

**УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ – СКОПЈЕ**

**ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ**

**Институт за социјална работа и социјална политика „Мајка Тереза“**



**ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА**

**ПРЕДРАСУДИТЕ КОН ЛИЦАТА СО ПСИХИЧКИ  
РАСТРОЈСТВА И НИВНАТА ВКЛУЧЕНОСТ НА  
ПАЗАРОТ НА ТРУДОТ**

Ментор:

**Проф. д-р Верица Стаменкова-Трајкова**

Кандидат:

**м-р Владимир Илиевски**

Скопје, 2013 година

## Содржина

<b>ВОВЕД.....</b>	<b>5</b>
<b>ТЕОРЕТСКА ОСНОВА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Поим за психички растројства.....</b>	<b>15</b>
1.1. Класификација на психичките растројства .....	18
1.2. Застапеноста на психичките растројства.....	23
1.3. Заштитата и унапредувањето на менталното здравје.....	27
<b>2. Поим и карактеристики на предрасудите.....</b>	<b>30</b>
2.1. Социјално-психолошки пристап за предрасудите.....	35
2.1.1. Индивидуален пристап .....	36
2.1.2. Меѓучовечки пристап.....	37
2.1.3. Меѓугрупен пристап.....	37
2.2. Предрасуди кон лицата со психички растројства.....	38
2.3. Намалување на предрасудите кон лицата со психички растројства	43
2.4. Стереотипи .....	47
<b>3. Ментално-здравствената заштита на населението во заедницата.....</b>	<b>50</b>
3.1. Дневна болница.....	55
3.1.1. Заштитно домување на лицата со психички растројства.....	56
3.1.2. Психијатриски установи за брза интервенција.....	58
3.1.3. Социјални клубови.....	59
3.1.4. Здруженија на корисници.....	60
3.1.5. Заштитно вработување.....	62
3.2. Задачи на психијатриските установи за ментално здравје во заедницата.....	62
3.3. Принципи на ментално-здравствената заштита.....	64
3.3.1. Принципи за менталното здравје на меѓународно ниво .....	65
3.3.2. Принципи за менталното здравје на национално ниво.....	67
3.3.3. Принципи во развојот на менталното здравје на локално ниво.....	71
3.3.4. Принципи во развојот на менталното здравје на индивидуално ниво .....	73
3.4. Социјалната работа во психијатриските установи .....	74
3.5. Ментално-здравствената заштита во Република Македонија .....	77
3.5.1. Болничка здравствена заштита на лицата со психички растројства во Република Македонија .....	79
3.5.2. Вонболничка здравствена заштита на лицата со психички растројства во Република Македонија .....	81
3.6. Рехабилитација на лицата со психички растројства.....	85

3.7.	Психосоцијална рехабилитација .....	89
3.8.	Психосоцијален пристап .....	95
3.9.	Окупациона и рекреативна терапија .....	98
3.10.	Професионална рехабилитација .....	99
3.10.1.	Димензии на професионална рехабилитација .....	103
3.10.2.	Цели на професионална рехабилитација.....	105
3.11.	Улогата на социјалниот работник во рехабилитацијата на лицата со психички растројства.....	106
3.12.	Примената на Управување на случај (Case Managment) во психијатриските установи.....	108
<b>4.</b>	<b>Понуда и побарувачка на работна сила .....</b>	<b>112</b>
4.1.	Меѓународна правна рамка за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот.....	114
4.2.	Психичките растројства и работната способност .....	121
4.3.	Вклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на труд.....	124
4.3.1.	Социјални претпријатија .....	128
4.3.2.	Социјални фарми.....	131
4.4.	Пазарот на труд во Република Македонија.....	133
4.5.	Национална правна рамка за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија .....	135
4.6.	Вклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија.....	139
4.7.	Квалитет на живот на лицата со психички растројства .....	142
	<b>ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ.....</b>	<b>146</b>
<b>1.</b>	<b>Формулирање на проблемот на истражување .....</b>	<b>147</b>
<b>2.</b>	<b>Цели и задачи на истражувањето .....</b>	<b>152</b>
<b>3.</b>	<b>Предмет на истражување .....</b>	<b>153</b>
<b>4.</b>	<b>Поимно хипотетичка рамка на истражувањето .....</b>	<b>153</b>
<b>5.</b>	<b>Хипотези во истражувањето .....</b>	<b>157</b>
5.1.	Општа хипотеза:.....	157
5.2.	Поединечни хипотези:.....	157
<b>6.</b>	<b>Методи и техники на истражувањето .....</b>	<b>158</b>
<b>7.</b>	<b>Примерок на истражување .....</b>	<b>160</b>
<b>8.</b>	<b>Постапка на истражување.....</b>	<b>161</b>

<b>9. Придонес и препораки .....</b>	<b>162</b>
<b>ИСТРАЖУВАЧКИ РЕЗУЛТАТИ.....</b>	<b>163</b>
<b>10. Резултати .....</b>	<b>164</b>
<b>ДИСКУСИЈА .....</b>	<b>185</b>
<b>ЗАКЛУЧОК.....</b>	<b>196</b>
<b>Предлози и препораки.....</b>	<b>199</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>202</b>
<b>ПРИЛОЗИ.....</b>	<b>211</b>
<b>Прашалник бр. 1. Прашалник наменет за корисниците од Центрите за ментално здравје .....</b>	<b>212</b>
<b>Прашалник бр. 2: Прашалник наменет за работодавци.....</b>	<b>221</b>

**ВОВЕД**

Менталното здравје претставува составен дел од општото здравје и важен ресурс за поединецот, семејството и нацијата. Проблемите и нарушувањата на менталното здравје поради високата преваленција, честиот хроничен тек, како и нивниот почеток во постадолесцентниот период, претставуваат еден од приоритетните јавно-здравствени проблеми за секоја држава.

Денес во светот, општо е прифатено дека инвалидноста не е индивидуален или пак медицински, туку претставува социјален проблем. Тоа значи дека потребите на овие лица се резултат на воспоставената интеракција помеѓу нив и општеството, имајќи ги предвид пречките кои се создадени од средината и кои го оневозможуваат нивното целосно и ефективно учество во општеството на еднаква основа со другите.

Во последните неколку години, менталното здравје се стекна со големо политичкото внимание и се најде во агендата на сите актери кои ја креираат здравствената и социјалната политика во една земја. Последните неколку години, здравствените политики во земјите од Европска унија направија важен чекор, своето внимание го насочија кон психичките нарушувања како клучен општествен фактор кој има широки импликации на здравствените и социјалните услуги, негата, семејниот живот, квалитетот на живот, пазарот на трудот и заедницата во целина.

Меѓународната правна рамка за заштита на менталното здравје преку низа меѓународни конвенции, акциони планови за ментално здравје, се утврдени општите принципи за заштита на менталното здравје на населението.

Главните политики и акции на Европската унија за менталното здравје ги вклучуваат главните прашања и иницијативи кои се поврзани од областа на сиромаштијата и социјална инклузија, јавното здравство, човековите права и слично.

Владата на Република Македонија преку постојната национална правна регулатива ги втемели главните стратешки определби во грижата на менталното здравје, каде што лекувањето, рехабилитацијата и реинтеграцијата на лицата со психички заболувања треба да бидат приоритет во согласност со најновите достигнувања и расположливи средства.

Од една страна, психичките растројства во најголема мера го отежнуваат квалитетот на социјалното функционирање на личноста, на семејството и создаваат голем економски товар за општеството, но од друга страна е признато и прифатено дека најдобар начин за социјална интеграција на овие лица е нивно целосно и

ефективно учество во општеството, да им се обезбедат можности за образование, социјална интеракција и работа на еднаква основа како и за другите лица.

Во средината кон овие лица постојат многубројни предрасуди, стереотипи, стигматизација, со што се отежнува нивниот процес на лекување, рехабилитацијата и реинтеграцијата во заедницата што доведува до нивна социјална исклученост. Затоа е потребно спроведување на континуирани и одржливи национални антистигма-програми кои би помогнале во намалувањето на стигматизацијата и дискриминацијата кон овие лица.

Императивот во креирањето на ментално-здравствената грижа е ставен на трансформацијата на големите психијатриски болници и воспоставување на конзистентен и одржлив систем на деинституционализација и децентрализација во системот на ментално здравје, којашто вклучува намалување на бројот на корисници од големите психијатриски болници, зајакнување на вонболнички третман во заедницата, достапност и квалитет во давањето на услугите на населението, воспоставување на врски на корисниците со заедницата, подобра социјална интеграција, намалување на стигмата, дискриминацијата и почитување на правата на корисниците, но и развивање на програми за заштита и унапредување на менталното здравје на населението.

Основањето и реорганизацијата на услугите на психијатриските установи во заедницата подразбира основање на дневни болници, центри за ментално здравје, формирање на социјални клубови, заштитни домови, заштитно вработување, формирање на групи за самопомош што доведува до развивање на интердисциплинарен пристап во третманот на лекувањето на корисниците.

Посебен фокус во третманот на корисникот во болничките и вонболничките психијатриските установи треба да се стави на процесот на нивна рехабилитација и реинтеграција, каде што социјалните работници заедно со останатиот интердисциплинарен тим треба да ги спроведуваат програмите за психо-социјална и професионална рехабилитација. Преку програмите за рехабилитација им се помага на овие лица закрепнување од психичките заболувања и им се овозможува самостоен живот и работа.

Во последните дваесет години се развиваа различни пристапи за реинтеграција на лицата со проблеми со менталното здравје, од проекти за насочена обука, организации за поддршка за вработување, одржување и подобрување на постојните социјални вештини до организирање на социјални претпријатија.

Психичките растројства можат да влијаат на сите фази на ангажираност на лицата на пазарот на трудот: пониски стапки на учество на пазарот на трудот, повисоки стапки на невработеност и вработување во слаби вештина или занимања, ниска заработка во однос на стекнатите квалификации.

Меѓународна правна рамка во развиените земји од Европската унија го стимулираат заштитното вработување на лицата со инвалидност, преку развивање на социјални претпријатија кои ги штитат од сите можни облици на дискриминација. Со ова се поттикнуваат социјалното претприемништво преку отворање на социјални претпријатија кои вршат социјално-економски активности во различни дејности.

Република Македонија преку Министерството за здравство, со поддршка на Проектот за ментално здравје, спроведен од страна на Светската здравствена организација и од Проектната канцеларија на Пактот за стабилност за Југоисточна Европа во Скопје, (2005), го започна процесот на реформи во системот на ментално здравје во Република Македонија преку трансформирање на постојните психијатриските болници во државата и отворањето на центри за ментално здравје во заедницата, социјални клубови и заштитни домови од привремен карактер.

Правната рамка во Република Македонија, преку Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ“, бр.44/ 2000), создаде поволни можности да бидат вклучени лицата со психози на пазарот на трудот преку нивна работна ангажираност во заштитните друштва, но со Измените и дополнувањата на Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ“, бр.62/2005), лицата со психози беа исклучени во категоријата како лица со инвалидност.

Негативните општествени и економски текови во Република Македонија, негативно се рефлектираат на здравствениот систем, особено во креирањето и спроведувањето на политиките кои се однесуваат на системот на ментално здравје во државата.

Процесот на деинституционализација е стопиран во психијатриските болници. Потребно е да се подобрат условите како за корисниците така и за вработените, да се отворат нови центри за ментално здравје во заедницата, заштитните домови од привремен и од траен карактер, да се спроведуваат индивидуални планови за рехабилитација на корисниците во психијатриските установи. Се зголемува потребата од поголема финансиска поддршката од страна на Министерството за здравство преку Фондот за здравствено осигурување, за работата на психијатриските установи, во



обезбедување на современата фармаколошката терапија за корисниците и зголемувањето на човековите ресурси во нив, а преку кои би се зголемил квалитетот на здравствена заштита на корисниците.

Како недоволно истражувани теми од оваа област претставуваат предрасудите кон лицата со психички растројства како неизлечливи, опасни за околината и неспособни за каква било работа, којашто беше и една од причините за поставување на истражувањето на овој докторски труд, чија цел е да придонесе кон подобро осветлување на влијанието на предрасудите кон овие лица и нивната недоволна вклученост на пазарот на трудот.

Докторскиот труд опфаќа: *теоретски и истражувачки дел*.

Во теоретскиот дел, во *првата глава*, опфатена е теоретска обработка на поимот и класификацијата на психичките растројства и нивната застапеност во светот и во Република Македонија, заштитата и унапредувањето на менталното здравје на населението.

Сфаќањата за психичките заболувања се разликувале во одредени историски периоди, лицата кои страдаат од психички растројства биле третирани различно, во зависност во дадениот историски период од развојот на човештвото. Според официјалните статистичките показатели од страна на Светската здравствена организација, психичките заболувања константно се зголемуваат, така што денес можеме слободно да кажеме дека по кардиоваскуларните и малигните заболувања, бројот на заболени лица од одреден вид психичко растројство константно се зголемува во светски рамки.

Овие лица претставуваат голем товар за семејството, заедницата, за секоја земја одделно во однос на расходите кои се планираат во годишниот здравствен буџет за работењето на психијатриските установи, па затоа од особено значење е спроведување на ефикасни и континуирани превентивни програми.

Превенцијата од психички заболувања е особено значајна. Тие имаат за цел да ги отстранат факторите кои се штетни за здравјето на човекот, да обезбедат навремена и соодветна помош во вид на лекувањето на заболениите членови во општеството.

Во *втората глава* - разработен е делот кој и се однесува за предрасудите, за предрасудите кон лицата со психички растројства, намалување на предрасудите кон овие лица, стереотипи и стигматизација.

Предрасудите се претежно негативни ставови насочени кон одредена група на луѓе или поединци како и неоправдано воопштување во врска со наведените

групи на поединци. Како што е случај со другите ставови, предрасудите се научени, што значи стекнати се на истиот начин како и многу други работи кои сме ги научиле, во рамките на семејството, врсниците, училиштето, медиумите и слично.

Кон лицата со психички растројства постојат многу негативни предрасуди и стереотипи, сметајќи ги како "опасни", "неодговорни", "агресивни", "недоверливи", со што тие се стигматизирани и дискриминирани од страна на останатите членови во заедницата.

Најголем проблем е дискриминаторскиот однос кон овие лица. Дел од пречките се резултат на незнаењето како да се одговори на потребите на овие лица соодветно да се приспособат кон условите за нивно непречено дејствување во општеството.

Стигматизацијата кон овие лица од средината негативно влијае во однос на нивниот третман и успехот во лекувањето, во однос на нивното користење на постојните ресурси во заедницата. Во светот се спроведуваат одржливи антистигма-програми и кампањи од страна на владините институции и граѓанскиот сектор кои придонесуваат за намалување на стигматизацијата и дискриминацијата кон овие лица, а со единствена цел да се зголеми јавната свест за почитување на правата и потребите на овие лица и нивните семејства кај граѓаните, посебно да се стави акцент на одредени фокусни групи како што се: учениците, студентите, работодавците од јавниот и приватниот сектор, полицијата, медиумите и слично.

Во Република Македонија не постојат одржливи и континуирани национални антистигма кампањи, со цел да се намали стигмата и дискриминираноста кон оваа ранлива група. Благодарение на здружението на граѓани "Добредојде", во 2005 година, беше спроведена истражувачка студија "Редуцирање на стигмата и дискриминацијата на лицата со психички растројства" која наиде на голем интерес во научната и стручната јавност.

Во *трета глава* од теоретскиот дел на трудот се разработени поглавја кои се однесуваат на системот на ментално здравствената заштита на населението во заедницата, задачите на психијатриските установи во заедницата, принципите на ментално здравствената заштита, ментално здравствената грижа на населението во Република Македонија преку болничката и вонболничката форма на здравствена заштита.

Одделно поглавје од третата глава се однесува на рехабилитација на лицата со психички растројства каде се обработени психосоцијалната рехабилитација и професионалната рехабилитација.

Рехабилитацијата на корисниците на психијатриски услуги е сложен процес кој е фокусиран на водење на здрав живот, без разлика на постоењето на симптоми на болеста и нарушувањето.

Рехабилитација со корисниците во психијатриските установи се состои од две интервенциски стратегии. **Прва стратегија** е индивидуално ориентирана, а нејзината цел е развивање на индивидуалните вештини и способности на корисникот во заедницата и **втората стратегија** е еколошка, насочена е спрема развивање на методи во средината што имаат за цел да ги редуцираат потенцијалните стресогени фактори коишто неповолно влијаат на корисникот. Голем број од психијатриските корисници во процесот на рехабилитација имаат потреба од комбинирање на овие две стратегии. Целта на психијатриската рехабилитација е индивидуална помош во развивањето на емоционални, социјални и интелектуални вештини и способности кај поединецот кои му се потребни за функционирање на неговиот живот, за учење и работа во заедницата (Rossler, 2006).

Улогата на социјалниот работник, како дел од интердисциплинарниот тим во рехабилитацијата на лицата со психички растројства преку примената на управување на случај (Case management) во психијатриските установи, е особена значајна за социјалното функционирање на корисниците.

*Четвртата глава* се однесува на пазарот на трудот, проблемот на невработеност на лицата со психички растројства, меѓународната правна регулатива за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот, застапеноста на социјалните претпријатија, социјалните фарми како организации каде се вработуваат корисниците на психијатриски услуги како дел од развојот на социјалното претприемништво и јакнење на социјалната економија.

Меѓународната правна рамка за вклучување на овие лица се воочува преку донесување на голем број законски и подзаконски акти за заштита на правата на лицата со инвалидност кои се базирани преку забрана од секаков вид дискриминација, обезбедување на еднакви можности за учество на овие лица на пазарот на трудот и јакнење на социјалното претприемништво.

Во последните дваесет години, бројот на социјалните претпријатија во земјите од Европска унија континуирано се зголемува. Овие социјални претпријатија дејствува на пазарот на трудот, нудат можност за вработување на лица со инвалидност и на други социјално ранливи групи кои на пазарот нудат производи и услуги од различен вид.

Социјалните претпријатија преземаат општествена одговорност за еден дел од популацијата на кои им е потребен посебен напор, емпатија, солидарност и социјалната кохезија.

Во Земјите од Европска унија се регистрирани над 240.000 социјални претпријатија и кооперативи. Нивниот број рапидно се зголемува, а најзастапени се во следниве дејности: земјоделството, индустријата и градежништвото и тие директно вработуваат 4, 7 милиони луѓе, донесуваат преку 4% годишен национален доход. Во последните години социјалните претпријатија не придонесуваат само во намалување на стапката на невработени лица кои тешко можат да се интегрираат на пазарот на трудот, туку учествуваат и во решавањето на многу социјални проблеми.

Предуслов за учество на пазарот на трудот на лицата со психички растројства е да им се обезбедат обуки и програми за нивна квалификација, преквалификација и програми за неформално образование за стекнување на нови вештини, знаења и способности за одредени области.

Во *четвртата глава* се опфатени и понудата на работна сила во Република Македонија, националната правна рамка за вработување на лицата со инвалидност, вклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на трудот и квалитетот на животот на лицата со психички растројства.

Во Република Македонија пазарот на трудот се карактеризира со висока стапка на невработеност. Како категории кои доминираат со високата стапка на невработеност се: младите невработените лица на возраст од 20 до 24 години кои подолг временски период чекаат за нивно вработување и оние лица кои се евидентирани како невработени, а кои чекаат над една, две или повеќе години, лицата со пониско образование и без квалификации, ранливите етнички групи, како што се Ромите и ниската стапка на учество на жените на пазарот на трудот. Сиромаштијата и високата стапка на невработеност е една од основните причини за социјална исклученост на гореспомнатите ранливи групи.

Со Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ", бр.44/2000), член 7, вработено лице со оштетен вид, со оштетен слух, телесно инвалидно лице, лице со пречки во психичкиот развој, лице со комбинирани пречки и лице со психози на кое заради видот и степенот на попреченост му е утврдена специфична потреба при работењето се ослободува од плаќање на данок од доход.

Со Измените и дополнувањата на Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ", бр.62/ 2005), лицата со психози беа отстранети од овој

закон како лица со инвалидност, со што на поголем број лица со психози им престана работниот однос во заштитните друштва, со што директно им се загрозија нивните социјални права - правото да бидат вработени.

Поради неможноста активно да партиципираат на пазарот на трудот, тие се принудени да се пасивизираат, да бидат неактивни во барањето на слободни работни места, да немаат интерес за продолжување на нивното образование за да стекнат нови квалификации. Најчесто ја користат потребата да стекнат одредени законски права, преку стекнувањето на правота на парична помош од системот на социјална заштита, од Законот за социјална заштита („Службен весник на РМ", бр.79/ 2009), или правата кои произлегуваат од Законот за пензиско и инвалидско осигурување („Службен весник на РМ", бр.98/ 2009), со цел да го ублажат нивниот проблем на сиромаштија и социјална исклученост.

Пазарот на трудот во Република Македонија не е доволно социјално инклузивен, затоа е потребно овие лица да бидат вклучени во политиките и програмите за активно вработување. Еднаквоста во можностите треба, исто така, да се овозможи и од економски причини затоа што лицата со инвалидност сепак се способни да бидат продуктивни и да работат.

Во *истражувачкиот дел* од трудот е извршена анализа на резултатите од анкетните истражување за вклученоста на корисниците од центрите за ментално здравје на пазарот на трудот и за работодавците од заштитните друштва.

Досега во Република Македонија не се извршени научни истражувања во однос на влијанието на предрасудите кон лицата со психички растројства и нивната вклученост на пазарот на трудот, со што преку истражувањето за потребите на оваа докторска дисертација се дојде до сознанија кои се однесуваат за причините за социјалната исклученост на корисниците во психијатриските установи на пазарот на трудот во Република Македонија и истите ќе дадат практични препораки до релевантните актери кои ја спроведуваат здравствената и социјалната политика во државата, а кои се однесуваат на заштита и унапредување на правата кон лицата со психички растројства за нивно вклучување во пазарот на трудот, како и да се воочат какви се импликациите од нивната недоволна вклученост на пазарот на трудот, стигматизацијата и дискриминацијата што постојат кон овие лица и воопшто на нивната перцепција и социјална исклученост како членови на ова општество и квалитетот на животот на овие лица.

**ТЕОРЕТСКА ОСНОВА НА ИСТРАЖУВАЊЕТО**

## 1. Поим за психички растројства

---

Сфаќањата за психичките заболувања се разликуваат во различни историски периоди, почнувајќи од најстарите каде што душевната болест се сметало дека е резултат од влијанието на одредени демони кои го опседнуваат лицето и го контролираат неговото тело, умот, однесувањето, до современите сфаќања според кои причините за појавата на душевната болест ги наоѓаат во психичката и социјалната основа на човекот.

Уште Хипократ (5 век пр. н. е.) сметал дека душевната болест е болест на мозокот. Според него болеста на мозокот доведува до нарушување на мислењето и однесувањето.

При крајот на 19 век, одредена група невролози ја применувале катарзата како метод за ослободување од емоционалната напнатост која е предизвикана од забравени мисли за последиците од трауматските искуства и други непријатни состојби, поставувајќи ги темелите на моделот на психичка условеност на психичките заболувања.

Дефинирањето на поимот психичко растројство е мошне комплексно бидејќи во психијатријата симптомите и нарушувањето честопати се немерливи со вообичаените дијагностички техники, како што тоа е случај со другите медицински дисциплини. Од тука постојат различни ставови и пристапи во дефинирањето на менталното здравје, односно да се утврди што е нормално затоа што психичкиот симптом честопати е само обид за адаптација на болеста или надворешните тешкотии, а од друга страна, речиси секој симптом со одреден интензитет и повремено може да се појави кај здрави личности.

За нормално функционирање на човечката психа неопходен е потполн функционален психосоматски и социјален човечки интегритет. Секое негово нарушување значи отстапување од нормалната функција на човековата психа.

Психичките заболувања се сериозни, комплексни, социо-медицински, но општествен проблем кој се отсликува преку бројот на заболени лица, т.е. една третина од дијагностицираните лица добиваат хроничен тек, т.е. периоди кои се карактеризираат со подобрувања на психичката состојба и истите се заменуваат со периоди на влошување и повторна појава на симптомите на растројство. Постојат

повеќе фактори кои влијаат на психичките растројства: наследството како фактор, средината, психичките трауми и физичките трауми.

Професионалците кои се занимаваат со проучување на менталното здравје, личноста ја препознаваат по основа на набљудувањето или известувањето за девијантното однесување, бизарниот говор и манифестирање афекти и показатели дека лицето доживува одредена болка, како што се случува кај лицата кои страдаат од депресија или анксиозност.

Mikenic, (2005) психичките заболувања ги дефинира како форма на девијантно однесување кое се темели или содржи натпросечно високо ниво на стрес. Тоа се јавува кога мисловните процеси, чувствата или однесувањето на поединецот отстапуваат од вообичаените очекувања или искуства, а самото лице или некој од неговата средина смета дека е тоа проблем кој бара интервенција. Овој концепт се карактеризира со два аспекта:

- Мислите, чувствата и однесувањата за кои се смета дека потекнуваат од менталното заболување на некој начин се болни и нарушени и
- Проблемот потекнува од некоја дисфункција кај лицето, некој аспект на неговиот ум и тело кои не функционираат како што е пожелно.

Vidanovic (2006) истакнува дека менталното здравје не е само отсуство на болест туку и една хармонично развиена личност којашто чувствува задоволство во животот, задоволство во работата, задоволство во семејните односи и во својата средина.

Истиот автор дава неколку критериуми со кои се опишуваат ментално здраво лице. Тоа е лице кое е:

- Способно да сака;
- Способно да работи;
- Толерантно на фрустрации;
- Емоционално и економски не ја експлоатира својата средина, ниту дозволува да биде објект на експлоатација;
- Способно да ги прифати обврските и одговорностите;
- Во различни етапи ги унапредува меѓучовечките односи;
- Способна за широко приспособување на настанатите животни промени;
- Реално во процена на состојбата, изборот на партнер, пријатели и соработници и
- Способно да се одмора и ужива во разонодите (Vidanovic, 2006, str.42).



Психичките растројства опфаќаат широк спектар на разновидни заболувања, вклучувајќи ги органските, симптоматските, невротските, заболувања на расположението (афективни заболувања), шизофрениите, шизотипните и налудничави заболувања, душевната заостанатост, други психички растројства, како и психички растројства и заболувањата во поведението предизвикани од употреба на психоактивни супстанции, вклучително на алкохол, тутун, дроги и други, традиционално нарекувани болести на зависност (Чадловски и сор., 2004).

Психичките заболувања се дефинираат и како состојба каде што однесувањето и доживувањата на личноста отстапуваат од нормалните доживувања, не е приспособено и претставува пречка за состојбата во којашто се наоѓа.

Националната советодавна група за ментално здравје (1994) ги дефинира проблемите на грижата за менталното здравје како: "Проблемите поврзани со ментална болест кои ако не се решат, резултираат со тешка состојба, продолжена зависност од третманите за менталното здравје и услугите за кризни состојби, кои сериозно ја намалува способноста на поединецот да живее самостојно во заедницата и целосно да го искористи својот потенцијал.

Светската здравствена организација - СЗО (2001) го дефинира менталното здравје како состојба на благосостојба каде поединецот ги остварува своите потенцијали, може да се носи со нормалниот животен стрес, може да работи продуктивно и способен е да придонесе за заедницата".

Поимите психичка болест, психички растројства, најчесто ги користат претставниците на медицинските сфаќања, каде што според нив психичките растројства се проценуваат како резултат на отсуството или присуството на симптоми кои се карактеристични за одредени заболувања, додека пак многу психолози се базираат на претпоставката дека постои логичен континуитет на личноста и однесувањето, било тоа да се нормални или патолошки. Нарушеното однесување се сфаќа како адаптација во одговорот на раното искуство, развојните и социјалните фактори.

Постојат голем број социолошки концепции за психичките заболувања. Според концепцијата за стресот и неговото надминување, стресот се сфаќа како нерамнотежа помеѓу барањата кои му се поставуваат на поединецот и нивниот капацитет со нив да излезе на крај во средината каде што тој функционира.

Според биолошките гледишта, телото и умот го сочинуваат биолошкиот систем кој се развива во одреден социјален контекст. Биолошкото и социјалното гледиште се неразделни целини и двете се обидуваат да разберат како семејствата ја пренесуваат психолошката вулнерабилност или дисфункциите.

Сфаќањето за стигматизацијата го застапува мислењето дека етикетањето на психичко-заболенима имаат важен ефект во текот на болеста, во однос на тоа како лицата со психички заболувања одговараат на својата состојба со текот на времето. Заради тоа претставниците на ова сфаќање посебно внимание им даваат на обележувањето, дискриминацијата и социјалната исклученост кон лицата со психички растројства.

## 1.1. Класификација на психичките растројства

Психичките растројства се разновидни и опфаќаат широк спектар и тоа од најтешките, како што се психозите, до најлесните, како што се емоционалните растројства. Психијатријата не располага со доволно објективни критериуми за дијагностицирање на поголемиот број психички растројства, со што ја отежнуваат и поставеноста на самата класификација.

Денес, психијатријата сè повеќе се соочува со проблемот да создаде класификација која би била универзална, прифатлива за различни психијатриски школи и правци.

Во 1948 година е објавена првата меѓународна класификација на болести, од страна на Светската здравствена асоцијација – СЗО, која до денес претрпела десет ревизии. Денес во употреба е десеттата ревизија на меѓународната класификација-МКД-10, според која психијатриските растројства се класифицираат во следните категории:

*Органски* - вклучувајќи и симптоматски, ментални нарушувања (деменција, органски синдром на амнезија кој не е предизвикан од алкохол или други психоактивни супстанции, психички растројства предизвикани од мозочни оштетувања и соматски заболувања, нарушување на личноста и однесувањето предизвикани од разновидни мозочни заболувања.

*Психички растројства и растројства во однесувањата* настанати како резултат на употреба и злоупотреба на психоактивни супстанции (алкохол, различни дроги, седативи, тутун и други психоактивни супстанции).

*Нарушувања на расположението и соматоформни растројства* (анксиозни растројства, опсесивно-компулсивни растројства, реакции на претрпен силен стрес, траума, дисоцијативни- конверзни растројства).

*Нарушувања на расположението* - афективни нарушувања (манична епизода, биполарни афективни растројства, депресивни растројства, перзистентни растројства на расположението, неспецифични растројства на расположението).

Оваа група на психички заболувања е голема, кај кои основна карактеристика е промената на расположението (афектот) кое не е се совпаѓа со објективните околности, кои имаат тенденција за рекурентност, протекувајќи во фази на депресивност или маничност со апсихотични интервали меѓу нив.

Во оваа група на заболувања спаѓа и депресијата, која според податоците на Светската здравствена организација, во 2020 година, ќе биде прва причина за смртност, пред заболувањата на срцето, мозочните удари и малигните заболувања.

*Нарушување на личноста* - во оваа се класифицирани многубројни трајни состојби и заболувања на личноста и однесувањето што имаат одредено клиничко значење и се израз на карактеристичниот животен стил на личноста и на начинот на нејзиниот однос спрема себеси и спрема другите.

Некои од овие состојби се јавуваат уште во раното детство, додека други се манифестираат во адолесценцијата, а сите останати трајни последици во зрелата личност.

Параноидно растројство е первезивно сомневање и недоверба кон сите луѓе чии мотиви, постапки и однесувања се толкуваат како злонамерни.

Емоционалната нестабилност кај личноста е растројство во кое е изразена тенденцијата кон импулсивност и афективна нестабилност. Намалена им е способноста за претходно планирање, а ненадејниот излив на бес може да доведе до насилно однесување.

Хистерично растројство на личноста се карактеризира со нагласена експресија на емоциите, со постојано барање да им се обрнува внимание од страна на средината и да им се даде признание и поддршка.

*Шизофренија, шизофрени растројства и растројства од налудничавост*, (шизотипски растројства, перзистентни растројства, шизо-афективни растројства, неоспецифицирана неорганска психоза).

*Бихевиорални синдроми здружени со физиолошки растројства и соматски фактори* (нарушување во исхраната, неоргански нарушувања во спиењето, сексуални дисфункции, злоупотреба на супстанции кои не предизвикуваат зависност и други).

*Ментална ретардација* (лесна ментална ретардација, умерена ментална ретардација, тешка и длабока ретардација).

*Растројства кои се поврзани со психичкиот развој* (развојни растројства поврзани со говорот, јазикот, растројства во моторните функции, мешовити развојни растројства, неспецифични растројства во психичкиот развој).

*Заболувања на однесување на телесни симптоми* (нарушување на исхраната, нарушување на сонот, сексуалните дисфункции и психички заболувања на родилките).

*Растројства на личност и однесувањето кај возрасните* (специфични растројства на личноста, мешовити растројства на личноста, трајни промени на личноста кои настануваат како резултат на оштетувања на мозокот, растројства на половиот идентитет и други).

*Деменции* - се карактеризираат со стекната интелектуална детериоризација која е предизвикана од неспецифични органски причини. Се карактеризира со глобално пропаѓање на интелектуалните, емоционалните, когнитивните способности при состојба на интактна свест. Интелектуалната детериоризација опфаќа заболувања на многу функции, главно од кортикална природа, меѓу кои најчесто се заболувањата кои се поврзани со помнењето, говорот, јазикот и расудувањето.

Две главни групи на дементни заболувања се: Алцхајмерова деменција и Васкуларната деменција.

*Неспецифични психички растројства* (психичко растројство кое не е на друг начин специфицирано).

Симптомите на психичките растројства варираат од слаби до многу сериозни нарушувања, а кои зависат од видот на психичкото нарушување, на самата личност, семејството и социјално-економското опкружување. Во некои случаи траењето и

јачината на болните чувства или изменетите обрасци на мислењето можат сериозно да влијаат на секојдневниот живот на личноста.

Поголем број од психичките нарушувања можат да се јават заедно. На пример, личноста може истовремено да биде депресивна и да има некои од анксиозните нарушувања (Трајков, 2009)

Двете основни групи на психички растројства се лесните психички нарушувања - неврози и тешките психички нарушувања - психози.

*Неврози*- се нарушувања кај кои за одредено време е намалена способноста за снаоѓање во одредени ситуации и приспособување и соработка со другите луѓе. Поединците кои страдаат од невроза обично ги знаат своите тешкотии кои се манифестираат како во контактите со луѓето така и во извршувањето на различни активности. Во заднината на сите неврози се наоѓа конфликт, судир на некоја силна желба и суперегото на личноста.

Според сите досегашни направени епидемиолошки истражувања, неврозите се најчести психички заболувања. Тие најчесто се јавуваат кај женскиот пол и речиси кај сите заболени лица доаѓа до помало или поголемо осиромашување на личниот, семејниот и професионалниот живот.

Во оваа група на заболувања спаѓаат:

- фобични заболувања;
- анксиозни заболувања;
- опсесивно-компулсивни заболувања;
- конверзивни заболувања и
- други невротични заболувања.

*Психози* - се најтешки психички нарушувања кои го ограничуваат контактот на поединецот со стварноста или сосема го редуцираат. Психозата е привремено растројство на нормалното функционирање на мозокот. Луѓето со психоза се пречувствителни на стимулансите или на стресните ситуации кои произлегуваат од нивната непосредна околина.

Психозите се растројства што се предизвикани од непознати причини кои се карактеризираат со психички симптоми кои значително го оштетуваат функционирањето на личноста и кои ги попречуваат чувствата, мислењето и однесувањето (Чадловски, 2004).

Причините за психозата се делат на *органиски и психогени*. Органиските се јавуваат како резултат на повреди и оштетувања на мозокот или други делови на

нервниот систем: физички или од разни заболувања (склероза, интоксикации од хемиски материи, алкохол и дроги). Психозите предизвикани од органски причинители се нарекуваат уште и органски психози.

Разни психички трауми кои се резултат на тешки и долготрајни и нерешени конфликти и животни проблеми можат да доведат до појава на психоза.

Втората група се *функционалните психози* кај кои не е отфрлен органскиот причинител, но не е и откриен. Нарушеното однесување е од психоген карактер и се јавува како резултат од неможноста на поединецот да се пронајде во одредена животна ситуација, да ги разреши конфликтите.

Основни форми на функционалните психози се: шизофренијата и манијакално-депресивните психози.

*Шизофренијата* е сериозно психичко растројство. Таа го отежнува разликувањето на реалните од нереалните доживувања, логичното размислување, нормалните емоционални одговори кон околината, како и нормалното однесување во социјалната средина. Лицата со шизофренија можат да имаат најразлични симптоми: делузии-погрешни уверувања, халуцинации-искривени перцепции, обично гласови, тешкотии во размислувањето, чувствата и однесувањата. Вистинската причина за настанувањето на шизофренијата е непозната, меѓутоа, постојат научни сознанија каде што основен причинител е нарушувањето во мозочните хемиски супстанции и претежно се од невро-биолошка природа.

Лицата со шизофренија имаат сериозни тешкотии во социјалното функционирање, со што им е отежната можноста да работат или да одаат на училиште и потешко се прифатени од средината во којашто живеат.

Шизофрениите заболувања се јавуваат кај 1% од општата популација во земјите на Европа. Овие заболувања се карактеризираат со позитивни и негативни симптоми и се тестираат со прашалникот ПАНСС (Кечмановиќ, 1989).

Карактеристични позитивни симптоми се:

- психомоторна возбуда и агитираност;
- перцептивни заболувања, односно халуцинации и
- делузивни идеи и бизарно однесување

Како негативни симптоми се вбројуваат:

- губење на интересирање или анхедонија;
- неспособност за иницијативност и докрај доведување до целните активности или аволиција;

- намалување, односно целосно отсуство на знаци на афективно изразување или аtimiја;
- редукција на нагонско волевите динамизми (анхормија, абулија и аутизам) и
- осиромашување на процесот на размислување со ограничување на спонтаниот говор или алогија.

Причините за овие заболувања се претежно невро-биолошки. Во многу стресни животни состојби најчесто доаѓа до прекумерно лачење на донаминот кој предизвикува "збрка на мислите и чувствата" која што се манифестира преку халуцинации, конфузен говор и неадекватно однесување.

*Манијакално-депресивните психози* се одликуваат со промени и нарушувања во емоционалното однесување. Се разликуваат две состојби: *манијакална состојба* со изразено чувство на веселост и *депресивна состојба* во која се јавуваат интензивна потиштеност, чувство на тага, вина и намалена активност и намалена самодоверба.

## **1.2. Застапеноста на психичките растројства**

Современиот свет според многу здравствени статистики и индикатори веќе една деценија се соочува со "епидемија" на зголемување на бројот на лицата кои страдаат од одреден вид психички заболувања. Во тој контекст треба да ги споменеме: деменциите, депресиите, шизофренијата, болестите на зависност, состојбата на страв, анксиозност, епилепсија и други заболувања кои стануваат глобален светски проблем и кои треба соодветно да се третираат од здравствените установи, особено при грижата на лицата кои страдаат од горенаведените заболувања, но и да бидат дел од приоритетите на здравствениот систем во секоја земја. Затоа потребно е секоја земја, од предвидените ставки од националните годишни буџети што се наменети за здравствената заштита на населението, голем дел од финансиските средства да биде наменет за зајакнување на превентивните програми за унапредување на ментално-здравствената грижа на населението.

Статистичките показатели на Светската здравствена организација (2010), покажуваат дека кардиоваскуларните, малигните и психичките заболувања претставуваат водечки здравствен проблем во земјите во светот. Ако ги погледнеме

статистичките показатели ќе можеме да забележиме дека во светот 450 милиони луѓе постојано страдаат од психички и невролошки растројства, а 1,5 милијарда луѓе, од кои три четвртини живеат во земјите во развој, страдаат од едно или од повеќе невропсихијатриски заболувања. Бројот на лицата на кои им е потребна периодична психијатриска помош и грижа константно се зголемува и точно не може да се процени.

Во 2020 година се очекува процентот на психичките заболувања да се зголеми до 50%, со што се јавува потреба од земјите да најдат механизам за справување (Извештај за светско здравје на СЗО, 2011).

Од извештајот за светското здравје од страна на Светската здравствена организација, кај 24 % од пациентите во примарната здравствена заштита присутни се психичките заболувања и нарушувања во однесувањата, а вкупно 25 % лица во светот развиваат по еден или повеќе видови нарушувања кои се поврзани со менталното здравје или нарушувања на однесувањето во текот на животот. Горенаведените статистички показатели укажуваат на фактот дека психичките заболувања стануваат голем светски и европски здравствен предизвик во 21 век за секоја земја одделно. Тие претставуваат голем здравствен, но и социјален товар на земјите, кој тежи стотина милијарди евра, а кои се издвојуваат од националните буџети.

**Табела 1. Десетте водечки причини за загубени години поради онеспособеност во светот, развиени земји и земји во развој, 2004**

Земји со ниски приходи			Земји со високи приходи		
Причина			Причина		
Депресивно растројство	55,3	10,4	Депресивно растројство	10,0	14,6
Повторувачко грешење	25,0	4,7	Губење на слух, со прва манифестација на возрастна доба	4,2	6,2
Губење на слух, со прва манифестација на возрастна доба	23,2	4,4	Алкохолна зависност	3,9	5,7
Алкохолна зависност	18,4	3,5	Остеоартрит	3,7	5,4
Катаракта	17,4	3,3	Повторувачко грешење	2,8	4,1
Шизофренија	14,8	2,8	Хронична опструктивна белодробна болест	2,7	4,0
Породилно задушување и породилна траума	12,9	2,4	ХОББ	2,4	3,5
Биполарно растројство	12,9	2,4	Шеќерна болест	2,3	3,4
Остеоартрит	12,9	2,4	Астма	1,8	2,6
Анемија од недостиг на железо	12,9	2,4	Зависност од дроги	1,7	2,4

Извор: Годишен извештај на Светска здравствена организација (2005)



Психичките заболувања се мошне чести, кои исто како соматските бараат сериозен пристап во однос на нивното третирање. Тие го зголемуваат морталитетот, предизвикуваат страдање, економски загуби, водат кон социјално исклучување и во голема мера влијаат на следните генерации.

Проектот на Глобалниот товар (2010) ја истакнуваат онеспособувачката природа на психичките растројства, во нивната листа на најнеоспособувачките заболувања во светот, дури три претставуваат специфични психијатриски растројства, а тоа се униполарната депресија, шизофренијата и биполарното растројство. Прекумерната употреба на алкохол и дрога и другите психотропни супстанции спаѓаат во психијатриската грижа како дел од мултидисциплинарниот пристап. Униполарната депресија и шизофренијата се меѓу водечките причини кои доведуваат до општествен товар на постојните заболувања кога ќе се земе предвид возрасната структура на популацијата од 15 до 44 години, т.е популацијата која се наоѓа во најпродуктивниот период од својот живот.

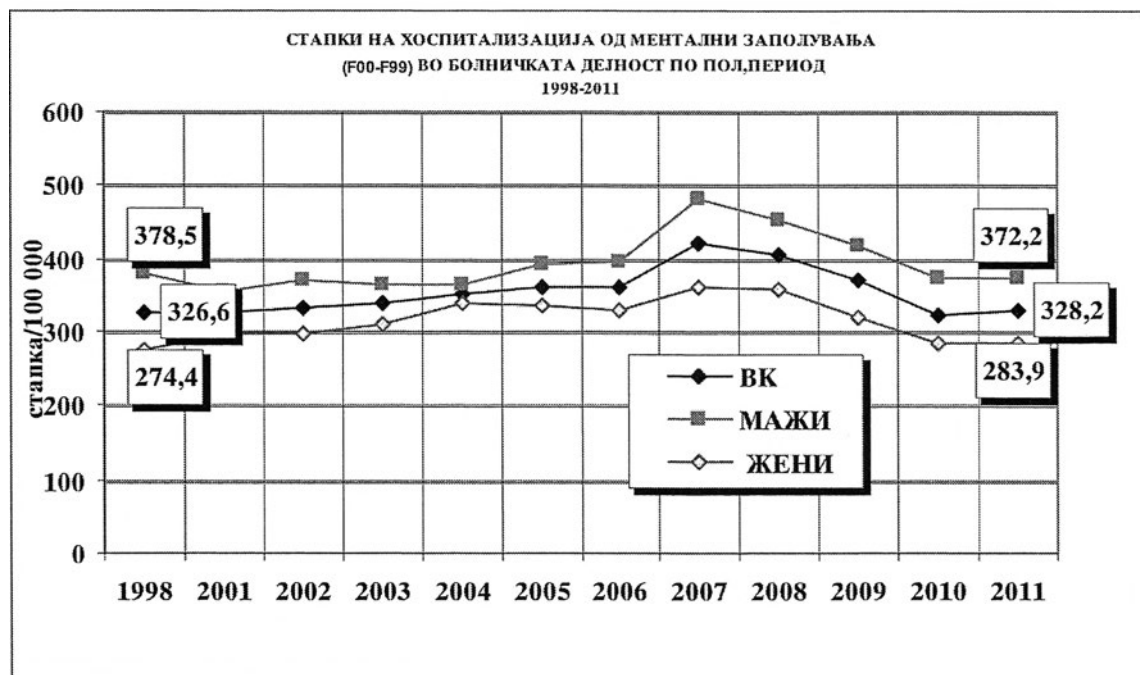
**Табела 2. Лекувани болни од ментални заболувања во психијатриските болници, клиника за психијатрија, невропсихијатриските и психијатриските одделенија на општите болници по пол Р. Македонија, 1998-2011 г.**

		1998	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Индекс 2011/98
Психијатриски болници	СЕ	2706	2876	3287	3275	4035	3203	3213	2810	3099	114.5
	М	1932	2014	2386	2366	2895	2245	2308	2083	2244	116.2
	Ж	774	862	901	909	1140	958	905	727	855	110.5
Клиника за Психијатрија	СЕ	324	520	575	439	468	470	693	732	720	222.2
	М	137	197	268	185	209	209	313	347	311	227.0
	Ж	187	323	307	254	261	261	380	385	409	218.7
Невропсихијат риски одд. при општите боници	СЕ	3528	3347	4208	3669	4122	4090	3661	3076	2936	83.2
	М	1737	1558	1851	1659	1839	1766	1691	1286	1284	73.9
	Ж	1791	1789	2357	2010	2283	2324	1970	1790	1652	92.2
<b>вкупно</b>	<b>СЕ</b>	<b>6558</b>	<b>6743</b>	<b>8070</b>	<b>7383</b>	<b>8625</b>	<b>7763</b>	<b>7567</b>	<b>6618</b>	<b>6755</b>	<b>103.0</b>
	<b>М</b>	<b>3806</b>	<b>3769</b>	<b>4505</b>	<b>4210</b>	<b>4942</b>	<b>4220</b>	<b>4312</b>	<b>3716</b>	<b>3839</b>	<b>100.9</b>
	<b>Ж</b>	<b>2752</b>	<b>2974</b>	<b>3565</b>	<b>3173</b>	<b>3683</b>	<b>3543</b>	<b>3255</b>	<b>2902</b>	<b>2916</b>	<b>106.0</b>

Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија, Анкета спроведена во соработка со ЦЈЗ (2012)

Од табела број 2 може да забележиме дека бројот на лекувани болни од психички заболувања од машки пол е поголем во однос на бројот на лекувани жени, при што бројот на мажите кои се лекуваат од психички заболувања, во периодот 1998 – 2011 година е зголемен за вкупно 9%, а бројот на лекувани жени за вкупно 6 %.

**Графикон 1. Стапки на хоспитализација на 100 000 поради ментални заболувања (F00-F99) во болничката дејност по пол во Република Македонија, 1998-2008 година**

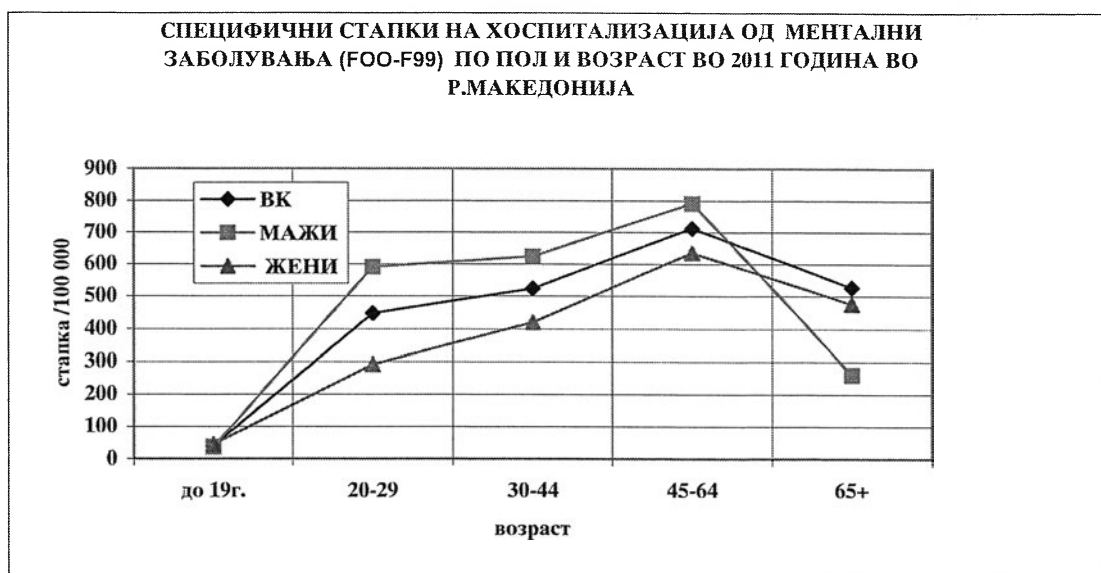


Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија (2012)

Според графикон број 1, во 2011 година, по групи на психички заболувања во болничката дејност е шизофренијата, шизотипните и налудничави растројства со 33,0% застапеност во вкупниот број на лекувани од психички заболувања.

Според графикон 2, во 2011 година, најзастапена возрастна група е од 45 до 65 години, кај двата пола.

Графикон 2.



Извор: Институт за јавно здравје на Република Македонија (2012)

### 1.3. Заштитата и унапредувањето на менталното здравје

Статистичките показатели во светски рамки покажуваат дека повеќе од 40% од целокупното население, барем во одреден период од својот живот, имале психички проблеми, кои, според утврдената меѓународна дијагностичка класификација, истите би можеле да се класифицираат во рамките на психички растројства.

Имајќи ја предвид големата распространетост на лицата со психичко растројство во светот, како и нивното влијание на личноста, семејството и општеството во целина, потоа големиот економскиот товар на здравствениот систем во однос на медицинското третирање на овој проблем, здравствената заштита кон лицата кои страдаат од психички растројства имаат потреба од преземање на соодветни мерки и програми во заштитата и унапредувањето на менталното здравје, како и намалување на преваленцијата на психичките растројства. Заштитата и унапредувањето на менталното здравје треба да биде сеопфатна, координирана активност од страна на здравствените установи, со што промоцијата на менталното здравје треба да претставува заштита и унапредување на емоционалната благосостојба, превенција на проблемите и на нарушувањата на планот на менталното здравје.

Работата на заштитата и унапредувањето на менталното здравје се нарекува превенција во областа на менталното здравје, така што *примарната, секундарната и терцијарна превенција* претставува основно поле на дејност на менталната хигиена.

Под превенција се подразбира "*Здружена примена на медицински, психолошки и социјални мерки кои имаат за цел: да ги отстранат факторите кои се штетни за здравјето на човекот, да овозможат физичките и духовните способности на поединецот да се развијат на најдобар можен начин за да обезбедат навремена и соодветна помош во вид на лечење и рехабилитација на заболените членови во општествената заедница* (Каличанин & Бојанин, 1975, стр.20).

Превенцијата на психичките растројства се однесуваат на интервенции кои се применуваат пред почетокот на психичкото растројство. Целта на овие превентивни интервенции е да се редуцира инциденцијата на ментално-здравствените проблеми и растројства и паралелно со тоа да се редуцира нивната преваленција и придружна неспособност (Трајкова – Стаменкова & Белевска, 2002).

*Примарна превенција* има за цел да ја намали инциденцијата кај популацијата и психичките заболувања да се сведат на минимум. Успехот во примената на мерките од примарна превенција се проценуваат преку: зачестеноста на психичките заболувања, односно бројот на нови случаи кои се регистрирани во оној дел каде што се применуваат мерките на примарната превенција. Активностите се насочени кон популацијата која во суштина е здрава, но е под одреден ризик за развој на некои видови психички растројства.

Новата ориентација на социјалната психијатрија е, пред сè, насочена во екстерното решавање на проблемите на терен, т.е. онаму каде што настануваат во: семејството, училиштето и работната средина и настојуваат да ги спречат за да не настанат психијатриски случаи (Трајкова - Стаменкова, 2001).

Примарната превенција има за цел да ги елиминира факторите на ризик како што се: вештини за намалување на стрес, социјална компетенција и зајакнување на родителството. Во примарната превенција постојат: *општи и специфични мерки* на примарна превенција.

