

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი



ელენა კობიძე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები თბილისსა და კახეთში

სამაგისტრო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: ნინო ჩიხლაძე

თსუ, პროფესორი

თანახელმძღვანელი: ნინო ჩხაბერიძე

თსუ, მოწვეული ლექტორი

თბილისი, 2020

ანოტაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით “ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ ავადმყოფობის არარსებობა“. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის სხვა ასპექტების მსგავსად, შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს მთელმა რიგმა სოციალურ-ეკონომიკურმა ფაქტორებმა, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნას ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამებში. ფსიქიკური ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტი, მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს. რომელზე საპასუხოდ, იქმნება სტრატეგიები, სამოქმედო გეგმები და პროგრამები ფსიქიკური აშლილობების შედეგების შესამსუბუქებლად (WHO, 2013).

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები საკმაოდ გავრცელებულია და მდგომარეობების ფართო სპექტრს მოიცავს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში 450 მილიონ ადამიანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესა თუ ის პრობლემა აღენიშნება. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი მონაცემებით, 2000 წლიდან 2018 წლამდე აღინიშნება რეგისტრირებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის შემთხვევათა მატების ტენდენცია. კერძოდ, 2000 წლისთვის დაფიქსირებულია 67641 შემთხვევა (პრევალენტობა 1519.3), 2010 წელს - 79216 შემთხვევა (პრევალენტობა 1779.0), ხოლო 2018 წელს 76508 შემთხვევა (პრევალენტობა - 2053.1). მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება არაზუსტი სტატისტიკური მონაცემები ქვეყანაში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების რაოდენობის შესახებ.

საქართველოში მოქმედებს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა“, რომლის მიზანია, ფსიქიატრიული მომსახურების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა ქვეყნის მოსახლეობისთვის. პროგრამა მოიცავს,

როგორც სტაციონარულ, ასევე ამბულატორიულ, სარეაბილიტაციო და სათემო სერვისებს, თუმცა ფრაგმენტირებულია და არ არსებობს ზრუნვის/მკურნალობის უწყვეტი სერვისები. წლიდან წლამდე იზრდება პროგრამაზე გამოყოფილი თანხის ოდენობა, მაგრამ ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯთან შედარებით, შესამჩნევ ცვლილებას არ განიცდის, არსებული ბიუჯეტის დიდი ნაწილი სტაციონარული მომსახურებისკენ არის მიმართული, რაც ხელს უშლის დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესსა და ამბულატორიული სერვისების განვითარებას. ამის გარდა, ქვეყანაში ძირითად გამოწვევად რჩება მწირი ფინანსური და ადამიანური რესურსები, რესურსების არათანაბარი და არაფექტიანი გადანაწილება, სუსტი კავშირი სხვადასხვა სახის სერვისებს შორის, მართვისა და მონიტორინგის ხარვეზები.

რაოდენობრივი კვლევის მიზანია, თბილისსა და კახეთში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ სერვისით მოსარგებლების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა. ნაშრომის ლიტერატურის მიმოხილვის ნაწილში განხილული იქნება ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სერვისები საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე.

შინაარსი

ანოტაცია.....	2
შესავალი და პრობლემის აქტუალობა.....	5
თავი 1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო გამოცდილება.....	8
1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები.....	9
1.2 ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013-2020	11
1.3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითები.....	12
თავი 2. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა	15
2.1 კანონმდებლობა.....	15
2.2 ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტატისტიკური ტენდენციები.....	18
2.3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსება	20
2.4 ქვეყნის პრიორიტეტული მიმართულებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში.....	22
2.5 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.....	24
თავი 3. კვლევის შედეგები	32
თავი 4. დასკვნები და რეკომენდაციები	67
გამოყენებული ლიტერატურა	73
აბრევიატურის განმარტებები.....	77
დანართები.....	78

შესავალი და პრობლემის აქტუალობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობა ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოიცავს ემოციურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას. ეს გავლენას ახდენს ჩვენს გრძნობებსა და ქცევებზე, განაპირობებს თუ როგორ ვმართავთ სტრესს, სოციალურ ურთიერთობებსა და ჯანსაღ არჩევანს. ფსიქიკური ჯანმრთელობა მნიშვნელოვანია ცხოვრების ყველა ეტაპზე, ბავშვობიდან და მოზარდობის ასაკიდან სრულწლოვანებამდე (WHO, 2003).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაგება დიდი ხანია გასცდა ნორმისა და პათოლოგიის ვიწრო ჩარჩოს, დღეს, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე საუბარი მოიაზრებს არა მხოლოდ პათოლოგიის არსებობა/არარსებობას, ასევე ინტერგრირებულობას, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობასა და სოციალიზაციის დონეს. აქედან გამომდინარე, ფსიქიკური ჯანმრთელობა მჭიდრო კავშირშია ადამიანის უფლებების დაცვასთან. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა სცდება ამ სფეროს პროფესიონალების კომპეტენციას და მასში თანაბარ მონაწილეობას მოითხოვს, როგორც სახელმწიფოსგან, ასევე საზოგადოებისგან.

ტერმინი, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ხშირად არასწორად არის გაგებული და იხმარება ისეთი ფსიქიკური მდგომარეობის დასახასიათებლად, როგორებიცაა დეპრესია, შფოთვა და სხვ. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობა კეთილდღეობის მდგომარეობაა, რომელშიც ყველა პიროვნება აცნობიერებს საკუთარ პოტენციალს, ეხმარება გაუმკლავდეს ცხოვრების ჩვეულ სტრესულ სიტუაციებს, იმუშაოს პროდუქტიულად და ნაყოფიერად, შეიტანოს თავისი წვლილი საზოგადოებაში (WHO, 2003).

ცუდი ფსიქიკური ჯანმრთელობა ასოცირდება როგორც ინდივიდუალურ, ასევე ინტერპერსონალურ და სოციალურ/ კულტურულ ფაქტორებთან. ასეთი შეიძლება იყოს: სწრაფი სოციალური ცვლილებები, სტრესული სამუშაო გარემო, გენდერული/რელიგიური/კულტურული ნიშნით დისკრიმინაცია, სოციალური

ურთიერთობების ნაკლებობა, არაჯანსაღი ცხოვრების წესი, ძალადობა, პიროვნული რისკები, ფიზიკურად არასათანადო ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა დარღვევის საფრთხე. გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორებისა, არსებობს ფსიქიკური დარღვევების რამდენიმე ბიოლოგიური მიზეზი, მათ შორის გენეტიკური ფაქტორი და ცენტრალური ნერვული სისტემის ქიმიური დისბალანსი.

ამერიკელმა ექიმმა დევიდ სერჩერმა 1999 წელს წარმოთქვა ისტორიული ფრაზა „არ არსებობს ჯანმრთელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარეშე“ ეს ფრაზა დღემდე არ კარგავს აქტუალობას საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. აღიარებულია, რომ როგორც ფსიქიკურ, ასევე ფიზიკურ დაავადებებს ბიო-ფსიქო-სოციალური შემადგენლობა აქვს. ეს ნიშნავს, რომ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა ურთიერთგანმაპირობებელია. ხშირად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ფიზიკური სიკვდილებით იჩენს თავს, ასევე, მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ფსიქიკური ჯანმრთელობა სომატური დაავადებების წარმოშობასა და მიმდინარეობაში.

სამწუხაროდ, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადეკვატურად ვერ პასუხობენ. სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 76% - 85% ვერ იღებს მკურნალობას. მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებშიც კი ეს მაჩვენებელი უფრო დაბალია და მერყეობს 35%-დან და 50%-ს შორის (საქართველოს პარლამენტი, 2014).

მაღალია ფსიქიკური დარღვევების გავლენა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე და პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. ამ მდგომარეობების წვლილი დაკარგული ცხოვრების წლებში 8.1%-ია, მაშინ, როცა რესპირატორული დაავადებების - 9%, ყველა სახის სიმსივნეების - 5.8%, ხოლო გულის დაავადებების შემთხვევაში - 4.4%-ია. მსოფლიო მასშტაბით, შეზღუდული შესაძლებლობების გამო შემცირებული

ცხოვრების წლების 12% ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებითაა განპირობებული, რაც აჭარბებს კარდიო-ვასკულური დაავადებებით (9.7%) და ავთვისებიანი სიმსივნეებით (5.1%) გამოწვეულ გლობალურ ტვირთს (საქართველოს პარლამენტი, 2014).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები მნიშვნელოვან და უარყოფით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე, განსაკუთრებით, შრომისუნარიან მოსახლეობაში, რაც ქვეყნის ეკონომიკაზე ნეგატიურად აისახება ამ ჯგუფში შრომისუნარიანობის დაქვეითების გამო. მიუხედავად ამისა, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში საშუალოდ მხოლოდ 2% იხარჯება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ჯანდაცვის მთლიანი ეროვნული ბიუჯეტიდან. ხოლო განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს მიერ გაწეული ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8 - 12%-ია (საქართველოს პარლამენტი, 2014).

თავი 1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო გამოცდილება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის გავრცელება მსოფლიოში ძალიან მაღალია. მსოფლიო მოსახლეობის ერთ მეოთხედს ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც უჩნდება ფსიქიკური აშლილობის პრობლემა. დედამიწის მოსახლეობის დაახლოებით 10.7%-ს აქვს ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზი. 2017 წელს ეს 792 მილიონი ადამიანი იყო (Ritchie & Roser, 2018), რაც თითქმის 2-ჯერ აღემატება 2001 წელს აღრიცხულ ანალოგიურ მაჩვენებელს, რომელიც 450 მილიონ ადამიანს შეადგენდა. მათი 2/3 უარს ამბობს მკურნალობაზე ან ვერ იღებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს (WHO, 2001).

როგორც უკვე ავლინებთ, განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს მიერ გაწეული ხარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8-12%-ია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2011 წლის მონაცემებით საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ერთ ადამიანზე გაანგარიშებით იხარჯებოდა 2.7\$, სომხეთში იგივე მაჩვენებელით-4 \$, მოლდოვაში - 6.4 \$, ესტონეთში 60.2 \$ (განვითარებულ ქვეყნებში > 100\$). (WHO, mental health atlas, 2011).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა უმეტეს ქვეყანაში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ან სოციალური დაზღვევით იფარება. ძალიან შეზღუდულია დაფინანსებაში კერძო დაზღვევის როლი, განსაკუთრებით დაბალია კერძო დაზღვევით ფსიქიკური ხარჯების დაფარვა საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. მსოფლიოში, საშუალოდ, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე კერძო დანახარჯების წილია 17.8%, იგივე მაჩვენებელი დაბალი და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში არის დაახლოებით, 11%, ამ ქვეყნების რიგს მიეკუთნება საქართველოც (საქართველოს პარლამენტი, 2013).

1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სერვისები

მსოფლიოში დეინსტიტუციონალიზაცია და თემზე დაფუძნებული ზრუნვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში საუკეთესო პრაქტიკად განიხილება, მიუხედავად ამისა, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბიუჯეტის უმეტეს ნაწილს ხარჯავენ, ამ ინსტიტუციების მფლობელი ქვეყნების 80%-ში. ეს დანახარჯები ყველაზე მაღალია დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში და საშუალოდ 73%-ს წარმოადგენს, ასევე მაღალია წილი მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში და დაახლოებით 54%-ს შეადგენს. კვლევები ადასტურებენ, რომ თემზე დაფუძნებული და ინსტიტუციონალური მომსახურების დანახარჯები დაახლოებით ერთნაირია, თუმცა თემზე დაფუძნებული პრაქტიკის ეფექტი ბევრად მაღალია (WHO, 2011).

დღეს, განვითარებული ქვეყნები იხრებიან საჭიროებებზე დაფუძნებული სამსახურების ისეთი გამთლიანებული ჯაჭვის შექმნისკენ, რომელიც დიფერენცირებულ მომსახურებას სთავაზობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს და მის ოჯახის წევრებს. ამ რეფორმის საფუძველს წარმოადგენს ახალი მიდგომა - „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ბალანსირებული ზრუნვა“, რომელიც მოსახლეობის საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამისხარისხიან, მდგრად, ხარჯთ-ეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. იგი არ უარყოფს ერთ მიდგომას (მაგ. სტაციონარულ მკურნალობას) მეორის (მაგ. თემზე დაფუძნებული მომსახურების) სასარგებლოდ (საქართველოს მთავრობა, 2014).

დეინსტიტუციონალიზაციისა და სათემო ფსიქიკური სერვისების ხარჯთეფექტურობის კვლევამ აჩვენა, რომ სათემო მომსახურებებს, ჩვეულებრივ, იგივე ხარჯი აქვთ რაც მათ ჩამნაცვლებელ სტაციონარულ მკურნალობას.

მიუხედავად ამისა, სათემო სერვისების ზეგავლენა ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებზე და მათი ცხოვრების ხარისხზე ბევრად მაღალია. ქვეყნის რესურსების და განვითარების მიხედვით, ჯანდაცვის ექსპერტების მიერ რეკომენდებულია ჰოსპიტალის-გარეშე სამსახურების განვითარების საფეხურებრივი მოდელი – თითოეული ქვეყნის უნიკალურობის და სპეციფიკის გათვალისწინებით (Thornicroft G, Tansella M, 2003).

დასავლეთის ქვეყნები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში უფრო და უფრო მეტად იყენებენ „ბალანსირებული ზრუნვის“ მოდელს, რაც ამ მოდელის რამოდენიმე თვისებით აიხსნება. კერძოდ, „ბალანსირებული ზრუნვის“ მოდელს შეუძლია:

- უზრუნველყოს პაციენტის ზრუნვა/ მკურნალობა სახლთან ახლოს, თემის ფარგლებში;
- უზრუნველყოს მწვავე შემთხვევების მართვა;
- ზეგავლენა იქონიოს როგორც შეზღუდულ შესაძლებლობაზე, ასევე მის გამომწვევ სიმპტომებზე;
- შესთავაზოს დიაგნოზისა და ინდივიდის მოთხოვნილებების შესაბამისი მკურნალობა და მზრუნველობა;
- იმოქმედოს ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო კონვენციების შესაბამისად;
- აღიაროს და გაითვალისწინოს მომსახურების მომხმარებელთა პრიორიტეტები;
- შეასრულოს კოორდინატორის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებსა და დაწესებულებებს შორის;
- წარმოადგენდეს უფრო მობილურ, ვიდრე სტატიკურ ერთეულს (გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში, 2008).

1.2 ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013-2020

ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013-2020 ქვეყნებს სთავაზობს ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიული დაწესებულებებიდან სათემო სერვისებზე გადასვლას. რაც მოიცავს: მოკლევადიან სტაციონარს, ამბულატორიულ ზრუნვას ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, სრულყოფილი პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებს, დღის ცენტრებს, „უსაფრთხო“ საცხოვრებლებსა და იმ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა ხელშეწყობას, ვინც ოჯახებში ცხოვრობს. გეგმა ოთხ ძირითად მიზანს მოიცავს:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის მენეჯმენტის გაუმჯობესება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე პაციენტთა მკურნალობისა და სოციალური დახმარების თემზე დაფუძნებული უწყვეტი და კომპლექსური მომსახურება;
- მკურნალობის ეფექტიანობის ამაღლებისა და პრევენციის სტრატეგიების განხორციელება;
- საინფორმაციო სისტემების, სამეცნიერო კვლევებისა და მონაცემთა შეგროვების გაუმჯობესება/გამდიერება (NCDC).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და საქართველოს თანამშრომლობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში. საქართველოსთვის ჯანმოს დახმარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში 1993 წლიდან დაიწყო. 1995 წელს, საქართველოში პირველად გადაითარგმნა და გამოიცა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ავადმყოფობათა საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის სპეციალობაზე დაფუძნებული ადაპტაცია ფსიქიატრიისთვის. 2008-2009 წლებში არაგადამდებ დაავადებათა ინტეგრირებული პრევენციისა და კონტროლის ჩარჩოს ფარგლებში განსაკუთრებული ყურადღება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამახვილდა,

ამით საქართველომ აიღო პასუხისმგებლობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შექმნასა და ხელმისაწვდომობაზე.

2013 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის მიერ დამტკიცდა ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2013-2020 წლების სამოქმედო გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მკურნალობის გაუმჯობესებას.

2013 წლიდან საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ტრადიციულად არსებული პრაქტიკისაგან ძირეულად განსხვავებულ მიდგომები და სისტემური ხედვა ჩამოყალიბდა. საქართველო ღიად აღიარებს დაგეგმილი რეფორმის პროცესში საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარებისთვის მზადყოფნას, რისთვისაც იწვევს მსოფლიოში აღიარებულ ექსპერტებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული სამოქმედო გეგმის საერთაშორისო სტანდარტებთან და მიდგომებთან შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად და დაგეგმილი დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის ეფექტური და კონკრეტული ნაბიჯების ერთობლივად შესამუშავებლად (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, NCDC, 2018).

1.3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითები

2014 წელს გამოქვეყნდა კვლევა (The Economist Intelligence Unit's "Mental Health Integration Index") რომელიც მოიცავს ევროპის 30 ქვეყნის მონაცემებს, (აქედან 28 ევროკავშირის ქვეყანა და დამატებით, შვეიცარია და ნორვეგია) განიხილავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს შემდეგი ხუთი ფაქტორის გათვალისწინებით: ადამიანის უფლებები, სამედიცინო მომსახურება, სტიგმა, დასაქმება და ოჯახში ცხოვრების შესაძლებლობა. ამ ფაქტორებიდან გამომდინარე

ქვეყნებმა დააგროვეს გარკვეულ ქულათა მაჩვენებელი. ქვეყნებს შორის ლიდერობს გერმანია 85,6 ქულით, რაც იმას ნიშნავს, რომ გერმანია დასახელდა ყველაზე ხელსაყრელ ქვეყანად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებისათვის. გერმანიამ შეძლო და წარმატებით განახორციელა დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანები დიდი ზომის თავშესაფრებიდან გადავიდნენ შინ მოვლის სერვისებში, რაც ეხმარება პაციენტს რეინტეგრაციასა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობის კუთხით (The Economist Intelligence Unit's , 2014).

იტალია. იტალიამ ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა 1978 წლიდან დაიწყო, მიიღო „კანონი 108“, კანონის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა პაციენტების მკურნალობა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში და არა დიდი ზომის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, განსაკუთრებით, იმ ადამიანებისთვის, ვისი მდომარეობაც არის ქრონიკული და აღარ საჭიროებენ სტაციონარულ მომსახურებას. იტალია გახდა ერთ-ერთი პიონერი ევროპის ქვეყნებში, ვინ განახორციელა დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი წარმატებით. ბოლო 20 წლის განმავლობაში, იტალიამ დახურა თითქმის ყველა ფსიქიატრიული დაწესებულება და გადავიდა თემზე დაფუძნებულ სერვისებზე, ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტები სერვისს იღებენ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში. იტალიის მოდელის წარმატება რიცხვებში ასე გამიყურება: ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა ქვეყანაში, 7ჯერ ნაკლებია, სხვა ევროპის ქვეყნებზე, კერძოდ, 10 საწოლი 100000 ადამიანზე, (სხვა ევროპის ქვეყნებზე 68). ასევე, შეძლო და შეამცირა სუიციდის მაჩვენებელი, კერძოდ, 2000დან 2011 წლამდე მაჩვენებელი შემცირდა 13,4%-ით, როდესაც სხვა ევროპის ქვეყნებში ეს მხოლოდ 7%-ით მოახერხეს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბიუჯეტი შეადგენს ჯანდაცვის სრული ბიუჯეტის 5%-ს (OECD, 2018).

შვედეთი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2005 წლის ანგარიშის მიხედვით, შვედეთი ჯანდაცვის ბიუჯეტის 11.0% ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. დაფინანსების ძირითადი წყაროა გადასახადებზე დაფუძნებული სახელმწიფო სუბსიდირება, სოციალური დაზღვევა და ბოლო ადგილზეა პაციენტის ან ოჯახის კერძო დაზღვევები. 1995 წელს შვედეთმა აიღო პასუხისმგებლობა გასცეს სუფსიდია ინსტიტუტებში მცხოვრები ადამიანების, საზოგადოებაში დაბრუნების, სოციალიზაციის ხელშეწყობ სერვისებზე (WHO, 2005).

2000 წლისთვის, შვედეთის ახალგაზრდობის 20%-ს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის წინაშე იდგა, რაც პრობლემას ქმნიდა არა მხოლოდ სკოლაში, განათლების კუთხით, არამედ მოგვიანებით, დასაქმების კუთხითაც. 2012-2016 წლებში, ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა გახდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის პრიორიტეტი, ფოკუსირება მოხდა სკოლის მოსწავლეების ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერასა და ფსიქოლოგიურ განათლებაზე, რამაც მთლიანად შეცვალა თაობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, ასევე 2000 წლიდან 2011 წლამდე 5.6%-ით შემცირდა სუიციდის რაოდენობა (OECD, 2018).

თავი 2. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა

2.1 კანონმდებლობა

საქართველოში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე ადამიანთა უფლებებს იცავს შემდეგი კანონები : „კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, „კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ“, „კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „კანონი შშმ პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“, ასევე კანონები სოციალური დაცვის, დასაქმების, ზოგადი განათლებისა და სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ.

„საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის“ დაცვის შესახებ განსაზღვრავს ადამიანის უფლებებს და აწესებს, რომ ყველა ადამიანს აქვს ჯანმრთელობის დაცვის უფლება და უფლება ისარგებლოს სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით.

საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს პარლამენტმა მიიღო 2000 წელს, კანონის მიზანია მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა. იგი მოიცავს მუხლებს ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხების შესახებ, როგორცაა, მკურნალობისა და მოვლის უფლება, ინფორმირებული თანხმობა, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა და კონფიდენციალურობა. მოქმედი კანონმდებლობა, გარდა ნებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარებისა, ითვალისწინებს პირის იძულებით მოთავსებას ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მისი მკურნალობის მიზნით (საქართველოს მთავრობა, 2000). არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა ხდება იმ შემთხვევაში, თუ პირს არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და მისი მკურნალობა ჰოსპიტალში მოთავსების გარეშე არის შეუძლებელი, ხოლო დახმარების დაყოვნება საფრთხეს შეუქმნის პაციენტის ან გარშემომყოფების

სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას. გადაწყვეტილებას პაციენტის სტაციონირების შესახებ იღებს შესაბამისის კვალიფიკაციის ექიმი. ასეთ შემთხვევაში არ არის საჭირო პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა.

„კანონი შშმ პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ ეფუძნება 1975 წლის დეკლარაციას „ინვალიდთა უფლებების შესახებ“. 2006 წელს კონვენციაში შევიდა ცვლილებები, შეიცვალა შშმ პირთა განმარტება და მიეკუთნა ადამიანები, რომელთან ხანგრძლივმა ფიზიკურმა, ინტელექტუალურმა, მენტალურმა და სენსორულმა დარღვევებმა ბარიერებთან ურთიერთობაში შესაძლოა შეაფერხოს მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი და ეფექტური მონაწილეობა, ისინი მიიჩნევიან თანასწორ ადამიანებად და არა ავადმყოფებად. აღნიშნული კანონი უზრუნველყოფს შშმ პირების სოციალურ დაცვას, მათ ინტეგრირებას საზოგადოებაში და ღონისძიებების გატარებას, იმისთვის რომ თავი საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად იგრძნონ (საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტი, 1995).

1995 წელს საქართველოს მთავრობამ მიიღო კანონი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, აღნიშნული კანონის მიღება წინგადადგმული ნაბიჯი იყო ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. კანონის მიზანია: უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და უწყვეტობა, აღნიშნულ პირთა უფლებების, თავისუფლებებისა და ღირსების დაცვა, განსაზღვროს ფსიქიატრიის დარგის მუშაკთა უფლება-მოვალეობები.

2007 წლიდან მოქმედებს “ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” კანონის ახალი რედაქცია, რომელმაც ხელი შეუწყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა უფლებების დაცვას. შემუშავდა რეკომენდაციები, რომელიც მოიცავდა ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს, როგორც არის დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის განხორციელების აუცილებლობა, დღის წესრიგში დადგა ბალანსირებული

და დიფერენცირებული სამსახურების შექმნა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, თემზე დაფუძნებულ სერვისებში (საქართველოს მთავრობა, 2019).

კანონის მიხედვით, პაციენტს აქვს უფლება:

- ისარგებლოს ჰუმანური მოპყრობით, რომელიც გამორიცხავს მისი ღირსების შემლახავ ყოველგვარ მოქმედებას;
- ისარგებლოს შესაბამისი ზრუნვით/მკურნალობით მის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს;
- მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია თავისი დაავადების და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ. თუ პაციენტს არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ინფორმაცია მიეწოდება პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს;
- მიიღოს შესაბამისი სამედიცინო დახმარება არაფსიქიატრიული პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში.
- უარი თქვას მკურნალობის ჩატარებაზე, გარდა ამავე კანონით დაშვებული გამონაკლისი შემთხვევებისა.;
- შეიტანოს საჩივარი და განცხადება სასამართლოსა და სხვა სახელმწიფო დაწესებულებებში, გაეცნოს მის შესახებ არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას; ექიმი განსაზღვრავს პაციენტისა და მესამე პირისათვის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაციის მიწოდების მოცულობასა და ფორმას (საქართველოს პარლამენტი, 2006);

ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხში ძალიან მნიშვნელოვანი დოკუმენტს წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმა 2015-2020 წწ. დოკუმენტი დამტკიცდა 2014 წლის დეკემბერში. ეფუძნება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციას.“ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმა წარმოადგენს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების ხედვას მომავალი 5 წლის პერიოდისთვის, განსაზღვრავს ფასეულობებსა და

პრინციპებს, რასაც ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობა და ძირითად საჭიროებებს, რომლებიც აუცილებელია მომავლის ხედვის რეალიზაციისთვის. დოკუმენტი აგებულია საერთაშორისო და ადგილობრივი გამოცდილების მიხედვით და აკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს: მოქნილობა, მდგრადობა, შედეგებზე ორიენტირებულობა, ფინანსური ტვირთის სამართლიანი გადანაწილება, ზრუნვისა და მკურნალობის მაღალი სტანდარტების შექმნა (საქართველოს მთავრობა, 2014).

2.2 ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტატისტიკური ტენდენციები

საბჭოთა კავშირში ფსიქიკურ აშლილობათა აღრიცხვა სავალდებულო იყო, 1995 წელს მიღებული კანონის “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ თანახმად, პასციენტს უფლება მიენიჭა, უარი თქვას აღრიცხვაზე. ოფიციალური სტატისტიკის საფუძველს კი სწორედ ეს აღრიცხვა წარმოადგენს, შესაბამისად ის ვერ იძლევა ზუსტ მონაცემებს, გარდა ზემოაღნიშნული მიზეზისა, ხშირ შემთხვევაში, ადამიანები, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებით, არ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს ან მიმართავენ სხვა პროფილის ექიმებს, რაც ასევე აღიცხვის გარეშე რჩება.

2000 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იყო 67641 ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პირი, პრევალენტობა 201.9, ინციდენტობა-10.5; 2010 წლისთვის 79216 შემთხვევა, პრევალენტობა 217.5, ინციდენტობა 39.8; ხოლო უახლესი, 2018 წლის მონაცემებით, 76508 შემთხვევა, პრევალენტობა – 2053.1, მათ შორის ბავშვებში – 3217 შემთხვევა, პრევალენტობა 429.1. სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით აღრიცხულია 4859 შემთხვევა, ინციდენტობა – 130.4, მათ შორის 779 ბავშვებში, ინციდენტობა – 103.9 (NCDC, 2019).

ცხრილი 1. ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევების გავრცელება საქართველოში, 2000-2018 წლები (NCDC, 2010; NCDC 2019; NCDC 2019).

წელი	სულ			
	წლის რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა
2000	67641	1519.3	1817	40.8
2001	67299	1526.1	1741	39.5
2020	65161	1490.6	1728	39.5
2003	65788	1519.7	1645	38.0
2004	68993	1578.2	3206	73.3
2005	71179	1628.2	3974	91.0
2006	74022	1683.3	3810	87.2
2007	72588	1654.1	2677	61.0
2008	75488	1721.1	3740	85.3
2009	76457	1733.4	2505	56.8
2010	79216	1779.0	2339	52.5
2011	67736	1803.2	1870	49.8
2012	78296	2099.7	4075	109.3
2013	68922	1853.9	3020	81.2
2014	83546	2246.2	3893	104.7
2015	86497	2321.9	4229	113.5
2016	90139	2418.2	5228	140.3
2017	88610	2376.9	4841	129.9
2018	76508	2053.1	4859	130.4

როგორც ვხედავთ, სტატისტიკა მზარდი ტენდენციით ხასიათდება. წლიდან წლამდე იზრდება სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობაც.

საქართველოში ნეიროფსიქოლოგიური დაავადებები დაავადებათა გლობალური ტვირთის 22.8% შეადგენს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფერო, გლობალური ჯანმრთელობის დაცვის ინდიკატორების მიხედვით, ორი ძირითადი პარამეტრით ფასდება: ყოველ 10.000 მოსახლეზე ფსიქიატრების რაოდენობითა და ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობით. როგორც ყველა საბჭოთა ქვეყანაში, 80-იან წლებში, საქართველოში, ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი შემცირდა. 2011 წლის მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის მონაცემების მიხედვით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში საწოლების რიცხვი 3.09/10000 იყო მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, საქართველოში-2.86/10000. საკმაოდ დაბალია ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში 0.22/10000 მოსახლეზე, იგივე მაჩვენებელი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 2011 წლისთვის იყო 1.36/10000. დღის ცენტრებში 0.1/10000, მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში კი-4.3/10000 მოსახლეზე. არ არსებობს იგივე სტატისტიკა საქართველოში არსებულ სათემო დაწესებულებებისთვის (WHO, 2011).

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში, ქვეყნის მასშტაბით, გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. ასევე დეფიციტური კადრებია: ბავშვთა ფსიქიატრი, ფსიქოთერაპევტი, სოციალური მუშაკი და სხვა (საქართველოს პარლამენტი, 2014).

2.3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსება

საქართველოში ფსიქიატრიული მომსახურება ძირითადად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება. კერძო ან კორპორაციული დაზღვევის როლი ფსიქიკური

ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურებისათვის, ისევე, როგორც მსოფლიოს უმეტეს ქვეყანაში, ძალზე მწირია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების შესახებ მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა აგრეთვე ფსიქიატრიაზე სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, რომელიც საქართველოში 2007–2011 წლებში 1.7–2.6 აშშ დოლარის ფარგლებში მერყეობდა (თინათინ ორმოცაძე, თენგიზ ვერულავა, 2017).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სახელმწიფო ბიუჯეტი 2006 წლიდან 2017 წლამდე დაახლოებით 3.2 ჯერ გაიზარდა, თუმცა წილი ჯანდაცვის მთლიან ბიუჯეტში თითქმის არ იზრდება და 2.15%-ს შეადგენს. პროგრამით გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შემთხვევები ფინანსდება 840 ლარის ფარგლებში, დაყოვნების შემთხვევაში კი თვის განმავლობაში 450 ლარიანი ვაუჩერით. ამბულატორიებში ერთ პაციენტზე დახარჯული თანხა თვეში (წამლის, პერსონალის, კომუნალურის ხარჯის) საშუალოდ, 10-15 ლარია (თინათინ ორმოცაძე, თენგიზ ვერულავა, 2017).

2020 წლის პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 27,500.0 ლარით. სტაციონარულ მომსახურებაზე იხარჯება ბიუჯეტის ყველაზე დიდი ნაწილი, რაც დაახლოებით 58%-ია (საქართველოს მთავრობა, 2019). ევროპის ქვეყნებში სტაციონარულ სერვისებზე იხარჯება 9-31% და შედარებით მეტად ფინანსდება არაჰოსპიტალური სერვისები.

აღსანიშნავია, რომ კერძო დაზღვევის როლი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ძალიან მწირია, დღესდღეობით მხოლოდ ერთ სადაზღვევო კომპანიას აქვს შეტანილი ფსიქიკური ჯანმრთელობა სიაში და რესურსები ძალიან შეზღუდულია, ის ნაწილობრივ აფინანსებს ფსიქიატრთან ვიზიტებს, თუმცა მედიკამენტების ანაზღურებას არ მოიცავს, შესაბამისად, ადამიანები, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამაში ვერ ხვდებიან დიაგნოზის, რიგის ან გეოგრაფიული პრობლემების გამო, მკურალობის თანხებს მთლიანად თვითონ ანაზღაურებენ.

2.4 ქვეყნის პრიორიტეტული მიმართულებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში

საქართველოს მთავრობის 2015-2020 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმის თანახმად, „ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისები ბევრად უკეთეს შედეგებს იძლევა მკურნალობის მხრივ, ხელს უწყობს ადამიანის უფლებების დაცვას და ეკონომიკურად უფრო ხელმისაწვდომია, ვიდრე ინსტიტუციაში მკურნალობა“.

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სათემო სერვისების განვითარებაზე საუბარი დეინსტიტუციონალიზაციის რეფორმების პარალელურად დაიწყო, დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებების ნაცვლად უნდა განვითარებულიყო სერვისები, რომელიც ადამიანს არ მოსწყვეტდა საზოგადოებას და სერვისს მის ბუნებრივ გარემოში მიაწოდებდა, რათა არ დაქვეითდეს ამ ადამიანების სოციალური უნარ-ჩვევები. ამჟამად საქართველოში თემზე დაფუძნებული სულ რამდენიმე ფსიქიატრიული სერვისი არსებობს, მათგან ნაწილს სახელმწიფო არ აფინანსებს ან აფინანსებს მხოლოდ ნაწილობრივ. მათ შორისაა მობილური და ასერტული გუნდი, მცირე საოჯახო ტიპის სახლები, კრიზისული ინტერვენციის ცენტრები და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა.

მომავლის ხედვა. 2013 წლის 11 დეკემბრის საქართველოს პარლამენტმა მიიღო „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დადგენილება, რომლის მიხედვით, სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნებია: ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, დაფინანსების გაზრდა და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება. ხოლო ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მომავლის ხედვა განისაზღვრება შემდეგი ძირითადი პრინციპებით:

- გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა
- დაბალანსებული ზრუნვის სისტემის განვითარება ჰოსპიტალურ და თემზე დაფუძნებულ სერვისებს, მედიკამენტოზურ და არამედიკამენტოზურ მკურნალობას შორის.

- ყოვლისმომცველობა-ფსიქიატრიული მომსახურების თანმიმდევრული განვითარება, ფსიქიკური პრობლემების სრული სპექტრის მართვა.
- ზრუნვის უწყვეტი ჯაჭვის უზრუნველყოფა-ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სხვადასხვა ფორმისა და მეთოდის კოორდინირებული, თანმიმდევრული და უწყვეტი ჯაჭვის შექმნა, რომელიც ორიენტირებულია მაქსიმალური შედეგის მიღწევაზე.
- ადამიანის უფლებებისა და ღირსების პატივისცემა, თანამონაწილეობა.
- მონიტორინგი და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომა.

ამ ხედვის მიხედვით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობამ უნდა დააკმაყოფილოს შემდეგი მოთხოვნები: მოქნილობა, მდგრადობა, საჭიროებასა და შედეგებზე ორიენტირებულობა, მოსახლეობის ინფორმირებულობა/სტიგმის შემცირება, ასევე უნდა უზრუნველყოს ზრუნვისა და მკურნალობის მაღალი სტანდარტები და არსებული რესურსების სამართლიანად გადანაწილება.

2020 წელს ორგანიზაცია „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისის“ მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარული დაწესებულებების შესაფასებლად ჩატარდა კვლევა. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა, გაერკვია ქვეყნის მასშტაბით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარულ დაწესებულებებში ადამიანის უფლებებისა და მომსახურების ხარისხი, კვლევის მიხედვით, ერთ-ერთი ყველაზე დიდი პრობლემა, რაც კვლევისას გამოიკვეთა, სტაციონარულ დაწესებულებაში იმ პაციენტების რაოდენობაა, რომლებსაც აღარ ესჭიროებათ სტაციონარული სერვისი, მაგრამ საცხოვრებლის არქონის გამო უწევთ იქ ხანგრძლივი დაყოვნება და სტაციონარი მათთვის თავშესაფრის ფუნქციას ასრულებს. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია, ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის, აქტივობების სიმწირის, კვებისა და ინფრასტრუქტურის საკითხები.

რეკომენდაციების ნაწილში საუბარია სტაციონარული მომსახურების სტანდარტის შემუშავების საჭიროებაზეც, ასევე მცირე ზომისა და ზოგადი

პროფილის კლინიკებში ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებების განვითარების ხელშეწყობაზე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებების რეაბილიტაციის პროექტების განხორციელებაზე და ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის ინტეგრაციაზე. რეკომენდაციებში ასევე საუბარია პაციენტებისთვის საოჯახო და რეზიდენტული ტიპის დაწესებულებების განვითარების საჭიროებაზე. სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებისა და უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფაზე (ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში, 2020).

2.5 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

საქართველოს მთავრობის, „კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ,“ დოკუმენტის თანახმად, “საქართველო, როგორც დემოკრატიული სახელმწიფო, აღიარებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის ადამიანის ჯანმრთელობის ფუნდამენტური ნაწილი და საზოგადოების კეთილდღეობის აუცილებელი პირობა, ხოლო ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვა სახელმწიფოს მოვალეობაა.”

ქვეყანაში 1995 წლიდან ფუნქციონირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც სრულად ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. პროგრამის ბიუჯეტი 2020 წლისთვის განისაზღვრება 27,500.0 ლარით და მოიცავს რამდენიმე მიმართულებას, ესენია:

- სათემო ამბულატორიული მომსახურება
- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია
- ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა
- ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის (16-65 წწ)

- თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის
- ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი
- სტაციონარული მომსახურება (საქართველოს მთავრობა, 2019).

სათემო ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი მოიცავს კონკრეტულ ადგილას მცხოვრები, ნებისმიერი ასაკის ადამიანის პირველ კონსულტაციასა და აღივანებაზე აყვანას. მომსახურება ხორციელდება ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომით, დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პროცესში ჩართული არის მულტიდისციპლინარული გუნდი. სათემო ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს შემდეგ სერვისებს:

ა) დიაგნოსტიკა;

ბ) მკურნალობა;

გ) მედიკამენტებით უზრუნველყოფა;

დ) უწყვეტი ზრუნვა;

ე) სოციალური მხარდაჭერა;

ვ) თემში არსებულ სამედიცინო (პირველადი ჯანდაცვა) და სოციალურ სერვისებთან მჭიდრო თანამშრომლობა.

დ) სათემო ამბულატორიული მომსახურება ხორციელდება ამბულატორიაში ან ბინაზე/თემში;

სათემო ამბულატორიული მომსახურებაზე ბიუჯეტიდან გამოყოფილია 7,195 მლნ, სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება, საქართველოს მასშტაბით არის 21 (საქართველოს მთავრობა, 2019).

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა მოიცავს სტანდარტების შესაბამისად ღონისძიებათა გატარებას, რომელთა შედეგად პაციენტმა უნდა შეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრებისთვის საჭირო ბაზისურ უნარ-ჩვევათა აღდგენა/შესწავლა, მათ შორის: პაციენტის საჭიროებების განსაზღვრა, ინდივიდუალური და სპეციფიკური რეაბილიტაციური გეგმის შედგენა.

ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია საჭიროა, ფაქტობრივად, ყველა არსებულ ფსიქიკურ სერვისში, თუმცა სახელმწიფო პროგრამის თანახმად, ის ხორციელდება დამოუკიდებელი ამბულატორიული სერვისის სახით, მხოლოდ სამ ქალაქში თბილისში, თელავსა და ქუთაისში, ასევე შეზღუდულია ბენეფიციარების რაოდენობა და ამჟამად, 150-200 ადამიანს ემსახურება მთელი საქართველოს მასშტაბით. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისთვის ბიუჯეტიდან გამოყოფილია 100.9 ათასი ლარი.

ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა ითვალისწინებს დღის სტაციონარის პირობებში იმ 18 წლამდე ასაკის პაციენტების მდგომარეობის შესწავლას/დიაგნოსტიკას, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქიკური მდგომარეობისა და ქცევის ცვლილება, სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება და დეზადაპტაცია. მოიცავს ნეიროგანვითარებითი და ფსიქიატრიული გუნდის მომსახურებას, მედიკამენტებით უზრუნველყოფას ექიმის დანიშნულების შესაბამისად, კლინიკო-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს ექიმის დანიშნულების შესაბამისად, ასევე სხვა ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციებს ექიმის დანიშნულების შესაბამისად. ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტი წელიწადში ფინანსდება 151.0 ათასი ლარით.

ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის (16-65 წწ) არის სპეციალიზებული სერვისი, რომელიც შექმნილია სტაციონარის ტვითის შემცირების მიზნით. სერვისში ჩართვა შეუძლიათ გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრებ პირებს. მომსახურება განკუთვნილია ადამიანებისთვის, რომელთაც აღენიშნებათ, მწვავე ფსიქოზური სიმპტომები ან ისეთი ქცევითი და აფექტური

სიმპტომები, რომელთა გამოც, შესაძლებელია პაციენტის ან მის გარშემომყოფთა სიცოცხლეს და/ან ჯანმრთელობას საფრთხე შეექმნას. მკურნალობის განხორციელება შესაძლებელია პაციენტის ბუნებრივ გარემოში (სახლი) მულტიდისციპლინარული გუნდის მიერ ან კრიზისული ინტერვენციის ცენტრებში.

პროგრამა მოიცავს: დღის სტაციონარებში გადაუდებელ და გეგმურ ამბულატორიულ კონსულტაციებს, ბენეფიციართა შეფასებასა და მკურნალობას. მკურნალობა არის როგორც მედიკამენტოზური, ასევე თერაპიული. ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა პაციენტისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის ხელმისაწვდომია 24 საათის განმავლობაში სატელეფონო კონსულტაციების მეშვეობით. კრიზისული ინტერვენციის პროგრამა მოიცავს საჭიროების შემთხვევაში პაციენტების გადაყვანას სტაციონარში. კრიზისის ამოწურვის შემდეგ, როდესაც აღარ არსებობს პაციენტზე მუდმივი დაკვირვების საჭიროება, პაციენტის გადამისამართება ხდება ამბულატორიულ სერვისში. (საქართველოს მთავრობა, 2019).

სერვისი პროგრამის ფარგლებში ფინანსდება წელიწადში 662.3 ათასი ლარით, მას ახორციელებს 4 დაწესებულება. ხელმისაწვდომია: თბილისში, ბათუმში, ქუთაისსა და რუსთავში.

თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის

აქტიური სათემო ფსიქიატრიული მომსახურება 2013 წელს დაარსდა- ეს არის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების კომპლექსი, რომელიც გავრცელებულია აშშ-სა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ის წარმოადგენს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ჰოსპიტალიზაციის პრევენციის საუკეთესო საშუალებას, მიზანი კი არის მკურნალობა ჰოსპიტალისა და რეზიდენტული დაწესებულებების გარეშე.

სერვისით სარგებლობა შეუძლიათ პირებს, რომლებიც ხშირად ან ხანგრძლივი დროით თავსდებიან სტაციონარში, ხოლო სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ სულ მცირე ბოლო სამი თვის განმავლობაში არ, ან ვერ აკითხავენ ამბულატორიულ დაწესებულებას, მიუხედავად საჭიროებისა, ან ანამნეზში აღნიშნებათ ცუდი დამყოლობა მკურნალობაზე, რის გამოც ხშირად რჩებიან მკურნალობის გარეშე, ან წყვეტენ მკურნალობას, რაც ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის გაუარესებას იწვევს, ან აქვთ სოციალური პრობლემები, რომელთა მოგვარებასაც ავადმყოფობის გამო დამოუკიდებლად ვერ ახერხებენ. აღნიშნულ მომსახურებას ახორციელებს მულტიდისციპლინარული გუნდი (გუნდი შედგება 3 სამტატო ერთეულისგან, მათ შორის სავალდებულოდ 1 ფსიქიატრი, დანარჩენი წევრები შესაძლებელია იყვნენ: სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ექთანი/უმცროსი ექიმი) (საქართველოს მთავრობა, 2019).

პროგრამა მოიცავს: ფსიქიკური პრობლემების ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავებასა და განხორციელებას. მომსახურების მიწოდება ხდება პაციენტის ბუნებრივ გარემოში, რეგულარული ვიზიტების სახით, ასევე შესაძლებელია სატელეფონო კონსულტაციებიც. მობილური გუნდის სერვისი უზრუნველყოფს პაციენტის შეფასებას, მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, ფსიქოგანათელებას პაციენტისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის, სოციალური უნარ-ჩვევების გამომუშავებასა და სოციალური პრობლემების მოგვარებაში დახმარებას. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონირების კრიტერიუმების არსებობის შემთხვევაში პაციენტის სტაციონირების ორგანიზებას (საქართველოს მთავრობა, 2019).

სერვისის ხელმისაწვდომობა ბოლო წლების განმავლობაში გაიზარდა და მიეზა ამბულატორიებს, დღესდღეობით 26 დაწესებულებას ჰყავს მობილური გუნდი, რომელიც 8 საათის განმავლობაში არის ხელმისაწვდომი, ასევე გაიზარდა დაფინანსება და ამჟამად 2,450.0 მლნ ლარს შეადგენს.

სტაციონარული მომსახურება

ფსიქიკური აშლილობის მქონე მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება მოიცავს: მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების ან ისეთი ქცევითი სიმპტომების მკურნალობას, რომელთა გამოც საფრთხე ექმნება პაციენტის ან გარშემომყოფთა სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას. ასევე, გრძელვადიან სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც გულისხმობს ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე იმ პირთა მკურნალობას სტაციონარის პირობებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევები და/ან გახანგრძლივებული ფსიქოზური სიმპტომატიკა (მათ შორის, მწვავე შემთხვევების სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელება) (საქართველოს მთავრობა, 2019).

არსებობს სერვისის მიმწოდებელი მხოლოდ ერთი დაწესებულება და ბიუჯეტიდან ფინანსდება 360.0 ათასი ლარით.

ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი

აღნიშნული სერვისის მოსარგებლები არიან: თანდაყოლილი და შეძენილი ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული დემენციის მქონე ან ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 18 წლისა და მეტი ასაკის პირები, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების ღრმა მოშლა და არ აქვთ შესაბამისი მხარდაჭერი გარემო.

პროგრამით განსაზღვრულია შემდეგი სერვისები: ბენეფიციართა შეფასება, მოვლა, ინდივიდუალური გეგმის შედგენა/განხორციელება, ფუნქციური უნარ-ჩვევების სწავლება, ფსიქიატრიული და არაფსიქიატრიული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. ბენეფიციართა შესაძლებლობის გათვალისწინებით, მათი სხვადასხვა ღონისძიებებში ჩართვის ორგანიზება, როგორც საცხოვრებელ

ადგილას, ასევე დაწესებულების გარეთ მათ შორის, ბენეფიციართა ინტერესებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით, სხვადასხვა შრომით აქტივობებში მათი ჩართვის ხელშეწყობა (საქართველოს მთავრობა, 2019).

ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტის წლიური ბიუჯეტია 1,094.0 მლნ ლარი. მიმწოდებელი არის ორი დაწესებულება.

სხვა სერვისები, რომლებსაც სახელმწიფო პროგრამა არ მოიცავს არის მცირე საოჯახო ტიპის სახლები ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებისთვის და ასერტული გუნდის მომსახურება.

ასერტული მომსახურების სერვისი საქართველოში 2013 წელს დაინერგა, 2016 წლამდე მომსახურება მთლიანად თვითდაფინანსებით ფუნქციონირებდა, 2016 წელს ნაწილობრივ მერიამ თავის თავზე აიღო დაფინანსება. ასერტული სერვისი ფსიქიკური პირებისთვისაა განკუთვნილი, რომელთა მდგომარეობა ხშირად მძიმდება, სერვისში ჩართვისთვის აუცილებელია პირი წლის განმავლობაში მინიმუმ სამჯერ იყოს ჰოსპიტალიზებული. მასში 12 მომსახურე პერსონალია ჩართული, მათ შორის აუცილებლად არის ფსიქიატრი, ექთანი, სოციალური მუშაკი და ფსიქოლოგი. სერვისით უზრუნველყოფა ხდება ბინაზე, გარდა რეაბილიტაცია-მკურნალობისა, მოიცავს წამლებით უზრუნველყოფას.

სერვისი ეფექტურია როგორც საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობის, ასევე დასაქმების კუთხითაც, ამჟამად არსებული 100მდე ბენეფიციარისგან, სტაციონარში მოხვედრის სიხშირე 90%-ით შემცირდა, ბენეფიციარების 10% კი დასაქმებულია კონკურენტულ სამსახურებში. ორგანიზაციისგან მიღებული მონაცემები, რომელიც სერვისის ეფექტურობას ზომავს ასე გამოიყურება. ბენეფიციარების სტაციონირების რაოდენობის შემცირება წლების მიხედვით:

- 2013 წელს შემცირდა 93.3%-ით;

- 2014 წელს 95.8%-ით;
- 2015 წელს შემცირდა 96.2%-ით;
- 2016 წელს შემცირდა 95.4%-ით;
- 2017 წელს შემცირდა 96.5%-ით;
- 2018 წელს შემცირდა 94.2%-ით;
- 2019 წელს შემცირდა 90.2%-ით;

ბენეფიციართა ინდივიდუალური გეგმის განხილვის შედეგად გამოიკვეთა, რომ 35.8%-მა ოჯახის წევრებთან და მეგობრებთან კონფლიქტი დაარეგულირა, 12% რეგულარულად ერთვება გასვლით ღონისძიებებში, 42% იყენებს სოციალურ ქსელებს, ხოლო ოჯახის წევრების 100%-ს მიეწოდება ფსიქოლოგიური მხრდაჭერა და ფსიქოგანათლება დაავადების შესახებ.

მობილური გუნდისგან განსხვავებით, ასერტული გუნდი ბენეფიციარებს მომსახურებას უწევს 24 საათის განმავლობაში.

მცირე საოჯახო ტიპის სახლების სერვისი ზრდასრული შშმ პირებისთვის 2011 წელს დაარსდა, ის არის რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტი, 2016 წლამდე სერვისი განკუთვნილი იყო მხოლოდ ინტელექტუალური დარღვევის მქონე პირებისთვის, 2016 წლიდან კი სერვისი ემსახურება ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებსაც. 2017 წლიდან მცირე საოჯახო ტიპის სახლების სერვისი გახდა სახელმწიფო პროგრამის ქვეკომპონენტი, ხოლო 2019 წლის იანვრიდან სახელმწიფომ საცხოვრისების დაფინანსება სრულად თავის თავზე აიღო. სერვისი მოიცავს ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანების საცხოვრისებით უზრუნველყოფას და გათვლილია 18 წელზე ზემოთ მყოფი პირებზე. ქვეპროგრამის ამოცანაა სამიზნე ჯგუფისთვის ოჯახთან მიახლოებული პირობების შექმნა, დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობა და სოციალური ინტეგრაცია.

თავი 3. კვლევის შედეგები

მცირე მასშტაბის კვლევა თბილისსა და კახეთში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ სერვისით მოსარგებლების ცოდნა-დამოკიდებულების შესახებ

კვლევის მიზანი და ამოცანები. სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული მცირემასშტაბიანი კვლევის მიზანია თბილისსა და კახეთში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ სერვისით მოსარგებლების ცოდნა-დამოკიდებულების შესწავლა. კვლევის მიზნიდან გამომდინარე დასმული იყო შემდეგი ამოცანები:

- სამაგისტრო ნაშრომის თემის ირგვლივ ხელმისაწვდომი ლიტერატურული წყაროების შეკრება, სისტემატიზაცია და ანალიზი.
- ფსიქიკური დარღვევების სტატისტიკური ტენდენციების შესწავლა საქართველოში.
- მცირე მასშტაბის კვლევის ჩატარება, თბილისსა და კახეთში, რათა დადგენილ იქნეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ ცოდნისა და დამოკიდებულების შეწავლა, ამ სერვისით მოსარგებლეთა შორის.
- შესწავლა თუ რომელი ტიპის მომსახურება არის უფრო მისაღები, ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთათვის.
- სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში მოძიებული ლიტერატურის წყაროებსა და კვლევაზე დაყრდნობით, დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

კვლევის ჰიპოტეზა. სამაგისტრო ნაშრომის დაწყებამდე დაკვირვების მეთოდითა და ლიტერატურის მიმოხილვის შედეგად, გამოითქვა ვარაუდი, რომ ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირები არ ფლობენ რელევანტურ ინფორმაციას ან/და აქვთ ნეგატიური დამოკიდებულება ქვეყანაში არსებული სახელმწიფო სერვისების

შესახებ, რაც უარყოფითად აისახება მათ განწყობაზე მიმართონ შესაბამის სამსახურებს და შესაბამისად, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

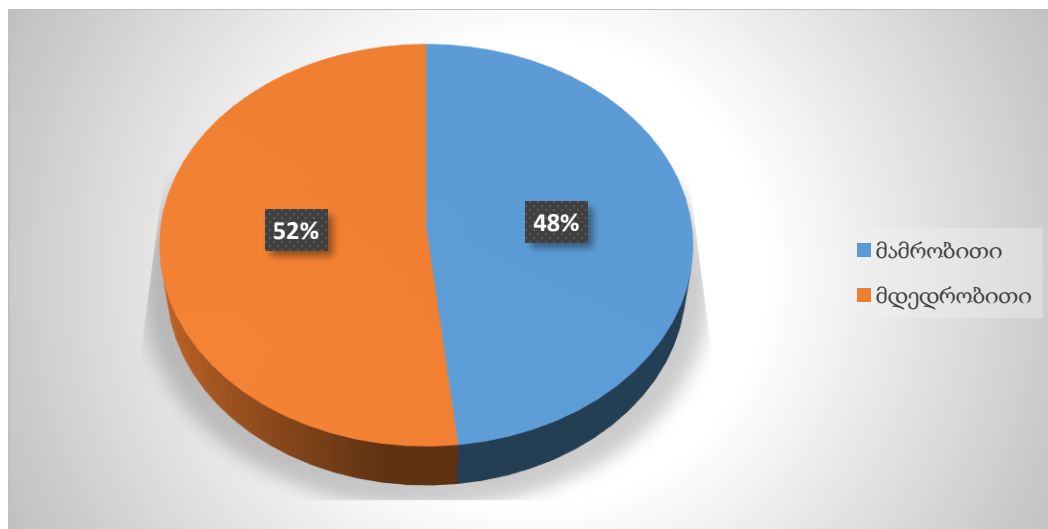
კვლევის მეთოდოლოგია. ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანების ცოდნის და დამოკიდებულების შესასწავლად, ასევე ამ სფეროში არსებული გამოცდილების დასადგენად მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული რაოდენობრივი კვლევის ჩატარება ფსიქიკური სერვისებით მოსარგებლე პირებთან. კვლევა ჩატარდა სამ ეტაპად, პირველ ეტაპზე, მოხდა კითხვარის შემუშავება და ეთიკის კომისიის თანხმობის მოპოვება. მეორე ეტაპზე, განხორციელდა მოსახლეობის გამოკითხვა. მესამე ეტაპზე კი კითხვარის დამუშავება და ანალიზი, შედეგების საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების შემუშავება. კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების დამუშავება მოხდა სტატისტიკური პროგრამის, SPSS-ის დახმარებით.

სამიზნე ჯგუფი. კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენდა თბილისსა და კახეთში მცხოვრები, სრულწლოვანი, ფსიქიკური დარღვევის მქონე ადამიანები. სულ გამოიკითხა 172 რესპონდენტი, აქედან 83 მამაკაცი და 89 ქალი. 124 ადამიანი თბილისში, ხოლო 48 კახეთში.

კვლევის ინსტრუმენტი. კვლევის ჩასატარებლად შემუშავდა კითხვარი, კითხვარი შედგებოდა 45 დახურული კითხვისგან, პირველი 9 კითხვა ეხებოდა დემოგრაფიულ მახასიათებლებს, ხოლო დანარჩენი ეხებოდა ფსიქიკური დარღვევის მქონე ადამიანთა ცოდნასა და დამოკიდებულებას.

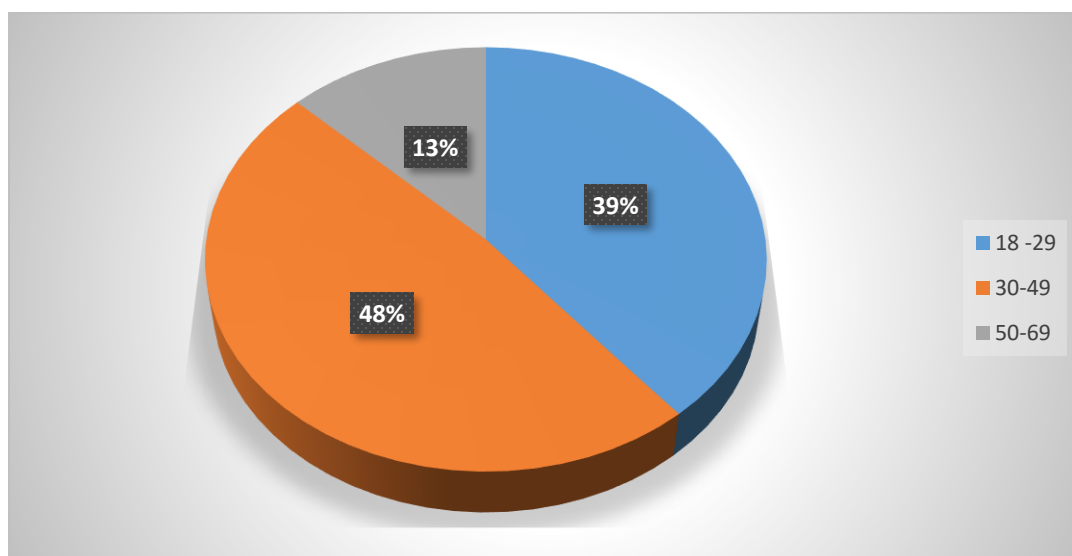
დემოგრაფიული მონაცემები

კვლევაში სულ მონაწილეობდა 172 რესპონდენტი. გამოკითხვაში მონაწილე 172 რესპონდენტიდან 52% (n=89) შეადგენს ქალს, ხოლო 48% (n=83) მამაკაცს (იხ. დიაგრამა #1).



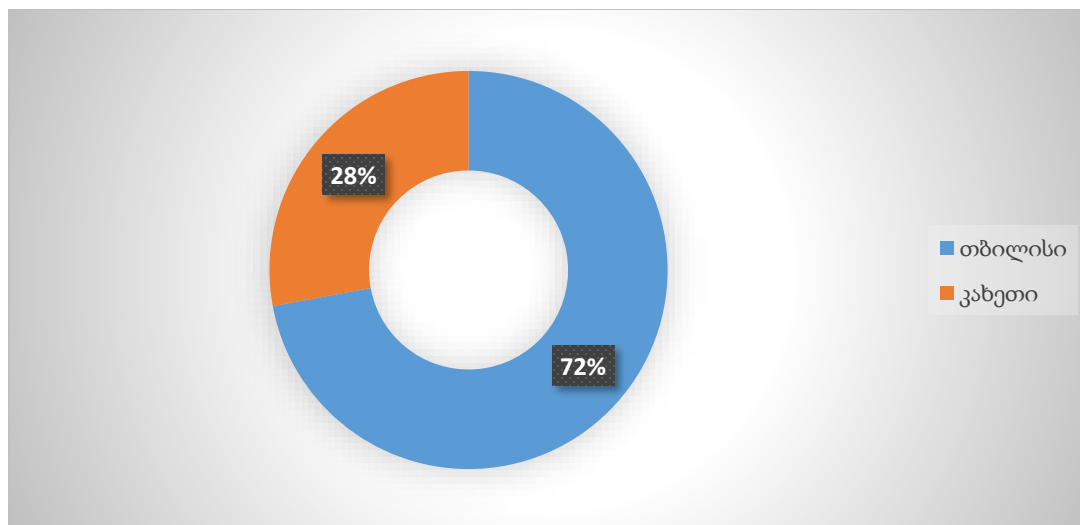
დიაგრამა #1 რესპონდენტთა გენდერული განაწილება

რესპონდენტთა 48% არის 18 დან 29 წლამდე, 39% 30 დან 49 წლამდე, ხოლო 13% 50 დან 69 წლამდე (იხ. დიაგრამა #2).



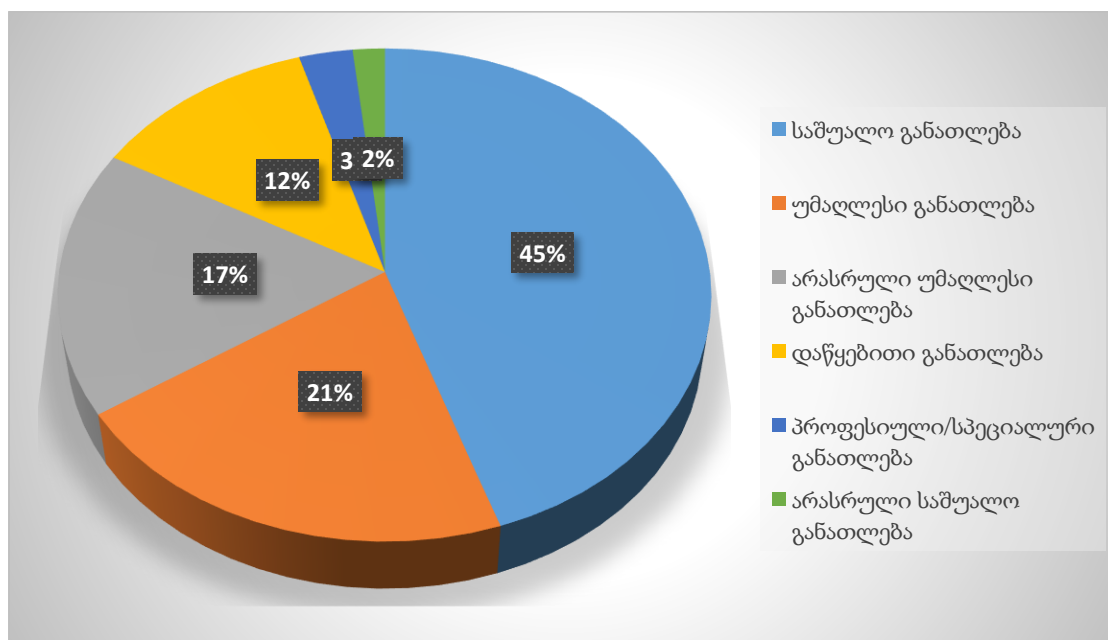
დიაგრამა #2 რესპონდენტთა ასაკობრივი განაწილება

რესპონდენტთა გეოგრაფიულ გადანაწილებას აქვს შემდეგი სახე: დედაქალაქში მცხოვრებ რესპონდენტთა საერთო რაოდენობა შეადგენს 72%-ს (n=124), ხოლო კახეთში მცხოვრებთა რაოდენობა არის 28% (n=48).



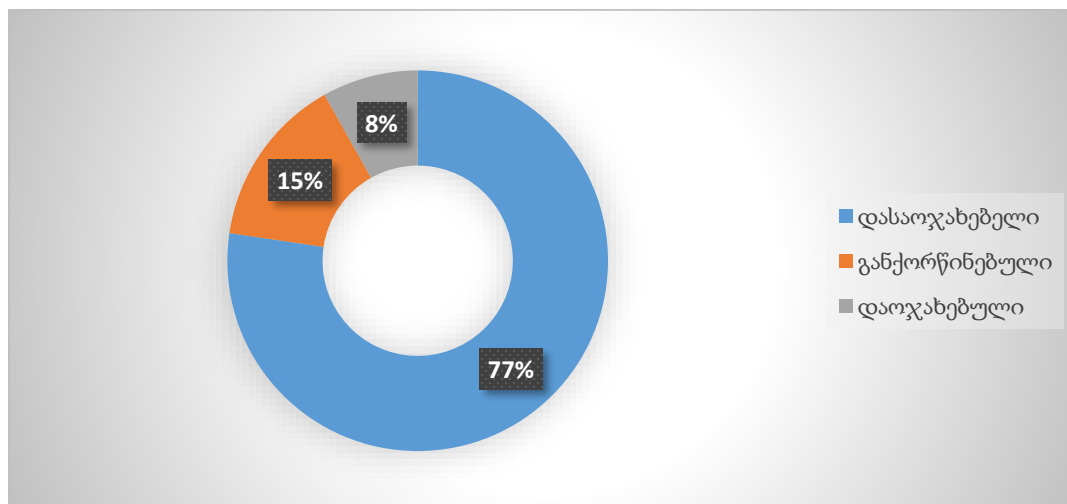
დიაგრამა #3 რესპონდენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით

ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორს წარმოადგენს განათლება რენსპოდენტების ცოდნისა და დამოკიდებულების შესასწავლად. გამოკითხულთან 1/5-ზე მეტს (21%) აქვს უმაღლესი განათლება, 45%-ს საშუალო განათლება, 3% პროფესიული, 12% კი დაწყებითი განათლება. 17%-მა ვერ დაასრულა სწავლა უნივერსიტეტში, ხოლო 2%-მა სკოლაში (დიაგრამა #4).



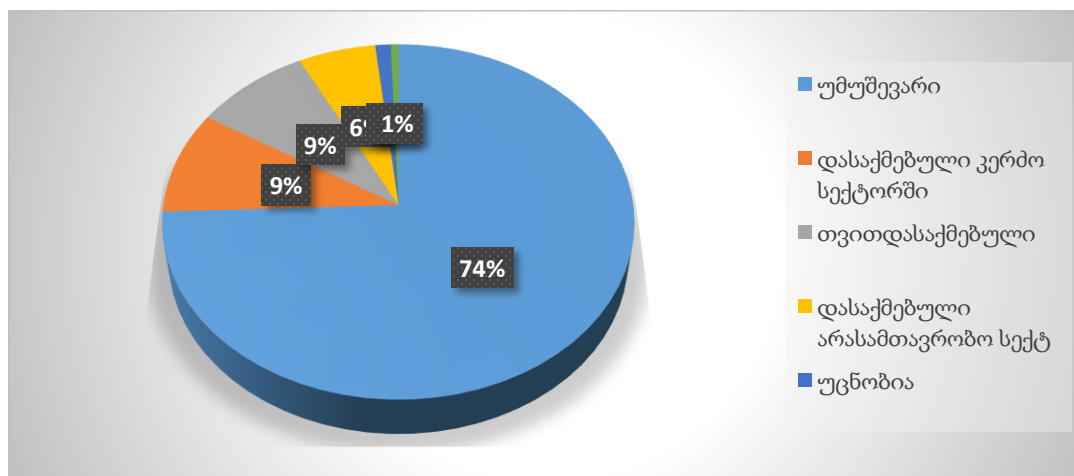
დიაგრამა #4 რესპონდენტთა განაწილება განათლების მიხედვით

რენსპოდენტთა 77% (n=133) არის დასაოჯახებელი, 15% (n=25) განქორწინებული და მხოლოდ 8% (n=14) არის დაოჯახებული (იხ. დიაგრამა #5).



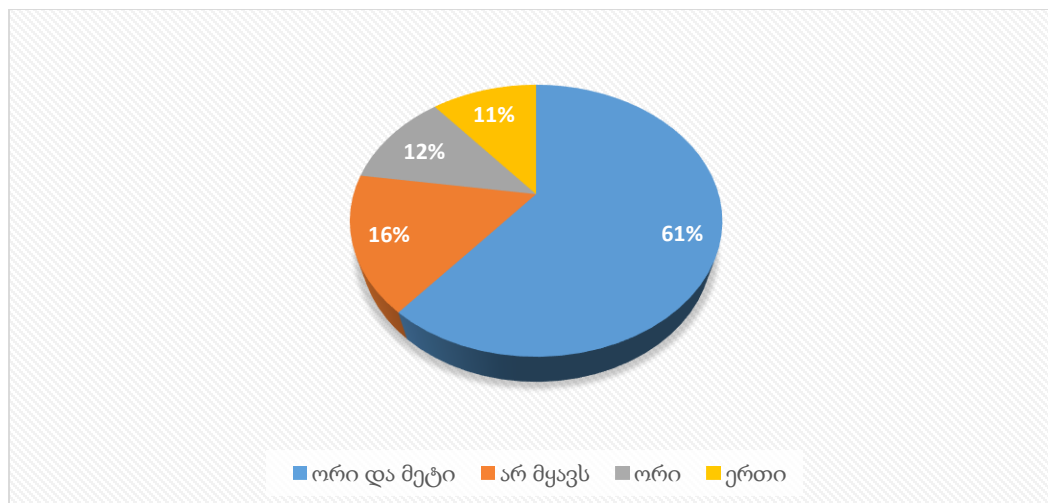
დიაგრამა #5 რესპოდენტთა განაწილება ოჯახური მდგომარეობის მიხედვით

რესპოდენტთა 74% (n=128) არის უმუშევარი, 9% (n=16) დასაქმებულია კერძო სექტორში, 9% (n=15) არის თვითდასაქმებული, 6% (n=10) მუშაობს არასამთავრობო სექტორში და მხოლოდ 1 რესპოდენტი-სახელმწიფო სექტორში (იხ. დიაგრამა #6).

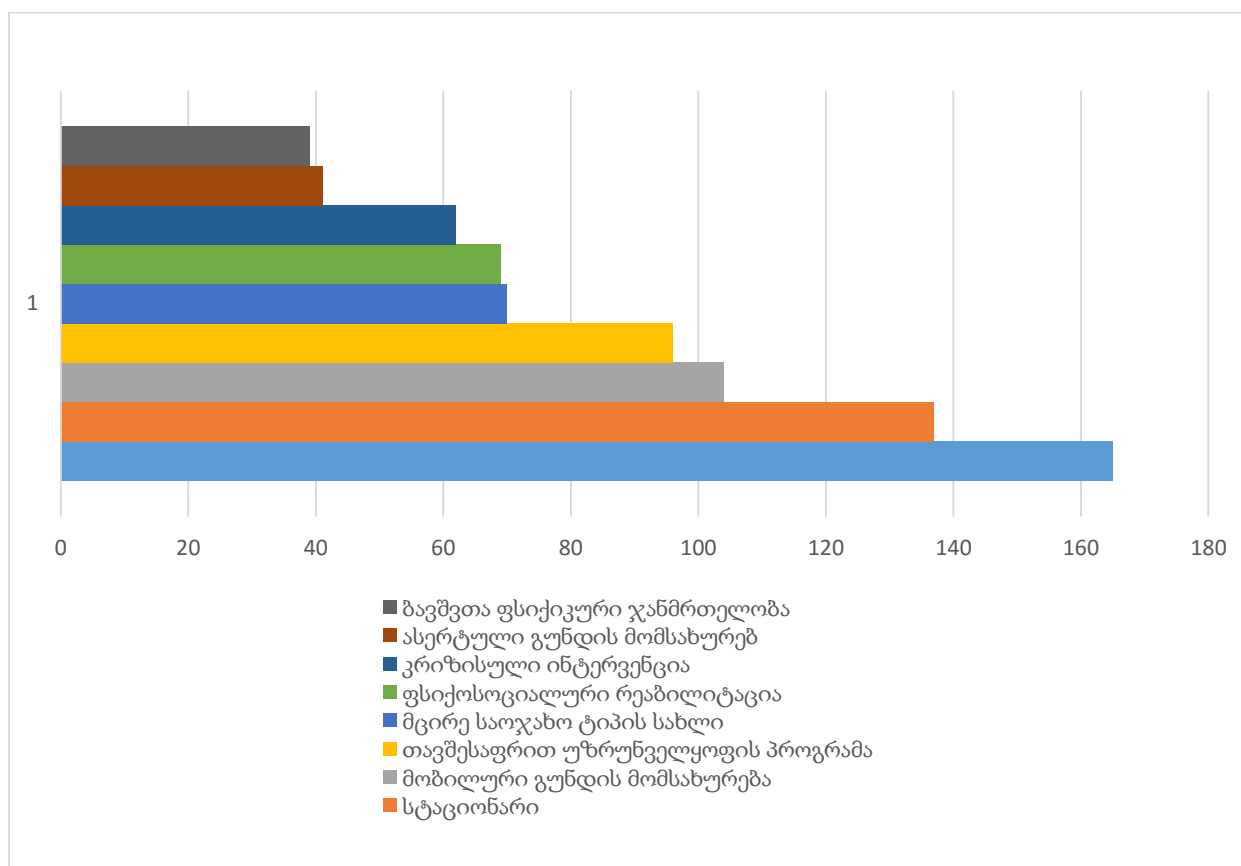


დიაგრამა #6 რესპოდენტთა განაწილება დასაქმების მიხედვით

გამოკითხულთა, 61%-ს (n=105) ჰყავს ორი ან მეტი ოჯახის წევრი, 12%-ს (n=20) ორი, 11%-ს (n=19) ერთი, ხოლო 16%-ს (n=28) საერთოდ არ ჰყავს ოჯახის წევრი.



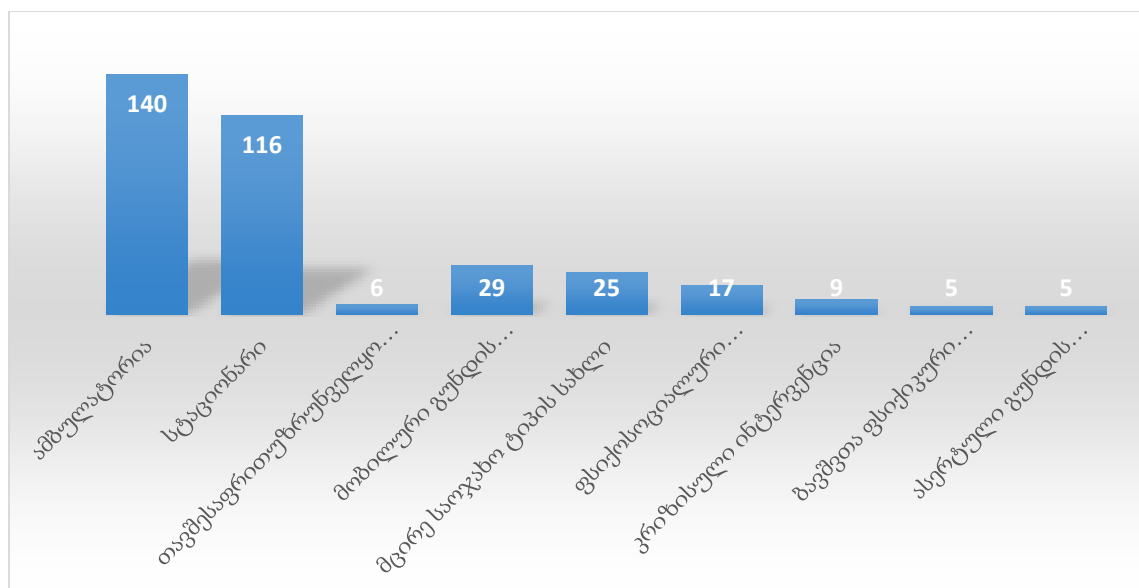
დიაგრამა #7 რესპონდენტთა განაწილება ოჯახის წევრთა რაოდენობის მიხედვით ინფორმირებულობა



დიაგრამა #8 რესპონდენტთა ინფორმირებულობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების თაობაზე

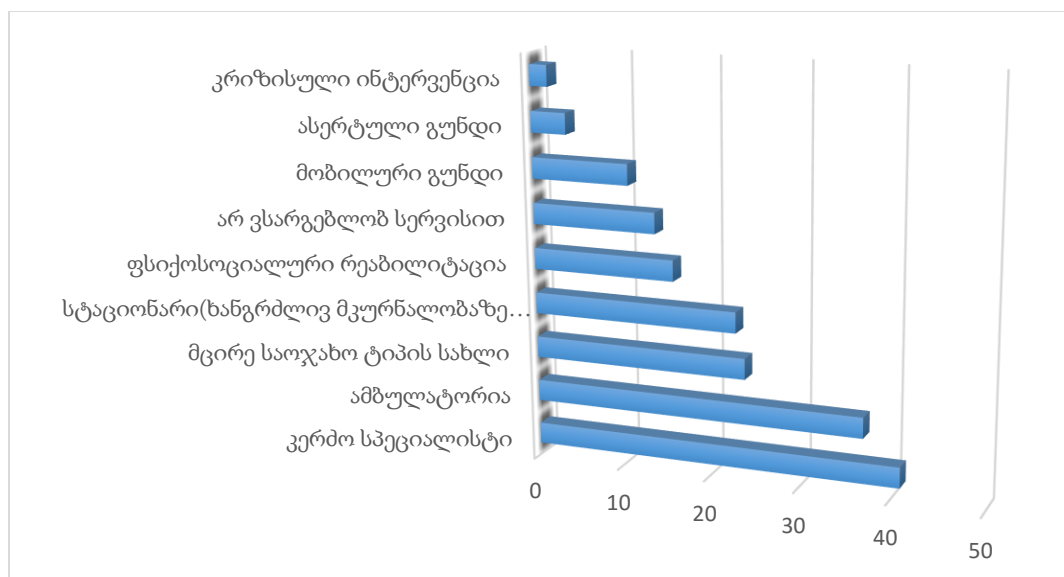
კითხვაზე რომელი სერვისების შესახებ აქვთ ინფორმაცია, პასუხები შემდეგი სახით გადანაწილდა: სათემო ამბულატორიული მომსახურების შესახებ ინფორმაცია აქვს 165 (96%) რესპონდენტს, სტაციონარულ მომსახურებას იცნობს 137 (79%) რესპონდენტი, მობილური გუნდის მომსახურებას 104 (60%), თავშესაფრის შესახებ სმენია 96-ს (56%), მცირე საოჯახო ტიპის სახლებზე 70-ს (40%), ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციაზე 69-ს (40%), კრიზისული ინტერვენციის შესახებ ფლობს ინფორმაციას 62 ადამიანი (36%), ხოლო ასერტული გუნდის მომსახურებასა და ბავშვთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე იციან, შესაბამისად, 41-მა და 39-მა ადამიანმა (23% და 22%) (იხ. დიაგრამა#8).

