

# ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში

## სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები

მოკლე შინაარსი .....	i
შესავალი .....	1
<b>I. არსებული მდგომარეობა .....</b>	<b>3</b>
1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში .....	3
2 საერთაშორისო გამოცდილება .....	4
<b>II. მომავლის ხედვა .....</b>	<b>6</b>
1 ამოსავალი პრინციპები და ფასეულობები .....	6
1.1 ფასეულობები .....	6
1.2 მიდგომები და პრინციპები .....	6
1.3 მოთხოვნები .....	8
2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მონაცემები .....	9
2.1 სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნები .....	9
2.2 ფუნქციები (ფუნქციური მონაცემები) .....	10
2.3 ძირითადი მონაცემები და ფუნქციების განაწილება .....	10
2.4 რესურსები .....	12
<b>III. განვითარების ძირითადი მიმართულებები .....</b>	<b>14</b>
1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების/მოვლის მოცვისა და ხარისხის გაუმჯობესება ..	14
1.1 შესაბამისი პროფესიული კადრებით ბაზრის მომარაგება .....	14
1.2 სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ახალი ფორმების დანერგვა .....	14
2 საზოგადოების ცნობიერების (დამოკიდებულების) შეცვლა / სტიგმის შემცირება .....	15
3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის გაუმჯობესება .....	15
<b>IV. დანართები .....</b>	<b>16</b>
დანართი #1 ძირითადი ცნებები .....	17
დანართი #2 ილუსტრაციები .....	25
დანართი #3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრის აუცილებლობის დასაბუთება .....	30
დანართი #4 ფსიქიკური პრობლემებისა და გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე პირთა მდგომარეობა საქართველოში (2005) .....	31
დანართი #5 საქართველოში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საჭიროებების და მდგომარეობის კვლევის შედეგები .....	35
დანართი #6 საზღვარგარეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მოდელები .....	40
დანართი #7 საერთაშორისო სამართალი და საქართველოს მიერ აღიარებული ვალდებულებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში .....	43
დანართი #8 პროფესიული კადრები - სიმძლავრე და მოთხოვნილება .....	46

დანართი #9	ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის არჩევანის შესაძლებლობები საქართველოში.....	48
დანართი #10	ბიბლიოგრაფია.....	50
ილუსტრაცია 1:	ფსიქიკური აშლილობების (ავადობის) სტრუქტურა - საქართველო, 2007 .....	25
ილუსტრაცია 2:	ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსების წყაროები სხვადასხვა შემოსავლის მქონე ქვეყნის ჯგუფებში .....	25
ილუსტრაცია 3:	ფსიქიატრიული საწოლების ხელმისაწვდომობის ტენდენციები აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში .....	26
ილუსტრაცია 4:	ფსიქიატრიულ საწოლთა განაწილება დაწესებულებების ტიპების მიხედვით .....	26
ილუსტრაცია 5:	ფსიქიკურ აშლილობათა ავადობის მაჩვენებლები - საქართველო, 2007 .....	27
ილუსტრაცია 6:	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საჭიროებების მოკლე ჩამონათვალი ფსიქიკური აშლილობის კატეგორიების მიხედვით .....	28
ილუსტრაცია 7:	ფუნქციების განაწილებების მატრიცა სახელმწიფო, ბაზრისა და საზოგადოებრივ ინსტიტუტებს (მონაწილე მხარეთა) შორის .....	29
ილუსტრაცია 8:	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მოდელის სისტემატიზაცია ქვეყანაში შემოსავლების დონის მიხედვით.....	41
ილუსტრაცია 9:	პროფესიული კადრები 100,000 მოსახლეზე .....	42
ილუსტრაცია 10:	პროფესიული (საკადრო) რესურსები: არსებული მდგომარეობა და საჭიროებები .....	46
ილუსტრაცია 11:	ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პროფესიული კადრების გავლენები (სრული საშტატო განაკვეთი 100,000 მოსახლეზე) .....	47
ილუსტრაცია 12:	ფსიქიკური ჯანმრთელობის „ევოლუციის მრუდი“ - საქართველო .....	48
ილუსტრაცია 13:	პოლიტიკის არჩევანის მატრიცა.....	49

## მოკლე შინაარსი

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

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაფინანსების გაზრდის მიუხედავად ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით საქართველო ჩამორჩება სომხეთს თითქმის 5-ჯერ, ყაზახეთს - 8-ჯერ და დაბალი საშუალო შემოსავლების ქვეყნებს საშუალო მაჩვენებელს (3.2-6.3\$) სულ მცირე სამჯერ.

საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობის ხედვა უახლოეს 10-15 წელიწადზე მოკლედ შემდეგნაირად განისაზღვრება:

საქართველოში ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანი მომსახურებას იღებს ნაკლებად შემზღვეველ გარემოში, რაც შეიძლება მის საცხოვრებელთან ახლოს საზოგადოების უსაფრთხოების გათვალისწინებით. მაქსიმალურადაა დაცული მისი უფლებების დაცვა და გარანტირებულია ღირსების პატივისცემა.

მომავლის ხედვა ეფუძნება შემდეგ ფასეულობებს:

- ჰუმანურობა და ადამიანთა ღირსების პატივისცემა
- თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა
- შემწყნარებლობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომავლის ხედვას განსაზღვრავენ შემდეგი მიდგომები და პრინციპები:

- „ბალანსირებული მოვლა“
  - სტაციონარული და თემზე დაფუძნებული ზრუნვას შორის ბალანსის დაცვა
  - მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური მკურნალობის ბალანსის დაცვა
  - პიროვნების, ოჯახის და საზოგადოების ინტერესებს შორის ბალანსის დაცვა
  - პრევენციისა, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მეთოდებს შორის ბალანსის დაცვა
- „ინტეგრაცია“
  - მომსახურების ინტეგრაცია და უწყვეტობა
  - ჯანდაცვასა და სოციალურ მომსახურებაში ინტეგრაცია
  - საზოგადოებაში ინტეგრაცია და თანამონაწილეობა იზოლაციის ნაცვლად

- „თანდომდევრულობა“
  - ევოლუციური განვითარება
  - ჰარმონიული განვითარება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მომავალი მოწყობა დააკმაყოფილებს შემდეგ მოთხოვნებს:

- მოქნილობა
- მდგრადობა
- საჭიროებებზე ორიენტირებულობა
- სტიგმატიზაციის შემცირება
- შედეგზე ორიენტირებულობა
- მოვლისა და მკურნალობის მაღალი სტანდარტები
- ფინანსური ტვირთის სამართლიანი გადანაწილება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნები, ჯანმრთელობის დაცვის მიზნების ანალოგიურად, სამ განზომილებაში განისაზღვრება:

- მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება
- მოსახლეობის მოლოდინებთან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის შესაბამისობის გაუმჯობესება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ფინანსური დაცულობის ამაღლება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარება მოხდება ძირითადად სამი მიმართულებით:

- 1) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების/მოვლის მოცვისა და ხარისხის გაუმჯობესება:
  - a) შესაბამისი პროფესიული კადრებით ბაზრის მომარაგება
  - b) სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ახალი ფორმების დანერგვა
- 2) საზოგადოების ცნობიერების (დამოკიდებულების) შეცვლა
  - a) საზოგადოების მობილიზაციის სტრატეგიების შემუშავება და განხორციელება
  - b) მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლების მომზადება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკის საკვანძო საკითხებში
- 3) ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის გაუმჯობესება
  - a) გადაწყვეტილებების მიმღებთა მომარაგება მტკიცებულებებით
  - b) ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაფინანსების მდგარდი, ეფექტური და გამჭვირვალე მექანიზმების დანერგვა
  - c) დაინტერესებული მხარეების პოლიტიკის შეფასებასა და შემუშავებაში ჩართვა

## შესავალი

ეროვნული პოლიტიკის ძირითადი დანიშნულებაა დაეხმაროს ყველა დაინტერესებულ მხარეს, საჭიროებებისა და საკუთარი შესაძლებლობების და ინტერესების შესაბამისად იზოვოს ადგილი და მაქსიმალურ შედეგს მიაღწიოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებასა და ფუნქციონირებაში. დოკუმენტი ასახავს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ხედვას, განსაზღვრავს ფასეულობებსა და პრინციპებს, რასაც ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობა და ძირითად ძალისხმევებს, რომლებიც საჭიროა მომავლის ხედვის რეალიზაციისთვის.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკა განსაზღვრავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარებისთვის ყველა დაინტერესებული მხარის ძალისხმევას უახლოესი 10-15 წლის მანძილზე, თუმცა მოსალოდნელია მისი საკვანძო მდგენელების განახლება გარკვეული პერიოდის შემდეგ. როგორც საჯარო პოლიტიკის ინსტრუმენტი, ის განიხილება შემდგომში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეტალური ეროვნული გეგმისა და შესაბამისი პროგრამების შესამუშავებელ სახელმძღვანელო დოკუმენტად.

ქვეყნის განვითარებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფასთან ერთად, 3-5 წელიწადში დღის წესრიგში დგება *მოთხოვნების* გადასინჯვა, რაც ხშირად წინ უძღვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული გეგმის შემუშავების ახალ ციკლს; *პრინციპების* რევიზია, დაკონკრეტება ან ახლის დამატება (თუ გარემოში მკვეთრი გაუთვალისწინებელი ცვლილება არ მოხდა) შეიძლება საჭირო გახდეს ყველაზე ადრე 15-20 წლის შემდეგ, რაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განვითარების ახალ ეტაპს მოასწავებს. ძნელია იმის განსაზღვრა, როდის იქნება საჭირო *ფასეულობების* გადახედვა. როცა არ უნდა მოხდეს, ეს გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სრულიად განსხვავებული ხედვისა და, შესაბამისად, ახალი სახელმწიფო პოლიტიკის ჩამოყალიბებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ეროვნული პოლიტიკის ჩამოყალიბების აქტუალობა რამოდენიმე გარემოებითაა განპირობებული:

- ფსიქიკური აშლილობების მაღალი ტვირთი - მსოფლიოში მოქალაქეთა თითქმის ერთ მესამედს გამოუცდია ფსიქიკური აშლილობა, რაც დღემდე რჩება ინვალიდობის წამყვან მიზეზად; ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიზეზით შრომის ნაყოფიერების დაქვეითების გამო წამყვანი ქვეყნების ეკონომიკები კარგავენ მთლიანი შიდა პროდუქტის 3-4%, ხოლო განვითარებადი ქვეყნებისთვის წარმოადგენს ეკონომიკური ზრდის ერთ-ერთ სერიოზულ შემაფერხებელ ფაქტორს (იხ.დანართი #3, გვ. 30);
- არ არსებობს ჯანმრთელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გარეშე. ფსიქიკური ჯანმრთელობა საზოგადოების და პიროვნების სრულფასოვანი კეთილდღეობის აუცილებელი პირობაა;
- საზოგადოების სახე ყველაზე ნათლად ჩანს მის დამოკიდებულებაში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანთა მიმართ (ფსიქიკური აშლილობის ან/და გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე პირები, ბავშვები, მოხუცები და სხვა).
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართ ქვეყანაში დამკვიდრებული მიდგომები (სამედიცინო მომსახურებისა და მზრუნველობის ფორმები) ასახავენ მთლიანად ქვეყნის ჰუმანური განვითარების დონეს;

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროსთან დაკავშირებით ნაკისრი საერთაშორისო ვალდებულებების შესრულების აუცილებლობა და ზოგიერთ მნიშვნელოვან ვალდებულებათა რატიფიცირებაც (იხ. დანართი #7, გვ. 43).

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკა ეყრდნობა წლების განმავლობაში ქართველი და უცხოელი ექსპერტების მიერ ამ სფეროში შეგროვილ მტკიცებულებებს და შექმნილია მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციებისა (4) და საერთაშორისო გამოცდილების (15)(16) გათვალისწინებით. სიტუაციური ანალიზი ეფუძნება ქართველი და საერთაშორისო ექსპერტების მიერ 2006 წელს მომზადებულ ანგარიშს „საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შეფასების ანგარიში მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის – ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების შეფასების ინსტრუმენტის გამოყენებით (WHO-AIMS)“.

დოკუმენტის პირველი თავი „არსებული მდგომარეობა“ ეთმობა საქართველოსა და საზღვარგარეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის არსებული სურათის განხილვას. ყურადღება გამახვილებულია მდგომარეობის იმ მახასიათებლებზე, რომლებიც დაინტერესებულ მხარეთა ყველაზე მეტ წუხილს იწვევს და ითხოვს ოპტიმალური გადაწყვეტის მოძებნას. საერთაშორისო გამოცდილება და პოლიტიკის საუკეთესო პრაქტიკა გათვალისწინებულია შემდგომში მომავლის ხედვის ჩამოყალიბებისას.

მეორე თავი „მომავლის ხედვა“ შედგება ორი ნაწილისაგან: პირველ ნაწილში „ამოსავალი პრინციპები და ფასეულობები“ ეთმობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მოწყობის კონცეპტუალური საფუძვლების აღწერას; მეორე ნაწილში „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მოწყობა“ აღწერილია მომავლის სურათი, სადაც ჩანს საკვანძო ფუნქციები, ძირითადი მონაწილე მხარეები და ფუნქციების განაწილება მხარეთა შორის, აგრეთვე რესურსების ნაკადები.

მესამე თავში „განვითარების ძირითადი მიმართულებები“ განხილულია ძალისხმევები, რომელთა გარეშე მომავლის ხედვასთან მიახლოება შეუძლებელია. ძალისხმევები დაჯგუფებულია რეფორმის მიმართულებებად (ე.წ. „პოლიტიკის სტრატეგიებად“), რომელთა საფუძველზე მომავალში გაიწერება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეტალური სამოქმედო გეგმა.

ბოლოს, თავში „დანართები“ თავმოყრილია დამატებით ინფორმაცია (ძირითადი ცნებები, ილუსტრაციები, ანალიტიკური კვლევების შედეგები და ა.შ.), რომელიც ეხმარება მკითხველს უკეთ გაიაზროს დოკუმენტის ძირითად ნაწილში განხილული მოსაზრებები და თეზისები.



# I. არსებული მდგომარეობა

## 1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში

- რა საჭიროებები არსებობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა შორის?
- როგორია მოცვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებებით?
- მომსახურების მიწოდების რა სიმძლავრეები არსებობს საქართველოში?
- როგორ რეგულირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა?

საქართველოში ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების შესახებ ინფორმაცია არასრულყოფილია (1). ოფიციალური მონაცემებით 2007 წელს (2):

- აღრიცხვაზე იყო 72,588 ფსიქიკური ავადმყოფი (100,000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების მაჩვენებელი შეადგენდა 1,651) და დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 2,677 ახალი შემთხვევა (60.9 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე)
- ფსიქიკური აშლილობების სტრუქტურაში ჭარბობდა „შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები“ (30.5%) და „გონებრივი ჩამორჩენილობა“ (28.5%).

ექსპერტთა მონაცემებით, მთელი რიგი ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება სულ მცირე ორჯერ აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს (რაც განპირობებული უნდა იყოს ეპიდემიოლოგიის ნაკლოვანებებით და ასევე ქვეყანაში არსებული სტიგმით): „შიზოფრენიის ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100,000 მოსახლეზე 20-54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს“ (1).

2007 წლის მონაცემებით (2): ა) ფსიქიატრიული 1,235 საწოლი საშუალოდ დატვირთული იყო წელიწადში 327 დღე; ბ) სამედიცინო მომსახურებას ეწეოდა (სერტიფიცირებული 308-დან) 242 ფსიქიატრი. საქართველოში, სადაც თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურება არაა განვითარებული, მოსახლეობასთან საწოლების თანაფარდობა (28.1 საწოლი ასი ათას მოსახლეზე) საკმაოდ დაბალია (ევროპის სხვა ქვეყნებთან შედარებით)(1). რაც შეეხება ბავშვებს, ქვეყანაში არ არსებობს ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილება და ძალიან სუსტად არის განვითარებული ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები.

**ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სამსახურების მდგომარეობა (1)**

- მომსახურებაზე დაბალი ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა
- მომსახურების დაბალი ხარისხი და ეფექტურობა
- ამორტიზებული და მასიური დაწესებულებების სიჭარბე არაეფექტური ინფრასტრუქტურით
- პროფესიული რესურსების კვალიფიკაციის და თანამედროვე მიდგომების ცოდნის და გამოყენების არასაკმარისი დონე
- საჭირო ახალი პროფესიების ნაკლებობა
- პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების უკიდურესად მწირი რაოდენობა

პროფესიული კადრების კორპუსი წარმოდგენილია ძირითადად ექიმ-ფსიქიატრების, ფსიქოლოგების და მედდების მიერ; პრაქტიკულად არ არსებობენ დასპეციალებული სოციალური მუშაკები, ოკუპაციური თერაპევტები, ფსიქოთერაპევტები, თემის მუშაკები, ფსიქიკურ აშლილობის დიაგნოსტიკა-მკურნალობაში გაწვრთნილი ოჯახის ექიმები და ა.შ.

2005 წლის საჭიროებების შეფასების კვლევის შედეგების თანახმად, საქართველოში ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა მდგომარეობა ხასიათდება სიღარიბით, სათანადო სამედიცინო მომსახურებისა და სხვა დამხმარე სერვისების ხელმისაწვდომობის არარსებობით, პრაქტიკულად უალტერნატივო ინსტიტუციონალიზაციით და განათლებასა და დასაქმებასთან უაღრესად შეზღუდული ხელმისაწვდომობით (3).

ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ფრაგმენტირებულია და არსებული რეფერალური სისტემა არასაკმარისად არის განვითარებული.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრევენციისა და მხარდაჭერის პროგრამები არ არის შემუშავებული.

„არსებული ფსიქიატრიული დახმარების სამსახურები ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მოთხოვნილებების და საჭიროებების მხოლოდ 40% აკმაყოფილებს. არ არსებობს მათი ინტეგრაციის, უმუშევრობის და სიღარიბის შემცირებაზე მიმართული სერვისები; მხოლოდ 2% არის ჩართული სარეაბილიტაციო ზრუნვის პროგრამებში... დღეს არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება ძირითადად არაეფექტურია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა და მათი ოჯახების ბაზისური საჭიროებების დასაკმაყოფილებად“ (1). ფსიქიკურ აშლილობის მქონე პირთა საჭიროებების შეფასების შედეგი დეტალურადაა განხილული დანართში (იხ. დანართი #5 „საქართველოში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საჭიროებების და მდგომარეობის კვლევის შედეგები“, გვ. 35).

დღემდე არ არის შესწავლილი რა საჭიროებები აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების მქონე პირებს, მაგ. გონებრივი შეფერხების მქონე პირებს, ემოციური და ქცევითი აშლილობების მქონე ბავშვებს, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე მოხუცებს და როგორია მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით მოცვა.

ფსიქიკურ ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივ საფუძველს წარმოადგენს საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ (2006წ.), რომელშიც „გათვალისწინებულია თანამედროვე ფსიქიატრიის მოთხოვნები. 2007 წლის ივლისში სისხლის სამართლის კოდექსში და სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსში არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ მიღებული ცვლილებები შესაბამისად არ აისახა “ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონში“, რამაც არანებაყოფლობითი მკურნალობის დანიშვნასა და მოხსნასთან დაკავშირებით მთელი რიგი პროცედურული პრობლემები შექმნა“ (1)(23).

## 2 საერთაშორისო გამოცდილება

- რა პრინციპებით წარიმართება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა?
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების რომელი მოდელებია ანგარიშგასაწევი?

