

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები, 2015

ფსიქიკური ჯანმრთელობა მოიცავს ემოციურ ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობას. ის განაპირობებს ადამიანის ქცევას, აზროვნებასა და შეგრძნებებს - განსაზღვრავს, თუ როგორ შეძლებს ადამიანი გაუმკლავდეს სტრესს, როგორ დაამყაროს კონტაქტი გარემოცვასთან და როგორ მიიღოს გადაწყვეტილებები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა მნიშვნელოვანია ცხოვრების ყველა ეტაპზე - ბავშვობაში, მოზარდობასა და მოზრდილობაში.

ფსიქიკური მოშლილობების განვითარებაზე ბევრი ფაქტორი ახდენს ზეგავლენას: ბიოლოგიური ფაქტორები, როგორცაა გენეტიკა ან ტვინის ფიზიოლოგია; ფსიქიკური პრობლემების საკუთარი ისტორია, როგორცაა გადატანილი ტრავმა ან მავნე ჩვევები; და ფსიქიკური პრობლემების ოჯახური ისტორია.

პოსტტრავმული სტრესული გამოცდილება ხშირი მოვლენაა მრავალ ქვეყანაში და დაახლოებით სამიდან ერთ მოზრდილს აღენიშნება. ის შეიძლება თან ახლდეს საგზაო შემთხვევას, ძალადობის ინციდენტს, ბუნებრივ კატასტროფებს, მძიმე ავადმყოფობას.

რეაქციის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა სიმპტომები, როგორცაა: არტერიული წნევის მატება, მაჯისცემის აჩქარება, მადის დაქვეითება.

აღნიშნული სიმპტომატიკა გარკვეულად ფიზიოლოგიური პასუხია გამაღიზიანებელზე და ემსახურება ნეგატიური მოვლენის დაძლევას. დროთა განმავლობაში სიმპტომები ქრება, წინააღმდეგ შემთხვევაში საქმე გვექნებოდა პოსტტრავმულ სტერსულ მოშლილობასა და/ან დეპრესიასთან.

ფსიქიკური დარღვევები მოიცავს არა მხოლოდ ინდივიდუალურ რისკებს, არამედ სოციალურ, კულტურულ, ეკონომიკურ, პოლიტიკურ ფაქტორებს, როგორცაა ქვეყნის ეროვნული პოლიტიკა, სოციალური დაცვა, საცხოვრებელი პირობები, სამუშაო პირობები და საზოგადოების სოციალური მხარდაჭერა.

აქედან გამომდინარე, პოპულაციაში განიხილება ე.წ. განსაკუთრებული რისკის ჯგუფები - როგორცაა, სიღარიბეში მცხოვრები ოჯახები, ქრონიკული დაავადებების მქონე პირები, ძალადობის მსხვერპლი და ე.წ. ომგამოვლილი ბავშვები, მავნე ჩვევების მქონე მოზარდები, ბუნებრივი და პოლიტიკური კატასტროფების შედეგად იძულებით გადაადგილებული პირები და ა.შ. აღნიშნულ კონტინგენტში უნდა განვიხილოთ ასევე თანამედროვე ეკონომიკური კრიზისის შედეგად წარმოქმნილი უმუშევარ ახალგაზრდათა ფენა, რომელთაც, ზემოთ ჩამოთვლილ ჯგუფებთან ერთად ფსიქიკური დარღვევების განვითარების მაღალი რისკი (და არა აუცილებლობა) აქვთ.

ზოგადად, მარგინალიზაცია საზოგადოებაში ასოცირებულია სუიციდალური მცდელობების რისკთან.

საქართველოში უკანასკნელ წლებში განვითარებული სხვადასხვა სახის კატაკლიზმების არსებობა განსაკუთრებულად პრიორიტეტულს ხდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზემოთ აღწერილ კონცეფციას.

