



საქართველოს  
ფსიქიკური ჯანმრთელობის  
კოალიცია

# საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემა დაფუძნებული ამბულატორიული სერვისის მოდელის შემუშავება და კილოტირება

კვლევის ანგარიში

**Diakonie** 

დოკუმენტი მომზადდა  
გერმანული ფონდის „Diakonisches Werk der EKD e.V.“  
ფინანსური დახმარებით

თბილისი 2011

**საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიცია** იურიდიულად დაფუძნდა 2008 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ. ამჟამად კოალიციის შემადგენლობაში შედის ოთხი ორგანიზაცია: საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია, საქართველოს ფსიქო-სოციალური დახმარების ასოციაცია ნდობა, კავშირი ადამიანებისთვის განსაკუთრებულ ზრუნვას რომ საჭიროებენ და კავშირი ანტისტიგმა.

კოალიციის მიზნებია:

- საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მიმდინარე რეფორმების ხელშეწყობა, როგორცაა დეინსტიტუციონალიზაციასა და თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გაუმჯობესებისკენ მიმართული რეფორმები;
- ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებისთვის შესაბამისი დახმარების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

მიზნების მისაღწევად კოალიცია ეწევა შემდეგ საქმიანობას:

- აქტიურად მოქმედებს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პოლიტიკისა და შესაბამისი სტრატეგიული გეგმის შემუშავების პროცესის ხელშეწყობისათვის;
- ერთობლივად მოქმედებს კოალიციის საქმიანობაში სახელისუფლებო ორგანოებთან თანამშრომლობის მაღალი ხარისხისა და დაინტერესებული ორგანიზაციების მაქსიმალური მონაწილეობის უზრუნველსაყოფად;
- ლობირებს მიზნების შესაბამის ეფექტურ საკანონმდებლო აქტებს, მონაწილეობს მათ შემუშავებასა და ამოქმედებისთვის საჭირო მექანიზმების დანერგვაში;
- ხელს უწყობს კოალიციის წევრი ორგანიზაციებისა და მათი ეფექტური ფუნქციონირებისათვის ხელსაყრელი გარემოს განვითარებას;
- ქმნის და ახორციელებს საერთო მიზნების შესაბამის კოალიციურ პროექტებს.

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მისამართი:

თბილისი – 0177; ვაჟა-ფშაველას გამზირი №30

ტელ: 2 39 78 44; 2 31 10 80, 2 31 20 70;

ვებ-გვერდი: [www.gmhc.ge](http://www.gmhc.ge)

## ს ა რ ჩ ე ვ ი

1. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების ზოგადი მიმოხილვა .....	5
2. საქართველოში არსებული ფსიქიატრიული სერვისების თავისებურებების შესწავლა და ძლიერი და სუსტი მხარეების გამოვლენა .....	13
3. თემზე დაფუძნებული ამბულატორიული სერვისის მოდელის შემუშავება და პილოტირება .....	18
3.1 კვლევის მიზანი .....	19
3.2 კვლევის ჰიპოთეზა .....	19
3.3. კვლევის დიზაინი .....	19
3.4 სამიზნე პოპულაცია .....	20
3.5 ეთიკური მოსაზრებები და მონაწილეობაზე თანხმობა .....	20
3.6 რანდომიზაცია ჯგუფებში .....	21
3.7 ინტერვენცია .....	21
3.8 სათემო (კომპლემენტარული) ინტერვენციის აღწერილობა .....	21
3.9 გამოყენებული ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამის ელემენტები .....	22
3.10 კვლევის შედეგის განსაზღვრა .....	23
3.11 მონაცემთა მართვა და სტატისტიკური ანალიზი .....	24
3.12 საკვლევი პოპულაციის ზომა .....	24
3.13 კვლევის ხანგრძლივობა .....	25
3.14 კვლევის შედეგები .....	25
4. ინტერვენციის შედეგების თვისობრივი ანალიზი .....	29
5. პროექტის ანალიზი ფინანსური კუთხით .....	31
5.1 თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ბენეფიციარები .....	32
5.2 რა მომსახურება უნდა მიენოდოს პაციენტებს .....	34
5.3 ვინ უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებელი .....	34
5.4 ქვეყნის მასშტაბით მოდელის გავრცელებისათვის საჭირო რესურსები .....	36
5.5 ფსიქო სოციალური რეაბილიტაცია .....	37
5.6 მობილური ჯგუფი .....	40
5.7 მედიკამენტები .....	41
5.8 სახელმწიფო პროგრამები მთლიანად .....	41
5.9 მოდელის ამოქმედებიდან მიღებული სარგებელი .....	43
6. დასკვნები .....	44
7. რეკომენდაციები .....	45
8. თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის განვითარების შედეგები .....	46

**ავტორები:** გიორგი გელეიშვილი  
მანანა შარაშიძე  
ნატალია ჩირიკაშვილი  
ნანა ალაპიშვილი  
ნატალია ხონელიძე

ავტორები განსაკუთრებულ მადლობას უხდებიან მანანა ელიაშვილს, გიორგი კამკამიძეს და გრიგოლ ფანცულაიას მათ მიერ შესრულებული სამუშაოსათვის.

**პროექტში მონაწილეობდნენ:** მარინე კურატაშვილი, არჩილ ბეგიაშვილი, მარინა ვარდიმიადი, მარინა გაბრიჩიძე, ალიკა კაპანაძე, ნათია თავაძე, ბაია კაჭკაჭიშვილი, ოლგა კუხიანიძე, ხათუნა ჩაფიძე, გვანცა ანანიაშვილი, ნონა ჯანგველაძე, ნინო ორმოცაძე, დავით ღონლაძე, ბაია ნიკოლაიშვილი, ლალი სურმავა, მარიეტა მაღალალოვა, თინა ჭაჭუა, ნინო ჩომახაშვილი, მაკა ქოროლიშვილი, მიხეილ დანდურაშვილი, ნუნუ გრიგალაშვილი, ნათია ბადრიშვილი, ქეთევან ნატბელაძე, ზაზა ჟღენტი, ნათია დოლიძე.

**მონაცემთა შეგროვებაში აღმოჩენილი დახმარებისათვის ავტორები განსაკუთრებულ მადლობას უხდებიან დარგის ექსპერტებს, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებს:**

**ქალბატონებს:** რუსუდან რუხაძეს, ქეთევან გიგოლაშვილს, ირინა გეგეჭკორს, ეკა ზოიძეს, მარინე განჯელაშვილს, მარიანა ხუციშვილს, ქეთევან ლორიას, ლამარა კიკნაძეს, ხათუნა კაკიაშვილს, ია გელოვანს, მაია ბასილაიას, მანანა გოგუაძეს, ნონა ნაკაშიძეს, მაია ნუცუბიძეს.

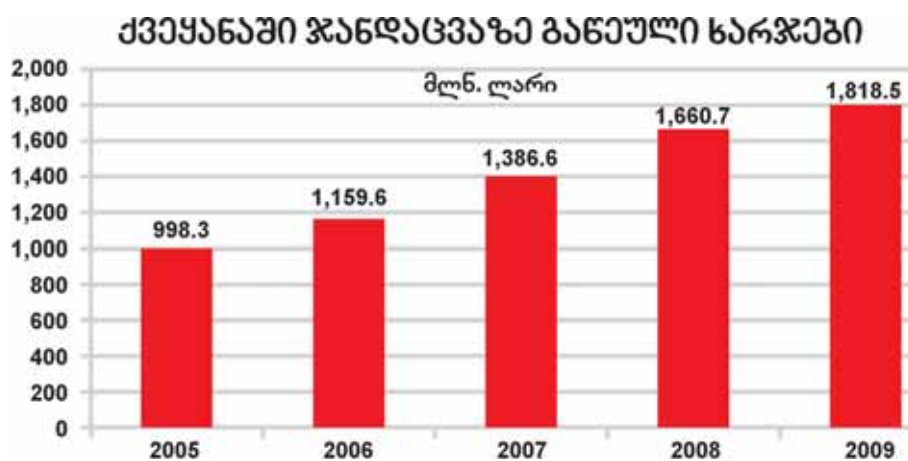
**ბატონებს:** ანდრია ურუშაძეს, ირაკლი გიორგობიანს, მიხეილ დოლიძეს, ბიძინა მგალობლიშვილს, გოჩა ბაკურაძეს, ავთო ვანაძეს, იან კონსტანტინიადისს, ვახტანგ ამირანაშვილს, ამირან მიქავას, დავით ინასარიძეს, დავით გაბრიჭიძეს, ელდარ შეროზიას, გიორგი ორმოცაძეს, მათე მაღლაკელიძეს.

# 1. საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების ზოგადი მიმოხილვა

## არსებული გარემო

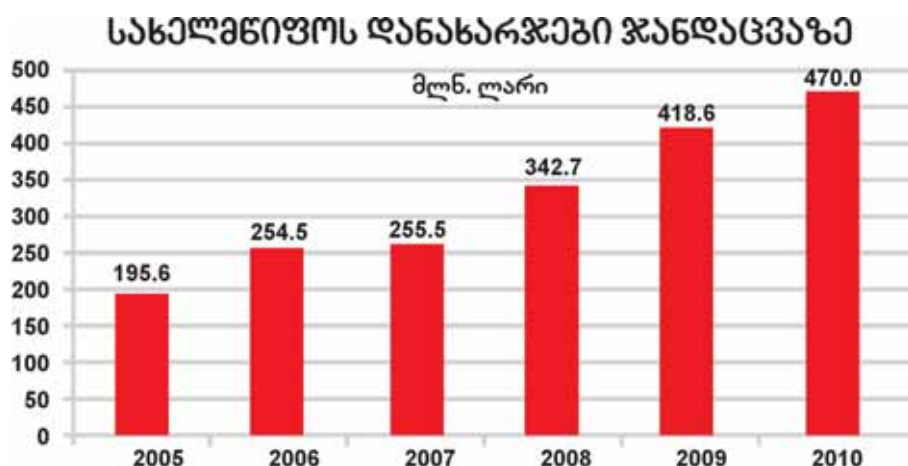
საქართველო ბოლო ათწლეულების განმავლობაში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესში იმყოფება. უკანასკნელი 5-6 წლის მანძილზე აღნიშნულ სფეროში მიმდინარე რეფორმა მოიცავს თითქმის ყველა ძირითად მიმართულებას: განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება, მნიშვნელოვნად შეიცვალა საპენსიო სისტემა, რამოდენიმეჯერ გაიზარდა პენსიის განაკვეთი, ამოქმედდა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი ოჯახებისა და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი ოჯახების სოციალური დახმარების პროგრამები. სოციალურად დაუცველი ფენების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ფარგლებში ამოქმედდა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი და უმწეო მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების პროგრამა. ბოლო რამოდენიმე წლის განმავლობაში მნიშვნელოვნად იზრდებოდა ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯები. (იხ. დიაგრამა 1)

დიაგრამა 1



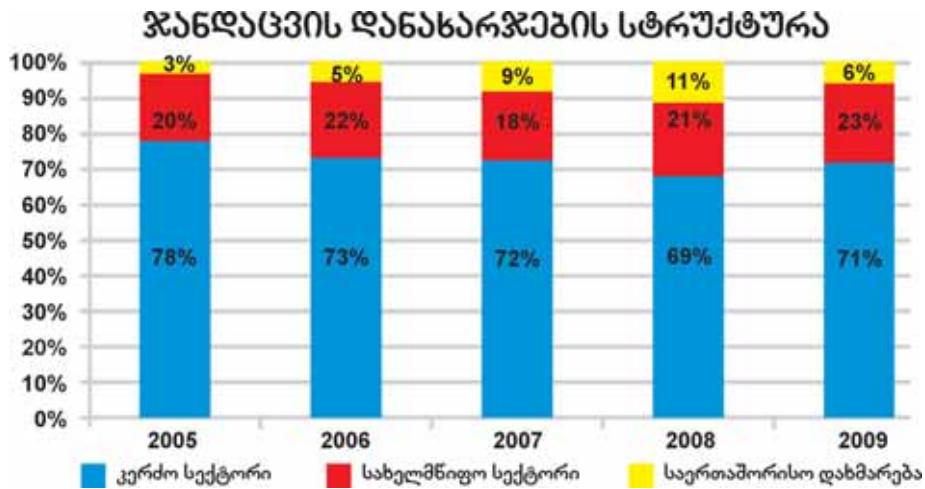
წყარო: საქსტატი, ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

დიაგრამა 2



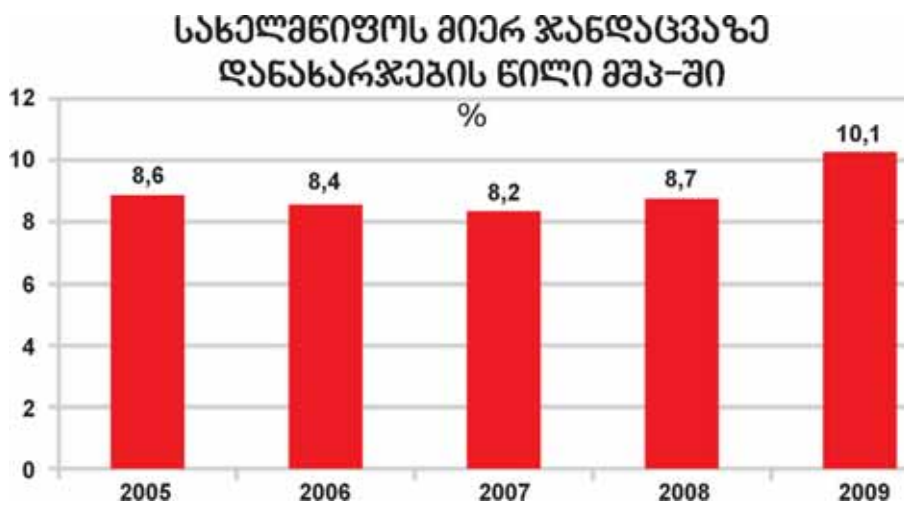
წყარო: საქსტატი, ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯებში სახელმწიფოს დანახარჯების წილი იზრდება, ის მაინც საკმაოდ დაბალია.

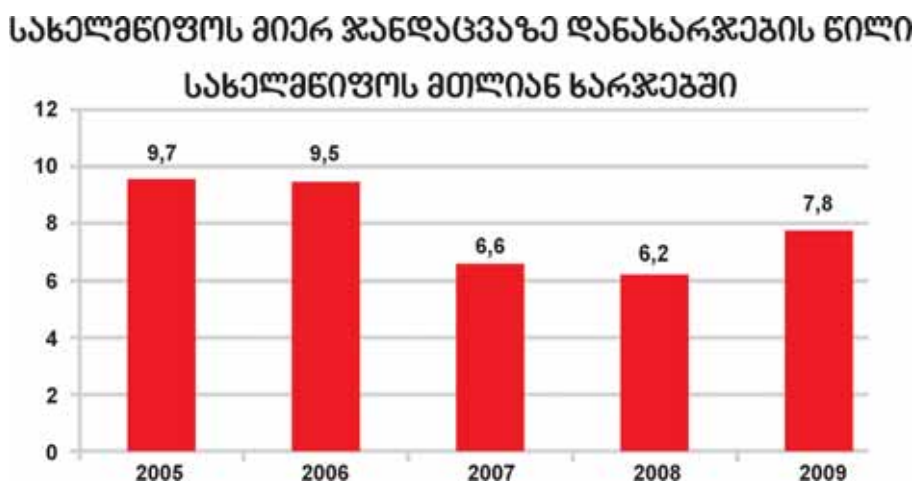


წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები

ბოლო წლებია ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტში, ისევე როგორც სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის დაფინანსებაზე განეული ხარჯების წილი სახელმწიფოს მთლიან ხარჯებში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება.



წყარო: საქსტატი, შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო



წყარო: საქსტატი, შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

სხვა ქვეყნების ჯანდაცვის დანახარჯების სტრუქტურას თუ შევხედავთ, დავინახავთ, რომ მართალია ჯანდაცვაზე ხარჯების წილის მთლიან შიდა პროდუქტში საქართველოს მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია, მაგრამ ეს ძირითადად განპირობებულია მოსახლეობის მიერ ამ მიმართულებით განეული დანახარჯების დიდი მოცულობით. ამავე დროს, ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს ხარჯების წილით მთლიან დანახარჯებში ჩვენი ქვეყანა ნამდვილად ვერ იკავებს მონინავე პოზიციებს, რაზეც მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის სტატისტიკური მონაცემები მეტყველებს.

