

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი



ნათია ასანიძე

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული  
რესურსების შეფასებითი ანალიზი

სამაგისტრო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის  
მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: ნინო ჩიხლაძე

თსუ, პროფესორი

თბილისი, 2019

## ანოტაცია

„ყველა ადამიანი იბადება თავისუფალი და თანასწორი თავისი ღირსებითა და უფლებებით“, კვითხულობთ ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციაში (1948, მუხლი 2). თითქოსდა, ეს მარტივი და ბუნებრივი დებულებაა, მაგრამ ჩვენს ირგვლივ არსებობენ ადამიანები, რომლებიც ყოველდღიურად დგებიან სხვადასხვა სიძნელეების წინაშე და ირღვევა მათი უფლებები. ამ ადამიანებს შორის არიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირებიც. მათი უფლებების, საჭიროებების დაკმაყოფილების და გამოწვევებთან ბრძოლის საკითხი აქტუალობას არ კარგავს, რადგან როგორც საქართველოში, ასევე მსოფლიოში ისინი უამრავი გამოწვევის წინაშე დგანან: საჭირო რესურსების ნაკლებობა, მომსახურებების დაბალი ხარისხი, ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბარიერები, სტერეოტიპები და სხვა.

მოცემული ნაშრომი ეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს, რომელთა შესახებაც საზოგადოება დიდი ხანია ფიქრობს, რომ არიან „უუნაროები“ და საჭიროებენ იზოლაციას. ნაშრომის პირველ ნაწილში წარმოდგენილია ლიტერატურის მიმოხილვა, აღწერილია თუ რა არის ზოგადად ფსიქიკური ჯანმრთელობა, რა სიძნელეებს უპირისპირდება მსოფლიო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, როგორ ებრძვის განვითარებული და განვითარებადი სახელმწიფოები არსებულ გამოწვევებს. ამავე თავში არის განხილული საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული რესურსები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სახელმწიფო კონცეფცია, 2015-2020 წლის გეგმა და კვლევის „დამოკიდებულება ფსიქიკური პრობლემებისადმი საქართველოში“ შედეგები.

ნაშრომი შეიცავს კვლევით ელემენტსაც ე.წ ემპირიულ ნაწილს, რომელიც მცირე მასშტაბის კვლევას გულისხმობს – „საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებების და არსებული რესურსების ანალიზი“. აღნიშნული პრობლემით დაინტერესება განაპირობა იმ ფაქტმა, რომ ლიტერატურული წყაროების მიხედვით დასტურდება, რომ ფსიქიკური დარღვევები მოსახლეობის ფიზიკურ

და სულიერ ჯანმრთელობას დიდ საფრთხეს უქმნის, ამავდროულად ისინი წარმოადგენენ იმ ძალას, რომელთა ჯანსაღ განვითარებაზეა დამოკიდებული თითოეული ქვეყნის მომავალი. უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა რაოდენობა წლების განმავლობაში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ქვეყანაში ამ სფეროში არსებული რესურსები საკმაოდ მწირია და არ შეესაბამება მათ საჭიროებებს.

“Assessment of the existing resources in the field of mental health in Georgia“

Asanidze Natia

# სარჩევი

ანოტაცია .....	2
შესავალი .....	5
თავი 1. მსოფლიოს გამოცდილება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში .....	6
1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისადმი სტიგმა და .....	6
დისკრიმინაცია .....	6
1.2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატისტიკური ტენდენციები .....	10
1.3 ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სერვისები.....	12
1.4 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ქმედებები .....	16
თავი 2 საქართველოს გამოცდილება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში .....	17
2.1 საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატისტიკური ტენდენციები.....	17
2.2 საქართველოში გავრცელებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები.....	18
2.3 საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი რესურსები .....	24
2.4 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია.....	34
2.5 საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების 2015-2020 წლის გეგმა .....	38
2.6 საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ .....	41
2.7 საქართველოში მოქმედი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების შეფასება .....	43
2.8 ფსიქიკური პრობლემებისადმი საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულების შეფასება ..	47
დასკვნა .....	51
თავი 3. მცირე მასშტაბის კვლევა საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებების და არსებული რესურსების შეფასების შესახებ .....	52
3.1 კვლევის დიზაინი.....	52
13.2 კვლევის შედეგები .....	55
3.5 კვლევის დასკვნა და რეკომენდაციები.....	69
გამოყენებული ლიტერატურა .....	72
აბრევიატურების განმარტებები .....	75
დანართი.....	76

## შესავალი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანმრთელობა სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობაა და არა მხოლოდ დაავადებებისა და ფიზიკური დეფექტების არარსებობა. თავის მხრივ, ფიზიკური ჯანმრთელობა ადამიანის ბიოლოგიური მდგომარეობაა, როდესაც ორგანიზმის ყველა ორგანო სრულფასოვნად ასრულებს თავის ფუნქციას. ხოლო, ფსიქიკური ჯანმრთელობა განისაზღვრება ადამიანის კეთილდღეობის მდგომარეობით, რომლის დროსაც მას სრულად შეუძლია საკუთარი პოტენციალის რეალიზება, ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ სტრესებთან განმკლავება, პროდუქტიული და ნაყოფიერი შრომა, რითაც გარკვეული წვლილი შეაქვს საზოგადოების ცხოვრებაში.

ადამიანისთვის ხასიათის ცვლილება დღეში რამოდენიმეჯერაც კი, სრულიად ბუნებრივი მოვლენაა. ბედნიერების და სიხარულის შეგრძნებას შესაძლოა სტრესის და უარყოფითი ემოციებით სავსე პერიოდი ჩაენაცვლოს. მაგრამ, თუ ხასიათის ცვლილებები უმიზეზოა და ცხოვრებისეულ მოვლენებთან კავშირის გარეშე ჩვეულებრივზე დიდხანს გრძელდება, ხოლო ადამიანს ამის ფონზე ყოველდღიური ფუნქციონირება უჭირს, შესაძლოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან გვაქვს საქმე. საკმაოდ რთულია ნორმის და პათოლოგიის გამიჯვნა. არასწორ ქცევას, ან უმიზეზოდ ხასიათის ცვლილებას, ყოველთვის პათოლოგიად ვერ შევაფასებთ. მაგალითად, თითოეული ჩვენგანი შესაძლოა უმიზეზოდ გაბრაზდეს, გარკვეულ სიტუაციებში არაადეკვატურად მოიქცეს, თავი უსარგებლოდ და ყველასგან მიტოვებულად იგრძნოს. ეს თავისთავად ფსიქიკურ ავადმყოფობას არ ნიშნავს. ფსიქიკური ჯანმრთელობა ცვალებადია და ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე შეიძლება მნიშვნელოვანი ტრანსფორმაცია განიცადოს. (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2018)

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური დარღვევების დეტერმინანტებს (განმსაზღვრელს) წარმოადგენს არა მხოლოდ ინდივიდუალური თვისებები (უნარი მართო საკუთარი აზრები, ემოციები, ქცევა, გარშემომყოფებთან ურთიერთობა), არამედ

სოციალური, კულტურული, პოლიტიკური, ეკოლოგიური და სხვა ფაქტორები. მაგალითად: მუდმივი უარყოფითი სოციალურ- ეკონომიკური ზეწოლა აღიარებულია ადამიანის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ერთ-ერთ რისკ ფაქტორად. რეალური მონაცემები ცხადყოფს კავშირს მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დონესა და ეკონომიკურ მდგომარეობას შორის.

ცუდი ფსიქიკური ჯანმრთელობა ასევე ასოცირდება სწრაფ სოციალურ ცვლილებებთან, სტრესულ სამუშაო პირობებთან, გენდერულ დისკრიმინაციასთან, საზოგადოებისაგან გარიყვასთან, არაჯანსაღი ცხოვრების წესთან, ძალადობის, ფიზიკურად არასათანადო ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებათა დარღვევის რისკებთან. ასევე არსებობს კონკრეტული ფსიქოლოგიური და პიროვნული ფაქტორები, რომელთა წინაშეც ადამიანი დაუცველი რჩება. და ბოლოს, არსებობს რამდენიმე ბიოლოგიური მიზეზი ფსიქიკური დარღვევებისა, მათ შორის გენეტიკური ფაქტორი და ცენტრალური ნერვული სისტემის ქიმიური დისბალანსი. (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი)

## თავი 1. მსოფლიოს გამოცდილება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში

### 1.1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისადმი სტიგმა და დისკრიმინაცია

გლობალურად თითქმის ყოველი მეოთხე ოჯახი გარკვეული თვალსაზრისით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების პირისპირ დგას. მიუხედავად ასეთი სიხშირისა, ეს ადამიანები სირცხვილისა და გარიყულობის მსხვერპლი ხდებიან ხშირად. ამის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი კი სტიგმა და დისკრიმინაციაა, რომელიც საზოგადოების მიერ ამ

ტიპის აშლილობის აღქმას სდევს თან. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა სტიგმატიზაციას ჯერ კიდევ შორეულ წარსულში დაედო საფუძველი. ისტორიამ შემოგვინახა ფაქტები იმის შესახებ, რომ საუკუნეების მანძილზე ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები საზოგადოებისთვის „საშიში“ და მიუღებელი იყვნენ. ევროპაში მათ კოცონზე წვავდნენ ჯადოქრობის ბრალდებით (XVI- XVII), ხოლო უფრო მოგვიანებით, სპეციალურ დაწესებულებებს (LUNATIC HAUSE) აგებდნენ მათი იზოლირებისთვის. (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2018)

ფსიქიატრიაში პაციენტებთან პატერნალისტური და ანტიპატერნალისტური დამოკიდებულებების ტრადიცია ბევრად უსწრებს წინ თანამედროვე ბიოეთიკის ჩამოყალიბებას. პატერნალისტურმა საწყისმა მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ფსიქიატრიის ისტორიაში. „შემლილებთან“, როგორც ავადმყოფ ადამიანებთან დამოკიდებულება ერთდროულად იწყებს ჩამოყალიბებას საფრანგეთსა და ინგლისში XVIII საუკუნის დასასრულს. „შემლილების“ ავადმყოფთა რანგში აყვანა ფრანგი ექიმის ფილიპ პინელის დამსახურებაა, რომელმაც 1798 წელს პარიზის სახელმწიფო საავადმყოფო ბისეტრში სულით ავადმყოფებს მოხსნა ჟაჭვი. 50 წლის შემდეგ ინგლისელმა ექიმმა ჯონ კონოლმა გააღრმავა პინელის საექიმო მეთოდის საკუთრივ ეთიკური ასპექტი. მისი წინადადებებით გამოირიცხა ნებისმიერი მეთოდი, რომელიც სულით ავადმყოფებს ავიწროებდა. (მამულაშვილი, ბიოეთიკა, 2005, გვ. 341)

დასავლეთის ქვეყნების ფსიქიატრიაში საექიმო პატერნალიზმის კრიზისის მომასწავლებელი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების კრიზისი გახდა, რომელიც XX საუკუნის 50-იან წლებში დაიწყო. 1955 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ექსპერტთა კომიტეტმა გამოთქვა აზრი საზოგადოებისაგან იზოლაციის გარეშე ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის გაფართოების აუცილებლობაზე. 60-70-იან წლებში ამერიკის ფსიქიატრიაში გატარდა ახალი პოლიტიკა, რომელიც ცნობილია ფსიქიკურ ავადმყოფთა დეინსტიტუციონალიზაციით, რაც გულისხმობს ფსიქიატრიული საავადმყოფოებში მათი იძულებით ყოფნაზე უარის თქმის პოლიტიკას. 60-იან წლებში ევროპაში, შემდეგ კი

ამერიკაში ფსიქიატრიის გარშემო უფრო დრამატული მოვლენა განვითარდა, რომელმაც ბიოეთიკის ზოგიერთი კონცეფცია და სიუჟეტი წინასწარ განჭვრიტა. იგულისხმება ანტიფსიქიატრიული მოძრაობა, რომლის თანახმად ფსიქიკური დაავადებები არ არსებობს, არამედ ადგილი აქვს „მიკრო სოციალურ კრიზისულ სიტუაციებს“. მათი აზრით ფსიქიატრიული დიაგნოზი არის სოციალური იარლიყი, ფსიქიკურად დაავადებულები არ არსებობენ. (მამულაშვილი, ბიოეთიკა, 2005, გვ. 344)

ფსიქიატრიაში თანამედროვე ეთიკის პრინციპების და ბევრი ნორმის შინაარსს საერთაშორისო აღიარება გააჩნია. ისეთი დოკუმენტები, როგორცაა ადამიანის უფლებების შესახებ 1990 წელს გაეროს კომისიის მიერ მომზადებული „ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა დაცვის პრინციპების, გარანტიებისა და ფსიქიატრიული დახმარების გაუმჯობესების ღონისძიებები“, „ჰავაის დეკლარაცია“ და სხვა. თითოეული ფსიქიატრიის მუშაობაში მინიმალურ ეთიკურ სტანდარტებს განსაზღვრავს. ამ დოკუმენტების თანახმად, ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა ეთიკურ-სამართლებრივი დაცვის ძირითადი პრინციპების საფუძველზე: „ყოველ პირს, რომელიც ფსიქიკურად არის დაავადებული, ჰუმანურად და ადამიანური ღირსებისადმი პატივისცემით უნდა მოვეპყრათ“. (მამულაშვილი, ბიოეთიკა, 2005, გვ. 346)

საბედნიეროდ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებისადმი სასტიკი მოპყრობა წარსულს ჩაბარდა, თუმცა ეს ადამიანები გარშემომყოფების, მათ შორის ოჯახის წევრების მხრიდან ჯერაც განიცდიან დამკვიდრებული სტიგმიდან გამომდინარე ზეწოლას. საზოგადოების არასწორი და არაჯანსაღი დამოკიდებულება ის ძირითადი მიზეზია, რომელიც აკნინებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პირთა თვითშეფასებას და უარყოფითად მოქმედებს მათ უნარზე იყვნენ სოციალიზირებულები.

ჩვენს საუკუნეში ადამიანები მედიის მიერ მიწოდებული ინფორმაციით ვსაზრდობთ. ხშირად, სწორედ მხოლოდ ამ ინფორმაციაზე დაყრდნობით ყალიბდება ჩვენი დამოკიდებულება ამა თუ იმ საკითხთან დაკავშირებით, მათ შორის წარმოდგენა ფსიქიკურ დაავადებებზე. სამწუხაროდ, მასალის სენსაციურობისთვის მოვლენების

არასწორად წარმოჩენა, თუნდაც სიძულვილის ენა, მედიაში ფართოდ მიღებული ფორმაა. შედეგად იცვლება ადამიანების დამოკიდებულება/წარმოდგენები, იქმნება სტერეოტიპები, რომელსაც იზიარებს ყველა მიუხედავად ასაკის, განათლების დონის და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე არსებული ინფორმაციისა.

ფართოდაა გავრცელებული მოსაზრება, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებში მაღალია სხვადასხვა დანაშაულის ჩადენის რისკოვნობა. რასაკვირველია, ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანს შეუძლია ჩაიდინოს დანაშაული, თუმცა ამისი შანსი იმაზე ბევრად ნაკლებია, ვიდრე საზოგადოების უდიდეს ნაწილს მიაჩნია (მაგალითისთვის: კრიმინალური დამნაშავეების კვლევისას აღმოჩნდა, რომ დანაშაულის მომენტში მხოლოდ 6%-ს აღენიშნებოდა ფსიქიატრიული პრობლემა); უფრო მეტიც, ეს ადამიანები არა თუ მოძალადეები არიან, არამედ 2.5-ჯერ მეტად გვევლინებიან მსხვერპლის როლში.

არასწორად მიწოდებული ინფორმაცია არამარტო სოციალურ სტერეოტიპებს, არამედ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებში „თვით-სტიგმას“ წარმოშობს. მედიაში გაჟღერებული თითოეული არაკომპეტენტური/უარყოფითი ინფორმაციის შემდეგ მათ უჩნდებათ გარიყულობის შეგრძნება, უღრმავდებათ დეპრესია და სუიციდური აზრები. ხოლო მოტივაცია, მოძებნონ სამსახური ან თუნდაც მოხალისედ იმუშაონ მცირდება. საზოგადოების უარყოფითი და არასწორი დამოკიდებულებები ხშირად აიძულებს ამ ადამიანებს, უარი თქვან ან დროზე ადრე შეწყვიტონ მკურნალობა. ეს კი შემდგომში სიმპტომების რეციდივის მიზეზი ხდება.

განსაკუთრებით მწვავე პრობლემაა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისადმი სხვადასხვა პროფესიონალების დამოკიდებულებები. ევროპის საბჭოს 2013 წლის კვლევის მიხედვით, სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში კვლავ გვხვდება ადამიანის უფლებების დარღვევის ფაქტები. ეს დაწესებულებები, სამწუხაროდ, მკურნალობის და მოვლის ხარისხობრივ სტანდარტებს ხშირად ვერ პასუხობს. (ევროპის საბჭო, 2013)

## 1.2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატისტიკური ტენდეციები

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები საკმაოდ ხშირია და მდგომარეობების ფართო სპექტრს, უბრალო „შიშებით“ (ფობიებით) დაწყებული სერიოზული ფსიქიკური პრობლემებით დამთავრებული (შიზოფრენია, დეპრესია, მანიაკალურ-დეპრესიული სინდრომი...) მოიცავს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, მსოფლიოში 450 მილიონ ადამიანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესა თუ ის პრობლემა აღენიშნება. 2003-2004 წელს მსოფლიოს 40 ქვეყანაში 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 ფსიქიკური აშლილობების 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 (DALYs) 12% ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებითაა განპირობებული, რაც აჭარბებს კარდიოვასკულური მდგომარეობებით (9.7%) და ავთვისებიანი სიმსივნეებით (5.1%) გამოწვეულ გლობალურ ტვირთს.

ცხრილში გამოსახულია 2017 წლის მონაცემებით მსოფლიოს მასშტაბით სხვადასხვა ფსიქიკური დაავადებების სტატისკური ტენდენციები.

Disorder	Share of global population with disorder (2017) [difference across countries]	Number of people with the disorder (2017)	Share of males:females with disorder (2017)
<a href="#">Any mental or substance use disorder</a>	13% [11-18%]	970 million	12.6% males 13.3% females
<a href="#">Depression</a>	3.4% [2-6%]	264 million	2.7% males 4.1% females
<a href="#">Anxiety disorders</a>	3.8% [2.5-7%]	284 million	2.8% males 4.7% females
<a href="#">Bipolar disorder</a>	0.6% [0.3-1.2%]	46 million	0.55% males 0.65% females
<a href="#">Eating disorders (clinical anorexia &amp; bulimia)</a>	0.2% [0.1-1%]	16 million	0.13% males 0.29% females
<a href="#">Schizophrenia</a>	0.3% [0.2-0.4%]	20 million	0.26% males 0.25% females
<a href="#">Alcohol use disorder</a>	1.4% [0.5-5%]	107 million	2% males 0.8% females
<a href="#">Drug use disorder (excluding alcohol)</a>	0.9% [0.4-3.5%]	71 million	1.3% males 0.6% females

(Hannah Ritchie and Max Roser, 2018)

### 1.3 ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სერვისები

მსოფლიოს მასშტაბით ყოველ 4 ადამიანში 1-ს აღენიშნება ფსიქიკური პრობლემები. მკურნალობის გზები არსებობს, თუმცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა 2/3 არასოდეს ეძებს დახმარებას, მეტიც ისინი უარს აცხადებენ მკურნალობაზე ვინაიდან ეშინათ სტიგმატიზაციისა და „სულიერად დაავადებულის“ იარლიყის მიკერების. დღესდღეობით მსოფლიო ქვეყნების 40%-ზე მეტს არ აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სადაზღვეო პოლისი, 30%-ს არ გააჩნია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამა, ხოლო 25% საერთოდ კანონმდებლობის გარეშეა დარჩენილი.

სამწუხაროდ, ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადეკვატურად კვლავ ვერ პასუხობენ. სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და მის მიწოდებას შორის მთელს მსოფლიოში ძალიან დიდია. დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 76% - 85% ვერ იღებს მკურნალობას. მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებშიც კი ეს მაჩვენებელი მაღალია და მერყეობს 35%-დან და 50%-ს შორის. 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. განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8 - 12%-ია. (საქართველოს პარლამენტი, 2013)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა უცხოეთში ძირითადად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (გადასახადები) ან სოციალური დაზღვევით. დაფინანსებაში კერძო დაზღვევის როლი უმეტეს ქვეყნებში ძალზე შეზღუდულია, განსაკუთრებით დაბალია საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში. (გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში, 2008)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სამსახურები ბევრად უკეთეს შედეგს იძლევა მკურნალობის მხრივ (მაგ. ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება), ხელს უწყობს ადამიანთა უფლებების დაცვას და ეკონომიკურად უფრო ეფექტიანია, ვიდრე ინსტიტუციებში მკურნალობა (მით უფრო, დიდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში). მრავალი ევროპული ქვეყანა სერიოზულ ნაბიჯებს დგამს სტაციონარზე ორიენტირებული მიდგომის შესაცვლელად და ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა დახმარების საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით უზრუნველსაყოფად. კვლევები ადასტურებს, რომ ფსიქიატრიული დახმარების რეორგანიზაცია, სტაციონარსა და თემში დახმარებას შორის გონივრული ბალანსის შენარჩუნებით, მიზანშეწონილია ყველა ქვეყანაში – მიუხედავად მისი ეკონომიკური განვითარებისა და მდგომარეობისა. (World Health Organization, 2003)

უკანასკნელი 30 წელიწადია ევროპაში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა რაოდენობა ფსიქიატრიულ სტაციონარებში მცირდება, ისინი გადაჰყავთ საერთო პროფილის საავადმყოფოებში, თავშესაფრებში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ან წერენ სახლში, სტაციონარგარეთა სამსახურების ზრუნვის ქვეშ.

ევროპული ქვეყნები, ძირითადად ყოფილი სოციალისტური ქვეყნები, დღეს დგანან აუცილებლობის წინაშე, გადაჭრან პრინციპული საკითხი - უარი თქვან გაუმართლებელ ინსტიტუციონალურ ფსიქიატრიულ დახმარებაზე. ამ ქვეყნებში მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებების არსებობა, რომელთა პირობები არასახარბიელოა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები უფრო მეტად იზოლაციაში იმყოფებიან, ვიდრე მკურნალობის ქვეშ და სადაც ადამიანთა უფლებების დაცვის გარანტიაც ნაკლებია. (Tomov, 2005)

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 მოსახლეობის საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება/გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამის ხარისხიან, მდგრად, ხარჯთეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. იგი 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.

დეინსტიტუციონალიზაციის და სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდების მუშაობის ხარჯთეფექტურობის კვლევებმა აჩვენა, რომ დახმარების ხარისხი მჭიდრო კავშირშია დანახარჯთან. თემზედაფუძნებულ სამსახურებს ჩვეულებრივ იგივე ხარჯი აქვს, რაც მათ მიერ ჩანაცვლებულ ჰოსპიტალურ მომსახურებას, თუმცა მათი ზეგავლენა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე ბევრად ძლიერია. (Thornicroft G, Tansella M, 2003)

ჯანმოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013-2020 ქვეყნებს სთავაზობს სისტემურად გადავიდნენ ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მოდელიდან სათემო სერვისებზე და თემზე დაფუძნებული ურთიერთდაკავშირებული სამსახურების ქსელის გამოყენებაზე, რაც მოიცავს: მოკლევადიან სტაციონირებას, ამბულატორიულ ზრუნვას ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში, პირველად და სხვა არა-სპეციალიზირებულ ჯანდაცვას, სრულყოფილ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებს, დღის ცენტრებს, იმ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა ხელშეწყობას, ვინც ოჯახებში ცხოვრობს და დაცულ საცხოვრებლებს. (who, 2013)

2005 წლის ევროკავშირის კვლევაზე დაყრდნობით, ეკონომიკის 4% იხარჯება ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ევროპის ქვეყნებში მდგომარეობა განსხვავებულია გამოყოფილი დაფინანსების, მკურნალობის მეთოდების და სერვისების მხრივ. ევროპის ორი უძლიერესი სახელმწიფო გერმანია და ჰოლანდია ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მორგებული ეფექტური მომსახურებების ხარისხით გამოირჩევიან. ორივე ქვეყანაში

მცხოვრები მწვავე ფსიქიკური დარღვევების მქონე პაციენტების 67% იღებს სათანადო მკურნალობას, რაც საკმაოდ მაღალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით. მაგალითისთვის, როგორებიცაა, ევროპის სხვა არანაკლებ ძლიერი ქვეყნები: საბერძნეთი, პორტუგალია, პოლონეთი. (Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies, 2005, p. 369)

დიდ ბრიტანეთში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაავადებების წილი სხვა დაავადებებთან მიმართებაში შეადგენს 28%-ს, რის შედეგადაც იგი ევროპის ქვეყნებში პირველია. ამიტომ, დიდი ბრიტანეთი ყოველწლიურად 70 მლრდ ფუნტ სტერლინგს ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ეს ყველაფერი მისი ბიუჯეტის 4,5%-ს შეადგენს, რაც უდიდეს გამოწვევას წარმოადგენს მათთვის. შესაბამისად, სახელმწიფოს ინტერესებში შედის შექმნას ისეთი გარემო, სადაც მსგავსი ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე მოქალაქეები შეძლებენ დასაქმებასა და თვითრეალიზებას, ვინაიდან არსებული ჯანმრთელობის პრობლემები იწვევს ინდივიდის ნაადრევად წასვლას შრომის ბაზრიდან. მაგალითად: ჰოლანდიაში მოსახლეობის 35% სამუშაოზე არ ცხადდება, ხოლო გერმანიაში შრომითი ბაზრის დატოვების საშუალო ასაკმა 48 წელი შეადგინა, რაც ფსიქიკური დარღვევებით იყო განპირობებული,

2014 წელს გამოქვეყნებული კვლევის მიხედვით, (The Economist Intelligence Unit's "Mental Health Integration Index") რომელიც შეიცავდა ევროპის 30 ქვეყნის მონაცემებს, განიხილავდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს ხუთი ფაქტორის გათვალისწინებით : სტიგმა, ადამიანის უფლებები, სამედიცინო მომსახურება, უმუშევრობა და ოჯახში ცხოვრების შესაძლებლობა.

მოცემული ფაქტორებიდან გამომდინარე ქვეყნებმა დააგროვეს გარკვეულ ქულათა მაჩვენებელი. გერმანია 85,6 ქულით სიის სათავეშია, როგორც ყველაზე ხელსაყრელი ქვეყანა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტებისათვის.

გერმანიაში მოქმედებს ძლიერი ჯანდაცვისა და გულუხვი სოციალური კეთილდღეობის სისტემა, რომელიც ეხმარება პაციენტს სოციალურ ინტეგრაციისათვის.

სისტემის უპირატესობა გამოიწვია, მკურნალობის ადგილის ცვლილებამ, სამედიცინო დაწესებულებიდან შინ მოვლის სერვისებში. გერმანიის შემდგომ პოზიციებს ინაწილებენ დანია, დიდი ბრიტანეთი და ნორვეგია. (The Economist Intelligence Unit's , 2014)

#### 1.4 ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ქმედებები

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

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართვის გაუმჯობესება;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე პაციენტთა მკურნალობისა და სოციალური დახმარების ყოვლისმომცველი, კომპლექსური მომსახურება;
- მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლებისა და პრევენციის სტრატეგიების განხორციელება;
- საინფორმაციო სისტემების გაძლიერება, სამეცნიერო კვლევების მონაცემთა შეგროვება.

2008 წელს ჯანმოს მიერ დაწყებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ლიკვიდაციის პროგრამა Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), მომსახურების დონის გასაუმჯობესებლად იყენებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ტექნიკურ სახელმძღვანელოებს, სხვადასხვა ქვეყნების სასწავლო პროგრამებსა და ინსტრუმენტებს. მისი მუშაობის საფუძველს პრიორიტეტული პირობები წარმოადგენს და პოტენციალის გასამყარებლად ძალისხმევას პირველ რიგში არასპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულებებისკენ მიმართავს. პრიორიტეტის ასამაღლებლად, სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე კომპლექსური მიდგომა გამოიყენება. (who, 2013)

## თავი 2 საქართველოს გამოცდილება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში

### 2.1 საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატისტიკური ტენდენციები

საქართველოში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების 88 ათასზე მეტი შემთხვევაა აღნუსხული. ყველაზე ხშირად დასმული დიაგნოზი დეპრესიაა. 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 2017 წელს: 100000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა წარმოადგენს 2376.9-ს და დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 4,841 ახალი შემთხვევა (129.9 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, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს.

ცხრილი: წლების მიხედვით საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების რაოდენობა

წელი	წლის ბოლოს რეგისტრირებული შემთხვევები	პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	ახალი შემთხვევები	ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე
2008	75448	1960.5	3740	97.2
2009	76457	2004.4	2505	65.7
2010	79216	2092	2339	61.8
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

(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2018)

## 2.2 საქართველოში გავრცელებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები

საქართველოში 1995 წლიდან ფუნქციონირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც სრულად ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს შემდეგ სერვისებს: სათემო ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება, სტაციონარული მომსახურება, ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა.

### სათემო ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს:

- პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ან ფსიქიატრიული სამსახურების მომართვით ან თვითდინებით მისული შემოსაზღვრულ არეალში მცხოვრები ნებისმიერი ასაკის მქონე პირების პირველადი კონსულტაცია.
- შემოსაზღვრულ არეალში მცხოვრები პირების მეთვალყურეობაზე აყვანა (პაციენტის სურვილის შემთხვევაში) /ზრუნვა განსაზღვრული ნოზოლოგიების შესაბამისად.
- დიაგნოსტიკა.
- მკურნალობა.
- ექიმ-ფსიქიატრის მიერ დანიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.
- უწყვეტი ზრუნვა.

- სოციალურ მხარდაჭერა.
- თემში არსებულ სამედიცინო (პირველადი ჯანდაცვა) და სოციალურ სერვისებთან მჭიდრო თანამშრომლობა.
- ბინაზე ვიზიტი (ხორციელდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის გადაწყვეტილებით იმ შემთხვევაში, თუ სომატური მდგომარეობის დროებითი გაუარესების გამო პირი ვერ გამოდის სახლიდან და საჭიროებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის გადაუდებელ კონსულტაციას), ვიზიტი ბინაზე/თემში არ უნდა აღემატებოდეს მულტიდისციპლინური გუნდის წევრის 4 ვიზიტს 2 თვის განმავლობაში.

### **ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია**

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია გულისხმობს სტანდარტების შესაბამისად („ტექნიკური რეგლამენტის - ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ" საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 15 იანვრის N68 დადგენილება) 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.

### **ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა**

ეს მომსახურება ითვალისწინებს დღის სტაციონარის პირობებში იმ 18 წლამდე ასაკის პაციენტების მდგომარეობის შესწავლას/დიაგნოსტიკას, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქიკური მდგომარეობისა და ქცევის ცვლილება, სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება და დეზადაპტაცია. მათ შორის:

- ნეიროგანვიტარებითი და ფსიქიატრიული გუნდის მომსახურება.

- მედიკამენტებით უზრუნველყოფას (დიაგნოსტიკის პერიოდში) ექიმის დანიშნულების შესაბამისად.
- კლინიკო-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს ექიმის დანიშნულების შესაბამისად.
- სხვა ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციებს ექიმის დანიშნულების შესაბამისად.

### ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის (16-65 წწ)

ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური არის სპეციალიზებული სერვისი, რომელიც მომსახურებას უწევს ქ. თბილისის, ქ. ქუთაისის, ქ. ბათუმისა და ქ. რუსთავის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში მცხოვრებ (საშუალოდ, 150 000-იან პოპულაციას) პირებს, რომელთაც ელენიშნებათ მწვავე ფსიქოზური სიმპტომები ან ისეთი ქცევითი და აფექტური სიმპტომები, რომელთა გამოც შესაძლებელია პაციენტის ან მის გარემომყოფთა სიცოცხლეს და/ან ჯანმრთელობას საფრთხე შეექმნას, მაგრამ მკურნალობა შესაძლებელია განხორციელდეს საცხოვრებელ ადგილზე სპეციალიზებული გუნდის მიერ დღეში ორჯერადი ვიზიტით. მოიცავს შემდეგ ღონისძიებებს:

- დღის სტაციონარში გადაუდებელ და გეგმურ ამბულატორიულ კონსულტაციებს, პაციენტთა ფსიქიატრიულ შეფასებას და მედიკამენტოზურ მკურნალობას; საჭიროების მიხედვით, სხვადასხვა პროფილის ექიმების კონსულტაციებს და კლინიკო-ლაბორატორიულ მონიტორინგს; ინდივიდუალურ, ოჯახურ და ჯგუფურ ფსიქო - თერაპიულ მომსახურებას, სატელეფონო კონსულტაციას, რომელიც ბენეფიციარებისათვის ხელმისაწვდომია 24 საათის განმავლობაში.
- კრიზისული მობილური გუნდის მიერ კრიზისული ინტერვენციის განხორციელებას პაციენტის საცხოვრებელ ადგილზე და საჭიროების შემთხვევაში, მის გადაყვანას კრიზისული ინტერვენციის ცენტრში ან

მიმართვას სხვა სათანადო ფსიქოსოციალური/ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში.

- კრიზისის ამოწურვის და პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდგომ, როცა ყოველდღიური ვიზიტების საჭიროება აღარ დგას, მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ ხორციელდება პაციენტის რეფერალი შესაბამის ამბულატორიულ სერვისში; ხოლო თუ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, მიუხედავად დღეში ორჯერადად განხორციელებული ვიზიტებისა, ხორციელდება პაციენტის სტაციონირება.

### **თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება**

თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურების მიმღებები არიან მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები, 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. ასევე თუ ანამნეზში აღენიშნებათ 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 და ითვალისწინებს:

- მდგომარეობის ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავებასა და განხორციელებას.
- შინ მომსახურებას, რეგულარულ ვიზიტებს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, სატელეფონო კონსულტაციას.
- მობილური გუნდის ფსიქიატრის მიერ დანიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფას.