საქართველოში სახელმწიფო ხარჯავს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების 4% და ამ მაჩვენებლით უსწრებს ევროპის მხოლოდ სამ ქვეყანას (ჩეხეთი, პოლონეთი და ბულგარეთი). განვითარებულ ევროპულ ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 8-12% ფარგლებში მერყეობს. ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით, 2004 წელს საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე იხარჯებოდა 1.1 \$(PPP), მაშინ როცა მეზობელ სომხეთში ეს მაჩვენებელი იყო 5 \$, ბულგარეთში - 6 \$, ყაზახეთში 9 \$, ლიტვაში 14 \$ (განვითარებულ ქვეყნებში > 100\$). ექსპერტული გათვლებით, ერთ სულ მოსახლეზე ბაზისური ფსიქიატრიული პაკეტის ღირებულება დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში 1.8-2.6 \$ ფარგლებშია, საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში კი - 3.2-6.3\$ ფარგლებში (19).



ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა უცხოეთში ძირითადად ფინანსდება გადასახადებით ან სოციალური დაზღვევით. დაფინანსებაში კერძო დაზღვევის როლი უმეტეს ქვეყნებში ძალზე შეზღუდულია, განსაკუთრებით დაბალი საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში (იხ. ილუსტრაცია 2, გვ. 25). მსოფლიოში საშუალოდ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე კერძო (ჯიბიდან) დანახარჯების წილია 17.8%, დაბალი საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში (რომელთა რიცხვს საქართველო მიუკუთვნება) – 11% ფარგლებში, საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი (უბეში გათვლებით) 40% შეადგენს.

„ევროპული ქვეყნები, ძირითადად, ყოფილი სოციალისტური ქვეყნები, დღეს დგანან აუცილებლობის წინაშე, გადაჭრან პრინციპული საკითხი: უარი თქვან გაუმართლებელ ინსტიტუციურ ფსიქიატრიულ დახმარებაზე. ამ ქვეყნებში მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებების არსებობა, რომელთა პირობები არასახარბიელოა - უფრო იზოლაციურს გავს, ვიდრე სამკურნალო დაწესებულებას და ცხადია, ადამიანთა უფლებების დაცვის გარანტიაც ნაკლებია“ (1).

საქართველოსგან განსხვავებით, ევროპაში აღინიშნება ფსიქიატრიული საწოლების გეგმაზომიერად შემცირება (საქართველოში საწოლთა ფონდის 5-ჯერ შემცირება უკავშირდება დაფინანსების სიმწირეს) (იხ. ილუსტრაცია 3, გვ. 26) - ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები სტაციონარებიდან გადაჰყავთ „საერთო პროფილის საავადმყოფოებში, თავშესაფრებში საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით ან გაწერენ სახლში, სტაციონარგარეთა სამსახურების ზრუნვის ქვეშ“ (1).

ევროპის ქვეყნები დღეს იხრებიან საჭიროებებზე დაფუძნებული სამსახურების ისეთი გამთლიანებული ჯაჭვის შექმნისკენ, რომელიც დიფერენცირებულ მომსახურებას სთავაზობს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანს და მის ოჯახის წევრებს. ამ რეფორმის კონცეპტუალურ საფუძველს წარმოადგენს ახალი მიდგომა - „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ბალანსირებული ზრუნვა“, რომელიც მოსახლეობების საჭიროებებიდან და ქვეყნის შესაძლებლობებიდან გამომდინარე გულისხმობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება-გაუმჯობესების საჭიროებების შესაბამის ხარისხიან, მდგრად, ხარჯთ-ეფექტურ და შედეგიან მომსახურებას. ეს მიდგომა არ უარყოფს ერთ მიდგომას (მაგ. სტაციონარულ მკურნალობას) მეორის (მაგ. თემზე დაფუძნებული მომსახურების) სასარგებლოდ. პირიქით, ის ითვალისწინებს მომსახურების ყველა შესაძლო და საჭირო ფორმის კომბინაციას მაქსიმალური შედეგით. ბალანსირებული მოდელის ვარიანტები შემოსავლების დონის მიხედვით ქვეყნების ჯგუფებისათვის, აგრეთვე სფეროს განვითარების რიგი პარამეტრები დეტალურად აღწერილია დანართში (იხ. დანართი #6 საზღვარგარეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მოდელები“, გვ. 40).

## II. მომავლის ხედვა

### 1 ამოსავალი პრინციპები და ფასეულობები

- რა ფასეულობებს ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მოწყობა?
- რა პრინციპები (მიდგომები) განსაზღვრავენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მოწყობას?
- რა მოთხოვნებს უნდა აკმაყოფილებდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მომავალი მოწყობა?

#### 1.1 ფასეულობები

##### ჰუმანურობა და ადამიანის ღირსების პატივისცემა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ნებისმიერ რგოლში მთავარია პიროვნების ინტერესების დაცვა, მისი ღირსების პატივისცემა და მაქსიმალურად შესაძლებელ ჰუმანურ გარემოში მზრუნველობა

##### თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა

ფსიქიკური პრობლემების მქონე ნებისმიერი ადამიანი ასაკის, სქესის, ეთნიკური წარმომავლობისა თუ რეგილიური შეხედულებების მიუხედავად თანაბრად იმსახურებს ღირსეულ მოპყრობას და თანაბარი შესაძლებლობა აქვს ისარგებლოს აუცილებელი მომსახურებით

##### შემწყნარებლობა (ტოლერანტობა)

ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული განსხვავებულობა ჩვეულებრივი მოვლენაა, და არ მიიჩნევა ურთიერთობაში დისკომფორტისა და, მითუმეტეს, დისკრიმინაციის წყაროდ

**საქართველოში ფსიქიკურ ჯანმრთელობის დაცვის ხედვა (მოკლედ)**

საქართველოში ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანი მომსახურებას იღებს ნაკლებად შემზღვეველ გარემოში, რაც შეიძლება ახლოს მის საცხოვრებელთან საზოგადოების უსაფრთხოების გათვალისწინებით. მაქსიმალურადაა დაცული მისი უფლებები და გარანტირებულია ღირსების პატივისცემა.

#### 1.2 მიდგომები და პრინციპები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების, მოწყობისა და მომსახურების მიწოდების განმსაზღვრელი პრინციპები შესაძლებელია დაჯგუფდეს რამოდენიმე საკვანძო მიდგომის გარშემო:

##### 1.2.1 ბალანსირებული მოვლა

##### საავადმყოფოებსა და თემზე დაფუძნებულ ზრუნვას შორის ბალანსის დაცვა

ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალში თუ მის გარეთ მომსახურებისა და ზრუნვის მრავალფეროვანი ფორმების ისეთი თანაარსებობა, რომელიც:

- მაქსიმალურად აკმაყოფილებს მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებებს
- პასუხობს თანამედროვე საერთაშორისო სტანდარტებს
- ნაკლებად ზღუდავს მომსახურების მომწოდებელს და
- შეესაბამება ქვეყნის შესაძლებლობებს (ფინანსურ თუ პროფესიულ-ტექნიკურ რესურსებს, საზოგადოების შეხედულებებსა და განწყობებს)

##### მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური მკურნალობის ბალანსის დაცვა

მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური მეთოდების (მაგ. ფსიქოთერაპია, სოციალური რეაბილიტაცია და ა.შ.) ისეთი თანაარსებობა, რომელიც:

## სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები

- მიმართულია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის სოციალური ინტეგრაციისა და ადაპტაციის პირობების მაქსიმალური ხელშეწყობისკენ
- მედიკამენტების მინიმალური გამოყენებით ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საუკეთესო და მდგრად (სტაბილურ) შედეგს იძლევა

**პიროვნების, ოჯახის და საზოგადოების ინტერესებს შორის ბალანსის დაცვა**

პიროვნების ინტერესების დაცვისას ოჯახის და საზოგადოების ინტერესების გათვალისწინება:

- პიროვნების უფლებების შეზღუდვა (მაგ. მკურნალობის მეთოდის არჩევისას) მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი ოჯახისთვის (ან საზოგადოებისთვის) ზიანის (ფიზიკური, სოციალური, მატერიალური) მიყენების თაობაზე
- პიროვნების ან ოჯახის უფლებების შეზღუდვა საზოგადოებისთვის დასაბუთებული რისკის (საფრთხის) შესამცირებლად

**პრევენციის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მეთოდებს შორის ბალანსის დაცვა**

პრევენციის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მეთოდებს შორის ისეთი თანაფარდობა მიღწეული, როდესაც უპირატესობა ენიჭება პრევენციულ და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს და, ამის შედეგად ბუნებრივად მცირდება მკურნალობის აუცილებლობა

## 1.2.2

**ინტეგრაცია****მომსახურების ინტეგრაცია, თანამონაწილეობა და უწყვეტობა**

ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა დიდი ნაწილი უზრუნველყოფილია მოვლის და თანამონაწილეობის სხვადასხვა ფორმებისა და მეთოდების კოორდინირებული, თანმიმდევრული სისტემით მაქსიმალური, მდგრადი შედეგის მისაღწევად. უპირატესობა ენიჭება შემთხვევის ისეთ მართვას, როცა სხვადასხვა სპეციალისტი (თუ დამოუკიდებელი მომსახურების მიმწოდებლები) დროულად ადგენენ მდგომარეობის ცვლილებას, ახორციელებენ მიზნობრივ მიმართვას და ოპტიმალურად გამოიყენებენ სამკურნალო თუ სარეაბილიტაციო მომსახურების არსენალს მაქსიმალური ხარჯთ-ეფექტურობითა და პაციენტის საკეთილდღეოდ

**ჯანდაცვასა და სოციალურ მომსახურებაში ინტეგრაცია და თანამონაწილეობა**

შემდგომადგავარად, ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალური დაცვის სამსახურების მზაობიდან გამომდინარე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მოვლის (მომსახურების) ფუნქციები გაზიარებულია ამ სამსახურების მიერ, თუ:

- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამსახურებს აქვთ საკმარისი კვალიფიკაცია, გამოცდილება და რესურსები (ტექნიკური, ფინანსური) მომსახურების გასაწევად
- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ზოგად სამსახურებში ამ მომსახურების გაწევა უფრო ხარჯთ-ეფექტურია და უზრუნველყოფს ადექვატური მომსახურებით უფრო ფართო მოცვას (ვიდრე ცალკე მდგომი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით)
- სრულდება პაციენტის კლინიკური სურათის თუ ფსიქოსოციალური საჭიროებების მიხედვით შესაბამისი პროფილის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან (მომსახურების მიმწოდებელთან) დროული მიმართვა

**საზოგადოებაში ინტეგრაცია და თანამონაწილეობა იზოლაციის ნაცვლად**

საზოგადოების განწყობებისა და უსაფრთხოებების გათვალისწინებით უპირატესობა ენიჭება პიროვნების საზოგადოებაში მაქსიმალურ ინტეგრაციას და თანამონაწილეობას და საზოგადოებისგან (ოჯახისგან) მოუწყვეტლად სამედიცინო-სოციალური მომსახურებების მიწოდებას

**1.2.3 თანმიმდევრულობა**

**ეკოლუციური განვითარება**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო ვითარდება თანდათანობით, ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებისა და ამ სფეროში პროფესიული სიმძლავრეების ზრდის ტემპის შესაბამისად. მომსახურების ახალი ფორმები და მეთოდები ავსებენ ან ნაწილობრივ ანაცვლებენ არსებულ ფორმებს, არ ხდება რომელიმე არსებულ ფორმაზე უარის თქმა, თუ სათანადო ალტერნატივა არ

**სტიგმატიზაციის შემცირება**

საზოგადოების სხვადასხვა ფენებში შეცვლილია დამოკიდებულება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების და მათი ოჯახის წევრების მიმართ: ფსიქიკური აშლილობა არ წარმოადგენს დისკრიმინაციის საგანს და ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირის ან მისი ოჯახის გარიყვის მიზეზს. საზოგადოება მაქსიმალურად უწყობს ხელს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს სრულფასოვნად იცხოვრონ; თავად ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები და მათი ოჯახის წევრები ჩართული არიან საზოგადოებრივ ცხოვრებაში და არ გრძნობენ თავს გარიყულად.

**შედეგზე ორიენტირებულობა**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომსახურება მთლიანად და ცალკე აღებული დანტერესებულობა შედეგის მიღწევაში, რაც გამოიხატება სამედიცინო გამოსავალში (ჯანმრთელობის მდგომარეობა) და პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში. მომსახურების აკვარგიალობა პირველ რიგში იზომება შედეგით (სამედიცინო გამოსავალით, პაციენტის/ახლობლების მიერ მომსახურების ხარისხის სუბიექტური აღქმით, პაციენტის ცხოვრების ხარისხით) და არა პროცესის მახასიათებლებით (მაგ. ამბულატორიული ვიზიტების რაოდენობა, გატარებული საწოლდღეები ან საშუალო დაყოვნება ერთ საწოლზე).

**მოვლისა და მკურნალობის მაღალი სტანდარტები**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების კლინიკური თუ არაკლინიკური ასპექტები (მაგ. მოვლის პირობები) უახლოვდება საერთაშორისო სტანდარტებს, რამდენადაც ამის საშუალებას იძლევა მატერიალური რესურსები. ადაპტირებულია და დანერგილია კლინიკური პრაქტიკისა და მოვლის (მეთოდური) სახელმძღვანელოები.

**ფინანსური ტვირთის სამართლიანი გადანაწილება**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ბაზისური პაკეტით სარგებლობა ხელმისაწვდომია მოსახლეობის ყველა ფენისთვის. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ფინანსური ტვირთი ისეა განაწილებული, რომ არ ზღუდავს უმწეოებს (მოსახლეობის შედარებით ღარიბ ფენებს) ისარგებლონ აუცილებელი და ხარისხიანი მომსახურებით, მათი პიროვნული ღირსების სრული დაცვით.

## 2 ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მოწყობა

- რას ემსახურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა?
- რითი განისაზღვრება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პოლიტიკის წარმატება?

### 2.1 სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნები, ზოგადად ჯანმრთელობის დაცვის მიზნების ანალოგიურად, სამ განზომილებაში განისაზღვრება (14):

- მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება
- მოსახლეობის მოლოდინებთან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემის შესაბამისობის გაუმჯობესება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ფინანსური დაცულობის ამაღლება



## 2.2 ფუნქციები (ფუნქციური მოწყობა)

- რა ფუნქციებია (საქმიანობები/აქტივობები) საჭირო, რომ დაკმაყოფილდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს წინაშე არსებული (ზემოხსენებული) მოთხოვნები?
- რა ფუნქციებად ჯგუფდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საქმიანობები (მაგ. მომსახურება, მოვლა და ა.შ.)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ფუნქციები სამ ჯგუფად იყოფა, რაც უზრუნველყოფს სისტემის გამართულ მუშაობას და ზემოხსენებული მოთხოვნების დაკმაყოფილებას:

- სფეროს (დარგის) მართვის ფუნქციები:
  - პოლიტიკის განსაზღვრა
  - კანონმდებლობის შემუშავება (სამართლებრივ სივრცეში ნორმების დადგენა)
  - სახელმწიფო პოლიტიკის შეფასება
  - დაფინანსება
- საზოგადოებრივი აქტივობა:
  - სოციალური მობილიზაცია
  - ადვოკაცია
- სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ფუნქციები:
  - მომსახურების მიწოდება
  - მომსახურების სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა
  - პროფესიული კადრების მომზადება

მომსახურების მიწოდება აერთიანებს პროფესიული საქმიანობების ფართო სპექტრს, დაწყებული ფსიქიატრიული საავადმყოფოს მომსახურებით და დამთავრებული თვითდახმარების/კლუბური ტიპის მომსახურების საქმიანობით.

## 2.3 ძირითადი მონაწილე მხარეები და ფუნქციების განაწილება

- ვინ არიან ძირითადი მოქმედი პირები (აგენტები)?
- რა ფუნქციის შესრულება ევალებათ მოქმედ პირებს?
- როგორ რეგულირდება მოქმედ პირთა მიერ ფუნქციების შესრულება?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მონაწილე მხარეები ინსტიტუციური თვალსაზრისით სამ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს:

- სახელმწიფო
- ბაზარი (მომსახურების მომწოდებლები, სადაზღვევო კომპანიები, ა.შ.)
- საზოგადოება (ახლობელთა წრე, ოჯახი, პიროვნება)

ფუნქციების განაწილება ძირითადი მოქმედი მხარეების მიერ სქემატურად ასახულია დანართში (იხ. დანართი #7, გვ. 29)

სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები

**სახელმწიფო**

სახელმწიფოს ექსკლუზიურ პრეროგატივად რჩება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრა; სახელმწიფოს ხელშეწყობით პოლიტიკის შემუშავებაში მაქსიმალურადაა ჩართული ყველა დაინტერესებული მხარე, მათ შორის უშუალოდ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები ანდა მათი წარმომადგენლები.

სახელმწიფო გადამწყვეტ როლს თამაშობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მისამართულ დაფინანსებაში, პირველ რიგში უმწეო მოსახლეობისთვის აუცილებელი ხარისხიანი მომსახურების უზრუნველსაყოფად.

სახელმწიფო მმართველობის სტრუქტურები შეიმუშავებენ კანონმდებლობას სხვა დაინტერესებულ მხარეთა მონაწილეობით და ეწევიან სფეროს რეგულირებას კანონით განსაზღვრულ ფარგლებში.

სახელმწიფო დაინტერესებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პოლიტიკის შედეგიანობასა და მიმდინარეობის შეფასებაში, რისთვისაც აწარმოებს პოლიტიკის განხორციელებასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების გაზომვას და საჭიროების შემთხვევაში შეაქვს კორექტივები პოლიტიკაში.

**ბაზარი**

ბაზრის ინსტიტუტები წამყვან როლს ასრულებენ სპეციფიური მომსახურებების მიწოდებაში. კერძოდ, სამედიცინო თუ სოციალური მომსახურებების დაწესებულებები და სპეციალიზებული არასამთავრობო ორგანიზაციები.

არასამთავრობო ორგანიზაციები, ამის გარდა, აქტიურად მონაწილეობან სახელმწიფო მართვის პროცესებში, კერძოდ კანონმდებლობის შემუშავებაში, სახელმწიფო პოლიტიკის შეფასებასა და კერძო (დონორის) სახსრების მოზიდვაში მომსახურებების დასაფინანსებლად.

**ფუნქციების განაწილება სახელმწიფო სტრუქტურებს შორის**

**საქართველოს პარლამენტი**

✓ პოლიტიკის განსაზღვრა; კანონმდებლობის შემუშავება და ზედამხედველობა აღსრულებაზე.

**შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო**

✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის, კანონმდებლობის, რეგულირების, შეფასების, პრევენციისა და მკურნალობის პროგრამების განვითარება

✓ სარეაბილიტაციო პროგრამების, სპეციალური საჭიროებების მხარდაჭერის, საპენსიო რეგულირების მექანიზმების შემუშავება

✓ დასაქმების სპეციალური პროგრამების განვითარება, ხელშეწყობისა და პრევენციის საქმიანობები სამუშაო ადგილებზე

**მეცნიერებისა და განათლების სამინისტრო**

✓ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პროფესიული კადრებით ხარისხიანი უზრუნველყოფა; ინკლუზიური განათლების ხელშეწყობა; ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხელშეწყობისა და პრევენციის პროგრამების შემუშავება საგანმანათლებლო დაწესებულებებში

**იუსტიციის სამინისტრო**

**✓ კანონმდებლობა**

საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა

**სასჯელაღსრულების და პრობაციის სამინისტრო**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის აწყოფა სასჯელაღსრულებით სისტემაში; ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ეფექტური მკურნალობა/რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა

**ეროვნული სასამართლო ექსპერტიზის ბიუროს**

ფსიქიატრიული ექსპერტიზის სამსახურის სამუშაო სტანდარტების დახვეწა

**შსს სამინისტრო**

**✓ კრიზისული შემთხვევის მართვაში**

მომსახურეთა კომპეტენციის გაზრდა და ეფექტური თანამონაწილეობის უზრუნველყოფა

**სასამართლო**

**✓ მოსამართლეთა კვალიფიკაციის ამაღლება**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში (კერძოდ, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის არანებაყოფლობითი მკურნალობის შეფარდების პროცესში)

**ეკონომიკის სამინისტრო**

✓ ჯანდაცვის მენეჯერების შერჩევის კრიტერიუმების შემუშავება

**სახალხო დამცველი**

✓ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებების დაცვა, უპირველესად, სამკურნალო დაწესებულებებში

## სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები

ბაზრის ინსტიტუტებს შორის ძირითადად არასამთავრობო ორგანიზაციები არიან ჩართული სოციალურ მობილიზაციაში, აგრეთვე ადვოკაციასა და პროფესიული კადრების გაწვრთნაში.