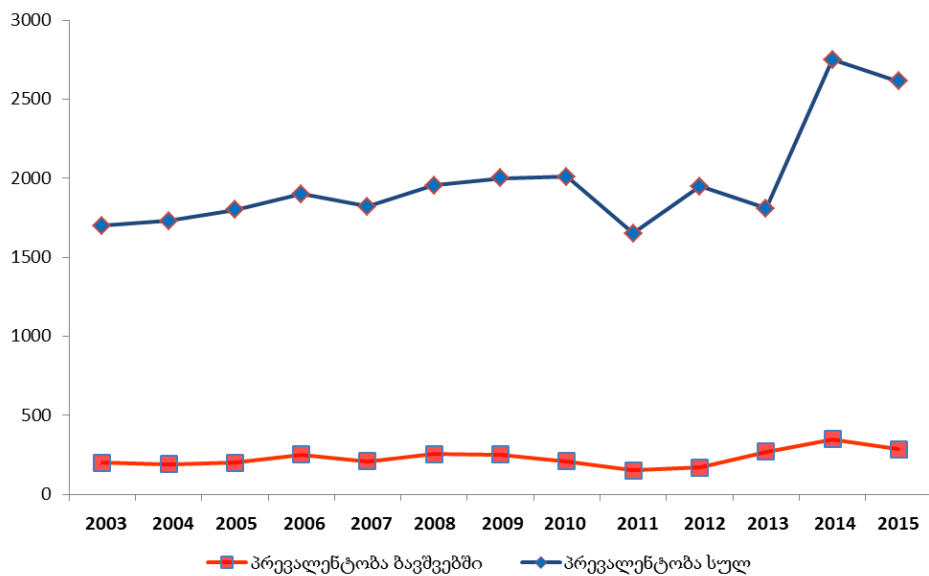
პრიორიტეტულობას კიდევ ერთხელ უსვამს ხაზს ქვეყანაში ფსიქიკური დარღვევების განვითარების სავარაუდო ტრიგერების არსებობა, ეს არის ძალადობის პრობლემა, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების პრობლემა და ა.შ. რაც შეეხება ალკოჰოლს, მიუხედავად ქართულ პოპულაციაში ყოველდღიური მოხმარების დაბალი მაჩვენებლისა - 1,6%, გარკვეული ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებში დაახლოებით 5%-ს აღწევს (STEPS - 2010). ეს ასაკობრივი ჯგუფები - 35-44 წწ. და 55-64 წწ. - განსაკუთრებით სენსიტიურია ალკოჰოლის ქცევითი ცვლილებების ხელშემწყობი ფაქტორების ზემოქმედების გამო - კოორდინაციის, ცნობიერების,

აზროვნების ფუნქციის დარღვევების, ეგზოგენური დეპრესიის განვითარების და აქედან გამომდინარე - სოციალურ და ინტერპერსონალურ პრობლემებთან დაკავშირებით.

გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს მნიშვნელოვანი სხვაობა ამ მიმართულებით მაღალხარისხიანი სერვისების მოთხოვნილებასა და მოწოდებას შორის, რაც სისტემების არაადეკვატური რეაგირების საფუძველია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, დაბალი და საშუალო განვითარების ქვეყნებში 75%-85%, ხოლო მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 35%-50%-ში ასეთი ხარისხის სერვისები ხელმისაწვდომი არ არის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2011 წელს გამოქვეყნებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ატლასში მოყვანილია ფსიქიკური დარღვევებთან დაკავშირებული ერთ სულ მოსახლეზე საშუალო დანახარჯები, რაც საშუალოდ \$2-ს შეადგენს, ხოლო დაბალი შემოსავლის ქვეყნებში კი ნაკლებია - \$0,25.

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელება საქართველოში მზარდი ტენდენციით ხასიათდება (სურათი 1).

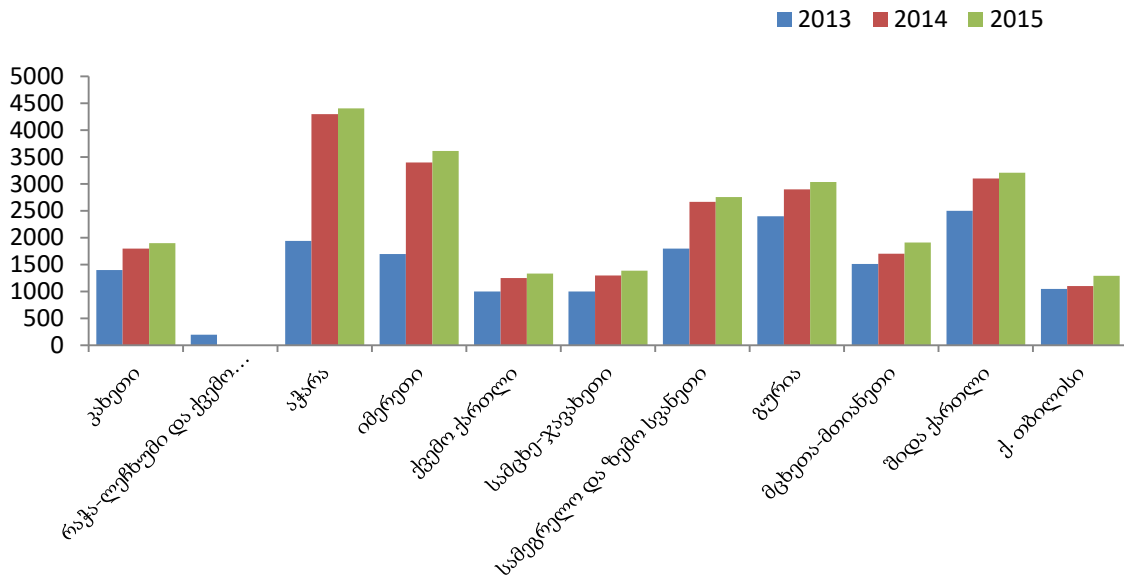
სურათი 1. ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გავრცელება, საქართველო, 2003–2015¹⁷



