



Ժողովրդավարության
գարգացման
հիմնադրամ



ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ՇԻՐԱԿԻ ԵՎ ԱՐԱՐԱՏԻ ՄԱՐԶԵՐՈՒՄ | 2024



Սույն զեկույցը պատրաստվել է Հելսինկյան քաղաքացիական ասամբլեայի Վանաձորի գրասենյակի, ժողովրդավարության զարգացման հիմնադրամի, «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների օրակարգ» իրավապաշտպան ՀԿ-ի և Հոգեկան առողջության հայկական ասոցիացիայի կողմից իրականացվող «Իրավունքներ, ծառայություններ և մասնակցություն. Հայաստանում հոգեկան առողջության համապարփակ շրջանակի խթանում» եռամյա (2024-2026 թթ.) ծրագրի շրջանակներում այդ նպատակով ընտրված փորձագիտական խմբի կողմից: Խմբի անդամներն են՝

1. Հայկ Մկրտչյան՝ սոցիալական ծառայությունների փորձագետ, «Հարբժշկական մասնագետների հայկական ասոցիացիա» ՀԿ նախագահ,
2. Դիանա Եղոյան՝ սոցիոլոգ, գնահատման և վերլուծության փորձագետ, «Էքսպերտ» հետազոտությունների կենտրոն» ՍՊԸ հիմնադիր-տնօրեն,
3. Մարիետտա Խուրշուդյան՝ ԱՀԿ Հայաստանյան գրասենյակի հոգեկան առողջության և հոգեւոցիալական աջակցության գծով ազգային փորձագետ,
4. Զրիստինա Բաղդասարյան՝ հոգեբան, «Կանանի» սոցիալ-հոգեբանական կենտրոն ՀԿ նախագահ,
5. Հռիփսիմե Սոլոմոնյան՝ սոցիալական աշխատող, «Աշխարհի բժիշկներ Ֆրանսիա» կազմակերպության հայաստանյան ներկայացուցչություն:

Չեկույցի պատրաստման գործում ցուցաբերած աջակցության համար մեր երախտագիտությունն ենք հայտնում «Ագաթ» հաշմանդամություն ունեցող կանանց իրավունքների պաշտպանության կենտրոն ՀԿ, «Արևամանուկ» հոգեբանասոցիալական աջակցության հիմնադրամ, «Հույս-Արթիկ» ՀԿ, «Էմիլի Արեգակ» բազմակի հաշմանդամություն ունեցող երեխաների և երիտասարդների կենտրոն, «Առաքելություն Հայաստան» ԲՀԿ, «Ձերմիկ անկյուն» ՀԿ, «Հայաստանի սոցիալական աշխատողների ասոցիացիա» ՀԿ, «Կանանի» սոցիալ-հոգեբանական կենտրոն ՀԿ և «Աշխարհի բժիշկներ Ֆրանսիա» կազմակերպության հայաստանյան ներկայացուցչություն կազմակերպություններին:

Այս զեկույցը պատրաստվել է Եվրոպական միության ֆինանսական աջակցությամբ: Բովանդակության համար պատասխանատվություն է կրում փորձագիտական խումբը, և պարտադիր չէ, որ այն արտահայտի Եվրոպական միության տեսակետները:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ	2
ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄ ԵՎ ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ	3
ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ	5
ԲԱԺԻՆ 1. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	14
1.1. Հետազոտության հիմնախնդրի դրվածքը.	14
1.2. Հետազոտության նպատակը և խնդիրները.	17
1.3. Հետազոտության օբյեկտը և առարկան.	19
1.4. Հետազոտության մեթոդները.	19
ԲԱԺԻՆ 2. ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՐԻՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ. ՇԻՐԱԿԻ ՄԱՐԶ	22
2.1. Սոցիալ-ժողովրդագրական հատվածի և այլ տվյալներ.	22
2.2. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց անհրաժեշտ առողջապահական և սոցիալական ծառայությունները	23
2.3. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց արժանապատիվ և անկախ կյանքի իրավունքի ապահովումը.	31
2.4. Մարզի ներուժը հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայությունների ապահովման գործում.	33
ԲԱԺԻՆ 3. ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՐԻՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ. ԱՐԱՐԱՏԻ ՄԱՐԶ	35
3.1. Սոցիալ-ժողովրդագրական հատվածի և այլ տվյալներ.	35
3.2. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց անհրաժեշտ առողջապահական և սոցիալական ծառայությունները	36
3.3. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց արժանապատիվ և անկախ կյանքի իրավունքի ապահովումը.	43
3.4. Մարզի ներուժը հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայությունների ապահովման գործում.	44
ԲԱԺԻՆ 4. ԱՐԱՐԱՏԻ ԵՎ ՇԻՐԱԿԻ ՄԱՐԶԵՐՈՒՄ ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՐԻՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	45
ԲԱԺԻՆ 5. ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	47
ԲԱԺԻՆ 6. ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ	59



ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄ ԵՎ ՀԱՊԱԿՈՒՄՆԵՐ

Անկախ կյանք՝ միջավայրային և անհատական գործոնների, ծառայությունների ամբողջություն, որը հաշմանդամություն ունեցող անձին ընձեռում է իր առօրյա կյանքին վերաբերող որոշումները կայացնելու, բնակության վայրը ընտրելու, համայնքում ապրելու, բնակչության համար նախատեսված համայնքային ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն հաշմանդամություն չունեցող անձանց հետ հավասար հիմունքներով:

Թիրախային խումբ՝ սոցիալական այն խումբը, որի կարիքների գնահատմանն է ուղղված սույն հետազոտությունը:

Խելամիտ հարմարեցում՝ անհրաժեշտ և համապատասխան փոփոխությունների և հարմարեցումների (շտկումների) կատարում, որոնք չեն առաջացնում անհամաչափ կամ անհարկի բեռ և ուղղված են հաշմանդամություն ունեցող անձի՝ մարդու իրավունքներից և հիմնական ազատություններից մյուսների հետ հավասար հիմունքներով օգտվելուն:

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձ՝ անձ, որը հոգեկան և/կամ զգայական տևական խնդիրների և միջավայրային արգելքների փոխազդեցության հետևանքով կարող է ունենալ մյուսների հետ հավասար հիմունքներով հասարակական կյանքին լիարժեք ու արդյունավետ մասնակցության սահմանափակում: Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող է համարվում նաև այն անձը, ով ինքն իրեն բնորոշում է որպես այդպիսին:

Հոգեւոցիալական աջակցության ծառայություն՝ հոգեկան առողջության համայնքահենք ծառայությունների խումբ, որը ներառում է առողջապահական, սոցիալական, հոգեբանական, փոխօգնության, անձնական օգնականի և անկախ կյանքի, ճգնաժամային իրավիճակների կանխարգելման և այլ ծառայություններ, հոգեկան առողջության խնդիր ունեցող անձի իրավունքների և շահերի պաշտպանությանն ուղղված ծառայություններ, ճգնաժամային՝ անհետաձգելի աջակցության ծառայություններ՝ անձին իր տանը և համայնքում ապրելուն աջակցող այլ ծառայություններ, անձի առանձնահատկությունների, կարիքների, պահանջմունքների հիման վրա տան պայմանների հարմարեցումներ կամ խմբային տներում անվտանգ բնակության և աջակցող ծառայություններ, խելամիտ հարմարեցումներ ու համայնքահենք կյանքին ներառվելուն ուղղված այլ ծառայություններ:

Սոցիալական ծառայություններ՝ գործողություններ կամ միջոցառումներ, որոնք ուղղված են անձի սոցիալական կարիքների բավարարմանը՝ բնականոն կենսագործունեության ապահովմանը, կյանքի դժվարին իրավիճակում հայտնվելու հանգամանքների կանխարգելմանը, կյանքի դժվարին իրավիճակում հայտնված անձին կամ ընտանիքին այդ վիճակից դուրս բերելուն:

Առողջապահական ծառայություններ (հոգեբուժություն, հոգեթերապիա)՝ ամբուլատոր հետազոտություն և բուժում, դիսպանսերային շարունակական հսկողություն, սահմանային վիճակներում գտնվող անձանց խորհրդատվական հսկողություն, արտահիվանդանոցային հսկողություն, հոգեկան առողջության վերականգնման ծառայություններ:

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱՆ - Առողջապահության նախարարություն

ԱԱԴԿ - Առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն

ԱՅԿ - Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն

ԱՍՅՆ - Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարություն

ԶԼՄ - Զանգվածային լրատվության միջոց

ԽՅՀ - Խնամակալության և հոգաբարձության հանձնաժողով

ՀՀ - Հայաստանի Հանրապետություն

ՀԿ - Հասարակական կազմակերպություն

ՀՄԴ - Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում

ՄԱԿ - Միավորված ազգերի կազմակերպություն

ՄՄԾՏԿ - Միասնական սոցիալական ծառայության տարածքային կենտրոն

ՊՈԱԿ - Պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն

ՏԿԵՆ - Տարածքային կառավարման և ենթակառուցվածքների նախարարություն

ՏԻՄ - Տեղական ինքնակառավարման մարմին

ՔՀԿ - Քաղաքացիական հասարակության կազմակերպություն

ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում արդի ժամանակաշրջանում ավելանում է հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը, ինչի պատճառն է վերջին ժամանակաշրջանում հոգեկան առողջության վրա ազդող անբարենպաստ գործոնների արդիականացումը (բնակչության ծերացում, համավարակ, պատերազմ, տեղեկատվական անվերահսկելի հոսք և այլն): Այս պայմաններում ավելի է կարևորվում հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների դերը, դրանց տրամադրմանն առնչվող հարցերը՝ հասանելիությունը, մատչելիությունը և իրավահեղությունը, ինչից, իհարկե, անմիջականորեն կախված է այդ ծառայությունների որակը:

Սույն զեկույցի շրջանակում ուսումնասիրվել են Հայաստանի Հանրապետության Շիրակի և Արարատի մարզերի հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց վերաբերյալ սոցիալ-ժողովրդագրական տվյալները և հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների կարիքները:

ԱՐԱՐԱՏԻ ՄԱՐԶ

ՇԻՐԱԿԻ ՄԱՐԶ

Մարզի բնակչությունը (մշտական) /2024թ. հունվարի 1-ի դրությամբ/	259 300	230 500
Հոգեկան հիվանդություններ ունեցող (գրանցված) անձանց թիվը /2024թ. հունվարի 1-ի դրությամբ/	4336	6252
Գրանցված հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը /2024թ. հունվարի 1-ի դրությամբ/	18142	18636
Հոգեկան առողջության հիվանդությունների հիմքով հաշմանդամության կարգավիճակ ստացած անձանց թիվը /2024թ. հունվարի 1-ի դրությամբ/	2363	2245
որոնցից սոցիալապես անապահով համարվող ընտանիքների կազմում /2023 թվականի ընթացքում/	579	741
Այն անձանց թիվը, որոնց անգործունակության հիմքով խնամակալ է նշանակվել /01.01.2023-01.07.2024թթ./	34	17
Շուրջօրյա խնամքի հաստատություններում բնակվող չափահաս անձանց թիվը /2024թ. հուլիսի 1-ի դրությամբ/	60	32
Շուրջօրյա խնամքի հաստատություններում բնակվող երեխաների թիվը /2024թ. հուլիսի 1-ի դրությամբ/	68	27

Մարզերում, որտեղ անցկացվել է ուսումնասիրությունը, հոգեւոցհալակահաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվում են ծառայություններ ինչպես պետական, այնպես էլ հասարակական և միջազգային կառույցների կողմից, սակայն ոչորտում առկա են խորքային խնդիրներ.

1. Ծառայությունների հասանելիությունը և մատչելիությունը

Հոգեւոցհալակահաշմանդամության ծառայությունների պատկերը հետևյալն է՝

- ✓ **Սոցիալական ծառայությունները** համայնքային մակարդակում հիմնականում միտված են բնաիրային կամ ֆինանսական աջակցություն տրամադրելուն, որն էլ ավելի է խորացնում հաշմանդամության բարեգործական մոդելի մասին հասարակության մեջ առկա պատկերացումները և կարծրատիպերը: ԶՀԿ և մասնավոր հատվածի կողմից տրամադրվող, այդ թվում՝ պետական ֆինանսավորմամբ սոցիալական ծառայությունները հիմնականում կարճաժամկետ են և փոքրածավալ:
- ✓ **Առողջապահական ծառայությունները** մարզերում տրամադրվում են հոգեկան առողջության կենտրոններում կամ ԱԱՊԿ-ների միջոցով, որոնք հիմնականում տեղակայված են քաղաքային բնակավայրերում և ունեն մեծ ծանրաբեռնվածություն: Մարզերում բազմապրոֆիլ ԲԿ-ներ չկան, որոնք կտրամադրեն նաև հոգեբուժական աջակցություն, իսկ ԱԱՊԿ-ներում մասնագետների քանակը բավարար չէ, ինչի մասին փաստում են առկա հերթերը: Խնդիրներ են առկա նաև դեղերի տրամադրման գործընթացում՝ պայմանավորված հիմնական դեղերի ցանկում գրանցված դեղերի ոչ բազմազան լինելով: Դրանք ձեռք բերելու համար շատ դեպքերում քաղաքացիները ստիպված են կատարել նաև տրանսպորտային մեծ ծախսեր, իսկ հետադարձ կապի բացակայությունը հնարավորություն չի տալիս տեղեկատվություն ստանալ նշանակված դեղերի ընդունումից հետո այս կամ այն դեղի հանդեպ անձի անհատական տանելիության մասին:

- ✓ **Հոգեւոցհալալական աշակցության մյուս ծառայությունները** սակավաթիվ են և հիմնականում սահմանափակվում են վճարովի հոգեբանական կենտրոնների ծառայությունների շրջանակներում կամ սակավաթիվ ԶԶԿ-ների տրամադրած որոշակի աշակցությամբ: Այսպիսի ծառայությունների բացակայությունը կամ առկա ծառայությունների վերաբերյալ իրազեկվածության պակասը ուղիղ կապ ունի հասարակության մեջ հոգեւոցհալալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց հանդեպ պիտակավորման ու կարծրատիպերի խորացման, իրավունքների իրացման և հասարակական կյանքին վերջիններիս արդյունավետ ներառման խնդիրների հետ:

2. Մասնագիտական ներուժը և համագործակցությունը

Ուսումնասիրության արդյունքները փաստում են, որ մարզերում հոգեւոցհալալական աշակցության ծառայությունների մասնագիտական ներուժի պակասն ակնհայտ է: Բացի այդ, հիմնականում քաղաքային բնակավայրերում մասնագետների կենտրոնացվածության, բազմամասնագիտական խմբերի միջոցով ծառայությունների բացակայության, համայնքային սոցիալական ծառայությունների անկատար համակարգի և մասնագիտական կարողությունների զարգացմանն ուղղված գործողությունների սակավության հետևանքով առկա ծառայությունները բավարար արդյունավետություն չեն ապահովում:

Միջինացված տվյալները փաստում են, որ մարզերի ԱԱՊԿ-ներում աշխատող մասնագետների թիվը հեռու է առկա պահանջարկը բավարարելուց. ստացիոնար բուժօգնություն տրամադրող հոգեկան առողջության կենտրոններում հոգեբույժների հաստիքների թիվը յուրաքանչյուր մարզում չի գերազանցում 4-ը, հոգեբուժական բուժքույրերի թիվը՝ 3-ը, համայնքային սոցիալական աշխատողներինը՝ 8-ը, իսկ հոգեբանների թիվը հասնում է առավելագույնը 10-ի:

Այս ուղղությամբ խնդիրները պայմանավորված են նրանով, որ մարզերում հոգեբույժները տեղակայված են բազմաբնակավայր համայնքների կենտրոններում կամ քաղաքային բնակավայրերում՝ ԱԱՊԿ օղակում, այն պարագայում, երբ նրանց կարիքն ունեցող բնակիչների բնակության վայրը կարող է միջինը 20-30 կմ հեռավորության վրա

լինել՝ ոչ կանոնավոր ուղևորափոխադրման պայմաններում, ինչն առաջացնում է ինչպես անհրաժեշտ և ժամանակին առաջնային բուժօգնության, այնպես էլ տեղեկատվության ստացման խնդիրներ:

Համայնքային սոցիալական ծառայությունների համակարգը Հայաստանում ամբողջովին կայացած չէ, և մարզերի՝ մեկ տասնյակի չհասնող համայնքային սոցիալական աշխատողները հիմնականում չունեն բավարար ներուժ և ռեսուրսներ սոցիալական դեպքի վարման և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց հետ աշխատելու համար՝ այս թեմաներով վերապատրաստումների սակավության կամ բացակայության համապատկերում:

3. Ծառայությունների կարիքի գնահատման մեխանիզմները

Ուսումնասիրությունը փաստում է, որ այս մարզերում շատ են բացերը նաև ծառայությունների կարիքի գնահատման գործընթացում՝ պայմանավորված միասնական մեխանիզմների, ռազմավարությունների և գործիքների բացակայությամբ:

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց անհրաժեշտ ծառայությունների կարիքների գնահատումը հիմնականում սահմանափակվում է հոգեբուժական օգնության և սպասարկման ծառայության շրջանակներում՝ մարզերում գործող հոգեկան առողջության կենտրոնների գործունեության կազմակերպման համատեքստում, իսկ հոգեւոցիալական աջակցության մյուս ծառայությունների մասով այսպիսի գործողություններ հիմնականում չեն իրականացվում:

Հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների կարիքի գնահատման գործընթացի վերաբերյալ քննարկումները նույնպես մեծամասամբ հոգեբուժական աջակցության և հոգեբույժ կամ կլինիկական հոգեբան մասնագետներ ներգրավելու մասին են, իսկ մյուս ծառայությունների մասով համակարգված և բոլոր շահագրգիռ կողմերի մասնակցությամբ քննարկումներ գրեթե չեն իրականացվում:

