნით, გამოიკითხა მობილური გუნდის სოციალური მუშაკები და სხვა პერსონალი, რომლებმაც აღნიშნეს, გუნდში პრაქტიკოსის შემდეგი სახის მოვალეობები:

- ნდობისა და თანხმობის მოპოვება, რაპორტის დამყარება;
- მომსახურების მიმღებისა და ოჯახის წევრების შეფასება;
- ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- არსებული სერვისების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და მათ მიღებაში დახმარება;
- პენსიისა და სოციალური დახმარების მისაღებად შესაბამისი დოკუმენტაციის შეგროვებაში დახმარება;
- მედიკამენტების მიწოდება და ვიზიტების განხორციელება;
- მხარდამჭერისა და ოჯახის წევრის მკურნალობის პროცესში ჩართულობის უზრუნველყოფა;
- ოჯახებში კონფლიქტების არსებობის შემთხვევაში, მათ დარეგულირებაში დახმარება და ფსიქოგანათლების უზრუნველყოფა;
- სხვადასხვა სახის სოციალური პრობლემების გადაჭრაში დახმარება/კონსულტირება;
- გუნდთან ერთად აქტიური მუშაობა;
- ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა და საჭიროების შემთხვევაში მომსახურების მიმღების გადამისამართება.

მობილური გუნდის სოციალური მუშაკების მიერ აღინიშნა, რომ პროფესიის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ძალიან მნიშვნელოვანია. მათი მუშაობის შედეგად მომსახურების მიმღებებისთვის შესაძლებელი გახდა საჭირო ინფორმაციის მიწოდება

ისეთი საკითხების შესახებ, როგორცაა პენსიისა და სხვადასხვა სახის სოციალური დახმარებების მიღების უფლება. ბევრ მათგანს, სოციალური მუშაკის მუშაობის შედეგად დაენიშნა სოციალური შემწეობა, ერთჯერადი ფულადი დახმარებები, პენსია და სხვა. ერთ-ერთმა სოციალურმა მუშაკმა აღნიშნა, რომ მომსახურების მიმღებებს მათთან განსაკუთრებული დამოკიდებულება აქვთ:

"ხვდებიან, რომ მე არა ვარ ექიმი და ცდილობენ, რომ სხვანაირად დამელაპარაკონ და ერთმა, რაღაც მომენტში მითხრა, რომ შენ ძალიან გასაგებად მელაპარაკებიო".

"ხვდებიან, რომ როგორც პაციენტს ისე არ უყურებ. რომ ხვდებიან, რომ ექიმი არ ხარ, როგორც მეგობარს, თანამოაზრეს და თანასწორს ისე გიყურებენ და გელაპარაკებიან, რაც კარგია და ბევრი მნიშვნელოვანი ინფორმაციის ამოღება შეიძლება."

პროფესიის როლის მნიშვნელობას აღნიშნავენ სხვა მობილური გუნდის პერსონალი და ექსპერტებიც. მათი აზრით, დიაგნოზის დასმის მომენტიდან სოციალური მუშაკი უნდა ჩაერთოს პროცესში და დაიწყოს მუშაობა, როგორც მომსახურების მიმღებთან, ისე მის ოჯახთან, მეზობლებთან და თემთან. ასევე, აღნიშნავენ, რომ გუნდის მუშაობა სოციალური მუშაკის გარეშე წარმოუდგენელია:

"პაციენტების პრობლემები არის არამხოლოდ სამედიცინო, არამედ სოციალურიც, ან შეიძლება პირიქითაც ვთქვათ, ზოგჯერ სოციალური მეტად არის, ვიდრე სამედიცინო."