Општите мерки обезбедуваат нормален раст и развој, борба за здрава животна средина, здрави услови и стилови на живеење, особено во кризни состојби.

Специфичните мерки опфаќаат примена на голем број мерки за спречување на психички растројства, во однос на етиологијата и патогенезата на групата на психоорганични синдроми.

*Секундарна превенција* на психичките растројства се реализира во психијатриските установи и е насочена на: рана детекција, дијагностицирање, лекувањето на психичките растројства, со цел да се намали времетраењето и тежината на заболувањето и да се спречи рецидивирањето на состојбата. На популационо ниво, секундарната превенција се стреми да ја намали преваленцијата.

Според Кестановиќ (1980), како предуслови за примена на мерки од секундарна превенција се следниве:

- Рано откривање, дијагностика и лекување што се базира врз најсовремените научни достигнувања кои го третираат менталното здравје;
- Примарната здравствена заштита и психијатриските установи треба да се поврзат со другите здравствени установи;
- Треба да се зголеми нивото на знаењето кај општите лекари и другите здравствени установи, луѓето и заедницата со цел да ги препознаваат психичките растројства;
- Многу е значајно да се приближат психијатриските установи до граѓаните, институциите и тоа, пред сè, до семејствата и до децата од предучилишна и училишна возраст и
- Планирањето и мерките на успехот од секундарната превенција можат да одиграат голема улога медиумите во однос на информирањето и едукациите кои се насочени кон граѓаните за психичките заболувања.

Воспоставување на критериуми за рано откривање, дијагностицирање и воспоставување третман на лицето кое страда од одреден вид психичко растројство е од големо значење за успешно спроведување на мерките од секундарната превенција.

*Терцијарна превенција* подразбира преземање на сложени стручни активности кои треба да ги отстранат или редуцираат последиците поврзани со определено психичко растројство. Основна цел на терцијарна превенција е лицето што е можно побрзо да се оспособи за здрав живот во семејството, во работната средина и заедницата. Таа се однесува на скратување на траењето на психичкото растројство, на спречување на компликациите или неспособноста и рехабилитација која треба на корисниците во психијатриските установи да им овозможи и подобар квалитет на живот.

## 2. Поим и карактеристики на предрасудите

---

Предрасудите се присутни во секоја општествена средина и не се поврзани само со етничките разлики кои постојат помеѓу луѓето, туку истите се однесуваат на која било особина на луѓето коишто влегуваат во составот на едно општество, а која претставува основа за некакво разграничување. Тие имаат голема улога во однесувањето на луѓето и претставуваат одреден вид на неосновани ставови кои лесно се формираат, а тешко се менуваат.

Предрасудата во своето најшироко значење може да вклучува позитивни и негативни чувства кон оној на кого се однесува, но во обичниот говор таа обично се употребува за да го означи индивидуалниот негативен суд на единката кон претставник или претставници на групи на кои таа припаѓа. Предрасудата претставува "извртен" или "непријателски став" кон лице кое припаѓа на одредена група, просто затоа што тоа и припаѓа на таа група, и така е претпоставено дека ги има приговараните квалитети што и се препишани на таа група (Ташева и сор.,1998).

Предрасудите како и ставовите се стекнуваат во текот на живот. Постојат обиди научно да се докаже дека предрасудите се наследни и биолошки засновани. Така, на пример, кај германскиот национал-социјализам предрасудите беа користени во негативни цели како средство на политиката каде што преку нив се промовираше гласот на крвта, дека постои вродена свест за расата кон која припаѓаат.

Многубројните научни испитувања ги отфрлија овие тврдења како неосновани, бидејќи сите предрасуди се формирани во текот на живот на личноста и од влијанието на средината.

Формираните предрасуди влијаат на мислењето и на однесувањето, а за нивното одржување влијаат многубројни фактори: *економската корист, мотивот за престиж и ослободување на акумулираното незадоволство и зголемената агресија.*

Во пошироката смисла на значењето, предрасудите се тврдења на кои се придружуваат увереност на нивната точност - иако тие тврдења не се поткрепени со

факти, ниту се засновани на аргументи, туку се донесени без претходно проверување на нивната точност и без претходно размислување за тоа:

- Предрасудите се судови кои се носат без претходно расудување и
- Предрасудите се негативен став или низа ставови кон сите или кон поголем број членови на некоја група.

Според меѓународното издание *The Encyclopedia Americana*, предрасудата е негативен став кон група луѓе која има некои општи карактеристики коишто не се споделувани од сите луѓе (*The Encyclopedia Americana.*, 1984).

Во социјалната психологија под предрасуди се подразбираат различни видови ставови кај кои очигледен е недостатокот на оправданост, логичка неоснованост, кои се проследени преку интелектуалните емоции кои упорно се одржуваат и се отпорни спрема тврдењата (Rot,1998).

Поимот предрасуди, во оваа смисла, вклучува позитивен и негативен однос. Најчесто под предрасудите се подразбира негативен однос кој подразбира: осудување, потценување, негативизам, деградирање, одреден непријателски став, спремност да се пристапи кон одредена активност против група или појава кон која постои предрасуда.

Предрасудите секогаш го содржат негативното и непријателското гледиште спрема објектот на кој се однесуваат, тие се однапред донесени негативни ставови, донесени заради недостиг на знаења, информации за она што е предмет на предрасудите, во овој случај. Одржувањето на предрасудите претставуваат потребата за одреден престиж, моќ на поединците и групите во општеството што ги ставаат останатите во инфериорна состојба. Тоа е карактеристично за луѓето кои во општествената стратификација се наоѓаат на пониско место, ја имаат потребата да се истакнат и да бидат прифатени повисоко во општеството. Кај нив многу лесно и брзо се формираат предрасудите.

Предрасудите претставуваат средство за ослободување на зголемената агресија и напнатост. Спречувањето во задоволувањето на одредени мотиви не доведува само до фрустрации, туку и до зголемување на агресивност која јавно може да се манифестира. Најчесто агресивноста не можеме да ја изразиме кон нејзиниот извор, постои страв предрасудите да ни наштетат директно, особено доколку причини за појавување е некоја авторитетна личност или група (директор, раководител), така што најчесто таа се зголемува, се потиснува, преку немање на храброст акумулираната агресија да ја насочиме до изворот што ја предизвикала,

така што сме принудени зголемената агресија да ја фокусираме кон одредена група луѓе (вработени, членови на семејство, соседи, пријатели), со цел да се ослободиме од неа и да ја намалиме анксиозноста.

Предрасудите како и ставовите имаат силно влијание на мислењето, однесувањето и активностите кои ги покренуваат луѓето. Негативните предрасуди кои се манифестираат кон одредени поединци и групи претставуваат добра основа за изразување на конфликти меѓу луѓето и за создавање на меѓучовечки проблеми. Тие многу често се отпорни на промени затоа што луѓето не размислуваат дали некому ќе му нанесат неправда во однос на своите размислувања и однесувања, а кои е поврзано со личноста. Предрасудите како и сите преостанати ставови се стекнуваат во текот на живот на личноста и тие влијаат врз мислењето и однесувањето на луѓето.

Предрасудите можеме да ги дефинираме како претежно негативни ставови кон одредена група луѓе или поединци како и неоправдано воопштување во врска со наведените групи на поединци. Како што е случај со другите ставови, предрасудите се научени, што значи дека тие се стекнати на истиот начин како и многу други работи кои сме ги научиле. Тие се карактеризираат се нефлексибилни, отпорни спрема податоците и се во спротивност од генерализациите. Предрасудите како и ставовите ги имаат следниве компоненти:

- **Когнитивната компонента** – суд за својствата на објектот. Вреднувањето може да биде позитивно или негативно, т.е. карактеристиките на објектот се проценуваат како добри или лоши, корисни или штетни, посакувани или непосакувани, сакани или несакани;
- **Емоционална компонента** – интензивна емоционална реакција спрема личностите кон кои постојат предрасудите. Емоционалната реакција која ја содржи предрасудата е многу поинтензивна во однос на ставовите и
- **Акциона компонента** – вклучува намери и спремност за конкретна акција или активност. Позитивниот став вклучува намера објектот, ставот да се поддржи и заштити, а негативниот да се избегне, потисне, нападне и да се оневозможи. Предрасудите не се засноваат на фактите, на реалната состојба ( Rot, 1994).

Потребно е да се разликуваат предрасудите во однос на нивниот интензитетот, и тоа на когнитивни и емотивни компоненти, некои предрасуди пред сè се јавуваат како последица на конформирање, поддржување и усвојување на



неоправдано погрешно сфаќање во средината каде што живее личноста. Таквите предрасуди не мораат да бидат следени со интензивни негативни емоции и со изразено непријателство спрема одредени групи кон кои имаат предрасуди, па ваквите предрасуди најлесно се отстрануваат.

Еден вид предрасуди се оние кои цврсто се поврзани со оние кај кои доминираат конзервативно-традиционалистичкото сфаќање и начин на живеење, тие стануваат составен дел на однесувањето и реагирањето на поединецот. Тие се веќе длабоко вкоренети во структурата на личноста и потешко се отстрануваат. Друг вид предрасуди се тие кои се проследени со интензивни негативни емоции кои имаат свој корен во личните особини на поединецот, несигурноста и зголемена агесија. За нив предрасудите се средства со кои се обидуваат да ги намалат, т.е. да ги ублажат личните тешкотии и тие се дел од нивната структура, па заради тоа најтешко се отстрануваат и редуцираат.

Предрасудите се релативно трајни судови. Олпорт забележал дека тие можат да бидат редуцирани доколку се обезбеди еднаков статусен контекст на групите кои што соработуваат во остварувањето на заедничките цели. Секако, овој контекст треба да биде санкциониран преку поддршка што му ја даваат општествените институции (Ташева и сор.,1998).

Културата како систем на знаења, правила, ставови и вредности кои го одредуваат, т.е. нормираат однесувањето на луѓето во одредена група, како нејзини видливи знаци спаѓаат и начините на облекувањето, говорот, начинот на однесување, изразувањето, сфаќањата, верувањата, правилата на однесување, нормите, моралот, а кои се разликуваат од култура до култура.

Културните стереотипи произлегуваат од непочитувањето, недоразбирањето на другите култури, чии членови се карактеризираат како груби, непристојни, недостојни и глупи. Денес се смета дека воспитувањето мора да биде мултикултурно, т.е. секое дете, без разлика на која култура припаѓа, без разлика на неговата етничка припадност, има еднакво право и можност да напредува во општеството во согласност на неговите лични способности, можности и интереси.

Во поголемиот дел на различни култури сè уште се одржува стереотипот дека жените се слаби, нежни, чувствителни, немоќни, а стереотипот за мажите дека се јаки, агресивни, храбри, успешни и независни. Тие надворешни стереотипи потекнуваат од биолошките разлики на човекот кои во одредени култури се доминантни. Кај етничките предрасуди можеме да ги разликуваме особините кои се

изразени низ различни степени, како и кај сите останати ставови: екстремност, сложеност, складност, доследност и сила.

Надворешната дискриминација е токму прифаќањето на тие разлики и стереотипи како израз на укажување на намалената вредност кон жената, да се прикаже инфериорноста на жената како помалку способна во рационално мислење во однос на мажот, во донесувањето на самостојни животни активности и одлуки, додека кај етничките предрасуди разликата се гледа во самата цел, т.е. да се стави одредена етничка група во подредена состојба за разлика од друга етничка група, а со единствена цел да се намали нејзината вредност и значење што го поседува општеството. Тоа доведува до факт дека жените кои потекнуваат од пониските општествени слоеви имаат понизок општествен статус, имаат помала општествена моќ, општествена вредност, помала социјална слобода, помала општествена мобилност и помала можност за напредување во однос на мажите, а за одредени етнички групи дека имаат помала вредност во општеството за разлика од другите.

Постојат две групи кои се причини за ширење на предрасудите. Првата група ги опфаќа: општествено-економските и културните фактори, а другата психолошките фактори кои се поврзани со личноста.

Во врска со овој проблем, потребно е да ги анализираме и останатите фактори кои влијаат на ширењето на предрасудите, а тоа се: економските проблеми, потенцијалните конфликти, односот кон одредена етничка заедница, односот кон друга општествена група и друго.

За да можеме да ја разбереме големата распространетост на предрасудите, нивното јавување и ширење, потребно е да се претпостави постоењето на некои општествени карактеристики на човековата природа кои влијаат на одредени услови да доведат до појава на предрасудите, а тоа се трите важни моменти: *поврзаноста со групата, одредени генерализирање кога за тоа нема одредено оправдување и агресивност како природна реакција на незадоволување на различни потреби и мотиви.*

За јавувањето на предрасудите можеби најзначајна карактеристика кај луѓето е нивната спремност за агресивно однесување и реагирање и тоа кога доаѓа до спречување во задоволувањето на различните човекови потреби, мотиви и желби.

Во научната јавност постојат различни размислувања во однос на намалувањето на предрасудите, постојат автори кои сметаат дека еден од начините е во донесувањето на законските прописи против манифестирањето на

предрасудите, додека другите сметаат дека законите не можат да влијаат врз отстранувањето на предрасудите, туку потребно е превоспитување (Rot, 1994).

Како моќни средства кои се употребуваат во борбата против предрасудите се спомнува систематското информирање од страна на електронските и печатените медиуми за неоправданоста на предрасудите преку конкретни примери за нивната општествена неоправданост, потоа непосредните средини и контакти спрема кои постојат предрасудите.

Дали контактот ќе има или ќе нема одреден позитивен ефект за намалување на предрасудите, зависи од природата на контактот и природата на односот меѓу оние кои имаат предрасуди и припадниците на групата спрема кои постојат предрасудите. Систематското информирање на медиумите е многу значајно средство за намалување на предрасудите кон лицата со психички растројства, затоа е потребно, медиумите преку афирмативни пораки, позитивни искуства од психијатриската практика да опфатат содржини со цел да се намалат предрасудите на луѓето кон лицата со психички растројства со што ќе се намали стигматизацијата и дискриминацијата кон овие лица.

Со намалувањето на економската несигурност и на задоволувањето на егзистенцијалните човекови потреби, ќе се овозможи да се намалат и психолошките извори за јавувањето на предрасудите.

## **2.1. Социјално-психолошки пристап за предрасудите**

Дефинирањето на предрасудите како став на поединецот да се однесува на одреден прифатлив начин, ги наведе социјалните психолози да побараат научно објаснување како доаѓа до одржување на тие ставови. Имајќи предвид дека сите предрасуди нè доведуваат до отворени конфликти и дискриминација, социјалните психолози се обиделе да ги прикажат последиците и состојбите со кои најверојатно ќе ги охрабрат лицата за таквото однесување. Постојат три широки пристапи: индивидуален, меѓучовечки и меѓугрупен кои ги објаснуваат предложените теории.

- *Индивидуалниот пристап* во фокусот на својот интерес ја акцентира важноста на поединецот или на емоционалната основа на предрасудата. Овде можеме да се задржиме на две многу важни теории и тоа на: "теорија на авторитарна личност" и "теорија на отворен и затворен ум".

Индивидуалниот пристап се осврнува на тоа како секојдневните стресогени фактори, кои резултираат со фрустрации, можат да доведат до предрасуди: се мисли дека повтореното доживување на фрустрациите може да предизвика агресија која се "ослободува" или се преместува на "жртвеното јагне".

- *Меѓучовечкиот пристап* го става фокусот на тоа што се случува внатре во рамките на групата. Многу значајно е како се доживува и како се чувствува личноста во сопствената група каде што припаѓа. Овој пристап се осврнува на подетална анализа на стереотипите кои егзистираат внатре во едно општество или супкултура кои ги "заслепуваат" поединците во однос на забележувањето на одредени индивидуални разлики. Овој пристап инсистира да открие во која мера луѓето се конформираат спрема доминантните вредности на некоја општествена состојба.
- *Меѓугрупен пристап* се однесува на општествените групи, т.е. се занимава со придонесот на членовите во групата. Истражувањата ги покажуваат во колкава мера на припадност на некоја општествена група влијае на нивното однесување спрема сопствените групи или "позитивна припадност спрема блиска група" и предрасудно негативни начини на останатите групи "негативна припадност спрема другите групи".

### **2.1.1. Индивидуален пристап**

Индивидуалниот пристап смета дека причините за предрасудите произлегуваат од емоционалната динамика на личноста. Тоа е поврзано со одредените потреби на личноста, како што е намалувањето на напнатоста или задоволувањето на потребата за редот и контролата на својот живот. Во рамките на индивидуалниот пристап можни се две објаснувања: а) кога се гледа дека предрасудите произлегуваат од различни типови на личности и б) дека предрасудите се втемелени во секоја личност. Кај првото објаснување ги бараме разликите во личноста кај луѓето, а во другото, дека сите луѓе се сметаат за еднакви, со тоа дека фрустрацијата е составен дел од секојдневниот живот на луѓето.

Според Pettigrew, (1959) овие два вида на објаснување ги нарекува екстранализација. Екстранализацијата значи дека личноста се занимава со сопствените проблеми, конфликти, напнатоста, така што истите тие им ги

префрлува на други поединци и групи, со тоа што луѓето не ги препознаваат проблемите, конфликтите и напнатоста меѓу нив, туку дека причина за нив е надворешен фактор (екстранален).

### **2.1.2. Меѓучовечки пристап**

Кај меѓучовечкиот пристап се апсолвираат две прашања: а) расната сличност/ разликата во прифаќањето и отфрлувањето на другите луѓе, т.е. дали ги дискриминираат луѓето, врз основа на припадноста на другата раса и б) во која мера конформизмот е изразен спрема доминантните стереотипи или вредности кои можат да ги објаснат предрасудите и дискриминацијата. Прашањето коешто се однесува за разликите и сличностите на расата го става акцентот на нивна перцепција или на различностите во споредба со самите себе. Конформизмот спрема стереотипите или спрема вредностите се заснова на силите и притисоците на социјалната состојба која ги предизвикуваат луѓето да се приспособат на доминантните и прифатените начини на размислувања и однесувања.

Кога се однесува за заедничките идентитети се поставуваат две прашања со кои би можеле да утврдиме во која мера самата раса може да предизвика предрасуди: а) кои се фактите што постојат за да може расата да биде причина за социјална дискриминација и б) во колкава мера луѓето се идентификуваат со сопствената раса.

Minard, (1952) забележал очигледна разлика во однесувањето на белите рудари во рудниците на југот на Соединетите Американски Држави. Заклучил дека во рудниците, дури 80 % од белите рудари пријателски се однесуваат спрема црните рудари, додека само 20 % од белите рудари над земјата пријателски се однесуваат.

Pettigrew (1958) овие разлики ги објаснува како резултат на конформизмот спрема вредностите, бидејќи под земјата постојат различен склоп на вредности, норми, односи кои дејствуваат над земјата.

### **2.1.3. Меѓугрупен пристап**

Самото членство во групата е многу значаен фактор што придонесува до предрасуди и дискриминација. Значајни се две прашања:

- а) до која мера предрасудите и конфликтите можат да се појават и
- б) две или повеќе групи кои се натпреваруваат.

Кај меѓугрупниот пристап присутноста на предрасудите се забележува повеќе меѓу групата отколку кај поединците што не беше случај кај меѓучовечкиот пристап.

Термините "блиска група" и "далечна група" се користат често: блиска група се однесува на поединецот кој е член на групата или се перципира како член на групата, а далечна група каде поединецот не е член, или се перципира како да не е член на групата. Во групата можат да постојат одредени подгрупи кои можат да ја нарушат динамиката во групата и да имаат одреден дискриминирачки однос кон останатите членови во групата. Имаме случаи и кога одредени поединци кои се надвор од групата пројавуваат одредени дискриминирачки форми на однесување кон членовите кои се внатре во групата, а кои не ги почитуваат нивните вредности и норми.

## **2.2. Предрасуди кон лицата со психички растројства**

Предрасудите се чести ставови кои се насочени кон одреден вид психичко заболување, тоа се ставови кои се дадени однапред, пред да имаме доволно информации и знаења во врска за предметот на нашиот став, а кои се темелат на нашето лично искуство со лицата спрема кои имаме предрасуди. Прифаќањето и ширењето на предрасудите кон лицата со психички растројства се создаваат уште во раното детство, во рамките на примарното семејство, меѓу пријателите, соседите, во образовниот систем и преку влијанието на медиумите.

Стигмата е негативен стереотип. Согласноњето со стереотипите кон одредена група луѓе доведува до предрасуди, во овој случај кон лицата со психички растројства. Тоа води кон нивна целосна дискриминација, социјална исклученост, материјална депривација и маргинализација што претставува директна пречка за лицата кои имаат одреден вид психичко растројство во процесот на нивното лекување, рехабилитација и реинтеграција во заедницата.

Поимот стигма подразбира три основни проблеми: проблем на знаење (незнаење), проблем на ставот (предрасуда) и проблем на однесување (дискриминација).

Link I Phelanov (1989) даваат сеопфатен концепт за стигмата, дефинирајќи шест компоненти на стигмата: а) етикетање, б) стереотипизирање, в) сепарација, г) сепарација, д) емоционална реакција и ѓ) дискриминација

Обично првото сознание или првата информација што ја стекнуваме дека одредена личност има психичко растројство ја осознаваме во контакт со самото лице или преку медиумите. Најчесто членовите на семејство кога ќе осознаат дека имаат лице кое страда од одреден вид психичко заболување во рамките на семејството, тие го прикриваат поради стигмата која е присутна, особено ова е карактеристично за традиционални средини.

Стигматизацијата претставува извор на социјална изолација не само за самите лица кои имаат одреден вид психичко растројство, туку и за членовите на нивните семејства, што доведува до одреден вид предрасуди, стереотипи, негативно обележување, социјално маргинализирање, дистанцирање и избегнување од страна на другите членови во заедницата, чувство на страв дека нема да бидат повредени, со што се предизвикува нивна целосна социјална изолација и маргинализираност во општеството.

Стигмата, сама по себе, ги дискриминира овие луѓе во остварувањата на нивните права од пошироката заедница, во добивањето на соодветна здравствена и социјална заштита, во можноста да се вработат, во обезбедување на социјалното домување и во остварувањето на останатите права кои се законски регулирани, со што дополнително им ја отежнува нивната состојба.

Етичките кодекси нагласуваат дека секое лице кое страда од одреден вид психичко заболување треба да се третира еднакво, да се почитува личниот интегритет, достоинството и автономноста на личноста, право на достапност во однос на лекување, информираност за неговата здравствена состојба, примената на дијагностичките и тераписките методи во лекувањето, информирање за правата кои се поврзани со лекувањето, третманот и рехабилитацијата.

Предрасудите најчесто произлегуваат како резултат на недостаток на знаење, неинформираност и непознавање за природата на психичките растројства и начинот на нивното лекување.

Најчесто сознанието дека одредена личност страда од одредено психичко растројство се прикрива, се потиснува, како од самото лице така и од членовите на неговото семејство, со цел да не осознаат најблиските, колегите, роднините, пријателите, соседите, работодавците и пошироката заедница, со цел тие да не

бидат стигматизирани што дополнително би ја влошила состојбата на лицето и неговото семејство.

Поголемиот дел од луѓето кон овие лица изградуваат погрешна перцепција, стереотипи кои се базирани дека овие лица се "опасни" за средината, "неспособни за самостоен живот", "слаби", "неспособни за донесување на одлуки", "нерешителни", "неодговорни" и она што е најпоразително дека тие се "виновни" за нивното психичко заболување.

Влијанието на стигматизацијата на одредена личност, која притоа ги користи услугите на психијатриските установи, има сериозни последици врз неговото здравје и сериозно го нарушува чувството на сопствената вредност и припадност и со тоа доведува до нејзина изолираност, исклученост од сите општествени текови.

Според Carrigan и Watson (2002), лицата со проблеми во менталното здравје, страдаат поради тоа што се дискриминирани во општеството, семејството, пријателите, соседите, колегите, потесната и пошироката средина и локалната заедница. Тие се дискриминирани во поглед на можностите за наоѓање на вработување и домување, што доведува до ниска самодоверба, социјална изолација и непочитување на сопствената личност.

Проблемот на дискриминација на лицата со проблеми во менталното здравје е присутен и распространет насекаде во светот. Во едно истражување од страна на Health Foundation (2000) беа добиени следниве резултати: вкупно 47% од испитаниците (лица со проблеми со менталното здравје), доживеале вербална и физичка злоупотреба од пошироката средина во која живеат, а дури 24% доживеале непријатности од соседите.

Во истражувањето спроведено од страна на граѓанското здружение "Среќни семејства" од Хрватска (2006), корисниците кои биле лекувани од одредени психички заболувања ги споделиле своите искуства кои произлегуваат како резултат на стигматизацијата од средината каде што живеат. Најчестите искуства што овие луѓе ги доживуваат се: омаловажување, презир, озборување, избегнување, согледување дека се неспособни за работа, дека се опасни, агресивни за средината, неодговорни и неверливи. Недоразбирањата ги доживеале од страна на: семејството, пријателите, колегите, психијатрите, медицинските сестри и болничарите.

Самото истражување ги потврди веќе реализираните истражувања, во однос на тоа дека лицата со психички растројства се:



- агресивни (најчесто поврзани со дијагнозата шизофренија и лекувањето во психијатриските болници);
- неспособни за самостоен живот, донесување на одлуки за живот (шизофренија и лекување во психијатриските болници) ;
- слаби, кои се сами криви за својата болест (депресија и анксиозни нарушувања) и
- неизлечливи (шизофренија и лекување во психијатриски болници)

Со цел да се испита каков е ставот на населението во Република Македонија и Сојузна Република Германија, во однос кон лицата со ментално заболувања, Здружението на граѓани "Добре дојде" и Клиниката за психијатрија и психотерапија од Нирнберг, спроведе истражување на вкупно 77 лица постари од 18 години, во следниве шест града: Скопје, Битола, Прилеп, Гевгелија, Крушево и Штип. Во Германија беа испитани вкупно 7.246 лица во 6 големи града: Берлин, Бон, Дизелдорф, Есен, Келн и Минхен.

Во споредба со Германците, Македонците во поголем број изјавија дека им е позната причината за заболување од шизофренија, односно дека им е позната барем една причина. Во Германија, 61% од оние кои изјавија дека знаат која е причината за појава на шизофренијата, сметаат дека тоа е биолошка причина. Што се однесува до можностите за лекување, Германците изјавија дека лицата со шизофренија можат да бидат лекувани надвор од болниците со употреба на психотерапија и без лекови. Македонците во истражувањето изјавија дека лицата со шизофренија се ментално ретардирани и имаат пониска интелигенција (Рихтер-Соколовска и сор.,2006).

Според студијата за спроведеното истражување за *"Редуцирање на стигмата и дискриминацијата на лицата со психичко растројство"*, спроведено од страна на грчката НВО "Hellenic Rescue Team" и локалната НВО "Добре дојде", во 2005 година, беше спроведена телефонска анкета, која беше реализирана во два наврата, пред почетокот и на крајот на кампањата за редуцирање на стигмата и дискриминацијата на лицата со психички растројства. Во истражувањето беа вклучени вкупно 100 испитаници постари од 16 години, од кои 64 испитаници беа од женски пол и 36 од машки пол.

Од анализата на добиените резултати се укажува на присуство на површна информираност на испитаниците според влијанието на мултифакторијалните фактори како причина за развојот на психичкото растројство.

Во однос на заедницата кон лицата со психички растројства, анализата на добиените податоци укажува на сознанието дека во пошироката општествена заедница сè уште постои нејасно дефиниран однос кон овие лица. Ваквиот однос во себе вклучува одреден степен на емпатичност, разбирање и прифаќање, но тој сè уште е под силно влијание на предрасудите и стереотипите наметнати од страна на пошироката заедница.

Голем број испитаници кои беа опфатени со анкетното истражување сметаат дека лицата со психички растројства се дискриминирани во поглед на работната способност, додека пак помал е бројот на оние испитаници кои сметаат дека овие лица можат да имаат регулирано работното време. Од самите добиени податоци се укажува на високиот степен на дискриминираност кон лицата со психички растројства, кое се воочува од односот на испитаниците во примерокот кои не би сакале да стапат во брак со лице кое боледува од одредено психичко заболување или да делат соба со него.

Негативните ставови спрема лицата со психички растројства ја покажуваат намалената емпатија. Перцепцијата кон заболени е поврзана со поставувањето на одредена социјална дистанца и отфрлање. Меѓу луѓето кои немаат искуство со лицата заболени од одредено психичко заболување, најчесто имаат поизразена стигматизација од лицата кои претходно имале такво искуство. Најчесто стигмата не е насочена само кон корисниците кои се лекуваат во психијатриските установи, туку најчесто и кон вработените кои работат во ваквите здравствени установи.

Стигмата влијае негативно во барањето на помош, поддршка, во прифаќањето на лекувањето, на самиот успех при лекувањето, на квалитетот на животот, на рехабилитацијата и интеграцијата во заедницата. Последиците кои произлегуваат од дискриминацијата и стигмата кај овие лица се манифестира преку нивната намалена самодоверба, нарушените семејни врски како и во градењето на позитивни односи и врски со останатите ресурси во заедницата.

Како последица на стигмата се јавуваат: самостигматизација, социјална дистанца и дискриминација на лицата со психички растројства.

Со *самостигматизација* лицата кои се изложени на стигма имаат чувство на ниска самодоверба, самопочитување, помала вредност и страв од отфрлање. Поради тоа овие лица се повлекуваат во себе, ја избегнуваат комуникацијата и влегуваат во "затворен круг" на изолација и пасивност.

Под *социјална дистанца* се подразбира избегнување на директен контакт со заболеното лице, негово социјално игнорирање и одбегнување. Директни последици на стигмата можат да бидат изразени преку намалување на можностите за вработување, барање на живеалиште, повлекување од пријателите и од членовите на потесното семејство.

*Дискриминацијата* се однесува на неможноста да ги остваруваат законските правата, да добијат соодветна здравствена и социјална помош, да бидат вклучени на пазарот на трудот, во образовниот процес и да не ги користат ресурсите од страна на заедницата.

### **2.3. Намалување на предрасудите кон лицата со психички растројства**

Намалувањето на предрасудите кон лицата со психички растројства претставува етички императив за секој поединец, група и заедница со што ќе се обезбеди поволен успех во лекувањето на корисниците во психијатриските установи, рехабилитација и нивна успешна интеграција во заедницата.

Светската здравствена организација (1996) започна меѓународна програма за борба против стигматизација и дискриминација спрема лицата со психички растројства преку формирање на глобална антистигма-програма "Отворете врата" со поддршка на Светската психијатриска организација. Во рамките на оваа програма беа формирани вкупно четири работни групи: *работа на третман, работна група за стигма, работна група за реинтеграција и работна група за евалуација*.

Сојузна Република Германија ја поддржа програмата "*Отворете врати*". Во градот Дизелдорф се реализирала мултицентрична програма со вклучување на психијатриски центри од вкупно шест града во Германија, каде што се организирале различни активности. Како појдовна основа на програмата се користеле резултатите од истражувања на ставовите на населението кои ги имаат кон лицата со психички заболувања, особено кон лицата со шизофренија. Истражувањата довеле до заклучок дека за намалување на социјалната дистанца кон лицата со психички растројства пожелни се емитувања на позитивни пораки од

страна на електронските и печатените медиуми, почести контакти со овие лица, како и достапност на информации на младинците во средните училишта.

Оваа програма во Германија создаде позитивен ефект кај граѓаните, која се одвивала на неколку нивоа:

1. Работа на тема стигма со конкретни фокусни групи:
  - група на новинари
  - група на менаџери на големи претпријатија и
  - ученици од средните училишта
2. Медиумска кампања, преку презентирање пред пошироката јавност на два познати играни филма, во познати кина со претходна најава: "Beautiful mind"(Прекрасен ум ) и "White noise" (Бел шум ).
3. Поддржување на основање на граѓански здруженија кои ќе бидат вклучени во борбата против стигмата и кои во своите активности би организирале тематски средби и дискусии со корисниците на психијатриските служби, членовите на нивните семејства и новинари. (Рихтер-Соколовска и сор.,2006).

Целта на овие едукативни средби е различните фокусни групи да се едуцираат во областа на намалувањето на стигматизацијата и коишто понатаму стануваат потенцијални едукатори за ширење на идејата. Од 1996 година па досега, повеќе од дваесет земји ја усвоиле програмата "Отворете врата" имплементирајќи национални антистигма-програми во своите земји.

Интересен е податокот за промовирање на антистигма програмата од страна на Светската психијатриска организација, во 1997 година, во градот Калгари, во Канада, преку иницирање на пилот-студија на глобален план за антистигма кампања во борбата против дискриминација, каде што била формирана работна група која била составена од 15 члена и тоа: професионалци, корисници на психијатриски услуги, членови на нивните семејства, новинари, претставници од јавната и локалната власт, волонтери и советници. Врз основа на добиените резултати од испитувањето биле утврдени следниве целни групи: здравствени работници од примарната здравствена заштита, брзата помош, студенти по медицина, новинари, менаџери на организации, студенти и ученици. Една од низата организирани активности била да се шират позитивни пораки кои ќе бидат насочени кон граѓаните, поддршка од државната и локалната власт како и од

меѓународни фондации и организации кои биле употребени во развивање, промовирање и имплементирање на антистигма-програми и проекти во заедницата.

Во многу антистигма-програми кои се имплементирале во повеќе европски држави, како што се програмите: "Време за промена", "Види за мене" и "Дестигматизација", како фокусни групи се вклучени: корисниците на психијатриски услуги, нивните семејства, граѓаните, припадниците на полицијата и работодавците од јавниот и приватниот сектор, а со единствена цел да се зголеми јавната свест за потребите на лицата со психички растројства, да се намали стигматизацијата и дискриминацијата кон овие лица.

Во Република Србија, во 2004 година, започна да се реализира кампањата: "Обединување на бојата на душата", со поддршка на Светска здравствена организација, "Каритас" од Италија и Министерството за здравство. Целта на оваа кампања е преку медиумите и културата, да се зголеми јавната свест на граѓаните за лицата со психички растројства.

Антистигма-програмите треба да бидат често организирани од страна на релевантните субјекти кои ги креираат политиките на ментално здравје. Тие треба да бидат насочени во борбата против дискриминацијата и во зголемување на јавната свест кај граѓаните за потребите на овие лица. Неопходно е да се работи во давање на помош и поддршка во "охрабрувањето" на корисниците во психијатриските установи.

Постојат повеќе методи кои се применуваат во антистигма-програмите:

- медиумски кампањи (емитувања на телевизиски спотови, реклами итн.)
- работа со одредени целни групи (новинари, студенти, полиција)
- развивање на училишни проекти (информирање за психичките заболувања, посета од страна на учениците на психијатриските установи)
- организирање на јавни настани (организирање на едукативни трибини, предавања, едукативни работилници, емитувања на едукативни филмови)
- организирања на мирни протести против стигматизирачки и дискриминирачките називи кои се емитуваат во електронските медиуми и се застапени кај печатените медиуми.

Интервенцијата со целните групи, организирањето на почести средби, работилници, со корисниците на психијатриски услуги, посетите на психијатриските установи, организирање на социјални активности, овозможување на работна рехабилитација, вклучувањето на корисниците во сите фази на

антистигма-програмите се составни делови на националните стратегии за една успешна антистигма-програма.

Постојат многубројни начини како може да се намали стигматизацијата кон лицата со психички растројства, меѓу кои би ги истакнал:

1. Поддршка на лицата кои се лекуваат во психијатриските установи, искористување на нивните лични потенцијали, способности, давање на Помош во остварување на нивните животни потреби.
2. Чување на професионалната тајна. Почитување на правата на корисниците, преку остварување на однос на доверба и почитување на нивното лично достоинство;
3. Унапредување на психо-социјалните модели на лекување и третман во заедницата;
4. Примена на концептот на case management во психијатриските установи;
5. Создавање на позитивна перцепција од страна на луѓето за психијатриските установи, унапредување на условите во лекувањето на корисниците во нив;
6. Сензибилизирање на општествената заедница преку јакнење на јавната свест за борбата против стигматизацијата и дискриминацијата на лицата со психички растројства;
7. Барање на одговорност на институциите, медиумите, ако се прекршуваат човековите права и слободи или ако се воочи одреден вид на стигматизација и дискриминација и
8. Активно вклучување на лицата со психички растројства во општествените текови.

Многу е значајна психоедукација на корисниците на психијатриските услуги и на членовите на нивните семејства која ќе се базира преку давање на точни информации, препораки, кои се спротивни на погрешните верувања, перцепции и митови на кои ќе се градат врз основа на веќе стекнати предрасуди и стереотипи.

Медиумите имаат голема одговорност во стигматизацијата, преку нив најчесто се пласираат сензационалистички наслови и информации и тоа во централните информативни емисии кои се најгледани, со што директно се посочуваат лицата со психички растројства и психијатриските установи каде што се лекуваат, што претставува грубо кршење на човековите права и угледот на

здравствената установа. Нивната улога треба да биде многу поголема и проактивна во вклучувањето на антистигма-програмите и дестигматизацијата кон лицата со психички растројства.

Образовниот процес, исто така, има голема улога во намалувањето на предрасудите и стигматизацијата, преку воведување на образовани содржини каде што учениците и студентите во текот на својот образовен процес би добиле позитивни примери за овие лица.

Психичкото заболување само по себе не го одредува човековиот карактер, а најмалку човековата вредност, овие лица заради одреденото заболување не се помалку доверливи, помалку вредни, со што го заслужуваат целосниот респект и поддршка од страна на општеството, затоа што наша морална обврска и одговорност е да се бориме во намалувањето на предрасудите, стереотипите, стигматизацијата, дискриминацијата кон оваа категорија лица, да имаме што е можно повеќе контакти со нив за самите тие да се почувствуваат како рамноправни граѓани во заедницата.

## 2.4. Стереотипи

Стереотипите се збир на уверувања или мислења во однос на одредени личните карактеристики на одредена група луѓе.

Трите основни стереотипи се:

- луѓето се карактеризираат по значително видливите знаци како што се: расата, полот, националноста, социјалниот статус и физичкиот изглед.
- сите членови на таа категорија или општествена група се идентификуваат и
- кој било поединец кој се перципира да припаѓа на таа група се одликува со поседувањето на тие стереотипи.

Стереотипот обично се мери така што на луѓето им се дава одреден опис (како што се: интелегентен, вреден, мрзелив и сл.) заедно со описот на категоријата на луѓе (по пол, раса и етничка припадност).

Campbell (1967) предлага четири последици на предрасуди и стереотипи:

1. стереотипите влијаат така што ги проценуваат разликите меѓу групите што постојат;

2. стереотипите влијаат така што причинуваат потценување на разликите внатре и тоа во рамките на самата група;
3. стереотипите ја изобличуваат реалноста бидејќи ја преценуваат разликата меѓу групата и ја потценуваат разликата внатре во самата група и
4. стереотипите се обично негативни ставови кои луѓето ги користат за да ја оправдаат дискриминацијата и конфликтот со луѓето.

Овие ја симплифицираат реалноста: "тие се такви", раководителите се тирани, овие луѓе се мрзливи, некомуникативни, тие се основа на контакти или претстави, а кои сме ги стекнале во училиштето, преку медиумите или дома, кои понатаму се генерализираат, опфаќајќи ги сите луѓе кои би можеле да се поврзат. Лицата кои страдаат од одреден вид психички растројства околината ги доживува како: опасни, неспособни за самостоен живот, неспособни за работа, неизлечиви, агресивни и слично. Негативните ставови спрема заболениите од психички растројства покажуваат помалку емпатија, перцепцијата на заболениите е поврзана со отфрлувањето на овие луѓе и желбата со нив да се воспостави социјална дистанца и да се редуцираат социјалните контакти.

Стереотипите освен негативна имаат и позитивна функција која се согледува преку наметнување на некоја врска на ред и одредена структура во потенцијално хаотична средина. Ние, едноставно, не би можеле да комуницираме, да се запознаеме и да развиваме одредено пријателство со секој што би го сретнале и запознале, туку би требало да имаме еден готов состав кој притоа би не водел. Стереотипите можат да се обновуваат преку конформизмот спрема доминирачките општествени норми или општествени вредности кои постојат во определен временски период или во одреден општествен контекст.

Човечките суштества често ја поседуваат желбата да ги стават другите во "фиоки". Тоа најчесто ни помага да му даде форма на светот околу нас, па ние во него да се чувствуваме најудобно. Водени од желбата да се обликува светот како што нам повеќе ни одговара, доаѓаме до состојба да ги вреднуваме групите во општеството во согласност со нашата перцепција и нашите знаења за нив. Кога одлучуваме која група е позначајна, секогаш по одреден автоматизам ја ставаме сопствената група на прво место, а другите ги подредуваме според нивната вредност кон нас. Овој процес со себе носи и создавање на стереотипи, немање на почит за други култури, дискриминација и непочитување на човековите права. Кога



одредена група во општеството е пониско вреднувана, таа станува загрозна, компромитирана и несигурна и тогаш неминовно доаѓа до конфликт.

Ако личноста е свесна за стереотипот, не значи дека со него и автоматски се согласува. Согласувањето со стереотипот на одредена група луѓе значи постоење на предрасуда, од типот дека сите кои се заболени од шизофренија се опасни за себе и за средината во којашто живеат. Како резултат на формираните предрасуди и стереотипи кон лицата, и тие претставуваат последиците кои ги оставаат, а кои најчесто се проследени со одреден вид на дискриминација и социјална дистанцираност. Со фактот дека кон одредена личност се гледа негативно, со тоа кај истата личност може да се развие лутина, бес, неудобност кои можат негативно да се рефлектираат во однесувањето кај личноста, која се манифестира кон лицето или кон средината како извор на погрешната перцепција.

Одредени стереотипи се однесуваат и на лицата со одредени психички заболувања. Тие најчесто се однесуваат во однос на самата перцепција што ја имаат поголемиот број луѓе, а кои ги сметаат лицата со психички растројства за: агресивни, зависни, лоши, немоќни, несигурни и агресивни како кон себе така и кон другите луѓе во заедницата.

### 3. Ментално-здравствената заштита на населението во заедницата

---

Терминот на ментално-здравствената заштита на населението во заедницата првпат бил употребен во Велика Британија, во 1957 година, а низ историјата бил толкуван како: а) заштита надвор од големите установи; б) професионални услуги кои се нудат надвор од психијатриските болници, в) заштита од страна на заедницата, г) нормализација на секојдневниот живот (Bulmer, 1987).

Според Thornicroft & Tansella (2004), современите установи за ментално здравје треба да претставуваат рамнотежа меѓу заштитата и заедницата, како и болничката заштита наспроти стариот систем, каде што доминираат големи психијатриски болници и амбуланти, кои на корисниците им нудат заштита и следење, каде што третманот обично се сведува на давање на медикаментозна терапија.

Основните форми на заштита на лицата кои имаат проблеми со менталното здравје во заедницата се ориентирани на *болничкиот тип (хоспитален тип)* кој е доминантен, *вонболнички тип (екстра-хоспиталниот)* или *центрите за ментално здравје* и *малите групни домови* во заедницата.

Хоспиталниот тип во грижата за менталното здравје на населението во Италија се покажа како мошне неефикасен, особено во делот на долготрајните хоспитализации на корисниците во психијатриските болници, непостоењето на соодветни рехабилитациски програми, големите финансиски трошоци кои ги изискува хоспиталниот третман, ограничувањето на социјалните контакти на корисниците со социјалната средина, социјалната изолација и непочитување на нивните човекови права.

Во 70-тите години од минатиот век, Република Италија ја започна ерата на коренити прогресивни и радикални промени во процесот на деинституционализација во системот на ментално здравје и тоа преку затворање на психијатриските болници и развивање на форми на заштита на психијатриски установи во заедницата. На почеток ваквите реформи најдоа на големи негодувања и отпор од страна на семејствата на корисниците кои подолг временски период беа хоспитализирани во психијатриската болница во градот Трст, сметајќи дека нивните најблиски треба да бидат хоспитализирани во психијатриската болница.

Решителната одлука од страна на раководниот тим во Психијатриската болница во Трст успеа за мошне кус временски период да отпушти голем број пациенти од психијатриската болница.

Со затворањето на психијатриската болница во градот Трст се наметна потребата од отворање на вонболнички форми на заштита преку отворање на мали групни домови, со што започна процесот на децентрализацијата на психијатриските установи во Италија.

Психијатриската болницата во Трст беше реорганизирана по основ на регионалната припадност, а мултидисциплинарниот тим обезбеди висок степен на третман и грижа за корисниците на психијатриските услуги во заедницата, со што им се овозможи достапност на услугите на населението во заедницата.

Во спроведувањето на овие коренити промени треба да се истакне големата посветеност на Франко Базалиа, тогашен директор на Психијатриската болница во Трст, заедно со неговите соработници кои ја увидоа потребата на хоспитализираните пациенти да имаат легален статус како нехоспитализирани пациенти, а со тоа да им ги овозможат сите здравствени и социјални придобивки од страна на заедницата кои ќе можат да ги користат како значајни ресурси, градењето на социјална поддршка кон заедницата, преку добивање на поддршка и градење на позитивни врски од страна на: политичките партии, единицата на локалната самоуправа и работничките синдикати за грижата на корисниците.

Реформите во системот на ментално здравје во Република Италија постигнаа позитивни ефекти кои доведоа до: намалување на стапката на самоубиства, намалување на рецидивизмот, намалување на смртноста кај поранешните пациенти, се изменија ставовите и перцепцијата кај населението во однос на корисниците на психијатриски услуги, т.е. се зголеми свеста за потребата од психијатриските установи кои ќе бидат ориентирани во заедницата. Овие позитивни резултати од третманот и грижата на корисниците во заедница доведоа да се намали стигматизацијата и дискриминацијата кон лицата со психички растројства и нивното реинтегрирање во заедницата.

Следејќи го успешниот пример на Република Италија, со тоа се даде поттик за високоразвиените европски држави меѓу кои: Сојузна Република Германија, Република Франција, процесот на реформи во областа на менталното здравје започнат во осумдесеттите години на минатиот век, преку етапно затворање на постојните психијатриски болници и развивање на вонболничките форми на

заштита на корисниците, со што го забрзаа и процесот на деинституционализација и децентрализација на психијатриските установи.

Во изминатите 15-20 години, истиот процес го привлече вниманието во земјите на Централна и Источна Европа. На пример, деинституционализацијата во Грција почнала во 1980 година, во Литванија во 1990 година. Во Литванија по стекнувањето на нејзината независност како држава, се развија вонболнички психијатриски установи за корисниците на психијатриски услуги за населението низ целата држава. Сите реформи од 60-тите години во Европа предлагаа деинституционализација преку создавање на установи во заедницата, превенција и рехабилитација.

Во земјите од Централна и Источна Европа, процесот на деинституционализација е помалку видлив и развиен, и е под силно влијание на политичко-економски и социо-културни фактори и националните политики, а кои се креираат во здравствениот сектор.

Интересен е да се спомене примерот на Република Словенија која ја започна деинституционализацијата кон крајот на 80-тите и 90-тите години од минатиот век, преку затворањето на големиот азил "Храстов". Имено, корисниците со одредено психичко растројство од "Храстов" беа сместени во "Малата куќа" во градот Љубљана. Со отворањето на "Малата куќа" потекна иницијативата да им се помогне директно на луѓето со психички растројства во заедницата преку отворање на психијатриски установи во заедницата.

Република Словенија преку граѓанските здруженија кои го сочинуваат корисниците, членовите на нивните семејства и стручните лица од психијатриските установи успешно ги реализираат групните и дневните програми, создадени се кризни тимови, услуги за правно застапување и советување, зголемување на свеста кај јавноста и организирање на групни куќи. За сите овие психијатриски установи во заедницата основно е применувањето на психо-социјалниот модел на работењето со лицата со психички растројства, преку промената на односот на корисниците и другите социјални и здравствени установи, односот корисник и професионалците кои работат на полето на ментално-здравствената заштита.

Во последниве 15 години, во постојните психијатриски установи во Република Словенија се направени одредени реформи кои кореспондираат со најсовремените светски стандарди во треманот и лекувањето на лицата со психички

заболувања (Udruzenje za podizanje kvaliteta zivota kod dusevnog bolesnika i njegovog obitelj" Sretna obitelj", 2007).

Денес постои една јасна поделба во однос на реформските процеси во системот на ментално здравје меѓу земјите од Западна Европа и земјите од Источна Европа, кои поради низа негативни фактори сè уште не ги спровеле целосно реформите во менталното здравје.

Реформите во областа на ментално-здравствената грижа на населението за секоја држава не претставува само потреба туку и обврска која подразбира:

- постојана трансформација на класичните психијатриски болници преку намалување на постојните болнички легла,
- децентрализација на психијатриските установи и нивна регионална определеност, а во согласност со потребите и интересите на населението;
- достапност на психијатриските установи до домовите на корисниците на психијатриските услуги во заедницата;
- формирање на мобилни мултидисциплинирани тимови и сервиси кои ќе се грижат за корисниците во нивните домашни услови;
- интервенции кои ќе се фокусираат на симптомите и последиците;
- воспоставување на широк спектар на превентивни установи во заедницата за ментално-здравствена заштита;
- постојано унапредување на законската регулатива во областа на менталното здравје и заштитата на правата на пациентите;
- создавање на одржлив систем на финансирање кој ќе може да го поддржува системот на ментално здравствената грижа во заедницата;
- зголемување на човековите ресурси во психијатриските установи во заедницата.

Она што треба да им се овозможи на лицата со психијатриски растројства од страна на психијатриските установи е:

- соодветно лекување во психијатриските установи во заедницата во согласност со најновите светските здравствени методи и стандарди на лекување;
- достапност на современа фармаколошка терапија;
- задоволителни услови на престој на корисниците во психијатриските установи за дневно-болничките третман на корисници во психијатриските установи;

- создавање на можности за користење на соодветна психо-социјална и професионална рехабилитација, ресоцијализација и реинтеграција во рамките на психијатриските установи во заедницата;
- остварување, заштита и унапредување на правата на лицата со психички растројства пред институциите на системот во согласност на постојната законска и подзаконска регулатива;
- помош и поддршка во обезбедување на задоволувачки услови за живот преку отворање на заштитни домови од привремен и траен карактер во заедницата, со што би се овозможило и решавање на проблемот поврзан со социјално домување за корисниците.

Светската здравствена асоцијација (2005) повикува на континуирана деинституционализација на психијатриските болници, на создавање на услови за третман и грижа во рамките на заедницата што ќе овозможи подобрување на квалитетот на живот на корисниците на психијатриските услуги преку нивен подобар медицински третман, рехабилитација, реинтеграција и подобрување на нивните човекови права.

Основни носители на процесот на менталното здравје во заедницата се:

- корисниците и нивните семејства;
- индивидуалци;
- професионалци;
- единиците на локалната самоуправа;
- политичките, културните, социјалните и религиозните фактори кои би требале да бидат инволвирани во начинот на разбирање, како и визијата што е всушност ментално здравје во заедницата и како тоа може да биде реализирано и
- здруженија на граѓани.

Добровоспоставениот систем на психијатриски установи во заедницата го намалува здравствениот систем од големи финансиски трошоци во однос на институционалниот систем на лекување, обезбедува поквалитетен начин на третман што овозможува рехабилитација и повторно интегрирање на корисниците во заедницата.

За таа цел, Светската здравствена организација (2006) спроведе два нови система за следење на службите за ментално здравје во светот - ATLAS и AIMS.

### **3.1. Дневна болница**

Дневната болница дава услуги од областа на менталното здравје, но генерално се работи за центри во кои доминираат најразлични дневни служби за грижа на лицата кои имаат одредени психички растројства. Дневните активности во дневната болница се ориентирани во спроведување на превентивните активности, фармаколошка терапија на корисниците, вклучување во индивидуална и групна терапевска работа, со цел да се мотивираат корисниците да земат учество во најразлични рехабилитациони активности, рекреативни активности, совети, интервенција во кризни состојби, активности за преквалификација и друго. Голем дел од програмските активности во центрите се фокусирани на посета на корисници, терапевска работа со семејства, како и градење на социјална мрежа. Во центрите работи мултидисциплинарен тим составен од (лекари-психијатри, социјален работник, клинички психолог, работен терапевт и медицински сестри). За секој корисник се креира индивидуален план и во неговото спроведување учествува целиот тим преку менторска работа.

Во рамките на дневните болници функционира тим кој ја врши патронажната посета, кој е задолжен за следење на условите во кои живее корисникот и членовите на семејството, неговите контакти со заедницата и се утврдува употребата на фармаколошката терапија.

Тераписката работа со семејството опфаќа програма на средби со семејствата, разговори за проблемите и конфликтите во рамките на семејството, системот на социјална поддршка во третманот на корисникот.

Од особено значење е спроведувањето на психоедукација, која подразбира запознавање со природата на самата болест, со фактите и со предрасудите врзани за психичките растројства и со начините за нивно совладување. Еден од важните сегменти за психоедукацијата претставува запознавање на корисниците и нивните семејства со начините за рано препознавање и детектирање на симптомите на влошување на психичката болест и навремено реагирање во тековните ситуации (Ортаков и сор., 2001).