4. Ծառայությունների ժամկետայնությունը և կայունությունը

Մարզերում առանց այն էլ սակավ ծառայությունները (բացառությամբ հոգեբուժական օգնության) տրամադրվում են հիմնականում ոչ պետական կառույցների կողմից՝



տարբեր դրամաշնորհների կամ վճարովի ծառայությունների միջոցով, և այս պարագայում դրանց կայունությունն ու շարունակականությունը դժվար է ապահովել՝ ֆինանսական խնդիրների, դոնոր կազմակերպությունների պահանջների և մի շարք այլ գործոններով պայմանավորված: Կարճաժամկետ և հատվածական ծառայությունները սովորաբար քիչ արդյունավետ են և կարիքահեն չեն, քանզի դրանք հնարավորություն չեն տալիս տվյալ ժամանակահատվածում իրավիճակի վերաբերյալ համապարփակ պատկերացում կազմել, ինչն էլ հանգեցնում է խնդիրների՝ ոչ լիարժեք բացահայտմանը և դրանց լուծման արդյունավետ ուղիներ չգտնելուն:

5. Հետադարձ կապի մեխանիզմները

Ծառայություններ մատուցող կառույցների կողմից հետադարձ կապի մեխանիզմների բացակայությունը ևս կարևոր խնդիր է: Մասնավորապես՝ ԱԱՊԿ-ների կողմից տրամադրվող ծառայությունների ազդեցության և հետագա կարիքի բացահայտման ուղղությամբ հետադարձ կապի որևէ մեխանիզմ չի գործում: Արդյունքում հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձն ստանում է որևէ ծառայություն, որից հետո հետադարձ կապի բացակայության արդյունքում չի բացահայտվում ծառայության արդյունավետությունը կամ խնդիրները: Այս պարագայում մասնագետների տեսադաշտից դուրս են մնում հրատապ լուծում պահանջող խնդիրները:

6. Տեղեկատվության փոխանցման և իրազեկվածության մեխանիզմները

Տեղեկատվության փոխանցման և իրազեկվածության մեխանիզմների սակավության հետևանքով մարզերում առկա սակավաթիվ ծառայությունները կորցնում են արդյունավետությունը և դառնում ոչ թիրախային ու որպես արդյունք՝ նվազում է դրանց պահանջը: Օրինակ՝ բժշկական, կրթական և սոցիալական տարբեր հաստատություններում սակավաթիվ են հոգեկան առողջության վերաբերյալ իրազեկող նյութերը, մարզային ՉԼՄ-ների միջոցով տեղեկատվության փոխանցման մեխանիզմներ գրեթե չկան: Թույլ է նաև պետական կամ ՏԻՄ մարմինների կողմից այս առումով իրականացվող աշխատանքը:

Տեղեկատվության փոխանցման և իրավունքների իրազեկման գործողությունների սակավությամբ պայմանավորված՝ չեն կարող երաշխավորվել ինչպես գործող, այնպես էլ հետագայում ներդրվող ծառայությունների որակը և իրավահեղությունը:

7. Ծառայությունների իրավունքահեղությունը և իրավունքների իրացումը, մասնավորապես՝ արժանապատիվ և անկախ կյանքի իրավունքը

Միջազգային և ներպետական օրենսդրությամբ սահմանված իրավունքների իրացման մեխանիզմների բացակայությունը կարևոր խնդիրներից է ուսումնասիրվող մարզերում: Վավերացնելով «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիան՝ Հայաստանի Հանրապետությունը ստանձնել է պարտավորություն աջակցել, պաշտպանել և ապահովել հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ լիարժեքորեն և հավասարապես օգտվել մարդու իրավունքներից և հիմնարար ազատություններից, ինչպես նաև ապահովել հարգանքը նրանց արժանապատվության նկատմամբ: Այս առումով ինչպես ամբողջ Հայաստանում, այնպես էլ ուսումնասիրվող մարզերում շարունակում է խնդրահարույց մնալ վերը նշված կոնվենցիայով ամրագրված մի շարք իրավունքների (Հոդված 5. Հավասարությունը և խտրականության բացառումը, Հոդված 12. Օրենքի առաջ հավասարությունը, Հոդված 14. Անձի ազատությունը և անվտանգությունը, Հոդված 19. Անկախ ապրելու և համայնքում ներգրավվելու իրավունքը) իրացումը:

ԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

Ուսումնասիրվող մարզերում առաջնահերթ է ներդնել, վերանայել, արդիականացնել և բարելավել հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունները, դրանց տրամադրման ձևերը և հասանելիությունը, ինչպես նաև ապահովել ծառայություններ մատուցող կառույցների կողմից հետադարձ կապի մեխանիզմների առկայությունն ու արդյունավետությունը: Այս գործընթացը պետք է միտված լինի հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների որակի,

հասցեականության բարելավմանը իրավունքահեն մոտեցմամբ: Երկու մարզում էլ հոգեսոցիալական աջակցության ծառայություններ տրամադրող մասնագիտական ներուժի պական ակնհայտ արտահայտված է, ինչն անմիջական ազդեցություն է ունենում տրամադրված ծառայությունների որակի վրա:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Շիրակի և Արարատի մարզերում առկա խնդիրների լուծման և հոգեսոցիալական աջակցության ծառայությունների կարիքների բավարարման համար առաջարկվում է՝

- ✓ Ստեղծել համայնքահենք ծառայություններ հոգեբուժական և խնամքի փակ հաստատությունների փոխարեն:
- ✓ Հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար ստեղծել կամ ընդլայնել առկա վաղ միջամտության ծառայություններ մարզերի բոլոր համայնքներում:
- ✓ Աջակցել անկախ կյանքին ուղղված ծառայությունների ստեղծմանը կամ ընդլայնմանը՝ ԹՀԿ-ներին դրանց պատվիրակման միջոցով:
- ✓ Ընդլայնել տնային պայմաններում խնամքի և սոցիալական սպասարկման ծառայությունները:
- ✓ Բարելավել հիմնական դեղերի հասանելիությունը՝ ընդլայնելով հիմնական դեղերի ցանկը, ինչպես նաև ներդնելով հոգեմետ դեղերի տրամադրման նոր մեխանիզմներ, այդ թվում՝ վերապատրաստելով ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներին հոգեմետ դեղամիջոցների համապատասխան կիրառման (ներառյալ կողմնակի ազդեցությունների մոնիտորինգը) և կառավարման ուղղությամբ:
- ✓ Մշակել շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրեր հոգեկան առողջության մասնագետների, ներառյալ՝ հոգեբույժների, հոգեբանների, սոցիալական

աշխատողների և մյուս մասնագետների համար, այդ թվում՝ ներդնելով համագործակցային տարբեր հարթակներ հոգեսոցիալական աջակցության բոլոր շահագրգիռ կողմերի ներգրավմամբ:

✓ Մշակել մարզերում հոգեսոցիալական աջակցության ծառայությունների կարիքների պարբերական գնահատման համակարգեր, ինչը հետագայում հիմք կհանդիսանա համայնքում և մարզում անհրաժեշտ ծառայությունների ներդրման կամ բարելավման համար:

✓ Աջակցել մարզերում գործող սակավաթիվ թեժ գծերի, վստահության հեռախոսահամարների գործունեությանը և կայունության ապահովմանը, ստեղծել այդպիսի նոր ծառայություններ:

✓ Աջակցել մարզերում գործող սակավաթիվ ՔՀԿ-ներին՝ ապահովելու հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվող կարիքահեն և իրավունքահեն ծառայությունների կայունությունը:

✓ Մշակել հոգեկան առողջության ծառայությունների մոնիտորինգի և գնահատման գործիքներ՝ ապահովելու ծառայությունների արդյունավետությունը, հասանելիությունը և անձակենտրոնությունը:

✓ Իրականացնել մարզային և համայնքային հանրային իրազեկման արշավներ՝ նվազեցնելու խարանը, պիտակավորումն ու խտրականությունը հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ:

✓ Մշակել իրազեկման ծրագրեր հոգեկան առողջության խնդիրների վերաբերյալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց և նրանց ընտանիքի անդամների համար:

✓ Իրականացնել կարողությունների զարգացման ծրագրեր քաղաքականություն մշակողների, որոշումներ կայացնողների և ծառայություններ մատուցողների շրջանում հատկապես կարիքի գնահատման մեխանիզմների, ծառայությունների իրավունքահենության, անգործունակության ճանաչման ինստիտուտի, ապահիստիտուցիոնալացման և մասնագիտական էթիկայի շրջանակի վերաբերյալ:

ԲԱԺԻՆ 1. ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1.1. Հետազոտության հիմնախնդրի դրվածքը.

Ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում արդի ժամանակաշրջանում ավելանում է հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը, ինչը վերջին տասնամյակներին հոգեկան առողջության վրա ազդող անբարենպաստ գործոնների արդիականացման հետևանք է (բնակչության ծերացում, համավարակ, պատերազմ, տեղեկատվական անվերահսկելի հոսք և այլն): Այս մասին է փաստում նաև 2019թ. ԱՀԿ հրապարակած հետազոտությունը¹:

ՀՀ առողջապահության նախարարության հրապարակած պաշտոնական վիճակագրական տվյալները փաստում են վերը նշվածի մասին նաև Հայաստանում: Այսպես՝ 2023թ. տարեվերջին հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող հաշվառված անձանց թիվը կազմել է 63034, ինչը գրեթե կրկնակի ավելի է 2000թ. համեմատությամբ (32717 անձ): Աճել է նաև դիսպանսերային հսկողության տակ գտնվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց թիվը²:

Վերջին 8 տարիների՝ տարեվերջին հաշվառման մեջ գտնվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց թվի դինամիկան ներկայացված է ստորև բերված աղյուսակում.

Աղյուսակ 1³

ՏԱՐԵԹԻՎԸ

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
51167	52129	54025	55459	57164	58461	60222	60609	63034

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձն ունի մշտական կամ ժամանակավոր հոգեկան առողջության խնդիր, որն էականորեն ազդում է հասարակական կյանքին նրա լիարժեք մասնակցությանը՝ իրեն շրջապատող դժվարությունների և խոչընդոտների պատճառով:

¹ www.gateway.euro.who.int/

² ՀՀ առողջապահության նախարարություն

³ «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգիրք, 2024

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք կարող են ունենալ հոգեկան առողջության հետևյալ խնդիրները (ՅՄԴ 10-ով սահմանված F00-F99 հոգեկան հիվանդությունների և միջավայրային արգելքների փոխազդեցության հետևանքով հասարակական կյանքին լիարժեք ու արդյունավետ մասնակցության որևէ սահմանափակում)։

- շիզոֆրենիա, երկբևեռ խանգարում, դեպրեսիա, հոգեկան առողջության այլ խնդիրներ, որոնք ազդում են մարդու մտքերի, հույզերի և վարքի վրա,
- հետտրավմատիկ սթրեսային իրավիճակներ,
- տագնապներ, որոնք խանգարում են անձին բնականոն կենսագործունեություն ծավալել առօրյա կյանքում և շրջապատի հետ փոխհարաբերություններում,
- հոգեմետ (թմրամիջոցներ, ալկոհոլ) նյութերի օգտագործման հետևանքով հոգեկան առողջության խնդիրներ,
- սննդային վարքի խնդիրներ՝ անորեքսիա, բուլեմիա, որոնք կարող են ունենալ էական ազդեցություն անձի հոգեկան և ֆիզիկական առողջության վրա,
- տրամադրության անկումներ և տրամադրության կառավարման դժվարություններ,
- աուտիստիկ սպեկտրի խնդիրներ, ուշադրության պակաս և հիպերակտիվություն, որոնք առաջացնում են սոցիալական փոխազդեցության, վարքի կառավարման և հաղորդակցման դժվարություններ,
- ուժեղ ու մշտական սթրեսներ և վախեր՝ կապված սոցիալական կամ տնտեսական գործոնների հետ, օրինակ՝ աղքատություն, խտրականություն, մեկուսացում։

Հոգեւոցիալական հաշմանդամությունը բնորոշվում է ոչ միայն ախտորոշված հոգեկան առողջության խնդրով, այլ նաև սոցիալական փոխհարաբերություններում, մասնավորապես՝ հասարակական կյանքին լիարժեք մասնակցելու խոչընդոտների և դժվարությունների առկայությամբ։ Այդպիսիք են, օրինակ, հասարակական վերաբերմունքը, խտրականությունը, իրավունքների ոչ լիարժեք պաշտպանվածությունը, որոնք հանգեցնում են կրթության, զբաղվածության, սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների անմատչելիության։

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության և անկախ ու արժանապատիվ կյանքի ապահովման համար անհրաժեշտ ծառայությունների հիմնարար շրջանակ է սահմանում «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիան։ Կոնվենցիայով նպատակ է սահմանված «աջակցել, պաշտպանել և ապահովել հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ լիարժեքորեն և հավասարապես օգտվել մարդու

իրավունքներից և հիմնարար ազատություններից, ինչպես նաև ապահովել հարգանքը նրանց արժանապատվության նկատմամբ»:

Վերջին 10 տարիներին ՀՀ-ում այս ոլորտում իրականացվող ուսումնասիրությունները⁴ վեր են հանում մի շարք խնդիրներ, մասնավորապես՝

1. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ խտրական մոտեցումների հաղթահարման ուղղությամբ արդյունավետ և միասնական քաղաքականությունը բացակայում է. առկա չէ խտրականության դեմ պայքարի ոլորտը համապարփակ կարգավորող առանձին օրենք:

2. Չնայած պետության կողմից որդեգրված ապահիստիտուցիոնալացման քաղաքականությանը՝ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք շարունակում են բնակվել խնամքի կամ հոգեբուժական փակ հաստատություններում՝ զրկված լինելով անկախ կյանքի և համայնքում ներառվելու իրավունքի իրացման հնարավորությունից:

3. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար առողջապահական աջակցության հիմնական ձևը շարունակում են մնալ հոգեբուժական հաստատությունները. դրանք հասանելի են ՀՀ ոչ բոլոր մարզերում, իսկ մասնագետներով ապահովվածությունը մարզերում շատ ցածր է և՛ որակական, և՛ թվակազմի առումով:

4. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ոչ հոժարակամ հոսպիտալացումն ու բուժումը, երկարաժամկետ մեկուսացումը խնամքի կենտրոններում և հոգեբուժական հաստատություններում շարունակվում է՝ ոտնահարելով նրանց իրավունքները: Անձին անգործունակ ճանաչող ներպետական օրենսդրությունը, մասնավորապես՝ ՀՀ քաղաքացիական օրենսգրքի համապատասխան դրույթները որևէ փոփոխության չեն ենթարկվել, և անգործունակ ճանաչված անձինք դեռևս հնարավորություն չունեն իրացնել իրենց ընտրական կամ այլ իրավունքներ:

5. Ճիշտ է, վերջին տարիներին ավելացել է հատկապես հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար նախատեսված՝ ՀՀ ԱՍՀՆ-ի կողմից դրամաշնորհի միջոցով պատվիրակված սոցիալ-վերականգնողական, իսկ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող չափահաս անձանց համար՝ տնային խնամքի սպասարկման ծառայությունների թիվը, այնուամենայնիվ, դրանք համայնքապետարաններում չեն կարելի մի շարք պատճառներով: Դրանք են՝

→ համայնքներում այս ծառայությունների կարիքների գնահատման բացակայությունը,

⁴ https://hcav.am/wp-content/uploads/2022/03/CRPD-report_HCAV.pdf

<https://www.kas.de/documents/269781/0/Systematische+Menschenrechtsprobleme+f%C3%BCr+Menschen+mit+Behinderungen+in+Armenien.pdf/af7d31ce-3800-fcdb-d263-ea24b935770f?version=1.0&t=1672383224535>

<https://www.ombuds.am/images/files/Oa236e05dd43675f5daf520f89688f47.pdf>

→ ծառայությունների տրամադրման և գնահատման գործում համայնքին չներգրավելը:

Բացի վերը նշվածից, առկա են նաև պետական դրամաշնորհներով տրամադրվող ծառայությունների շարունակականության ու ծավալի հետ կապված խնդիրներ, քանի որ մարզերի կտրվածքով հայտարարված դրամաշնորհների պարագայում ամեն տարի կարող են դրամաշնորհը չափել և ծառայություն մատուցել մարզի տարբեր համայնքներ:

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվող ծառայությունների որակը և արդյունավետությունն ուղղակիորեն պայմանավորված են աջակցության բազմազանության, հասանելիության, անձնակենտրոնության և իրավահեղության, փուլայնության և անընդհատության ապահովմամբ, ուստի հետազոտության հիմնախնդիրն ուսումնասիրվող մարզերում առկա հոգեւոցիալական ծառայություններում այս կարևոր տարրերի առկայության բացահայտումն է:

1.2. Հետազոտության նպատակը և խնդիրները.

