

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

თეონა კუხარევა

ქრონიკული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე
პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის საკითხი

სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამა

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია სოციალურ მუშაობაში
მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: ია შეყრილაძე

სამეცნიერო ხარისხი: მეცნიერებათა მაგისტრი სოციალურ
მუშაობაში; ლიცენზირებული კლინიკური სოციალური მუშაკი (ა.შ.შ)

ფსიქოლოგიის მაგისტრი; დოქტორანტი ფსიქოლოგიაში.

წოდება: მაგისტრი, დოქტორანტი

აკადემიური თანამდებობა: მოწვეული ლექტორი

თბილისი

2017

ანოტაცია:

ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ფრაგმენტირებულია და არსებული რეფერალური სისტემაც არასაკმარისად არის განვითარებული. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრევენციისა და მხარდაჭერის პროგრამები არ არის ეფექტურად შემუშავებული.

დღემდე, კარგად არ არის შესწავლილი რა საჭიროებები აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების მქონე პირებს, მაგ. გონებრივი შეფერხების მქონე პირებს, ემოციური და ქცევითი აშლილობების მქონე ბავშვებს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე მოხუცებს და როგორია მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით მოცვა, მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის საკითხი. მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების როლის გაზრდა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, მწვავე და გადაუდებელი მკურნალობის უზრუნველყოფა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, გრძელვადიანი და სარეაბილიტაციო სერვისებისათვის თავშესაფრების მშენებლობა და აღჭურვა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების მდგომარეობა ხასიათდება

ისეთი სამსახურების მცირე რაოდენობით, რომელთა საქმიანობა მიმართულია პრევენციისკენ, სოციალური ინტეგრაციისკენ, რეაბილიტაციისკენ, სათემო, ხანგრძლივი მოვლისკენ, თავშესაფრით მომსახურების უზრუნველყოფისკენ. არ არსებობს მათი ინტეგრაციის, უმუშევრობის და სიღარიბის შემცირებაზე მიმართული ეფექტური სერვისები.

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისათვის უმთავრესი პრობლემა, ამჟამად, უმუშევრობა, სოციალური იზოლაცია და არასრულფასოვანი მკურნალობაა.

Annotation:

Mental health services in the country are fragmented and the existing referral system is insufficiently developed. Mental health prevention and support programs are not developed. Until now, people with mental health problems have not been examined. Persons with mental disabilities, children with emotional and behavioral disorders, old people with mental health problems and what are their mental health services..

It is important to strengthen primary health care and increase the role of family doctors and nurses in the field of mental health care, acute and urgent care in general hospitals, construction and equipping shelters for long-term and rehabilitation services. The condition of physical health care service is characterized by the lack of such works that are directed to prevention, social integration, rehabilitation, communal, long-term care and that are concerned about providing with shelters. The effective services of their integration, reducing unemployment and poverty does not exist. Nowadays, the main issue for mentally deranged people is unemployment, social isolation and improper treatment.

სარჩევი

ანოტაცია:.....	2
Annotation:	3
შესავალი	5
1. ფსიქიკური ჯანმრთელობა და სახელმწიფო პოლიტიკა საქართველოში.....	8
1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში	10
1.2 საქართველოში მიმდინარე რეფორმები.....	16
2. ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირები და მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრაქტიკა განვითარებულ ქვეყნებში.....	22
2.1 საქართველოში არსებული მდგომარეობა - შედარებითი ანალიზი	27
3. ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა არსებული მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში	31
3.1 ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა, საქართველოში არსებული სერვისები და ღონისძიებები	33
3.2 საკანონმდებლო რეგულირება.....	35
კვლევა	38
დასკვნა	40
გამოყენებული ლიტერატურა:.....	42
დანართი N1	44
დანართი N2	45

შესავალი

ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ინფორმაცია არასრულია. ოფიციალური მონაცემებით, 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების მაჩვენებელი წარმოადგენს 1,651-ს. ფსიქიკური აშლილობების სტრუქტურაში 2007 წელს ჭარბობდა „შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები“ (30.5%) და „გონებრივი ჩამორჩენილობა“ (28.5%). ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების მდგომარეობა ხასიათდება მომსახურებაზე დაბალი ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობით; მომსახურების დაბალი ხარისხითა და ეფექტურობით; მასიური და ამორტიზებული დაწესებულებების სიჭარბით, არაეფექტური ინფრასტრუქტურით; პროფესიული რესურსების კვალიფიკაციის და თანამედროვე მიდგომების ცოდნის და გამოყენების არასაკმარისი დონით; საჭირო ახალი პროფესიების ნაკლებობით და პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების უკიდურესად მწირი მოცულობით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაფინანსების გაზრდის მიუხედავად ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით საქართველო ჩამორჩება სომხეთს თითქმის 5-ჯერ, ყაზახეთს - 8-ჯერ და დაბალი საშუალო შემოსავლების ქვეყნებს საშუალო მაჩვენებელს (3.2-6.3\$) სულ მცირე სამჯერ. საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობის ხედვა უახლოეს 10-15 წელიწადზე მოკლედ შემდეგნაირად განისაზღვრება: საქართველოში ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანი მომსახურებას იღებს ნაკლებად შემზღვეველ გარემოში, რაც შეიძლება მის საცხოვრებელთან ახლოს საზოგადოების უსაფრთხოების გათვალისწინებით. მაქსიმალურადაა დაცული მისი უფლებების დაცვა და გარანტირებულია ღირსების პატივისცემა. მომავლის ხედვა ეფუძნება შემდეგ ფასეულობებს:

- ჰუმანურობა და ადამიანთა ღირსების პატივისცემა
- თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა

- შემწყნარებლობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომავლის ხედვას განსაზღვრავენ შემდეგი მიდგომები და პრინციპები:
- „ბალანსირებული მოვლა“ - სტაციონარული და თემზე დაფუძნებული ზრუნვას შორის ბალანსის დაცვა - მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური მკურნალობის ბალანსის დაცვა - პიროვნების, ოჯახის და საზოგადოების ინტერესებს შორის ბალანსის დაცვა - პრევენციისა, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მეთოდებს შორის ბალანსის დაცვა
- „ინტეგრაცია“ - მომსახურების ინტეგრაცია და უწყვეტობა - ჯანდაცვასა და სოციალურ მომსახურებაში ინტეგრაცია - საზოგადოებაში ინტეგრაცია და თანამონაწილეობა იზოლაციის ნაცვლად.

ეროვნული პოლიტიკის ძირითადი დანიშნულებაა დაეხმაროს ყველა დაინტერესებულ მხარეს, საჭიროებებისა და საკუთარი შესაძლებლობების და ინტერესების შესაბამისად იპოვოს ადგილი და მაქსიმალურ შედეგს მიაღწიოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებასა და ფუნქციონირებაში. დოკუმენტი ასახვს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ხედვას, განსაზღვრავს ფასეულობებსა და პრინციპებს, რასაც ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობა და ძირითად ძალისხმევებს, რომლებიც საჭიროა მომავლის ხედვის რეალიზაციისთვის. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკა განსაზღვრავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარებისთვის ყველა დაინტერესებული მხარის ძალისხმევას უახლოესი 10-15 წლის მანძილზე, თუმცა მოსალოდნელია მისი საკვანძო მდგენელების განახლება გარკვეული პერიოდის შემდეგ. როგორც საჯარო პოლიტიკის ინსტრუმენტი, ის განიხილება შემდგომში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეტალური ეროვნული გეგმისა და შესაბამისი პროგრამების შესამუშავებელ სახელმძღვანელო დოკუმენტად. ქვეყნის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფასთან ერთად, 3-5 წელიწადში დღის წესრიგში დგება მოთხოვნების გადასინჯვა, რაც ხშირად წინ უძღვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული გეგმის შემუშავების ახალ ციკლს; პრინციპების რევიზია, დაკონკრეტება ან ახლის დამატება (თუ გარემოში მკვეთრი გაუთვალისწინებელი ცვლილება არ მოხდა) შეიძლება საჭირო გახდეს ყველაზე ადრე 15-

20 წლის შემდეგ, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განვითარების ახალ ეტაპს მოასწავებს. ძნელია იმის განსაზღვრა, როდის იქნება საჭირო ფასეულობების გადახედვა. როცა არ უნდა მოხდეს, ეს გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სრულიად განსხვავებული ხედვისა და, შესაბამისად, ახალი სახელმწიფო პოლიტიკის ჩამოყალიბებას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ეროვნული პოლიტიკის ჩამოყალიბების აქტუალობა რამოდენიმე გარემოებითაა განპირობებული: • ფსიქიკური აშლილობების მაღალი ტვირთი - მსოფლიოში მოქალაქეთა თითქმის ერთ მესამედს გამოუცდია ფსიქიკური აშლილობა, რაც დღემდე რჩება ინვალიდობის წამყვან მიზეზად; ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიზეზით შრომის ნაყოფიერების დაქვეითების გამო წამყვანი ქვეყნების ეკონომიკები კარგავენ მთლიანი შიდა პროდუქტის 3-4%, ხოლო განვითარებადი ქვეყნებისთვის წარმოადგენს ეკონომიკური ზრდის ერთ-ერთ სერიოზულ შემაფერხებელ ფაქტორს (იხ.დანართი #3, გვ. 30); • არ არსებობს ჯანმრთელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარეშე. ფსიქიკური ჯანმრთელობა საზოგადოების და პიროვნების სრულფასოვანი კეთილდღეობის აუცილებელი პირობაა; • საზოგადოების სახე ყველაზე ნათლად ჩანს მის დამოკიდებულებაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანთა მიმართ (ფსიქიკური აშლილობის ან/და გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე პირები, ბავშვები, მოხუცები და სხვა). • ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ ქვეყანაში დამკვიდრებული მიდგომები (სამედიცინო მომსახურებისა და მზრუნველობის ფორმები) ასახავენ მთლიანად ქვეყნის ჰუმანური განვითარების დონეს.¹

¹ გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2008), გვ. 76

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობა და სახელმწიფო პოლიტიკა საქართველოში