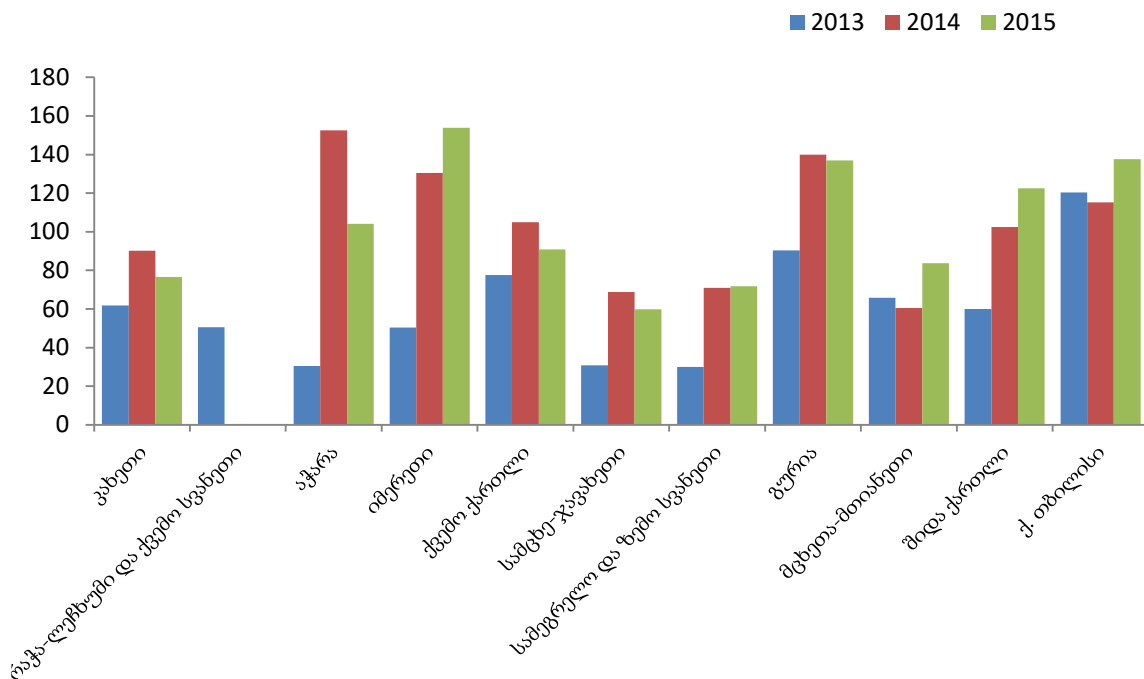
ასეთივე ტენდენციები ახალი შემთხვევების მხრივ.

ისევე როგორც წინა წლებში, ჩალრმავებული კვლევის მიზნად რჩება ამ მიმართულებით არსებული რეგიონალური განსხვავებები (სურათი 2 და სურათი 3).