რაც შეეხება, სერვისებს, რომლითაც რესპოდენტებს უსარგებლიათ, შედეგები ასე გადანაწილდა: 139 (81%) ადამიანს უსარგებლია ამბულატორიული მომსახურებით, 116-ს (66%) სტაციონარით, 6-ს (3%) თავშესაფრით, 29-სა და 5-ს (17% და 3%), შესაბამისად მობილური გუნდისა და ასერტული გუნდის მომსახურებით, მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში ცხოვრების გამოცდილება აქვს 16 ადამიანს (9%), ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციითა და კრიზისული ინტერვენციით უსარგებლიათ, შესაბამისად, 11 და 5 რესპოდენტს (6% და 3%), ხოლო ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამასთან ჰქონია შეხება 5 ადამიანს (3%) (იხ. დიაგრამა #9).



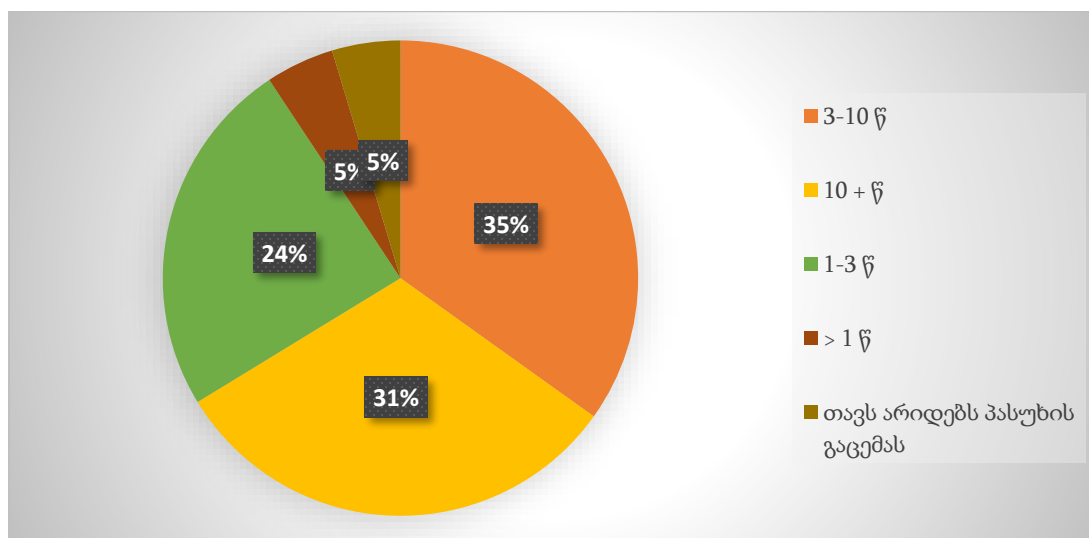
დიაგრამა #9 რესპონდენტთა განაწილება სერვისებით სარგებლობის მიხედვით

დაკვირვების შედეგად გამოითქვა ვარაუდი, რომ სერვისის ტიპი, რომელითაც რესპონდენტი ამჟამად სარგებლობს გავლენას ახდენს ცოდნასა და დამოკიდებულებაზე ფსიქიკური სერვისების მიმართ. მიღებული მონაცემებით ირკვევა, რომ კერძო სპეციალისტის მომსახურებით სარგებლობს 41 (25%) ადამიანი, ამბულატორიით 37 (22%), ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მცხოვრები ქრონიკული პაციენტების რაოდენობა არის 23 (14%), ეს არიან ადამიანები, რომელთაც აღარ სჭირდებათ სტაციონარული მომსახურება, თუმცა საცხოვრებლის არქონის გამო, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ცხოვრობენ. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციისა და მცირე საოჯახო ტიპის სახლის მომხმარებელთა რაოდენობა თანაბრად შეადგენს 16-ს (9%). მობილური და ასერტული გუნდის მომსახურებით სარგებლობს შესაბამისად 11 და 4 ადამიანი (6% და 2%), კრიზისული ინტერვენციის მომხმარებელი არის 2 (1%). ხოლო 14 (9%) რესპონდენტი ამჟამად არ იღებს არანაირ მომსახურებას (იხ. დიაგრამა #10).



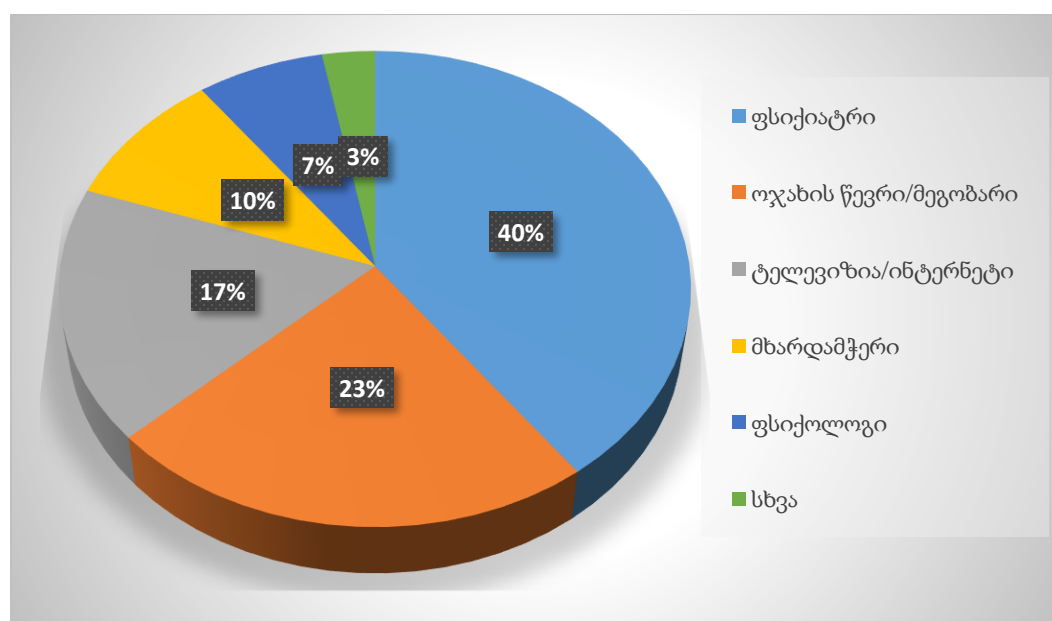
დიაგრამა #10 სერვისები, როლითაც ამჟამად სარგებლობენ რესპონდენტები

რესპონდენტთა მესამედზე მეტს (35%) სერვისებით სარგებლობის 3დან 10 წლამდე გამოცდილება აქვს, ასევე მესამედი(31%) 10 წელზე მეტია სარგებლობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით. 1დან 3 წლამდე სარგებლობს რესპოდენტთა 24%, ხოლო ერთ წელზე ნაკლები მხოლოდ 5% (იხ. დიაგრამა #11).



დიაგრამა #11 რესპონდენტთა განაწილება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით სარგებლობის ხანგრძლივობის მიხედვით

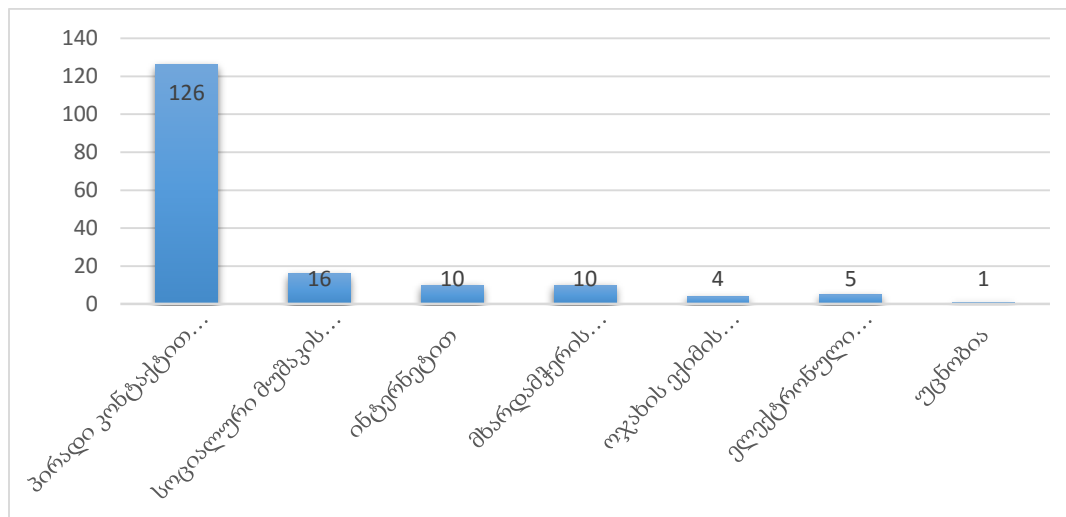
მკურანლობის დაგეგმვისა და მიმდირეობის პროცესში ფსიქიკური პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი როლი აქვს ინფორმირებულობას, საკუთრი მდგომარეობისა და სერვისების შესახებ. კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, ინფორმაცია მიიღოს სანდო, კვალიფიციური ადამიანისგან. თუმცა კითხვაზე, ვისგან იღებენ ინფორმაციას ფსიქიატრიული სერვისების შესახებ, მხოლოდ 40% (n=67) პასუხობს რომ ფსიქიატრისგან. 23% (n=39) იღებს ინფორმაციას ოჯახის წევრის ან მეგობრისგან, 17% (n=29) ტელევიზია/ინტერნეტით, 10% (n=16) მხარდამჭერისგან, ხოლო 7% (n=12) ფსიქოლოგისგან. რესპონდენტთა 3% სხვა საკომუნიკაციო საშუალებებით იღებს ინფორმაციას (იხ. დიაგრამა#12).



დიაგრამა #12 რესპონდენტთა განაწილება ინფორმაციის მიღების წყაროს მიხედვით

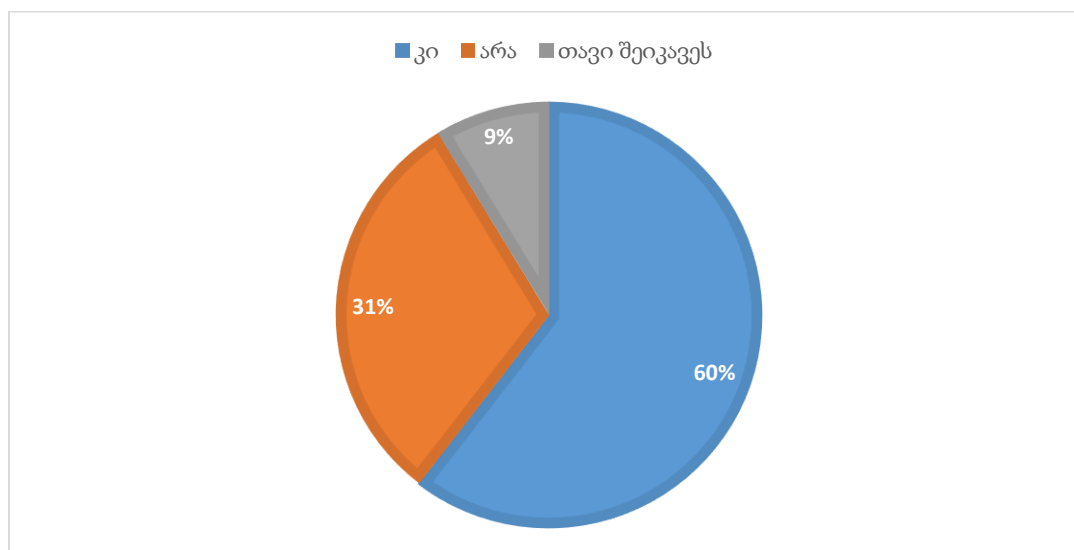
როგორც დიაგრამა #12 დან ჩანს, გამოკითხულთაგან, 79 (47%) ადამიანი იღებს ინფორმაციას ექიმი სპეციალისტისგან (ფსიქოლოგისა და ფსიქიატრისგან). თუმცა კითხვაზე რომელი საკომუნიკაციო საშუალებით ისურვებდით ინფორმაციის მიღებას 126 ადამიანი (73%) პასუხობს, რომ ინფორმაციის მიღებას ისურვებდა პირადი კონტაქტით ექიმი-სპეციალისტთან. 16 (9%) რესპოდენტისთვის ინფორმაციის მიღების სასურველ ფორმას სოციალურ მუშაკთან ურთიერთობა

წარმოადგენს, 10-10 (6-6%) ადამიანს სურს ინტერნეტისა და მარდამჭერის საშუალებით, ელექტრონულ მედიას კი მხოლოდ 5 (3%) ადამიანი უთითებს ინფორმაციის მიღების სასურველ ფორმად (იხ. დიაგრამა #13).



დიაგრამა #13 რესპონდენტთა განაწილება ინფორმაციის მიღების სასურველი წყაროს მიხედვით

მკურნალობის დაწყებამდე სპეციალისტი ვალდებულია, პაციენტს მიაწოდოს ყველა ინფორმაცია მედიკამენტის გვერდითი ეფექტების შესახებ. ასევე ურჩიოს მას, გვერდითი ეფექტების გამოვლენისას დაუკავშირდეს ექიმს და მკურნალობა თვითნებურად არ შეწყვიტოს, სპეციალისტმა პაციენტს დეტალურად უნდა აუხსნას მედიკამენტის მიღების წესი და ასწავლოს ყველა ის საშუალება, რომელიც შეამცირებს მედიკამენტის მოქმედების გვერდით ეფექტებს. ფსიქიკური მედიკამენტების უმრავლესობა იწვევს ისეთ მნიშვნელოვან გვერდით ეფექტებს, როგორცაა წონაში მატება, სექსუალური დისფუნქცია, დისკენზია (ტანისა და თავის უნებლიე მოძრაობები) და სხვა. კითხვაზე, მიეწოდებოდათ თუ არა ინფორმაცია დანიშნულ მედიკამენტებსა და მათ გვერდით ეფექტებზე, გამოკითხულთა 60% ამბობს, რომ მიეწოდება, 31%-ს არ მიეწოდება, ხოლო 9% თავს იკავებს პასუხისგან (იხ. დიაგრამა #14).



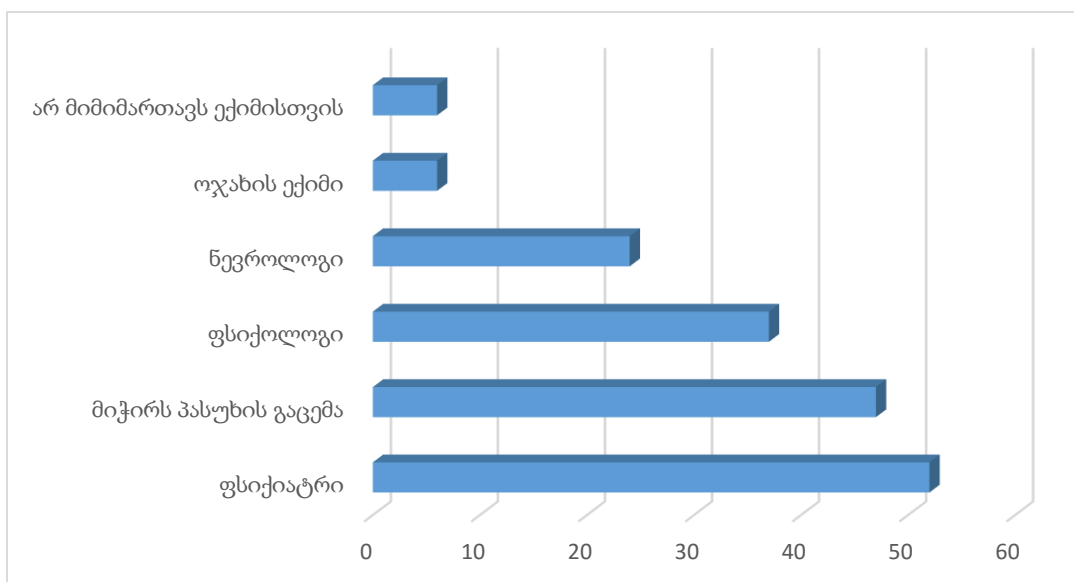
დიაგრამა #14 რესპონდენტთა განაწილება მედიკამენტებზე და მათ გვერდით ეფექტებზე ინფორმირებულობის მიხედვით

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ კანონის მეხუთე მუხლის მიხედვით, „პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია თავისი დაავადების და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“. თუ პაციენტს არ აქვს ცნობიერი მდგომარეობა, მხოლოდ ამ შემთხვევაში ინფორმაცია მიეწოდება კანონიერ წარმომადგენელს ან ნათესავს, ინფორმაციის მესამე პირისთვის მიწოდება შეიძლება პაციენტის თანხმობითაც. კითხვაზე ვის მიეწოდება ინფორმაცია თქვენი მდგომარეობის შესახებ, რესპოდენტების დაახლოებით ნახევარი (51%) პასუხობს, რომ მიეწოდება მას და მის თანმხლებ პირს, 21%-ის თქმით ინფორმაცია მიეწოდება მას, მაშინაც კი თუ ვინმე ახლავს კონსულტაციაზე, 14%-ს საერთოდ არ მიეწოდება ინფორმაცია, 13% კი პასუხობს, მას მხოლოდ მაშინ, თუ მარტოა კონსულტაციაზე. რესპონდენტთა 1% თავს იკავებს პასუხისგან (იხ. დიაგრამა#15).



დიაგრამა #15 ვის მიეწოდება ინფორმაცია პაციენტის შესახებ

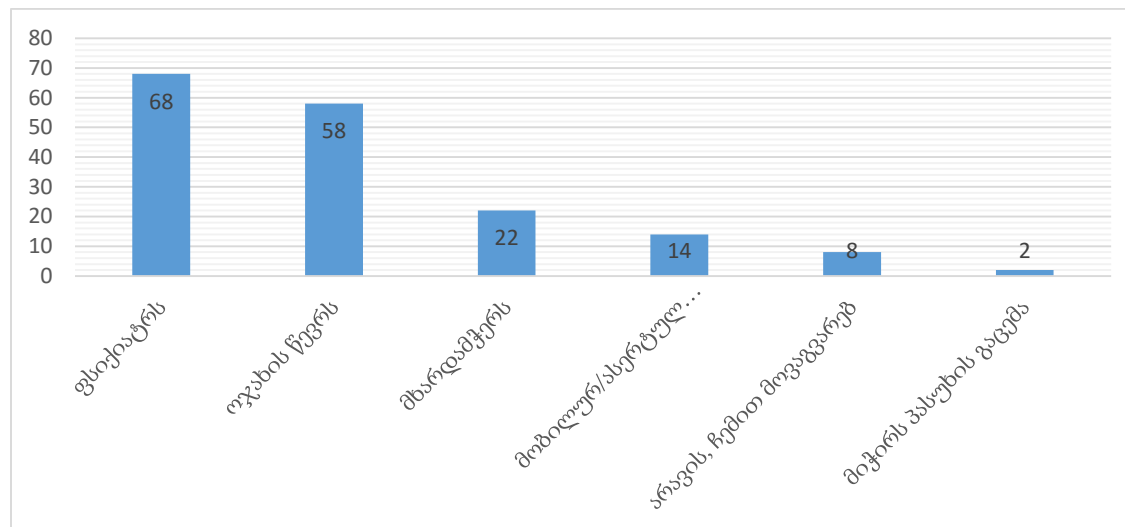
კითხვაზე, ვის მიმართეს ფსიქიკური პრობლემის პირველი გამოვლენისას, 52 (30%) ადამიანი პასუხობს ფსიქიატრს, 47-ს (28%) უჭირს პასუხის გაცემა, 37-მა (22%) მიმართა ფსიქოლოგს, 24-მა (14%) ნევროლოგს, 6-მა (3%) ოჯახის ექიმს. 6 (3%)რესპონდენტი კი ამბობს, რომ არ მიუმართავს ექიმისთვის (იხ. დიაგრამა #16).



დიაგრამა #16 სპეციალისტის არჩევა პირველი ვიზიტისთვის

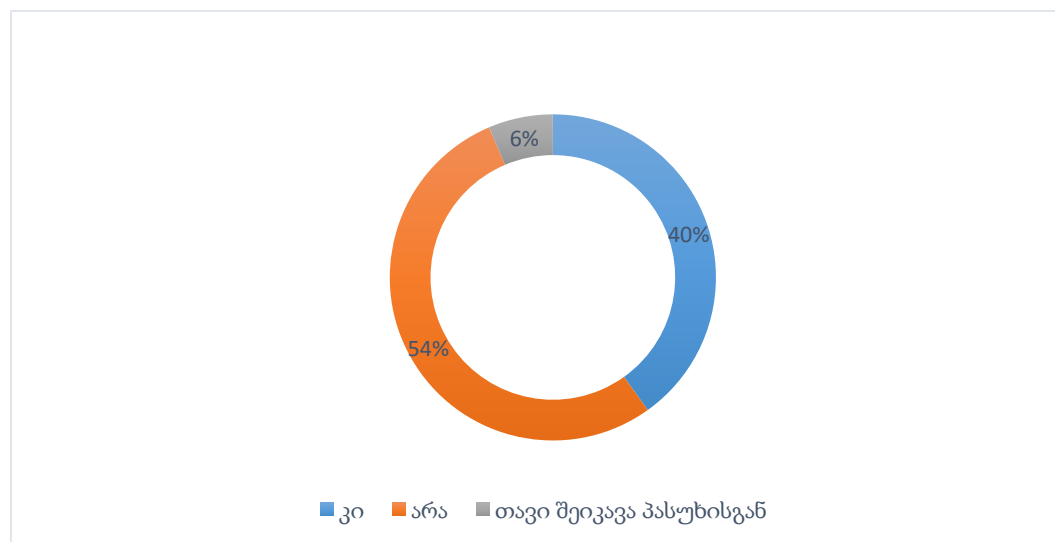
კითხვაზე, ვის მიმართავთ, თუ მოულოდნელად დაგჭირდათ ფსიქიკური დახმარება, პასუხები ასე გადანაწილდა, 68 ადამიანი (40%) მიმართავს ფსიქიატრს, 58 (34%)

ოჯახის წევრს, 22 (13%) მხარდამჭერს, 14 (8%) მობილურ/ასერტულ გუნდს. 8 (4%) ადამიანი კი ამბობს, რომ არავის მიმართავს და თავისით მოაგვარებს პრობლემას. 2 (1%) რენსპოდენტს უჭირს პასუხის გაცემა (იხ. დიაგრამა #17).