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკა ეყრდნობა წლების განმავლობაში ქართველი და უცხოელი ექსპერტების მიერ ამ სფეროში შეგროვილ მტკიცებულებებს და შექმნილია მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციებისა და საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით. სიტუაციური ანალიზი ეფუძნება ქართველი და საერთაშორისო ექსპერტების მიერ 2006 წელს მომზადებულ ანგარიშს „საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასების ანგარიში მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის – ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების შეფასების ინსტრუმენტის გამოყენებით (WHO-AIMS)“. დოკუმენტის პირველი თავი „არსებული მდგომარეობა“ ეთმობა საქართველოსა და საზღვარგარეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის არსებული სურათის განხილვას. ყურადღება გამახვილებულია მდგომარეობის იმ მახასიათებლებზე, რომლებიც დაინტერესებულ მხარეთა ყველაზე მეტ წუხილს იწვევს და ითხოვს ოპტიმალური გადაწყვეტის მოძებნას. საერთაშორისო გამოცდილება და პოლიტიკის საუკეთესო პრაქტიკა გათვალისწინებულია შემდგომში მომავლის ხედვის ჩამოყალიბებისას. მეორე თავი „მომავლის ხედვა“ შედგება ორი ნაწილისაგან: პირველ ნაწილში „ამოსავალი პრინციპები და ფასეულობები“ ეთმობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მოწყობის კონცეპტუალური საფუძვლების აღწერას; მეორე ნაწილში „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მოწყობა“ აღწერილია მომავლის სურათი, სადაც ჩანს საკვანძო ფუნქციები, ძირითადი მონაწილე მხარეები და ფუნქციების განაწილება მხარეთა შორის, აგრეთვე რესურსების ნაკადები. მესამე თავში „განვითარების ძირითადი მიმართულებები“ განხილულია ძალისხმევები, რომელთა გარეშე მომავლის ხედვასთან მიახლოება შეუძლებელია.

ძალისხმევები დაჯგუფებულია რეფორმის მიმართულებებად (ე.წ. „პოლიტიკის სტრატეგიებად“), რომელთა საფუძველზე მომავალში გაიწერება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეტალური სამოქმედო გეგმა. ბოლოს, თავში „დანართები“ თავმოყრილია

დამატებით ინფორმაცია (ძირითადი ცნებები, ილუსტრაციები, ანალიტიკური კვლევების შედეგები და ა.შ.), რომელიც ეხმარება მკითხველს უკეთ გაიაზროს დოკუმენტის ძირითად ნაწილში განხილული მოსაზრებები და თეზისები.²

² „უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოსახლეობის დაუცველი ფენებისთვის. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში“. ანალიტიკური ანგარიში. თბილისი, გვ. 52

1.1 ფსიქიკური ჯანმთელობის დაცვა საქართველოში

საქართველოში ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების შესახებ ინფორმაცია არასრულყოფილია. ოფიციალური მონაცემებით 2007 წელს: • აღრიცხვაზე იყო 72,588 ფსიქიკური ავადმყოფი (100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების მაჩვენებელი შეადგენდა 1,651) და დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 2,677 ახალი შემთხვევა (60.9 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე) • ფსიქიკური აშლილობების სტრუქტურაში ჭარბობდა „შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები“ (30.5%) და „გონებრივი ჩამორჩენილობა“ (28.5%). ექსპერტთა მონაცემებით, მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება სულ მცირე ორჯერ აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს (რაც განპირობებული უნდა იყოს ეპიდემიოლოგიის ნაკლოვანებებით და ასევე ქვეყანაში არსებული სტიგმით): „შიზოფრენიის ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100,000 მოსახლეზე 20- 54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს“.

2007 წლის მონაცემებით (2): ა) ფსიქიატრიული 1,235 საწოლი საშუალოდ დატვირთული იყო წელიწადში 327 დღე; ბ) სამედიცინო მომსახურებას ეწეოდა (სერტიფიცირებული 308-დან) 242 ფსიქიატრი.

საქართველოში, სადაც თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურება არაა განვითარებული, მოსახლეობასთან საწოლების თანაფარდობა (28.1 საწოლი ასი ათას მოსახლეზე) საკმაოდ დაბალია (ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით).

რაც შეეხება ბავშვებს, ქვეყანაში არ არსებობს ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილება და ძალიან სუსტად არის განვითარებული ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. პროფესიული კადრების კორპუსი წარმოდგენილია ძირითადად ექიმ-ფსიქიატრების, ფსიქოლოგების და მედდების მიერ; პრაქტიკულად არ არსებობენ დასპეციალებული სოციალური მუშაკები, ოკუპაციური თერაპევტები, ფსიქოთერაპევტები, თემის მუშაკები, ფსიქიკურ აშლილობის დიაგნოსტიკა-მკურნალობაში გაწვრთნილი ოჯახის ექიმები და ა.შ.

2005 წლის საჭიროებების შეფასების კვლევის შედეგების თანახმად, საქართველოში ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა მდგომარეობა ხასიათდება სიღარიბით, სათანადო სამედიცინო მომსახურებისა და სხვა დამხმარე სერვისების ხელმისაწვდომობის არარსებობით, პრაქტიკულად უალტერნატივო ინსტიტუციონალიზაციით და განათლებასა და დასაქმებასთან უაღრესად შეზღუდული ხელმისაწვდომობით.

ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ფრაგმენტირებულია და არსებული რეფერალური სისტემაც არასაკმარისად არის განვითარებული. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრევენციისა და მხარდაჭერის პროგრამები არ არის შემუშავებული. „არსებული ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მოთხოვნილებების და საჭიროებების მხოლოდ 40% აკმაყოფილებს. არ არსებობს მათი ინტეგრაციის, უმუშევრობის და სიღარიბის შემცირებაზე მიმართული სერვისები; მხოლოდ 2% არის ჩართული სარეაბილიტაციო ზრუნვის პროგრამებში. დღეს არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება ძირითადად არაეფექტურია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა და მათი ოჯახების ბაზისური საჭიროებების დასაკმაყოფილებად“.

დღემდე არ არის შესწავლილი რა საჭიროებები აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების მქონე პირებს, მაგ. გონებრივი შეფერხების მქონე პირებს, ემოციური და ქცევითი აშლილობების მქონე ბავშვებს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე მოხუცებს და როგორია მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით მოცვა. ფსიქიკურ ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივ საფუძველს წარმოადგენს საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ (2006წ.), რომელშიც „გათვალისწინებულია თანამედროვე ფსიქიატრიის მოთხოვნები. 2007 წლის ივლისში სისხლის სამართლის კოდექსში და სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსში არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ მიღებული ცვლილებები შესაბამისად არ აისახა “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონში“, რამაც არანებაყოფლობითი მკურნალობის

დანიშვნასა და მოხსნასთან დაკავშირებით მთელი რიგი პროცედურული პრობლემები შექმნა“.³

ევროპული ქვეყნები, ძირითადად, ყოფილი სოციალისტური ქვეყნები, დღეს დგანან აუცილებლობის წინაშე, გადაჭრან პრინციპული საკითხი: უარი თქვან გაუმართლებელ ინსტიტუციურ ფსიქიატრიულ დახმარებაზე. ამ ქვეყნებში მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებების არსებობა, რომელთა პრობლემა არასახარბიელოა - უფრო იზოლატორს გავს, ვიდრე სამკურნალო დაწესებულებას და ცხადია, ადამიანთა უფლებების დაცვის გარანტიაც ნაკლებია“. საქართველოსგან განსხვავებით, ევროპაში აღინიშნება ფსიქიატრიული საწოლების გეგმაზომიერად შემცირება (საქართველოში საწოლთა ფონდის 5-ჯერ შემცირება უკავშირდება დაფინანსების სიმწირეს) - ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები სტაციონარებიდან გადაჰყავთ „საერთო პროფილის საავადმყოფოებში, თავშესაფრებში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ან გაწერენ სახლში, სტაციონარგარეთა სამსახურების ზრუნვის ქვეშ. ევროპის ქვეყნები დღეს იხრებიან საჭიროებებზე დაფუძნებული სამსახურების ისეთი გამთლიანებული ჯაჭვის შექმნისკენ, რომელიც დიფერენცირებულ მომსახურებას სთავაზობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს და მის ოჯახის წევრებს. ამ რეფორმის კონცეპტუალურ საფუძველს წარმოადგენს ახალი მიდგომა - „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ბალანსირებული ზრუნვა“, რომელიც მოსახლეობების საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამის ხარისხიან, მდგრად, ხარჯთ-ეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. ეს მიდგომა არ უარყოფს ერთ მიდგომას (მაგ. სტაციონარულ მკურნალობას) მეორის (მაგ. თემზე დაფუძნებული

³ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, 2009, გვ. 65

მომსახურების) სასარგებლოდ. პირიქით, ის ითვალისწინებს მომსახურების ყველა შესაძლო და საჭირო ფორმის კომბინაციას მაქსიმალური შედეგით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო საქართველოში ჯერ კიდევ საბჭოთა მემკვიდრეობის ტვირთის ქვეშ იმყოფება. 2006 წლის შემდგომ სახალხო დამცველის სპეციალური ანგარიშები ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში არსებული პრაქტიკების შესახებ (2007; 2008; 2010) და CPT ანგარიშები (2007; 2010) ადასტურებს, რომ სერიოზული უფლებრივი დარღვევები სისტემის დამახასიათებელი ნიშანია. წლების მანძილზე ადამიანის უფლებების, უფლება ჯანმრთელობაზე ან პაციენტის უფლებების ცნებები უცხო და უცნობი იყო როგორც სერვისის მომხმარებელთათვის (ე.წ. იუზერებისთვის), ასევე სერვისის მიმწოდებელთათვის, მათ შორის როგორც მენეჯერების, ასევე ფსიქიატრთა და სხვა პერსონალისთვის. სიტუაციის ცვლილება რამდენიმე წლის წინ დაიწყო, თუმცა მცდელობანი ფრაგმენტული და არაკოორდინირებული იყო. გარკვეულ მიღწევებს შორის აღსანიშნავია: - ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის მიღება (2007 წ.); კანონმა სფეროში შემოიტანა ისეთი ცნებები და პრაქტიკები, როგორცაა ინფორმირებული თანხმობა; სასამართლოს გადაწყვეტილება არანებაყოფლობითი მკურნალობის შესახებ, და სხვ.; - ფოთის მკაცრი რეჟიმის იძულებითი მკურნალობის საავადმყოფოს დახურვა (მძიმე დარღვევების გამო); - სახელმწიფო პროგრამის “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” მზარდი დაფინანსება; - საავადმყოფოების დაფინანსების მოდელის ცვლილება გლობალური ბიუჯეტის შემოღების გზით (2008); - ბავშვთა ქცევით-ემოციური აშლილობების სამკურნალო დღის ცენტრის გახსნა იაშვილის სახ. საავადმყოფოში (2009); - ზოგიერთი საავადმყოფოს რეკონსტრუქცია/რემონტი და პირობების შედარებით გაუმჯობესება; - დარგის სპეციალისტთა სხვადასხვა ტრენინგები როგორც უფლებრივ და სამართლებრივ საკითხებში, ასევე პროფესიულ თემებზე. თანადათან საავადმყოფოებმა შეიმუშავეს შინაგანაწესები; შემუშავდა და დაინერგა აგზნებული პაციენტის ფიზიკური შებოჭვის მკაფიო წესები; ზოგ კლინიკაში დაიდგა საჩივრების ყუთი, და ა.შ. მიუხედავად ამ ცვლილებებისა, სიტუაცია მაინც მძიმე და არასახარბიელო რჩება. სამინისტრომ აღიარა, რომ “პირობები, რომელშიც მკურნალობენ და ცხოვრობენ ფსიქიატრიული

