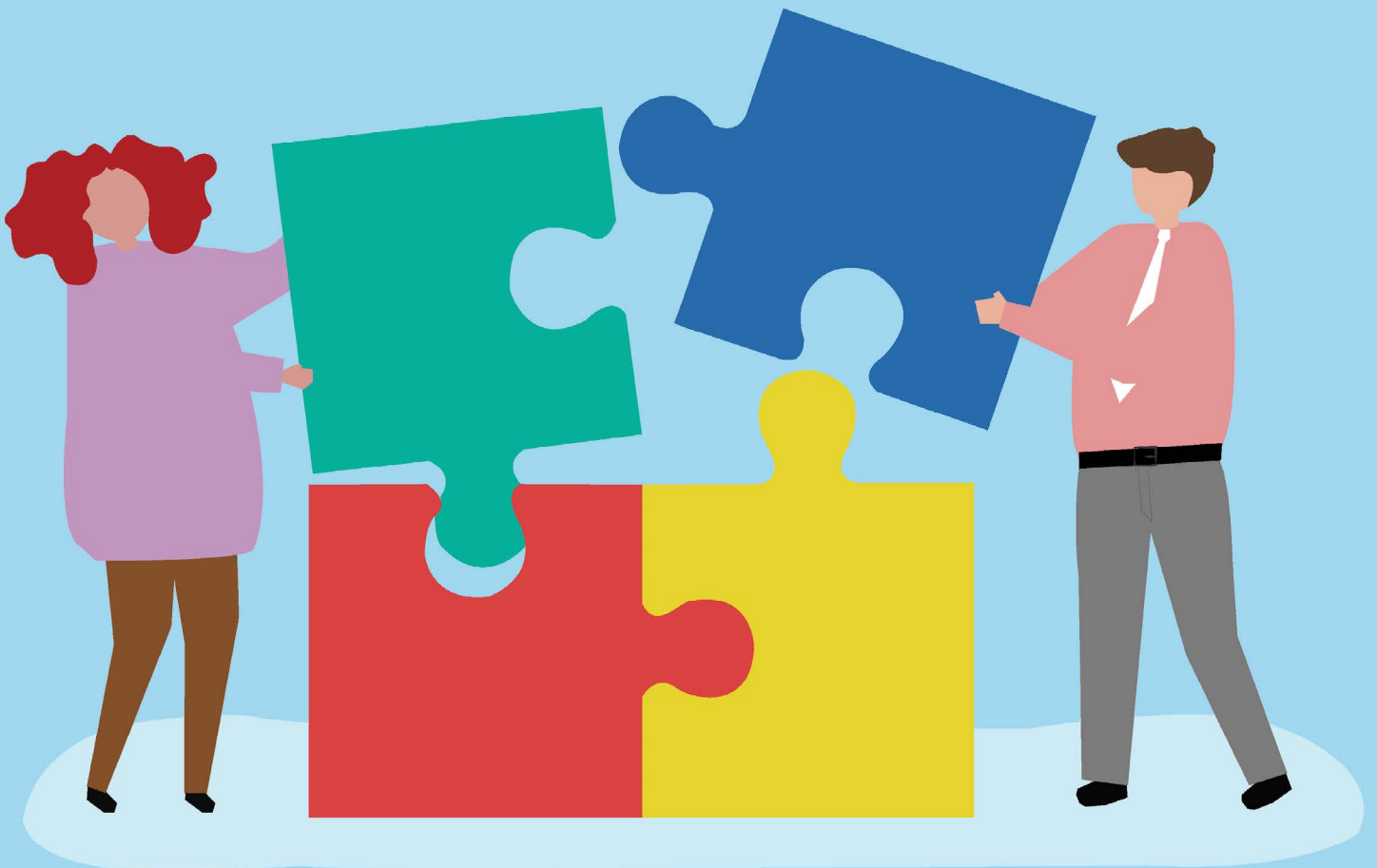


სოციალური მუშაობა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებთან



სოციალური მუშაობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებთან

წიგნზე მუშაობდნენ:

ნათია მაჭარაშვილი

ნელი აკობია

ნინო ტაბიძე

გურანდა თეთრაძე

თემატური რედაქტორი:

ნინო შატბერაშვილი

ავტორების შესახებ

ნათია მაჭარაშვილი არის სოციალური მუშაობის მაგისტრი, აქვს სოციალური სამუშაოს მაგისტრის წოდება ილიას უნივერსიტეტიდან (2007-2009 წ). იგი არის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის წევრი 2006 წლიდან, 2016 წლიდან კი მუშაობს ამავე ორგანიზაციაში. ნათიას აქვს სოციალური მუშაობის სფეროში 13-წლიანი გამოცდილება საქართველოში, რაც მოიცავს როგორც სოციალური სამუშაოს პირდაპირ პრაქტიკას, ასევე მენეჯმენტის და პრაქტიკის სწავლებას ისეთ სფეროებში, როგორებიცაა: ბავშვთა კეთილდღეობა და დაცვა, არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება, ოჯახში ძალადობა. ამჟამად საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციაში ნათია მაჭარაშვილი ხელმძღვანელობს პროექტებს და წარმოადგენს ასოციაციას კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის სამუშაო ჯგუფში - „ბავშვებისა და ახალგაზრდების დაცვა ძალადობისა და უგულვებელყოფისაგან“. იგი ასოციაციის წარმომადგენელია მეურვეობა-მზრუნველობის მცხეთა-მთიანეთის რეგიონულ საბჭოში.

ნელი აკობია არის სოციალური მუშაობის მაგისტრი, აქვს სოციალური მუშაობის მაგისტრის წოდება კოლუმბიის უნივერსიტეტიდან ნიუ იორკში (ა.შ.შ.) (2009-2011 წწ.). იგი არის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის წევრი 2008 წლიდან, 2011 წლიდან კი აქტიურად არის ჩართული პროფესიული ორგანიზაციის საქმიანობაში. ნელი აკობიას აქვს სოციალური მუშაობის სფეროში 10-წლიანი გამოცდილება, მათ შორის, 2-წლიანი სამუშაო გამოცდილება ა.შ.შ.-ში. მისი გამოცდილება მოიცავს როგორც სოციალური მუშაობის პირდაპირ პრაქტიკას, ასევე პროგრამირების, მენეჯმენტისა და სისტემურ დონეებზე ცვლილებების ადვოკატობისა და განხორციელების გამოცდილებას ისეთ სფეროებში, როგორებიცაა: შეზღუდული შესაძლებლობები, ბავშვთა კეთილდღეობა და დაცვა, ოჯახების გაძლიერება, ოჯახში და გენდერული ნიშნით ძალადობა, მიგრანტებთან მუშაობა და ა.შ.

ნინო ტაბიძე არის სოციალური მუშაობის მაგისტრი. მაგისტრის ხარისხი მან მიიღო გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში, ნოიბრანდენბურგის გამოყენებითი მეცნიერებების უნივერსიტეტში, ბაკალავრის ხარისხი სოციალურ მუშაობაში კი თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტში. 2017 წლიდან ნინო დასაქმებული იყო საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციაში პროექტის მენეჯერად. 2016 წლიდან ნინო მოწვეული ლექტორია თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტსა და ილიას სახელმწიფო

უნივერსიტეტში და კითხულობს სალექციო კურსს „ინკლუზიური განათლების ძირითადი პრინციპები“. მისი ინტერესის სფეროებია: ინკლუზიური განათლება, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და მათი უფლებები, სკოლის სოციალური მუშაობა.

გურანდა თეთრაძე არის სოციალური მუშაობის მაგისტრი. მას სოციალური მუშაობის მაგისტრის ხარისხი მიღებული აქვს ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში 2013 წელს. გურანდა ასოციაციაში 2016-2018 წლებში მუშაობდა, ჩართული იყო და კოორდინირებას უწევდა სხვადასხვა პროექტს. მისი საქმიანობა უკავშირდება ბავშვზე ძალადობის რეფერირების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების, სკოლის სოციალური მუშაობის, მართლმსაჯულების სფეროში მულტიდისციპლინური მიდგომის განვითარების საკითხებს, ასევე სხვადასხვა ორგანიზაციაში სოციალური მუშაობის კომპონენტის განვითარებას. გარდა ამისა, გურანდა იყო ასოციაციის წარმომადგენელი მეურვეობა-მზრუნველობის ქვემო ქართლის რეგიონულ საბჭოსა და კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის სამუშაო ჯგუფში - „მართლმსაჯულება არასრულწლოვნებისთვის“. მას აქვს მუშაობის გამოცდილება სუპერვიზიის, ტრენერობის, სარეაბილიტაციო მოდულების განვითარების, კვლევითი საქმიანობის მიმართულებით, უმუშავია როგორც უშუალოდ ველზე პრაქტიკოსად, ასევე შუა რგოლის მენეჯერად და უფროს სპეციალისტად სოციალური მუშაობის მიმართულებით.

აკრონიმები

CRPD – Convention on Rights of People with Disabilities

UNICEF – United Nations Children Fund

NASW – National Association of Social Workers

შშმპ - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები

შშმ - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე

სარჩევი

თავი I	8
ნაწილი 1. ზრუნვის კოორდინირება.....	8
ნინო ტაბიძე.....	8
გამოყენებული ლიტერატურა.....	25
ნაწილი 2. მულტიდისციპლინური მიდგომა.....	27
გურანდა თეთრაძე	27
ნაწილი 3. ინდივიდუალური გეგმის შედგენა და მისი შესრულების მონიტორინგი	70
ნინო ტაბიძე.....	70
გამოყენებული ლიტერატურა.....	93
ნაწილი 4. სოციალურ ინკლუზიაზე მუშაობა.....	94
ნინო ტაბიძე.....	94
გამოყენებული ლიტერატურა.....	110
ნაწილი 5. სოციალური ადვოკატობა	112
გურანდა თეთრაძე	112
ნაწილი 6. პროფესიული სუპერვიზია.....	140
გურანდა თეთრაძე	140
ნაწილი 7. ძალადობისგან დაცვა: პრევენცია, იდენტიფიკაცია, რეაგირება.....	160
გურანდა თეთრაძე	160
თავი II	185
ნაწილი 1. შეზღუდულ შესაძლებლობასთან ადაპტაცია და ჩარევის სტრატეგია	185
ნათია მაჭარაშვილი	185
გამოყენებული ლიტერატურა	202
ნაწილი 2. მიტოვენის პრევენცია	206
ნათია მაჭარაშვილი	206
გამოყენებული ლიტერატურა	213
ნაწილი 3. რეინტეგრაციაზე მუშაობა	216
ნათია მაჭარაშვილი	216
გამოყენებული ლიტერატურა.....	240
ნაწილი 4. ოჯახების გაძლიერებისა და მხარდაჭერის მოდელები	244

ნელი აკობია	244
გამოყენებული ლიტერატურა	273
ტერმინთა საძიებელი	278

თავი I

ნაწილი 1. ზრუნვის კოორდინირება

ნინო ტაბიძე

ყველა ადამიანს შესაძლოა ესაჭიროებოდეს გარკვეული სახის მხარდაჭერა და ზრუნვა მისი სოციალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. ბევრი ბავშვისა თუ მოზარდის შემთხვევაში ამ მხარდაჭერას მეგობრები, ოჯახი და ახლობლები უზრუნველყოფენ. მაგრამ არსებობს სიტუაციები, როდესაც გარკვეული სახის მხარდაჭერა სოციალური დაცვის მომსახურებების და შესაბამისი სპეციალისტების მხრიდან უნდა იყოს გაწეული (Council for Disabled Children, 2016). ზრუნვის კოორდინირება ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში მყოფი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის არის როგორც შესაძლებლობა, ისე გამოწვევა. მათი მდგომარეობის თავისებურებების მიღმა, ამ ბავშვებს უარი ეთქვათ მომსახურების კოორდინაციაზე, რომელსაც ტიპიურ შემთხვევაში სტაბილური ოჯახი განახორციელებდა და მათ ესაჭიროებოდა პროფესიონალური ჩარევა ზრუნვის კოორდინირებისთვის (Medicaid Institute, 2013). ამ თავში განხილული იქნება, თუ რას გულისხმობს ზრუნვის კოორდინირება, რა განსხვავებაა მას და შემთხვევის მართვას შორის, რა არის ზრუნვის კოორდინირების მიზანი ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში, ვინ შეიძლება ახორციელებდეს ზრუნვის კოორდინირებას და მნიშვნელოვანი აქტორები ამ პროცესში. ასევე განხილული იქნება საქართველოში ამ მიმართულებით არსებული მდგომარეობა.

რას გულისხმობს ზრუნვის კოორდინირება

ზრუნვის კოორდინირებას აქვს ბევრი სახის განსაზღვრება, რომელიც დამოკიდებულია იმ ზრუნვის სისტემაზე და სამიზნე ჯგუფზე, რომელსაც მიეწოდება მხარდაჭერა. ტერმინები „ზრუნვის კოორდინირება“ და „შემთხვევის მართვა“ შესაძლოა გამოიყენებოდეს ერთმანეთის ჩამნაცვლებლად, პრაქტიკაში კი, ისინი ხშირად წარმოადგენენ სხვადასხვა ღონისძიებებს და ეყრდნობიან სხვადასხვა პრინციპებს. ტერმინები შეიძლება გამოიყენებოდეს განსხვავებულად ერთნაირ პროგრამებშიც კი (თქვე Digison ოფი ჰილდრე წიტჰჰეკალჩეაღჰტი ანუ ნეედს, 2000). ქვემოთ წარმოდგენილი იქნება განსხვავება ამ ორ ტერმინს შორის.

ზრუნვის კოორდინირება, ძირითადად, სამედიცინო მიმართულებით გვხვდება და შესაბამისად განმარტებები, რომელიც ლიტერატურაშია გამომდინარეობს სწორედ სამედიცინო ზრუნვის კოორდინირებიდან. თუმცა, სამედიცინო ლიტერატურაშიც კი, არ არის შეთანხმებული ერთი განმარტება, თუ რას გულისხმობს კონკრეტულად ზრუნვის კოორდინირება. ქვემოთ განვიხილავთ ამ ტერმინის განმარტებას რამდენიმე წყაროს მიხედვით, სადაც სხვადასხვა ავტორების განმარტებები არის დაჯგუფებული. მოცემული განმარტებები შეირჩა იმ პრინციპით, რომ ისინი ბავშვზე ალტერნატიულ ზრუნვის კონტექსტში ზრუნვის კოორდინირების დეფინიციას შეიძლება ასახავდეს.

- კოორდინირება ეს არის: თანამშრომლობითი პროცესი, რომელიც აფასებს, გეგმავს, განახორციელებს, კოორდინირებას და მონიტორინგს უწევს იმ არსებულ შესაძლებლობებსა და მომსახურებებს, რომელიც პასუხობს ინდივიდის (...) საჭიროებებს, იყენებს რა კომუნიკაციას და ხელმისაწვდომ რესურსებს რომ ხელი შეუწყოს შედეგების ხარჯ ეფექტურობას, როგორც ამას ამერიკის შემთხვევის მართვის საზოგადოება განმარტავს (Beth Zimmerman, 2000);
- კოორდინირება ეს არის პროცესი, რომელიც ხელს უწყობს მომსახურებასა და რესურსებზე დროულ ხელმისაწვდომობას; უზრუნველყოფს ზრუნვის უწყვეტობას; მხარს უჭერს ოჯახს და მის კეთილდღეობას; აუმჯობესებს ჯანმრთელობას, განვითარებას, განათლებას, პროფესიულ გადამზადებას, ფსიქო სოციალურ და ფუნქციურ შედეგებს და რესურსების ქმედით და ეფექტურ გამოყენებას (Beth Zimmerman, 2000);
- გიტელი კოორდინირებას აღწერს, როგორც ღონისძიებებს, რომელიც ძირითადად ეხება დამოუკიდებელ აქტორებს შორის ურთიერთობას, რომ მათ გადასცენ ერთმანეთს ინფორმაცია და სხვა რესურსები შედეგის მისაღწევად (Gittel 2002 in McDonald KM, 2007);
- ვან დე ვენი კოორდინირებაში გულისხმობს ორგანიზაციის სხვადასხვა ნაწილების ინტეგრირებას და დაკავშირებას, რომ საერთო დავალების შესრულება მოხდეს (Van de Ven 1976 in McDonald KM, 2007);
- იანგის თანახმად, კოორდინირება განისაზღვრება როგორც შეკრება და სინქრონიზაცია განსხვავებული სამუშაო ძალისხმევების, რომ მათ ჰარმონიულად ითანამშრომლონ ორგანიზაციის მიზნის მისაღწევად (Young 1998 in McDonald KM, 2007) ;

- მალუონი და კროვსტონი კი კოორდინირებას ღონისძიებებს შორის ურთიერთდამოკიდებულებების მართვად მოიაზრებს (Malone&Crowston 1994 in McDonald KM, 2007);
- შორტელის განმარტებით, კოორდინირება გულისხმობს საერთო მიზნის მისაღწევად ფუნქციებისა და ღონისძიების ორგანიზაციის შიგნით და სხვადასხვა ორგანიზაციებს შორის გაერთიანებას, რათა მოხდეს ხარჯ ეფექტური, განგრძობადი ზრუნვა (Shortell 1994 in McDonald KM, 2007);
- ალრედის თანახმად, კოორდინირება ეს არის უნარი, მიაღწიო ერთობასა და ინდივიდების, დეპარტამენტების და ორგანიზაციების ჯგუფურ მუშაობას, რომ ორგანიზაციის წარმატებისთვის საჭირო ღონისძიებების შესრულდეს. კოორდინირება გულისხმობს კოლაბორაციას ან ძალისხმევის ინტეგრაციას, სადაც ჯგუფებს და ინდივიდებს შორის კომუნიკაცია არის საფუძველი (Allred 1995 in Mcdonald, 2014);
- ფორესტის მოსაზრებით, ოპტიმალური კოორდინირება მოიცავს პაციენტზე ზრუნვის ღონისძიებებს, მიმწოდებლებს შორის კომუნიკაციას და მომსახურების მიწოდების ინტეგრაციას (...) (Forrest 2000 in Mcdonald, 2014);
- როზენბახი და იანგი კი, ზრუნვის კოორდინირების პროგრამებს ფართო სოციალური მომსახურების მოდელთან აკავშირებენ და აღნიშნავენ პაციენტის ფსიქო სოციალურ კონტექსტის მნიშვნელობას - საცხოვრებლის საჭიროება, შემოსავალი, სოციალური მხარდაჭერა (Rosenbach and Young 2000 in Mcdonald, 2014);
- რეიდის მოსაზრებით, მიუხედავად იმისა, რომ კოორდინირება აღნიშნავს კავშირს პროვაიდერებს შორის და შეიძლება არ იყოს განგრძობადი, პაციენტი უნდა მიხვდეს მართვის უწყვეტობას, რაც გულისხმობს, რომ ზრუნვა მიღებული სხვადასხვა პროვაიდერებისგან დაკავშირებულია ერთმანეთთან (Reid in 2002 in Mcdonald, 2014).

ზრუნვის კოორდინირების განმარტებების განხილვის შედეგად ნათლად ჩანს, რომ ზრუნვის კოორდინირების ამოცანაა კონკრეტული მიზნის მიღწევა და ამასთან, იკვეთება შემდეგი მნიშვნელოვანი ასპექტები და ელემენტები (McDonald KM, 2007), (Mcdonald, 2014):

- ზრუნვის კოორდინირებაში რამდენიმე მონაწილე არის ჩართული; ზრუნვის კომპლექსურობიდან გამომდინარე იზრდება ჩართული მხარეების რაოდენობა და სცდება ბენეფიციართან მხოლოდ ინდივიდუალურ მუშაობას და მასში ერთვებიან სხვადასხვა პროფესიონალები;

- ზრუნვის კოორდინირება აუცილებელია, როდესაც ჩართული მხარეები დამოკიდებულები არიან ერთმანეთზე და ახორციელებენ ზრუნვის სხვადასხვა ღონისძიებს; ყველა მომსახურების მიმწოდებელი გამოირჩევა სპეციალიზებული ცოდნით, უნართა და მომსახურებით. ზრუნვის კოორდინირება არის მნიშვნელოვანი, რათა მოხდეს ამ კომპეტენციების და კონტრიბუციების ინტეგრირება და ბენეფიციარის საჭიროებებზე სრულყოფილი, თანმიმდევრული და უწყვეტი მომსახურების მორგება;
- იმისათვის, რომ ეს ღონისძიებები განახორციელონ, ყველა ჩართულმა მხარემ უნდა იცოდეს საკუთარი და სხვისი როლი და იცნობდეს არსებულ რესურსებს, რათა მათი ცალ-ცალკე ქმედებებით გააზრებულად მოხდეს ერთიანი ზრუნვის შეთავაზება;
- ზრუნვის ყველა ღონისძიების განხორციელებისთვის, ჩართული მხარეები დამოკიდებულები არიან ერთმანეთს შორის ინფორმაციის გაცვლაზე ბენეფიციარის საჭიროებებისა და მომსახურების მიმწოდებლების როლების შესახებ. ეს მათ ფუნქციების მართებულად გადანაწილების საშუალებას მისცემს;
- ზრუნვაზე ორიენტირებული ღონისძიებების ინტეგრაცია მიზნად ისახავს სათანადო მომსახურების მიწოდებას შესაბამისი თანმიმდევრობით, დროულად და შესაბამის გარემოში.

ზრუნვის კოორდინირების ძირითადი თვისებები უნდა მოიცავდეს ბენეფიციარების აქტიურ ჩართულობას საჭიროებების შეფასებაში, დაგეგმვაში, მიწოდებასა თუ მონიტორინგში; რეგიონში არსებული ყველა მომსახურების მიმწოდებლის კოლაბორაციულ თანამშრომლობას; სისტემის ანგარიშვალდებულებას; ზრუნვის მიწოდების სტანდარტიზებულ პროტოკოლს (Sara S. Bachman, 2015). ზრუნვის კოორდინირებისთვის მნიშვნელოვანია:

- აქტორების როლების განსაზღვრა
- ბენეფიციარისა და ოჯახის ჩართულობა და მათი გაძლიერება
- საჭიროებების შეფასება
- ზრუნვის დაგეგმვა
- რესურსების შესახებ ინფორმაცია
- სეტყობინება/რეფერირება
- ადვოკატობა (McDonald KM, 2007).

ზრუნვის კოორდინირება მიზნად ისახავს მომსახურებების და რესურსების ხელმისაწვდომობას და ინტეგრაციას, მომსახურებების ოჯახთან დაკავშირებას და

ინდივიდუალური შედეგების გაუმჯობესების ადვოკატობას (თქე Divisiონოფჷ ჰიდრწ წიტჷ შპეტალ Heალჷტ ჩ არე Negდს, 2000). საჭიროა განისაზღვროს, რომ ზრუნვის კოორდინირების პრაქტიკა - ეს სისტემების უწყვეტობაა (McDonald KM, 2007); ამ მიზნის მისაღწევად მნიშვნელოვანია კოორდინირების შემდეგი კომპონენტები: მულტიდისციპლინური მიდგომა, პრაქტიკის განგრძობადობა, კომუნიკაცია ბენეფიციარსა და მომსახურების მიწოდებელს და მომსახურებებს შორის (McDonald KM, 2007). დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კომუნიკაციას ბავშვზე ზრუნვის მომსახურების შიგნით და მომსახურებებს შორის. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები ბევრ მომსახურებაში შეიძლება იყვნენ ჩართულები და ჰქონდეთ შეხება ბევრ სპეციალისტთან. ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიენიჭოს ინფორმაციის გაზიარებისას ეთიკური ნორმების დაცვას, კომუნიკაციის მეთოდს; გათვალისწინებული უნდა იყოს მათი მოწყვლადობა, უსაფრთხოება და კეთილდღეობა (Moira Murray,Chris Osborne,, 2009).

როგორც თავის დასაწყისში აღვნიშნეთ, ხშირად ტერმინებს - *ზრუნვის კოორდინირება* და *შემთხვევის მართვა*, მოიაზრებენ ურთიერთგადამფარავად. ზემოთ განვიხილეთ ზრუნვის კოორდინირების მნიშვნელობა და მისი ასპექტები, თუმცა იმისთვის რომ ზუსტად დავინახოთ განსხვავება ზრუნვის კოორდინირებას და შემთხვევის მართვას შორის უნდა განვიხილოთ ოთხი დონე, რომელსაც მოიცავს კოორდინირება (Challis, 2018):

- სტრატეგიული და ერთიანი დაგეგმვა და უწყებათაშორისი კოორდინაცია;
- პროფესიონალთა შორის თანამშრომლობა მულტიდისციპლინურ გუნდებში;
- მუშაკის მიერ განსაზღვრული ზრუნვის კოორდინირება ინდივიდუალურ კლიენტთან ან შემთხვევის მართვა;
- ჩართული პირების ღონისძიებების კოორდინაცია და მათი მუშაობის დუბლირების შემცირება.

შემთხვევის მართვა კი ეხება ჩამოთვლილთაგან მხოლოდ ერთ დონეს და განიმარტება როგორც მომსახურების მიწოდების მეთოდი, როდესაც სოციალური მუშაკი აფასებს ბავშვის და ოჯახის საჭიროებებს და გეგმავს, ატარებს მონიტორინგს, აფასებს და ადვოკატობას უწევს ბავშვის საჭიროებების დაკმაყოფილებას მომსახურებებში. ეფექტური შემთხვევის მართვა ალტერნატიული ზრუნვის მომსახურებაში გულისხმობს ჰოლისტიურ ზრუნვას ბავშვის განვითარებაზე, უფლებების დაცვაზე დაფუძნებულ მიდგომას, რომ ბავშვის განვითარების ყველა

ეტაპზე იყოს ბავშვის უფლებები უზრუნველყოფილი; ამასთან შემთხვევის მართვის დროს მნიშვნელოვანია ოჯახზე და თემზე დაფუძნებული მიდგომა, ოჯახის გაძლიერება, რომ მათ შეძლონ ბავშვზე ზრუნვა და განახორციელონ მულტიდისციპლინური მუშაობა, რომელიც უზრუნველყოფს, რომ ბავშვები, მათ შორის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები იღებდნენ ყველა საჭირო მომსახურებას მათი საჭიროებებიდან გამომდინარე (UNICEF EAPRO, 2006).

ზრუნვის კოორდინირება ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში

ზრუნვის კოორდინირება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებს სთავაზობს მხარდაჭერას სამედიცინო, საგანმანათლებლო, სოციალურ თუ სხვა მომსახურებებთან დაკავშირების პროცესში. ის განაპირობებს სათემო მომსახურებებში ბავშვების ჩართვას და კოორდინირებას შესაბამისი გეგმის მიხედვით (DEVELOPMENTAL DISABILITIES SERVICES DIVISION, 2016). როგორც ზემოთ, ზრუნვის კოორდინირების განმარტების დროს აღინიშნა, მთავარი აქცენტი კეთდება კოლაბორაციულ მუშაობაზე. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებთან მუშაობის დროს კი მათი ალტერნატიულ ზრუნვაში ჩართვის და მომსახურების მიწოდების პროცესში მხარდაჭერა არის აუცილებელი. ზრუნვის კოორდინირების პროცესში მნიშვნელოვანია ყველა დონეზე მოხდეს თანამშრომლობის გაძლიერება - სახელმწიფო თუ არასამთავრობო მომსახურებების მიმწოდებლებს შორის, სხვადასხვა ორგანიზაციებს შორის, რომლებიც წარმოადგენენ მომსახურების მიმწოდებლებს, სპეციალისტებს, მშობლებს და ბავშვებს. ამ უწყებებს შორის თანამშრომლობა უზრუნველყოფს ინფორმაციის სრულად გაზიარებას და კონტაქტს იმისათვის, რომ მათ უზრუნველყონ შესაფერისი ალტერნატიული ზრუნვის შეთავაზება ყველა ბავშვისთვის (Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland (CELCIS) at the University of Strathclyde; International Social Service (ISS); Oak Foundation; SOS Children's Villages International; and United Nations Children's Fund (UNICEF) , 2012).

ზემოთ აღნიშნული ზრუნვის კოორდინირების პრინციპები პირდაპირ უკავშირდება საქართველოში ალტერნატიული ზრუნვის სარეკომენდაციო მოდელში გამოყოფილ ძირითად ასპექტებს (მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი):

- ბავშვის უფლებისა და საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინება - კოორდინირებული ზრუნვის პირობებში ხდება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის ყველა უფლების დაცვა და მათი ინტერესების გათვალისწინება ყველა დონეზე - იმ მომსახურებაში, სადაც არის ის განთავსებული და ასევე თემში არსებულ სხვა მომსახურებებთან დაკავშირების გზით. სარეკომენდაციო მოდელში გათვალისწინებულია ასევე მომსახურების მიწოდება ისეთ გეოგრაფიულ გარემოში, სადაც მომსახურების მიმღები ბავშვებისთვის შესაძლებელი იქნება სამედიცინო მომსახურებაზე, აბილიტაცია/რეაბილიტაციის პროგრამებსა და საგანმანათლებლო სისტემებზე წვდომა;
- მონაწილეობითი მიდგომა - როდესაც თავად ბენეფიციარები არიან ჩართულები მათ შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებაში, რასაც მოიცავს ასევე ზრუნვის კოორდინირების ძირითადი პრინციპები;
- მულტიდისციპლინური და ტრანსდისციპლინური მიდგომა - როდესაც გუნდური მუშაობის პრინციპით ხდება მომსახურების მიწოდება და მომსახურება თანამშრომლობს სხვა სპეციალისტებთან და სხვადასხვა სისტემების (განათლება, სოციალური მომსახურება) წარმომადგენლებთან. ზრუნვის კოორდინირების განმარტებასა და მის მახასიათებლებში ნათლად ჩანს, რომ სხვადასხვა მომსახურებების და ჩართული პირების დაკავშირება და მათი კონსტრუქციული თანამშრომლობა განაპირობებს წარმატებულ ზრუნვას და მომსახურების მიწოდებას;
- მნიშვნელოვანია სხვა პრინციპების გათვალისწინება და დაკავშირება ზრუნვის კოორდინირებასთან; განსაკუთრებით ბენეფიციარის ღირსების, პირადი ცხოვრებისა და კონფიდენციალურობის დაცვა, რომელიც შესაძლოა წარმოადგენდეს გამოწვევას ზრუნვის კოორდინირების პროცესში, სადაც მრავალი მოქმედი პირი შეიძლება იყოს ჩართული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვისთვის მომსახურების მიწოდებაში.

ალტერნატიული ზრუნვის სარეკომენდაციო მოდელში ასევე არის გამოყოფილი თანამშრომლობის საკითხი სახელმწიფო სამსახურებთან და მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან, რაც პირდაპირ უკავშირდება ზრუნვის კოორდინირების პრინციპებს (მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი). მნიშვნელოვანია, შემდეგი სახელმწიფო უწყებების გამოყოფა ალტერნატიულ ზრუნვაში განთავსებული ბავშვის ინტერესებიდან

გამომდინარე: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სოციალური მომსახურების სააგენტო, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო და კონკრეტულად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების განათლების კოორდინირებისთვის ინკლუზიური განათლების განვითარების სამმართველო. ასევე ზრუნვის კოორდინირებისთვის აუცილებელია სხვადასხვა მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების (ადრეული ჩარევის, აბილიტაცია/რეაბილიტაციის და დღის ცენტრის მომსახურებები), ადგილობრივი თვითმმართველობების და არასამთავრობო ორგანიზაციების ჩართულობის უზრუნველყოფა.

ზრუნვის კოორდინატორის ფუნქციები

ზრუნვის კოორდინატორის ფუნქციას ითავსებს ის ადამიანი, რომელიც ინდივიდის საჭიროებებს და მიზნებს გამოკვეთს და მომსახურებებს კოორდინირებას უწევს ამ მიზნების მისაღწევად. ინდივიდის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ზრუნვის კოორდინატორი შეიძლება იყოს ის ადამიანი, რომელსაც აქვს შესაბამისი უნარები და ცოდნა, რომ მოახდინოს ბენეფიციარის საჭიროებების და ძლიერი მხარეების ადვოკატობა კომპლექსურ სისტემებს შორის, შეძლოს მისი ნავიგაცია და კომუნიკაცია ოჯახიდან დაწყებული სხვა სპეციალისტებით და უწყებებით დამთავრებული. პირველ რიგში, ამისთვის ბენეფიციარის შეფასება და მასთან ერთად მიზნების დასახვა არის აუცილებელი არა განსჯითი მეთოდით. ზრუნვის კოორდინატორის პასუხისმგებლობაა უზრუნველყოს დასახული მიზნების და გეგმის შესრულება და ყველა ჩართულ მხარესთან ერთად მომსახურებების მიწოდების და ურთიერთთანამშრომლობის მონიტორინგი. მონიტორინგის შედეგების შესაბამისად კი, შესაძლებელია, მოხდეს გეგმის შეცვლა, რომელიც განისაზღვრა ინდივიდის მიზნების მისაღწევად (Craig C, 2011).

სოციალური მუშაკის როლი ზრუნვის კოორდინირებაში

სოციალური მუშაკი როგორც შემთხვევის მენეჯერი, ადვოკატი და მომსახურების მიმწოდებელი არის იმ უნიკალურ პოზიციაში, სადაც მას შეუძლია ზრუნვის კოორდინირება სხვადასხვა უწყებებს შორის საჭირო მომსახურებების მისაღებად. ეს პროცესი ხორციელდება სხვადასხვა ურთიერთდაკავშირებულ სისტემებს შორის რესურსების გაცვლით საერთო მიზნების და ამოცანების შესასრულებლად. ზრუნვის კოორდინირება, როგორც ზემოთ არის განმარტებული,

მოიცავს სხვადასხვა დონეებს შორის - სისტემებს, თემებს, ორგანიზაციებს ან პროგრამებს ბენეფიციარის განთავსების ადგილის მიხედვით. სოციალური მუშაკი ბენეფიციარის საჭიროებებიდან გამომდინარე მომსახურების მიმწოდებელ და სხვადასხვა აქტორებს შორის ახდენს რეფერირებას და ინფორმაციის გაცვლას (Alicia C. Bunger, 2011).

ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია ბავშვთა კეთილდღეობის სისტემაში სოციალური მუშაკის პრაქტიკის ერთ-ერთ სტანდარტად კოლაბორაციას ასახელებს. სოციალურმა მუშაკმა უნდა უზრუნველყოს ინტერდისციპლინური და ორგანიზაციათა შორისი თანამშრომლობა, რომ ბავშვებს, ახალგაზრდებსა და ოჯახებს მხარი დაუჭიროს, გააძლიეროს და მიაწოდოს ეფექტური მომსახურებები. იქიდან გამომდინარე, რომ ბევრი მომსახურების მიმწოდებელია ჩართული ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროში, სოციალურმა მუშაკმა უნდა გაანალიზოს მათი როლები და ამოცანები უკეთესი თანამშრომლობისთვის. ასეთი კოლაბორაცია შესაძლოა მოიცავდეს მულტიდისციპლინურ გუნდებს, თემის წარმომადგენლებს, სხვა მომსახურების მიმწოდებლებს, ისეთ სფეროებში როგორცაა სამართალი, არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება, მედიცინა, ჯანდაცვა, საცხოვრისები, განათლება თუ სხვა. ამ კოორდინაციას შეუძლია საჭირო მომსახურებებზე ბენეფიციარების წვდომის უზრუნველყოფა დუბლირების გარეშე (National Association of Social Workers, 2013).

სოციალური მუშაობა, როგორც პროფესია, ოპერირებს ადამიანსა და მის სოციალურ, კულტურულ, ფიზიკურ გარემოს შორის. შემთხვევის მართვის, შეფასების, კონსულტირების, ადვოკატობის, ოჯახთან მუშაობის, კვლევის, პოლიტიკის და სათემო მუშაობის გზით სოციალური მუშაკები იყენებენ პერსპექტივას, რომ ადამიანი ფუნქციონირებს მის სოციალურ გარემოში და სწორედ ამიტომ ჩარევა ხორციელდება როგორც ინდივიდის, ასევე სხვადასხვა სოციალურ დონეებზე. შესაბამისად, სოციალური მუშაკი აქცენტს აკეთებს როგორც ადამიანის კეთილდღეობაზე, ასევე გარედან მოქმედ ყველა იმ ფაქტორებზე, რომელიც იწვევს უსამართლობას, უთანასწორობას და დისკრიმინაციას (Australian Association of Social Workers, 2016).

მუშაობის ყველა კონტექსტში, მათ შორის ბავშვზე ზრუნვის ალტერნატიულ სისტემაში ჩართული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებთან მიმართებით, სოციალური მუშაკი მოქმედებს ინდივიდზე ფოკუსირებულად და რთავს პროცესებში და იყენებს ოჯახის, მზრუნველების, თემის ძლიერ მხარეებს და მუშაობს კოლაბორაციულად, რომ ადამიანებმა მიაღწიონ მათ მიერ დასახულ მიზნებს. ამას

სოციალური მუშაკი ჰოლისტიური მიდგომით - ინდივიდუალური და სისტემების ფაქტორების გათვალისწინებით უზრუნველყოფს. სწორედ ამიტომ, საინტერესოა განვიხილოთ კონკრეტული მიმართულებები, რომლითაც სოციალური მუშაკი მისი პროფესიიდან გამომდინარე ახდენს ზრუნვის კოორდინირებას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის (Australian Association of Social Workers, 2016):

- შესაძლებლობების განვითარება - ადგილობრივი თემების, ჯგუფების, მხარდამჭერი ქსელების, ბიზნესის და ადგილობრივი ხელისუფლების ჩართვა, განათლება, კონსულტირება და კოორდინირება, რომ შემუშავდეს ინკლუზიური საზოგადოება და გარემო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის - ფიზიკური, სოციალური და მონაწილეობის დაბრკოლებების მოხსნის შედეგად. მომსახურებებთან მუშაობა, რომ მოხდეს მათთვის ცნობიერების ამაღლება, ცოდნის და სწორი დამოკიდებულებების განვითარება, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებმა მიიღონ ეფექტურად მომსახურება და მხარდაჭერა. ინდივიდების და ოჯახების გაძლიერება და მათი შესაძლებლობების განვითარება, რომ შეძლონ კეთილდღეობის სისტემაში ინფორმაციის მიღება და ნავიგაცია;
- შემთხვევის მართვა და მომსახურების კოორდინირება - ამ დონეზე სოციალური მუშაკის ფუნქციებია მომსახურების შუამავლობა, მხარდაჭერის კოორდინირება, მულტიდისციპლინურ გუნდებთან თანამშრომლობა, სხვა მომსახურებაში რეფერირება, რესურსების მიღება, ზრუნვის დაგეგმვაში მხარდაჭერა;
- დაგეგმვა - დაგეგმვის ხელშეწყობა რესურსების შესახებ ინფორმაციის მიწოდების გზით, რათა მაქსიმალურად გაიზარდოს არჩევანი და შესაძლებლობები ბენეფიციარისთვის, რომ მან მიაღწიოს დასახულ მიზნებს.

სოციალური მუშაობის პერსპექტივიდან ზრუნვის კოორდინირებაში გამოკვეთილია შემდეგი ასპექტები (Alicia C. Bungler, 2011): რამდენიმე პროვაიდერი, ურთიერთთანამშრომლობა და საერთო მიზანი. იმისთვის, რომ საერთო ბენეფიციარმა ან ბენეფიციართა ჯგუფმა შეძლოს მიზნის მიღწევა რამდენიმე აქტორს უწევს მუშაობა და თანამშრომლობა. ამ პროცესში კი მნიშვნელოვანია, თანამიმდევრულობა და უწყვეტობა მიდგომებს შორის, რომელსაც იღებს ბენეფიციარი სხვადასხვა უწყებისგან. ზრუნვის კოორდინირება შესაძლოა განხორციელდეს სხვადასხვა სახით: მომსახურებების ინტეგრირებით, რაც გულისხმობს მომსახურებების კომბინირებას და მათ ერთდროულად განხორციელებას; მომსახურებების გადაფარვა (wrap around), როდესაც მომსახურების მიმწოდებელმა და მომსახურებებმა შეიძლება

გარკვეულწილად გადაფარონ ერთმანეთი, მაგრამ არ არიან კომბინირებულები ისეთ დონეზე, როგორც ინტეგრირებულ მომსახურებებში; შემთხვევის მართვა, რომელიც მოიცავს ბენეფიციარის დაკავშირებას სხვადასხვა საჭირო მომსახურებებთან.

მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელში განსაზღვრულია სახელმწიფო სოციალური მუშაკის როლი ალტერნატიული მომსახურების ფარგლებში (მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი). მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული მოდელი და ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტები არ იცნობს ტერმინს - ზრუნვის კოორდინირება, მნიშვნელოვანია განვიხილოთ თუ რა როლს თამაშობს სოციალური მუშაკი მომსახურებებში და დავუკავშიროთ გარკვეული როლები ზრუნვის კოორდინირების განხორციელებას.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკი თანამშრომლობს მომსახურების მიმწოდებელ ორგანიზაციასთან - როგორც ადმინისტრაციასთან, ასევე სპეციალისტებთან ბენეფიციარების შემთხვევის მართვის პროცესში და ჩართულია ბავშვის საჭიროებებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების პროცესში.

სოციალური მუშაკი აფასებს ბავშვის ზოგად საჭიროებებს და ადგენს მის ინდივიდუალური განვითარების გეგმას. შემდეგ ხდება შემთხვევის წარდგენა მეურვეობისა და მზრუნველობის რეგიონულ საბჭოზე და მომსახურებაში ჩარიცხვის შემთხვევაში ის მომსახურების გეგმას მომსახურების მულტიდისციპლინურ გუნდთან ერთად ადგენს. სოციალური მუშაკი თანამშრომლობს მომსახურებაში ჩარიცხული ბავშვის ოჯახთან და ნათესავებთან, ბავშვის რეინტეგრაციის პერსპექტივით. სოციალური მუშაკი ასევე კოოპერირებს მომსახურების სპეციალისტებთან და აღმზრდელებთან, რომ მოხდეს ბავშვის განვითარების და სოციალური ინკლუზიის უზრუნველყოფა და პროგრესის მონიტორინგი. სოციალური მუშაკი სოციალური ინკლუზიისთვის თანამშრომლობს როგორც საგანმანათლებლო სისტემასთან, ბავშვის განათლების სისტემაში ჩართვის მიზნით, ასევე სხვა უწყებებთან და მომსახურებებთან ბავშვის სხვადასხვა სოციალურ პროგრამებში მონაწილეობისთვის. სოციალური მუშაკი ასევე მუშაობს ბავშვის გაშვილებაზე ან სპეციალიზებულ მინდობით აღზრდაში გადაყვანაზე და ამზადებს ბავშვის შემთხვევას მეურვეობისა და

მზრუნველობის რეგიონულ საბჭოზე წარსადგენად გადასინჯვისათვის. ზემოთ აღწერილიდან გამომდინარე ნათელია, რომ ალტერნატიულ მომსახურებაში ბავშვებზე ზრუნვას სოციალური მუშაკი და მომსახურების მიმწოდებლები შემთხვევის მართვის სისტემაზე დაფუძნებით ახორციელებენ, რომელიც აქ განხილულია, როგორც ზრუნვის კოორდინირების ერთ-ერთი შემაღვენილი ნაწილი.

ალტერნატიული ზრუნვის მომსახურებების ფარგლებში სისტემურ დონეზე თანამშრომლობა სხვადასხვა უწყებებთან, ასევე სოციალური მუშაკის ჩართულობით ხდება - საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტო, საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროს ინკლუზიური განათლების განვითარების სამმართველო, მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციები, ადგილობრივი თვითმმართველობა და არასამთავრობო ორგანიზაციები. ბავშვის შესახებ ყველა მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღებაში მონაწილეობს სოციალური მუშაკი - სამედიცინო მომსახურების მიღება, მისი სოციალურ, საგანმანათლებლო და სპორტულ/რეკრეაციულ პროგრამებში ჩართვა. სარეკომენდაციო მოდელი ითვალისწინებს მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის ალტერნატიულ ზრუნვაში სოციალური მუშაკის მიერ ზრუნვის კოორდინირებას შემდეგ დონეებზე: უწყებათაშორისი კოორდინირება, შემთხვევის მართვა ინდივიდუალურ დონეზე და მულტიდისციპლინურ გუნდთან თანამშრომლობა.

ზრუნვის კოორდინირების პროცესში მნიშვნელოვანი აქტორები

ალტერნატიული ზრუნვისა და მისი კოორდინირების წარმატებულად განხორციელებაში მნიშვნელოვანია სხვადასხვა უწყებების ჩართულობა, როგორცაა სამთავრობო, არასამთავრო, კერძო სექტორი და სათემო ორგანიზაციები. იმისათვის, რომ მოხდეს ხარისხიანი მომსახურების შეთავაზება და ბავშვის საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინება, უნდა განისაზღვროს სხვადასხვა ჩართული მხარეების როლები, პასუხისმგებლობები და მოლოდინები (Family for Every Child, 2015). ბავშვების მხარდაჭერისთვის უნდა შეიქმნას „ზრუნვის საზოგადოება“, რომელიც შედგება სოციალური მუშაკისგან, პროფესიონალი პერსონალისგან და მომსახურების მიმწოდებლებისგან, ოჯახებისა და ადგილობრივი თვითმმართველობისგან (Family for Every Child, 2015). კოორდინირებული პოლიტიკის ჩამოყალიბება და

განხორციელება ალტერნატიულ ზრუნვაში მყოფი ბავშვებისთვის კი არის სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა (United Nations General Assembly, 2010). ქვემოთ მოკლედ განვიხილავთ ალტერნატიულ ზრუნვაში მნიშვნელოვან აქტორებს კოორდინირებული ზრუნვის იმპლემენტაციისთვის (Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland (CELCIS) at the University of Strathclyde; International Social Service (ISS); Oak Foundation; SOS Children's Villages International; and United Nations Children's Fund (UNICEF) , 2012).

- სახელმწიფოს როლი (პოლიტიკის მიმღები, კანონმდებლები, აღმასრულებელი მთავრობა) - სახელმწიფო ადგენს პოლიტიკას და ჩარჩოებს და იმისთვის, რომ მოხდეს ქვეყნის მიერ აღებული პასუხისმგებლობების განხორციელება, მან უნდა შეიმუშაოს შესაბამისი კანონმდებლობა, სტრატეგიული გეგმა და პოლიტიკის სახელმძღვანელოები ბავშვთა კეთილდღეობისთვის. საჭიროა ასევე, ხელი შეეწყოს სახელმწიფო დონეზე უწყებათაშორის თანამშრომლობას.
- მომსახურების მიმწოდებლების და სააგენტოების როლი (სოციალური კეთილდღეობის ორგანიზაციები, მომსახურების მიმწოდებლები) - მნიშვნელოვანია სრული ჩართულობა და კოოპერაცია ყველა მომსახურების მიმწოდებლის, განსაკუთრებით კი, ბავშვთა კეთილდღეობის და ოჯახების მხარდაჭერი ორგანიზაციების. საჭიროა ამ დონეზე განათლების, ჯანდაცვის, სოციალური დაცვის, საცხოვრისების და იურიდიული მომსახურებების ერთიანობა და მულტიდისციპლინური მიდგომა.
- მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის პერსონალის როლი - დადებითი ურთიერთობები, რომელსაც ბავშვი იღებს მომსახურებაში დიდ გავლენას ახდენს მათ განვითარებასა და გამოცდილებაზე. ხშირად პერსონალს თავად ესაჭიროება მხარდაჭერა ბავშვების კომპლექსური საჭიროებებიდან გამომდინარე, რათა უკეთ იზრუნონ ბენეფიციარებზე - ეს უნდა იყოს მუდმივი სწავლება, განვითარება, პროფესიული მხარდაჭერა და აღიარება. პერსონალი კრიტიკულ როლს თამაშობს, რომ ბავშვზე ზრუნვის პოლიტიკა და პრაქტიკა თანხვედრაში იყოს.
- არასამთავრობო და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები - ისინი არიან ადვოკატები ბავშვების უფლებების ალტერნატიულ ზრუნვაში და საკანონმდებლო ბაზის, პოლიტიკის და მომსახურების განხორციელების მონიტორინგში დიდი წვლილი მიუძღვით.

- საერთაშორისო ორგანიზაციები - მათი დაფინანსება და პრიორიტეტიზაცია - როგორც სტრატეგიების განვითარების პარტნიორები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ალტერნატიული ზრუნვის ეფექტურობაში.
- ბიზნესის როლი - ისინი მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ თემში და უნდა დაეხმარონ ძლიერი თემის ჩამოყალიბებას, რომელიც თავის მხრივ ალტერნატიულ ზრუნვაში განთავსებული ბავშვებისთვის საჭირო რესურს წარმოადგენს.

საქართველოში არსებული რეალობა და გამოწვევები

საქართველოში არსებულ ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტებში, მინდობით აღზრდისა თუ მცირე საოჯახო ტიპის სახლების სტანდარტებში არ იკვეთება ტერმინი ზრუნვის კოორდინირება. თუმცა ზემოთ განხილულია ზრუნვის კოორდინირების მნიშვნელობა ალტერნატიული ზრუნვის მომსახურებებში და სწორედ ამიტომ საქართველოს სახალხო დამცველის მონიტორინგის ანგარიშების საფუძველზე, რომლებიც ეხება ალტერნატიული ზრუნვის მომსახურებებსა და სტანდარტებს, საინტერესოა ზრუნვის კოორდინირების დაკავშირება არსებულ რეალობასთან და გამოწვევების გაანალიზება.

მცირე საოჯახო ტიპის სახლების მონიტორინგის ანგარიშში სახალხო დამცველის მიერ გამოიკვეთა ზრუნვის კოორდინირებასთან დაკავშირებული შემდეგი მნიშვნელოვანი საკითხები (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2015):

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, სოციალური მუშაკების მიერ მომზადებული თითოეული ბენეფიციარის შეფასებები, მათი ინდივიდუალური განვითარების და მომსახურების ინდივიდუალური გეგმები არსებობს და ინახება მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში, თუმცა აღნიშნულია, რომ რიგ შემთხვევებში პირადი საქმეები არ არის სრულყოფილი სახით წარმოდგენილი და ისინი არ აღწერს ბენეფიციარის საჭიროებებს და ამა თუ იმ მომსახურების მიწოდების მნიშვნელობას. რაც თავის მხრივ წარმოადგენს გამოწვევას ზრუნვის კოორდინირებისთვის, რადგან მომსახურების მიმწოდებელი ზუსტად უნდა იცნობდეს და აცნობიერებდეს მომსახურებაში ჩართული ბავშვის განვითარების საჭიროებას და შესაბამისად გადასადგმელ ნაბიჯებს. ზრუნვის კოორდინირების პრაქტიკული განხორციელების თვალსაზრისით, სირთულეს წარმოადგენს ისიც, რომ მომსახურებაში ჩართული ბავშვების სხვადასხვა მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა დამოკიდებულია გარე ფაქტორებზე, როგორცაა ორგანიზაციის შესაძლებლობები, რეგიონში არსებული

მდგომარეობა, ბავშვების ასაკის გათვალისწინებით მომსახურებამდე დამოუკიდებლად მისვლა/არ მისვლა. საინტერესოა, რომ სხვადასხვა წრეებში ჩართულობა, რომელიც არის აღწერილი დღის წესრიგში რეალურად არ ხორციელდება. ამასთან, დედობილ-მამობილს საგანმანათლებლო პროცესში ჩართულობაზე და ბავშვების საგანმანათლებლო საჭიროებებზე არ აქვთ ინფორმაცია. მონიტორინგის პროცესში გამოიკვეთა საქველმოქმედო ორგანიზაციების ჩართულობა მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში. აღნიშნული ფაქტი ბავშვზე ზრუნვის კოორდინირების პრინციპებით შეგვიძლია დადებითად შევაფასოთ, რადგან თემის და ადგილობრივი ბიზნესის ჩართულობა, მომსახურების მიწოდებაზე დადებით გავლენას ახდენს. მნიშვნელოვანია, სახალხო დამცველის რეკომენდაცია, რომ სოციალური მუშაკები უფრო ქმედითად იყვნენ ჩართულები ბავშვზე ზრუნვის პროცესში.

სახალხო დამცველის ანგარიშში მინდობით აღზრდის ქვეპროგრამის განხორციელების შესახებ (სახალხო დამცველი, 2016), საუბარია ისეთ საკითხებზე, რომელიც პირდაპირ უკავშირდება ზრუნვის კოორდინირების პრინციპებს: ქვეყანაში არ არსებობს კოორდინირებული სახელმწიფო პოლიტიკა ცენტრალურ ხელისუფლებასა და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს შორის. ეს კი საერთაშორისო სტანდარტების მოთხოვნაა, რომელიც არ სრულდება და რომელიც მინდობით აღზრდის მომსახურების გაუმჯობესებულ მიწოდებას უზრუნველყოფდა. ანგარიშში გამოყოფილია ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების დაბალი ჩართულობა და მონაწილეობა - ბავშვების ჯანდაცვის უფლების რეალიზაციაში. თვითმმართველობების ბიუჯეტში არ არის გათვლილი ხარჯები სამედიცინო გამოკვლევებისა და მედიკამენტური მკურნალობის დაფინანსებაში მინდობით აღსაზრდელებისთვის.

სისტემურ დონეზე სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მეურვეობა-მზრუნველობის ორგანოს რეგიონალური საბჭოების გაძლიერების საჭიროება გამოიყოფა, რაც ზრუნვის კოორდინირებისთვის ერთ-ერთ მთავარ რგოლად მოიაზრება. რადგან მისი მუშაობა სწორედ მულტიდისციპლინური და მულტი უწყებრივი ხასიათისაა (საბჭოში შედიან სახელმწიფო უწყებები და ადგილობრივი თვითმმართველობის წარმომადგენლები, არასამთავრობო ორგანიზაციები) და მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ალტერნატიული ზრუნვის მომსახურებებში. თუმცა სახალხო დამცველის ანგარიშში გამოიკვეთა, რომ რეგიონული საბჭოები არ შეისწავლიან საფუძვლიანად ისეთ პრიორიტეტულ საკითხებს, როგორცაა

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბენეფიციარების ინდივიდუალური საჭიროებების დაკმაყოფილება მიმღებ ოჯახებში და ბენეფიციარის ინდივიდუალური განვითარების გეგმით გაწერილი ღონისძიებების შესრულების ხარისხი.

ასევე სირთულეს წარმოადგენს, ის რომ სახელმწიფო სოციალურ მუშაკებს ზოგიერთ შემთხვევაში არ აქვთ რეგულარული ხასიათის ურთიერთობები ბენეფიციარებთან, რაც თავისთავად ზრუნვის დაგეგმვას და მის კოორდინირებას ართულებს. ისინი რიგ შემთხვევებში მხოლოდ სატელეფონო კომუნიკაციით მართავენ შემთხვევას და არ ახორციელებენ ყოველთვიურ ვიზიტებს მიმღებ ოჯახებში. აქედან შეიძლება დავასკვნათ, რომ რთულდება ბავშვების უფლებების დაცვის და მათი განვითარების შეფასება.

ასევე ზრუნვის კოორდინირების პრინციპის დარღვევაა, რომ მიმღები ოჯახები არ ფლობენ სრულ ინფორმაციას სახელმწიფო მომსახურებების შესახებ და ასევე განვითარების გეგმის მნიშვნელობის და გაწერილი ღონისძიებების შესახებ, რადგან უმეტეს წილად გეგმის შედგენა და გადასინჯვა ხორციელდება მხოლოდ სოციალური მუშაკის მიერ და არ არიან ჩართულები მიმღები მშობლები და თავად ბენეფიციარები. კოორდინირებული ზრუნვის ფარგლებში ყველა მოქმედ პირს უნდა ჰქონდეს ინფორმაცია არსებული მომსახურების და რესურსების შესახებ და ყველა ჩართული მხარე უნდა იყოს ინფორმირებული საკუთარი როლისა და პასუხისმგებლობების შესახებ.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში არსებული სტანდარტები და რეგულაციები არ იცნობენ ზრუნვის კოორდინირებას და სოციალურ მუშაკს შემთხვევის მმართველის როლი აქვს, ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში გარკვეული სახით სხვადასხვა დონეზე მაინც ხდება ზრუნვის კოორდინირების განხორციელება. ამიტომ მნიშვნელოვანია შემთხვევის მმართველმა სოციალურმა მუშაკებმა გააცნობიერონ მათი როგორც ზრუნვის კოორდინატორის როლი ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში.

როდესაც საუბარი გვაქვს ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში ჩართულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებზე მნიშვნელოვანია სოციალურმა მუშაკმა მოირგოს არა მხოლოდ შემთხვევის მმართველის, არამედ ზრუნვის კოორდინატორის როლი. რადგან შშმ ბავშვებს ხშირად უწევთ სხვადასხვა სპეციალისტის მომსახურების მიღება. ზრუნვის კოორდინირება კი უზრუნველყოფს

ბენეფიციარის მიერ მომსახურებას, რესურსებზე დროულ ხელმისაწვდომობასა და ზრუნვის უწყვეტობას, რათა მოხდეს სხვადასხვა კომპეტენციების, მომსახურებების შერწყმა და ბენეფიციარის საჭიროებების გათვალისწინებით მისთვის სრულყოფილი, თანმიმდევრული და უწყვეტი მომსახურების მიწოდება. სწორედ ასე ხდება შესაძლებელი ალტერნატიული ზრუნვის მიზნების მიღწევა, ბენეფიციარის კეთილდღეობის მხარდაჭერა და მისი ბიო-ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Alicia C. Bungler, M. (2011). Defining service coordination: a social workers perspective. *Journal of Social Service Research*.
- Australian Association of Social Workers. (2016). *Australian Association of Social Workers*. Retrieved from <https://www.aasw.asn.au/>: <https://www.aasw.asn.au/document/item/8665>
- Beth Zimmerman, R. S. (2000). *Title V Roles in Coordinating Care for Children with Special Health Care Needs*. Washington, DC.
- Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland (CELCIS) at the University of Strathclyde; International Social Service (ISS); Oak Foundation; SOS Children's Villages International; and United Nations Children's Fund (UNICEF) . (2012). *Moving forward implementing the "Guidelines for the alternative care of Children"*. Glasgow: The Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland.
- Challis, D. (2018, July 2). *Policy Studies Institute*. Retrieved from <http://www.psi.org.uk/>: <http://www.psi.org.uk/publications/archivepdfs/Care%20managers/CHALLIS.pdf>
- Council for Disabled Children. (2016). *Identifying the social care needs of disabled children and young people and those with SEN as part of Education, Health and Care Needs Assessments* . Council for Disabled Children.
- Craig C, E. D. (2011). *Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs*. Cambridge, Massachusetts: The Institute for Healthcare Improvement.
- DEVELOPMENTAL DISABILITIES SERVICES DIVISION. (2016). *The Bridge Program: CARE COORDINATION FOR CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES*.
- Family for Every Child. (2015). *Strategies for delivering safe and effective foster care A review of the evidence for those designing and delivering foster care programmes*. Family for Every Child.
- Family for Every Child. (2015). *The place of foster care in the continuum of care choices A review of the evidence for policymakers*. Family for Every Child.
- McDonald KM, S. V. (2007). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies Technical Review 9; Care Coordination. Vol 7*. Rockville,; Agency for Healthcare Research and Quality.
- Mcdonald, K. M. (2014). What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*.
- Medicaid Institute. (2013). *Medicaid Managed Care for Children in Foster Care*. New York: Medicaid Institute at United Hospital Fund.
- Moira Murray,Chris Osborne,. (2009). *Safeguarding disabled children Practice guidance*. Crown Copyright .

National Association of Social Workers. (2013). *NASW Standards for Social Work Practice in Child Welfare*. National Association of Social Workers.

Sara S. Bachman, P. M. (2015). *The Care Coordination Conundrum and Children and Youth with Special Health Care Needs*. The Catalyst Center: Improving Coverage and Financing of Care for Children and youth with Special Health Care Needs at Health & Disability Working Group, Boston University School of Public Health.

The Division of Children with Special Health Care Needs. (2000). *Title V Roles in Coordinating Care for Children with Special Health Care Needs*. US Department of Health and Human Sciences.

UNICEF EAPRO. (2006). *ALTERNATIVE CARE FOR CHILDREN Indonesia, Malaysia, Myanmar and Thailand WITHOUT PRIMARY CAREGIVERS IN TSUNAMI-AFFECTED COUNTRIES*. Bangkok : UNICEF East Asia and Pacific Regional Office.

United Nations General Assembly. (2010). *Guidelines for the Alternative Care of Children*. United Nations.

(თ. გ.). *მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი*.

საქართველოს სახალხო დამცველი. (2015). *სპეციალური ანგარიში მცირე საოჯახო ტიპის სახლების მონიტორინგის შესახებ*. თბილისი.

სახალხო დამცველი. (2016). *სპეციალური ანგარიში მინდობითი აღზრდის სახელმწიფო ქვეპროგრამის მონიტორინგის შესახებ*.

ნაწილი 2. მულტიდისციპლინური მიდგომა

გურანდა თეთრაძე

აღნიშნული თავი ეძღვნება მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობას და მის მნიშვნელობას ბენეფიციარისთვის საუკეთესო მომსახურების მიწოდებისთვის. მასში განხილულია პროფესიონალთა გუნდების სახეები და მათ შორის მულტიდისციპლინური გუნდის ადგილი და რაობა.

მულტიდისციპლინური მიდგომა სხვადასხვა სფეროში აპრობირებული მეთოდია, თუმცა ჩვენ ვკონცენტრირდებით შშმ ბავშვთა ალტერნატიულ მომსახურებებში მის ფუნქციონირებაზე. კერძოდ, როგორ დაინერგა, რას ეფუძნება, რა სარგებელი მოაქვს ბენეფიციარისთვის, ოჯახისთვის და პროფესიონალებისთვის, რა ეტაპებისგან შედგება მისი მუშაობა, ასევე, ვინ შეიძლება იყვნენ გუნდის წევრები, რა შედის მათ ფუნქცია-მოვალეობებში, განსაკუთრებით კი, ყურადღება გამახვილდება გუნდში სოციალური მუშაკის როლსა და საქმიანობაზე, მის ეთიკურ ვალდებულებებსა და პროფესიულ მიზნებზე.

გარდა ამისა, ამავე თავში განვიხილავთ მულტიდისციპლინურ გუნდში მიმდინარე პროცესებს - იმ კომპონენტებს, რომლებიც ხელს უწყობს გუნდის მუშაობას, და იმ მნიშვნელოვან ფაქტორებს, რომლებიც დიდწილად განსაზღვრავს გუნდის ეფექტურობას. შევეხებით იმ ბარიერებსა და გამოწვევებსაც, რომელთა წინაშეც პროფესიონალები დგებიან გუნდში მუშაობისას.

და ბოლოს, მიმოვიხილავთ მულტიდისციპლინურ გუნდში მუშაობას სხვადასხვა სფეროში (ჯანმრთელობისა და ბავშვთა დაცვის სფეროებში).

ზემოაღნიშნული საკითხები განხილულია, როგორც საქართველოს პრაქტიკის მაგალითზე, ისე საერთაშორისო ცოდნასა და გამოცდილებაზე დაყრდნობით.

რა არის მულტიდისციპლინური მიდგომა

მშობელი იშვიათად ელის, რომ მისი შვილი შესაძლოა შეზღუდული შესაძლებლობით დაიბადოს. ორსულობის პერიოდში მშობლები საკუთარ წარმოსახვაში აგებენ კონსტრუქციას მათი შვილის მომავლის შესახებ, თუ როგორი შეიძლება იყოს იგი. დიაგნოზის გაგება კი, დეილის მიხედვით, ხშირად ქმნის შეცვლილი მოლოდინების კრიზისს (Auliffe, 2009). ეს არის ძალიან მძიმე და რთული პროცესი მშობლებისა და ოჯახის წევრებისთვის. სწორედ ამ პროცესში წარმოიქმნება სხვადასხვა პროფესიონალის ჩართვისა და დახმარების საჭიროება, რათა ოჯახი გაუმკლავდეს მოულოდნელად თავსდამტყდარ სიტუაციას, მიიღოს ადეკვატური ინფორმაცია და მომსახურება. შესაბამისად, ამ ეტაპზე წარმოიშვა მულტიდისციპლინური გუნდის კონცეფცია, როგორც განსხვავებული მიდგომის, რომლის მიხედვითაც სხვადასხვა დისციპლინის ადამიანები მონაწილეობენ მომსახურების დაგეგმვისა და მიწოდების პროცესში, რათა უპასუხონ ბენეფიციარის ყველა საჭიროებას (Auliffe, 2009).

კარიერი და კენდელი (1995 in Mental Health Commission, 2006:11) გუნდს განმარტავენ, როგორც „ადამიანთა ჯგუფს ურთიერთშემავსებელი უნარებით, რომლებიც ერთგული არიან საერთო მიზნების, ამოცანების, მიდგომების და ერთმანეთის წინაშე თანაბრად ანგარიშვალდებულად თვლიან თავს“. ამასთანავე, გუნდის წევრები დამოუკიდებელნი არიან შესრულებაში, თუმცა, ვინაიდან გუნდს კოლექტიური პასუხისმგებლობა აქვს, ერთმანეთთან ინტერაქცია თითოეული წევრის პასუხისმგებლობაში შედის (Borrill, et al., 2000). გუნდური მუშაობა მოითხოვს კარგად

ორგანიზებულ თანამშრომლობას სხვადასხვა დისციპლინის წარმომადგენელ ინდივიდებს შორის, რათა გადაჭრან საერთო პრობლემური საკითხები.

პროფესიონალთა გუნდი იკრიბება რეგულარულად, რათა გამოავლინონ და ჩამოაყალიბონ მიზნები ბენეფიციართან მიმართებაში, ან განიხილონ წარმატებები და წარუმატებლობები დასახულ მიზნებთან დაკავშირებით. პრაქტიკაში ზოგჯერ მიღებულია ბენეფიციარის დასწრება მიზნების განსაზღვრისას, თუმცა ეს დამოკიდებულია ბენეფიციართა ტიპზე, გუნდის მოწყობასა და მის კონცეფციაზე (Huss, Schiller, & Schmidt, 2013). ზოგადად, სამი ტიპის გუნდი არსებობს: მულტიდისციპლინური, ინტერდისციპლინური და ტრანსდისციპლინური.

მულტიდისციპლინურ გუნდში შეფასების შედეგები და მიზნები სპეციფიკურია სხვადასხვა ინდივიდუალური დისციპლინებისთვის. გუნდის წევრები დამოუკიდებლად აღწევენ მიზნებს და შემდეგ ამყარებენ კომუნიკაციას გუნდთან შეხვედრების საშუალებით. გუნდის ეფექტურობას განსაზღვრავს ინდივიდუალურ სპეციალისტთა წარმატებების ჯამი (Huss, Schiller, & Schmidt, 2013).

ინტერდისციპლინური გუნდი ისახავს მიზნებს, რომლებიც არ მეორდება და არ ეწინააღმდეგება ერთმანეთს. როდესაც რაიმე მიზანი ჩამოყალიბდება, თითოეული დისციპლინის ძალისხმევა ამ მიზნის მიღწევისკენაა მიმართული, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში. თუკი სხვადასხვა დისციპლინის საზღვრები ერთმანეთს კვეთს ან ფარავს, გუნდის წევრები თანამშრომლობენ, რათა ერთად გადაჭრან პრობლემა (Huss, Schiller, & Schmidt, 2013). ინტერდისციპლინურ გუნდებში სპეციალისტები მჭიდროდ მუშაობენ და უზიარებენ ერთმანეთს ცოდნას. თითოეული სპეციალისტი იღებს პასუხისმგებლობას ინფორმაციისა და ინტერვენციის კოორდინაციასთან დაკავშირებით. ვინაიდან რომელიმე ცალკეულ სპეციალისტს არ აქვს ყველა პასუხი, თითოეული მათგანი გუნდში არის დაფასებული და თანაბარი

სტატუსის მქონე. ასეთი გუნდები აქტიურად მუშაობენ ხანდაზმულებთან, დასწავლის პრობლემების მქონე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროების მქონე ბენეფიციარებთან, ასევე, ბავშვთა დაცვის, პალიატიური ზრუნვის, პირველადი ჯანდაცვის სფეროებში (Auliffe, 2009).

ტრანსდისციპლინურ გუნდში ერთ-ერთი წევრი არის შემთხვევის მმართველი, ხოლო სხვა წევრები მისი ჩართულობით და გავლით ზრუნავენ ბენეფიციარზე. ეს მიდგომა გულისხმობს, რომ გუნდის წევრებს კარგად ესმით მომიჯნავე პროფესიები და, შესაძლოა, გადამზადებულიც იყვნენ მათში (Huss, Schiller, & Schmidt, 2013). ტრანსდისციპლინური მიდგომა მოიაზრებს, რომ გუნდის წევრები ხშირად ხვდებიან ერთმანეთს, აზიარებენ საკუთარ ექსპერტულ მოსაზრებებს და ითვალისწინებენ ერთმანეთის დისციპლინის მიდგომებს, რათა მომსახურების საუკეთესო ვარიანტი შეარჩიონ ბენეფიციარისთვის.

პრაქტიკაში ყოველთვის მკვეთრად არ განსხვავდება ეს სამი მოდელი ერთმანეთისგან. ხშირად ისინი ფარავენ ერთმანეთს და მულტიდისციპლინური გუნდის სახელის ქვეშ ერთიანდებიან.

ბენეფიციართან შესაძლოა გუნდის რამდენიმე წევრი მუშაობდეს, თუმცა სხვადასხვა პროფესიონალს შორის როლები და საზღვრები გამიჯნული უნდა იყოს. კვლევები აჩვენებს, რომ მცირე გუნდში მომუშავე პროფესიონალებს სტრესის ბევრად დაბალი დონე აქვთ, ვიდრე ფართო ჯგუფებსა და ინდივიდუალურად მომუშავეებს: რაც უფრო ნათელია გუნდის ამოცანები, რაც უფრო მაღალია გუნდში ჩართულობა, რაც უფრო ორიენტირებულია ხარისხზე და რაც უფრო მეტია ინოვაციებისადმი მხარდაჭერა გუნდში, მით უფრო დაბალია გუნდში სტრესის დონე (Borrill, et al., 2000).

მულტიდისციპლინური მიდგომის დანერგვა შშმ ბავშვთა ალტერნატიულ მომსახურებებში

ბრიტანეთში 1967 წელს ჯანდაცვის სამინისტრომ გასცა რეკომენდაცია, რომ შშმ ბავშვები ბავშვთა შეფასების ცენტრებში უნდა შეფასებულიყვნენ მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ (Zahir & Bennett, 1994). ეს იყო ახალი და ჯერ გამოუცდელი კონცეფცია, რომლის დანერგვაც დაიწყო ცენტრებმა. 1976 წელს სასამართლომაც განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმო შშმ ბავშვებისთვის განკუთვნილ ცენტრებს და გამოსცა მითითება სამომავლოდ პედიატრიული მომსახურებისთვის დიდ ბრიტანეთში (Zahir & Bennett, 1994). მან გამოკვეთა მომსახურებებში ის სფეროები, სადაც ხდებოდა გადაფარვა, ასევე, მწირი მოცვა და შშმ ბავშვებისთვის არსებული მომსახურებების შიგნით და ერთმანეთს შორის არასათანადო კომუნიკაცია. სასამართლომ, ასევე, გასცა რეკომენდაცია ოლქების ჯანდაცვის მესვეურებისთვის, რომ თითოეულ ოლქში შშმ ბავშვებისთვის შექმნილიყო გუნდი, რათა გაუმჯობესებულიყო მომსახურება ბავშვისთვისაც და ოჯახისთვისაც. მასში უნდა შესულიყვნენ შემდეგი ძირითადი პროფესიონალები: სათემო პედიატრი, ჯანდაცვის სპეციალისტი, სოციალური მუშაკი, მასწავლებელი და ფსიქოლოგი (Zahir & Bennett, 1994). ამ სპეციალისტებს უნდა ჰქონოდათ სათანადო ექსპერტიზა, რათა განესაზღვრათ მომსახურებების საჭიროება შშმ ბავშვებისთვის. სწორედ ასე ჩამოყალიბდა მულტიდისციპლინური მუშაობის კონცეფცია.

მოსის (1994 in Mental Health Commission, 2006) მიხედვით, მულტიდისციპლინური მუშაობა სამ ძირითად სარგებელს აძლევს მომსახურებაში ჩართულ პირს: 1. განგრძობადი პროაქტიული ზრუნვა ჯანმრთელობის ხანგრძლივი, მძიმე პრობლემების მქონე პირებისთვის, რომელთაც 24 სთ-იანი წვდომა აქვთ ინფორმაციასა და მხარდაჭერაზე, (2) ჩარევა კრიზისამდე და კრიზისის დროს, (3) ორგანიზებული რეაქცია ბაზისური ზრუნვის მოთხოვნაზე.

შულცისა და სხვათა (2014) მიხედვით კი, მულტიდისციპლინური გუნდისგან მიღებული სარგებელი შემდეგნაირად შეიძლება დაჯგუფდეს:

- ბენეფიციარისთვის:
- მომსახურებების კოორდინაციის საშუალებით გაუმჯობესებული ზრუნვა;
 - ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ინტეგრირება პრობლემებისა და საჭიროებების სხვა ფართო ჩამონათვალთან;
 - სხვადასხვა კულტურული ფონის/ გამოცდილების მქონე ბენეფიციარების მომსახურება;
 - დროის ეფექტურად გამოყენება;
 - ბენეფიციარის, როგორც აქტიური პარტნიორის, გაძლიერება და მისი კმაყოფილების გაზრდა.
- მზრუნველებისა და ოჯახისთვის:
- პროფესიონალთა საქმიანობაში და გეგმის განხორციელებაში ჩართულობა;
 - მათი წახილების გათვალისწინება და რესურსების მოძიება მათ დასახმარებლად;
 - იმ ფართო სოციალური, კულტურული და ჯანმრთელობის საკითხების მოგვარებაში დახმარება, რომლებიც ოჯახს აწუხებს.
- პროფესიონალებისთვის:
- პროფესიული კმაყოფილების ზრდა;
 - ინოვაციების წახალისება;
 - ეპიზოდური ზრუნვიდან გრძელვადიან ზრუნვაზე გადასვლა;
 - მომსახურების მიმწოდებლებისთვის საშუალების მიცემა, ფოკუსირდნენ ინდივიდუალურ სფეროებზე;
 - პრაქტიკოსისთვის, ახალი უნარებისა და მიდგომების სწავლების საშუალების მიცემა.

საქართველოში 2017 წლის იანვრიდან მოქმედებს მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვა მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის. აღნიშნულ მომსახურებას თავად ჰყავს მულტიდისციპლინური გუნდი და სპეციალიზებული აღმზრდელები, რომლებიც გუნდური მუშაობის პრინციპით

ახდენენ ბავშვების საჭიროებების შეფასებას. გუნდი ადგენს მომსახურების გეგმას და უზრუნველყოფს მის აღსრულებას, ასევე, აქტიურად თანამშრომლობს სხვა მოწვეულ სპეციალისტებთან და განათლების, ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენლებთან (მომსახურების მოდელი, 2016).

აღნიშნული მომსახურების მოდელის მიხედვით, მომსახურებაში ბავშვებზე ზრუნვა ეფუძნება შემთხვევის მართვის სისტემას, რომელიც მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

- მომსახურებაში ჩარიცხვა და პირველადი შეფასება;
- სრული შეფასება;
- მომსახურების ინდივიდუალური გეგმის განვითარება;
- გეგმის აღსრულება;
- შემთხვევის გადასინჯვა;
- ბავშვის მომზადება ბიოლოგიურ ოჯახში, მშვილბელ ოჯახში ან სხვა მომსახურებაში გადაყვანისთვის.

მულტიდისციპლინური გუნდის სპეციალისტების მიერ ხდება ბავშვის საჭიროებების ზოგადი სურათის შესწავლა და მომსახურებაში განთავსების პირველი ოთხი კვირის გეგმის მომზადება, რომელიც ქმნის ბავშვის ახალ გარემოსთან შეგუების საფუძველს. შემდგომ მულტიდისციპლინური გუნდი (ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი, პედიატრი, აღმზრდელები, სოციალური მუშაკი და, საჭიროების შემთხვევაში, სხვა მოწვეული სპეციალისტი) ახდენს ბავშვის განვითარებასთან დაკავშირებული საჭიროებების სრულ შეფასებას. მულტიდისციპლინური გუნდის ყველა წევრი, გარდა სოციალური მუშაკისა (რომელიც სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენელია), დაქირავებულია მომსახურების მიმწოდებლის მიერ. შეფასების დასრულების შემდეგ ბავშვის შემთხვევა, შემდგომი მართვის მიზნით, გადაეცემა აღმზრდელს, რომელიც შემთხვევის მართვას ახორციელებს.

შეფასების შემდეგ, მულტიდისციპლინური გუნდი ადგენს მომსახურების ინდივიდუალურ გეგმას, რომელშიც ასახულია ბავშვის მოვლის, განვითარების,

სოციალური ინკლუზიის, ბიოლოგიურ ოჯახთან ურთიერთობის (თუ ეს არ ეწინააღმდეგება ბავშვის საუკეთესო ინტერესს) მიზნები და ამოცანები, მისი შესაძლებლობებისა და სურვილების გათვალისწინებით. გეგმის საფუძველზე თითოეულ აღმზრდელს სპეციალისტების მიერ მიეწოდება შესაბამისი ინფორმაცია, თუ როგორ და რა ხანგრძლივობით უნდა განხორციელდეს მოვლის და განვითარების კონკრეტული ღონისძიება. აღმზრდელები აკეთებენ ჩანაწერს ბავშვთან მუშაობის შესახებ.

ბავშვის მომსახურების ინდივიდუალური გეგმა მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ გადაიხედება წელიწადში ორჯერ ან ბავშვის საჭიროებიდან გამომდინარე უფრო ხშირად, რათა შეფასდეს პროგრესი ბავშვის განვითარების და სოციალური ინტეგრაციის კუთხით. გარდა ამისა, მომსახურების პერსონალი, სააგენტოს სოციალურ მუშაკთან თანამშრომლობით, ამზადებს ბავშვს რეინტეგრაციისთვის, გაშვილებისთვის ან ალტერნატიული ზრუნვის სხვა მომსახურებაში (სპეციალიზებული მინდობითი აღზრდა, სათემო მომსახურება და ა.შ.) გადასაცვანად.

მოდელში გათვალისწინებულია პროფესიული სუპერვიზიის საკითხიც. „პროფესიული სუპერვიზია ხორციელდება მულტიდისციპლინური გუნდის სპეციალისტების მიერ აღმზრდელების უშუალო დაკვირვების და შემთხვევების განხილვის ფარგლებში. სუპერვიზიის შედეგად აღმზრდელებს საშუალება აქვთ სპეციალისტებისგან მიიღონ ინფორმაცია და კონსულტაცია ბავშვებთან ინტერვენციების შესახებ“ (მომსახურების მოდელი, 2016:26). გარდა ამისა, ბავშვის შესახებ ყველა მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება სამედიცინო მომსახურების მიღების, მის სოციალურ, საგანმანათლებლო და სპორტულ/რეკრეაციულ პროგრამებში ჩართვასთან დაკავშირებით ხდება სოციალური მუშაკის ჩართულობით.

მულტიდისციპლინური გუნდი, საჭიროებიდან გამომდინარე, თანამშრომლობს არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და სახელმწიფო სტრუქტურებთან:

- სოციალური მომსახურების სააგენტო (შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო);

- ინკლუზიური განათლების განვითარების სამმართველო (განათლების და მეცნიერების სამინისტრო);
- მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციები;
- ადგილობრივი თვითმმართველობა;
- არასამთავრობო ორგანიზაციები.

მულტიდისციპლინური გუნდის სტრუქტურა (შემადგენლობა)

შშმ ბავშვები დიდ სარგებელს იღებენ მულტიდისციპლინური გუნდის მუშაობისგან, რომელიც არის „გუნდი ბავშვის გარშემო“ (Contact a Family, 2015:4). მათ შეუძლიათ ერთობლივი შეფასების წარმოება და ბავშვის განვითარების ყველა იმ სფეროს გათვალისწინება, რომელიც მხარდაჭერას საჭიროებს, ასევე, პრიორიტეტების შეთანხმება და, როგორც ბავშვის ინდივიდუალურ, ისე ოჯახის საჭიროებაზე მორგებული პროგრამების შერჩევა. მულტიდისციპლინური გუნდის წევრები შესაძლოა იყვნენ:

- ექთანი/მედა
- პედიატრი
- ფიზიოთერაპევტი
- ქცევითი კონსულტანტი
- მეტყველების თერაპევტი
- აუდიოლოგი
- ოკუპაციური თერაპევტი
- ფსიქოლოგი
- ფსიქიატრი
- სოციალური მუშაკი
- სხვა სპეციალისტი (Pierangelo & Giuliani, 2008).

მულტიდისციპლინური გუნდი ახდენს ბენეფიციარის საჭიროებების პროფესიონალურ შეფასებას, დიაგნოსტიკას და მართვას (Cooper, 1997). თუმცა მნიშვნელოვანია იმის გამიჯვნა, სად იწყება ერთი პროფესიონალის როლი და სად მთავრდება მეორესი.

საქართველოში მოქმედი მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული მომსახურება, მულტიდისციპლინური გუნდის (ოკუპაციური თერაპევტი, ფსიქოლოგი, პედიატრი, სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკი) მუშაობის პარალელურად, ბენეფიციარების შეფასების ან/და მათთან უშუალო მუშაობის კუთხით იწვევს სხვადასხვა სპეციალისტს, როგორებიც არიან: მეტყველების თერაპევტი/ლოგოპედი, ორიენტაციის და მობილობის სპეციალისტი, ჟესტური ენის სპეციალისტი, ფსიქიატრი, ნევროპათოლოგი, აუდიოლოგი, ოფთალმოლოგი და სხვა (მომსახურების მოდელი, 2016).

მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, მოდელში გაწერილია სპეციალისტთა ფუნქციები:

- **ოკუპაციური თერაპევტი:** მომსახურების ფიზიკური გარემოს ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და ადაპტირებისთვის საჭირო რეკომენდაციების შემუშავება, ბავშვებისთვის დამხმარე ადაპტაციის საშუალებების შექმნა, ბავშვის ფუნქციური უნარების შეფასება და განვითარების შესახებ რეკომენდაციების შემუშავება, მსხვილი და ნატიფი მოტორული უნარების განვითარება, სენსორული ინტეგრაციის პროგრამის უზრუნველყოფა.
- **ფსიქოლოგი:** ბავშვის ფსიქოემოციური და კოგნიტური უნარების შეფასება და განვითარება, ქცევის მართვა და ქცევითი თერაპია.
- **პედიატრი:** ბენეფიციარების ფიზიკური განვითარების და ჯანმრთელობის მდგომარეობის რეგულარული მონიტორინგი და შესაბამისი ჩანაწერების გაკეთება; სპეციალისტების მიერ ბენეფიციარისთვის დანიშნული

მკურნალობის კურსის მონიტორინგი ექთან-აღმზრდელთან ერთად; მომსახურების ფარგლებში ინფექციური დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით, ადმინისტრატორის და აღმზრდელისთვის რეკომენდაციების მიწოდება; მომსახურების ფარგლებში, ბენეფიციარების მენიუს შედგენა მათი ინდივიდუალური კვებითი საჭიროებების გათვალისწინებით; მომსახურების ექთან-აღმზრდელის და აღმზრდელისთვის რეკომენდაციების მიწოდება ბავშვების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგის მიზნით; ექთან-აღმზრდელის და აღმზრდელის პროფესიული სუპერვიზია და ტრენინგი.

- **მეტყველების თერაპევტი:** ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის პროგრამების შემუშავება თითოეული ბენეფიციარისთვის.
- **ორიენტაციის და მობილობის სპეციალისტი:** მხედველობის დარღვევის მქონე ბავშვისთვის სივრცითი ორიენტაციის უნარების განვითარება, უსაფრთხო გადაადგილების სტრატეგიებისა და სივრცითი მიმართებების (ზევით/ქვევით, მარჯვნივ/მარცხნივ, ქვეშ/ზემოდან და მისთ.) სწავლება, კონკრეტულ გარემოში უსაფრთხო და მოსახერხებელი მარშრუტის შერჩევა და სწავლება, საცხოვრებელ, სასწავლო და სხვა გარემოში საჭირო ადაპტაციის შესახებ რეკომენდაციების გაცემა და/ან გარემოს ადაპტირება, მხედველობის დარღვევის მქონე ბავშვთან მომუშავე სპეციალისტებისა და/ან მშობლების კონსულტირება ორიენტაციასა და მობილობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე.
- **ფიზიოთერაპევტი:** ფიზიკური თერაპია, მსხვილი მოტორიკის განვითარება.
- **აღმზრდელი:** ბავშვის მოვლა და ყოველდღიურ ჰიგიენაზე ზრუნვა, კვება, უსაფრთხოება და სპეციალისტების მიერ შემუშავებული მომსახურების ინდივიდუალური გეგმის ამოცანების შესრულების

უზრუნველყოფა, კერძოდ, ბავშვის ფუნქციური და კომუნიკაციური უნარების განვითარებაზე მუშაობა, სოციალურ უნარებზე ინდივიდუალური და ჯგუფური მუშაობა, სოციალური ინკლუზიის ღონისძიებების უზრუნველყოფა, ბიოლოგიურ ოჯახებთან და სოციალურ მუშაკებთან თანამშრომლობა. აღმზრდელი-ექთანის შემთხვევაში ემატება საექთნო მოვლის კომპონენტის უზრუნველყოფა.

- **სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკი:** მჭიდროდ თანამშრომლობს მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის ადმინისტრაციასა და სპეციალისტებთან ბენეფიციარების შემთხვევის მართვის თითოეულ ეტაპზე. სოციალური მუშაკი ჩართულია ბავშვთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. მომსახურების ფარგლებში, სოციალური მუშაკი ახორციელებს შემდეგ საქმიანობას:
 - ბავშვის შეფასება და ინდივიდუალური განვითარების გეგმის შედგენა სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ დადგენილი წესის მიხედვით;
 - ბავშვის შემთხვევის წარდგენა მეურვეობისა და მზრუნველობის რეგიონული საბჭოს წინაშე;
 - ბავშვის გადაყვანა მომსახურებაში;
 - მომსახურების მულტიდისციპლინურ გუნდთან ერთად ბავშვის შეფასებაში მონაწილეობა და მომსახურების გეგმის შედგენა;
 - ბავშვის ოჯახთან და ნათესავებთან თანამშრომლობა ბავშვის რეინტეგრაციის პერსპექტივით;
 - მომსახურების სპეციალისტებთან და აღმზრდელებთან რეგულარული თანამშრომლობა, ბავშვის განვითარების და სოციალური ინკლუზიის უზრუნველყოფის მიზნით, და პროგრესის მონიტორინგი;

- ბავშვის განათლების სისტემაში ჩართვის ხელშეწყობა და განათლების და მეცნიერების სამინისტროს მულტიდისციპლინურ გუნდთან თანამშრომლობა;
- ბავშვის ჩართვა სხვადასხვა სოციალურ პროგრამებში;
- ბავშვის გაშვილებაზე ან სპეციალიზებულ მინდობით აღზრდაში გადაყვანაზე ზრუნვა;
- ბავშვის შემთხვევის მომზადება გადასინჯვის მიზნით და მეურვეობისა და მზრუნველობის რეგიონულ საბჭოზე წარდგენა (მომსახურების მოდელი, 2016:32).