## ცხრილი 1

სახელმწიფოს დანახარჯები ჯანდაცვაზე			
	მთლიანი შიდა პროდუქტიდან (მშპ) ჯანმრთელობაზე სულ დახარჯული თანხის პროცენტული წილი	სახელმწიფოს მიერ განეული ხარჯებიდან ჯანმრთელობაზე დახარჯული თანხის წილი პროცენტებში	ქვეყანაში ჯანმრთელობაზე განეული ხარჯებიდან სახელმწიფოს მიერ დახარჯული თანხის პროცენტული წილი
აშშ	16.2	18.7	48.6
ავსტრალია	8.5	18.3	70.1
გერმანია	11.3	18.0	75.7
ხორვატია	7.8	17.6	84.9
ნორვეგია	9.7	16.7	78.6
საფრანგეთი	11.7	16.0	76.6
ავსტრია	11.0	15.8	74.5
დანია	11.2	15.3	80.1
ბოსნია და ჰერცეგოვინა	10.9	15.1	61.3
ბელგია	11.8	14.8	68.4
მოლდოვა	11.9	14.1	53.7
სლოვაკეთი	8.5	14.0	67.3
ურუგვაი	7.4	13.8	63.1
მონტენეგრო	9.3	13.6	72.5
ჩეხეთი	7.6	13.3	80.2
სლოვენია	9.1	12.9	70.2
თურქეთი	6.7	12.8	75.2
ფინეთი	9.7	12.6	72.1
რუმინეთი	5.4	11.8	78.9
ესტონეთი	7.0	11.7	75.5
ყირგიზეთი	6.8	11.7	50.9
ყაზახეთი	4.5	11.3	59.2
ბულგარეთი	7.4	11.2	59.0
პოლონეთი	7.1	10.9	68.2
უნგრეთი	7.3	10.2	69.6
ლატვია	6.5	10.2	60.5
ბელორუსი	5.8	8.8	70.6
უკრაინა	7.0	8.6	54.7
რუსეთი	5.4	8.5	64.4
<b>საქართველო</b>	<b>10.1</b>	<b>7.5</b>	<b>28.7</b>
თურქმენეთი	2.3	7.0	52.4
სომხეთი	4.7	6.6	43.5
ტაჯიკეთი	5.3	6.4	33.2
აზერბაიჯანი	5.8	3.7	23.6

წყარო: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია

ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯების ზრდის პარალელურად იზრდება ბიუჯეტის დანახარჯები ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში აღნიშნული მაჩვენებელი პრაქტიკულად 2-ჯერ გაიზარდა. ამასთან, იზრდება როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მომსახურების დაფინანსება. მართალია სტაციონარული მომსახურების დაფინანსებაზე 2011 წელს 2.5-ჯერ მეტი თანხა არის გათვალისწინებული, ვიდრე ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსებაზე, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ 2010 წლის მონაცემებთან შედარებით ამბულატორიულ მომსახურებაზე გამოყოფილი თანხების მოცულობა როგორც თანხობრივად, ასევე პროცენტულად, უფრო მეტად გაიზარდა.

## ცხრილი 2

ბიუჯეტის ხარჯები ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით						
კომპონენტი	ლონისძიება	2007	2008	2009	2010	2011
1. ამბულატორიული მომსახურება	ფსიქიატრიული ამბულატორიული მომსახურება		2,397.4	2,579.3	2,597.2	2,833.6
	ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია		70.1	70.1	70.1	70.1
	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა					151.0
	სულ		2,467.5	2,649.4	2,667.3	3,054.7
2. სტაციონარული მომსახურება	მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება			6,933.8	6,933.8	7,170.2
	ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება			100.7	151.0	120.0
	ფსიქოზური რეგისტრის აშლილობების მქონე პაციენტთა ურგენტული სტაციონარული მომსახურება			45.0	45.0	45.0
	ფსიქოპათიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება			48.0	144.0	144.0
	სულ		5,882.6	7,127.5	7,273.8	7,479.2
3. ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენცია	სულ					236.1
<b>სულ ბიუჯეტი</b>		<b>4,900.0</b>	<b>8,350.1</b>	<b>9,776.9</b>	<b>9,941.1</b>	<b>10,770.0</b>

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ასეთი ზრდის მიუხედავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე განეული დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში არცთუ მაღალია და მხოლოდ 2,11%-ს შეადგენს.

## ცხრილი 3

ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაფინანსებაზე განეული ხარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში	
აესტრალია	6.50 %
ჩილე	4.10 %
ფიჯი	1.70 %
საფრანგეთი	5.00 %
კენია	0.01 %
კორეა	3.00 %
რუმინეთი	3.00 %
სამხრეთ აფრიკა	2.70 %
აშშ	6.00 %
<b>საქართველო</b>	<b>2.11 %</b>

წყარო: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია



მსგავსი დაფინანსების პირობებში ჯანდაცვის სისტემა საქართველოში შემდეგი მაჩვენებლებით ხასიათდება.

**ცხრილი 4**

<b>ჯანმრთელობის დაცვის ძირითადი მაჩვენებლები</b>							
	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
ექიმების რიცხოვნობა სულ, ათასი	21,4	20,3	20,6	20,0	20,3	20,6	21,2
საშუალო სამედიცინო პერსონალის რიცხოვნობა სულ, ათასი	21,6	21,1	20,2	19,3	19,6	18,6	19,3
საავადმყოფოების რიცხვი, ერთეული	246	242	244	245	244	241	259
საავადმყოფოებში სანოლების რიცხვი, ათასი	17,8	17,1	16,5	14,6	14,1	13,6	12,1
ერთი ავადმყოფის საავადმყოფოში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა, დღე	8,6	7,7	7,4	7,3	6,8	6,2	6,4
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა რიცხვი, ერთეული*	1 113	1 123	1 124	1 140	1 090	1 604	1 691
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა სიმძლავრე (ერთ ცვლაში ავადმყოფთა მიღების საშუალო რიცხვი), ათასი	94,30	92,10	88,00	84,80	87,40	87,40	87,50
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში ექიმთან მიმართების რიცხვი წლის განმავლობაში (მათ შორის პროფილაქტიკის ჩათვლით), ათასი	7 583,9	7 738,7	8 081,7	6 961,8	7 530,1	7 073,7	7 623,3

\* 2009 წლიდან მოიცავს სოფლის ამბულატორიებსაც.

წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტატისტიკური ცნობარი.

როგორც ვხედავთ, ჯანდაცვის დაფინანსების ზრდის ფონზე ბოლო წლებში იზრდება როგორც ექიმთა რიცხვი, ასევე სამკურნალო დაწესებულებების რაოდენობა. თუმცა სახელმწიფოს მიერ ორიენტიაციის უფრო კომპაქტურ სამკურნალო დაწესებულებებზე ალების შედეგად შენარჩუნებულია სანოლთა რიცხვის შემცირების ტენდენცია. საავადმყოფოებში პაციენტთა ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობის მაჩვენებლის ბოლო წლებში არსებული კლების ტენდენცია 2010 წელს პირველად შეიცვალა ზრდის მიმართულებით. 2010 წელს ასევე გაიზარდა როგორც ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა რაოდენობა, ასევე მათი სიმძლავრე და წლის განმავლობაში მიმართვათა რიცხვი.

სამკურნალო დაწესებულებების რაოდენობის ზრდის ფონზე იზრდება ექიმთა რაოდენობა ქვეყანაში, თუმცა შედარებით ნაკლები ტემპით. ამასთან, ექიმთა საერთო რაოდენობის ზრდის ფონზე შემცირებულია ფსიქიატრთა რაოდენობა ქვეყანაში.

ექიმების რიცხოვნობა ცალკეული სპეციალობების მიხედვით							
	კაცი						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>ექიმები – სულ</b>	21,396	20,311	20,555	19,951	20,253	20,609	21,162
მათ შორის:							
თერაპევტები	2,470	1,951	1,966	1,875	1,885	1,403	1,263
ქირურგები	1,011	883	933	906	972	1,034	1,082
მეან-გინეკოლოგები	1,450	1,418	1,406	1,370	1,417	1,444	1,505
პედიატრები	1,812	1,706	1,674	1,585	1,509	1,269	1,208
ოფთალმოლოგები	362	347	353	354	350	364	366
ოტოლარინგოლოგები	324	292	291	307	326	327	359
ნევროპათოლოგები	658	609	612	593	634	610	615
<b>ფსიქიატრები და ნარკოლოგები</b>	<b>348</b>	<b>312</b>	<b>315</b>	<b>278</b>	<b>278</b>	<b>347</b>	<b>316</b>
ფთიზიატრები	166	177	138	143	145	153	154
დერმატოვენეროლოგები	270	247	240	214	240	206	245
რენტგენოლოგები და რადიოლოგები	365	347	326	363	396	398	444
სამკურნალო ფიზიკულტურისა და სპორტის ექიმები	67	50	58	45	52	51	44
სტომატოლოგები	1,071	1,091	1,049	1,033	974	909	1,004
სხვა	11,022	10,881	11,194	10,885	11,075	12,094	12,557

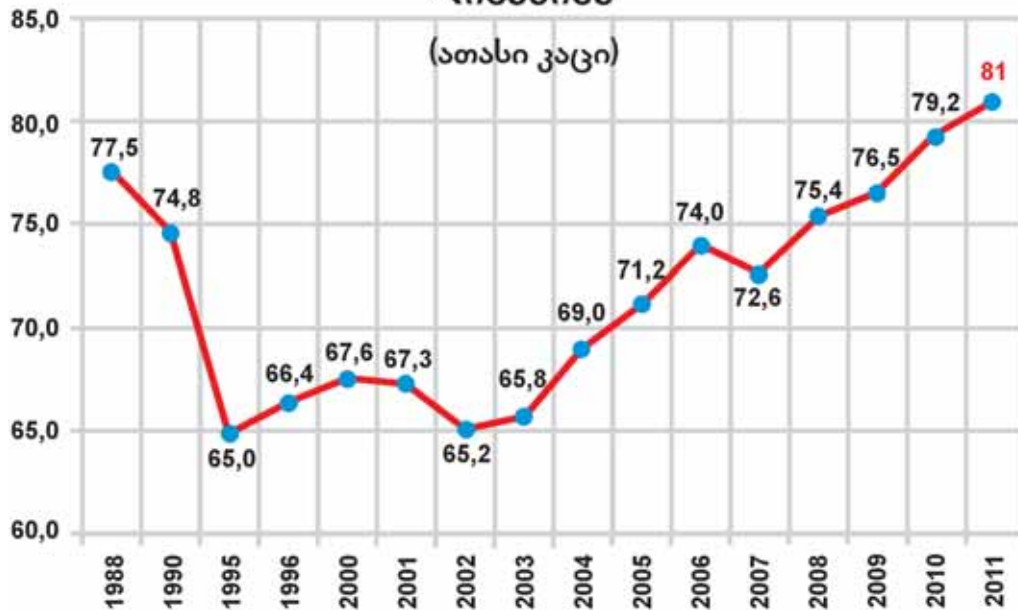
წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

ბოლო წლების მანძილზე საქართველოში სტაბილურად იზრდება ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის რეგისტრირებული შემთხვევები. 2010 წლისათვის მსგავსი 79 216 შემთხვევაა რეგისტრირებული (ექსპერტული გათვლებით აღნიშნული მაჩვენებელი 2011 წელს 81 000 ადამიანს შეადგენს), რაც წინა წლის ანალოგიურ მაჩვენებელზე 3.6%-ით მეტია.

### ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების შემთხვევების

#### დინამიკა

(ათასი კაცი)



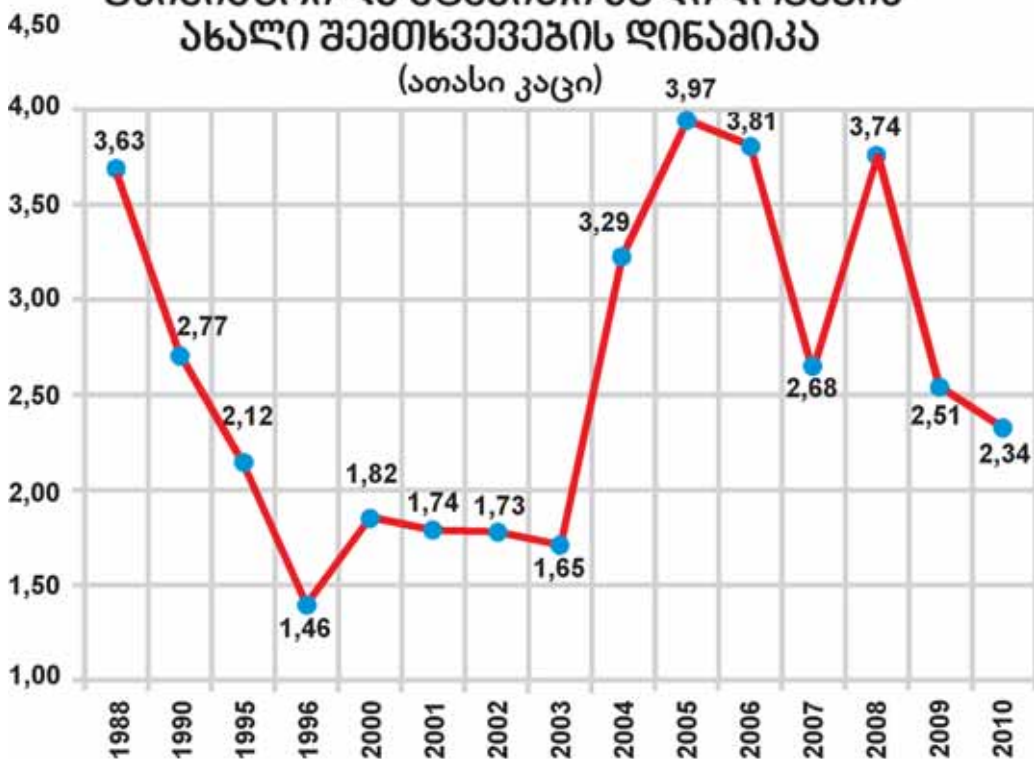
წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის შემთხვევათა ყოველწლიურად მზარდი დინამიკის პირობებში იკლებს ახალი შემთხვევების რაოდენობა. აღნიშნული მაჩვენებელი წინა წელთან შედარებით 6.6%-ით შემცირდა და 2.34 ათასი შეადგინა.

### ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების

#### ახალი შემთხვევების დინამიკა

(ათასი კაცი)



წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

თუ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთა სტრუქტურას შევხედავთ დაავადებათა ჯგუფების მიხედვით, ვნახავთ, რომ იგი წლების განმავლობაში პრაქტიკულად არ იცვლება და ძირითადი ნაწილი შიზოფრენია, შიზოტიპურ და ბოდვით აშლილობებზე და გონებრივ ჩამორჩენილობაზე მოდის (შესაბამისად 29.9 და 28.7 პროცენტები).