სოციალური მუშაობის გამოწვევები:

სოციალურმა მუშაკებმა, პროფესიის წინაშე არსებულ არაერთ გამოწვევაზე ისაუბრეს. მათი აზრით, პირველ რიგში აუცილებელია შესაბამისი საუნივერსიტეტო განათლება და ცალკე მიმართულება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. განათლებით სოციალურმა მუშაკებმა აღნიშნეს, რომ უნივერსიტეტში სწავლის პერიოდში ვერ მიიღეს შესაბამისი თეორიული და პრაქტიკული ცოდნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის, აშლილობებისა და ინტერვენციის გზების შესახებ. მათი აზრით, უნივერსიტეტში აქტიურად უნდა ხდებოდეს საქართველოში არსებული რეალობის, პრობლემების, პროგრამების, პოლიტიკისა და რეალური შემთხვევების განხილვა:

"სოც. მუშაკებში საჭიროა განათლების დონის ამაღლება ამ სფეროში. უნივერსიტეტში არ არის ბევრი საგანი, რომელიც შეეხება მათ საჭიროებებს, გამოწვევებს, დახმარების გზებს. უნდა იყოს განათლება, რაც ასევე ხელს შეუწყობს თავად სოც.მუშაკებში სტერეოტიპების დამსხვრევას."

ასევე, აღნიშნავენ, რომ დასაქმებულ სოციალურ მუშაკებს აუცილებლად უნდა ქონდეთ საუნივერსიტეტო განათლება. უნდა არსებობდეს შესაბამისი რეგულაციები, რომელიც ამას გააკონტროლებს.

ამ მოსაზრებას არ ეთანხმებიან სხვა პროფესიის წამომადგენლები. მათი აზრით, მართალია სასურველია, რომ პრაქტიკოსს ქონდეს საუნივერსიტეტო განათლება, მაგრამ არა აუცილებელი და პრიორიტეტული. მათი აზრით, მთავარია ადამიანს ქონდეს ინტერესი, მოტივაცია, გამოცდილება და მოწოდება.

შესაბამისი განათლების საჭიროების გარდა გამოიყო პროფესიის წინაშე არსებული არაერთი გამოწვევა თუ პრობლემა:

1. კადრების ნაკლებობა, განსაკუთრებით რეგიონებში;
2. არასათანადო ანაზღაურება;
3. ეფექტური რეგულაციების შემუშავება, რომელიც ხელს შეუწყობს საუნივერსიტეტო განათლების მქონე სოციალური მუშაკების დასაქმებას;
4. მეტი ჩართულობა ბენეფიციარის უფლებების დაცვის, დასაქმებისა განათლების კუთხით;
5. მაკრო დონეზე სოციალური მუშაობის როლის გააქტიურება;
6. ველზე მომუშავე სოციალური მუშაკების აქტიური ჩართვა პოლიტიკის შემუშავების პროცესში;
7. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სიახლეების შესახებ ინფორმაციის მუდმივი მიწოდება;

8. სოციალური მუშაკების მოტივაციის გაზრდა;

9. თემზე დაფუძნებული სოციალური მუშაკების აქტიურობა არსებული პრობლემების გადასაჭრელად;

"საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს" წარმომადგენელმაც ხაზი გაუსვა პროფესიის როლის მნიშვნელობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, ასევე, აღნიშნა, რომ აქტიურად მიმდინარეობს მუშაობა საცხოვრისების შექმნისა და განვითარების კუთხით, სადაც იგი ხედავს სოციალური მუშაობის მნიშვნელობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მხარდაჭერისა და სოციალური უნარების განვითარების კუთხით.

მომსახურების მიმღებებსა და მათ ოჯახებს, პროფესიის შესახებ ინფორმაცია უმეტესად არ აქვთ. უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ არ იცის, თუ ვინაა გუნდში სოციალური მუშაკი და რა ფუნქცია-მოვალეობა აქვს მას. მხოლოდ ორმა რესპოდენტმა აღნიშნა;

"აღბათ ოჯახში ვიზიტები უნდა გააკეთოს და გაეცნოს ოჯახის მდგომარეობას, თუ რამე უჭირს რაღაცით დაეხმაროს. აი ეს აღბათ, სხვას რას უნდა აკეთებდეს".

"წამლების მოწოდება და გასაუბრება."

"უშუალოდ გამოკითხვას ატარებენ და მოქალაქეებს უმსუბუქებენ მძიმე მდგომარეობას, ყოფას."

"სტატისტიკურ მონაცემებს აგროვებენ."