ზოგადად, შშმ ბავშვების შემთხვევაში, ძირითადად პედიატრები უძღვებიან გუნდს და მჭიდროდ მუშაობენ ფიზიოთერაპევტებთან, ოკუპაციურ თერაპევტებთან, მეტყველების თერაპევტებთან, ფსიქოლოგებთან ერთად. შშმ ბავშვებს ხშირად სჭირდებათ დახმარება ყველა ამ პროფესიონალის, რათა მათი განვითარების სხვადასხვა სფეროში მიიღონ მხარდაჭერა. მაგალითად, იმისათვის, რომ ბავშვმა დამოუკიდებლად კვება ისწავლოს, შესაძლოა, საჭირო იყოს მეტყველების თერაპევტის ჩართვა, რათა დაეხმაროს უსაფრთხოდ ჭამაში, დალევასა და ყლაპვაში, და/ან ფიზიოთერაპევტი - ბავშვისთვის სავარჯიშოების მოსაფიქრებლად, რათა განვიითაროს მოძრაობები, რაც საჭიროა დამოუკიდებლად კვებისთვის, და შეარჩიოს საუკეთესო პოზიცია ჯდომისთვის; გარდა ამისა, ოკუპაციური თერაპევტის ჩართულობაც მიზანშეწონილია, რათა გასცეს რჩევები ჯდომასა და აღჭურვილობაზე; ხოლო დიეტოლოგი საჭიროა, რათა შეარჩიოს საკვები, რომლის გადაყლაპვასაც ბავშვი შეძლებს და თან დარწმუნდეს, რომ სათანადოდ გამოიკვებება (Contact a Family, 2015).

სოციალურ მუშაკებსაც ხშირად საკვანძო როლი აქვთ. ის დაფუძნებულია სოციალურ პერსპექტივაზე, რომელიც ითვალისწინებს, რამდენად განსხვავებული ასპექტები მოქმედებენ ერთმანეთზე ადამიანის ცხოვრებაში, და ეხმარება მათ გადალახვაში (Auliffe, 2009). სოციალური მუშაკები ხშირად მუშაობენ მხარდამჭერი

ქსელის განვითარებაზე, სოციალური გარემოს გაუმჯობესებაზე და ცდილობენ თავიდან აირიდონ მხოლოდ ინდივიდუალური ფოკუსი, რაზეც სხვა პროფესიონალები ორიენტირდებიან. ლიმბერის (Lymbery 2006 in Auliffe, 2009) მიხედვით, ადამიანის სოციალური გარემო და ურთიერთობები ის სფეროა, რომელიც სჯობს, რომ სოციალურმა მუშაკმა შეისწავლოს, ვიდრე სხვა პროფესიონალმა.

მულტიდისციპლინური გუნდის ძირითადი წევრების უნარები ერთიანდება „უნარიანობასა“ და „კომპეტენციის“ ქვეშ (Mental Health Commission, 2006). თითოეული წევრი გუნდს სძენს იმ უნარებს, რომლებიც ასოცირდება მათ პროფესიასა და დისციპლინასთან. ეს არის უნარები, რომლებიც მათი მუშაობის პროცესში ჩანს, როგორც გუნდში, ისე ბენეფიციართან. მათი კომპეტენცია ამ უნარებში განსხვავდება იმის მიხედვით, თუ რა გამოცდილება და კვალიფიკაცია აქვთ. გუნდის თითოეული წევრი არის თავისებურად გამორჩეული ინდივიდი თავისი საკუთარი ინტერპერსონალური უნარებით, ძლიერი და სუსტი მხარეებით.

ტერმინი „უნარიანობა“ აფართოებს კომპეტენტურობის იდეას და მოიცავს საჭირო ცოდნის, უნარებისა და დამოკიდებულებების მისადაგებას სხვადასხვა კომპლექსურ და ცვალებად გარემოებებთან.

უნარიანობა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

- შესრულების კომპონენტი, რომელიც ავლენს „რისი ფლობა სჭირდებათ ადამიანებს“ და „რისი მიღწევა სჭირდებათ მათ“;
- ეთიკური კომპონენტი, რომელიც ფოკუსირებულია, რომ კულტურის, ღირებულებებისა და სოციალური გაგება გააერთიანოს პროფესიულ პრაქტიკასთან;
- კომპონენტი, რომელიც ხაზს უსვამს გონივრულ, კარგად გააზრებულ პრაქტიკას;
- უნარი, ეფექტურად განახორციელო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევა;

- მონდომება, იმუშაო პროფესიული განათლების ახალი მოდელების გამოყენებითა და პასუხისმგებლობა, მიიღო უწყვეტი განათლება (Mental Health Commission, 2006:20-21).

ძირითადი კომპეტენციების ჩამონათვალი, რომელიც ქვემოთ არის მოცემული, შემუშავებულია მძიმე და ღრმა ფსიქიკური დაავადებების მქონე ზრდასრულებთან მომუშავე სპეციალისტების მაგალითზე, სეინსბერის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის მიერ და ადაპტირდა სხვა სპეციალისტებისთვისაც (Sainsbury Centre for Mental Health, 1997 in Mental Health Commission, 2006):

- შეფასება
- მკურნალობა და ზრუნვის მართვა
- თანამშრომლობითი მუშაობა
- მართვა და ადმინისტრირება
- ინტერპერსონალური უნარები.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია გუნდის ფორმირება - შეკვრა, მიზანზე ფოკუსირება. გუნდის ჩამოყალიბების პირველი ნაბიჯია საერთო ხედვის, ღირებულებებისა და პრინციპების შესახებ შეთანხმება. ეს შესაძლოა სხვადასხვა სპეციფიკას მოიცავდეს, მათ შორის, შემდეგ საკითხებს:

- **შეთანხმებული მიზნები და ღირებულებები**, მაგალითად, როგორცაა, კარგად განსაზღვრული ღირებულებები, სტანდარტები, ფუნქციები და პასუხისმგებლობები, ასევე, სტრატეგიული მიმართულება;
- **შესრულება**, რაც მოიცავს ლიდერობას, კომპეტენტურ მართვას, ჩანაწერებს, ეფექტურ შიდა მონიტორინგსა და უკუკავშირს;
- **თანმიმდევრულობა**, რაც მოიცავს სიზუსტეს და ზრუნვის მიწოდებისას სისტემურ მიდგომას;
- **ეფექტურობა და პროდუქტიულობა**, გულისხმობს გუნდის მიერ მიწოდებული ზრუნვისა და მისი შედეგების შეფასებას;

- **პასუხისმგებლობათა ჯაჭვი**, რომელიც აჩვენებს, რომ პასუხისმგებლობები კარგად არის განაწილებული და გაგებული;
- **ღიაობა**, მაგალითად, მისცე სხვებს სამუშაო პროცესში ჩახედვის საშუალება და წარმოადგინო შესრულების მტკიცებულებები, რაც გუნდის გარეთ მყოფი ადამიანებისთვის გასაგები იქნება;
- **საყოველთაო მიმღებლობა**, როდესაც გუნდის შემსრულებლობის უნარი და მის მიერ მიღწეული შედეგები იწვევს ნდობას მომსახურების მომხმარებლების, დამსაქმებლებისა და კოლეგების მხრიდან (Mental Health Commission, 2006:41).

კარგი კომუნიკაცია მულტიდისციპლინური ინტერაქციის მხოლოდ ერთი ასპექტია. ერთ-ერთი კვლევა აჩვენებს, რომ თანამშრომლები, რომლებიც ერთად მუშაობენ, ერთმანეთის შესახებ ცნობიერებას იმაღლებენ, იწყებენ „ბარიერების ჩამოშლას“ და ივითარებენ გუნდის თითოეული წევრის „ძლიერი და სუსტი მხარეების შეცნობისა და დაფასების უნარს“ (Pirrie et al, 1998:23 in Wilson & Pirrie, 2000:1). გარდა ამისა, ყველა აღიარებს და თანხმდება, რომ საჭირო არაა ცალკეული პროფესია ფლობდეს მონოპოლიას ცოდნაზე იმისათვის, რომ ეფექტურად მოემსახუროს ბენეფიციარს.

ინტეგრირებული სამუშაო ძალის განვითარება მუდმივად მიმდინარე პროცესია. ამ პროცესის განმავლობაში ახალი როლები იჩენს თავს, რაც ახალ სპეციფიურ ცოდნასა და უნარებს შეიძლება საჭიროებდეს. ზოგ შემთხვევაში როლები არ არის მკვეთრად გამიჯნული, რაც მუშაობის პროცესში ხელშემშლელია. ინტეგრაციის პროცესში აუცილებელია ისეთი ფაქტორების მნიშვნელობისა და გავლენის აღიარება, როგორც კულტურული განსხვავებულობა, პროფესიული პასუხისმგებლობები, ძალთა ურთიერთობა, სხვადასხვა სექტორის პრიორიტეტები და წუხილები (Goodman, et al., 2013). მიუხედავად იმისა, რომ ორგანიზაციული და პროფესიული იდენტობა შესაძლოა ბარიერიც კი იყოს საზღვრების გამიჯვნისას, სხვადასხვა პროფესიონალის

ღირებულებების, როლებისა და პასუხისმგებლობების გაგება და პატივისცემა წარმატებული ინტეგრაციის საფუძველი შეიძლება გახდეს (Gilburt, 2016).

მულტიდისციპლინურ გუნდში მიმდინარე პროცესები

სხვადასხვა წარსული გამოცდილების, განათლების, ბენეფიციართა შესახებ საკითხების აღქმის განსხვავებული მოდელების გამომყენებელმა ადამიანებმა არ შეიძლება, რომ ერთ დღესაც უცხად ერთად დაიწყონ მუშაობა და ეს ეფექტური იყოს. ამას სჭირდება გუნდის შეკვრა, საერთო ღონისძიებები, პროტოკოლი, როლებისა და პასუხისმგებლობების გაზიარება, ერთმანეთის დისციპლინის გაგება (Robinson & Cottrell, 2005).

დღესდღეობით სხვადასხვა პროფესიონალის ჩართულობა აუცილებელია ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველსაყოფად. ვინაიდან ზრუნვა ხდება უფრო კომპლექსური და მრავალი გამოწვევით დახუნძლული, ამ სირთულეებთან გასამკლავებლად საჭირო სხვადასხვა პროფესიული უნარებისა და რესურსების სათანადოდ თავმოყრაც უფრო და უფრო რთულდება. თანდათან ნათელი ხდება, რომ ხარისხიანი მომსახურების მიწოდება დამოკიდებულია არა იმდენად ინდივიდუალურ პროფესიონალთა გამოცდილებაზე ამა თუ იმ სფეროში, არამედ მულტიდისციპლინურ გუნდში მუშაობის მათ ცოდნასა და გამოცდილებაზეც (Torrens, 2010).

ეფექტური გუნდური მუშაობა მოითხოვს ლიდერობას, გუნდის ეფექტურ მართვას, კლინიკურ სუპერვიზიას, დეტალურ მექანიზმებს როლური კონფლიქტების გადასაჭრელად და უსაფრთხო პრაქტიკისთვის (Schultz, et al., 2014). ამასთანავე, როგორც ზევითაც აღვნიშნეთ, არც ერთი პროფესია არ უნდა ფლობდეს მონოპოლიას ლიდერობაზე.

შულცი და სხვები (2014) გუნდის მუშაობისას შემდეგი კომპონენტების მნიშვნელობას გამოყოფენ:

- **კომუნიკაცია** - როგორც ვერბალური, ისე არავერბალური. ღია და თავისუფალი კომუნიკაცია წევრებს შორის ქმნის ზრუნვის ეფექტური შედეგების მიღების წინაპირობას.
- **გუნდის ემოციები** - მნიშვნელოვან როლს თამაშობს გუნდის ეფექტურობასა და პოზიტიური შედეგების მიღწევაში. გუნდის წევრობა კოლეგებისადმი გარკვეული მიჯაჭვულობის და ეფექტური შედეგის მიღწევისთვის თავდადებული შრომის ვალდებულების განცდას ქმნის.
- **ნდობა და პატივისცემა** - ხშირად ვითარდება საერთო გამოცდილებიდან და ინდივიდების შესაძლებლობებიდან, რომ მოახდინონ თავიანთი კომპეტენციის დემონსტრირება. გუნდის ახალ წევრებს ხშირად სჭირდებათ კომპეტენციის „დამტკიცება“. ნდობისა და პატივისცემის გაღვივება გუნდს დაეხმარება სტაბილურობაში. ამ მახასიათებლების არქონა კი გუნდის წევრებს შორის პრობლემურ ქცევებს გამოიწვევს.
- **იუმორი** - შესაძლოა მოქნილობა შესძინოს გუნდს, ვინაიდან იწვევს სტრესის შემცირებასა და პროფესიონალებს შორის მჭიდრო თანამშრომლობის გაღვივებას.
- **კონფლიქტი** - შესაძლოა გაჩნდეს, როდესაც სხვადასხვა დისციპლინის წარმომადგენლებს უწევთ ერთად მუშაობა. გუნდის სხვადასხვა წევრს შემოაქვს განსხვავებული იდეები, მიზნები, ღირებულებები, რწმენები და მოლოდინები, რამაც შესაძლოა ბარიერები წარმოშვას მის მუშაობაში. თუმცა კონფლიქტმა შესაძლოა გააძლიეროს გუნდის შესრულების ხარისხი, თუკი იგი ხელს უწყობს ინოვაციების, ხარისხისა და კრეატიულობის ზრდას. მნიშვნელოვანია, რომ გუნდს თავიდანვე ჰქონდეს შეთანხმება, როგორ უნდა გადაჭრან ხოლმე კონფლიქტები.

- **გუნდის სტაბილურობა** - გუნდის სტაბილურობა პოზიტიურ შედეგებს უკავშირდება იქიდან გამომდინარე, რომ იგი იწვევს ორმხრივი პატივისცემის, ნდობისა და მიზნების განვითარებას. გრანტისა და ფინოქიოს (Grant, Finnocchio 1995 in Schultz, et al., 2014) მიხედვით, გუნდის სტაბილურობას იწვევს შემდეგი ფაქტორები:
 - ნორმების/სტანდარტების დაწესება ამოცანების შესრულებისა და გუნდის ქცევისთვის;
 - გუნდის თითოეული წევრის წახალისება იმოქმედოს გუნდში თანასწორობისა და დამოუკიდებლობის მნიშვნელობის გააზრებით;
 - ჰარმონიის ძიება კონფლიქტების დროს, განსხვავებულობის გააზრებითა და ყველას მოსაზრების ყურადღებითა და პატივისცემით მოსმენით;
 - სავარაუდო გადაწყვეტის გზების ძიება კოლექტიური გონებრივი იერიშითა და გუნდის წევრებს შორის საერთო ინტერესებზე ფოკუსირებით;
 - გუნდის წევრებს შორის შეთანხმების ძიება ყველაზე მისაღები გადაწყვეტილების მისაღწევად;
 - ღიაობა პოზიტიური და/ან ნეგატიური ქცევის, გადაწყვეტილებისა და შედეგების შესახებ უკუკავშირის მისაღებად;
 - ინტერაქციის დასასრულს პროგრესის გადახედვა და შეჯამება და კონსტრუქციული კრიტიკის მიმართ ღიაობა.
- **ჯგუფის შეკვრა** (ე. წ. „თიმ ბილდინგი“) - ხელს უწყობს ინდივიდების დამოკიდებულებების, უნარების, ცოდნისა და ქცევის გაძლიერებას, როგორც სასურველი მიზნების, ისე ერთმანეთის მიმართ. ამასთან, ხელს უწყობს თანამშრომლობას და აუმჯობესებს ჯგუფის წევრების შესრულების ხარისხს. გარდა ამისა, ვესტის მიხედვით, რეფლექსიის ღონისძიებები გუნდს საშუალებას აძლევს, უპასუხოს და ადაპტირდეს გუნდის შიგნით გარემოებების ცვლილებებზე (Schultz, et al., 2014:235-236).

გუნდში გადაწყვეტილების მიღება ძირითადად ორი მიდგომის მიხედვით ხდება. ესენია დემოკრატია და კონსესუსი/შეთანხმება (Mental Health Commission, 2006). მარტივად რომ ვთქვათ, **დემოკრატიული** მიდგომის მთავარი პრინციპი ისაა, რომ ყველას ხმა თანაბრად ფასობს, თანაბარი წონა აქვს განურჩევლად გამოცდილებისა და კვალიფიკაციისა. ამ დროს ერთი ადამიანი=ერთ ხმას და გუნდი ირჩევს იმ გადაწყვეტილებას, რომელსაც წევრთა ყველაზე მეტი რაოდენობა ემხრობა. **კონსესუსი/შეთანხმება** კი გულისხმობს, რომ გუნდის ყველა წევრი უნდა შეთანხმდეს საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებამდე. გადაწყვეტილება მიღებული არაა, თუკი გუნდის რომელიმე წევრი მას არ ეთანხმება. ამ დროს გუნდის თითოეულ წევრს აქვს ვეტოს უფლება. ეს მიდგომა არაა რეკომენდებული, როდესაც რომელიმე პროფესიონალს წამყვანი როლი და პასუხისმგებლობები აქვს გუნდში. ამ მიდგომამ შესაძლოა იმუშაოს კარგად ფუნქციონირებად გუნდში, მაგრამ ვერ იმუშავებს ისეთ გუნდში, სადაც ერთ წევრს სხვებისგან განსხვავებული ხედვა აქვს.

როდესაც პროფესიონალების დიდი რაოდენობა მუშაობს ბავშვთან, ზრუნვის ფრაგმენტაციის რისკი იზრდება. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ პროფესიონალებმა აწარმოონ დეტალური, განახლებადი ჩანაწერები ბავშვთან თითოეული კონტაქტის დროს და ზუსტად გააზიარონ ინფორმაცია ერთმანეთში (Contact a Family, 2015).

ასეთ დროს, სოციალურ მუშაკს, ისევე, როგორც სხვა სპეციალისტს, შესაძლოა ეთიკური კონფლიქტი წარმოეშვას კონფიდენციალობასთან დაკავშირებით, გამომდინარე მისი მრავალმხრივი პასუხისმგებლობებისა ბენეფიციარის, ოჯახისა და მულტიდისციპლინური გუნდის წინაშე. შემდეგი მითითებები შესაძლოა დაეხმაროს მას გასაზიარებელი ინფორმაციის მართვაში:

- გუნდის წევრები ვალდებული უნდა იყვნენ, შეინარჩუნონ ინფორმაციის კონფიდენციალობა;

- ბენეფიციარი და მისი ოჯახი თანახმა უნდა იყოს, მათ შესახებ ინფორმაცია გაზიარებულ იქნას გუნდში;
- გუნდში უნდა გაზიარდეს მხოლოდ აუცილებელი ინფორმაცია, რაც საჭიროა მიზნების მისაღწევად;
- ინფორმაციის გაზიარება უნდა ემსახურებოდეს ბენეფიციარის საუკეთესო ინტერესებს (NASW, 1991).

გარდა ზემოთ აღნიშნული პროცესებისა, მულტიდისციპლინურ გუნდში მნიშვნელოვანია, რომ თითოეულმა პროფესიონალმა განივითაროს საკუთარი პროფესიული უნარები. ამის განსამტკიცებლად, უნდა არსებობდეს კლინიკური სუპერვიზიის სისტემა. სუპერვიზია პროფესიონალებისთვის არის მხარდაჭერის ძირითადი წყარო. ამიტომ, მნიშვნელოვანია ყოველდღიური სუპერვიზია შემთხვევების განხილვით.

მულტიდისციპლინურ გუნდის მუშაობის ბარიერები

დასაქმების სტატუსის განსხვავებულობა, კულტურული განსხვავება პროფესიონალებს შორის, გეოგრაფიული დაყოფა და მრავალი გუნდის წევრობა - ეს ის საკითხებია, რომლებიც გუნდური მუშაობის ბარიერებად აღიქმება, ხოლო ფიზიკური სიახლოვე, სოციალური სიახლოვე და პოზიტიური მოტივაცია არის გუნდური მუშაობისა და თანამშრომლობის საწინდარი (Iliffe, 2008).

შულცისა და სხვების (2014) მიხედვით, მულტიდისციპლინური გუნდი შეიძლება სხვადასხვა პოტენციურ ბარიერს წააწყდეს, როგორცაა:

- იერარქიული მხარდაჭერის ნაკლებობა როგორც გუნდში, ისე მის გარეთ;
- გუნდის უუნარობა, გაიზიაროს ერთობლივი ხედვა და მიზნები შედეგებთან მიმართებაში;
- სხვათა მოსაზრებების გაუფასურება;
- ცვლილებებისა და რეფორმების მიმართ რეზისტენტობა;

- შესაბამის რესურსებთან წვდომის ნაკლებობა;
- სუსტი კომუნიკაცია გუნდის შიგნით;
- გუნდური ანგარიშვალდებულების ნაკლებობა (გუნდში მუშაობა ზოგისთვის ნიშნავს, რომ არსებობს ვიღაც, ვინც შეიძლება დაადანაშაულო);
- კონკურენცია/მეტოქეობა გუნდში;
- ნეგატიური წინასწარგანწყობა შედეგებისა და ბენეფიციარის მიმართ (რაც დაფუძნებულია ცხოვრებისეულ გამოცდილებასა და დასწავლილ ქცევაზე);
- ინდივიდუალური პიროვნული მახასიათებლები, რამაც შესაძლოა შეამციროს გუნდის ეფექტურობა, მიუხედავად პროფესიული განზრახვებისა (Schultz, et al., 2014).

ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ მულტიდისციპლინური გუნდის ერთ-ერთი გამოწვევა შეიძლება იყოს გუნდში ლიდერის არარსებობა. ბორილის და სხვათა (2000) მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის გუნდში ლიდერის ნაკლებობა ასოცირებულია პაციენტზე ზრუნვისა და ინოვაციების დაბალ დონესთან, ასევე, გუნდური მუშაობის სიმწირესთან. გუნდები, რომლებსაც არ ჰყავთ მკვეთრი ლიდერი, ამჟღავნებენ ჩართულობის უფრო დაბალ დონეს, ამოცანების ბუნდოვანებას, ზრუნვის ხარისხისათვის ნაკლებ თავდადებას. ნათელი ლიდერის არარსებობა, ასევე, ასოცირებულია სტრესის მაღალ დონესთან გუნდის წევრებს შორის (Borrill, et al., 2000). გარდა ამისა, კვლევების მიხედვით, გუნდის ზომაც მნიშვნელოვანი ფაქტორი აღმოჩნდა. გადაწყვეტილების მიღებისა და კომუნიკაციისთვის ეფექტური გუნდის ზომად რეკომენდირებულია 3-დან 6 წევრამდე (Ilfiffe, 2008).

გუნდური მუშაობა შესაძლოა სტრესულიც აღმოჩნდეს. მან შესაძლოა განაპირობოს როლების ორაზროვნება და ურთიერთსაწინააღმდეგო ღირებულებები და წარმოშვას ინტერპერსონალური კონფლიქტი. გუნდური მუშაობა შეიძლება იყოს ზედაპირულიც. შესაძლოა თანამშრომლური დამოკიდებულება უფრო მეგობრული

განწყობით იყოს გამოწვეული და არა პიროვნების პრობლემაზე ორიენტირებულობით (Iliffe, 2008).

ფაქტორები, რომლებიც უკავშირდება დაძაბულობასა და კონფლიქტს, შემდეგია:

- **როლებისა და მოლოდინების ბუნდოვანება** - იმის განცდა, თითქოს სხვები არ ასრულებენ თავიანთ საქმეს, ან მუშაობენ გუნდისგან დამოუკიდებლად;
- **ძალთა უთანასწორობა**, მათ შორის, პროფესიონალთა იერარქია, ძალაუფლებისთვის ბრძოლა, პროფესიული საზღვრების გაფერმკრთალება/მოშლა;
- **დაშვებები** საერთო ენასა და გაგებაზე, რომელიც შეიძლება რეალობას არ შეესაბამებოდეს;
- **პროფესიათშორისი კონფლიქტები** იმასთან დაკავშირებით, თუ რა არის ბავშვის საუკეთესო ინტერესი;
- **პიროვნული რეაქციებისა და მძიმე განცდების გავლენა** ტრავმირებულ ბავშვებთან და ოჯახებთან მუშაობის პროცესში;
- **მწირი კომუნიკაცია** და იმის განცდა, რომ არ გისმენენ;
- **მხარდაჭერის სიმცირე** ან ამის განცდა (Fostering and Adoption, 2014).

გარდა ამისა, შესაძლოა იყოს გარე, ორგანიზაციული საკითხები, რაც იწვევს დაძაბულობას, როგორცაა:

- პოლიტიკისა და პროცედურების შეუსაბამობა;
- განსხვავებული წესები და პროტოკოლი ინფორმაციის გაზიარებასა და კონფიდენციალობასთან დაკავშირებით;
- შეზღუდული დრო პროფესიონალებისთვის, რომ შეასრულონ საკუთარი პასუხისმგებლობები სათანადოდ;
- ბავშვისა და ოჯახის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად საჭირო რესურსების ნაკლებობა ან არარსებობა (Fostering and Adoption, 2014).

როლების მკაფიოდ გამიჯვნა არსებითად მნიშვნელოვანია გუნდის ეფექტური ფუნქციონირებისთვის და პროფესიული ერთიანობის განვითარებისთვის. ამ მიმართულებით მარცხს ძალიან ცუდი შედეგები შეიძლება მოჰყვეს. გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ გუნდში მომუშავე სოციალური მუშაკების ნაწილი განიცდიდა პროფესიული იდენტობის დაკარგვას ან გაუფერულებას, როლური კონფლიქტის მაღალ დონეს და გუნდისგან მარგინალიზაციას (Schultz, et al., 2014).

მულტიდისციპლინურ გუნდში მომუშავე სოციალური მუშაკების ხედვით, ისინი ხშირად არიან მათი სფეროს ერთადერთი წარმომადგენლები. ეს ნიშნავს, რომ ისინი შესაძლოა ხშირად განიცდიდნენ როლებთან დაკავშირებულ კონფლიქტებს, ვიდრე სხვა პროფესიონალები, რომლებიც ერთი სფეროდან არიან (მაგალითად, სამედიცინო) (Moriarty, Baginsky, & Manthorpe, 2015). შოტლანდიაში კანონთან კონფლიქტში მყოფ ადამიანებთან მომუშავე სოციალურ მუშაკებთან ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ისინი ხშირად გრძნობენ, რომ მათი როლი მარგინალიზებულია ან არასწორად არის გაგებული (Moriarty, Baginsky, & Manthorpe, 2015).

მულტიდისციპლინურ გუნდის ეფექტურობის განმსაზღვრელი ფაქტორები

თითოეული პროფესიონალი პრობლემას შესაძლოა განსხვავებულად უდგებოდეს, თუმცა **ღია კომუნიკაცია და ნდობა** მათ შორის, აუცილებელია ეფექტური გუნდური მუშაობისთვის. ნდობა მნიშვნელოვანი ფაქტორია ღია დისკუსიების წარმართვისა და წარმატებული მოლაპარაკებებისთვის. ნდობა ყალიბდება არაერთჯერადი პოზიტიური პროფესიათშორისი თანამშრომლობის გამოცდილების საფუძველზე და ვითარდება დროთა განმავლობაში. გარდა ამისა, გუნდის წევრები იღებენ **მხარდაჭერას** ერთმანეთისგან და მათი ცოდნაც ფართოვდება. პროფესიონალები უფრო ნათლად ხედავენ საკუთარ განსხვავებულ როლსა და ღირებულებებს სხვებთან მიმართებაში და მათთვის დამატებითი გამოწვევაცაა იმის

გადაწყვეტა, თუ რომელი ასპექტებია მათი როლებიდან და ამოცანებიდან არსებითი. ასევე, **მოტივაციის** მაღალი დონეც წამყვანია ეფექტური გუნდური მუშაობისთვის (Auliffe, 2009).

პროფესიონალთა თითოეულ ჯგუფს აქვს საკუთარი კულტურა, რომელიც მოიცავს რწმენების, ღირებულებებისა და ნორმების ერთობლიობას. ჯანდაცვის სპეციალისტები უფრო მეტად სამედიცინო კუთხით უყურებენ შემთხვევას მაშინ, როდესაც სოციალური მუშაკები სოციალურ მოდელს ეფუძნებიან. ხედვებს შორის მსგავსი განსხვავება შესაძლოა დაძაბულობისა და კონფლიქტის წყაროც გახდეს, თუკი გუნდის წევრებს შორის შეთანხმება ვერ მოხდება (Auliffe, 2009).

გუნდის ეფექტური მუშაობისთვის უნდა არსებობდეს წინასწარ შეთანხმებული პოლიტიკა და გზამკვლევი:

- როგორ ფუნქციონირებს გუნდი;
- ვინ არიან ძირითადი და დამატებითი წევრები;
- წევრთა როლები;
- როგორ უნდა იმუშაონ წევრებმა ერთად;
- როგორ უნდა მოხდეს ცვლილებების მართვა;
- მულტიდისციპლინური გუნდის შეხვედრის შემდგომ კომუნიკაცია (მაგ., ბენეფიციართან, მის კანონიერ წარმომადგენელთან, სხვა კოლეგებთან და ა.შ.) (National Cancer Action Team, 2010).

ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ მულტიდისციპლინურ მუშაობას, მოიცავს:

- როლების გამიჯვნას - როლების სიცხადე, ერთმანეთის პასუხისმგებლობების ცოდნა, ნათლად გამიჯნული საზღვრების არსებობა;
- ერთად მუშაობის სურვილსა და ვალდებულებას;
- ნდობასა და ორმხრივ პატივისცემას;

- სხვადასხვა მიმწოდებლის მომსახურების ცოდნას და, საჭიროების შემთხვევაში, ხედვას მათ გამოყენებაზე;
- ჯანსაღ კომუნიკაციას;
- ინფორმაციის გაცვლის ნათელ პროტოკოლს (Fostering and Adoption, 2014).

შულცის და სხვათა (2014) მიხედვით კი, ეფექტურობისთვის მულტიდისციპლინურ გუნდს ესაჭიროება, რომ:

- ჰქონდეს საერთო მიზანი და ღირებულებები;
- იზიარებდნენ გუნდის კულტურას;
- ჰქონდეთ ღია კომუნიკაცია;
- ესმოდეთ და პატივს სცემდნენ გუნდის სხვა წევრების კომპეტენციებს (ასევე, ესმოდეთ, როგორ და რატომ იქცევიან ისინი ასე);
- თანაბრად დააფასონ და პატივი სცენ თითოეული წევრის კონტრიბუციას/წვლილს გუნდის მუშაობაში;
- გამოხატავდნენ სურვილს, ისწავლონ თითოეული დისციპლინიდან და პატივი სცენ მათ განსხვავებულ ხედვასა და პერსპექტივებს;
- შეინარჩუნონ ინდივიდუალური პროფესიული და ლეგალური ანგარიშგების საზღვრები, კლიენტის მიმართ საერთო პასუხისმგებლობების ფარგლებში (Schultz, et al., 2014).

გარდა ამისა, გასათვალისწინებელია სხვა მახასიათებლები და ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებს მულტიდისციპლინური გუნდის ეფექტურ მუშაობას, მათ შორის:

- გუნდთან დაკავშირებული ფაქტორები (წევრობა, დასწრება, ლიდერობა, გუნდური მუშაობის კულტურა, პიროვნული განვითარება და ტრენინგები);
- ინფრასტრუქტურა შეხვედრებისთვის (ფიზიკური გარემო, საჭირო ტექნიკური აღჭურვილობა);
- შეხვედრის ორგანიზება და ლოჯისტიკა (წინასწარი განრიგი, მომზადება);

- ბენეფიციარზე ცენტრირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესი, (ბენეფიციარზე ორიენტირებული ზრუნვა, ბენეფიციარის ჩართულობა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში და/ან მისი ინფორმირებული თანხმობა;
- გუნდის მართვა (ორგანიზაციული მხარდაჭერა, მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი) (National Cancer Action Team, 2010).

ბორილის და სხვათა (2000) მიხედვით, ნათელი ლიდერის არსებობა განაპირობებს გუნდის წევრების ერთიანობას, ერთობლივ მიზნებს, სტრატეგიებს, გაზრდილ ენთუზიაზმს და აღტაცებას სამუშაოთი, ოპტიმიზმს და თავდაჯერებულობას; ეხმარება გუნდის წევრებს ღონისძიებების კოორდინირებაში, მათ გაუმჯობესებაში, უთანხმოების კონსტრუქციულად გადაჭრაში, უნარების განვითარებასა და მოქნილობაში; სთავაზობს პროცესების ობიექტურ ანალიზს და ერთად მუშაობის უკეთესი გზების ძიებას. გარდა ამისა, ჯანდაცვის გუნდები, რომლებსაც აქვთ ნათელი ამოცანები, ჩართულობის მაღალი დონე და მიმღებლობა ინოვაციებისადმი, აწვდიან მაღალი ხარისხის ზრუნვას პაციენტებს; იმ გუნდის წევრებს კი, რომლებიც ერთად კარგად მუშაობენ, სტრესის დაბალი დონე აღენიშნებათ (Borrill, et al., 2000).

სოციალური მუშაკის როლი და საქმიანობა მულტიდისციპლინურ გუნდში

საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მიერ 2005 წელს მიღებულ სოციალური სამუშაოს ეთიკის კოდექსში განსაზღვრულია სოციალური მუშაკის ეთიკური პასუხისმგებლობა კოლეგების მიმართ. კერძოდ, საუბარია კოლეგების მიმართ პატივისცემის გამომჟღავნებაზე, მათი კვალიფიკაციის აღიარებასა და დაუსაბუთებელი კრიტიკისგან თავის შეკავების ვალდებულებაზე, ისევე, როგორც სხვა სპეციალისტებთან თანამშრომლობაზე, კლიენტის უფლებების დაცვის საკეთილდღეოდ (სტანდარტი 2.01). კოდექსი ხაზს უსვამს კონფიდენციალობის

დაცვის პასუხისმგებლობას არა მხოლოდ ბენეფიციარის, არამედ კოლეგებთან მიმართებაშიც (სტანდარტი 2.02).

გარდა ამისა, ცალკე სტანდარტი (2.03) ეთმობა ინტერდისციპლინურ თანამშრომლობას, სადაც აღნიშნულია, რომ სოციალურმა მუშაკმა „მონაწილეობა უნდა მიიღოს ჯგუფის მუშაობაში და თავისი წვლილი შეიტანოს იმ გადაწყვეტილებების მიღებაში, რომლებიც ზეგავლენას ახდენს კლიენტის კეთილდღეობაზე“ (საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, 2005:21). იმ შემთხვევაში, თუკი ჯგუფის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება სოციალური მუშაკისთვის ეთიკურად მიუღებელია, იგი უნდა შეეცადოს უთანხმოების მოგვარებას, ხოლო თუ ეს ვერ ხერხდება, „სოციალურმა მუშაკმა უნდა მოიძიოს სხვა საშუალებები კლიენტის კეთილდღეობასთან დაკავშირებული საკითხის გადასაჭრელად“ (საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, 2005:22).

კოულის (2012) მოსაზრებითაც, სოციალურმა მუშაკმა, რომელიც არის მულტიდისციპლინური გუნდის წევრი, ეთიკური დილემის წარმოშობის შემთხვევაში, უნდა განიხილოს სიტუაციასთან გამკლავების ყველა ალტერნატივა და მათგან შეარჩიოს ყველაზე მისაღები. პოტენციური ინტერვენციებისა და მათი შესაძლო შედეგების გააზრება წარმოადგენს ეთიკურ პრაქტიკას და კრიტიკულად მნიშვნელოვანი როლი აქვს წარმატებული შედეგების მიღწევაში.

ავსტრალიის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე სოციალური მუშაკებისთვის აწესებს სტანდარტებს, რომლის ერთი პუნქტიც მულტიდისციპლინურ გუნდში მუშაობას შეეხება (სტანდარტი 2.3). ამ სტანდარტის მიხედვით, გუნდის წევრი სოციალური მუშაკი:

- გამოხატავს პატივისცემას სოციალური მუშაობის პროფესიის და სხვა დისციპლინების მიმართ;

- ამჟღავნებს კომპეტენციას სოციალური მუშაობის პროფესიის, უნარების, ცოდნისა და ღირებულებების შესახებ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში;
- აყალიბებს სოციალური მუშაობის მიზნებს, როლებსა და ღონისძიებებს;
- ეხმარება სხვა პროფესიონალებს, მათი ღონისძიებების განხორციელებაში;
- წარმოაჩენს სოციალური მუშაობის დარგის მნიშვნელობას ღრმა და ყოველმხრივი მომსახურებების განვითარებაში, ფსიქიკური დაავადებების გასაგებად და მომსახურების მისაწოდებლად;
- სოციალური მუშაობის პერსპექტივიდან გამომდინარე, გამოთქვამს მოსაზრებებს ამა თუ იმ ღონისძიების მიზანშეწონილობასთან დაკავშირებით, ბენეფიციართან მუშაობის ყველა დონეზე - ინდივიდუალურ, ოჯახისა და ჯგუფის, თემისა და უფრო ფართო სისტემებთან მუშაობის დონეზე.
- ამჟღავნებს უნარების ფართო სპექტრს პრობლემების გადაჭრის, განათლების, კონფლიქტების მართვისა და ყოველდღიური ღონისძიებების განხორციელებისას მუტიდისციპლინურ გუნდში (AASW, 2008).

ბევრი ქვეყნის, მათ შორის, ავსტრალიის, ირლანდიის, ინდონეზიის, სინგაპურისა და შვედეთის პოლიტიკა და პრაქტიკა ხაზს უსვამს, რომ სოციალური მუშაკი არის მულტიდისციპლინური გუნდის ერთ-ერთი მთავარი წევრი (Huxley, et al., 2011). მიუხედავად ამისა, ბევრ ქვეყანაში სოციალური მომსახურების კომპონენტი ჯერ კიდევ არ არის სრულად გაფართოებული და სოციალური მუშაობა არ არის ცალკე პროფესიად აღქმული. მაგალითად, ამერიკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალების დიდი ნაწილი შედგება ბაკალავრიატ დამთავრებული დატრენინგებული სოციალური მუშაკებისგან, დიდ ბრიტანეთში - სათემო ექთნებისგან, პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებში კი პოზიციის ოფიციალური დასახელება ხშირად საერთოდ არ მოიცავს „სოციალურ მუშაკს“ (Huxley, et al., 2011).

სოციალური მუშაკი მულტიდისციპლინურ გუნდში არის ჰოლისტური ხედვის შემტანი, ვინაიდან ცოდნა აქვს არა მხოლოდ ბავშვზე ცალკეულად, არამედ მის ოჯახზე, თემსა და გარემოზე. თუმცა სოციალური მუშაკის როლი თანდათან შეიცვალა. არსებობს მოსაზრება, რომ სოციალურმა მუშაობამ ზოგიერთ სააგენტოში დაკარგა თავისი გზა და სჭირდება რეორიენტირება სამართლიანობასა და თანასწორობაზე (Brennan, 2015). ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად ირლანდიასა და ინგლისში, სოციალური მუშაობა პრაქტიკის უფრო თერაპიული მოდელისკენ გადაიხარა. ამან შესაძლოა უფრო ბუნდოვანი გახადა საზღვრები სხვა პროფესიონალებთან მიმართებაში მულტიდისციპლინურ გუნდში და ნაკლებად ცხადად წარმოაჩინა სოციალური მუშაობის უნიკალური კონტრიბუცია გუნდში (Brennan, 2015).

ჰეროდმა და ლიმბერიმ (Herod, Lymbery 2002 in Auliffe, 2009) შეისწავლეს სოციალური მუშაკის როლი დასწავლის სირთულეების მქონე პირებთან და კვლევის შედეგად აღმოაჩინეს, რომ ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პროფესიონალები დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ და აფასებდნენ სოციალური მუშაკის მიერ მულტიდისციპლინურ გუნდში შემოტანილ ჰოლისტურ ხედვას. ისინი ამტკიცებდნენ, რომ გუნდის მუშაობა საფრთხის ქვეშ დადგებოდა ამ ხედვის გარეშე. გამოირკვა, რომ სოციალური მუშაკი აყალიბებდა ხარისხიან ურთიერთობას ბენეფიციართან და მის ოჯახთან, რის გარეშეც ეფექტური ჩარევა ვერ განხორციელდებოდა.

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური მუშაკის იდენტობას შესაძლოა საფრთხე დაემუქროს მულტიდისციპლინურ გუნდში (ვინაიდან პროფესიონალთა შორის საზღვრები ხშირად ბუნდოვანი ხდება, როლები კი დროთა განმავლობაში იცვლება და პროფესიული იდენტობაც გამოწვევების წინაშე დგება), მსგავსი გუნდი სოციალურ მუშაკს აძლევს პოტენციურ შესაძლებლობას, მოირგოს უფრო ცენტრალური როლი

ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებთან მუშაობისას. როგორც ჰეროდისა და ლიმბერის (Herod, Lymbery 2002 in Auliffe, 2009) კვლევამ აჩვენა, ყველაზე უნიკალური რამ, რაც სოციალურ მუშაკს მულტიდისციპლინურ გუნდში შეაქვს, არის სოციალური მუშაობის ღირებულებები და ორიენტაცია. ასევე, ხაზი ესმევა ანტიოპრესიული, პიროვნებაზე ცენტრირებული პრაქტიკისა და დამოუკიდებლობის ღირებულებას. გარდა ამისა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მიმართებაში, აღსანიშნავია სოციალური მუშაკის მიერ მომსახურების მომხმარებლის ცხოვრების ყველა ასპექტის გათვალისწინებაზე ორიენტირება და არა მხოლოდ ფუნქციურ ელემენტებზე ფოკუსირება, სადაც ფიზიოთერაპევტს ან ოკუპაციურ თერაპევტს შეიძლება ჰქონდეთ წამყვანი როლი.

ზოგიერთი კვლევა აჩვენებს სოციალურ მუშაკთა მარგინალურ პოზიციას მულტიდისციპლინურ გუნდში, რომელიც ძირითადად ექთნებისა და ფსიქიატრებისგან შედგებოდა, განსაკუთრებით, დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესში, როდესაც სოციალური მუშაკები უფრო სათემო მომსახურებებს უჭერდნენ მხარს, ვიდრე ინსტიტუციურს. მდგომარეობას ამწვავებდა ის ფაქტიც, რომ სოციალური მუშაკები არ იყვნენ ჩართული ბენეფიციართა შეფასების პროცესში და გათვალისწინებული არ იყო ბენეფიციარის ოჯახური ფონი და სოციალური წრე (Ramon & Zaviršek, 2009).

ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურებების თანამშრომელთა კვლევამ ინგლისში აჩვენა, რომ სოციალური მუშაკები არიან ყველაზე მეტი სტრესის ქვეშ მყოფი პროფესიონალები მულტიდისციპლინურ გუნდში (Clifton & Thorley, 2014). მათი 56% 2013 წლისთვის განიცდიდა სამუშაოსთან დაკავშირებულ სტრესს, რაც გაორმაგებული მაჩვენებელია 2008 წლის მდგომარეობასთან შედარებით. გუნდში მუშაობასთან ჩატარებული სხვა კვლევა კი აჩვენებს, რომ სოციალური მუშაკები თავს არ გრძნობენ დაფასებულად (Clifton & Thorley, 2014). უფრო მეტიც, ფსიქიკური ჯანმრთელობის

სფეროში ძალიან ცოტა სოციალური მუშაკი გადადის სუპერვიზორის პოზიციაზე, რაც იმას ნიშნავს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე სოციალურ მუშაკებს სუპერვიზიას უწევენ ის პროფესიონალები, რომლებსაც არ აქვთ სოციალური მუშაობის გამოცდილება, რაც კიდევ უფრო დიდ დარტყმას აყენებს სოციალური მუშაკების იდენტობას.

ბრიტანეთში არსებული „ყველა პარტიის საპარლამენტო ჯგუფი სოციალურ მუშაობაზე“ (All Party Parliamentary Group on Social Work 2013 in Clifton & Thorley, 2014) 2013 წლის ანგარიშში აღნიშნავს იმ გამოწვევებს, რომლებსაც სოციალური მუშაკები აწყდებიან მულტიდისციპლინურ გუნდში მუშაობისას:

- სოციალური მუშაობა ხშირად მარგინალიზებულია;
- სოციალურ მუშაკებს ხშირად უწევთ „კარების შემტვრევა“ იმისათვის, რომ მოუსმინონ სამედიცინო სფეროს კოლეგებმა;
- სოციალური მუშაობის მენეჯერები ხშირად არ არიან ჩართული საკვანძო გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში;
- სტატუსის ნაკლებობა სოციალურ მუშაკებს არ აძლევს მათი პოტენციური გავლენების გაზრდის შესაძლებლობას;
- სამედიცინო კოლეგების მხრიდან სოციალური მუშაკები განიცდიან პროფესიული პატივისცემის ნაკლებობას;
- სექტორის ლიდერებსა და პრაქტიკოსებს არ ესმით სოციალური მუშაობის ფუნქციის სასიცოცხლო მნიშვნელობა.

სხვა კვლევამ აჩვენა, რომ გუნდში სოციალური მუშაკის როლი არის კომპლექსური და სადავო, რაც უკავშირდება აქტიურ და პოტენციურ კონფლიქტებს ხედვის, სტატუსებისა და ძალაუფლების, ინფორმაციის გაზიარებისა და სხვა სააგენტოებთან თანამშრომლობის შესახებ (Frost & Robinson, 2004). მიუხედავად ამისა, სოციალური მუშაკები გუნდში ინარჩუნებენ ძირითად იდენტობასა და ღირებულებებს.

სოციალური მუშაკები ფოკუსს აკეთებენ როგორც ბენეფიციარის ინდივიდუალურ საჭიროებებზე, ისე ოჯახის საჭიროებებზე და სწორედ ეს მიდგომა განასხვავებს მას ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტებისგან (AASW, 2015). მათ, ასევე, უნიკალური წვლილი შეაქვთ ბენეფიციარისთვის საჭირო მომსახურებების მოპოვებასა და მიწოდებაში.

სოციალური მუშაკის ძირითადი ფუნქციები ოჯახთან მიმართებაში შეგვიძლია შემდეგნაირად ჩამოვაყალიბოთ:

- ოჯახის სოციალური სიტუაციის, დინამიკის, გამკლავების მექანიზმების შეფასება;
- მულტიდისციპლინურ გუნდთან კონსულტირება, როგორ იქნება უმჯობესი ბენეფიციართან და მის ოჯახთან კომუნიკაციის წარმართვა;
- იმ ფსიქოლოგიური, ემოციური და სოციალური ბარიერების იდენტიფიცირება, რომლებიც ხელს უშლის ბენეფიციარზე ზრუნვას;
- მომსახურების მიმწოდებელსა და ბენეფიციარს/მის ოჯახს შორის შესაძლო კონფლიქტების გადაჭრა;
- ბენეფიციარისთვის სოციალური ადვოკატობის გაწევა;
- ემოციური მხარდაჭერის გაწევა ბენეფიციარის ოჯახისთვის;
- კონსულტირება ძალადობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე;
- ნივთიერებების ავადმომხმარებლის შემცირებაზე მუშაობა;
- კრიზისული ინტერვენციის განხორციელება (Jezerskyte & Zydziunaite, 2015).

როდესაც შეზღუდულ შესაძლებლობებზე ვსაუბრობთ, ჩარევა მოიცავს ფსიქო-სოციალურ შეფასებას, რომელმაც უნდა დააკავშიროს შეზღუდულ შესაძლებლობებთან მიბმული პრობლემური საკითხები კომპლექსურ სოციალურ კონტექსტთან (Schultz, et al., 2014). ასევე, შეზღუდული შესაძლებლობების გავლენა ინდივიდისა და მისი ოჯახის ცხოვრებაზე. გარდა ამისა, სოციალური მუშაკის ჩართულობა უნდა მოიცავდეს ინდივიდუალურ, ოჯახის, ჯგუფების და თემის

დონეზე მუშაობას, რათა იპოვოს შეზღუდულ შესაძლებლობებთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის გზები.

როგორც კვლევები აჩვენებს, მულტიდისციპლინურ გარემოში ოჯახებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ ჰყავდეთ ერთი საკონტაქტო პირი, რომელიც გზას გაუკვლევს მას და თავიდან აარიდებს ორგანიზაციულ კომპლექსურობას, რაც თან ახლავს მულტიდისციპლინურ და მულტიაგენტურ მუშაობას. გუდინგის კვლევამ (Gooding, 1998 in Liabo, Newman, Stephens, & Lowe, 2001) აჩვენა, რომ შშმ ბავშვებზე მორგებული მომსახურებები კარგად მუშაობს, თუკი მასში ჩართული არიან სპეციალური მუშაკები, რომლებიც ოჯახებთან მუშაობენ, და თუკი მშობლები ჩართული არიან ინფორმაციის გაცვლაში.

ვინაიდან ბენეფიციარებსა და მათ მზრუნველებს აქვთ სოციალური და ემოციური შფოთვები, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ სოციალურმა მუშაკებმა ამ მიმართულებით იმუშაონ. შეზღუდული შესაძლებლობებისა და ხანდაზმულების სფეროებში მნიშვნელოვანია სოციალური მუშაობის ჩარევა მიმართული იყოს ბენეფიციარის ინტეგრირებაზე სახლისა და ოჯახის გარემოში (Lian, 2014).

მულტიდისციპლინურ გუნდში მუშაობა სხვადასხვა სფეროში

მულტიდისციპლინურ გუნდში მუშაობა არის ის გასაღები, რომელიც გვეხმარება საუკეთესო შედეგის მიღწევაში ბავშვისთვის და მისი ოჯახისთვის. ქვემოთ მიმოვიხილავთ რამდენიმე სფეროს, სადაც საერთაშორისო პრაქტიკაში დამკვიდრებულია მულტიდისციპლინური მუშაობა.

მინდობით აღზრდაში განთავსებული ბავშვის შემთხვევაში, ეს გუნდი მოიცავს სოციალურ მუშაკს, მინდობით აღზრდელს და სხვა ჩართულ სპეციალისტებს

(რომლებიც შეიძლება იყვნენ ჯანდაცვის, განათლების, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს, ნივთიერებებზე დამოკიდებულებსა და ოჯახში ძალადობაზე მომუშავე მომსახურებების წარმომადგენელი) (Fostering and Adoption, 2014). ეფექტური მულტიდისციპლინური მუშაობა უკავშირდება სპეციალისტებს შორის და სპეციალისტსა და ოჯახს შორის ჯანსაღ კომუნიკაციას. თუმცა მულტიდისციპლინურ გუნდში მუშაობა მრავალ გამოწვევასთანაც არის დაკავშირებული, როგორცაა როლების ბუნდოვანება, პროფესიათშორისი კონფლიქტები, ინფორმაციის გაზიარების ნაკლებობა და მწირი კომუნიკაცია. ეფექტური მულტიდისციპლინური მუშაობა მოიცავს შემდეგი კომპონენტების არსებობას:

- საერთო მიზნები და გაგება;
- ინტერპერსონალური და „ემოციური ინტელექტის“ უნარები, რათა განამტკიცო ურთიერთობები და შეძლო სხვათა პერსპექტივიდან ხედვა;
- კომუნიკაციის მეთოდებისთვის ყურადღების მიქცევა;
- ინფორმაციის გაზიარება;
- იმის გაგება, თუ როგორ შეიძლება იმოქმედოს მუშაობამ ინდივიდების უნარზე, ჰქონდეთ ეფექტური რეაქცია (Fostering and Adoption, 2014).

მინდობითი აღზრდის შემთხვევაში, მულტიდისციპლინური გუნდი მუშაობას იწყებს ბავშვთან და ბიოლოგიურ ოჯახთან ბავშვის მინდობით აღზრდაში განთავსებამდე და აგრძელებს მანამ, სანამ ბავშვი პროფესიონალთა ზრუნვის ქვეშ არის. თითოეულ პროფესიონალს აქვს საკუთარი განსაზღვრული როლი ბავშვზე ზრუნვის პროცესში, თუმცა ყველა მათგანი უნდა იზიარებდეს შემდეგ საერთო მიზნებსა და გაგებას:

- ბავშვის საჭიროებები, სასურველი შედეგი და მათი მიღწევის გზები;
- როგორ ვიმუშაოთ ბავშვზე ცენტრირებული მიდგომით;
- ინდივიდებისა და სააგენტოების შესაბამისი როლები, საზღვრები და საზიარო სფეროები, ისევე, როგორც თითოეული როლიდან გამომდინარე, განსხვავებული პერსპექტივებისა და გამოწვევების გაგება;

- ბავშვის ბიოლოგიურ ოჯახთან კავშირის შენარჩუნების მიზანშეწონილობა;
- როდის და როგორ შეიძლება პროფესიონალების მიერ ერთმანეთის გამოწვევა;
- ბავშვებთან, ოჯახებთან და კოლეგებთან ეფექტური ურთიერთობის დამყარების ვალდებულება (Fostering and Adoption, 2014).

მიძღვება მშობლებთან დაკავშირებით ხშირად იჩენს თავს ინფორმაციის გაზიარების პრობლემა. მინდობით აღმზრდელებთან ინფორმაციის გაზიარება მათთვის უმნიშვნელოვანესია, რათა თავი გუნდის წევრად იგრძნონ. გუნდში მეტი ჩართულობა, მათი აზრის მოსმენა, გადაწყვეტილების პროცესში მონაწილეობა, მინდობით აღმზრდელს თავს უფრო დაფასებულად აგრძნობინებს.

სელვინის მიერ 2003 წელს ჩატარებული კვლევების მიხედვით, მიძღვება მშობლების უმრავლესობა (58%) გამოთქვამს წუხილს იმასთან დაკავშირებით, რომ მათ არ მიეწოდათ სრული და ადეკვატური ინფორმაცია იმ ბავშვებთან დაკავშირებით, რომლებიც მათთან განთავსებულან (Fostering and Adoption, 2014). ჯელისიკის და სხვათა 2013 წლის კვლევის თანახმად კი, ძალიან მცირეა იმ მიძღვება მშობლების რაოდენობა (8%), რომლებიც ამბობენ, რომ ყოველთვის საქმის კურსში არიან ბავშვთან დაკავშირებული იმ მნიშვნელოვანი ცვლილებების შესახებ, რაც მათ ინდივიდუალური განვითარების გეგმაში აისახება (Fostering and Adoption, 2014). ამის გამო მიძღვება მშობლები ვერ გრძნობენ თავს გუნდის წევრად. იმის განცდა კი, რომ შენი აზრი არ არის მოსმენილი და გათვალისწინებული, იწვევს ფრუსტრაციას. აღნიშნულის შესამცირებლად მნიშვნელოვანია საერთო ტრენინგები მულტიდისციპლინური გუნდის წევრებისთვის ერთმანეთის როლებისა და პასუხისმგებლობების გასააზრებლად, ნდობითი დამოკიდებულების ჩამოსაყალიბებლად და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ერთმანეთის აზრის გასათვალისწინებლად.

ავსტრალიის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მიხედვით, **ჯანმრთელობის** კონტექსტში სოციალური მუშაობის ორმაგი ფოკუსი შემდეგნაირად განისაზღვრება:

1. ჯანდაცვის მომიჯნავე პროფესია, რომელიც მიემართება იმ ფსიქო-სოციალურ საკითხებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ ინდივიდებზე, ჯგუფებსა და თემებზე სხვადასხვა სფეროში, რომელიც მოიცავს პირველად და სათემო ჯანდაცვას, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, გადამდებ დაავადებებს, ბავშვთა უსაფრთხოებასა და ოჯახის მხარდაჭერას;
2. ეთიკურ ჩარჩოებსა და მულტიდისციპლინურ გარემოცვაში კროსკულტურულად მუშაობისას სოციალური მუშაკები ძალისხმევას მიმართავენ პრობლემებზე, რომლებიც გავლენას ახდენენ საზოგადოების ეფექტურ ფუნქციონირებაზე სოციალურ, ლეგალურ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ დონეებზე (AASW, 2014).

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია კი ჯანმრთელობას განსაზღვრავს, როგორც „სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობას და არა მხოლოდ დაავადების ან უძლურების არარსებობას“ (WHO, 1948 in AASW, 2014:22).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებებში მულტიდისციპლინური გუნდის თითოეულ წევრს თავისი უნიკალური კონტრიბუცია შეაქვს პაციენტზე ზრუნვაში: სოციალური მუშაკები უზრუნველყოფენ ზრუნვის უწყვეტობას, ფსიქიატრები - ჰოსპიტალიზაციაზე წვდომას, ოკუპაციური თერაპევტები ეხმარებიან ყოველდღიური პრაქტიკული ღონისძიებების დაგეგმვაში, ექთნები კი აწვდიან მუდმივ ყოველდღიურ ზრუნვას (Huxley, et al., 2011). ამის მსგავსად ნაწილდება ფუნქციები ყველა მულტიდისციპლინურ გუნდში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი მულტიდისციპლინური გუნდის სოციალური მუშაკი ორიენტირებულია ალდგენაზე. ალდგენაზე მუშაობა ხელს უწყობს სოციალურ მუშაკს, გააზიაროს ინფორმაცია და იკვლიოს, გააჩინოს უკეთესი

მომავლის იმედი, შეამციროს სოციალური იზოლაცია, ფოკუსირდეს პიროვნების ძლიერ მხარეზე, იმედებზე, ოცნებებზე, მიზნებზე, წახალისოს ავტონომია, თვითგამორკვევა და არჩევანი, და ამავდროულად, პატივი სცეს კლიენტის ცხოვრებისეულ გამოცდილებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოწვევებთან დაკავშირებით (AASW, 2014).

ის ბენეფიციარები, რომლებსაც ქრონიკული ჯანმრთელობის პრობლემები აქვთ, ინტერდისციპლინური ზრუნვისგან დიდ სარგებელს იღებენ. ამ შემთხვევაში, ინტერდისციპლინური ზრუნვა განიმარტება, როგორც ზრუნვა, რომელიც უზრუნველყოფილია ჯანდაცვის პროფესიონალების, პარაპროფესიონალების, სოციალური და სხვა სათემო მომსახურების მიმწოდებლების მიერ, რომლებიც ერთად მუშაობენ იმისთვის, რომ უზრუნველყონ ბენეფიციარის სოციალური და ემოციური კეთილდღეობა ინდივიდუალურ, ოჯახისა და თემის დონეზე (Schultz, et al., 2014).

ბენეფიციართან ინდივიდუალური მუშაობის გარდა, მნიშვნელოვანია ოჯახის ისეთი სოციალური პრობლემების გათვალისწინებაც, როგორც არის სტრესი, უმუშევრობა, შეზღუდული შესაძლებლობები, სიღარიბე და ტრავმა. ამიტომ სოციალური მუშაკი ხშირად მუშაობს დეპრესიის, შიშების, ხასიათისა და პიროვნული დარღვევების, სუიციდური ფიქრების, ურთიერთობების პრობლემების, ტრავმისა და ოჯახური კონფლიქტების საკითხებზე. ისინი ახორციელებენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ჩარევას, რომელიც გამოსავლის ძიებაზეა ორიენტირებული. შულცის და სხვათა (2014) მიხედვით, ეს მოიცავს:

- კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას;
- ურთიერთობების სტრატეგიებს;
- უნარების ტრენინგს;
- ინტერპერსონალურ თერაპიას;
- ფსიქო-განათლებას;
- ოჯახურ თერაპიას.

საავადმყოფოებთან არსებული ბავშვთა დაცვის გუნდები ბევრ მოულოდნელ გამოწვევას ეჩხებიან, რომელთა უმრავლესობა, გადაუდებელია. „სოციალური მუშაკს შემოაქვს მრავალ მიზანზე ორიენტირებულობისა და ბალანსის შესაძლებლობა, უნარები, რომლებიც ენდემურია სოციალური მუშაკებისთვის“ (Pelt, 2013:4). რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, სოციალური მუშაკი უზრუნველყოფს ეფექტურ კომუნიკაციას ბავშვთა ძალადობის შემთხვევების დიაგნოზირებისა და მკურნალობის დროს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ოჯახი თუ პერსონალი არაკომფორტულად გრძნობს თავს, როგორც სექსუალური ძალადობის შემთხვევებში ხდება. როგორც პელტის (2013:10) სტატიაშია აღნიშნული, „ექიმებს ყოველთვის არ აქვთ სათანადო დრო ოჯახის ნდობის მოსაპოვებლად. სოციალური მუშაკები კი უკეთ იცნობენ ოჯახებს და შეისწავლიან, სად შეიძლება სჭირდებოდეს დახმარება ოჯახს სამედიცინო პერსონალისგან“.

გარდა ამისა, სოციალური მუშაკი წარმოადგენს გარე მომსახურებებთან დამაკავშირებელ რგოლს, იგი იცნობს პროგრამებს და შეუძლია კონსულტაციის გაწევა მშობლებისთვის. ამის გარეშე გუნდი დიდ პრობლემებს წააწყდებოდა.

ბავშვთა დაცვის გუნდების მუშაობის ეფექტურობის გასაზომად ცოტა კვლევაა ჩატარებული, თუმცა კისტინისა და სხვათა 2010 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ კოლეგიალური ატმოსფერო და ინტერდისციპლინური თანამშრომლობა წარმოადგენს მთავარ გასაღებს ეფექტურობისთვის (Pelt, 2013). მკვლევარებმა აღმოაჩინეს, რომ წარმატების ყველაზე მეტად შემაფერხებელი ფაქტორებია გუნდის წევრების შეუთავსებლობა ერთმანეთთან, მწირი კომუნიკაცია და თანამშრომლობითი ატმოსფეროს სიმცირე ან არარსებობა.

ზემოთ აღნიშნული სფეროები არ არის სრული ჩამონათვალი იმ მიმართულებებისა, სადაც მულტიდისციპლინური გუნდები ეფექტურად მუშაობენ,

თუმცა წარმოდგენას გვიქმნის, როგორ არის დანახული გუნდური მუშაობის მნიშვნელობა და სოციალური მუშაობის როლი სხვა დისციპლინებს შორის. მიუხედავად ბევრი გამოწვევისა, მტკიცებულებები ცხადყოფს, რომ ბენეფიციარები გაცილებით მეტ სარგებელს იღებენ მულტიდისციპლინური მიდგომისგან, ვინაიდან მათი საჭიროებები არის უფრო კომპლექსურად დანახული და დაკმაყოფილებული, რაშიც დიდი და უნიკალური წვლილი შეაქვს სოციალურ მუშაკსაც.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- მომსახურების მოდელი. (2016). *მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვა მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის*. გაეროს ბავშვთა ფონდი.
- საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია. (2005). სოციალური სამუშაოს ეთიკის კოდექსი. თბილისი.
- AASW. (2008). *Practice Standards for Mental Health Social Workers*. Sydney.
- AASW. (2014, April). *Queensland Branch Position Paper on the Role of Social Work in Health Care*.
- AASW. (2015). *Scope of Social Work Practice: Social Work in Mental Health*. Australia.
- Auliffe, C. M. (2009). Experiences of Social Workers within an Interdisciplinary Team in the Intellectual Disability Sector. *Critical Social Thinking: Policy and Practice, Vol. 1*. Ireland: University College Cork.
- Borrill, C., West, M., Dawson, J., Shapiro, D., Rees, A., Richards, A., . . . Carter, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *Findings from the Health Care Team Effectiveness Project*. UK.
- Brennan, L. (2015). Social Workers Perception of Their Role in Community Child and Adolescent Mental Health Teams in Ireland - A Snapshot. *The Irish Social Worker, Mental Health Special Edition*, pp. 11-15.
- Clifton, J., & Thorley, C. (2014). *Think Ahead: Meeting the workforce challenges in mental health social work*. UK: Institute for Public Policy Research.
- Cole, P. L. (2012). You want me to do what? Ethical practice within interdisciplinary collaborations. *Journal of Social Work Values and Ethics, Vol. 9*(No. 1), pp. 26-39.
- Contact a Family. (2015). *Health services for disabled children and young people*. UK.
- Cooper, C. (1997). *Multidisciplinary approaches to childhood learning disabilities*. UK: The Winston Churchill Memorial Trust.
- Fostering and Adoption. (2014). *Topic 10. Multidisciplinary Working*. Retrieved Feb. 2018, from Fostering and Adoption: <http://fosteringandadoption.rip.org.uk/topics/10-multidisciplinary-working/>
- Frost, N., & Robinson, M. (2004). Social work practice and identity in joined-up teams: Some findings from a research project,. *Social Work & Social Sciences Review, 11* (3), pp. 16-28.

- Gilburt, H. (2016). *Supporting integration through new roles and working across boundaries*. London: The King's Fund.
- Goodman, C., Davies, S. L., Dickinson, A., Gage, H., Froggatt, K., Morbey, H., . . . Iliffe, S. (2013). *A study to develop integrated working between primary health services and care homes. Final report*. UK: NIHR Service Delivery and Organisation Programme. Retrieved March 1, 2018, from <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/programmes/hsdr/081809231/#/>
- Huss, N. M., Schiller, S., & Schmidt, M. (2013). Areas of Nursing within the Multidisciplinary Team and General Nursing Practice. In *Fachenglisch für Pflege und Pflegewissenschaft*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Huxley, P. J., Evans, S., Baker, C. M., White, J., Philpin, S. A., Onyett, S., & Gould, N. (2011). *Integration of social care staff within community mental health teams. Final report*. UK: NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Iliffe, S. (2008). Myths and realities in multidisciplinary team-working. *London Journal of Primary Care, 1*, pp. 100–102.
- Jezerskyte, E., & Zydziunaite, V. (2015). Opinions of Social Workers And Social Pedagogues About Their Professional Responsibility While Interacting With Clients. *Vocational training: research and realities, Vol. 26*(No. 1).
- Liabo, K., Newman, T., Stephens, J., & Lowe, K. (2001). *A review of key worker systems for disabled children and the development of information guides for parents, children and professionals*. Wales: Barnardo's Policy and research unit.
- Lian, A. B. (2014, October 15). Letter for Students of Social Work. Singapore: Ministry of Social and Family Developments.
- Mental Health Commission. (2006). *Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice. Discussion Paper*. Australia.
- Moriarty, J., Baginsky, M., & Manthorpe, J. (2015). Literature review of roles and issues within the social work profession in England. London.
- NASW. (1991). The School Social Worker and Confidentiality. *Position Statement of NASW Commission on Education*.
- National Cancer Action Team. (2010). *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)*. UK.

- O'Hagan, K. (1984). Family crisis intervention in social services. *Journal of Family Therapy*, 6, pp. 149-181.
- Pelt, J. V. (2013). Multidisciplinary Child Protection Teams — The Social Worker's Role. *Social Work Today*, Vol. 13(No. 2), p. 26. Retrieved Feb. 2018, from Social Work Today: <http://www.socialworktoday.com/archive/031513p26.shtml>
- Pierangelo, R., & Giuliani, G. (2008). Chapter 6 - The Multidisciplinary Team and the Comprehensive Assessment. *Understanding Assessment in the Special Education Process: A Step-by-Step Guide for Educators*. AASEP.
- Ramon, S., & Zaviršek, D. (Eds.). (2009). Critical Edge Issues In Social Work And Social Policy: Comparative Research Perspectives. Ljubljana: Faculty of Social Work, University of Ljubljana.
- Robinson, M., & Cottrell, D. (2005). Health Professionals in Multi-Disciplinary and Multi-agency Teams: Changing Professional Practice. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (6), pp. 547 – 560.
- Schultz, C., Walker, R., Bessarab, D., McMillan, F., Macleod, J., & Marriott, R. (2014). Interdisciplinary care to enhance mental health and social and emotional wellbeing. In H. Milroy, & R. Walker (Eds.), *Working together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice* (2nd ed., pp. 221–242). Australia: Australian Government Department of the Prime Minister and Cabinet.
- Torrens, P. R. (2010). The health care team members: who are they and what do they do? In B. Freshman, L. Rubino, & Y. (. Chassiakos (Eds.), *Collaboration across the disciplines in health care*. United States: Jones and Bartlett Publishers.
- Wilson, V., & Pirrie, A. (2000). Multidisciplinary Teamworking Indicators of Good Practice. *SCRE Spotlights* 77.
- Zahir, M., & Bennett, S. (1994). Review of child development teams. *Archives of Disease in Childhood*, 224-228.

ნაწილი 3. ინდივიდუალური გეგმის შედგენა და მისი შესრულების მონიტორინგი

ნინო ტაბიძე

ამ თავში განვიხილავთ, თუ როგორია ინდივიდუალური მიდგომის პრინციპი ალტერნატიული ზრუნვის მიწოდების პროცესში; რას გულისხმობს ინდივიდუალური გეგმა და როგორი სახის არსებობს, რა მნიშვნელოვანი საკითები არის გასათვალისწინებელი გეგმის შედგენის პროცესში და როგორ ხორციელდება დღესდღეობით საქართველოში ინდივიდუალურ გეგმაზე მუშაობა მცირე საოჯახო ტიპის სახლებსა და მინდობით აღზრდაში. ასევე თავის ბოლოს ინდივიდუალური გეგმის პრაქტიკული მაგალითი იქნება წარმოდგენილი.

მომსახურებაში ინდივიდუალური მიდგომის პრინციპი საქართველოში არსებული რეგულაციების მიხედვით

ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების ტექნიკური რეგლამენტი (საქართველოს მთავრობა, 2018) განმარტავს და არეგულირებს მომსახურებაში ინდივიდუალურ მიდგომას შემდეგნაირად: მომსახურება მორგებულია ბენეფიციარის განსაკუთრებულ საჭიროებებზე და ის ზრდის ბენეფიციარისა და მისი კანონიერი წარმომადგენლის მოტივაციას, რომ თავად ჩაერთონ მომსახურების დაგეგმვის პროცესში. ამ სტანდარტის დაკმაყოფილებისთვის მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია შეიმუშავოს მომსახურების ინდივიდუალური გეგმა ბენეფიციართან და მის კანონიერ წარმომადგენელთან ერთად სოციალური მუშაკის მიერ წარმოებული შეფასების საფუძველზე.

საქართველოში მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელის თანახმად, ალტერნატიული ზრუნვის მომსახურება მრავლობითი დარღვევის მქონე ბავშვების საჭიროებებს უნდა

პასუხობდეს და ამასთან ეფუძნებოდეს ბენეფიციარის ინდივიდუალურ საჭიროებებსა და ინტერესებს. სარეკომენდაციო მოდელში განსაზღვრულია ზრუნვის უმნიშვნელოვანესი ორი პრინციპი (მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი): ინდივიდუალური მიდგომა, რომელშიც იგულისხმება სწორედ ბავშვის ინდივიდუალურ საჭიროებისა და ძლიერი მხარეების გათვალისწინებით მომსახურებაში ბენეფიციარის შეფასება, ზრუნვის დაგეგმვა და მომსახურების მიწოდება. ამასთან მნიშვნელოვანია მონაწილეობითი მიდგომა და თავად ბენეფიციარების ჩართვა მომსახურების მიმდინარე პროცესებში, ღონისძიებების დაგეგმვასა და ფიზიკური გარემოს მოწყობაში.

აღსანიშნავია, რომ ასევე მინდობით აღზრდის სტანდარტები (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2018) განსაზღვრავს მომსახურებისას ინდივიდუალური მიდგომის სტანდარტს, სადაც მოცემულია, რომ ზრუნვა მინდობით აღსაზრდელზე უნდა ხორციელდებოდეს ინდივიდუალური განვითარების გეგმის საფუძველზე და ის უნდა შეადგინოს სოციალურმა მუშაკმა სხვა ჩართულ მხარეებთან ერთად. ინდივიდუალური განვითარების გეგმა ასახავს ბავშვის ინდივიდუალურ საჭიროებებს და მისი მიზანია ბავშვის განვითარების შესაძლებლობების რეალიზება.

საინტერესოა განვიხილოთ რამდენიმე პრინციპი ინდივიდუალური მიდგომით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ზრუნვის დაგეგმვის პროცესში (Ian James Dempsey., 2006):

- პატივისცემით და ემპათიით მოვუსმინოთ ბენეფიციარს, რომ გავიგოთ თუ რა არის მნიშვნელოვანი თითოეული ადამიანისთვის მიუხედავად მისი შეზღუდვის სიმძიმისა;

- დაგეგმვა განგრძობითი პროცესია, რადგან ადამიანის სურვილები და პრიორიტეტები იცვლება დროთა განმავლობაში;
- განვითარება და სწავლა ბუნებრივი პროცესია, როდესაც ადამიანებს ხელი მიუწვდებათ მათთვის საჭირო და სასურველ რესურსებსა და შესაძლებლობებზე;
- ადამიანებს შეუძლიათ საკუთარი ცხოვრების კონტროლი, მიუხედავად მათი შეზღუდვის სიმძიმისა, როდესაც მათ ყურადღებით უსმენენ და ენდობიან;

აღნიშნული დოკუმენტების საფუძველზე განვიხილავთ ამ თავში, თუ რა არის ინდივიდუალური გეგმა - განვითარების და მომსახურების, მათ შორის განსხვავებას, ვინ არის მათ განხორციელებაზე პასუხისმგებელი, რა ვადებში და ვის მიერ უნდა განხორციელდეს ინდივიდუალური გეგმის გადასინჯვა და მონიტორინგი.

ინდივიდუალური გეგმის არსი

ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების ტექნიკური რეგლამენტი განსაზღვრავს (საქართველოს მთავრობა, 2018), მომსახურების გეგმას, რომელიც უნდა შედგეს მომსახურებაში ჩარიცხვიდან 30 დღის განმავლობაში. ის მოიცავს შემდეგ ასპექტებს: რა სახის მომსახურებას მიიღებს ბენეფიციარი მომსახურებაში, მისი განხორციელების განრიგი და მოსალოდნელი შედეგები, ვინ არის/არიან მომსახურების ინდივიდუალური გეგმის შესრულებაზე პასუხისმგებელი პირი/პირები და რა არის მისი/მათი ვალდებულებები. მნიშვნელოვანია, თავად ბენეფიციარს უნდა მიეწოდოს მომსახურების გეგმის ასლი.

მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი განსაზღვრავს, რომ მომსახურებაში მუშაობა უნდა მიმდინარეობდეს შემთხვევის მართვის სისტემაზე დაფუძნებით ინდივიდუალური

საჭიროებებიდან გამომდინარე და სწორედ ამიტომ ჩარიცხვის ეტაპიდან ხდება ბავშვის პირველადი შეფასება და მომსახურებაში განთავსების პირველი ოთხი კვირის გეგმის მომზადება, რომელმაც უნდა გაუმარტივოს ბავშვს ახალ გარემოსთან შეგუება. ხოლო განთავსების შემდეგ მულტიდისციპლინური გუნდი ახდენს ბავშვის განვითარების და მასთან დაკავშირებული საჭიროებების სრულ შეფასებას. რის შემდეგაც დგება ბავშვის მომსახურების ინდივიდუალური გეგმა. მასში არის გამოკვეთილი ბავშვის შესაძლებლობებისა და სურვილების გათვალისწინებით მისი მოვლის და განვითარების მიზნები და ამოცანები. გეგმაში კონკრეტულად არის აღწერილი საჭიროების შემთხვევაში რომელი თერაპიული მიდგომებისა და პროგრამების მეშვეობით განხორციელდება ბავშვის განვითარების ხელშეწყობა. ასევე გეგმა ითვალისწინებს ბავშვის სოციალური ინკლუზიის კონკრეტულ ღონისძიებებს და იმ ნაბიჯებს და ღონისძიებებს, რაც ბენეფიციარის მშობლებთან და ნათესავებთან ურთიერთობას შეუწყობს ხელს, იმ შემთხვევაში, თუკი ეს ბავშვის საუკეთესო ინტერესებს არ ეწინააღმდეგება (მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი).

მინდობით აღზრდის სტანდარტების თანახმად (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2018) სწორედ ინდივიდუალური განვითარების გეგმის მიხედვით უნდა მოხდეს ზრუნვის წარმართვა მომსახურებაში, რომელსაც შეიმუშავენ სოციალური მუშაკი სხვა ჩართული მხარეების მონაწილეობით. ჩართულ მხარეებში ამ შემთხვევაში იგულისხმება თავად ბენეფიციარი, მისი ასაკის, ჯანმრთელობისა და განვითარების დონის გათვალისწინებით, მინდობით აღზრდელი და ბიოლოგიური ოჯახი, მისი არსებობის შემთხვევაში და ბავშვის საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინებით. ბავშვის საუკეთესო ინტერესების და ხელმისაწვდომი რესურსების გათვალისწინებით

სოციალური მუშაკი განსაზღვრავს მიზნებს და მათი მიღწევისთვის საჭირო ღონისძიებებს და შეიმუშავებს ინდივიდუალურ განვითარების გეგმას.

ინდივიდუალური განვითარების გეგმა - ეს არის ინდივიდუალურად გაწერილი, დროში განსაზღვრული და მიზანზე ორიენტირებული დოკუმენტი, რომელიც განსაზღვრავს მომსახურებაში განსახორციელებელ ღონისძიებებს, ბავშვის ინდივიდუალური საჭიროებებიდან და მდგომარეობიდან გამომდინარე. თუმცა როგორც ზემოთ ჩანს, შესაძლოა ვსაუბრობდეთ ორი სახის გეგმაზე: ინდივიდუალური განვითარების გეგმა და ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა. მნიშვნელოვანია გამოვკვეთოთ, თუ რა განსხვავებაა ამ ორ ინდივიდუალურ გეგმას შორის.

ინდივიდუალური განვითარების გეგმა სახელმწიფო სოციალური მუშაკის მიერ ბავშვის შეფასების საფუძველზე გამოყოფს ბავშვის ჯანმრთელობის, განათლების, მისი განვითარების, ბავშვის ოჯახურ გარემოში რეინტეგრაციის, სოციალური ინკლუზიის და სხვა ასპექტების შესახებ მოკლევადიან და გრძელვადიან ზოგად მიზნებს. ხოლო ინდივიდუალური მომსახურების გეგმაში კი იგულისხმება რომ გაწერილია მიზნის მისაღწევად საჭირო კონკრეტული ღონისძიებების ჩამონათვალი, შესრულების ვადა და შესრულებაზე პასუხისმგებელი პირი და მისი კავშირი ბავშვთან. განვითარების გეგმას როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ ადგენს სახელმწიფო სოციალური მუშაკი მომსახურების მიმწოდებელთან შეთანხმებით, ხოლო მომსახურების გეგმას ადგენს მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის მულტიდისციპლინური გუნდი.

ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა დეტალურად გაწერს იმ მხარდაჭერას, ღონისძიებებს და რესურსებს, რომელიც საჭიროა ინდივიდის დასახული მიზნების მისაღწევად. ეს არის გარკვეული შეთანხმება იმ საკითხებზე, რომელსაც ბენეფიციართან ერთად განიხილავს სოციალური მუშაკი და

მულტიდისციპლინური გუნდი. ბენეფიციარის/მისი კანონიერი წარმომადგენლის მიერ დასახული პრიორიტეტები გეგმის შედგენის საფუძველია (Illinois Department of Human Services, 2018).

პახუსიხმგებელი პირების განსაზღვრა

მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი განსაზღვრავს, რომ მომსახურებაში ბავშვის სრული შეფასების შემდეგ მისი შემთხვევა გადაეცემა აღმზრდელს, რომელსაც შემთხვევის მართვაში დახმარებას უწევს მულტიდისციპლინური გუნდის სპეციალისტი. შემთხვევის მენეჯერი აღმზრდელი ახდენს მომსახურების ინდივიდუალური გეგმის განხორციელების მონიტორინგს, თანამშრომლობს ყველა ჩართულ სპეციალისტთან და ინფორმაციას აწვდის სოციალურ მუშაკს და/ან ბავშვის კანონიერ წარმომადგენელს. გეგმის საფუძველზე, მულტიდისციპლინური გუნდის წევრები და სპეციალისტები აწვდიან რეკომენდაციასა და ინფორმაციას აღმზრდელებს, თუ რა ღონისძიებები არის დაგეგმილი ბავშვის მოვლისა და განვითარებისთვის და როგორ უნდა განხორციელდეს ისინი, რა სახის რესურსები უნდა იყოს გამოყენებული და როგორი უნდა იყოს ღონისძიებების ხანგრძლივობა. ინდივიდუალური გეგმის ღონისძიებებს შესაძლოა სპეციალისტები სხვადასხვა მეთოდოლოგიისა და ინსტრუმენტების საფუძველზე ბავშვის საჭიროებებიდან გამომდინარე თავად ახორციელებდნენ. ასევე შემუშავებული უნდა იყოს მომსახურებაში სუპერვიზიის ფორმა, რომლის გამოყენებით აღმზრდელებს შეუძლიათ მიიღონ სპეციალისტებისგან კონსულტირება და დახმარება ბავშვების შემთხვევებთან დაკავშირებით.

მინდობით აღზრდის სტანდარტების გათვალისწინებით (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2018), ინდივიდუალური განვითარების გეგმის განხორციელებაზე და მასში გაწერილი

ღონისძიებების შესრულებაზე პასუხისმგებლობა ენიჭებათ ბავშვს, მისი განვითარების დონიდან გამომდინარე, სოციალურ მუშაკს, მინდობით აღმზრდელს და ბიოლოგიურ ოჯახს. თუმცა მინდობით აღზრდის სტანდარტები პირველად პასუხისმგებლობას აკისრებს მინდობით აღმზრდელს და განსაზღვრავს, რომ გეგმით გათვალისწინებულ ყველა ღონისძიებაზე უნდა მიუწვდებოდეს ბავშვს ხელი, წინააღმდეგ შემთხვევაში სოციალურ მუშაკს უნდა ეცნობოს და მოხდეს დამატებითი მხარდაჭერის მოპოვება.

კოორდინირებული მიდგომა განაპირობებს ეფექტიანი მომსახურების მიწოდებას. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ალტერნატიულ ზრუნვაში ჩართულმა ყველა მხარემ გადაინაწილოს ინდივიდუალური მომსახურების გეგმის შესრულებაზე პასუხისმგებლობა. გეგმაში კონკრეტულად განისაზღვრება, თუ ვინ არის ამა თუ იმ ღონისძიებაზე პასუხისმგებელი პირი, თუმცა ბავშვზე ზრუნვაში ჩართული ყველა პირმა უნდა აიღოს საკუთარ თავზე ბენეფიციარისთვის გეგმით გათვალისწინებული მიზნების მიღწევის პასუხისმგებლობა, მნიშვნელოვანია, ზრუნვის კოორდინაცია და მომსახურების ინტეგრაცია მონიტორინგის პროცესში კარგად იყოს ასახული (Human Services, 2013).

მონიტორინგი და გადასინჯვა

მონიტორინგს დიდი მნიშვნელობა აქვს იმისათვის, რომ დასახული მიზნის განხორციელების პროგრესი დავინახოთ. მონიტორინგის შედეგად შესაძლებელია ინდივიდუალური მომსახურების გეგმაში ცვლილებების შეტანა შედეგის მიღწევის მიზნით.

ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების ტექნიკური რეგლამენტის თანახმად (საქართველოს მთავრობა, 2018), მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს გეგმის გადახედვა და შეფასება მინიმუმ 6 თვეში ერთხელ ბენეფიციარის, მისი კანონიერი წარმომადგენლის

და მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს წარმომადგენლის ჩართულობით. ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა, მისი აღსრულება და შედეგები უნდა შეადგენდეს ბენეფიციარის პირადი საქმის ნაწილს სხვა დამატებით ინფორმაციასთან ერთად (განათლების, ჯანმრთელობის, სოციალიზაციის და სხვა საკითხების შესახებ).

მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი ასევე აღწერს მომსახურების ინდივიდუალური გეგმის გადასინჯვას მულტიდისციპლინური გუნდის, აღმზრდელების და სოციალური მუშაკის მიერ წელიწადში ორჯერ ან უფრო ხშირად თუკი ამას ბავშვის ინდივიდუალური საჭიროება გამოკვეთს.

მინდობითი აღზრდის სტანდარტების გათვალისწინებით, ჩართულ მხარეებთან კონსულტაციის გზით, ინდივიდუალური განვითარების გეგმის გადასინჯვასა და მონიტორინგზე პასუხისმგებლობა მინდობით აღზრდის შემთხვევაშიც ეკისრება სოციალურ მუშაკს ყოველ 6 თვეში ერთხელ, თუკი არ არსებობს ამ ვადის შემცირების აუცილებლობა.

სოციალური მომსახურების სააგენტოში გამოსაყენებელი სპეციალური ფორმების შესახებ ინსტრუქციის თანახმად (სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2018), ინდივიდუალური განვითარების გეგმის გადასინჯვის ფორმაში ძირითადად აღწერილი უნდა იყოს რამდენად მოხდა გეგმით განსაზღვრული ღონისძიებების განხორციელება და როგორ არის მიზნები მიღწეული. სოციალურმა მუშაკმა უნდა დაასაბუთოს მიღწეული შედეგები, ასევე რატომ ვერ შესრულდა კონკრეტული ღონისძიებები და გაწეროს სამომავლო მიზნები და ღონისძიებები.

ინდივიდუალურ გეგმასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი საკითხები

ინდივიდუალური განვითარების გეგმაში მოცემული მიმართულებების (ჯანდაცვა, განათლება, ბავშვის განვითარება, ოჯახურ გარემო რეინტეგრაცია და სხვა საკითხები) მიხედვით, უნდა მოხდეს კონკრეტული მიზნების დასახვა. ინდივიდუალურ გეგმაზე მუშაობის პროცესში აუცილებელია განისაზღვროს პრიორიტეტები, თუ რა არის კონკრეტული ბავშვის შემთხვევაში პრიორიტეტული მიზანი მისი ძლიერი მხარეებიდან გამომდინარე. ამის შემდეგ ხდება იმ მიზნების დასახვა, რომელიც მნიშვნელოვანია ბენეფიციარისთვის, თუმცა ისინი მოიცავენ მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ ჩამოყალიბებულ ხედვას და ბავშვის განვითარების პერსპექტივას (Human Services, 2013). მიზნები მიზანშეწონილია ეფუძნებოდეს SMART (Project Smart, 2018) კონცეფციას. ამ კონცეფციის მიხედვით, მიზანი უნდა იყოს სპეციფიური - ნათლად და მარტივად ჩამოყალიბებული, კონკრეტული და არა ზოგადად აღწერილი; გაზომვადი, რომ შესაძლებელი იყოს მონიტორინგის პროცესში ბავშვის განვითარების შეფასება; მიღწევადი და რეალისტური - უნდა ეფუძნებოდეს ბავშვის საჭიროებების შეფასებას და მის ძლიერ მხარეებს; დროში გაწერილი - ინდივიდუალურ გეგმაში ღონისძიებების განხორციელების გონივრული და ოპტიმალური ვადები უნდა იყოს განსაზღვრული. მიზნების დასახვის შემდეგ, მნიშვნელოვანია, იმ ამოცანების და კონკრეტული ღონისძიებების განსაზღვრა, რომელიც დაეხმარება ბავშვს მიაღწიოს დასახულ მიზანს. ამისთვის გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი საკითხები: ღონისძიებები ლოგიკურად უნდა უკავშირდებოდეს მიზნის მიღწევას, შესაძლებელი უნდა იყოს მათი გაზომვა და დაკვირვება და დროითი ჩარჩო მოცემული იყოს თითოეული ღონისძიებისთვის ცალ-ცალკე (Human Services, 2013).

ინდივიდუალურ გეგმის შედგენის, მისი განხორციელების და მონიტორინგის პროცესის ყველა ეტაპზე სპეციალისტები უნდა იყვნენ ორიენტირებულები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის ღირსების დაცვასა და პატივისცემაზე.

ნათელი და მკაფიო გეგმა ეს არის ცვლილების საფუძველი. ინდივიდუალური მომსახურების გეგმა განსაზღვრავს კონკრეტული მომსახურების მიწოდების მიზანს. ამ მიზნის მისაღწევად კონკრეტულ ნაბიჯებს და პროგრესის დაკვირვების შესაძლებლობას. სწორედ ამიტომ ის უნდა მოიცავდეს: განსაზღვრულ პრიორიტეტებს, დასახულ მიზნებს და ამ მიზნების მისაღწევ ღონისძიებებს; ალტერნატიულ ზრუნვაში ჩართული პირების როლებს და პასუხისმგებლობებს და მონიტორინგის და გადასინჯვის შესაძლებლობას (Illinois Department of Human Services, 2018).

ინდივიდუალური გეგმა - საქართველოში არსებული რეალობა ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში

საინტერესოა საქართველოში არსებული მდგომარეობა მცირე საოჯახო ტიპის სახლებსა და მინდობით აღზრდის მომსახურებებში ინდივიდუალური გეგმების განხორციელების კუთხით, რომელსაც განვიხილავთ საქართველოს სახალხო დამცველის მონიტორინგების საფუძველზე.

მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში 2014 წელს ჩატარებული მონიტორინგის ანგარიშში (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2015) ვკითხულობთ, რომ გამოიკვეთა შემდეგი სირთულეები: ინდივიდუალური განვითარების და მომსახურებების გეგმები ატარებს მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს და ისინი არ ასახავს დასახულ მიზნებს, ღონისძიებებს და ღონისძიებებსა და მოსალოდნელ შედეგებს. ინდივიდუალურ გეგმებში არ არის გათვალისწინებული კონკრეტული ბენეფიციარების საჭიროებები. შესაბამისად არ არის განსაზღვრული განსახორციელებელი ღონისძიებები და მათი ვადები კი ერთგვაროვანია. ირღვევა ასევე ბენეფიციართა ჩართულობის პრინციპი რადგან ბავშვები არ არიან ჩართულები გეგმის შედგენის პროცესში. სახალხო დამცველი აგრეთვე გამოყოფს სოციალური მუშაკის ვალდებულებას მომსახურებაში განთავსებამდე გააცნოს მომსახურების მიმწოდებელს ბავშვის შემთხვევა, რაც

ანგარიშის მიხედვით ხშირ შემთხვევაში არ ხდება და ზოგადად, სოციალურ მუშაკებსა და აღმზრდელებს შორის ზედაპირული თანამშრომლობაა. რაც თავის მხრივ მოქმედებს ბენეფიციარის ინდივიდუალური გეგმის განხორციელებაზე.

განსხვავებულ შედეგებს აღწერს სახალხო დამცველის 2016 წლის სპეციალური ანგარიში მინდობით აღზრდის სახელმწიფო ქვეპროგრამის მონიტორინგის შესახებ (სახალხო დამცველი, 2016). მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ინდივიდუალური განვითარების გეგმებში გაწერილია მინდობით აღსაზრდელების განვითარებისთვის საჭირო ღონისძიებები, თარიღები, ვადები და გეგმებში განსაზღვრულ ღონისძიებებზე პასუხისმგებელი პირები. თუმცა მინდობით აღზრდის შემთხვევაშიც იკვეთება ბენეფიციარების ჩართულობის სირთულე ინდივიდუალური გეგმების შედგენის პროცესში. ასევე ხშირად მინდობით აღმზრდელების მხრიდან დაბალია ინდივიდუალური განვითარების გეგმის მნიშვნელობის გააზრება, მათ არ იციან, თუ რა ღონისძიებები არის დაგეგმილი და რის განხორციელებაზე არიან ისინი თავად პასუხისმგებლები. სახალხო დამცველის ანგარიშში ჩანს, რომ გეგმის შედგენასა და გადასინჯვაში სათანადოდ არ მონაწილეობს ბავშვი და მიმღები მშობელი და მხოლოდ სოციალური მუშაკი ადგენს გეგმას და ახდენს მასში ცვლილებას, არადა როგორც ზემოთ განვიხილეთ, ბენეფიციარის მონაწილეობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია გეგმის და მთლიანად ზრუნვის წარმატებულად განხორციელებისთვის.

ინდივიდუალური გეგმის შედგენა - პრაქტიკული მაგალითი

განვიხილოთ შემთხვევა და ქვემოთ მოცემულ ინდივიდუალური განვითარების და მომსახურების გეგმების ფორმებში გავწეროთ დაგეგმილი მიზნები და ღონისძიებები.

ანა არის 15 წლის. ანას აქვს ცერებრალური დამბლის დიაგნოზი, უჭირს დამოუკიდებლად გადაადგილება ხელჯოხისა და დამხმარე ადამიანის გარეშე და აქვს გონებრივი განვითარების შეფერხება. ის არის მინდობით აღსაზრდელი ოჯახში, სადაც არიან დედა, მამა და 12 წლის გოგო. მისი ვერბალური კომუნიკაციის უნარი მცირეა და მისთვის რთულია გარშემომყოფებს სრულად გადმოსცეს მისი სურვილების და გრძნობების შესახებ. თუმცა მას შეუძლია მიახვედროს ადამიანები, თუ რა სურს მას - აქვს მცირე ლექსიკური მარაგი და საუბრობს ორ-სამ სიტყვიანი წინადადებებით. აღქმის უნარი მეტად განვითარებული აქვს. ანას დამოუკიდებლად შეუძლია ყოველდღიური ცხოვრებისთვის საჭირო ზოგიერთი ღონისძიების განხორციელება: კბილების გამოხეხვა, ხელების დაბანა. ის გამოხატავს სურვილს თავად შეასრულოს გარკვეული ამოცანები და ბრაზდება, როდესაც მის ნაცვლად სხვა ცდილობს. ანა დადის სკოლაში და უჭირს ეროვნული სასწავლო გეგმის დაძლევა. სკოლაში არის სპეციალური პედაგოგი, მაგრამ შემოდგომის სემესტრის ბოლოს ჯერ კიდევ არ აქვს ანას ინდივიდუალური სასწავლო გეგმა, არც სპეციალური პედაგოგი მუშაობს ანასთან ინდივიდუალურად. მას არ ჰყავს სკოლაში მეგობრები. ანას მიმღები მშობელი (დედა) ეხმარება როგორც მოვლაში, ასევე მეცადინეობაში. ანას მიმღებ ოჯახში თვეში ერთხელ აკითხავს ბებია, რომელიც ანას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე დედას უვლის.

ანას ძლიერი მხარეებია: განვითარებული აღქმის უნარი, კომუნიკაციის უნარი, დამოუკიდებლად ყოველდღიური თვით მოვლის უნარები, დამოუკიდებლობის სურვილი.

სოციალურ მუშაკთან ერთად დასახული პრიორიტეტებია: ბიოლოგიურ ოჯახთან ურთიერთობის შენარჩუნება, მინდობით აღზრდელთან მიჯაჭვულობის დამყარება, მეტყველების უნარის გაუმჯობესება, ნატიფი მოტორიკის გაუმჯობესება, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი, საგანმანათლებლო პროცესში

ჩართულობა და მისი სოციალური ინკლუზია, დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის მომზადება.

მომსახურებაში ბავშვის ინდივიდუალური

მომსახურების გეგმა

(გეგმა ივსება მულტიდისციპლინარული ჯგუფის მიერ, უფროსი სოციალური მუშაკის მიერ გაწერილი ინდივიდუალური განვითარების გეგმის საფუძველზე)

დანართი #7

ბავშვის პერსონალური ინფორმაცია:

სახელი, მეტსახელი: ანა

გვარი: x

პირადი ნომერი (დროებითი დაბადების მოწმობის ან დროებითი პირობითი ნომერი) xxx

#	საჭირო მომსახურებები	ღონისძიებები	მოსალოდნელი შედეგები	ვადები	პასუხისმგებელი პირი
1.	ფსიქოლოგიური მინდობით აღმზრდელთან მიჯაჭვულობის დამყარება	1. მიმღებ მშობელთან სახლში სხვადასხვა ღონისძიე ბები - თამაში, საოჯახო საქმეში ანას ჩართულობ ა 2. მიმღებ ოჯახში გოგონასთან ერთად გასეირნება და თამაში	1. ანა თავს უსაფრთხოდ და დაცულად გრძნობს მიმღებ ოჯახში	31.07.2018- 31.01.2019	მიმღები მშობელი, მინდობით აღმზრდელი (გოგონა), სოციალური მუშაკი
2.	ჯანმრთელობა				

	ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი	1. ოჯახის ექიმთან ანას რეგულარული ვიზიტი	1. ანას ჯანმრთელობის მდგომარეობა არის დამაკმაყოფილებელი	31.07.2018-31.01.2019	ექიმი (სახელი, გვარი)
3.	განათლება საგანმანათლებლო პროცესში ჩართულობა	1. ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შემუშავება 2. სპეციალური პედაგოგის მიერ ანასთან მუშაობის პროცესის დარეგულირება 3. ანასთვის ინდივიდუალური ასისტენტის დაქირავება	1. ანა იღებს მის ინდივიდუალურ საგანმანათლებლო საჭიროებებზე მორგებულ განათლებას 2. ანასთან მიმდინარეობს ინდივიდუალური მუშაობა მისი საგანმანათლებლო საჭიროებების გათვალისწინებით 3. ანა არის ჩართული საკლასო ღონისძიებებში და ყავს მხარდამჭერი პირი საგანმანათლებლო პროცესში	31.07.2018-31.01.2019	1. სოციალური მუშაკი, ინკლუზიური განათლების მულტიდისციპლინური გუნდის წევრი 2. დამრიგებელი, მიმღები მშობელი, სპეციალური პედაგოგი 3. სოციალური მუშაკი
4.	განვითარება	1, ანა იღებს მეტყველების თერაპევტის მომსახურებას	1. ანას მეტყველების უნარი უმჯობესდება და იწყებს სხვადასხვა ბგერებს მკაფიოდ გამოთქმას	31.07.2018-31.01.2019	1. მეტყველების თერაპეტი 2. ოკუპაციური

	ნატიფი მოტორული და მეტყველების უნარების განვითარება	<p>2. ანა იღებს ოკუპაციურ ი თერაპევტი ს მომსახურე ბას</p> <p>3. მიმღები მშობელი სენსომოტო რიკის განსავითარ ებლად სხვადასხვა სავარჯიშო ებს სახლის პირობებში</p>	<p>2. უმჯობესდება ბავშვის ნატიფი მოტორიკა</p> <p>3. ანას ვერბალური და მოტორული უნარები უმჯობესდება</p>		<p>თერაპევტ ი 3. მიმღები მშობელი</p>
5.	<p>ოჯახურ გარემოში ინტეგრაციის ხელშეწყობა</p> <p>ბიოლოგიურ ოჯახთან ურთიერთობის შენარჩუნება</p>	<p>1. ბებიას მიმღებ ოჯახში ვიზიტების რაოდენობის გაზრდა</p> <p>2. ანას ვიზიტი თვეში ერთხელ ბიოლოგიურ ოჯახში დედასთან</p>	<p>1. ანა ინარჩუნებს ბიოლოგიურ ოჯახთან კავშირს</p>	<p>31.07.2018- 31.01.2019</p>	<p>სოციალური მუშაკი მიმღები მშობელი</p>
6.	<p>სხვა</p> <p>სოციალური ინკლუზია, დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის მომზადება.</p>	<p>1. ბავშვის ჩართვა სკოლის სხვადასხვა წრეებში</p> <p>2. ანას ინტერესებ ის გათვალისწ ინებით მისი შესაბამისი უნარების</p>	<p>1. ანა არის აქტიურად ჩართული სკოლაში და იძენს მეგობრებს</p> <p>2. კომუნიკაციის უნარის გაუმჯობესებით ანას შეუძლია თანატოლებთან და უფროსებთან ურთიერთობა მარტივი წინადადებებით</p>	<p>31.07.2018- 31.01.2019</p>	<p>მიმღები მშობელი; სოციალური მუშაკი</p>

		<p>განვითარება</p> <p>3. კომუნიკაციის უნარების განვითარება</p> <p>4. გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღების უნარის განვითარება მუშაობა</p>		
--	--	---	--	--

ჩვენ, ქვემოთ ჩამოთვლილი პირები, გამოვთქვამთ მზადყოფნას, უფლებამოსილებისა და შესაძლებლობის ფარგლებში უზრუნველყოთ ყველა ის ქმედება და ღონისძიება, რომლებიც ხელს შეუწყობს გეგმით გათვალისწინებული მიზნების მიღწევას:

ცენტრის კოორდინატორი: _____

სოციალური მუშაკი: _____

ფსიქოლოგი: _____

უფროსი აღმზრდელი: _____

ექთანი: _____

გავეცანი მომსახურებაში ბავშვის ინდივიდუალური მომსახურების გეგმას და თანახმა ვარ ჩემი შვილი/მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პირი ჩართული იყოს გეგმით გათვალისწინებულ ყველა ღონისძიებაში

მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერა: _____

გავეცანი ინდივიდუალური მომსახურების გეგმას და თანახმა ვარ, ჩავერთო გეგმით გათვალისწინებულ ყველა ღონისძიებაში

ბავშვის ხელმოწერა (თუ ის არის 10 წლის და ზემოთ): _____

თარიღი:

ბავშვის ბიოგრაფიული მონაცემები

ბავშვის პერსონალური მონაცემები		ფაქტიური მისამართი		
პირადი ნომერი xxx	უცნობია	ბიოლოგიური ოჯახი	მიმღები ოჯახი	მცირე საოჯახო ტიპის სახლი
სახელი ანა	უცნობია	მეურვე/მზრუნველის ოჯახი	სააღმზრდელო დაწესებულება	სხვა (დააზუსტეთ შენიშვნის გრაფაში)
გვარი x	უცნობია	შენიშვნა: სააღმზრდელო დაწესებულება		
დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	უცნობია	რეგიონი/დედაქალაქი ¹	ქალაქი /მუნიციპალიტეტი თბილისი	
სქესი მდედრობითი	უცნობია	მისამართი: x		
		ბინის ტელეფონი: x	სხვა საკონტაქტო ტელეფონი: x	მობილური ტელეფონი: x

ბავშვზე მზრუნველი პირი ²	მზრუნველი პირი არის მიმღები მშობელი			
პირადი ნომერი	სახელი	გვარი	დაბადების თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი)	სქესი მდედრობითი მამრობითი
კავშირი ბავშვთან		ბინის ტელეფონი:	სხვა საკონტაქტო ტელეფონი:	მობილური ტელეფონი:
რეგისტრაციის მისამართი:		ფაქტიური მისამართი:		
დასაქმება (მონიშნეთ მხოლოდ ერთი შესაბამისი პასუხი) მუშაობს (დააზუსტეთ) <input type="checkbox"/> დროებით უმუშევარი (დააზუსტეთ) უმუშევარია ხანგრძლივი დროის განმავლობაში			შენიშვნა:	

შენიშვნა:

A. გეგმის გადასინჯვა (A ბლოკი ივსება მხოლოდ გადასინჯვის პერიოდისთვის - წინა ინდივიდუალური გეგმის ვადის ამოწურვის პერიოდისთვის; თუ ინდივიდუალური განვითარების გეგმა მუშავდება პირველად, ივსება მხოლოდ B ბლოკი).

გეგმის გადასინჯვის ტიპი: გეგმიური რიგგარეშე

ბავშვთან და/ან ბავშვთან დაკავშირებულ პირებთან შემდგარი სოციალური მუშაკ(ებ)ის კონტაქტების რაოდენობა		კონტაქტი არ შემდგარა
შემთხვევასთან დაკავშირებით მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს მიერ ორგანიზებული შეხვედრების რაოდენობა		შეხვედრა არ შემდგარა
ბავშვის კონტაქტების რაოდენობა ოჯახის წევრებთან/ახლობლებთან 24 საათიანი ზრუნვის მომსახურებაში განთავსების შემდეგ		კონტაქტი არ შემდგარა

შენიშვნა:

აღწერეთ, რამდენად იქნა წინა ინდივიდუალური განვითარების გეგმის მიზნები / აქტივობები / ღონისძიებები განხორციელებული/ მიღწეული (დეტალურად აღწერეთ თითოეული აქტივობის შესრულება და აღნიშნეთ ნაწილობრივ შესრულების ან არ შესრულების მიზეზები)

საჭიროა თუ არა ბავშვის და ოჯახის შეფასების შედეგად მიღებული მონაცემების განახლება? დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ რა ინფორმაცია საჭიროებს განახლებას, და შეავსეთ მხოლოდ ის ბლოკები, რომლებიც საჭიროებს განახლებას	დიახ არა
ბავშვის ბიოგრაფიული მონაცემები A. განათლება	E. ბიოლოგიური ოჯახის საცხოვრებელი F. ბიოლოგიური ოჯახის ფინანსური მდგომარეობა

¹ თუ მისამართი მდებარეობს თბილისში

² ივსება მოიცავს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მზრუნველი პირი არ წარმოადგენს ბავშვის ბიოლოგიურ დედას ან მამას. აქ მზრუნველი არ გულისხმობს კანონიერ მზრუნველს.

B. ჯანმრთელობა	G. მშობლების/მზრუნველების ზრუნვა ბავშვზე
C. ბავშვის განვითარება	H. ურთიერთობა ოჯახის წევრებს შორის
D. ბავშვის ბიოლოგიური ოჯახის შემადგენლობა	I. ბავშვის/ბიოლოგიური ოჯახის თანადგომის ქსელი
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	

საჭიროა თუ არა ბავშვისათვის მომსახურების შეცვლა? დადებითი პასუხის შემთხვევაში დადგენილი წესით შეავსეთ დასკვნის ფორმა და მიუთითეთ შესაბამისი ცვლილებები

დიახ
არა

B. ახალი გეგმა (ივსება 1. შემთხვევის შეფასების შემდეგ; 2. გადასინჯვის შემდეგ; გეგმა დგება მაქსიმუმ 6 თვით; თუ ინდივიდუალური განვითარების გეგმა მუშავდება პირველად, ივსება მხოლოდ **B** ბლოკი).

I. მიზანი: ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფა (აქტივობების დაგეგმა)

არ საჭიროებს განახლებას³ არ ექვემდებარება შევსებას

N	საჭირო აქტივობები	შესრულების ვადა (რიცხვი/თვე/წელი)	პასუხისმგებელი პირი		
			სახელი	გვარი	თანამდებობა/კავშირი ბავშვთან
1	ექიმის კონსულტაცია საჭიროებისამებრ	31.07.2018 - 31.01.2019			მიმღები მშობელი

³ იმ შემთხვევაში, როდესაც ხდება გეგმის განახლება

II. მიზანი: განათლების ხელშეწყობის უზრუნველყოფა (აქტივობების დაგეგმა)

არ საჭიროებს
განახლებას არ ექვემდებარება შევსებას

N	საჭირო აქტივობები	შესრულების ვადა (რიცხვი/თვე/წელი)	პასუხისმგებელი პირი		
			სახელი	გვარი	თანამდებობა/კავშირი ბავშვთან
1	განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მულტიდისციპლინური ჯგუფისთვის მიმართვა ბავშვის შეფასების მიზნით	31.07.2018-31.01.2018			სოციალური მუშაკი
2	ინდივიდუალური სასწავლო გეგმის შემუშავება	31.07.2018-31.01.2018			სპეციალური პედაგოგი, საგნის პედაგოგები, სოციალური მუშაკი, მულტიდისციპლინური გუნდი
3	ანასთვის ინდივიდუალური ასისტენტის სერვისის მოძიება	31.07.2018-31.01.2018			სოციალური მუშაკი
4	ბავშვის ჩართულობა საკლასო აქტივობებში	31.07.2018-31.01.2018			ინდივიდუალური ასისტენტი, სპეციალური პედაგოგი, საგნის მასწავლებელი
5	ინდივიდუალური მუშაობა აკადემიური უნარების განვითარებისთვის	31.07.2018-31.01.2018			ინდივიდუალური ასისტენტი, სპეციალური პედაგოგი

III. მიზანი: ბავშვის განვითარების ხელშეწყობის უზრუნველყოფა (აქტივობების დაგეგმა)

არ საჭიროებს
განახლებას არ ექვემდებარება შევსებას

N	საჭირო აქტივობები	შესრულების ვადა (რიცხვი/თვე/წელი)	პასუხისმგებელი პირი		
			სახელი	გვარი	თანამდებობა/კავშირი ბავშვთან
1	უკუპაციურ თერაპევტთან ინდივიდუალური მუშაობა	31.07.2018-31.01.2018			ოკუპაციური თერაპევტი
2	მეტყველების თერაპევტთან ინდივიდუალური მუშაობა	31.07.2018-31.01.2018			მეტყველების თერაპევტი

3	მიმღებ ოჯახში სახლის პირობებში ანას სენსომოტორული უნარების განვითარებისთვის საჭირო აქტივობები				მიმღები მშობელი
---	---	--	--	--	-----------------

IV. მიზანი: ბავშვის ოჯახურ გარემოში რეინტეგრაცია/შენარჩუნების უზრუნველყოფა (არ საჭიროებს არ ექვემდებარება შევსებას განახლებას)

N	საჭირო აქტივობები	შესრულების ვადა (რიცხვი/თვე/წელი)	პასუხისმგებელი პირი		
			სახელი	გვარი	თანამდებობა/კავშირი ბავშვთან
1	ბებულის და დედის კონსულტირება ბავშვის თავისებურებების შესახებ	31.07.2018-31.01.2018			სოციალური მუშაკი
2	ანას მომზადება დედასთან ვიზიტებისთვის	31.07.2018-31.01.2018			სოციალური მუშაკი

V. მიზანი: სხვა (დააკონკრეტეთ მიზანი და მოახდინეთ მისი აღწერა) არ საჭიროებს არ ექვემდებარება შევსებას განახლებას

N	საჭირო აქტივობები	შესრულების ვადა (რიცხვი/თვე/წელი)	პასუხისმგებელი პირი		
			სახელი	გვარი	თანამდებობა/კავშირი ბავშვთან
1	ბავშვის ჩართულობის უზრუნველყოფა სხვადასხვა არაფორმალურ შემეცნებით და რეკრეაციულ აქტივობებში	31.07.2018-31.01.2018			მიმღები მშობელი, სოციალური მუშაკი
2	ანას ჩართულობა მიმღებ ოჯახში ყოველდღიურ საქმიანობებში	31.07.2018-31.01.2018			მიმღები ოჯახი
3	ანას მიერ დამოუკიდებელი გადაწყვეტილებების მიღების განვითარება	31.07.2018-31.01.2018			მიმღები მშობელი, სოციალური მუშაკი
4	თვით-მოვლის უნარების განვითარება	31.07.2018-31.01.2018			მიმღები მშობელი

შეთანხმება

ჩვენ, ქვემოთ ჩამოთვლილი პირები, წინამდებარე გეგმასთან დაკავშირებით გამოხატული თანხმობით⁴ და გამოვთქვით მზადყოფნას, უფლებამოსილებისა და შესაძლებლობის ფარგლებში უზრუნველყოთ ყველა ის ქმედება და ღონისძიება, რომლებიც ხელს შეუწყობს გეგმით გათვალისწინებული მიზნების მიღწევას.

მშობელი/მეურვე/მზრუნველი		
ვეთანხმები	სახელი	გვარი
არ ვეთანხმები	თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი) 25.05.2018	ხელმოწერა
შენიშვნა:		

ბავშვი (თუ ის არის 10 წლის და ზემოთ)		
ვეთანხმები	სახელი	გვარი
არ ვეთანხმები	თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი) 25.05.2018	ხელმოწერა
შენიშვნა:		

⁴ თანხმობაზე უარის შემთხვევაში, უარის მიზეზი დააკონკრეტეთ შენიშვნის გრაფაში

მიმღები მშობელი/ მომსახურების მიმწოდებელი ⁵		
ვეთანხმები	სახელი	გვარი
არ ვეთანხმები	თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი) 25.05.2018	ხელმოწერა
<i>შენიშვნა:</i>		

უფროსი სოციალური მუშაკი		
ვეთანხმები	სახელი	გვარი/////
არ ვეთანხმები	თარიღი (რიცხვი/თვე/წელი) 25.05.2018	ხელმოწერა
<i>შენიშვნა:</i>		

სოციალური მუშაკის დასკვნა/რეკომენდაცია
(ივსება მხოლოდ გადასინჯვის პერიოდისთვის)

⁵ ხელს აწერს მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციის წარმომადგენელი/მიმღები მშობელი

გამოყენებული ლიტერატურა

Human Services. (2013). *Family Support for Children with Disabilities. Guidelines for Developing an Individualized Service Plan (ISP) for Specialized Services.*

Ian James Dempsey., & K. (2006). *Community Disability Services: An Evidence-based Approach to Practice.* Indiana: A UNSW Press .

Illinois Department of Human Services. (2018, July 3). *Illinois Department of Human Services.* Retrieved from <http://www.dhs.state.il.us>:
http://www.dhs.state.il.us/OneNetLibrary/27896/documents/By_Division/Division%20of%20DD/DirectSupportPerson/Module5NotebookIndividualServicePlan.pdf

Project Smart. (2018, July 4). Retrieved from <https://www.projectsmart.co.uk/>:
<https://www.projectsmart.co.uk/smart-goals.php>

(n.d.). *მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი.*

საქართველოს მთავრობა. (2018 წლის 12 ივნისი). *საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე.* დაბრუნებული www.matsne.gov.ge:
<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/2198153-დან>

საქართველოს სახალხო დამცველი. (2015). *სპეციალური ანგარიში მცირე საოჯახო ტიპის სახლების მონიტორინგის შესახებ.* თბილისი.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2018 წლის 14 ივნისი). *საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.* დაბრუნებული moh.gov.ge:
http://www.moh.gov.ge/uploads/files/2017/socialuri_dacva/failebi/267.pdf-დან

სახალხო დამცველი. (2016). *სპეციალური ანგარიში მინდობითი აღზრდის სახელმწიფო ქვეპროგრამის მონიტორინგის შესახებ.*

ნაწილი 4. სოციალურ ინკლუზიაზე მუშაობა

ნინო ტაბიძე

ამ თავში განვიხილავთ, რას გულისხმობს სოციალური ინკლუზია და სოციალური ექსკლუზია, რა მახასიათებლები და ძირითადი სარგებელი აქვს სოციალურ ინკლუზიას, რა ბარიერებს და სტიგმას აწყდება ზრუნვის ალტერნატიულ მომსახურებებში ჩართული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვი სოციალური ინკლუზიის პროცესში და როგორია ინკლუზიური მომსახურება.

სოციალური ინკლუზიის განმარტება

შესაძლებლობის შეზღუდვაზე დაფუძნებული დისკრიმინაცია და ექსკლუზია ხორციელდება მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში, საზოგადოებრივ, ეკონომიკურ, პოლიტიკურ, რელიგიურ თუ კულტურულ გარემოში. შეზღუდული შესაძლებლობის ისტორია დიდ ნაწილად მოიცავს ექსკლუზიას, დისკრიმინაციასა და სტიგმატიზებას - ადამიანები შეზღუდული შესაძლებლობით და განსაკუთრებით კი ბავშვები მუდამ იყვნენ საზოგადოებისგან გარიყულნი (UNICEF, 2007). გაეროს ბავშვთა ფონდის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და ახალგაზრდების შესახებ ანგარიშის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები დისკრიმინაციას და სოციალურ ექსკლუზიას მათი ცხოვრების ყველა ასპექტში განიცდიან. რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს ისეთი ფაქტორების კომბინირებული გავლენით, როგორცაა განსხვავებულობის მიუღებლობა, სიღარიბე, სოციალური იზოლაცია, მომსახურებებისა და მხარდაჭერის ნაკლებობით (UNICEF, 2013).

სოციალური ექსკლუზია განსაზღვრავს მდგომარეობას, როდესაც ინდივიდებს არ შეუძლიათ მონაწილეობა მიიღონ ეკონომიკურ, სოციალურ, პოლიტიკურ და კულტურულ ღონისძიებებში იმ დონეზე, რაც საზოგადოებისთვის არის აღქმული ნორმად. სოციალური ექსკლუზია ყურადღებას ამახვილებს არა კონკრეტულად მდგომარეობაზე, არამედ იმ პროცესების ერთობლიობაზე, რომელიც იწვევს გარიყვას: მატერიალური რესურსების ნაკლებობა, არა-მატერიალურ ღონისძიებებში ჩართვის რესურსების არ ქონა (დასვენება, სოციალიზაცია), შრომის ბაზრისადმი ხელმიუწვდომლობა, შესაბამისი საცხოვრებელი ადგილის არ არსებობა, განათლებასა და ჯანდაცვის უფლების არქონა, დისკრიმინაცია საზოგადოების მხრიდან, სოციალური ჩართვის - სოციალური მხარდაჭერი ქსელის არ არსებობა, იმ

ძალისა და ხმის არ არსებობა, რომელიც გავლენას მოახდენს ხელისუფლებაზე, რომელსაც ხელეწიფებათ ზემოთ ჩამოთვლილი გარემოებების გაუმჯობესება (Ronald Labonté; Abdullahel Hadi; Xaxier E. Kauffmann, 2011).

გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებათა დაცვის კონვენცია აღნიშნავს, რომ შესაძლებლობის შეზღუდვაზე დაფუძნებული დისკრიმინაცია მოიცავს დისკრიმინაციის ყველა ფორმას, რაც უნდა იყოს აღკვეთილი კონვენციის ხელმოწერ ქვეყნებში (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2007). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ფუნდამენტური უფლებაა შესაძლებლობათა თანასწორობა, საზოგადოებაში სრული და ეფექტური ინტეგრაცია, რათა მათ შეძლონ სხვებთან თანასწორად ისარგებლონ ადამიანის ყველა ფუნდამენტური უფლებით. თუმცა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მარგინალიზაცია ხშირად კომპლექსურ სახეს იძენს და ერთიანდება სხვა ფაქტორებთან. ისინი შეიძლება გახდნენ სოციალური ექსკლუზიის მსხვერპლნი არა მხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობის, არამედ სხვა ისეთი მახასიათებლისა თუ ჯგუფთან მიკუთვნებულობის გამოც, როგორცაა სქესი, სიღარიბე, ქუჩაში ცხოვრება, მშობლების დაკარგვა, სხვადასხვა უმცირესობის წარმომადგენლობა თუ ზრუნვის სისტემაში მოხვედრა (UNICEF, 2007).

გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის კონვენციის პრინციპების თანახმად, აღიარებულია, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს აქვთ საზოგადოებაში სხვებთან თანასწორად ცხოვრებისა და მიმდინარე პროცესებში სრულფასოვნად ჩართვის უფლება (The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2007). სოციალური ინკლუზია სხვადასხვა წყაროების მიხედვით, შემდეგნაირად განიმარტება:

მსოფლიო ბანკი სოციალურ ინკლუზიას განმარტავს, როგორც პროცესს, რომელიც აუმჯობესებს ინდივიდებისა და ჯგუფების საზოგადოებაში მონაწილეობის პირობებს; ეს არის პროცესი, როდესაც უმჯობესდება შესაძლებლობა და უნარები და აღდგება მარგინალური ჯგუფის წევრების ღირსება მათი იდენტობის საფუძველზე.

ევროპული საზოგადოების კომისიის თანახმად, სოციალური ინკლუზია არის პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს, რომ სიღარიბის და სოციალური ექსკლუზიის რისკის წინაშე მყოფ ადამიანებს აქვთ საჭირო შესაძლებლობა და

რესურსები, რომ მიიღონ სრულყოფილი მონაწილეობა ეკონომიკურ, სოციალურ, პოლიტიკურ და კულტურულ ცხოვრებაში იმ სტანდარტების გათვალისწინებით, რაც მათ საზოგადოებაშია მიღებული. სოციალური ინკლუზია უზრუნველყოფს, რომ მათ შეძლონ მონაწილეობა მიიღონ იმ საკითხებზე გადაწყვეტილებების მიღებაში, რომელიც მათ ცხოვრებასა და უფლებებს ეხება (UNICEF, 2016).

გაერთიანებული ერების მსოფლიო სოციალური სიტუაციის 2016 წლის ანგარიშში, სოციალური ინკლუზია აღწერილია როგორც პროცესი, რომელიც გაზრდილი შესაძლებლობების, რესურსების ხელმისაწვდომობის, ხმის უფლების მიცემითა და უფლებების პატივისცემის საფუძველზე აუმჯობესებს ადამიანების საზოგადოებაში ჩართულობას, მათი ასაკის, სქესის, შეზღუდული შესაძლებლობის, რასის, ეთნიკური წარმომავლობის, რწმენის, ეკონომიკური მდგომარეობის თუ სხვა სტატუსის მიუხედავად (UNICEF, 2016).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის სოციალური ინკლუზია გულისხმობს სხვადასხვა მნიშვნელოვანი სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური ბარიერების გადალახვას, რათა შეძლონ საზოგადოებაში სრულყოფილი ჩართულობა. მეგობრების ყოლის შესაძლებლობა, ჯანმრთელობის დაცვა, საზოგადოებრივ ღონისძიებებში მონაწილეობა, დასვენება და გართობა, ხარისხიანი ინკლუზიური განათლების მიღება - თითოეული ეს ბაზისური უფლება ერთიანდება სოციალურ ინკლუზიაში და სწორედ ამიტომ გულისხმობს ის ადამიანის კეთილდღეობას და საზოგადოების ღირებულ და აქტიურ წევრობას (Donna Koller, Morgane Le Pouesard, Joanna Anneke Rummens, 2018). ამასთანავე, მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების ინკლუზიით იცვლება დამოკიდებულებები და პრაქტიკა ზოგადად ინდივიდების და ორგანიზაციების, რაც განაპირობებს საზოგადოებასა და კულტურაში თანაბრად ჩართვას და სრულყოფილი მონაწილეობის მიღებას. ინკლუზიურ საზოგადოებაში განსხვავებულობა აღიარებული და დაფასებულია და დისკრიმინაციას და ცრურწმენებს ინკლუზიურ პოლიტიკასა და პრაქტიკას უპირისპირებს (UNICEF, 2007).

სოციალური ინკლუზიის ძირითადად ღირებულებად შესაძლებელია შემდეგი ხუთი ასპექტის გამოყოფა (Ronald Labonté; Abdullahel Hadi; Xaxier E. Kauffmann, 2011):

- სოციალური სამართლიანობა - რესურსების და ჩართულობის სამართლიანი გადანაწილება;
- განსხვავებულობის დაფასება - მისი აღიარება და პატივისცემა, საზოგადოებაში ჩართული ყველა პირის და მათი ჩართულობის დაფასება;
- არჩევანის შესაძლებლობა და თავისუფლება;
- უფლებებსა და მომსახურებებზე წვდომა;
- ერთად მუშაობა - როდესაც საერთო ინტერესები, შეხედულებები და კავშირები არის მოქმედების საწყისი.

ზემოთ განხილულიდან ნათლად ჩანს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობა მათი განვითარების, კეთილდღეობისა და საზოგადოებაში სრულფასოვანი მონაწილეობისთვის.

სოციალური ინკლუზიის სარგებელი და ინდიკატორები:

სოციალური ინკლუზია არ ეხება მხოლოდ ერთი ადამიანის ცხოვრებას, ის განსაზღვრავს საზოგადოებრივ უფლებებს, თანასწორობას და ეკონომიკას (Clifford Simplican, Leader, Kosciulek, 2015). შესაბამისად, რა სარგებელი შეიძლება არსებობდეს სოციალური ინკლუზიისგან, რამდენიმე ნაწილად იყოფა:

პირველ რიგში, თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისთვის სოციალური ინკლუზია განაპირობებს:

- თვითშეფასების ამაღლებას
- უნიკალურობას
- გადაწყვეტილების მიღების უნარს
- მოქმედებს მის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.

აქედან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ სოციალური ინკლუზია კეთილდღეობასა და ზოგადად ცხოვრების გაუმჯობესებას იწვევს.

სოციალური ინკლუზია გავლენას ახდენს ასევე კრებითად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ჯგუფზე - ჯგუფს ეძლევა შესაძლებლობა შეიტანოს საკუთარი წვლილი საზოგადოებაში, არ იყოს გარიყული, ებრძოდეს სიღარიბესა და უმუშევრობას, ხელი მიუწვდებოდეს შესაბამის სამედიცინო მომსახურებაზე და იყოს დაცული ძალადობისგან.

სოციალური ინკლუზია წარმოადგენს სარგებელს ასევე მთლიანად საზოგადოებისთვის, რომელშიც დღესდღეობით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები კვლავ აწყდებიან უარყოფით დამოკიდებულებას. ამ ჯგუფის ჩართულობა საზოგადოებაში იწვევს ნეგატიური შეხედულებების, სტერეოტიპების, სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირებას. სახელმწიფო დონეზე კი, სოციალური ინკლუზია წახალისებს ქვეყნის მიზნებსა და აღებული ვალდებულებების შესრულებას, რადგან ის შეესაბამება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებათა დაცვის კონვენციას.

სოციალურ ინკლუზიის განხილვა საინტერესოა ეკოლოგიური მიდგომის საფუძველზე და თუ როგორ ახდენს ინდივიდუალური, ინტერპერსონალური, ორგანიზაციული, თემისა და სოციო-პოლიტიკური ფაქტორები გავლენას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების საზოგადოებაში ჩართულობაზე. ეკოლოგიური მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას განიხილავს როგორც ინდივიდუალური, გარემოსა და სოციალური ფაქტორების პროდუქტს (Clifford Simplican, Leader, Kosciulek, 2015).

- ინდივიდუალურ დონეზე განიხილება, თუ რა დონეზე შეუძლია ადამიანს ფუნქციონირება, როგორია მისი თვითმოტივაცია და შეფასება, მისი ცოდნა და მიზნების დასახვის შესაძლებლობა. ინდივიდის დონეზე სოციალური ინკლუზიის შედეგები, როგორც ზემოთ განვიხილეთ შესაძლოა მოიცავდეს ბედნიერების გაზრდას, თვითშეფასების გაძლიერებას და მიკუთვნებულობის გრძნობას.
- ინტერპერსონალურ დონეზე განიხილება ურთიერთობები მომსახურების მიმწოდებელ პერსონალთან, ოჯახის წევრებთან. ოჯახის წევრები და მომსახურების მიმწოდებელი პერსონალი დიდ როლს თამაშობენ საზოგადოებაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ურთიერთობისა და ჩართულობის ჩამოყალიბებასა და შენარჩუნებაში. სწორედ ამიტომ, დადებით შედეგებად სოციალური ინკლუზიის ამ დონეზე განიხილება პატივისცემა და ნდობა ადამიანებს შორის და გაზრდილი კაპიტალი.
- ორგანიზაციულ დონეზე განიხილება სხვადასხვა სოციალური ქსელი - ოჯახები, მცირე საოჯახო ტიპის სახლები, დამსაქმებელი და მათი თავისებურებები: კულტურა, სოციალური კაპიტალი, დამოკიდებულებები, განვითარებისა და ტრენინგების შესაძლებლობა. სოციალური ინკლუზიის

შედეგები ორგანიზაციულად შეიძლება გამოიხატოს სწორედ ორგანიზაციის კულტურის ცვლილებაში, რაც თავის მხრივ მოქმედებს ინდივიდუალურ და ინტერპერსონალურ ფაქტორებზე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის.

- თემის დონეზე მოქმედი ფაქტორები არის საცხოვრებლის ტიპი, ზომა და მდგომარეობა, შესაბამის მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა, ასევე ვირტუალური თემი და რესურსები. სოციალურ ინკლუზიაზე გავლენას ახდენს თემის დამოკიდებულებები, კულტურა, გეოგრაფიული მდგომარეობა და დისკურსი.
- პოლიტიკურ დონეზე სოციალურ ინკლუზიაში განმსაზღვრელია კანონები და მათი დაცვის უზრუნველყოფა, საბაზრო ძალები, სახელმწიფოს პერსპექტივა და მომსახურების მიწოდების ისტორიები. პოლიტიკურ ცვლილებებზე გავლენას ახდენს ჯგუფების მობილიზაცია, მათ შორის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების, მათი ოჯახების და პროფესიონალების ჩართულობით.

ზემოთ განხილული ეკოლოგიური მოდელის ფარგლებში თითოეულ დონეზე განხორციელებული ჩარევები მნიშვნელოვანია პოზიტიური ცვლილებებისთვის სოციალური ინკლუზიის მხარდაჭერის პროცესში. აღნიშნულის წარმატებისთვის კი აუცილებელია მხარდამჭერი ორგანიზაციების, თემის და პოლიტიკის არსებობა. სოციალური ინკლუზიის ამ სამ დონეზე გაზომვა შესაძლებელია შემდეგი ინდიკატორებით (შალაშვილი, 2015):

- წარმომადგენლობა - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები თანაბრად უნდა იყვნენ წარმოდგენილები ყველა იმ სიტუაციაში, სადაც არიან ჩართულები არა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებიც (სკოლა, მუნიციპალიტეტი, თემი, საზოგადოებრივი თუ პოლიტიკური შეკრება/ღონისძიებები).
- არჩევანი - არჩევანის თავისუფლება და გადაწყვეტილების მიღება, სად სურს თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს ჩაერთოს.
- კომპეტენცია - მნიშვნელოვანია მოხდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების კომპეტენციებისა და ძლიერი მხარეების აღიარება და დაფასება.

- პატივისცემა და ღირებული როლები - განსხვავებულობის აღიარება ნორმად და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ღირსეულ პიროვნებად აღქმა.
- მონაწილეობა - სხვადასხვა ღონისძიებებში აქტიური მონაწილეობა და ჩართულობა, არა მხოლოდ დამკვირვებლის სტატუსით.
- კუთვნილება - სოციალურ ჯგუფთან მიკუთვნებულობა და სხვების მიერ დაფასება.

აქედან გამომდინარე, სოციალური ინკლუზია წარმატებულად შეიძლება განვიხილოთ იმ შემთხვევაში, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები ურთიერთობენ იმ ადამიანებთან, ვისი სამსახურებრივი ვალდებულებაც არ არის მათთან კომუნიკაცია, შესაბამისად, მათ ჰყავთ მეგობრები და საზოგადოებაში ეკისრებათ სხვადასხვა მათთვის საინტერესო როლი, რომლითაც სარგებლობს ორივე მხარე - საზოგადოება და თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი. ამის განმსაზღვრელი თავის მხრივ არის რესურსების და შესაძლებლობის არსებობა, რომ მათ შეძლონ მათთვის საინტერესო და მნიშვნელოვანი საქმეების განხორციელება. საზოგადოებაში აქტიური როლის და ფუნქციებისა და ვალდებულების აღება კი რა თქმა უნდა უჩენს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს საზოგადოებაში ჩართულობის და მიკუთვნებულობის განცდას (შალაშვილი, 2015).

სტიგმა და ბარიერები ალტერნატიულ ზრუნვაში განთავსებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის სოციალური ინკლუზიის პროცესში

დამოკიდებულებები გარიყული ჯგუფებისადმი განსაზღვრავს საზოგადოების მიერ ამ ჯგუფებისადმი მოპყრობას, როგორ ერთვებიან და ურთიერთობენ ეს ჯგუფები საზოგადოებასთან და როგორ ხორციელდება ქვეყანაში ის პოლიტიკა, რომელმაც მათი სტატუსი უნდა განსაზღვროს. სტერეოტიპული დამოკიდებულებები აყალიბებს სტიგმას, რომელიც ახდენს გარკვეული ჯგუფების დისკრედიტაციას (The World Bank, 2013). სტერეოტიპები და სტიგმა გავლენას ახდენს ადამიანის სოციალური ინკლუზიის ისეთ მნიშვნელოვან ასპექტებზე, როგორცაა განათლების სისტემაში ჩართულობის შეზღუდვა, სამსახურის, საცხოვრებელი ადგილის მოძიება და ჯანმრთელობის დაცვაზე ხელმისაწვდომობა. ასეთი გამოყოფა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის იწვევს ბაზისური უფლებებისა და

ცხოვრებისთვის მნიშვნელოვან რესურსებზე წვდომის შეზღუდვას (Jennifer Stuber, Ilan Meyer, Bruce Link, 2008).

საზოგადოებისა და ორგანიზაციების მხრიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების შემთხვევაში ეს დამოკიდებულებები და სტერეოტიპები შესაძლოა განპირობებული იყოს შემდეგი ფაქტორებით: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ შიში და მიუღებლობა, მათი საჭიროებების და პრობლემების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა, ადამიანების აღქმა, რომ გარკვეული სახის ზიანი (უარყოფა, გამოყენება, დაჩაგვრა) შეიძლება მიაყენონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს; გაურკვევლობა, თუ ვინ უნდა დაუჭიროს მხარი საზოგადოებაში, მომსახურებაში, ქვეყანაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს და რა რესურსები არსებობს ამისთვის - კონკრეტული პირები, ინფრასტრუქტურა, მომსახურებები (შადაშვილი, 2015).

არსებული რეალობაა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის რთულია შესაბამისი მომსახურების მოძიება, სადაც ისინი იცხოვრებენ. ასეთ მომსახურებებში ადგილის სიმცირე კი განაპირობებს შეთავსების სირთულეს ბავშვებისთვის. სწორედ ამიტომ, მნიშვნელოვანია, რომ ერთი მხრივ მოხდეს მომსახურების მიმწოდებლების და მიმღები ოჯახების გადამზადება, სადაც დიდი ნაწილი უნდა ეთმობოდეს შეზღუდულ შესაძლებლობას და მის შესახებ ცნობიერების და უნარ-ჩვევების ამაღლებას და მეორე მხრივ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის შეფასების გაცნობას უნდა ენიჭებოდეს დიდი მნიშვნელობა, რომ მიმწოდებელმა და მიმღებმა ოჯახებმა გაიაზრონ, რამდენად გაუმკლავდებიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის მათთან ცხოვრებას (Baker, 2011). მომსახურებებში ბავშვის განთავსების პროცესში ბარიერს ასევე წარმოადგენს სტიგმა. ალტერნატიული ზრუნვაში დასაქმებული პირები და მიმღები მშობლები ხშირად ავლენენ ნეგატიურ დამოკიდებულებებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდებისადმი. ასეთ შემთხვევაში კი რთულია ბიოლოგიურ ოჯახსა და საზოგადოებაში არსებულ დამოკიდებულებებთან გამკლავება (National Council on Disability , 2008).

მომსახურების მიმწოდებლების მხრიდან გარკვეული სტერეოტიპები ართულებს და უარყოფითად მოქმედებს იმაზე, თუ როგორ აწვდიან ისინი ბენეფიციარებს მომსახურებას. მაშინ, როდესაც ამ პროფესიონალების როლია, რომ

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებმა საკუთარი იდენტობა გააცნობიერონ და პოზიტიური თვითშეფასება ჩამოუყალიბდეთ საზოგადოების მხრიდან უარყოფითი სტერეოტიპების გავლენის საპირწონედ (Baker, 2011). სოციალური მუშაკები უნდა იყვნენ ჩართულები სტიგმის ყველა დონეზე შემცირებაზე მუშაობაში. სწორედ ამიტომ, მნიშვნელოვანია, მომსახურების მიმწოდებლებს გააჩნდეთ შესაბამისი კულტურული კომპეტენციები, რომელიც გავლენას ახდენს მათ დამოკიდებულებებსა და ქცევებზე. კულტურული კომპეტენციების მგრძობელობის გაზრდა ერთი მხრივ შესაძლებელია ტრენინგებით - დამოკიდებულებების, ღირებულებების და ქცევების შესახებ სოციალურ ჯგუფზე, თუმცა უფრო მეტად ეფექტურ მეთოდად აღიარებულია თავად ადამიანების მოსმენა, მათთან საუბარი და სწორი დამოკიდებულებების ჩამოყალიბება ჯგუფის წარმომადგენელთან ურთიერთობების შედეგად (The World Bank, 2013).

საზოგადოების მხრიდან ალტერნატიულ ზრუნვაში განთავსებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდების სტიგმატიზაცია გამომდინარეობს იმ ცხოვრებისეული სიტუაციის შესახებ ინფორმაციის და აღქმის ნაკლებობიდან, რომელშიც ისინი იმყოფებიან. ამიტომ არის მნიშვნელოვანი საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების კამპანიების წამოწყება, რათა გაიაზროს საზოგადოებამ ამ ბავშვების მდგომარეობა და შეცვალოს მისი დამოკიდებულებები. მედია თავის მხრივ გავლენას ახდენს საზოგადოების შეხედულებებზე, იმით რომ ისინი ავრცელებენ დრამატულ ან არასწორ ინფორმაციას და აქცენტს აკეთებენ კრიზისზე, ნეგატიურ მოვლენებზე, ამით კი საზოგადოებას ალტერნატიულ ზრუნვაში განთავსებულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებსა და ახალგაზრდებს წარმოუდგენენ და უხატავენ როგორც მსხვერპლს და შეცოდების ობიექტს. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების გაშუქების პროცესში აუცილებელია მოხდეს სტიგმატიზაციის თავიდან არიდება (National Council on Disability , 2008).

ნეგატიური დამოკიდებულება და სტიგმატიზაცია გავლენას ახდენს სოციალურად გარიყული ჯგუფის წევრებზე და მათ მიერ საკუთარი თავის აღქმაზე, განსაკუთრებით როდესაც ვსაუბრობთ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებზე. სტიგმისა და დისკრიმინაციის ინტერნალიზებამ შეიძლება ისინი მიიყვანოს დაბალ თვითშეფასებამდე, გაუჩნდეთ სირცხვილისა და შიშის გრძნობა, იყვნენ სტრესის გავლენის ქვეშ, რომელიც როგორც ფიზიკურ ასევე ფსიქიკურ

ჯანმრთელობაზე მოქმედებს. ხოლო ყველა ეს ფაქტორი გავლენას ახდენს ადამიანის მიღწევაზე, მის უნარზე მიიღოს გადაწყვეტილება (UNICEF, 2016).

დიდი როლი აქვს სოციალური მუშაკის ჩართულობას ალტერნატიულ ზრუნვაში ჩართული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების სოციალური ინკლუზიის ბარიერის დაძლევაში, ოჯახებთან კონტაქტის და ურთიერთობის შენარჩუნებაში, როდესაც ამას ბავშვის ინტერესი ითვალისწინებს. პროფესიონალები შეფასების პროცესში ხშირად მცდარად განსაზღვრავენ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის ნაკლებად ღირებულია ოჯახებთან ურთიერთობა. კვლევები ადასტურებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები ისევე გამოხატავენ ოჯახთან კონტაქტის საჭიროებას, როგორც სხვა ბავშვები. მაგრამ ხშირად, სწორედ პრაქტიკული სირთულეები და პროფესიონალების შეხედულებები განაპირობებს ამ მიმართულებით მწირ მუშაობას. ალტერნატიულ ზრუნვაში ჩართულმა სპეციალისტებმა უნდა გააცნობიერონ ოჯახთან შესაბამისი ურთიერთობის მნიშვნელობა და თავად ბავშვების შეხედულებები ამის თაობაზე (Baker, 2011).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და ახალგაზრდები მეტ ბარიერს აწყდებიან მოზრდილ ასაკში ტრანზიციის პროცესში, რაც არ არის მხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობით განპირობებული. ალტერნატიული ზრუნვის სისტემაში განთავსება შეზღუდულ შესაძლებლობასთან კომბინაციაში ამცირებს იმ მხარდამჭერი ქსელის არსებობას, რომელიც დაეხმარებოდა მათ პიროვნული თვისებებისა და უნარ-ჩვევების განვითარებასა და კომპლექსურ სისტემებში მოქნილობაში. ეს აფერხებს წარმატების მიღწევისთვის საჭირო ისეთი ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების განვითარებას, როგორცაა საგანმანათლებლო, დასაქმების, სოციალური თუ ინტერპერსონალური, რომელთა ერთობლიობაც თავის მხრივ განაპირობებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ახალგაზრდების სოციალურ ინკლუზიას (National Council on Disability , 2008). სოციალური მუშაკის როლის ნაწილია იმ ბარიერების იდენტიფიცირება, გააზრება და აღმოფხვრაზე მუშაობა, რომელიც ხელს უშლის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებს და ახალგაზრდებს იცხოვრონ საზოგადოებაში ჩართულებმა და მიაღწიონ წარმატებას.

ტრანზიციის პროცესი ზრდასრულთა მომსახურებებსა ან დამოუკიდებელ ცხოვრებაში წარმოადგენს ასევე მნიშვნელოვან ბარიერს ალტერნატიულ ზრუნვაში ჩართული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ახალგაზრდებისთვის. დაგეგმვის ხარვეზები, არაადეკვატური ინფორმაცია და კონსულტაციის ნაკლებობა, განათლების და დასაქმების შესაძლებლობის სიმცირე და მწირი მხარდაჭერა ზრუნვის სისტემის დატოვების შემდეგ - განსაზღვრავს წარუმატებელ ტრანზიციას. მიზეზი არის ამ გზის დაუგეგმობასა და სხვადასხვა სისტემების არაკოორდინირებულობაში. მომსახურების განგრძობადობისთვის მნიშვნელოვანია ინტეგრირებული დაგეგმვა, რომელიც დაიწყება დროულად და შესაბამისი მხარდაჭერა და მონიტორინგი კი გაგრძელდება. თანამშრომლობა და კოორდინირება მომსახურებებს შორის ზრდის შესაძლებლობას, რომ პირი მიიღებს ადეკვატურ განათლებას, სამუშაო ადგილს, საცხოვრებელს და მოხდება მისი საზოგადოებაში სრული ინკლუზია. ამ პროცესის დაგეგმვაში აუცილებელია თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის ჩართულობა იყოს უზრუნველყოფილი (Baker, 2011).

ზემოთ განხილული დამოკიდებულებები და სტიგმატიზაცია დიდ წილად განაპირობებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების სოციალურ ექსკლუზიას. თუმცა გასათვალისწინებელია ისეთი ბარიერებიც, როგორც არის არადაპტირებული ფიზიკური გარემო, მაგალითად, შესაბამისი საზოგადოებრივი ტრანსპორტის არ არსებობა, არადაპტირებული შენობები და ინფრასტრუქტურა იმ დაწესებულებებში, სადაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების ჩართულობა განაპირობებს მათ სოციალურ ინკლუზიას - საგანმანათლებლო დაწესებულებები, საავადმყოფოები, გართობისა და დასვენების ადგილები. ამასთანავე მნიშვნელოვანია, რომ სენსორული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის საჭიროა არსებული რესურსების - მედია საშუალებები, კომუნიკაციის მეთოდები - ხელმისაწვდომობა, როგორც სმენის, ასევე მხედველობისა თუ მეტყველების შეზღუდვის მქონე პირებზე. მათთვის უნდა მოხდეს როგორც შენობის, ასევე საგანმანათლებლო თუ სხვა რესურსების ადაპტირება - ბრაილის შრიფტით და/ან ჟესტური ენის გამოყენებით (შაღაშვილი, 2015).

სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობისთვის აუცილებელია, რომ გარემო - ადრეული ინტერვენციის ცენტრები, სკოლები, სამედიცინო მომსახურებები, საზოგადოებრივი ტრანსპორტი, სათამაშო მოედნები და სხვა, აძლევდეს შესაძლებლობას და ახალისებდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებს იყვნენ ჩართულები მათ თანატოლ ტიპიური განვითარების მქონე ბავშვებთან.

უნივერსალური დიზაინი არის პრინციპი, რომლის მიხედვითაც, ყველაფერი - გარემო, პროგრამები და მომსახურებები, რესურსები, უნდა იყოს მოწყობილი ისე, რომ ყველა ადამიანს, მიუხედავად მისი შესაძლებლობის, ასაკისა თუ სხვა სოციალური სტატუსისა, შეეძლოს დამოუკიდებლად გამოიყენოს. როდესაც ბავშვები მათი შესაძლებლობების მიუხედავად ეკონტაქტებიან და უგებენ ერთმანეთს, საზოგადოება ხდება ინკლუზიური. ამიტომაც უნივერსალური დიზაინის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია, რომ სკოლისა თუ პროფესიული განათლების პროგრამების კურიკულუმები, ისევე როგორც კანონები, პოლიტიკა და მომსახურებები იყოს მორგებული ყველა ადამიანზე (UNICEF, 2013).

ზემოთ აღწერილი ბარიერების დასაძლევად და სოციალური ინკლუზიის გასაძლიერებლად საჭიროა ერთი მხრივ, თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მუშაობა, მათი მომზადება და გაძლიერება, კონკრეტული ბავშვის შემთხვევაში იდენტიფიცირებულ ბარიერზე გეგმის შედგენა მის გადასალახად (შაღაშვილი, 2015); მეორე მხრივ კი, სისტემურ დონეზე ცვლილებები და ისეთი პოლიტიკის შემუშავება და გატარება, რომელიც შეამცირებს სტიგმას და დისკრიმინაციას, რაც შესაძლებელია საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებით; შეიმუშავებს სპეციალურად და ჩართავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს ყველა არსებულ მომსახურებასა და შესაბამისი სოციალური დაცვის სისტემაში, სადაც პირდაპირ მოხდება გადაწყვეტილების მიღების პროცესში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ჩართულობა და აზრის გათვალისწინება მათი საჭიროებების შესახებ (The World Bank, 2013).

მომსახურების ინკლუზიურობა

სოციალური ინკლუზიის წარმატებით განხორციელებისთვის აუცილებელი პირობაა, რომ თავად მომსახურება, რომელიც მიეწოდებათ ალტერნატიულ ზრუნვაში განთავსებულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს იყოს ინკლუზიური. პირველ რიგში ეს გულისხმობს პიროვნების პატივისცემას, მის თანასწორუფლებიანობასა და მხარდაჭერას, ეს ყველაფერი კი განისაზღვრება იმ პროფესიონალების ქმედებით და დამოკიდებულებით, რომლებიც ჩართულები არიან და აწვდიან მომსახურებას ბავშვებსა და ახალგაზრდებს. აქცენტი ინკლუზიურ მომსახურებაში კეთდება პიროვნებაზე, მის ღირსებაზე და ძლიერ მხარეებზე და არა მის შეზღუდულ შესაძლებლობაზე (შაღაშვილი, 2015). ასეთ გარემოში დიაგნოზი და

სამედიცინო ისტორიები მეორე ადგილზე გადადის და ხდება ადამიანის დაფასება. ამასთან ხდება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვისა თუ ახალგაზრდის მოსმენა და მათი თავისუფალი არჩევანის აღიარება, საიდანაც გამომდინარეობს ადამიანის ინდივიდუალური საჭიროებები და მათზე მორგებული გარემო და მომსახურება. სოციალური ინკლუზია ისეთ მომსახურებაშია აღიარებული, სადაც მრავალფეროვნება აღიქმება ნორმად და მომსახურების მიმწოდებელი ორიენტირებულია საკუთარი უნარ-ჩვევების გაძლიერებაზე და შშმ პირების საზოგადოებაში სრულ ჩართულობაზე. მომსახურების ინკლუზიურობის ფარგლებში ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორია ადაპტირებული გარემო და ინფრასტრუქტურა, რომელიც ყველასთვის არის ხელმისაწვდომი და სადაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვი სივრცეს იყენებს დამოუკიდებლად (შალაშვილი, 2015).

ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების ტექნიკურ რეგლამენტში განსაზღვრულია თუ რას გულისხმობს მომსახურების ინკლუზიურობა - „ბენეფიციარი სარგებლობს მომსახურებით, რომელიც აკმაყოფილებს მის ინდივიდუალურ საჭიროებებს და შეესაბამება მის შესაძლებლობებს. ბენეფიციარებს აქვთ მომსახურებით სარგებლობის თანაბარი შესაძლებლობა. მათ ხელი მიუწვდებათ თემში არსებულ სხვადასხვა მომსახურებაზე. მომსახურების მიმწოდებელი აღიარებს რა ბავშვის უფლებათა კონვენციით განსაზღვრულ პრინციპებს, მომსახურების მიწოდების პროცესში იცავს თითოეული ბენეფიციარის უფლებებსა და თავისუფლებებს.“ (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2014) აღნიშნული სტანდარტების თანახმად, მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია ყველა ბენეფიციარს მიაწოდოს ინდივიდუალურ საჭიროებებსა და შესაძლებლობებზე დაფუძნებული მომსახურება. მომსახურების მიწოდების პროცესში უნდა მოხდეს ბავშვის დაცვა დისკრიმინაციის, სტიგმატიზაციისა თუ უარყოფითი ქცევებისგან - მომსახურების მიმწოდებლისგან, სხვა ბენეფიციარისგან ან გარეშე პირისგან. ინკლუზიური მომსახურების განმარტება სტანდარტების შესაბამისად გვთავაზობს ინკლუზიის ფართო გაგებას და მოიცავს ყველა ბენეფიციარს მიუხედავად ნებისმიერი განსხვავებულობისა (რასა, კანის ფერი, სქესი, ენა, რელიგია, პოლიტიკური მრწამსი, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური წარმოშობა, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა თუ სხვა). ამასთან ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტები მოიაზრებს ბენეფიციარის კავშირს სხვა ისეთ სოციალურ მომსახურებებთან, როგორც არის საგანმანათლებლო დაწესებულებები, ჯანმრთელობის დაცვა და ა.შ. ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების ტექნიკურ რეგლამენტში აღნიშნული ჩანაწერები სრულად ასახავს სოციალური ინკლუზიის

პრინციპებს და მათი დაცვის შემთხვევაში ნებისმიერი ბავშვისთვის (მათ შორის მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვი) უზრუნველყოფილი იქნება სოციალური ინკლუზია.

მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელის თანახმად, მომსახურების ერთ-ერთ მთავარ პრინციპად სოციალური ინკლუზია მოიაზრება. მოდელი სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობას შემდეგნაირად განსაზღვრავს: „სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობა - მომსახურება ხელს უწყობს ბავშვების სოციალურ ინკლუზიას და შესაბამისად, ხდება ბავშვების ჩართვა სხვადასხვა მომსახურებასა და განათლების სისტემაში. მომსახურება ბავშვის კანონიერ წარმომადგენელთან ერთად თავად გეგმავს სხვადასხვა ღონისძიებებს და მონაწილეობს სხვა ორგანიზაციების მიერ გამართულ ღონისძიებებში, სადაც ბავშვებს თანატოლებთან ურთიერთობის საშუალება აქვთ. სარეკომენდაციო მოდელში (მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი) აღწერილია კონკრეტული საკითხები, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობისთვის არის მნიშვნელოვანი. პირველ რიგში გამოიყოფა განათლების მნიშვნელობა - ბავშვების სკოლამდელი ასაკიდან საგანმანათლებლო სისტემაში და სოციალურ პროგრამებში ჩართვა, ამის უზრუნველსაყოფად მომსახურების მიმწოდებელი და მისი მულტიდისციპლინური გუნდი უნდა თანამშრომლობდეს შესაბამის უწყებებთან. სოციალური ინკლუზიისათვის ასევე გამოყოფილია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის მომზადება და ბავშვებისთვის საჭირო უნარების განვითარება, რომელთა დასწავლა სხვადასხვა ღონისძიებებით ხორციელდება. მნიშვნელოვანია ასევე, დამოუკიდებელი და ზრდასრული ცხოვრებისთვის შესაბამისი უნარების დასწავლა, რაც პრაქტიკული გზით - ყოველდღიურ ცხოვრებაში მათი მონაწილეობით (პროდუქტების შექმნა, თანხის განკარგვა, საჭმლის მომზადება, გარემოს მოწყობა, საოჯახო საქმეებში ჩართულობა) უნდა ხორციელდებოდეს. საზოგადოებაში ჩართულობისთვის მომსახურებაში მყოფი ბავშვები უნდა აღიქვამდნენ საკუთარ შესაძლებლობებს, უნარებს, რაშიც მათ მომსახურებაში დასაქმებული პროფესიონალები უნდა უჭერდნენ მხარს.

2014 წელს საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა ჩაატარა 30 მცირე საოჯახო ტიპის ბავშვთა სახლის მონიტორინგი, მათ შორის იმ სახლებში, სადაც არიან განთავსებულნი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები. მონიტორინგი განხილულია თუ რამდენად მიმდინარეობს მომსახურებების მიწოდება ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების დაცვით. მომსახურების ინკლუზიურობა, როგორც აღვნიშნეთ, ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია და სწორედ ამიტომ საინტერესოა მონიტორინგის შედეგების ანალიზი ამ სტანდარტთან მიმართებით. სახალხო დამცველის ანგარიშში აღნიშნულია, რომ ბავშვებს ხელი მიუწვდებათ თემში არსებულ სხვადასხვა მომსახურებებზე. ისინი იღებენ განათლებას, მაგრამ ანგარიშში მითითებულია, რომ საგანმანათლებლო სისტემაში ჩართულობა განსხვავებულია ბავშვების ასაკის და ინტერესის და თავად დაწესებულების შესაძლებლობის და ადგილმდებარეობის კუთხით. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ არ არის ანგარიშში მოცემული ინფორმაცია იმაზე, თუ რამდენად არის დაკმაყოფილებული მომსახურების ინკლუზიურობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის. თუმცა განათლების შესახებ ნაწილში აღწერილია, რომ განათლების საკითხი პრობლემურია სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე ბავშვებისთვის, რადგან მათ არ ჰყავთ სპეციალური პედაგოგები და დამოუკიდებლად უწევთ მეცადინეობა. ძირითადად სირთულეს კი წარმოადგენს ფაქტი, რომ მათთვის დაგეგმილი ღონისძიებები არ არის მათი ინდივიდუალური საგანმანათლებლო საჭიროებების შესაბამისი. ინდივიდუალური საჭიროებების გაუთვალისწინებლობას მომსახურების ინკლუზიურობის განხილვის დროს ასევე ეთმობა ანგარიშში ნაწილი და განხილულია, რომ ინდივიდუალურ გეგმაში არ არის გაწერილი ბავშვების საჭიროებები და მათთვის მომსახურების მიწოდების მნიშვნელობა. არ ხორციელდება ბავშვების სხვადასხვა მომსახურებებში და წრეებზე ჩართვა. საინტერესოა ასევე, რომ სახალხო დამცველის ანგარიშში აღწერილია მომსახურებაში ჩართული ბავშვების სტიგმატიზაცია სკოლაში თანაკლასელებისა და მასწავლებლების მხრიდან (საქართველოს სახალხო დამცველი, 2015).

საინტერესოა ასევე, სახალხო დამცველის 2016 წლის სპეციალური ანგარიში მინდობით აღზრდის სახელმწიფო ქვეპროგრამის მონიტორინგის შესახებ. ანგარიშში გამოკვეთილია, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისადმი მიმღები მშობლების მხრიდან გამოიხატება სტიგმატიზაცია და სტერეოტიპული დამოკიდებულებები. სახალხო დამცველის ანგარიშში სოციალური ინკლუზიის

ძირითადი ასპექტების უფლებელყოფაზე არის ხაზი გასმული - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების საგანმანათლებლო სისტემაში ჩართვის სირთულესა და მათი შესაბამისი ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის უფლების დარღვევაზე (სახალხო დამცველი, 2016). ანგარიშში გამოკვეთილია, რომ სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე მინდობით აღსაზრდელების განათლების უფლებაც ირღვევა. ერთი მხრივ, საგანმანათლებლო პროცესში ჩართვა წარმოადგენს სირთულეს და მეორე მხრივ, მიწოდებული განათლების ხარისხი, სპეციალური პედაგოგების სიმცირე. ასევე, მოცემულია მიმღებ მშობლებში ინკლუზიური განათლების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობის და მათი მხრიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მიერ განათლების მიღებისადმი სტერეოტიპული დამოკიდებულება. მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ჯანდაცვის კუთხით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე აღსაზრდელების შემთხვევაში ფიქსირდება საჭირო ჯანდაცვის მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა მათ არ უტარდებათ რეგულარული სამედიცინო გამოკვლევები. ამავე ანგარიშში გამოიკვეთა, რომ მინდობით აღზრდაში ადაპტირებული ფიზიკური და ინფრასტრუქტურული გარემოს ხელმისაწვდომობის სირთულეები. მიმღებ ოჯახებში არ არის შესაბამისად ადაპტირებული გარემო და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს არ აქვთ ის ინვენტარი, რომელიც ბავშვებს დამოუკიდებლად გადაადგილებასა და სხვა საჭიროების უზრუნველყოფაში დაეხმარება. ამასთან მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა, რომ მინდობით აღზრდაში ბავშვის ჩართულობა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ძალიან დაბალია, არ ხდება ინდივიდუალური საჭიროების გათვალისწინება, ბავშვის მონაწილეობა და გამოხატვის თავისუფლების უზრუნველყოფა. ყველა აღნიშნული ფაქტორი ეჭვქვეშ აყენებს აღნიშნული მომსახურების მიწოდების სოციალური ინკლუზიის პრინციპით წარმართვას.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების სოციალური ინკლუზია არის სოციალური სამართლიანობის საკითხი და ინვესტიცია მომავალში. ის არ არის დაფუძნებული ქველმოქმედებაზე ან კეთილ ნებაზე, არამედ წარმოადგენს ადამიანის უფლებების დაცვის ძირითად ელემენტს. სწორედ ამიტომ, ყველა აქტორმა, ვინც ჩართულია ბავშვზე ზრუნვის სისტემაში უნდა გაითვალისწინოს ზემოთ აღნიშნული პრინციპები და შესაბამისად დაგეგმოს და მიაწოდოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვს მომსახურება.

გამოყენებული ლიტერატურა

- National Council on Disability . (2008). *Youth with Disabilities in the Foster Care System: Barriers to Success and Proposed Policy Solutions*. Washington DC: National Council on Disability (NCD).
- (2007). *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. UN General Assembly.
- საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. (2014 წლის 15 January). დაბრუნებული <https://www.matsne.gov.ge/>: <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/2198153-დან>
- Baker, C. (2011, May 31). *Permanence and stability for disabled looked after children*. Retrieved from Iriss: <https://www.iriss.org.uk/resources/insights/permanence-stability-disabled-looked-after-children>
- Donna Koller, Morgane Le Pouesard, Joanna Anneke Rummens. (2018). Defining Social Inclusion for Children with Disabilities: A Critical Literature Review. *Children & Society*.
- Jennifer Stuber, Ilan Meyer, Bruce Link. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine*.
- Ronald Labonté; Abdullahel Hadi; Xaxier E. Kauffmann. (2011). Indicators of Social Exclusion and Inclusion: A Critical and Comparative Analysis of the Literature. *Research Gate*.
- Stacy Clifford Simplican, Geraldine Leader, John Kosciulek. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: Anecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*.
- The World Bank. (2013). *Inclusion Matters: The Foundation for Shared Prosperity*. Washington DC: World Bank Publication.
- UNICEF. (2007). *Promoting the Rights of Children with Disabilities*. The United Nations Children’s Fund .
- UNICEF. (2013). *Children and Young People with Disabilities Fact Sheet*. The United Nations Children's Fund.
- UNICEF. (2013). *The State of the World's Children 2013 - Children with Disabilities*. New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF).
- UNICEF. (2016). *Leaving No One Behind: the imperative of inclusive development*. New York: United Nations .
- (თ. გ.). *მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის ან განვითარების და ჯანმრთელობის მძიმე დარღვევების მქონე ბავშვებისთვის მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული ზრუნვის/მომსახურების სარეკომენდაციო მოდელი*.

საქართველოს სახალხო დამცველი. (2015). *სპეციალური ანგარიში მცირე საოჯახო ტიპის სახლების მონიტორინგის შესახებ*. თბილისი.

სახალხო დამცველი. (2016). *სპეციალური ანგარიში მინდობითი აღზრდის სახელმწიფო ქვეპროგრამის მონიტორინგის შესახებ*.

შაღაშვილი, მ. (2015). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ახალგაზრდების სოციალური ინკლუზიის და დამოუკიდებლობის ხელშეწყობა ტრენინგის სახელმძღვანელო*. თბილისი.

ნაწილი 5. სოციალური ადვოკატობა

გურანდა თეთრამე

ქვემოთდებარე ნაწილში განხილულია სოციალური ადვოკატობის არსი და დანიშნულება, რომელიც სათავეს შშმ უფლებების დამცველთა მოძრაობების წარმოშობიდან იღებს, თუმცა მოგვიანებით ის სოციალური მუშაობის განუყოფელ ნაწილად იქცა. შეიძლება ითქვას, იმ ბირთვად მოგვევლინა, რომელზეც სოციალურმა მუშაობამ სოციალური სამართლიანობის მიღწევის გზები დააფუძნა. ამიტომაც ამ თავში დეტალურად არის წარმოდგენილი სოციალური ადვოკატობის მიზნები და ფუნქცია და ის საკვანძო მახასიათებლები, რითაც იგი განსხვავდება ადვოკატობისგან სამართლებრივ სივრცეში.

მნიშვნელოვანია, იმის ცოდნაც, ვისთან, რა შემთხვევაში და რა დონეზე უნდა გამოვიყენოთ სოციალური ადვოკატობა, ასევე, ვინ შეიძლება იყოს სოციალური ადვოკატის როლში, რა ცოდნა, უნარები და მახასიათებლები უნდა გააჩნდეს მას. აღნიშნულის გააზრება დაგვეხმარება არა მხოლოდ საკუთარ პრაქტიკაში ადვოკატობის განხორციელების საჭიროების დადგენაში, არამედ საკუთარ თავში სოციალური ადვოკატის როლის აღმოჩენასა და ადვოკატის ხედვის განვითარებაში.

სოციალური ადვოკატობის სტრატეგიების ცოდნა და გააზრებაც გადამწყვეტია პრაქტიკული ნაბიჯების დასაგეგმად, კერძოდ, პრობლემის ადვოკატობა უნდა მოვახდინოთ თუ მიზეზის? პასიურ როლში უნდა ვიყოთ თუ აქტიურში? სისტემის გარედან მოვახდინოთ ჩარევა თუ მის შიგნიდან? ამ საკითხების განხილვა დაგვეხმარება სწორი სტრატეგიების არჩევაში, კონკრეტული შემთხვევების მიხედვით.

ადვოკატობის სახეები, პრინციპები, პროცესი - ეს ის აუცილებელი კომპონენტებია, რომლებიც უნდა გავიაზროთ შშმ პირებთან სოციალური ადვოკატობის დაგეგმვისას. ასევე, შშმ პირთა წინაშე არსებული გამოწვევების, მათი წარმოშობის მიზეზების და მათი მოგვარების გზების განხილვაც უმნიშვნელოვანესია პროფესიონალებისთვის, რათა ორიენტირდნენ არსებულ რეალობაში. ამიტომაც ამავე თავში წარმოდგენილია სოციალური ადვოკატობის კონცეფცია შშმ ბავშვთა ალტერნატიულ მომსახურებებში, რომელიც თეორიულ და პრაქტიკულ მიმართულებებს აძლევს სპეციალისტებს.

სოციალური ადვოკატობის გაგება

*„არასდროს დაეჭვდე, რომ გონიერ და თავდადებულ მოქალაქეთა მცირე ჯგუფს შეუძლია სამყაროს შეცვლა. სინამდვილეში, ეს მხოლოდ მათ თუ გაუკეთებიათ.“
მარგარეტ მიდი*

1970-80-იან წლებში აშშ-ში გააქტიურდა შშმ პირთა უფლებების დამცველი მოძრაობები, რომლებიც მიზნად ისახავდა სააღმზრდელო/სამზრუნველო დაწესებულებების გარეთ მომსახურებების განვითარებას, რათა შშმ პირებს ეცხოვრათ თემში. ამ მიზნით არაერთი ორგანიზაცია დაფუძნდა, რომლებიც ადვოკატობას წევდნენ პოლიტიკის დონეზე. ეს იყო პერიოდი, როდესაც ზრუნვის სამედიცინო მოდელიდან ცდილობდნენ სოციალურ მოდელზე გადასვლას. ამ პერიოდში მოძრაობის მესვეურები განიხილავდნენ, რამდენად შეიძლებოდა დაყრდნობოდნენ პროფესიონალებს, გაემლიერებინათ ბენეფიციარები და გაეხადათ ისინი უფრო დამოუკიდებლები. მათი მოსაზრებით, პროფესიონალები იმხანად უფრო დამოკიდებულებას იწვევდნენ, ვიდრე დამოუკიდებლობას (Beaulaurier & Taylor, 2001). სოციალურ მუშაკებს ამ საქმისთვის დასჭირდებოდათ მეტი განათლება და ცნობიერების ამაღლება, რათა ბენეფიციართა დამოუკიდებლობისთვის შეეწყოთ ხელი და ნაკლებად გაეხადათ ბენეფიციარები საკუთარ მომსახურებაზე დამოკიდებული.

როდესაც სოციალური მუშაკები იყენებენ „ადამიანი გარემოში“ პერსპექტივას, ეს გულისხმობს, რომ ადამიანს ხედავენ გარკვეულ კონტექსტში. მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური მუშაობის პრაქტიკა დიდწილად ფოკუსირებულია ინდივიდის დახმარებაზე, შეიცვალოს აზროვნება და ქცევა ისე, რომ მიაღწიოს საკუთარ მიზნებს, მიკრო პრაქტიკა არ წარმოადგენს მთელი სოციალური მუშაობის პრაქტიკას. სისტემათა ეკოლოგიური მოდელის გამოყენებით (ეკოსისტემური პერსპექტივა), სოციალური მუშაკები აღიარებენ, რომ ადამიანები ურთიერთქმედებენ გარემოსთან და ამან შესაძლოა გამოიწვიოს როგორც ახალი შესაძლებლობების, ისე ბარიერების გაჩენა ინდივიდუალური განვითარებისა და მიზნების მიღწევის გზაზე. თუკი ეს ბარიერები იჩენს თავს, სოციალური მუშაკები სწორედ აქ მობილიზდებიან, რათა უფრო ფართო - მაკრო დონეზე შეხედონ პრობლემურ საკითხს და დაეხმარონ ბენეფიციარს (ან ბენეფიციართა ჯგუფს) მის გადაჭრაში.

სოციალური მუშაობის საერთაშორისო ფედერაციის განმარტებით, სოციალური მუშაობის პროფესია ორიენტირებულია სოციალური ცვლილებების ინიცირებაზე, ადამიანთა ურთიერთობებში პრობლემების გადაჭრაზე, ადამიანთა გაძლიერებასა და დამოუკიდებლად ფუნქციონირების ამაღლებაზე (Dalrymple & Boylan, 2013). ეს ნიშნავს, რომ ადამიანის უფლებებისა და სოციალური სამართლიანობის პრინციპები ფუნდამენტურია სოციალური მუშაობისთვის.

აშშ-ის სოციალურ მუშაკთა ეროვნული ასოციაციის (NASW) აღმასრულებელი დირექტორის, ელიზაბეთ კლარკის განმარტებით, „ადვოკატობა არის ის ქვაკუთხედი, რომელზეც სოციალური მუშაობა არის დაშენებული. ინდივიდების, თემისა და სისტემის ადვოკატობა არ არის მხოლოდ შემოთავაზებული ღონისძიება სოციალური მუშაკებისთვის. ეს არ არის რაღაც, რაც შეიძლება გააკეთო, თუკი ზედმეტი დრო გექნება, ან თუკი უსამართლობა და უთანასწორობა აუტანელი ხდება. ის აუცილებელი ელემენტია“ (Clark, 2007 in Cummins, Byers, & Pedrick, 2011:1).

ამ შემთხვევაში, რასაკვირველია, ადვოკატობა არ გულისხმობს სამართლებრივ ადვოკატობას, რისგანაც სოციალური ადვოკატობა მკვეთრად განსხვავდება. ამ განსხვავების დასანახად, შეგვიძლია შემდეგი მახასიათებლები გამოვიყენოთ:

- გვჭირდება თუ არა, კლიენტი ჩვენგან დამოუკიდებელი გახდეს?
- ვინ არის ექსპერტი?
- ვიხდით თუ არა ფულს ადვოკატობაში?
- პრობლემის აღმოფხვრა გვინდა თუ მიზეზების?

სოციალური ადვოკატობის შემთხვევაში, კლიენტის დამოუკიდებლობაზეა აქცენტი გადატანილი და პროფესიონალი არ გვევლინება ექსპერტად, არამედ ორივე მხარე ფლობს თავისებურ ექსპერტიზას. სოციალური ადვოკატობა უფასოდ ხორციელდება და იგი მიზეზების აღმოფხვრისკენ არის მიმართული და არა მხოლოდ პრობლემის.

ადვოკატობა გულისხმობს სტატუს-კვოს ცვლილებას. სოციალური ადვოკატობა მიმართულია ცვლილებების მიღწევაზე იმ პოლიტიკის, პრაქტიკისა და კანონმდებლობის დონეზე, რომლებიც გავლენას ახდენენ ადამიანთა კონკრეტულ ჯგუფზე. იგი ისწრაფვის თანასწორობის, სოციალური სამართლიანობისა და სოციალური ინკლუზიის/ჩართულობის მიღწევისკენ. ის ეხმარება ადამიანებს, აიმაღლონ ცნობიერება საკუთარ უფლებებზე, გამოიყენონ ეს უფლებები და ჩაერთონ

იმ გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში, რომლებიც მათ მომავალს განსაზღვრავენ. ადვოკატობა, ასევე, ნიშნავს ხმის გაჟღერებას, განსაკუთრებით მათი, ვისაც აქვთ საკუთარი აზრის გამოთქმის სირთულე. ის გულისხმობს ადამიანის ხედვის წარმომადგენლობას ან მის მხარდაჭერას უფლებების განხორციელებაში. ეს არის გზა, დავრწმუნდეთ, რომ ყველა ადამიანი არის მნიშვნელოვანი და ყველას ხმა იქნება მოსმენილი - მათ შორის, იმ ადამიანების, ვინც არიან ექსკლუზიის/გარიყვის რისკის ქვეშ და ვისაც აქვს საკუთარი შეხედულებების გადმოცემის სირთულე (Dalrymple & Boylan, 2013).

ჰოფერი (2006 in McLaughlin, 2009:61) სოციალურ ადვოკატობას განსაზღვრავს, როგორც „სოციალური მუშაობის პრაქტიკის ნაწილს, სადაც სოციალური მუშაკი მოქმედებს სისტემურად და მიზანმიმართულად, რათა დაიცვას, წარმოადგინოს ან წინ წამოწიოს ერთი ან რამდენიმე კლიენტის საქმე ინდივიდის, ჯგუფის, ორგანიზაციის ან თემის დონეზე, რათა ხელი შეუწყოს სოციალურ სამართლიანობას“.

შიფორი და ჰორეისი ადვოკატობას აღწერენ, როგორც „სოციალური მუშაობის გულში“ ყოფნას (Sheafor and Horejs 2003 in Dalrymple & Boylan, 2013:1). სოციალური მუშაობის პრაქტიკის მთავარი ფუნქცია სწორედ ის არის, რომ გაზარდოს ბენეფიციარის მომსახურებისგან დამოუკიდებლობის ხარისხი და განავითარებინოს თვით-ადვოკატობის უნარები.

ჰიპვორსის და სხვათა მოსაზრებით (2013), სოციალური ადვოკატობა გამოიყენება მაშინ, როდესაც ჯგუფი ან თემი აწყდება ისეთი სახის პრობლემებს, როგორცაა:

- მომსახურებაზე ან ბენეფიტებზე ხელმისაწვდომობის უარყოფა;
- მომსახურების ან პრაქტიკის არაჰუმანურობა, კონფრონტაციულობა ან იძულებითობა;
- დისკრიმინაციული პრაქტიკა რასის, გენდერის, სექსუალური ორიენტაციის, რელიგიის, კულტურის, ოჯახური წყობის და სხვა ფაქტორების ნიადაგზე;
- მომსახურებებში ხვრელების (სუსტი რგოლების) არსებობა, რომლებიც იწვევენ დისფუნქციას;
- ადამიანებისთვის მონაწილეობის შესაძლებლობის უარყოფა იმ გადაწყვეტილებების მიღებაში, რომლებიც ამ ადამიანებზე ახდენენ გავლენას;

- სახელმწიფოს მავნებელი პოლიტიკის არსებობა;
- ჯგუფისთვის ან თემისთვის საერთო საჭიროებების არსებობა, რომელთა დასაკმაყოფილებლადაც რესურსები არ არის გამოყოფილი;
- ბენეფიციართა ადამიანის, სამოქალაქო ან ლეგალური ბაზისური უფლებების უარყოფა (Hepworth, Rooney, Rooney, & Strom-Gottfried, 2013).

ხშირად ლიტერატურაში ადვოკატობა წარმოჩენილია, როგორც სტრატეგია, რომელიც მჭიდროდ უკავშირდება მაკრო ან პოლიტიკის დონეზე პრაქტიკას. თუმცა სოციალური მუშაკები პირდაპირი პრაქტიკის დროსაც ჩართული არიან ინდივიდუალური კლიენტის ცხოვრების მრავალ ასპექტში, მათ შორის, ფინანსურ, კულტურულ, სამედიცინო, ლეგალურ და სულიერ საკითხებში, და, შესაბამისად, ხელეწიფებათ ჩაერიონ მრავალ სფეროში, სადაც შესაძლოა უსამართლობას ჰქონდეს ადგილი. ადვოკატობა სოციალურ მუშაობაში სწორედ შემთხვევაზე მუშაობის ელემენტად ჩამოყალიბდა და დაფუძნებული იყო ვინმეს ინტერესის წარმომადგენლობაზე. ვუდროუს (Woodrow, 1997 in Dalrymple & Boylan, 2013) განმარტებით, ტერმინი ლათინური სიტყვიდან „advocatus“ მოდის და გულისხმობს, რომ ადვოკატის ფუნქციაა მტკიცებულებების წარმოდგენა ვერბალური მხარდაჭერით ან არგუმენტების წარმოდგენა მიზეზებთან დაკავშირებით. თუმცა ინდივიდუალურ შემთხვევაზე მუშაობა, ასევე, მოიცავს მომსახურების მომხმარებელთა ჯგუფის უფრო ფართო ინტერესების წარმომადგენლობასაც.

შშმ პირებთან ეფექტური სოციალური მუშაობის პრაქტიკა ხომ გულისხმობს კლიენტთა დამოუკიდებლობის წახალისებასა და მხარდაჭერას, რაც საშუალებას მისცემს შშმ პირებს:

- გააფართოვონ საკუთარი არჩევანის სპექტრი;
- მოემზადონ სხვადასხვა უწყებებთან და ბიუროკრატიასთან გასამკლავებლად;
- მობილიზდნენ და გაიაზრონ პროგრამებისა და პოლიტიკის ალტერნატივები, რომლებიც უფრო გააუმჯობესებს მათ სიტუაციას (Beaulaurier & Taylor, 2001).

ადვოკატობა არის კარგად დამკვიდრებული სტრატეგია სოციალური სამართლიანობის მისაღწევად. უფრო მეტიც, ადვოკატობა პროფესიულ ვალდებულებადაც კი მიიჩნევა, რაც სოციალურ მუშაკთა საერთაშორისო ფედერაციის და სხვადასხვა ქვეყნის ეთიკის კოდექსშიც არის გათვალისწინებული (McLaughlin, 2009).

სოციალურ მუშაკთა ეროვნული ასოციაციის ეთიკის კოდექსი მოუწოდებს სოციალურ მუშაკებს, ხელი შეუწყონ საზოგადოების ინფორმირებულ მონაწილეობას პოლიტიკის შემუშავებაში. ასევე, 6.04 სექციის „ა“ პუნქტი განმარტავს, რომ „სოციალური მუშაკები უნდა ჩაერთონ სოციალურ და პოლიტიკურ ქმედებებში, რომლებიც დაგვეხმარება, უზრუნველყოთ ყველა ადამიანის თანაბარი წვდომა იმ რესურსების, დასაქმების, მომსახურებებისა და შესაძლებლობების მიმართ, რომლებიც სჭირდებათ ადამიანის ბაზისური უფლებების განსახორციელებლად და სოციალური სამართლიანობის მისაღწევად“ (NASW, 1999:8).

კანადის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის ეთიკის კოდექსში ნათქვამია, რომ სოციალური მუშაკები ადვოკატობენ საზოგადოებრივი მომსახურებებისა და ბენეფიტების სამართლიანი და თანასწორი ხელმისაწვდომობისთვის, კანონის ფარგლებში თანაბარი ზრუნვისა და დაცვისთვის, და ებრძვიან უსამართლობას, განსაკუთრებით, რომელიც გავლენას ახდენს მოწყვლადობასა და ყველაზე დაუცველ ფენებზე (CASW, 2005). რეალურად, სოციალური სამართლიანობის კავშირი ადვოკატობის როლთან არის ის, რაც სოციალურ მუშაკებს სხვა პროფესიებისგან შეიძლება განასხვავებდეს.

საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის ეთიკის კოდექსშიც (2005) ერთ-ერთ ფასეულობად გამოყოფილია სოციალური სამართლიანობა, რაც გულისხმობს, რომ სოციალური მუშაკები ახორციელებენ სოციალურ ცვლილებებს საზოგადოების დაუცველი ფენების წარმომადგენელი ინდივიდებისა და ინდივიდთა ჯგუფების სახელით, უზრუნველყოფენ მოსახლეობისათვის ინფორმაციის, მომსახურებისა და რესურსების ხელმისაწვდომობას, საზოგადოების ნებისმიერი წევრისათვის თანაბარ შესაძლებლობებს, ყველა ინდივიდის მონაწილეობას საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვანი საკითხების გადაწყვეტის პროცესში (სოციალური სამუშაოს ეთიკის კოდექსი, 2005). კოდექსის 1.02 სტანდარტი მიუთითებს, რომ „სოციალურ მუშაკებს მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ კლიენტისათვის დამოუკიდებელი მოქმედების უნარის გამომუშავება და ეხმარებიან მათ სამომავლო მიზნების განსაზღვრაში“ (გვ. 9), ხოლო „როდესაც სოციალური მუშაკი მოქმედებს ისეთი კლიენტის სახელით, რომელსაც არ გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, სოციალური მუშაკი ვალდებულია მიიღოს ზომები ასეთი კლიენტის ინტერესებისა და უფლებების დასაცავად“ (სტანდარტი 1.14:18-19).

