**შესაძლებლობათა შეზღუდვის არსებული მოდელები: ნაწილი მეორე: სოციალური მოდელი**

**შესავალი:** დასავლურ კულტურაში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა შეფასება ბოლო დრომდე ინდივიდუალური მოდელის მიდგომებით ხორციელდებოდა და საკითხი სამედიცინო პრობლემაზე ან პირად ტრაგედიაზე დაიყვანებოდა (Watson, N. Vehmas, S. 2019). შშმ პირთა უფლებების გარშემო წარმოქმნილმა მოძრაობებმა ეჭვქვეშ დააყენა ტრადიციული მოდელი და ხაზი გაუსვა სამედიცინო მიდგომის ნაკლოვანებებს. სწორედ შშმ პირთა ფართომასშტაბიან მობილიზაციას უკავშირდება შეფასების სოციალური მოდელის განვითარება, რამაც პრობლემა ინდივიდიდან გარემო ფაქტორებზე გადაიტანა.

აღნიშნულ თავში მიმოხილულია სოციალური მოდელის მახასიათებლები, გაანალიზებულია სამედიცინო მოდელის ძირითადი მიდგომები და სოციალურ მოდელთან შედარება. ასევე, წარმოდგენილია სოციალური მოდელის პრაქტიკული მაგალითები, მისი კრიტიკა და შშმ პირთა შეფასების სხვა არსებული მოდელები.

1. **შშმ პირთა შეფასების სოციალური მოდელი - წარმოშობა და მახასიათებლები**

არსებობს უამრავი ანთროპოლოგიური და სოციოლოგიური მტკიცებულება, რომელიც მიანიშნებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პრობლემებზე სოციალური რეაგირება მნიშვნელოვნად განსხვავდება დროის, კულტურისა და ადგილმდებარეობის მიხედვით (Hanks and Hanks 1948; Lemert 1951; Ingstad and Whyte 1995; Miles 1995, 2001; Ingstad 2001). მაგალითად დიდ ბრიტანეთში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა აქტივობა "საცხოვრებელთან დაკავშირებულ ზრუნვაზე" და კონტროლზე უარის თქმას უკავშირდებოდა, რასაც ფინკელშტეინი (1999) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ძირითადი ეკონომიკური და სოციალური საქმიანობიდან გარიყვას უწოდებდა (Finkelstein 1980; Oliver 1990; Barnes 1990, 1991, 1997; Gleeson 1999; Borsay 2005).

აღსანიშნავია ისიც, რომ 1960-იანი წლების ბოლომდე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მხარდაჭერა მიუწვდომელი იყო დაწესებულებების გარეთ და არ არსებობდა შეზღუდულობასთან დაკავშირებული სოციალური დახმარება. შესაბამისად, "მძიმედ" შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები ძირითადად დასაქმებულები იყვნენ საცხოვრებელ სახლებში, რომლებსაც პროფესიონალები მართავდნენ ან ცხოვრობდნენ შედარებით სიღარიბესა და სოციალურ იზოლაციაში. ამ დროისთვის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის და მათი ოჯახებისთვის გადამწყვეტი ფაქტორი იყო უსახსრობა, რამაც 1965 წელს შედეგად გამოიღო შშმ პირთა შემოსავლების ჯგუფის (DIG) ფორმირება, რომელსაც ორი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალი ხელმძღვანელობდა (Campbell and Oliver 1996) (Watson, N. Vehmas, S. 2019).

 შშმ პირთა შემოსავლების ჯგუფმა მთელი ქვეყნის მასშტაბით მიიპყრო აქტივისტების ყურადღება. მათ შორის იყვნენ გაერთიანებული სამეფოს შშმ პირთა უფლებების მოძრაობის მთავარი ფიგურები:პაულ ჰანტი, ვიკ ფინკელშტეინი, მეგი ჰინსი და კენ დევისი, თუმცა მათ მალევე უარყვეს ვიწრო შემოსავლის მიდგომა და სხვა თანამოაზრე აქტივისტებთან ერთად 1974 წელს შექმნეს სეგრეგაციის წინააღმდეგ ფიზიკურად დაზარალებულთა კავშირი (UPIAS 1976), რომელიც სოციალური მოდელის აზროვნების ისტორიაში, ერთ-ერთი გავლენიანი ორგანიზაცია გახლდათ. იგი ინტელექტუალური და პოლიტიკური არგუმენტებიდან წარმოიშვა, რომლის ფორმირებისა და იდეოლოგიის შემუშავებისას, ჰანტმა მჭიდროდ ითანამშრომლა ვიკ ფინკელშტეინთან, სამხრეთ აფრიკელ ფსიქოლოგთან, რომელიც 1968 წელს ბრიტანეთში ანტი-აპარტეიდული აქტიობების განსახორციელებლად ჩამოვიდა. აღნიშნული ქსელი ჩამოყალიბდა მას შემდეგ, რაც პოლ ჰანტმა 1971 წელს გაზეთ „The Guardian“- ს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მომხმარებელთა ჯგუფის შექმნის შესახებ მისწერა.

UPIAS იყო მარქსიზმით შთაგონებული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანთა მცირე და რთული ჯგუფი, რომლებიც უარყოფდნენ ლიბერალურ და რეფორმატორულ კამპანიებს. მათი პოლიტიკის თანახმად (მიღებულია 1974 წლის დეკემბერში), UPIAS– ის მიზანი იყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის საზოგადოებაში სრულად მონაწილეობის, დამოუკიდებლად ცხოვრების, პროდუქტიული მუშაობისა და საკუთარ ცხოვრებაზე სრული კონტროლის უზრუნველყოფა. მათი აზრით, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები მუდმივად აწყდებოდნენ ბარიერებს - ”ჩვენ აღმოვჩნდით იზოლირებულები და გარიყულები არაადეკვატური საზოგადოებრივი ტრანსპორტის, უვარგისი საცხოვრებელი ფართის, ხისტი ქარხნებისა და ოფისების, შესაბამისი მხარდაჭერის არქონისა და და უახლესი აღჭურვილობის ნაკლებობის გამო” (UPIAS მიზნები პუნქტი 1). (Watson, N. Vehmas, S. 2020).

UPIAS-ის წევრები ამტკიცებდნენ, რომ ეთნიკური თუ სექსუალური უმცირესობების მსგავსად, შეზღუდული შესაძლებლობებიც სოციალური ჩაგვრის რთული ფორმა იყო. ჰანტი მიუთითებს, რომ ”შეზღუდულობის პრობლემა მდგომარეობს არა მხოლოდ ინდივიდის ფუნქციის დაქვემდებარებაში, არამედ „ნორმალურ ”ადამიანებთან ურთიერთობაშიც”(Hunt 1966a). შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები განცალკევებულნი არიან “ჩვეულებრივისგან და საყოველთაოდ გავრცელებული სოციალური ღირებულებების გამო წარმოჩენილები არიან, როგორც "უბედურები, უსარგებლოები, განსხვავებულები და დაჩაგრულები". მათი ჩაგვრის ერთ-ერთი ასპექტია ასევე დაბალი შემოსავლის ქონა. ყოველივე ეს კი სოციალური ცხოვრების ყველა სფეროდან, როგორიცაა მაგალითად განათლება, მობილობა, საცხოვრებელი სახლი და ა.შ. იზოლირებისა და სეგრეგაციის შედეგიდან მოდის ‘’ (UPIAS 1976: 4).

UPIAS– მა ასევე წარმოადგინა შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალურ – პოლიტიკური განსაზღვრება, რამაც წარმოაჩინა განსხვავება ბიოლოგიურ და სოციალურ შეზღუდულობას შორის. აღნიშნული განმარტებით "შეზღუდულობა" არის დროებითი, სოციალური ორგანიზაციის მიერ გამოწვეული შეზღუდვის უარყოფითი მხარე, რომელიც გამორიცხავს მათ მონაწილეობას სოციალური საქმიანობის მთავარ სისტემაში ” (UPIAS 1976: 14).

UPIAS– ის განმარტება მიიღეს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ეროვნულმა და საერთაშორისო ორგანიზაციებმა. მათ შორის იყო ბრიტანეთის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ორგანიზაციების საბჭო (BCODP), გაერთიანებული სამეფოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ორგანიზაციები და შშმ პირთა საერთაშორისო ორგანიზაცია (DPI) (Campbell and Oliver 1996)m(Watson, N. Vehmas, S. 2020).

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შეფასების სოციალურ მოდელზე საუბრისას მნიშვნელოვანია ვახსენოთ შშმ პირთა საყოველთაო მობილიზება. შშმ პირთა უფლებების მოძრაობამ დაამტკიცა, რომ აუცილებელი იყო შშმ პირთა შეფასების მოდელის ცვლილება. ისინი ხაზს უსვამდნენ სამედიცინო მოდელის რეპრესიულ ბუნებას და ყალბ საფუძველს, რომელიც სოციალური მოდელით უნდა ჩანაცვლებულიყო. ახალი მოდელი უნდა ყოფილიყო გამათავისუფლებელი და არა რეპრესიული, ინკლუზიის და არა მარგინალიზაციის საფუძველი.