## ცხრილი 6

### რეგისტრირებულ ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთა რაოდენობა

	2009		2010	
	აღრიცხვაზე მყოფ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობა	ახალი შემთხვევები	აღრიცხვაზე მყოფ ავადმყოფთა საერთო რაოდენობა	ახალი შემთხვევები
<b>ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები – სულ</b>	<b>76 457</b>	<b>2 505</b>	<b>79 216</b>	<b>2 339</b>
ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით	10 885	481	11 491	453
ფსიქოპათიური ნივთიერებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი	2 147	47	2 161	22
შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობანი	22 832	699	23 686	724
გუნებ-განწყობის (აფექტური) აშლილობანი	5 495	282	5 504	209
ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობანი	8 552	147	8 712	77
ქცევითი სინდრომები დაკავშირებული ფიზიოლოგიურ დარღვევებთან და ფიზიკურ ფაქტორებთან	537	21	541	5
მოზრდილთა პერსონოლოგიური და ქცევითი აშლილობები	2 840	96	2 630	60
გონებრივი ჩამორჩენილობა	21 450	694	22 741	713
ფსიქიკური განვითარების დარღვევები	1 304	33	1 323	29
ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობანი	415	50	427	47

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით

## 2. საქართველოში არსებული ფსიქიატრიული სერვისების თავისებურებების შესწავლა და სუსტი და ძლიერი მხარეების გამოვლენა

გასული საუკუნის 60-იანი წლებიდან დასავლეთის ბევრ ქვეყანაში თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურები შეიქმნა. ამის პარალელურად მცირდებოდა ფსიქიატრიული საწოლების რაოდენობა, რომელიც ბოლო 30 წლის მანძილზე 100 000 მოსახლეზე საშუალოდ 200-250 საწოლიდან 50-150 საწოლამდე შემცირდა. საწოლების შემცირება გამოწვეული იყო იმ გარემოებით, რომ ახალი ტიპის სერვისების განვითარებამ ხარჯების ზრდის გარეშე, უფრო ღირსეული და ეფექტური მოვლისა და მკურნალობის საშუალება მოიცვა. 1980-იანი წლებიდან საქართველოში 100 000 მოსახლეზე საწოლების რაოდენობა 150-დან 33-მდე შემცირდა დღეისათვის. ოღონდ ჩვენთან ამ დინამიკას თან არ ახლდა საავადმყოფოს გარე ფსიქიატრიული სამსახურების განვითარება. ამკარაა, რომ საქართველოში ფსიქიატრიული სერვისის დეფიციტია.

საქართველოში არსებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის შესწავლა მოხდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კითხვარის WHO-AIMS მეშვეობით. გამოვლინდა არსებული სისტემის სუსტი და ძლიერი მხარეები.

მოსახლეობაში ფსიქიკური პრობლემების დროული დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ერთ-ერთ წინაპირობას ქვეყანაში ფსიქიატრიული სერვისების საკმარისი ხელმისაწვდომობა წარმოადგენს. ამ მხრივ მნიშვნელოვანია სერვისების სიმძლავრე, მათი გეოგრაფიული და მოსახლეობის სიმჭიდროვის მიხედვით განაწილება, ფინანსური ხელმისაწვდომობა, კადრების პროფესიული მომზადების დონე, ფსიქიატრიული სტიგმის დონე.

დღეს საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის შემდეგი სერვისებია წარმოდგენილი:

- საოჯახო მედიცინის ცენტრი;
- ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი;
- ფსიქიატრიული კაბინეტი;
- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი;
- სოციალურ-თერაპიული სახელოსნო;
- ფსიქიატრიული განყოფილება მწვავე პაციენტთათვის;
- ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარი;
- ძველი ტიპის ფსიქიატრიული საავადმყოფო.

იგულისხმება, რომ ოჯახის ექიმი არის პირველი, ვინც ამჩნევს პაციენტის ფსიქიკურ პრობლემას, საკუთარი ძალებით უმკლავდება მას ან რეფერალს აკეთებს ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში/ფსიქიატრის კაბინეტში. ფსიქიკური აშლილობის დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შემთხვევაში ძირითადად პაციენტს აღარ სჭირდება სხვა დამატებითი სერვისისთვის მიმართვა. თუმცა რიგ შემთხვევაში საჭირო ხდება სტაციონარული მკურნალობა ხანმოკლე ან ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში. ჩვეულებრივ ავადმყოფობის ქრონიკული მიმდინარეობისას აუცილებელი ხდება ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისის ჩართვა. დღეს ამ ტიპის სერვისი ქვეყანაში

საკმაოდ შეზღუდულია, რისი მიზეზიც არის როგორც პროფესიული კადრების სიმცირე, ასევე მატერიალურ-ტექნიკური ბაზით აღჭურვისა და ფინანსური უზრუნველყოფის მხრივ სირთულეები.

სტაციონარიდან განერის შემდეგ ხშირად პაციენტი აგრძელებს ამბულატორიაში მკურნალობას ან კერძოდ მიმართავს სპეციალისტს. ამბულატორიასა და სტაციონარს შორის მჭიდრო თანამშრომლობა აუცილებელი პირობაა იმისთვის, რომ მკურნალობა იყოს თანმიმდევრული და შედეგიანი.

სინამდვილეში სიტუაცია ხშირად გართულებულია მთელი რიგი მიზეზების გამო. კერძოდ, საოჯახო მედიცინის ცენტრს, ფსიქიატრიულ ამბულატორიასა და ფსიქიატრიულ სტაციონარს შორის რეფერირება არ ხდება დროულად. რიგ შემთხვევებში პაციენტი არ ხვდება სპეციალისტთან (ფსიქიატრთან) და დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესი ჩიანურდება. არის შემთხვევები, როცა არადიაგნოსტირებული და არასათანადოდ ნამკურნალები დეპრესიის ან ფსიქოზის შემთხვევები სუიციდით მთავრდება. ზოგჯერ ფსიქიატრიული პაციენტი, სანამ ის გადამხდელუნარიანია „ვერ აღწევს“ ფსიქიატრამდე.

დროული დიაგნოსტიკის ხელის შემშლელ მნიშვნელოვან ფაქტორად რჩება სერვისების არათანაბარი განაწილება ქვეყნის ტერიტორიაზე. მაგალითად, აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი და საავადმყოფო მხოლოდ ბათუმშია. მთიანი რეგიონების მოსახლეობამ ფსიქიატრთან რომ მიაღწიოს, იძულებულია 50-100 კილომეტრამდე იმგზავროს, რაც სოფლის პირობებში თითქმის წარმოუდგენელია. ქუთაისის ამბულატორიის ანაბარაა დარჩენილი რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთიც. ამბროლაურშიც კი არ არის მუდმივ შტატზე მომუშავე ფსიქიატრი ან ფსიქიატრიული მედდა. ანალოგიური სიტუაცია, განსხვავებული სპეციფიკით, სხვა რეგიონებშიც გვხვდება. სერვისში ჩართული 200-მდე ლიცენზირებული ფსიქიატრიდან 100-მდე ექიმი თბილისშია კონცენტრირებული, რეგიონებში კი კადრების მწვავე დეფიციტია. საერთოდ, პროფესიული კადრების საჭირო რაოდენობით მომზადება ფსიქიკურ აშლილობათა დიაგნოსტიკისთვის მეტად მნიშვნელოვანი პირობაა. ამ მხრივ პრობლემები საკმაოდ ბევრი და რთულია. აი ზოგიერთი მათგანი:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ტრენინგი სულ 2-3 დღე გრძელდება;
- არ არსებობს ექთნის ვინრო სპეციალიზაცია;
- ფსიქიატრი რეზიდენტები მხოლოდ სტაციონარულ ავადმყოფთან მუშაობენ და თითქმის არ აქვთ წარმოდგენა მთელ რიგ ფსიქიკურ აშლილობებზე;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემა არ ფუნქციონირებს.

დღეს საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისის დიდი ნაკლია მის შემადგენელ სხვადასხვა კომპონენტებს შორის კოორდინაციისა და თანამშრომლობის დაბალი დონე. არასაკმარისია რეფერალი პირველად ჯანდაცვას, ფსიქიატრიულ ამბულატორიას, სტაციონარსა და ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების გამახორციელებელ სერვისებს შორის. აღნიშნულის გამო პაციენტი ისე შორდება ერთ სერვისს, რომ რიგ შემთხვევაში ვეღარ აღწევს მეორეს. მაგალითად, სტაციონარიდან განერილი ავადმყოფი დაგვიანებით ან საერთოდ არ აკითხავს ამბულატორიას. შეწყვეტილი მკურნალობა რიგ შემთხვევაში ხდება ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავების მიზეზი.

ხშირად ამბულატორიისთვის მიმართვის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს პაციენტის სურვილი, რომ პენსია დაენიშნოს.

სახელმწიფო ფსიქიატრიული პროგრამის ამბულატორიულ კომპონენტში იგულისხმება, რომ ფსიქონევროლოგიური დისპანსერის მუშაკებმა საჭიროების შემთხვევაში ბინაზე ვი-

ზიტები უნდა განახორციელონ, სინამდვილეში კი ამის ტექნიკური და ფინანსური შესაძლებლობა დისპანსერების უმრავლესობას არ აქვს. ამბულატორიებში ერთ პაციენტზე თვეში დახარჯული თანხა (წამლის, პერსონალის, კომუნალური ხარჯი) საშუალოდ 10-15 ლარია (მაქსიმუმ 19 ლარი თვეში). აღნიშნული ბიუჯეტი პაციენტებისთვის ძალიან შეზღუდული რაოდენობისა და ძირითადად ძველი თაობის მედიკამენტების მიწოდების საშუალებას იძლევა, რაც არაა შესაბამისი ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინებისა. რიგ შემთხვევაში პაციენტი იღებს მხოლოდ 10-15 დღის წამალს, დანარჩენი კი მან თავად უნდა იყიდოს.

მრავალი პრობლემის გვერდით საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემას აქვს გარკვეული ძლიერი მხარეებიც. აი ზოგიერთი მათგანი:

- ფინანსური ხელმისაწვდომობა (გარკვეული ნოზოლოგიების შემთხვევაში);
- არსებობს სერვისების ქსელი, რომელიც შეიძლება გაძლიერდეს და განვითარდეს;
- არსებობს მეთოდოლოგიური ბაზები (სტაციონარები, ამბულატორიები, რეაბილიტაციის ცენტრი);
- არსებობს ინტელექტუალური რესურსი;
- ფსიქიატრიული რეფორმის ფარგლებში ხდება ფსიქიატრიის ინტეგრირება საერთო პროფილის სამედიცინო სერვისებში. გაიხსნა რამოდენიმე ახალი სტაციონარი. არის შესაძლებლობა პრინციპულად ახალი ტიპის სამსახურების დაარსებისა;
- წლების მანძილზე მუშაობს არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომელთაც საინტერესო გამოცდილება დაუგროვდათ. მათ მიერ განხორციელებული პროექტების ნაწილს აქვს პერსპექტივა, რომ სახელმწიფო ფსიქიატრიული პროგრამის ნაწილად იქცეს;
- ქვეყანაში არიან სამედიცინო და ფსიქოლოგიური განათლების მქონე ადამიანები, რომელთათვისაც შესაბამისი კვალიფიკაციის მიცემის შედეგად ფსიქიკური ჯანმრთელობის მართულობის სფეროში არსებული კადრების დეფიციტის შევსება შესაძლებელი გახდება. მათი მეშვეობით და სერვისებზე გამოყოფილი ფინანსების ზრდით უზრუნველყოფილი იქნება მოსახლეობის უკეთესი მომსახურება.

2010 წლის 5 ოქტომბერს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ დეკლარირებული ფსიქიატრიული რეფორმის ფარგლებში 1 წლის მანძილზე განხორციელდა მთელი რიგი ცვლილებები. ინფრასტრუქტურის განვითარებისათვის აქტიური სარემონტო სამუშაოები ჩატარდა საქართველოს მასშტაბით სხვადასხვა დაწესებულებებში. დაწესებულებების რეაბილიტაცია-აღჭურვა განხორციელდა, როგორც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად, ასევე საერთაშორისო მოთხოვნების გათვალისწინებით. ქ. თბილისში განყოფილებების რეაბილიტაცია-რეკონსტრუქცია დამთავრებულია 3 მულტიპროფილურ, 4 სპეციალიზებულ (აქედან 3 რეგიონშია) კლინიკაში, კერძოდ:

1. ქ. თბილისი, ქავთარაძის ქ. №21ა. სს „მ.ასათიანის სახელობის სამეცნიერო/კვლევითი ინსტიტუტის კლინიკა, რომელიც ანხორციელებს:
  - სტაციონარულ მომსახურებას:
    - (მწვავე) – 40 საწოლი
    - გრძელვადიანი (ქრონიკული) – 40 საწოლი
  - ამბულატორიულ მომსახურებას:
    - კრიზისული ინტერვენციული მომსახურება, შინ (ბინაზე) მოვლის სამსახურით;

2. ქ. თბილისი შპს „რეფერალური ჰოსპიტალი“ – ქ. თბილისი, ქინძმარაულის შესახვევი.
  - 30 სანოლიანი მწვავე მდგომარეობისათვის განკუთვნილი განყოფილება მოზრდილთათვის;
3. ქ. თბილისი, სს „აკად ო. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი“ – ქ. თბილისი, ლუბლიანას ქ. №2/6.
  - 30 სანოლიანი მწვავე მდგომარეობისათვის განკუთვნილი განყოფილება მოზრდილთათვის;
4. ქ. თბილისი შპს „№5 კლინიკური საავადმყოფო“ – ქ. თბილისი, თემქა.
  - 30 სანოლიანი მწვავე მდგომარეობისათვის განკუთვნილი განყოფილება მოზრდილთათვის;
  - 10 სანოლიანი მწვავე მდგომარეობისათვის განკუთვნილი განყოფილება ბავშვთათვის.
5. ქ. ქუთაისი - შპს „ქ. ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“ – ქ. ქუთაისი, ჩხოზაძის ქ. №20
  - გრძელვადიანი სტაციონარული მომსახურება 30 სანოლზე
  - ამბულატორიული მომსახურება;
6. ქ. ბათუმი – „რესპუბლიკური კლინიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო“ – აჭარა, დაბა ხელვაჩაური.
  - 30 სანოლიანი ქრონიკული მდგომარეობისათვის (თავშესაფრის ტიპის) განკუთვნილი განყოფილება.
  - ამბულატორიული მომსახურება;
7. ქ. რუსთავი – შპს „ქ. რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“ – ქ. რუსთავი, წმინდა ნინოს ქ. №5
  - 22 სანოლიანი ქრონიკული მდგომარეობისათვის (თავშესაფრის ტიპის) განკუთვნილი განყოფილება.
  - ამბულატორიული მომსახურება;

მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ახალ განყოფილებებში დაფინანსების ვაუჩერულ სისტემაზე გადასვლა. კერძოდ, მწვავე განყოფილებაში მკურნალობის შემთხვევა ფინანსდება 840 ლარის ფარგლებში, ხანგრძლივი დაყოვნების განყოფილებებში კი – თვეში 450 ლარით.

რამოდენიმე თვიანი გამოცდილება ცხადყოფს, რომ ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება დადებითად აღიქმება როგორც ფსიქიატრიის დარგის მუშაკების, ასევე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების მიერაც. ადამიანების ნაწილი, რომლებიც ძველ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არსებული ცუდი საცხოვრებელი პირობების გამო უარს ამბობდნენ სტაციონარულ მკურნალობაზე, ახალ განყოფილებებში მკურნალობაზე უკვე თანახმანი არიან. სამუშაო პირობების გაუმჯობესება დადებითად აისახა პერსონალის მოტივაციაზე და მკურნალობისა და მოვლის ხარისხზეც.

ამკარაა, რომ სტაციონართან დაკავშირებული ცვლილებების ფონზე არ ჩანს რა ბედი ელის ამბულატორიას. სინამდვილეში საავადმყოფოს გარე სერვისების განვითარება ინფრასტრუქტურის შექმნის თვალსაზრისით სტაციონარებზე გაცილებით იაფი ჯდება. დისპანსერების გამართული მუშაობა კი სტაციონარებზე მოთხოვნას და აქ განუვლ ხარჯებს ამცირებს.



შესაბამისად, დღეს ძალიან აქტუალურია რეფორმის ფარგლებში ყურადღების კონცენტრირება საავადმყოფოს გარე სერვისზე.

ამბულატორიული ტიპის ფსიქიკური ჯანმთელობის საზოგადოებრივი მომსახურების სერვისი საქართველოში ჯერჯერობით ნაკლებადაა განვითარებული. სახელმწიფო პროგრამა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების მხოლოდ მცირე ნაწილს ფარავს. ჯანმო (WHO)-ს მიერ უკვე დიდი ხანია (1995 წლიდან) გამოთქმულია მოსაზრება მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული სერვისების ჩამოყალიბების შესახებ.

ევროპის რამდენიმე ქვეყანაში ჩატარებული კვლევების შედეგები ადასტურებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული მომსახურების ეფექტურობას. წინამდებარე ანგარიშში ნაჩვენებია საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მიერ ჩატარებული კვლევა, რომელიც აფასებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული სამსახურის ეფექტურობას. ანგარიში აგრეთვე ასახავს ამ მომსახურებისთვის საჭირო ადამიანური და ფინანსური რესურსების მოცულობას.

### 3. თემა დაფუძნებული ამბულატორიული სერვისის მოდელის შეფუძნება და კილოტირება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული ამბულატორიული სამსახურის შექმნა საშუალო რესურსების ქვეყნისთვის ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციას წარმოადგენს (Mental Health, Balancing Institutional and community care, David McDaid and Graham Thornicroft, WHO 2005). უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში დასავლეთის დემოკრატიულ ქვეყნებში არსებულმა ფსიქიატრიულმა სამსახურმა მნიშვნელოვანი რეფორმა განიცადა. შედეგად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანები უფრო მეტ ხანს ატარებენ საზოგადოებაში, თავის ჩვეულ გარემოში და სულ უფრო ნაკლებ ხანს რჩებიან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. ეს შესაძლებელი გახდა თემზე დაფუძნებული სერვისის განვითარების შედეგად. ბიო-სამედიცინო მოდელიდან აქცენტი გადავიდა ბიო-ფსიქო-სოციალურ მოდელზე, მკურნალობის ბიოლოგიურ მეთოდებს კი დაემატა ფსიქო-სოციალური ინტერვენციები.

საქართველოში დღეს ფუნქციონირებს ფსიქიატრიული ამბულატორიების ქსელი (ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერები), რომლებიც ადგილზე და პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით კონსულტირებასა და მკურნალობას უნდა უზრუნველყოფდეს. თუმცა ბიუჯეტის სიმცირის, მატერიალურ ტექნიკური ბაზის სიმწირისა და სპეციალისტების ნაკლებობის გამო სახელმწიფო ფსიქიატრიული პროგრამით გათვალისწინებული ვალდებულებების სრულად შესრულება ვერ ხერხდება. იგივე სახელმწიფო პროგრამაში არსებული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კომპონენტი წელიწადში სულ 70 000-ით ფინანსდება. ეს დაფინანსება პაციენტთა ძალიან შეზღუდულ რაოდენობას ყოფნის (100 — 150 ადამიანი წელიწადში), ისიც მხოლოდ თბილისში, ქუთაისსა და თელავში.

ხარისხიანი სერვისის ხელისშემშლელ მნიშვნელოვან ფაქტორად რჩება სერვისების არათანაბარი განაწილება ქვეყნის ტერიტორიაზე. მაგალითად, აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერი და საავადმყოფო მხოლოდ ბათუმშია. მთიანი რეგიონების მოსახლეობამ ფსიქიატრთან რომ მიაღწიოს, იძულებულია 50-100 კილომეტრი იმგზავროს, რაც სოფლის პირობებში თითქმის წარმოუდგენელია. ქუთაისის ამბულატორიის ანაბარა დარჩენილი რაჭა-ლეჩხუმი-ქვემო სვანეთიც ამბროლაურშიც კი არ არის მუდმივ შტატზე მომუშავე ფსიქიატრი ან ფსიქიატრიული მედდა. ანალოგიური სიტუაცია, განსხვავებული სპეციფიკით, სხვა რეგიონებშიც გვხვდება.

დღეს საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისის დიდი ნაკლია მის შემადგენელ სხვადასხვა კომპონენტებს შორის კოორდინაციისა და თანამშრომლობის დაბალი დონე.

საავადმყოფოს გარე სერვისის დაბალი ხელმისაწვდომობა ხშირი რეჰოსპიტალიზაციის მიზეზია. იმის გამო, რომ სტაციონარიდან განერილი პაციენტი არ აკითხავს ამბულატორიულ სამსახურს, თვით ამ სამსახურს კი არ აქვს შესაძლებლობა, რომ მობილური სამსახური იქონიოს, მკურნალობის პროცესი წყდება და ფსიქიკური მდგომარეობა კვლავ მწვავედება.

ევროპის ქვეყნებში მიღებული გამოცდილება ადასტურებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული მომსახურების ეფექტურობას. წინამდებარე ნაშრომში ნაჩვენებია საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მიერ ჩატარებული რანდომიზებული, ბრმა კვლევა, რომელიც აფასებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული სამსახურის ეფექტურობას საქართველოში.

### 3.1 კვლევის მიზანი

კოალიციის მიერ ჩატარებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის თემზე დაფუძნებული სერვისის ეფექტის შეფასება ჩვეულებრივ მომსახურებასთან (სტანდარტულ პაკეტთან) შედარებით ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტების კლინიკური გამოსავლისა და სოციალური ფუნქციონირების შესწავლის გზით.

### 3.2 ჰიპოთეზა

შეთავაზებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალიზებული თემზე დაფუძნებული მომსახურება (თემზე დაფუძნებული სერვისის პაკეტი) უფრო ეფექტურია ვიდრე დღეს ქვეყანაში მოქმედი ამბულატორიული სამსახურის მიერ უზრუნველყოფილი მკურნალობა (სტანდარტული პაკეტი).

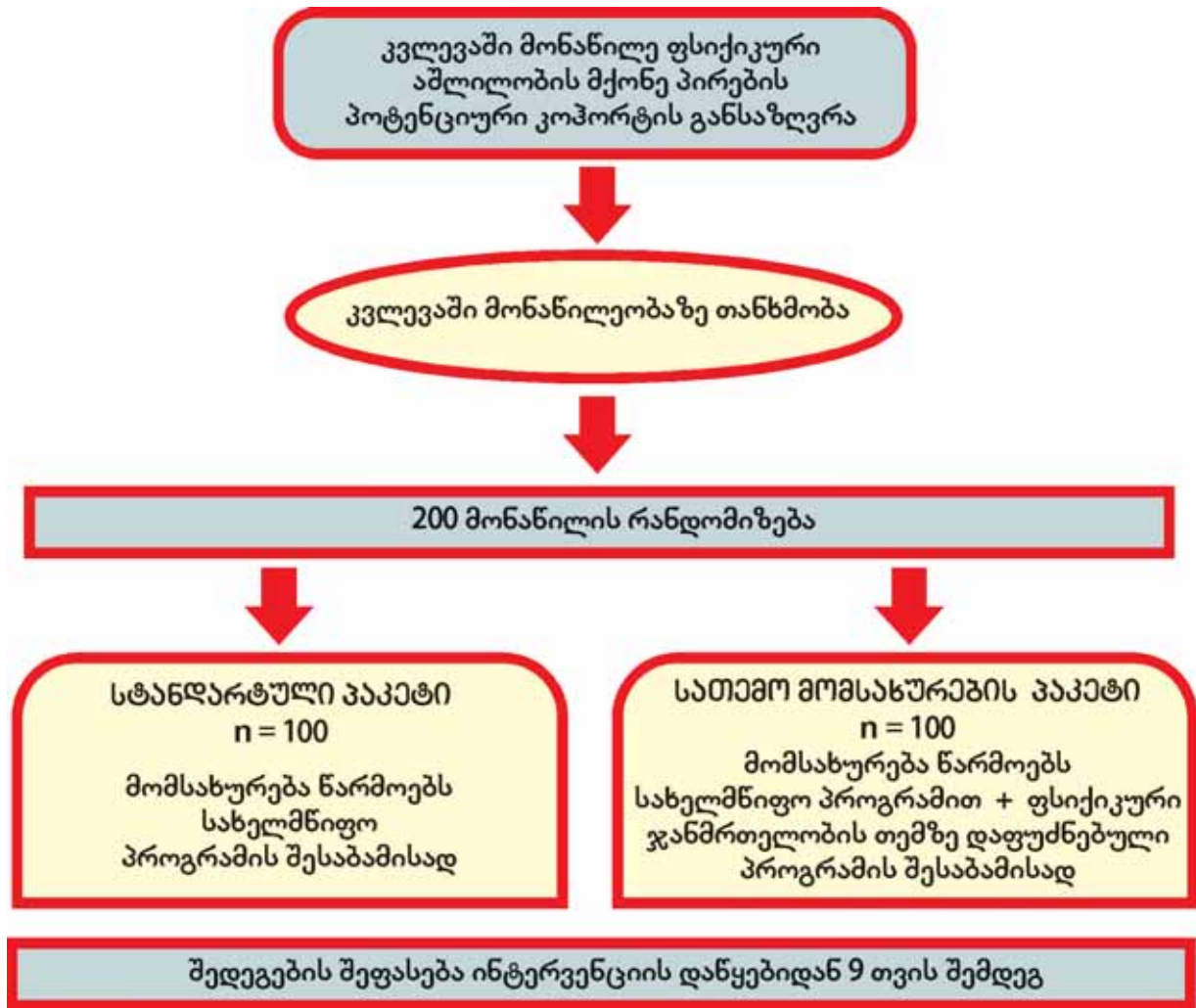
### 3.3 კვლევის დიზაინი

განხორციელდა რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებისათვის განეული თემზე დაფუძნებული მომსახურებისა და დღეისათვის სახელმწიფო ფსიქიატრიული პროგრამით გათვალისწინებული (სტანდარტული) მომსახურების ეფექტურობის შედარებითი ანალიზისათვის.

რანდომიზაციის გზით შეიქმნა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ორი ჯგუფი:

- SC (სტანდარტული მომსახურების) ჯგუფი: პაციენტები, რომლებიც იღებდნენ სტანდარტულ ფსიქიატრიულ მომსახურებას (არსებული პაკეტი);
- CC (სათემო მომსახურების) ჯგუფი: პაციენტები, რომლებიც სტანდარტულ მომსახურებასთან ერთად იღებდნენ ახალ მომსახურებას.

ნახ. 1. კვლევის სქემატური გამოსახულება



### 3.4 სამიზნე პოპულაცია

- ა) პირები, რომლებიც მკურნალობდნენ მ.ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის პოლიკლინიკაში სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში და რომლებიც ცხოვრობდნენ ქ. თბილისის ცენტრალურ რაიონებში;
- ბ) 18 წელზე უფროსი ასაკის პირები;
- გ) პირები, რომლებიც საუბრობდნენ ქართულ ან/და რუსულ ენაზე.

### 3.5 ეთიკური მოსაზრებები და მონაწილეობაზე თანხმობა

კვლევაში ჩართვამდე პაციენტი ან მისი მომვლელი ეცნობოდა წერილობითი თანხმობის ფორმას. კვლევაში ჩართვა ხდებოდა მათი თანხმობის შემთხვევაში. კვლევაში ჩართვის პროცენტი აღმოჩნდა მაღალი, ვინაიდან სპეციალიზებული, დამატებითი სერვისები რუტინულად ხელმისაწვდომი არ არის, პროექტის ფარგლებში კი მოხდა მათი უფასოდ შეთავაზება.

### 3.6 რანდომიზაცია ჯგუფებში

კვლევაში ჩართული პაციენტების რანდომიზება სტანდარტულ ჯგუფში მოხდა პირობითი სახელწოდებით SC ჯგუფი (ინტერვენციის გარეშე, სტანდარტული პაკეტი) და ინტერვენციის ჯგუფი პირობითი სახელწოდებით CC ჯგუფი (სათემო მომსახურების ჯგუფი). პროექტის ყველა მონაწილეს მიენიჭა საიდენტიფიკაციო ნომერი და ჯგუფის ნომერი. მონაწილეები რანდომულად (შემთხვევითი წესით) გადანაწილდნენ ჯგუფებში კომპუტერული პროგრამით გენერირებული რანდომული სიის შესაბამისად. აღნიშნულ სიაში შევიდა ყველა ის პიროვნება, რომელსაც ჰქონდა ფსიქიკური აშლილობა და ცხოვრობდა იმ გეოგრაფიულ რაიონში, რომელიც იფარებოდა პროექტით. კვლევაში მონაწილე პირთა საერთო რაოდენობამ შეადგინა 200.

### 3.7 ინტერვენცია

თანხმობის ფორმის შევსების დროს თითოეულ მონაწილეს ავუხსენით, რომ შემთხვევითი შერჩევის შედეგად მათთვის შეიძლება შეგვეთავაზებინა დამატებითი სამკურნალო/რეაბილიტაციის სერვისი. კვლევაში მონაწილე პირები შემთხვევითად იქნებოდნენ გადანაწილებულნი საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში.

მონაწილეები, რომლებიც განაწილდებოდნენ სტანდარტული (არსებული) მომსახურების ჯგუფში, არ მიიღებდნენ არანაირ დამატებით მომსახურებას. მათ გაენიჭათ ჩვეულებრივი (არსებული) მომსახურება, თუმცა მათზე განხორციელდებოდა დამატებითი მონიტორინგი შემდგომი ვიზიტებისა და სამკურნალო ღონისძიებების მიმღებლობის აღრიცხვის მიზნით. მკურნალობა მოიცავდა სამკურნალო პრეპარატებს, რომლებიც განაწილდებოდა უფასოდ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. ინტერვენციის ჯგუფში განაწილებული პაციენტები მიიღებდნენ პროექტის ფარგლებში შეთავაზებულ კომპლემენტარულ მკურნალობას.

### 3.8 სათემო (კომპლემენტარული) ინტერვენციის აღწერილობა

9 თვის მანძილზე ინტერვენციის ჯგუფთან იმუშავა მულტიდისციპლინურმა გუნდმა, რომელშიც შედიოდნენ ფსიქიატრები, ექთნები, ფსიქორეაბილიტაციის სპეციალისტები, სოციალური თერაპევტები და სოციალური მუშაკი. მულტიდისციპლინური გუნდი ანხორციელებდა შემთხვევის მართვას. შემთხვევის მართვის მეთოდი გვაძლევს საშუალებას მომსახურება მაქსიმალურად მივუსადაგოთ მომხმარებლის ინდივიდუალურ საჭიროებებს. მულტიდისციპლინური გუნდის არსენალში იყო შემდეგი მეთოდები: სახელმწიფო ფსიქიატრიული პროგრამით განხორციელებული მომსახურება + საჭიროების შემთხვევაში: დამატებითი ფსიქოტროპული მედიკამენტები, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია (მობილური ჯგუფი; ერგო-თერაპია; ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპია; კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია; სოციალურად დამოუკიდებელ უნარ-ჩვევათა პროგრამა აუცილებელი დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის; სოციალური კომპეტენციურობის ტრენინგი) და სოციალური თერაპია.

### **3.9 გამოყენებული ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა მოიცავდა შიდა ელემენტებს:**

#### **ა. ეროვნული თერაპია**

თერაპიის მიზანია ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე სოციალურად უნარ-შეზღუდულ პირთა კრეატიული, შემოქმედებითი უნარ-ჩვევების განვითარება, კოგნიტური უნარების გაუმჯობესება.

#### **ბ. სოციალურად დამოუკიდებლად ცხოვრების უნარ-ჩვევათა პროგრამა (SILS)**

აღნიშნული პროგრამა მოიცავს მრავალ მოდულს, რომლებიც ერთ პრინციპზეა აგებული და ემსახურება სოციალურად დამოუკიდებლად ცხოვრებისათვის საჭირო რომელიმე კონკრეტული სოციალური უნარ-ჩვევის გაუმჯობესებას, აღდგენას. საქართველოში დანერგულია შემდეგი 2 მოდული:

##### **სიმპტომების კონტროლის მოდული**

გამიზნულია, რათა ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებმა მიიღონ ცოდნა საკუთარ დაავადებაზე, ისწავლონ რეციდივის თავიდან არიდება, რეზისტენტული სიმპტომების მართვა და ნარკოტიკების მიღებაზე უარის თქმა.

##### **მკურნალობის მართვის მოდული**

გამიზნულია, რათა ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებმა ისწავლონ მედიკამენტების დამოუკიდებლად სწორად მიღება, პრეპარატების გვერდითი ეფექტების გამოცნობა.

#### **გ. ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული მოდელი (IPT)**

ფსიქოთერაპიული პროგრამა მოიცავს საფეხურებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანების კოგნიტური უნარების გავარჯიშებას და გაუმჯობესებას, დამოუკიდებელი სოციალური უნარ-ჩვევების გამომუშავებას და ინტერპერსონალური პრობლემების გადაწყვეტის დასწავლას.