სოციალური ადვოკატობის კომპონენტები

„წარმატებისთვის მნიშვნელოვანია არა ის, თუ სად დგახარ, არამედ ის, თუ რა სიმაღლეს უმიზნებ.“

ნელსონ მანდელა

ისტორიულად, ადვოკატობა იყოფა შემთხვევის და მიზეზის ადვოკატობად:

პრობლემის (შემთხვევის) ადვოკატობისას მიზანი არის უთანასწორობის გამოსწორება და იმ ინდივიდების უფლებების მხარდაჭერა, რომლებიც არიან მარგინალიზებული ან მოწყვლადი (McLaughlin, 2009). ეს გულისხმობს, რომ სოციალური მუშაკი დარწმუნდეს, ესა თუ ის მომსახურება ან რესურსი, რომლის მიღების უფლებაც აქვს ინდივიდს, ნამდვილად მიეწოდოს მას. ეს პროცესი კი შესაძლოა შემთხვევის მართვის ნაწილი იყოს. თუმცა შესაძლოა შემთხვევაზე მუშაობისას აღმოაჩინოს, რომ რესურსები საკმარისი არ არის ბენეფიციარის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად და ადვოკატობა გასწიოს რესურსების გასაზრდელად ან ახალი მომსახურებების შესაქმნელად.

მიზეზის (სისტემური) ადვოკატობა მიმართულია სისტემური საკითხებისადმი და მოიცავს ლობირებას პოლიტიკის ან ინსტიტუციური რესტრუქტურისთვის. ამ დროს, ინდივიდუალური შემთხვევებიდან მიღებული ცოდნა მიმართულია სისტემური ცვლილებების მისაღწევად ლეგალური, პოლიტიკისა თუ პრაქტიკის მიმართულებით (Dalrymple & Boylan, 2013). ადვოკატობის ეს ფორმა მჭიდროდაა დაკავშირებული მაკრო პრაქტიკასთან.

როგორც ვხედავთ, თანამედროვე სოციალურ მუშაობაში ადვოკატობა არ მოიცავს მხოლოდ მაკრო პრაქტიკას, არამედ პირდაპირ პრაქტიკასაც, რაც ინდივიდუალურ დონეზე მუშაობას გულისხმობს, როდესაც საუბარია რესურსების ხელმისაწვდომობასა და კლიენტის გაძლიერებაზე. ადვოკატობა შესაძლოა პირდაპირ უკავშირდებოდეს კლინიკურ სოციალურ მუშაობას საერთო მიზნის მისაღწევად, მაგალითად, გულისხმობდეს კლიენტების დახმარებას, გახდნენ დამოუკიდებელნი და თავად მართონ საკუთარი ცხოვრება. კვლევები აჩვენებს, რომ სოციალურ მუშაკთა უმეტესობა ადვოკატობას მის ყოველდღიურ საქმიანობად მიიჩნევს და ასახელებს კიდევ კონკრეტულ ღონისძიებებს. თუმცა მათ მიერ ადვოკატობაზე დახარჯული საათები გაცილებით მცირეა (5 სთ-ზე ნაკლები კვირაში) (McLaughlin, 2009).

ადვოკატობა შეიძლება იყოს პასიური ან აქტიური, რაც დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ ხედავენ პროფესიონალები მომსახურების მომხმარებლებს - როგორც ინდივიდებს, რომელთაც სჭირდებათ უზრუნველყოფა ან დაცვა, თუ როგორც მოქალაქეებსა და აქტიურ მონაწილეებს (Dalrymple & Boylan, 2013). შესაბამისად, პასიური ადვოკატობა ნიშნავს, როდესაც პროფესიონალი საუბრობს ბენეფიციარის ნაცვლად (დგას მის წინ), ხოლო აქტიური ადვოკატობა - როდესაც პროფესიონალი აძლიერებს ბენეფიციარს, რომ მან თავად ისაუბროს და გააქლეროს საკუთარი ხმა (დგას მის უკან ან გვერდით).

ადვოკატობა შეიძლება ხორციელდებოდეს, როგორც სისტემის გარედან, ისე მის შიგნით, სისტემაში დასაქმებული სოციალური მუშაკების მიერ. ნებისმიერ შემთხვევაში, ეს პროცესი შესაძლოა, მოიცავდეს ინფორმაციის გადაცემას, მოსმენას, მხარდაჭერას, წარმომადგენლობას, გაძლიერებას, რჩევას, მოლაპარაკებებს (Dalrymple & Boylan, 2013).

ბლისმა (2015) ადვოკატობის კონცეფციების შესახებ ლიტერატურის მიმოხილვისას შემდეგი ძირითადი კომპონენტები გამოკვეთა:

1. **საფუძველი:** არ აქვს მნიშვნელობა, ადვოკატობა ხორციელდება ინდივიდის თუ მრავალი ადამიანის სახელით, ყოველთვის არის რაღაც საფუძველი, მიზეზი, რომელიც გავლენას ახდენს ბენეფიციარზე და რომლის გამოც იწყება ადვოკატობა.
2. **შედეგი:** ადვოკატობა ხორციელდება რაღაც კონკრეტული ცვლილების მისაღწევად ბენეფიციარ/ებ/ის ცხოვრებაში, სტატუსში, რათა მიიღონ საჭირო ბენეფიტები (შემთხვევის ადვოკატობისას) ან შეიცვალოს პოლიტიკა (პოლიტიკის დონეზე ადვოკატობისას).
3. **სამიზნე აუდიტორია:** ადვოკატობა მიმართულია იმ ადამიანებისადმი, გადაწყვეტილების მიმღები პირებისადმი, რომელთაც შეუძლიათ ცვლილებების გარდაქმნა შედეგებად, რადგან ბენეფიციარებს ეს არ ხელეწიფებათ.
4. **სტრატეგია და ტაქტიკა:** მოიცავს იმ ღონისძიებების დაგეგმვას, რომლებმაც ზემოქმედება უნდა იქონიონ სამიზნე აუდიტორიაზე, სასურველი შედეგების მისაღწევად.
5. **შეფასება:** ეს კომპონენტი ხშირად არ არის ხოლმე აღნიშნული ლიტერატურაში, თუმცა ქმედებათა ეტაპობრივი შეფასების და

უკუკავშირის გაანალიზების გარეშე ადვოკატობა „ბრმად სიარულს“ დაემსგავსება (Bliss, 2015:4).

აღნიშნული ხუთივე კომპონენტი ადვოკატობის მნიშვნელოვანი ნაწილია და სპეციალისტისთვის გასათვალისწინებელ ფაქტორებს წარმოადგენს. გარდა ამისა, ადვოკატირების სახელმძღვანელო (2011) გარკვეულ მითითებებს იძლევა, ადვოკატობის მახასიათებლების გასაგებად. იგი ამბობს, რომ ადვოკატობა:

- შედგება ორგანიზებული მცდელობებისა და ქმედებებისაგან, რომლებიც ეფუძნება არსებულ რეალობას, ანუ „რა არის“;
- შედგება სიფრთხილით შემუშავებული ქმედებებისაგან, რომელთა მიზანია, წარმოაჩინოს პრობლემები და შეცვალოს საზოგადოების დამოკიდებულება, რათა შეიქმნას და განხორცილდეს პოლიტიკა იმისათვის, რაც „უნდა იყოს“;
- მოითხოვს ძალისხმევას საზოგადოების ნდობის მოპოვებისათვის;
- მოითხოვს შესაბამისი ფაქტების გულდასმით კვლევას;
- მოიცავს თანამშრომლობასა და ქსელურ მუშაობას;
- მოიცავს შეხვედრებს გადაწყვეტილების მიმღებ პირებთან;
- მოითხოვს ქმედებების გულდასმით დაგეგმვას;
- მოითხოვს პროცესის პერიოდულ შეფასებასა და გადაფასებას;
- არამალადობრივია (ადვოკატირების სახელმძღვანელო, 2011).

აღნიშნული მახასიათებლები უფრო მეტად ჩაშლილია ადვოკატობის პროცესში, რომელსაც უფრო მოგვიანებით განვიხილავთ.

ადვოკატობის ტიპები შშმ პირებთან

„თუ გინდა სწრაფად წასვლა, იმოგზაურე მარტომ.

თუ გინდა შორს წასვლა, იმოგზაურეთ ერთად.“

აფრიკული ანდაზა

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან ადვოკატობის სხვადასხვაგვარი სახე შეიძლება იქნას გამოყენებული. მათი ნაწილი თვით-ადვოკატობაზე, ანუ ბენეფიციართა აქტიურობაზეა დამოკიდებული, ხოლო ნაწილი - ბენეფიციართა წარმომადგენლობაზე:

- **თვით-ადვოკატობა:** როდესაც ბენეფიციარები თავად არიან მთავარი მოქმედი პირები. ეს გულისხმობს საკუთარი მოსაზრებების გამოხატვას,

საკუთარი უფლებების დაცვას, არჩევანის გაკეთებას, დამოუკიდებლობას, პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღებას.

- **ჯგუფური ადვოკატობა:** ამ შემთხვევაში, ჯგუფი ერთიანდება საკუთარი უფლებების დასაცავად და სოციალური სამართლიანობის მისაღწევად. თუმცა ჯგუფს, როგორც წესი, ჰყავს ადამიანი (ხშირად, პროფესიონალი), რომელიც „დგას გვერდით“ ან „დგას უკან“ - ეს დამოკიდებულია ჯგუფის მოთხოვნაზე.
- **თანასწორთა ადვოკატობა:** თანასწორ-ადვოკატი არის შშმ ადამიანი, რომელიც ეხმარება სხვა შშმ პირს, მსგავს სიტუაციაში. თუმცა ყველა შშმ პირი ერთსა და იმავე გზას არ გადის და ერთნაირი გამოცდილება არ აქვთ, მაინც მნიშვნელოვანია, რომ ადვოკატობას სწევს ის ადამიანი, რომლისთვისაც პრობლემა უფრო ნაცნობია და საკუთარ თავზე გამოუცდია.
- **ოჯახის ადვოკატობა:** ოჯახის წევრებიც შეიძლება მოგვევლინონ თავიანთი შვილების ან დედმამიშვილების ადვოკატებად, რათა დაიცვან მათი უფლებები. ამ შემთხვევაში, ოჯახის წევრი შეიძლება იყოს „წინ მდგომი“, ან პროფესიონალი ეხმარებოდეს ოჯახის წევრებს, გასწიონ ადვოკატობა შშმ პირის სახელით კონკრეტულ საკითხზე (Models of disability advocacy, 2015).
- **ინდივიდუალური ადვოკატობა:** ერთი-ერთზე მიდგომა, როდესაც პროფესიონალი, ნათესავი, მეგობარი ან მოხალისე ცდილობს უსამართლო მოპყრობის პრევენციას ან ცვლილებას.
- **სამოქალაქო ადვოკატობა:** ეს არის მოხალისეობრივი, არაანაზღაურებადი საქმიანობა, რომელიც გულისხმობს იმ ადამიანებთან თანამშრომლობით ქმედებებს, რომლებსაც უჭირთ საკუთარი აზრის გამოხატვა ან პოზიციების დაცვა, შეზღუდული შესაძლებლობის გამო. მსგავსი ღონისძიება სრულად დამოუკიდებელი უნდა იყოს მომსახურებების მიმწოდებლებისგან, მოხალისეები კი ფრთხილად შერჩეულნი (McNamara, 2009).
- **სამართლებრივი/ლეგალური ადვოკატობა:** სამართლებრივ ადვოკატად შეიძლება მოგვევლინოს ადამიანი, რომელიც იცნობს სამართლებრივ საკითხებს, განსაკუთრებით შშმ პირთა უფლებებთან მიმართებაში. ანუ, იგი ეხმარება შშმ პირებს საკუთარი უფლებების განხორციელებასა და დაცვაში და იცავს მათ ინტერესებს დისკრიმინაციის, ძალადობისა და უგულვებელყოფის სამართლებრივ საკითხებთან მიმართებაში.

- **სისტემური ადვოკატობა:** ცდილობს ბარიერების მოხსნას და დისკრიმინაციის აღმოფხვრას, რათა უზრუნველყოს შშმ პირთა უფლებების განხორციელება.

უკვე ვახსენეთ, რომ სოციალური მუშაკები ორიენტირებული უნდა იყვნენ ბენეფიციარის გაძლიერებაზე, რათა მათ თავად გასწიონ საკუთარი უფლებების ადვოკატობა (როცა ეს შესაძლებელია). ამ პროფესიონალებს, რომლებიც თვით-ადვოკატობას წახალისებენ და უჭერენ მხარს, ლოუტონი (Lawton 2006 in Stewart & MacIntyre, 2013:10) სთავაზობს შემდეგი რჩევების გათვალისწინებას, კარგი პრაქტიკის განხორციელებისთვის:

- ინიციატივა მხოლოდ მაშინ აიღეთ საკუთარ თავზე, როცა ამის აუცილებლობაა;
- დარწმუნდით, რომ ადამიანები სწორად არიან წარმოჩენილნი;
- გაარკვიეთ, რა სახის დახმარება სჭირდება ადამიანს და როგორ უნდა ამ დახმარების მიღება;
- დაეხმარეთ მათსავე ქმედებებში და მიყევით მათსავე ტემპში;
- იყავით მხარდამჭერი და დაეხმარეთ გამოწვევებთან გამკლავებაში;
- იყავით მოქნილი;
- გამოამჟღავნეთ არაგანსჯითი დამოკიდებულება და ადვილად ნუ შეძრწუნდებით;
- იყავით სანდო დასაყრდენი;
- ხელმისაწვდომი გახადეთ ინფორმაცია;
- გაითვალისწინეთ, რომ შეხვედრები საუკეთესო გზაა ადამიანების ჩასართავად.

აღნიშნული რჩევები შეიძლება მოერგოს ადვოკატობის ისეთ ტიპებს, როდესაც პროფესიონალი (სოციალური მუშაკი) დგას ბენეფიციარის გვერდით ან მის უკან.

ადვოკატობის პრინციპები

სოციალური ადვოკატობის განხორციელებისას სპეციალისტებს სჭირდებათ გარკვეული ჩარჩო, პრინციპები, რომლებზეც უნდა დააფუძნონ ქმედებები.

მაკნამარა (2009) ადვოკატობის პრინციპებს შემდეგნაირად აჯგუფებს:

1. **გაძლიერება:** ადვოკატობის ყველაზე გამორჩეული პრინციპია, რომელიც სამივე მომდევნო პრინციპს უჭერს მხარს.

2. **ავტონომია:** ადამიანებს ეხმარება, მეტად მართონ საკუთარი ცხოვრება, რასაც აღწევენ საკუთარი აზრის გამოთქმასა და დისკუსიებში მონაწილეობაში მხარდაჭერით.
3. **ინკლუზია:** ადამიანების მიღება ჯგუფებსა და თემებში, თანაბარ ხელმისაწვდომობასა და შესაძლებლობებზე დაფუძნებით.
4. **მოქალაქეობა:** ადვოკატობა არის მთავარი გასაღები, საზოგადოების თითოეული წევრის, თითოეული მოქალაქის უფლებებისა და პრივილეგიების დასაცავად (McNamara, 2009).

ბეთმენი (ბეთმენი, 2000 შატბერაშვილთან, 2013:6) უფრო შლის ამ საკითხს და გვთავაზობს 6 პრინციპს, რომლებიც, მისი აზრით, სახელმძღვანელო ეთიკური პრინციპებია საადვოკატო პრაქტიკის განმახორციელებელი სოციალური სფეროს პროფესიონალებისათვის:

1. კლიენტის ჭეშმარიტი ინტერესის დაცვა;
2. კლიენტის სურვილებისა და ინსტრუქციების შესაბამისად მოქმედება;
3. კლიენტის ინფორმირება;
4. ინსტრუქციების შესრულება გულისხმიერად და მაღალკვალიფიციურად;
5. მიუკერძოებელი მოქმედება და გულითადი რჩევის შეთავაზება;
6. კონფიდენციალობის შენარჩუნება.

იმაში დასარწმუნებლად, რომ ადვოკატობა ეფექტურად მიემართება ბენეფიციართა საჭიროებებს, ინგლისში მოქმედმა ორგანიზაციამ „მოქმედება ადვოკატობისთვის“ 2006 წელს შეადგინა **ადვოკატობის სტანდარტები**, რომლებიც შემდეგ საკითხებს შეეხება:

- მიზნის სიცხადე;
- დამოუკიდებლობა;
- ადამიანების წინა პლანზე დაყენება;
- გაძლიერება;
- თანაბარი შესაძლებლობების მიცემა;
- ხელმისაწვდომობა და ანგარიშვალდებულება;
- ადვოკატების მხარდაჭერა;
- კონფიდენციალობა და გასაჩივრება (Stewart & MacIntyre, 2013).

თავისთავად, აღნიშნული სტანდარტები სწორედ ზემოთ შემოთავაზებულ პრინციპებს მიესადაგება. ისინი შეიძლება დამხმარე იყოს პროფესიონალისთვის, რომ არ აცდეს მიზანს ან არ გაცდეს პროფესიულ საქმიანობას. აღნიშნული პრინციპები და სტანდარტები გვეხმარება, საკუთარ თავს დავუწესოთ ჩარჩოები და, საჭიროების შემთხვევაში, შევახსენოთ ჩვენი დანიშნულება ბენეფიციართან მუშაობის პროცესში.

ადვოკატობისთვის საჭირო ცოდნა და უნარები

*„საქმის კარგად გასაკეთებლად ადამიანს ჯერ
კარგი ინსტრუმენტები სჭირდება.“
ჩინური ანდაზა*

სოციალური ადვოკატობის განხორციელება ყველას არ შეუძლია. ჯორდანის (Jordan, 1987 in Wilks, 2012) მოსაზრებით, პროფესიონალები შეიძლება ორგვარად ხედავდნენ საკუთარ თავს კლიენტთან მიმართებაში: მრჩეველი - რომელიც არის ყურადღებიანი, ემპათიური და მიმღებელი, და ადვოკატი, რომელიც უპირისპირდება მჩაგვრელს, საკუთარი კლიენტის დასაცავად. რასაკვირველია, პროფესიონალის დამოკიდებულება შეიძლება განისაზღვრებოდეს კლიენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე.

ადვოკატობა გულისხმობს მოქმედებას და სხვების აზრზე გავლენის მოხდენას, რათა კონკრეტული ცვლილებები მოუტანო ბენეფიციარებს. ამისთვის კი საჭიროა სპეციფიკური უნარების ქონა, როგორცაა: პოლიტიკის ანალიზი, ჯგუფის ფასილიტაცია, ზეპირი და წერილობითი კომუნიკაცია, მოლაპარაკებებისა და მედიაციის წარმართვა, მრავალსპექტიანი და სისტემატური ინფორმაციის დამუშავება (Hepworth, Rooney, Rooney, & Strom-Gottfried, 2013).

უილკსი (2012) ამ უნარებს სამ კატეგორიად ანაწილებს:

- ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზის, შეფასების უნარი;
- მოლაპარაკებებისა და ასერტული უნარები;
- ჯგუფებთან მუშაობის უნარი (Wilks, 2012).

შშმ პირთა ადვოკატობისას კი, დამატებით აუცილებელია შემდეგი ცოდნა და უნარები:

- უფლებების ცოდნა, რომლებიც შშმ პირებს გააჩნიათ ან უნდა გააჩნდეთ;

- საკუთარი თავის ცოდნა - შშმ პირების მიერ საკუთარი ძლიერი მხარეების და საჭიროებების ცოდნა, რათა გამოიყენონ ისინი ადვოკატობის პროცესისას;
- შშმ პირებთან კომუნიკაციის უნარი;
- გასაჩივრების მექანიზმების ცოდნა;
- ადამიანის უფლებების მიდგომის გამოყენება;
- მოლაპარაკებების უნარი;
- ლობირება;
- მოქმედება - მხოლოდ ცოდნით არ მიიღწევა ცვლილებები, არამედ მოქმედებით (Lord, et al., 2012; What is disability advocacy?, 2016).

უნდა გვახსოვდეს, რომ შშმ პირთა ადვოკატობა არ არის მხოლოდ კონსულტირება, გადაწყვეტილების მიღება სხვის ნაცვლად, მედიაცია ან უბრალოდ შემთხვევის მართვა. შშმ პირთა ადვოკატობა შეიძლება მოიცავდეს:

- ინფორმაციის მიწოდებას შშმ პირებისთვის უფლებებზე და დისკრიმინაციის მაგალითების გამოვლენას;
- შშმ პირთა დახმარებას, ასისტირებას, მიმართონ საჭირო ადამიანებს, უწყებებსა თუ ორგანიზაციებს და ეძიონ პრობლემის გადაწყვეტის გზები;
- დახმარებას გასაჩივრებასა და მოლაპარაკებებში;
- დახმარებას ლობირებაში;
- კამპანიის წარმართვას, მედიასთან საუბარს და უსამართლო სიტუაციების გაშუქებას (What is disability advocacy?, 2016).

სოციალურ მუშაკებს, რომლებიც პოლიტიკის დონეზე ადვოკატობაზე მუშაობენ, უნდა ესმოდეთ ძირითადი ეკონომიკური, პოლიტიკური და სოციალური ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ სოციალურ პოლიტიკაზე როგორც საკუთარ ქვეყანაში, ისე გლობალურად. ამის ცოდნა მნიშვნელოვანია, რათა შეძლონ მისი გაანალიზება და იმ ფაქტორების გამოკვეთა, რომლებმაც შესაძლოა გავლენა მოახდინონ ცვლილებების მცდელობაზე. მათ, ასევე, უნდა შეეძლოთ იმ საკვანძო პოლიტიკის იდენტიფიცირება, რომელიც გავლენას ახდენს მათსავე პრაქტიკაზე, უნდა შეძლონ მისი გაანალიზება და შეფასება, თუ როგორ მოქმედებს ეს პოლიტიკა იმ ინდივიდებზე, ოჯახებზე, ჯგუფებსა და თემებზე, რომლებთანაც მუშაობენ (Mandel School of Applied Social Sciences, n.d.).

ზოგადად, პოლიტიკის დონეზე პრაქტიკა განისაზღვრება, როგორც სოციალური მუშაობის უნარების გამოყენება, პოლიტიკაში ცვლილებების შესათავაზებლად, რათა მიღწეულ იქნას სოციალური და ეკონომიკური სამართლიანობა (Cummins, Byers, & Pedrick, 2011). ამგვარი პრაქტიკის განხორციელებისას სოციალური მუშაკები იყენებენ ზოგადი პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკის ხედვებსა და უნარებს, რათა მიაღწიონ ცვლილებებს კანონმდებლობაში, წესებში, ბიუჯეტში, პოლიტიკაში და გადაწყვეტილების მიმღებ პირებში. შესაბამისად, სოციალური ადვოკატობა შეიძლება განვიხილოთ პოლიტიკის დონეზე პრაქტიკის ნაწილად.

კუმინსის და სხვათა (2011) მიხედვით, პოლიტიკის დონეზე პრაქტიკის განხორციელება, მათ შორის, სოციალური ადვოკატობის, მოითხოვს ზოგადი პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკის ისეთი უნარების ქონას, როგორცაა ნდობის მოპოვება და პროცესში ჩართვა, შეფასება, კომუნიკაცია, პრობლემების გადაჭრა და მოლაპარაკებები, დაკავშირება და თანამშრომლობა:

- *პროცესში ჩართვის უნარები* სოციალურ მუშაკს ეხმარება დაამყაროს ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობები კლიენტებთან, რომელთაც აქვთ განსხვავებული გამოცდილება. პოლიტიკის შექმნისა და განხორციელების პროცესშიც სწორედ ასეთი განსხვავებული ადამიანები არიან ჩართულნი, რომელთაც განსხვავებული ხედვა და პიროვნული მახასიათებლები აქვს. მათ შორის ჯანსაღი ურთიერთობის ჩამოყალიბება მოითხოვს ღიაობას, გულწრფელობას და ერთმანეთის პატივისცემას, რაც უნდა წახალისოს სოციალურმა მუშაკმა.
- *შეფასების უნარები*, რომლებსაც სოციალური მუშაკი იყენებს ადამიანის ქცევის გასაგებად გარემოში, შესაძლოა მიესადაგოს მაკრო პრაქტიკასაც, რათა აღმოაჩინოს ის ძლიერი მხარეები, რომელზეც დააფუძნებს ცვლილებას და მოიძიოს ის რესურსები და შესაძლებლობები, რომლებიც დაეხმარება ჩარევაში. შეფასების უნარები გვეხმარება პრობლემის გაგებაში, გადაჭრის გზების გაანალიზებასა და სამოქმედო გეგმის განვითარებაში.
- *კომუნიკაციის უნარები* აუცილებელია ინდივიდებთან და ოჯახებთან ურთიერთობის დასამყარებლად და შესანარჩუნებლად. სოციალური მუშაკი აქტიური მოსმენის საშუალებით ცდილობს ინდივიდების თვალთ სამყაროს დანახვას. ამის მსგავსად, პოლიტიკის დონეზე ადვოკატობისასაც იგი ეყრდნობა კომუნიკაციის უნარების ფართო სპექტრს, რათა გაიგოს

გადაწყვეტილების მიმღებ პირთა პერსპექტივა და აქედან დაიწყონ მათთან თანამშრომლობა.

- *პრობლემის გადაჭრისა და მოლაპარაკებების უნარები* პირდაპირი პრაქტიკის დროს მნიშვნელოვანია, ინდივიდებთან და ოჯახებთან ახალი, ალტერნატიული მიმართულებებისა და ქმედებების განსასაზღვრად. ამგვარადვე, პოლიტიკის დონეზე ადვოკატობისას სოციალურ მუშაკს უნდა შეეძლოს მოლაპარაკებების წარმართვა და პრობლემის გადაჭრის გზების შეთავაზება გადაწყვეტილების მიმღებ პირთათვის, რათა დაანახოს მათ უკეთესი ალტერნატივები.
- *დაკავშირებისა და თანამშრომლობის უნარების* საშუალებით სოციალური მუშაკი კლიენტს აკავშირებს საჭირო რესურსებთან და პროფესიონალებთან. იმის გაგება, თუ როგორ შეინარჩუნო ურთიერთობები და კავშირი სხვა ჯგუფებთან და ინდივიდებთან, რომელთაც საერთო წუხილები აქვთ, არის პოლიტიკის დონეზე პრაქტიკოსის ძალიან სასარგებლო უნარი. პოტენციური მოკავშირეების მოძებნა ტრადიციულ ოპონენტებს შორის, განსაკუთრებით ღირებულია სოციალური ადვოკატობისას (Cummins, Byers, & Pedrick, 2011).

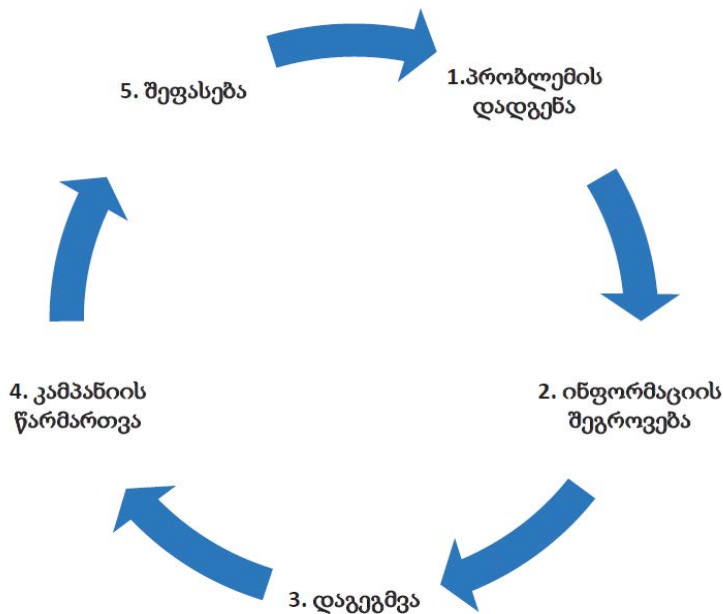
გარდა ამისა, ცვლილებების პროცესის გაგება და მოთმინების უნარის გამომუშავება ამ პროცესთან მიმართებაში, სასიცოცხლოდ აუცილებელია პოლიტიკის დონეზე ეფექტური ადვოკატობის განხორციელებისთვის.

ადვოკატობის პროცესი

*„მოგზაურობა ათასობით მილის მანძილზე
იწყება ერთი ნაბიჯით.“*

ლაო-ძი

ადვოკატობა თავის თავში მოიცავს გარკვეული ქმედებების ერთობლიობას და მათ თანმიმდევრობას. ეს პროცესი შემდეგნაირად გამოიყურება (ადვოკატირების სახელმძღვანელო, 2011):



მოდით, განვიხილოთ თითოეული საფეხური:

1. პრობლემის დადგენა: ეს გულისხმობს ძირითადი საკითხების გამოვლენას, მათი მიზეზების ანალიზს, პასუხებს კითხვებზე: რა ხდება? რა არის ამის მიზეზი? ვინ არიან დაინტერესებული მხარეები? რა არის მათი ინტერესი? რა არის ჩვენი ინტერესი? ვის ხელშია ძალაუფლება? კონკრეტულად რის მიღწევა/შეცვლა გვსურს?

2. ინფორმაციის შეგროვება: ამ ეტაპზე ხდება ყველა საჭირო ინფორმაციის მოპოვება, რომელიც გვებმარება სიტუაციის ანალიზში: ფაქტობრივი გარემოებები, სამართლებრივი დოკუმენტები, სხვა ქვეყნების პრაქტიკა და გამოცდილება, რესურსებისა და რისკების განსაზღვრა. ამ დროს ჩვენი კვალიფიკაცია, შესაძლებლობები და გამოცდილება უპირისპირდება საკითხის სირთულეს და უნდა დავრწმუნდეთ, რომ ჩვენ წინაშე მდგარი პრობლემა შეიძლება გადაიჭრას იმ რესურსებით, რომლის მობილიზაციასაც შევძლებთ და იმ ცოდნითა და უნარებით, რომელიც გაგვაჩნია (ადვოკატობის კონცეფცია, 2017).

ამავდროულად, მნიშვნელოვანია საკითხების პრიორიტეზებაც, რისთვისაც შესაძლებელია შემდეგი კრიტერიუმების გამოყენება:

- საკითხის რელევანტურობა ყველასათვის, ვის ინტერესებსაც ვიცავთ;
- საკითხის წარმატებულად წარდგენის შესაძლებლობა;
- საკითხის გადაჭრა არსებული რესურსების გათვალისწინებით;

- საკითხის მნიშვნელოვნება საზოგადოებისათვის (შატბერაშვილი, 2013:23).
3. **დაგეგმვა:** ამ დროს ხდება მიზნის განსაზღვრა, რომელიც უნდა იყოს კონკრეტული, გაზომვადი და მიღწევადი. ასევე, განისაზღვრება, ვინ შეიძლება ჩაერთოს ადვოკატობის პროცესში, ვისი მხარდაჭერა გვჭირდება და ვისი მხარდაჭერის მოპოვება შეგვიძლია. აქვე ანალიზდება ხელშემშლელი ფაქტორები, წინააღმდეგობები, რომელთა გადალახვაც შესაძლოა მოგვიწიოს. გარდა ამისა, დაგეგმვის ეტაპზევე ნათლად უნდა გვყავდეს განსაზღვრული სამიზნე ჯგუფებიც, კონკრეტულად ვისზეა გათვლილი ქმედებები და როგორ ვაპირებთ ამ ჯგუფებამდე ხმის მიწვდენას. გეგმაში წარმოდგენილი უნდა იყოს კონკრეტული ღონისძიებები, მასზე პასუხისმგებელი პირები, შესრულების ვადები და ის რესურსები, რომელთა გამოყენებასაც ვაპირებთ (მათ შორის მხარდამჭერთა წრე), ასევე, სასურველი შედეგის ჩვენეული ხედვა. მნიშვნელოვანია, ხელშემშლელი ფაქტორების გააზრება და მათი დაძლევის სტრატეგიის შემუშავება.

ადვოკატობის სტრატეგიის დასაგეგმად გოსლინგი და კოენი (2010) შემდეგი კითხვების გამოყენებას გვთავაზობენ:

- რა გვინდა? - პრობლემებისა და მათი გადაჭრის გზების გამოსახვა, კვლევის დაგეგმვა, მტკიცებულებების მოპოვება, პრიორიტეტების არჩევა;
- ვის შეუძლია მისი განხორციელება? - დაინტერესებული მხარეების, მათი ძალებისა და ცვლილებების მიღწევის გზების გასაგებად, დაინტერესებულ მხარეთა ინტერესებისა და გავლენების რუკის შედგენა, ასევე, სამიზნეების რუკის შედგენა;
- რის მოსმენა სჭირდებათ? - კონკრეტული აუდიტორიისთვის ხმის მისაწვდენად მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მესიჯების განვითარება;
- ვისგან სჭირდებათ ამის მოსმენა? - აუდიტორიისთვის მესიჯის სწორად გადასაცემად, შეტყობინების მიმტანის სტრატეგიულად შერჩევა;
- როგორ დავრწმუნდეთ, რომ მათ მოისმინეს მესიჯი? - საუკეთესო გზების არჩევა მესიჯის გადასაცემად, შესაძლებლობების იდენტიფიცირება, ლობირება, მოლაპარაკებები;
- რა გვაქვს? რა გვჭირდება? - უპირატესობების, გამოწვევების, საფრთხეების, შესაძლებლობების იდენტიფიცირება და შეფასება;

- როგორ დავიწყოთ მოქმედება? - მიზნების ჩამოსაყალიბებლად და სამოქმედო გეგმის შესამუშავებლად SMART მეთოდის გამოყენება (Gosling & Cohen, 2010).

4. კამპანიის წარმართვა: ეს უკვე გეგმის განხორციელების ეტაპია, როდესაც გეგმის მიხედვით იწყება მოქმედება და სამიზნე ჯგუფებზე მუშაობა, იქნება ეს ცნობიერების ამაღლება, ადამიანების მობილიზება, ცვლილებების ინიცირება, მოლაპარაკებები თუ სხვა. ამ ეტაპზე იწყება სათანადო პირებთან შეხვედრა და ცვლილებების ინიცირება.

5. შეფასება: ეს გულისხმობს ქმედებების ანალიზსა და შედეგების შეფასებას, რადროსაც პასუხი უნდა გავცეთ შემდეგ კითხვებს: მივალწიეთ თუ არა გეგმით გათვალისწინებულ შედეგებს? სწორად წარმართა თუ არა ყველა ნაბიჯი? თუ არა, რის შეცვლაა საჭირო? თუ კი, რამ განაპირობა წარმატება? ამ ეტაპზე შეიძლება გავზომოთ, როგორც პროცესი, ისე შედეგი.

შედეგის მისაღწევად მნიშვნელოვანია ჩვენი ნაბიჯების ეფექტურობის შეფასება. თუ შედეგი მიღწეულია, იგი უნდა გავაცნოთ დაინტერესებულ მხარეებს, თანამშრომლობის გაგრძელების მიზნით. თუკი შედეგს ვერ ვაღწევთ, არ ნიშნავს, რომ უმოქმედობის ფაზაში უნდა გადავიდეთ, რადგან უმოქმედობით კვლავ ის ადამიანები ზარალდებიან, ვისთვისაც იწყება სოციალური ადვოკატობა. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია იმის გააზრება, რომ მოქმედება არის ერთადერთი გზა ცვლილებებისკენ, თუნდაც მცირე შედეგის მისაღწევად. შეფასების ეტაპი გვამღებს იმის საშუალებას, გავიაზროთ, რა უნდა შევცვალოთ ჩვენს ტაქტიკაში, ვინ უნდა ჩავრთოთ პროცესში დამატებით, რა რესურსის მოძიება გვჭირდება იმისთვის, რომ არსებული არასასურველი რეალობა შევცვალოთ (ადვოკატობის კონცეფცია, 2017).

გამოწვევები

*„კაცობრიობის პროცესი არც ავტომატურია და არც გარდაუვალი...
თითოეული ნაბიჯი სამართლიანობისკენ მოითხოვს თავდადებული
ინდივიდების თავგანწირვას, ტანჯვას და ბრძოლას.“
მარტინ ლუთერ კინგი უმცროსი*

ადვოკატობას ბევრი გამოწვევაც ახლავს თან. სოციალური ადვოკატობა, როგორც სოციალური თანასწორობის მიღწევის სტრატეგია, ორგანიზაციაში შეიძლება განიხილებოდეს სოციალური მუშაკის იმ საქმიანობის ნაწილად, რისთვისაც დაიქირავეს. თუმცა, თაუერის (Tower, 1994 in Beaulaurier & Taylor, 2001) მოსაზრებით,

მზარდი დატვირთვისა და მომსახურების მოთხოვნების პირობებში, კლიენტების თვითგამორკვევასა და დამოუკიდებლობისთვის მომზადებაზე მუშაობა ის საკითხებია, რასაც სოციალური მუშაკები პირველ რიგში აირიდებენ თავიდან, რათა სამუშაო დატვირთვის ბალანსი შეინარჩუნონ.

ერთ-ერთ კვლევაში, სოციალური მუშაკების თქმით, მათ არ მოსწონთ პოლიტიკურ ქმედებებში ჩართვა და არაკომფორტულად გრძნობენ თავს, ვინაიდან ეს მათთვის უცხო სფეროა (Beerman, 2012). ისინი არ ენდობიან პოლიტიკოსებს და პოლიტიკურ პროცესებს. ეს გათიშვის განცდა თითქმის იგივეა, რაც ბენეფიციარებს შეიძლება გაუჩნდეთ სოციალური მომსახურების პროგრამების მიმართ. ასეთ დროს, როგორც პროფესიონალებმა, სოციალურმა მუშაკებმა უნდა შეძლონ გამოავლინონ პროფესიული უნარები და იყვნენ კარგი პრობლემის გადამჭრელები.

არსებობს მოსაზრება, რომ ის სოციალური მუშაკები, რომლებიც ადვოკატობის როლს წამოწევენ დამსაქმებელთან, შესაძლოა მარგინალიზებულნიც კი გახდნენ. სოციალური მუშაკებს შესაძლოა ეშინოდეთ, რომ არ გახდნენ შაბლონურები და არ მიაკერონ იარლიყები. მაგალითად, სოციალური მუშაკს, რომელიც რესურსების მოძიებას და ამ კუთხით ადვოკატობას ცდილობს, შეიძლება შეერქვას „რესურსების გოგო“, რაც დამაკნინებელია პროფესიონალისთვის, რომელიც რესურსების მოძიების გარდა, სხვა მრავალ საქმიანობას ეწევა (McLaughlin, 2009).

როდესაც სოციალური მუშაკი იწყებს რომელიმე ჯგუფის ინტერესების ადვოკატობას, ყოველთვის არსებობს რისკი, რომ შეიძლება წააწყდეს წინააღმდეგობას, როგორც სხვა უწყებებთან, ორგანიზაციებთან და დაინტერესებულ პირებთან, ისე საკუთარ ორგანიზაციაში - ხელმძღვანელობის ან თანამშრომლების მხრიდან (ადვოკატობის კონცეფცია, 2017). ადვოკატობის იდეა შესაძლოა ორგანიზაციაშივე დაიბლოკოს და არ განიხილებოდეს, როგორც სოციალური მუშაკის „სამუშაოს ნაწილი“ და მისი ვალდებულება. შესაძლოა, დამსაქმებლისთვის პრიორიტეტული იყოს სხვა ფუნქციების შესრულება და არ სურდეს, რომ მისმა კადრმა „დრო დაკარგოს“ ადვოკატობის პროცესზე. გარდა ამისა, კოლეგების მხრიდანაც შეიძლება წააწყდეს უკმაყოფილებას, თუკი ეს მათთვისაც საქმის მატებას ნიშნავს (McLaughlin, 2009).

იმისთვის, რომ ეს წინააღმდეგობები დაიძლიოს, და შეძლოს ორგანიზაციაში ან მის გარეთ შესაძლო რეზისტენტობის გადალახვა, მნიშვნელოვანია, სოციალურ მუშაკს

წინასწარ ჰქონდეს განსაზღვრული რისკები და მათი დაძლევის სტრატეგიები. ამისთვის ლუიზა გოსლინგი და დევიდ კოენი (2010) შემდეგ გზას გვთავაზობენ:

- განსაზღვრეთ დაგეგმილი ქმედებების ან უმოქმედობის შესაძლო რისკები;
- განსაზღვრეთ, ვის შეიძლება მიადგეს ზიანი (როგორც ქმედებით, ისე უმოქმედობით);
- განსაზღვრეთ რისკის დონე (დაბალი, საშუალო, მაღალი);
- შეაფასეთ დაგეგმილი ქმედებების სავარაუდო სარგებელი;
- შეადარეთ, წონის თუ არა სარგებელი რისკს (Gosling & Cohen, 2010).

აღნიშნულის ანალიზი და წარდგენა გადაწყვეტილების მიმღებ პირებთან, გვეხმარება მათ არგუმენტირებულად დარწმუნებაში და მათი რეზისტენტობის დაძლევაში. ამისთვის მნიშვნელოვანია, კარგად გვექონდეს გაანალიზებული, რატომ არის ცვლილება აუცილებელი, რათა ეს სხვებსაც დავანახოთ. ხშირად, კონკრეტული ისტორიების მაგალითებად მოყვანაც გვეხმარება პრობლემის აქტუალობის წარმოჩენაში.

რისკების მართვაში კი შესაძლოა, დაგვეხმაროს:

- სანდო მტკიცებულებები, რომელსაც ეყრდნობა თქვენი არგუმენტები;
- სამართლებრივი და კულტურული ნორმების გააზრება, რომლებიც ქვეყანაში არსებობს;
- პოლიტიკისა და ძალთა ანალიზი;
- კოლეგებისა და პარტნიორების მხარდაჭერის მოპოვება (ადვოკატობის კონცეფცია, 2017).

ადვოკატობა ალტერნატიულ მომსახურებებში

როგორც აღვნიშნეთ, ადვოკატობა არის პროცესი, რომელიც მოიცავს პრობლემის დღის წესრიგში დასმას, მის ანალიზს, მის გადაჭრაზე მიმართული მოქმედების ერთობლიობას. ამასთანავე, ის მოითხოვს ზემოქმედებას საზოგადოებრივ აზრზე. ამისთვის ადვოკატობას ესაჭიროება ძალისხმევის კოორდინირება, სტრატეგიული აზროვნება, ინფორმაციის მოპოვება, ეფექტური კომუნიკაცია, ასპარეზი და მობილიზაცია (ადვოკატირების კურსი, 2016).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მიმართებაში მნიშვნელოვანია მათი მხარდაჭერა საკუთარი უფლებების რეალიზებაში და, თუკი ეს მათი მხრიდან არ არის შესაძლებელი, სოციალური ადვოკატები აუღერებენ მათ ხმას.

სოციალური მოდელი ხაზს უსვამს იმ ბარიერების იდენტიფიცირებას, გამოაშკარავებასა და შესწავლას, რომლებიც შშმ პირებს ექმნებათ ფიზიკურ თუ სოციალურ გარემოში, იქნება ეს ლეგალური, ფიზიკური თუ კომუნიკაციური ბარიერები. შშმ პირების გარემოზე მორგების ნაცვლად, სოციალური მოდელი ფოკუსირდება საზოგადოების ცვლილებაზე, რათა აღმოიფხვრას ის შეზღუდვები, რომლებიც საზოგადოების მხრიდან არის თავს მოხვეული.

როგორც აღინიშნა, ადვოკატობა არ არის მხოლოდ ცალკეული ქმედება ან ქმედებები, არამედ საჭიროებს სტრატეგიის შემუშავებას, რომელიც მრავალ ქმედებას დააორგანიზებს. მათ შორის შეიძლება იყოს:

▪ **საგანმანათლებლო საქმიანობა:**

- კვლევა და ანალიზი - რა ფაქტები გვჭირდება საადვოკატო საკითხთან დაკავშირებით?
- სახალხო ჩართულობა - როგორ მივაპყროთ ხალხის ყურადღება ამ საკითხს?
- განათლება და ტრენინგი - როგორ შევცვალოთ ადამიანების დამოკიდებულება საკითხის მიმართ?

▪ **პოლიტიკური საქმიანობა:** ლობირება - როგორ ვაიძულოთ პოლიტიკის შემქმნელებს შეცვალონ ან შექმნან პოლიტიკა, რომელიც საადვოკატო საკითხს მიემართება?

▪ **ლეგალური საქმიანობა:**

- საჭიროა ახალი კანონის შემუშავება ამ საკითხთან მიმართებაში?
- არსებული კანონები ხომ არ საჭიროებენ ცვლილებას?
- არსებული კანონმდებლობის იძულებით გატარების საჭიროება ხომ არ დგას (სასამართლოს ან სახელმწიფოს მიერ)? (Disability Rights Advocacy Workbook, 2007)

განგრძობადი სოციალური ცვლილებები დროს მოითხოვს - ძველი დამოკიდებულებები ერთ დღეში არ იცვლება. წარმატებული ადვოკატობა მოითხოვს მდგრადობას, გრძელვადიან გეგმას და თანმიმდევრულ ქმედებებს.

ადვოკატობა შეზღუდული შესაძლებლობების სფეროში მომუშავე სპეციალისტების საქმიანობის მნიშვნელოვანი ნაწილია და შეიძლება მოიცავდეს შემდეგ კომპეტენციებს (შალაშვილი, 2015):

- შშმ პირებზე მორგებული გარემოს შექმნის უზრუნველყოფა
- შშმ პირის დამოუკიდებლობისა და თვითგამორკვევის გაძლიერების მიმართულებით მუშაობა
- შეზღუდული შესაძლებლობების სფეროსთან და მომსახურებებთან დაკავშირებული პოლიტიკისა და კანონმდებლობის შემუშავებაში და განახლებაში წვლილის შეტანა
- მომსახურებებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა
- უფლებების რეალიზებაში მხარდაჭერა.

ეფექტური ადვოკატობა არ არის ხოლმე სპონტანური ან შემთხვევითი. მის სტრატეგიას ნათელი მიზნები და ამოცანები აქვს. სანამ ეს მიზნები ჩამოყალიბდება, პასუხი უნდა გაეცეს კითხვებს:

- რა სირთულეები აწუხებთ შშმ პირებს?
- რა არის ამ სირთულეების მიზეზები?
- რა შეიძლება გაკეთდეს ამ მიზეზების აღმოსაფხვრელად? (Disability Rights Advocacy Workbook, 2007)

რა ძირითადი გამოწვევების წინაშე დგანან შშმ პირები? - ამ კითხვაზე პასუხი სხვადასხვა ქვეყანაში შესაძლოა განსხვავებული იყოს, თუმცა გლობალურად ამ პრობლემების ჩამონათვალი შემდეგნაირად გამოიყურება:

- დაუსაქმებლობა
- სიღარიბე
- დისკრიმინაცია
- მწირი სარეაბილიტაციო მომსახურებები
- საჭირო სამედიცინო ზრუნვის მიღების შესაძლებლობის არქონა
- სოციალური უარყოფა და გარიყვა
- შეზღუდული შესაძლებლობების აღქმა სამედიცინო ან საქველმოქმედო საკითხად
- საკუთარ ღირსებისა და შესაძლებლობების რწმენის ნაკლებობა

- ისეთი სახელმწიფო პოლიტიკის, პრაქტიკისა და კანონმდებლობის არარსებობა, რომლებიც შშმ პირების უფლებებს ადამიანთა უფლებებად აღიარებს.

რა მიზეზები უდევს საფუძვლად აღნიშნულ სირთულეებს? - მიზეზების საძიებლად ამ გამოწვევებს უნდა შევხედოთ რაც შეიძლება მეტი კუთხიდან, მაგალითად:

- *დამოკიდებულებები:* რა რწმენები, მითები და სტერეოტიპები არსებობს შშმ პირების მიმართ?
- *კანონმდებლობა:* დისკრიმინაციული ხომ არ არის? იცავს მათ უფლებებს? არსებული კანონმდებლობა პრაქტიკაში რამდენად სრულდება?
- *საზოგადოება:* რა სოციალური ფაქტორები მოქმედებს ქვეყანაზე მთლიანობაში? რა გავლენას ახდენს ეს შშმ პირებზე?
- *რელიგია და კულტურა:* რა რელიგიური რწმენები და კულტურული ტრადიციები ახდენს გავლენას ადამიანთა დამოკიდებულებაზე შშმ პირების მიმართ (მაგ., ქველმოქმედების ან „წყევლის“ ობიექტად აღიქვამენ)?
- *მთავრობა:* იცნობენ თუ არა პოლიტიკის მესვეურები შშმ პირთა პრობლემებს და არიან თუ არა მხარდამჭერები? რამდენად ასრულებენ კეთილდღეობის მიმართულებით მინისტრები საკუთარ ვალდებულებებს? რამდენად მუშაობენ მინისტრები (მაგ., განათლების, ჯანდაცვის, ინფრასტრუქტურის და ა.შ.) პროაქტიულად შშმ პირთა უფლებების დასაცავად? ჩართული არიან შშმ პირები ამ პროცესებში?
- *ჯანდაცვის სისტემა:* რა დამოკიდებულებები აქვთ სამედიცინო პერსონალს შშმ პირთა მიმართ?
- *ინდივიდები და ოჯახები:* აქვთ შშმ პირებს, მათ ოჯახებს და მოკავშირეებს გამოცდილება, ცოდნა ან თავდაჯერება, რომ იმუშაონ ცვლილებებისთვის და მონაწილეობის გასაზრდელად?

პრობლემის მოგვარების გზების ძიება კი საჭიროებს იმის გაანალიზებას, რისი მიღწევა გვსურს, რა რესურსი გვაქვს ამისთვის, ვინ შეიძლება დაგვეხმაროს, რა ნაბიჯები არის გადასადგმელი, რა ვადებში, ვის მიერ და ა.შ.

ადვოკატობის დაგეგმვისას მოკავშირეების იდენტიფიცირებაც მნიშვნელოვანია. ზოგჯერ ადამიანები ერთსა და იმავე საკითხის მოსაგვარებლად იბრძვიან სხვადასხვა მიზეზით, ზოგჯერ საერთო მიზანი აქვთ, თუმცა განსხვავებულად მოქმედებენ მის მისაღწევად. ამიტომ საჭიროა იმ ადამიანების, ჯგუფების მოძებნა, რომლებიც ასევე დაინტერესებული არიან საკითხის მოგვარებით. აქვე, საჭიროა ზუსტი ინფორმაციის ფლობაც, მაგალითად, ისეთ საკითხებზე, როგორცაა სტატისტიკა, კანონმდებლობა, საერთაშორისო გამოცდილება და ა.შ.

სპეციალიზებული საოჯახო ტიპის სახლთან მიმართებაში მნიშვნელოვანია განისაზღვრონ ის პირები, ვინც პასუხისმგებელი იქნებიან ადვოკატობის წარმართვაზე. რასაკვირველია, აღნიშნული ფუნქცია ეკისრება სოციალურ მუშაკს, ვინაიდან ადვოკატობა პროფესიული მოვალეობების განხორციელების ერთ-ერთი გზაა. თუმცა მომსახურების სპეციფიკიდან გამომდინარე, პროცესში მნიშვნელოვანია სახლის მენეჯერისა და აღმზრდელების ჩართულობაც, რადგან ისინი შეიძლება წარმოადგენდნენ ინსტრუმენტებს ადვოკატობის პროცესში (ადვოკატობის კონცეფცია, 2017).

ამგვარად, საქართველოში შშმ ბავშვთა მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული მომსახურების ადვოკატობის კონცეფციის (2017) მიხედვით, პასუხისმგებლობები შემდეგნაირად გადანაწილდა: მომსახურებაზე მიმაგრებული სოციალური მუშაკები არიან სოციალური ადვოკატობის დაგეგმვასა და განხორციელებაზე პასუხისმგებელი პირები, ხოლო სახლის მენეჯერი პასუხისმგებელია საადვოკატო საკითხების სოციალურ მუშაკამდე მიტანაზე, ასევე, ადვოკატობის პროცესში გეგმიურ ჩართულობაზე.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია, რა პრინციპებზე დაფუძნებით უნდა მოხდეს ამოცანების დასახვა. ამოსავალი წერტილი, რასაკვირველია, ბავშვის ინტერესებია, რაც გულისხმობს ბავშვის უფლებათა კონვენციით მინიჭებული უფლებების რეალიზების ხელშეწყობას. მათ შორის, აღნიშნულ მომსახურებასთან მიმართებაში, საკვანძოა ბავშვის შემდეგი უფლებების დაცვა: განვითარების უფლება, განათლებისა და სპეციალური მომსახურებების მიღების უფლება შშმ ბავშვებისთვის, ოჯახში ცხოვრების უფლება, ასევე, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უფლება და გამოხატვის უფლება (ადვოკატობის კონცეფცია, 2017).

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია, რომ უკეთესი მომსახურების მიწოდებისთვის თვითონ პროფესიონალებსაც სჭირდებათ პოლიტიკის, პროგრამებისა თუ გარკვეული ვალდებულებების ცვლილების ადვოკატობა, რომელიც მათ საქმიანობას ეხება. შესაბამისად, ადვოკატობის ამოსავალი წერტილი შესაძლოა სწორედ პროფესიონალების საქმიანობის ცვლილების საჭიროება იყოს, რათა უფრო ხარისხიანად მოემსახურონ სპეციალიზებული საოჯახო ტიპის სახლის ბენეფიციარებს (ადვოკატობის კონცეფცია, 2017).

გამოყენებული ლიტერატურა:

- ადვოკატირების კურსი. ევროკავშირისა და აღმოსავლეთ პარტნიორობის პროგრამა „კულტურა და კრეატიულობა“. (2016). მოპოვებული 2018 წლის 19 მარტი, <https://www.culturepartnership.eu/ge/publishing/advocacy-course/what-is-advocacy-დან>
- ადვოკატირების სახელმძღვანელო: როგორ დავგეგმოთ და ვაწარმოოთ ადვოკატირების კამპანია გარემოსდაცვითი და სოციალური სამართლიანობისთვის. (2011). თბილისი: მწვანე ალტერნატივა.
- ადვოკატობის კონცეფცია შშმ ბავშვთა მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული მომსახურებისთვის. (2017). საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.
- სოციალური სამუშაოს ეთიკის კოდექსი. (2005). თბილისი: საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.
- შატერაშვილი, ნ. (2013). *სოციალური ადვოკატობა*. თბილისი: საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.
- შაღაშვილი, მ. (2015). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ახალგაზრდების სოციალური ინკლუზიის და დამოუკიდებლობის ხელშეწყობა. ტრენინგის სახელმძღვანელო*. თბილისი: საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.
- Beaulaurier, R. L., & Taylor, S. H. (2001). Social Work Practice with People with Disabilities in the Era of Disability Rights. *Social Work in Health Care, Vol. 32*(No. 4).
- Beerman, D. (2012). *Advocacy Handbook for Social Workers*. USA: East Carolina University.
- Bliss, D. L. (2015). Using the Social Work Advocacy Practice Model to Find Our Voices in Service of Advocacy. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance, Vol. 39*(No. 1), 57-68.
- CASW. (2005). *Code of Ethics*. Canada: The Canadian Association of Social Workers.
- Cummins, L. K., Byers, K. V., & Pedrick, L. V. (2011). *Policy Practice for Social Workers: New Strategies for a New Era*. Allyn and Bacon.
- Dalrymple, J., & Boylan, J. (2013). *Effective Advocacy in Social Work*. SAGE.
- Disability Rights Advocacy Workbook*. (2007). Geneva: Landmine Survivors Network.
- Gosling, L., & Cohen, D. (2010). *Advocacy Toolkit: A guide to influencing decisions that improve children's lives*. New York: UNICEF.

- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Rooney, G. D., & Strom-Gottfried, . K. (2013). *Direct Social Work Practice: Theory and Skills* (10 ed.). USA: Cengage Learning.
- Lord, J. E., Guernsey, K. N., Balfe, J. M., Karr, V. L., & deFranco, A. S. (2012). *Human Rights. YES! Action and Advocacy on the Rights of Persons with Disabilities*. (N. Flowers, Ed.) University of Minnesota Human Rights Center.
- Mandel School of Applied Social Sciences. (n.d.). *Advocating for Social Justice*. Retrieved March 16, 2018, from <http://msass.case.edu/downloads/academic/justice.pdf>
- McLaughlin, A. M. (2009). Clinical Social Workers: Advocates for Social Justice. *Advances in Social Work, Vol. 10*(No. 1), 51-68.
- McNamara, G. (2009). *The Concept of Advocacy for people with Learning Disabilities in Ireland*. National University of Ireland.
- Models of disability advocacy*. (2015). Retrieved March 16, 2018, from Australian Government, Department of Social Services: <https://www.dss.gov.au/our-responsibilities/disability-and-carers/program-services/for-people-with-disability/national-disability-advocacy-program/models-of-disability-advocacy>
- NASW. (1999). *Code of Ethics*. USA: The National Association of Social Workers.
- Stewart, A., & MacIntyre, G. (2013). Insights: Evidence summaries to support social services in Scotland. In *Advocacy: Models and Effectiveness*. The Institute for Research and Innovation in Social Services (IRISS).
- What is disability advocacy?* (2016). Retrieved March 16, 2018, from Disability Advocacy Resource Unit: <http://www.daru.org.au/what-is-advocacy>
- Wilks, T. (2012). *Advocacy and Social Work Practice* (1 ed.). UK: Open University Press.

ნაწილი 6. პროფესიული სუპერვიზია

გურანდა თეთრამე

ამ თავში წარმოდგენილია პროფესიული სუპერვიზიის შესახებ ძირითადი ინფორმაცია. მასში განხილულია სუპერვიზიას, კონსულტაციასა და თერაპიას შორის განსხვავება, ასევე, პროფესიული სუპერვიზიის სახეები და ფუნქცია, რომელთა შორის ყველაზე გავრცელებული ადმინისტრაციული, საგანმანათლებლო და მხარდამჭერი ფუნქციებია.

მასალა მიმოიხილავს, რა სტანდარტებით, მეთოდებითა და მოდელებით შეიძლება ხელმძღვანელობდეს პროფესიული ზედამხედველი, რა შემთხვევაში რომელი მიდგომის გამოყენება სჯობს, რომელი უფრო ეფექტური შეიძლება აღმოჩნდეს კონკრეტულ ჯგუფთან თუ პირთან.

თავი მიმოიხილავს პროფესიული ზედამხედველის კომპეტენციას, პიროვნულ და პროფესიულ მახასიათებლებს, კვალიფიკაციასა და გამოცდილებას, რადგან სუპერვიზორის პასუხისმგებლობებისა და სამუშაო სტრატეგიების ცოდნა ეხმარება სპეციალისტს სუპერვიზიის პროცესის მიმართ სწორი მოლოდინების ჩამოყალიბებაში.

აღნიშნულ თავშიც ყურადღება მახვილდება შშმ ბავშვთა ალტერნატიულ მომსახურებაში სუპერვიზიის მნიშვნელობაზე და ამ მომსახურებისთვის შექმნილ კონცეფციაზე, რომელიც მოიცავს სუპერვიზიის პროცესის ფორმალური მხარის აღწერასაც. გარდა ამისა, ქვეთავში მიმოიხილულია პროფესიონალთა გამოწვევები სუპერვიზიის კონტექსტში, რომელიც გაანალიზებულია საერთაშორისო კვლევებზე დაფუძნებულ ინფორმაციასთან და ქართულ რეალობასთან მიმართებით.

პროფესიული სუპერვიზიის არსი და მიზანი

სუპერვიზია, იგივე პროფესიული ზედამხედველობა, ეწოდება პროცესს, რომლის მიზანიც არის სასუპერვიზიო პირის ან ჯგუფის მხარდაჭერა, ცოდნის, უნარებისა და ღირებულებების განვითარების უზრუნველყოფა (Daly & Muirhead, 2015).

სხვადასხვა ავტორი სუპერვიზიის მიზნად სწავლებას, გაძლიერებას, რჩევასა და მიმართულების მიცემას მოიაზრებს, ასევე, შფოთვის მართვასა და სამუშაოსთან გამკლავებაში დახმარებას. ისინი განმარტავენ, რომ სუპერვიზია მნიშვნელოვანია ისეთ პროფესიებში, სადაც სხვათა საქიროებებზეა ყურადღება გამახვილებული და სადაც ხშირად იჩენს თავს სტრესი, უკმარისობის განცდა და ემოციური გამოფიტვა (Hughes, 2010). სწორედ ასეთ სფეროს მიეკუთვნება სოციალური მუშაობა და ამიტომაც ენიჭება მას დიდი მნიშვნელობა ამ პროფესიაში.

სუპერვიზია სოციალურ მუშაკს საშუალებას აძლევს, შეასრულოს საკუთარი პროფესიული დანიშნულება. ეს არის მიზანზე ორიენტირებული პროცესი თავისი კონკრეტული გეგმით, რომელიც მორგებულია სოციალური მუშაკის განვითარების ფაზებსა და საქიროებებს.

ჰიუზი (2010) თავის ნაშრომში გვაძლევს სხვადასხვა ავტორის განმარტებას სუპერვიზიის პროცესზე. კადუშინის (Kadushin, 1992 in Hughes, 2010) მიხედვით, სუპერვიზია წლების განმავლობაში საშუალებას აძლევს სოციალურ მუშაკებს, გადახედონ თავიანთ პრაქტიკას და გააანალიზონ იგი, საქიროების შემთხვევაში კი, შეცვალონ და გააუმჯობესონ. სუპერვიზიის საშუალებით, ისინი კრიტიკულად აანალიზებენ საკუთარ ცოდნას, ღირებულებებს, უნარებს და იმ სამუშაოს გაგებას, რომელსაც ასრულებენ. ამასთანავე, ეს არის უსაფრთხო სივრცე, სადაც მათ შეუძლიათ ღიად ისაუბრონ საკუთარ პრაქტიკაზე, მიღებულ გადაწყვეტილებებსა და ჩარევაზე. მსგავსი შესაძლებლობის არქონამ კი შესაძლოა იმოქმედოს კლიენტისა და სოციალური მუშაკის ურთიერთობაზე, გადაწყვეტილებების სისწორესა და პროფესიულ გადაწყვეტაზე.

მორისონის (Morrison, 2003 in Hughes, 2010) მიხედვით, სუპერვიზიის მიზანი არის სოციალური მუშაკის პროფესიული უნარების, ცოდნისა და დამოკიდებულებების გაძლიერება, რათა იგი იყოს კომპეტენტური მომსახურების მიწოდებისას. ეს პროცესი ეხმარება სასუპერვიზიო პირს პროფესიულ ზრდასა და განვითარებაში და, საბოლოო ჯამში, აუმჯობესებს შედეგებს. სუპერვიზიის მთავარი მიზანი სწორედ ის არის, რომ უზრუნველყოს საუკეთესო მომსახურება კლიენტებისთვის, არსებული კარგი პრაქტიკის შენარჩუნებითა და მისი მუდმივად გაუმჯობესებისკენ სწრაფვით. მანსონის (Munson, 2002 in Hughes, 2010) აზრით კი, სუპერვიზია ინტერაქციული პროცესია, რომელშიც სუპერვიზიორი (პროფესიული ზედამხედველი) ეხმარება

სასუპერვიზიო პირს პრაქტიკის განხორციელებაში ისეთ სფეროებში, როგორცაა სწავლების, ადმინისტრაციული და დამხმარე სფეროები. ყველა შემთხვევაში, ეს პროცესი არის დამხმარე და სწავლებასა და მხარდაჭერაზე მორგებული.

სოციალური მუშაობის სუპერვიზიის მიზანი, ასევე, შეიძლება იყოს, რომ:

- დარწმუნდეს, რომ სოციალური მომსახურების ორგანიზაცია აწვდის ეფექტურ მომსახურებას;
- საშუალება მისცეს სოციალურ მუშაკებს, საკუთარი შესაძლებლობების შესაბამისად ოპტიმალურად წარმართონ სამუშაო;
- დაეხმაროს სოციალურ მუშაკებს, მიაღწიონ პროფესიულ დამოუკიდებლობას (Harmse, 1999).

გარდა ამისა, სუპერვიზიის ამოცანები არის თეორიისა და პრაქტიკის ინტეგრირებაში ხელშეწყობა, პრაქტიკული უნარების გაუმჯობესება, სამუშაო კმაყოფილების გაზრდაში დახმარება, კლიენტისთვის საჭიროებებზე მორგებული მომსახურების მიწოდებასა და მასთან პროფესიული ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში დახმარება, სათანადო რესურსებით აღჭურვა, ემოციური გამოფიტვის პრევენცია, საჭირო ტრენინგების უზრუნველყოფა, სოციალური მუშაობის მაღალი სტანდარტის დანერგვა და სხვა (Harmse, 1999).

როდესაც ვსაუბრობთ შშმ ბავშვთა მცირე ზომის სპეციალიზებულ ალტერნატიულ მომსახურებაზე, აღნიშნული ამოცანების მიღწევა ხდება ბენეფიციართათვის ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების შესაბამისი მომსახურების მიწოდების ხელშეწყობით, სამუშაო პროცესში ხარვეზების აღმოჩენისა და აღმოფხვრის საშუალებით, ბენეფიციართა საჭიროებების დადგენის პროცესისა და აღნიშნულ საჭიროებებზე დაფუძნებული მომსახურების მიწოდების ზედამხედველობით, სპეციალისტთა მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებით, სპეციალისტთა უნარების შეფასებისა და მათ გაუმჯობესებაზე ზრუნვით, მულტიდისციპლინური გუნდის გაძლიერება/მხარდაჭერით, კონსტრუქციული სამუშაო-თანამშრომლობითი ურთიერთობების ჩამოყალიბებით, გამოკვეთილი საჭიროებების შესაბამისად, სპეციალისტთა ადვოკატობით (სუპერვიზიის კონცეფცია, 2016).

ბენეფიციართათვის კვალიფიციური მომსახურების მიწოდების უზრუნველსაყოფად სუპერვაიზორი შემდეგი მიმართულებებით მუშაობს:

1. სოციალური მუშაკის ცოდნისა და უნარების განვითარება;
2. სოციალური მუშაკის პროფესიონალიზმის განვითარება;
3. სოციალური მუშაკის მხარდაჭერა და თვით-რეფლექსიის ფასილიტაცია;
4. სოციალური სამართლიანობის ხელშეწყობა;
5. ადმინისტრაციული მიზნების შესრულება (Standards for Supervision of Social Work Practice, 2011).

გასათვალისწინებელია, რომ პროფესიული ზედამხედველობა არ სჭირდებათ მხოლოდ ახალბედა სოციალურ მუშაკებს. იგი საჭიროა, ასევე, გამოცდილი სპეციალისტებისთვისაც, მით უმეტეს, როდესაც რთულ შემთხვევებთან უწყვეტ გამკლავება (ნამიჭიშვილი & მგელიაშვილი, 2010).

ჰარმსი (1999) საუბრობს სუპერვიზიასა და თერაპიას შორის განსხვავებაზე. სუპერვიზორმა უნდა აღიაროს საკუთარი როლის ლიმიტი და შეზღუდვები. მისი პასუხისმგებლობა არის, რომ სოციალური მუშაკი გახდეს უკეთესი პროფესიონალი და არა უკეთესი ადამიანი. ფოკუსი უნდა კეთდებოდეს პროფესიულ ღონისძიებებზე და პროფესიული იდენტობის ცვლილებაზე და არა პიროვნულზე. სუპერვიზორი კონცენტრირებულია სოციალური მუშაკის მუშაობაზე და არა თავად სოციალურ მუშაკზე. პიროვნებაზე აქცენტი მაშინ გადადის, როდესაც მისი ქცევა, დამოკიდებულებები და გრძნობები გავლენას ახდენს მისი სამუშაოს შესრულებაზე. სუპერვიზორთან ურთიერთობისას სოციალურ მუშაკს ერთგვარი ვალდებულება აქვს, რომ გააუმჯობესოს საკუთარი საშემსრულებლო ხარისხი, სუპერვიზორი კი იღებს ვალდებულებას, დაეხმაროს ამაში. პიროვნული განვითარება ამ ვალდებულებების ნაწილი არ არის. თუკი სუპერვიზია და თერაპია ერთმანეთში ილრევა, ეს დაბნეულობას იწვევს თავად სოციალურ მუშაკებში და, ასეთ დროს, ისინი ვერც ეფექტურ სუპერვიზიას იღებენ და ვერც ეფექტურ თერაპიას (Harmse, 1999).

ხშირად არასწორად ესმით კონსულტაციის კონცეფცია. კონსულტაცია არ არის სუპერვიზიის შემდგომი ფაზა, რომელიც იმ სოციალური მუშაკებისთვის არის განკუთვნილი, რომლებიც განვითარდნენ პროფესიული თვალსაზრისით, გახდნენ დამოუკიდებელნი და აღარ საჭიროებენ ფორმალურ სუპერვიზიას. სოციალურ მუშაკს ნებისმიერ დროს შეიძლება დასჭირდეს კონსულტაცია, თუმცა მიღებული რჩევების გათვალისწინების ვალდებულება არ აქვს.

სუპერვიზიას კონსულტაციისგან რამდენიმე ფაქტორი განასხვავებს. კონსულტაცია არის უფრო მოხალისეობრივი, არასავალდებულო აქტი. ასევე, კონსულტანტი არ იზიარებს პასუხისმგებლობას იმ ადამიანის ქმედებებზე, ვისაც უწევს კონსულტირებას. კონსულტაცია შეიძლება იყოს ერთჯერადი და კოლეგის მხრიდან მიწოდებული. იგი შეიძლება რაიმე კონკრეტულ საჭიროებას ეფუძნებოდეს და არ ჰქონდეს პერმანენტული, განგრძობითი ხასიათი, როგორც სუპერვიზიას. ამასთანავე, კონსულტაცია არ არის აუცილებლად ორიენტირებული უნარებისა და ცოდნის განვითარებაზე, არამედ კონკრეტული პრობლემის გადაჭრაზე (Standards for Supervision of Social Work Practice, 2011).

პროფესიული სუპერვიზიის სტანდარტები, მეთოდები და მოდელები

სხვადასხვა ქვეყნებში პროფესიული ეთიკის კოდექსიც ამახვილებს ყურადღებას სუპერვიზიის სტანდარტებზე. მაგალითად, კანადის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის ეთიკის კოდექსი ამბობს, რომ სუპერვიზია უნდა ეფუძნებოდეს სოციალური მუშაობის პროფესიის ღირებულებებს, ეთიკასა და ფილოსოფიას, სუპერვიზორი კი უნდა აღიარებდეს საკუთარ ძალაუფლებასა და ავტორიტეტულობას და მას სათანადოდ იყენებდეს (Standards for Supervision of Social Work Practice, 2011). ასევე, მას უნდა ჰქონდეს სპეციალური ცოდნა და უნარები სუპერვიზიის განხორციელებისთვის და იცნობდეს იმ სფეროს, სადაც სასუპერვიზიო პირი ახორციელებს პრაქტიკას. გარდა ამისა, სტანდარტები ხაზს უსვამს პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკების უფლებას, მიიღონ რეგულარული, თანმიმდევრული და სტრუქტურირებული სუპერვიზია (Standards for Supervision of Social Work Practice, 2011).

საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მიერ შემუშავებულ ეთიკის კოდექსშიც (2005) ცალკე თავი (3.01) ეთმობა ზედამხედველობასა და კონსულტაციას. მასში ხაზგასმულია, რომ სოციალურ მუშაკს, რომელიც პროფესიულ ზედამხედველობას (სუპერვიზიას) სწევს, უნდა ჰქონდეს შესაბამისი ცოდნა და კვალიფიკაცია, უნდა მოქმედებდეს მხოლოდ მისი კომპეტენციის ფარგლებში და ობიექტურად უნდა შეაფასოს სასუპერვიზიო პირების მუშაობა (სოციალური სამუშაოს ეთიკის კოდექსი, 2005).

სუპერვიზიისთვის სხვადასხვა მეთოდი გამოიყენება, რაც სუპერვიზიის მიზნებსა და ამოცანებზეა დამოკიდებული:

მენეჯმენტის/მმართველთა მხრიდან სუპერვიზიას მრავალი ამოცანა შეიძლება ჰქონდეს, როგორცაა:

- მხარდაჭერი სამუშაო კლიმატის შექმნა, სადაც კომუნიკაცია და უკუკავშირი მისაღებია;
- როლებისა და პასუხისმგებლობების გადანაწილება და სტანდარტების შესრულება;
- უსაფრთხო და ეფექტური პრაქტიკის წახალისება და მომსახურების მომხმარებლებისთვის მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდება;
- საუკეთესო პრაქტიკის და ერთმანეთის გამოცდილების გაზიარება;
- ეთიკურ საკითხებზე დისკუსიის შესაძლებლობის მიცემა;
- ახალი და გაუმჯობესებული სამუშაო პრაქტიკის დასწავლა;
- თანამშრომლებისთვის იმის ჩვენება, რომ მათი შრომა ფასდება;
- თანამშრომლებს შორის დადებითი კომუნიკაციის ჩამოყალიბება;
- დროის მართვასა და სამუშაო დატვირთვის რეგულირებაში დახმარება;
- უწყვეტი სწავლებისა და განვითარების შესაძლებლობის მიცემა (Bateman, Henderson, & Hill, 2012).

პრაქტიკის სუპერვიზიის მთავარი მიზანი სოციალური მუშაკის პრაქტიკული ცოდნისა და უნარების გაუმჯობესება, მისი საქმიანობის მოქცევა პროფესიული ეთიკისა და ღირებულებების ჩარჩოებში და სპეციალისტის სტრესთან გამკლავების უნარებისა თუ კეთილდღეობის მხარდაჭერაა (Bateman, Henderson, & Hill, 2012).

ინდივიდუალური სუპერვიზია სპეციალისტის ინდივიდუალურ პროფესიულ ზრდასა და განვითარებაზეა ორიენტირებული.

ჯგუფური სუპერვიზია კი უფრო მიმართულია საერთო საკითხების გადაჭრისა და ერთმანეთის პრაქტიკის გაზიარებისკენ. მას ხშირად საგანმანათლებლო ფუნქცია უფრო აქვს. ყველა სპეციალისტს ერთგვარი შემთხვევები და მათზე მუშაობის ერთნაირი გამოცდილება არ აქვს. ამიტომ სხვათა პრაქტიკის გაზიარება და მათი ანალიზი სპეციალისტს პროფესიული ზრდის საშუალებასაც აძლევს. თუმცა, ისიც უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჯგუფური სუპერვიზია თითოეული სპეციალისტისთვის მნიშვნელოვანი ყველა დეტალის განხილვის საშუალებას არ იძლევა, ასევე, ყველასთვის ერთნაირად საინტერესო შეიძლება არ იყოს და ჯგუფის დინამიკა დაირღვეს. გარდა ამისა, სპეციალისტების მიერ საკუთარი „მავნე პრაქტიკის“

დამალვის მეტი შესაძლებლობაა. მიუხედავად ამისა, ჯგუფური სუპერვიზიის მთავარი უპირატესობა ის არის, რომ სოციალური მუშაკები სწავლობენ არა მხოლოდ სუპერვაიზორისგან, არამედ ერთმანეთისგანაც (Bateman, Henderson, & Hill, 2012).

თანასწორთა სუპერვიზიისას კი ყველა მონაწილე თანასწორია და იგი კოლეგებთან კონსულტაციისა და შემთხვევის კონფერენციის ელემენტებს შეიცავს (Supervision Framework, 2012).

სოციალურ მუშაკს სუპერვიზიას შეიძლება უწევდეს როგორც ორგანიზაციაში დასაქმებული სუპერვაიზორი, ისე გარე სუპერვაიზორი. პირველ შემთხვევაში განხორციელებული შიდა სუპერვიზია შეიძლება იყოს ინდივიდუალურიც და ჯგუფურიც, ისევე, როგორც გარე სუპერვიზია. ორივე შემთხვევაში სუპერვაიზორს სჭირდება ნდობისა და ავტორიტეტის მოპოვება (Egan, 2012). მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში სუპერვაიზორს სჭირდება ლიცენზია სუპერვიზიის განსახორციელებლად, თუმცა - არა საქართველოში.

სუპერვიზია რამდენიმე კომპონენტისგან შედგება, როგორცაა ვიზიტების/სესიის დაგეგმვა, სასუპერვიზიო შეხვედრის შინაარსის დაგეგმვა, სასუპერვიზიო პირების მუშაობის მონიტორინგი და შემდგომი ანგარიშგება (Clinic Supervisor's Manual, 2006).

სუპერვიზიის პროცესში სოციალური მუშაკი თავად წარადგენს მისთვის პრობლემურ საკითხებს. ეს შეიძლება ეხებოდეს რთულ შემთხვევებს, რომლებშიც ჩიხშია შესული და უჭირს გამოსავლის ძიება, ამიტომაც სჭირდება სხვა პროფესიონალის დახმარება, საკუთარი ნაბიჯების გასააზრებლად და ნათელი სურათის წარმოსაჩენად, ასევე, გამოსავლის გზების დასასახად. სპეციალისტს შეიძლება ჰქონდეს ეთიკური დილემა, რაც გულისხმობს პიროვნულ ღირებულებებს, დამოკიდებულებებსა და პროფესიულ ვალდებულებებს შორის წინააღმდეგობას. მსგავსი საკითხების განხილვა სუპერვაიზორთან მნიშვნელოვანია, რათა სოციალურმა მუშაკმა გააკეთოს საუკეთესო არჩევანი და, ამავდროულად, გათავისუფლდეს სტრესისგან. ეს არ ნიშნავს, რომ სუპერვაიზორს აქვს ყველა სწორი პასუხი, არამედ ისინი ერთობლივად განიხილავენ საკითხის გადაჭრის ალტერნატიულ გზებს.

გარდა ამისა, სუპერვიზიის დროს ხდება კონკრეტული ინტერვენციის სტრატეგიის განხილვა და შეფასება, შემთხვევის ჩანაწერების (შეფასების ფორმების,

ინტერვენციის გეგმის, მონიტორინგის ჩანაწერების, პროცესის ჩანაწერების) განხილვა მათი უკეთესად წარმოების მიზნით (ნამიჭეიშვილი & მგელიაშვილი, 2010).

ბერნარდი და გუდიარი (Bernard & Goodyear, 1998 in Bateman, Henderson, & Hill, 2012) განიხილავენ სუპერვიზიის თეორიის სხვადასხვა მოდელებს, რომლებიც წარმოდგენას გვაძლევენ სუპერვაიზორის მიდგომებზე, და აჯგუფებენ მათ 3 მიმართულებად:

1. მოდელები, რომლებიც წარმოადგენენ კონსულტაციის თეორიისა და პრაქტიკის გაგრძელებას - ისინი ფოკუსირდებიან უფრო თერაპიულ სუპერვიზიაზე და პრაქტიკოსის, როგორც თერაპევტის, გაძლიერებაზე (კოგნიტურ-ბიჰევიორისტული თერაპიის, ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული მიდგომები, ნარატიული, ფსიქო-დინამიური, პიროვნებაზე ცენტრირებული მიდგომები).
2. განვითარებაზე მიმართული სუპერვიზიის მოდელები, რომლებიც მიესადაგებიან სასუპერვიზიო პირების საჭიროებებს (პრაქტიკის სუპერვიზია) - ისეთი მოდელები, როგორცაა თვითრეგულირების მოდელი, ინტეგრირებული განვითარების მოდელი (რომელიც მოიცავს ინტერვენციის უნარებს, ტექნიკებს, ინტერპერსონალურ შეფასებას, თეორიულ ორიენტაციას, ჩარევის გეგმასა და პროფესიულ ეთიკას) და სხვა, კონცენტრირდებიან სასუპერვიზიო პირის საჭიროებებზე და მისი უნარების გაძლიერებაზე.
3. სოციალური როლური მოდელები, რომლებიც ხაზს უსვამენ იმ მრავალ როლს, რომელსაც სუპერვაიზორი თამაშობს სოციალურ მუშაკებთან ურთიერთობისას - ეს მოდელები (მაგ., სტრუქტურული მიდგომა, დისკრიმინაციული მოდელი და სხვა) ძირითადად ყურადღებას ამახვილებენ სუპერვაიზორის ფუნქციებზე (მონიტორინგი და შეფასება, ინსტრუქტირება და რჩევა, კონსულტირება, მხარდაჭერა, გაზიარება და მოდელირება) და როლებზე (მასწავლებლის, თერაპევტისა და კონსულტანტის).

გარდა ამისა, ხშირად გამოიყენება ძლიერი მხარეების პერსპექტივა, რომელიც დეფიციტის ნაცვლად ყურადღებას ამახვილებს შესაძლებლობებზე, უნარებზე, აქტივებზე, რესურსებსა და მდგრადობაზე და დაკავშირებულია ისეთ კონცეფციებთან, როგორებიცაა გაძლიერება, თანამშრომლობა, ფასილიტაცია,

მონაწილეობა, პროგრესული ცვლილება. ეს უფრო მეტია, ვიდრე უბრალოდ პოზიტიური აზროვნება (Engelbrecht, 2010).

პროფესიული სუპერვიზიის სახეები და ფუნქცია

ქრისტიანი და ჰანა (Christian & Hannah, 1983 in Harmse, 1999) ასახელებენ ეფექტური სუპერვიზიის მახასიათებლებს, რომელთა შორის მოიაზრებენ პროდუქტიულობას (შედეგების შესაბამისობა მიზნებთან და სტანდარტებთან), ხარისხის კონტროლს, მორალურობას და განათლებას.

სუპერვიზია სოციალური მუშაკებისთვის სწავლების ერთ-ერთი არსებითი კომპონენტია. კარპენტერისა და სხვათა (Carpenter et al., 2012 in Moriarty, Baginsky, & Manthorpe, 2015) მიხედვით, სუპერვიზორთან რეგულარული, სტრუქტურირებული შეხვედრები ეხმარება სოციალურ მუშაკებს სამუშაო დატვირთვის მართვაში, თეორიის პრაქტიკასთან მისადაგებაში, შეფასების, დაგეგმვისა და ინტერვენციის საკვანძო მიზნების შესრულებაში, საკუთარი პროფესიული განვითარების რეფლექსიასა და, სტრესული სამუშაოდან გამომდინარე, ემოციური მხარდაჭერის მიღებაში.

აღნიშნულის მისაღწევად სუპერვიზიის სხვადასხვა სახე, ანუ ფუნქცია გამოიყენება. მათ შორის ყველაზე ხშირია ადმინისტრაციული, საგანმანათლებლო და მხარდამჭერი ფუნქცია, თუმცა დამატებით შეიძლება ჰქონდეს მოტივაციური, პიროვნული ზრდისა და როლური მოდელის ფუნქციაც:

- *ადმინისტრაციული ფუნქცია* - ეხმარება სოციალურ მუშაკს საკუთარი სამუშაოს ეფექტურად ადმინისტრირებასა და მართვაში, ორგანიზაციის სტრუქტურის, პოლიტიკისა და პროცედურების ფარგლებში. იგი ფოკუსირდება სააგენტოს პოლიტიკისა და პროცედურების სწორ და ეფექტურ განხორციელებაზე.
- *საგანმანათლებლო ფუნქცია* - გულისხმობს სოციალური მუშაკის აღჭურვას იმ ცოდნით, უნარებითა და მიდგომებით, რაც სჭირდება ეფექტური პრაქტიკის განხორციელებისთვის (Supervision Framework, 2012). ასევე, სიახლეების გაცნობა, საკანონმდებლო თუ პროგრამული თვალსაზრისით. თუმცა იგი ვერ იქნება დარწმუნებული, რომ, რასაც სოციალური მუშაკი დაისწავლის, იმას სწორად განახორციელებს პრაქტიკაშიც. აქვე მნიშვნელოვანია ტრენინგების საჭიროებების გამოკვეთაც.

- *მხარდამჭერი ფუნქცია* - გულისხმობს ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის მიწოდებას, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც სტრესის შემცველ პროფესიას ემსახურები. იგი კონცენტრირდება სოციალური მუშაკის მორალურ და სამუშაო კმაყოფილებაზე. მისი მიზანი სწორედ ამ კმაყოფილებისა და მუშაობის მოტივაციის, ხარისხის, პროდუქტიულობის ზრდაა (Supervision Framework, 2012). გარდა ამისა, ერთ-ერთი მთავარი მიზანი სტრესის შემცირება და პროფესიული გადაწვის პრევენციაა. სხვადასხვა კვლევა ცხადყოფს, რომ კარგი სუპერვიზია ახდენს პროფესიული გადაწვის პრევენციას. არსებობს იმის მტკიცებულებებიც, რომ სუპერვიზია ზრდის სამუშაოთი კმაყოფილებას და უზრუნველყოფს კადრების შენარჩუნებასაც (Moriarty, Baginsky, & Manthorpe, Literature review of roles and issues within the social work profession in England, 2015).
- *მოტივაციური ფუნქცია* - ეს არის სუპერვიზიის ინტეგრირებული ნაწილი, როდესაც სუპერვიზორი წახალისებს და ააქტიურებს სოციალურ მუშაკს, ეფექტური მომსახურება მიაწოდოს ინდივიდებს, ოჯახებს, ჯგუფებსა თუ თემს (Harmse, 1999). სუპერვიზორს არ შეუძლია სოციალური მუშაკის შეცვლა, მაგრამ შეუძლია მისი ქცევისა და მიდგომების შეცვლა, დამოკიდებულებების შეცვლით. მთავარი აქ ის არის, რომ სოციალური მუშაკი თავად უნდა იაზრებდეს ქცევის შეცვლის საჭიროებას და ჰქონდეს შესაბამისი მოტივაცია.
- *პიროვნული ზრდის ფუნქცია* - სუპერვიზორი საშუალებას აძლევს სოციალურ მუშაკს, აღმოაჩინოს ის პიროვნული ხარვეზები და პრობლემები, რომლებიც სირთულეებს უქმნის პროფესიული საქმიანობის განხორციელებაშიც და ეხმარება მათ დაძლევაში (Harmse, 1999).
- *როლური მოდელის ფუნქცია* - როდესაც სუპერვიზორი წარმოადგენს როლურ მოდელს სოციალური მუშაკისთვის, რომ გახდეს უკეთესი პროფესიონალი (Harmse, 1999). ეს ფუნქცია შესაძლოა ჩამენებული იყოს დანარჩენ წინა ფუნქციებში.

სუპერვიზორის კომპეტენცია და პასუხისმგებლობები

ვინაიდან სუპერვიზორს საკმაოდ დიდი პასუხისმგებლობები აკისრია, იმისთვის, რომ სოციალური მუშაკი გახდეს სუპერვიზორი, მას, როგორც მინიმუმ, სჭირდება

ფორმალური სუპერვიზიის ტრენინგი, სოციალურ მუშაკად მუშაობის გამოცდილება და კონკრეტული პიროვნული თვისებები.

თავად სასუპერვიზიო პირსაც აქვს ამ პროცესში გარკვეული ვალდებულებები, მაგალითად, ეთიკის კოდექსის დაცვა, სუპერვიზიის სესიებისთვის მომზადება და დასწრება, პროფესიაში სიახლეებისა და განვითარებისთვის ფეხის აწყობა, სუპერვაიზორისთვის უკუკავშირის მიცემა სუპერვიზიის სესიასთან დაკავშირებით, მიღებული რეკომენდაციების გათვალისწინება პრაქტიკაში და სხვა (Supervision Framework, 2012).

პროფესიული ურთიერთობა სუპერვაიზორსა და სასუპერვიზიო პირს შორის უნდა იყოს მოქნილი, მხარდამჭერი, ურთიერთპატივისცემაზე დაფუძნებული და არა ღირსების შემლახველი (Professional Supervision, 2015). ინფორმაცია უნდა ზიარდებოდეს კონფიდენციალურად და დაცული უნდა იყოს ეთიკის კოდექსი. სუპერვაიზორი ლეგალურად ვერ იქნება პასუხისმგებელი სასუპერვიზიო პირის მუშაობაზე, თუმცა იგი უნდა იზიარებდეს თავის წილ პასუხისმგებლობას. იგი უნდა დარწმუნდეს, რომ ყველა მნიშვნელოვანი საკითხი განიხილება სესიების დროს და მიიღოს უკუკავშირი საკუთარ საქმიანობაზეც.

