

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის
ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების ხელშეწყობა საქართველოში

ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში

კვლევის ანგარიში

თბილისი
2011



საქართველოს
საანგარიშო ცენტრი
ფსიქიკური ჯანმრთელობის
და ნარკოტიკების დამოკიდებულების
დაცვის განყოფილება



Sida



ავტორები: ნანა ალაპიშვილი

ლალი სურმავა

ბაია ნიკოლაიშვილი

მანანა აბზიანიძე

ეთერ ელიოზიშვილი

თინა ცომაია

ავტორთა ჯგუფი მადლობას უხდის კვლევის განხორციელებისას შეტანილი ნვლილისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტებს, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს თანამშრომლებს, მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების ხელმძღვანელებს, დაწესებულებების თანამშრომლებს, მშობლებს.

© საქართველოს ფსიქო სოციალური დახმარების ასოციაცია „ნდობა“, 2011

ISBN 978-9941-436-14-7

სარჩევი

წინასიტყვაობა	4
შესავალი	5
კვლევის მოკლე შეჯამება – ძირითადი დასკვნები	7
ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში	9
ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება საქართველოში	9
ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა	15
საქართველოს კანონმდებლობა	16
სახელმწიფო პროგრამები	25
ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების მიმოხილვა ევროპის სამი ქვეყნის მაგალითზე	35
კვლევის ანგარიში	42
კვლევის მიზანი	42
კვლევის მეთოდოლოგია	42
კვლევის შედეგები	45
რეკომენდაციები	50

წინასიტყვაობა

წინამდებარე ნაშრომი მომზადებულია პროექტის „ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის ჩამოყალიბების ხელშეწყობა საქართველოში“ ფარგლებში. პროექტი განახორციელა საქართველოს ფსიქოსოციალური დახმარების ასოციაცია „ნდობამ“ ევრაზიის თანამშრომლობის ფონდის და მისი დონორის შვედეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (SIDA) ფინანსური მხარდაჭერით.

პროექტის განხორციელებისას ჩვენ მიზნად დავისახეთ წვლილი შეგვეტანა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბავშვთა და მოზარდთა მომსახურების კომპონენტის გაუმჯობესებაში.

პროექტის მიმდინარეობისას შევისწავლეთ საქართველოს კანონმდებლობა და პროგრამული დოკუმენტები, რომლებიც ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას ემსახურებიან, ამ სფეროში არსებული საერთაშორისო გამოცდილება და ვიკვლიეთ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ კომპონენტის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაში არსებული მიღწევები და პრობლემები.

კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე შევიმუშავეთ რეკომენდაციები რომელთა გათვალისწინებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში განხორციელებული ცვლილებები ხელს შეუწყობს ბავშვების და მოზარდების მომსახურების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაზრდას და საბოლოო ჯამში მათი მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

ანგარიში შემდეგი ნაწილებისგან შედგება:

- ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მდგომარეობა საქართველოში;
- ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების მიმოხილვა ევროპის სამი ქვეყნის მაგალითზე;
- კვლევის „საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვებისა და მოზარდების მომსახურება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში“ შედეგები.

შესავალი

ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობა – მათი ოპტიმალური ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური ფუნქციონირება და კეთილდღეობაა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე ბავშვები და მოზარდები ჯანსაღად ურთიერთობენ გარემოსთან – ოჯახებთან, თანატოლებთან, არიან პროდუქტიულები, აქვთ ღირსების განცდა, განათლების, განვითარების, პიროვნული ზრდის, წარმატების მიღწევის ინტერესი და სიამოვნებას ლეზულობენ ცხოვრებისგან¹.

გაეროს ბავშვთა უფლებების კონვენცია ცნობს ყველა ბავშვის უფლებას უზრუნველყოფილი იყოს ცხოვრების ისეთი პირობებით, რომელიც აუცილებელია მისი ფიზიკური, ფსიქიკური, სულიერი, ზნეობრივი განვითარებისთვის (მუხლი 27), ბავშვის უფლებას იყოს დაცული ისეთი გარემოებებისგან რომელიც ემუქრება და ხელს უშლის მას განათლების მიღებაში, ზიანს აყენებს მის ჯანმრთელობას, ფიზიკურ, ფსიქიკურ, სულიერ, მორალურ და სოციალურ განვითარებას (მუხლი 32). კონვენცია აღიარებს ბავშვის უფლებას ისარგებლოს ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვით (მკურნალობა/ზრუნვა) და შეფასდეს მის მკურნალობასა და ზრუნვათან დაკავშირებული პირობები (მუხლი 25) და ფსიქიკურად და ფიზიკურად უნარშეზღუდული ბავშვის უფლებას სრულფასოვნად და ღირსეულად იცხოვროს იმგვარ პირობებში, რომელიც უძლიერებს მას ღირსების განცდას, საკუთარი თავის რწმენას და უადვილებს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში აქტიურ მონაწილეობას (მუხლი 23)².

ევროპის რეგიონში მოზარდების დაახლოებით 10%-დან 20%-ს ერთი ან მეტი ფსიქიკური და ქცევითი პრობლემა აქვს. უნდა აღინიშნოს რომ დაავადებებით გამონვეული ტვირთი სათანადოდ არ არის შეფასებული. ახალგაზრდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ის საკითხია, რომელიც განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს. კონკრეტულად იმ ახალგაზრდებისთვის, რომლებიც სოციო ეკონომიკური სირთულეების წინაშე დგანან ან რისკის ქვეშ არიან. 12 დან 17 წლის ასაკის ახალგაზრდების 4%-ს და 18 წლის ახალგაზრდების 9%-ს ევროპის რეგიონში დეპრესიის დიაგნოზი აქვს. დეპრესია ერთერთი ყველაზე მაღალი პრევალენტობით ხასიათდება, რომელსაც ძალიან უარყოფითი მოკლევადიანი და გრძელვადიანი შედეგები გააჩნია. დეპრესია დაკავშირებულია სუიციდთან, რომელიც ბევრი ქვეყნისთვის უმთავრესი პრობლემაა და ევროპის რეგიონის ახალგაზრდებში სიკვდილიანობის რიგით მეორე მიზეზი. ბოლო წლებში გოგონებში ფსიქიკური დაავადებების მაჩვენებელი საგრძნობლად გაიზარდა წინა პერიოდთან შედარებით. განსაკუთრებით ეს ეხება დეპრესიის მაჩვენებლის ზრდას³.

ბავშვების და მოზარდების ჯანმრთელობა ყველა ქვეყნის სოციალური და ეკონომიკური განვითარების რესურსია. დროული ინვესტირება ბავშვების და მოზარდების ჯანმრთელობის დასაცავად ძალიან მნიშვნელოვანია. არსებობს ზნეობრივი და ლეგალური ვალდებულებები იმისთვის რომ ბავშვები და მოზარდები უზრუნველყოფილნი იყვნენ ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვით.

1 WHO 2005

2 გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია – ბავშვის უფლებათა კონვენცია

3 World Health Organization, 2001. The World Health Report. Mental Health: new understanding, new hope

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით 1) ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს თემის დონეზე ყველასათვის ვისაც ეს სჭირდება; ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანები უნდა სარგებლობდნენ თანაბარი უფლებებით, მაგრამ რადგანაც ისინი განსაკუთრებულად მოწყვლადები არიან – სახელმწიფომ უნდა იმოქმედოს ისე რომ დაიცვას ისინი დისკრიმინაციისგან. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებისათვის ძირითადი მომსახურების (მკურნალობა – მოვლის) ხელმიუწვდომლობა მათი უფლებების დარღვევაა. ფსიქიკურ დაავადებასთან დაკავშირებული სტიგმის გამო, ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანების უფლებები ირღვევა და ისინი დისკრიმინირებულები არიან ფსიქიატრიული დაწესებულებების გარეთაც – ოჯახში და საზოგადოებაში.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2007 წელს შემუშავებული სტრატეგია განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ბავშვების და მოზარდების ჯანმრთელობის მიმართ. ევროპის რეგიონში მზარდი ტენდენციების გამო გამოყოფს ჯანმრთელობის სამ ასპექტს: აივ ინფექცია და შიდსი; ქარბი წონა და გაცხიმოვნება ბავშვებში და მოზარდებში; ფსიქოსოციალური განვითარება და ფსიქიკური ჯანმრთელობა⁴.

რადგანაც ბევრი ფსიქიკური აშლილობა სათავეს ბავშვობისა და მოზარდობის ასაკში იღებს, ბავშვობის ასაკში განხორციელებული დროული ჩარევა ამცირებს: მოზარდობასა და ზრდასრულობაში ფსიქიკური დაავადების განვითარების ან გართულების და ფსიქიკური დაავადების გამო შესაძლებლობების შეზღუდვის რისკს, ასევე ფსიქიკური დაავადებით გამონვეულ ტვირთს ინდივიდებისთვის, ოჯახებისთვის, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის და საზოგადოების მიერ განეულ ფინანსურ ხარჯს. ამიტომ დაავადების დროულ გამოვლენაზე, გართულების პრევენციასა და სათანადო მოვლაზე მიმართული მომსახურების სისტემის განვითარება ერთერთი პრიორიტეტი უნდა იყოს ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

2008 წლის 9 ივნისს გაეროს ბავშვის უფლებების კომიტეტმა ხაზი გაუსვა საქართველოში ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის არ არსებობას და ასევე ბავშვებისა და მოზარდებისათვის მომსახურების მიწოდებაში არსებულ სერიოზულ ნაკლოვანებას. ერთერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი რეკომენდაცია, რომელიც კომიტეტმა მიაწოდა საქართველოს მთავრობას არის: სამეცნიერო კვლევაზე და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება და ინვესტირება სათანადო სამკურნალო – ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების და პრევენციული სერვისების განვითარებაში, რაც უზრუნველყოფს სუიციდური ქცევის, ძალადობის და ბავშვების ინსტიტუციონალიზაციის პრევენციას⁵.

4 Child and adolescent health and development in a European perspective – a new WHO strategy 2007
Mikael Meyer Østergren & Vivian Barnekow

5 Committee on the Rights of the Child – “Concluding Observations”, June, 2008

კვლევის მოკლე შეჯამება – ძირითადი დასკვნები

კვლევა ჩატარდა პროექტის „ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრელობის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების ხელშეწყობა საქართველოში“ ფარგლებში.

კვლევა მიზნად ისახავდა შეგვესწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ კომპონენტის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაში არსებული მიღწევები და პრობლემები, კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეგვემუშავებინა რეკომენდაციები გადაწყვეტილებების მიმღებ პირთათვის. კვლევა ფოკუსირებული იყო ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ამბულატორიულ კომპონენტზე. საკვლევად შეირჩა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დანესებულებები, რომლებიც ფინანსდება სახელმწიფო პროგრამით და ახორციელებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ამბულატორიულ მომსახურებას.

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

ბავშვების და მოზარდების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა დარღვეულია, განსაკუთრებით ეს გამოვლინდა რეგიონებში. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დარღვევას ხელს უწყობს კვალიფიციური ადამიანური რესურსის, კერძოდ ბავშვთა ფსიქიატრების ნაკლებობა და შშმ (შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე) სტატუსის მინიჭების კომისიების ცენტრალიზება.

ფინანსური ხელმისაწვდომობა

ფინანსური ხელმისაწვდომობა ბავშვების და მოზარდების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე დარღვეულია. ფინანსური ხელმისაწვდომობის დარღვევას განაპირობებს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დარღვევა (ტრანსპორტირებისთვის საჭირო დამატებითი ხარჯი), ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში პირველადი ვიზიტისთვის დადგენილი ტარიფის გადახდა, მედიკამენტებზე განეული დამატებითი ხარჯი.

მომსახურება

ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში ბავშვების და მოზარდების მომსახურება შემოიფარგლება მედიკამენტებისა და საპენსიო ცნობის გაცემით. ზემოთ აღნიშნულს განაპირობებს კვალიფიციური ადამიანური რესურსის ნაკლებობა, ბავშვთა და მოზარდთა ასაკის შესაბამისი სადიაგნოსტო და სამკურნალო გაიდლაინების და სტანდარტების არ არსებობა, მოსარგებლეთა მშობლების წამყვანი მოტივაცია – ფინანსური შეღავათები და უფასო მედიკამენტები.

ადამიანური რესურსი

ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში ბავშვებთან და მოზარდებთან მომუშავე კვალიფიციური ადამიანური რესურსის მწვავე დეფიციტია. შესწავლილ ბევრ დანესებულებას არ ჰყავს ბავშვთა ფსიქიატრი, ასევე ფსიქოლოგების ნაკლებობაა, რაც აისახება მომართვიანობაზე, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დარღვევაზე და ასევე მომსახურების ხარისხზე.

სადიაგნოსტიკო, სამკურნალო გაიდლაინები და სტანდარტები

ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში გავრცელებული ფსიქიკური აშლილობების სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო გაიდლაინები და სტანდარტები ჯერ ჯეროებით არ არსებობს. ეს დეფიციტი სერიოზულ პრობლემას ქმნის დიაგნოზის დასმისას, მკურნალობისას, საპენსიო ცნობის გაცემისას და ასევე იმ შემთხვევაში, როდესაც მოსარგებლე სხვა დაწესებულებაში აგრძელებს მკურნალობას დადგენილი დიაგნოზის არსებობისას. ხშირად არსებული დიაგნოზი და ხელმეორედ დადგენილი ერთმანეთს არ ემთხვევა.

კოორდინაცია და თანამშრომლობა

პირველად ჯანდაცვასა და ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებს შორის არასაკმარისი კოორდინაციაა. რაზეც მეტყველებს პირველადი ჯანდაცვის რგოლიდან რეფერირებული ბავშვების და მოზარდების მცირე რაოდენობა.

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შემუშავებული რეკომენდაციები

- უნდა შეიქმნას ბავშვთა ფსიქიატრიაში გადამზადების სასწავლო პროგრამა; ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს შექმნილი პროგრამით სპეციალისტების გადამზადება, რომლის გავლის შემდეგაც ისინი მოემსახურებიან ბავშვებს და მოზარდებს. საქართველოს ყველა რეგიონი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი ბავშვთა და მოზარდთა საკითხებში გადამზადებული სპეციალისტებით.
- შშმ სტატუსის მინიჭების კომისია უნდა იყოს დეცენტრალიზებული (გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი). დაწესებულებები, რომლებიც შშმ სტატუსს ანიჭებენ უნდა სარგებლობდნენ უნიფიცირებული საკვლევი და სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტებით. შშმ სტატუსის მინიჭების წესში უნდა შევიდეს სტატუსის მინიჭებისას უნიფიცირებული სადიაგნოსტო საკვლევი ინსტრუმენტების გამოყენების ვალდებულება. და ასევე გადასახედია იმ ფსიქიკური დაავადებების და მდგომარეობების ნუსხა რის საფუძველზეც ხდება სტატუსის მინიჭება.
- უნდა შეიქმნას გაიდლაინები და პროტოკოლები ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკურ დაავადებებზე, რომლებიც განსაზღვრავენ მკურნალობის, მოვლა/ზრუნვის, რეაბილიტაციის სტანდარტებს.
- აქცენტები უნდა გაკეთდეს ბავშვთა მომსახურების ხარისხის და მრავალფეროვნების გაზრდაზე და ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის კომპონენტი უნდა შევიდეს სახელმწიფო პროგრამაში.
- ყველა სახელმწიფო დაწესებულება, რომლებიც ბავშვების დიაგნოსტიკას აწარმოებს და დაწესებულებები, რომლებიც შშმ სტატუსს ანიჭებენ უნდა სარგებლობდნენ უნიფიცირებული საკვლევი და სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტებით.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი, დამოუკიდებელ ქვეკომპონენტად უნდა იყოს ასახული, ისე როგორც სტაციონარულია.

ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში

ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური აშლილობების გავრცელება საქართველოში

ეპიდემიოლოგიური კვლევები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში საქართველოში 20 წელზე მეტია არ ჩატარებულა. ფსიქიკური დაავადებების გავრცელების შესახებ ინფორმაციის მიღების ოფიციალური წყაროა დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი. მონაცემთა შეგროვება რეგულირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის № 284/ნ ბრძანებით „ფსიქიატრიულ დაწესებულებებს შორის ინფორმაციის გაცვლის სპეციალური ფორმისა და ერთიანი საინფორმაციო ბანკის შექმნის შესახებ“ (2007 წ. 27 სექტემბერი). ბრძანების პირველი მუხლის მიხედვით ფსიქიურად დაავადებულ პირთა ერთიანი საინფორმაციო ბანკი იქმნება დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის ბაზაზე. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური მონაცემები ეყრდნობა სამედიცინო დაწესებულებებში რეგისტრირებულ და ახალ შემთხვევებს.

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით საქართველოში 2010 წელს ამბულატორიულ აღრიცხვაზე მყოფი პირების საერთო რაოდენობაა 91664, მათ შორის 1926 არის 0 დან 15 წლამდე ბავშვი. ახალ შემთხვევათა რაოდენობა 3984, მათ შორის 357 არის 0 დან 15 წლამდე ბავშვი (იხილეთ ცხრილი 1).