დაწესებულებების პაციენტები, მოითხოვს გადაუდებელ ჩარევას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მათი ღირსების, უფლებებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფერისი სამკურნალო გარემო და მკურნალობა”. სამინისტრომ გამოაქვეყნა განცხადება, რომელშიც ჩამოაყალიბა რეფორმის ხედვა და პრიორიტეტები და რეფორმის პილოტური განხორციელება 2011 წლიდან ქ. თბილისში დაიწყო. ზოგადი მონაცემები 2010 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე 79.216 რეგისტრირებული ადამიანია (ფჯ პრევალენტურობის ინდიკატორი 1.779); მათ შორის ბავშვი და მოზარდი – 1.628 (პრევალენტურობა – 217.5). ახალი რეგისტრირებული შემთხვევების რიცხვი 2.339 ადამიანია (ინციდენსის ინდექსი – 52.5-ს აღწევს 100.000 სულ მოსახლეობაზე), მათ შორის 298 ბავშვია (ინციდენსი – 39.8). ყველაზე გავრცელებული აშლილობებია: შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები (30.95%); თუმცა ასევე მაღალია გონებრივი ჩამორჩენილობის ინდექსი (30.48%). ამ ადამიანებს, სერვისის მიწოდების თვალსაზრისით, კვლავ 6 საავადმყოფო და დისპანსერული დახმარების ქსელი (20 ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი) ემსახურება. ფსიქიატრიული მომსახურებას ანაზღაურებს ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც მოიცავს ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას. 2010 წელს ფსიქიატრიული მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტმა შეადგინა 9 941 144 ლარი, ხოლო 2011 წელს – 10 770 000 ლარი. საქართველოში ფსიქიატრიული საწოლების ინდექსი საკმაოდ დაბალია და აღწევს 30.27 საწოლს 100,000 მოსახლეზე . ეს მაჩვენებელი, რომელიც არ მოიცავს ე.წ. სოციალური სახლების საწოლთა რაოდენობას, არ არის დაბალანსირებული თემზე-დაფუძნებული სერვისების ჯაჭვით, რაც ეფექტური სერვისით უზრუნველყოფდა იუზერებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) სფეროში სამედიცინო საქმიანობას ეწევა 242 ექიმი–ფსიქიატრი (სერთიფიცირებულია 308 ფსიქიატრი, მათ შორის 15 არის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრი და 27 - სასამართლო–ფსიქიატრიული ექსპერტი) და 43 ფსიქოლოგი. ექიმ–ფსიქიატრებით მოცვის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე შეადგენს 5.4-ს, რაც თითქმის ორჯერ ნაკლებია ევროპის საშუალო მაჩვენებელზე. ქვემოთ მოცემულ

ცხრილში ნაჩვენებია პროფესიული კადრის რაოდენობის დეფიციტი, ევროპის გაშუალებულ მაჩვენებლებთან შედარებით.⁴

⁴ „ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2007“ სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი

1.2 საქართველოში მიმდინარე რეფორმები

საქართველოში დაგეგმილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ძირეული რეფორმის ჩატარება, რომლის ძირითადი მიმართულებები იქნება: - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების როლის გაზრდა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში; - მწვავე და გადაუდებელი მკურნალობის უზრუნველყოფა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში; - გრძელვადიანი და სარეაბილიტაციო სერვისებისათვის თავშესაფრების მშენებლობა და აღჭურვა; - თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება, რათა ჰოსპიტალიზაციამდე და ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ყველა პაციენტს ჰქონდეს ამბულატორიულ მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა; - სამართლიანი და პაციენტზე ორიენტირებული დაფინანსების უზრუნველყოფა; - სამედიცინო კადრების – ექთნების, ექიმების, ასევე სხვა დამხმარე სპეციალისტების პროფესიული განვითარების მხარდაჭერა; - მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ეროვნული გაიდლაინების შემუშავება და დანერგვა; - მომხმარებელთა ორგანიზაციებისა და პაციენტების ოჯახების ჩართულობის უზრუნველყოფა მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ყველა ეტაპზე. რეფორმის ხელშესაწყობად 2010 წლის დეკემბერში, მინისტრის ბრძანებით, შეიქმნა “სამუშაო ჯგუფი, რომელიც განიხილავს: - ინფრასტრუქტურის განვითარებას; - ადამიანური რესურსების მართვას; - ფსიქიატრიული მომსახურების ინტეგრაციას (ფსიქიატრიული პაციენტების მართვა) პირველადი ჯანდაცვის დონეზე; - გაიდლაინებისა და პროტოკოლების საშუალებით ხარისხზე ორიენტირებულობას; - მომსახურების მიწოდებას გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვით; - ადამიანური რესურსების გადამზადების მობილიზებას; - ბიუჯეტირებას შემუშავებული გეგმის დასაფინანსებლად (გაიდლაინებსა და პროტოკოლებზე დაყრდნობით ეპიზოდის ღირებულების განფასება); - კრიზისული ინტერვენციის ცენტრის შექმნას პილოტურად ქ.თბილისში და დანერგვას საქართველოს მასშტაბით. მიუხედავად ბევრ საკითხში შეუთანხმებლობის და ცხარე დისკუსიებისა, სამუშაო ჯგუფის მიერ შემუშავებულ იქნა არა ერთი რეკომენდაცია;

ამ პერიოდამდე მაღალი ტემპით ჩატარდა ახალი ინფრასტრუქტურის შექმნა/რემონტის და აღჭურვის სამუშაოები. საზაფხულოდ მომზადდა ინფრასტრუქტურა სხვადასხვა სერვისების ასამუშავებლად; ამავე პერიოდში შემუშავდა დაფინანსების ახალი სისტემა, რომელიც, ფაქტიურად, ასახავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის სტაციონარული მომსახურების დიფერენციაციას ორი ტიპის სერვისად: (ა) მოკლევადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას; (ბ) გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება, რომელიც გულისხმობს, საჭიროების შემთხვევაში, მოკლევადიანი სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელებას ან იმ პაციენტთა მკურნალობას, რომელთა სტაციონარგარეშე დახმარება ვერ ხერხდება ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევების გამო. სამინისტრომ დაადგინა, რომ პირველი ტიპის, ე.წ. “მწვავე” მდგომარეობის სტაციონარული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, არა უმეტეს ერთი შემთხვევის ღირებულებისა, რომელიც განსაზღვრულია 840 ლარით, ხოლო გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურდება თვიური ვაუჩერით, რომლის ღირებულებაც განსაზღვრულ იქნა 450 ლარით.

ტრადიციული ფსიქიატრიისთვის ახალი იყო როგორც მულტიპროფილურ კლინიკებში მწვავე სამკურნალო განყოფილებების შექმნა, ასევე ამ განყოფილებების შერეული ხასიათი (ქალთა და მამაკაცთა განყოფილების გაერთიანება) და დაფინანსების მოდელი. მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის დახურვა სს „მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერი-კვლევითი ინსტიტუტი“ საქართველოს სახალხო დამცველის და CPT-ის ანგარიშებში სერიოზული კრიტიკის საგანი იყო წლების მანძილზე. მიუხედავად ამისა, ფსიქიატრთა გარკვეულ ნაწილში ამ ინსტიტუტის დახურვამ (2011 წლის ივნისი) პროტესტი და აღშფოთება გამოიწვია მისი ისტორიული მნიშვნელოვნების, ცენტრალური ადგილმდებარეობის დაკარგვის და სხვა ფაქტორების გამო. „მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტში“ განთავსებული იყო 225 საწოლი;

დაფინანსება ხორციელდებოდა გლობალური ბიუჯეტის მეთოდით და შეადგენდა 135 517 ლარს თვეში (ერთი საწოლ/დღის ღირებულება საშუალოდ შეადგენს 20,07 ლარს).⁵

პერსონალის კომპეტენციის ზრდის ხელშეწყობა რეფორმის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას ფჯ დარგის სპეციალისტთა ახალი ცოდნით და უნარებით აღჭურვა წარმოადგენს. მნიშვნელოვანი ნაბიჯები ამ მიმართულებით ფონდის “გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისის (გიფ-თბილისი)” კოორდინირებით გადაიდგა. 2011 წლის მაისში გიფ-თბილისმა დაიწყო პროექტის “ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის მხარდაჭერა საქართველოში” განხორციელება. მოცემული პროექტის მიზანია საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) სფეროში დასაქმებული პერსონალის უნარ-შესაძლებლობების გაძლიერება-განმტკიცება პაციენტებისთვის თანამედროვე, კვალიფიციური, და ეთიკური დახმარების უზრუნველსაყოფად. პროექტით დაგეგმილი ღონისძიებებით ქ. თბილისის როგორც რეფორმირებული, ასევე “მველი” სამსახურების პერსონალის გადამზადება იქნა უზრუნველყოფილი. პროფესიული გადამზადების პროცესი ხორციელდება გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) და რუმინეთის მთავრობის მხარდაჭერით, გიფ-სა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს (სშჯსდს) შორის 2011 წლის თებერვალში დადებული თანამშრომლობის მემორანდუმის საფუძველზე. ზემოთ ხსენებული პროექტის ფარგლებში განხორციელდა ტრენერთა ტრენინგები ქართველი სპეციალისტებისთვის, რაც მოწვეულმა უცხოელმა ექსპერტებმა ჩაატარეს; ამ მოსამზადებელი ეტაპის შემდეგ ქართველმა კვალიფიცირებულმა ტრენერებმა დაიწყეს გადამზადების პროცესი, რომელიც პროექტის პირველ ფაზაზე ფოკუსირდა ქ. თბილისზე.