- პაციენტის სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგს, სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად სოციალური პრობლემების მოგვარებაში დახმარებას.
- პაციენტის, პაციენტის ოჯახის წევრების და მხარდამჭერების ფსიქოგანათლებასა და მხარდამჭერ ფსიქოთერაპიას.
- ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში სტაციონირების კრიტერიუმების არსებობის შემთხვევაში პაციენტის სტაციონირების ორგანიზებას.
- 8 საათის მანძილზე სერვისის ხელმისაწვდომობას.
- სომატური პრობლემების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტის და მისი მხარდამჭერების ინფორმირებას არსებული სომატური პრობლემების, შემდგომი კვლევის საჭიროების და ხელმისაწვდომი პროგრამების შესახებ, ამასთან, სომატური პროფილის ექიმთან ვიზიტისას ან გამოკვლევებისას თანხლებას, თუ დამოუკიდებლად ამას ვერ ახერხებს პაციენტი და სომატური პრობლემები ნეგატიურად აისახება მის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე.

### სტაციონარული მომსახურება

ფსიქიკური აშლილობის მქონე მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება მოიცავს:

- მწვავე სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას ან ისეთი ქცევითი ან აფექტური სიმპტომების მკურნალობას, რომელთა გამოც საფრთხე ექმნება პაციენტის ან გარშემომყოფთა სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას.
- გრძელვადიან სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც გულისხმობს ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე იმ პირთა მკურნალობას სტაციონარის პირობებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქო-სოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევები და/ან გახანგრძლივებული ფსიქოზური სიმპტომატიკა (მათ შორის, მწვავე სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელება).

- იმ პაციენტების მკურნალობით და დამატებითი მომსახურებით უზრუნველყოფას, რომელთა მიმართაც არსებობს საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 191-ე მუხლით გათვალისწინებული სასამართლო გადაწყვეტილება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ.
- დამატებითი მომსახურება: (1) იმ პაციენტების კვებით, პირადი ჰიგიენის საგნებითა და გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფა, რომლებიც გადიან სტაციონარულ მომსახურებას; (2) ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია გრძელვადიანი სტაციონარული მკურნალობის დროს (ჯგუფური ფსიქოგანათლება/თერაპია ან ოკუპაციური თერაპია ან კოგნიტური რეაბილიტაცია ან დღის აქტივობები: არტთერაპია/ერგოთერაპია, ან ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპია ან ინდივიდუალური ბაზისური უნარების აღდგენა ან სპორტული/სადღესასწაულო ღონისძიებები).
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება, რაც მოიცავს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას ან ისეთი ქცევითი ან აფექტური სიმპტომების მკურნალობას, რომელთა გამოც საფრთხე ექმნება პაციენტის ან გარშემომყოფთა სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას. ამასთან, სტაციონარულ მომსახურებაზე მყოფი პაციენტების კვებითა და პირადი ჰიგიენის საგნებით უზრუნველყოფას.

### **ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა.**

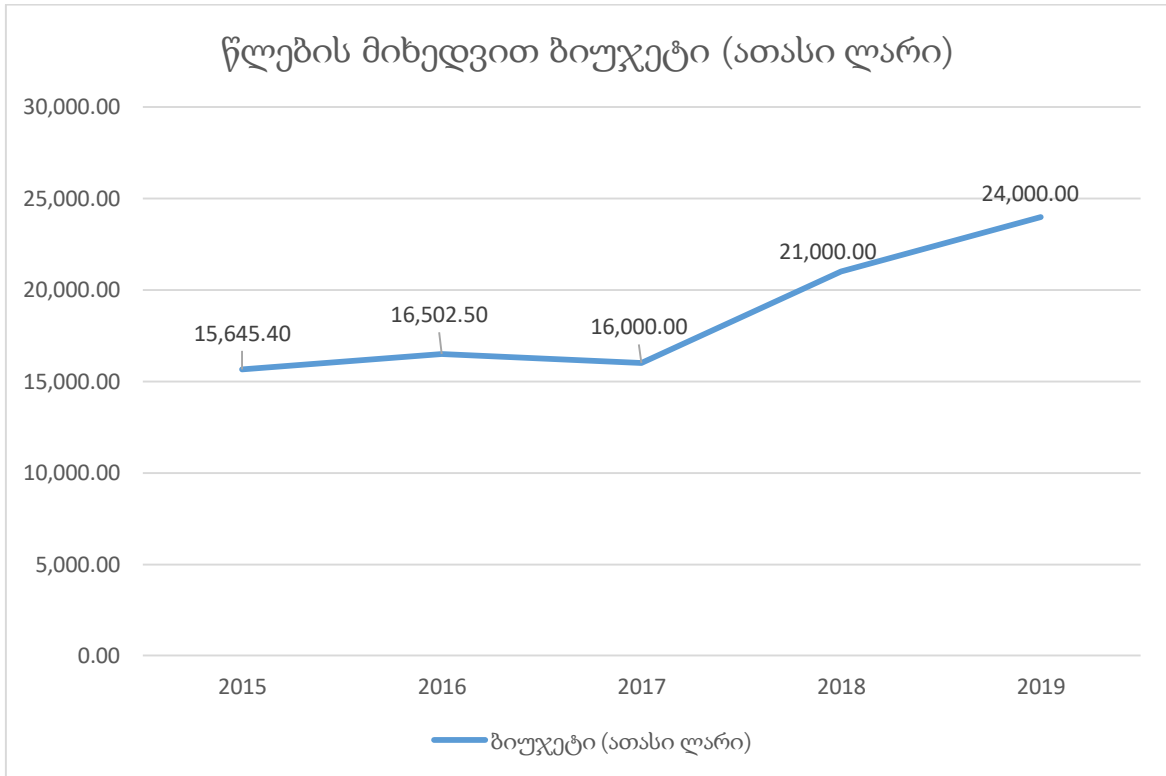
მოსარგებლე - თანდაყოლილი და შეძენილი ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული დემენციის მქონე ან ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 18 წლისა და მეტი ასაკის პირები, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქო-

სოციალური ფუნქციონირების ღრმა მოშლა და არ აქვთ შესაბამისი მხარდამჭერი გარემო. (საქართველოს პარლამენტი, 2017)

## 2.3 საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი რესურსები

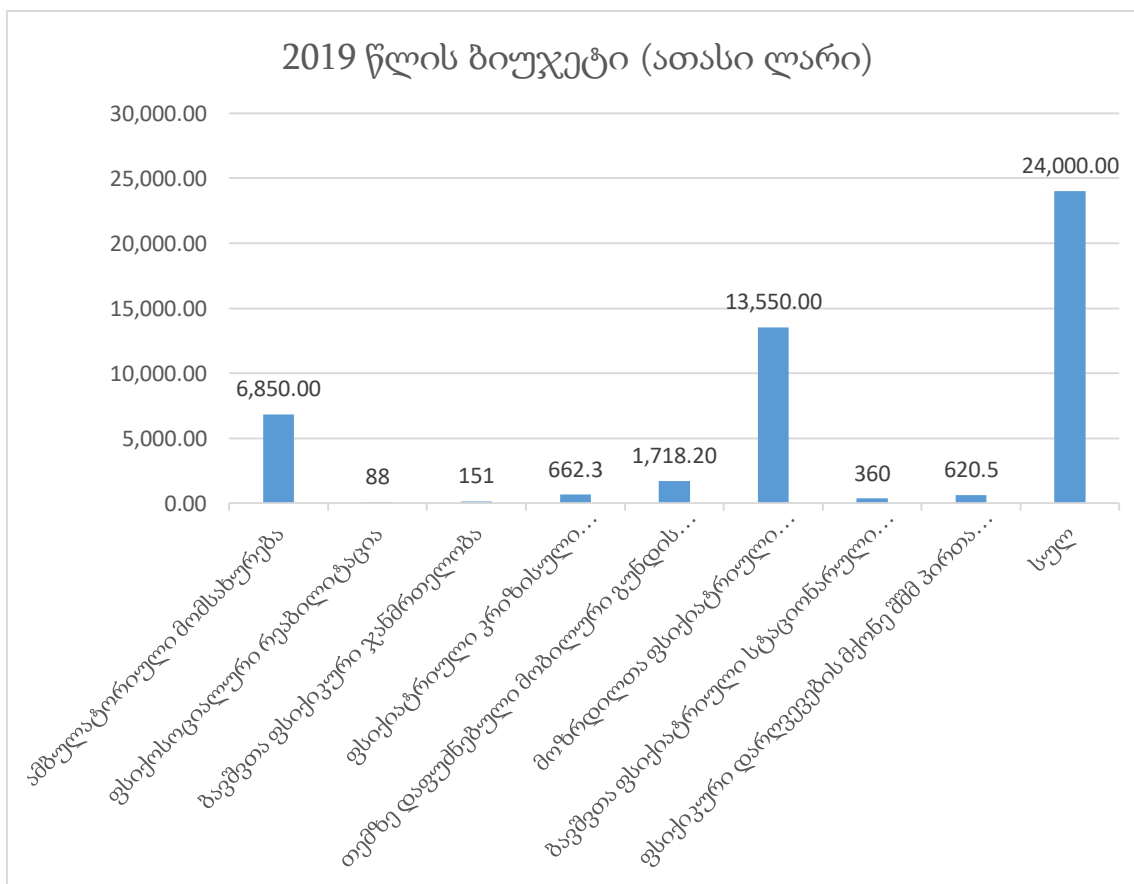
2006-2018 წწ მანძილზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯიდან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე დანახარჯის მოცულობა დიდ ცვლილებას არ განიცდის. ამ დანახარჯით მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებთან. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი 2006-2017 წლებში 3.2-ჯერ გაიზარდა. ასეთი ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე გაწეული დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არცთუ მაღალია და მხოლოდ 2,15%-ს შეადგენს; შედარებისათვის, განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე სახელმწიფოს ხარჯი ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 8-12%-ია. სტაციონარულ მომსახურებაზე საქართველო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%) და აღნიშნული მაჩვენებელი არ განიცდის ცვლილებას წლების მანძილზე (2006 წლიდან დღემდე). ამისგან განსხვავებით, ევროპის ქვეყნებში სტაციონარულ სერვისებზე იხარჯება 9-31% და შედარებით მეტად ფინანსდება არაჰოსპიტალური სერვისები. საქართველოში პირიქით დაბალია ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების დაფინანსება და ბავშვთა და მოზარდთა სამსახურების ხარჯები. (საქართველოს პარლამენტი, 2013)

დიაგრამა: ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხები წლების მიხედვით



(საქართველოს პარლამენტი, 2018) (საქართველოს პარლამენტი, 2017) (საქართველოს პარლამენტი, 2017) (საქართველოს პარლამენტი, 2015) (საქართველოს პარლამენტი, 2015)

2019 წლის პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება 24,000.0 ათასი ლარით, შემდეგი სახით



(საქართველოს პარლამენტი, 2018)

წლების მიხედვით სხვადასხვა სერვისების დაფინანსების რიცხოვნობა კი ასეთია

№	კომპონენტის დასახელება	2015წლის ბიუჯეტი (ათასი ლარი)	2016წლის ბიუჯეტი (ათასი ლარი)	2017წლის ბიუჯეტი (ათასი ლარი)	2018წლის ბიუჯეტი (ათასი ლარი)	2019წლის ბიუჯეტი (ათასი ლარი)
1	სათემო ამბულატორიული მომსახურება	2,865.3	2,865.3	2,865.3	5,570.7	6,850.0
2	ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია	70.1	70.1	70.1	77.8	88.0
3	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	151.0	151.0	151.0	151.0	151.0
4	ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის	662.3	662.3	662.3	662.3	662.3
5	თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება	96.8	232.2	232.2	774.0	1,718.2
6	მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	10,428.7	11,631.6	11,129.1	12,793.7	13,550.0

7	ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	350	350	350	350	360.0
8	თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი	540.0	540.0	540.0	620.5	620.5
	სულ	15,645.4	16,502.5	16,000.0	21,000.0	24,000.0

საქართველოში ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დახმარებას ახორციელებს: 11 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 სპეციალიზებულ 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 სერვისის ჯერჯერობით 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 პარლამენტი, 2013)

2014 წლის მონაცემებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ჰოსპიტალური მომსახურება 100 000 მოსახლეზე შემდეგნაირია

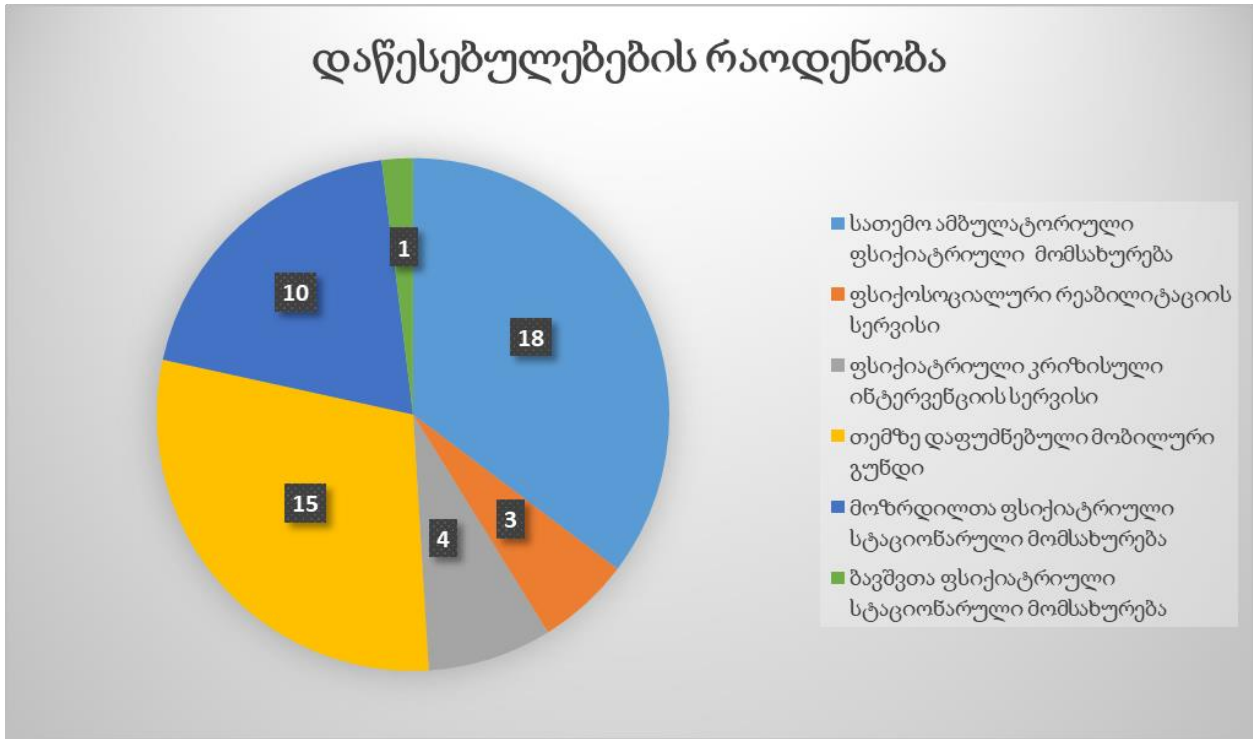
ფსიქიატრიული კლინიკის საწოლები	32,3
წლის განმავლობაში დატვირთვა	არ არის მითითებული
ზოგად კლინიკებში ფსიქიატრიული დეპარტამენტის საწოლების რაოდენობა	2,3
ზოგად კლინიკებში ფსიქიატრიული დეპარტამენტის საწოლების წლის განმავლობაში დატვირთვა	49,6

(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014)

ქვეყანაში არსებული ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები და ფსიქიატრიული კაბინეტები მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს მოსახლეობისთვის სერვისის გეოგრაფიულ და ფინანსურ ხელმისაწვდომობას. ამბულატორიულ მომსახურებას ძირითადად 18 სამედიცინო დაწესებულება (მათ შორის ფსიქიატრიული დისპანსერები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებისა და პირველადი ჯანმრთელობის ცენტრების კაბინეტები/განყოფილებები) ახორციელებს, რომლებიც გაბნეულია მთელი ქვეყნის მასშტაბით, თუმცა მათი უმრავლესობა განთავსებულია ქალაქებში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული ვიზიტები 100 000 მოსახლეზე არის 3,53. დღეს არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება ძირითადად არაეფექტურია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა და მათი ოჯახების საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად. მომსახურება ორიენტირებულია ძირითადად ექიმის კონსულტაციასა და მედიკამენტების მიწოდებაზე. მიწოდებული მედიკამენტების რაოდენობა ვერ აკმაყოფილებს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, მკურნალობის გაგრძელებას იმ ჯგუფის და რაოდენობის მედიკამენტებით, რომლის ფონზეც სტაციონარში მოხდა ფსიქიკური მდგომარეობის ნორმალიზაცია, რაც ართულებს საავადმყოფოში

მიღწეული შედეგის შენარჩუნებას. ამბულატორიულ დაწესებულებებში ძალიან იშვიათია მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) არსებობა. სერვისის მიწოდებას ძირითადად ფსიქიატრი ახორციელებს, რომელსაც ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების გასაწევად არ ჰყოფნის შესაბამისი ცოდნა და დრო. ზოგადად, ექიმი მუშაობს ტრადიციული სამედიცინო მოდელით (კონსულტაცია, წამალი). სახეზეა სათემო სამსახურების მაღალი დეფიციტი. ქვეყანაში არსებული 3 ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი იღებს მცირე დაფინანსებას (ფსიქიკური ჯანმრთელობის 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 გვაქვს სათემო საცხოვრებლები, შესაქმნელია დასაქმების ხელშემწყობი სისტემა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთათვის. შესაბამისად, იზრდება ამბულატორიის პირობებში ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავების რისკი და რეჰოსპიტალიზაციის სიხშირე, რაც გამოწვეულია ფინანსური რესურსების დეფიციტით. ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსება სტაციონარულ დაფინანსებასთან შედარებით მცირეა. 2019 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისად, ამბულატორიული დაფინანსების წილი შეადგენს 28%-ს (6,850.0 ათასი ლარი), ხოლო სტაციონარული მომსახურების - 56%-ს (13,550.0 ათასი ლარი).