ცხრილი 1. პოლიკლინიკური დახმარება – ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები – 2010 წელი.

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

სტატისტიკური ცნობარი 2010

რეგიონი, უწყება	რეგისტრირებულია		მათ შორის ბავშვები 0-15 წლამდე		სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით რეგისტრირებულია		მათ შორის ბავშვები 0-15 წლამდე	
	შემთხვევათა რაოდენობა	დაავადების ანობა 100000 მოსახლეზე	შემთხვევათა რაოდენობა	დაავადების ანობა 100000 მოსახლეზე	შემთხვევათა რაოდენობა	ავადობა 100000 მოსახლეზე	შემთხვევათა რაოდენობა	ავადობა 100000 ბავშვზე
აფხაზეთი	1218	--	0	--	30	--	0	--
აჭარა	13601	3499.1	382	578.8	1085	279.1	53	80.3
ქ. თბილისი	10657	920.7	506	257.2	634	54.8	105	53.4
კახეთი	7722	1905.3	145	210.4	206	50.8	15	21.8
იმერეთი	18938	2696.2	344	288.3	603	85.8	116	97.2
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	12549	2638.6	196	242.6	287	60.3	16	19.8
შიდა ქართლი	7648	2452.9	142	267.9	271	86.9	28	52.8
ქვემო ქართლი	9478	1885.0	92	107.7	198	39.4	2	2.3
გურია	4260	3040.7	30	126.1	135	96.4	0	0.0
სამცხე – ჯავახეთი	3072	1449.1	72	200.0	249	117.5	12	33.3
მცხეთა – მთიანეთი	2284	2093.5	8	43.2	50	45.8	2	10.8
სხვა უწყება	237	--	9	--	236	--	8	--
საქართველო	91664	2058.6	1926	254.6	3984	89.5	357	47.2

2010 წელს საქართველოს ამბულატორიულ დაწესებულებებში რეგისტრირებულ 15 წლამდე ბავშვთა და 15 დან 18 წლამდე ბავშვების და მოზარდების მაჩვენებელი იხილეთ ცხრილ 2-ში.

ცხრილი 2. ფსიქიური და ქცევითი დარღვევები ბავშვებში და მოზარდებში 2010 წელი.

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი

სტატისტიკური ცნობარი – 2010

15-18 წლამდე ასაკის მოზარდები		15 წლამდე ასაკის ბავშვები	
რეგისტრირებული დადგენილი დიაგნოზით სულ	მათ შორის ცხოვრებაში პირველად დადგენილი დიაგნოზით	რეგისტრირებული დადგენილი დიაგნოზით სულ	მათ შორის ცხოვრებაში პირველად დადგენილი დიაგნოზით
2446	117	1926	357

ცხრილი 3. ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევები ბავშვებში და მოზარდებში 2008, 2009, 2010 წლები

წელი	2008 წელი		2009 წელი		2010 წელი	
	15 წლამდე	15-18 წლამდე	15 წლამდე	15-18 წლამდე	15 წლამდე	15-18 წლამდე
ასაკი						
რეგისტრირებულთა საერთო რაოდენობა	1672	1469	1651	1023	1926	2446
მ/შ ახალი შემთხვევა	521	510	343	106	357	117

ცხრილი შედგენილია დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის 2008, 2009, 2010 წწ მონაცემებზე დაყრდნობით

ანგარიშის მომზადების პერიოდში 2010 წლის დეტალური სტატისტიკური მონაცემები ხელმისაწვდომი არ არის. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის 2009 წლის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების პრევალენტობა 100000 სულ მოსახლეზე: 2227,5 შეადგენს, ინციდენტობა – 114,7

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელება 0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებში (100000 ბავშვზე): პრევალენტობა – 835,2 შეადგენს, ხოლო ინციდენტობა – 176,5.

2009 წლის მონაცემების მიხედვით საქართველოში რეგისტრირებულია ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების –12 1062 – 5,5 % შემთხვევა,

ხოლო ახალი შემთხვევების რაოდენობა არის – 45 489 – 3,9%.

ამავე წლის მონაცემებზე დაყრდნობით 0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების 6288 – 1,3% შემთხვევაა რეგისტრირებული, ხოლო ახალ შემთხვევათა რაოდენობა 1329 – 0,3% შეადგენს.

2009 წლის ბოლოს საქართველოს ამბულატორულ – პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში რეგისტრირებულია ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის 76 457 შემთხვევა, პრევალენტობა – 1733,4, მათ შორის ბავშვებში – 1651 შემთხვევა, პრევალენტობა – 219,3. სიცოცხლეში პირველად დადგენილი დიაგნოზით აღრიცხულია 2505 შემთხვევა, ინციდენტობა – 56,8 მათ შორის 343 ბავშვებში ინციდენტობა – 45,6.

2009 წელს ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე 4800 ადამიანი გავიდა სტაციონარიდან, მათ შორის 0 დან 15 წლამდე ასაკის 47 ბავშვი. ხოლო 2010 წელს ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე 0 დან 15 წლამდე ასაკის 331 ბავშვი გაეწერა სტაციონარიდან.

2009 წ. დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ბავშვების 63,8%-ს აღენიშნა გონებრივი ჩამორჩენილობა, 20,5%-ს – ორგანული ბუნების აშლილობები, 6,7%-ს ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობები, ხოლო 1,5%-ს – მიზოფრენია.

**ცხრილი 4: ფსიქიური და ქცევითი აშლილობების ახალი შემთხვევების
განაწილება ბავშვებში და მოზარდებში 2009**

წყარო: დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი
სტატისტიკური ცნობარი – 2009

	0-14 წ.	15-17 წ.	18-19 წ.
ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	343	106	209
ორგანული ბუნების აშლილობები, სიმპტომურ აშლილობათა ჩათვლით	19	18	36
ფსიქოპათიური ნივთიერებით განპირობებული ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	0	0	0
შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები	1	2	44
მათ შორის: შიზოფრენია	1		28
გუნებ-განწყობის (აფექტური) აშლილობები	14	2	4
ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობები	1	0	12
ქცევითი სინდრომები დაკავშირებული ფიზიოლოგიურ დარღვევებთან და ფიზიკურ ფაქტორებთან	0	0	0
მოზრდილთა პერსონოლოგიური და ქცევითი აშლილობები	0	0	27
გონებრივი ჩამორჩენილობა	269	77	82
ფსიქიური განვითარების დარღვევები	10		1
ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობები	29	7	3

როგორც ცხრილ 4-ში ჩანს 2009 წელს ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დიაგნოზით რეგისტრირებულია 449 ახალი შემთხვევა 0 დან 14 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში და 104 ახალი შემთხვევა 15 დან 17 წ. ასაკობრივ ჯგუფში, მათ შორის 346 გონებრივი განვითარების შეფერხებით. სხვა ქვეყნებში ბავშვებსა და მოზარდებში ფსიქიკური აშლილობების გავრცელების სტატისტიკის მიხედვით 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში ყველაზე ხშირად გავრცელებულია ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტიურობის აშლილობა, ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ემოციური და ქცევითი აშლილობები და ა.შ. (იხილეთ ცხრილი 5).

ცხრილი 5: ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის დამახასიათებელი ფსიქიკური აშლილობები ასაკის მიხედვით⁶

აშლილობა	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
მიჯაჭვულობის აშლილობა																		
განვითარების დარღვევები*																		
ბავშვთა ასაკში დაწყებული ქცევის აშლილობები**																		
ბავშვთა ასაკში დაწყებული ემოციური აშლილობები																		
ნივთიერების ავად მოხმარება																		
ფსიქოზი																		

* აშლილობათა ამ ჯგუფში შედის ბავშვთა აუტიზმი, ატიპიური აუტიზმი, ასპერგერის სინდრომი და ა.შ.
 ** აშლილობათა ამ ჯგუფში შედის ჰიპერკინეტიკური აშლილობა, ყურადღების დეფიციტი ჰიპერაქტიურობით, ოპოზიციურ გამომწვევი ქცევითი აშლილობა და ა.შ.

ყურადღებას იქცევს ისიც, რომ ფსიქოპათიური ნივთიერებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობებით არც ერთი ბავშვი და მოზარდი არ არის რეგისტრირებული საქართველოს ამბულატორიულ დაწესებულებაში.

მარტო ეს მონაცემები მიგვანიშნებს დიაგნოსტიკის გაიდლაინების და სტანდარტების, საკვლევი ინსტრუმენტების არასრულყოფილებაზე, არასათანადო მომსახურებაზე, რაც განაპირობებს მომართვიანობის დაბალ მაჩვენებლს და რეგისტრირებულ ნოზოლოგიათა ვიწრო სპექტრს. ასევე არ გამოვრიცხავთ გამიზნულად ისეთი დიაგნოზის დასმის შემთხვევებს, რომლის საფუძველზეც გაიცემა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონის სტატუსი, რაც დაკავშირებულია საპენსიო შეღავათის მიღებასთან.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მონოდებული ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები, რომელიც მხოლოდ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რეგისტრირებულ შემთხვევებს ეყრდნობა არასრულყოფილ სურათს იძლევა ბავშვებსა და მოზარდებში ფსიქიკური დაავადებების გავრცელების შესახებ საქართველოში. ჩვენთვის უცნობია არარეგისტრირებულ შემთხვევეთა რაოდენობა. მომართვიანობის ამკარად დაბალ მაჩვენებელს განაპირობებს მომსახურების გეოგრაფიული და

6 Mental Health Policy and Service Guidance Package : Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans WHO2005

ფინანსური ხელმისაწვდომობის დარღვევა, სტიგმა და არასათანადო მომსახურება.

თუ დავეყრდნობით საერთაშორისო გამოცდილებას, როდესაც პოლონეთში ჩატარდა ეპიდემიოლოგიური კვლევა, აღმოჩნდა რომ დაავადებების გავრცელება ბავშვებსა და მოზარდებში ბევრად აღემატებოდა რეგისტრირებულთა რიცხვს. ეს განსაკუთრებით ეხებოდა რეგიონებს.⁷

სრულყოფილი ინფორმაციული სისტემა – სტატისტიკური მონაცემები, განმსაზღვრელი უნდა იყოს რეალური საჭიროებისა, რასაც თავისთავად დაემყარება პროგრამების ფინანსური უზრუნველყოფა, სერვისების დაგეგმვა, რესურსის (მათ შორის ადამიანური) განაწილება, პრევენციული მიმართულების განვითარება, მონიტორინგის სისტემის შექმნა.

⁷ Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jane-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2010 წელს გამოცხადებულ იქნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის კონცეპცია და მიმართულებები. რეფორმის ძირითადი მიმართულებებია:

- ინფრასტრუქტურის განვითარება;
- სამედიცინო კადრების, ექთნების, ექიმების და სხვა დამხმარე სპეციალისტების პროფესიული განვითარება;
- მწვავე და გადაუდებელი მკურნალობის უზრუნველყოფა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში;
- გრძელვადიანი და სარეაბილიტაციო სერვისებისათვის თავშესაფრების მშენებლობა და აღჭურვა;
- სამართლიანი და პაციენტზე ორიენტირებული დაფინანსების უზრუნველყოფა;
- პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება და ოჯახის ექიმებისა და ექთნების როლის გაზრდა მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში;
- თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება.

მიმდინარე რეფორმის ფარგლებში განხორციელებულ საქმიანობათა შორის მნიშვნელოვანია: ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული განყოფილების შექმნა, რომელიც 1993 წლიდან არ არსებობდა საქართველოში, მწვავე განყოფილებების შექმნა ზოგადი პროფილის დაწესებულებებში, ქრონიკული პაციენტების მომსახურებისათვის ცენტრების მოწყობა, კრიზისული ინტერვენციის და შინ მოვლის სამსახურის შექმნა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სამედიცინო პერსონალის გადამზადება.

დანყებულია ფსიქიკური ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის – ექიმების, ექთნების, საშუალო სამედიცინო პერსონალის, ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების გადამზადება შემდეგ საკითხებში:

- შესავალი სოციალურ ფსიქიატრიაში;
- კლინიკური ფსიქიატრია – აგზნებული პაციენტი და მისი მოვლა;
- კლინიკური ფსიქიატრია – ფსიქიატრიული ინტერვიუ;
- მულტიდისციპლინარული გუნდი და შემთხვევის მართვა;
- ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია;
- კრიზისული ინტერვენცია;
- აგრესიული ქცევის მართვა;
- ექთნის როლი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში;
- ფსიქიატრიული ინტერვიუ და აფექტური აშლილობები ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში;
- დაცული საცხოვრისები.

საქართველოს კანონმდებლობა

ჩვენი კვლევა მიზნად ისახავდა შეგვესწავლა როგორ არის ასახული საქართველოს კანონმდებლობაში ის პრობლემური საკითხები, რომლის წინაშეც დგანან ფსიქიკური დაავადებების მქონე ბავშვები და მოზარდები, გაგვეანალიზებინა როგორ ხდება კანონების რეალიზება პრაქტიკაში. კვლევის პროცესში შევისწავლეთ და გავაანალიზეთ ჯანდაცვის სფეროს სპეციფიკური კანონები და კანონები რომლებიც არეგულირებენ ადამიანის უფლებებს ჯანმრთელობის სფეროში. ასევე, კანონები რომლებიც განსაზღვრავენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების უფლებებს და არეგულირებენ მათ განათლებას, სოციალურ ფუნქციონირებას, საზოგადოებაში ინტეგრაციას, დასაქმებას.

საქართველოში ფსიქიკური პრობლემების მქონე ბავშვთა და მოზარდთა უფლებებს იცავს შემდეგი კანონები: კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, პაციენტთა უფლებების შესახებ, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ, კანონი სოციალური დახმარების შესახებ, დასაქმების კანონი, კანონი ზოგადი განათლების შესახებ, კანონი სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ.

რადგანაც ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მნიშვნელოვანია პრევენციული მიმართულებების გათვალისწინება და ყველა ზომის მიღება დაავადების ან პრობლემის განვითარების რისკის ფაქტორების შესამცირებლად და დამცავი ფაქტორების გასაძლიერებლად, საჭიროდ ჩავთვალეთ შემდეგი კანონების შესწავლა: „კანონი მავნე ზეგავლენისაგან არასრულწლოვანთა დაცვის შესახებ“; „საქართველოს კანონი თამბაქოს კონტროლის შესახებ“, საქართველოს კანონი „ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ“.

საქართველოს კონსტიტუცია განსაზღვრავს რომ დედათა და ბავშვთა უფლებები დაცულია კანონით. ამასთანავე კონსტიტუცია ითვალისწინებს ბავშვების განათლების და ჯანმრთელობის უფლებას.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი განსაზღვრავს პირის ქმედუნარიანობას და ასევე განსაზღვრავს ქმედუნარიანობის და სრულწლოვანების ასაკს. სამოქალაქო კოდექსის მიხედვით ქმედუნარიანად ადამიანი ითვლება სრულწლოვანების მიღწევისთანავე – 18 წლის ასაკიდან. თუმცა კანონი განსაზღვრავს შემთხვევებს თუ რა შემთხვევაში ითვლება პირი ქმედუნარიანად 18 წლის ასაკამდე. შვიდ წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი ითვლება მცირეწლოვანად და ის არის ქმედუნარიანი.

გარდა ასაკობრივი ქმედუნარიანობისა, ქმედუნარიანად მიიჩნევა პირი, რომელიც ქუთა-სუსტობის ან სულით ავადმყოფობის გამო სასამართლოს მიერ ასეთად იქნება აღიარებული. მის უფლებებს ახორციელებს მისი კანონიერი წარმომადგენელი (მეურვე). კანონი განსაზღვრავს, რომ 7 დან 18 წლამდე პიროვნება არის შეზღუდული ქმედუნარიანი. შეზღუდულ ქმედუნარიანად ითვლება ასევე სრულწლოვანი, რომელსაც სასამართლომ დაუწესა მზრუნველობა. შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონე პირი უთანაბრდება არასრულწლო-

ვანს. შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონე პირის ნების გამოვლენის ნამდვილობისათვის აუცილებელია მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონე პირი გარიგებით იღებს სარგებელს. ქმედუნარიანობის აღდგენა იწვევს მზრუნველობის გაუქმებას.

საქართველოს კანონი „**კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ**“ განსაზღვრავს ადამიანთა უფლებებს და ანებს, რომ ყველა ადამიანს აქვს ჯანმრთელობის დაცვის უფლება, მათ შორის ბავშვებსა და მოზარდებსაც.

აღნიშნული კანონი უფლებას აძლევს ბავშვებს და მოზარდებს ისარგებლონ სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე ბავშვები და მოზარდები განსაკუთრებით მონყვადები არიან უფლებების დაცვის კუთხით და მათთვის გადამწყვეტად მნიშვნელოვანია დროული დახმარების განწვევა, რათა შემდგომში თავიდან იქნას აცილებული დაავადებების გართულებები და უზრუნველყოფილი იყოს მათი ინტეგრაცია საზოგადოებაში. ამის მიღწევა შესაძლებელი იქნება სახელმწიფო პროგრამებით, რომლებიც ბავშვების და მოზარდების რეალურ საჭიროებებზეა და მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდაზეა დაფუძნებული.

კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ მიღებულია 1995 წელს, კანონში ცვლილებები შესულია 2006 წელს. აღნიშნული კანონის მიღება წინგადადგმული ნაბიჯი იყო ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. კანონის მიზანია ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებისთვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის და უწყვეტობის უზრუნველყოფა, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უფლებების, თავისუფლებების და ღირსების დაცვა და არეგულირებს ფსიქიატრიული მომსახურების ფორმებსა და ღონისძიებებს.

კანონის მიხედვით 16 წლამდე მოზარდების უფლებებს იცავს მათი კანონიერი წარმომადგენელი – მეურვე ან მზრუნველი, თუმცა 16-დან 18 წლამდე მოზარდებს თუ აქვთ თავიანთი ფსიქიკური მდგომარეობის გამო გადანყვეტილებების მიღების შესაძლებლობა, ისინი თავად იღებენ გადანყვეტილებებს.

კანონის მიხედვით 16 წლამდე ასაკის პირისათვის ფსიქიატრიული დახმარების განწვევა უნდა მოხდეს მისი კანონიერი წარმომადგენლის თხოვნის ან და ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, თუმცა გადანყვეტილების მიღების პროცესში აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობა მისი ასაკისა და ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

აღნიშნული კანონი არეგულირებს სადიაგნოსტო, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს და მოითხოვს მათ განხორციელებას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ნებადართული სამკურნალო – დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო სტანდარტებით და მეთოდებით შესაბამისად ლიცენზირებულ დაწესებულებებში.

მიუხედავად კანონის მოთხოვნისა ჯერ ჯეროებით საქართველოში სამკურნალო გაიდლაინები და სტანდარტები ბავშვების და მოზარდების დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციისთვის შემუშავებული არ არის, რაც ძალიან აფერხებს ბავშვებისა და მოზარდებისთვის სათანადო მომსახურების მიწოდებას.

კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, რომელიც მიღებულია 2000 წელს, განსაზღვრავს პაციენტთა უფლებებს და არასრულწლოვან პაციენტთა უფლებებისთვის ცალკე თავია მიძღვნილი. კანონში გათვალისწინებულია პაციენტის ინფორმირება, ინფორმაციის მინოდების ფორმა და არასრულწლოვანის ჩართვა მკურნალობაში, მისი ასაკის და მდგომარეობის გათვალისწინებით.

კანონი ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას არასრულწლოვანებისათვის, რომელიც ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების მეშვეობით. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

კანონი ასევე ითვალისწინებს შემთხვევებს, როცა ასეთი ინფორმაცია არ მიეწოდება მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს, თუ ინფორმაციის მინოდების წინააღმდეგაა ქმედუუნაროდ სასამართლოს მიერ აღიარებული პირი და ასევე 14-დან 18 წლამდე არასრულწლოვანი პაციენტი რომელიც მისთვის სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით.

14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით. ამასთანავე ასეთი გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით. ასევე თუ 16 წელს ზემოთ პაციენტი სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას შეუძლია უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, მხოლოდ ამის შესახებ ეცნობება მის ნათესავებს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით და პაციენტის მონაწილეობით მისი ასაკის და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

16 წელს ზემოთ არასრულწლოვანი პაციენტი თავად იღებს გადაწყვეტილებას მხოლოდ მისი გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

კანონის რეალიზება გაძნელებულია შემდეგი მიზეზების გამო: 1) ხშირად მშობლები თავად იღებენ გადაწყვეტილებას შვილების მაგივრად. ვგულისხმობთ იმ ასაკს, რომელიც კანონით განსაზღვრულია და ითვალისწინებს არასრულწლოვანების ჩართულობას მკურნალობის პროცესში; 2) სამედიცინო პერსონალი კარგად არ იცნობს კანონის აღნიშნულ მუხლს და შესაბამისად არასრულწლოვანი პაციენტის ინფორმირება და მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში მისი ჩართვა არ ხდება. ეს საკითხი განსაკუთრებით ეხებათ ფსიქიკური აშლილობების მქონე ბავშვებს და მოზარდებს.

სახელმწიფო **კანონით შშმპ სოციალური დაცვის შესახებ** უზრუნველყოფს შშმპ სოციალურ დაცვას, რომელიც ეფუძნება გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 1975 წლის 9 დეკემბრის დეკლარაციას „ინვალიდთა უფლებების შესახებ“, მის მიერვე 1993 წლის 20 დეკემბერს მიღებულ „შშმპ თანაბარ შესაძლებლობათა უზრუნველყოფის სტანდარტულ ნუსებს“, საქართველოს კონსტიტუციას და სხვა ნორმატიულ აქტებს.

გაეროს 2006 წლის 13 დეკემბრის შშმპ პირთა უფლებების შესახებ კონვენციაში შეიცვალა შშმპ პირთა განმარტება და კონვენციით შშმპ-ებს მიაკუთვნეს ადამიანები, რომელთაც ხანგრძლივმა ფიზიკურმა, მენტალურმა, ინტელექტუალურმა და სენსორულმა დარღვევებმა დამატებით ბარიერებთან ურთიერთქმედებაში შესაძლოა შეაფერხოს მათი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი, და ეფექტური მონაწილეობა. კონვენციის თანახმად ისინი მიიჩნევიან თანასწორუფლებიან ადამიანებად და არა ავადმყოფებად.

მართალია შშმპ პირის დეფინიცია გაეროს კონვენციით შეცვლილია, საქართველოს კანონში შშმპ სოციალური დაცვის შესახებ, ჯერ კიდევ სამედიცინო დეფინიცია ფიგურირებს.

აღნიშნული კანონი განსაზღვრავს შშმპ-ების სოციალურ დაცვას, მათ ინტეგრაციას საზოგადოებაში, რიგი ღონისძიებების გატარებას, რათა მათ თავი იგრძნონ საზოგადოების სრულფასოვან წევრებად.

კანონის რეალიზებისას ბევრი ხარვეზი ვლინდება და საჭიროა ამ კანონის ამოქმედებისათვის კონკრეტული მექანიზმების შემუშავება, ცვლილებების შეტანა სხვა კანონებში. კერძოდ სახელმწიფოს მიერ არ არის რეგულირებული ამ კანონში გაწერილი შშმპ-ების დასაქმების პრობლემები, რეაბილიტაციის ღონისძიებები მწირად არის განსაზღვრული. შესატანია ცვლილებები საგადასახადო კოდექსში, რომელიც შეღავათს დაუწესებს იმ დამსაქმებლებს, რომლებიც გამოიყენებენ შშმპ-ს რესურსს, მათი შესაძლებლობების გათვალისწინებით. ასევე აუცილებლად უნდა იქნას მკაფიოდ განსაზღვრული არასრულწლოვანთა სარეაბილიტაციო ღონისძიებები.

შშმპ-ების სოციალური ინტეგრაციის სახელმწიფო კონცეპცია საქართველოს პარლამენტმა 2008 წელს დაამტკიცა. კონცეპციაში შშმპ-ების მიმართ სამედიცინო მიდგომა შეცვლილია სოციალურით.

კონცეპცია დიდ ყურადღებას უთმობს რეაბილიტაციის მნიშვნელობას, შშმპ-ების განათლებას, დასაქმებას, ჯანმრთელობის და სოციალურ დაცვას.

კონცეპციის განხორციელების მექანიზმები, რომელიც შშმპ-ის საჭიროებებზე და მოთხოვნებზეა მორგებული ჯერ ჯერობით არ არის შემუშავებული. ასევე ცალკე უნდა შემუშავდეს არასრულწლოვან შშმპ-ისთვის რეაბილიტაციის და ინტეგრაციის ღონისძიებათა გეგმა, ანუ პროგრამა.

საქართველოს კანონი სოციალური ექსპერტიზის შესახებ განსაზღვრავს შშმპ-ის სტატუსს, მისი გამომწვევი მიზეზების პროფილაქტიკას და აღნიშნული კატეგორიის პირთა რეაბილიტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის პირობების შექმნას. ფსიქიატრიული დახმარების კანონის შესაბამისად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური

დაცვის მინისტრის ბრძანებებით, სამთავრობო დადგენილებებით და დამტკიცებული წესებით წესრიგდება ამ დარგში სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარება.

კანონის მიხედვით სტატუსის მინიჭებამდე პირმა უნდა გაიაროს სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებები, რაც რეალურად არ ხორციელდება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული წესები და ინსტრუქციები, რომლებითაც რეგულირდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-17/6 „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/6 ბრძანებაში ცვლილებებისა და დამატების შეტანის თაობაზე შევიდა შემდეგი ცვლილება: საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხით განსაზღვრულ დარგებში, რომლებშიც დიფერენცირებულია ბავშვთა და მოზრდილთა სპეციალობები, მომიჯნავე სპეციალობები და სუბსპეციალობები, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე პირებს უფლება აქვთ, ასევე, განახორციელონ 15-დან 18 წლამდე ასაკის კონტინგენტის სამედიცინო მომსახურება”.

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების ინსტრუქცია. ინსტრუქციაში მკაცრად არის განსაზღვრული ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების აუცილებლობის შემთხვევები, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის. პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა შეუძლებელია ავიცილოთ პაციენტის ან სხვათა დაზიანება. წესი განსაზღვრავს შეზღუდვის ორ სახეს: პაციენტის სპეციალიზებულ პალატაში იზოლაციას და პაციენტის ფიზიკურ შეზღუდვას.

პაციენტთა ფიზიკური შეზღუდვა ხდება უკიდურეს შემთხვევებში და ამ შემთხვევებში მკაცრად უნდა იქნას დაცული აღნიშნული წესით განსაზღვრული პირობები, რათა არ დაირღვეს პაციენტთა უფლებები, განსაკუთრებით ბავშვების და მოზარდების, რის თაობაზეც კარგად უნდა იყვნენ ინფორმირებული სამედიცინო პერსონალი და უნდა იყოს შექმნილი პირობები აღნიშნულის განსახორციელებლად.

არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით სტაციონარში მოთავსების შესახებ სასამართლოსთვის მიმართვის ფორმის დამტკიცების თაობაზე მინისტრის ბრძანება. (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №89/6 20.03. 2007 წ.)

ამ ნორმატიულ აქტში მითითებულია თუ რა უნდა დაედოს საფუძვლად არანებაყოფლობით სტაციონირებას, როდესაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირს არ გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი; დახმარების დაყოვნება საფრთხეს შეუქმნის პაციენტს ან სხვის სიცოცხლეს ან და ჯანმრთელობას.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებს შორის ინფორმაციის გაცვლის წესი და ერთიანი საინფორმაციო ბანკის შექმნა. მინისტრის ბრძანებით სავალდებულოა საინფორმაციო ბანკის შექმნა. საინფორმაციო ბანკში ამბულატორიული დაწესებულებიდან ინფორმაცია იგზავნება პაციენტის აღრიცხვიდან ერთი კვირის ვადაში; აღრიცხვიდან მოხსნიდან 72 საათში; პირველადი ფსიქიატრიულ გამოკვლევის დასრულებიდან ინფორმაცია იგზავნება 72 საათში. სპეციალიზებულ დაწესებულებიდან (პანსიონატი, თავშესაფარი) ინფორმაცია იგზავნება პაციენტის შემოსვლიდან ერთ კვირაში; პაციენტის განერიდან 72 საათში; სრულყოფილი ინფორმაციის დროულ გაგზავნაზე პასუხისმგებელია დაწესებულების ხელმძღვანელი.

ამ წესის მოქმედებისას მკაცრად უნდა იქნას გათვალისწინებული პაციენტების შესახებ ინფორმაციის კონფიდენციალობის დაცვა, ინფორმაციის დროული მიწოდება და სასურველია რეგულირდებოდეს თვით ამ წესის მიხედვით.

შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენის წესი 18 წლამდე ბავშვებისთვის. ინსტრუქცია „შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვი“ დადგენის წესი. ინსტრუქციის მიხედვით 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის შშმ სტატუსის დადგენის წესი დამოუკიდებლად არსებობს. დაავადებებს შორის, რომლებიც შშმ სტატუსის მინიჭების საფუძველს წარმოადგენს ფსიქიკური აშლილობებიც არის წარმოდგენილი.

წესის მიხედვით შშმ სტატუსი ბავშვისთვის შესაძლოა დადგინდეს 2 წლის ვადით და ერთჯერადად და დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმესა და ფორმაზე.

აქვე განისაზღვრება ის ფსიქიკური დაავადებები რომლის შემთხვევაშიც შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მქონე ბავშვი საჭიროებს სხვა პირის მუდმივ დახმარებას.

- ფსიქიკური ნიშნით შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დადგენისას ქვეყნის მასშტაბით გამოყენებულ უნდა იქნას უნიფიცირებული სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტები, რაც სტატუსის დადგენის წესში უნდა იყოს განსაზღვრული;
- გადაიხედოს ნუსხა ფსიქიკური დაავადებებისა, რომლის საფუძველზეც დგინდება შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსი.

ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების წესი (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №87/6, 2007 წლის 20 მარტი). ნორმატიულ აქტში განსაზღვრულია სტაციონირების რეგულაციები, სტაციონირებისთვის საჭირო სამედიცინო და სხვა სახის დოკუმენტაციის ნუსხა, არანებაყოფლობითი სტაციონირების საფუძველად არსებული დაავადებების ჩამონათვალი.

ამ წესში განსაზღვრულია ბავშვების და მოზარდების სტაციონირების საკითხიც. კერძოდ ბავშვები 4-14 წლის ასაკში თავსდებიან ბავშვთა განყოფილებაში, ხოლო 15-7 წლის ასაკის პაციენტები თავსდებიან მოზარდთა განყოფილებაში, ასეთის არ არსებობის შემთხვევაში თავსდებიან მოზარდილთა განყოფილებაში. 2011 წლის ივნისიდან გახსნილია ბავშვთა 10 საწოლიანი სტაციონარი. 1993 წლიდან ბავშვთა სტაციონარული განყოფილება მთელ საქართველოში აღარ ფუნქციონირებდა, შესაბამისად ბავშვების სტაციონირების წესი ირღვეოდა, რადგანაც ისინი ზრდასრულების განყოფილებებში თავსდებოდნენ, ეს კი ბავშვების უფლებების სერიოზული დარღვევაა.

2010 წლის 22 ნოემბრის საქართველოს მთავრობის 359 დადგენილებით 15-დან 18 წლამდე ასაკის კონტინგენტის სამედიცინო მომსახურების განწევა შესაძლებელია როგორც პედაგოგიულ, ისე მოზრდილთა სერვისების მიმწოდებელთა მიერ.

საქართველოს კანონი „განათლების შესახებ“ ითვალისწინებს ინკლუზიურ განათლებას. ეს სრულიად ახალი მოდელია განათლების სისტემაში, თუმცა საჭიროა პედაგოგების გადამზადების მუდმივი პროცესი რათა მათ შეძლონ განათლების თანაბრად მიწოდება ყველა მოსწავლისთვის და ხელი შეუწყონ შშმ ბავშვების ინტეგრირებას სასკოლო გარემოში, რაც შემდგომში გაადვილებს მათ სოციალურ ფუნქციონირებას საზოგადოებაში და ხელს შეუწყობს მათ პიროვნულ განვითარებას.

ზოგადი განათლების კანონი სამართლებრივად უზრუნველყოფს ზოგად საგანმანათლებლო სკოლების სისტემის ფუნქციონირების ახალ მოდელს. მართვის ახალი მოდელი გულისხმობს: მოსწავლეების სოციალური დაცვის ახალ მექანიზმებს. კანონის თანახმად სკოლა და სახელმწიფო ვალდებულები არიან უზრუნველყონ ყველა შესაძლებლობის თუნარმომავლობის მოსწავლისთვის განათლების ხელმისაწვდომობა. კანონი იცავს ნებისმიერ მოსწავლეს დისკრიმინაციისა და ძალადობისგან. სახელმწიფო პოლიტიკის ძირითადი მიზნის მისაღწევად კანონში განსაზღვრულია ღონისძიებები, რომელიც უშუალოდ ეხება ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობას და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვების და მოზარდების განათლებას, სოციალიზაციას და სოციალურ ინტეგრაციას. კერძოდ ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებებში ძალადობის აღმოფხვრას; ინკლუზიური სწავლების დამკვიდრებას.

კანონის იმ მუხლებში, რომლებიც ეროვნულ სასწავლო გეგმებს ეხება განსაზღვრულია მოდიფიცირებული სასწავლო გეგმების შექმნა სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეებისთვის.