რეპრესიული მარგინალიზაციის პრობლემის მიმართ შშმ პირთა უფლებების მოძრაობის მიერ შემოთავაზებული გამოსავალი სამკომპონენტიან მიდგომას მოიცავდა: 1) იდეოლოგიური; რომელიც სამედიცინო მოდელს უპირისპირდება და მისი ახალი, სოციალური მოდელით ჩანაცვლებას გვთავაზობდა; 2) საკანონმდებლო მიდგომა; ახალი კანონების შემოთავაზება, მაგ. „აქტი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ამერიკელების შესახებ“ (Americans with Disabilities Act - ADA), დარღვევების მქონე პირების უფლებების გარანტირებისთვის; და 3) ორგანიზაციული მიდგომა, რაც „დამოუკიდებელი ცხოვრების ცენტრების“ შექმნას გულისხმობდა, სადაც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები თავად აიღებდნენ პასუხისმგებლობას თავიანთ ცხოვრებაზე.

სამედიცინო მოდელი წარმოადგენდა პოლიტიკების და პროცედურების ერთობლიობაა, რომლის დებულებები შეფარვით აკონტროლებდა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანების ცხოვრებას. რა თქმა უნდა, ეს იყო სტრუქტურა, რომელიც ამგვარ ადამიანებს ჩაგრავდა, რადგანაც მათ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონედ და დეჰუმანიზებულად წარმოაჩენდა. კონკრეტულად, სამედიცინო მოდელის მიხედვით, შშმ პირების წინაშე არსებული პრობლემები, უბრალოდ, სამედიცინო პრობლემებია. სამედიცინო პრობლემების არსებობისას კი, რა თქმა უნდა, საჭიროა მკურნალობა მთელი რიგი სამედიცინო სპეციალისტების მიერ. სპეციალიზებულ მკურნალობაში გადაცემა, როგორც ამას სამედიცინო მოდელი მიიჩნევს, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (ავადმყოფ) ადამიანს პასიურს ხდის, რის შედეგად მას აღარ შეუძლია გამოავლინოს პერსონალურობის განმსაზღვრელი ნიშან-თვისებები და საკუთარი საქმეების კონტროლი. შესაბამისად, შშმ პირთა უფლებების დაცვის მოძრაობა ამგვარ სამედიცინო მოდელს რეპრესიულად მიიჩნევდა, რადგანაც ის დარღვევების და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების გარიყვის მთავარ წყაროს წარმოადგენდა იმ ძირითადი (მეინსტრიმული) საზოგადოებიდან, რომელიც შეზღუდულობის არმქონე, „ჯანმრთელად“ მიჩნეული ადამიანების არეალს წარმოადგენს.

შშმ პირთა უფლებების მოძრაობის თვალსაზრისით, სამედიცინო მოდელი უშუალოდ ამ პრობლემის შემადგენელ ნაწილს და არა თავად მისი გადაწყვეტის გზას წარმოადგენს. აღნიშნული პრობლემის გადასაჭრელად კი საჭირო გახდა მოდელის შეცვლა, რისთვისაც ორმაგი ძალისხმევა იყო საჭირო. აუცილებელი იყო იმის ჩვენება, რომ სამედიცინო მოდელი არა მხოლოდ რეპრესიულია, როგორც ზემოთ იქნა აღნიშნული, არამედ, როცა მისი გამოყენება შშმ პირის მიმართ ხდება, ის ყალბ საფუძველს ეყრდნობა და, შესაბამისად, მიუღებელია.

სამედიცინო მოდელმა აჩვენა მისი დრომოჭმულობა, რადგან, მის თანახმად, შშმ პირის მოცემული მდგომარეობა, დარღვევა ან „დაავადება“ დროებითია. შესაბამისად, შეზღუდვის მქონე ადამიანისთვის შეიძლებოდა დამაჯერებლად ან გონივრულად ეთხოვათ, რომ უარი ეთქვა საკუთარი ცხოვრების კონტროლზე და ეს კონტროლი სამედიცინო სპეციალისტებისთვის გადაეცა, ვინც მათ სამედიცინო მდგომარეობას, დარღვევას უმკურნალებდა. ყველაფერს რომ თავი დავანებოთ, მდგომარეობა მხოლოდ „დროებითი“ იყო და საკმაოდ მალე უნდა განკურნებულიყო. ამის შედეგად, ასევე დროებითი იქნებოდა ავტონომიის და საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის დაკარგვით გამოწვეული ტკივილი, რაც, როგორც წესი, ის ფასია, რასაც ავადმყოფობის გამო საჭირო სამედიცინო მომსახურების მიღების „პრივილეგიისთვის“ იხდიან. სამედიცინო მოდელის მიხედვით, საკუთარი ავტონომიის დაკარგვა იმ ტკივილის ანალოგიურია, რასაც ადამიანი სერიოზული ოპერაციის შედეგად განიცდის, ან იმ გვერდით მოვლენას ჰგავს, რაც სხვა მხრივ სასარგებლო და მცირეხნიან სამედიცინო მკურნალობას ახლავს თან: არასასურველი, არასასიამოვნო, მაგრამ გარდაუვალი და, ამგვარად, წარმატებული მკურნალობის მისაღები შედეგი.

უსინათლობა, გაფანტული სკლეროზი, განვითარების დარღვევები, მაგალითად, იშვიათად იკურნება. ამგვარად, სამედიცინო მოდელის უპირატესად გამოყენების შემთხვევაში, დარღვევის მქონე ადამიანს შეიძლება საკმაოდ დასაბუთებულად მოსთხოვონ, რომ თავისი ავტონომია სამუდამოდ დასთმოს. შშმ პირთა უფლებების მოძრაობაში ჩართულ აქტივისტებს ამგვარი ფასის გადახდა არ სურდათ, განსაკუთრებით მაშინ, როცა დარღვევის მკურნალობა, როგორც დროებითი უბედურების ან დაავადებისა და არა როგორც ხანგრძლივი მდგომარეობისა, რაც ხშირ შემთხვევაში მთელი სიცოცხლის მანძილზე გრძელდება ხოლმე, „არასათანადო მოპყრობად“ არის მიჩნეული.

სამედიცინო მოდელი შეიძლება შესაფერისი იყოს დროებითი, მოკლევადიანი პრობლემის შემთხვევაში, მაგრამ შეუფერებელია მაშინ, როცა მას გრძელვადიანი შეზღუდვის მქონე ადამიანის მიმართ იყენებენ. სწორედ ამის ჩვენება წარმოადგენს მთავარ მიზანს შშმ პირთა უფლებების დაცვის მოძრაობის ძალისხმევების განხორციელებისას, რათა იდეოლოგიური საფუძველი შეიქმნას იმ პრობლემების გადასაჭრელად, რომელთა წინაშეც შშმ პირები დგანან. მეორე, მთავარი მიზანი იყო საკუთარი მოდელის შეთავაზება იმის თაობაზე, თუ რა არის შეზღუდული შესაძლებლობა და როგორ უნდა მოხდეს მასზე რეაგირება. მართლაც, ტერნერის (Turner (1969: 391)) დაკვირვების თანახმად, შშმ პირთა უფლებების მოძრაობა შეიძლება იყოს მხოლოდ „მნიშვნელოვანი სოციალური მოძრაობა“, თუ ის შესთავაზებს საკითხის „ახლებურად გადასინჯვას იმგვარად, რომ... ადამიანებმა გარკვეულ უიღბლობას“, ამ შემთხვევაში ხანგრძლივ დარღვევას, „შეხედონ და დაინახონ ის... როგორც უსამართლობა, რომელიც მიუღებელია საზოგადოებაში.“

მოძრაობის მიერ შემოთავაზებული, ახლებურად გადასინჯული ვერსიით, სოციალური მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას არ მიიჩნევს კონკრეტული პირის მიერ განცდილი დარღვევის შედეგად დამდგარ ასატან, აუცილებელ მდგომარეობას. ამის ნაცვლად, ეს არის ისეთი სიტუაცია, რომელიც დიდწილად შექმნილია შეზღუდულობაზე საზოგადოების რეაგირების შედეგად. მართლაც, ადამიანს შეზღუდულ შესაძლებლობას უქმნის სწორედ რომ საზოგადოების რეაგირება დარღვევაზე და არა თვითონ დარღვევა. ამას გარდა, საზოგადოების ამგვარ რეაგირებას თან ახლავს უსამართლობა, რომელიც შექმნილია შეზღუდულობის მქონე ადამიანების ავტონომიის გაუმართლებელი უარყოფის შედეგად. უფრო მეტიც, როგორც შშმ პირთა უფლებების მოძრაობა ამტკიცებს, შეზღუდული შესაძლებლობა სოციალური რეპრესიაა, „მაშინ შშმ პირები მიჩნეულნი იქნებიან როგორც საზოგადოების... კოლექტიური მსხვერპლები, ვიდრე გარემოების ინდივიდუალური მსხვერპლები (Oliver 1990: 2). ამას გარდა, თუ შეზღუდული შესაძლებლობა საზოგადოებრივი რეპრესიის შედეგია, მაშინ საზოგადოების იმგვარი ქმედება, როგორიცაა შესაბამისი კანონების მიღება, ხელს შეუწყობდა ამ რეპრესიის აღმოფხვრას, ან, სულ მცირე, შემცირებას. შესაბამისად, მოძრაობისთვის მნიშვნელოვანი იყო, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის ახალი განმარტებით, მისი ახალი მოდელი შემოეთავაზებინა.