დიაგრამა: ფსიქიატრიული დაწესებულებების რაოდენობა საქართველოში (2019 წლის მონაცემები)



(საქართველოს პარლამენტი, 2018)

ცხრილი: წლების მიხედვით ფსიქიატრიული მომსახურებების დაწესებულებების რაოდენობა

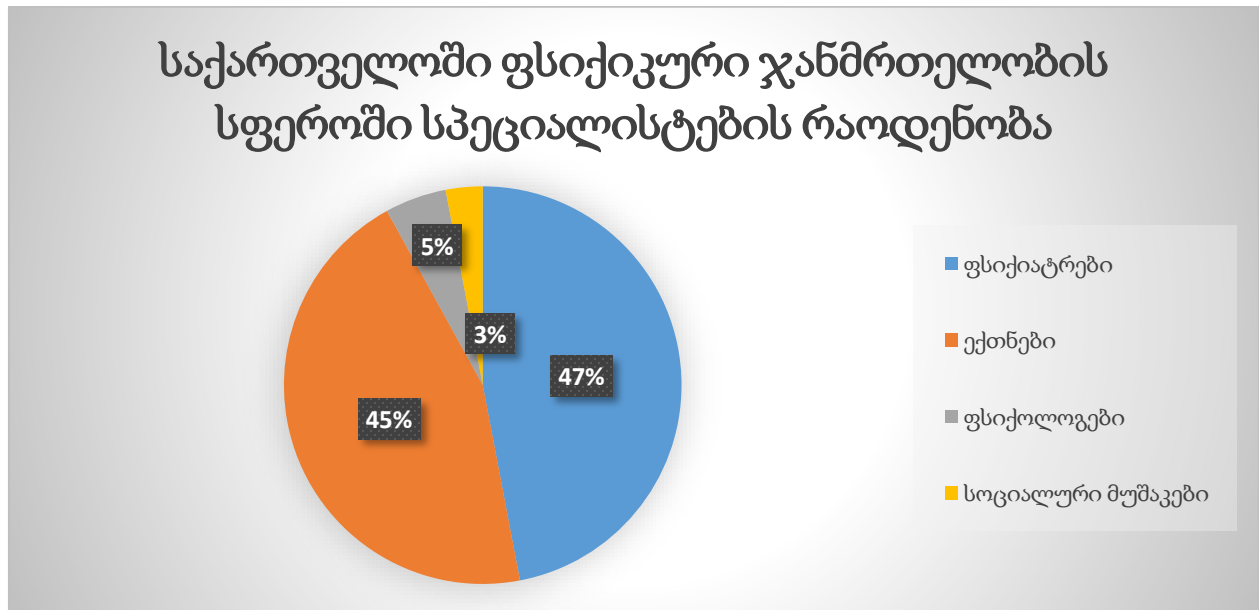
მომსახურებების სახეები	დაწესებულებების რაოდენობა (2015წ)	დაწესებულებების რაოდენობა (2016წ)	დაწესებულებების რაოდენობა (2017წ)	დაწესებულებების რაოდენობა (2018წ)	დაწესებულებების რაოდენობა (2019წ)
სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება	18	18	18	17	18

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისი	3	3	3	3	3
ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სერვისი	4	4	4	4	4
თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდი	2	2	2	7	15
მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	არ არის მონაცემები	არ არის მონაცემები	11	10	10
ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	არ არის მონაცემები	არ არის მონაცემები	1	1	1

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ზოგადად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მუშაკების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე საშუალოდ 9 ადამიანს შეადგენს (ვარიაბელობა 1-დან 50-მდე, ქვეყნების შემოსავლის მიხედვით). საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პერსონალი 100 000 მოსახლეზე 12,4. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში, ქვეყნის მასშტაბით გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მხრივ. სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი, 13 ბავშვთა ფსიქიატრი, 22

ფსიქოთერაპევტი, 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, 242 ფსიქიატრიის ექთანი და 13 სოც. მუშაკი. (საერთაშორისო ფონდი "კურაციო", 2014)

დიაგრამა: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ადამიანური რესურსები (100 000 მოსახლეზე)



(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის ფუნდამენტალურ პრობლემას მისი კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ეს პრობლემა პირობითად შეიძლება დავყოთ ორ გამოწვევად: 1) ადამიანური რესურსების რაოდენობის ჯანმოს ნორმატივებთან შესაბამისობაში მოყვანა და ქვეყნის მასშტაბით მათი სწორი განაწილება; 2) საგანმანათლებლო/სასწავლო პროგრამების მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა, რათა ბენეფიციარებს კვალიფიციური დახმარება შევთავაზოთ.

## 2.4 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია

2013 წლის 11 დეკემბრის საქართველოს პარლამენტის დადგენილების „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ მიხედვით ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნებია:

- ✓ მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება;
- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ფინანსური დაცულობის გაზრდა;
- ✓ მოსახლეობის/საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.

ამავე კონცეფციის მიხედვით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ფუნქციები 3 ჯგუფად იყოფა, ეს ფუნქციებია:

- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მართვის ფუნქცია – გულისხმობს სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრას, კანონმდებლობის შემუშავებას (სამართლებრივ სივრცეში ნორმების დადგენას), სახელმწიფო პოლიტიკის შეფასებას, მონიტორინგს და დაფინანსებას;
- ✓ საზოგადოებრივი აქტივობის ფუნქცია, რომელიც გულისხმობს სოციალურ მობილიზაციას და ადვოკატირებას;
- ✓ სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ფუნქცია – გულისხმობს მომსახურების მიწოდებას, მომსახურების სტანდარტების შემუშავებასა და დანერგვას, პროფესიული კადრების მომზადებას. მომსახურების მიწოდება თავის მხრივ მოიცავს ფსიქიატრიული რეზიდენტული დაწესებულებების მომსახურებას, ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას, თემზე დაფუძნებულ მომსახურებას და თვითდახმარების/კლუბური ტიპის სამსახურების საქმიანობას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციაში საყურადღებოა ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ძირითადი მონაწილე მხარეები, რომლებიც პ ჯგუფად იყოფა:

- ✓ სახელმწიფო – ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფოს ექსკლუზიური უფლებამოსილება არის სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრა. ამავე დროს, მისი ხელშეწყობით სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებაში მაქსიმალურად უნდა ჩაერთოს ყველა დაინტერესებული მხარე, მათ შორის უშუალოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები და მათი წარმომადგენლები. სახელმწიფო გადამწყვეტ როლს ასრულებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიზანმიმართული დაფინანსების თვალსაზრისით, რათა მოსახლეობა უზრუნველყოფილ იქნეს აუცილებელი ხარისხიანი მომსახურებით. სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოები უზრუნველყოფენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს რეგულირებას კანონით განსაზღვრულ ფარგლებში. ასევე სახელმწიფო ახორციელებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგიანობისა და მიმდინარეობის შეფასებას;
- ✓ ბაზარი (მომსახურების მიმწოდებლები, სადაზღვევო კომპანიები და ა. შ.) – საბაზრო ინსტიტუტები წამყვან როლს ასრულებენ სპეციფიკურ მომსახურებათა მიწოდებაში. ეს ინსტიტუტებია: სამედიცინო და სოციალური მომსახურების დაწესებულებები, სპეციალიზებული არასამთავრობო ორგანიზაციები, კერძო სუბიექტები და ა. შ..
- ✓ საზოგადოება (ადამიანი, ოჯახი, ახლობლები) – სახელმწიფო აღიარებს მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების გადამწყვეტ როლს სოციალური მობილიზაციისა და ადვოკატირების განხორციელებაში.

კონცეფციის მიხედვით ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფერო ძირითადად შემდეგი 3 მიმართულებით უნდა განვითარდეს:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების/მოვლის ხარისხის გაუმჯობესება:

ა) შესაბამისი პროფესიული კადრებით ბაზრის მომარაგება ითვალისწინებს საგანმანათლებლო პროგრამების მომსახურების ახალ მოთხოვნებთან და პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობას, ახალი პროფესიული სტანდარტების შემუშავებას და არსებულების გადასინჯვას, სამედიცინო პრაქტიკისა და სოციალური მომსახურების მეთოდური სახელმძღვანელოების შემუშავებასა და დანერგვას, პროფესიული კადრების განვითარების გრძელვადიანი გეგმის შემუშავებას;

ბ) სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ახალი ფორმების დანერგვა ითვალისწინებს:

- ✓ მომსახურების (სამედიცინო, მათ შორის, პრევენციული და სოციალური) ახალი ფორმების შემუშავებას, გამოცდას, შეფასებას და აპრობირებული მომსახურების ფართომასშტაბიან, ეტაპობრივ დანერგვას.
- ✓ არსებული მომსახურების მიმწოდებელთა რესტრუქტურის გეგმების შემუშავებას და არსებულების გადასინჯვას.

2. მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემასთან დაკავშირებული სტიგმის დაძლევა:

- ✓ საზოგადოების ცნობიერების (შეხედულებების, დამოკიდებულებების, მოლოდინების) შესწავლა;
- ✓ საზოგადოების მობილიზაციის (განათლების, შეხედულებების შეცვლის) გრძელვადიანი და მოკლევადიანი სტრატეგიების შემუშავება და განხორციელება;
- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების შემუშავება და დანერგვა;
- ✓ მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენელთა მომზადება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკვანძო საკითხებთან დაკავშირებით.

3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მართვის გაუმჯობესება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მართვის გაუმჯობესების მიზნით უნდა შემუშავდეს და განხორციელდეს შემდეგი ღონისძიებები:

- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის (მიმდინარეობისა და შედეგიანობის) შეფასების ერთიანი სისტემის შექმნა;
- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოსახლეობის საჭიროებების შესწავლისა და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გამართვა;
- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში აქტუალურ საკითხებზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის, რეკომენდაციების შემუშავება და სახელმწიფო სტრუქტურებისთვის მიწოდება;
- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტიანი მექანიზმების შემუშავება;
- ✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში საბიუჯეტო დანახარჯების გამჭვირვალობისა და ანგარიშგების მექანიზმების დანერგვა;
- ✓ დაინტერესებულ მხარეთა (პროფესიული ასოციაციების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, მომსახურების მიმწოდებელთა, მომხმარებელთა ასოციაციების და ა. შ.) ორგანიზება და მათი სახელმწიფო პოლიტიკის შეფასებასა და შემუშავებაში ჩართვა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისათვის აუცილებელია შემდეგი რესურსები:

1. ტექნიკური რესურსები:

- ✓ მეთოდოლოგია (ტექნოლოგია);
- ✓ პროფესიული კადრები;

2. ფინანსური (მატერიალური) რესურსები:

- ✓ სახელმწიფო ბიუჯეტით გათვალისწინებული რესურსები;
- ✓ საინვესტიციო/დონორი ორგანიზაციებიდან მოზიდული რესურსები.

(ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია, 2013 წ)

## 2.5 საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების 2015-2020 წლის გეგმა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული 2015-2020 წლის გეგმა შემუშავდა 2013 წლის დეკემბერში საქართველოს პარლამენტის მიერ. 2015-2020 წლის გეგმის მიხედვით ქვეყანა ორიენტირებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პოლიტიკის შედეგიანობასა და მომსახურებების ხარისხის განვითარებაზე. დასახული მიზნის მისაღწევად გამოიყოფა შემდეგი ამოცანების განხორციელების აუცილებლობა:

1. ადამიანის უფლებათა დაცვა და ადამიანის ღირსების პატივისცემა
2. თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა
3. შემწყნარებლობა და სოციალური ინკლუზია

სტრატეგიის მიხედვით ეს ყველაფერი კი შემდეგი მიდგომებითა და პრინციპებით უნდა გადაიჭრას:

- ბალანსირებული მოვლა - როგორც სტაციონარული, ისე თემზე დაფუძნებული ზრუნვა, რომელიც არ შელახავს პაციენტისა და მათი ოჯახის ინტერესებს
- ინტეგრაცია - პაციენტის იზოლაციის ნაცვლად, მისი საზოგადოებაში ინტეგრაცია
- კვალიფიციური კადრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მომარაგება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის შიდა კონტროლი
- ინდივიდუალური დასაქმებისა და მხარდაჭერის პროგრამები
- საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება (სტიგმის შემცირება) .

ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2015-2020 წლის სტრატეგიის მიხედვით სტრატეგიული პრიორიტეტებია

## 1. სახელმწიფო მმართველობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის (მიმდინარეობისა და შედეგების) კოორდინაციისა და ზედამხედველობის სპეციალური ერთეულის ფუნქციონირება.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გაუმჯობესება.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიმწოდებელთა (ამბულატორიული, სტაციონარული და სხვა) პასპორტიზაციის პროცესის სრულყოფა.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის ჰარმონიზაცია საერთაშორისო კანონმდებლობასთან.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტური მექანიზმების შემუშავება.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის კონტროლისა და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემური მექანიზმის შექმნა და დანერგვა.
- უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებსა და საუკეთესო პრაქტიკაზე დაფუძნებული პროტოკოლებისა და გაიდლაინების შემუშავება (მათ შორის პჯდ-სა და პენიტენციური სისტემისთვის).

## 2. ადამიანური რესურსების განვითარება

- ადამიანური რესურსების/კადრების საჭიროების იდენტიფიცირება.
- ადამიანური რესურსების განვითარების გრძელვადიანი სტრატეგიის შემუშავება.
- სტუდენტთა მოტივირება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეზიდენტთა და შესაბამისი დარგის მაგისტრანთა რაოდენობის გაზრდა.
- პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობების გაზრდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიკაციისა და მართვის საკითხებში.

## 3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები მიწოდება

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული სერვისების (ბავშვთა და მოზარდთა ჩათვლით) გარდაქმნა სათემო სერვისებად და ამ სერვისების გაფართოება, მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნა და სათემო სერვისებისთვის დაფარვის ზონების/მოცვის არეალის განსაზღვრა.
- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სამსახურის განვითარება, ფსიქოსოციალური დახმარების დიფერენცირებული პროგრამების შემუშავება როგორც მოზრდილთათვის, ასევე ბავშვთა და მოზარდთათვის.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის შემუშავება.
- დასაქმების ხელშემწყობი სერვისების კონცეფციის შემუშავება.
- ადამიანის უფლებების დაცვის გაუმჯობესება და გაძლიერება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში.

#### 4. ფსიქიკური ჯანმრთელობა პენიტენციურ სისტემაში

- პენიტენციურ სისტემაში პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების შეფასება და საჭიროებათა კვლევა.
- ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ინტეგრირებული, ერთიანი პროგრამის შექმნა.
- პენიტენციურ სისტემაში ინტეგრირებული, ერთიანი პროგრამის დანერგვა.

#### 5. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება

- საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, დამოკიდებულების შეცვლა/სტიგმის შემცირება.
- საზოგადოების მობილიზაციის (ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ განათლების და ცნობიერების ასამაღლებლად) გრძელი და მოკლევადიანი სტრატეგიების შემუშავება.
- სტიგმის შესამცირებლად საინფორმაციო - საგანმანათლებლო ღონისძიებების განხორციელება.

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების შემუშავება ბაღებში, საჯარო სკოლებსა და სამუშაო ადგილებზე.
- ძალადობის პრევენციის პროგრამის შემუშავება.
- სუიციდის პრევენციის პროგრამების შემუშავება.
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების მათი ოჯახის წევრების ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში.
- მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლების ცოდნის ამაღლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკის საკვანძო საკითხებში, ტრენინგის მასალების მომზადება და ჩატარება. (საქართველოს პარლამენტი, 2013)

## 2.6 საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ

ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის მიზანია უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და აღნიშნულ პირთა უფლებების დაცვა. კანონი უზრუნველყოფს ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა სამედიცინო და სოციალურ დახმარებას, იცავს მათ უფლებებსა და ინტერესებს და ასევე იცავს საზოგადოებას ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა საზოგადოებრივად საშიშ ქმედებებისგან. კანონი განსაზღვრავს ფსიქიატრიული სამსახურის მუშაკთა და იმ პირთა უფლებებს და მოვალეობებს, რომელთაც უშუალო კავშირი აქვთ ფსიქიკურად დაავადებულ პირებთან. კანონის მიხედვით:

მუხლი 3. პაციენტის ძირითადი უფლებები და დაცვის გარანტიები

1. პაციენტი სარგებლობს ყველა იმ კონსტიტუციური უფლებით, რომლითაც საქართველოს სხვა მოქალაქეები, თუ ცნობილი არ არის არაქმედუნარიანად.