საქართველოს კანონი სოციალური დახმარების შესახებ კანონი აწესრიგებს საქართველოს ტერიტორიაზე სოციალური დახმარების მიღებასთან დაკავშირებულ ურთიერთობებს, განსაზღვრავს სოციალური დახმარების სფეროში უფლებამოსილ ადმინისტრაციულ ორგანოებს, ადგენს სოციალური დახმარების სახეებსა და მისი დანიშვნის ძირითად პრინციპებს. აღნიშნული კანონი ზუსტად განსაზღვრავს სახელმწიფოს როლს არასრულწლოვანთა სოციალური დახმარების სფეროში.

საქართველოს შრომის კანონთა კოდექსი განსაზღვრავს არასრულწლოვანთა ასაკს, რომელთანაც შესაძლებელია დაიდოს შრომითი ხელშეკრულება.

კერძოდ: 16 წლის ახალგაზრდა შეიძლება დასაქმდეს (მისი კანონიერი წარმომადგენლის ან მზრუნველის, მეურვის თანხმობის შემთხვევაში), მაგრამ მისი შრომითი საქმიანობა არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს არასრულწლოვანის ინტერესებს, არ უნდა აყენებდეს მას ფიზიკურ, მორალურ და ფსიქოლოგიურ ზიანს. დასაქმების შემთხვევაში ახალგაზრდას უნდა ჰქონდეს საბაზისო განათლების მიღების შესაძლებლობა. 14 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანთან შრომითი ხელშეკრულება შესაძლებელია დაიდოს სპორტულ, ხელოვნებასთან ასევე სარეკლამო საქმიანობასთან დაკავშირებით. ამ კანონით იკრძალება არასრულწლოვანებთან ხელშეკრულების დადება მათი სათამაშო ბიზნესში, ღამის გასართობ დაწესებულებებში, ეროტიკული და პორნოგრაფიული პროდუქციის, ფარმაცევტული და ტოქსიკური ნივთიერებების დამზადებასა და გადაზიდვასთან დაკავშირებულ სამუშაოებში ჩართვის მიზნით. აკრძალულია ასევე მძიმე, მავნე და საშიშპირობებიანი სამუშაოების

შესრულებასთან დაკავშირებით ხელშეკრულებების დადება არასრულწლოვანებთან. შრომის კოდექსი კრძალავს არასრულწლოვანის დასაქმებას ღამის სამუშაოზე, ზეგანაკვეთზე მუშაობას და მათ დასაქმებას მათი თანხმობის გარეშე. არასრულწლოვანის კანონიერ წარმომადგენელს ან მზრუნველს, მეურვეს უფლება აქვს მოითხოვოს ხელშეკრულების გაუქმება, თუ ის ზიანს აყენებს არასრულწლოვანის სიცოცხლეს, ჯანმრთელობას ან სხვა მნიშვნელოვან ინტერესს.

მიუხედავად იმისა, რომ შრომის კოდექსში გამოყოფილია არასრულწლოვანთა შრომითი უფლებების დაცვის გარანტიები, ის შეზღუდულია და დახვეწას მოთხოვს. კერძოდ, კოდექსში არ არის განსაზღვრული დამსაქმებლის მიერ არასრულწლოვანის სამუშაოდან განთავისუფლების წესი და განხორციელების პროცედურა, არაფერია ნათქვამი არასრულწლოვანი შშმკ-ების შრომით უფლებებზე.

კანონი დასაქმების შესახებ ითვალისწინებს საქართველოს მოქალაქეებისათვის სახელმწიფო გარანტიებისა და დაბალკონკურენტიანი შრომითი რესურსისათვის დამატებითი სახელმწიფო გარანტიების განსაზღვრას. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები განისაზღვრება, როგორც დაბალკონკურენტიანი შრომითი რესურსი.

კანონში ცალკეა მითითებული, რომ შშმკ-ების დასაქმება შეიძლება მხოლოდ სპეციალურად შექმნილ სამუშაო პირობებში. სახელმწიფო გარანტიები გულისხმობს ამ მიზნით დასაქმების მიზნობრივი პროგრამების მომზადებას, სპეციალური ღონისძიებების შემუშავებას და მათ რეალიზაციას.

სამწუხაროდ, არ არსებობს სახელმწიფოს მიერ შემუშავებული მექანიზმი, რომელიც ამ კანონის ცხოვრებაში ამოქმედებას შეუწყობს ხელს. კონკრეტული საკითხები, რაც მუშაობას მოითხოვს არის: შშმ პირების, როგორც დაბალკონკურენტუანრიანი შრომითი რესურსის შრომით ბაზარზე აღიარება, საგადასახადო შეღავათების დანესება.

საქართველოს კანონი ოჯახში ძალადობის აღკვეთის, ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების შესახებ არეგულირებს ოჯახში ძალადობის აღკვეთას, ძალადობის მსხვერპლთა დაცვას და მათ დახმარებას. ამისთვის იქმნება კრიზისული ცენტრები, რომლებიც წარმოადგენს ოჯახში ძალადობის მსხვერპლთა და მსხვერპლთა დროებით განთავსების ადგილს, რომელიც ემსახურება ფსიქოლოგიურ-სოციალურ რეაბილიტაციას, პირველად და გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას და სამართლებრივ დახმარებას.

ბავშვთა ძალადობისგან დაცვის ხელშეწყობა. ბავშვთა ძალადობისგან დაცვას არეგულირებს 2010 წლის 31 მაისს სამი სამინისტროს მიერ დამტკიცებული ბავშვთა დაცვის მინიმალური ნორმების (რეფერირების) პროცედურები. პროცედურების მიზანია ოჯახსა და მის გარეთ ბავშვის დაცვის ხელშეწყობა ძალადობის ყველა ფორმისაგან, ბავშვთა დაცვის მინიმალური ნორმების კოორდინირებული და ეფექტური სისტემის შექმნის გზით.

რეფერირების პროცედურები განსაზღვრავს ბავშვების ძალადობისგან დაცვის მიზნით, ზემოთ აღნიშნულ სამინისტროებს შორის კოორდინირებულ მუშაობის წესს, ბავშვზე ძალადობის შემთხვევაში ეფექტური და სწრაფი რეაგირების მექანიზმებს, პროცესში ჩართუ-

ლი ორგანოების უფლება მოვალეობებს და ურთიერთობებს რომელიც დაკავშირებულია ბავშვთა დაცვასთან.

კანონი მავნე ზეგავლენისაგან არასრულწლოვანთა დაცვის შესახებ. კანონის მიზანია არასრულწლოვანი დაიცვას იმ ზიანისა და მავნე ზეგავლენისაგან, რომელიც დაკავშირებულია კინო-ვიდეო-ტელეფილმების ჩვენებასა და ნაბეჭდ პროდუქციასთან, ალკოჰოლური სასმელების და თამბაქოს მოხმარება-გასაღებასა და აზარტულ თამაშობებში მონაწილეობასთან. კანონი აწესებს აკრძალვებს არასრულწლოვანებისათვის ალკოჰოლური სასმელების, ლუდის, თამბაქოს მიყიდვასთან დაკავშირებით და ასევე აღნიშნული პროდუქციის რეალიზაციას, საგანმანათლებლო სასწავლო აღმზრდელობით დაწესებულებებში. ეს აკრძალვები თვალსაჩინო ადგილას უნდა იყოს გამოკრული.

კანონი კრძალავს არასრულწლოვანებზე მავნე ზეგავლენის მომხდენი ფილმების დემონსტრირებას ან გაქირავებას, მავნე ზეგავლენის მომხდენი ნაბეჭდი პროდუქციის არასრულწლოვანთათვის მიწოდებას.

კანონი განსაზღვრავს აზარტულ სათამაშო დაწესებულებებში არასრულწლოვანთა დაშვებისა და მუშაობის, აგრეთვე აზარტულ სათამაშო ავტომატებთან მათი დაშვების აკრძალვას, აწესებს რესტორანში, ღამის კლუბებში ბარებში, არასრულწლოვანთა დაშვების შეზღუდვას და კრძალავს მათ მუშაობას აღნიშნულ დაწესებულებებში. კანონის დარღვევა ითვალისწინებს ადმინისტრაციულ და სამოქალაქო პასუხისმგებლობას.

ეს კანონი ძალიან მნიშვნელოვანი კანონია ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების, ფსიქოსოციალური დევიაციების რისკის განვითარების პრევენციის თვალსაზრისით. სამწუხაროდ მისი რეალიზების მექანიზმები სუსტია და აუცილებელია შემუშავდეს მექანიზმები ამ კანონის რეალობაში გასატარებლად.

საქართველოს კანონი „საქართველოში თამბაქოს კონტროლის შესახებ“ იცავს არასრულწლოვანს თამბაქოს მავნე ზეგავლენისგან. კერძოდ აკრძალულია: 18 წლამდე არასრულწლოვანის ჩაბმა თამბაქოს ინდუსტრიაში, აკრძალულია სააღმზრდელო, საგანმანათლებლო და მათ მიმდებარე ტერიტორიებზე, ყველა სახის სამედიცინო, სასწავლო, სახელმწიფო, სპორტულ, კულტურულ დაწესებულებებში, სავაჭრო ობიექტებში, სადაც ბავშვთა ტანსაცმელი და სათამაშოები იყიდება თამბაქოს გაყიდვა. კანონი კრძალავს 18 წლამდე ასაკის პირებზე თამბაქოს გაყიდვას (მათ შორის თამბაქოს ღერების გაყიდვას).

პრაქტიკაში ეს კანონი მეტნაკლებად მოქმედებს, მაგრამ საჭიროა უფრო ეფექტური მექანიზმების შემუშავება, იმისათვის რომ შემცირდეს ან თავიდან იქნას აცილებული არასრულწლოვანთა მიერ თამბაქოს მოხმარება.

სახელმწიფო პროგრამები

2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის მიზანია ფსიქიატრიულ მომსახურებაზე გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. პროგრამის ამბულატორიული და სტაციონარული კომპონენტის მოსარგებლები არიან საქართველოს მოქალაქეები და არანებაყოფლობითი სტაციონარული მომსახურების მოსარგებლები არიან როგორც საქართველოს მოქალაქეები ასევე „პატიმრობის და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში“ მყოფი სხვა პირები იდენტიფიკაციის დამადასტურებელი კანონმდებლობით გათვალისწინებული ოფიციალური დოკუმენტის ქონის მიუხედავად.

ამბულატორიული ფსიქიატრიული კომპონენტის მომსახურება დეტალურად არის განერილი პროგრამაში.

პროგრამის დანართში (იხილეთ ცხრილი 6) ჩამოთვლილია ის ფსიქიკური აშლილობები, რომელსაც ფარავს ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება. მაგრამ კომპონენტში მკაფიოდ არ არის განსაზღვრული მოსარგებლეთა ასაკი, რაც პროგრამის სხვა კომპონენტებში და ქვეკომპონენტებში მკაფიოდ განისაზღვრება. ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების ჩამონათვალი იხილეთ ცხრილ 9-ში.

ცხრილი 6: ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურებით განსაზღვრული ნოზოლოგიები

№	კოდი (ICD-10)	ნოზოლოგია
1	F00	დემენცია ალცჰაიმერის დაავადების დროს
2	F01	სისხლძარღვოვანი (ვასკულარული) დემენცია
3	F02	დემენცია სხვა თავში მოყვანილი დაავადებების დროს
4	F03	დაუზუსტებელი დემენცია
5	F04	ორგანული ამნეზიური სინდრომი, რომელიც არ არის გამოწვეული ალკოჰოლით ან სხვა ფსიქოტროპული ნივთიერებების მიღებით
6	F06	ტვინის დაზიანებით და დისფუნქციით, აგრეთვე სხვა ფიზიკური დაავადებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი
7	F07	ტვინის დაზიანებით და დისფუნქციით, აგრეთვე ფიზიკური დაავადებით გამოწვეული პიროვნული და ბიპვეიორული აშლილობები
8	F09	დაუზუსტებელი ორგანული და სიმპტომატური ფსიქიკური აშლილობანი
9	F20	შიზოფრენია
10	F21	შიზოტოპიური აშლილობა
11	F22	ხანგრძლივი ბოდვითი აშლილობანი
12	F23	მწვავე და გარდამავალი (ტრანზიტული) ფსიქოზური აშლილობანი
13	F24	ინდუცირებული ბოდვითი აშლილობა
14	F25	შიზოაფექტური აშლილობანი
15	F28	სხვა არაორგანული ფსიქოზური აშლილობანი
16	F29	დაუზუსტებელი არაორგანული ფსიქოზი

17	F30	მანიაკალური ეპიზოდი
18	F31	ბიპოლარული აფექტური აშლილობა
19	F32	დეპრესიული ეპიზოდი
20	F33	რეკურენტული დეპრესიული აშლილობა
21	F43	რეაქცია მწვავე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევები
22	F62.0	კატასტროფის შემდგომი ხანგრძლივი პიროვნული ცვლილებები
23	F70	მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენილობა
24	F71	საშუალო ანდა გამოხატული გონებრივი ჩამორჩენილობა
25	F72	მძიმე გონებრივი ჩამორჩენილობა
26	F73	ღრმა გონებრივი ჩამორჩენილობა
27	F78	სხვა გონებრივი ჩამორჩენილობა
28	F79	დაუზუსტებელი გონებრივი ჩამორჩენილობა
29	F80	მეტყველების სპეციფიკური აშლილობა
30	F81	სასკოლო ჩვევების განვითარებასთან დაკავშირებული სპეციფიკური აშლილობანი
31	F82	მოტორული ფუნქციის განვითარების სპეციფიკური აშლილობა
32	F83	განვითარების შერეული სპეციფიკური დარღვევები
33	F84	განვითარების ზოგადი აშლილობანი
34	F88	ფსიქოლოგიური განვითარების სხვა აშლილობა
35	F89	ფსიქოლოგიური განვითარების დაუზუსტებელი აშლილობანი
36	F90	ჰიპერკინეტიკური აშლილობა (ჰიპერკინეზი)
37	F91	ქცევის აშლილობები
38	F92	ქცევისა და ემოციების შერეული აშლილობანი
39	F93	ემოციური აშლილობები ბავშვებში
40	F94	სოციალური ფუნქციონირების აშლილობა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში სპეციფიკური დასაწყისით
41	F95	ტიკები

დანართში ბავშვებში და მოზარდებში გავრცელებული ფსიქიკური აშლილობებიც შედის, მაგრამ ამ ინფორმაციის გაგება მხოლოდ სპეციალისტისთვის არის შესაძლებელი.

ჩვენ ვთვლით, რომ პროგრამის ყველა კომპონენტში მკაფიოდ უნდა იყოს განსაზღვრული მოსარგებლის ასაკი და სახელმწიფოს პროგრამული დოკუმენტი გასაგები უნდა იყოს მოსახლეობისთვისაც.

ფინანსური გამჭვირვალებისთვის და მომსახურების განსაზღვრულობისთვის აუცილებელია რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიულ კომპონენტში დიფერენცირებული იყოს ბავშვების და მოზარდების მომსახურება.

ამბულატორიული მომსახურების მეორე კომპონენტი არის ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია.

პროგრამის ამ ქვეკომპონენტში მოსარგებლებების ასაკი არ არის განსაზღვრული. პროგრამის მიხედვით ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია უნდა განხორციელდეს მინისტრის ბრძანება № 112/ნ შესაბამისად. თუ ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მომსახურება ეხება ბავშვებსაც და მოზარდებსაც (რაც პროგრამაში არ ჩანს) ეს წინააღმდეგობაში მოდის ვალდებულებასთან – მინისტრის ბრძანებით ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის განხორციელების შესახებ, რადგანაც არსებული სტანდარტი ბავშვთა და მოზარდთა ასაკისთვის არ არის განკუთვნილი.

ამბულატორიული მომსახურების მესამე კომპონენტი „ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა“ 18 წლამდე ასაკის ბავშვების დღის სტაციონარულ მომსახურებას მოიცავს. მოსარგებლები არიან 18 წლამდე ასაკის ბავშვები, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქიკური მდგომარეობის და ქცევის ცვლილება, სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება და დეზადაპტაცია. პროგრამაში დანართის სახით (იხილეთ ცხრილი 7) წარმოდგენილია კონკრეტული ნოზოლოგიები, რომელსაც ემსახურება პროგრამის ეს ქვეკომპონენტი. განსხვავებით ამბულატორიული მომსახურებისა ამ კომპონენტში არ არის განერილი მომსახურების კონკრეტული ფორმები.