#### **დ. კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია (CBT)**

კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია არის ფსიქოთერაპიული მიდგომა, რომელიც კოგნიტური და ბიჰევიორული ტექნიკების კომბინაციას წარმოადგენს. იგი მიზნად ისახავს დისფუნქციურ ემოციებთან და კოგნიციებთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარებას. CBT-ში გამოიყენება მიზანზე ორიენტირებული სტრუქტურირებული პროცედურები, რომელიც ფსიქოთერაპიის დროს აქცენტს აკეთებს პრინციპზე აქ და ამჟამად.

#### **ე. სოციალური კომპეტენტურობის ტრენინგი**

ეს არის სტრუქტურირებული თერაპიული ჯგუფური სატრენინგო პროგრამა, რომელიც იყენებს ძირითადად ბიჰევიორულ ტექნიკებს და ემსახურება შემდეგი უნარების დასწავლა-გაუმჯობესებას:

- ახლო ურთიერთობების გაუმჯობესება;
- უცხო პირებთან კეთილგანწყობის მოპოვება;
- საკუთარი უფლებების დაცვა;

- დაავადების შესახებ საუბრის სწორად წარმართვა.

ზემოთ მოყვანილი თერაპიული ღონისძიებები ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის ბაზაზე კვირაში ორჯერ ტარდებოდა.

### ვ. სოციალური თერაპია

სოციალური თერაპია ეყრდნობა ადამიანის შესახებ ჰოლისტიურ გაგებას. ის გამოიყენება ზრდასრული, საშუალო და მძიმე გონებრივი შეფერხების მქონე პირთა რეაბილიტაციისა და სოციალური ინტეგრაციის მიზნით. სოციალური თერაპიის მეთოდი ითვალისწინებს ბენეფიციარათვის ისეთი გარემოს შექმნას, სადაც მაქსიმალურად გამოვლინდება და განვითარდება მათი უნარები, დაკმაყოფილება მათი ინტერესები და საჭიროებები სოციუმში ინტეგრირების კუთხით.

აღნიშნული თერაპიული ჩარევა განხორციელდა თბილისის ივ. ჯავახიშვილის სახ. უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა დეპარტამენტის ფსიქოლოგიის მიმართულებასთან არსებულ სოციალურ თერაპიულ სახელოსნოში. სახელოსნოში ბენეფიციარების დრო სტრუქტურირებული იყო. დღის განმავლობაში შრომის, დასვენების და მხატვრული აქტივობები რიტმულად ენაცვლებოდა ერთმანეთს. სახელოსნო მუშაობდა ყოველ დღე შაბათ-კვირის და ოფიციალური დასვენებების გარდა.

სოციალურ თერაპიულ სახელოსნოში ბენეფიციარები ითვისებდნენ ბლოკნოტებისა და რვეულების კეთების, აგრეთვე ასლების გადამღებ აპარატზე მუშაობის უნარ-ჩვევებს.

სოციალურ-თერაპიულ სახელოსნოში კვლევის ჩატარება დაიგეგმა დღის ცენტრების სახელმწიფო სტანდარტის მიღებამდე. ამიტომ, აქ სრულად ვერ იქნა გათვალისწინებული ამ სტანდარტების მოთხოვნები. სტანდარტების პირობების დაკმაყოფილების შემთხვევაში სოციალურ თერაპიული სახელოსნოს ხარჯები ორჯერ მოიმატებს.

### ზ. მობილური ჯგუფი

მობილური ჯგუფის შემადგენლობაში შედიოდნენ: ფსიქიატრი, ექთანი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი-ფსიქოთერაპევტი და მძღოლი. მობილური ჯგუფი მუშაობდა უპირატესად იმ პაციენტებთან, რომელთაც ბინაზე ვიზიტები სჭირდებოდათ, რათა მათი გააქტიურება და დანარჩენ სერვისებში — თერაპიებში ჩართვა მოხერხებულიყო. სოციალური მუშაკი ეხმარებოდა ბენეფიციარებს სოციალური საკითხების გადაჭრაში.

## 3.10 კვლევის შედეგის განსაზღვრა

პაციენტებზე შემდგომი ინდივიდუალური დაკვირვება წარმოებდა 9 თვის განმავლობაში.

განისაზღვრა ქვემოთ ჩამოთვლილი რაოდენობრივი შედეგები:

- ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გატარებული სანოლდლების რაოდენობა ინტერვენციის 9 თვის მანძილზე, როგორც საკვლევ, ისე საკონტროლო ჯგუფში;
- ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გატარებული სანოლდლების რაოდენობა ინტერვენციამდე, ანალოგიური 9 თვის მანძილზე, როგორც საკვლევ, ისე საკონტროლო ჯგუფში.

კვლევაში გამოყენებულ იქნა **DSM-IV-ის V ლერძი – ფუნქციონირების გლობალური შეფასების (GAF) შკალა**. ფუნქციონირების გლობალური შეფასების (GAF) შკალა

გამოიყენება ფსიქიკური დაავადებების მქონე პაციენტების სოციალური, შრომის და ფსიქოლოგიური ფუნქციონირების შესაფასებლად, რაც აისახება 0-დან 100-მდე ქულით. აღნიშნული შკალით შეფასება არ მოიცავს ფიზიკური და გარემო ფაქტორებით გამოწვეული ფუნქციონირების დარღვევის შესახებ ინფორმაციას. კვლევაში მონაწილე ინდივიდების ფუნქციონირების საერთო დონის შესაფასებლად წარმოებდა ფსიქიატრიული ინტერვიუ, რომელსაც ობიექტურობის გაზრდის მიზნით ორი ფსიქიატრი ატარებდა. კონსილიუმის წესით ხდებოდა ყოველი მონაწილისთვის GAF-ის შესაბამისი ქულის მინიჭება. ინტერვიუები წარმოებდა ბრმა მეთოდით, ინტერვიუებმა არ იცოდნენ კვლევის არსი და აგრეთვე ის, თუ კვლევის რომელი მონაწილე რომელ ჯგუფში იყო განაწილებული.

ინტერვენციის დაწყებამდე და ინტერვენციის დამთავრების შემდეგ პაციენტთა ფუნქციონირების გლობალური შეფასება წარმოებდა ბრმა მეთოდით. ინტერვიუებებს არ ჰქონდათ წარმოდგენა პაციენტის თავდაპირველი მახასიათებლების და მკურნალობის დეტალების შესახებ (რომელი პაციენტი იყო ინტერვენციის და რომელი საკონტროლო ჯგუფიდან). ობიექტურობის გაზრდის მიზნით GAF შკალის მიხედვით შეფასება წარმოებდა კონსილიუმის წესით.

### 3.11 მონაცემთა მართვა და სტატისტიკური ანალიზი

მონაცემთა შეყვანა, მართვა და ანალიზი განხორციელდა სტატისტიკური პროგრამის SPSS, version 16.0 გამოყენებით. კვლევაში მონაწილეთა მონაცემების ანალიზი მოხდა მათთვის მინიჭებული რანდომული ჯგუფების მიხედვით. გამოთვლილ იქნა პაციენტის მახასიათებლების (საწოდლებების რაოდენობა) სიხშირე და შეფასდა ფარდობითი რისკი 95%-იანი სარწმუნოების ინტერვალით. ორმხრივი ალბათობის სიდიდე, რომელიც ნაკლებია 0.05-ზე, ჩაითვალა სტატისტიკურად სარწმუნოდ. გამოყენებულ იქნა ხი-კვადრატის ტესტი თვისობრივი ცვლადების შესადარებლად ან ალტერნატიულად ფიშერის ზუსტი ტესტი შესაბამის შემთხვევებში (მცირე ჯგუფებისთვის). უწყვეტი ცვლადების ანალიზი განხორციელდება Student's t ტესტის გამოყენებით. არაპარამეტრული მეთოდებიდან ვიყენებდით მან-უიტნის ტესტს.

### 3.12 საკვლევი პოპულაციის ზომა

კვლევისათვის შეგროვილი ინფორმაცია ეყრდნობა ჯანმრთელობის, შრომისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის) სტატისტიკურ ცნობარს, მაგრამ ვინაიდან ქვეყანაში ეპიდზედამხვედელი ნაკლოვანებების გამო, ოფიციალური მონაცემები მწირია, ინფორმაცია შეგროვდა აგრეთვე უშუალოდ ფსიქიატრიული დაწესებულებების და იქ მომუშავე შტატის ოფიციალური ჩანაწერებიდანაც. ამ მონაცემების მიხედვით, საქართველოში ფსიქიატრიული დაავადების მქონე თითოეული პაციენტი სპეციალიზირებულ საავადმყოფოში საშუალოდ 5 დღეს ატარებს. საკვლევი პოპულაციის ზომის დასადგენად ჩვენ გამოვიყენეთ 95% კვლევის სიმძლავრე და 0.05-ის ტოლი ალფას ორმხრივი დონე და დავადგინეთ, რომ 200 პაციენტი (100 თითოეულ ჯგუფში) უნდა ყოფილიყო ჩართული კვლევაში. კვლევის ხანგრძლივობა განისაზღვრა 9 თვით.



### 3.11 კვლევის სანდოპლივობა

კვლევის პერიოდი: 2010 წლის სექტემბერი – 2011 წლის ივლისი. აქედან პირველი 2 თვე დაჭირდა ინტერვენციის ჯგუფში მოხვედრილი პაციენტებისთვის ინდივიდუალური გეგმის შედგენას, ხოლო 9 თვე უშუალოდ ინტერვენციას.

### 3.14 კვლევის შედეგები

კვლევაში სულ ჩართული იყო 216 სუბიექტი. მათგან რანდომიზაციის გზით შეიქმნა ორი ჯგუფი:

საკვლევი ჯგუფი – 109 საკვლევი პირი, რომელიც იღებდა სათემო მომსახურებას;

საკონტროლო ჯგუფი – 107 საკვლევი პირი, რომელიც იღებდა სტანდარტულ მომსახურებას.

კვლევის ორივე დროით მომენტში (ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ) საკვლევი პირების ქულებით შეფასება მოხერხდა 183 სუბიექტისთვის (84,7%), ამდენად, კვლევის განმავლობაში საკვლევი პირების დანაკარგის სიდიდემ (Loss to follow-up) შეადგინა 15,3%.

კვლევაში დარჩენილი 183 სუბიექტის გადანაწილება შემდეგი სახით მოხდა:

საკვლევი ჯგუფი – 91 საკვლევი პირი;

საკონტროლო ჯგუფი – 92 საკვლევი პირი.

ცხრილი 7

სხვაობა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის ასაკისა და სქესის მიხედვით			
ფაქტორი	საკვლევი ჯგუფი (n=91)	საკონტროლო ჯგუფი (n=92)	ჯგუფებს შორის განსხვავების სტატისტიკური სარწმუნოება
ასაკობრივი ჯგუფი			
< = 40 წლ.	40 (44%)	32 (34.85)	$\chi^2 = 1.61$ $p = 0.2$
> 40 წლ.	51 (56%)	60 (65.2%)	
სქესი			
მამრ.	43 (47.3%)	32 (34.85)	$\chi^2 = 0.27$ $p = 0.6$
მდედრ.	48 (52.7%)	60 (65.2%)	

ცხრილი7-დან ჩანს, რომ სტატისტიკურად სანდო რაიმე განსხვავება საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფს შორის ასაკისა და სქესის მიხედვით არ დაფიქსირებულა.

ცხრილი 8

ტესტის ქულათა გაუმჯობესების მაჩვენებელი				
ჯგუფი	გაუმჯობესების საშუალო მნიშვნელობა	საშუალო სტანდარტული შეცდომა	t სტატისტიკის მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოება p
საკვლევი	6.58	1.45	2.13	0.035
საკონტროლო	2.46	1.45		

როგორც ცხრილ 8-შია ნაჩვენები, საკვლევ ჯგუფში გაუმჯობესების მაჩვენებელი სტატისტიკურად სარწმუნოდ უფრო მაღალი იყო საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით. ქულათა სხვაობამ შეადგინა 4,12 ერთეული.

ცხრილი 9

ტესტის ქულათა გაუმჯობესება პაციენტთა რაოდენობის მიხედვით			
	ტესტის ქულები გაუმჯობესდა	ტესტის ქულები არ გაუმჯობესდა	ჯამი
საკვლევ ჯგუფი	70 (76.9 %)	21 (23.1 %)	91
საკონტროლო ჯგუფი	46 (50%)	46 (50%)	92
<b>ჯამი</b>	<b>116</b>	<b>67</b>	<b>183</b>

ასევე განხორციელდა ანალიზი იმისა, თუ საკვლევ პირების რა რაოდენობასთან (რამდენ პროცენტში) ჰქონდა ადგილი ტესტის ქულათა გაუმჯობესებას და იყო თუ არა განსხვავება ამ მაჩვენებლის მიხედვით საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის. აღმოჩნდა, რომ საკვლევ ჯგუფში გაუმჯობესებას მნიშვნელოვნად უფრო ხშირად ჰქონდა ადგილი (76,9%) ვიდრე საკონტროლო ჯგუფში (50%). ეს განსხვავება სტატისტიკურად მაღალსარწმუნო იყო ( $\chi^2$  სტატისტიკის მნიშვნელობა = 14,29, სტატისტიკური სარწმუნოობა  $p < 0.001$ ).

ცხრილი 10

GAF ქულათა რაოდენობა კვლევის დაწყების მომენტში				
ჯგუფი	GAF ქულათა რაოდენობა კვლევის დაწყების მომენტში	საშუალო სტანდარტული შეცდომა	t სტატისტიკის მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნოობა p
საკვლევ	40.62	1.61	2.43	0.016
საკონტროლო	46.34	1.72		

კვლევისას განხორციელდა ტესტის ქულათა აბსოლუტური მაჩვენებლის შედარება ინტერვენციის დაწყების მომენტისთვის. სტატისტიკურად სარწმუნოდ უფრო მაღალი საშუალო მაჩვენებელი გამოვლინდა საკონტროლო ჯგუფში საკვლევ ჯგუფთან შედარებით, რაც იმას ნიშნავს, რომ მიუხედავად რანდომიზაციისა, საკვლევ ჯგუფში მოხვედრილი პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობა და ფუნქციონირების ზოგადი დონე უფრო მძიმე იყო საკონტროლო ჯგუფში შემავალ სუბიექტებთან შედარებით.

GAF ქულათა რაოდენობა კვლევის დამთავრებისას				
ჯგუფი	ქულათა რაოდენობა კვლევის დამთავრების მომენტში	საშუალო სტანდარტული შეცდომა	t სტატისტიკის მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნობა p
საკვლევი	47.20	1.53	0.69	0.49
საკონტროლო	48.79	1.73		

ინტერვენციის დასაწყისში არსებულმა განსხვავებამ დაკარგა სტატისტიკური სარწმუნობა კვლევის დამთავრების მომენტისათვის, რაც იმას ნიშნავს, რომ 9 თვიანი ინტერვენციის შედეგად საკვლევ ჯგუფში შემავალი პაციენტების ფსიქიკური მდგომარეობა და სოციალური ფუნქციონირების დონე იმდენად გაუმჯობესდა, რომ დაენია საკონტროლო ჯგუფის მაჩვენებელს.

ინტერვენციის ეფექტურობის კორელაცია ასაკსა და სქესთან				
ფაქტორი	გაუმჯობესების საშუალო მნიშვნელობა	საშუალო სტანდარტული შეცდომა	t სტატისტიკის მნიშვნელობა	სტატისტიკური სარწმუნობა p
<b>ასაკი</b>				
< = 40 წლ.	5.18	1.36	0.55	0.58
> 40 წლ.	4.07	1.35		
<b>სქესი</b>				
მამრ.	5.79	1.32	1.61	0.11
მდედრ.	3.27	1.44		

ტესტის ქულათა გაუმჯობესების მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო ახალგაზრდა ასაკის (40 წლის და ნაკლები ასაკის პირები) და მამრობითი სქესის საკვლევ პირებში, თუმცა ეს განსხვავება არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო, რაც იმას ნიშნავს, რომ ინტერვენციის ეფექტურობის ხარისხი არ კორელირებს ასაკსა და სქესთან.