სუპერვაიზორის პიროვნული და პროფესიული მახასიათებლები მნიშვნელოვანია სოციალურ მუშაკთან დადებითი ურთიერთობის ჩამოყალიბებისა და ეფექტური სუპერვიზიის განხორციელებისთვის. ჰარმსი (1999) პიროვნულ მახასიათებლებში გამოყოფს შემდეგ თვისებებს:

- საკუთარი თავის ცოდნა - საკუთარი საჭიროებების, მოტივების, დამოკიდებულებების, ღირებულებების, ნორმების ცოდნა. საკუთარი ქცევის, გრძნობებისა და დამოკიდებულებების ცოდნა ეხმარება სუპერვაიზორს, გაიგოს და პატივი სცეს სხვისას. საკუთარი შესაძლებლობების და შეზღუდვების ცოდნა კი ეხმარება საკუთარი თავის მიღებაში;
- თავდაჯერებულობა - გადაწყვეტილების მიღების უნარი;
- ემოციური სიმწიფე - რეალობის შესაბამისად გონივრულად მოქმედება, იმპულსური რეაქციების კონტროლი, კონფლიქტური სიტუაციების მართვა;

- მორალური სიმწიფე - კარგად დაბალანსებული ღირებულებათა სისტემის არსებობა;
- შეუდრეკელობა - საკუთარი ქმედებებსა და პასუხისმგებლობებს მიდევნება მიუხედავად რთული გარემოებებისა;
- სიმამაცე - ხელმძღვანელობასთან დაპირისპირება, საჭიროების შემთხვევაში;
- პასუხისმგებლიანობა - საკუთარი ვალდებულებების განცდა და შესრულება;
- ცხოვრების სიხალისე და იუმორის გრძნობა - აღნიშნულის დელიკატურად გამომჟღავნება სამსახურებრივ სიტუაციაში;
- მგრძობელობა ადამიანებისადმი - ლოიალობის გამოჩენა და გაღვივება ადამიანებისადმი;
- პრობლემის გადაჭრის უნარი - მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების დანახვის და რესურსების სწორად წარმართვა პრობლემის გადასაჭრელად;
- ინტელექტი - როგორც სოციალური მუშაობის თეორიების, ისე ინდივიდის კომპლექსურობის გაგება.

პროფესიული მახასიათებლები კი მოიცავს იმ ცოდნასა და უნარებს, რომლებიც ეფექტური სუპერვიზიის განხორციელებაში ეხმარება. ეს გულისხმობს როგორც დიაგნოსტიკების, ცოდნის კომპეტენტურად გამოყენების უნარებს, ისე საკუთარი ინტერესების უკან დახევის, განსჯისგან გათავისუფლების და მაღალი სამუშაო სტანდარტის შენარჩუნების უნარებს. ასევე, სხვა მახასიათებლებია: კონსტრუქციული ნეგატიური უკუკავშირის მიცემა, სოციალური მუშაკის ძლიერი მხარეების აღმოჩენაში დახმარება, ნდობის მოპოვება, ემპათიის გამოხატვა, ემოციური მხარდაჭერა, პატივისცემის გამოხატვა, სოციალური მუშაკის დამოუკიდებლობის წახალისება, მოქნილობა, პროფესიონალიზმის გამომჟღავნება, საკუთარი შეზღუდვების ცოდნა, გულწრფელობა, ტრენერის უნარები, სოციალური მუშაკის დასწავლის შესაძლებლობების ზრდა, მოთმინების გამომჟღავნება, ენთუზიაზმის გამომჟღავნება, მოსმენა და უკუკავშირის მიცემა, ღიაობა სოციალური მუშაკის მოსაზრებებისადმი, მხარდაჭერის გამომჟღავნება, კარგი სამუშაო ჩვევების შენარჩუნების წახალისება, თანამშრომლობითი დამოკიდებულება, გეგმის მიყოლა, ნათელი კომუნიკაცია და სხვა (Harmse, 1999).

თუკი შშმ ბავშვთა მცირე ზომის სპეციალიზებულ ალტერნატიულ მომსახურებას დავუბრუნდებით, აღნიშნული მომსახურების სუპერვიზიის კონცეფციაში (2016) აღნიშნულია ის კონკრეტული კვალიფიკაცია და უნარები, რაც მომსახურების სოციალური მუშაკების სუპერვაიზორს უნდა გააჩნდეს:

- აკადემიური განათლება სოციალურ მუშაობაში;
- სუპერვიზიის გამოცდილება;
- სამიზნე ჯგუფთან (შშმ ბავშვებთან) მუშაობის გამოცდილება;
- ტრენერის/მენტორის კვალიფიკაცია/გამოცდილება;
- კომუნიკაციის და გუნდური მუშაობის უნარი;
- სურვილი და შესაძლებლობა, მოახდინოს კოლეგების მოტივირება ცვლილებებისთვის;
- აქტიური მოსმენის უნარი;
- პოზიტიური სხეულის ენის გამოყენების უნარი;
- ვერბალური და არავერბალური წახალისების გამოყენების უნარი;
- ღია კითხვების დასმის უნარი;
- კონსტრუქციული უკუკავშირის მიცემის უნარი, რომელიც ორიენტირებულია პრობლემის გადაჭრაზე და არა დანაშაულის გრძნობის გამოწვევაზე (სუპერვიზიის კონცეფცია, 2016).

როგორც ვხედავთ, ეს ჩამონათვალი შეესაბამება ლიტერატურაში მოცემულ მახასიათებლებს, ვინაიდან მნიშვნელოვანია, რომ სუპერვიზია თავიდანვე ხარისხიანად და პროფესიონალურად განხორციელდეს. კრიგლერი და სხვები (2013) გვთავაზობენ იმ სამუშაო სტრატეგიებს, რომლებიც შეიძლება ამაში დაგვეხმაროს:

- **დააშენე იმაზე, რაც არსებობს** - მნიშვნელოვანია იმის გაგება, რა მუშაობს უკვე კარგად, რათა მას დაეფუძნოს შემდგომი განვითარება. ეს თავიდან აგვარიდებს პარალელური სისტემების შექმნას.
- **გამოიყენე ქვემოდან ზემოთ მიდგომა**, რაც ნიშნავს სასუპერვიზიო პირების ჩართვას სუპერვიზიის პროცესის და შინაარსის განსაზღვრაში, რაც მათ მონაწილეობას გაზრდის.
- **ფოკუსირდი დაგეგმვაზე და მისი განხორციელების მონიტორინგზე**, რადგან ხშირად დგება სუპერვიზიის გეგმა, მაგრამ იგი არ ხორციელდება.
- **გადაანაწილე პასუხისმგებლობა ყველა დონეზე**, რადგან სუპერვაიზორი მარტო არ უნდა უმკლავდებოდეს პასუხისმგებლობებს, არამედ ყველა

თავის წილ პასუხისმგებლობას უნდა იღებდეს, როგორც ველის მუშაკი, ისე ორგანიზაციის მესვეურები.

- **განავითარეთ უნარები ყველა დონეზე**, როგორც მონაცემთა მართვაში, ისე გუნდურ მუშაობასა და პრობლემის იდენტიფიცირებას, პრიორიტიზებასა და გადაჭრაში, რადგან ეს უნარები ყველას სჭირდება (Crigler, Gergen, & Perry, 2013).

საერთაშორისოდ მიღებული პრაქტიკის თანახმად, სუპერვაიზორს ქირაობს ორგანიზაცია ან პიროვნება. კონტრაქტი უნდა მოიცავდეს შემდეგ ასპექტებს: სუპერვიზიის ამოცანები და მოსალოდნელი შედეგები, ხანგრძლივობა (პერიოდი), მონაწილეთა ჩამონათვალი, მოთხოვნები მონაწილეობისთვის (სამუშაო საათების შემდგომია თუ არა, სესიების სიხშირე, დღის წესრიგი, სესიების ადგილი), სესიების ღირებულება (Marc, Makai-Dimeny, & Osvat, 2014). თავისთავად, ყველა ხელშეკრულებაში აღნიშნულია კონფიდენციალობის ვალდებულებაც.

სუპერვიზია შშმ ბავშვთა ალტერნატიულ მომსახურებაში

საქართველოში შშმ ბავშვთა მცირე ზომის სპეციალიზებულ ალტერნატიულ მომსახურებაში არსებული სუპერვიზიის კონცეფციის (2016) თანახმად, სუპერვაიზორის საქმიანობა გულისხმობს სამუშაო პროცესის შეფასებას, სპეციალისტთა გაძლიერებას და სუპერვიზიის ჩანაწერის წარმოებას. ეს პროცესი მოიცავს სამუშაო პროცესზე დაკვირვებას, ბენეფიციარებზე წარმოებული დოკუმენტაციის შესწავლას და სპეციალისტთა მიერ განხორციელებული ღონისძიებების ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტებთან შესაბამისობის დადგენას, ასევე, მულტიდისციპლინური გუნდის საქმიანობის შესწავლას, მასზე დასწრების საშუალებით (სუპერვიზიის კონცეფცია, 2016).

სოციალურ მუშაკებთან ინდივიდუალური თუ ჯგუფური შეხვედრები ემსახურება პრობლემური საკითხების განხილვას, სპეციალისტების მიერ განხორციელებული ქმედებების გადახედვას, რეკომენდაციების გაცემასა და მათ შესრულებაზე მონიტორინგს. კერძოდ, სპეციალისტთა ინდივიდუალური სუპერვიზიის დროს ხდება სოციალური მუშაკის საქმიანობის განხილვა, მისი ქმედებების ანალიზი, უნარების შეფასება და მათ გასაუმჯობესებლად შემდგომი

ნაბიჯების დაგეგმვა. ჯგუფური სუპერვიზიის დროს კი ხდება საერთო საკითხების განხილვა, რაც მნიშვნელოვანია ყველა სპეციალისტისთვის და რამაც ხელი უნდა შეუწყოს მათ შორის ეფექტური თანამშრომლობითი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. ყოველივე აღნიშნულის მიზანი სწორედ სოციალური მუშაკების გაძლიერებაა, რათა მათ უფრო ეფექტურად შეასრულონ საკუთარი პროფესიული ვალდებულებები. გარდა ამისა, როგორც ვახსენეთ, ჯგუფური სუპერვიზიის მიზანი შეიძლება იყოს თანამშრომელთა გადაწვის პრევენციაც (სუპერვიზიის კონცეფცია, 2016).

სუპერვიზია, ჩვეულებრივ, მიმდინარეობს გეგმიურად, თუმცა საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია დამატებითი შეხვედრაც შედგეს, რომელიმე მხარის მოთხოვნის საფუძველზე.

სასუპერვიზიო შეხვედრის შემდეგ სუპერვიზორი აკეთებს სუპერვიზიის ჩანაწერს, რომელშიც ასახულია სუპერვიზიის პროცესი, გამოკვეთილი პრობლემური მხარეები, რეაგირება, შედეგი და რეკომენდაციები. სპეციალისტი კი აღნიშნულ ჩანაწერზე ხელმოწერით ადასტურებს რეკომენდაციების შესრულების ვალდებულებასაც (სუპერვიზიის კონცეფცია, 2016).

კონცეფციის (2016) მიხედვით, სუპერვიზორი წლის ბოლოს ამზადებს მცირე საოჯახო ტიპის სახლში სოციალური მუშაკის საქმიანობის ხარისხის შეფასებისა და რეკომენდაციის ანგარიშს, ისეთი კომპეტენციების საფუძველზე, როგორებიცაა: პროფესიული ცოდნა, წერიტი უნარები, ბენეფიციარის ჭეშმარიტი ინტერესების იდენტიფიცირება და ჩარევა, გუნდური მუშაობის, რესურსების მოძიებისა და ბროკერობის, შემთხვევის მართვისა და ადმინისტრაციული უნარები.

სუპერვიზიის გამოწვევები

აშშ-ში ჩატარებული სხვადასხვა კვლევა, რომლებიც დასაქმებულების მიერ სამსახურის დატოვების მიზეზებს შეეხებოდა, ცხადყოფს, რომ ხშირად სამუშაო გარემოს და სუპერვიზიას ენიჭება უდიდესი მნიშვნელობა (Pierce & Rowell, 2005). „სამსახურის დატოვების 7 ფარული მიზეზის“ კვლევის მიხედვით, მიუხედავად იმისა, რომ მენეჯერთა 89%-ს სჯერა, თითქოს თანამშრომლები ანაზღაურების გამო ტოვებენ სამსახურს, დასაქმებულთა 88% ამის მიზეზად საქმიანობასთან, მენეჯერთან,

სამუშაო გარემოსთან და კულტურულ საკითხებთან დაკავშირებულ პრობლემებს ასახელებს, 70% კი ისეთი ფაქტორების გამო მიდის სამსახურიდან, რისი კონტროლიც პირდაპირ სუპერვაიზორს შეუძლია, ხოლო ანაზღაურების გამო მხოლოდ 12% ტოვებს სამსახურს. ასევე, „The Gallup Organization“-ის კვლევით, სამსახურიდან წასვლის N1 მიზეზად სუპერვაიზორთან არასათანადო ურთიერთობა სახელდება (Pierce & Rowell, 2005). აღნიშნული მონაცემები ცხადყოფენ სუპერვიზიის მნიშვნელობას, თუმცა გარკვეულ გამოწვევებსაც ააშკარავენ.

სხვა კვლევებიც ადასტურებენ სტრესისა და გადაწვის კავშირს მომსახურების სფეროში დასაქმებული პირების სამუშაო გარემოს, კოლეგებთან, კლიენტებთან და სუპერვაიზორთან ურთიერთობას შორის. ადამიანთა მომსახურების სფეროში დასაქმებული პირები, მათ შორის, სოციალური მუშაკები, ხშირად განიცდიან შფოთვას, დეპრესიას, სტრესთან დაკავშირებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს, ურთიერთობების სირთულეებსა და სხვა (McAuliffe, 2005). ეს ყველაფერი გავლენას ახდენს გადაწყვეტილების მიღებაზე, საქმის შესრულების ხარისხზე, პასუხისმგებლობებსა და მოტივაციაზე, კლიენტებისადმი განწყობებზე და ა.შ.

სოციალურ მუშაკებში სტრესისა და პროფესიული გადაწვის საკითხის შესწავლას უფრო და უფრო მეტი ყურადღება ეთმობა. ორგანიზაციული და სტრუქტურული ფაქტორები კი უფრო და უფრო დიდ როლს თამაშობენ ამაში. ორგანიზაციული ფაქტორთა შორის ერთ-ერთი, რომელიც სამუშაოთი კმაყოფილებას ზრდის, კოლეგებთან და სუპერვაიზორთან კარგი ურთიერთობებია. თუმცა სოციალური მუშაკები გამოყოფენ მათგან მცირე მხარდაჭერას ეთიკური დილემების მოგვარების პროცესში (McAuliffe, 2005).

ჯანდაცვის სათემო მუშაკებთან ჩატარებული კვლევები ცხადყოფს, რომ მათი პროდუქტიულობა სამ ელემენტზეა დამოკიდებული: 1. ცოდნასა და უნარებზე, 2. მოტივაციაზე, 3. სამუშაო გარემოზე (Crigler, Gergen, & Perry, 2013). ეს უკანასკნელი მოიცავს სამუშაო დატვირთვას, სუპერვიზიას, სამუშაო აღჭურვილობას და სფეროს სხვა წარმომადგენელთა მხრიდან პატივისცემას. სხვა კვლევებიც აჩვენებს, რომ სუპერვიზიას დიდი როლი ენიჭება სამუშაოს ხარისხიანად შესრულებაში და მუშაკთა მოტივაციის ზრდაში. სუპერვიზია მათ თავს მნიშვნელოვნად და დაფასებულად აგრძნობინებს. თუმცა ეფექტური და კვალიფიციური სუპერვიზიის მიწოდება

ორგანიზაციებს იაფი არ უჯდებათ, მწირი სუპერვიზია კი სუპერვიზიის არქონას უტოლდება (Crigler, Gergen, & Perry, 2013).

ორგანიზაციებისთვის ხშირად გამოწვევაა, რომ სუპერვიზია ძვირი ჯდება, ან სათანადო კადრის მონახვა ჭირს, ან სუპერვაიზორს არ აქვს სათანადო ინსტრუმენტები სამუშაოდ. გარდა ამისა, შესაძლოა, სუპერვიზია არც იყოს პრიორიტეტული გადაწყვეტილების მიმღები პირებისთვის და არ ესმოდეთ მისი როლი.

ქართულ რეალობაში, ხშირად სუპერვიზიას სოციალურ მუშაობაში მენეჯერები ან უფროსი სოციალური მუშაკები წევენ. გარდა იმისა, რომ მათ აკისრიათ სოციალური მუშაკთა ეთიკის კოდექსის დაცვის პასუხისმგებლობა, როგორც ხელმძღვანელებს, დამატებითი ეთიკური ვალდებულებებიც აქვთ, თუ როგორ უნდა იმუშაონ სასუპერვიზიო პირებთან. მენეჯერები არა მხოლოდ საკუთარ, არამედ სოციალური მუშაკების ეთიკურ ქცევაზეც იზიარებენ პასუხისმგებლობას, შესაბამისად, მათ მუდმივად სჭირდებათ სოციალური მუშაკების პრაქტიკის ეთიკასთან შესაბამისობის განხილვა, რათა დარწმუნდნენ, რომ კლიენტი არ ზარალდება არაეთიკური პრაქტიკით (Zaviršek, Rommelspacher, & Staub-Bernasconi, 2010).

ზოგიერთი კვლევა იმასაც აჩვენებს, რომ სოციალურ მუშაკებს შესაძლოა არასწორი, გადამეტებული წარმოდგენა და მოლოდინები ჰქონდეთ სუპერვიზიასთან დაკავშირებით. მაგალითად, მათ შეიძლება მიაჩნდეთ, რომ სუპერვიზია იცავს შეცდომების დაშვებისგან (Sandua & Ungurub, 2013). სინამდვილეში, რასაკვირველია, სუპერვიზია ზრდის სოციალური მუშაკების შესრულების ხარისხს და ამცირებს შეცდომებს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს შეცდომების სრულად აღმოფხვრას. ქართულ რეალობაში, სოციალურ მუშაკებს ხშირად აქვთ მოლოდინი, რომ სუპერვიზია მათ მონიტორინგს ნიშნავს, რა დროსაც ხდება შეცდომების აღმოჩენა. ხშირად ისინი თავდაცვის მდგომარეობაშიც დგებიან და არ არიან გულწრფელები თავიანთი ქმედებების, წუხილებისა და საჭიროებების განხილვისას. თავისთავად, ესეც დიდი გამოწვევაა სუპერვაიზორებისთვის.

შეჯამებისთვის, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ სუპერვიზია, თავისი არსით, უდიდეს მნიშვნელობას იძენს სოციალურ მუშაობაში. მის გარეშე პროფესიონალებს გაუჭირდებათ არა მხოლოდ ეფექტური პრაქტიკის გატარება, არამედ პროფესიული განვითარებაც. სუპერვიზია ის პროცესია, რომელიც გვაბრუნებს პროფესიულ

ჩარჩოში, გვეხმარება ყოველდღიური რუტინიდან გამოსვლაში და ჩვენივე საქმიანობის შეფასებაში. როდესაც ყოველდღიურად ადამიანებთან და მათ მომავალთან გვაქვს შეხება, მსგავსი პროცესი ადმატებულ მნიშვნელობას იძენს. თუმცა, აქვე მნიშვნელოვანია, რომ სუპერვიზია არ იყოს ფასადური და გამოცდილმა, კვალიფიციურმა სუპერვაიზორმა გასწიოს პროფესიული ზედამხედველობა.

გამოყენებული ლიტერატურა

- ნამიჭიშვილი, ს., & მგელიაშვილი, მ. (2010). *სოციალური სამუშაოს პრაქტიკის საფუძვლები*.
სოციალური სამუშაოს ეთიკის კოდექსი. (2005). თბილისი: საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.
- სუპერვიზიის კონცეფცია შშმ ბავშვთა მცირე ზომის სპეციალიზებული ალტერნატიული მომსახურებისთვის. (2016). საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია.
- Bateman, J., Henderson, C., & Hill, H. (2012). *Implementing Practice Supervision in Mental Health Community Managed Organisations in NSW*. New South Wales: Mental Health Coordinating Council.
- Clinic Supervisor's Manual*. (2006). Cambridge, MA: Management Sciences for Health.
- Crigler, L., Gergen, J., & Perry, H. (2013). *Supervision of Community Health Workers*. MCHIP.
- Daly, E., & Muirhead, S. (2015). *Leading Change in Supervision: Messages from Practice*. Scotland: IRISS.
- Egan, V. (2012). *Social Work Supervision Practice in Australia: Does the Rhetoric Match the Practice?* Australia: University of Melbourne.
- Engelbrecht, L. (2010). A Strengths Perspective on Supervision of Social Workers: An Alternative Management Paradigm within a Social Development Context. *Social Work & Social Sciences Review*, 14(1), 47-58.
- Harmse, A. D. (1999). *Support Systems for Social Work Supervisors in The Departments of Welfare*. University of Pretoria.
- Hughes, J. M. (2010). The Role of Supervision in Social Work: A critical analysis. *Critical Social Thinking: Policy and Practice*, Vol. 2.
- Information sheet: Professional Supervision*. (2015). Retrieved April 20, 2018, from <https://www.ncoss.org.au/sites/default/files/public/resources/Professional%20Supervision.pdf>
- Marc, C., Makai-Dimeny, J., & Osvat, C. (2014). The Social Work Supervisor: Skills, Roles, Responsibilities. *Vol. 7 (56)(No. 1), Series VII: Social Sciences*. Bulletin of the Transilvania University of Braşov.
- McAuliffe, D. (2005). *I'm Still Standing: Impacts and Consequences of Ethical Dilemmas for Social Workers in Direct Practice*. Australia: Griffith University.

- Moriarty, J., Baginsky, M., & Manthorpe, J. (2015). *Literature review of roles and issues within the social work profession in England*. King's College London.
- Pierce, R. A., & Rowell, J. S. (2005). *The 10 Keys to Effective Supervision: A Developmental Approach*. Rising Sun Consultants.
- Sandua, A., & Ungurub, E. (2013). Supervision of Social Work Practice in North-Eastern Romanian Rural Areas. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 386–391.
- Standards for Supervision of Social Work Practice*. (2011). The Newfoundland and Labrador Association of Social Workers (NLASW).
- Supervision Framework for the Social Work Profession in South Africa*. (2012). The Department of Social Development of the Republic of South Africa & South African Council for Social Service Professions (SACSSP).
- Zaviršek, D., Rommelspacher, B., & Staub-Bernasconi, S. (Eds.). (2010). *Ethical Dilemmas in Social Work: International Perspective*. Faculty of Social Work, University of Ljubljana.

ნაწილი 7. ძალადობისგან დაცვა: პრევენცია, იდენტიფიკაცია, რეაგირება

გურანდა თეთრამე

აღნიშნული თავი მიმოიხილავს შშმ ბავშვებზე ძალადობის კუთხით არსებულ მდგომარეობას - რატომ არიან შშმ ბავშვები უფრო მოწყვლადნი ძალადობისადმი, როგორია მსოფლიო სტატისტიკური მაჩვენებლები ამ კუთხით, რა შემთხვევაში იზრდება მოწყვლადობა, ასევე, ძალადობის რა ფორმებს იცნობს ქართული კანონმდებლობა და როგორ იცავს იგი შშმ ბავშვებს, მათი მოწყვლადობის გათვალისწინებით.

შშმ ბავშვების მიმართ ძალადობის პრევენციის ნაწილში საუბარია ძალადობის შემცირების სტრატეგიებზე და პრევენციის პრაქტიკულ მექანიზმებზე, როგორც ზოგადად ქვეყანაში, ისე უშუალოდ ზრუნვის დაწესებულებებში. გარდა ამისა, განხილულია შშმ ბავშვებზე ძალადობის ხელშემწყობი რისკ-ფაქტორები, განსაკუთრებით, ინსტიტუციურ გარემოში, და ის მითები, რომლებიც შშმ ბავშვთა მიმართ ძალადობაზე არსებობს.

ძალადობის იდენტიფიცირების ქვეთავი დეტალურად მიმოიხილავს როგორც სავარაუდო მსხვერპლი ბავშვის, ისე სავარაუდო მოძალადე აღმზრდელისთვის დამახასიათებელ ფიზიკური და ქცევით ნიშნებს. აღნიშნული ნიშნების ცოდნა გვეხმარება, ამოვიცნოთ და შევწყვიტოთ ძალადობა, ასევე, მოვახდინოთ შესაბამის უწყებებში რეფერირება.

რეფერირების საკითხს ეთმობა ბოლო ნაწილი, სადაც ძალადობაზე რეაგირების მიმართულებით საქართველოში არსებული პროცედურა და მისი აღსრულების კონტექსტური, ორგანიზაციული თუ ინდივიდუალური ბარიერებია გაანალიზებული.

შშმ ბავშვებზე ძალადობის კუთხით არსებული მდგომარეობა

ბავშვთა მიმართ ძალადობა მთელს მსოფლიოში აქტუალური პრობლემაა, რომელსაც სხვადასხვა ხერხებით უპირისპირდებიან, ხშირად - არაეფექტურად.

ბავშვები, დაუცველობის თვალსაზრისით, უკვე მოწყვლადი ჯგუფია, თუმცა კიდევ უფრო მძიმდება სიტუაცია, როდესაც მოწყვლადობის კიდევ ერთი კატეგორია - შეზღუდული შესაძლებლობა ემატება. თუკი საქმე მძიმე და ღრმა შეზღუდულ შესაძლებლობებს ეხება, მაშინ ძალადობის ან უგულბელყოფის იდენტიფიცირების და მასზე რეაგირების შანსი საგრძნობლად კლებულობს, შესაბამისად, მცირეა ძალადობის შეწყვეტის შანსიც.

საერთაშორისო ორგანიზაცია „გადავარჩინოთ ბავშვების“ ინფორმაციით, საგანგაშოა ძალადობის არსებული სტატისტიკა მსოფლიოში (Working to End Violence against Children, 2016):

- ყოველ 5 წუთში ერთი ბავშვი იღუპება ძალადობის შედეგად;
- ყოველი 4-დან 3 ბავშვის მიმართ სახლში ძალადობრივი დისციპლინის მეთოდებს იყენებენ;
- 1.5 მილიარდზე მეტი ბავშვი განიცდის ძალადობას ყოველწლიურად;
- 1 მილიარდი ბავშვი ცხოვრობს შეიარაღებული კონფლიქტების ტერიტორიებზე;
- 85 მილიონი ბავშვი - 55 მილიონი ბიჭი და 30 მილიონი გოგონა - არის ჩართული სიცოცხლისთვის საშიშ საქმიანობაში;
- 12 მილიონი ბავშვია იძულებით გადაადგილებულ პირთა შორის;
- 20% ქალებისა და 5-10% მამაკაცებისა ბავშვობაში ყოფილან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლნი;
- ყოველი 3-დან 1 გოგონა განვითარებად ქვეყანაში 18 წლამდე ქორწინდება.

ქვემოძღვრე თავის ფარგლებში, ბავშვის მიმართ ძალადობა და არასათანადო მოპყრობა, შეიძლება განვმარტოთ, როგორც „ნებისმიერი სახის ქმედება ან მშობლისა და მზრუნველის მხრიდან უმოქმედობა, რომელიც იწვევს სიკვდილს, სერიოზულ ფიზიკურ ან ემოციურ ზიანს, ასევე, სექსუალური ძალადობა და ექსპლოატაცია, ან ისეთი ქმედება/უმოქმედობა, რომელიც სერიოზული ზიანის რისკს ქმნის“ (Child Abuse Prevention and Treatment Act, 1988 in Child Welfare Information Gateway, 2018:2).

საქართველოს კანონმდებლობა ძალადობის რამდენიმე ფორმას გამოყოფს, რომლებიც ბავშვებთან მიმართებაშიც რელევანტურია. ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ საქართველოს კანონის (2006) 2017 წლის რედაქტირებით ძალადობის ფორმები შემდეგნაირად განიმარტება:

ფიზიკური ძალადობა – ცემა, წამება, ჯანმრთელობის დაზიანება, თავისუფლების უკანონო აღკვეთა ან სხვა ისეთი მოქმედება, რომელიც იწვევს ფიზიკურ ტკივილს ან ტანჯვას. ასევე, ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული მოთხოვნების დაუკმაყოფილებლობა, რაც იწვევს მსხვერპლის ჯანმრთელობის დაზიანებას ან სიკვდილს.

ფსიქოლოგიური ძალადობა – შეურაცხყოფა, შანტაჟი, დამცირება, მუქარა ან სხვა ისეთი მოქმედება, რომელიც იწვევს ადამიანის პატივისა და ღირსების შელახვას.

იძულება – ადამიანის ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური იძულება, შეასრულოს ან არ შეასრულოს მოქმედება, რომლის განხორციელება ან რომლისგან თავის შეკავება მისი უფლებაა, ანდა საკუთარ თავზე განიცადოს თავისი ნება-სურვილის საწინააღმდეგო ზემოქმედება.

სექსუალური ძალადობა – სქესობრივი კავშირი ძალადობით, ძალადობის მუქარით ან მსხვერპლის უმწეობის გამოყენებით, ასევე, სქესობრივი კავშირი ან სექსუალური ხასიათის სხვაგვარი მოქმედება ან გარყვნილი ქმედება არასრულწლოვნის მიმართ.

ეკონომიკური ძალადობა – ქმედება, რომელიც იწვევს საკვებით, საცხოვრებელი და ნორმალური განვითარების სხვა პირობებით უზრუნველყოფის, საკუთრებისა და შრომის უფლებების განხორციელების, აგრეთვე, თანასაკუთრებაში არსებული ქონებით სარგებლობისა და კუთვნილი წილის განკარგვის უფლების შეზღუდვას.

არასრულწლოვნის კანონიერი ინტერესების უგულვებელყოფა – მშობლის (მშობლების), სხვა კანონიერი წარმომადგენლის ან/და სხვა პასუხისმგებელი პირის მიერ არასრულწლოვნის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური საჭიროებების დაუკმაყოფილებლობა, საფრთხისაგან დაუცველობა, საბაზისო განათლების უფლების შეზღუდვა, დაბადების რეგისტრაციის, სამედიცინო და სხვა მომსახურებებით სარგებლობისათვის აუცილებელი მოქმედებების განუხორციელებლობა, თუკი პასუხისმგებელ პირს აქვს სათანადო ინფორმაცია და შესაძლებლობა და ხელი მიუწვდება შესაბამის მომსახურებაზე (კანონი ოჯახში ძალადობის შესახებ, 2006).

გარდა იმისა, რომ ბავშვის უფლებების კონვენციის მე-19 მუხლიც განმარტავს ბავშვთა მიმართ ძალადობის ფორმებს, მისი ზოგადი კომენტარი N13 აკონკრეტებს ფიზიკური ძალადობის იმ ფორმებს, რომლებსაც შეიძლება განიცდიდნენ შშმ ბავშვები: იძულებითი სტერილიზაცია, განსაკუთრებით, გოგონებში; მკურნალობის მიზნით ძალადობა, რაც გულისხმობს, მაგალითად, ელექტრო შოკის გამოყენებას;

ბავშვისთვის სპეციალურად ზიანის მიყენება და შეზღუდული შესაძლებლობების პროვოცირება მისი ქუჩაში მოწყალეების სათხოვნელად გამოყენებისათვის (Violence Against Children with Disabilities, 2015).

როგორც ირკვევა, ბავშვები ყველაზე მეტად მოწყვლადები დაზარებულნი პირველ წელს არიან. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის კვლევამ აჩვენა, რომ წლამდე ბავშვი 3-ჯერ უფრო მეტად არის მკვლევლობის რისკის ქვეშ, ვიდრე 1-4 წლამდე ბავშვი და 2-ჯერ უფრო მეტად, ვიდრე 5-14 წლამდე ბავშვი (Early Childhood Development and Disability, 2012). თავისთავად, ეს მაჩვენებელი უფრო მაღალია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ბავშვებში. შშმ ბავშვებზე ძალადობის ალბათობა, ტიპური განვითარების ბავშვთან შედარებით, შემდეგნაირია:

- ემოციური ძალადობის - 3.9-ჯერ მეტი
- უგულბეზღობის - 3.8-ჯერ მეტი
- ფიზიკური ძალადობის - 3.8-ჯერ მეტი
- სექსუალური ძალადობის - 3.1-ჯერ მეტი (Richardson, 2015).

მსოფლიოში 14 წლამდე ბავშვების დაახლოებით 5%-ს (93 მილიონ ბავშვს) აქვს ზომიერად გამოხატული ან მძიმე შეზღუდული შესაძლებლობა, რომელთა პროცენტული ოდენობა განსხვავდება მაღალშემოსავლიან (ბავშვების 2.9 %) და საშუალო და დაბალშემოსავლიან (ბავშვების 4.4%-6.4%) ქვეყნებში (Jones, et al., 2012). თუმცა მცირე ინფორმაცია გვაქვს მათ მიმართ ძალადობის შესახებ, ვინაიდან მათი იდენტიფიცირება ნაკლებად ხდება სხვადასხვა ბარიერების გამო, რომლებზეც ქვემოთ უფრო დეტალურად ვისაუბრებთ.

აქვე შეიძლება ვთქვათ, რომ საქართველოს პარლამენტმა სხვადასხვა კანონში შეტანილი ცვლილებებით გააუმჯობესა ბავშვების ძალადობისგან დაცვის სამართლებრივი გარანტიები იმით, რომ ბავშვებთან მომუშავე პროფესიონალებისთვის დანერგა ძალადობის იდენტიფიცირებისა და სავალდებულო შეტყობინების პროცედურები. თუმცა კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს კონკრეტულად შშმ ბავშვთა დაცვას, რომელიც აუცილებლად მოითხოვს განსაკუთრებულ მიდგომას მათი დაუცველობის მაღალი ხარისხის გათვალისწინებით (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები საქართველოში, 2015).

ძალადობის პრევენცია

ძალადობის პრევენცია მრავლისმომცველი და ხანგრძლივი პროცესია, რომელიც დიდ რესურსებსაც მოითხოვს, ამიტომაც არის იგი ზოგიერთი სახელმწიფოსთვის რთულად განსახორციელებელი. ძალადობის სრულად აღმოფხვრა შეუძლებელია, თუმცა პრევენციული ზომები მიმართული უნდა იყოს მის მინიმუმამდე დაყვანისკენ.

ძალადობის შემცირების სტრატეგია შეიძლება 7 ნაწილად დავეყოთ:

1. მშობლებისა და მზრუნველების მხარდაჭერა
2. შემოსავლის ზრდა და ეკონომიკური გაძლიერება
3. კანონმდებლობის გაძლიერება და ამოქმედება
4. ნორმების ცვლილება და ღირებულებების გაძლიერება
5. მხარდამჭერი მომსახურებები
6. უსაფრთხო გარემო
7. განათლება და ცხოვრებისეული უნარების გამომუშავება (Inspire: Seven Strategies for Ending Violence against Children, 2016).

ცოტა უფრო რომ ჩავუღრმავდეთ ამ ნაწილებს, თითოეული მათგანი სხვადასხვა ღონისძიებას მოიცავს. ძალადობის პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია ოჯახების მხარდაჭერა, რათა მათ შეძლონ შშმ ბავშვზე ზრუნვა. ოჯახთან დაშორება და ოჯახში ძალადობა შეიძლება შემცირდეს მშობლებისთვის ადგილობრივად დასაქმების შესაძლებლობების გაზრდით, მეტი ეკონომიკური და პრაქტიკული დახმარების მიწოდებით ოჯახებისთვის და მშობლობის ტრენინგების უზრუნველყოფით. ასევე, აუცილებელია კანონმდებლობის დახვეწა, მონიტორინგისა და რეფერირების მექანიზმების გაძლიერება, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ძალადობის თაობაზე, ბავშვთა დაცვის მომსახურების მიწოდება, როგორც არის ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა, მშობელთა განათლება, იურიდიული კონსულტაცია, ძალადობის მსხვერპლთა მხარდაჭერა, ოჯახის წევრთა ნივთიერებებზე დამოკიდებულების მკურნალობა-რეაბილიტაცია. გარდა ამისა, საჭიროა უსაფრთხო სკოლაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა ბავშვებისთვის, მათ შორის, სკოლაში ისეთი თემების სწავლება, როგორიცაა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, ადამიანთა ტრეფიკინგის პრევენცია, სექსუალური ექსპლოატაცია და სხვა. დიდი მნიშვნელობა აქვს კონფლიქტების პრევენციას და მხარდამჭერი გარემოს ფორმირებას თემში, სკოლასა და ოჯახებში, ყველა გოგონასა და ბიჭისთვის დასვენებისა და თამაშის უფლების უზრუნველყოფას, ასევე, გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ბავშვების ჩართვას, მათ აღჭურვას ინფორმაციით, მათი აზრის გათვალისწინებას (A World Without Violence Against Children, 2015). ასევე, საზოგადოებაში უნდა მოხდეს

სხვადასხვა ნიშნით დისკრიმინაციის აღმოფხვრის მხრივ მუშაობა, ვინაიდან მტკიცებულებები მოწმობს, რომ ძალადობის რისკი მცირდება შშმ პირებთან, როდესაც მათ ღირსებას პატივს სცემენ და თანასწორ მოქალაქეებად აღიქვამენ, როდესაც აფასებენ და თემში ჩართულები არიან (Robinson S. , 2016).

ძალადობის პრევენციისთვის მნიშვნელოვანია მუდმივი გადამზადება და განათლება იმ ადამიანებისა, ვისაც შშმ ბავშვებთან აქვთ შეხება (მშობლები, მზრუნველები, სოციალური სამსახურების წარმომადგენლები, სამართალდამცავები), და თავად შშმ ადამიანებისაც (Davis, 2009). სახელმწიფო ზრუნვაში განთავსებული ბავშვების შემთხვევაში, აუცილებელია მზრუნველების ცნობიერების ამაღლება ისეთ საკითხებზე, როგორცაა უსაფრთხო შეხება, უსაფრთხო და ბავშვის დაცვაზე ორიენტირებული ქცევა, ასევე, იმ ქცევის იდენტიფიცირება, რომელიც ძალადობის მსხვერპლ შშმ ბავშვებს ახასიათებთ (Llewellyn, Wayland, & Hindmarsh, 2016). გარდა ამისა, ოჯახების მხარდამჭერი პროგრამებიც აუცილებელია, რათა მშობელსა თუ მზრუნველს ამოსუნთქვის საშუალება მიეცეს, შეეძლოს შეისვენოს ბავშვზე ზრუნვისგან და შეამციროს ამით სტრესი და გადაწვა. ბავშვის უფლებათა კონვენციის წევრ ქვეყნებს მოეთხოვებათ კიდევ, მიიღონ ყველა საჭირო ზომა შშმ ბავშვების მიმართ შეურაცხყოფისა და ძალადობის პრევენციის მიზნით, რაც შეიძლება გულისხმობდეს მშობლების მომზადებას და განათლებას, ოჯახების დახმარებას, სკოლებში შშმ ბავშვების განსაკუთრებული დაცვისთვის ყველა საჭირო ზომის მიღების უზრუნველყოფას და სხვა (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები საქართველოში, 2015).

ზემოაღნიშნულის მიხედვით, შშმ ბავშვების მიმართ ძალადობის პრევენციის პრაქტიკული მექანიზმები (საკანონმდებლო ცვლილებების გამოკლებით) შეიძლება სამ მიმართულებად დაიყოს:

- **თემზე დაფუძნებული პრევენციის მექანიზმები:** თემის ცნობიერების გაზრდა შშმ ბავშვების მიმართ არასათანადო მოპყრობაზე, რათა მათ შეეძლოთ ძალადობის ნიშნების ამოცნობა და შეტყობინება; შშმ ბავშვების მიმართ მგრძნობელობის გაზრდა საზოგადოებაში; შშმ ბავშვების ჩართვა ყოველდღიურ ცხოვრებასა და ღონისძიებებში; საზოგადოების წახალისება, გაიზიარონ პასუხისმგებლობა შშმ ბავშვების კეთილდღეობაზე, რაც გაზრდის სკოლების, სამეზობლოს, სხვადასხვა არასამთავრობო თუ ბიზნეს ორგანიზაციების კონტაქტს ოჯახებთან და ბავშვებთან.

- **ოჯახზე ფოკუსირებული პრევენციის მექანიზმები:** მშობელთა სკოლა, შეზღუდული შესაძლებლობებისა და მისდამი მიდგომების შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად; შინ მოვლა, როდესაც პროფესიონალები სტუმრობენ ბავშვებს ოჯახში მათთვის მომსახურების გასაწევად, ამავდროულად, მშობელსაც აწვდიან ინფორმაციას და მათ გაძლიერებაზეც ზრუნავენ; მხარდამჭერი ჯგუფები, სადაც მშობლებს შეუძლიათ თავიანთი გამოცდილების გაზიარება და ინფორმაციის გაცვლა მომსახურებებზე, პრობლემურ საკითხებზე, წარმატებებზე და ა.შ.; დროებითი ზრუნვა, როდესაც მშობელს საშუალება აქვს განიტვირთოს რამდენიმე დღე და მოიხსნას შვილზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა და სტრესი.
- **ბავშვზე ფოკუსირებული პრევენციული მექანიზმები:** ბავშვების დახმარება, დაიცვან თავი, რაც გულისხმობს მათთვის ძალადობასა და არასათანადო მოპყრობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებას სხვადასხვა ღონისძიების საშუალებით; ბავშვების კომუნიკაციური უნარებისა და ინსტრუმენტების მაქსიმალურად გაუმჯობესება; ბავშვების იზოლაციის შემცირება და სანაცვლოდ განმავითარებელ და სოციალურ ღონისძიებებში ჩართვა (Child Welfare Information Gateway, 2018).

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, ასევე, მნიშვნელოვანია გუნდური მუშაობის გამოყენება ბავშვებთან და უწყებებს შორის გამართული კომუნიკაცია, ინფორმაციის გაცვლის სისტემის არსებობა და ღია თანამშრომლობა.

როდესაც შშმ ბავშვებზე ზრუნვის დაწესებულებებში ძალადობის პრევენციაზე ვსაუბრობთ, იგი შეიძლება დაიყოს პირველად და მეორეულ პრევენციად:

- **პირველადი პრევენცია** გულისხმობს ძალადობის, უგულვებელყოფისა და არასათანადო მოპყრობის თავიდან არიდებას მანამ, სანამ იგი მოხდება. პირველადი პრევენციის მაგალითებია: ბენეფიციარების განათლება და თავის დასაცავად საჭირო ინფორმაციის მიწოდება, შეძლებისდაგვარად, მათთვის გასაგებ ენაზე, რათა იცოდნენ, როგორ დაიცვან თავი შესაძლო ძალადობისგან; მზრუნველების და სხვა თანამშრომლების ცნობიერების ამაღლება ძალადობის საკითხებზე; მზრუნველთა საფუძვლიანი შემოწმება, სამსახურში მათ აყვანამდე; დაუგეგმავი ვიზიტები მონიტორინგის მიზნით და სხვა.

- **მეორეული პრევენცია** გულისხმობს უკვე ძალადობის მსხვერპლ პირებთან სხვადასხვა ღონისძიების გატარებას, მომსახურების მიწოდებას და მხარდაჭერას. მსგავსი ღონისძიებები შეიძლება იყოს: უშუალო მზრუნველების და სხვა თანამშრომლების გადამზადება ძალადობის ნიშნების ამოცნობასა და რეფერირებაში; პოლიციასთან და სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან მჭიდრო თანამშრომლობა, რათა მოძალადე შესაბამისად დაისაჯოს; ბენეფიციარების უზრუნველყოფა შესაბამისი საკომუნიკაციო საშუალებებით, რათა მათ შეძლონ ძალადობის ფაქტების შეძლებისდაგვარად დეტალურად გადმოცემა; ბენეფიციარის სოციალური წრის გაზრდა, რათა მეტი ადამიანი იყოს ჩართული მის ცხოვრებაში და, შესაბამისად, მეტ ადამიანს ჰქონდეს ძალადობის სხვა სავარაუდო შემთხვევების იდენტიფიცირების შესაძლებლობა (Prevention and Safety Planning, n.d.).

ბავშვთა მიმართ ძალადობა მჭიდროდ არის დაკავშირებული ბავშვის ადრეული განვითარების საკითხებთან. ამიტომაც კრისტოფერ მიკტონი და მისი კოლეგები (2014) გვთავაზობენ რამდენიმე გზას, როგორ უნდა მოხდეს ძალადობის პრევენცია ამ ორი საკითხის დაკავშირებით: პირველ რიგში, აუცილებელია ძალების კონსოლიდაცია და პოლიტიკის დონეზე ადვოკატობის გაწევა, რათა მოხდეს ამ ორი საკითხის ინტეგრირება და, ამის გათვალისწინებით, კანონმდებლობის, პოლიტიკის, დაფინანსების სისტემის, ადამიანური რესურსების, კვლევების, პროგრამების და მულტისექტორული თანამშრომლობის გაუმჯობესება, როგორც ცენტრალურ, ისე რეგიონულ დონეზე. ასევე, უნდა გამოიკვეთოს ერთობლივი კვლევის არეალები და მიენიჭოს მათ დაფინანსებისას პრიორიტეტი. მსგავსი კვლევები გამოკვეთს რისკ-ფაქტორებს, ეფექტური ინტერვენციის საშუალებებს, პროგრამების საჭიროებას და სხვა (Mikton, MacMillan, Dua, & Betancourt, 2014). მტკიცებულებების მიღების შემდეგ კი მნიშვნელოვანია მათი ასახვა პრაქტიკაში და პოლიტიკის შესაბამისად ფორმირება.

მთლიანობაში, ძალადობის პრევენციისგან მიღებული სარგებელი შეიძლება შემდეგნაირად დავაჯამოთ:

- ბავშვები, ოჯახები და თემები არიან უფრო უსაფრთხოდ;
- ეკონომიკური და ადამიანური რესურსების ხარჯები შემცირებულია;
- მორალური, ეთიკური და სამართლებრივი ვალდებულებები შესრულებულია;

- მოწყვლადი ადამიანების საჭიროებებიც დაკმაყოფილებულია (Fairholm & Singh, 2010).

როგორც მილერი და ბრაუნი გვთავაზობენ, შშმ ბავშვის საჭიროებების გაგება, მათ ძლიერ მხარეზე დაყრდნობა, ბარიერების გადალახვა და გამოწვევებთან გასამკლავებლად ინოვაციური გადაჭრის გზების შემუშავება გაზრდის ბავშვის კეთილდღეობას და ძალადობისადმი დაცულობას, ხოლო ბავშვზე ზრუნვის სისტემა, რომელიც ეფექტურია შშმ ბავშვისთვის, ეფექტური იქნება ყველა სხვა ბავშვისთვისაც (Miller & Brown, 2014).

შშმ ბავშვებზე ძალადობის რისკ-ფაქტორები

მსოფლიოში ძალიან ცოტა კვლევა მოიპოვება, სადაც თავად შშმ პირების ხმა არის გაჟღერებული ძალადობასთან მიმართებაში. ერთ-ერთი ასეთი კვლევა, გვთავაზობს შშმ ბავშვებისა და ახალგაზრდების მოსაზრებებს, თუ რა არის მათთვის უსაფრთხოება. ისინი ამბობენ, რომ უსაფრთხოდ ყოფნა ნიშნავს: როცა თავს გრძნობ დაცულად, როცა არავინ გაყენებს ტკივილს, არ ენდობი უცხო ადამიანებს, მისდევ წესებს - დაწერილსაც და დაუწერელსაც, გაქვს სტრატეგიები სხვადასხვა სიტუაციისთვის, ასევე, გაქვს გარკვეული კონტროლი სიტუაციაზე (Robinson S. , 2016). გარდა ამისა, როდესაც საუბარია სააღმზრდელო/სამზრუნველო დაწესებულებაში განთავსებულ შშმ პირებზე, მათთვის უსაფრთხოება ასოცირდებოდა საკუთარი სივრცის არსებობასთან, თავის დაფასებულად გრძნობასთან, სანდო ადამიანის ყოლასთან და უსაფრთხოდ ყოფნის შესახებ ცოდნის მიღების შესაძლებლობასთან (Robinson S. , 2016). იმ ფაქტორების დასახელებისას კი, რაც მათ უსაფრთხოებას რისკის ქვეშ აყენებს, სიტუაციაზე კონტროლის დაკარგვა, მზრუნველისა და თანატოლისაგან განცდილი ძალადობა და მხარდაჭერის ნაკლებობა გამოიკვეთა (Robinson S. , 2016).

შშმ ბავშვები ძალადობის მაღალი რისკის ქვეშ ითვლებიან. ისინი მეტად მოწყვლადნი არიან ძალადობისადმი, ვინაიდან შესაძლოა არ შეეძლოთ ძალადობის გამჟღავნება, მისი არიდება ან მასთან გამკლავება (What to Do If You're Worried a Child Is Being Sbused, 2015).

სალივანისა და კნუტსონის (Sullivan & Knutson, 2000 in Davis, 2009) მიხედვით, ბავშვები, რომლებსაც აქვთ ნებისმიერი სახის შეზღუდული შესაძლებლობა, 3.4-ჯერ უფრო მეტად არიან ძალადობის რისკის ქვეშ, ვიდრე სხვა ბავშვები. სობსის და სხვათა მიხედვით (Sobsey, 1995 in Davis, 2009), ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები 4-10-ჯერ უფრო მეტად სავარაუდოა, გახდნენ დანაშაულის მსხვერპლნი. კროსისა და სხვათა კვლევის (Crosse et al, 1993 in Davis, 2009) მიხედვით კი, მსგავსი დარღვევის მქონე ბავშვები 2-ჯერ უფრო მეტად არიან სექსუალური და ფიზიკური ძალადობის რისკის ქვეშ, ვიდრე ტიპური განვითარების ბავშვები.

გაეროს ბავშვთა ფონდმა გააანალიზა აზია-წყნარი ოკეანის რეგიონში შშმ ბავშვებთან ჩატარებული 17 კვლევა, რამაც აჩვენა, რომ შშმ ბავშვები 4-ჯერ უფრო მეტად ექცევიან ძალადობის რისკის ქვეშ, ვიდრე მათი თანატოლი სხვა ბავშვები. შშმ ბავშვების 26.7 %-ს ერთზე მეტჯერ განუცდია ძალადობა ცხოვრების განმავლობაში, 20%-ს ფიზიკური ძალადობა, 14%-ს კი - სექსუალური (UNICEF, 2015 in Fry, 2016).

აღნიშნულის მიზეზად სახელდება სოციალური სტიგმა და დისკრიმინაცია, ნეგატიური ტრადიციული რწმენები და თემისგან იგნორირება, მზრუნველებისთვის სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა, მაღალი მოწყვლადობა (ზრუნვის საჭიროებიდან, მათ შორის, სამედიცინო მომსახურების საჭიროებიდან, გამომდინარე) და შეზღუდული შესაძლებლობის ტიპი (Jones, et al., 2012). მაგალითად, მეტყველების პრობლემის მქონე ბავშვები 3-ჯერ უფრო მეტად არიან ძალადობის რისკის ქვეშ, ხოლო კოგნიტური და ქცევითი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვები 5-ჯერ მეტად შეიძლება მოექცნენ ძალადობის ქვეშ, ვიდრე ტიპური განვითარების ბავშვები (Shah, Tsitsou, & Woodin, 2016). ბავშვები, რომლებსაც აქვთ კომუნიკაციის სირთულეები, სენსორული დარღვევები, დასწავლის ან ქცევითი სირთულეები, მეტად არიან ძალადობის რისკის ქვეშ. ამასთანავე, დასწავლისა და ქცევის სირთულეები შესაძლოა არასათანადო მოპყრობის შედეგიც კი იყოს (Stalker & McArthur, 2012).

გარდა იმისა, რომ შშმ ბავშვებს კომუნიკაციის უნარების დეფიციტის გამო უჭირთ ძალადობის რეპორტირება, სხვა ფაქტორებიც მოქმედებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირების შემთხვევაში, ისინი მოწყვლად კატეგორიაში გადიან, რადგან მოძალადემ შეიძლება ეჭვქვეშ დააყენოს მათი ბრალდებების სიცხადე და რეალობასთან შესაბამისობა. ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობების

შემთხვევაში კი ბავშვი მოწყვლადი ხდება, რადგან მას არ შეუძლია გაექცეს ძალადობის ადგილს და ამგვარად დაიცვას თავი, ან აირიდოს ძალადობა (Marge, 2003).

კვლევებმა აჩვენეს გენდერის გავლენაც ძალადობის რისკზე. კერძოდ, შშმ გოგონები უფრო მეტად არიან სექსუალური ძალადობის რისკის ქვეშ, მაშინ, როცა, ბიჭები მეტად არიან ფიზიკური ძალადობის რისკის ქვეშ (Shah, Tsitsou, & Woodin, 2016).

შშმ ბავშვების მიმართ ძალადობის შესახებ ინფორმაცია, მისი ნიშნები ხშირად უცნობია პროფესიონალებისთვის, რომლებიც ზრუნავენ ბავშვებზე, რაც კიდევ უფრო მოწყვლადს ხდის ამ ბავშვებს. ისინი ხშირად ძალადობის ნიშნებს შეზღუდულ შესაძლებლობებთან აკავშირებენ, შესაბამისად, მათზე რეაგირება არ ხდება (Wilkinson & Bowyer, 2017). გარდა ამისა, როდესაც შშმ ბავშვი 24 სთ-იან ზრუნვაშია განთავსებული და გარშემორტყმულია მისთვის სანდო ადამიანებით, უფრო იზრდება ძალადობის რისკი. უმეტესად მოძალადე სწორედ ყველაზე ახლობელი და ნდობით აღჭურვილი პირია. ამავდროულად, როდესაც ზრუნვის დაწესებულებაში ხდება ძალადობა ან არასათანადო მოპყრობა, ამის გამოვლენა გარეშე პირების მიერ ნაკლებად ხდება, შესაბამისად, მსგავსი მოპყრობა გრძელდება (Child Abuse, 2006).

კვლევები აჩვენებს, რომ რაც უფრო მრავლობითი დარღვევა ან მძიმე შეზღუდული შესაძლებლობა აქვს ბავშვს და რაც მეტად არის დამოკიდებული მზრუნველზე, მით მეტია იმის რისკი, რომ გახდეს ძალადობის მსხვერპლი (Violence Against Children with Disabilities, 2015). ამასთანავე, მსგავსი ტიპის ბავშვები მეტად განიცდიან იზოლაციას, ვინაიდან ნაკლებად დადიან საგანმანათლებლო დაწესებულებებში, ნაკლებად არიან ჩართული არაფორმალურ ღონისძიებებში, მეტად ხვდებიან ინსტიტუციებში და ნაკლებად იციან საკუთარი უფლებების შესახებ. ამასთანავე, ისინი ყველაზე ხშირად განიცდიან ძალადობის „უხილავ“ ფორმებს, როგორცაა ექსკლუზია/გარიყვა, უარყოფა და უგულვებელყოფა (Violence Against Children with Disabilities, 2015).

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, რისკ-ფაქტორები შეგვიძლია შემდეგ ჯგუფებად დავაჯამოთ:

- ოჯახის ან მშობლების ფაქტორი: სტრესი, ფიზიკური ჯანმრთელობა, მხარდაჭერის ნაკლებობა, ოჯახის ფუნქციონირება, სიდარბე (Child Welfare Information Gateway, 2018);

- ბავშვისა და შეზღუდული შესაძლებლობის ფაქტორები: შეზღუდული შესაძლებლობის ხარისხი, ტიპი, გენდერი;
- ინსტიტუციური ფაქტორები: პროფესიონალთა ცოდნის ნაკლებობა, სანდო ადამიანების გარემოცვაში ყოფნა.

ინსტიტუციურ გარემოში შშმ ბავშვის მიმართ ძალადობის არსებობის ხელშემწყობი ფაქტორები შეიძლება დაკავშირებული იყოს: (ა) კონტროლის მექანიზმების ნაკლებობასთან, როგორცაა მონიტორინგის ნაკლებობა, არასისტემური და რეაქტიული ინსპექტირება, მონიტორთა არაკომპეტენტურობა; (ბ) პრობლემურ სამუშაო პირობებთან, როგორცაა თანამშრომელთა ნაკლებობა, გადაწვა, რესურსების ნაკლებობა და დაბალი ანაზღაურება; (გ) ტრენინგების ნაკლებობა ისეთ თემებზე, როგორებიცაა, მაგ., შეზღუდული შესაძლებლობები და კომუნიკაციის ტექნიკები, ძალადობის იდენტიფიკაცია და ჩარევა, ასევე, ტრენინგების არასისტემურობა და არასავალდებულო ხასიათი (Violence Against Children with Disabilities, 2015).

ზრუნვის დაწესებულებაში მყოფი შშმ ბავშვების მიმართ (განსაკუთრებით ტვინის დაზიანებებით, განვითარების შეფერხებითა და ფსიქიკური პრობლემებით) ძალადობა შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც მოვლის, აღზრდის ნაწილი (Arkadas-Thibert & Salman, 2013). გარდა ამისა, ძალადობა შეიძლება გამოვლინდეს ზრუნვის ნაკლებობაშიც. ვინაიდან ბავშვს შესაძლოა არ ესმოდეს საკუთარი საჭიროებები და ვერ ითხოვდეს მათ დაკმაყოფილებას, მზრუნველმაც შეიძლება უგულებელყოს ისინი. ამასთან, შესაძლოა ბავშვის მიერ გაუცნობიერებლად თვითდაზიანების საფრთხე არსებობდეს, რომელიც, მზრუნველის ყურადღების გარეშე, ფატალური აღმოჩნდეს. გარდა მზრუნველების მხრიდან შესაძლო ძალადობისა, შშმ ბავშვები სკოლაში ბულინგის მაღალი რისკის ქვეშაც არიან (Arkadas-Thibert & Salman, 2013).

ძალადობისადმი მოწყვლადობას ამყარებს შემდეგი მითებიც, რომლებიც შშმ ბავშვთა მიმართ ძალადობაზე არსებობს:

- არ არიან რისკის ქვეშ, რადგან არავინ იძალადებს მათზე (ასე სულმდაბლად არავინ მოიქცევა);
- დაცული არიან ძალადობისგან, რადგან ყოველთვის ნაცნობ და სანდო ადამიანებთან ერთად არიან;

- ვისაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან გონებრივი განვითარების პრობლემა აქვს, ვერ იაზრებენ რა ხდება მათ გარშემო და არ აწუხებთ ძალადობა;
- არ განიცდიან ფიზიკურ და ფსიქიკურ ტკივილს, როგორც სხვა ბავშვები (Abuse of Children with Disabilities, 2003);
- მათი მზრუნველები ნამდვილი წმინდანები არიან, ასეთ კეთილ საქმეს რომ აკეთებენ;
- ძალადობა მათზე გავლენას არ ახდენს, რადგან ისედაც მრავალი სხვა პრობლემა აქვთ (Richardson, 2015).

ძალადობის იდენტიფიცირება

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, შშმ პირების მიმართ ძალადობის ნიშნები ხშირად ამოუცნობია და ხდება მათი მიწერა შეზღუდულ შესაძლებლობაზე. არადა ბავშვმა შეიძლება ძალადობა განიცადოს სახლში, ზრუნვის დაწესებულებაში, სამედიცინო დაწესებულებაში, ტრანსპორტირებისას, სკოლაში, სკოლამდელ დაწესებულებაში და სხვა.

ძალადობის ნიშნების ცოდნა გვეხმარება, ამოვიცნოთ და შევწყვიტოთ ძალადობა, ასევე, მოვახდინოთ შესაბამის უწყებებში რეფერირება. ძალადობის ფსიქოლოგიური და ქცევითი ნიშნები შშმ ბავშვისა და ტიპური განვითარების ბავშვს შორის შეიძლება განსხვავდებოდეს, თუმცა ფიზიკური ნიშნები ერთნაირია. მხოლოდ პირველ მათგანთან გასათვალისწინებელია ძვლების სიმყიფე (Abuse of Children with Disabilities, 2003). ფიზიკური ნიშნები უფრო ხილულია: ჩალურჯებები, დამწვრობები, ნაკაწრები, იარები, შესივება, დაბეჭილობა, რომლებიც არა შემთხვევითია, ქამრის შესაკრავის ნაკვალევი, ხელის მტევნის ნაკვალევი, ნაკბენი ან ნაბზკენი, დაზიანების შეუსაბამობა ასაკისთვის, წინა დაზიანებების ისტორია, აუხსნელი დაზიანებები, ან შეუსაბამობა ახსნასა და დაზიანებას შორის (ფიზიკური ძალადობის შემთხვევებში); ასევე, როდესაც ბავშვი ადეკვატური კვების, სამოსის, თავშესაფრის, სამედიცინო ზრუნვისა და მეთვალყურეობის გარეშეა, მუდმივად მშიერია ან ეძინება, სახლის პირობები უკიდურესად არასანიტარული და საფრთხის შემცველია (უგულბელყოფის ნიშნები); დაზიანებები ან სისხლდენა გენიტალიებიდან, სექსუალურად გადამდები დაავადები, ორსულობა (სექსუალური ძალადობის შემთხვევებში).

გარდა ამისა, შემდეგ ქცევით ნიშნებზეც უნდა გამახვილდეს ყურადღება: აგრესიული ან ზედმეტად პასიური ქცევა, უჩვეულო შიშები, ყურადღების მიქცევის სურვილი, ფიზიკური კონტაქტისადმი სიფრთხილე, საკუთარი თავისა და სხვისადმი დესტრუქციული ქცევა, სოციალური კონტაქტების ნაკლებობა, სექსუალური ხასიათის ქცევის გამჟღავნება სანდო პირთან, სექსუალური ქცევის ასაკთან შეუსაბამო ცოდნა, მუდმივი გადაღლილობა, ქცევის მოულოდნელი ცვლილება (Child Abuse and Neglect of Children with Disabilities, 2009).

მიუხედავად იმისა, რომ არც ერთი ცალკეული ქცევა არ წარმოადგენს ბავშვზე ძალადობისა და უგულვებელყოფის აბსოლუტურ ინდიკატორს, ძალადობის ფორმების მიხედვით, უფრო კონკრეტულად შეგვიძლია დავაჯგუფოთ ის ნიშნები, რომელთა თანხვედრაც შშმ ბავშვზე ძალადობის საფუძვლიან ექვს გვიქმნის (Identifying Abuse, Neglect and Exploitation, n.d.):

▪ **ფიზიკური ძალადობის ნიშნები:**

- *ფიზიკური ნიშნები:* აუხსნელი ნაკბენები, ნაკაწრები, დაბეჭილობები, ჭრილობები, დამწვრობები, თოკის ნაკვალევი, კბილების, თვალების ან ყურების დაზიანებები და სხვა.
- *ქცევითი ნიშნები:* კონკრეტული პიროვნებებისთვის თავის არიდება, ძილის პრობლემები, ქცევის ცვლილება (ხასიათის უცაბედი ცვლა, აგრესიის გამოხატვა), დღის რეჟიმის ცვლილება, მადის ცვლილება, უჩვეულო პასიურობა, თვითდაზიანება, სუიციდის მცდელობა, შეუსაბამო ახსნა დაზიანებებთან დაკავშირებით, მზრუნველებისადმი გადაჭარბებული მორჩილება და სხვა.

▪ **სექსუალური ძალადობის ნიშნები:**

- *ფიზიკური ნიშნები:* პირდაპირი ან არაპირდაპირი მხილება, ტრავმები მკერდზე, ბარძაყებსა და გენიტალიების მახლობლად, სიარულისა და ჯდომის სირთულეები, ტკივილი, სისხლდენა ან ქავილი გენიტალიების არეში, საცვლებსა და საძილე სამოსზე სისხლის ნაკვალევი, სექსუალური გზით გადამდები დაავადებები, ორსულობა, აუხსნელი ფულის და საჩუქრების გაჩენა და სხვა.
- *ქცევითი ნიშნები:* ძილის პრობლემები, ქცევის და ხასიათის უცაბედი ცვლილება, უჩვეულო სექსუალური ქცევის ან ცოდნის გამოხატვა, მადის ცვლილება, სოციალური პატერნების ცვლილება, პანიკური შეტევები, შიშის შეტევები, კლინიკური დეპრესია, თვითდაზიანება, სუიციდის

მცდელობა, ჩვეული ადგილებისთვის თავის არიდება, ტანსაცმლის გახდაზე უარის თქმა, მზრუნველებისადმი გადაჭარბებული მორჩილება და სხვა.

▪ **ფსიქოლოგიური/ემოციური ძალადობის ნიშნები:**

- ფიზიკური ნიშნები: მეტყველების დარღვევა, განვითარების შეფერხება, საკუთარი თავისთვის მიყენებული ფიზიკური დაზიანებები და სხვა.
- ქცევითი ნიშნები: გამომწვევი, ექსტრემალური ქცევა, ძალიან დაბალი თვითშეფასება, არარაობის განცდა, თვითდაზიანებისადმი ან თავის დამცირებისადმი მიმართული ქცევა, სუიციდის მცდელობა, შფოთვითი შეტევები, კლინიკური დეპრესია, მზრუნველებისადმი გადაჭარბებული მორჩილება, ინტერპერსონალური უნარების საგრძნობლად დაქვეითება, ყურადღების მიმქცევი ქცევა და სხვა.

▪ **უზულებელყოფა:**

- ფიზიკური ნიშნები: მედიკამენტების არასწორად მიცემა, კომუნიკაციების მუდმივი შეზღუდვა, მათ შორის, ტელეფონით, ფიზიკური გამოფიტვა, პირის ღრუს დაზიანებები, ჰიგიენის პრობლემები, ერთი და იმავე ტანსაცმლის ტარება ხანგრძლივი დროით, საკუთარ ზომაზე დიდი ან პატარა ტანსაცმლის ტარება, ამინდის შეუსაბამოდ ჩაცმა, საკვების ნაკლებობა და სხვა.
- ქცევითი ნიშნები: მუდმივი გადაღლილობა, შიმშილი, ინტერპერსონალური/სოციალური უნარების უჩვეულო ნაკლებობა ან დაქვეითება, სოციალიზაციის სურვილის არქონა/უარყოფა, მზრუნველების მიერ ბენეფიციარის არმიყვანა დანიშნულ ვიზიტებზე, ღონისძიებებზე და სხვა.

გარდა ამისა, გამოყოფენ სისტემური ძალადობის ნიშნებსაც, რომლებიც შემდგომში მდგომარეობს:

- არ არსებობს საჭირო პროგრამა ან არასათანადოდ ხორციელდება;
- თანამშრომლებისთვის არ მიეწოდებათ საკმარისი ტრენინგები ძალადობის პრევენციასა და მასთან დაკავშირებულ საკითხებზე;
- ბენეფიციარებს მიეწოდებათ მხარდაჭერა, რომელიც არ შეესაბამება მომსახურების მოთხოვნებს;

- ბენეფიციარები უარს ამბობენ მხარდაჭერის მიღებაზე, ვინაიდან თავს არაკომფორტულად გრძნობენ კონკრეტულ მზრუნველებთან (Identifying Abuse, Neglect and Exploitation, n.d.).

ძალადობის ექვის შემთხვევაში, შეფასების მიზანია იმ ქცევის გამოვლენა, რომელიც არ არის ტიპური, დამახასიათებელი შშმ ბავშვისთვის. თავისთავად, შეფასების დროს შეზღუდული შესაძლებლობების ბუნებაც გასათვალისწინებელია. ზრუნვის დაწესებულებაში ბავშვზე ძალადობაზე დამატებით შეიძლება მიგვანიშნებდეს შემდეგი ინდიკატორები:

- არასათანადო კვება და გამოკვებაში „ხელშეწყობა“;
- ჰიგიენის სიმწირე, მათ შორის, ტუალეტის საჭიროებების დაკმაყოფილების მხრივ;
- სტიმულაციის ნაკლებობა;
- მკაცრი და უხეში მოპყრობა, ასევე, სითხის, საკვების, მედიკამენტებისა და ტანისამოსის ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა;
- მზრუნველის მიერ ბავშვთან საკომუნიკაციო საშუალებების დასწავლის სურვილის არქონა;
- კომფორტულად ძილისთვის საჭირო აღჭურვილობის ნაკლებობა;
- ბავშვის სურვილის საწინააღმდეგოდ არააუცილებელი ინვაზიური პროცედურების ჩატარება;
- პროფესიონალთა მხრიდან ცოდნის ნაკლებობა ისეთ საკითხებზე, როგორცაა ბავშვის ნორმალური ქცევა, შეზღუდული შესაძლებლობის გავლენა ბავშვზე, ბავშვთან კომუნიკაცია და სხვა (Children with Disabilities , n.d.).

თუკი მზრუნველთან გიწევთ ურთიერთობა, მნიშვნელოვანია დააკვირდეთ მის ქცევას, რომელიც შესაძლოა ისეთ ნიშნებს შეიცავდეს, რაც ძალადობის განმახორციელებელი პირებისთვისაც არის ხოლმე დამახასიათებელი. რასაკვირველია, ეს ჩამონათვალი არ არის სტანდარტულად დადგენილი და უდავო ჭეშმარიტება, თუმცა იგი გვაძლევს გარკვეულ მონახაზს, რაზეც შეიძლება გავამახვილოთ ყურადღება:

- მითითებების შესრულებაზე უარის თქმა და აუცილებელი დავალებების არშესრულება;
- დამოკიდებულებებისა და ქცევის კონტროლის დემონსტრირება;

- გვიან გამოცხადება ან საერთოდ არმოსვლა;
- ალკოჰოლის ან რაიმე არალეგალური ნივთიერების ქვეშ მუშაობა;
- შინაურ ცხოველებზე ძალადობრივი ქმედება;
- მუქარის ან აგრესიული სხეულის ენის გამოყენება დასაშინებლად;
- იმპულსურობა;
- თანხმობის გარეშე სამსახურებრივი ტრანსპორტის, ფულის ან სხვა რესურსის გამოყენება;
- შშმ პირის სოციალური იზოლირება (მათ შორის, განათლების მიღების და დასაქმების შესაძლებლობის შეზღუდვა);
- განვითარების შეფერხების მქონე პირთა გაუფასურება (დაფასების არ გამოხატვა);
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მუდმივი ცვლა;
- შშმ პირების ნაცვლად, მათი სახელით საუბარი მაშინაც კი, როდესაც შშმ პირს თავად შეუძლია ამის გაკეთება;
- სხვა კოლეგების ვიზიტებისას არაკეთილგანწყობილი დახვედრა;
- კონკრეტულ ბენეფიციარებთან განმარტოების მცდელობა, როცა ამის საჭიროება არ ჩანს (Common Signs and Symptoms of Abuse, Neglect, and Exploitation, n.d.).

ეს ის ნიშნებია, რომლებმაც შეიძლება ეჭვი გაგვიჩინოს, რამდენად დაცულია ბენეფიციარი მსგავს პროფესიონალთან ზრუნვის დაწესებულებაში. გარდა ამისა, მზრუნველს, რომელიც შესაძლოა უგულებელყოფდეს შშმ ბავშვის საჭიროებებს ან სხვა სახით ძალადობდეს მასზე, შეიძლება გააჩნდეს შემდეგი მახასიათებლებიც, როგორც არის: დაბალი თვითშეფასება, სხვების კონტროლის მოთხოვნილება, ძალადობის გამოცდილება ბავშვობაში, შშმ პირების მიმართ მიჯაჭვულობის ნაკლებობა, ხელმძღვანელობით უკმაყოფილება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ამ უკმაყოფილების გადატანა მასზე უფრო სუსტ ადამიანებზე, ვისზეც ძალაუფლებას გრძნობს და სხვა (Common Signs and Symptoms of Abuse, Neglect, and Exploitation, n.d.).

შშმ ბავშვებთან მომუშავე პირის მიერ, რომელსაც ბავშვზე ზრუნვა ევალება, ძალადობრივ ქმედებაში ან არასათანადო მოპყრობაში შეიძლება ჩაეთვალოს ისეთი ქმედებები, როგორცაა უხეში ფიზიკური მოპყრობა, მოქაჩვა ან ხელის კვრა, მედიკამენტების ჭარბად გამოყენება, აკრძალვების არასაჭიროდ ან გადაჭარბებულად გამოყენება, დიეტური შეზღუდვების უგულებელყოფა, ბავშვის ძალიან ცხელ ან ცივ

წყალში დაბანა, საპირფარეშოში ბავშვის დიდხანს დატოვება, ან საპირფარეშოში არშეყვანა, როცა მას ეს სჭირდება და ა.შ. (Common Signs and Symptoms of Abuse, Neglect, and Exploitation, n.d.).

ამასთანავე, ყურადღება არის გასამახვილებელი ბავშვის ქცევაზეც და მის დამოკიდებულებაზე მზრუნველის მიმართ. ძალადობის შემთხვევაში, ბავშვი შეიძლება ამჟღავნებდეს აგრესიას, შიშს, არ ჰქონდეს მიჯაჭვულობა მზრუნველზე ან ამჟღავნებდეს უპირობო მორჩილებას. ბავშვის განვითარებაში რეგრესივ აუცილებლად ყურადსაღებია. ბავშვის განსხვავებული ქცევა შესაძლოა ქცევით პრობლემებთან გაიგივდეს, ამიტომ ამ დროს მნიშვნელოვანია კონკრეტული ქცევის შესწავლა, მისი გამომწვევი მიზეზების დადგენა (პრეისტორიის შესწავლა), რა პირობებში შეიცვალა ქცევა, დროის რა მონაკვეთში, რა ფაქტორების თანხლებით და ა.შ.

1996-2009 წლებში აკადემიურ ჟურნალებში გამოქვეყნებული კვლევების ანალიზი აჩვენებს, რომ ბავშვის შეზღუდულ შესაძლებლობასა და მის მიმართ არასათანადო მოპყრობას შორის მყარი კავშირია (Stalker & McArthur, 2012). თუმცა ცოტა რამ არის ცნობილი ძალადობის ხანგრძლივ შედეგებზე.

სექსუალურ ძალადობაზე უფრო მეტად მახვილდება ყურადღება და მის მოკლევადიან შედეგებად სახელდება სკოლის მიტოვება, კომუნიკაციის სირთულეები და აკადემიური ჩამორჩენა (Brown, 2010). ამიტომ ხშირად იმის დადგენაც რთულია, მსუბუქი ან საშუალო გონებრივი ჩამორჩენა არსებული მდგომარეობაა, თუ ძალადობის შედეგი. სექსუალური ძალადობის გრძელვადიანი შედეგები კი მოიცავს შიშებს, შფოთვას, დეპრესიას, სიბრაზეს, მტრულ განწყობას, მიუღებელ სექსუალურ ქცევას, დაბალ თვითშეფასებას, ნივთიერებების მოხმარებისადმი მიდრეკილებასა და სირთულეებს ურთიერთობებში (Brown, 2010).

დასწავლის სირთულეების მქონე ბავშვების მიმართ ძალადობამ შემდგომში შესაძლოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების, ქცევითი სირთულეებისა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომების სახით იჩინოს თავი (Stalker & McArthur, 2012). ზოგადად კი ძალადობის ერთ-ერთ ყველაზე მძიმე შედეგად შეზღუდული შესაძლებლობის ხარისხის დამძიმება და სიკვდილიანობაა მიჩნეული (Davis, 2009).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ძალადობაზე საფუძვლიანი ეჭვის გაჩენის შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს შემთხვევის რეფერირება სოციალური მომსახურების სააგენტოში და, საჭიროების შემთხვევაში, პოლიციაში, რაზეც უფრო დეტალურად ქვემოთ ვისაუბრებთ.

ძალადობაზე რეაგირება

ინტერვენციის შედეგად ძალადობაგანცდილი შშმ ბავშვები დიდ სარგებელს იღებენ. კვლევები აჩვენებს, რომ ბინაში ვიზიტები და მშობელთა ტრენინგები მათთვის მშობლობის უნარების გასაუმჯობესებლად, ძალიან ეფექტურია და ხელს უწყობს შემდგომში ძალადობის პრევენციას (The State of the World's Children, 2013).

საქართველოს მთავრობის მიერ 2016 წლის 12 სექტემბერს N437 ბრძანებით დამტკიცებული ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურები ჩვენს ქვეყანაში მთავარი დოკუმენტია ძალადობის იდენტიფიცირებისა და მასზე რეაგირების პროცედურების განსასაზღვრად. მართალია იგი არ გამოყოფს შშმ პირებზე ძალადობის იდენტიფიცირებისა და რეაგირების პროცედურას (რაც, მათი სპეციფიკის გათვალისწინებით, შესაძლოა განსხვავებული იყოს), თუმცა ეს დოკუმენტი ყველა სახელმწიფო ორგანოს, რომელსაც ბავშვთან აქვს შეხება, ავალდებულებს, გამოავლინოს და გადაამისამართოს ბავშვზე ძალადობის ნებისმიერი შემთხვევა, რათა ბავშვმა მიიღოს შესაბამისი დახმარება. დოკუმენტის თანახმად, ამისთვის ყველა უწყებას ევალება პასუხისმგებელი პირების განსაზღვრა და შიდა სამუშაო ინსტრუქციების შემუშავება (ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურები, 2016).

ძალადობაზე რეაგირების პროცედურის თანახმად, ძალადობაზე ეჭვის გაჩენის შემთხვევაში, უწყების შესაბამისი პასუხისმგებელი პირი შეისწავლის მდგომარეობას და საფუძვლიანი ეჭვის შემთხვევაში (როდესაც ძალადობის რამდენიმე ნიშანი ემთხვევა ერთმანეთს), მიმართავს სოციალური მომსახურების სააგენტოს (წერილობით ან/და ცხელი ხაზის მეშვეობით), საჭიროების შემთხვევაში კი, იძახებს პოლიციას და/ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას. როდესაც საქმე ეხება გადაუდებელ შემთხვევას (ე.ი. ბავშვის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას ემუქრება

მცისიერი საფრთხე, ან შეიძლება დაემუქროს 24 სთ-ის განმავლობაში), პასუხისმგებელი პირი იძახებს პოლიციას (ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურები, 2016).

მიუხედავად აღნიშნული პროცედურების არსებობისა, საჯარო უწყებებიდან ძალადობის შემთხვევების რეფერირება მაინც იშვიათად ხდება, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს, საზოგადოებაში არსებული არაჯანსაღი რწმენებით („ძალადობა ოჯახის საქმეა“, „მე დაველაპარაკები და აღარ იძალადებს“, „პოლიციაში დარეკვა ჩაშვებაა“ და სხვა), ძალადობის ნიშნებზე ინფორმაციის ნაკლებობით ან ძალადობის ფორმებზე არასწორი ინფორმაციის ფლობით, ასევე, საქმის გაზრდის შიშითა და ძალადობისადმი გულგრილობით. ყველა შემთხვევაში, აღნიშნული ბარიერები ბავშვს ძალადობის წინაშე მარტოს ტოვებს და შესაბამისი დახმარების მიღების შესაძლებლობას ართმევს.

ძალადობის გამოვლენისა და მასზე რეაგირების ბარიერები

მრავალი ბარიერი არსებობს საზოგადოების, თემის, ორგანიზაციებისა თუ ინდივიდების დონეზე, რის გამოც არ ხდება ძალადობის წინააღმდეგ სათანადო ნაბიჯების გადადგმა. ისინი შეიძლება შემდეგ დონეებზე განვიხილოთ:

- **კონტექსტური ბარიერები:** დაცვის საკითხების განსხვავებული გაგება, საკითხის კომპლექსურობა (ვინაიდან ბავშვებს მრავალი ადამიანისგან შეიძლება დაემუქროს საფრთხე), თემში დაცვის სისტემების სისუსტე და სხვა მრავალი განსხვავებული სოციალური და კულტურული კონტექსტი.
- **ორგანიზაციული ბარიერები:** კომპლექსური ორგანიზაციული სისტემები, ბავშვის უსაფრთხოების არაპრიორიტეტულობა, ზედმეტად გადატვირთული თანამშრომლები და დაფინანსების პრობლემა.
- **ინდივიდუალური ბარიერები:** ემოციური საკითხები, ცოდნის ნაკლებობა, მითები, პრობლემის უარყოფა („ეს ჩემი პრობლემა არაა, მე არ მეხება“, „მნიშვნელოვანია, მაგრამ არ არის პრიორიტეტული ახლა“, „ეს კიდევ უფრო მეტ პრობლემას წარმოშობს“ და სხვა) (Fairholm & Singh, 2010).

შშმ ბავშვებში ქცევის ცვლილება ძალადობის მთავარი ინდიკატორია, თუმცა იგი ხშირად შეზღუდულ შესაძლებლობასთან უფრო იგივდება, ინტელექტუალური

შეზღუდული შესაძლებლობის შემთხვევაში კი ბავშვის ნაკლებად სჯერათ (Davis, 2009). მნიშვნელოვანია, კარგად მოხდეს ზრუნვის დაწესებულებაში აყვანილი თანამშრომლების გადამოწმება, მათი წარსული სამუშაო გამოცდილების შესწავლა, სამუშაო მოტივაციის განსაზღვრა, ცოდნის შეფასება. თავად პროფესიონალებშიც კი ზოგჯერ არსებობს მოსაზრება, რომ შშმ ბავშვებზე ძალადობა არ არის ისეთი მძიმე, როგორც სხვა ბავშვებთან, ვინაიდან ამ ბავშვებს არ ესმით მომხდარის სიმძიმე (Shah, Tsitsou, & Woodin, 2016).

ზემოაღნიშნული კიდევ უფრო პრობლემურს ხდის შშმ ბავშვებზე ძალადობის გამოვლენას და მასზე სათანადო რეაგირებას და ტოვებს შშმ ბავშვებს სათანადო დახმარებისა და დაცვის გარეშე. მით უმეტეს, რომ შშმ ბავშვებზე ძალადობის ამოცნობა ხშირად პროფესიონალებსაც უჭირთ. გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ 2013 წელს ჩატარებულ ეროვნულ კვლევაში აღნიშნულია, რომ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა შემთხვევაში, მხოლოდ ფიზიკური შეურაცხყოფაა აღიარებული, რადგან პროფესიონალებს აკლიათ კომპეტენცია და არ აქვთ სათანადო ცოდნა ხშირ შემთხვევაში ძალადობის სხვა ფორმების ნიშნების გამოსავლენად, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც საქმე უგულუბელოფას ეხება“ (გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი (UNICEF), 2013 გაერთიანებული ერების ბავშვთა ფონდი, 2015:16).

სოციალური სამსახური შესაძლოა ინფორმირებული იყოს ზრუნვის დაწესებულებაში ძალადობის ფაქტ/ებ/ის შესახებ, თუმცა ბავშვი მაინც დატოვოს აღნიშნულ დაწესებულებაში, ვინაიდან სპეციალიზებული მინდობითი აღმზრდელების რაოდენობის სიმცირის გამო შესაძლოა ალტერნატიული ზრუნვის საშუალება ვერ გამოინახოს (What to Do If You're Worried a Child Is Being Sbused, 2015). თავისთავად, ეს დამატებითი პრობლემაა, რომელიც ყველა ქვეყნისთვის მწვავედ დგას.

ზემოთ აღნიშნული ბარიერების გათვალისწინებით, შშმ პირთა მომსახურებებმა მაქსიმალური სიფრთხილე უნდა გამოიჩინონ მზრუნველის ან სხვა პროფესიონალის დაქირავებისას, ასევე, დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს ძალადობის რეპორტირების მექანიზმები.

გასათვალისწინებელია ისიც, თუ რატომ უჭირთ აღმზრდელებს და მშობლებს ბავშვების ქცევის მართვა პოზიტიური მეთოდებით და რატომ მიმართავენ ძალადობრივ ქმედებებს. პროფესიონალებს უნდა ესმოდეთ, რომ აღმზრდელები და მშობლები ხშირად არიან გადაწყვის პირას, რადგან უდიდეს ენერგიას ხარჯავენ შშმ ბავშვის მიერ თითოეული დავალების შესრულებაში, რაც ხშირად წარმოუდგენელი მოთმინების ხარჯზე მიიღწევა. არ არის გასაკვირი, რომ აღმზრდელებსა და მშობლებს ზოგჯერ არ ჰყოფნით ნებისყოფა, მითითების მრავალჯერადი გამეორებითა და ახსნით ელოდონ სასურველი ქცევის განხორციელებას ან არასასურველი ქცევის შეწყვეტას, რა დროსაც შესაძლოა ყვირილი, მუქარა ან ფიზიკური შეხება უფრო მარტივ გამოსავლად მოეჩვენოთ. იმ პირობებში, როდესაც მშობლებსა და აღმზრდელებს არ აქვთ ემოციური ვენტილაციის საშუალება და სახელმწიფოსგან შესაბამისი დამხმარე მომსახურებები (ტრენინგები, ჩანაცვლება, მშობელთა სკოლა, ბავშვთა დღის ზრუნვის ცენტრები, შინ მოვლა და სხვა), ბავშვის მიმართ განხორციელებულ (მათ შორის, ძალადობრივ) ქმედებებზე მთელი პასუხისმგებლობის მათზე დაკისრება და „ცუდ მშობლებად/აღმზრდელებად“ მონათვლა უმართებულო იქნება.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, შშმ ბავშვთა მიმართ ძალადობის შემცირებისადმი მნიშვნელოვანი რესურსებისა და ძალისხმევის მიმართვის გარეშე, პრობლემა მოუგვარებელი დარჩება, ამით კი უმეტესწილად საზოგადოების ყველაზე მოწყვლადი ნაწილი ზარალდება. საჭიროა ერთიანი მიდგომა და სამივე - პრევენციის, იდენტიფიკაციისა და რეაგირების მიმართულებით ქმედითი ნაბიჯების განხორციელება, რათა დავიცვათ ისინი, ვისაც ამის გაკეთება თავად არ შეუძლიათ.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- საქართველოს კანონი ქალთა მიმართ ძალადობის ან/და ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ. (2006, მაისი 25). თბილისი.
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება №437 ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურების დამტკიცების თაობაზე. (2016, სექტემბერი 12). თბილისი.
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები საქართველოში: ეროვნული კანონმდებლობის ანალიზი ბავშვთა უფლებების კონვენციის და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის მიხედვით.* (2015). თბილისი: UNICEF.
- A World without Violence against Children: Children and Young People's Voices and Recommendations for the Post 2015 Agenda.* (2015). Save the Children.
- Abuse of Children with Disabilities.* (2003). Crime and Violence Prevention Center, California Attorney General's Office.
- Arkadas-Thibert, A., & Salman, H. F. (2013). *Indicators for Monitoring of Violence against Children, Guidebook.* UNICEF.
- Brown, H. (2010). Sexual abuse of children with disabilities. In *Protecting Children from Sexual Violence: A Comprehensive Approach* (pp. 103-117). Council of Europe.
- Child Abuse and Neglect of Children with Disabilities.* (2009, April 10). Retrieved May 16, 2018, from Disabled World: <https://www.disabled-world.com/disability/awareness/child-abuse-disabilities.php>
- Child Abuse: Prevention Handbook and Intervention Guide.* (2006). Crime and Violence Prevention Center, California Attorney General's Office.
- Child Welfare Information Gateway. (2018). *The Risk and Prevention of Maltreatment of Children with Disabilities.* Washington, DC, U.S.: Department of Health and Human Services, Children's Bureau.
- Children with Disabilities* . (n.d.). Retrieved May 16, 2018, from Tees Child Protection: <http://www.teescpp.org.uk/children-with-disabilities>
- Common Signs and Symptoms of Abuse, Neglect, and Exploitation.* (n.d.). Retrieved May 16, 2018, from The Agency for Persons with Disabilities (APD): <http://apd.myflorida.com/zero-tolerance/common-signs/#/>

- Davis, L. A. (2009). *Abuse of Children with Intellectual Disabilities*. The Arc.
- Early Childhood Development and Disability: A Discussion Paper*. (2012). World Health Organization.
- Fairholm, J., & Singh, G. (2010). *Handbook on Preventing Violence against Children* (1 ed.). Canadian Red Cross.
- Fry, D. (2016). Preventing Violence against Children and How This Contributes to Building Stronger Economies. *Thematic Research Paper for the 3rd High-Level Meeting on Cooperation for Child Rights in the Asia-Pacific Region, 7-9 November*. Kuala Lumpur: Government of Malaysia and the United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Identifying Abuse, Neglect and Exploitation*. (n.d.). Retrieved May 16, 2018, from Queensland Government, Department of Communities, Disability Services and Seniors - Department of Child Safety, Youth and Women: <https://www.communities.qld.gov.au/disability/support-services/service-providers/preventing-responding-abuse-neglect-exploitation/identifying-abuse-neglect-exploitation/indicators-signs>
- Inspire: Seven Strategies for Ending Violence against Children*. (2016). World Health Organization.
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., . . . Officer, A. (2012). *Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies*. Liverpool, UK: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Llewellyn, G., Wayland, S., & Hindmarsh, G. (2016). *Disability and Child Sexual Abuse in Institutional Contexts*. Sydney: Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse.
- Marge, D. K. (Ed.). (2003). *A Call to Action: Ending Crimes of Violence against Children and Adults with Disabilities, A Report to the Nation*. NY: SUNY Upstate Medical University, Department of Physical Medicine and Rehabilitation.
- Mikton, C., MacMillan, H., Dua, T., & Betancourt, T. S. (2014). *Integration of Prevention of Violence against Children and Early Child Development*. World Health Organization.
- Miller, D., & Brown, J. (2014). *'We Have the Right to Be Safe' Protecting Disabled Children from Abuse, Main Report*. UK: NSPCC.
- Prevention and Safety Planning*. (n.d.). Retrieved May 16, 2018, from The Agency for Persons with Disabilities (APD): <http://apd.myflorida.com/zero-tolerance/prevention/#/>
- Richardson, S. (2015). *Signs & Symptoms of Abuse in Children with Disabilities*. NEW Devon CCG.