Հետազոտության նպատակն է ուսումնասիրել Արարատի և Շիրակի մարզերում հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվող հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունները, դրանց որակը, հասանելիությունը և ոլորտում իրավունքահեն մոտեցմամբ ծառայությունների ներդրման հնարավորությունները:

Հետազոտության նպատակին հասնելու համար առաջադրվել են հետևյալ **խնդիրները.**

1. Պարզել, թե հոգեւոյնի հաշմանդամութիւն ունեցող անձանց հոգեւոյնի աջակցութեան ի՞նչ ծառայութիւններ են առկա Արարատի և Շիրակի մարզերում:
2. Ուսումնասիրել առկա հոգեւոյնի աջակցութեան ծառայութիւնների մշակման ընթացակարգերը, չափորոշիչները և մոտեցումները:
3. Պարզել, թե հոգեւոյնի հաշմանդամութիւն ունեցող անձանց կարիքների գնահատման ինչ մեխանիզմներ են կիրառվում մարզերում, որ կառույցների կողմից են դրանք իրականացվում և որքանով են իրավունքահեն և մասնակցային:
4. Պարզել, թե արդյո՞ք ծառայութիւնների տրամադրման գործընթացում ծառայութիւններ ստացողների կարիքները կարևորվում են բոլոր տեսանկյուններից (սոցիալական, հոգեբանական, առողջական, իրավական), և արդյո՞ք հետադարձ կապի միջոցով գնահատվում է տրամադրված ծառայութիւնների արդյունավետութիւնը:
5. Բացահայտել հոգեւոյնի հաշմանդամութիւն ունեցող անձանց տրամադրվող հոգեւոյնի աջակցութեան ծառայութիւնների հասանելիութիւնը գյուղական բնակավայրերում, վեր հանել ծառայութիւնների մատչելիութեանը խոչընդոտող գործոնները:
6. Պարզել, թե ինչ մեխանիզմներ են կիրառվում մարզում առկա հոգեւոյնի աջակցութեան ծառայութիւնների մասին թիրախային խմբերին իրազեկելու և ծառայութիւնների պլանավորման գործընթացում նրանց ներգրավելու համար:
7. Պարզել, թե արդյո՞ք հոգեւոյնի հաշմանդամութիւն ունեցող որևէ խումբ դուրս է մնում պետական և ոչ պետական ծրագրերից: Եթե այո, ապա որո՞նք են դրանք և ի՞նչ պատճառներով:
8. Բացահայտել մարտահրավերներն ու հիմնական խոչընդոտները, որոնց բախվում են հոգեւոյնի հաշմանդամութիւն ունեցող անձինք համայնքում առկա հոգեւոյնի աջակցութեան ծառայութիւններ ստանալիս:
9. Պարզել, թե ինչպէս են ծառայութիւններ տրամադրող կազմակերպութիւնները համագործակցում ՏԻՄ-երի հետ, և ինչ մեխանիզմներ են կիրառվում արդյունավետ համագործակցութեան նպատակով:
10. Գնահատել համայնքի ռեսուրսները հոգեւոյնի հաշմանդամութիւն ունեցող անձանց առողջապահական, սոցիալական և հոգեւոյնի աջակցութեան այլ ծառայութիւններ ներդնելու հնարավորութեան տեսանկյունից՝ մասնավորապէս հաշվի առնելով համայնքում առկա մարդկային ռեսուրսները, ներառյալ մասնագիտական ներուժը և ենթակառուցվածքները:

1.3 Հետազոտության օբյեկտը և առարկան

Հետազոտության օբյեկտը հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների կարիք ունեցող անձինք են, առարկան՝ տրամադրվող հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների համախումբը, մասնավորապես՝ **առողջապահական, սոցիալական և հոգեւոցիալական աջակցության այլ ծառայությունները:**

1.4. Հետազոտության մեթոդները

Ուսումնասիրության նպատակին հասնելու համար իրականացվել է որակական հետազոտություն՝ բազմազան ու խորը տեղեկատվություն ստանալու համար: Կիրառվել են **հետևյալ մեթոդները՝**



Փաստաթղթերի վերլուծություն



Ֆոկուսխմբային քննարկումներ



Փորձագիտական չարձույթներ

1. Փաստաթղթերի վերլուծություն.

- ✓ Ուսումնասիրել Արարատի և Շիրակի մարզերում հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը, սեռատարիքային և աշխարհագրական բաշխումը (**Հավելված 1**)
- ✓ Ուսումնասիրել Արարատի և Շիրակի մարզերում սոցիալ-ժողովրդագրական հատվածի վերաբերյալ տվյալները (**Հավելված 2**)
- ✓ Հավաքագրել տվյալներ հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների տեսակի և քանակի (քարտեզագրում), ինչպես նաև հոգեկան առողջության ոլորտում առկա մասնագիտական ներուժի վերաբերյալ (**Հավելված 3**)

2. Ֆոկուսխմբային քննարկումներ (ՖԽՔ-FGD),

3. Փորձագիտական հարցազրույցներ (expert interview-EI):

Փաստաթղթերի վերլուծության մեթոդով ուսումնասիրվել է հետևյալ կառույցների տրամադրած տեղեկատվությունը՝

- ✓ ՅՆԱՅՆ,
- ✓ ՅՆԱ,
- ✓ ՅՆԿԵՆ,
- ✓ ՅՆ Շիրակի և Արարատի մարզպետարաններ,
- ✓ Շիրակի և Արարատի մարզերի ՏԻՄ-եր,
- ✓ ԶԿ-ներ,
- ✓ ՅՆ ՄՍԾ:

Ֆոկուսխմբային քննարկումներում ներգրավվել են հետևյալ խմբերի ներկայացուցիչներ՝

- ✓ Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց հոգեւոցիալական աջակցության ծառայություններ տրամադրող պետական կառույցների աշխատակիցներ և ՏԻՄ-երի ներկայացուցիչներ,
- ✓ Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց հոգեւոցիալական աջակցության ծառայություններ տրամադրող կամ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց շահերն ու իրավունքները պաշտպանող ԶԿ-ների ներկայացուցիչներ,
- ✓ Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք, երեխաների դեպքում՝ նրանց օրինական ներկայացուցիչներ:

Փորձագիտական հարցումներն իրականացվել են՝

- ✓ Հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների (սոցիալական, առողջապահական և այլ) վերաբերյալ քաղաքականություն իրականացնող պետական լիազոր մարմինների (մարզպետարաններ, դրանց ենթակա կառույցներ) ներկայացուցիչների
- ✓ Մարզում գործող միջազգային կառույցների ներկայացուցիչների,
- ✓ Հոգեւոցիալական աջակցության ծառայություններ (սոցիալական և առողջապահական) տրամադրող պետական, ՏԻՄ և ԶԿ ներկայացուցիչների,
- ✓ Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց շահերի ու իրավունքների պաշտպանությամբ զբաղվող մասնագետների հետ:

Փորձագետների ընտրությունն իրականացվել է հետևյալ չափորոշիչներով.

1. համապատասխան որակավորում՝
 - ոլորտին հատուկ գիտելիքներ,
 - կրթական և մասնագիտական հավաստագրեր,

- ուսումնասիրության առարկայի վերաբերյալ հրապարակումներ և հետազոտություններ,
- 2. գործնական փորձ և աշխատանքային ստաժ,
- 3. հեղինակություն և գործընկերների կողմից ճանաչում,
- 4. հասանելիություն և մասնակցելու պատրաստակամություն,
- 5. բազմազան կամ եզակի տեղեկատվություն տրամադրելու կարողություն,
- 6. վստահելիություն և շահերի բախման բացակայություն:

Յուրաքանչյուր մարզում իրականացվել է 6 **Ֆոկուսխմբային քննարկում** (յուրաքանչյուր խմբում՝ 6-8 մասնակից), որից 3-ը՝ թիրախային խմբի ներկայացուցիչների մասնակցությամբ, և 10 փորձագիտական հարցազրույց:

Հետազոտության ընտրանքը սահմանվել է հետևյալ կերպ՝

1. Թիրախային խումբ **(Հավելված 4)**՝

- Շիրակի մարզ՝ 23 մասնակից, որից 8-ը գյուղական, 15-ը՝ քաղաքային բնակավայրերից,
- Արարատի մարզ՝ 21 մասնակից, որից 9-ը գյուղական, 12-ը՝ քաղաքային բնակավայրից,
- Ըստ բնակավայրի տեսակի՝ 30-40%՝ գյուղական, 60-70%-ը՝ քաղաքային,
- Ըստ սեռի՝ 30-40%՝ արական, 60-70%՝ իգական:

2. Ֆոկուսխմբային քննարկման մասնակիցներ **(Հավելված 5)**՝

- Շիրակ՝ 25 մասնակից
- Արարատ՝ 24 մասնակից

Ֆոկուսխմբային քննարկմանն ապահովվել է մասնակիցների և փորձագետների ներգրավվածությունը բոլոր խոշորացված համայնքներից:

Հետազոտությունն իրականացվել է խնդիրների հիման վրա նախապես մշակված գործիքներով **(Հավելվածներ 6,7,8)**:

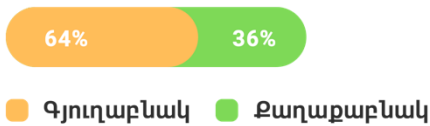
Հետազոտության տվյալները հնարավորություն են ընձեռել հոգեւոցիալական ծառայությունների կարիքի գնահատում իրականացնել ինչպես յուրաքանչյուր մարզում առանձին, այնպես էլ միմյանց հետ համեմատության մեջ: Երաշխավորվել է հետազոտության մասնակիցների անանունությունը և անձնական տվյալների գաղտնիության պահպանումը:

ԲԱԺԻՆ 2. ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՃԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՐԻՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԹՅՈՒՆ. ՇԻՐԱԿԻ ՄԱՐԶ

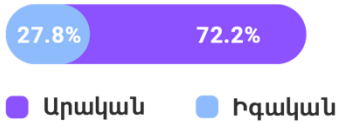
2.1 Սոցիալ-ժողովրդագրական հատվածի և այլ տվյալներ.

Շիրակի մարզում հոգեկան առողջության խնդիրներ (ըստ ՀՄԴ 10-ի՝ F00-F99 կոդերով ախտորոշումներ) ունեցող գրանցված անձանց թիվը 2023թ. դեկտեմբերի 31-ի⁵ դրությամբ 6252 է (մարզի մշտական բնակչության (230 500 մարդ) 2.71%-ը):

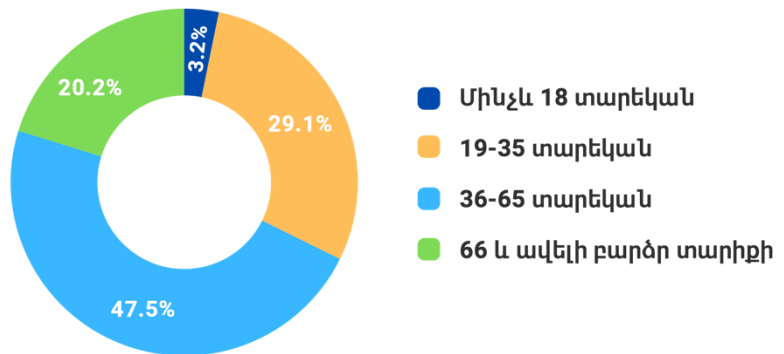
ԸՍՏ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԻ



ԸՍՏ ՍԵՌԻ

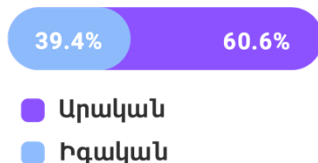


ԸՍՏ ՏԱՐԻՔԻ

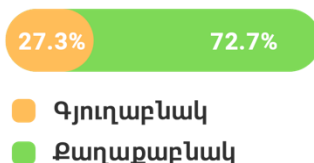


Ըստ ՀՀ ԱՄՆ ՄՍԾ-ից ստացված տվյալների՝ 2024թ. հունվարի 1-ի դրությամբ Շիրակի մարզում հաշմանդամության իրավական կարգավիճակ ստացած անձանց ընդհանուր թիվը 18636 է, որից հոգեկան հիվանդության հիմքով հաշմանդամության իրավական կարգավիճակ է ստացել 2245 անձ կամ ընդհանուր թվի 12%-ը:

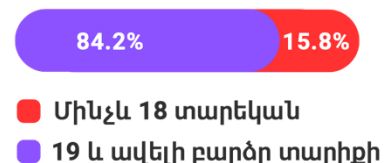
ԸՍՏ ՍԵՌԻ



ԸՍՏ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԻ



ԸՍՏ ՏԱՐԻՔԻ



⁵ ՀՀ առողջապահության նախարարություն

Նույն գերատեսչությունից ստացված տվյալների համաձայն՝ հիվանդության հիմքով հաշմանդամության իրավական կարգավիճակ ստացած 2245 անձանցից՝

- 743-ը կամ 33.1%-ը այն ընտանիքների անդամներն են, որոնք 2023թ. գրանցված են եղել ընտանիքի անապահովության գնահատման համակարգում՝ որպես 28.01-ից բարձր միավոր ունեցող (սոցիալապես անապահով համարվող) ընտանիքներ,
- 104-ը՝ որպես աշխատանք փնտրող:

Շիրակի մարզի ՏԻՄ-երից ստացված տեղեկատվության համաձայն՝ 2023թ. հոգեկան առողջության խնդրով պայմանավորված անձին անգործունակ ճանաչելու հիմքով խնամակալ նշանակելու պահանջով 6 դիմում է ներկայացվել մարզի ԽՀՀ-ներ, իսկ 2024թ. առաջին կիսամյակում՝ 11 դիմում: Այսպիսով՝ 2023թ. հունվարից առ 2024թ. հուլիս հոգեկան առողջության որևէ խնդրով պայմանավորված 17 անձի նշանակվել է խնամակալ, որոնցից 10-ը կանայք են, 2-ը՝ գյուղաբնակ:

Ըստ ՀՀ ԱՍՀՆ-ի տրամադրած տեղեկատվության՝ 2024 թ. հուլիսի դրությամբ ԱՍՀՆ-ի ենթակայությամբ գործող երեխաների ու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց շուրջօրյա խնամքի հաստատություններում բնակվում են մարզի գրանցում ունեցող 27 երեխա և 32 չափահաս:

2.2. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց անհրաժեշտ առողջապահական և սոցիալական ծառայությունները

1. Ծառայությունների հասանելիությունը և մատչելիությունը.

Մարզում հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների պատկերը հետևյալն է՝
Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց **հոգեբուժական (հիվանդանոցային) ծառայություններ** տրամադրվում է «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ի կողմից, որը իրականացնում է հիվանդանոցային առողջապահական ծառայություն, ամբուլատոր հոգեբուժական, նարկոլոգիական ծառայություններ, հոգեթերապևտիկ ծառայություն՝ ներոզների դիսպանսեր ծառայություն, այդ թվում՝ ցերեկային ստացիոնար բուժում, ինչպես նաև մանկական հոգեբուժական դիսպանսեր հսկողություն: «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ի կողմից մատուցվող հիվանդանոցային հոգեբուժական օգնությունն ու սպասարկումը (այդ թվում՝ անհետաձգելի հոգեբուժական օգնությունը) անվճար են ՀՀ բոլոր քաղաքացիների համար:

Հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին վաղ միջամտության բժշկական և հարբժշկական ծառայություններ է մատուցում «Գյումրու մոր և մանկան ավստրիական հիվանդանոց» ՓԲԸ-ն:

Մարզում գործող բազմապրոֆիլ բժշկական կենտրոններում հոգեբուժական ծառայություններ չեն տրամադրվում, և անձին անհրաժեշտ բժշկական բոլոր ծառայությունների միջև կապը խզվում է՝ խոչընդոտ հանդիսանալով ինչպես հոգեկան, այնպես էլ ֆիզիկական առողջության համար անհրաժեշտ և համալիր ծառայություններ ստանալուն:

Արտահիվանդանոցային հոգեբուժական օգնությունն ու սպասարկումը Գյումրի, Աշոցք և Ամասիա համայնքների ազգաբնակչության համար իրականացվում է «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ում (անվճար է միայն այս տարածաշրջանների ազգաբնակչության համար), իսկ Ախուրյան, Արթիկ և Անի համայնքների ազգաբնակչության համար՝ համապատասխանաբար «Ախուրյանի բժշկական կենտրոն», «Արթիկի բժշկական կենտրոն» և «Մարալիկի առողջության կենտրոն» ԲԿ-ներին կից ԱԱԴԿ-ներում: Այս պարագայում Աշոցքի և Ամասիայի բնակիչները որևէ հոգեբուժական բուժօգնություն ստանալու համար ստիպված են անցնել տասնյակ կիլոմետրեր, ինչն իհարկե դժվարամատչելի է դարձնում ծառայությունը: Արտահիվանդանոցային հոգեբուժական օգնություն ստանալու նույնպիսի խնդիր ունեն նաև մյուս համայնքների բնակիչները, ովքեր բնակվում են համայնքի կենտրոնից հեռու գտնվող վարչական շրջաններում, օրինակ՝ Արթիկ համայնքի գյուղական բնակավայրերում:

Սոցիալական ծառայությունները սակավ են, և տրամադրվում են հիմնականում ՄՍԾՏԿ-ների, «Շիրակի մարզի երեխայի և ընտանիքի աջակցության կենտրոն» ՊՈԱԿ-ի գործառույթների շրջանակներում, ինչպես նաև ՏԻՄ-երի ու որոշ ՀԿ-ների կողմից՝ հիմնականում բնաիրային և հրատապ դրամական աջակցության ձևով: ՀԿ-ների կողմից իրականացվում են նաև սահմանափակ թվով սոցիալ-հոգեբանական աջակցության ծրագրեր, որոնք, սակայն, շարունակական և կայուն բնույթ չեն կրում: 2021-2023 թվականների ընթացքում մարզում ՀՀ ԱՍՀՆ պատվիրակմամբ իրականացվել է «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալ-վերականգնողական ծառայություններ ցերեկային կենտրոնում» ծրագիրը, որի շրջանակներում ցերեկային կենտրոնում կարող են ծառայություններ ստանալ նաև հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք: Սակայն, հարկ է նշել, որ ըստ փորձագետների, ծրագրի շահառուների նախատեսված թիվը բավարար չէ մարզի ընդհանուր կարիքները բավարարելու համար, առավել ևս, որ ծրագիրն իրականացվում է միայն մարզի մեկ կամ երկու համայնքներում:

Հոգեւոցհալական աջակցության այլ ծառայություններ տրամադրվում են հիմնականում միջազգային կառույցների և ՀԿ-ների կողմից՝ մարզում իրականացվող ոչ