პროფესიული ასოციაციების ძირითადი ფუნქციაა კლინიკური (მომსახურების) სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა, აგრეთვე კადრების მომზადება, ადვოკაცია და კანონმდებლობის შემუშავებაში მონაწილეობა.

საგანმანათლებლო დაწესებულებების ძირითადი ფუნქციაა სფეროს მომარაგება სათანადო პროფესიული კადრებით.

სადაზღვევო კომპანიები მონაწილეობენ გარკვეული ფსიქიკური აშლილობების სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებაში.

**საზოგადოება**

მასობრივი საინფორმაციო საშუალებები გადამწყვეტ როლს ასრულებენ სოციალური მობილიზაციისა და ადვოკაციის ფუნქციების განხორციელებაში.

რელიგიური ორგანიზაციები ძირითადად ჩართული არიან სოციალურ მობილიზაციაში, მომსახურების მიწოდებასა და ქველმოქმედებაში (გარკვეული მომსახურებების დაფინანსებაში).

ოჯახის ინსტიტუტი (ნათესავების და ახლობლების ჩათვლით) ყველაზე დიდ როლს თამაშობს სოციალური მომსახურებების გაწევასა და დაფინანსებაში (პირადი და ირიბი გზით).

**2.4 რესურსები**

- რა ტიპის რესურსებია (ფინანსური, პროფესიული, მატერიალური) საჭირო ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს გამართული ფუნქციონირებისათვის?
- რა წყაროებიდან მოხდება რესურსების მობილიზაცია?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარებისათვის საჭირო რესურსები შემდეგია:

- ტექნიკური
  - მეთოდოლოგია (ტექნოლოგია)
  - პროფესიული (კადრები)
- ფინანსური (მატერიალური):
  - საინვესტიციო
  - მიმდინარე (ხარჯები)

მეთოდოლოგიის შემუშავებას და დანერგვას ახორციელებენ პროფესიული ასოციაციები, არასამთავრობო ორგანიზაციები და, ნაწილობრივ სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლები კერძო და სახელმწიფო დაფინანსებით.

პროფესიული კადრების მომზადება ხდება ნაწილობრივ სახელმწიფო და ძირითადად კერძო და არასამთავრობო დაფინანსებით. სფეროში სპეციალისტთა მობილიზაციის მაჩვენებლები მიახლოებულია ევროპის საშუალო მაჩვენებლებს (მაგ. ფსიქიატრთა რაოდენობა გაზრდილია 500-მდე, ფსიქოლოგები - 900-მდე, ფსიქიკურ სფეროში დასპეციალებულ სოციალურ მუშაკთა რაოდენობა - 2,600-მდე, ხოლო დასპეციალებულ მედდათა რაოდენობა - 2,000-მდე).

მომსახურების მიმწოდებელთა საწარმოო სიმპლავრეებში ინვესტიცია ხორციელდება როგორც კერძო წყაროებიდან, ასევე სახელმწიფო რესურსებით; გამონაკლისია შეზღუდული რაოდენობის სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სტაციონარები, რომელთა განახლება/აღჭურვა ხდება მხოლოდ სახელმწიფო სახსრებიდან.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, ფსიქიატრიული მომსახურების მინიმალურ (ბაზისურ) პაკეტზე იხარჯება ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტის სულ მცირე 8%, არანაკლებ 6\$ ერთ სულ მოსახლეზე გადაანგარიშებით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ჯიბიდან დანახარჯების ხვედრითი წილი საგრანობლად შემცირებულია (<20-25%), შემცირებულია აგრეთვე საერთო დანახარჯებში მედიკამენტებზე ხარჯების ხვედრითი წილი (პროფესიული კადრების/შრომის ანაზღაურების ხვედრითი წილის გაზრდის შედეგად).

### III. განვითარების ძირითადი მიმართულებები

- რა მიმართულებით წარმართოს ქვეყნის ძალისხმევა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის განვითარებისათვის?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარება მოხდება ძირითადად სამი მიმართულებით:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების/მოვლის მოცვისა და ხარისხი გაუმჯობესება:
  - 1.1. შესაბამისი პროფესიული კადრებით ბაზრის მომარაგება
  - 1.2. სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ახალი ფორმების დანერგვა
2. საზოგადოების ცნობიერების (დამოკიდებულების) შეცვლა/ სტიგმის შემცირება
3. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის გაუმჯობესება

#### 1 ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების/მოვლის მოცვისა და ხარისხი გაუმჯობესება

##### 1.1 შესაბამისი პროფესიული კადრებით ბაზრის მომარაგება

- სამედიცინო პრაქტიკისა და სოციალური მომსახურების მეთოდური სახელმძღვანელოების შემუშავება და დანერგვა
- ახალი პროფესიული სტანდარტების შემუშავება და არსებულის გადასინჯვა
- პროფესიული რესურსების (კადრების) განვითარების გრძელვადიანი გეგმის შემუშავება
- საგანმანათლებლო (სასწავლო) პროგრამების შესაბამისობაში მოყვანა მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან

##### 1.2 სამედიცინო და სოციალური მომსახურების ახალი ფორმების დანერგვა

- მომსახურების (სამედიცინო, მათ შორის პრევენციული, და სოციალური) ახალი ფორმების მეთოდური სახელმძღვანელოების ადაპტაცია და კადრების მომზადება საცდელი დანერგვისათვის
- მომსახურების ახალი ფორმების, საცდელი გეგმის შემუშავება (შეფასების კრიტერიუმების ჩათვლით)
- მომსახურების ახალი ფორმების გამოცდა, შეფასება და მეთოდოლოგიაში (მომსახურების ტექნოლოგიურ პროცესში), საჭიროების შემთხვევაში, სათანადო ცვლილებების შეტანა
- აპრობირებული მომსახურების ფართომასშტაბიანი, ეტაპობრივი დანერგვა (დაფინანსებისა და პროფესიული კადრებით მომარაგებიდან გამომდინარე)
- არსებული მომსახურებების მიმწოდებლების რესტრუქტურირების გეგმების შემუშავება ან არსებულის გადასინჯვა



## 2 საზოგადოების ცნობიერების (დამოკიდებულების)

### შეცვლა / სტიგმის შემცირება

- საზოგადოებრივი ცნობიერების (შეხედულებების, დამოკიდებულებების, მოლოდინების) შესწავლა
- საზოგადოების მობილიზაციის (განათლების, შეხედულებების შეცვლის) გრძელი და მოკლევადიანი სტრატეგიების შემუშავება და განხორციელება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების შემუშავება საჯარო სკოლებსა და სამუშაო ადგილებზე
- მასობრივი ინფორმაციის საშუალებების წარმომადგენლების მომზადება (პროფესიული უნარ-ჩვევების ამაღლება) ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკვანძო საკითხებში

## 3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო

### მართვის გაუმჯობესება

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის (მიმდინარეობისა და შედეგების) შეფასების ერთიანი სისტემის ჩამოყალიბება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოსახლეობების საჭიროებების შესწავლისა და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გამართვა
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში აქტუალურ საკითხებზე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის რჩევების (რეკომენდაციების) შემუშავება და სახელმწიფო სტრუქტურებისთვის მიწოდება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო დაფინანსების მდგრადი, მოქნილი და ეფექტური მექანიზმების შემუშავება
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში საბიუჯეტო დანახარჯების გამჭვირვალობისა და ანგარიშგების მექანიზმების დანერგვა
- დაინტერესებული მხარეების (პროფესიული ასოციაციების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, მომსახურების მიმწოდებლების, მომხმარებელთა ასოციაციების და ა.შ.) ორგანიზება და პოლიტიკის შეფასებასა და შემუშავებაში ჩართვა

## IV. დანართები

## დანართი #1 ძირითადი ცნებები

### ადვოკატირება (advocacy)

პაციენტების კეთილდღეობისა და ინტერესების დაცვის ხელშეწყობა, საკუთარი უფლებების ცოდნა და იმ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა, რომელიც საჭიროა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მისაღებად

### ადრეული ჩარევა/ინტერვენცია (early interventions)

ადრეული ინტერვენცია გულისხმობს სერვისების მიწოდებას ფსიქოზების განვითარების ადრეულ ეტაპზე, რათა ამ გზით შეამცირონ “უკურნებელი ფსიქოზების ხანგრძლივობა” (duration of untreated psychosis – DUP). ითვლება, რომ ადრეულ ასაკში დაწყებული და არანამკურნალევი ფსიქოზის შედეგად მალე ხდება გამოსავალი მდგომარეობის დადგომა ე.წ. დეგრადაცია. ამგვარ დახმარებას ეწევიან მულტიდისციპლინური გუნდები სხვადასხვა ჩარევების გზით, რომელთა შორისაა სკოლებში მისვლა და დახმარება, ცოდნის ამაღლება მდგომარეობის გაუარესების მომასწავებელი ნიშნების ადრეული გამოცნობისთვის

### არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება (civil involuntary admission):

ფსიქიატრიული დახმარება, როდესაც პირს ფსიქიკური აშლილობის გამო არ გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს ან გარშემო მყოფ პირებს და უარს აცხადებს მკურნალობაზე.

### დასაქმება მხარდაჭერით (supported employment)

მხარდაჭერი სერვისები, რომელიც გულისხმობს სამსახურთან დაკავშირებით ინდივიდის უნარების, დამოკიდებულების, ქცევების და ინტერესების შეფასებას და დახმარებას სამუშაოს მოძებნაში, პროფესიულ სარეაბილიტაციო და/ან სხვა ტრენინგების მიწოდებას; სამუშაოს მოძებნის შესაძლებლობით უზრუნველყოფას. იგი მოიცავს გარდამავალი და მხარდაჭერით დასაქმების სერვისებს.

### დაცული დასაქმება/სახელოსნო (sheltered employment)

სამუშაო/სამსახური ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის, რომელთაც სხვადასხვა მიზეზის გამო არ შეუძლიათ მონაწილეობა ჩვეულებრივ შრომით ბაზარზე. პიროვნებები ამ სამუშაოსთვის არ იღებენ ჩვეულებრივ ხელფასს. მიზანია, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს დაასწავლონ ის უნარ-ჩვევები, რომელიც მათ დაეხმარება, დასაქმდნენ ჩვეულებრივ ან მხარდაჭერით.

### დეინსტიტუციონალიზაცია (deinstitutionalisation)

დაწესებულების („ინსტიტუტების“) სისტემის - კლასიკური დიდი ინსტიტუციები, მაგ. ფსიქიატრიული საავდმყოფოების და პანსიონატების (სადაც ფსიქიკური აშლილობის და გონებრივი შეფერხების მქონე პირები ხანგრძლივად არიან მოთავსებული), შეცვლის პროცესი საავდმყოფოს გარე, ე.წ. „თემზე დაფუძნებული“ ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალური მომსახურებით. სადაც პაციენტის მოვლა და მკურნალობა მიმდინარეობს მისი საზოგადოებისაგან, ჩვეული გარემოსგან მოწყვეტის გარეშე.

### თემი (community)

ერთობა, საზოგადოება. აქვს რამდენიმე მნიშვნელობა: გარკვეული რეგიონი მისი მაცხოვრებლებითურთ; ხალხის დაჯგუფება, რომლებსაც აერთიანებს მაგალითად ინტერესები, ერთი რელიგია, პროფესია, წარმომავლობა და ა.შ. წინამდებარე დოკუმენტში იგულისხმება პაციენტის გარშემო მყოფი საზოგადოება.

**თემზე დაფუძნებული ზრუნვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში (community based mental health care)**

დახმარება დიდი ინსტიტუციების გარეთ და გარეშე. ფარავს მოსახლეობის გარკვეულ რაოდენობას, შედგება ყოველმხრივი და ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალური მომსახურებისაგან. კერძოდ, ესენია: მწვავე მდგომარეობისას ფსიქიატრიული განყოფილებები ზოგადი პროფილის სტაციონარებში, სხვადასხვა სახის მობილური გუნდის მომსახურება, ამბულატორიული დახმარება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრები, სასწავლო ცენტრები, დაცული საცხოვრებელი, დაცული სახელოსნოები.

**თემზე დაფუძნებული საცხოვრებელი (რეზიდენტული) დაწესებულება (community based residential facility)**

არაკონსპიკუალური, თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულება, სადაც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები დროებით ცხოვრობენ. ჩვეულებრივ ეს დაწესებულებები ემსახურება მომხმარებლებს, შედარებით სტაბილური ფსიქიკური აშლილობებით, რომლებიც არ საჭიროებენ ინტენსიურ სამედიცინო ჩარევას.

მიეკუთვნება: დაცული საცხოვრებელი; გროუპ ჰომეს - ჯგუფური საცხოვრებელი სახლი მომსახურე პერსონალის გარეშე; სახლები მუდმივად მყოფი მომსახურე პერსონალით ან დროგამომშვებით მომსვლელი პერსონალით; საერთო საცხოვრებლები დღისა და ღამის პერსონალით; საერთო საცხოვრებლები და სახლები ექთნების 24-საათიანი მომსახურებით; სახლები `შუა გზაზე`; ტჰერაპეუტიკ ცომმუნტიეს - სამკურნალო თემები. მას მიეკუთვნება როგორც საჯარო, ასევე კერძო დაწესებულებები. ასევე აქ შედის თემზე დაფუძნებული ბავშვთა და მოზარდთა საცხოვრებელი დაწესებულებები და თემზე დაფუძნებული საცხოვრებელი დაწესებულებები სხვა სპეციფიკური ჯგუფებისთვის (მაგ: ხანდაზმულები).

არ მიეკუთვნება: დაწესებულებები, რომლებიც მკურნალობენ მხოლოდ ალკოჰოლის და სხვა ნივთიერების მავნედ გამოყენებით დაავადებულ პირებს ანდა გონებრივად ჩამორჩენილებს; ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში არსებული საცხოვრებელი დაწესებულებები; ძირითადი დაწესებულებები, რომლებიც მნიშვნელოვანია ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის, მაგრამ არ არიან ორიენტირებულნი მათ სპეციფიურ საჭიროებებზე (მაგ: ნურსინგ ჰომეს - /საექთნო სახლები და სახლები ხანდაზმულ ადამიანთა მოსასვენებლად, ინსტიტუციური სამკურნალოები ძირითადად ნევროლოგიური აშლილობის ან ფიზიკური ინვალიდობის მქონე პირთათვის).

**თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილება (community based psychiatric inpatient unit)**

ფსიქიატრიული განყოფილება, რომელიც უზრუნველყოფს ფსიქიკური აშლილობების სტაციონარულ მკურნალობას თემზე დაფუძნებული დაწესებულების შიგნით. მსგავსი განყოფილებები ჩვეულებრივ მდებარეობენ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, მკურნალობენ მწვავე მდგომარეობის მქონე პაციენტებს. დაყოვნების პერიოდი ჩვეულებრივ არის ხანმოკლე – (რამდენიმე კვირა ან თვე).

მიეკუთვნება: როგორც საჯარო, ასევე კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული და არაორიენტირებული დაწესებულებები; თემზე დაფუძნებული ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილებები; თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილებები სხვა სპეციფიკური ჯგუფებისთვის (მაგ: ხანდაზმულები).

არ მიეკუთვნება: ფსიქიატრიული საავადმყოფოები; თემზე დაფუძნებული საცხოვრებელი დაწესებულება; დაწესებულებები, რომლებიც მკურნალობენ მხოლოდ ალკოჰოლის და სხვა ნივთიერებების მავნედ გამოყენებით დაავადებულ პირებს ანდა გონებრივად ჩამორჩენილებს.

### **ინსტიტუცია | ინსტიტუციური | ინსტიტუტი (institution | institutional | institute)**

ტერმინი გამოიყენება ფართო გაგებით: ნაცვლად დაწესებულებისა, „ინსტიტუტი“ გულისხმობს დანერგილ („ცხოვრებაში გამჯდარ“), თვითმყოფად წესრიგს - ქცევის, ფუნქციონირების არსებულ მდგრად პრაქტიკას, რომელიც ემყარება ფასეულობებს, ტრადიციებს (არაფორმალურ ნორმებს) ან სამართლებრივ ნორმებს (კანონმდებლობას). მაგალითად, „ოჯახის ინსტიტუტი“ გულისხმობს ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობის მთელ სპექტრს, მათი პასუხისმგებლობებისა და უფლებების განაწილებას, რესურსების განაწილებას, რაც უმეტესწილად განპირობებულია არაფორმალური ნორმებით; „ბაზრის ინსტიტუტები“ გულისხმობს ბაზარზე მონაწილე მხარეებს (იურიდიულ თუ ფიზიკურ პირებს, რომლებიც ჩართული არიან წარმოება-მიწოდებაში ან მოხმარებაში, ანდა მიწოდება-მოხმარების რეგულირებასა და მედიაციაში), ბაზარზე მონაწილე მხარეებს შორის ურთიერთობის დაწერილ და დაუწერილ წესებს, ბაზარზე მონაწილე მხარეთა, როგორც კომერციულ, ისე სოციალური ხასიათის საქმიანობას. შესაბამისად, „ინსტიტუციური განვითარება“ ნიშნავს არა დაწესებულებების (ორგანიზაციების ან სტრუქტურების მშენებლობა-გაუმჯობესებას), არამედ გულისხმობს გარკვეულ ფასეულობებზე დაფუძნებულ და პრინციპებით ნაკარნახებ ქმედებათა (ფუნქციონირების) ახალ ნაკრებს, რომლებიც პასუხობს დროის მოთხოვნებს და იქცევა „ცხოვრების წესად“. ანალოგიურად, „ინსტიტუციონალიზაცია“ ნიშნავს ახალი წესების ცხოვრებისეულ ნორმად ქცევას - როცა სხვადასხვა მხარეთა ფუნქციები/საქმიანობა და ურთიერთქმედება ორგანულად ხდება ყოველდღიურობის შემადგენელი ნაწილი და აღარ საჭიროებს დამატებით ძალისხმევას.

### **კრიზისული დახმარება (crisis care)**

კრიზისი ხასიათდება მდგომარეობის ხანმოკლე, მწვავე გაუარესებით, რომლის დროსაც ინდივიდისათვის ჩვეული დამლევის სტრატეგიები დროებით ითრგუნება. კრიზისული დახმარებისათვის დამახასიათებელია მხარდაჭერის სწრაფი უზრუნველყოფა (მაგ: კონსულტირება, რესპიტე ადმისიონ), ამის თანადროულად იგეგმება აგზნების და დისტრესის მართვა და გრძელვადიანი ზრუნვა. კონტაქტები ძალიან ხშირია, ზოგჯერ დღეში ერთზე მეტი.

### **მობილური გუნდი (mobile team)**

სხვადასხვანაირი და სხვადასხვა შემადგენლობის: არსებობს თემის, კრიზისული ინტერვენციის, რეაბილტაციური, „აუთრიზ“, „ასერტიული“ გუნდები; შედიან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექთნები სოციალური მუშაკები და ხშირად, ფსიქოლოგები. ჩვეულებრივ, ისინი ემსახურებიან კონკრეტულ უბანს (მაგ: ქალაქის რაიონს).