⁵ გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2007). „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ახალი პოლიტიკისაკენ: ადამიანის უფლებათა პერსპექტივიდან. მოკლე რეკომენდაციები პოლიტიკის დოკუმენტისთვის“. თბილისი, გვ. 25

თუ ამ პროცესს ციფრებში გამოვსახავთ, სურათი ასეთია: 2011 მაისიდან დეკემბრამდე ჩატარდა 14 ტრენინგი ტრენერებისთვის. ტრენინგებს ატარებდნენ ჰოლანდიელი და ლიტველი ექსპერტები, სულ 11 უცხოელი ექსპერტი. სასწავლო მოდულების თემები წინასწარ იქნა შერჩეული საერთაშორისო გამოცდილების, ახალი სერვისების საჭიროებების და პროფესიული თემის მოსაზრებების გათვალისწინებით და შეთანხმებული სმჯსდს-თან. აღნიშნულ თემებზე შეიქმნა სატრენინგო მოდულები, საათობრივად გაწერილი სასწავლო პროცესით, თეორიული მასალითა და პრაქტიკული სავარჯიშოებით. მომზადდა მონაწილეებისთვის დასარიგებელი დამხმარე მასალა და მათი ელექტრონული ვერსიები. ასევე, შეიქმნა მონაწილეების ცოდნის შეფასების პრე- და პოსტ-ტესტები.

2006 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ დააამტკიცა კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების (გაიდლაინების) გარკვეული რაოდენობა ფსიქიატრიაში (7 ფსიქიკური აშლილობის სამართავად). ამ გაიდლაინებში მოცემულია ფსიქიკური აშლილობების კლინიკური მართვის რეკომენდაციები შემდეგი დაავადებებისათვის: შიზოფრენია და სხვა ფსიქოზური აშლილობები, აფექტური აშლილობა, დემენცია, დელირიუმი, პანიკური აშლილობა, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობები და ობსესიურ-კომპულსური აშლილობა. გაიდლაინების სტანდარტების მიხედვით, ყველა არსებული გაიდლაინი 3 წელიწადში ერთხელ საჭიროებს გადახედვას. ამ რეკომენდაციის შესაბამისად შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, რომელიც კოორდინაციას უწევს გაიდლაინების შემუშავების პროცესს, 2011 წლის შემოდგომაზე დაიწყო ფსიქიატრიაში არსებული გაიდლაინების გადასინჯვისა და განახლების პროცესი. თანამედროვე გაიდლაინები უნდა ასახავდეს ახალ რეალობას და გათვლილი იყოს არა მარტო სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე, არამედ ითვალისწინებდეს ფსიქიკური დაავადების მართვის ყველა რგოლს. ამასთანავე, გაიდლაინი უნდა იძლეოდეს ფსიქიატრიული მომსახურების ეკონომიკური გათვლების და ხარისხის სტანდარტების დანერგვის საშუალებას. კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციების

(გაიდლაინების) გადასინჯვის, თარგმნა- ადაპტირების და დარეგვის პროცესის წამოწყება ხარისხიანი და თანამედროვე სტანდარტებთან მიახლოებული ინტერვენციების საშუალებას მისცემს პროფესიონალებს და თავიდან აგვარიდებს სამედიცინო შეცდომებს, ზედმეტ “მედიკამენტიზაციას” და სხვ. გაიდლაინების განახლების და ახალი გაიდლაინების შემუშავების პროცესი წარიმართა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული დაავადებათა მართვის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) შემუშავების სახელმძღვანელოს მიხედვით. აღნიშნული მეთოდოლოგიის მიხედვით მომზადებული და გაანხლებული სამკურნალო რეკომენდაციები დადებითად აისახება სამედიცინო მომსახურების პროცესზე, გააუმჯობესებს კლინიკურ გამოსავლებს და ხელს შეწყობს ჯანდაცვის რესურსის ეფექტურად ხარჯვას. მომსახურების და ინტერვენციების ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული სამუშაო პროცესის წამოწყება შესაძლებელი გახდა ფონდის “ღია საზოგადოება - საქართველოს” მხარდაჭერით. ჩატარდა კვლევა 10 (ექსპერტული გამოკითხვა), რომელმაც გამოავლინა საქართველოსთვის პრიორიტეტული აშლილობები; შეიქმნა 2 სამუშაო ჯგუფი (შიზოფრენიის - ძველი გაიდლაინის გადახედვა და განახლება; და დეპრესიის - ახალი გაიდლაინი); შესწავლილ იქნა საერთაშორისო დოკუმენტები; ჩამოყალიბდა კლინიკური შეკითხვები; პროცესში ჩართულ იქნა უცხოელი ექსპერტი - ბ-ნი სიმონ სურგულაძე, ლონდონის სამეფო კოლეჯის პროფესორი. ამ ეტაპზე ორივე გაიდლაინი შექმნილია, გაიარა საბოლოო ექსპერტიზა და რეცენზირების სტადია და წარდგენილია სშჯს სამინისტროში. ასევე, ა. წ. ოქტომბრის თვეში დაიწყო შემდეგი გაიდლაინის შექმნისთვის მომზადება - ეს ბავშვთა და მოზარდთა შორის დეპრესიის სამართავი რეკომენდაციები. რაღა თქმა უნდა, მთავარი გამოწვევა იქნება ქართული რეკომენდაციების განვითარების გაგრძელება და, ასევე, ამ კლინიკური გაიდლაინების დანერგვა პრაქტიკაში, რათა ხელი შეეწყოს მომსახურების სტანდარტების ჩამოყალიბებას და დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებას. რეფორმის მიმდინარეობა ამ პერიოდისთვის (2012 წლის ნოემბერი) რეფორმირებული სერვისები ქ. თბილისსა და რუსთავში ერთ წელზე მეტი ხნისაა. სახალხო დამცველის და პრევენციის ეროვნული მექანიზმის (პემ)

ექსპერტების ვიზიტებმა კვლავ მრავალი ხარვეზი და დეფიციტი გამოავლინა, რაც საგულისხმოა და გასათვალისწინებელი როგორც სერვისის მენეჯერებისთვის, ასევე სამინისტროსთვის. ამავდროულად, რეფორმა გრძელდება. 2012 წლის სახელმწიფო პროგრამის მოცულობა გაიზარდა და პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 11,860 ათასი ლარით¹¹. ქვეყნის სხვადასხვა რაიონში რემონტდება და იხსნება გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება და ასევე, თემზე დაფუძნებული სერვისები (მაგ; კრიზისული ინტერვენცია; თბილისში პილოტირდება მობილური ასერტიული გუნდი).⁶

ზოგადი რეკომენდაციები - შეიქმნას ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის სამოქმედო გეგმა, რომელიც ფჯ სერვისების კომპონენტებს ერთიან სისტემაში გაათლიანებს, გააცხადებს რეფორმის მიზნებს და პრიორიტეტებს, როლებსა და პასუხისმგებლობებს და მოგვცემს მოსალოდნელი ცვლილებების რეალურ, დროით და გეოგრაფიულ, სურათს. - გაგრძელდეს პროფესიული კომპეტენციების ზრდის პროცესი, შესაბამისი სუპერვიზიით და მხარდაჭერით, განსაკუთრებით ქვეყნის რეგიონებში მომსახურე პერსონალისთვის; - ტრანსფორმირდეს დისპანსერული (out-patient service) მომსახურება, რათა მიწოდებული სერვისი შეესაბამებოდეს ბენეფიციართა საჭიროებებს; დაინერგოს შინ-ზრუნვის/ბინაზე მომსახურების სერვისი; - განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს ისეთი სამსახურების განვითარებას, როგორცაა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, დაცული საცხოვრისები (Community residential health facility) და სხვ.; - გაძლიერდეს სერვისის მენეჯერთა რგოლი და ხარისხის მონიტორინგის სამსახური; - შეფასებულ იქნას რეფორმირებული სამსახურების მიერ მიწოდებული სერვისის ხარისხი, მათ შორის: ა. ფჯ სერვისების მომხმარებელთა უფლებების დაცვის ხარისხი და მათი კმაყოფილება; ბ. დანერგილი ანაზღაურების მოდელის მიზანშეწონილობა;

⁶ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ლექსიკონები: ფსიქიატრიული და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ტერმინების ლექსიკონი (2006) საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება. თბილისი, გვ. 82

2. ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირები და მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის პრაქტიკა განვითარებულ ქვეყნებში

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის მიხედვით “ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადებების არ-არსებობა”. ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის სხვა ასპექტების მსგავსად, შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს მთელმა რიგმა სოციო-ეკონომიკურმა ფაქტორებმა, რაც საჭიროა გავითვალისწინოთ ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის და გამოჯანმრთელების სახელმწიფოებრივი მიდგომის სრულყოფილ სტრატეგიებში. ფსიქიკური ჯანმრთელობა (ფჯ), როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთი პრიორიტეტი, მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში სერიოზულ გამოწვევას წარმოადგენს - იქმნება სტრატეგიები, სამოქმედო გეგმები და პროგრამები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთის შესამცირებლად. სამწუხაროდ, ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადექვატურად კვლავ ვერ პასუხობენ; მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის განსვლა მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში იმ ადამიანთა 76%- დან 85% -მდე, ვისაც მძიმე ფსიქიკური აშლილობა აღენიშნება, ვერ იღებს მკურნალობას; მაღალი შემოსავლების ქვეყნებშიც ეს მაჩვენებელი ასევე მაღალია და მერყეობს 35% და 50%-ს შორის.