მდგომარეობის გაუმჯობესების სიხშირის კორელაცია ასაკსა და სქესთან			
ფაქტორი	საკვლევი პირები ტესტის ქულათა გაუმჯობესებული მაჩვენებლით (n=116)	საკვლევი პირები, ვისაც ტესტის ქულათა გაუმჯობესება არ აღენიშნათ (n=67)	ჯგუფებს შორის განსხვავების სტატისტიკური სარწმუნობა
ასაკობრივი ჯგუფი			
< = 40 წლ.	44 (61.1%)	28 (38.9%)	$\chi^2 = 0.27$ $p = 0.6$
>40 წლ.	72 (64.9%)	39 (35.1%)	
სქესი			
მამრ.	57 (63.3%)	33 (36.7%)	$\chi^2 = 0.00$ $p = 0.99$
მდედრ.	59 (63.4%)	34 (36.6%)	

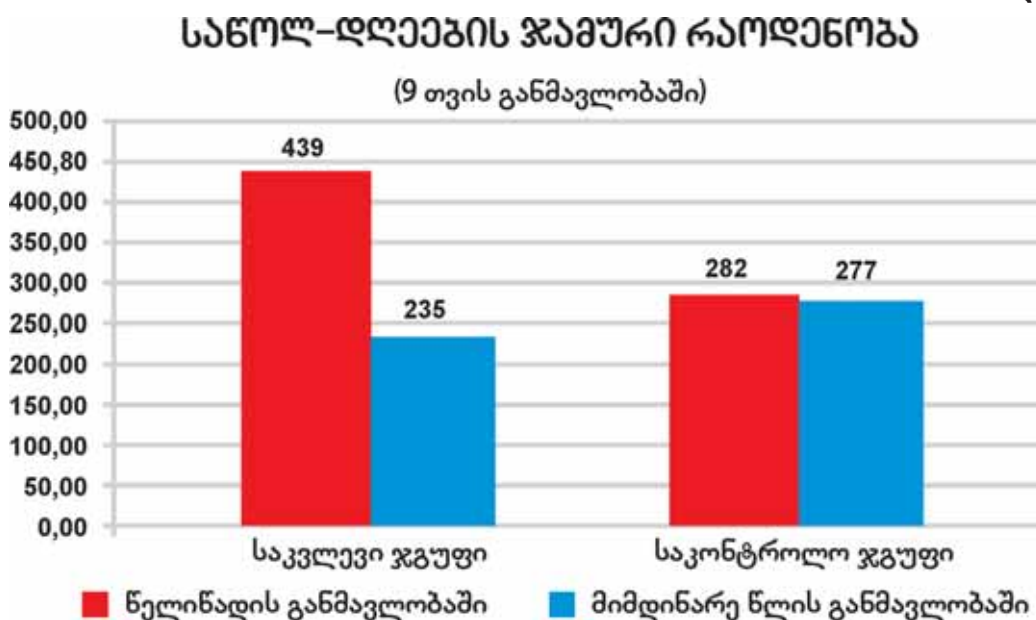
როგორც ცხრილი 13-დან ჩანს, ტესტის ქულათა გაუმჯობესების სიხშირე სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ განსხვავდებოდა ასაკისა და სქესის განაწილების თვალსაზრისით. ინტერვენციის შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების სიხშირე არ კორელირებს ასაკსა და სქესთან.

**ინტერვენციის გავლენა საწოდებულების რაოდენობაზე**

საკვლევ ჯგუფში კვლევის 9 თვის მანძილზე საწოდებულების ჯამური მნიშვნელობა 235 იყო, ხოლო წინა წლის ანალოგიური პერიოდის განმავლობაში კი 439. ამ შემცირებამ შეადგინა 2,24 საწოდებუ ერთეულზე 9 თვიანი პერიოდის განმავლობაში.

საკონტროლო ჯგუფში კვლევის 9 თვის მანძილზე საწოდებულების ჯამური მნიშვნელობა 277 იყო, ხოლო წინა წლის ანალოგიური პერიოდის განმავლობაში 282. ამ შემცირებამ შეადგინა 0,05 საწოდებუ ერთეულზე 9 თვიანი პერიოდის განმავლობაში.

დიაგრამა 8



საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის საწოდებულების განსხვავებამ ერთეულზე 9 თვიანი პერიოდის განმავლობაში შეადგინა 2,19 საწოდებუ.

## 4. ინტერვენციის შედეგების თვისობრივი ანალიზი

ინტერვენციის შედეგების ანალიზისას, რაოდენობრივი მაჩვენებლების გაუმჯობესებასთან ერთად გამოიკვეთა თვისობრივი ცვლილებები. ბენეფიციარებთან, მათ ოჯახის წევრებთან და პროექტში ჩართულ სერვისის მიმწოდებელ პროფესიონალებთან გასაუბრებამ საშუალება მოგვცა, დაგვეჩვენა მინოდებული სერვისის მიმართ მათი სუბიექტური დამოკიდებულება, გაგვეგო, თუ რა დადებითი ან უარყოფითი მხარეები ჰქონდა თემზე დაფუძნებულ მიდგომას.

გამოჩნდა, რომ რეაბილიტაციურ პროგრამებში ჩართული პაციენტები ძალიან კმაყოფილები იყვნენ მინოდებული სერვისით. ისინი გამოხატავდნენ სიხარულს იმის გამო, რომ გარკვეული საქმე გამოუჩნდათ და მთელი დღე სახლში ჯდომა აღარ უნევდათ. რამოდენიმე პაციენტმა დაიწყო მუშაობა. რიგ შემთხვევებში ითხოვდნენ გარკვეული პროცედურების უფრო მეტ სიხშირეს და ხანგრძლივობას. მაგალითად, ერგოთერაპიაზე სულ იყო მცდელობა, რომ დაგვემეღებოდა მეტ ხანს დარჩენილიყვნენ რეაბილიტაციის ცენტრში. მსგავსი ტენდენცია შეიმჩნეოდა სოციალურ თერაპიულ სახელოსნოშიც. უკმაყოფილება გამოიწვია 9 თვის შემდეგ პროექტით გათვალისწინებული პროგრამის დამთავრებამ. მომდევნო თვეებში, პაციენტებში პერიოდულად ჩნდებოდა ჭორი, რომ თურმე პროგრამა აუცილებლად გაგრძელდება. გახარებულები აკითხავდნენ სერვისის მიმწოდებელ სპეციალისტებს, რომლებსაც განაცხადებდნენ დაეზუსტებინათ თავიანთი მოლოდინი. სერვისის რამოდენიმე მომხმარებელმა შეძლო სხვა სახელმწიფო თუ დონორის მიერ დაფინანსებული პროგრამის ფარგლებში გაეგრძელებინა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია.

კმაყოფილებას გამოხატავდნენ სერვისის მომხმარებელთა ოჯახის წევრებიც. მათთან გასაუბრების შედეგად ნათელი გახდა, რომ ოჯახში გაუმჯობესდა ინტერპერსონალური ურთიერთობები. რიგ შემთხვევებში ოჯახის წევრებს გაუნთავისუფლდათ დრო, რომელსაც ადრე პაციენტს უთმობდნენ. გაჩნდა განცდა, რომ ისინი მარტო არ არიან და ვიღაც მათ მხარში უდგას.

ამავე დროს გამოიკვეთა, რომ მეტად მნიშვნელოვანია ოჯახებთან თანამშრომლობა, ფსიქოგანათლება და ურთიერთობებსა და მომატებულ ემოციურობაზე მუშაობა. გამოჩნდა, რომ გახშირებული სტაციონირების მიზეზი შეიძლება იყოს ოჯახის წევრების არასწორი დამოკიდებულება ავადმყოფობის მიმართ, ისევე, როგორც განცდა, რომ არ არსებობს სერვისი, გარდა სტაციონარისა, რომელიც ჯანმრთელობის აქტუალურ პრობლემას გაუმკლავდება. სერვისის გაგრძელებას ითხოვდნენ პაციენტთა ოჯახის წევრებიც.

საინტერესო გამოდგა პროექტში ჩართული სპეციალისტების განცდებიც. პროფესიონალები, რომლებიც ამბულატორიულ სამსახურებში მანამდე დამოუკიდებლად ფუნქციონირებდნენ, მულტიდისციპლინურ გუნდად შეერთების შემდეგ აღნიშნავდნენ, რომ აშკარად დაინახეს, თუ როგორ აკლდათ მათ ერთმანეთთან კოორდინაცია. პროექტის ფარგლებში კი პაციენტის აღქმა და მისი საჭიროებების გააზრება უფრო სრულად მოხდა. დამოკიდებულება შეიცვალა სხვადასხვა სამსახურებში დაკავებულ სპეციალისტებს შორისაც. თუ მანამდე ერთმანეთს უფრო კონკურენტად ან განსხვავებული აზრის მქონე სუბიექტებად მიიჩნევდნენ, მულტიდისციპლინური მუშაობის შემდეგ გაუჩნდათ განცდა, რომ მათ ერთმანეთი სჭირდებათ და განეული ძალისხმევა ერთად უფრო ეფექტური იქნება.

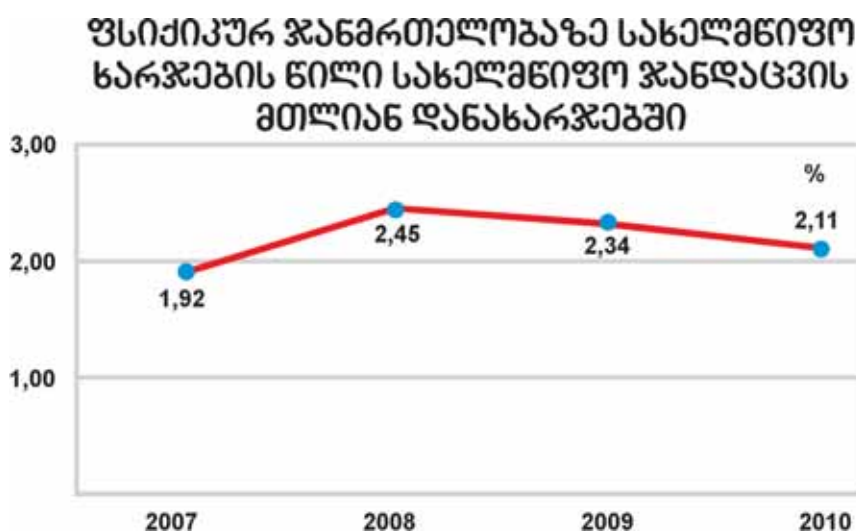
ფსიქიატრიის ინსტიტუტის პოლიკლინიკური განყოფილების თანამშრომელთა თქმით, პროექტმა შეცვალა მათი დამოკიდებულება და ურთიერთობის სტილი პაციენტებთან. გაიზარდა მათი ემოციური ჩართულობა პაციენტთან ურთიერთობის პროცესში. ავადმყოფობის სიმპტომებიდან აქცენტი ადამიანის ჩივილებზე და საჭიროებებზე გადავიდა. შესაძლოა, სწორედ ეს გახდა იმის მიზეზი, რომ როგორც GAF ქულათა მაჩვენებელი, ასევე სანოლდლების რაოდენობის მცირედი შემცირება მოხდა საკონტროლო ჯგუფშიც.

## 5. პროექტის ანალიზი ფინანსური კუთხით

როგორც ვხედავთ, ქვეყანაში ყოველწლიურად იზრდება ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯების მოცულობა, მათ შორის სახელმწიფო დაფინანსების წილიც იზრდება. უნდა აღინიშნოს, რომ მართალია ჯანდაცვაზე დანახარჯების საერთო მოცულობის ფარდობით მთლიან შიდა პროდუქტთან საქართველოს მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია, მაგრამ ეს ძირითადად მოსახლეობის მიერ ჯანდაცვაზე განეული მაღალი ხარჯებით არის განპირობებული, სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე განეული ხარჯები კი ჯერ კიდევ საკმაოდ დაბალია.

მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები თანდათან იზრდება, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე გამოყოფილი თანხების თანაფარდობა სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე განეულ მთლიან ხარჯებთან შედარებით, საკმაოდ დაბალია და ბოლო წლებია კლების ტენდენციით ხასიათდება.

დიაგრამა 9



მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციით ფსიქიატრიული სამსახურის შემდგომი რეფორმირებისთვის აუცილებელია ქვეყანაში თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარება. თემზე დაფუძნებული სერვისების დანერგვისათვის აუცილებელია განისაზღვროს:

- ვინ არის საავადმყოფოს გარე სერვისის ბენეფიციარი;
- რა ტიპის მომსახურება უნდა მიენოდოთ პაციენტებს;
- ვინ უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებელი;
- მოდელის ქვეყნის მასშტაბით გავრცელებისათვის საჭირო რესურსები;
- მოდელის ამოქმედებით მიღებული სარგებელი.

## 5.1 თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარება

ქვეყანაში არ არსებობს სრულყოფილი ინფორმაცია ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე ავადმყოფთა ზუსტი რაოდენობის შესახებ. ამის გამო საკმაოდ ძნელია ზუსტად დაითვალო იმ კატეგორიის მოსახლეობის რაოდენობა, რომელიც შეიძლება წარმოადგენდეს აღნიშნული სერვისის ბენეფიციარს.

ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა 18 წელს ზევით ასაკის ბენეფიციარებისთვის არ ითვალისწინებს უფასო კონსულტაციასა და მკურნალობას ყველა ტიპის ფსიქიკური აშლილობის დროს. აღნიშნული მომსახურება გათვალისწინებულია მხოლოდ შემდეგი დიაგნოზების შემთხვევაში:

- ორგანული ბუნების აშლილობები სიმპტომურ აშლილობათა ჩათვლით;
- შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობები;
- გუნება-განწყობილების (აფექტური) აშლილობანი;
- გონებრივი ჩამორჩენილობა.

ცხრილი 14

პროგრამაში მოხვედრილი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთა რაოდენობა	
	2010
<b>ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები – სულ</b>	<b>61,603</b>
ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით	11,491
შიზოფრენია, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობანი	23,686
გუნება-განწყობის (აფექტური) აშლილობანი	5,504
გონებრივი ჩამორჩენილობა (18 წელს ზევით)	20,922

წყარო: დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

შესაბამისად, 2010 წლის ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, თემზე დაფუძნებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული სამსახურის პოტენციურ მოსარგებლეთა რაოდენობა არის 61603 ადამიანი.

თუმცა პროექტით გათვალისწინებული კვლევის ფარგლებში WHO-AIMS კითხვარის მეშვეობით 2010 წლის გაზაფხულ-ზაფხულში შესწავლილი საქართველოს შესაბამის ამბულატორიებში მიმართვიანობის მაჩვენებლის გამოყენება ბევრად უფრო რეალურ სურათს იძლევა იმის დასადგენად, თუ ვინ შეიძლება იყოს აღნიშნული პროგრამის ბენეფიციარი. ცხრილ 15-ში ნაჩვენებია სერვისი – პაციენტი კონტაქტების რაოდენობა თვეში რეგიონების მიხედვით.



## ცხრილი 15

კონტაქტების რაოდენობა ამბულატორიების მიხედვით	
ოზურგეთი	454
ბათუმი	1,100
ლანჩხუთი	550
ხონი	71
ქუთაისი	1,200
ზუგდიდი	629
სენაკი	1,400
სამტრედია	400
ზესტაფონი	738
მცხეთა-თიანეთი	200
ახალციხე	360
სურამი	268
გორი	700
თბილისი	3,250
რუსთავი	978
სიღნაღი	360
თელავი	600
<b>სულ</b>	<b>13,258</b>

თუ გავითვალისწინებთ ზემოაღნიშნულ მონაცემებს და იმ ფაქტს, რომ პროექტის ფარგლებში დამატებითი სერვისების შეთავაზებამ და მკურნალობისა და რეაბილიტაციის უკეთესმა პირობებმა 10 პროცენტით გაზარდა მიმართვიანობის მაჩვენებელი, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ქვეყნის მასშტაბით პაციენტთა რაოდენობა, რომელიც ფაქტიურად შეიძლება იყოს თემზე დაფუძნებული სერვისების ბენეფიციარი შეადგენს დაახლოებით 14 600 ადამიანს.

## 5.2 რა მომსახურება უნდა მიეწოდოს პაციენტებს

როგორც ზემოთ იყო ნახსენები, ქვეყანაში არსებული სიტუაციის ანალიზმა და სამიზნე ჯგუფზე დაკვირვებამ გამოავლინა თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სამი სხვადასხვა პროგრამა-პაკეტი, რომელიც ბიუჯეტში შესაბამისი რესურსების არსებობიდან გამომდინარე, სახელმწიფოს მიერ შესაძლოა განხორციელდეს როგორც სრულად, ასევე ეტაპობრივად.