### **მოთხოვნილება და საჭიროება (demand and need)**

წინამდებარე დოკუმენტში ცნება „საჭიროება“ გულისხმობს მოსახლეობაში (გარკვეულ ჯგუფში) გარკვეული, მათთვის სასიკეთო მომსახურების (პროდუქტის) მიღების ობიექტურ აუცილებლობას, დამოუკიდებლად იმისა, აცნობიერებს თუ არა ამას თავად პიროვნება (ან მოსახლეობა). საჭიროება შეიძლება განისაზღვროს (ობიექტურად) ექსპერტების მიერ, მაგალითად ფსიქიკური აშლილობის ამა თუ იმ ფორმის დადგენისას, როდესაც ა) პიროვნება ვერ ხვდება, აქვს თუ არა აშლილობა ან ბ) არ აქვს წარმოდგენა, რომ მისთვის სასარგებლო



მომსახურება/პროდუქტი არსებობს. ასეთი ადამიანს არ უჩნდება მოთხოვნილება შეიძინოს (მიიღოს) ეს მომსახურება. ცნება „მოთხოვნილება“ (საჭიროებისაგან განსხვავებით) გულისხმობს მომხმარებლის სურვილს შეიძინოს კონკრეტული მომსახურება/პროდუქტი გარკვეულ საფასურად. თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა ფოკუსირებული იქნება მხოლოდ მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაზე, ბაზარზე ნაკლები შანსია გაჩდეს ის სერვისები, რომლებიც სასიკეთოა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის (ანუ რომელთა „საჭიროება“ არსებობს), მაგრამ რომელთა შესახებ მომხმარებელი არაა ინფორმირებული

მომხმარებლების/პაციენტების ადამიანის უფლებების დაცვა (human rights protection of users/patients)

საქმიანობები, რომლებიც მიზნად ისახავენ მომხმარებელთა ადამიანის უფლებების დაცვის უზრუნველყოფას: მინიმალური შემზღუდავი ღონისძიებები, ინფორმაციული თანხმობა მკურნალობაზე, კონფიდენციალობის დაცვა, შესაძლებლობის ფარგლებში შეზღუდვის და იზოლაციის თავიდან აცილება, ნებაყოფლობითი და არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის და მკურნალობის პროცედურები, გამოწერის პროცედურები, გასაჩივრებისა და თხოვნის შეტანის პროცესები, პერსონალის მხრიდან ძალადობისგან დაცვა და მომხმარებელთა საკუთრების დაცვა.

#### **მომხმარებელი/პაციენტი (user/consumer/patient)**

პირი, რომელიც იღებს ფსიქიატრიულ დახმარებას. ეს ტერმინი გამოიყენება სხვადასხვა ადგილას და პრაქტიკოსი სპეციალისტებისა და ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანთა სხვადასხვა ჯგუფის მიერ. WHO-AIMS მათ განიხილავს, როგორც სინონიმებს.

#### **მულტიდისციპლინური გუნდი (MDT)**

სხვადასხვა პროფესიის მქონე ადამიანთა მცირე ჯგუფი (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ეს პროფესიებია: ფსიქიატრი, მედდაი, ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი, სოციალური მუშაკი და სხვა), რომლებიც თანამშრომლობას იწყებენ გარკვეული სამუშაო ამოცანის გადაწყვეტის მიზნით. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ასეთ ამოცანას წარმოადგენს ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანის სხვადასხვა პრობლემების მოგვარება.

#### **ოკუპაციური თერაპია (occupational therapy)**

სპეციალურად შექმნილი პროგრამები, რომლებიც ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებს, უფრო ეფექტურად გამოიყენონ თავიანთი შესაძლებლობები. მაგ: ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანს შესაძლოა ასწავლონ, თუ როგორ აწარმოოს საოჯახო საქმიანობა, დაიცვას პირადი ჰიგიენა, შეიძინოს საჭირო ნივთები და პროდუქტები და ა.შ. ოკუპაციური თერაპევტების უმრავლესობა მუშაობს საავადმყოფოებში, ხანდაზმულთა სახლებში, სკოლებსა და სარეაბილიტაციო ცენტრებში.

#### **ოკუპაციური თერაპევტი (occupational therapist)**

მედიცინის დარგის პროფესიონალი მუშაკი, რომელსაც დამთავრებული აქვს ოკუპაციური თერაპიის კურსი სახელმწიფო ლიცენზიის მქონე სასწავლებელში და გააჩნია შესაბამისი ცოდნის დამადასტურებელი დიპლომი ან ხარისხი.

**პირველადი ჯანდაცვის კლინიკა (primary health care clinic)**

პირველადი ჯანდაცვის კლინიკა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის პირველ საფეხურს. იგი პაციენტს ჩვეულებრივ უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობის თავდაპირველი დიაგნოსტიკით და მკურნალობით და სპეციალიზირებული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში აგზავნის მას უფრო მაღალი კვალიფიკაციის პერსონალით დაკომპლექტებულ შესაბამის დაწესებულებებში.

**სასამართლო მედიცინის სტაციონარული განყოფილება (forensic inpatient unit):**

სტაციონარული განყოფილება გათვალისწინებული მხოლოდ ექსპერტიზისათვის ან ფსიქიკური აშლილობის მქონე იმ პირთა სამკურნალოდ, რომლებიც იმყოფებიან სამართალდამცავი ორგანოების მეთვალყურეობის ქვეშ. ეს განყოფილებები შეიძლება განთავსებულ იქნას ფსიქიკურულ საავადმყოფოებში, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ან სხვა დაწესებულებებში.

**სოციალური მუშაკი (social worker)**

პროფესიონალი, რომელსაც დამთავრებული აქვს სოციალური მუშაკის მოსამზადებელი სასწავლო კურსი შესაბამისი ლიცენზიის მქონე უნივერსიტეტის დონის სკოლაში და გააჩნია შესაბამისი ცოდნის დამადასტურებელი დიპლომი ან ხარისხის მოწმობა.

**სტიგმა (stigma)**

დადი, იარლიყი და ნეგატიური დამოკიდებულება, რაც ვლინდება სხვათა მიერ ინდივიდის დისკრიმინაციაში.

**ფასეულობები, მიდგომები, პრინციპები და მოთხოვნები (values, approaches, principles and demands)**

მომავლის ხედვაში თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობას შენობად წარმოვიდგენთ, მაშინ შესაძლებელია მისი საძირკვლის, კარკასისა და ექსტერიერ-ინტერიერის სათითაოდ დახასიათება.

მომავლის ხედვის გააზრებისას **ფასეულობები** ყველაზე მდგრადი (დროში უცვლელი) და ძვირფასი, ამავე დროს სურათის „უხილავი“ ელემენტია, რომელიც გამსჭვალავს ყველა პრინციპს, მოთხოვნას თუ ქმედებას და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობის სასურველი კონსტრუქციის საძირკველია.

**პრინციპები** ამ ფასეულობების რეალობაში გადმოტანის საშუალებაა - ისინი წარმართავენ არჩევანს და ქმედებას, ეხება ეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობის გაუმჯობესებას თუ კონკრეტული ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანისათვის შესაფერისი მომსახურების მიწოდებას. მომავლის გააზრებისას თუ ფასეულობები ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობის სასურველი კონსტრუქციის საძირკველია, მაშინ **პრინციპები** ამ კონსტრუქციის კარკასია.

**მოთხოვნები** „ასრულებს“ მომავლის სურათის გააზრებას და პრაქტიკულად „ხორცს ასხამს“ მას. მოთხოვნები აზუსტებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობის სასურველი კონსტრუქციის ძირითად მახასიათებლებს. თუ პრინციპები ამ კონსტრუქციის კარკასია, მაშინ **მოთხოვნები** მისი „ინტერიერ-ექსტერიერის“ დიზაინერული გადაწყვეტაა.

**ფინანსური დაცულობა (financial protection)**

ფინანსური დაცულობა, იგივე ფინანსური ტვირთის გადანაწილების სამართლიანობა გულისხმობს, თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკები

რამდენად განაწილებულია გადახდისუნარიანობის და არა ფსიქიკური აშლილობის/რისკის სიმძიმის შესაბამისად.

ფინანსური დაცულობა (ანუ ფინანსური ტვირთის გადანაწილების სამართლიანობა) მაღალია, როცა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ნებისმიერ ოჯახის (შინამეურნეობის) დანახარჯის ხვედრითი წილი შინამეურნეობის მთლიან (საკვებზე დანახარჯების გარდა) დანახარჯებში იდენტურია, დამოუკიდებლად იმისა, თუ რამდენია ოჯახის შემოსავალი, როგორია ჯანმრთელობის მდომარეობა ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებით სარგებლობა.

### ფსიქიკური აშლილობა (mental disorder)

ძირითადი ფსიქიკური ფუნქციების ან ქცევის აშლის გამომხატველ სიმპტომთა ჯგუფი, რომელიც იწვევს პიროვნულ დისფუნქციას, არღვევს გარემოსთან ადაპტაციის პროცესს და რომლის დიაგნოზი დგინდება საერთაშორისო სამედიცინო სტანდარტების მიხედვით, მაგ., დსკ-ის მე-10 გადასინჯვის მიხედვით. ფართო გაგებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობა მოიცავს როგორც ფსიქიატრიულ დაავადებებს (მაგალითად შიზოფრენია, დეპრესია, ნივთიერებების ავად მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები), ასევე ინტელექტის და განვითარების პრობლემებსა და დარღვევებს (მაგ: გონებრივი ჩამორჩენილობა დაუნის სინდრომის დროს)

### ფსიქიკური ჯანმრთელობა (mental health)

კეთილდღეობის მდგომარეობა სოციალური, სულიერი, კოგნიტური და ემოციური ასპექტების ჩათვლით; მდგომარეობა, როდესაც პიროვნება ავლენს და ახორციელებს საკუთარ შესაძლებლობებს, შეუძლია გაუმკლავდეს ცხოვრებისეულ ჩვეულებრივ სტრესებს, შეუძლია პროდუქტიული და ნაყოფიერი მუშაობა და წვლილის შეტანა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. ითვლება, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობა გაცილებით მეტია, ვიდრე ფსიქიკური აშლილობის არ-ქონა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონცეფცია მოიცავს სუბიექტური “კარგად ყოფნის” შეგრძნებას, ავტონომიურობის და კომპეტენტურობის განცდებს, თვით-აქტუალიზაციას

### ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული მომსახურება (mental health outpatient facility)

დაწესებულება, სადაც ხორციელდება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირის ამბულატორიული დახმარება, კლინიკური და სოციალური პრობლემების მოგვარება.

**მიეკუთვნება:** თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრები; ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიები; ამბულატორიული სერვისები სპეციფიკური ფსიქიკური აშლილობებისათვის ანდა სპეციალიზირებული მკურნალობისათვის; ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული განყოფილებები ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში; ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიკლინიკები; სპეციალიზირებული არასამთავრობო ორგანიზაციების კლინიკები, ასევე შედის მხოლოდ ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული დაწესებულებები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული დაწესებულებები სხვა სპეციფიკური ჯგუფებისათვის (მაგ: ხანდაზმულები).

**არ მიეკუთვნება:** დაწესებულებები, რომლებიც ემსახურებიან მხოლოდ ალკოჰოლის და სხვა ნივთიერებების მავნედ გამოყენებით დაავადებულ პირებს ანდა მხოლოდ გონებრივად ჩამორჩენილებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ სხვა თანმხლები ფსიქიკური აშლილობა.

**ფსიქიატრიული საავადმყოფო (mental hospital)**

სპეციალიზირებული ჰოსპიტალური დაწესებულება, რომელიც ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს აწვდის სტაციონარულ და გრძელვადიან საცხოვრებელ მომსახურებას. ჩვეულებრივ, ეს დაწესებულებები ფუნქციონირებენ დამოუკიდებლად და მდებარეობენ განცალკევებით. ამასთანავე მათ შეიძლება ჰქონდეთ კავშირი ჯანდაცვის სისტემის სხვა რგოლებთან. მათი სპეციალიზაციის სახე საკმაოდ ცვალებადია: ზოგ შემთხვევაში მხოლოდ გრძელვადიანი დაყოვნების სერვისის პატიმრობამისჯილთათვის, სხვა შემთხვევებში კი ასევე შესაძლებელია სპეციალიზირებული და მოკლევადიანი სერვისები (სარეაბილიტაციო სერვისები, ბავშვთა და ხანდაზმულთა სპეციალიზირებული განყოფილებები და სხვა).

მიეკუთვნება: როგორც საჯარო, ასევე კერძო დაწესებულებები; შედის მხოლოდ ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიული საავადმყოფოები და ფსიქიატრიული საავადმყოფოები სხვა სპეციფიური ჯგუფებისათვის (მაგ: ხანდაზმულები).

არ მიეკუთვნება: ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილებები მრავალ-პროფილიან საავადმყოფოში; სასამართლო ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილებები, დაწესებულებები, რომლებიც ემსახურებიან მხოლოდ ალკოჰოლის და სხვა ნივთიერებების მავნედ გამოყენებით დაავადებულ პირებს ანდა გონებრივად ჩამორჩენილებს, და რომელთაც არ აღენიშნებათ სხვა თანმხლები ფსიქიკური აშლილობა.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის დღის სამკურნალო დაწესებულება (mental health day treatment facility)**

დაწესებულება, რომელიც ანხორციელებს მომხმარებლებზე ზრუნვას დღის განმავლობაში. ეს დაწესებულებები ზოგადად არიან: 1) ერთროულად ხელმისაწვდომი პაციენტთა ჯგუფებისათვის (დროის ერთ მონაკვეთში ხდება რამდენიმე სერვისის მიწოდება) 2) პაციენტებს უფლება აქვთ დარჩნენ დაწესებულებაში პერსონალისგან ინდივიდუალური მომსახურების მიღების შემდეგაც. (ანუ სერვისი არ ეფუძნება მხოლოდ პაციენტების ვიზიტს პერსონალთან და ვიზიტის დამთავრების შემდეგ დაწესებულების მაშინვე დატოვებას) 3) გულისხმობს პაციენტების დარჩენას დაწესებულებაში ნახევარი ან მთელი დღის განმავლობაში.

მიეკუთვნება: დღის ცენტრები; დღის დახმარების ცენტრები; დაცული სახელოსნოები; კლუბური სახლები; დასაქმების/სარეაბილიტაციო სახელოსნოები; სოციალური ფირმები. როგორც საჯარო, ასევე კერძო ორგანიზაციები, ასევე შედის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დღის სამკურნალო დაწესებულებები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დღის სამკურნალო დაწესებულებები სხვა სპეციფიური ჯგუფებისათვის (მაგ: ხანდაზმულები).

**ფსიქოსოციალური ჩარევა (psycho-social intervention)**

ჩარევა, რომელიც უპირატესად იყენებს ფსიქოლოგიურ ან სოციალურ მეთოდებს ფსიქიკური აშლილობის ან ძლიერი ფსიქოსოციალური დისტრესის მკურნალობის ან/და რეაბილიტაციის მიზნით.

მიეკუთვნება: ფსიქოთერაპია, კონსულტაცია, ოჯახის წევრებთან მუშაობა, ფსიქოგანათლება, სოციალური დახმარების გაწევა, რეაბილიტაციური მუშაობა (მცირედ სტრუქტურირებულიდან მეტად სტრუქტურირებულისაკენ: თავისუფალი დროის დაგეგმვა, სოციალიზაციის ხელშეწყობა, ინტერპერსონალური და სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი, საქმიანობებით დაკავება, პროფესიული გადამზადება, დაცული დასაქმება და სოციალური დაცვის უზრუნველყოფა.

არ მიეკუთვნება: ინტერვიუება, კვლევა, ფსიქოფარმაკოლოგიური დანიშნულების მიცემა.

#### **ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვითდახმარების ჯგუფი (mental health self-help group)**

წარმოადგენს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ნებაყოფლობით გაერთიანებას. ამ ჯგუფებში ხდება მსგავსი პრობლემების მქონე ადამიანებს შორის გამოცდილების გაზიარება, ყალიბდება “ჯგუფთან იდენტიფიცირების” განცდა, მიმდინარეობს ცოდნის ამაღლება ფსიქიკურ აშლილობებზე და მათ დამძლევაზე. მიდგომების სიუხვის მიუხედავად, თვითდახმარების ჯგუფებში ფსიქო-სოციალური პროცესები ერთნაირია და ჯგუფის წევრები მსგავს ურთიერთობებს ამყარებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებთან.

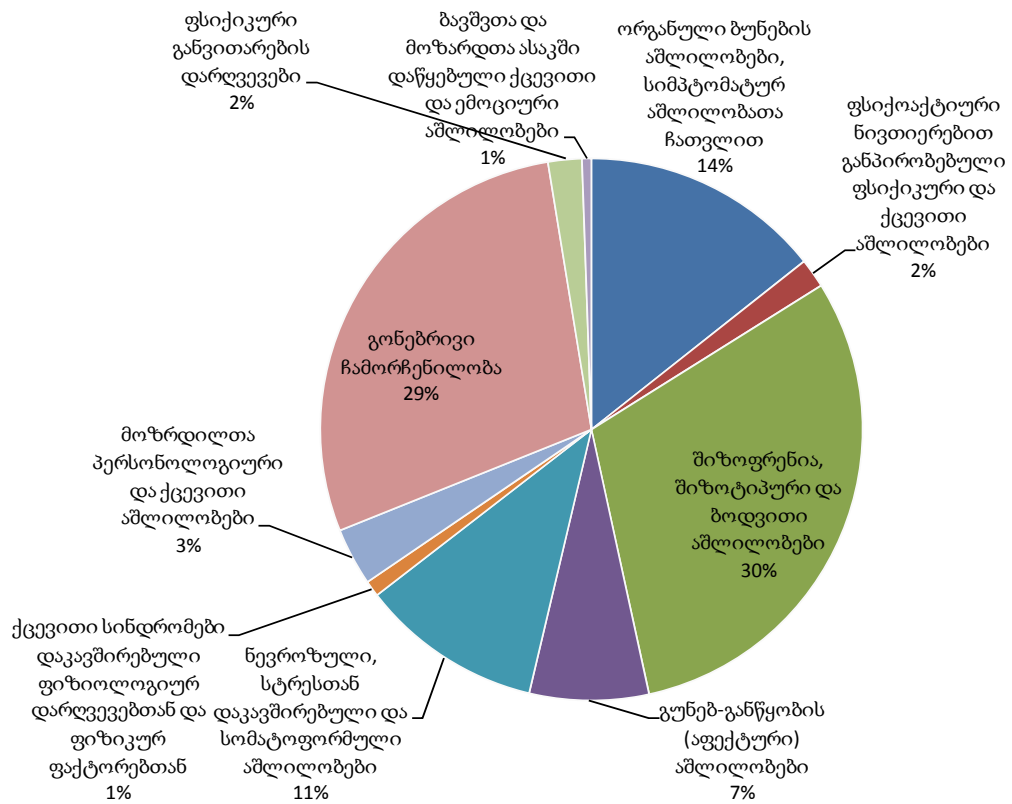
#### **ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ბაზისური პაკეტი**

მოიცავს სერვისების მინიმალურ მოცულობას, მათ შორის ფსიქიატრიულ მომსახურებას, რომელიც ხელმისაწვდომია ქვეყნის ყველა მოქალაქისათვის.



