

მოდული I

1.4 სოციალური ინსტიტუტები და სისტემები

ინსტიტუციონალური რეფორმების პოლიტიკის საკითხები ფსიქიატრიის სფეროში კოსტ-საბჭოთა ბლოკის ქვეყნებში

მზრუნველობა ყველაზე სუსტებზე ცივილიზებულ საზოგადოებაში

აღმოსავლეთ და შუა ევროპაში სოციალური გარდაქმნები, როგორც ეკონომიური გარდაქმნის ანტიპოდი პოლიტიკის მთავარი მახასიათებელია. ის საზოგადოება, რომელიც ძირეულ ცვლილებებს განიცდის, ადამიანებს მომავლის იმედს აძლევს. ხოლო გარიყულ ადამიანებს სწრაფი ეკონომიკური ცვლილებები არ ეხებათ. ეთნიკური უმცირესობისთვის, ხანდაზმულების, უნარშეზღუდულებისა და ავადმყოფებისათვის საგრძნობლად უარესდება სოციალური მომსახურება და დახმარება. ადამიანის უფლებების შელახვაც არ არის იშვიათი მოვლენა.

ფსიქიატრიული და ფსიქოლოგიური დახმარება, მზრუნველობა ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულ ადამიანებზე, ასევე მოხუცებზე, ზრუნვა ყველაზე სუსტებზე – ამ საზოგადოების სარკეა.

რაც უფრო ჰუმანური და ცივილიზებულია საზოგადოება, მით უფრო მეტად იღწვის ადამიანებისთვის, ვინაიდან ღირსეულად ითვლება მზრუნველობა ფსიქოლოგიურად, ინტელექტუალურად, ფიზიკურად ან სოციალურ-ეკონომიურად ნაკლებად უზრუნველყოფილ ადამიანებზე. ახალი დამოუკიდებელი ქვეყნების გამოცდილებამ დაგვანახა, რომ ცივილიზებული საზოგადოება ავტომატურად არ აუმჯობესებს ფსიქიატრიულ, ფსიქოლოგიურ და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობას, რომლებიც სოციალურად ყველაზე ნაკლებად

უზრუნველყოფილი ინდივიდებისთვის არის განკუთვნილი. საზოგადოება ნამდვილად ცივილიზებულად მხოლოდ მაშინ ითვლება, როცა იმ ადამიანებს მფარველობს, რომელთაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად არსებობა უძღურებისა და სწეულების გამო, როცა გაჭირვებულებზე ზრუნავენ მისი ღირსების დაცვით, როცა მათ პრობლემებს სერიოზულად უყურებენ, როცა მზრუნველობის ხარჯები სტრუქტურულად და ადეკვატურად იფარება ნაციონალური ბიუჯეტიდან და როცა მზრუნველთა ორგანიზაციები აკმაყოფილებენ მათ მოთხოვნილებებს, ვინც დახმარებას ითხოვს. მაგრამ უმთავრესი მაინც ის არის, რომ ვინც სხვისგან ზრუნვას საჭიროებს, მათ უნდა მოეპყრონ არა პატერნალისტურად, არამედ როგორც ავტონომურ, ინდივიდუალური გადაწყვეტილების მიმღებ პიროვნებას, როგორც საზოგადოების თანასწორუფლებიან წევრს, მისივე თვითგამორკვევისა და თვითრეალიზაციისთვის.

ცივილიზებულ საზოგადოებაში შეზღუდვების ან სერიოზული ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებს არიქვამენ, როგორც საზოგადოების სრულუფლებიან წევრებს, რაც იმის აღიარებაა, რომ მათ გააჩნიათ ისეთივე უფლებები, როგორიც ამ ქვეყნის ყველა სხვა მოქალაქეს.

გადაჭარბებული არ იქნება, თუ ვიტყვით, რომ ფსიქიატრიულ და ფსიქოლოგიურ დახმარებას შეუძლია განაპირობოს ზოგადად მთელი საზოგადოების სიცოცხლის ხარისხი. რა თქმა უნდა, ეს შესანიშნავად ჟღერს, მაგრამ შეუძლებელია დაწესდეს მკურნალობის ტაქტიკა იმ სფეროსთვის, რომელსაც ადამიანების არსებობა მოიცავს. ფსიქიატრიასა და ფსიქოლოგიურ დახმარებაში, ისევე, როგორც მედიცინაში ზოგადად უნდა მოხდეს განსაზღვრული პრობლემების აღწერა. მეორეს მხრივ, ფსიქიატრიაში, ფსიქოლოგიურ დახმარებასა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა

მზრუნველობაში ჩართულ ყველა სოციალურ მუშაკს საჭიროა გაცნობიერებული ჰქონდეს, რომ ფსიქიატრიული პრობლემები და უნარშეზღუდულობის პრობლემები საზოგადოდ მთელ ადამიანურ არსებობას მოიცავენ, და არა მარტო ფიზიკურს. ასეთი მიდგომით მთელი ადამიანური არსებობის უნიკალურობა განიხილება ფსიქიატრიული, ფსიქოლოგიური დახმარების და უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის ჭრილში და არა ჯანდაცვის ერთი ვიწრო სფეროს ამოცანად. ეს ნებისმიერ მოქალაქეს ააცილებს ავტორიტარული დიაგნოზის ჩარჩოებში მოქცევის საფრთხეს.

ადამიანური კონტაქტი - გარდაუვალი აუცილებლობა

ფსიქიატრია, ფსიქოლოგიური დახმარება და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის აღმოჩენის სფერო უნდა განვასხვაოთ ზოგადი ჯანდაცვისაგან იმის მიხედვით, როგორებიცაა თუნდაც, ჩარევის მეთოდები, მკურნალობის საშუალებები და კონსულტაციების საგანი. ფსიქიატრია, ფსიქოლოგიური დახმარება და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობა მიზანმიმართულია ქცევისა და განცდებზე, ასევე კომუნიკაციურ ასპექტებზე, ანუ, როგორც სერიოზული ინტელექტუალური უნარშეზღუდვის შემთხვევაში გვხვდება – ურთიერთობებში წარმოქმნილ წინააღმდეგობებზე ქცევისა და განცდების დონეზე. მკურნალობის და კონსულტაციის არსი მდგომარეობს კავშირის დამყარებაში მზრუნველსა და მზრუნველობის სუბიექტს შორის.

ფსიქიატრიის, ფსიქოლოგიური დახმარების და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობისთვის მკურნალობისა და კონსულტაციისთვის არ

2006 © თამარ ჩაჩიბაია.

გამოდგება ისეთი ორგანიზაციული და მატერიალისტური ინფრასტრუქტურა, რომელშიც არ არის უზრუნველყოფილი შემდეგით:

ა) ვერ ხორციელდება კომუნიკაცია, როგორც საშუალება კვლევისა და მკურნალობისთვის,

ბ) პაციენტის სამყოფელი, ადგილი სადაც ყოფნის საშუალება ექნება, მაშინ, როცა მისი დესტრუქციული ქცევა მიმართულია საკუთარი თავის ან სხვის წინააღმდეგ და ამით ის მკურნალობის გარეშე რჩება.

თუმცა, იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტს საკუთარი ქცევის გარემოსთან შეთავსების უნარი შესწევს, სტაციონარში 24 საათიანი დაყოვნების აუცილებლობა უკვე გადაჭარბებული იქნება, ისევე, როგორც არ არსებობს მისი იქ მუდმივად ცხოვრების აუცილებლობა.

ფსიქიატრიის და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის რეფორმა აუცილებელია მისი დაარსების დღიდან, ფორმალური პროფესიონალიზმი უძლური აღმოჩნდა, რათა ფსიქიკურად სნეულთა ან ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა არსებობა ასატანი გაეხადა. რეფორმა პასუხს იძლევა იმაზე, თუ როგორ გავართვათ თავი გვერდით მდგომზე ზრუნვას, ვისაც დამოუკიდებლად ყოფნა არ შეუძლია. რეფორმა მათ იმაზე მეტის მიცემას პირდება, ვიდრე რეალურად გააჩნიათ, საერთო პალატაში უცხოთა გარემოცვაში მთელი ცხოვრების გატარების პერსპექტივის სანაცვლოდ.

ემანსიპაციის მნიშვნელობა

ფსიქიატრიისა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის რეფორმისთვის, ისევე, როგორც ჰუმანური და ეთიკურად გამართული ფსიქოლოგიური

დახმარების სისტემის შექმნისთვის პოსტ-ტოტალიტარულ ქვეყნებში, გასათვალისწინებელია, თუ როგორი ურთიერთდამოკიდებულება არსებობს მთავრობასა და ამ სექტორს შორის. შეიძლება ვინმემ იფიქროს, რომ ისინი გადაჯგუფულნი არიან ერთმანეთზე წარსულში ინდივიდუალური ავტონომიის ტოტალური შევიწროებისა და ამაში ფსიქიატრიის დარგის მიერ ხელსშეწყობის გამო. ყველაზე გავრცელებული სტერეოტიპი იყო ფსიქიატრიული პაციენტის პასიური როლი მკურნალთან დამოკიდებულებისას.

მედიცინის ისეთ სფეროში, როგორცაა, მაგალითად, ქირურგია, პაციენტის პასიურობა აშკარა წინაპირობაა იმისა, რომ ოპერაცია წარმატებული იქნება. თუმცა, საერთოდ ჯანდაცვაში თანამშრომლობის ხარისხი პაციენტთან და მის სოციალურ გარემოცვასთან ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც ფსიქიატრიაში, ფსიქოლოგიურ დახმარებასა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობაში. (ორმხრივი ძალისხმევა მკურნალობისას, როგორც მზრუნველობის აღმომჩენის, ასევე მიმღების მხრიდან)

პაციენტის ან ფსიქოლოგის კლიენტის თვალსაზრისით, ფსიქიატრიის, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის დეინსტიტუციონალიზაცია და მათი ინტეგრაცია საზოგადოებაში სრულუფლებიანობის მინიჭების ტოლფასია. ადამიანები, ვისაც ფსიქიატრიული პრობლემები ან ინტელექტუალური უნარშეზღუდვები გააჩნიათ, სწავლობენ, თუ როგორ იცხოვრონ ავტონომიურად და როგორ დაიკავონ ადგილი საზოგადოებაში.

ეს მხოლოდ მაშინ არის შესაძლებელი, როცა ფსიქიატრია, ფსიქოლოგიური დახმარება და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობა

2006 © თამარ ჩაჩიბაია.

დინტერესებულია იმ პროცესებით საზოგადოების სხვადასხვა დონეზე, სადაც პაციენტთა პრობლემები წარმოიქმნება, როგორებიცაა ოჯახი, სამუშაო და საზოგადოება. ეს მოითხოვს კოოპერაციას მსგავს ასოციაციებს, ოჯახურ და თვითდახმარების ჯგუფებს შორის, რომლებიც დახმარებას სთავაზობენ თანამომხმეებს, მათ ვისაც არ ძალუძთ დამოუკიდებლად დაიმკვიდრონ და შეინარჩუნონ ნორმალური არსებობა.

გარდაქმნები და დემოკრატია

უძრობას ვერ მართავ

ახალი ეტაპის დასაწყისს, ცვლილებებს, შემობრუნებას - 'die Wende'- ასევე მოჰყვა ყველა სახის ლოკალური ინსტიტუციების ამოძირკვა. მეხსიერებიდან ბევრი რამ ამოიშალა. საზოგადოება უკვე აღარ წარმოადგენდა იერარქიულ პირამიდას, ის გადაიქცა ანარქისტულ კუნძულებად, სადაც ავტორიტეტებს ცვლიდნენ გაერთიანებები, სუფევდა სოციალური ანარქია, სადაც ყველა ერთმანეთს უპირისპირდებოდა.

გარდაქმნის პერიოდის ქვეყნებისთვის დამახასიათებელია ახალი მისიის, ახალი არსის, ახალი ადგილის ძიება ქვეყნების იერარქიაში და წარსულის ახლებურად ინტერპრეტაცია.

დემოკრატიულ სახელმწიფოში ცხოვრება ნიშნავს ისეთ საზოგადოებაში ცხოვრებას, სადაც ყველა ერთისათვისაა და ერთი ყველასათვის. ასეთი საზოგადოებისთვის ყველაზე დიდი თავსატეხია, თუ როგორ ააგოს და განამტკიცოს სოციალური სოლიდარობა და ურთიერთპასუხისმგებლობა იმ ადამიანებს შორის, ვისაც განსხვავებული მოთხოვნები, შესაძლებლობები, მისწრაფებები აქვთ, რათა

მოხდეს მათი ერთობლივად განვითარება ადამიანური ღირსების დაცვით. როცა საქმე ეხება დახმარებასა და მზრუნველობას, ასეთი მიდგომა ბადას კითხვას, თუ როგორ დაიწყო და განხორციელდეს პაციენტების, ფსიქოლოგების კლიენტების, მათი ნათესავებისა და ასოციაციების ავტონომიურობა, მონაწილეობა მზრუნველობის პოლიტიკასა და აღსრულებაში. ბოლოს და ბოლოს, ფსიქიატრიული პაციენტები და ფსიქოლოგის კლიენტები არ არიან მზრუნველობის ობიექტები, არამედ სუბიექტები, ხოლო მათი ნათესავები არ არიან გულგრილი მაყურებლები, არამედ მზრუნველობის თანამონაწილეები.

სეგუინი, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის იდეის სულისჩამდგმელი, კაცობრიობის სოციალურ მისიას ასე განმარტავდა: „ღმერთი ხანდახან ჩვენს შორის ამყოფებს გენიოსებს და იდიოტებსაც, რათა დაუკავშიროს მდიდარი ღარიბს, ნიჭიერი კომპეტენტურს, ანუ ყველა ადამიანი ერთმანეთს“.

ბარდაქმნები და სიღარიბე

ბერლინის კედლის დაცემის შემდეგ, მთელი ქვეყანა საყოველთაო იდეალურმა რწმენამ მოიცვა, რომ თავისუფალი ბაზარი კეთილდღეობის მომტანი იქნებოდა.

ხელახლა მოპოვებული თავისუფლების პირველ წლებში უკვე ნათელი გახდა, თუ რის ფასად დაჯდებოდა ახალი პოლიტიკური და სოციალურ-ეკონომიკური მოწყობა. პროდუქციის სისტემები ხუსულელებით დაიშალა. სახელმწიფო საწარმოების პრივატიზაციას მოჰყვა მათი განიარაღება და გაძარცვა.

უმუშევრობა, რაც მანამდე უცხო იყო, ახალ სინამდვილედ გადაიქცა. კვლავინდებურად გაჭირდა თავის გატანა, მაგრამ ამ ჯერზე უკვე აღარსად ჩანდა

ყველაფრის მაკონტროლებელი სახელმწიფოს ძლიერი დამხმარე ხელი. მაგრამ მაინც რჩებოდა რწმენა, რომ დაქცეული ბაზარი მალე აღორძინდებოდა და ეკონომიკური აღმავლობა მოჰყვებოდა.

კომუნისტურ ხანაში სიღარიბის შესახებ მწირი ინფორმაცია ვრცელდებოდა. სიღარიბე ამჟამად დამახასიათებელია გარდაქმნის ეტაპზე მყოფი აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისთვის. ისეთი საერთაშორისო ორგანიზაციების, როგორებიცაა მსოფლიო ბანკი და გაერთიანებული ერების განვითარების პროგრამა (UNDP), კვლევების შედეგად გამოვლინდა, რომ გარდაქმნების დროს სიღარიბის გავრცელება ქვეყნების მიხედვით ასეთი თანმიმდევრობით აღინიშნება: სომხეთი, საქართველო, ბელორუსია და უკრაინა; საპირისპირო ვითარებაა ესტონეთში, ლატვიაში, პოლონეთსა და უნგრეთში;

ბავშვები ყველგან და ყოველთვის ადვილად მოწყვლად ჯგუფს წარმოადგენენ. საბჭოთა რეჟიმის დროს სამი და მეტშვილიანი ოჯახები სიღარიბის დიდი რისკის წინაშე იდგნენ. ამჟამადაც იგივე მდგომარეობა რჩება სომხეთში, ყირგიზეთში, უზბეკეთში, ყაზახეთში, რუსეთში, უკრაინაში, ბელორუსიაში, ესტონეთში, ლიტვაში, პოლონეთსა და უნგრეთში.

საზოგადოდ, დიდი ოჯახები უფრო მეტად ზარალდებიან სიღარიბის გამო, ვიდრე მცირერიცხოვანი ოჯახები. თუმცა, სომხეთში მცირერიცხოვანი ოჯახებიც სიღარიბის მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.

რუსეთში მარტონხელა მშობლის ოჯახი ძველადაც და ამჟამადაც ღარიბ ოჯახთა რიცხვს მიეკუთვნება. იგივეა უნგრეთსა და ლიტვაში.

გარდაქმნის შემდეგ კიდევ უფრო თვალშისაცემი გახდა, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია განათლება, სამუშაო და შემოსავალი ადამიანის სოციალური პოზიციისთვის. რაც უფრო მაღალია განათლების დონე, მით უფრო მეტია სამუშაოსა და შემოსავლის შენარჩუნების შესაძლებლობა. ასევე დიდი ალბათობა არსებობს ღარიბთა თავშესაფარში მოხვედრის, რომლებშიც კვლავაც დომინირებენ ძველი ნომენკლატურის წევრები. უმაღლესი განათლების მქონე ადამიანები მეტ შესაძლებლობებს ხედავენ საზღვარგარეთ მუშაობაში, იქნება ეს საკუთარი სპეციალობით, თუ არა. ამის შედეგად ხდება „ტვინების გადინება“, ასევე მეწარმეობის დეგრადაცია. ყველა სახის მეწარმეებმა, ვინც კი დარჩნენ, ძალიან მოკლე დროში შეძლეს გამდიდრება. ზღვარსგადასულად მდიდარი ხალხის პატარა ჯგუფი უკიდურესად ღარიბ ადამიანთა მასას უპირისპირდება, რომლებიც არსებობის ზღვარზე, ან საერთოდ მის მიღმა ცხოვრობენ. ეს ნიშანდობლივია ბევრი ქვეყნის ეკონომიკისათვის ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში. ყველაზე მკაფიო მაგალითია ევროპის ლატაკთა სამშობლო მოლდავეთი.

ქალები უფრო მეტად ზარალდებიან, ვიდრე მამაკაცები. ყველგან ერთნაირი ვითარებაა, სადაც უპირატესად ქალებით არის დაკომპლექტებული ფსიქიატრიული საავადმყოფოს, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა დაწესებულებების მომსახურე პერსონალი, ასევე სკოლებში, საავადმყოფოებში მომუშავეები. ქალების შრომას საგრძნობლად დაბალი სტატუსი აქვს, ვიდრე მათი ხელმძღვანელი მამაკაცების შრომას. მათი შემოსავალი არაადაქმაყოფილებელია, ზოგჯერ არც ეს გააჩნიათ. თვეობით გაუცემელი ხელფასები უფრო ჩვეული მოვლენაა, ვიდრე გამონაკლისი. თანაც, ხანგრძლივი დამქანცველი დღის შემდეგ ოჯახზე ზრუნვაც მათ კისერზეა.

მაშინაც კი, თუ ოჯახში მამაკაცი მუშაობს, ესეც არ არის საკმარისი თავის გასატანად. გასაგებია, რომ ამ გარემოებების გამო ეს ქალები უფრო მეტად დემოტივირებულები არიან იმისთვის, რომ თავდადებით იზრუნონ მათზე, ვინც უფრო უარეს მდგომარეობაში იმყოფება - ქრონიკულ ფსიქიატრიულ პაციენტებზე და იმ ადამიანებზე, ვისაც მძიმე ინტელექტუალური შეზღუდულობა აქვთ.

მივიწყებული ჯბუფები

სატელევიზიო და საგაზეთო რუბრიკებში, რომლებიც ასახავენ ცვლილებებს ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში, ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში, ასევე წარმოაჩენენ სხვადასხვა ფიგურებსაც, კერძოდ, იმ ადამიანების, ვინც დაივიწყეს და აღარ ახსოვთ. ტოტალიტარული რეჟიმები მხილებულ იქნენ იმ ქმედებებისთვის, რომლებსაც მიმართავდნენ დისიდენტური მოძრაობის საწინააღმდეგოდ, ადამიანის უფლებების შელახვის გამო და ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენების გამო მათ მიმართ, ვინც დიქტატორის მიმართ უკმაყოფილებას გამოხატავდა. მხოლოდ ახლა გახდა ცნობილი, თუ რაოდენ მადეგრადირებელია ცხოვრება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მათთვის, ვისაც მხოლოდ ფსიქოლოგიური პრობლემები აქვთ, სოციალურად უარყოფილი მოხუცებისთვის, ყველა იმ გარიყული ადამიანებისთვის, ვინც ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულია.

იბადება კითხვა, თუ რამდენად იქნება შესაძლებელი ამგვარი მივიწყებული ჯგუფების ფსიქიატრიული პრობლემების აღწერა ფართო, ანალიტიკური სახით. იქნება ეს მხოლოდ კლასიკური რუსული ფსიქიატრიისათვის დამახასიათებელი ტრიადა: შიზოფრენია, ეპილეფსია და ოლიგოფრენია, თუ ეს პრობლემები უფრო

დიფერენცირებულად უნდა გამოჩნდეს? ან რა შემთხვევებში შეიძლება საუბარი დეპრესიაზე, ფსიქოზსა და პოსტ-ტრავმატულ სტრესულ სინდრომზე? რამდენია ამ მივიწყებულ ჯგუფებში მამაკაცი, ქალი, ახალგაზრდა და ხანდაზმული? არსებობს თუ არა სისტემატიურად შეკრებილი მონაცემები მათი ცხოვრების შესახებ, ან ფსიქიატრიული ჩარევების შესახებ?

მრავალი „ფსიქიატრიული დარღვევა“ საერთო განსაზღვრების ქვეშ მოექცა, დაწყებული: დეპრესია, შიშები, შფოთვა, შიზოფრენია, მანია, პიროვნული დარღვევები, დემენცია, ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობა, ჭამისა და ძილის დარღვევები, ურთიერთობისა და სამსახურის პრობლემები, კრიმინალური, ანტი ან ასოციალური ქცევა; და დამთავრებული პოლიტიკური დისიდენტური შეხედულებებითა და ქცევით.

ბევრ ქვეყანაში ტერმინი „ფსიქიატრიული ჰოსპიტალი“ გადაიქცა საგიჟეთის ან იმ ინსტიტუციების ევფემიზმად, სადაც მობინადრეთა უბადრუკი ცხოვრება რეგულირდებოდა დაწესებულების ზედამხედველების მიერ ოცდაოთხი საათის განმავლობაში კვირის შვიდსავე დღეს. ნორმალური საზოგადოების მიღმა მათთვის განცალკევებული საზოგადოება იყო შექმნილი, რომელშიც მათი სიცოცხლე მთლიანად კონტროლდებოდა რეჟიმის მიერ, რაც ზღუდავდა ნებისმიერ პიროვნულ თავისუფლებას.

ზოგიერთ ქვეყანაში ზომები უკვე მიიღეს ე.წ. ახალი ეტაპის დასაწყისამდე, ცვლილებებამდე, შემობრუნებამდე - ‘დიე ჭენდე’- რათა გაეცალკევებინათ მზრუნველობა „ფსიქიატრიული დარღვევების“ მქონე ადამიანებზე ცალკე სრულიად დამოუკიდებელ სექტორად. დემენციით დაავადებულ მოხუცებზე მზრუნველობისთვის

სპეციალურად დაწესდა თავშესაფრები. წარმოიშვა ინიციატივები, რომა აღარ იყოს საჭირო ფსიქიატრიული პაციენტების მუდმივი ყოფნა საავადმყოფოებში.

გარდაქმნების სტადიში მყოფი ქვეყნების სიღარიბის შესახებ ზოგადი ხასიათის ინფორმაციებში არ არსებობს მონაცემები იმ სიღარიბის შესახებ, რომელიც სუფევდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, თავშესაფრებში, მოხუცებულთა პანსიონატებში და სხვა ამგვარ დაწესებულებებში. ეს მონაცემები ნელ-ნელა გროვდება იმ ადამიანებისა და ორგანიზაციების მიერ, რომლებიც ფოკუსირებული არიან ჰუმანური ფსიქიატრიის, ავადმყოფებზე, მოხუცებსა და უუნაროებზე მზრუნველობის პროგრამების განხორციელებაზე. ამ ინფორმაციებით ირკვევა, რომ ცხოვრება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა თავშესაფრებსა და მოხუცებულთა პანსიონატებში ხშირად ნიშნავს ერთდროულად საგიჟეთში და ჯოჯოხეთში ცხოვრებას.

ახალი იდეალი - სათვისტომოს მზრუნველობა

ფსიქიატრიისა და უნარშეზღუდულებზე ზრუნვის ნორმალიზაციისა და ინტეგრაციის პარადიგმა, ისევე, როგორც ბოლოდროინდელი სათვისტომოს მზრუნველობის პარადიგმა დასავლეთში საყოველთაოდ აღიარებული გახდა. ახალი იდეალი დაისახა იმ ადამიანების მოთხოვნების შესასრულებლად, ვინც ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულნი არიან, ან ფსიქიატრიული პრობლემა გააჩნიათ. კონკრეტულ საზოგადოებაში, სადაც სოციალურ რგოლს სპეციფიური დახმარების უნარი გააჩნია და უზრუნველყოფს მათ, ვინც ამას საჭიროებს, მით უმეტეს თუ პროფესიული ექსპერტიზაც შესაძლებელია - ეს უკვე ნიშნავს, რომ მზრუნველობა

და მხარდაჭერა ჭარმატებით ხორციენდება. ასეთი იდეალი გამოწვევაა ფსიქიატრიული პაციენტებისა და გონებრივად უნარშეზღუდული ადამიანებისთვის, რომ მათ საკუთარი ცხოვრების სადავეები თავიანთ ხელში აიღონ.

ამასთანავე, ნორმალიზაციის, ინტეგრაციის და სათვისტომოს მზრუნველობის შესაძლებლობები მთლიანად ვერ ჩაენაცვლება ინსტიტუციურ მზრუნველობას სრული მოცულობით. ფსიქოლოგიური, ფიზიკური, გონებრივი და სოციალური უძლურება უწყვეტი მზრუნველობის გარდაუვალ აუცილებლობას წარმოადგენს. სხვებზე მეტად სწორედ ისინი უპირისპირდებიან სერიოზულ სოციალურ შედეგებს, რაც მათი უნარშეზღუდულობით არის გამოწვეული. ყველანაირი მცდელობის მიუხედავად, „კარგი ცხოვრება“ მათთვის მიუწვდომელია, თუნდაც ნორმალური მოქალაქეების ცხოვრების სტანდარტული დონეც კი. იგულისხმება ისეთი სტანდარტული ბაზისური ელემენტები, როგორებიცაა პარტნიორი, სახლი და ანაზღაურებადი სამუშაო, მათთვის არ არის ნებადართული არც სოციალური აქტივობა, არც თავისუფალი ნების გამოხატვა, რომ თავისი სურვილისამებრ წავიდეს სადაც მოესურვება, დაამყაროს და შეინარჩუნოს სოციალური კონტაქტები. როცა რაიმე მიზეზით შეიძლება შეწყდეს ოჯახის ან მეგობრების მზრუნველობა, ამან არ უნდა გამოიწვიოს მათი ცხოვრების შეცვლა თუნდაც იმ დადგენილი შეზღუდული ლიმიტით, რითაც შემოიფარგლება რუტინული დაწოლა-ადგომის, დაბანვის და კვების რიტუალი „დაცულ“ გარემოში სუფთა ჰაერზე. ასეთ დაწესებულებებში მზრუნველობა უნდა აკმაყოფილებდეს რესპექტაბელური მკურნალობის მოთხოვნას პიროვნების ინდივიდუალურობის და ღირსების პატივისცემის დაცვით.

ნორმალიზაციის, ინტეგრაციისა და სათვისტომოს მზრუნველობის მიღმა ამავე დროს შეიძლება იმალებოდეს ის, რომ ქრონიკულ ფსიქიატრიულ პაციენტებისა და უნარშეზღუდულთა მიმართ დამოკიდებულება სინამდვილეში მოცილების რეაქციის, ან გაცალკევებისა და სოციალური კონტროლის გამომხატველია. ყველაფერთან ერთად, მათი არაგონივრულობა მიუღებელი და გაუგებარია დანარჩენი ადამიანების ჩვეული კეთილგონივრული არსებობისთვის და ამიტომ შიშს ბადებს. შიშს, რომელიც საჭიროა, რომ გაკონტროლდეს 'უცხო' ზუსტი განსაზღვრებით და კეთილგონიერი ადამიანების საზოგადოების ჩარჩოებში მისი მოქცევით.

ფსიქოლოგიური გადახრები და უძლურება არა მარტო ავადმყოფებსა და უნარშეზღუდულებს ემუქრება. ის ეხება მათ ახლობლებსაც. არაკეთილგონიერი, ანუ შეშლილი ადამიანი და მისი ირაციონალურობა თავისთავად სათაკილოა, ეს არის ოჯახის კეთილი სახელის და ღირსების შემლახველი. ამას საგულდაგულოდ მაღავენ, რათა ხალხის თვალს მოაცილონ, ჩაკეტონ იგი.

ადრინდელი დაწესებულებების აგებულება, სტრუქტურა და ორგანიზაცია გულისხმობს შეშლილების, ირაციონალურების სხვებისგან განცალკევებით მოთავსებას, სადაც ისინი თავისუფლებას იყვნენ მოკლებულნი. ასეთი დაწესებულებები, ანუ ინსტიტუციები ისეთნაირად იყო ორგანიზებული, რომ აგრესიულ და დესტრუქციულ ქცევას არ გამოეწვია მატერიალური ზარალი, ან მომსახურე პერსონალისათვის საფრთხე შეექმნა. ინსტიტუციები მოკლებულნი იყვნენ ყოველგვარ მიმზიდველობასა და კომფორტს, ან თუნდაც რაიმეს, რაც აღძრავდა ინტერესს, გარდა სასიცოცხლო მოთხოვნების დაკმაყოფილებისა. საკუთრება, ინდივიდუალიზმი და პირადულობა უცხო

იყო ამგვარი სოციალური გარემოსთვის. მომსახურე პერსონალის დამოკიდებულება მობინადრეთა მიმართ ზედამხედველობას არ ასცილებია.

ემანსიპაციის მოძრაობა, რომელიც გამოკვეთს ფსიქიატრიული პაციენტების შინაგან ძალას და გონებრივად უნარშეზღუდულ ადამიანთა შესაძლებლობებს, ფარდას ხდის ახალ პანორამას. ამ მოძრაობაზე ზეწოლას ახდენს აგრეთვე იმ იდეალის უპირატესობა, რომლის მიხედვითაც ადამიანური ყოფა განისაზღვრება გონებრივი სრულფასოვნებით.

ბოლო ორი საუკუნის განმავლობაში იზრდებოდა იმ ადამიანების რაოდენობა, რომლებიც გარიყულნი იყვნენ საზოგადოებისგან თავიანთი დაკნინებული მდგომარეობის გამო, ასევე იმ საშიშროების გამო, რომელსაც უქმნიდნენ, როგორც საკუთარ თავს, ასევე სხვებს. მხოლოდ ბოლო ათი წელია გაჩნდა გარიყვის წინააღმდეგ პროტესტის გამოთქმის ტენდენცია. მაგრამ არის კი შესაძლებელი პროტესტი გამოითქვას გონებრივი სრულყოფილების დამკვიდრებული იდეალური იმიჯის საპირისპიროდ, და არის თუ არა ეს იმიჯი საფუძველი, რათა ადამიანები გარიყონ მხოლოდ მათი განსხვავებულობის გამო?

მას შემდეგ, რაც დასავლეთის ფსიქიატრიის და უნარშეზღუდულებზე ზრუნვის ისტორიის მომენტები მიმოვიხილეთ, რამდენიმე სიტყვა უნდა მიეძღვნას ფსიქიატრიისა და უნარშეზღუდულებზე ზრუნვის საბჭოურ პარადიგმას, რადგან ისინი ცალ-ცალკე განიხილებოდა, ვინაიდან ეს უკანასკნელი გაუნვითარებელია დასავლეთთან შედარებით. ამ საბჭოთა პარადიგმათაგან ერთ-ერთი დაფუძნებული იყო ბიოლოგიურ ფსიქიატრიაზე და მეორე - დეფექტოლოგიაზე.

ბიოლოგიური ფსიქიატრია, ეფუძნება წარმოდგენებს, რომ სერიოზული ფსიქიატრიული სნეულებები ტვინის მოშლილ ქიმიურ ცვლაზე და ტვინის დეფექტურ ჩამოყალიბებაზე არის დამოკიდებული, რაც წარმოადგენს 19-ე საუკუნის ფსიქიატრიაში ცენტრალური თემების გაგრძელებას. ასე, მაგალითად, სერიოზული ფსიქიატრიული აშლილობების მიზეზი უნდა იქნას მოძიებული ტვინში და არანაირი მნიშვნელობა არ ენიჭება ბავშვის აღზრდას დეფექტურ სოციალურ გარემოში. წარსულს ჩაბარდა დაუოკებელი, შეშლილი, მიუდგომელი პაციენტი უხეშ, სახელმწიფო ინსტიტუტებში, იმ დროინდელი მკურნალობის მეთოდებით - ნეიროლეპტიკებისა და ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნით - ფსიქოთერაპიული მიდგომის სანაცვლოდ. მაგრამ, იმის გამო, რომ ფსიქოფარმაკოპრეპარატების შესაძენად ფონდების დეფიციტი მაინც რჩება, ყოფილ საბჭოთა ბლოკის ქვეყნებში რეალურად მრავალი პაციენტი ფსიქოფარმაკოლოგიაში ისევ ძირეულ გარდაქმნას ელოდება. საბჭოთა პედაგოგები თავიანთ მიდგომაში ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა მიმართ ხაზს უსვამდნენ, რომ დეფექტებსა და ნაკლოვანებებზე ორიენტირება მათი აღმზრდელობითი მკურნალობის საფუძველს წარმოადგენს. საბჭოთა პედაგოგიკა იმ ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული ბავშვების განათლებისათვის, რომლებიც წვრთნას და სწავლებას ექვემდებარებიან დაფუძნებულია დეფექტოლოგიაზე და ჯერაც არ აღკვეთილა საბჭოთა იმპერიის დეზინტეგრაციის შემდეგ. მათი განათლება მაკორექტირებელი უნდა ყოფილიყო. ამ ბავშვების განვითარება ისეთივე უნდა ყოფილიყო, როგორც ინტელექტუალურად არაუნარშეზღუდულთა.

განათლების მკაცრ დისციპლინას, არასასურველი ქცევის კორექციით, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულ ბავშვთა ბევრი პრობლემა უნდა აღმოეფხვნა. ამ კონტექსტში, სკოლას ბავშვების „დახარისხების“ „სელექციური“ ფუნქცია აქვს. ბავშვები, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ სკოლის პირველი კლასის მოთხოვნების შესაბამის კრიტერიუმებს, შეფასებულნი არიან სამედიცინო ფსიქიატრიულ-პედაგოგიური კომისიის მიერ, როგორც ოლიგოფრენიკები. ისინი ვარგისი არ არიან განათლების მისაღებად. მათ ჩაწერენ ოლიგოფრენიკების სკოლა-ინტერნატის სიაში, რის შემდეგაც გადაიყვანენ ფსიქიატრიულ ინსტიტუციაში, სადაც უნდა დაჰყოს თვრამეტი წლის ასაკამდე. ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული ბავშვების მიმართ ამგვარი რიგიდული პედაგოგიური მიდგომის პირობებში, უკვე შეუძლებელია სიღარიბისა და სოციალურ-კულტურული ნაკლოვანებების ზემოქმედების დადგენა დეფექტებისა და გადახრების მქონე ბავშვებზე. სკოლები ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული ბავშვებისათვის სოციალურ-ეკონომიური საშუალო კლასისათვის არის დაწესებული, რომლებიც მუშაობენ ბიუროკრატიული და ცენტრალიზებული სტანდარტული ნორმებით. ბავშვებს, ვინც ამ ნორმებს არ ექვემდებარებიან გაპროლეტარება და გალატაკება ემუქრებათ.

ფსიქიატრიის რეფორმა, ფსიქოლოგიური დახმარების რეკონსტრუქცია

ფსიქიატრიის რეფორმის პროგრამები, რომლებიც წარსულში არასწორად ჩატარდა ტოტალიტარული რეჟიმების მიერ, ისევე, როგორც ჰუმანური ფსიქოლოგიური დახმარების რეკონსტრუქცია გარკვეული კონცეფციებისა და მათი კომბინაციების ურთიერშეჯერებით უნდა მოხდეს:

—ადამიანი და მისი მოთხოვნილებები;

–პროფესიონალი - მისი შესაძლებლობები და ცოდნა;

–ფსიქიატრიული და ფსიქოლოგიური ორგანიზაციები და მათი ზეგავლენა ზოგადად მზრუნველობის ხარისხზე;

–საზოგადოება და ამ საზოგადოებაში სუსტებზე ეთიკურად გამართული მზრუნველობის სისტემის საფუძველი;

–პოლიტიკოსთა და პოლიტიკური ნების პირველობა ფსიქიატრიის რეფორმისათვის და ფსიქოლოგიური დახმარების რეკონსტრუქციისათვის.

–სიცოცხლის მნიშვნელობით დაწყებული და იმ ადამიანებისათვის სიცოცხლისათვის მნიშვნელობის მინიჭებით დამთავრებული, ვინც ფსიქოლოგიურად და ქრონიკულად სნეულია, ან ვინც ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულია;

ტიპური რუსული ორიენტაციის (ძირითადად ბიოლოგიური) ფსიქიატრიისათვის დამახასიათებელია, რომ საერთოდ არ შეუძლია განასხვავოს პრობლემა და პრობლემის მქონე პიროვნება ერთმანეთისაგან. ადამიანური პრობლემები დაყვანილია აღწერილობით ფაქტებზე: ვიღაც შეპყრობილი კი არ არის შიზოფრენიით, არამედ არის შიზოფრენიკი, იმის სანაცვლოდ, რომ ვიღაცას გააჩნია ინტელექტუალური შეზღუდვები, ის არის ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული. თერაპიაში არც თუ იშვიათია ამგვარი დაყოფა ავადმყოფ ადამიანებად განკურნებადი და განუკურნებელი სნეულებებით. ფსიქიატრიისა და ფსიქოლოგიისათვის საგანგაშოა ფსიქიატრიული სნეულებებით შეპყრობილი ადამიანის ან ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული ადამიანის ისეთ ფენომენამდე დაყვანა, რომელიც პროფესიული ინტერესის ობიექტი ან გახდება ან არა. ადამიანი გადაიქცევა პროფესიულ სამკურნალო ობიექტად და არა

სუბიექტად. ის უკვე აღარ იქნება ადამიანი, არამედ მხოლოდ და მხოლოდ პარაგრაფი კლასიფიკაციის სისტემაში.

კრიტიკული შენიშვნები

ფსიქატრიისა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის რეფორმის ინიციატივა, ისევე, როგორც ფსიქოლოგიური დახმარების რეკონსტრუქციის პროექტები, უთანაბრდება ეთიკურად მართებულ საერთაშორისო სტანდარტებს, სინამდვილეში ემსახურება პაციენტებისა და ფსიქოლოგიური დახმარების კლიენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

უნდა გამოითქვას რამდენიმე კრიტიკული შენიშვნა:

პირველ რიგში, ყოველ საზოგადოებაში პოლიტიკური სისტემები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ კოლექტიური რესურსების განაწილებაში. საფუძველს მოკლებული არ უნდა იყოს ნათქვამი, რომ ცივილიზაციის დონე განისაზღვრება იმის მიხედვით, თუ როგორ ეპყრობა საზოგადოება უძღურებს. ამ გადმოსახედიდან, უფრო მეტი სახის დაუცველთა ჯგუფები არსებობენ, არა მხოლოდ ისინი, რომლებიც ფსიქიატრიულ ან ფსიქოლოგიურ დახმარებას საჭიროებენ.

ავტორიტეტები „დაუცველებზე“ მზრუნველობის პოლიტიკას ახორციელებენ ნორმირებული განაწილების პრინციპით, ხელმოკლეობის გათვალისწინებით. ასეთი მდგომარეობა უპირატესად სუსტი ეკონომიური სტრუქტურის ქვეყნებში გვხვდება. გარდაქმნის სტადიაში მყოფი ქვეყნებისთვის ნორმირებული ყოფა აისახება ფინანსური და ინდივიდუალური რესურსების ნაკლოვანებაში, დღის და ღამის სტაციონარების რაოდენობრივ და ხარისხობრივ უკმარისობაში, მომსახურე პერსონალის განათლების

დეფიციტში, მზრუნველობის არასაკმარის ნაციონალიზაციაში და ფსიქიატრიული პაციენტების საზოგადოებისგან გარიყულ მდგომარეობაში. ნორმირებული ყოფა ჰუმანიტარულ კატასტროფას იწვევს, რაც უმეტეს შემთხვევაში იგნორირებულია.

მეორე კრიტიკული შენიშვნა ეხება „ცხოვრების ხარისხის“ კონცეფციას. მზრუნველობის დეკონცენტრაციის და დენსტიტუციონალიზაციის, და სათვისტომოს მზრუნველობის პროგრამების განხორციელების შედეგად მოსალოდნელია ფსიქიატრიული და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის საგრძნობი გაუმჯობესება, ასეთივე შედეგები მოითხოვება პროგრამებისაგან, რომლებიც მხარს უჭერენ ფსიქიატრიის და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა მზრუნველობის რეფორმას და ფსიქოლოგიური დახმარების რეკონსტრუქციას.

მაგრამ რამდენად ფასეულია „ცხოვრების ხარისხის“ ცნება? ჯერაც არ არსებობს საჭირო ინსტრუმენტი ფსიქიატრიულ პაციენტთა, ფსიქოლოგების კლიენტთა და უკიდურესი შეზღუდვების მქონე პირთა „ცხოვრების ხარისხის“ შესაფასებლად. ამის გარდა, არსებობს განსხვავებული მეცნიერული მიდგომა, თუ როგორ უნდა მივუდგეთ საკითხს „ცხოვრების ხარისხის“ შესახებ.

სუბიექტური მიდგომით აქცენტი კეთდება იმ პიროვნების სამომავლო პერსპექტივაზე, რომლის სიცოცხლის ხარისხს საფრთხე ემუქრება. მისი გამოცდილება, სურვილები და მიდრეკილებები - ყურადღების ცენტრში ექცევა და ერთადერთ საფუძველს ქმნის მის ცხოვრების ხარისხზე წარმოდგენის შესაქმნელად. თუ რა ზომით შეუძლია მას ბედნიერებისა და კმაყოფილების გამოხატვა, ასევე თავისი პირადი სურვილებისა და მიდრეკილებების განხორციელება – ამით განისაზღვრება მისი არსებობის ხარისხი.

ობიექტური მიდგომის მომხრეების აზრით სიცოცხლის ხარისხი მჭიდრო კავშირშია პიროვნების უნართან გააცნობიეროს საკუთარი (მინიმალურად და ზუსტად განმარტებული) ძირითადი მოთხოვნილებები პირობით ჩარჩოში, რომელშიც მოქცეულია ისეთი ფასეულობები, როგორებიცაა პირადულობის დაცვა, ღირსების და პატივის შენარჩუნება მკურნალობის დროს, თვითდეტერმინირებულობა. ჯერჯერობით იდეალურ მოდელად რჩება პიროვნების სიცოცხლის ხარისხის ფორმულირებისადმი კომბინირებული მიდგომა, როცა მისი არსებობა შეფასებულია სუბიექტური და ობიექტური კომპონენტების ერთობლიობით.

აღნიშნული ობიექტური მიდგომის თანახმად, მომსახურების ხარისხი შეიძლება ინტერპრეტირებული იქნას, როგორც ინდივიდუალური პაციენტის და ფსიქოლოგის კლიენტის სიცოცხლის ხარისხის ინდიკატორი და დავასკვნათ, რომ მათი სიცოცხლის ხარისხი გარემო ფაქტორებზე არის დამოკიდებული.

რეკომენდაციები

შეიძლება ჩამოყალიბდეს ზოგადი სახის რეკომენდაციები ფსიქიატრიის, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის და ფსიქოლოგიური დახმარების პროექტების მოწყობისთვის.

ფსიქიატრიული პაციენტების, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა და ფსიქოლოგიური დახმარების კლიენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება უნდა წარმოადგენდეს რეფორმაზე ფოკუსირებული ნებისმიერი პროექტისა თუ ინიციატივის ძირითად არსს. შესაბამისად, პირველი კრიტერიუმი, რითაც ინიციატივებისა და პროექტების შედეგების შეფასება ხდება, არის მზრუნველობის და დახმარების

ხარისხის გაუმჯობესება, ასევე იმ ქმედებების ხელშეწყობა, რომლებიც მიმართულია სიცოცხლის ხარისხის ასამაღლებლად და მის შესანარჩუნებლად.

უდავოა, რომ პაციენტები, ექიმ-ფსიქოლოგთა კლიენტები და მათი ნათესავები თანაბარუფლებიანი პარტნიორები არიან პროფესიონალ მზრუნველებთან ერთად. მათი პარტნიორობის უფლება გარანტირებული უნდა იყოს და რეალურად განხორციელდეს მზრუნველობისა და დახმარების ნებისმიერ ეტაპზე.

პაციენტის ან ფსიქოლოგის კლიენტის და მათი ნათესავების უფლებამოსილება სტრუქტურულად უნდა გამყარდეს ასოციაციების მიერ და იმ სისტემების მიერ, რომლებიც თვითმზრუნველობაზე არიან ორიენტირებულნი.

სადღელამისო დაწესებულებებმა და ორგანიზაციებმა დენსტიტუციონალიზაცია და დეკონცენტრაცია უნდა ჩართონ თავიანთ პოლიტიკაში და შეასრულონ. შესასრულებელი ამოცანები არ უნდა დარჩნენ მხოლოდ ლიტონ სიტყვებად. ეს მიზნები შეიძლება განხორციელდეს იმ პროექტების საშუალებით, რომლებიც ეხება ცხოვრების ხელშეწყობას, ან დასაქმებას, ან სათვისტომოს მზრუნველობას.

პროფესიონალების სისტემატიური წახალისება რეფორმის დამხმარე პროექტებისთვის მათი კომპეტენციის ასამაღლებლად არის ა სინე ქუა ნონ. პროფესიონალების ამ ჯგუფებში, მედებსა და კონსულტანტებს ყველაზე მნიშვნელოვანი როლი ენიჭებათ, ვინაიდან ყოველდღიურად პაციენტისა და კლიენტის სიახლოვეს არიან. მედების და კონსულტანტების პროფესიული ზრდა და ჩამოყალიბება მნიშვნელოვანი ელემენტია ფსიქიატრიის, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის და ფსიქიატრიული დახმარების რეფორმაში.

პაციენტების, ფსიქოლოგების კლიენტებისა და მათი ნათესავების გამაერთიანებელი ორგანიზაციები, ისევე, როგორც პროფესიონალთა და მზრუნველთა ორგანიზაციები - ფუნდამენტური მნიშვნელობის არიან ინდივიდუალური მხარდაჭერის ორივე დონეზე, როგორც ლოკალურ, ასევე რეგიონალურ, ისევე როგორც სათვისტომოს აგენტები და დამცველები ნაციონალურ და ინტერნაციონალურ დონეზე.

პაციენტები, ფსიქოლოგთა კლიენტები და მათი ასოციაციები, ისევე, როგორც პროფესიონალები და მზრუნველობის მთავარი ინსტიტუციები საჭიროებენ ქსელის შექმნას, რათა ერთმანეთის გამოცდილებიდან ისწავლონ და გააერთიანონ საერთო ძალები.

ბოლოში არ უნდა მოექცეს საკითხი, თუ რა გზებით ხდება ადამიანებზე მზრუნველობასა და მომსახურებაზე შუამდგომლობა პოლიტიკოსთა და მთავრობის დონეზე და რა შედეგები მოსდევს. ამგვარი მიდგომის შემთხვევაში წლების განმავლობაში ფსიქიატრიული პაციენტების ადამიანის უფლებების მუდმივი დარღვევა და შელახვა წინა პლანზე წამოიწევს და სააშკარაო გახდება.

რეკომენდაციებიდან განხორციელებაამდე

პოლიტიკის რეკომენდაციები

რასაც დასთეს, იმას მოიმკი

რეკომენდაციები, თუ რა სახის დახმარება აღმოუჩნდებათ ფსიქიატრიულ პაციენტებს, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებსა და ფსიქოლოგების კლიენტებს, წარმოდგენილი იქნება სამ დონეზე.

პირველ, მაკრო დონეზე: ყველას გააჩნია ერთნაირი ფუნდამენტური უფლებები. ეს ფუნდამენტური უფლებები „ადამიანის უფლებების საერთაშორისო დეკლარაციაში“

2006 © თამარ ჩაჩიბაია.

არის ასახული, ასევე არსებობს დეკლარაცია ზოგადი და სპეციალური უფლებების შესახებ ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული ადამიანებისათვის (გაერო, 20, 12, 1971). განურჩევლად ყველას ერთნაირად გააჩნია ძირითადი უფლებები, მათ შორის დაცვისა და მზრუნველობის.

ამ ფუნდამენტური უფლებებიდან გამომდინარეობს საზოგადოებისთვის მორალური ვალდებულებები, რომლებსაც ესაჭიროებათ კანონმდებლობით დარეგულირება.

იმ ადამიანებისა და ორგანიზაციებისთვის, რომლებიც იბრძვიან ფსიქიატრიისა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის რეფორმისათვის, ასევე ეთიკურად გამართლებული და ჰუმანური დახმარების სისტემის შექმნისათვის, ეს ნიშნავს, რომ საჭიროა მათი ძალისხმევა ჰუმანიტარული მოქმედებების და დაცვის გასაერთიანებლად. მათ უნდა მოითხოვონ და დაიცვან მართებული კანონები და კანონმდებლობა, უნდა შეეცადონ მართებულად მოხდეს ამ კანონების იმპლემენტაცია, განხორციელდეს იმპლემენტაციაზე ზედამხედველობა, ასევე შეიქმნას ადეკვატური სტრუქტურა და მზრუნველობის სისტემა. მარტო ჰუმანიტარული დახმარების იმედად დამცავი მექანიზმების ჩართვის გარეშე ადამიანის უფლებების შელახვა გაგრძელდება.

მეორე, მეზო დონეზე: მზრუნველობის და დაცვის უფლება მოითხოვს მზრუნველობის სტრუქტურებზე ხელმისაწვდომობას, ისევე, როგორც მწირი რესურსების დანიშნულებისამებრ განაწილებას. დაცვის და მზრუნველობის უფლება წარმოშობს საკითხს, თუ რა უნდა ჩაითვალოს გამართლებულ მზრუნველობად; თუ როგორ შესძლებენ შესაბამისი მზრუნველობის უზრუნველყოფას არსებული სტრუქტურებით და რესურსებით, რასაც ძირითადად კავშირი აქვს მზრუნველობის

ხარისხთან და არა მზრუნველობის მოცულობასთან. ინიციატივები და პროექტები ფსიქიატრიის რეფორმისათვის და ფსიქოლოგიური დახმარების რეკონსტრუქციისათვის, ასევე მოითხოვენ ფოკუსირებას მზრუნველობის სტრუქტურის რეფორმაზე და მზრუნველობის ფასის ეფექტურობის გაუმჯობესებაზე ხარისხის გაუმჯობესებასთან ერთად, როგორც ძირითად მიზანზე.

მესამე, მიკრო დონეზე: ფსიქიატრიული პაციენტები, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული ადამიანები და ფსიქოლოგიური დახმარების კლიენტები არ უნდა განიხილებოდნენ მაკრო და მეზო დონეებზე, არამედ პერსონალურ მიკრო დონეზე.

მზრუნველობის შესახებ ჩნდება კითხვები, კერძოდ, თუ რა მნიშვნელობისაა პერსონალური მიდგომა? რაში მდგომარეობს შესატყვისი დამოკიდებულება მათ მიმართ, ვინც სხვებზე არიან დამოკიდებულნი მთელი ცხოვრების განმავლობაში? როგორ არის მათი ავტონომია გარანტირებული, მიუხედავად მათი დაქვემდებარებული მდგომარეობისა და რა გადაწყვეტილებები შეუძლიათ მიიღონ მათ, ვისაც არ ძალუძს გადაწყვეტილების მიღება ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობისა და დარღვევების გამო? ან როგორ მოსაზრებებზე არის დაფუძნებული ეს გადაწყვეტილებები?

ეს საკითხები საზგასმით უნდა გამოიყოს პაციენტების და მათი ოჯახის წევრების მხარდაჭერის პროგრამებში, ისევე, როგორც მკურნალობის და კონსულტაციის ახალი გზების წარმოდგენისას, პროფესიული ექსპერტიზის დასახმარებლად და მულტიდისციპლინარული გუნდის მომზადებისთვის.

ფსიქიატრიის რეფორმის პოლიტიკის თემები

მოხდებოდა თუ არა გამართული ფსიქოლოგიური დახმარების რეალიზება გარდაქმნების ეტაპზე მყოფ ქვეყნებში? ფსიქოლოგიური დახმარებისთვის მომსახურების, ინსტიტუციების და გამაერთიანებელი ორგანიზაციების შეთანხმებული სისტემა იარსებებს მხოლოდ სათვისტომოზე დამყარებულ, საზოგადოებრივი და პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარების საფუძველზე, რომელსაც დახმარებას უწევენ, მეორე და მესამე რიგის ინსტიტუციები, რომლებთა როლი არ დომინირებს. ფსიქიატრიული ჰოსპიტლების არადომინანტული როლი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ფსიქოლოგიურ დახმარებაში.

სათვისტომოზე დამყარებული მზრუნველობის შექმნის საკვანძო პრობლემები ტექნიკური ხასიათის არ არის. ფსიქოლოგის კლიენტის მოთხოვნები უკვე კარგად არის ცნობილი, ანუ ტექნიკურად მარტივი და ადაპტირებულია ლოკალურ ვითარებებსა და შესაძლებლობებზე. ძალიან ხშირად ასეთი მზრუნველობა ჯერ კიდევ საჭიროებს იმპლემენტაციას. ეს მოითხოვს პოლიტიკის სტრატეგიას, რომელიც მორგებულია ლოკალურ შესაძლებლობებზე.

კადრების ნაკლოვანება არ ჩაითვლება ტექნიკურ პრობლემად არც ფსიქიატრიის რეფორმისათვის და არც ფსიქოლოგიური დახმარების შექმნისათვის. ძალიან ხშირად ნაკლოვანებები არსებობს ადეკვატურ დაგეგმვაში კადრების მოსაზიდად, ასევე მზრუნველთა განათლებასა და გადამზადებაში. ან არ ხდება პროფესიონალებს შორის გუნდური მუშაობის მნიშვნელობის გააზრება მულტიდისციპლინარულ, ან უფრო მეტიც, ინტერდისციპლინარულ დონეებზე. ადამიანური რესურსების მენეჯმენტური და სტრატეგიული მომზადება სავალდებულოდ ითვლება.

ფსიქიატრიის რეფორმა და ფსიქოლოგიური დახმარების შექმნა უფრო მეტად უპირისპირდება ფაქტიურ ფინანსურ პრობლემებს, ვიდრე პრინციპულ პრობლემებს. ძალიან ხშირად ნაციონალური ბიუჯეტიდან გამოყოფილია უმცირესი პროცენტი ჯანდაცვისათვის, საიდანაც მხოლოდ მეთედი არის განკუთვნილი ფსიქიატრიისათვის და ფსიქოლოგიური დახმარებისთვის. ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობა ძალიან ხშირად არის სოცუზრუნველყოფის სამინისტროს ბიუჯეტის უმნიშვნელო ნაწილი. დონორი ქვეყნების და საერთაშორისო ორგანიზაციების დახმარების პროგრამები ხელმისაწვდომია მხოლოდ შეზღუდული პირობებით და იმ შემთხვევაში, თუ სასურველი შედეგები მიიღება.

წლების განმავლობაში დაგროვდა გარკვეული გამოცდილება გარდაქმნის ეტაპზე მყოფ ქვეყნებში, თუ როგორ გამოიყენონ და მართონ ასეთი სახის ფინანსური მხარდაჭერის პროგრამები. ეს გამოცდილება უნდა შენარჩუნდეს და განივრცოს.

ფსიქიატრიის და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის რეფორმის მოქცევა ერთიან სისტემაში ააშკარავებს საკვანძო პრობლემებს მართვის სფეროში. სპეციფიკურად მართვა, ანუ მენეჯმენტი საჭიროა მზრუნველობის დაგეგმვისათვის და (რე)ორგანიზაციისათვის. მსგავსი მენეჯმენტი უნდა განხორციელდეს საერთაშორისო სტანდარტების შესატყვისი მზრუნველობის სისტემის უფრო ახალი ფორმების დასამკვიდრებლად მოტივირებული და განათლებული პროფესიონალებისათვის.

ამ მენეჯმენტის საკვანძო მოქმედებები არის: მზრუნველობის დონის გათანაბრება საერთაშორისო მიღებულ დონესთან; სხვადასხვა პროცესების ადეკვატურად

2006 © თამარ ჩაჩიბაია.

შენარჩუნება და კორექცია; ფსიქიატრიაში, ფსიქოლოგიისა და მზრუნველობის პოლიტიკაში ჩაბმის პროცესების გააქტიურება და შენარჩუნება.

ყველაფერთან ერთად, ფსიქიატრიის რეფორმა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობა ისევე, როგორც მზრუნველობის მწყობრი სისტემა არასოდეს შეიქმნება სპონტანურად. მას ესაჭიროება ორგანიზება და დაგეგმვა. მზრუნველობაზე აყვანის პროცესისა და კურსის განსაზღვრა რეალურად ადამიანების გადასაწყვეტია. მათი მიზანი მდგომარეობს იმაში, რომ თავი გაართვან წამყვან პროცესებს, მართონ როგორც ფინანსური, ასევე არაფინანსური რესურსები; ჩამოაყალიბონ და გაავრცელონ ინფორმაცია, რათა მიაღწიონ განსაზღვრულ მიზანს ფსიქიატრიის რეფორმისათვის და მზრუნველობის სავალდებულო (მოთხოვნილი) სტანდარტებისთვის.

ამჟამინდელი ფსიქიატრიის რეფორმის განხორციელებისთვის გარდაქმნის ეტაპზე მყოფ ქვეყნებში საჭირო არიან ლიდერები, რათა მათ გააცნონ, წარმოადგინონ და დაიცვან სამედიცინო ეთიკური ნორმები, მოახდინონ კონტროლის არსებული სტრუქტურის რეორგანიზაცია, ფსიქიატრია და ფსიქოლოგიური დახმარება შეუერთონ მსოფლიო ფსიქიატრიას. ლიდერი, რომელიც გამოირჩევა ხედვის უნარით, პროცესების მართვისა და შეცვლის ინიციატორი და პასუხისმგებელია, სარისკო წამოწყებების სულისჩამდგმელია, რათა მიაღწიოს სხვებთან თანამშრომლობას და მხარდაჭერას, მათ შორის პოლიტიკური ოფიციალური პირებისაგან და ინსტიტუციებისგან, გააცნობიეროს მზრუნველობის განახლების სასიცოცხლო მნიშვნელობა უძღურთა შორის უძღურებზე.

ფსიქიატრიის რეფორმის პოლიტიკის გასათარგმნელი ღონისძიებები

გასათარგმნელი ღონისძიებების განაწილება, რომლებიც უნდა გაკეთდეს აღნიშნული რეკომენდაციებისა და თემების საფუძველზე ხანმოკლე, საშუალო და ხანგრძლივ ვადებში საკმაოდ პირობითია. ყველაფერი იმაზე არის დამოკიდებული, თუ რამდენად ექცევა ყურადღება ფსიქიატრიულ რეფორმასა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობას, ისევე, როგორც ჯანდაცვის რეკონსტრუქციას გარდაქმნის ეტაპზე მყოფ ქვეყნებში.

დროის ინტერვალზე, რომელშიც ეს ცვლილებები უნდა მოხდეს პოლიტიკური და სოციალურ-ეკონომიკური გარემოებების ფონიც ახდენს ზემოქმედებას. უნდა ვახსენოთ შემდეგი ჩასათარგმნელი ღონისძიებები:

პირველ რიგში, ძალისხმევაა საჭირო, რათა საყოველთაოდ გაიზიარონ შეხედულება, რომ არა მხოლოდ ფსიქიატრიული სინდრომი, ან ინტელექტუალური უნარშეზღუდულობა წარმოადგენს მკურნალობის საგანს. ფსიქიატრიული პაციენტი, უნარშეზღუდული პიროვნება, ან ფსიქოლოგის კლიენტი ინვალიდი კი არ არის, არამედ პიროვნებაა, ვინც მიუხედავად თავისი შეზღუდვებისა თუ შესაძლებლობებისა, ყურადღების ცენტრში უნდა იყოს დახმარების გაწვევისას. ასეთი მიდგომა მოითხოვს, რათა ფსიქიატრიაში, განსაკუთრებით კი ბიოლოგიაზე ორიენტირებულ ფსიქიატრიაში, შემობრუნება მოხდეს ფსიქოთერაპიასა და პიროვნულზე ორიენტირებულ კონსულტირებაზე, ასევე პაციენტის ნათესავების გარემოცვაზე.

უფრო ფართო გაგებით შეიძლება ითქვას, რომ ძალისხმევაა საჭირო მზრუნველთა, თანამოქალაქეთა და ავტორიტეტების მენტალიტეტის შესაცვლელად ფსიქიატრიული პაციენტების და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულთა მიმართ,

ისევე, როგორც არსებული ფსიქიატრიული დახმარების (მათ შორის ფსიქიატრიის გამოყენება იურიდიულ ჩარჩოებში) და უნარშეზღუდულთა დახმარების მიმართ.

ამისათვის საჭიროა კლიენტების და ოჯახური ასოციაციების მხრიდან, ასევე პროფესიონალთა გამაერთიანებელი ორგანიზაციებისგან აუცილებელი მხარდაჭერა. ასეთი ასოციაციების წამოწყებისთვის და გაძლიერებისთვის ინვესტირება, სხვების ინტერესების დასაცავად და გასატანად პროექტების მომზადება შედეგებს ხანგრძლივ ვადებში გამოიღებს.

მენტალიტეტის შეცვლა იწყება პროფესიული ექსპერტიზის პრომოციით პროფესიონალების უწყვეტი სწავლების და გადამზადების გზით. (არა მარტო ფსიქიატრები, არამედ ფსიქიატრიული მედიკოსები, ფსიქოლოგები, ფსიქოსოციალური მზრუნველები და მედიცინის, პარამედიცინის და პერიმედიცინის კადრები).

მენტალიტეტის ამგვარად შეცვლისათვის ისევე არის საჭირო გამოფხიზლება, როგორც პროფესიონალური ექსპერტიზის პრომოცია. პაციენტები და მათი ნათესავები ფხიზლობენ მოთხოვნისთანავე დახმარების და მზრუნველობის გასაწევად. ის ფაქტი, რომ (ექს)პაციენტები და მათი ნათესავები პროფესიონალი ექსპერტები არიან - აღნიშვნის გარეშე არ უნდა დარჩეს. მათ შეუძლიათ გამოიყენონ თავიანთი გამოცდილება და შეხედულებები მზრუნველობის და დახმარების ყველა დონეზე, ასევე ხელი შეუწყონ პოლიტიკის განხორციელებას და გადაწყვეტილების მიღების პროცესებს ზუსტად ისევე, როგორც სხვა პროფესიონალებს შესწევთ ამის უნარი. მენტალიტეტის შემოსაბრუნებლად ფსიქიატრიული, ფსიქოლოგიური და უნარშეზღუდულთა დახმარებისკენ, ამ მომსახურებათა კანონიერი სტრუქტურა უნდა შეესაბამებოდეს საერთაშორისო აღიარებულ ეთიკურ პრინციპებს და სტანდარტებს ამ

კლიენტების უფლებების დასაცავად. სრულყოფილი, ეთიკურად გამართული მზრუნველობის სისტემა, რომელიც პატივს სცემს პიროვნების უფლებებს, ვერ იარსებებს ადეკვატურ ნაციონალურ კანონმდებლობასთან ურთიერთკავშირის და მისი აღსრულების გარეშე.

დენსტიტუციალიზაცია, რასაც ყველა ესწრაფის და რომელიც უკვე დაიწყო ზოგიერთ გარდაქმნის ეტაპზე მყოფ ქვეყანაში და ფართომასშტაბიანი ფსიქიატრიული კლინიკების დეკონცენტრაცია უნდა განხორციელდეს მცირემასშტაბიანი სპეციალიზებული კლინიკების, კრიზისული ცენტრების, ამბულატორიების, დღის ცენტრების, ჩანაცვლებითი სახლების, სათვისტომოს მზრუნველობის პროგრამების და თვითდახმარების ჯგუფების დაფუძნებასთან ერთად. ამგვარი მცირემასშტაბიანი ინსტიტუციებისა და მომსახურების გარეშე უსახლკაროთა და გარიყულთა ახალი ჯგუფები წარმოიქმნება.

დენსტიტუციალიზაციას და დეკონცენტრაციას ასევე მიეკუთვნება მომსახურების და დამხმარე საშუალებების ხარისხის და რაოდენობის, ხელმისაწვდომლობის და გავრცელების გაუმჯობესება.

მზრუნველობის ახალი ფორმები და მზრუნველობის ახალი ორგანიზაციები საჭიროებენ ნორმების და მექანიზმების განვითარებას მზრუნველობის სოციალური და საფინანსო-ეკონომიური მდგომარეობის რეგულაციისთვის. ეს მენეჯმენტის მნიშვნელოვანი ამოცანებია. ასევე მნიშვნელოვანია ყურადღება მიექცეს მენეჯერების მომზადებას ფსიქიატრიაში, ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობაში და ფსიქოლოგიურ დახმარებაში. საჭიროა, რათა განისაზღვროს და გატარდეს სტრატეგიული პოლიტიკა ზოგადი მზრუნველობისთვის და მენეჯმენტისთვის, რათა

შეიქმნას ქსელი მზრუნველობის ლოკალურ და (ინტერ)ნაციონალურ ორგანიზაციებთან, საგანმანათლებლო დაწესებულებებთან და მეწარმეებთან, ისევე, როგორც პოლიტიკურ ინსტიტუციებთან და პოლიტიკაზე პასუხისმგებელ პირებთან.

ცენტრალური და აღმოსავლეთევროპული ფსიქიატრია და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობა ათწლეულებით არის ჩამორჩენილი. ხშირად გაისმის, რომ პრობლემები იმდენად დიდია, რომ სტრატეგიული პოლიტიკის განსაზღვრა მოითხოვს უზარმაზარ მუშაობას და არაფერს მიგვიტანს.

თუმცა საერთაშორისო დამხმარე ორგანიზაციების ანგარიშები ნათლად მოწმობენ, რომ მოზღვავებული პოტენციალი გააჩნიათ მსოფლიოს სხვა ნაწილში, ასე, რომ საერთაშორისო ურთიერთთანამშრომლობა მზრუნველობის სტრატეგიული პოლიტიკის განვითარებისა და იმპლემენტაციისთვის ზოგადად მისაღები და შედეგიანია.

მეცნიერულ დონეზე უნდა მოხდეს ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარების პრომოცია ფსიქიატრიის არასასურველი და გაბატონებული იმიჯის შესახებ; სათვისტომოების ზოგად ფსიქოლოგიაზე და მის დამოკიდებულებებზე; ასევე, გარემო ფაქტორების (პოსტ-ტოტალიტარული, სოციალ-ეკონომიკური, კულტურული და სხვა) გავლენით ფსიქიატრიული, ფსიქოლოგიური დახმარების მოთხოვნის გაზრდაზე.

დახმარების გაუმჯობესებისათვის მნიშვნელოვანი იარაღი არის საერთაშორისო აღიარებული ლიტერატურის ხელმისაწვდომობა (თარგმნა და გამოცემა) ფსიქიატრიაზე, ფსიქოლოგიასა და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობაზე, ფსიქიატრიული სინდრომების, მკურნალობის სხვადასხვა გზების შესახებ; ასევე დახმარებისა და მზრუნველობის ორგანიზება და იმპლემენტაცია.

ფსიქიატრიის რეფორმის პოლიტიკის განხორციელება

როგორც უკვე ავღნიშნეთ, ინდივიდუალური პაციენტის და ფსიქოლოგის კლიენტის, ასევე ინტელექტუალურად უნარშეზღუდული ადამიანების ცხოვრების ხარისხი გარემოებებზეა დამოკიდებული. მათი არსებობის ხარისხის ინდიკატორს წარმოადგენს მათთვის შეთავაზებული მომსახურების ხარისხი. ჩნდება კითხვა, თუ როგორ მივიღოთ ცნობები მომსახურების ხარისხის შესახებ, ან უფრო ფართო გაგებით, შესაბამისი ასპექტების შესახებ ფსიქიატრიულ და ფსიქოლოგიურ ინსტიტუციებსა და ორგანიზაციებში პოლიტიკის განხორციელებაზე.

ნორმატიული პირობებით განისაზღვრება, თუ რომელი ინსტიტუცია ან ორგანიზაცია (ასევე პერსონალი, რომელიც იქ მუშაობს) არის სასურველი, ე.ი. გარანტირებულად შეძლებს გამართული ხარისხის მომსახურება გაუწიოს საჭიროების შემთხვევაში. ეს პირობები მიეკუთვნება აქტუალურ მომსახურებებს, რომლებიც შესაბამისობაშია შემოთავაზებულ მომსახურებასთან.

როცა მომსახურებას სთავაზობენ, შემდეგი პრინციპები უნდა დავუშვათ:

—ფსიქოლოგის კლიენტი და მისი სისტემა ყურადღების ცენტრშია ინსტიტუციის ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული სპეციფიურ მომსახურებაში (პირველადი პროცესი);

—ორგანიზაციებისა და ინსტიტუციების მეორადი პროცესები პირველადი პროცესების სარგებლობისთვის არსებობს და მათთან მუდმივ ურთიერთქმედებაშია.

ფსიქიატრიის რეფორმის და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის ჩარჩოებში მზრუნველობის ინსტიტუციების პირველადი პროცესები თავის თავში მოიცავს შეთავაზებული დახმარების რეორიენტაციას. ის მოიცავს

მზრუნველობის შეცვლას უფრო მეტად სოციალურისკენ, როცა ადრე იგი დაფუძნებული იყო სამედიცინო მოდელზე. მოთხოვნილი ცვლილებისთვის მნიშვნელოვანი საშუალება არის, უპირველეს ყოვლისა, ორიენტირება კლიენტის ინტერესებზე. დამატებით ეს მოითხოვს ინდივიდუალური პროფესიონალების ექსპერტიზის პრომოციას, რაც მათ საშუალებას აძლევს მხარდაჭერა შესთავაზონ კლიენტის ინტერესის შესაბამისად. ფსიქოლოგის კლიენტის ინტერესზე ორიენტირება ასევე მოითხოვს ავტორიტეტების ლობირებას მზრუნველობის ხარისხის გასაუმჯობესებლად და ფინანსური შესაძლებლობების გასაფართოებლად. უნდა შემოწმდეს ორგანიზაციების, ინსტიტუციების და ფსიქიატრიის რეფორმაში ჩართული ადამიანების პოლიტიკა, თუ რამდენად ერთგულია აღნიშნული ცვლილებების, ინტერესებზე ფოკუსირების, პროფესიული ექსპერტიზის და დაცვის პრომოციის.