ახალი მოდელი, როგორც ზემოთ აღინიშნა, ორ დებულებას ეფუძნება:

1) დარღვევას შეზღუდულ შესაძლებლობად გადააქცევს არა დარღვევის მქონე პირი, არამედ სოციალური პირობები;

 2) ე.წ. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების სახელით ძალისხმევების განხორციელებისას ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს არა უშუალოდ დარღვევა, როგორც ასეთი, არამედ მათი პიროვნულობა, ე.ი. მათი შესაძლებლობა და უფლებები, რომ თავიანთი საკუთარი, ავტონომიური გადაწყვეტილებები მიიღონ იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იცხოვრონ ე.წ. შეზღუდული შესაძლებლობით. ეს იმას ნიშნავს, რომ საკითხი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის კეთილდღეობას“ კი არ ეხება, არამედ „შშმ ადამიანის უფლებებს“ (Charlton : 115).

სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, სოციალური მოდელის პირველი დებულება არის ის, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა ერთდროულად სოციალური კონსტრუქციაც და სოციალური ქმნილებააცაა (იხილეთ; Oliver 1990: 82-83). შეზღუდული შესაძლებლობა, ინდივიდუალურად და კოლექტიურად, შეზღუდული შესაძლებლობის არმქონე ხალხის შეხედულებების შედეგად კონსტრუირდება და მტრული სოციალური მიდგომებით თუ სტიგმატიზებით გამოიხატება. ე.წ. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ, ინტერპერსონალური შეხვედრების დროს, ან უახლოეს ადამიანებთან ურთიერთობებისას. თუმცა, შეზღუდული შესაძლებლობა ასევე სოციალური ქმნილებაა იმ გაგებით, რომ ის არის კანონების, პოლიტიკების და საზოგადოების მიერ ინსტიტუციურად დამკვიდრებული პრაქტიკების შედეგი, რაც აშკარად არის გამოხატული შშმ პირების წინაშე არსებული შეზღუდვების სახით მეორეხარისხოვან ურთიერთობებში, რაც პოლიტიკას და ეკონომიკას ახასიათებს. მოკლედ რომ ვთქვათ, პირველი დებულება ისაა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა დარღვევის კი არა, სოციალური შეზღუდვების პირდაპირი შედეგია. ამგვარი შეზღუდვები შეიძლება ისეთი ფაქტორებიდან გამომდინარეობდეს, როგორიცაა, მაგალითად, არაადაპტირებულად მოწყობილი გარემო [შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის არ არის გათვალისწინებული პანდუსები ან ლიფტები],ეჭვნარევი წარმოდგენები ინტელექტის და სოციალური კომპეტენციის მიმართ [დარღვევის მქონე ადამიანები ასევე სულელები და არაკომპეტენტურები არიან, არ შეუძლიათ საკუთარ თავზე ზრუნვა], საერთო მოსახლეობის მიერ ჟესტური ენის გამოყენების შეუძლებლობა, ბრაილზე შედგენილი საკითხავი მასალის ნაკლებობა, ან მტრულად განწყობილი საზოგადოებრივი მიდგომები იმ ადამიანების მიმართ, ვისაც თვალით ხილული შეზღუდული შესაძლებლობა არ აღენიშნება [როგორიცაა ფსიქიკური დაავადება] (Oliver 1990: xiv).

მოკლედ რომ ვთქვათ, დარღვევების მქონე ადამიანების „შესაძლებლობა შეზღუდულია საზოგადოების მიერ, რაც მორგებულია იმ პირების საჭიროებებზე, ვისაც სიარული შეუძლია, იდეალური მხედველობა და სმენა აქვს, გარკვევით მეტყველებენ და ინტელექტუალურად კარგად აზროვნებენ“ (Brisenden 1998: 23).

როგორიც არ უნდა იყოს კონკრეტული შეზღუდვა, სოციალური მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას რეპრესიის ფორმად განიხილავს. უფრო მეტიც, მისი გადმოსახედიდან, „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები... არამზრუნველი ან გაუთვითცნობიერებელი საზოგადოების კოლექტიური მსხვერპლები უფრო არიან, ვიდრე გარემოებების [როგორიცაა დარღვევა] ინდივიდუალური მსხვერპლები (Oliver 1990: 2). ამგვარად, მაშინ, როცა არ არის უარყოფილი „დარღვევების მნიშვნელობა ადამიანების ცხოვრებაში..., [ის] კონცენტრირებულია იმ სოციალურ ბარიერებზე, რომლებიც შექმნილია დარღვევის „მაღლა“ (Barnes et al. 1999: 2). მოკლედ რომ ვთქვათ, სოციალური მოდელის მიხედვით „... დარღვევების მქონე ადამიანები შეზღუდული შესაძლებლობების პირები არიან იმის გამო, რომ საზოგადოება აშკარად წარუმატებელი აღმოჩნდა და მათ საჭიროებებზე მორგება ვერ მოახერხა“ (Barnes et al. 1999: 2). ამგვარი მარცხი, რა თქმა უნდა, ადამიანების მარგინალიზებას ახდენს, რის გამოც მათ ხელი ვეღარ მიუწვდებათ ძირითადი საზოგადოების აქტივობებზე. თუმცა, იქ, სადაც სოციალური მოდელის პირველი დებულება მიღებულია, ინკლუზიას მარგინალიზაციის ჩანაცვლება შეუძლია.

სოციალური მოდელის მეორე დებულება ის არის, რომ დარღვევების მქონე ადამიანებს საკუთარი ცხოვრების კონტროლი უნდა შეეძლოთ და შესაძლებლობის ფარგლებში, ეს ასეც უნდა ხდებოდეს. ეს არის, ყველაფერზე მეტად, მათ ინდივიდუალობა, მათი შესაძლებლობა, რომ იყვნენ ავტონომიური, საკუთარი არჩევანი გააკეთონ გაუმართლებელი ძალდატანების გარეშე და განახორციელონ ისინი; და რომ მათ პატივისცემით მოექცნენ. ეს დებულება შეცვლილია იმ შეხედულებით, რომ ბევრი ისეთი რამე არსებობს, რაც დარღვევის მქონე ან არმქონე ადამიანებს შეუძლიათ ან არ შეუძლიათ გააკეთონ, „ფსიქიკური და ფიზიკური შესაძლებლობების მთელი დიაპაზონი არსებობს, რომლებიც უნიკალურია ადამიანისთვის“ (Brisenden 1998: 23).უფრო მეტიც, სოციალური მოდელი მიზანშეწონილად ხდის პოლიტიკის და პრაქტიკის უკუგდებას იმ შეხედულების საფუძველზე, რომ თავად დარღვევა უნდა იყოს ის ინფორმაცია, რომელიც ადამიანს დარღვევის მქონე ადამიანის აღქმაში ეხმარება. ეს ნიშნავს, რომ ამ მოდელით არ არის მიზანშეწონილი ინდივიდუალობისთვის „ადამიანური მხარის ჩამოშორება და ადამიანის... გაქრობა, ისე რომ მხოლოდ თავის მდგომარეობასთან იქნას დატოვებული“(Charlton 1989:54). როგორც ჩარლტონი (Charlton (p. 54)) აღნიშნავს, ადამიანები არ უნდა „აღწერონ არსებითი სახელით „უსინათლო ადამიანი“, „ყრუ“, „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე““, მათი პიროვნება სრულად არის გათანაბრებული თავიანთ „მდგომარეობასთან“. პირიქით, სოციალური მოდელის მოწოდებაა, რომ ყველა იყოს ავტონომიური და პატივს სცემდნენ მათ, დარღვევის ხარისხის და ფორმის მიუხედავად.