ძირითადი დასკვნები და რეკომენდაციები

ფსიქიკურ ჯანმრთელობას ცხოვრების ნებისმიერ ეტაპზე შეუძლია გავლენა იქონიოს ადამიანის ზოგად მდგომარეობაზე. იგი არის ერთ-ერთი განმსაზღვრელი, თუ როგორ შეუძლია ინდივიდს გაუმკლავდეს ყოველდღიურ სირთულეებს, გადაჭრას მის წინაშე არსებული პრობლემები, მართოს ემოციები, დაამყაროს პოზიტიური კონტაქტი სხვა ადამიანებთან, მოახდინოს საკუთარი შესაძლებლობების რეალიზება, დამოუკიდებლად მართოს საკუთარი ცხოვრება და ა.შ.

მნიშვნელოვანია, რომ ქვეყნებმა დასახონ გეგმები, რომლებიც ხელს შეუწყობს ისეთი სერვისების შექმნას, რომლებიც მოახდენენ დაავადების პრევენციას, შეამცირებენ სტიგმას, დისკრიმინაციასა და ადამიანის უფლებების შელახვას; ხელს შეუწყობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანისა და მისი ოჯახის მკურნალობაში მონაწილეობას; განავითარონ სათემო სერვისები და ხელმისაწვდომი გახადონ ყველა დაინტერესებული პირისთვის; დასახონ შესაბამისი პოლიტიკა და სამოქმედო გეგმა.

აღნიშნული სფეროსადმი არასათანადო ყურადღება და სერვისების არ არსებობა, იწვევს ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ადამიანების დამოუკიდებლობის დაკარგვას, ხელს უწყობს საზოგადოებისგან იზოლირებას და ზრდის სხვაზე და სახელმწიფოზე დამოკიდებულების შესაძლებლობას. მკურნალობის პროცესში ყურადღება უნდა მიექცეს არამხოლოდ სამედიცინო, არამედ სოციალური საჭიროებების დაკმაყოფილებაც. ასევე, მნიშვნელოვანია ოჯახის გაძლიერება და მათი მკურნალობის პროცესში ჩართვა, რადგან იგი გამოჯანმრთელების პროცესზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს. რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია: როდესაც ვსაუბრობთ ამა თუ იმ სერვისის შექმნაზე, აუცილებელია ზუსტად ვიცოდეთ სამიზნე ჯგუფის საჭიროებები, რათა სერვისი მაქსიმალურად იქანებს მორგებული და ემსახურებოდეს მათი მდგომარეობის გაუმჯობესებას. სამიზნე ჯგუფზე უკეთ არავინ იცის, რეალურად რა პრობლემებს აწყდება, ყოველდღიურად რასთან უხდება გამკლავება, რა იქნება მისი ცხოვრების გაუმჯობესებისთვის საჭირო და ა.შ. ამიტომ, აუცილებელია ამა თუ იმ სერვისის შექმნა

ყოველთვის ეფუძნებოდეს შესაბამის კვლევას. ეს საშუალებას მოგვცემს თავიდან ავირიდოთ გაუმართლებელი ხარჯი და რაც მთავარია, მივიღოთ რეალური შედეგი და გავზარდოთ ადამიანების ცხოვრებით კმაყოფილების ხარისხი.

საქართველოში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარებისთვის არაერთი ნაბიჯი გადაიდგა. შეიქმნა სხვადასხვა სახის თემზე დაფუძნებული სერვისი, მათ შორის მობილური გუნდის მომსახურება, რომელიც მომსახურებას საცხოვრებელ ადგილას აწვდის.

ზემოთ აღნიშნულმა კვლევამ აჩვენა, რომ მობილური გუნდის მომსახურებამ ადამიანთა უმრავლესობაზე დადებითად იმოქმედა. პირველ რიგში, ყველა მათგანს აქვს საჭირო და უმეტეს შემთხვევაში ძვირადღირებულ მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა. მობილური გუნდის მეშვეობით ხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა დათანხმება მკურნალობაზე, რამაც მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა გააუმჯობესა. როგორც თავად მომსახურების მიმღებები, ოჯახის წევრები და მობილური გუნდის პერსონალი აღნიშნავს, მკურნალობამ ხელი შეუწყო სიმპტომების გამოვლენის შემცირებას, თითქმის არ არის სტაციონირების შემთხვევები. მედიკამენტებით უზრუნველყოფამ გავლენა იქონია ოჯახის ეკონომიკურ მდგომარეობაზეც. მაგალითად, თუ ადრე ოჯახს უწევდა დიდი რაოდენობის თანხის გადახდა მედიკამენტებში, ახლა ამ თანხის დაზოგვას ახერხებენ. ასევე, არ უწევთ გაიღონ ხარჯი ტრანსპორტისთვის, რადგან მომსახურებას ბინაზე იღებენ.