- Robinson, S. (2016). *Feeling Safe, Being Safe: What Is Important to Children and Young People with Disability and High Support Needs about Safety in Institutional Settings?* Sydney: Royal Commission into Institutional Responses to Child Sexual Abuse.
- Shah, S., Tsitsou, L., & Woodin, S. (2016). 'I can't forget': Experiences of Violence and Disclosure in the Childhoods of Disabled Women. *Childhood: A journal of global child research*, Vol. 23(4), 521-536.
- Stalker, K., & McArthur, K. (2012). Child Abuse, Child Protection and Disabled Children: A Review of Recent Research. *Child Abuse Review*, Vol. 21, 24–40.
- The State of the World's Children, Executive Summary: Children with Disabilities*. (2013). UNICEF.
- Violence against Children with Disabilities: Legislation, Policies and Programmes in the EU*. (2015). European Union Agency for Fundamental Rights.
- Violence against Disabled Children, Summary Report*. (2005). New York: UNICEF.
- What to Do If You're Worried a Child Is Being Abused, Advice for Practitioners*. (2015). UK: HM Government.
- Wilkinson, J., & Bowyer, S. (2017). *The Impacts of Abuse and Neglect on Children and Comparison of Different Placement Options*. Research in Practice.
- Working to End Violence against Children: Save the Children's Child Protection 2016–18 Thematic Plan*. (2016). Save the Children.

თავი II

ნაწილი 1. შეზღუდულ შესაძლებლობასთან ადაპტაცია და ჩარევის სტრატეგია

ნათია მაჭარაშვილი

„ვწუხვარ, მაგრამ უნდა გითხრათ, რომ თქვენს პატარას ყველაფერი კარგად არ აქვს. ექიმის ამ სიტყვების შემდეგ მეგონა, რომ ღამის კოშმარს ვხედავდი და გაღვიძება მინდოდა, ამ სიტყვების დავიწყება შეუძლებელია, მთელი ცხოვრება გახსოვს სიხარულსა და მძიმე დღეებში ყოველთვის გაგახსენდება და ამ სიტყვებით იწყება გრძელი და რთული გზა” (ერთ-ერთი მშობლის ჩანაწერიდან).

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების უმეტესობისთვის ოჯახი ცხოვრების ცენტრალური რგოლია, სპეციალისტების აზრით, ოჯახი შეიძლება იყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვისთვის რეაბილიტაციის ყველაზე ეფექტური ადგილი, ვინაიდან იგი არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი, ხშირად კი ერთადერთი რესურსი ბავშვის პიროვნებად ჩამოყალიბებისთვის, მისი სოციალიზაციისა და თვითრეალიზაციისათვის, თუმცა იმის გამო რომ ოჯახები მნიშვნელოვანი სოციალური სტიგმის გავლენას განიცდიან, ბავშვები ხშირად საკუთარ ოჯახებში უმწეო მდგომარეობაში იმყოფებიან და მოწყვლადნი არიან სტიგმისა და ძალადობის მიმართაც (შალაშვილი, 2016).

როდესაც ბავშვი იბადება შეზღუდული შესაძლებლობით ან ადრეულ ასაკში ხდება შეზღუდული შესაძლებლობის, მისი ადაპტაცია და სირთულეებთან გამკლავების მექანიზმი მნიშვნელოვნად არის განპირობებული მისი მშობლების და ოჯახის სხვა წევრების დამოკიდებულებით ბავშვის შეზღუდული შესაძლებლობების მიმართ.

ამ თავში განვიხილავთ შეზღუდულ შესაძლებლობებთან ადაპტაციის პროცესს, ოჯახების როლს ამ პროცესში და მშობელთა ტიპებს, ასევე მიმოვიხილავთ ჩარევის სტრატეგიებს, რომელსაც სპეციალისტები/სოციალური მუშაკები იყენებენ მათთან მუშაობის დროს.

ბავშვის შეზღუდული შესაძლებლობების გავლენა ოჯახზე

ბავშვის შეზღუდული შესაძლებლობის გავლენა ოჯახზე და მის ფუნქციონირებაზე თითოეული ოჯახისთვის ინდივიდუალურია, თუმცა რაც ამ ოჯახებს საერთო აქვთ ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური ადაპტაციის საჭიროებაა. უმეტესად, ოჯახი იძულებულია შეეგუოს/მოერგოს იმ მდგომარეობას, რომელშიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის დაბადების შემდეგ აღმოჩნდა. სირთულე, რომელსაც განიცდიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების ოჯახები მნიშვნელოვნად განსხვავდება ტიპური განვითარების მქონე ბავშვების ოჯახების ცხოვრებისეული სირთულეებისგან, ეს შეიძლება იყოს:

- ბავშვის დაბადება და აღზრდა;
- თაობათა შორის კომუნიკაცია, ღირებულებების და ტრადიციების გადაცემა;
- ბავშვის საჭიროებების, სიყვარულისა და ზრუნვის მოთხოვნილების დაკმაყოფილება და ემოციური შეჭიდულობა;
- სექსუალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება;
- თანადგომის ქსელთან ურთიერთობის მოთხოვნილება;
- ინდივიდუალური მამობრივი ან დედობრივი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება ბავშვებთან ურთიერთობის დროს;
- ოჯახის წევრთა ჯანმრთელობის დაცვა, დასვენებისა და სტრესის დაძლევის ორგანიზება.

ხშირ შემთხვევაში, რამდენიმე გამონაკლისის გარდა ჩამოთვლილი ფუნქციების რეალიზება ვერ ხორციელდება ოჯახებში, რომლებსაც ყავთ ბავშვები შეზღუდული შესაძლებლობებით.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის დაბადების შედეგად, რომელსაც ახლავს სტრესი და ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, უარესდება როგორც ოჯახის შიგნით არსებული ურთიერთობები, ასევე სოციალური ურთიერთობები და გავლენას ახდენს ოჯახის მშობლების/წევრების როგორც ფსიქო-სომატურ ასევე სოციალურ მდგომარეობაზე (Левченко & Ткачева, 2003).

ფსიქოლოგიური ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ოჯახის ფუნქციონირებაზე: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის დაბადება მშობლისთვის უდიდესი ფსიქოლოგიური სტრესის გამომწვევი ფაქტორია. ბავშვის მოვლინების ფაქტი, რომელიც ისეთი არაა როგორც ყველა, წარმოადგენს ძლიერი სტრესის წყაროს, რომელსაც მშობელი გრძნობს. სტრესი გავლენას ახდენს მშობელზე და წარმოადგენს ტრავმას, რომელიც ძირეულად ცვლის ცხოვრების წყობას და წარმოადგენს მოლოდინებს, ურთიერთობებს ოჯახს შიგნით, ურთიერთობების

სისტემას, ღირებულებებს, ვინაიდან ყველა მოლოდინი, რომელიც დაკავშირებულია მომავალ ბავშვთან ერთ წამში ინგრევა. ამ დროს მშობლების, უმეტეს შემთხვევაში დედის ემოციური მდგომარეობა, შეუდარებელია ოჯახის სხვა წევრების ემოციურ და ზოგად მდგომარეობასთან, აქვთ შიშები, დეპრესია, მარტოობის განცდა, დანაკარგის განცდა, უქვეითდებათ თვითშეფასება, უქრებათ საკუთარი შემოქმედებითი თუ კარიერული გეგმის განხორციელების სურვილი, ინდიფერენტული არიან საკუთარი თავის მიმართ და პიროვნული განვითარების მიმართ, აქვთ დედობრივი გრძნობების დეპრივაცია (Левченко & Ткачева, 2003).

სოციალური ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ოჯახის ფუნქციონირებაზე: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის დაბადება აყალიბებს დაბალ მოლოდინებს სოციალური ურთიერთობის თვალსაზრისითაც. ვიწროვდება ოჯახის მხარდამჭერთა ქსელი და კონტაქტები მათთან. ოჯახის ემოციური მდგომარეობა (სირცხვილი, შიში) ხშირად იწვევს სოციალურ იზოლაციას. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის დაბადების შემდეგ, ყველაზე გავრცელებულ შემთხვევებში, რისკის წინაშე დგება ოჯახის ერთიანობის შენარჩუნების საკითხი. თუმცა პირიქითაც ხდება - ოჯახი შეკრულია და არ შორდება, რაც დადებითად აისახება ბავშვის პიროვნების ჩამოყალიბებაზე. ურთიერთობების სიმწელეები შეიძლება წარმოიშვას არა მხოლოდ მეუღლეებს შორის არამედ ბავშვსა და მშობელს შორისაც და ოჯახში თაობებს შორისაც (ბებია, ბაბუა).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის მშობლობა გავლენას ახდენს ასევე მშობლების დასაქმებაზეც, მათ უწევთ ცვლილებების შეტანა თავიანთ გეგმებში, ეცვლებათ სოციალური სტატუსი. თუმცა, მიუხედავად ამისა, არის შემთხვევები, როცა ასეთი მშობლები შესაბამისი მხარდაჭერის არსებობის შემთხვევაში პოულობენ საკუთარ თავში ძალებს რომ მიიღონ სპეციფიკური ცოდნა, გადამზადდნენ და დაეხმარონ როგორც საკუთარ შვილს ასევე სხვა ბავშვებსაც.

სომატური ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ოჯახის ფუნქციონირებაზე: ბავშვის მდგომარეობამ შეიძლება მშობლების ჯანმრთელობის მკვეთრი გაუარესება გამოიწვიოს. დაკვირვებების შედეგად ვლინდება, რომ დედებს ხშირად აქვთ წნევის ცვალებადობა, უძილობა, ძლიერი თავის ტკივილები, თერმორეგულაციის დარღვევა. რაც უფრო იზრდება ბავშვი, მით უფრო ხშირია თავის ტკივილები და მით უფრო განგრძობითია ეს პროცესი. დედები უჩივიან საერთო დაღლილობას, დეპრესიას და სევდას.

მშობელთა ტიპები

იმისათვის, რომ განვსაზღვროთ დახმარებისა და ჩარევის სტრატეგიები მნიშვნელოვანია გავიგოთ, როგორ ხასიათდებიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მშობლები.

ფსიქოლოგები გამოყოფენ მშობელთა რამდენიმე ჯგუფს, რომელსაც თავისი მახასიათებლები აქვთ:

მშობლების პირველი ჯგუფი - ისინი წარმოადგენენ საკმაოდ მრავალრიცხოვან ჯგუფს, რომლებიც პრობლემებზე რეაგირებისას შინაგანი გამკლავების მექანიზმებს იყენებენ. გამოირჩევიან ხასიათის ცვალებადობით, მათი ყველა ძალისხმევა შვილისკენაა მიმართული და მზად არიან მსხვერპლად შეწირონ საკუთარი ჯანმრთელობა შვილის მდგომარეობას. ისინი პრაქტიკულად არ ისვენებენ, არ წუწუნებენ, ისინი ცდილობენ მოიძიონ საუკეთესო სპეციალისტები ხშირ შემთხვევაში თავად ხდებიან სპეციალისტები და აქტიურად ერთვებიან ბავშვის ცხოვრებაში.

მშობლების მეორე ჯგუფის წარმომადგენლები - ფსიქოლოგიური სტრესის მდგომარეობაში როგორცაა, მაგალითად, ბავშვის დაბადება შეზღუდული შესაძლებლობით, სუსტდებიან და კარგავენ წონასწორობას. მათთვის ბავშვის დაბადება და რეაქცია სტრესზე ვლინდება შფოთვის მომატებით, შიშებით, ღრმა დეპრესიით. ამ ტიპის მშობლებისთვის დამახასიათებელია პასიური პოზიციის ქონა: „რაც არის არის, ვერაფერს შეცვლი, როგორც დაიბადა ისეთი იქნება“. ისინი ვერ ხედავენ სიტუაციიდან გამოსავალს, უმეტესად თავის უმოქმედობას ამართლებენ იმით, რომ სპეციალისტებისგან არ აქვთ პირდაპირი მითითებები როგორ მოიქცნენ: „ჩვენთვის არავის უთქვამს იმის შესახებ რომ მის განვითარებაზე უნდა ვიმუშაოთ, ჩვენ არაფერი ვიცოდით“ ისინი ხელმძღვანელობენ პრინციპით: „დაე ყველაფერი ისე წავიდეს, როგორც მიდის“, მათ უჭირთ გააზრება, რომ სირთულეები შეიძლება მეორეული იყოს და არ იყოს გამოწვეული მხოლოდ ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობით. ამავე ჯგუფში მოიაზრება ისეთი მშობლებიც, რომლებიც თავიანთი შვილების პრობლემებს აზვიადებენ, უარყოფენ განვითარების შესაძლებლობებს, განვლილი ცხოვრება მათთვის არის „შეუმდგარი“, უბედური“.

მესამე ჯგუფის მშობლები - ხასიათდებიან უმეტესად წინააღმდეგობით არსებული მდგომარეობით გამოწვეული ფრუსტრაციის მიმართ. ეს ჯგუფი ხასიათდება აქტიური ცხოვრებისეული პოზიციით, ხელმძღვანელობს საკუთარი შეხედულებებით, მიუხედავად სახვადასხვა მოსაზრების არსებობისა. ამ ჯგუფს სპეციალისტები პირობითად ორად ყოფენ: პირველი ნაწილი, როდესაც იგებს ბავშვის შეზღუდული შესაძლებლობებით დაბადებას, ხშირად იღებს მისი მიტოვების გადაწყვეტილებას, ხოლო მეორე ნაწილი ირჩევს სხვა პოზიციას, ცდილობს მოძებნოს გამოსავალი და პიროვნულ შეურაცხყოფად იღებს მიტოვების შეთავაზებას, ცდილობს ძალისხმევა მიმართოს საუკეთესო ექიმების, საავადმყოფოს, პედაგოგის, ექსტრასენსების და ხალხური საშუალებების მოძიებაში. ისინი ვერ ხედავენ

დაბრკოლებას ამ გზაზე და დარწმუნებულები არიან რომ ოდესღაც, რაღაც სასწაული იხსნის მათ ამ მდგომარეობიდან. მათ უჭირთ ბრაზის შეკავება, უჭირთ თვითკონტროლი, და ახასიათებთ იმპულსური ქცევა. მათი დევიზი შეიძლება იყოს: „დაე საზოგადოება შეეგუოს ჩვენს ბავშვებს და არა ჩვენ მათ“. ამ ტიპის მშობლებს ხშირად აქვთ არარეალური მოლოდინები თავიანთი ბავშვის შესაძლებლობებთან დაკავშირებით (Левченко & Ткачева, 2003) .

უცხოეთისგან განსხვავებით, სადაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებზე მზრუნველებისთვის მრავალი მომსახურებაა გათვალისწინებული, საქართველოში ჩატარებული კვლევის - „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ოჯახების საჭიროებები და გამოწვევები“-ს მიხედვით, მშობლის ბევრად განსხვავებული ფსიქოლოგიური პორტრეტი გამოიკვეთა, განსხვავებული საჭიროებებით, კერძოდ:

მშობლები ხშირად არიან სტიგმისა და საზოგადოების მხრიდან არასწორი დამოკიდებულებების მსხვერპლი, ხშირ შემთხვევაში გონებრივი, ან ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ოჯახები იზოლირებულ ცხოვრებას ეწევიან იმის გამო, რომ საზოგადოებაში მათი გამოჩენა განსაკუთრებულ ემოციებს იწვევს. საზოგადოებაში არსებული სტიგმის და არაკეთილგანწყობის გარდა, არის მეორე უკიდურესობა - საოცარი სიბრაღული, რაც მშობლების მიერ ასევე მტკივნეულად აღიქმება. ბევრი მათგანი თვლის, რომ მათ შვილებს შესაძლოა არაფერი სჭირთ, იმ შემთხვევაში, თუკი საკუთარი უნარების განვითარების და გამოყენების შესაძლებლობა მიეცემათ. კვლევამ აჩვენა, რომ გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე პირებზე მზრუნველ ადამიანებს მრავალმხრივი ეკონომიკური, სოციალური თუ ფსიქოლოგიური პრობლემები აქვთ. ხშირად განსაკუთრებული საფრთხე ერთმშობლიან ოჯახში არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ მშობელთა უმეტესობას აქვს უმაღლესი განათლება, მათ შორის მაღალია უმუშევრობის მაჩვენებელი. კვლევის შედეგად გაირკვა ასევე, რომ მშობლების ძირითად სტრესის წყაროს ის წარმოადგენს, თუ რა ბედი ელით შვილებს მათი გარდაცვალების შემდგომ. მშობლებისთვის ასევე სტრესულია იმის დანახვა, რომ მათი შვილები უმოქმედოდ და ელემენტარული ცოდნის გარეშე რჩებიან საქართველოში (მახარაძე & ქიტიაშვილი, 2013).

ასევე საქართველოში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მშობლებს აქვს შიში იმისა, რომ ბავშვს „უცხო“ სოციალურ გარემოში ფსიქოლოგიურ ტრავმას მიაყენებენ და ისედაც რთულ შინაგან ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას გაუმძაფრებენ; მშობლებს ასევე აქვთ ბავშვის შესაძლებლობათა შეზღუდვის გამო სირცხვილის განცდა, რომლის მიღმაც ბავშვის მდგომარეობის მიმართ შინაგანი პროტესტი/მიუღებლობა ძევს, და რომელიც სოციალური იზოლაციისაკენ უბიძგებს არა მარტო ბავშვს, არამედ მშობელსაც; იკვეთება გარშემომყოფთა მხრიდან გამოხატული სიბრაღულისადმი შიში; თუმცა, აქვე გამოითქვა საინტერესო აზრი,

რომელიც ციტირებას იმსახურებს: „ის ფაქტი, რომ ადამიანები თანაგრძნობას სიბრალულით გამოხატავენ, მხოლოდ და მხოლოდ გაუნათლებლობის შედეგია, თუ ამ გაუნათლებლობას მოვიშორებთ, სიკეთე დარჩება...“ (ხარებავა & ჯავახიშვილი, 2006). მშობლებმა ცალკე ფსიქოლოგიურ პრობლემად დაასახელეს შშმ ბავშვის ოჯახის შიგნით მშობლების არათანაბარი დამოკიდებულება შვილების მიმართ. ზოგიერთ შემთხვევაში ეს შშმ ბავშვზე მთელი ყურადღებისა და ზრუნვის მიმართვის ხარჯზე, სხვა შვილების იგნორირებაში გამოიხატება, რაც მათში ფსიქო-ემოციური პრობლემების განვითარების მიზეზი ხდება; ზოგჯერ პირიქით, - შშმ შვილი რჩება ოჯახის პოზიტიური ყურადღების მიღმა, და როგორც მას, ასევე მთელ ოჯახს ე.წ. „ხელის ჩაქნევის“ სინდრომი უვითარდება.

ბევრ ოჯახს მიაჩნია, რომ მათ შვილებს დაცვა სჭირდებათ, ამით კი ახშობენ მათ დამოუკიდებლობას. შშმ ბავშვები ხშირად თავისივე ოჯახში უმწეო მდგომარეობაში იმყოფებიან (შალაშვილი, 2015).

არსებული პრაქტიკიდან გამომდინარე, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მშობლებს სხვადასხვა მახასიათებლები შეიძლება ჰქონდეთ:

- მშობლის როლის გაცნობიერების სირთულე;
- ნეგატივიზმი საკუთარი წარსული გამოცდილების მიმართ, რაც განაპირობებს სკეპტიკურ განწყობას თავიანთი შვილების განვითარების შესაძლებლობების მიმართ;
- ნებისმიერი თანამშრომლობისადმი წინააღმდეგობრივი დამოკიდებულება;
- ყოველდღიური ცხოვრების არაორგანიზებულობა, რომელიც ხელს უშლით განახორციელონ გარკვეული მიზნები და შეთანხმებები;
- სოციალური, ენობრივი, კულტურული ფასეულობითი ფუნდამენტური განსხვავებულობა, ბავშვის შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებით.
- სტრესულ მდგომარეობასთან გამკლავების უნარების, სტრესის მართვის ადაპტური გზების გამოყენების სირთულე, რომელიც ხშირად ხელს უშლის სათანადო ზრუნვის განხორციელებაში.

გზა ადაპტაციამდე

იმისათვის რომ განვსაზღვროთ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის ოჯახთან მუშაობის სტრატეგია მნიშვნელოვანია გავანალიზოთ თუ რა გზას გადის ოჯახი ბავშვის დიაგნოსტიკის მომენტიდან სრულ ადაპტაციამდე.

დიაგნოზის გაგების მომენტი ოჯახისთვის სერიოზული კრიზისია, ამ დროს მშობლის/ოჯახის წარმოდგენა ბავშვზე და მის მდგომარეობაზე დრამატულად იცვლება. დიაგნოზის შეტყობინების მომენტში მშობელი განიცდის შოკის მდგომარეობას, ისინი ამბობენ რომ არ იყვნენ ამ ინფორმაციის გაგებისთვის მზად, აღწერენ გაურკვევლობას დასმული შეკითხვებისა და საკუთარი განცდების მიმართ, გრძნობენ რომ ისინი შეეჯახნენ რაღაც გაურკვეველს, რომელიც არ ჯდება მათ წარმოდგენაში. თითქოს სამყარო შეიცვალა მათ ირგვლივ (ისაკაძე, 2010).

ლიზა იხსენებს: „ძალიან დიდი შოკი იყო ჩემთვის ამის გაგება. როდესაც პედიატრმა აგვიხსნა ჩვენი ქალიშვილის მდგომარეობა, მე და ჩემმა მეუღლემ ტირილი დავიწყეთ. ვერ გაგვეგო, ჩვენს თავს დავტიროდით თუ ჩვენს შვილს — ალბათ, ორივეს”

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის გაჩენის შემთხვევაში მშობლები, სპეციალისტების მოსაზრებით, გადიან ემოციური რეაგირების ისეთივე სტადიებს როგორც ძლიერი სტრესის დროს. ბუნებრივია, ეს ყველა შემთხვევაში ინდივიდუალურია (პირველი ნაბიჯი, 2012).

სოციალური მუშაკის მხარდაჭერა მეტად მნიშვნელოვანია ყველა ეტაპზე, რათა ოჯახმა გააცნობიეროს, რომ ზოგიერთი ცხოვრებისეული მოვლენა, რომელსაც სერიოზული დანაკლისი მოაქვს შეიძლება განსაკუთრებით სტრესული აღმოჩნდეს მისთვის და რომ ამ შემთხვევებში ძლიერი ემოციური რეაქცია ნორმალური და მოსალოდნელია; ასევე ის, რომ კრიზისი, დაავადებები, სტრესი წარმოდგენენ ზრდისა და ცვლილებების ახალ შესაძლებლობას. ოჯახები ამ გამოცდილებაზე დაყრდნობით იძენენ ახალ თვისებებს, რაც მათ მომავალში დაეხმარებათ. დანაკარგმა და მწუხარებამ ადამიანს შეიძლება აფიქრებინოს, რომ მომავალი უაზროა და აღარაფერია, რასაც შეიძლება ელოდოს. მაგრამ ახალი ოცნებებისა და ხედვის ჩამოყალიბება დანაკარგის დაძლევისთვის მნიშვნელოვანია, რაც თავისთავად ერთ ღამეში არ ხდება. მომავლის იმედის, ცხოვრების აზრის აღდგენა და გამოწვევებთან, საფრთხეებთან გამკლავების უნარის გამომუშავება ხანგრძლივი პროცესია.

ჩვენ შევეცდებით აღვწეროთ თითოეულ ეტაპზე ოჯახების მდგომარეობა, მათი ფიქრები, რეაქციები და მათთან მუშაობის სტრატეგია კონკრეტულ ეტაპზე. აღნიშნული საშუალებას მოგვცემს უკეთ შევაფასოთ მათი მდგომარეობა და დავინახოთ ის რთული გზა, რასაც ოჯახები გადიან ადაპტაციამდე (საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, 2016 წელი)

- **შოკისა და გაურკვევლობის ეტაპი:** ოჯახი/მშობლები ვერ ახერხებენ მომხდარის გააზრებას, გადამუშავებას, ვერ ხსნიან მოვლენას. იგი გრძელდება რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე. "რაც ხდება სიზმარია" "შეუძლებელია, ეს მე დამმართნოდა"- ფიქრობს მშობელი, რაც შეეხება რეაქციას უმრავლეს

შემთხვევაში ესაა დაბნეულობა, უგრძობლობა, უსუსურობის განცდა, "გაბუჟება".

სპეციალისტების მხრიდან მუშაობის სტრატეგია შოკისა და გაურკვევლობის ეტაპზე ეფუძნება მშობლის ემოციური მდგომარეობის გათვალისწინებას, მხარდაჭერის აღმოჩენას, ემპათიის გამოვლენას, განმეორებითი შეხვედრის/გასაუბრების შეთავაზებას:

- **უარყოფის ეტაპი:**ოჯახი/ მშობლები უარყოფენ შექმნილი სიტუაციის, ბავშვის მდგომარეობის რეალურობას. მშობლის ფიქრებია: "ეს რეალობაში არ ხდება", "ერთ დღეს ჩემი შვილი იქნება ჩვეულებრივი", "რალაც შეცდომას აქვს ადგილი", ხოლო რეაქცია ხშირად არის დაბნეულობა, დეღვა, მიზეზის ძიების სურვილი, სტრესი, უარყოფა.

სპეციალისტების მხრიდან მუშაობის სტრატეგია უარყოფის ეტაპზე ძირითადად მოიცავს გულახდილობას, სიზუსტესა და სკურპულოზულობას ურთიერთობებისა და ინფორმაციის მიწოდების დროს, მგრძობიარე დამოკიდებულებას მშობლის რეაქციის მიმართ, მშობლების სტრესთან გამკლავების უნარებზე მუშაობას, აქტიური მოსმენის ტექნიკის გამოყენებას ინფორმაციის მიწოდების პროცესში, ასევე, მუშაობას რეალური მოლოდინების შექმნის მიმართულებით.

- **ბრაზის ეტაპი:**ამ ეტაპზე ოჯახისთვის დამახასიათებელია საკუთარ შეგრძნებებზე და განცდებზე, სხეულზე, ასევე, სიტუაციაზე ძალაუფლების დაკარგვა. მშობლები ფიქრობენ, რომ "ამაში დამნაშავე არის კონკრეტულად ვიღაც", "არავის არ უნდა ენდო", "არავინ არ არის ჩემ გვერდით". რეაქცია, რომელიც მშობლებს აღენიშნებათ არის სამაგიეროს გადახდის სურვილი, დეღვა, სხვისი დადანაშაულება, სიტუაციის მინიმოზაცია, უარესის მოლოდინი, უთანასწორობის განცდა.

ბრაზის ეტაპზე სპეციალისტის ამოცანაა ხელი შეუწყოს მშობლებს აღმოაჩინონ ემოცია და გამოხატონ ბრაზი, ამ დროს მნიშვნელოვანია აქტიური მოსმენის ტექნიკის გამოყენება, მშობლების მიერ ბრაზის გამოძვევი მიზეზების ანალიზი და ბრაზის მართვის ტექნიკების სწავლება.

- **სევდის ეტაპი:**სევდა ხშირად მოსდევს ბრაზს, შეიძლება გაჰყვეს მშობელს მთელი ადაპტაციის პროცესში. "ჩემი ოცნებები დაიმსხვრა"- ფიქრობს მშობელი. მას აქვს უსუსურობის განცდა, რომლისთვისაც დამახასიათებელი რეაქციებია: შეგრძნებების დაკარგვა, სოციალური კონტაქტების შეზღუდვა, თვითგვემა, გლოვა, სასოწარკვეთა, ტირილი, ცუდად ყოფნის განცდა, იმედგაცრუება.

სევდის ეტაპზე სპეციალისტი აძლევს ოჯახს შესაძლებლობას გამოიგლოვონ იდეალური ბავშვის ხატის დაკარგვა, რომელიც მათ წარმოდგენებში ჰქონდათ, საჭიროა მოთმინების გამოჩენა და ემპათიური მიდგომის გამოყენება, ნაადრევი დასკვნებისაგან თავის შეკავება. მნიშვნელოვანია, ოჯახს ჰქონდეს დრო ამისთვის და არ უნდა მოხდეს მისთვის იარლიყის მიწებება როგორცაა: დეპრესიული, ნევროტული.

- **გარიყულობის და განმარტოების ეტაპი:**ამ ეტაპზე მშობლებს ახასიათებთ საკუთარ თავში ჩაკეტვა, კონტაქტების შეზღუდვა, სიცარიელის განცდა. რაც შეხება ფიქრებს, იგი უკავშირდება საზრისის დაკარგვას, რასაც თან ახლავს სიცარიელის განცდა, შეგრძნებების დაკარგვა, სოციალური კონტაქტების შეზღუდვა, სიმარტოვის და დაუცველობის განცდა, თუმცა ეს ეტაპი ამასთანავე რეალობის მიღების დასაწყისია.

სპეციალისტის მხრიდან მნიშვნელოვანია: აქტიური მოსმენა, რეალობის მიღების ეტაპზე გვერდით ყოფნა, ოჯახის მხარდამჭერი ადამიანების ჩართვა პროცესში, საკუთარი თავის პატივისცემის შენარჩუნებასა და გაზრდაში მხარდაჭერა, მეუღლესთან ურთიერთობის შენარჩუნებასა და გაღრმავებაში დახმარება.

- **რეორგანიზაცია/გარდაქმნის ეტაპი:**ამ ეტაპისთვის დამახასიათებელია რეალობის ხედვისა და გარდაქმნის იმედი ასევე, მიღწევებზე ფოკუსირება, მშობლები ფიქრობენ რომ: „შეიძლება რაღაც მნიშვნელოვანს ტოვებენ შვილის ცხოვრებაში" და „უნდა შეძლონ, მოერიონ ამ მდგომარეობას". ამ პროცესის თანმდევია რეალობის გაცნობიერება, გარდაქმნის იმედი, მიღწევებზე ფოკუსირება.

სპეციალისტის მხრიდან რეორგანიზაციის/გარდაქმნის ეტაპზე მნიშვნელოვანია მშობლების ინფორმირებულობაზე ზრუნვა, აქტიური ინტერაქცია, რესურსების მობილიზება და მათი ჩართვა მომსახურებებში, სხვა მშობლებთან შეხვედრების ორგანიზება, უფრო ფართო საზოგადოების რეაქციებთან გამკლავების ტექნიკის სწავლება ბავშვის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით.

- **ადაპტაციის ეტაპი:**ამ ეტაპს აქტიური მოქმედება და კეთილდღეობაზე ზრუნვა ახასიათებს. მშობელი ფიქრობს, რომ „იცის, რა სჭირდება მის შვილს", მზადაა იზრუნოს ბავშვზე, შეეგუოს, მიიღოს რეალობა და განახორციელოს შესაბამისი ქმედებები.

ადაპტაციის პერიოდშიც მნიშვნელოვანია სპეციალისტების მიერ ოჯახების მხარდაჭერა და მგრძნობიარე დამოკიდებულება, სპეციალისტებთან სამუშაო ურთიერთობის შენარჩუნება და საზოგადოებაში ადაპტაციის ხელშეწყობა. ამასთანავე, ოჯახების მხარდაჭერა ბავშვზე ზრუნვის ყოველდღიურ ამოცანებთან გამკლავების პროცესში.

სხვა ავტორები ასევე აღწერენ 3 სტადიას, რომელსაც გადიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის მშობლები სიცოცხლის მანძილზე. პირველ სტადიაზე, რომელიც იწოდება ემოციურ დეზორგანიზაციად, მშობლებს აღენიშნებათ აფექტურ-შოკური რეაქციები. მეორე სტადიას აქვს რეინტეგრაციის ხასიათი – ამ პერიოდში შესაძლებელია მშობლების მიერ სტრესული სიტუაციის ნაწილობრივ რეალისტური შეფასება. მესამე სტადია – ეს არის სრული ადაპტაცია, როდესაც მშობლებს შეუძლიათ სწორად შეაფასონ შექმნილი სიტუაცია (ფილიპოვიჩი, 2018)

გარდა ამ ეტაპებისა ითვლება, რომ ოჯახები გადიან კრიზისის რამდენიმე ფაზას: საწყისი – განვითარების დარღვევის მიუღებლობა, თვით პრობლემის უარყოფა, შემდგომ არსებული მდგომარეობის შეგუება და მიღება (ფილიპოვიჩი, 2018)

ოჯახისა და სპეციალისტის თანამშრომლობის მოდელები

საკითხი, თუ როგორ შეიძლება დავეხმაროთ შშმ ბავშვებს, მოზარდებსა და მათ ოჯახებს, დღემდე აქტუალურია. ეს განსაკუთრებით იგრძნობა თანამედროვე თვალსაზრისის შედარებისას წარსულში საყოველთაოდ აღიარებულ იდეებთან და მოსაზრებებთან.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდიდან 1970-იანი წლების მეორე ნახევრამდე, ჩარევა ძირითადად განიხილებოდა ე.წ. „პროფესიული“ მიდგომის თვალსაზრისით. იგი გულისხმობდა, რომ სპეციალისტები ადგენდნენ დიაგნოზს, მკურნალობის კურსს და პასუხისმგებელნი იყვნენ მათ განხორციელებაზე. ამგვარი პროცესი ზღუდავდა მშობლებისა და სხვა მზრუნველების მონაწილეობას და არსებობდა მხოლოდ სარეკომენდაციო ხასიათის რჩევების მიღების შესაძლებლობა ყოველდღიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებით. ხშირ შემთხვევაში, ამგვარი რჩევა-დარიგება იმდენად აბსტრაქტული იყო, რომ შეუძლებელი იყო მათი პრაქტიკაში გამოყენება.

1980-იანი წლების ბოლოს, პროფესიულმა პრაქტიკამ მრავალმხრივი ცვლილება განიცადა ე.წ. „ოჯახური“ მიდგომის თვალსაზრისით. ამ მიდგომის თანახმად, დიაგნოზს, რა თქმა უნდა, ისევ სპეციალისტი ადგენდა და მკურნალობის კურსსაც ის ნიშნავდა, მაგრამ გაიზარდა მშობლების, მზრუნველების აქტიურობის დონე, რაც გამოიხატა იმაში, რომ უფრო სისტემატური გახდა მათი დაკვირვება ბავშვში მიმდინარე ცვლილებებზე ოჯახურ გარემოში. ეს ნიშნავდა, რომ მიღებულ ზომებს დიდი გავლენა ექნებოდა ბავშვის განვითარებაზე, თუკი მზრუნველები და ბავშვის გარემოში მყოფი სხვა პირები აქტიურად მიიღებდნენ მონაწილეობას მისი იმ უნარ-ჩვევების გამომუშავებაში, რომლებსაც წინასწარ დაგეგმილი ღონისძიებები ისახავდნენ მიზნად.

1980-იანი წლების ბოლოს და 1990-იანი წლების დასაწყისში გაიზარდა ოჯახის წევრების როლი, როგორც არსებული პრობლემების ხასიათის დადგენაში, ისე მკურნალობის კურსის შეფასებაში. შესაბამისად, ოჯახს პასუხისმგებლობის გარკვეული ნაწილი დაეკისრა ბავშვზე მზრუნველობისთვისაც და მკურნალობის კურსის განხორციელებისთვისაც.

საინტერესოა, რომ პროფესიული პრაქტიკის ამგვარმა ცვლილებამ განსაზღვრა ოჯახებთან სპეციალისტების მუშაობის ხასიათი. ეს კონცეფციები აისახა სამეცნიერო ლიტერატურაშიც (რაი, და სხვ., 1996). მოკლედ განვიხილოთ ამ კონცეფციების რამდენიმე მაგალითი:

განსაკუთრებული უფლებებით აღჭურვა: ეს ტერმინი გამოყენებულია ფრეირეს ფილოსოფიაში ლიბერალიზაციის შესახებ და ამ კონტექსტში გულისხმობს ოჯახებთან მუშაობის ისეთ სახეს, როდესაც ხდება მათი თვითშეგნების, საკუთარი ძალების რწმენისა და ყოველდღიურ ცხოვრებაში აქტიური მოქმედების შესაძლებლობათა განვითარება და შენარჩუნება (Dunst C. T., 1988).

შესაძლებლობების მიცემა: ეს ტერმინი გულისხმობს ოჯახებისთვის მხარდაჭერას განავითარონ და დამოკიდებულნი იყვნენ საკუთარ რესურსებსა და შესაძლებლობებზე, რათა დამოუკიდებლად შეძლონ თავიანთი ბავშვების მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება (Dunst & Trivette, 1987).

თანამშრომლობა ან მშობლების მონაწილეობა: ეს ტერმინები ასახავს პოზიტიურ დამოკიდებულებას მშობლებთან და სხვა მზრუნველებთან მუშაობისადმი. ამგვარი თანამშრომლობის წყალობით შეიძლება უკეთესი შედეგები მივიღოთ ბავშვებისთვის, მათი ოჯახებისათვის მკურნალობისადმი „პროფესიული“ მიდგომის დანერგვის მეთოდით. ამ მიდგომის სხვა მახასიათებლებთან ერთად ეს ნიშნავს, რომ სპეციალისტებს უნდა ჰქონდეთ სურვილი და მისწრაფება ითანამშრომლონ ოჯახებთან, რათა მათთან ერთად მიიღონ საუკეთესო გადაწყვეტილება (Kramer & McGonigel, Developing the IFSP: Outcomes, Strategies, Activities, and Services. In M.J. McGonigel; R.K. Kaufmann & B.H. Johnson, (Eds.). Guidelines and Recommended Practices for the Individualized Family Service, 1991).

ოჯახთან თანამშრომლობის ფორმები ითვალისწინებს ახლებურ დამოკიდებულებებს, რომელთაც განსაზღვრავს:

- ურთიერთპატივისცემა და დადებითი ურთიერთგავლენა - როცა სპეციალისტი და მშობელი ერთმანეთის მიმართ განიცდიან პასუხისმგებლობას ისინი აცნობიერებენ, რომ მათი ურთიერთობა დადებითად აისახება ბავშვის ემოციურ მდგომარეობაზე და ზოგად განვითარებაზე;
- ინდივიდუალური და ჯგუფური პასუხისმგებლობა - თითოეული პირი თანამშრომლობისას პასუხისმგებელია არა მარტო საკუთარ თავზე და კეთილდღეობაზე, არამედ სხვის წარმატებაზე, მიმდინარეობს ერთობლივი მსჯელობა და მიიღება საერთო გადაწყვეტილება. იგი ასევე გულისხმობს თანამშრომლობით ურთიერთობას, გამოცდილებისა და ცოდნის გაზიარებას;
- ერთმანეთის წახალისება - როდესაც ადამიანები ერთად ასრულებენ კონკრეტულ სამუშაოს, ეხმარებიან ერთმანეთს, ამხნევენ, აქვთ ერთმანეთის გრძნობებისა და დამოკიდებულებისადმი პატივისცემა და გახსნილობა;

- ახლობლობის განცდა - თანამშრომლობისას პიროვნებებმა არა მარტო უნდა გადაწყვიტონ ამოცანა, არამედ იურთიერთონ ამოცანის გადაწყვეტისას.

როგორ ვიმუშაოთ ოჯახებთან?

აღნიშნული მახასიათებლების მიხედვით, მნიშვნელოვანია ოჯახებთან ინტერაქციის დროს ყურადღება გამახვილდეს მშობლების ინდივიდუალურ მახასიათებელზე და მოხდეს მათთან მუშაობისას პროფესიული უნარების ეფექტურად გამოყენება, რაც გულისხმობს არაგანსჯითი მიდგომის, ემპათიის გამოყენებას ეფექტური კომუნიკაციის მხარდაჭერისა და გაძლიერების გზით.

მშობლებთან ურთიერთობისას სოციალურ სამუშაოში აქცენტი კეთდება გაძლიერების თეორიებზე. ძლიერ მხარეებზე ფოკუსირება ითვალისწინებს სპეციალისტების, მზრუნველების და ბენეფიციარის აქტიურ მონაწილეობას და ჩართულობის მაღალ ხარისხს. შემთხვევის მმართველზეა დამოკიდებული რამდენად შეძლებს ის ძლიერ მხარეებზე ორიენტირებული მიდგომის გამოყენებით ბავშვისა და ოჯახის ჩართვას სხვადასხვა პროცესებში (ნამიჭეიშვილი, შემთხვევის მართვა ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროში. გზამკვლევი სოციალური მუშაკებისა და ბავშვებთან მომუშავე სპეციალისტებისთვის, 2014). ეს არის პროცესი, რომელშიც ბენეფიციარი/მისი ოჯახი არ არის პასიური სუბიექტი, ამიტომ გასათვალისწინებელია ბენეფიციარის/ოჯახის მოტივაცია, რესურსები, ემოციები, მიზნები, რათა დაისახოს გზები მიზნის მისაღწევად.

კარლ როჯერსის მოსაზრებით: „კლიენტმა თავად უნდა განიცადოს ან შეიგნოს შესაბამისობა, მიმდებლობა და თერაპევტის ემპათია. არ არის საკმარისი, რომ მხოლოდ თერაპევტს გააჩნდეს ზემოთ ხსენებული თვისებები” (Rogers, 1951).

მუშაობის ეფექტურობაში მნიშვნელოვანი როლი უჭირავს სპეციალისტსა და ბენეფიციარს/ოჯახს შორის არსებულ ალიანსს. იგი უნდა ეყრდნობოდეს თანამშრომლობას, პასუხისმგებლობების და ინიციატივების გადანაწილებას, არ უნდა მოიცავდეს დირექტივას. თანამშრომლობა ასევე ხაზს უსვამს სპეციალისტის ემპათიასა და სამართლიანობას.

მნიშვნელოვანია, რომ ამ შემთხვევაში ოჯახთან მომუშავე სპეციალისტი გამოვიდეს მისი „ძალაუფლების” სფეროდან და შეცვალოს ბენეფიციართან/ოჯახთან მუშაობის სქემა. ამ შემთხვევაში, ეს სპეციალისტისაგან მოითხოვს გარკვეულწილად

თერაპიული მიდგომის გამოყენებას, ემპათიას, სწორ კომუნიკაციას და სწორ ღირებულებებს.

ოჯახთან თანამშრომლობის პროცესში სპეციალისტისთვის საუკეთესო სტრატეგიაა პოზიტიური კონტაქტი. ხშირად, ურთიერთობის საწყის ფაზაში ურთიერთთანამშრომლობის მიმართ ოჯახი სკეპტიკურად არის განწყობილი, ამიტომაც პირველ შეხვედრას ოჯახთან ენიჭება უპირატესი მნიშვნელობა, რომელიც შესაძლებელია სხვადასხვა ადგილას შედგეს: საავადმყოფოში, ოჯახში, სოციალურ მუშაკის სამსახურში. პირველი შეხვედრისას მნიშვნელოვანია გამოყენებული ენა, დამოკიდებულება და ქცევა იყოს შესაბამისი. არასწორი, შეუსაბამო ტერმინოლოგია თრგუნავს და ზოგ შემთხვევაში შეურაცხყოფს ოჯახს, ამიტომ სპეციალისტები საჭიროა აკვირდებოდნენ თავიანთ ლექსიკონს, ხშირად გადახედონ რა ტერმინებს იყენებენ. მნიშვნელოვანია, აქცენტი გაკეთდეს ბავშვზე და არა მის დიაგნოზზე, აქცენტი უნდა გაკეთდეს საჭიროებებზე, ასევე იმაზე, რომ ისინი განსხვავებულ მდგომარეობაში იმყოფებიან. თუკი ოჯახი უარს ამბობს პირველად კონტაქტზე/თანამშრომლობაზე შესაძლებელია მასთან კომუნიკაციისთვის გამოვიყენოთ სხვა პირი, ვინც მას იცნობს, ვისი ნდობაც აქვს ოჯახს და პირველადი კონტაქტი მასთან მოვახდინოთ. მნიშვნელოვანია ასევე, მშობლისა და სპეციალისტის ურთიერთობის წინა გამოცდილების გათვალისწინება, და სწორი მოლოდინების განსაზღვრა, მოლოდინებსა და რეალობას შორის ბალანსის დაცვის პროცესში სპეციალისტს ეხმარება გულწრფელობა და ემპათია. ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროშიც არ სურს ყველა ოჯახს სოციალურ მუშაკთან თანამშრომლობა და სპეციალისტებს უწევთ ოჯახის სურვილის წინააღმდეგ წასვლა. მნიშვნელოვანია, რომ სპეციალისტმა მათთან იმავე ხარისხით ითანამშრომლოს როგორც ოჯახებთან, რომლებიც თანახმანი არიან თანამშრომლობაზე.

ოჯახებთან თანამშრომლობის პროცესი, ასევე, გულისხმობს მათი ეფექტური ჩართულობით ერთობლივი ამოცანების დასახვას ოჯახში არსებული პრობლემების გადაჭრის კუთხით. ასევე მშობლების სწავლების პროცესს მათი უფლებების შესახებ ვინაიდან შესაძლებელია მათთვის არავის უსწავლებია, რომ შეუძლიათ ირგვლივ არსებულ გარემოზე გავლენის მოხდენა ან გარემოებების შეცვლა საკუთარი მოთხოვნილებების შესაბამისად. ამაში კი, მნიშვნელოვანი როლი აქვს სოციალური მუშაკის მუშაობას.

ოჯახთან მუშაობის მეთოდების გამოყენება პრაქტიკაში

თუ ოჯახებს ვეპყრობით როგორც პარტნიორებს შეფასების და ინტერვენციის პროცესში, უფრო მეტი შანსია პოზიტიურ და გრძელვადიან შედეგებს მივაღწიოთ მათთან მუშაობისას. ოჯახთან მუშაობა ხშირად დილემურია, რადგან შემთხვევის მართვისას სოციალური მუშაკი შეიძლება იყოს როგორც ოჯახის დამხმარე, ასევე მაკონტროლებელი მან უნდა შეძლოს იპოვოს ბალანსი ორ პასუხისმგებლობას შორის, ერთი მხრივ, იყოს გამამდიერებელი ადვოკატი და მეორე მხრივ, მაკონტროლებელი. ოჯახთან მუშაობისას გავრცელებული პრაქტიკაა **ოჯახზე ცენტრირებული მიდგომის გამოყენება**, რაც გულისხმობს ოჯახთან, თანადგომის ქსელთან, თემთან მუშაობას.

ოჯახებთან მუშაობისას პრაქტიკაში სპეციალისტების/სოციალური მუშაკების მხრიდან გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდები, მათ შორის:

ვიზიტების განხორციელება ოჯახურ გარემოში საშუალებას აძლევს სპეციალისტს ითანამშრომლოს მთელ ოჯახთან. ვიზიტები ამცირებს ბარიერებს, ეხმარება სპეციალისტს ადგილზე შეაფასოს და ამოიწინოს სხვადასხვა რისკები და მოახდინოს ადგილზე ჩარევა.

ოჯახის კონფერენცია ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროში აქტიურად გამოიყენება. მასში მთელი ოჯახი და შემთხვევასთან დაკავშირებული მხარეები მონაწილეობენ ეს პროცესი ეხმარება ოჯახს პასუხისმგებლობის გაზიარებაში, მისივე მონაწილეობით ბავშვთან დაკავშირებული გეგმების ჩამოყალიბებასა და განხორციელებაში.

კონსულტირება წარმოადგენს ორი ან ზოგჯერ მეტი პიროვნების ურთიერთობის ისეთ ტიპს, რომელიც ემყარება სპეციალისტის კლიენტისადმი პროფესიონალურ ურთიერთობას. კონსულტირების მიზანია ბენეფიციარის/ოჯახის მიერ საკუთარი პრობლემების გაცნობიერება და მათი გადაწყვეტის საშუალებების დადგენა. კონსულტირება ეხმარება ადამიანს გადაწყვეტილების მიღებასა და საკუთარი ინიციატივით მოქმედებაში, შესაძლებელია დაეხმაროს ქცევის ახალი ფორმების დასწავლაში. იგი ხელს უწყობს პიროვნების განვითარებას. კონსულტირების პროცესში აქცენტი კეთდება კლიენტის პასუხისმგებლობაზე ხოლო კონსულტანტი ქმნის ამისთვის ხელსაყრელ პირობებს. ასევე შესაძლებელია, ოჯახებთან მუშაობისას იმ ოჯახების/კავშირების როლის გაზრდა, რომელთაც უკვე გადაიტანეს მსგავსი სტრესი და წარმატებით გაართვეს მას თავი. ძალიან მნიშვნელოვანი ხდება იმის გაგება, რომ მათი შემთხვევა არ არის უნიკალური და ერთადერთი, რომ მსგავსი ბავშვები სხვა ოჯახებშიც იზრდებიან. დღეს სოციალურ მუშაობაში არსებობს ღონისძიებების მთელი სისტემა ოჯახების დასახმარებლად.

არსებული პრაქტიკის მიხედვით, სოციალური მუშაკები ოჯახებთან მუშაობისას (შეფასება/ჩარევა/მონიტორინგი) იყენებენ ძირითადად კონსულტირების მეთოდს, რომელიც ოჯახების გამდიერებას ისახავს მიზნად. კონსულტირება აქტიურად ხდება როგორც ბავშვის ზრუნვის ფორმის განსაზღვრის პროცესში, ასევე მწვავე საკითხებზე რჩევებისა და შენიშვნების/რეკომენდაციების მიცემის პროცესში. თუმცა ოჯახებთან

მუშაობა ხშირად ატარებს ფრაგმენტულ ხასიათს და არ მოიცავს კლასიკური კონსულტირების მეთოდის გამოყენებას (კუპერსი, ლეფი, & ლემი, 1996).

უკიდურესად მნიშვნელოვანია, პრაქტიკოსმა სოციალურმა მუშაკმა თუ სხვა პროფესიონალმა სტერეოტიპად ქცეული პასუხებისა და ზოგადი ხასიათის დამამშვიდებელი განცხადებებისგან (მაგალითად, „ყველაფერი კარგად იქნება“) თავი შეიკავოს, რადგან მსგავს პასუხებს მშობლები, შესაძლოა, აღიქვამდნენ ისე, თითქოს სოციალურ მუშაკსა თუ სხვა დამხმარე პროფესიონალს არ სურს მათი მოსმენა და მათი პრობლემების გადაჭრაში მონაწილეობის მიღება (Sloper, 1999) (O'Connell, O'Halloran, & Doody, 2013).

ასევე მნიშვნელოვანია, სოციალურმა მუშაკმა, რომელიც მუშაობს ოჯახებთან გაიაზროს ეფექტიანი პრაქტიკის მნიშვნელობა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების ოჯახებთან მუშაობის დროს რომელიც თავის თავში მოიცავს:

ოჯახის საჭიროებების სისტემურ ანალიზს: როცა სოციალური მუშაკი იკვლევს ბავშვის შეზღუდულ შესაძლებლობებსა და სხვა ფაქტორებს შორის ურთიერთდამოკიდებულებას, სწავლობს ბენეფიციარის/ოჯახის საჭიროებებს მისივე სოციალურ კონტექსტში. ხდება ოჯახის ერთ წევრზე მიმართული ინტერვენციის გავლენის გააზრება სხვა წევრებზე, ვინაიდან ყოველი ოჯახი უნიკალურია, ყოველ ოჯახს აქვს უნიკალური რესურსი, ღირებულებები და სამყაროს ხედვის ხერხი. ყველაფერი, რაც ოჯახის ერთ-ერთ წევრთან არის დაკავშირებული, გავლენას ახდენს მთელ ოჯახზე.

ანტიდისკრიმინაციული და ჩაგვრის საწინააღმდეგო პრაქტიკის დანერგვას: როცა სოციალური მუშაკი ოჯახთან ერთად აღიარებს განსხვავებულობას უნარებისა და მხარდაჭერის საჭიროებების თვალსაზრისით, აღიარებს სოციალური ინკლუზიის პრინციპებს და ახდენს თანმიმდევრული ზრუნვის ხელშეწყობას. ის ზრდის ოჯახის მონაწილეობას მათივე პრობლემების გადასაჭრელად, რისთვისაც მხარდაჭერას უწევს ოჯახს დამხმარე და მხარდაჭერ მომსახურებებში ჩართვასა და ხელმისაწვდომობის გაზრდაში (შალაშვილი, 2016).

მიტოვების პრევენციაზე მიმართულ ღონისძიებებს, რომელიც თავის მხრივ მოიცავს:

- ოჯახებთან ინტენსიურ მუშაობას და ფსიქო-სოციალურ მხარდაჭერას
- სამედიცინო დაწესებულებებთან ეფექტურ კოორდინაციას
- გეითქიფინგის (ჭიმკრის დარაჯობის პოლიტიკის) პრინციპების დაცვას.

ძლიერ მხარეებზე დამყარებული პრაქტიკის გამოყენებას: ბენეფიციარისთვის/ოჯახისთვის, სირთულეების სიმძიმის მიუხედავად, არსებობს ერთი მთავარი და საერთო რამ, მათ შესწევთ ძალა (ძლიერი მხარეები), რომლის მეშვეობითაც შეუძლიათ გადაჭრან პრობლემები.

ეფექტური ჩარევის პროცესში მნიშვნელოვანია:

- რჩევის მიცემა/ ახსნა-განმარტება;
- ინფორმაციით უზრუნველყოფა/უკუკავშირი;
- მხარდაჭერის შეთავაზება და განმტკიცება, პიროვნების მხარდამჭერთა წრის შეკვრა;
- დარწმუნება;
- პრაქტიკული და არსებითი დახმარებით უზრუნველყოფა;
- კონსტრუქციული ქმედებები მიზნის მისაღწევად;
- ზრუნვა, პიროვნების აღმოჩენა, პიროვნების უნარების, შესაძლებლობების, საჭიროებების, უსაფრთხოების შესწავლა;
- სოციალური უნარების განვითარების ხელშეწყობა;
- მონიტორინგი, რეფლექსია და შეფასება.

ოჯახთან ჩატარებული სამუშაოს შეფასება

ქვემოთ მოცემულია შეკითხვები, რომელიც დაეხმარება სპეციალისტს შეაფასოს მშობელთან ურთიერთობის/მუშაობის პროცესის ეფექტურობა. იგი მოიცავს როგორც შეფასების, ასევე დაგეგმვისა და ინტერვენციის პროცესში მისი მუშაობის შეფასებას. ეს ერთგვარი თვითრეფლექსიაა, რომლითაც სპეციალისტი ადგენს ოჯახთან ჩატარებული მუშაობის ხარისხს, ამიტომ შესაძლებელია ის პირველ პირში დაუსვას სპეციალისტმა საკუთარ თავს. უარყოფითი პასუხების შემთხვევაში მნიშვნელოვანია სპეციალისტის მიერ მოხდეს ოჯახთან მუშაობის გადაფასება, არსებული დილემის გადასალახად. შესაძლებელია, მას დასჭირდეს პროფესიული მხარდაჭერა/სუპერვიზია.

1. ვიღებ თუ არა მხედველობაში მშობლების ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს?
2. ვუსმენ თუ არა მშობლებს, ვითვალისწინებ თუ არა მათ მიერ პირდაპირ თუ არაპირდაპირ გამოთქმულ შეხედულებებს?
3. ვცდილობ თუ არა წარმოვიდგინო საკუთარი თავი მშობლების მდგომარეობაში, რათა გავიგო მათი შეხედულებები, აზრები და დამოკიდებულება?
4. შემიძლია თუ არა მათი დამოკიდებულებების, ურთიერთობის ადაპტირება, რათა მშობლებმა შეძლონ ჩემთან სამუშაო სახის ურთიერთობის ჩამოყალიბება?
5. მესმის თუ არა რამდენად შეუძლიათ ან არ შეუძლიათ მშობლებს ბავშვის ყოველდღიურ ცხოვრებაში მხარდაჭერა?
6. ვცემ თუ არა პატივს მშობლების შეხედულებებს, დამოკიდებულებასა და ფასეულობებს?

7. მშობლების შეხედულებები და დამოკიდებულებები ხომ არ მიშლის ხელს მათთან ურთიერთობაში?
8. არსებობს თუ არა ჩემი, როგორც სპეციალისტის მხრიდან ისეთი დამოკიდებულება, რომელიც რისკის ქვეშ აყენებს მშობლების მონაწილეობას ან ხდება მათი რესურსების გამოყენების იგნორირება?
9. საჭიროა თუ არა ჩემი როგორც სპეციალისტის მხრიდან გარკვეული ინიციატივის გამოჩენა, რომ დავამყარო კავშირი მშობლებთან ან მხარი დავუჭირო მათ?
10. აქვთ თუ არა შესაძლებლობა მშობლებს თავად გამოიჩინონ ინიციატივა პრობლემის გადაწყვეტისას?

გამოყენებული ლიტერატურა

- (2009). *SoS Children's Villages International & International Social Service*. SOS Children's Villages.
- Council of Europe. (2006).
- Dunst, C. C. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. . Cambridge, MA, Brookline Books.
- Dunst, C. T. (1987). *Enabling and empowering families: Conceptual and intervention issues*. *School Psychology Review*, 16(4), 443-456.
- Dunst, C. T. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1987). *Enabling and empowering families: Conceptual and intervention issues*. *School Psychology Review*,.
- Freire, P. (1973). *De ondertryktes paedagogikk*.
- (2009). *Integrated National Strategy on Support Services to Children with Disabilities*.
- Kramer, B., & McGonigel, M. &. (1991). *Developing the IFSP: Outcomes, Strategies, Activities, and Services*. In M.J. McGonigel; R.K. Kaufmann & B.H. Johnson, (Eds.). *Guidelines and Recommended Practices for the Individualized Family Service*.
- Kramer, B., & McGonigel, M. &. (1991). *Outcomes, Strategies, Activities, and Services*. In M.J. McGonigel; R.K. Kaufmann & B.H. Johnson, (Eds.). *Guidelines and Recommended Practices for the Individualized Family Service*.
- Malekpour, M. (2007, JULY). effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 81-95.
- McCall, & Groak. (2015).
- O'Connell, T., O'Halloran, M., & Doody, O. (2013). Raising a child with disability and dealing with life events: A mother's journey. *Journal of Intellectual Disabilities*.
- Rogers, C. (1951). *Client - centered Therapy*. Boston, Houghton Mifflin Co.
- Shelton, T. J. (B.H. 1987). *Family-Centered Care for Children with Special Care Needs*. Washington, D.C: Association for the Care of Children's Health.
- Sloper, P. (1999). Models of service support for parents of disabled children: What do we know? What do we need to know? *Child care health and development*. P. Sloper.-ში

Дэвис, Х. (2010). *Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: Взгляд психолога Современная психология Этерна*. Москва.

Крайг, Г., & Бокум, Д. (2005). *ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОЖДЕНИЕ ТРАВМИРУЮЩИМ? В ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ 9-Е ИЗДАНИЕ*.

Левченко, И. Ю., & Ткачева, В. В. (2003). *Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии Методическое пособие*. просвящения.

ადრეული ინტერვენციის თანამედროვე მოდელები. (თ. გ.). დაბრუნებული ადრეული ინტერვენცია: http://earlyinterventiongeorgia.blogspot.com/p/blog-page_25.html-დან

(ივლისი 2014). *ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება კვლევის ანგარიში*.

ბავშვთან და მათ ოჯახებთან მუშაობის ძლიერი მხარეების პერსპექტივები. (2013). ჩვენი სახლი, საქართველო.

გაგომიძე, თ. (2007). *ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევები*. თბილისი.

გაეროს კონვენცია ბავშვთა უფლებების შესახებ. (1989). *ბავშვთა უფლებების კონვენცია მუხლი#3, პარაგრაფი #1*. UN.

გელაძე, ნ., ლიქოკელი, თ., ტატანაშვილი, ნ., ჭყობიძე, ა., & ვერულავა, თ. (2017). *შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*.

გორდონი, თ. (2014). *როგორ გავხდეთ კარგი მშობელი*. (ნ. ჭიაბრიშვილი, თარჯ.) მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ცენტრი.

დელაპი, ე., & ვეჯე, ჯ. (2016). *ბავშვთა რეინტეგრაციის საკითხების სახელმძღვანელო პრინციპები*. Family for Every Child.

ეროვნული კანონმდებლობის ანალიზი ბავშვთა უფლებების კონვენციის და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის მიხედვით . (2015 წლის მაისი). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები საქართველოში*.

ისაკაძე, თ. (2010). *გ ზამკვლევი მშობლებისთვის*. თბილისი: პირველი ნაბიჯი საქართველო.

კუპერსი, ლ., ლეფი, ჯ., & ლემი, დ. (1996). *შიზოფრენია-ოჯახებთან მუშაობა, პრაქტიკული სახელმძღვანელო*.

მახარაძე, თ., & ქიტიაშვილი, ა. (2013 წლის 23 05). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ოჯახების საჭიროებები და გამოწვევები*. დაბრუნებული 2018 წლის 8 September, <http://online.tsu.edu.ge/ge/science/9959/?p=18>-დან

მიჯაჭვულობა. (2011). საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მედიცინის განვითარების ფონდი.

მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში - პერსპექტივები საქართველოსთვის. (2014). ნეკერი.

ნამიჭიშვილი, ს. (2014). *შემთხვევის მართვა ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროში. გზამკვლევი სოციალური მუშაკებისა და ბავშვებთან მომუშავე სპეციალისტებისთვის*. თბილისი.

ნამიჭიშვილი, ს., & სამაგლიშვილი, შ. (2014). *ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება კვლევის ანგარიში*.

პირველი ნაბიჯი. (2012). *შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებთან და მათ ოჯახებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობა სატრენინგო საკითხავი მასალა*. თბილისი.

რაი, ჰ., ბეფრინგი, ე., ჯონსონი, ბ., ლოსტერი, ს.-ა., სკორტენი, მ., სკოგენი, კ., და სხვ. (1996).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ოჯახების დახმარება:

რესურსებზე ორიენტირებული მიდგომა. დაბრუნებული 2018 წლის 8 September,

www.nplg.gov.ge:

[https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.nplg.gov.ge%2Fgsdl%2Fcgi-bin%2Flibrary.exe%3F%3Dd-00000-00---off-0civil2--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--10-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-](https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.nplg.gov.ge%2Fgsdl%2Fcgi-bin%2Flibrary.exe%3F%3Dd-00000-00---off-0civil2--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--10-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-00%26a%3Dd%26c%3Dcivil2%26cl%3DCL2)

[00%26a%3Dd%26c%3Dcivil2%26cl%3DCL2](https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.nplg.gov.ge%2Fgsdl%2Fcgi-bin%2Flibrary.exe%3F%3Dd-00000-00---off-0civil2--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-11--10-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-00%26a%3Dd%26c%3Dcivil2%26cl%3DCL2)-დან

(2016). *რეგიონული საბჭოების ოქმებში განხილული შემთხვევების თვისებრივი ანალიზი*. ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირი.

სატრენინგო მასალების კრებული. (2011). თბილისი: გაეროს განვითარების პროგრამა.

საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია. (2016 წელი წლის ოქტომბერი). მძიმე და ღრმა შშმ ბავშვთა ალტერნატიულ მომსახურებებში სპეციალისტების გაძლიერება, სატრენინგო მასალა, მუშაობა ოჯახებთან. თბილისი.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №52/ნ . (2010 წლის 26 თებერვალი). *სპეციალიზებულ დაწესებულებაში პირის მოთავსებისა და ამ დაწესებულებიდან მისი გაყვანის წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ*. თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სოციალური სამუშაოს პრაქტიკის საფუძვლები. (თ. გ.). საქართველოს სოციალურ მუშაკა ასოციაცია.

ტატანაშვილი, ზ., & ნემსაძე, ქ. (2008). *ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება*. თბილისი.

ფილიპოვიჩი, ე. (2018 წლის 8 September). *www.dendroni.ge*. დაბრუნებული *www.dendroni.ge*: <https://dendroni.ge/statiebi/article/6156-gansakuthrebuli-satciroebis-ojaks-gansakuthrebuli-mzrunveloba?device=2>-დან

შაღაშვილი, მ. (2015). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ახალგაზრდების სოციალური ინკლუზიის და დამოუკიდებლობის ხელშეწყობა. *ტრენინგის სახელმძღვანელო*. თბილისი.

შაღაშვილი, მ. (2016-2017 წ). *სოციალური მუშაობის პრაქტიკა და სოციალური პოლიტიკა შშმ პირებთან. სამაგისტრო პროგრამის საკითხავი მასალა*. თბილისი, საქართველო.

შაღაშვილი, მ. (თ. გ.). ბიოფსიქოსოციალური შეფასება. *სამაგისტრო პროგრამა; სოციალური მუშაობის პრაქტიკა და სოციალური პოლიტიკა შშმ პირებთან*.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების მშობელთა განწყობა-დამოუკიდებულებები ინკლუზიური განათლებისადმი. (თ. გ.). დაბრუნებული საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა: <http://www.nplg.gov.ge/gsd/cgi-bin/library.exe?e=d-00000-00---off-0civil2--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-1l--10-en-50---20-about---00-3-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-10&a=d&c=civil2&cl=CL2.11&d=HASH162bc42aac965f76bb964a.9>-დან

(2013). *შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დაწესებულებებში ადამიანის უფლებების მდგომარეობის ანგარიში*. საქართველოს სახალხო დამცველი.

ხარებავა, მ., & ჯავახიშვილი, ჯ. (2006). დაბრუნებული 2018 წლის 8 September, <http://www.nplg.gov.ge/gsd/cgi-bin/library.exe?e=d-00000-00---off-0civil2--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-1l--10-ka-50---20-about---00-3-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-00&cl=CL2.5&d=HASH01a89cd0cb2414a0a89af6d9&x=1>-დან

ხარებავა, მ., & ჯავახიშვილი, ჯ. (2006). *გზა ინკლუზიისაკენ*. ზუგდიდი.

ხეჩუაშვილი, ლ. (თ. გ.). *პიროვნების კვლევა. შესავალი პიროვნების ფსიქოლოგიაში*. დაბრუნებული <http://www.qwelly.com/group/psychology/forum/topics/shesavali>-დან

ნაწილი 2. მიტოვენის პრევენცია

ნათია მაჭარაშვილი

„მე მესმის ყველა მშობლის, მაგრამ მინდა ვუთხრა, რომ არ არის ეს კატასტროფა, ჩემი რჩევაა მიიღონ თავიდანვე, იმიტომ, რომ, რაც უფრო ადრე მიიღებენ და დაიწყებენ განვითარებას, მით უფრო მალე მიაღწევენ შედეგს“ (ინტერვიუ მშობელთან)

ყველა ბავშვს აქვს ოჯახში ცხოვრების უფლება, ამ უფლების რეალიზება მნიშვნელოვანია მათი დამალვის, მიტოვების, უგულვებელყოფის, სეგრეგაციის პრევენციის მექანიზმების არსებობით (გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 2006). თუმცა, დღევანდელი საზოგადოებისთვის და სახელმწიფოსთვისაც ეს არის გამოწვევა, ვინაიდან კანონმდებლობისა და საზოგადოების განათლების მცდელობის მიუხედავად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები დღესაც ხშირად არიან ოჯახის მხრიდან მიტოვების მსხვერპლნი და უმეტეს შემთხვევაში ხვდებიან სახელმწიფო ზრუნვის მომსახურებებში, დიდი ზომის საადმინისტრაციო დაწესებულებაში, მიმღებ ოჯახში ან მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში (Unicef Georgia, 2015). მიტოვების გადაწყვეტილების მიღების შესაძლო მიზეზები კომპლექსურია: ეს შეიძლება იყოს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის დაბადებით გამოწვეული სტრესი, დაბნეულობის განცდა, ოჯახის ღირებულებები და საზოგადოების დამოკიდებულება და სხვა, ამიტომ მნიშვნელოვანია მიტოვების პრევენციაზე მუშაობაც მიზეზებიდან გამომდინარე საწყის ეტაპზევე კომპლექსურად წარიმართოს შესაბამისი სპეციალისტების და სისტემების მიერ.

„ჭიშკრის დარაჯობა“ და სპეციალისტების როლი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მიტოვების პრევენციაში

„პირველად ჩემი მდგომარეობა მძიმედ მივიღე, იმიტომ რომ ინფორმაციის მოწოდების ფორმა იყო ძალიან ცუდი. არ ვიცოდი, რა ხდებოდა ჩემს თავს, დიაგნოზიც არ უთქვამთ, ბავშვი არ მომიყვანეს და მატყუებდნენ, რომ გული ჰქონდა ცუდად, ელოდებოდნენ ჩემი მეუღლისგან პასუხს დავიტოვებდით თუ არა ბავშვს. დავურეკე ჩემს პედიატრს, რომელიც მოვიდა სამშობიაროში. დავინახე, რომ როგორც

ჩვეულებრივ ბავშვს, ისე ექცეოდა და მე ეს დამეხმარა აზრზე მოვსულიყავი. გამიმართლა, მის რჩევებს მივყევი” (ინტერვიუ მშობელთან).

სახელმწიფო ზრუნვის სისტემაში მოხვედრამდე, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის მიტოვების პრევენციის პროცესში პირველი და განსაკუთრებული როლი ეკისრებათ ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალისტებს, რომლებიც ხშირად მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ოჯახის მიერ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის მიტოვების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. არსებული პრაქტიკიდან გამომდინარე, ხშირია სწორედ სამედიცინო დაწესებულების სპეციალისტების მიერ მშობლებთან არასათანადო მუშაობის წარმართვა, რაც გამოიხატება არასაკმარისი ინფორმაციის მიწოდებასა და დიაგნოზით გამოწვეული შედეგების შესახებ ინფორმაციის მხოლოდ ნეგატიური კუთხით ჩვენებაში. ისინი ხშირად ყურადღებას არ ამახვილებენ ბავშვის დიაგნოზთან ადაპტაციის პროცესზე, ბავშვის დაავადების გრძელვადიან შედეგზე, ასევე ოჯახისა და გარემოს მნიშვნელობაზე ბავშვის განვითარების პროცესში.

სამედიცინო პერსონალის მხრიდან ხშირად არასწორი ფორმით მიწოდებული ინფორმაცია კიდევ უფრო აღრმავებს მშობლების განცდებს. მშობლებთან საუბარი მოითხოვს ყველა პროფესიული თვისების და უნარის გამოყენებას. ამისთვის კი საჭიროა ზედმიწევნით მომზადება. არსებული მოსაზრებით, პირველ ეტაპზე არ არის აუცილებელი ინფორმაციის დიდი დოზით მიწოდება, მნიშვნელოვანია მშობლებს მიეცეთ კითხვების ღიად დასმის საშუალება და პასუხების მიღების შესაძლებლობა. მნიშვნელოვანია, ფაქიზი და ჰუმანური მიდგომა ოჯახისა და ბავშვის მიმართ. ეს პროცესი უნდა იყოს მხარდაჭერითი და უნდა ეყრდნობოდეს კონფიდენციალობის და პროფესიული ეთიკის პრინციპს.

ადგილობრივი და საერთაშორისო გამოცდილება ცხადყოფს, რომ მშობლების დროული და სწორი ინფორმირება ბავშვის მდგომარეობის შესახებ და მათი მხარდაჭერა მნიშვნელოვნად ამცირებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვის მიტოვების რისკს.

ამასთან დაკავშირებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, მინისტრის ბრძანებით დაამტკიცა (#01-129, 2017 წელი)

ადრეული ასაკის ბავშვების მიტოვების პრევენციული ღონისძიებები, რომელიც იმ სამედიცინო პერსონალის მხრიდან უნდა იყოს განხორციელებული, რომლებიც დასაქმებული არიან ადრეული ასაკის ბავშვებთან სამშობიარო სახლებში, ჯანდაცვის პირველად რგოლსა და სტაციონარში. აღნიშნული ინსტრუქცია შექმნილია ნეონატოლოგების, პედიატრების, მეან გინეკოლოგების, ოჯახის ექიმების, მედდებისთვის/ექთნებისთვის.

სამოქმედო ინსტრუქციაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა მშობლის ინფორმირებას და რეკომენდაციებს, რომელიც ბავშვის ოჯახში შენარჩუნების მნიშვნელობაზე აკეთებს აქცენტს. ინსტრუქციაში ასევე ხაზგასმულია, რომ მშობლებს ბავშვის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია არ უნდა მიეწოდოს როგორც „განაჩენი“, რამაც შესაძლოა განაპირობოს მშობლების მიერ ბავშვზე უარის თქმა, ასევე ნაჩქარევი გადაწყვეტილების მიღება. ინფორმაცია უნდა შეიცავდეს ბავშვის ზრუნვის თავისებურებებს, ოჯახის როლს მის განვითარებაში, მომსახურებების შესახებ ინფორმაციას, მიჯაჭვულობის და ინდივიდუალური ზრუნვის არარსებობის გამო სააღმზრდელო დაწესებულებების ნეგატიურ ზეგავლენას ბავშვის განვითარებაზე.

მშობლის ინფორმირების პროცესში ინსტრუქცია გამოყოფს რამდენიმე საკვანძო საკითხს ესაა:

- ყურადღების გამახვილება ბავშვზე და არა დიაგნოზზე;
- რეალური მოლოდინების შექმნა;
- მშობელთა წახალისება დასვან რაც შეიძლება ბევრი კითხვა, ჩაერთონ პროცესში და გამოხატონ ემოციები;
- მარტივი ტერმინების გამოყენება;
- მშობლებისთვის, დიაგნოზის დასმამდე, ბავშვთან ურთიერთობის საშუალების მიცემა მიჯაჭვულობის ჩამოყალიბების ხელშეწყობისთვის.

პირველადი როლი მიტოვების პრევენციის პროცესში ჯანდაცვის სპეციალისტებთან ერთად აქვს ასევე სოციალურ მუშაკს, რომელიც საწყის ეტაპზე მიტოვების პრევენციულ ღონისძიებებზეა ორიენტირებული. მისი, როგორც მხარდამჭერი სპეციალისტის, როლია იყოს „ჭიშკრის მოდარაჯე“ რათა შეცვალოს, ექვევეუ დააყენოს მშობლის არჩევანი მიატოვოს შვილი. მიტოვების პრევენციაზე ოჯახთან მუშაობა იწყება ბავშვის დიაგნოზის დასმისთანავე. ამ პროცესში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახის და მისი პრობლემების შესწავლას.

პირველი შთაბეჭდილება დიდ გავლენას ახდენს შემდგომ ურთიერთობაზე და დადებითი შედეგის მიღწევაზე. პირველი ფრაზის ტონალობა, მიმიკა, მოძრაობა ღიაობა ეს არის ის არავერბალური საშუალებები, რომლებიც გამოიყენება სპეციალისტების მიერ კონტაქტის დამყარების და ოჯახის პრობლემებში შეღწევის მიზნით. პირველი კონტაქტის დროს მშობლები შესაძლოა იყვნენ დამაბულები ამაზე მეტყველებს სახის გამომეტყველება, პოზა, ხმის ტონი. ეს არის კიდევ ერთი გამოცდა ოჯახისთვის. პროცესს მართავს სპეციალისტი, ამიტომ პოზიტიური საუბარი საშუალებას აძლევს ოჯახს დამაბულობისგან გათავისუფლდეს. საუბრის დროს სპეციალისტი კრებს ინფორმაციას ოჯახის წევრების მხრიდან ოჯახის შესახებ, სწავლობს ასევე დოკუმენტაციას, აკეთებს ანალიზს და უყალიბდება პირველი წარმოდგენა ბავშვის და ოჯახის პრობლემის შესახებ, რომელზეც პრიორიტეტულად უნდა იმუშაოს პრევენციის ეტაპზე. მისი ძირითადი ამოცანებია:

- ბავშვის მდგომარეობით ტრავმირებული ოჯახის წევრების ემოციური მდგომარეობის სტაბილიზაციის მიღწევა პოზიტიური კომუნიკაციის გზით;
- მშობლის შეხედულებების ცვლილებაზე მუშაობა ბავშვის განვითარების პერსპექტივებთან მიმართებაში, ბავშვის განვითარების შესაძლებლობებზე გრძელვადიან პერსპექტივაში ინფორმაციის მიწოდების გზით;
- ბავშვთან ურთიერთობის წახალისება/კონტაქტის შენარჩუნება/ერთად დროის გატარების ხელშეწყობით;
- თუკი ორივე მშობელი სახეზეა მათი დახმარება საერთო ენის გამონახვის პროცესში ღია ურთიერთობის წახალისებით და უხმო მხარდაჭერის გამოვლენით; მხარდაჭერა ოჯახის შენარჩუნებაში;
- პრობლემების გადაჭრის გზების ერთობლივი ძიება-ბავშვისთვის და ოჯახისთვის სწორი მომსახურებების შერჩევა;
- საერთაშორისო კანონმდებლობის, უფლებების შესახებ დოკუმენტების გაცნობა მშობლისათვის;
- ოჯახის მიერ მისი როლის და მისი ჩართულობის მნიშვნელობის გააზრება ბავშვის ადრეული განვითარებისა და ადაპტაციის პროცესში.

გარდა უშუალოდ მშობლებთან ურთიერთობისა, სოციალური მუშაკის მუშაობა, ასევე, მოიცავს თანადგომის ქსელთან ინტენსიურ შეხვედრებსაც. ასევე შესაძლებელია მშობელთა კავშირების ჩართვა მათთან მუშაობის პროცესში, მშობელთა მხარდამჭერი ჯგუფების ორგანიზება. ოჯახებთან ურთიერთობაში შესაძლებელია გამოყენებული

იყოს ინფორმაციის ილუსტრირებულად მიწოდება. ხშირად მათ არ აცნობენ დიაგნოზთან დაკავშირებულ შემდგომ პროცესებს, ამიტომ შესაძლებელია ბროშურების გამოყენებაც, ასევე შეკითხვებზე პასუხები ცნობიერების ამაღლების კუთხით, რაც უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას არა მარტო მიზეზებსა და პროგნოზს, არამედ მკურნალობასა და მართვას.

მნიშვნელოვანია, ასევე ის, რომ როცა სახეზეა მშობლის შშმ სტატუსი და ამავდროულად მხარდაჭერის საჭიროება, ამგვარ შემთხვევებზე უნდა დაიგეგმოს სამუშაო ბავშვის მათთან ურთიერთობის გასაძლიერებლად. ვინაიდან გაეროს შშმ პირთა უფლებების შესახებ კონვენციაში ამ მიზეზით მშობლებთან ბავშვის დაშორება დაუშვებელია. მიტოვების პრევენციის ეტაპზე მნიშვნელოვანია, ასევე, მხარდამჭერი პროფესიების წარმომდგენლების: ექიმების, სოციალური მუშაკების, ფსიქოლოგების ერთობლივი და კოორდინირებული მუშაობა მშობლებთან ურთიერთშეთანხმებით.

დღესდღეობით არსებული პრაქტიკიდან გამომდინარე კი სახეზეა არასაკმარისი კოორდინაცია და არაერთგვაროვანი ხედვა სამედიცინო დაწესებულების სპეციალისტებსა და სოციალურ მუშაკებს შორის, რაც ხელს უშლის მიტოვების პრევენციულ ღონისძიებებს და ოჯახთან ეფექტიან მუშაობას ამ ეტაპზე. ასევე, სოციალური მუშაკისათვის ხელისშემშლელი შეიძლება იყოს ბავშვის დიაგნოზისა და მისი შედეგების შესახებ არასაკმარისი ინფორმაცია, და ასევე მშობლებთან, ოჯახებთან მუშაობის უნარების სიმცირე. მიუხედავად იმისა, რომ ცალკეულ შემთხვევებში წარმატებულია სოციალური მუშაკის მუშაობა მიტოვების პრევენციის მიმართულებით და ხდება ოჯახისა და მათი ძალისხმევით ბავშვის ბიოლოგიურ გარემოში შენარჩუნება, უმეტეს შემთხვევაში ხდება განსაკუთრებით მძიმე და ღრმა შშმ ბავშვის სახელმწიფო ზრუნვის სხვადასხვა ფორმაში განთავსება (კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის, 2014).

არის თუ არა შეზღუდული შესაძლებლობა 24 საათიან ზრუნვაში განთავსების კრიტერიუმი?

„გეითქიფინგის“ სახელმწიფო პოლიტიკის სახელმძღვანელო დოკუმენტი, რომელიც ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმის შედეგად შეიქმნა, დეტალურად განსაზღვრავს იმ პრინციპებს, რომელიც უნდა იყოს გათვალისწინებული ბავშვის სახელმწიფო

ზრუნვაში განთავსების გადაწყვეტილების მიღების პროცესში (ნამიჭეიშვილი, 2014). „გეითქიფინგის“ სახელმძღვანელო პრინციპის მიხედვით, ბავშვისთვის ოჯახი საუკეთესო გარემოა და მისი ოჯახში შენარჩუნებისთვის ყველა რესურსის მობილიზება უნდა მოხდეს. ასევე ეს პრინციპები განსაზღვრავს სახელმწიფო ზრუნვის სისტემაში განთავსების მკაცრ კრიტერიუმებს, რომელთა შორისაა:

- ძალადობა ან ძალადობის რისკი ოჯახის წევრების მხრიდან;
- მზრუნველის/მშობლის მიერ ბავშვის მიტოვება;
- ბავშვის ობლობა;
- ბავშვის მშობლების იძულებით მკურნალობაზე ყოფნა;
- ბავშვის მშობლების სასჯელადსრულებით დაწესებულებაში ყოფნა.

სიღარიბე, ოჯახის დისფუნქცია, უსახლკარობა, განათლების ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა, ამ პრინციპების მიხედვით, არ წარმოადგენს 24 საათიან ზრუნვაში განთავსების ცალსახა საფუძველს.

რამდენადაა დაცული ეს სახელმძღვანელო პრინციპები ამაზე კვლევის შედეგად გაკეთებულ დასკვნაშიც ჩანს. კვლევა, რომელიც ეხებოდა რეგიონული საბჭოების ოქმებში განხილული შემთხვევების თვისობრივ ანალიზს ჩატარდა 2016 წელს *ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირის* მიერ (ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირი, 2016). კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ 24 საათიან ზრუნვაში განთავსების მიზეზებს შორისაა: მშობლის საზღვარგარეთ სამუშაოდ წასვლა, ეკონომიკური სიდუხჭირე, პოზიტიური მშობლობის უნარების დეფიციტი, მშობლის ფსიქიკური პრობლემები, ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, ძალადობა, მშობლების ნეგატიური დამოკიდებულება, უსახლკარობა, განათლების არ ქონა (ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირი, 2016). გეითქიფინგის სახელმძღვანელო პრინციპებში კი, რომელიც სარეკომენდაციო ხასიათს ატარებს სიღარიბე, უსახლკარობა, და განათლების ხელმიუწვდომლობა, ჯანმრთელობის სირთულეები მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში უნდა გახდეს ბავშვების ოჯახებიდან გამოყვანის მიზეზი. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ შშმ ბავშვის 24 საათიან ზრუნვაში განთავსების ძირითადი მიზეზი სწორედ ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და დიაგნოზია, რომელთანაც უჭირს ოჯახს შეგუება და აღიარება. ისინი არ არიან მზად მიიღონ რეალობა, რომელიც კიდევ უფრო გაურკვეველი და ბუნდოვანია სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობის შემდეგ. მნიშვნელოვანია, მშობლებისათვის პრაქტიკაში არსებული წარმატებული მაგალითების ნათლად ჩვენება, როცა შეზღუდული შესაძლებლობა/დიაგნოზი არ

არის მიტოვების პირდაპირპროპორციული და ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ ხდება 24 საათიან ზრუნვაში მისი განთავსების მიზეზი, როდესაც მას მიეცა განვითარების შანსი და წარმატებით ინტეგრირდა საზოგადოებაში.

პრევენციულ და ოჯახის მხარდამჭერ პოლიტიკასა და პროგრამებს ასევე უდიდესი როლი აქვთ ბავშვის მიტოვების პრევენციის დროს. მიუხედავად პოლიტიკის დონეზე დოკუმენტების არსებობისა, პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ ოჯახებისათვის დამხმარე და პრევენციული პროგრამების რაოდენობა მწირია და შეზღუდულ ხასიათს ატარებს.

ვლინდება, პირველადი ჯანდაცვის და სამშობიარო სახლების მინიმალური ჩართულობა ოჯახისგან ბავშვის დაშორების პრევენციის უზრუნველყოფაში. წლების განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის მიერ მანკიერ პრაქტიკას ლომის წილი მიუძღვის ბავშვების ოჯახებისგან დაშორების საქმეში (განსაკუთრებით შეზღუდული შესაძლებლობისა და ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობის შემთხვევაში).

თანაბრად მნიშვნელოვანია მომსახურების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა ყველა რგოლისათვის, ასევე კოორდინაციის გაუმჯობესება ოჯახის დამხმარე მომსახურებებსა და რეფერალურ სისტემას შორის, რათა სისტემა გახდეს პროაქტიული და შეძლოს პრობლემისადმი სისტემური მიდგომის განხორციელება. ამის მისაღწევად, რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე უნდა მოხდეს რისკ ჯგუფის წარმომადგენელი ბავშვებისა და მათი ოჯახების გამოვლენა, ბავშვის საჭიროებაზე მორგებული მომსახურების უზრუნველყოფა და მონიტორინგი.

გამოყენებული ლიტერატურა

(თ. გ.).

- #01-129, მ. ბ. (2017 წელი წლის 06 09). *ssa.gov.ge*. დაბრუნებული სამედიცინო დაწესებულებებში ბავშვის მიტოვების პრევენციის სამოქმედო ინსტრუქცია”.-დან
- (2009). *SoS Children's Villages International & International Social Service*. SOS Children's Villages. Council of Europe. (2006).
- (2009). *Integrated National Strategy on Support Services to Children with Disabilities*.
- Malekpour, M. (2007, JULY). effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 81-95.
- McCall, & Groak. (2015).
- Unicef Georgia. (2015 წლის მაისი). *ეროვნული კანონმდებლობის ანალიზი ბავშვთა უფლებების კონვენციის და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის მიხედვით*. თბილისი: გაეროს ბავშვთა ფონდი.
- Дэвис, Х. (2010). *Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: Взгляд психолога Современная психология Этерна*. Москва.
- Крайг, Г., & Бокум, Д. (2005). *ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОЖДЕНИЕ ТРАВМИРУЮЩИМ? В ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ 9-Е ИЗДАНИЕ*.
- Левченко, И. Ю., & Ткачева, В. В. (б.д.). *Психологическая помощь семье,воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии Методическое пособие*.
- ადრეული ინტერვენციის თანამედროვე მოდელები*. (თ. გ.). დაბრუნებული ადრეული ინტერვენცია: http://earlyinterventiongeorgia.blogspot.com/p/blog-page_25.html-დან
- ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირი. (2016). *რეგიონული საბჭოების ოქმებში განხილული შემთხვევების თვისებრივი ანალიზი*. თბილისი: ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირი.
- ბავშვთან და მათ ოჯახებთან მუშაობის ძლიერი მხარეების პერსპექტივები*. (2013). ჩვენი სახლი, საქართველო.
- გაგოშიძე, თ. (2007). *ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევები*. თბილისი.
- გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია. (2006 წლის 13 12). *შეზღუდული შესაძლებლობების პირთა კონვენცია*.

გაეროს კონვენცია ბავშვთა უფლებების შესახებ. (1989). *ბავშვთა უფლებების კონვენცია მუხლი#3, პარაგრაფი #1*. UN.

გელაძე, ნ., ლიქოკელი, თ., ტატანაშვილი, ნ., ჭყვიძლე, ა., & ვერულავა, თ. (2017). შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში. *ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*.

გორდონი, თ. (2014). *როგორ გავხდეთ კარგი მშობელი*. (ნ. ჭიაბრიშვილი, თარჯ.) მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ცენტრი.

დელაპი, ე., & ვეჯე, ჯ. (2016). *ბავშვთა რეინტეგრაციის საკითხების სახელმძღვანელო პრინციპები*. Family for Every Child.

ისაკაძე, თ. (2010). *გზამკვლევი მშობლებისთვის*. თბილისი: პირველი ნაბიჯი საქართველო.

კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის. (2014). *ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება კვლევის ანგარიში*.

კუპერსი, ლ., ლეფი, ჯ., & ლემი, დ. (1996). *შიზოფრენია-ოჯახებთან მუშაობა, პრაქტიკული სახელმძღვანელო*.

მახარაძე, თ., & ქიტიაშვილი, ა. (2013 წლის 23 05). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ოჯახების საჭიროებები და გამოწვევები*. დაბრუნებული <http://online.tsu.edu.ge/ge/science/9959/?p=18>-დან

მინისტრი, შ. ჯ. (2017 წლის 06 09). ssa.gov.ge. დაბრუნებული სამედიცინო დაწესებულებებში ბავშვის მიტოვების პრევენციის სამოქმედო ინსტრუქცია #01-129.-დან

მიჯაჭვულობა. (2011). საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მედიცინის განვითარების ფონდი.

მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში - პერსპექტივები საქართველოსთვის. (2014). ნეკერი.

ნამიჭიშვილი, ს. (2014). თბილისი, საქართველო: ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

ნამიჭიშვილი, ს. (2015). ოჯახების გაძლიერების პრევენციული როლი ბავშვთა კეთილდღეობის პოლიტიკაში. *ახალგაზრდა მკვლევართა ჟურნალი № 2*.

ნამიჭიშვილი, ს., & სამაგლიშვილი, შ. (2014). *ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება კვლევის ანგარიში*.

რაი, ჰ. (თ. გ.). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ოჯახების დახმარება: რესურსებზე ორიენტირებული მიდგომა.*

სატრენინგო მასალების კრებული. (2011). თბილისი: გაეროს განვითარების პროგრამა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №52/ნ . (2010 წლის 26 თებერვალი). *სპეციალიზებულ დაწესებულებაში პირის მოთავსებისა და ამ დაწესებულებიდან მისი გაყვანის წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ.* თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სოციალური სამუშაოს პრაქტიკის საფუძვლები. (თ. გ.). საქართველოს სოციალურ მუშაკა ასოციაცია.

ტატანაშვილი, ზ., & ნემსაძე, ქ. (2008). *ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება.* თბილისი.

შალაშვილი, მ. (თ. გ.). *სამაგისტრო პროგრამა: სოციალური მუშაობის პრაქტიკა და სოციალური პოლიტიკა შშმ პირებთან.*

შალაშვილი, მ. (თ. გ.). *ბიოფსიქოსოციალური შეფასება. სამაგისტრო პროგრამა; სოციალური მუშაობის პრაქტიკა და სოციალური პოლიტიკა შშმ პირებთან.*

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებთან და მათ ოჯახებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობა. (2012). პირველი ნაბიჯი საქართველო.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების მშობელთა განწყობა-დამოკიდებულებები ინკლუზიური განათლებისადმი. (თ. გ.). დაბრუნებული საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა: <http://www.nplg.gov.ge/gSDL/cgi-bin/library.exe?e=d-00000-00---off-0civil2--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-1l--10-en-50---20-about---00-3-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-10&a=d&c=civil2&cl=CL2.11&d=HASH162bc42aac965f76bb964a.9-დან>

(2013). *შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დაწესებულებებში ადამიანის უფლებების მდგომარეობის ანგარიში.* საქართველოს სახალხო დამცველი.

ხარებავა, მ., & ჯავახიშვილი, ქ. (2006). *ზუგდიდი.*

ხეჩუაშვილი, ლ. (თ. გ.). *პიროვნების კვლევა. შესავალი პიროვნების ფსიქოლოგიაში.* დაბრუნებული <http://www.qwelly.com/group/psychology/forum/topics/shesavali>-დან

ნაწილი 3. რეინტეგრაციაზე მუშაობა

ნათია მაჭარაშვილი

უსაფრთხო ოჯახი საუკეთესო გარემოა ყველა ბავშვისთვის, მისი განვითარებისა და კეთილდღეობისთვის. ძალადობისა და უგულბეზღობისგან დაცული უსაფრთხო ოჯახური გარემო მნიშვნელოვნად უზრუნველყოფს მასში მცხოვრები ბავშვების საბაზისო და განვითარებისთვის მნიშვნელოვანი საჭიროებების დაკმაყოფილებას და აძლევს მათ ჰარმონიული განვითარების საშუალებას. საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ ოჯახურ გარემოში აღზრდა უპირატესია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის, რაც საერთაშორისო კონვენციებშიც ხაზგასმით არის აღნიშნული (გაეროს კონვენცია ბავშვის უფლებების შესახებ, 1989) (გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 2006) ბავშვის ადაპტაცია და სირთულეებთან გამკლავების მექანიზმი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მისი მშობლების და ოჯახის მხარდაჭერასა და ჩართულობაზე, მზრუნველ და უსაფრთხო ოჯახურ გარემოზე, ოჯახის დამოკიდებულებასა და ოჯახის კლიმატზე, ვინაიდან ბავშვები ბევრად ადაპტირებულნი არიან, როცა ოჯახი ხელს უწყობს მათი უნარების გაუმჯობესებას. ამიტომაც მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფო ინსტიტუტები, ბავშვებთან და ოჯახებთან მომუშავე სპეციალისტები/სოციალური მუშაკები მუდმივად ზრუნავდნენ და მხარს უჭერდნენ ბავშვების ოჯახურ გარემოში აღზრდის უფლების დაცვას და ამ უფლების პრაქტიკულ აღსრულებას.

რა არის რეინტეგრაცია?

რეინტეგრაცია განისაზღვრება, როგორც „განცალკევებული ბავშვის მის ოჯახში და თემში (ჩვეულებრივ, მშობლიურ) სამუდამოდ დაბრუნების პროცესი, რათა მიიღოს დაცვა და მზრუნველობა, აღიდგინოს მიკუთვნებულობის შეგრძნება და დასახოს

მიზნები ცხოვრების ყველა სფეროში” (დელაპი & ვეჯე, 2016). როგორც განმარტებიდან ჩანს, რეინტეგრაცია განსხვავდება „გაერთიანებისაგან”, რაც ბავშვის მხოლოდ ფიზიკურად დაბრუნებას გულისხმობს. ის უფრო მეტია ვიდრე ფიზიკურად ერთად ყოფნის შესაძლებლობა და ამასთანავე მშობელსა და შვილს შორის მიჯაჭვულობის და მხარდაჭერის პროცესს მოიცავს. თითოეული ბავშვის შემთხვევა უნიკალურია და მოითხოვს რეინტეგრაციის პროცესში მისი ინტერესების მაქსიმალურად გათვალისწინებას და ოჯახის, ბავშვისა და სპეციალისტების მაქსიმალურ ჩართულობას. არსებული პრაქტიკის გათვალისწინებით ეს პროცესი ასევე მოითხოვს ინტერსექტორულ მხარდაჭერასა და რესურსების მობილიზებას ოჯახების მხარდაჭერის პროცესში. ოჯახის გაერთიანება და ჩარევა მიზნად ისახავს ბავშვისთვის სარგებლის მოტანას ზიანის გარეშე და არსებობის შეთხვევაში, გარკვეული რისკები არ უნდა იყოს დამაბრკოლებელი ბავშვის ოჯახთან გაერთიანებისთვის.

ბავშვთა უფლებების კონვენციის მე-9 მუხლი ხაზს უსვამს ოჯახში ცხოვრების უპირატესობას. „ბავშვს უფლება აქვს, არ დაშორდეს თავის მშობლებს, იმ შემთხვევათა გამოკლებით, როცა კომპეტენტური ორგანოები, სასამართლო გადაწყვეტილების თანახმად, განსაზღვრავენ, რომ ასეთი დაშორება აუცილებელია (გაეროს კონვენცია ბავშვის უფლებების შესახებ, 1989).

რეინტეგრაციის პროცესის მონაწილეთა როლები

ბავშვის ბიოლოგიურ გარემოში/ოჯახში რეინტეგრაცია განგრძობითი პროცესია, რომლის დროსაც ყველა დაინტერესებული სუბიექტი/მხარე: ოჯახი, თემი, მთავრობა, ორგანიზაციები, ჯანდაცვა, განათლების სისტემა, კერძო სექტორი კოორდინირებულად უნდა მოქმედებდეს ბავშვის ოჯახში აღზრდის უპირატესი

უფლების განხორციელებისთვის. ქვემოთ განვიხილავთ რეინტეგრაციის პროცესში მონაწილე ძირითადი სუბიექტების როლს და მათი ჩართულობის მნიშვნელობას.

ბავშვი და მისი საუკეთესო ინტერესის დაცვა

რეინტეგრაციის პროცესში ჩართულ მხარეებს შორის უპირატესი ადგილი თავად ბავშვს უჭირავს. ჟან პიაჟესა (1952) და მარია მონტესორის (1968) თეორიების მიხედვით, რომლებმაც რევოლუცია მოახდინეს ბავშვის კოგნიტური განვითარების სფეროში - „ბავშვები აქტიურად აზროვნებენ, აყალიბებენ აზრს, ირჩევენ, აანალიზებენ, აქტიურად შეიმეცნებენ გარემოს, თავად იჩენენ ინიციატივას და იწყებენ სხვებთან ურთიერთობას, არიან თანასწორუფლებიანნი” (დელაპი & ვეჯე, 2016).

ბავშვები რეინტეგრაციის პროცესის შუაგულში არიან და ნებისმიერი ქმედება მათი მონაწილეობით და მათი საუკეთესო ინტერესების დაცვით უნდა ხორციელდებოდეს. ბავშვის საუკეთესო ინტერესების ცხოვრებაში გატარება მოითხოვს ბავშვის უფლებებზე დაფუძნებულ მიდგომას, რომელიც აერთიანებს ყველა იმ სუბიექტს/აქტორს, რომელთა ერთობლივი ძალისხმევაც უზრუნველყოფს ბავშვის ჰოლისტურ განვითარებას, პიროვნულ ინტეგრირებულობას და ადამიანური ღირსების დაცვას.

ბავშვის საუკეთესო ინტერესების კონცეფცია (გაეროს კონვენცია ბავშვის უფლებების შესახებ, 1989) ზოგადი კომენტარი#10 აერთიანებს თავის თავში სამ საკვანძო ასპექტს:

- **ბავშვის საუკეთესო ინტერესი, როგორც არსებითი უფლება** - ბავშვს გააჩნია უფლება, იმ შემთხვევაში, თუ ხდება გადაწყვეტილების მიღება მისი ცხოვრების

თაობაზე, იქნეს შეფასებული/შესწავლილი მისი საუკეთესო ინტერესები, და მიენიჭოს უპირატესობა ამ ინტერესებს, ყველა სხვა ინტერესებთან შედარებით.

- **ბავშვის საუკეთესო ინტერესი, როგორც ფუნდამენტური, ინტერპრეტაციული სამართლებრივი პრინციპი** - თუ შესაძლებელია სამართლებრივი დადგენილების ერთზე მეტი ინტერპრეტაცია, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს იმ კონკრეტულ ინტერპრეტაციას, რომელიც ყველაზე ეფექტურად ემსახურება ბავშვის საუკეთესო ინტერესების დაცვას.
- **ბავშვის საუკეთესო ინტერესი, როგორც პროცედურული წესი** - გადაწყვეტილების მიღებისას, რომელსაც ბავშვის ცხოვრებაზე გავლენის მოხდენის პოტენციალი აქვს, უნდა მოხდეს ამ გადაწყვეტილების შესაძლო დადებითი თუ უარყოფითი გავლენის შეფასება. ბავშვის საუკეთესო ინტერესების შეფასება და განსაზღვრა ითხოვს სათანადო პროცედურის დაცვას. გადაწყვეტილების დასაბუთება უნდა აჩვენებდეს, რომ საუკეთესო ინტერესების უფლება მიიღეს მხედველობაში გადაწყვეტილების შემუშავებისას, უნდა აიხსნას, თუ როგორ მიიღეს მხედველობაში ეს უფლება, რა იყო განხილული ბავშვის საუკეთესო ინტერესად, რა კრიტერიუმებს ეფუძნებოდა ეს.

ასევე მნიშვნელოვანია მიჯაჭვულობის მნიშვნელობის გააზრება ბავშვის ოჯახთან/მშობლებთან დაშორების დროს, რადგან, მიჯაჭვულობის დაკარგვა, რომელიც მშობელთან, მზრუნველთან განშორებით არის განპირობებული ზიანს აყენებს ბავშვის განვითარებას, მათ შორის გონებრივ განვითარებას (Disabilities, The British Journal of Developmental, <http://www.sakkyndig.com>, 2007).

მიჯაჭვულობა არის ძლიერი ურთიერთკავშირი ადამიანებს შორის, რომლის დროსაც ემოციურ ურთიერთობას თან ახლავს დაცულობის გრძნობა. იგი ადრეული ასაკიდან ყალიბდება და გავლენას ახდენს ზრდასრულობაში მჭიდრო ემოციური

კავშირების ჩამოყალიბების უნარზე. ბევრი სირთულე ქცევასა და სოციალურ ადაპტაციაში, რომლებიც აქვთ ბავშვებს, დაკავშირებულია ბავშვსა და მშობელს შორის ურთიერთობის დარღვევასთან. მიჯაჭვულობა ხელს უწყობს განვითარებადი ინდივიდუალური შესაძლებლობების გაფართოებას. ფსიქოლოგები აღნიშნავენ, რომ იგი ხელს უწყობს ბავშვს ჩამოყალიბდეს უნიკალურ პიროვნებად, აყალიბებს მის ადაპტაციურ შესაძლებლობებს და მომავალი პათოლოგიების მიმართ წინააღმდეგობების გაწევის უნარს. მშობლისა და ბავშვის ინტერაქციას დადებითი გავლენა აქვს ისეთი ბიოლოგიური პრობლემების მოგვარებაზე, როგორცაა დაბადებით მცირე წონა, შეზღუდული შესაძლებლობები, გონებრივი შეზღუდვა. ამიტომ, როდესაც საქმე ეხება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებს, ამგვარი ახლო, ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს რეინტეგრაციის პროცესში, სადაც ბავშვთან ერთად ოჯახსა და ოჯახებთან მომუშავე სპეციალისტების მიჯაჭვულობის ხელშეწყობაზე მიმართულ ინტერვენციებს უმთავრესი ფუნქცია აქვს (Malekpour M. , 2007).

ოჯახი - ოჯახები ბავშვებთან ერთად რეინტეგრაციის პროცესის ცენტრში უნდა იყვნენ და მონაწილეობდნენ გადაწყვეტილების მიღების ყველა ეტაპზე.

ყოველი ოჯახი უნიკალურია და აქვს თავისი რესურსები, ღირებულებები და სამყაროს ხედვის ხერხი. ვირჯინია სატირი ერთ-ერთი ცნობილი ოჯახის ფსიქოთერაპევტი, თავის ნაშრომებში საკუთარ გამოცდილებასა და ოჯახთან მუშაობის სხვადასხვა მეთოდებს გადმოგვცემს. მისი აზრით, ყოველი ოჯახის წევრი არის გამორჩეული და ამავედროულად, ნაწილი ოჯახური მთლიანობისა, როდესაც ერთი ოჯახის წევრს აქვს პრობლემები, იგი ეხება დანარჩენი ოჯახის წევრებს, ამასთანავე ოჯახის თითოეულ წევრს აქვს ასევე საჭიროებები და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილების უფლება. არცერთი პიროვნება ოჯახში არ არის უფრო

მნიშვნელოვანი ვიდრე მეორე. ამიტომ, ძალიან მნიშვნელოვანია, ყველამ ერთად სცადოს ჰომეოსტაზის შენარჩუნება (Сатир, 1967).

ჩვენ ამავე თავის წინა ნაწილში: „შეზღუდულ შესაძლებლობასთან ადაპტაცია და ჩარევის სტრატეგია” ვისაუბრეთ თუ რა გავლენას ახდენს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის არსებობა ოჯახის ფუნქციონირებაზე, აქედან გამომდინარე მნიშვნელოვანია ოჯახის, მისი წევრების თვითშეგნების, საკუთარი ძალების რწმენისა და ყოველდღიურ ცხოვრებაში აქტიური მოქმედების შესაძლებლობების განვითარება და შენარჩუნება შესაბამისი სპეციალისტების მხარდაჭერით, რათა ოჯახებს გაუჩნდეთ მოტივაცია აღმოაჩინონ, შეიძინონ უნარები და ცოდნა და გაძლიერდნენ კრიზისული სიტუაციების დაძლევის დროს.

რეინტეგრაციის პროცესი ოჯახისთვის ერთგვარად მოგზაურობას ჰგავს, თავისი გამოწვევებით და ახალი გამოცდილებების შეძენით, ბავშვისთვის ოჯახამდე ხშირად დაბრკოლებებით და სირთულეებით მისასვლელი დიდი გზაა, რისთვისაც ოჯახის მზაობასა და მოტივაციას ამ სირთულეების დაძლევის გზაზე გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

იმის გამო, რომ ზრუნვის პასუხისმგებლობა პირველ რიგში ოჯახებს ეკისრებათ, მშობლიურ ოჯახში პოტენციური დაბრუნების საკითხი მათთან შეთანხმებას მოითხოვს. მშობლებსა და სხვა ძირითად მზრუნველებთან ერთად, რეინტეგრაციის პროცესში გადამწყვეტია დების, ძმების და ბავშვის ან მშობლის/მეურვის პოზიცია ბავშვის რეინტეგრაციასთან დაკავშირებით.

ბავშვის ოჯახთან გაერთიანების პროცესზე ოჯახის მოტივაციასთან ერთად გავლენას ახდენს უსაფრთხოების, დაცულობის და ბავშვის განვითარებასთან და

შესაძლებლობებთან ადაპტირების უნარის არსებობა. მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახს სურდეს და აიღოს პასუხისმგებლობა იფიქროს და იზრუნოს ბავშვზე, დააკმაყოფილოს მისი საჭიროებები, დაიცვას და გააცნობიეროს ბავშვის უფლებები, შეუქმნას დაცული და უსაფრთხო გარემო, ხელი შეუწყოს მის ინტეგრაციას და სოციალურ ინკლუზიას (დელაპი & ვეჯე, 2016).

თემი - თემს მნიშვნელოვანი როლის შესრულება შეუძლია სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირებაში, შეუძლია გავლენა მოახდინოს რეინტეგრაციის პროცესში მყოფ ბევრ ბავშვზე და დაიცვას ისინი ძალადობის, ექსპლუატაციისა და უგულვებელყოფისაგან. ბავშვთა დაცვის სათემო მექანიზმები მნიშვნელოვანი ბერკეტებია რეინტეგრაციის შემდგომ მხარდაჭერის პროცესში.

ბულგარეთში საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციამ *Hope and Homes for Children* წარმატებულად მოახდინა 84 ბავშვის რეინტეგრაცია დიდი ზომის საადმინისტრაციო დაწესებულებებიდან. ამ ბავშვების მნიშვნელოვან ნაწილს აქვს ფიზიკური, ან გონებრივი შეზღუდული შესაძლებლობები. პროგრამა პირველ რიგში მუშაობდა თემთან, რომ შეეცვალა შეხედულება შეზღუდულ შესაძლებლობაზე, როგორც სამედიცინო „პრობლემაზე“, რომელიც საჭიროებს სპეციალიზებულ ჩარევას. ნეონატოლოგიის პროფესორმა შეაფასა 120 -ზე მეტი ბავშვი, რომლებიც ინსტიტუციური პერსონალის თვალსაზრისით, მიეკუთვნებოდნენ იმ კატეგორიას, რომელიც საჭიროებს სპეციალურ სახლებში მზრუნველობას და შეამცირა ეს რიცხვი 30-მდე. მეორე მხრივ, პროგრამა აერთიანებდა მიზანმიმართულ მატერიალურ მხარდაჭერას, რომელიც მოიცავდა მატერიალურ შემოწირულობას საზოგადოებისა და ადგილობრივი ბიზნესის მხრიდან, იმ მიზნით, რომ გაზრდილიყო აღმზრდელობითი უნარები და მომსახურების ხელმისაწვდომობა.

ასევე, პროგრამამ არა მხოლოდ უზრუნველყო ინდივიდუალური მხარდაჭერა ბავშვებისა და მათი ოჯახებისთვის, არამედ ჩაატარა სამუშაოები ფართო საზოგადოებასთან, თემთან, მოიძია და დაამყარა დამხმარე კავშირები ბავშვების და მათი ოჯახებისთვის და ჩართო საზოგადოება, რათა მომხდარიყო თავდაპირველი განცალკევების ძირეული მიზეზების კვლევა (დელაპი & ვეჯე, 2016).

მთავრობა - საერთაშორისო კონვენციებთან ერთად ბავშვთა რეინტეგრაციის საკითხების სახელმძღვანელო პრინციპები ნათლად მიუთითებს ეროვნულ მთავრობას დაიცვას ბავშვის უფლებები და მისი საუკეთესო ინტერესები. ამდენად, მან უნდა უზრუნველყოს ეფექტური და უსაფრთხო რეინტეგრაცია კანონების, პოლიტიკის მომსახურებების, ადეკვატური დაფინანსებისა და პერსონალის შეთავაზების გზით. მნიშვნელოვანია, ასევე სათანადოდ მომზადებული ადამიანები ბავშვთა კეთილდღეობისა და მართლმსაჯულების სისტემაში, რაც შესაძლოა, ფასდაუდებელი აღმოჩნდეს ბავშვების გარკვეული ჯგუფების რეინტეგრაციისთვის.

სამოქალაქო და კერძო ორგანიზაციები - სამოქალაქო ორგანიზაციების როლი რეინტეგრაციის მხარდაჭერის პროცესში ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც მთავრობის. საჭიროების შემთხვევაში ისინი მთავრობის წინაშე ახდენენ რეინტეგრაციის პროცესში მყოფი ბავშვების უფლებების ლობირებას. ეს ორგანიზაციები ანგარიშვალდებულნი არიან ბავშვების წინაშე, შესაბამისად, მუდმივად უნდა მისცენ ბავშვებსა და მათ ოჯახებს შესაძლებლობა გამოხატონ აზრი მიღებულ მომსახურებებსა და მხარდაჭერასთან დაკავშირებით. ორგანიზაციებს შეუძლიათ ბავშვებისა და ოჯახების ინფორმირება სახელმწიფო მომსახურებების შესახებ და რიგ შემთხვევაში თავად არიან ძირითადი მომსახურებების მომწოდებლები.

რეინტეგრაციის ეტაპები და პროცესი

ბავშვის ბიოლოგიურ გარემოში რეინტეგრაცია რამდენიმე ეტაპისგან შედგება და თითოეულ ეტაპზე მოიცავს შესაბამისი მხარდაჭერის პროცესს. რეინტეგრაციის დროს სოციალური მუშაკი არის შემთხვევის მმართველი, რომელიც შემთხვევის მართვის მეთოდის გამოყენებით მუშაობს ბავშვთან და ოჯახთან. მათთან ერთად იაზრებს ბავშვის ბიოლოგიურ გარემოში დაბრუნების შესაძლებლობას, სავარაუდო რისკებს და გეგმავს ოჯახის გაერთიანების პროცესს. რეინტეგრაციის დაგეგმვისას ბავშვისა და ოჯახის მოსამზადებლად, მათი შეფასება სათანადო პირმა ან ჯგუფმა უნდა მოახდინოს. მათ საშუალება უნდა ჰქონდეთ გაიარონ მრავალმხრივი კონსულტაცია, რაზე დაყრდნობითაც მიიღებენ გადაწყვეტილებას შესაძლებელია თუ არა ბავშვის ოჯახში რეინტეგრაცია. ყველა წესის თანახმად, ზრუნვის ალტერნატიულ ფორმაში მყოფ ბავშვთან მიმართებაში მისი ოჯახთან რეინტეგრაციის შესაძლებლობის განხილვა ზრუნვის ფორმის გადასინჯვის პროცესის ძირითად ნაწილს უნდა მოიცავდეს (დელაპი & ვეჯე, 2016)

მოცემულ ქვეთავში განვიხილავთ რეინტეგრაციის შემთხვევის მართვის გეგმას, კონკრეტულად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის რეინტეგრაციის მაგალითზე, რომელზეც 2017 წელს ერთ-ერთი პროექტის ფარგლებში მუშაობდა საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია. მაგალითის განხილვა საშუალებას მოგვცემს დავინახოთ რეინტეგრაციის პროცესი, მასში ჩართული სუბიექტების როლები ასევე პროცესის ხარვეზები, რაც დაგვეხმარება ოჯახთან რეინტეგრაციის პროცესში საუკეთესო პრაქტიკისთვის ინტერვენციების განსაზღვრაში.

როდის ვიწყებთ რეინტეგრაციაზე მუშაობას?

„როცა პირველად შევხვდი, ის 17 წლის იყო და ბოლო 10 წლის განმავლობაში ცხოვრობდა სახელმწიფო ზრუნვაში. დედამ ის, 7 წლის ასაკში მიატოვა ბებიასთან და

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მამასთან. ქმრის ოჯახში მიტოვებული, ბებიამ ჯერ ბავშვთა სახლში მიაბარა, საიდანაც მოგვიანებით შორეულ რეგიონში ზრუნვის სხვა/ალტერნატიულ მომსახურებაში განთავსდა. დედა, რომელიც 14 წლის ასაკში მოტყუებით გაათხოვეს, მოგვიანებით კი, ძალადობის მსხვერპლი გახდა ნათესავის მხრიდან, იშვიათად, მაგრამ მაინც ნახულობდა. მამა, რომელიც დედაზე ბევრად უფროსი იყო, თავიდანვე საჭიროებდა სპეციალურ ზრუნვას შეზღუდული შესაძლებლობების გამო. სპეციალისტს, რომელიც ბავშვთან წლების განმავლობაში მუშაობდა, თითქმის წარმოუდგენლად მიაჩნდა მისი ბიოლოგიურ გარემოში დაბრუნება და სკეპტიკურად იყო განწყობილი რეინტეგრაციის შესაძლებლობის მიმართ. დიდი ცდუნება იყო სკეპტიკურად განწყობილი ჩემი კოლეგის მოსაზრებები არ გამეზიარებინა. მაგრამ ვგრძნობდი, რომ ყველაფერი არ ვიცოდით და საჭირო იყო მეტი კონტაქტი გვქონოდა ოჯახთან, რომელიც საჭიროებდა უფრო ინტენსიურ მუშაობას” (შემთხვევაზე მუშაობა მიმდინარეობდა პროექტი: მინდობით აღზრდის მომსახურების განვითარება, 2017).

არსებული პრაქტიკა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის სახელმწიფო ზრუნვაში განთავსების მრავალ შემთხვევას იცნობს როგორც საქართველოში, ასევე სხვა ქვეყნებში. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო აღიარებს რეინტეგრაციას, როგორც ზრუნვის საუკეთესო და საიმედო ფორმას და სოციალური მუშაკის მიერ პროცედურის შესაბამისად, ყოველ 6 თვეში ერთხელ განიხილება ბავშვის ბიოლოგიურ გარემოში დაბრუნების შესაძლებლობა, ბიოლოგიურ ოჯახებში დაბრუნებული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების რიცხვი ძალიან მცირეა, მეტიც, სპეციალისტები სკეპტიკურად აფასებენ ოჯახში მათი დაბრუნების შანსებს, რაც ხშირად განპირობებულია ბავშვის ბიოლოგიური ოჯახის შესახებ ინფორმაციის სიმწირით, ბიოლოგიურ მშობლებთან, თანადგომის ქსელთან კონტაქტების სიმცირით და ოჯახთან და ბავშვთან მომუშავე სპეციალისტთა

არაეფექტური კოორდინაციით. საინტერესოა, რომ ერთ-ერთი კვლევა, რომელიც სოციალურ მუშაკთა აღქმასა და გამოცდილებებს სწავლობდა მზრუნველთა და ბავშვთა გაერთიანების პროცესში, ხსნის შესაძლო სკეპტიკური დამოკიდებულებების არსებობას სპეციალისტებში. „მეურვეებს\მზრუნველებს ბავშვებთან განცალკევების შემდეგ ხშირად აკრავდნენ არაკომპეტენტურის იარლიყს. ამ სტერეოტიპისგან თავის დაღწევა კი სერიოზულ გამოწვევებს უკავშირდება მშობლების მხრიდან“. უნდა აღინიშნოს, რომ ბიოლოგიური მშობლების არსებობის შემთხვევაშიც შესაძლებელია ბავშვს დაენიშნოს მეურვე ან მზრუნველი თუკი იგი სათანადოდ არ/ვერ ართმევს თავს ბავშვის მზრუნველობას. მშობლები კვლევის ფარგლებში მიიჩნევენ, რომ ისინი „ბევრი კუთხით უარყოფითად არიან შეფასებულები სპეციალისტების მხრიდან, თუმცა მიუხედავად ამისა, არსებობს ბავშვების ამ ოჯახებში დაბრუნების შანსები. მნიშვნელოვანია, მეურვეებმა\მზრუნველებმა პატივისცემა და ნდობა იგრძნონ სოციალური მუშაკებისგან და ბავშვები იყვნენ მათი ერთობლივი თანამშრომლობის მოწმენი. ეს დაეხმარება მათ პატივისცემაზე და ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობის მშენებლობაში (Research, Population and Knowledge Management, September 2015) .

ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროში ყველა ოჯახს არ სურს სოციალურ მუშაკთან თანამშრომლობა, მნიშვნელოვანია, რომ სოციალური მუშაკის მიდგომები მსგავსი იყოს ორივე კატეგორიის ოჯახთან მუშაობისას: ოჯახებთან, რომლებსაც არ სურთ თანამშრომლობა და ოჯახებთან, რომლებისთვისაც სასურველია მათთან საქმიანი ურთიერთობა. სოციალურმა მუშაკმა ნებისმიერი ტიპის ოჯახი უნდა განიხილოს როგორც პარტნიორი ცვლილებების პროცესში (კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის, 2014).

ცხადია, ბიოლოგიურ ოჯახთან ინტენსიური კონტაქტის შენარჩუნება ბავშვის სახელმწიფო ზრუნვაში მოხვედრისთანავე აუცილებელია. მნიშვნელოვანია, რომ სამზრუნველო დაწესებულებებსა და ოჯახის ჩამნაცვლებელ მომსახურებაში განთავსების დღიდანვე დაიწყოს და არ გაწყდეს კავშირი ბავშვსა და ბიოლოგიურ ოჯახს შორის, თუ რა თქმა უნდა ოჯახთან კავშირი არ ეწინააღმდეგება ბავშვის საუკეთესო ინტერესების დაცვას და ზიანს არ აყენებს ბავშვს. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია კოორდინირებული მუშაობის განხორციელება როგორც მულტისექტორულ, ასევე შიდა უწყებრივ დონეზე, რათა ინფორმაციის გაცვლა განხორციელდეს ეფექტურად, რაც პროცესების პროაქტიულად განხორციელებას შეუწყობს ხელს.

ბიოლოგიური ოჯახის მოძიება, შეფასება, შემთხვევის დაგეგმვა

რეინტეგრაციის სახელმძღვანელო პრინციპებში ხაზგასმითაა აღნიშნული, რომ: „ბავშვის ოჯახის მოსაკვლევა, ხშირად სერიოზული სამუშაოს ჩატარება ხდება საჭირო. აღნიშნული სამუშაო ბავშვის შეფასების პირველ ეტაპზე უნდა გაკეთდეს, და შესაძლოა, მოიცავდეს სხვადასხვა ადგილებში ბავშვის ოჯახის წევრების მოძიებას, მხედველობაში გვაქვს ის ადამიანები, ვისაც მასზე ზრუნვა შეუძლია” (დელაპი & ვეჯე, 2016).

„აღნიშნულ შემთხვევაშიც ძიების პროცესში დავიწყეთ ბიოლოგიური ოჯახისა და თანადგომის ქსელის შესახებ განახლებული ინფორმაციის მოკვლევა, შეფასებისა და პრობლემების იდენტიფიკაციის პროცესში „ვაზლების“ პრინციპით ვაწყობდით ოჯახის ისტორიას და მასში მყოფი ბავშვების ცხოვრების ამსახველ სურათს:

ორი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვი, ამავე სტატუსის მქონე მეუღლე, რომელზეც მოტყუებით დააქორწინეს 14 წლის არასრულწლოვანი.... შემდეგ ოჯახის ახლო ნათესავთან ასევე ძალადობისა და იძულების შედეგად შექმნილი ოჯახი, ისევ

ორი შვილი, პატარა 3 წლის გოგონა... ქმრის ოჯახში მიტოვებული უფროსი შვილები ბებიას მიჰყავს ბავშვთა სახლში, საიდანაც მალევე ხვდებიან სრულიად უცხო რეგიონში, სადაც არავინ არ ჰყავთ... აღმზრდელი მზრუნველი ქალია, თუმცა ძალიან დედას; ბავშვებმა არ იციან, როგორ მოიქცნენ, ვერ ცნობენ საყოფაცხოვრებო ნივთებს და არ იციან ყოველდღიური მოხმარების საგნების გამოყენება, მეტყველებაც მკვეთრად შეზღუდული აქვთ... ფიქრობს, ხომ არ იჩქარა და სოციალურ მუშაკს კვირაში ორჯერ ურეკავს... მიჰყავს ექიმთან... ზრუნვისა და სამედიცინო ჩარევის შედეგად მდგომარეობა გახდა სტაბილური, ბავშვებმა დღის ცენტრში დაიწყეს სიარული... დედა თანდათან უფრო იშვიათად ჩამოდის... აღარ სურს სოციალურ მუშაკთან შეხვედრა, მხოლოდ ბავშვებს დახედავს და მიდის... ბავშვები იზრდებიან... მათგან ერთ-ერთი გახდა 18 წლის... სოციალური მუშაკის რეკომენდაციით დაბრუნდა მამასთან, თუმცა ამჟამად ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში გადის მკურნალობას... „დედა მაინცდამაინც არ იწუხებს თავს ბავშვის ნახვით“- ამბობენ ბავშვზე მზრუნველი პირები... დედა სოფელ-სოფელ დადის დღიურ მუშად, რომ ოჯახში მყოფი სხვა ბავშვებისთვის საკვები მოიტანოს... მეუღლე, რომლის მოთხოვნით უფროსი ბავშვების მიტოვება მოუხდა, მუდმივად ძალადობს მასზე და საკუთარ შვილებზე... განცხადებას განცხადებაზე წერს პოლიციაში, ისინიც აფრთხილებენ და აფრთხილებენ მოძალადეს... პატარა ეხვევა დედას, უფროსი შვილი მშობლების შუაში დგება, მასაც ხვდება მოქნეული ხელი... სასწრაფო ვერ აგნებს მისამართს და ბრუნდება... პოლიციამ იცის ოჯახის მისამართი, ბევრჯერ ყოფილა, თუმცა ამჯერად ბავშვზე ძალადობის მიზეზითაც მიდის... საპროცესო წარმომადგენელი სოციალური მუშაკია, რომელიც სალამოს გამოიძახეს, მანამდე სხვა შემთხვევაზე იყო... პოლიციელთან ერთად იგი პირველად ხვდება ბავშვს, ასრულებს პროცედურით გათვალისწინებულ ღონისძიებებს - ესწრება დაკითხვის პროცესს, ესაუბრება მშობელს... შემთხვევაზე მუშაობას აღარ აგრძელებს... მეუღლეს აკავებენ... რამდენიმე მშვიდი კვირა... შემდეგ მეუღლის ადვოკატის ზარები და ნოტარიუსთან

გაფორმებული განაცხადი, რომ ყველაფერს ივიწყებს და პატიობს...” (შემთხვევაზე მუშაობა მიმდინარეობდა პროექტი: მინდობით აღზრდის მომსახურების განვითარება, 2017).

ჩვენს შემთხვევაში მიღებულ სურათს ბევრი შემავსებელი დეტალი აკლია სისრულისთვის. პირველ რიგში, თუ კარგად დავაკვირდებით, ადვილად დავინახავთ სხვადასხვა სპეციალისტისა თუ უწყების მხარდაჭერის აუცილებლობას ოჯახის და მასში მცხოვრები ბავშვების შესახებ ინფორმაციის შევსებაში, რათა მოცემული სიტუაციის სრული სურათი დავინახოთ.

კვალიფიციური პერსონალის მიერ ოჯახი და ბავშვი, ასევე ნებისმიერი ეჭვი უსაფრთხოების, ფიზიკური ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ სათანადოდ უნდა შეფასდეს. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები კი ასეთ დროს განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებენ (დელაპი & ვეჯე, 2016).

წარმატებული რეინტეგრაციისთვის საჭიროა ბავშვის ფიზიკური, საგანმანათლებლო, ქცევითი, სოციალური, ემოციური, სულიერი და მატერიალური მდგომარეობის შესწავლა; ძლიერი მხარეების და რესურსების განსაზღვრა. მნიშვნელოვანია, განისაზღვროს ურთიერთქმედება რა გავლენას ახდენს ბავშვის მდგომარეობა ოჯახზე და პირიქით. მნიშვნელოვანია ასევე, იმ ფაქტორების გამოვლენა, რომლებიც ბავშვის დაბრუნების პროცესში გავლენას მოახდენს ოჯახის წევრთა ურთიერთობაზე. ეს ფაქტორები მრავალასპექტურია და იძლევა ბავშვის ჰარმონიული განვითარების განსაზღვრის საშუალებას. შეფასებისას მნიშვნელოვანია:

- მშობლების და ოჯახის წევრების პიროვნული თავისებურებების შესწავლა ოჯახის, მათ შორის და-ძმების ძლიერი მხარეებისა და მდგრადობის;
- ოჯახის კლიმატის და ურთიერთობების შესწავლა;
- იმ ფაქტორების შესწავლა, რომელიც გავლენას ახდენს მშობლების პოზიციაზე;

- მშობლების აღზრდის კომპეტენციისა და სტილის შესწავლა;
- ოჯახის ცხოვრების სოციო-კულტურულ ჭრილში შესწავლა;
- ოჯახის ღირებულებების შესწავლა;
- მშობლების ჩართულობის დონის შესწავლა ბავშვის უნარების განვითარებაში;
- ოჯახის წევრთა შინაგანი განცდების შესწავლა;
- ოჯახის სხვა ბავშვებთან ურთიერთობების შესწავლა;
- ოჯახის ურთიერთობის შესწავლა სოციუმთან/თანატოლთა წრესთან, ოჯახის რესურსების შესწავლა;
- მოტივაციის შესწავლა (Дэвис, Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: Взгляд психолога Современная психология Этерна, 2010).

უნდა აღინიშნოს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების სწორი შეფასებისას მოსამზადებელ ეტაპზე სოციალური მუშაკების გარდა ფსიქოლოგის, ოკუპაციური თერაპევტის მონაწილეობა მნიშვნელოვანია, რათა შეფასდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვი და შეფასების შესაბამისად ოჯახს და ბავშვს გაეწიოს გარკვეული რეკომენდაციები როგორ მიიღოს/გაუწიოს დახმარება ბანაობისას, კვებისას, ჩაცმისას და ა.შ. და შეძლებისდაგვარად, დამოუკიდებლად შეასრულოს ყოველდღიური დავალება.

„ერთი თვე საკმარისი აღმოჩნდა ორგანიზაცია „მაკლეინის ასოციაცია ბავშვებისთვის“, რომ ჩვენი მიმართვის საფუძველზე ბავშვი დამატებით შეფასებულიყო ფსიქოლოგისა და ოკუპაციური თერაპევტის მიერ. მათი ხელშეწყობით, კონკრეტული რეკომენდაციები გვქონდა მშობლისთვის და შევძელით აღმზრდელთან და ბავშვის სოციალურ მუშაკთან თანამშრომლობით ოჯახში დაბრუნებისთვის ბავშვის მომზადების პროცესი დაგვეგეგმა” (შემთხვევაზე მუშაობა მიმდინარეობდა პროექტი: მინდობით აღზრდის მომსახურების განვითარება, 2017).

როცა ბავშვის ოჯახში დაბრუნება შესაძლებელია

„დედის გადაწყვეტილება პირველი ნაბიჯი, ბიძგი და გამოწვევა იყო რეინტეგრაციის პროცესში. საჭიროებები კი, რომლის დაკმაყოფილებაც ოჯახს ბავშვის დაბრუნების შესაძლებლობას აძლევდა, საკმაოდ კომპლექსური იყო და მოითხოვდა წინასწარ მომზადებასა და მუშაობას, როგორც მშობლის პიროვნული განვითარების, მისი თვითშეფასების ამაღლების, სტრესის დაძლევის უნარებზე, ასევე, სამართლებრივი მხარდაჭერისათვის რეგიონში არსებული მომსახურებების მობილიზების მიმართულებით. პარალელურად ბავშვის მომზადებაც უმნიშვნელოვანესი ამოცანა იყო. უნდა გვეზრუნა, რომ ოჯახში დაბრუნების პროცესი უმტკივნეულო ყოფილიყო ბავშვისა და ოჯახისთვის” (შემთხვევაზე მუშაობა მიმდინარეობდა პროექტი: მინდობით აღზრდის მომსახურების განვითარება, 2017).

ბავშვის ბიოლოგიურ ოჯახში ან ნათესავების ოჯახში რეინტეგრაციისას მნიშვნელოვანია ოჯახისა და ბავშვის მომზადება ერთმანეთის მისაღებად, მნიშვნელოვანია ასევე გაწყვეტილი ურთიერთობის აღდგენა და ოჯახისთვის შესაბამისი მომსახურებებისა და ემოციური მხარდაჭერის მიწოდება. აღნიშნული შემთხვევის ანალიზს თუ გავყვებით, სოციალური მუშაკის ამოცანები შემდეგნაირად შეგვიძლია წარმოვიდგინოთ:

- მშობლის ემოციური და სოციალური ხელშეწყობა მთელი პროცესის განმავლობაში;
- თვითშეფასების ზრდაზე მუშაობა;
- თვითეფექტურობის, სიტუაციასთან გამკლავების უნარის წახალისება;
- ბავშვთან რეინტეგრაციამდე ურთიერთობის მხარდაჭერა;

- შესაძლებლობის მიცემა გაანალიზოს პრობლემები და მოძებნოს გადაჭრის გზები;
- შესაძლებლობების მიცემა მიიღონ გადაწყვეტილება დამოუკიდებლად და დამოუკიდებლობის წახალისება;
- მშობლებისთვის და ოჯახის წევრებისთვის შესაძლებლობების მიცემა, რომ უზრუნველყონ ბავშვის საჭიროებები;
- შშმ ბავშვისთვის ცხოვრების საუკეთესო ხარისხის შესაძლებლობის უზრუნველყოფა ფსიქოლოგიური, სოციალური და პრაქტიკული საჭიროებების დაკმაყოფილების გზით.

ოჯახის გაძლიერების მიზნით, ერთობლივად დაიგეგმა მიმართვა ადგილობრივ ორგანიზაციებთან, რომელთა დახმარებითაც ოჯახისთვის აუცილებელი ნივთები, საწოლი, თეთრეული, განმავითარებელი სათამაშოები შევიძინეთ.

ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციისთვის ერთობლივი მიმართვის საფუძველზე შესაძლებელი გახდა ოჯახის სამართლებრივი მხარდაჭერაც, რომელიც მოიცავდა პოლიციიდან ყველა დოკუმენტის გამოთხოვას და დოკუმენტაციის მომზადებას გაყრის პროცესის დასაწყებად, ასევე, მოწმისა და დაზარალებულის სამსახურის შუამდგომლობით, განხორციელდა საქმის პროკურორთან შეხვედრა და საქმის ვითარების გარკვევის შედეგად, მოძალადეს ერთი წლით თავისუფლების აღკვეთა მიუსაჯეს.

დაიგეგმა ბავშვისთვის ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა ბიოლოგიურ ოჯახში დაბრუნებამდე და განთავსების შემდგომაც. რაც შეეხება დედასთან მუშაობას, დაიგეგმა და გაეწია მომსახურება (6 სესია) სტრესის დაძლევისა და თვითშეფასების ამაღლებასთან დაკავშირებით. შედეგები აქაც თვალსაჩინოა, ოჯახის წევრების

ემოციური მდგომარეობა სტაბილურია, მხარდაჭერისა და აქტიური მუშაობის შედეგად კი დედამ შეძლო მსხვერპლობით გამოწვეული სტრესის დამლევა.

ნაწილობრივ გაუმჯობესდა ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობაც. მუშაობის პროცესში თავად მიმართა სოციალური მომსახურების სააგენტოს - ოჯახის კრიზისული დახმარების მომსახურებასა და დღის ცენტრის მომსახურებაში ჩართვისა და პენსიასთან დაკავშირებული საკითხების მოგვარების მიმართულებით. თუმცა ბიუროკრატიული ბარიერების, დღის ცენტრში ადგილების ლიმიტის არსებობის და მომსახურების მიღების მსურველთა დიდი რაოდენობის გამო ოჯახს ვერ მიეწოდა დღის ცენტრისა და გაჭიანურდა კრიზისული ოჯახების დახმარების ფონდის მომსახურებები. აქაც ადგილობრივი თვითმმართველობისთვის ჩვენი მიმართვის საფუძველზე, დღის ცენტრის მომსახურების დაფინანსება და აღნიშნული მომსახურებით სარგებლობა ბავშვისთვის ხელმისაწვდომი გახდა.

დაიგეგმა და წარმატებით განხორციელდა ბავშვის ჩართვა „საქველმოქმედო ფონდი აფხაზეთისა“ და ადგილობრივი ორგანიზაცია „ბილიკი“-ს ერთობლივ პროექტში, რომელიც მისი დასაქმების შესაძლებლობებს გაზრდის, სოციალური უნარების განვითარების ტრენინგების გავლისა და პროფესიული გადამზადების შემდეგ (შემთხვევაზე მუშაობა მიმდინარეობდა პროექტი: მინდობით აღზრდის მომსახურების განვითარება, 2017).

რატომ არის მნიშვნელოვანი ბავშვისა და ოჯახის წინასწარი შეხვედრები?

რეინტეგრაციის პროცესის მომზადების ეტაპზე ბიოლოგიური მშობლებისა და ბავშვების წინასწარი შეხვედრების ორგანიზება მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს

ორმხრივი ადაპტაციის პროცესს და ეხმარება/ამზადებს როგორც მშობელს, ასევე ბავშვს ოჯახში დაბრუნების მომენტისთვის. აღნიშნული შეხვედრები წახალისებული და მხარდაჭერილი უნდა იყოს როგორც სპეციალისტების, ასევე მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების მხრიდან. შესაძლებელია განხორცილდეს ერთობლივი წინასწარი შეხვედრები სხვა მხარდამჭერ სპეციალისტებთანაც. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთან წინასწარი შეხვედრების მიზანი, გარდა ზემოთჩამოთვლილისა, წარმოადგენს გარკვეულწილად სწავლებას, რეკომენდაციების მიცემას, თუ როგორ დაეხმაროს ოჯახი ბავშვს ადაპტაციისა და განვითარების პროცესში და როგორ შეუწყოს ხელი მას ყოველდღიური რუტინის განხორციელების დროს. მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახს მიეცეს იმდენი წინასწარი შეხვედრის განხორციელების საშუალება, რამდენიც საჭიროა ბავშვისა და მისი ურთიერთობის აღდგენისთვის და არ იყოს შეზღუდული ვადებში. გამოყოფენ კონტაქტის ხელშემწყობ რამდენიმე საფეხურს (დელაპი & ვეჯე, 2016):

- სატელეფონო კონტაქტი, კონტაქტი ელ-ფოსტისა და ვიდეო შეტყობინების საშუალებით. ასევე ურთიერთობის აღდგენას ემსახურება პირისპირ შეხვედრამდე ფოტოების ჩვენება და ისტორიების მოყოლა;
- პირისპირ მოკლე შეხვედრები, რომელიც შესაძლებელია სპეციალისტების უშუალო ზედამხედველობით განხორციელდეს, სააგენტოებში ან ალტერნატიულ მომსახურებაში;
- ხანგრძლივი შეხვედრები ზედამხედველობით, რომელიც ეხმარება ბავშვს შეეგუოს, მოერგოს გარემოს. თუმცა, ამ დროსაც სპეციალისტი საჭიროების შემთხვევაში მზადაა მხარდაჭერა აღმოუჩინოს ბავშვს და ოჯახს;
- ხანგრძლივი ვიზიტები ზედამხედველის გარეშე - იგეგმება მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ სხვა კონტაქტები წარმატებით განხორციელდა. ამ ეტაპზე, ასევე მნიშვნელოვანია ოჯახის სხვა წევრებთანაც და-ძმასთან, ახლო ნათესავებთანაც მოხდეს ბავშვის ურთიერთობის აღდგენა.

ეროვნული რეგულაცია ალტერნატიულ ან სამზრუნველო მომსახურებაში მყოფ ბავშვს და ოჯახს აძლევს როგორც მოკლევადიანი ნახვის, ასევე მისი დროებით გაყვანის უფლებას ბიოლოგიურ გარემოში მეურვეობისა და მზრუნველობის რეგიონული საბჭოს გადაწყვეტილებით (სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2015)

ჩვენ მიერ განხილულ შემთხვევაში მიუხედავად იმისა, რომ დედა იშვიათად მაგრამ მაინც ნახულობდა ბავშვს, მოსამზადებელ ეტაპზე გავააქტიურეთ კონტაქტის ყველა ფაზა, ასევე დედას წერილობითი სახითაც გადავეცით ფსიქოლოგისა და ოკუპაციური თერაპევტის რეკომენდაციები.

ოჯახში დაბრუნების პროცესი. „სამოქმედო გეგმის ჩამოყალიბებისა და ოჯახთან გაწეული წინასწარ მოსამზადებელი სამუშაოს ჩატარების შემდეგ, შევძელით ბავშვისა და ოჯახის გაერთიანება.

დედამ ოფიციალურად დაწერა განაცხადი, მოხდა მისი შეფასება სახელმწიფო სოციალური მუშაკის მიერ და გაეწია რეკომენდაცია ბავშვის ბიოლოგიურ ოჯახში დაბრუნებას. თუმცა ამით მხოლოდ ნახევარი გზა გავიარეთ სახლამდე, ყველაზე მნიშვნელოვანი ოჯახში დაბრუნების პროცესში იყო ყველა ჩართული მხარის მობილიზება, გეგმის განხორციელება და ოჯახისა და ბავშვის შემდგომი მხარდაჭერა, რისთვისაც ჩვენთან ერთად, შემთხვევაზე სახელმწიფოსა და ადგილობრივი თემის მხარდაჭერა, შემთხვევაზე მომუშავე პასუხისმგებელი სოციალური მუშაკის განსაზღვრა და საქმის გადაცემა იყო საჭირო”.

დაბრუნების პროცესი შესაძლებელია ემოციურად იყოს მგრძობიარე, როგორც ბავშვისთვის ასევე ოჯახისთვის. სპეციალისტის მხარდაჭერა ამცირებს ოჯახის შფოთვის მოსალოდნელი სირთულეებისა და გამოწვევების მიმართ. ამ ეტაპზე სპეციალისტის ამოცანაა ხელი შეუწყოს ბავშვის ოჯახში წარმატებულ ადაპტაციას,

ადგილობრივ ორგანიზაციებთან დაკავშირებას, რომლებიც მუშაობენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებთან, ხელი შეუწყონ სკოლისა და სახლის ხელმისაწვდომობას, იმუშაონ დისკრიმინაციის პრობლემის მოგვარებაზე და ხელი შეუწყონ ადგილობრივ სკოლებში მათ ინტეგრაციას (დელაპი & ვეჯე, 2016).

მონიტორინგისა და მხარდაჭერის მნიშვნელობა და სოციალური მუშაკების როლი

„როცა პირველად შევხვდი, ის 17 წლის იყო... მას შემდეგ თითქმის ერთი წელი გავიდა - ბევრი ვიბრძოლეთ, ბევრი რამ შეიცვალა, ბევრი რამ შევცვალეთ, ბევრი „ცარიელი ხვრელი“ ამოვავსეთ, ამ ეტაპზე, გაწეული სამუშაოსა და მხარდაჭერის შედეგად, ოჯახი ახერხებს არა მარტო მასში მცხოვრები ბავშვების ელემენტარული საჭიროებების დაკმაყოფილებას, არამედ ზრუნავს მათ განვითარებაზე, მათ შორის, პროფესიული ორიენტაციის მიმართულებითაც“.

ოჯახის გაერთიანების შემდგომი მხარდაჭერა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც მოსამზადებელ ეტაპზე განხორციელებული სამუშაო. ოჯახის მხარდაჭერი მომსახურება აძლიერებს და ინარჩუნებს ოჯახის მთლიანობას. მას შეუძლია მშობლების კომპეტენციების ჩამოყალიბება და ოჯახის ცხოვრების ხარისხის გაზრდა, რაც აისახება ოჯახში ბავშვების მდგომარეობაზე. ამ ტიპის მომსახურების მიმართულებებია: მშობლების განათლება, ბავშვზე ზრუნვაში დღის განმავლობაში დახმარება, ოჯახებისთვის სამართლებრივი კონსულტაციები, ოჯახის/ინდივიდუალური თერაპიული მხარდაჭერა და მომსახურებებთან დაკავშირება. მხარდაჭერა შეიძლება მიწოდებულ იქნას პირდაპირ შემთხვევის მმართველის მიერ, ან სხვა სააგენტოებთან გადამისამართების საშუალებით, თუმცა გაწეულ დახმარებას ყოველთვის კოორდინირებას უნდა უწევდეს შემთხვევის მმართველი. მხარდაჭერის პროცესში ხორციელდება შემთხვევის გეგმის

ოფიციალური გადახედვა, რათა გადამოწმდეს თუ რამდენად ხორციელდება ოჯახისთვის ახალ და მიმდინარე საკითხებზე მუშაობა საუკეთესო პრაქტიკის მიხედვით. ეს საკითხები შეიძლება იყოს:

- ბავშვებისა და ოჯახებისთვის ჯანდაცვაზე, განათლებასა და სხვა ძირითად მომსახურებებზე წვდომის უზრუნველყოფა;
- დროებითი ზრუნვის შეთავაზება, როდესაც ბავშვებსა და ოჯახებს შეიძლება სჭირდებოდეს დროის ცალკე გატარების მოკლე პერიოდები;
- ეკონომიკურად გამაძლიერებელი მხარდაჭერის ეფექტურობის მონიტორინგი და შემდგომი მხარდაჭერის აღმოჩენა;
- სტიგმისა და დისკრიმინაციის დაძლევის ძალისხმევების მხარდაჭერის გაგრძელება თემთან, მათ შორის, რელიგიურ ლიდერებთან მუშაობით;
- ახალი მეგობრობის შექმნასთან, ისევე როგორც ძველის აღდგენასთან დაკავშირებით, რჩევის მიწოდება;
- განცალკევების პერიოდში ბავშვების მიერ შეძენილი ძლიერი მხარეების განვითარებაზე მუშაობა. ბავშვები, შეიძლება გრძნობდნენ, რომ ის უნარები, რომლებიც მათ ისწავლეს და სიამაყე, რომელიც მათ გააჩნიათ როგორც „გადარჩენილებს“, ეწინააღმდეგება იმას, თუ როგორ აღიქმებიან ისინი თემის მიერ;
- იმის უზრუნველყოფა, რომ ბავშვებს ჰქონდეთ საკუთარი გამოცდილებების განხილვის შანსი და მიიღონ თერაპიული მხარდაჭერა საჭიროების შემთხვევაში.

როცა ოჯახში დაბრუნება შეუძლებელია

პრაქტიკაში არის შემთხვევები, როდესაც ბავშვის ბიოლოგიურ გარემოში დაბრუნება შეუძლებელია და ეწინააღმდეგება მის საუკეთესო ინტერესებს. მოდით

განვიხილოთ რა ხდება მაშინ თუკი ბავშვის ოჯახის ჩამნაცვლებელი ან 24 საათიანი ზრუნვიდან გრძელვადიან ზრუნვაში (რეინტეგრაცია, შვილად აყვანა) განთავსება არ ხდება (კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის, 2014).

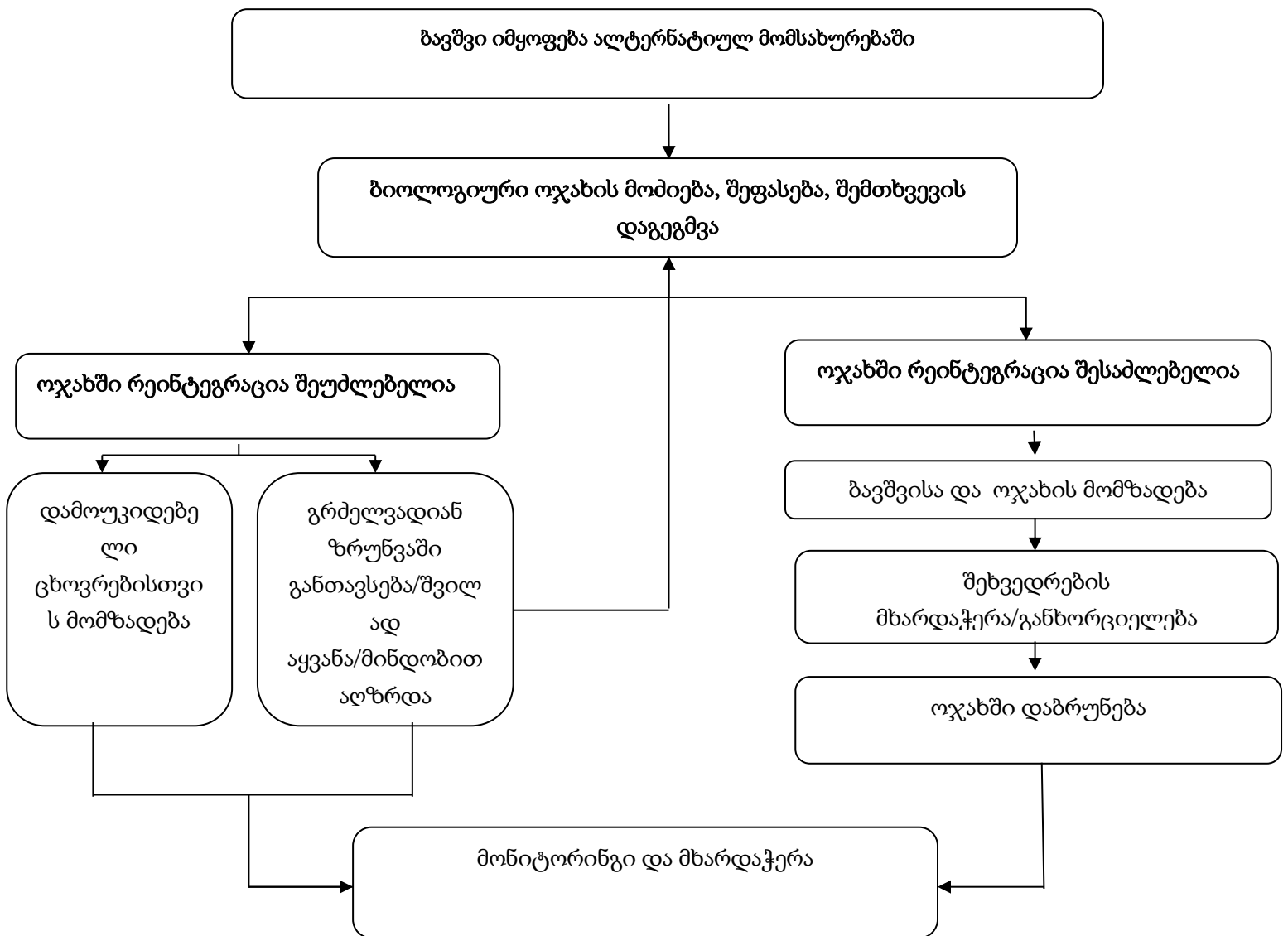
ოჯახის ჩამნაცვლებელი 24 საათიანი ზრუნვის სიტემიდან გასვლის ორი ფორმა არსებობს (შვილად აყვანის გარდა, რადგან ეს ზრუნვის ფორმა არ არის). ბავშვის ოჯახში რეინტეგრაცია ან ბავშვის მიერ დამოუკიდებელი ცხოვრების დაწყება (როდესაც ბავშვი აღწევს მოწიფულობას, აქვს შესაძლებლობები, ცოდნა და იღებს საკმარის დახმარებას, რათა შეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრება).

დამოუკიდებელ ცხოვრებაზე გადასვლა ხანგრძლივი პროცესია, რომელიც იწყება მოზარდობის პერიოდიდან და 21 წლამდე, ან მის შემდეგაც გრძელდება. სახელმწიფო სახელმძღვანელო პრინციპების მიხედვით, 14 წელი ის ასაკია, როდესაც აქტიურად იწყებდნენ მომსახურებები და სპეციალისტები ბავშვის დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობის ღონისძიებებს. სახელმწიფო ზრუნვაში მყოფი შშმ ბავშვები კიდევ უფრო მოწყვლადები არიან არა მარტო ტრავმირებული ბავშვობის გამო, არამედ მათი ფუნქციური უნარებისა და განვითარების შესაძლებლობების შეზღუდვის გამო. უმნიშვნელოვანესია, რომ ზრუნვის სისტემის დატოვების პროცესი კარგად დაიგეგმოს და მოხდეს მათი ამ პროცესისთვის მომზადება. რაც უფრო ადრეულ ეტაპზე დაიწყება ზრუნვის დატოვებისათვის მზადება, უკეთესია, რადგან ახალგაზრდა ფსიქოლოგიურად, კოგნიტურად და სოციალურად უფრო მოწიფული შეხვდება მისი ცხოვრების ამ ახალ ეტაპს.

დამოუკიდებელ ცხოვრებაზე გადასვლის პროცესში ახალგაზრდას მხარს უნდა უჭერდეს სპეციალისტი, რომელიც მის დამოუკიდებელ ცხოვრებაზე გადასვლის პროცესს ფასილიტაციას გაუწევს. საცხოვრებლისა და ფინანსური შემწეობის გარდა, ახალგაზრდა ფსიქოლოგიურად კარგად უნდა მომზადდეს, პოზიტიური

თვითშეფასება უნდა ჰქონდეს, ასევე, ჰქონდეს უნარები, დაამყაროს და შეინარჩუნოს ურთიერთობები. სახელმწიფო ზრუნვის შემდგომი პირობები ჯერ კიდევ ზრუნვის ქვეშ ყოფნისას უნდა მომზადდეს - ბავშვის ზრუნვიდან გასვლამდე დიდი ხნით ადრე (დელაპი & ვეჯე, 2016)

რეინტეგრაციის შემთხვევის მართვის გეგმა როცა ბავშვი იმყოფება ალტერნატიულ მომსახურებაში



გამოყენებული ლიტერატურა

Сатир, В. (1967). Почему семейная терапия. დაბრუნებული 2018 წლის 8 September, [\(2009\). *SoS Children's Villages International & International Social Service*. SOS Children's Villages.](https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.koob.pro%2Fsatir_virginia%2Fpochemu_semeynaya_terapiya&h=AT1PVqFFIf_03cQIExysKw5-JU4m06Uv86Q_IAu23LmGIPfIEeLXsrBmf4vRK5BV6ZaiZopIU1n3t65RrT7BlSbWZgjPFtiDBQzpKTGfppmUMq1spghfEXW1lVxVxO0yCcc-დან</p></div><div data-bbox=)

Council of Europe. (2006).

Disabilities, The British Journal of Developmental. (2007 წლის JULY). <http://www.sakkyndig.com>. დაბრუნებული 2018 წლის March, <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/malekpour2007.pdf>-დან

(2009). *Integrated National Strategy on Support Services to Children with Disabilities*.

Malekpour, M. (2007, JULY). effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 53, 81-95.

Malekpour, M. (2007 წლის July). <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/malekpour2007.pdf>. დაბრუნებული 2018 წლის 8 September, <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/malekpour2007.pdf>-დან

McCall, & Groak. (2015).

Research, Population and Knowledge Management. (September 2015). *An Evaluation of Family Reunification Services in the Western Cape: Exploring children, families and social workers' experiences of family reunification services within the first twelve months of being reunified*.

Дэвис, Х. (2010). *Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: Взгляд психолога Современная психология Этерна*. Москва.

Крайг, Г., & Бокум, Д. (2005). ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РОЖДЕНИЕ ТРАВМИРУЮЩИМ? В ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ 9-Е ИЗДАНИЕ.

Левченко, И. Ю., & Ткачева, В. В. (б.д.). *Психологическая помощь семье,воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии Методическое пособие*.

ადრეული ინტერვენციის თანამედროვე მოდელები. (თ. გ.). დაბრუნებული ადრეული ინტერვენცია: http://earlyinterventiongeorgia.blogspot.com/p/blog-page_25.html-დან

(ივლისი 2014). *ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება კვლევის ანგარიში*.

ბავშვთან და მათ ოჯახებთან მუშაობის ძლიერი მხარეების პერსპექტივები. (2013). ჩვენი სახლი, საქართველო.

გაგომიძე, თ. (2007). *ბავშვის ფსიქიკური განვითარების დარღვევები*. თბილისი.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია. (2006). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია (UNCRPD)*.

გაეროს კონვენცია ბავშვის უფლებების შესახებ. (1989). *ბავშვთა უფლებების კონვენცია მუხლი#3, პარაგრაფი #1*. UN.

გელაძე, ნ., ლიქოკელი, თ., ტატანაშვილი, ნ., ჭყომიძე, ა., & ვერულავა, თ. (2017). *შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების სოციალური ინტეგრაციის პრობლემა საქართველოში. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა*.

გორდონი, თ. (2014). *როგორ გავხდეთ კარგი მშობელი*. (ნ. ჭიბრიშვილი, თარჯ.) მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ცენტრი.

დელაპი, ე., & ვეჯე, ჯ. (2016).

დელაპი, ე., & ვეჯე, ჯ. (2016). Family for Every Child.

ეროვნული კანონმდებლობის ანალიზი ბავშვთა უფლებების კონვენციის და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის მიხედვით . (2015 წლის მაისი). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები საქართველოში*.

ისაკაძე, თ. (2010). *გზამკვლევი მშობლებისთვის*. თბილისი: პირველი ნაბიჯი საქართველო.

კოალიცია ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის. (2014). *ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება კვლევის ანგარიში*. თბილისი.

კუპერსი, ლ., ლეფი, ჯ., & ლემი, დ. (1996). *შიზოფრენია-ოჯახებთან მუშაობა, პრაქტიკული სახელმძღვანელო*.

მახარაძე, თ., & ქიტიაშვილი, ა. (2013 წლის 23 05). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ოჯახების საჭიროებები და გამოწვევები*. დაბრუნებული <http://online.tsu.edu.ge/ge/science/9959/?p=18>-დან

მიჯაჭველობა. (2011). საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მედიცინის განვითარების ფონდი.

მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში - პერსპექტივები საქართველოსთვის. (2014). ნეკერი.

ნამიჭიშვილი, ს., & სამაგლიშვილი, შ. (2014). ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმისა და ბავშვზე ზრუნვის სისტემის შეფასება კვლევის ანგარიში.

რაი, ჰ. (თ. გ.). *შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ოჯახების დახმარება: რესურსებზე ორიენტირებული მიდგომა.*

(2016). *რეგიონული საბჭოების ოქმებში განხილული შემთხვევების თვისებრივი ანალიზი. ახალგაზრდა პედაგოგთა კავშირი.*

სატრენინგო მასალების კრებული. (2011). თბილისი: გაეროს განვითარების პროგრამა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №52/ნ . (2010 წლის 26 თებერვალი). *სპეციალიზებულ დაწესებულებაში პირის მოთავსებისა და ამ დაწესებულებიდან მისი გაყვანის წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ.* თბილისი: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სოციალური მომსახურების სააგენტო. (2015). *მცირე საოჯახო ტიპის სახლთან მიმართებაში სოციალური მუშაკისა და მომსახურების მიმწოდებლის ფუნქციების განაწილება.* თბილისი: სოციალური მომსახურების სააგენტო.

სოციალური სამუშაოს პრაქტიკის საფუძვლები. (თ. გ.). საქართველოს სოციალურ მუშაკა ასოციაცია.

ტატანაშვილი, ზ., & ნემსაძე, ქ. (2008). *ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარება.* თბილისი.

უფლებების, გ. კ. (2006).

შალაშვილი, მ. (თ. გ.). *სამაგისტრო პროგრამა: სოციალური მუშაობის პრაქტიკა და სოციალური პოლიტიკა შშმ პირებთან.*

შალაშვილი, მ. (თ. გ.). *ბიოფსიქოსოციალური შეფასება. სამაგისტრო პროგრამა; სოციალური მუშაობის პრაქტიკა და სოციალური პოლიტიკა შშმ პირებთან.*

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებთან და მათ ოჯახებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობა. (2012). პირველი ნაბიჯი საქართველო.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების მშობელთა განწყობა-დამოკიდებულებები ინკლუზიური განათლებისადმი. (თ. გ.). დაბრუნებული საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა: <http://www.nplg.gov.ge/gsd1/cgi-bin/library.exe?e=d-00000-00--->

off-0civil2--00-1----0-10-0---0---0prompt-10---4-----0-1|--10-en-50---20-about---00-3-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-10&a=d&c=civil2&cl=CL2.11&d=HASH162bc42aac965f76bb964a.9-დან

(2013). *შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დაწესებულებებში ადამიანის უფლებების მდგომარეობის ანგარიში*. საქართველოს სახალხო დამცველი.

შემთხვევაზე მუშაობა მიმდინარეობდა პროექტი: მინდობით არზრდის მომსახურების განვითარება (2017 წლის 10).

ხარებავა, მ., & ჯავახიშვილი, ჟ. (2006). ზუგდიდი.

ხეჩუაშვილი, ლ. (თ. გ.). *პიროვნების კვლევა. შესავალი პიროვნების ფსიქოლოგიაში*. დაბრუნებული <http://www.qwelly.com/group/psychology/forum/topics/shesavali>-დან

ნაწილი 4. ოჯახების გაძლიერებისა და მხარდაჭერის მოდელები

ნელი აკობია

რატომ არის საჭირო შშმ ბავშვების ოჯახების გაძლიერება და მხარდაჭერა?

მშობლების/მზრუნველებისა და ოჯახის როლი უმნიშვნელოვანესია ყველა ბავშვის ცხოვრებაში, თუმცა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების შემთხვევაში, მშობლებს/მზრუნველებსა და ოჯახს, როგორც წესი, დამატებითი მხარდაჭერა და გაძლიერება შეიძლება სჭირდებოდეთ მშობლობისა და ზრუნვის ვალდებულებების შესასრულებლად.

ოჯახის წევრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და პირების ძირითადი მხარდამჭერები და მზრუნველები არიან, შემთხვევათა ნაწილში, მთელი ცხოვრების მანძილზე. თუ ამ მხარდაჭერას შშმ ბავშვის/პირის ცხოვრებისეულ ეტაპებზე დაფუძნებული პერსპექტივით (Life Course Perspective) შევხედავთ, ოთხი ძირითადი ცხოვრებისეული ეტაპი გამოიყოფა: 1. ჩვილობა და ადრეული ბავშვობა, 2. მოზარდობა და ადრეული ახალგაზრდობა, 3. შუა ხნის ზრდასრულობა და 4. ხანდაზმულობა. ბავშვობაში შშმ პირებს განსაკუთრებით ბევრი სოციალური, საგანმანათლებლო და ჯანდაცვის საჭიროება აქვთ და მშობლები/ოჯახები ამ დროს ასრულებენ მზრუნველების, ადვოკატების (უფლებადამცველებისა) და სისტემებს შორის ნავიგატორების (უფლებისა თუ მომსახურების უზრუნველყოფ სხვადასხვა სისტემას შორის გზის გამკვალავების) როლებს. შვილების ზრდასთან ერთად, მშობლები/ოჯახი ადვოკატობის როლს უკვე საკუთარ შშმ შვილებთან ერთად ინაწილებენ, რომლებიც, საუკეთესო შემთხვევაში, ნაწილობრივ თუ სრულად, საკუთარი თავის ადვოკატის როლის შესრულებას იწყებენ. ზრდასრულობაში ოჯახები საკუთარ შშმ შვილებს მრავალფეროვან მხარდაჭერას აწვდიან თემში ცხოვრების, განათლებისა და დასაქმების თვალსაზრისით. ასაკის მატებასთან ერთად, მზრუნველის როლის შემსრულებელ ოჯახის წევრებსაც მეტი სირთულე აქვთ, უფრო ხშირად, საკუთარი ან ოჯახის სხვა წევრების ჯანმრთელობის გაუარესების თუ ზრუნვის ვალდებულების თვალსაზრისით, რაც ხელს უშლის მათ მიერ შშმ შვილზე

მზრუნველისა და ადვოკატის როლის ჯეროვნად შესრულებას (Social Policy Research Center, 2002) (Grossman & Magana, 2016).

ადამიანები, რომელთაც მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობა აქვთ, როგორც წესი, გაცილებით დიდხანს ცხოვრობენ ოჯახში მათ და-ძმებთან შედარებით და შესაბამისად, მშობლები/ოჯახი მნიშვნელოვან პრაქტიკულ და ემოციურ მხარდაჭერას უწევენ მათ ბავშვობისა და ზრდასრულობის პერიოდში. ამ შემთხვევაში, მშობელს/მზრუნველს მისი როლის შესრულება გაცილებით მეტი დატვირთვით და მისი ცხოვრების მთელი ხანგრძლივობის მანძილზე უწევს. აღნიშნულმა, შესაძლოა, მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს მშობლების/ოჯახის ცხოვრების ხარისხზეც (Grossman & Magana, 2016).

მიუხედავად იმისა, რომ ოჯახმა ყველაზე კარგად იცის საჭიროებები, რომლებიც თან ახლავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვისა თუ პირის ოჯახში ყოლას, სამწუხაროდ, კვლევები ხშირად ცხადჰყოფს, რომ პროფესიონალთა აზრს მშობლებისა და ოჯახის წევრების აზრთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება, როდესაც საქმე ბავშვისა და ოჯახისთვის საჭირო რესურსებისა და მომსახურების მიწოდებას ეხება. თუმცა თანამედროვე კვლევები სულ უფრო მეტად უსვამს ხაზს შეზღუდულ შესაძლებლობას, როგორც სოციალურ გამოცდილებას და არა უპირატესად და მხოლოდ სამედიცინო პრობლემას და აქედან გამომდინარე, ოჯახის წევრების აზრს გაცილებით მეტი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს ბავშვის ცხოვრებასთან დაკავშირებით (O'Connell, O'Halloran, & Doody, 2013).

კვლევები გვიჩვენებს, რომ შშმ ბავშვზე ზრუნვა მრავალ გამოწვევასთანაა დაკავშირებული მშობლებისთვის/ოჯახისთვის, როგორებიცაა დამატებითი ფინანსური საჭიროებები, ბავშვის ქცევით სირთულეებთან გამკლავება და შეზღუდულ შესაძლებლობებთან დაკავშირებული სოციალური სტიგმა. შედეგად, შშმ ბავშვების მშობლებს/ოჯახის წევრებს ხშირად მეტი პრობლემა აქვთ ფიზიკური ჯანმრთელობის თუ ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის თვალსაზრისით, ვიდრე ტიპური განვითარების ბავშვების მშობლებს/ოჯახის წევრებს. კვლევები გვიჩვენებს, რომ შშმ ბავშვების მშობლები განსაკუთრებით დგანან სტრესის რისკის წინაშე, მაგალითად, მძიმე და ღრმა შეზღუდვის მქონე ბავშვების დედების 70% და მამების 40% განიცდის სტრესს. დამატებით, კვლევები გვიჩვენებს, რომ მშობლის სტრესის მაღალი დონე და ოჯახის ფუნქციონირებაში არსებული სირთულეები მრავალი გზით

ახდენს გავლენას ბავშვის კოგნიტურ, ქცევით და სოციალურ განვითარებაზე (Sloper, 1999) (Grossman & Magana, 2016).

მაშინ, როცა სტრესის რისკი დიდი ხანია ცნობილია, შედარებით ახალი მიდგომა შშმ ბავშვების ოჯახების მხარდაჭერაში არის პათოლოგიური მოდელიდან გამოსვლა, რომელიც მშობლის მიერ განცდილ სტრესსა და პრობლემებს ოჯახის ფუნქციონირებაში შშმ ბავშვის ყოლის გარდაუვალ შედეგად მიიჩნევს. პათოლოგიური მოდელის ნაცვლად, თანდათან მივდივართ იმის აღიარებამდე, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის ყოლა ოჯახში საკმაოდ მრავალფეროვან (და არა მხოლოდ ნეგატიურ) ზეგავლენას შეიძლება ახდენდეს ოჯახის ფუნქციონირებაზე. ასევე, ისტორიულად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და პირების ოჯახებს განიხილავენ, როგორც გარკვეული „საჭიროებების მქონეებს, რაც უარყოფითი წარმოდგენის შექმნას უწყობს ხელს ამ ოჯახებზე. ამას ცხადჰყოფს უამრავი კვლევა, რომლებიც ტარდება მშობლების, ოჯახების, დედებისა თუ მამების სტრესის/შფოთვის დონისა და სხვა სირთულეების შესასწავლად. თუმცა შედარებით ახალ კვლევებში ყურადღება გამახვილებულია იმ პოზიტიურ წვლილზე, რომელიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებს ოჯახის ცხოვრებაში შეაქვთ. კვლევები გვიჩვენებს, რომ შშმ შვილების მშობლები/მზრუნველები ივითარებენ პრობლემების გადალახვისთვის საჭირო უნარებს, იძენენ მეტ ცოდნასა და შესაძლებლობებს და მათი წვლილი საკუთარი შვილის მხარდაჭერის პროცესში იზრდება. ზემოაღნიშნულ უარყოფით სტერეოტიპებთან საბრძოლველად, მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, თუ როგორ შეგვიძლია, მხარი დავუჭიროთ ოჯახებს მათ ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებით და ამ კუთხით გავამდიდროთ ცოდნის არსებული ბაზა, რომელსაც ოჯახებთან მომუშავე პროფესიონალები და მათ შორის, სოციალური მუშაკები გამოიყენებენ ოჯახების მხარდასაჭერად და გასაძლიერებლად (O'Connell, O'Halloran, & Doody, 2013) (Social Policy Research Center, 2002).

არსებული ლიტერატურა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მშობლების მხარდაჭერასა და გაძლიერებასთან დაკავშირებით, გვიჩვენებს, რომ მშობლების/ოჯახების კეთილდღეობაზე ბევრი ფაქტორი ახდენს გავლენას. სწორედ ამ ფაქტორებზე (მთლიანად თუ ნაწილობრივ) ამახვილებს ყურადღებას შშმ ბავშვების ოჯახების გაძლიერებისა და მხარდაჭერის სხვადასხვა მოდელი.

- როგორც ზემოთაა აღნიშნული, ოჯახები საგრძნობლად განსხვავდებიან ერთმანეთისგან იმის მიხედვით, თუ როგორია მათი რეაქცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის ყოლის მიმართ. ეს რეაქცია არ არის აუცილებლად უშუალოდ დაკავშირებული შეზღუდული შესაძლებლობის სიმძიმესთან. კვლევები აჩვენებს, რომ ბავშვის ქცევითმა ან ძილთან დაკავშირებულმა პრობლემებმა, შესაძლოა, სტრესის უფრო მაღალი დონე განაპირობოს ოჯახის წევრებში, ვიდრე შეზღუდული შესაძლებლობის სიმძიმემ (Sloper, 1999) (O'Connell, O'Halloran, & Doody, 2013).
- მატერიალური, პიროვნული და სოციალური რესურსები მჭიდროდაა დაკავშირებული მშობლების/ოჯახების კეთილდღეობასთან. არასათანადო შემოსავალი მფოთვის განმაპირობებელია და არ აძლევს მშობლებს/ოჯახებს საშუალებას, შეისყიდონ მხარდაჭერის მომსახურებები. გარდა ამისა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების ოჯახებს ნაკლები შემოსავალი აქვთ ტიპური განვითარების ბავშვების ოჯახებთან შედარებით და მათ, ასევე, დამატებითი ხარჯების გაწევა უწევთ, რომელთაც არსებული ბენეფიტები ხშირად ვერ ფარავს. მშობლები და განსაკუთრებით, დედები უფრო ხშირად არიან დაუსაქმებლები, ვიდრე ტიპური განვითარების ბავშვების მშობლები/დედები, რადგან ისინი ხშირად ზრუნავენ მათ შშმ შვილზე და ასევე, რადგან ბავშვისთვის საჭირო მომსახურებები - მაგალითად, აბილიტაცია/რეაბილიტაციის მომსახურებები, სკოლა, საავადმყოფო და ა.შ. - როგორც წესი, სამუშაო საათებში მუშაობენ. არაადეკვატური საცხოვრისი და გარემოს არაადაპტირებულობა უმნიშვნელოვანესი პრობლემებია და სტრესის მაღალ დონესთან არის ასოცირებული. დამატებით, არაფორმალური სოციალური მხარდაჭერის ან მომსახურებებიდან მხარდაჭერის არ არსებობა მნიშვნელოვან უარყოფით გავლენას ახდენს მშობლის/ოჯახის კეთილდღეობაზე (Social Policy Research Center, 2002) (O'Connell, O'Halloran, & Doody, 2013).
- პასიურობის შემთხვევაში, მშობლები/ოჯახები გაცილებით ნაკლებ მომსახურებას/უფლებების რეალიზების შესაძლებლობას იღებენ როგორც შშმ ბავშვისთვის, ისე საკუთარი თავისთვის. დამატებით, კვლევები გვიჩვენებს, რომ მშობლები/ოჯახები, ძირითადად, დიდ ძალისხმევას დებენ იმაში, რომ ბავშვს მოუპოვონ მომსახურება, თუმცა საკუთარი თავისთვის მომსახურების მოპოვება შეიძლება, მიაჩნდეთ იმის აღიარებად, რომ ვერ შედგნენ, როგორც მშობლები/ოჯახის წევრები. ასევე, საკუთარი თავისთვის მომსახურების

მოპოვების შემთხვევაში, მათ ემინიათ, რომ სხვები იფიქრებენ, რომ მათ აღარ უნდათ საკუთარი შვილები, ან სძულთ საკუთარი ცხოვრება ან შვილები. მშობლები/ოჯახის წევრები ხშირად თავს მარტოდ და მიტოვებულად გრძნობენ, მაშინ, როცა მათთან მომუშავე პროფესიონალები, შეიძლება, გვერდს უვლიდნენ იმას, თუ როგორ უმკლავდება მშობელი/ოჯახი ამ სტრესულ მდგომარეობას ან ვერ ამჩნევდნენ/არასათანადოდ აფასებდნენ მშობლის/ოჯახის მდგომარეობის სიმძიმეს. ასევე, მნიშვნელოვანია ისიც, რომ პროფესიონალები, შესაძლოა, საკმარისად ეფექტიანად არ უსმენდნენ ადამიანებს/მშობლებს/ოჯახის წევრებს, რათა მხარდაჭერა აგრძნობინონ მათ და ნდობით განაწყონ ისინი საკუთარი ისტორიის მოსაყოლად. შედეგად, მშობლებში/მზრუნველებში ვხვდებით ხოლმე მედიკამენტებისა და ნივთიერებების ჭარბ მოხმარებას, რომელთაც მშობელი/მზრუნველი მის სტრესთან გამკლავების ხერხებად იყენებს (O'Connell, O'Halloran, & Doody, 2013).

ზემოხსენებული ხაზს უსვამს იმის საჭიროებას, რომ მშობლების მხარდაჭერის პროცესში გავითვალისწინოთ პიროვნული, პიროვნებათაშორისი და სოციალური ფაქტორები და შევუნარჩუნოთ მშობლებს იმის შეგრძნება, რომ ისინი აკონტროლებენ მომსახურების მიღების პროცესს. სამწუხაროდ, კვლევები ცხადყოფს, რომ მთელს მსოფლიოში მშობლების/ოჯახების საჭიროებების სრულად დაკმაყოფილება საკმაოდ დიდ პრობლემას წარმოადგენს. ყველაზე მეტად მშობლები/ოჯახები საუბრობენ შემდეგ საჭიროებებზე, რომელთა დაკმაყოფილებაც არ ხდება: ინფორმაციისა და რჩევების მიღება მომსახურებებთან დაკავშირებით, ინფორმაციისა და ცოდნის მოპოვება ბავშვის მდგომარეობის შესახებ და ასევე, იმაზე, თუ როგორ დაუჭირონ მხარი საკუთარ შვილს; ფინანსური და მატერიალური მხარდაჭერა, განსაკუთრებით, საცხოვრისისა და ტრანსპორტირებისთვის; და პრაქტიკული დახმარება მზრუნველის როლიდან პერიოდული შესვენებების შესაძლებლობის მიწოდებით (მაგალითად, განტვირთვის მომსახურების (respite care) მეშვეობით) (Sloper, 1999) (Grossman & Magana, 2016). უფრო დეტალურად ოჯახებთან მუშაობაზე იხილეთ ამავე თავის პირველ, მეორე და მესამე ნაწილებში.

შშმ ბავშვების ოჯახების გაძლიერებისა და მხარდაჭერის მოდელები

სოციალური მუშაკები და სხვა დამხმარე პროფესიონალები მთელს მსოფლიოში სხვადასხვა მოდელს იყენებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მშობლებისა და ოჯახების მხარდაჭერისა და გაძლიერებისთვის. ეს მოდელები დეტალურად ქვემოთაა მიმოხილული. თითოეული მოდელის გამოყენება კონკრეტულ თეორიულ და პრაქტიკულ ცოდნას მოითხოვს პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკებისა თუ სხვა დამხმარე პროფესიონალებისგან. მოდელების მიზანია ზოგადი ჩარჩოს შექმნა მიდგომებისა და პროგრამებისთვის, რომლებიც შშმ ბავშვების მშობლების/ოჯახების საჭიროებების მთლიანად ან ნაწილობრივ დაკმაყოფილებისკენაა მიმართული. სოციალური მუშაობის პროფესიას შშმ ბავშვების მშობლებისა და ოჯახების გაძლიერების საქმეში განსაკუთრებული წვლილის შეტანა შეუძლია მისი მანდატიდან გამომდინარე საერთაშორისო და საქართველოს კონტექსტში. თუმცა, სამწუხაროდ, დღესდღეობით, საქართველოში სოციალური მუშაკები შშმ ბავშვების მშობლებსა და ოჯახებთან მუშაობაში იმ დონით ჩართულები არ არიან, როგორც მათ პროფესიული მანდატი ავალდებულებს.

ქვემოთ მოცემული ინფორმაცია, ძირითადად, საერთაშორისო გამოცდილებას ეფუძნება, თუმცა თავის ბოლოსკენ განხილულია საქართველოში არსებული მცდელობები შშმ ბავშვების მშობლების და ოჯახების მხარდაჭერისა და გაძლიერების მოდელებისა და მიდგომების განვითარების მიმართულებით, ისევე, როგორც სოციალური მუშაობის გამოწვევები შშმ ბავშვების მშობლებისა და ოჯახების გაძლიერების სფეროში.