մեծածավալ ծրագրերի շրջանակներում, և մասնավոր կազմակերպությունների կողմից, որոնց մեջ գերակշռում են հատկապես հոգեբանական կենտրոնները: Միայն Գյումրիում է գործում հաշմանդամություն ունեցող անձանց անկախ կյանքի ռեսուրս կենտրոն, որը անկախ կյանքի իրավունքի իրացմանն ուղղված ծառայություններ է տրամադրում սահմանափակ թվով անձանց (տարեկան շուրջ 200 հաշմանդամություն ունեցող անձինք և նրանց ընտանիքների անդամներ):

Ըստ փորձագետների՝ վերը նշված ծառայությունների սակավության, որոշ ծառայությունների՝ վճարովի և Գյումրիում տեղակայված լինելու պատճառով մարզի հոգեոնկալական հաշմանդամություն ունեցող բազմաթիվ անձինք գրեթե չեն ստանում իրենց անհրաժեշտ աջակցությունը: Կարևոր է նաև նշել, որ չկա և հնարավոր չի եղել հավաքագրել ամբողջական տեղեկատվություն ծառայություն ստացած և ծառայությունների կարիք ունեցող անձանց թվի վերաբերյալ մի շարք հանգամանքներով պայմանավորված՝ չկա առանձնացված վիճակագրություն հոգեոնկալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կողմից ստացված ծառայությունների թվի վերաբերյալ, որոշ կազմակերպություններ այս թվերը համարում են առևտրային գաղտնիք և այլն, ինչը թույլ չի տալիս համապատասխան համադրումներ կատարել:

«Կան հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք, որ տանը բնակվում են միայնակ, ու ստացվում է այնպես, որ իրենց խնամքի հարցերով զբաղվող անձինք չկան, իրենք դեղորայքը կամ ստանում են, կամ չեն ստանում, կամ խմում են, կամ չեն խմում: Ծատ ունենք դեպքեր, երբ նշանակված դեղերը չեն ընդունում, և նույնիսկ չենք էլ ուսումնասիրել, թե ինչու չեն խմում: Որոշ դեպքերում անհրաժեշտ ծառայությունների բացակայությունը կարող է հանգեցնել սուիցիդալ վարքի, ու այստեղ էլ չկա որևէ մասնագիտացված թեժ գիծ, ծառայություն, չկա հետևողականություն, չկա մի համալիր ծառայություն, որ հասկանանք՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ինչի կարիք ունեն, և այս խնդիրները բաց են մնում»:

ՖԻՔ մասնակից

Անհրաժեշտ է փաստել, որ հոգեմետ դեղորայքի տրամադրման ընթացքում արձանագրվել են խնդիրներ՝ կապված ինչպես պետպատվերի շրջանակներում չտրամադրվող դեղերի թանկարժեք լինելու, այնպես էլ՝ պետպատվերով տրամադրվող դեղերի ոչ բազմազան ցանկի հետ:

«Դեղերը բավականին թանկ են, չեմ հասցնում զնել, շատ կուզեի, որ դեղերի զները մի փոքր իջեցնեին կամ անվճար լինեի»:

Թիրախային խմբի անդամ

Ըստ թիրախային խմբի անդամների՝ դեղերի հասանելիության խնդիրները հատկապես ընդգծված են այն անձանց մոտ, որոնց համայնքի ԱԱՊԿ-ներում չկան հոգեբույժներ, և ստիպված են դեղերի համար հասնել Գյումրի:

Ինչպես նշվեց, հոգեւոցհիւլական հաշմանդամութիւն ունեցող անձանց տրամադրվող ծառայութիւնները հիմնականում կենտրոնացված են Գյումրի քաղաքում: Սրա հետևանքով մարզի մյուս համայնքների բնակիչները ծառայութիւնների ստացման գործընթացում ունենում են տեղափոխման, ծառայութիւնների մասին տեղեկատվութիւն անմատչելիութիւն և այլ դժվարութիւններ: Ծառայութիւնները դժվարամատչելի են հատկապես գյուղական բնակավայրերի հոգեւոցհիւլական հաշմանդամութիւն ունեցող բնակիչների համար՝ պայմանավորված ներհամայնքային տրանսպորտային կապի բացակայութեամբ կամ անկանոն աշխատանքով (բոլոր համայնքներում ներհամայնքային կանոնավոր փոխադրումը գրեթե բացակայում է): Ընդ որում, ըստ ՀՀ ԱՍՀՆ-ից ստացված տվյալների, Շիրակի մարզի հոգեկան հիվանդութիւն հիմքով հաշմանդամութիւն իրավական կարգավիճակ ստացած և սոցիալապես անապահով համարվող անձանց ավելի քան 57%-ը գյուղաբնակ է: Հարկ է նշել, որ իրազեկման ցածր մակարդակի և տեղեկատվութիւն փոխանցման մեխանիզմների սակավութիւն հաղթահարման գործում կարևոր դերակատարներ կարող են լինել, օրինակ, ԱԱՊԿ-ները, կրթական հաստատութիւնները և այլն, որտեղ, սակայն, տեղեկատվութիւն փոխանցման մեխանիզմները սակավաթիվ են կամ գրեթե բացակայում են:

Ըստ փորձագետների և հոգեւոցհիւլական հաշմանդամութիւն ունեցող անձանց՝ Շիրակի մարզի համայնքներում հատկապես հոգեբանական աջակցութիւն ծառայութիւնների բացակայութիւնը հանգեցրել է տարբեր մարդկանց կողմից վախի, սթրեսների, հոգեխոսքային զարգացման խնդիրների հաղթահարմանն ուղղված ոչ մասնագիտական ծառայութիւնների՝ էքստրասենսների, վախ չափողների, հեքիմների, բուսաբուժութեամբ զբաղվող անհատների թվի աճին, ինչը հատկապես հոգեւոցհիւլական հաշմանդամութիւն ունեցող երեխաների պարագայում խոչընդոտում է վաղ միջամտութիւն ծառայութիւնների տրամադրումը, իսկ արդեն չափաւաս անձանց դեպքում՝ Էականորեն խանգարում մասնագիտացված ծառայութիւնների դիմելու և ճիշտ ժամանակին անհրաժեշտ ծառայութիւններ ստանալու գործընթացին: Միայն Արթիկ համայնքում նրանց թիվն, ըստ հարցվածների, գերազանցում է 5-ը:

2. Ծառայութիւնների որակը.

Հետազոտութիւն արդիւնքների համաձայն՝ մարզում բավականին լուրջ խնդիրներ կան տրամադրվող ծառայութիւնների որակի ապահովման առնչութեամբ: Այս խնդիրները

դրսնորվում են ծառայությունների տրամադրման շղթայի (կարիքի գնահատումից մինչև հետադարձ կապ) բոլոր հատվածներում:

1) **Ծառայությունների կարիքի գնահատման մեխանիզմները.**

Ծառայություն տրամադրող յուրաքանչյուր կառույց կարիքի գնահատման իր մոտեցումներն ու գործիքներն է կիրառում, և դրանք հաճախ իրար հետ չեն համադրվում, մարզում չկա հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների գնահատման միասնական մոտեցում կամ արդյունքների համադրման միասնական հարթակ: Սրա հետևանքով տրամադրվող ծառայությունները հատվածական են, ընդհանուր համատեքստից կտրված, և առկա խնդիրները չեն ստանում համապատասխան լուծումներ:

«Այնպիսի տպավորություն է, որ միևնույն մարդու հետ աշխատելիս առողջապահական ոլորտն այդ մարդուն այլ կերպ է պատկերացնում, հասարակական կազմակերպությունները՝ այլ կերպ, և անգամ չկա միասնական մոտեցում, թե ինչ ասել է հոգեւոցիալական հաշմանդամություն, և որն է ծառայությունների շրջանակը»:

Փորձագետ

2) **Մասնագիտական ներուժը և համագործակցությունը.**

Ըստ փորձագետների՝ մարզում բացակայում է համակարգային և համագործակցային աշխատանքը, ինչի արդյունքում մեծապես տուժում է տրամադրվող ծառայության որակը:

«Բազմամասնագիտական թիմի աշխատանքը շատ կարևոր է, հատկապես՝ միմյանց ճիշտ ուղղորդելու մեխանիզմների առկայությունը՝ երբ դու ունես այդ հմտությունները, որ հստակ տարբերակես, որ դա քո աշխատանքի շրջանակը չէ: Այս ոլորտը մարզում շատ բաց է, այսինքն՝ մասնագիտական փոխհամագործակցություն, միմյանց ուղղորդման մեխանիզմներ չկան, և մարզում կա միտում, որ «եթե ինձ են դիմել, ուրեմն իմ շահառուն են»... Բազմամասնագիտական աշխատանքային մոտեցումը մշակույթ է, որը պետք է զարգացնել մշտական վերապատրաստումների, քննարկումների արդյունքում»:

Փորձագետ

Ըստ Էության, մարզում բազմամասնագիտական թիմային աշխատանքի բացակայությունը հանգեցնում է նրան, որ մի մասնագետը ստանձնում է բազմաթիվ պարտականություններ, որի հետևանքով տուժում է ծառայությունների որակը՝ առաջացնելով նոր խնդիրներ: Նաև այս պատճառով, ըստ հարցվածների, մասնագետները շատ դեպքերում ցուցաբերում են ոչ պրոֆեսիոնալ մոտեցում, ինչի հետևանքով տուժում է հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձր:

«Էն ամենը, ինչ վստահել էի հոգեբանին, ինքը մայրիկիս էր պատմել, այդ ամենից էլ անվստահություն եկավ հոգեբանների նկատմամբ, ընդհանրապես հասարակության նկատմամբ անվստահություն: Ու մինչև հիմա էլ ունեմ անվստահություն մարդկանց նկատմամբ»:

Թիրախային խմբի անդամ

Մասնագիտական համագործակցային աշխատանքից բացի, շատ կարևոր է նաև ՏԻՄ-երի, ԱԱՀ-երի, սոցիալականացման այլ ինստիտուտների (ուսումնական հաստատություններ, ընտանիք, ՉԼՄ-ներ), ծառայություններ տրամադրող կառույցների, ծառայություն ստացողների և մյուս շահագրգիռ դերակատարների սերտ համագործակցությունը, ինչը մարզում շատ թույլ է:

Այս կարևոր դերակատարների և կառույցների թույլ համագործակցության պատճառով հնարավոր չէ մշակել կարիքի գնահատման համակարգային մոտեցումներ, ծառայությունների տրամադրման և դրանց շարունակականության ապահովման որևէ միջոցառում, և բազմաթիվ խնդիրներ այդպես էլ չեն ստանում համապատասխան լուծումներ:

Ըստ փորձագետների և պետական մարմինների ներկայացուցիչների՝ մարզում սակավաթիվ են նաև մասնագիտական վերապատրաստումները, ինչն էական խնդիր է հատկապես հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին անհրաժեշտ ծառայությունների տրամադրման գործում: Այսպիսի վերապատրաստումների վերաբերյալ համապարփակ հավաքագրված տեղեկավորություն կամ վերապատրաստումների ժամանակացույց կամ դրանց պլանավորման և իրականացման վերաբերյալ այլ ձևաչափով տեղեկատվություն առկա չէ: Սրան էլ զուգահեռ՝ հոգեբույժները, որոնց շրջանում իրականացվել է հարցումը, նշում են նաև, որ մեծ չէ հոգեբուժական թեմաներով միջազգային կամ տեղական սեմինարներին մասնակցությունը՝ դա պայմանավորելով նաև իրենց գերգբաղվածությամբ, մասնավորապես՝ գերծանրաբեռնված աշխատանքային գրաֆիկով:

3) Հետադարձ կապի մեխանիզմները.

Ըստ հարցվածների՝ ծառայությունների որակի վրա մեծապես ազդում է նաև հետադարձ կապի մեխանիզմների բացակայությունը: Տրամադրվող հոգեբուժական, սոցիալական կամ հոգեսոցիալական այլ աջակցության որևէ ծառայություն ստանալուց հետո անձի հետ հետադարձ կապի ապահովման և վերջինիս հետագա կարիքների գնահատման, այլ ծառայությունների անհրաժեշտությունը բացահայտելու նպատակով ոչ մի մեխանիզմ չի կիրառվում, ինչի հետևանքով չի բացահայտվում ծառայության արդյունավետությունը կամ հետագա գործողությունների անհրաժեշտությունը: Այս պարագայում մասնագետների տեսադաշտից դուրս են մնում ինչպես հրատապ լուծում պահանջող, այնպես էլ համակարգային խնդիրները:

4) **Տեղեկատվության փոխանցման և իրազեկման մեխանիզմները**

Հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց առողջապահական, սոցիալական և հոգեսոցիալական աջակցության այլ ծառայությունների մասին իրազեկվածության մակարդակը ցածր է մարզում, ինչը թույլ չի տալիս անձին լիարժեք պատկերացում կազմել իրեն անհրաժեշտ ծառայությունների մասին: Սրանով է նաև պայմանավորված մարզում, այսպես կոչված, պսևդոհոգեբանական ծառայություններ մատուցողների առկայությունը (աստղաբաններ, բախտ նայողներ, մոգեր, մոմ թափողներ, հեքիմներ և այլն):

Ըստ փորձագետների՝ չափազանց կարևոր է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձը լինի իրազեկված և հասնի այն գիտակցության, որ հոգեկան ցանկացած խնդրի առկայության դեպքում մասնագետի դիմելը, համապատասխան ծառայություններ ստանալը նույնքան օրինաչափ երևույթ է, որքան առողջական այլ խնդրի դեպքում մասնագետի դիմելը:

Հոգեկան առողջության վերաբերյալ իրազեկման նյութերի բացակայությունը դպրոցական ծրագրերում, ընտանիքների անդամների համար, և ընդհանրապես, հանրային արշավներում հաջորդ կարևոր բացն է մարզում: Ճիշտ է, այս ուղղությամբ որոշակի աշխատանքներ իրականացվում են, մասնավորապես՝ գործարկվել են թեժ գծեր Արցախից բռնի տեղահանված անձանց, պատերազմի արդյունքում անհայտ կորած անձանց ընտանիքների անդամներին հոգեբանական աջակցություն տրամադրելու համար (ՀՀ ԱՆ-ի, «Հոգեսոցիալական կարգավորման կենտրոն»-ի, մասնագիտական ասոցիացիաների կողմից), փոխանցվում է տեղեկատվություն սոցիալական տարբեր հարթակների միջոցով և այլն, սակայն ըստ ոլորտի փորձագետների՝ դրանք բավարար համարել չի կարելի: Բացակայում է տեղեկատվության տրամադրման նորարարական մոտեցումների կիրառումը, իսկ եթե հաշվի առնենք, որ մարզում հենց հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կամ նրանց շահերի պաշտպանությամբ զբաղվող կազմակերպություններ գրեթե չկան, առաջանում են խնդիրներ մատչելի տեղեկատվական նյութերի ստեղծման և տարածման տեսանկյունից:

3. **Ծառայությունների իրավունքահենությունը.**

Համաձայն «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիայի՝ տրամադրվող և նախաձեռնվող ծառայությունները պետք է հիմնվեն հաշմանդամություն ունեցող անձանց հիմնարար իրավունքների և հավասարության սկզբունքների պաշտպանության վրա: Սակայն, ըստ փորձագետների, հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց խնդիրներն այս տեսանկյունից ևս շատ են մարզում, ինչի հիմքում ծառայություններ տրամադրող կառույցների ու մասնագետների կողմից վերաբերմունքն է՝ ոչ զգայուն և անհատական մոտեցման բացակայությամբ:

«Կուզենայի, որ շնորհքով խոսեին ինձ հետ»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Ծառայություններ տրամադրող կառույցների, մասնագետների կողմից հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ պատշաճ՝ ոչ խտրական վերաբերմունքը չափազանց կարևոր է հասարակության մեջ նրանց ներառման և կյանքի բոլոր ոլորտներում թերաթմեքության բարդություններից խուսափելու համար: Ծատ հաճախ անձը, տեղյակ չլինելով իր իրավունքների մասին, չի կարողանում պաշտպանել դրանք կամ դիմել համապատասխան կառույցների:

«Իմ իրազեկվածությունն է ոչ այդքան լավ: Եթե ես տեղեկացված լինեի, կարող էի շատ ծրագրերից կամ հնարավորություններից օգտվել, որոնք կարող էին օգնել ինձ»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Ծառայությունների իրավունքահենության հիմքում է նաև հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ներգրավվածությունն ու մասնակցությունն իրենց տրամադրվող ծառայությունների մշակման և պլանավորման փուլին, սակայն մարզում նման մոտեցումը, ըստ հարցվածների, բացակայում է:

Այս առումով մարզում դեռևս խոր արմատներ ունի անձին ծառայություն տրամադրելու գործընթացը կապելը նրան անգործունակ ճանաչելու հետ: Ըստ փորձագետների՝ շատ դեպքերում անձին անգործունակ են ճանաչում և խնամակալություն սահմանում՝ հեշտացնելու համար նրան շուրջօրյա խնամքի հաստատություններում տեղավորելու կամ հարկադրաբար հոգեբուժական օգնություն տրամադրելու գործընթացը:

«Քարեկամներն ասում են՝ երբ եք խնամակալ նշանակելու, որ կարողանանք բրիգադ կանչել, առանց խնդիր տանենք հոգեբուժարան, թե չէ՝ օրենքը մեր կողմից չի»:

Փորձագետ

Ըստ փորձագետների՝ հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց հատկապես պետական մարմինների կողմից տրամադրվող ծառայությունների իրավունքահենությունը, հասանելիությունը և արդյունավետությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ է, որ բոլոր դերակատարներն օր առաջ ձերբազատվեն ծառայությունների տրամադրման գործընթացն անգործունակության ինստիտուտի հետ կապելու պրակտիկայից, ՏԻՄ-երի ներկայացուցիչների, պետական պաշտոնյաների խոսույթում, լրատվամիջոցների լուսաբանումներում խարան, պիտակավորում ու խտրականություն պարունակող բառապաշարից, որպեսզի էլ ավելի չխտրացնեն հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ կարծրատիպերն ու պիտակավորումը:

2.3. Հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց արժանապատիվ և անկախ կյանքի իրավունքի ապահովումը.