დიაგრამა #17 ვის მიმართავენ რესპონდენტები გამწვავების დროს

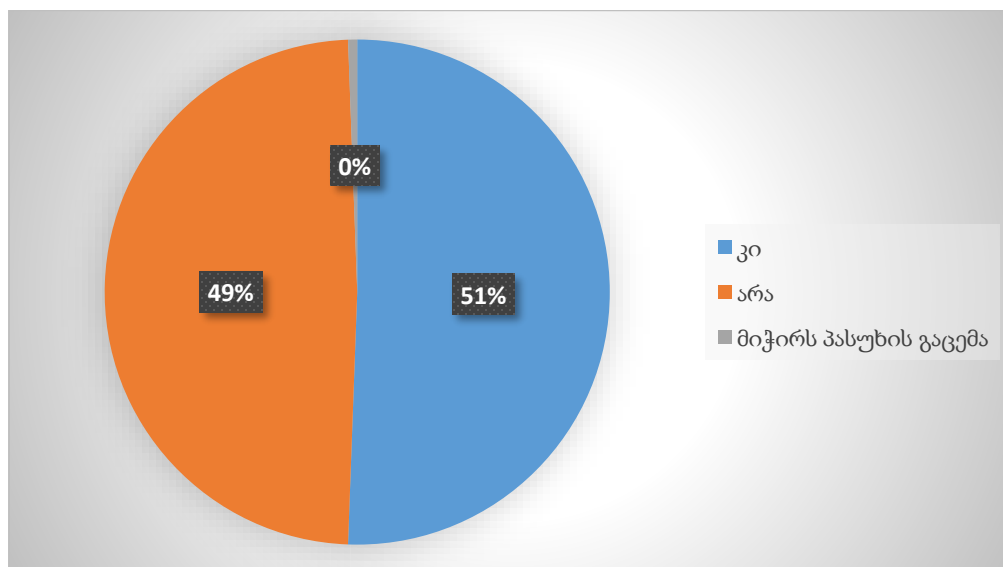
კვლევიდან ირკვევა, რომ 54%-ის აზრით, საკმარისად არ არიან ინფორმირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე, საკმარისად ინფორმირებულად მიიჩნევენ თავს 40%, ხოლო 6%-მა თავი შეიკავა პასუხისგან (იხ. დიაგრამა #18).



დიაგრამა #18 რესპონდენტთა განაწილება ინფორმირებულობის მიხედვით

კითხვაზე გაგიზიარებიათ თუ არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ ინფორმაცია სხვა ადამიანისთვის, რესპოდენტთა 51%-მა დადებითად უპასუხა, ხოლო 49%-ის თქმით, მსგავსი გამოცდილება არ აქვს (იხ. დიაგრამა#19).

კვლევის პროცესში გამოიკვეთა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანები ინფორმაციის ურთიერთგაცვლისთვის სოციალურ ქსელებს (ჯგუფებს) იყენებენ, სადაც ერთმანეთს უზიარებენ გამოცდილებებს, უყვებიან სერვისებზე, სპეციალისტებზე და ა.შ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პიეებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია სოციალური ურთიერთობები. სოციალური ურთიერთობების მიზანია სოციალიზაცია, კომპანიონობა, საერთო პრობლემის გზების ძიება, ურთიერთდახმარება ან გამოცდილების გაზიარება. საერთო პრობლემის არსებობის შემთხვევაში იქმენა ე.წ. „თვითდახმარების ჯგუფები“, რომელსაც ხშირად, თერაპიული ხასიათიც აქვს.

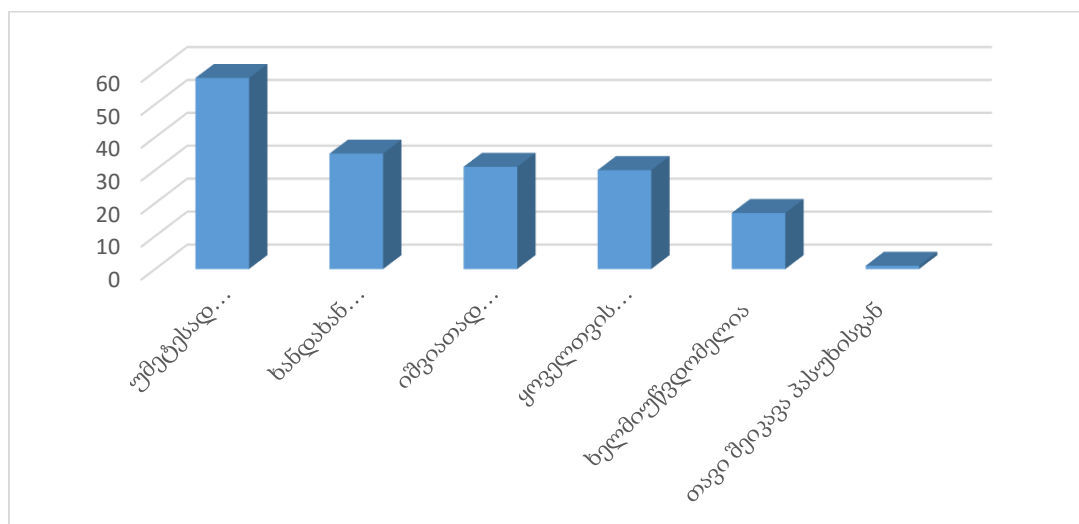


დიაგრამა #19 ინფორმაციის გაზიარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა შორის

ხელმისაწვდომობა

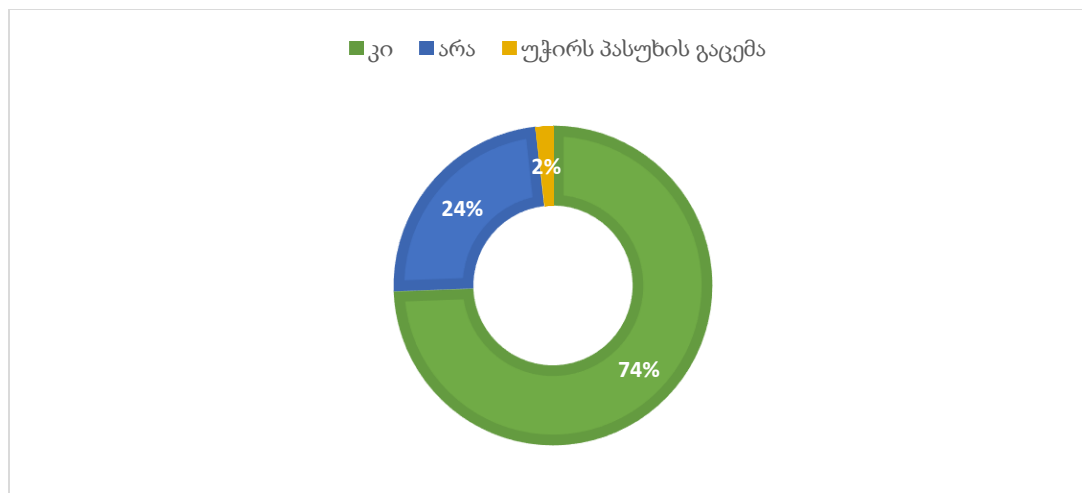
დამოკიდებულებას სერვისისადმი დიდწილად განაპირობებს რამდენად მიუწვდება ხელი პაციენტს სერვისზე. ხელმისაწვდომობაში იგულისხმება, როგორც გეოგრაფიული და ფინანსური, ასევე ინფორმაციაზე წვდომის შესაძლებლობაც.

კითხვაზე, რამდენად ხელმისაწვდომია სერვისი, რომლითაც სარგებლობენ ნებისმიერ დროს, პასუხები ასე გადანაწილდა, 58 (34%) ადამიანი ამბობს, რომ უმეტესად არის ხელმისაწვდომი, 35-სთვის (20%) ხანდახან, 31-სთვის (18%) იშვიათად, ხოლო 30-თვის (18%) მუდმივად ხელმისაწვდომია, სერვისი ნებისმიერ დროს არ არის ხელმისაწვდომი 17 (9%) ადამიანისთვის, 1 (1%) რესპოდენტმა თავი შეიკავა პასუხისგან (იხ. დიაგრამა #20).



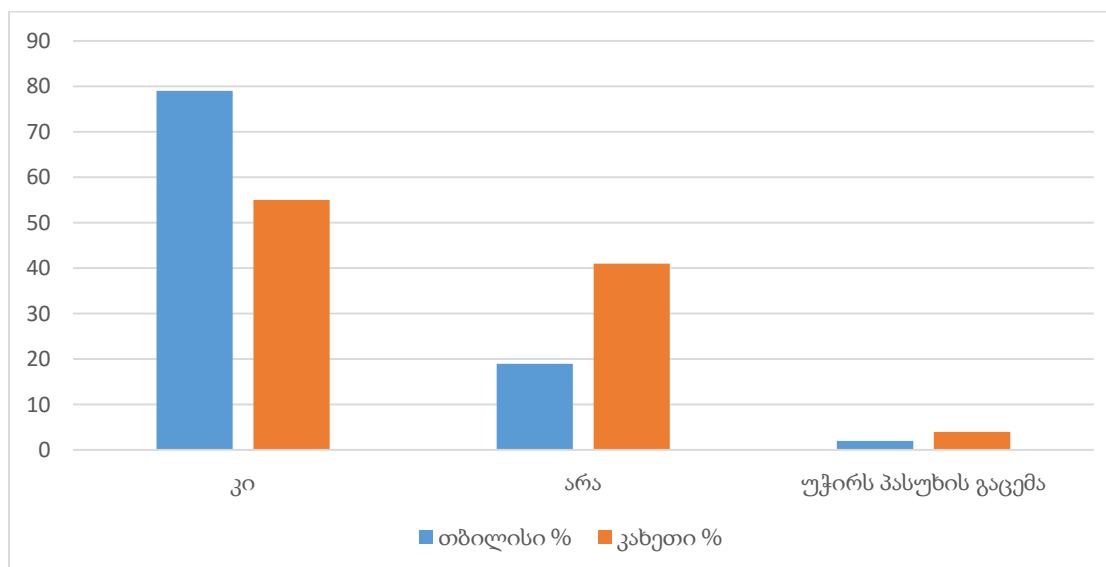
დიაგრამა #20 სერვისებზე ხელმისაწვდომობა

როგორც აღმოჩნდა, 74%-სთვის სერვისის გეოგრაფიული მდებარეობა არის მოსახერხებელი, 24%-თვის კი არა. 2%-ს უჭირს პასუხის გაცემა (იხ. დიაგრამა #21).



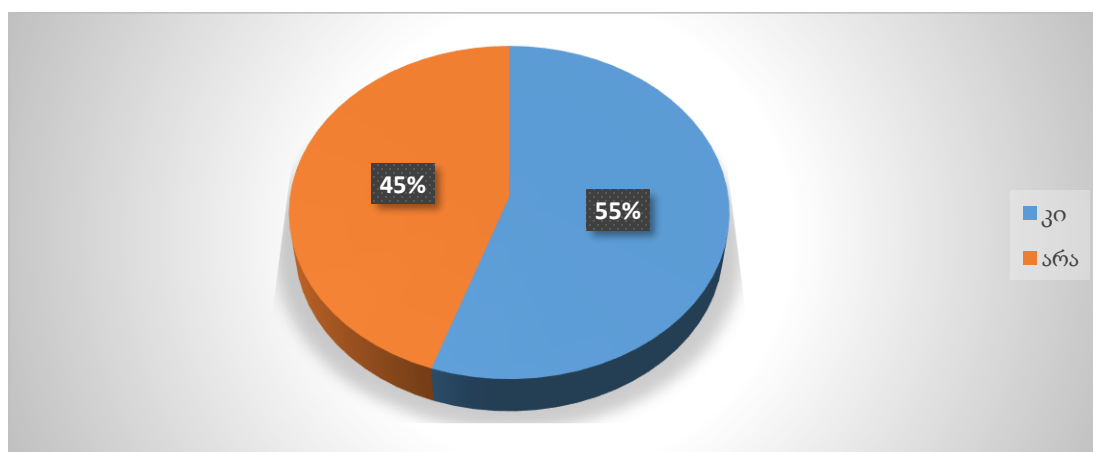
დიაგრამა #21 რესპონდენტთა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ხარისხი უფრო მაღალი არის დედაქალაქში. რეგიონში (კახეთში) გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევას წარმოადგენს. თბილისისა და კახეთის მონაცემების შედარების შედეგად დაგინდა, რომ, თბილისში სერვისების გეოგრაფიული მდებარეობა მისაღებია 79%-სთვის, ხოლო კახეთში ეს მაჩვენებელი 55%-ია (იხ. დიაგრამა #22).

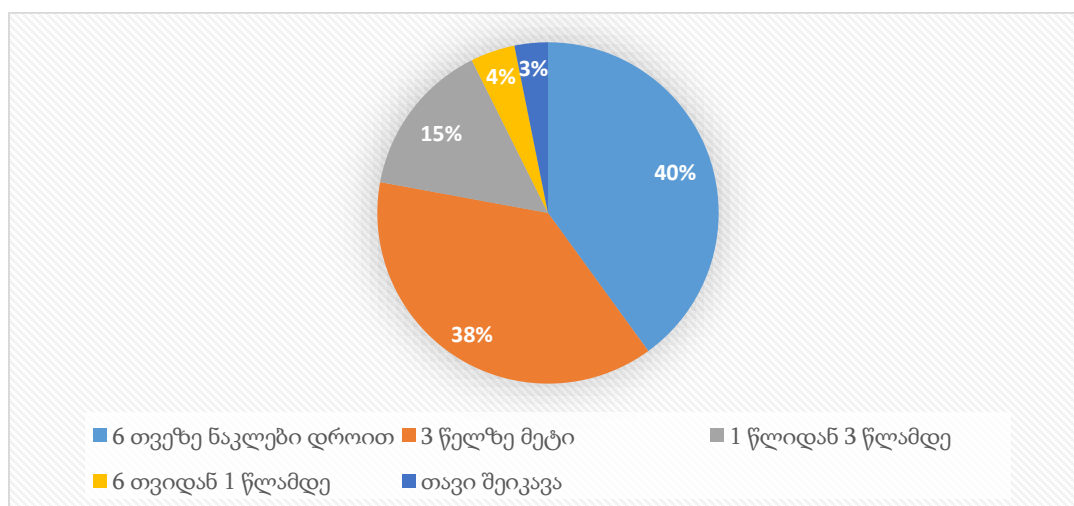


დიაგრამა #22 გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით

დიაგრამა #23-ის მიხედვით, საცხოვრებელი ადგილის ცვლილება, ფსიქიკური პრობლემის გამო მოუწია გამოკითხულთა 55%-ს (n=95), მათგან 6 თვეზე ნაკლები დროით შიშვალა საცხოვრებელი ადგილი 40%-მა, მასში, ძირითადად, გულისხმობდნენ სტაციონარებას, მინიმუმ ორი კვირით. 38% მოუწია საცხოვრებლის ცვლილება 3 წელზე მეტი ვადით, 15%-ს 1დან 3 წლამდე, ხოლო 4% 6 თვიდან 1 წლამდე ვადით (იხ. დიაგრამა #24).



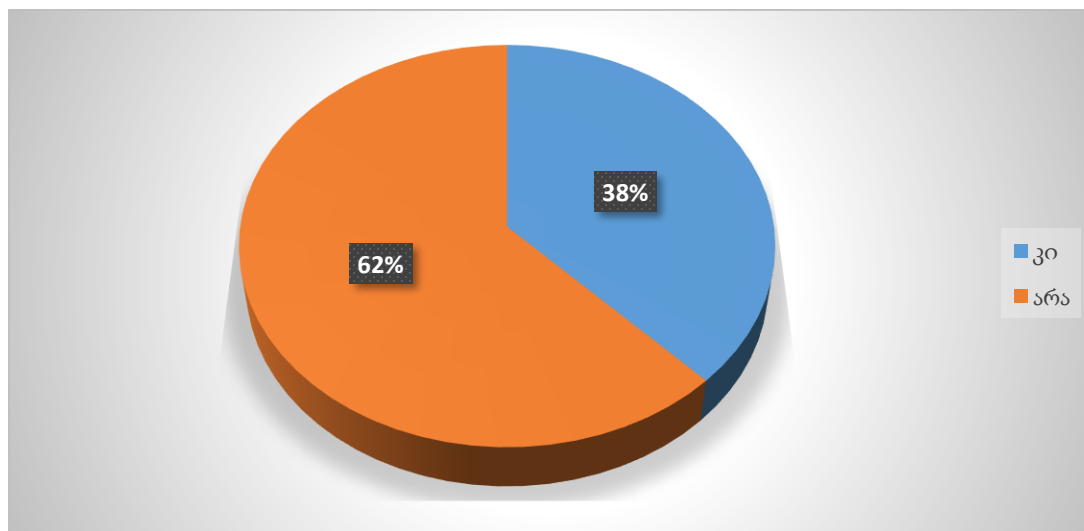
დიაგრამა #23 რესპონდენტთა განაწილება ფსიქიკური პრობლემის გამო საცხოვრებელი ადგილის ცვლილების გამოცდილების მიხედვით



დიაგრამა #24 რესპონდენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის ცვლილების დროის მიხედვით

კითხვაზე, მოუწიათ თუ არა საცხოვრებელი ქალაქის/რაიონის ცვლილება ფსიქიკური პრობლემის გამო, გამოკითხულთა 38% ამბობს, რომ მოუწია.

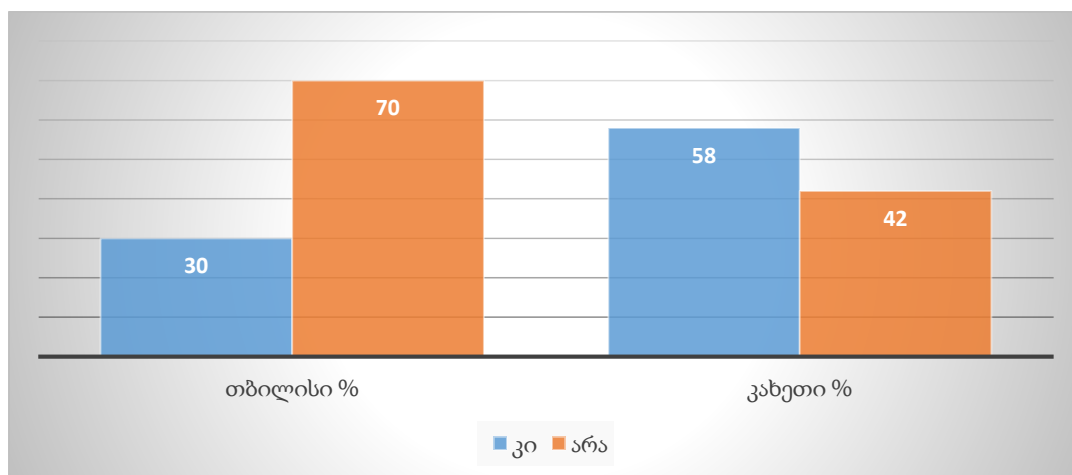
ხშირ შემთხვევაში, ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებს უწევთ საცხოვრებელი ადგილის, მათ შორის, ქალაქის ცვლილება სერვისების ხელმისაწვდომობის გამო. განსაკუთრებით ხშირია ასეთი შემთხვევები თუ პაციენტი სარგებლობს სტაციონარული სერვისით ან თავშესაფრით უზრუნველყოფის სერვისით. ამის გამო, პაციენტები შორდებიან ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს. გარკვეული დროის შემდეგ კი საერთოდ უცხოვდებიან. დღემდე ფსიქიატრიულებსა და თავშესაფრებში 1200-მდე ადამიანია დარჩენილი, რომლებიც აღარ საჭიროებენ დაკვირვების ქვეშ მკურნალობას, თუმცა საცხოვრისის არქონის გამო კვლავ იქ აგრძელებენ ცხოვრებას (იხ. დიაგრამა #25).



დიაგრამა #25 რესპონდენტთა განაწილება საცხოვრებელი ქალაქის/რაიონის ცვლილების მიხედვით

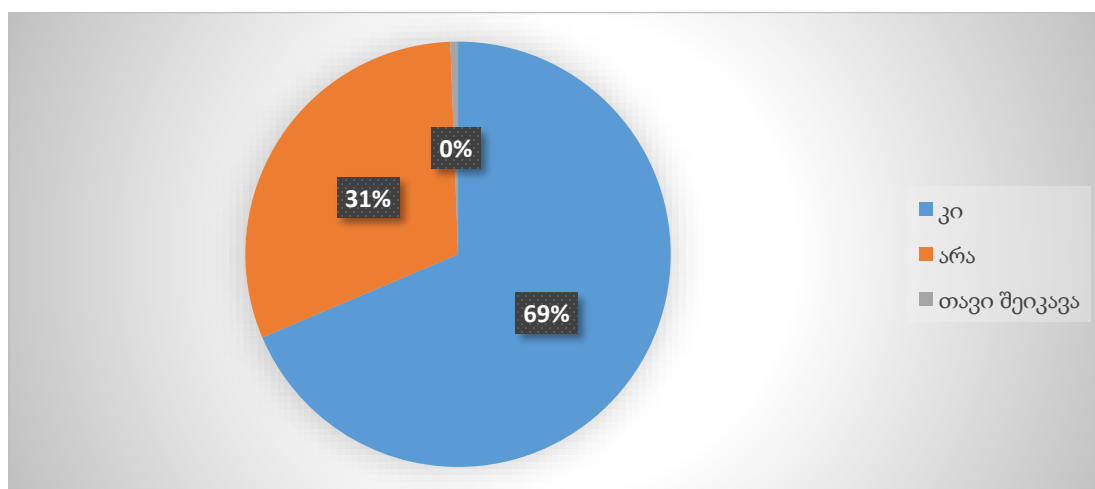
ასევე, გამოიკეთა დიდი სხვაობა საცხოვრებელი ქალაქის მიმართ, თბილისსა და კახეთს შორის. თუ თბილისში მხოლოდ 30% აქვს გამოცდილებაში საცხოვრებელი ქალაქის ცვლილება დროებით ან მუდმივად, კახეთში ეს მაჩვენებელი თითქმის ორჯერ მეტია და 58%-ს შეადგენს, ამის მიზეზად შეიძლება განვიხილოთ ისიც, რომ

კახეთის რეგიონში გამოკითხულთა საკმაოდ დიდი ნაწილი იყენებს მცირე საოჯახო ტიპის სახლების მომსახურებას (იხ. დიაგრამა #26).

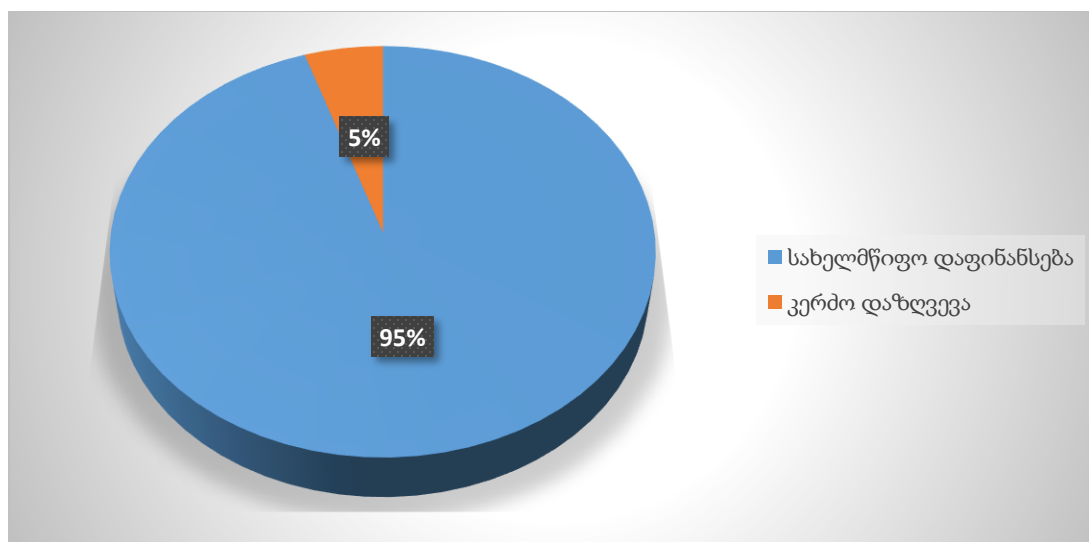


დიაგრამა #26 საცხოვრებელი ქალაქის/რაიონის ცვლილება ფსიქიკური პრობლემის გამო საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით

რაც შეეხება ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, როგორც აღმოჩნდა, 69% სარგებლობს დაფინანსებით, მათგან 95%-ს აქვს სახელმწიფო დაფინანსება და მხოლოდ 5% სარგებლობს კერძო დაზღვევით. რაც იმაზე მიუთითებს, რომ კერძო დაზღვევის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებში ძალიან მწირია (იხ. დიაგრამები #27 #28).

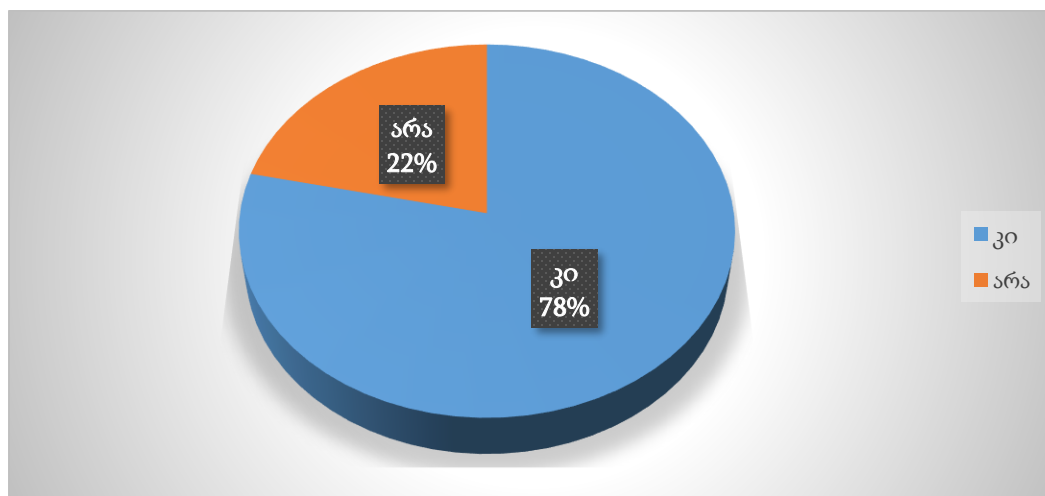


დიაგრამა #27 რესპონდენტთა განაწილება დაზღვევით სარგებლობის მიხედვით



დიაგრამა #28 რესპოდენტთა განაწილება დაზღვევის ტიპის მიხედვით

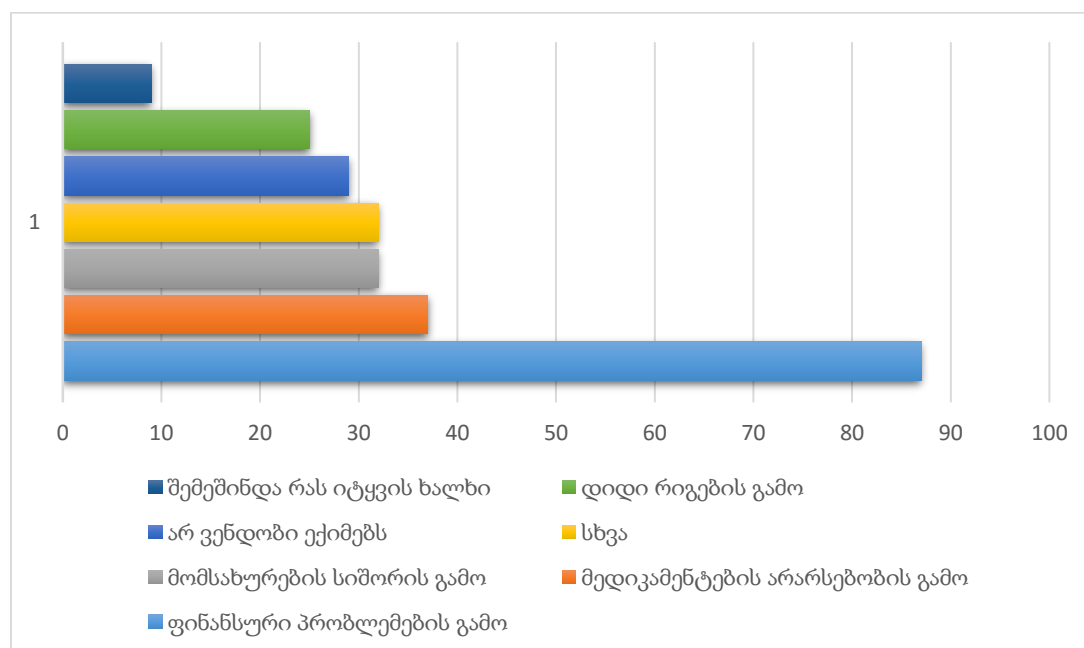
მონაცემების ანალიზის შედეგად ირკვევა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობას(78%), ჰქონია შემთხვევა, როდესაც სჭირდებოდა და ვერ მიიღო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისი(იხ. დიაგრამა #29).



დიაგრამა #29 რესპოდენტთა განაწილება საჭიროების დროს სერვისის ხელმისაწვდომობის მიხედვით

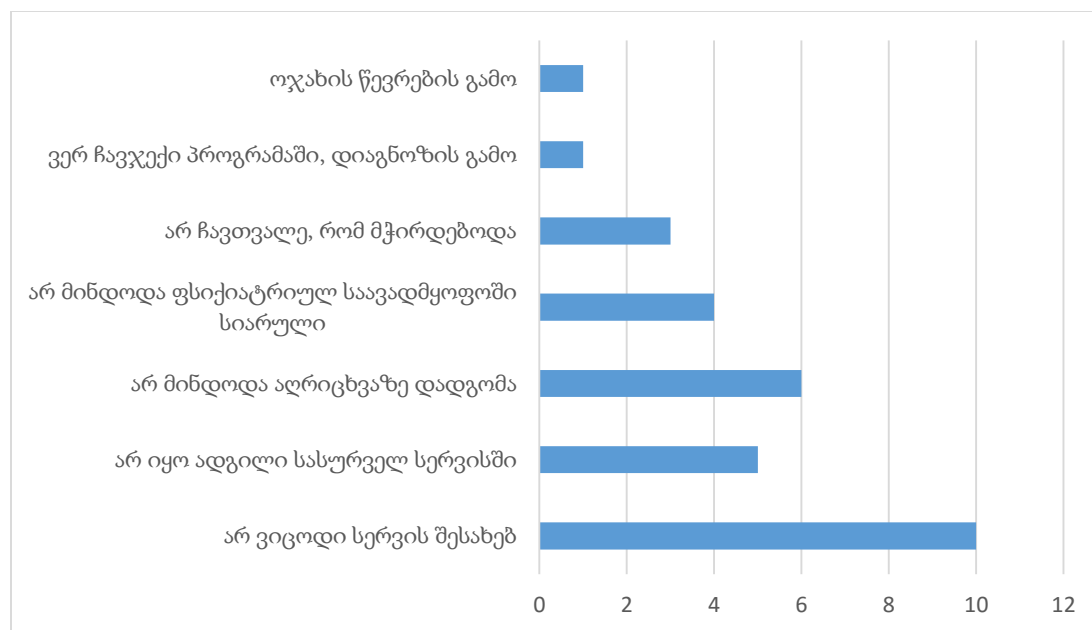
პასუხების გაანალიზებისას, მრავალი პრობლემა გამოიკვეთა, მათ შორის ლიდერობდა ფინანსური პრობლემები 51% (n=87), შემდეგ მოდის მედიკამენტების პრობლემა 22% (n=37), (როგორც რესპოდენტთა პასუხებიდან ირკვევა ყველა საჭირო

მედიკამენტი არ შედის სახელმწიფო პროგრამის ჩამონათვალში, ან საჭირო მედიკამენტი არ იშოვება ქვეყნის მასშტაბით. ასევე, აღნიშნავენ, რომ არსებული მედიკამენტები არის, ძირითადად, დაბალი ხარისხის.) მესამე ადგილს მომსახურების სიშორე წარმოადგენს 19% (n=32), 17% (n=29) არ ენდობა ექიმებს, ხოლო 16%-სთვის (n=25) დიდი რიგები არის პრობლემა, 5% (n=9) ამბობს, რომ ემინია ფსიქიკურად დაავადებულის იარლიყის.პასუხი სხვა აირჩია „სხვა“ პასუხი 16%-მა (n=25)-მა (იხ. დიაგრამა #30).



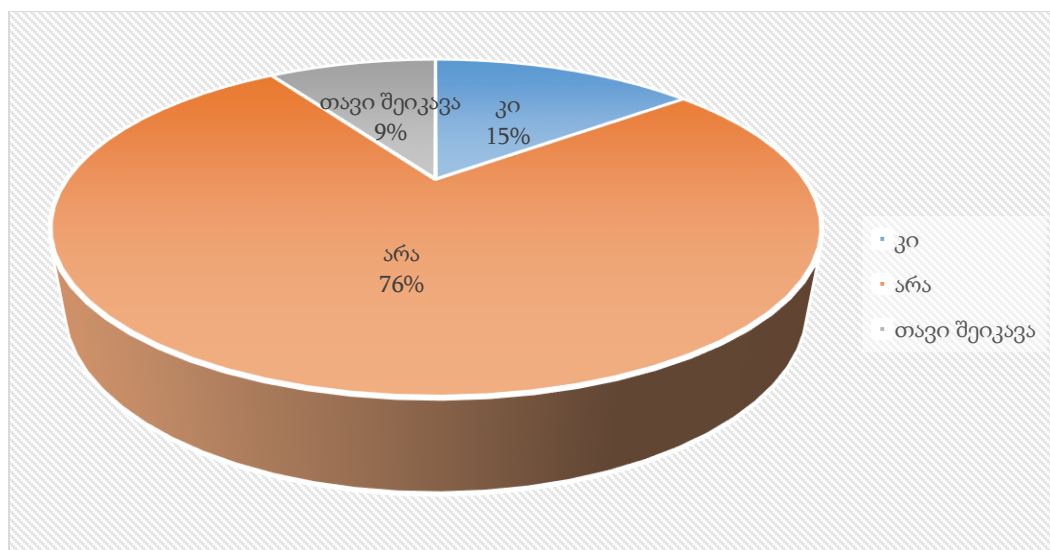
დიაგრამა #30 სერვისზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის მიზეზები

ასევე საინტერესო აღმოჩნდა „სხვა“ პასუხების ანალიზი. კვლევის მონაწილეებმა დაასახელეს ისეთი მნიშვნელოვანი საკითხები, როგორცაა: არაინფორმირებულობა, ადგილის არარსებობა სასურველ სერვისში ან გამორიცხვა დიაგნოზის გამო, აღრიცხვაზე დადგომის შიში და პრობლემის აუღიარებლობა (იხ დიაგრამა #31).



დიაგრამა #31 სერვისზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვის მიზეზები

ამჟამად არსებული სტაციონარული და ამბულატორიული სერვისები არ მოცავს ისეთ მნიშვნელოვან კომპონენტებს, როგორცაა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციები, უნარ-ჩვევების აღდგენაზე მუშაობა, არ მიმდინარეობს ფსიქოგანათლება. ფსიქიატრების ნაკლებობის გამო, პაციენტის ვიზიტისას ისინი ძალიან შეზღუდული არიან დროში, შესაბამისად ვერ ახერხებენ ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდებას. გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, სტაციონარების შემდეგ რეაბილიტაციის სერვისების არარსებობის გამო, პაციენტს ხშირად უწევს იზოლაციაში ყოფნა, რაც ისევ ჰოსპიტალიზაციას იწვევს. კითხვაზე, მათი აზრით, საკმარისი არის თუ არა ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისების მოცულობა, 76% თვლის, რომ არ არის საკმარისი. 15% აცხადებს რომ საკმარისა, ხოლო 9% თავს იკავებს პასუხისგან (იხ. დიაგრამა #32).

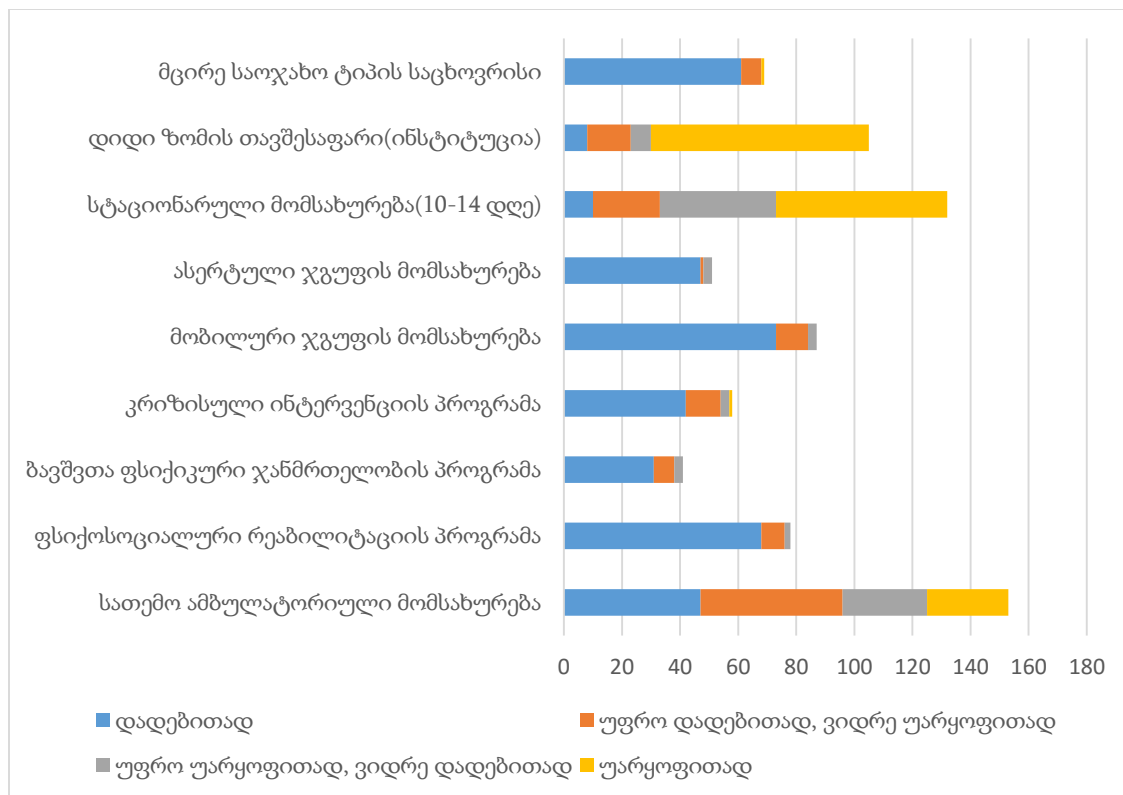


დიაგრამა #32 რესპონდენტთა დამოკიდებულება ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისების მოცულობის მიმართ

დამოკიდებულების ნაწილი

კვლევის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ არსებული დამოკიდებულებებისა და განწყობების შესწავლა სერვისით მოსარგებლეთა შორის. სერვისების მიმართ დამოკიდებულება, დიდწილად განაპირობებს იმას, ჩაერთვება თუ არა პაციენტი სერვისში და დასრულდება თუ არა ინტერვენციები დადებითად.

კვლევის მონაწილეებს უნდა შეეფასებინათ ის სერვისები, რომელთა შესახებ ჰქონდათ ინფორმაცია ან თვითონ უსარგებლიათ. კვლევის მიხედვით, ყველაზე დადებითად ფასდება მცირე საოჯახო ტიპის საცხოვრისები (61; n=69), მობილური (73; n=87) და ასერტული გუნდის მომსახურება (47; n=51), კრიზისული ინტერვენციისა (42; n=58) და სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები (68; n=78), პასუხი “უფრო დადებითად, ვიდრე უარყოფითად” ყველაზე ხშირი იყო სათემო ამბულატორიულ მომსახურების შემთხვევაში (49; n=153). ყველაზე ხშირად უარყოფითად შეფასდა სტაციონარული მომსახურება (59; n=132) და თავშესაფრის სერვისი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში (75; n=105) (იხ. დიაგრამა #33).

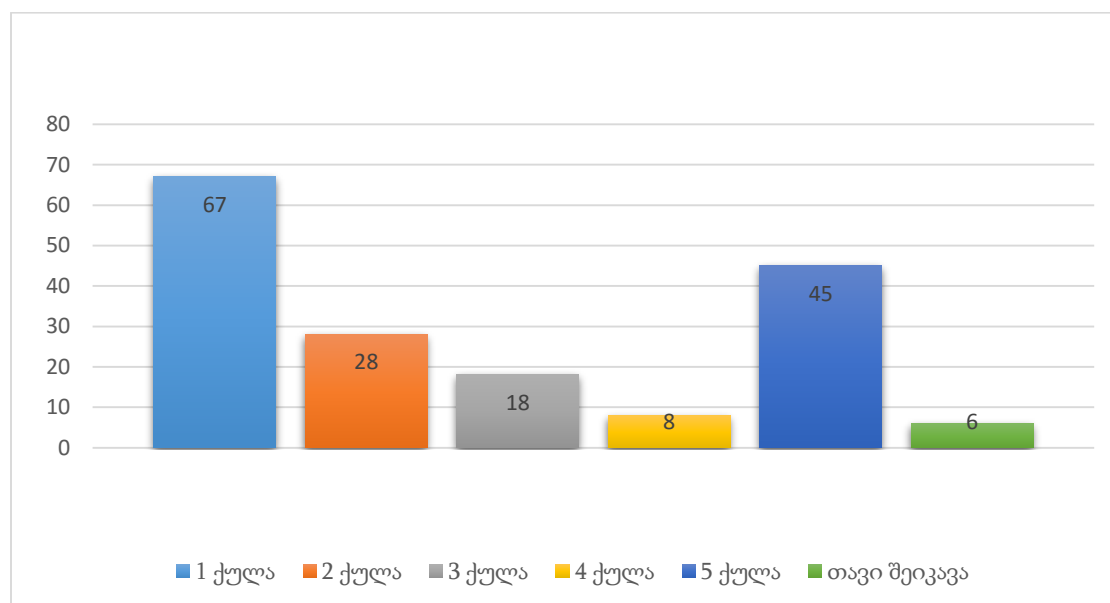


დიაგრამა #33 რესპონდენტთა დამოკიდებულება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანსთვის გადამწყვეტ როლს თამაშობს ექიმ-სპეციალისტთან, როგორც ყველაზე სანდო პირთან, ურთიერთობის საკითხი. სპეციალისტმა უნდა უზრუნველყოს სრული და ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდება პაციენტისთვის მისთვის გასაგებ ენაზე. აუხსნას საკუთარი მდგომარეობა, განიხილოს ყველა შესაძლო სიტუაცია და ამ სტუაციაში ქცევის წესები. სერვისების შესახებ ინფორმირება მეტად სახელმწიფო სტრუქტურები და სოციალური მუშაკის მოვალეობაა, თუმცა როდესაც სპეციალისტი პაციენტთან ერთად განიხილავს ყველა შესაძლო გამოსავალს, ვიზიტის დროს მინიმუმ სოციალურ მუშაკთან უნდა შეძლოს მისი გადამისამართება.

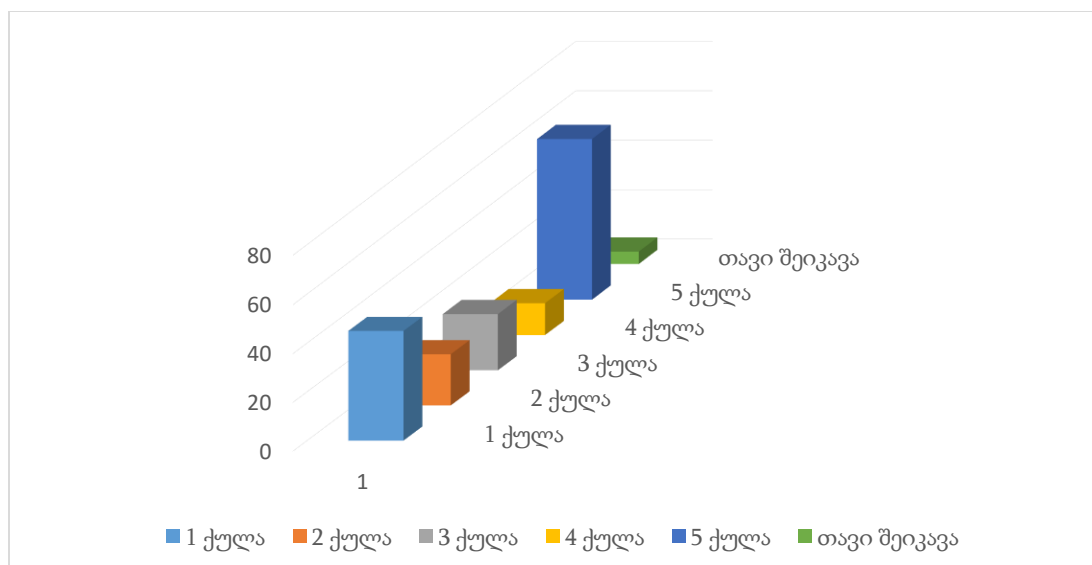
რესპონდენტებმა 5 ბალიან შკალაზე (სადაც 1 ქულა ნიშნავს სრულიად გასაგებ ინფორმაციას ინფორმაციას, ხოლო 5 გაუგებარ ინფორმაციას) შეაფასეს რამდენად

გასაგებად მიიღეს ინფორმაცია ექიმ-სპეციალისტისგან მათი მდგომარეობის შესახებ, გამოკითხულთაგან უმრავლესობა 67 ადამიანი (38%), ამბობს, რომ მოწოდებული ინფორმაცია იყო გასაგები(1 ქულა), ამის საპირისპიროდ 1/4 ზე მეტი (26%), ამბობს, რომ ინფორმაცია გაუგებარია (5 ქულა), 28 (16%) ადამიანმა მოწოდებული ინფორმაცია 2 ქულით შეაფასა, 18-მა (11%) 3 ქულით, ხოლო 8-მ (5%) 4 ქულით, 6 (4%) ადამიანი თავს იკავებს პასუხისგან (იხ დიაგრამა #34).



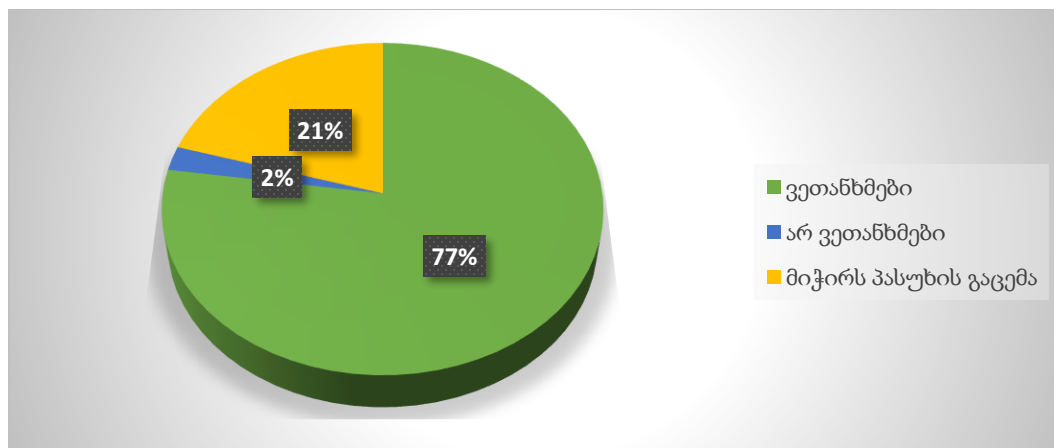
დიაგრამა #34 რესპონდენტთა დამოკიდებულება სამედიცინო პერსონალისგან მიღებული ინფორმაციის მიმართ მათი მდგომარეობის შესახებ

როგორც მოსალოდნელი იყო, განსხვავებული შედეგი იქნა მიღებული, როდესაც კვლევაში მონაწილე პირებმა 5 ბალიან შკალაზე (სადაც 1 ქულა ნიშნავს ამომწურავ ინფორმაციას, ხოლო 5 მწირ ინფორმაციას) შეაფასეს რამდენად ამომწურავ იყო ექიმ-სპეციალისტის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე. 38% (n=65) მოწოდებულ ინფორმაციას 5 ქულით აფასებს, 26%(n=45) 1 ქულით, 13%(n=23) 3 ქულით, 12% (n=21) 2 ქულით, 7% 4 ქულით (n=13), ხოლო 3% (n=5) თავს იკავებს პასუხისგან (იხ. დანართი #35).



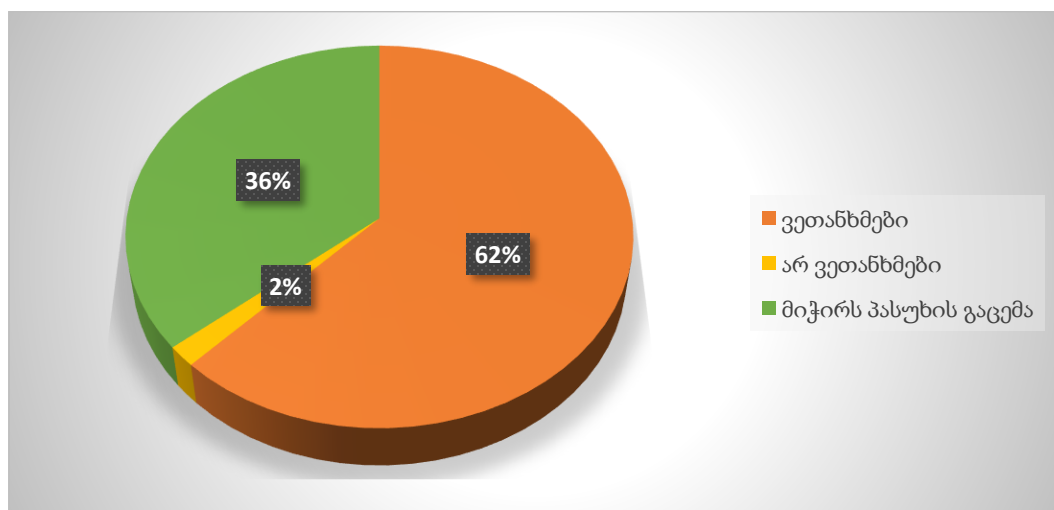
დიაგრამა #34 რესპონდენტთა დამოკიდებულება სამედიცინო პერსონალისგან მიღებული ინფორმაციის მიმართ ფჯ-ს სერვისების შესახებ

კვლევის ერთ-ერთ ამოცნა არის იმის შესწავლა, რომელი ტიპის სერვისი არის უფრო მისაღები ფსიქიკური დარღვევების მქონე ადამიანებისთვის. შესაბამისად კვლევა ამ მიმართულებითაც მოიცავდა კითხვებს. წინამდებარე სამი დებულება ასევე ზომავს, რამდენად აღიქვამენ ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირები თავს საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად. კითხვაზე, მათი აზრით, არის თუ არა საზოგადოებაში ჩართულობა საუკეთესო თერაპია, პასუხები ასე გადანაწილდა: გამოკითხულთა 77% თვლის, რომ ფსიქიკური პაციენტისთვის საუკეთესო თერაპია საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობაა, 21% არ ეთანხმება ამ მოსაზრებას, ხოლო 2%-სთვის რთული აღმოჩნდა პასუხის გაცემა (იხ. დიაგრამა #36).