### სერვისების პროგრამა-პაკეტები:

- I მედიკამენტები ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთათვის;
- II ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია;
- III მობილური ჯგუფი.

## 5.3 ვინ უნდა იყოს მომსახურების მიმწოდებელი

სერვისის მიწოდება უნდა განხორციელდეს ქვეყანაში არსებული ამბულატორიული დაწესებულებების ქსელის ბაზაზე (დისპანსერები), იქ დასაქმებული კვალიფიციური კადრების გადამზადებისა და დამატებით კვალიფიციური კადრების მომზადების მეშვეობით.

თუ გავითვალისწინებთ საქართველოში ამბულატორიებისა და პოლიკლინიკების რაოდენობას, მათი განთავსების ტერიტორიულ პრინციპს, გეგმიურ სიმძლავრეებსა და დატვირთვის მაჩვენებელს, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურების პაკეტის სრულყოფილად ამოქმედება არ საჭიროებს ინფრასტრუქტურაში მნიშვნელოვან კაპიტალდაბანდებებს სახელმწიფოს მხრიდან.

შედარებით უფრო პრობლემატური საკითხია საჭირო რაოდენობის კვალიფიციური ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სპეციალისტების, სოციალური თერაპევტების და საჭირო კვალიფიკაციის ექიმებისა და ექთნების მოძებნა.

WHO-AIMS კითხვარის მეშვეობით კოალიციის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ გვაჩვენა, 2010 წლის ზაფხულისთვის სახელმწიფო დაფინანსებით სერვისის მიმწოდებელ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში დაკავებული სპეციალისტების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით:

ცხრილი 16

	ფსიქიატრი	ფსიქოლოგი	ექთანი	სოცმუშაკი
ოზურგეთი	3	1	4	0
ბათუმი	9	1	21	0
ლანჩხუთი	3	1	3	0
ხონი	12	3	73	5
ქუთაისი	10	1	28	0
ზუგდიდი	4	1	8	1
სენაკი	7	1	8	0
სამტრედია	3	1	5	0
ზესტაფონი	4	1	4	0

მცხეთა-თიანეთი	4	1	4	0
ახალციხე	3	1	3	0
სურამი	7	2	16	1
გორი	2	1	4	0
თბილისი	76	11	90	2
რუსთავი	6	1	9	0
სილნალი	4	1	4	0
თელავი	7	1	3	0
ბედიანი	4	1	4	0
<b>სულ</b>	<b>168</b>	<b>31</b>	<b>291</b>	<b>9</b>

აქედან ამბულატორიულ დანესებულებებში დაკავებულნი არიან სპეციალისტები შემდეგი რაოდენობით.

**ცხრილი 17**

	ფსიქიატრი	ფსიქოლოგი	ექთანი	სოცმუშაკი
ოზურგეთი	3	1	4	0
ბათუმი	3	1	4	0
ლანჩხუთი	3	1	3	0
ხონი	1	1	1	0
ქუთაისი	10	1	23	0
ზუგდიდი	4	1	8	1
სენაკი	7	1	8	0
სამტრედია	3	1	5	0
ზესტაფონი	4	1	4	0
მცხეთა-თიანეთი	4	1	4	0
ახალციხე	3	1	3	0
სურამი	2	1	4	0
გორი	2	1	4	0
თბილისი	18	6	18	2
რუსთავი	6	1	9	0
სილნალი	4	1	4	0
თელავი	7	1	3	0
<b>სულ</b>	<b>90</b>	<b>21</b>	<b>115</b>	<b>3</b>

აუცილებელია შეიქმნას მსგავსი კვალიფიკაციის პერსონალის მომზადება-გადამზადებისა და სერტიფიცირების სისტემა. კვალიფიციური კადრების დეფიციტის პრობლემის მოგვარების საკითხი შესაძლებელია საკუთარ თავზე აიღოს არასამთავრობო სექტორში აღნიშნული პროფილით მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, რომლებიც

სახელმწიფოსთან შეთანხმებული პროგრამითა და გრაფიკით და უცხოელი დონორების დახმარებით შეძლებენ კვალიფიციური კადრების მომზადებას თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის ამუშავებისთვის.

#### 5.4 ქვეყნის მასშტაბით მოქალაქეების გავრცელებისათვის საჭირო რესურსები

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მიერ განხორციელებული საპილოტე პროექტი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს მიახლოებითი ღირებულება დანახარჯებისა, რომელიც საჭირო იქნება მსგავსი სერვისის ქვეყნის მასშტაბით გასავრცელებლად.

პროექტის ფარგლებში 100 პაციენტზე განეული პირდაპირი ხარჯების მოცულობამ 9 თვის მანძილზე შეადგინა 79612 ლარი.

ცხრილი 18

პაციენტებზე განეული პირდაპირი ხარჯი 2010 წლის 1 ნოემბრიდან 2011 წლის 1 აგვისტომდე									
	2010 წელი		2011 წელი						სულ
	ნოემბერი	დეკემბერი	იანვარი	თებერვალი	მარტი	აპრილი	მაისი	ივნისი/ ივლისი	
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სპეციალისტები (6)	3 205	2 406	2 978	2 730	2 760	2 760	2 760	2 758	22 357
ფსიქოლოგი და სოც. მუშაკი	1 404	1 404	1 404	1 404	1 404	1 404	1 404	1 404	11 232
სოციალური თერაპევტი	702	702	702	702	702	702	702	1 404	6 318
ექიმი/ექთანა (2)	3 736	1 840	1 920	1 872	1 872	1 872	1 872	1 872	16 856
მძღოლი (1)	455	455	455	500	500	500	500	500	3 864
კვება	212	496	497	427	666	613	586	1 029	4 526
სანვაჯი	412	376	230	304	392	783	734	1 061	4 293
მედიკამენტები	1 566	343	584	1 063	136	790	2 168	-	6 651
მგზავრობის ხარჯები	25	55	70	85	70	102	244	228	879
ერგოთერაპიის მასალები									703
სოციალური თერაპიის მასალები									1 933
<b>სულ</b>	<b>11 717</b>	<b>8 077</b>	<b>8 840</b>	<b>9 087</b>	<b>8 502</b>	<b>9 526</b>	<b>10 970</b>	<b>10 256</b>	<b>79 612</b>

თუ აღნიშნულ მონაცემებს დავაჯგუფებთ კონკრეტული პაკეტების მიხედვით, მივიღებთ შემდეგ სურათს: ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციაზე დაიხარჯა 36 717 ლარი, მობილურ ჯგუფზე – 36 244 ლარი და მედიკამენტებზე დამატებით (დაკვირვების ჯგუფში მოხვედრილ პაციენტებზე სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტებზე გამოყოფილ თანხაზე დამატებით) – 6 651 ლარი.

პაციენტებზე განეული ხარჯები კონკრეტული პაკეტების მიხედვით		
	ხარჯების მოცულობა 9 თვეში	საშუალო ხარჯი თვეში
<b>ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია</b>		
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სპეციალისტები (6)	22,357	2,484
სოციალური თერაპევტი	6,318	702
მგზავრობის ხარჯები	879	98
სოც. თერაპიის მასალები	1,933	215
ერგოთერაპიის მასალები	703	78
კვება	4,526	503
<b>სულ</b>	<b>36,716</b>	<b>4,080</b>
<b>მობილური ჯგუფი</b>		
ფსიქოლოგი/სოც. მუშაკი	11,232	1,248
ექიმი/ექთანი	16,856	1,873
მძღოლი (1)	3,864	429
სანვაგი	4,293	477
<b>სულ</b>	<b>36,244</b>	<b>4,027</b>
<b>მედიკამენტები</b>		
მედიკამენტები	6,651	739
<b>სულ</b>	<b>79,612</b>	<b>8,846</b>

აღნიშნული მონაცემები საშუალებას იძლევა გადაანგარიშდეს ცალკეული პაკეტების მიხედვით ხარჯები ქვეყნის მასშტაბით.

## 5.5 ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია

როგორც ვხედავთ, პროექტის მიხედვით შერჩევაში მოხვედრილი 100 პაციენტიდან აღმოჩნდა 30 (30%), რომელსაც ესაჭიროებოდა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია (აქედან 23 პაციენტს ესაჭიროებოდა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის მომსახურება და 7 პაციენტს სოციალურ თერაპიული სახელოსნოს სერვისი). აღნიშნული 23 პაციენტიდან თითოეულისთვის ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის საათების საჭირო რაოდენობამ შეადგინა საშუალოდ 36 საათი თვეში, ხოლო სოციალური თერაპიის საათების საჭირო რაოდენობამ 100 საათი თვეში. არასრულ განაკვეთზე მომუშავე 6 ფსიქოთერაპევტის ანაზღაურებამ შეადგინა მთლიანობაში 22 357 ლარი, რაც თვეში საშუალოდ 414 ლარს, ხოლო საათში 22.5 ლარს შეადგენს. სოციალური თერაპევტის შრომის ანაზღაურებაზე ხარჯებმა შეადგინა მთლიანობაში 6 318 ლარი (702 ლარი თვეში სრულ დატვირთვაზე), ფსიქორეაბილიტაციის პროცედურებზე პაციენტთა დასწრებისათვის მგზავრობის ხარჯებმა (იმ კატეგორიის ბენეფიციარებისათვის, ვისაც არ ქონდა მგზავრობის თანხა) შეადგინა

მთლიანობაში 879 ლარი (97.7 ლარი თვეში). პაციენტთა კვებაზე დაიხარჯა მთლიანობაში 4 526 ლარი (თვეში საშუალოდ 502,9 ლარი). ერგოთერაპიის ხარჯებმა შეადგინა 703 ლარი. ხოლო სოციალური თერაპიის მასალებზე განეულმა ხარჯებმა – 1 993 ლარი.

ცხრილი 20

<b>ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია</b> <b>ძირითადი მონაცემები პროექტის მიხედვით</b>	
პროექტის ფარგლებში შერჩევაში მოხვედრილი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთა საერთო რაოდენობა	100
პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებდნენ ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას	30
მათ შორის: ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში	23
სოციალურ-თერაპიულ სახელოსნოში	7
პროცენტუალად პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებდნენ ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას	30%
მათ შორის: ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში	<u>23%</u>
სოციალურ-თერაპიულ სახელოსნოში	<u>7%</u>
რეაბილიტაციის ცენტრში 1 პაციენტისთვის საჭირო საათები თვეში	<u>36</u>
პროექტში სხვადასხვა განაკვეთით ჩართულ ფსიქოთერაპევტთა რაოდენობა	6
რეაბილიტაციის ცენტრის თანამშრომელთა ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	22,357
საშუალოდ ერთი თანამშრომლის ანაზღაურება თვეში	414
მათ შორის: ერთი სპეციალისტის საშუალო ანაზღაურება საათში	<u>22.5</u>
სოციალური თერაპიის საათების საჭირო რაოდენობა პროექტში მოხვედრილი პაციენტთათვის (საშუალოდ თვეში)	<u>100</u>
პროექტში სხვადასხვა განაკვეთით ჩართულ სოციალურ თერაპევტთა რაოდენობა	2
პროექტში სოციალურ თერაპევტთა ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	6,318
პროექტში ერთი სოციალური თერაპევტის საშუალო ანაზღაურება თვეში	351
მათ შორის: ერთი სოციალური თერაპევტის ანაზღაურება თვეში სრულ დატვირთვაზე	<u>702</u>
კვების ხარჯები მთლიანად პროექტის მსვლელობაში	4,526
მათ შორის: კვების ხარჯები საშუალოდ თვეში	<u>502.9</u>
სოციალური თერაპიის მასალების ხარჯები მთლიანად პროექტში	1,933
მათ შორის: სოციალური თერაპიის მასალების ხარჯები საშუალოდ თვეში	<u>214.8</u>
მგზავრობის ხარჯები მთლიანად პროექტის მსვლელობისას	879
მათ შორის: მგზავრობის ხარჯები საშუალოდ თვეში	<u>97.7</u>
ერგოთერაპიის ხარჯები მთლიანად პროექტში	703
მათ შორის: ერგოთერაპიის ხარჯები საშუალოდ თვეში	<u>78.1</u>
<b>მთლიანი ხარჯები ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციაზე პროექტის მიხედვით 9 თვის მანძილზე</b>	<b><u>36.716</u></b>

აღნიშნული მონაცემების ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დიაგნოზის მქონე პაციენტთა იმ ერთობლიობაზე გადაანგარიშებისას, რომლებიც პროექტში ხვდებიან (14

600 ადამიანი), შემდეგ სურათს ვიღებთ. პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებენ ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას, შეადგენს 4 380 ადამიანს (აქედან 3 358 ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში და 1 022 სოციალურ-თერაპიულ სახელოსნოში), რომელთაც თვეში ესაჭიროება შესაბამისად 5 256 საათი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის და 14 600 საათი სოციალურ-თერაპიული სახელოსნოს მომსახურება. აღნიშნული ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციისათვის 44 ფსიქოთერაპევტი და 122 სოციალური თერაპევტი, რომელთა შრომის ანაზღაურება თვეში საჭირო თანხა 203 670 ლარს (118 260 და 85 410 ლარი შესაბამისად) უდრის. თუ ამას დავამატებთ მგზავრობის, კვების, სოციალური თერაპიის მასალებისა და ერგოთერაპიის ხარჯებს, ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციაზე წელიწადში საჭირო თანხის საერთო მოცულობა გაუტოლდება 4 009 355 ლარს.

## ცხრილი 21

<b>ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია</b> <b>სახელმწიფო პროგრამის მოსალოდნელი ხარჯები</b>	
პროგრამაში მოხვედრილი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთა საერთო რაოდენობა	14,600
პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებდნენ ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას	4,380
მათ შორის: ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში	3,358
სოციალურ-თერაპიულ სახელოსნოში	1,022
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში საათების საჭირო რაოდენობა თვეში	5,256
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სპეციალისტის სრული საათობრივი დატვირთვა თვეში	120
საჭირო სპეციალისტთა რაოდენობა	44
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის თანამშრომელთა შრომის ანაზღაურებისათვის საჭირო თანხა თვეში	118,260
სოციალური თერაპიის საათების თვეში საჭირო რაოდენობა	14,600
სოციალური თერაპევტის სრული საათობრივი დატვირთვა თვეში	120
სოციალურ თერაპევტთა საჭირო რაოდენობა	122
სოციალურ თერაპევტთა შრომის ანაზღაურებისათვის თვეში საჭირო თანხა	85,410
კვების ხარჯები თვეში	73,422
სოციალური თერაპიის მასალების ხარჯები თვეში	31,358
მგზავრობის ხარჯები თვეში	14,259
ერგოთერაპიის მასალის ხარჯი თვეში	11,404
<b>ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სახელმწიფო პროგრამის მთლიანი ხარჯი წელიწადში</b>	<b>4,009,355</b>

## 5.6 მოზილური ჯგუფი

საპილოტე პროექტის ფარგლებში შერჩეული 100 პაციენტიდან მოზილური ჯგუფის დახმარება დასჭირდა 60 ადამიანს (60%-ს). აქედან მხოლოდ ნახევარი საჭიროებდა ბინაზე მომსახურებას სისტემატურად. 30%-თან ვიზიტი განხორციელდა 3-4-ჯერ 9 თვის მანძილზე. მოზილური ჯგუფის შემადგენლობაში შედიოდა 1 ფსიქოლოგი, 1 სოციალური თერაპევტი, 1 ექიმი, 1 ექთანი და მძღოლი. ამ ადამიანთა შრომის ანაზღაურებაზე დახარჯულმა მთლიანმა თანხამ შეადგინა 31 950 ლარი. ამავე დროს მოზილური ჯგუფის გადაადგილებაზე დახარჯული სანვავის ღირებულებამ შეადგინა 4 293 ლარი. შედეგად მოზილური ჯგუფის დახმარებაზე საპილოტე პროექტის ფარგლებში დახარჯული თანხის საერთო მოცულობამ შეადგინა 36 243 ლარი.