ამგვარი მოწოდება რამდენიმე მიზეზს ეფუძნება, რომელთაგან ერთ-ერთია ისეთი ტიპის დარღვევის არსებობა, რომელიც სამედიცინო ჩარევას დიდი ხნის განმავლობაში, მთელი სიცოცხლის მანძილზეც კი შეიძლება მოითხოვდეს. თუ სამედიცინო მოდელი იქნება გამოყენებული, როგორც ეს ზემოთ იქნა აღნიშნული, მაშინ დარღვევის მქონე ადამიანი მთელი ცხოვრების მანძილზე პაციენტად დარჩება. ამ შემთხვევაში, მის მიმართ იქნება მოლოდინი, რომ მან პასიურად უნდა მიიღოს შეთავაზებული მკურნალობა, სადაც არ იქნება დასმული შეკითხვები, ხოლო მისი ავტონომია გაურკვეველი დროით შეჩერდება. თუმცა, სოციალური მოდელი, რომლის მთავარი ყურადღება ავტონომიაზეა გამახვილებული, მოუწოდებს „მიმართულების გადანაცვლებას მკურნალობიდან ზრუნვაზე“ (Zola 1983: 54) და აღიარებაზე, რომ მკურნალობა „აღარ უნდა მოიცავდეს ექიმის მხრიდან მოქმედებას და პაციენტის მხრიდან მკურნალობის მიღებას.“

რა თქმა უნდა, ეს დებულება არავის არ მოუწოდებს, რომ „კარგ ფიზიკურ ფუნქციონირებას დაუპირისპირდეს, თუმცა, მარტივად აკეთებს აქცენტს არჩევანზე, რისკსა და თვითგამორკვევაზე“ (Varela 1983: 44). ასევე აღნიშნავს, რომ „იმისთვის, რომ მკურნალობა წარმატებული იყოს, პაციენტმა მასში აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღოს“ (Zola 1983: 54). უფრო მეტიც, მეორე დებულება, ავტონომიის დებულება, მოგვიწოდებს ვაღიაროთ, რომ დარღვევის მქონე ადამიანებს ნება და სტიმული უნდა მიეცეთ, რომ „საკუთარ თავთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები ბევრი სხვა ფაქტორის საფუძველზე მიიღონ, ასევე სამედიცინო მოსაზრებების გათვალისწინებით“ (Brisenden 1998: 25). იგივე დებულება ასევე ხაზს უსვამს, რომ დარღვევის მქონე ადამიანის ავტონომია და დამოუკიდებლობა დააფასონ, ამასთან, „იკითხონ, როგორ შეიძლება ამ მხრივ დახმარების გაწევა და ხელშეწყობა ისე, რომ კონტროლის უფლება ადამიანს არ წაართვან“ (Brisenden's 1998: 25).

შშმ პირთა უფლებების მოძრაობის მიერ შეთავაზებული სოციალური მოდელის დანერგვა აძლიერებს შშმ პირებს და ხელს უშლის მათ მიმართ რეპრესირებულ გამოვლინებებს, ინკლუზიის შედეგად უზრუნველყოფს მათ ჩართულობას და არა მარგინალიზებულობას. რა თქმა უნდა, მოძრაობა აღიარებდა, რომ გაუმჯობესებული იდეოლოგია საკმარისი არ იქნებოდა მიზნისკენ მიმავალ გზაზე წარმატების მისაღწევად. ასევე საჭირო გახდებოდა კანონმდებლობა შეზღუდვის მქონე ადამიანების უფლებების უზრუნველსაყოფად, როგორც ასევე ე.წ. „დამოუკიდებელი ცხოვრების ცენტრების“ შექმნაც, სადაც შეზღუდვის მქონე პირები თავად იქნებოდნენ პასუხისმგებელნი თავიანთ ცხოვრებაზე (Winter, 2003).

**2. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა შეფასების სოციალური და სამედიცინო მოდელები- შედარება**

შშმ პირთა შეფასების სამედიცინო მოდელი აქცენტს ფიზიკურ შეზღუდულობასა და ნაკლზე აკეთებს, აქედან გამომდინარე ინდივიდი განიხილება სამედიცინო ჭრილში და მის პოტენციალსა და შესაძლებლობებს სათანადო ყურადღება არ ექცევა, რაც საბოლოო ჯამში შშმ პირის უფლებებისა და ინტერესების დაცვას ვერ უზრუნველყოფს. აღნიშნული მოდელი შეზღუდულ შესაძლებლობას განიხილავს, როგორც პირად მახასიათებელს, რომელიც სხვა ადამიანების პრობლემას არ წარმოადგენს და საზოგადოებასაც შესაბამისად არ ჭირდება დამოკიდებულებების ცვლილება. განკურნება და რეაბილიტაცია უნდა მოახდინოს თავად ინდივიდმა. მოდელი ფოკუსირებულია შეზღუდული შესაძლებლობის მართვაზე, ძველი მდგომარეობის დაბრუნებაზე და ცენტრალური საკითხად ამ საქმეში მიიჩნევს სამედიცინო პირების პასუხისმგებლობას. ყურადღებას ამახვილებს შეზღუდვებზე და ცდილობს სხვადასხვა ტექნოლოგიების დახმარებით მოახდინოს შშმ პირების ადაპტირება საზოგადოებასთან. აღნიშნული მოდელი ძირითადად ფოკუსირებულია იმაზე, თუ რისი გაკეთება არ შეუძლია ინდივიდს და ნაკლებ ყურადღებას ამახვილებს შშმ პირების საჭიროებებზე და მათში იწვევს დამოუკიდებლობის, არჩევანის თავისუფლებისა და საკუთარი ცხოვრების მართვის შეგრძნების დაკარგვას.

**რა აყენებს ადამიანს შეზღუდულ მდგომარეობაში?** - ამ კითხვაზე სამედიცინო და სოციალურ მიდგომას სრულიად განსხვავებული პასუხები აქვთ:

სამედიცინო მიდგომის თანახმად, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს სჭირდება მუდმივი მხარდაჭერა, რადგან არ შეუძლია საკუთარი ძალისხმევით სურვილებისა და ინტერესების დაკმაყოფილება. შესაბამისად, ასეთი ხედვის შემთხვევაში, ნაკლები ყურადღება ექცევა იმას, თუ რა შეუძლია მას. აღნიშნული მიდგომები კიდევ უფრო ამყარებენ არსებულ სტერეოტიპებს და ნერგავენ მცდარ შეხედულებებს შშმ პირებზე. ყოველივე კი ხელს უწყობს დისკრიმინაციული გარემოს წახალისებას.

რაც შეეხება სოციალური მოდელის პასუხს აღნიშნულ კითხვაზე, შეზღუდული შესაძლებლობა სახელმწიფო სტრუქტურებისა და ინსტიტუტების, გარემოსა და საზოგადოებრივი აზრის ისეთი ერთობლიობაა, რომლის დროსაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანის თავისუფლების კოეფიციენტი ძალიან დაბალია, მას არ შეუძლია დამოუკიდებლად მოახდინოს გარემოში გადაადგილება, არ შეუძლია მიიღოს სასურველი განათლება და დასაქმდეს საკუთარი ინტელექტუალური შესაძლებლობით, არამედ მხოლოდ გარემოს კეთილი ნების გამო. ეს ის შემთხვევაა, როცა საზოგადოებრივი აზრი არ იცავს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს ხელოვნურად და არაობიექტურად შექმნილი დაბრკოლებებისგან და ხელს უწყობს მათ იზოლაციაში ყოფნას.

უნდა აღინიშნოს, რომ სოციალური მოდელის პრინციპების მიღების გარეშე, შეუძლებელი იქნებოდა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის მსოფლიო პროგრამის ამოქმედება, რომელიც 1981 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ გენერალურ ანსამბლეაზე მიიღო. ამ პროგრამამ „დაამოწმა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებს უნდა ჰქონდეთ ისეთივე საშუალება და ბერკეტები ცხოვრების დონის ამაღლებისთვის, რაც ყველა სხვა მოქალაქეს გააჩნია. უნდა მოხდეს მათი საფუძვლიანი მოთხოვნების დაცვა პოლიტიკურ, სოციალურ და კულტურულ სექტორში.

სოციალური მოდელისგან განსხვავებით, სამედიცინო ანუ ტრადიციული მოდელი შშმ პირებთან დაკავშირებით გვთავაზობს საკითხის გადაწყვეტის ბუნდოვან გზებს. კრიტიკოსები მოდელს განიხილავენ, როგორც შეზღუდული შესაძლებლობების პირების გაუაზრებელ დეგრადაციას (აბაშიძე, 2018).

ქვემოთ მოცემული ცხრილი ნათლად წარმოაჩენს სამედიცინო და სოციალური მოდელის განხორციელების პერსპექტივებს და მათ შორის არსებულ პრაქტიკულ განსხვავებებს:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **საკითხი**  | **სამედიცინო მოდელი** | **სოციალური მოდელი**  |
| **ტრანსპორტი**  | იმ ადამიანებისთვის, ვინც ვერ ახერხებს ძირითადი ტრანსპორტით სარგებლობას, გამოყოფილია სპეციალური ტრანსპორტი.  | ძირითადი ტრანსპორტი და ინფრასტრუქტურა მოწყობილია ისე, რომ ხელმისაწვდომია ყველასთვის.  |
| **სახლი** | სახლები არის ძირითადად ადაპტირებული და სპეციალური სერვისების მიღება რეკომენდირებულია ოკუპაციური თერაპევტებისგან, რომლებიც რეაგირებენ საჭიროებებზე.  | სერვისების მიწოდება ხდება სპეციალისტების დახმარების გარეშე. მაგალითად, სხვადასხვა საყოფაცხოვრებო და საკვები მაღაზიები შშმ პირებს სთავაზობს ადაპტირებულ გარემოს (გასაყიდი პროდუქცია განთავსებულია სტანდარტისგან განსხვავებულ სიმაღლეზე, რათა უნარშეზღუდულმა თავისუფლად შეძლოს პროდუქტის არჩევა).  |
| **განათლება**  | შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები განათლებას იღებენ სპეციალურ სკოლებში.  | შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები განათლებას იღებენ ძირითად სკოლებში სხვა ბავშვებთან ერთად. განათლების ხელმისაწვდომობა არის საყოველთაო.  |
| **დასაქმების ადგილი**  | შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები მუშაობენ სხვა შშმ პირებთან ერთად სპეციალურ სამუშაო გარემოში და ასევე აქვთ მათთვის განკუთვნილი სპეციფიკური სამუშაო.  | სამუშაო გარემო ხელმისაწვდომია შშმ პირებისთვის. უზრუნველყოფილნი არიან ტრენინგებითა და სასწავლო გარემოთი. შესაძლებლობა ეძლევათ სამსახურში გადაინაწილონ როლები და დაიკავონ თანამდებობები.  |
| **კომუნიკაცია** | კომუნიკაციის საკითხი ჯდება სტანდარტულ ნორმებში. მაგალითად, წერილების შრიფტის ზომა არის 12. თუკი ვინმე ვერ შეძლებს მის წაკითხვას შეუძლია გამაძლიერებლები გამოიყენოს, ან სხვას სთხოვოს წაუკითხოს.  | კომუნიკაციის საკითხი მოგვარებულია ისე, რომ პირდაპირ მოდის მოთხოვნების შესაბამისობაში. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია სხვადასხვა სახის ფორმატში.  |

(აბაშიძე,2018).

შეზღუდული შესაძლებლობის სოციალური მოდელის ერთ-ერთ ცენტრალური პრინციპი საკმაოდ ნათელია - „შეზღუდული შესაძლებლობა წითელა არ არის. ეს არ წარმოადგენს სამედიცინო დიაგნოზს, რომელიც მოსახლეობიდან უნდა აღმოიფხვრას“ (Rioux 1994: 7). სხვა სიტყვებით, სოციალური მოდელი უკუაგდებს იმ ცნებას, რომ შეზღუდული შესაძლებლობა დაავადებაა, ან იმასაც კი, რომ ის უპირველეს ყოვლისა ჯანმრთელობის მდგომარეობაა (Winter, 2003).

***[შშმ პირთა შეფასების სოციალური მოდელი და მისი პრაქტიკული მაგალითი - შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პოლიტიკა შვედეთში***

*შვედეთმა გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის რატიფიცირება 2008 წლის 15 დეკემბერს მოახდინა. დოკუმენტი ძალაში 2009 წლის 14 იანვრიდან შედის.* *რატიფიცირების პროცესამდე, შვედეთმა განიხილა საკუთარი კანონმდებლობის შესაბამისობის საკითხი კონვენციის მოთხოვნებთან და ასევე, ყურადღება გაამახვილა ტექსტის ზუსტ თარგმნასა და ტერმინების სწორად გაგებაზე. აღანიშნავია, რომ შვედეთის სახელმწიფომ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებთან დაკავშირებული პოლიტიკის სფეროში მნიშვნელოვანი გამოცდილება კონვენციის რატიფიცირებამდეც დააგროვა და დღემდე სამთავრობო პოლიტიკის ძირითად მიზანად შშმ პირთა შესაძლებლობის უზრუნველყოფასა და მათ საზოგადოებრივ ცხოვებაში ჩართვას ისახავს. კონვენციის რატიფიცირების წლიდან, ქვეყანაში მოქმედებს სპეციალური ორგანო The Agency for Participation,* *რომელიც აფასებს შვედეთის პოლიტიკის შესაბამისობას კონვენციის მოთხოვნებთან.*

*შვედეთის შშმ პირთა პოლიტიკა ეყრდნობა პრინციპს, რომ ყველა მოქალაქე თანაბარი ღირებულებისა და უფლებების მქონეა. პოლიტიკის მთავარი მიზანი გახლავთ შშმ და არაშშმ მოქალაქეებს შორის არსებული უფსკრულის ამოვსება. პასუხისმგებლობები გადანაწილებულია როგორც ცენტრალურ ისე ადგილობრივ დონეზე. ცენტრალური მთავრობა პასუხისმგებელია საკანონმდებლო შესაბამისობაზე, დაგეგმვასა და სოციალურ დაღვევაზე. ხოლო ადგილობრივი ხელისუფლება უზრუნველყოფს სოციალური სერვისების მიწოდებასა და ჯანდაცვის საკითხებს. სხვადასვა უწყებები კი ინაწილებენ შესაბამის პასუხისმგებლობას. მაგალითად, ჯანრთელობისა და სოციალური კეთილდღეობის ეროვნული საბჭო უზრუნველყოფს შესაბამისი სერვისების განსაზღვრისა და მიწოდების საკითხებს. ხოლო განათლების სამინისტრო გეგმავს და ახორციელებს საგანმანათლებლო პროგრამებს და უზრუნველყოფს ინკლუზიას.*

*შვედეთის შშმ პირთა პოლიტიკის გაცნობისას ცალსახად შეინიშნება შეფასების სოციალური მოდელის როლი, რომელიც წარმატებული პოლიტიკის წინაპირობად რამდენიმე მიზეზის გამო შეიძლება ჩაითვალოს:*

*პირველ რიგში, შვედეთის ეროვნული პოლიტიკა დაფუძნებულია სოციალურ მიდგომაზე -* ***პაციენტობიდან მოქალაქეობამდე*** *(“From patient to citizen”), რაც გულისხმობს იმას, რომ შშმ პირების სამედიცინო ჭრილში და მხოლოდ პაციენტებად აღქმა, როგორც ეს ტრადიციულ მოდელშია, იცვლება სამოქალაქო პერსპექტივით. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები მიიჩნევიან სრულფასოვან მოქალაქეებად, რომლებსაც გააჩნიათ უფლებები და მოვალეობები.*

*მეორე, მნიშვნელოვანია ისიც რომ მუდმივად ხდება* ***საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებაზე მუშაობა -*** *ომბუდსმენი ატარებს კვლევებს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ საზოგადოებაში დამკვიდრებული განწყობის თაობაზე და მოძიებული ფაქტების ანალიზის, გამოვლენილი ბარიერების შეფასების შემდეგ იწყებს მათზე მუშაობას. კვლევის ობიექტებია სხვადასხვა სფეროში არსებული სიტუაცია, მაგალითად, რამდენად არის სკოლები და სხვა დაწესებულებები მისაწვდომი შეზღუდული შესაძლებლობლობის მქონე პირებისთვის? თავად შშმ პირები თუ თვლიან თავს დისკრიმინირებულად? ომბუდსმენი ცდილობს არსებული სიტუაციის შესახებ მოძიებული ინფორმაციის გავრცელებას და საზოგადოებრივი აზრის ფორმირებას.*

*მესამე,* ***შშმ პირთა უფლებები ცალკე არ არის აღქმული*** *და იგი მოქალაქეთა უფლებების ერთიან კონტექსტში განიხილება. შესაბამისად,* *აღნიშნული მიდგომა ვლინდება პოლიტიკის დაგეგმვის და განხორციელების პროცესშიც. მისი ეფექტები განსაკუთრებით შესამჩნევია მართლმსაჯულების, ფიზიკური მისაწვდომობისა და ინფორმაციული ტექნოლოგიების სფეროში. [[1]](#footnote-1)მართლმსაჯულების სისტემა ისეა მოწყობილი, რომ უზრუნველყოფს მოქალაქეთა უფლებების დაცვასა და მათ შესაბამისობას მოთხოვნებთან. ასევე, სამართალდამცავებს აქვთ ვალდებულება, გაანალიზონ საკითხები შშმ პირთა პერსპექტივიდან. 2012 წლიდან შემუშავდა გეგმა, რომლის მიხედვითაც შვედეთის ეროვნული სასამართლოების ადმინისტრაციამ დაიწყო სამოქმედო გეგმის განხორციელება, რომლის მიზანიც შშმ პირთათვის შვედეთის სასამრთლოების ხელმისაწვდომობის გაზრდა იყო, რათა მათ თანაბრად შეძლონ სერვისით სარგებლობა.*