სოციალური და სამედიცინო მოდელები

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო და სოციალურ მოდელებს შორის განსხვავება, ძირითადად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების უფლებებზეა ორიენტირებული, ამ მოდელების თაობაზე დისკუსია გავლენას ახდენს შშმ ბავშვების ოჯახების მხარდაჭერაზეც. საკუთარი განსაზღვრებით, სამედიცინო მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას აღიქვამს, როგორც სამედიცინო პრობლემას ან დაავადებას, მაშინ, როცა სოციალური მოდელი ძირითად ყურადღებას ამახვილებს იმაზე, რომ საზოგადოება შეიცვალოს, რათა შშმ პირების საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მაქსიმალური ჩართვა იყოს შესაძლებელი. სამედიცინო მოდელის ფარგლებში, ოჯახის

საჭიროებებზე რეაგირება ხდება ჩარევებით, რომლებიც მიმართულია, ძირითადად, ბავშვის შეზღუდული შესაძლებლობების შემცირება/აღმოფხვრაზე ან მათ პრევენციაზე. ოჯახისთვის სტრესული ფაქტორები აღქმულია, როგორც ბავშვის შეზღუდული შესაძლებლობის პირდაპირი შედეგი. თუ ოჯახებთან მუშაობას სოციალურ მოდელს მივუსადაგებთ, იგი გაცილებით უფრო ფართო ხედვას ეფუძნება, რომელიც მიმართულია იმ სოციალურ და გარემო ფაქტორებზე, რომლებიც გავლენას ახდენს შშმ ბავშვების ოჯახებზე და ასევე, საზოგადოების დამოკიდებულებებზე შეზღუდული შესაძლებლობების მიმართ და ხშირ შემთხვევაში, მხარდაჭერის არაადეკვატურობაზე. სოციალური მოდელი განსაკუთრებით ეხმიანება სოციალური მუშაობის ფოკუსს მშობლების/ოჯახების გაძლიერებასა და მათთვის გარემოსთან ურთიერთქმედების ეტაპზე საჭირო მხარდაჭერის მიწოდებაზე. დისკუსია სოციალურ და სამედიცინო მოდელებზე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს შშმ ბავშვების ოჯახებისთვის საჭირო მხარდაჭერის სხვა მოდელების ფორმირებაშიც (Sloper, 1999) (Barnes, 2012).

ძირითადი ან დამაკავშირებელი მუშაკის მოდელი

ამ მოდელში შშმ ბავშვების მშობლებს/ოჯახებს ჰყავთ ერთი პიროვნება/მუშაკი, რომელთანაც მათ შეუძლიათ მივიდნენ რჩევის საჭიროების ან პრობლემის არსებობის შემთხვევაში. ეს მუშაკი ხშირ შემთხვევაში სოციალური მუშაკია, რომელიც ინარჩუნებს რეგულარულ კონტაქტს ოჯახთან და აქვს პასუხისმგებლობა, ითანამშრომლოს სხვა პროფესიონალებთან სხვა მომსახურებებიდან და ასევე, კოორდინაცია გაუწიოს ოჯახისთვის არსებულ მხარდაჭერის შესაძლებლობებს. ამ ფუნქციებს სოციალური მუშაკი, როგორც წესი, შემთხვევის მართვის ფარგლებში ახორციელებს (ამ კუთხით დამატებით ინფორმაცია შეგიძლიათ, იხილოთ პირველი თავის პირველ ნაწილში). უკიდურესად მნიშვნელოვანი ასპექტები ამ მოდელში არის ამ მუშაკის ცოდნა და უნარი, მოიპოვოს ინფორმაცია და მომსახურებები რიგი სააგენტოებიდან. კვლევები გვიჩვენებს, რომ ოჯახებს, რომელთაც მსგავსი მუშაკი არ ჰყავთ, გაცილებით მეტი დაუკმაყოფილებელი საჭიროება აქვთ და ეს, ძირითადად, ისეთ ოჯახებთან ხდება, რომელთაც ყველაზე მეტი პრობლემა და ყველაზე ცოტა რესურსი აქვთ. ამ მოდელის წარმატებით დანერგვის შემთხვევაში, იგი ასოცირდება მშობლების/ოჯახის წევრების განწყობის გაუმჯობესებასთან, მეტი პრაქტიკული დახმარების მიღებასთან, მშობლების/ოჯახების მხრიდან მომსახურებებით მეტ კმაყოფილებასა და ნაკლებ იზოლაციასთან. მსგავსი მომსახურების ყველაზე

მნიშვნელოვან ღირებულებად მშობლები/ოჯახები იმას მიიჩნევენ, რომ მათ ჰყავთ ადამიანი, რომელთანაც შეუძლიათ დალაპარაკება ან მისვლა პრობლემის არსებობის შემთხვევაში. ასევე, აღსანიშნავია, რომ ეს მოდელი ითვალისწინებს ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ოჯახის მხარდაჭერას და ამ მოდელის მიხედვით, ერთი უწყებიდან მეორისთვის ოჯახის გადანაცვლების შემთხვევაშიც კი, ძირითადი მუშაკი ან უწყება, რომელიც ამ მუშაკის მომსახურებას აწვდის ოჯახს, უცვლელი უნდა რჩებოდეს (Sloper, 1999) (Beecham, Sloper, Greco, & Webb, 2007).

ეკოლოგიური მოდელისა და ცხოვრების ეტაპებზე დაფუძნებული მოდელის ჩარჩო

ეკოლოგიური მოდელისა და ცხოვრების ეტაპებზე დაფუძნებული მოდელის ჩარჩოს იყენებენ, როგორც პრაქტიკის ზოგად ჩარჩოს შშმ ბავშვებისა და პირების ოჯახების მხარდაჭერისა და გაძლიერებისთვის. ეკოლოგიური მოდელი გულისხმობს, რომ ადამიანსა და მის ცხოვრებაზე გავლენას ახდენს სხვადასხვა დონის სისტემა და ყურადღება გამახვილებულია ადამიანის ამ სისტემებთან ურთიერთქმედებაზე. ამ მოდელის ადაპტირებულ ვარიანტში, რომელიც შეზღუდულ შესაძლებლობებზეა მორგებული, შემდეგი სისტემებია გამოყოფილი: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი და მისი მშობელი/მზრუნველი/ოჯახი, თემი და სახელმწიფო პოლიტიკა. ყველა ეს სისტემა ურთიერთქმედებს ერთმანეთთან და გავლენას ახდენს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირსა და მის ოჯახზე, თუმცა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის, რომ აღნიშნული მოდელი იძლევა საშუალებას, ამ დონეებიდან/სისტემებიდან ნებისმიერის კონტექსტუალიზაცია მოხდეს ცვლილების სამიზნის სახით. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ცვლილებაზე მიმართული ღონისძიებები, რომელთა საბოლოო შედეგი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების ცხოვრების გაუმჯობესებაა, შეიძლება, განხორციელდეს შშმ პირსა და მის ოჯახზე მიმართული ჩარევებით, სათემო დონის პროგრამებზე მიმართული ღონისძიებებით ან ეროვნული პოლიტიკისა და პროგრამების ცვლილებაზე მიმართული ქმედებებით (Grossman & Magana, 2016).

ცხოვრებისეული ეტაპების პერსპექტივა საშუალებას გვაძლევს, შევისწავლოთ ადამიანებისა და ოჯახების გამოცდილება, რომელიც მათი განვითარების პროცესისა თუ ეტაპის მიხედვით განსხვავდება და ამავდროულად, ვაღიაროთ, რომ განვითარება მუდმივი და დინამიური პროცესია. ცხოვრებისეული ეტაპების პერსპექტივა აღიარებს, რომ ადამიანებისა და ოჯახების ცხოვრებისეული ეტაპები, შეიძლება,

განსხვავდებოდეს ერთიმეორისგან, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე შეზღუდულ შესაძლებლობებს ეხება. მნიშვნელოვანი ცნება, რომელზეც ეს მოდელი ამახვილებს ყურადღებას, არის ტრანზიციის ცნება. ტრანზიციის ანუ ერთი ეტაპიდან მეორეზე გადასვლის ცნება ძალიან მნიშვნელოვანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებისა და მათი ოჯახების ცხოვრებაში, რადგან თითოეული ტრანზიცია გულისხმობს არა მხოლოდ ცხოვრების ერთი ეტაპიდან მეორეზე გადასვლას, არამედ ერთი მომსახურებიდან თუ სისტემიდან (მაგალითად, განათლების) მეორეზე (მაგალითად, დასაქმების სისტემაზე) გადასვლას. თავისთავად, ამ მოდელში დიდი ყურადღება მახვილდება იმაზე, თუ რა სახის მხარდაჭერაა საჭირო შშმ პირის ოჯახისთვის თითოეულ ეტაპზე და ასევე, ეტაპებს შორის გადასვლის დროს (Grossman & Magana, 2016).

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ქვემოთ მოცემული მოდელები მიმართულია სხვადასხვა დონეზე ცვლილების მოსახდენად: ინდივიდისა და ოჯახის, თემის და პროგრამების/პოლიტიკის დონეებზე. რადგან შშმ ბავშვებისა და პირების ოჯახებს თვისებრივად განსხვავებული გამოცდილება აქვთ ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე, მნიშვნელოვანია, განვიხილოთ, რა ტიპის მხარდაჭერისა და გაძლიერების მოდელების გამოყენებაა აუცილებელი და სასურველი თითოეულ ეტაპზე და ასევე, ეტაპებს შორის გადასვლისას. აღსანიშნავია, რომ წიგნის მიზნებიდან გამომდინარე, ყველაზე მეტი ყურადღება ბავშვობის ასაკსა და ამ ასაკისთვის შესაბამის მომსახურებებზე/სისტემებზეა გამახვილებული (რომლებშიცაა ჩართული შშმ ბავშვი).

1. ინდივიდუალური და ოჯახის დონე:

შშმ ბავშვის/პირის მშობლებისა და ოჯახის გაძლიერებასა და მხარდაჭერაზე მიმართული მოდელები განსხვავდება შშმ ბავშვის/პირის ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე. ბავშვობის ეტაპზე ყველაზე მნიშვნელოვანია ოჯახის წევრების მხარდაჭერა ბავშვის ქცევის მართვის, ადეკვატური სტიმულაციის შესაძლებლობების მიწოდების, თამაშისა და განვითარების ხელშეწყობის მიმართულებით. ინდივიდუალურ დონეზე ოჯახის წევრებისა და მთლიანად ოჯახის მხარდაჭერის მომსახურებები დადებითად აისახება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და პირების მონაწილეობაზე სათემო პროცესებში, განვითარებისა და განათლების შესაძლებლობებში, დასაქმებისთვის მზადებისა და დასაქმების მომსახურებებში და ა.შ. (Grossman & Magana, 2016). ქვემოთ მოცემულია ის მოდელები და პროგრამები, რომელთაც ინდივიდუალურ დონეზე ოჯახის წევრებისა და მთლიანად ოჯახის

გასაძლიერებლად იყენებენ. კვლავ აღვნიშნავთ, რომ წიგნის ფოკუსიდან გამომდინარე, ეს მოდელები და პროგრამები, უპირველეს ყოვლისა, შშმ ბავშვების მშობლებსა და ოჯახებზეა მიმართული.

მშობლებთან პარტნიორობის მოდელი: დღესდღეობით გაცილებით მეტი ყურადღება ექცევა იმას, რომ შეიცვალოს ტრადიციული მიდგომა, რომლის მიხედვითაც პროფესიონალია ექსპერტი და ამის ნაცვლად, თავად შშმ პირი და მისი ოჯახი ჩაითვალოს თანაბარი „ექსპერტიზის“ მქონეებად. ეს გულისხმობს, ასევე, მშობლებისა და ოჯახის განსხვავებული ხედვების გათვალისწინებას და მოქნილი, ინდივიდუალური მიდგომის გამოყენებას თითოეულ შემთხვევაში. მსგავსი მიდგომის გამოყენებისას, მშობლებს/ოჯახის წევრებსა და პროფესიონალებს აქვთ დრო და საშუალება, მოუსმინონ ერთმანეთს და ღიად იმსჯელონ სხვადასხვა საჭიროებასა თუ ქმედებაზე. მსგავსი მიდგომის გამოყენებაზე არსებული კვლევები ცხადყოფს, რომ მშობლები/ოჯახები, ამ მიდგომის გამოყენების შემთხვევაში, გაცილებით მეტად ფიქრობენ, რომ ისინი აკონტროლებენ, თუ რა მომსახურებებს იღებენ ისინი და ასევე, ამ მომსახურებებს მეტად დამხმარედ და სასარგებლოდ მიიჩნევენ. მსგავს მოდელზე დაფუძნებულ მომსახურებებში, მომსახურების მომხმარებელ მშობლებს/მზრუნველებს განსაკუთრებით მოსწონთ ემოციური და პრაქტიკული მხარდაჭერა, მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა და პარტნიორული დამოკიდებულება სოციალური მუშაკებისა და სხვა პროფესიონალების მხრიდან (Sloper, 1999), (Davis & Meltzer, 2007).

ოჯახის სისტემური მოდელი: ეს მოდელი გულისხმობს, რომ მშობლის/მზრუნველის შიდა ცვლადები, როგორებიცაა სტრესი, დეპრესია, გამკლავების უნარები და ასევე, ამ უნარების ცვლილება გავლენას ახდენს მშობლობის ხარისხზე (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016). ოჯახის სისტემური მოდელის ფარგლებში, 17 კვლევის შედეგების გაანალიზების საფუძველზე, სინგერმა და კოლეგებმა (Singer, Ethridge, & Aldana, 2007) გამოჰყვეს მშობლებისა და ოჯახების მხარდაჭერის სამი ძირითადი მოდელი: მშობელთა/მზრუნველთა განათლება ქცევის მართვაზე, გამკლავების უნარების გაუმჯობესება (რომელიც კოგნიტურ და ქცევით თერაპიას ეფუძნება) და აღნიშნული ორი მიდგომის კომბინაცია. ეს მოდელები ქვემოთ დამატებითაა გაშლილი.

ასევე, ოჯახის სისტემურ მოდელში მოიაზრება პრობლემების გადაჭრის საგანმანათლებლო პროგრამა მშობლების/ოჯახის წევრებისთვის, რომელიც ადაპტირებულია პრობლემების გადაჭრის თერაპიიდან. თითოეული სესია ყურადღებას ამახვილებს აღნიშნული თერაპიის ნაბიჯებზე (მიზნების დასახვა, გონებრივი იერიში, გადაწყვეტილებათა შეფასება, პრობლემის გადაწყვეტის გზის შერჩევა და ქმედების დაგეგმვა) (Feinberg, et al., 2014).

ოჯახის სისტემური მოდელის ქუდის ქვეშ განიხილება *Mindfulness-ზე (ყურადღებრივი და მზრუნველ მშობლობაზე) დაფუძნებული ტრენინგის* მშობლებისთვის/ოჯახის წევრებისთვის, რომლის მიზანია სტრესის შემცირება და მშობლის როლის ეფექტიანად შესრულების ხელშეწყობა. ტრენინგის მთავარი მიზანი მდგომარეობს იმაში, რომ მშობელს/მზრუნველს განუვითარონ ყურადღებრივი, არაგანსჯითი და მიმდებლური აზროვნება, რათა მშობელმა/მზრუნველმა ყურადღება გაამახვილოს ბავშვსა და მშობლობის საკუთარ სტილზე მიზანმიმართულად და „აქ და ამჟამად“ პრინციპის გამოყენებით. ეს მოდელი მოუწოდებს მშობელს/მზრუნველს, მშობლის როლის შესრულებისას ახალი შესაძლებლობები და გამოწვევები ახლებურად და მიზანმიმართულად გაიაზროს (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016). 2012 წელს ჩატარდა აღნიშნული მიდგომის ეფექტიანობის კვლევა და დადგინდა, რომ მნიშვნელოვანი პოზიტიური ცვლილებები დადგა აღნიშნული მომსახურებით მოსარგებლე მშობლებისთვის/მზრუნველებისთვის, რომლებიც სტრესის შემცირებასა და მასთან დაკავშირებულ ფაქტორებს (მაგალითად, პიროვნულ ზრდას) და ასევე, მშობლების/მზრუნველების კომპეტენციის ზრდას, მათ გაუმჯობესებულ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობასა და საკუთარი შვილების მეტ მიმდებლობას და ამავდროულად, ბავშვებში ქცევითი სირთულეების შემცირებას უკავშირდება (Benn, Akiva, Arel, & Roeser, 2012). დამატებითი ინფორმაციისთვის იხილეთ: Petcharat & Liehr, 2017, Gachia, Anderson, & Moore, 2015.

პოზიტიური ქცევითი მხარდაჭერა: შშმ ბავშვების მშობლებისთვის/ოჯახებისთვის, ბავშვის ქცევა ხშირად გამოწვევებთან, მშობელს/ოჯახსა და ბავშვს შორის უარყოფით ურთიერთობასა და სტრესის მაღალ დონესთანაა დაკავშირებული. ქცევის მართვასთან დაკავშირებით მშობლობის პრაქტიკების დასახვეწად მრავალი მიდგომაა შემუშავებული. ერთ-ერთი ასეთი მიდგომაა პოზიტიური ქცევითი ჩარევა და მხარდაჭერა, რომელიც მრავალკომპონენტური პროგრამას წარმოადგენს და რომელიც მოიცავს პრობლემური

ქცევის პრევენციისა და ქცევითი ჩარევების ზრდის სტრატეგიებს. ამ მიდგომამ დადებითი შედეგი აჩვენა ქცევითი სირთულეების საგრძნობი გაუმჯობესებისა და ასევე, მშობლებში/ოჯახის წევრებში პესიმიზმის დონის შემცირების მიმართულებებით. ამ მიდგომის შედეგები გაცილებით მაღალი იყო, როდესაც იგი დაწყვილებული იყო მშობლების/ოჯახების ტრენინგთან, რომლის მიზანსაც ოპტიმიზმის დონის ზრდა წარმოადგენს და რომელიც მშობლებს/ოჯახის წევრებს ეხმარება, განსაზღვრონ და გადაახალისონ მშობლობასთან დაკავშირებული მოსაზრებებისა და რწმენების სქემები (პატერნები) (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016). დამატებითი ინფორმაციისთვის, იხილეთ: Sailor, Dunlap, Sugai, & Horner, 2009.

პოზიტიური ქცევითი მხარდაჭერის მოდელის ფარგლებში ექცევა *პოზიტიური მშობლობის პროგრამა (Triple P Program – Positive Parenting Program)*, რომელსაც თავდაპირველად იყენებდნენ სკოლის ასაკის ბავშვებთან, რომელთაც ქცევითი სირთულეები ჰქონდათ; თუმცა ამჟამად ამ პროგრამას იყენებენ ქცევითი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვების მშობლებთან/მზრუნველებთანაც. ამ პროგრამის ადაპტირებული ვარიანტებია Stepping Stones („ბილიკის ქვები“) და Incredible Years („არაჩვეულებრივი წლები“). ამ პროგრამაზე არსებული ეფექტიანობის კვლევები აჩვენებს მის მძლავრ შედეგს ქცევითი სირთულეების შემცირებისა და მშობლობის უფრო ზოგადი მახასიათებლების გაუმჯობესების მიმართულებით (მაგალითად, მშობლობის სტილი, მშობლის/მზრუნველის დამოკიდებულება და სხვა). ასევე, უმჯობედება მშობლების/მზრუნველების კმაყოფილება და ეფექტიანობა და ბავშვების სოციალური, ემოციური და ქცევითი კეთილდღეობა. ეს პროგრამები, შესაძლოა, ტარდებოდეს ინდივიდუალურად, ჯგუფურად ან თვით-სწავლების მეთოდებით. ისინი ეფუძნება განვითარების თეორიას და როგორც წესი, შედგება მშობლის/მზრუნველის, მასწავლებლისა და ბავშვის კომპონენტებისგან, რომელთა მიზანია ერთობლივი მუშაობა ემოციურ და სოციალურ კომპეტენციებზე და ქცევითი, ემოციური პრობლემების პრევენცია, შემცირება და ჩარევა. შედეგები ცხადყოფს, რომ ეს პროგრამები, რომლებიც მშობლებზე/მზრუნველებზეა მიმართული და უნივერსალური და მიზნობრივი ჩარევების ნაზავია, დადებით შედეგებთანაა ასოცირებული როგორც ბავშვის, ისე მშობლის/მზრუნველისა და მთელი ოჯახის კეთილდღეობის თვალსაზრისით (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016). დამატებითი ინფორმაციის ხილვა ზემოხსენებულ პროგრამებზე

შესაძლებელია: Sailor, Dunlap, Sugai, & Horner, 2009, Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000, Sanders, et al., 2012, Sofronoff, Jahnel, & Sanders, 2011, McIntyre, 2008.

ლაზარუსის და ფოლკმანის სტრესისა და გამკლავების კოგნიტური მოდელი: ამ მოდელის მთავარი მახასიათებელი ისაა, რომ ცალკეული პირები განსხვავდებიან იმის მიხედვით, თუ როგორ აფასებენ ისინი მსგავს მოვლენებსა და სიტუაციებს. მაშასადამე, ვერ ვივარაუდებთ, რომ ყველა მშობელი/მზრუნველი აუცილებლად სტრესულად აღიქვამს მისი შვილის შეზღუდულ შესაძლებლობას. რესურსები, რომლებზეც ადამიანებს ხელი მიუწვდებათ - მატერიალური, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური თუ სოციალური - მოქმედებს ადამიანების მიერ სიტუაციის შეფასებაზე და ასევე, იმ ვარიანტებზე, რომლებიც მათ ქმედების თვალსაზრისით აქვთ. ქმედებებს, რომელთაც ადამიანები სტრესულ სიტუაციასთან გასამკლავებლად იყენებენ, „გამკლავების სტრატეგიებს“ უწოდებენ და ისინი გულისხმობს როგორც სტრესთან დაკავშირებული ემოციების რეგულირებას ან შემცირებას (ემოციებზე ფოკუსირებული სტრატეგიები), ასევე, თავად სტრესის გამომწვევი სიტუაციის შეცვლას (პრობლემებზე ფოკუსირებული სტრატეგიები). მაშინ, როცა აღნიშნულ მოდელს ზოგჯერ აკრიტიკებენ მისი გადამეტებული ყურადღების გამო პიროვნულ ფაქტორებზე, სოციალურ და გარემო ფაქტორებთან შედარებით, რომლებიც შშმ ბავშვების მშობლებზე/ოჯახზე შეიძლება მოქმედებდეს, აღნიშნული, შესაძლოა, იმ ვიწრო ხედვის მიზეზით ხდებოდეს, რომლითაც ამ მოდელს იყენებენ და აღიქვამენ. თავად მოდელში ხაზგასმითაა აღნიშნული მატერიალური და გარემო რესურსების მნიშვნელობა, რაც, თავისთავად, გულისხმობს შემოსავლის, ტრანსპორტირების, საცხოვრისის, სოციალური რესურსების, არაფორმალური და ფორმალური მომსახურებიდან მიღებული მხარდაჭერის და ასევე, პიროვნული ფაქტორების - მაგალითად, დამოკიდებულებები და რწმენები, რომლებზეც, ასევე, დომინანტური სოციალური შეხედულებები ახდენს გავლენას - დეტალურ შესწავლასა და პოზიტიური ცვლილებების მოხდენისკენ ქმედითი ნიბიჯების გადადგმას. სტრესთან გამკლავების მოდელზეა დაფუძნებული მშობელთა ტრენინგები პრობლემების გადაჭრასა (ნახსენებია ზემოთ) და გადაწყვეტილებების მიღებაში, კომუნიკაციის უნარებში, ისეთ უნარებში, რომლებიც სოციალური თანადგომის ქსელის ხელმისაწვდომობასა და გამოყენებას ზრდის და გამკლავების ისეთ სტრატეგიებში, როგორებიცაა: პოზიტიური თვით-ინსტრუქცია/საკუთარ თავთან საუბარი, საკუთარი თავის შექება და რელაქსაცია. მსგავსი ჩარევები უფრო ხშირად ჯგუფურად ხორციელდება, თუმცა ინდივიდუალური სახითაც გვხვდება. კვლევები აჩვენებს, რომ

მსგავსი პროგრამების გამოყენება განაპირობებს კომუნიკაციისა და სტრესთან გამკლავების უნარების გაუმჯობესებას, ოჯახის მხარდაჭერის მომსახურებებით კმაყოფილების დონის ზრდასა და დეპრესიის დონის კლებას (Biggs, Brough, & Drummond, 2017) (Lazarus & Folkman, 1984).

მშობლების/ოჯახების კონსულტირების მოდელი: ამ მოდელის მიხედვით, მნიშვნელოვანია არა მარტო ის, თუ რა მომსახურებების მობილიზებას ახდენენ პროფესიონალები ოჯახებისთვის, არამედ ისიც, თუ როგორ უწყვეტნი იხილები ამ მხარდაჭერას. ეფექტიანი კონსულტირების მოდელი შემდეგ მახასიათებლებს მოიცავს: ურთიერთობის აგება; კომუნიკაცია, გულწრფელობა და ინფორმაციის სიცხადე/მარტივად აღქმადობა; ოჯახის წუხილების გაგება და ოჯახის ღირებულებებსა და მიზნებზე ადეკვატურად რეაგირება. კონსულტირების მოდელზე დეტალურად იხილეთ მეორე თავის პირველ ნაწილში.

მშობლების/მზრუნველების სწავლებაზე დაფუძნებული მოდელი: ყველაზე აქტიურად ამ მოდელს შედარებით მცირე ასაკის ბავშვების მშობლებთან/მზრუნველებთან იყენებენ და იგი გულისხმობს მშობლების/მზრუნველების სწავლებას, თუ როგორ უნდა შეუწყონ ხელი მათი შშმ ბავშვის უნარების (მაგალითად, მეტყველება, სოციალური უნარები, თამაში) განვითარებას (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016). 2011 წელს ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ბავშვების რეცეპტულ და ექსპრესიულ მეტყველებაზე ეს ჩარევები მნიშვნელოვან პოზიტიურ ზეგავლენას ახდენს მცირე ასაკის ბავშვების შემთხვევაში, რომელთაც ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობა აქვთ. უფრო მეტიც, ამავე კვლევის ფარგლებში შედარდა იმ ბავშვებთან მიღწეული შედეგები, რომლებმაც თერაპიული ჩარევა მშობლების/მზრუნველების მხრიდან მიიღეს და იმ ბავშვებთან მიღწეული შედეგები, რომლებთანაც პროფესიონალები მუშაობდნენ. პირველ შემთხვევაში, შედეგი უფრო ნაკლები იყო, თუმცა არა ძალიან განსხვავებული (Roberts & Kaiser, 2011). შესაბამისად, თუ მშობლებს/მზრუნველებს სათანადო მომზადება აქვთ გავლილი, მათ შეუძლიათ, საკმაოდ ეფექტიანად იმუშაონ მეტყველებისა და სხვა უნარების განვითარებაზე. ასევე, დადებითი შედეგები აჩვენა იმ პროგრამებმა, რომლებიც მშობლებს/მზრუნველებს ასწავლის მათი შშმ შვილებისთვის კითხვის უნარების განვითარების ტექნიკებს. დიალოგური კითხვის ტექნიკის ერთ-ერთი სახესხვაობის გამოყენებით, მშობლები/მზრუნველები უკითხავენ ბავშვს წიგნს, იგებენ, რამდენად გაიგო ბავშვმა

შინაარსი მისთვის სათანადო კითხვების დასმით, აძლევენ ბავშვს შესაძლებლობას, უპასუხოს კითხვებს, იმეორებენ და ამდიდრებენ ბავშვის მიერ გაცემულ პასუხს, იყენებენ ილუსტრაციებს ბავშვის მიერ შინაარსის უკეთ აღსაქმელად, აქებენ ბავშვს და ძირითად აქცენტს იმაზე აკეთებენ, რომ კითხვა სახალისო საქმიანობა იყოს (Crain-Thoreson & Dale, 1999).

მშობლების სწავლებაზე დაფუძნებული მოდელის ფარგლებში, აუტიზმის სპექტრის აშლილობების შემთხვევაში, პროგრამები, რომლებიც შემუშავებულია ბავშვებისთვის, ძალიან ხშირად მოიცავს მშობლებზე/მზრუნველებზე მიმართულ ნაწილსაც. *Early Start Denver Model (ESDM) - დენვერის ადრეული სტარტის მოდელი* - ასეთი პროგრამების კარგ მაგალითს წარმოადგენს, რომელიც ბავშვების კოგნიტურ შესაძლებლობებსა და ადაპტურ ქცევაზე მნიშვნელოვან პოზიტიურ შედეგებს იძლევა. პროგრამის მნიშვნელოვანი ნაწილია მშობლებისთვის/მზრუნველებისთვის ბავშვების კოგნიტური შესაძლებლობების განვითარებისა და ადაპტური ქცევის ჩამოყალიბებისთვის საჭირო სტრატეგიების სწავლება (Rogers, et al., 2012). კიდევ ერთი მაგალითია *ImPACT (Improving Parents as Communication Teachers)* – „მშობლების, როგორც კომუნიკაციის უნარების მასწავლებლების განვითარება“, რომელიც მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ პროგრამას წარმოადგენს და აუტიზმის მქონე ბავშვების მშობლებს/მზრუნველებს ასწავლის, როგორ უნდა შეუწყონ ხელი მათი შვილების სოციალურ-კომუნიკაციურ უნარებს ყოველდღიური რუტინისა და ღონისძიებების განხორციელებისას. ამ პროგრამამაც დადებითი შედეგები აჩვენა ბავშვებთან (Ingersoll & Wainer, 2013). შეჯამების სახით, შეიძლება, ითქვას, რომ შშმ ბავშვების მშობლების/მზრუნველების ჩართვა ბავშვების უნარების განვითარებაზე მიმართული პროგრამების მნიშვნელოვანი ნაწილია და რიგ შემთხვევებში, ეს უფრო მეტ დადებით შედეგს იძლევა, ვიდრე მსგავსი ჩარევები, რომელთა განხორციელებაშიც მშობლები/მზრუნველები უშუალოდ ჩართულები არ არიან (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016).

ინტერაქციული მოდელი: ამ მოდელს შედარებით მცირე ასაკის ბავშვების მშობლებთან/მზრუნველებთან იყენებენ და იგი შექმნილია იმისთვის, რომ ხელი შეუწყოს სოციალურ ინტერაქციას/ურთიერთობას მზრუნველებსა და შშმ ბავშვებს შორის. ამ მოდელის მიხედვით აგებული პროგრამები ეფუძნება კვლევებს, რომლებიც აჩვენებს, რომ შშმ ბავშვების ნაწილს უჭირს პოზიტიური ურთიერთობის დამყარება მშობლებსა და სხვა ადამიანებთან და ასევე, მშობლებს/მზრუნველებს უჭირთ ისეთი

ურთიერთობა საკუთარ შვილებთან, რომელიც სოციალური უნარების განვითარებას შეუწყობდა ხელს (მაგალითად, ზედმეტად დირექტიულები არიან). ამ მოდელზე დაფუძნებულ ერთ-ერთ პროგრამაში მშობლებს/მზრუნველებს ასწავლიან, როგორ მოაწყონ გარემო თამაშისთვის, რათა თამაშმა მათსა და მათ შვილს შორის ურთიერთობის განვითარებას შეუწყოს ხელი და რათა ამ თამაშის დროს მზრუნველებმა მაქსიმალურად წახალისონ ბავშვი. ამ მოდელთანაა დაკავშირებული *მშობლისა და ბავშვის ინტერაქციის (ურთიერთობის) თერაპია*, რომელიც მოიცავს არა მხოლოდ ბავშვის ქცევის მართვის თერაპიაზე დაფუძნებულ კომპონენტს, არამედ თამაშის თერაპიის ელემენტებსაც, რომლებიც უშუალოდ ბავშვს რთავს თერაპიულ სესიებში. მშობლები/მზრუნველები სწავლობენ, როგორ წახალისონ პროსოციალური ქცევა და როგორ შეამცირონ ან აღმოფხვრან ანტი-სოციალური ქცევა, რისი საბოლოო მიზანიც მშობელსა/მზრუნველსა და ბავშვს შორის მზრუნველობითი და უსაფრთხო ურთიერთობის ჩამოყალიბებაა (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016).

მძიმე ან ქრონიკული სამედიცინო დაავადების მქონე ბავშვების მშობლების/მზრუნველების მხარდაჭერის მოდელები: მძიმე ან ქრონიკული სამედიცინო დაავადების მქონე ბავშვების მშობლების/მზრუნველების წინაშე ბევრი სირთულე დგას, რომლებიც, პირველ რიგში, ჯანდაცვის მომსახურებების მიწოდებასა და დაფარვასთან არის დაკავშირებული და ეს პრობლემები, შეიძლება, ხელს უშლიდეს პოზიტიურ მშობლობას. მშობლებთან/მზრუნველებთან მუშაობისთვის იყენებენ პრობლემების გადაჭრის ტექნიკას (როგორც ზემოთაცაა აღწერილი). ერთ-ერთი ასეთი მიდგომაა მშობლებისთვის/მზრუნველებისთვის *პრობლემების გადაჭრაზე მიმართული ტრენინგის* ჩატარება. კვლევები აჩვენებს, რომ ამ მიდგომას მნიშვნელოვანი დადებითი შედეგი მოაქვს მშობლებისთვის/მზრუნველებისთვის მათი განწყობის გაუმჯობესებისა და ასევე, დეპრესიული სიმპტომებისა და სტრესის დონის შემცირების თვალსაზრისით (Sahler, et al., 2002). მელნიკმა და კოლეგებმა ჩამოაყალიბეს პროგრამა „*შესაძლებლობების შექმნა მშობელთა გაძლიერებისთვის*“, რომელიც მიმართულია ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებებში მყოფი ბავშვების მშობლებზე/მზრუნველებზე. იგი მოიცავს მშობლისთვის/მზრუნველისთვის ინფორმაციის მიწოდებას დაგეგმილი მკურნალობის შესახებ და ასევე, საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ბავშვთან ერთად განსახორციელებელი სტრუქტურირებული ღონისძიებების შესახებაც (რომლებიც მიმართულია ბავშვის განვითარებასა და მშობელსა/მზრუნველსა და ბავშვს შორის ურთიერთობის

გაუმჯობესებაზე) (Melnyk, Crean, Feinstein, Fairbanks, & Alpert-Gillis, 2007). ასევე, მსგავს შემთხვევებში იყენებენ სხვა პროგრამებსაც, რომლებიც კოგნიტურ და ქცევით მოდელს, ან კომუნიკაციასა და სოციალურ მხარდაჭერაში ტრენინგს ეფუძნება (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016).

მოდელები და პროგრამები მცირე ან ძალიან მცირე წონის ახალშობილი ბავშვების მშობლებისთვის/მზრუნველებისთვის: ეს ბავშვები, როგორც წესი, 1000-1500 გრამს ან ნაკლებს იწონიან და დაბადების შემდეგ ინტენსიური ზრუნვის განყოფილებაში ხვდებიან, რომელშიც რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე პერიოდს ატარებენ; მათ ზოგჯერ გაწერის შემდეგაც აქვთ ჯანმრთელობის პრობლემები თუ განვითარების შეფერხება. რადგან ეს ბავშვები მაშინვე არ მიდიან შინ, მნიშვნელოვანი პრობლემა მათ შემთხვევაში მშობელთან/მზრუნველთან ნორმალური მიჯაჭვულობის განვითარებაა გამოწერის შემდეგ (განსაკუთრებით, იმ მშობლებისთვის/მზრუნველებისთვის, რომელთათვისაც ეს პირველი ბავშვია). გარდა ამისა, ბავშვებს შეიძლება, ჰქონდეთ მნიშვნელოვანი სამედიცინო საჭიროებები (მაგალითად, რესპირატორის ან გულის მონიტორის გამოყენების საჭიროება) შინ დაბრუნების შემდეგაც, რომლებიც მშობლებმა/მზრუნველებმა უნდა დააკმაყოფილონ. *ზოგი მოდელი მშობლობის უნარების განვითარებაზე მიმართული და ზოგი - ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის გაწევაზე* პოსტტრავმული სტრესის ან დეპრესიის სიმპტომების პრევენციის ან მათზე რეაგირებისთვის (The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine, 2016). ერთ-ერთი პროგრამა ამ მიმართულებით არის „დედა კენგურუს ზრუნვის პროგრამა“ (*Kangaroo Mother Care*) - ეს პროგრამა გულისხმობს მშობლისა/მზრუნველისა და ბავშვისთვის ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში სხეულის კონტაქტის უზრუნველყოფასა და ბავშვთან სათანადო ურთიერთობის ჩამოყალიბების ხელშეწყობას სამედიცინო დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში პროფესიონალების მიერ (Athanasopoulou & Fox, 2014).

გარდა ზემოაღწერილი მოდელებისა და პროგრამებისა, სჭირია რამდენიმე ზოგად ფაქტორსა თუ მუშაობის მიმართულებაზეც გავამახვილოთ ყურადღება, რომლებიც ინდივიდუალური მშობლის/მზრუნველისა და ოჯახის დონეზე მუშაობისას არის მნიშვნელოვანი. უპირველეს ყოვლისა, ეს ეხება ოჯახის კულტურული, ეთნიკური, რელიგიური და სხვა მიკუთვნებულობის გათვალისწინებას, განსაკუთრებით, როდესაც შეზღუდულ შესაძლებლობებს ეხება საქმე. სხვადასხვა მიკუთვნებულობის ოჯახები, შეიძლება, განსხვავებულად აღიქვამდნენ შეზღუდულ შესაძლებლობას და

მის წარმომავლობას (მაგალითად, შეზღუდულ შესაძლებლობას ღვთის სასჯელად ან პირიქით, ღვთის ჯილდოდ და მადლიანი საქმის კეთების საბაზად მიიჩნევენ მშობლების ნაწილი ქართულ კონტექსტში - (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2016)), არ მიმართონ დახმარებისთვის სათანადო სისტემებსა და მომსახურებებს, თემში განსხვავებული თერაპიის/მკურნალობის შესაძლებლობები ჰქონდეთ/იყენებდნენ (მაგალითად, თემის ტრადიციებზე დაფუძნებული „ალტერნატიული“ მედიცინა) ან განსხვავებული წარმოდგენა ჰქონდეთ დამხმარე სპეციალისტებთან ურთიერთობაზე. ოჯახთან მომუშავე პრაქტიკოსებმა აუცილებლად უნდა გაიაზრონ საკუთარი რწმენები და ღირებულებები, მათი მომსახურების მომხმარებლების კულტურული თუ სხვა თავისებურებები და ოჯახთან ურთიერთობისას ეს განსხვავებულობები უნდა გაითვალისწინონ. უმცირესობას მიკუთვნებული კულტურული ან ეთნიკური ჯგუფის შემთხვევაში, ოჯახის წინაშე დამატებითი ბარიერებია ხოლმე: ენის არ ცოდნა, ინფორმაციის არ ქონა განვითარების, სამედიცინო თუ საგანმანათლებლო მომსახურებებზე, ფინანსური მდგომარეობის სიმძიმედა სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის შიში, მათ შორის, საკუთარ თემშიც. მნიშვნელოვანია, რომ სოციალურმა მუშაკმა თუ სხვა დამხმარე პროფესიონალმა, რომელიც მუშაობს ოჯახთან: მოიპოვოს მაქსიმალურად ბევრი ინფორმაცია ამა თუ იმ ჯგუფზე ან ჩართოს კოლეგები, რომლებიც კონკრეტულ ჯგუფს მეტად იცნობენ, სთხოვოს მშობლებს/ოჯახს, გაუზიარონ საკუთარი შეხედულებები ბავშვის შეზღუდულ შესაძლებლობაზე და მათ თემში არსებულ „განკურნების“ შესაძლებლობებზე, ასევე, ბავშვის მიმართ არსებულ მოლოდინებზე, უზრუნველყოს თარჯიმნის დასწრება, როცა ეს აუცილებელია, დაიცვას კულტურული ნორმები კომუნიკაციისას (მაგალითად, აზიურ კულტურებში შეიძლება, მიუღებელი იყოს დედის საუბარი მამაკაც სოციალურ მუშაკთან), ხელი შეუწყოს ოჯახებისთვის მხარდაჭერის ჯგუფების შექმნას და ყველა დაგეგმილ ღონისძიებაში ოჯახის წევრები მაქსიმალურად ჩართოს (Nehring, 2007) (Canadian Paediatric Society, 2017). სამწუხაროდ, ქართულ რეალობაში კულტურული, ეთნიკური, რელიგიური თუ სხვა უმცირესობების თემებში შეზღუდული შესაძლებლობების თაობაზე ლიტერატურა უკიდურესად მწირია. შემდეგ დოკუმენტში შეგიძლიათ, იხილოთ დეტალური კითხვები შეფასებისთვის, რომელიც კულტურული სენსიტიურობის ნორმებს პასუხობს: Nixon, 2002. აქ კი შეგიძლიათ, გაეცნოთ დამატებით ინფორმაციას აუტიზმის სპექტრის აშლილობების შემთხვევაში ადრეულ ჩარევაში კულტურული სენსიტიურობის რელევანტურობაზე: Gardiner & French, 2011.

ასევე, მნიშვნელოვანია *მუშაობა შშმ ბავშვების და-ძმების გასაძლიერებლადაც*, რადგან ბავშვებს, რომელთაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე და-ძმა ჰყავთ, თავადაც ხშირად აქვთ სპეციფიური საჭიროებები. კვლევები ადასტურებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებს მშობლები/მზრუნველები ოჯახში სხვა ბავშვებთან შედარებით მეტ დროს უთმობენ. თუმცა შშმ დის ან ძმის ყოლას ბევრი პოზიტიური მხარე ახლავს; კერძოდ, შშმ ბავშვების და-ძმებს მეტად უვითარდებათ მოთმინების, მხარდაჭერის, განსხვავებულობის მიმღებლობის, თანაგრძნობისა და დახმარების სურვილი და უნარი. თუმცა შშმ და-ძმის ყოლის შემთხვევაში, ბავშვებს თავად შეიძლება, ჰქონდეთ ბევრი ურთიერთსაწინააღმდეგო გრძნობა, მაგალითად: შეიძლება, განიცდიდნენ მათ შშმ და-ძმაზე, შურდეთ იმ ყურადღების, რომელსაც ის იღებს, ეშინოდეთ, რომ დაკარგავენ დას ან ძმას, გაბრაზდნენ, რადგან მათ არ აქცევენ საკმარის ყურადღებას, არ უნდოდეთ მათი შშმ და-ძმის მხარდაჭერა ან დახმარება, არ მოსწონდეთ, რომ მათი შშმ და-ძმის გამო ისინი სადღაც ვერ მიდიან ან რაღაცას ვერ აკეთებენ, შერცხვით სხვებთან მათი და-ძმის განსხვავებულობის გამო, გრძნობდნენ ზეწოლას, რომ გახდნენ ისეთი ადამიანები, ან გააკეთონ ისეთი რამე ცხოვრებაში, რაც მათ შშმ და-ძმას არ შეუძლია, დანაშაულის შეგრძნება ჰქონდეთ იმ უარყოფითი გრძნობების გამო, რომლებსაც საკუთარი და-ძმის მიმართ განიცდიან, ან იმიტომ, რომ მათ იგივე პრობლემები არ აქვთ. თუ მშობლები/მზრუნველები ოჯახში ყველა ბავშვის საჭიროებებს გაითვალისწინებენ, ეს პრობლემები თანდათან აღმოიფხვრება. თუმცა ზოგჯერ პრობლემები იმდენად ინტენსიური ან შემაწუხებელი შეიძლება იყოს, რომ ბავშვს პროფესიული დახმარება დასჭირდეს. ნიშნები, რომელთა დროსაც დამატებითი ჩარევა შეიძლება გახდეს საჭირო, მოიცავს შემდეგს: ცვლილები ჭამასა და/ან ძილის პატერნში, ფიზიკური სიმპტომები, როგორებიცაა თავის ან მუცლის ტკივილი, უიმედობა, პერფექციონიზმი, ცუდი კონცენტრაცია, დაბალი თვით-შეფასება, საუბარი საკუთარი თავისთვის რამის დაშავებაზე, მშობლებისგან დაშორების სირთულეები, ღონისძიებებში ინტერესის დაკარგვა, ხშირი ტირილი ან დადარდიანება და საკუთარ თავში ჩაკეტვა. და-ძმების მხარდაჭერის ერთ-ერთი საუკეთესო მოდელი იმავე გამოცდილების სხვა ბავშვებთან მათი დაკავშირებაა, მხარდაჭერის ჯგუფის ან ონლაინ პლატფორმის მეშვეობით. ასევე, დამხმარეა ოჯახური თერაპია ან მშობლების/მზრუნველების განათლება იმასთან დაკავშირებით, თუ ქცევის მართვის რა მეთოდები უნდა გამოიყენონ სიტუაციის განსამუხტად (Bischoff & Tingstrom, 1991) (University of Michigan, 2009). ამ მასალებში შეგიძლიათ, იხილოთ, ასევე, დამატებითი დამხმარე მასალა წიგნებზე, პუბლიკაციებზე, ვებ-

გვერდებსა და პროგრამებზე, რომელთა მიზანია შშმ ბავშვების და-ძმების მხარდაჭერა და გაძლიერება.

დამატებით, აღსანიშნავია, რომ ასაკის მატებასთან ერთად, შშმ ბავშვების და-ძმებს შეიძლება, მოუწიოთ ზრდასრულობაში საკუთარ შშმ და-ძმას გაუწიონ მხარდაჭერა და ხშირად ამის პარალელურად საკუთარ შვილებსა და მშობლებზეც იზრუნონ. და-ძმების ამ თაობას „კლუბური სენდვიჩის“ თაობას უწოდებენ (ეს არის სენდვიჩი, რომელიც პურის სამი ნაჭრისა და მათ შორის ჩადებული ხორცისა და ბოსტნეულის შიგთავსისგან შედგება - „კლუბური სენდვიჩის“ თაობის ცნებაც სწორედ სამი მიმართულებით ზრუნვის გამწევი ადამიანის გამოცდილებას ასახავს - შვილებზე, მშობლებზე და შშმ და-ძმებზე) (MassMutual, 2018). მშობლებიც შეიძლება „სენდვიჩის თაობას“ მიეკუთვნებოდნენ, რადგან მათ ხშირად ერთდროულად უწევთ ზრუნვა საკუთარ მშობლებზე ან მეუღლეებზე (განსაკუთრებით, ჯანმრთელობის გაუარესების შემთხვევებში) და ამავდროულად, შშმ შვილებზეც (შესაბამისად, ისინი ორი მიმართულებით სწევენ ზრუნვას). განვითარებულ ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, სენდვიჩის თაობის წარმომადგენელთა 84% ქალია. ოჯახის რამდენიმე წევრზე (განსაკუთრებით, სხვადასხვა თაობის წარმომადგენელ წევრებზე) ზრუნვას მნიშვნელოვანი უარყოფითი შედეგები აქვს დასაქმებაზე, განსაკუთრებით, სრული განაკვეთით დასაქმებაზე, ასევე, ჯანმრთელობასა და ემოციურ მდგომარეობაზე. ამ თაობის წარმომადგენელთა დაახლოებით 40% ფინანსურად შეჭირვებულია. ამ შემთხვევაშიც ყველაზე რეკომენდებულია მხარდაჭერის ჯგუფი, რომელიც ანალოგიურ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანებისგან შედგება; ასევე, მომავლისთვის დაგეგმვა - თუ ვინ იზრუნებს ოჯახის ყველა წევრზე, რომელთაც ზრუნვა სჭირდებათ, თუ ძირითად მზრუნველ წევრს აღარ შეეძლება ზრუნვის გაწევა; სტრესის შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებების განხორციელება მხარდაჭერის პროგრამების ფარგლებში; ფინანსური შეღავათები სახელმწიფოსგან ან ფინანსური მხარდაჭერა; სამსახურში მოქნილი საათებით მუშაობის კუთხით ხელშეწყობა; შინ ზრუნვის ან განტვირთვის მომსახურება (respite care) ძირითადი მზრუნველების მხარდასაჭერად და ა.შ. (Centre for Policy on Ageing, 2015).

2. თემის დონე

თემის დონეზე მნიშვნელოვანია ფორმალური (მომსახურებების დონეზე არსებული) და არაფორმალური მხარდაჭერის მოდელები. *ფორმალურ მხარდაჭერაში*

მოიაზრება ის მომსახურებები, რომლებიც თემში არსებობს შშმ ბავშვების მშობლების/ოჯახების მხარდასაჭერად. მათ შორის ძალიან დიდ როლს თამაშობს *მშობლის/მზრუნველის განტვირთვის მომსახურება* (respite care) და მასთან დაკავშირებული მხარდაჭერის პროგრამები, რომლებიც ოჯახის წევრებზეა მიმართული. განტვირთვის მომსახურების პროგრამები სამ ძირითად მოდელს შეიძლება ეფუძნებოდეს: რეზიდენტული განვიტვირთვის მომსახურება, რომელიც გულისხმობს შშმ ბავშვის დამით გაჩერებას სახლიდან მოშორებით სპეციალურად გამოყოფილ სივრცეში; განტვირთვის მომსახურება შინ - ეს არის ოჯახში მიწოდებული მომსახურება, რომელიც ოჯახის საჭიროებებზე უფრო მორგებულია ხოლმე და როგორც წესი, სხვა და-ძმაზეც ვრცელდება; და განტვირთვის სათემო მომსახურებები, რომლებიც სოციალური ინკლუზიის თვალსაზრისით საუკეთესოდ ითვლება და გულისხმობს სკოლის ბაზაზე არსებულ კლუბებს, შაბათ-კვირის ან კვირის განმავლობაში დაგეგმილ ღონისძიებებს, ოფიციალური დასვენებების პერიოდში მომსახურებას, ბანაკებს, თამაშებს, ჯგუფურ ღონისძიებებს, დამეგობრების პროგრამებსა და ოჯახებს შორის თანამშრომლობის ჩამოყალიბებას. განტვირთვის მომსახურებებს შორის საუკეთესოდ ოჯახზე ფოკუსირებული მომსახურება ითვლება, რაც გულისხმობს, რომ ყურადღება მახვილდება ოჯახის საჭიროებებზე, სურვილებსა და იმაზე, რაც მათთვის საუკეთესოა. ამ მომსახურებას, საუკეთესო შემთხვევაში, ავსებს სხვა კომპლექსური მომსახურებები, მაგალითად, ოჯახის წევრების მხარდაჭერისა და გაძლიერების მომსახურებები (ინფორმაციის მიწოდება, კონსულტირება და სხვა ტიპის მხარდაჭერა) შეიძლება მიეწოდებოდეს ოჯახს ადრეული ჩარევის მომსახურებების ან განათლების სისტემაში ინდივიდუალური სასწავლო პროგრამების ფარგლებში (Grossman & Magana, 2016) (Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2013). ამავე დოკუმენტში შეგიძლიათ, ნახოთ მეტი ინფორმაცია განტვირთვის მომსახურების, არსებული მოდელების, კვლევების შედეგებისა და დამატებითი რესურსების შესახებ: Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health, 2013.

არაფორმალურ მხარდაჭერაში მოიაზრება როგორც ზოგადად სოციალური თანადგომის ქსელის გაძლიერებაზე მიმართული ღონისძიებები, ასევე, *მხარდაჭერისა და თვითდახმარების ჯგუფები* ოჯახის წევრებისთვის. მშობლების/ოჯახის წევრების მხარდაჭერისა და თვითდახმარების ჯგუფები აწვდის მშობლებს/მზრუნველებს მუდმივ მხარდაჭერასა და კრიზისის დროს დახმარებას, ასწავლიან გამკლავების პოზიტიურ მეთოდებს, იძლევიან ინფორმაციის გაცვლის შესაძლებლობას,

განსაკუთრებით, რესურსებსა და უფლებებზე, აწვდიან ტრენინგს მშობლობის უნარების გასაზრდელად, უწყობენ მშობლებს/ოჯახის წევრებს ხელს მომსახურების მიმწოდებლებთან ურთიერთობაში და ეხმარებიან მათ, თავი დააღწიონ მარტოობას და ახალი მეგობრები გაიჩინონ. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მშობლების თვითდახმარების ჯგუფების მონაწილეებისთვის ეს ჯგუფები დამხმარე აღმოჩნდა 3 ძირითადი მიმართულებით: სოციოპოლიტიკური მიმართულებით, რომელიც გარე სამყაროზე მეტი კონტროლისა და მათი, როგორც ადვოკატის როლის უკეთ გააზრების საშუალებას გულისხმობდა; პიროვნებათაშორისი მიმართულებით, რაც მოიცავდა მიკუთვნებულობის შეგრძნების ჩამოყალიბებას თემისადმი; და პიროვნულ დონეზე, რაც საკუთარი თავისა და ქცევის შეცვლას გულისხმობდა (Solomon, Pistrang, & Barker, 2001) (Thompson, 1997).

როგორც თვითდახმარების, ასევე, მხარდაჭერის ჯგუფები შშმ ბავშვების მშობლებისთვის/ოჯახებისთვის საზღვარგარეთ აპრობირებული მხარდაჭერის მექანიზმია, თუმცა საქართველოში საკმაოდ ახალი ტიპის მომსახურებაა და ამჟამად მხოლოდ შეზღუდული რაოდენობით ფუნქციონირებს: ორგანიზაციის „ბაბაღე“ და ორგანიზაციის „ოჯახები დისკრიმინაციის წინააღმდეგ“ ერთობლივი ორგანიზებით და ასევე, რამდენიმე ლოკაციაში საქართველოს მასშტაბით, მათ შორის, სკოლებშიც. სკოლებში არსებული მშობელთა ჯგუფები, როგორც წესი, მოიცავს როგორც შშმ, ასევე, არა შშმ ბავშვების მშობლებს/ოჯახის წევრებს; მაგალითად, მშობელთა ასეთი გაერთიანებები მშობელთა კლუბის სახელწოდებით დაარსდა თბილისის ორ საჯარო სკოლაში *საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის* მიერ ამ სკოლებში განხორციელებული პროექტის „შშმ ახალგაზრდების სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობა“ ფარგლებში (აკობია, 2017). დამატებით, საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მხარდაჭერით, 2017 წელს ხელვაჩაურში დაარსდა შშმ ბავშვთა/პირთა მშობლების კლუბი, რომელიც მიზნად ისახავს შშმ ბავშვების მშობლებისთვის ურთიერთმხარდაჭერაზე ორიენტირებული სივრცის შექმნას. დღესდღეობით კლუბი ადგილობრივ მშობელთა ერთ-ერთი აქტიური არაფორმალური გაერთიანებაა, რომელიც მუშაობს ადგილობრივ თემში შშმ ბავშვთა/პირთა პრობლემებზე, მიმართავს ინიციატივებით ადგილობრივ თვითმმართველობას, როგორც მომსახურებების დახვეწის, ასევე, შექმნის მიზნით. ადგილობრივი მუნიციპალიტეტის მხრიდან კლუბის შეხვედრების ხელშეწყობის მიზნით გამოყოფილია შეხვედრების სივრცე და რესურსები ხელვაჩაურის ახალგაზრდულ ცენტრში (საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, 2016).

ასევე, აპრობირებულია *ონლაინ თვითდახმარების ჯგუფები* შშმ ბავშვთა მშობლების/ოჯახების თემში. მსგავსი ონლაინ ფორუმები Facebook-ზე საქართველოშიც არსებობს, მაგალითად: „UNIQUE Community“ (რომელიც, ძირითადად, აუტიზმის ან მსგავსი დიაგნოზების მქონე ბავშვების მშობლებს აერთიანებს), „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვი ჩვენი შვილები“ და სხვები. ერთ-ერთმა კვლევამ, რომელიც აუტიზმის მქონე ბავშვების მშობლების/ოჯახის წევრების ონლაინ ჯგუფის ეფექტიანობას შეისწავლიდა, დაადგინა, რომ დადებითი შედეგები იყო მიღწეული მხარდაჭერის, გაძლიერებისა და ადვოკატობისთვის ეფექტური სტრატეგიების დაგეგმვის მიმართულებით. უარყოფითი შედეგები მოიცავდა დამაბნეველი, ძალიან ბევრი ან არასანდო ინფორმაციის მიღებას ჯგუფის მეშვეობით (Carter, 2009).

ასევე, აპრობირებული მოდელია *მენტორობის გაწევა მშობლებისთვის სხვა მშობლების მიერ*. ამ პროგრამებში მენტორობის გამწევი მშობლები გადიან სპეციალურ ტრენინგს, რათა უკეთ იცოდნენ მომსახურებები, რომლებიც ქვეყანაში არსებობს და ასევე, თუ როგორ უნდა დაეხმარონ შშმ ბავშვების ოჯახებს ცვლილებების ადვოკატობაში (Support for families of children with disabilities, 2018).

დამატებითი ინფორმაციისთვის საქართველოში არსებულ მშობელთა ჯგუფებზე იხილეთ: (აკობია, 2017). შემდეგ დოკუმენტში შეგიძლიათ, იხილოთ დაუნის სინდრომზე ორიენტირებული თვითდახმარების ჯგუფების ჩამოყალიბების სახელმძღვანელო პრინციპები: (Down Syndrome South Africa, 2018).

3. სახელმწიფო პოლიტიკისა და პროგრამების დონე

სახელმწიფო პოლიტიკისა და პროგრამების დონეზე არსებული მომსახურებები მნიშვნელოვანი მხარდაჭერაა ოჯახებისთვის ეროვნულ დონეზე. მათ შორის, მნიშვნელოვანია *მხარდაჭერის მოდელები სამსახურში* შშმ ბავშვების ოჯახის წევრებისთვის - მაგალითად, მეტად მოქნილი სამუშაო საათები სამსახურში, შვებულების აღებისას არსებული შეღავათები და ასევე, სხვა მსგავსი ტიპის მხარდაჭერა ოჯახის წევრებისთვის, რომლებიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვს/წევრს უჭერენ მხარს (Grossman & Magana, 2016). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მშობლების კვლევამ გაერთიანებულ სამეფოში აჩვენა, რომ 27% არ არის დასაქმებული; 82%-მა იმ მშობლებისა, რომლებიც არ მუშაობენ, სამსახური

მიატოვა, რათა შშმ ბავშვებზე ეზრუნა; 50%-ზე მეტს ამ მიზეზით სამსახური 6 წლის წინ აქვს მიტოვებული, რაც ძალიან პრობლემურს ხდის მათ შრომის ბაზარზე დაბრუნებას. უდიდესი ბარიერი დასაქმებისთვის ბავშვზე ზრუნვის შესაფერისი მომსახურების მოძიების პრობლემაა, ასევე, მოქნილი საათების არქონა სამსახურში, და მხარდამჭერი პროგრამების არარსებობა შრომის ბაზარზე დასაბრუნებლად. 64%-მა განაცხადა, რომ უარი უთქვამს დაწინაურებაზე ან დაქვეითებაზე თანხმობა განუცხადებია, რათა დაებალანსებინათ ზრუნვა და ანაზღაურებადი სამსახური. ამ კვლევის შედეგებზე დაფუძნებით, მნიშვნელოვანია სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავება მომუშავე მშობლების/მზრუნველების მხარდასაჭერად, მათ შორის, სახელმწიფო სექტორში მეტი მოქნილი სამუშაო საათების გასაჩენად, ასევე, შვებულების ხელშემწყობი სქემის ასამუშავებლად შშმ ბავშვების მშობლებისთვის/მზრუნველებისთვის და ა.შ. (Working Families, 2012).

მხარდაჭერის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მოდელია *ფულადი ბენეფიტები შშმ ბავშვების მშობლების/მზრუნველებისთვის*. მაგალითად, კანადასა და ჰოლანდიაში არსებობს სპეციალური ფულადი ბენეფიტი, რომელსაც იღებს შშმ ბავშვზე მზრუნველი პირი. მსგავსი ან შშმ ბავშვის/პირის ინტეგრაციაზე მიმართული დამატებითი ბენეფიტი ბევრ განვითარებულ ქვეყანას აქვს (Mel Cousins and Associates, 2012). საქართველოში შშმ ბავშვებზე მზრუნველ პირებს შშმ ბავშვის პენსიის გარდა სხვა კომპენსაცია არ ენიშნებათ, თუმცა ამ საკითხით მშობლების თემი აქტიურადაა დაინტერესებული და მიმდინარეობს საკითხზე ადვოკატობა.

სახელმწიფო პოლიტიკისა და პროგრამების დონეზე შშმ ბავშვების ოჯახების მხარდაჭერის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი მოდელი ბავშვის მიერ ცხოვრების ერთი ეტაპიდან მეორეზე გადასვლისას ანუ ტრანზიციისას ოჯახის მხარდაჭერის მექანიზმების არსებობაა. ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში ყველაზე მნიშვნელოვანი ეტაპები არის ხოლმე ადრეული ჩარევის პროგრამებში მოხვედრა, ასევე, ადრეული ჩარევის პროგრამებიდან ბაღში/ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში შესვლა და ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებიდან დასაქმებისა და დამოუკიდებელი/ნახევრადდამოუკიდებელი ცხოვრების ეტაპზე გადასვლა. ადრეული ჩარევის მომსახურებაში მოხვედრისას გასათვალისწინებელ საკითხებზე მოცემულია ზემოთ, როცა საუბარია ადრეული ჩარევის მომსახურებაში სოციალური მუშაკის როლზე. ადრეული ჩარევის პროგრამიდან საბავშვო ბაღში/სკოლაში ბავშვის შეყვანისას ძალიან მნიშვნელოვანია როგორც ადრეული

ჩარევის სპეციალისტის, ისე ბალის/სკოლის წარმომადგენლისა და მშობლის/ოჯახის აქტიურობა. ტრანზიცია ერთ შეხვედრას არ წარმოადგენს, არამედ ეს პროცესია, რომლის დროსაც დგება ინდივიდუალური ტრანზიციის გეგმა, რომელიც ოჯახისა და ბავშვის ინდივიდუალური გეგმის ნაწილი უნდა იყოს. ტრანზიციის პროცესი მოიცავს ბავშვის შესახებ არსებული ყველა შეფასებისა და ინფორმაციის მოგროვებას, ბავშვის პროგრესის ოჯახთან განხილვას, ბავშვისა და ოჯახის შემზადებას დაგეგმილი ცვლილებებისთვის, მშობლის/ოჯახის თანხმობით ბალისთვის/სკოლისთვის ბავშვზე არსებული მთელი ინფორმაციის გაგზავნას, და ოჯახსა და ბალის წარმომადგენლებთან შეხვედრას. ეს პროცესი გაცილებით ადრე უნდა დაიწყოს, ვიდრე ბავშვი ბაღში/სკოლაში შევა - სავარაუდოდ, რამდენიმე თვით ადრე მაინც (PACER Center, 2012) (Manitoba Healthy Living, 2002).

სკოლიდან დასაქმების ეტაპზე გადასვლისას ძალიან მნიშვნელოვანია მშობლების თანაბარუფლებიან პარტნიორებად ჩართვა ტრანზიციის პროცესში. მათ უნდა მიეწოდოთ შესაბამისი დახმარება, ტრენინგები და უნარები, რომლებიც მათ საკუთარი შვილების უკეთეს ადვოკატებად გახდის. ძალიან მნიშვნელოვანია, სკოლაში იყოს ტრანზიციის სპეციალისტი, რომელიც სკოლიდან სამუშაოზე გადასვლას შეუწყობს ხელს. სოციალური მუშაკები ადრეული ჩარევის მომსახურებებში, ბაღებში, სკოლებსა და დასაქმებაზე ორიენტირებულ მომსახურებებში სხვა ქვეყნებში ხშირად ასრულებენ ტრანზიციის სპეციალისტის ფუნქციას. ასევე, მომსახურებების ცვლასთან ერთად თითოეულ ეტაპს შუამ ბავშვის ცხოვრებაში თანმდევი ასაკობრივი/განვითარებასთან დაკავშირებული გამოწვევებიც ახლავს ადრეულ, შუა ბავშვობასა თუ მოზარდობის ასაკებში და ეს სპეციალისტები ამ ტრანზიციებთან დაკავშირებითაც უჭერენ მხარს მშობელსა და ოჯახს. მსგავსი სპეციალისტების არ არსებობის პირობებში, ხშირად მშობლებს/ოჯახის წევრებს უწევთ მათი როლის შესრულება, რაც დიდ დროს, ძალისხმევასა და სათანადო უნარებისა და ცოდნის არსებობას მოითხოვს, რაც ყველა მშობელს/ოჯახის წევრს განსხვავებული დოზით აქვს (Austin, 2000).

მშობელთა მხარდაჭერისა და გაძლიერების მოდელების დანერგვის შესაძლებლობები და გამოწვევები საქართველოში

საქართველოში მშობელთა გაძლიერებისა და მხარდაჭერის ზემოაღნიშნული მოდელების გამოყენების მხრივ დიდი სიმწირეა. ზემოთ მოდელების მიმოხილვისას საერთაშორისო კონტექსტში ქართული კონტექსტიც არის მიმოხილული იმ

მოდელის შემთხვევაში, რომლებიც თუნდაც ჩანასახოვან მდგომარეობაში არსებობს საქართველოში.

საქართველოში ადრეული განვითარების პროგრამის ფარგლებში არის მშობელთა მხარდაჭერის მცირე კომპონენტი (განსაკუთრებით, მშობლებისთვის ბავშვთან ურთიერთობისა და ბავშვის უნარების განვითარების მხარდაჭერის მეთოდების სწავლების მხრივ, რომელიც ადრეული ჩარევის ნაწილია მიმოხილული ზემოთ). საქართველოს რეალობას გარკვეულწილად ეხმიანება ძირითადი ან დამაკავშირებელი მუშაკის მოდელიც. სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკი უნდა იყოს ის რგოლი, რომელიც ოჯახისთვის ძირითადი დამაკავშირებელია მომსახურებებთან და რომელთანაც ოჯახს შეუძლია მივიდეს საჭიროების არსებობის შემთხვევაში. ამას მოწმობს ავტორის მიერ განხორციელებული მცირე გამოკითხვა ქართველ მშობლებს/ოჯახის წევრებს შორის, რომლებიც სოციალური მუშაკის უმთავრეს როლად სწორედ დამაკავშირებლისა და სისტემაში ნავიგატორის ფუნქციას მიიჩნევენ. მაგრამ რეალურად სისტემაში არსებული უამრავი სირთულის გამო (დროის, რესურსებისა და კომპეტენციის ნაკლებობა, სოციალური მუშაკების არ არსებობა ან სიმწირე ჯანდაცვის, განათლებისა და განვითარების საკვანძო მომსახურებებში), სამწუხაროდ, ეს როლი სახელმწიფო სოციალური მუშაკის მხრიდან ხშირად ვერ სრულდება. დამატებით, აღსანიშნავია, რომ მშობელთა მხარდაჭერის ჯგუფების გარკვეული მაგალითები არის საქართველოს რეალობაში, როგორც ეს ზემოთაა მიმოხილული. ასევე, აღსანიშნავია, რომ ორგანიზაცია „ოჯახები დისკრიმინაციის წინააღმდეგ“ გეგმავს, დააარსოს აუტიზმის კამპუსი, რომელშიც კომპლექსური მომსახურებების მიწოდება სურთ აუტიზმის მქონე ბავშვებისა და პირების და ასევე, მათი ოჯახის წევრებისთვის განსაკუთრებული აქცენტით Mindfulness-ზე (ყურადღებიან და მზრუნველ მშობლობაზე) დაფუძნებულ ტრენინგზე (აუტიზმის ფონდი კამპუსი - Autism Fund Campus). თუმცა ჯერჯერობით ამ კამპუსის დაარსების მხოლოდ გეგმა არსებობს. ასევე, როგორც ზემოთაა აღნიშნული, მშობლების თემი გააქტიურებულია შშმ ბავშვების მშობლის/მზრუნველისთვის დამატებითი ფულადი ბენეფიტის დაარსების ადვოკატობის მიმართულებით (ინტერვიუ ორგანიზაციის „ოჯახები დისკრიმინაციის წინააღმდეგ“ თავმჯდომარესთან, მარი კორკოტაძესთან; 28 მარტი, 2018 წელი).

ზოგადად, საქართველოში შშმ ბავშვების მშობელთა/ოჯახების აქტიური თემის ჩამოყალიბებას არც ისე დიდხნისანი ისტორია აქვს. განსაკუთრებით ბოლო წლებში

თემი გაცილებით გააქტიურებულია რამდენიმე კონკრეტული მიმართულებით. თუმცა მშობელთა/ოჯახების თემს გაცილებით მეტი განვითარება და შეჭიდულობის ჩამოყალიბება ესაჭიროება უფრო ეფექტიანი ადვოკატობის განსახორციელებლად როგორც მათი შვილების კონკრეტული საჭიროებების, ასევე, ჯგუფურად - შშმ ბავშვებისა და მათი ოჯახების საჭიროებების მეტად დასაკმაყოფილებლად. მშობლების თემის გაძლიერების მიმართულებით მნიშვნელოვანი როლი აქვს სოციალური მუშაობის პროფესიას. საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია ბოლო წლების განმავლობაში აქტიურად მუშაობს შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხებზე, მათ შორის, მშობელთა/ოჯახების თემის გაძლიერების თვალსაზრისით წვლილის შეტანის მიმართულებითაც - ამ კუთხით განსაკუთრებით აღსანიშნავია პროექტი „შშმ ახალგაზრდების სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობა“, რომელიც ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პარტნიორთა ჯგუფად შშმ ბავშვებისა და ახალგაზრდების განათლებისა და დასაქმების მომსახურებების დასახვეწად მშობლებს/ოჯახის წევრებს მოიაზრებდა (აკობია, 2017).

მნიშვნელოვანია სახელმწიფო ხედვის ჩამოყალიბება მშობელთა/ოჯახების გაძლიერების საკითხზე. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებზე არსებული კანონმდებლობისა და ასევე, ადამიანის უფლებათა სამოქმედო გეგმის (ადამიანის უფლებათა სამოქმედო გეგმა 2018-2020, 2018) ფარგლებში, სამწუხაროდ, მშობელთა და ოჯახების მხარდაჭერა და გაძლიერება არ არის მითითებული, როგორც პრიორიტეტული მიმართულება. თუმცა კანონპროექტზე მუშაობა გრძელდება და სათანადო მოსაზრებები თემისგან კანონმდებლებს მიწოდებული აქვთ. ასევე, მნიშვნელოვანია დარგობრივი სამინისტროების მიერ (განსაკუთრებით, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო) ქმედითი სტრატეგიული ხედვებისა და სამოქმედო გეგმების ჩამოყალიბება მშობლების/მზრუნველებისა და ოჯახების გაძლიერებისა და მხარდაჭერის მიმართულებით.

დასასრულს, ერთი ტიპური შემთხვევის განხილვას გთავაზობთ, რომელიც აჩვენებს საქართველოში არსებული მხარდაჭერის მოდელის პრაქტიკაში გამოყენებასა და დაკავშირებულ სირთულეებს.

შემთხვევა ეხება საქართველოს ერთ-ერთ რეგიონში მცხოვრებ მარტოხელა დედას, რომელსაც ჰყავს აუტიზმის დიაგნოზის მქონე (მძიმე ქცევითი, ემოციური და

განვითარების სირთულეებით) ბავშვი, რომელიც ბალიდან სკოლაში უნდა გადავიდეს. ამავდროულად, დედა ზრუნავს ხანდაზმულ დედაზე (ბავშვის ბებიაზე). დედას უამრავი სირთულე ჰქონდა ბაღში ბავშვის მიმღებლობასთან დაკავშირებით და ძალიან შიშობს, რომ იგივე ან უარესი სირთულეები შეექმნება სკოლაშიც. ბაღში ბავშვის ყოფნის დროს დედაც, როგორც წესი, ბავშვთან იყო, რადგან ბავშვს ინდივიდუალური ასისტენტი სჭირდება და ბაღს ასეთი სპეციალისტი არ ჰყავს. სკოლაშიც მშობელს იმავეს ეუბნებიან - რომ იგი სკოლის პერიოდში, ძირითადად, ბავშვთან უნდა გაჩერდეს, რადგან ინდივიდუალური ასისტენტი კვლავ არ ჰყავთ, რაც იმას ნიშნავს, რომ მშობლის გეგმა, სკოლაში ბავშვის შეყვანის შემდეგ შედარებით სტაბილური სამუშაო ეპოვა (ამჟამად პერიოდულად ალაგებს სახლებს და ეს არის მათი შემოსავალი), ვერ განხორციელდება. ბავშვი ვერ სარგებლობს ბაღის ან სკოლის გარდა სხვა მომსახურებით, რომელიც მას ქვეყანაში ეკუთვნის - კერძოდ, ადრეული ჩარევის პროგრამით, აბილიტაციის/რეაბილიტაციის მომსახურებით, დღის ცენტრით და ა.შ., რადგან მის საცხოვრებელ ადგილას ამ მომსახურებებს არ ჰყავთ მიმწოდებლები და შესაბამისად, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ამ მომსახურებებს ადგილობრივი მოსახლეობა ვერ იღებს. მშობელს დიდი სურვილი აქვს, თავად მეტი იმუშაოს ბავშვის უნარების განვითარებაზე, ქცევის მართვაზე, და ასევე, მასთან უფრო პოზიტიური ურთიერთობის ჩამოყალიბებაზე, თუმცა მას ამის ცოდნა ან შესაბამის მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა არ აქვს.

მშობელი მსგავს შემთხვევებში, როგორც წესი, დიდ შფოთვის განიცდის მის წინაშე არსებული ბევრი სირთულის გამო, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია მშობელთან კონსულტირებისა და სტრესთან გამკლავების ზემოაღწერილი მოდელების გამოყენება, რისი საშუალებაც მის რეალობაში არ არსებობს. მშობელს ძალიან სჭირდება მხარდაჭერა ქცევის მართვის, ბავშვის უნარების განვითარებისა და შვილთან პოზიტიური ურთიერთობის ჩამოყალიბების მხრივაც (რასაც ზემოაღწერილი სათანადო მოდელები შეესაბამება), თუმცა მის რეალობაში არც ამ მოდელების პრაქტიკული განხორციელებაა შესაძლებელი. ასევე, როგორც „სენდვიჩის თაობის“ წარმომადგენელს, რომელიც შშმ შვილსა და ხანდაზმულ დედაზე ერთდროულად ზრუნავს, მას დამატებითი სპეციფიური მხარდაჭერაც ესაჭიროება, რაც შეიძლება, დასაქმების კუთხით მხარდაჭერას, მისთვის მოქნილი სამუშაო საათების უზრუნველყოფას, განტვირთვის მომსახურებას და დამატებით ფულად ბენეფიტს მოიცავდეს, თუმცა არც რომელიმე აღნიშნული მიმართულების განხორციელებაა შესაძლებელი არსებულ რეალობაში. მისი მდგომარეობიდან

გამომდინარე და იმ სტრესიდან გამომდინარე, რასაც იგი განიცდის, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ მას ჰქონდეს მხარდაჭერის ან თვითდახმარების ჯგუფთან ხელმისაწვდომობა, რომელშიც იგი სხვა მშობლებსაც გაიცნობდა, თუმცა, როგორც წესი, მის საცხოვრებელ პირობებში, ესეც შეუძლებელია. თავისთავად, ძალიან დიდი პრობლემაა ტრანზიციის პროცესში მხარდაჭერა ბავშვის ბალიდან სკოლაში გადასვლის პროცესში, თუმცა როგორც ჩანს, ტრანზიციის სპეციალისტი სახეზე არაა და ბალის ან სკოლის სისტემები ოჯახის ან ბავშვის საჭიროებებზე მორგებული არაა. ასევე, ბაღს და სკოლას, როგორც წესი, უჭირთ შშმ ბავშვების მიმღებლობისთვის საჭირო მგრძნობელობის განვითარება და მშობლის აქტიურად მხარდაჭერა, რაც დამხმარე პროფესიონალებს (სკოლის სოციალურ მუშაკებს, ფსიქოლოგებს და ა.შ.) საჭიროებს, რომლებიც, როგორც წესი, სახეზე არ არიან. უფრო მეტიც, მშობელს უწევს სკოლისა და ბალისთვის მათი მოვალეობების შესრულებაში მხარდაჭერის გაწევა ინდივიდუალური ასისტენტის არ არსებობის პირობებში. ინდივიდუალური ასისტენტისა და ასევე, სხვა ზემოთხსენებული მოდელების/მომსახურებების გაჩენის/მოხილვისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ დედას ხელი მიუწვდებოდეს ერთ ძირითად/დამაკავშირებელ მუშაკზე, რომელიც მის შემთხვევაში სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური მუშაკი უნდა იყოს. ეს ხელმისაწვდომობა დედას დღესდღეობით ექნება, თუმცა ამ სოციალური მუშაკის პიროვნულ და სისტემურ რესურსებზეა დამოკიდებული, რამდენად წარმატებით გაართმევს თავს იგი ამ საქმეს. ასევე, ძალიან მნიშვნელოვანია მშობლის მხარდაჭერა მისი საჭიროებების ადვოკატობის საქმეში, მათ შორის, თემისა და სახელმწიფო პოლიტიკის/პროგრამების დონეებზეც, რათა მის თემში/ქვეყანაში თანდათან გაჩნდეს ის კომპლექსური და მრავალმხრივი მხარდაჭერის მოდელები, რომლებიც ოჯახს სჭირდება, მაგრამ ამ ეტაპზე არ აქვს.

გამოყენებული ლიტერატურა

- Athanasopoulou, E., & Fox, J. (2014). Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: A systematic review. *Infant Mental Health Journal* , 245-262.
- Austin, J. (2000). The role of parents as advocates for the transition rights of their disabled youth. *Disability Studies Quarterly* , 20 (4).
- Barnes, C. (2012). Understanding the social model of disability: past, present and future. In N. Watson, A. Roulstone, & C. Thomas (Eds.), *Routledge Handbook of Disability Studies*. Routledge.
- Beecham, J., Sloper, P., Greco, V., & Webb, R. (2007). The costs of key worker support for disabled children and their families. *Child Care Health Development* , 33 (5), 611-8.
- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology* , 48 (5), 1476-1487.
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. Cooper, & J. Campbell Quick (Eds.), *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. John Wiley and Sons Ltd.
- Bischoff, L., & Tingstrom, D. (1991). Siblings of Children with disabilities: Psychological and behavioural characteristics. *Counselling Psychology Quarterly* , 4 (4).
- Canadian Paediatric Society. (2017). Developmental Disability Across Cultures.
- Carter, I. (2009). Positive and negative experiences of parents involved in online self-help groups for autism. *Journal fo Developmental Disabilities* , 15 (1).
- Centre for Policy on Ageing. (2015). *Older and sandwich generation carers and the impact of caring*. Centre for Policy on Ageing.
- Crain-Thoreson, C., & Dale, P. (1999). Enhancing linguistic performance: Parents and teachers as book reading partners for children with language delays. *Topics in Early Childhood Special Education* , 28-39.
- Davis, H., & Meltzer, L. (2007). *Working with parents in partnership* . Department for Education and Skills.
- Down Syndrome South Africa. (2018). Self help groups guidelines.

- Feinberg, E., Augustyn, M., Fitzgerald, E., Sandler, J., Ferreira-Cesar Suarez, Z., Chen, N., et al. (2014). Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: Results from a randomized clinical trial. *Journal of American Medical Association Pediatrics* , 168 (1), 40-46.
- Gachia, R., Anderson, A., & Moore, D. (2015). Mindfulness, Stress and Well-Being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies* .
- Gardiner, E., & French, C. (2011). The Relevance of Cultural Sensitivity in Early Intervention. *Exceptionality Education International* , 34-49.
- Grossman, B., & Magana, S. (2016). Introduction to the special issue: Family Support of Persons with Disabilities Across the Life Course. *Journal of Family Social Work* , 19 (4), 237-251.
- Ingersoll, B., & Wainer, A. (2013). Initial efficacy of Project ImPACT: A parent-mediated social communication intervention for young children with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 2943-2952.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Manitoba Healthy Living. (2002). Guidelines for early childhood transition to school for children with special needs.
- MassMutual. (2018). Living in the "Club" sandwich generation.
- McIntyre, L. L. (2008). Parent training for young children with developmental disabilities: Randomized controlled trial. *American Journal of Mental Retardation* , 113 (5), 356-368.
- Mel Cousins and Associates. (2012). *Supports for families with a child with a disability*.
- Melnyk, B., Crean, H., Feinstein, N., Fairbanks, E., & Alpert-Gillis, L. (2007). Testing the theoretical framework of the COPE program for mothers of critically ill children: An integrative model of young children's post-hospital adjustment behaviors. *Journal of Pediatric Psychology* , 463-474.
- Nehring, W. (2007). Cultural considerations for children with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Pediatric Nursing* , 93-102.
- Nixon, L. (2002). Best practices for ethnic, cultural, and language diversity in intervention settings.

O'Connell, T., O'Halloran, M., & Doody, O. (2013). Raising a child with disability and dealing with life events: A mother's journey. *Journal of Intellectual Disabilities* , 17 (4).

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health. (2013). *Evidence In-Sight: Models of respite service for families of children with disabilities*.

PACER Center. (2012). Preparing for transitioning from early intervention to an individualized education program.

Petcharat, M., & Liehr, P. (2017). Mindfulness training for parents of children with special needs: Guidance for nurses in mental health practice. *Journal of Child and Adolescent Pshychiatric Nursing* .

Roberts, M., & Kaiser, A. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology* , 180-199.

Rogers, S., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A., et al. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 1052-1065.

Sahler, O., Varni, J., Fairclough, D., Butler, R., Noll, R., Dolgin, M., et al. (2002). Problem-solving skills training for mothers of children with newly diagnosed cancer: A randomized trial. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* , 77-86.

Sailor, W., Dunlap, G., Sugai, G., & Horner, R. (Eds.). (2009). *Handbook of Positive Behavior Support*. New York: Springer.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P - Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 68 (4), 624.

Sanders, M., Pickering, J. A., Kirby, J. N., Turner, K. M., Morawska, A., Mazzucchelli, T., et al. (2012). A commentary on evidence-based parenting programs: Redressing misconceptions of the empirical support for Triple P. *BMC Medicine* , 10, 145.

Singer, G. H., Ethridge, B. L., & Aldana, S. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental retardation and developmental disabilities aresearch reviews* , 13 (4), 357-369.

Sloper, P. (1999). Models of service support for parents of disabled children: What do we know? What do we need to know? *Child care health and development* , 25 (2), 85-99.

Social Policy Research Center. (2002). *Supporting families who have a child with a disability*. Sydney, Australia.

Sofronoff, K., Jahnel, D., & Sanders, M. (2011). Stepping Stones Triple P seminars for parents of a child with a disability: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities* , 32 (6), 2253-2262.

Solomon, M., Pistrang, N., & Barker, C. (2001). The Benefits of Mutual Support Groups for Parents of Children With Disabilities. *American Journal of Community Psychology* , 113-132.

Support for families of children with disabilities. (2018). Parent mentor program.

The National Academics of Sciences, Engineering, Medicine. (2016). *Parenting matters: Supporting parents of children ages 0-8*. Washington, DC: The National Academies Press.

Thompson, M. (1997). Parent support groups. *See/Hear Archives* .

University of Michigan. (2009, July). Siblings of Kids with Special Needs.

Working Families. (2012). *Finding flexibility: parents of disabled children and paid work*.

ადამიანის უფლებათა სამოქმედო გეგმა 2018-2020. (2018).

აკობია, ნ. (2017). ნ. შატბერაშვილის მიერ რედაქტირებულ წიგნში „სკოლის სოციალური მუშაობა: დამხმარე სახელმძღვანელო“, მე-5 თავი „სკოლის თანამშრომლობა მშობლებსა და თემთან“.

აუტიზმის ფონდი კამპუსი - *Autism Fund Campus*. (n.d.). Retrieved April, 2018, from https://www.facebook.com/pg/autismcampus/about/?ref=page_internal

გაეროს ბავშვთა ფონდი. (2016). *სოციალური კვლევისა და ანალიზის ინსტიტუტი*. თბილისი: გაეროს ბავშვთა ფონდი.

ინტერვიუ ორგანიზაციის „ოჯახები დისკრიმინაციის წინააღმდეგ“ თავმჯდომარესთან, მარი კორკოტაძესთან; 28 მარტი, 2018 წელი.

საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია (2016). ახალი ამბები: საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციისა და კავშირი „ჩვენი ბავშვების“ მონაწილეობით განხორციელდა შეხვედრა/ტრენინგი აჭარის რეგიონში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების მშობლებთან. წყარო: <http://gasw.org/index.php/ka/events/news/195-gasw-and-union-our-children-conducted-a-meeting-training-with-the-parents-of-children-with-disabilities-in-adjara-region> (წყაროს გამოყენების თარიღი: 2016 წლის ივნისი).

ტერმინთა საძიებელი

აბილიტაცია გვ.14,15,247,271

ანტისოციალური გვ.259

განვითარების თეორია გვ.255

გეითქიფინგი გვ.199,211

დეპრივაცია გვ.187

დიალოგური კითხვის ტექნიკა გვ.257

დისკრიმინაცია

გვ.16,94,95,96,98,102,105,106,115,121,122,125,134,135,147,165,169,199,222,236,237,261,
265,269,276

ეთიკის კოდექსი გვ.53,67,116,117,138,144,150,156,158

ზოგადი პრაქტიკოსი სოციალური მუშაკი გვ.126

ზრუნვის სამედიცინო მოდელი გვ.113

ინდივიდუალური განვითარების გეგმა გვ.18,23,38,62,71,73,74,77,80,82,86,87

ინტელექტუალური შეზღუდული შესაძლებლობა გვ.57,169,179,257

ინტერაქციული მოდელი გვ.258

თერაპია გვ.36,37,64,140,143,253,259,262

თვითდახმარების ჯგუფები გვ.264,265,266,271

კონსულტირება გვ.16,34,50,63,110,128,131,180,229,236,243

კრიზისი გვ.28,31,59,102,191,194,221,233,264

კულტურული სენსიტიურობა გვ.261

მინდობით აღზრდა

გვ.18,21,22,26,34,39,60,61,62,70,71,73,75,76,77,79,80,81,82,93,108,109,111,180,225,229,231,
233,243

მიჯაჭვულობა გვ.44,81,82,176,177,204,208,214,217,219,220,241,260

მომსახურების გეგმა გვ.33,38,72,74,76,77,78,80,82,85

მომსახურების კოორდინირება გვ.17

მულტიდისციპლინური გუნდი

გვ.27,28,30,31,32,33,34,35,36,40,46,47,48,51,52,54,55,61,62,63,73,74,75,77,78,83,88,107,142,
153

მშობლებთან პარტნიორობის მოდელი გვ.253

მშობლების/მზრუნველების სწავლებაზე დაფუძნებული მოდელი გვ.257, 258

მხარდაჭერის ჯგუფი გვ.261,262,263,265,269

ოკუპაციური თერაპევტი გვ. 33,35,36,39,63,84,89,230,235

ოჯახის სისტემური მოდელი გვ.253
ოჯახზე ცენტრირებული მიდგომა გვ.198
პერფექციონიზმი გვ.262
პოზიტიური მშობლობის პროგრამა გვ.255
პროსოციალური გვ.259
რეაბილიტაცია გვ.164,185
რეინტეგრაცია
გვ.18,34,38,74,77,89,193,203,214,216,217,218,220,221,222,223,224,225,227,229,231,232,234,
238,239
რეფერირება გვ.11,16,17,160,167,172,178,179
სოციალური ადვოკატობა გვ.59,113,114,115,118,122,124,126,127,130,136,138
სოციალური ინკლუზია
გვ.18,34,38,73,74,82,84,94,95,96,97,98,99,100,103,104,105,106,107,108,109,111,114,138,199,
205,264,265,270
სოციალური ექსკლუზია გვ.94,95
სტიგმა გვ.94,98,100,101,102,104,105,106,108,169,185,189,222,237,245,261
სუპერვიზია
გვ.6,34,37,43,47,58,140,141,143,144,145,146,147,148,149,152,153,154,155,156,157,200
სუპერვაიზორი გვ.58,140,141,142,143,144,146,147,148,149,150,152,153,154,155,156,157
ტრანზიცია/ტრანზიციის გეგმა გვ.103,104,252,267,268,272
ტრანზიციის სპეციალისტი გვ.268,272
ფულადი ბენეფიტი გვ.267,269
ქცევის მართვის თერაპია გვ.259
შემთხვევის მართვა
გვ.3,8,9,12,13,16,17,18,19,33,38,72,75,118,125,154,196,198,204,224,239,250
ძალადობა
გვ.3,59,61,160,161,162,164,166,167,168,169,170,171,172,175,177,178,179,180,211
ძირითადი და დამაკავშირებელი მუშაკის მოდელი გვ.250,269
ჭიმვის დარაჯობა გვ.199,206,209
ჰოლისტური მიდგომა გვ.17