Մարզում, բացի ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմի Շիրակի մարզային ստորաբաժանումից, գործում են իրավապաշտպան գործունեություն ծավալող մի քանի ՀԿ-ներ, սակայն դրանք չեն թիրախավորում անմիջապես հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների հարցը, այլ թիրախային խումբ են սահմանել, օրինակ, հաշմանդամություն ունեցող անձանց ընդհանրապես, կամ առհասարակ մարդու իրավունքների ողջ սպեկտրը:

Ըստ փորձագետների՝ իրավունքների պաշտպանության տեսանկյունից համեմատաբար ավելի խոցելի են չափահաս անձինք, քանզի անչափահասների դեպքում կրթական հաստատությունները կամ երեխաների օրինական ներկայացուցիչները համեմատաբար ավելի աջակուրջ վերահսկողություն են իրականացնում:

«Ունենում ենք դեպքեր, երբ ծնողը գանգատվում է, որ երեխային չեն ընդունում մանկապարտեզ, որովհետև նա ունի որևէ առողջական խնդիր, իսկ մանկապարտեզում ասում են, որ չունեն համապատասխան մասնագետներ: Դպրոցում էլ այս երեխաների կրթությունը շատ ձևական է կազմակերպվում կրկին նույն պատճառաբանությամբ, բայց մինևույն է, դպրոցի տնօրինությունը ստիպված է երեխաներին ընդունել»:

Փորձագետ

Այս խնդիրները, մասնագետների պնդմամբ, այդպես էլ լուծում չեն ստանում, իսկ եթե անգամ լուծվում են, ապա միայն ծնողի նախաձեռնությամբ՝ երբ ծնողը դիմում է համայնքապետարան կամ պետական այլ կառույցների:

Ըստ փորձագետների՝ առաջին հերթին պետք է ապահովել, որ հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար երաշխավորված լինեն այնպիսի իրավունքներ, որոնք թույլ կտան նրանց որոշումներ կայացնել իրենց կյանքի և ճակատագրի հետ կապված հարցերում: Սակայն, ինչպես արդեն նշվեց, դեռևս տարածված է անձին անգործունակ ճանաչելու պրակտիկան. անձն ամբողջովին զրկվում է իր անձնական և հասարակական կյանքին լիիրավ մասնակցության իրավունքից, իսկ ԽՀՀ-ների կողմից խնամակալ նշանակելու գործընթացին, ըստ հարցվողների, գրեթե միշտ հետևում է նրա սեփականության իրավունքի դադարեցումը, նրան որոշակի հաստատություն տեղափոխելու գործընթացը և անձնական ու սոցիալ-տնտեսական այլ հանգամանքներով պայմանավորված գործողություններ: Ավելին, երբ խոսքը վերաբերում է միայնակ բնակվող անձի խնամքին և անհրաժեշտ սոցիալական սպասարկմանը, խնամակալների կողմից դիտարկվում է անձին շուրջօրյա խնամքի հաստատություն տեղափոխելու հարցը:

«Հոգեբուժարանից նոր եմ դուրս գրվել, ինձ ասում են՝ տունը քոնը չի, դու պետք ա գնաս Ձորակում ապրես, բայց ես ուզում եմ ընտանիք կազմել: Ինձ ասում են՝ դու դրա իրավունքը չունես, բայց ես դեղերս որ խմում եմ, ամեն ինչ էլ կարող եմ անել»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Իրավունքների պաշտպանության խնդիրները ցայտուն արտահայտվում են հատկապես աշխատաշուկայում: Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձին աշխատանքի չեն ընդունում, իսկ եթե անգամ ընդունում են, ապա հիմնականում հայտնվում է պիտակավորման և խտրական վերաբերմունքի մթնոլորտում:

«...անձամբ իմ փորձը՝ 4-5 ամիս մի կառույցում աշխատել եմ, ինձ վատ են վերաբերվել, լիքը մարդիկ ինձ ասել են՝ դիմի մարդու իրավունքների պաշտպանին, լրագրողներով գնա: Ես ասեցի՝ չէ, ամոթ է, ես ուտող-ուրացող չեմ, մարդիկ ինձ լավություն են արել աշխատանքի ընդունելով, ճիշտ է առողջությանս վրա է անդրադարձել, բայց...»

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Համայնքում գործող սոցիալական ծառայությունները ոչինչ չեն առաջարկում բուժումն ավարտած անձանց, ինչը կարող էր նպաստել, օրինակ, անձի կենսապահովման կամ սոցիալ-տնտեսական վիճակի բարելավմանը, հատկապես երբ զբաղվածության ոլորտում առկա է պիտակավորման ու կարծրատիպերի բարձր մակարդակ, և անձը ոչ միշտ է կարողանում վերադառնալ իր աշխատանքին:

«Որ իմանում են, որ «Մայր Հայաստան» եմ գնացել-պառկել, ասում են՝ Ես գործը քեզ համար չի»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Ըստ փորձագետների՝ սոցիալական աջակցության շրջանակում տրամադրվող հիմնականում բնաիրային և որոշ ֆինանսական աջակցության ֆոնին էլ ավելի են խորանում կարծրատիպերը, որ միայն հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք ունեն այդպիսի աջակցության կարիք, ինչն ավելի է ամրապնդում վերջիններիս նկատմամբ հասարակության մեջ գոյություն ունեցող «հաշմանդամության բարեգործական մոդելի» գաղափարը:

Ավելին, սոցիալական ծրագրերում և հատկապես սոցիալական ձեռնարկատիրության ծրագրերում հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք, ըստ փորձագետների, գրեթե չեն դիտարկվում որպես աշխատուժ:

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց արժանապատիվ և անկախ կյանքի իրավունքը հիմնականում խախտվում է, երբ նրանց որոշումները կամ ընտրությունը չեն ընդունվում համայնքի կամ հասարակության կողմից մի շարք

պատճառներով, և եթե դրան ավելացնենք, որ մարզում վերջիններիս իրավունքների պաշտպանության մեխանիզմներն այդքան էլ արդյունավետ չեն, ստեղծվում է մի իրավիճակ, երբ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք անձինք աշխատում են հեռու մնալ որոշումներ կայացնելուց, աշխատանքի տեղավորվելուց, կրթական հաստատություններում ներգրավվելուց կամ որևէ թեմայի շուրջ կարծիք հայտնելուց:

«Որ ուզում ես կարծիք հայտնել, ասում են՝ խանգարված է, բայց իրավաբանական եմ սովորել, կարող եմ շատ խորհուրդներ տալ»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Փորձագետները փաստում են նաև, որ ծիրակի մարզում պետության կողմից ապահովված չէ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձի արժանապատիվ բնակության վայր ունենալու և բնակության վայրերում (տնային) աջակցող ծառայություններ ստանալու իրավունքը: Մարզում անկախ կյանքի հմտություններին տիրապետելու ծառայություններ տրամադրող մեկ հաշմանդամահեն հասարակական կազմակերպություն է գործում, այն էլ՝ Գյումրիում, և այս իրավիճակում ապահինստիտուցիոնալացման գործընթացը հաջողելու համար պետք է մեծ աշխատանք իրականացնել ու առաջին հերթին սկսել ապահինստիտուցիոնալացման մասին գիտելիքներ տրամադրելուց:

«Հանդիպումների ընթացքում շատ է կրկնվում այն միտքը, որ նման խնդիր ունեցողների համար պետք է մի կենտրոն սարքել, մարդիկ այդտեղ ապրեն ու ծառայություններ ստանան, ինչը շատ զարմանալի է, այն էլ այս դարում, երբ պետական մակարդակով անընդհատ խոսվում է ապահինստիտուցիոնալացման մասին»:

Փորձագետ

2.4. Մարզի ներուժը հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայությունների ապահովման գործում:

Մարզի ներուժի գնահատման տեսանկյունից անհրաժեշտ է հաշվի առնել ինչպես պետական և ոչ պետական կազմակերպությունների մասնագիտական ներուժը, այնպես էլ ծառայությունների մատուցման կազմակերպման և փոխգործակցության մեխանիզմների արդյունավետությունը:

Այս տեսանկյունից որպես ներուժ կարելի է նշել հատկապես այն, որ տարբեր ծառայություններ տրամադրող միջազգային և տեղական ՀԿ-ները բավականին ակտիվ համագործակցում են միմյանց հետ, և սա կարող է մարզում ծառայությունների

համակողմանի, որակյալ և շարունակականության առումով կարևոր դերակատարություն ունենալ:

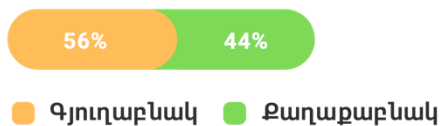
Ըստ փորձագետների՝ մարզում մեծ ներուժ է նաև հոգեբան մասնագետների առկայությունը, սակայն առկա է համագործակցային, միասնական աշխատանքի և շարունակական վերապատրաստումների պակաս, մինչդեռ այս ռեսուրսի ճիշտ օգտագործումը կարող է ճանապարհ հարթել շատ խնդիրների լուծման համար:

ԲԱԺԻՆ 3. ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՇԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՐԻՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՎԵՐԼՈՒԹՅՈՒՆ. ԱՐԱՐԱՏԻ ՄԱՐԶ

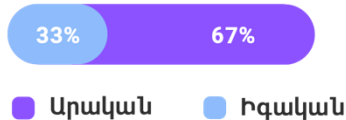
3.1. Սոցիալ-ժողովրդագրական հատվածի և այլ տվյալներ.

Արարատի մարզում հոգեկան առողջության խնդիրներ (ըստ ՀՄԴ 10-ի՝ F00-F99 կոդերով ախտորոշումներ) ունեցող գրանցված անձանց թիվը 2023թ. դեկտեմբերի 31-ի⁶ դրությամբ 4336⁷ է՝ (մարզի մշտական բնակչության (259 300 մարդ) 1.67%-ը):

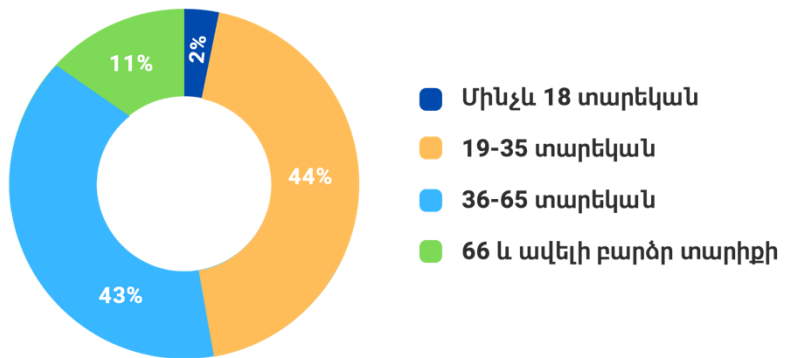
ԸՍՏ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԻ



ԸՍՏ ՍԵՌԻ

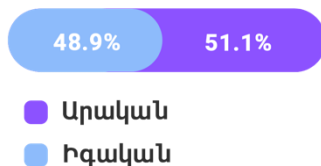


ԸՍՏ ՏԱՐԻՔԻ

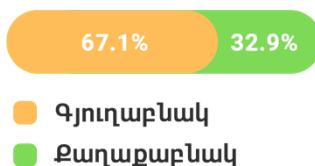


Ըստ ՀՀ ԱՍՀՆ ՄՄԾ-ից ստացված տվյալների՝ Արարատի մարզում հաշմանդամության կարգավիճակ ստացած անձանց ընդհանուր թիվը 18142 է, որից հոգեկան հիվանդության հիմքով հաշմանդամության իրավական կարգավիճակ է սահմանվել 2363 անձի կամ ընդհանուր թվի 13%-ի դեպքում:

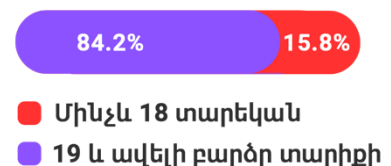
ԸՍՏ ՍԵՌԻ



ԸՍՏ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԻ



ԸՍՏ ՏԱՐԻՔԻ



⁶ ՀՀ առողջապահության նախարարություն

⁷ Վեղի համայնքի վերաբերյալ սեռատարիքային և այլ մասնավորացված տվյալների բացակայության պայմաններում մյուս համայնքների տվյալների հիման վրա միջինացված թվերը

Նույն գերատեսչությունից ստացված տվյալների համաձայն՝ հոգեկան հիվանդության հիմքով հաշմանդամության իրավական կարգավիճակ ստացած 2363 անձանցից՝

- 579-ը կամ 24.5%-ը այն ընտանիքների անդամներն են, որոնք 2023թ. գրանցված են եղել ընտանիքի անապահովության գնահատման համակարգում, որպես 28.01-ից բարձր միավոր ունեցող (սոցիալապես անապահով համարվող) ընտանիքներ,
- 115-ը՝ որպես աշխատանք փնտրող:

Արարատի մարզի ՏԻՄ-երից ստացված տեղեկատվության համաձայն՝ 2023թ. ընթացքում հոգեկան առողջության խնդրով պայմանավորված անձին անգործունակ ճանաչելու հիմքով նրան խնամակալ նշանակելու պահանջով մարզի ԽՅՀ-ներ 19 դիմում է ներկայացվել, իսկ 2024թ. առաջին կիսամյակում՝ 15: Այսպիսով՝ 2023թ. հունվարից առ 2024թ. հուլիս հոգեկան առողջության որևէ խնդրով պայմանավորված՝ 34 անձի նշանակվել է խնամակալ, որոնցից 11-ը կանայք են, 12-ը՝ գյուղաբնակ:

Ըստ ՀՀ ԱՍՀՆ-ի տրամադրած տեղեկատվության՝ 2024 թ. հուլիսի դրությամբ ԱՍՀՆ-ի ենթակայությամբ գործող երեխաների ու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց շուրջօրյա խնամքի հաստատություններում բնակվում են մարզի գրանցում ունեցող 68 երեխա և 60 չափահաս անձ:

3.2. Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց անհրաժեշտ առողջապահական և սոցիալական ծառայությունները

1. Ծառայությունների հասանելիությունը և մատչելիությունը.

Մարզում հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների պատկերը հետևյալն է՝ Մարզում հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց **հիվանդանոցային բուժօգնություն է տրամադրում** «Արմաշի առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ն: Հոգեբուժական արտահիվանդանոցային բուժօգնություն են տրամադրում Արտաշատի, Մասիսի, Արարատի և Վեդու ԲԿ-ներին կից ԱԱԴ-ները: Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին վաղ միջամտության բժշկական և հարբժշկական ծառայություններ է տրամադրում նաև «ԱրԲԵՍ» առողջության կենտրոնի Արարատի մարզային մասնաճյուղը, որը գործում է Արտաշատ քաղաքում:

Մարզում բացակայում են բազմապրոֆիլ բժշկական կենտրոնները, որոնք կտրամադրեն միաժամանակ հոգեբուժական և բժշկական օգնության և սպասարկման այլ հիվանդանոցային ծառայություններ, ինչը, իհարկե, խոչընդոտում է անձի՝ ինչպես հոգեկան, այնպես էլ ֆիզիկական առողջության համար անհրաժեշտ և համալիր ծառայություններ ստանալուն:

Հոգեմետ դեղերի տրամադրման գործընթացում առկա խնդիրները հիմնականում կապված են դեղերի ցանկի հետ: Հիմնական դեղերի ցանկում այդպիսի սակավաթիվ դեղերի ընդգրկվածությունը թիրախային խմբի կողմից ամենաշատ նշված խնդիրն է: Հարցվածները նշել են, որ մեծամասամբ բոլորին նույնանուն դեղեր են նշանակվում ու տրամադրվում, և տարբեր անձանց վրա դրանց անհատական ազդեցության գործոնը հաշվի չի առնվում:

«Ես էդ պոլիկլինիկայի դեղերից ինձ շատ վատ են զգում, անընդհատ քնած եմ, թույլ եմ, գլխապտույտներ ունեմ, ու ինձ ասում են՝ դա նորմալ է, բոլոր տեղեց դեղերից այդպես լինում է: Բայց ինչո՞ւ պիտի այդպես լինի, դեղեր կան, որ կարող են խմել և հանգիստ աշխատանքի էլ գնալ, և դրանք հիմնականում վճարովի կամ դրսից բերված դեղերն են, որ փոխարինիչ են»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Սոցիալական ծառայություններ տրամադրող պետական կառույցները սակավ են, և դրանք հիմնականում մատուցվում են ՄՄՃՏԿ-ների ու «Խարբերդի մասնագիտացված մանկատուն» ՊՈԱԿ-ի գործառնությունների շրջանակներում, ինչպես նաև ՏԻՄ-երի և որոշ ՀԿ-ների կողմից՝ հիմնականում բնաիրային աջակցության և հրատապ դրամական աջակցության ձևով: Մարզում պետական ֆինանսավորմամբ պատվիրակման միջոցով իրականացվում է «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց շուրջօրյա խնամքի ծառայություններ համայնքապետարանների կողմից» ծրագիրը, որի շրջանակներում հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք (8 անձ) ստանում են շուրջօրյա խնամք խմբային տանը Գեղանիստ բնակավայրում: Հաշվի առնելով, որ Արարատի մարզում մեծ թիվ են կազմում Արցախից բռնի տեղահանված անձինք՝ որոշ տեղական և միջազգային կազմակերպություններ սոցիալական աջակցության ծրագրեր են իրականացնում Արցախից տեղահանված հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց և նրանց ընտանիքների անդամների համար՝ ընդհուպ կազմակերպելով նրանց հոգեբուժական ծառայությունների որոշ ծախսերի փոխհատուցում: Ծախսերը հիմնականում առաջանում են տեղահանված անձանց կարգավիճակի, փաստաթղթավորման կամ ուղեգրման գործընթացում առկա խնդիրներից խուսափելու և ժամանակին ծառայություններ մատուցելու հանգամանքով պայմանավորված:

Հոգեսոցիալական աջակցության մյուս ծառայությունները տրամադրվում են հիմնականում միջազգային կառույցների և հասարակական կազմակերպությունների կողմից՝ մարզում իրականացվող սակավաթիվ ծրագրերի շրջանակներում մի քանի մասնավոր կազմակերպությունների կողմից, որոնց մեջ գերակշռում են հատկապես մասնավոր հոգեբանական կենտրոնները:

Ընդհանուր առմամբ, ծառայություններ տրամադրող ոչ պետական կառույցների թիվը մարզում մեծ չէ, բայց տարածքային բաշխվածության տեսանկյունից պատկերն

այնպիսին է, որ մարզի 4 բազմաբնակավայր համայնքներում էլ իրականացվում են ծրագրեր տեղական և միջազգային կազմակերպությունների կողմից:

Մարզում սակավաթիվ են երեխաներին ուղղված սոցիալ-վերականգնողական և ցերեկային խնամքի ծառայությունները (քարտեզագրման արդյունքում վեր են հանվել նմանատիպ 4 կազմակերպություն): Ծառայությունների սակավության, առկա վճարովի ծառայությունների բարձր վճարների պատճառով ծնողը չի կարողանում ապահովել երեխային անհրաժեշտ ծառայությունները, ցերեկային զբաղվածությունը և աշխատել:

Ըստ փորձագետների՝ մարզի նախադպրոցական և կրթական մյուս հաստատություններում շարունակվում է խնդիր մնալ նաև ներառական միջավայրի ապահովման հարցը հատկապես հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաների պարագայում:

«Ծառայությունների քիչ լինելու պատճառով երեխաները հայտնվում են մանկատուն տանելու վտանգի առջև: Եթե ծնողները սոցիալապես անապահով են, չեն կարողանում երեխաների համար կազմակերպել համապատասխան ծառայություններ, ստիպված մտածում են երեխաներին թողնել մանկատանը: Ինչի՞նչ է մայրը տալիս մանկատուն. որովհետև ցերեկային կենտրոններ չկան, մանկապարտեզները հաշմանդամություն ունեցող երեխաներին չեն ընդունում, ծնողները չեն կարողանում թողնել երեխաներին, գնալ աշխատանքի...»

Փորձագետ

Փորձագետների պնդմամբ՝ պետական հատվածի կողմից տրամադրվող ծառայությունները բավարար չեն, քանի որ չկան համապատասխան ռեսուրսներ՝ ֆինանսական, մարդկային և այլն:

Ըստ մասնագետների՝ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք ստիպված են հիմնականում ծառայությունները ստանալ Երևանում, ինչը շատ քչերին է ֆինանսապես հասանելի: Սոցիալապես անապահով գյուղաբնակ անձանց համար ծառայություններն առավել դժվարամատչելի են, քանի որ նույնիսկ առկա ծառայություններից օգտվելու համար ստիպված են սեփական միջոցներով հասնել քաղաքային բնակավայրեր, քանզի մարզում չկա միջհամայնքային կանոնավոր ուղևորափոխադրում:

Սա չափազանց կարևոր և առաջնային խնդիր է՝ հատկապես հաշվի առնելով, որ Արարատի մարզում հոգեկան հիվանդության հիմքով հաշմանդամության իրավական կարգավիճակ ունեցող գյուղաբնակ անձանց ընտանիքների թիվը 2023թ. շուրջ 20% գերազանցել է նույն կարգավիճակ ունեցող քաղաքաբնակ ընտանիքների թվին (քաղաքաբնակ՝ 41%, գյուղաբնակ՝ 59%): Այս ուղղությամբ, ըստ փորձագետների, գրեթե ոչինչ չի արվում ո՛չ համայնքապետարանի, ո՛չ էլ պետական այլ կառույցների կողմից:

2. Ծառայությունների որակը.

Մարզում տրամադրվող հոգեսոցիալական աջակցության ծառայությունների որակը, ըստ հետազոտության արդյունքների, բավականին ցածր է՝ պայմանավորված մի շարք գործոններով.

1) **Մասնագիտական ներուժ և համագործակցություն.**

Ըստ հարցման մասնակիցների՝ մարզում առաջնային ու եական խնդիրը մասնագիտական ներուժի պակասն է: Հիմք ընդունելով հոգեսոցիալական աջակցության ծառայություններ մատուցող տարբեր մասնագետների թվի մասին ԱՀԿ-ի ստանդարտները (տվյալները⁸)՝ կարող ենք նշել, որ մարզում բավարար չեն կարող համարվել հատկապես սոցիալական աշխատողները, հոգեբանները, հոգեբույժները (հատկապես մանկական), ինչի պատճառով դժվար է ապահովել ծառայությունների արդյունավետությունը:

«Սոցիալական աշխատողների պակասը շատ է մարզում: Սոցիալական աշխատողները պետք է գտնեն շահառուներին, կարիքի գնահատում անեն, բայց ամբողջ մարզում մի քանի սոցաշխատող կա, որոնց թիվը բավարար համարել չի կարելի: Կան շատ մասնագետներ՝ գրագետ, վերապատրաստված, բայց վարձատրությունը քիչ է, չեն ցանկանում աշխատել»:

Փորձագետ

Հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ մասնագետների սակավությունը և բազմամասնագիտական թիմային աշխատանքի պակասը հանգեցնում են նրան, որ տրամադրվող ծառայությունները դառնում են ոչ նպատակային և հասցեական, արդյունքում տուժում է միայն ծառայության գլխավոր շահառուն՝ ստանալով ոչ որակյալ ծառայություններ: Ըստ փորձագետների և պետական մարմինների ներկայացուցիչների՝ մարզում սակավաթիվ են նաև մասնագիտական կարողությունների զարգացմանն ուղղված ծրագրերը՝ վերապատրաստումները, փորձի փոխանակման ծրագրերը, ինչը կարող է եականորեն բարելավել առկա ծառայությունների որակը: Այսպիսի վերապատրաստումների վերաբերյալ համապարփակ հավաքագրված տեղեկավորություն կամ վերապատրաստումների ժամանակացույց կամ դրանց պլանավորման և իրականացման վերաբերյալ այլ ձևաչափով տեղեկատվություն առկա չէ:

⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

2) **Ծառայությունների կարիքի գնահատման մեխանիզմները.**

Ծառայությունների որակն ուղղակիորեն պայմանավորված է կարիքի գնահատման և խնդիրների խորքային բացահայտման մոտեցումներով, մեթոդներով և մեխանիզմներով: Ըստ փորձագետների՝ մարզում կարիքի գնահատումն իրականացվում է չհամակարգված, յուրաքանչյուր կառույցի կողմից իրեն հարմար գործիքների և մեխանիզմների կիրառմամբ, չկան կարիքների գնահատման համագործակցային և ինտեգրված մեխանիզմներ բոլոր դերակատարների համար, ինչի հետևանքով բազմաթիվ կարիքներ մնում են չբացահայտված և չլուծված:

«Ծառայությունների գնահատման միասնական գործիքակազմ առկա չէ, միայն կլոր սեղան-քննարկումների ժամանակ փորձում ենք հասկանալ՝ ինչ կարիքներ կան, այն էլ հոգեբուժության մեջ, սակայն ընդհանուր մոտեցում չկա...»

Տես մասնակից

Ըստ մի խումբ փորձագետների՝ կարիքի գնահատման մեխանիզմները բավականին թույլ են հատկապես պետական կառույցներում՝ համապատասխան մասնագետների և մշակված ընթացակարգերի բացակայության պատճառով:

Կարիքի գնահատման միասնական մոտեցման բացակայության պատճառն այն է, որ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կարիքների գնահատումն իրականացվում է միայն բժշկական օգնության տեսանկյունից, և տրամադրվող ծառայությունների շրջանակն էլ հաճախակի դիտարկվում է միայն հոգեբուժության տեսանկյունից:

«Հաճախ է պատահում, երբ մարզում նոր ծառայություններ ներդնելու քննարկումներն ավարտվում են այն համատեքստում, թե՛ առանց այն էլ դժվար է մարզի համար հոգեբույժ գտնել, էլ ինչ նոր ծառայություններ, և այդ հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների մասին քննարկումները մղվում են ետին պլան»:

Փորձագետ

3) **Ծառայությունների կարճաժամկետ և հատվածական լինելը.**

Ակնհայտ է, որ հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների ոլորտում խնդիրների լուծումը պահանջում է երկարաժամկետ և շարունակական զարգացման ռազմավարություններ, որոնք ըստ փորձագետների բացակայում են: Մարզում առանց այն էլ սակավ հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունները տրամադրվում են հիմնականում ոչ պետական կառույցների կողմից, իսկ այս պարագայում ծառայությունների շարունակական և հասցեական լինելը դժվար է ապահովել՝ ֆինանսական խնդիրների, դոնոր կազմակերպությունների պահանջների և մի շարք այլ գործոններով պայմանավորված: Կարճաժամկետ և հատվածական ծառայությունները

սովորաբար քիչ արդյունավետ են և կարիքահեն չեն, քանզի դրանք հնարավորություն չեն տալիս տվյալ ժամանակահատվածում իրավիճակի վերաբերյալ համապարփակ պատկերացում կազմել, ինչն էլ հանգեցնում է խնդիրների ոչ լիարժեք բացահայտմանը և դրանց լուծման արդյունավետ ուղիներ չգտնելուն:

4) **Հետադարձ կապի մեխանիզմները.**

Հետադարձ կապի որևէ մեխանիզմ չի կիրառվում հատկապես պետական կառույցների կողմից, օրինակ՝ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձին բուժօգնություն տրամադրելուց հետո առողջապահական հաստատության կամ ԱԱՊԿ-ների կողմից հետադարձ կապ չի պահպանվում՝ տրամադրված ծառայության արդյունավետության, հետագա բուժօգնության կարիքի գնահատման համար: Սա շատ կարևոր մեխանիզմ է, որի բացակայությունը հանգեցնում է տրամադրված ծառայության արդյունավետության պակասի, եթե ոչ՝ բացակայության:

Համայնքային սոցիալական ծառայությունների անկատար համակարգի պայմաններում անձը դուրս է մնում նաև սոցիալական ծառայությունների տեսադաշտից, ինչը մեծապես խոչընդոտում է նրա՝ համայնքային կյանքին ներգրավվելու գործընթացին:

5) **Տեղեկատվության փոխանցման և իրազեկվածության մեխանիզմները.**

Ծառայությունների որակը մեծապես պայմանավորված է տրամադրվող ծառայությունների վերաբերյալ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տեղեկացվածության աստիճանով: Մարզում տեղեկատվության փոխանցման մեխանիզմները չափազանց քիչ են և հիմնականում սահմանափակվում են ԱԱՊԿ-ների աշխատակիցների կողմից տեղեկատվության տրամադրման շրջանակներում՝ զանգի կամ ՄՄՃՏԿ-ների աշխատակիցների միջոցով, եթե անձն ինքն է դիմում ՄՄՃՏԿ:

Մասնագետների հավաստմամբ՝ ծառայություններ տրամադրող կառույցների նախաձեռնությամբ իրազեկող արդյունավետ մեխանիզմները սակավաթիվ են մարզում (մեկ-երկու թեժ գծեր, ԱԱՊԿ-ներում որոշ պաստառներ), արդյունքում անձն ինքնուրույն է հետաքրքրվում իրեն անհրաժեշտ այս կամ այն ծառայության մասին, կամ ընդհանրապես գերադասում է չստանալ տվյալ ծառայությունը՝ պայմանավորված տեղեկատվություն ստանալու մատչելիության, հասարակության մեջ թիրախավորվելու, ժամանակատարության, աշխատակիցների ոչ պատշաճ վերաբերմունքով և այլ խնդիրներով:

3. **Ծառայությունների իրավունքահենությունը.**

Ըստ փորձագետների՝ ծառայություններ տրամադրողների կողմից բացասական վերաբերմունքը, կոպտությունը կարող են ավելի խորացնել խարանի, պիտակավորման ու խտրականության դրսևորումները մարզում: Ըստ այդմ, հոգեւոցիալական աջակցության ծառայություններ տրամադրող մասնագետների պատշաճ

վերաբերմունքը կարող է ստեղծել վստահության և ապահովության մթնոլորտ տրամադրված ծառայության որակը և նպատակայնությունն ապահովելու առումով:

«Երբ պառկած էի բուժման, գալիս էին ներարկելու, ես հարցնում էի՝ ինձ ի՞նչ եք ներարկում, բուժքույրն ասում էր՝ քեզ ի՞նչ, ինչ պետք է, այն էլ ներարկում ենք, գնա խելոք պառկիր, բժիշկն ինչ ասել է, այն էլ ներարկում ենք: Ես որ տեսնում եմ էդ հիվանդանոցը, մարմնովս սարսուռ է անցնում, ատում եմ բժիշկներին ու բուժքույրերին»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Մարզում մեծ է հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայությունների տրամադրման գործընթացում խնամողի կամ ընտանիքի անդամի ներգրավվածությունը: Ըստ փորձագետների՝ բազմաթիվ հանրային ծառայությունների, օրինակ՝ բանկերի, փոստատների, պետական կառույցների աշխատակիցները նախընտրում են հարցերը քննարկել հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձի ընտանիքի անդամի հետ, և փաստացի անձին մնում է միայն ստորագրել մի գործարքի տակ, որի մասին իրեն չեն տեղեկացրել, կամ ինքը չի տվել իրազեկ համաձայնություն:

Ըստ փորձագետների՝ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ հատկապես առողջապահական մարմինների կողմից տրամադրվող ծառայությունների գործընթացում առկա են մի շարք բացթողումներ, ոչ պատշաճ մոտեցումներ, որոնք էլ ավելի են խորացնում հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ հասարակությունում առկա կարծրատիպերը: Մասնավորեցնելով նշենք, որ մարզի որոշ ԱԱՊԿ-ներում հոգեբույժի սենյակների դռներից հեռացված են համապատասխան ցուցանակները՝ մարդու բժշկական գաղտնիքը չբացահայտելու և հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձի իրավունքները պաշտպանելու պատճառաբանությամբ, սակայն, ըստ փորձագետների, այսպիսի երևույթները վկայում են պատշաճ իրազեկման և խարանի հաղթահարման ուղղությամբ պետության անբավարար ջանքերի մասին:

«Ես անգամ իմ կաբինետի վրայից հանել եմ հոգեբույժի ցուցանակը, որպեսզի ապահովեմ իմ պացիենտների գաղտնիությունը, քանի որ փոքր համայնք է, բոլորը բոլորին ճանաչում են, և պարտադիր չէ, որ բոլորը տեսնեն, որ այսինչ մարդը մտավ հոգեբույժի կաբինետ»:

ՖԻԲ մասնակից

3.3. Հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց արժանապատիվ և անկախ կյանքի իրավունքի ապահովումը.

Հետազոտության արդյունքների համաձայն՝ մարզում հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանության ոլորտում բավականին լուրջ խնդիրներ են առկա: Ըստ փորձագետների՝ անձը կարող է ստանալ առավելագույնը իրավական աջակցություն ՄԻՊ գրասենյակի կամ հանրային պաշտպանի կողմից, իսկ մասնավոր իրավաբանական կազմակերպությունների կողմից ծառայություններ հիմնականում չեն տրամադրվում՝ պայմանավորված հիմնականում կարծրատիպերով: Սա չափազանց մեծ բաց է անձի արժանապատիվ և անկախ կյանքի ապահովման տեսանկյունից և, ըստ փորձագետների, այս իրավիճակը փոխելուն միտված հստակ մշակված ռազմավարություններ չկան:

Հետազոտության արդյունքները թույլ են տալիս փաստել, որ հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքները պաշտպանված չեն ո՛չ աշխատավայրում, ո՛չ կրթական հաստատությունում, ո՛չ էլ այլ բնագավառներում: Ինչպես ողջ հանրապետությունում, այնպես էլ մարզում տարածված է անձին անգործունակ ճանաչելու հիմքով խնամակալ սահմանելու պրակտիկան: Ծատ դեպքերում խնամակալ նշանակելու գործընթացը տնտեսական գործոններով է պայմանավորված:

«Թոշակս մայրիկս է ստանում: Բոլորն ասում են՝ ինքն ավելի լավ գիտի՝ ինչպես պահի մեր ընտանիքը»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Իրավունքների պաշտպանությամբ զբաղվող ոչ պետական կառույցները ևս, ըստ հարցվողների, բավականին սակավ են և ոչ թիրախային:

Մարզում չկան կրթական ծրագրեր, որոնք կնպաստեն հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ինքնագարգացմանը և անկախ կյանք վարելու հմտությունների զարգացմանը, իրավունքների և շահերի պաշտպանությանը:

Գրեթե չկան նաև հենց հաշմանդամություն ունեցող անձանց կազմակերպություններ, որոնք կզբաղվեն հաշմանդամության հիմնախնդիրներով: Սա ենթադրում է, որ անկախ կյանքին միտված որևէ ծառայություն չի կարող լիարժեք գործել, քանի որ մարզում հաշմանդամություն ունեցող անձանց առաջնորդությունը և իրենց խնդիրների մասին բարձրաձայնելու մոտիվացիան ցածր մակարդակի վրա է:

«Անկեղծ ասած, որ ինձ ասացին այս հանդիպման մասին, սկզբից չէի ուզում գալ, հետո իմացա, որ իմ նման հոգեբանական խնդիրներով մարդիկ են լինելու, ուզեցի իրենց էլ լսեմ ու եկա...»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

Մարզում շարունակում է կարծրատիպային մնալ հոգեւոյժալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց աշխատանքային կարողությունների հանդեպ վերաբերմունքը: Ըստ փորձագետների՝ Արարատի մարզում աշխատանք հնարավոր է գտնել, սակայն առկա կարծրատիպերի և խելամիտ հարմարեցումների բացակայության պատճառով հոգեւոյժալական հաշմանդամություն ունեցող բազմաթիվ անձինք զրկված են կայուն և տևական աշխատանք ունենալու հնարավորությունից, և դա այն դեպքում, երբ այս հարմարեցումների մասին կան համապատասխան օրենսդրական կարգավորումներ, որոնցով պաշտպանվում են աշխատողի իրավունքները:

Այս պատճառով շատ երիտասարդներ փորձում են աշխատանք գտնել Երևանում, քանի որ մայրաքաղաքում, ըստ փորձագետների, հոգեւոյժալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց չեն ճանաչում՝ ի տարբերություն փոքր համայնքների:

«Մարզում աշխատանք գտնել գուցե կարող ենք, բայց երբ իմանում են, որ գրանցված եմ Ավանում, ամեն ինչ անում են, որ դուրս գամ գործից, այնինչ ինձ միայն դեղերը խմելու ընթացքում է որոշակի հանգիստ պետք, որից հետո կրկին կարող եմ լիարժեք աշխատել»:

Թիրախային խմբի ներկայացուցիչ

3.4. Մարզի ներուժը հոգեւոյժալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայությունների ապահովման գործում.

Հոգեւոյժալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվող ծառայությունների ներդրման, նոր կառույցների ստեղծման և եղած ծառայությունների որակի բարելավման տեսանկյունից կարևոր ռեսուրս կարող են լինել ՏԻՄ-երի, ՄՄԾՏԿ-ի, ՏՄԱԿ-ի աջակցությունը և համագործակցային աշխատանքը ոլորտի մասնագետների, կառույցների ներկայացուցիչների միջև: Համագործակցային միջավայրի բարելավումը կհանգեցնի ռեսուրսների արդյունավետ օգտագործման՝ մարզում համատեղ ծրագրերի և նախաձեռնությունների ապահովման: Իհարկե, մեծ մարտահրավեր է այն, որ մարզում հոգեւոյժալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայություններ տրամադրող կազմակերպությունները շատ չեն, սակայն պետք է հաշվի առնել, որ այժմ շատ միջազգային կազմակերպությունների ուշադրության կենտրոնում են Արցախից բռնի տեղահանված անձանց խնդիրները, իսկ վերջիններս մեծ թիվ են կազմում հատկապես Արարատի մարզում:

Ըստ փորձագետների՝ եթե համայնքային և մարզային համախմբման աշխատանքներ իրականացվեն, ստեղծվի բարենպաստ դաշտ ԶԶԿ-ների գործունեության համար, և իրականացվեն հասարակական ակտիվացման ծրագրեր հենց հոգեւոյժալական

հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ապա հնարավոր կլինի մարզում ավելացնել հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց անհրաժեշտ ծառայությունների թիվը և բարելավել որակը:

ԲԱԺԻՆ 4. ԱՐԱՐԱՏԻ ԵՎ ՇԻՐԱԿԻ ՄԱՐԶԵՐՈՒՄ ՀՈԳԵՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՐԻՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Վիճակագրական տվյալները փաստում են, որ գրեթե հավասարաչափ մշտական բնակչություն ունեցող մարզերում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վերաբերյալ առկա են արմատապես իրարից տարբերվող տվյալներ, այսպես՝

- հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց թիվը Շիրակի մարզում շուրջ 50%-ով ավելի է, քան Արարատի մարզում, սակայն հոգեկան առողջության խնդրի հիմքով հաշմանդամության կարգավիճակ ստացած անձանց թիվը երկու մարզերում էլ գրեթե նույնն է,

- Շիրակի մարզում շուրջ 10%-ով ավելի է հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող այն անձանց թիվը, որոնց ընտանիքներն ունեն սոցիալական անապահովության բարձր միավոր,

- Շիրակի մարզում հոգեկան առողջության որևէ ախտորոշում ունեցող (գրանցված) 19-35 տարեկան անձանց թիվը 15%-ով ավելի քիչ է, քան Արարատի մարզում և գրեթե կրկնակի է 66 և ավելի բարձր տարիքի անձանց դեպքում:

Վերը նշված վիճակագրական տվյալների ավելի խորը և համապարփակ վերլուծությունը կարող է լրացուցիչ եզրահանգումների հնարավորություն տալ, ինչն էլ ավելի նպաստակալին կդարձնի հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց անհրաժեշտ ծառայությունների կարիքի գնահատումն ու տրամադրվող ծառայությունների հետագա բարելավումը:

Անհրաժեշտ է նշել նաև, որ ուսումնասիրվող մարզերում հիմնական տարբերությունները պայմանավորված են ծառայությունների կենտրոնացվածությամբ կամ դրանց որոշ բաղադրիչների բացակայությամբ, մասնավորապես՝

➤ Շիրակի մարզում կարևոր խնդիրներից են ծառայությունների կենտրոնացվածությունը Գյումրի քաղաքում և համագործակցության պակասը առկա որոշ ծառայությունների տրամադրման գործընթացում, ինչը հատկապես ցայտուն է

դրսևորվում պետական և ոչ պետական կազմակերպությունների փոխհարաբերություններում:

➤ Արարատի մարզում, ի տարբերություն Շիրակի, լուրջ խնդիր է նաև հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների պաշտպանությամբ զբաղվող կազմակերպությունների բացակայությունը:

Երկու մարզերում էլ միջինացված տվյալներով՝ ԱԱՊԿ-ներում (յուրաքանչյուր մարզի) աշխատում են 4-ական հոգեբույժ. ստացիոնար բուժօգնություն տրամադրող հոգեկան առողջության կենտրոններում հոգեբույժների հաստիքների թիվը չի գերազանցում 4-ը, հոգեբուժական բուժքույրերինը՝ 3-ը, համայնքային սոցիալական աշխատողներինը՝ 8-9-ը, իսկ հոգեբան մասնագետների մասով առավելագույնը 10-ական մասնագետ: Բացի քանակական նմանությունը, առկա է նաև աշխատուժի հետ կապված մի քանի այլ ընդհանրություններ.

→ Մարզերի հոգեբույժները տեղակայված են բազմաբնակավայր համայնքների կենտրոններում կամ քաղաքային բնակավայրերում՝ ԱԱՊԿ օդակում, այն պարագայում, երբ նրանց կարիքն ունեցող բնակիչների բնակության վայրը կարող է միջինը 20-30 կմ հեռավորության վրա լինել՝ ոչ կանոնավոր ուղևորափոխադրման պայմաններում, ինչն առաջացնում է ինչպես անհրաժեշտ և ժամանակին առաջնային բուժօգնության, այնպես էլ տեղեկատվության ստացման խնդիրներ:

→ Համայնքային սոցիալական ծառայությունների համակարգը Հայաստանում լիովին կայացած չէ, և մարզերի՝ մեկ տասնյակի չհասնող համայնքային սոցիալական աշխատողները հիմնականում չունեն համապատասխան ներուժ և ռեսուրսներ սոցիալական դեպքի վարման և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետ աշխատելու համար, ընդ որում՝ այս թեմաներով վերապատրաստումների սակավության կամ բացակայության պայմաններում:

→ Մարզերում գործող հոգեբանների հստակ թիվ չկա: Այնուամենայնիվ, ըստ փորձագետների, առկա մասնագետներն ակնհայտորեն չեն կարող ամբողջովին բավարարել բնակիչների կարիքները: Իհարկե, վերջին շրջանում մարզերում ավելացել է նաև տեղական և միջազգային մարդասիրական կազմակերպությունների թիվը, որոնք հոգեբանական աջակցություն են տրամադրում մարզերում, սակայն այդ աջակցությունն ուղղված է հիմնականում տեղահանված և փախստականի կարգավիճակ ունեցող բնակիչների կարիքների բավարարմանը: Այստեղ էլ առաջանում է մի իրավիճակ, երբ հոգեբանները մարզ են գալիս նոր ավելացած բնակիչների կարիքները բավարարելու, իսկ մինչ այդ առկա խնդիրները մնում են անտեսված:

→ Մարզերում երգոթերապիստների հստակ պակաս կա, եղած 1-2 երգոթերապիստները հիմնականում աշխատում են հոգեսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաների հետ:

ԲԱԺԻՆ 5. ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ամփոփելով կարիքների գնահատման հետազոտության արդյունքները՝ կարող ենք առանձնացնել հետևյալ ընդհանրական խնդիրները ուսումնասիրվող մարզերի համար:

1. Ծառայությունների հասանելիությունը և մատչելիությունը.

Մարզերում հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների պատկերը հետևյալն է՝ **Սոցիալական ծառայությունները** համայնքային մակարդակում հիմնականում միտված են բնաիրային կամ ֆինանսական աջակցություն տրամադրելուն, որն էլ ավելի է խորացնում հաշմանդամության բարեգործական մոդելի մասին անձանց պատկերացումները: Պետական դրամաշնորհներով տրամադրվող սոցիալ-հոգեբանական, սոցիալ-վերականգնողական կամ խնամքի ծառայությունները համայնքահենք չեն, ծավալը բավարար չէ, ինչը չի կարող լուծել դրանց կարիքն ունեցող անձանց խնդիրները: ԲՀԿ և մասնավոր հատվածի կողմից տրամադրվող սոցիալական ծառայությունները հիմնականում կարճաժամկետ են և փոքրածավալ:

Առողջապահական ծառայությունները հիմնականում տրամադրվում են հոգեկան առողջության կենտրոններում կամ ԱԱԴԿ-ների միջոցով, որոնք հիմնականում տեղակայված են քաղաքային բնակավայրերում և ունեն մեծ ծանրաբեռնվածություն: Ավելին, ԱԱԴԿ-ներում մասնագետների քանակը բավարար չէ, ինչի մասին փաստում են առկա հերթերը: Դեղերի տրամադրման գործընթացում առկա խնդիրներն են՝ հիմնական ցանկում գրանցված դեղերի բազմազան չլինելը, դրանք ձեռք բերելու համար շատ դեպքերում տրանսպորտային մեծ ծախսեր կատարելը, դեղերի նշանակումից հետո էլ հետադարձ կապի բացակայությունը: Նշված խնդիրների պատճառով շատերը հրաժարվում են նշանակված դեղորայքից և բուժումը թողնում կիսատ:

Հոգեւոցիալական աջակցության մյուս ծառայությունները, հատկապես՝ համայնքահենք, սակավաթիվ են և հիմնականում սահմանափակվում են վճարովի հոգեբանական կենտրոնների ծառայությունների կամ սակավաթիվ ԲՀԿ-ների տրամադրած աջակցությամբ: Այսպիսի ծառայությունների բացակայությունը ուղիղ

կապ ունի հասարակության մեջ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց հանդեպ խարանի ու կարծրատիպերի խորացման, իրավունքների իրացման և հասարակական կյանքին վերջիններիս արդյունավետ ներառման խնդիրների հետ:

2. Ծառայությունների որակը

1) Մասնագիտական ներուժը և համագործակցությունը.

Մարզերում հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների մասնագիտական ներուժի պակասն ակնհայտ է: Բացի այդ, հիմնականում քաղաքային բնակավայրերում մասնագետների կենտրոնացվածության, բազմամասնագիտական խմբերի միջոցով ծառայությունների բացակայության, համայնքային սոցիալական ծառայությունների անկատար համակարգի և մասնագիտական կարողությունների զարգացմանն ուղղված գործողությունների սակավության հետևանքով առկա ծառայություններն ունեն քիչ արդյունավետություն:

Համադրելով մարզում առկա հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայություններ մատուցող մասնասնագետների տվյալների ԱՀԿ-ի՝ 100,000 բնակչության հաշվով երկրներին խորհուրդ տրվող մասնագետների նվազագույն շեմի կամ ԱՀԿ «Հոգեկան առողջության ատլաս-2020»-ի (գլոբալ համաշխարհային միջին) տվյալների հետ՝ կարող ենք եզրահանգել, որ մասնագետների քանակը բավարար չէ: Բավարար համարել չի կարելի նաև վերը նշված աշխատուժի մասնագիտական կարողությունների բարելավմանն ու զարգացմանն ուղղված վերապատրաստումները: Առկա վերապատրաստման դասընթացները բազմամասնագիտական մոտեցում չեն ապահովում, ինչը հանգեցնում է ծառայությունների ոչ ամբողջական և ոչ արդյունավետ տրամադրման:

2) Ծառայությունների կարիքի գնահատման մեխանիզմները.

Մարզերում չափազանց շատ են բացերը ծառայությունների կարիքի գնահատման գործընթացում՝ պայմանավորված միասնական մեխանիզմների և գործիքների բացակայությամբ:

Հոգեւոյնի հաշմանդամութիւն ունեցող անձանց անհրաժեշտ ծառայութիւնների կարիքների գնահատումը հիմնականում սահմանափակվում է հոգեբուժական օգնության և սպասարկման ծառայության շրջանակներում՝ մարզերում գործող հոգեկան առողջության կենտրոնների գործունեության կազմակերպման համատեքստում, իսկ հոգեւոյնի հաշմանդամ աշակցության մյուս ծառայութիւնների մասով այսպիսի գործողութիւններ հիմնականում չեն իրականացվում, և այս առումով չկան հստակ ռազմավարութիւններ:

Ավելին, հոգեւոյնի հաշմանդամ աշակցության ծառայութիւնների կարիքի գնահատման գործընթացի վերաբերյալ քննարկումները նույնպես մեծամասամբ հոգեբուժական աշակցության ընդլայնման վերաբերյալ են, իսկ մյուս ծառայութիւնների մասով համակարգված և բոլոր շահագրգիռ կողմերի մասնակցությամբ քննարկումներ գրեթէ չեն իրականացվում:

3) *Ծառայութիւնների ժամկետայնութիւնը և կայունութիւնը.*

Մարզերում առանց այն էլ սակավ ծառայութիւնները (բացառությամբ հոգեբուժական օգնության) մեծ մասամբ տրամադրվում են ոչ պետական կառույցների կողմից՝ հիմնականում տարբեր դրամաշնորհների կամ վճարովի ծառայութիւնների միջոցով, և այս պարագայում դրանց կայունութիւնն ու շարունակականութիւնը դժվար է ապահովել՝ պայմանավորված ֆինանսական խնդիրներով, դոնոր կազմակերպութիւնների պահանջներով և մի շարք այլ գործոններով:

Կարճաժամկետ և հատվածական ծառայութիւնները սովորաբար քիչ արդիւնաւետ են և կարիքահէն չեն, քանզի դրանք հնարավորութիւն չեն տալիս ժամանակահատվածի և իրավիճակի վերաբերյալ համապարփակ պատկերացում կազմել, ինչն էլ հանգեցնում է խնդիրների՝ ոչ լիարժեք բացահայտմանը և դրանց լուծման արդիւնաւետ ուղիներ չգտնելուն:

4) *Հետադարձ կապի մեխանիզմները.*

Մարզերում առկա սակավաթիվ ծառայութիւնների որակի վրա մեծապէս ազդում է նաև մշտադիտարկման և գնահատման մեխանիզմների սակավութիւնը և հատկապէս՝

ծառայություններ մատուցողների կողմից հետադարձ կապի մեխանիզմների բացակայությունը: Այս տեսանկյունից անգամ ԱԱԴԿ-ի կողմից տրամադրվող ծառայությունների պարագայում հետադարձ կապի որևէ մեխանիզմ չի կիրառվում հետագա կարիքների գնահատման և ծառայությունների անհրաժեշտությունը բացահայտելու նպատակով: Արդյունքում՝ հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձն ստանում է, օրինակ, առողջապահական ծառայություն, որից հետո հետադարձ կապի բացակայությամբ պայմանավորված՝ չեն բացահայտվում ծառայության արդյունավետությունը կամ խնդիրները: Այս պարագայում մասնագետների տեսադաշտից դուրս են մնում հրատապ լուծում պահանջող խնդիրները:

5) *Տեղեկատվության փոխանցման և իրազեկվածության մեխանիզմները.*

Տեղեկատվության փոխանցման և իրազեկվածության մեխանիզմների սակավության հետևանքով մարզերում առկա սակավաթիվ ծառայությունները կորցնում են արդյունավետությունը և դառնում ոչ թիրախային: Օրինակ՝ բժշկական, կրթական և սոցիալական տարբեր հաստատություններում սակավաթիվ են հոգեկան առողջության վերաբերյալ իրազեկման նյութերը, մարզային ՉԼՄ-ների միջոցով տեղեկատվության փոխանցման մեխանիզմներ գրեթե առկա չեն: Թույլ է նաև պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների կողմից այս առումով իրականացվող աշխատանքը:

Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների վերաբերյալ իրազեկման ծրագրերը բավարար չեն ինչպես վերջիններիս տարաբնույթ ծառայություններ մատուցող, այնպես էլ որոշումներ կայացնող անձանց շրջանում: Սակավաթիվ են նաև այն իրազեկման ծրագրերը, որոնք իրականացվում են հենց հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց կամ նրանց ընտանիքների անդամների համար:

Տեղեկատվության փոխանցման և իրավունքների մասին իրազեկման գործողությունների սակավությամբ պայմանավորված չի կարող երաշխավորվել ինչպես գործող, այնպես էլ հետագայում ներդրվող ծառայությունների որակը և իրավահեղությունը:

3. Ծառայությունների իրավունքահեղությունը և իրավունքների իրացումը, մասնավորապես՝ արժանապատիվ և անկախ կյանքի իրավունքը.