Индивидуалната терапевска работа опфаќа сет на различни активности: средби за разговори за лични и семејни проблеми, подобро запознавање на корисникот и можност да научи повеќе.

Групната терапевска заедница содржи средби со корисниците и членовите на нивните семејства за подобрување на сознанието за психичките растројства, третманот, рехабилитацијата, ресоцијализацијата и друго.

Во создавањето и градењето на социјална мрежа на корисникот му помага социјалниот работник и опфаќа: воспоставување на контакти и врски со роднини, соседи, пријатели, колеги од работа, а кои се од голем интерес за вклучување на корисникот во третманот и лекувањето.

Интересно е да се спомене терапевтската работа, која ја спроведува терапевтскиот тим, каде што секој корисник има еднаква важност во спроведувањето на програмите во центарот за третман, рехабилитација и реинтеграција во заедницата.

### **3.1.1. Заштитно домување на лицата со психички растројства**

Заштитното домување претставува еден од врвните стратешки приоритети во вонболничката здравствена заштита која е ориентирана кон заедницата, затоа што обезбедува најефикасен модел на ресоцијализација и реинтеграција на корисниците од психијатриските установи во заедницата. На корисниците по напуштањето на психијатриската болница им се овозможува да живеат во заедница независно, самостојно, да ги одржуваат социјалните контакти со своите најблиски: семејството, пријателите и колегите. Заедно со обезбедувањето на вработувањето, заштитното домување претставува директно елиминирање на штетните последици од долготрајните хоспитализации во психијатриските болници и директно интегрирање во заедницата. Заштитните домови во заедницата треба да претставуваат вистински домови, каде што корисниците ќе се чувствуваат рамноправни како сите други членови во заедницата без притоа да бидат стигматизирани и дискриминирани. Во зависност од видот на психичкото растројство на корисникот, животот во заштитните домови може да се одвива со најразлични форми на асистенција и супервизија.

Сместувањето во заштитните домови може да биде од привремен и траен карактер. Временскиот престој на корисниците во заштитните домови од привремен



карактер е временски лимитиран, најчесто мултидисциплинарниот тим работи на "враќање" на социјалните вештини на корисникот кои биле "заборавени" како резултат на развиениот хоспитализам во психијатриските болници. Заштитните домови од траен карактер им овозможуваат на корисниците независен живот и заедничко живеење со останатите корисници.

Најчесто активностите во заштитните домови се програмски моделирани и насочени се кон: тренинг за зајакнување и унапредување на вештините на корисниците за нивно самостојно живеење, за самостојно одржување на хигиената, набавување на намирници, самостојно готвење, управување со финансиски средства, одржување на лична хигиена, прошетка, посета на семејства, роднини и пријатели, посета на спортски и културни манифестации и друго.

Заштитните домови претставуваат едно од најприоритетните цели на системот на ментално здравје во Република Македонија, преку кој се постигнува рехабилитација, ресоцијализација и реинтеграција на корисниците на психијатриските услуги од психијатриските болници во заедницата. Целта на ваквото живеење е да овозможи преку социјална и професионална рехабилитација да се поттикне и постигне нивна самостојност, независност, правото на слобода и на самостоен живот во заедницата.

Заштитниот дом, по својата форма на организираност е од преоден, т.е. привремен карактер, па најчесто функционираат во склоп на дневните болници или центрите за ментално здравје, со што им се овозможува на корисниците право на слобода и самостоен живот, нивна автономност, независност во одлучувањето како и на секоја друга единка во заедницата. Времето на престој на корисниците е временски лимитирано од шест месеци до максимум една година, а во текот на нивниот престој заедно со другите корисници се оспособуваат за живот во заедницата, притоа се одржуваат и зацврстуваат врските со членовите на нивните примарни семејства, пријателите, соседите и пошироката заедница. Во зависност од природата на психичкото растројство, кај поединците, животот во заштитните домови може да се одвива со асистенција во различни форми, под супервизија, или во одредени случаи самостојно. За да може еден корисник да биде сместен во заштитен дом во одредени центри за ментално здравје во државата, каде што заштитните домови се во нивни рамки на работење, потребни се одредени критериуми кои корисниците треба да ги исполнуваат: да имаат редовен приход по основ на стекнато право од социјална заштита (корисник на социјална парична

помош, постојана парична помош) корисник на пензија, да бил најмалку пет години хоспитализиран во психијатриска установа, да не злоупотребува алкохол, дроги и други психоактивни супстанции, да даде согласност дека сака да престојува во заштитниот дом, да биде мотивиран по престојот во заштитниот дом да се врати во примарното семејство или да живее заедно со други корисници во заедничко живеалиште.

За успешно да се спроведе процесот на деинституционализација потребно е да има повеќе заштитни домови од привремен и траен карактер, со што на оние корисници кои имаат одредени приходи, а притоа се во стабилна здравствена состојба, да им се обезбеди и нивното право на социјално домување.

Заради континуирана одржливост на заштитните домови, потребно е тие да влезат во одредена правна рамка во државата, т.е. да работат според Закон за социјална заштита, со цел истите да бидат опфатени со мерките и услугите од системот на социјална заштита, преку форми на деинституционализација или да бидат инкорпорирани во Законот за социјално домување, кој е во фаза на подготовка.

### **3.1.2. Психијатриски установи за брза интервенција**

Установите од ваков тип им нудат помош и поддршка на луѓето кои се наоѓаат во акутна психијатриска кризна состојба. Причините можат да бидат од најразличен вид: депресија, чувство на страв, разводи, смрт на некој член од семејството, траматски доживувања, проблеми со зависности, брачни и семејни проблеми, суицидни размислувања и други. Психијатриските установи за брза интервенција им стојат на располагање на граѓаните во нудењето на своите услуги 365 дена во годината.

Ваквата форма на ментално-здравствена заштита е мошне развиена во Сојузна Република Германија и во другите земји од Европска унија. Во установите за брза интервенција, во градот Берлин, има 9 советувалишта што се територијално распоредени и работат од 16 до 24 часот. Надвор од работното време берлинската кризна служба нуди помош и поддршка во текот на ноќта и денот од 00.00 до 16 часот. Личноста која контактира со ова установа добива бесплатни совети преку бесплатна телефонска линија или директно во советувалиштето. Работата на оваа установа се базира на принципот на анонимност, доверливост и запазување на сите

професионални стандарди во работењето, во однос на тимот кој работи во установата и самите јавувачи по телефон. Во многу ургентни состојби, врз основа на проценката на тимот за здравствени и социјални индикации на лицето кое се јавило во службата, тимот доаѓа во посета во домот на лицето кое се јавило во службата (Psihijatrija u Berlinu, 2008).

Во многу градови во Германија ваквите установи се регионално застапени, притоа се води сметка во нив да биде ангажиран мултидисциплинарен тим кој се состои од различни стручни профили: лекари, социјални работници и психолози. Бидејќи во градовите и во другите населени места се застапени со голем број доселеници од различни земји од Европа и светот, особено има мигранти од Турција, поранешните руски републики и југословенски републики, дури се оди на тоа да се практикува во тимот да бидат застапени лица кои имаат познавање од: турски, руски, српски или хрватски јазик, со цел да нема бариери во комуникацијата. Обично овие установи имаат превентивен карактер, поддржани се од страна на градот и имаат одлична воспоставена соработка со здравствените, социјалните установи и граѓанскиот сектор.

### **3.1.3. Социјални клубови**

Социјалните клубови се директно вклучени во работна рехабилитација на лицата со психички растројства преку програмите за поддржано вработување. Фокусот на социјалните клубови не е третманот на корисниците на психијатриските услуги, туку нивната работна рехабилитација. Основно е дека членовите и волонтерите самостојно ги водат активностите без присуство на медицински лица. Тераписката функција на клубот е приближување на членовите до реалниот, секојдневен живот, т.е. да се поттикнат да функционираат во природна средина.

Во рамките на социјалните клубови се организираат најразлични видови на едукативни тренинзи, едукација за работно оспособување на корисниците, со што им се овозможува нивно поддржано вработување, рехабилитација и реинтеграција во заедницата. Многу важен аспект во работата на клубовите е организирањето на рекреативни активности кои имаат за цел да ја зајакнат комуникацијата помеѓу корисниците, но и помеѓу другите членови во заедницата.

Здружението на граѓани "Добре дојде" преку социјалните клуб претставуваше значајна алка во зајакнувањето и спроведувањето на програмите за поддржано

вработување чија основна функција е да им обезбеди самопомош и работна рехабилитација на корисниците. Организираните програми на најразлични видови тренинзи, едукации, работилници за работно оспособување им помагаат на лицата со психички растројства да се вклучат на пазарот на трудот, и со тоа да им се создаде можност успешно да се рехабилитираат и интегрираат во заедницата. Корисникот во клубот го нема чувството на пациент, туку станува дел од групата каде што му се дава целосна слобода активно да партиципира во најразлични програмски активности кои соодвејствуваат според неговата здравствена состојба, неговите потреби, способности и интереси (Стаменкова –Трајкова & Белевска, 2002).

Како многу значајна содржина во работата на социјалните клубови е токму организирањето на слободното време на корисниците преку организирање на најразлични програмски активности, а со основна цел да се стимулира и зајакне нивната меѓусебна комуникација и соработка со останатите членови во заедницата.

Во рамките на предвидените програмски активности како интегративен дел на горенаведените социјални клубови се реализираат разновидни активности, како што се:

- креативни и уметнички активности;
- организирање на едукации за поддршка кои се однесуваат на развивање на работните и социјалните вештини, комуникациски вештини и способности преку одржување на најразлични курсеви и тоа: курс за компјутерски вештини и курс за изучување на странски јазици;
- организирање на културни манифестации за членовите од социјалните клубови и
- издавање на списанија (Соколовска- Рихтер и сор. 2006).

Во иднина потребно е здруженијата на граѓани на корисниците, членовите на нивните семејства и стручните лица, во рамките на нивните програмски определби да ги активираат повторно социјалните клубови.

### **3.1.4. Здруженија на корисници**

Улогата на здруженијата на граѓани од областа на менталното здравје во Европа се од непроценлива вредност и значење за успешно имплементирање на мерките во системот на менталното здравје, во воспоставувањето и градењето на

партнерство помеѓу лицата кои се корисници на психијатриски услуги, нивните семејства и институциите на системот. Преку учество во работни групи директно се вклучени со останатите актери во креирањето на националната правната рамка за ментално здравје, во подготвување на национални и локални стратегии, акциони локални програми и планови во унапредувањето на менталното здравје и вработувањето на лицата со инвалидност. Голем дел од овие здруженија се вклучени во заштитата и унапредувањето на правата на лицата со психички растројства, во однос на обезбедување на најсовремена фармаколошка терапија, во спроведување на рехабилитациони програми, во организирање на национални антистигма-програми, па сè до измени и дополнување на одредени закони и подзаконски акти за заштита и унапредување на нивните социјални и здравствени права.

Улогата на граѓанскиот сектор во Република Македонија влијае на подобрувањето на квалитетот за грижата на корисниците на психијатриските услуги и нивните семејства и во креирањето и имплементацијата на реформите во областа на менталното здравје и тоа во делот на:

- заштита и унапредување на човековите права на корисниците на психијатриските услуги;
- градење на партнерство меѓу корисниците, членовите на лицата со психички растројства со здравствените и социјалните установи;
- унапредување на правната рамка во однос на заштита и унапредување на социјални и здравствени права на корисниците;
- зголемување на јавната свест кај граѓаните преку организирање на јавни трибини, форуми, дебати со цел да се разбијат предрасудите, стереотипите, дискриминацијата и стигматизацијата во заедницата;
- организирање на групи за самопомош и психоедукација како за корисниците на психијатриските услуги, така и за членовите на нивните семејства и
- спроведување на национални антистигма-програми.

Со плурализацијата на системот на социјална и здравствена заштита во Република Македонија, во однос на давањето на социјални и здравствени услуги на лицата со психички растројства, граѓанскиот сектор не е доволно етаблиран, а со тоа се наметнува и потребата за нивно поголемо учество во општеството.

Несомнено е потребно да се зајакнат капацитетите на постојните граѓански здруженија, да им се обезбеди финансиска и техничка поддршка за нивна одржливост преку ресорните министерства: Министерство за труд и социјална политика, Министерство за здравство и единиците за локална самоуправа. Преку своето дејствување треба да се борат во подобрувањето на квалитетот на заштитата и грижата на правата на корисниците на психијатриски услуги и нивите семејства, во креирањето и спроведувањето на правната рамка за ментално здравје во Република Македонија.

### **3.1.5. Заштитно вработување**

Еден од најважните сегменти за поддршка, рехабилитација и реинтеграција на лицата со психички растројства во заедницата е потребата од обезбедување на едукација, преквалификација и доквалификација, со кои би можеле корисниците од психијатриските установи активно да се вклучат на пазарот на трудот. Социјалните претпријатија нудат надминување на проблемот на вработување на работниците кои тешко наоѓаат работа на пазарот на трудот, маргинализирани поединци и групи корисни за социјалното создавање. Во нив освен лицата со инвалидност, вклучени се и останати социјални ранливи групи. Тие нудат на пазарот производство и услуги од различен вид. Овој вид на социјални претпријатија можат да имаат економска одржливост. Во претпријатијата од овој вид треба да бидат вработени најмалку 40% лица со психички растројства. Сите вработени, без разлика дали имаат или немаат психичко растројство, ги имаат истите права, одговорности и обврски, а секој вработен треба да биде платен во зависност од неговата работна ангажираност и од приходите на фирмата.

## **3.2. Задачи на психијатриските установи за ментално здравје во заедницата**

Задачите на психијатриските установи за ментално здравје во заедницата можат да бидат поделени на три нивоа: а) *државно/национално*, б) *локално* в) *индивидуално ниво*.

А) Задачите на сервисите за ментално здравје на државно, т.е. на национално ниво се:

- да се создаде национален стратешки план за заштита на менталното здравје;
- да примаат информации од локално ниво, т.е. да се воспостави врска помеѓу централната и локална власт во однос на креирањето на национални и локални политики и програми во системот на ментално здравје и нивна имплементација на централно ниво;
- воспоставување на механизам за имплементација на националната стратегија за ментално здравје во практиката;
- да се евалуира и супервизира работата на психијатриските установи на национално и локално ниво;
- поставување на јасна хиерархија на потреби на национално и локално ниво во однос на спроведување на услугите во психијатриските установи во заедницата;
- креирање на насоки и протоколи за третман и рехабилитација на корисниците на психијатриски услуги.

Б) Задачите на психијатриските установи на локално ниво се однесуваат на :

- обезбедување на сеопфатна покриеност на услуги на лицата на кои им е потребен третман и рехабилитација;
- унапредување на квалитетот на услугите за третман и заштита;
- рано детектирање и откривање на локални промени во природата и степенот на ментално здравје на населението;
- воспоставување на соработка со останатите локални организации со цел да се обезбеди систем на мрежа и соработка со здравствените установи од примарна здравствена заштита, центрите за социјална работа, единиците за локална самоуправа и други здравствени и социјални установи.

В) Задачите на психијатриските установи на индивидуално ниво се:

- да ги задоволи потребите и да се отстранат симптомите кај корисникот на психијатриски услуги;
- да се процени потребата од ментално здравје;

- да се промовира автономноста и независноста на корисниците;
- да се стимулира донесување на лична одлука на корисникот кој е поврзан со проценката, третманот на лекување и рехабилитацијата;
- да се даваат целосни и точни информации кои се поврзани со лекувањето на корисниците и членовите на нивните семејства;
- да се спречи повторното заболување;
- да се овозможи активно учество на корисникот во заедницата (Tornikroft&Tansela, 2009).

Многу често во практиката може да се случи да настане директен конфликт помеѓу корисникот кој е на третман во психијатриската установа и да го одбие понудениот третман и со неговото однесување да предизвика негативна реакција во локална заедница (пријатели, соседи, роднини) доколку неговото однесување не е прифатливо и опасно како за самиот корисник така и за самата средина. Во тој случај, психијатриската установа треба да исполни две многу важни цели: на лицето со сериозно нарушено психичко здравје да му обезбеди соодветен третман и заштита, а во исто време да им овозможи заштита и сигурност на членовите на заедницата.

### **3.3. Принципи на ментално-здравствената заштита**

Почнувајќи од осумдесеттите години на минатиот век, грижата за менталното здравје во заедницата влезе во ерата на приоритетот за благосостојбата за поединецот на сите земји во светот без разлика на нивната економска и социјална развиеност.

Базичната рамка која води до развој на менталното здравје во заедницата се базира во поддржувањето на независноста, автономијата и зајакнувањето на капацитетите на индивидуата која има одредени психички проблеми, можност за соодветен избор во лекувањето и заштита и почитување на човековите права. Доброволноста на избраните третмани во лекувањето, кои имаат интердисциплинарен карактер, дава значаен придонес во успешноста на третманот и лекувањето на овие лица.



Принципите ни се важни затоа што преку нив се формираат и насочуваат одлуките кои се однесуваат на општата организација и водењето на дневните активности во психијатриските установи.

Кога зборуваме за принципите, пред или после, задолжително доаѓа до конфликти на вредности кое може да го попречи или да го забави реализирањето на плановите во психијатриските установи (Tornikroft & Tansela, 2009).

Апликативната примена на принципите на менталното здравје во заедницата во основа значи давање на поддршка во закрепнувањето на лицата со психички проблеми кое директно е условена со функционирањето на сервисите за ментално здравје во заедницата и достапност на услугите до домот на корисниците и населението во заедницата.

### **3.3.1. Принципи за менталното здравје на меѓународно ниво**

Со Резолуцијата број 56/117, од 17.12.1999 година, Генералното собрание на Обединетите нации, ги прифати принципите за заштита на лицата со психички растројства. Преку здравствената програма на ЕУ (2003-2008 година) се основа како главен механизам за дејствување на ниво на заедницата во областа на менталното здравјето на луѓето, врз основа на член 152, од Договорот за основање на Европската заедница.

Втората програма на активностите на заедницата во областа на здравството 2008-2013 година, се базира на постигнувањата на претходната програма со цел да придонесе кон постигнување на повисоко ниво на менталното здравје. Во 2005 година, со *Зелената книга за ментално здравје*, член 17, на Европската комисија, е наведена релевантноста на менталното здравје во некои од стратешките цели на политиката на ЕУ (просперитет, солидарност и социјална правда, квалитетот на животот на граѓаните) се предложи развојот на стратегијата за ментално здравје на ниво на заедницата и се воведоа можните приоритети и предлози за акции кои треба да ги следат државите. Според одлуката на Советот на министри за труд и социјална политика, еднакви можности, здравство и заштита на потрошувачите, од 6 декември 2007 година, следниот чекор по *Зелената книга* беше конференцијата за ментално здравје, со посебен фокус кон превенција на самоубиства, менталното здравје на младите и образованието, менталното здравје во работните средини и

старите лица, со што се формираше меѓусекторски Европски пакт за ментално здравје.

Министрите за здравство на европските држави, на Конференцијата на Светската здравствена организација за ментално здравје (СЗО), одржана на 15. 1. 2005 година, во Хелсинки, ја потврдија определбата дека менталното здравје и благосостојбата се фундаментални за квалитетот на животот на поединецот, семејството, заедниците и нациите, за да им се овозможи на луѓето да ја чувствуваат убавината на животот и да бидат активни и креативни граѓани.

Акциониот план за ментално здравје во Европа (2006), од Светската здравствена организација (СЗО), ги одреди политиките за ментално здравје во заедницата кои не смеат да бидат загрозени од широко распространетата стигма кон лицата кои имаат проблеми со ментално здравје, којашто води кон дискриминација. Во многу инстанци лицата кои имаат проблеми со менталното здравје страдаат од недостиг на еднакви можности заради дискриминација и тие треба да се подобрат. Мора да се заштитат човековите права и почитувањето на лицата со проблеми во менталното здравје треба да бидат приоритет за секоја земја. Имплементацијата претставува круцијален чекор кон остварување на овие цели за зголемување на нивната интеграцијата во општеството.

Унапредување на менталното здравје и спречување на проблеми со менталното здравје се утврдени во *Стратегијата на Заедницата 2007-2012*, за здравје и безбедност при работа. Според оваа Стратегија, работното место може да биде соодветно место на кое се спречуваат психолошките проблеми и се промовира подобро ментално здравје. Овој пристап понатаму е поддржан со директивите, упатствата и извештаите за работно време, работа поврзана со стрес и насилство на работа.

Со Шестата рамковна програма на ЕУ за 2002-2006 истражувања, финансирање на можности релевантни за ментално здравје и благосостојба, се обезбедија проекти за преземање на истражувачки активности во полето на невролошки нарушувања и заболувања: животните науки и здравјето на луѓето; политики поврзани со јавното здравство и квалитетот на животните прашања; и подобрувања на квалитетот на живеење. Целта на здравственото истражување во рамките на *Седмата рамковна програма 2007-2013*, меѓу другото, претставува подобрување на менталното здравје на европските граѓани, особено преку промовирање на менталното здравје и спречување на менталните нарушувања кај децата и адолесцентите; решавање на нееднаквостите во здравството; оценување на стратегии за превенција на

самоубиството и оптимизирање на испораката на здравствената заштита на европските граѓани.

Годишните планови за работа на Втората програма за активностите на Заедницата во областа на здравјето, безбедноста и здравјето при работа, како и стратегијата за *Седмата рамковна програма за истражување*, ќе бидат клучните инструменти за поддршка на целите на усвоената ЕУ здравствена стратегија "Заедно за здравје: Стратешки пристап за ЕУ 2008 – 2013 ". Заснована на тековната работа, оваа стратегија има за цел првпат да обезбеди главна стратешка рамка за основни здравствени проблеми, вклучувајќи ги и прашањата за менталното здравје. Во областа на човековите права, општ принцип на правото на ЕУ кој се однесува на лицата со проблеми со менталното здравје е принципот на инвалидноста врз основа на недискриминација. Според член 21 од Повелбата на ЕУ, за фундаментални права - прогласена во декември 2000 година, стекнува правно обврзувачка сила по ратификацијата од страна на сите земји-членки на *Договорот* од Лисабон - се забранува дискриминација врз основа на инвалидност.

Треба да се спомене и *Директивата* за основање на рамка за еднаков третман во вработувањето и занимањето, меѓу другото, врз основа на инвалидност и *Акциона програма 2001-2006* на Заедницата за борба против дискриминација. Програмата *Прогрес 2007-2013* ќе собере голем број на постојните европски програми под еден тарифен број, вклучувајќи и антидискриминација.

### **3.3.2. Принципи за менталното здравје на национално ниво**

За лицата со психички растројства кои се сместени во здравствените установи во Република Македонија, потребно е да се запазат основните начела за заштита на човековите права и слободи, во согласност со постојната национална регулатива и тоа: Уставот на Република Македонија (1991) Законот за пациенти (2008), Законот за здравствена заштита (1997) и Законот за ментално здравје (2006), Националната стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија 2005/2012 година, Програмата за здравствена заштита на лицата со душевни растројства во Република Македонија (2013).

Согласно со Законот за ментално здравје, во член 2 и член 3, треба да се заснова на обезбедување на најдобра грижа, лекување и рехабилитација во

согласност со тековните достигнувања и расположливите средства („Службен весник на РМ", бр.71/ 2006).

Уставот на Република Македонија, преку членот 11, се гарантира неприкосновеноста на физичкиот и моралниот интегритет на човекот и забранува секаков облик на мачење, нечовечко или понижувачко однесување и казнување кој кореспондира со членот 3 од Европската конвенција за човекови права („Службен весник на РМ", бр.52/ 1991).

Со Законот за ментално здравје, член 7, лицата со ментална болест не треба да бидат понижувани и малтретирани. Овие лица треба да бидат заштитени од каков било облик на малтретирање, понижување, злоупотребување и не смеат да бидат дискриминирани поради нивната ментална состојба („Службен весник на РМ", бр.71/ 2006).

Во истиот закон, во член 8, строго е утврдено дека заради подобрување на менталното, но и воопшто севкупното здравје, лицата со ментална болест имаат право да бидат третирани исто во грижата, лекувањето и рехабилитацијата, како и лицата болни од други болести.

Во член 26, од гореспоменатиот закон, лице со ментална болест може да се прими во која било здравствена установа во следниве случаи:

- ако се согласи на нега, третман или рехабилитација или за прием;
- врз основа на судска одлука и
- во случаи на какво било одложување на нега, третман, рехабилитација или прием заради моменталната состојба на неговото ментално здравје може да доведе до смрт или непоправлива штета врз неговото здравје, сериозна самоповреда или повреда на други, како и предизвикување на сериозна материјална штета.

Закон за ментално здравје („Службен весник на РМ", бр.71/ 2006), член 14, лицата со ментална болест ги имаат следните права:

- работно ангажирање за време на престојот во здравствената установа и надоместок за работно ангажирање ако установата стекне приход од нивната работа;
- одвојување на малолетните од полнолетните лица;
- сместување во одвоени простории на лица од различен пол;
- следење на радио и телевизиски програми;

- поседување на предмети за лична употреба;
- одржување на редовни лични контакти со лица од установата и со други лица надвор од установата;
- примање и испраќање на пошта и остварување на телефонски разговори;
- учество по личен избор во верски активности во рамките на можностите на здравствената установа;
- користење на викенд и други отсуства во согласност со состојбите и условите и
- обезбедена лична сигурност.

Законот за заштита на правата на пациентите („Службен весник на РМ", бр.82/ 2008), член 3, лицето има право на заштита на правата која треба да се остварува со почитување на начелата на хуманост и достапност и тоа:

*Начело на хуманост се заснова на:*

- почитување на физичкиот и психичкиот интегритет на личноста и неговата сигурност;
- почитување на личноста на човекот;
- почитување на личната самоопределба;
- почитување на приватноста;
- воспоставување на хумани релации меѓу пациентот и здравствените работници засновани на етички и деонтолошки принципи;
- право на искажување на болка и на ослободување на непотребна болка во согласност со тековните знаење во медицината.

*Начело на достапност се заснова на:*

- континуитет во здравствената заштита;
- праведен и фер избор на медицински третман;
- здравствени услуги што им се постојано достапни на сите пациенти подеднакво и
- еднаква можност за заштита на правата на сите пациенти на територијата на Република Македонија и други права.

Со Програмата за здравствена заштита на лицата со душевни растројства на Република Македонија (2013) и Националната стратегија за унапредување на

менталното здравје на Република 2005/2012 година, дефинирани се стратешките цели и одредби на системот на ментално здравје во државата.

Во областа на менталното здравје, правата на лицата со ментална болест можат да бидат повредени на различни начини и од различни субјекти:

- државата (недостиг на законодавство или несоодветно законодавство, несоодветна примена на постојното законодавство, недостиг на систем за следење и проценка на состојбите поради соодветна реакција);
- општеството (недостиг на познавање на состојбата, погрешна претстава за состојбата, генерирање на проблеми);
- здравствените и социјалните установи (незадоволување на пропишаните мерки и стандарди за превенција, третман, грижа и поддршка од аспект на просторните услови, кадар, опрема и др.);
- здравствени работници и соработници (недостиг на знаење, вештини, обука, недостиг на личен капацитет за работа или одбивност или страв за работа со лица со ментална болест и сл. (Чичевалиева, 2005).

Со Законот за извршување на санкции („Службен весник на РМ", бр.2/ 2006), во членот 247, се регулира извршувањето на безбедносната мерка "задолжително психијатриско лекување и сместување во здравствена институција".

По сместувањето, здравствената институција има обврска да дава годишни извештаи до надлежниот суд за тековниот здравствен статус на лицето. Ако здравствената институција заклучи дека нема понатамошна потреба од таква мерка, треба да му предложи на судот, пациентот да биде ослободен или пренесен во затвор со цел да го издржи остатокот од казната.

Со Законот за ментално здравје се предвидени соодветни одредби кои се однесуваат на третманот и рехабилитацијата на осудени и притворени лица со ментална болест. Осудените лица кај кои ќе се утврди ментална болест подложат на медицински третман во установа, а кога тоа е потребно врз основа на наод од лекар, се упатуваат во соодветна здравствена установа. За упатување на притворените лица во здравствена установа одлучува надлежниот суд.

Со Националната стратегија за унапредување на менталното здравје во Република Македонија 2005/2012 година, содржани се главните упатства и препораки што мораат да бидат почитувани во рамките на процесот на реформата во областа на менталното здравје, приоритетите, целите и клучните задачи кои требаат да се регулираат.

Со Програмата за здравствена заштита на лицата со душевни растројства во Република Македонија (2013) се утврдени, целите, мерките, извршувањето и обемот на финансиски средства за реализирање на предвидените активности во програмата.

Лицата со психички растројства можат да стекнат одредени законски права во согласност со Законот за социјална заштита („Службен весник на РМ", бр.79/2009), преку услугите и мерките од системот на социјална заштита: користење на вонинституционални форми на социјална заштита и право на парична помош од системот на социјална заштита: правото на социјална парична помош, постојана парична помош и помош и нега од друго лице.

Преку Законот за пензиско и инвалидско осигурување („Службен весник на РМ", бр.98/2012), лицата кои страдаат од психички растројства можат да остварат право на: инвалидска, семејна и старосна пензија во согласност со поставените права од овој закон.

### **3.3.3. Принципи во развојот на менталното здравје на локално ниво**

#### **1. Автономија**

Принципот на автономијата се согледува во способноста на релевантните психијатриски установи во заедницата да ги понудат своите услуги, активности и интервенции кон корисникот, за што по кусо време и во одреден временски континуитет да не поттикнат зависност на корисникот од услугите од тие установи. Со соодветно балансирање на примена на овој принцип се поттикнува ефикасноста на примената на менталното здравје кое е ориентирано во заедницата.

#### **2. Континуитет**

Континуитетот значи способност на релевантните психијатриски установи во заедницата да ги понудат своите услуги кон корисникот за што по кусо време, како и одржување на меѓусебната комуникација меѓу корисниците на психијатриските услуги и стручните тимови од психијатриските установи.

#### **3. Ефикасност**

Ефикасноста како принцип на менталното здравје во заедницата значи придобивките од третманот да одговараат на потребите на корисникот при лекувањето кои го спроведува мултидисциплинарниот тим во психијатриските установи. Активностите и интервенциите во установите се спроведуваат во

согласност на реалните животни услови и состојби, преку правилници кои даваат можност за соодветна проценка на дадените услуги.

#### 4. Достапност

Можностите на граѓаните да ги добиваат услугите од психијатриските установи во заедницата секогаш каде што им се потребни претставува императив за добро воспоставен систем на ментално-здравствена заштита на населението во заедницата. Достапноста треба да се набљудува врз основа на одредено географско подрачје, т.е. регион и временски период во однос на просторната и временската оддалеченост од некоја куќа до одредена психијатриска установа. Принципот на достапност е еден од главните причини за да се развие децентрализација на психијатриските установи од централно на локално ниво, да се спроведе ефикасна здравствена заштита и да се формираат мобилни тимови кои би биле достапни за граѓаните.

Достапноста се однесува и на отвореноста на психијатриските установи за граѓаните за користење на услугите по регуларното работно време, ноќе или за време на викендите, да бидат видливи за граѓаните, наместо да бидат установи кои ќе бидат просторно оддалечени и изолирани.

Достапноста значи психијатриските установи да не бидат бирократски организирани за да не доведе до застој во однос на давањето на одреден вид услуги на населението во заедницата.

Достапноста може да има и лоши страни, особено кога корисниците на здравствените услуги ги заобиколуваат службите од примарната здравствена заштита и се бара директна помош од психијатриските установи.

#### 5. Сеопфатност

Тоа е карактеристика на психијатриските установи во заедницата која подразбира сеопфатност во давање на услугите на сите корисници, независно од видот, т.е. карактерот на психичкото заболување, со што се овозможува сеопфатност во заштитата на менталното здравје на населението.

Потребно е да се направи правилен избор помеѓу квалитетот на услугите и нивниот квантитет. Бидејќи луѓето кои годишно страдаат од психички растројства, опфаќаат 1/3 од вкупното возрасно население, дури и најразвиените земји имаат одреден лимитиран капацитет на психијатриските установи во однос на нивното прифаќање.



#### 6. Еднаквост

Еднаквоста значи правилна дистрибуција на ресурсите на менталното здравје во заедницата. Потребна е примена на рационален, јасен и сеопфатен приод кон ресурсите во заедницата. Тоа значи дека распределбата на средствата на психијатриските установи треба да биде направена според одредени критериуми кои се специфични, рационални, јасни, економични, ефикасни и широко прифатени.

#### 7. Одговорност

Односите меѓу интердисциплинарните тимови кои работат во психијатриските установи во заедницата и корисниците треба да се темелат на меѓусебна одговорност, доверба и разбирање. Секој корисник кој доаѓа во психијатриската установа има одредени потреби, очекувања во однос на неговиот третман, а кои ќе соодветствуваат во согласност со сите прифатени стандарди кои се применуваат во лекувањето, при што потребно е да запази основниот принцип: доверливоста на информациите кои се однесуваат на заштитата на личните и медицинските податоци на корисникот.

#### 8. Координација

Многу е важно да постои координираност меѓу психијатриските болници и психијатриските установи во заедницата, каде што ќе биде застапен принципот на лекување во согласност на регионалната определеност на корисниците според местото на живеење. Тоа подразбира дека е потребно да се воспостават одредени партнерски односи на соработка, одредување на јасни критериуми и стандарди за прием на корисниците во психијатриските болници и центрите за ментално здравје со што ќе се постигнат соодветни успеси во нивното лекување, рехабилитација и реинтеграција во заедницата.

### **3.3.4. Принципи во развојот на менталното здравје на индивидуално ниво**

Зачувувањето на основните човекови права на лицата кои страдаат од психички растројства треба да претставуваат еден од најзначајните аспекти во примената на овој принцип, но и императив на секоја земја во однос на нивната заштита и почитување.

Основните човекови права на луѓето кои имаат психички заболувања, а кои треба да се заштитат и унапредат се:

- право на образование;
- право на лична сопственост;
- право на глас;
- право да формираат брак и семејство и да се почитува нивниот семеен статус;
- право на здружување и
- право на работа ( Barlett, Lewis & Thorold, 2006).

Дискриминацијата и стигматизацијата кај лицата со психички растројства се најголеми причини за загрозување на нивните човековите права. Во сите земји докажано е дека постои тенденција луѓето кои страдаат од психички растројства да се исклучуваат од многубројни општествени активности што директно доведува до нивна социјална сегрегација и маргинализираност во општеството.

### **3.4. Социјалната работа во психијатриските установи**

Корените на социјалната работа во здравство ги наоѓаме во почетокот на 20 век, во Соединетите Американски Држави. Во 1983 година, од страна на лекарот Richard S. Cabot, бил ангажиран првиот социјален работник во болница. Тој сметал дека самата работа во болница не смее да се ограничи на органско-патолошките проблеми, туку треба да се земат предвид и да се проучат животните услови на пациентот.

Социјалната работа во психијатриските установи започнува да се развива меѓу двете светски војни, но по Втората светска војна може да зборуваме за присутноста на социјалната работа во психијатријата и тоа најпрвин во земјите како што се САД и Велика Британија, благодарение на развивањето на еден поинаков пристап во согледувањето на системот на ментално здравје каде што корисниците треба да се покренат, да се активираат и рамноправно да учествуваат во третманот, рехабилитацијата и реинтеграцијата во заедницата. Развивањето на психијатријата која е ориентирана кон заедницата создаде услови за поголема вклученост на социјалните работници во психијатриските установи, особено во секундарната и терцијарната здравствена заштита и нивно активно учество како дел од мултидисциплинарниот тим. Како дел од интердисциплинарен тим, социјалниот

работник активно е вклучен во заштитата и унапредувањето на менталното здравје и тоа во примарната, секундарната и терцијарната превенција.

Улогата на социјалниот работник во психијатриските установи е мошне значајна во третманот, особено во *дијагностиката, терапијата и евалуацијата*.

Социјалниот работник мора да биде оспособен дијагностички да ја сфати, прогностички да ја одреди и терапевтски да му помогне на лицето со психичко растројство, при што секогаш е потребно да води грижа за примената во психијатрискиот третман на индивидуална и групна социјална работа. Самиот факт дека основен предмет на социјалната работа е социјалното функционирање на личноста, хуманиот и интердисциплинарен пристап на социјалната работа како наука која е заснована на определена стручна и методолошка поткрепеност, тогаш разбирливо е задачата на социјалниот работник, која е насочена во подобрувањето на социјалната состојба на корисникот, во унапредувањето и заштитата на неговото здравје и да се олесни неговото функционирање во општеството.

Во фазата на **дијагностика** спроведува интервју со корисникот со цел да се земаат хетероанамнестички податоци за корисникот и за неговото семејство; да се добие увид за состојбата на корисникот после неговиот прием во психијатриската установа; да се направи проценка на проблемите и потребите во контекст на неговата актуелна состојба; да се направи функционална проценка за тоа како заболувањето влијае на животот на корисникот и неговото семејство; да се утврдат социјалните ризици и да се направи избор на терапевтски постапки за кои ќе се применат во фазата на третманот и рехабилитацијата, да се набави потребната социјална документација за корисникот и советување на членовите на семејството, работната организација за приемот на корисникот и текот на лекувањето.

Во фазата на **третманот** применува психосоцијална интервенција, техники за индивидуална и групна терапија и системска семејна терапија. Задачите кои ги извршува социјалниот работник имаат посредувачка и насочувачка улога преку давање на стручна помош и поддршка во остварување на правата од социјалната и здравствената заштита, примена на социјални интервенции за надминување на актуелните социјални проблеми на корисникот, преку: застапување на интересите на корисниците пред институциите на системот во однос на нивно остварување, советодавна работа со корисниците, членовите на нивните семејства и работните организации доколку корисникот е вработен. Со тоа му помага на корисникот во однос на користење на ресурсите кои се присутни во заедницата, а кои ќе му

помогнат во негово заздравување, подобро социјално функционирање и зголемување на квалитетот на животот.

Во фаза на **третманот** се помага во решавањето на проблемите на корисникот (семејни, брачни, станбени) кои го загрозуваат неговото социјално функционирање.

Социјалниот работник е директно вклучен во **рехабилитацијата** на корисникот, што претставува сложен процес во зависност од тежината на болеста на лицето со психички проблеми, а кој му помага на ваквото лице посамостојно да функционира во социјалната, семејната и работната средина.

Преку управување на случај (casemanagment), тренинг на социјални вештини, групите за поддршка и заштитно вработување му се помага на корисникот да го подобри квалитетот на животот, да ги користи услугите во заедниците, да се намали потребата од повторна хоспитализација, да се намали стигматизацијата, да се интегрира во заедницата.

Работата со семејството, одржувањето на контакти со работните организации, центрите за социјална работа, здравствените установи, обезбедувањето и заштитата на правата од социјалната и здравствената заштита се дел од работата на социјалниот работник во психијатриските установи во болничката и вонболничката заштита, а кои на корисникот ќе му обезбедуваат ефикасен третман, негова рехабилитација и интегрирање во заедницата.

За да може социјалниот работник како здравствен соработник да се интегрира во тимот во одредена психијатриска установа, со своите професионални компетенции треба да одговори на потребите на корисниците и на установата каде што работи и притоа треба постојано професионално да се надградува. Покрај додипломски и постдипломски студии за социјална работа, потребно е да се профилираат социјални работници кои ќе работат во здравствениот сектор преку обезбедување на специјализација на социјалната работа во здравството.

### 3.5. Ментално-здравствената заштита во Република Македонија

Република Македонија по нејзиното осамостојување како независна држава, во делот на системот на менталното здравје на населението наследи еден гломазен, централизиран, институционален тип на психијатриски установи кои не кореспондираа со актуелните потреби на населението.

Постојниот систем на здравствена заштита на лицата со проблеми со менталното здравје во Република Македонија е организиран со цел да овозможи заштита на населението на сите три нивоа: **примарна, секундарна и терцијарна здравствена заштита.**

Вработените во примарната здравствена заштита е потребно да поминат низ современа обука за ментално здравје во заедницата која ќе им овозможи:

1. детектирање и третирање на голем број нарушувања на менталното здравје што се присутни кај населението преку скрининг и ран третман на неврози, депресија, ризик од самоубиство и психози;
2. идентификување и препраќање на пациенти со посериозни психички нарушувања до установите за ментално - здравствените установи;
3. водење на регистар на пациенти кои се упатуваат од установите на примарно здравствената заштита до ментално - здравствените установи;
4. идентификување на пациенти кај кои соматските симптоми посочуваат на скриен психолошки проблем и
5. водење на регистар на пациенти кои се упатуваат од установите на примарно-здравствената заштита до ментално-здравствените установи на повисоко ниво (Национална стратегија за унапредување на ментално здравје во Република Македонија 2005/2012).

Покрај примарната здравствена заштита, здравствените услуги од областа на менталното здравје ги обезбедуваат и јавните здравствени установи од терцијалната здравствена заштита кои обезбедуваат консултативно-специјалистички услуги за дневно-болнички и амбулантски услуги за корисниците кои функционираат во рамките на медицинските центри и здравствените домови во државата. Со плурализацијата на здравствениот систем во државата, во давањето на

консултативно- специјалистички психијатриски услуги се вклучуваат и приватните здравствени установи во државата.

За лицата со психички растројства, сместени на лекување во психијатриските установи, неопходно е да се применуваат основните начела за заштита, промоција и унапредување на менталното здравје и заштита на нивните човекови права во согласност со постојната правна рамка во Република Македонија, преку постојната законска регулатива, а кои се опфатени со: Законот за здравствена заштита („Службен весник на РМ", бр.43/ 2012), Законот за заштита на правата на пациентите („Службен весник на РМ", бр.71/ 2006) и Законот за ментално здравје („Службен весник на РМ", бр.71/ 2006).

Законот за ментално здравје („Службен весник на РМ", бр.71/ 2006), член 2, и Законот за заштита на правата на пациентите („Службен весник на РМ", бр.82/ 2008), член 3, треба да се заснова на обезбедување најдобра грижа, лекување и рехабилитација во согласност со тековните достигнувања во областа и во рамките на расположливите средства. Оваа грижа треба да биде соодветна на поединечните потреби на болниот, со отсуство на каква било психичка и физичка злоупотреба, со целосна почит на достоинството на личноста и во негов најдобар интерес.

Најголемиот број лица со сериозни психијатриски растројства се третираат хоспитално, преку терцијарната здравствена заштита која се спроведува во трите специјализирани психијатриски болници во државата, и тоа во: Универзитетската клиника за психијатрија на Медицински факултет во Скопје, ЈЗУ Психијатриска болница "Скопје"- Скопје; ЈЗУ Психијатриска болница "Демир Хисар"- Демир Хисар и ЈЗУ Психијатриска болница "Негорци"- Негорци.

Освен во трите психијатриски болници и Универзитетската клиника за психијатрија на Медицински факултет во Скопје, голем дел од лицата со психички растројства се лекуваат во седумте центри за ментално здравје кои се распоредени во неколку градови во државата.

Горенаведените психијатриски установи кои се ориентирани кон заедницата, преку својата работа се базираат на следните принципи:

- достапност на психијатриските установи до населението;
- обезбедување на регионална поставеност на психијатриските установи;
- обезбедување на активно учество, континуитет, координираност на сите релевантни субјекти кои се задолжени во грижата и третманот на лицата со психички растројства;

- конкурентност и обезбедување на подобар квалитет на услуги;
- обезбедување на рехабилитација и социјална реинтеграција на корисниците на психијатриски услуги во заедницата и
- целосно почитување на човековите права на корисниците од психијатриските установи во заедницата.

Поврзаноста на психијатриските установи со здравствените установи од примарната и секундарната здравствена заштита во државата во моментот е незадоволителна, додека поврзаноста со социјалните установи, конкретно со Центрите за социјална работа функционира во одредени сегменти и таа треба да се интензивира и зајакне во наредниот период, особено кога одредени корисници од психијатриските установи имаат одредени социјални индикации на кои треба да им се помогне во однос на остварување на одредени социјални права.

### **3.5.1. Болничка здравствена заштита на лицата со психички растројства во Република Македонија**

Според Програмата за заштита на лицата со душевни растројства во Република Македонија (2012), во најголем број лицата со психички растројства се третирани на Универзитетската клиника за психијатрија на Медицинскиот факултет во Скопје и трите специјални психијатриски болници во: Скопје, Демир Хисар и Негорци кои се регионално распоредени. Вкупниот број на болнички кревети во трите психијатриски болници е 1.125, од кои 2/3 од вкупниот капацитет на кревети се сместени за хроничните болни, а 1/3 од кревети се за акутните болни. Во Универзитетската клиника за психијатрија при Медицински факултет во Скопје и во трите специјални психијатриски болници се лекуваат 2.000 лица со психички растројства, од кои:

- 750 пациенти се долготрајно хоспитализирани – повеќе од 180 дена;
- 800 пациенти се со просечна хоспитализација од 182 дена;
- 300 пациенти се со краткотрајно лекување од 60 дена и
- 600 се лекуваат во центри за ментално здравје (дневни болници).

Во трите специјализирани психијатриски болници, голем број од корисниците се хоспитализирани и повеќе години и по престанувањето на нивната

медицинската индикација за лекување, затоа што проблемот со нивното домување не е решен. Социјалните индикации го отежнуваат социјалното функционирање на корисниците, тие се поврзани со недостиг на соодветни резиденцијални структури, неприфатеност од семејството, немање на семејство и непостоење на финансиски средства кои би овозможиле самостојно живеење. Долготрајниот болнички третман е поврзан со значителни финансиски средства кои се на товарот на Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија. Ваквиот пристап се покажа како мошне неефикасен при третманот на лицата со психички растројства што со себе предизвикуваше дополнително влошување на здравствената состојба на корисниците.

Постојните евидентни недостатоци кои се однесуваат на хоспиталниот систем во психијатриските болници во Република Македонија, со започнувањето на реформите во системот на ментално здравје ја наметнаа потребата од промени во лекувањето, третманот и рехабилитацијата на лицата со психички растројства поради долгиот период на болничко лекување. Освен терапевтскиот карактер на третманот, мошне силно присутен е преку неговиот резиденцијален карактер кој понатаму ја нагласува и усложнува изолацијата и сегрегацијата на психијатриските корисници во психијатриските болници. Во трите специјализирани психијатриски болници корисниците престојуваат и по престанувањето на медицинските индикации за лекување, затоа што немаат каде да се вратат (Данева- Цветковиќ и сор., 2005).

Актуелната состојбата во психијатриските болници во Република Македонија е загрижувачка и бара преземање на конкретни активни мерки за решавање на состојбата од страна на релевантните субјекти во државата. Бројот на корисници се зголемува, а нивниот третман се влошува што несодејствува со реформските текови во системот на ментално здравје, со стимулирање на процесот на деинституционализација што беа поддржани од страна на Светска здравствена организација и Министерството за здравство. Лошите услови во постојните психијатриски болници недостапноста на неопходната современа медикаментозна терапија за корисниците, недоволниот персонал во нив се само дел од загрижувачката состојба.

Поради евидентното влошување на состојбата во центрите за ментално здравје, потребно е да се преземат соодветни мерки со цел да се подобрат условите како за корисниците на психијатриските услуги така и за вработените во овие центри.



### **3.5.2. Вонболничка здравствена заштита на лицата со психички растројства во Република Македонија**

Реформите во ментално-здравствената заштита во Република Македонија кои беа спроведени со директна поддршка од страна на Канцеларијата на Светската здравствена организација во Република Македонија, а во партнерство со Министерството за здравство, во рамките на проектот за развивање на менталното здравје, кое ќе биде ориентирано во заедницата преку процесот на деинституционализацијата на психијатриските болници и развивање на вонболничкиот третман во лекувањето на лицата со психички растројства. Тој процес го сочинуваат неколку значајни сегменти:

- развивање на вонболнички форми на третман во заедницата;
- промена на ставот и односот помеѓу професионалец-пациент;
- достапност на здравствените услуги кон граѓаните во заедницата;
- намалување на болнички кревети во трите психијатриски болници;
- создавање на сервиси во заедницата од страна на граѓанскиот сектор;
- воспоставување на соработка помеѓу психијатриските установи и граѓанските здруженија во заштитата и унапредување на правата на лицата со психички растројства;
- зацврстување на професионалните капацитети и ресурси на професионалците за примена на моделот на ментално здравје во заедницата и
- намалување на стигматизацијата и дискриминацијата кон лицата со психички растројства.

Ваквата форма на вонболничка заштита во третманот на лицата кои страдаат од психички растројства ги даде посакуваните резултати преку намалување на бројот на болнички кревети во психијатриските болници, забрзување на процесот на деинституционализација, намалување на трошоците на третманот во психијатриските болници, достапност на услугите на граѓаните во заедницата, намалување на стигматизацијата и други.

Психијатриските болници не се единствени психијатриски установи кои се грижат за менталното здравје на населението. Суштината да се менува целосниот концепт на психијатриските установи се однесува врз подобрување на третманот и

услугите на корисниците при што во својата основа имаат двојна намена. Прво, тие се установи од преоден карактер, имаат двојна намена, а тоа значи дека овозможуваат етапен период на корисниците на психијатриски услуги од психијатриските болници кон психијатриските установи кои се ориентирани во заедницата. Второ, во центрите не се примаат само корисници кои порано биле хоспитализирани во психијатриските болници, со што се намалуваат негативните ефекти од целосната хоспитализација во психијатриската болница и стигматизацијата. Овие вторите успеваат многу често да ги избегнат несаканите ефекти од целосната хоспитализација во психијатриските болници што сами по себе оставаат негативни последици (Трајковска- Стаменкова и Белевска, 2002).

Центрите за ментално здравје кои се ориентирани во заедницата преку својата работа се насочени кон превенција, рано откривање, дијагностика и рехабилитација на психичките нарушувања. Бројот на корисници кои се на дневно-болнички и амбулантски третман варира и зависи од географската опфатеност на населението во регионот. Покрај земањето на фармаколошката терапија, корисниците активно се вклучени во индивидуалната и групна психотерапија, социотерапија, окупациона терапија и други програмски активности кои се применуваат во центрите, од страна на интердисциплинарен тим (лекар-психијатар, социјален работник, клинички психолог, работен терапевт и медицинска сестра).

Ваквиот пристап на вонболнички третман во лекувањето создава подобар квалитет на услуги, конкурентност во услугите, достапност на услугите до населението, поквалитетна промоција и превенција на ментално-здравствената заштита на населението.

Центрите за ментално здравје се разликуваат по природата на својата работа, но најчесто се подразбираат установи за дневен престој во најразлични форми за корисниците на психијатриски услуги и со различни дневни програми. Тие се состојат од *дневни болници и дневни центри*.

Во дневните болници се спроведува целодневен престој кој се состои во спроведување на перманентен медикаментозен третман, социотерапија и окупациона терапија.

Во Република Македонија егзистираат вкупно седум центри за ментално здравје во заедницата, кои се регионално распоредени во различни градови во државата, каде што преку нив се овозможи да се изградат ефективни, делотворни и квалитетни психијатриски установи кои ги следат потребите на населението,

достапни се за поголем број луѓе, преку кој се овозможува интегриран систем на давање на услуги, во согласност со предвидените реформи во менталното здравје.

Центрите за ментално здравје ги креираат и координираат своите програмски активности во рамките на потребите на населението во заедницата, на потребите на корисниците кои се на третман во центрите, имаат воспоставено соработка со установите од примарната здравствена заштита, т.е. матичните лекари, општите болници и психијатриските болници и социјалните установи. Во центрите за ментално здравје се акцентира повеќе психосоцијалната димензија на третманот, отколку медикаментозната, што не претставува случај за психијатриските болници. Третманот на корисниците вклучува примена на различни органотераписка, психотерапевтски и социотерапевтски постапки, како на пример: терапевтска заедница, рекреативна терапија и слично.

Психосоцијалниот третман на корисниците вклучува широк спектар на различни интервенции и тоа: самораководење со сопствената болест, тренинг на социјалните вештини, семејни интервенции, групи за самопомош, заштитни домови, заштитни вработување и сл.

Центрите за ментално здравје ги обезбедуваат следниве активности:

- дневна болница (од неколку часа до цел ден);
- специјалистичко-консултативна здравствена заштита;
- заштитен дом – резистенционалното сместување во заедницата ги поттикнува корисниците за враќање на изгубените социјални вештини како резултат на хоспиталниот третман во психијатриската болница, самостојно живеење и нивно социјално интегрирање во заедницата и
- патронажна посета преку посета на домовите на корисниците од страна на тимот.

Активностите во центрите за ментално здравје се реализираат преку сет на разнолични психотерапевтски активности како што се:

- индивидуална тераписка работа;
- групна тераписка работа (со корисниците и членовите на нивните семејства);
- семејна терапевтска работа;
- работна терапија за одржување на социјалните и професионалните вештини и

- рекреативно активности.