სიხშირის მიხედვით, ფსიქიკური აშლილობები საკმაოდ გავრცელებულია. 2003-2004 წელს მსოფლიო მასშტაბით ქვეყნის მოსახლეობაში ჩატარებული 60000-ზე მეტი ზრდასრულის გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ქვეყნების უმეტესობაში ყველა ფსიქიკური აშლილობის გავრცელების კოეფიციენტი 9.1%-სა და 16.1% შორის მერყეობდა. ასევე, მაღალია ტვირთი სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე, და პირად და საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე. სიკვდილიანობის მხრივ, 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%-ია⁵. მსოფლიო მასშტაბით, უუნარობის გამო შემცირებული ცხოვრების წლების (DALYs) 12% ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებითაა განპირობებული, რაც აჭარბებს კარდიოვასკულური დაავადებებით (9.7%) და ავთვისებიანი სიმსივნეებით (5.1%) გამოწვეულ გლობალურ ტვირთს. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური აშლილობები მნიშვნელოვან უარყოფით გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე - განსაკუთრებით დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში - ჯანდაცვის მთლიანი ეროვნული ბიუჯეტიდან საშუალოდ მხოლოდ 2% იხარჯება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.⁷

განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს ხარჯი ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების 8-12%. ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, 2011 წელს საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე იხარჯებოდა 2.7 \$(PPP), მაშინ როცა მეზობელ სომხეთში ეს მაჩვენებელი იყო 4 \$, მოლდოვაში - 6.4 \$, ესტონეთში 60.2 \$ (განვითარებულ ქვეყნებში > 100\$)⁷. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა უცხოეთში ძირითადად ფინანსდება გადასახადებით ან სოციალური დაზღვევით. დაფინანსებაში კერძო დაზღვევის როლი უმეტეს ქვეყნებში ძალზე შეზღუდულია, განსაკუთრებით დაბალი საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. მსოფლიოში საშუალოდ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე კერძო (ჯიბიდან) დანახარჯების წილია 17.8%, დაბალი- საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში (რომელთა რიცხვს საქართველო მიუკუთვნება) – 11% ფარგლებში, საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი (უხეში გათვლებით) 40% შეადგენს.⁸ დღეს ბევრი ქვეყანა დგას აუცილებლობის წინაშე, გადაჭრას პრინციპული საკითხი: უარი თქვას გაუმართლებელ ინსტიტუციურ ფსიქიატრიულ დახმარებაზე. მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიოში დეინსტიტუციონალიზაციის და თემზე-დაფუძნებული ზრუნვის სამსახურების ხელშეწყობა დიდი ხანია მიმდინარეობს,

⁷ HUMANITARIAN SITUATION AND TRANSITION TO DEVELOPMENT 2006 GEORGIA. Progress Report. Humanitarian Affairs Team, Office of the UN Resident Coordinator in Georgia. November 2006

⁸ Graham Thornicroft, Michele Tansella (2004) „Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care“. British Journal of Psychiatry 185, 283 – 290 (6)

ფსიქიატრიული საავადმყოფოები (სპეციალიზირებული დაწესებულებები, რომლებიც მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებს ჰოსპიტალურ და გრძელვადიან რეზიდენციულ სამსახურს სთავაზობენ) კვლავ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბიუჯეტების უმეტეს ნაწილს ხარჯავს იმ ქვეყნების 80%-ში, რომლებსაც აქვთ ეს ინსტიტუტები. ფსიქიატრიული ჰოსპიტალების საშუალო დანახარჯები, პროცენტული გაანგარიშებით სრული ფჯ დანახარჯებიდან, ყველაზე მაღალია საშუალოზე მაღალი შემოსავლების ქვეყნებში (საშუალოდ 74%), დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში (საშ. 73%) და საშუალოზე დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში (საშ 73%).⁹

ეს დანახარჯები ასევე, საგრძნობლად მაღალია მაღალი შემოსავლების ქვეყნებში (საშ. 54%) განვითარებული ქვეყნები დღეს იხრებიან საჭიროებებზე დაფუძნებული სამსახურების ისეთი გამთლიანებული ჯაჭვის შექმნისკენ, რომელიც დიფერენცირებულ მომსახურებას სთავაზობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს და მის ოჯახის წევრებს. ამ რეფორმის კონცეპტუალურ საფუძველს წარმოადგენს ახალი მიდგომა - „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ბალანსირებული ზრუნვა“, რომელიც მოსახლეობების საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამის ხარისხიან, მდგრად, ხარჯთ-ეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. ეს მიდგომა არ უარყოფს ერთ მიდგომას (მაგ. სტაციონარულ მკურნალობას) მეორის (მაგ. თემზე დაფუძნებული მომსახურების) სასარგებლოდ. პირიქით, ის ითვალისწინებს მომსახურების ყველა შესაძლო და საჭირო ფორმის კომბინაციას მაქსიმალური შედეგით.

ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013-2020 ქვეყნებს სთავაზობს სისტემურად გადავიდნენ ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მოდელიდან სათემო სერვისებზე და თემზე-დაფუძნებული

⁹ ნანეიშვილი, გ., სილაგამე, თ. (2004) ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში. თბილისი, გვ. 47

ურთიერთდაკავშირებული სამსახურების ქსელის გამოყენებაზე, რაც მოიცავს: მოკლევადიან სტაციონირებას, ამბულატორიულ ზრუნვას ზოგად საავადმყოფოში, პირველად და სხვა არა-სპეციალიზირებულ ჯანდაცვას, სრულყოფილ ფჯ ცენტრებს, დღის ცენტრებს, იმ ფჯ აშლილობის მქონე ადამიანთა ხელშეწყობას, ვინც ოჯახებში ცხოვრობს, და "დაცულ" საცხოვრებლებს.¹⁰

საქართველოში ნეიროფსიქიკური დაავადებები დაავადებათა გლობალური ტვირთის 22,8 %-ს შეადგენს.

ტვირთი საკმაოდ მაღალია, რაც ადეკვატურ მართვასა და ყურადღებას საჭიროებს გადაწყვეტილებების მიმღებთა მხრიდან. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით 2012 წელს: 100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების მაჩვენებელი წარმოადგენს 1743.5-ს. და დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 4,075 ახალი შემთხვევა (90.7 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე) დამოუკიდებელ ექსპერტთა შეფასებით ეს ინფორმაცია არასრულია. მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება ეპიდემიოლოგიის ნაკლოვანებებიდან გამომდინარე სულ მცირე ორჯერ აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს; მაგ: შიზოფრენიის ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100,000 მოსახლეზე 20-54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველო ში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს. ქვეყანაში 1995 წლიდან ფუნქციონირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სრულად ფინანსდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

განვითარებული ქვეყნები დღეს იხრებიან საჭიროებებზე დაფუძნებული სამსახურების ისეთი გამთლიანებული ჯაჭვის შექმნისკენ, რომელიც დიფერენცირებულ მომსახურებას სთავაზობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს და მის ოჯახის

¹⁰ Mental health policy, plans and programmes (updated version 2). (2005) Geneva, World Health Organization, (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

წევრებს. ამ რეფორმის კონცეპტუალურ საფუძველს წარმოადგენს ახალი მიდგომა - „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ბალანსირებული ზრუნვა“, რომელიც მოსახლეობების საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამის ხარისხიან, მდგრად, ხარჯთ-ეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. ეს

მიდგომა არ უარყოფს ერთ მიდგომას (მაგ. სტაციონარულ მკურნალობას) მეორის (მაგ. თემზე დაფუძნებული მომსახურების) სასარგებლოდ. პირიქით, ის ითვალისწინებს მომსახურების ყველა შესაძლო და საჭირო ფორმის კომბინაციას მაქსიმალური შედეგით.

2.1 საქართველოში არსებული მდგომარეობა - შედარებითი ანალიზი

კვლევების მიხედვით ცნობილია, რომ ბოლო წლების განმავლობაში, საქართველოში სტაბილურად იზრდება ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის რეგისტრირებული შემთხვევა. ამ ადამიანებსა და მათ ოჯახებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გარდა, საზოგადოებაში მათი დიაგნოზისადმი არსებულ სტერეოტიპებთან და სტიგმასთან უწყვეტ დაპირისპირება. მათ, ხშირად, ხელი არ მიუწვდებათ საზოგადოებრივ რესურსებსა და სერვისებზე, არიან არეფექტური ან არასწორი მკურნალობის მსხვერპლნი, განიცდიან ზეწოლას, ძალადობას, რა შემთხვევებიც განხილულია სახალხო დამცველის მოხსენებებში.

ქვეყანაში 2006-2011 წწ მანძილზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯიდან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის მოცულობა დიდ ცვლილებას არ განიცდის და დაახლოებით 2.5 %-ს შეადგენს.

ამ დანახარჯით საქართველო ჩამორჩება მსგავსი ეკონომიკური განვითარების ქვეყნების მონაცემებს. მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ევროპის განვითარებული ქვეყნებთან, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით ფსიქიკურ სერვისებზე თითქმის 20-ჯერ მეტი იხარჯება.

სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი არ განიცდის ცვლილებას წლების მანძილზე (2006 წლიდან დღემდე). დაბალია ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების დაფინანსება და ბავშვთა და მოზარდთა სამსახურების ხარჯები. საქართველოში ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დახმარებას ახორციელებს: ფსიქიატრიული დაწესებულება, სადაც რეგისტრირებულია 1392 საწოლი, მათ შორის 10 საწოლი ბავშვთა ფსიქიატრიული მომსახურებისათვის.

სტაციონარგარეთა დახმარებას მთელი ქვეყნის მასშტაბით ძირითადად 18 დაწესებულება ახორციელებს.

პროგრამის ქვეკომპონენტებია ასევე ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დღის ცენტრი (თბილისი), ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია (თბილისი, რუსთავი, ქუთაისი, ბათუმი) და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია (თბილისი, თელავი, ქუთაისი).