Միջազգային և ներպետական օրենսդրությամբ սահմանված իրավունքների իրացման մեխանիզմների բացակայությունը կարևոր խնդիրներից է ուսումնասիրվող մարզերում: Հայաստանի Հանրապետությունը, վավերացնելով «Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին» ՄԱԿ-ի կոնվենցիան, ստանձնել է պարտավորություն աջակցել, պաշտպանել և ապահովել հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ լիարժեքորեն և հավասարապես օգտվելու մարդու իրավունքներից և հիմնարար ազատություններից, ինչպես նաև՝ ապահովելու հարգանքը նրանց արժանապատվության նկատմամբ: Այս առումով ինչպես ամբողջ Հայաստանում, այնպես էլ ուսումնասիրվող մարզերում շարունակում է խնդրահարույց մնալ վերը նշված կոնվենցիայով ամրագրված մի շարք իրավունքների իրացումը: Դրանցից մի քանիսը բերված են ստորև.

→ Հոդված 5. Հավասարությունը և խտրականության բացառումը.

Հոգեւորապես հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ խարանի և կարծրատիպերի առկայությունը մարզերում ակնհայտ է և դրսևորվում է ինչպես պետական, այնպես էլ ոչ պետական կառույցների կողմից ծառայությունների տրամադրման գործընթացում:

Հատկապես պետական ֆինանսավորմամբ ծառայությունները հիմնականում դրսևորվում են շուրջօրյա խնամքի կամ հոգեբուժական փակ տիպի հաստատությունների կողմից, որոնցում գտնվելն ինքնին հանգեցնում է խտրական վերաբերմունքի ձևավորմանը:

→ Հոդված 12. Օրենքի առաջ հավասարությունը և Հոդված 14. Անձի ազատությունը և անվտանգությունը:

Շարունակվում է հոգեւորապես հաշմանդամություն ունեցող անձանց անգործունակ ճանաչելու պրակտիկան, ինչի հետևանքով վերջիններս զրկվում են իրենց իրավունքների պատշաճ և լիարժեք իրացման, որոշում կայացնելու և ինքնուրույն գործելու հնարավորությունից ինչպես կյանքի համար կարևոր նշանակություն ունեցող, այնպես էլ ամենօրյա կենցաղային հարցերում, զրկվում են նաև իրենց գործողությունների համար

պատասխանատվություն կրելուց: Այսպիսի պարագայում ակնհայտ է դառնում, որ անձը հնարավորություն չունի մաս կազմել իրեն տրամադրվող ծառայությունների գործընթացում՝ սկսած կարիքի գնահատումից մինչև ծառայությունների տրամադրման ձևերի որոշում: Անգործունակության ինստիտուտի առկայությունը նպաստում է նաև անձին կամայականորեն իր ազատություններից զրկելու հնարավորությունների մեծացման, հատկապես եթե հաշվի առնենք, որ անգործունակ ճանաչվելուց և խնամակալ նշանակվելուց հետո հոգսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձինք մեծամասամբ կանգնում են փակ հաստատություններում հայտնվելու ռիսկի առաջ:

→ **Յուզված 19. Անկախ ապրելու և համայնքում ներգրավվելու իրավունքը:**

Համայնքային մարմինների կողմից որպես եզակի համայնքային ծառայություն դիտվում է անձին խնամակալ նշանակվելու գործընթացը, և այս առումով դատարանի կողմից անգործունակ ճանաչված անձին խնամակալ նշանակվելու գրեթե բոլոր դիմումները բավարարվում են ԽՀՀ-ների կողմից: Մինչդեռ այս դեպքում գործ ունենք անձին անգործունակ ճանաչելու և հետևաբար իրավունքի խախտման հետ: Մյուս կողմից համայնքահենք ծառայությունների բացակայությունը մարզերում հսկայական խնդիրներ է առաջացնում հոգսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց՝ համայնքում ներգրավվելու հարցում: Պետք է նշել, որ միայն Շիրակի մարզի Գյումրի համայնքում է առկա մեկ անկախ կյանքի կենտրոն, իսկ Արարատի մարզում անկախ կյանքի ծառայություններ տրամադրող կենտրոն առկա չէ: Պետական դրամաշնորհներով տրամադրվող ծառայությունները կայուն և համայնքահենք չեն, քանի որ որևէ համայնք չունի Էական ազդեցություն և մեխանիզմ՝ որոշելու այս ծառայությունների ծավալն ու բովանդակությունը, իսկ համայնքային սոցիալական ծառայությունների՝ դեռևս անկատար համակարգը առայժմ նպաստում է կենտրոնացված՝ համայնքից դուրս կամ համայնքի ներսում ինտեգրված, մեծ հաստատությունների ստեղծմանը:

Ամփոփելով՝ կարող ենք նշել, որ ուսումնասիրվող մարզերում առաջնահերթ է ներդնել, վերանայել, արդիականացնել և բարելավել հոգսոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց առողջապահական, սոցիալական և

հոգեւոյցիալական աջակցության այլ ծառայությունները, դրանց տրամադրման ձևերը և հասանելիությունը, ինչպես նաև ապահովել ծառայություններ մատուցող կառույցների կողմից հետադարձ կապի մեխանիզմների առկայությունն ու արդյունավետությունը: Այս գործընթացը պետք է միտված լինի հոգեւոյցիալական աջակցության ծառայությունների որակի, հասցեականության բարելավմանը իրավունքահեն մոտեցմամբ, իսկ ծառայությունների որակի ապահովման նպատակով անհրաժեշտ է ծառայությունների կարիքի գնահատման միասնական մեխանիզմների, ռազմավարությունների և գործիքների ներդնում և կիրառում:

Ստորև բերված **առաջարկություններն** ուղղված են Շիրակի և Արարատի մարզերում ռեսուրսների, ենթակառուցվածքների և հասարակության վերաբերմունքի բացերի լրացմանը, ծառայությունների որակի բարձրացմանը և առաջնահերթ ու հրատապ են:

1. Ծառայությունների հասանելիության և մատչելիության խթանում

1) Ստեղծել համայնքահենք ծառայություններ, որոնք կարող են հոգեւոյցիալական աջակցության համալիր ու բազմամասնագիտական (հոգեբույժներ, հոգեբաններ, սոցիալական աշխատողներ, վերականգնողաբաններ, Էրգոթերապիստներ, իրավաբաններ, բուժքույրեր) ծառայություններ մատուցել համայնքում՝ շատ դեպքերում մի շարք պատճառներով անհասանելի և խարանս ու պիտակավորումն ավելի խորացնող հոգեբուժական և խնամքի փակ հաստատությունների փոխարեն: Այս ծառայությունները պետք է ընդգրկեն ոչ միայն հոգեբուժական աջակցությունը դրա կարիքն ունեցող անձանց ցանկացած փուլում, այլև բազմամասնագիտական խմբի միջոցով հոգեւոյցիալական աջակցության փաթեթ տրամադրեն հոգեւոյցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձին և նրա ընտանիքի անդամներին անհատական կարիքների հիման վրա, մասնավորապես՝

- ✓ հոգեբանական աջակցություն,
- ✓ սոցիալական աշխատանք՝ խորհրդատվություն և ուղղորդում,

- ✓ հոգեկան առողջության հետ կապված հնարավոր ռիսկերի գնահատում,
- ✓ անկախ կյանքի ծառայությունների կարիքի գնահատում և ուղղորդում,
- ✓ իրազեկման և իրավունքների պաշտպանության մեխանիզմների տրամադրում,
- ✓ աջակցություն արտակարգ իրավիճակների դեպքում,
- ✓ հոգեբանական և սոցիալական խնդիրների երկարաժամկետ կառավարում՝ խուսափելու կրկնվող խնդիրներից և ապահովելու շարունակական կայուն վիճակ,
- ✓ վերը նշված ծառայությունների տրամադրում ինչպես համայնքային մակարդակում, այդ թվում՝ տնայնի միջոցով:

2) Հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար ստեղծել վաղ միջամտության ծառայություններ մարզերի բոլոր համայնքներում:

3) Աջակցել անկախ կյանքին ուղղված ծառայությունների ստեղծմանը կամ ընդլայնմանը՝ ԶԿ-ներին դրանց պատվիրակման միջոցով, մասնավորապես աջակցել՝

- ✓ փոխօգնության ցանցերի/խմբերի ստեղծմանը,
- ✓ անձի առանձնահատկությունների, կարիքների, պահանջմունքների հիման վրա իր բնակության վայրի պայմանների հարմարեցումների ծրագրերի իրականացմանը,
- ✓ անձնական օգնականի և խելամիտ հարմարեցումների ծառայությունների տրամադրմանը,
- ✓ համայնքային կյանքին ներառվելուն ուղղված այլ ծառայությունների ստեղծմանը:

4) Ընդլայնել տնային պայմաններում խնամքի և սոցիալական սպասարկման ծառայությունները, որոնք սոցիալական և առողջապահական աջակցություն կարող են տրամադրել տներում, հատկապես նրանց համար, ովքեր ունեն տեղաշարժման խնդիրներ:

5) Բարելավել հիմնական դեղերի հասանելիությունը, մասնավորապես՝

- ✓ ապահովել հոգեմետ դեղերի հասանելիությունը ազգային առողջապահական համակարգում՝ ընդլայնելով հիմնական դեղերի ցանկը, ինչպես նաև ներդնելով հոգեմետ դեղերի տրամադրման նոր մեխանիզմներ:

✓ վերապատրաստել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներին հոգեմետ դեղամիջոցների համապատասխան կիրառման (ներառյալ կողմնակի ազդեցությունների մոնիտորինգը) և կառավարման հարցում:

2. Ծառայությունների որակի և իրավունքահեղուության ապահովում

1) Մասնագիտական ներուժի և համագործակցության խթանում.

✓ Մշակել շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրեր հոգեկան առողջության մասնագետների, ներառյալ հոգեբույժների, հոգեբանների, սոցիալական աշխատողների և մյուս մասնագետների համար:

✓ Իրականացնել ծրագրեր՝ ուղղված հոգեւոցիալական աջակցության ծառայություններում բազմամասնագիտական սկզբունքի ջատագովությանը:

✓ Մշակել և ներդնել համագործակցային տարբեր հարթակներ հոգեւոցիալական աջակցության բոլոր շահագրգիռ կողմերի ներգրավմամբ:

2) Ծառայությունների կարիքի գնահատման մեխանիզմների բարելավում.

✓ Մշակել մարզերում հոգեւոցիալական աջակցության ծառայությունների կարիքների պարբերական գնահատման համակարգեր, ինչը հետագայում հիմք կհանդիսանա համայնքում և մարզում անհրաժեշտ ծառայությունների ներդրման կամ բարելավման համար:

3) Ծառայությունների կայունության ապահովում.

✓ Աջակցել մարզերում գործող սակավաթիվ թեժ գծերի, վստահության հեռախոսահամարների գործունեությանը և կայունության ապահովմանը, ստեղծել այդպիսի նոր ծառայություններ:

✓ Աջակցել մարզերում գործող սակավաթիվ ԲՀԿ-ներին՝ ապահովելու հոգեւոցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվող կարիքահեն և իրավունքահեն ծառայությունների կայունությունը:

4) Ծառայությունների մշտադիտարկում և գնահատման համակարգի բարելավում.

✓ Մշակել հոգեկան առողջության ծառայությունների մոնիտորինգի և գնահատման գործիքներ՝ ապահովելու ծառայությունների արդյունավետությունը, հասանելիությունը և անձնակենտրոնությունը:

✓ Մշակել այնպիսի մեխանիզմներ, որոնք թույլ կտան ապահովել ծառայություններից օգտվողների հետ հետադարձ կապը:

5) Իրազեկվածության բարձրացման խթանում.

✓ Իրականացնել մարզային և համայնքային հանրային իրազեկման արշավներ՝ նվազեցնելու խարանս ու խտրականությունը հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց նկատմամբ:

✓ Մշակել իրազեկման ծրագրեր հոգեկան առողջության խնդիրների վերաբերյալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց և նրանց ընտանիքի անդամների համար:

✓ Բազմադերակատար համագործակցության միջոցով (ՀԿ-ներ, կրթական հաստատություններ, ՉԼՄ-ներ, ծառայություններ տրամադրող կառույցներ) իրականացնել իրազեկման ծրագրեր հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների, հասանելի ծառայությունների և դրանք տրամադրող կառույցների մասին:

✓ Իրականացնել կարողությունների զարգացման ծրագրեր քաղաքականության մշակողների, որոշումներ կայացնողների և ծառայություններ մատուցողների շրջանում հատկապես կարիքի գնահատման մեխանիզմների, ծառայությունների իրավունքահենության, անգործունակության ճանաչման ինստիտուտի, ապահիստիտուցիոնալացման և մասնագիտական Էթիկայի շրջանակի վերաբերյալ:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԸՍՏ ՇԻՐԱԿԻ ՄԱՐԶԻ ԱՌԱՋՆԱՅԵՐԹ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ

Շիրակի մարզում հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվող ծառայությունների ներդրման և ամկա ծառայությունների որակի բարելավման համար առաջարկում ենք.

1. **Մշակել համագործակցության մեխանիզմներ՝** պետական և ոչ պետական կազմակերպությունների միջև արդյունավետ և համակարգային համագործակցային աշխատանք ապահովելու համար:
2. **Ապակենտրոնացնել ծառայությունները՝** մարզի բոլոր հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար դրանք առավելագույնս հասանելի և մատչելի դարձնելու նպատակով:
3. **Ապահովել զբաղվածության և աշխատատեղի հարմարեցման խնդիրների լուծմանն ուղղված միջոցառումներ,** որոնք կնպաստեն հոգեւոցհալական հաշմանդամություն անձանց՝ հասարակությանը լիարժեք ներառվելուն և աշխատանքային իրավունքների պաշտպանությանը:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԸՍՏ ԱՐԱՐԱՏԻ ՄԱՐԶԻ ԱՌԱՋՆԱՅԵՐԹ ԿԱՐԻՔՆԵՐԻ

Արարատի մարզում հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց տրամադրվող ծառայությունների ներդրման և առկա ծառայությունների որակի բարելավման համար առաջարկում ենք.

1. **Ներգրավել նոր մասնագետներ՝** ապահովելով համապատասխան մասնագիտական ներուժ անհրաժեշտ ծառայությունների տրամադրման համար:
2. **Ապահովել մատչելի և հասանելի ծառայություններ՝** հատկապես գյուղական բնակավայրերի, միայնակ կամ այլ պատճառներով օգնության կարիք ունեցող շահառուներին ծառայությունների հասանելիությունն ապահովելու համար:
3. **Ստեղծել հաշմանդամություն ունեցող անձանց անկախ կյանքի կենտրոններ,** ինչը հնարավորություն կտա աջակցելու հաշմանդամություն, այդ թվում՝ հոգեւոցհալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ինքնավարությանը, շահերի պաշտպանությանը, փոխօգնության տրամադրմանը, ծառայությունների ֆիզիկական և տեղեկատվական մատչելիությանը, անհատականացված աջակցությանն ու համայնքային կյանքին լիարժեք ներառմանը:

ԲԱԺԻՆ 6. ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1. Արարատի և Շիրակի մարզերում հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց թիվը և սեռատարիքային և աշխարհագրական բաշխումը (հարցումների տրամաբանական շրջանակը)

Հավելված 2. Արարատի և Շիրակի մարզերում սոցիալ-ժողովրդագրական հատվածի վերաբերյալ տվյալները (հարցումների տրամաբանական շրջանակը)

Հավելված 3. Հոգետնցիալական աջակցություն ծառայությունների տեսակի և քանակի վերաբերյալ (բարտեզագրում), ինչպես նաև ոլորտում առկա մասնագիտական ներուժի վերաբերյալ տվյալների հարցումների տրամաբանական շրջանակը

Հավելված 4. Թիրախային խմբի անդամների ընտրանք՝ ըստ համայնքների, բնակության վայրի և սեռատարիքային ներկայացվածության

Հավելված 5. Փորձագիտական ֆոկլուս-խմբային քննարկման մասնակիցների ընտրանք՝ ըստ համայնքների, մասնագիտությունների և կազմակերպությունների

Հավելված 6. Հոգետնցիալական աջակցության ծառայությունների գնահատման գործիքակազմ. Փորձագիտական հարցման հարցաշար

Հավելված 7. Հոգետնցիալական աջակցության ծառայությունների գնահատման գործիքակազմ. Հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց շահերն ու իրավունքները պաշտպանող և(կամ) հոգետնցիալական աջակցության ծառայություններ տրամադրող կառույցների ներկայացուցիչների ֆոկլուսխմբային քննարկման հարցաշար

Հավելված 8. Հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց (թիրախային խմբի) ֆոկլուսխմբային քննարկման հարցաշար

Հավելված 9. Շիրակի մարզի հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայություններ տրամադրող կառույցների քարտեզագրման արդյունքները (2024թ.)՝ ըստ գտնվելու վայրի և ծառայության տեսակների

Հավելված 10. Արարատի մարզի հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց ծառայություններ տրամադրող կառույցների քարտեզագրման արդյունքները (2024թ.)՝ ըստ գտնվելու վայրի և ծառայության տեսակների

Հավելված 11. Շիրակի մարզի հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալ ժողովրդագրական և այլ տվյալներ

Հավելված 12. Շիրակի մարզի հոգետնցիալական հաշմանդամություն ունեցող անձանց սոցիալ ժողովրդագրական և այլ տվյալներ