*რაც შეეხება* ***ფიზიკურ მისაწვდომობას,*** *დაბრკოლების გარეშე გადაადგილება და მოგზაურობა შშმ პირთათვის ერთ-ერთ სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვან კომპონენტად მიიჩნევა შვედეთში. ამ მიზნით, შვედეთის მთავრობამ მიიღო შეზღუდული შესაძლებლობისა და საზოგადოებრივი ტრანსპორტირების აქტი (The Disability and Public Transportation Act) და დაავალა ქვეყნის მუნიციპალიტეტებს, რომ ისეთი ობიექტები, როგორიცაა მაგალითად ავტობუსი და ტრამვაი, გახადონ მეტად მისაწვდომი და მორგებული იყოს ნებისმიერ მოქალაქეზე. ისინი სარგებლობენ საზოგადოებრივი ტრანსპორტით და არა მხოლოდ მათთვის განკუთვნილი, ცალკე გამოყოფილი გადაადგილების საშუალებებით. ასევე, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს შეუძლიათ მიიღონ მუნიციპალური გრანტები საცხოვრებელი სახლების პირობების შესაბამისად მოწყობისთვის. ეს შეიძლება მოიცავდეს გაფართოებულ კარებს, სპეციალურ რელსებს,ლიფტებს და სხვ. მსგავსი სახის გრანტი ფარავს ყველა სახის შეზღუდვას დაწყებული მობილობის შეზღუდვის მქონე პირებით და დამთავრებული ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირებით.*

*რაც შეეხება* ***საინფორმაციო სტრატეგიას,*** *იგი გულისხმობს საჯარო სექტორის მიერ ტექნოლოგიებისა და ინტერნეტის ისე გამოყენებას, რომ ინფორმაცია მისაწვდომი იყოს შშმ პირთათვის. მაგალითად, უსინათლოთათვის ხელის მოწერის შესაძლებლობის მიცემა და სხვ. იგი ზრდის შშმ პირთა დამოუკიდებლობის ხარისხს და უადვილებს მათ ინფორმაციის მიღებას.*

*შშმ პირთა შეფასების სოციალური მოდელი იგრძნობა შვედეთის საგანმანათლებლო პოლიტიკაშიც, სადაც მოქმედებს პრინციპი* ***განათლება განათლების ერთიანი სისტემის ფარგლებში-*** *„სკოლა ყველასათვის“ ანუ, შესაბამისი განათლების ხელმისაწვდომობა ყველასათვის. კანონი განათლების შესახებ ადგენს, რომ ყველა ბავშვი უნდა სარგებლობდეს ამ უფლებით განურჩევლად სქესისა, საცხოვრებელი ადგილისა და სოციალური თუ ეკონომიკური მდგომარეობისა. ეს ნიშნავს, რომ მოსწავლეები, რომლებიც განსაკუთრებულ მხარდაჭერას საჭიროებენ, არაფრით განსხვავდებიან მოსწავლეთა სხვა ჯგუფებისაგან და მათი უფლებები ცალკე არ არის მითითებული და შესაბამისად, განათლებას ცალკე გამოყოფილ სკოლებში არ იღებენ. ყოველივე ზრდის ინკლუზიის ხარისხს და შემხებლობას შშმ პირებთან, რაც თავის მხრივ წინაპირობა ხდება აღნიშნული სეგმენტის საზოგადოებაში ინტეგრაციის და თანასწორ მოქალაქედ ჩამოყალიბების.*

*შვედეთის მთავრობამ თავიდანვე აქცენტი გააკეთა სამთავრობო გეგმებისა და სტრატეგიების შემუშავებაზე, სახელმწიფო პოლიტიკის მთავარ მიზნად კი შშმ პირების საზოგადოებრივი ცხოვრების სრულად ინტეგრაცია და ყველა სფეროში ამ თემის მეინსტრიმიზაცია დასახა, ასევე* *მნიშვნელოვანი ძალისხმევა მიმართა შეზღუდული შესაძლებლობის გამო პირის* ***დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ბრძოლაზე*** *და ყველასთვის დამოუკიდებელი ცხოვრების პირობების შექმნაზე. შვედეთში ამ პოლიტიკის განხორციელებას უზრუნველყოფს  შვედეთის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ პოლიტიკის მაკოორდინებელი სააგენტო (The Swedish Agency for Disability Policy Coordination (Handisam), თანასწორობის ომბუდსმენის ინსტიტუტი და სხვა ორგანოები.*

*ასევე, მნიშვნელოვანია მხარდაჭერისა და მომსახურების აქტი სხვადასხვა შეზღუდვის მქონე ადამიანებისთვის, რომელიც გულისხმობს პერსონალური დახმარების უფლების მინიჭებას. დახმარების რაოდენობა განისაზღვრება შეზღუდვის მიხედვით. ნაშრომის ამ ნაწილში კვლევა ძირითადად დაეყრდნო შვედეთი არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას, შვედეთის კანონმდებლობის ანალიზს აღნიშნული მიმართულებით, ოფიციალურ შვედურ პუბლიკაციებსა და ანგარიშებს, რომელსაც ყოველწლიურად წარადგენს შვედეთის მთავრობა. რის შედეგადაც გამოიკვეთა, რომ* *შვედეთის კანონმდებლობა შესაბამისობაში მოდის საერთაშორისო მოთხოვნებთან და ხასიათდება საკმაოდ მაღალი სტანდარტებით, რაც მეტად უზრუნველყოფს შშმ პირთა უფლებების დაცვას. შვედეთის ეროვნული პოლიტიკის მიზნები შშმ პირთა საკითხებში ძირითადად ეყრდნობა პლურალიზმზე დაფუძნებულ სოციალურ საზოგადოებას. საზოგადოების კონსტრუქცია ისეა, რომ მან ხელი შეუწყოს შშმ პირთა სრულფასოვან ჩართულობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. უზრუნველყოფილია თანასწორობა ცხოვრების პირობებში როგორც შშმ ქალებისთვის, ისე კაცებისთვის. მნიშვნელოვანი ფაქტორია ძლიერი არასამთავრობო სექტორიც, კვლევების სიხშირე და წარმოებული სტატისტიკა, რაც შშმ პირთა პოლიტიკის წარმატების განხორციელების საკითხში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ამას გარდა, წარსული გამოცდილება, ქვეყნის სოციალური და პოლიტიკური კონტექსტი, სახელმწიფო პოლიტიკის თანმიმდევრულობა, მონაცემების შეგროვება, ინდივიდუალური საჭიროებების შეფასების მექნიზმის ქონა, სამოქალაქო ცნობიერების მაღალი დონე, ადგილობრივი კანონმდებლობის შესაბამისობა კონვენციის სტანდარტებთან ქმნის მნიშვნელოვან საფუძველს კონვენციის წარმატებით იმპლემენტაციისთვის (აბაშიძე, 2018)].*

**3. შშმ პირთა შეფასების სოციალური მოდელი - კრიტიკა**

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა შეფასების სოციალური მოდელის გარშემო წლების განმავლობაში მიმდინარე დებატებიდან აღსანიშნავია მოდელის მიერ **შეზღუდულობის შეფასების საკითხი.** კერძოდ, კრიტიკა მიმართულია იმისკენ, რომ სოციალური მოდელი ყურადღებას არ აქცევს ან ვერ ახერხებს ადეკვატურად უპასუხოს შეზღუდულობის რეალობას და არ ითვალიოსწინებს ინდივიდის პირად გამოცდილებას.

კრიტიკის მეორე ნაწილი უკავშირდება სოციალური მოდელის მიერ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე **პირის მიერ განცდილი „ტკივილის“ იგნორირებას.** ნაწილი კი სოციალური მოდელის შესახებ ამტკიცებს, რომ მას არ შეუძლია შეფასების სხვა სოციალური დაყოფის შემოტანა, მაგალითად სქესის, ასაკის, სექსუალობის და ა.შ. ის ფაქტი, რომ სოციალურ მოდელს ამ დრომდე ადეკვატურად არ გამოუყენებია ეს მახასიათებლები, არ ნიშნავს რომ ამას ვერ მოახერხებს. უფრო მეტიც, ადამიანები, რომლებიც ამ არგუმენტით აკრიტიკებენ სოციალურ მოდელს, რასის, სქესის თუ გენდერული საკითხების მოგვარებისას, უნდა ცდილობდნენ სოციალური მოდელის მიდგომების გამოყენებას.

მოდელის შემდეგი კრიტიკა მიუთითებს, რომ ის, რასაც შშმ პირები ყოველდღიურად აწყდებიან არ მოდის მხოლოდ ფიზიკური და გარემო პირობებიდან. ყველაფრის საწყისი არის კულტურული ღირებულებები, სადაც შშმ პირი აღქმულია, როგორც „სხვა“. თუმცა, არასწორია სოციალური მოდელის შესახებ იმის მტკიცება, რომ იგი კულტურულ ფასეულობების გავლენას უგულებელყოფდეს, პირიქით მოდელი გამოყოფს კულტურულ ფასეულობათა გავლენას შშმ პირთა შეფასების საკითხში.