80-იანი წლების ბოლოდან საქართველოში, ისევე როგორც ყოფილ საბჭოთა რესპუბლიკებში, ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი მნიშვნელოვნად შემცირდა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2011 წელს მონოპროფილურ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში საწოლების რიცხვი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 3.09/10000, ხოლო საქართველოში - 2.86/10000.

ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული საწოლების რიცხვი საქართველოში შეადგენს 0.22/10000 მოსახლეზე (მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში - 1.36/10000 მოსახლეზე). რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 1,015/10000, ხოლო საქართველოში ამგვარი სერვისი ჯერ-ჯერობით არ არსებობს. დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა ყველაზე მეტია ევროგაერთიანების ქვეყნებში $\approx 4.3/10000$, საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი 0.1/10000-ს არ აღემატება. საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშის¹⁴ და ევროპის საბჭოს 2013 წლის კვლევის მიხედვით, საქართველოში მონოპროფილურ ფსიქიატრიული საავადმყოფოებში კვლავ გვხვდება ადამიანის უფლებების დარღვევის პრაქტიკა; ეს დაწესებულებები სამწუხაროდ, მკურნალობის და მოვლის ხარისხობრივ სტანდარტებს ხშირად ვერ პასუხობს. ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისები ქვეყანაში არსებული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და ფსიქიატრიული კაბინეტები მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს მოსახლეობისთვის სერვისის გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსება სტაციონარულ დაფინანსებასთან შედარებით არაადეკვატურად მცირეა.

სახელმწიფო ამბულატორიულ დაწესებულებებში მულტიდისციპლინური გუნდი (მდგ) პრაქტიკულად არ არსებობს. სერვისის მიწოდებას ძირითადად ფსიქიატრი ანხორციელებს, რომელსაც ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების გასაწევად დრო და ცოდნა არ ყოფნის.

ზოგადად, ექიმი მუშაობს ტრადიციული სამედიცინო მოდელით (კონსულტაცია - წამალი). სახეზეა სათემო სამსახურების მაღალი დეფიციტი. ქვეყანაში არსებული 3 ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი იღებს უაღრესად მცირე დაფინანსებას (ფჯ პროგრამული ბიუჯეტის 1%-ზე ნაკლებს). კრიზისული ინტერვენციის ცენტრები ვერ ფარავს ქვეყნის ტერიტორიას. სახელმწიფო პროგრამის გარეშე, დონორების დაფინანსებით, ხორციელდება აქტიური სათემო მკურნალობის მხოლოდ ერთი გუნდის მუშაობა ქ. თბილისში. არ არსებობს სათემო საცხოვრებლები, არ არსებობს დასაქმების ხელშემწყობი სისტემა. ადამიანური რესურსები: საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მიმართ.¹¹

სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი, 13 ბავშვთა ფსიქიატრი, 22 ფსიქოთერაპევტი, 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, 242 ფსიქიატრიის ექთანი და 13 სოცმუშაკი.

პროფესიული/კვალიფიციური კადრებით ბაზრის მომარაგება წარმოადგენს ფჯ სისტემის ფუნდამენტალურ პრობლემას. ეს პრობლემა პირობითად შეიძლება დავეყოთ ორ გამოწვევად: 1) ადამიანური რესურსების რაოდენობის შესაბამისობაში მოყვანა ჯანმოს ნორმატივებთან და მათი სწორი განაწილება ქვეყნის მაშტაბით; 2) საგანმანათლებლო/სასწავლო პროგრამების შესაბამისობაში მოყვანა მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან, რათა ბენეფიციარებს კვალიფიციური დახმარება შევთავაზოთ. ძირეული გამოწვევები: არსებული მდგომარეობის შეფასების

¹¹ ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა საქართველოში – მოცულობა, ეფექტურობა, ხარისხი (2006) საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება, ფონდი "ევრაზია" თბილისი, გვ.125

შედეგად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გამოკვეთილი ძირეული პრობლემები შეიძლება შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს:

- მომსახურებაზე დაბალი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა (არსებული საწოლფონდის გეოგრაფიულად არათანაბარი ხელმისაწვდომობა, გრძელვადიანი საწოლების დეფიციტის გამო მწვავე საწოლების არამიზნობრივი უტილიზაცია, ფსიქიკური აშლილობის მქონე შშმპ-თა სათემო საცხოვრებელი საწოლების მკვეთრი დეფიციტი; სამსახურებზე არათანაბარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა)
- მომსახურებაზე დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობა
- მომსახურების დაბალი ხარისხი
- ამორტიზებული და მასიური სპეციალიზირებული დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის არაეფექტურობა
- პროფესიული რესურსების კვალიფიკაციის და თანამედროვე მიდგომების ცოდნის გამოყენების არასაკმარისი დონე
- საჭირო ახალი პროფესიების ნაკლებობა
- პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების მწირი რაოდენობა
- საზოგადოების ცნობიერების დაბალი დონე
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის სისტემის არაეფექტურობა
- მომსახურების მოცულობების და ხარისხის მართვის რეგულაციების დეფიციტი
- არაადეკვატური ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკანონმდებლო გარემო.

3. ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა არსებული მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში

2006 წლიდან დღემდე ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობა დინამიურად უმჯობესდებოდა, რაც სახალხო დამცველის საპარლამენტო მოხსენებებშიც არის აღნიშნული. გაუმჯობესება მეტწილად საყოფაცხოვრებო, და მოვლის პირობებს შეეხო. პოზიტიური ცვლილებების მიუხედავად სახალხო დამცველის და მონიტორინგის საბჭოს ყურადღება კვლავაც ეთმობა 2006 წელს მონიტორინგის დაწყების მთავარ მიზანს - ფსიქიატრიული მომსახურების ჰუმანიზაციას, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა "რეზერვაციის" პრაქტიკის გაუქმებას, რეზიდენციულ დაწესებულებებში ადამიანის უფლებათა დარღვევის ფაქტების პრევენციას. ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს უფლება აქვს პირველივე შესაძლებლობისას დაუბრუნდეს საზოგადოებას.

ექვსივე ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში შეინიშნება გადატვირთულობა. ქუტირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში და მ.ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში პაციენტებს უხდებოდათ დერეფნებში ცხოვრება. საწოლების რაოდენობა არასაკმარისია, რის გამოც პაციენტებს იატაკზე უწევთ ძილი. პაციენტთა სიჭარბეს ვერ პასუხობს სასადილოებიც. მოთხოვნას ვერ აკმაყოფილებს სააბაზანოები, განყოფილებებსა და დერეფნებში არის მძიმე სუნი. მიუხედავად წინა წლებთან შედარებით კვების პირობების გაუმჯობესებისა, პაციენტების განცხადებით საკვების რაოდენობა არასაკმარისი და ერთფეროვანია. პაციენტები უკმაყოფილებას გამოთქვამენ სეირნობის პირობებზეც. მკურნალობის პირობები მონიტორინგის შედეგად ცხადია, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულებების მედიკამენტებით უზრუნველყოფა გაუმჯობესდა. წინა წლებში ამ მხრივ ნამდვილად არასახარბიელო მდგომარეობა იყო. სახალხო დამცველმა რეკომენდაციით არაერთხელ მიმართა სხვადასხვა უწყებას. იმატა დაწესებულებების ბიუჯეტიდან მედიკამენტებზე დახარჯული თანხების წილმა. მონიტორინგის საბჭოს ექსპერტების აზრით ხშირ შემთხვევაში დაწესებულებები თანამედროვე მედიკამენტებს მოიხმარენ. ამასთანავე მწვავე პრობლემად რჩება

მედიკამენტების დოზირების საკითხი - ხშირად პაციენტებს მედიკამენტები (სავარაუდოდ მომვლელთა ნაკლებობის გამო) მაღალი დოზებით ენიშნებათ, რაც უფლებების უხეში დარღვევაა.¹²

¹² ჩხეტია, ლ., ზავრდაშვილი, ნ. (2008). „ფსიქიატრიული დახმარების სამართლებრივი რეგულირება: კანონმდებლობა და პრაქტიკა. სიტუაციური ანალიზი“. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი, გვ. 38

3.1 ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა, საქართველოში არსებული სერვისები და ღონისძიებები

ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ, გამოკითხულ პაციენტთა ნაწილი უკმაყოფილებას გამოხატავს იმის გამო, რომ მათ არ ეძლევათ საშუალება დაწესებულება დატოვონ სურვილისამებრ. რამდენიმე პაციენტმა განაცხადა, რომ როცა ამ მოთხოვნით ექიმებს მიმართეს, მათგან პასუხად არანებაყოფლობით მკურნალობაზე გადაყვანის მუქარა მიიღეს. ექიმები ამ ფაქტებს არ ადასტურებენ. ზოგადი ტენდენცია პაციენტების გაწერასთან დაკავშირებით წინა წლებთან შედარებით პოზიტიურია.

პრობლემას აღრმავებს ქვეყანაში თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების და ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებების დეფიციტი. ფსიქიატრიული დაწესებულებებისთვის დღემდე მოუგვარებელია არაფსიქიატრიული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემა. უმწვავეს პრობლემას წარმოადგენს სპეციალიზებული კლინიკების მხრიდან ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისადმი თავის არიდება. მონიტორინგის საბჭოს მიერ შესწავლილია არაერთი შემთხვევა, როდესაც გადაუდებელი დახმარების საჭიროებისას სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადებს არ გადაჰყავდათ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტები, მხოლოდ იმ მოტივით, რომ სპეციალიზებული თუ მრავალპროფილური კლინიკები უარს აცხადებდნენ ასეთი პაციენტების მიღებაზე. ამგვარი პრაქტიკა ”პაციენტის უფლებების შესახებ” საქართველოს კანონის მეხუთე, მეექვსე და მეთორმეტე მუხლების უხეში დარღვევაა. სიმბოლურია, რომ საავადმყოფოებიდან გაწერილი პაციენტების დიდი უმრავლესობა მცირე დროში კვლავ საავადმყოფოს უბრუნდება. ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში საწოლები გადატვირთულია. გაწერილი პაციენტების უმრავლესობა საზოგადოებასთან თანაცხოვრებას ვერ ახერხებს. ფსიქიატრიული საავადმყოფოდან გამოსული ადამიანი არ არის მზად იმისთვის, რომ დაუბრუნდეს იგივე დამღლელ გარემოს, მძიმე სამუშაო პირობებს, სოციალურ შეჭირვებას და ურთიერთობებს, როგორმც ცხოვრობდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსებამდე. აღსანიშნია, რომ საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ფსიქიკური

აშლილობის მქონე პირს სჭირდება ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაცია, მხარდამჭერი სამედიცინო მომსახურება, შრომითი უნარების განვითარება, მაგრამ სამწუხაროდ სწორედ ამ სერვისების სიმცირე შეინიშნება, როდესაც ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, მონაწილეები აღნიშნავდნენ დასაქმების ზეგავლენას მათ ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე, რაც გამოიხარებოდა ზოგადად კმაყოფილების განცდაში, თვითშეფასების გაზრდაში, მარტობისა და გარიყულობის მდგომარეობის დაძლევაში, გუნება-განწყობილების, ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. აგრეთვე რესპოდენტები ზახს უსვამდნენ დასაქმების შედეგად სოციალური წრის გაფართოებას, პიროვნულ ზრდასა და შესაძლებლობების რეალიზაციას.