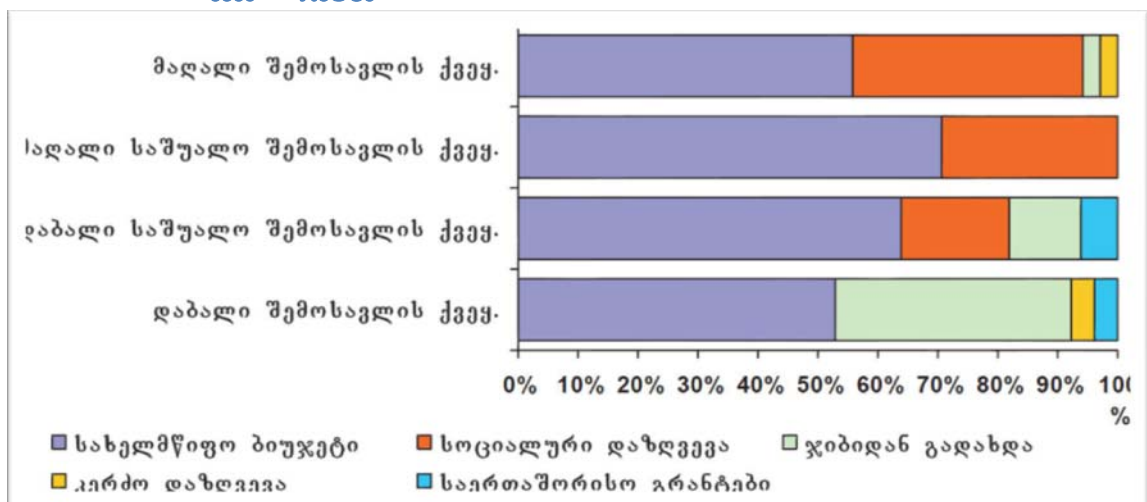
## დანართი #2 ილუსტრაციები

ილუსტრაცია 1: ფსიქიკური აშლილობების (ავადობის) სტრუქტურა - საქართველო, 2007



წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. „ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2007“ სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი, 2008

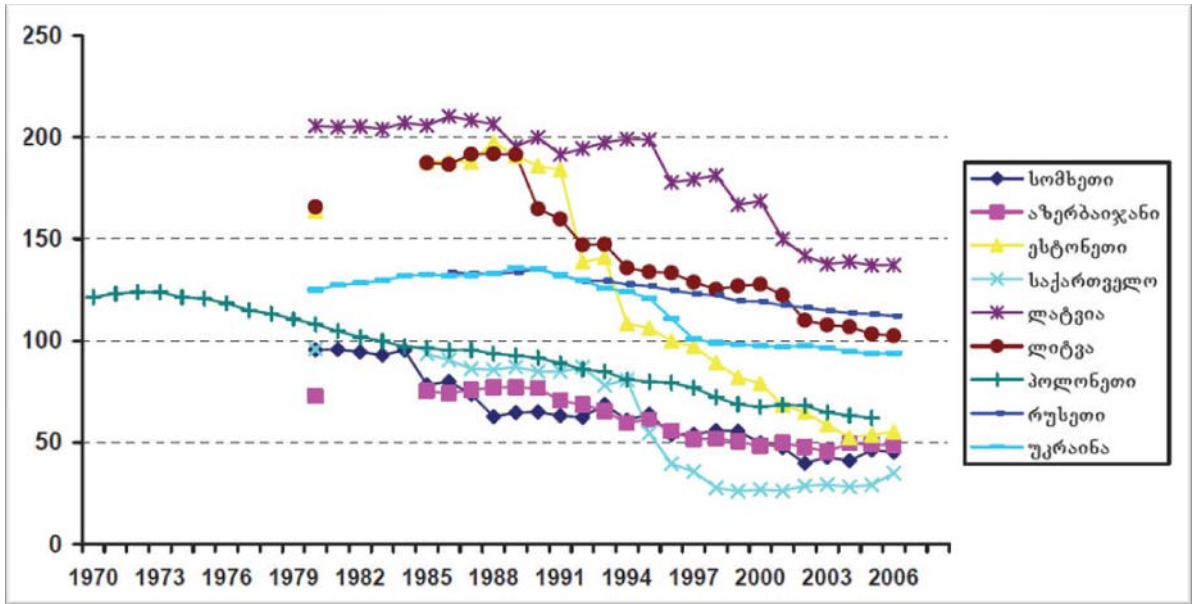
ილუსტრაცია 2: ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსების წყაროები სხვადასხვა შემოსავლის მქონე ქვეყნის ჯგუფებში



წყარო: WHO, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ატლასი, 2005

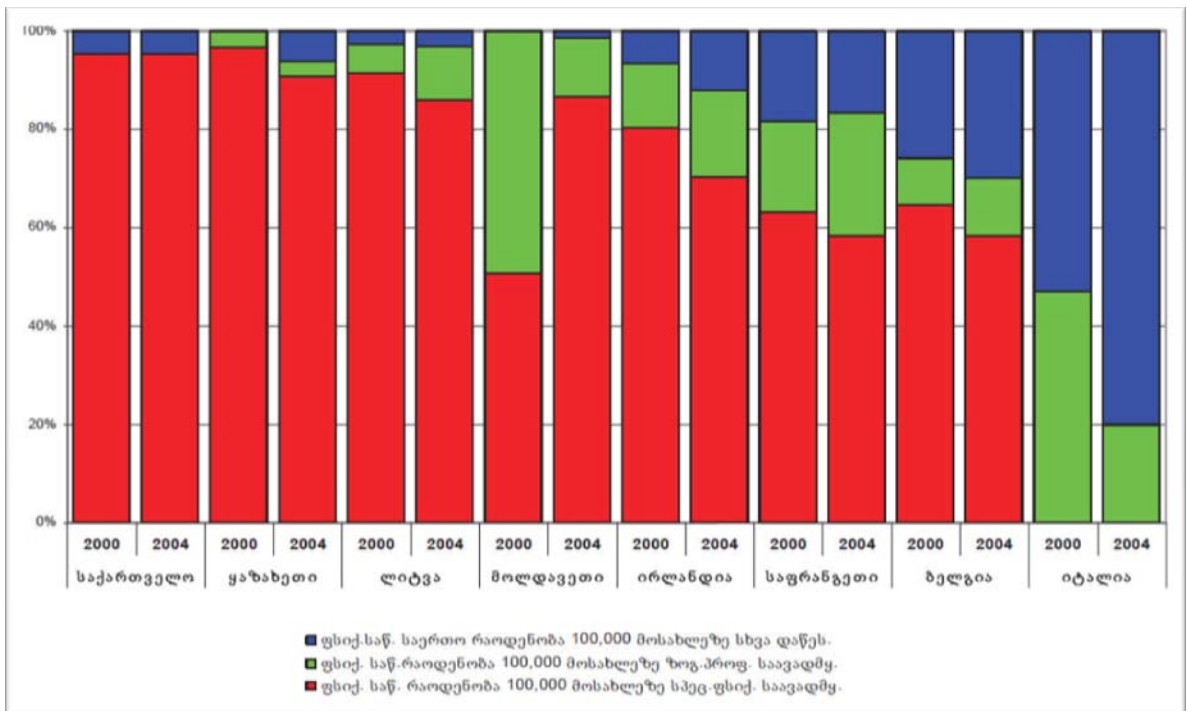
სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები

ილუსტრაცია 3: ფსიქიატრიული საწოლების ხელმისაწვდომობის ტენდენციები აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში



წყარო: WHO, European health for all database, 2006

ილუსტრაცია 4: ფსიქიატრიულ საწოლთა განაწილება დაწესებულებების ტიპების მიხედვით



წყარო: WHO, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ატლასი, 2001  
WHO, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ატლასი, 2005

ფსიქიკური აშლილობის კატეგორიები	შემთხვევების რაოდენობა	პრევალენცია	ახალი შემთხვევები	ინციდენცია
ორგანული ბუნების აშლილობები, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით	10416	237.0	508	11.6
ფსიქოპათიური ნივთიერებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები	1267	28.8	223	5.1
შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები	22132	503.6	995	22.6
გუნებ-განწყობის (აფექტური) აშლილობები	5160	117.4	189	4.3
ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობები	7865	179.0	155	3.5
ქცევითი სინდრომები დაკავშირებული ფიზიოლოგიურ დარღვევებთან და ფიზიკურ ფაქტორებთან	693	15.8	4	0.1
მოზრდილთა პერსონოლოგიური და ქცევითი აშლილობები	2494	56.8	58	1.3
გონებრივი ჩამორჩენილობა	20692	470.8	474	10.8
ფსიქიკური განვითარების დარღვევები	1466	33.4	25	0.6
ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობები	403	9.2	46	1.0
<b>სულ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები</b>	<b>72588</b>	<b>1651.7</b>	<b>2677</b>	<b>60.9</b>

წყარო: საქართველოს სტატისტიკური ცნობარი, 2007. [www.ncdc.ge](http://www.ncdc.ge)

ილუსტრაცია 6: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საჭიროებების მოკლე ჩამონათვალი ფსიქიკური აშლილობის კატეგორიების მიხედვით

სამიზნე ჯგუფები ფსიქიკური აშლილობის კატეგორიების მიხედვით	ფსიქიატრიული სტაბილიზაციის	პირველადი ჯანდაცვის ამბულატორია	ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერი	ჯანმრთელობის განყ.	ბავშვთა საერთო პროფილის საავადმყ.	გსიქიკური	მრავალპროფილური საავადმყოფოში ფსიქიკური ჯანმრთ. ცენტრი	დღის სამკურნალო ცენტრი	დღის სარეაბილიტაციო ცენტრი	თერპე დაფუნქციონირებული საცხოვრებელი დაწესებულება	დაცული სამსახური	მობილური ზრიგადა	ფსიქოტრაუმის სამედიცინო და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი	სამსახურები ძალადობის მსხვერპლთათვის	თვითდაზიანების კლუბი	კრიზისული ცხელი ხაზები	კრიზისული დახმარების ჯანმრთელობის რეაბილიტაციის ცენტრი	კრიზისული დახმარების ჯანმრთელობის რეაბილიტაციის ცენტრი
<b>მოზრდილები:</b>																		
შიზოფრენია, შიზოტიპური, ბოდვითი აშლილობები	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+		+
გუნებ-განწყობის (აფექტური) აშლილობები	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+		+
ნევროზული, სტრესთან დაკავშ. და სომატოფორმული აშლ.	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+		+
მოზრდილთა პერსონოლოგიური და ქცევითი აშლილობები	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+		+
გონებრივი ჩამორჩენილობა	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+			-
ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული აშლ.	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+		+
ქცევითი სინდრომები დაკავშირებული ფიზიოლ. დარღვევებთან																		
ორგანული ბუნების აშლილობები (სიმპტომ. აშლ. ჩათვლით)	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+		+
<b>ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობები</b>																+	+	
გონებრივი ჩამორჩენილობა	-	+	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-	-			-
სხვა ფსიქიკური აშლილობები	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+		+
<b>ხანდაზმულები</b>																		
ორგანული ბუნების აშლილობები – დემენციები	-	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	-	-	-			-
სხვა ფსიქიკური აშლილობები ხანდაზმულ ასაკში	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+		+

ილუსტრაცია 7: ფუნქციების განაწილებების მატრიცა სახელმწიფო, ბაზრისა და საზოგადოებრივ ინსტიტუტებს (მონაწილე მხარეთა) შორის

მონაწილე მხარეები	ფუნქციები										
	პოლიტიკის შემუშავება	დაფინანსება	კანონმდებლობის შემუშავება	პოლიტიკის შეფასება	უფლებების დაცვა	სოციალური მობილიზაცია და განათლება	ადვოკაცია	მომსახურების მიწოდება	მომსახურების ხარისხის მონიტორინგი	კადრების მომზადება	სტანდარტების შემუშავება და დანერგვა
<b>სახელმწიფო ინსტიტუტები</b>											
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო	■	■	■	■	■				■		■
მეცნიერებისა და განათლების სამინისტრო			■			■				■	■
იუსტიციის სამინისტრო			■					■			
სახალხო დამცველი					■						
<b>ბაზრის ინსტიტუტები</b>											
არასამთავრობო ორგანიზაციები	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
პროფესიული ასოციაციები			■			■	■			■	■
მომსახურების მომწოდებლები	■			■	■	■		■		■	■
საგანმანათლებლო დაწესებულებები						■				■	
სადაზღვეო კომპანიები		■						■			■
<b>საზოგადოებრივი ინსტიტუტები</b>											
მას მედია						■	■				
რელიგიური ორგანიზაციები		■		■	■	■		■			
სერვისის მომხმარებელთა / ოჯახის წევრთა ორგანიზაციები	■	■	■	■	■		■	■			



## **დანართი #3 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრის აუცილებლობის დასაბუთება**

### **მაღალი გავრცელება**

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2001 წლის მოხსენებაში აღნიშნულია, რომ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები ძალიან ხშირია და აღენიშნება ადამიანთა 25 %-ს მათი სიცოცხლის გაკვეთელ პერიოდში. ყოველ მეოთხე ზრდასრულ ადამიანს ცხოვრებაში ერთხელ მაინც აღენიშნება ფსიქიკური პრობლემა. ხუთიდან ერთ ბავშვი ავლენს ფსიქიკურ პრობლემას

### **ეკონომიკური ტვირთი**

შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის შეფასებით ევროგაერთიანების ქვეყნებში ფსიქიკური აშლილობებით მიყენებული ეკონომიკური ზარალი შეადგენს მთლიანი შიდა პროდუქტის პროდუქტის 3-4%-ს.

### **სოციალური და ჰუმანურ კაპიტალის დანაკარგები**

ფსიქიკური აშლილობები ყველაზე მეტად იწვევს სოციალური კაპიტალის ეროზიას (მარგინალიზაციის, იზოლაციის, კარჩაკეტილობის და სხვა მიზეზების გამო). ჰუმანური კაპიტალის დაკარგვა ძირითად გამოწვეული თვითმკვლელობების, ძალადობის, ნარკომანიის და ინვალდიზაციის შედეგად. ინვალდიდობის ტვირთის 12-15% მსოფლიოში განპირობებულია ფსიქიკური აშლილობებით, რაც აღემატება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეულ ინვალდიდობას და ორჯერ აღემატება ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეულ ინვალდიდობის ტვირთს. ინვალდიდობაში გატარებული სიცოცხლე-წლების 30% უკავშირდება ფსიქიკურ აშლილობებს.

### **საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციფიკა**

ფსიქიკური დაავადებები ისევე გავრცელებულია საქართველოში, როგორც მსოფლიოს ყველა სხვა ქვეყანაში და წარმოადგენს მოსახლეობის უნარშეზღუდულობის, სიკვდილიანობის, ეკონომიკური ჩამორჩენილობისა და სიღარიბის ხელშემწყობ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორს. ფსიქიკური დაავადების შედეგად გამოწვეული ინვალდიდობა მძიმე ტვირთად აწევა როგორც ოჯახს, ასევე ქვეყანას. მშობლების ფსიქიკური დაავადება ზეგავლენას ახდენს ბავშვების ემოციურ და ინტელექტუალურ განვითარებაზე. ამასთან, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები ზეგავლენას ახდენს საქართველოში გავრცელებულ სხვადასხვა ინფექციურ დაავადებათა პრევენციისა და მკურნალობის წარმატებაზე (როგორცაა შიდსი, ტუბერკულოზი, და ც ჰეპატიტი).

საქართველოში მსგავსად აღმოსავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებისა უკანასკნელ წლებში მიმდინარე სოციალურ-ეკონომიურმა და შეიარაღებულმა კონფლიქტებმა მოსახლეობის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მკვეთრად უარყოფითი ზეგავლენა მოახდინა.

## დანართი #4 ფსიქიკური პრობლემებისა და გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე პირთა მდგომარეობა საქართველოში (2005)

### მონაცემების შეგროვებასთან დაკავშირებული საკითხები

წინამდებარე კვლევაში (3) მოცემულ სტატისტიკურ ინფორმაციას სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ. მიუხედავად იმისა, რომ ავტორები ეყრდნობოდნენ ინფორმაციის ყველაზე სარწმუნო ოფიციალურ წყაროებს, როგორცაა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, ჯანდაცვის სამინისტრო და განათლების სამინისტრო, მოცემული ინფორმაცია ზუსტად ვერ ასახავს რეალობას, ვინაიდან ინფორმაციის მოპოვების სისტემა ქვეყანაში ძალზე სუსტად არის განვითარებული, მით უმეტეს, გამწვანებულია ინფორმაციის მოპოვება სოფლად.

ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებულ ოფიციალურ სტატისტიკურ ინფორმაციას სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ. როგორც პროფესიონალები ვარაუდობენ, ფსიქიკური აშლილობების შესახებ ოფიციალური მაჩვენებლები რეალურ მდგომარეობას ზუსტად ვერ ასახავს. განსაკუთრებით ეს შეეხება დაავადებათა ახალ შემთხვევებს (შედარებისთვის: მაშინ, როდესაც დსკ-10-ის კრიტერიუმების მიხედვით შიზოფრენიით გამოწვეული ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100,000 მოსახლეზე 20-54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს). აღნიშნული მდგომარეობა (დაავადებათა აღრიცხვიანობის არასრულყოფილი სისტემის გარდა) განპირობებულია ასევე შემდეგი რამდენიმე მნიშვნელოვანი მიზეზით:

- ოფიციალური სტატისტიკა ეფუძნება ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მიმართვიანობის მაჩვენებლებს და, ამდენად, გამოხატავს მოსახლეობის მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების მიმართვათა ოდენობას და არა მოსახლეობის ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგად დადგენილ დაავადებათა (დაავადებია-

ნობა და ავადობა) ფაქტობრივ მაჩვენებლებს.

- ცვლილებები კანონმდებლობაში: საბჭოთა პერიოდში ფსიქიკურ აშლილობათა აღრიცხვა სავალდებულო იყო და წარმოადგენდა მკაცრი კონტროლის საგანს; 1995 წელს მიღებული საქართველოს კანონის ~ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ~ თანახმად კი პაციენტებს არჩევანის თავისუფლება ეძლევათ და უფლება აქვთ უარი განაცხადონ აღრიცხვაზე.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტებთან ძალზე დაბალი მიმართვიანობის მაჩვენებელი: მოსახლეობის მწირი ეკონომიკური შესაძლებლობებისა და სახელმწიფო ფსიქიატრიული სამსახურებისადმი უნდობლობის გამო (ვინაიდან ისინი ვერ უზრუნველყოფენ სათანადო მოვლასა და მკურნალობას), სამედიცინო სამსახურებისადმი მიმართვიანობის მაჩვენებელი მოსახლეობაში ძალიან დაბალია. ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევაში აღნიშნულ პრობლემას კიდევ უფრო აღრმავებს სტიგმა - ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები ერიდებიან სპეციალისტებს და ხშირად მიმართავენ თვითმკურნალობას.
- არასწორი დიაგნოზი: როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სტიგმის გამო ადამიანები მიმართავენ არა ფსიქიატრებს, არამედ თერაპევტებს, ნევროპათოლოგებსა და ფსიქოლოგებს, რომლებიც ნაკლებად კვალიფიცირებულნი არიან აღნიშნული დაავადებების დიაგნოსტიკაში და რიგ შემთხვევებში დროულად არ გზავნიან პაციენტს ფსიქიატრთან. ფსიქიატრებთან მიმართვის შემთხვევებშიც კი ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანები “ამსუბუქებენ” საკუთარი ჯანმრთელობის

## სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები

პრობლემებს, რაც ზრდის არასწორი დიაგნოზის დასმის ალბათობას.