Со процесот на децентрализација на системот на ментално здравје во државата, центрите за ментално здравје, корисниците можат да дојдат самоиницијативно, на предлог на матичниот лекар, на семејството, здравствената установа, центрите за социјална работа и судот.

Вака предвидените центри за ментално здравје треба да бидат од комбиниран тип, да вршат функција на дневни болници, дневни центри, како и амбулантски психијатриски услуги и да бидат покриени од страна на мултидисциплинарен тим. Пожелно е секој ваков центар да има патронажна служба која директно би преземала интервенции во заедницата.

Од 2007 година, реформите во системот на ментално здравје во државата евидентно стагнираат, со што се создаваат негативни реперкусии во однос на квалитетот на ментално-здравствената заштита на населението кои можат да доведат до далекусежни последици во одржувањето на целокупниот систем. Секоја година се намалуваат буџетите на здравствените установи од страна на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија, во кои спаѓаат и психијатриските установи, се намалува достапноста на корисниците за лекување со современа медикаментозна терапија, постои недостиг на здравствени работници и здравствени соработници во психијатриските установи, слаба е мултисекторската соработка помеѓу ресорните министерства, нема иницијативи за отворање на нови центри за ментално здравје во други градови во државата, постои видна стагнација на процесот на деинституционализација во постојните психијатриски болници, кој се согледува преку бројот на болнички кревети.

Она што е за поздравување е воведување на новиот систем на наплата на здравствените услуги и времетраењето на престој на одреден корисник во здравствените установи за болничкиот тип на лекување од страна на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија, каде што и времето за престој на корисниците е лимитирано во однос на лекувањето и трошоците за лекувањето.

Во иднина сè повеќе се наметнува потребата од интензивирање на реформите во системот на ментално здравје низ целосна поддршка и поттикнување на процесите на децентрализација и деинституционализација на постојните психијатриски установи, преку развивање на алтернативни форми на трајно згрижување и резиденцијално сместување на лицата со психички растројства во

хронична фаза кои се без семејна и социјална поддршка и развивање на социјални сервиси во заедницата кои ќе им бидат пристапни на корисниците, нивните семејства, како и на останатите граѓани и зајакнување на граѓанските здруженија.

Развивањето на вонболничките психијатриски установи, развивање на психијатриски установи за рани и за кризни интервенции, имплементирање на програми за превенција на рецидивот, домашно лекување, формирање на мобилни тимови, отворање на социјални клубови, заштитни домови и можности за заштитно вработување, т.е. креирање на мрежа од служби за интегративен третман во заедницата, со што ќе се оствари координација на различни функционални единици: психијатриски установи, преодните психијатриски установи, социјалните и образовните установи, и истите би претставувале силен императив во формирањето на еден стабилен, цврст и ефикасен систем на ментално здравје во Република Македонија.

### **3.6. Рехабилитација на лицата со психички растројства**

Рехабилитацијата е комплексен и долготраен процес на оспособување или повторно враќање на лицата со психички растројства во активниот живот и овозможување за нивно реинтегрирање во пошироката заедница.

Таа е збир од примена на мерки, постапки и активности со кои им го олеснуваме вклучувањето на лицата со психички растројства во нормалните текови од општествениот живот, доколку заболувањето после лекувањето оставило трајни последици врз нивното здравје.

Рехабилитацијата може да се сфати како процес, став и цел за оспособување на социјална интеграција на лицата кои имаат одредени тешкотии (Станиќ & Мејовшек., 1990).

Светската здравствена организација (1968) рехабилитацијата ја дефинира како: "Сообразна, усогласена целина на примена на медицински, социјални, воспитни и професионални мерки наменети за повторно враќање во употреба на загрозените функции колку што е тоа можно".

Рехабилитацијата на инвалидизираните лица сè повеќе има карактер на интегрален пристап во третманот на инвалидизираните лица. Оттука

рехабилитацијата ја сфаќаме како единствен и целосен процес во кој сите компоненти имаат соодветно место, значење и функција, било тоа да се од:

- клинички дел (откривање, дијагностика, третман);
- едукативен дел (предучилишно, основно и средно образование) и
- социјално-економски дел, во кои спаѓаат: социјализација, интеграција, еманципација, работно оспособување и вработување (Ајдински, 1982).

Рехабилитацијата им е потребна на сите лица кои поради нивните психофизички способности не можат сами да се оспособат. Лицата на кои им е потребна рехабилитација можат да се поделат во следните групи:

- лица кои поради болест или повреда повремено се неспособни и кои после лекувањето можат да се вратат на работа и да се вклучат во нормален живот;
- лица кај кои болест или повреда оставиле трајни последици како што се: неподвижност, губење на екстремитети, слепило, глувост итн.;
- лица кај кои неспособноста се јавува повремено (ТБЦ, ревматоиден артритис) и
- ментално ретардирани лица и други (Петров и сор., 2008).

Рехабилитацијата е постапка во оспособувањето на лицето со инвалидност за постигнување на максимален потенцијал за нормален физички, психички, социјален и професионален живот. Физикалната медицина се занимава со лекување или оспособување на сегменти или делови на телото, а рехабилитацијата е креативна постапка која го оспособува човекот како целина, биолошка единка до најголемо можно оспособување.

Рехабилитацијата на корисниците на психијатриски услуги е мошне сложен процес кој знае да биде долготраен, фокусиран е на водење на здрав живот, без разлика на постоењето на симптоми на болеста и нарушувањето. Рехабилитацијата се состои од користење психофармакотерапија, психотерапија и социотерапија и окупациона терапија кој се применува во психијатриските установи.

Психијатриската рехабилитација со корисниците во психијатриските установи се состои од две интервенциски стратегии. Прва стратегија е индивидуално ориентирана, а нејзината цел е развивање на индивидуалните вештини и способности на корисникот со заедницата и втората стратегија е еколошка, насочена е кон развивање методи во средините кои имаат за цел да ги

редуцираат потенцијалните стресогени фактори кои неповолно влијаат на корисникот. Голем број од корисниците во процесот на рехабилитација имаат потреба од комбинирање на овие две стратегии. Целта на психијатриската рехабилитација е давање на индивидуална помош, со што ќе се поттикне развивање на емоционални, социјални и интелектуални вештини и способности кај поединецот кои се потребни за неговиот живот, за учење и работа во заедницата (Rossler, 2006).

Во рехабилитацискиот процес, корисникот станува активен учесник во процесот на рехабилитација и реинтеграција во заедницата, но истиот зависи од видот на психичкото заболување, поставувањето на терапевтските цели, индивидуалниот рехабилитациски план и успехите во рехабилитацијата.

Успешноста за рехабилитирање на корисниците во психијатриските установи претставува императив за секоја држава и зависи од тоа:

1. Да се почне со процесот на рехабилитација во оној миг кога ќе се воспостави заедничка соработка меѓу корисникот и стручниот тим;
2. Пред започнување на процесот на рехабилитација во зависност од степенот на оштетувања на личноста се пристапува на зачувување и развивање на тоа што не е оштетено, т.е. е здраво. Здравиот дел на личноста со кои се занимава мултидисциплинарен стручен профил често се во состојба во толкава мера да го социјализираат корисникот што понекогаш и покрај одредените проблеми кои произлегуваат од некои психички функции, во состојба е ефикасно и успешно да живее и работи;
3. Мултидисциплинарен стручен тим мора да води грижа за индивидуалните можности и способности на секој корисник одделно;
4. Неопходно е да се обезбеди континуирана помош и поддршка на оние корисници кои биле хоспитализирани во психијатриските болници подолг временски период и развиле хоспитализам и
5. Успешна рехабилитација бара покрај соматското, психолошкото и социјалното дејствување на самиот пациент, т.е. над корисникот на психијатриските установи се применуваат и социотераписки мерки кои ќе бидат насочени во средината каде што живее корисникот, со цел да ги сфатат неговите потреби и да му се помогне во надминувањето на проблемите (Petrovic.,1982).

Во современата рехабилитација постојат три основни начела: **комплексност, континуираност и работење.**

**Комплексност** е опфаќање на целовитоста на личноста преку медицинскиот, едукативниот, социјалниот, професионалниот и психолошкиот аспект.

**Континуираност** бара спроведување на сите фази на рехабилитација без какви било прекини. Особено е значајно да нема прекини меѓу медицинската фаза, воспитувањето и образованието, односно професионалното оспособување и совпаѓање со работната активност. Рехабилитацијата им дава на лицата чувство на социјална сигурност, нивна општествена улога и лично задоволство.

**Тимско работење** се однесува на мултидисциплинарна соработка меѓу членовите на стручниот тим кој дава можности за постигнување на добри резултати во процесот на рехабилитацијата кај корисникот.

Најважната личност во целиот процес е самото лице со одредено психичко заболување, неговата соработка и мотивацијата да се рехабилитира. Мотивацијата е збир на елементи на основа на кои самото лице го вреднува тоа што го работиме и се ангажираме во согласност со неговите потреби, интереси, цели што ги имаме поставено во третманот. Во предвид треба да се земат и реакцијата на пошироката заедница која значително влијае на зголемувањето на мотивацијата, а со тоа претставува позитивна спрега во процесот на рехабилитација и реинтеграција во заедницата, особено семејството на корисникот и поддршката од пошироката заедница.

Во Република Македонија професионалната рехабилитација е слабо развиен облик на заштита во болничката и вонболничката здравствена заштита во психијатриските установи, што укажува дека медицинскиот модел е повеќе застапен во третманот со корисниците.

Социјалните работници и работните терапевти, како дел од мултидисциплинарните тимови во психијатриските установи, мораат со својата упорност, работа и посветеност да бидат активни двигатели во примената на современите методи и техники преку интердисциплинарен пристап во третманот да сигнализираат и актуализираат на одредени неправилности или ограничувања во загрозувањето на одредени права на корисниците, затоа што само така може да се постигне добра соработка и врска помеѓу корисниците со заедницата во однос на решавањата на проблемите, да помогнат во однос на развивање на нивните социјални вештини, комуникациски вештини, во користењето на ресурсите во заедницата кои ќе му помогнат на корисникот во неговото интегрирање во семејството и заедницата.



За да биде успешен процесот на рехабилитација на одреден корисник, несомнено значајно место зазема и семејството преку поддршката и помошта што му ја даваат на лицето во неговата социотераписката активност и вклучувањето на пошироката заедница. Социотераписката активност на здравствените и на социјалните работници во однос на членовите на семејството на корисниците на психијатриските услуги се одвива преку: психоедукација, индивидуална и групна работа со членовите на семејството, со цел да им се помогне во лекувањето и социјалната реинтеграција на лицето кое има одредено психичко растројство.

### **3.7. Психосоцијална рехабилитација**

Психосоцијалната рехабилитација е дефинирана од страна на Светската здравствена организација како процес кој дава можности на лицата кои се со некое психичко заболување или хендикеп за да постигнат оптимално ниво на независно функционирање во заедницата.

Оваа дефиниција е преземена од извештајот за психосоцијална рехабилитација, даден од страна на Светската здравствена организација- СЗО и Светската асоцијација за психосоцијална рехабилитација (WAPR) во 1996 година.

Овој значаен документ ги дава базичните основи во реализирањето на целите на психосоцијалната рехабилитација кои се опфатени преку:

- намалување на симптоматологијата преку примена на соодветна фармакотерапија,
- психолошки третман и психосоцијални интервенции;
- намалување на дискриминацијата и стигматизацијата;
- намалување на неповолните физички и бихејвиорални последици;
- зајакнување на луѓето со психичко заболување преку јакнење на нивната независност, автономија на оние кои даваат помош и можностите за сопствено застапување;
- развивање на сервиси за социјална поддршка во заедницата, кои ќе ги покриваат базичните потреби, а кои се поврзани со домување, вработување, социјални мрежи и слободното време и

- подобрување на социјалната подготвеност преку зајакнување на индивидуалните и социјални способности, психолошки можности и работното ангажирање.

Оваа комплексност од разновидни цели и методи ја прават психосоцијалната рехабилитација да биде една од најинтересните во однос на намалување на ефектите од психичката болест.

Бернардо Сарачено смета дека психосоцијалната рехабилитација треба да му обезбеди враќање на лицето со психички растројства во општеството преку сензибилизација на локалните власти, создавање на нови законски прописи, надминување на старите азили и воспоставување на сеопфатни служби за ментално здравје во заедницата, развивање на индивидуални програми за рехабилитација заедно со корисниците на таа иста рехабилитација (Сарачено, 2002).

Франко Ротели смета дека кога се зборува за рехабилитацијата, мора да се осврнеме на создавањето на можност за поседување на човековите права, нивно препознавање, активирање и примена.

Човековите права се однесуваат на три нивоа: *политички, правни и социјални*.

1. Првото ниво е всушност реформа на правната рамка, а се однесува на остварувањето на правото на грижа, заштита и третман, обезбедување на места за третман, правата на корисниците и нивна социјална интеграција;
2. Второто ниво на рехабилитација е реализација на социјалните права преку обезбедување на домување, работни места и материјални средства;
3. Третото ниво се однесува на создавање на општествени вредности кои не се однесуваат само на потребата од работна терапија, туку и на потребата за зголемување на самопочитта и довербата на корисниците преку работата, а притоа ќе им овозможи нивна одредена самореализација во општеството.

Задачата на психосоцијалната рехабилитација е мошне комплексна затоа што опфаќа различни аспекти: од психијатриска болница, центрите за ментално здравје, сервисите во заедницата до општеството во целина. Психосоцијалната рехабилитација мора да дејствува на ниво на заедница, но треба да се запази дека

условите за луѓе кои имаат одредено психичко заболување се често трагични, особено во психијатриските болници.

Постојат неколку показатели за зголемениот интерес за психосоцијалната рехабилитација, а причините се:

- негативното мислење на еден дел од научната и стручната јавност која се однесува за терапевтската улога на психијатриските болници што се согледува во константното намалување на бројот на болнички легла во психијатриските болници во светот како последица на алтернативните методи на лекување;
- сè повеќе се зголемува јавната свест кај корисниците на психијатриските услуги и членовите на нивните семејства за нивните човекови и граѓански права и
- постојат епидемиолошки докази дека негативната еволуција на психозата може исто така да биде како резултат на институционалната заштита.

Психијатриските установи ориентирани кон заедницата треба да обезбедат не само третман, туку и олеснување на пристапот кон искористување на ресурсите кои се присутни во заедницата, како за корисникот така и за членовите на неговото семејство и нивно искористување.

Психосоцијалната рехабилитација ја опфаќа целокупноста на сите мерки и активности чија цел е на болните во најголема можна мерка да ги елиминираат натамошните негативни влијанија и влошувања на психолошката состојба на корисниците и да се овозможи нивно здравување.

Стратегијата на психосоцијалната рехабилитација треба да биде насочена кон зајакнување на социјалните вештини на корисникот, на мобилизирање на сите постојни ресурси во заедницата со што би се обезбедиле сите потреби и интереси на корисниците кои им се утврдени преку законската регулатива.

Психосоцијалната рехабилитација треба да се разгледува како двигател, составен дел од психијатриските установи, каде што не треба само да се дава акцент на третманот на лекување на корисниците во рамките на установите, туку и во воспоставување на врската на лицата со психички растројства во користењето и во давањето помош во ползувањето на постојните ресурси во заедницата.

Заедничката цел на психосоцијалната рехабилитација треба да биде насочена кон враќање на *дигнитетот и независноста* на лицето кое страда од одредено психичко растројство.

За подобрување на квалитетот на живот на лицата со психички растројства се препорачува и психосоцијална интервенција со семејствата и корисниците, како на пример: решавање на личните и семејните проблеми, редовното земање на медикаментозната терапија, кризни интервенции и соочувањето со кризите, вежбањето на социјалните вештини и когнитивно-бихевиоралните стратегии (Anthony i sor., 2002).

Од голема значење за остварување на психосоцијалната рехабилитација е градењето на соработката помеѓу граѓанскиот сектор, психијатриските установи, социјалните установи и граѓанските здруженија. Сè повеќе се застапува принципот на "advocacy"- застапување на корисниците на психијатриски услуги пред релевантните институции во системот. Овој концепт на застапување зазема сè поголем примат во високоразвиените држави преку примена на "self-advocacy"-самозастапништво. Овој концепт на самозастапништво е мошне корисен бидејќи го промовира пристапот дека луѓето со психички заболувања имаат многу способности кои им овозможуваат нивна рамноправност и независност во заедницата. Во активностите на застапување, првенствено се фокусирани на: зголемување на свесноста на граѓаните во областа на менталното здравје, едукации, тренинг, формирање на групи за самопомош, советување и формирање на групи за заштита и унапредување на граѓанските права.

*Психосоцијалната рехабилитација преку моделот на клубови* е сеопфатна и динамична програма за поддршка за лицата со психички растројства. Спротивно на традиционалните модели на дневен третман и останатите видови на дневни програми, членовите на клубовите се нарекуваат себеси "членови", спротивно на "пациенти" или "клиенти", а активностите за зајакнување се фокусирани на нивните индивидуални капацитети и способности, а не на нивното заболување. Во 1948 година, една мала група луѓе, за кус временски период, кои пред тоа беа отпуштени од психијатриската болница во Њујорк, ја оформија групата попозната како "Ние не сме сами". На почетокот групата егзистираше како организација за самопомош, за подоцна да прерасне во успешна иновативна програма во заедницата која им помагаше на луѓето со психички растројства да ги надминат своите проблеми.

Во 1950 година се преименува организацијата во "Fountain House", која стана препознатлива како модел на клуб за рехабилитација. Преку 300 видови на програми, во 24 земји во светот, го прифатија овој модел на третман. Тие се уникатни и единствени бидејќи не станува збор за клиничка програма, односно нема терапевти или психијатри како дел од персоналот. Сите клинички аспекти на програмата се отстранети и се фокусирани на индивидуите, нивните способности, вештини, а не на нивните болести.

Меѓународниот центар за развој на клубовите (МЦПК) ги воспоставува четирите гарантирани права за членството, кои што всушност ја претставуваат суштината на моделот на клубови:

1. право на местото да се дојде;
2. право на значајна врска;
3. право на значајна работа и
4. право на место да се вратиш.

Во рамките на работата на клубовите, членовите имаат на располагање различни програми за рехабилитација:

1. рекреативни активности за време на викендите;
2. преодно и независно вработување;
3. ден исполнет со работа и активности и
4. широк спектар на опции за домување и застапување.

Членовите и стручниот персонал, кои се ангажирани во работата на клубовите, работат заеднички при управувањето на сите програмски активности во клубот и им се дава можност да дадат свој придонес заедно со корисниците кои работат врз основа на партнерство. Преку моделот на клубовите се укажува дека луѓето со психички растројства живеат активен и продуктивен живот, без разлика на карактерот на нивното психичко заболување. Во моментот во светот постојат околу 325 активни клубови, во 28 земји во различни делови во светот.

Клубовите се поделени во различни единици и се уредени со цел да управуваат во реализирањето на тековните задачи, а кои се состојат од: свештенички услуги, храна, контактирање и поддршка меѓу членовите во клубот, образование, советување, социјална рекреација и вработување. Кога одреден член ќе се приклучи на клубот, одбира своја базична единица според своите способности

и интереси, притоа членот може да се пријави за да извршува задачи од единицата со што му се овозможува да работи заедно со персоналот во клубот преку форма на единствено партнерство, со што ќе даде придонес во севкупното работење на клубот. Сето ова се реализира врз база на доброволна основа.

Клубовите преку својата работа нудат етапна програма за вработување која е заинтересирана да ги интегрира заинтересираните членови за нивно вработување во заедницата. Првиот чекор од програмата е *Транзициското вработување* каде што членовите можат да работат корисна работа со скратено работно време, надвор од клубовите преку создавање партнерство меѓу структурите и бизнисите во заедницата. Избраниот член од страна на клубот за негово интегрирање на пазарот на трудот е обучен од страна на персоналот во клубот, а како поддршка на работодавецот се гарантира редовност во однос на работното време на членот, соодветна и навремена реализација на предвидените работни обврски. Доколку членот на клубот не е во можност да одговори на поставените работни обврски и барања, поради влошување на неговата здравствена состојба, тогаш клубот ќе помогне или пак ќе го потполни работното место ако вработеното лице мора да отсутува подолг временски период. За секој член на клубот кој учествува на работното место, кое е дел од транзициското вработување, е обезбедена минимална заработувачка. Единствениот и најзначајниот фактор при вработувањето на членовите на работните места, а кои се дел од таквиот вид на вработување, е индивидуалната мотивираност и желба за работа.

Вториот чекор е поддршка при вработување каде што клубовите им помагаат на заинтересираните членови да се вработат, им помагаат преку одредени ресурси и поддршка, неформална едукација која се состои од: подготовка на кратката биографија (CV), изработка на мотивационо писмо за вработување за одредено работно место и потребните вештини и знаења кои се потребни при интервјуирањето кај работодавците.

Третиот чекор е независно вработување, каде што членот е вработен и за него не е потребна интервенција од страна на клубот.

Клубовите, општо земено, нудат широк спектар на услуги за останатите членови, вклучувајќи го и проблемот на домување, поддршка во домот, советување за остварување на одредени социјални права, финансиско планирање, социјални програми во попладневните часови и преку викенд и поддршка за континуирано образование.

Во март 1994 година се создаде Меѓународниот центар за развој на клубовите (МЦРК) кој ја претставува заедницата на клубовите во светот. Преку работата на МЦРК се развија Меѓународни стандарди за програмите на клубовите со што се овозможи и рехабилитација преку моделот на клуб. Стандардите служат како "Повелба за правата" за членовите и етички код за персоналот, преку кои постојано се нагласува изборот, почитувањето и можноста за сите членови на клубот.

Овие стандарди нудат добра основа за проценка на квалитетот на работењето на клубовите, со тоа што програмите кои сакаат да го усвојат моделот на клубот мораат да побараат овластување од страна на овластените членови на МЦРК, а кои се состојат од членови и персонал од различни клубови во светот, кои во период од три дена ја разгледуваат програмата, го проверуваат спроведувањето до стандардите на МЦРК и даваат финален извештај за подобноста, компетенциите т.е. за квалитетот на програмата, со што се одлучува дали според програмата што ја нудат, ќе им се додели називот "клуб".

### **3.8. Психосоцијален пристап**

Психосоцијалниот пристап е специфичен тераписки модел кој ги користи социјалните интерперсонални односи на групата, а кои позитивно влијаат меѓу нејзините членови, со што ги проучува и ги менува процесите на меѓучовечки односи и социјалното функционирање.

Целта е преку овој пристап да се помогне за подобро социјално функционирање на корисниците, бидејќи самата практика покажува добро адаптирање во средината која е еден од клучните фактори за нивна рехабилитација и реинтеграција во заедницата.

Психосоцијалниот пристап може да се подели во две групи:

- 1. Психосоцијален пристап кој е организиран во различни психијатриски установи (психијатриски болници, центри за ментално здравје, дневни или ноќни психијатриски одделенија)*
- 2. Психосоцијален пристап кој се занимава со организационо обликување на психијатриските установи (организација на дневна или на ноќна болница, клубови на лекувани зависници и сл.).*

Психосоцијалните групи во психијатриските оддели во психијатриските болници се состануваат секојдневно, тоа се групи од отворен тип, каде новите членови на групата можат секојдневно да и се приклучат на групата (при прием на корисникот), а некои да ја напуштат групата (при испис на корисникот).

На членовите на групата им се дава стручна помош, поддршка, се вложуваат напори да се воочаат сопствените однесувања, т.е. можноста за согледување на заемните реакции во односите со другите луѓе со кои се сретнуваат и се во некоја интеракција (Browne, 1999).

Корисникот се учи како да го прифати, како да се справи со притисокот на средината во којашто живее и работи, а притоа да не го истакне неговото однесување кое е карактеристично како резултат на неговото заболување.

Преку групата психосоцијална терапија, активностите на групата можат да бидат насочени надвор (заеднички акции и интереси насочени спрема задоволување на некои заеднички цели) или спрема содржините внатре во рамките на групата (меѓусебни односи на одделни членови од групата) при што е важна групната динамика во групата. Групата е најбезбедно место која одговара на искажувањето на скриените и потиснатите чувства на корисниците, со што им се дава можност да го доживеат социјалното искуство и чувството на припадност во групата. Преку интеракциската динамика, којашто се случува внатре во групата, нивната асоцијативност го подобруваат искажувањето на скриените чувства во една потолерантна средина, со што корисникот може да се ослободи од воздржаноста и инхибираноста што се бара од него во секојдневниот живот и искажувањето на сопствените чувства притоа да не е проследено со чувство на вина.

Групата врши меѓусебно влијание врз своите членови, поединецот како член на социотерапевтската група, во зависност од неговото однесување, секојдневно го прифаќа или го отфрла, најчесто е принуден да се адаптира на групните норми со кои се регулираат меѓусебните односи на членовите на групата и нивните односи кон групата како целина. Поради тоа, во терапевтската група треба да се создадат и да се негуваат такви односи кои ќе придонесат корисниците што е можно повеќе да се приближат кон односите што владеат во т.н. идеално семејство.

Се разликуваат три облици на терапевтски третман во групата:

1. Група наменета за извршување на некои активности, каде што активноста треба да има однапред одредени дефинирани ефекти на членовите на групата;



2. Социотерапевтска група - каде што самата активност има секундарна важност, а организационата активност многу повеќе има за цел афирмирање на интерсоцијалните релации и на позитивните идентификации и
3. Психосоцијална група - каде што психотерапијата организирана во група е со цел да се искористат нејзините благопријатни ефекти врз менталното здравје. За разлика од социотерапевтската група на психопатолошките содржини која е самопраснење, во психотерапевтската група се активира вербалното манифестирање на патолошките содржини кои така ќе бидат пристапни на терапија (Чадловски, 2006).

Сите психосоцијални постапки би можеле да ги поделиме во две основни групи:

1. група во која спаѓаат оние облици на социотерапевтско дејствување кои можат да се спроведуваат во различни психијатриски установи и
2. група која ги опфаќа оние социотерапевтски постапки во поширока смисла, а тие се однесуваат во специфичната социотерапевтско и структурно-организационо обликување на некои психијатриски установи.

Освен корисникот, во психосоцијалната група потребно е активно да се вклучи и неговото семејство како во текот на лекувањето, така и после тоа, а со единствена цел да биде прифатен корисникот по неговото заминување од психијатриската установа каде што бил хоспитализиран одреден временски период. Прифатен од средината, од другите членови на терапевтската група, корисникот почнува да се прифаќа себеси, да открива која е општествената смисла на сопствените постапки и ставови. Незадоволството од себе го заменува толерантноста и ставот исполнет со надеж и постигнување на самодоверба.

Постои динамична, функционална, најчесто временска и просторна поврзаност и обединување на социотерапевтските постапки во третманот со корисникот, со тоа поделбата на социотерапевтските групи не само што не значи функционално исклучување на овие два вида социотерапевтски постапки, најчесто во практиката се покажува нивна тесна функционална поврзаност и меѓусебна зависност.

### 3.9. Окупациона и рекреативна терапија

Од големо значење во социотерапијата на лицата со психички растројства имаат окупационата и рекреативната терапија кои на корисниците на психијатриски услуги во психијатриските служби им даваат поголема слобода во изборот на активности каде што е нагласен индивидуалниот пристап на корисникот. Окупационата терапија се карактеризира и како работна терапија, каде што корисникот преку својата работа се ангажира во најразлични форми на креативни работни активности. Корисникот се стимулира со одреден симболичен материјален надоместок за вложениот труд или може да се формира посебен фонд во рамките на установата од која подоцна ќе можат да бидат реализирани некои заеднички проектни активности.

Окупационата (работната) терапија се одвива во група со работен терапевт која е организирана, координирана, со одреден план на активности кои треба да бидат реализирани. Работата поставена на ваков начин го стимулира работниот ритам и можностите за нивно остварување, што го поттикнува вниманието, креативноста и грижата за самиот себе, за сопствените доживувања на другите корисници во непосредната околина. При организирањето на окупационо-работната терапија треба да се почитуваат одредени принципи, како на пример: групата да биде формирана со одредена јасна поставена цел без каква и да е дискриминација и работата на корисниците потребно е да биде соодветно наградена. Овој вид на терапија овозможува брза и добра кохезија помеѓу корисниците, кој е битен фактор за работата во група или терапевтска заедница.

За разлика од окупационата терапија, рекреативната терапија опфаќа сет на спортско-рекреативни активности, односно активности кои имаат рекреативни и релаксирачки ефекти што им овозможува на корисниците да се поттикне нивната физичката активност, да ја подобрат физичката кондиција, да го развијат меѓусебното дружење, да ја подобрат комуникацијата, да го развијат чувството на групна припадност, што впрочем претставува и основна цел на овој третман.

Добро испланирана рекреација во терапевтскиот процес овозможува добра контрола на регресијата од страна на корисникот и се смета за составен дел од социотерапијата. Во ова група можат да се вклучат уште неколку облици како што се: психодрама, музикотерапија и други.

### 3.10. Професионална рехабилитација

Оспособување за вработување на лицата со инвалидност на отворениот пазар на трудот, овозможува нивно вработување во социјални претпријатија и заштитни друштва. Со тоа стануваат економски активни и независни членови во заедницата. Професионалната рехабилитација има за цел да ги мобилизира сите потребни потенцијали на лицето со инвалидност со цел тоа максимално да се оспособи за живот и работа, како и да се овозможи негова социјална интеграција за да се остварат овие цели на рехабилитација. Треба да се има предвид:

- степенот на индивидуално оштетување (физичко, интелектуално, емоционално);
- индивидуалните способности кои овозможуваат функционирање и бихејвиорално исправање на постојните недостатоци и соодветно приспособување;
- корисните и ефикасно рехабилитациони техники и упатства и
- желба и способност на општеството да ја интегрира инвалидизираната личност од сите аспекти на општествените активности (Јакуловиќ, 1986).

Сеопфатната заштита на менталното здравје треба да биде интегрирана во заедницата. Заштитата базирана на заедницата треба да ги идентификува ресурсите кои не се доволно видливи или не се соодветно активирани (Saraceno, 2002).

Професионалната рехабилитација претставува една мошне важна компонента во рехабилитацијата на лицата со психички растројства и таа претставува чекор напред кон нивна независност, автономност и интегрирање во заедницата. Со самото психичко заболување кое најчесто има хроничен карактер, голем дел од лицата со психички растројства страдаат од намалување, губење на нивните способности кои биле зачувани во периодот пред да бидат третирани од страна на психијатриските установи.

При професионалните мерки за рехабилитација потребно е да се земат предвид следните активности:

- тренирање на основните социјални и работни вештини (способности)
- тренирање на способностите за одделни подрачја на работење и
- етапно воведување во нови услови на работење.

Стручните програми за професионална рехабилитација се различни и тие можат да вклучат индивидуална и групна поддршка, советување, работилници, вештини и вработување, со фокус на едукација на потребни вештини за да се постигнат работните задачи. Обуката за животни вештини се испорачува во врска со стручната обука, бидејќи основните животни вештини се од суштинско значење за успехот на работа. За да се добие и задржи работата, човек мора да биде способен да се справи со мали одлуки, а кои вклучуваат подготовка за секојдневна работа и справување со соодветен начин на работа. На работа, социјалната интеракција бара некои основни комуникациски вештини и способности кои треба истите да се развиваат за успешно да се приспособат во средината каде што се работи, во однос на интеракцијата со вработените.

Животните вештини, исто така, можат да вклучуваат и финансиски вештини како разбирање на платите, придонесите и буџетирањето. Понекогаш луѓето можат да пројават интерес и потреба од обука за справување со лутината и стресот.

Стратегиите за психосоцијална рехабилитација треба да бидат ориентирани кон социјалните вештини на корисникот, кон активирање на ресурсите во заедницата, што отвора низа прашања за размислувања, како на пример: соодветна законска регулатива, човекови и граѓански права, реорганизација на постојните психијатриски установи, активни национални политики и програми за социјално домување и вработување.

Центрите за рехабилитација овозможуваат да се зајакнат и заздрават капацитетите на корисниците, да може да функционираат во заедницата и да ги остваруваат своите врски со членовите на нивните семејства, пријателите, соседите, да можат независно да се образуваат, да работат и да се преквалификуваат за работа.

Паралелно со овозможувањето на ваква програма, треба да се создаде иницијатива за отворање можности за лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија, преку стимулирање на вработување на оваа категорија лица преку нивно вклучување во постојната законска регулатива, како што се: Законот за вработување на инвалидизирани лица и Оперативните програми за вработување од страна на Владата на Република Македонија.

Бројот на лицата кој е поврзан со програмата за рехабилитација треба да биде во согласност со потребите на индивидуалните контакти, да се движи преку

интензивно лекување кое вклучува од два до три контакти со координаторот кој го води корисникот, еден координатор со полно работно време кој е определен на петнаесетмина корисници, а за помалку интензивни контакти определен е еден координатор кој е одговорен за дваесет и пет корисници.

Траењето на рехабилитациониот период е индивидуално, најчесто зависи од потенцијалното ниво на оштетување на социјалното и работното функционирање како и некои други фактори кои се значајни за рехабилитацијата во зависност од индивидуалните потреби на корисниците.

Корисниците на психијатриските услуги, најчесто во центрите за професионална рехабилитација, се упатуваат преку своите психијатри кои се грижат за нивната здравствена состојба, кои се препраќаат во зависност од потребите и до останатите членови од интердисциплинарниот тим.

Центарот за рехабилитација на лицата со психички растројства, кое функционира во составот на психијатриската болница "Врапче" во Загреб, работи интердисциплинарен тим, составен од: психијатар, психолог, социјален работник, работен терапевт и медицинска сестра) кои имаат јасен опис на своите работни задачи и обврски. Работата во тимот го вклучува принципот на управување на случај (case management) кои му помагаат на корисникот да ги оствари посакуваните терапевтски цели и активности, одржува редовни состаноци кои се поврзани со проценка на состојбата на корисникот, неговата мотивираност како во планирањето и евалуацијата во лекувањето.

Членовите на тимот имаат редовни контакти и се во постојана комуникација со социјалните установи, центрите за социјална работа, агенциите за вработување, здравствените установи, полицијата и граѓанските здруженија.

Вклучувањето во работата со социо-помагачките инструменти е начин да се постигне стабилност и одржливост на работните места, што не е само цел на рехабилитацијата, туку и на самореализацијата преку работата.

Како специјални мерки кои се применуваат во професионалната рехабилитација се:

- *Работна терапија* ја става активноста на корисниците на преден план наспроти постигнатите резултати. Со неа може да се започне уште при акутниот стадиум на психичко заболување. Се постигнува растоварување на тежината од заболувањето, зајакнување на самодовербата, помош во

искористување на слободното време на корисниците и постигнување на лично задоволство од работата;

- *Ерготерапија* им овозможува на корисниците постигнување на чувство на задоволство преку реализираната работа и нивното докажување. Таа нуди можност од средби за разговори, со што корисниците учат да ги почитуваат правилата. Средбите на групите даваат можност за дискутирање и опсервирање на однесувањето на членовите на групата. Преку групата корисниците имаат чувство на групна припадност и важност дека не се сами, дека можат да научат нешто за себе и дека има некој да им помага и да ги поддржува;
- *Терапија со уметност* има психотерапевтски ефект. Преку примена на креативни методи и техники, корисниците имаат можност да ги реализираат своите креативни способности и афинитети, да ја изразат својата моментална состојба која не се во состојба вербално да ја искажат. Во повеќе психијатриски установи креациите, т.е. делата од корисниците се продаваат преку организирање на донаторски изложби и организирани маркети во градовите. Уметничката изработка е типичен пример на инструмент за социјална помош, со целна психотераписка рехабилитација.
- Практичната работа се изведува делумно во установите за професионална рехабилитација (пример: Погони за професионално усовршување, професионални тренинг-центри и работилници за лица со инвалидност).

Горенаведените мерки треба да бидат територијално блиску до корисниците, секогаш достапни, со што би си минимализирале оптоварувањата кои настануваат како резултат на прекинување на врските со своите најблиски, социјалното отуѓување кое се јавува при премин од една во друга мерка.

Во рехабилитациониот процес секој член од тимот дава свој придонес во проценката на состојбата на хронично заболените и инвалидните лица, како и во лекувањето на функционалните, психичките, социјалните и професионалните последици кои настануваат од инвалидноста.

Рехабилитациониот план е индивидуален. Тој може да се менува и надополнува во зависност од физичката и психичката состојба на личноста.

Успешноста на рехабилитациониот процес не е заслуга само на одреден профил од тимот, туку на сите членови на интердисциплинарниот тим, а за таа успешно да се реализира потребна е соработка, поддршка и вклучување на членовите на семејствата на корисниците во пошироката заедница во самиот процес.

Во планот на медицинската рехабилитација се предвидуваат примена на одредени мерки и активности кои ќе му овозможат на корисникот негово оспособување и се состои од:

- функционално оспособување за активности за секојдневен живот;
- професионално оспособување;
- набавка на ортопедски помагала;
- адаптација на станбен објект во согласност со потребите и полесно користење на корисникот;
- едукација на членовите на семејството на корисникот за негово прифаќање и
- решавање на одредени социјални и професионални проблеми (Mandić, 2010).

Составот на рехабилитациониот тим се формира во зависност од видот на заболувањето на одреден корисник, но најчесто го сочинуваат:

- координатор на рехабилитациониот тим, кој е задолжен за координирање на тимот;
- лекар- психијатар;
- социјален работник;
- психолог,
- медицински сестри/техничари,
- работен терапевт,
- физиотерапевт,
- дефектолог и
- стручен советник за избор на занимања.

### **3.10.1. Димензии на професионална рехабилитација**

Професионалната рехабилитација влијае врз подобрување на состојбата на немоќ и попреченост, а во некои случаи може да влијае на нивно намалување.

Лицата со психички растројства имаат потреба од исполнување на трите важни димензии кои им обезбедуваат нивна рехабилитација и реинтеграција во заедницата, а кои всушност ги претставуваат и трите димензии на професионална рехабилитација: *условите за живот, социјалната мрежа и продукција на професионални вредности.*

*Условите за живот* не се однесуваат само на куќата како физички објект каде што живее корисникот, туку и каде живее и начинот како живее. Ова е многу значајно во однос на неговата достапност со неговите потребите, со ресурсите кои ги црпи од заедницата, од поддршката и помошта која ја добива од неа. Ова значи дека треба да се работи на подобрување на заштитата на корисниците преку нивно активно вклучување на пазарот на трудот, користење на ресурсите од граѓанскиот сектор за неформалното образование и програмите на агенциите за вработување.

*Социјалната мрежа* - ја означува потребата на корисникот да се вклучи во социјалната мрежа како што се: центрите за професионална ориентација, центрите за вработување, социјалните претпријатија, заштитните друштва и здруженијата на граѓани и сл.

*Продукција на професионални вредности* се однесува не само на обезбедување на вработување, т.е. на потребата од професионална ориентација, достапност на програмите за доквалификација и преквалификација, зголемување на самопочитта која ќе му донесе материјална добивка, морална сатисфакција и социјална вредност во општеството.

Професионалната рехабилитација треба да се разгледува како една од компонентите на севкупната национална стратегија на менталното здравје која е ориентирана во заедницата каде што психијатриските установи се ориентирани во заедницата не се само да даваат третмани на своите корисници, туку тие треба да го олеснат нивниот пристап кон заедницата во однос на користењето на постојните ресурси. Професионалната рехабилитација ги зголемува капацитетите на корисниците и претставува значаен ресурс за нивното здравје. Недостатокот на ресурси може да се надмине единствено преку креирање на програми за професионална рехабилитација, каде што корисниците ќе бидат активно инволвирани во истите.



### 3.10.2. Цели на професионална рехабилитација

Професионалната рехабилитација има за цел да обезбеди оптимално ниво на користење на функциите, способности на поединците, да ја минимализира нивната попреченост и да создаде услови за поуспешен живот во заедницата.

Истата се реализира на различни начини и на различни делови во светот и зависи од: културните, економските, социјалните услови, здравствените организации, социјалните установи и различните пристапи во спроведувањето на психосоцијалната рехабилитација.

Професионалната рехабилитација е процес кој ги олеснува можностите за лицата кои страдаат од психички растројства да го постигнат оптималното ниво на нивно независно функционирање во заедницата, со што им се овозможува да се подобрат и развијат нивните капацитети, способности, но и активно да се вклучат на пазарот на трудот.

Според извештајот, даден од страна на Светската здравствена организација (1996), се даваат насоки во кои се истакнуваат *заедничките цели на психосоцијалната рехабилитација*, кои се многу значајни за професионалната рехабилитација, а тоа се:

- намалување на симптоматологијата преку соодветна фармакотерапија, психолошки третман и психосоцијална интервенција;
- намалување на стигматизацијата и дискриминацијата;
- намалување на негативните и неповолни физички и бихејвиорални последици;
- создавање и одржување на долгорочни сервиси за социјална поддршка кои ќе им овозможат: социјално домување, заштитно вработување, развивање на социјални мрежи и
- зајакнување на луѓето со ментална болест преку нивно зајакнување, обезбедување на нивна автономија на оние кои им даваат помош и за зајакнување на можностите за сопствено застапување.

Професионалната рехабилитација како процес на корисниците им овозможуваа намалување на негативните влијанија кои би можеле да доведат до рецидивизам и повторно влошување на нивната здравствена состојба, подобрување на нивните изгубени или намалени способности, да им обезбеди да се чувствуваат

исполнето и задоволно од нивната работна ангажираност, односно да бидат прифатени и активно да делуваат во заедницата. Потребно е да се унапредат и развиваат постојните социјални системи на поддршка каде што социјалната работа би имала значајно место во користењето на расположливите ресурси од заедницата, а кои би биле потребни за успешна професионална рехабилитација и реинтеграција на корисниците.

### **3.11. Улогата на социјалниот работник во рехабилитацијата на лицата со психички растројства**

Социјалниот работник претставува важен член на интердисциплинарен тим во психијатриските установи, во однос на спроведувањето на третманот и рехабилитацијата и без неговата значајна улога што ја поседува не може да се замисли спроведување на успешна рехабилитација и реинтеграција на лицата со психички растројства во заедницата. Социјалниот работник ги воочува и ги елиминира факторите кои влијаат на психичките, телесните и функционалните оштетувања во текот на лекувањето и во оспособувањето, ги отстранува негативните социјални фактори кои го отежнуваат социјалното функционирање на корисниците и на членовите на нивните семејства, посредува во подобрувањата на станбените, работните и економските односи кои влијаат на процесот на рехабилитација и реинтеграција на корисниците на психијатриските услуги. Неговата улога е мошне значајна во третманот, особено во *дијагностиката, терапијата, евалуацијата и супервизијата.*

Во однос на *дијагностиката* - социјалниот работник заедно со останатиот мултидисциплинарен тим учествува во подготвување на прелиминарното интервју со корисникот, во земањето на анамнестичките податоци на корисникот, во донесувањето на прелиминарната социјална дијагноза и во подготовката на социјалните интервенции.

Во *терапијата* - активноста на социјалниот работник е насочена кон подобрување на социјалното функционирање на корисниците, кон решавање на конфликтите со останатите членови од семејството, со заедницата, ги мобилизира сите постојните ресурси во заедницата за нивно искористување, кои ќе му помогнат на корисникот побрзо да се рехабилитира и реинтегрира во заедницата, ги

поттикнува потенцијалите на корисникот и членовите на неговото семејство за решавањето на личните и семејните проблеми, во планирањето и нивното вклучување во спортски, културни и рекреативни активности, како и во информирањето, реализирањето и застапувањето на нивните законски права.

Во *евалуацијата* - социјалниот работник е вклучен во интроспективна проценка на корисниците, во однос на: што е направено, како е направено, со колкав обем е направено и со каков квалитет се постигнати ефектите од третманот. Оценките за постигнатите резултати се базираат на подготвените извештаи на секој профил од тимот поединечно или врз основа на општиот извештај што го донесува тимот. Социјалниот работник ги евалуира резултатите кои ги постигнал во работата, проблемите со кои се соочил во работата со корисникот, прифатените социјални интервенции што му биле предложени на корисникот и неговото семејство и промената која е направена.

Во *супервизијата* на социјалниот работник треба да се постигне преку добра соработка со останатите членови на мултидисциплинарниот тим, да му се овозможи советување, помош во пронаоѓање и осигурување на ефикасни решенија за решавање на проблемите на корисниците во рамките со најдобрите сознанија, вештини, способности и можности. Затоа е потребно социјалниот работник континуирано да го надградува своето знаење и покрај својата лична одговорност и самостојност во работата да има постојана стручна помош од останатите социјални работници и стручни лица од тимот кои се вклучени во психијатриските установи.

Во однос на вонболничката заштита, т.е. корисниците кои се сместени во психијатриските установи, социјалниот работник има голема улога во однос на обезбедување на услугите и мерките од системот на социјална и здравствена заштита во согласност на постојната законската регулатива, во давањето на помош и поддршка на корисниците кои требаат да се вратат во своето примарно семејство или да бидат сместени во заштитен дом од привремен или траен карактер.

Во зависност од периодот на хоспитализација на одредени корисниците во психијатриските установи, кај голем дел од нив доаѓа до губење на одредени социјални вештини, способности, се редуцираат врски со средината од каде што доаѓаат, така што во фазата на рехабилитација многу е значајна поддршката и помошта што треба да ја даде социјалниот работник заедно со останатите членови од тимот во однос на намалување и елиминирање на стравовите, стигматизацијата и интерперсоналните конфликти, во прифаќањето на членовите на семејството и на

пошироката заедница со што ќе се овозможи побрз и поефикасен период на рехабилитација и интеграција во заедницата.

Социјалниот работник во психијатриските установи во практиката е потребно да го применува методот на управување на случај каде врши проценка на потребата на корисникот и на семејството на корисникот. Тој планира, координира, супервизира, евалуира и поддржува пакет на различни социјални услуги и социјални сервиси за да ги запознае специфичните потреби на корисникот. Овој систем од социјалниот работник бара да воспостави терапевтски однос со корисникот, кој треба да го поврзе со системи кои би ги обезбедиле неговите потребни услуги и ресурси. Затоа потребно е социјалниот работник во менаџментот на случај во социјалната работа да се фокусира на оние ресурси кои се поврзани со грижата на корисникот, да спроведе индивидуален план на услуги со корисникот, во кој план ќе бидат идентификувани потребите, приоритетите, посакуваните резултати, стратегијата и ресурсите што ќе се користат во постигнувањето на очекуваните резултати.

### **3.12. Примената на Управување на случај (Case Management) во психијатриските установи**

Управување со случај е метод која се почесто наоѓа своја апликативна функција и практична примена во психијатриските установи, особено во вонболничката форма на здравствена заштита на лицата со психички растројства.

За прв пат овој модел воведен е во САД, во 1960 и 1970 година, особено во периодот кога се затвораат големите психијатриски установи, кога започна процесот на деинституционализација и децентрализација на системот на ментално здравје, кога корисниците во заедницата имаат поголема потреба да се грижат за самите себе, околу задоволувањето на нивните потреби кои се поврзани со одржување на континуитетот на лекување и нивната рехабилитација. Значи, услугите кои им се потребни на корисниците за да се подобри нивното здравје се присутни во заедницата, но корисниците имаат тешкотии да дојдат до нив, да направат сеопфатна проценка, што значи и самиот пристап до нив им е отежнат, и според тоа, бараат помош од менаџерот на случајот. Заедничкиот именител на различните модели на управување со случај е поголем континуитет на негата преку

чести контакти со менаџерот на случајот и овозможување на користење на различни установи во заедницата до кои самиот корисник не може да пристапи и истите ги бара од менаџерот на случајот. Примарната цел на раководењето со случај е да го подобри функционирањето на корисникот, во обезбедување на квалитетни услуги кои на ефикасен и ефективен начин би се искористиле и би придонеле до зголемување на развојните капацитети, решавање на проблемите и согледување на капацитетите на корисникот.

Во земјите со развиена психијатриска практика, раководењето со случај, се покажа како многу ефикасна во работата со лица со психички растројства со кои има слаба соработка, чести релапси и хоспитализации, како и корисници кои се во акутна фаза, со првата епизода на психоза. Менаџерот на случајот, или лицето кое управува со случајот, им помага на засегнатите да бидат поактивно вклучени во својот третман, притоа користат различен методи на третман, техники, услуги и програми за третман кои треба да бидат достапни во заедницата, со цел да доведат до постигнување на утврдените цели кои водат кон закрепнување од соодветната психичка болест на корисникот. Во моделот грижа за корисникот преку раководење со случај се учи како да се користат и многубројните заштитни фактори и да се избегнат факторите кои предизвикуваат ризик со единствена цел да се постигне здравување, овозможувајќи да живеат и да работат во заедница и да ги постигнат своите лични и професионални цели. Менаџерот на случај е активно вклучен во одредувањето на третманот, се вклучува во воспоставување блиски врски, оценување, проценување, планирање, интервенција во животната средина на корисникот, поврзување на пациентот со ресурси во заедница, работа со семејствата, одржување и раст на социјална мрежа, застапување и вмрежување со други професионалци, директна работа со корисници, вклучувајќи психотерапија или терапии преку разговор, социјални вештини за обука, психоедукација, следење на менталното здравје и кризна интервенција (Kanter, 1989).

Целта на управувањето со случај е преку создавање на добар однос меѓу корисникот-терапевт да се проценат потребите на корисникот според психосоцијалниот модел на болеста и третманот и да се применат или да се обезбеди достапност на други психосоцијални/психотерапевтски методи и програми за рехабилитација врз основа на индивидуалните планови за лекување, што ќе му помогнат на корисникот да ги искористи другите системи, како што се социјална сигурност и вработување.

Овој модел бара од менаџерот на случај разновидни и различни вештини и образование, како што се: психотерапија, обука за социјални вештини, психоедукација, сè со цел да ја реализира својата улога којашто вклучува сеопфатен третман и координација.

Врската се создава помеѓу менаџерот и корисникот, достапноста на психо-социјалните методи на лекување и програми за рехабилитација и планирање на третманот врз основа на индивидуална проценка на психо-социјалните потреби. Методот на управување со случај ја покажа својата ефикасност, особено во однос на останатите методи. Овој метод значително ја намалува потребата од хоспитализација и го подобрува исходот на третманот, па затоа треба да им биде достапен на лицата со тешки психички растројства во однос на соодветните медицински и социјални индикации.

Најчесто менаџери на конкретен случај се социјални работници, психолози, медицински сестри, професионални терапевти, а поретко психијатри. Заедничко за нив е потребата од образование за да работат како менаџери на случај. Во некои земји во Европа, САД и Австралија, каде што психијатрите поретко се менаџери на случај поради нивната специфична положба, тие ја имаат позицијата на консултант и лидер на мултидисциплинарен тим кој врши рехабилитација и менаџирање.

Успехот во раководењето на случајот зависи од квалитетот на воспоставената врска помеѓу менаџерот и корисникот, достапноста на психо-социјалните методи на лекување и програми за рехабилитација и планирање на третманот врз основа на индивидуална проценка на психо-социјалните потреби.

Медицинските и социјалните индикации на корисникот во психијатриската установа и неговата кооперативност се најчести најважни критериуми за вклучување на корисникот во моделот за раководење со случајот. Корисникот кој е во потешка здравствена состојба и не покажува несоработка, најверојатно ќе има потреба од повеќе индивидуален пристап и раководење со случајот. Општо земено, секој корисник кој би имал потреба од вклучување на мултидисциплинарен тим и различни психо-биосоцијални методи за неговото заздравување, ќе биде добар кандидат за управување со случаите. Обично, тоа се пациенти кои често се хоспитализирани и не соработуваат со третманот.

Вообичаено, менаџерот на случај има по 10 пациенти. Со овој модел се нуди обука за активностите кои се дел од секојдневниот живот, контрола на симптомите, лекови, терапевтска поддршка, едукација на семејството и можност за неограничено

времетраење на третманот. Тимот има целосна одговорност за третманот на пациентите. Во практиката постојат големи разлики при примената на овој модел заради профилот на пациентот и факторите од животната средина, но исто така и финансиските ограничувања, тешкотиите на некои лекари да работат во заедницата и други фактори (Hoult ,1990).

Со цел да се избере ефикасен и остварлив модел во земјите кои немаат развиено психијатрија во заедницата или се во процес на развој на истата, како на пример Република Македонија, неопходно е што поскоро да се воспостави моделот на управување на случај во психијатриските установи, со цел да му се овозможи на корисникот помош во користење на ресурсите кои му се достапни во заедницата за негово побрзо здравување и интегрирање во заедницата.

#### 4. Понуда и побарувачка на работна сила

---

Преку вкупното население се регрутира работната сила во една земја, а бројноста на населението е детерминирана од стапката на природниот прираст на населението и од неговото миграциско движење.