(თვისებრივი კვლევის ანგარიში : ”შშმ პირთა სამუშაო გარემოსთან ადაპტაციის თავისებურებები: შშმ პირების,დამსაქმებლებისა და სფეროს ექსპერტების დამოკიდებულებები” (თსუ 2015; 18-25 გვ)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების მდგომარეობა ხასიათდება: მომსახურების დაბალი გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობით, მომსახურების დაბალი ხარისხითა და ეფექტიანობით, ამორტიზებულ და მასობრივ დაწესებულებათა სიჭარბით, არაეფექტიანი ინფრასტრუქტურით, პროფესიული კადრების კვალიფიკაციის და თანამედროვე მიდგომების ცოდნისა და გამოყენების არასაკმარისი დონით, საჭირო ახალი პროფესიების ნაკლებობით.

ისეთი სამსახურების მცირე რაოდენობით, რომელთა საქმიანობა მიმართულია პრევენციისკენ, სოციალური ინტეგრაციისკენ, რეაბილიტაციისკენ, სათემო, ხანგრძლივი მოვლისკენ, თავშესაფრით მომსახურების უზრუნველყოფისაკენ. არ არსებობს მათი ინტეგრაციის, უმუშევრობის და სიღარიბის შემცირებაზე მიმართული ეფექტური სერვისები.

(საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა 2014-2020 გვ. 7-8)

3.2 საკანონმდებლო რეგულირება

”ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” საქართველოს კანონი მიღება შეიძლება ჩაითვალოს სასიკეთო მოვლენად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ადამიანის უფლებათა მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის. ახალმა კანონმა ფსიქიატრიული მომსახურების პროცესში შეიტანა მეტი სიცხადე, გამჭვირვალობა და მონაწილეობის შესაძლებლობები. ამასთანავე მონიტორინგის პროცესში აღმოჩენილ იქნა სირთულეები, რომელთა წარმოშობაც აღნიშნულ კანონის განხორციელებას უკავშირდება. კერძოდ: ”ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ” საქართველოს კანონის მე-18 მუხლი არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ ადგენს: პუნქტი 9. ”სასამართლოს გადაწყვეტილებით პაციენტს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება გაეწევა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმების ამოწურვამდე, მაგრამ ეს ვადა არ უნდა აღემატებოდეს 3 თვეს”. მე-9 პუნქტში აღნიშნული სამ თვიანი ვადის ამოწურვისას კი ამავე მუხლის მე-12 პუნქტი ადგენს: პუნქტი 12. ”თუ ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია საჭიროდ მიიჩნევს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების 3 თვეზე მეტი ვადით გაგრძელებას, ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაცია პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების 3-თვიანი ვადის ამოწურვამდე 72 საათით ადრე მიმართავს სასამართლოს ამ ვადის გაგრძელების შესახებ. სასამართლო გადაწყვეტილებას იღებს ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაციის მიმართვიდან 72 საათის ვადაში, საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსით დადგენილი წესით.

ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაცია უფლებამოსილია ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის დასკვნის საფუძველზე არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ვადის გაგრძელების თხოვნით მიმართოს სასამართლოს შეუზღუდავად, ვიდრე არ ამოიწურება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები”. ამგვარი რეგულირების გამო თავი იჩინა

მნიშვნელოვანმა სირთულემ. კერძოდ: ასეთი სასამართლო პროცესი ერთმანეთს აპირისპირებს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტს და სამკურნალო დაწესებულებას (ხშირად ექიმსაც), რომელსაც უწევს მტკიცება თუ რატომ უნდა დაჰყოს პაციენტმა დამატებითი დრო საავადმყოფოში. ამგვარი დაპირისპირება ამწვავებს პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობას და ხელს უშლის მკურნალობის შედეგის მიღწევას.

ფსიქიატრიული მკურნალობის პროცესში პაციენტი მოიაზრება როგორც პარტნიორი, რომელიც მოტივირებულია შედეგის მიღწევით და ექიმებთან პოზიტიური ურთიერთობის ფონზე მონაწილეობს მკურნალობის პროცესში. სასამართლო პროცესები, რომელზეც სამკურნალოს დაწესებულებას (ხშირად ექიმსაც) უხდება პაციენტის თანდასწრებით ამტკიცოს, რომ პაციენტის მდგომარეობა არ იძლევა მისი გაწერის საშუალებას - ანგრევს თანამშრომლობას და ხელს უწყობს ექიმებსა და პაციენტს შორის დაპირისპირებას. სასამართლო პროცესების შემდეგ პაციენტები სწორედ ექიმებს ადანაშაულებენ საავადმყოფოში დაყოვნებაში; ამის საფუძველზე ხშირია პაციენტის აგზნება, აგრესია, თავდასხმების მცდელობები და შეურაცხყოფა ექიმების მიმართ. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ დიდ საავადმყოფოს, როგორც მხარეს დღეში საშუალოდ 10–15 სასამართლო პროცესში მონაწილეობა უწევს, რაც ისედაც მწირი ბიუჯეტის ფონზე ზრდის პაციენტის, ექიმის და ბადრაგის სასამართლოზე ტრანსპორტირების ხარჯებს. მეორეს მხრივ კანონის მე-18 მუხლი პაციენტს და მის მხარეს აძლევს უფლებას სასამართლოს გადაწყვეტილება გაასაჩივროს, თუმცა ეს სამკურნალო დაწესებულების და პაციენტის დაპირისპირებით გამოწვეულ სირთულეებს ვერ აგვარებს: პუნქტი 14. ”პაციენტს, მის კანონიერ წარმომადგენელს, ხოლო ასეთის არარსებობისას – ნათესავს, აგრეთვე ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაციას უფლება აქვს საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსით დადგენილი წესით გაასაჩივროს მოსამართლის ბრძანება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ ან დადგენილება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსებაზე უარის თაობაზე, აგრეთვე ბრძანება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში

მოთავსების ვადის გაგრძელების შესახებ ან დადგენილება – არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების ვადის გაგრძელებაზე უარის თაობაზე”. საჭიროა გაკეთდეს შეფასება თუ რამდენად გონივრული ვადაა 3 თვე მკურნალობის პირველი ეტაპისთვის? რამდენად გონივრულად იყენებენ ექიმები ამ ვადას? და მხოლოდ შემდეგ დადგეს საკანონმდებლო ცვლილებების განხორციელების საკითხი.

2008 წლის აგვისტოს რუსეთთან ომმა დევნილობაში მყოფ მოსახლეობაზე მძიმე გავლენა იქონია. გარდა იმისა, რომ ადამიანებმა დაკარგეს საცხოვრებელი სახლები, ქონება და სარჩო-საბადებელი, მათ ჯანმრთელობას მიადგა დიდი ზიანი. სახალხო დამცველის აპარატმა შეისწავლა არაერთი ფაქტი, როცა ოკუპანტების მხრიდან ადგილი ჰქონდა მშვიდობიან მოსახლეობაზე ძალადობას. ბუნებრივია მშვიდობიანი მოქალაქეების მკვლელობა, დამცირება, დაშინება, ძარცვა, გაუპატიურება, იძულებითი შრომა, დატყვევება დევნილთა ფსიქიკაზე არასახარბიელოდ აისახა. საქართველოში ევროკომისიის დელეგაციის მხარდაჭერით სახალხო დამცველთან არსებულ მონიტორინგის საბჭოში წარმოდგენილი ორგანიზაციები მუშაობდნენ დევნილებთან. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში (GIP), წამების მსხვერპლთა.

კვლევა

წინამდებარე კვლევის მიზანია განვიხილოთ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ინტეგრაციის პრობლემები. რა ძირითად წინააღმდეგობებს აწყდებიან ისინი საზოგადოებასთან ურთიერთობის პროცესში.

კვლევის ობიექტია ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირები და მათი ინტეგრაციის პრობლემა თანამედროვე საქართველოში. კვლევის საგანს კი წარმოადგენს ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა ინტეგრაციის პერსპექტივები.

კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 10 ქრონიკული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირმა. კვლევა ჩატარდა თბილისში და კახეთის ორ რაიონში (თელავი, სიღნაღი) ; კვლევის დროს გამოყენებული იქნა არასტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც იყო ანონიმური და არავითარი ინდეტიფიკატორი არ გააჩნდა. კვლევა მოიცავდა შემდეგ საკითხებს: სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლები, ოჯახი, ინტერპერსონალური ურთიერთობები, პრობლემები ყოველდღიურ ცხოვრებაში, ინფორმაციას ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის შესახებ, დასაქმებას და ა.შ

გამოკითხულთა ყველა წარმომადგენელი საქართველოს მოქალაქეა. 7 ქალბატონი და 3 მამაკაცი. ოთხ მათგანს აქვს საშუალო განათლება, ორს პროფესიული განათლება ხოლო დანარჩენს უმაღლესი. რესპოდენტებიდან 4 ასახელებს, რომ ჰქონდათ სამუშაო გამოცდილება და სამსახურის დაკარგვის მიზეზად ასახელებენ სამსახურში კადრების შემცირებას და პირად მიზეზებს. ისინი აღნიშნავენ, რომ არცერთ დამსაქმებელს არ უნდა ფსიქიკური პრობლემების მქონე თანამშრომელი. სამი რესპოდენტი დასაქმებულია კერძო სფეროში (სადაც არ იციან მათი დიაგნოზია შესახებ) ხოლო დანარჩენი 3 რესპოდენტი აღნიშნავს რომ არ ყოფილან დასაქმებული და ამისთვის სურვილიც არ გააჩნიათ, თვლიან, რომ საკუთარი ჯანმრთელობის პრობლემის გამო მათ არ შეუძლიათ მუშაობა დატვირთვით და არ ჰყოფნიან ნებისყოფა.