სურათი 2. წლის ბოლოს აღრიცხვაზე მყოფ ფსიქიკურ ავადმყოფთა პრევალენტობარეგიონების მიხედვით, საქართველო¹⁷



სურათი 3. წლის ბოლოს აღრიცხვაზე მყოფ ფსიქიკურ ავადმყოფთა ინციდენტობა რეგიონების მიხედვით, საქართველო¹⁷



ამას გარდა, აღნიშვნის ღირსია ბავშვებში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მზარდი დინამიკის მიუხედავად, გარდა თბილისისა, ჰოსპიტალური სერვისების უტილიზაციის არარსებობა, რაც ალბათ შეფასების საგანი უნდა გახდეს, სავარაუდო მიზეზებში მოიაზრება ამ პროფილის საწოლების არარსებობა ან ინტელექტუალური რესურსების დეფიციტი. ის, რომ ბავშვთა ფსიქიატრი და ფსიქოთერაპევტი დეფიციტური სპეციალობებია ქვეყანაში, დასტურდება 2015 წლის მონაცემებით - დაწესებულებებში კონტრაქტით მომუშავე თანამშრომლებში მათი რაოდენობით - შესაბამისად 4 და 2. ქვეყანაში არსებული მონაცემებით, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში ინტეგრირებული ფსიქიატრიული საწოლების რიცხვი საქართველოში შეადგენს 0.22/10000 მოსახლეზე (მაღალი შემოსავლის

ქვეყნებში - 1.36/10000 მოსახლეზე). რეზიდენციული სათემო საცხოვრებლების მაჩვენებელი მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში 1,015/10000, ხოლო საქართველოში ამგვარი სერვისი ჯერ-ჯერობით არ არსებობს. დღის ცენტრებში და სხვა სათემო სერვისებში საწოლების/ადგილების რაოდენობა ყველაზე მეტია ევროგაერთიანების ქვეყნებში $\approx 4.3/10000$, საქართველოში კი ეს მაჩვენებელი 0.1/10000-ს არ აღემატება. უნდა იქნეს გაანალიზებული კახეთსა და შიდა ქართლში ამ პროფილის დაავადებების ლეტალობის მაღალი მაჩვენებელიც.

საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფერო მწვავედ განიცდის ადამიანური რესურსების ნაკლებობას. ფსიქიატრების რაოდენობა ევროპულ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორჯერ ნაკლებია, რაც აბსოლუტურ ციფრებში, ქვეყნის მასშტაბით, გამოიხატება სულ მცირე 250 ფსიქიატრის დეფიციტით. კიდევ უფრო სავალალოა მდგომარეობა სხვა კადრების მხრივ.

სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში მონაწილეობას იღებს: 240 ფსიქიატრი, 13 ბავშვთა ფსიქიატრი, 22 ფსიქოთერაპევტი, 6 ბავშვთა ფსიქოთერაპევტი, 242 ფსიქიატრიის ექთანი და 13 სოც. მუშაკი. სისტემის ფუნდამენტალურ პრობლემას მისი კვალიფიციური კადრებით უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ეს პრობლემა პირობითად შეიძლება დავეყოს ორ გამოწვევად: 1) ადამიანური რესურსების რაოდენობის ჯანმოს ნორმატივებთან შესაბამისობაში მოყვანა და ქვეყნის მასშტაბით მათი სწორი განაწილება; 2) საგანმანათლებლო / სასწავლო პროგრამების მომსახურების ახალ მოთხოვნებსა და პროფესიულ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა.

რაც შეეხება ჩვენს შესავალ ნაწილში აღწერილი ფაქტორებით განპირობებულ დაავადებათა პრიორიტეტულ კლასებს, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მიხედვით, სურათი ასე გამოიყურება:

- F10-F19, ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი (მ.შ. ალკოჰოლის მავნე მოხმარებით განპირობებული) - კლინიკური მდგომარეობები მნიშვნელოვანი მზარდი დინამიკით ხასიათდება ჰოსპიტალური მომსახურების პირობებში, რაც პრობლემის აქტუალობაზე მიუთითებს;
- F40-F48, ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობანი, რომელთა რაოდენობა 2013-2015 წწ. თითქმის გაორმაგდა სტაციონარული მკურნალობისას;
- F70-F79, გონებრივი ჩამორჩენილობა 20-59 წწ. ასაკობრივ ჯგუფში, რომელიც ამბულატორიულ სერვისებში მესამე ადგილზეა ორგანული ბუნების აშლილობათა და შიზოფრენიის, შიზოტიპური და ბოდვითი აშლილობების შემდეგ.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის 2013-2020 წწ. სამოქმედო გეგმის ძირითად მიზანს წამოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, ფსიქიკური დარღვევების პრევენცია და ამ პრობლემების მქონე პირთა უფლებების დაცვა, მათზე ღირსეული მზუნველობა, ამ კონტინგენტში ინვალიდობისა და სიკვდილობის შემცირება.