ცხრილი 7: ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომპონენტით განსაზღვრული ნოზოლოგიები

N	კოდი (ICD-10)	ნოზოლოგია
1	F06	ტვინის დაზიანებით და დისფუნქციით, აგრეთვე სხვა ფიზიკური დაავადებით გამონეული ფსიქიკური აშლილობანი
2	F40	შფოთვით-ფობიკური აშლილობანი
3	F41	სხვა შფოთვითი აშლილობანი
4	F42	ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობანი
5	F43	რეაქცია მწვავე სტრესზე და ადაპტაციის დარღვევები
6	F44	დისოციაციური (კონვერსიული) აშლილობანი
7	F45	სომატოფორმული აშლილობები
8	F48	სხვა ნევროზული აშლილობანი
9	F50	საკვების მიღებასთან დაკავშირებული დარღვევები
10	F51	არაორგანული ბუნების ძილის დარღვევები
11	F80	მეტყველების სპეციფიკური აშლილობა
12	F84	განვითარების ზოგადი აშლილობანი
13	F90	ჰიპერკინეტიკური აშლილობა (ჰიპერკინეზი)
14	F91	ქცევის აშლილობები
15	F92	ქცევისა და ემოციების შერეული აშლილობანი
16	F93	ემოციური აშლილობები ბავშვებში
17	F94	სოციალური ფუნქციონირების აშლილობა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში სპეციფიკური დასაწყისით
18	F95	ტიკები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის მეორე კომპონენტი: სტაციონარული მომსახურება. სტაციონარული მომსახურების კომპონენტში – მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარულ მომსახურებაში ხვდებიან 15 წლიდან 18 წლამდე მოზარდები. კომპონენტი ფარავს ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობებს. სხვა რეგისტრის აშლილობების მქონე 15 დან 18 წლამდე მოზარდების სტაციონარულ მომსახურებას სახელმწიფო პროგრამის მიხედვით „ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ ქვეკომპონენტი ახორციელებს.

სტაციონარული კომპონენტის მომსახურებაში შედის მოკლევადიანი და გრძელვადიანი სტაციონირება. გრძელვადიანი სტაციონირების შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული სტანდარტების მიხედვით. აქ დგება საკითხი, რომელიც ძალიან მნიშვნელოვანია ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის განსახორციელებლად – პირობების (მატერიალურ ტექნიკური) და ადამიანური რესურსის, რომელიც განახორციელებს ამ საქმიანობას (არის თუ არა მოზრდილთა სტაციონარებში შესაბამისი მომზადებული კადრი და სათანადო პირობები), და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტების საკითხი.

სტაციონარულ მომსახურებაში დამოუკიდებელ ქვეკომპონენტად არის წარმოდგენილი 15 წლამდე ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება. ამ მომსახურების მოსარგებლები არიან ფსიქოზური რეგისტრის მქონე 15 წლამდე პაციენტები.

15 წლამდე ბავშვთა სტაციონარულ მომსახურების ჩამონათვალში გრძელვადიანი სტაციონირების შემთხვევაში პროგრამა განსაზღვრავს ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული სტანდარტებით. აქაც გავიმეორებთ ზემოთ უკვე აღნიშნულს, რომ მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები 15 წლამდე ასაკის ბავშვებს არ შეესაბამება.

სტაციონარულ მომსახურებაში შედის ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია (კრიზისული დღის სანოლები), რაც გულისხმობს ინტენსიურ ამბულატორიულ დახმარებას კრიზისული მდგომარეობების დროს; გადაუდებელ ამბულატორიულ კონსულტაციას დღის ცენტრში; შინმოვლის კრიზისული მობილური ჯგუფის მიერ კრიზისული ინტერვენციის განხორციელებას პაციენტის საცხოვრებელ ადგილზე და საჭიროებისას მის გადაყვანას კრიზისულ ცენტრში, ან სხვა შესაფერის ფსიქოსოციალურ ფსიქიატრიული მომსახურების დაწესებულებაში. ეს მომსახურებაც 18 წლის ზევით ადამიანებს ეხებათ.

ცხრილ 8-ში წარმოდგენილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი.

ცხრილი 8: პროგრამის ბიუჯეტი

კომპონენტი	ლონისძიება	ბიუჯეტი (ათასი ლარი)
1. ამბულატორიული მომსახურება	ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურება	2,833.6
	ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია	70.1
	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	151.0
	სულ	3,054.7
2. სტაციონარული მომსახურება	მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	7,170.2
	ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	120.0
	ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობების მქონე პაციენტთა ურგენტული სტაციონარული მომსახურება	45.0
	ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება	144.0
	სულ	7,479.2
3. ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია	სულ	236.1
სულ ბიუჯეტი		10,770.0

როგორც ცხრილ 8-ში ჩანს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტია 10,770 000 ლარი. აქედან ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე – ქვე-კომპონენტების ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა და 15 წლამდე ბავშვების სტაციონარული მომსახურების ბიუჯეტები ჯამში შეადგენს 271 000 ლარს.

წარმოდგენილი ბიუჯეტიდან ვერ განვსაზღვრავთ 15 და 18 წლამდე მოზარდების სტაციონარული მომსახურებაზე დაბიუჯეტებულ სახსრებს და ასევე ამბულატორიულ კომპონენტში ბავშვების და მოზარდების ამბულატორიულ მომსახურებაზე საქართველოს ჯანმრთელობის სამინისტროს მიერ დაბიუჯეტებულ სახსრებს. იხილეთ ცხრილი 9.

**ცხრილი 9: სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტით დაფინანსებული
დანესებულებები და მათი ბიუჯეტები**

		806,279
თბილისი	შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“	145,130
	შპს თბილისის ა. გოცირიძის სახ. ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი	524,082
	სააქციო საზოგადოება „მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი“	96,753
	შპს „აფხაზეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“	40,314
	აჭარა	შპს „რესპუბლიკური ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“
გურია		161,531
	შპს „ოზურგეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“	77,535
	ლანჩხუთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი შპს „ნევრონი“	83,996
იმერეთი		538,165
	შპს „ქუთაისის ივ. სხირტლაძის სახ. სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი	328,281
	შპს ფსიქიატრი ნარკოლოგი	91,488
	სამტრედიის შპს „ფსიქიატრია“	91,488
	შპს აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი	26,908
კახეთი		237,204
	შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“	118,602
	შპს „ფსიქონევროლოგი“	118,602
მცხეთა მთიანეთი	შპს „მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი ჯანმრთელი თაობა“	60,813
სამეგრელო		347,046
	შპს „ზუგდიდის სარაიონთაშორისო ფსიქონარკოლოგიური დისპანსერი“	156,171
	საქართველოს ჯანმ-ისა და სოც. დაცვის სენაკის შპს სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი	190,875
სამცხე ჯავახეთი	შპს ახალციხის სარაიონთაშორისო ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერი	83,096
ქვემო ქართლი	შპს „რუსთავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“	244,247
შიდა ქართლი		159,200
	შპს „ფსიქია“	103,480
	შპს ა. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო	55,720
სულ		2,833,610

ბიუჯეტის ის ნაწილი, რომელიც გამჭვირვალეა და ბავშვების და მოზარდების მომსახურებას ეხება შეადგენს 271 000 ლარს 2011 წლისთვის. ეს წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ჯამური ბიუჯეტის 2.5 %.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელო პრინციპების მიხედვით, იმ ქვეყნებში, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ფინანსირების დიდი მოცულობა/ნაწილი მოდის ზრდასრულების მომსახურების დაფინანსებაზე, ეს ქმნის სირთულეებს და აფერხებს ბავშვთა და მოზარდთა შესაბამისი სერვისების განვითარებას.

შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმა.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო სამოქმედო გეგმაში წარმოდგენილია ბავშვთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები, რომლებიც ზოგ შემთხვევაში უშუალოდ ხაზგასმულადაა განსაზღვრული ამ მიზნობრივი ჯგუფისთვის, ზოგ შემთხვევაში განზოგადებულად მოიაზრება შშმ-თა კონტექსტში მაგ. ექსპერტიზა და შშმ სტატუსის მინიჭება, ჯანმრთელობის დაცვა (დაზღვევის საკითხები, უფასო სამედიცინო დახმარების პროგრამებში მოხვედრისას დისკრიმინაციის გამორიცხვა).

პასუხისმგებელი უწყებები ძირითად არიან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. დაფინანსების წყაროებად უმეტესად მოიაზრება სახელმწიფო და ადგილობრივი ბიუჯეტები, ასევე სხვა დონორები. ყოველ აქტივობას თან ერთვის შესაბამისი ინდიკატორები და მოსალოდნელი შედეგები.

მნიშვნელოვანი საკითხები, რომლებიც პირდაპირ კავშირშია ბავშვთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ეხება ექსპერტიზასა და შეზღუდული შესაძლებლობების სტატუსის მინიჭებას (ბიოფსიქოსოციალური, ფუნქციონალური კვლევის დანერგვა).

განათლება – აპრობირებული მეთოდებით სსსმ (სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე) ბავშვთა იდენტიფიკაცია, მათთვის მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ სპეციალური სასწავლო პროგრამების შემუშავება და დანერგვა, საჭირო ფონდების მოძიება, ასევე სკოლამდელი ასაკის შშმ ბავშვთა განათლების ხელმისაწვდომობის ხელშეწყობა სპეციალური პროგრამების მეშვეობით. პედაგოგების ტრენინგი და განათლების სპეციალისტების მომზადება, ინკლუზიური სწავლების მიდგომის ეტაპობრივი დანერგვა. ასევე დისტანციური განათლების და შინ განათლების ალტერნატიული მოდელების შექმნა. შესაბამისი სახელმწიფო რეგულაციების შექმნა.

ჯანმრთელობის დაცვა – სახელმწიფო დაფინანსების სრულყოფა შშმ-თა საჭიროებების გათვალისწინებით. უფასო მედიკამენტებით დახმარების და საბაზისო (მინიმალური) სადაზღვევო პაკეტის შემუშავება. აბილიტაცია და რეაბილიტაცია – ადრეულ სტადიაზე ბავშვთა ფიზიკური და მენტალური განვითარების შეფერხების პრევენცია, აბილიტაცია/რეაბილიტაციის პროგრამების ხელმისაწვდომობა და ხარისხის გაუმჯობესება.

სოციალური დაცვა – სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი შშმ-ებისთვის სოციალური დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ეფექტურობის და საკურორტო-რეკრეაციული პროგრამების ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რეზიდენტული დაწესებულებების დეინსტიტუციო-

ნალიზაცია და ალტერნატიული სერვისების განვითარების ხელშეწყობა (ოჯახის ტიპის სახლები, დღის ცენტრები, სათემო, შვილობილობა, რეინტეგრაცია და სხვ.).

კულტურა და სპორტი – ქვეყნის კულტურულ და სპორტულ ცხოვრებაში შშმპ-თა ჩართვის ხელშეწყობა, მათთვის კულტურული და სხვა ღონისძიებების ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ასევე პარაოლიმპიური მოძრაობის განვითარებისა და საერთაშორისო ღონისძიებებში/შეჯიბრებებში მონაწილეობის ხელშეწყობა.

სტატისტიკა და მონაცემთა შეგროვება – პოლიტიკის განსაზღვრისათვის სახელმწიფო დაწესებულებების მიერ კვლევების შედეგების გამოყენება და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საჭიროებების ინდივიდუალურ მონაცემთა ბაზების შექმნა.

სამართლებრივი და ადმინისტრაციული ასპექტები – საქართველოს საკანონმდებლო აქტების სრულყოფა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პრობლემატიკაზე მომუშავე სამთავრობო სტრუქტურების საქმიანობის ეფექტიანობის გაზრდა და სამოქალაქო საზოგადოების ინსტიტუტებთან კოორდინაცია, ასევე ადგილობრივი თვითმმართველობის ჩართულობის გაზრდა.

2010 წელს საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად შემუშავებულია რეკომენდაციები, რომლებსაც ჩვენი კვლევის ანგარიში დაეყრდნობა. ესენია:

- *სამოქმედო გეგმაში საჭიროა გაიწეროს სპეციფიკური ღონისძიებები ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის მიმართულებით;*
- *რეზიდენტული დაწესებულებების დეინსტიტუციონალიზაციისა და ალტერნატიული სერვისების განვითარებისათვის საჭიროა გათვალისწინებულ იქნას ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საჭიროებები.⁸*

ჩამოთვლილ რეკომენდაციებს დავუმატებთ შემდეგს: სერვისების განვითარებისა და მომსახურების ხარისხის გაზრდისთვის საჭიროა ასაკობრივად დიფერენცირებული სერვისების განვითარება ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის.

სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის 2011 წლის სახელმწიფო პროგრამა

პროგრამის მიზანია: შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა და მათ შორის ბავშვთა, ხანდაზმულთა და ოჯახურ მზრუნველობას მოკლებულ, სოციალურად დაუცველ, ძალადობის მსხვერპლ და მიუსაფარ ბავშვთა ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესება და საზოგადოებაში ინტეგრაცია.

პროგრამით მოსარგებლე შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა შორის არიან ბავშვები რომელთა შესაძლებლობების შეზღუდვის საფუძველი ფსიქიკური აშლილობები და განვითარების დარღვევებია. პროგრამა ძირითადი მიზნის, მოსარგებლეთა ფიზიკური და სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის მისა-

⁸ ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაცია დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციების მაგალითზე. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია, 2010 წ.

ღწევად განსაზღვრავს სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს და ასევე ბავშვთა ასაკის მენტალური განვითარების მსუბუქი და საშუალო ხარისხის დარღვევების ადრეულ დიაგნოსტიკას, პროფილაქტიკას, პრევენციას.

ბავშვებს და მოზარდებს, რომელთა შესაძლებლობების შეზღუდვის საფუძველი ფსიქიკური აშლილობები და განვითარების დარღვევებია, ემსახურება სახელმწიფო პროგრამის შემდეგი ქვეპროგრამები: დღის ცენტრების ქვეპროგრამა; შშმ პირთა სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამა; დასვენება – გაჯანსაღებისა და საკურორტო რეაბილიტაციის ქვეპროგრამა; ბავშვთა ფსიქოსომატური აბილიტაციის(რეაბილიტაციის) ქვეპროგრამა; ბავშვთა ასაკის განვითარების დარღვევების პრევენციისა და ადრეული დიაგნოსტიკის ქვეპროგრამა.

2010 წელს საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მიერ განხორციელებული კვლევის „ფსიქიკური პრობლემების გამო შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაცია დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციის მაგალითზე“ შედეგად შემუშავდა რეკომენდაციები, რომელიც განკუთვნილია გადანყვეტილებების მიმღებთათვის და საჯარო პოლიტიკის განმხორციელებელთათვის. კვლევის შედეგად შემუშავებული რეკომენდაციებს შორის შეიძლება გამოვყოთ შემდეგი რეკომენდაციები, რომელიც ბავშვებს და მოზარდებს ეხებათ:

ფსიქიკური პრობლემების მქონე შშმ პირთა (მათ შორის ბავშვთა, რადგანაც პროგრამის მოსარგებლები ბავშვებიც არიან) სოციალური ინტეგრაციის პროცესის შემდგომი განვითარებისა და სრულყოფისათვის საჭიროა შეიქმნას თემზე დაფუძნებული სხვა ტიპის სერვისებიც;

ფსიქიკური პრობლემების მქონე შშმ პირთა სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობის მიზნით, მათ საჭიროებაზე მორგებული, დიფერენცირებული სერვისების პარალელურად, მუდმივად უნდა მიმდინარეობდეს მუშაობა სტიგმის შემცირებაზე შესაბამისი საზოგადოებრივი განწყობების შექმნის გზით;

ქვეყანაში დღის ცენტრებისა და სათემო ორგანიზაციებისათვის უნდა არსებობდეს რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის ერთიანი სტანდარტები, რომელიც ერთის მხრივ განსაზღვრავს რეაბილიტაცია/ინტეგრაციის ზოგად მიმართულებებს და მეორეს მხრივ, გაითვალისწინებს ბენეფიციართა შეზღუდული შესაძლებლობების სხვა დასხვა ხარისხს და ტიპს და ასევე ასაკს.

ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობა განათლების სისტემაში

საქართველოს განათლების და მეცნიერების სამინისტრო 2007 წლიდან ახორციელებს პილოტურ პროგრამას „ინკლუზიური განათლების ხელშეწყობა საქართველოში“. პროგრამის მიზანია: სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროებების მქონე მოსწავლეების იდენტიფიკაცია და შეფასება, ინდივიდუალური საჭიროებების და შესაძლებლობების განსაზღვრა; სასწავლო პროცესში ჩართული სსსმ (სპეციალური საგანმანათლებლო

საჭიროების მქონე) მოსწავლეების აკადემიური და სოციალური მიღწევების შეფასება; სსსმ ბავშვთა ეროვნული სასწავლო მოდელის შემუშავება; იდენტიფიკაციისა და საგანმანათლებლო საჭიროების ინსტრუმენტის პილოტირება; რეკომენდაციების მომზადება სპეციალური პედაგოგიკის და მისი მომიჯნავე სპეციალობების საუნივერსიტეტო სასწავლო პროგრამებისთვის; ინკლუზიური განათლების საპილოტე სკოლებში ბავშვების ჩართულობის უზრუნველსაყოფად სხვა და სხვა აქტივობების დაფინანსება: განათლების სპეციალისტების დაფინანსება, რესურს ოთახების აღჭურვა, ბავშვების მძლოლით და ტრანსპორტით უზრუნველყოფა, ინკლუზიური განათლების პოლიტიკის დახვეწა და განვითარება, საკანონმდებლო ცვლილებებზე მუშაობას.