სოციალური მოდელის ბოლო კრიტიკა კი უკავშირდება **მოდელის შეუსაბამობას შეზღუდულობის სოციალურ თეორიასთან.** კრიტიკის საპასუხოდ მკვლევართა ნაწილი მიიჩნევს, რომ მათ, ვინც სოციალური მოდელის განვითარებაზე იმუშავეს, არასდროს გამოუთქვამთ პრეტენზია, რომ სოციალური მოდელი იყო თეორია, რის გამოც ამ მიმართულებით კრიტიკას ზედმეტადაც კი მიიჩნევენ.

ზემოთ განხილული კრიტიკა ხშირად გამხდარა როგორც აკადემიური, ისე ზოგადი დავის საგანი. იყვნენ ისეთებიც, რომლებიც ბეჭდურ მედიას აკრიტიკებდნენ სოციალური მოდელის შესახებ გამოქვეყნებული მასალების გამო. მაგალითად, ჟურნალი „შეზღუდულობა და საზოგადოება“ (Disability and Society) იმის გამო დაადანაშაულეს, რომ მხოლოდ სოციალური მოდელის შესახებ აქვეყნებდა ნაშრომებს, თუმცა დაკვირვების შედეგად დადგინდა, რომ 2 წლის მანძილზე, გამოცემამ 20-ზე მეტი ნაშრომი მიუძღვნა სოციალური მოდელის კრიტიკას, დახვეწას, მათ შორის მასზე უარის თქმის მსჯელობასაც კი.

სოციალური მოდელის შესახებ წლების განმავლობაში მიმდინარე დებატებზე საპასუხოდ შემუშავდა აღნიშნული მოდელის ძლიერი მხარეების ანალიზი:

პირველ რიგში, სოციალური მოდელის დადებითი მხარეები ვლინდება სამ ძირითად სფეროში. იგი მიჩნეულია **პოლიტიკურად ეფექტურ მექანიზმად,** რადგან ქმნის დღის წესრიგს სოციალური ცვლილებების მისაღწევად. ამცირებს ისეთი ტერნინების გამოყენებას, როგორიცაა „ინვალიდი“, „უნარშეზღუდული“ („Disabled People”) და მას ცვლის ტერმინით „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი“ (Person with disabilities”).

მეორე, **ინსტრუმენტალურად ეფექტური მექანიზმი-** სოციალური ბარიერების იდენტიფიცირებითა და მისი მოშლის მცდელობით, სოციალური მოდელი არის უფრო პრაქტიკული იარაღი, ვიდე მხოლოდ იდეა ან თეორია. აღნიშნული მოდელი ხაზს უსვამს, რომ პრობლემები, რომელსაც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები აწყდებიან, არის სოციალურად განპირობებული და ინკლუზიის ნაკლებობით გამოწვეული. იგი ასევე ხაზს უსვამს, რომ საზოგადოებას უნდა ქონდეს შესაბამისი სოციალური პასუხისმგებლობა, რომ მოხსნას ბარიერები, რაც აფერხებს შშმ პირთა მონაწილეობასა და ჩართვას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში.

მესამე და მნიშნელოვანი ეს არის სოციალური **მოდელის ეფექტურობა ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით.** მოდელი ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თვითშეფასების ამაღლებას და ზრდის ჯგუფური იდენტობის პოზიტიურ შეგრძნებას. მაშინ როდესაც შშმ პირთა თვითდაჯერებულობის ნაკლებობა უპირველეს წინააღმდეგობას ქმნის საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მათი ჩართვის კუთხით, სოციალური მოდელს შეუძლია საკითხის გადაწყვეტის მკაფიო გზებით შეცვალოს შშმ პირთა აღქმა და მოხსნას დამოკიდებულებითი ბარიერები (აბაშიძე, 2018).

**4. შეზღუდული შესაძლებლობების შეფასება- ადამიანის უფლებათა მოდელი.**

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის კონვენციის მონაწილე სახელმწიფოთა ნაწილს აქვს შშმ პირთა შეფასების იმ მოდელის გაგების პრობლემა, რომელზეც დგას აღნიშნული დოკუმენტი. სახელმწიფოები ხშირად მისდევენ ინდივიდუალურ, ანუ სამედიცინო მოდელის მიდგომებს, რაც ნათლად ჩანს სახელმწიფოთა მიერ წარმოდგენილ ანგარიშებში. ხშირია შემთხვევები, როცა ადამიანს სმენის ან მხედველობის პრობლემა აქვს და ითვლება, რომ მას არ შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს პოლიტიკურ ან კულტურულ ცხოვრებაში. ამ გაგებით, შეზღუდულობა რჩება დახმარების და სამედიცინო მართვის სფეროდ, რომელიც წარმოუდგენელია ექიმების, ექთნების თუ რეაბილიტაციის ექსპერტების გარეშე.

მოლაპარაკების დასაწყისშივე შშმ პირთა უფლებების კონვენცია შეფასების სოციალურ მოდელს ეყრდნობოდა, თუმცა აღნიშნული მოდელის მახასიათებლების გარდა იგი ასახავს შეზღუდული შესაძლებლობის ადამიანის უფლებათა მოდელსაც.

***რა განსხვავებაა სოციალურ და ადამიანის უფლებებათა მოდელს შორის და რატომ არის CRPD ამ უკანასკნელის გამოვლინებაც?***

სოციალური მოდელი განმარტავს შეზღუდულ შესაძლებლობას, ადამიანის უფლებათა მოდელი კი მოიცავს ღირებულებებს შშმ პირთა პოლიტიკის განხორციელებისთვის, რომლის ამოსავალი წერტილიც არის შშმ პირთა ღირსება.

სოციალური მოდელი შეიქმნა როგორც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საზოგადოებიდან გარიყვის ერთ-ერთი ახსნა. იგი შემუშავდა, როგორც ძლიერი ინსტრუმენტი საზოგადოების დისკრიმინაციული და მჩაგვრელი სტრუქტურების ანალიზისთვის. მოდელი არ ცდილობს მორალური პრინციპების ან ღირებულებების შემოღებას. მისი მიზანია ‘ხელი შეუწყოს, დაიცვას და უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ადამიანის ყველა უფლებებითა და ძირითადი თავისუფლებებით სრულად სარგებლობა და მათი თანდაყოლილი ღირსების პატივისცემა.

ადამიანის უფლებათა მოდელის მიხედვით, არც სოციალური სტატუსი, არც ეროვნული წარმოშობა თუ სხვა ნიშანი ხელს არ უნდა უშლიდეს ინდივიდს იყოს ადამიანის უფლებათა სუბიექტი. ადამიანის უფლებებს შეიძლება ვუწოდოთ უპირობო უფლებები, მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს, რომ მისი შეზღუდვა შეუძლებელია. უბრალოდ შეზღუდვის წინაპირობა არ უნდა იყოს ჯანმთელობის მდგომარეობა ან ფუნქციონირების პრობლემა. ადამიანის უფლებები არ საჭიროებს შეზღუდულობის არარსებობას. რა შეტყობინებაც კარგადაა ასახული **CRPD**-ის პრეამბულასა და მუხლებში.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანის უფლებათა მოდელი ეწინააღმდეგება პრეზუმფციას, რომ დარღვევამ შესაძლოა ხელი შეუშალოს ადამიანის უფლებების შესაძლებლობების განვითარებას. სოციალური მოდელი ასევე აცნობიერებს უფლებების მნიშვნელობას და იგი ხშირად ასოცირდება უფლებებზე დაფუძნებულ მიდგომასთან.

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური მოდელი მხარს უჭერს ანტიდისკრიმინაციული პოლიტიკას და სამოქალაქო უფლებების რეფორმებს, ადამიანის უფლებების მოდელი უფრო ყოვლისმომცველია და მოიცავს როგორც ადამიანის უფლებათა, სამოქალაქო და პოლიტიკურ, ასევე ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებებს. იგი ყურადღებას ამახვილებს ადამიანის არსებით ღირსებაზე და შემდგომში, მხოლოდ საჭიროების შემთხვევაში, ადამიანის სამედიცინო მახასიათებლებზე და მთავარ პრობლემას ხედავს ადამიანების გარეთ, საზოგადოებაში. "პრობლემა" ამ მოდელის მიხედვით გამომდინარეობს სახელმწიფოს და სამოქალაქო საზოგადოების მხრიდან რეაგირების არარსებობით.

სოციალურ მოდელთან განსხვავების კონტექსტში, გამოყოფენ ადამიანის უფლებათა მოდელის შემდეგ მახასიათებლებს:

***შეზღუდული შესაძლებლობა ან რაიმე ტიპის შეზღუდვა ხელს არ უშლის ადამიანის უფლებებათა შესაძლებლობების რეალიზებას***

შეფასების სოციალური მოდელი მხოლოდ განმარტავს შეზღუდულობას, ადამიანის უფლებების მოდელი კი მოიცავს ღირებულებებს, რომელიც აღიარებს შშმ პირთა ღირსებას. მხოლოდ ადამიანის უფლებათა მოდელს შეუძლია ახსნას, რატომ არ საჭიროებს ადამიანის უფლებები შეზღუდულობის არარსებობას.