2. პაციენტს გარანტირებული აქვს:

- ა) ჰუმანური დამოკიდებულება, რომელიც გამორიცხავს პიროვნების ღირსების შეურაცხმყოფელ ყოველგვარ მოქმედებებს;
- ბ) მკურნალობა მინიმალურად შეზღუდულ პირობებში და იმ მეთოდებით, რომლებიც შემუშავებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ;
- გ) მკურნალობა აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, შეძლებისდაგვარად ავადმყოფის ან მისი ახლობლების საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს;
- დ) ინფორმაციის მიღება თავისი დაავადებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ; მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება, თუ აქვს უნარი მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება. თუ პაციენტის ასაკი არ აღემატება 16 წელს, ან არა აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ასეთი ინფორმაციისა და გადაწყვეტილების მიღების უფლება აქვთ მის მშობლებს ან მეურვეს;
- ე) ადვოკატის დახმარების მიღების უფლება. ფსიქონერვოლოგიური დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია პაციენტის ადვოკატს წარუდგინოს პაციენტზე არსებული ყველა სახის დოკუმენტაცია; უზრუნველყოს ადვოკატის შეხვედრა მასთან პერსონალის ან სხვა მოწმეების გარეშე. გამონაკლისია ის შემთხვევები, როდესაც პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა არ იძლევა ამის შესაძლებლობას;
- ვ) საჩივრისა და განცხადების შეტანა სასამართლო, სახელმწიფო ორგანოებში და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში, ფსიქიატრის მიწვევა სამართლებრივი საკითხების განხილვისას;
- ზ) არჩევნებში მონაწილეობის უფლება და უფლება დამოუკიდებლად ეწეოდეს სამეურნეო საქმიანობას, თვითონ განაგებდეს თავის ქონებას, თუ იგი სასამართლოს მიერ აღიარებული არ არის არაქმედუნარიანად;
- თ) არაფსიქიატრიულ დაწესებულებებში შესაბამისი სამედიცინო დახმარების მიღების უფლება;
- ი) უფლება ისარგებლოს ყველა სახის სოციალური დაცვით;

კ) უფლება ისარგებლოს სანატორიული და საკურორტო მომსახურებით.

მუხლი 4. პაციენტის უფლებათა ნაწილობრივი შეზღუდვა

1. პაციენტის შეურაცხადად ან არაქმედითუნარიანად ცნობა შეუძლია მხოლოდ შესაბამისი სასამართლოს შესაბამისი კანონმდებლობის საფუძველზე.
2. პაციენტის პროფესიულ ვარგისიანობას განსაზღვრავს ექიმთა შრომითი-საექსპერტო კომისია.
3. დაუშვებელია პაციენტის შეზღუდვა დასმული დიაგნოზის საფუძველზე. ნებისმიერი შეზღუდვა უნდა ემყარებოდეს არა დაავადების ზოგად განსაზღვრას, არამედ კონკრეტულად პირის ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებას. (საქართველოს პარლამენტი, 1995)

## 2.7 საქართველოში მოქმედი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების შეფასება

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიერ ჯანმრთელობის უფლების რეალიზების პროცესში სახელმწიფოს მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტის ზრდის დადებითი ტენდენციის მიუხედავად, დარგის სათანადო განვითარება ქვეყნისთვის კვლავ სერიოზულ გამოწვევად რჩება.

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტისა და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმით“ გათვალისწინებული ღონისძიებების მონიტორინგმა ცხადყო, რომ პრაქტიკაში მისი დროული აღსრულება პრობლემებთან არის დაკავშირებული.

სახალხო დამცველის 2018 წლის ანგარიშის მიხედვით „2018 წელს გარკვეული ნაბიჯები გადაიდგა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარების მიმართულებით. კერძოდ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის

პროგრამების მთლიანი ბიუჯეტიდან ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობამ გადააჭარბა სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულ შუალედურ მიზანს და 2018 წელს 34%/66% შეადგინა. გაიზარდა თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების რაოდენობა და გაფართოვდა მათი მოცვის გეოგრაფიული არეალიც. 2019 წლის ბოლოსთვის დაგეგმილია მობილური გუნდების რაოდენობის 31-მდე გაზრდა. თუმცა, კვლავ დაბალია სხვა ჰოსპიტალ-გარე არსებული სერვისების დაფინანსება“.

სახალხო დამცველის ანგარიშის მიხედვით, კვლავ პრობლემურია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის უწყვეტობის საკითხი. 2018 წლისთვის ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ამბულატორიულ/სათემო სერვისებში პაციენტთა მხოლოდ 37% ჩაერთო, რაც ასევე მიუთითებს ჰოსპიტალგარე არსებული სერვისების გაძლიერების საჭიროებას. ანგარიშის მიხედვით დაგვიანებით დაიწყო მუშაობა და დღემდე არ დამტკიცებულა სუიციდის პრევენციის პროგრამა, რომლის დამტკიცებაც და განხორციელებაც ჯერ კიდევ 2016 წლისთვის იყო დაგეგმილი. კვლავ არ შეინიშნება ცვლილებები სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე დაფუძნებული სერვისების განვითარების მიმართულებით. ასევე არ გაზრდილა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების რაოდენობა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობით.

სახალხო დამცველის 2018 წლის ანგარიშის მიხედვით „საანგარიშო პერიოდში ფაქტობრივად არ გადადგმულა ნაბიჯები ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის საერთაშორისო სტანდარტებთან ჰარმონიზების მიზნით. ცვლილებები არ განხორციელებულა არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების პროცედურების საერთაშორისო რეგულაციებთან მისადაგების მიმართულებითაც. კვლავ გამოწვევად რჩება ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე თანხმობის გაცხადების პროცესში პაციენტის ინფორმირების და მისი ნების ნამდვილობის დადგენა“.

ანგარიშის მიხედვით 2018 წელს გარკვეული ნაბიჯები გადაიდგა სტაციონარული ფსიქიატრიული დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის რეაბილიტაციის მიმართულებით, თუმცა არასათანადო ინფრასტრუქტურა და არაკეთილსაიმედო საცხოვრებელი პირობები

კვლავ გამოწვევად რჩება ქვეყანაში მოქმედ სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. აქვე უნდა ითქვას, რომ პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობების გარკვეულწილად გაუმჯობესების მიუხედავად, დიდი ზომის დაწესებულებებში ცხოვრება მათი უფლებების დაცვის მაღალ ხარისხად ვერ ჩაითვლება. ცალსახად უარყოფითად უნდა შეფასდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის არარსებობა. აღნიშნული სტრატეგია, რომელიც ჯერ კიდევ 2016 წელს უნდა შემუშავებულიყო, საფუძვლად უნდა დაედოს ჰოსპიტალური სერვისების თანამედროვე, თემზედაფუძნებული მომსახურებით ჩანაცვლებას. არსებული ინფორმაციით, მხოლოდ 2018 წლის დეკემბერში დაიწყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების კარტირების გეგმის შემუშავება, რომელიც საფუძვლად დაედება დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიას.

სახალხო დამცველის ანგარიშის მიხედვით საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ფსიქიატრიის დარგის ადამიანური რესურსებით უზრუნველყოფის თვალსაზრისით ხელშესახები ცვლილებები არ განხორციელებულა. ქმედითი ნაბიჯები არ გადადგმულა ასევე დარგის სუბ სპეციალობაში - ბავშვთა ფსიქიატრიაში მომუშავე ადამიანური რესურსების გაზრდის მიმართულებით. არ დასრულებულა მუშაობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე ადამიანური რესურსების განვითარების გრძელვადიან სტრატეგიაზე. ასევე 2018 წელს არ გაზრდილა პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენისა და მართვის საკითხებში.

სახალხო დამცველის ანგარიშში ყურადღება გამახვილებულია ასევე იმის შესახებ, რომ არადაამაკმაყოფილებელია საანგარიშო პერიოდში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების, დამოკიდებულების შეცვლის და სტიგმის შემცირების მიზნით გატარებული ღონისძიებები. არ დამტკიცებულა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ განათლებისა და ცნობიერების ამაღლების 2017–2020 წლების სტრატეგიული გეგმა. ასევე კვლავ არ არის შემუშავებული საზოგადოების მობილიზაციის

გრძელვადიანი და მოკლევადიანი სტრატეგიები ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ განათლებისა და ცნობიერების ასამაღლებლად.

ანგარიშის მიხედვით ქვეყანაში მოქმედი საკანონმდებლო რეგულაციებისა და პროგრამების შესაბამისად, ხშირ შემთხვევაში ვერ ხერხდება პაციენტებისათვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, კერძოდ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები ვერ იღებენ საჭირო სერვისებს, რადგან ნარკოლოგიური სამსახურები მზად არ არიან შესაბამისი დახმარების აღმოსაჩენად, ფსიქიატრიულ სამსახურებს კი ამ მდგომარეობების მართვის კომპეტენცია არა აქვთ.

სახალხო დამცველის ანგარიშში ყურადღება გამახვილებულია იმ ფაქტზეც, რომ ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების მიმღებ პაციენტთა შემთხვევაში მწვავედ დგას სომატური ჯანმრთელობის სერვისების მისაწვდომობის პრობლემაც. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიატრიული სტაციონარული დაწესებულებების ნაწილს გაფორმებული აქვს მომსახურების მიწოდების შესახებ ხელშეკრულებები ჯანდაცვის სფეროს სხვადასხვა სპეციალისტთან (ოჯახის ექიმი, ქირურგი, სტომატოლოგი, გინეკოლოგი და სხვ.), მათი მუშაობის გრაფიკი და იმ პაციენტთა მცირე რაოდენობა, რომელთაც წლის განმავლობაში მიიღეს საჭირო მომსახურება, კითხვებს აჩენს. ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სომატური ჯანმრთელობის არსებული მომსახურებები არ არის ორიენტირებული პრევენციაზე. ფსიქიატრიული დაწესებულება პაციენტთა გადამისამართება/გადაყვანას შესაბამისი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში, უმეტესად მხოლოდ პაციენტის მდგომარეობის უკიდურესად გამწვავების შემთხვევაში, გადაუდებელი აუცილებლობისას მიმართავს. ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებებში სომატური ჯანმრთელობის სერვისის მიწოდებისას, არ არის ჩამოყალიბებული ერთგვაროვანი მიდგომა, რაც დაწესებულების შიდა ინსპექტირებისა და მონიტორინგის მექანიზმის არარსებობის პირობებში ეჭვქვეშ აყენებს სომატური ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით მიწოდებული სერვისის ეფექტიანობას. ამასთან, პრობლემურია სომატური ჯანმრთელობის სამკურნალოდ ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენა, რადგან ეს საყოველთაო ჯანდაცვისა და ფსიქიკური

ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში არ ფინანსდება. პაციენტები, რომელთაც არ აქვთ ოჯახის მხარდაჭერა და არ იღებენ სოციალურ პაკეტს, უზრუნველყოფილი არ არიან შესაბამისი დახმარებით. სომატური ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით, კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში იმყოფებიან სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების მიმღები ქალები. დაწესებულებებში არ არსებობს ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პრაქტიკა. სახალხო დამცველის აპარატმა დაიწყო ამ კუთხით არსებული მდგომარეობის შესწავლა, რის შედეგადაც დადასტურდა, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მყოფ ქალ პაციენტთა უმრავლესობა არ ფლობს ინფორმაციას ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითად ასპექტებზე. მენეჯმენტი და სამედიცინო პერსონალი დასახელებულ საკითხზე ყურადღებას არც სამედიცინო სერვისის მიწოდების კუთხით ამახვილებს და არც ინფორმირების. ადმინისტრაცია და პერსონალი ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას მათ მიერ გასაწევი მომსახურების მნიშვნელოვან კომპონენტად არ აღიქვამს.

## 2.8 ფსიქიკური პრობლემებისადმი საქართველოს მოსახლეობის დამოკიდებულების შეფასება

როგორც უკვე ავლინშნეთ, საქართველოში ერთ-ერთი უდიდესი გამოწვევა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისათვის არის დისკრიმინაცია და საზოგადოების ცნობიერების დაბალი დონე. სწორედ ამიტომ, 2015 წლის მაისი-ივნისის პერიოდში ზრდასრული მოსახლეობის გამოკითხვა ჩატარდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაკვეთით, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ ფარგლებში, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებისთვის ღონისძიებათა დაგეგმვის მიზნით. კვლევაში „დამოკიდებულება ფსიქიკური პრობლემებისადმი საქართველოში“ გამოყენებულია დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის მიერ

შემუშავებული მეთოდოლოგია, რომლის საფუძველზეც 1997 წლიდან ინგლისში რეგულარულად ფასდება მოსახლეობის განწყობა ფსიქიკური პრობლემების საკითხებთან დაკავშირებით. კვლევის ფარგლებში საქართველოს მასშტაბით პირისპირ ინტერვიუს მეთოდით და ანონიმურობის დაცვით 1000 ზრდასრული ასაკის რესპოდენტი, შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით გამოიკითხა, 32 სხვადასხვა რაიონიდან. სქესობრივი და განათლების მხრივ გადანაწილება თითქმის თანაბარი იყო.

გამოკითხვა ჩატარდა კითხვარით, რომელიც შედგებოდა ფსიქიკური პრობლემების მიმართ დამოკიდებულების 29 ძირითადი დებულებისგან, რომლებიც შემდეგ კატეგორიებში ერთიანდებოდნენ:

1. ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებული შიში და გარიყულობა
2. ფსიქიკური პრობლემების მიმართ ემპათია და ტოლერანტობა
3. ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების თემში ინტეგრაცია
4. ფსიქიკური აშლილობების მიზეზები და ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების საჭიროებები

ასევე საინტერესოა ის ფაქტი, რომ საქართველოს კვლევაში მიღებული შედეგები შედარებულია დიდი ბრიტანეთის შედეგებს.

პირველი ფაქტორის შიშისა და გარიყულობის კვლევამ აჩვენა, რომ საქართველოში ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება მკვეთრად არის გამოხატული. შედეგი თითქმის 2-ჯერ აღემატება ბრიტანეთის მონაცემებს. ასევე კვლევამ ცხადყო, რომ ქალები და ხანშიშესული ადამიანები უფრო ფრთხილად, შიშით და ნაკლები მიმდებლობით გამოირჩევიან. ერთ-ერთი რესპოდენტი აღნიშნავს „სულელი უნდა იყოს ქალი, რომ ისეთ კაცს გაყვეს ცოლად, რომელსაც ფსიქიკური პრობლემა ჰქონდა წარსულში, მაშინაც კი, როდესაც იგი სრულიად ჯანმრთელად გამოიყურება“. რაც შეეხება განათლების დონეს, უმაღლესდამთავრებული ადამიანები საშუალო განათლების მქონე ადამიანებისგან განსხვავებით არ თვლიან, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირები დაუყოვნებლივ იზოლაციას საჭიროებენ.

კვლევის მიხედვით წინა პუნქტის განსხვავება საქართველოსა და დიდ ბრიტანეთს შორის მაღალი იყო, თუმცა რამდენადაც გასაკვირი უნდა იყოს, ემპათიისა და ტოლერანტობის დონე ფსიქიკური აშლილობის მიმართ ვერბალურად მაღალია და თითქმის თანაბარია ორივე ქვეყანაში. აგრეთვე აღსანიშნავია, რომ რაიონის მოსახლეობამ დედაქალაქთან შედარებით მეტი ემპათია გამოავლინა. მაგრამ ასევე აღნიშნავდნენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონეები ხშირად დაცინვის ობიექტები არიან და უმჯობესია დახმარება თემში განხორციელდეს.

რაც შეეხება თემში ინტეგრაციის დებულებას, კვლევის მიხედვით საზოგადოების უმეტესობა მიიჩნევს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისათვის საუკეთესო თერაპია, სოციუმში ჩართულობაა, თუმცა უმატებდნენ იმასაც, რომ მათ არ უნდა ჰქონდეთ დასაქმების ისეთივე შესაძლებლობა, როგორც სხვა ადამიანებს. საქართველოს მოსახლეობამ ასევე აღნიშნა, რომ ფსიქიკური აშლილობა სხვა დაავადებების მსგავსი არ არის, რაც ინგლისის შედეგთან შედარებით ძალიან დაბალია. (ინგლისი 77%-საქართველო 31,3%). საქართველოს მოსახლეობის უმეტესობა ასევე მიიჩნევს, რომ ფსიქიკურ სფეროში არსებული სერვისები დამაკმაყოფილებელია.

და ბოლოს, კვლევის მაგალითზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ :

1. საქართველოს მოსახლეობის შიში და მიუღებლობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მიმართ მნიშვნელოვნად მაღალია და თითქმის ორჯერ აღემატება იმ ქვეყნების მონაცემებს, სადაც სათემო სერვისებია განვითარებული;
2. გამოხატული ემპათიის და ტოლერანტობის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ მოსახლეობაში მაღალია შიში და მიუღებლობა, განსაკუთრებით სოფლის მოსახლეობასა და ხანდაზმულ პირებში.