დიაგრამა #36 რესპონდენტთა დამოკიდებულება საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობის მიმართ

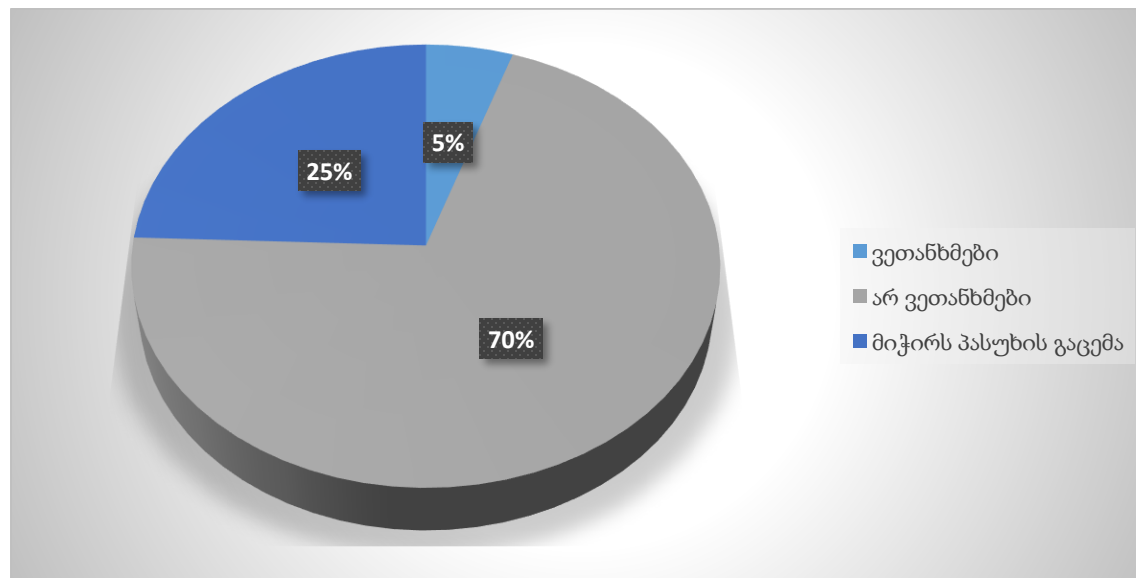
გამოკითხულთა 62% დაეთანხმა დებულებას, რომ მენტალური ჯანმრთელობის პროგრამები უნდა ეფუძნებოდეს თემზე დაფუძნებულ სერვისებს, 36% ამბობს, რომ უჭირს პასუხის გაცემა, მხოლოდ 2% არ ეთანხმება დებულებას (იხ. დიაგრამა #37).



დიაგრამა #37 რესპონდენტთა დამოკიდებულება თემზე დაფუძნებული სერვისების მიმართ

ქვეყნის მასშტაბით არსებული დიდი ზომის თავშესაფრების უმეტესობა საზოგადოებისგან მოშორებით, განცალკევებულად მდებარეობს, თავშესაფრების ბინადრები თითქმის მთლიანად არიან მოწყვეტილი გარესამყაროს. დებულებას

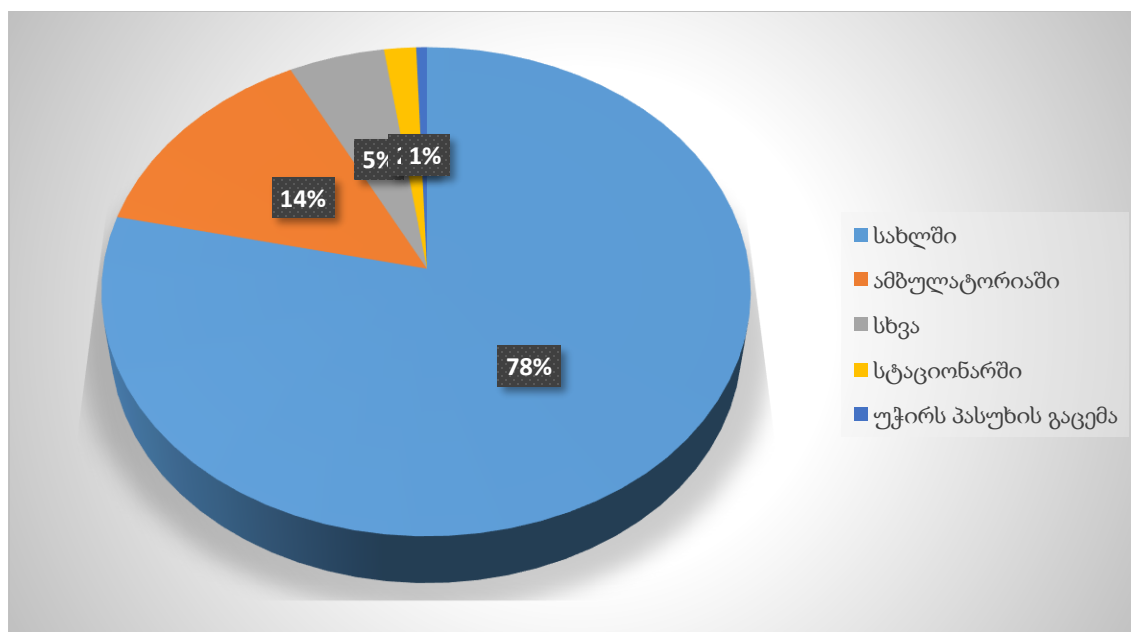
„სერვისები მენტალური ჯანმრთელობის მქონე პირებისთვის უნდა იყოს საზოგადოებისგან მოშორებით“ დაეთანხმა 5%, 70%-სთვის ეს არის მიუღებელი, ხოლო 25%-ს უჭირს პასუხის გაცემა (იხ. დიაგრამა #38).



დიაგრამა #38 რესპონდენტთა დამოკიდებულება ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა იზოლაციის მიმართ

კითხვაზე სად ისურვებდით ფსიქიატრიული სერვისების მიღებას უმრავლესობა(78%) ასახელებს სახლს, ასევე, მისაღებია ამბულატორია 14%-სთვის, ხოლო სტაციონარი მხოლოდ 1%-სთვის. 5% ირჩევს პასუხს „სხვა“, რაშიც ძირითადად დღის ცენტრები ან თერაპიული ცენტრები იგულისხმება.

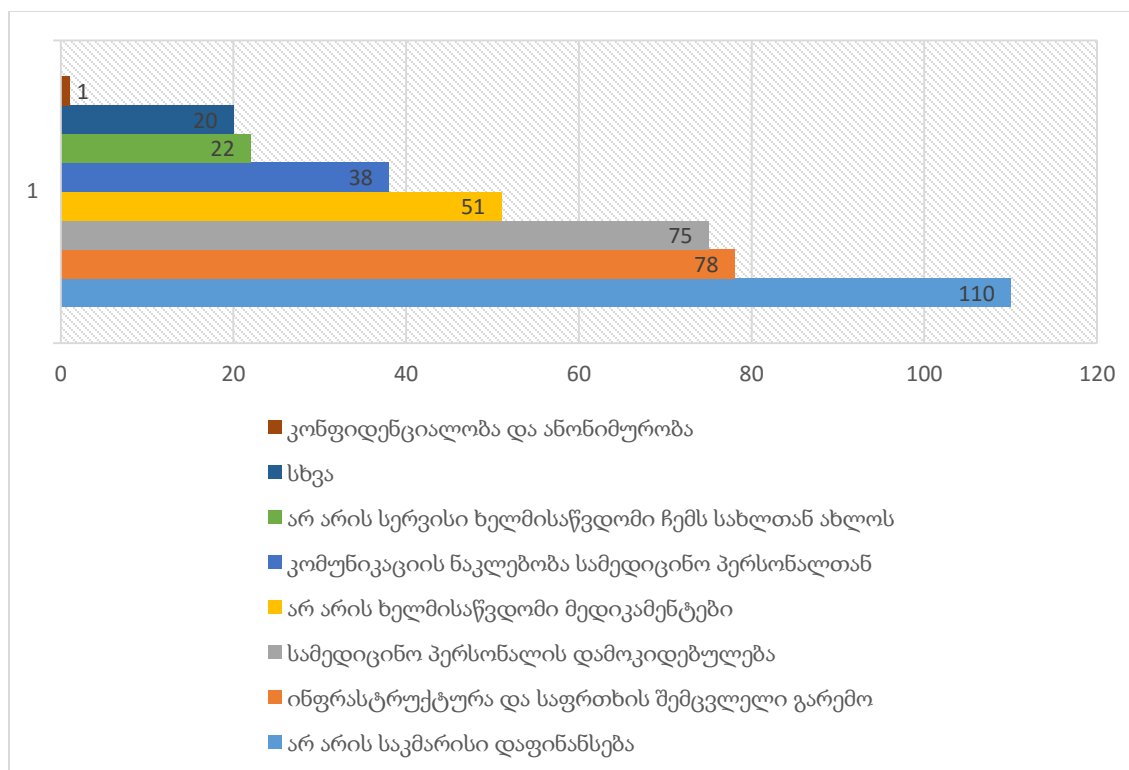
ბოლო წლების განმავლობაში საქართველოს ფსიქიკური პოლიტიკის მიზნები სათემო მომსახურებაზე გადასვლაა, მათ შორის არის მობილური და ასერტული გუნდი, ეს არის ამბულატორიული მომსახურება სახლში, სერვისები ასევე გულისხმობს ფსიქოსოციალურ დახმარებას, წამლებით მომარაგებასა და მულტიგუნდის მომსახურებას, (ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ექთანი, სოციალური მუშაკი და სხვა) (იხ. დიაგრამა #39).



დიაგრამა #39 სერვისის მიღების სასურველი ადგილი რესპონდენტებისთვის

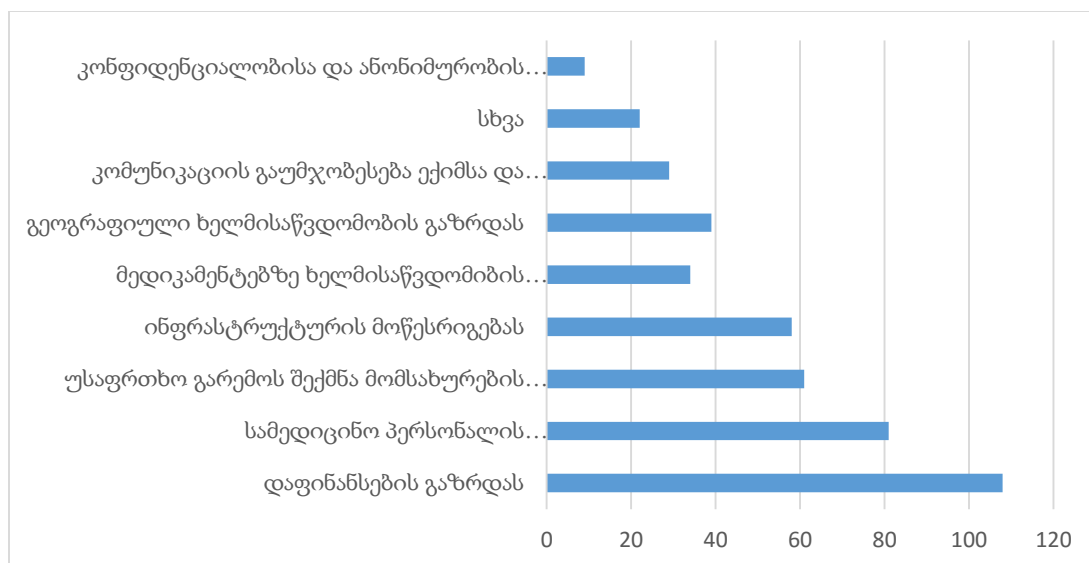
კითხვაზე რა არ მოგწონთ ყველაზე მეტად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში, პასუხები ასე გადანაწილდა, 64% (n=110) თვლის, რომ არ არის საკმარისი დაფინანსება, 45%-სთვის (n=78) მიუღებელია ინფრასტრუქტურა და გარემო, 44%-სთვის (n=75) სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება, 30%-სთვის (n=51) არ არის ხელმისაწვდომი საჭირო მედიკამენტები, 22% (n=38) უჩივის კომუნიკაციის ნაკლებობას სამედიცინო პერსონალთან. ბოლო ადგილზეა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა 13% (n=22) და კონფიდენციალობის პოლიტიკა 1% (n=1) (იხ. დიაგრამა #40).

დაკვირვებით შეიძლება ითქვას, რომ ფინანსური ხელმისაწვდომობა არ გულისხმობს მხოლოდ, სერვისის ან ექიმ-სპეციალისტის თანხის ანაზღაურებას, ის ასევე შეიძლება მოიცავდეს, ტრანსპორტირებას, მედიკამენტებს ან სერვისში არასაკმარის ადგილებს.



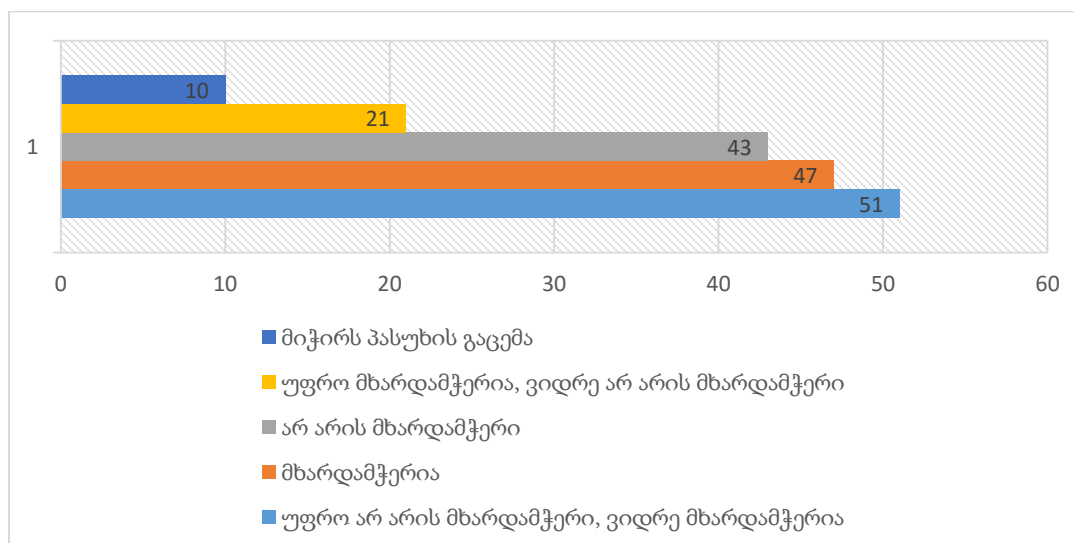
დიაგრამა #40 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის გამოწვევები

რაც შეეხება კითხვას რის გაუმჯობესებას ისურვებდნენ მენტალური ჯანმრთელობის სერვისებში, 63% (n=108) დაფინანსების გაზრდას პასუხობს, 47%-სთვის(n=81) სასურველია სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების შეცვლა, 36%-სთვის(n=61) უსაფრთხო გარემოს შექმნა მომსახურების მიღების დროს, 35%(n=58) სურს ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება, 22%-ს(n=39) გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა, 19%-ს(n=34) მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა, ხოლო 5%-ს(n=9) კონფიდენციალობის და ანონიმურობის დაცვა (იხ. დიაგრამა #41).



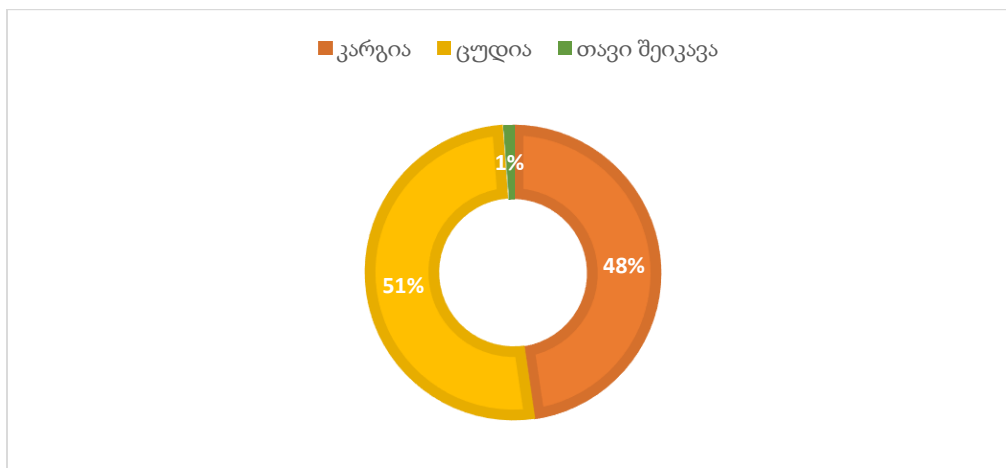
დიაგრამა #41 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესება

კითხვაზე, მათთვის რამდენად მარდამჭერია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები, აღმოჩნდა, რომ 27% მიიჩნევს მხარდამჭერად, ხოლო 25%-თვის არ არის მხარდამჭერი, 30%-სთვის უფრო არ არის მხარდამჭერი, ვიდრე მხარდამჭერია, ხოლო 12% უფრო მხარდამჭერად მიიჩნევს, გამოკითხულთაგან 6% თავს იკავებს პასუხის გაცემისგან (იხ. დიაგრამა #42).



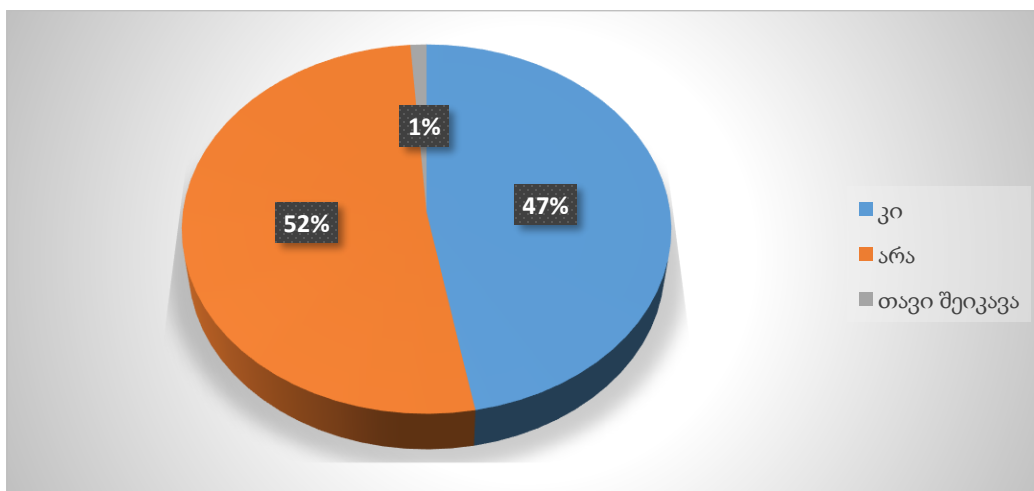
დიაგრამა #42 რამდენად მხარდამჭერია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები რესპონდენტებისთვის

დამოკიდებულების უკეთ გასარკვევად, რესპოდენტებმა შეაფასეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები საქართველოში. პასუხები თითქმის თანაბრად გადანაწილდა, 48% ამბობს, რომ სერვისები კარგია, ხოლო 51% კი პასუხობს, რომ ცუდია. 1% თავს იკავებს პასუხისგან (იხ დიაგრამა #43).



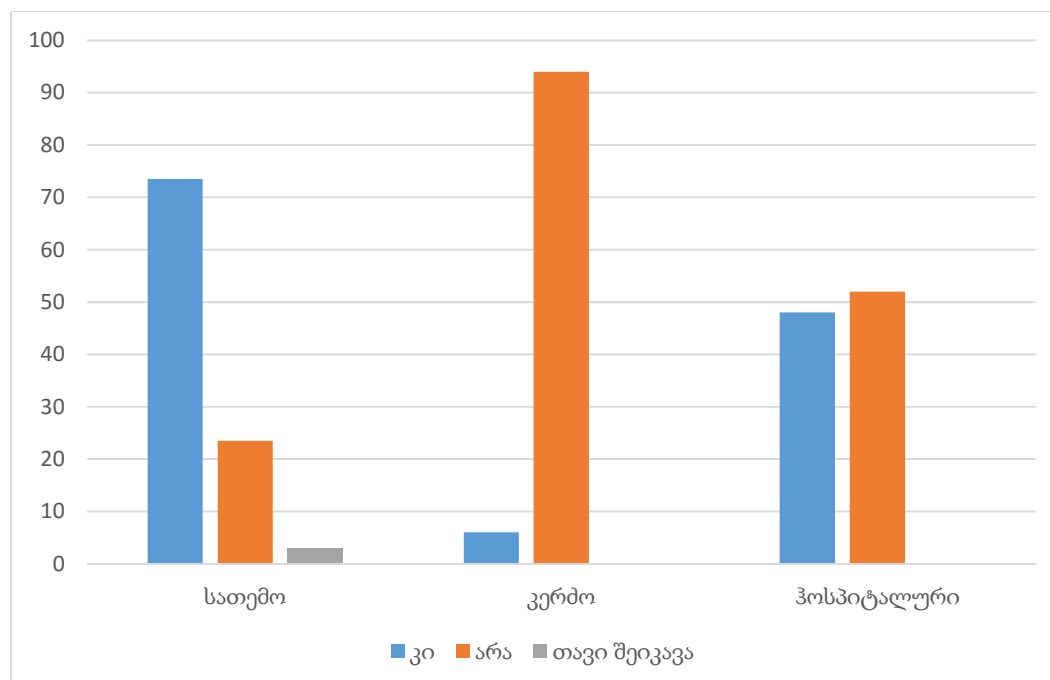
დიაგრამა #43 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შეფასება

კვლევის მონაწილეების პასუხი თითქმის იგივენაირად გადანაწილდა უფრო სუბიექტურ კითხვაზე, თქვენ ხართ თუ არა კმაყოფილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით. რაზეც დადებითად უპასუხა გამოკითხულთა 47%-მა, ხოლო 52%-მა უარყოფითი პასუხი გაგვცა (იხ დიაგრამა #44).



დიაგრამა #44 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით კმაყოფილება

კვლევის პროცესზე დაკვირვების შედეგად, აღმოჩნდა, რომ სერვისების მიმართ დამოკიდებულებაზე დიდწილად ახდენს გავლენას, ის, თუ რომელ სერვისში არიან ჩართულები ამჟამად კვლევის მონაწილეები. სერვისები დავყავით ტიპის მიხედვით, კერძოდ: სათემო სერვისები (ამბულატორია, ასერტული გუნდის მომსახურება, მობილური გუნდის მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, კრიზისული ინტერვენცია, მცირე საოჯახო ტიპის სახლები), სტაციონარულ სერვისები (სტაციონარული განყოფილება, ფსიქიატრიულში არსებული საცხოვრისები) და კერძო სპეციალისტის მომსახურება, რათა დაგვედგინა, როგორ აისახება ეს ფაქტორი დამოკიდებულებაზე. მიღებული შედეგები ასეთია: სათემო სერვისებით მოსარგებლეთა შორის 73.5% კმაყოფილია ფსიქიკური სერვისებით, უკმაყოფილებას გამოთქვამს, 23.5%, ხოლო 3% თავს იკავებს შეფასებისგან. განსხვავებული მდგომარეობაა სტაციონარულ სერვისებში, 48% აცხადებს, რომ კმაყოფილია, ხოლო 52% გამოთქვამს უკმაყოფილებას. მათგან, ვინც ამჟამად არ არის ჩართული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში და სარგებლობს კერძო სპეციალისტით, 94% უარყოფითად აფასებს ფსიქიკურ სერვისებს. ამ მონაცემების საფუძველზე, შეიძლება ითქვას, რომ სერვისების შესახებ ცოდნა და სერვისზე ხელმისაწვდომობა, დიდწილად განსაზღვრავს დამოკიდებულებას (იხ **დიაგრამა #45**).



დიაგრამა #45 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით კმაყოფილება რესპონდენტებს შორის სერვისის ტიპის მიხედვით

თავი 4. დასკვნები და რეკომენდაციები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაგეგვმა და ორგანიზება კომპლექსური საკითხია, მასში მონაწილეობას იღებს რამდენიმე დაინტერესებული მხარე, მათ შორის: სახელმწიფო სტრუქტურები, არასამთავრობო ორგანიზაციები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირები, მათი ოჯახის წევრები და სხვა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირების ინფორმირებულობა ქვეყანაში არსებულ სერვისებზე ძალიან მნიშვნელოვანია. პაციენტს უფლება აქვს ჰქონდეს ამომწურავი ინფორმაცია საკუთარი მდგომარეობისა და იმ მომსახურებების შესახებ, რომელშიც შეუძლია ჩართვა. ინფორმირებული პაციენტი თავად იღებს გადაწყვეტილებას, როგორი ტიპის მკურნალობა ან მომსახურება არის მისაღები, ერთვება მკურნალობისა და ზრუნვის დაგეგმვის პროცესში. ჩართულობა და თანამშრომლობა კი დიდწილად განაპირობებს, გამოჯანმრთელებისა და აღდგენის პროცესს.

კვლევის ერთ-ერთ მთავარ ამოცანას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ ცოდნის შესწავლა წარმოადგენს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებში. გამოკითხულთა 54% თვლის, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე არ არიან საკმარისად ინფორმირებული.

როგორც კვლევის ანალიზიდან გაირკვა, ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებაზე ინფორმირებულობის დონე საკმაოდ მაღალია, რისი მიზეზიც შესაძლოა იყოს ამ სერვისების გამოყენების სიხშირე. საკმაოდ დაბალია ცნობიერება სათემო სერვისებზე, როგორცაა, მობილური და ასერტული გუნდის მომსახურება, მცირე საოჯახო ტიპის სახლები, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია და კრიზისული ინტერვენცია, ინფორმაცია აქვთ, ძირითადად, იმ ადამიანებს, რომლებიც არიან ჩართულები ან ოდესმე უსარგებლიათ ამ სერვისებით. შესაბამისად, ფსიქიკური

ჯანმრთელობის მქონე პირებისთვის სათემო სერვისებზე ინფორმაციის ნაკლებობა, ხელმისაწვდომობის კუთხით, წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევას.

კვლევიდან ირკვევა, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობა (67%) ამომწურავ ინფორმაციას იღებს საკუთარი მდგომარეობის შესახებ სპეციალისტისგან, ამის საპირისპიროდ, სერვისების შესახებ მიღებული ინფორმაცია, ძალიან მწირია. ეს, შესაძლოა, რამდენიმე მიზეზით იყოს გამოწვეული, მათ შორისაა, სოციალური მუშაკის მინიმალური ჩართულობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, სამედიცინო პერსონალის არაინფორმირებულობა სერვისებთან მიმართებაში, სამედიცინო კადრების რესურსის სიმწირე, რის გამო, კონსულტაციების ხანგრძლივობა არის შეზღუდული და ვერ ხდება ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდება. შეიძლება ითქვას, რომ განსხვავება ინფორმაციის მიღების მოთხოვნასა და მიწოდებას შორის საკმაოდ დიდია, რადგან კვლევის მონაწილეები სერვისების შესახებ ინფორმაციის მიღების სასურველ ფორმად უმეტესად ექიმ-სპეციალისტთან ან სოციალურ მუშაკთან პირად კონტაქტს ასახელებენ.

ასევე მნიშვნელოვანი კომპონენტია, მედიკამენტების შესახებ პაციენტისთვის ობიექტური და ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდება. ანალიზიდან იკვეთება, რომ გამოკითხულთა მესამედზე მეტს არ მიეწოდება ინფორმაცია მედიკამენტებისა და მათი გვერდითი ეფექტების შესახებ. გამოკითხული პირები საუბარში აღნიშნავენ, რომ მედიკამენტების გვერდით ეფექტებს ხშირად გადამწყვეტი როლი აქვს მკურნალობის პროცესში, ხშირია შემთხვევები, როდესაც პაციენტები უარს ამბობენ მედიკამენტების მიღებაზე და წყვეტენ მკურნალობას.

გამოკითხულთა უმრავლესობას არ ჰქონდა სწორი ინფორმაცია ვისთვის უნდა მიემართა ფსიქიკური პრობლემის გამოვლენისას, ასევე არ იცოდნენ ვის კომპეტენციას წარმოადგენს დიაგნოზის დასმა. ფსიქიატრიული პრობლემით ადამიანი უმეტესად ფსიქოლოგთან, ფსიქონევროლოგთან მიდის და არ მიდის ფსიქიატრთან. როგორც აღმოჩნდა, კვლევის მონაწილეთა დაახლოებით 1/3 -მა

მიმართა ფსიქიატრს პრობლემის პირველი გამოვლენისას, ასევე იყო შემთხვევები, როდესაც დიაგნოზი დასვა არა ფსიქიატრმა, არამედ ნერვოლოგმა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირებში ხშირია შემთხვევები, როდესაც თემის წევრები ერთმანეთში ცვლიან ინფორმაციას გარკვეული მდგომარეობებისა და ქვეყანაში არსებული სერვისების შესახებ, ინფორმაციის გაცვლა ხდება როგორც პირისპირ საუბრისას, ასევე სოციალური ქსელის მეშვეობით, ასეთი ჯგუფების ნაწილი იმართება პროფესიონალების მიერ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისისადმი დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვანი როლი აქვს სერვისებზე ხელმისაწვდომობას, ხელმისაწვდომობაში იგულისხმება, როგორც გეოგრაფიული და ფინანსური, ასევე ინფორმაციაზე წვდომის შესაძლებლობაც. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის ხარისხი უფრო მაღალი არის დედაქალაქში, კახეთში კი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევას წარმოადგენს. თბილისისა და კახეთის მონაცემების შედარების შედეგად დაგინდა, რომ, თბილისში სერვისების გეოგრაფიული მდებარეობა მისაღებია 79%-სთვის, ხოლო კახეთში ეს მაჩვენებელი 55%-ია. ხშირია შემთხვევები, როდესაც ადამიანებს უწევთ არამხოლოდ საცხოვრებელი ადგილის, არამედ ქალაქის/რაიონის ცვლილება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის გამო. განსაკუთრებით მძიმე შედეგის მომტანია ხანგრძლივი სტაციონირება, როდესაც ადამიანები შორდებიან ახლობელ ადამიანებს, უცხოვდებიან, შემდეგ კი მთლიანად წყვეტენ მათთან ურთიერთობას. დღეის მდგომარეობით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში 1200მდე ქრონიკული პაციენტია დარჩენილი, რომელთან ჰოსპიტალური ზრუნვა აღარ ესაჭიროებათ, თუმცა საცხოვრებელის არქონის გამო ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში უწევთ ცხოვრება.

რაც შეეხება ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, კერძო დაზღვევის როლი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში უკიდურესად მწირია, ფსიქიკური დარღვევის მქონე პირების უმრავლესობა აღრიცხვაზე დადგომის შემდეგ სახელმწიფო პროგრამაში

ერთვება. თუ პირი არ/ვერ ერთვება პროგრამაში, მკურანლობის ხარჯების სრულად საკუთარ თავზე აღება უწევს.

კვლევის მონაწილეთა აზრით, ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მოცულობა საკმარისი არ არის. ამჟამად არსებული სტაციონარული და ამბულატორიული სერვისები არ მოცავს ისეთ მნიშვნელოვან კომპონენტებს, როგორცაა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციები, უნარ-ჩვევების აღდგენაზე მუშაობა, დასაქმებაში დახმარება და სხვა. გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, სტაციონარების შემდეგ რეაბილიტაციის სერვისების არარსებობის გამო, პაციენტს ხშირად უწევს იზოლაციაში ყოფნა, რაც რეკოსპიტალიზაციის მთავარი მიზეზია.

კვლევის ერთ-ერთი ძირითადი ამოცანა იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ არსებული დამოკიდებულებებისა და განწყობების შესწავლა სერვისით მოსარგებლეთა შორის. სერვისების მიმართ დამოკიდებულება, დიდწილად განაპირობებს იმას, ჩაერთვება თუ არა პაციენტი კონკრეტულ სერვისში და როგორ წარიმართება მისი მკურნალობა.

კვლევის ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ ყველაზე დადებითად ფასდება მცირე საოჯახო ტიპის საცხოვრისები, მობილური და ასერტული გუნდის მომსახურება, კრიზისული ინტერვენციისა და სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები, დამოკიდებულება დიდწილად ნეგატიურია სტაციონარული მომსახურებასა და თავშესაფრის სერვისებზე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირების აზრით, მენტალური ჯანმრთელობის პროგრამები უნდა ეფუძნებოდეს თემზე დაფუძნებულ სერვისებს, რადგან საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართულობა და მიკუთვნებულობის გრძნობა საუკეთესო თერაპიაა. შესაბამისად, კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა სერვისის მიღებას ისურვებდა სახლში ან ოჯახურ გარემოში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მთავარ პრობლემად დასახელდა: დაფინანსების ნაკლებობა, ინფრასტრუქტურა და საფრთხის შემცველი გარემო

სტაციონარებსა და ამბულატორიებში, სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ, კომუნიკაციის ნაკლებობა ექიმ-სპეციალისტებთან, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობისა და მედიკამენტების პრობლემა.

როგორც აღმოჩნდა, სახელმწიფო პროგრამისთვის პრიორიტეტულია მომსახურების ბენეფიციარების რაოდენობა და არა მიწოდებული სერვისის ხარისხი, შესაბამისად, სპეციალისტების რაოდენობა დაბალია, დატვირთვის დონე კი ძალიან მაღალი.

კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე დადგინდა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ დამოკიდებულებაზე გავლენას ახდენს, რა ტიპის სერვისში არის ამჟამად ჩართული რესპოდენტი. პირები, რომლებიც სარგებლობენ სათემო მომსახურებებით, უმეტესად კმაყოფილებას გამოხატავენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ, ჰოსპიტალურ სერვისში კმაყოფილებისა და უკმაყოფილების დონე, თითქმის თანაბარია, ხოლო, ადამიანები, რომლებიც სარგებლობენ კერძო სპეციალისტის მომსახურებით უარყოფით დამოკიდებულებას ამჟღავნებენ. ამ მონაცემების საფუძველზე, შეიძლება ითქვას, რომ სერვისების შესახებ ცოდნა და სერვისზე ხელმისაწვდომობა, დიდწილად განსაზღვრავს დამოკიდებულებას.

ჩატარებული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისთვის სასურველია:

- გაიზარდოს ფსიქიატრების რაოდენობა და განისაზღვროს კონსულტაციის მინიმალური დრო;
- მედიკამენტების დანიშვნისას, ფსიქიატრმა პაციენტს მიაწოდოს ამომწურავი ინფორმაცია გვერდითი ეფექტებისა და მიღების წესის შესახებ;
- მოხდეს ექიმ-სპეციალისტებისთვის დეტალური ინფორმაციის მიწოდება ქვეყანაში არსებული ფსიქიკური სერვისების შესახებ;

- გაიზარდოს სოციალური მუშაკის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ინფორმირებულობისა და სერვისებში ჩართვის კუთხით;
- დაიგეგმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კამპანია ფსიქიკური დარღვევის მქონე ადამიანებისთვის, არა მხოლოდ სოციალური მედიის საშუალებით, არამედ რადიო/ტელევიზიის საშუალებით, რადგან ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ტელევიზორი არის ერთადერთი ინფორმაციის მიღების საშუალება;
- დაინტერესებულ პირებთან კონსულტაციის საუბველზე შემუშავდეს დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტური მექანიზმი;
- თემზე დაფუძნებული მომსახურებების, როგორცაა მობილური გუნდის, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების, ოჯახური ტიპის თავშესაფრების და სხვა სახის სერვისების განვითარების ხელშეწყობა ქვეყნის მასშტაბით;
- ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალგარე სერვისების დაბალანსება;
- გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
- ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება ამბულატორიებსა და სტაციონარებში;
- მედიკამენტების შესყიდვის მექანიზმის გადახედვა და დახვეწა იმგვარად, რომ სახელმწიფო რესურსები არ დაიხარჯოს იაფი და დაბალი ეფექტურობის მქონე წამლებზე;
- მოხდეს ფსიქოგანათლების ინტეგრირება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებთან;
- მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის სფეროში.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში. (2008). *„უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოსახლეობის დაუცველი ფენებისთვის. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში“*. თბილისი;
2. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში (2020) *„ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარულ დაწესებულებებში ადამიანის უფლებებისა და მომსახურების ხარისხი.“* თბილისი.
3. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი(2019) 2018 წლის სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი;
4. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი(2010) *სტატისტიკური ცნობარი*. თბილისი;
5. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი(2015) *არაგადამდებ დაავადებათა ტვირთი გლობალურ და ეროვნულ დონეზე*. თბილისი;
6. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (2016) *ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები*. თბილისი
7. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. *„ფსიქიკური დარღვევები.“* თბილისი.
მოპოვებულია: https://www.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=eca7bcd5-b3fa-46a7-aeba-7543ea288726&fbclid=IwAR3SOQXUzbUTJ-z_ruoGhs24Z3eQiOTNS30qBqUIWON46H7T3Rsw66ttyTk
8. თინათინ ორმოცაძე, თენგიზ ვერულავა (2017) *„ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის პრობლემები საქართველოში.“* თბილისი.
9. საქართველოს პარლამენტი. (2013). *ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა 2015 - 2020.*

მოპოვებული საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:

http://gov.ge/files/382_47144_358497_762.pdf

10. საქართველოს პარლამენტი. (1995, მარტი 21). საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ.

მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:

<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/28492?publication=7>

11. საქართველოს პარლამენტი. (2013). „*ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა 2015 - 2020.*“ თბილისი;

12. საქართველოს პარლამენტი. (2000) საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ. თბილისი

მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:

https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=11&fbclid=IwAR08L9PxZXD997VpLz7S8h_akStRgN06SATwmm0FrPD3muQpiQ2jVK_X6dM

13. საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტი. (1995) კანონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ. თბილისი

მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:

https://matsne.gov.ge/ka/document/view/30316?publication=11&fbclid=IwAR3C79Hi5ykoZmohwj-5Bmux8jspm4uFerVJfy6LlxJJ2BcqoDea59_ByK4

14. საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტი. (1995) საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ. თბილისი.

მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/28492?publication=7>

15. საქართველოს მთავრობა. (2019) დადგენილება 2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესახებ. თბილისი.

მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4762618?publication=0>

16. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; (2018) „*ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია და საქართველო: მეოთხედი საუკუნე*“. თბილისი;
17. ჯანა კავახიშვილი (2020) „*მედია, ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ადამიანის უფლებები*“. თბილისი. გვ. 19-20
18. Hannah Ritchie and Wax Reser (2018) “*Mental health*”. England and Whales.
მოპოვებულია:<https://ourworldindata.org/mental-health?fbclid=IwAR29nH3Qk6NeTLApIRA4aHPIzvYov99yrLz4pXdDctQSNrI4-bnxHLq68nk>
19. Organization for Economic Cooperation and Development. (2018) “*Health at a Glance: Europe 2018- state of health in the EU cycle*.” Paris.
20. The Economist Intelligence Unit’s. (2014) Mental Health Integration Index results for Europe. London, United Kingdom ;
მოპოვებულია: <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/how-european-countries-are-failing-integrate-people-mental-illness-society>
21. Thornicroft G, Tansella M. (2003). What Are the Arguments for Community-based Mental Health Care. Denmark;
მოპოვებულია: <https://ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=e97ef17e-edc1-43db-86c7-82a8c666fa97&fbclid=IwAR2oH9drlTEmrgJkdxtLnMO4PrHYJs2lyWBHug325IWI3SE-E5tnVL11y-c>
22. World Health Organization (2004). “*Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*”; Geneva, Switzerland.
მოპოვებულია:
https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

23. World Health Organization. (2011) mental health atlas-2011 country profiles. Geneva
24. World Health Organization. (2013). mental health action plan 2013-2020. Geneva.
25. World Health Organization. (2003). World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope Geneva.

მომკვებელია: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>

აბრევიატურის განმარტებები

ჯანმო-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია;

შშმ პირი-შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი;

WHO-World Health organization;

NCDC-National Center for Disease Control and Public Health;

ფჯ-ფსიქიკური ჯანმრთელობა

დანართები

დანართი 1

ინფორმაცია რესპონდენტათვის!

ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტში მიმდინარეობს მუშაობა სამაგისტრო ნაშრომზე „მენტალური ჯანმრთელობის სერვისები თბილისსა და კახეთში. აღნიშნული სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში დაგეგმილია კვლევა, რომელის მიზანია მენტალური ჯანმრთელობის სერვისების მიმართ ამ სერვისების მოსარგებლეთა ცოდნისა და დამოკიდებულებების შესწავლა, თბილისსა და კახეთში.

კვლევა ანონიმურია. კვლევის პროცესში კონფიდენციალობა სრულად იქნება დაცული. კვლევის შედეგები გამოყენებული იქნება მხოლოდ სამეცნიერო და საგანმანათლებლო მიზნით.

თქვენი გულწრფელი პასუხები დაგვეხმარება საკვლევ საკითხებზე რეალური ინფორმაციის შეგროვებაში. კვლევაში თქვენი მონაწილეობა ნებაყოფლობითია. კითხვარის შევსების პროცესში შეგიძლიათ არ უპასუხოთ თქვენთვის არასასურველ შეკითხვას.

კითხვარის შევსებას სჭირდება დაახლოებით 15-20 წუთი.

მადლობას გიხდით კვლევაში მონაწილეობისთვის !

კითხვარი

D1.სქესი 1.მდედრობითი 2.მამრობითი

D2.ასაკი 1. 18-29 2. 30-49 3. 50-69 4. 70+

D3.თქვენი საცხოვრებელი ადგილი/რეგიონი

1.თბილისი 2.კახეთი 3.სხვა-----

D4.განათლება

1.დაწყებითი განათლება

2.არასრული საშუალო განათლება

3.საშუალო განათლება

4. პროფესიული/სპეციალური განათლება

5. არასრული უმაღლესი განათლება

6. უმაღლესი განათლება

D5. ოჯახური მდგომარეობა

1. დაოჯახებული

2. დასაოჯახებელი

3. განქორწინებული

4. სხვა--

D6. რამდენი წევრისგან შედგება თქვენი ოჯახი?

1. ერთი

2. ორი

3. ორი და მეტი

4. არ მყავს ოჯახის წევრები

D7. დასაქმება

1. უმუშვარი

2. დასაქმებული სახელმწიფო სექტორში

3. დასაქმებული კერძო სექტორში

4. დასაქმებული არასამთავრობო სექტორში

5. თვითდასაქმებული

D8. დიაგნოზი

D9. რა ასაკში დაგიდგინდათ დიაგნოზი?

სერვისების შესახებ ინფორმირებულობა

A1. გთხოვთ აღნიშნოთ პროგრამები, რომლის შესახებაც გასმენიათ (შემოხაზეთ ყველა სასურველი პასუხი)

1. სათემო ამბულატორიული მომსახურება

2. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია

3. ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა

4. კრიზისული ინტერვენცია

5. თემზე დაფუძნებული მობილური ჯგუფის მომსახურება

- 6.ასერტული ჯგუფის მომსახურება
- 7.სტაციონარული მომსახურება
- 8.თავშესაფარით უზრუნველყოფის სერვისი
- 9.მცირე საოჯახო ტიპის საცხოვრისი
- 10.სხვა-----

A2. გთხოვთ აღნიშნოთ პროგრამები, რომლითაც ერთხელ მაინც გისარგებლიათ ცხოვრების მანძილზე (შემოხაზეთ ყველა სასურველი პასუხი)

- 1.სათემო ამბულატორიული მომსახურება
- 2.ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია
- 3.ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა
- 4.კრიზისული ინტერვენცია
- 5.თემზე დაფუძნებული მობილური ჯგუფის მომსახურება
- 6.ასერტული ჯგუფის მომსახურება
- 7.სტაციონარული მომსახურება
8. .თავშესაფარით უზრუნველყოფის სერვისი
- 9.მცირე საოჯახო ტიპის საცხოვრისი
- 10.სხვა-----

A3.გთხოვთ აღნიშნოთ სერვისი, რომლითაც ამჟამად სარგებლობთ

- 1.სათემო ამბულატორიული მომსახურება
- 2.ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია
- 3.ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა
- 4.კრიზისული ინტერვენცია
- 5.თემზე დაფუძნებული მობილური ჯგუფის მომსახურება
- 6.ასერტული ჯგუფის მომსახურება
- 7.სტაციონარული მომსახურება
- 8.დიდი ზომის თავშესაფარი(ინსტიტუცია)
- 9.მცირე საოჯახო ტიპის საცხოვრისი
- 9.კერძო სპეციალისტი

A4. რამდენი ხანია სარგებლობთ მენტალური ჯანმრთელობის სერვისებით?

1.1 წელზე ნაკლები 2.1დან 3 წლამდე

3. 3დან 10წლამდე 4.10+

5. არ ვსარგებლობ სერვისებით

A5. შეაფასეთ სერვისები, რომლის შესახებაც გაქვთ ინფორმაცია:

	დადებითად	უფრო დადებითად, ვიდრე უარყოფითად	უფრო უარყოფითად, ვიდრე დადებითად	უარყოფითად	მიჭირს პასუხის გაცემა
სათემო ამბულატორიული მომსახურება					
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა					
ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა					
კრიზისული ინტერვენციის პროგრამა					
მობილური ჯგუფის მომსახურება					
ასერტული ჯგუფის მომსახურება					
სტაციონარული მომსახურება(10-14 დღე)					
დიდი ზომის თავშესაფარი(ინსტიტუცია)					

4. მოგვეწოდება მე და ჩემს თანმხლებ პირსაც

5. არ მომეწოდება ინფორმაცია

B6. ფსიქიკური პრობლემის პირველად გამოვლენისას ვის მიმართეთ პირველ რიგში?

1. ფსიქიატრი

2. ოჯახის ექიმი

3. ფსიქოლოგი

4. ნერვოლოგი

5. არ მიმართავს ექიმისთვის

6. მიჭირს პასუხის გაცემა

B7. ფსიქიკური მდგომარეობის გართულებისას თუ მოულოდნელად დაგჭირდათ დახმარება ვის მიმართავთ პირველ რიგში?

1. ოჯახის წევრს

2. მხარდამჭერს

3. მობილურ/ასერტულ გუნდს

4. ფსიქიატრს

5. ოჯახის ექიმს

6. არავის, ჩემით მოვავგარებ

7. სხვა-----

B8. თვლით, რომ საკმარისად ხართ ინფორმირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების თაობაზე?

1. დიახ

2. არა

B9. რომელი საკომუნიკაციო საშუალების დახმარებით ისურვებდით ინფორმაციის მიღებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების შესახებ?

1. პირადი კონტაქტით ექიმ-პეციალისტთან

2. სოციალური მუშაკის დახმარებით

3. ოჯახის ექიმის დახმარებით

4. ინტერნეტით

5. ელექტრონული მედიით (რადიო, ტელევიზია)

6. ბეჭდვითი მედია (ჟურნალი, გაზეთი, ფლაერი, ბუკლეტი და სხვ)

B10. კომფორტულია თქვენთვის თქვენს მდგომარეობაზე საუბარი სხვა ადამიანებთან?

1. დიახ

2. არა

- 3.სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება
- 4.არ არის სერვისი ხელმისაწვდომი ჩემს სახლთან ახლოს
- 5.ინფრასტრუქტურა და საფრთხის შემცველი გარემო
- 6.კომუნიკაციის ნაკლებობა სამედიცინო პერსონალთან
- 7.კონფიდენციალობა და ანონიმურობა
- 8.სხვა-----

E5. თქვენ აზრით, რამდენად მხარდამჭერია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები?

- 1.მხარდამჭერია
- 2.უფრო მხარდამჭერია, ვიდრე არ არის მხარდამჭერი
- 3.უფრო არ არის მხარდამჭერი, ვიდრე მხარდამჭერია
- 4.არ არის მხარდამჭერი
- 5.მიჭირს პასუხის გაცემა

E6. რის გაუმჯობესებას ისურვებდით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების კუთხით?

- 1.დაფინანსების გაზრდას
- 2.მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას
- 3.სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულების შეცვლას
- 4.გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდას
- 5.ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება
- 6.უსაფრთხო გარემოს შექმნა მომსახურების მიღების დროს
- 7.კომუნიკაციის გაუმჯობესება ექიმსა და პაციენტს შორის
- 8.კონფიდენციალობისა და ანონიმურობის დაცვა
- 9.სხვა-----

E7. გთხოვთ, მოკლედ შეაფასოთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები საქართველოში:

- 1.კარგია
- 2.ცუდია

E8. კმაყოფილი ხართ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით საქართველოში?

- 1.დიახ
- 2.არა

დანართი 2



საქართველოს კონსტიტუციისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ძირითადი სტრატეგია
GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE
CONTROL AND PUBLIC HEALTH

სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი

მთავარი მკვლევარი: ელენა კობიძე
ივ.ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის
ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დემარტამენტი - მაგისტრანტი
ი.კავჭავაძის გამზირი 1, თბილისი.
ტელ: +9955773199
ელ.ფოსტა: Elena.kobidze@gmail.com

ოქმი # 2020-053

კვლევის სათაური: „მენტალური ჯანმრთელობის სერვისები თბილისსა და კახეთში“.

დ. საცვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ეთიკის კომისიამ განიხილა პროექტი და დაასკვნა, რომ კვლევის პროტოკოლის მიხედვით საკვლევი პირების უფლებები და კეთილდღეობა ადეკვატურადაა დაცული.

გამიღვის ტიპი: დამტკიცებული
გამიღვის თარიღი: 6 აგვისტო, 2020წ

აღნიშნული დასკვნა იძლევა უფლებამოსილებას კვლევა ჩატარდეს **2020 წლის 6 აგვისტოდან 2021 წლის 6 აგვისტომდე**.

- კვლევის პროექტში ნებისმიერი გაუთვალისწინებელი პრობლემის ან უარყოფითი მოვლენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ აცნობეთ ეთიკის კომისიას.
- ნებისმიერი ცვლილება კვლევის მეთოდოლოგიაში, პროტოკოლში, მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტებში ან/და თანხმობის ფორმაში განხორციელებამდე უნდა აცნობოთ ეთიკის კომისიას.
- თუ კვლევა არ დასრულდება ამ დოკუმენტში მოცემულ ვადებში, საჭიროა კვლევის ხელახალი განხილვა ეთიკის კომისიის მიერ.

დამატებითი ინფორმაციისთვის დაგვიკავშირდით ტელ: (995-322) 39 89 46 (ext. 606) ან ელ. ფოსტით: info.ncdc@gmail.com.

კომისიის თავმჯდომარე: მარია ჩელიძე, DR000021