მობილური გუნდის სერვისი ადამიანებს ეხმარებათ მათთვის რთულ დროს იპოვონ გამოსავალი. ყველა მათგანს აქვს მობილური გუნდის წევრების საკონტაქტო ინფორმაცია, რომელზე დარეკვა და კონსულტაციის მიღება ნებისმიერ დროს შეუძლიათ. როგორც რესპოდენტებმა აღნიშნეს, ეს მათ ეხმარებათ თავი მარტო არ იგრძნონ პრობლემების წინაშე, მიიღონ კომპეტენტური კონსულტაცია, ფსიქოლოგიური და ემოციური მხარდაჭერა.

მობილური გუნდი მომსახურების მიმღებებს დაეხმარათ გაეგოთ ინფორმაცია ქვეყანაში არსებული სოციალური დახმარებების შესახებ, მიეღოთ კუთვნილი პესია, დაენიშნათ

ფულადი სოციალური დახმარება და სხვა. გუნდი აქტიურად ცდილობს იმუშაოს, როგორც ინდივიდთან, ისე მის ოჯახთან. ასევე, უზრუნველყოფს შესაბამისი ფსიქოგანათლებით.

მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებებისა და მათი ოჯახების საჭიროებების კვლევისას გამოიყო შემდეგი ძირითადი პრობლემები: მათ უმეტესობას აქვს მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები; სირთულეს წარმოადგენს დასაქმება და საზოგადოებაში ინტეგრაცია, არსებული სტიგმა და სტერეოტიპები. რესპოდენტთა თქმით, სახელმწიფოს მიერ დანიშნული პენსია და სოციალური დახმარებები არაა საკმარისი მათი ყოველდღიური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. რესპოდენტები საუბრობენ სოციალური შემწეობების არასამართლიან კრიტერიუმებზეც, მიიჩნევენ მათი გადახედვისა და შეცვლის აუცილებლობას. რაც შეეხება სოციალიზაციის დონეს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები, ასევე მათი ოჯახის წევრები დროის უმეტეს ნაწილს სახლში ატარებენ. ერიდებიან მეზობლებთან და ახლობლებთან კონტაქტს, რადგან არ სურთ თავიანთ მგომარეობაზე საუბარი; განიცდიან სირცხვილის გრძნობას.

ქვეყანაში ჯერ კიდევ არაერთი პრობლემა და გამოწვევაა, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისათვის, ისე მათი ოჯახებისათვის. მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს სფეროს სიღრმისეულად შესწავლა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ქმედებების განხორციელება.

რაც შეეხება სათემო სერვისებში სოციალური მუშაკის როლს, იგი ხელს უწყობს სოციალური მოდელის მნიშვნელობის გააზრებასა და მხარდაჭერას. პრაქტიკოსის დახმარებით მომსახურების მიმღებებს საშუალება აქვთ საჭირო ინფორმაცია მათთვის გასაგებ ენაზე მიიღონ. სოციალური მუშაკი ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირებს ინფორმაციას აწვდის დაავადებისა და სიმპტომების შესახებ; როგორ მოიქცნენ გართულების შემთხვევაში, რა რესურსი არსებობს თემში. სოციალური მუშაკის სახით მომსახურების მიმღებებისა და მის ოჯახის წევრებს ყავთ მხარდამჭერი, რომელთა აზრის, საჭიროებებისა და გამოცდილებების გათვალისწინება ხდება მკურნალობის

დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში. სოციალური მუშაობა, ორიენტირებულია და ცდილობს მკურნალობა წარიმართოს არა საავადმყოფოში ან რომელიმე ინსტიტუციაში, არამედ მომსახურების მიმღებების თემში ან მასთან ახლოს, რათა არ მოხდეს ადამიანის იზოლირება საზოგადოებისგან.

რაც შეეხება საქართველოში სოციალური მუშაობის როლს, იგი ჯერ კიდევ გამოწვევების წინაშე დგას და საჭიროებს განვითარებას. როგორც აღმოჩნდა, მომსახურებების მიმღებებს არ აქვთ ინფორმაცია პროფესიისა და მისი როლის შესახებ. სოციალური მუშაკების აზრით, სათანადო ყურადღება არ ექცევა საუნივერსიტეტო განათლებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის კუთხით. მაშინ როდესაც, განვითარებულ ქვეყნებში შესაბამისი განათლების ქონა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში აუცილებელია. ასევე, სოციალური მუშაკები ვერ ახერხებენ აქტიურად იმუშაონ მომსახურების მიმღებებთან თერაპიული მიმართულებით, ხარისხიანად იზრუნონ ადამიანების სოციალური უნარების განვითარებისთვის. პროფესიის აქტიურობა დაბალია თემის მობილიზების კუთხითაც, არ ხდება ადვოკატირება შესაბამისი სერვისების განვითარების მიზნით. პროფესიის როლი შემოიფარგლება მხოლოდ მაკრო დონეზე მუშაობით. როგორც ზოგიერთი სოციალური მუშაკი აცხადებს, ამის ერთ-ერთი მიზეზი პრაქტიკოსებს შორის დაბალია მოტივაციის დონეა. ასევე, არ არის საკმარისი რაოდენობის სოციალური მუშაკები, რომლებსაც ექნებათ საუნივერსიტეტო ხარისხი. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავეა რეგიონებში.

ჩემი აზრით, არსებული პრობლემების გადასაჭრელად აუცილებელია:

- სახელმწიფომ გადადგას აქტიური ნაბიჯები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების სოციალური, ეკონომიკური და საყოფაცხოვრებო მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად;
- პენსიების და სოციალური დახმარების გაზრდა, რადგან არსებული ვერ აკმაყოფილებს საბაზისო საჭიროებებს;
- გადაიხედოს და შეიცვალოს სოციალურად დაუცველის სტატუსის მინიჭების კრიტერიუმები, რადგან მიუხედავად მობილური გუნდის მომსახურების

მიმღებების მიმღე სოციალურ-ეკონომიკური პირობებისა, ვერ ახერხებენ სოციალური დახმარების დანიშვნას;

- შეიქმნას დასაქმების პროგრამები, მოხდეს ბიზნესის წახალისება დაასაქმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები და შეიქმნას სოციალური საწარმოები;
- შეიქმნას მრავალფეროვანი სერვისები, რომლებიც ყურადღებას გაამახვილებს სოციალური უნარების გაუმჯობესებაზე და ადამიანებს მოამზადებს დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის;
- ოჯახების გაძლიერება: მათი სოციალური, ეკონომიკური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის განვითარებაზე ზრუნვა. უნდა შეიქმნას ცალკე ოჯახების გაძლიერებაზე ორიენტირებული სერვისები;
- დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის პარალელურად, აქტიურად ხდებოდეს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, სტიგმისა და სტერეოტიპების შემცირება და მათი მომზადება, რათა ეს ყველაფერი არ იყოს თავსმოხვეული. საჭიროა აქტიური მუშაობა, რათა საზოგადოებამ გააცნობიეროს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები არ არიან საზოგადოებისთვის საშიშები და პირიქით, მათი სოციალურ ცხოვრებაში აქტიურად ჩართვის წახალისებით შეიძლება საერთო კეთილდღეობაზე უკეთესი ზრუნვა;
- მუშაობა სოციალური უნარების განვითარების კუთხით და აქტიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- ხარისხიანი და მრავალფეროვანი სერვისების შექმნა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს საცხოვრისებსა და მცირე საოჯახო ტიპის სახლების, დღის ცენტრების განვითარებას. ასევე, ისეთი სერვისების შექმნას, რომლებიც შეთავაზებენ სხვადასხვა სახის თერაპიებს, გასართობ თუ სპორტულ აქტივობებს;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების საჭიროებების, გამოწვევების და არსებული სერვისების ხარისხის შესახებ კვლევების

ჩატარება;