- არაზუსტი აღრიცხვებიანობა: კვლავ სტიგმის გამო შედარებით უკეთესი ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე ადამიანები ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევაში კერძო ექიმის კონსულტაციებს არჩევენ. ბუნებრივია, ამგვარი პრაქტიკა აღრიცხვის მიღმა რჩება. თვით სახელმწიფო სამედიცინო სამსახურებში მიმართვისას ადამიანები ხშირად ითხოვენ, რომ მათი შემთხვევები არ იქნას შეტანილი ფსიქიკურად დაავადებულთა ოფიციალურ სააღრიცხვო რეესტრში. ხოლო, ვინაიდან ოფიციალური სამედიცინო სტატისტიკის საფუძველს სწორედ ოფიციალური აღრიცხვა წარმოადგენს, უკვე დასახელებულ მიზეზთა გამო, ის ვეღარ იძლევა ზუსტ მონაცემებს.
- დიაგნოზის არასწორი კოდირება: ვინაიდან ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა ფარავს მხოლოდ გარკვეულ ფსიქიკურ აშლილობათა მკურნალობის ხარჯებს, საქმე გვაქვს “დიაგნოსტიკებით გამოწვეული ცვლილების”<sup>1</sup> მსგავს მოვლენასთან, რაც ხდება მცდარი სტატისტიკის ერთ-ერთი მიზეზი. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები გადახდისუუნარო პაციენტებს გამიზნულად უფორმებენ განსხვავებულ დიაგნოზს, რათა ის სახელმწიფო დაფინანსებით გათვალისწინებულ “მომსახურების ძირითად პაკეტს” “მოარგონ”. ასე მაგალითად, მსუბუქი დეპრესია შეიძლება გაფორმდეს როგორც მძიმე დეპრესიული აშლილობა (ვინაიდან ეს უკანასკნელი გათვალისწინებულია სახელმწიფო პროგრამით); ხოლო მწვავე სტრესული

რეაქცია - ქრონიკული ტრავმის შემდგომი სტრესული აშლილობის დიაგნოზით ჩანაცვლდეს.

- მასობრივი სკრინინგის სისტემის არარსებობა: საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა არ ითვალისწინებს მასობრივი სკრინინგის პროგრამებს არც ერთი სახის ფსიქიკური აშლილობისთვის.

<sup>1</sup> **დიაგნოსტიკებით გამოწვეული ცვლილება** (DRG Shift) – ნიშნავს დოკუმენტურად განზრახ არასწორად გაფორმებულ დიაგნოზს, რომელიც არ ასახავს პაციენტის რეალურ მდგომარეობას, ანუ მდგომარეობა სპეციალურად არის შეცვლილი, რაც განპირობებულია ჯანმრთელობის დამზღვევეი კომპანიისგან მეტი თანხის მიღების განზრახვით.

### სტატისტიკური და დემოგრაფიული მონაცემები

ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეულ დაავადებათა ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებში 90-იანი წლებიდან ძირეული ცვლილებები აღინიშნება. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ ქვეყანაში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური კრიზისის მიუხედავად, ფსიქიკურ აშლილობათა დაავადებანიობის მაჩვენებელი ჯერ მნიშვნელოვნად იკლებს და იგი ყველაზე დაბალია 1990-1992 წლებში, ხოლო 1992 წლიდან იწყებს მატებას. ეს აღმავალი ტენდენცია დღემდე სახეზეა. ოფიციალური სტატისტიკის თანახმად, 1992 წლიდან საქართველოში აღინიშნება ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული დაავადებანიობის სამმაგი და ავადობის ორმაგი ზრდა.

ადრეული 90-იანი წლების დაბალი სტატისტიკური მაჩვენებლები განაპირობა ამ წლებში დაავადებათა რეგისტრაციის სისტემის კოლაფსმა და ჯანდაცვის სექტორისთვის განკუთვნილი სახელმწიფო დაფინანსების მნიშვნელოვანმა კლებამ. სახელმწიფო დაფინანსება მნიშვნელოვნად შეუმცირდა, როგორც ზოგად ჯანდაცვას, ასევე ფსიქიატრიულ სამსახურსაც, ვინაიდან პაციენტებს თავად უნდა დაეფარათ ფსიქიატრიული მომსახურების ხარჯები, უკიდურესად შეზღუდული მატერიალური მდგომარეობის გამო, მოსახლეობის ძალზე მცირე ნაწილი სარგებლობდა სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურებით; ამდენად, ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა მნიშვნელოვანი ნაწილი რჩებოდა მკურნალობისა და აღრიცხვის გარეშე.

ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული ავადობის მაჩვენებლების შემდგომი ზრდა შეიძლება ავხსნათ ორი ფაქტორით: დაავადებათა აღრიცხვიანიობის შედარებით გაუმჯობესებული სისტემა და ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის შემოღება (რომელიც დამტკიცდა 1995 წელს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ფარგლებში, როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების კომპონენტი). თუმცა, აღნიშნული ფაქტორები სრულად ვერ ხსნის ფსიქიკური და ქცევით აშლილობებით განპირობებული ავადობის ზრდის ტენდენციას და აღნიშნული მატება ასევე გამოხატავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სიმძიმეს ქვეყანაში. ამავე დროს, უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად აღრიცხვიანიობის გაუმჯობესებული სისტემისა, მაინც არ ხდება შემთხვევათა მნიშვნელოვანი რიცხვის გამოვლენა, მკურნალობა და ოფიციალური აღრიცხვა და ამის მიზეზია არასაკმარისი და არასათანადო ფსიქიატრიული მომსახურება. ფსიქიკური აშლილობებით გამოწვეული ავადობის ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები მოიცავს ქვეყნის მასშტაბით არსებული ფსიქო-ნევროლოგიური, ნარკოლოგიური დისპანსერებისა და ზოგადი პროფილის პოლიკლინიკების მიერ წარმოებულ ფსიქიკური აშლილობების სპეციალურ სააღრიცხვო ფურცელში გატარებულ პირთა რაოდენობას.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო, 2003-04 წწ., ჯანდაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი

2004 წელს რეგისტრირებულ იქნა 106,921 ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი (დაავადებიანობის მაჩვენებელი 100 000 კაცზე შეადგენდა 2,445.8) აქედან, 68,993 პირი რეგისტრირებულ იქნა ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერებში, 31,417 - ნარკოლოგიურ დისპანსერებში, ხოლო 6,511 - საერთო პროფილის დისპანსერებში. აღნიშნული მაჩვენებელიდან 7,637 პირს სიცოცხლეში პირველად დაუდგენდა დიაგნოზი 2004 წელს (ავადობის მაჩვენებელი 100 000 კაცზე 174.7). ამ პირველ შემთხვევათაგან 1,290 ბავშვი იყო (ავადობის მაჩვენებელი 100 000 კაცზე - 140.8).

ფსიქო-ნევროლოგიურ დისპანსერებში აღრიცხულ ფსიქიკურად დაავადებულთა ოფიციალური რაოდენობა 2004 წლისთვის შეადგენდა 68,993-ს (დაავადებიანობა 100 000 კაცზე - 1,578.2). აქედან, 3,206 წარმოადგენს სიცოცხლეში პირველად დადგენილ დიაგნოზს (ავადობის მაჩვენებელი 100 000 კაცზე - 73.3).

ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერების მონაცემებით, ფსიქიკური აშლილობების მქონე 68,993 შემთხვევიდან 20,536-ი (რაც შეადგენს 30%-ს) გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირს წარმოადგენს (დაავადებიანობის მაჩვენებელი 100.000 კაცზე შეადგენს 469.8), რომელთაგან 1039 ადამიანს სიცოცხლეში პირველად დაუდგინდა აღნიშნული დიაგნოზი (ავადობა 100 000 კაცზე - 23.8). გონებრივი შეფერხების მქონე პირთა საერთო (20,536) მაჩვენებელიდან 8,732 პირს აღენიშნება მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობა; (ავადობის მაჩვენებელი 100,000 კაცზე 199.7); აქედან 365 შემთხვევა პირველად დადგენილი დიაგნოზია 2004 წლისთვის (დაავადებიანობის მაჩვენებელი - 8.3).

ფსიქიატრიული საავადმყოფოებიდან გაწერათა რაოდენობამ 2004 წლისთვის შეადგინა 3,782; ჰოსპიტალიზაციათა რაოდენობამ - 3,598; აქედან 18 პირი 18 წლამდე ასაკისაა.

2004 წელს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში გარდაიცვალა 84 პაციენტი (სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საავადმყოფოებში შესაბამისად შეადგენდა 2.3-ს ჰოსპიტალიზაციის 100 შემთხვევაზე). ფსიქიკური აშლილობით ჰოსპიტალგარე გარდაცვლილთა რაოდენობა უცნობია. ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლით თუ ვიმსჯელებთ, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (100 000 კაცზე) 2004 წლისთვის შეადგენს 1.95-ს.

2003 წლისთვის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საერთო რაოდენობიდან 14,904-ს მიენიჭა უნარშეზღუდულობის სტატუსი (ეს პირები ოფიციალურად მიჩნეულ იქნენ ~შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებად~); აქედან 4,258 პირს აქვს შიზოფრენია, ხოლო 3,583-ს - გონებრივი ჩამორჩენილობა. გონებრივი შეფერხების მქონე პირთა აღნიშნული რაოდენობიდან (3,583) 544 პირი 15 წლამდე ასაკისაა.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის მონაცემები.



## **დანართი #5 საქართველოში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საჭიროებების და მდგომარეობის კვლევის შედეგები**

**კვლევამ დაადასტურა, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები ერთ-ერთ ყველაზე დაუცველ ჯგუფს მიეკუთვნება**

- მიუხედავად შრომისუნარიანი ასაკის და განათლებისა, მათი აბსოლუტური უმრავლესობა (90%) უმუშევარია, შემოსავლის ერთადერთი წყარო შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსით გათვალისწინებული პენსიაა, მესამედზე მეტს არადაამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები აქვთ. ოჯახური ცხოვრება და ურთიერთობები უმეტესობას მოუწყობელი აქვს, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 18% განქორწინებულია, 40% არასოდეს ყოფილა დაოჯახებული, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით 2.4-ჯერ უფრო ხშირად მარტო ცხოვრობენ;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა და მათი ოჯახის პირადი შემოსავალი და საცხოვრებელი პირობები საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით დაახლოებით 9-10-ჯერ ნაკლებია.

**ფსიქიატრიულ დისპანსერებში, როგორც მოსალოდნელი იყო, ყველაზე ხშირი დიაგნოზი შიზოფრენია და შიზოაფექტური აშლილობაა**

- შიზოფრენია ფსიქიატრიაში ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე დაავადებაა, რომლის შედეგები უარყოფით გავლენას ახდენს პიროვნების უნარებსა და, ზოგადად, ოჯახის კეთილდღეობაზე. მიუხედავად დაავადების განსხვავებული ხანგრძლივობისა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები დისპანსერში ერთნაირ დახმარებას იღებენ (განსხვავება მხოლოდ მედიკამენტების დოზებშია), რაც ვერ პასუხობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ინდივიდუალურ მოთხოვნებს;
- გამოკითხულთა 85% შეზღუდული შესაძლებლობის გამო პენსიას იღებს და მიუხედავად ახალგაზრდა ასაკისა, სიცოცხლის ბოლომდე შრომისუუნაროდ რჩება. საქართველოში რეგისტრირებულ შშმპ-ებს შორის დაახლოებით ნახევარი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირია.

**დისპანსერები ცენტრალიზებულად მოსახლეობის დიდ რაოდენობას ემსახურება, რაც ართულებს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირსა და დისპანსერს შორის კონტაქტს**

- დისპანსერი მუშაობს ძველი სტილით, ელოდება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს, თუ როდის მოაკითხავს ექიმს; ძირითადად შემოიფარგლება მედიკამენტების გაცემით; ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უმრავლესობას დისპანსერიდან არავინ აკითხავს. ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მესამედზე მეტი არც თვითონ მიდის დისპანსერში – ზოგიერთი ჯანმრთელობის გამო, ზოგი ტრანსპორტის ფულის არ ქონის გამო. ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მხოლოდ 2% ესწრება არტ- თერაპიას;
- თითოეული ვიზიტი დისპანსერს ძვირი უჯდება მანქანის ხარჯის, საწვავის და დროის დანაკარგის გათვალისწინებით;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ნახევარი თვლის, რომ სამედიცინო და სოციალური სამსახურები არ არის ხელმისაწვდომი გეოგრაფიულად და ეკონომიურად;
- 2007 წელს დისპანსერის თანამშრომლებმა აღრიცხვაზე მყოფ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მხოლოდ 8%-ს მიაკითხეს სახლში მამინ, როდესაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა დაახლოებით მესამედს 1-დან 3 გამწვავებამდე ჰქონდა წლის განმავლობაში, ხოლო

14%-ს – 4-ზე მეტი; სუიციდის მცდელობისას ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მხოლოდ 2%-ს აღმოუჩინეს ადექვატური ფსიქიატრიული დახმარება.

**ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისა და მათი ოჯახის წევრთა აზრით, არსებული ფსიქიატრიული სამსახურები მათი მოთხოვნების 40-50%-ს აკმაყოფილებს**

**ამბულატორიული ფსიქიატრიული პროგრამის დაფინანსების გაზრდა, ძირითადად დისპანსერების მედიკამენტებით მომარაგებას დაეტყო**

- დისპანსერები ნეიროლეფსიური საშუალებებით დამაკმაყოფილებლად არის უზრუნველყოფილი; ძირითადად ძველი თაობის პრეპარატები აქვთ, თუმცა ახალი თაობის ნეიროლეპტიკებსაც იყენებენ. მედიკამენტებიდან ფსიქიატრები ყველაზე ხშირად ნიშნავენ ჰალოპერიდოლს, ტრიფტაზინს, ქლორპრომაზინს, კარბამაზეპინს, ციკლოდოლს, დიაზეპამს და ამიტრიპტილინს. სხვადასხვა დისპანსერი განსხვავებული სიხშირით და რაოდენობით იყენებს ჰალოპერიდოლს, ციკლოდოლს და დიაზეპამს. ზოგჯერ ერთდროულად რამდენიმე ნეიროლეპტიკა დანიშნული და ხშირად დიაზეპამს წლების განმავლობაში აძლევენ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს, რაც არ არის რეკომენდებული საერთაშორისო სამკურნალო სტანდარტებით. ვინაიდან საქართველოში არ არის დამტკიცებული მკურნალობის სახელმძღვანელო ინსტრუქციები ფსიქიატრიაში, ძნელია მედიკამენტების დოზებისა და კომბინაციების დიაგნოზებთან შესაბამისობის შეფასება.
- კვლევა აჩვენებს, რომ ის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები, რომლებიც დიდი რაოდენობით იღებენ მედიკამენტებს დისპანსერში, დამატებით ყოველთვიურად ყიდულობენ დიაზეპამს და ციკლოდოლს. შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ამ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს წამალდამოკიდებულების პრობლემა აქვთ; **ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 43% ყოველთვიურად მედიკამენტების საერთო ხარჯიდან საშუალოდ 80%-ს ჯიბიდან იხდის.**
- იმ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებზე, რომლებიც 2007 წ. ორჯერ მოხვდნენ სტაციონარში, დისპანსერმა წლის განმავლობაში საშუალოზე 2-ჯერ მეტი ღირებულების მედიკამენტი დახარჯა.
- ფსიქოტროპული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების გავლენა თვალსაჩინოა. პაციენტები აპროტესტებენ მკურნალობას, რადგან თვლიან, რომ წამალი “ადებილებს, ადუნებს” და არ სურთ მუდმივად მძინარე მდგომარეობაში ყოფნა. ოჯახისათვის წამალი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის “დამშვიდების” ერთადერთი საშუალებაა; როგორც გაირკვა, ხშირად ნათესავები თვითონ ცვლიან დანიშნულებას და თვითნებურად ზრდიან წამლის დოზას.
- 1 წლის განმავლობაში გამოსაკვლევ პირთა 10% იყო სტაციონირებული, საშუალო ხანგრძლივობა სტაციონარში 54 დღე იყო. ვინაიდან არ შეგვისწავლია სტაციონარში მყოფი ავადმყოფები, ძნელია სტაციონირების ინდექსისა და სტაციონირების საშუალო ხანგრძლივობის შესახებ დაზუსტებით მსჯელობა. სავარაუდოა, რომ სტაციონირების ინდექსი და სტაციონირების საშუალო ხანგრძლივობა გაცილებით მეტი იქნება, თუმცა, ფსიქიატრიული სტაციონარების მონიტორინგმა აჩვენა, რომ გამოსაკვლევ პირთა მესამედი წლების განმავლობაში იმყოფება საავადმყოფოში გაუწერლად, ხოლო ნახევარზე მეტი, სულ ცოტა, 2-3 თვე მკურნალობს. ჩვენს კვლევაში ვერ მოხვდნენ ის ე.წ. “ქრონიკული” ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები, რომლებმაც 2006-2007წ საავადმყოფოებში გაატარეს გაუწერლად.

**უხეში გაანგარიშებით, ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებისას ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ოჯახის ჯიბიდან გადახდილი თანხა საშუალოდ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირზე გაწეული ხარჯის 40% შეადგენს.**

- ამბულატორიული სამსახურების მედიკამენტურ მკურნალობაზე ორიენტირება ითხოვს მედიკამენტებზე დანახარჯის ყოველწლიურ ზრდას. წინა წლებში დაფინანსების მკვეთრი დეფიციტის პირობებში, მედიკამენტებით მომარაგება არაადეკვატური იყო, რის გამოც წამლებით უზრუნველყოფა დადებითად აისახა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მკურნალობის უწყვეტობაზე და ნაწილობრივ შეამცირა ოჯახის ხარჯი. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ საშუალოზე ორჯერ მეტი დანახარჯული მედიკამენტიც ვერ იცავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს განმეორებითი სტაციონირებისაგან და ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 43% ყოველთვიურად მედიკამენტებზე დამატებით იხდის ჯიბიდან. უფრო მეტიც, მედიკამენტების მუდმივი ზემოქმედების და ოჯახის ჰიპერზრუნვის პირობებში, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები პასიურნი არიან, კარგავენ დამოუკიდებლად ცხოვრების ჩვევებს, არ ცდილობენ ცხოვრებაში რამის შეცვლას და უბრალოდ “ირგებენ” ფსიქიკური ავადმყოფის როლს. მათ უვითარდებათ ე.წ. “დასწავლილი უსუსურობის” მდგომარეობა. აღნიშნულ პრობლემას მხოლოდ მედიკამენტების ხარჯის შემდგომი ზრდა ვერ გადაწყვეტს, თუ არ მოხდა ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ხვედრითი წილის შემცირება და პარალელურად ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის როლის გაზრდა.

**ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციაში არასამთავრობო სექტორი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს**

- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 4.3% ამჟამად სარგებლობს, 8%-მა უკვე ისარგებლა რეაბილიტაციური დახმარებით, რომელსაც არასამთავრობო ორგანიზაციები სთავაზობენ. აღსანიშნავია, რომ სამივე რაიონში (თბილისი, თბილისი/გლდანის, თელავი), სადაც კვლევა ტარდებოდა, სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაცია ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას აწარმოებდა სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. სავარაუდოდ, სხვა რაიონებში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა რეაბილიტაციის პროცესში ჩართულობა, სამსახურების არარსებობის გამო, უფრო ნაკლები იქნება.
- ამბულატორიული მომსახურების სახელმწიფო პაკეტში ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია პრიორიტეტული არ არის. მაშინ როცა, ფსიქიატრიული პროგრამების საერთო დაფინანსება 34%-ით გაიზარდა, რეაბილიტაციაზე გამოყოფილი თანხების წილი უცვლელი დარჩა და ფსიქიატრიის საერთო ბიუჯეტის 0.8%-ს შეადგენს. ამ პირობებში, არასამთავრობო ორგანიზაციები აქტიურად მონაწილეობს სახელმწიფო ტენდერში და 2 წელია აწარმოებენ შშმპ-თა სოციალური ინტეგრაციის პროგრამას თბილისში და თელავში 115 ბენეფიციარისათვის. წლების განმავლობაში არასამთავრობო ორგანიზაციები აწვდიან პილოტურ პროექტებს უცხოელი დონორების დაფინანსებით. მათ მიერ შემუშავებული თეორიული ცოდნისა და პრაქტიკული გამოცდილების გამოყენება, სახელმწიფო სექტორში კადრებისა და გამოცდილების დეფიციტის პირობებში, უმნიშვნელოვანესია. მრავალი ქვეყნისთვის დამახასიათებელია, რომ გარკვეულ სერვისებს (ძირითადად, თემში მომსახურების) მომხმარებელს არასამთავრობო ორგანიზაციები აწვდიან. პრაქტიკა უჩვენებს, რომ არასამთავრობო სექტორი ადვილად იღებს რეფორმისტულ იდეებს და, სახელმწიფო სტრუქტურებთან შედარებით უფრო მოქნილია.

**ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემა მოუგვარებელია**

- გამოკითხულთა მესამედმა ყველაზე მწვავე პრობლემად, რომელიც სასწრაფოდ მოგვარებას საჭიროებს, დაასახელა ჯანმრთელობის პრობლემა, იგულისხმა რა როგორც ფსიქიკური, ისე სომატური ჯანმრთელობის საკითხები;

- სახელმწიფო სოციალურმა პროგრამებმა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს მეტ-ნაკლებად მოუგვარა ელექტროენერჯის და გათბობის პრობლემები, ასევე ნაწილობრივ საკვებით მომარაგების, მაგრამ მხოლოდ 6%-მა აღნიშნა ჯანმრთელობის საკითხების გაუმჯობესება.
- კვლევამ დაადასტურა, რომ ჯანმრთელობის დაცვა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის ერთ-ერთი მწვავე პრობლემაა და სახელმწიფო პროგრამები ვერ ფარავს ამ ჯგუფს. იგივე აჩვენა ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მონიტორინგის მონაცემებმა, რომელთა მიხედვით ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების 45% ვერ იღებს არაფსიქიატრიულ სამედიცინო დახმარებას. ფაქტია, რომ დღეს ფსიქიკურ ავადმყოფებს არ მიუწვდებათ ხელი სამედიცინო მომსახურებაზე.

#### **სოციალური დახმარების მიღებისას, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უმეტესობას ბიუროკრატიული ბარიერები პრობლემას არ უქმნის**

- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უმეტესობამ უპასუხა, რომ სოციალური დახმარების მიღებისას დამაკმაყოფილებლად მოემსახურნენ. 3-4%-მა აღნიშნა, რომ წააწყდა სხვადასხვა სიმძნელებს (რიგში დგომა, დამატებითი საბუთების მოთხოვნა, შესაბამისი სამსახურის მოძებნის პრობლემა, უხეშობა) და მოუწია არაოფიციალურად გადახდა ჯიბიდან.

#### **მუდმივი კონფლიქტი ოჯახის წევრებთან, კორელაციაშია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ასოციალურ ქცევასთან და სამართალდარღვევასთან**

- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ნახევარი მიიჩნევს, რომ პრობლემები აქვს ოჯახში და არ იღებს რაიმე ფსიქო-სოციალურ მხარდაჭერას ფსიქიატრიული სამსახურების მხრიდან;
- ოჯახთან ან მეზობლებთან სადავო საკითხი ბინის თუ პირადი საკუთრების გამო, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს 2.5-ჯერ ხშირად ჰქონდათ;
- კონფლიქტური სიტუაცია ნათესავებთან და მეზობლებთან, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, 5-ჯერ მეტია;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 88%-ს კონფლიქტი აქვთ ოჯახებში, სადაც მზრუნველები დღეში რამოდენიმე საათს ან მთელ დროს უთმობენ მათ მოვლას.
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ნახევარზე მეტი გავრცობილ ოჯახებში ცხოვრობს, რაც, ერთის მხრივ, დადებითი მოვლენაა, რადგან ოჯახის გვერდით დგომა, ზრუნვა და სითბო საქართველოში ტრადიციულად მნიშვნელოვანი რესურსია. მეორეს მხრივ, გარედან შესაბამისი მხარდაჭერის გარეშე, ოჯახში ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ყოლა, შეიძლება, სერიოზულ დისტრესად იქცეს ოჯახის ყველა წევრისათვის. შედეგად ირღვევა ურთიერთობები და მხარდაჭერის ნაცვლად, ოჯახი იქცევა მუდმივი დამაბულობის და კონფლიქტის კერად, რაც დაადასტურა კვლევის მონაცემებმაც. კონფლიქტი სცდება ოჯახს და ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ასოციალური ქცევა და აგრესია ვლინდება ოჯახის გარეთაც, საზოგადოებაში. არსებობს სხვა პრობლემაც - ნათესავები არ არიან დაინტერესებული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის გააქტიურებაში, “გარეთ” გასვლაში, ნაწილობრივ სირცხვილის გამო, ნაწილობრივ ჰიპერზრუნვის და მომატებული შფოთვის გამო. ოჯახი ეწინააღმდეგება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ავტონომიას, დამოუკიდებელ ცხოვრებას, რადგან მიიჩნევს, რომ დაკარგავს მასზე კონტროლს; არ სჯერა, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს დამოუკიდებლად ცხოვრება შეუძლია და შიშობს, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი “ქუჩაში დაიკარგება, რაღაც ცუდი მოუვა, თავს ვერ დაიცავს და ა.შ.”.



- კვლევამ აჩვენა, რომ დღეს ფსიქიატრიული სერვისები თითქმის არანაირ დახმარებას არ სთავაზობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს და ოჯახებს ფსიქო-სოციალური პრობლემების გადასაჭრელად. აღნიშნული შესაძლებელი იქნებოდა იმ შემთხვევაში, თუ პროფესიონალთა მულტიდისციპლინარულ გუნდი (გუნდში უნდა შედიოდეს ფსიქიატრი, მედდა, სოციალური მუშაკი და სასურველია ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი) იმუშავებს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთან და მის ოჯახთან. ამისათვის უნდა არსებობდეს სხვადასხვა მომსახურება: კრიზის-ინტერვენცია, სუიციდის პრევენცია, შინ ზრუნვის მობილური ჯგუფი და სხვადასხვა მეთოდიკა: ქცევის კორექცია, პრობლემის დაძლევის სტრატეგია, აგრესიის დაქვეითების მეთოდიკა, სიმპტომების მართვის მოდულები და სხვა. მსგავსი ჯგუფების მუშაობის უპირატესობაა – ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთან კონტაქტში ყოფნა, კრიზისული ჩარევა, სტაციონირების პრევენცია, მკურნალობის რეჟიმის დაცვაზე კონტროლი, ფსიქოგანათლება, პრობლემის ადრეული განსაზღვრა, შინ ზრუნვა, ოჯახებთან მუშაობა.

#### **ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებს საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ღარიბი სოციალური ურთიერთობები აქვთ**

- გამოსაკვლევ ჯგუფს, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, სულ ცოტა 2-ჯერ ნაკლები ურთიერთობები აქვს;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 74% წლებია არ ყოფილა წვეულებაზე ან სტუმრად, იშვიათი ურთიერთობები აქვთ ნათესავებთან. 80%-ზე მეტი ძირითადად სახლშია გამოკეტილი;
- ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისათვის უმთავრესი პრობლემა, ამჟამად, უმუშევრობა, სოციალური იზოლაცია და არასრულფასოვანი მკურნალობაა;

#### **ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირზე ზრუნვა მძიმე ტვირთია**

- მზრუნველებმა აღნიშნეს როგორც ეკონომიკური, ასევე ფსიქოლოგიური პრობლემები; მზრუნველთა 68% უმუშევარია, რადგან დღის უმეტეს ნაწილს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს უვლის, 70%-ს არ დაუსვენია წლების განმავლობაში, ხშირია კონფლიქტი ოჯახში, შემოსავლის მესამედი ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირზე ზრუნვას სჭირდება;
- დღის ცენტრების არსებობა, მზრუნველთა მეოთხედის აზრით, შეამცირებდა მათ ტვირთს.
- დღეს ფსიქიატრიულ სისტემაში არსებული დეფიციტის სიმძიმე გადადის მზრუნველთა მხრებზე. ინტერვიუების დროს აღმოჩნდა, რომ მზრუნველები ისევე განიცდიან სოციო-ეკონომიკურ პრობლემებს, როგორც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირები. საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, მეტია უმუშევრობა, მათ ნაკლები შემოსავალი აქვთ, ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემები და ემოციური დარღვევები აღნიშნებათ. დღის ცენტრების არსებობა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისათვის (რომ “მთელი დღე უსაქმოდ არ ისხდნენ სახლში”) და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა მზრუნველებისათვის – დასმული იქნა, როგორც გამოკითხულთა ძირითადი მოთხოვნა. ჩვენი აზრით, ეს მოთხოვნა სრულებით სამართლიანია, თუ გავითვალისწინებთ სოციალურ პრობლემებს და ფსიქოლოგიურ სტრესს, რომელსაც მზრუნველები წლების განმავლობაში განიცდიან.



## დანართი #6 საზღვარგარეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მოდელები

დასავლეთის ქვეყნებში იზრდება ფსიქიკურ ჯანმრთელობის სფეროში „ბალანსირებული ზრუნვის“ მოდელის პოპულარობა, რაც ამ მოდელის რამდენიმე თვისებით (შესაძლებლობით) აიხსნება (1). კერძოდ, „ბალანსირებული ზრუნვის“ მოდელს შეუძლია:

- უზრუნველყოს მკურნალობა და მზრუნველობა სახლთან ახლოს, თემის ფარგლებში;
- უზრუნველყოს მწვავე შემთხვევების მართვა;
- ზეგავლენა იქონიოს როგორც ინვალიდიზაციაზე, ასევე მის გამომწვევ სიმპტომებზე;
- შესთავაზოს დიაგნოზისა და თითოეული ადამიანის მოთხოვნილებების შესაბამისი მკურნალობა და მზრუნველობა;
- იმოქმედოს ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო კონვენციების შესაბამისად;
- აღიაროს ზემოთხსენებული სამსახურების მომხმარებელთა პრიორიტეტები;
- კოორდინაცია გაწიოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებსა და დაწესებულებებს შორის;
- წარმოადგენდეს უფრო მობილურ, ვიდრე სტატიკურ ერთეულს.

G. Thornicroft (2004) მიერ სერვისების მოდელების კლასიფიკაცია ქვეყნის შემოსავლის დონეების მიხედვით (იხ. ილუსტრაცია #8, გვ.41) საინტერესოა რამდენიმე კუთხით:

- პირველ რიგში, აჩვენებს სერვისების ევოლუციის დინამიკას ქვეყანაში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე რესურსების დახარჯვის *შესაძლებლობის* მიხედვით (შესაძლებლობის და არა ერთ სულ მოსახლეზე მთლიანი შიდა პროდუქტის მიხედვით; არსებითი ფაქტორია, რესურსების რა ნაწილს წარმართავს სინამდვილეში ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ანუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის არადეკლარაციული („ჭეშმარიტი“) პრიორიტეტულობა)
- ერთი საფეხურიდან მეორეზე გადასვლა გულისხმობს განვითარებას ორი მიმართულებით: „ვერტიკალური“ - ახალი სერვისების გაჩენა და „ჰორიზონტალური“ - არსებული სერვისების გამდიდრება უფრო ხარჯთ-ეფექტური და თანამედროვე მომსახურების ფორმებით. ნებისმიერ შემთხვევაში, ერთი საფეხურიდან მეორეზე გადასვლისას არ ქრება არსებული მომსახურება, არამედ იცვლება მომსახურების ფორმების ბალანსი ახალის დამატების შედეგად.
- მოდელების ასეთი კლასიფიკაცია აგებულია დაშვებაზე, რომ ქვეყნები „სუფთა ფურცლიდან“ დაადგინენ განვითარების გზას, რაც მართებულია განვითარებადი სამყაროს დიდი ნაწილისათვის (განსაკუთრებით აფრიკის კონტიგენტზე). ეს დაშვება არ ვრცელდება ყოფილ საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებზე, ამდენად მოდელების კლასიფიკაცია გარკვეულ კორექტირებას მოითხოვს.

დაბალი შემოსავლის ქვეყნები	საშუალო შემოსავლის ქვეყნები	მაღალი შემოსავლის ქვეყნები
საფეხური A	საფეხური A + საფეხური B	საფეხური A + საფეხური B + საფეხური C
<b>საფეხური A:</b> პირველადი ჯანდაცვა „გამაგრებული“ სპეციალისტით	<b>საფეხური B:</b> პირველადი ჯანდაცვა ფსიქიატრის ინტენსიური დახმარებით	<b>საფეხური C:</b> სპეციალიზირებული / დიფერენცირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებები
პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტების მიერ ჩატარებული შემოწმება (სკრინინგი)	ამბულატორიული კლინიკები	სპეციალიზირებული კლინიკები დაავადებების/პაციენტების ჯგუფების მიხედვით: <ul style="list-style-type: none"> <li>• კვებითი აშლილობები</li> <li>• ორმაგი დიაგნოზები</li> <li>• მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული აფექტური აშლილობები</li> <li>• მოზარდთათვის მომსახურება</li> </ul>
„მკურნალობა საუბრით“ (რჩევა-დარიგების მიცემა)		
მედიკამენტოზური მკურნალობა		
ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან ურთიერთობა და წვრთნა, სადაც შესაძლებელია	სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდები	სპეციალიზებული სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის გუნდები: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ადრეული ჩარევის გუნდები</li> <li>• ასერტიული მკურნალობა (თემზე დაფუძნებული)</li> </ul>
სპეციალისტის შეზღუდული ჩარევა: <ul style="list-style-type: none"> <li>• გაწვრთნისთვის</li> <li>• რთული შემთხვევების დროს საკონსულტაციოდ</li> <li>• სტაციონარში გასინჯვა და მკურნალობა მაშინ, რომა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები (მაგ. ზოგადი პროფილის საავადმყოფო) ვერ უმკლავდება ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევას</li> </ul>	მწვავე სტაციონარული მომსახურება	მწვავე შემთხვევებში ჰოსპიტალიზაციის ალტერნატივები: <ul style="list-style-type: none"> <li>• შინ მკურნალობა / კრიზისული ჯგუფები</li> <li>• კრიზისული/დროებითი სახლები</li> <li>• მწვავე დღის სტაციონარები</li> </ul>
	გრძელვადიანი თემზე დაფუძნებული საცხოვრებელი (რეზიდენცია)	გრძელვადიანი თემზე დაფუძნებული მზრუნველობის ალტერნატივები: <ul style="list-style-type: none"> <li>• საცხოვრებელი ინტენსიური 24 საათიანი მეთვალყურეობით</li> <li>• სახოვრებელი ნაკლები ინტენსივობის მომსახურებით</li> <li>• დამოუკიდებელი საცხოვრებელი</li> </ul>
	დასაქმება / სამუშაო	პროფესიული/ შრომითი რეალიზაციის ალტერნატიული ფორმები:

დაბალი შემოსავლის ქვეყნები	საშუალო შემოსავლის ქვეყნები	მაღალი შემოსავლის ქვეყნები
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაცული სახელოსნოები</li> <li>• სამუშაო ადგილი სუპერვიზიით</li> <li>• კოოპერატიული სამუშაო სქემები</li> <li>• თვითდახმარებისა და მომხმარებლის ჯგუფები</li> <li>• კლუბური სახლები / შუალედური დასაქმების პროგრამები</li> <li>• პროფესიული რეაბილიტაცია</li> <li>• ინდივიდუალური განთავსება და დამხმარე სერვისები</li> </ul>

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

ქვემო ილუსტრაცია ასახავს მკვეთრ განსხვავებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დასაქმებულ პროფესიონალოთა სტრუქტურაში დასავლეთ და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებს შორის (იხ. ილუსტრაცია #9): სოციალური მუშაკები პრაქტიკულად არ არსებობს აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში: 0.6 ნაცვლად 897 დასავლეთ ქვეყნებში (100,000 მოსახლეზე). ასევე თვალსაჩინოა ფსიქოლოგების დაბალი ხვედრითი წილი აღმოსავლეთ ევროპაში (2.8 ნაცვლად 33.0 დასავლეთ ევროპაში).

ილუსტრაცია 9: პროფესიული კადრები 100,000 მოსახლეზე

ქვეყნები	ფსიქიატრები	ფსიქიატრი მედდები	ფსიქოლოგები <sup>4</sup>	სოციალური მუშაკები <sup>5</sup>
ქვეყნების ჯგუფი 1 <sup>6</sup>	12.9	63.0	31.7	101.6
ქვეყნების ჯგუფი 2 <sup>7</sup>	7.9	27.5	4.1	3.6
დასავლეთ ევროპა	13.0	61.3	33.0	897
აღმოსავლეთ / ცენტრალური ევროპა	8.5	19.1	2.8	0.6
ევროპა	11.4	45.3	22.2	60.0

წყარო: *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities“. London School of Economics and Political Science. the MHEEN network. January 2008*

<sup>4</sup> ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დასაქმებულები

<sup>5</sup> ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დასაქმებულები

<sup>6</sup> ავსტრია, ბელგია, დანია, ფინეთი, საფრანგეთი, გერმანია, საბერძნეთი, ისლანდია, ირლანდია, იტალია, ლუქსემბურგი, ნიდერლანდები, ნორვეგია, პორტუგალია, ესპანეთი, შვედეთი, დიდი ბრიტანეთი

<sup>7</sup> ბულგარეთი, კიპროსი, ჩეხეთი, ესტონეთი, უნგრეთი, ლატვია, ლიხტენშტეინი, ლიტვა, მალტა, პოლონეთი, სლოვაკეთი, სლოვენია, თურქეთი

## დანართი #7 საერთაშორისო სამართალი და საქართველოს მიერ აღიარებული ვალდებულებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში

ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საერთაშორისო შეთანხმებები და კონვენციები		საქართველო მიერთებულია
UN Universal Declaration of Human Rights (1948), Article 25	ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია	მოქმედ. უზ.ს/დ 15-09-1991
International Covenant on Civil and Political Rights – OHCHR (1966)	სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტი	მოქმედ. პ/დ 03-08-94
UN Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975)	ინვალიდთა უფლებების გაეროს დეკლარაცია	მოქმედ.
Declaration on the rights of mentally retarded people (1971)	გონებრივად შეზღუდულ პირთა უფლებების დეკლარაცია	მოქმედ.
Beijing Declaration on the Rights of People with disabilities in the new Century (2000)	პეკინის დეკლარაციაშეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ	მოქმედ.
UN international human rights convention on the rights of disabled people (2007)	გაეროს საერთაშორისო კონვენცია შშმ პირთა უფლებების შესახებ	ხელმოწერილია 2008 წ. რატიფიცირების პროცესშია
Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Convention (1983), Article 4	უნარშეზღუდული პირების პროფესიული რეაბილიტაციის და დასაქმების კონვენცია	
UN Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care (1991)	გაეროს პრინციპები ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა დაცვის და ფსიქიკური ჯანდაცვის გაუმჯობესებისთვის	
UN Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women (1979), Article 3	ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის კონვენცია	მოქმედ. პ/დ 22-09-1994
Optional Protocol to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (2000)	ქალთა დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ კონვენციის ფაკულტატური ოქმი	მოქმედ. 1-11-02
UN International Covenant on the Elimination of all forms of Racial Discrimination (1966).	რასობრივი დისკრიმინაციის ყველა ფორმის ლიკვიდაციის შესახებ საერთაშორისო შეთანხმება	მოქმედ. პ/დ N 1899, 16-04-1999
UN Body of Principles for the Protection of all Persons under any Form of Detention or Imprisonment (1988).	ნებისმიერი მიზეზით ყველა დაკავებულ და დაპატიმრებულ პირთა დაცვის გაეროს პრინციპების კრებული	მოქმედ.
Standard Rules on Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities (1993).	გაეროს სტანდარტული წესები ინვალიდთა თანაბარი შესაძლებლობების შესახებ	მოქმედ.