3. საზოგადოებაში ინტეგრაციას გამოკითხულთა დიდი ნაწილი მნიშვნელოვნად მიიჩნევს, თუმცა ძალიან მცირე პროცენტი თვლის, რომ მათ დასაქმების ისეთივე უფლებები უნდა ჰქონდეთ, როგორც ნებისმიერ სხვა ადამიანს.
4. განათლების დონე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენდა ემპათიისა და ტოლერანტობის ხარისხზე და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მიმართ პოზიტიურ დამოკიდებულებას უწყობდა ხელს. თუმცა, განათლების დონე არ კორელირებდა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების ცოდნასა და გაცნობიერებასთან და შესაბამისად არ განსაზღვრავდა დასაქმების უფლებებისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის მიმართ დადებით ხედვას.
5. გამოკითხულთა თითქმის ნახევარი დარწმუნებულია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისთვის საკმარისი სერვისებია ქვეყანაში და იზოლირებული ინსტიტუციები არ არის მოძველებული ფორმა მათ სამკურნალოდ.
6. სოციალური სტატუსი, ოჯახის მატერიალური მდგომარეობა და საქმიანობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ დამოკიდებულებაზე, პრაქტიკულად არანაირ გავლენას არ ახდენს.

(საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო , 2015)

## დასკვნა

თემის ირგვლივ არსებული ლიტერატურული წყაროების აღწერისა და ანალიზის შედეგად დადგინდა:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების რიცხოვნობა ყოველწლიურად მატულობს.
2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები მრავალი გამოწვევისა და პრობლემის წინაშე არიან, როგორებიცაა: საჭირო რესურსების ნაკლებობა, მომსახურების დაბალი ხარისხი, ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბარიერები, სტერეოტიპები და სხვა.
3. დადებითად უნდა შეფასდეს ის ფაქტი, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი მატულობს უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში, მაგრამ კვლავ უფრო მეტი დაფინანსება აქვს ჰოსპიტალურ მომსახურებას არაჰოსპიტალურთან შედარებით.
4. დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია არ ხორციელდება.
5. კვლავ დიდი გამოწვევაა ადამიანური რესურსის ნაკლებობა და მათი კვალიფიკაცია.
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტითა და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებული აქტივობების შესრულება დაგვიანებით და ნელი ტემპით მიმდინარეობს.
7. შეფერხებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის საერთაშორისო სტანდარტებთან ჰარმონიზაციის პროცესი.
8. არ განხორციელებულა ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ განათლების და ცნობიერების ამაღლების მიზნით საზოგადოების მობილიზაციის გრძელვადიანი და მოკლევადიანი პროგრამების შემუშავება.

## თავი 3. მცირე მასშტაბის კვლევა საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებების და არსებული რესურსების შეფასების შესახებ

### 3.1 კვლევის დიზაინი

„საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს მქონე პირთა საჭიროებები და არსებული რესურსები“

#### პრობლემის აქტუალობა

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა რიცხვი წლების განმავლობაში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება. ეს ადამიანები უამრავი გამოწვევისა და პრობლემის წინაშე არიან, როგორებიცაა: დაბალი ხარისხის მომსახურებები, მომსახურებების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა, საზოგადოების მხრიდან სტიგმა და დისკრიმინაცია, საზოგადოებაში ინტეგრაცია და ა.შ.

მართალია საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაფინანსება ყოველწლიურად მატულობს, თუმცა არსებული ფინანსები ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურებისთვის საჭირო ხარჯებს. ამის გამო, ნაკლებად გამოიყენება ძვირადღირებული და ახალი თაობის მედიკამენტები. საქართველო სტაციონარულ მომსახურებაზე ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების დიდ წილს (71%). დაბალია ჰოსპიტალ-გარეშე სერვისების დაფინანსება. სახელმწიფოსთვის კვლავ პრიორიტეტულ საკითხად სტაციონარული მომსახურების დაფინანსება რჩება, ხოლო თემზე დაფუძნებული მომსახურებების და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისათვის გამოყოფილი თანხები საკმაოდ მწირია.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის კონცეფციის მიხედვით: „ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული განსხვავებულობა ჩვეულებრივი მოვლენაა და იგი არ შეიძლება იქცეს ადამიანებს შორის ურთიერთობისას დისკომფორტისა და დისკრიმინაციის წყაროდ“.

თუმცა, საზოგადოება ხშირად ნეგატიურად არის განწყობილი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ. საქართველოში ჯერ კიდევ არ არის მიმღებლობის მაღალი მაჩვენებელი, რის გამოც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები დისკრიმინაციისა და გარიყვის მსხვერპლნი ხდებიან. ზემოთ ჩამოთვლილი პრობლემები კი, ხელს უშლის მათ კეთილდღეობის ხარისხს.

### **კვლევის მიზანი და ამოცანები**

კვლევის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების საჭიროებების და ამ საჭიროებების დაკმაყოფილებისთვის არსებული რესურსების ანალიზი. ასევე სახელმწიფოს მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურების მიდგომების შეფასება.

კვლევის მიზნიდან გამომდინარე დასმული იყო შემდეგი სახის ამოცანები

1. დავადგინოთ რა ძირითადი სირთულეების წინაშე დგანან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები საქართველოში.
2. რამდენად აკმაყოფილებს საქართველოში არსებული რესურსები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების საჭიროებებს და ხელმისაწვდომია თუ არა იგი ყველა მათგანისათვის.
3. რა ნაბიჯები იდგმება სახელმწიფოს მხრიდან და როგორია მათი ხედვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა სოციალიზაციისთვის.

### **კვლევის ჰიპოთეზა**

სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობისას მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე გამოითქვა ვარაუდი, რომ საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე

პირები მრავალი პრობლემისა და საჭიროების წინაშე არიან, თუმცა ქვეყანაში არსებული რესურსები ადეკვატურად ვერ პასუხობს მათ საჭიროებს. სწორედ სფეროში არსებული რესურსების სიმცირე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მომსახურების ხარისხზე და მათ მდგომარეობაზე.

### **კვლევის მეთოდოლოგია**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული გამოწვევების და რესურსების სიღრმისეული ანალიზისთვის მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული ხარისხობრივი კვლევის ჩატარება, კერძოდ სიღრმისეული ინტერვიუების ჩატარება ექსპერტებთან და სერვისის მიმწოდებლებთან. კვლევის პროცესში გამოყენებულ იქნა დელფის ანალიტიკური მეთოდი. კვლევა ჩატარდა სამ ეტაპად. პირველ ეტაპზე მოხდა სადისკუსიო გეგმის ფორმულირება და შეთანხმება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ეთიკის კომისიასთან. მეორე ეტაპზე - რესპონდენტთა ინტერვიუება. მესამე ეტაპზე - ინტერვიუების ტრანსკრიპტების შესრულება, ანალიზი და შედეგების საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

### **სამიზნე ჯგუფი**

კვლევის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე ექსპერტები და სერვისის მიმწოდებლები. სულ გამოიკითხა 10 რესპოდენტი, 6 მდედრობითი სქესის და 4 მამრობითი სქესის წარმომადგენელი. კვლევა ჩატარდა თბილისში. ექსპერტების შერჩევის კრიტერიუმებად განისაზღვრა შემდეგი მახასიათებლები:

1. სამუშაო გამოცდილება (10 წელზე ზევით)
2. აკადემიური ხარისხი

### 3. აღიარება

კვლევის კითხვარი შედგებოდა 19 კითხვისგან.

#### კვლევის შეზღუდვები

გამომდინარე იქიდან, რომ კვლევის პროცესში გამოყენებულ იქნა თვისებრივი კვლევის მეთოდი, რასაკვირველია კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები არ იქნება რეპრეზენტატული. ასევე შეზღუდულია ადამიანური და დროითი რესურსი. კვლევა ჩატარდა მხოლოდ ერთი სტუდენტის მიერ, ამიტომაც 10-ზე მეტ ადამიანთან ინტერვიუს ჩატარება, გამოკითხვა და მათი მონაცემების ანალიზი იქნებოდა სირთულეებთან დაკავშირებული.

## 13.2 კვლევის შედეგები

### გარემოსადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები ცხოვრობენ

ინტერვიუების შედეგად გამოიკვეთა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს უამრავი გამოწვევითა და პრობლემით სავსე გარემოში უწევთ ცხოვრება. პირველ რიგში რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა საუბრობს საზოგადოებაში გავრცელებულ არასწორ, მცდარ შეხედულებზე, რომლებიც ხელს უწყობს ამ ადამიანების მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავრცელებას. რესპონდენტები საუბრობენ, რომ ხშირ შემთხვევაში საზოგადოებას არ აქვს სათანადო ინფორმაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და არსებობს ბევრი სტერეოტიპი, რაც ხელს უშლის ამ ადამიანების მდგომარეობის გაუმჯობესებას. სოციალური მუშაკი სწორედ ამ საკითხთან დაკავშირებით იხსენებს: „ჩვენს პროგრამაში ყოფილა სტიგმის მაგალითები, მაგ. მშობელს დაურეკავს რომ

ესაჭიროება ფსიქოლოგი, თუმცა ისეთ სიმპტომატიკას ასახელებდა, რაც ფსიქიატრის გარეშე ვერ იმართებოდა მისი პრობლემა. როდესაც ფსიქიატრი გაიგო მშობელმა აგრესიულად მიპასუხა ფსიქიატრი ჩემს შვილს არ სჭირდებაო. ასევე, როდესაც პაციენტი სკოლაში მიდის, მშობლები ხშირად სკოლის პერსონალის ინფორმირებისგან თავს იკავებენ იმის შესახებ, რომ მისი შვილი ფსიქოლოგთან დადის, ან წამალს იღებს. ეს შემთხვევები რა თქმა უნდა ცუდ გავლენას ახდენს ბავშვზე, რადგან პაციენტს რომელსაც სკოლაში ქცევის პრობლემა აქვს აუცილებლად ესაჭიროება ინდივიდუალური თერაპიის გარდა, სკოლაშივე ინფორმაციის დაზუსტება და მუშაობა. როდესაც ამაზე უარს აცხადებს დედა სტიგმის გამო, შედეგზეც აისახება ეს ყველაფერი“.

რესპონდენტების გადმოცემით არსებობს ხედვა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები არიან არაპროგნოზირებადები. მათგან მოსალოდნელია აგრესიული, სხვების მიმართ დამაზიანებელი ქცევის განხორციელება და ამიტომ საფრთხილოა მათთან ურთიერთობა. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს: „როდესაც უკვე დიაგნოზი გაქვს განაპირობებს ეს უფლებების რღვევას. ჩემთვის თუ შეიძლება სახლში ყვირილი, ან თუნდაც მეზობელთან ყვირილი, ან რაღაც მსგავსი აფექტური ქცევა, ამაზე არავის რეაქცია არ ექნება, ჩაითვლება ნორმალურ ქცევად. ზუსტად იგივე რომ ჩაიდინოს დიაგნოზის მქონე პირმა, პირდაპირ ჩასვამენ და მოარბენინებ აქ. ანუ მათ უხასიათობის გამოხატვის უფლებაც არ აქვთ. ხშირია ასეთი შემთხვევები და ამას ემატება ისიც რომ აქედან წაყვანა არ უნდათ. ნახევარი პაციენტები უნდა იყვნენ გარეთ, მაგრამ ზოგს საცხოვრებელი არ აქვს, ზოგს უსინდისო პატრონები ჰყავს და ა.შ.“

რესპონდენტები ასევე აღნიშნავენ, რომ კლინიკის გარეთ უფრო გაჭირვებულად ცხოვრობენ ეს ადამიანები, უჭირთ საბაზისო მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება. ერთ-ერთი რესპონდენტი ინტერვიუს დროს აღნიშნავს „პაციენტს რომ 100 ლარს აძლევენ პენსიას, რომელიც ქმედუუნაროა ცხადია იგი ვერ იქნება უზრუნველყოფილი“.

## ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების პრობლემები და საჭიროებები

რესპონდენტების გადმოცემით დღესდღეობით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები მრავალი პრობლემისა და საჭიროების წინაშე არიან მთელ მსოფლიოში. ისინი საუბრობენ ისეთ პრობლემებზე, როგორცაა:

### 1. ოჯახის წევრების და ახლობლებების თანადგომა

ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს: „ყველა ის საჭიროება აქვს რაც ყველა ადამიანს, ვფიქრობ რომ განსაკუთრებით სჭირდებათ სიყვარული და ერთგულება მათი დაუცველი მდგომარეობის მიმართ. ასევე მნიშვნელოვანია ძლიერი ოჯახი, ოჯახის წევრების ინფორმირებულობა, ოჯახის წევრების შესაძლებლობა, მათი ინტელექტუალური და ემოციური ამტანობა, პაციენტების ქრონიკული მდგომარეობის მიღება და მოთმინებით ატანა, მათი გაგება. ზოგჯერ ახერხებს ამას ოჯახი, ზოგჯერ ვერა. ეს ძალიან ინდივიდუალური ამბავია, დამოკიდებულია ჯიბეზე, გონებაზე და სულიერ მდგომარეობაზე“.

### 2. საზოგადოებაში ინტეგრაცია

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ სოციუმში როგორც ჩაერთვებიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები იმის მიხედვით აქვთ პრობლემებიც. რესპონდენტების აბსოლიტური უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ამ ადამიანებს უჭირთ სოციუმში თავის დამკვიდრება საკუთარი დიაგნოზიდან გამომდინარე. საკუთარ თავში ჩაკეტილები ხდებიან და საკუთარ პრობლემაზე მიჯაჭვულები.

### 3. საზოგადოების არაინფორმირებულობა

ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რესპონდენტები ასახელებენ საზოგადოების არაინფორმირებულობას და მიმღებლობის არარსებობას ფსიქიკური პრობლემების და ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების მიმართ. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „მათ ქცევაზე არასწორი რეაგირება მიკრო თუ მეზო დონეზე, იქნება ეს სკოლა, ბაღი, სოციალური გარემო, ოჯახი თუ სხვა. მნიშვნელოვანია ყველა იმ სფეროში, სადაც პაციენტი იმყოფება იცოდნენ ქცევაზე სწორი რეაგირება, რათა უფრო არ განუმტკიცდეს პაციენტს მისი პრობლემა“.

4. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების არაინფორმირებულობა საკუთარი დიაგნოზისა და სიმპტომების შესახებ.

რესპონდენტების გადმოცემით ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმაზე, რომ მოხდეს თავად პაციენტის ინფორმირება როგორ ამოიცნოს გამწვავების ნიშნები და როგორ მართოს სიმპტომები, რათა მან შეძლოს მაქსიმალურად საზოგადოებაში ჩართვა.

5. სოციალური უზრუნველყოფა

რესპონდენტების აზრით სოციალური უზრუნველყოფა უნდა იყოს მინიმალურ დონეზე მაინც დაკმაყოფილებული. საპენსიო შემოსავალი უნდა გაიზარდოს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „ალბათ პირველ რიგში ფინანსური პრობლემები აქვთ. ჩვენთან კი უფასოა მკურნალობა, მაგრამ მკურნალობის გარდა სხვა საჭიროებებიც აქვთ მათ. დაბალი პენსიებია და ვფიქრობ ფინანსურად უჭირთ ამ ადამიანებს“.

6. სერვისების ნაკლებობა.

რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის მნიშვნელოვანია სხვადასხვა ტიპის სერვისების შექმნა, როგორებიცაა: საოჯახო საცხოვრისები, თემზე დაფუძნებული სერვისების გაფართოება, ასერტული მომსახურება, რომელიც მწვავე პაციენტებს თემში სთავაზობს მომსახურებას. რესპონდენტების აზრით საჭიროა ალტერნატიული ზრუნვის დაწესებულებები, ეგრეთ წოდებული „შელტერები“, სადაც ერთად იქნებიან ეს ადამიანები. ერთ-ერთი რესპონდენტი

აღნიშნავს „შესაბამისი სერვისების ნაკლებობაა. სტაციონარში ცხოვრობენ პირები, რომელთაც არ აქვთ საცხოვრისი. შესაბამისად ისინი იკავებენ სხვა სტაციონარის მომსახურების საჭიროების მქონე პირთა ადგილებს. მათ კი, ვინც წლობით ცხოვრობს სტაციონარში, საზოგადოებაში სრულფასოვანი ფუნქციონირების საშუალება არ აქვთ“.

## 7. დასაქმება

რესპონდენტების გადმოცემით რამოდენიმე პაციენტს აქვს სურვილი რომ დასაქმდეს, მაგრამ ვერ მუშაობს გამომდინარე იქიდან რომ დამსაქმებელი თავს იკავებს ან საერთოდ არ არის თანახმა ჰყავდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე თანამშრომელი. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ კარგი იქნებოდა სპეც საწარმოები, სადაც ეს ადამიანები მარტივ საქმიანობებს შეასრულებდნენ.

## რესურსები

### ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული მატერიალური რესურსი

რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მატერიალური რესურსი არასაკმარისია. მიუხედავად წინა წლებთან შედარებით გაზრდილი ბიუჯეტისა, მათი აზრით არსებული დაფინანსება მაინც ვერ პასუხობს ადეკვატურად პაციენტთა საჭიროებებს და მხოლოდ ძირითად და ბაზისურ საჭიროებებს აკმაყოფილებს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „ნამდვილად არასაკმარისია იმიტომ რომ ჯერ ერთი თერაპიული მედიკამენტების ნაკლებობაა სერიოზული, არჩევანი არ არის მედიკამენტებზე“.

რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ ასევე ინფრასტრუქტურის მდგომარეობის შესახებ. მათი აზრით სტაციონარი უნდა იყოს უფრო მეტად კეთილმოწყობილი, რადგან არსებული მდგომარეობა არ შეესაბამება ნორმალურ მდგომარეობას. მათი აზრით სტაციონარიდან გასულ პაციენტსაც უნდა შეეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრება.

ერთი-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „ერთია სამედიცინო მიმართულება და მეორეა სოციალურ მიმართულება. არცერთში არაა საკმარისი მატერიალური რესურსი, როგორც თითქმის ყველა დარგში. ზოგადად ჯანდაცვის სფეროშია ამის პრობლემა. სოციალური მდგომარეობა ზოგადად რთულია საქართველოში, მაგრამ განსაკუთრებით იმ ადამიანებთან ვისაც არ შესწევს უნარი თავის თავზე თვითონ იზრუნონ, სახელმწიფო არასაკმარისად ზრუნავს მათზე“.

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ რესპონდენტების გადმოცემით ნელ-ნელა ამ სფეროში დაფინანსება იზრდება და უკეთესობისკენ იცვლება ყველაფერი. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „ნელ-ნელა ფინანსები იზრდება, მე რაც მახსოვს იმ 87 წლებიდან რასაც ვსახურობ აშკარად შეცვლილია დამოკიდებულებები უკეთესობისკენ. რა თქმა უნდა უფრო მეტი რესურსი უფრო დახვეწავდა სფეროს“.

### **ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული ადამიანური რესურსი**

კვლევის რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომსახურე ადამიანური რესურსის ნაკლებობას. მათი აზრით არ შეიძლება 200 კაციან საავადმყოფოს ერთი ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი ჰყავდეს. ასევე თვლიან, რომ ფსიქიატრის, სანიტარის, მომვლელის და ექთნის რაოდენობაც არ არის საკმარისი. ფსიქოლოგი აღნიშნავს „რაღაცეები გვაკლდება, ვიღაცეების ხარჯზე გადავიტანთ ხოლმე ამას. სტანდარტი არის 1-1.5 პაციენტი დღეში. რა თქმა უნდა ამ სტანდარტს ვაჭარბებთ. არის სერვისების სტანდარტები თუ რამდენ პაციენტს უნდა მოემსახუროს სპეციალისტი, მაგრამ არ არის დამტკიცებული. იმ სტანდარტებში კი წერია მაგრამ ამას არავინ უყურებს და ვერც ვერავინ უზრუნველყოფს, რადგან ფიზიკურად არ არიან კადრები“.

მნიშვნელოვან პრობლემად ასახელებენ ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ნარკოლოგების არ არსებობას. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „გვაკლია, არ გვყავს ნარკოლოგები. რადგან შეიძლება მოვიდეს პაციენტი, დასვა დიაგნოზი, რომელიც არის

აშკარად ფსიქოზი მაგრამ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შედეგად განვითარებული. ამ შემთხვევაში საჭიროა ნარკოლოგის კონსულტაცია. კლინიკებში არ არის არსად ნარკოლოგები“.

რესპონდენტები აღნიშნავენ ასევე, რომ ადამიანური რესურსის სიმცირეს ემატება ასევე კვალიფიციური კადრების არარსებობაც. მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქიატრი და მომსახურე პერსონალი იყოს კომპეტენტური, ინტერესდებოდეს პაციენტის მდგომარეობითა და ისტორიით, რომ მათ შეძლონ ნდობის მოპოვება და ეფექტიანი მომსახურების მიწოდება. რესპონდენტების აზრით ზოგადად ჯანდაცვაში კვალიფიციური სპეციალისტების პრობლემაა, იმიტომ რომ არ არის უწყვეტი სამედიცინო განათლება. ფსიქიატრიული ექთნის მომზადების ელემენტარული პროგრამა არ არსებობს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „სპეციალიზაცია არ არის ფსიქოთერაპევტების, არარეგულირებადი სპეციალობებია და ამიტომ ხშირად ისეთი ადამიანები საქმდებიან ვისაც არ აქვთ შესაფერისი კვალიფიკაცია. იგივე შემთხვევა ვთქვა ფსიქოლოგიურ მომსახურების მიმწოდებლებზე და ასევე სოციალურ მუშაკებზე. არ გვაქვს კლინიკური სოციალური მუშაკის პროგრამა და არ გვყავს სოციალური მუშაკები, რომლებმაც კარგად იციან ფსიქიატრია“.

ასევე რესპონდენტები საუბრობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომსახურე პერსონალის რთულ სამუშაო პირობებზე და ანაზღაურების პრობლემაზე. მათი აზრით რთულია ამ სფეროში მუშაობა, რადგან პროფესიული გადაწვის მაღალი რისკია. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „ანაზღაურების პრობლემაა უზარმაზარი ამავდროულად. მიუხედავად იმისა რომ ფსიქიატრს არ აქვს დაბალი ხელფასი, მაინც ძალიან სტრესული და საპასუხისმგებლო სამსახური გვაქვს. უზარმაზარი „შარია“, საიდან რა დაგეცემა ვერ გაიგებ, მით უმეტეს მორიგეობისას. მორიგეობებია საშინელება, თავისთავად რომ 200 კაცის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ხარ პასუხისმგებელი, ასევე სომატური. ასევე ხან ვინ მოჰყავთ და ხან ვინ. ყველა მხრიდან შეიძლება ზეწოლა გქონდეს: პოლიციიდან, სასწრაფოდან, ოჯახის წევრებისგან და ა.შ. მორიგეობის შემდეგ არაფრად ვარგიხარ. ბოლო შვებულება მქონდა აგვისტოში და იანვრამდე ძლივს გავძელი, იმდენად სტრესულია“.

## ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული სერვისები

რესპონდენტების აზრით სერვისების კუთხითაც ყველა მიმართულებით პრობლემაა. მათი აზრით სამედიცინო კუთხით შეიძლება მედიკამენტები არის, მაგრამ ბოლო 5-10 წლის გამოშვებული მედიკამენტები არ არის შემოსული. ისინი აღნიშნავენ, რომ პირველი მეორე თაობის მედიკამენტები არის ქვეყანაში, მაგრამ შემდგომი ატიპიური ანტიდეპრესანტების მწირი არჩევანია, ასევე ანტიფსიქოზური ახალი თაობის პრეპარატების არჩევანიც ისეთი არ არის როგორც იგივე ყოფილ საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში (ბელორუსიაში, უკრაინაში, მოლდოვაში), იქ უფრო უკეთესი მდგომარეობაა ამ მხრივ, უფრო მეტი თანამედროვე პრეპარატია შესული. რესპონდენტები ყურადღებას ამახვილებენ ასევე იმ ფაქტზე, რომ წამლის დანიშვნისას უნდა კეთდებოდეს შესაბამისი ანალიზები, კონცენტრაციის შემოწმება ამა თუ იმ პრეპარატის სისხლში და ა.შ. მათი აზრით პრეპარატებს აქვთ გვერდითი მოქმედებები და ამიტომ პერიოდულად უნდა კეთდებოდეს ენდოკრინული სისტემის და ფარისებრთა ჯირკვლის ანალიზები რაც გაიდლაინებშია მოცემული მაგრამ ამას ვერ აკეთებენ, რადგან თანხებთანაა დაკავშირებული.

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისების განვითარების ნაწილს რაც შეეხება აქ უკვე რესპონდენტები კადრების პრობლემას და სახელმწიფო დაფინანსების ნაკლებობას ასახელებენ ამ სერვისების განვითარების ხელისშემშლელ მთავარ პრობლემად.

უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხული რესპონდენტების უმრავლესობის აზრით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარება ნელი ტემპით, მაგრამ კარგი მიმართულებით მიმდინარეობს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „ქვეყნის ათვლის წერტილს, ეკონომიკურ მდგომარეობას და სხვა ფაქტორებს თუ გავითვალისწინებთ, ნელ-ნელა წინ მივდივართ. 90-იან წლებში როდესაც ახალი პერიოდი დაიწყო ქვეყანაში და სრული ჩავარდნის წლები იყო. იმ პერიოდის ფსიქიატრიას ძალიან უჭირდა. ელენტარული წამყვანი პრეპარატების მოძიება და საკვების მიწოდება პაციენტებისთვის იყო პრობლემა. იმ პერიოდთან შედარებით ყველაფერი გაუმჯობესებულია და დადებითისკენ მიდის ეს ცვლილებები“.

## **მომსახურებების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა**

ინტერვიუების შედეგად გამოიკვეთა, რომ ბოლო ერთი წლის განმავლობაში მომსახურებების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა გაუმჯობესდა, იმიტომ რომ ამბულატორიები დაემატა და დაფინანსება შეიცვალა, თუმცა მაინც პრობლემებია. მაგ: ამბულატორია უნდა იყოს 43 ადგილას და გვაქვს 35 ადგილას. ბოლო ორი წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა მათი რაოდენობა, მანამდე იყო 20-22. თუმცა ხარისხი, კადრების რაოდენობა და კვალიფიკაცია პრობლემაა ყველგან. რესპონდენტების გადმოცემით შეიძლება რაოდენობრივად გვაქვს ეს ამბულატორიები, მაგრამ არასრულფასოვნადაა დაკონპლექტებული. რესპონდენტების აზრით გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდაზე მიუთითებს ასევე მობილური გუნდის განვითარებაც, რომელიც სწორედ ამაზეა გათვლილი.

მიუხედავად იმისა, რომ გაუმჯობესდა წინა წლებთან შედარებით მომსახურებების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა, რესპონდენტები მაინც პრობლემებს ხედავენ აღნიშნულში. მაგ, ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „მომსახურებები უფასოა, შესაბამისად ხელმისაწვდომია ყველასთვის. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით ვფიქრობ რომ პრობლემებია. ბევრი, განსაკუთრებით მაღალმთიანი რეგიონის პაციენტებისთვის მომსახურების მიღება გართულებულია“.

## **სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და სოციალური მომსახურებებს შორის რესურსების განაწილების რელევანტურობა**

ინტერვიუების შედეგად გამოიკვეთა, რომ რესპონდენტების აზრით უფრო მეტად სამედიცინო სერვისებია განვითარებული, თუმცა ბოლო პერიოდში იზრდება ფსიქოლოგიური მომსახურებების განვითარებაც. რესპონდენტების აზრით სოციალური და ფსიქოლოგიური კუთხით ნაკლებად არის გადანაწილებული ფინანსები. ნაკლები აქცენტია რეაბილიტაციის კუთხითაც. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „არ იცვლება ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვთა ფსიქიატრიის დაფინანსება, რადგან არ

გვაქვს მაგ. ბავშვთა ფსიქიატრიის სტანდარტი, ამიტომ არ ვიცით ვის ვუმატებთ რას. საჭიროება რა თქმა უნდა არის. დღესდღეობით რაც იხარჯება ისიც საეჭვოა რამდენად სწორად იხარჯება. ამჟამად მიდის სწორედ ბავშვთა ფსიქიატრიის სერვისების კონცეფციაზე, სისტემაზე მუშაობა. მხოლოდ ამის მერე გვინდა ცვლილებების განხორციელება დაფინანსების კუთხით, რათა ვიცოდეთ რაში უნდა დაიხარჯოს თანხა. რეზილიტაციას რაც შეეხება ამ კუთხით უკეთესი მდგომარეობა გვაქვს და იმედია მომავალი წლიდან უფრო მეტად გაიზრდება დაფინანსება“.

რესპონდენტები საუბრობენ ასევე სტაციონარში პაციენტის დიდხანს დაყოვნების პრობლემის შესახებ. მათი აზრით რადგან წასასვლელი არ აქვთ პაციენტებს არიან სტაციონარში, შესაბამისად კარგავენ იმ უნარებს რაც ჰქონდათ. რესპონდენტების აზრით მნიშვნელოვანია მათი საჭიროებების დანახვა და ასევე იმის ხაზგასმა, რომ მხოლოდ სარემონტო სამუშაოები არ ცვლის მათ მდგომარეობას. მათი არააქტიური ცხოვრება არის მიმავალი გზა გამწვავებისკენ.

სოციალური მომსახურებების რესურსებში უფრო მწირია პროგრამები, რომელიც ოჯახს დაეხმარება და გააძლიერებს. რესპონდენტების გადმოცემით სოციალური მიმართულების სერვისები ნაკლებად იმიტომაა განვითარებული, რადგან სახლემწიფოს მხრიდან ნაკლები დაინტერესებაა სოციალურ სფეროში. გარდა ამისა, სოციალური მუშაობა ახალბედა პროფესიას და ჯერ მაინც ვერ დაიმკვიდრა თავი ისე მჭიდროდ, როგორც მედიცინამ, ფსიქიატრიამ და ფსიქოლოგიამ.

### **დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგია**

დეინსტიტუციონალიზაციის საკითხთან დაკავშირებით რესპონდენტებს განსხვავებული მოსაზრებები აქვთ. ძირითადად ფსიქიატრები თვლიან, რომ დიდ

დაწესებულებაში უკეთესი სიტუაციაა. მიაჩნიათ, რომ დიდ დაწესებულებებში უფრო კომფორტული გარემოს შექმნა შესაძლებელი. თვლიან, რომ არანაირი განსხვავება არ არის 30 კაციან განყოფილებასა და დიდი დაწესებულების განყოფილებას შორის სადაც 80 პაციენტია. მათი გადმოცემით არ ირღვევა პაციენტების უფლებები, ყველასთან ინდივიდუალური მიდგომაა და ეჭვი ეპარებათ, რომ დიდ სტაციონარში გასხვავებულად ექცეოდნენ პაციენტს და პატარა დაწესებულებაში განსხვავებულად.

რესპონდენტების ნაწილის აზრით სტაციონარში მხოლოდ და მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ხვდებოდეს პაციენტი როდესაც ამის აუცილებლობაა და იმის იქით სხვა გზა არ გაქვს. მანამდე თემში ისე უნდა ემსახურებოდნენ, სერვისები ისე უნდა იყოს განვითარებული, რომ შეაფერხოს სტაციონარში ადამიანის მოხვედრა, მაგ: რეზიდენტული საცხოვრებლები. სტაციონარში მხოლოდ მაშინ უნდა ხვდებოდეს პაციენტი, როდესაც იმის იქით ვერცერთი სერვისი და რესურსი ვერ მართავს მას. რესპონდენტების აზრით სტაციონარი არ უნდა გაუქმდეს, მაგრამ მისი შემცირებით სხვა სერვისები უნდა განვითარდეს. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „კლინიკა არ გამოირიცხავს რომ იყოს მობილური გუნდი, პირიქით ავსებს და ერთმანეთს ეხმარება. მაგ: როდესაც გვიმწვავდება პაციენტი და ამბულატორიულ სერვისში უბრალოდ უმართავია, ამ შემთხვევაში საჭიროა მისი სტაციონარში განთავსება. ვფიქრობ, რომ ბალანსირებული მოვლა საუკეთესო გამოსავალია. არ ვემხრობი, რომ სულ მუდამ კლინიკაში იყოს პაციენტი გამოკეტილი და არც იმას რომ მარტო მობილური გუნდი იყოს“.

რესპონდენტების უმრავლესობა ფიქრობს, რომ დიდი დაწესებულება რაღაც მხრივ საჭიროა. თვლიან რომ მთავარია ჯანმრთელი ჯაჭვი შეიკრას მომსახურებებს შორის. მათი აზრით ბალანსირებული მოვლა საუკეთესოა და ოჯახი, დაწესებულება, სარეაბილიტაციო ღონისძიებები ყველა ერთად აუცილებელია. ეს მთლიანი ჯაჭვი მნიშვნელოვანია და თუნდაც ოჯახი ამოვარდეს ამ ჯაჭვიდან პაციენტს სრულფასოვანი ურთიერთობები ეკარგება.

რაც შეეხება იმ საკითხს თუ რატომ არის დეისტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის შესრულება შეფერხებული, რესპონდენტების უმრავლესობა თვლის რომ შეფერხებულია რადგან ძალიან ძვირი ჯდება. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „წარმოიდგინეთ ის რაც არის უნდა დაიხუროს და გაკეთდეს ახალი. მივესალმები ამ სტრატეგიას, ესაა ის კონცეფცია რომელიც ჩვენმა ქვეყანამ დაამტკიცა და ამ სფეროს წარმომადგენლების მიერ იყო შემუშავებული. მაგრამ ალბათ დროც უნდა და ნებაც. როგორც უკვე გითხართ დეისტიტუციონალიზაციის სტრატეგია ძვირი ჯდება, ჯერ ამის გააზრება იყო რთული. 2015-2020 წლის სტრატეგიის 40% არის შესრულებულია, 60 % ჯერ კიდევ წინაა“.

### **სახელმწიფოს როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა გამოწვევებთან გამკლავებაში**

რესპონდენტების აბსოლიტური უმრავლესობის აზრით სახელმწიფოს როლი უმნიშვნელოვანესია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, რადგან სახელმწიფოს მხრიდან სწორად უნდა მოხდეს საჭიროებების დანახვა. სახელმწიფო უზრუნველყოფს ამ სფეროში ყველანაირ ცვლილებებს, სახელმწიფოა მთავარი დამფინანსებელი და მან უნდა უზრუნველყოს შესაბამისი მომსახურებების არსებობა.