- სოციალური მუშაობის განვითარების კუთხით, მოხდეს მობილური გუნდის წევრებისა და მომსახურების მიმღებების მეტი ინფორმირება პროფესიის და მისი როლის შესახებ;
- საუნივერსიტეტო განათლების აუცილებლობის აღიარება. მნიშვნელოვანია, მოხდეს თავად უნივერსიტეტებში აღნიშნულ სფეროზე მეტი აქცენტის გაკეთება და შესაბამისი მიმართულების განვითარება, რადგან სოციალური მუშაკს უნდა ქონდეს საფუძვლიანი ინფორმაცია ფსიქიკური აშლილობების, სიმპტომების, ჩარევის გზების, თეორიების და ა.შ. შესახებ.
- პრაქტიკოს ქონდეს მეტი შესაძლებლობა აქტიურად ჩაერთოს სათემო სერვისებში და მისი მუშაობის დიდი ნაწილი დაუთმოს მომსახურების მიმღების სოციალიზაციაზე ზრუნვას, საჭირო უნარ-ჩვევების განვითარებას; სერვისების შექმნის ადვოკატირებას და სხვა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. A. Ornellas 2014. Views of Social Workers on Their Role in Mental Health Outpatient and Community_Based Services; Stellenbosch University
2. AASW (2014). Practice Standarts for Mental Health Social WOrkers 2014 <https://www.aasw.asn.au/document/item/6739>
3. BASW (September 2010). BASW Policy on Social Work in Multy Disciplinary Mental Health Theme https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_32134-10_0.pdf
4. C.J. Olckers (2008). A Training programme in the DSM system for social workers; University of Pretoria <https://repository.up.ac.za/bitstream/handle/2263/25541/Complete.pdf?sequence=9>
5. D. Bhugra, A. Till & N. Sartorius (2013). What is mental health; *International Journal of Social Psychiatry*. Vol.59, No 1, pp.3-4 (Jenuary, 2013) <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764012463315>
6. D. McDaid & G. Thornicroft (2005). Policy brief: Mental Health II: Balancing institutional and community-based care; World Health Organization 2005,on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
7. F. Hjärthag, K. Persson, K. Ingvarsdotter & M. Östman (2017). Professional views of supporting relatives of mental health clients with severe mental illness; *International Journal of social psychiatry*, Vol. 63, pp.63-69, The Authors 2016
8. G. Thornicroft & M. Tansella (2003). What are the arguments for community-based mental health care? WHO regional office for Europe's Health Evidence Network ; August 2003. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf
9. H. Ritchie & M. Roser (2018). Mental Health; Our WOrldin DAta (April,2018) <https://ourworldindata.org/mental-health#disease-burden-of-mental-health-and-substan>

ce-use-disorders

10. I. Femdal (2018). The right place? Users and Professional's constructions of the place's influence on personal recovery in community mental health services; *International journal of mental health systems*; Vol.: 12, No 1; pp.:1-3; The Authors 2018;. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-018-0209-z>
11. J. F. Cheng, X. Y. Huang, . M. J. Lin, Y.H Wang & T. P. Yeh (2017). The influence of mental health home visit service partnership intervention on the caregivers' home visit service satisfaction and care burned; *Journal of clinical nursing*; Vol.: 27; No 3-4; ©John Wiley & Sons Ltd; October 2017

http://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/abs/10.1111/jocn.14123
12. J. Ohrnberger, E. Fichera & M. Sutton (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social science&Medicine*; Vol:195, pp. 42-49 (Dezember, 2017)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617306639>
13. K. White, D. Roy & I. Hamilton (1997). ABC of Mental Health: Community mental health services; *British Medical Journal*, Vol314, No.7097 (Jun, 1997), pp. 1817-1820

<https://www.jstor.org/stable/25174931>
14. L. Conway (2016). Mental Health Social Workers: The State Of Their Well-Being and Support. St. Catherine University and the University of St. ThomasSt.Paul, Minnesota

https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1571&context=msw_papers
15. L. Dixon, W. R. McFarlane, H. Lefley (2001). Evidence-Based Practices for Services to Families of People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, Vol.52, No 7. July 2001, pp.: 903-908 <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.52.7.903#>