ცხრილი 22

<b>მოზილური ჯგუფი</b> ძირითადი მონაცემები პროექტის მიხედვით	
პროექტის ფარგლებში შერჩევაში მოხვედრილი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთა საერთო რაოდენობა	100
მათ შორის: პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებდნენ მოზილური ჯგუფის დახმარებას	60
პროცენტულად პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებენ მოზილური ჯგუფის დახმარებას	<u>60%</u>
ფსიქოლოგთა შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	6,318
პროექტის მოზილურ ჯგუფში ჩართულ ფსიქოლოგთა რაოდენობა	1
მოზილურ ჯგუფში ჩართული ფსიქოლოგის შრომის ანაზღაურება თვეში	702
სოციალური მუშაკის შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	6,318
მოზილურ ჯგუფში ჩართული სოციალურ მუშაკთა რაოდენობა	1
მოზილურ ჯგუფში ჩართული სოციალური მუშაკის შრომის ანაზღაურება	702
ექიმების შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	8,496
მოზილურ ჯგუფში ჩართული ექიმების რაოდენობა	1
მოზილურ ჯგუფში ჩართული ექიმის შრომის ანაზღაურება	944
ექთნის შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	6,318
მოზილურ ჯგუფში ჩართული ექთნების რაოდენობა	1.0
მოზილურ ჯგუფში ჩართული ექთნის შრომის ანაზღაურება	702
მძღოლის შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	4,500
მოზილურ ჯგუფში ჩართული მძღოლის რაოდენობა	1
მოზილურ ჯგუფში ჩართული მძღოლის ანაზღაურება	500
სანვავის ხარჯები	4,293
<b>პროექტის მიხედვით მოზილურ ჯგუფის მთლიანი ხარჯები</b>	<b><u>36,243</u></b>

ზემოაღნიშნული მონაცემების ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე ადამიანთა მთლიან რაოდენობაზე გადაანგარიშების შედეგად ვხედავთ, რომ ქვეყანაში იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც საჭიროებენ მოზილური ჯგუფის დახმარებას, შეადგენს 8 760-ს. ამ რაოდენობის პაციენტთა მომსახურებისათვის კი საჭიროა 146 მოზილური ჯგუფი თითოეული დაკომპლექტებული თითო-თითო ფსიქოლოგით, სოციალური მუშაკით, ექიმით, ექთნით და მძღოლით. ამ რაოდენობის სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ჯდება თვეში 518 300 ლარი. აღნიშნულს ემატება თვეში მოზილური ჯგუფების გადაადგილებისათვის



საჭირო სანვავის ხარჯები 52 232 ლარის ოდენობით და შედეგად მობილური ჯგუფის დახმარების კომპონენტის წლიური ხარჯები შეადგენს 6 848 378 ლარს.

ცხრილი 23

<b>მობილური ჯგუფი</b> <b>სახელმწიფო პროგრამის მოსალოდნელი ხარჯები</b>	
პროგრამაში მოხვედრილი ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პაციენტთა საერთო რაოდენობა	14,600
პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც შეიძლება დაჭირდეს მობილური ჯგუფის მომსახურება	<u>8,760</u>
მობილურ ჯგუფში საჭირო ფსიქოლოგთა რაოდენობა	<u>146</u>
მობილურ ჯგუფში ჩართული ფსიქოლოგის შრომის ანაზღაურება თვეში	702
ფსიქოლოგთა შრომის ანაზღაურებისათვის საჭირო ხარჯები თვეში ქვეყნის მასშტაბით	102,492
მობილურ ჯგუფში საჭირო სოციალურ მუშაკთა რაოდენობა	<u>146</u>
მობილურ ჯგუფში ჩართული სოც მუშაკის შრომის ანაზღაურება თვეში	702
სოციალური მუშაკის შრომის ანაზღაურებისათვის საჭირო ხარჯები თვეში ქვეყნის მასშტაბით	102,492
მობილურ ჯგუფში საჭირო ექიმების რაოდენობა	<u>146</u>
მობილურ ჯგუფში ჩართული ექიმის შრომის ანაზღაურება თვეში	944
ექიმების შრომის ანაზღაურებისათვის საჭირო ხარჯები თვეში ქვეყნის მასშტაბით	137,824
მობილურ ჯგუფში საჭირო ექთნების რაოდენობა	<u>146</u>
მობილურ ჯგუფში ჩართული ექთნის შრომის ანაზღაურება თვეში	702
ექთნის შრომის ანაზღაურებისათვის საჭირო ხარჯები თვეში ქვეყნის მასშტაბით	102,492
მობილურ ჯგუფში საჭირო მძღოლის რაოდენობა	<u>146</u>
მობილურ ჯგუფში ჩართული მძღოლის ანაზღაურება თვეში	500
მძღოლის შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები თვეში ქვეყნის მასშტაბით	73,000
სანვავის ხარჯები თვეში	52,232
მთლიანი ხარჯები მობილურ ჯგუფზე ქვეყნის მასშტაბით	<b><u>6.846.378</u></b>

## 5.7 მედიკამენტაჟი

საპილოტე პროექტში მოხვედრილ პაციენტთა მედიკამენტებზე არსებული საჭიროებების დაკმაყოფილების მიზნით დამატებით დაიხარჯა 6 651 ლარი. აღნიშნული თანხა მოხმარდა შერჩევაში მოხვედრილ პაციენტთა კარგი ხარისხის (და არა ყველაზე იაფი) მედიკამენტებით სრულად უზრუნველყოფას. შედეგად ზემოაღნიშნული მაჩვენებლის ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის მქონე პირთა მთლიან რაოდენობაზე გადაანგარიშებისას ირკვევა, რომ მედიკამენტებით პაციენტთა სრულად დაკმაყოფილებისთვის დამატებით საჭიროა 1 294 728 ლარი წელიწადში.

## 5.8 სახელმწიფო პროგრამები მთლიანად

ოთხივე პროგრამის განხორციელების პირობებში სახელმწიფოს მიერ დამატებით განეული ხარჯების მოცულობა შეადგენს 12,15 მილიონ ლარს წელიწადში, საიდანაც 8,7 მილიონი 895 დასაქმებულის შრომის ანაზღაურებას შეადგენს.

<b>სახელმწიფო პროგრამები</b>	
<b>ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია</b>	
პროგრამაში მოხვედრილ პაციენტთა რაოდენობა	4,380
დასაქმებულთა რაოდენობა	165
მათ შორის: ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში	44
სოციალურ-თერაპიულ სახელოსნოში	122
შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	2,444,040.0
სხვა ხარჯები	1,565,314.7
<b>პროგრამის მთლიანი ხარჯი წელიწადში</b>	<b>4,009,354.7</b>
<b>მობილური ჯგუფის პროგრამა</b>	
პროგრამაში მოხვედრილ პაციენტთა რაოდენობა	8,760
დასაქმებულთა რაოდენობა	730
მათ შორის: ფსიქოლოგი	146
სოციალური მუშაკი	146
ექიმი	146
ექთანი	146
მძღოლი	146
შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	6,219,600.0
სხვა ხარჯები	626,778.0
<b>პროგრამის მთლიანი ხარჯი წელიწადში</b>	<b>6,846,378.0</b>
<b>მედიკამენტური დახმარება</b>	
მედიკამენტებზე დამატებით საჭირო თანხები	1,294,728
<b>პროგრამების მთლიანი მაჩვენებლები</b>	
პროგრამაში მოხვედრილ პაციენტთა რაოდენობა	14,600
დასაქმებულთა რაოდენობა	895
შრომის ანაზღაურებაზე განეული ხარჯები	8,663,640.0
სხვა ხარჯები	3,486,820.7
<b>პროგრამების მთლიანი ხარჯი წელიწადში</b>	<b>12,150,460.7</b>

## 5.9 მოქალაქის ამოქმედებიდან მიღებული სარგებელი

თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის პროგრამამ აუცილებელია თავისი ადგილი დაიმკვიდროს სახელმწიფო პროგრამების ნუსხაში. ნათელია, რომ ყველა კომპონენტის ერთბაშად ამოქმედება გარკვეულ სირთულეებთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული, როგორც ფინანსების, ასევე ქვეყანაში კვალიფიციური საკადრო რესურსების დეფიციტის გამო. ჩვენი აზრით, ამ ტვირთის ალება უნდა განხორციელდეს ეტაპობრივად. დაფინანსების ძირითადი წყარო უნდა იყოს სახელმწიფოს მიერ განეული ხარჯები.

როგორც უკვე აღინიშნა, პროექტის შედეგების შეფასების მიზნით ჩატარდა სპეციალური კვლევა, რომლის ფარგლებშიც ერთმანეთს შევადარეთ საკვლევ ჯგუფსა და საკონტროლო ჯგუფში შემავალ პაციენტთა მიერ სტაციონარებში გატარებული სანოლდების რაოდენობა. აღმოჩნდა, რომ საკვლევ ჯგუფში პაციენტთა მიერ სტაციონარში გატარებული სანოლდების რაოდენობა პროექტის მსვლელობისას იყო 235, მაშინ, როცა წინა წლის ანალოგიურ პერიოდში მაჩვენებელი შეადგენდა 439 დღეს. რაც შეეხება საკონტროლო ჯგუფს, იქ აღნიშნული მაჩვენებელი პრაქტიკულად არ შეცვლილა და თუ პროექტის პერიოდში შეადგენდა 277 სანოლდებს, გასული წლის შესაბამის პერიოდში იყო 282 დღე.

აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, თუ სახელმწიფოს მიერ სტაციონარებში პაციენტთა მკურნალობაზე დღეში დახარჯულ თანხად საშუალოდ 40-60 ლარს ავიღებთ, შეგვიძლია გავიანგარიშოთ ის ეკონომია, რომელიც ქვეყანამ შეიძლება მიიღოს თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების სრულად ამოქმედების შემთხვევაში. 9 თვიანი პერიოდის 1 წელზე განზოგადოებისა და 100 კაციანი საკვლევ ჯგუფის პაციენტთა მთლიან რაოდენობაზე (14,600 ადამიანი) გადაანგარიშების შედეგად გამოდის, რომ აღნიშნული პროგრამის სრულად დაფინანსების შემთხვევაში სახელმწიფო 1 წელიწადში დაზოგავს დაახლოებით 2 მილიონ ლარამდე.

თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ამოქმედება მნიშვნელოვანი სარგებლის მომტანი შეიძლება გახდეს სახელმწიფოსათვის, მიუხედავად იმისა, რომ სარგებელთა აბსოლუტური უმრავლესობა არაფინანსური ხასიათისაა. თემზე დაფუძნებული მიდგომის მთავარი სარგებელი ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას უკავშირდება. ამავე დროს, პაციენტის საზოგადოებისაგან, ოჯახისაგან მოუწყვეტლად მკურნალობა, გარდა იმისა, რომ უფრო ჰუმანურია, ნიშნავს მათი სოციალური კომპეტენტიურობის გაზრდას და ღრმა ინვალიდობის პროფილაქტიკას. ეს პროცესი ხელს უწყობს პაციენტების სოციალური უნარ-ჩვევების აღდგენა-განვითარებას, ისინი ნაკლებად დამოკიდებულნი არიან ოჯახის წევრებზე, რიგ შემთხვევებში ხდება მათი შრომის უნარის აღდგენა და დასაქმება, რაც თავის მხრივ ზოგავს სახელმწიფოს ხარჯებს. ფსიქიკური ავადმყოფობის მთელი სიმძიმე ნაკლებად აწვება ოჯახს და სახელმწიფოს. ოჯახის წევრი გამონთავისუფლდება მომვლელის როლისაგან, მაგრამ რაც ყველაზე მთავარია, ხდება ქვეყნისათვის ადამიანური და სოციალური კაპიტალის შენარჩუნება<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> სოციალური კაპიტალი ნიშნავს ინდივიდებს შორის კავშირს, სოციალურ ქსელს. სოციალური კაპიტალი იქმნება როცა ადამიანების ჯგუფი უზრუნველყოფს ურთიერთდახმარებას, სოციალურ სოლიდარობას და პასუხისმგებლობას, ანუ ურთიერთკავშირი ერთობლივი სარგებლისათვის. სოციალური კაპიტალი ზეგავლენას ახდენს, როგორც ზოგადად ჯანმრთელობაზე, ასევე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზეც. Kawachi I, Berkman LF (2000). Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, eds. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press: 174–190.

## 6. დასკვნები

1. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კოალიციის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ ცხადყო, რომ არსებულ ამბულატორიულ მომსახურებასთან შედარებით პილოტირებული თემზე დაფუძნებული სერვისი მაღალი ეფექტურობით გამოირჩევა. კერძოდ, იგი მნიშვნელოვნად ამცირებს რეჰოსპიტალიზაციას და ფსიქიატრიულ სტაციონარში გატარებული საწოლდღეების რაოდენობას, აუმჯობესებს პაციენტთა ფსიქიკურ მდგომარეობასა და სოციალური ფუნქციონირების ხარისხს, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების საზოგადოებაში ინტეგრაციას.
2. ოფიციალურ სტატისტიკაზე დაყრდნობით ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანთა რაოდენობა, რომლებიც საქართველოში შეიძლება ჩაერთონ ახალ სერვისში, შეადგენს 14 600-ს (უფრო ზუსტი რაოდენობის დასადგენად მასშტაბური ეპიდემიოლოგიური კვლევის ჩატარებაა საჭირო). ამ რიცხვს ყოველწლიური ზრდის ტენდენცია ახასიათებს.
3. გამოიკვეთა სერვისის მიწოდებისთვის საჭირო სპეციალისტების მწვავე ნაკლებობა, არსებული კადრების გადამზადებისა და ახლის მომზადების აუცილებლობა.

ჩატარებული გათვლების შედეგად გამოვლინდა, რომ სახელმწიფო პროგრამის ამბულატორიული კომპონენტის ბიუჯეტი დეფიციტურია, კერძოდ, აუცილებელთან შედარებით დაახლოებით ხუთჯერ ნაკლებია და მისი სრულყოფილი ფუნქციონირებისათვის საჭიროა დაფინანსების ეტაპობრივად გაზრდა.

## 7. რეკომენდაციები:

*აუცილებელია თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის შექმნა. ამისათვის საჭიროა:*

რესურსების მიმართვა სტაციონარის გარეთა (თემზე დაფუძნებული) ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის განვითარებაზე:

- სტაციონარის გარეთა მომსახურების (ამბულატორია, მობილური სერვისი, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია) განვითარება გეოგრაფიული ხედლისანვ-დომობის პრიციპით;
- დიდ რაიონულ ცენტრებში არსებული ფსიქონევროლოგიური დისპანსერების ბაზაზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრების შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს ამბულატორიულ, რეაბილიტაციურ და მობილურ სერვისებს;
- ამ სერვისებისათვის კადრების მომზადება და არსებულის გადამზადება;
- სერვისის სიმძლავრის ზრდის პარალელურად დაფინანსების ეტაპობრივი მატე-ბა. შესაძლებელია სერვისის ცალკეული კომპონენტების დაფინანსების ეტაპო-ბრივი გაზრდა;
- ამბულატორიული პაციენტების საკმარისი რაოდენობის მედიკამენტებით უზ-რუნველყოფა ქვეყანაში აღიარებული გაიდლაინების მიხედვით;

*ყოველივე ზემოთქმულის ორგანიზებულად განხორციელებისათვის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ არასამთავრობო სე-ქტორთან ერთად უნდა შეიმუშავოს დეტალური, დროში განერილი გეგმა.*

## 8. თემაზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის განვითარების შედეგები

- გაუმჯობესდება სოციალურად ერთ-ერთი ყველაზე დაუცველი 14 600 მძიმე ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების მქონე პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობა და სოციალური ფუნქციონირება, რაც მათი საზოგადოებაში ინტეგრაციის საწინდარია;
- პაციენტების ოჯახის წევრებს შეუმსუბუქდებათ ფსიქიკური დაავადებით გამონვეული ტვირთი;
- დასაქმდება დამატებით შესაბამისად გადამზადებული და კვალიფიკაცია ამაღლებული 895 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტი საშუალო შრომის ანაზღაურებით;
- დაინერგება მსოფლიოში ფსიქიკური ჯანდაცვის კუთხით არსებული ერთ-ერთი სამაგალითო პრაქტიკა.