ინკლუზიური სწავლების ხელშეწყობის პროგრამა შემდეგი კომპონენტებისგან შედგება: განათლება (სასწავლო პროგრამები, ინდივიდუალური გეგმები და პროგრამები, სოციალური მიღწევები და სოციალური ნარმატებები, ადამიანური რესურსი), საუნივერსიტეტო კურიკულუმები, სამაგისტრო და საბაკალავრო პროგრამები; სტანდარტები; პოლიტიკა და საკანონმდებლო ბაზა, ინფრასტრუქტურის მონესრიგება; გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა.

საქართველოს განათლების სამინისტროს 2010-2015 წწ. სტრატეგია. სტრატეგიაში ფიგურირებს ჯანსაღი სკოლის კონცეპცია. ჯანსაღი სკოლის კონცეპცია გულისხმობს სკოლებში ფსიქოლოგის ინსტიტუტის დანერგვას, განვითარებას და გაძლიერებას, მოსწავლეებში ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრებას.

ჯანსაღი სკოლის კონცეპციის განვითარების და დანერგვის პროცესში აღნიშნულია თანამშრომლობა ჯანდაცვის სამინისტროსთან და სხვა დაინტერესებულ ორგანიზაციებთან. ამ კონცეპციის განხორციელება მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯი იქნება ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით განათლების სისტემას ერთერთი მნიშვნელოვანი როლი უკავია ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაში, განსაკუთრებით პრევენციული, ოჯახსა და ბავშვზე ზრუნვის სერვისების მიწოდებაში.

ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების მიმოხილვა ევროპის სამი ქვეყნის მაგალითზე

პროექტის ფარგლებში ჩატარდა ლიტერატურის მიმოხილვა ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემების შესწავლის მიზნით ევროპის სამი ქვეყნის: პოლონეთის, ლიტვის და ნორვეგიის მაგალითზე.

ქვეყნები შეირჩა შემდეგი ნიშნის მიხედვით: ნორვეგია, როგორც ქვეყანა, სადაც მაღალგანვითარებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სისტემა და მათ შორის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფერო; პოლონეთი, როგორც პოსტ სოციალისტური ქვეყანა, სადაც ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო წარმატებით ვითარდება და ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანდაცვა ინტეგრირებულია განათლების და ა.შ. სისტემებში და ლიტვა როგორც პოსტ საბჭოთა ქვეყანა, რომელსაც საქართველოს მსგავსი გამოცდილება აქვს ჯანდაცვის სისტემის სფეროში და დიდ ძალისხმევას დებს ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარებაში.

რეგულაციები

ნორვეგიაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას არეგულირებს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ. ეს კანონები არეგულირებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების უფლებებს. კანონის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ მიზანია პაციენტების უფლებების დაცვა და მათი როლის გაძლიერება მომსახურების დაგეგმვაში, გადაწყვეტილების მიღებაში – სად და რა სახის მკურნალობა/დახმარება მიიღონ. კანონის მიხედვით სპეციალიზებული სერვისები ვალდებული არიან დანერგონ პაციენტების მიერ სერვისების მონიტორინგის და პაციენტების მიერ მომსახურების მიმართ დამოკიდებულების შეფასების სისტემა.

სპეციალიზებულ სერვისებში დანერგილია ხარისხით უზრუნველყოფის სისტემა. შემუშავებულია ინდიკატორები, რომლებიც ზომავს მომხმარებლის სერვისით კმაყოფილებას. მსგავსი სისტემის შემოღება იგეგმება თემზე დაფუძნებული სერვისებისთვის.

პოლონეთში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს არეგულირებს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (მიღებულია 1994) და ფსიქიკური ჯანდაცვის ეროვნული პროგრამა.

კანონს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საფუძველად უდევს ღირებულება, რომლის მიხედვითაც ფსიქიკური ჯანმრთელობა ადამიანის ფუნდამენტალური უფლებაა და ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანების ღირსების დაცვა სახელმწიფოს მოვალეობაა.

კანონის მიზანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრომოცია, ფსიქიკური აშლილობების პრევენცია, სათანადო სოციალური განწყობების ჩამოყალიბება ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანების მიმართ, მათ დისკრიმინაციასთან ბრძოლა, ფსიქიკური ჯანდაცვის უზრუნველყოფა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ სერვისებში.

კანონის ცალკეული მუხლები უშუალოდ ეხება ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. ბავშვებისა და მოზარდებისთვის, როგორც მონყლვადი ადამიანების ჯგუ-

ფისთვის კანონში პრიორიტეტულად პრევენციული ზომებია განსაზღვრული. პრევენციული ზომები მოიცავს: ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრინციპების მიმართ ერთგულებას სკოლებში, საგანმანათლებლო და ბავშვზე ზრუნვის ინსტიტუციებში; პრევენციული სერვისების მიწოდებას, განსაკუთრებით ბავშვების ფსიქოლოგიურ კონსულტირებას და ადრეული ინტერვენციის ცენტრებს.

კანონის მიხედვით ფსიქიკური ნიშნით შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვები და მოზარდები უნდა იქნენ უზრუნველყოფილნი განათლებით და რეაბილიტაციით სკოლამდელ დაწესებულებებში, სკოლებში, სარეაბილიტაციო ცენტრებში, ჯანდაცვის ინსტიტუციებში.

ლიტვის სეიმს მიღებული აქვს ძირითადი ნორმატიული აქტები და პროგრამები, რომლებიც არეგულირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას. მათ შორის არის „კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის“ შესახებ, „კანონი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის შესახებ“, ფსიქიკური დაავადებების პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა, წამლის მოხმარების კონტროლის და პრევენციის პროგრამა, სუიციდის პრევენციის პროგრამა.

2000 წელს ლიტვაში დამტკიცდა ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები. ეს რეგულაციები ეხება სერვისების ორგანიზების პრინციპებს, მოთხოვნებს, რომელსაც უნდა აკმაყოფილებდეს ფსიქიატრიული და ფსიქოთერაპიული სერვისები. ლიტვაში მოქმედებს სამედიცინო ნორმატივი – ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრის სამედიცინო სპეციალობის შესახებ. ბავშვთა და მოზარდთა სტაციონარული მომსახურების რეგულაციები 2000 წელს იქნა მიღებული ლიტვაში.

სახელმწიფო პროგრამები

ნორვეგიაში 1997 წელს შემუშავდა „თეთრი წიგნი“, დოკუმენტი რომელმაც განსაზღვრა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის, მკურნალობის, ზრუნვა/მოვლის ორგანიზების და შინაარსობრივი მონაცემების მნიშვნელოვანი მიმართულებები. „თეთრმა წიგნმა“ საფუძველი დაუდო „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ესკალაციის პროგრამის“ ამოქმედებას, რომელიც 10 წლიან პერიოდს ეხებოდა და 2008 წელს დასრულდა.

პროგრამის (1999-2008) მიზანი იყო შექმნილიყო ადეკვატური, კოჰერენტული, კარგად მომუშავე და მომხმარებლის მიმართ კეთილგანწყობილი, მეგობრული სერვისები, ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანებისათვის.

პროგრამის ძირითადი კომპონენტებია: მოსარგებლების პოზიციის გაძლიერება მათი ჩართვით გადაწყვეტილების მიღების ყველა ეტაპზე; საინფორმაციო პროგრამების განხორციელება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოსახლეობის ცნობირების ასამაღლებლად; თემზე დაფუძნებული სერვისების გაძლიერება პრევენციული და ადრეული ინტერვენციის კუთხით;

ბავშვებისთვის, მოზარდებისთვის, ზრდასრულებისთვის სპეციალიზებული სერვისების გაფართოება და რესტრუქტურირება. პროგრამა პირველად ჯანდაცვასაც შეეხო კომპეტენტური სერვისის განვითარების კუთხით: ზოგადი პროფილის ექიმები მთელი მოსახლეობისთვის; ფსიქოლოგების რეკრუტირება; რესურს ცენტრების დაფუძნება პირველადი ჯანდაცვის სერვისებისთვის; საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელება თემში მომუშავე პროფესიონალებისთვის.

ეროვნული პროგრამის განხორციელებისას ნორვეგიაში გაიზარდა ფსიქიკურ ჯანდაცვაში მომუშავე პროფესიონალების რაოდენობა, რამაც ხელი შეუწყო ამბულატორიული

მომსახურებით მოსარგებლეთა რაოდენობის გაზრდას, ანუ მომსახურება ხელმისაწვდომი გახდა. ამ პროგრამის მეორე მნიშვნელოვანი წარმატება იყო მობილური მომსახურების ჩამოყალიბება. და ბოლოს წარმატებული ფართემასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდის მიზნით.

ამ პროგრამის პარალელურად შემუშავდა და ამოქმედდა 2003-2008 წწ. სტრატეგიული გეგმა. გეგმა წარმოადგენს კარგ მაგალითს თუ როგორ გეგმავს მთავრობა გააძლიეროს და განავითაროს ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა დივერსიფიცირებული გზით, სხვადასხვა დონეზე და სხვადასხვა სექტორებში ინტეგრირებული სერვისებით. მაგალითად: სკოლებში, მოხალისეთა ორგანიზაციებში და ა.შ.

პოლონეთის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის პრიორიტეტებში შედის სფეროში ახალი მიმართულებების განვითარება: როგორც არის კომუნალური ფსიქიატრია, ფოკუსირდება ამბულატორიულ და ზრუნვის შუალედურ ფორმებზე, დიდ ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალებში მკურნალობის სანაცვლოდ. ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცევა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში.

სახელმწიფო პროგრამა მნიშვნელოვან როლს ანიჭებს კვლევების აუცილებლობას და ადეკვატური საინფორმაციო სისტემის შექმნას.

პროგრამა მიზნად ისახავს სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდას და მკურნალობის ხარისხის ამაღლებას. ხაზგასმულია რომ პროგრამა უნდა განხორციელდეს სხვა სექტორებთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

ამჟამად მომზადებულია დამატებები, რომელიც უშუალოდ ეხება ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვას და უნდა შევიდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში.

ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამულ ღონისძიებებს ემატება შემდეგი:

- 1) მშობლების მხარდაჭერა; მშობლების უზრუნველყოფა საჭირო და აუცილებელი ცოდნით ბავშვების ფსიქოსოციალური განვითარების საკითხებზე და მათთვის კონკრეტული უნარების განვითარება;
- 2) ბავშვების და მოზარდებისთვის რისკის ფაქტორების შემცირება და დამცავი ფაქტორების გაძლიერება;
- 3) ადრეული ინტერვენციის კომპონენტის გაძლიერება განვითარების აშლილობების დროს;
- 4) რეგიონალური და ადგილობრივი საკონსულტაციო და ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის ცენტრების დაფუძნება საბავშვო ბაღებში, სკოლებში და სხვა ინსტიტუციებში, რომლებიც მოემსახურება როგორც ბავშვებს და მოზარდებს ასევე მათ მშობლებს და მზრუნველებს, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ფსიქიკური აშლილობების ადრეული დიაგნოსტიკა ოჯახის ექიმების და პედაგოგების მიერ.

ლიტვაში ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის საკითხები ინტეგრირებულია 3 ძირითად სისტემაში: ჯანდაცვა, სოციალური დაცვა და განათლება. ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანდაცვის პროგრამები და საჯარო პოლიტიკა ეხება სახელმწიფო და არასამთავრობო სექტორს. ლიტვის პარლამენტის მრჩეველი ორგანოა ეროვნული ჯანდაცვის საბჭო, რომელიც ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრ-

თელობის დაცვის საკითხებს განიხილავს. ბავშვთა უფლებების ომბუდსმენი ფუნქციონირებს ლიტვის სეიმის დაქვემდებარებაში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ერთერთი მაკოორდინირებელი ინსტიტუცია არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო ცენტრი, რომელიც ჯანდაცვის სამინისტროს ექვემდებარება და არის მთავარი უწყება, რომელიც პასუხისმგებელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო სტრატეგიის განხორციელებაზე.

ლიტვის ჯანდაცვის სამინისტროს ევალეზა ბავშვებისათვის, მოზარდებისთვის და მათი ოჯახებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდება.

სოციალური დაცვის სექტორი (სოციალური უსაფრთხოების და შრომის სამინისტრო) პასუხისმგებელია სოციალური დაცვის პროგრამების განხორციელებაზე ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის, რომლებიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების წინაშე დგანან.

საგანმანათლებლო სისტემა – განათლების და მეცნიერების სამინისტრო პასუხისმგებლობას იღებს განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ბავშვების განათლებაზე, ასევე ხარისხიანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფზე სკოლამდელ და სასკოლო დაწესებულებებში.

სხვა სექტორები, რომლებიც ახორციელებენ ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკას თავისი კომპეტენციების ფარგლებში არიან – პოლიცია, თავდაცვის სამინისტრო და ა.შ

2007 წელს ლიტვის პარლამენტმა მიიღო ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია. სტრატეგიის მთავარი პრინციპებია:

განსაკუთრებული ყურადღება ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანების უფლებების მიმართ; თანამედროვე მომსახურება, რომელიც პასუხობს პაციენტების საჭიროებებს; ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის განვითარება; ავტონომიურობის და მონაწილეობის პრინციპების მხარდაჭერა;

გავრცელებული ფსიქიკური აშლილობების შემთხვევების მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის და სხვა არასპეციალიზებული სერვისების მიერ;

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრომოციის და პრევენციის ინტეგრირება ზოგადი ჯანდაცვის, განათლების და სოციალური დაცვის პოლიტიკაში,

პაციენტის და არასამთავრობო სექტორის როლის გაზრდა.

სტრატეგიის განხორციელების პრიორიტეტული საქმიანობებია: ამბულატორიული მომსახურების მოცულობის გაზრდა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრების ორგანიზება პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციებში (ყველა მუნიციპალურ არეალში), ყველა ცენტრში სპეციალისტების გუნდის ჩამოყალიბება შემდეგი შემადგენლობით: ზრდასრულების ფსიქიატრი, ბავშვების და მოზარდების ფსიქიატრი, ფსიქიატრი წამალდამოკიდებულების მართვისთვის, სოციალური მუშაკი, ექთანი, ფსიქოლოგი. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა სოციალურ პრობლემებს, შინ ვიზიტს, ფსიქოლოგიურ დახმარებას, ოჯახის მხარდაჭერას, ოკუპაციურ საქმიანობებს.

2009-2013 წლებში ლიტვაში დაგეგმილია კრიზისული ინტერვენციის 5 ცენტრის გახსნა, 5 ფსიქიატრიული ცენტრის გახსნა ბავშვებისთვის და ოჯახებისთვის, 20 დღის მოვლის ცენტრის გახსნა, მწვავე ფსიქიკური დაავადებების პაციენტებისთვის 5 ფსიქიატრიულ ჰოსპიტალში განყოფილებების მოდერნიზება.

მონაცემების შეგროვების სისტემა

ნორვეგიაში ინფორმაცია ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობის შესახებ ხელმისაწვდომია რეგიონალურ დონეზე. მონაცემთა შეგროვების ძირითადი წყარო არის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტების მიერ წარმოებული ეპიდემიოლოგიური კვლევები. ყველაზე ხშირი მიზეზი ბავშვების მიმართვიანობისა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისში არის ყურადღების დეფიციტი ჰიპერაქტიურობა (22%), ქცევითი პრობლემები(19%), დეპრესია, (17%); შფოთვა/ფობიები (8%).

სპეციალიზებული სერვისები უფრო მეტად ფოკუსირებული არიან ბავშვების და მოზარდების მწვავე დეპრესიის (როდესაც ეჭვს ქვეშ არის ფსიქოზი), კვებითი აშლილობების, სერიოზული სოციალური აშლილობების და პოსტ ტრავმული სტრესული აშლილობის მკურნალობაზე.

პოლონეთში სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტები არიან პასუხისმგებლები ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარებაზე. ინფორმაცია ბავშვთა და მოზარდთა დაავადებების პრევალენტობაზე ხელმისაწვდომია ნაციონალურ, რეგიონალურ და ადგილობრივ დონეებზე.

ეროვნული ანგარიშების პროგრამა არეგულირებს სტატისტიკური მონაცემების შეგროვებას და ინფორმაციის მიღების ერთერთი წყაროა. სტატისტიკური მონაცემები რეგისტრირებული შემთხვევების შესახებ გროვდება სერვისებიდან – ისინი ანგარიშს აბარებენ სტატისტიკის სამმართველოს. მაგრამ ძალიან მნიშვნელოვანია ეპიდემიოლოგიური კვლევები, რადგანაც პოლონეთის მაგალითზე რეგიონებში ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევები აჩვენებს, რომ სხვადასხვა ფსიქიკური პრობლემების პრევალენტობა მნიშვნელოვნად აჭარბებს სერვისებში რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობას.

ლიტვაში ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია ნაციონალურ და რეგიონალურ დონეზე. ლიტვაში ტარდება ეპიდემიოლოგიური კვლევები, რომლებიც ქვეყნდება სამეცნიერო ლიტერატურაში.