16. M. Slade, A. Rosen & R. Shankar (1995). Multidisciplinary mental health teams; International Journal of Social Psychology, Vol. 41, No. 3, pp.180-189
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002076409504100303>
17. N. Makhashvili & R. Voren (2013). Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia. *Health in Action*, Vol.10,No 1; PLOS Medicine (January, 2013)
<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001366>
18. N. Makhashvili (2010). Annual Report 2010; Global initiative on Psychiatry-Tbilisi
<https://www.gip-global.org/files/gip-tbilisi-annual-review-2010.pdf>
19. P. Lehmann & R. Ricka (2004). Psychische Gesundheit: Entwurf zur Stellungnahme bis Mitte Mai 2014; Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz; Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Februar ,2004)
https://www.gdkcde.ch/fileadmin/pdf/themen/gesundheitsystem_und_strategien/nationale_gesundheitspolitik/pdf1579.pdf
20. P. Huxley, Sh. Evans, C. Baker (2011). Integration of Social Care Staff within community mental health teams. NIHR Service delivery and Organisation Programme, 2011
21. R. Allen (2014). The Role of Social Worker in Adult Mental Health Services. The Collage of Social Work. The voice of social work in England; April 2014
https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_112306-10_0.pdf
22. Sawatsky A. W. (2015). The evolution of social work mental health practice: Patient records research at Selkirk Mental Health Center (SMHC), 1947-1980. University of Manitoba, Canada
https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/30692/Sawatsky_Alexander.pdf?sequence=1

23. Triplett D.C. (2017). Working With Mental Illness and The Preparation Of Social Workers.
<https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1096&context=honors-theses>
24. WHO (2014). Mental Health: A state of well-being.
https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
25. WHO(2017). Community mental health services will lessen social exclusion, says WHO
<https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/>
26. WHO (2018) Data and resources
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>
27. World Health Organisation: Mental Health Atlas 2017
https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/
28. Y. Miyamoto, R. Hashimoto-Koichi, M. Akiyami & S. Takamura (2015). Mental health and social service needs for mental health service users in Japan: a cross-sectional survey of client- and staff-perceived needs; *International journal of mental health systems*; Vol.: 9, No. 1; pp.: 6-7; Miyamoto et al, April 2015;
<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0009-7>
29. ბროშურა-სოციალური მუშაკის როლის შესახებ, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე პირებთან მუშაობისას.
30. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი(2007). ჯანმრთელობის დაცვა: სტატისტიკური ცნობარი;
<http://www.ncdc.ge/Pages/User/Documents.aspx?ID=f10b3ffb-da47-4488-94df-2f03764cf365>

31. ზრუნვის სისტემის შეფასების ანგარიში 2018. "საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა" & "კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრი"
32. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი): შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში; საქართველოს შრომის, ჯანდაცვის და სოციალური დაცვის მინისტრის #01-151 ბრძანება (24 ივლისი, 2013)
<https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/027a1faa4884f16b6046d141805f7e09.pdf>
33. ლ. სულაბერიძე, მ. უჩანეიშვილი & ნ. გამყრელიძე (2014). ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები; პოლიტიკის ნარკვევი (ივნისი, 2014).
<https://www.gip-global.org/files/mental-health-policy-brief-geo-web.pdf>
34. საქართველოს კანონში "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" (14 ივლისი, 2006).
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/24178?publication=14>
35. საქართველოს მთავრობის დადგენილება "ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიულ დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის" დამტკიცების შესახებ; (11 დეკემბერი, 2013)
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>
36. საქართველოს პარლამენტის დადგენილება "ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის დამტკიცების შესახებ"; (11 დეკემბერი, 2013)
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2157098?publication=0>
37. საქართველოს მთავრობა (2014). „2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2891068?publication=0>
38. საქართველოს მთავრობა (2016). „2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3530020?publication=0>

39. საქართველოს მთავრობა (2017). "2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ"; *საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე*
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3972595?publication=0>
40. საქართველოს მთავრობა (2018). "2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ"; *საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე*
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=0>
41. სოციალური მომსახურების სააგენტო (2018). ფსიქიკური ჯანმრთელობა.
http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=808

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Tamar Giorgadze

Mobile team service for people with mental health problems -
major challenges and perspectives

Social Work

Master Thesis is done to obtain the Master's Degree in Social Work

Supervisor: Tamar Makharadze

Associate professor of Faculty of Social and Political Sciences of TSU

Tbilisi

2019

68