

სოციალური მუშაობა
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში

თბილისი, 2019

The Manual is prepared in the frame of project "Improving health and social care accessibility for Persons with Disabilities (PWDs)" funded by Czech Development Agency and implemented in 2015-2017 by Caritas Czech Republic in partnership with Georgian NGOs „Georgian Health Law and Bioethics Society”, “Georgian Association of Social Workers” and “Georgian Association of Family Doctors”.

The project was an important step forward in studying rights of persons with disabilities. Interdisciplinary work of health and social care sectors and promotion of biopsychosocial approach.

სახელმძღვანელო მომზადებულია პროექტის ფარგლებში „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო და სოციალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება“, ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით. პროექტი განხორციელდა 2015-2017 წლებში პარტნიორი ორგანიზაციების მიერ: ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი საქართველოში, საქართველოს ბიოეთიკისა და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია და საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაცია.

პროექტი მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია ჯანდაცვის სფეროში შპმ პირთა უფლებების შესწავლისა და დაცვის, ჯანდაცვისა და სოციალური დარგთაშორის მუშაობის პრეცედენტის შექმნის, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვის თვალსაზრისით.



საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება

© აიპ საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია/Georgian Association of Social Workers (GASW)

© აიპ ჩეხეთის რესპუბლიკის კარიტასი საქართველოში/Caritas Czech Republic in Georgia (CCRG)

ავტორები: ზურაბ ტატანაშვილი, მაგული შაღაშვილი
რედაქტორი: ნინო შატბერაშვილი

Authors: Zurab Tatanashvili, Maguli Shagashvili
Editor: Nino Shatberashvili

„სოციალური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში“
“Social work in healthcare system”

First print 2017 პირველი გამოცემა
Second print 2019 მეორე გამოცემა

ISBN 978-9941-27-082-6

წიგნი ვრცელდება უფასოდ * Manual is distributed free of charge

www.Gasw.org

www.facebook.com/CCRGeorgia2015

<http://svet.charita.cz/en/>

ზურაბ ტატანაშვილი - 2007 წელს მიღებული აქვს სოციალური სამუშაოს მაგისტრის ხარისხი (MSW) ვაშინგტონის უნივერსიტეტში ჯანდაცვის მართვისა და ადმინისტრაციის კონცენტრაციით. 2001 წელს დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფილაქტიკური მედიცინის ფაკულტეტი. 1995 წლიდან დღემდე მუშაობს სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციაში როგორც მენეჯერულ პოზიციაზე, ისე სოციალური მუშაობის, ჯანდაცვაში ქცევითი და სოციალური მეცნიერებების, ორგანიზაციული განვითარების ექსპერტ-კონსულტანტად, მათ შორის აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკის და აივ დედებთან ბრუნვის, ზიანის შემცირების და სხვა მომიჯნავე სფეროებში. 2008 წლიდან დღემდე ეწევა აკადემიურ საქმიანობას მოწვეული პედაგოგის თანამდებობაზე ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტსა და სხვა სახელმწიფო უნივერსიტეტებში. 2010-2015 წლებში იყო ღია საზოგადოების ინსტიტუტის სტიპენდიანტი აკადემიური მხარდაჭერის პროგრამის (AFP) ფარგლებში. აკადემიური საქმიანობის ფარგლებში ხელმძღვანელობს მაგისტრატურისა და ბაკალავრიატის სადიპლომო ნაშრომებს. გამოქვეყნებული აქვს ნაშრომები ბავშვზე ბრუნვის, ადრეული ასაკის ბავშვთა განვითარებისა და ზიანის შემცირების პროგრამების შესახებ.

მბგული შალაშვილი – სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის წევრი. 2008 წელს მიიღო სოციალურ მეცნიერებათა მაგისტრის ხარისხი კოლუმბიის უნივერსიტეტის (აშშ) სოციალური მუშაობის სკოლაში, შეზღუდული შესაძლებლობის პირთა მიმართ პოლიტიკის მიმართულებით. იგი მუშაობდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების კეთილდღეობისა და ბავშვზე ბრუნვის სისტემის საკითხებზე სხვადასხვა სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციაში - საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, პირველი ნაბიჯი საქართველო, EveryChild, საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო. ამჟამად არის გაეროს ბავშვთა ფონდის კონსულტანტი და მუშაობს შშმ ბავშვთა დეინსტიტუციონალიზაციისა და შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის განსაზღვრის სოციალური მოდელის საკითხებზე. მაგული შალაშვილი ასევე არის მოწვეული პედაგოგი ივ. ჯავახიშვილის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტში.

შინაარსი

ნაწილი 1: სოციალური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში:

როლი და ფუნქციები 8

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სოციალური მუშაობის მოკლე ისტორია - მნიშვნელოვანი თარიღები, ადამიანები, განვითარების ნიშანსვებები. 8

თეორიული პერსპექტივა 14

 ჯანმრთელობის დეტერმინანტები 14

 ადამიანი და გარემო 15

 ბიოფსიქოსოციალური მოდელი და სამედიცინო მოდელი 16

 სამედიცინო ბრუნვა და ჯანმრთელობაზე ბრუნვა 20

 მკურნალობა და ბრუნვა 20

 ჯანმრთელობის დაცვის დონეები 21

 ადამიანთა მრავალფეროვნება და ქცევა 23

 ჯანსაღი ქცევა, ქცევა ავადმყოფობისას და ქცევა ავადმყოფის როლში 24

 ქცევის ცვლილების მოდელები 25

ინტერდისციპლინური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 26

 ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობის არსი 27

 ინტერდისციპლინური გუნდის ფუნქციები: 27

 ინტერდისციპლინური მუშაობის ხშირი პრობლემები: 27

 მოთხოვნები ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობის მიმართ: .. 28

 გადაწყვეტილების მიღების სტილი 29

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სოციალური მუშაობის ძირითადი ასპექტები 30

 სოციალური მუშაკის ფუნქციები და ბენეფიციარის პრობლემები .. 30

 ბენეფიციართა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფსიქოსოციალური პრობლემები 32

 ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური მუშაკისთვის საჭირო ცოდნა 41

 ეთიკა და ღირებულებები 43

სოციალური მუშაობა პირველად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 47

 პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის არსი 47

 სოციალური მუშაკის როლი პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში 49

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზება ადამიანების საჭიროებაზე და მოლოდინზე დაყრდნობით (მომსახურების მიწოდების რეფორმა);	51
ჯანმრთელობის ინტეგრირება ყველა სექტორში	51
სოციალური მუშაობა საავადმყოფოებში	53
შემთხვევის მოძიება და მომსახურებაში ჩართვა	53
საავადმყოფოში დაყოვნება	54
პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ჩართულობა საავადმყოფოდან გაწერის დაგეგმვაში	55
გაწერის ინტეგრირებული დაგეგმვა	56
დროული დახმარების მიღება	58
გუნდური მუშაობა	58
სოციალური მუშაობა შინ მოვლისას	56
სოციალური მუშაობა ჰოსპისში	62
ჰოსპისის არსი	62
კლიენტის/ბენეფიციარის პრობლემები	63
კლიენტების ჯანმრთელობის პრობლემები და მათი შედეგები	67

II ნაწილი: სოციალური მუშაკის როლი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შიდადღიური შესაძლებლობის მქონე პირების მომსახურებაში: ხელმისაწვდომობა და თანაბარი შესაძლებლობები	70
შშმ პირების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე	71
მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლებიც გასათვალისწინებელია შშმ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მისაწვდომობისთვის	72
ჯანმრთელობის დაცვის მისაწვდომობა შშმ პირთა განსაკუთრებულად დაუცველი ჯგუფებისთვის	75
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მისაწვდომობა შშმ პირებისთვის საქართველოში	80
შშმ პირებისთვის ჯანმრთელობის დაცვის მისაწვდომობის უზრუნველყოფა	81
სოციალური მუშაკის როლი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შშმ პირებთან მუშაობისას - შემთხვევის მენეჯერი, კონსულტანტი, მულტი და ტრანსდისციპლინური გუნდის წევრი და ადვოკატი	83

სოციალური მუშაკის ზოგადი როლი შშმ პირებთან მუშაობისას	83
შეზღუდული შესაძლებლობის პირებთან მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში	85
სოციალური მუშაკის კონკრეტული როლები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შშმ პირებთან მუშაობისას	87
სოციალური მუშაკი, როგორც შემთხვევის მენეჯერი	87
სოციალური მუშაკი, როგორც კონსულტანტი - კრიზისული ინტერვენცია	89
სოციალური მუშაკი, როგორც მულტიდისციპლინური და ტრანსდისციპლინური გუნდის წევრი	90
სოციალური მუშაკი - როგორც ადვოკატი	92
სოციალური მუშაკი, როგორც პროფესიონალი, რომელიც აფასებს სამედიცინო მომსახურების მისაწვდომობას შშმ პირის საჭიროებიდან გამომდინარე - ფიზიკური გარემო და პაციენტის ინფორმირების საკითხები	93
გარემოს მისაწვდომობა	94
ინფორმაციის მისაწვდომობა	103
მომსახურების ხელმისაწვდომობა	105
სოციალური მუშაკის ჩართულობა	107
სოციალური მუშაკის მიერ პირველი კომუნიკაცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთან - საჭიროების პირველადი შეფასება	108
კომუნიკაციის ზოგადი პრინციპები	110
კომუნიკაციის თავისებურებები სხვადასხვა სახის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან	113
ანტიდისკრიმინაციული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა - შშმ პირისა და მისი მხარდამჭერის ჩართულობის უზრუნველყოფა	121
ანტიდისკრიმინაციულ პრაქტიკაზე დაფუძნებული მომსახურება	122
ანტიდისკრიმინაციული სამედიცინო მომსახურების დაგეგმვა	127
ბიბლიოგრაფია	129

ნაწილი 1:

სოციალური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის

სისტემაში: როლი და ფუნქციები

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სოციალური

მუშაობის მოკლე ისტორია - მნიშვნელოვანი თარიღები,

ადამიანები, განვითარების ნიშანსვებები.

დღესდღეობით სამედიცინო სოციალური მუშაობა არის სოციალური მუშაობის ერთ-ერთი სპეციალიზებული სახე და ჯანმრთელობის დაცვის გუნდის საქმიანობის განუყოფელი ნაწილი. სოციალური მუშაობის ამ სპეციალიზაციამ დიდი გზა განვლო მსოფლიოში, ვიდრე განვითარების დღევანდელ დონეს მიაღწევდა.

მე-19 საუკუნეში განვითარდა სამედიცინო ტექნოლოგიები. მიკროორგანიზმების თეორიამ და ორგანოებზე ფოკუსირებულმა მედიცინამ სრულიად შეცვალა დაავადებათა მკურნალობის ფორმები. მედიცინა გახდა უფრო სპეციალიზებული და ინსტიტუციური ფორმატის სამუშაო.

ინდუსტრიულმა რევოლუციამ განაპირობა დიდი ქალაქებისა და სიღარიბეში მცხოვრები მოსახლეობის ზრდა. სიღარიბე და არაპიგიენური საცხოვრებელი პირობები კი ხელს უწყობდა ავადობისა და სამედიცინო მომსახურების მაძიებელთა რაოდენობის მატებას უფასო ჰოსპიტალებსა და კლინიკებში. უფრო და უფრო მეტი ადამიანი მკურნალობდა სახლიდან შორს, საავადმყოფოებში, სადაც მათთან იყვნენ სხვადასხვა სპეციალიზაციის ექიმები. სახლიდან მოშორებულმა და მისგან განსხვავებულმა გარემომ გამოიწვია დამატებითი პრობლემები. ექიმების უმეტესობა პაციენტს ხედავდა მცირე ხნით და ნაკლებად იცნობდა მის პიროვნებას, მის გარემომცველ სიტუაციას. ამ საჭიროების გაცნობიერებამ სამედიცინო მომსახურება მიიყვანა ახალი

პროფესიული როლის ჩამოყალიბებამდე, რომელიც შეისწავლიდა ადამიანის ფსიქოლოგიურ, კულტურულ, სოციალურ, საცხოვრებელ და სხვა ფაქტორებს მისი გამოჯანმრთელების მიზნით. სამედიცინო სოციალური მუშაობა სწორედ ამ როლით შევიდა პირველად ჰოსპიტალებსა და კლინიკებში.

1885 წელს ინგლისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჰოსპიტალში პირველად გააცნობიერეს სოციალური მუშაკის როლი, როდესაც ნახეს, რომ მკურნალობის შემდეგ სახლში გაწერილი პაციენტები საცხოვრებელ პირობებში დაბრუნებისას და სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების გამო ისევ ხვდებოდნენ ჰოსპიტალში. უნდა ყოფილიყო ვინმე, ვინც ამ პრობლემების მოგვარებაში დაეხმარებოდა მათ.

პირველი სამედიცინო სოციალური მუშაკები ინგლისში ჰოსპიტალური შემწეები იყვნენ (HOSPITAL ALMONERS), რომლებიც მუშაობდნენ სამედიცინო დაწესებულებებში. 1895 წელს ლონდონის უფასო სამედიცინო ჰოსპიტალი პირველი იყო, ვინც ჰოსპიტალური შემწე დაიქირავა _ მერი სტუარტი (MARY STEWART). მისი მოვალეობა იყო პაციენტების მდგომარეობის შეფასება, დადგენა იმისა, რამდენად ერგებოდათ მათ უფასო მკურნალობა. მერის საქმიანობა მალევე გაფართოვდა და მოიცვა სხვა სოციალური პროგრამები. 1905 წლიდან კი სხვა საავადმყოფოებშიც გაჩნდა მსგავსი თანამდებობები. ამავე დროს შეიქმნა ჰოსპიტალურ შემწეთა საბჭო ახალი პროფესიის მეთვალყურეობისთვის (GEHLERT, 2006).

რენე სანდმა და ალექსანდრო დელ რიომ 1877 წელს დააარსეს საერთაშორისო ჰოსპიტალური ასოციაცია, ფსიქიკური ჯანმრთელობის საერთაშორისო კომიტეტი. რენე სანდი ამავე დროს იყო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ერთ-ერთი ფუძემდებელი, ექსპერტთა კომიტეტის თავჯდომარე.

1945 წელს, ბრიტანეთში შეიქმნა შემწეთა ინსტიტუტი. 1964 წელს იგი ოფიციალურად გადაკეთდა სამედიცინო სოციალურ მუშაკთა ინსტიტუტად, რომელმაც დიდი როლი ითამაშა 1970 წელს ბრიტანეთის

სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის შექმნაში, როგორც ერთ-ერთმა დამფუძნებელმა ორგანიზაციამ.

აშშ-ში სოციალური მუშაობის პრაქტიკა მე-20 საუკუნის დასაწყისამდე ძირითადად თემში საქმიანობას უკავშირდებოდა. მე-19 საუკუნის დასაწყისიდან სოციალური მუშაკები სხვადასხვა ორგანიზაციაში სხვა პროფესიონალებთან ერთად მუშაობდნენ ჯანმრთელობის დაცვის ისეთ აქტუალურ საკითხებზე, როგორც იყო ტუბერკულოზი, ჩვილთა სიკვდილობა, სიფილისი, პოლიომიელიტი და ქორწინების გარეშე ორსულობა (NACMAN, 1977). ლილიან უოლდი (1867 – 1940) აშშ-ში იყო ვიზიტორი ძიძა და სოციალური მუშაკი ღარიბ ოჯახებში.

ზოგიერთმა ექიმმა ქალმა მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა სამედიცინო დაწესებულებებში სოციალური მომსახურების განვითარებაში. ელიზაბეთ ბლექველმა (ELIZABETH BLACKWELL) შექმნა ამბულატორია, რომელიც შემდეგ ჩამოყალიბდა ნიუ-იორკის ლაზარეთად ქალებისა და ბავშვებისთვის. 1866 წელს კი რებეკა ქოლი (REBECCA COLE) აფროამერიკელი ექიმი გახდა ე.წ. სანიტარული ვიზიტორი. 1893 წელს ჯინ ადამსმა (JANE ADDAMS) შექმნა სამედიცინო ამბულატორია „ნაჭუჭის სახლში“ (ჰალ ჰუსში).

სოციალური მუშაკები არ დაიშვებოდნენ საავადმყოფოებში მე-20 საუკუნის დასაწყისამდე გარდა რამდენიმე შემთხვევისა. ასეთი შემთხვევა მოხდა 1891 წელს, როდესაც ნიუ-იორკში მოწყალეების სახლი გარდაქმნეს ქალაქის საავადმყოფოდ. 1900 წელს საავადმყოფოს გარე დახმარების განყოფილების დირექტორი უილიამ კერი, ცდილობდა, ქრონიკული დაავადების მქონე თუ უსახლკარო პაციენტებს დროულად დაეტოვებინათ საავადმყოფო და გაეთავისუფლებინათ პალატები, რათა იმ ადამიანებს დახმარებოდნენ, რომლებსაც ჯერ გადაუდებელი მკურნალობა არ ჰქონდათ გავლილი (ROSS, 1995).

ისევე როგორც ინგლისში, ამერიკაშიც პირველი სოციალური მუშაობა სამედიცინო სფეროში საავადმყოფოს ტიპის დაწესებულებას უკავშირდება - 1905 წელს ექიმმა რიჩარდ კაბომ (RICHARD C.

CABOT) მედდა გარნეტ პელტონი (GARNET I. PELTON) დანიშნა სოციალურ მუშაკად მასაჩუსეტისის ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს შინაგან სნეულებათა კლინიკაში (CANNON, 1923). ორი წლის შემდეგ სოციალური მუშაკის მომსახურება დაინერგა იმავე საავადმყოფოს ნევროლოგიურ კლინიკაში. ხშირად ამ მოვლენას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში სოციალური მუშაობის საწყისად ასახელებენ (STUART, 1997).

იდა ქენონის (1923) თანახმად, რომელმაც დიდ წარმატებას მიაღწია და ჰოსპიტალური სოციალური მუშაობის პიონერად არის აღიარებული, სოციალური მუშაობის დაბადება საავადმყოფოებში უშუალოდ უკავშირდება ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ფორმატის ცვლილებას. კერძოდ, ექიმები დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის ახლა უკვე საავადმყოფოებში ელოდებოდნენ პაციენტებს და ნაკლებად დადიოდნენ მათ საცხოვრებელ სახლებში. ამ ცვლილების შედეგად, ქენონის თქმით, ექიმის თვალსაწიერი შეიზღუდა, რადგან მას აღარ ჰქონდა შესაძლებლობა პაციენტის საცხოვრებელ გარემოს, სამუშაო ადგილსა თუ სხვა ცხოვრებისეულ პირობებს დაკვირვებოდა. აქედან გამომდინარე, ექიმის ყურადღება მიმართული იყო, ძირითადად, ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე (COWLES, 1990). ამ ხარვეზის გამოსწორება - პაციენტის ფიზიკური გარემოს, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების შესახებ ექიმის ინფორმირება საკუთარ თავზე აიღეს სწორედ იმდროინდელმა სოციალურმა მუშაკებმა, რაც ჰოსპიტალური სოციალური მუშაობის მაშინდელ კონცეფციად იქცა. რიჩარდ კაბო სოციალურ მუშაობას ხედავდა როგორც შესაძლებლობას, დაესვა ექიმს უფრო ზუსტი დიაგნოზი და უფრო სწრაფად და ეფექტურად ემკურნალა.

1928 წელს რიჩარდ კაბომ მოხსენებაში „ჰოსპიტალური და ამბულატორიული სოციალური მუშაობა“, რომელიც მან წარმოადგინა სოციალური მუშაობის საერთაშორისო კონფერენციაზე პარიზში, განაცხადა, რომ სოციალური მუშაკის მთავარი მიზანი არის დაავადების ფსიქოსოციალური ფაქტორების შესახებ ექიმებისა და ექთნების განათლება.

თუ რიჩარდ კაბოსათვის სოციალური მუშაკი იყო მხოლოდ ექიმის დამხმარე რგოლი, იდა ქენონი ამ სამუშაოს უფრო სიღრმისეულად ხედავდა. ის ამბობდა, რომ სოციალური მუშაკის მოვალეობაა პაციენტის გარემოში და მის ფსიქიკაში მოხსნას ის ბარიერი, რომელიც გამოჯანმრთელებაში უშლის ხელს (Cannon, 1923). ეს მოსაზრება ძალიან ჰგავს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სოციალური მუშაობის დღევანდელ ხედვას. დღეს მიიჩნევენ, რომ სოციალური მუშაკი აქტიურ როლს თამაშობს პაციენტის ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციაში, განათლებაში, მკურნალობის რეჟიმის დაცვაში, რესურსების/ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაში, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის დროს ოჯახისა და თემის მხარდაჭერაში და ა.შ.

1918 წელს შეიქმნა ამერიკის სამედიცინო სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია (AAMSW), რომლის ძირითადი მიზანი იყო დახმარება და და გაეძლიერებინა ახალფეხადგმული ჰოსპიტალური სოციალური მუშაობა. ასოციაციამ ჩაატარა ის პრაქტიკული კვლევები, რომელსაც მოგვიანებით დაეფუძნა ცოდნა და სტანდარტი სამედიცინო სოციალური მუშაობის სფეროში (Ross, 1995).

მე-20 საუკუნის ოციან წლებში ამერიკის ჰოსპიტალთა ასოციაციამ (AHA) პირველად გაუსვა ოფიციალურად ხაზი სამედიცინო სოციალური მუშაობის ცალკე გამოყოფის მნიშვნელოვნებას. ამ დროისთვის სოციალური სამუშაოს განყოფილება უკვე 300 საავადმყოფოში იყო შექმნილი. 1930-იან წლებში კი ეს რიცხვი 1000-მდე გაიზარდა. 1946 წელს ამერიკის სამედიცინო სოციალურ მუშაკთა ასოციაციაში 2095 სოციალური მუშაკი იყო გაწევრებული.

1948 წლის შემდეგ, რაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯანმრთელობა განმარტა ყოვლისმომცველი (ჰოლისტური) ხედვიდან გამომდინარე, როგორც ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა, და არა მხოლოდ დაავადების ან/და ფიზიკური პრობლემების არარსებობა, სოციალური მუშაობის როლი უფრო ნათელი გახდა. დღეს სოციალური მუშაკები სხვა პრო-

ფესიონალებთან ერთად აქტიურად არიან ჩართულნი დაავადებათა პრევენციის, ადრეული გამოვლენის, მკურნალობის რეჟიმის დაცვის, პაციენტზე ზრუნვის, მისი რეაბილიტაციის, მკურნალობაზე და რესურსებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისა და სხვა მნიშვნელოვან პროცესებში.

ქტაპი	
1	საავადმყოფოებიდან გაწერილ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პაციენტზე ზრუნვის აუცილებლობის გაცნობიერება და სახლში ვიზიტორების დანიშვნა, რათა თავიდან აეცილებინათ პრობლემის შემდგომი გამწვავება.
2	ჰოსპიტალურ შემწე ქალთა დანიშვნა თანამდებობებზე ინგლისში;
3	პაციენტის სახლში ექთნის ვიზიტის პრაქტიკის დანერგვა
4	სოციალურ სააგენტოებში სამედიცინო პროფესიის სტუდენტების სწავლება
5	1905 წელს მასაჩუსეტისის ჰოსპიტალში სამედიცინო სოციალური მუშაობის დეპარტამენტის შექმნა
6	1918 წელს ამერიკის სამედიცინო სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის (AAMSW) შექმნა
7	სამედიცინო სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მონაწილეობით ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ნაციონალური ასოციაციის შექმნა 1955 წელს .

უნდა ითქვას, რომ, სამწუხაროდ, საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სოციალური მუშაკები მხოლოდ რამდენიმე მიმართულებას (მაგ. ნივთიერებებზე დამოკიდებულება, ფსიქიკური ჯანმრთელობა) ემსახურებიან და ეს სამუშაოც ეპიზოდური ხასიათისა და არასაკმარისია. შესაბამისად, სახელმძღვანელოში ძირითადად ამერიკისა და სხვა ქვეყნების მაგალითებს მოვიყვანთ.

თეორიული პერსპექტივა ჯანმრთელობის დეტერმინანტები

არსებობს ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავს ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ეს ფაქტორები ჯანმრთელობის დეტერმინანტების სახელითაა ცნობილი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ჯანმრთელობის დეტერმინანტებს აერთიანებს სამ ძირითად ჯგუფად: სოციალური და ეკონომიკური გარემო, ფიზიკური გარემო და ადამიანის ინდივიდუალური მახასიათებლები და ქცევა. ყველა მათგანზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს საჯარო პოლიტიკის სხვადასხვა სფერო, ასევე ბიზნესი და არასამთავრობო სექტორის პროგრამები. სამივე სექტორი გეგმავს და ახორციელებს პროგრამებს, რომლებიც, ერთი შეხედვით, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული არ არის, თუმცა თითქმის არ არსებობს სფერო, რომელსაც მეტნაკლებად გავლენა არ აქვს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. ადამიანის ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენს:

- შემოსავალი და სოციალური სტატუსი - მაღალი შემოსავალი და სოციალური სტატუსი უშუალოდ განაპირობებს ჯანმრთელობის უკეთეს მდგომარეობას. რაც მეტია განსხვავება მდიდარ და ღარიბ მოსახლეობას შორის, მით მეტია განსხვავება ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვითაც;
- განათლება - განათლების დაბალი დონე განაპირობებს ჯანმრთელობის პრობლემებს, მეტ სტრესსა და ნაკლებ თავდაჯერებულობას
- ფიზიკური გარემო - სუფთა წყალსა და ჰაერს, ჯანსაღ სამუშაო გარემოს, უსაფრთხო საცხოვრებელს, თემსა და საგზაო ინფრასტრუქტურას წვლილი შეაქვს ჯანმრთელობის განმტკიცებაში;
- დამხმარე სოციალური გარემო- ოჯახის, მეგობრებისა და თემის კულტურა, ტრადიციები, რიტუალები და რწმენა გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე;

- გენეტიკა, ინდივიდის ქცევა და პრობლემის/სტრესის დაძლევის უნარი ასევე გავლენას ახდენს დაავადების განვითარებაზე, ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე და გამოჯანმრთელების პროცესზე;
- ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებები - ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებებზე ხელმისაწვდომობა, მისი გამოყენება და ხარისხი უხმარება ადამიანებს დაავადებათა ადრეულ გამოვლენასა და დროულ მკურნალობაში; რაც უფრო ადრე აღმოაჩენს დაავადებას და მიმართავს ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურს ადამიანი, მით უფრო საიმედოა გამოჯანმრთელება;
- სქესი - ქალები და მამაკაცები სხვადასხვა ასაკში ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემის წინაშე შეიძლება აღმოჩნდნენ.

ადამიანი და გარემო

მიმდინარე პერიოდის სოციალური სამუშაოს თეორიულ საფუძველს ერთი მოსაზრება ამთლიანებს: ადამიანის გაგება და მისი დახმარება გაცილებით უკეთესად არის შესაძლებელი მისივე სოციალური გარემოს კონტექსტში. სოციალურ გარემოს ქმნის ადამიანებს შორის ურთიერთობა, რესურსები, ადამიანის მდგომარეობა სოციალურ გარემოში, სოციალური როლები და სოციალურ ცხოვრებაში ჩართულობის ხარისხი. უფრო კონკრეტულად - სოციალური გარემო გულისხმობს ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა ოჯახი და ოჯახური ცხოვრება, დასაქმება და შემოსავალი, სასწავლო დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობა და დასაქმების შესაძლებლობა, საცხოვრებელი პირობები, სოციალური კეთილდღეობის რესურსი თემში, პოლიტიკური თანამონაწილეობის შესაძლებლობა, ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურის ხელმისაწვდომობა, მეგობრებთან და მეგობრებთან ურთიერთობა, პოლიცია და კრიმინოგენული მდგომარეობა, გასართობი და რეკრეაციული გარემო და ა.შ.

სოციოლოგები სოციალურ სისტემებს ან/და სოციალურ ინსტიტუტებს უწოდებენ ეკონომიკას, პოლიტიკას, ოჯახს, განათლებას, ჯანმრთელობის დაცვას, ტრანსპორტსა და რელიგიას. შესაბამისად, როდესაც ვსაუბრობთ ადამიანსა და მის გარემოზე, ვგულისხმობთ ერთი კონკრეტული ინდივიდის ან ინდივიდთა ჯგუფის მდგომარეობას ზემოთ ჩამოთვლილ სოციალურ ინსტიტუტებთან მიმართებაში.

სოციალური მუშაკების აზრით, ადამიანის (რომელსაც თავის მხრივ აქვს ურთიერთობა, გრძნობები, რწმენა, ფასეულობანი, ქცევა, მენტალური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, სოციალური როლები ოჯახში, სამსახურსა და სასწავლებელში თუ სხვა) მდგომარეობის უკეთესად გაგება მაშინაა შესაძლებელი, როცა მის სოციალურ გარემოს ვითვალისწინებთ სწორედ ეს არის პერსპექტივა „ადამიანი და გარემო“ (Cowels, 2003).

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი და სამედიცინო მოდელი

მე-20 საუკუნის დასაწყისში მასაჩუსეტსის ზოგადი პროფილის ჰოსპიტალში იდა ქენონის საქმიანობიდან გამომდინარე სოციალური მუშაობის თეორიული ხედვა ჯანმრთელობის მიმართ ასე ჩამოყალიბდა: ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური გარემო ფაქტორები ერთმანეთზე ზემოქმედებს. ამის გათვალისწინება აუცილებელია იმისათვის, რომ სრულად იქნეს გაგებული კლიენტის მდგომარეობა და გაეწიოს მას ამ მდგომარეობის შესაბამისი დახმარება დროული და ეფექტური გამოჯანმრთელებისთვის. ამ ხედვას ბიოფსიქოსოციალური პერსპექტივა ეწია.

ბიოფსიქოსოციალური ხედვა „ადამიანი და გარემო“ პერსპექტივის მსგავსია. „ადამიანი და გარემო“ ხაზს უსვამს ადამიანისა და გარემოს ურთიერთქმედებას და ერთმანეთზე ზეგავლენას. ბიოფსიქოსოციალური ხედვა არის „ადამიანი და გარემო“ პერსპექტივის გავრცობა.

ბიოფსიქოსოციალურ პერსპექტივას ხშირად მოიხსენიებენ როგორც ყოვლისმომცველ (ჰოლისტურ, ანუ ერთიან, მთლიან) ხედვას,

რადგან ის ცდილობს სრულად დაინახოს ინდივიდი და მის გარშემო არსებული მდგომარეობა. ეს პერსპექტივა განსხვავდება სამედიცინო მოდელისგან, რომელიც ძირითადად კონცენტრირებულია ჯანმრთელობის ფიზიკურ ასპექტებზე. მეორე განსხვავება ამ ორ მოდელს შორის არის ის, რომ სამედიცინო მოდელი ფოკუსირდება ფიზიკურ ან მენტალურ ავადობაზე, მაშინ როდესაც ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დაკვირვების საგანი არის ჯანმრთელობის პრობლემების სოციალური მიზეზები და მისი შესაბამისი პერსპექტივა.

ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, სამედიცინო სოციალური მუშაკის სამუშაო არეალი მოიცავს ფიზიკური თუ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური გარემოს კვლევას, როგორც დაავადების მიზეზისა და შედეგისა. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მომუშავე ყველა პროფესიონალმა დღეს უკვე იცის, რომ ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუარესება აისახება სომატურ, ანუ ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. მაგალითად, სოციალური მდგომარეობის უსიამოვნო ცვლილებამ (ოჯახური დისფუნქცია, სამსახურის დაკარგვა, სოციალური იზოლაცია) შესაძლოა გამოიწვიოს ემოციური სტრესი, რაც გახანგრძლივების შემთხვევაში შესაძლოა დაავადების ხელშემწყობი (მაგალითად, იმუნიტეტის დაქვეითება ხანგრძლივი სტრესის დროს) ფიზიკური დისფუნქციის მიზეზი გახდეს. მეორე მხრივ, ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ხშირად ნეგატიურ გავლენას ახდენს ისეთ ყოველდღიურ საქმიანობაზე, როგორცაა მუშაობის ხარისხი სამსახურში, სოციალური როლების შესრულება ოჯახში, სხვა სოციალური ურთიერთობა. თვითონ დაავადება და მისი გავლენა სოციალურ აქტივობაზე კი იწვევს ემოციურ სტრესს. ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ჯანმრთელობის ამ კავშირს ხშირად ფსიქოსომატიკად მოიხსენიებენ (. შეფასების ამ სხვადასხვა მოდელის არსებობა განსაკუთრებით აქტუალური ხდება შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთან მუშაობისას, რადგან სრულიად სხვადასხვა აქცენტებით ხორციელდება შეფასება სამედიცინო და სოციალური მოდელის გამოყენებისას.

შეზღუდული შესაძლებლობის სამედიცინო მოდელი

სამედიცინო მოდელის მიხედვით, შეზღუდული შესაძლებლობა გამომდინარეობს ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური შეზღუდვიდან და არ უკავშირდება სოციალურ და გარემო ფაქტორებს (MACKELPRANG, R. & SALSGIVER, R. 2009). შესაბამისად, ეს მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას განიხილავს მხოლოდ პიროვნებასთან მიმართებაში და ამიტომაც პრობლემის დაძლევის გზაც ამავე მიმართულებისაა, ანუ მკურნალობენ ადამიანს გარემოსაგან იზოლირებულად. ცხადია, რომ სამედიცინო მოდელი არ არის სამართლიანი, რადგან შშმ პირები ყოველთვის ავად არ არიან და აგრეთვე შეზღუდული შესაძლებლობაც ვერანაირად ვერ განიკურნება. სამედიცინო მოდელი ნაკლებად აძლევს შშმ პირებს არჩევანისა და საკუთარი პოტენციალის განვითარების საშუალებას. მსგავსი მოდელი ხელს უშლის შშმ პირების ინკლუზიას, განათლებას, დასაქმებას, რადგან იგი უკავშირდება სამედიცინო დაზღვევისა და საავადმყოფო შეღავათების ხშირ გამოყენებას. ავადმყოფი გათავისუფლებულია ისეთი პასუხისმგებლობისგან, როგორც არის სკოლაში სიარული, მუშაობა, ოჯახური პასუხისმგებლობა და ამიტომ შშმ პირებს ამ მოდელის მიხედვით არ მოეთხოვებათ აქტიური სოციალური ცხოვრება. სამედიცინო მოდელი წარმოშობს ძალაუფლების არათანაბარ გადაანაწილებას პროფესიონალ ექიმსა და შშმ პირს შორის. რადგან ექსპერტმა უკეთესად იცის, რა სჭირდება „ავადმყოფს“, ამიტომ ნაკლებად ეკითხება მას და მის ნაცვლად იღებს გადაწყვეტილებას, რაც საბოლოო ჯამში არღვევს შშმ პირის უფლებებს (MACKELPRANG, R. & SALSGIVER, R. 2009).

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელი

სოციალური მოდელი განიხილავს შეზღუდულ შესაძლებლობას, როგორც სოციალური ფაქტორებითა და ადამიანთა დამოკიდებულებით შეზღუდულ გარემოს, რომელიც ხელს უშლის შეზღუდული უნარის მქონე ადამიანებს, სრული მონაწილეობა მიიღონ საზოგადოებაში.

დოებრივ ცხოვრებაში (<http://www.pwd.org.au/student-section/the-social-model-of-disability.html>). ყოველივე კარგად არის შეჯამებული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანთა საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ ჩამოყალიბებულ განსაზღვრებაში „შეზღუდული შესაძლებლობა წარმოადგენს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში სხვების თანასწორად მონაწილეობის შეზღუდვას, რაც განპირობებულია ფიზიკური და სოციალური ბარიერების არსებობით“. შშმ პირთა უფლებების კონვენციაც ხაზს უსვამს სოციალური გარემოს ფაქტორს - „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მიეკუთვნებიან პირები, ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული მყარი დარღვევებით, რომელთა შეჯახებამ სხვადასხვა დაბრკოლებასთან შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირის სრულ და ეფექტურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, სხვებთან თანაბარ პირობებში“.

სოციალური მოდელის ფილოსოფია ჩამოყალიბდა ამერიკის სამოქალაქო უფლებების ბეგავლენით. აგრეთვე ეყრდნობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა როგორც „უმცირესობის“ ჯგუფის მოდელს, რომელიც მიიჩნევს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა მომდინარეობს საზოგადოებიდან, რომელიც სრულად ვერ აკმაყოფილებს ამ ადამიანის საჭიროებას. ამგვარად, თუ პრობლემა არსებობს საზოგადოებაში, მაშინ უნდა შეიცვალოს საზოგადოება. თუ ეტლით მოსარგებლე ადამიანი ვერ სარგებლობს ავტობუსით, ადამიანი კი არ უნდა გავრიყოს, არამედ ავტობუსი უნდა მოვარგოთ ამ პრობლემას. ამიტომ სოციალური მოდელი საჭიროდ მიიჩნევს დამოკიდებულებითი, ფიზიკური და ინსტიტუციური ბარიერების აღმოფხვრას და შშმ პირებისთვის თანაბარი უფლებების მინიჭებას. ამ მოდელის ძლიერი მხარე მდგომარეობს იმაში, რომ პასუხისმგებლობა ეკისრება საზოგადოებას და არა მხოლოდ პიროვნებას.

სამედიცინო ზრუნვა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვა

განსხვავებაა ასევე სამედიცინო ზრუნვასა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვას შორის. სამედიცინო ზრუნვა არის ზრუნვის ტიპი, რომელიც გულისხმობს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ექიმის მეთვალყურეობას, დიაგნოზის დასმასა და დაავადების სიმპტომებისა თუ მიზეზის მკურნალობას. საქართველოში სამედიცინო ზრუნვა ცნობილია როგორც მკურნალობა. ჯანმრთელობაზე ზრუნვა კი გულისხმობს ინდივიდისა და სოციალური ძალისხმევას ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციისა და ჯანმრთელობის ოპტიმალური მდგომარეობის შენარჩუნებისთვის, მაგალითად, ფიზიკური ვარჯიში, ჯანმრთელი კვება, წონის კონტროლი, ადეკვატური დასვენება, უსაფრთხოების ზომებისა და საშიში ქიმიკატებისგან დაცვა და ა.შ.. ამავე დროს, ჯანმრთელობის შენარჩუნებისთვის საჭიროა სუფთა გარემო, რომელიც აკმაყოფილებს ფიზიკურ საჭიროებას, ხელს უწყობს პიროვნულ განვითარებას, სოციალურ ინტეგრაციას.

სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ჯანმრთელობაზე ზრუნვა მოითხოვს პირად პასუხისმგებლობას, რათა ადამიანმა აირჩიოს ჯანსაღი ცხოვრების წესი და გარემო, რომელიც იძლევა აუცილებელ რესურსებს და პირობებს ამ არჩევანის განხორციელებისთვის (COWELS, 2003).

მკურნალობა და ზრუნვა

ინგლისურ ენაში სიტყვა "CURING" (რომელიც ქართულად ითარგმნება როგორც მკურნალობა) გამოიყენება განკურნების პროცესის აღწერისათვის. საქართველოში კი დღეს სიტყვა „მკურნალობა“ შესაძლოა მოიცავდეს ისეთი ტიპის მკურნალობას, რომლის შედეგად განკურნება კი არ არის, არამედ არასასურველი სიმპტომების მოხსნა ან შემცირებაა. შესაბამისად, არსებობს ე.წ. ეტიოლოგიური და სიმპტომური მკურნალობა.

ეტიოლოგიურია მკურნალობა, რომელიც ეძებს და ანეიტრალებს ადამიანის ორგანიზმში დაავადების გამომწვევ მიზეზს. ასეთი მკურნა-

ლობა შეიძლება მოიცავდეს, მაგალითად, სხვადასხვა სპექტრის ანტიბიოტიკებს დაავადების გამომწვევი ბაქტერიების გასანადგურებლად.

სიმპტომური მკურნალობა კი არის მკურნალობის ტიპი, რომელიც მართავს იმ სიმპტომებს (ტკივილი, სისხლდენა და ა.შ.), რომელიც დისკომფორტს ან დაავადების გართულების საშიშროებას უქმნის პაციენტს/ბენეფიციარს. ასეთი მკურნალობა შეიძლება მოიცავდეს ტკივილგამაყუჩებელ აბებს/ინექციებს, ლებინების საწინააღმდეგო საშუალებებს და ა.შ.

ზრუნვა გულისხმობს ადამიანის მხარდამჭერ დახმარებას 1) ჯანსაღი ზრდისა და განვითარებისათვის, 2) დროებითი პრობლემური ეპიზოდის შემთხვევაში სტრესის შემსუბუქებისა და სამოქმედო ძალების მაქსიმალური შენარჩუნებისათვის და 3) კომფორტისა და აქტიურობისათვის მაშინაც კი, როდესაც დაავადება არის ტერმინალურ (ანუ ბოლო) სტადიაზე (COWELS, 2003).

მკურნალობის ძირითადი ნაწილი მიმართულია ჯანმრთელობის მიმდინარე პრობლემების დაძლევისკენ (MCLACHLAN & MCKEOWN, 1971). მე-19 საუკუნის ბოლოს და მე-20 საუკუნის დასაწყისში, როდესაც სოციალური მუშაობა ჩაერთო სამედიცინო სფეროში, დაავადებების ძირითადი ნაწილი იყო მწვავე/აქტიური ინფექციები. დღეს კი დაავადებათა სპექტრი შეიცვალა; დაავადებათა ძირითადი ნაწილი არის ნელი, ქრონიკული ინფექციური და არაინფექციური. ხანგრძლივად მიმდინარე დაავადებებს კი განსხვავებული მიდგომა ესაჭიროება სამედიცინო და სოციალური მხარდაჭერის თვალსაზრისით.

ჯანმრთელობის დაცვის დონეები

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემაში გამოარჩევენ მომსახურების სამ დონეს, რომელიც ასახავს ჯანმრთელობის პრობლემების ხარისხს. ეს არის პირველადი, მეორეული და მესამეული ჯანმრთელობის დაცვა (COWELS, 2003).

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა არის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი დონე, რომელიც ფოკუსირდება დაავადებათა პრევენციაზე და ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე. ამ დონის ღონისძიებათა ამოცანაა ჯანმრთელობის პრობლემების, დაავადების რისკების თავიდან აცილება და ადრეული დიაგნოსტიკა. პირველად ჯანდაცვას მოიხსენიებენ ჯანმრთელობის დაცვის კარიბჭედ, რადგან პირველი შეხება პაციენტს ხშირად სწორედ ამ დონესთან უწევს და შემდეგ ხდება მათი გადამისამართება მეორად და მესამეულ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში.

მეორადი და მესამეული ჯანმრთელობის დაცვის ფოკუსი არის დაავადების მკურნალობა. მეორადი ჯანმრთელობის დაცვის ამოცანაა ჯანმრთელობის აღდგენა და მართვა. ამ რგოლს მიეკუთვნება სხვადასხვა რეგიონში არსებული საავადმყოფოები.

მესამეული ჯანმრთელობის დაცვა არის თანამედროვე/უახლესი ტექნოლოგიებით აღჭურვილ დაწესებულებებში სპეციალიზებული მომსახურება. ამ დონის ჯანდაცვაში გადმომისამართება ხდება პირველადი და მეორეული ჯანდაცვის მომსახურებებიდან.

უნდა აღინიშნოს, რომ პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ექიმის (მაგ. ოჯახის ექიმის) როლი ძალიან ჰგავს სოციალური მუშაკისას. როგორც სოციალურ მუშაკს, ოჯახის ექიმებსაც აქვთ ბენეფიციარის/პაციენტის ყოვლისმომცველი (ჰოლისტური) ხედვა, იგი მკურნალობს ავადმყოფის პრობლემებისა და საჭიროების სრული სურათის გააზრებით. მეორადი ჯანმრთელობის დაცვის რგოლისთვის ადამიანთან მუშაობა იწყება მაშინ, როცა მას აქვს გარკვეული პრობლემა. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის პროცესი კი უწყვეტია და მიჰყვება ადამიანის განვითარების ყველა ეტაპს (საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი, 2017).

ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა დონეზე სოციალური მუშაკის ამოცანა შესაძლოა განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან. თუმცა მისი ძირითადი ფუნქცია არის სხვა პროფესიონალებთან ერთად ბენეფიციარის ჯანმრთელობის აღდგენა და ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება.

მოკლედ რომ ვთქვათ, სოციალური მუშაკის როლი აქაც ადამიანისა თუ ადამიანთა ჯგუფების სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებაა.

აქვე უნდა ითქვას, რომ ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაციიდან და თანამედროვე ტენდენციებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების ყველა დონეზე მაქსიმალურად უნდა იყოს გათვალისწინებული ადამიანის ინდივიდუალური საჭიროება და პიროვნული მახასიათებლები. შესაბამისად, ფიზიკური გარემოს ადაპტირება (მათ შორის - სამედიცინო დაწესებულებებში სველი წერტილების, ტრანსპორტის და ა.შ.) როგორც ეტლით მოსარგებლეთათვის ასევე სხვა შემზღვევის მქონე ადამიანებისთვის, მხედველობისა და სმენის პრობლემების მქონე ადამიანების ინფორმირებისა და კონსულტაციის საშუალება და სხვა ღონისძიებანი აუცილებელია იმისათვის, რომ არ დაირღვეს შემზღვეული შესაძლებლობის მქონე პირების მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის, ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის უფლება.

ადამიანთა მრავალფეროვნება და ქცევა

ადამიანები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან მათი ბიოფსიქოსოციალური მახასიათებლებით, როგორცაა ასაკი, სქესი, გენდერი, რასა, ეთნოსი, კულტურა, სექსუალობა, რელიგიური რწმენა და პრაქტიკა, განათლების დონე, საქმიანობა, შემოსავალი, ინტელექტი, ნიჭი, ინტერესი და ჰობი, გარეგნობა, სიმაღლე და წონა, გენეტიკა, ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის ღირებულებანი, მდგომარეობა, პირადი მახასიათებლები და სტრესთან გამკლავების უნარი, და ნორმები, დამხმარე ჯგუფები და მისაბაძი ადამიანები, საცხოვრებელი გარემო (მაგ. სოფელი თუ ქალაქი), ოჯახის სტრუქტურა და ურთიერთობები, ცხოვრებისეული ისტორია და გამოცდილება და ა.შ. ადამიანთა მრავალფეროვნების შემზღველობა ნიშნავს, იცოდე, ყურადღებას აქცევდე და პატივს სცემდე ადამიანებს განსხვავებული კულტურით, აღქმით და ქცევით. ამ შემზღველობის პრაქტიკული გამოვლინებაა ყველა იმ ფაქტორის გათვალისწინება, რომელიც თითოეულ ადამიანს განსაკუთრებულსა და განსხვავებულს ხდის.

სოციალური მუშაკის ეფექტური მუშაობისთვის ადამიანთა მრავალფეროვნების შემწყნარებლობა აუცილებელია, რადგან სხვაგვარად შეუძლებელია გავუგოთ მათ, გავიგოთ, რითაა განპირობებული მათი ქცევა. ადამიანთა მრავალფეროვნების შემწყნარებლობა აუცილებელია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაშიც, რადგან ეს მრავალფეროვნება დიდ როლს თამაშობს 1) ჯანსაღ ქცევაში; 2) ქცევაში ავადმყოფობისას და 3) ქცევაში ავადმყოფის როლში. თუმცა, უნდა გვახსოვდეს, რომ როდესაც ადამიანი არის რომელიმე ეთნოსის წარმომადგენელი, არ არის აუცილებელი, რომ ის ამ ეთნოსის უმრავლესობის წესებს მისდევდეს და ასრულებდეს. მოკლედ რომ ვთქვათ, არ არის გამართლებული ამა თუ იმ ჯგუფისათვის დამახასიათებელი რომელიმე ნიშნის განზოგადება. (Cowels, 2003). მაგალითად, ქართველი ეროვნების ყველა წარმომადგენელი არ არის მართლმადიდებელი და, შესაბამისად, შესაძლოა არ ცხოვრობდეს ამა თუ იმ მართლმადიდებლური წესის მიხედვით, რაც მისი ჯანმრთელობისთვის შეიძლება სასარგებლო ან ზიანის მომტანი იყოს.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვისას უნდა გავითვალისწინოთ ადამიანთა მრავალფეროვნება.

ჯანსაღი ქცევა, ქცევა ავადმყოფობისას და ქცევა ავადმყოფის როლში

ჯანსაღი ქცევა (HEALTH BEHAVIOR) გულისხმობს ადამიანის მცდელობას ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის. ამ ტიპის ქცევაზე მოქმედებს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა საცხოვრებელი ადგილი, რეკრეაციული სივრცის ხელმისაწვდომობა, განათლების დონე, რელიგია, საქმიანობის ტიპი და ა.შ.

ქცევა ავადმყოფობისას (ILLNESS BEHAVIOR) გულისხმობს ადამიანის პასუხს, რეაქციას ავადმყოფობის გამოვლენასა და სიმპტომებზე. მაგალითად, ტკივილისა თუ მაღალი ტემპერატურის დროს ზოგი ადამიანი ცდილობს პირველივე გამოვლინებაზე ეძიოს სამედიცინო დახმარება კვალიფიციურ ექიმთან, სხვა კი თვითონ მკურნალობს სიმ-

პტომებს ან მიმართავს მეზობელს, ოჯახის წევრს, მეგობარს, ექიმბაშს ან სხვა ადამიანს რჩევისათვის, გვიან ან საერთოდ არ აკითხავს ექიმს.

ქცევა ავადმყოფის როლში (SICK-ROLE BEHAVIOR) კი გულისხმობს ქცევებს, რომელსაც ადამიანი მიმართავს გამოჯანმრთელებისთვის. ეს შეიძლება იყოს ექიმის დახმარების ძიება და მკურნალობა. ტალკოტ პარსონსი (TALCOTT PARSONS) - ამერიკელი ფუნქციონალისტი სოციოლოგი - თვლიდა, რომ, როცა ადამიანი საკუთარ დაავადებას გაიანზრებს, მისთვის მაშინვე ნებადართული ხდება უჩვეულო როლი - ადამიანი თავისუფლდება ჩვეული სოციალური როლისგან; ადამიანი არ არის დამნაშავე საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემაში; იგი უნდა ეცადოს, რომ გამოჯანმრთელდეს და ამისათვის უნდა ეძებოს კომპეტენტური პირის დახმარება.

ქცევის ცვლილების მოდელები

ადამიანის ქცევა, ისევე როგორც ჯანმრთელობის ბევრი სხვა დეტერმინანტი გავლენას ახდენს მის ჯანმრთელობაზე. ქცევა განაპირობებს როგორც ჯანმრთელობის შენარჩუნებას, ისე გამოჯანმრთელების პროცესსა და შედეგს. მეცნიერების სხვადასხვა დარგის წარმომადგენლები გვთავაზობენ ქცევის ცვლილების მოდელებს, რომელთა მიზანია დისფუნქციური/მაღადაბტაციური ქცევების შეცვლა ფუნქციური/ადაბტაციური, ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ქცევით.

ქცევის ცვლილების მოდელები, რომლებსაც სოციალური მუშაკები და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სხვა პროფესიონალები ხშირად იყენებენ არის:

1. ჯანმრთელობის რწმენის მოდელი (Health Belief Model)
2. გააზრებული ქცევის თეორია (Theory of Reasoned Action)
3. დაგეგმილი ქცევის თეორია (Theory of Planned Behavior)
4. ტრანსთეორიული მოდელი (TransTheoretical Model)
5. სოციალურ-კოგნიტიური თეორია (Social Cognitive Theory)

ინტერდისციპლინური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში

სამი ძირითადი ტერმინი არსებობს, რომელიც ამ კონტექსტში გამოიყენება: მულტიდისციპლინური (მრავალპროფილური) ჯგუფი/ორგანიზაცია/საავადმყოფო, ინტერდისციპლინური და მრავალდარგობრივი მუშაობა.

მულტიდისციპლინურია ორგანიზაციები/ჯგუფები, თუ მასში მუშაობს რამდენიმე პროფესიის ან სპეციალიზაციის მქონე ადამიანი. ძირითადად, სამედიცინო კლინიკები მულტიდისციპლინურია, რადგან მასში მუშაობენ სხვადასხვა სპეციალიზაციის მქონე ექიმები.

ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობა არის ურთიერთშეთანხმებაზე დამყარებული თანამშრომლობის ფორმა. თანამშრომლობის ეს ფორმა განსხვავდება სხვა ფორმებისგან შემდეგი მახასიათებლებით: 1) მცირე სამუშაო ჯგუფი ; 2) მცირე ჯგუფის დინამიკა (მიკუთნებულობის გრძობა); 3) საერთო ამრის შემუშავება გადაწყვეტილების მიღებისას; 4) ხშირი, რეგულარული და უშუალო კომუნიკაცია (MAILICK & JORDON, 1977).

ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობა არის ჯგუფური პრაქტიკის ფორმა (RUBIN & BECKHARD, 1972). ასეთ სამუშაოს რამდენიმე პროფესიის ან სპეციალიზაციის მქონე ადამიანი ასრულებს, რათა გადაჭრას ერთი კლიენტის/პაციენტის პრობლემა. ასეთ ჯგუფში ხშირად არიან სოციალური მუშაკები. ხანდახან კი შესაძლოა ჯგუფის მუშაობას სოციალური მუშაკი უძღვებოდეს (KANE, 1980). ასეთი ჯგუფის წევრი შესაძლოა იყოს პროფესიონალი, რომელიც მუშაობდა განხილულ პაციენტთან ან/და რომელიც კომპეტენტურია ამ საქმეში. უფრო მეტიც, ამ ჯგუფს შესაძლოა დაემატოს მზრუნველი პირი, ოჯახის წევრი ან/და თვითონ პაციენტი.

ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობის არსი

ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ სხვადასხვაგვარი ცოდნა და გამოცდილება ჩართულია და კოორდინირებულია შემთხვევის (პაციენტის/ბენეფიციარის) შედეგიანობის (EFFECTIVENESS) და ქმედითობის (EFFICIENCY) ამაღლებისთვის (JONAS, 1981). ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობა გვაძლევს მაქსიმალურ შედეგს მინიმალური ადამიანური და სხვა რესურსით, თავიდან ვირიდებთ ორმაგი დროის ხარჯვის რისკს საქმის შესრულებისას და, რაც მთავარია, ადამიანი განიხილება სრული ბიოფსიქოსოციალური პერსპექტივით (FRIEDSON, 1978). ამგვარად, ინტერდისციპლინური მუშაობით ყველა იღებს სარგებელს: მათ შორის - მომსახურების მიმღები, გუნდის წევრი, ზოგადად, საზოგადოება; იმავროულად ვითარდება პროფესია.

ინტერდისციპლინური გუნდის ფუნქციები:

1. პაციენტის პრობლემებისა და საჭიროების ერთობლივი შეფასება;
2. შესაბამისი ინფორმაციის მიმოცვლა;
3. კლიენტების/ბენეფიციარების/პაციენტების გუნდური სწავლება;
4. ეთიკური გადაწყვეტილების მიღება;
5. ინტერვენციის გეგმების ჩამოყალიბება;
6. ამოცანებისა და პასუხისმგებლობის გადანაწილება;
7. საჭიროების შემთხვევაში გეგმების ცვლილება;
8. შედეგის ერთობლივი შეფასება (BOPE & JOST, 1994).

ინტერდისციპლინური მუშაობის ხშირი პრობლემები:

1. პრობლემებისა და სხვადასხვა საჭიროების მიმართ განსხვავებული მიდგომა და აღქმა;
2. გუნდური მუშაობის საკუთარი თავის წინ წამოწვევისთვის გამოყენება;
3. ადამიანის პრესტიჟი და ავტორიტეტი, რამაც შესაძლოა ხელი შეუშალოს ღია კომუნიკაციას გუნდში;

4. განსხვავებული ენა, უნარ-ჩვევები და ცოდნა, რომელიც გაუგებარია გუნდის წევრთათვის;
5. განსხვავებული წარმოდგენები პრობლემის გადაწყვეტის პროცესის შესახებ (JULIA & TOMPSON, 1994).

**მოთხოვნები ინტერდისციპლინური
გუნდური მუშაობის მიმართ:**

იმისათვის, რომ ინტერდისციპლინურმა გუნდმა ეფექტურად იმუშაოს, საჭიროა დააკმაყოფილოს შემდეგი მოთხოვნები:

1. ნათლად ჩამოყალიბებული და მოქნილი როლები;
2. ურთიერთპატივისცემა და ნდობა;
3. ჯგუფთან შეთანხმებული წესები, ღირებულებები, მიკუთვნებულობა და მიზანი;
4. ევალუატარისტული დამოკიდებულება; თანაბარმნიშვნელოვნების შეგრძნება;
5. მიკუთვნებულობის და ურთიერთდამოკიდებულების შეგრძნება;
6. ღია კომუნიკაცია და ინფორმაციის, განცდების, მოსაზრებების გაზიარება;
7. მოქნილი ხელმძღვანელობა და გადაწყვეტილების მიღების პროცესი; გადანაწილებული ძალაუფლება;
8. გუნდის მოქნილი შემადგენლობა, შემთხვევის საჭიროებიდან გამომდინარე;
9. სტაბილური საბაზისო გუნდი;
10. ძლიერი გუნდური და პროფესიული თვითშეგნება;
11. მოლაპარაკებისა და კონსენსუსის მიღწევის შესაძლებლობა;
12. მიზნის სიცხადე და მიზანმიმართულობა;
13. შეხვედრების დოკუმენტირება: თარიღები, წევრების დასწრება, განხილული საკითხები და მიღებული გადაწყვეტილებები;
14. ყურადღება გუნდის მიზნისა და ფუნქციების მიმართ;
15. სისტემური პერსპექტივა, სადაც სისტემის შემადგენელი ყველა ნაწილი ერთი მიზნისთვის მუშაობს.

გადაწყვეტილების მიღების სტილი

გუნდურ მუშაობაში განარჩევენ გადაწყვეტილების მიღების სულ ცოტა ოთხ სტილს 1) საწყისი მდგომარეობა (გადაწყვეტილება არ იქნა მიღებული), 2) უნილატერალური (ერთპიროვნული) 3) უმეტესობა მომხრეა (გადაწყვეტილება მიღებულია ხმების უმრავლესობით); 4) თანხმობა (ყველა თანახმაა).

მიუხედავად იმისა, რომ თანხმობა ჯგუფის იდეალური შედეგია, რეალურად ის იშვიათად მიიღწევა. ძალიან ხშირად ჯანმრთელობის დაცვის და სხვა სფეროშიც გადაწყვეტილებას იღებს მულტიდისციპლინური გუნდის პრესტიჟისა და ძალაუფლების მქონე წევრი. ჩვენ ვცხოვრობთ გარემოში, სადაც ექიმები სარგებლობენ მაღალი ავტორიტეტით და მათი მოსაზრებები შესაძლოა ჯგუფის სხვა წევრებმა გაიზიარონ ამ პროფესიის პრესტიჟისა და ავტორიტეტის გამო და არა მოსაზრების შინაარსიდან გამომდინარე (CAPUTI, 1978). ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი, რაც უნდა გაკეთდეს გუნდის მუშაობისას, არის ამ ფაქტორ(ებ)ის დაბალანსება და გუნდის ყველა წევრის ცოდნისა და უნარის მაქსიმალურად გამოყენება ბენეფიციარის/პაციენტის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის. უნივერსიტეტებში სწავლების პროცესში ხშირად არასაკმარისი ყურადღება ექცევა მულტიდისციპლინური მუშაობის მნიშვნელოვნებასა და სხვა პროფესიების როლს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში (LODGE, 1974). სამედიცინო განათლება და სამედიცინო დაწესებულებების ფორმატი ექიმებს ასწავლის სრული პასუხისმგებლობის აღებას პაციენტის ჯანმრთელობაზე. შესაბამისად, ინტერდისციპლინური შეთანხმებული გუნდური გადაწყვეტილება შესაძლოა გარკვეულწილად ცდებოდეს ამ ცოდნას და პასუხისმგებლობის გაგებას. ამიტომ, აუცილებელია აკადემიური პროგრამები და პრაქტიკა ამზადებდეს პროფესიონალებს როგორც დამოუკიდებელი ისე ინტერდისციპლინური მუშაობისთვისაც.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სოციალური მუშაობის ძირითადი ასპექტები

სოციალური მუშაკის ფუნქციები და ბენეფიციარის პრობლემები

სოციალური მუშაობის ძირითადი მიზნის განხორციელებისთვის (ბენეფიციარის ან ბენეფიციართა ჯგუფის სოციალური ფუნქციონირების აღდგენა), ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სოციალური მუშაკები ისახავენ შემდეგ ამოცანებს:

- ბენეფიციართა დამოკიდებულებების, აღქმების, გრძნობების ან ქცევის ცვლილება (განსაკუთრებით ისეთების, რომლებიც ხელს უშლიან მას გამოჯანმრთელების ან ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პროცესში);
- ბენეფიციართა სოციალური ურთიერთობისა და კომუნიკაციის გაუმჯობესება (სამედიცინო პერსონალთან, მის მხარდამჭერ და ახლობელ ადამიანებთან, თემთან და ა.შ.);
- გადანყვეტილების მიღების პროცესისა და თვითგამორკვევის ხელშეწყობა (ინფორმირებით და ინფორმაციის ანალიზში დახმარებით);
- სტრესთან და პრობლემებთან გამკლავებისა და ადაპტირების შესაძლებლობის გაუმჯობესება;
- მენტალური და ფიზიკური კომფორტის შენარჩუნება და/ან გაუმჯობესება.

ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ნაციონალური ასოციაციის მიხედვით, სოციალური მუშაკი შესაძლოა ემსახუროდეს, როგორც ინდივიდებს ასევე თემს. ეს მომსახურება შესაძლოა მოიცავდეს კონსულტირებას, განათლებას, პოლიტიკისა და პროგრამის დაგეგმვას, ხარისხის უზრუნველყოფას, ადვოკატობას და თემის მოკავშირეობას.

სოციალური მუშაობის კონკრეტული მომსახურება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შესაძლოა იყოს:

ინდივიდებთან მუშაობისას

- სოციალური მუშაკის დახმარების საჭიროების შეფასება;
- საავადმყოფოში მკურნალობისთვის ჩაწერისა და გაწერის დაგეგმვა;
- ადამიანის, ოჯახის ან ჯგუფის უშუალო მომსახურება და თერაპია;
- შემთხვევების მოძიება და სავლელ სამუშაო (OUTREACH);
- ინფორმირება და რეფერირება;
- ბენეფიციარის ადვოკატობა ორგანიზაციაში და ორგანიზაციის გარეთ; მათ შორის ყურადღების გამახვილება ჯანმრთელობის დაცვის ხელმისაწვდომობის ფინანსურ ბარიერებზე;
- პაციენტის უფლებების დაცვა;
- გრძელვადიანი და მოკლევადიანი გეგმები;
- ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება;
- პრევენციული, მედიაციული და რეაბილიტაციული ღონისძიებები;
- უწყვეტი ზრუნვის უზრუნველყოფა.

თემებთან მუშაობისას

- თემის იმ ჯგუფების ძიება, რომლებიც საჭიროებს მომსახურებას;
- რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების აღმოჩენა და მომსახურების გაწევა;
- კონსულტაციები და თანამშრომლობა ორგანიზაციებთან და პროფესიონალებთან თემის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების მიზნით;

- თემთან მოკავშირეობა;
- სათემო ღონისძიებების დაგეგმვა და კოორდინაცია;
- ფსიქოსოციალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება და განათლების დანერგვა ამ სფეროში.

სოციალურ მუშაკთა ამერიკის ნაციონალური ასოციაცია სოციალური მუშაკის ოთხ ძირითად ფუნქციას ასახელებს:

1. სოციალურმა მუშაკმა ბენეფიციარს უნდა გაუწიოს პირდაპირი და არაპირდაპირი მომსახურება;
2. სოციალურმა მუშაკმა უნდა მოიძიოს ბენეფიციარი, რომელსაც სჭირდება მომსახურება;
3. სოციალური მუშაკების უპირველესი ვალდებულება ეხება კლიენტის უფლებებსა და საჭიროებას;
4. მომსახურება უნდა მიენდოდეთ არა მხოლოდ ინდივიდებს, არამედ მათ ოჯახებს, ჯგუფებს და თემებს.

ბენეფიციართა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფსიქოსოციალური პრობლემები

ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ნაციონალური ასოციაცია სამკურნალო დაწესებულებებში მუშაობის შემდეგ პრობლემებს გამოყოფს:

1. სამედიცინო მომსახურებაში ან დაწესებულებაში მიღების ბარიერი;
2. მომსახურებაში ადაპტირების პრობლემები;
3. დიაგნოზთან, პროგნოზთან ან ჯანმრთელობაზე ზრუნვის გეგმასთან შეგუების პრობლემები;
4. ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებისთვის საჭირო ინფორმაციის სიმწირე და უუნარობის განცდა საკუთარი ცხოვრების წარმართვისას;
5. რესურსების სიმწირე საჭიროების დასაკმაყოფილებლად;
6. სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერის პრობლემები.

სამედიცინო მომსახურებაში ან დაწესებულებაში მიღების ბარიერები

ხშირად პაციენტი პრობლემებს მაშინვე ასწყდება, როგორც კი სამკურნალო დაწესებულებას მიმართავს. ასეთი პრობლემები შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური, ფინანსური, ინფორმაციული, ოჯახურ ზრუნვასთან, ტრანსპორტირებასთან ან სხვა საჭირო რესურსებთან დაკავშირებული.

ფსიქოლოგიურია პრობლემები, თუ საავადმყოფოში, ხანდაზმულთა ან შშმ პირთა 24 საათიანი ზრუნვის სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებაში ან სხვა რეზიდენციული მკურნალობის დაწესებულებებში ყოფნა შიშს წარმოშობს, თუ ფსიქიკური ან ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მოსაგვარებლად დახმარების თხოვნა სირცხვილს უკავშირდება, თუ პაციენტი თავს არიდებს დიაგნოსტიკური ტესტების ჩატარებას ტკივილის შიშის, გვერდითი ეფექტების ან სხვა მიზეზების გამო.

ფინანსურია პრობლემები, თუ პაციენტს არ აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა, რათა მომსახურების ხარჯები დაფაროს, თუ შიშობს, რომ მკურნალობისას სამსახურში არყოფნის გამო შეიძლება სამუშაო დაკარგოს, ვალი დაუგროვდეს.

ინფორმაციულია პრობლემა, თუ პაციენტს არასწორი ან მწირი ინფორმაცია აქვს სამედიცინო მომსახურების შესახებ, უსმენს ჭორს იმ „საშინელებებზე, რაც შეიძლება იქ მოხდეს“.

გარდა ამისა, პაციენტები ზოგჯერ ღელავენ იმაზე, თუ ვინ იზრუნებს მათი ოჯახის წევრებზე, შინაურ ცხოველებზე, სახლზე მათი საავადმყოფოში ყოფნის პერიოდში. მათ ასევე აწუხებთ საავადმყოფოს გარეთ სხვადასხვა მომსახურებაზე დაბალი სატრანსპორტო ხელმისაწვდომობა, გაცდენილი დროის გამო საქმის დაგროვება და ა.შ. ასეთი პრობლემების უმეტესობა სოციალურ გარემოსთან ან პიროვნულ აღქმებთანაა დაკავშირებული. ამ შფოთვებისა და პრობლემების დაძლევაში სოციალური მუშაკი აქტიურად უნდა ჩაერთოს.

მომსახურებაში ადაპტირების პრობლემები

მომსახურებაში ან დაწესებულებაში პაციენტის/ბენეფიციარის სამედიცინო მომსახურებასთან თუ დაწესებულებასთან შეგუების ადაპტირების პრობლემები ხშირად ხდება პაციენტის ან მისი ოჯახის წევრის დისკომფორტისა და მომსახურებით უკმაყოფილების მიზეზი.

ინსტიტუციური დაწესებულებები (როგორცაა საავადმყოფოები, სტაციონარული მკურნალობის ცენტრები, და ხანდაზმულთა ან შშმ პირთა 24 საათიანი ზრუნვის სამედიცინო მომსახურების მქონე დაწესებულებები) ადამიანებს აშორებენ თავიანთ ჩვეულ დამხმარე სოციალურ გარემოს (GOFFMAN, 1961). ასეთი სოციალური გარემო მოიცავს ოჯახს, მეგობრებს, ოჯახურ გარემოს, ნაცნობ ადგილებს, თავისუფალ ნებას, ყოველდღიურ რუტინას, საქმიანობასა და საყვარელ საკვებს. მოკლედ რომ ვთქვათ, ისინი ხვდებიან უცხო გარემოში, სადაც მათ უწევთ ადაპტირება თავიანთი მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად. ადამიანების უმეტესობა მანამ ვერ აანალიზებს იმას, თუ რამდენად არიან დამოკიდებულნი მსგავს ყოველდღიურ გარემოზე, სანამ მისგან მოწყვეტის საჭიროება არ იქმნება.

ასეთი სიტუაციური ცვლილებების გამო სტაციონარულ პაციენტებს აქვთ თავიანთ ცხოვრებაზე კონტროლის დაკარგვის უსიამოვნო განცდა. პაციენტები სხვადასხვაგვარად რეაგირებენ მსგავს ცვლილებებზე. ზოგნი ცოტაოდენი სირთულის შემდეგ ეგუებიან, ხოლო სხვებს უვითარდებათ მალადაპტური ქცევები (აგრესია, საკუთარ თავში ჩაკეცვა, და ა.შ.).

სტაციონარული თუ არასტანციონარული პაციენტები ხშირად საფუძვლიანად ან უსაფუძვლოდ ღელავენ მომსახურების ხარისხზე. ადაპტირების ასეთ და მსგავს პრობლემებს ხშირად კარგად იგებს და აგვარებს სოციალური მუშაკი.

დიაგნოზთან, პროგნოზთან ან ჯანმრთელობაზე ზრუნვის

გეგმასთან შეგუების პრობლემები

პაციენტების ან მათი ოჯახის წევრების პრობლემები ასევე ეხება დიაგნოზთან, პროგნოზთან ან მკურნალობის გეგმასთან ადაპტირებას. ყველაზე რთულია შეგუება იმ დიაგნოზთან, პროგნოზთან თუ მკურნალობის გეგმასთან, რომელიც მიუთითებს სიკვდილის მოახლოების შესაძლებლობაზე. თუმცა, უფრო ხშირია დიაგნოზი, პროგნოზი თუ მკურნალობის გეგმა, რომელიც გულისხმობს კომფორტული გარემოდან დროებით მოცილებას ან ამა თუ იმ უნარის ქრონიკულ შეზღუდვას. უნარის შეზღუდვა კი გულისხმობს დისკომფორტს, ფუნქციურ შრომისუნარობას, პასუხისმგებლობისა და ურთიერთობის ცვლილებას, ავადმყოფობის გამო გარეგნობის ცვლილებას, მედიკამენტებზე დამოკიდებულებას, პროთეზირებას, დიეტურ შეზღუდვებს, ჩვევების (როგორცაა მოწევა, დაღევა, ვარჯიში) მიტოვებას, საშინაო გარემოს მნიშვნელოვან ცვლილებებს, რომელიც შესაძლოა მოიცავდეს პანდუსებს, სველი წერტილების ადაპტირებას (მაგ.: სახელოები ტუალეტთან, აბაზანასთან), იატაკის საფარის ცვლილებას და ა.შ.

მოკლედ რომ ვთქვათ, დიაგნოზი, პროგნოზი ან მკურნალობის გეგმა ხშირად მოითხოვს პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების სტილის მნიშვნელოვან ცვლილებებს. ზოგადად, ეს ცვლილება შეიძლება იყოს როგორც ემოციური, ისე სოციალურ გარემოსთან დაკავშირებული. მაგალითად, პაციენტები, რომლებიც იგებენ, რომ აქვთ ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემები, რომლებიც იძულებულს ხდის მათ დატოვონ სამსახური ან შეიცვალონ სამუშაოს ტიპი, შეიძლება დადგნენ შემოსავლის დაკარგვის რისკის წინაშე. წელს ქვემოთ პარალიზებული პაციენტები აწყდებიან არა მარტო რეალურ/პრაქტიკულ პრობლემებს, არამედ უწევთ ემოციურ საკითხებთან გამკლავებას, როგორცაა თვითაღქმა, სქესობრივი ურთიერთობები და სხვაზე დამოკიდებულების შიში. თირკმლის ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტებს, რომელთაც ესაჭიროებათ დიალიზი კვირაში რამდენიმე საათის განმავლობაში სხვადასხვა დღეს, აწყებიან პრაქ-

ტიკულ პრობლემებს და ხშირად უხდებოდათ ემოციურ სტრესთან გამკლავებას ცადარჩენისათვის ბრძოლაში. მსგავსი ფსიქოსოციალური პრობლემების გადაჭრაზე მუშაობა სოციალურ მუშაკებს უწევთ.

ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღებისთვის

საჭირო ინფორმაციის სიმწირე და უუნარობის განცდა

საკუთარი ცხოვრების წარმართვისას

კიდევ ერთი პრობლემა, რომელსაც პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები აწყდებიან ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაწესებულებებში, არის საკუთარი ცხოვრების მართვის შეზღუდვის განცდა. ექიმები, ექთნები თუ სხვა მომსახურე პერსონალი ხშირად სხვადასხვა ღონისძიებას გეგმავს და ახორციელებს პაციენტის წინასწარი გაფრთხილების, ახსნა-განმარტებისა თუ მის მიერ თანხმობის მიღების გარეშე. ამან შესაძლოა პაციენტს შეუქმნას დაუცველობის გრძნობა, რომელიც შეგუების უსიამოვნო პრობლემებს ემატება.

საკუთარი ცხოვრების მართვის შენარჩუნების გრძნობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაწესებულებებში დიდი მნიშვნელობა აქვს. კვლევები ცხადყოფენ, რომ ამ განცდის დაკარგვამ შეიძლება პაციენტი დეპრესიამდე მიიყვანოს, რამაც, თავის მხრივ, შეიძლება ნეგატიური გავლენა მოახდინოს გამოჯანმრთელებაზე (SCHMALE, 1972). მოკლედ რომ ვთქვათ, თუ აღმოჩნდება, რომ ადამიანი საკუთარ ცხოვრებას დროებით აღარ მართავს, მან შეიძლება საერთოდ ხელი აიღოს ამ პასუხისმგებლობაზე, გამოჯანმრთელების მცდელობაზე. კვლევები ცხადყოფს, რომ ხანგრძლივმა ნეგატიურმა განწყობამ, სტრესმა, დეპრესიამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს იმუნურ და სხვა სისტემებზე, რომლებსაც წვლილი შეაქვთ გამოჯანმრთელებასა და სიცოცხლის ხანგრძლივობაში.

სოციალურ მუშაკს შეუძლია პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს სათანადო ინფორმაცია მიაწოდოს სწორი გადაწყვეტილების მისაღებად. სოციალური მუშაკი შესაძლოა დაეხმაროს ექიმს პაციენტის

ინფორმირებაში, მისი ჯანმრთელობის სტატუსის, მოსალოდნელი მდგომარეობისა თუ მკურნალობის გეგმის შესახებ. სოციალური მუშაკები ეხმარებიან ბენეფიციარებს ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციასა და რესოციალიზაციაში, ასევე ეხმარებიან პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს, გაიაზრონ სხვადასხვა გარემოებანი სამედიცინო პროცედურების, პოსტჰოსპიტალური მზრუნველობის ადგილმდებარეობისა და ტიპის, ხელმისაწვდომი რესურსების შესახებ. ეს ყველაფერი პაციენტს ეხმარება ჯანმრთელობისა და სოციალური ფუნქციონირების აღდგენაში.

სოციალურ მუშაკებს უნდა ჰქონდეთ ამომწურავი ინფორმაცია გარემოში არსებული რესურსებისა და შესაძლებლობის შესახებ, რათა დაიცვან პაციენტთა უფლებები. მათ უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია და დაარწმუნონ ბენეფიციარები მათს უფლებებში და მხარი დაუჭირონ მათს რეალიზებაში.

საჭიროების დაკმაყოფილებისთვის რესურსების სიმწირე

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაწესებულებებში სოციალური მუშაკის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფუნქციაა, გამოჯანმრთელებისთვის საჭირო რესურსები ხელმისაწვდომი გახადოს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის. ასეთი რესურსები ჩვეულებრივ იყოფა 5 კატეგორიად:

1. სამედიცინო დამხმარე საშუალებები;
2. დამხმარე მომსახურება;
3. დახმარება შემოსავლის მოპოვებაში;
4. გარემოს ადაპტირება;
5. დახმარება ურთიერთობის მოგვარებაში.

სამედიცინო დამხმარე საშუალებები, ხელსაწყოები და მოწყობილობები სხვადასხვა სახისაა: ეტლები, ყავარჯნები, სიარულის სხვა დამხმარე საშუალებები, კედელზე მიმაგრებული ხელმოსაკიდი საყ-

რდენები, შემალლებული უნიტაბები, გორგოლაჭებიანი კომოდები, გრძელტარიანი კაუჭები ან დამჭერები ნივთების მოსაზიდად, სათვალეები, სასმენი აპარატები, საავადმყოფოს საწოლები, ხანდაზმულთა სპეციალური სავარძლები, კარდიალური სავარძლები, ლეიბები მოძრავი ზედა ნაწილით (ისეთი, რომ წამოჭდომა იყოს შესაძლებელი), სითხის შემწოვი აპარატი, შაქრის გამზომი ინსტრუმენტების ნაკრები, წნევის საზომი სამაჯური და ა.შ. ასეთი მოწყობილობების საჭიროება ძირითადად დაკავშირებულია შინ მოვლასთან, თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტებს საავადმყოფოებსა თუ ზრუნვის სხვა დაწესებულებებში ესაჭიროებათ სპეციალური მოწყობილობები, რომლებიც შესაძლოა იმ კონკრეტულ მომენტში ადგილზე არ აღმოჩნდეს

დამხმარე მომსახურება ასევე ფართო ცნებაა, რომელიც მოიცავს შემდეგს:

1. პერსონალური ზრუნვის მომსახურება (ყოველდღიური დამხმარე ღონისძიებები, როგორცაა დაბანა, კვება, ჩაცმა, თმის დავარცხნა და ა.შ.), რომელსაც ასრულებენ ოჯახის წევრები, შინ ზრუნვის დაწესებულებები ან დამოუკიდებელი ექთნები;
2. პროფესიონალური საექთნო მომსახურება (მაგალითად, ჭრილობების დამუშავება, სასიცოცხლო ნიშნებზე მონიტორინგი, კათეტერის გამოცვლა, ინტრავენური ინექციები და ა.შ.);
3. საოჯახო საქმეებში დახმარება;
4. ტრანსპორტირების მომსახურება (მაგ.: ხანდაზმულთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის);
5. საკვების სახლში მიტანის მომსახურება;
6. ოჯახის საკონსულტაციო მომსახურება;
7. ნარკოდაამოკიდებულთა და ალკოჰოლდაამოკიდებულთა მკურნალობის მომსახურება;
8. ჰოსპისის პროგრამები;
9. სატელეფონო მომსახურება (მაგ.: მკურნალობის რეჟიმის დაცვის, ვიზიტის შეხსენების და ა.შ.);

10. ზრდასრულთა და ბავშვთა დაცვის მომსახურება;

11. დღის ცენტრები;

12. პროფესიონალური გადამზადება და ა.შ.

ხშირად, ფინანსური დახმარების საჭიროება უკავშირდება ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაწესებულებებისთვის თანხის გადახდას, იქნება ეს ამბულატორიული (OUTPATIENT), სტაციონარული მკურნალობისთვის თუ სარეაბილიტაციო ან სხვა მომსახურებისთვის. ფინანსური დახმარება ხშირადაა საჭირო დამხმარე საშუალებებისა და ხელსაწყოების შესაძენად. გარდა ამისა, ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაწესებულებებში მყოფ პაციენტებს ზოგჯერ არ აქვთ საჭირო რესურსები, რათა ჰქონდეთ სათანადო საცხოვრებელი და საკვები. ამის გარეშე კი მათი ჯანმრთელობა ვერ გაუმჯობესდება და შესაძლოა უფრო დამძიმდეს კიდევ.

პაციენტებს შესაძლოა გაეწიოთ როგორც მატერიალური (ნივთებით, თანხით), ისე არამატერიალური დახმარება.

გარემოს ადაპტირება არის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რესურსი იმ ადამიანებისთვის, ვისაც აქვთ მენტალური თუ ფიზიკური შეზღუდვა და საჭიროებენ გარემოში გარკვეულ ცვლილებებს. მაგალითად, ფიზიკური შეზღუდვისას ეს გამოიხატება ფართო კარების საჭიროებაში (მაგ. ეტლის თავისუფლად შესვლისთვის), ავეჯის მოწყობაში და ა.შ. რაც შეეხება მენტალური შეზღუდვის ადამიანთათვის, შეზღუდვის ტიპიდან გამომდინარე, შესაძლოა დასჭირდეთ ეზოს შემოღობვა, სხვა ადამიანებთან კონფლიქტების თავიდან არიდებაში დახმარება, სპეციალური ავეჯი, სტრატეგიულად განთავსებული ნიშნები (ნივთების ადგილმდებარეობის ადვილად მისაგნებად) და ა.შ.

ინტერპესონალური თანადგომა ესაჭიროება ბევრ ადამიანს. ასეთი დახმარება მოიცავს ადამიანებთან ურთიერთობის გაადვილებას, ასევე შეგრძნებას რომ მასზე ზრუნავენ, რომ ის ღირებულია გარშემომყოფებისთვის. ასეთი ინტერპესონალური დახმარება არის ფუნდამენტური ადამიანური საჭიროება, რომელიც არსებით როლს თამაშობს ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მომსახურების ყველა დონეზე.

სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერის პრობლემები

პაციენტებისა და მათი ოჯახის დაწესებულებიდან გაწერის პრობლემები ხელს უშლის პაციენტებს, შეწყვიტონ მკურნალობა მაშინაც კი, როდესაც ამ მომსახურების საჭიროება აღარ არსებობს. ეს პრობლემები მკურნალობის მომსახურებაში ჩართვის პრობლემებს ჰგავს. ასეთ პრობლემებს მიეკუთვნება ფსიქოლოგიური, ფინანსური, ინფორმაციული, ოჯახში ზრუნვასთან და ტრანსპორტირებასთან დაკავშირებული და ა.შ.

პაციენტებს, როგორც წესი, ესაჭიროებათ დახმარება სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერის დაგეგმვაში, როდესაც (1) გაწერის დროისთვის, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, საჭიროა გარკვეული დახმარება; (2) ექიმებისა და ექთნებისთვის ბუნდოვანია, თუ რა საშუალება და რესურსი აქვს ოჯახს რეაბილიტაციისთვის; (3) პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს ესაჭიროებათ ინფორმაცია სხვა მზრუნველობით დაწესებულებებში (ჰოსპისების პროგრამებთან თუ შინ მოვლის სამსახურში) პაციენტის ჩართვის შესახებ; (4) პაციენტებს და მათი ოჯახის წევრებს ესაჭიროებათ ინფორმაციის მიწოდება იმისათვის, რომ მათ აირჩიონ შესაბამისი სარეაბილიტაციო მომსახურება.

როგორც ყველა სხვა შემთხვევაში, ამ დახმარების გაწევის დროსაც სოციალური მუშაობის პრინციპი არის ინდივიდუალური მიდგომა. პაციენტის ამ საჭიროების დასაკმაყოფილებლად სოციალური მუშაკები შესაძლოა მუშაობდნენ საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან, პოლიტიკის შემქმნელებთან და სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან. მაკრო დონეზე მუშაობისას ისინი ხშირად ერთვებიან სხვადასხვა (მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის) პოლიტიკის დაგეგმვაში სოციალური კომპონენტის გათვალისწინების მიზნით.

სოციალური მუშაკები ხშირად მსჯელობენ კლიენტებთან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების პრობლემურ საკითხებზე. ხშირად პაციენტები უფრო გულახდილად საუბრობენ ამ პრობლემებზე სოციალურ მუშაკებთან, ვიდრე - სამედიცინო პერსონალთან (COWELS,

2003). ეს კი სამედიცინო მომსახურებასა და ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკას აძლევს დამატებით ინსტრუმენტს იმისათვის, რომ გააუმჯობესოს მომსახურების ხარისხი და ხარჯთსარგებლიანობა.

ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური მუშაკისთვის საჭირო ცოდნა

სოციალური მუშაკის ცოდნა შესაძლოა დავყოთ ორი ძირითადი მიმართულებით:

1. ზოგადი ცოდნა;
2. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მუშაობისთვის სპეციფიკური ცოდნა.

ზოგადი ცოდნა

სოციალური მუშაობის ყველა საგანმანათლებლო პროგრამა მოიცავს ცოდნის ოთხ ძირითად სფეროს, მიუხედავად მიმართულებისა და სპეციალიზაციისა:

1. ადამიანის ქცევა და სოციალურ გარემო - იმ თეორიების და ნაშრომების ცოდნა, რომელიც ხსნის ადამიანის ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციოკულტურული ფაქტორების როლს ადამიანის ქცევასა და განვითარებაში;
2. სოციალური კეთილდღეობის პოლიტიკა და პროგრამები - ცოდნა იმისა, თუ როგორ ვითარდებოდა სოციალური კეთილდღეობა სხვადასხვა ქვეყანასა და საქართველოში; სოციალური კეთილდღეობისკენ მიმართული რა პროგრამები არსებობს საქართველოსა და სხვა ქვეყნებში; სოციალური კეთილდღეობის რა რესურსებია ხელმისაწვდომი თემში, მუნიციპალურ და ცენტრალურ დონეზე; როგორ შეუძლია სოციალურ მუშაკს ამ პროგრამების შექმნასა და განვითარებაში წვლილის შეტანა და ა.შ.;

3. სოციალური მუშაობის პრაქტიკა - თეორიები, რომლებიც ეხება სოციალური მუშაობის პრაქტიკას, ინტერვენციის მოდელეები, მეთოდები, უნარ-ჩვევები, ეთიკის პრინციპები;
4. კვლევის მეთოდები - თვისობრივი და რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები; შერჩევისთვის, მონაცემების შეგროვებისთვის და ანალიზისთვის საჭირო ცოდნა და უნარ-ჩვევები.

ჩამოთვლილთაგან მესამე სოციალური მუშაობისთვის უნიკალური ცოდნაა. სწორედ ეს ცოდნა განაპირობებს სოციალური მუშაკის ჩართვის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ნებისმიერ მულტიდისციპლინურ გუნდში.

ზოგადი უნარის გარდა, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ეფექტური მუშაობისთვის სოციალურ მუშაკს სჭირდება სპეციფიკური ცოდნაც.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მუშაობისთვის სპეციფიკური ცოდნა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სოციალური მუშაკის სპეციფიკური ცოდნა ეხება შემდეგ საკითხებს:

1. კლიენტთა/ბენეფიციართა კონკრეტული ჯგუფი და პრობლემის სახე - კლიენტთა/ბენეფიციართა ჯგუფის ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების, მკურნალობის პროცესისა და შედეგების ბიოფსიქოსოციალური მახასიათებლები; ადამიანთა მრავალფეროვნების გავლენა დაავადების განვითარების, მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და ჯანმრთელობის გაუმჯობესება-შენარჩუნების პროცესზე; ასევე აუცილებელია სამედიცინო ტერმინოლოგიის ცოდნა, რათა სოციალური მუშაკი სრულფასოვნად გაერკვეს ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ჩასატარებელი მკურნალობის არსში.
2. ორგანიზაციული მოწყობა - ორგანიზაციული მოწყობის თავისებურებები და სოციალური მუშაკის როლი მასში; ორგანიზაციის მისია; ჯანმრთელობის დაცვის რომელ დონეზე მიმდის

ნარეობს მუშაობა; თანამდებობრივი იერარქია; სოციალური მუშაკის ფუნქციის ხედვა; ორგანიზაციული პოლიტიკა; წესები, რეგულაციები, ინტერდისციპლინური მუშაობის პრინციპები და პრაქტიკის პრობლემები;

3. თემის მახასიათებლები და რესურსები - ქალაქის, სოფლისა თუ გარეუბნის ტიპის დასახლება; მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები; პოლიტიკური შეხედულება; დასაქმებისა და წარმოების ძირითადი ტიპი; დამხმარე რესურსების უზრუნველყოფის შესაძლებლობები ადგილზე და ა.შ.;
4. კონკრეტული ინტერვენციის მოდელეები - კონკრეტულ ბენეფიციარზე და ჯანმრთელობის პრობლემაზე მორგებული მიდგომა; ორგანიზაციის მანდატი: კრიზისული ინტერვენცია, კონსულტაცია გლოვისას/მწუხარებისას (GRIEF COUNSELING), ქცევის ცვლილება და შემთხვევის მართვა;
5. კვლევა, შეფასება და დოკუმენტები - კონკრეტული საქმიანობის ტიპისთვის შესაბამისი კვლევების მიგნება-სიახლეები, კვლევის მეთოდები და დოკუმენტები.

ეთიკა და ღირებულებები

სოციალური მუშაობისთვის ისევე, როგორც სხვა პროფესიებისთვის, აუცილებელია გარკვეული ეთიკის ნორმების დაცვა. საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციამ 2005 წელს შეიმუშავა სოციალური მუშაობის ეთიკის კოდექსი, რომელიც ეფუძნება საერთაშორისოდ აღიარებულ პროფესიულ ღირებულებებსა და სტანდარტებს.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ისევე, როგორც სხვა სფეროში დასაქმებული სოციალური მუშაკებისთვის აუცილებელია სოციალური მუშაკის ეთიკის კოდექსის დაცვა. უნდა აღინიშნოს, რომ არის გარკვეული საკითხები, რომლებიც განსაკუთრებულ მნიშვნელოვნებას იძენს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მუშაობისას და რომლებსაც ქვევით განვიხილავთ.

ადამიანის პიროვნული ღირსების პატივისცემა

ადამიანის პიროვნული ღირსების პატივისცემა უმნიშვნელოვანესი ღირებულებაა განსაკუთრებით ისეთ ადამიანებთან ურთერთობისას, რომლებსაც აქვთ ჯანმრთელობის, გარეგნობის, გონებრივი შესაძლებლობის გაუარესების პრობლემები ან არსებობს იმის საშიშროება, რომ მათი ავადმყოფობა სასიკვდილო აღმოჩნდეს .

ეს ღირებულება კიდევ უფრო განსაკუთრებული ხდება, როდესაც საქმე ეხება უმცირესობებს და დელიკატურ თუ ტაბუდადებულ თემებს. მაგალითად, როდესაც საქმე ეხება სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციით დაავადებულ კომერციულ სექსმუშაკს, აუცილებელია რომ ამ ადამიანმა არ იგრძნოს პიროვნული ღირსების შეურაცხმყოფელი განწყობა სამედიცინო დაწესებულებაში. მსგავსი განწყობა აისახება მომსახურების ხარისხზე ან/და მკურნალობის რეჟიმის დაცვაზე პაციენტის მხრიდან.

სამედიცინო პერსონალმა და სოციალურმა მუშაკებმა უნდა მიიღონ ადამიანები მათი ქცევის მიუხედავად. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ჩართული პროფესიონალების მოვალეობა არის ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ჯანმრთელობის შენარჩუნება და არა მხოლოდ ნორმების კარნახი. უფრო მეტიც, სოციალურ მუშაკთა უშუალო მოვალეობაა, ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურება ხელმისაწვდომი გახადონ სხვადასხვა ნიშნის უმცირესობისათვის, დაეხმარონ მათ პოლიტიკის ჩამოყალიბებაში მონაწილეობითა და პრაქტიკის მეთვალყურეობით.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პაციენტებს მრავალი პრობლემა ექმნებათ. მათ მთელი დღე საწოლის ტანსაცმელი (პიჟამო) აცვით, უწევთ სხვადასხვა გამოკვლევების ტანსაცმლის გახდა უცნობ ადამიანებთან (მაგ.: ექიმებთან, ექთნებთან და ა.შ.). ხშირად მათ აქვთ დაკნინებული წარმოდგენა საკუთარ შესაძლებლობებზე და უფლებებზე. ამ ფონზე კიდევ უფრო მნიშვნელოვანი ხდება კონფიდენციალობის დაცვა და მათთან ნდობის დამყარება, რათა მათ სირცხვი-

ლისა და დისკომფორტის შეგრძნებებზე ღიად ისაუბრონ სოციალურ მუშაკებთან და არა სხვა პაციენტებთან.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არსებობს გამონაკლისი, როცა დასაშვებია კონფიდენციალობის დარღვევა. ეს ის სიტუაციაა, როდესაც პაციენტი საფრთხეს წარმოადგენს საზოგადოებრივი უსაფრთხოებისათვის, არსებობს სხვისი ან თავის მოკვლის დიდი ალბათობა, ან სხვა კრიმინალური საფრთხე. სოციალურმა მუშაკმა წინასწარ უნდა უთხრას ბენეფიციარს ამ სიტუაციების შესახებ.

ბენეფიციარის თვითგამორკვევის უფლების დაცვა

და მისი დახმარება

სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტებსა და მათს ოჯახებს ხშირად უწევთ რთული გადაწყვეტილებების მიღება, რომლებიც დაკავშირებულია შემდეგ საკითხებთან:

- გამოიყენონ თუ არა სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნების დამხმარე საშუალებები;
- ჩაიტარონ თუ არა რეკომენდებული მკურნალობა თუ ოპერაცია;
- მიიღონ თუ არა ისეთი სამკურნალო პრეპარატები, რომლებიც ამცირებს სიმპტომებს ან/და ახანგრძლივებს სიცოცხლეს, მაგრამ იწვევს გვერდით მოვლენებს;
- რომელი მკურნალობა აირჩიონ;
- უთხრან თუ არა საყვარელ/ახლოებელ ადამიანებს, ოჯახის წევრებს მათი ჯანმრთელობის პრობლემის შესახებ;
- სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ სახლში წავიდნენ თუ სპეციალიზებული ბრუნვის დაწესებულებაში და ა.შ.

თვითგამორკვევის საშუალებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მაშინ, როდესაც ადამიანები კარგავენ საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის შეგრძნებას. ეს საშუალება ეხმარება მათ, რათა არ დაწებდნენ და იბრძოლონ ჯანმრთელობის აღდგენისა და გაუმჯობესებისთვის.

ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, სოციალური მუშაკის ფუნქციაა, 1) მიაწოდოს ზუსტი და ამომწურავი ინფორმაცია, რათა კლიენტმა მიიღოს ინფორმირებული გადაწყვეტილება; 2) დაეხმაროს არსებული შესაძლებლობის გასაანალიზებლად და შედეგის განსაჯვრეტად; 3) დაეხმაროს მას ამ გადაწყვეტილების განხორციელებაში.

სოციალური სამართლიანობა

სოციალური სამართლიანობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გულისხმობს, რომ ადამიანებს, მიუხედავად მათი იდენტობისა, პოლიტიკური თუ სხვა მოსაზრებებისა, სხვადასხვა განწყობისა თუ ქცევისა და ა.შ. თანაბრად უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი ჯანმრთელობის აღდგენისა და დაცვის მაღალი ხარისხის მომსახურებაზე. სოციალური სამართლიანობა არსებობს ან ყველასთვის ან არავისთვის.

სოციალური მუშაობა პირველად ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის არსი

როგორც უკვე აღინიშნა, პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა, არის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი დონე, რომელიც მიმართულია პირველად პრევენციაზე და ჯანმრთელობის შენარჩუნებაზე. ამ დონის ღონისძიების ამოცანაა ჯანმრთელობის პრობლემების თავიდან აცილება და ადრეული ინტერვენციები.

პირველადი სამედიცინო ზრუნვა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვა და პრევენციული მედიცინა ლიტერატურაში ზოგჯერ გვხვდება როგორც ცალ-ცალკე დისციპლინები, ზოგჯერ როგორც ერთმანეთის მომცველი და ზოგჯერ კი როგორც ერთი მთლიანის სამი სხვადასხვა ნაწილი. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის კონცეფცია გულისხმობს:

1. პროფესიებს, რომლებიც უწევენ პირველად სამედიცინო დახმარებას - ოჯახის ექიმი, შინაგან სნეულებათა ექიმი, პედიატრი, ექთანი და ა.შ.;
2. პირველად სამედიცინო დაწესებულებებს - ზემოთ ჩამოთვლილი პროფესიების წარმომადგენელთა ინდივიდუალური ან ჯგუფური პრაქტიკა, საავადმყოფოებში განთავსებული ამბულატორიები, ჯანმრთელობის ცენტრები და ა.შ.;
3. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს;
4. პირველად პრევენციას - ღონისძიებები, რომლებიც ხელს უშლის დაავადების აღმოცენებასა და მოსახლეობაში გავრცელებას;
5. ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პროგრამებს.

აქვე უნდა ითქვას, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ტერმინში "PRIMARY HEALTH CARE" (სიტყვასიტყვით - ჯანმრთელობა-

ზე პირველადი ზრუნვა; პირველადი სამედიცინო ზრუნვა) ჯანმრთელობის ზრუნვის ინდივიდუალური მომსახურებების გარდა, გულისხმობს პრევენციისა და ჯანმრთელობის ზოგადი გაუმჯობესების ღონისძიებებსაც, რომლებშიც შესაძლოა ჩართულნი იყვნენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ან სხვა სფეროს წარმომადგენლები. ამერიკის შემთხვევაში ზემოთ აღნიშნული ტერმინი მოიცავს მხოლოდ ინდივიდუალურ მომსახურებას, რომელსაც უწევს პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის რგოლის წარმომადგენელი, ისეთი როგორცაა, მაგალითად, ოჯახის ექიმი ან სათემო ამბულატორია. ეს არის ჯანმრთელობის დაცვის პირველი კარიბჭე, სადაც პაციენტი ან იუმჯობესებს ჯანმრთელობას ან გაიგზავნება ჯანმრთელობის დაცვის შემდეგ (მეორეულ ან მესამეულ) დონეზე.

როგორც 1978 წლის ალმა-ათაში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ჩატარებულ კონფერენციაზე განიმარტა, პირველადი რგოლი ჯანმრთელობის დაცვისა არის „არსებითი, აუცილებელი ჯანმრთელობის დაცვა, რომელიც უნდა ემყარებოდეს პრაქტიკულ, მეცნიერულად დასაბუთებულ და სოციალურად მისაღებ მეთოდებსა და ტექნოლოგიას, იყოს ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისა და ოჯახისთვის, ითვალისწინებდეს მათს სრულ თანამონაწილეობას ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საქმეში და ქვეყნის განვითარების ნებისმიერ სტადიაზე ეტეოდეს მის ხელთ არსებული რესურსების ფარგლებში“ (საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი, 2017).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ელემენტებია:

1. ჯანმრთელობის სფეროს გარეთ დარჩენისა და სოციალური უთანასწორობის შემცირება (უნივერსალური დაფარვის რეფორმა);
2. ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზება ადამიანების საჭიროებაზე და მოლოდინზე დაყრდნობით (მომსახურებების მიწოდების რეფორმა);

3. ჯანმრთელობის საკითხების ინტეგრირება ყველა სექტორში (საჯარო პოლიტიკის რეფორმა);
4. თანამშრომლობითი მოდელის განვითარება პოლიტიკის შემუშავებისას (ლიდერობის რეფორმა);
5. დაინტერესებულ მხარეთა მონაწილეობა.
(WORLD HEALTH ORGANIZATION, N.D.)

სოციალური მუშაკის როლი პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში

ჯანმრთელობის სფეროდან ექსკლუზიის და სოციალური უთანასწორობის შემცირება (უნივერსალური დაფარვის რეფორმა);

ჩაგვრის, დისკრიმინაციისა და სოციალური უთანასწორობის აღმოფხვრა სოციალური მუშაობის უშუალო მოვალეობაა. ვინაიდან ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის უფლება საერთაშორისო და ეროვნული დოკუმენტებით დადასტურებული ფუნდამენტური უფლებაა ადამიანისა, სახელმწიფო ვალდებულია, ყველა სოციალური ჯგუფისთვის უზრუნველყოს:

- 1) ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პირველად დაწესებულებებზე ხელმისაწვდომობა;
- 2) მოსახლეობის შესაძლებლობა ჩაერთონ ჯანმრთელობისთვის ხელშემწყობ ღონისძიებებში (რეკრეაციული ღონისძიებები, ჯანსაღი კვება, ჯანმრთელი ფიზიკური, სოციალური და ეკონომიკური გარემო);
- 3) მოსახლეობის ყველა სოციალური ჯგუფის მათთვის გასაგები ფორმით ინფორმირება ჯანმრთელობის შესაძლო რისკებზე და ჯანმრთელობის ზოგადი გაუმჯობესების ღონისძიებებზე.

ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პირველად დაწესებულებებში ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით სოციალური მუშაკი მიკრო, მეზო და

მაკრო პრაქტიკის დონეზე შესაძლოა ასრულებდეს შემდეგ ღონისძიებებს/როლებს:

- სოციალური მუშაკის ფუნქციაა პირდაპირი/უშუალო პრაქტიკის განხორციელება, რომლის ფარგლებშიც იგი მოწყვლად სოციალურ ჯგუფებს აწვდის ინფორმაციას (ინდივიდუალური კონსულტაციების ან ჯგუფებში მუშაობის ფორმატში), თუ როგორ უნდა დაიცვან ჯანმრთელობა პირველ ეტაპზე.
- სოციალური მუშაკის ფუნქცია სისტემათა დაკავშირებასა და იგი საჭიროების შემთხვევაში ბენეფიციარებს პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებაში აგზავნის. რიგ შემთხვევებში, როდესაც ბენეფიციარი გარკვეული მიზეზების გამო ვერ მიდის თვითონ, სოციალური მუშაკი უწევს სოციალურ თანხლებას, მიჰყვება სამედიცინო დაწესებულებაში და ეხმარება სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაციაში. სოციალური მუშაკი შესაძლოა ამ რგოლში მედიატორის ფუნქციით ჩაერთოს, თუ ბენეფიციარს ეკუთვნის და გარკვეული მიზეზის გამო მას უარს ეუბნებიან მომსახურებაზე.
- სოციალური მუშაკი მონაწილეობს კვლევისა და სისტემის განვითარების საქმეში და იგი ავლენს იმ სოციალურ ჯგუფებს, რომლებსაც აქვთ დაბალი ხელმისაწვდომობა ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე მათი სოციალური ჯგუფისა თუ სხვა მიზეზების გამო. მიღებულ დასკვნებზე და რეკომენდაციაზე დაყრდნობით ეთათბირება გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს პოლიტიკისა თუ პრაქტიკის ცვლილების მიზნით.

ამ ფუნქციათა/როლთა შესასრულებლად განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ადამიანთა მრავალფეროვნების გათვალისწინება, რადგან სწორედ გარკვეული ნიშნით განსხვავებულობა ხდება ხოლმე მიზეზი იმისა, რომ ადამიანი გარიყულია ჯანმრთელობის დაცვის სისტემიდან ან ნაკლებად მიუწვდება ხელი მასზე.

ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზება
ადამიანების საჭიროებაზე და მოლოდინზე დაყრდნობით
(მომსახურების მიწოდების რეფორმა);

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის ამ ელემენტის გაძლიერებაში სოციალურ მუშაკებს მნიშვნელოვანი წვლილის შეტანა შეუძლიათ. ამ დონეზე მუშაობისას ისინი გვევლინებიან მკვლევარის, სისტემათა შემნარჩუნებლის, გამაძლიერებლის და განმავითარებლის როლებში. სოციალური მუშაკი იკვლევს ცალკეული სოციალური ჯგუფის საჭიროებას ჯანმრთელობის მომსახურების ორგანიზების თვალსაზრისით (მაგ., სად როგორ რა დანახარჯებით და რა მომსახურების მიღება სურთ ბენეფიციარებს). შემდეგ, მულტისექტორული გუნდის ან სხვა ფორმატში (მაგ., საადვოკატო კამპანიების), ამ ინფორმაციას აწვდის ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემქმნელებს და განმახორციელებელ ორგანიზაციებს, რათა მათ შესაძლებლობა მიეცეთ გაითვალისწინონ კლიენტის მოსაზრებანი და სურვილები. ამ სურვილთა გათვალისწინება განსაზღვრავს ბენეფიციარის კმაყოფილებას და გადაწყვეტილებას გამოიყენებს თუ არა ის კონკრეტულ მომსახურებას, დაიცავს თუ არა მკურნალობის რეჟიმს. ასევე, კვლევებით დასტურდება, რომ თუ ბენეფიციარი მკურნალობის პროცესსა და შედეგს იმედიანად არ უყურებს, თერაპიული ეფექტიც შეიძლება სათანადო არ იყოს.

ჯანმრთელობის ინტეგრირება ყველა სექტორში
(საჯარო პოლიტიკის რეფორმა);

ჯანმრთელობა არ არის იზოლირებული, განცალკევებული სფერო. ჯანმრთელობის დეტერმინანტებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის ხელშემწყობი პირველადი ღონისძიებები უნდა ეხებოდეს შემდეგ სფეროებს: განათლების, ჯანმრთელობის დაცვის, სოციალურს,

სოციალური მუშაობა საავადმყოფოებში

შრომისა და დასაქმების, ეკონომიკის, ინფრასტრუქტურის, თავდაცვის, სამართალდამცავს და სხვა. სოციალურმა მუშაკმა შესაძლოა ეს სფეროები დააკავშიროს ერთმანეთთან; ჩაერთოს წევრად მულტი-დისციპლინურ გუნდში და ა.შ.

თანამშრომლობითი მოდელის განვითარება პოლიტიკის შემუშავებისას (ლიდერობის რეფორმა);

ვინაიდან ჯანმრთელობის ცნება დიდი ხანია გასცდა მხოლოდ ფიზიკური ჯანმრთელობის გაგებას, იმისათვის, რომ მისი ყოვლისმომცველი/ჰოლისტური გაგება იყოს უზრუნველყოფილი, აუცილებელია სხვადასხვა სფეროების ჩართვა ამ საქმეში. ჯანმრთელობის დაცვის ეფექტური პოლიტიკისა და პრაქტიკისათვის აუცილებელია, ქვეყნის სხვა პოლიტიკის შემქმნელები, პრაქტიკოსები, არასამთავრობო და ბიზნესსექტორი და ბენეფიციარები აქტიურად იყვნენ ჩართული პოლიტიკის შემუშავებაში. დიალოგის მიზანი უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის ინტეგრირებული და კოორდინირებული პოლიტიკა, რომლის მიზნები და ამოცანებიც გათვალისწინებულია სხვა სფეროებში; სოციალური მუშაკი აქტიურად შეიძლება ჩაერთოს ამ მიმართულებით როგორც მკვლევარის, სისტემათა შემნარჩუნებლის და განმავითარებლის როლში.

1993 წელს ამერიკის ჰოსპიტალთა ასოციაციამ, ჰოსპიტალური სოციალური მუშაობა (სოციალური მუშაობა საავადმყოფოებში) განმარტა როგორც მიზანმიმართული და შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე ადამიანებით დაკომპლექტებული მომსახურება, რომელიც ეხმარება და კონსულტაციას უწევს პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს, რათა მათ დაძლიონ სოციალური, ემოციური და ეკონომიკური პრობლემები, რომლებიც ასოცირდება დაავადებასთან ან შესაძლებლობის შეზღუდვასთან (AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, 1993/1994).

ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციამ შეიმუშავა კლინიკური მაჩვენებლები, რის მიხედვითაც ფასდება სოციალური მუშაკის როლი საავადმყოფოებში:

1. შემთხვევის მოძებნა და მომსახურებაში ჩართვა;
2. საავადმყოფოში დაყოვნება;
3. პაციენტებისა და მისი ოჯახის წევრების ჩართულობა საავადმყოფოდან გაწერის დაგეგმვაში;
4. დროული დახმარება;
5. გუნდური მუშაობა.

შემთხვევის მოძიება და მომსახურებაში ჩართვა

წლების მანძილზე სოციალურ მუშაკებამდე პაციენტები ექიმების გავლით აღწევდნენ. 1977 წელს, როდესაც ამერიკის ჰოსპიტალთა ასოციაციამ გამოაქვეყნა პაციენტთა მაღალი სოციალური რისკის მაჩვენებლები, შეიცვალა ხედვა და ახლა უკვე სოციალური მუშაკები საავადმყოფოში პაციენტის მოთავსებამდეც კი იწყებდნენ ბენეფიციარებთან მუშაობას. ამ მაჩვენებელთა არსებობა უკვე გულისხმობს იმას, რომ პაციენტთა ჰოსპიტალში რეგისტრაციისთანავე შემთხვევაში რთავენ სოციალურ მუშაკს. მაღალი სოციალური რისკის მაჩვენებლებია: 65 წლისა და მეტი ასაკის მართო მცხოვრები ხანდაზმულე-

ბი, დაავადების ბოლო სტადიაზე (რომელიც პაციენტის სიკვდილით მთავრდება) მყოფი პაციენტები, ქრონიკული დაავადების მქონე ადამიანები, შშმ პირები, ადამიანები, რომლებსაც გარეგნობა ავადმყოფობის გამო შეეცვალათ; ადამიანები, რომლებსაც აქვთ ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური ტრავმები, თვითმკვლელობის/სუიციდური მიდრეკილებები, ფსიქიკური პრობლემები, არასაკმარისი სოციალური მხარდაჭერა, უჩვეულოდ პასიური ან აგრესიული ქცევა, პაციენტები, რომლებსაც ჯანმრთელობის გაუარესების გამო მუშაობის შესაძლებლობა შეეზღუდათ; დაბალი შემოსავლის მქონე მარტოხელა დედები. ეს მაჩვენებლები უნდა შემოწმდეს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციისას ან ჰოსპიტალიზაციამდე. სოციალურ მუშაკთან პოსპიტალის პაციენტი ასევე შეიძლება მოხვდეს საავადმყოფოში ექიმთა ჯგუფის (რომელშიც სოციალური მუშაკიც არის ჩართული) შემოვლისას ან სხვა პროფესიონალის გადანწყვეტილებით.

საავადმყოფოში დაყოვნება

საავადმყოფოში საჭიროზე მეტხანს დაყოვნება გაუმართლებელია ხარჯთსარგებლიანობის გამო, ასევე იმ მიზეზით, რომ ჩვეულ სოციალურ გარემოსთან დაცილება ნეგატიურად მოქმედებს პაციენტის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე. საავადმყოფოში დაყოვნება შეიძლება გამოწვეული იყოს შემდეგი ფაქტორებით:

1. სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადის მიერ პაციენტის გადმოყვანა;
2. მეხსიერების პრობლემები;
3. კიბეებზე ასვლა-ჩამოსვლის გაძნელება;
4. რიგი სარეაბილიტაციო დაწესებულებაში;
5. განერის დაგეგმვაში ოჯახის ჩართულობის ნაკლებობა;
6. მკურნალობის საფასურის დაგვიანება (მაგ. სახელმწიფო დაზღვევის, ადგილობრივი ან ცენტრალური მთავრობის და ა.შ. მიერ).

სხვადასხვა საავადმყოფოში დაყოვნების პრობლემა შესაძლოა სხვადასხვა მიზეზთან იყოს დაკავშირებული. მაგალითად, სახლში ჩასატარებელი პროცედურების სირთულე, განერის შემდეგ ზრუნვის-

თვის სათემო რესურსების ნაკლებობა და ა.შ. სოციალური მუშაკის ფუნქცია არის ამ საკითხების ნეგატიური მოქმედების შემცირება.

პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ჩართულობა

საავადმყოფოდან განერის დაგეგმვაში

პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ჩართვა საავადმყოფოდან განერის პროცესის დაგეგმვაში სოციალური მუშაკის უმნიშვნელოვანესი და ერთ-ერთი ცენტრალური როლია საავადმყოფოს სოციალურ მუშაობაში. ამ დაგეგმვის მიზანი არის, პაციენტის ჯანმრთელობისა და სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებისთვის საჭირო გარემოს უზრუნველყოფა. ამ გარემოს უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი კი, მისი ოჯახის წევრების საკითხის მიმართ დამოკიდებულება, ცოდნა, უნარები და ქცევაა. ზოგჯერ საჭირო ხდება დამხმარე მომსახურების ჩართვა, რის შესახებაც დეტალური ინფორმაცია უნდა ჰქონდეთ პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს, რათა მათ დაგეგმონ შესაბამისი ხარჯები, სახლში ყოფნის ან დაწესებულებაში ვიზიტების დრო, გადაინაწილონ პასუხისმგებლობა და ა.შ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სხვადასხვა დიაგნოზის შემთხვევაში სხვადასხვა სარეაბილიტაციო პერიოდი და ზრუნვის სპეციფიკაა. შესაბამისად, პაციენტთა ოჯახების ჩართულობა და დეტალური ინფორმირება ზრუნვის ტიპის, პერიოდისა და სხვა მახასიათებლების შესახებ მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ მათი ოჯახის წევრის ავადმყოფობის ამ ეპიზოდისთვის, არამედ, ზოგადად, სოციალური მუშაობის ხარისხის დახვეწისა და სოციალური მუშაკის, სამედიცინო პერსონალისა და, ზოგადად, ჯანმრთელობის დაცვის მიმართ ნდობის განვითარებისთვის. ამერიკაში ჩატარებულმა ხარისხობრივმა კვლევამ აჩვენა, რომ ფსიქიატრიული და სხვა კლინიკებიდან განერის დროს ინფორმაციის ნაკლებობის შედეგად, პაციენტის ოჯახებს განუვითარდათ აღქმა, რომ სამედიცინო მომსახურებამ მოიხსნა პასუხისმგებლობა და პრობლემები „შეატოვა“ ოჯახს (HANSON & RAPP, 1992).

რეაბილიტაციის პერიოდის მნიშვნელოვნებიდან გამომდინარე, სოციალური მუშაკი პაციენტის საავადმყოფოდან განერისას შესაძლოა მიმართავდეს შემდეგ ღონისძიებებს:

- პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრების კონსულტაცია/ინფორმირება სარეაბილიტაციო პროცესის, ღონისძიებების ორგანიზების, შესაძლო პრობლემების შესახებ;
- საჭირო უნარ-ჩვევების სწავლება ან ამ უნარ-ჩვევების სწავლებისთვის სხვა სპეციალისტებთან მზრუნველი პირის დაკავშირება;
- ოჯახის წევრების ემოციური მხარდაჭერა (შესაძლოა ოჯახის წევრების შფოთვამ ხელი შეშალოს მათ პაციენტზე ზრუნვის შესახებ ინფორმაციის სწორად აღქმა და ზრუნვაზე კონცენტრირების უნარის დაკარგვა, ამიტომ, აუცილებელია მოხდეს ამ ემოციების ნორმალიზება);
- პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრების დაკავშირება საჭირო დამატებით რესურსებთან;
- საჭირო შემთხვევაში პაციენტის უფლებების დაცვა (მაგ.: კონფიდენციალობის დაცვა, ინფორმირება დიაგნოზისა და მკურნალობის დეტალების შესახებ და სხვა უფლებები) და მისთვის კუთვნილ მომსახურებაზე წვდომის უზრუნველყოფა და ა.შ.

მიუხედავად იმისა, რომ შშმ პირის სტაციონარიდან გაწერა არანაირად არ განსხვავდება სხვა პაციენტის გაწერისგან (მაგალითად, თუ არ იკვეთება ინდივიდუალური საჭიროებები, რომლებიც დაკავშირებულია შშმ პაციენტისთვის შემდგომ მომსახურებასა და ინტენსიურ მოვლასთან და ასევე თუ დგას მასზე ძალადობის ან უგულვებელყოფის რისკისგან დაცვის საკითხი), მაინც არის გარკვეული დეტალები, რაც გასათვალისწინებელია მხარდამჭერი პროფესიის წარმომადგენელთათვის. ამ შემთხვევაში სოციალური მუშაკის როლი ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან ის ახდენს შშმ პაციენტის გაწერის ინტეგრირებულ დაგეგმვას.

გაწერის ინტეგრირებული დაგეგმვა

სოციალური მუშაკი უკავშირდება ყველა საჭირო სპეციალისტს პაციენტის გაწერისათვის აუცილებელი ინფორმაციის მისაღებად და მის ჯანმრთელობასთან და კეთილდღეობასთან დაკავშირებული ყველა საჭიროებისა და რისკფაქტორის გასათვალისწინებლად. იგი სხვა

პერსონალთან ერთად ადგენს მომსახურების უწყვეტობისა და გაწერის შემდგომი (პოსტჰოსპიტალური) მოვლის გეგმას. საავადმყოფოდან გაწერისას, ის ადამიანები, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ შშმ პირის მოვლისა და მხარდაჭერის საქმეში, (მათ შორის, ზოგადი პრაქტიკოსი/მკურნალი ექიმი) უნდა იცნობდნენ პაციენტის გაწერის გეგმასა და მის სამედიცინო-მედიკამენტურ რეჟიმს, მკურნალობის წარმართვის სპეციფიკურ საკითხებს და პაციენტის საავადმყოფოში დაბრუნების აუცილებლობის დეტალებს. სოციალური მუშაკი დიაგნოზისა და მკურნალობის გეგმის განხილვის მიზნით ხვდება და ესაუბრება შშმ პირის ოჯახის წევრებს, მზრუნველს, მხარდამჭერს (National Guidelines on Accessible Health and Social Care Services, Ireland, 2016) .

შშმ პაციენტის უსაფრთხო და დროული გაწერისა და გადაყვანის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია მისი ჯანმრთელობის ინდივიდუალური მდგომარეობის სრული შეფასება, დაგეგმვა და ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური მომსახურების პროფესიონალების ურთიერთთანამშრომლობა. მიუხედავად იმისა, რომ მნიშვნელოვანია პიროვნების შესახებ პირადი ინფორმაციის დაცვა, ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ოჯახის წევრებს, მზრუნველებს, მხარდამჭერ პირებს ან სხვა დამხმარეს ესმოდეთ საკვანძო საკითხები, რომლებიც უკავშირდება ადამიანის უსაფრთხოებას; მაგალითად, რა მედიკამენტები უნდა მიიღოს და როდის, როგორი მდგომარეობის დროს უნდა დაბრუნდეს ეს ადამიანი სტაციონარში.

- სოციალური მუშაკი სხვა სპეციალისტებთან თანამშრომლობის საფუძველზე ამზადებს საინფორმაციო პაკეტს და აწოდებს ინფორმაციას შშმ პაციენტსა და მის ოჯახს/მზრუნველს სათანადო ენაზე, ვერბალური და წერილობითი ფორმით. საინფორმაციო პაკეტი შეიძლება მოიცავდეს მედიკამენტების ნუსხას, სხვადასხვა მუდმივი მოხმარების დამხმარე საშუალებების გამოყენებისა და ჭრილობების მოვლის წესებს. ეს ინფორმაცია მომსახურების მომხმარებელმა უნდა წარუდგინოს თუ გაუზიაროს მკურნალ ექიმს, ადგილობრივ ფარმაცევტს და ჯანმრ-

თელობის დაცვის სხვა შესაბამის პროვიდერებს. ამ შემთხვევაში სოციალური მუშაკი ასევე ითვალისწინებს შშმ პირთან კომუნიკაციის საჭიროების სპეციფიკურობას.

- მნიშვნელოვანია, რომ სოციალურმა მუშაკმა ექიმთან ერთად შეათანხმოს გამოწერის გეგმა პაციენტთან და/ან მის წარმომადგენელთან (საჭიროების შემთხვევაში) NATIONAL GUIDLINES ON ACCESSIBLE HEALTH AND SOCIAL CARE SERVICES IN IRELAND (2016).

დროული დახმარების მიღება

როგორც უკვე აღინიშნა, სტაციონარში მოთავსებამდე ბენეფიციარის ბიოფსიქოსოციალური შეფასება უმნიშვნელოვანესი ღონისძიებაა. ეს შეფასება სოციალურ მუშაკსა და სამედიცინო პერსონალს ეხმარება პაციენტის მდგომარეობის სრულ აღქმაში, ავადმყოფობის ეტიოლოგიის (მიზეზების), კლინიკური მიმდინარეობის (სიმპტომების), მკურნალობის რეჟიმის შერჩევის, დამხმარე მომსახურებაში ჩართვისა და სხვა მომსახურების სწორად დაგეგმვა-განხორციელებაში. დროული შეფასება და ამ შეფასებაზე დაყრდნობით მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ინდივიდუალური გეგმა მნიშვნელოვნად ზრდის კეთილსაიმედო შედეგის ალბათობას.

გუნდური მუშაობა

სოციალური მუშაკი ჯანმრთელობის დაცვის ამ რგოლშიც მოქმედებს როგორც ერთიანი გუნდის წევრი, რომლის მიზანია ბენეფიციარის (პაციენტის) ჯანმრთელობის მდგომარეობის სრული გაუმჯობესება. შესაბამისად, საწყის ეტაპზე ფასდება პაციენტის ბიოფსიქოსოციალური მდგომარეობა, აღმოჩენილ პრობლემებზე დაყრდნობით მკურნალობის გეგმაში ერთვება სხვადასხვა სპეციალისტი, რათა დროულად გაითვალისწინონ მათი რეკომენდაციები.

სოციალური მუშაობა შინ მოვლისას

ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მიერ შემუშავებულ ჯანმრთელობის დაცვის სოციალურ მუშაკთა ნორმატიულ წესებში აღნიშნულია, რომ შინ მოვლა არ შეიძლება განხილულ იქნეს როგორც მხოლოდ სამედიცინო მომსახურება. შინ მოვლა მოიცავს მომსახურების ისეთ ფართო სპექტრს, როგორიცაა ავადმყოფის მოვლა, სარეაბილიტაციო თერაპია, სოციალური მუშაობა, პირადი მოვლა, სახლის დალაგება/მოვლა - პაციენტთა დახმარება რათა ჯანმრთელობის, აქტიურობისა და დამოუკიდებლობის შესაძლო მაქსიმუმს მიაღწიონ (National Association of Social Workers, 1987).

სოციალური მუშაკი შინ მოვლის გუნდის განუყოფელი ნაწილია. ისინი უწევენ კონსულტაციებს, ეხმარებიან პაციენტებს კონკრეტულ ფინანსურ, საცხოვრებლის და სამედიცინო დამხმარე ხელსაწყოების/მონწყობილობების მოძიებაში, მკურნალობის რეჟიმის დაცვაში, ავადმყოფობის გამო ოჯახში შეცვლილი ურთიერთობების მოგვარებასა და მდგომარეობის ზოგად გაუმჯობესებაში; ადვოკატობას უწევენ მათ სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემებში. სოციალური მუშაკის გარეშე შინ მოვლის პროგრამები ძირითადად მიმართულია სასიცოცხლო ფუნქციების შენარჩუნებაზე და ნაკლები ყურადღება ექცევა ბენეფიციარის ფსიქოსოციალურ მდგომარეობას.

ამერიკის სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია გამოყოფს სოციალური მუშაკის შემდეგ როლებს შინ მოვლისას:

- შეაფასოს სოციალური, ეკონომიკური გარემო და ემოციური ფაქტორები, რომლებიც ხელს უშლის პაციენტს ან მისი ოჯახის წევრებს, შეეგოს დიაგნოზს და დაიცვას მკურნალობის რეჟიმი;
- აუხსნას პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს მასთან სოციალური მუშაობის მიზანი და შექმნას ინდივიდუალური გეგმა;

- კონსულტაცია გაუწიოს გრძელვადიანი მკურნალობის დაგეგმვისა და გადაწყვეტილების მიღებისთვის;
- პაციენტსა და მის ოჯახს განუმარტოს არსებული დიაგნოზის/სამედიცინო პრობლემის დეტალები და გაუწიოს კონსულტირება;
- მოიძიოს და პაციენტის საჭიროების მიხედვით გამოიყენოს არსებული ადგილობრივი რესურსები ;
- მომსახურების გარეშე დარჩენის მაღალი რისკის მქონე პაციენტების ადვოკატობა/ინტერესთა დაცვა;
- პაციენტთა მოკლევადიანი თერაპია საკუთარი კვალიფიკაციის ფარგლებში (სარეაბილიტაციო, ექიმთან შეთანხმებით და არა მედიკამენტოზური);
- პაციენტის ინტერესების გათვალისწინებით ინტერდისციპლინურ გუნდთან მუშაობის უზრუნველყოფა;
- შინ მოვლის პროგრამიდან გაწერის (პროგრამის დატოვების) დაგეგმვა, როდესაც ბენეფიციარი აღარ საჭიროებს პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას (მაგ. ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ან გაუარესების შემთხვევაში) (National Association of Social Workers, 1987).

მათ შესაძლოა ასევე უწევდეთ:

- ბენეფიციარების ან/და მათი ოჯახის წევრების დახმარება, რათა მათ დაძლიონ მწუხარება, რომელიც გამოწვეულია ოჯახის წევრის დაკარგვით ან მოსალოდნელი დაკარგვით;
- პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების დახმარება ექიმის დანიშნულების დასაცავად;
- ფსიქოსოციალური კონსულტაციები საჭიროების შემთხვევაში;
- ბენეფიციარის ან მისი ოჯახის ინტერესების დაცვა (ადვოკატობა) და ა.შ..

უნდა აღინიშნოს, რომ კლიენტის ფსიქოსოციალური შეფასებისას (ტრადიციული ფსიქოსოციალური შეფასების გარდა) საჭიროა შეფასდეს შინ მოვლისთვის სპეციფიკური ისეთი კომპონენტებიც, როგორცაა:

- ყოველდღიური ღონისძიებების ფუნქციონირება (Activities of daily living /ADL Functioning);
- მენტალური მდგომარეობა;
- პრობლემის ჩვეული დაძლევის სტილი;
- რის გაკეთება შეუძლია და სურს ოჯახის წევრ მზრუნველს;
- დამხმარე მოწყობილობების საჭიროება;
- დამხმარე მომსახურების საჭიროება;
- საცხოვრებელ გარემოში ცვლილების საჭიროება;
- მატერიალური დახმარების საჭიროება;
- დახმარების საჭიროება სოციალური ურთიერთობისას.

სწორედ ფსიქოსოციალური და შინ მოვლის საჭიროების შეფასების შემდეგ დგება შინ მოვლის გეგმა, რომლის მიხედვითაც მუშაობს შინ მოვლის გუნდი (დგება პაციენტის საჭიროების მიხედვით).

საქართველოში არსებობს შინ მოვლის პროგრამები, რომლებიც დაფინანსებულია თვითონ პაციენტების ოჯახების, სახელმწიფო ბიუჯეტის და საერთაშორისო დონორების მიერ. შინ მოვლის მომსახურებას ძირითადად იყენებენ ხანდაზმულები და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები, ასევე დროებით შინ მოვლის საჭიროების მქონე ადამიანები.

ტერმინი „ჰოსპისი“ (hospice, hospital, hotel, hostel) ნიშნავს მასპინძლობას, რაც გულისხმობს ადამიანის თბილად მიღებასა და მისი საჭიროების დაკმაყოფილებას (Cowels, 2003). სიტყვა „ჰოსპისმა“ მოგვიანებით შეიძინა განსხვავებული მნიშვნელობა და ახლა ის აღნიშნავს იმ ადამიანებზე ზრუნვას, რომლებსაც ცხოვრების მცირე დრო დარჩენიათ (დაახლოებით 6 თვემდე). სხვა ტიპის ზრუნვის მსგავსად, ეს მომსახურებაც მულტიდისციპლინურია, რადგან ეფუძნება ყოველსმომცველ (ჰოლისტურ) მიდგომას, როცა უნდა იყოს მოცული ადამიანის სომატური სიმპტომები, ფსიქოლოგიური, სულიერი და სოციალური მხარე. ისევე როგორც სხვა მომსახურება სულიერ მხარეზე ზრუნვაც ინდივიდუალიზებულია და ხდება პაციენტის და მისი ოჯახის რელიგიური რწმენების გათვალისწინებით. ამ ზრუნვის მისი-აა, ადამიანებისთვის უზრუნველყოს სიმშვიდე, კომფორტი და ღირსების შენარჩუნება ცხოვრების ბოლო პერიოდში. ჰოსპისის პროგრამები ზრუნავენ პაციენტის ოჯახის წევრების მდგომარეობაზეც. თანამედროვე ჰოსპისის ფუძემდებელია სისლი სონდერსი - სოციალური მუშაკი. მან 1960 წელს ლონდონში, გაერთიანებული სამეფოში, დასაბამი მისცა პაციენტებზე მზრუნველობის ახალ ეტაპს.

ჰოსპისური ზრუნვა შეიძლება ადამიანს მიეწოდოს:

- სახლში;
- ჰოსპისის ცენტრში;
- საავადმყოფოში;
- სხვა ტიპის ზრუნვის დაწესებულებაში (National Institute of Health, 2017).

ჰოსპისის პაციენტების პრობლემები შეიძლება იყოს:

1. ჰოსპისის მომსახურებაში მიღება;
2. მომსახურებაში ადაპტირება;
3. დიაგნოზი, პროგნოზი, ზრუნვის გეგმასთან ადაპტირება;
4. ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მისაღებად და საკუთარ ცხოვრების სამართავად საჭირო ინფორმაციის სიმწირე;
5. დამხმარე რესურსების სიმწირე, როგორცაა დამხმარე ინსტრუმენტები და მოწყობილობები, დამხმარე მომსახურება, ფულადი დახმარება, დახმარება გარემოსთან ადაპტირებისთვის, დახმარება სოციალური ურთიერთობისას და
6. მომსახურებიდან განწერის ბარიერი.

მომსახურებაში მიღების ბარიერები

ბოლო სტადიაზე მყოფ პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს ხშირად ესაჭიროებათ ადამიანი, რომელიც დაეხმარება მათი ფინანსური რესურსებისა და გარემოში დახმარების ხელმისაწვდომობის შეფასებაში ჰოსპისური ზრუნვის დაფინანსებისთვის.

პაციენტებს შეიძლება დასჭირდეთ დახმარება დიაგნოზთან, პროგნოზთან და მკურნალობის/ზრუნვის რეკომენდებულ გეგმასთან შესაგუებლად. ტერმინალურ სტადიაზე მყოფ პაციენტებსა და მათი ოჯახის წევრებს შეიძლება ისეთი პრაქტიკული პრობლემების გადაჭრა მოუწიოთ, როგორცაა: სად მოიძიოს ფინანსები, მაგალითად, ჰოსპისის სადაზღვევო დაფინანსების მისაღებად ამერიკაში საჭიროა, რომ ყველა ღონისძიება ჯდებადეს პალიატიური მზრუნველობის ფარგლებში (COWELS, 2003); მზრუნველის ასაყვანად მიატოვოს თუ არა სამსახური პაციენტის მოსავლედად; ვინ რჩება პაციენტთან მაშინ, როდესაც ოჯახის მზრუნველი წავა მაღაზიაში და ა.შ

სხვა პრობლემა, შესაძლოა იყოს ექიმების მიერ პაციენტების დაგვიანებული გაგზავნა ჰოსპისურ მომსახურებაში. რადგან ამ მომსახურების მიღების მაქსიმალურ ვადად ზოგიერთი დამფინანსებლის (სახელმწიფოს, სადაზღვევო კომპანიის და ა.შ.) მიერ დასახელებულია 6 თვე, ისინი ცდილობენ, მაქსიმალურად გადაავადონ ჰოსპისის მომსახურებაში პაციენტის ჩართვის რეკომენდაცია.

პაციენტის მომსახურებაში მიღების კიდევ ერთი ბარიერია ის, რომ სიმსივნის, გულის უკმარისობისა და ფილტვების ქრონიკულ დაავადებათა გარდა (რომლებიც სიკვდილის მეორე და მესამე ძირითადი მიზეზებია), არის ქრონიკული მდგომარეობები, რომლებიც ზღუდავს დამოუკიდებლობას და კომფორტს, თუმცა ზოგადად არ ესადაგება ჰოსპისური მზრუნველობის მიერ დადგენილი დროის ექვსთვიან ზღვარს.

მომსახურებასთან ადაპტაციის ბარიერები

ჰოსპისური ზრუნვა, ძირითადად, შინ მოვლის მომსახურებას გულისხმობს. ბენეფიციართა უმეტესობა მიჩვეულია პირადი ცხოვრების სიმყუდროვეს და „უცხო ადამიანთა“ - მზრუნველთა - მისვლა-მოსვლა, კარის ღიად დატოვება, ამა თუ იმ ნივთისა თუ უბრალოდ მყუდრო გარემოს დაკარგვა ერთ-ერთი ძირითადი პრობლემაა მათთვის. აქედან გამომდინარე, სახლის ჰოსპისური მზრუნველობა პაციენტებში ურთიერთსაწინააღმდეგო შეგრძნებებს იწვევს - როგორც დაუსვენლობის, ისე მადლიერებისა.

ჰოსპისურ მომსახურებაში ჩართული პაციენტისათვის იმის აღქმა, რომ იგი იმყოფება ადგილას, სადაც სიკვდილი ელის, შეიძლება ძალიან დამთრგუნველი იყოს. სოციალურ მუშაკს შეუძლია დაეხმაროს მას ამგვარი ზრუნვის დადებითი მხარეების დანახვაშიც. მაგალითად, კვალიფიციური პროფესიონალების მონიტორინგი, სუნთქვის გართულების შემთხვევაში დამხმარე აპარატურასთან სწრაფი ხელმისაწვდომობა, სისუფთავის მაღალი სტანდარტები და მომსახურე პერსონალი, რომელიც ყოველთვის მზადაა დასახმარებლად. ზოგ სტაცი-

ონარულ ჰოსპისს შეუძლია ტკივილის უფრო ეფექტური მართვის შეთავაზებაც.

ჰოსპისური პაციენტების უმეტესობა სახლში კვდება, შესაბამისად, ჰოსპისური მომსახურებას მიღება უფრო პროგნოზთან შეგუებას უკავშირდება. მაღალი კვალიფიკაციისა და კარგად ინფორმირებულ სოციალურ მუშაკს მნიშვნელოვანი დახმარების გაწევა შეუძლია პაციენტისა და მის ოჯახისთვის ამ თვალსაზრისით.

დიაგნოზთან, პროგნოზთან, ზრუნვის გეგმასთან ადაპტირება

სერიოზულ დიაგნოზთან პირისპირ შეხვედრა, განსაკუთრებით ტერმინალურთან, როგორც წესი, დიდი საფრთხის შეგრძნებას იწვევს ხოლმე ადამიანებში. ეს პროცესი მოიცავს ბევრ რთულ კითხვასთან და შეგრძნებასთან გამკლავებას. ტერმინალური დიაგნოზის გარდა, ზოგჯერ პაციენტები ღელავენ თავის გარეგნობაზე, სხვა ხალხის მიერ შესაძლო განსჯაზე, ცხოვრების სტილზე, ტკივილსა და ტანჯვაზე და იმაზე, თუ როგორ მიიღებენ მათი საყვარელი ადამიანები მის დიაგნოზს.

ბერნ-კლუგის, გესერტის და ფორბსის თანახმად (2001), სოციალურ მუშაკებს შეუძლიათ დაეხმარონ სასიკვდილო ავადმყოფობით დაავადებულ ადამიანებსა და მათ ოჯახებს, გაიაზრონ სიცოცხლის ბოლო პერიოდი, დაავადების მიმდინარეობის სირთულე და სამედიცინო გადაწყვეტილებები. გაიაზრონ საჭირო ინფორმაციის სიმწირე, რომ შეძლონ გონივრული გადაწყვეტილების მიღება და საკუთარი ცხოვრების მართვა (Bern-Klug, Gessert, & Forbes, 2001).

ტერმინალურ სტადიაზე მყოფი პაციენტები ხშირად გრძნობენ, რომ საკუთარი ცხოვრების მართვის სადავები დაკარგეს. ჰოსპისის გუნდის სხვა წევრებთან ერთად სოციალური მუშაკის მოვალეობაა დაეხმარონ პაციენტებსა და მათ ოჯახის წევრებს ამ ტენდენციის დაძლევაში მათ კითხვებზე გულახდილი და ამომწურავი პასუხითა და სწორი გადაწყვეტილებისათვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდებით.

ბერნ-კლუგის, გესერტის და ფორბის (2001) თანახმად: „ტერმინალურ სტადიაზე მყოფი ადამიანების უმეტესობა, აფასებს ინფორმირებულობას და საკუთარი ცხოვრების კონტროლის შესაძლებლობას, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ეს ეხება სამედიცინო გადაწყვეტილებებს (Bern-Klug, Gessert, & Forbes, 2001).

საჭირო რესურსების სიმწირე

შემთხვევის მენეჯერის როლში, სოციალური მუშაკი, ჰოსპისის გუნდის სხვა წევრებთან, პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან გასაუბრების შედეგად არკვევს მისი ბენეფიციარის საჭიროებას და ეხმარება მას ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებაში. რესურსების საჭიროება განსხვავდება არა მარტო კლიენტის თუ მათი ოჯახის სიტუაციებით, არამედ ასევე ჰოსპისური მზრუნველობის დაწესებულებების ტიპითაც. სხვადასხვა პაციენტსა თუ ოჯახს, დიაგნოზისა თუ სიტუაციის, აგრეთვე ჰოსპისური მზრუნველობის ტიპის მიხედვით, სხვადასხვა რესურსი სჭირდება. თუმცა შინ მოვლის მომსახურების პაციენტებს არ სჭირდება რთული აღჭურვილობა თუ აპარატურა (საავადმყოფოს სანოლი, გამწოვი აპარატი, ჟანგბადის პორტაბელური აპარატი და ა.შ.), მათი დახმარება შეიძლება გულისხმობდეს სხვა დამხმარე მომსახურებას, ფინანსურ შემწეობას, დახმარებას ურთიერთობის მოსაგვარებლად და ა.შ.

მომსახურებიდან გაწერის ბარიერები

გაწერის დაგეგმვა გულისხმობს პაციენტისა და მისი ოჯახის ერთი ტიპის მომსახურებიდან სხვა მომსახურებაზე/დაწესებულებაში გადასვლისას დახმარებას ჰოსპისური მზრუნველობის შემთხვევაში პაციენტის მომსახურება სრულდება მისი სიკვდილით. თუმცა ჰოსპისის პროგრამათა უმეტესობა გარდაცვლილთა ოჯახის წევრებზეც ზრუნავს. ზოგიერთი ოჯახის წევრი ჰოსპისის თანამშრომლებს უახლოვდება და უჭირთ ურთიერთობის შეწყვეტა. სოციალურ მუშაკებს აქვთ

შესაბამისი კვალიფიკაცია, დაეხმარონ ბენეფიციარის ოჯახის წევრებს, რათა დამოუკიდებლად გააგრძელონ ცხოვრება და დროულად დაასრულონ ურთიერთობა ჰოსპისის მომსახურე პერსონალსთან.

ზოგჯერ, პაციენტებს უწევთ გადასვლა ერთი ტიპის დაწესებულებიდან მეორეში. მაგალითად, პაციენტი იმყოფება სტაციონარულ განყოფილებაში და უწევს გადავიდეს შინ მოვლაზე. ასეთ სიტუაციებში შესაძლოა საჭირო გახდეს ფინანსური, ფსიქოლოგიური, ინფორმაციული და პრაქტიკული პრობლემების მოგვარება.

კლიენტების ჯანმრთელობის

პრობლემები და მათი შედეგები

დიაგნოზები: პაციენტთა უმეტესობა ჰოსპისში სიმსივნური დაავადებით ხვდება. ნაწილს შესაძლოა ჰქონდეს გულსისხლძარღვთა სისტემის, სასუნთქი გზების, ნერვული სისტემისა და სხვა დაავადებები.

ფიზიკური ტანჯვა: ადამიანებს, რომელთაც სასიკვდილო დიაგნოზი დაუსვეს, ხშირად აქვთ ფიზიკური დისკომფორტიც: ტკივილი, სუნთქვის გაძნელება, სისუსტე, კვების, ძილის, მონელების პრობლემები, ზოგჯერ სენსორული შეგრძნებების გაუარესება და პარალიზება, კანის პრობლემები, ყლაპვის სირთულეები. ტკივილის შემსუბუქება ჰოსპისური ზრუნვის ერთ-ერთი ძირითადი ფუნქციაა. მედიცინის განვითარებასთან ერთად მნიშვნელოვნად იზრდება ტკივილის მართვის შესაძლებლობები. საჭიროა, რომ პაციენტის არც ერთი ჩივილი არ დარჩეს უყურადღებოდ. არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ პაციენტის ტკივილის განსჯა ან გაკრიტიკება, ან მის მიმართ სკეპტიციზმი ზრდის ადამიანის ტანჯვის ხარისხს და ხელს უშლის მომსახურე პერსონალსა და პაციენტს შორის ნდობის დამყარებას. ეს კი თავისთავად მოქმედებს მომსახურების ზოგად ხარისხზე.

ჯანეტ აბრამმა (2001), რომელიც იყო ონკოლოგი დანა-ფარბერის კიბოს ინსტიტუტში, ტკივილისა და პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების დირექტორი ბრიგჰემისა და ქალთა ინსტიტუტში

(ბოსტონი) ჩამოაყალიბა ტკივილის მკურნალობისა და მისი შეფასების პრობლემათა კლასიფიკაცია:

სამედიცინო პერსონალმა ან მზრუნველებმა :

- შეიძლება არ დაიჯერონ პაციენტის სიტყვები ტკივილის ინტენსივობის შესახებ;
- შეიძლება არ იცოდნენ განსხვავება მწვავე და ქრონიკულ ტკივილს შორის;
- შეიძლება არ იყვნენ დაამტკიცებულ ტკივილის შეფასების ინსტრუმენტს;
- შეიძლება არ ჩართონ ოჯახის წევრები ტკივილის შეფასებაში;
- შეიძლება აერიოთ ასაკობრივი ცვლილებები ჯანმრთელობის პრობლემებში;
- შეიძლება არასრულად და არასწორად შეაფასონ კოგნიტური პრობლემების მქონე პაციენტების მდგომარეობა;
- შეიძლება არ იცოდნენ კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილის სიმპტომები.

ხანდაზმულმა პაციენტებმა:

- შეიძლება იფიქრონ, რომ ტკივილი ასაკში შესვლის ბუნებრივი შედეგია;
- შეიძლება არ გამოიყენონ სიტყვა „ტკივილი“ სიმპტომების აღწერისას;
- შეიძლება ვერ გამოიყენონ ტკივილის შეფასების კითხვარები კოგნიტიური, მხედველობის, სმენითი ან ნერვული პრობლემების გამო;
- შეიძლება შეეწინააღმდეგონ ტკივილგამაყუჩებლების მიღებას.

ოჯახის მზრუნველებმა

- შეიძლება არ იცოდნენ როგორია ქრონიკული ტკივილი;

- შეიძლება არ შეეძლოთ გვერდითი მოვლენების შეფასება;
- შეიძლება არ დაიჯერონ ხანში შესული ადამიანის ტკივილის ინტენსივობა იმის გაცნობიერების შიშით, რომ დაავადება უარესდება;
- შეიძლება შეეშინდეთ ძლიერმოქმედი მედიკამენტების ოჯახის წევრებისთვის მიცემა.

შეოთვა

ფიზიკური დისკომფორტის არსებობის თუ არარსებობის მიუხედავად, ჰოსპისური პაციენტი ხშირად განიცდის ემოციურ შფოთვისასაც, ისეთი მიზეზების გამო როგორცაა სიკვდილის შიში, ცხოვრებაზე კონტროლის დაკარგვა, მარტო ყოფნის შიში, სოციალური იზოლაციის განცდა, თავის დაუცველობის შეგრძნება, და ასევე შფოთვა იმის გამო, რომ აქვს ბევრი „დაუმთავრებელი საქმე“, რომ ოჯახის წევრებს ტვირთად აწევს, წარსულის შესახებ სინანული (Allison, Gripton, & Rodway, 1990).

ვან ლუნმა (1999) გამოიკვლია საკითხი, თუ რას შეიძლება ნიშნავდეს, როდესაც სასიკვდილო დიაგნოზის მქონე ადამიანი სიკვდილს ისურვებს. მან დაასკვნა, რომ ეს შეიძლება ნიშნავდეს, რომ პაციენტს აქვს სერიოზული დეპრესია, განიხილავს თვითმკვლელობის შესაძლებლობას, ან პირისპირ შეეჯახა თავის რთულ მდგომარეობას და მზადაა სიკვდილისთვის. ვან ლუნის აზრით, კოგნიტიური თერაპია შეიძლება სასარგებლო იყოს დეპრესიის მქონე პაციენტის დასახმარებლად, ხოლო მათ, ვისაც სუიციდური ტენდენციები აქვთ, შესაძლოა დასჭირდეთ ანტიდეპრესანტები ან სტაციონარულ მკურნალობაზე გადაყვანა. ყველა შემთხვევაში სასიკვდილო დიაგნოზის მქონე პაციენტებს ესაჭიროებათ სათანადო სამედიცინო და სოციალური მხარდაჭერა (Van & Ruth, 1999).

შპმ პირების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე

II ნაწილი: სოციალური მუშაკის როლი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მომსახურებაში: ხელმისაწვდომობა და თანაბარი შესაძლებლობები

შეზღუდული შესაძლებლობა შეიძლება განპირობებული იყოს გარკვეული დაავადებით, რომელიც შეიძლება მოითხოვდეს სერიოზულ მკურნალობას. თუმცა ეს არ ნიშნავს იმას, რომ სამედიცინო მომსახურებაზე მისაწვდომობა მხოლოდ შეზღუდული შესაძლებლობის გამო უნდა იყოს გამოწვეული. შპმ პირებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ისეთივე საჭიროებები გააჩნიათ, როგორც დანარჩენ ადამიანებს და ამიტომ მათ ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ ჯანმრთელობის დაცვის ყველა საფეხურით გათვალისწინებულ მომსახურებაზე და, შესაბამისად, მომსახურება უნდა ითვალისწინებდეს მისაწვდომობის ყველა მნიშვნელოვან საკითხს.

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია (CRPD) ხაზს უსვამს შპმ პირების ჯანმრთელობის უფლებას და გამოყოფს სახელმწიფოს ვალდებულებას, სხვათა თანაბრად უზრუნველყოს შპმ პირებისთვის უფასო ან ხელმისაწვდომი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებები და პროგრამები, მათ შორის - რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის სფეროსა და, ზოგადად, მოსახლეობაზე გათვლილი საზოგადოებრივი პროგრამები.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით:

- რაიმე სახის შეზღუდული შესაძლებლობა აქვს მსოფლიოს ერთ მილიარდზე მეტ ადამიანს, რაც მოსახლეობის დაახლოებით 15% -ს შეადგენს.
- 100 მილიონიდან (2.2%) 190 მილიონამდე (3.8%) 15 წელზე უფროსი ასაკის ადამიანს ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი პრობლემა აქვს.
- სხვა მიზეზებთან ერთად შეზღუდული შესაძლებლობის მაჩვენებლების ზრდა მოსახლეობის დაბერებისა და ჯანმრთელობის ქრონიკული მდგომარეობის ზრდით არის გამოწვეული.

- შშმ პირებს ნაკლები წვდომა აქვთ ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე და, აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მათი საჭიროება არ კმაყოფილდება (WHO, Disability and Health, Fact Sheet, 2016).

მნიშვნელოვანი ფაქტორები, რომლებიც გასათვალისწინებელია შშმ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მისაწვდომობისთვის

- შშმ პირთა საჭიროება ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მიმართ - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, შშმ პირებს უფრო ხშირად სჭირდებათ ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურება, ვიდრე - დანარჩენ მოსახლეობას, მაგრამ მათი საჭიროებები ნაკლებად კმაყოფილდება ხოლმე. მაგალითად, მნიშვნელოვანი ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა უახლესმა გამოკითხვამ აჩვენა <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>), რომ განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის დიდ ნაწილს (35%-დან 50%-მდე) და განვითარებადი ქვეყნების მოსახლეობის უმეტესობას (76%-დან 85%-მდე) არც კი გაუვლია ექიმთან ვიზიტი გამოკვლევის ჩატარების წინა წელს. ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციის ღონისძიებები იშვიათად ითვალისწინებენ შშმ პირების დახმარებას. მაგალითად, შშმ ქალები უფრო იშვიათად გადიან სარძევე ჯირკვლისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემოწმებას, ვიდრე ამ პრობლემის არმქონე ქალები. ინტელექტუალური დარღვევების მქონე და დიაბეტით დაავადებული ადამიანების წონა, სავარაუდოდ, უფრო იშვიათად კონტროლდება. ასევე, სქესობრივი განვითარების საგანმანათლებლო პროგრამებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მოზარდი და ზრდასრული პირები იშვიათად არიან ჩართულნი.
- შშმ პირთა ცხოვრებაზე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის გავლენა - შშმ პირები განსაკუთრებით მგრძობიარენი არიან

ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაში არსებული ხარვეზების მიმართ. ზოგადი მდგომარეობიდან და გარემოდან გამომდინარე, შშმ პირები, შესაძლოა, გაცილებით უფრო დაუცველნი აღმოჩნდნენ მეორადი პრობლემების, თანამდევნი დაავადების ან ასაკთან დაკავშირებული სირთულეების წინაშე, რაც განაპირობებს ჯანმრთელობისთვის სარისკო ქცევებსა და ნაადრევი სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელს. ამიტომ შშმ პირთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გართულების თავიდან ასაცილებლად მნიშვნელოვანია პროგნოზირებადი პრობლემების დროული გათვალისწინება, პრევენცია და/ან სწორად მართვა:

- ✓ მეორადი პრობლემები - მეორადი პრობლემა თავს იჩენს (და შესაბამისად დაკავშირებულია) ჯანმრთელობის პირველად მდგომარეობასთან ერთად, და წარმოადგენს პროგნოზირებად დაავადებას, რომლის პრევენციაც შესაძლებელია. მაგალითად, ნაწოლები, საშარდე გზების ინფექციები, ოსტეოპოროზი და ტკივილი.
- ✓ თანმდევნი პრობლემები/დაავადებები - თანმდევნი დაავადებები თავს იჩენენ პირველად დაავადებასთან ერთად, რომელიც ასოცირებულია შეზღუდულ შესაძლებლობასთან. მაგალითად, დიაბეტის გავრცელება შიზოფრენიით დაავადებულ პირთა შორის დაახლოებით 15%-ს შეადგენს (დანარჩენ მოსახლეობაში 2-3%-ს).
- ✓ ასაკთან დაკავშირებული დაავადებები - შშმ პირთა ზოგიერთი ჯგუფისთვის დაბერების პროცესი ჩვეულებრივზე ადრე იწყება. მაგალითად, განვითარების დარღვევების მქონე ზოგიერთი პირის შემთხვევაში ნაადრევი დაბერების ნიშნები უკვე 40 და 50 წლის ასაკში ჩნდება.
- ✓ ჯანმრთელობისთვის საშიში ქცევის გამოვლინება - ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ შშმ პირებს სარისკო ქცევების უფრო მაღალი მაჩვენებელი აქვთ, როგორცაა მოწევა, ცუდი კვება და ფიზიკური აქტივობის ნაკლებობა.

- ✓ ნაადრევი სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი - შშმ პირებში სიკვდილიანობის დონე ჯანმრთელობის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული. თუმცა, ბრიტანეთში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე და ინტელექტუალური დარღვევების მქონე პირების სიცოცხლის ხანგრძლივობა უფრო ნაკლებია.
- ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მიღების ბარიერები - შშმ პირები მრავალი ბარიერის წინაშე დგებიან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების მიღების მცდელობისას, მათ შორის:
 - ✓ მაღალი/ხელმიუწვდომელი ფასი - ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებისა და ტრანსპორტის მისაწვდომობის გაძნელება ორ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს, რომელთა გამო შშმ პირები ვერღებულობენ ჯანმრთელობის დაცვის საჭირო მომსახურებას დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში; შეზღუდული შესაძლებლობის არქონე ადამიანთა 32-33%-ს ხელი არ მიუწვდება ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე, ხოლო შშმ პირებისთვის ეს მაჩვენებელი 51-53% -ს შეადგენს.
 - ✓ ხელმისაწვდომი სერვისების ნაკლებობა - შშმ პირებისთვის ხელმისაწვდომი სერვისის ნაკლებობა ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის მიღების მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს. მაგალითად, ინდოეთის უტარ-პრადეშის და თამილ-ნადუს შტატებში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ორი მთავარი პრობლემაა მომსახურების მაღალი ფასი და ადგილობრივი მომსახურებების არარსებობა.
 - ✓ ფიზიკური ბარიერები - შშმ პირებს საავადმყოფოებსა და ჯანმრთელობის ცენტრებზე ნაკლებად მიუწვდებათ ხელი არაადაპტირებული სამედიცინო აღჭურვილობის, გაუგებარი საინფორმაციო აბრების, ვიწრო დერეფნების, შიდა კიბეების, არაადაპტირებული სველი წერტილების, მოუხერხებელი პარკინგის გამო.

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკთა უნარ-ჩვევები და ცოდნა - შშმ პირები დანარჩენ მოსახლეობასთან შედარებით ორჯერ უფრო ხშირად გამოთქვამენ უკმაყოფილებას ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების პროვაიდერების არასათანადო უნარ-ჩვევების გამო, ოთხჯერ უფრო ხშირად - ცუდი მოპყრობის გამო, და თითქმის სამჯერ უფრო ხშირად აცხადებენ, რომ უარი უთხრეს მომსახურებაზე (WHO, 2016).

ჯანმრთელობის დაცვის მისაწვდომობა

შშმ პირთა განსაკუთრებულად დაუცველი ჯგუფებისთვის

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მომუშავე სოციალურმა მუშაკმა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ყურადღება უნდა მიაქციოს, თუ რამდენად იღებენ შემდეგი შშმ პირები ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებას და რამდენად დაცულნი არიან ისინი დისკრიმინაციული მოპყრობისგან:

- შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირები

შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირები დიდი ხნის მანძილზე ჯანმრთელობის დაცვის ყველასთვის მისაწვდომი მომსახურებების გარეშე იყვნენ დარჩენილნი. რაც ისტორიულად განპრობებული იყო მათზე ინსტიტუციური ზრუნვით, რომლის ნაწილსაც ინსტიტუციაში არსებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა შეადგენდა (Inclusion Europe, 2012). გარდა ამისა, ასეთი პირები ხშირად იყვნენ და კვლავ არიან სტიგმისა და სტერეოტიპების მსხვერპლნი, რაც მათ იზოლირებასა და მათი საჭიროების უგულებელყოფას განაპირობებს; შესაბამისად, მაღალია ალბათობა, რომ მათ ჰქონდეთ:

- ✓ ჯანმრთელობის უფრო მძიმე მდგომარეობა ვიდრე სხვა ადამიანებს;
- ✓ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის მეტი სირთულე;

- ✓ ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის გამოყენების უფრო ნეგატიური გამოცდილება.

ორგანიზაცია Inclusion Europe (2012) თავისი პოლიტიკის დოკუმენტში აღნიშნავს, რომ დასავლეთ ევროპაში შშმ პირების ცუდად მომსახურების ყველაზე გავრცელებულ მიზეზთა შორის გამოირჩევა სამედიცინო პერსონალის ნეგატიური დამოკიდებულება, შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის მომსახურების განწევის სურვილის ნაკლებობა და არასათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პერსონალი. მომსახურების ფასი ნაკლები პრობლემაა, თუმცა ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში ამ ყოველივეს ემატება ფინანსური სირთულეებიც ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი მომსახურების მისაღებად.

სალი ან კოპერი (Cooper et al., 2004), თავის ერთ-ერთ კვლევით სტატიაში აღნიშნავს, რომ შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მეტი საჭიროება აქვთ, მაგრამ რატომღაც ყოველთვის ნაკლებ სამედიცინო დახმარებას ღებულობენ. მაგალითად, მათში ყველაზე გავრცელებულია - ეპილეფსია, გასტროენტეროლოგიური რეფლუქსური აშლილობა, სენსორული დარღვევები, ოსტეოპოროზი, შიზოფრენია, დემენცია, დისფაგია, სტომატოლოგიური დაავადებები, კუნთოვანი პრობლემები, უბედური შემთხვევები და კვების პრობლემები. და პირიქით, თაბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარებასთან, არალეგალური პრეპარატების გამოყენებასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემები მათთან იშვიათია.

შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირებს, სავარაუდოდ, მეტი მიდრეკილება აქვთ ზედმეტი ან ნაკლები წონის პრობლემებისკენ,- მაგრამ ისინი ვერ ღებულობენ ჯანსაღი კვების შესახებ ინფორმაციას. და ბოლოს, გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირების 14-24% ეპილეფსიით არის დაავადებული. მძიმე და სხვადასხვა შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ადამიანებისთვის

ეს ციფრი 50-82%-ს აღწევს, მაგრამ ძალიან ხშირად საავადმყოფოში მოხვედრისას ეპილეფსიის სამკურნალო მედიკამენტებს მათ არასწორად უნიშნავენ (Inclusion Europe, 2012).

ჯანმრთელობის სფეროს კიდევ ერთ აქტუალურ პრობლემას წარმოადგენს სტომატოლოგიური დახმარება. რადგან შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირები, ექიმების მოსაზრებით, არ არიან „ადვილად დასაყოლიებელი/დამჯერი პაციენტები“ სტომატოლოგიური მკურნალობის ჩატარების პროცესში, ამიტომ სტომატოლოგიური მომსახურება განიხილება როგორც განსაკუთრებული პრობლემა, მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყნებში, ორთოდონტები მხოლოდ მაშინ თანხმდებიან ასეთი ბავშვების მკურნალობას, თუ მათ ზოგადი ანესთეზია ჩაუტარდებათ.

არ არსებობს საკმარისი რაოდენობის პრევენციული, პროფილაქტიკური და პოზიტიური ქცევის პროგრამები, რომლებიც მიმართული იქნებოდა შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ადამიანებისთვის ქცევითი რისკების თავიდან აცილებაზე. ასევე, არ არსებობს წვდომა შესაბამის ინფორმაციაზე. ჯანმრთელობის ამ ასპექტს ერთ-ერთი ნამყვანი ადგილი უკავია შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ახალგაზრდებისა და ზრდასრული პირების შესაძლებლობის გაძლიერებაში.

ინტელექტუალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვები

ლატიმერი და სისქა 2011 წლის კვლევის ანგარიშში „ბავშვთა უფლებები ყველასათვის“ ხაზგასმით გამოყოფენ შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის განკუთვნილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ნაკლებობას ბევრ ქვეყანაში. აქედან გამომდინარე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, რომლის წინაშეც აღმოჩნდნენ შშმ ბავშვები, როგორც წესი, განიხილება მათი შეზღუდული შესაძლებლობის განუყოფელ ნაწილად, რაც რეა-

ლობას არ შეესაბამება, თუმცა წარმოადგენს მნიშვნელოვან ბარიერს მომსახურების მისაღებად ამ მიმართულებით. მართლაც, შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე როგორც ბავშვებისთვის, ისე ზრდასრული ადამიანებისთვის ნაკლებად მოიძებნებიან შესაბამისი გამოცდილებისა და ცოდნის მქონე პროფესიონალები.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები

შშმ ქალები ხშირად სერიოზული პრობლემების წინაშე დგებიან განსაკუთრებით პრევენციული ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებთან შეხებისას, ეს კი გავლენას ახდენს მათ ზოგად ჯანმრთელობაზე და მიღებული მომსახურების ხარისხზე. ამ პრობლემათა გამო შშმ ქალებს ნაკლებად მიუწვდებათ ხელი პრევენციულ ღონისძიებაზე და თანმხლები დაავადებების (მაღალი წნევა, ოსტეოპოროზი, დიაბეტი, სიმსუქნე, და გულის დაავადებები) განვითარების უფრო მაღალი რისკი აქვთ, ვიდრე შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე ქალებს (Koury AJ, Hall A, Andresen E, et al, 2013). ბარიერს შეიძლება წარმოადგენდეს ფიზიკური და სტრუქტურული დაბრკოლებები, კომუნიკაციისა და პროვაიდერის მიკერძოება, ფინანსური და სისტემური პრობლემები (www.astho.org).

✓ ფიზიკური და სტრუქტურული ბარიერები - 2013 წელს აშშ-ში ჩატრებული კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ მიუხედავად გარკვეული ტიპის ქრონიკული და მეორადი დაავადების განვითარების მაღალი რისკისა, შშმ ქალები უფრო იშვიათად გადაიან ჯანმრთელობის პრევენციულ შემოწმებას/სკრინინგს იმის გამო, რომ ხელი არ მიუწვდებათ ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებზე და სამედიცინო აღჭურვილობა ნაკლებადაა ადაპტირებული მათთვის. მიუწვდომელი სამედიცინო აღჭურვილობა შეიძლება გახდეს ძუძუს კიბოს ან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სხვა ჩივილების დაგვიანებული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზეზი. ბოლო ორი წლის მანძილზე, ყველაზე ხშირ მიზეზებად იმისა, რომ შშმ ქალები აშშ-ში ვერ ლეზულობენ მამოგრაფიულ შემოწმებას ან

პაპტესტს, დასახელებულია საჭირო პოზიციის მიღების ან სამედიცინო მაგიდაზე მოთავსების სირთულე (Rivera, 2010).

✓ კომუნიკაცია და პროვაიდერის მიკერძოება - ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკები ხშირად არ არიან სათანადოდ მომზადებულნი შშმ ქალების სამკურნალოდ. პროვაიდერებს შეუძლიათ კონცენტრირება მხოლოდ ქალის შშმ მდგომარეობაზე გააკეთონ და არა სხვა დაავადების ნიშნებზე და სიმპტომებზე, შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებული ვარაუდების და სტერეოტიპების გამო. შშმ ქალი შეიძლება არ შემოწმდეს სქესობრივად გადამდებ დაავადებებზე, არ გაიაროს რეგულარული გინეკოლოგიური შემოწმება, არ მიეცეს რჩევა ჩასახვის წინა მკურნალობასა თუ ჯანმრთელ ორსულობასთან დაკავშირებით, რადგან პროვაიდერის ვარაუდით ისინი სქესობრივად აქტიურები არ არიან. ბარიერს ქმნის ისიც, რომ ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემის მქონე (სმენის, კითხვის, მეტყველების თუ სხვა პრობლემები) ქალები ვერ ლეზულობენ ინფორმაციას ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მათთვის გასაგებ ფორმატში (მაგ., ბრაილი, მსხვილი შრიფტი, აუდიო ჩანაწერი, ელექტრონული ტექსტი).

✓ ფინანსური და სისტემური ბარიერები - ჯანმრთელობის დაცვის იაფი, კოორდინირებული და ხელმისაწვდომი სერვისების მიღება მნიშვნელოვანი პრობლემაა შშმ ქალებისთვის. სხვა ქალებთან შედარებით მათ უფრო იშვიათად აქვთ კერძო დაზღვევა, უმუშევრობის, სიღარიბისა თუ მარტოხელა დედის სტატუსიდან გამომდინარე. კვლევები გვიჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ზოგიერთი პროვაიდერი უარს ამბობს პაციენტების მკურნალობაზე, თუ მათ კერძო დაზღვევა არ გააჩნიათ. მაგალითად, აშშ-ში პროვაიდერების დაწესებულებები ხშირად არ არის ხელმისაწვდომი და არ პასუხობენ (ADA) აქტის (შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ამერიკელები) მოთხოვნებს. აშშ-ს იუსტიციის სახელმწიფო დეპარტამენტის 2010 წლის მონაცემებით, ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების თითქმის მესამედს ჯანმრთელობის დაცვის პროვაიდერები უარს ეუბნებოდნენ მომსახურებაზე.

რებაზე მათი შეზღუდული შესაძლებლობის გამო. მრავალი შპმ ქალისთვის, კიდევ ერთ ბარიერს წარმოადგენს კოორდინირებული ტრანსპორტირება სამედიცინო ვიზიტებზე და სახლის პირობებში მომსახურება. თემში/საზოგადოებაში მცხოვრები, ფუნქციონალური შეზღუდვების მქონე ქალების თითქმის ორი მესამედი თავის მოვლის საკითხებში დამოკიდებულია ოჯახზე, მეგობრებსა და მოხალისეებზე.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მისაწვდომობა

შპმ პირებისთვის საქართველოში

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები საქართველოში იღებენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გავალისწინებულ ყველა მომსახურებას. აღნიშნული პროგრამა ამოქმედდა 2013 წლის 28 თებერვლიდან. პროგრამის მიზანია, მოიძიოს ფინანსები და ხელმისაწვდომი გახადოს სამედიცინო მომსახურება ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობისათვის. ადამიანის უფლებების სწავლებისა და მონიტორინგის ცენტრის მიერ მომზადებულ შპმ პირთა უფლებების კონვენციის იმპლემენტაციის რეკომენდაციებში (2014) ნათქვამია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებში სათანადოდ არ არის გათვალისწინებული შპმ პირთა ინტერესები, რაც პროგრამებზე ხელმისაწვდომობას ზღუდავს.

აღსანიშნავია, რომ შპმ პირები საქართველოში ხვდებიან ყველა იმ ბარიერს, რაც ზემოთ იქნა აღნიშნული - ნაკლებად ხელმისაწვდომი ინფორმაცია და ინფრასტრუქტურა, არაადაპტირებული სამედიცინო აღჭურვილობა, შპმ პირებთან კომუნიკაციის თავისებურებების სუსტი ცოდნა პერსონალის მხრიდან და ა.შ.

შპმ პირებისთვის ჯანმრთელობის დაცვის

მისაწვდომობის უზრუნველყოფა

ხელისუფლებას შეუძლია გააუმჯობესოს შპმ პირების მდგომარეობა ჯანმრთელობის დაცვის ხარისხიან მომსახურებაზე წვდომის გაძლიერებით და არსებული რესურსების საუკეთესოდ გამოყენებით. ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებებთან წვდომას ამ სისტემის რამდენიმე ფაქტორის ერთობლიობა ართულებს, ამიტომ, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით (2016), აუცილებელია რეფორმები შეეხოს ამ ერთობლიობის მონაწილე (ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის) ყველა კომპონენტს

- პოლიტიკა და კანონმდებლობა - უნდა შეფასდეს არსებული პოლიტიკა და სერვისები; ჯანმრთელობის უთანასწორობის შემცირების მიზნით დაისახოს პრიორიტეტები, დაიგეგმოს ღონისძიებანი სერვისზე მისაწვდომობისა და მასში ჩართვის შესაძლებლობის გაუმჯობესებისათვის.
- დაფინანსება - იქ, სადაც ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა დომინირებს ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სისტემაში, მნიშვნელოვანია, რომ გათვალისწინებული იქნეს შპმ პირების დაზღვევა და შემომწოდეს სადაზღვევო შენატანებზე მათი მხრიდან მისაწვდომობის უზრუნველყოფა. შპმ პირები თანაბრად უნდა სარგებლობდნენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებით.
- მომსახურების მიწოდება - უნდა მოხდეს ფართო სპექტრის მოდიფიკაციები და გონივრული მისადაგების პრინციპის გამოყენება ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობის მიზნით. მაგალითად, შეიცვალოს საავადმყოფოს ფიზიკური განლაგება, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მობილობის სირთულეების მქონე ადამიანებისთვის მისაწვდომობა ან ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მისაწვდომი ფორმატით გადაცემა, მაგალითად, როგორცაა ბრაილის შრიფტი. ინფორმაციის მიწოდების,

ტრენინგებზე დასწრების უზრუნველყოფისა და მსგავსი მხარდაჭერის საშუალებით შშმ პირები უნდა წახალისდნენ, რათა მაქსიმალურად გაიუმჯობესონ ჯანმრთელობა.

- ადამიანური რესურსები - ჯანმრთელობის დაცვის ყველა საბაკალავრო და სამაგისტრო განათლების პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს საგანსა თუ დისციპლინას შეზღუდული შესაძლებლობის შესახებ. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკებისთვის უნდა დაიგეგმოს ტრენინგები, რათა მათ შეძლონ მონაწილეობის მიღება ჯანმრთელობის დაცვის პრევენციულ მომსახურებებში.
- მონაცემები და კვლევა - შშმ პირები უნდა იყვნენ ჩართულნი მომსახურების შეფასებასა და მონიტორინგში. მეტი კვლევა უნდა ჩატარდეს შშმ პირების საჭიროების, ბარიერების, ჯანმრთელობის შედეგების შესახებ.

სოციალური მუშაკის როლი
ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შშმ
პირებთან მუშაობისას - შემთხვევის
მენეჯერი, კონსულტანტი, მულტი და
ტრანსდისციპლინური
გუნდის წევრი და ადვოკატი
სოციალური მუშაკის ზოგადი როლი
შშმ პირებთან მუშაობისას

სოციალური მუშაობა მოწოდებულია მაქსიმალურად გაზარდოს ინდივიდების, ოჯახების, ჯგუფებისა და საზოგადოების კეთილდღეობა. ინდივიდუალური და საზოგადოებრივი კეთილდღეობა განმტკიცებულია სოციალური ინკლუზიის პრინციპით, რაც, თავის მხრივ, ემყარება ადამიანის ღირსებასა და უფლებებს, სოციალურ სამართლიანობას. ეს ღირებულებები სრულად შეესაბამება შეზღუდული შესაძლებლობის უფლებების მოძრაობისა და გაეროს შშმ პირთა უფლებების კონვენციასთან.

შემთხვევის მართვის, შეფასების, ინდივიდუალური თუ ოჯახური კონსულტაციის, ადვოკატობის, კვლევის, საზოგადოებრივი მუშაობისა და სოციალური პოლიტიკის ფარგლებში, სოციალური მუშაკები მოქმედებენ ადამიანისა და გარემოს ურთიერთობის პერსპექტივიდან და მათი ინტერვენციები, მიმართულია პრობლემების გადაწყვეტაზე როგორც პერსონალურ, ისე სოციალურ დონეზე. შესაბამისად, სოციალური მუშაკთა ყურადღება ორმხრივადაა მიმართული: ერთი მხრივ, ისინი ზრუნავენ ადამიანების კეთილდღეობის გაუმჯობესებაზე, მეორე მხრივ - გარემოში იმ ხარვეზების აღმოფხვრაზე, რომლებიც ხელს უშლის საზოგადოების კეთილდღეობას ან წარმოშობს უთანასწორობას, უსამართლობასა და დისკრიმინაციას.

ყოველმხრივ/ჰოლისტიური მიდგომისა და სირთულეების ხედვის-გათვალისწინებით სოციალურ მუშაკებს უნიკალური წვლილი შეაქვთ შშმ პირებისათვის შესაბამისი სერვისის მიწოდებისა და მათი საჭიროების დაკმაყოფილების საქმეში. ასეთი ორმხრივ მიმართული სამუშაო მულტი-ფოკუსირებული მიდგომა გულისხმობს ადამიანების ფუნქციონირებისა და ქცევის ცოდნას, და სოციალურ-ეკონომიკური, სამართლებრივი და კულტურული ფაქტორების ურთიერთქმედებას და გავლენას შშმ პირებისა და მათი ოჯახების მიმართ სტიგმის ფორმირებაზე, დისკრიმინაციაზე, მათს მარგინალიზაციასა და სოციალურ იზოლაციას. სოციალური მუშაკები ეყრდნობიან იმ პრინციპს, რომ მიუხედავად განსხვავებისა, ყველა ადამიანს აქვს უფლება იყოს თანაბრად ჩართული საზოგადოებაში. (Bigby & Frawley, 2010).

სოციალურ მუშაკთა შეფასება ეყრდნობა ფაქტებს, კლიენტის გაძლიერებისათვის გამოიწვევს და ინტერვენციას. სოციალური მუშაობის ინტერვენციები ითვალისწინებს ინდივიდზე და მის მხარდაჭერ სისტემებზე მისი ფიზიკური ჯანმრთელობის, ფსიქოსოციალური მდგომარეობისა და საჭიროების გავლენას. სოციალური მუშაკები რეგულარულად არიან ჩართულნი მულტიდისციპლინურ გუნდში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ინტერვენცია ეხება კომპლექსურ. სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, ოჯახურ და ინსტიტუციონალურ გარემოს. ამ მხრივ, მათ შეუძლიათ მიაწოდონ ინფორმაცია მულტიდისციპლინურ გუნდს და გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს. ყველა ამ საქმიანობის დროს სოციალური მუშაკები, უპირველესად, პატივს სცემენ ინდივიდის უფლებების უზენაესობას და ცდილობენ, რომ შშმ პირებს შესაძლებლობა ჰქონდეთ თვითონ აირჩიონ საკუთარი ცხოვრების წესი. (Australian Association of Social Workers; Scope of Social Work Practice - Social Work in Disability. 2016).

ერთმანეთისაგან განასხვავებენ დარღვევისა და შეზღუდულ შესაძლებლობის ცნებებს. მაშინ, როდესაც დარღვევა განეკუთვნება შესაძლებლობებს-უნარებს შორის სხვაობას, რომელსაც შეუძლია ყოველდღიური ფუნქციონირების გართულება, შეზღუდული შესაძლებლობა წარმოადგენს უფრო ფართო და კომპლექსურ ინტერაქ-

ციას დარღვევის მქონე ინდივიდსა და საზოგადოების სტრუქტურებსა და პროცესებს შორის. ეს არ არის „ფიზიკური, კოგნიტური ან სენსორული დარღვევები, რომლებიც შეზღუდულ შესაძლებლობებს იწვევენ, არამედ - უფრო ის, რომ საზოგადოება ვერ ახერხებს ადამიანთა შორის განსხვავების ბუნებრივი ასპექტების შეგუებას“ (Priestley, 2003). აქედან გამომდინარე, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სოციალურ მუშაკები იყენებენ მიდგომას „ადამიანი და გარემო“, რომელიც გულისხმობს სტრუქტურულ და კულტურულ ფაქტორებზე კონცენტრირებას, რომლთაც შეუძლიათ როგორც ნეგატიური, ასევე პოზიტიური გავლენის მოხდენა ინდივიდის უნარზე - იყოს ჩართული სოციალურ ცხოვრებაში.

შშმ პირებთან მუშაობისას სოციალური მუშაკები კონცენტრირებული არიან ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებასა და მხარდაჭერაზე. მათი მუშაობა მოიცავს ყველა დონის მართვას (მიკრო, მეზო, მაკრო), პროგრამების შემუშავებას, ინდივიდუალურ დაგეგმვას, კონსულტაციებს, კოორდინაციასა და შემთხვევის მართვას, კვლევას, ადვოკატობასა და სოციალური პოლიტიკის შემუშავებას.

შეზღუდული შესაძლებლობის პირებთან მუშაობა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მომუშავე სოციალური მუშაკი არ არის სამედიცინო მომსახურების უშუალო მიმწოდებელი, თუმცა პროგრამების, კანონმდებლობისა და არსებული რესურსების ცოდნა მას საშუალებას აძლევს მნიშვნელოვანი დახმარება გაუწიოს შშმ კლიენტს. ჯანმრთელობის დაცვის საკმაოდ რთული სტრუქტურის მქონე სისტემაში ორიენტირებისა და საჭირო რესურსების მოსაპოვებლად სოციალური მუშაკის საქმიანობა ფასდაუდებელია. სოციალური მუშაკები ძირითადად ეხმარებიან შშმ პირებს შემთხვევის მართვის ფარგლებში, რაც თავისთავად მოიცავს მომსახურების კოორდინირებას ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში თუ მის გარეთ; ასევე

უნევენ ადვოკატობას, რათა მიიღონ საჭირო მომსახურება, როცა ის ნაკლებად არის ხელმისაწვდომი (Rothman 2003).

სოციალური მუშაკი არის ერთ-ერთი პირველი სპეციალისტი, რომელიც ხვდება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შესულ შშმ პაციენტს და შემდგომ ჩართულია მომსახურების ყველა ეტაპზე - დაწყებული მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით და მომსახურების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით, დასრულებული განერის ინტეგრირებული გეგმის კოორდინირებითა და გეგმის შესრულებაზე მონიტორინგით. გარდა ამისა, სოციალური მუშაკი ეხმარება შშმ პაციენტებს, თავი გაართვან მათი ყოველდღიური ცხოვრების პრობლემებს მომსახურების ფარგლებშიც. სოციალური მუშაკები ეხმარებიან მათ გააცნობიერონ საკუთარი დიაგნოზი და მეთვალყურეობას უწევენ, მიეწოდებათ თუ არა მათ საჭირო ინფორმაცია მისაღები და გასაგები ფორმატით. ისინი აგრეთვე მონაწილეობენ შშმ პაციენტებს ცხოვრების წესის ცვლილებაში (თუ ამას მკურნალობის პროცესი მოითხოვს) და შეზღუდულ შესაძლებლობასთან ადაპტირებაში.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სოციალური მუშაკის საქმიანობა შშმ პირთან მუშაობისას მხოლოდ სისტემის ფარგლებში მუშაობით არ შემოიფარგლება. იგი მუშაობს შშმ პაციენტის ოჯახთან და სოციალურ გარემოსთან, აკავშირებს მას სხვადასხვა რესურსთან და უზრუნველყოფს მაქსიმალურ მისაწვდომობას. სოციალურ მუშაკებს აგრეთვე შეუძლიათ დააკავშირონ შშმ პირები შესაბამის მხარდაჭერ ჯგუფებთან და ორგანიზაციებთან, რომლებიც შშმ პირებს გაუწევენ დახმარებას შეზღუდული შესაძლებლობის მართვასა და დამოუკიდებელი ცხოვრების დაწყებაში.

ხშირად სოციალური მუშაკები ექიმებთან და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა პროფესიონალებთან მუშაობენ, რათა მათ აუხსნან კლიენტის შეზღუდული შესაძლებლობის გავლენა ამ პიროვნების ემოციურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.

სოციალური მუშაკის კონკრეტული როლები

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შშმ პირებთან მუშაობისას

შშმ პირების მრავალფეროვანი საჭიროებიდან გამომდინარე სოციალური მუშაკი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სხვადასხვა როლს ასრულებს, თუმცა ყველა როლს წინ უძღვის შეფასება, რომელიც მოიცავს შემდეგ მნიშვნელოვან საკითხებს:

- ძლიერ მხარეებზე დაფუძნებული ფსიქოსოციალური შეფასება;
- რისკების შეფასება (როგორცაა ოჯახური ძალადობა და შეურაცხყოფა);
- შესაძლებლობის, ფუნქციონირებისა და განვითარების შეფასება, მათ შორის - მხარდაჭერისა და მონაწილეობის მოთხოვნები თუ საჭიროება.

სოციალური მუშაკი, როგორც შემთხვევის მენეჯერი

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მომუშავე სოციალური მუშაკი შშმ პაციენტებთან მუშაობისას, ძირითადად, იყენებს შემთხვევის მართვის მეთოდს.

მე-20 საუკუნის ბოლო ათწლეულში, შემთხვევის მართვა გამოიკვეთა როგორც სოციალური მომსახურების წამყვანი მეთოდი. სოციალური მომსახურების პრაქტიკაში შემთხვევის მართვა ძველ შემთხვევაზე მუშაობის (casework) მოდელის მსგავსია, თუმცა, შემთხვევის მართვა უფრო მეტად ხაზს უსვამს კლიენტზე გავლენის მქონე სისტემების პროფესიულ ჩართულობას, ვიდრე - მიკრო სისტემების ინტერვენციას. როთმენი (1991) გვთავაზობს შემთხვევის მართვის ლაკონიურ განმარტებას: „შემთხვევის მართვა ითვალისწინებს ორ ძირითად მიმართულებას: (1) ინდივიდუალური რჩევის, კონსულტაციისა თუ თერაპიის შეთავაზება კლიენტისათვის და (2) კლიენტების დაკავშირებას მათთვის საჭირო მომსახურებისა და დახმარების მიმწოდებელ ადგილობრივ საზოგადოებრივ სააგენტოებთან და არაფორმალურ

დამხმარე ქსელებთან. ფრანკელისა და გელმანის (2004) განმარტებით, შემთხვევის მართვის მიზნებია მომსახურებაზე მისაწვდომობის უზრუნველყოფა, კოორდინაციის გაადვილება და მომსახურების წყვეტის შემცირება.

გარდა ამისა, შემთხვევის მართვა გულისხმობს გრძელვადიანი ზრუნვის მართვას ფართო სპექტრის მომსახურებასთან კოორდინაციით და ამიტომ ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში კომპლექსური საჭიროებების მქონე შშმ პირებთან მუშაობისას იგი მნიშვნელოვანია.

კომპლექსური საჭიროების, ასევე მძიმე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების შემთხვევებში, შემთხვევის მართვის მენეჯერი აფასებს კლიენტს და ეძებს მისთვის საჭირო მომსახურებას, რაც შეიძლება მოიცავდეს საცხოვრებელს, ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებას, სოციალიზაციას, ყოველდღიურ აქტივობებს (დასვენებასა და განათლებას). საჭირო მომსახურების მიღებისა და გამოყენების შემდეგ შემთხვევის მართვის მენეჯერი მუდმივად მეთვალყურეობს თითოეულ შემთხვევას, რათა მომსახურება არ შეწყდეს. შემთხვევის მართვის მიდგომის ძლიერ მხარეს წარმოადგენს ის პროფესიული ყურადღება, რომელიც სისტემის სხვადასხვა დონეებს ექცევა. მიუხედავად ამისა, შემთხვევის მართვას თავისი შეზღუდვაც აქვს. ეს მიდგომა პროფესიონალებს ექსპერტებად წარმოადგენს, ვისზედაც კლიენტები და „შემთხვევები“ დამოკიდებულნი არიან მომსახურების მიღების კუთხით. შემთხვევის მენეჯერები, და არა კლიენტები, ინარჩუნებენ კონტროლს საბოლოო გადაწყვეტილებების მიღებაზე.

შემთხვევის მენეჯერები ზედმინწევნიტ კარგად უნდა იცნობდნენ იმ ჯგუფებს, რომლებსაც ემსახურებიან. თავისი კლიენტების სახელით ისინი სხვადასხვა როლში გამოდიან, როგორცაა მრჩეველი, ადვოკატი, განმანათლებელი და მედიატორი (Mackelpran & Salsgiver, 1996).

კრიზისული ინტერვენცია

კრიზისული ინტერვენცია წარმოადგენს სოციალური მუშაობის მოდელს, რომელიც გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანი მწვავედ განიცდის რომელიღაც ცხოვრებისეულ მოვლენას და სერიოზული შფოთვა აწუხებს. (Rothman 2003). ამ დროს ყველაზე ეფექტურია სწრაფი და დაუყოვნებელი ინტერვენცია, რათა ადამიანმა გააგრძელოს ჯანმრთელი და აქტიური ცხოვრება. ეს მოდელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთ ადამიანებთან სამუშაოდ, ვისთვისაც შეზღუდული შესაძლებლობა ახალი ცხოვრებისეული ცვლილებაა ან იმ მშობლებისთვის, რომელთაც შეეძინათ შშმ ბავშვი. ჯილილანდი და ჯეიმსი (1997) კრიზისს განმარტავენ, როგორც „მოვლენის ან სიტუაციის იმგვარ სირთულედ აღქმას, რომლის დაძლევის რესურსი ადამიანს არ აქვს.. კრიზისს ახასიათებს ტენდენცია, გამოიწვიოს მძიმე კოგნიტური და ქცევითი დისფუნქცია, სანამ ადამიანი არ მიაღწევს შვებას“.

ამიტომ არის მნიშვნელოვანი, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე სოციალური მუშაკი ფლობდეს კრიზისული ინტერვენციის საფუძვლებს და კლიენტთან მუშაობის მეთოდებს. ჯილილანდმა და ჯეიმსმა (1997) შემოგვთავაზეს კრიზისული ინტერვენციის დაძლევის ექვსსაფეხურიანი მოდელი:

1. პირველი საფეხური პრობლემის განსაზღვრაა. *მოუსმინეთ*, რა სურს კლიენტს, ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის ასპექტების გათვალისწინებით. ამ ეტაპზე პრობლემა განისაზღვრება კლიენტის მიერ.
2. მეორე საფეხურია *კლიენტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა*. შეაფასეთ კლიენტის მიერ თვითდაზიანების ან სხვების დაზიანების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური რისკი შინაგანი განწყობისა და გარემო ფაქტორების გათვალისწინებით. დარწმუნდით, რომ კლიენტი და სხვებიც უსაფრთხო გარემოში იმყოფებიან.

3. მესამე საფეხურია *მხარდაჭერა*. მოუსმინეთ თქვენს კლიენტს ზრუნვითა და თანაგრძნობით. იყავით ხელმისაწვდომი თქვენი კლიენტისთვის, რათა მას მიეცეს რეალური განცდა, რომ მხარდაჭერას შეძლებთ.
4. მეოთხე საფეხურია *კრიზისის დაძლევის შესაძლებლობათა შეფასება*. დაეხმარეთ კლიენტს რათა განიხილოს სხვადასხვა შესაძლებლობა, რათა პრობლემასთან გამკლავების შესაბამისი მექანიზმი შეარჩიოს.
5. მეხუთე საფეხურია *დაგეგმვა*. დაეხმარეთ კლიენტს, რომ შეადგინოს მოკლევადიანი გეგმა, რომელიც მოიცავს სწორედ იმ საფეხურებს, რომელსაც კლიენტი თავად გაივლის.
6. მეექვსე საფეხურია *კლიენტის მხარდაჭერა* მისი მოტივაციის განსაზღვრისთვის. დაეხმარეთ კლიენტს, რათა მან ვალდებულება აიღოს თავისივე გეგმის განხორციელებაზე.

აგრეთვე მნიშვნელოვანია, რომ კლიენტს მისცეთ შესაძლებლობა განსაზღვროს ის, თუ რა როლს თამაშობს შეზღუდული შესაძლებლობა მის ცხოვრებაში.

სოციალური მუშაკი, როგორც მულტიდისციპლინური

და ტრანსდისციპლინური გუნდის წევრი

სამედიცინო დაწესებულებაში სოციალური მუშაკი თანამშრომლობს როგორც დაწესებულების პერსონალთან და ადმინისტრაციასთან, ასევე დაწესებულების გარეთ არსებულ სხვადასხვა სპეციალისტსა და უწყებასთან, რათა შშმ პირმა მიიღოს ჯანმრთელობისათვის საჭირო რესურსები, კარგი მომსახურება, რაც გააუმჯობესებს მისი ცხოვრების ხარისხს და სოციალურ კეთილდღეობას მოუტანს მომსახურების დატოვების შემდეგაც.

სოციალური მუშაკი შშმ პაციენტის შეფასებისას იღებს ინფორმაციას შშმ პირის კომუნიკაციის თავისებურების, მისი ყოველდღიური

ფუნქციონირების, ცხოვრების სტილისა და სოციალური გარემოს შესახებ. აღნიშნულ ინფორმაციას იგი აწოდებს შშმ პირის მკურნალ ექიმს და მომსახურებაში ჩართულ შესაბამის სპეციალისტებს, რაც მათ მნიშვნელოვნად უადვილებს მკურნალობის ინდივიდუალური კურსის შემუშავებას და პაციენტსა და მის გარემოსთან ურთიერთობას, მათთვის მისაღები ფორმით ინფორმაციის მიწოდებას. მკურნალობის პროცესში სოციალური მუშაკი ამ სპეციალისტებს ასევე აწვდის ინფორმაციას იმაზე, თუ როგორ აისახება მკურნალობის კურსი შშმ პაციენტის ყოველდღიურ ფუნქციონირებაზე და რამდენად არის იგი თავად კმაყოფილი აღნიშნული მომსახურებით. თუ დაწესებულებაში არსებობს ფსიქიატრი ან ფსიქოლოგი, მაშინ სოციალური მუშაკი, როგორც შემთხვევის მენეჯერი, აქტიურად თანამშრომლობს მათთან, რათა უზრუნველყოს პაციენტის ზოგადი კეთილდღეობა. სამედიცინო დაწესებულებაში სოციალური მუშაკი წარმოადგენს სპეციალისტს, რომელიც ადევნებს თვალყურს სხვადასხვა სპეციალისტის ჩართულობას კონკრეტული შშმ პაციენტის შემთხვევაში და ცდილობს, რომ ყველა სპეციალისტი შეთანხმებულად მოქმედებდეს და პაციენტს არ მიაწოდონ ურთიერთგამომრიცხავი რეკომენდაციები მის ფუნქციონირებასთან და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

შშმ პაციენტის საჭიროებიდან გამომდინარე, სოციალური მუშაკი თანამშრომლობს ყველა იმ დაწესებულებისა თუ მომსახურების სპეციალისტთან, რომელთანაც დაკავშირებულია მისი კლიენტი, იქნება ეს განათლების დაწესებულება (საბავშვო ბაღი, სკოლა, პროფესიული თუ უმაღლესი სასწავლებელი) თუ სოციალური მომსახურება (ადრეული ჩარევა, დღის ცენტრის პროგრამა, შინ მომსახურების პროგრამა, რეაბილიტაცია/აბილიტაციის პროგრამა და ა.შ.). ამ შემთხვევაში ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური მუშაკი ხდება ტრანსდისციპლინური გუნდის წევრი და აქტიურად თანამშრომლობს აღნიშნულ დაწესებულებებთან და მომსახურებებთან. საჭიროების შემთხვევაში ის აწყობს შემთხვევის კონფერენციებსაც და იწვევს აღნიშნული დაწესებულებების სპეციალისტებს - სპეც. პედაგოგებს, ფსიქოლოგებს, ოკუპაციურ თერაპევტებს და ა.შ.

სოციალური მუშაკი - როგორც ადვოკატი

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მომუშავე სოციალური მუშაკს უწევს შშმ პირთა ადვოკატობა შემდეგი მიზნებისთვის:

- სამედიცინო დაწესებულებაში შშმ პირების ფუნქციონირების
- ხელშეწყობის მიზნით, მათზე მორგებული გარემოს შექმნა;
- შშმ პირის ძალადობისგან დაცვა;
- დისკრიმინაციული პრაქტიკისა და სტიგმის პრევენცია ან
- არსებული გამოცდილების აღმოფხვრა;
- შეზღუდული რესურსებისა და მომსახურების მიღება;
- შშმ პირის დამოუკიდებლობისა და თვითგამორკვევის გაძლიერება;
- შშმ პირის დამოუკიდებლობის ხელშეწყობა.

სამედიცინო მომსახურების პროცესში სოციალური მუშაკი თვალყურს ადევნებს კლიენტის მდგომარეობას, რათა დარწმუნდეს, რომ მისი მდგომარეობა უმჯობესდება. სოციალური მუშაკი რეგულარულად აფასებს შშმ პირების მომსახურების ხარისხს, რათა დარწმუნდეს, რომ პროგრამები რეალურად აკმაყოფილებენ კლიენტის საჭიროებას. თუ შშმ პირის მდგომარეობიდან გამომდინარე, საჭირო ხდება დამატებითი სპეციალისტის მოწვევა მისი კომუნიკაციისა და ფუნქციონირებისთვის (სურდოთარჯიმანი ყრუ ადამიანებისთვის, მობილობისა და ორიენტაციის სპეციალისტი უსინათლო ადამიანისთვის), მაშინ სოციალური მუშაკი აქტიურად თანამშრომლობს ადმინისტრაციასთან მომსახურებაში ამ სპეციალისტთა ჩასართავად.

სოციალური მუშაკი, როგორც

პროფესიონალი, რომელიც აფასებს

სამედიცინო მომსახურების

მისანვდომობას შშმ პირის საჭიროებიდან

გამომდინარე - ფიზიკური ბარემო და

პაციენტის ინფორმირების საკითხები

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სოციალური მუშაკი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს, რათა შშმ პირს ხელი მიუწვდებოდეს სამედიცინო მომსახურებაზე, დაწესებულების ფიზიკურ გარემოსა და საჭირო ინფორმაციაზე. გარდა ამისა, სოციალური მუშაკი მომსახურების მენეჯმენტს აწვდის ინფორმაციას და რეკომენდაციებს იმის შესახებ, თუ როგორ შეიძლება მომსახურება გახდეს უფრო ინკლუზიური და უპასუხოს შშმ პირების საჭიროებასა და ინტერესებს. მომსახურება უნდა დაიგეგმოს ისე, რომ შშმ პირის შენობასთან მისვლის, შენობაში შესვლისა და ინფორმაციის მიღების, მიწოდების ბარიერები კარგად იქნეს გააზრებული და აღმოფხვრილი მენეჯმენტის მიერ. სამედიცინო მომსახურების მენეჯმენტის მიერ გარემოს მოწყობის, პაციენტებისთვის ინფორმაციის მიწოდებისა და მომსახურების დაგეგმვის პროცესში გათვალისწინებული უნდა იქნეს გაეროს შშმ პირთა უფლებების კონვენციის პრინციპები - „უნივერსალური დიზაინისა“ და „გონივრული მისადაგების“ შესახებ. უნივერსალური დიზაინის პრინციპის გამოყენება მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ყველა პაციენტის მომსახურებას, რაც, ზოგადად, ამაღლებს მომსახურების ხარისხს; ხოლო გონივრული მისადაგების პრინციპები კი მომსახურებას ხდის ადამიანის უფლებებზე ორიენტირებულს.

მნიშვნელოვანია, რომ შშმ პაციენტმა იცოდეს დაწესებულებაში სოციალური მუშაკის არსებობის შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში

(იქნება ეს გარემოს ფიზიკური მისაწვდომობა, შესაბამისი ინფორმაცია, თუ მომსახურების მიღება) მოითხოვოს მასთან შეხვედრა და მისი მომსახურების მიღება.

გარემოს მისაწვდომობა

ფიზიკური მისაწვდომობა

ევანსის (2013) მიხედვით, ფიზიკური მისაწვდომობა გაგებულია, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის კარგ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა, რომელიც შენობის ადაპტირების გარდა გულისხმობს ექიმთან ვიზიტის საათებსა თუ მომსახურების სხვა ასპექტებს, რაც საშუალებას აძლევს ადამიანებს საჭირო დროს მიიღონ მომსახურება. მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია ხელმისაწვდომი გახადოს თავისი დაწესებულება ისევე, როგორც სამედიცინო მოწყობილობა და პაციენტის გასასინჯი ოთახები.

შშმ პირთა კონვენცია და დადგენილება #41 – („შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისათვის სივრცის მოწყობისა და არქიტექტურული დაგეგმარებითი ელემენტების ტექნიკური რეგლამენტი“) მოითხოვს მოსახერხებელი გზების, ლიფტების, პანდუსების, ადვილად გასაღები კარების, ხელმისაწვდომი სინათლის ჩამრთველების, სველი წერტილების, პარკინგის ადგილისა და ნიშნების შემუშავებას (მათი მომსახურების უზრუნველყოფასაც), რომელთა გამოყენებას შეძლებენ უსინათლო ან სუსტადმხედველი პირები. გარდა ამისა, ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების პროვაიდერები ვალდებული არიან უზრუნველყონ შესაბამისი აღჭურვილობა, როგორიცაა სამედიცინო მაგიდები, დიაგნოსტიკური აპარატურა და საჭიროებიდან გამომდინარე, გამოიყენონ ლიფტი ან სპეციალურად მომზადებული პერსონალი სამედიცინო შემოწმებისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების თანაბარი ხელმისაწვდომისათვის. დაწესებულების პერსონალი ვალდებულია შეადგინოს შესაბამისი ოთახების, აპარატურისა და გამოცდილი თანამშრომლების მუშაობის განრიგი, რათა, საჭირო დროს უზრუნველყოფილი იყოს მათი ჩართულობა.

მისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, მნიშვნელოვანია შეფასდეს, თუ რამდენად პასუხობს მომსახურების გარე და შიდა ფიზიკური გარემო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საჭიროებას და რამდენად ემსახურებიან მათ კონვენციის შემდეგი პრინციპის მიხედვით: „პატივისცემა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა განსხვავებულობისადმი; მათი აღიარება ადამიანთა შორის არსებული განსხვავებულობის შემადგენელ ნაწილად“.

მნიშვნელოვანია, რომ მომსახურების გარემოს მოწყობისა და ადაპტირების საქმეში ჩართული იყოს ოკუპაციური თერაპევტი. ხოლო სოციალური მუშაკი შეაფასებს მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და არსებულ ბარიერებს თითოეული შშმ პირის მომსახურების ფარგლებში.

შშმ პირებისთვის მისაწვდომი სამედიცინო და სოციალური მომსახურებების შესახებ ირლანდიის ეროვნული სახელმძღვანელო პრინციპის (2016) მიხედვით, გარემოს მოწყობის კუთხით მნიშვნელოვანია შემდეგი ზოგადი საკითხების გათვალისწინება:

- შეუძლიათ თუ არა შშმ პირებს სამედიცინო დაწესებულებაში მოხვედრა;
- შეუძლიათ თუ არა შშმ პირებს ადვილად გადაადგილდნენ შენობის შიგნით, და მოძებნონ გზა დანიშნულების ადგილამდე;
- არსებობს თუ არა ადაპტირებული საპირფარეშოები;
- შეეფერება თუ არა ავეჯი და მოწყობილობა შშმ პირების საჭიროებას;
- აქვს თუ არა მომსახურებას ერთიანად გამართული სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს შენობებისა და ობიექტების მისაწვდომობას;
- შეძლებს თუ არა დაწესებულება შშმ პირების უსაფრთხო ევაკუაციას საგანგებო სიტუაციაში; აქვს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებას საგანგებო/გამაფრთხილებელი სისტემა ყრუ და

სმენადაქვეითებული ადამიანებისთვის, რომელთაც არ შეუძლიათ განგაშის ხმის გაგება.

მისაწვდომი გარემოს უზრუნველსაყოფად აუცილებელ პირობას წარმოადგენს გარე და შიდა გარემოს გათვალისწინება - დაწყებული დაწესებულების ეზოდან და შესასვლელიდან, დასრულებული უსაფრთხო ევაკუაციის შესაძლებლობით.

მომსახურების შესასვლელი და მისადგომები

შშმ პირის სამედიცინო დაწესებულებაში მოხვედრა არ უნდა იყოს დაკავშირებული დიდ ძალისხმევასთან, მაქსიმალურად უნდა შევუწყოს ხელი ინდივიდს დამოუკიდებლად გადაადგილებისათვის; შესასვლელი არ უნდა იყოს შენობის სხვა მხარეს. ამისთვის მნიშვნელოვანია გარემოს შეფასება შემდეგი საკითხების მიხედვით:

- არსებობს თუ არა პაციენტების ჩამოსხმისა და აყვანის ადგილი, რომელიც ნათლად არის მითითებული შესასვლელთან ახლოს გამოკრულ საინფორმაციო დაფაზე/აბრაზე;
- არსებობს თუ არა შესასვლელთან ახლოს მდებარე პარკირების ხელმისაწვდომი ადგილი;
- პარკირების ადგილიდან ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტიდან შესასვლელამდე გზა თავისუფალია თუ არა ყოველგვარი დაბრკოლებებისგან;
- გზაჯვარედინების ადგილებში არსებობს თუ არა მოცურების საწინააღმდეგო ბილიკი ან გზა ამობურცული ბორდიურებით და ტაქტილური/ადვილად მოსინჯვადი ზედაპირით;
- შესაძლებელია თუ არა შენობაში შესვლა საფეხურების ავლის გარეშე, წინააღმდეგ შემთხვევაში, შესასვლელთან უნდა არსებობდეს როგორც საფეხურები ისე პანდუსი უწყვეტი მოაჯირით. კონტრასტული ტექსტურის ქვაფენილი საშუალებას მისცემს სუსტადმხედველ ადამიანებს მიხვდნენ, რომ შესასვლელთან იმყოფებიან.

- პანდუსის დაქანება შეესაბამება თუ არა სახელმწიფო რეგულაციას, კერძოდ - #41 დადგენილებას;
- საფეხურები დაფარულია თუ არა დაცურების საწინააღმდეგო ზედაპირით და მარკირებულია თუ არა კიდეებში;
- ილება თუ არა შემოსასვლელი კარი ადვილად ან ავტომატურად;
- თუ არსებობს ორმაგი კარი შესასვლელში ორპირი ქარის შესამცირებლად, მაშინ არის თუ არა საკმარისი მანძილი გარე და შიდა კარებს შორის იმ ადამიანებისთვის, ვინც ეტლით გადაადგილდება;
- რამდენად კარგად ჩანს და ადვილად გამოსაყენებელია კარის სახელურები, განლაგების სიმაღლის თვალსაზრისით რამდენად მოსახერხებელია ეტლით მოსარგებლე ადამიანებისთვის;
- არსებობს თუ არა საინფორმაციო დაფა, რომელიც მიანიშნებს, თუ სად შეიძლება სხვადასხვა მომსახურების და ობიექტის მოძიება;
- მიმღების მაგიდა ითვალისწინებს თუ არა როგორც ფეხზე მდგომი ისე ეტლით მოსარგებლე პირის მომსახურებას;
- არსებობს თუ არა შესაბამისი სიმაღლის მაგიდა სხვადასხვა დოკუმენტის ხელმოსაწერად;
- საკმარისად არის თუ არა განათებული მიმღებში მომუშავე ადამიანის სახე, რათა შესაძლებელი იყოს ტუჩებით მოძრაობის წაკითხვა;
- არის თუ არა შესაბამისი სივრცე როგორც ხელით სამართავი, ისე ელექტროეტლების შემოსასვლელად და მოსაბრუნებლად;
- გამოკრული განცხადებები დაბეჭდილია თუ არა მსხვილი, მკაფიო შრიფტით, ფერების მკვეთრი კონტრასტით და გლუვ ფონზე (ზედაპირზე ანარეკლის შესამცირებლად);

- ბროშურების სტენდი ხელმისაწვდომია თუ არა როგორც ფეხზე მდგომი, ისე ეტლით მოსარგებლე ადამიანებისთვის; შეუძლია თუ არა ხელის ფუნქციის შეზღუდვის მქონე ადამიანს სტენდიდან ბროშურის ადვილად აღება.

დანესებულების შიგნით არსებული საერთო სივრცე და გადაადგილება

დანესებულებაში შემოსვლის შემდეგ შშმ პირისთვის არანაკლებ მნიშვნელოვანია თავისუფალი გადაადგილებისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, რასაც განაპირობებს შემდეგი საკითხების გათვალისწინება:

- უსაფრთხო და მოცურების საწინააღმდეგო იატაკი, რომელიც მშრალია, კარგად მოვლილი და მოსახერხებელი ყავარჯნით, ხელჯობით მოსიარულე ან ეტლით მოსარგებლე ადამიანებისთვის;
- იატაკის სხვადასხვა სივრცის ერთმანეთისაგან გამოსაყოფად გამოყენებული უნდა იყოს მკვეთრად განსხვავებული ფერის მასალა, ან მონიშნული იყოს მარშრუტები სუსტადმხედველი და უსინათლო ადამიანებისთვის;
- შესასვლელები, კორიდორები და სხვა სამოძრაო სივრცე საკმარისად ფართოა თუ არა ხელით სამართავი ან ელექტროეტილების გადაადგილებისა და მობრუნებისთვის;
- რამე ხომ არ აბრკოლებს კორიდორებში, მოსაცდელ ოთახებსა თუ პალატებში მათ უსაფრთხო გადაადგილებას; ურიკები, საწმენდი საშუალებები ან კედელზე დამაგრებული საგნები, როგორცაა ცეცხლმაქრები ან სხვა მასალები არ უნდა იყოს გამოშვრილი და განთავსებული ისეთ ადგილებში, სადაც დაბრკოლების ან საფრთხის შექმნა შეუძლია;
- არის თუ არა მოაჯირები, სახელურები და სკამები ყველა მოსაცდელ სივრცეში და გადასადგილებელი მარშრუტების გას-

წვრივ, რათა მობილობის შეზღუდვის ან ქრონიკული ტკივილის მქონე ადამიანებმა შეძლონ შენობაში გადაადგილება და საჭიროების შემთხვევაში დასვენება;

- არის თუ არა მოაჯირები ისეთ ადგილებში, სადაც იატაკის დონე იცვლება და სადაც საფეხურები და პანდუსებია;
- შუშის კარებზე დატანილია თუ არა მარკირება, რათა მათი მკაფიოდ დანახვა იყოს შესაძლებელი;
- კიბის საფეხურის კიდეებზე გაკეთებულია თუ არა მარკირება, რათა მათი ადვილად დანახვა იყოს შესაძლებელი;
- არსებობს თუ არა ალტერნატივა მათთვის, ვისაც კიბებით სარგებლობა არ შეუძლია, მაგალითად, ლიფტი ან პანდუსი;
- ხელმისაწვდომ სიმაღლეზეა თუ არა განთავსებული ყველა სამართავი პანელი, მათ შორის ლიფტის პანელი, როგორც მჭდომარე, ისე ფეხზე მდგომი ადამიანისთვის;
- ლიფტის კარები იღება თუ არა მინიმუმ 0.9 მეტრზე; აგრეთვე სასურველია ლიფტს ჰქონდეს ხმოვანი სისტემა, რომელიც მითითებს რომელ სართულზე გაჩერდა იგი.

საპირფარეშოები

თუ დანესებულების ყველა საპირფარეშო არ არის ადაპტირებული „უნივერსალური დიზაინის“ პრინციპით, მაშინ „გონივრული მისადაგების“ საფუძველზე რამდენიმე საპირფარეშო მაინც უნდა იყოს შშმ პირთა საჭიროებას მორგებული (დადგენილება #41 მიხედვით). ამისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხების გათვალისწინება:

- საპირფარეშო მორგებულია თუ არა ეტლით მოსარგებლე და უსინათლო პირების საჭიროებას - კარების სიგანე, დასაყრდნობი სახელურები და ა.შ.;
- კარების სახელურები, ხელსაბანები, ონკანები და უნიტაზები სრულად ხელმისაწვდომია თუ არა მობილობის და მხედვე-

ლობის შეზღუდვის მქონე პირებისთვის. კარების სახელურებისა და ონკანების გამოყენება შესაძლებელი უნდა იყოს ხელის მოძრაობის შეზღუდვის მქონე ადამიანებისთვის;

- არსებობს თუ არა სათანადოდ განთავსებული მოაჯირები ან ხელმისაწვდომი სახელურები შესასვლელად და გამოსასვლელად;
- ემსახურებიან თუ არა დროულად ადაპტირებულ საპირფარეშოების, შეაკეთებენ თუ არა სწრაფად დაზიანების შემთხვევაში.

საკონსულტაციო და სამკურნალო სივრცე

შშმ პირის სამედიცინო კონსულტაცია და მკურნალობა ვერ იქნება სრულფასოვანი, თუ ამისთვის შესაფერისი ფიზიკური გარემო არ არსებობს. ამიტომ მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხების გათვალისწინება:

- სამკურნალო ოთახების ფართი საკმარისი უნდა იყოს, რათა ხელით სამართავი ან ელექტროეტილით მოსარგებლეს მობრუნება შეეძლოს;
- არსებობს თუ არა სამკურნალო ოთახში ასაწევი მოწყობილობა (ან სხვა სახის ალტერნატივა), რათა პაციენტი უსაფრთხოდ და კომფორტულად მოთავსდეს გასასინჯ ან სამკურნალო მაგიდაზე ან სავარძელზე;
- გასასინჯი ტახტი განთავსებულია თუ არა ცენტრში, რათა მისასვლელი ორივე მხრიდან ჰქონდეს (ან ადვილად იყოს შესაძლებელი მისი გადაადგილება); შესაძლებელია თუ არა მისი სიმაღლის რეგულირება, რომ პიროვნების შემოწმება შესაძლებელი იყოს სხვადასხვა პოზიციიდან - დაწოლილ, ფეხზე მდგომ ან დამჯდარ მდგომარეობაში;

- გათვალისწინებულია თუ არა დიაგნოსტიკური აპარატურა შშმ პირებისთვის, მაგალითად, როგორცაა მამოგრაფიის აპარატი ეტლით მოსარგებლე ქალბატონისთვის;
- არის თუ არა ოთახში სახელურები/მოაჯირები, რომლებიც შეზღუდული მობილობის მქონე ან სუსტადმხედველ ადამიანებს დიაგნოსტიკურ აპარატთან ან ასაწონ აპარატზე დგომისას მისცემს დაყრდნობის საშუალებას;
- ასევე უნდა არსებობდეს ადაპტირებული ასაწონი მოწყობილობები, რომლებიც ეტლში მჯდომი ადამიანების აწონვის საშუალებას იძლევა.
- არსებობს ერთი გასახდელი ოთახი ან სივრცე მაინც, რომელსაც დაბრკოლების გარეშე გამოიყენებენ ხელით სამართავი ან ელექტროეტილით მოსარგებლე და შეზღუდული მობილობის მქონე ადამიანები; აქვს თუ არა გასახდელ ოთახს სახელურები, დასაჯდომი ადგილები და გამოძახების ღილაკები იმ შემთხვევისათვის, თუ პაციენტს დახმარება დასჭირდა.

საავადმყოფოს პალატები

საავადმყოფოს პალატებიც შესაბამისად უნდა იყოს მორგებული შშმ პირთა საჭიროებას და ამისთვის უნდა განისაზღვროს შემდეგი გარემოებანი:

- აღჭურვილია თუ არა პალატები სიმაღლის ავტომატური რეგულირების მექანიზმიანი საწოლებით;
- არის თუ არა ამწე, ადამიანის აწევის საშუალებას რომ მოგვცემს ან სახელურები საწოლის თავზე, რომელიც პაციენტს დაეხმარება თავად გადაადგილდეს საწოლსა და აბაზანას ან საწოლსა თუ სკამს შორის;
- არსებობს თუ არა საკმარისი სივრცე საწოლის გარშემო, რათა ხელით მართვადი ან ელექტროეტილით მოსარგებლე პირმა საწოლის გვერდით ეტლის შემობრუნება შეეძლოს;

- აქვს თუ არა პალატას მომიჯნავე მისაწვდომი საპირფარეო ან სააბაზანო, შესაბამისი სახელურებით;
- არის თუ არა გარემო სივრცე სრულად უსაფრთხო და თავისუფალი.

ნიშნები/მაჩვენებლები და შეტყობინებები

- შენობაში ორიენტირებისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი:
- შენობაში არსებობს თუ არა მიმართულების მაჩვენებელი ნიშნები და რამდენად ინფორმაციულია ისინი;
- არის თუ არა გამოყენებული მარტივი ენა საინფორმაციო დაფებსა და აბრებზე გამოსახულ ნიშნებსა და შეტყობინებებზე;
- არსებობს თუ არა საინფორმაციო შეტყობინებებსა და ნიშნებზე ფერების კონტრასტი ასოებსა და ფონს შორის;
- გამოყენებული დასურათებული ნიშნები/პიქტოგრამები და სიმბოლოები, ადვილად გასაგებია თუ არა ყველასათვის. მაგალითად, დასწავლის სირთულეების მქონე პირებისთვის, შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის და ენის არმცოდნე ინდივიდებისთვის;
- ყველა შეტყობინება მინიმუმ 18 ზომის შრიფტით უნდა იყოს შესრულებული.

უსაფრთხო ევაკუაცია

მნიშვნელოვანია, რომ მომსახურებას ჰქონდეს ევაკუაციის გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს შშმ პირების უსაფრთხო გამოყვანას შენობიდან. ამიტომ გარემოს აღჭურვისას უნდა იქნეს გათვალისწინებული შემდეგი საკითხები:

- არსებობს შესაბამისი უსაფრთხო ევაკუაციის გეგმა ყველა ადამიანისთვის, მათ შორის შშმ პირებისთვის, საგანგაშო მდგომარეობის შემთხვევაში

- არსებობს სახანძრო სიგნალიზაცია/განგაში - როგორც ხმოვანი ისე ვიზუალური, რათა მათი აღქმა შეძლონ ყრუ და სმენადაქვეითებულმა ადამიანებმა

ინფორმაციის მისაწვდომობა

შშმ პირთა უფლებების კონვენცია ხაზს უსვამს სახელმწიფოსა და მომსახურების სექტორის ვალდებულებას, რომ უზრუნველყონ ინფორმაციით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანები მათთვის შესაფერისი ფორმით. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შშმ პირებს მიუწვდებოდეთ ხელი ინფორმაციაზე, რომელიც მათ ჯანმრთელობასთან არის დაკავშირებული. ინფორმაცია მიწოდებული უნდა იყოს ხელმისაწვდომ ფორმატში, რომელიც მკაფიო და ადვილად გასაგებია. ეს ადამიანებს მისცემს საშუალებას:

- მოიძიონ მათთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურება;
- გააკეთონ ინფორმირებული არჩევანი და მიიღონ სწორი გადაწყვეტილება;
- გაერკვიონ სამედიცინო პროცედურებში, მკურნალობასა და შემდგომ მოვლაში;
- თავიდან აიცილონ სამედიცინო შეცდომები.

ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულებებისა და

მომსახურების ხელმისაწვდომობის შესახებ

დაწესებულებებისა და მომსახურების შესახებ ინფორმაცია ყოველთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სხვადასხვა ფორმატში, სადაც ამის საჭიროება და საშუალება არსებობს. ინფორმაცია ხელმისაწვდომი ფორმატით უნდა იყოს მიწოდებული. მაგალითად, პაციენტის საინფორმაციო ბუკლეტში ან დაწესებულების ვებგვერდზე, განთავსებული უნდა იყოს ინფორმაცია სამედიცინო დაწესებულების შესახებ. სასარგებლო იქნება შემდეგი ინფორმაცია:

- დეტალები დაწესებულების ადგილმდებარეობის შესახებ, საზოგადოებრივი ტრანსპორტის ხელმისაწვდომობის, პარკირების, სერვისის მომხმარებლების შემოსვლისა და გაყვანის ორგანიზების, შესასვლელის ადგილმდებარეობის შესახებ;
- სპეციფიკური სერვისებისა და შენობების ადგილმდებარეობა, მათ შორის მიმდებარისა და მოსაცდელი სივრცის და ხელმისაწვდომი საპირფარეოების შესახებ;
- დეტალები დაკავშირებისა და მიღებაზე ჩაწერის შესახებ, დაკავშირების ნებისმიერი სხვა დეტალი, როგორცაა ტექსტური გზავნილის საშუალებით მიღებაზე ჩაწერის შესაძლებლობა;
- ინფორმაცია ვის და როგორ უნდა დაუკავშირდნენ სპეციფიკური დახმარების საჭიროების შემთხვევაში მნახველთა მიღების საათების შესახებ (როდესაც მარტო დარჩებიან).

ინფორმაციის სხვადასხვა ფორმატში

მიწოდება/გაგრძელება

მნიშვნელოვანია, რომ დაწესებულებამ მიიღოს ინფორმაცია თავად შშმ პირისგან ან მისი მშობლისგან თუ მზრუნველისაგან, იმის შესახებ, თუ რა სახით ურჩევნია შშმ პირს ინფორმაციის მიღება. ზოგიერთ მათგანს შეიძლება სჭირდებოდეს ინფორმაციის გადაცემა სპეციფიკური ფორმატით. იმ შემთხვევებში, როდესაც შშმ პაციენტს ან სერვისის მომხმარებელს რეგულარული კონტაქტი აქვს სერვისთან, კეთდება და ინახება ჩანაწერი ინფორმაციის მიწოდებასთან დაკავშირებით მისთვის ყველაზე მისაღებ მეთოდის შესახებ.

როდესაც დაწესებულება ამზადებს ისეთ ბეჭდვით ინფორმაციას, როგორცაა ბროშურა, ან ინფორმაცია ვებგვერდისთვის, გათვალისწინებული უნდა იყოს, თუ როგორ უნდა მიეწოდოს ეს ინფორმაცია შშმ პირებს ხელსაყრელი ფორმით. ეს შეიძლება ითვალისწინებდეს მსხვილ შრიფტს, ვებგვერდზე განთავსებულ ხელმისაწვდომ ინფორმაციას, ადვილად წასაკითხ ტექსტს, აუდიო ან ვიდეო ინფორმაციას,

ბრაილის შრიფტს ან ფერად ფურცლებზე დაბეჭდილ ტექსტს. ბრაილის შრიფტი წარმოადგენს ამობურცული წერტილებით წერის სისტემას, რომელიც შეხებით იკითხება. უახლესი ტექნოლოგიების არსებობამ, შედარებით შეამცირა ბრაილის შრიფტით შედგენილ დოკუმენტებზე მოთხოვნა. სოციალურმა მუშაკმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ დაწესებულებაში, სადაც ამის საშუალება იქნება, არსებობდეს საინფორმაციო მასალა და დოკუმენტები ბრაილის შრიფტით.

მომსახურების ხელმისაწვდომობა

ექიმთან ვიზიტზე ჩაწერა

სოციალური მუშაკი ადევნებს თვალყურს ვიზიტის დანიშვნის ხელმისაწვდომობასაც. მაგალითად, ექიმთან მიღებაზე ან პროცედურაზე ჩაწერისას სოციალური მუშაკი შშმ პირისგან ან მისი წარმომადგენლისგან იღებს ინფორმაციას, თუ რა სახის მოთხოვნები აქვს მას ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. სწორედ სოციალური მუშაკის დახმარებით უნდა გაირკვეს კომუნიკაციის რომელ საშუალებას ანიჭებს უპირატესობას შშმ პირი მისი შეზღუდული შესაძლებლობის გათვალისწინებით; მაგალითად, შესაძლოა უსინათლო ადამიანისთვის უშუალოდ ტელეფონით დაკავშირება იყოს საჭირო და არა მესიჯით ან ელექტრონული ფოსტის საშუალებით. სხვადასხვა ადამიანთან შეიძლება დაგვჭირდეს კომუნიკაციის სხვადასხვა გზა, რომელიც თითოეული მათგანის შეზღუდული შესაძლებლობის ფორმაზე იქნება დამოკიდებული. გარდა ამისა, ერთი და იმავე შეზღუდვის მქონე ადამიანებს შეიძლება განსხვავებული კომუნიკაციის საჭიროება ჰქონდეს. ამიტომ არის ინდივიდუალური მიდგომის გამოყენება მნიშვნელოვანი და იმის გარკვევა, თუ რას ანიჭებს უპირატესობას თავად შშმ პირი.

მოქნილობა ვიზიტის საათების დანიშვნისას

მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა, რამდენად მოქნილია მომსახურება ვიზიტის დროის თვალსაზრისით. მაგალითად: დილის საათებში

მიღების დანიშვნა შეიძლება არარეალისტური იყოს იმ ადამიანისთვის, რომელსაც მოსამზადებლად მეტი დრო ან მომწველი, ან პერსონალური ასისტენტის დახმარება სჭირდება.

მიღებაზე ლოდინის დროის მინიმუმამდე დაყვანა

დაგეგმილი ვიზიტის შემთხვევაში შშმ პირებისთვის მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი ლოდინის დრო, რადგან გარკვეული შეზღუდული შესაძლებლობის გამო შეიძლება ადამიანს დაეწყოს ან გაუძლიერდეს მღელვარება, სტრესი ან ტკივილი. მაგალითად, ქცევითი დარღვევების ან შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ადამიანი ახალ გარემოში ხანგრძლივად ყოფნის დროს შეიძლება აფორიაქდეს და ერთ ადგილზე დიდი ხნით გაჩერება გაუჭირდეს. ვიზიტის დაგეგმვის დროს სასარგებლო იქნებოდა ამ გარემოებათა გათვალისწინება; მაგალითად, ლანჩის შემდეგ ჩაწერილ პირველ პაციენტს შეიძლება ყველაზე ნაკლებად მოუწიოს ლოდინმა. მნიშვნელოვანია, როგორც აუდიო, ისე რიგის ვიზუალური სისტემების დანერგვა, რათა ადამიანებმა თავიანთი რიგის მოსვლის დრო გაიგონ (უსინათლო და სმენადაქვეითებული ადამიანებისათვის). თუ რიგის მოწესრიგებისთვის ბარათების სისტემა გამოიყენება, მაშინ მნიშვნელოვანია, რომ ბარათების გამცემი აპარატი ეტლით მოსარგებლე ან დაბალი ადამიანებისთვის ხელმისაწვდომ სიმაღლეზე იყოს განთავსებული; ასევე უნდა არსებობდეს ალტერნატივა უსინათლო ადამიანებისთვისაც. უსინათლო ადამიანს უნდა აუხსნან (სავარაუდოდ), თუ როგორ გამოიძახებენ ვიზიტზე, ხოლო სუსტადმხედველ ადამიანს უნდა აჩვენონ ეკრანის ადგილი, რათა მან მოსახერხებელი ადგილიდან აკონტროლოს ვიზიტის მოახლოების დრო. მოსაცდელ სივრცეში ვიზუალური ეკრანის არქონის შემთხვევაში, დარწმუნდით, რომ უსინათლო, მხედველობადაქვეითებული, ყრუ, ან სმენადაქვეითებული ადამიანები აუცილებლად შეიტყობენ, როცა მათი მიღებაზე შესვლის დრო დადგება.

ოფიციალური დოკუმენტების შევსება

შშმ პირის მომსახურებაში შემოსვლისას მნიშვნელოვანია გაირკვეს სჭირდება თუ არა მას დახმარება დოკუმენტების შევსებაში. სამსახურებმა ასევე უნდა გაითვალისწინონ ხელის ფუნქციის დარღვევების მქონე ადამიანების უზრუნველყოფა ხელში ადვილად დასაჭერი კალმებით. თუ მიმღების მაგიდა ძალიან მაღალია, მაგალითად, ეტლით მოსარგებლე პირისთვის, უნდა იყოს შესაძლებელი მაგიდის შემოვლა, რათა პაციენტმა მოახერხოს სამედიცინო ფორმის შევსება და დროულად ჩაერთოს მომსახურებაში.

სოციალური მუშაკის ჩართულობა

სოციალური მუშაკი მხარს უჭერს შშმ პაციენტს მომსახურების ყველა ეტაპზე და ასევე აფასებს, თუ რამდენად არის ხელმისაწვდომი მისთვის მომსახურების ფიზიკური გარემო, ინფორმაციის მიწოდების საშუალებები, პროცესი და მომსახურება ყოველ საფეხურზე. ამისთვის მნიშვნელოვანია, რომ მომსახურების ყველა ეტაპი შეფასდეს, დაწყებული პაციენტის სისტემაში შემოსვლით დასრულებული მისი გაწერით ან/და გადამისამართება სხვა სამედიცინო ან/და სოციალური მომსახურებაში. ამის უზრუნველსაყოფად დაწესებულებაში კარგად უნდა იყოს დეგეგმილი სოციალური მუშაკის საქმიანობის ეტაპები და არსებობდეს შესაბამისი პროცედურები და ფორმები, რომლებიც სოციალური მუშაკის მიერ მიღებულ ინფორმაციას მიაწოდებს დაწესებულებას და მის გარეთ არსებულ სამედიცინო სფეროს სპეციალისტებს (მულტიდისციპლინური და ტრანსდისციპლინური სისტემები). სოციალური მუშაკი სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში შშმ პირის ადვოკატიცაა, თუ არსებული მომსახურება და რესურსები არ შეესაბამება მის საჭიროებებსა და ინტერესებს. ამისთვის თავად სოციალური მუშაკი უნდა ფლობდეს შესაბამისი სახის ინფორმაციასა და ცოდნას.

სოციალური მუშაკის მიერ პირველი
კომუნიკაცია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე

პირთან - საჭიროების პირველადი შეფასება

სოციალური მუშაკი ფლობს მნიშვნელოვან ინფორმაციას შშმ პირების საჭიროების და შესაძლებლობის შესახებ, რასაც იღებს უშუალოდ შშმ პირებთან და მათი ოჯახის წევრებთან/მხარდამჭერებთან თანამშრომლობით და შეზღუდული შესაძლებლობის სფეროში მომუშავე ორგანიზაციებთან კონსულტაციით. ამისთვის მნიშვნელოვანია, რომ სოციალური მუშაკი ფლობდეს შშმ პირებთან კომუნიკაციის სწორ პრინციპებსა და მიდგომას, რასაც ასევე უზიარებს სამედიცინო დაწესებულებაში თუ ზოგადად სფეროში მომუშავე კოლეგებს და უწევს მონიტორინგს იმას, რომ შშმ პაციენტი სრულად იყოს ჩართული საკუთარ მომსახურებაში და დაცული იყოს დისკრიმინაციისაგან.

აღსანიშნავია, რომ გაეროს შშმ პირთა უფლებების კონვენცია „კომუნიკაციას“ ფართო კონტექსტით განმარტავს და ითვალისწინებს ადამიანების საჭიროებას. კონვენციის მიხედვით, „კომუნიკაცია“ მოიცავს ენებს, ტექსტის გაფორმებას, ბრაილს, ტაქტილურ კომუნიკაციას, მსხვილი შრიფტით ბეჭდვას, მისაწვდომ მულტიმედია საშუალებებს, ისევე როგორც ბეჭდვით მასალებს, აუდიო საშუალებებს, ჩვეულებრივ მეტყველებას, მკითხველებს, გამაძლიერებელ და ალტერნატიულ მეთოდებს, ხერხებსა და ფორმატებს, საინფორმაციო-საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების ჩათვლით. ხოლო „ენა“ მოიცავს სალაპარაკო და ჟესტების ენას, ასევე სხვა, არასასაუბრო ენების გამოყენებას.

სამედიცინო მომსახურების ფარგლებში დაწესებულების სოციალური მუშაკი შშმ პირთან შეხვედრისას უნდა ახსოვდეს ის გარემოება, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ყველა პირს არ სჭირდება დახმარება, ასევე ყოველთვის ცხადად არ არის გამოკვეთილი მისაწვდომობის, სპეციფიკური კომუნიკაციისა და მომსახურების საჭიროება, აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, რომ შშმ პირთან პირვე-

ლი შეხვედრის ფარგლებში სოციალურმა მუშაკმა სწორად დაამყაროს კომუნიკაცია და გაითვალისწინოს შემდეგი:

- სჭირდება თუ არა დახმარება შშმ პირს. შეზღუდული
- შესაძლებლობა არ ნიშნავს მუდმივად გარკვეული საჭიროების ქონას;
- თუ შშმ პირს სპეციალური მოთხოვნები აქვს, მაშინ როგორ
- შეიძლება მათი უზრუნველყოფა მომსახურების ფარგლებში და მის გარეთ;
- შესაძლოა შშმ პაციენტმა თავად მისცეს მიმართულება
- სოციალურ მუშაკს საჭიროების შესწავლის დროს და მიუთითოს, თუ რა სახის დახმარება სჭირდება მას;
- მნიშვნელოვანია, მისაწვდომობის და სპეციალიზებულ
- მკურნალობის საჭიროებაზე მოთხოვნის დოკუმენტურად დაფიქსირება;
- ნუ ივარაუდებთ, რომ შშმ პირი ვერ შეძლებს უპასუხოს კითხვებს
- თავისი ჯანმრთელობისა და სიმპტომების შესახებ. პირველ რიგში, თვითონ ამ პიროვნებას დაუსვით კითხვები.

შშმ პაციენტის პირველადი შეფასების პროცესში სოციალური მუშაკი აქტიურად იყენებს შემდეგ უნარ-ჩვევებს:

- კითხვების სწორად დასმა: დასვით მარტივი კითხვები, რათა გაარკვიოთ აქვს თუ არა რაიმე დამატებითი სპეციფიკური მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურების მიმღებ შშმ პირს; გაარკვიეთ, თუ რა დაბრკოლებები ან სირთულე შეიძლება შეექმნათ შშმ პირებს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობენ. შშმ პირის თანხმობით, მისი ოჯახის წევრებს, მომვლელებს ან დამხმარე პერსონალს შეუძლიათ თავად მიუთითონ რაიმე კონკრეტულ საჭიროებაზე.
- აქტიური მოსმენა: გააცნობიერეთ, რომ შშმ პირები და მათი ოჯახის წევრები, მხარდამჭერები, პირადი თანამშემწეები ხშირად საუკეთესო ექსპერტებიც არიან პაციენტის საჭიროების საკითხებში. ყურადღებით მოუსმინეთ მათ შეფასებას.

- ზოგადი სიტუაციის შესწავლა: შშმ პაციენტის პირველადი შეფასებისას სოციალურმა მუშაკმა უნდა გაიაზროს და აღწესდეს ხოს ჯანმრთელობის არსებული მდგომარეობისა თუ შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებული სპეციფიკური (თერაპიული) მოვლის საჭიროებანი, როგორცაა პერსონალური მოვლა, კვება, სხეულის აწევა, ნაწილების თავიდან აცილება, საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის მოვლა და სხვა. ინდივიდის შეზღუდული შესაძლებლობა შეიძლება მოიცავდეს სპეციფიკურ მკურნალობასა და ზრუნვას, რისი გაცნობიერებაც მნიშვნელოვანია სხვა დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დროს.

შშმ პირებთან კომუნიკაციის სპეციფიკური საკითხები

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მომუშავე სოციალური მუშაკი წარმოადგენს შშმ პაციენტის მაკავშირებელ რგოლს ყველა შესაბამის სპეციალისტთან. შესაბამისად, თუ შშმ პირთან ურთიერთობის დროს, მისი შეზღუდული შესაძლებლობიდან გამომდინარე, საჭირო ხდება გარკვეული გარემოებების გათვალისწინება, მაშინ მნიშვნელოვანია, რომ სოციალური მუშაკი პირველადი შეფასებისა და შემდგომი მუშაობის პროცესში ფლობდეს შესაბამის ცოდნასა და უნარ-ჩვევებს სწორი კომუნიკაციისთვის. სოციალური მუშაკი აწოდებს ინფორმაციას შშმ პაციენტის კომუნიკაციის სპეციფიკურობის შესახებ დაწესებულებაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალს, რათა ადამიანებს არ დასჭირდეთ თავიანთი მოთხოვნების გამეორება სერვისების მიმწოდებელთან ყოველი შეხვედრის დროს. ეს ინფორმაცია შეტანილი უნდა იყოს პაციენტის კლინიკურ ბარათში/ისტორიაში (ამ პირის თანხმობით) და მოთავსდეს მის ისტორიაში ან თვალსაჩინო ადგილზე პაციენტის საწოლთან (თუ იგი სტაციონარში იმყოფება).

კომუნიკაციის ზოგადი პრინციპები

კომუნიკაციის სწორად დასამყარებლად სოციალური მუშაკი უნდა ითვალისწინებდეს შემდეგ პრინციპებს:

- აქტიური მოსმენა: კომუნიკაცია ორმხრივი პროცესია. როცა ეს შესაძლებელია, ყოველთვის პირადად გაესაუბრეთ პიროვნებას, და არა მის მშობელს, მხარდამჭერს, დამხმარე პირს ან თარჯიმანს. მნიშვნელოვანია არა მარტო მოსმენა, არამედ ნათქვამის გაგება.
- დაუთმეთ კომუნიკაციას საკმაო დრო: იმისთვის, რომ სოციალურმა მუშაკმა, პერსონალმა და პაციენტმა შეძლონ კომუნიკაცია და იმის გაგება, რის თქმა უნდოდათ ერთმანეთისთვის, მნიშვნელოვანია კომუნიკაციისთვის საჭირო დროის გამოყოფა. ამისთვის სოციალურმა მუშაკმა სწორად უნდა დაგეგმოს პირველადი შეფასება და გამოყოს შესაბამისი დრო. შშმ პირი, რომელიც ვერ მეტყველებს, არ ესმის, აქვს ინფორმაციის გადამუშავების ან დამახსოვრების სირთულე, ან არ შეუძლია კითხვა, კომუნიკაციისთვის დიდ დროს საჭიროებს.
- ვერბალური კომუნიკაცია: ისაუბრეთ გარკვევით, მოკლედ და აუჩქარებლად. გამოიყენეთ მარტივი, ადვილად გასაგები ენა. თუ სამედიცინო ტერმინების გამოყენება გინევთ, პირველ რიგში, მათი მნიშვნელობა აუხსენით შშმ პაციენტს, მიაწოდეთ მას ზუსტი ინფორმაცია.
- ეფექტური გამოკითხვა: ერთჯერადად დასვით მხოლოდ ერთი კითხვა. მიეცით პიროვნებას პასუხის გაცემის საშუალება, ნუ შეაწყვეტინებთ საუბარს აუცილებლობის გარეშე. მიეცით მას კითხვების დასმის შესაძლებლობა და დრო. ნუ მოერიდებით იმავე კითხვის მეორეჯერ დასმას. გაიმეორეთ თქვენი ნათქვამი, თუ ადამიანს უჭირს მისი შინაარსის გაგება, და შემდეგ შეამოწმეთ, რომ ნამდვილად გაიგო. ზოგ სიტუაციაში სასარგებლო იქნება კითხვების იმგვარად დასმა, რომ პიროვნებამ მარტივი პასუხების გაცემა შეძლოს - „დიახ“ ან „არა“.
- არავერბალური კომუნიკაცია (სხეულის ენა): უშუალოდ გაესაუბრეთ პიროვნებას. შესაძლოა თავად შშმ პაციენტი არ ამყარებდეს თვალთ კონტაქტს, მისი შეზღუდული შესაძლებ-

ლობიდან გამომდინარე (მაგალითად, აუტიზმის შემთხვევა), თუმცა თქვენ შეეცადეთ, რომ გქონდეთ მასთან თვალთ კონტაქტი. არავერბალური კომუნიკაცია, როგორცაა შესტები, სახის გამომეტყველება და მისაღები შეხება, შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს ისეთ ადამიანებთან კომუნიკაციის დროს, რომლებთანაც ურთიერთობა გართულებულია სწორედ მათი კომუნიკაციის სირთულეების გამო. შესტებისა და სახის გამომეტყველების გამოყენება შეიძლება ემოციის გამოსახატად. მაგალითად, ცერა თითის აწევა შეიძლება მისაღები გზა იყოს პიროვნების დასარწმუნებლად, რომ ყველაფერი კარგად არის.

- ვიზუალური დამხმარე საშუალებები: დიაგრამები ან სურათები ინფორმაციის გადმოსაცემად სასარგებლო საშუალებებს წარმოადგენს. ისინი განსაკუთრებით სასარგებლოა ყრუ ან სმენადაქვეითებულ ადამიანებთან კომუნიკაციის დროს, ან მასთან, ვისაც შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობა ან თავის ტვინის ტრავმა აქვს.
- მიეცით ინფორმაცია თან წასაღებად: შშმ პირებისთვის ზეპირად მიწოდებულ ინფორმაციასთან ერთად შეიძლება სასარგებლო იყოს ინფორმაცია წერილობითი ფორმატივით, რომელსაც ისინი მოგვიანებით გადახედავენ; მაგალითად, შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე პირს შეიძლება სჭირდებოდეს წერილობითი ინფორმაცია, რომელიც დაეხმარება მას, დაიმახსოვროს მიღებული რეკომენდაციები. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთი ინფორმაციის შემთხვევაში, როგორცაა შემდგომი მკურნალობა, მედიკამენტების მიღება ან ვარჯიში. საამისოდ საჭიროა, რომ სამედიცინო პერსონალმა და სოციალურმა მუშაკმა ნათქვამი ფურცელზე მარტივი, გასაგები ენით, მოკლედ და გარკვევით გადაიტანოს, სადაც არ იქნება გამოყენებული ჟარგონი და ტექნიკური სამედიცინო ტერმინები. ასევე შშმ პირს, როგორც ყველა პაციენტს, საჭიროების შემთხვევაში ყოველთვის უნდა აუხსნან

აბრევიატურის მნიშვნელობა. აღსანიშნავია, რომ დაბეჭდილი ინფორმაცია უფრო ადვილი წასაკითხია, ვიდრე ხელით დაწერილი. თუ შესაძლებელია, მიაწოდეთ ინფორმაცია შშმ პირს მისთვის მისაწვდომი ფორმატით, რომელიც მორგებული იქნება მის ინდივიდუალურ საჭიროებას. ეს შეიძლება იყოს დიდი შრიფტი (შეცვალეთ შრიფტის ზომა), ელექტრონული ფოსტა, ტექსტური გზავნილები ან, სადაც ეს შესაძლებელია, აუდიო ფორმატი.

კომუნიკაციის თავისებურებები სხვადასხვა სახის

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან

ირლანდიის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური მომსახურების სტანდარტების მიხედვით, პაციენტთან კომუნიკაციისთვის მნიშვნელოვანია სისტემაში გათვალისწინებული იქნეს მისი კომუნიკაციის სპეციფიკური უნარი და საჭიროება:

კომუნიკაცია ადამიანთან, რომელსაც არ შეუძლია ადგომა ან ეტლით სარგებლობა

დაჯექით თანამოსაუბრის გვერდით, თანამოსაუბრის თვალების დონეზე. თუ ეს შესაძლებელია, ერთი ნაბიჯით უკან დაიხიეთ ისე, რომ თანამოსაუბრეს კისრის დაძაბვა არ დასჭირდეს, ან ჩაიმუხლეთ, თუ ეს მისაღებია ორივე მხარისთვის. გარდა ამისა უნდა გაითვალისწინოთ შემდეგი საკითხი: მობილობის შეზღუდვის მქონე მრავალი ადამიანი დამოკიდებულია დამხმარე საშუალებებზე, როგორცაა მექანიკური და ელექტროეტლები ან სკუტერები, სიარულის დამხმარე საშუალებები, როგორცაა ყავარჯნები, გადასაადგილებელი ჩარჩოები და ხელჯოხები. ამიტომ შშმ პირთან ურთიერთობისას დაუშვებელია დამხმარე საშუალებებზე დაყრნობა, ეს მათი პირადი სივრცის ნაწილია.

კომუნიკაცია მეტყველების დარღვევის მქონე ადამიანთან

მეტყველების დარღვევის მქონე ადამიანთან კომუნიკაცია ისევე უნდა წარმართოთ, როგორც სხვებთან. ყურადღებით მოუსმინეთ და თხოვეთ, რომ საჭიროების შემთხვევაში დაგეხმაროთ მასთან კომუნიკაციაში. თუ პიროვნება სარგებლობს საკომუნიკაციო მოწყობილობით, როგორცაა მექანიკური ან ელექტრონული საკომუნიკაციო დაფა, სთხოვეთ მას აგიხსნათ ამ მოწყობილობის გამოყენების ყველაზე მისაღები გზა. ამ მოწყობილობებს შეუძლიათ ვიზუალური ინფორმაციის მოწოდება, რაც მეტყველების დარღვევის მქონე ადამიანებთან კომუნიკაციას გააადვილებს. დაუთმეთ დრო ადამიანის მეტყველების მოდელის მიჩვევას. მიეცით დრო პასუხის გასაცემად, რადგან მას გარკვეული დრო სჭირდება საპასუხოდ. დაელოდეთ, დაამთავროს სათქმელი, არ შეუსწოროთ და არ ილაპარაკოთ მის მაგივრად. დაუსვით მოკლე კითხვები, რომლებზეც ასევე მოკლედ გიპასუხებთ, ან თავის დაქვეით პასუხს („დიახ“ ან „არა“) გამოხატავს. არასოდეს არ მოაჩვენოთ თავი, თითქოს ნათქვამის შინაარსი გაიგეთ, თუ პიროვნების საუბრის გაგება გაგიჭირდათ. თუ ნათქვამი ვერ გაიგეთ, აცნობეთ მას ამის შესახებ. სთხოვეთ, რომ გაიმეოროს თავისი სიტყვები, სხვაგვარად გითხრათ იგივე, ან დაგინეროთ, თუ ამისი საშუალება არსებობს. გაიმეორეთ ის, რაც გაიგეთ და მიეცით პიროვნებას საშუალება გიპასუხოთ. პასუხი მინიშნებას მოგცემთ და გაგებაში დაგეხმარებათ. დაამყარეთ თვალის კონტაქტი უშუალოდ პირთან, მაშინაც კი, როცა თარჯიმნის დახმარებით გაქვთ კომუნიკაცია.

უსინათლო და სუსტადმხედველ ადამიანთან კომუნიკაცია

უსინათლო ადამიანმა შეიძლება ვერ შენიშნოს თქვენი მიახლოება და ამიტომ ყოველთვის გააგებინეთ, რომ უახლოვდებით. ახლო მანძილიდან მოულოდნელად გაგონილი ხმა შეიძლება ძალიან შემამფოთებელი იყოს, ამიტომ პირველად მცირე დისტანციიდან დაელაპარაკეთ და შემდეგ როცა ახლოს მიხვალთ, დაუძახეთ სახელი, რათა მიხვდეს, რომ მას ესაუბრებით. ყოველთვის მიესალმეთ პიროვნებას, მიმართეთ სახელით და აცნობეთ თქვენი ვინაობა (Rothman, 2003).

არ ივარაუდოთ, რომ მან იცის, ვინ ხართ, თუნდაც გიცნობდეთ (თუ ეს თავად არ გააკეთა მისალმების შემდეგ). პიროვნებას უშუალოდ დაელაპარაკეთ, სახელით მიმართეთ, და არა მესამე პირის დახმარებით. ეცადეთ გარკვევით ილაპარაკოთ და ამ დროს უსინათლო ადამიანთან პირისპირ იდგეთ. ნუ ივარაუდებთ, თუ რა სახის დახმარება სჭირდება უსინათლო პაციენტს, ვიდრე დაეხმარებით, ჯერ ჰკითხეთ სურს თუ არა მას ეს დახმარება; თუ დახმარება სჭირდება, ჰკითხეთ კონკრეტულად რა სახის დახმარებაა საჭირო. თუ უსინათლო ადამიანი გეტყვით, რომ გზის გამკვლევი სჭირდება, მაშინ შესთავაზეთ თქვენი მხარი/მკლავი. ხელი თქვენს ტანთან ახლოს გეჭიროთ, ისე, რომ უსინათლო ადამიანმა თქვენ უკან მცირე დაშორებით სიარული შეძლოს, თქვენს მხარზე, იდაყვის ოდნავ ზემოთ დაყრდნობით. დახმარების დროს, სასარგებლო იქნებოდა კომენტარების გაკეთება იმის შესახებ თუ რა ხდება მის გარშემო; მაგალითად, „სკამი თქვენგან მარჯვნივ დგას“. თუ უსინათლო ადამიანს გზის გავლაში დაეხმარეთ და შემდეგ უნდა დატოვოთ, მიიყვანეთ ის რაიმე ორიენტირამდე, რომლის შეხებას შეძლებს, როგორცაა კიბე, მოაჯირი, სახელური, მაგიდა ან სკამი. უსინათლო ადამიანის ღია სივრცეში დატოვებამ შეიძლება მას ორიენტაცია დააკარგვინოს. დარწმუნდით, რომ პაციენტმა იცის, რა ხდება მის ირგვლივ. აღწერეთ, რა დგას ოთახში, მათ შორის - აღჭურვილობა, ოთახი მარცხნიდან მარჯვნივ აღწერეთ. მიეცით მკაფიო ინსტრუქცია საპირფარეშოს, სასმელების აპარატების ადგილმდებარეობის შესახებ, საფეხურების ან სხვა განსხვავებული მახასიათებლების შესახებ, როგორცაა იატაკის განსხვავებული ზედაპირი.

ნუ ივარაუდებთ, რომ თეთრი ხელჯოხით ან გზამკვლევ ძაღლთან ერთად მოსიარულე ადამიანი საერთოდ ვერაფერს ვერ ხედავს. ბევრ ასეთ ადამიანს ნაწილობრივ შენარჩუნებული აქვს მხედველობა. ასევე ნუ ივარაუდებთ, რომ, თუ ადამიანს ერთი საგნის დანახვა შეუძლია, მაშინ შეუძლია ყველაფერი დაინახოს. თუ საჭიროა, ჰკითხეთ ადამიანს, თუ შეუძლია კონკრეტული ორიენტირის ან საგნის დანახვა. არ მიანიშნოთ ხელით მიმართულების მიცემისას. მკაფიოდ, ვერბალურად აუხსენით მიმართულება; მაგალითად, „კარები თქვენგან მარცხნივ მდებარეობს“.

თუ სუსტადმხედველ ადამიანს ესაუბრებოდით, მასთან დაშორებისას, აუცილებლად გააგებინეთ, რომ მილიხართ, რათა „საკუთარ თავთან“ მოსაუბრე არ აღმოჩნდეს. აუხსენით უსინათლო ან სუსტადმხედველ პირს, რა პროცედურები უნდა ჩაუტარდეს, რათა იცოდეს, რის გაკეთებას აპირებს ექიმი ან ექთანი. მკაფიოდ აუხსენით ყველა პროცედურა და რა უნდა გაკეთდეს ნაბიჯ-ნაბიჯ. თუ შემომწმებისთვის პიროვნება გასასინჯ ტახტზე უნდა დაწვეს, მნიშვნელოვანია, რომ მას მიეცეს გასასგები ვერბალური ინსტრუქციები, თუ რა უნდა გაკეთდეს, სად არის ტახტი და რა უნდა გააკეთოს, სხეულის რომელი ნაწილები უნდა შემოწმდეს და სად შეეხებიან. თუ ინექცია უნდა გაუკეთდეს, მნიშვნელოვანია რომ ექიმმა/ექთანმა აუხსნას, სად კეთდება და რა მოხდება (მაგ., სისხლის აღება, წვეთოვანის დადგმა ან სედატიური საშუალების გაკეთება). თუ ადამიანს MRI სკანირება ან რენტგენი უკეთდება, მას გასასგებად უნდა განემარტოს ყველა პროცედურა.

სტაციონარში საჭმლის მიტანისას, პერსონალმა უნდა გააგებინოს უსინათლო ადამიანებს, რომ საჭმელი მოუტანეს და მათ წინ დადგეს. აღწეროს თეფშზე საჭმლის განლაგება საათის სისტემის მიხედვით (ისრის მოძრაობის მიმართულებით).

სმენადაქვეითებულ ან ყრუ ადამიანთან კომუნიკაცია.

აღსანიშნავია, რომ ადამიანს სმენა შეიძლება ცხოვრების ნებისმიერ ეტაპზე გაუუარესდეს, დაბადებიდან ხანდაზმულ ასაკამდე. სმენის დაქვეითება შეიძლება უჩინარი შეზღუდული შესაძლებლობა იყოს. ჰკითხეთ სმენადაქვეითებულ ადამიანს, ესმის თუ არა თქვენი საუბარი გარკვევით. ნუ ივარაუდებთ, რომ მას თქვენი ესმის. თქვენ შეიძლება დაგჭირდეთ მსუბუქად შეეხოთ ადამიანის მკლავს, რათა მისი ყურადღება მიიქციოთ. თუ ადამიანი ტუჩების მოძრაობით კითხულობს, მაშინ მნიშვნელოვანია, უშუალოდ თვითონ ადამიანს დაელაპარაკოთ. სწორად აირჩიეთ დისტანცია, დადევით ადამიანისგან 90 -180 სმ დაშორებით მისივე დონეზე. დარწმუნდით, რომ საუბრის დროს თქვენს სახეს სინათლე ეცემა; არ დადგეთ სინათლისკენ ან ფანჯრისკენ ზურგშექცევით, რადგან ჩრდილმა შეიძლება გაართულოს თქვენი

ტუჩების მოძრაობის გარჩევა. ჰკითხეთ მოსაუბრეს, კარგად გხედავთ თუ არა. ლაპარაკისას ეცადეთ ირგვლივ ნაკლები ხმაური იყოს. ხელი შეუწყვეთ ადამიანს, დაინახოს თქვენი სახე და ტუჩები. დარწმუნდით, რომ ის კარგად ხედავს თქვენს სახესა და ტუჩებს. არ დაიფაროთ პირი ან ჩაიდოთ რამე პირში; მაგალითად, სალუჭი რეზინი, კალამი, ქალალდი ან ხელები. თავი რაც შეიძლება ნაკლებად ამოძრავეთ. შეაჩერეთ საუბარი, როცა დაბლა ან სხვა მიმართულებით იხედებით. გარკვევით ისაუბრეთ, გააცანით ადამიანს საუბრის თემა და მიანიშნეთ თემის შეცვლა პაუზის საშუალებით. ისაუბრეთ ზომიერი სიჩქარით და შეინარჩუნეთ საუბრის ნორმალური რიტმი. არ იყვიროთ, რადგან ამას შეუძლია შეცვალოს თქვენი ტუჩების ჩვეული მოძრაობა. ნუ გადაამეტებთ ტუჩების მოძრაობას, რადგან ეს შეცვლის თქვენი ტუჩების ჩვეულ მოძრაობას და თქვენი საუბრის აღქმას გაართულებს. წინადადებებისა და ფრაზების გაგება უფრო ადვილია ვიდრე ცალკეული სიტყვების. თუ სიტყვა ან ფრაზა გაუგებარია, გამოიყენეთ იმავე მნიშვნელობის სხვა სიტყვები, დაეხმარეთ ადამიანს, გაგიგოთ. გაითვალისწინეთ, რომ ტუჩების მოძრაობის კითხვა დამლღელია. გამოიყენეთ ბუნებრივი სხეულის ენა და სახის გამომეტყველება, მაგრამ მოერიდეთ გადაჭარბებულ ჟესტიკულაციას. რეგულარულად გადაამოწმეთ ყრუ ან სმენადაქვეითებულ პირთან, რომ ნამდვილად გაგიგოთ (Rothman, 2003). ჯანმრთელობის დაცვის ზოგიერთი პროვაიდერი, გავრცელებულ შეცდომას უშვებს, როცა ვარაუდობს, რომ ყრუ ან სმენადაქვეითებულ ადამიანს ყოველთვის შეუძლია ტუჩების მოძრაობის წაკითხვა. ეს ყოველთვის ასე არ არის. მაშინაც კი, როცა ადამიანს შეუძლია ტუჩების მოძრაობის წაკითხვა, მისი სიზუსტე დაახლოებით 30%-ს შეადგენს, რაც არაპროპორციულად მაღალი ხარისხის არასწორ კომუნიკაციასა და გაუგებრობას იწვევს. ამან კი ძალიან სერიოზული გავლენა შეიძლება იქონიოს მედიკამენტების მართვასა და დაავადების შემდგომ მკურნალობაზე. ამიტომ სოციალური მუშაკი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტს ექიმმა მიაწოდა წერილობითი ინფორმაცია, ჩანაწერი ან დიაგრამა მედიკამენტების მიღებისა და შემდგომი მკურნალობის შესახებ.

კომუნიკაცია ადამიანთან, რომელიც ყრუ და უსინათლოა

უსინათლო და ყრუ ადამიანს ერთდროულად დაქვეითებული აქვს სმენაც და მხედველობაც. თეთრი ხელჯოხი წითელი ზონრით იმის მიმანიშნებელია, რომ ადამიანი უსინათლო და ყრუ არის. უსინათლო და ყრუ ადამიანს სჭირდება სპეციალიზებული თარჯიმანი. უსინათლო-ყრუ ადამიანთან კომუნიკაციის მეთოდი ინდივიდუალური საკითხია. პრაქტიკოსი თავის საკომუნიკაციო სტრატეგიას არეგულირებს პიროვნების მოთხოვნის შესაბამისად. უსინათლო-ყრუთა ანბანი არის სისტემა, რომელიც საშუალებას იძლევა ხელის ანბანის საშუალებით სიტყვების უსინათლო-ყრუს ხელზე დამარცვლა.

შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე

ადამიანთან კომუნიკაცია

შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ადამიანებს შეიძლება უძნელდებოდეთ ისეთი საუბრის შინაარსის გაგება, რომელიც კომპლექსურია, შეიცავს აბსტრაქტულ კონცეფციებს ან ტექნიკურ ჟარგონს. აქედან გამომდინარე, ინტელექტუალური შეზღუდვის მქონე ადამიანთან საუბრის დროს მნიშვნელოვანია, რომ უშუალოდ ამ პიროვნებას ესაუბროთ და ასევე აუცილებელია მოიპოვოთ ინფორმაცია მომვლელისგან ან ოჯახის წევრისგან; კონცენტრირება მოახდინეთ შშმ პირზე თვალის კონტაქტისა და სხეულის ენის საშუალებით. ისაუბრეთ გარკვევით და ჩვეულებრივზე უფრო ნელა, მარტივი ენით და მოკლე წინადადებებით (Rothman, 2003). მიმართეთ პიროვნებას და გამოიყენეთ ამ პიროვნების ასაკის შესაფერისი საუბრის ტონი - ზრდასრულ ადამიანს ესაუბრეთ, როგორც მეორე ზრდასრულმა ადამიანმა. საუბრისას ხშირად გააკეთეთ პაუზა, რათა ადამიანს თქვენი ნათქვამის გადამუშავების საშუალება მიეცეს.

შეარჩიეთ მშვიდი ადგილი, სადაც ხელს არაფერი შეგიშლით. ერთჯერადად ინფორმაციის მხოლოდ მცირე ნაწილი მიაწოდეთ, მოკლედ წინადადებებით. შემოწმეთ, რომ ორივემ გაუგეთ ერთმანეთს. ნუ

მოაჩვენებთ, თითქოს მისი ნათქვამი გაიგეთ, თუ რეალურად ასე არ არის. გამოიყენეთ ყველასათვის ნაცნობი სიტყვები და ფრაზები. გარკვევით გააგებინეთ, თუ საუბრის თემას ცვლით. ერთბაშად უყურადღებოდ ნუ დატოვებთ პიროვნებას, თუ მისი გაგება ვერ შეძელით. უთხარით, რომ ვერ გაუგეთ და დახმარებისთვის მიდინართ.

შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ზოგიერთ ადამიანს უძნელდება თავისი ფიქრებისა და გრძნობების გამოხატვა, ამიტომ, მნიშვნელოვანია, ასეთ ადამიანს საკმარისი დრო დაუთმოთ პასუხისთვის, ახსნა-განმარტებისთვის და თავისი კითხვებისა და პასუხების ფორმულირებისათვის. ერთჯერადად მხოლოდ ერთი კითხვა დაუსვით და ადეკვატური დრო დაუთმეთ, რათა პიროვნებამ პასუხის ჩამოყალიბება მოახერხოს. გამოიყენეთ ვიზუალური მინიშნებები, როგორცაა საგნები, სურათები ან დიაგრამები, აგრეთვე, სახის გამომეტყველება და სხეულის ენა ინფორმაციის მიწოდებისთვის, და ეცადეთ, გაიგოთ, რის თქმას ცდილობს პიროვნება.

შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ზოგიერთ ადამიანს უძნელდება თავისი სიმპტომების, ტკივილის ან დისკომფორტის გაცნობიერება და გადმოცემა. აქედან გამომდინარე, ასეთ შემთხვევებში ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური მომსახურების პერსონალს შეუძლია დაეყრდნოს ოჯახის წევრებსა და დამხმარეებს, ამ ადამიანების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების ჯანმრთელობის დაცვის პერსონალის ყურადღებამდე მისატანად და ხარისხიანი სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შშმ პირის რთული ქცევის მიზეზი შეიძლება იყოს ტკივილი, შფოთვა, დაბნეულობა. ზოგჯერ არის მომენტები, როცა არ გესმით, რას ამბობს ადამიანი. ასეთ შემთხვევებში, შეიძლება სასარგებლო იყოს ის, რომ სთხოვოთ ადამიანს გაიმეოროს ნათქვამი. სთხოვოთ თანმხლებ დამხმარე პირს / ოჯახის წევრს დაგეხმაროთ პიროვნების ნათქვამის გაგებაში ან გიჩვენოთ როგორ გამოხატავს ეს პიროვნება „დიახს“ ან „არას“, ხოლო შემდეგ დაუსვით კითხვები(დიახ / არა), რათა გაარკვიოთ რას ამბობს; თუ მაშინაც

ვერ გაუგეთ, პიროვნების მიმართ პატივისცემა გამოხატეთ და გააცნობიერეთ მისი გზავნილის მნიშვნელობა, ბოდიში მოუხადეთ, რომ მისი გაგება ვერ შეძელით. მთელი რიგი სირთულეების კომბინაციის, მათ შორის კომუნიკაციის, დაავადების ისტორიის ზუსტი გადმოცემის ან ფიზიკური შემოწმების დროს შფოთისა და რთული ქცევის მიზეზების გათვალისწინებით, აუცილებელია, რომ მათი შემოწმება უფრო ხანგრძლივი დროით დაიგეგმოს.

კომუნიკაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების შემთხვევაში

ფსიქიკური აშლილობის მქონე კლიენტთან კომუნიკაციის დროს ყველაზე მნიშვნელოვანი ტექნიკა არის გასაგები და მარტივი, მოკლე მიმართვა, რაც მთავარ მიზანს ემსახურება (Rothman, 2003). ყოველთვის ერიდეთ პროფესიული ტერმინების, კომპლექსური წინადადებების ან ბუნდოვანი სიტყვების გამოყენებას. მნიშვნელოვანია, გაითვალისწინოთ კლიენტის ემოციური მდგომარეობა და მას მოარგოთ კომუნიკაცია (Woolis, p. 1992). სასარგებლო იქნება, თუკი თქვენს საკუთარ ჟესტებსა და გამომეტყველებას დააკვირდებით, ვინაიდან კლიენტი მათ მიხედვით იმსჯელებს მის მიმართ თქვენს დამოკიდებულებაზე. ეს შეიძლება იყოს ზრუნვა, წუხილი და სითბო. ვინაიდან, ფსიქიკური აშლილობის მქონე კლიენტებს ხშირად უჭირთ ემოციების გამოხატვა, ყურადღება მიაქციეთ მათს არავერბალურ კომუნიკაციას. კლიენტი, რომელიც გეუბნებათ, რომ ყველაფერი რიგზეა და ამავე დროს დაძაბულია და სამოქმედოდ არის მომართული, ორ განსხვავებულ გზავნილს გაწვდით. ხშირად, სწორედ სხეულის ენაა, რომელიც ზუსტად გატყობინებთ კლიენტის ნამდვილ გრძნობებსა და ფიქრებს. მას შესაძლოა სჯეროდეს, რომ თქვენ გინდათ იმისი მოსმენა, რომ ყველაფერი რიგზეა, სურდეს გასიამოვნოთ ან მართლა უნდოდეს დაიჯეროს, რომ ყველაფერი რიგზეა. როდესაც სხეულის ენა სხვა რამეს გეუბნებათ, ძალიან ფრთხილად შეეცადეთ სინამდვილის გარკვევას.

ანტიდისკრიმინაციული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა - შშმ პირისა და მისი მხარდამჭერის ჩართულობის უზრუნველყოფა

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები საუკუნეების განმავლობაში იყვნენ და კვლავ რჩებიან ფარული თუ გამოხატული დისკრიმინაციის მსხვერპლნი ინსტიტუტებისა და საზოგადოების მიერ. სხვადასხვა სტერეოტიპი და სტიგმა განსაზღვრავდნენ და ახლაც განსაზღვრავენ მათ მიმართ პროფესიონალებისა თუ სხვა ადამიანების დამოკიდებულებას, რაც აისახება მომსახურების ფორმატზე, მათზე ზრუნვის ფორმებსა და მათს სოციალურ ინკლუზიაზე. სამედიცინო მომსახურების სფეროში შშმ პირები უმეტესწილად აღიქმებოდნენ, როგორც „მუდმივი პაციენტები“, რომელთაც არ გააჩნდათ არანაირი პოტენციალი და უნარი და არ შეეძლოთ გადაწყვეტილების დამოუკიდებლად მიღება. შეზღუდული შესაძლებლობის აღნიშნული „სამედიცინო მოდელი“ განაპირობებდა შშმ პირების მომსახურებას არა მხოლოდ ჯანმრთელობის დაცვის, არამედ სოციალურ სფეროშიც. მხოლოდ, 1970-იანი წლების შშმ პირთა უფლებების სოციალური მოძრაობის შემდგომ აღნიშნული კონცეფცია გადაისინჯა პროფესიონალების მიერ და შშმ პირთა აქტიურმა მოძრაობამ დევიზით „არაფერი ჩვენ შესახებ ჩვენ გარეშე“ შეძლო მსგავსი დისკრიმინაციული მიდგომის შეცვლა „სოციალური მოდელით“, რაც მოითხოვს შშმ პირთა უფლებების დაცვას და სრულ ჩართულობას მათთან დაკავშირებულ ყველა საკითხში.

მიუხედავად იმისა, რომ შშმ პირს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში ემსახურებიან და დაწესებულების სპეციალისტებისა და პერსონალისთვის იგი პაციენტია, მის პიროვნებას სოციალური მოდელის მიხედვით უნდა ეპყრობოდნენ, რაც ნიშნავს იმას, რომ შშმ პირი სარ-

გებლობს ყველა იმ უფლებით, რაც აქვს შეზღუდული შესაძლებლობის არქმონე პირს, მის ინტერესებს ითვალისწინებენ და იგი ჩართულია მომსახურების ყველა ეტაპზე. სწორედ ეს განაპირობებს შშმ პირთა ანტიდისკრიმინაციული პრაქტიკის საფუძველს, ხოლო სოციალური მუშაკის ჩართულობა მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში შშმ პირის, როგორც პიროვნების მიმართ დამოკიდებულებას და იგი არ განიხილება, როგორც „უსაშველო“ დიაგნოზის მქონე პირი, რომელსაც მხოლოდ მკურნალობა და დახმარება სჭირდება.

ანტიდისკრიმინაციულ პრაქტიკაზე დაფუძნებული მომსახურება

შშმ ადამიანები შეიძლება განიცდიდნენ დისკრიმინაციას ინდივიდებისგან, თუმცა შესაძლოა მთელი ორგანიზაცია, მათ შორის - სამედიცინო მომსახურებაც, მიზანდასახულად ან გაუცნობიერებლად შშმ პირებს დისკრიმინაციულად ეპყრობოდეს. მაგალითად, საინფორმაციო დაფები, რომელზე მოცემულ ინფორმაციას ვერ წაიკითხავს სუსტადმხედველი ადამიანი ან მაგალითად, შეზღუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის ადამიანებისთვის მიღებაზე მცირე დროის გამოყოფა გაუმართლებელია (<http://rcnhca.org.uk/equality-diversity-and-rights/anti-discriminatory-practice>). ამიტომ არის მნიშვნელოვანი, რომ შშმ პირთა საჭიროება გაითვალისწინონ მომსახურების ყველა ეტაპზე და, ამავდროულად, გამოირიცხოს პოზიტიური დისკრიმინაცია, თუ ის საჭირო არ არის. სოციალური მუშაკი წარმოადგენს მომსახურების მნიშვნელოვან რგოლს, რომელიც უზრუნველყოფს, რომ შშმ პირმა მიიღოს არადისკრიმინაციული მომსახურება და ასევე აქტიურად იყოს ჩართული მასთან დაკავშირებულ ყველა გადაწყვეტილებაში. დისკრიმინაციის შემთხვევებში სოციალური მუშაკი უნდა იცავდეს შშმ პირის და არა დაზუსტებულების უფლებებს, რაც

გარკვეულწილად წარმოშობს ინტერესთა კონფლიქტს ადმინისტრაციასთან.

ანტიდისკრიმინაციულ პრაქტიკაზე დაფუძნებული მომსახურებისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ასპექტების გათვალისწინება:

გონივრული მისადაგება და არა პოზიტიური დისკრიმინაცია

მომსახურება ისე უნდა დავგეგმოთ, რომ შშმ პირს პატივისცემითა და მისი ღირსების გათვალისწინებით მოვემსახუროთ, რაც ნიშნავს ყველა პაციენტის თანასწორად მომსახურებას, თუმცა თუ არსებობს ინდივიდუალური საჭიროების გათვალისწინების აუცილებლობა, მხოლოდ მაშინ შეიძლება მის მომსახურებაში შევცვალოთ ისეთი რამ, რაც ეხება მომსახურების მიღების დროსა და სპეციფიკას. შშმ პირის ღირსების პატივისცემის მიზნით, არ უნდა დავუშვათ მისთვის რამე შეღავათი, თუ მას ეს არ ესაჭიროება. ყოველივე ამას მეთვალყურეობას უწევს სოციალური მუშაკი.

პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა და კონფიდენციალურობის დაცვა

შშმ პირებს კონფიდენციალურობის დაცვისა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის იგივე კონსტიტუციური უფლებები აქვთ, რაც ნებისმიერ სხვა პირს. მნიშვნელოვანია, რომ ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაში კონფიდენციალურად იყოს დაცული შშმ პირის, როგორც ყველა სხვა პაციენტის, პირადი ინფორმაცია და მისი თანხმობის გარეშე არ გავუზიაროთ იგი სხვებს, თუ ეს არ არის არასრულწლოვანი პირის იურიდიული წარმომადგენელი ან ზრდასრული შშმ ადამიანის მხარდამჭერი პირი (ამ უკანასკნელის უფლებამოსილება ამ კუთხით განსაზღვრულია სასამართლოს მიერ).

პაციენტისა და კლიენტის პირადი ინფორმაციის კონფიდენციალურობა ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური მომსახურების სერვისების მიწოდების სფეროს ძირითადი პრინციპი უნდა იყოს. კონ-

ფიდეინციალურობა ირღვევა მაშინ, თუ ადამიანის პირადი ან დელიკატური ინფორმაცია მისივე ნებართვის გარეშე განიხილება მესამე პირებთან.

ჯანმრთელობის დაცვისა მომსახურების პროვაიდერებს კონფიდენციალურობის საკითხი აუცილებლად უნდა ახსოვდეთ მესამე პირებთან კომუნიკაციის დროს, მაგალითად ოჯახის წევრები, პერსონალური ასისტენტები, თანამშრომლები, ადვოკატები და ა.შ. პერსონალმა სიფრთხილე უნდა გამოიჩინოს, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ინდივიდის კონფიდენციალურობის უფლება. ეთიკური და სამართლებრივი თვალსაზრისით, ასევე არ არის რეკომენდებული შპმ პირების ბავშვების ჩართვა თარგმანისთვის და/ან განმარტებებისთვის.

ინფორმირებული თანხმობა

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში თანხმობა არის ნებართვის ან თანხმობის მიცემა სამედიცინო ინტერვენციაზე, სერვისის მიღებას ან გამოყენებაზე, ან კვლევაში მონაწილეობაზე, რომელიც მოსდევს კომუნიკაციის პროცესს. კომუნიკაციის დროს კი შპმ პირმა მიიღო საკმარისი ინფორმაცია, რომელმაც საშუალება მისცა მას გაეცნობიერებინა შეთავაზებული ინტერვენციისა ან სერვისის შინაარსი, შესაძლო რისკი და სარგებლიანობა (National Guidelines on Accessible Health and Social Care Services, Ireland, 2016). გარდა გამოწვევისა, სერვისის მომხმარებელთა მკურნალობა მათი თანხმობის გარეშე არის მათი სამართლებრივი და კონსტიტუციური უფლებების დარღვევა და შეიძლება გამოიწვიოს სამოქალაქო და სისხლის სამართლის სამართალწარმოება სერვისის მომხმარებლის მხრიდან.

თანხმობის მიღების საჭიროება ვრცელდება ნებისმიერ ინტერვენციაზე, რომელიც ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების მიერ ან მათი სახელით, ნებისმიერ ადგილზე (მაგ., საავადმყოფოებში, საზოგადოებაში, ინსტიტუციაში). თანხმობა უნდა გაიცეს სამედიცინო

შემოწმებაზე, მკურნალობაზე, მომსახურებაზე ან გამოკვლევაზე და საჭიროების შემთხვევაში პროცესში უნდა ჩაერთოს სოციალური მუშაკი. არც ერთ სხვა პიროვნებას (ოჯახის წევრი, მეგობარი, მზრუნველი) და ორგანიზაციას არა აქვს უფლება მისცეს თანხმობა ან უარი უთხრას ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებელს ზრდასრული შპმ პირის სახელით, რომელსაც არა აქვს თანხმობის მიცემის უნარი, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მათ აქვთ კონკრეტული იურიდიული უფლებამოსილება ამისა (მშობელი/იურიდიული წარმომადგენელი, მხარდაჭერი).

არსებული რისკის შესახებ ინფორმაცია შპმ პირს უნდა მიაწოდოს სპეციალისტმა და სოციალურმა მუშაკმა დაბალანსებული სახით. სერვისის მომხმარებელმა შეიძლება განსხვავებულად აღიქვან რისკთან დაკავშირებული ის ინფორმაცია, რომელსაც მათ ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის წარმომადგენლები მიაწოდებენ. ის, თუ რა სახით განიხილება შპმ პირთან ერთად მისი ჯანმრთელობის საკითხები, ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც თავად ინფორმაცია. ხშირად სასარგებლოა შემდეგი ზომების გატარება:

- მკურნალობის შესაძლო ვარიანტების განხილვა ისეთ ადგილზე და ისეთ დროს, როცა სერვისის მომხმარებელი ყველაზე კარგად შეძლებს ინფორმაციის გაგებასა და დამახსოვრებას. დელიკატური თემატიკის საკითხები უნდა განიხილებოდეს შესაფერის ადგილებში, რათა ყველაზე კარგად იყოს დაცული შპმ პირის ინფორმაციის კონფიდენციალობა;
- ადეკვატური დროისა და მხარდაჭერის უზრუნველყოფა; მათ შორის - თუ საჭიროება მოითხოვს, ინფორმაციის გამეორება;
- მარტივი, მკაფიო და ლაკონური ენის გამოყენება და, სადაც შესაძლებელია, სამედიცინო ტერმინოლოგიისგან თავის არიდება;
- წერილობითი და ზეპირი ინფორმაციის მიწოდების გარდა, ინფორმაციის ვიზუალური გამოსახულებებით განვრცობა, მაგალითად, ნახატებით;

- შშმ პირის გამოკითხვა იმის თაობაზე, თუ რა დაეხმარებოდა ინფორმაციის დამახსოვრებაში ან გაუადვილებდა გადაწყვეტილების მიღებას; მაგალითად, კონსულტაციებზე ნათესავის, პარტნიორის, მეგობრის, მზრუნველის ან მხარდამჭერის მოყვანა.

შშმ პირს, ისევე როგორც სხვა პაციენტს, უნდა მიეცეს საკმარისი დრო და გაეწიოს მხარდაჭერა, რათა მაქსიმალურად გამოიყენოს საკუთარი უნარი დამოუკიდებელი გადაწყვეტილების მისაღებად. ამის უზრუნველყოფა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როცა საქმე ეხება შებლუდული ინტელექტუალური შესაძლებლობის მქონე ადამიანებს. მიუხედავად ამისა, ავტომატურად არ უნდა იგულისხმებოდეს, რომ გარკვეული ტიპის შებლუდული შესაძლებლობის (მაგ., ინტელექტუალური, მენტალური, კომუნიკაციის სირთულეები) მქონე პირებს არ გააჩნიათ ინფორმაციის გაგებისა და გადაწყვეტილების მიღების უნარი. პიროვნების ამ უნარის გაუმჯობესება და დახვეწა შესაძლებელია შესაბამისი და ხელმისაწვდომი ინფორმაციის მიწოდებითა და მხარდაჭერით, აქედან გამომდინარე, ყველა შესაძლებელი ნაბიჯი უნდა გადაიდგას ამ მიმართულებით.

სოციალურმა მუშაკმა უნდა უზრუნველყოს თანხმობის სწორად დოკუმენტირება. შშმ პირმა მხოლოდ თანხმობის ფორმა კი არ უნდა შეავსოს, არამედ უნდა გააკეთოს დისკუსიების ჩანაწერის დოკუმენტირებაც, თუ:

- ინტერვენცია ინვაზიურია, კომპლექსური და მოიცავს მნიშვნელოვან რისკებს;
- შეიძლება მნიშვნელოვანი გავლენა ჰქონდეს სერვისის მომხმარებლის დასაქმებაზე, საზოგადოებრივ ან პირად ცხოვრებაზე;
- კლინიკური დახმარება არ არის ინტერვენციის ძირითადი მიზანი, მაგალითად, კლინიკური ფოტოსურათები ან ვიდეო მასალა გამოყენებული უნდა იყოს სასწავლო მიზნებისთვის;

- ინტერვენცია ინოვაციურია ან ექსპერიმენტული;
- ან სხვა გარემოებებში, რომელთაც სერვისის პროვაიდერი შესაფერისად ჩათვლის.

ამის გაკეთება შესაძლებელია როგორც თანხმობის ფორმის გამოყენებით, ისე სერვისის მომხმარებლის ჩანაწერებში/ისტორიაში ჩანაწერის გაკეთებით იმის თაობაზე, რომ მან მისცა ვერბალური და/ან არავერბალური თანხმობა. თუ თანხმობის ფორმა გამოიყენება, მაგრამ შშმ პირს წერა არ შეუძლია, თანხმობის დასაფიქსირებლად საკმარისია ფორმაზე ნიშნის დასმა. ნიშნის დასმის შემთხვევაში, კარგი პრაქტიკა არის, თუ ამ გარემოებას გარდა იმ სპეციალისტისა, რომელიც ამ თანხმობის მიღებას ცდილობს, დაამოწმებს პაციენტის მხარდამჭერი, ასევე კარგია, თუ დამოწმებული იქნება ფაქტი, რომ სერვისის მომხმარებლის არჩევანი იყო, სამედიცინო ისტორიაში ნიშნის დასმით დაფიქსირებულიყო თანხმობა. წერილობითი თანხმობის ფორმები მკაფიო და მარტივად გასაგები უნდა იყოს.

ანტიდისკრიმინაციული სამედიცინო

მომსახურების დაგეგმვა

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო მომსახურებას ყოველთვის ვერ ექნება შესაძლებლობა დააკმაყოფილოს სერვისის მომხმარებლის ყველა მოთხოვნა, ადმინისტრაცია სოციალურ მუშაკთან ერთად მაინც უნდა შეეცადოს, რომ სერვისის მომხმარებელთა საჭიროება ყოველთვის გაანალიზდეს და, სადაც ისინი გონივრული, პრაქტიკული და შესრულებადია, პოზიტიური ცვლილებები შეიტანონ სერვისის პროცესში.

აგრეთვე მნიშვნელოვანია, რომ ისე მომზადდეს პერსონალი, რომ ისინი აცნობიერებდნენ შშმ პირების სპეციფიკურ საჭიროებას მისაწვდომობასათვის. პერსონალის განათლებაში უნდა იყოს ჩართული სოციალური მუშაკი, რომელიც წარმოადგენს შშმ პირის ინტერესთა

დამცველს მომსახურების ფარგლებში. ევროკავშირის ფუნდამენტური უფლებების სააგენტოს 2013 წლის ანგარიშში ნათქვამია, რომ „ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები ყოველთვის ვერ ითვალისწინებენ მომხმარებელთა ცვალებად საჭიროებას. ისინი შეიძლება (განზრახვის გარეშე) ქმნიდნენ ბარიერებს სხვადასხვა ჯგუფისათვის მომსახურების მიღებისას. სახელმწიფოსა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მენეჯმენტს შეუძლია სიტუაციის გამოსწორება პროფესიონალებისთვის ანტიდისკრიმინაციული ტრენინგების ჩატარებით და პოზიტიური ქცევით, რისკჯგუფებში მყოფი ადამიანების მხარდაჭერითა და გაძლიერებით“.

ბიბლიოგრაფია

- Allison, H., Gripton, J., & Rodway, M. (1990). Social work services as a component of palliative care with terminal cancer patients. In P. I. Binghamton, *Social Work in Health Care: A handbook for practice* (pp. 205-223). NY: The Haworth Press.
- American Hospital Association. (1993/1994). *Americal Hospital Association profile of United States hospitals*. In AHA Hospital Statistics. Chicago; IL: Author.
- Americans with Disabilities Act (1990)
- Australian Association of Social Workers; *Scope of Social Work Practice - Social Work in Disability*.
2016
- Bern-Klug, M., Gessert, C., & Forbes, S. (2001). The need to revise assumption about the end of life: Implications for social work practice. *Health and Social Work*, 38-48.
- Bigby, C. & Frawley, P. (2010). *Social work practice and intellectual disability*. Palgrave Macmillan,
New York
- Bope, E. T., & Jost, T. S. (1994). Interprofessional collaboration: Factors that affect form, function and structure. In R. M. Castro, M. C. Julia, L. J. Platt, G. L. Harbaugh, W. R. Waugaman, A. Thompson, . . . D. B. Lee, *Interprofessional care and collaborative practice* (pp. 61-69). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Cannon, I. M. (1923). *Social Work in Hospitals*. New York: Russell Sage.
- Caputi, M. A. (1978). Social work in health care: Past and future. *Health and Social Work*, pp. 9-29.
- Cooper et all .(2004). *People with intellectual disabilities*.
- Cowels, L. A. (2003). Orientation to Social Work in the Health Field. In L. A. Cowels, *Social Work in the Health Field - A Care Perspective*. The Haworth Press.
- Cowles, L. A. (1990). *Medical social work in hospitals: Interdisciplinary espectations of role*. University of Visconsin Library, Medison.

EMC, შპს პირთა უფლებების კონვენციის იმპლემენტაციის გაიდლაინი (2014)
 European Union Agency for Fundamental Rights, 2013

Evans, D. (2013). Universal Health Coverage and Universal Access. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450>

Friedson, E. (1978, 12). The prospects for health services in the US. *Medical Care*, pp. 971-983.

Gehlert, S. (2006). The Conceptual Underpinnings of social work in health care. In S. a. Gehlert, *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: WILEY.

Gilliland, B., & James, R. (1997). *Crisis Intervention Strategies*, 3rd ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: NJ: Dounleday.

Hanson, J. A., & Rapp, C. A. (1992). Families' perceptions of community mental health programs for their relatives with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 181-197.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
<http://rcnhca.org.uk/equality-diversity-and-rights/anti-discriminatory-practice/>
<http://www.pwd.org.au/student-section/the-social-model-of-disability.html>

"Improving the Health and Wellness of Women with Disabilities: A Symposium to Establish a Research Agenda," Executive Summary, Center for Research on Women with Disabilities (CROWD), Baylor College of Medicine Inclusion Europe Position Paper (2012) – "Inclusive health and people with intellectual disabilities

Jonas, S. (1981). *Health Care Delivery in the United States*. New York: Springer.

Julia, M. C., & Tompson, A. (1994). Essential elements of interpersonal teamwork. In R. M. Castro, M. C. Julia, L. J. Platt, G. L. Harbaugh, W. R. Waugaman, A. Thompson, . . . D. B. Lee, *Interprofessional care and collaborative practice* (pp. 35-42). Pacific Grove, CA:

Brooks-Cole.

Kane, R. (1980). Multidisciplinary teamwork in the U.S.: Trends, Issues, and Implications for the Social Worker. In S. W. Lonsdale, *Teamwork in the personal social services and health care* (pp. 138-151). Syracuse; NY: Syracuse University School of Social Work.

Koury AJ, Hall A, Andresen E, et al. "The association between choric disease and physical disability among female Medicaid beneficiaries 18-64 years of age." *Disability Health Journal* 2013 Apr 6(2) 14

Latimier C. and Siska J (2011), *Children's rights for all! Implementation of the Convention on the Rights of the Child for children with intellectual disabilities*, Brussels, Inclusion Europe, October 2011.

Lodge, R. (1974). University education in interprofessional perspectives. In H. Rehr, *Medicine and* (pp. 26-32). New York: Prodist.

Mailick, M. D., & Jordon, P. (1977). A Multimodal approach to collaborative practice in health settings. *Social Work in Health Care*, 445 - 455.

Mackelprang, R. & Salsgiver, R. (2009). *A Diversity Model Approach in Human Service Practice*. Lyceum Books, Inc. Chicago, Illinois.

McLachlan, G., & McKeown, T. (1971). *Medical History and Medical Care*. London: Oxford University Press.

Nacman, M. (1977). *Social Work in Health Settings: A Historical Review*. In *Social Work in Health Care* (pp. 407-418).

National Association of Social Workers. (1987). *NASW standards for social work in health care settings*. Washington, DC: NASW Press.

National Guidelines on Accessible Health and Social Care Services in Ireland (2016)

National Institute of Health. (2017, May 27). *Hospice Care - Also called end of life care*. Retrieved from National Institute of Health official website: <https://medlineplus.gov/hospicecare.html>

Priestley, M. (2003). *Disability: A life course approach*. Polity, UK

Rivera Drew J, Short S. "Disability and pap smear receipt among U.S.

- women 2000 and 2005." Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2010. 42:4 Available at <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/4225810.html>
- Ross, J. (1995). Hospital Social Work. In R. L. Edwards, The Encycloppedia of Social Work (19th ed.). Washington DC: NASW Press.
- Rothman, J. (2003). Social Work Practice Across Disability. Pearson Education, Inc.
- Rubin, I. M., & Beckhard, R. (1972). Factors influencing the effectiveness of health teams. Milbank Memorial Fund Quarterly, 317-335.
- Schmale, A. H. (1972). Giving up as a final common pathway to changes in health. In Advances in Psychosomatic Medicine (pp. 8:20-40).
- Stuart, P. H. (1997). Community care and the origins of psychiatric social work. Social Work in Health Care, 25(3), 25-36.
- UN. Department of Justice. Civil Rights Division. Disability Rights Section. "American Disabilities Act - Access to Medical Care, Individuals with Mobility Disabilities."
- Van, L., & Ruth, A. (1999). Desire to die in terminally ill people: A framework for assessment and intervention. Health and Social Work, 260-268.
- Woolis, R. (1992). When Someone You Love Has a Mental Illness. New York: Jeremy P.Tarcher/Putnam.

World Health Organization. (n.d.). Primary Health Care. Retrieved May 18, 2017, from WHO Web Site: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/

საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. (2017, მაისი 12). პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის არსი, ფილოსოფია და როლი. Retrieved from საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ოფიციალური ვებ-სა-იტი: <http://www.gfma.ge/>