პირველის გაგრძელებაა პოლიტიკის განხორციელების მეორე საკითხი - მზრუნველი ორგანიზაციების პერსპექტივა, ისევე, როგორც ფასეულობები და ნორმები, რომელსაც შეასრულებენ ყოველდღიურ რუტინასთან ერთად. მათი პერსპექტივა უნდა წარმოჩნდეს გრძელვადიანი გეგმისა და კონკრეტული წლიური გეგმის მიხედვით, ასევე, ორგანიზაციის სტრუქტურირებითა და კომპეტენციებისა და პასუხისმგებლობის დანაწილების მიხედვით.

გამართული სოციალური პოლიტიკა, რომელიც მოიცავს პერსონალურ პოლიტიკასაც, არის საფუძველი, რის მიხედვითაც უნდა მოხდეს კადრების მოტივაციის და ექსპერტიზის გაუმჯობესება და მასზე დაკვირვება.

ფსიქიატრიული დახმარების და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულებზე მზრუნველობის შეცვლა სოციალური პოლიტიკის შედეგებზე ყურადღების

გამახვილების გარეშე ჩიხში შესვლას ნიშნავს. კადრების მოტივაცია და ექსპერტიზა საკვანძო მნიშვნელობისაა ყველა ორგანიზაციაში. ორგანიზაციების და ინსტიტუციების პოლიტიკის შემქმნელები უნდა გამოიკითხონ, თუ როგორ ართმევენ თავს ამ ასპექტებს.

იდეალურია, როცა ყველა ორგანიზაცია მუდმივად აუმჯობესებს მომსახურების ხარისხს. ფსიქიატრიული, უნარშეზღუდულებზე მზრუნველი და ფსიქოლოგიური დახმარების რეფორმაზე მიმართული ორგანიზაციებისთვის ეს ნიშნავს წინაპირობების ოპტიმიზაციის უწყვეტ პროცესს სიცოცხლის კარგი ხარისხის უზრუნველსაყოფად მათთვის, ვინც პირდაპირ ან არაპირდაპირ არის დამოკიდებული ამ ორგანიზაციებზე. ორგანიზაციის კლიენტის და მომსახურე პერსონალის დაკმაყოფილება საზომს წარმოადგენს მომსახურების ხარისხისათვის, რომელსაც ორგანიზაცია ან ინსტიტუცია სთავაზობს.

თავისუფალ ბაზარზე, სადაც გარდაქმნის ეტაპზე მყოფი ქვეყნები ცდილობენ გაარკვიონ საკუთარი პოზიცია, მზრუნველობის ინსტიტუციები გარდაუვალ კონფრონტაციაში არიან მზრუნველობის გამწვევი სხვა ორგანიზაციების წინაშე.

ორგანიზაციების პოლიტიკის შემქმნელებს უნდა მოჰკითხონ, თუ რამდენად აკმაყოფილებენ კლიენტის მოთხოვნებს შეთავაზებული მზრუნველობით და როგორ ხდება შეთავაზებული მზრუნველობის განახლება.

ხშირად სამიზნე ჯგუფის და ფსიქოლოგების კლიენტების კითხვები პასუხგაუცემელი რჩება ორგანიზაციების მიერ, თუ რამდენ ძალისხმევას ხარჯავს ორგანიზაცია, რათა შესთავაზოს მოთხოვნილი მომსახურება სხვა ორგანიზაციებთან თანამშრომლობით.

ქრონიკული ფსიქიატრიული პაციენტისთვის და ადამიანებისთვის, ვისაც სერიოზული გონებრივი და მრავლობითი უნარშეზღუდვები გააჩნიათ, უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სამყოფელს, მოვლას, კვებას და უსაფრთხოებას ადგილზე მომსახურებისთვის. პოლიტიკის განხორციელება, რომელიც ასეთ ასპექტებს ითვალისწინებს, უნდა დაიწყოს კითხვით, თუ როგორ შეხვდება შენობის არსებული გარემო ინსტიტუციების მაცხოვრებელთა ადგილზე მომსახურების მოთხოვნებს და სურვილებს. არის თუ არა გარემო გადაჯაჭვული მასთან, რაც მიჩნეულია ნორმალურად და ჩვეულებრივად ამ საზოგადოებაში? როგორ იმიჯს ქმნის ეს შენობები? დაიშვებიან თუ არა ფსიქოლოგების კლიენტები და მათი ნათესავები? რამდენად დაიცავენ მის მობინადრეთა პრივატულობას? ხელს შეუწყობს თუ პირიქით, გაართულებს კონტაქტებს გარშემო მყოფებთან?

დეკონცენტრაციის და დეინსტიტუციონალიზაციის მზრუნველობის პროგრამებში უნდა დარჩეს ადგილი ფსიქიატრიული ჰოსპიტლის ხელშეუხები ფუნქციისთვის, ან ინტრამურული ინსტიტუციებისთვის, რომლებიც ემსახურება ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულ ადამიანებს. ჰოსპიტალი ან ინსტიტუცია, ორმაგი დანიშნულების მქონე უსაფრთხო ნავსაყუდელია - იქ არამარტო ისეთი ადამიანები არიან, ვისაც არ ძალუძთ თვითდამკვიდრება ყოველდღიურ ცხოვრებაში, არამედ ისეთებიც, რომლებიც საფრთხეს უქმნიან საზოგადოებას აგრესიული და გაუთვლელი ქცევის გამო.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- 1) Beauchamp T.L. Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. 3 ed. Ed. Oxford Univ. Press, 1989.
- 2) Bon, A. en R. van Voren, eds. (1989). Nationalism in the USSR.
- 3) Boon, L., red. (1996). Zorgvisies en management.
- 4) Bruininks, R.H. e.a. (1981). De-institutionalisation and Community Adjustment of Mentally Retarded People.
- 5) Carstairs G. M. Revolutions and the rights of man// Am. J. Psychiatry. 1977. V. 134, p. 979-983.
- 6) Clark R. A. Psychiatrists and psychoanalysts on war // Am. J. Psychother. 1965. V. 19, p. 540-558.
- 7) Chodoff P. Ethical conflicts in psychiatry: the Soviet Union vs. the US // Hosp. Community. Psychiatry. 1985. V. 36, p. 925-928.
- 8) Crawshaw R. Complex and difficult questions: A tale of two medical cultures - US and USSR// Pharos. 1981. V. 44. № 2, p. 21-28.
- 9) Crawshaw R. Medical deontology in the Soviet Union // Arch. Int. Med. 1974. V. 134, p. 592-594.
- 10) Edgerton, R.B. (1990). Quality of Life from a longitudinal research perspective. In: R.L. Schalock (Ed) Quality of Life: Perspectives and Issues.
- 11) Feinstein A. R. Clinical biostatistics. XXVI. Medical ethics and the architecture of clinical research// Clin. Pharm. Ther. 1974. V. 15. P. 316-334.
- 12) Foucault, M. (1961). L'histoire de la folie.
- 13) Gassmann, F. (2000). On the Verge of Poverty.

- 14) Geneva Initiative on Psychiatry (different volumes.). Mental Health Reforms.
- 15) Gennep, A.Th.G. van (1997). Paradigma-verschuivingen in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.
- 16) Gluzman, S. (1989). On Soviet Totalitarian Psychiatry.
- 17) Green D. The Medvedev experience: 1984 and medicine // Persp. Bio. Med. 1976. V. 20, p. 145-155.
- 18) Kebbon, I. (1996). Nordic Contribution to Disability Policies.
- 19) Kolakowski, L. (1981). Geschiedenis van het Marxisme.
- 20) Lozano, B. (1993). Independent Living: Relation among Training, Skills and Success. American Journal on Mental Retardation, 98, no. 2.
- 21) Mans, I. (1998). Zin der Zotheid.
- 22) Manschot, M. en M. Verkerk, red. (1994). Ethiek van de zorg.
- 23) Mansell, J. and K. Ericsson, eds. (1996). Deinstitutionalization and Community Living.
- 24) Nightingale E. O., Stover E. A question of conscience. Physicians in defense of human rights // JAMA.1986. V. 255, p. 2794-2797.
- 25) Nirje, B. (1969). The Normalization Principle – Trends, Perspectives and Challenges.
- 26) Peck A. Therapeutic abortion: patients, doctors, and society // Am. J. Psychiatry. 1968. V. 125, p.797-804.
- 27) Ryan M. From the trial of a Soviet doctor // Br.Med. J. 1980. V. 280, p. 379-380.
- 28) Ryan M. USSR letter. Aspects of ethics (2) //Br. Med. J. 1979. V. 2, p. 648-649.
- 29) Ryan M. USSR letter. Aspects of ethics (1) // Br.Med. J. 1979. V. 2, p. 585-586.
- 30) Schalock, R.L., ed. (1990). Quality of Life: Perspectives and Issues.

- 31) Shorter, E. (1997). A History of Psychiatry.
- 32) Thimm, W. (1985). Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung.
- 33) United Nations Development Programme. (1999). Human Development Report for Central and Eastern Europe and the CIS.
- 34) Veatch R. M. Medical ethics in the Soviet Union// Hastings Cent. Rep. 1989. V. 19, p. 11-14.
- 35) Venesaar, U. e.a. (1995). Economic and Social Changes in the Baltic States in 1992-1994.
- 36) Vucinich A. Science and morality: A soviet dilemma // Science. 1968. V. 159, p. 1208-1212.
- 37) White C. The debasing of medicine in the Soviet Union [editorial] // Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.) 1986. V. 293, p. 1524.
- 38) Wim. H. van der Sluijs, “Descending on steps which are never thy own”. Horn, 2002
- 39) Wolfensberger, W. (1985). The Principle of Normalization in Human Services.
- 40) World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001 – Mental Health.