UN International Covenant on Civil and Political Rights (1966), Article 7	სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტი	მოქმედ. პ/დ 25-01-1994
European Convention of Human and Fundamental Rights (1950), Council of Europe	ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპის კონვენცია  და დამატებითი ოქმები:	მოქმედ. პ/დ N1940, 12-05-1999  N 1 (07-06-02) , N 4 (პ/დ 23-02-2000), N 6 (პ/დ 23-02-2000), N 7 (პ/დ 23-02-2000), N 12 (პ/დ N 839, 30-03-2001)
UN Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1984)	წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის წინააღმდეგ საერთაშორისო კონვენცია	მოქმედ. პ/დ N1493, 22-12-1994
Optional Protocol to the Convention Against Torture –OPCAT (2003)	წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ კონვენციის ფაკულტატური ოქმი	მოქმედ. პ/დ N1889-რს, 08.07.05  ძალაშია 22-06-06
European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1987)	წამებისა და არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან დასჯის აღკვეთის ევროპული კონვენცია  და დამატებითი ოქმები:	მოქმედ. პ/დ N274-IIIს, 03-05-2000 N 1 (პ/დ 03-05-2000), N 2 (პ/დ N 272 – IIIს, 03-05-2000)
Convention on Human Rights and Biomedicine (1997), Article 7	ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ კონვენცია	მოქმედ. პ/დ N507-IIს, 27-09-2000
The European Social Charter (1996)	ევროპის სოციალური ქარტია	რატფიციცირებულია ნაწილობრივ პ/დ N1876-რს, 01-07-05
UN Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966), Article 12	ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტი	მოქმედ. პ/დ N 25-01-1994
UN International Labor Organization (ILO) Convention on employment and occupation discrimination (1989)	შრომისა და დასაქმების სფეროში დისკრიმინაციის შესახებ საერთაშორისო კონვენცია	მოქმედ. პ/დ 04- 05-95
Convention concerning the Abolition of Forced Labor , adopted at Geneva (1957)	იძულებითი შრომის გაუქმების შესახებ შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის ჟენევის 1957 წლის კონვენცია	მოქმედ. პ/დ N 234 16- 05-96. ძალაშია 23-09-96
Council of Europe Convention on Action	ევროსაბჭოს კონვენცია ადამიანებით	მოქმედ.



Against Trafficking in Human Beings (2005)	ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ	პ/დ N4086-რს, 22-12-06
UN Convention on the Rights of the Child (1989), Article 25.	ბავშვთა უფლებების დაცვის კონვენცია	მოქმედ. პ/დ 21-04-94
RESOLUTION CONCERNING THE UNITED NATIONS CONVENTION OF THE RIGHTS OF THE CHILD (1991)	ბავშვთა უფლებების დაცვის კონვენციის შესახებ გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ მიღებული N50/155 რეზოლუცია	მოქმედ. პ/დ N 23-02-2000
Hague Convention on the Civil Aspects of International Child Abduction (1980)	ბავშვის მოტაცებასთან დაკავშირებული სამოქალაქო ასპექტების შესახებ კონვენცია	მოქმედ. 01-10-97
Optional Protocol on the involment of children in armed conflict (2000)	ბავშვთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის „შეიარაღებულ კონფლიქტებში ბავშვათა მონაწილეობის თაობაზე“ დამატებით ოქმთან მიერთება	მოქმედ. პ/დ N1571-11ს, 21-06-02
Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the sale of children, child prostitution and child pornography (2000)	„ბავშვებით ვაჭრობის, ბავშვთა პროსტიტუციისა და ბავშვთა პორნოგრაფიის შესახებ“ ბავშვის უფლებების კონვენციის დამატ. ოქმი	მოქმედ. პ/დ N1675-1ს, 27-09-02
Convention concerning the Prohibition and Immediate Action for the Elimination of the Worst Forms of Child Labour (1999)	„ ბავშვთა შრომის უკიდურესი ფორმების აკრძალვისა და დაუყოვნებლივ აღმოფხვრის ღონისძიებების შესახებ“ კონვენცია	მოქმედ. პ/დ N1473-რს, 18-05-02
The Hague Convention on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption (Hague Adoption Convention) (1993)	კონვენცია ბავშვთა დაცვისა და საერთაშორისო გაშვილების სფეროში თანამშრომლობის შესახებ	მოქმედ. პ/დ 13-11-99
UN Convention against Discrimination in Education (1960)	განათლებაში დისკრიმინაციის წინააღმდეგ გაეროს კონვენცია	არ არის რატიფიცირებული
Tallinn guidelines for Action on Human Resources Development in the Field of Disability. Adopted by the General Assembly resolution 44/70 (1990)	ტალინის გაიდლაინები ინვალიდობის სფეროში ადამიანური რესურსის განვითარებისთვის სამოქმედოდ	
Mental Health Declaration, Helsinki (2005)	ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ჰელსინკის დეკლარაცია	ხელმოწერილია
Merano Declaration on mental health in NIS countries (2008)	ფსიქიკური ჯანმრთელობის მერანოს დეკლარაცია	ხელმოწერილია

## დანართი #8 პროფესიული კადრები - სიმძლავრე და მოთხოვნილება

ბოლო ორი წლის მონაცემებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სამედიცინო საქმიანობას ეწევა 242 ექიმი-ფსიქიატრი (სერთიფიცირებულია 308 ფსიქიატრი. მათ შორის 15 ბავშვთა ფსიქიატრია და 27 სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტი) და 43 ფსიქოლოგი. ექიმ-ფსიქიატრებით მოცვის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე შეადგენს 5.4-ს, რაც თითქმის ორჯერ ნაკლებია ევროპის საშუალო მაჩვენებელზე. აბსოლუტურ რიცხვებში ეს ნიშნავს, რომ ევროპის საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ჯამში უნდა დაახლოებით ხუთასი ექიმი ფსიქიატრი, ანუ სულ მცირე 250-ით მეტი დღევანდელთან შედარებით.

ილუსტრაცია 10: პროფესიული (საკადრო) რესურსები: არსებული მდგომარეობა და საჭიროებები

პროფესიული კადრები	არსებული		საჭირო <sup>8</sup>	
	რაოდენობა	100,000 მოსახლეზე	რაოდენობა	100,000 მოსახლეზე
ექიმი ფსიქიატრი	242	5.4	501	11.4
ფსიქოლოგი	43	1.0	976	22.2
მედა ფსიქიკური. ჯანმრთ. სფეროში	302*	6.9	1,991	45.3
<b>ოჯახის ექიმი</b>				
სოც. მუშაკი ფსიქიკური ჯანმრთ. სფეროში	30	0.7	2,637	60.0
ოკუპაციური თერაპევტი ფ/ჯ სფეროში	0	0		
სხვა				

გაცილებით დიდია დაშორება ევროპულ სტანდარტთან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე ფსიქოლოგების რაოდენობით (22-ჯერ ნაკლები) – მათი რაოდენობა 900-ით უნდა გაიზარდოს რომ მიაღწიო ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე მედათა ზუსტი რაოდენობა უცნობია. არ არსებობს ზუსტი სტატისტიკური მონაცემები. გამოკითხვით მათი რაოდენობაა 302. მათი სასწავლო პროგრამა არ შეიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს.

2008 წლის მონაცემებით, მოქმედი 135 სოციალური მუშაკიდან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დასაქმებულია მხოლოდ 30. ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლის მიხედვით კი საქართველოში უნდა მუშაობდეს დაახლოებით 2,600. ჩვენს ქვეყანაში სოციალურ მუშაკთა სასწავლო პროგრამა ჯერ-ჯერობით არ შეიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებს. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ოკუპაციური თერაპევტის პოზიციაზე არავინაა დასაქმებული.

ფსიქოთერაპევტთა ზუსტი რაოდენობის დადგენა ვერ მოხერხდა.

<sup>8</sup> საჭიროება გათვლილია ევროპის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებლების მიხედვით (ილუსტრაცია , გვ. 60)

სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებები

ილუსტრაცია 11: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში პროფესიული კადრების გათვლები (სრული საშტატო განაკვეთი 100,000 მოსახლეზე)

	საშუალო დაყოვნების საცხოვრებელი	მწვავე სტაციონარი	დღის მოვლა	ამბულატორიული მომსახურება	სულ
ფსიქიატრი	0.5	1.0	0.0	0.5	2.0
ექიმი	1.0	2.0	0.0	2.0	5.0
ფსიქოლოგი	0.0	0.0	0.5	1.0	1.5
ფსიქიატრი მედდა	2.0	2.0	2.0	2.0	8.0
ზოგადი მედდა	3.0	4.0	3.0	2.0	12.0
სოციალური მუშაკი	0.5	1.0	0.5	1.0	3.0
ოკუპაციური თერაპევტი	0.5	0.0	2.0	1.0	3.5
სათემო ფსიქ. ჯანმ. მუშაკი	0.0	0.0	0.0	2.5	2.5
პირველადი ჯანდ. მუშაკი	0.0	0.0	0.0	2.0	2.0
<b>სულ</b>	<b>7.5</b>	<b>10.0</b>	<b>8.0</b>	<b>14.0</b>	<b>39.5</b>

წყარო: (12) Dan Chisholm, Crick Lund and Shekhar Saxena. „Cost of scaling up mental healthcare in low-and-middle-income countries“. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2007)

ბევრად უფრო მოკრძალებულად გამოიყურება პროფესიული კადრების საჭიროებების გათვლები საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებისათვის. მაგალითად, ექთნების საჭიროება (ზოგადი + ფსიქიატრი მედდა) შეადგენს 20 საშტატო ერთეულს (100,000 მოსახლეზე) ევროპული სტანდარტით 45 საშტატო ერთეულის ნაცვლად.

ამავე გათვლებით, ბევრად უფრო ნაკლები სოციალური მუშაკი (ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სპეციალიზებული) არის საჭირო - 132 (2,600-ის ნაცვლად), ოკუპაციური თერაპევტების საერთო რაოდენობა სავარაუდოდ 150 შეადგენს, სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის მუშაკების - 110-ს, ფსიქოლოგების - 66 (970-ის ნაცვლად).

ევროპის საშუალო მაჩვენებლისგან ასეთი მკვეთრი განსხვავების მიუხედავად, საქართველოში ეს მინიმალური სიმძლავრეებიც არ არსებობს (თუ არ ჩავთლით ფსიქიატრი ექიმების რაოდენობას). შესაბამისად, თუნდაც ამ მინიმალური საჭიროების დაკმაყოფილება ხდება პირველადი ამოცანა, სანამ ქვეყანა ევროპული სტანდარტებთან მისაახლოებლად პროფესიული კადრების განვითარებას დაიწყებს.

## დანართი #9 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის არჩევანის შესაძლებლობები საქართველოში

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების მსგავსად, საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა საკმაოდ განვითარებული იყო („სემაშკოს მოდელი“-ის ნაკლოვანებების მიუხედავად). იგივე ეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს, თუმცა ჯანდაცვის სხვა კომპონენტებისგან განსხვავებით ყველაზე მეტად განიცადა პოლიტიკური სისტემის უარყოფითი გავლენა. 90-იანი წლების პოლიტიკური, ეკონომიკური და სოციალური კრიზისის მერე საქართველოში სოციალური სფეროს განვითარება დაიწყო არა „სუფთა ფურცლიდან“, არამედ საბჭოთა პერიოდის მემკვიდრეობით (დადებითი და უარყოფითი). ეს პროცესები სქემატურად გამოხატულია ქვემოთ (იხ. ილუსტრაცია).

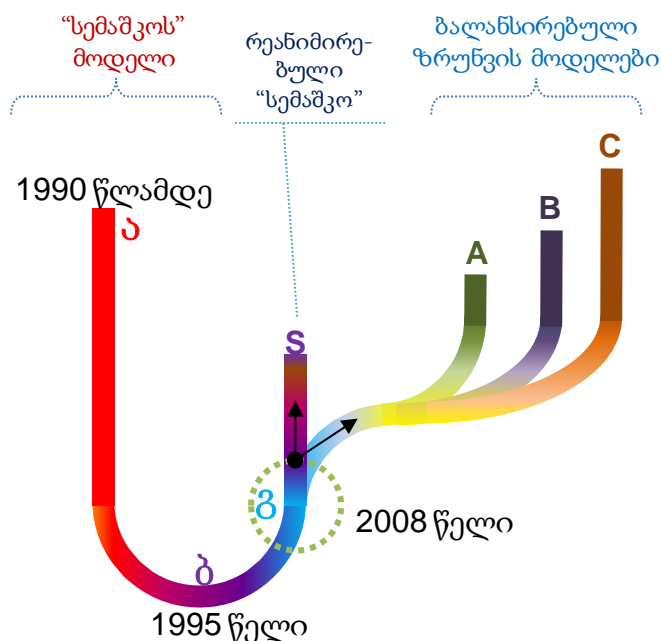
დღეს ქვეყანა იმყოფება „გ“ წერტილში - არჩევანის წინ. U-ს მაგვარი მრუდის პირველი მუხლი შეესაბამება პერიოდს სემაშკოს მოდელის გამართული ფუნქციონირებიდან (1990 წლამდე) ქვეყნის ყოველმხრივი კრიზისიდან ამოსვლის დაწყებამდე 1995 წელს (წერტილი „ბ“).

„ა“ წერტილში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო ხასიათდება მასიური სტაციონარული მკურნალობით, ხოლო ამბულატორიული მკურნალობა (უპირატესად მედიკამენტოზური) კონცენტრირებული იყო სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში (დისპანსერებში).

პერიოდი „ბ“ წერტილიდან „გ“ წერტილამდე (დღევანდელ დღემდე) ხასიათდება:

- სემაშკოს მოდელის მემკვიდრეობის მინი-რეანიმაციით (რესურსების მიდინების გაზრდით) და მცირე მასშტაბიანია ალტერნატიული სერვისების ექსპერიმენტირებით ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ერთიანი სახელმწიფო ხედვის გარეშე
- სხვაგვარად რომ ვთქვათ, სახელმწიფომ დაიწყო უფრო მეტის ხარჯვა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე (ვიდრე 1995 წელს), მაგრამ არ მოუხდენია ინსტიტუციური ცვლილებები და დაფინანსების დონით დაბალი შემოსავლის ქვეყნების რეკომენდირებულ ზღვარსაც ვერ მიახლოვებია

ილუსტრაცია 12: ფსიქიკურ ჯანმრთელობის „ევოლუციის მრუდი“ - საქართველო



ქვეყანა დგას ორი ძირითადი არჩევანის წინაშე (იმყოფება რა „გ“ წერტილში):

- ინსტიტუციური ცვლილებების გარეშე მეტი რესურსები წარმართოს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, რის შედაგადაც მიიღებს სემაშკოს მოდელის ნაწილობრივ რეანიმაციას - განახლებული სისტემა „S“ წერტილში კონსტრუქციულად ემგვანება „სემაშკოს მოდელს“, მაგრამ ფუნქციურად - გაცილებით ნაკლები მდგრადობა და ეფექტურობა ექნება
- ერთროულად დაიწყოს ნაბიჯ-ნაბიჯ ინსტიტუციური ცვლილებები და გაზარდოს რესურსების მიმართვა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. მაშინ... ქვეყანას ეძლევა საშუალება განვითარდეს A-B-C მიმართულებით შემოსავლებიდან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გაწეული ხარჯების შესაბამისად - დანერგოს ბალანზირებული ზრუნვის მოდელი

არის მესამე „გზაც“ - ქვეყანა არ ზრდის რესურსების მიმართვას ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და აგრძელებს სისტემის დემონტაჟს/რეკონსტრუქციას... ეს პრაქტიკულად განვითარების მრუდზე ნისნავს „გ“ წერტილის მიდამოებში „ადგილის ტკეპუნას“.

**ილუსტრაცია 13: პოლიტიკის არჩევანის მატრიცა**

პოლიტიკის არჩევანი	პოლიტიკის მიდგომების მდგენელები	
	ინსტიტუციური განვითარება	დაფინანსება
გ-S „სემაშკოს მოდელის რეანიმაცია“	არავითარი	გაზრდა
გ-A დაბალანსებული „საფეხური A“	მცირე	გაზრდა
გ-B დაბალანსებული „საფეხური B“	ზომიერი	საგრძობი გაზრდა
გ-C დაბალანსებული „საფეხური C“	სერიოზული	მაქსიმალურად გაზრდა
გ „ადგილის ტკეპუნა“	მცირე	უცვლელია



**დანართი #10 ბიბლიოგრაფია**

- (1) გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2008) „უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოსახლეობის დაუცველი ფენებისთვის. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა მდგომარეობა და საჭიროებები საქართველოში“. ანალიტიკური ანგარიში. თბილისი
- (2) დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (2008) „ჯანმრთელობის დაცვა. საქართველო, 2007“ სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი
- (3) Manana Sharashidze et al., (2005) “The Situation of People with Mental Health Problems and People with Intellectual Disabilities GEORGIA, Needs Assessment Report”, Georgian Association for Mental Health
- (4) Mental health policy, plans and programmes (updated version 2). (2005) Geneva, World Health Organization, (Mental Health Policy and Service Guidance Package).
- (5) Graham Thornicroft, Michele Tansella (2004) „Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care“. *British Journal of Psychiatry* 185, 283 – 290
- (6) HUMANITARIAN SITUATION AND TRANSITION TO DEVELOPMENT 2006 GEORGIA. Progress Report. Humanitarian Affairs Team, Office of the UN Resident Coordinator in Georgia. November 2006
- (7) გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2007). „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ახალი პოლიტიკისაკენ: ადამიანის უფლებათა პერსპექტივიდან. მოკლე რეკომენდაციები პოლიტიკის დოკუმენტისთვის“. თბილისი
- (8) WHO/EUROPE (2005) . „Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions.“ EUR/04/5047810/6
- (9) European Pact for Mental Health and Well-being (2008). EU High-Level Conference “Together For Mental Health and Wellbeing”. Brussels, 12-13 June 2008
- (10) Miranda JJ, Patel V (2005) Achieving the Millennium Development Goals: Does Mental Health Play a Role? *PLoS Med* 2(10): e291
- (11) Helena Medeiros, David McDaid, Martin Knapp, and the MHEEN Group (2008). „Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities“. London School of Economics and Political Science. the MHEEN network.
- (12) Dan Chisholm, Crick Lund and Shekhar Saxena (2007) „Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries“. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 191, 528 ^ 535 . doi : 10.1192/bjp. bp.107.38463
- (13) გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი (2007). „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ახალი პოლიტიკისაკენ: ადამიანის უფლებათა პერსპექტივიდან. მოკლე რეკომენდაციები პოლიტიკის დოკუმენტისთვის“. თბილისი
- (14) WHO. “The World health report 2000 : health systems : improving performance.“
- (15) National Institute for Mental Health in England (2008). “Laying the foundations for better acute mental healthcare. A service redesign and capital investment workbook”. The Stationery Office, London

- (16) Amelia Compagni, Neal Adams and Allen Daniels (2006). “International Pathways to Mental Health System Transformation: Strategies and Challenges”. Draft. California Institute for Mental Health.
- (17) John Tobin (2007). “International human rights law and mental illness”. Ir J Psych Med 2007; 24(1): 31-39
- (18) World Health Organization (1996). “Mental Health Care Law: ten basic principles”. Geneva
- (19) WHO (2005) Mental Health Atlas, Geneva
- (20) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ლექსიკონები: ფსიქიატრიული და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ტერმინების ლექსიკონი (2006) საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება. თბილისი
- (21) ნანეიშვილი, გ., სილაგაძე, თ. (2004) ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია საქართველოში. თბილისი
- (22) ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა საქართველოში – მოცულობა, ეფექტურობა, ხარისხი (2006) საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება, ფონდი ”ევრაზია” თბილისი
- (23) ჩხეტია, ლ., ზავრადაშვილი, ნ. (2008). „ფსიქიატრიული დახმარების სამართლებრივი რეგულირება: კანონმდებლობა და პრაქტიკა. სიტუაციური ანალიზი“. გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი