



სსიპ სახელმწიფო გრანტის
მართვის სააგენტო



NNWWD

National Network of Women With Disabilities

ძველად, შესაძლებლობა მქონე ქალი იყო ქალი

ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მომსახურების ბარიერები თვისებრივი კვლევის ანალიზი

თბილისი 2026

„მოგზადებულია სსიპ - სახელმწიფო გრანტის მართვის სააგენტოს მიერ
გაცემული სახელმწიფო გრანტის ფარგლებში.

შინაარსზე პასუხისმგებლობა სრულად ეკისრება მის შემქმნელს.

სსიპ - სახელმწიფო გრანტის მართვის სააგენტო შესაძლოა არ იზიარებდეს
გამოთქმულ მოსაზრებებსა და ხედვებს.“

სარჩევი

თავი 1 . შეჯამება	2
თავი 2 . თვისებრივი კვლევის ანგარიში	4
თავი 3 . კვლევის მიმოხილვა	5
თავი 4 . კვლევის ძირითადი მიზნები	11
თავი 5 . ბარიერების იდენტიფიცირება	13
თავი 6 . კვლევის ანალიზი	19
თავი 7 . ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის შედეგები	33
თავი 8 . კვლევის დასკვნა	33
თავი 9 . ზოგადი რეკომენდაციები	34

კვლევის ანალიზი მომზადდა ა(ა)იპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა ეროვნული ქსელის მიერ, პროექტის ფარგლებში - „ერთად გავაძლიეროთ ინკლუზიური ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისი“

წინამდებარე ანგარიში წარმოადგენს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების და მათი ოჯახის წევრების ინკლუზიურ ფსიქოლოგიურ მომსახურებასთან დაკავშირებული ბარიერების კვლევას. კვლევის შედეგებსა და მთავარ მიგნებებზე დაყრდნობით შემუშავდა კონკრეტული რეკომენდაციები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თემის და მათი ოჯახის წევრების ფსიქო-ემოციური მედეგობისა და გაძლიერების ხელშეწყობისთვის.

კვლევის ანგარიშის ავტორი: მაია ჯიბუტი

დიზაინერი : ნანა სალარაძე

თავი 1. შეჯამება

წინამდებარე თვისებრივი კვლევა მომზადდა პროექტის „ერთად გავაძლიეროთ ინკლუზიური ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისი“ ფარგლებში. კვლევა მიზნად ისახავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური დახმარების მიღების დროს არსებული ბარიერების იდენტიფიცირებას და პრობლემების აღმოსაფხვრელად შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავებას.

ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახებისთვის. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ფიზიკური გარემოს გარდა, ყველაზე დიდი ბარიერი სოციალური სტიგმა და იზოლაციაა. ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და ადაპტაციური უნარების განვითარება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს ეხმარება საკუთარი იდენტობის მიღებასა და თვითრწმენის გაძლიერებაში, სტრესთან გამკლავებასა და სოციალიზაციის პროცესში.

აღსანიშნავია, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ოჯახის წევრები ხშირად განიცდიან ქრონიკულ სტრესს, ემოციურ გადაწვასა და დანაშაულის გრძნობას. იმისათვის, რომ ოჯახმა შეძლოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის ხარისხიანი მხარდაჭერა, თავად უნდა იყოს ფსიქოლოგიურად მდგრადი, რისთვისაც საჭიროა ემოციური რესურსის აღდგენა, ინფორმაციული და ფსიქოლოგიური მომზადება, რაც ეხმარება მათ, სწორად მართონ მოლოდინები და სახლში შექმნან ჯანსაღი, განმავითარებელი გარემო. კომუნიკაციის გაუმჯობესება ეხმარება ოჯახსა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს შორის თანასწორი და ურთიერთგაგებაზე დაფუძნებული კავშირის დამყარებას.

ინკლუზიური მიდგომა გულისხმობს, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა მორგებულია ინდივიდუალურ საჭიროებებზე და არ ახდენს ადამიანის მარგინალიზაციას. როდესაც ოჯახი და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი ფსიქოლოგიურად გაძლიერებულია, ისინი უფრო მეტად მიისწრაფვიან საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობისკენ. ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა არის ხიდი, რომელიც აკავშირებს ინდივიდუალურ შესაძლებლობებს სრულფასოვან საზოგადოებრივ ცხოვრებასთან. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის გარეშე ფიზიკური რეაბილიტაცია ხშირად არასრულია, რადგან მენტალური ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა არის ნებისმიერი განვითარების საფუძველი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიდგომით, **ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მომსახურება** არ განიხილება როგორც იზოლირებული სერვისი. ის ეფუძნება პრინციპს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და ის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველასთვის, მიუხედავად ფიზიკური თუ მენტალური შესაძლებლობებისა.

ინკლუზიური მომსახურება მოიცავს რამდენიმე კრიტიკულ ასპექტს:

ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელი

ჯანმო უარყოფს აქცენტს მხოლოდ დიაგნოზსა და მკურნალობაზე, ანუ „სამედიცინო მოდელს“ და წერგავს ბიო-ფსიქო-სოციალურ მიდგომას. ეს ნიშნავს, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერისას გათვალისწინებულია:

ბიოლოგიური ფაქტორები: ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

ფსიქოლოგიური ფაქტორები: ემოციები, ქცევა და თვითაღქმა.

სოციალური ფაქტორები: გარემო, ბარიერები, ოჯახი და საზოგადოება.

უფლებებზე დაფუძნებული მიდგომა

ჯანმოს ერთ-ერთი მთავარი ინიციატივაა **უფლება ხარისხზე**, რომელიც ადგენს, რომ ფსიქოლოგიური მომსახურება უნდა იყოს:

არადისკრიმინაციული: მომსახურება მორგებული უნდა იყოს პირის ინდივიდუალურ საჭიროებებს (მაგ. კომუნიკაციის ალტერნატიული ფორმები შშმ პირებისთვის).

ავტონომიის პატივისცემა: პაციენტს/ბენეფიციარს აქვს უფლება, თავად მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარი თერაპიის პროცესში.

ხელმისაწვდომობა და სათემო მომსახურება.

ინკლუზიურობა ჯანმოსთვის ნიშნავს, რომ სერვისები არ უნდა იყოს კონცენტრირებული მხოლოდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში.

დეინსტიტუციონალიზაცია: მხარდაჭერა უნდა ხდებოდეს იქ, სადაც ადამიანი ცხოვრობს – თემში, სკოლაში, სამსახურში.

ფიზიკური და სენსორული მისაწვდომობა: გარემო და ინფორმაცია უნდა იყოს ადაპტირებული (ბრაილის შრიფტი, ჟესტების ენა, ეტლით მოსარგებლისთვის პანდუსი და ა.შ.).

ოჯახისა და გარემოცვის ჩართულობა

ჯანმო ხაზს უსვამს, რომ ინკლუზიური მომსახურება ვერ იქნება ეფექტური, თუ ის არ მოიცავს მზრუნველთა მხარდაჭერას. ეს გულისხმობს ოჯახის წევრებისთვის ფსიქოგანათლებას, რათა მათ შეძლონ სტიგმის დაძლევა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისთვის მხარდაჭერი გარემოს შექმნა.

საკვანძო სიტყვები:

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები (შშმ პირები) - პირი მყარი ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული დარღვევით, რომლის სხვადასხვა დაბრკოლებასთან ურთიერთქმედებამ შესაძლოა ხელი შეუშალოს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ამ პირის სრულ და ეფექტიან მონაწილეობას სხვებთან თანაბარ პირობებში.

მენტალური ჯანმრთელობა (ფსიქიკური ჯანმრთელობა) - ფსიქიკური ჯანმრთელობა განისაზღვრება, როგორც კეთილდღეობის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ყველა ინდივიდი აცნობიერებს საკუთარ პოტენციალს, შეუძლია გაუმკლავდეს ცხოვრებისეულ სტრესებს, იმუშაოს პროდუქტიულად და ნაყოფიერად და წვლილი შეიტანოს საკუთარ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. წყარო: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (2014)

ჟესტური ენა – არავერბალური, ვიზუალური ენა, როდესაც ინფორმაციის კოდირება მანუალური და მიმიკური საშუალებებით ხორციელდება;

სტიგმა - ფიზიკური ან სოციალური ნიშანი, რომელიც ახდენს პიროვნების ან ჯგუფის სოციალური იდენტობის დევალვაციას და დისკრედიტაციას.

ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მომსახურება - ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მომსახურება გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სრულ ადაპტირებას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის. ის უზრუნველყოფს თანაბარ ხელმისაწვდომობას ფსიქოლოგიურ კონსულტაციებზე, განურჩევლად ფიზიკური, სენსორული თუ ინტელექტუალური შესაძლებლობებისა.

თავი 2. კვლევის ანგარიში

მოკლე ინფორმაცია პროექტის შესახებ

ა(ა)იპ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა ეროვნული ქსელი“ ახორციელებს პროექტს „ერთად გავაძლიეროთ ინკლუზიური ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისი“. პროექტის მიზანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ინტეგრაციის მხარდაჭერა, ინკლუზიური ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისების განვითარების და ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით. პროექტის ფარგლებში ჩატარდა თვისებრივი კვლევა.

კვლევის მიზანი და გეოგრაფიული არეალი

კვლევის მიზანია შშმ პირების და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური დახმარების მიღების დროს არსებული ბარიერების იდენტიფიცირება და პრობლემების აღმოსაფხვრელად შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება. კვლევის ჩატარების ადგილი: ქ. თბილისი და კახეთის რეგიონი (თელავის მუნიციპალიტეტი).

სამიზნე ჯგუფები:

- ✓ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები
- ✓ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ოჯახის წევრები
- ✓ სათემო ორგანიზაციების წარმომადგენლები და სერვისის მიმწოდებლები

კვლევის მეთოდოლოგია და სამიზნე ჯგუფების შერჩევა:

კვლევის ფარგლებში გამოყენებული იქნა ფოკუსირებული ჯგუფის მეთოდი, ნახევრად სტრუქტურირებული სადისკუსიო გეგმით. შერჩევისთვის გამოყენებული იყო არააღბათური შერჩევის მეთოდი (Nonprobability Convenience Sampling). კვლევაში მონაწილეობა შეთავაზებული იყო ყველა იმ პირისათვის, რომელიც მიეკუთვნებოდა საკვლევ ჯგუფებს და ხელმისაწვდომი იყო მკვლევარისთვის. თვისებრივი კვლევის მონაცემები უზრუნველყოფს, როგორც ზოგადი ტენდენციების, ასევე ძირითადი მიგნებების გამოვლენას და მიზნობრივი რეკომენდაციების შემუშავებას.

ჩატარდა ოთხი ფოკუს ჯგუფი 1. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან - 2 შეხვედრა; 2. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ოჯახის წევრებთან - 1 შეხვედრა; 3. სათემო ორგანიზაციების და სერვისის მიმწოდებლებთან - 1 შეხვედრა. სულ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 48 ადამიანმა. კვლევა განხორციელდა Zoom პლატფორმის გამოყენებით. რესპონდენტების კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს ინფორმირებული და ნებაყოფლობითი თანხმობის საფუძველზე და ასევე კონფიდენციალობის სრული დაცვით. გაკეთდა ფოკუს ჯგუფების აუდიო-ვიდეო ჩანაწერი და მონაცემების გასაანალიზებლად მომზადდა ჩანაწერის დეტალური ტრანსკრიპტები. ოთხივე ჯგუფური დისკუსია მიმდინარეობდა მშვიდ გარემოში, მგრძნობიარე საკითხებზე დისკუსიის მიუხედავად, რესპონდენტები ღიად საუბრობდნენ საკუთარ გამოცდილებაზე და თავისუფლად გამოხატავდნენ მოსაზრებებს განსახილველი თემების ირგვლივ.

საკვლევი საკითხები:

კვლევის ინსტრუმენტები მოიცავს კითხვებს ოთხი ძირითადი თემის გარშემო:

- 1) ინკლუზიური ფსიქოლოგიური სერვისის შესახებ ცნობიერება, ინფორმირებულობა, ხელმისაწვდომობა;
- 2) ინკლუზიურ ფსიქოლოგიურ სერვისებზე ბარიერების იდენტიფიცირება;
- 3) ეფექტური ფსიქოლოგიური მომსახურება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თემში და მათი ოჯახის წევრებში;
- 4) ორგანიზაციების გამოცდილება სერვისებთან დაკავშირებით და ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სახელმწიფო პოლიტიკა.

კვლევისთვის საჭირო ყველა დოკუმენტის (ინფორმირებული თანხმობა, ინსტრუმენტი/სადისკუსიო გეგმა) მომზადება დაიწყო 2026 წლის თებერვალში, ჯგუფური დისკუსიები ჩატარდა მარტში, ხოლო კვლევის ანალიზი გაკეთდა აპრილში.

თავი 3. კვლევის მიმოხილვა

2.1 ზოგადი სიტუაცია

საქართველოში მცხოვრები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ზუსტი სტატისტიკა ცნობილი არ არის, მხოლოდ სოციალური პაკეტის მიმღებ პირთა მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება რაოდენობის დათვლა, რაც 2026 წლისთვის საქართველოს მოსახლეობის 3.5% -ს შეადგენს (134 700 პირი). ექსპერტების შეფასებით, რეალური რაოდენობა გაცილებით მეტია, რადგან ბევრი ადამიანი არ გადის სტატუსის დადგენის პროცესს, რეგიონებში მაღალია არარეგისტრირებული შემთხვევები, მათ შორის ფსიქოსოციალური და ინტელექტუალური დარღვევების მქონე პირები ხშირად „უხილავები“ რჩებიან. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში დაახლოებით 1.3 მილიარდ ადამიანს აღენიშნება შეზღუდული შესაძლებლობები. ეს მსოფლიო მოსახლეობის 16%-ს წარმოადგენს, ანუ ექვსიდან ერთი ადამიანი არის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი.

საქართველოში 270-ზე მეტი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ორგანიზაცია მუშაობს. ორგანიზაციების მუშაობის სფეროებია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის: დამოუკიდებელი ცხოვრების და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვის ხელშეწყობა; განათლების ხელშეწყობა; ჯანდაცვისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესება; შეზღუდული შესაძლებლობის საკითხებზე ცნობიერების ამაღლება; პროფესიული/შრომითი უნარ-ჩვევების განვითარების ხელშეწყობა; დასაქმების ხელშეწყობა; კულტურულ და სპორტულ აქტივობებში ჩართვის ხელშეწყობა; სოციალური სერვისების მიწოდება; გარემოს ადაპტირება; შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისა და ქალების უფლებების დაცვა; ძალადობისგან დაცვა; შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებრივი საკითხების ადვოკატირება; მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პირების პოლიტიკურ ცხოვრებაში მონაწილეობის ხელშეწყობა; იურიდიული მომსახურება, მართლმსაჯულებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება და სხვ.

სახელმწიფო ძირითადად აფინანსებს - ბავშვთა დღის ცენტრით მომსახურებას, მძიმე და ღრმა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა ბინაზე მოვლის ქვეპროგრამებს, აუტიზმის სპექტრის დარღვევის მქონე ბავშვთა აბილიტაციის და სკოლამდელი ინკლუზიური განათლების პროგრამებს. პერსონალური ასისტენტის პროგრამას. ორგანიზაციები ასევე დაფინანსებას იღებენ მომსახურების/პროდუქციის მიწოდებით, სოციალური სანარმოდან მიღებული შემოსავლებით, საერთაშორისო და ადგილობრივი დონორებისგან გრანტებით, ინდივიდუალური შემოწირულობებით, სანევრო ჰონორარით, ბიზნეს კომპანიების შემოწირულობებით. ჩამონათვალიდან ჩანს, რომ სერვისები არსებობს, მაგრამ სისტემურად, ყველასთვის ხელმისაწვდომი ფორმით არ არის, ხშირად პროექტებზეა დამოკიდებული, არ არის სტაბილური და მასობრივი. ფსიქოლოგიური დახმარება ხშირად ბავშვზეა ფოკუსირებული და ნაკლებად მშობელზე, ან ზრდასრულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებზე.

საკანონმდებლო და ინსტიტუციური მიმართულებით გადადგმული პოზიტიური ცვლილებების მიუხედავად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ არსებული სტიგმა და დისკრიმინაციული პრაქტიკები კვლავ აქტუალური რჩება. ისინი სოციალური, ეკონომიკური თუ პოლიტიკური ცხოვრების სხვადასხვა სფეროში ყოველდღიურად აწყდებიან სისტემური ჩაგვრის არაერთ ფორმას, მათ შორის ინფორმაციასა და სერვისებზე ხელმისაწვდომობის კუთხით არსებულ გამოწვევებს. განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფებს წარმოადგენენ - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, რეგიონებში მცხოვრები პირები, ფსიქოსოციალური საჭიროებების მქონე ადამიანები, ყრუ და სმენდაქვეითებული პირები, უსინათლო პირები, მძიმე და მრავლობითი შეზღუდვის მქონე პირები, შშმ ბავშვების მშობლები და მზრუნველები.

¹ საქართველოს სტატისტიკა: <https://disability.geostat.ge/ka>

² ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიმოხილვა: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

³ კოალიცია დამოუკიდებელი ცხოვრებისთვის კვლევის ანგარიში:

https://disability.ge/storage/files/doc/ანგარიში_შშმპ20ორგანიზაციების%20საჭიროებების%20კვლევა.pdf?utm_source=chatgpt.com

გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ 2006 წლის 13 დეკემბერს ოფიციალურად მიიღო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, 2009 წელს საქართველომ კონვენციას ხელი მოაწერა, ხოლო 2013 წლის დეკემბერში საქართველოს პარლამენტმა მოახდინა კონვენციის რატიფიკაცია. 2014 წლის მარტში დოკუმენტი ოფიციალურად შევიდა ძალაში და გახდა ეროვნული კანონმდებლობის ნაწილი. კონვენციის მთავარი მიზანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ყველა სახის დისკრიმინაციის აღმოფხვრა და მათთვის განათლებაზე, შრომაზე, მართლმსაჯულებასა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. საქართველოს სახელმწიფომ მთელი ქვეყნის ტერიტორიაზე გამოაცხადა, რომ აიღო ვალდებულება პოლიტიკასა და მუშაობის ყველა მიმართულებაში დანერგოს და დაიცვას კონვენციის პრინციპები.⁴

მუხლი 19 დამოუკიდებელი ცხოვრება და საზოგადოებაში ცხოვრებაში ჩართვა

სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს შშმ პირთა უფლება, იცხოვრონ თემში და ჰქონდეთ წვდომა იმ პერსონალურ დახმარებასა და მხარდაჭერ სერვისებზე, რომლებიც აუცილებელია იზოლაციის პრევენციისთვის. „ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა არის მუხლი 19-ით გათვალისწინებული ინსტრუმენტი, რომელიც ხელს უწყობს პირის სოციალურ ინტეგრაციას.

მუხლი 25 ჯანმრთელობა

სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვის ისეთივე ხარისხი და სტანდარტი, როგორიც სხვებისთვისაა ხელმისაწვდომი, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში.

მუხლი 26 აბილიტაცია და რეაბილიტაცია

სახელმწიფოები იღებენ ეფექტურ და შესაბამის ზომებს, მათ შორის, კოლეგიალური მხარდაჭერის გამოყენებითაც, რათა უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის მაქსიმალური დამოუკიდებლობის, სრული ფიზიკური, მენტალური, სოციალური და პროფესიული შესაძლებლობების მიღწევისა და გამოყენების შესაძლებლობა.

აღნიშნული მუხლები ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სისტემის განვითარებას განიხილავს, არა როგორც კეთილ ნებას, არამედ სახელმწიფოს პირდაპირ ვალდებულებას, უზრუნველყოს ხელმისაწვდომი, ღირსებაზე დაფუძნებული და ინდივიდის საჭიროებებზე მორგებული ფსიქოლოგიური მომსახურებები შშმ პირებისა და მათი ოჯახებისთვის. ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერა არის ჯანდაცვისა და ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნების განუყოფელი ნაწილი.

საქართველოს კანონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ ქვეყანამ 2020 წელს მიიღო. კანონის მიხედვით სახელმწიფო ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების რეალიზებას და უზრუნველყოფს მათი პიროვნული ღირსების დაცულობას.⁵

მუხლი 1. კანონის რეგულირების სფერო

1. ეს კანონი განსაზღვრავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის დისკრიმინაციის გარეშე და სხვებთან თანაბარ პირობებში დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და ცხოვრების ყველა სფეროში მათი სრულყოფილი მონაწილეობის ხელმისაწვდომობის ძირითად პრინციპებსა და მექანიზმებს,

⁴ გაეროს შშმ პირთა უფლებების დაცვის შესახებ 2006 წლის კონვენცია : <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289?publication=0>

⁵ საქართველოს კანონი შშმ პირთა უფლებების შესახებ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4923984?publication=8>

მუხლი 4. დამოუკიდებელი ცხოვრება

1. სახელმწიფო ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის დამოუკიდებელ ცხოვრებასა და საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში მის სრულყოფილ მონაწილეობას სხვებთან თანასწორად, აგრეთვე სხვადასხვა სახის მხარდაჭერი მომსახურების და საზოგადოებრივი სარგებლობის ობიექტების, ასევე კომუნიკაციის საშუალებების ხელმისაწვდომობას, რაც საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მისი სრულყოფილი მონაწილეობისათვის აუცილებელია

მუხლი 9. ჯანმრთელობის დაცვა

სახელმწიფო, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, უზრუნველყოფს მათთვის ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობას სხვებთან თანასწორად, რაც გულისხმობს:

- ა) ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულების ხელმისაწვდომობას;
- ბ) სხვადასხვა სახის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის განხორციელებას;
- გ) შესაბამისი სტანდარტებისა და მეთოდების დანერგვის ხელშეწყობას, რომლებიც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის კონკრეტული სერვისით სარგებლობას ხელმისაწვდომს გახდის;

მუხლი 10. აბილიტაცია და რეაბილიტაცია

1. სახელმწიფო ხელს უწყობს შესაბამისი სახელმწიფო უწყებების მიერ ისეთი სერვისებისა და პროგრამების შექმნასა და მექანიზმების შემუშავებას, რომლებიც უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მაქსიმალურ დამოუკიდებლობას, მათი ფიზიკური, სენსორული, მენტალური და პროფესიული შესაძლებლობების გამოყენებასა და გაძლიერებას ასაკის, სქესის, შესაძლებლობათა შეზღუდვის ხარისხისა და სახეობის გათვალისწინებით.

3. სახელმწიფო ხელს უწყობს სააბილიტაციო და სარეაბილიტაციო მომსახურებებში დასაქმებული სპეციალისტებისა და პერსონალის პროფესიულ მომზადებასა და გადამზადებას.

მუხლი 14. პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობა

3. სახელმწიფო აღიარებს ქართულ ჟესტურ ენას. ქართული ჟესტური ენა არის საქართველოში მცხოვრებ ყრუ და სმენადაქვეითებულ ადამიანებთან კომუნიკაციის საშუალება, რომელიც მთლიანად მხედველობას ეყრდნობა. სახელმწიფო ცნობს ქართულ ჟესტურ ენას ადამიანთა შორის ურთიერთობის საშუალებად, ასევე ყრუ და სმენადაქვეითებული ადამიანებისათვის განათლების მიღების ერთ-ერთ საშუალებად და უზრუნველყოფს მისი გამოყენებისა და განვითარებისათვის აუცილებელი პირობების შექმნას.

მუხლი 16. მონაწილეობა კულტურულ, სპორტულ, გასართობ და სხვა საზოგადოებრივ ღონისძიებებში

1. სახელმწიფო ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დასვენების, თავისუფალი დროის გატარების, კულტურულ, სპორტულ, გასართობ და სხვა საზოგადოებრივ ღონისძიებებში მონაწილეობის სხვებთან თანაბარი შესაძლებლობის შექმნას და იმ მექანიზმების შემუშავებას, რომლებიც უზრუნველყოფს მათთვის:

- ა) შესაბამისი ინფორმაციისა და მასალების წვდომას;
- ბ) სერვისების ხელმისაწვდომობას;
- გ) სრულ ინკლუზიას.

მუხლი 17. ცნობიერების ამაღლება

1. სახელმწიფო, საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების მიზნით, უზრუნველყოფს:

- ა) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პოტენციალისა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მათი წვლილის პოპულარიზაციას;
- გ) გრძელვადიანი პროგრამების განხორციელებას, რომლებიც ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის ნიშნით დისკრიმინაციის გამომწვევი სტერეოტიპების რღვევას;

2.2 კვლევის მიზანშეწონილობა

საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის საკითხი ერთ-ერთ ყველაზე ნაკლებად შესწავლილ და ყველაზე ნაკლებად განვითარებულ მიმართულებას წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში მოქმედებს გაეროს **შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია** და მიღებულია **კანონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ**, პრაქტიკაში ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სისტემური სერვისი თითქმის არ არსებობს. კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და მათი ოჯახის წევრები ვერ იღებენ ადეკვატურ ფსიქოლოგიურ დახმარებას, რეგიონებში სერვისებზე წვდომა განსაკუთრებით კრიტიკულია, არსებობს სპეციალიზებული კადრების, ინფორმაციისა და ადაპტირებული მომსახურების მწვავე დეფიციტი და სხვ. კვლევის მიზანშეწონილობას ზრდის ისიც, რომ საქართველოში პრაქტიკულად არ არსებობს ერთიანი მონაცემები და სისტემური ანალიზი, რომელიც ასახავს:

- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახების რეალურ ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს;
- მომსახურების ბარიერებს;
- სახელმწიფო სერვისების ეფექტიანობას;
- რეგიონულ უთანასწორობას;
- სპეციალისტების მზაობასა და კომპეტენციას.

ამასთანავე, კვლევა ეფუძნება თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების, მშობლების, თემის წარმომადგენლებისა და ორგანიზაციების გამოცდილებებს, რაც განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის დაგეგმვას. კვლევის შედეგები მნიშვნელოვანია:

- სახელმწიფო პოლიტიკის გაუმჯობესებისთვის;
- ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სახელმწიფო პროგრამების შესაქმნელად;
- სერვისების სტანდარტიზაციისთვის;
- სპეციალისტთა მომზადებისა და გადამზადებისთვის;
- რეგიონული და ციფრული ხელმისაწვდომობის გასაძლიერებლად;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების დამოუკიდებელი ცხოვრების მხარდაჭერისთვის.

შესაბამისად, აღნიშნული კვლევა წარმოადგენს არა მხოლოდ აკადემიურ ანალიზს, არამედ პრაქტიკულ საფუძველს საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახებისთვის ადამიანზე ორიენტირებული, უფლებრივ სტანდარტებზე დაფუძნებული და მდგრადი ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის სისტემის ჩამოსაყალიბებლად.

2.3. ძირითადი სისტემური პრობლემები

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა

კვლევის ფარგლებში ერთ-ერთ ყველაზე მწვავე პრობლემად გამოიკვეთა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სისტემის არარსებობა. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის, მათი ოჯახის წევრებისთვის, მშობლებისთვის, მზრუნველებისთვის სახელმწიფოში პრაქტიკულად არ არსებობს სპეციალიზებული ფსიქოლოგიური დახმარება. არსებული სერვისები ძირითადად ფრაგმენტულია, დონორების მიერ დაფინანსებულ პროექტებზეა დამოკიდებული, არ არის მდგრადი და არ ფარავს საჭიროებების მცირე ნაწილსაც კი. ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა ხშირად აღიქმება როგორც „დამატებითი სერვისი“ და არა აუცილებელი რეაბილიტაციის კომპონენტი.

რეგიონული უთანასწორობა

კვლევის მონაწილეები ხაზს უსვამენ, რომ რეგიონებში მდგომარეობა კრიტიკულად მძიმეა. ძირითადი პრობლემებია: სპეციალისტების ნაკლებობა, ტრანსპორტირების ბარიერები, მობილური ჯგუფების არასაკმარისი დაფინანსება.

ინტერნეტის დატექნოლოგიური რესურსების დეფიციტი. ზოგიერთ მაღალმთიან რეგიონში ადამიანები წლების განმავლობაში არ იღებენ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას, სახლიდან ვერ გადიან და სრულ სოციალურ იზოლაციაში ცხოვრობენ.

ინფორმაციული ბარიერი

კვლევის მიხედვით, სახელმწიფო სერვისებზე ინფორმაცია არ არის ცენტრალიზებული, ადაპტირებული და ხელმისაწვდომი. ოჯახები ინფორმაციას იღებენ სხვა მშობლებისგან, სხვადასხვა სოციალური პლატფორმიდან და შემთხვევითი კონტაქტებიდან. სოციალური მუშაკები და სერვის-პროვაიდერები ხშირად თავად არ ფლობენ სრულ ინფორმაციას და ვერ ახერხებენ სწორ გადამისამართებას.

ფინანსური მიუწვდომლობა

კვლევის დროს მონაწილეების მხრიდან ყურადღება გამახვილდა ფინანსურ ფაქტორზე. ამ ეტაპზე სახელმწიფო ვერ უზრუნველყოფს ვაუჩერული სისტემის არსებობას, სუბსიდირების საკითხს, დაზღვევას და გრძელვადიან მხარდაჭერას. ფსიქოლოგიური მომსახურების საშუალო ღირებულება 40–150 ლარია ერთი სესია. მშობლების განცხადებით ფსიქოლოგიურ სერვისში აღნიშნული თანხის გადახდა შეუძლებელია, განსაკუთრებით მიუწვდომელია მარტოხელა დედეებისთვის, რეგიონში მცხოვრები ოჯახებისთვის, ე. წ. „საშუალო ფენისთვის“.

სპეციალიზებული კადრების კრიზისი

კვლევაში გამოიკვეთა, რომ ფსიქოლოგების დიდ ნაწილს არ აქვს შშმ პირებთან მუშაობის გამოცდილება, ისინი არ ფლობენ ჟესტურ ენას, არ აქვთ ადაპტირებული მეთოდოლოგიების ცოდნა, არ იციან პერსონაზე ცენტრირებული მიდგომა. შშმ პირები ხშირად აღწერენ ფსიქოლოგების მხრიდან პატერნალისტურ დამოკიდებულებას და „ზედაპირულ პოზიტივიზმს“, არაეთიკურ კომუნიკაციას და კონფიდენციალურობის დარღვევის შიშს. განსაკუთრებული პრობლემა გამოიკვეთა ყრუ და სმენდაქვევითებული პირებისთვის მომსახურების ფაქტობრივი მიუწვდომლობა.

სტიგმა და სოციალური იზოლაცია

კვლევის მონაწილეები ხშირად საუბრობდნენ საზოგადოების მხრიდან ბულინგზე, სიბრაულზე დაფუძნებულ დამოკიდებულებაზე, ძალადობაზე და „სახლში ჩაკეცვის“ პრაქტიკაზე. ხშირად ოჯახები დახმარებას მხოლოდ კრიზისის დროს ეძებენ, ერიდებიან ფსიქოლოგთან მისვლას და შიშობენ პრობლემების გასაჯაროებას.

ხელმისაწვდომობის კრიზისი

კვლევის მონაწილეები განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებდნენ (WCAG) ვებ-კონტენტის ხელმისაწვდომობის სახელმძღვანელო სტანდარტების შეუსრულებლობაზე, არადაპირებულ ვებ-სერვისებზე, ვესტური ენის არქონაზე, ბრაილის და აუდიოფორმატის დეფიციტზე. ციფრული სერვისების მიუწვდომლობა პირდაპირ ზღუდავს ინფორმაციის მიღებას, სახელმწიფო პროგრამებზე წვდომას და დამოუკიდებელ ფუნქციონირებას.

მშობლების და მზრუნველების კრიზისი

კვლევის დროს გამოიკვეთა მშობლების ისეთი მძიმე ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, როგორიცაა ქრონიკული გადანვა, შემდეგი ძირითადი მახასიათებლებით: ემოციური გამოფიტვა, სოციალური იზოლაცია, პროფესიული ცხოვრების არ არსებობა, მუდმივი მზრუნველობის რეჟიმში ცხოვრება და კუმულაციური ტრავმები. განსაკუთრებით მძიმე მდგომარეობაში არიან დედები, რომლებიც ხშირად მართო იღებენ ზრუნვის ტვირთს, იძულებულნი ხდებიან თავად გახდნენ ასისტენტები, თერაპევტები, მასწავლებლები.

საერთაშორისო სტანდარტებთან შეუსაბამობა

არსებული მდგომარეობა ნაწილობრივ ეწინააღმდეგება გაეროს შემღებული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციას, ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებულ მიდგომას, თემზე დაფუძნებული მხარდაჭერის პრინციპს. განსაკუთრებით პრობლემურია დამოუკიდებელი ცხოვრების მხარდაჭერის ნაკლებობა, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის არარსებობა და შემღებული შესაძლებლობის მქონე პირების არასაკმარისი მონაწილეობა გადაწყვეტილების მიღებაში.

საჩვენებლის არამდგრადობა

კვლევის მიხედვით აღმოჩნდა, რომ ბევრი პროგრამა ერთჯერადია, დაფუძნებულია გრანტებზე, წყდება პროგრამის, პროექტის დასრულებისთანავე. ბენეფიციარების ასაკობრივი ცვლილება იწვევს მათი სერვისებიდან ამოვარდნას. ამის გამო შშმ პირები და ოჯახები კარგავენ სპეციალისტებთან მუშაობის გაგრძელების საშუალებას და გარემოში ადაპტაციის მექანიზმებს.

დასკვნა

კვლევა აჩვენებს, რომ საქართველოში შშმ პირებისა და მათი ოჯახების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა არ არის - სისტემურად ორგანიზებული, თანაბრად ხელმისაწვდომი და დამოკიდებულია ინდივიდუალურ კეთილ ნებაზე და დონორულ პროექტებზე. მიუხედავად საკანონმდებლო პროგრესისა, პრაქტიკაში შშმ პირები და მათი ოჯახები ხშირად რჩებიან - სისტემური მხარდაჭერის გარეშე, ფსიქო-სოციალური კრიზისის პირობებში და დამოუკიდებელი ცხოვრების შესაძლებლობის მიღმა.