ლიტვაში არსებობს სტატისტიკური მონაცემები მონყლვადი და რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვების და მოზარდების შესახებ. ამ ჯგუფში შედიან სიღარიბეში მცხოვრები, უსახლკარო, დაჩაგვრის და ძალადობის მსხვერპლი, მზრუნველობით დაწესებულებებში მცხოვრები, „მომთაბარე“ – იგულისხმება ბოშები, თავშესაფრის მაძიებელი, მშობლების მიგრაციის გამო მიტოვებული ბავშვები, 15-24 წლამდე უმუშევარი ახალგაზრდები, არასრულწლოვანი დამნაშავეები.

მომსახურება

ნორვეგიაში მუნიციპალიტეტები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ სერვისის მიწოდების კოორდინაციაში, იმ ბავშვებისთვის რომლებსაც ფსიქიკური დაავადება ან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა აქვთ. კოორდინირება იწყება პირველადი ჯანდაცვიდან – ზოგადი პროფილის ექიმი პასუხისმგებელია ბავშვის და მოზარდის გადამისამართებაზე სპეციალიზებულ სერვისებში. ბავშვებს და მოზარდებს სპეციალიზებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები ამბულატორიული მომსახურების სახით მიეწოდება და პაციენტების 95%-სთვის არის ხელმისაწვდომი. ამბულატორიები ძირითადად ზოგადი პროფილის ჰოსპიტალების ბაზაზე ფუნქციონირებს.

მოზარდებისთვის ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია სასკოლო

ჯანმრთელობის ცენტრებში და ახალგაზრდობის ჯანმრთელობის ცენტრებში. სასკოლო კონსულტირება შესაძლებელია საგანმანათლებლო ფსიქოლოგიურ სერვისში. ყველა მუნიციპალიტეტი ვალდებულია მოსახლეობას მიაწოდოს ამგვარი სერვისი.

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრები და სკოლის ბაზაზე არსებული ჯანდაცვის სერვისები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ადრეულ სტადიაზე პრობლემების იდენტიფიკაციისას. საგანმანათლებლო სისტემის ბაზაზე არსებული ფსიქოლოგიური სერვისი საჭიროებისას უზრუნველყოფს სხვა ინსტიტუციების მხარდაჭერას, როგორცაა არის საბავშვო ბაღები, სკოლები და ა.შ.

ფარმაკოლოგიური მკურნალობის მიღება შესაძლებელია ზოგადი პროფილის ექიმებთან. ესკალაციის პროგრამის დროს ნორვეგიაში საწოლების რაოდენობა არ გაზრდილა, რადგანაც ვითარდებოდა ამბულატორიული სამსახური, შინ ზრუნვა (მობილური სამსახური), რაც ხშირ შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის ალტერნატივაა. ბავშვთა 334 საწოლია ფსიქიატრიულ განყოფილებებში.

პოლონეთში ბავშვები და მოზარდები ფსიქიკური პრობლემებით და ფსიქიკური აშლილობებით პირველ დახმარებას ლეზულობენ პედიატრებთან, რომლებიც პასუხისმგებლები არიან სპეციალიზირებულ სერვისებში მათ რეფერირებაზე. მასწავლებლები, სკოლის ჯანდაცვის და ფსიქოლოგიური სამსახურები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ადრეულ სტადიაზე ფსიქიკური პრობლემების იდენტიფიკაციაში. 2006-2007 წელს 559 პედაგოგიურ ფსიქოლოგიური კლინიკა ფუნქციონირებდა პოლონეთში.

ფსიქიკური აშლილობების მქონე ბავშვები და მოზარდები მკურნალობას ლეზულობენ: ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიულ ამბულატორიულ კლინიკებში (162 – 2006 წელს); ფსიქიატრიულ და წამალდამოკიდებულების დღის მკურნალობის განყოფილებებში ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის (2006 წელს 22 ერთეული 644 ადგილით); ფსიქიატრიულ და დამოკიდებულების მკურნალობის განყოფილებებში ბავშვების და მოზარდების ჰოსპიტალში (29 განყოფილება 2006 წელს); ფსიქიატრიულ და დამოკიდებულების მკურნალობის განყოფილებაში ბავშვების და მოზარდებისთვის – ზოგადი პროფილის ჰოსპიტალში (16 განყოფილება 2006 წელს).

ლიტვაში ფუნქციონირებს ადრეული აბილიტაციის სამსახურების ქსელი, რომელიც 41 ერთეულისგან შედგება და უზრუნველყოფს განვითარების დარღვევების მქონე 0-დან 4 წლამდე ბავშვების და მათი ოჯახების დახმარებას.

შემდგომი ზრუნვა/მოვლა უზრუნველყოფილია მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრებში, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის ინსტიტუციებია და ყველა რეგიონში არსებობს (73 რეგიონი და შესაბამისად 73 ცენტრი ლიტვაში). მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრებში მოსახურებას უზრუნველყოფს: ფსიქიატრი, ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და მედდა.

ლიტვაში 5 სტაციონარია (დაახლოებით 100 საწოლი), მაგრამ დიდი ჩავარდნაა დღის მოვლის სერვისებში (2 დღის ცენტრია).

ვილნიუსში დაიწყო კრიზისული ინტერვენციის პროგრამის განხორციელება (7 დღიანი სტაციონარული მომსახურების პროგრამა).

პედაგოგიურ ფსიქოლოგიური სერვისების ქსელი აერთიანებს 60 ცენტრს და მუშაობს მუნიციპალურ დონეზე. პედაგოგიურ ფსიქოლოგიურ ქსელს აფინანსებს საგანმანათლებლო სექტორი. ამგვარი ქსელის არსებობა იძლევა ბავშვების და ოჯახების კომპლექსური დახმარების შესაძლებლობას და გულისხმობს ინტერსექტორალურ თანამშრომლობას.

1990 წელს დაარსდა ბავშვთა განვითარების ცენტრი (ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში) და ბავშვთა ფსიქიატრიის და სოციალური პედიატრიის ცენტრებთან არის აფილირებული. ცენტრში ამოქმედდა თემზე დაფუძნებული ბავშვების და ოჯახების დახმარების სერვისის მოდელი, რომლებიც რისკის ქვეშ მყოფ ბავშვებს და ოჯახებს ემსახურება.

ლიტვაში წარმატებულად მუშაობს ბავშვების სატელეფონო ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისი.

მომსახურების ხელმისაწვდომობა და დაფინანსება

ნორვეგიაში ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ისევე როგორც ზოგადად ჯანმრთელობის დაცვა ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ეროვნული ესკალაციის გეგმის შედეგი იყო ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს და ასევე სპეციფიკური სფეროების დაფინანსების საგრძნობი ზრდა.

არასამთავრობო ორგანიზაციების დაფინანსების ძირითადი წყარო სახელმწიფო ბიუჯეტია.

პოლონეთში ბოლო წლებში ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში რესურსის ალოკაცია გაზრდილია – მკურნალობაზე და ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე. ამ სფეროს თანხები მკაფიოდ არ არის გამიჯნული ეროვნულ ბიუჯეტში.

პრომოციის და პრევენციის პროგრამები ფინანსდება ეროვნული განათლების სამინისტროს მიერ. ალკოჰოლის და ნამალდამოკიდებულების პრევენციის პროგრამები ფინანსდება ჯანმრთელობის დაცვის ბიუჯეტიდან.

მკურნალობა და ზრუნვა/მოვლა – ეროვნული ჯანდაცვის ფონდიდან.

არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ მინოდებულ მომსახურებას აფინანსებს სახელმწიფო ბიუჯეტი, რეგიონალური/მუნიციპალური ბიუჯეტები და საერთაშორისო ფონდები.

ლიტვაში ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს ძირითადად საზოგადოებრივი დაზღვევის სისტემა აფინანსებს (და სამედიცინო სექტორის ბიუჯეტის 1%-ზე ნაკლებს წარმოადგენს). მოსახლეობას უწევს მცირე წილის ჯიბიდან გადახდა.

გამოყენებული რესურსი:

1. Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jane-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities.
2. World Health Organization 2003
Caring for children and adolescents with mental disorders : setting WHO directions.
3. World Health Organization 2005.
Atlas: child and adolescent mental health resources:
global concerns, implications for the future.

**„საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების
აქონე ბავშვებისა და მოზარდების მომსახურება ფსიქიკური
ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში“
კვლევის ანგარიში**

კვლევის მიზანი, ამოცანები, მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანი.

კვლევა ჩატარდა პროექტის „ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების ხელშეწყობა საქართველოში“ ფარგლებში.

კვლევა მიზნად ისახავდა 1) შეგვესწავლა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის“ კომპონენტის ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაში არსებული მიღწევები და პრობლემები; 2) კვლევის შედეგების ანლიზის საფუძველზე შეგვემუშავებინა რეკომენდაციები, რომელთა გათვალისწინებით განხორციელებული ცვლილებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში ხელს შეუწყობს ბავშვების და მოზარდების მომსახურების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაზრდას და საბოლოო ჯამში მათი მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

კვლევის ამოცანები:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის განხორციელებული დაწესებულებების მუშაობის შესწავლა;
- პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი სახელმწიფო სტრუქტურების წარმომადგენლების მოსაზრებების შესწავლა – ბავშვების და მოზარდების პროგრამულ მომსახურებასთან დაკავშირებით;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ექსპერტთა მოსაზრებების შესწავლა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბავშვთა და მოზარდთა მომსახურების კომპონენტთან დაკავშირებით.

კვლევის მეთოდოლოგია

საკვლევად შეირჩა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებები, რომლებიც ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით და რომლებიც ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლები არიან – სულ 22 დაწესებულება. ეს დაწესებულებებია:

1. შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“;
2. შპს თბილისის ა. გოცირიძის სახელობის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი;
3. სააქციო საზოგადოება „მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტი“;
4. იაშვილის სახ. ბავშვთა საავადმყოფო. „რესპუბლიკა“-ს ბაზაზე არსებული „მენტალური

ჯანმრთელობის ცენტრი“;

5. შპს „აფხაზეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
6. შპს „რესპუბლიკური ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“ (აჭარა);
7. შპს „ოზურგეთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
8. ლანჩხუთის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი შპს „ნევრონი“;
9. შპს „ქუთაისის ივ. სხირტლაძის სახ. სარაიონთშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
10. შპს „ფსიქიატრი ნარკოლოგი“ (ზესტაფონი);
11. სამტრედიის შპს „ფსიქიატრია“;
12. შპს აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;
13. შპს „თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
14. შპს „ფსიქონევროლოგი“ (სიღნაღი);
15. მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი „ჯანმრთელი თაობა“;
16. შპს „ზუგდიდის სარაინთაშორისო ფსიქონარკოლოგიური დისპანსერი“;
17. საქართველოს ჯანმ-ისა და სოც. დაცვის სენაკის შპს სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი;
18. შპს ახალციხის სარაიონთაშორისო ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი;
19. შპს „რუსთავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი“;
20. შპს „ფსიქია“ (გორი);
21. შპს ა. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო;
22. შპს „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“.

საკვლევ მეთოდად გამოვიყენეთ ინტერვიუები და ფოკუს ჯგუფები.

ინტერვიუები ჩატარდა დაწესებულებების ხელმძღვანელებთან, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ექსპერტებთან, პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელ სახელმწიფო სტრუქტურების წარმომადგენლებთან.

ფოკუს ჯგუფები ჩატარდა დაწესებულებების სამედიცინო და სხვა პერსონალთან, რომლებიც პასუხისმგებლები არიან ბავშვების და მოზარდების მომსახურებაზე, მოსარგებლე ბავშვების მშობლებთან.

სტრუქტურირებული ინტერვიუსთვის სტანდარტიზებული კითხვარი და ფოკუს ჯგუფის შეკითხვები შემუშავდა პროგრამული დოკუმენტების (სახელმწიფო პროგრამების, კანონმდებლობის, კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების, წესების, მინისტრის ბრძანებების და დადგენილებების) შესწავლის და ანალიზის შემდეგ.

ექსპერტების და სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი პირების საკვლევ ინსტრუმენტი – სტრუქტურირებული ინტერვიუსთვის სტანდარტიზებული კითხვარი შემუშავდა დაწესებულებების პერსონალის და ხელმძღვანელი პირების, მოსარგებლეთა მშობლების გამოკითხვის შედეგად გამოვლენილ საკითხებზე დაყრდნობით.

ინტერვიუების და ფოკუს ჯგუფების ჩატარების შედეგად შეგროვილი მასალა დამუშავდა თვისობრივად.

საკვლევი საკითხები

კვლევის პირველ ნაწილში (დანესებულებების ხელმძღვანელების, სამედიცინო პერსონალის, მოსარგებლების მშობლების კვლევა) ძირითადი საკვლევი საკითხები იყო:

- მომსახურების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
- მომსახურების ფორმები და ხარისხი;
- ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიმწოდებელი პერსონალის: ბავშვთა ფსიქიატრების, ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების და მედდების რაოდენობა, კვალიფიკაცია;
- მომართვიანობა და რეფერირება;
- სამკურნალო და სადიაგნოსტიკო სტანდარტები და ინსტრუმენტები;
- ფსიქოსოციალური რაეზილიტაცია და სარეაზილიტაციო სტანდარტები;
- სახელმწიფოს მიერ დანესებული პროცედურების და წესების განხორციელება და დაბრკოლებები განხორციელებისას;
- პროგრამული საქმიანობების განხორციელება და სირთულებები განხორციელებისას, სირთულების მიზეზები;
- სერვისის მიმწოდებლების მიერ პროგრამული საქმიანობების შეფასება; მათი ხედვა მომსახურების გაუმჯობესების მიზნით;
- მოსარგებლეთა მშობლების დამოკიდებულება მომსახურების მიმართ.

კვლევის მეორე ნაწილში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტების მოსაზრებების შესწავლისას გამოიკვეთა შემდეგი საკვლევი საკითხები:

1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბავშვთა და მოზარდთა ამბულატორიული ნაწილის შეფასება;
2. ამბულატორიული კომპონენტის ასაკობრივი დიფერენცირების საკითხი;
3. ბავშვთა ფსიქიატრის სპეციალობის და ბავშვებთან მომუშავე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეცისტების პროფესიული მომზადება – გადამზადების საკითხი;
4. შშმ სტატუსის მინიჭების კომისიების საკითხი;
5. დარგის (ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა) განვითარების საკითხი: კონკრეტული გეგმა, ბავშვთა გაიდლაინები, პროტოკოლები, სტანდარტები, უნიფიცირებული საკვლევი ინსტრუმენტების ბატარეა;
6. სარეაზილიტაციო სერვისების განვითარება

კვლევის შედეგები

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2011 წლის სახელმწიფო პროგრამის მიერ დაფინანსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებების კვლევამ (დაწესებულებების ხელმძღვანელ პირებთან ინტერვიუები და პერსონალთან – ინტერვიუები და ფოკუს ჯგუფები) გამოავლინა რომ საქართველოში ბავშვების და მოზარდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მიწოდებისას გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპი დარღვეულია, განსაკუთრებით რეგიონებში. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დარღვევას განაპირობებს კვალიფიციური ადამიანური რესურსის, კერძოდ ბავშვთა ფსიქიატრების ნაკლებობა და შშმ სტატუსის მინიჭების ცენტრალიზება.

ექსპერტების აზრით შშმ სტატუსის მინიჭების კომისიების ცენტრალიზება კატეგორიულად არასწორია. აქ არსებობს რამოდენიმე მნიშვნელოვანი საკითხი:

პირველი – კომისიის წევრებმა, რომლებიც არ იცნობენ ბავშვს რამოდენიმე წუთში უნდა გადანყვიტონ ბავშვისთვის ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხი – შშმ სტატუსის მინიჭება ისეთ პირობებში, როდესაც დიაგნოსტიკების უნიფიცირებული ინსტრუმენტები ქვეყანაში არ არსებობს. პაციენტების მხრიდან დამატებითი სატრანსპორტო ხარჯის ასაცილებლად დაწერგულია სტატუსის მინიჭება სამედიცინო ბარათის საფუძველზე, რომელსაც პაციენტის ექიმი უგზავნის საპენსიო კომისიას. ასეთი გზით მინიჭებული სტატუსის საწოდობა ექვემდებარება უნიფიცირებული სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტების არ არსებობის გამო.

მეორე – შშმ სტატუსის მინიჭების კომისიების ცენტრალიზების გამო პაციენტები არათანაბარ სიტუაციაში არიან. განსაკუთრებით იჩაგრებიან ადამიანები, რომლებიც ცენტრიდან შორს, რეგიონებში ცხოვრობენ.

მესამე – როდესაც პაციენტი, რომელიც სხვა დაწესებულებაშია ამბულატორიულ მეთვალყურეობაზე, მიდის საპენსიო ცნობის ასაღებად მეორე დაწესებულებაში, სადაც შშმ სტატუსის მიმნიჭებელი კომისია მოქმედებს, წესით შიდა სტანდარტებით განსაზღვრული ფული უნდა გადაიხადოს, ესეც დამატებითი ხარჯია.