სოციალური მოდელი შექმნილია, როგორც ერთ-ერთი ახსნა საზოგადოების მხრიდან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა გარიყვის შესახებ. მაიკლ ოლივერის სიტყვებით:

შეზღუდულობა სოციალური მოდელის მიხედვით არის ყველაფერი ის, რაც ქმნის შეზღუდვებს ინდივიდუალური ზიანით დაწყებული, ინსტიტუციური დისკრიმინაციით დამთავრებული. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირების სხვადასხვა წარუმატებლობა საზოგადოებრივი ცხოვრების სფეროებში უბრალო და შემთხვევითი არ არის. ისინი ინსტიტუციონალიზებულ საზოგადოებაში სისტემატურად განიცდიან შეზღუდულ შესაძლებლობებებზე დაფუძნებულ შეზღუდვებს და სხვადასხვა სახის დისკრიმინაციას (Degener,2014).

ადამიანის უფლებათა მოდელი მიუთითებს, რომ შშმ პირთა უფლებების დაცვა არ საჭიროებს გარკვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობას ან ფუნქციონირების პირობას და არც შეზღუდულობის არარსებობას. აღნიშნული მიდგომა კარგადაა ასახული CRPD-ის პრეამბულასა და მუხლებში. კონვენცია მიუთითებს ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა უნივერსალურობას, განუყოფლობას, ურთიერთდამოკიდებულებასა და ურთიერთკავშირს, ასევე შეზღუდული  შესაძლებლობის მქონე პირთათვის ამ უფლებებით დისკრიმინაციის გარეშე სარგებლობის უზრუნველყოფის საჭიროებას და აღიარებს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და ხელშეწყობის აუცილებლობას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ყველა პირის, მათ შორის, ინტენსიური დახმარების საჭიროების მქონეთა მიმართ (შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, პრეამბულა, 2014).

როგორც უკვე აღინიშნა, ადამიანის უფლებათა მოდელი ხაზს უსვამს, რომ დარღვევა ხელს არ უშლის ადამიანის უფლებათა შესაძლებლობებს. შეფასების სოციალური მოდელი ასევე აცნობიერებს უფლებების მნიშვნელობას, რის გამოც იგი ხშირად ასოცირდება შეზღუდული შესაძლებლობებისადმი უფლებებზე დაფუძნებულ მიდგომასთან.

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური მოდელი მხარს სამოქალაქო უფლებების რეფორმებს, ადამიანის უფლებათა მოდელი უფრო სრულყოფილია და როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მოიცავს ადამიანის სამოქალაქო, პოლიტიკურ, ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებებს.

შშმ პირთა შეფასების სოციალური მოდელი სამოქალაქო უფლებების რეფორმებისა და ანტიდისკრიმინაციული კანონების წინააღმდეგ ბრძოლის ქვაკუთხედი იყო ბევრ ქვეყანაში. ევროკავშირის მიერ სოციალური მოდელი ოფიციალურად იქნა აღიარებული, როგორც შშმ პირთა პოლიტიკის საფუძველი. იგი ხასიათდებოდა როგორც მოქალაქეობისა და თანასწორობის განმსაზღვრელი ინსტრუმენტი. აშშ-ში, შშმ პირთა შეფასების სოციალური მოდელის კონცეფცია განიხილეს, როგორც უმცირესობის მოდელი. სამოქალაქო უფლებებისთვის ბრძოლა კი განიხილებოდა, როგორც დაჩაგრული უმცირესობის წარმომადგენლების შესახებ ჭეშმარიტი ინფორმაციის გამჟღავნების გზა. უფლებებზე ფოკუსირება აღიქმებოდა, როგორც საჭიროებებზე დაფუძნებული სოციალური პოლიტიკის ალტერნატივა, რომელიც ასახავდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, როგორც დამოკიდებულ კეთილდღეობის მიმღებებს.

სოციალური მოდელი აქცენტს აკეთებს ანტიდისკრიმინაციულ კანონებზე, რომელიც შეიძლება განიხილებოდეს როგორც პრობლემის ნაწილობრივი გადაწყვეტა. საზოგადოებაში რა თქმა უნდა მნიშვნელოვანია ბარიერები მოხსნა და დისკრიმინაციის სხვა ფორმების აღმოფხვრა, თუმცა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებას არანაკლებ სჭირდებათ სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული უფლებები.

ხალხს სჭირდება თავშესაფარი, განათლება, დასაქმება და კულტურული მონაწილეობა. ეს ეხება ყველას და შესაბამისად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებსაც. ადამიანის უფლებათა მოდელის მიხედვით, რადგან შეზღუდულობა ხშირად იწვევს დახმარების საჭიროებას, მართებულია მივიჩნიოთ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს უფრო მეტი სჭირდებათ ვიდრე სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებებია.

ადამიანის უფლებების მოდელზე საუბრისას აუცილებლად უნდა ვახსენოთ ის, რომ მოდელი შეზღუდვას აფასებს, როგორც ადამიანის მრავალფეროვნების ნაწილს და არა მიუღებელ მოცემულობას. მოდელი ისწრაფვის სამართლიანობისკენ და ხაზს უსვამს რესურსების სწორად განაწილებისა და საჭიროებების შეფასების საკითხებს (Degener,2014)..

**თავის შეჯამება:** შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის მოძრაობამ განსაზღვრა შშმ პირთა წინაშე არსებული გამოწვევა, შშმ პირების მარგინალიზაცია და წამოჭრა შეფასების ახალი მოდელის მიღების აუცილებლობა, რომელსაც რეპრესიული, სამედიცინო მოდელი უნდა ჩაენაცვლებინა. მართლაც, შეფასების სოციალურმა მოდელმა სამედიცინო მოდელი მნიშვნელოვან დონეზე ჩაანაცვლა და ხაზი გაუსვა იმას, რომ შეზღუდულობა საზოგადოების ორგანიზების ფორმით იყო გამოწვეული და აქცენტი ინდივიდიდან სოციუმზე უნდა გადატანილიყო. მოდელი დაუპირისპირდა სამედიცინო მიდგომას, რომლის მიხედვითაც პრობლემა სამედიცინო სფეროს დაქვემდებარებული შეზღუდულობა („პაციენტია“), რომელიც საზოგადოებას ძველი ფორმით უნდა დაუბრუნდეს.

შშმ პირთა უფლებების მოძრაობამ და სოციალურმა მოდელმა გარდატეხა მოახდინა შშმ პირთა საკითხების შესახებ კანონებისა და პოლიტიკის შემუშავებაში. დროთა განმავლობაში ვხვდებით სოციალური მოდელის კრიტიკასაც და ჩნდებიან შეფასების სხვა მოდელებიც, მათ შორის ადამიანის უფლებათა მოდელი, რომელმაც შშმ პირთა კონტექსტში წამოჭრა ადამიანის უფლებების უზენაესობის საკითხი და ხაზი გაუსვა ყველა უფლებით, მათ შორის სამოქალაქო, პოლიტიკური, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების დაუბრკოლებლად სარგებლობის აუცილებლობას.

**კითხვები რეფლექსიისთვის:**

* იმსჯელეთ შშმ პირთა შეფასების სოციალურ მოდელზე. როგორ ფიქრობთ, რამ განაპირობა სამედიცინო მოდელის ჩანაცვლება?
* ისაუბრეთ სამედიცინო და სოციალური მოდელის ძირითად მახასიათებლებზე. რატომ არის სამედიცინო მოდელი შშმ პირთა მარგინალიზაციის საფუძველი?
* მოიძიეთ ინფორმაცია სხვადასხვა ნაშრომებიდან სოციალური მოდელის კრიტიკაზე და პირიქით. გაიყავით ორ ჯგუფად და წარმოადგინეთ დამატებითი არგუმენტები (რაც მასალაში არ არის მითითებული), რომელიც მიმართული იქნება სოციალური მოდელის კრიტიკაზე (ჯგუფი I) და მის გაბათილებაზე (ჯგუფი II).

**გამოყენებული ლიტერატურა**

Watson, N., & Vehmas, S. (Eds.). (2019). Routledge handbook of disability studies.

Degener, T. (2014). A human rights model of disability. In Routledge handbook of disability law and human rights (pp. 47-66). Routledge.

აბაშიძე, & სოფიკო. (2018). გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენციის იმპლემენტაციის ჩავარდნის განმაპირობებელი ფაქტორები საქართველოში.

შშმ პირთა უფლებების კონვენცია, პრეამბულა (2014).

Winter, J. A. (2003). The development of the disability rights movement as a social problem solver. Disability Studies Quarterly, 23(1).

Rioux, M. H. (1994). New research directions and paradigms: disability is not measles. Disability is not measles: New research paradigms in disability, 1-8.

Brisenden, S. (1986). Independent living and the medical model of disability. Disability, Handicap & Society, 1(2), 173-178.

Berger, P. L., Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge. Anchor.

1. [↑](#footnote-ref-1)