თავი 4 . კვლევის ძირითადი მიზნები

1. ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სისტემური დეფიციტი

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისები სახელმწიფოში ფრაგმენტულია, არასაკმარისია და ხშირ შემთხვევაში ფორმალურ ხასიათს ატარებს. არსებული პროგრამები ვერ პასუხობს შშმ პირებისა და მათი ოჯახების სპეციფიკურ საჭიროებებს. მხარდაჭერა ხშირად წყდება გარკვეულ ასაკობრივ ეტაპებზე, რაც იწვევს მიღწეული პროგრესის შეწყვეტას და ოჯახების კრიზისში დაბრუნებას.

2. ხელმისაწვდომობის მრავალშრიანი ბარიერები

ფსიქოლოგიურ სერვისებზე წვდომას ერთდროულად რამდენიმე ფაქტორი აფერხებს:

- ფინანსური მიუწვდომლობა (მაღალი ღირებულება);
- გეოგრაფიული უთანასწორობა (რეგიონებში სერვისების სიმცირე);
- ფიზიკური გარემოსა და ტრანსპორტირების ბარიერები;
- კომუნიკაციის შეზღუდვები (ჟესტური ენა, ადაპტირებული ფორმატები);
- ონლაინ მხარდაჭერის გამოყენებისას პირადი სივრცის არქონა.

განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფებს შორის არიან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, რეგიონებში მცხოვრები ოჯახები, მარტოხელა მშობლები და საშუალო, ან დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახები.

3. ინფორმაციული ვაკუუმი და დაბალი ცნობიერება

ფსიქოლოგიური დახმარების შესახებ ცნობიერება დაბალია. მოსახლეობის ნაწილს არ აქვს ინფორმაცია:

- სერვისების არსებობის შესახებ;
- მათი გამოყენების მიზანსა და სარგებელზე;
- ხელმისაწვდომ პროგრამებსა და გზებზე.

ინფორმაცია არ არის ცენტრალიზებული და ძირითადად არაფორმალური ქსელებით ვრცელდება („თემის წარმომადგენლებს შორის“ და „მშობლიდან მშობელს“), რაც ხშირად არასრული და არასანდოა.

4. პრევენციული კულტურის სისუსტე

რესპონდენტები აღიარებენ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მნიშვნელობას, თუმცა დახმარებას უმეტესად მხოლოდ კრიზისულ ეტაპზე მიმართავენ. პრევენციული, მხარდამჭერი და ადრეული ჩარევის კულტურა ნაკლებად არის განვითარებული.

5. სერვისის ხარისხისა და ნდობის კრიზისი

კვლევა აჩვენებს ფსიქოლოგიური მომსახურების მიმართ უნდობლობას. მთავარ გამოწვევებად დასახელდა:

- პროფესიის არასაკმარისი რეგულირება;
- პროფესიული და ეთიკური სტანდარტების ბუნდოვანება;
- არაკომპეტენტური ან ზედაპირული ჩარევის გამოცდილება;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მუშაობის სპეციფიკური ცოდნის ნაკლებობა.

მაღალი მოთხოვნაა პროფესიულ განათლებაზე, სერტიფიცირებაზე, ინკლუზიურ კომპეტენციებსა და ემპათიურ მიდგომაზე.

6. სპეციალიზებული ადამიანური რესურსების დეფიციტი

ქვეყანაში შეინიშნება სპეციალიზებული კადრების მწვავე ნაკლებობა. ფსიქოლოგების მნიშვნელოვან ნაწილს არ აქვს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან და მათ ოჯახებთან მუშაობის შესაბამისი მომზადება. ასევე იკვეთება სისტემური პრობლემა — აკადემიური და პროფესიული მომზადების პროგრამები ვერ უზრუნველყოფს საჭირო სპეციალისტების მომზადებასა და შენარჩუნებას.

7. ოჯახების ფსიქო-სოციალური გადატვირთვა

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების ოჯახები მნიშვნელოვან ფსიქოლოგიურ ტვირთს ატარებენ. მშობლები ხშირად ერთდროულად ასრულებენ მომვლელის, თერაპევტის, ასისტენტისა და მხარდაჭერის ფუნქციებს. შედეგად მაღალია:

- ქრონიკული სტრესი;
- ემოციური გამოფიტვა;
- გადაწვა;
- კუმულაციური ტრავმა.

ეს მდგომარეობა გავლენას ახდენს როგორც მშობლების კეთილდღეობაზე, ისე შვილების ადაპტაციასა და სოციალურ ინტეგრაციაზე.

8. სტიგმა და სოციალური იზოლაცია

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ხშირად მინიმიზებულია როგორც საზოგადოებრივ, ისე ოჯახურ დონეზე. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და მათი ოჯახები ხშირად აწყდებიან სტიგმას, სოციალური იზოლაციისა და არასწორი დამოკიდებულებების სხვადასხვა ფორმას, რაც კიდევ უფრო ამცირებს დახმარების ძიების მოტივაციას.

9. მმართველობისა და მდგრადობის პრობლემები

კვლევა მიუთითებს სისტემურ მმართველობით გამოწვევებზე:

- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და ოჯახების შეზღუდული მონაწილეობა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში;
- ანგარიშვალდებულების დაბალი ხარისხი;
- საერთაშორისო დონორებზე დამოკიდებული, ფრაგმენტული პროგრამები;
- პილოტური პროექტების არამასშტაბირება.

არსებული სისტემა ვერ ქმნის მდგრად და გრძელვადიან მხარდაჭერის მოდელს.

10. მაღალი სოციალური რისკები

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის არარსებობა მხოლოდ ინდივიდუალურ პრობლემას არ ქმნის, ის ზრდის ფართო სოციალურ რისკებს: ოჯახურ კონფლიქტებს, ძალადობის რისკს, სოციალური იზოლაციის გაღრმავებას და მონყვლადი ჯგუფების მდგომარეობის დამძიმებას.

თავი 5. ბარიერების იდენტიფიცირება

სისტემური და სტრუქტურული ბარიერები

კვლევის ფარგლებში სისტემური და სტრუქტურული ბარიერები ერთ-ერთ ყველაზე გამჭოლ და ფუნდამენტურ პრობლემად გამოიკვეთა. მონაწილეთა გამოცდილებები აჩვენებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახების წინაშე არსებული სირთულეები მხოლოდ ინდივიდუალური, ან შემთხვევითი ხასიათის არ არის, ისინი მჭიდროდ უკავშირდება სახელმწიფო პოლიტიკას, სერვისების ორგანიზებას, დაფინანსებას, რეგულაციების და ინსტიტუციური მოწყობის ხარვეზებს. რესპონდენტთა მოსაზრებები მიუთითებს, რომ არსებული გამოწვევები ქმნის გარემოს, სადაც მხარდაჭერა დამოკიდებულია არა სისტემურ გარანტიებზე, არამედ ცალკეული ადამიანების, ორგანიზაციების ან პროექტების კეთილ ნებაზე.

კვლევის ერთ-ერთ მთავარ მიგნებად გამოიკვეთა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სახელმწიფო სისტემის ფაქტობრივი არარსებობა. რესპონდენტები ხაზს უსვამდნენ, რომ ქვეყანაში არ არსებობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახებისთვის სპეციფიკურ საჭიროებებზე მორგებული ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სტანდარტიზებული პროგრამა. მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა სახელმწიფო თუ მუნიციპალური სერვისები ფორმალურად ფუნქციონირებს, მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ ისინი ვერ პასუხობენ შშმ პირების და მათი ოჯახის წევრების ფსიქო-სოციალურ საჭიროებებს და ძირითადად კონცენტრირებულია მხოლოდ ფიზიკურ რეაბილიტაციასა და/ან სამედიცინო კომპონენტებზე.

ანალიზმა აჩვენა, რომ არსებული სერვისები ფრაგმენტული და არამდგრადია. რესპონდენტები ხშირად საუბრობდნენ პროექტულ და პილოტურ ინიციატივებზე, რომლებიც დადებით შედეგებს აჩვენებს, თუმცა მათი დასრულების შემდეგ მხარდაჭერა წყდება. მონაწილეთა გამოცდილებაში ხშირად ჩნდებოდა განცდა, რომ სისტემაში არ არსებობს სერვისების უწყვეტობის გარანტია და მხარდაჭერა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია დონორულ დაფინანსებაზე. შედეგად, ოჯახები და შშმ პირები მუდმივად რჩებიან „პროექტიდან პროექტამდე“ არსებობის რეჟიმში.

განსაკუთრებით მწვავედ გამოიკვეთა მომსახურების სტანდარტებისა და რეგულაციების პრობლემა. კვლევის მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ არ არსებობს მკაფიოდ განსაზღვრული მოთხოვნები ფსიქოლოგიური დახმარების მოცულობასთან, სიხშირესთან ან ხარისხთან დაკავშირებით. რესპონდენტები ხაზს უსვამდნენ, რომ ხშირ შემთხვევაში თავად მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციებიც არ ფლობენ ერთიან ჩარჩოს, თუ რა ფორმით უნდა განხორციელდეს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა. შედეგად, ერთი და იგივე სერვისი სხვადასხვა რეგიონსა თუ დაწესებულებაში სრულიად განსხვავებული ფორმით ხორციელდება.

კვლევის ფარგლებში მნიშვნელოვანი ადგილი ეკავა დაფინანსების მოდელის პრობლემებსაც. რესპონდენტები ხაზს უსვამდნენ, რომ არსებული ფინანსური რესურსები ხშირად არ არის საჭიროებებზე ორიენტირებული. განსაკუთრებით რეგიონულ გამოცდილებებში გამოიკვეთა, რომ მობილური ჯგუფები მუშაობენ არასაკმარისი რესურსებით, დაუფინანსებელი ტრანსპორტით და შეზღუდული დროითი შესაძლებლობებით. მონაწილეები აღწერდნენ შემთხვევებს, როდესაც ერთი და იმავე დაფინანსება ენიჭებოდა როგორც ურბანულ, ისე გეოგრაფიულად რთულ რეგიონებში მომუშავე გუნდებს, რაც რეალურად უთანასწორო პირობებს ქმნის.

კვლევის მონაწილეები სისტემურ პრობლემად განიხილავდნენ სპეციალიზებული კადრების დეფიციტსაც. გამოიკვეთა აზრი, რომ ქვეყანაში არ არსებობს საკმარისი რაოდენობის სპეციალისტი, რომელსაც ექნება ცოდნა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებრივი მიდგომების, კომუნიკაციის სპეციფიკისა და ადაპტირებული ფსიქოლოგიური მეთოდოლოგიების მიმართულებით. განსაკუთრებით მწვავედ გამოიკვეთა ჟესტური ენის ცოდნის ნაკლებობა, ეთნიკური უმცირესობების ენებზე მომსახურების არარსებობა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მუშაობის პრაქტიკული გამოცდილების დეფიციტი.

მნიშვნელოვანი მიგნება უკავშირდებოდა გადაწყვეტილების მიღების პროცესში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების შეზღუდულ მონაწილეობასაც. მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ მიუხედავად საერთაშორისო სტანდარტებისა და უფლებრივი ჩარჩოების არსებობისა, პრაქტიკაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და მათი წარმომადგენელი ორგანიზაციები ხშირად ვერ მონაწილეობენ პოლიტიკის დაგეგმვასა და რესურსების განაწილებაში. რესპონდენტთა შეფასებით, გადაწყვეტილებები ხშირ შემთხვევაში მიიღება უშუალო გამოცდილების მქონე ადამიანების მონაწილეობის გარეშე, რაც ზრდის პოლიტიკისა და რეალური საჭიროებების შორის დისტანციას.

საერთო ანალიზი აჩვენებს, რომ სისტემური და სტრუქტურული ბარიერები ქმნის ურთიერთდაკავშირებულ მექანიზმს, რომელიც მნიშვნელოვნად ამცირებს შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახების მხარდაჭერას. მონაწილეთა გამოცდილებები მიუთითებს, რომ პრობლემა არ მდგომარეობს მხოლოდ კონკრეტული სერვისის დეფიციტში, არამედ გამოწვევა უფრო ღრმაა და ეხება სახელმწიფო პოლიტიკის მოწყობას, რესურსების განაწილებას, სტანდარტების არარსებობასა და ინსტიტუციური პასუხისმგებლობის ნაკლებობას.

შედეგად, შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და მათი ოჯახები ხშირად აღმოჩნდებიან არა მხოლოდ ინდივიდუალური სირთულეების, არამედ სისტემური დაუცველობის პირობებში, სადაც მხარდაჭერის მიღება დამოკიდებულია შემთხვევითობაზე და არა გარანტირებულ უფლებაზე.

სოციალური და კულტურული ბარიერები

კვლევის ფარგლებში სოციალური და კულტურული ბარიერები ერთ-ერთ ყველაზე ღრმა და მრავალშრიან პრობლემად გამოიკვეთა. მონაწილეთა გამოცდილებები აჩვენებს, რომ შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახის წევრების ყოველდღიური რეალობა მნიშვნელოვნად განისაზღვრება, არა მხოლოდ სერვისების დეფიციტით, არამედ საზოგადოებაში დამკვიდრებული წარმოდგენებით, სტერეოტიპებითა და სტიგმით. რესპონდენტთა მოსაზრებები მიუთითებს, რომ სოციალური გარემო ხშირად იქცევა არა მხარდაჭერის, არამედ დამატებითი წნეხისა და იზოლაციის წყაროდ.

კვლევის მონაწილეები აღწერდნენ, რომ შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ საზოგადოებრივი დამოკიდებულება ხშირად ეფუძნება სიბრაღეს, გადაჭარბებულ მზრუნველობას ან, პირიქით, დისტანცირებასა და გაუცხოებას. რესპონდენტთა გამოცდილებაში ხშირად ფიქსირდებოდა შემთხვევები, როდესაც შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები აღიქმებოდნენ, არა როგორც დამოუკიდებელი საჭიროებებისა და შესაძლებლობების მქონე ადამიანები, არამედ როგორც მუდმივი მზრუნველობის ობიექტები. ამგვარი დამოკიდებულება ზღუდავს მათ ავტონომიას, დამოუკიდებლობასა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობას.

ანალიზმა აჩვენა, რომ სტიგმა მოქმედებს არა მხოლოდ საზოგადოებრივ, არამედ ოჯახურ დონეზეც. კვლევის მონაწილეები საუბრობდნენ შემთხვევებზე, როდესაც ოჯახები ცდილობდნენ შემზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის ან ზრდასრულის მდგომარეობის დამალვას, ერიდებოდნენ საჯარო სივრცეებს და თავს არიდებდნენ სოციალური ურთიერთობების გაფართოებას. ხშირად აღნიშნული პრაქტიკა უკავშირდებოდა საზოგადოების შეფასების შიშს, სირცხვილის განცდას ან უარყოფითი დამოკიდებულების მოლოდინს. შედეგად, იზოლაცია დროთა განმავლობაში არა მხოლოდ გარემოს მიერ თავსმოხვეული, არამედ შინაგანად გაზიარებული რეალობა ხდებოდა.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა სტიგმის ე.წ. „ორმაგი ეფექტი“. მონაწილეთა მოსაზრებებში ნათლად გამოიკვეთა, რომ სტიგმა ვრცელდება არა მხოლოდ შემზღუდული შესაძლებლობის სტატუსთან მიმართებით, არამედ ფსიქოლოგიური დახმარების მიღებაზეც. რესპონდენტები ხშირად ახსენებდნენ ფრაზებს: „გიჟი არ ვარ, ფსიქოლოგი რატომ მჭირდება?“ ან „ჩვენ თვითონ გავუმკლავდებით“. მსგავსი დამოკიდებულებები მიუთითებს, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მიმართ საზოგადოებაში კვლავ არსებობს ძლიერი წინასწარგანწყობები. შედეგად, დახმარების მიღება ხშირად აღიქმება სისუსტედ ან პირადი პრობლემების საჯაროდ გამოტანად, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს მიმართვიანობას.

კვლევის ფარგლებში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო მშობლების გამოცდილებებსაც. ხშირად იკვეთებოდა სოციალური იზოლაციის განცდა, როდესაც მშობლები აღწერდნენ, რომ ვერ პოულობდნენ უსაფრთხო სივრცეს საკუთარი ემოციებისა და გამოცდილებების გასაზიარებლად. მათთვის რთული იყო, არა მხოლოდ პროფესიული მხარდაჭერის მიღება, არამედ სხვა ადამიანებთან ღია კომუნიკაცია, რადგან ხშირად აწყდებოდნენ არასწორ შეფასებას თუ რჩევებს, ან ბრალდებებს ბავშვის მდგომარეობასთან დაკავშირებით.

განსაკუთრებით მძიმე გამოცდილებები უკავშირდებოდა ქალებს, დედებს. მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ ზრუნვის ტვირთი ხშირ შემთხვევაში მთლიანად დედაზე გადადის, რასაც ემატება ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების მოლოდინები. რესპონდენტთა აღწერებში იკვეთებოდა ე.წ. „უხილავი ზრუნვის“ ფენომენი, როდესაც ქალები ერთდროულად იღებენ მზრუნველის, მასწავლებლის, თერაპევტისა და ოჯახის მართვის ფუნქციებს, თუმცა მათი ემოციური მდგომარეობა და საჭიროებები ნაკლებად ჩანს.

კვლევის ფარგლებში ასევე გამოიკვეთა სტიგმისა და ძალადობის კავშირი. მონაწილეები საუბრობდნენ ოჯახურ გარემოში არსებულ ძალადობაზე, მათ შორის ფსიქოლოგიურ და ემოციურ ზეწოლაზე. განსაკუთრებით მონაცვლად ჯგუფად დასახელდნენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალები, რომლებიც ხშირად დამოკიდებულნი არიან საკუთარ მზრუნველებზე და ძალადობის შემთხვევაშიც ვერ ტოვებენ გარემოს. რესპონდენტთა განაცხადები მიუთითებს, რომ ძალადობის შემთხვევები ხშირად უხილავი და დაუფარავი რჩება, რადგან დახმარების სისტემები არასაკმარისად ადაპტირებულია.

საერთო ანალიზი აჩვენებს, რომ სოციალური და კულტურული ბარიერები ინდივიდუალური გამოცდილებების ფარგლებს მნიშვნელოვნად სცდება და სისტემურ ხასიათს ატარებს. სტიგმა გავლენას ახდენს ადამიანების თვითაღქმაზე, დახმარების მოთხოვნის სურვილზე, სოციალურ ურთიერთობებსა და საზოგადოებაში მონაწილეობის შესაძლებლობებზე. შედეგად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და მათი ოჯახები ხშირად ერთდროულად აწყდებიან, როგორც ფიზიკურ და ინსტიტუციურ, ისე უხილავ სოციალურ ბარიერებს, რომლებიც აძლიერებს იზოლაციას და ზღუდავს მათი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ სტიგმის დაძლევა საჭიროებს, არა მხოლოდ ინდივიდუალურ ცნობიერების ამაღლებას, არამედ სახელმწიფოს მხრიდან სისტემურ ინტერვენციებს, საზოგადოებრივი ცნობიერების ასამაღლებელ კამპანიებს, პროფესიული ჯგუფების სენსიტიზაციას და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების აქტიურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

ეკონომიკური და ლოგისტიკური ბარიერები

კვლევის ფარგლებში ერთ-ერთი ყველაზე გამოკვეთილი თემა ეკონომიკური და ლოგისტიკური ბარიერებია, რომლებიც მნიშვნელოვნად ამცირებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახის წევრების წვდომას ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერასა და ფსიქო-სოციალურ სერვისებზე. მონაწილეთა მოსაზრებები აჩვენებს, რომ პრობლემა არ უკავშირდება მხოლოდ ფინანსური რესურსის ნაკლებობას, ის წარმოადგენს ურთიერთდაკავშირებულ სისტემურ დაბრკოლებათა ჯაჭვს, რომელიც პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის მომსახურების დროულ და უწყვეტ მიღებას.

ეკონომიკური ბარიერის კონტექსტში რესპონდენტები ხაზს უსვამდნენ ფსიქოლოგიური მომსახურების მაღალ ღირებულებას. მაშინ როდესაც ეფექტური მხარდაჭერა მოითხოვს რეგულარულ და ხანგრძლივ ჩართულობას. რესპონდენტები აღნიშნავდნენ, რომ კვირაში რამდენიმე სესიის დაფინანსება განსაკუთრებით რთულია იმ ოჯახებისთვის, სადაც ზრუნვის ტვირთი ერთ მშობელზე, ხშირ შემთხვევაში დედაზე მოდის. ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა აღიქმებოდა, არა როგორც სისტემურად ხელმისაწვდომი სოციალური უფლება, არამედ როგორც ფინანსურად ძნელად მისაწვდომი „დამატებითი სერვისი“.

მონაწილეები აღწერდნენ სიტუაციებს, როდესაც მშობლებს უწევდათ საკუთარი პროფესიული საქმიანობის შეწყვეტა ან შეცვლა, რათა თავად შეესრულებინათ ასისტენტის, თერაპევტის ან მზრუნველის ფუნქციები. რესპონდენტების შეხედულებით, ხშირად ჩნდებოდა განცდა, რომ სახელმწიფო ვერ უზრუნველყოფს საჭირო მხარდაჭერას, რის გამოც ოჯახები იძულებულნი ხდებიან საკუთარ თავზე აიღონ ის პასუხისმგებლობა, რომელიც სისტემას უნდა ეკისრებოდეს.

ლოგისტიკური ბარიერები განსაკუთრებით მკაფიოდ რეგიონული გამოცდილებების განხილვისას გამოიკვეთა. მონაწილეები აღწერდნენ შემთხვევებს, როდესაც სერვისის მიღება დამოკიდებული იყო ქალაქამდე გადაადგილებასთან, ტრანსპორტის ხელმისაწვდომობაზე ან ოჯახის წევრების შესაძლებლობაზე თან გაჰყოლოდნენ მომსახურების მიმღებს. განსაკუთრებით რთულ მდგომარეობაში არიან მაღალმთიანი და ეთნიკური უმცირესობებით დასახლებულ რეგიონებში მცხოვრები სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლები.

მობილური გუნდების გამოცდილებამ კიდევ უფრო ნათლად აჩვენა არსებული სისტემური ხარვეზები. რესპონდენტები აღწერდნენ, რომ მომსახურების მიმწოდებელი ჯგუფები ხშირად გადაადგილდებიან პირადი რესურსებით, საკუთარი ავტომობილებითა და დაუფინანსებელი საწვავით. აღნიშნული გარემოება პირდაპირ ზემოქმედებს მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე.

კვლევის ფარგლებში ასევე გამოიკვეთა ენობრივი და ტექნიკური ბარიერები, რომლებიც ლოგისტიკური პრობლემების ნაწილად აღიქმებოდა. განსაკუთრებით ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენლებთან მუშაობისას რესპონდენტები საუბრობდნენ საკომუნიკაციო სირთულეებზე, თარჯიმნების არ არსებობასა და ინტერნეტზე დამოკიდებულების პრობლემებზე. ეს აჩვენებს, რომ ხელმისაწვდომობა მხოლოდ ფიზიკურ გადაადგილებას არ გულისხმობს, იგი მოიცავს ინფორმაციულ და კომუნიკაციურ ხელმისაწვდომობასაც.

საერთო ანალიზი აჩვენებს, რომ ეკონომიკური და ლოგისტიკური ბარიერები ცალკეული პრობლემები არ არის, ისინი ქმნიან ურთიერთგამაძლიერებელ მექანიზმს, რომელიც ზრდის ფსიქოლოგიური დახმარების მიუწვდომლობას, ამძაფრებს სოციალურ იზოლაციას და ოჯახებს ხანგრძლივი ფსიქო-სოციალური კრიზისის პირობებში ტოვებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ მონაწილეები აღნიშნავდნენ, არა მხოლოდ მომსახურების დეფიციტს, არამედ სისტემის არარსებობას, რომელიც ამ ბარიერებს წინასწარ გაითვალისწინებდა და სამიზნე საზოგადოებას კომპლექსურ გადანაცვლებას შესთავაზებდა.

ფსიქოლოგიური და პიროვნული ბარიერები

კვლევის ფარგლებში ფსიქოლოგიური და პიროვნული ბარიერები ერთ-ერთ ყველაზე ღრმა და კომპლექსურ თემად გამოიკვეთა. მონაწილეთა გამოცდილებები აჩვენებს, რომ ფსიქოლოგიური დახმარების მიღების სირთულე მხოლოდ სერვისების არარსებობით არ აიხსნება. მას თან ახლავს ემოციური, სოციალური და მენტალური ფაქტორების ერთობლიობა, რომლებიც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს, როგორც დახმარების ძიების სურვილს, ისე მის გამოყენებას.

რესპონდენტთა საუბრებში განსაკუთრებული ადგილი ეკავა ქრონიკული ემოციური გადაღლისა და გადანვის გამოცდილებას. განსაკუთრებით მშობლები და მათ შორის ძირითადად დედები, აღწერდნენ მრავალწლიანი ზრუნვის შედეგად დაგროვილ ემოციურ გადაღლას, მუდმივ სტრესს, შფოთვისა და საკუთარი საჭიროებების უკანა პლანზე დაყენებას. მონაწილეთა მონათხრობებში ხშირად იკვეთებოდა ისეთი ამრები, რომ მათი ყოველდღიურობა მთლიანად შვილების საჭიროებებზეა მორგებული, რის გამოც საკუთარი პროფესიული, სოციალური და პირადი ცხოვრება პრაქტიკულად შეჩერებული აქვთ. შედეგად, მშობლები აღწერდნენ არა მხოლოდ დაღლას, არამედ საკუთარი იდენტობის ნაწილობრივ დაკარგვის გამოცდილებასაც.

კვლევის მონაცემებმა ასევე აჩვენა, რომ შშმ პირებსა და მათი ოჯახის წევრებს შორის ფართოდ არის გავრცელებული მუდმივი ფსიქოლოგიური დაძაბულობა, რომელსაც თან ახლავს კუმულაციური ტრავმის ნიშნები. მონაწილეები საუბრობდნენ წლების განმავლობაში დაგროვილ განცდებზე, იმედგაცრუებაზე, იზოლაციაზე, მუდმივ შიშსა და გაურკვევლობაზე. განსაკუთრებით გამოიკვეთა მომავლის შიში — რა მოხდება მომავალში, ვინ იზრუნებს შშმ ადამიანზე, რა ბედი ელის ოჯახს და რამდენად შეძლებენ არსებული ტვირთის გრძელვადიან ტარებას.

კვლევისა დროს მნიშვნელოვანი ადგილი ეკავა შშმ მდგომარეობის მიმღებლობის პროცესზე საუბარს. რესპონდენტები აღწერდნენ შემთხვევებს, როდესაც ოჯახის წევრებს უჭირდათ შშმ ბავშვის ან მოზრდილის მდგომარეობის მიღება, რაც ხშირად ხდებოდა დამატებითი ემოციური დაძაბულობის წყარო. კვლევის მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ ინფორმაციისა და ფსიქოგანათლების ნაკლებობა აძლიერებდა არარეალისტურ მოლოდინებს, უარყოფის ეტაპს და ე.წ. „სასწაულებრივი გამოსავლის“ ძიებას. განსაკუთრებით მწვავედ გამოიკვეთა მონყვლადი მშობლების შემთხვევები, რომლებიც სხვადასხვა ორგანიზაციისა თუ კერძო პირების გავლენით ცრუ დაპირებებისა და ფსევდომეცნიერული გზავნილების მსხვერპლი ხდებოდნენ.

ფსიქოლოგიური ბარიერების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტად გამოიკვეთა ფსიქოლოგიური დახმარების მოთხოვნის მიმართ შინაგანი წინააღმდეგობა. რესპონდენტთა მონათხრობებში ხშირად ჟღერდა ფრაზები: „მე ჩემი შვილის ფსიქოლოგიც ვარ“, „გიჟი არ ვარ, ფსიქოლოგი რატომ მჭირდება?“ მსგავსი დამოკიდებულებები მიუთითებს, რომ ფსიქოლოგიური დახმარება კვლავ ასოცირდება სისუსტესთან, ფსიქიკურ დაავადებასთან ან კრიზისის უკიდურეს ფორმასთან. შედეგად, დახმარების ძიება ხშირად მხოლოდ მაშინ ხდება, როდესაც ემოციური მდგომარეობა უკვე მნიშვნელოვნად გაუარესებულია.

მონაწილეთა მოსაზრებებში ასევე გამოიკვეთა უნდობლობა სპეციალისტების მიმართ. რესპონდენტები აღწერდნენ შემთხვევებს, როდესაც ფსიქოლოგებთან ურთიერთობა აღიქმებოდა როგორც ფორმალური, ზედაპირული ან არაკომპეტენტური. ხშირად იყო ნახსენები ე.წ. „ზედაპირული პოზიტივიზმი“, როდესაც ფსიქოლოგიური დახმარება შემოიფარგლებოდა მოტივაციური ფრაზებით და ვერ პასუხობდა ადამიანის რეალურ ემოციურ საჭიროებებს. მნიშვნელოვანი იყო ასევე კონფიდენციალობის საკითხი - განსაკუთრებით მცირე თემებსა და ორგანიზაციებში, სადაც მონაწილეები გამოხატავდნენ შიშს, რომ პირადი ინფორმაცია შესაძლოა თემის ფარგლებში გავრცელდებოდა.

რესპოდენტთა ნაწილის რთული ფსიქოლოგიური გამოცდილებები უკავშირდებოდა სოციალური იზოლაციის განცდას. რესპოდენტები აღწერდნენ საკუთარ მდგომარეობას, როგორც მუდმივ მართობას, სივრცის არქონას და გამოცდილებების გაზიარების შესაძლებლობის ნაკლებობას. მშობლები ხაზს უსვამდნენ, რომ არ არსებობდა ადგილი, სადაც მათ თავისუფლად შეეძლებოდათ საკუთარი ემოციების გამოხატვა და სხვა ადამიანებთან გამოცდილების გაზიარება.

საერთო ანალიზი აჩვენებს, რომ ფსიქოლოგიური და პიროვნული ბარიერები ინდივიდუალურ დონეზე არსებული სირთულეები არ არის. ისინი ყალიბდება სოციალური სტიგმის, ინფორმაციული დეფიციტის, სისტემური მხარდაჭერის არარსებობისა და ხანგრძლივი ემოციური გადატვირთვის ფონზე. შედეგად, შშმ პირები და მათი ოჯახის წევრები ხშირად ერთდროულად აღმოჩნდებიან როგორც დახმარების საჭიროების, ისე დახმარების მიღების შიშისა და შეუძლებლობის მდგომარეობაში. ეს გარემოება კიდევ ერთხელ მიუთითებს, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა უნდა განიხილებოდეს არა როგორც ინდივიდუალური არჩევანი, არამედ როგორც სისტემურად უზრუნველყოფილი ფსიქო-სოციალური საჭიროება.

ინტერსექციური დისკრიმინაცია

კვლევის ფარგლებში გამოიკვეთა, რომ შშმ პირებისა და მათი ოჯახის წევრების გამოცდილება ხშირად არ შემოიფარგლება მხოლოდ შემზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებული ბარიერებით. მონაწილეები საუბრობდნენ მრავალგვარ მოწყვლადობაზე, როდესაც შშმ სტატუსს ერთვის სხვა სოციალური, ეკონომიკური თუ გენდერული ფაქტორები, რაც კიდევ უფრო ართულებს, როგორც ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მიღებას, ისე საზოგადოებაში სრულფასოვან ჩართულობას.

რესპოდენტების გამოცდილება აჩვენებს, რომ ფსიქოლოგიური სერვისების მიღების პროცესში სხვადასხვა ფორმის უთანასწორობა ერთმანეთთან იკვეთება. განსაკუთრებით მკვეთრად გამოიკვეთა სიღარიბის, რეგიონში ცხოვრების, გენდერული როლებისა და შემზღუდული შესაძლებლობის ერთობლივი გავლენა. მონაწილეები აღნიშნავდნენ, რომ ფინანსური სირთულეების, ტრანსპორტის პრობლემებისა და მომსახურების ტერიტორიული კონცენტრაციის გამო მათთვის პრაქტიკულად შეუძლებელი ხდება რეგულარული ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მიღება.

კვლევის მონაწილეები ხაზს უსვამდნენ იმასაც, რომ საზოგადოებაში არსებული სტიგმა ხშირად ერთდროულად უკავშირდება როგორც შშმ სტატუსს, ისე სხვა სოციალურ მახასიათებლებს. განსაკუთრებით რთულ მდგომარეობაში აღმოჩნდნენ ქალები, რომლებიც ერთდროულად ასრულებენ მზრუნველის როლს და თავადაც საჭიროებენ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. მათი გამოცდილება აჩვენებს, რომ საზოგადოება მათგან მუდმივ ემოციურ გამძლეობასა და თავგანწირვას მოელოდა, რის შედეგადაც, მათი პირადი ემოციური მდგომარეობა ხშირად უგულებელყოფილი რჩება.

კვლევის ფარგლებში მონაწილეები საუბრობდნენ იმაზეც, რომ სპეციალისტები ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ერთ პრობლემაზე კონცენტრირდებიან და ნაკლებად ხედავენ ადამიანის გამოცდილების მთლიანობას. რესპოდენტების შეფასებით, ფსიქოლოგიური დახმარება ეფექტიანი ვერ იქნება, თუ სპეციალისტი არ ითვალისწინებს ადამიანის სოციალურ გარემოს, ოჯახურ მდგომარეობას, ეკონომიკურ გამონეწევრებსა და იმ დამატებით სტრესორებს, რომლებიც შშმ პირის ყოველდღიურ ცხოვრებას განსაზღვრავს.

გამოიკვეთა რეგიონებში მცხოვრები ოჯახების გამოცდილება. მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ დედაქალაქს გარეთ მცხოვრები შშმ პირები და მათი ოჯახები ხშირად ორმაგ იზოლაციაში ექცევიან — ერთი მხრივ, შეზღუდულია სერვისებზე წვდომა, ხოლო მეორე მხრივ, მცირე თემებში სტიგმა და საზოგადოებრივი კონტროლი უფრო მძაფრად აღიქმება. შედეგად, ბევრი ოჯახი თავს არიდებს ფსიქოლოგიური დახმარების მოძიებას იმის შიშით, რომ საზოგადოება მათ „სუსტებად“ ან „პრობლემურებად“ აღიქვამს.