სამოქმედო გეგმის ძირითადი ამოცანებია: ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს ეფექტური ხელმძღვანელობა; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის კომპლექსური, ინტეგრირებული და ადეკვატურად რეაგირებადი მექანიზმების უზრუნველყოფა; ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტრატეგიის დანერგვა; ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში საინფორმაციო სისტემების, მტკიცებულებების და კვლევების სეგმენტის გაძლიერება.

პირველადი ფსიქოლოგიური დახმარება წარმოადგენს ღონისძიებათა ერთობლიობას იმ პირთა დასახმარებლად, ვინც საჭიროებს მხარდაჭერას. ეს უკნასკნელი ორიენტირებულია ოთხ პრინციპზე: ადამიანის უსაფრთხოების, ღირსების და უფლებების დაცვა; ქმედებათა ადაპტირება ადამიანთა ამ კონკრეტული ჯგუფის კულტურული თავისებურებებისადმი; უკვე ჩატარებული ან დაგეგმილი ღონისძიებების შესახებ ინფორმაციის მოპოვება; დამხმარე პერსონალის უსაფრთხოება.

რაც შეეხება ოპერატიულ ქმედებათა თანმიმდევრობას, ის მოიცავს: დათვალიერებას, მოსმენას, მიმართულების მიცემას.

გარემო, სადაც უზრუნველყოფილია ადამიანის ძირითადი მოქალაქეობრივი, პოლიტიკური, სოციალ-ეკონომიკური და კულტურული უფლებები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის საფუძველია. სახელმწიფოს მიერ აღნიშნული საკითხისადმი ინტერსექტორალური მიდგომა ანუ ჯანდაცვის სექტორთან ერთად - განათლების, შრომითი მოწყობის, მართლმსაჯულების, სატრანსპორტო, გარემო პირობების, სამშენებლო, სოციალური დაცვის სფეროების მობილიზირებით - წარმატების გარანტიაა.

კონკრეტული გზები ამ მიმართულებით, გულისხმობს: ადრეულ ბავშვობაში ინტერვენციები - მაგალითად, ორსულ ქალებთან სახლში ვიზიტი, სკოლამდელი ფსიქოსოციალური ღონისძიებები და ა.შ.; ბავშვთა უფლებების მხარდამჭერი პროგრამების დანერგვა; ქალების ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერა; ხანდაზმულთა სოციალურ მხარდაჭერა; მოსახლეობის მარგინალური ჯგუფებში - მიგრანტები, იძულებით გადაადგილებული პირები და ა.შ. ფსიქოსოციალური დახმარების პროგრამების ადაპტაცია; სკოლაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ადაპტირება, მაგ. ყოველმხრივ უსაფრთხო გარემო სკოლებში; საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესების ღონისძიებების გატარება; ძალადობის პრევენცია; ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა უფლებების დაცვა და მათზე ზრუნვა.

2014 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ დამტკიცებულ იქნა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა“.

არსებული მდგომარეობის შეფასების შედეგად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გამოკვეთილი ძირეული გამოწვევები შეიძლება შემდეგნაირად ჩამოყალიბდეს: ამბულატორიული მომსახურების გაძლიერება და შესაბამისი სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფა (მედიკამენტების და ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების მიწოდება, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება); მომსახურების ხარისხის ამაღლება (მომსახურების მოცულობების და ხარისხის მართვის რეგულაციების გაძლიერება); ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს სახელმწიფო მართვის ეფექტურობის გაძლიერება; მომსახურების დაფინანსების გაზრდა; მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა (არსებული საწოლფონდის ფარგლებში გეოგრაფიულად არათანაბარია ხელმისაწვდომობა, გრძელვადიანი საწოლების დეფიციტის გამო მწვავე საწოლების არამიზნობრივი უტილიზაციაა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე შშმპ-თა სათემო საცხოვრებელი საწოლების მკვეთრი დეფიციტია); ამორტიზებული და მასიური სპეციალიზირებული დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება; პროფესიული რესურსების კვალიფიკაციის ამაღლება და თანამედროვე მიდგომების ცოდნის გამოყენების დონე; ადამიანური რესურსების, დაკავშირებული ახალი პროფესიების ნაკლებობასთან ოპტიმიზაცია; ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკანონმდებლო გარემოს აღიარებულ საერთაშორისო დოკუმენტებთან შესაბამისობაში მოყვანა.