რესპოდენტები უჩივიან ფინანსურ სიდუხჭირეს და თანადგომის ქსელში მოიაზრებენ მშობლებს ან და-ძმას. რაც შეეხება პიროვნულ ურთიერთობებს, გამოკითხულ

რესპოდენტებს ჰყავთ მეგობრები, მაგრამ მეგობრების უმრავლესობა მათ შეიძინეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოხვედრის შემდეგ. მეგობრული ურთიერთობის დამყარებაში რესპოდენტებს ხელს უშლით თვითსტიგმა, უჭირთ რომანტიული ურთიერთობების დამყარებაც, რადგან ეშინიათ რომ არსებული დიაგნოზის გამხელის შემდეგ მათ მიატოვებენ და თავს არასრულფასოვნად აღიქვამენ,

თავისუფალ დროს რესპოდენტები ძირითადად სახლში ატარებენ, სტუმრად ხშირად არ დადიან და საზოგადოებაში ხანგრძლივად გამოჩენასაც ერიდებიან.

ათიდან 4 რესპოდენტი განქორწინებულია, 5 არყოფილა ქორწინებაში, ერთი კი ქორწინებაში იმყოფება.

ყველა რესპოდენტს ჰყავს ექიმი, მაგრამ ორ მათგანი მკურნალობას გადის კერძო ექიმთან და აღრიცხვაზე სპეციალიზებულ დაწესებულებაში არ დგება. ეს შეიძლება აიხსნას საზოგადოებრივი სტიგმის შიშის გამო.

რესპოდენტების აღნიშვნით: საზოგადოებისას ეშინია ან ეცოდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები და მათ ვერ აღიქვამენ როგორც სრულფასოვან ადამიანებს. ვერ წარმოუდგენიათ, რომ ისინი შეიძლება იყვნენ განათლებულნი და საქმეც წარმატებულად შეასრულონ და რომ არც სახელმწიფოსგან აქვთ რაიმე ხელშეწყობა.

დასკვნა

ქრონიკული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები უმრავლესობა პრობლემასთან ერთად ცხოვრობენ, ისინი საკმაოდ მოწყვლად ჯგუფს წარმოადგენენ. უმეტეს შემთხვევაში ვერ ახერხებენ დასაქმებას, განიცდიან ფინანსურ სიდუხჭირეს, სოციალური ურთიერთობებიც ღარიბი აქვთ, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს მათ მდგომარეობას. მხარდაჭერას ისინი ოჯახისგან იღებენ. სტიგმა და სტერეოტიპებთან კითხვების უძლურნი არიან, ვერ ახერხებენ რომ საზოგადოებამ ისინი მიიღოს შიშის და სიბრაღის გარეშე და არ მოაქციონ იზოლაციაში. დაავადება მათ ხელს უშლის, რომ იცხოვრონ ისე, როგორც სურთ. საქართველოში არ არსებობს სახელმწიფო პროგრამა, მხარდაჭერითი პროგრამები რომელიც ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების დასაქმებას, საზოგადოებაში ინტეგრაციას ხელს შეუწყობს. პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების მწირი რაოდენობა და საზოგადოებრივი ცნობიერების დაბალი დონე უფრო ართულებს მდგომარეობას. საქართველოში რეაბილიტაციის კურსის გავლის შემდეგ ამ ადამიანთა უმრავლესობა ცდილობს საკუთარი თავის რეალიზაციას და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში ჩართვას, თუმცა არსებული სტიგმა და სტერეოტიპები ზღუდავს მათ შესაძლებლობებს. სტიგმის გამო ბევრი პაციენტი არ აკითხავს ფსიქიატრს და არ იღებს საჭირო მკურნალობას.

ამრიგად, საჭიროა გადაიხედოს მკურნალობის პრაქტიკა საავადმყოფოებში. მიღწეული შედეგები. საჭიროა საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესებაც, კერძოდ განყოფილებების გადატვირთულობასთან, კვებასთან, მოვლასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება. საჭიროა გაიზარდოს ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამის ბიუჯეტი და შესაბამისად ფსიქიატრიული დაწესებულებების დაფინანსება. დაფინანსების გაზრდა არ უნდა მოხდეს მექანიკურად, არამედ საავადმყოფოებზე დაფუძნებული და თემზე ორიენტირებული.

სერვისების პრაგმატული ბალანსის შექმნის აუცილებლობის გათვალისწინებით. საჭიროა შესწავლილ იქნას, რამდენად ეფექტურად არის გამოყენებული ფსიქიატრიული

დაწესებულებების მიერ პაციენტის მკურნალობისთვის დახარჯული დრო.საჭიროა მეტი რესურსების მიმართვა თემზე დაფუძნებულ ჰოსპიტალ-გარე სერვისებზე და ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციაზე ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად.

მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესება,რაც მოიცავს სამედიცინო და სოციალური მომსახურების მოდერნიზაციას,სერვისების გაფართოებას, ჰოსპიტალური და ჰოსპიტალგარეშე სერვისების დაბალანსებას,კვალიფიციური პროფესიული კადრებით სფეროს მომარაგებას.

უნდა მოხდეს პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობების გაზრდა ფსიქიკური პრობლემების იდენტიფიკაციასა და მართვაში. საზოგადოებაში სტიგმის შემცირებაზე მუშაობა,რადგან ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისათვის უმთავრესი პრობლემა, ამჟამად, უმუშევრობა,სოციალური იზოლაცია და არასრულფასოვანი მკურნალობაა.გაიზარდოს დაფინანსების წილი ამ სფეროში და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემა გაიმართოს.

უნდა განვითარდეს ფსიქიკურად დაავადებულთა მოვლისა და მხარდაჭერის სამსახურების მრავალრგოლიანი ქსელი რომლებიც მათ საზოგადოებაში დამოუკიდებელი ცხოვრების ოპტიმალური დონის მიღწევაში შეუწყობს ხელს,მაგალითად დასაქმებაში და თვითრეალიზაციაში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2008)
2. „უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოსახლეობის დაუცველი ფენებისთვის. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში“. ანალიტიკური ანგარიში. თბილისი
3. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
4. „ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2007“ სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი
5. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2007). „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ახალი პოლიტიკისაკენ: ადამიანის უფლებათა პერსპექტივიდან. მოკლე რეკომენდაციები პოლიტიკის დოკუმენტისთვის“. თბილისი
6. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ლექსიკონები: ფსიქიატრიული და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ტერმინების ლექსიკონი (2006) საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება. თბილისი
7. ნანეიშვილი, გ., სილაგაძე, თ. (2004) ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში. თბილისი
8. ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა საქართველოში – მოცულობა, ეფექტურობა, ხარისხი (2006) საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება, ფონდი "ევრაზია" თბილისი
9. ჩხეტია, ლ., ზავრადაშვილი, ნ. (2008). „ფსიქიატრიული დახმარების სამართლებრივი რეგულირება: კანონმდებლობა და პრაქტიკა. სიტუაციური ანალიზი“. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი
10. Manana Sharashidze et al., (2005) “The Situation of People with Mental Health Problems and People with Intellectual Disabilities GEORGIA, Needs Assessment Report”, Georgian Association for Mental Health
11. Mental health policy, plans and programmes (updated version 2). (2005) Geneva, World Health Organization, (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
12. Graham Thornicroft, Michele Tansella (2004) „Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care“. British Journal of Psychiatry 185, 283 – 290 (6)

13. HUMANITARIAN SITUATION AND TRANSITION TO DEVELOPMENT 2006 GEORGIA.
Progress Report. Humanitarian Affairs Team, Office of the UN Resident Coordinator in Georgia. November 2006
14. • თვისებრივი კვლევის ანგარიში : ”შშმ პირთა სამუშაო გარემოსთან ადაპტაციის თავისებურებები: შშმ პირების,დამსაქმებლებისა და სფეროს ექსპერტების დამოკიდებულებები” (თსუ 2015; 18-25 გვ)
15. (საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამოქმედო გეგმა 2014-2020 გვ. 7-8)

დანართი N1

1. თქვენი ასაკი?
2. რა განათლება გაქვთ მიღებული?
3. ხართ თუ არა საქართველოს მოქალაქე?
4. ყოფილხართ თუ არა დასაქმებული?
5. ამჟამად ხართ თუ არა დასაქმებული?
6. თუ არ ხართ დასაქმებული, უმუშევრობის მიზეზი?
7. თავისუფალ დროს როგორ ატარებთ?
8. ხართ თუ არა დაქორწინებული?
9. გყავთ თუ არა სამეგობრო წრე?
10. რა სიხშირით დადიხართ სტუმრად?
11. რა პრობლემებს გამოყოფდით ყოველდღიურ ცხოვრებაში რაც დაკავშირებულია თქვენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან?
12. გადიხართ თუარა რაიმე სახის მკურნალობას?
13. თანამშრომლობთ თუ არა რომელიმე ორგანიზაციასთან და იღებთ თუ არა რაიმე სერვისს?
14. დაასახელეთ ორგანიზაცია და აღწერეთ სერვისი.
15. პირადად თქვენ რა სერვისებს და რა სახის დახმარებას ისურვებდით?

დაწარმო N2

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

Student: Teona Kukhareva

Condition of Persons with Chronic Mental Disorders and their Integration
Problems in Georgia

Social work

Master's thesis is done to obtain a master's degree in social work

Head of the Master's Thesis: Is Shekrladze

Scientific Quality: Master of Science in Social Work, Licensed Clinical Social Worker
(USA), Master in Psychology, Doctoral student in Psychology

Rank: Masters, PhD Student

Academic position: Invited lecturer

Tbilisi

2017