შესწავლილ ბევრ დაწესებულებაში არ ხორცილდება ბავშვების და მოზარდების პროგრამული მომსახურება, რის მიზეზადაც რესპოდენტები ასახელებენ დაწესებულებებში ბავშვთა ფსიქიატრების დეფიციტს. იმის გამო, რომ დაწესებულებებში არ ჰყავთ ბავშვთა ფსიქიატრები ისინი ერიდებიან ბავშვების და მოზარდების მომსახურებას და აგზავნიან მეზობელ რაიონულ ცენტრებში ან დედაქალაქში. მიუხედავად იმისა, რომ მინისტრის ბრძანებით დასაშვებია, რომ ზრდასრულების ფსიქიატრი მოემსახუროს ბავშვებსაც და მოზარდებსაც, თვით მომსახურე პერსონალი და დაწესებულებების ხელმძღვანელები პასუხისმგებლობას არ იღებენ მოემსახურონ ბავშვებს და მოზარდებს.

ფინანსური ხელმისაწვდომობა

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დარღვევა უკვე ერთმნიშვნელოვნად არღვევს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას, რადგანაც თუნდაც მეზობელ რაიონულ ცენტრში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებაში – ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში ბავშვის წაყვანა დამატებით ფინანსურ ხარჯს მოითხოვს.

თვითდინებით მისულ მოსარგებლეს პირველადი ვიზიტისთვის უხდება დაწესებულებაში თანხის გადახდა დადგენილი ტარიფის მიხედვით (ზოგიერთი რაიონი წარმოადგენს გამონაკლისს და პირველად ვიზიტში არ ახდენენ თანხას).

სახელმწიფოს მიერ დადგენილი წესის მიხედვით საოჯახო მედიცინის ცენტრიდან ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებიდან მოსული პაციენტისთვის, რომელიც წარადგენს ფორმა 100/ა-ს ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში პირველადი ვიზიტი უფასოა. მაგრამ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ფორმა 100/ა-ს აღება ფასიანია, და ხშირად უფრო მეტი ჯდება ვიდრე ფასიანი პირველადი კონსულტირება ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში. ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში პირველადი კონსულტაცია და საჭირო სხვა მომსახურება დიაგნოზის დასამამდე და აღრიცხვაზე აყვანამდე ფასიანია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ბავშვისთვის.

ბევრ დისპანსერში პროგრამული მედიკამენტები საკმარისი არ არის თუნდაც დამაკმაყოფილებელი მკურნალობისთვის. ამას აღნიშნავენ იმ დაწესებულებებში, სადაც ბავშვთა ფსიქიატრები ჰყავთ და სადაც ბავშვთა მომართვიანობის მიზეზი არ შემოიფარგლება გონებრივი განვითარების შეფერხებით და საპენსიო ცნობის მიღებით.

მომსახურება

ფსიქონევროლოგიური დისპანსერების მომსახურება დაყვანილია საპენსიო ცნობის და მედიკამენტების გაცემაზე. მას მერე, რაც სავალდებულო აღარ არის შინ ზრუნვის სამსახური – ბინაზე ვიზიტი პაციენტთან, შესაბამისად მომსახურებაც შეზღუდულია. მოსარგებლების მთავარი მოტივაცია ფინანსური შეღავათები და უფასო მედიკამენტებია. ეს გამოწვეულია ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერებში არასათანადო მომსახურებით და იმით რომ საზოგადოებაში ცოდნის ნაკლებობაა ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობის მეთოდების და შესაძლებლობების შესახებ. მოსარგებლე ბავშვების და მოზარდების მშობლებმა არ იციან რა შეიძლება მოითხოვონ დისპანსერებისგან უფასო მედიკამენტისა და საპენსიო ცნობის გარდა. არასათანადო მომსახურებას კვალიფიციური კადრების ნაკლებობა და გაიდლაინების და სტანდარტების არ არსებობა განაპირობებს.

ექსპერტთა აზრით ამბულატორიული კომპონენტი ფორმალურად სრულად ფარავს ბავშვთა ფსიქიკურ დაავადებებს, მაგრამ რეალობა ასეთია, რომ დისპანსერები, რომლებიც ამბულატორიულ სამსახურს ახორციელებენ, რიგ შემთხვევაში აცხადებენ „ჩვენ არ გვყავს შესაბამისი სპეციალისტი“, ანუ ფსიქიატრი, რომელიც თავს კომპეტენტურად ჩათვლის, რომ ბავშვებთან იმუშაოს.

ზოგიერთი გამოკითხული ექსპერტი თვლის რომ მომსახურების მინუსია:

საჭირო და კვალიფიციური კადრის ნაკლებობა; ბავშვებთან სამუშაო ტექნიკების და შესათავაზებელი სერვისების სიმცირე; იმ დაავადებების და მდგომარეობების არსებობის დროს, სადაც აშკარაა, რომ საჭიროა სხვადასხვა ტიპის ფსიქოლოგიური ჩარევა (ერთადერთი ჩარევის სტრატეგია წამლით მკურნალობა). წამლით, რომელიც ან საერთოდ არ არის, ან დაფინანსების სიმწირის გამო

არჩევანიც და რაოდენობაც შეზღუდულია.

ექსპერტთა აზრით, რადგანაც ამბულატორიული მომსახურება ძალიან უსახური და მწირია: მედიკამენტები არ არის საკმარისი, თერაპია არ ხორციელდება, პაციენტი რეალურად პენსიისთვის მიდის. პაციენტისთვის ერთადერთი სარგებელი საპენსიო ცნობაა. არის შემთხვევები, როდესაც მშობელი დაინტერესებულია არა შვილის მდგომარეობის გაუმჯობესებით, არამედ იმით რომ რაც შეიძლება ხანგრძლივად ჰქონდეს შვილს დანიშნული პენსია.

ექსპერტების აზრით ზემოთ ჩამოთვლილს განაპირობებს: დაფინანსების სიმცირე და სახელმწიფოს მხრიდან მოთხოვნის არ არსებობა.

ექსპერტების აზრით პრინციპულად დაუშვებელია, რომ ბავშვებმა იარონ იმ დაწესებულებებში, თუნდაც ამბულატორიაში ან რეაბილიტაციისთვის, სადაც მომსახურებას ზრდასრულები ღებულობენ. ეს ბავშვების უფლებების დარღვევასთან არის დაკავშირებული.

ექსპერტთა აზრით სახელმწიფო პროგრამაში ცალკე უნდა იყოს ბავშვების და მოზარდების ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია. თუ ფინანსური რესურსი დაემატება ამბულატორიულ მომსახურებას და შესაბამისად ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციაც დაემატება მომსახურების სახით ეს ბავშვთა და მოზარდთა მომართვიანობას გაზრდის, რომ არ ვილაპარაკოთ მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებასა და ბავშვების მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე.

ზოგიერთი ექსპერტის აზრით ბავშვების და მოზარდების სარეაბილიტაციო მომსახურების განვითარების საკითხი უნდა მიეზღოს შშმ სტატუსის განსაზღვრას. ბავშვების 90%-სთვის, რომლებიც დღეს იღებენ პენსიას, უკეთესია, რომ იღებდნენ შესაბამის სერვისებს, რომელიც მათ განვითარების შესაძლებლობას მისცემდა. შემდგომი სტრატეგიული გეგმა ორიენტირებული უნდა იყოს არა პენსიების ზრდაზე, არამედ იმ სერვისების გამდიდრებასა და გამრავლებაზე, რომლებიც ბავშვების და მოზარდების რეაბილიტაციას შეუწყობს ხელს.

ადამიანური რესურსი

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით გამოვლინდა კვალიფიციური კადრის ნაკლებობა. შესწავლილ ყველა დაწესებულებას არ ჰყავს ბავშვთა ფსიქიატრი, ასევე ფსიქოლოგების ნაკლებობა, რაც აისახება მომართვიანობაზე, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის დარღვევაზე და ასევე მომსახურების ხარისხზე. მომსახურების მიმწოდებლებს, რომლებსაც არ აქვთ ბავშვთა ფსიქიატრიაში ლიცენზია ემინიათ ბავშვებისთვის მომსახურების განწევის. შიშის მოტივი არის ბავშვთა საკითხებში კომპეტენციის ნაკლებობა და ასევე ხშირად ცვალებადი და ბუნდოვანი რეგულაციები. ანუ, შიში იმისა რომ დაწესებულებას შეიძლება შემოედევონ რატომ გაუწიეს მომსახურება ბავშვს, როდესაც მათ ბავშვთა საკითხებში ლიცენზიის მქონე სპეციალისტი არ ჰყავთ.

იმ დაწესებულებებში, სადაც მუშაობენ ბავშვთა ფსიქიატრები და ფსიქოლოგები მომსახურებაც უფრო მრავალფეროვანია და არსებული დაფინანსების პირობებში ცდილობენ ბავშვებს პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების გარდა მიაწოდონ ის აუცილებელი მომსახურება რაც ბავშვების მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად საჭირო. მაგალითად ჯგუფური განმავითარებელი მუშაობა, არტთერაპია, ფსიქო სოციალური რეაბილიტაცია, მშობლების ფსიქოგანათლება. ამ დაწესებულებებში ბავშვთა მომართვიანობა უფრო მაღალია და მათი დაწესებულებების მოსარგებლები გონებრივი განვითარების შეფერხებების მქონე ბავშვების გარდა სხვა დაავადებების მქონე ბავშვებზეც არიან.

ასევე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ამ დაწესებულებების ხელმძღვანელები და შტატიც უფრო მოტივირებულია პროფესიულ განვითარებაზე, რაც აისახება მათ მიერ ბოლო წლებში გავლილ ტრენინგებზე და კვალიფიკაციის ამაღლების კურსებზე.

ექსპერტების აზრით ამბულატორიულ კომპონენტში პრობლემას ქმნის არა მხოლოდ ფინანსური რესურსის სიმწირე, არამედ ის, რომ ბავშვთა ფსიქიატრის სპეციალობა ცალკე არ არის და ახლა სუბსპეციალობაა. მინისტრის ბრძანებით ამბულატორიის ექიმებს – ზოგადი პროფილის ფსიქიატრებს უფლება აქვთ მოემსახურონ ბავშვებს. მაგრამ, ზოგადი პროფილის ფსიქიატრები, რომლებსაც აქვთ კვალიფიკაცია ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიაში ძალიან ცოტანი არიან საქართველოში. ის სპეციალისტები ვისაც არ აქვს ბავშვთა საკითხებში კვალიფიკაცია თავს არიდებენ მომსახურების მიწოდებას (კომპეტენციის უქონლობის გამო).

ექსპერტების აზრით ძალიან მწვავედ უნდა დადგეს სპეციალისტების გადამზადების საკითხი – უნდა მოხდეს ამბულატორიაში მომუშავე ფსიქიატრების გადამზადება ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრიაში.

სავალდებულო უნდა იყოს ბავშვთა საკითხებში სასწავლო კურსის გავლა, იმათთვის ვინც ბავშვებს მოემსახურება და ყველა ამბულატორიულ დაწესებულებაში უნდა მუშაობდეს მინიმუმ ერთი ასეთი სპეციალისტი, რათა ბავშვებისთვის ფსიქიკური ჯანმრელობის ამბულატორიული მომსახურება გახდეს გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი. მთავარია საქართველოს ჯანმრთელობის სამინისტროს მხრიდან უნდა არსებობდეს მოთხოვნა, რომელსაც მიეძღება სავალდებულო გადამზადების პროგრამა.

სტანდარტები, გაიდლაინები, პროტოკოლები და უნიფიცირებული საკვლევი ინსტრუმენტები

სტანდარტები, გაიდლაინები, პროტოკოლები და უნიფიცირებული საკვლევი ინსტრუმენტები ყველა რესპოდენტისთვის პრობლემური საკითხია. სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებულ გაიდლაინებსა და პროტოკოლებში, მხოლოდ რამოდენიმე დაავადება არის შესაბამისი ბავშვთა და მოზარდთა ასაკისთვის. და ის რაც არის მომსახურების მიმწოდებელთა და დაწესებულებების ხელმძღვანელთა აზრით ბუნდოვანია. რესპოდენტების აზრით არსებული გაიდლაინები მოძველებულია და განახლებას საჭიროებს.

სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებულია ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტები, რომელიც ბავშვების და მოზარდების ასაკისთვის არ არის შესაბამისი. დაწესებულებები (თელავის დისპანსერი, „მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრი“ – ბავშვთა დღის ცენტრი იყენებენ შიდა სტანდარტს, რომელიც მათ მიერ არის შექმნილი. ასევე „მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრს“ შექმნილი აქვს შიდა მოხმარების გაიდლაინები.

უნიფიცირებული საკვლევი ინსტრუმენტის არ არსებობა ქმნის სერიოზულ პრობლემას დიაგნოზის დასმისას, საპენსიო ცნობის გაცემისას და ასევე იმ შემთხვევაში, როდესაც მოსარგებლე სხვა დაწესებულებაში აგრძელებს მკურნალობას დადგენილი დიაგნოზის არსებობისას. ხშირად არსებული დიაგნოზი და ხელმეორედ დადგენილი ერთმანეთს არ ემთხვევა.

ექსპერტების აზრით სასწრაფოდ უნდა შეიქმნას სტანდარტი ადამიანური რესურსის განათლებაზე და გადამზადებაზე. რომელიც დაკავშირებულია დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო გაიდლაინების და სტანდარტების შექმნასთან და დანერგვასთან.

თანამშრომლობა და კოორდინაცია

კვლევამ გამოავლინა **არასაკმარისი კოორდინაცია** პირველად ჯანდაცვასა და ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებს შორის. რაზეც მეტყველებს პირველადი ჯანდაცვის რგოლიდან რეფერირებული ბავშვების და მოზარდების მცირე რაოდენობა.

ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებს შორის არასაკმარისი თანამშრომლობა და ინფორმაციის გაცვლა/მიწოდების შეფერხება განსაკუთრებით ეხება რეგიონში მდებარე დაწესებულებებს. მათ კვლევის ჩატარების ეტაპზე არ გააჩნიათ ინფორმაცია ბავშვთა დღის სტაციონარის და თემქაზე სადღეღამისო ბავშვთა სტაციონარის არსებობის შესახებ. შესაბამისად მათ არ იციან რა დაავადებების შემთხვევაში შეუძლიათ გადაამისამართონ ბავშვები აღნიშნულ დაწესებულებებში.

რეგიონებში ასევე ვერ აღწევს ინფორმაცია მიმდინარე ცვლილებების შესახებ და სხვა და სხვა სახის სასწავლო პროგრამების შესახებ.

რეკომენდაციები

ექსპერტთა აზრის კვლევის და ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებებში ჩატარებული კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები რომელთა გათვალისწინებით განხორციელებული ცვლილებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში ხელს შეუწყობს ბავშვების და მოზარდების მომსახურების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის გაზრდას და საბოლოო ჯამში მათი მდგომარეობის გაუმჯობესებას:

1. უნდა შეიქმნას ბავშვთა ფსიქიატრიაში გადამზადების სასწავლო პროგრამა; ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ უნდა უზრუნველყოს შექმნილი პროგრამით სპეციალისტების გადამზადება, რომლის გავლის შემდეგაც ისინი მოემსახურებიან ბავშვებს და მოზარდებს. საქართველოს ყველა რეგიონი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი ბავშვთა და მოზარდთა საკითხებში გადამზადებული სპეციალისტებით;
2. შშმ სტატუსის მინიჭების კომისია უნდა იყოს დეცენტრალიზებული (გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი). დაწესებულებები, რომლებიც შშმ სტატუსს ანიჭებენ უნდა სარგებლობდნენ უნიფიცირებული საკვლევი და სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტებით. შშმ სტატუსის მინიჭების წესში უნდა შევიდეს სტატუსის მინიჭებისას უნიფიცირებული სადიაგნოსტო საკვლევი ინსტრუმენტების გამოყენების ვალდებულება. ასევე გადასახედია იმ ფსიქიკური დაავადებების და მდგომარეობების ნუსხა რის საფუძველზეც ხდება შშმ სტატუსის მინიჭება;
3. უნდა შეიქმნას გაიდლაინები და პროტოკოლები ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკურ დაავადებებზე, რომელიც განსაზღვრავს მკურნალობის, მოვლა/ზრუნვისა და რეაბილიტაციის სტანდარტებს;
4. აქცენტები უნდა გაკეთდეს ბავშვთა მომსახურების ხარისხის და მრავალფეროვნების გაზრდაზე. ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოსოციალური რებილიტაცია ამბულატორიული ფსიქიატრიული კომპონენტის დამოუკიდებელ ნაწილს უნდა შეადგენდეს;
5. ყველა სახელმწიფო დაწესებულება, რომელიც ბავშვების დიაგნოსტიკას აწარმოებს და დაწესებულებები, რომლებიც შშმ სტატუსს ანიჭებენ უნდა სარგებლობდნენ უნიფიცირებული საკვლევი და სადიაგნოსტიკო ინსტრუმენტებით;
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამაში ბავშვთა ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი, დამოუკიდებელ ქვეკომპონენტად უნდა იყოს ასახული, ისე როგორც სტაციონარულია.