კვლევის ანალიზმა აჩვენა, რომ სხვადასხვაგვარი მონყვლადობის გამოცდილება მნიშვნელოვნად ზრდის ფსიქოემოციურ დატვირთვას და კიდევ უფრო ართულებს ეფექტიანი მხარდაჭერის მიღებას. აღნიშნული მიგნება ხაზს უსვამს, რომ ინკლუზიური ფსიქოლოგიური სერვისების განვითარება უნდა ეფუძნებოდეს არა მხოლოდ შშმ საკითხების ცოდნას, არამედ ადამიანის გამოცდილების მრავალმხრივ და კომპლექსურ გააზრებას.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალების გამოცდილება და გენდერული უთანასწორობა

კვლევის ფარგლებში განსაკუთრებით გამოიკვეთა შშმ ქალების სპეციფიკური გამოცდილებები, რომლებიც აჩვენებს, რომ მათი ფსიქოემოციური მდგომარეობა და სოციალური გამოწვევები ხშირად განსხვავდება შშმ კაცებისა და ოჯახის სხვა წევრების გამოცდილებისგან. მონაწილეთა მონათხრობებში ნათლად გამოჩნდა, რომ შშმ ქალები ერთდროულად აწყდებიან, როგორც შეზღუდულ შესაძლებლობასთან დაკავშირებულ სტიგმას, ისე საზოგადოებაში არსებულ გენდერულ უთანასწორობას.

კვლევის მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ საზოგადოებაში შშმ ქალები ხშირად აღიქმებიან როგორც „დამოკიდებული“, „უსუსური“ ან „მზრუნველობას მთლიანად დაქვემდებარებული“ პირები, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს მათ დამოუკიდებლობასა და თვითრეალიზაციის შესაძლებლობას. რესპონდენტების გამოცდილება აჩვენებს, რომ მსგავსი დამოკიდებულებები გავლენას ახდენს, როგორც განათლებისა და დასაქმების შესაძლებლობებზე, ისე პირად ურთიერთობებზე, ოჯახურ ცხოვრებასა და თვითშეფასებაზე.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი იყო მონაწილეთა საუბრები უხილავობასა და საზოგადოების მხრიდან გაუფასურების განცდაზე. შშმ ქალების ნაწილი აღნიშნავდა, რომ მათი სურვილები, ემოციები და პირადი საჭიროებები ხშირად მეორეხარისხოვნად აღიქმება, ხოლო საზოგადოებრივი დამოკიდებულება მათ მიმართ ძირითადად ზრუნვის ან სიბრალეულის პერსპექტივით განისაზღვრება. მსგავსი გამოცდილებები დროთა განმავლობაში აძლიერებს იზოლაციის, დაბალი თვითღირებულებისა და ემოციური გადაღლის განცდას.

კვლევის ფარგლებში ასევე გამოიკვეთა, რომ შშმ ქალები განსაკუთრებული ფსიქოლოგიური დატვირთვის ქვეშ იმყოფებიან ოჯახურ და სოციალურ ურთიერთობებში. რესპონდენტები საუბრობდნენ მუდმივ საჭიროებაზე, დაამტკიცონ საკუთარი შესაძლებლობები, კომპეტენტურობა და დამოუკიდებლობა, როგორც პროფესიულ, ისე პირად სივრცეში. აღნიშნული გარემოება მათთვის დამატებითი ემოციური სტრესის წყაროა.

კვლევის მონაწილეები ყურადღებას ამახვილებდნენ იმაზეც, რომ ფსიქოლოგიური სერვისები იშვიათად ითვალისწინებს შშმ ქალების სპეციფიკურ გამოცდილებებს, მათ შორის — გენდერულ ძალადობასთან, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან, პარტნიორულ ურთიერთობებთან და დედობასთან დაკავშირებულ საკითხებს. შედეგად, ბევრი ქალი ვერ იღებს იმ მხარდაჭერას, რომელიც მათი რეალური საჭიროებების შესაბამისი იქნებოდა.

თავი 6. კვლევის ანალიზი

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები

შშმ პირებისთვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა ასოცირდება სიმშვიდესთან და თვითშემეცნებასთან. მათთვის ფსიქოლოგი არის ადამიანი, რომელიც კლიენტს ეხმარება საკუთარ თავში გარკვევასა და კითხვებზე პასუხების პოვნაში, პირადი პრობლემების ღრმა ანალიზსა და სოციალიზაციის პროცესში. რესპონდენტები აქცენტს აკეთებენ ფსიქოლოგის მხრიდან პრობლემის, არა მხოლოდ მექანიკურ მოგვარებაზე, არამედ ემპათიასა და რთული სიტუაციებიდან გამოსავლის მოძიებაზე. კვლევის მონაწილეებისთვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა გულისხმობს, როგორც ინდივიდუალურ სესიებს, ასევე ჯგუფურ შეხვედრებს. ჯგუფური შეხვედრები მნიშვნელოვანია საერთო გამოცდილების გაზიარებისთვის იმ ადამიანების მხრიდან, რომლებმაც მსგავსი გზა გაიარეს.

შშმ პირები ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას განიხილავენ, როგორც დამოუკიდებლობის, დასაქმების წინაპირობას და არა მხოლოდ ემოციურ დახმარებას. რესპონდენტების აზრით, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა არის გასაღები, რომელიც ხსნის მათთვის გზას განათლებისა და დასაქმებისკენ. სახელმწიფო, რომელიც მხოლოდ ფიზიკურ ბარიერებს აგვარებს და მენტალურ მხარდაჭერას იგნორირებას უკეთებს, ვერ მიიღებს სრულფასოვნად ინტეგრირებულ, დამოუკიდებელ მოქალაქეს. რესპონდენტები სწორად აკავშირებენ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას სახელმწიფო რესურსების ოპტიმიზაციასთან. შშმ პირი ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის გარეშე არის იზოლაციაში, დეპრესიაში, აქვს დაბალი თვითშეფასება, მუდმივად დამოკიდებულია მომვლელზე/ასისტენტზე, რაც მაღალი ხარჯის განმსაზღვრელია. ხოლო შშმ პირს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერით აქვს თვითმომდებლობა, მოტივაცია, ხასიათდება სოციალური ჩართულობით და შესაბამისად არის დასაქმებული.

„ფსიქოლოგი ასოცირდება ბარიერების გადალახვაში, დაძლევაში, მოგვარებაში, საზოგადოებასთან უკეთესად ურთიერთობაში, გარეთ გასვლაში, კომუნიკაციაში.“

თვისებრივი კვლევის ეს ნაწილი სტრესთან გამკლავების მექანიზმებს ეხება. ჩანს, თუ როგორ ცდილობენ შშმ პირები ემოციურ თვითგადარჩენას პროფესიული სერვისების დეფიციტის პირობებში. კვლევის მიხედვით, სტრესთან გამკლავებაში მათ ეხმარება: ოჯახი, თემის წარმომადგენლები, მედიტაცია, წერა, ხატვა და სხვ. სპეციალისტს მიმართავენ მხოლოდ კრიზისული მდგომარეობის დროს. რესპონდენტების პასუხები ადასტურებს, რომ შშმ პირები ფლობენ შინაგან რესურსებს, თუმცა სისტემური მხარდაჭერის არარსებობი გამო, ისინი მუდმივად „ბრძოლის“ რეჟიმში არიან.

„თუ სტრესი შეზღუდულ შესაძლებლობას ეხება თემის წევრებსაც უზიარებ, ძალიან ხშირად საჯაროდაც ვწერ და ეს ძალიან მეხმარება, შეიძლება მეგობარსაც მოვუყვე, შეიძლება ოჯახის წევრებს, შეიძლება არც არავის უბრალოდ ან დავიძინო ან სხვა საქმით დავკავდე რო ყურადღება გადავიტანო.“

თარჯიმანი - რესპონდენტი ამბობს, რომ ის დედას ეუბნება და იცის, რომ დაეხმარება და გამოსავალი იქნება.

კვლევაში გამოიკვეთა ის ფსიქოლოგიური პრობლემები, რის გამოც შშმ პირებს სჭირდებათ დახმარება. ყოველდღიური სოციალური წნეხი, თვითმიმღებლობის პრობლემები, გარეთ გასვლის შიში და თვითიზოლაცია, შეძენილი ტრავმის შემთხვევაში ახალი მდგომარეობის და დამხმარე საშუალებების (მაგ. ეტლი) მიღების სირთულე, ოჯახების მხრიდან გადამეტებული მზრუნველობა, გარემოს არაადაპტირებულობა პირდაპირ აისახება შშმ პირების მენტალურ ჯანმრთელობაზე.

კვლევა ასევე გვიჩვენებს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის განსაკუთრებულ ღირებულებას. ციტატაში ჩანს ფსიქოლოგთან მუშაობის წარმატებული გამოცდილების მაგალითი.

„მე რადგან შეძენილი ტრავმა მაქვს, საკუთარი თავის მიმღებლობის პრობლემა მქონდა, ძალიან ხანგრძლივი მუშაობა დამჭირდა, რომ მიმღებლობა მქონოდა

შშმ პირი ვარ ომის ვეტერანი. ორი წელი ვიცხოვრე სარეაბილიტაციო ცენტრში.. თავიდან სიმართლე რომ გითხრათ ძალიან დიდი სტრესი მქონდა, რო ვეღარ გავიარე დამოუკიდებლად. ცენტრში დამხვდა ძალიან კარგი გუნდი, ფსიქოლოგები. ფსიქოლოგთან მუშაობით და ურთიერთობით იმდენად გაძლიერდა ჩემი გონება, რომ დავისახე მიზანი რომ მე ამას შევძლებ!“

რესპონდენტებისთვის ფსიქოლოგიურ დახმარებაზე ინფორმაციის მოძიება გართულებულია, რადგან მათთვის საინფორმაციო ველი ხშირ შემთხვევაში ხელმისაწვდომი არ არის. კვლევის მონაცემები მიუთითებს, რომ საქმე გვაქვს ინფორმაციულ ვაკუუმთან, რომელსაც მხოლოდ შშმ თემის კავშირები აკომპენსირებს. ინტერნეტში არ არის ყველასთვის ადაპტირებული პლატფორმები, ხოლო ის შშმ ორგანიზაციები, რომლებიც ფსიქოლოგიური დახმარების მიმართულებით მუშაობენ, რესურსების სიმცირის გამო ვერ აკეთებენ საინფორმაციო კამპანიებს. სერვისებზე რეალური წვდომა ეჭახება ისეთ ბარიერებს როგორიცაა: ფინანსები, კომპეტენტური და სანდო სპეციალისტის მოძიება.

კვლევის პასუხებმა გამოავლინა ფსიქოლოგიური სერვისების ხარისხობრივი კრიზისი. რესპონდენტები მიუთითებენ პროფესიულ და ეთიკურ ხარვეზებზე, მაგალითად - როდესაც ფსიქოლოგი კლიენტის მდგომარეობით აღფრთოვანებას იწყებს, როდესაც როლები იცვლება და შშმ პირი ფსიქოლოგს ინფორმირებულს ხდის რიგ საკითხებთან დაკავშირებით, როდესაც ფსიქოლოგი კლიენტს ურჩევს პირადი ცხოვრების გადადებას, ასეთ შემთხვევებში ფსიქოლოგები თავად ხდებიან ბარიერები შშმ პირების სოციალიზაციის გზაზე. რესპონდენტები ფსიქოლოგებისგან ელოდებიან პროფესიონალიზმს, კლიენტის რეალური სირთულეების, ბავშვობის ტრავმების, ყოველდღიური ბარიერების განხილვას, ინდივიდუალურ შემოქმედებით მიდგომას, თანასწორ დამოკიდებულებას. თვისებრივი კვლევა გვიჩვენებს, რომ ფსიქოლოგებს არ აქვთ შშმ პირებთან მუშაობის ეთიკური და სპეციალიზებული გამოცდილება.

შშმ პირებისთვის ფსიქოლოგი არის „სოციალური სარკე“. თუ ეს სარკე მათ აჩვენებს (თუნდაც არავერბალურად) „საცოდავ“, „უძლურ“ გამოსახულებას, თერაპია ამ შემთხვევაში შედეგს ვერ გამოიღებს. შშმ პირებს სჭირდებათ ემოციურად ძლიერი და მედეგი სპეციალისტი, რომელიც მათ აღიქვამს, როგორც თანასწორ კლიენტს და არა, როგორც ზრუნვის ობიექტს. რესპონდენტების უმრავლესობისთვის მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგის აკადემიური უმაღლესი განათლება.

„ფსიქოლოგის დახმარების მიღება ბევრ ბარიერებთან არის დაკავშირებული, ფინანსური... ყველამ ვიცით რომ ეს ძალიან დიდი ფუფუნებაა. მეორე, რთული არის უმეტესობისთვის პროფესიონალი, კარგი და სანდო ფსიქოლოგის მოძებნა“

„ფსიქოლოგს უნდა ქონდეს უმაღლესი ფსიქოლოგიური განათლება, იმიტომ რომ მე ვიცი ადამიანები კურსებს გადიან და ისე არეკლამებენ თავს, რაც ჩემთვის არაპროფესიონალიზმის ამბავია“

„ფსიქოლოგს გენდერული თანასწორობის მხრივ უნდა ესმოდეს რადაცები, ერთმა ფსიქოლოგმა, რომ ვკითხე პირად ურთიერთობებში არაფერი არ მაქ და ეს ძალიან მანუხებს, მჭირდება პირადი ურთიერთობა და არ ვიცი ამისთვის რა უნდა შევცვალო მეთქი, ჯერ პატარა ხარ დაელოდეთ, ეს რაღაცა სტერეოტიპი რო ქალი უნდა იჯდეს და ელოდოს“

კვლევაში მონაწილე სმენდაქვეითებული პირი საუბრობს დრამატულ და სისტემურად გაუმართავ საკითხზე, რის გამოც ფსიქოლოგიური სერვისი, ფორმალურად არსებობის შემთხვევაშიც კი მისთვის ფაქტობრივად მიუწვდომელია. კვლევის ეს ნაწილი მიუთითებს, რომ სისტემა შშმ პირს ტოვებს კომუნიკაციური (თარჯიმანზე დამოკიდებულება) ბარიერის ტყვეობაში.

„არის ისეთი რადაცები, რომელიც თარჯიმანს შეიძლება ვერ გაუზიარო, პრობლემაა, რომ ფსიქოლოგმა არ იცის ჟესტური ენა. ანუ პირად საკითხებზე თარჯიმანს ვერ ვესაუბრები, სხვა შემთხვევაში გამოდის, რომ ფსიქოლოგთან ჩვენს პირადს ვუზიარებთ მესამე პირსაც, არა მარტო ფსიქოლოგს და სწორედ ესაა პრობლემა.“

შშმ პირებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქოლოგმა დაიცვას სამუშაო დრესკოდი. ფსიქოლოგის არაპროფესიონალური ვიზუალური იმიჯი ნდობის ფაქტორს უქმნის საფრთხეს. სპეციალისტისგან „შეცოდების“ რეაქციები არ არის მისაღები, ვინაიდან ასეთმა დამოკიდებულებამ შეიძლება კლიენტის ხელახალი ტრავმატიზაცია გამოიწვიოს. სტანდარტული თერაპია, რომელიც არ ითვალისწინებს შშმ პირების ფიზიკურ რეალობას, უნდა ჩანაცვლდეს შშმ პირების საჭიროებებზე მორგებული ტექნიკებით და მეთოდოლოგიებით.

„დიალოგის დროს აუცილებლად გამოიკვეთება რამდენად სენსიტიურია შშმ საკითხების მიმართ, რამდენად კვალიფიციურად უდგება, რამდენად იყენებს სხვა დამატებით სპეციფიკურ მეთოდოლოგიებს, რომელიც კონკრეტულად შედამხმარება გამხდის უფრო მედეგს და ძლიერს.“
 „ერთ გამოცდილებას გაგიზიარებთ იყო თემის ერთი წევრი ფსიქოლოგთან და აღარ ვაპირებ მისვლასო. ვიცი ჩემს პასუხებზე დაიწყებს უკუკუ, შენ საცოდავო და ამის გულისთვის მივიდეთ?!“

შშმ პირები საუბრობენ ოჯახში ფიზიკური და ფინანსური ბარიერების ურთიერთკავშირზე, რის მიღმაც ჩანს სოციალური კონტროლი. ფსიქოლოგთან დამოუკიდებლად ვიზიტი შშმ პირისთვის ფაქტობრივად შეუძლებელია, რადგან ის ფინანსურად ოჯახზე დამოკიდებული, ოჯახმა კი შეიძლება ფინანსურ დახმარებაზე უარი უთხრას ან არ ჩათვალოს საჭიროდ პირისთვის სერვისის მიღება. ასევე დიდ პრობლემას წარმოადგენს სახლში პირადი სივრცის არ არსებობა, რაც ონლაინ თერაპიის შემთხვევაში ეფექტიანობას კარგავს, ან საერთოდ შეუძლებელს ხდის.

„უმეტესობა დამოკიდებული არის ოჯახზე, შეიძლება საერთოდ არ გინდოდეს ოჯახს უთხრა, ან ვერ გაგიგოს ოჯახმა, რომ გჭირდება ფსიქოლოგი და ძალიან რთულია მიხვიდე მათთან და უთხრა რომ ფსიქოლოგის ფული მომეცი, ესეც ძალიან დიდი ბარიერია. ფიზიკურ ბარიერებზე, რომ არ ვთქვათ, თუ თბილისში ცხოვრობ და ტაქსით უნდა მიხვიდე, მერე შეიძლება შენობა არ იყოს ადაპტირებული და თვითონ ფსიქოლოგთან ფიზიკურად ვერ შეხვიდე. ეს პრობლემა რომ მოვხსნათ იმით, რომ ონლაინ ჩაერთოს, შეიძლება ონლაინ საშუალებაც არ ქონდეს, ოჯახში საერთოდ მართო ვერ იტყვ და ვერ ისაუბრო ისეთ პირად თემებზე, რაც არ გინდა რო გაიგოს, თუნდაც შენმა ოჯახის წევრმა. ფინანსები არის პირველ რიგში და შემდეგ არაადაპტირებული გარემო“

კვლევის მონაწილეები საუბრობენ ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მომსახურების ფინანსური მოწყობის მოდელზე. მათი აზრით, სერვისი შესაძლებელია გახდეს რეფერალური პროგრამის ნაწილი ან ვაუჩერული ფორმით იყოს მიწოდებული. სასურველია ბენეფიციარს ჰქონდეს თავისუფალი არჩევანის გაკეთების საშუალება, რომ მიიღოს მისთვის სასურველი სპეციალისტისგან სერვისი. რადგან შშმ პირების გარკვეულ ნაწილს სახლის პირობებში კონფიდენციალური ფსიქოლოგიური მომსახურების მიღების საშუალება არ აქვს, ამიტომ ისინი საჭიროებენ სახელმწიფოსგან ადაპტირებული ტაქსის საფასურის სუბსიდირებას, რომ შეძლონ სერვისამდე ფიზიკურად მისვლა.

„სამედიცინო დახმარებაზე რეფერალური პროგრამა, რომ არის მსგავსი ფსიქოლოგიური დახმარების რეფერალური პროგრამა რომ იყოს კარგი იქნებოდა“

„ვაუჩერული სისტემა უფრო დემოკრატიულია“

„ვაუჩერული და შეიძლება სახელმწიფო პროგრამაც იყოს სრულიად უფასო, ან გარკვეულწილად, არ ვიცი, შეიძლება იყოს პირველ ეტაპზე, როგორც ადვანიშნე, სტატუსის დადგომის პირველ ეტაპზე უფასო იყოს და შემდეგ გადავიდეს ვაუჩერულზე“

კვლევის მონაწილე შშმ პირების შეხედულებით, იმისათვის, რომ ეფექტური ფსიქოლოგიური სერვისი დაინერგოს, პირველ რიგში, საჭიროა ფსიქოლოგების გადამზდობა შესაბამისი სტანდარტებით. სავალდებულოა, რომ ფსიქოლოგები ფლობდნენ საბაზისო ცოდნას შშმ საკითხებზე და შშმ პირებთან მუშაობის ეთიკურ წესებზე. ფსიქოლოგების გარკვეული ნაწილი მაინც საჭიროა, რომ ფლობდეს ჟესტურ ენას.

კვლევის დროს შშმ პირებმა ყურადღება გაამახვილეს ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებზე, როგორებიცაა ოჯახის წევრების, დედ-მამის, დედამიწილების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, ფსიქოგანათლება და ოჯახური კონსულტაციები, რაც მათ დაეხმარებათ ჯანსაღი გარემოს შექმნასა და ოჯახური სტიგმის დაძლევაში.

კვლევაში შშმ პირები საუბრობენ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის ფორმატზე, უმრავლესობისთვის სასურველია ადგილზე, ოფლაინ სერვისის მიღება, რადგან ფიქრობენ, რომ ასე მეტად დაცული იქნება ინფორმაციის კონფიდენციალობა, თუმცა არ გამორიცხავენ ონლაინ მომსახურების მიღებასაც.

„ფსიქოლოგების გადამზადების დროს ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტი, რომ იყოს შშმ პირებზე საბაზისო ცოდნა. გაჟღერდა ჟესტური ენაც და საკმაოდ რთული ფუნდამენტური საკითხია..“

„...ფსიქოლოგის დახმარება მნიშვნელოვანი საკითხია, როგორც შშმ პირებისთვის, ასევე გადამწყვეტი და მნიშვნელოვანი საკითხია მშობლებისთვის. დედა იქნება, მამა იქნება, შშმ პირის და თუ ძმა“

„ უდაოდ ოფლაინ ჯობია, განსაკუთრებით, როცა პირველად მიდიხარ, საკმაოდ მნიშვნელოვანი პროცესია და ყველა სასახლეებში არ ვცხოვრობთ და ვიღაცას გვაქვს ოთახი და ვიღაცას არა, მაინც ეს უსაფრთხოება და ინფორმაციის დაცულობა ეს შეგრძნება მე არ მექნებოდა და პირისპირ სეანსს ვისურვებდი.“

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მშობლები

კვლევიდან ჩანს, რომ მშობლების უმრავლესობა არ ფლობს ინფორმაციას ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისების შესახებ. როგორც ისინი ამბობენ - თუ სერვისი არსებობს მშობლებს ან არ აქვთ მასზე წვდომა, ან არსებული სერვისები შეუსაბამოა რეალურ საჭიროებებთან. შშმ პირების მშობლების მიმართ სისტემის მხრიდან ჩანს პროაქტიული კომუნიკაციის ნაკლებობა. სახელმწიფო ინტერვენციები (სკოლის ფსიქოლოგი, ადრეული პროგრამა, დღის ცენტრი) ფუნქციონირებს, მაგრამ არ პასუხობს შშმ პირების და მათი ოჯახების სპეციფიკურ ფსიქოლოგიურ საჭიროებებს.

**„აბსოლუტურად არა მაქვს ინფორმაცია არც ფსიქოლოგზე და
არც დახმარების სერვისზე“**

**„ფსიქოლოგიური დახმარება სახელმწიფოს მხრიდან არ გვაქვს,
არ მოგვეწოდება არც შშმ პირებს და არც ოჯახის წევრებს“**

მშობლები საუბრობენ იმ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობებზე, რასაც მუდმივად განიცდიან - ქრონიკული სტრესი, გადანვა, ემოციური გამოფიტვა, კოგნიტური გადაღლა, შრომის ეფექტურობის დაქვეითება. კვლევის მონაწილეების ყოველდღიურობა დაკავშირებულია შშმ შვილების მუდმივ მზრუნველობასთან, დაძაბულობასთან, ყოფით გამოწვევებთან. მათ არ აქვთ განტვირთვისთვის მცირედი დროც კი. მშობლები საჭიროებენ ემოციურ, მენტალურ და მორალურ გადატვირთვას. პასუხებიდან ჩანს, რომ შშმ პირების მშობლებს მუდმივად აქვთ დანაშაულის გრძნობა. ისინი ფიქრობენ, რომ რაღაცას არასწორად აკეთებენ, აქვთ შიში, რომ შვილებზე მზრუნვის დროს რაიმე ქმედება გამორჩებათ და.ა.შ. ეს მდგომარეობა ქრონიკული ფსიქოლოგიური ტვირთია, რომელიც აქვეითებს მშობლის სასიცოცხლო ენერგიას, თვითეფექტურობას და ხშირად შეიძლება გახდეს არასწორი გადაწყვეტილების წინაპირობა.

მშობლები საუბრობენ ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზეც. როგორც ცნობილია, ქრონიკული ფსიქოლოგიური სტრესი იწვევს ფიზიკურ სიმპტომებს, სხვადასხვა დაავადებებს. ბევრ მათგანს აქვს ძილის პრობლემები. ზოგიერთი მშობელი სამედიცინო მკურნალობასაც ვერ ახერხებს, რადგან შშმ შვილის მოვლის ფუნქცია მუდმივია და საკუთარ ჯანმრთელობაზე მზრუნვა არ არის პრიორიტეტული.

**„მშობლებს მუდმივად გვახსიათებს დანაშაულის გრძნობა — არ
აქვს მნიშვნელობა ცხოვრების რა ეტაპზე, გგონია, რომ რაღაცა
არასწორად გააკეთე“**

**„არ შეიძლება ჩემთვის ძილის წამალი — მე რომ გავითიშო ღამე
და არ ვაკონტროლო ჩემი შვილები, ამის უფლება არ მაქვს“**

მშობლებს აღელვებთ ოჯახის სხვა წევრების, განსაკუთრებით შშმ პირის დედმამიშვილების ფსიქო-სოციალური გამოწვევები, ისინი ფსიქოლოგიური ტვირთის ფარული მატარებლები არიან. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მშობლის მიერ შვილის შეზღუდული შესაძლებლობის მიმდებლობა და სტაბილური ფსიქოლოგიური მდგომარეობა პირდაპირ განსაზღვრავს შშმ შვილის სოციალური ინტეგრაციის ხარისხს ოჯახსა და საზოგადოებაში.

კვლევა გვიჩვენებს, რომ ზოგიერთი მშობელი წლების განმავლობაში იქმნის ძლიერების ილუზორულ იმიჯს, რაც თვითგადარჩენის თავდაცვითი რეაქციაა. რთულ სიტუაციებში მშობლები მუდმივად ეძებენ მხარდაჭერის ალტერნატიულ გზებს პირადი კავშირებით, მეგობარი ფსიქოლოგებისგან, თანასწორებისგან. რესპონდენტები ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას გადარჩენის პირობად აღიქვამენ, როგორც ისინი ამბობენ, ფსიქოლოგიური დახმარება საჭიროა კომპლექსურად მთელი ოჯახისთვის.

„ პირველ რიგში მშობლები უნდა გაძლიერდნენ — ძლიერი მშობელი გვადგება ოჯახის წევრებთანაც, საზოგადოებასთანაც და ყველგან“
 „ სულ ვიძახდი — ძლიერი ვარ, ძლიერი ვარ, მივხვდი, რომ ძლიერი სულაც არ ვყოფილვარ..“
 „ მყავდა ფსიქოლოგი მეგობარი, ვისგანაც ვიღებდი საკმაოდ კარგ რჩევებს... როგორც საკვების გარეშე ვერ იცოცხლებ, ასევე ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის გარეშე“

რესპონდენტები საუბრობენ ზოგიერთი მშობლის შშმ შვილებთან მოპყრობის უკიდურეს ფორმებზე - ჰიპერკონტროლი, შვილის ავტონომიის ჩახშობა, ბავშვის განვითარებაზე უარის თქმა, რაც იწვევს შშმ პირის სოციალურ იზოლაციას ან სრულ სოციალურ ჩაკეტვას. მშობლის გაუცნობიერებელი სირცხვილის განცდა და ტკივილი პირდაპირ გარდაიქმნება შვილის მიმართ უარყოფით დამოკიდებულებად. დაუმუშავებელი ფსიქოლოგიური ტვირთის გამოვლინება ქცევაში ბავშვის სოციალიზაციაზე პირდაპირ უარყოფითად მოქმედებს. მშობლის მიერ სოციალური ქცევის გაუმჯობესების წინაპირობაა მისთვის ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენა.

„ ზოგი გადაფოფრილია და არაფრის საშუალებას არ აძლევს თავის შვილს, ან პირიქით ხელჩაქნეულია — ცხოველის დონეზე უვლის და გამოკეტილი ყავს სახლში, სახლში კი არა ოთახში“
 „ წლების განმავლობაში შშმ ბავშვები კი არა, დიდები ყავთ გამოკეტილები — ეს ნამდვილი ფაქტებია“

კვლევის რესპონდენტების მცირე ნაწილი, რომლებმაც მიიღეს ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისი, საუბრობენ თერაპიული ჩარევის სიკეთეებზე, პირველ და მთავარ შედეგზე შვილების დიაგნოზის მიმღებლობის კუთხით. ასევე აღნიშნავენ თვითშეფასების ამაღლებას, ოჯახური დინამიკის პოზიტიურ ცვლილებას, ფსიქოლოგიური დახმარების პირდაპირ გავლენას შშმ შვილების სოციალიზაციაზე. ერთ-ერთი რესპონდენტი საუბრობს თერაპიის პროცესში კვალიფიციური სპეციალისტის გადამწყვეტ მნიშვნელობაზე, რომელსაც შეუძლია თავისი ცოდნით ფასდაუდებელი შედეგი მოუტანოს შშმ პირებსაც და მშობლებსაც.

„ ჩემი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა გამოკეთდა — გამოთქმა შევძელი, ჩემი ემოციების შესახებ საუბარი შევძელი... ყოველ ვიზიტზე პრაქტიკულად ვტიროდი და გამოვიტირე ის რეალობა, რომელიც დადგა“
 „ ფსიქოლოგი დამეხმარა პირველ რიგში საკუთარი შვილის დიაგნოზის სწორად მიღებაში, თვითშეფასება გამიძლიერა, სწორი გადაწყვეტილებების მიღებაში დამეხმარა. ოჯახური თერაპიებიც ჩავატარეთ და ძალიან კარგი შედეგი გამოიღო, სწორი სპეციალისტი არის ფასდაუდებელი“
 „ ორგანიზაციას ქონდა საპილოტე პროგრამა, . ძალიან დიდი თერაპია აქვს მშობლების ლაპარაკს“

კვლევის რესპონდენტები საუბრობენ ისეთ ოჯახურ და სოციალურ ბარიერებზე, როგორიცაა მიკრო და მაკრო სოციუმთან (ბებია, ბაბუა, ნათესავები, მეზობლები და სხვ.) შშმ პირის მიმართ დამოკიდებულებების მართვა. ასევე აღინიშნა შშმ პირების მამების ჩართულობის პრობლემა, მათი ემოციური მოუზმადებლობა შვილების ზრუნვის საკითხში. ოჯახის შიდა ბარიერები დედებისთვის დამატებითი სოციალური სტრესის წყაროა.

„ პირველ რიგში მიმღებლობა იყო ნული ოჯახში, აპირებდნენ ფაქტის დამალვას, რომ ბავშვს აქვს დიაბეტი... ბებიას და ბაბუას, რაღაცეები არასწორად ესმით, შემდგომ მეზობლებს, მეგობრებს უნდა აუხსნა...“

„ მაგალითად ოჯახში არ აქვთ აბსოლუტურად მიმღებლობა, ჩემი ქმარი, რომელიც თითქოს გეხმარებოდა, მაგრამ სვამდა ისეთ კითხვებს, რომელიც ჩემთვის იყო მორალურად მძიმე... მშობელი მართო დედა არ არის, მითუმეტეს თუ სახლში არის ეს კაცი, მამა არის მშობელი და ხანდახან ისეთი ხელისშემშლელია...“

კვლევის მონაწილეებმა ყურადღება გაამახვილეს ისეთ ბარიერზე, როგორიცაა სპეციალიზებული ფსიქოლოგების საკითხი, რომლებიც ინკლუზიურ ფსიქოლოგიურ დახმარებას გაუწევენ, როგორც შშმ პირებს, ასევე მათი ოჯახის წევრებს. მშობლების გამოცდილებით, ფსიქოლოგებს არ აქვთ შეზღუდული შესაძლებლობების სპეციფიურ საკითხებზე მუშაობის გამოცდილება და შესაბამისი კომპეტენცია. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა ისაუბრა გარდატეხის ასაკში მყოფი შშმ შვილის მენტალური ჯანმრთელობის ისეთ კრიზისულ სიტუაციაზე, როდესაც კვალიფიციური სპეციალისტის ჩართვა იყო უკიდურესად მნიშვნელოვანი, მაგრამ დედამ სპეციალისტის მოძიება ფაქტობრივად ვერ შეძლო და თავად მოუწია შვილის ურთულესი მდგომარეობის მართვა.

რამდენიმე რესპონდენტებმა აღნიშნა, რომ უსარგებლიათ კერძო ფსიქოლოგის მომსახურებით. ზოგიერთი მათგანი კმაყოფილი იყო მიღებული სერვისით, ზოგი კი არა. კვლევის მონაწილეებმა თქვეს, რომ კერძო ფსიქოლოგიური სერვისის მიღება მძიმე ფინანსური ტვირთია და ის ყველასთვის არ არის ხელმისაწვდომი. ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა აღიქმება, არა როგორც უფლება, არამედ პრივილეგია.

თელავის მუნიციპალიტეტში მცხოვრები მშობლები ამბობენ, რომ პირველ რიგში, ფსიქოლოგების კრიტიკული სიმცირეა და მეორე, თუ მოიძებნა სპეციალისტი, ფაქტობრივად ფინანსურად მიუწვდომელია. აღინიშნა ის გარემოებაც, რომ დედაქალაქში მეტი სახელმწიფო სერვისია კონცენტრირებული, ვიდრე რეგიონებში.

კვლევის მონაწილე, სმენადაქვეითებული და ყრუ შშმ პირების მშობლები საუბრობენ არსებულ ენობრივ და კომუნიკაციურ ბარიერებზე. იმისათვის, რომ შესაძლებელი გახდეს შშმ პირებისთვის კონფიდენციალური სეანსების მიღება, თარჯიმნის გარეშე, საჭიროა ფსიქოლოგების მოზადება ჟესტურ ენაში.

„ვერძო ფსიქოლოგმა ჩემთან ვერ იმუშავა, ჩემი შშმ შვილის მდგომარეობით გამოწვეული სტრეს ვერაფერი ვერ გაუკეთა“

„კადრის არსებობა ერთია, მეორეა კვალიფიკაცია — ძალიან სპეციფიურია შშმ პირთან და შშმ პირის ოჯახის წევრებთან მუშაობა, ამას ჭირდება განსხვავებული მიდგომა, განსხვავებული ცოდნა და გამოცდილება“

„იყო პერიოდები, როცა ჩემი შვილი მეუბნებოდა, მე მაინც მოვკვდები... გარდატეხის ასაკში ხდებოდა ძირითადად, ვერ ვნახე კვალიფიციური სპეციალისტი, ვისაც ექნებოდა მუშაობის გამოცდილება ასეთი სახის ბავშვებთან — მშობლისთვის ამის მოსმენა ყოველდღიურად იყო დამანგრეველი“

„რეგიონში ფსიქოლოგის მოძიება რთულია, თუ იპოვე — იმდენად მაღალბიუჯეტურია, იმდენად ფუფუნების საგნად არის ქცეული, რომ წელიწადში რამდენჯერმე თუ მოვახერხებ მისვლას“

რესპონდენტი 2: გვჭირდება ისეთი ფსიქოლოგი, რომელმაც იცის ქვესტი — რომ მივიღოთ შედეგი, იმიტომ, რომ უშუალოდ მას უნდა ესაუბროს ფსიქოლოგი — რა პრობლემა აქვს, რა სტკივა და რა უნდა

კვლევის დროს მშობლებმა ისაუბრეს საზოგადოების მხრიდან სტიგმის გავლენაზე შშმ პირებსა და მათი ოჯახის წევრებზე. საზოგადოებრივი სივრცე პოტენციური კრიზისის ზონაა მშობლებისთვის და განსაკუთრებით იმ მშობლებისთვის, ვისაც შვილების დიაგნოზის მიმართ მიმღებლობა არ აქვთ. სოციალური წნეხი - აგრესია, შებრალების და გაოცების კომენტარები, ვერბალური და არავერბალური უარყოფითი რეაქციები, განსაკუთრებით შეიმჩნევა საზოგადოებრივ ტრანსპორტში, სურსათის მაღაზიებსა და საზოგადოებრივი თავშეყრის სხვა ადგილებში. დამატებითი სტრესისგან თავდაცვის მიზნით, მშობლები მიმართავენ სოციალური განრიდების სტრატეგიას, ისინი მინიმალურად იყენებენ საზოგადოებრივ ტრანსპორტს, თავს არიდებენ სოციალურ შშმ შვილებთან ერთად ყოფნას, რაც გრძელვადიან პერსპექტივაში, მშობლის და შშმ შვილის საზოგადოებაში ინტეგრაციის შანსს ამცირებს.

მშობლები საუბრობენ ფიზიკური გარემოს - ტრანსპორტის, კვების ობიექტების, სხვა საზოგადოებრივი სივრცეების ფიზიკურ ბარიერებზე, ინფრასტრუქტურის არაადაპტირებულობაზე. მშობლებს რჩებათ განცდა, რომ შშმ პირი საჯარო სივრცის სრულფასოვანი წევრი არ არის. სისტემისგან თითქოს გზავნილია, რომ შშმ პირი გათვალისწინებული არსად არ არის. ასეთი ტიპის პრობლემები ყოველდღიური ფსიქოლოგიური ტვირთის საფუძველია.

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტები საუბრობენ ისეთ ინსტიტუციურ ბარიერზე, როგორიცაა არსებული სახელმწიფო სერვისების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება. მშობლების მხრიდან სერვისების მოძიების დროს სახელმწიფო სტრუქტურის თანამშრომლებსაც არ აქვთ არსებულ სერვისებზე ინფორმაცია. ერთი-ერთი მშობელი აღნიშნავს, რომ ასევე ინფორმაციის ნაკლებობაა პერსონალური ასისტენტის სერვისთან დაკავშირებით, ამიტომ ბენეფიციარების გარკვეული ნაწილი ვერ სარგებლობს ამ სერვისით. სისტემური ბარიერია პაციენტისთვის სისტემაში შესვლა, სტატუსის მიღება და პროგრამებით სარგებლობა. მშობლები მხოლოდ არაფორმალური არხებით ცდილობენ მოიძიონ საჭირო ინფორმაცია. რესპონდენტებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია შეიქმნას არსებული სერვისების შესახებ მარტივი, ნავიგაციური, კომუნიკაციური სისტემა.

„ტრანსპორტში ბავშვი რაღაც ხმებს გამოსცემს — კომენტარებია, აგრესიული დამოკიდებულებაა. მითუმეტეს როდესაც ახალი დადგენილია დიაგნოზი და მიმღებლობა შენ თვითონ არ გაქვს ადვოკატირებასაც ვერ შეძლებ, ან გაჩუმდები და ტირილს დაიწყებ, ან შეიძლება ეცე თმებში“

„რესტორანში შედიხარ ადგილი და ადაპტირება არ არის, პარტიებში არსად ადგილი არ არის, გათვალისწინებული არ ხარ“

„მიდიხარ სისტემაში, მაგალითად ჯანდაცვაში — თვითონაც არ იციან რა სერვისები აქვთ, ეუბნებიან მშობელს, რომ ეგ სერვისი არ გვაქვს. ინსტიტუციური ბარიერი არის ყველაზე ძლიერი“

კვლევის რესპონდენტებმა ისაუბრეს ფსიქოლოგიური სერვისის მიღების ფინანსურ ბარიერზე. გამოიკვეთა მოსახლეობის ისეთი საშუალო ფენა, რომლებსაც არ აქვთ სოციალურად დაუცველის სტატუსი, მაგრამ წარმოადგენენ ფინანსურად ყველაზე დაუცველ ჯგუფს. ასეთი ოჯახების შემოსავალი ვერ წვდება ფსიქოლოგიური სერვისის საფასურს. მით უფრო, რომ თერაპიის ეფექტის მისაღებად მნიშვნელობა აქვს სესიების სიხშირეს და რაოდენობას. კვლევის მონაწილეებმა ისაუბრეს მარტოხელა მშობლების მრავლობით ბარიერებზე. ურთულესი პრობლემაა მარტოხელა დედისთვის ფიზიკური გადაადგილება რთული ქცევის მქონე შვილთან ერთად, პრობლემაა დამხმარე ადამიანის არარსებობა, პრობლემაა ყოველდღიური ყოფითი რუტინის მოგვარება და სხვ.

„ ერთი თერაპია 40-60 ლარამდე მერყეობს, ყველაზე დაბალ ფასს ვამბობ. კვირაში ერთხელ ტარება არაფრის მომცემი არ არის, მინიმუმ ორჯერ უნდა ატარო, კარგი შემოსავალი აქვს ჩემს მეუღლეს, მაგრამ განა რამდენი უნდა გეყოს“

„ მშობლების სამწუხაროდ დიდი ნაწილი მარტოხელა დედები არიან — ტრანსპორტირების პრობლემაა რეგიონებშიც და თბილისშიც, ფაქტიურად არ ყავს ადამიანი, ვისაც შეუძლია ერთი საათით მაინც დაუტოვოს თავისი შვილი და თვითონ თავის საქმეზე გავიდეს“

კვლევის ერთ-ერთმა რესპონდენტმა ისაუბრა შშმ პირების დასაქმების პრობლემაზე. ზრდასრული შშმ პირებისთვის დასაქმების ფაქტორი უხილავი ბარიერია. მიუხედავად იმისა, რომ შშმ პირების გარკვეულ ნაწილს აქვს სათანადო უნარი თვითრეალიზაციისა და ქვეყნის დოვლათის შექმნაში მონაწილეობისთვის, მათი მიმღებლობა, როგორც კერძო, ისე საჯარო სექტორში, ძალიან დაბალია. შშმ პირებს დასაქმების ეტაპზეც აქვთ უფლება მიიღონ გარდამავალი ადაპტაციის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, თუმცა სახელმწიფო მათი დასაქმების მოთხოვნილებას მხოლოდ მცირედით აკმაყოფილებს.

კვლევის მონაწილეები საუბრობენ მშობლების მხრიდან ფსიქოლოგიური სერვისის მიღების სტიგმატიზაციაზე. როგორც რესპონდენტები ამბობენ, სინამდვილეში სტიგმა და ფინანსური ბარიერი ხშირად ერთმანეთს ფარავს. როცა მშობელი ამბობს „არ მინდა“ ფსიქოლოგის დახმარება, სინამდვილეში გულისხმობს „ვერ ვიხდი თანხას“. ფსიქოლოგთან მისვლის რეალური ბარიერი არის მომსახურების მაღალი საფასური, რაც სტიგმით არის შენიღბული. თუმცა არ უნდა გამოვრიცხოთ, რომ მშობლების ნაწილისთვის ფსიქოლოგიური მომსახურების სერვისი მართლაც მიუღებელი იყოს.

რესპონდენტებმა ისაუბრეს ფსიქოლოგთან და ფსიქიატრთან დაკავშირებულ სტიგმაზე. გამოიკვეთა აზრი, რომ ფსიქოლოგის ფსიქიატრთან გაიგივება არ წარმოადგენს ფასეულეროვნ ზინაალმდეგობას, არამედ მიუთითებს ინფორმირების ნაკლებობაზე. აღნიშნული საკითხის მოგვარება შესაძლებელია სწორი კომუნიკაციით და საგანმანათლებლო შეხვედრებით. რესპონდენტები ამ მიმართულებით სტიგმის განსხვავებულ სიძლიერებზე საუბრობენ თბილისსა და რეგიონებში.

„ როცა ჯანმრთელმა ბავშვმა ფსიქოლოგი მოინდომა , ეს იმდენად ძვირი სიამოვნება იყო...ბევრმა მშობელმა შეიძლება მხოლოდ ამიტომ განიოს წინააღმდეგობა“

„ სტიგმა არის ფსიქიატრებთან დაკავშირებითაც და ფსიქოლოგებთანაც, შშმ პირთა საზოგადოებაშიც ფიქრობენ, რომ განსხვავება არ არის, ამბობენ „გიჟი ხომ არ ვარ, რად მინდა ფსიქოლოგი...“

ფოკუს-ჯგუფში მონაწილე მშობლებს აქვთ მზაობა სახელმწიფოს წარმომადგენლებთან კოორდინაციული თანამშრომლობისთვის, რათა საქართველოში საფუძველი ჩაეყაროს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მიმართულებით სისტემური და პროგრამული ცვლილებების დანერგვას.

კვლევის რესპონდენტების მოსაზრებით, რადგან კადრის ნაკლებობა ქმნის სერვისზე მოთხოვნა-მიწოდების დისბალანსს, სპეციალისტების გადამზადება სწრაფი და შედარებით იაფი ინვესტიცია იქნებოდა. მშობლების აზრით, პრობლემების გადაჭრის საუკეთესო გზებია როგორც ბავშვთა და ზრდასრულთა მიმართულებით, ასევე სათემო ორგანიზაციებში კვალიფიციური კადრების მომზადება, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს თვეობით მათ რიგში დგომას.

„ სახელმწიფო უნდა დაჭდეს მშობლებთანაც, სერვის-პროვაიდერებთანაც, ძირფესვიანად განიხილოს რა ხარვეზები არსებობს, იმისათვის, რომ გამოსავალი ვიპოვოთ ერთობლივი მუშაობით.“

„ ყველაზე მნიშვნელოვანი — შესაბამისი გადამზადებული კადრი გაჩნდეს. თვეობით უნდა ჩავდგეთ რიგში, რომ მივიღოთ სრულფასოვანი მომსახურება“

კვლევის მონაწილეების აზრით, სერვისი უნდა იყოს მოქნილი, ადამიანის საჭიროებებზე მორგებული, ყველა ტიპის შემლუდვის მქონე შშმ პირისთვის ხელმისაწვდომი და მათზე მორგებული მოდელებით - მობილური სერვისი, ბინაზე მომსახურება, ცენტრებში ინტეგრირებული ფსიქოლოგი, ვაუჩერული სისტემა, ონლაინ სერვისი და სხვ.

მშობლების თქმით, ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისების უკვე არსებულ სტრუქტურებში ინტეგრირება ყველაზე ეფექტური და სწრაფი გზა იქნებოდა. მაგალითად, „ადრეული პროგრამის" მოდელის მზა ჩარჩოს გამოყენება, ადგილობრივ მუნიციპალიტეტებში სერვისის დამატება და მშობლებისთვის ფსიქოლოგის სერვისის მისაღებად იმ დროის გამოყენება, როცა პარალელურად შვილები ჰყავთ თერაპიაზე.

კვლევის მონაწილეები აცალიბებენ მნიშვნელოვან პოლიტიკურ გზავნილს არსებული სახელმწიფო პროგრამებისა და სერვისების ფრაგმენტულობის შესახებ. მათი შეფასებით, სისტემა არ უნდა იყოს დამოკიდებული მოკლევადიანი პროექტების ხანგრძლივობაზე ან ექსკლუზიურად ეპიზოდურ ხასიათს ატარებდეს; ნაცვლად ამისა, სერვისები უნდა სისტემატიზდეს შემლუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სასიცოცხლო ციკლის განვითარების ეტაპების შესაბამისად. ბენეფიციართა მშობლები ხაზს უსვამენ, რომ ვინაიდან შშმ სტატუსი მუდმივი მოცემულობაა, სახელმწიფოს პასუხისმგებლობაც გრძელვადიან და უწყვეტ ვალდებულებებს უნდა ეფუძნებოდეს, სადაც მხარდაჭერის ფილოსოფია გამოიხატება პრინციპით — „უწყვეტი თანადგომა ყოველ ნაბიჯზე".

„ იდეალური სერვისი წარმომიდგენია ასე, ადამიანი არცერთ ეტაპზე მართო არ რჩება პრობლემასთან, ყოველთვის სახელმწიფო გვერდით უდგას. ცხოვრების ყველა ეტაპზე მხარდაჭერა უნდა თან გასდევდეს, შშმ სტატუსი ხომ არსად მიდის, როგორც ეს დიაგნოზი მუდმივია, ისე მხარდაჭერა საჭიროა მუდმივად“

„ რადგან ეს არის თემა, რომელიც მართო შშმ პირებს და მშობლებს არ ეხება — ეხება დედმამიშვილებს, ბებია-ბაბუებს, ოჯახს. წრე ფართეა, ინტერესიც ფართეა, სახელმწიფოს შეუძლია ერთი რაღაცა გააკეთოს და ბევრი კმაყოფილი ადამიანი მიიღოს, ერთი სერვისით შეუძლია ბევრი ადამიანის გულის მოგება“

სათემო ორგანიზაციები და სერვისის პროვაიდერები:

კვლევაში მონაწილე, სათემო ორგანიზაციებისა და სერვის პროვაიდერების წარმომადგენლები აცხადებენ, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისები მშობლებისთვის და შშმ პირებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი. სახელმწიფო დოკუმენტებში მშობლის მხარდაჭერა დეკლარირებულია, მაგრამ პრაქტიკაში ის არ ხორციელდება. საკითხის მთელი პასუხისმგებლობა გადატანილია ფრაგმენტულად მიმდინარე პროექტებსა და ოჯახზე. პროექტი „მწვანე შუქი“ და სხვა დონორული პროექტები ავლენენ სათემო საზოგადოების საჭიროებებს, აჩვენებენ მუშაობის ეფექტს, მაგრამ სამიზნე ჯგუფის მხოლოდ 1%-ს მოიცავენ.

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეები განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებენ კომპლექსური ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის სერვისების განვითარების აუცილებლობაზე. რესპონდენტთა შეფასებით, შშმ პირთა ოჯახებისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანია მიზნობრივი ფსიქოგანათლება, ინფორმირებულობის გაზრდა ჯანმრთელობის მართვის საკითხებზე და არსებული ბარიერების გადალახვის სტრატეგიების გაზიარება. ამ კონტექსტში, მთავარ გამოწვევად სპეციალისტების კვალიფიკაცია სახელდება; მონაწილეები ხაზს უსვამენ ფსიქოლოგთა პროფესიული გადამზადების საჭიროებას კონკრეტული, სპეციფიკური საჭიროებების მიმართულებით.

გარდა ამისა, კვლევამ გამოკვეთა შშმ პირთა მოვლის პროცესში არსებული მკაფიო გენდერული ასიმეტრია. მონაწილეები მიუთითებენ არათანაბარ პასუხისმგებლობაზე, სადაც ზრუნვის ძირითადი ემოციური და ფიზიკური ტვირთი დედებზე მოდის. აღნიშნული დისბალანსი ხშირად განპირობებულია ოჯახის შიგნით პარტნიორული მხარდაჭერისა და მამების აქტიური ჩართულობის დეფიციტით, რაც დედების სოციალურ იზოლაციასა და გადანვას აძლიერებს.

„პროექტი „მწვანე შუქი“ ვერ ფარავს მშობლების საჭიროებებს, თუნდაც 1%-ს. არ შეიძლება იმის თქმა, რომ პროექტების ხარჯზე ხდება სერვისის მიწოდება, უბრალოდ არის მცდელობა კარგი შედეგებით და ჩანს, რომ საჭიროება არის.“

„ერთის მხრივ სახელმწიფო პოლიტიკაში აბილიტაცია-რეაბილიტაციის პროგრამის მიმართულებით წერია, რომ შშმ პირების მშობლებზეც უნდა გავითვალისწინოთ, მაგრამ მშობლები ვერ იღებენ სერვისს.“

„დიდი წნეხი გადის ქალებზე, დედებზე. ხშირ შემთხვევაში ისინი მართლ უმჯობესად საკუთარი შვილების მდგომარეობას, მიუხედავად იმისა, რომ შეიძლება ყავდეთ პარტნიორი, მეუღლე.“

კვლევის რესპონდენტების საუბრიდან გამომდინარე იკვეთება, რომ უსინათლო პირებისთვის არსებობს მხოლოდ ერთი სერვისი თბილისში, უსინათლოთა კავშირში ჰყავთ ერთი ფსიქოლოგი, იმის გათვალისწინებით, რომ კავშირს აქვს 19 ფილიალი და ყავს 3000 წევრი. ასევე, ყრუ და სმენადაქვეითებული პირებისთვის პრაქტიკულად არ არსებობს ადაპტირებული ფსიქოლოგიური სერვისი.

რესპონდენტებმა ასევე ისაუბრეს ორგანიზაციებში ფსიქოლოგების ინტეგრირების ფინანსურ ბარიერზე. როგორც მათ აღნიშნეს, სახელმწიფო არ ავლენს დაინტერესებას და მზაობას, რომ სერვისი გაფართოვდეს და მეტი ადამიანი მოიცვას. კვალიფიციური კადრის რესურსების დეფიციტის პირობებშიც კი, არ ხდება გადამზადებული სპეციალისტების არსებულ სერვისებში დასაქმება.

ერთ-ერთი ორგანიზაციის წარმომადგენელი ოჯახებზე საუბრობს, როგორც მხარდამჭერებზე, პარალელურად, ბარიერის შემქმნელებზე. მშობლები, განსაკუთრებით რეგიონებში, ზღუდავენ შშმ პირების დამოუკიდებლობას, ათეულობით წლის განმავლობაში არ უშვებენ შვილებს სახლებიდან. როგორც აღინიშნა, ამ ქცევას ოჯახის წევრები მიმართავენ შშმ პირების უსაფრთხოების დაცვის მიზნით.

„ 30 წელი არის ადამიანი, რომელიც სახლიდან არ გადის, ვერ გადის, ანუ აქვს საზოგადოების შიში, პლუს მშობლებს აქვთ შიში, რომ რამე დაემართება. საჭიროა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა მშობლებთან და ნათესავებთან, რომ საკუთარ შიშებზე და კომპლექსებზე იმუშაონ“

„ პირველ რიგში, ფინანსური ბარიერი, რეალურად არცერთი დონორი არ აფინანსებს გრძელვადიან სერვისს, აფინანსებენ ან კვლევას, ან ხანმოკლე ადვოკატირების პროცესს, ან პილოტს. სახელმწიფოსგანაც არ მოდის არანაირი ძალისხმევა, იმაზე, რომ გაძლიერდეს სერვისი.“

„ მიუხედავად იმისა, რომ ჩეხურმა ორგანიზაციამ დაატრენინგა ფსიქოლოგები... ვთავაზობდით გარკვეული ფსიქოლოგიური ინსტრუმენტების შეტანას პროგრამაში, არ ხდება ამ ადამიანების დასაქმება არსებულ სერვისებში, სახელმწიფოსგან ისევ არ არის მზაობა, რომ შეასრულოს არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგია.“

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილე რეგიონის წარმომადგენელი სერვის პროვაიდერი გვიზიარებს სამუშაო გამოცდილების პრობლემურ საკითხებს: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისი არც პრაქტიკულ დონეზეა განსაზღვრული და არც რეგულირების დონეზეა მოწოდებული. რეგიონში მომუშავე მობილურ ჯგუფებს აქვთ დაფინანსების პრობლემები, სერვისი დამოკიდებულია პერსონალის პირად რესურსებზე, ბიუჯეტში არ არის ტრანსპორტის და ლოგისტიკის ხარჯები გათვალისწინებული. ასევე აღინიშნა მობილური ჯგუფების დაფინანსების სისტემური უთანასწორობა თბილისსა და რეგიონებში. საუბარი იყო სამუშაო დროის კრიტიკულ დეფიციტზე, მოდელი გამორიცხავს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის რეალურ განხორციელებას, რადგან ერთ ბენეფიციართან 30 წუთის განმავლობაში უნდა იმუშაოს ფსიქიატრმა, ექთანმა, სოციალურმა მუშაკმა და თანასწორობა მხარდამჭერმა. ამასთანავე, ეთნიკურად დასახლებულ რეგიონებში ენობრივი ბარიერები კიდევ უფრო ართულებს სრულფასოვნად სერვისის მიწოდებას.

„ პირველ რიგში, არსებული სახელმწიფო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა არ უზრუნველყოფს ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას... საერთოდ მსგავსი სტანდარტები არ არსებობს... ასევე შემოდის ენობრივი პრობლემა ძალიან დიდი და მძლავრი. მაგალითად მე, როგორც Peer Supporter-ი თანასწორობა მხარდაჭერა არის ერთ-ერთი ფორმა ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის, ანუ შევდივარ ბენეფიციართან და ქალი საუბრობს მარტო აზერბაიჯანულ ენაზე, მომკალით და არ ვიცი ეს ენა“

რესპონდენტი თელავიდან, საუბრობს მშობლებისთვის ფსიქოლოგიური სერვისის მიწოდების საჭიროებაზე. აღნიშნავს, რომ ორგანიზაციაში ჰყავთ ფსიქოლოგები და ისინი ემსახურებიან მხოლოდ ცენტრის იმ ბენეფიციარებს, ვისაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოლოგების ვალდებულებაში არ შედის მშობლების მხარდაჭერა, ისინი საჭირო აუცილებლობიდან გამომდინარე, ეხმარებიან მშობლებსაც. თუმცა ეს არ არის სისტემატური, დროში განწერილი და სტანდარტიზებული აქტივობა.

„ ძალიან დიდია საჭიროება დახმარების, არა მარტო ბავშვებისთვის, მშობლებიც საჭიროებენ. ხშირად ჩვენს კეთილსინდისიერებაზე არის დამოკიდებული, მივანოდოთ მშობლებს ფსიქოლოგიური დახმარება.“

კვლევის ერთ-ერთი მონაწილე ასევე გვიზიარებს თავის შეხედულებას, რომ ყრუ და სმენადაქვეითებული პირებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური დახმარების მიღება. ამისათვის კი საჭიროა ცვლილებები განხორციელდეს შშმ პირების განვითარების ყველა ეტაპზე და არსებულ ყველა სახელმწიფო პროგრამაში. რესპონდენტი საუბრობს, რომ ბევრი მუშაობისა და ბრძოლის შემდეგ დღეს პროფესიულ სასწავლებლებში უკეთესი მდგომარეობაა, რადგან ყველა ბენეფიციარს ყავს თავისი (ანამზაურებადი) სურდო თარჯიმანი და თვლის, რომ ანალოგიური პრაქტიკა უნდა დაინერგოს ფსიქოლოგიური დახმარების მიმართულებითაც.

კვლევის მონაწილეები ირჩევენ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის ჰიბრიდულ მოდელს - სერვისებში ინტეგრირებულ ფსიქოლოგს და პარალელურად ვაუჩერულ სისტემას. ორგანიზაციების წამომადგენლები ხაზს უსვამენ, რომ სახელმწიფომ ფსიქომხარდაჭერის პროგრამა ისევე უნდა დააფინანსოს როგორც ფინანსდება ადრეული განვითარების პროგრამა, შინმოვლის პროგრამა და სხვ.

ყველა რესპონდენტი ასევე აღნიშნავს, რომ ფსიქოლოგიური დახმარება უნდა გაენიოთ არა მხოლოდ შშმ პირებს და მათ მშობლებს, არამედ ოჯახის სხვა წევრებსაც იმისათვის, რომ ოჯახებში გარემო გახდეს შედარებით მშვიდი და დედების მძიმე ფსიქოემოციური მდგომარეობა დასტაბილურდეს.

„ დედის გარდა საჭიროა ოჯახის სხვა წევრების ფსიქოლოგიური დახმარებაც, შშმ პირის და-ძმის მამის, ბებიის და სხვ. იმიტომ რომ დედის ფსიქოემოციური არასტაბილური თუ არასახარბიელო მდგომარეობა გამოწვეული არის ხოლმე, არა მხოლოდ შშმ შვილის მდგომარეობით, არამედ დანარჩენი ოჯახის წევრებისგან წნეხით.“

კვლევის რესპონდენტები საუბრობენ სახელმწიფოს მხრიდან შშმ პირთა უფლებების კონვენციის მოთხოვნების ფორმალურ შესრულებაზე. სათემო პოლიტიკის საკითხების შემუშავებაში სათემო ორგანიზაციის წარმომადგენელი შშმ პირები აღარ არიან ჩართულები, არ იღებენ გადაწყვეტილებებს, მონაწილეობა ხდება მხოლოდ კონსულტაციის დონეზე. „არაფერი ჩვენს გარეშე“ პრინციპი დარღვეულია. შშმ პირთა პოლიტიკის შემუშავება მიმდინარეობს სათემო აუდიტორიის უკუკავშირის გარეშე; სახელმწიფო უარს ამბობს თემის მიმართ ანგარიშვალდებულებაზე. როგორც ისინი ამბობენ, ქვეყანაში კონვენციის განხორციელების უზრუნველსაყოფად შექმნილია არაერთი საკონსულტაციო-საკოორდინაციო საბჭო, რომლებიც უნდა მუშაობდეს და წყვეტდეს თემისთვის აქტუალურ საკითხებს, რაც ამ ეტაპზე სთანადოდ არ ხორციელდება.

თავი 7. ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის შედეგები

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის შედეგად შშმ პირი სოციუმის პასიურიდან აქტიურ როლში გადასვლისთვის გადის ტრანსფორმაციის გზას. გარდამავალ ფსიქოლოგიურ პროცესს საფუძველად უდევს მედეგობის კონცეფცია. თერაპიის პირველი და მთავარი შედეგი არის ფოკუსის ცვლილება. თუ დასაწყისში პირი საკუთარ თავს აღიქვამს გარემოებების მსხვერპლად, მედეგობის ჩამოყალიბების შემდეგ ის ხდება საკუთარი ცხოვრების სცენარის ავტორი. თვითმიმღებლობის პროცესში პირი წყვეტს ენერგიის ხარჯვას ტრავმის უარყოფაზე, იწყებს ნეგატიური ემოციების რეგულირებას და რესურსებს მიმართავს ახალ რეალობაში ადაპტაციაზე. შშმ პირი თავად უწესებს გარემოს კომუნიკაციის წესებს და ნაცვლად იმისა, რომ დაელოდოს სხვების რეაქციას, იწყებს პროაქტიულ კომუნიკაციას. გარეშე პირების არასწორი რეაქციები, სოციალური სტიგმა ან ბულინგი ვეღარ აზიანებს ფსიქოლოგიურად გაძლიერებული შშმ პირის თვითშეფასებას. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს უჩნდება რწმენა, რომ შეუძლია დამოუკიდებლად გადაჭრას პრობლემები, იძენს უნარს, რომ დაამყაროს ჯანსაღი კავშირები, იწყებს სამომავლო გეგმებზე ზრუნვას, სადაც შეზღუდული შესაძლებლობა არის მხოლოდ მოცემულობა და არა ხელისშემშლელი ბარიერი.

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის შედეგად შშმ პირების მშობლები, ოჯახის წევრები შეძლებენ შშმ პირების ხარისხიან მხარდაჭერას, შეძლებენ სწორად მართონ შშმ პირებთან დაკავშირებული მოლოდინები, შეძლებენ შექმნან ჯანსაღი, თანასწორი და ურთიერთგაგებაზე დაფუძნებული კავშირები. ფსიქოლოგიურად გაძლიერებული შშმ პირები და მათი ოჯახები შეძლებენ სოციუმის აქტიური წევრები გახდნენ.

თავი 8. კვლევის დასკვნა

კვლევის ფარგლებში შშმ პირებთან, მათი ოჯახის წევრებთან და შშმ პირთა საკითხებზე მომუშავე ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან ჩატარებულმა ფოკუსირებულმა დისკუსიებმა გამოავლინა, რომ ინკლუზიური ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მიმართულებით არსებული გამოწვევები მრავალშრიანი და სისტემურია. მონაწილეთა გამოცდილებები მიუთითებს, რომ ბარიერები არ შემოიფარგლება მხოლოდ სერვისების სიმცირით, პრობლემები მოიცავს ფინანსურ, ინფორმაციულ, გეოგრაფიულ, სოციალურ, ინსტიტუციურ და უფლებრივ ასპექტებს. მონაწილეთა გამოცდილებები მიუთითებს, რომ ფსიქოლოგიური დახმარება ქვეყანაში არ აღიქმება, როგორც ფუნდამენტური უფლება, რომელიც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი საფუძველია შშმ პირებისა და მათი ოჯახებისთვის. სახელმწიფო პოლიტიკის მიზანი უნდა იყოს ინტეგრირებული, უწყვეტი და ხელმისაწვდომი ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სისტემის შექმნა, რომელიც შშმ პირსა და მის ოჯახს განიხილავს ერთიან სოციალურ და ფუნქციურ წევრად.

თავი 9. ზოგადი რეკომენდაციები:

1. ფინანსური ხელმისაწვდომობა და სერვისების განვითარება

- საჭიროა ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა გახდეს სახელმწიფო სოციალური პაკეტის ნაწილი;
- საჭიროა დაინერგოს მიზნობრივი ვაუჩერი შშმ პირებისა და მათი ოჯახებისთვის;
- საჭიროა ფიზიკურ რეაბილიტაციას ახლდეს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა;
- საჭიროა ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია განიხილებოდეს როგორც გრძელვადიანი ეკონომიკური ინვესტიცია;
- საჭიროა დაინერგოს უფასო ონლაინ ფსიქოლოგიური სერვისები.

2. კადრები, ხარისხი და სტანდარტები

- საჭიროა ფსიქოლოგების სპეციალიზებული გადამზადება;
- საჭიროა უნივერსიტეტებში ისწავლებოდეს ჟესტური ენა;
- საჭიროა შემუშავდეს სერტიფიცირების სისტემა შშმ პირებთან მომუშავე ფსიქოლოგებისთვის;
- საჭიროა თვითდახმარების და თანასწორთა ჯგუფების მხარდაჭერა.

3. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

- საჭიროა ორგანიზაციებში იყოს ფსიქოლოგის შტატი;
- საჭიროა შეიქმნას კრიზისული მობილური გუნდები;
- საჭიროა დაინერგოს შშმ სტატუსის მინიჭებისთანავე ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა.

4. ცნობიერება გაზრდა და სტიგმის შემცირება

- საჭიროა განხორციელდეს ეროვნული საინფორმაციო კამპანიები.
- საჭიროა ჩატარდეს სავალდებულო ტრენინგები საჯარო მოხელეებისთვის.
- საჭიროა კამპანიებში აქტიურად იყვნენ ჩართული თავად შშმ პირები.
- საჭიროა რეგიონებში განხორციელდეს მიზნობრივი ინფორმირების პროგრამები.

5. მხარდაჭერის პროგრამები და დამოუკიდებლობა

- საჭიროა განვითარდეს სკოლის შემდგომი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია.
- საჭიროა შეიქმნას ცხელი ხაზი და პირველადი კონსულტაციის სერვისი.
- საჭიროა უზრუნველყოფილ იქნას ანონიმური და კონფიდენციალური ფსიქოლოგიური სერვისები.

6. ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა

- საჭიროა შეიქმნას ერთიანი საინფორმაციო პლატფორმა ყველა სერვისის შესახებ.
- საჭიროა ინფორმაცია იყოს ადაპტირებული (ქვესტური ენა, ბრაილი, აუდიო).
- საჭიროა სახელმწიფო ვებ-გვერდები შეესაბამებოდეს ხელმისაწვდომობის სტანდარტებს (WCAG).
- საჭიროა შეიქმნას გადამზადებული ფსიქოლოგებისთვის პლატფორმა.

7. ოჯახზე ორიენტირებული მხარდაჭერა

- საჭიროა დიაგნოზის დადგენისთანავე უზრუნველყოფილ იქნას ოჯახის სავალდებულო კონსულტირება.
- საჭიროა განვითარდეს მშობელთა განათლების პროგრამები.
- საჭიროა შეიქმნას მხარდაჭერის მოდელი „მშობელი მშობლისთვის“.
- საჭიროა ყურადღება მიექცეს განსაკუთრებით დედეებს.

8. ინკლუზიური განათლება

- საჭიროა მასწავლებლებს ჩაუტარდეთ სენსიტიზაციის ტრენინგები.
- საჭიროა სკოლის ფსიქოლოგები გადამზადდნენ ინკლუზიურ გარემოში მუშაობისთვის.
- საჭიროა უნივერსიტეტებში შეიქმნას შშმ სტუდენტთა მხარდაჭერის ცენტრები.

9. ეთიკა, პროფესიული პრაქტიკა, სერვისის გარემო

- საჭიროა შემუშავდეს სპეციალური სახელმძღვანელო შშმ პირებთან მუშაობისთვის.
- საჭიროა სავალდებულო იყოს სუპერვიზია სპეციალისტებისთვის.
- საჭიროა გაძლიერდეს ეთიკის და ხარისხის კონტროლის მექანიზმები.