Активното население во една земја го сочинуваат лицата во работната возраст кои се вработени и лицата во работна возраст кои се без работа, а кои бараат работа на пазарот на трудот. Понудата на работна сила ни го покажува бројот на часови кое работоспособното население ги поминува на работните места од кои добива плата.

Фактори кои влијаат на понудата на работна сила на пазарот на трудот се: *вкупното население, стапката на партиципација на работната сила и бројот на часовите поминати на работа.*

Во светски рамки постои негативен тренд на учество на повозрасното машко население на пазарот на трудот, што е определено од влијанието на економските и социјалните фактори, како што се: проблемот на невработеноста, помошта на инвалидизираните лица и друго. Меѓутоа, паралелно со овој тренд доаѓа до пораст на стапката на партиципација на женското население преку: зголемување на опфатот на женското население на пазарот на трудот, опаѓање на стапката на наталитет, менување на ставовите и перцепцијата за статусот и улогата на жената во општеството, зголемување на стапката на разведени бракови.

Сè повеќе жените го преземаат приматот во повеќе дејности, а нивната позиција во општеството е сè постабилна како резултат на зголемување на бројот на жени кои ги завршуваат сите степени на образование и нивната општествена мобилност во општеството.

Двете тенденции долгорочно водат кон приближување на стапката на учество на женската и машката популација на пазарот на трудот со ефектот на супституција кои ги детерминираат како ќе реагира понудата на работна сила. Ефектот на супституција ги стимулира работниците да работат повеќе, да жртвуваат дел од своето слободно работно време, додека ефектот од доходот ги стимулира работниците да работат помал број на работни часови. Со поголема



плата тие имаат поголем доход, поголемиот доход им овозможува да купат повеќе добра, но исто така ги стимулира да го користат повеќе слободно време.

Развиените држави во светот се карактеризираат со структурални промени што пред сè зависи од глобалната конкуренција, технолошките промени на пазарот, компјутерско-технолошките иновации, но паралелно со тоа се случуваат и демографски и социјални проблеми (стареенето на популацијата, промена во структурата на самото семејство и сл.).

Проблемот на вработувањето, а со тоа и на пазарот на трудот се мошне комплексни, кои се изразуваат кон интензивирање на работата, зголемување на продуктивноста, флексибилност на пазарот на работна сила, деиндустријализација и структурална невработеност.

Високата стапка на невработеност во деведесеттите години во Европа, доведе до тоа да зголемувањето на вработеноста да се втемели како најзначајни општествено-економски цели на Европската унија, но преку националните акциони планови за вработувањето треба да овозможат вклучување на целните групи кои тешко можат да се вработат каде што активно ќе бидат вклучени сите социјални партнери. Резолуцијата е насочена на приспособување на работните места, достапноста на работните места, на способностите, квалификациите на лицата со инвалидност, како и достапност и професионално оспособување и служби кои ги вработуваат лицата со инвалидност (Vukovic&Arandarenko,2008).

Примената на принципот на активирање на невработените во барањето на вработување го рedefинира односот меѓу правото и обврската на поединецот, не се подразбира само по себе, туку зависи од обврската која поединецот ја има, пред сè активно да бара вработување.

Претпријатијата кои сакаат да ги зголемуваат профитите, ќе вработуваат нови работници се дотогаш додека маргиналниот приход што се добива од дополнителниот вработен работник е поголем од маргиналниот трошок (наемнината, платата) на дополнително ангажираниот работник. Горната граница до којашто на претпријатието коешто работи во услови на совршена конкуренција и го максимизира профитот му се исплатува да вработува нови работници, е точката каде што маргиналниот приход на дополнително ангажираниот работник се изедначува со маргиналниот трошок.

Во современите пазарни економии најголемиот број на претпријатија не работат во услови на совршена конкуренција. Кога претпријатието што продава во

услови на непотполна конкуренција вработува дополнителни работници, тоа го зголемува својот аутпут, односно производство, во мера која доволно влијае врз вкупната понуда на производот, поради што предизвикува намалување на цената на производот.

#### **4.1. Меѓународна правна рамка за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот**

Меѓународната правната рамка за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот можеме да ја согледаме во многубројни меѓународни конвенции за забрана на дискриминација, во националните правни рамки за вработување на лицата со инвалидност во одделни земји и во Европската унија за пристапот за вклучување на лицата со психички растројства.

Принципот на еднаквоста и забраната од секаков вид на дискриминација го има добиено својот израз во многубројни меѓународни конвенции каде што се штитат правата на лицата со инвалидност. Во **Општата декларација за правата на човекот (1948)**, член 2, е наведено: "Секому му припаѓаат сите права и слободи во оваа декларација, без разлика на какви било разлики, како што се: бојата на кожата, полот, јазикот, вероисповедта, политичкото и другото мислење, националното и општественото потекло, името, раѓањето и други околности.

Принципот на недискриминација е содржан и во **Меѓународниот пакт за граѓански и политички права**, во членот 2, додека за прашањата кои се поврзани со забрана од областа на работните односи се занимава Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права.

Прашањето на еднаквоста и забраната за дискриминација во однос на вработувањата најмногу се застапени во документите кои ги имаат усвоено Меѓународната организација на трудот (МОТ). Најчесто тие послужиле како пример за слични документи кои ги усвоиле други асоцијации (пред сè Европската унија), но и националните законодавства на земјите членки на ЕУ.

Со **Филаделфиската декларација (1944)** се нагласува дека сите човекови суштества, без разлика на нивната расна припадност, полот, вероисповедта, се признава правото на материјалниот напредок, на духовниот развој во слободата и достоинството, економската безбедност и еднаквите можности. Оваа одредба

послужи како основа за донесување на една од најзначајните Конвенции на МОТ-Конвенцијата број 111, донесена во 1958 година, за забрана на дискриминација во областа на вработувањето.

**Европската социјална повелба (1960)** и изменетата Европска социјална повелба (1996) содржи повеќе одредби за забрана на дискриминација во однос на прашањата кои се поврзани за вработувањето и занимањата по основ на пол, еднаков третман спрема работниците мигранти и лица со инвалидност.

Европската унија посветува големо внимание за утврдување на еднаквиот пристап и третман во однос на еднаквите можности при вработувањето. Преку **Повелбата на Европската унија за основните социјални права на работниците (1986)**, членот 16, го воспостави еднаквиот третман меѓу половите. **Повелбата на основните права на Европската унија (2000)** во рамките на "Еднаквоста" се забрани секоја форма на дискриминација која се заснова врз основа на полот, расата, бојата, етничкото, социјалното потекло, јазикот, вероисповедта и инвалидноста. Од особено значење има **Директивата на Советот број 2000/ 78**, од 27 ноември 2000 година, за востанување на еднаков третман при правото за вработување.

**Конвенцијата на Меѓународната организација на трудот, број 111**, го одредува поимот дискриминација при вработувањето и занимањата. Дискриминацијата е "какво било разликување, одземање и давање на предност извршено врз основа на расна, верска припадност, политичко мислење, национално и социјално потекло, кое резултира со поништување или загрозување на еднаквоста во можностите и третманот при вработувањето и занимањето".

Непосредната дискриминација постои како резултат на нерамноправниот третман кој потекнува директно од законот, прописите, односно практиката која предвидува експлицитни разлики по една од одредените основи. Посредната дискриминација се однесува на состојби, правила и практики кои доведуваат до неправилна положба, а кои пред сè ги засегаат лицата опфатени преку горенаведените основи.

**Директивата која произлегува од страна на Европската унија, бр. 78, (2000)**, како своја цел го поставува прашањето во утврдувањето на општиот принцип во борбата против дискриминацијата по основ на религиска припадност, инвалидноста, староста или сексуалната определба во однос на работниот однос и изборот на занимањето. Подрачјето на примената на Директивата е одредена во

член 3, таа се однесува на: а) условите и достапноста во вработувањето, б) достапноста на сите видови и на сите нивоа на професионална ориентација, вклучувајќи го и практичното работно искуство, в) условите за вработување и работните услови, вклучувајќи ги и отказите и плаќањето, г) членството и вклучувањето на работниците и работодавачите во кои било организации чии членови извршуваат одредени занимања.

На лицата со определен вид на инвалидитет ќе им се обезбеди соодветно задоволување на нивните потреби во согласност со тоа што работодавачите се обврзани да преземат соодветни мерки кон тие лица, да им биде достапно работното место, да учествуваат во обуката и напредувањето на работното место.

Во однос на законската регулатива за отворање на социјални претпријатија и вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот, би ги спомнал првиот **Закон за социјални претпријатија што беше усвоен од страна на италијанската влада во 1991 година**, а потоа следни земји кои ги усвоија законите за социјални претпријатија се: Грција во 1999 година, Германија во 2000 година, Финска во 2004 година и Полска во 2006 година. Грција и Полска ги дефинираат социјалните претпријатија, главно, како социјални задруги. (Schwarz,2001). Литванија преку Закон за социјални претпријатија (2004 година) ја поддржа интеграцијата на лица со инвалидност (инвалиди, долгорочно невработени лица, лица на возраст за пензионирање, лица кои се вратиле од затворските институции, самостојни родители, и родители кои растат малолетни деца).

Табела 3 прикажува преглед на меѓународно законодавство во Европа за социјалните претпријатија и задруги.

*Во Финска*, во 2004 година, донесен е Закон за социјални претпријатија, кој го дефинира социјалното претпријатие како претпријатие кое вработува најмалку 30% лица со инвалидност или долгорочно невработени лица и ги плаќа според пазарната стапка за плати за сите вработени, вклучувајќи ги и лицата со инвалидност.

Според финскиот закон за социјални претпријатија, субвенциите за платата може да се платат на социјалните претпријатија како трошоците за плати за долгорочно невработените или загрозените лице за максимум две години и за трошоците за плати на лицата со посебни потреби за максимум три години во висина од 1.300 евра по лице месечно.

Литванија преку Закон за социјални претпријатија (2004 година) ја поддржа интеграцијата на лица со инвалидност (инвалиди, долгорочно невработени лица, лица на возраст за пензионирање, лица кои се вратиле од затворските институции, самостојни родители, и родители кои растат малолетни деца).

**Табела 3: Меѓународна правна рамка за формирање на социјални претпријатија**

Земја	Име на законот (и) година	Главни карактеристики	Мерки за поддршка
Финска	Закон за социјални претпријатија -2004 - Амандман 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дефиниција за социјално претпријатие</li> <li>- Дефинирање на маргинализираните вработените</li> <li>- Дефинирање на бројот на загрозените вработени</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Субвенции за плати</li> <li>- Субвенции за инвестиции</li> <li>- Поддршка за деловна единица</li> </ul>
Германија	SGB IX - 2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дефиниција за социјални претпријатија</li> <li>- Дефинирање на маргинализираните вработените</li> <li>- Дефинирање на мерки за поддршка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Инвестирање</li> <li>- Субвенции за плати</li> <li>- Консултантски услуги</li> </ul>
Грција	КоISPE - Законот 2716/1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дефиниција на социјална задруга</li> <li>- Дефинирање на целите и членството</li> <li>- Дефинирање на мерки за поддршка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Даночни ослободувања</li> <li>- Употреба на јавна сопственост</li> </ul>
Италија	Законот 381/91 – 1991 Законот 118/2005 - 2005	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дефиниција на социјалната задруга</li> <li>- Дефинирање на делокругот и обесправените вработените</li> <li>- Дефинирање на мерки за поддршка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Индиректни субвенции за плата</li> <li>- Пристап до јавните договори (општествена клаузула)</li> </ul>
Литванија	Закон за социјални претпријатија - 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дефинирање на цели</li> <li>- Дефинирање на минималните критериуми за вработување</li> <li>- Дефинирање на минимален приход од пазарот (80%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Адаптирање на работните места</li> <li>- Поддршка на персоналот и мерки</li> <li>- Даночното ослободување</li> <li>- Употреба на јавна сопственост</li> <li>- Едноставен за јавни набавки</li> </ul>
Полска	Закон за социјални задруги - 2006-Изменет 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дефинирање на цели</li> <li>- Дефинирање на минималните критериуми за вработување</li> <li>- Дефинирање на маргинализираните вработени</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Индиректни субвенции за плата</li> <li>- Даночни ослободувања</li> </ul>

Извор: Правна рамка за социјални претпријатија во Европа (2001)

Социјалните претпријатија мора да вработат најмалку 40 отсто од дефинираните целни групи. Социјалните претпријатија мора да бидат ангажирани во обука за работни и социјални вештини на вработените како и нивна социјална интеграција. Литванскиот закон е единствениот тековен закон за социјалното претпријатие со кој, исто така, се поставува минимум за заработен приход од пазарот, во висина од 80% од вкупниот приход на бизнисот (Schwarz,2001).

Социјалните претпријатија може да добијат делумен надоместок на плати и државните придонеси за социјално осигурување, субвенции за создавање на работни места, приспособување на работните места за лицата со инвалидност кои се вработени, стекнување или приспособување на работните средства како и субвенција за обука на вработените од целните групи.

Според литванскиот закон, социјалното претпријатие може да ја добие следнава државна поддршка:

- Субвенција за адаптација на работната средина.
- Ослободување од данок на добивка.
- Поедноставени јавни набавки.

*Социјални претпријатија во Сојузна Република Германија* се правни и економски независни фирми кои вработуваат лица со инвалидност. Социјалните претпријатија мора да вработат најмалку 25%, а максимум 50% лица со инвалидност.

Германскиот закон за социјални претпријатија дава правна основа за три вида на поддршка од владата:

- Поддршка за инвестициони трошоци за создавање на нови работни места за лицата со инвалидност;
- Поддршка за трошоците за плати за лицата со инвалидност и
- Финансирање за бизнис консултации за отпочнување на нови социјални претпријатија и за бизнисите во тешки ситуации.

Законот не го дефинира износот на финансирање, но се наведува дека социјалното претпријатие може да добие субвенции како што е пропишано од казните кои се собираат со задолжителниот систем на квоти. Законот го овластува германското Министерство за труд и социјална политика да ги дефинира

подетално критериумите и реалните износи на финансиската поддршка за социјалните претпријатија.

Германскиот закон за социјални претпријатија не пропишува посебна правна форма за компанија која социјалното претпријатие мора да ја користи.

Постојат два вида на социјални претпријатија: Integrationsfirmen и Integrationsprojekte. Првиот вид е социјално претпријатие како самостоен бизнис. Вториот вид предвидува редовните компании да воспостават оддел кој ќе функционира како социјално претпријатие под горенаведените услови. Двете форми се користат во Германија со што вообичаен модел е моделот на независен бизнис на социјалната фирма.

Законот за социјални претпријатија обезбедува само основна рамка, како и многуте други мерки за поддршка кои се користат од страна на социјалните претпријатија и кои се регулирани преку други закони. Најважните од нив се владините мерки за поддршка за стручна обука и интеграција на лицата со инвалидност, како и законски прописи за даночни ослободувања за непрофитни организации и компании. Даночните намалувања многу се користат од страна на социјалните претпријатија во Германија, но исто така се и предмет на тековните разговори со приватниот сектор и даночната администрација која тврдат дека тие се овозможуваат нефер конкурентни предности.

*Законот број 381/ 1991 година, во Република Италија* дефинира два вида на социјални задруги: А-тип социјални кооперативи, кои даваат социјални, здравствени и образовни услуги и Б-тип на социјални кооперативи кои обезбедуваат работна интеграција на инвалидизирани лица кои произведуваат стоки, нудат друг вид на услуги, различни од социјалните, приватните корисници и јавните установи. Тие сочинуваат најмалку 30% од вкупниот број вработени и се ослободени од плаќање на социјалните придонеси за оние лица кои припаѓаат во групата на социјално ранливи групи.

Со овој закон се дефинираат инвалидизирани лица: лица со телесни или ментални пречки во развојот, зависници од дрога, алкохоличари, малолетници со проблеми во семејството и затворениците на условна казна. Соодветниот јавен орган мора да потврди дека лицата со инвалидност: изјавата е нормално ефикасна само за определен период на време, за сите типологии, освен за трајниот инвалидитет.

Бидејќи социјалните кооперативи се мали економски единици, се разви идејата од основање на Конзорциум на социјални кооперативи. Денес во Италија постојат преку 40 регионални, провинциски, национални социјални кооперативи, кои на своите членови им даваат поддршка, помош и советувања и предности на кооперацијата.

Во Полска, Законот за социјални задруги бил инспириран од италијанскиот тип Б социјални кооперативи и ги дефинира полските социјални задруги како претпријатија основани од страна на луѓе од особено ранливите групи (лица и семејства без домување, долгорочно невработените, лица кои злоупотребуваат дроги и други психоактивни супстанции, бегалци, лицата со психози и лицата со ментална и телесна инвалидност). Нивната примарна цел мора да биде поддршка на социјалната и економската реинтеграција на своите членови. Искуствата од првите социјални задруги предизвикаа повик за реформа на законот со олеснување на условите за членство и проширување на достапната финансиска и институционална поддршка, со цел да се олесни нивната одржливост на отворениот пазар на трудот. ([Ekonomiapoliczna.pl](http://Ekonomiapoliczna.pl), [www.ekonomiaspoleczna.pl](http://www.ekonomiaspoleczna.pl)).

На Европски совет во Лисабон, кој се одржа во март 2000 година, паралелно со развојот на Лисабонската стратегија за раст и работни места на ЕУ, се основа т.н. **Процес за социјална инклузија на европско ниво**, за да се направи решавачко влијание врз искоренување на сиромаштијата и социјалната исклученост до 2010 година. Европската унија има воспоставено процес за Национална стратегија за развој, како и за координација на политиките во врска со прашањата кои се однесуваат на сиромаштијата и социјалната исклученост меѓу сите земји-членки, познат како **Отворен метод на Координација**. Според овој метод, земјите членки на ЕУ се согласуваат на заеднички цели или цели што го водат целиот процес, тие се согласуваат на заеднички индикатори кои го покажуваат прогресот, кон овие цели кој може да се мери, т.е. се подготвуваат национални стратешки извештаи во кои земјите-членки утврдуваат како тие ќе ги планираат и реализираат политиките во договорениот период за да се исполнат заеднички цели и ги оценуваат овие стратегии заедно со Европската комисијата.

За да се поддржат иницијативите спроведени во рамките на Отворениот метод на координација, Заедничката акциона програма за борба против социјалната исклученост 2002-2006 година, е формирана со цел да обезбеди практична рамка за размена на најдобрите национални практики и заемно учење.



Новоинтегрираната програма на ЕУ за вработување и социјална солидарност, **Прогрес (2007 –2013)**, која ги поддржува овие цели и придонесува кон Лисабонската стратегија, посебен фокус е ставен на обезбедувањето на работни места и овозможување на еднакви можности за сите и да се обезбеди дека придобивките на ЕУ растот и работни места достигнуваат до сите во општеството.

Исто така се создаде подобра основа за креирање на национални политики преку вклучување на поголем број на актери како што се: невладините организации, социјалните партнери, локалните и регионалните власти и оние кои работат со луѓе изложени на сиромаштијата и социјалната исклученост.

Една неодамнешна иницијатива на ЕУ има за цел да се справи со сиромаштијата и со промовирање на вклучувањето на лицата понатаму од пазарот на трудот преку донесување на нова стратегија за "**Активно вклучување**". Овој нов пристап ги комбинира трите клучни елементи за обезбедување на интеграција на маргинализираните луѓе на пазарот на труд, соодветна социјална помош, пристап до инклузивните пазари на трудот и квалитетни социјални услуги.

И покрај сите овие иницијативи за борба против социјалната исклученост на европско ниво, пристапот на ЕУ кој е усвоен за решавање на ситуацијата на лицата со проблеми со менталното здравје е да се одговори на категоријата на инвалидите како ранлива група која се соочува со поголем ризик од сиромаштијата, социјалната исклученост и дискриминацијата.

Европската унија работи на намалување на јазот во стапката на вработеност помеѓу лицата со инвалидност и лицата без инвалидност, преку спроведување на активни мерки и програми за вработување на ниво на земјите-членки. Лицата со психички растројства имаат потреба од подобра ментална здравствена грижа, воспоставување на сигурен и квалитетен систем на поддршка, преку давање на квалитетни социјални услуги кои ќе придонесат за нивна рехабилитација и интегрирање во општеството.

## **4.2. Психичките растројства и работната способност**

Степенот на тежината на психичкото растројство и проценката на работната способност претставуваат сложена енигма во психијатријата, бидејќи таа не

располага со стандарди и мерки со кои точно би се утврдила или би се измерила човековата анксиозност, депресија, стравот, налудничавоста и друго.

Лицата кои се соочуваат со тешки психички растројства претставуваат и значителен предизвик за професионална рехабилитација. Лицата со шизофренија, на пример, се карактеризираат со нарушувања во когнитивното функционирање и присуството на позитивни и негативни симптоми. Когнитивните дефицити може да вклучуваат оштетувања во центарот на вниманието, работната меморија, учење, општо познавање, флуентност на идеите или проблеми со вештини за решавање.

Негативни симптоми може да вклучуваат губење на интерес и мотивација, неспособност да се иницира акција, апатија, и социјално повлекување (Waghorn и Lojt, 2005).

Други функционални ограничувања кај овие лица се присутни социјални (тешкотии во интеракција со другите), емоционални (тешкотии со управување со емоции и симптоми), метакогнитивни (само следење на ефикасноста на работата), и физичка сила и работна издржливост (Mcdonald et al. 2003).

Кога се врши проценка за севкупната здравствена состојба на личност не смееме да се базираме само на утврдување на симптомите на болеста, туку треба да се земе предвид и квалитетот на животот кој го води индивидуата на која и се проценува работната способност.

Работната способност може да биде зачувана кај личноста и покрај присутноста на психичкото растројство, смалена или пак загубена, која не е детерминирана според здравствената состојба на личноста, туку истата зависи од низа фактори кои се од психолошка и социјална природа.

Тоа значи дека при проценката на работната способност на личноста не смее да се земе предвид само медицинската димензија на проблемот, туку треба да се назначат психолошките и социјалните димензии. Индивидуата може да биде способна за работа за одредени работи, а не и за неговата конкретна работа за која се оценува.

Во оценката на работната способност треба да се има мултидимензионален пристап каде што треба да се вклучи мултидисциплинарен тим (лекари, клинички психолози и социјални работници) кои ќе бидат во состојба да ја оценат и проценат работната способноста на индивидуата, без притоа да и наштетат на личноста и на општеството.

Современиот пристап кон оценката на работната способност на индивидуата со психичко растројство треба да ги опфаќа следниве принципи:

- психичкото растројство е онолку тешко колку што го нарушува односот на пациентот спрема сопствената личност и спрема надворешниот свет. Според овој принцип, еден невротичар со опсесивно-компулсивно или со фобично растројство е потежок болен и од некој кој боледува од резидуална шизофренија која не успеела до крај да ги урне овие принципи;
- современата терапија на психичките растројства цели и кон продолжување или зачувување на работната способност на субјектот и нејзино административно прекинување, а во одредени случаи неповолно влијае врз понатамошниот тек на растројството и
- работната способност на болниот со психичко растројство може да биде воспоставена и без некое дефинитивно излегување (Чадловски и сор., 2006).

*Смалена работна способност* постои кога личноста со нормален работен напор не го загрозува своето здравје, не може да работи на оние работни задачи за кои се оценува инвалидноста со полно работно време.

*Преостаната работна способност* постои кога личноста кај која е утврдена смалена работна способност може да работи најмалку половина од полното работно време на работни задачи на која била распоредена пред настапување на инвалидноста, на работни задачи во согласност со нејзините стручни компетенции, односно на работна способност стекната со работа, или работа со полно работно време на други работни задачи со преквалификација или доквалификација или без нив.

*Губење на работна способност* настанува кога кај личноста не постои преостаната работна способност.

Степенот на подобрувањето или пак на степенот на преостаната работна способност, проценката се базира врз основа на претходно психијатриско искуство, следење на современите психијатриски трендови, подготвеност за соработка со други профили кои го проценуваат социјалното здравје, соработката со психијатрите кои претходно го лекувале болниот и кои му ја следат моментално здравствената состојба.

Пред да се изрече одредено стручно мислење од страна на Комисијата за проценка на работната способност, треба да се има на ум дека работата ја развива биолошката сигурност на личноста, ги поттикнува социјалните комуникации, ги поттикнува психолошките и социјалните интерперсонални односи и придонесува за развој на позитивни емоционални релации и односи.

#### **4.3. Вклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на труд**

Според Извештајот за социјална вклученост од страна на Европската асоцијација за ментално здравје (2008), лицата со психички проблеми имаат највисока стапка на невработеност во земјите кои се членки на Европската унија, што значи дека и понудата на работна сила на пазарот на трудот им е мошне ограничена. Дури во некои земји во Европа постои евидентна разлика во заработувачката меѓу лицата со психички растројства кои се вклучени на пазарот на трудот и оние лица кои немаат одредени психички растројства. Заработувачката на овие лица, на пример, во Сојузна Република Германија е за 30% пониска отколку онаа на лицата без одредени психички заболувања, 20 % е пониска е во Република Ирска и 6 % пониска во Шведска. Дополнителен проблем е што 9 проценти од овие лица кои се полнолетни во Европа немаат приходи ниту по еден основ на вработување, ниту по основ на остварување на социјални права. Овие негативни трендови предизвикуваат лицата со психички растројства да се соочуваат со висока стапка на сиромаштија и социјална исклученост што доведува до нивна материјална депривација во општеството.

Висок процент на млади луѓе кои имаат одредени психички проблеми го напуштаат образовниот систем, намалена е нивната мотивираност за продолжување на нивниот формален образовен процес, остануваат без одредени квалификации со што им се отежнува пристапот до пазарот на трудот.

Како пречки за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот се наведуваат:

##### **1. Пречки на индивидуално ниво**

- Влијание на симптомите и несаканите ефекти од лековите врз улогата на функционалноста на личноста

- епизодната природа на менталната болест
- образовни

## 2. Пречки на ниво на систем

- недостаток
- изолација на поддршката за вработувањето на лицата со психички растројства
- несоодветни системи на сервисите за вработување

## 3. Пречки на ниво на заедницата

- стигмата поврзана со психичката болест
- дискриминација кон лицата со психички растројства
- ниски очекувања на заедница
- нефлексибилни работни места

Високоразвиените европски држави лицата со психички здравствени проблеми настојуваат да ги интегрираат на пазарот на трудот преку развивање на социјалното претпремништво, преку отворање на социјални претпријатија.

Овие претпријатија нудат професионална ангажираност на овие лица, но нивните плати во споредба со другите работни места на отворениот пазар на трудот генерално се ниски. Тие нудат ограничени можности во однос на работните места, за професионален прогрес кон отворениот пазар на трудот и нивна интеграција во општеството.

Во однос на социјалните претпријатија кои апсорбираат најголем број на вработени на пазарот на трудот се: Италија, Германија, Велика Британија, Полска, Чешка и Грција. Егзистираат вкупно 3.800 социјални претпријатија, од кои во нив работат просечно околу 43.000 лица со инвалидност. (Social firms, [http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/employment/Social\\_Firms\\_in\\_Europe.html#MAPPING](http://www.dinf.ne.jp/doc/english/resource/employment/Social_Firms_in_Europe.html#MAPPING)).

Во однос на паричната помош, а кои се директно поврзани со проблемот на невработеноста, голем број држави од Европската унија нудат одредени услуги и мерки од социјалната заштита, со што лицата со психички растројства добиваат парична помош врз основа на нивното психичко заболување и неспособноста да работат како резултат на настаната трајна здравствена состојба. Со ова, оваа група на луѓе се класифицираат како економски неактивни на пазарот на трудот, отколку

како невработени лица што доведува до отежнување на пристапот кон услугите за вработување.

Европската асоцијација за ментално здравје (2011) во однос на промоцијата на социјална инклузија на лицата со психичко здравствени проблеми во Европа, во националните извештаи кај 27 земји-членки на Европската унија, се потврди фактот дека вработувањето на лицата со психичко здравствени проблеми се дел од најголемата група на невработени лица во Унијата и покрај силните напори за нивно активно вклучување на пазарот на трудот, за што е потребно да се преземат итни активни мерки за решавање на проблемот.

Најпогодени од ваквата лоша состојба на пазарот на трудот се младите луѓе кои страдаат од психички заболувања, а се наоѓаат на почетокот на нивните професионални кариери. Тие најчесто се соочуваат со ниско образование, прекин на нивното образование поради хроничниот карактер на заболувањето, слабата поддршка од страна на заедницата, стигматизација и дискриминација од страна на средината.

Во земји каде што постои помала мобилност на пазарот на трудот и недостаток од можности за работно ангажирање на лицата со психички заболувања, тие претставуваат најголема група на невработени лица со што се отежнува нивната инклузивност на пазарот на трудот.

Кај речиси сите земји-членки на Европската унија, единствен извор на егзистенција и приходи за овие лица се преку обезбедување на услугите и мерките од областа на социјалната заштита и пензиско-инвалидското осигурување.

За да можат да се интегрираат на отворениот пазар на труд, да бидат вклучени во јавниот и приватниот сектор, овие лица имаат потреба од добро организирани програми за професионална рехабилитација, континуирани професионални обуки, едукации, поддршка при барањето и аплицирањето за работа, со што би им се олеснила нивната можност во побрзото наоѓање на одредени работни места.

Во одделни земји, како што е примерот на Република Чешка, од 2005 година, лицата со психички растројства во исто време можат да примаат плата како резултат на нивната работна ангажираност, но и пензија врз основа на заболувањето. Во Данска многу компании ги зголемија можностите за работни места за ранливи групи во кои спаѓаат и лицата со психички растројства. Во земјите како што се: Франција, Италија, Полска и Грција, преку социјалните претпријатија

се поттикнуваат овие лица да бидат економски активни, продуктивни, да заработуваат, со што им се овозможува да стекнат поголема самодоверба, способност и да се интегрираат во заедницата. Во Малта, преку државната агенција за вработување е воспоставен партнерски однос со граѓанскиот сектор преку обуки, професионални програми и помош во процесот на вработување, притоа обезбедувајќи поддршка на лицата со психички заболувања да се пријават за да најдат работни места.

Поради карактерот на психичкото заболување, најчесто и поради хоспитализмот, се случува одредено лице подолг временски период да биде отсутно од своето работно место, т.е. не е во можност да одговори на зададените работни обврски. Поради таа цел постојат активни мерки и програми за враќање на работните места кои се состојат од етапни интеграциони фактори како што се: редовни посети, самостојно користење на јавниот превоз, прифаќање на работа со полно работно време без поддршка. Се разбира дека овие етапни чекори зависат и од дополнителни фактори како што се: личната самодоверба, временскиот период на отсуство од работно место, нивните желби, интереси, способности и мотивациони фактори.

Кај голем број корисници на психијатриски услуги како најголем ризик, т.е. стресоген фактор може да биде токму вклучувањето на пазарот на трудот, доколку не биле претходно работно ангажирани, тој фактор е зголемен, заради тоа треба да им се обезбеди нивна сигурност, да не бидат принудувани да се вклучат во која било работна активност доколку не ја прифаќаат и не би можеле успешно да одговорат на неа.

За оние корисници кои поради карактерот на нивното психичко заболување не се во можност да се интегрираат на пазарот на трудот, потребно е да се обезбедат дополнителни права, од системот на социјална заштита, преку социјалните трансфери од одредените буџети, а кои ќе бидат наменети во однос на обезбедување на лица кои би се грижеле за нив (персонални асистенти) во однос на купувањето, придружувањето во користењето на јавниот градски превоз, при посета на психотерапевтски активности во центрите, социјалните клубови и сл.

Општествените ставови на пошироката заедница кон лицата со психички заболувања се клучни не само кон решавањето на проблемот на нивното вработување, туку се значајни за нивната рехабилитација, реинтеграција и социјална инклузија во општеството, затоа се потребни организирање на

континуирани национални кампањи за борбата против стигматизацијата, предрасудите, дискриминацијата и јакнењето на свеста за потребите и правата на овие лица.

Примената на правната рамка за вработување на инвалидни лица, треба активно да биде застапена во секоја земја, имплементирана од страна на креаторите на социјалната политика во една држава, а со единствена цел да се обезбеди пристоен минимален приход на луѓето кои страдаат од одредени психички заболувања кои се клуч во обезбедувањето на нивните човекови права.

Потребно е постојано да се унапредува правата рамка за вработување на овие лица каде би се интегрирале мерките, услугите од социјалниот, здравствениот и образовниот сектор.

#### **4.3.1. Социјални претпријатија**

Во земјите од Европската унија, терминот "социјални претпријатија" се однесува на организации кои имаат ограничени профитни, непрофитни, социјални цели. Тие даваат социјални сервиси, различни видови на тренинзи и обуки. Основен услов за одредени бенефиции и стимулирање од страна на државата е овие претпријатија во однос на својата организациона поставеност да влијаат во подобрувањето на квалитетот во заедницата, да придонесат во социјалната интеграција и да не припаѓаат на ниту една политичка партија (Evropski pokret u Srbiji, 2008).

Според дефиницијата од страна на Европската комисија, социјалните претпријатија се:

- приватни кои не се дел на државниот апарат;
- формално организирани претпријатија;
- автономни во однос на одлучувањето,
- слободни каде што членството не е задолжително;
- делумно профитабилни каде што дистрибуцијата на профитот не е пропорционално на капиталот туку одговара на неговите активности;
- фокусирани на задоволување на потребите, а не на создавање на капитал и
- имаат демократски начин на одлучување.



Според Spear, (2004) заедничките димензии на социјалните претпријатија се однесуваат на: доброволно и отворено пристапување на членовите; демократска внатрешна контрола; економска партиципација; автономија и независност; едукација, тренинг и информирање; меѓусебна соработка и грижа за заедницата.

Социјалните претпријатија подразбираат висок степен на економија и социоекономски активности. Новите социјални претпријатија се разликуваат од традиционалните кооперативи по своите цели, активности, корисници и внатрешна организациона поставеност. Социјалните претпријатија ги промовираат интересите на заедницата, но имаат ограничена дистрибуција на профитот и ги преземаат социјалните програми.

Се проценува дека во Европа има околу 2 милиона социјални претпријатија кои вработуваат околу 11 милиони луѓе.

Развојот на социјалните претпријатија, каде што се работно ангажирани лицата со психички растројства, најпрвин се разви во Република Италија во 1970-тите години, со започнувањето на процесот на деинституционализација на Психијатриската Болница "Сан Џовани", во Трст, во северноисточниот дел на Република Италија, во 1973 година се разви социјална задруга за пациентите кои претходно биле хоспитализирани во психијатриската болница.

Развојот на овој вид претпријатија имаше за цел да им помогне на социјално загрозените лица, да им обезбеди стабилна работа за одреден паричен надоместок, со што ќе им се овозможи нивна рехабилитација и реинтеграција. Од самиот почеток, бројот на вработени во овие претпријатија беше многу мал. Бројот на работниците кои биле ангажирани за одржување на хигиената на јавните згради до крајот на 1985 година, изнесувал 130 работници. До 1994 година, годишниот даночен приход на фирмите во Трст порасна на 5 милиони долари, а во тој конзорциум на фирми беа вклучени: хотел, кафетерија, ресторан, транспорт и компанија за изградба и реновирање (Dell'Acqua & Dezza MGC, 1985).

Успешниот модел на вработување, освен во градот Трст, се прошири во другите градови во Република Италија. Во другите градови на Италија во рамките на социјални претпријатија, беа опфатени сервисите за одржување на градините и службите кои доставуваат храна до јавните установи.

Социјални претпријатија дејствуваат на пазарот на трудот, а основани се заради вработување на лицата кои тешко можат да најдат работа на пазарот на трудот, во кои спаѓаат и лицата со инвалидност како ранлива група. Тие на пазарот

нудат производство на услуги од различен вид, во преку 40 различни дејности, но најзастапени се во: земјоделството, индустријата, градежништвото, туризмот и други.

Во изминатиот период рапидно се зголеми интересот за отворање на социјални претпријатија, а земји каде што егзистираат најголем број социјални (интеграциони) претпријатија се: Италија и Сојузна Република Германија. Првото социјално претпријатие беше формирано во 1978 година, во 2005 година во неа работеа повеќе од 500 такви претпријатија со комбинирана работна сила со 16.500 вработени, од нив 50 проценти се лицата со инвалидност.

Овие непрофитни социјални претпријатија вообичаено произведуваат храна или технички производи, или пак се вклучени во услуги како што се селења и бојадисувања на домовите.

До пред 1997 година, во Велика Британија, работеа само шест социјални претпријатија, од тогаш, но со помош на групата за поддршка, бројот на социјални претпријатија во оваа земја се зголеми на 49 социјални претпријатија, благодарение на техничката помош и поддршката што ја добиваа од италијанските и германските социјални претпријатија кои го поттикнаа овој развој. Во 2005 година, британските социјални претпријатија вработија повеќе од 1.500 лица, 2/3 од нив се лицата со инвалидност, каде што меѓу нив доминираат лицата со психички заболувања. Доставувањето на храна до различни јавни установи, хортикултуралното уредување покриени се од социјалните претпријатија кои субвенционираат и неколку бизниси како што се: фабрика за сапун, одржување на аквариуми, активности кои се поврзани со здравата исхрана. ([www.socialfirms.co.uk](http://www.socialfirms.co.uk))

Во Шведска, во 90-тите години од изминатиот век, се создаде движење каде се формираа 90-тина социјални претпријатија, каде што беа вработени околу 1.400 инвалидизирани лица, од кои 1/3 ги опфаќаа лицата со психички растројства.

Под влијание на психијатриските установи, во Холандија, се основаа 20 до 30 социјални претпријатија, кои се финансираа од страна на јавното здравствено осигурување. Со поддршка на холандската подружница на Конфедерацијата на европските социјални претпријатија, доделуваат одредени заеми, бизнис планирања и консултации.

Република Грција, во моментот има седум социјални претпријатија, при што секоја од нив вработува од 10 до 30 лица со психички заболувања. На пазарот во Република Грција можат да се најдат разновидни колачи, медот како и

дополнителни услуги од страна на горенаведените социјални претпријатија, како што се доставување на храна и одржување на земјиштето. Грчкиот закон број 2716, кој беше усвоен во 1999 година, дозволува создавање на социјални претпријатија во кои 35% од членовите се лица со одредено ментално заболување (Warner & Mandiberg, 2006).

Во Шпанија, во 1999 година, осум социјални претпријатија вработиле 340 работници, од кои половината се лица со психички заболувања.

Преку развојот на социјалните претпријатија се отвораат можности за решавање на социјални проблеми, за зголемување на вработувањето и за економскиот и социјалниот развој на една земја. Тие придонесуваат кон зајакнување на солидарноста во едно општество и кохезија на различни ризични групи, обезбедување на дополнителен обем на социјални услуги и социјални сервиси во заедницата, развој на нови можности за вработување и на нови работни места.

#### 4.3.2. Социјални фарми

Социјални фарми е нов концепт кој го применуваат различни актери во Европа: земјоделците, организациите на земјоделците, социјалните сервиси за социјално исклучените лица и групи, давателите на социјални и здравствени услуги, локалните и националните власти. Социјалните фарми ги опфаќаат оние активности кои ги користат во земјоделството со цел да се промовираат социјалните услуги во руралните области.

Според *Di Iacovo i Deirdre O'Connor*, (2009), постојат различни причини за да започнат да функционираат социјални фарми:

- желба да се одговори на потребите на одредени ранливи групи;
- потреба да се најде алтернативна форма за стимулирање и интензивирање на земјоделството;
- да се сподели живот на фарма со ранливи групи;
- да се следат целите поврзани со социјалната правда и солидарноста (личните вредности и верувања во практиката), како дел од изборот на личниот, семејниот и животниот стил во заедницата;
- спроведување на (алтернативна) професионална практика во оваа област и
- можност за нови извори на приходи.

Социјални фарми ги вклучуваат земјоделските претпријатија, градините кои имаат за цел да ги интегрираат лицата со телесен и ментален инвалидитет, лицата со психички растројства, социјално загрозените лица, за младите престапници, долгорочните невработени лица, лицата кои злоупотребуваат дроги и други психоактивни супстанции, лицата кои што злоупотребуваат алкохол, децата со воспитно и социјални проблеми и други. Целта на овие социјални фарми е да им овозможат на ранливите групи да бидат интегрирани во една природна средина, каде што нивното слободно време, нивните лични способности можат да се вреднуваат и зголемат. Присуството на земјоделците, контактот и односот со другите живи суштества - животински и растителни, се добра претпоставка за специфичните одговорности на лицето кое ги користи услугите, што всушност се некои од клучните карактеристики на практиките од страна на социјалните фарми. Во руралните области, близината, обемот на економијата и неформалноста се само некои од клучните аспекти кои ја карактеризираат употребата на земјоделството и социјалните фарми во обезбедувањето на услуги за локалното население во локалните заедници ( Di Iacovo, 2003).

Со потребите за вклучување на ранливите групи кои доаѓаат од социјалната и здравствената заштита, денес вклучувањето на корисниците на социјални и здравствени услуги во процесите на рехабилитација и социјализација се обезбедува преку значајни активности (работа која води кон зајакнување, поголема независност и подобар социјален статус и пристап кој ги зема предвид потенцијалите на корисниците наместо нивните ограничувања ( Weeghel, 2005).

Социјалните фарми како модел на рехабилитација и реинтеграција на ранливите групи преку нивна практична работа им обезбедува нивна рехабилитација и интеграција во заедницата, а се применува во седум земји во Европската унија. (<http://sofar.unipi.it/index.htm>)

Во различни земји постои разноликост во однос на работата на социјалните фарми, во земјите како што се Белгија и Холандија, повеќето социјални фарми се приватни, семејни бизниси, бројот на корисници е ограничен на десет корисници во текот на денот: На многу фарми земјоделската дејност е од примарно значење.

Во Ирска, Германија и Словенија, социјалните фарми беа основани од страна на третиот сектор (религиозни групи, организации на корисници и најчесто се фокусирани кон една група на корисници. Главни корисници се лицата со психички

растројства, лицата со интелектуална попреченост и лицата коишто злоупотребуваат дроги и алкохол.

#### **4.4. Пазарот на труд во Република Македонија**

Република Македонија од своето осамостојување како држава, во изминатиот период покажа тренд на висока стапка на невработеност, со што проблемот на невработеност остана и понатаму да претставува најголем социјален проблем во државата. Постојат низа негативни фактори кои доведоа до високи стапки на невработеност: губењето на работни места поради економско реструктурирање, нефлексибилна работна сила, лошата економска клима во државата, нискиот економски раст, слабите странски инвестиции, постоењето на сива економија, намалената мобилност на пазарот на трудот, почеста примена на пасивни отколку активни политики на пазарот на трудот.

Високата стапка на невработеност во Република Македонија претставува највисок приоритет во однос на решавање на сите досегашни влади која изискува активно вклучување на сите релевантни социјални актери во однос на креирање на политиката за вработување во државата.

Во извештајот за стапката на невработеност од Агенцијата за вработување на Република Македонија, за 2011 година, како невработени целни групи, доминираат: младите невработените лица на возраст од 20 до 24 години, кои подолг временски период чекаат за нивно вработување и оние лица кои се евидентирани како невработени, а кои чекаат над една, две или повеќе години, лицата со пониско образование и без квалификации, ранливите етнички групи, како што се Ромите и ниската стапка на учество на жените на пазарот на трудот. Сиромаштијата, високата стапка на невработеност е една од основните причини за социјална исклученост на гореспомнатите ранливи групи.

Владата на Република Македонија во борбата за намалувањето на невработеноста во државата се вклучува преку конкретни активни мерки и програми кои се застапени во:

- Програма за работа на Владата на Република Македонија 2011-2015;
- Национална стратегија за вработување 2015;
- Национален акционен план за вработување 2011-2013;

- Оперативен план за активни програми и мерки за вработување за 2012 ;
- Стратегии за Евроинтеграции на Република Македонија;
- Повеќегодишна оперативна програма за развој на човечки ресурси 2007-2013 (ИПА компонента 4);
- Националната стратегија за борба против сиромаштијата и социјалната исклученост во Република Македонија 2010 -2020,
- Национална стратегија за млади и
- Национален акционен план за родова еднаквост 2007 – 2012.

Во Програмата за работа на Владата на Република Македонија 2011-2015 утврдени се макроекономски, микроекономски и политики за вработување, со што се утврдени активните програми и мерки за вработување на различни целни групи, кои ќе бидат опфатени со имплементација на годишните оперативни програми и мерки како и временскиот рок за нивно имплементирање.

Новитет е донесувањето на Националната стратегија за вработување на Република Македонија - 2015, со што оваа стратегија е целосно усогласена со насоките и приоритетите на Европската стратегија за паметен, одржлив и инклузивен раст – Европа 2020.

Со донесувањето на Националниот акционен план за вработување 2011-2013 година државата преку конкретни мерки се обидува да се соочи со проблемите на лицата исклучени на пазарот на трудот, како и оние лица кои имаат ниски квалификации и приходи.

Во оперативниот план за активни програми и мерки за вработување за 2012-2013 година, утврдени се активните мерки за вработување, а кои се однесуваат на следниве целни групи:

1. Програма за самовработување на млади лица;
2. Програма за подготовка за вработување;
3. Програма за субвенционирање ;
4. Програма за практиканство;
5. Програма за општо-корисна работа;
6. Програма за финансиска поддршка на правни субјекти (мали и средни претпријатија и занаетчији) со цел отворање на нови работни места;
7. Субвенционирање на вработување (деца без родители, самохрани родители, жени-жртви на семејно насилство и инвалидни лица) и

8. Практиканство како поддршка за прво вработување на млади лица до 27 години.

Имплементацијата на горенаведените програми треба да доведе до намалување на структурната невработеност, развој на квалификувана работна сила која одговара на потребите на пазарот на трудот, стекнување на работно искуство, работни вештини и поддршка за интегрирање во заедницата, поттикнување на самовработувањето, приспособување на системот на стручното образование и обука според барањата и потребите на пазарот на трудот, поттик за доживотно учење, унапредување на социјалната инклузија, борба против сиромаштијата и социјалната исклученост и сивата економија.

Социјална исклученост на социјално ранливите групи во Република Македонија преку овие програми најдобро може да се надмине преку поврзување на давателите на социјални услуги и центрите за социјална работа, односно преку зајакнувањето на потенцијалите за вработување на ранливите категории на граѓани и нивна поддршка при влезот на пазарот на труд. Со тоа ќе дојде до прекинување на т.н. маѓепсан круг на сиромаштија-невработеност-исклученост-обесправеност.

#### **4.5. Национална правна рамка за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија**

Во Република Македонија постојат повеќе од 30 закони и низа подзаконски акти со кои се регулираат правата на лицата со инвалидност, со што можеме да се пофалиме како земја која има добра изградена правна рамка во однос на заштитата на правата на лицата со инвалидност. Стратешка определба и водечки цели кон кои се стреми Република Македонија за нејзино евроатланско интегрирање, налагаат потреба од постојана хармонизација на националното законодавство, односно приспособување на правната регулатива, почитување и ратификација на меѓународните документи како и примена на меѓународните инструменти и нивна соодветна имплементација.

Република Македонија е потписник на голем број меѓународни документи со кои се регулираат правата на лицата со инвалидност како што се: *Конвенцијата за правата на лицата со инвалидност (2006)* и *Европската социјална повелба (1996)* и

*Акциониот план на Советот на Европа: за промовирање на правата и потполно учество во општеството на лицата со инвалидитет: подобрување на квалитетот на животот на лицата со инвалидност во Европа 2006-2015 година.*

**Конвенцијата на ОН за правата на лицата со инвалидност (2006)**, во член 27, носи наслов "Работа и вработување", а во неа се утврдува:

- Забрана на дискриминација по основ на инвалидност во однос на сите проблематики поврзани со сите форми на вработување, вклучувајќи ги условите за регрутирање, најмување и вработување;
- Обезбедување на лицата со инвалидност да можат да ги остварат своите синдикални и работнички права на еднаква основа со другите;
- Обезбедување на лицата со инвалидност да имаат ефективен пристап до општите програми за техничко и професионално насочување;
- Промовирање на можностите за самовработување, претприемништво, развој на заедничка и запознавање на сопствената дејност;
- Промовирање на можностите за вработување и унапредување на кариерата на лицата со инвалидност на пазарот на трудот;
- Заштита на правата на лицата со инвалидност, по основа на еднаквост со другите, на оправдани и поволни услови за работа, вклучувајќи еднакви можности и плати за еднакво вредни работи, безбедни и здрави услови за работа, вклучувајќи и заштита од малтретирање;
- Вработување на лицата со инвалидност во јавниот сектор;
- Промовирање на можностите за вработување на лицата со инвалидност во приватниот сектор преку соодветни политики и мерки;
- Обезбедување на разумно приспособување на лицата со инвалидност на работното место;
- Промовирање на здобивањето со работно искуство на лицата со инвалидност на отворениот пазар на трудот;
- Промовирање на стручна и професионална рехабилитација на работа и задржување на работа и програми за враќање на работа и на лицата со инвалидност.

*Европската социјална повелба од 1996 година (ревидирана)*, придонесува за подобрување на положбата и состојбата на лицата со инвалидност на пазарот на



трудот, нивната социјална вклученост, нивно активно учество во граѓанските, политичките, економските, општествените и културните области на живеење.

Акциониот план на Советот на Европа за промовирање на правата и потполно учество во општеството на лицата со инвалидност: подобрување на квалитетот на животот на лицата со инвалидитет: подобрување на квалитетот на животот на лицата со инвалидитет во Европа 2006- 2015 година содржи акциска насока број 5, за вработување, професионално насочување и образование, во кои се утврдува:

"Вработувањето е клучен фактор за општествена вклученост и економска независност на сите граѓани на работна возраст. Во споредба со лицата со инвалидитет, вработувањето и степенот на активностите на лицата со инвалидитет се многу ниски. Политиката за зголемување на процентот на активностите мора да биде разновидна, како би можело да се соочат сите пречки на учество на работна сила. Поголемото вработување на лицата со инвалидитет би користело не само за лицата со инвалидитет, туку и на работодавците и на општеството во целина".

Националната стратегија за изедначување на правата на лицата со хендикеп во Република Македонија (2001), во одделот за вработување пропишува:

"Државата е должна да создаде услови за лицата со хендикеп да се оспособат така за да ги остварат своите човекови права, а особено во сферата на вработувањето и пазарот на трудот".

Со донесувањето на **Законот за вработување на инвалидните лица** ("Службен весник на РМ", бр.44/ 2000) во која се вклучени програмите и мерките за вработување со кој се бележи позитивен напредок на вработување на овие лица, насоките и определбите од веќе гореспоменатите меѓународни документи за остварување на правата на лицата со инвалидност во областа на вработувањето и работењето.

Посебните услови и погодности за вработување и работење на лицата со инвалидност со Законот за вработување на инвалидни лица (2000), во кои се предвидени мерки за подобрување на условите за вработување преку:

- ослободување од даноци и социјални придонеси;
- доделување на неповратни средства;
- вработување на лице со инвалидност;
- адаптација на работно место;
- набавка на опрема и

- работно оспособување.

Министерот за труд и социјална политика (2006) донесе посебен Правилник за составот на комисијата и начинот на донесувањето на наодот и мислењето за определување на работи кои може да ги извршува инвалидно лице на соодветно работно место.

Оваа правна рамка значеше признавање на државата за да се реализира декларативното право на еднакви можности на лицата со инвалидност за нивно вработување, но и утврдување на стимулативни мерки за работодавците да вработуваат лица со инвалидност, односно лицата со инвалидност да започнат сопствен бизнис.

Во периодот од 2005 до 2010 година, бројот на вработени лица со инвалидност е зголемен за 56 % односно од 3.014 лица во 2005, на 4.702 лица во 2010 година.

Од друга страна, бројот на невработени лица бележи тенденција од намалување за 16,7% и тоа од 2.577 лица во 2005 година, на 2.089 лица во 2010 година. Аналогно на ова и процентот на невработеност на лицата со инвалидност бележи тенденција на опаѓање од 46 % во 2005 на 30,7% во 2010 година.

Програмите и мерките во однос на вработувањето на лицата со инвалидност немаат ефект врз вработувањето во јавниот и приватниот сектор, но затоа од извршената анализа на статистичките податоци во Република Македонија, се забележува континуиран тренд на висока застапеност на вработени лица во заштитните друштва поради низата бенефиции кои произлегуваат од Законот за вработување на инвалидни лица ("Службен весник на РМ", бр.44/ 2000) , а тоа се: ослободување од плаќање на даноци и придонеси за сите вработени кои користат неповратни средства од Посебниот фонд за набавка на опрема што не е дадено како мерка и за останатите субјекти на отворениот пазар на трудот.

Со **Законот за вработување на инвалидни лица** ("Службен весник на РМ", бр.44/ 2000), член 7, вработено лице со оштетен вид, со оштетен слух, телесно инвалидно лице, лице со пречки во психичкиот развој, лице со комбинирани пречки и лице со психози на кое заради видот и степенот на попреченоста му е утврдена специфична потреба при работењето се ослободува од плаќање на данок од доход.

Со **Измените и дополнувањата на Законот за вработување на инвалидни лица** ("Службен весник на РМ", бр.62/ 2005), лицата со психози беа отстранети од

овој закон како лица со инвалидност, со што на поголем број лица со психози им престана работниот однос во заштитните друштва, со што директно им се загрозија нивните социјални права - правото да бидат вработени.

Според **Законот за ментално здравје**, ("Службен весник на РМ", бр.71/2006), секое лице со ментална болест има право на работа во согласност со состојбата на неговото здравје. Според член 13, од истиот закон, се предвидува лицето со ментална болест за време на престојот во здравствената установа во која се лекува, да може да биде работно ангажирано и да прима надоместок за работа, ако установата стекнува приход од неговата работа.

Постојната правна рамка за вработување на лицата со инвалидност, лицата со психички растројства во Република Македонија не се опфатени, со тоа дополнително ја отежнува нивната положба во општеството и доведува до нивна социјална исклученост, затоа потребно е повторно вклучување на лицата со психози во Законот за вработување на инвалидни лица, можност тие да ги користат активните мерки и оперативните програми за вработување на Владата на Република Македонија.

#### **4.6. Вклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија**

Реалната состојба во однос на вработувањата на лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија е повеќе од загрижувачка. Непостојат официјални статистички показатели од Агенцијата за вработување на Република Македонија, ниту од Државниот завод за статистика, во однос на вклученоста на лицата психички растројства на пазарот на трудот.

Нискиот степен на образование, здравствената состојба која најчесто има хроничен карактер, материјалната депривација, социјалната исклученост, стигматизацијата, дискриминацијата, недостатокот на слободни работни места за вработување во јавниот и приватниот сектор, немањето недоволна поддршка од страна на семејството, заедницата, неповолната правна рамка со која би се опфатиле овие лица, се главните проблеми и причини со кои се соочуваат лицата со психички растројства во државата во однос на нивото учество на пазарот на трудот.

Во потрагата за да го остварат своето основно социјално право - правото на вработување, најчесто оваа категорија на лица уште при самото конкурирање на пазарот на труд се стигматизирани и дискриминирани од страна на работодавците како резултат на нивната здравствена состојба, т.е. психичко заболување, немањето на соодветно образование, немањето на претходно работно искуство и намалените професионални способности за да одговорат успешно на поставените работни обврски.

Незастапеноста на овие лица на пазарот на трудот, во приватниот и јавниот сектор, нивната исклученост од заштитните друштва, им го наметнува чувството на непродуктивност, отфрленост, губење на самодоверба и мотивираност, со што сè повеќе стануваат социјални исклучени во општеството. Лоша материјална состојба, сиромаштијата, кај голем број корисници, слабата поддршка од страна на нивните семејства, заедницата, нивната здравствена состојба, недоволната помош од страна на институциите на системот, стигматизацијата и дискриминацијата дополнително негативно влијаат што предизвикуваат тие да се пасивизираат, со што наместо активно да се вклучуваат во барањето на работни места на пазарот на трудот, тие се одлучуваат да обезбедат одредени права од Законот за социјална заштита и Законот за пензиско и инвалидско осигурување, со цел само да стекнат одреден паричен надоместок од системот на социјална заштита за да ја подобрат нивната материјалната состојба.

Стручниот тим Центарот за ментално здравје "Пролет" и останатите членови на граѓанското здружение "Добре дојде", направија прогресивен чекор со тоа што нивната иницијатива и лобирање пред релевантните институции за Измени и дополнувања на Законот за вработување на инвалидни лица, вродија со позитивен резултат, т.е. првпат лицата со психози беа вметнати во Законот за вработување на инвалидни лица, како лица со инвалидност, со што се отвори можност овие лица да се вклучат на пазарот на трудот преку заштитни друштва.

Како резултат на повољните услови со Измените и дополнувањата на Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ”, бр.44/ 2000), Благодарение на повољната правна рамка започна да работи социјалната фирма "Работа за вас", во Скопје. Во фирмата работеа вкупно десет корисници кои беа вклучени во: сервисот за чистење и фризерскиот салон. Со поддршка на граѓанското здружение "Добре дојде", четири корисници од центрите за ментално здравје беа вклучени во обезбедувањето на паркинг-просторот во рамките на Министерството за транспорт и врски.

Работната ангажираност на корисниците од центрите за ментално здравје, во Скопје, успешно се рефлектираше во третманот на нивното лекување, особено на процесот за нивна психосоцијална и професионална рехабилитација и реинтеграција во заедницата, во подобрувањето на нивната материјална состојба, во зголемувањето на чувството на исполнетост, самодоверба и продуктивност. Корисниците кои беа вработени ја имаа целосната поддршка од страна на останатите корисниците во центрите за ментално здравје, од страна на нивните семејства, стручните тимови кои ги поттикнуваа и охрабруваа во реализирањето на предвидените работни обврски и активности.

Дел од постојните заштитни друштва низ државата ги вработуваа лицата со психози кои се во стабилна здравствена состојба во заштитните друштва и тоа во различни дејности, најголемиот број од нив беа застапени во графичката дејност.

Со измените и дополнувањата на Законот за вработување на инвалидни лица, („Службен весник на РМ“, бр.62/ 2005), лицата со психози беа отстранети од овој закон како инвалидни лица, со што им се оневозможи на работодавците од заштитните друштва да ги вработуваат овие лица, а оние кои беа вклучени, на истите им престана работниот однос. Работата на социјалната фирма "Работа за вас", која беше пример како треба да се рехабилитираат и реинтегрираат лицата со психози во заедницата.

Дополнителен проблем е тоа што Законот за здруженија на граѓани и фондации („Службен весник на РМ“, бр. 29/ 2007), каде што здруженијата на граѓани се основаат врз основа на вредности и интереси кои се непартиски и непрофитни активности.

Македонија е една од ретките земји во регионот и во Европа која не дозволува директно вршење на економски активности на граѓанските организации, туку тоа е возможно преку основање на бизнис ентитет.

Проблемот на вработување на лицата со психички растројства треба да биде актуализиран, кон овие лица не треба да се има пасивен однос, во подобрување на нивната состојба, во однос на нивното вработување треба да решава со вклучување на сите релевантни субјекти во државата преку мултисекторско анализирање и третирање на проблемот. Потребни се промени во постојниот Закон за вработување на инвалидни лица, со што ќе можат да ги користат активните мерки и политики за вработување предвидени со оперативните планови на Владата на Република Македонија. Агенцијата за вработување на Република Македонија, во соработка со

Министерството за образование потребно е да креира програма за преквалификација и доквалификација на овие лица, со што би можеле да одговорат на потребите и барањата од страна на работодавците на пазарот на трудот во Република Македонија.

Неопходно е да сензибилизираат работодавците во приватниот и јавниот сектор за потребите на овие лица со цел да се зголеми нивната свесност и информираност за потребите за вработување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот и да се унапреди нивниот квалитет на живот.

Преку подобрување на состојбата со вработување на оваа ранлива група, ќе се зголеми ментално-здравствената грижа и социјалната заштита кон овие лица, ќе се унапреди процесот на деинституционализација во системот на менталното здравје и ќе се влијае на намалување на проблемот на невработеност, сиромаштија, социјална исклученост, стигматизација и дискриминираност во државата.

#### **4.7. Квалитет на живот на лицата со психички растројства**

Светската здравствена организација под поимот квалитет на живот подразбира перцепција на животот на поединецот за сопствената положба во рамките на културата и вредноста на системот во која живее, а во однос на целите, очекувањата, стандарди и проблеми на средината (WHO, 1995).

Со тоа можеме да заклучиме дека основни компоненти во проценката на квалитетот на животот се:

- физичката состојба;
- социјалното функционирање на корисникот;
- менталниот статус на корисникот;
- тежината на симптоматологијата и временскиот период на траењето;
- лична перцепција за здравјето и неговите компоненти;
- број на години на очекувано живеење;
- показатели за економската состојба на корисникот.

Квалитетот на животот на лицата со психички растројства се утврдува преку неколку индикатори: психолошката состојба, социјалните контакти, физичките и материјалните фактори, развојот на личните компетенции и можност за

остварување на лични цели, степенот на личната автономија, социјалната вклученост и остварување на правата кои се поврзани со вреднувањето на личноста (Mandic, 2010).

Според Опалиќ (2003) квалитетот на живот на лицата со психички растројства е:

- Квалитетот на животот на корисниците во психијатриските установи е понизок во однос на останатите луѓе кои се надвор од системот на ментално здравје;
- Квалитетот на живот зависи од присуството и интензитетот на одделни симптоми повеќе од самата дијагноза;
- Зависи од структурата на личноста;
- Квалитетот на животот зависи од различноста на општествените односи;
- Временски период без рецидивизам на болеста;
- Степенот на општествена толеранција и
- Квалитетот на животот се подобрува после третманот и примена на комплексни мерки кои ги презема психијатриската установа или општествената заедница (Опалиќ, стр.82).

Квалитетот на животот зависи од многу фактори, како што се политичките, економските, здравствената заштита, културата и традицијата во една земја, така што при одредување на индикатори за мерење на квалитетот на живот на одредена целна група треба да се земе мултидимензионален пристап.

Проучувањето на концептот за "квалитет на живот" е многу значаен не само за корисниците на психијатриските услуги во психијатриските установи, туку неговото значење е уште поголемо во рехабилитационата практика и во поставеноста на системот на ментално здравје во една земја и потребата од негова трансформација во согласност со потребите на корисниците.

Во поширока смисла, квалитетот на живот се однесува и на личната исполнетост, задоволството и квалитетот на социјалните односи кои се создаваат меѓу личноста и средината. Така што квалитетот на живот ги вклучува сите аспекти, не само што е постигнато во грижата на корисниците, туку и очекувањата што ги имаат во однос на самите нив и заедницата.

Ако се земе предвид дека вкупно една третина од психијатриските корисници кои се психотични се лекуваат до крајот на животот во психијатриските установи, тогаш разбирливо е што прашањето за квалитетот на нивниот живот не е

предмет само на стручните лица кои работат во психијатриските установи, туку тој претставува грижа на целото општество. Меѓу хроничните психијатриски корисници кои најмногу се под влијание на етикетирање, се лицата кои се заболени од шизофренија. Во научната литература постојат обемни истражувања за квалитетот на животот на лицата кои страдаат од шизофренија. Би го спомнал истражувањето на Miljković со соработниците (2004), каде се добиени значајни резултати за квалитетот на животот на лицата кои се заболени од шизофренија. Квалитетот на лицата кои страдаат од шизофренија имаат послаб квалитет на живот од општата популација и од лицата кои имаат соматски заболувања.

Значајно е да се спомне истражувањето на Трајков (2009) за квалитетот на животот на корисниците од петте центри за ментално здравје во Република Македонија и корисниците од трите психијатриски болници. Како индикатори за проценка на квалитетот на животот земени се: социјалните активности на корисниците, задоволство од социјалните активности, ситуација со лекување, терапија и поддршка, слободно време, станбени услови, сигурност, односот со лицата со кои живеат, нивниот сексуален живот и односите со семејството.

Според добиените резултати од истражувањето, степенот на субјективно задоволство од квалитетот на животот на корисниците во заедницата е на границата на задоволителна, односно, сè уште голем број корисници на услуги во центрите се незадоволни од квалитетот на својот живот во заедницата. Испитаниците од центрите биле многу позадоволни, особено во делот на социјални активности, социјални активности и здравје во споредба со корисниците од психијатриските болници.

Општо е познато дека корисниците кои биле долготрајно хоспитализирани во психијатриските болници имаат послаб квалитет на живот во однос на останатите. Многу од корисниците во психијатриските болници кои се хоспитализирани немале разбирање за нивното заболување од страна на семејството, заедницата, односно со самата хоспитализација во психијатриска болница, тие стануваат "еднакви" со другите корисници, со што се намалува стигматизацијата.

За да се подобри квалитетот на животот на лицата со психички растројства во Република Македонија потребно е да се преземат активни мерки од сите релевантни субјекти кои се задолжени во креирањето на здравствената заштита и социјалната политика во државата со цел да се подобри ментално-здравствената



заштита на корисниците на психијатриските услуги во психијатриските установи, да се воведат професионални стандарди во работењето на психијатриските установи, најсовремената фармаколошка терапија да им биде достапна на корисниците, да се обезбеди одржливост во реализирањето на рехабилитационите програми во психијатриските установи, да се заштитат и унапредат правата на корисници во системот на здравствената и социјалната заштита, да бидат соодветно застапени во правната рамка за вработување на лицата со инвалидност, да се обезбедат програми за нивна квалификација и доквалификација, да бидат вклучени во националните и акционите локални програми за социјално вклучување, да се направат позитивни чекори во обезбедување на нивно социјално домување преку отворање на заштитни домови од траен карактер. Потребни се одржливи национални антистигма-програми, каде што освен ресорните министерства би биле вклучени и граѓанските здруженија, а со единствена цел да се намали стигматизацијата и дискриминацијата кон лицата со психички растројства.

## ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ

# 1. Формулирање на проблемот на истражување

---

Голем дел од популацијата, повремено или трајно, страда од некаков вид на психичко растројство. Тие, во голема мера, го отежнуваат и го редуцираат квалитетот на социјалното функционирање на оние кои страдат од нив. Тоа претставува еден од клучните проблеми и создава товар, како за самите корисници на психијатриски услуги така и за нивните семејства и општеството во целина.

Менталните растројства опфаќаат широк спектар на разновидни заболувања, вклучувајќи ги органските, симптоматските, невротските, растројствата во расположението (афективни растројства), шизофрениите, шизотипните и налудничавите растројства, душевната заостанатост, душевните растројства и растројствата во поведението предизвикани со употреба на психоактивни супстанции, вклучително алкохол и дроги кои се нарекуваат болести на зависности.

Според Светската здравствена организација (2006), околу 450 милиони луѓе во светот се заболени од одредени ментални нарушувања и нарушувања во однесувањето или од психосоцијални проблеми кои се поврзани со злоупотреба на алкохол и дрога. Депресијата е една од водечките причини за неспособноста и се наоѓа на четвртото место од десетте водечки причини, а се предвидува дека за дваесет години ќе биде на второто место. Околу седумдесет милиони луѓе се зависни од алкохол, а околу педесет милиони имаат епилепсија.

Меѓу десет и дваесет милиони луѓе секоја година се обидуваат да извршат самоубиство, а еден милион од нив се убиваат.

Како популацијата старее така се зголемува и ризикот од развој на Алцхајмерова болест. Се проценува дека секое четврто лице во некој период од животот било засегнато од некое ментално нарушување (СЗО, 2006).

Шизофренијата е едно од најчестите психички растројства. Околу 1% од светската популација има шизофренија. Според овој податок, во Македонија би требало да има околу 20.000 лица со ова растројство. Шизофренијата е причина за повеќе хоспитализации од речиси која било друга болест.

Разбирливо е дека социјалниот и економскиот товар на психичките заболувања е огромен за сите земји, како за развиените така и за земјите во развој,

имајќи предвид дека кај повеќето од една половина од вкупно дијагностицираните лица, овие растројства добиваат хроничен тек, т.е. периодите на подобрување се заменуваат со периоди на влошување и повторна појава на знаците на растројството што бара големи материјални трошоци за лекување.

Поради природата на болеста, но далеку повеќе како резултат на општествениот став на неприфатеност, маргинализација и отфрлање, голем е бројот на лицата со психички растројства кои остануваат долготрајно, па дури и доживотно хоспитализирани.

Кај психичките растројства, покрај симптомите и директните последици од болеста за самиот болен, за членовите на неговото семејство, пријателите и за општеството се јавува еден дополнителен проблем, а тоа е стигмата што ги следи менталните болести.

Многу често, лицата со ментални заболувања се напуштаат со стигматизирано мислење од средината дека изолацијата е единствено решение кога е во прашање менталното заболување.

Препреките за разбирањето на лицата со психички растројства се проследени со страв, неинформираност, незнаење, срам и исклучување. Сето тоа води до стигматизација и социјална исклученост на лицата со психички растројства што ја отежнуваат нивната интегрираност во заедницата.

Причините за лошиот статус лежат длабоко во социјалните, економските, културните и психолошките корени на сите култури. Со години лицата со одредени ментални заболувања, нивните потреби и проблеми биле скриени од општеството. Како резултат на класичниот медицински пристап, тие биле набљудувани и третираны како пасивни корисници само на здравствени услуги.

Оваа целна група е во постојана социјална изолација. Сиромаштијата и социјалната исклученост е една од релевантните карактеристики на животот на лицата со психички растројства. Голем број од нив живее во опкружување на дискриминација, предрасуди, незнаење, неинформираност и со незадоволени елементарни потреби.

Лицата со психички растројства, заедно со нивните семејства, по правило имаат ниски приходи. Причините за сиромаштија и социјална исклученост на овие луѓе е ниската стапка на невработеност, недостапноста до јавните служби и институции, потребната поддршка која би требало да ја имаат од семејствата,

заедницата, како и од недоволната развиеност на услугите и сервисите за поддршка на оваа популација.

Определба на сите современи општества е, лицата со психички растројства да бидат вреднувани на прво место од сите аспекти како човекови суштества, да се третираат како луѓе кои имаат еднакви права, еднакви одговорности и придонеси кои можат да придонесат за развитокот на општеството. Предизвик претставува воспоставувањето на законски рамки, кои ќе бидат поткрепени со конкретни социјални акции и програми кои се потребни и кои овозможуваат остварување на еднакви права за овие лица пред релевантните институции во согласност со Стандардните правила на Обединетите нации и Конвенцијата за човекови права, со што ќе им се овозможи да се интегрираат во клучните области во општеството како што се: *образованието, здравството, социјалната заштита и вработувањето.*

Заедно со социјалната заштита, политиката на вработување има значајна улога, имајќи предвид дека вработувањето е најдобра одбрана од социјалната исклученост и еден од начините да се овозможи нивно активно партиципирање во општеството.

Универзалната декларација за човекови права на Обединетите нации (1948), член 23, вели дека секој човек има право на работа, на слободен избор при вработување, на праведни и поволни услови за работа, еднаква плата за еднаква работа и заштита од невработеност.

Европската социјална повелба на Советот на Европа од 1961 година и нејзината ревизија од 1996 година овозможуваат сеопфатна платформа на права поврзани со состојбите на вработување, вокациона (стручна, професионална) насока, обука, рехабилитација со цел да им се помогне на сите лица активно да се вклучат на пазарот на работна сила.

Според Уставот на Република Македонија (1991) на секое лице му се овозможува еднаков пристап при вработувањето, т.е. во член 32 од Уставот, се нагласува дека секој има право на работа, слободен избор на вработување и заштита при работењето.

Според Законот за ментално здравје („Службен весник на РМ бр. 71/2006“), секое лице со ментална болест има право на работа во согласност со состојбата на неговото здравје. Според член 13 од истиот закон, се предвидува да лицето со ментална болест за време на престојот во здравствената установа во која се лекува,

да биде работно ангажирано и да прима надоместок за работа ако установата стекнува приход од неговата работа.

Со измените и дополнувањето на Законот за работни односи („Службен весник на РМ бр. 62/2005”), се забранува секаков вид дискриминација, т.е. барателот на вработување да не биде дискриминиран од страна на работодавецот, со што се промовира концептот на еднаквост на можностите при вработување. Со измените и дополнувањето на Законот за вработување на инвалидизирани лица („Службен весник на РМ бр. 44/2000”), каде што лицата со оштетен вид, оштетен слух, телесно инвалидно лице, лице со пречки во психичкиот развој, лице со комбинирани пречки и лице со психози на кое заради видот и степенот на попреченоста му е утврдена специфична потреба при работење се ослободува од плаќање на персонален данок од доход. Следејќи ја реализацијата на законот, констатирана е потреба од одредена измена на истиот заради остварување на негова поголема ефикасност бидејќи при вработувањето во јавниот сектор, исклучена е можност за вработување на лица со инвалидитет за добивање на одредени бенефиции при вработувањето, како што е случај со приватниот сектор. Во јавниот сектор има најмал број на вработувања на лица со инвалидитет.

Измената е во функција на обезбедување можност за поефикасна алокација на средствата од Посебниот фонд, кој во сегашни услови изнесува 10% од вкупно остварените средства од постојниот придонес за вработување, кои се издвојуваат на потсметката во Агенцијата за вработување на Република Македонија. Потребата од изменување на законот произлезе и од сознанието дека одреден дел од средствата обезбедени по овој основ, остануваат подолго време неискористени, па оттука ваквата измена овозможува овие средства да бидат искористувани порационално во правец на обезбедување поголема поддршка на мерки за вработување на евидентирани невработени лица.

Со предложената измена се обезбедува користењето на средствата од Посебниот фонд да можат да бидат употребени и за дополнување на програмите што имаат за цел поголемо вработување.

Со Измените на Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ бр. 62/2005”), лицата со психози беа оттргнати од овој закон како лица со инвалидност, со што престана и нивниот работен ангажман во заштитните друштва.

Во целта да се промовира квалитетот на вработувањето во Република Македонија потребно е да се развие можност на вработување, посебно низ политиките за промоција и стекнување на вештини и учење во текот на целиот живот, т.е. создавање на услови и промоција на професионалната рехабилитација како значаен предуслов на вработување и интегрирање на овие лица во заедницата.

Потребна е соодветна национална правна рамка за вклучување на лицата со психички растројства во државата, во потрагата да го остварат своето основно социјално право - правото на вработување, најчесто оваа категорија на лица уште при самото конкурирање се стигматизирани и дискриминирани од страна на работодавците во приватниот и јавниот сектор како резултат на карактерот на нивното психичко заболување и лекувањето во психијатриските установи. Најчесто се одбивани без конкретни образложенија, со што уште повеќе им се наметнува чувството на непродуктивност, на губење на самодоверба и отфрленост од страна на општеството, со што се отежнува нивното социјално функционирање и интегрирање во заедницата.

Клучните прашања кои мораат без одложување да се решат се токму обидите да им се овозможи поголема вклученост на лицата со психички растројства на пазарот на работна сила во Република Македонија, во согласност со меѓународните правни рамки за човекови права, како што се Европската конвенција за човекови права (1984), Европската социјална повелба (1996) и Конвенцијата против деградирачки третман.

Од изнесеното се дефинира следново истражувачко прашање: Дали лицата со психички растројства се вклучени на пазарот на работна сила и кои се причините за нивната недоволна вклученост, што е предмет на нашето истражување.

## 2. Цели и задачи на истражувањето

---

---

### Општа цел на истражувањето

Општата цел на истражувањето е да се добијат сознанија за тоа кои се причините за недоволната ангажираност на лицата со психички растројства на пазарот на трудот.

Од вака поставената општа цел на истражување произлегуваат посебни цели:

- а) Да се добијат сознанија дали заболувањето на лицата на психички план е причина за нивната недоволна ангажираност на пазарот на работна сила.
- б) Да се добијат сознанија дали недостигот на соодветна правна рамка за вработување на лицата со психички растројства е причина за нивната недоволна вклученост на пазарот на работна сила.
- г) Да се добијат сознанија колку предрасудите и ниската јавна свест кон лицата со психички растројства влијае на нивната недоволна работна ангажираност на пазарот на работна сила.



### 3. Предмет на истражување

---

---

Недостатокот на правна рамка за вклучување на лицата со психички растројства доведува до нивна социјална исклученост од пазарот на трудот .

Токму затоа предмет на ова истражување ќе бидат факторите кои доведуваат до оваа појава. Најконкретно, предмет на мој интерес се последиците од исклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на трудот, а со цел да се согледаат потребите за нивна поголема вклученост на пазарот на трудот, да се дадат предлози за поголема заштита и унапредување на социјалните права на лицата со психички растројства.

### 4. Поимно хипотетичка рамка на истражувањето

---

---

**Психичко растројство** е општ поим за низа тешки психички нарушувања од органско и функционално потекло, а се одликуваат со промени во мислењето, расположението (или некои од овие комбинации) кои се здружени со непријатности и нарушени функции, најчесто долг временски период (Пец 1992, стр: 360).

Во текот на живот, секоја личност го доживеала чувството на изолираност, несигурност, осаменост и емоционална неприспособеност. Симптомите на психичките растројства варираат од слаби до многу сериозни нарушувања, што зависи од видот на психичкото нарушување, самата личност, семејството и социјално-економското опкружување. Во некои случаи траењето и јачината на болните чувства или изменетите обрасци на мислењето можат сериозно да влијаат на секојдневниот живот на личноста.

Поголем број од психичките нарушувања можат да се јават заедно, на пример, личноста може истовремено да биде депресивна и да има некои од анксиозните нарушувања.

Истражувањата сугерираат дека психичките растројства се резултат на сложени интеракции на наследни, биолошки, како и фактори на личноста и

средината. Кај поголемиот број психички растројства, вообичаено е нивно почесто јавување кај членовите на потесното семејство. Специфичните генетски фактори што влијаат на мозочната хемија, придонесуваат за појава и напредување на психичките нарушувања, меѓутоа постојат сè повеќе докази дека промените во мозочното функционирање можат да се јават и како одговор на срединските фактори, како што се: трауматско искуство, хроничен стрес или различни видови на лишувања.

Срединските фактори како што се условите во семејството, притисоците на работното место, социјално-економскиот статус на личноста, можат да ја забрзаат појавата на болеста и да доведат до влошување на психичката состојба на личноста.

Психичките растројства можат да се јават кај сите луѓе, без разлика на нивото на образование, нивото на приходи и култура. Може слободно да се истакне дека никој не е имун од психичките растројства.

Двете основни групи на психички растројства се лесните ментални нарушувања - *неврози* и тешките душевни нарушувања *психози* или душевни нарушувања.

*Неврози*- се нарушувања кај кои за одредено време е намалена способноста за снаоѓање во одредени ситуации и приспособување и соработка со другите луѓе. Поединците кои страдаат од невроза обично ги знаат своите тешкотии како во контактите со луѓето така и во извршувањето на различни активности. Во заднината на сите неврози се наоѓа конфликт, судир на некоја силна желба и суперегото на личноста. Оваа желба невротичарот упорно ја потиснува, а во свеста му се задржува неодредена грижа и анксиозност, мала фрустрациона толеранција и систематско користење на одбранбени механизми што се претвора во паничен страв кога ќе се најде во ситуација која го потсетува на нешто забрането или опасно.

Најголемиот број невротичари се чувствуваат несреќни и несигурни, се однесуваат нереалистично во конкретни ситуации, не реагираат на соодветен начин кој одговара на дадената состојба, покажуваат различни форми на однесување и разни симптоми кои не се карактеристични за нормалните луѓе. Кај сите неврози се јавува анксиозноста, но кај некои посебно нагласено постои интензивен и неодреден страв.

Причините за неврозите се јавуваат како резултат на неуспесите на поединецот да ги задоволи за него силните мотиви или да се ослободи од конфликтната ситуација во којашто западнал.

*Психози*- се најтешки нарушувања кои го ограничуваат контактот на поединецот со стварноста или сосема го прекинуваат. Психозата е привремено растројство на нормалното функционирање на мозокот. Луѓето со психоза се пречувствителни на стимулансите или на стресните ситуации кои произлегуваат од нивната непосредна околина.

Причините за психозата се делат на *органиски и психогени*. Органиските се јавуваат како резултат на повреди и оштетувања на мозокот или други делови на нервниот систем: физички или од разни заболувања (склероза, интоксикации од хемиски материи, алкохол и дроги). Психозите предизвикани од органиски причинители се нарекуваат органиски психози.

Разни психички трауми, кои се резултат на тешки и долготрајни и нерешени конфликти и животни проблеми, можат да доведат до појава на психоза.

Втората група се *функционалните психози* кај кои не е отфрлен органискиот причинител, но не е и откриен. Нарушеното однесување е од психоген карактер, се јавуваат како резултат од неможноста на поединецот да се најде во одредена животна ситуација и да ги разреши конфликтите.

Основни форми на функционалните психози се: шизофренијата и манијакално-депресивните психози.

*Шизофренијата* е сериозно психичко растројство. Таа го отежнува разликувањето на реалните од нереалните доживувања, логичното размислување, нормалните емоционални одговори кон околината, како и нормалното однесување во социјалната средина. Лицата со шизофренија можат да имаат најразлични симптоми: делузии-погрешни уверувања, халуцинации-искривени перцепции, обично гласови, тешкотии во размислувањето, чувствата и однесувањата.

Вистинската причина за настанувањето на шизофренијата е непозната, меѓутоа, по сè изгледа дека се работи за нарушување во мозочните хемиски супстанции. Лицата со шизофренија имаат сериозни тешкотии во социјалното функционирање, со што се отежнува можноста да работат или да одат на училиште.

*Манијакално-депресивните психози* се одликуваат со промени и нарушувања во емоционалното однесување.

**Понуда на трудот** е број на часови што работоспособното население сака да ги помине на работните места кои донесуваат плати во индустријата, земјоделството, стопанствата, малите бизниси, државните служби(Фити 2006, стр. 196).

Високата невработеност претставува најсериозен економски и социјален проблем во Република Македонија. Структурата на невработените според времето на чекање, исто така, е нетипична. Доминира долгорочната невработеност. Над 40 отсто од невработените бараат работа повеќе од пет години. Три четвртини од вкупниот број невработени лица се во потрага по своето прво вработување.

Во структурата на невработени лица во Република Македонија доминираат младите лица, неквалификувани работници и лицата со недоволно работно искуство.

Невработеноста во Република Македонија не е првенствено проблем на губење на работни места, туку проблем на постоењето на бариери за влез на пазарот на работна сила, односно изразената нефлексибилност.

Развојот на правните и институционалните рамки на пазарот на работна сила овозможува активни политики на вработувања со донесување на нови законски прописи и измени и дополнувања на постојните од областа на работното законодавство преку Законот за работни односи („Службен весник на РМ бр. 62/2005”), и Законот за вработување на инвалидизирани лица („Службен весник на РМ бр. 44/2000”). Нивната цел е да ја намалат невработеноста во Република Македонија преку поголема конкурентност и флексибилност на пазарот на работна сила, поголема мотивираност на работодавците за прием на нови работници, како и поттикнување на невработените лица за активно барање на работа, преку намалување на бенефициите за време на невработеноста и изострување на критериумите за нивно добивање.

Од искуствата од високоразвиените социјални држави кои се членки на ЕУ, постојат низа стимулативни социјални програми за вработување на инвалидизирани лица. Имено, постојат посебни програми кои преку ослободување на даноци на големите компании и кооперации го стимулираат вработувањето на овие лица. Обезбедувањата на средства за придонеси и финансиска поддршка за вклучување на лицата со ментални нарушувања во јавниот сектор е присутна константно.

Лицата со психички растројства на пазарот на работна сила во РМ се целосно маргинализирани. Освен поединечни вработувања кои се незначителни, голем број корисници на психијатриски услуги не можат да си го реализираат своето основно социјално право - правото на вработување што дополнително им го отежнува нивното социјално функционирање и интегрирање во заедницата.

## 5. Хипотези во истражувањето

---

### 5.1. Општа хипотеза:

Недостатокот на правна рамка за вработување на лицата со психички растројства во Република Македонија влијае негативно на нивната вклученост на пазарот на трудот и нивниот квалитет на живеење.

### 5.2. Поединечни хипотези:

Поединечната хипотеза 1- Недоволната работна ангажираност на лицата со психички растројства влијае негативно на нивната материјална состојба.

Поединечна хипотеза 2- Непознавањето на правната рамка на лицата со психички растројства влијае негативно на нивната вклученост на пазарот на трудот.

Поединечна хипотеза 3- Нискиот степен на образование на лицата со психички растројства влијае негативно на нивната вклученост на пазарот на труд.

Помошна хипотеза 4 -Дискриминацијата на лицата со психички растројства влијае на нивната недоволна вклученост на пазарот на трудот.

Помошна хипотеза 5- Недоволното познавање на природата на психичките болести и несоодветното почитување на законска регулатива од страна на работодавците влијаат на недоволната вклученост на лицата со психички растројства во заштитните друштва.

## 6. Методи и техники на истражувањето

---

Имајќи предвид дека се истражува општествена појава која не може лесно квантитативно да се обработи, потребно е согледување на перспективите за вклучувањето на лицата со психички растројства на пазарот на работна сила. Во истражувањето ќе се користи метод на триангулација, комбиниран квалитативен и квантитативен метод.

Поаѓајќи од целта на истражувањето, ова истражување треба да има апликативен карактер, од причина што неговите резултати треба да укажат и понудат предлози на релевантните субјекти од доменот на социјалната политика околу тоа кои предуслови се потребни во насока на успешно развивање на активни мерки и програми за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот и намалување на стигматизацијата и дискриминацијата кон овие лица.

Истражувањето дава можност за подлабока анализа на она што е потребно да се направи во иднина за да се одговори на проблемите и на потребите на лицата со психички растројства.

Експлоративната природа на истражувањето се огледа во фактот што се проучува проблем кој во Република Македонија не е истражуван, со тоа се дава можност за попрецизно формулирање и отворање на одредени прашања кои ќе дадат поттик за некои идни истражувања.

Ќе се користи анализа на содржина на официјални документи (закони, правилници, стратегии, програми, досиеја на корисници на психијатриски услуги) за вклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на работна сила од: Агенцијата за вработување на Република Македонија, Министерството за труд и социјална политика, Заводот за унапредување на социјални дејности и Републичкиот Завод за здравствена заштита на РМ.

Во делот на проучувањето на вклученоста на лицата со психички растројства на пазарот на работна сила ќе се користи анкетен прашалник. Со прашалникот ќе бидат опфатени корисниците на психијатриски услуги во Центрите за ментално здравје во РМ и Клиниката за психијатрија од Скопје како и работодавците од заштитните друштва кои вработуваат инвалидизирани лица, а притоа се корисници

на средства од Посебниот фонд за вработување на инвалидизирани лица. Прашалникот по својата формална стандардизација се состои од комбиниран тип на прашања кои дават можност за квантитативно и квалитативно означување и мерење.

## 7. Примерок на истражување

---

---

Во примерокот на истражување беа опфатени вкупно 126 корисници, и тоа 77 корисници и 49 кориснички од седумте Центри за ментално здравје во Република Македонија и тоа од: *ЦМЗ Пролет; ЦМЗ Центар; ЦМЗ Влае; ЦМЗ Гевгелија; ЦМЗ Тетово, ЦМЗ Прилеп и ЦМЗ Струмица*. Во примерокот беа опфатени корисници од Центрите за ментално здравје, а кои се евидентирани како невработени лица во Агенцијата за вработување на Република Македонија.

Во однос на работодавачите, беа опфатени вкупно 10 работодавачи од заштитни друштва, а кои се евидентирани во Заедницата на заштитни трговски друштва на Република Македонија.



## 8. Постапка на истражување

---

Прашалниците беа дистрибуирани на корисниците во седумте центри за ментално здравје во месец ноември 2011 година, а прашалниците наменети за работодавачите од заштитните друштва беа дистрибуирани во месец март 2012 година. Пред да почнат со одговарањето на зададените прашалници на корисниците и на работодавачите им беше детално објаснето за предметот и целта на истражувањето и за начинот и постапката на спроведување на анкетното истражување. Корисниците беа анкетирани поединечно. Времето на одговарање на прашалникот не беше временски ограничено, така што за секое прашање за кое постоеше можна препрека за негово одговарање се бараше објаснување за истото од страна на социјалниот работник кој го спроведуваше анкетното истражување.

Работодавачите беа солидно подготвени во однос на толкувањето и одговарањето на прашањата од анкетниот прашалник, но единствена забелешка се јави кај одреден број работодавци кои на самиот почеток од истражувањето имаа проблем во разграничувањето на видот на инвалидноста. Некои од анкетираниите работодавци од заштитно друштва имаа проблем да ги идентификуваат лицата со психози, па така истите ги поистоветува со лицата со умерени и најтешки пречки во менталниот развој.

Резултатите од ова истражување се обработени во согласност со поставените хипотези. Првата група на резултати се однесуваат на исказите кои се добиени од испитаниците во седумте центри за ментално здравје, а втората група на резултати се однесуваат на исказите од страна на работодавци од заштитните друштва.

Одговорите на испитаниците од зададените прашалници беа обработени со соодветни статистички постапки. Притоа пресметани се аритметичка средина, стандардно отстапување и Хи-квадрат. Резултатите од направеното истражување се дадени во табелите подолу.

## 9. Придонес и препораки

---

Докторскиот труд ќе даде научен придонес за да се добие појасна слика за актуелната состојба во која се наоѓаат лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија, за причините за нивната недоволна вклученост и потребата за нивна поголема вклученост, со што ќе се овозможи нивна поголема социјална инклузија во општеството.

Сознанијата кои ќе се добијат од трудот треба да придонесат за:

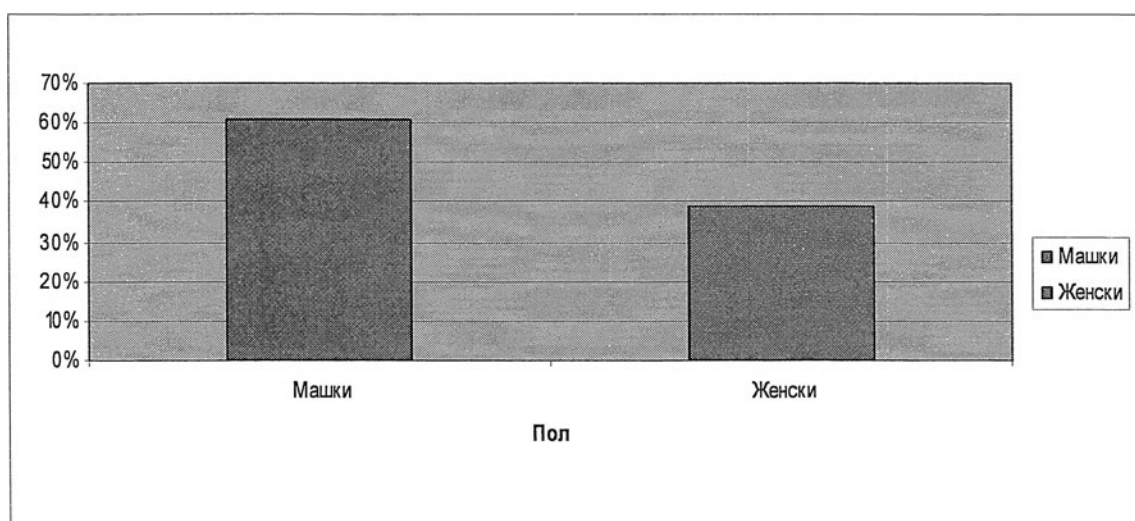
1. оформување на фонд на знаења за оваа област кои ќе бидат основ за барање на решенија кои се потребни, согласно меѓународната правна рамка на Република Македонија во делот на недискриминација на лицата со психички растројства и почитување на човековите права.
2. дефинирање на пристапот во општеството кон овие лица, зголемување на јавната свест, анимирање на разни општествени групи, НВО и со цел да помогнат во поголемото прифаќање на овие лица во општеството.
3. дали постојната правна рамка е доволна за вработување на овие лица, односно какви ефекти продуцираат од аспект на корисниците, има ли одредени бенефиции за работодавачите во однос на стимулирање на вработување на лицата со психички растројства.
4. унапредување на правната рамка за вработување на ранливите групи (закони, одлуки, правилници, национални стратегии, оперативни програми), како нормативен дел, така и стимулативен (даночен, трудово законодавство и сл.) за полесно прифаќање и помагање за вработување на овие лица.
5. насочување и градење на одредени препораки до релевантните актери во подобрување на можностите на вработување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот.
6. запознавање на работодавците, владините и невладините организации со можностите за социјално вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот и подобрување на нивниот квалитетот на живот.

## **ИСТРАЖУВАЧКИ РЕЗУЛТАТИ**

## 10. Резултати

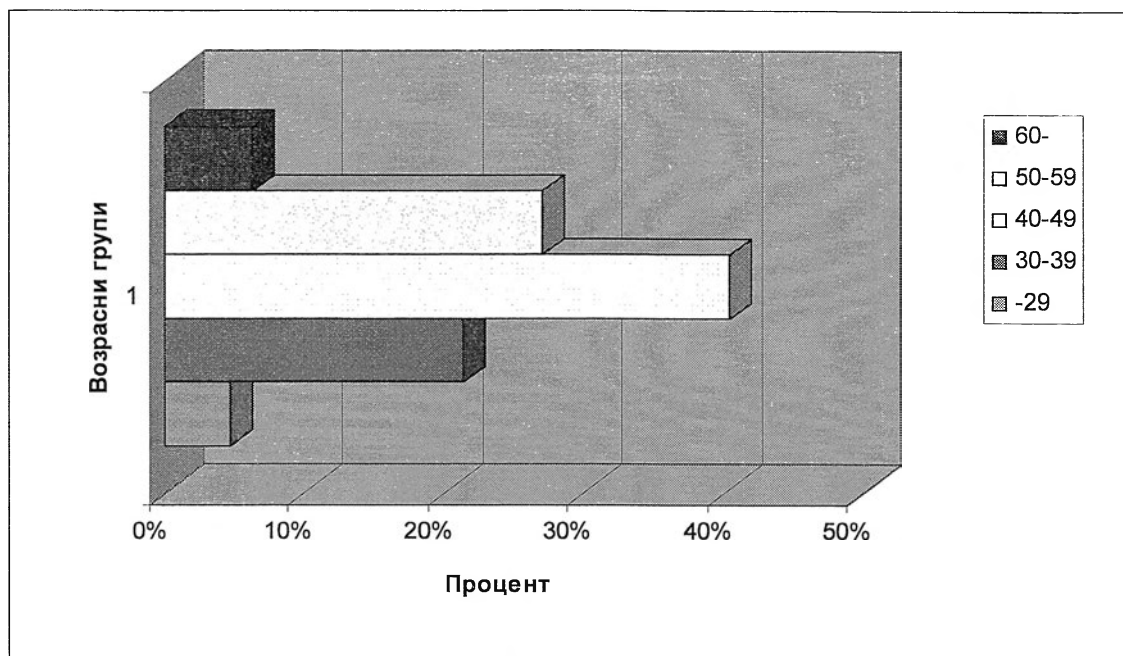
### Општи податоци за испитаниците

Во Графикон 3 се претставени податоци кои се однесуваат на половата застапеност на испитаниците опфатени со анкетното истражување од седумте центри за ментално здравје во Република Македонија. Вкупно 77 испитаници или 61,11% се испитаници од машки пол, додека од женски пол се 49, односно 38,89%.



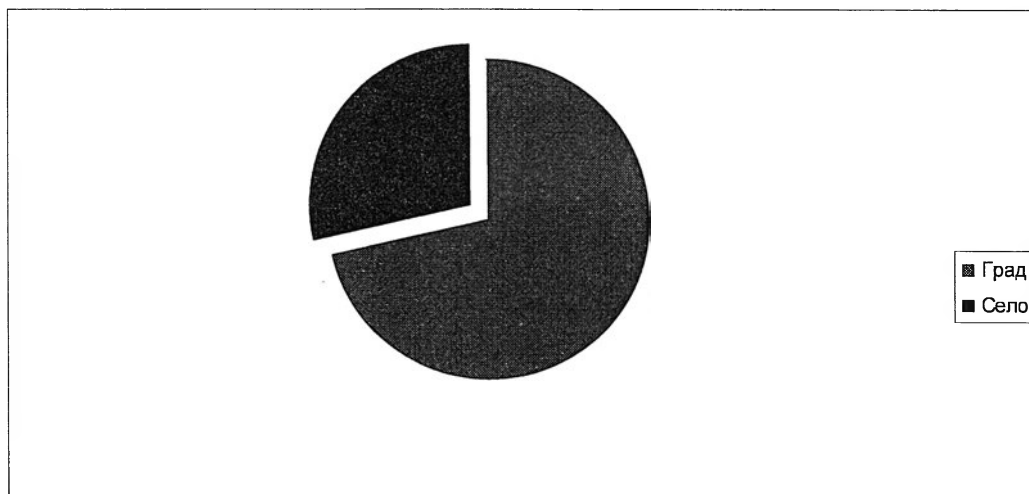
Графикон 3. Полова застапеност на испитаниците

Во Графикон 4 се претставени податоци кои се однесуваат на дистрибуција на податоците на испитаниците според возрастната структура. Најголем број од испитаниците се на возраст од 40 до 49 години - 51 или 40,48% , потоа следува возрастната група од 50 до 59 години, вкупно 34 испитаници или 26,98%. На возраст од 30 до 39 години се вкупно 27 испитаници или 21,43%. Најмалку испитаници се застапени од возрастните групи од 60 и над таа возраст вкупно 8 или 6,35% и до 29 години 6 или 4,76%. Просечната старост на групата е 45,2 години.



**Графикон 4. Возрасна структура на испитаниците**

Во Графикон 5 се претставени податоци кои се однесуваат на дистрибуцијата на испитаниците според местото на живеење. Вкупно 90 од нив, или 71,42% живеат во урбана средина, а 36 или 28,57% во рурална средина.

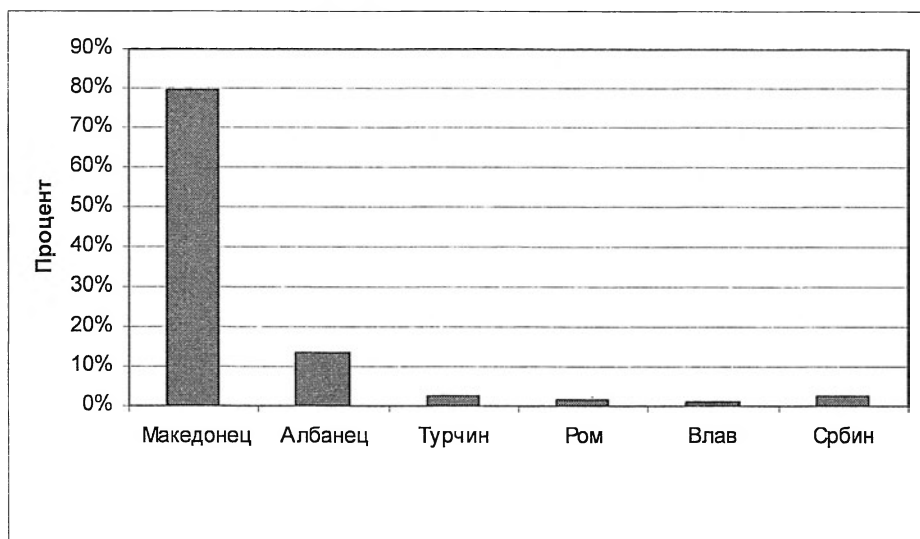


**Графикон 5. Застапеност на испитаниците според местото на живеење**

Во Графикон 6 се претставени податоци кои се однесуваат на дистрибуцијата на испитаниците според етничка припадност.

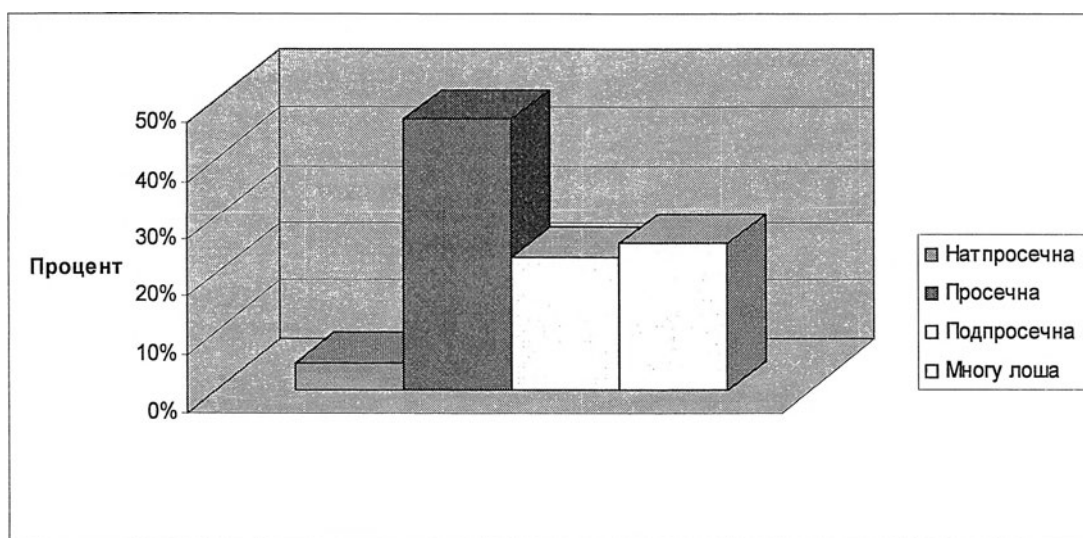
Македонци има 100 испитаници или 79,36%, Албанци се 17 или 13,49%, како Турци или Срби се изјасниле по 3 испитаници или 2,38%, како Влав се изјаснил 1

или 0,79% од испитаниците. За останатите понудените категории не се изјаснил ниту еден од испитаниците.



Графикон 6. Етничка припадност на испитаниците

На прашањето како ја оценуваат својата материјална состојба (Графикон 7), најголем број од испитаниците, вкупно 59 (46,82%) ја оцениле својата материјална состојба како потпросечна. Како просечна и многу лоша ја оцениле 29 корисници (23,02%) односно 32 (25,40%) од испитаниците. Само 6 или 4,76% од испитаниците сметаат дека нивната материјална состојба е натпросечна.

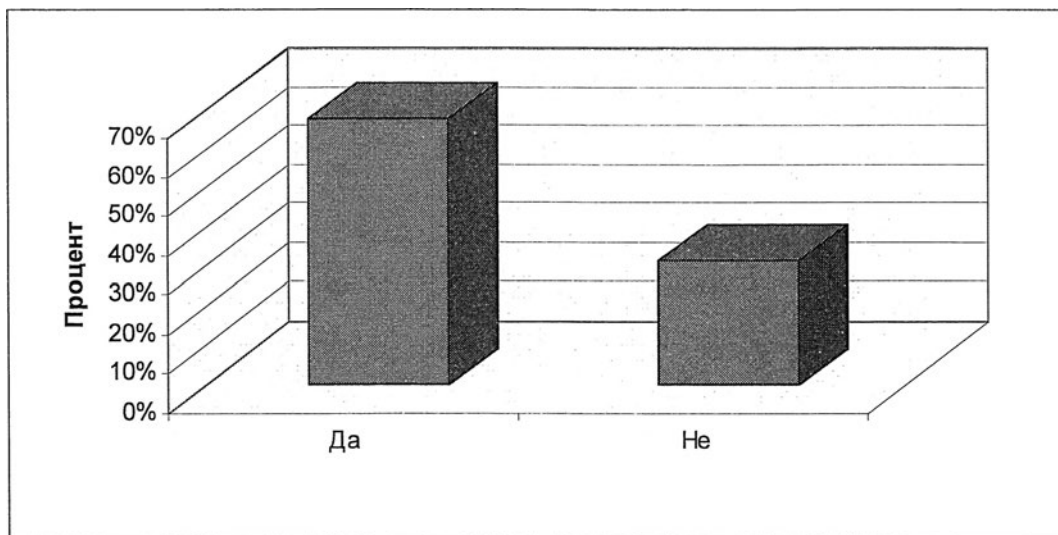


Графикон 7. Материјална состојба на испитаниците

Пресметаната аритметичка средина  $M=2,70$  и  $SD=0,92$  покажуваат лицата со психички растројства кои својата материјална состојба ја оценуваат како потпросечна.

**Поединечната хипотеза 1: Недоволната работна ангажираност на лицата со психички растројства влијае негативно на нивната материјална состојба.**

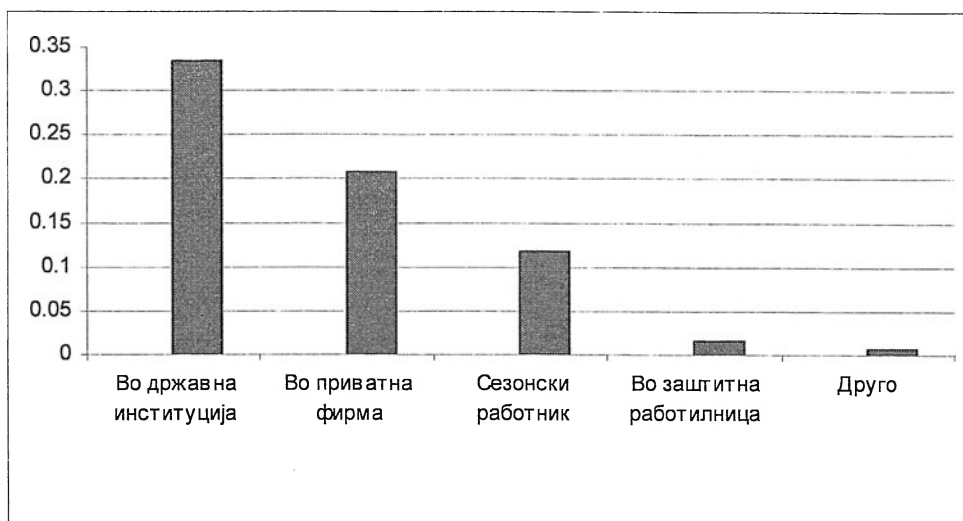
Во Графикон 8 со цел да се добие увид во искуството кое го имаат испитаниците во однос на претходно работно ангажирање поставено им е прашањето: Дали некогаш сте биле работно ангажирани? Најголем процент од корисниците биле работно ангажирани, вкупно 86 корисници (68,25%), 40 или 31,74% се изјасниле негативно на поставеното прашање.



**Графикон 8. Работно ангажираност на испитаниците**

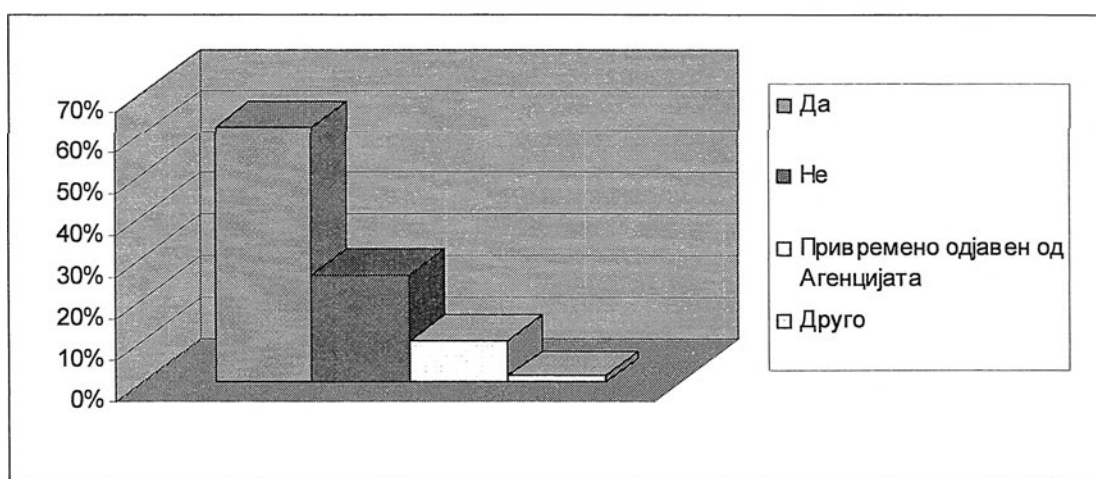
Со цел да се испита дали постојат разлики помеѓу работната ангажираност и материјалната состојба пресметана во Хи-квадрат. Добиената вредност ( $\chi^2(3;N=126=20,05, p<0,01)$ ) е статистички значајна.

Во Графикон 9, најголем број од испитаниците се изјасниле дека биле работно ангажирани во државни институции, 42(33,33%). Потоа следат приватни фирми 26(20,63%), сезонски работници, 15 (11,90%) и најмалку во заштитни работилници 2 или 1,59%.



**Графикон 9. Вид на работна ангажираност на испитаниците**

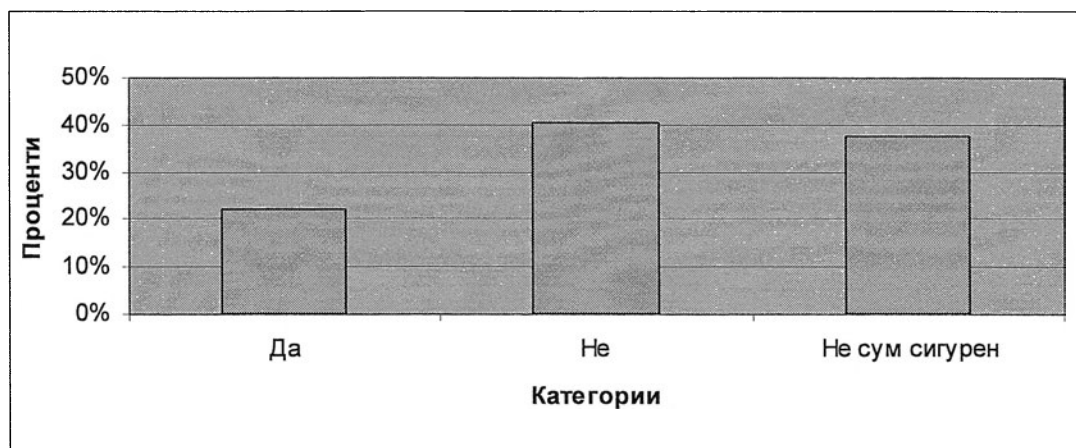
Во Графикон 10 се претставени одговорите кои ги навеле испитаниците во однос на нивното пријавување во Агенцијата за вработување на Република Македонија, за оние испитаниците кои живеат во градот Скопје, и за останатите испитаниците од другите градови во државата во Центрите за вработување. Најголем број од испитаниците, вкупно 78 или 61,90% се изјасниле позитивно, 33 испитаниците или 26,19% се изјасниле негативно, додека 13 или 10,32% навеле дека се повремено одјавени бидејќи не ја исполниле обврската за навремено пријавување, а двајца испитаници или 1,59% се изјасниле друго.



**Графикон 10. Пријавување на испитаниците во Агенцијата за вработување на Република Македонија**



Во Графикон 11 се претставени резултатите на испитаниците кои ги дале во однос на можноста за вработување од страна на Агенцијата за вработување на Република Македонија. Најголем број испитаници 93 или 73,81% се изјасниле негативно, додека 19 или 15,08% се изјасниле позитивно. 14 или 11,11% се изјасниле дека не се информирани дека преку Агенцијата за вработување може да се понуди работно место.



**Графикон 11. Поддршката за вработување на испитаниците од страна на Агенцијата за вработување на Република Македонија**

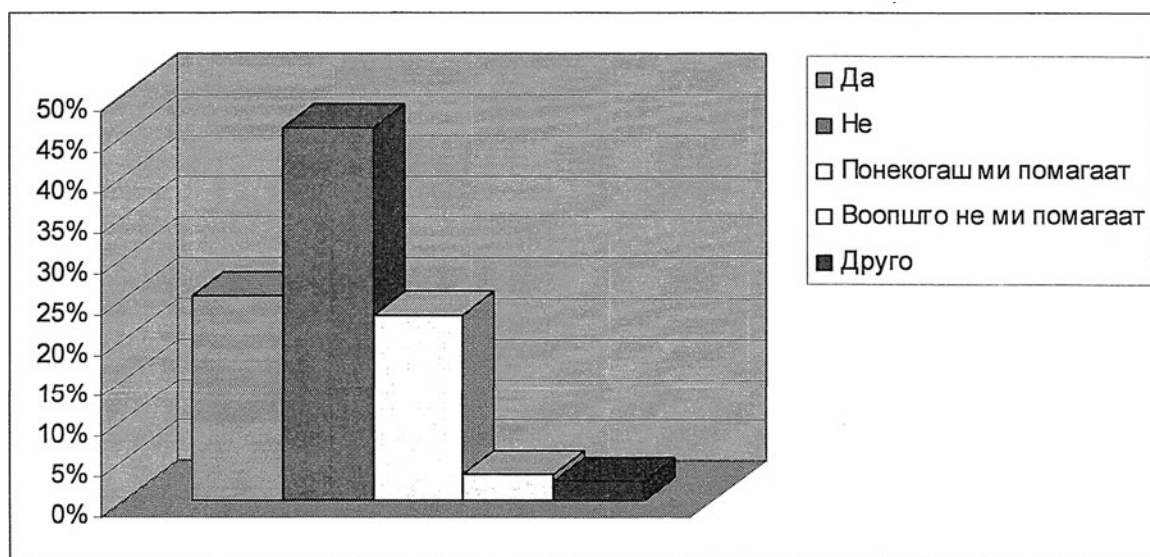
Во Табела 4 се претставени одговорите на испитаниците кои ги дале во однос на познавањето на постојната правна рамка во Република Македонија, а кои се однесуваат на можноста за вработување на лицата со психички растројства. Најголем број испитаници, вкупно 51 или 40,48% се изјасниле негативно, додека 28 испитаници или 22,22% се изјасниле позитивно. Дури 47 испитаниците или 37,30% изразиле несигурност.

**Табела 4. Познавање на правна рамка за вработување од страна на испитаниците**

Категорија	Број на случаи	Процент
Да	28	22,22%
Не	51	40,48%
Не сум сигурен	47	37,30%
<i>Вкупно</i>	126	100%

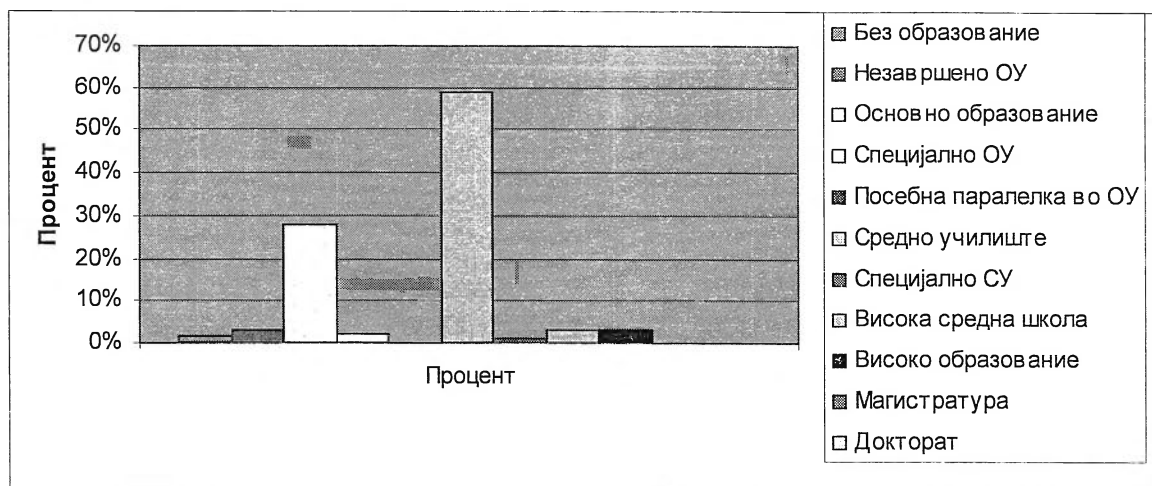
**Врз основа на добиените резултати може да се заклучи дека втората помошна хипотеза е потврдена, односно недостаток на познавањето на правна рамка за вработување на лицата со психички растројства влијаат негативно на нивната вклученост на пазарот на трудот.**

Во Графикон 12 се претставени одговорите на испитаниците кои ги дале на прашањето во однос на поддршката и помошта кои им ја даваат најблиските (родители, роднини, пријатели) од семејството и заедницата во однос на можноста за нивно вработување. Најголем број испитаници, вкупно 58 или 46,03% се изјасниле негативно, додека 29 испитаници или 23,02% навеле дека понекогаш ги помагаат да најдат одредено вработување. Четворица испитаниците или 3,17% се изјасниле дека воопшто не ги помагаат. Тројца испитаници навеле дополнителна категорија изјаснувајќи се дека нивните најблиски ги принудуваат да најдат работа. За дадените податоци е пресметана аритметичка средина  $M=2,11$  и  $SD=0,91$  што укажуваат дека лицата со психички растројства немаат поддршка од семејството во процесот на барање на работа.



**Графикон 12. Поддршката што ја добиваат испитаниците од страна на семејството и заедницата**

Во Графикон 13 се претставени резултатите кои се однесуваат на образовното ниво на испитаниците. Најголем број од испитаниците се со завршено средно образование 74 или 58,73%, потоа се со основно училиште 35 или 27,78%, со незавршено основно образование.



Графикон 13. Образовна структура на испитаниците

Врз основа на добиените резултати може да се заклучи дека третата помошна хипотеза е потврдена, односно нискиот степен на образование на лицата со психички растројства влијае негативно на нивната вклученост на пазарот на труд.

Во Табела 5 се претставени одговорите кои испитаниците ги дале на прашањето во односот на тоа дали се почувствувале дискриминирани од страна на работодавецот при конкурирање за одредено работно место.

Најголем број од испитаниците се изјасниле позитивно 77 или 61,11%, негативно се изјасниле вкупно 48 испитаници или 38,09%, додека еден испитаник навел дека досега немал конкурирано за работа.

Табела 5. Дискриминираност на испитаниците од страна на работодавците при конкурирање за одредено работно место

<i>Дали лично сте се почувствувале одредена дискриминација од страна на работодавецот?</i>				
		не	да	сума
<i>Дали редовно се пријавувате во Агенцијата за вработување</i>	да	42	36	68
	не	35	13	48
	сума	77	49	126

$\phi=0.01$	Df=124	p>0.05
$\chi^2=3.78$	Df=1	p>0.05

Во однос на видот на дискриминираноста, која испитаниците ја почувствувале при конкурирање за работно место на пазарот на трудот, одговорите на испитаниците се претставени во Табела 6. Најголем број од испитаниците ја посочиле нивната здравствена состојба 47,76%, полот и социјалното потекло 8,96%. Како дополнителни одговори од предложените ги дале, не сум сигурен и немањето на работно искуство.

**Табела 6. Причини за дискриминираност на испитаниците од страна на работодавците при конкурирање за одредено работно место**

Категорија	Број на случаи	Процент
Полот	6	8,96%
Возраста	4	5,97%
Социјалното потекло	6	8,96%
Здравствената состојба	32	47,76%
Религиската определба	1	1,49%
Политичкото убедување	2	2,98%
Социјално-економскиот статусот на семејството	3	4,48%
Имотната состојба	3	4,48%
Сексуалната ориентација	0	0%
Друго	10	14,82%
<i>Вкупно</i>	<i>67</i>	<i>100%</i>

Во Табела 7 се претставени одговорите на испитаниците во однос кои биле причините за прекин за работниот однос. Од понудените одговори, испитаниците како најчеста причина за прекин на работниот однос ги посочиле: работен однос на определено време 29,79%, влошена здравствена состојба 22,34% и стечајна постапка на работната организација 17,02%. Двајца од испитаниците покрај понудените одговори како причина ги навеле самовработувањето и возраста.

Табела 7. Причини за прекин на работен однос на испитаниците

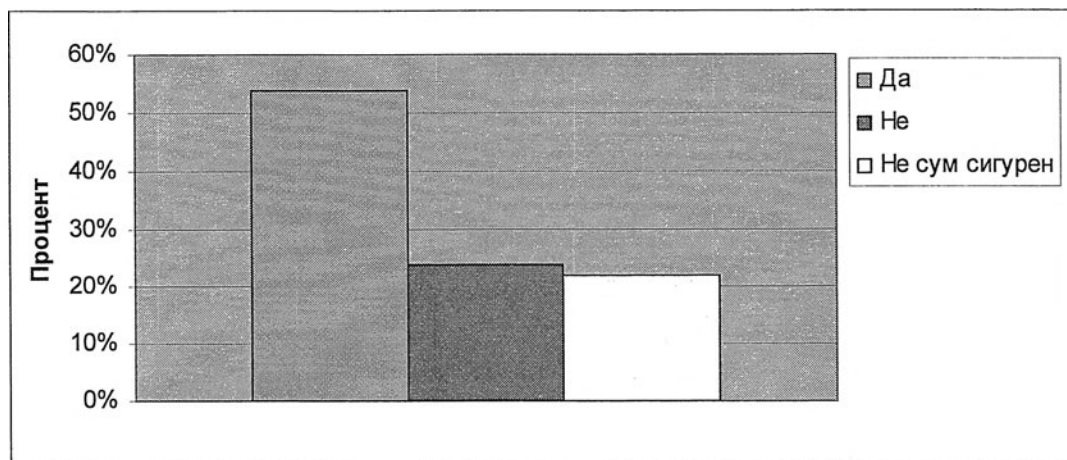
Категорија	Број на случаи	Процент
Работниот однос на определено време	28	29,79%
Стечајна постапка на работната организација	16	17,02%
Влошената здравствена состојба	21	22,34%
Стигматизацијата од страна на вработените и работодавците, а кои се однесуваат на моите здравствени проблеми на психички план	3	3,19%
Неплаќањето на придонеси за здравствено осигурување од страна на работодавецот	1	1,06%
Неплаќањето на придонеси за пензиско-инвалидско осигурување од страна на работодавецот	1	1,06%
Зголемен обем на работни задачи кои соодветствуваат на мојата моментална здравствена состојба	2	2,13%
Нискиот личен доход	7	7,45%
Честите конфликти со претпоставените (директор, раководител)	1	1,06%
Недоразбирањето од страна на претпоставените за мојата здравствена состојба на ментален план	3	3,19%
Лошата работна атмосфера (нарушени меѓучовечки односи помеѓу вработените)	2	2,13%
Лошите услови за работа	2	2,13%
Неисполнување на обврските на работодавецот (работа прекувремено, работа за државни празници, нередовно плаќање)	3	3,19%
Честите отсуства на работното место поради честите хоспитализации	2	2,13%
Друго	2	2,13%
<i>Вкупно</i>	94	100%

Во Табела 8 се претставени одговорите кои испитаниците ги дале на прашањето: Дали сметате дека работодавците се доволно информирани за лицата кои имаат психички растројства? Најголем број од испитаниците се изјасниле негативно 45 или 35,71%, несигурни во проценката се 36 или 28,57%, позитивно се изјасниле 31 или 24,60%. Најмал број од испитаници се одлучиле за опцијата дека воопшто не се информирани 14 или 11,11%.

Табела 8. Информираноста на работодавците за испитаниците

Категорија	Број на случаи	Процент
Да	31	24,60%
Не	45	35,71%
Воопшто не се информирани	14	11,11%
Не сум сигурен	36	28,57%
<i>Вкупно</i>	126	100%

Во Графикон 14 се претставени одговорите кои ги дале испитаниците на прашањето во однос на застапеноста на слободни работни места на пазарот на трудот. Повеќе од половината корисници или 53,97% сметаат дека проблемите кои ги имаа со психичкото здравје се причина поради која не можат да најдат работа на пазарот на трудот. Негативно се изјасниле 23,81% додека 22,22% не се сигурни.

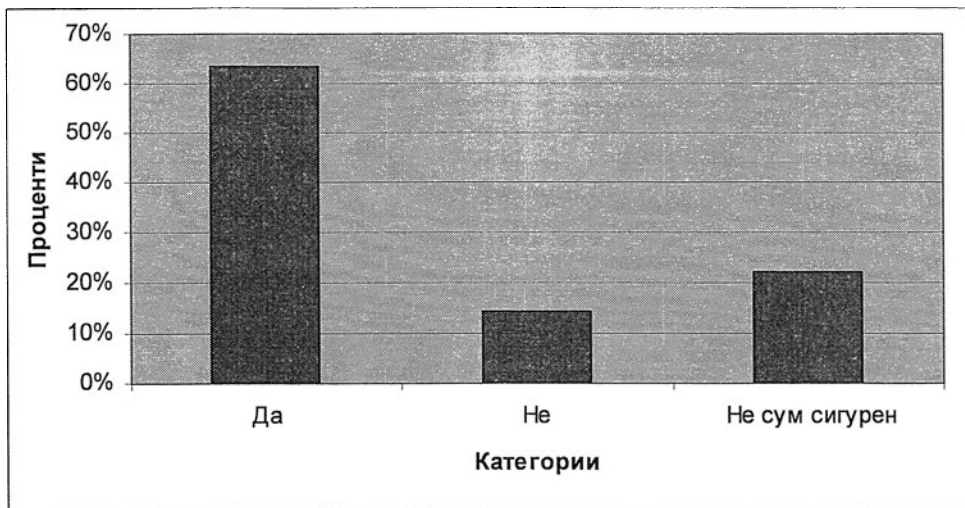


**Графикон 14. Видот на психичко растројство и вклученоста на испитаниците на пазарот на трудот**

*Врз основа на добиените резултати може да се заклучи дека четвртата помошна хипотеза е потврдена, односно дискриминацијата на лицата со психички растројства влијае на недоволната вклученост на лицата со психички растројства на пазарот на трудот.*

Вклучувањата на лицата со психички растројства во заедницата треба да претставува приоритет на секоја земја без разлика на нејзиниот економски и социјален развој. Една од мерките за вклучување на овие лица е преку користење на активни мерки и програми за нивно вработување, со што ќе се постигне намалување на стапката на невработеност, намалување на сиромаштијата, социјалната исклученост, стигматизацијата, подобрување на квалитетот на односите на овие лица со пошироката заедница и зголемување на квалитетот на животот.

Во Графикон 15, претставени се одговорите на прашањето: Дали Вашето вработување ќе ви овозможи подобро да се вклучите во заедницата? Најголем процент од испитаниците 63,49% се изјасниле позитивно, 22,22% се несигурни, додека 14,28% се изјасниле негативно.



Графикон 15. Вклученост на испитаниците во заедницата

На прашањето дали и колку евентуалното нивно вработување ќе им овозможи подобро да се вклучат во заедницата, на испитаниците им е дадена можност да понудат повеќе одговори, а кои се дадени во табела 6. Како најголеми придобивки испитаниците ги избрале: подобрување на нивната материјалната состојба 20,55%, подобрување на квалитетот на односите со најблиските 15,34%, подобрување на здравствената состојба 13,80%, зголемување на чувството за продуктивен член на општеството 10,12% (Табела 9).

Табела 9. Придобивки од вклученоста на испитаниците на пазарот на трудот во заедницата

Категорија	Број на случаи	Процент
Ќе се подобри квалитетот на односите со моите најблиски (сопруг/га родители, пријатели и сл.)	50	15,34%
Ќе се подобри мојата здравствена состојба на ментален план	45	13,80%
Ќе се намали стигматизацијата (одбележувањето) од страна на средината кон мене	24	7,36%
Ќе се измени односот на средината каде што живеам кон мене	11	3,37%
Ќе бидам поприфатен од останатите корисници на здравствени услуги каде што се лекувам	12	3,68%
Ќе се подобри мојата материјална состојба на финансиски план	67	20,55%
Ќе ја зголеми мојата самодоверба во контактите со останатите во средината	30	9,20%
Ќе се почувствувам продуктивен за општеството	33	10,12%
Ќе го користам моето слободно време попродуктивно	30	9,20%
Ќе ми се овозможи често да ги следам културните манифестации во градот	9	2,76%
Ќе можам активно да се занимавам со спорт	9	2,76%
Друго	6	1,84%
<i>Вкупно</i>	326	100%

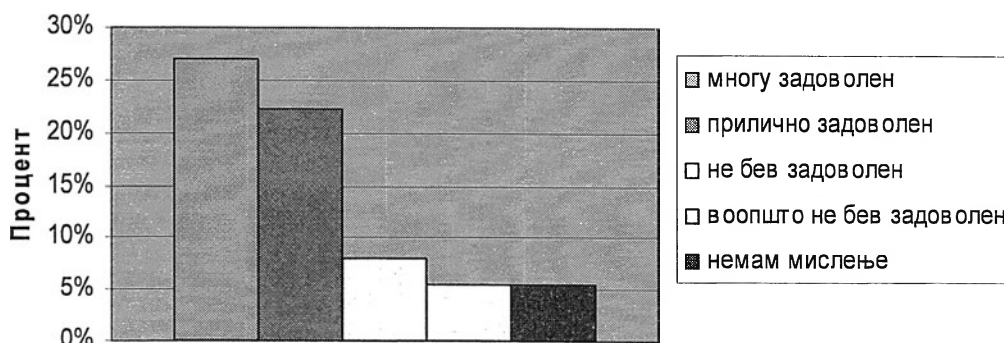
Во табела 7 претставени се одговорите на прашањето колку евентуалното работно ангажирање на лицата со психички растројства ќе ја зголеми јавната свест кај граѓаните. Најголем процент од испитаниците не се сигурни во ова тврдење 42,86%, позитивно се изјасниле 38,89% а негативно 14,28%. Под категоријата друго, испитаниците навеле и јас можам да бидам пример за добар работник и ние сме дел од општеството.

63,49% се изјасниле позитивно, вкупно 22,22% од испитаниците се несигурни додека 14,28% од испитаниците се изјасниле негативно.

**Табела 10. Вработеноста на испитаниците и зголемување на јавната свест**

Категорија	Број на случаи	Процент
Да	49	38,89%
Не	18	14,28%
Не сум сигурен	54	42,86%
Друго	5	3,97%
<i>Вкупно</i>	126	100%

Во Графикон 16, најголем процент од испитаниците се изјасниле дека биле многу задоволни, вкупно 34 испитаници или 26,98% додека најмалку изразиле неутрален став или пак навеле дека воопшто не биле задоволни, вкупно 7 испитаници (5,56%). Со самиот податок дека испитаниците кои биле вклучени на пазарот на трудот покажале задоволство од нивната работна ангажираност, позитивни чувства во однос на извршување на нивните работни задачи и обврски покажуваат дека тие се чувствувале продуктивни, корисни и исполнети, што позитивно се ефектуира на нивниот процес на рехабилитација и реинтеграција во заедницата.



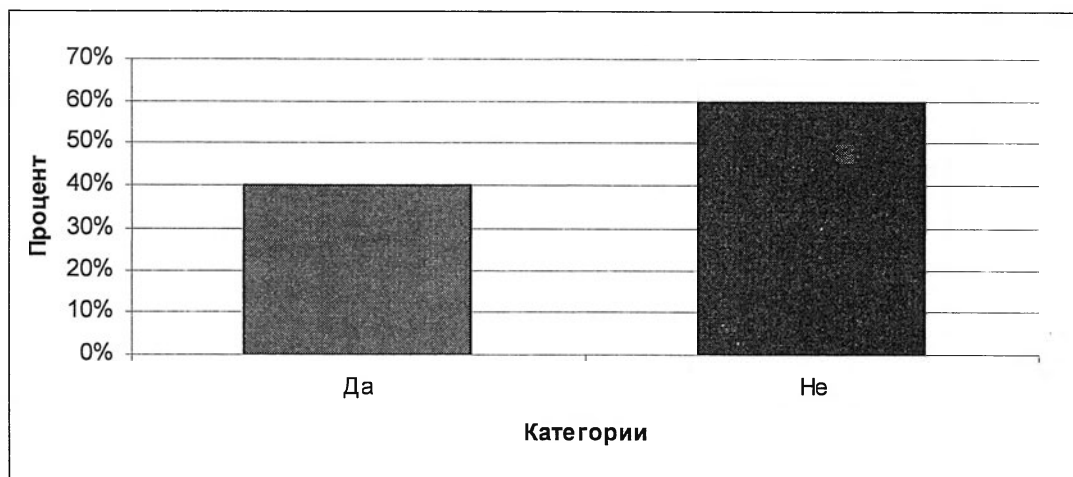
**Графикон 16. Задоволство од работната ангажираност на испитаниците**



*Помошна хипотеза 5: Недоволното познавање на природата на психичките болести и несоодветното почитување на законска регулатива од страна на работодавците влијаат на недоволната вклученост на лицата со психички растројства во заштитните друштва*

Во Графикон 17 се претставени резултатите од прашањето: Дали во вашата организација сте имале ангажирано лица со психички растројства? Најголем процент од раководните лица се изјасниле дека немале ангажирано лица со психичко растројство. Раководните лица кои се изјасниле дека во нивните организации имало такви ангажмани дале дополнителен податок тоа се однесувало на 7 лица.

Преку заштитните друштва, а во согласност со Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ бр. 44/2000”), лицата со психози беа категоризирани како лица со инвалидност, со што им се овозможи и нивно вклучување на пазарот на трудот. Најчесто овие лица беа присутни во графичката дејност, но преку заштитната организација "Работа за вас", дел од корисниците од центрите за ментално здравје од градот Скопје беа вклучени во сервисот за чистење на простории, фризерскиот салон и друго.



**Графикон 17. Работна ангажираност на испитаниците од страна на работодавците**

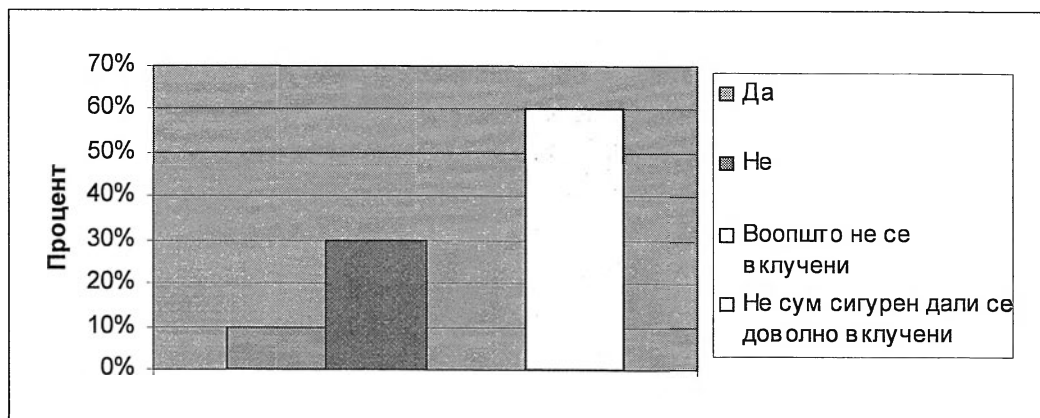
Во Табела 11 се претставени резултатите кои се однесуваат на прашање за степенот на задоволството на работодавците околу нивното задоволство од

исполнувањето на работните обврски на ангажираните лица. Од одговорите може да се види дека ниту еден од понудените одговори не надвлдува.

**Табела 11. Степен на задоволство од исполнувањето на работните обврски на испитаниците од страна на работодавците**

Категории	Број на случаи	Процент
Да, задоволни сме	1	25,00%
Не, не сме задоволни	1	25,00%
Воопшто не сме задоволни	0	
Не сум сигурен	1	25,00%
Друго	1	25,00%
<i>Вкупно</i>	4	100%

Во Графикон 18 се претставени резултатите кои се добиени на прашањето: Дали сметате дека лицата со психички растројства се доволно вклучени на пазарот на трудот во Република Македонија? Најголем процент од работодавците одговориле дека не се сигурни дека се доволно вклучени 60,00%, негативно одговориле 30,00%, а 10,00% одговориле потврдно.



**Графикон 18. Вклученост на испитаниците на пазарот на трудот од страна на работодавците**

Во Табела 12 се наведени одговорите кои ги дале работодавците, а кои се однесуваат на причините за недоволната вклученост на испитаниците на пазарот на трудот. Вкупно 40,00% од работодавците ја навеле моменталната здравствена состојба на ментален план како причина која доведува до социјална исклученост на пазарот на трудот, а подеднаков процент (20,00%) ги навеле: ниското ниво на јавна

свест кон проблемите и потребите на лицата со психички растројства, немањето доволно работно искуство и немањето на работни навики.

**Табела 12. Причини за недоволна вклученост на испитаниците на пазарот на трудот од страна на работодавците**

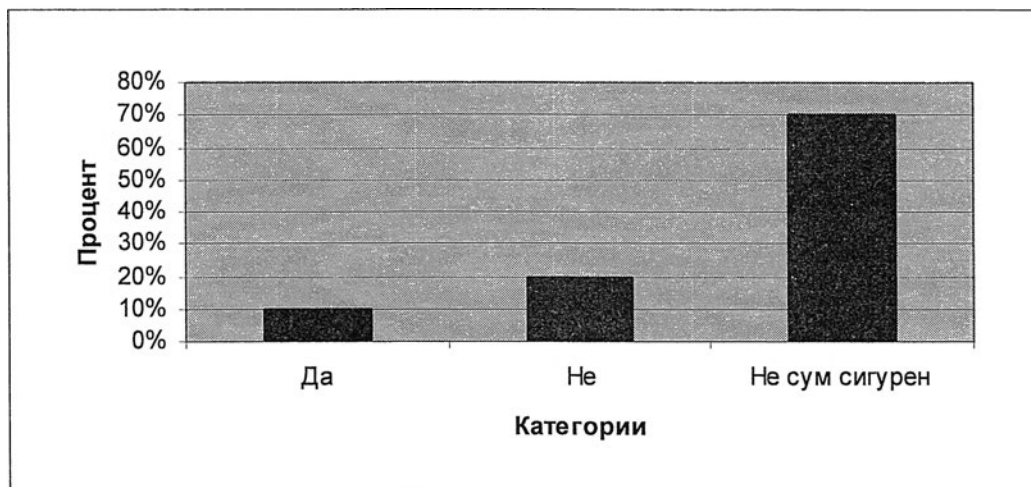
Категории	Број на случаи	Процент
нивната моменталната здравствена состојба на психички план	2	40,00%
постојната законска регулатива за вработување на инвалидни лица	0	0,00%
недостиг на слободни работни места на пазарот на работна сила	0	0,00%
недоволната информираност од страна на работодавачите за лицата со психички растројства	0	0,00%
ниското ниво на јавна свест кон проблемите и потребите на лицата со психички растројства	1	20,00%
несоодветното образование	0	0,00%
немањето доволно работно искуство	1	20,00%
непознавањето на странски јазик	0	0,00%
непознавањето на компјутерски програми	0	0,00%
немањето на работни навики	1	20,00%
немањето на самоверба	0	0,00%
непостоењето на лоби група која би излобирала за правата на лицата со психички растројства	0	0,00%
<i>Вкупно</i>	5	100%

Во табела 10, на прашањето околу степенот на информираноста на работодавачите за вклученоста на лицата со психози во Закон за вработување на инвалидни лица (2000), подеднаков процент (40,00%) дале потврден, односно одречен одговор на прашањето. Несигурни се 20,00% од работодавачите.

**Табела 13. Степенот на информираност на работодавачите за правната рамка за вработување**

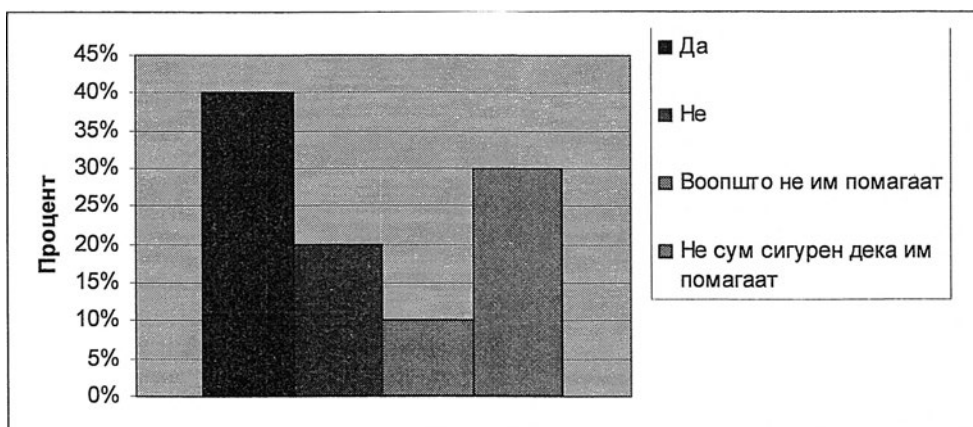
Категории	Број на случаи	Процент
Да	4	40,00%
Не	4	40,00%
Воопшто не сме биле информирани	0	0,00%
Не сум сигурен/а	2	20,00%
<i>Вкупно</i>	10	100%

На прашањето: Дали сметате дека постојните законски прописи го стимулираат вработувањето на лицата со психички растројства, дадени во графикон 18, најголем број на работодавци изразиле несигурност 70,00%, одговориле одречно или 20,00%, додека 10,00% одговориле потврдно (Графикон 19).



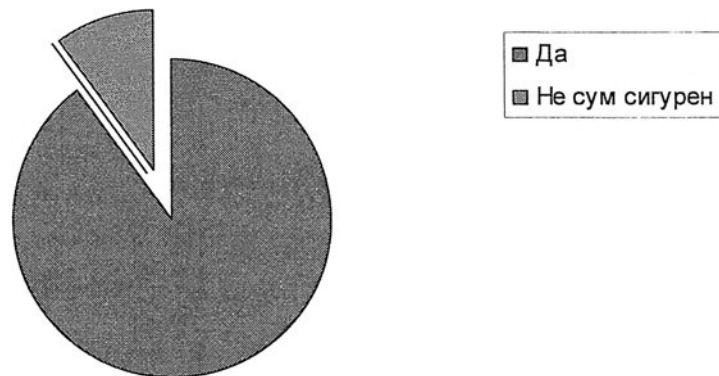
Графикон 19. Правната рамка за вклучување на испитаниците на пазарот на трудот

Во Графикон 20 се претставени одговорите на прашањето: Дали сметате дека Агенцијата за вработување на Република Македонија им помага на лицата со психоза со цел да се зголеми нивната информираност за да се вклучат на пазарот на трудот? Најголем процент одговориле потврдно 40,00%, несигурност изразиле 30,00%, одречно одговориле 20,00% додека 10,00% сметаат дека воопшто не им помага.



Графикон 20. Агенција за вработување на Р. Македонија за вклучување на испитаниците на пазарот на трудот

Во Графикон 21 се претставени одговорите кои ги дале работодавците на прашањето: Дали сметате дека нешто треба да се преземе за подобро прифаќање на лицата со психички растројства на пазарот на трудот во Република Македонија?. Најголем процент или 90,00% сметаат дека нешто треба да се преземе, додека 10,00% изразиле несигурност.



**Графикон 21. Поддршка на работодавците за испитаниците за нивно вклучување на пазарот на трудот**

Најголем дел од работодавачите (90,00%) сметаат дека може да се подобри состојбата на лицата на пазарот на трудот доколку им се заштитат и унапредат нивните права од работните односи, на лицата со низок степен на образование им се обезбеди одредена квалификација и преквалификација за некои дефицитарни занимања, неформална едукација, зајакнување на нивните професионални вештини и способности и поголема нивна информираност за барањето на слободни работни места на пазарот на трудот.

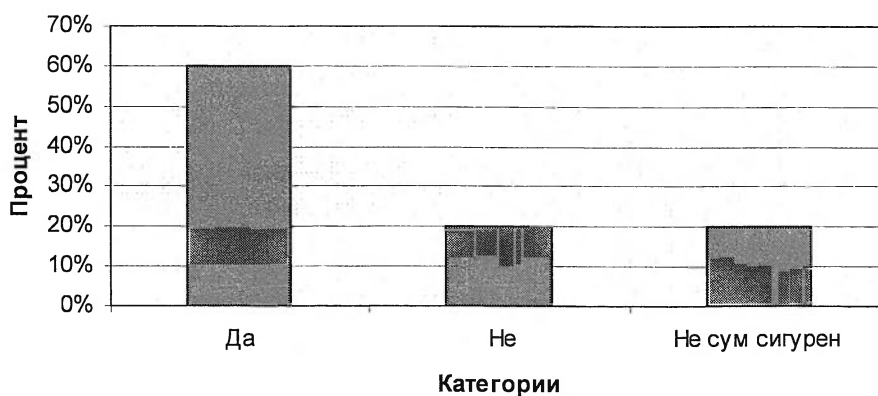
Во Табела 14 се претставени одговорите кои се поврзани со активности кои треба да се преземат за да се поправи ваквата состојба. Најголем процент од работодавците 33,33% сметаат дека треба да се промени односот на пошироката заедница кон лица со психички растројства во однос на нивно прифаќање во заедницата, намалување на стигматизацијата и дискриминацијата, спроведување на антистигма програми, поголема поддршка од страна на семејствата и заедницата. Подеднаков процент од 20,00% сметаат дека лицата со психози треба да се вклучат во Закон за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ бр. 44/2000”). Подеднаков е процентот од 13,33% кои сметаат дека треба да се смени постојниот Закон за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ бр. 44/2000”), и да

има позитивни пораки и пренесување на успешни практики од страна на медиумите за лицата со психички растројства кои биле вклучени на пазарот на трудот.

**Табела 14. Активности кои треба да се преземат за поголема вклученост на испитаниците на пазарот на трудот**

Категории	Број на случаи	Процент
да се смени постојниот Закон за вработување на инвалидни лица	2	13,33%
да се вклучат лицата со психози во Закон за вработување на инвалидни лица	3	20,00%
поголема едукација на работодавачите кои вработуваат инвалидизирани лица за можностите за работно ангажирање на лицата со психички растројства на пазарот на работна сила	3	20,00%
да се има позитивни пораки преку медиумите за лицата со психички растројства кои биле вклучени на пазарот на трудот	2	13,33%
да се промени односот на пошироката заедница кон лица со психички растројства во однос на нивно прифаќање во заедницата	5	33,33%
да се подобри информирањето за слободните места на пазарот на работна сила	0	0,00%
да се зголеми бројот на заштитни трговски друштва во државата	0	0,00%
поголема поддршка од страна на државата за вработување на лицата со инвалидност на пазарот на трудот во државата	0	0,00%
во образовните програми во основното и средното образование да се посвети поголемо внимание за лицата со психички растројства	0	0,00%
да се отворат социјални клубови во секоја општина	0	0,00%
<i>Вкупно</i>	15	100%

Во Графикон 22 се дадени одговорите на прашањето: Сметате ли дека со вработување на лицата со психички растројства ќе им се овозможи нивна поголема интегрираност во општеството? Најголем процент од работодавците 60,00% одговориле потврдно.



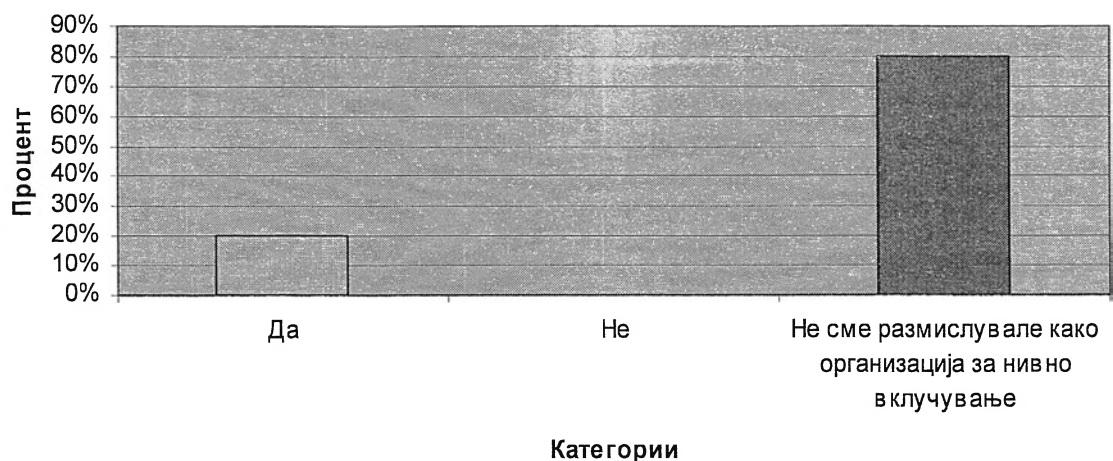
**Графикон 22. Интегрираност на испитаниците во заедницата со нивно вклучување на пазарот на трудот**

**Табела 15. Области на интегрираност на испитаниците со нивно вклучување на пазарот на трудот**

Категории	Број на случаи	Процент
ќе ги подобрат квалитетот на односите со најблиските (сопруг/га, деца, родители, роднини и пријатели и сл.)	2	15,38%
подобро ќе бидат прифатени во средината каде што живеат (сопруг/га, деца, брат, родители)	1	7,69%
ќе им се подобро нивната материјална состојба	5	38,46%
ќе им се зголеми самодовербата	1	7,69%
ќе се почувствуваат независни	0	0,00%
ќе се зголеми јавната свест кај граѓаните за проблемите на лицата со ментални нарушувања	3	23,08%
ќе можат активно да се занимаваат со спорт	0	0,00%
ќе им се овозможи да ги следат културните манифестации во градот	0	0,00%
ќе им бидат достапни здравствените услуги	1	7,69%
ќе бидат поприматени од останатите корисници во здравствената установа каде што се лекуваат	0	0,00%
<i>Вкупно</i>	13	100%

Во Табела 15 се дадени одговорите кои се поврзани со подрачјата за кои работодавците сметаа дека интегрираноста на лицата со психички растројства ќе се подобрат. Од понудените одговори работодавците ги избрале следните категории: ќе им се подобри нивната материјална состојба 38,46%, ќе се зголеми јавната свест кај граѓаните за проблемите на лицата со ментални нарушувања 23,08%, ќе ги подобрат квалитетот на односите со најблиските (сопруг/га, деца, родители, роднини и пријатели и сл.) 15,38%, ќе им се зголеми самодовербата 7,69% и ќе им бидат достапни здравствените услуги 7,69%.

На Графикон 23 се претставени одговорите на работодавците на прашањето, дали би вработиле лица со психози во вашата организација доколку истите бидат повторно вметнати во Законот за вработување на инвалидизирани лица, дадени се во табела 36. Најголем процент од работодавците 80,00% ја одбрале категоријата не сме размислувале како организација за нивно вклучување бидејќи подолг временски период немале можност од вклучување на овие лица во нивните заштитни друштва, поради постојната правна регулатива во државата преку Законот за вработување на инвалидни лица, додека 20,00% одговориле потврдно.



**Графикон 23. Промени на Законот за вработување на инвалидизирани лица и вклученост на испитаниците од страна на работодавците**

Со потврдување на петте помошни хипотези поставени во ова истражување може да се заклучи дека главната хипотеза е потврдена, односно недостатокот на правна рамка за вработување на лицата со психички растројства во Република Македонија влијае негативно на нивната вклученост на пазарот на трудот и нивниот квалитет на живеење.

Правната рамка за вработување на лицата со инвалидност во Република Македонија постојано се унапредува, во согласност со стратешките определби на меѓународната правна рамка за вклучување на лицата со инвалидност на пазарот на трудот. Владата на Република Македонија, преку “меката легислатива” се обидува да ги усогласи насоките и приоритети за вклучување на овие лица на пазарот трудот, да ја намали стапката на сиромаштија и социјална исклученост во државата преку донесување на активни мерки и програми за вработување на лицата со инвалидност, а кои се содржани во Оперативната програма за активни мерки и програми за вработување 2012/2013 година.

Потребно е да се донесе Закон за социјално претприемништво каде би се овозможило формирање на социјални претпријатија кои би помогнале во надминување на проблемот на вработување на работниците кои тешко наоѓаат работа на пазарот на трудот, маргинализирани поединци и групи корисни за социјалното создавање, а во кои спаѓаат и лицата со психички растројства.



## **ДИСКУСИЈА**

Целта на овој докторски труд е да се направи научна анализа за структурата на системот за заштита на менталното здравје во заедницата и односите меѓу нив, да се дадат практични препораки до релевантните институции коишто се однесуваат на регулирање на правата кон лицата со психички растројства за нивно вклучување на пазарот трудот. Исто така, се воочуваат негативните импликации од нивната недоволна вклученост на пазарот на трудот, предрасудите кои постојат кон овие лица и воопшто на нивната перцепција и социјална исклученост како членови на ова општество. Освен анализата на постојната правна рамка која се однесува на правата лицата со психички растројства за потребите на овој труд, беа изготвени прашалници кои им беа зададени на лица со психички растројства и на раководители на трговски заштитни друштва кои имаа вработено во своите претпријатија лица со психички растројства.

Врз основа на основните демографски податоци за лицата со психички растројства кои се корисници на услугите во Центрите за ментално здравје во Република Македонија, а се евидентирани како невработени лица во Агенцијата за вработување на Република Македонија, се добиени следните податоци: Според етничката припадност, најголем број од испитаниците се Македонци (79,36%). Најголемиот број од испитаници се од машки пол (61,11%), на возраст од 40 до 49 години (40,48%), а во однос на демографската дистрибуцијата на испитаниците, најголем број од корисниците живеат во урбана средина (71,42%).

Со процесот на деинституционализација и децентрализација на системот на ментално здравје, во Република Македонија, на трите психијатриски болници во државата, започна и процесот на реформи преку намалување на бројот на корисници во нив, отворање на седум центри за ментално здравје во заедницата, кои се регионално распоредени, а преку кои се постигна достапност на услугите за корисниците за вонболничките третмани во заедницата, подобрување на квалитетот на услугите на психијатриските установи, елиминирањето на дискриминаторното и стигматизирачко однесување кон корисниците на психијатриските установи, заштита на човековите права, рехабилитацијата и реинтегрирањето на корисниците во општеството.

Негативните состојби во здравствената заштита, особено во здравствениот сектор во државата, негативно се рефлектира во спроведувањето на правната рамка во системот на ментално здравје. Реформските процеси во системот на ментално здравје во државата запреа, така што интенцијата за отворање на нови центри за

ментално здравје во заедницата во другите поголеми градови запре и покрај тоа што се планирани во Националната програма за здравствена заштита на душевно болни лица (2012). Ваквата ситуација влијаеше негативно на повеќе аспекти од животот на лицата со психички растројства, а со тоа и на целокупниот процес на нивната интеграција во општеството.

Невработеноста е и основна причина за лошата материјална состојба на лицата со психички растројства. На прашањето како ја оценуваат својата материјална состојба, најголем број од корисниците, вкупно 59 корисници (46,82%) ја оцениле својата материјална состојба како потпросечна. Како просечна и многу лоша ја оцениле 29 корисници (23,02%), односно 32 (25,40%) од корисниците. Само 6 корисници или 4,76% од корисниците сметаат дека нивната материјална состојба е натпросечна, со што се потврдува поединечната хипотеза која гласи: **Недоволната работна ангажираност на лицата со психички растројства влијае негативно на нивната материјална состојба.**

Нашите сознанија се во склад со сознанијата од повеќе други истражувања. Според Извештајот "Од исклученост до вклучување", на Европската организација за ментално здравје (2008) година, според кој лицата со психички растројства имаат највисока стапка на невработеност во земјите од Европската унија. Психичкото растројство може да влијае на сите фази на вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот: пониски стапки на учество на пазарот на трудот, повисоки стапки на невработеност и ниска заработувачка во однос на стекнатите квалификации. Сите овие негативни индикатори влијаат на нивната материјална депривација и социјална исклученост.

Националното истражување на менталното здравје и благосостојба (1997), во Австралија, спроведено на возрасни лица со психички нарушувања, а кои се однесуваат на преваленцијата и степенот на инвалидноста, поврзани со сериозните психички нарушувања, покажа дека секое психичко растројство ја намалува шансата за учество на пазарот на трудот и имаат силен ефект на лицето кое страда од психичко заболување врз неговата можност за вработување и на нивото на професионални способности во однос на извршување на работните обврски.

Ваквиот негативен тренд на невработеност ја следи и Република Македонија, која е една земјите во регионот каде што стапката на евидентирани невработени лица покажува загрижувачки размери и претставува најголем социјален проблем во државата.

Високата стапка на невработеност на лицата со психички растројства, кои се на дневно-болнички третман во центрите за ментално здравје се резултат на влијанието на повеќе фактори: нискиот степен на завршено образование, исклученоста од пазарот на трудот, социјална исклученост, незаинтересираноста на работодавачите од приватниот и јавниот сектор за нивни вклучување на пазарот на трудот, недостигот на поттикнувачка правна рамка за нивно вклучување на пазарот на трудот, стигматизацијата и дискриминацијата кон овие лица.

Во споредба со другите категории на социјално ранливи лица, лицата со психички растројства кои се во добра фаза на ремисија, кога нивната здравствена состојба е подобрена, зависат од редовното вработување кое им е помалку достапно и поради тоа тие повеќе зависат од јавните извори на средства како што се паричната помош од системот на социјална заштита која ја остваруваат преку Центрите за социјална работа или бенефиции по однос на невработеност.

Од спроведеното истражување за квалитетот на животот на лицата со психички растројства, кои се хоспитализирани во психијатриските болници и корисниците од петте центрите за ментално здравје во Република Македонија, утврдено е дека испитаниците од болниците се значајно позадоволни од својата финансиска состојба од корисниците на услугите во центрите (Трајков, 2009).

Освен предвидените трошоци во задоволувањето на основните животни потреби на корисниците од центрите за ментално здравје, дополнителен товар кој ја усложнува финансиската состојба на корисниците е плаќањето на партиципацијата за дневно-болничкиот третман и користење на современа фармаколошка терапија и трошоците кои се поврзани за транспортот.

Отсуствува помошта и поддршката од страна на заедницата, на хуманитарните организации, бизнис-секторот во државата, кои преку свои програми би им помогнале на овие лица во подобрување на нивната материјална состојба.

Покрај овие форми на работна ангажираност на корисниците, треба да се истакне активноста и лобирањето на НВО "Добредојде" од Скопје пред релевантните институции во системот, за вклучување на одреден број корисници од центрите за ментално здравје од Скопје, во работата на социјалната фирма "Работа за вас" и за потребите за обезбедување на паркинг-просторот за потребите на Министерството за транспорт и врски. Ваквата форма на работна ангажираност на

корисниците позитивно влијаеше во нивната рехабилитација и реинтеграција во заедницата.

Отсуствува спроведување на квалитетна и ефикасна програма на професионална и психосоцијална рехабилитација преку организирање на едукации, обуки, работилници во психијатриските установи за да можат да се зајакнат вештините и способностите на корисниците со кои би можеле да одговорат на потребите на работодавците.

Психијатриските установи немаат годишни програми за професионална рехабилитација на корисниците кои би се однесувале на индивидуална и групна поддршка, советување, работилници за зајакнување на нивните стручни вештини и вработување. Затоа се поставува како императив социјалните работници, во соработка со работните терапевти и останатиот мултидисциплинарен тим да спроведуваат ваков вид на програми.

Сè повеќе се применува методот на управување на случај во психијатриските установи каде што социјалните работници треба да ги насочат корисниците во однос на користење на ресурси кои се достапни во заедницата, а кои ќе придонесат кон заздравување и интегрирање на корисникот во заедницата.

Од статистичките показатели се утврдува дека голем дел од корисниците (61,90%) се информирани во однос на нивната обврска за редовно евидентирање како невработени лица во Агенцијата за вработување на Република Македонија. Во однос на нивното информирање за обврските и одговорностите кои ги имаат за да се евидентираат како невработени лица им помагаат социјалните работници кои работат во центрите за ментално здравје, семејствата на корисниците и центрите за социјална работа доколку користат одредена парична помош од системот на социјална заштита по основ на материјално необезбедено лице.

Од спроведеното истражување, Агенцијата за вработување на Република Македонија има многу мала улога во однос на давање на помош и поддршка на испитаници (77,81%), во однос на информирањето за користењето на услугите од агенцијата и поддршка за вклучување на овие лица на пазарот на трудот. Министерството за образование, во соработка со Агенцијата за вработување на Република Македонија, треба да изготви програма за преквалификација и доквалификација на корисниците со ниско образование кои немаат одредени квалификации, со што би се влијаело во однос на усвојување на нови вештини и

способности за одредена дејност и нивна можност да одговорат на потребите на пазарот на трудот.

Поголемиот дел од корисниците како резултат на нискиот степен на образование, здравствената состојба, честите хоспитализации, лошата материјална состојба, сиромаштијата, недостатокот на помош и поддршката од страна на семејството и заедницата, високата стапка на невработеност, слабата мобилност на пазарот на трудот, несензитивноста на работодавците од приватниот и јавниот сектор за потребите на оваа ранлива група, стигматизацијата и дискриминацијата, се едни од најголемите причини за нивната слаба мотивираност и заинтересираност за следење на огласите за слободни работни места на пазарот на трудот.

Најголем процент од корисниците побарувачката на слободни работни места на пазарот на трудот ја следат преку печатените медиуми (31,82%). Тоа е поврзано со ниската цена и достапноста на дневните весниците за испитаниците и нивните семејства. Она што недостасува од страна на социјалните работници кои работат во центрите за ментално здравје е тие да ги информираат редовно и истите да ги мотивираат корисниците и членовите на нивните семејства за слободни работни места на пазарот на трудот.

Од истражувачките резултат може да согледаме дека 51 испитаник (40,48%) смета дека има недостаток на правна рамка за ангажирање на лицата со психички растројства на пазарот на трудот, 28 корисници (22,22%) сметаат дека недостатокот на правната рамка не влијае негативно за нивната вклученост на пазарот на трудот, а 47 корисници (37,30) не се сигурни, се потврдува главната поставена хипотеза во истражувањето: **Недостаток на правна рамка за работно ангажирање на лицата со психички растројства влијаат негативно на нивната вклученост на пазарот на трудот и нивниот квалитет на живот.**

Со Измените и дополнувањата на Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ бр. 44/2000“), вработено инвалидно лице со општетен вид, со општетен слух, телесно инвалидно лице, лице со пречки во психичкиот развој, лице со комбинирани пречки, и лице со психози, на кои заради видот и степенот на попреченоста му е утврдена специфична потреба при работење се ослободува од плаќање на персонален данок на доход. Со измените и дополнувањата на Законот за вработувања на инвалидни лица („Службен весник на РМ бр. 62/2005“), лицата со психози беа отстранети од истиот закон, така што дел од испитаниците од центрите за ментално здравје кои беа работно ангажирани во

заштитните друштва им прекина работниот однос, со што негативно се одрази на нивната материјална состојба, на процесот рехабилитација и реинтеграција во заедницата. Во наредниот период се јавува потребата да се обединат сите релевантни актери кои го креираат системот на здравствена заштита и социјалната политика во државата за да се направат измени на постојната правната рамка за вработување на овие лица, т.е. лицата со психози повторно да бидат инкорпорирани во постоечката правна рамка за вработување на инвалидни лица со кои би можеле истите да ги користат погодностите од страна на Владата на Република Македонија, а кои се однесуваат на активните програми и мерки за вработување, согласно Оперативниот план за активни програми и мерки за вработување 2012/2013 година.

Во високо развиените земји на Европска унија можеме да забележиме дека има направено голем прогрес во однос на вклучувањето на лицата кои потешко можат да се интегрираат на пазарот на трудот, меѓу кои спаѓаат и лицата инвалидност во социјални претпријатија. На пример, во Шведска 66% од приватните дневни центри за помош и нега на загрошена група е основана врз основа на кооперативите, додека во Финска бројни селски кооперативи даваат социјално здравствени услуги во локалната заедница.

Социјалните претпријатија во Англија ги поттикнуваат локалните претпријатија со остварениот профит да ги финансираат социјалните потреби во заедницата.

Социјално претприемништво, кое е дел од една поширока идеја за социјална економија, треба да се развива во Република Македонија, преку формирање на социјалните претпријатија и овозможување на граѓанските здруженија да вршат економски активности.

Во однос на нивното вклучување во јавниот и приватниот сектор сè послаби се можностите истите да се интегрираат на пазарот на трудот во државата. Во поголем број на држави од Европската Унија, се прават големи напори да се утврдат преку воведување на квотен систем на застапеност на лицата со инвалидност на пазарот на трудот.

Од досегашните искуства покажува дека семејствата во кои има дијагностицирано психичко растројство кај некој член изложени на потенцијална опасност од појава на дисфункционален начин на реагирање, почнувајќи од самото

сознание за менталната болест, па до нарушување во многу сфери на секојдневното функционирање (Соколовска- Рихтер и сор., 2006).

Од спроведеното анкетно истражување во центрите за ментално здравје, дури 58 корисници (46,03%) од вкупните анкетирани корисници сметаат дека немаат доволно поддршка од страна на семејството во однос на нивното вклучување на пазарот на трудот, со што се потврдува помошната хипотеза.

Овој податок е загрижувачки, особено ако се има предвид дека поддршката од страна на семејството и заедницата претставува многу значајна алка во однос на третманот, рехабилитацијата и реинтеграцијата на лицето со психичко растројство во заедницата, во однос на зголемување на мотивираноста, поттикнувањето и враќањето на самовербата на лицето кое страда од психичко растројство.

Затоа е многу значајна психоедукацијата за членовите на семејствата не само во препознавање на симптоматологијата на растројствата, туку и во нивната психосоцијалната поддршка, во остварувањето на нивните законски права која треба да им ја даваат на корисниците во психијатриските установи.

Здравствената состојба на лицата со психички растројства која најчесто добива хроничен карактер, честите и долгите хоспитализации, прераното прекинување на формалниот образовен процес, економската и социјална депривација на лицата и нивните семејства, социјалната исклученост, низок животен стандард и квалитет на живот, намалената поддршка од страна на семејството, заедницата, стигматизацијата се најчести причини што ја отежнуваат нивната можност за стекнување на повисоко образование и да се вклучат на пазарот на трудот.

Имајќи предвид дека поголем дел од психичките растројства се јавуваат во периодот на доцната адолесценција кога се оформува личноста, кога започнува да се размислува во однос на професионалната ориентација, засегнатоста од одреден вид психичко растројство со различен интензитет и времетраење резултира со различни негативни последици на функционирањето на личноста.

Од добиените податоци од истражувањето 74 корисници (58,73%) се со средно образование, со основно образование 35 корисници (27,78%), што се потврдува помошната хипотеза: **Нискиот степен на образование на лицата со психички растројства влијае негативно на нивната вклученост на пазарот на трудот.**



Според студијата за социјална вклученост на лицата со психички растројства (2005) од страна на Европската асоцијација за ментално здравје, се наведуваат повеќе причини за нискиот степен на образование на лицата со психијатриски растројства кои ги користат услугите во психијатриските установи.

Во истражувањето "Мапирање на засегнатите страни" (2012), реализирано во рамките на проектот "Поттикнување на социјалната инклузија и вештини на лицата кои работат на полето на социјална инклузија на пазарот на трудот во Република Македонија", утврдено е дека лицата со инвалидност во просек имаат значително пониско ниво на образование во споредба со другите корисници на услугите. Најголемиот број од овие лица имаат завршено основно, а некои и средно образование.

Затоа е потребно на овие лица кои покажуваат солидни резултати во процесот на нивниот третман и рехабилитација да им се овозможат одредени програми за доквалификација и преквалификација, со цел да одговорат на потребите на пазарот на трудот.

За оние лица кои покажуваат одредени афинитети, мотивираност и заинтересираност за изучување на одредени вештини (компјутерски вештини, изучување на странски јазик) потребно е преку неформално образование истите да бидат покриени и да им се овозможи полесен пристап за нивно користење.

Во дефинирањето на поимот на дискриминација во меѓународните документи мора да се спомене дека принципот на недискриминација ги забранува како директната така и индиректната дискриминација. Од таму, секоја дискриминација која има "цел (директна дискриминација) или резултат (индиректна дискриминација) да се оневозможи подеднакво уживање или остварување на правата е забранета согласно на одредбите за недискриминација. Поимот индиректна дискриминација, пак, се однесува на закони, правила, практика или критериуми кои навидум се неутрални и подеднакво се однесуваат на сите, но како последица една група ја ставаат во подобра, привилегирана положба во однос на друга група која е во понеповолна положба (СОРОС- Македонија, 2007).

Дискриминацијата кај лицата кои страдаат од одреден вид психичко растројство е многу присутна. Чести се предрасудите дека психичката болест е израз на слаб карактер, дека не станува збор за заболување туку за слабост, па овие луѓе се перципираат како неодговорни, со намалена интелигенција, инфантилни, не се способни сами да донесат одлуки, агресивни, не можат да работат, не можат да

живеат самостојно и слично. Предрасудите и стереотипите кон овие лица од страна на членовите на заедницата доведуваат до нивна стигматизација и дискриминација кои имаат негативно влијание врз нивниот третман во лекувањето, пристапот и користењето на ресурсите во заедницата, рехабилитацијата и нивната реинтеграцијата во заедницата.

И од спроведеното истражување вкупно 77 корисници (61,11%) се почувствувале дискриминирани од страна на работодавците при барањето на работно место, додека 48 корисници (38,09%) не почувствувале дискриминационост, со што се потврдува поединечната хипотеза: **Дискриминацијата на лицата со психички растројства влијае на нивната недоволна вклученост на пазарот на трудот.**

Како причина за дискриминационост испитаниците ја навеле здравствената состојба и социјалното потекло.

Дискриминацијата кај лицата со психички растројства доведува до отсуство на барање на помош, непристапност до третманот, до материјално сиромаштво и социјална маргинализација и до загрозување и остварување на нивните човекови права. Овие појави можат да бидат причина како резултат на доживеана (акутна) дискриминација (пример: неоправдано одбивање при вработувањето) или антиципирана дискриминација (кога лицето отсуствува од барање на работа бидејќи очекува неуспех. (Vidoevic-Milancic & Dragoevic, 2011).

Причина за дискриминационост од страна на работодавачите се нивната неинформираност, предрасудите и стереотипи кои ги имаат во однос на психичките заболувања. За намалување на стигматизацијата и дискриминацијата потребно е да се спроведуваат одржливи национални антистигма програми и кампањи во државата, кои за жал одамна не се практикуваат, а кои би имале за цел да придонесат кон подобрување на општествениот статус кон овие лице во општеството.

Одговорите на работодавците на прашањето дали би вработиле лица со психози во вашата организација доколку тие бидат повторно вметнати во Законот за вработување на инвалидизирани лица, најголем процент од работодавците 80,00% ја одбрале категоријата не сме размислувале како организација за нивно вклучување бидејќи подолг временски период немале можност од вклучување на овие лица во нивните заштитни друштва, поради постојната правна регулатива во државата преку Законот за вработување на инвалидни лица, додека 20,00%

одговориле потврдно, со што се потврдува помошната хипотеза: **Недоволното познавање на природата на психичките болести и несоодветната законска регулатива од страна на работодавците влијаат на недоволната вклученост на лицата со психички болести во работните организации.**

## **ЗАКЛУЧОК**

Кога внимателно ќе се прочита целиот докторски труд, се добива впечатокот за организационата поставеност на системот на ментално здравје, за квалитетот на животот на лицата со психички растројства како општествена група на која им е потребна поддршка во остварување на правото на живот во заедницата.

Добро воспоставен систем на ментално здравје во една држава значи развивање, унапредување на мерки и програми кои ќе значат и остварување на стратешки определби, цели и вредности за имплементирање на политиките за ментално здравје.

Развивање на вонболничката форма на здравствена заштита, децентрализација на системот на ментално здравје, достапност на услугите во психијатриските установи, спроведување на одржливи антистигма кампањи, поттикнување на вработувањето, поддршка на граѓанските здруженија, отворање на заштитни домови, формирање на социјални клубови и спроведување на рехабилитациски програми во психијатриски установи, претставуваат главен императив кон кои треба да се стреми Република Македонија.

Од добиените податоци од истражувањето на испитаниците од центрите за ментално здравје, прифатено е дека најдобар начин за социјално вклучување на овие лица е нивна интеграција на пазарот на трудот, преку обезбедување на еднакви можности за нивно учество на пазарот на трудот.

Нивното целосно и ефикасно учество на пазарот на трудот ќе значи можност за користење на правото на вработување, нивна социјална вклученост, намалување на сиромаштијата и подобар статус во општеството.

За таа цел, потребно е да се развие правна рамка за вработување на овие лица во државата, а во согласност со меѓународната правна рамка за вклучување на овие социјално ранливи групи на пазарот на трудот. Потребни се измени на Законот за вработување на инвалидни лица („Службен весник на РМ бр. 62/2005“) и можност да ги користат оперативни активни програми и мерки за вработување 2012/2013 година, од страната на Владата на Република Македонија.

Постојната правна рамка во државата не го вклучува формирањето на социјалните претпријатија како дел од социјалното претприемништво и развивањето на социјалната економија како добра можност за вклучување на ранливите групи на пазарот на трудот, ниту вклучувањето на лицата со инвалидност врз основа на процентуален модел во јавниот сектор.

Потребно е да се поттикнат политиките за вработување кои ќе се базираат на еднакви можности и позитивна дискриминација на активирање на поединците.

Кај испитаниците се согледува потребата од организирање на обуки за преквалификација и доквалификација и инклузија во однос на утврдени потреби преку развивање на алатки на проценка на стручните способности на овие лица и развивање на соодветни социјални услуги со кое ќе се олесни нивното вработување

Изостанува помошта и поддршката од страна на членовите на семејствата, заедницата, во однос на зголемување на мотивираноста, интересот за наоѓање на работни места. За таа цел потребно е поголема ангажираноста на социјалните работници и останатиот интердисциплинарен тим во болничката и вонболничката здравствена заштита, со цел да се мобилизираат постоечките ресурси на корисниците и нивните семејства во однос на давање на информации, советување, упатување за нивно активно вклучување на пазарот на трудот и користењето на ресурсите од страна на заедницата.

Стигматизацијата и дискриминацијата е застапена кај работодавачите, затоа е потребно тие да се сензибилизираат за правата на лицата со психички растројства преку спроведување на континуирани антистигма програми со цел да се зголеми свеста за правата на овие лица.

Од добиените податоци кај работодавачите од заштитните друштва, кои имале вработени лица со психози, делумно ги препознаваат и се информирани за лицата со психичките растројства, за нивните потреби и способности, но постојат и работодавци каде лицата со психички растројства ги идентификуваат со друг вид на инвалидност.

Охрабрува податокот од страна на работодавците дека е потребно повторно да бидат вклучени лицата со психози во постојната правна рамка за вработување на лицата со инвалидност, мерка која ќе обезбеди нивно независно живеење, самостојност активна вклученост во социјалниот живот и подобрување на квалитетот на животот.

Во нашата земја досега не се спроведени истражувања кои се однесуваат на вклученоста на корисниците на центрите на ментално здравје на пазарот на трудот и ова истражување е едно од првите кај нас кое става акцент на факторите кои предизвикуваат социјалната исклученост на овие лица од пазарот на трудот, па се претпоставува дека тие ќе послужат за понатамошни истражувања и за креирање на ефикасни здравствени и социјални програми и политики во државата.

## Предлози и препораки

---

На основа на добиените резултати од истражувањето, за подобрување на состојбата со вработеноста на лицата со психички растројства, подобрување на квалитетот на живот и целосната интеграција на овие лица, произлегоа следните препораки:

1. Формирање на национален регистер за евидентирање на лицата со психички растројства според видот на психички заболувања во државата од здравствените установи во Република Македонија;

2. Воведување на професионални стандарди во:

- во управувањето на психијатриските установи во државата;
- стандарди за прием, третман и испис за понатамошен амбулантски третман на пациентите и
- воведување на стандарди за болнички простор, кадри кои работат во психијатриските болници, опрема.

2. Здравствена сметка во областа на менталното здравје

- пресметка на вложени средства во службите во психијатриските установи, користени средства и пресметување на cost-utility balance;
- овозможување на корисниците на психијатриски услуги користење на современа фармаколошка терапија, при што терапијата за специфични лекови треба да се финансира дополнително без да се кодира и фактурира според ДСГ методологијата;
- вреднување на услугите на социјалните работници кои работат во болничките и вонболничките установи за амбулантските корисници како здравствени соработници и на тој начин и надомест на нивните услуги аналогно на услугите на другите здравствени работници и соработници при третман на лицата со психички заболувања, во согласност со здравствените системи од земјите во Европа;

- користење на дополнителни извори за да се воспостави механизам на одржливост на постојните психијатриски болници и центри за ментално здравје во Република Македонија (амбасади, фондации, единици на локална самоуправа и други извори) и
- ослободување на корисниците од партиципација за амбулантски и дневно-болнички услуги во психијатриските установи.

4. Активни мерки во системот на ментално здравје преку:

- поставување на акционен план кој треба да не биде подолг од две години;
- формирање на работна група составена од раководни лица, со поддршка на странски експерти кои ќе се грижат за имплементирањето на акциониот план;
- проценка на реалната состојба во однос на постојните и потреба од формирање на нови здравствени установи кои се грижат за ментално здравствената заштита на населението во Република Македонија;
- поголемо учество на професионалните здруженија како и здруженијата на лицата со психички заболување во системот на ментално здравје и
- меѓуресорска соработка помеѓу ресорните министерства и единиците на локална самоуправа: Министерство за здравство, Министерство за труд и социјална политика и Министерство за правда.
- Развивање и спроведување на програми за професионална рехабилитација и психосоцијална рехабилитација во психијатриските установи;
- Практицирање на методот Управување на случај (Case management) во психијатриските установи;
- Поттикнување на политики за вработување кои ќе се базираат на еднакви можности и позитивна дискриминација на активирање на поединците;
- Обезбедување на разни програми и обуки за квалификација и преквалификации, вработувања и инклузија врз однос на конкретно утврдени потреби на корисниците во центрите за ментално здравје;
- Мрежа на институции за стратешки развој (јавни и приватни), нивно модернизирање и приспособување според потребите на корисниците и надополнето со постојана поддршка кон нив;



- Креирање на статистичка евиденција за невработени лица со инвалидност според видот на инвалидноста од страна на Агенцијата за вработување на Република Македонија;
- Унапредување на правната рамка за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот преку застапеност на лицата со психози во Законот за вработување на инвалидни лица;
- Формирање на правна рамка за развивање на социјално претприемништво во Република Македонија и отворање на социјални претпријатија;
- Сензибилизирање и зголемување на јавната свест кај работодавците од јавниот и приватниот сектор за потребите за вклучување на лицата со психички растројства на пазарот на трудот и
- Подобрување на квалитетот на животот на лицата со психички растројства преку воспоставување на интегриран мултидимензионален пристап.

## **ЛИТЕРАТУРА**

**Автори од странско потекло**

- Abrahamson, P. (1997). Combating Poverty and Social Exclusion in Europe, u W. Beck, L. van der Maesen i A. Walker (eds.) The Social Quality of Europe. The Hague: Kluwer Law International.
- Abrahamson P.,(1995). Welfare Pluralismus towards a NEw Consensus for European Social Policy? Current Politics and Economics of Europe, No 5.
- Ajdukovic D., (2003). Socijalna rekonstrukcija zajednice, Drustvo psiholosko, Zagreb.
- Antonijevic, M. (1985) Poluhospitalne psihijatrijske institucije, Psihijatrija danas, Beograd
- Banks S., (2002) ,Ethics and Values in Social Work Basingstoke, Macmillian.
- Banks S., (2002), Ethics and Values in Social Work Basingstoke, Macmillian
- Barns M., (1997), Care Communities and Citizens, Logman, New York.
- Beck, A.T. (1979) Cognitive Therapy of Depression. Wiley Press, New York.
- Beck, J. (1995) Cognitive Therapy – basics and beyond. Guilford Press, London .
- Bernard J., (1965), International Encyclopedia of Social Sciences, no.3.
- Birchwood C .,(2000), Early Intervention in Psychosis: a guide to concepts, evidence and interventions. Wiley & Sons, Chichester.*
- Blackburn, I. And Twaddle, V. (1996) Cognitive Therapy in Action. Souvenir Press, London.
- Bonnicroft G (1991) The concept of case management for long term mental illness. *International Review of Psychiatry 3: 125-132.*
- Brenton M., (1985) The voluntary Sector in British Social Services, Longman, London.
- Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I (1999) Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. The Lancet 353: 2185-9.*
- Burns T., (1995), Assertive Community Treatment: an update of randomised controlled trials. *Psychiatric Services 46: 669-75*
- Burns, D.D. (1990) The Feeling Good Handbook. Plume / Penguin, London.

- Burns, S. and Bulman, C. (2000) Reflective Practice in Nursing – The Growth of the Professional Practitioner (2<sup>nd</sup> ed.). Blackwell Science Ltd, Oxford.
- Butler A., (1983), Social work and mental illness Basingstoke. Macmillan
- Campbell K., (2005), Competence in Social Work practice: A practical guide for professionals London: Routledge, Kegan Paul.
- Carpenter J (2006), Working in multidisciplinary mental health team: the impact on social workers and health professionals of integrated mental health care British Journal of Social Work 33 1081-103.
- Chadwick, P., Birchwood, M. and Trower, P. (1996) Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Wiley Press, Chichester.
- Clark C., (2000), Social Work Ethics Basingstoke. Macmillan
- Clark, D. & Fairburn, C. (1997) Science and Practice of Cognitive Therapy. University Press, Oxford.
- Cochrane R., (1983) ,The Social Creation of mental illness London: Longman Applies psychology.
- Cognitive Behavioural Interventions (2<sup>nd</sup> ed.). Chapman and Hall, London.
- Curan C., (2000), Advocacy in mental health Openmind, Jan/Feb N0 101 p 24.
- Eurostat Task Force (1998) Recommendations on Social Exclusion and Poverty Statistics. Document CPS 98/31/2. Luxembourg: Eurostat.
- Evropski pokret Srbije (2008), Socijalno preduzeca i uloge alternativne ekonomije u procesima evropskih integracije, Beograd
- Falloon I., (1984) Family Care of Schizophrenia: A problem solving approach to the treatment of mental illness. Guilford Press, London.
- Falloon, I., Mueser, K., Gingerich, S., Rappaport, S., McGill, C., Graham-Hole,
- Falloon, I.R.H. & Fadden, G. (1993) Integrated Mental Health Care: A comprehensive community-based approach. University Press, Cambridge.
- Festinger L., (1990), Theory of Cognitive Dissonance, university Press, London.

- Ford R, Beardsmore A, Ryan P, Repper J, Craig T, Muijen M (1995) *Providing the safety net: case management for people with a serious mental illness*. J. of Mental Health 1: 91-9.
- Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E. (1995) *CBT for Psychosis: Theory & Practice*. Wiley Press, Chichester.
- Free M., (1999) *Cognitive Therapy in Groups*. Wiley Press, Chichester.
- From Exclusion to Inclusion- The way forward to promoting social inclusion of people with mental health problems in Europe.,(2008) national reports from MHE members, Mental Health Europe
- Fulgosi A., (1981) ,*Psihologija licnosti*, Skoplska knjiga, Zagreb.
- Gomm R., (2006)., *Social Research Methology: critical introduction* Basingstoke: Palgrave Macmillian.
- Greenberger, D. and Padesky, C. A. (1995) *Mind Over Mood: change the way you feel by changing the way you think (Patient's Manual)*. Guildford Press, London.
- Kaitschnig H, Freeman H, Sartorius N *Quality of Life in Mental Disorders* (1997) John Wiley and Sons.
- Kecmanovic i sradnici, (1980), *Psihijatrija*, Medicinska Knjiga, Beograd – Zagreb.
- Kecmanovic, D. (1980), *Psihijatrija*, Medicinska knjiga, Zagreb
- Kuipers E Leff J, Lam D(2002) *Familly work for schizophrenia*. Royal College of Psychiatrists.
- Mack, J. i Lansley, S. (1985) *Poor Britain*. London: George Allen & Unwin.
- MacPherson, S. (1997) *Social Exclusion*. Journal of Social Policy 26(4):533–541.
- Mandic Z. (2010) *Rehabilitacija osoba sa psihijatriskim poremećaja i oboljenjima u institucionalnoj zastiti,specijalisticki rad*, Fakultet za politickih nauka, Beograd
- Marsh, A. i Mullins, D. (1998) *The Social Exclusion Perspective and Housing Studies: Origins, Applications and Limitations*. Housing Studies 13(4):749–760.
- McGorry P., (1999), *Recognition and Management of Early Psychosis – a preventative approach*. Cambridge Univ. Press, Cambridge.

- Milkovic S, Vukic D, Trajanovic Lj (2004) Quality of life in mental disorders, Nis, The Society of Behavioral Theory and Practice
- Miller W.,(1991) *Motivational Interviewing – preparing people to change addictive behaviour*. Guilford Press, London.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. Guilford Press, London.
- Onyett SR (1998) *Case Management in Mental Health*. Chapman Hall, London.
- Padesky, C. A. and Greenberger, D. (1995) *Clinicians Guide to Mind Over Mood*. Guildford Press, London.
- Paugam S. (1995) The Spiral of Precariousness, u G. Room (ed.) *Beyond the Threshold: The Measurement and Analysis of Social Exclusion*. Bristol: The Policy Press.
- Paugam S. (1996) Poverty and Social Disqualification: A Comparative Analysis of Cumulative Disadvantage in Europe. *Journal of European Social Policy* 6(4):287–304.
- Percy-Smith, J. (2000) *Policy Responses to Social Exclusion*. Buckingham: Open University Press.
- Persons, J.B. (1989) *Cognitive Therapy in Practice – a case formulation approach*. WW Norton & Co, London.
- Poggi, A. (2003) Does Persistence of Social Exclusion Exist in Spain. *Universitat Autònoma de Barcelona, Department of Applied Economics*.
- Porter, F. (2000) Social Exclusion: What's in a Name? *Development in Practice* 10(1):76–81.
- Rot N., (2004) *Osnove Socijalne psihologije, Savez udzbenika i nastavnih pomagala*, Beograd
- Rot N.,(1978) *Socijalna interakcija, Sojuz psihologa*, Beograd.
- Roth P., (1996)., *What Works for Whom?* New York: The Guilford Press.
- Saraceno , B. (2002) Psychosocial reahibilitation as a public mental health strategy, *Pshychiatric Rehabilitation Jurnal* 20, Centar for Psychosocial reahibilitation

- Saraceno, C. (2001) Social Exclusion: Cultural Roots and Diversities of a Popular Concept, paper presented at the conference on "Social Exclusion and Children", Columbia University, 3–4 May.
- Saunders, P., Tsumori, K. (2002) Poor Concepts, "Social Exclusion", Poverty and the Politics of Guilt. *Policy* 18(2):32–37.
- Scott J., (1995), Assertive Community Treatment and Case Management for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21: 657-67.
- Shepherd G., (1998), Models of community care. *J. of Mental Health* 7 (2): 165-77.
- Silver, H. (1994) Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms. *International Labour Review* 133(5–6):531–578.
- Social Exclusion Unit (2001) Preventing Social Exclusion. Report by the Social Exclusion Unit, March.
- Somerville, P. (1998) Explanations of Social Exclusion: Where Does Housing Fit in? *Housing Studies* 13(4):761–780.
- Spicker, P. (1997) Exclusion. *Journal of Common Market Studies* 35(1):133–143.
- Šporer, Ž. (u tisku) Koncept društvene isključenosti. *Društvena istraživanja*, Zagreb
- Sretna obitelj, (2005) Prihvatimo razlicnost, odbacimo predrasude- ziveti sa dusevnom bolescu, *Udruga Sretna obitelj*, Zagreb
- Šućur, Z. (1995) Koncept socijalne isključenosti. *Revija za socijalnu politiku*, Zagreb 2(3):223–230.
- Šućur, Z. (2001) Siromaštvo: teorije, koncepti i pokazatelji. Zagreb: Pravni fakultet.
- Tornikroft, G i Tansela M.(2009). *Bolja briga o mentalnom zdravju*, Clio, Beograd
- UNDP, (1999) ,Human Development Report 1999.
- Vellen S., (1993) *Behavioural Family Therapy – A Workbook*. Busiprint LTD., Buckingham.
- Vidanovic I., (1996), *Pojedinac i porodica*. *Naucno-istrzivacki centar za socijalni rad i socijalnu politiku*, Fakultet politickih nauka, Beograd.
- Vidanovic I., (1991), *Metodika socijalnog rada sa pojedincom i porodicim*. *Naucna knjiga*, Beograd.

- Vidanovic, I. I Kolar, D. (2003), *Mentalna higiena*, avtorsko izdanje, Beograd
- Vlajkovic J., (1989) *Teorija i praksa mentalne higijene*, Savez drustva psihologa, Beograd.
- Wells, A. (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Wiley Press, Chichester.
- Williams, C. (2001) *Overcoming Depression*. Arnold, London.
- Wolfsan M (1990) *Assertive Community Treatment: an evaluation of the experimental evidence. Hospital & Community Psychiatry 41: 634-41.*
- World Health Organization (2000), *Education for Health, Manual on Health Education in Primary Health Care*, Geneva.
- Wykes T, Tarrrier N, Lewis S (1998) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. Wiley & Sons, Chichester.
- Wykes, T., Tarrrier, N., Lewis, S. (1998) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*. Wiley Press, Chichester.

#### **Автори од македонско потекло**

- Ајдински Ј., (1986). Општествена заштита и рехабилитација на лицата попречени во физичкиот и психичкиот развој во СР Македонија, Скопје
- Белевска Д., (2004), *Стигма-огледало на јавноста*, Датапонс, Скопје.
- Белевска Д., Ортаков В., (2000), кои сме ние-водич за самопомош неменет за лицата кои страдаат од психози и нивните блиски, Гурѓа, Скопје.
- Болнички морбитет од ментални заболувања во Република Македонија, 1998-2011, Институт за јавно здравје, Скопје
- Данева- Цветковиќ Т., (2006) Подобрување на менталното здравје кај лицата со ментални заболувања преку креативни работилници, специјалистички труд, Филозофски Факултет, Скопје
- Доневска М., (1999), *Теоретски основи на социјалната работа*, Скопје
- Закон за вработувања на инвалидни лица, Службен весник на Република Македонија бр. 44/2000.
- Закон за заштита на правата на пациентите, Службен весник број 82/ 2008



Закон за извршување на санкциите, Службен весник број 2/ 2006

Закон за изменување и дополнување за социјална заштита, Службен весник на РМ., бр.79/2009.

Закон за ментално здравје, (2006), Службен весник број 71/2006

Закон за пензиско и инвалидско осигурување, Службен весник број 98/ 2012

Закон за работни односи, Службен Весник на Република Македонија бр. 62/2005.

Извештај за сиромаштија и социјална исклученост во Република Македонија за 2011 година, Институт за човекови права"Лудвиг Болцман" БИМ- ФБ, Скопје

Министерство за труд и социјална политика (2004), Реформи во социјалната заштита, Скопје.

Мицев, В и Цадловски , Г. (1994) Психијатрија I и II, Просветно Дело, Скопје.

Ортаков В.С, Димовска- Пејковска,Д, Белевска (2001) Психоедукација, Ѓурѓа, Скопје

Петров Р. Л., Ѓурчиновска,Н, Стојковска- Трајковска

Петров Р. Л., Ѓурчиновска,Н, Стојковска- Трајковска (2008), Заштита и рехабилитација на лица со инвалидност, Македонска Ризница, Куманово

Ружин Н., (2004) ,Социјална политика, Македонско радио, Скопје

Соколовска –Рихтер К. В., Ортаков, Д, Белевска, (2006), Ментално здравје во заедницата, Скопје

Стаменкова – Трајкова В. и Белевска Д. (2002), Клиничка социјална работа, Ѓурѓа, Скопје

Стаменкова - Трајкова В., (1995), Психологија, Скопје.

Стаменкова - Трајкова В., (1997), Ментална хигиена, Студенски збор, Скопје.

Стаменкова - Трајкова В., (2000), Структура на вредносните системи кај ризициите групи во РМ, Студенски збор, Скопје

Студија за резултатите од истражувањето реализирано во рамките на проектот"Редуцирање на стигмата и дискриминацијата на лицата со психички растројства, (2005), НВО Добредојде, Скопје

Трајков, И. (2009). Социјална инклузија на лицата со психички растројства, Докторска дисертација, Филозофски факултет, Универзитет "Св. Кирил и Методиј", Скопје

Устав на Република Македонија (1991), Гоцмар, Скопје

Чадловски Г. И соработници (2004). Психијатрија, Том 1, Просветно дело, Скопје

Чадловски Г. И соработници (2004). Психијатрија, Том 2, Просветно дело, Скопје

## **ПРИЛОЗИ**

## Прашалник бр. 1. Прашалник наменет за корисниците од Центрите за ментално здравје

---

### I. ОПШТИ ПОДАТОЦИ ЗА КОРИСНИКОТ

1. Пол а) машки б) женски

2. Година на раѓање: \_\_\_\_\_

3. Место на живеење: \_\_\_\_\_

#### 4. Припадност кон етничка заедница

1. Македонци

2. Албанци

3. Турци

4. Роми

5. Власи

6. Срби

7. Бошњаци

8. Не се изјасниле

9. Останато \_\_\_\_\_

#### 5. Степен на завршено образование

1. Без образование

2. Незавршено основно образование

3. Основно училиште

4. Специјално основно училиште

5. Посебна паралелка во основно  
училиште

6. Средно училиште

7. Специјално средно училиште

8. Висока стручна школа

9. Високо образование

10. Магистратура

11. Докторат

## II. МАТЕРИЈАЛНИ УСЛОВИ НА КОРИСНИКОТ

### 6. Од каде остварувате приходи:

#### Основ на добивање на приходите

1. Плата и надоместок на плата
2. Пензиско примање согласно Закон
3. Надоместок по основ на невработеност
4. Приходи по основ на имот и имотни права (станбен простор, гаражи, простор за одмор и рекреација, опрема, превозни средства и издавање или земање под закуп на земјиште, домашни животни и друго)
5. Приходи по основ на вршење на земјоделска дејност
6. Приходи од самовработување
7. Приходи по основ на интелектуална сопственост (авторски права, патенти и други технички унапредувања, лиценци, договори за дело, вештачење и други)
8. Издржување по основ на Закон или судска одлука
9. Приходи од трговско друштво или приватна установа
10. Дивиденди и други приходи од хартии од вредност
11. Камати на штедни влогови
12. Подароци
13. Кредит/стипендија
14. Детски додаток
15. Посебен додаток
16. Приходи по основа на постојана парична помош
17. Парична помош по основ на дете без родителска грижа до оспособување на самостоен живот, но најмногу до 26 год. живот
18. Приход по основ на привремена работа во странство
19. Друг приходи \_\_\_\_\_

### 7. Како Вие ја оценувате Вашата материјална состојба?

1. Натпросечна
2. Просечна
3. Потпросечна
4. Многу лоша
5. Друго \_\_\_\_\_

### 8. Дали досега сте биле некаде работно ангажирани?

1. Да (оди на прашање број 9)
2. Не (оди на прашање број 14)

**9. Доколку сте биле работно ангажирани, каде сте работеле:**

1. Вработен во државна институција
2. Вработен во приватна фирма
3. Вработен како сезонски работник
4. Друго \_\_\_\_\_

**10. Доколку сте биле вработени, колку сте биле задоволни од работното место каде што сте работеле?**

1. Бев многу задоволен/на
2. Прилично бев задоволен/на
3. Не бев задоволен/на
4. Воопшто не бев задоволен/на
5. Немам некое одредено мислење за работното место каде што работев
6. друго \_\_\_\_\_

**11. Додека работевте, дали ви беа платени придонесите за здравствено осигурување?**

1. Редовно ми беа подмирени придонесите
2. Не ми беа подмирени придонесите
3. Повремено беа подмирени придонесите
4. Друго \_\_\_\_\_

**12. Дали каде што работевте ви беа платени придонесите за пензиско-инвалидско осигурување?**

1. Редовно ми беа подмирени придонесите
2. Не ми беа подмирени придонесите
3. Повремено беа подмирени придонесите
4. Друго \_\_\_\_\_

**13. Кои беа основните причини за прекин на вашиот работен однос?**

1. Работниот однос на определено време
2. Стечајната постапка на работната организација
3. Влошената здравствена состојба
4. Стигматизацијата (одбележувањето) од страна на вработените,а кои се однесуваат на Моите здравствени проблеми на ментален план
5. Неплаќањето на придонеси за здравствено осигурување од страна на работодавецот
6. Неплаќањето на придонеси за пензиско-инвалидско осигурување од страна на работодавецот
7. Зголемениот обем на работни задачи кои не одговараат на мојата моментална здравствена состојба
8. Нискиот личен доход
9. Честите конфликти со претпоставените (директор, раководител и сл.)
10. Недоразбирањето од страна на претпоставените за мојата здравствена состојба на ментален план
11. Лошата работна атмосфера (нарушени меѓучовечки односи меѓу вработените)
12. Лошите услови за работа
13. Неисполнување на обврските на работодавецот (работа прекувремено, работа за државни празници, нередовното исплаќање на личниот доход)
14. Честите отсуства на работното место поради честите хоспитализации во болница
15. Друго \_\_\_\_\_

**14. Дали редовно се пријавувате во Агенцијата за вработување?**

1. Да
2. Не
3. Привремено сум одјавен од Агенцијата поради ненавремено евидентирање
4. друго \_\_\_\_\_

**16. Дали од Агенцијата за вработување до сега Ви било понудено одредено работно место?**

1. Да
2. Не
3. Не сум информиран дека преку Агенцијата за вработување може да се понуди одредено работно место
4. Друго \_\_\_\_\_

**16. Дали Вашите најблиски (родители, роднини, пријатели) Ви помагаат да најдете одредено работно место?**

1. Да
2. Не
3. Понекогаш ми помагаат
4. Воопшто не ми помагаат
5. Друго \_\_\_\_\_

**17. Сметате ли дека постојните социјални програми го стимулираат вработувањето на лицата кои имаат проблеми на ментален план?**

1. Да
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_

**18 Дали сметате дека постојните законски прописи го стимулираат вработувањето на лицата кои имаат проблеми на ментален план?**

1. Да
2. Не
3. Не сум сигурен
4. друго \_\_\_\_\_

**19. Ако не, што сметате дека треба да се промени во законските прописи?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наведете)

**20. Сметате ли дека невладините организации преку своите проекти помагаат за вработување на лицата кои имаат проблеми на ментален план?**

1. Да
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_



**21. Дали редовно ги следите огласите за слободни работни места на пазарот на работна сила?**

1. Да
2. Не (оди на прашање бр. 23)
3. Понекогаш ги следам
4. Друго \_\_\_\_\_

**22. Најчесто огласите за слободни работни место ги следите преку:**

1. Печатените медиуми (весници, списание)
2. Електронските медиуми (ТВ, радио и сл.)
3. Агенцијата за вработување
4. Приватните агенции за вработување
5. Преку лица кои ги познавам (пријатели, роднини, родители)
6. Здравствената установа каде што се лекувам
7. Друго \_\_\_\_\_

**23. Сметате ли дека проблемите со Вашето ментално здравје е причина што не можете да најдете одредено работно место?**

1. Да
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_

**24. Дали сметате дека работодавците се доволно информирани за лицата со психички растројства?**

1. Да
2. Не
3. Воопшто не се информирани
4. Не сум сигурен/а
5. Друго \_\_\_\_\_

**25. Сметате ли дека работодавците се заинтересирани да работно ангажираат лица кои имаат одредени психички растројства?**

1. Да
2. Не
3. Воопшто не се заинтересирани
4. Друго \_\_\_\_\_

**26. Кога сте конкурирале на одредено работно место, кои биле најчести причини за кои сметате дека биле причина за да не го добиете.**

1. Моменталната здравствена состојба на ментален план
2. Несоодветното образование
3. Немањето доволно работно искуство
4. непознавањето на странски јазик
5. Непознавањето на компјутерски програми
6. Партиската определеност
7. Немањето на доволно врски да излобирам за да го добијам посакуваното работно место
8. Хоспитализациите што сум ги имал/а во психијатриска болница
9. Неможноста успешно да ги положам тестовите за проверка на знаењето
10. Друго \_\_\_\_\_

**27. Кога сте конкурирале за одредено работно место, дали лично сте почувствувале одредена дискриминираност од страна на работодавецот:**

1. Да (оди на 28)
2. Не (оди на прашање бр. 29)
3. Друго \_\_\_\_\_

**28. Дискриминираноста сум ја осетил/а во однос на:**

- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. Полот                  | 7. Статусот на семејството |
| 2. Возраста               | 8. Имотната состојба       |
| 3. Социјалното потекло    | 9. Половата насоченост     |
| 4. Здравствената состојба | 10. друго _____            |
| 5. Религиозното убедување | _____                      |
| 6. Политичкото убедување  |                            |

**29. Како се чувствуваше кога не го доби одреденото работно место?**

---

---

---

(наведете)

**30. Дали сметаш дека можеш да одговориш на работните задачи како останатите вработени?**

1. Да
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_

**31. Дали твоето вработување ќе ти овозможи подобро да се вклучиш во заедницата?**

1. Да (оди на 32)
2. Не (оди на 33)
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_

**32. Како сметаш дека подобро би се вклучил/а во заедницата (можни се повеќе одговори)**

1. Ќе се подобри квалитетот на односите со моите најблиски (сопруг/га родители, пријатели и сл.)
2. Ќе се подобри мојата здравствена состојба на ментален план
3. Ќе се намали стигматизацијата (обележувањето) од страна на средината кон мене
4. Ќе се измени односот на средината каде што живеам кон мене
5. Ќе бидам поприватен од останатите корисници на здравствени услуги каде што се лекувам
6. Ќе се подобри мојата материјална состојба на финансиски план
7. ќе ја зголеми мојата самодоверба во контактите со останатите во средината
8. Ќе се почувствувам продуктивен за општеството
9. Ќе го користам моето слободно време попродуктивно
10. Ќе ми се овозможи често да ги следам културните манифестации во градот
11. Ќе можам активно да се занимавам со спорт
12. Друго \_\_\_\_\_

**33. Дали сметаш дека твоето евентуалното работно ангажирање ќе ја зголеми јавната свест кон лицата кои имаат одредени проблеми на ментален план за побрзо наоѓање на одредено работно место?**

1. Да, како \_\_\_\_\_
2. Не
3. Не сум сигурен/а
4. Друго \_\_\_\_\_

## Прашалник бр. 2: Прашалник наменет за работодавци

---

---

### I. Општи податоци за организацијата

Назив на организацијата: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Факс: \_\_\_\_\_

Е-пошта: \_\_\_\_\_

Раководно лице: \_\_\_\_\_

Лице за контакт, функција: \_\_\_\_\_

Опис на дејноста на организацијата: \_\_\_\_\_

---

1. Дали во вашата организација сте имале ангажирано лица со психички растројства?

1. да, \_\_\_\_\_ (наведи колку)
2. не (оди на прашање број 3)

2. Доколку има, колку сте биле задоволни од исполнувањето на нивните работни обврски?

1. Да, задоволни сме
2. Не, не сме задоволни
3. Воопшто не сме задоволни
4. Не сум сигурен
5. Друго \_\_\_\_\_

**3. Дали сметате дека лицата со психички растројства се доволно вклучени на пазарот на работна сила?**

1. Да
2. Не (оди на прашање бр. 4)
3. Воопшто не се вклучени
4. Не сум сигурен дали се доволно вклучени
5. Друго \_\_\_\_\_

**4. Кои се причините за недоволната вклученост на лицата со психички растројства на пазарот на работна сила? (можни се повеќе одговори)**

1. Нивната моменталната здравствена состојба на ментален план
2. Постојната законска регулатива за вработување на инвалидни лица
3. Недостиг на слободни работни места на пазарот на работна сила
4. Недоволната информираност од страна на работодавачите за лицата со психички растројства
5. Немањето на интерес за странски инвестиции
6. Ниското ниво на јавна свест кон проблемите и потребите на лицата со психички растројства
7. Несоодветното образование
8. Немањето доволно работно искуство
9. Непознавањето на странски јазик
10. Непознавањето на компјутерски програми
11. Немањето на работни навика
12. Немањето на самодоверба
13. Непостоењето на лоби група која би излобирала за правата на лицата со психички растројства
14. Друго \_\_\_\_\_

**5. Дали знаевте дека лицата со психози беа вклучени во Закон за вработување на инвалидни лица?**

1. Да
2. Не
3. Воопшто не се информирани
4. Не сум сигурен
5. Друго \_\_\_\_\_

**6. Дали сметате дека постојните законски прописи го стимулираат вработувањето на лицата со психички растројства?**

1. Да
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_

**7. Сметате ли дека лицата со психози треба да бидат вклучени во Законот за вработување на инвалидизирани лица?**

1. Да
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго

**9. Дали постојните социјални програми го стимулираат вработувањето на лицата со психички растројства на пазарот на трудот?**

1. Да
2. Не
3. Воопшто не им се овозможуваат да се вклучат
4. Не сум сигурен
5. Друго \_\_\_\_\_

**10. Дали сметате дека Агенцијата за вработување им помага на лицата со психички растројства да најдат работа на пазарот на работна сила?**

1. Да
2. Не
3. Воопшто не им помагаат
4. Не сум сигурен дека им помага
5. Друго \_\_\_\_\_

**11. Дали мислите дека нешто треба да се преземе за подобро прифаќање на лицата со психички нарушувања?**

1. Да (оди на прашање број 12)
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_

**12. Ако да:** Ве молам наведете што би требало да се преземе ( можни се повеќе одговори)

1. Да се смени постојниот Закон за вработување на инвалидни лица
2. Да се унапреди постојниот Закон за вработување на инвалидни лица
3. Поголема едукација на работодавачите кои вработуваат инвалидизирани лица за можностите за работно ангажирање на лицата со психички растројства на пазарот на работна сила
4. Да се има позитивни пораки преку медиумите за лицата со психички растројства
5. Да се промени односот на пошироката заедница кон овие лица
6. Да се подобри информираноста за слободните места на пазарот на работна сила
7. Во образовните програми во основното и средното образование да се посвети поголемо внимание за лицата со психички растројства
8. Да се отворат социјални клубови во секоја општина
9. Друго \_\_\_\_\_

**13. Сметате ли дека со вработувањето на лицата со психички растројства ќе им се овозможи нивна интегрираност во општеството?**

1. Да (оди на прашање бр. 14)
2. Не
3. Не сум сигурен
4. Друго \_\_\_\_\_

**14. Ако да:** Ве молам наведете во кои подрачја ќе им се овозможи нивната интегрираност (можни се повеќе одговори)

1. Ќе ги подобрат квалитетот на односите со најблиските (сопруг/га, деца, родители, роднини и пријатели и сл.)
2. Подобрo ќе бидат прифатени во средината каде што живеат (сопруг/га, деца, брат, родители)
3. Ќе им се подобро нивната материјална состојба
4. Ќе им се зголеми самовербата
5. Ќе се почувствуваат независни
6. Ќе се зголеми јавната свест кај граѓаните за проблемите на лицата со ментални нарушувања
7. Ќе можат активно да се занимаваат со спорт



8. Ќе им се овозможи да ги следат културните манифестации во градот
9. ќе им бидат достапни здравствените услуги
10. Ќе бидат поприматени од останатите корисници во здравствената установа каде што се лекуваат
11. Друго \_\_\_\_\_

**15. Дали би вработиле лица со психози во вашата организација доколку истите бидат повторно вметнати во Законот за вработување на инвалидни лица?**

1. Да
2. Не
3. Не сме размислувале
4. Друго \_\_\_\_\_

## Список на табели:

---

Табела 1.	Десетте водечки причини за загубени години поради онеспособеност во светот, развиени земји и земји во развој, 2004.....	24
Табела 2.	Лекувани болни од ментални заболувања во психијатриските болници, клиника за психијатрија, невропсихијатриските и психијатриските одделенија на општите болници по пол Р. Македонија, 1998-2011 г. ....	25
Табела 3:	Меѓународна правна рамка за формирање на социјални претпријатија.....	117
Табела 4.	Познавање на правна рамка за вработување од страна на испитаниците	169
Табела 5.	Дискриминираност на испитаниците од страна на работодавците при конкурирање за одредено работно место .....	171
Табела 6.	Причини за дискриминираност на испитаниците од страна на работодавците при конкурирање за одредено работно место .....	172
Табела 7.	Причини за прекин на работен однос на испитаниците.....	173
Табела 8.	Информираноста на работодавците за испитаниците .....	173
Табела 9.	Придобивки од вклученоста на испитаниците на пазарот на трудот во заедницата.....	175
Табела 10.	Вработеноста на испитаниците и зголемување на јавната свест .....	176
Табела 11.	Степен на задоволство од исполнувањето на работните обврски на испитаниците од страна на работодавците.....	178
Табела 12.	Причини за недоволна вклученост на испитаниците на пазарот на трудот од страна на работодавците.....	179
Табела 13.	Степенот на информираност на работодавачите за правната рамка за вработување.....	179
Табела 14.	Активности кои треба да се преземат за поголема вклученост на испитаниците на пазарот на трудот .....	182
Табела 15.	Области на интегрираност на испитаниците со нивно вклучување на пазарот на трудот .....	183

## Список на графикони

---

Графикон 1. Стапки на хоспитализација на 100 000 поради ментални заболувања (F00-F99) во болничката дејност по пол во Република Македонија, 1998-2008 година .....	26
Графикон 2. ....	27
Графикон 3. Полова застапеност на испитаниците .....	164
Графикон 4. Возрасна структура на испитаниците .....	165
Графикон 5. Застапеност на испитаниците според местото на живеење .....	165
Графикон 6. Етничка припадноста на испитаниците .....	166
Графикон 7. Материјална состојба на испитаниците .....	166
Графикон 8. Работно ангажираност на испитаниците .....	167
Графикон 9. Вид на работна ангажираност на испитаниците .....	168
Графикон 10. Пријавување на испитаниците во Агенцијата за вработување на Република Македонија .....	168
Графикон 11. Поддршката за вработување на испитаниците од страна на Агенцијата за вработување на Република Македонија .....	169
Графикон 12. Поддршката што ја добиваат испитаниците од страна на семејството и заедницата.....	170
Графикон 13. Образовна структура на испитаниците .....	171
Графикон 14. Видот на психичко растројство и вклученоста на испитаниците на пазарот на трудот .....	174
Графикон 15. Вклученост на испитаниците во заедницата .....	175
Графикон 16. Задоволство од работната ангажираност на испитаниците .....	176
Графикон 17. Работна ангажираност на испитаниците од страна на работодавците .....	177
Графикон 18. Вклученост на испитаниците на пазарот на трудот од страна на работодавците .....	178
Графикон 19. Правната рамка за вклучување на испитаниците на пазарот на трудот .....	180

Графикон 20. Агенција за вработување на Р. Македонија за вклучување на испитаниците на пазарот на трудот .....	180
Графикон 21. Поддршка на работодавците за испитаниците за нивно вклучување на пазарот на трудот .....	181
Графикон 22. Интегрираност на испитаниците во заедницата со нивно вклучување на пазарот на трудот .....	182
Графикон 23. Промени на Законот за вработување на инвалидизирани лица и вклученост на испитаниците од страна на работодавците .....	184