რესპონდენტები თვლიან, რომ სახელმწიფოა ის მძლავრი მექანიზმი, რომელმაც უნდა იმუშავოს ამ პირებთან. რესპონდენტების აზრით პრიორიტეტი უნდა იყოს სახელმწიფოსთვის წესით, რადგან ეს ადამიანები ჩვენი საზოგადოების ნაწილია, ჩვენი ტკივილია და უნდა ვუსმინოთ მათ. ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს „არამგონია რომ სახელმწიფო ამაზე არ ფიქრობდეს იმიტომ რომ „გიჟი“ არავის არ უნდა, მაინც საფრთხის შემცველია. რაღაცეებს აკეთებენ. ჩვენ ახლა სრულ დაფინანსებაზე ვართ, უბრალოდ არის ცოტა, კარგი იქნებოდა უფრო მეტი რომ იყოს“.

## მომსახურებების გაუმჯობესება

- ✓ სოციალური გარემოს გაუმჯობესება
- ✓ დაფინანსების გაზრდა ყველა მომსახურებაში
- ✓ ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება
- ✓ „შელტერების“ ტიპის საცხოვრისები

რესპონდენტების აზრით არის კონტინენტი პაციენტებისა, რომლებიც გარეთ ვერ ცხოვრობენ, თავის თავს ვერ უზრუნველყოფს, მაგრამ მას შეუძლია იცხოვროს ასე დიდხანს.

- ✓ საჭიროა უფრო მეტი ფსიქოლოგიური მომსახურებების არსებობა.
- ✓ თემზედაფუძნებულ სერვისების - ასერტული გუნდის გაფართოება
- ✓ ბავშვთა და მოზარდთა მომსახურებების გაუმჯობესება, რადგან ამ ეტაპზე ყველაზე ეფექტური ჩარევა, რაც შეამცირებს მომავალში ფსიქიკური პრობლემების არსებობის რისკებს.
- ✓ სხვადასხვა თერაპიული წრეების განვითარება
- ✓ სფეროში კვალიფიცირებული სპეციალისტების არსებობა და მათი უწყვეტი განათლების შესაძლებლობა.

## ცვლილებები, რომელიც საჭიროა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა უკეთესი ცხოვრებისათვის

რესპონდენტების აზრით პირველ რიგში მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფომ გაიაზროს სფეროს პრიორიტეტულობა, რადგან წლების განმავლობაში ამ ადამიანების რიცხვი არათუ კლებულობს, არამედ იზრდება. საჭიროა ისეთი მომსახურებების, ისეთი ხარისხის მომსახურებების მიწოდება პაციენტებისთვის რომელიც არათუ გაზრდის არამედ შეამცირებს მათ რაოდენობას. ასევე საჭიროა ისეთი მომსახურებების განვითარება რაც პრევენციული ხასიათის იქნება. მაგ: ამბულატორიაში უნდა იყოს საშუალება, რომ მისული ბენეფიციარი გაესაუბროს ფსიქოლოგს. რესპონდენტების გადმოცემით ადამიანური

რესურსების სიმცირის გამო, თვეში ერთხელ ამბულატორიაში მისული პაციენტის ვიზიტი ფსიქიატრთან არ არის ამომწურავი და ეფექტიანი. მათი აზრით რეგიონებში კიდევ უფრო მწვავეა სიტუაცია.

რესპონდენტების აზრით მნიშვნელოვანია ასევე ფსიქოგანათლების გაზრდა საზოგადოებაში, რომ დროულად ამოიცნონ საკუთარი თუ ახლობელი ადამიანების სიმპტომები და მიმართონ შესაბამის დაწესებულებებს. ასევე მათი უკეთ ინფორმირება არსებული სერვისების შესახებ.

მათი აზრით მნიშვნელოვანია ასევე უფრო მეტი სერვისების არსებობა, გადამისამართების შესაძლებლობა, დაფინანსების გაზრდა სახელმწიფოს მხრიდან, უფრო მეტი სპეციალისტები ამ სფეროში. მნიშვნელოვანია ასევე საოჯახო საცხოვრისების შექმნა მათთვის, ვისაც რემისია აქვს და სტაციონარში ცხოვრობს მხოლოდ იმიტომ, რომ არ აქვთ წასასვლელი არსად. უნდა გაიზარდოს დაფარვა სათემო მომსახურების, როგორც არის ასერტული და მობილური მომსახურება და ხელმისაწვდომი იყოს არა მხოლოდ მწვავე ფაზაში მყოფი პირებისთვის, არამედ ყველა იმ პირისთვის ვინც საჭიროებს მათ მომსახურებას. ასევე გადასახედია მხარდაჭერის რეფორმა. როგორ ხდება მხარდაჭერის გაწევა და მონიტორინგის რა მექანიზმები არსებობს. მნიშვნელოვანია დაინერგოს სოციალური მოდელი.

### 3.5 კვლევის დასკვნა და რეკომენდაციები

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო სხვადასხვა რეფორმის გატარების, დაფინანსებისა და სხვა ტიპის მხარდაჭერის გაზრდის მიუხედავად კვლავ პრობლემურ და აქტუალურ საკითხად რჩება. ჩვენი კვლევის შედეგებისა და ლიტერატურის ანალიზის მიხედვით მივდივართ დასკვნამდე, რომ ქვეყანაში პრობლემაა პრიორიტეტულად მიჩნეული ჰოსპიტალური მომსახურება, ადამიანური რესურსების ნაკლებობა, სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი, საზოგადოების შიში, იზოლაცია და დისკრიმინაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ. ეს ფაქტორები უამრავი პაციენტის კეთილდღეობის ხარისხს დაბლა სწევს.

ქვეყანაში დიდ გამოწვევად რჩება გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა. რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობას არ შეუძლია ისარგებლოს მრავალფეროვანი სერვისებით. დღესდღეობითაც განუვითარებელი რჩება მულტიდისციპლინარული მიდგომა, ხოლო დამკვიდრებული სტაციონარული მომსახურება ხელს უშლის დეინსტრუქციონალიზაციის პროცესის მიმდინარეობას და საავადმყოფოს გარე, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება/ჩამოყალიბებას ქვეყანაში. თავად საავადმყოფოებში კი უდიდეს სირთულეს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებების დაბალი ხარისხის არსებობა, იაფფასიანი წამლები, არასათანადო საცხოვრებელი პირობები და ჯერ კიდევ პოპულარული სამედიცინო მოდელები. სტაციონარი უნდა უზრუნველყოფდეს მათთვის ძირეული უნარ-ჩვევების დასწავლას, ემოციური ფონის დაბალანსებას და არა მდგომარეობის დამძიმებას, რაც წლების განმავლობაში სტაციონარებში ცხოვრებას შეუძლია განაპირობოს.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა კეთილდღეობაზე მოქმედებს საზოგადოების ცნობიერების დაბალი დონეც, რაც გამოხატულია მათ მიმართ დისკრიმინაციასა და უგულვებელყოფაში. კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე

პირებს არ აქვთ მუშაობის დაწყების ისეთივე პირობები, როგორც ყველას. გამოწვევად რჩება ასევე მათთვის სოციალური წრისა და საცხოვრებლის არარსებობაც.

### რეკომენდაციები

ლიტერატურული წყაროების ანალიზისა და ჩატარებული კვლევიდან გამომდინარე ნათელია, რომ სახელმწიფომ მეტი ყურადღება უნდა გამოიჩინოს აღნიშნული სფეროს განვითარებისთვის სხვადასხვა მნიშვნელოვანი ღონისძიებების დაგეგმვას. მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისას სახელმწიფოს მთავარი მიზანი იყოს ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ფსიქიკურ კეთილდღეობას, მოახდინოს ფსიქიკური დარღვევების პრევენცია, დაიცვას ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებები და შეამციროს საქართველოში ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა, უზრუნველყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა თვითგამორკვევა და საზოგადოებაში ინტეგრირება. ასევე რეგულარულად უნდა ხდებოდეს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საჭიროებების შეფასება, არსებული სამსახურების ანალიზი და რეალობის გათვალისწინებით (ფინანსური შესაძლებლობები, კადრების მომზადების ხარისხი და სხვა) უნდა დაიგეგმოს პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს ჰოსპიტალური მკურნალობის დაბალანსებას და თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის ჰარმონიზაცია საერთაშორისო კანონმდებლობასთან.
2. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტური მექანიზმების შემუშავება.

3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის კონტროლისა და ხარისხის გაუმჯობესების სისტემური მექანიზმის შექმნა და დანერგვა.
4. კვალიფიციური კადრებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგის უზრუნველყოფა.
5. პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის შესაძლებლობების გაზრდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიკაციისა და მართვის საკითხებში.
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების/მოვლის ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაუმჯობესება.
7. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული სერვისების (ბავშვთა და მოზარდთა ჩათვლით) გარდაქმნა სათემო სერვისებად და ამ სერვისების გაფართოება, მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნა და სათემო სერვისებისთვის დაფარვის ზონების/მოცვის არეალის განსაზღვრა.
8. ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სამსახურის განვითარება.
9. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დეინსტიტუციონალიზაციის სტრატეგიის შემუშავება/განხორციელება.
10. საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება, დამოკიდებულების შეცვლა/სტიგმის შემცირება.

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში. (2008). „უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოსახლეობის დაუცველი ფენებისთვის. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში“. . თბილისი.
2. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2014). ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი.  
  
მოპოვებულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი:  
<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=62cfd953-bf9f-4578-bbd7-d7eac4c4918e>
3. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2018). 2017 წლის სტატისტიკური ცნობარი.  
  
მოპოვებულია დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი:  
<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f7a28a1e-0489-49a0-b183-eb8674244541>
4. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. (2018). ფსიქიკური ჯანმრთელობა. თბილისი.
5. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ფსიქიკური დარღვევები. თბილისი.
6. ევროპის საბჭო. (2013). ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების ხარისხის შეფასება.
7. მამულაშვილი, ბ. (2005). ბიოეთიკა. თბილისი.

8. საერთაშორისო ფონდი "კურაციო". (2014). ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში: ხარვეზები და შესაძლო გადაჭრის გზები. ფინანსური ბარიერების კვლევის შედეგები. თბილისი.
9. საქართველოს პარლამენტი. (2013 წლის დეკემბერი). ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და სამოქმედო გეგმა 2015 - 2020.  
  
მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:  
[http://gov.ge/files/382\\_47144\\_358497\\_762.pdf](http://gov.ge/files/382_47144_358497_762.pdf)-დან
10. საქართველოს პარლამენტი. (2015, ივნისი 30). 2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.  
  
მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2891068?publication=0>
11. საქართველოს პარლამენტი. (2015, დეკემბერი 30). 2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.  
  
მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3143621?publication=0>
12. საქართველოს პარლამენტი. (2017, მაისი 18). 2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“.  
  
მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3673473?publication=0>
13. საქართველოს პარლამენტი. (2017, დეკემბერი 28). 2018 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.  
  
მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3972595?publication=0>

14. საქართველოს პარლამენტი. (2018, დეკემბერი 31). 2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.  
მოპოვებულია საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე:  
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4444992?publication=0>
15. საქართველოს სახალხო დამცველი. (2018). 2017 წლის ანგარიში. თბილისი
16. 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>
17. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. (2015). კვლევა - დამოკიდებულება ფსიქიკური პრობლემებისადმი საქართველოში. თბილისი.
18. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. (2005).
19. The Economist Intelligence Unit's . (2014). Mental Health Integration Index.
20. Thornicroft G, Tansella M. (2003). What Are the Arguments for Community-based Mental Health Care?
21. Tomov, T. (2005). Mental Health Policy and Practice Across Europe. Buckingham.
22. (Hannah Ritchie and Max Roser, 2018)
23. who. (2013). mental health action plan 2013-2020. Geneva.
24. World Health Organization. (2003, 13 july). World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope Geneva.  
მოპოვებულია: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en>

## აბრევიატურების განმარტებები

1. DALY - Disability-Adjusted Life Year, შეზღუდული შესაძლებლობების გამო შემცირებული ცხოვრების წლები.
2. Who - World Health Organization.
3. ფჯ - ფსიქიკური ჯანმრთელობა.
4. ჯანმო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.
5. შშმ პირი - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი.
6. მდგ - მულტიდისციპლინური გუნდი.
7. პჯდ - პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება.
8. MHGAP - Mental Health Gap Action Programme, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ლიკვიდაციის პროგრამა.

## დანართი

მოგესალმებით, მე გახლავართ ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამაგისტრო პროგრამის სტუდენტი ნათია ასანიძე. ვატარებ კვლევას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებების, მათზე მორგებული რესურსებისა და გამოწვევების შესახებ. დაგისვამთ რამდენიმე კითხვას. თქვენს მიერ გაცემული პასუხები იქნება კონფიდენციალური და თქვენი თანხმობის გარეშე არ გამჟღავნდება.

1. გთხოვთ მოკლედ მომიყვეთ თქვენი თავის შესახებ (პოზიცია,რამდენი ხანია რაც ამ სფეროში მუშაობთ, დაახლოებით რამდენ პაციენტს ემსახურებით)
2. რა კომპონენტებს მოიცავს თქვენი სამუშაო მათთან თანამშრომლობისას? და რა სახის დახმარებას უწევთ თქვენ მათ?
3. როგორ შეაფასებდით გარემოს,სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს უწევთ ცხოვრება?
4. არსებობს თუ არა სტიგმა და დისკრიმინაცია მათ მიმართ საზოგადოებაში?(თუ არსებობს, რა გავლენას ახდენს იგი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებზე?)
5. თქვენი აზრით, რა არის ის ძირითადი პრობლემები, რომელსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები აწყდებიან?
6. ამ პრობლემებიდან გამომდინარე რა საჭიროებებისა და გამოწვევების წინაშე დგებიან ისინი?
7. რა მომსახურებები მიეწოდებათ მათ სახელმწიფოს, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ?
8. რამდენად ეფექტურად ხორციელდება ამ მომსახურებების მიწოდება?

9. როგორ ფიქრობთ, შეესაბამება თუ არა დღესდღეისობით სახელმწიფოში არსებული მატერიალური რესურსი, ადამიანური რესურსი, სერვისები (ამბულატორიული, სტაციონარული, ფსიქოლოგიური, მობილური გუნდის და ა.შ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებებს? (რატომ ფიქრობთ ესე)
10. როგორ ფიქრობთ, გაქვთ თუ არა საკმარისი რესურსი იმისთვის, რომ თქვენ სრულფასოვანი მუშაობა შეძლოთ მათთან? (თუ არ არის,რა რესურსია არასაკმარისი?)
11. რამდენად ხელმისაწვდომია მომსახურებები გეოგრაფიული და ფინანსური თვალსაზრისით ბენეფიციართათვის?
12. როგორ ფიქრობთ რამდენად რელევანტურადაა განაწილებული რესურსები მომსახურებებს შორის? (სამედიცინო,ფსიქოლოგიური,სოციალური)
13. თქვენი აზრით, რა განაპირობებს ამ მომსახურებების არათანაბარ გადანაწილებას?
14. რას ფიქრობთ დეისტიტუციონალიზაციის სტრატეგიასთან დაკავშირებით? მხარს უჭერთ თუ არა ამ სტრატეგიის განხორციელებას და რატომ?
17. თქვენი აზრით რამდენად დიდია სახელმწიფოს როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა გამოწვევებთან გამკლავებაში?
18. რა სახის მომსახურებების გაუმჯობესებას ისურვებდით? (რატომ)
19. თქვენი აზრით, რა უნდა შეიცვალოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა უკეთესი ცხოვრებისათვის? რა რეკომენდაციები გაქვთ ამ საკითხთან დაკავშირებით?

სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი  
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“

National Center for Disease Control and Public Health

IRB00002150 National Center for Disease Control and Public Health

IRB #1(FWA00002781)



## სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი

მთავარი მკვლევარი: ჩიხლაძე ნინო

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის პროფესორი

ხარისხის უზრუნველყოფის დეპარტამენტის უფროსი

თსუ მედიცინის ფაკულტეტი

ტელ: 291 31 25, 599 177545

ელ.ფოსტა: [nino.chikhladze@tsu.ge](mailto:nino.chikhladze@tsu.ge)

ოქმი #2019-21

კვლევის სათაური: „საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა საჭიროებების და არსებული რესურსების შეფასება“

ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო ეთიკის კომისიამ განიხილა პროექტის მომდევნო წლით გაგრძელების განაცხადი და დაასკვნა, რომ კვლევის პროტოკოლის მიხედვით საკვლევი პირების უფლებები და კეთილდღეობა ადექვატურადაა დაცული.

განხილვის ტიპი: დაჩქარებული

განხილვის თარიღი: 2019 წლის 22 მაისი

აღნიშნული დასკვნა იძლევა უფლებამოსილებას კვლევა ჩატარდეს 2019 წლის 22 მაისიდან 2020 წლის 22 მაისამდე.

- კვლევის პროცესში 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) 398946 ან ელ. ფოსტით: [irb.ncdc@gmail.com](mailto:irb.ncdc@gmail.com).

კომისიის თავმჯდომარე: მარინა თოფურბე, IRB0000215

მ. ასათიანის 9, თბილისი 0177; 9 M.Asatiani st., Tbilisi, 0177, Georgia ; Phone: (995-322) 39 89 46, Fax: (995-322) 31 14 85,

E-mail: [ncdc@ncdc.ge](mailto:ncdc@ncdc.ge)