

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში



2020



დოკუმენტი მომზადებულია „საქართველოს ზრუნვის პლატფორმის“ მიერ, პროექტის ფარგლებში, რომლის სახელწოდებაა „ბიოსამედიცინო მიდგომიდან ბიოფსიქოსოციალური მიდგომისკენ“.

აღნიშნული პროექტი არის ნაწილი პროგრამისა „უკეთესი ზრუნვისთვის საქართველოში“; დაფინანსებულია „კონსულტაციისა და ტრენინგის ცენტრის“ მიერ, Bread for the World-ის მხარდაჭერით.

დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები შეიძლება არ ემთხვეოდეს დონორისა და მხარდამჭერის პოზიციას.

2020 წელი
თბილისი

ექიმის სამიზნე — დაავადება თუ პიროვნება, რომელსაც დაავადება აქვს...

ეს დილემა ისეთივე ძველია, როგორც თავად მედიცინა. ჰიპოკრატედან დაწყებული, ამ საკითხთან დაკავშირებით მრავალმა ექიმმა თუ არაექიმმა გამოთქვა აზრი. პიროვნებაზე ორიენტირებული ავტორების არგუმენტები უფრო დამაჯერებლად გამოიყურება. კვლევებიც მეტწილად იმავეს ადასტურებს. დისკუსია დღესაც გრძელდება.

ნაშრომში განხილულია ჯანმრთელობის დაცვის ორი ძირითადი მოდელი — ბიოსამედიცინო და ბიოფსიქოსოციალური. ნაჩვენებია ამ უკანასკნელის უპირატესობა, შეფასებულია ამჟამინდელი მდგომარეობა და დასახულია ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემაში მისი დანერგვის გზები.

ნაშრომი განკუთვნილია ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და სამედიცინო საკითხებით დაინტერესებული პირებისთვის.

ავტორები: იოსებ აბესაძე, ნანა ალაპიშვილი, უჩა ვახანია,
კახა კვაშილავა, მარინე კურატაშვილი, დავით ოთიაშვილი,
ფატი ძოწენიძე, დავით ხუბუა, გივი ჯავაშვილი

©საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა, 2020

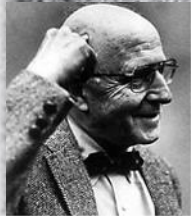
ISBN 978-9941-8-2280-3



„საქართველოს ზრუნვის პლატფორმა“ არის ჯანდაცვის სექტორში მოქმედი 40-ზე მეტი ორგანიზაციის მიერ შექმნილი სამი კოალიციის გაერთიანება, რომლის მისიაცაა ადამიანის უფლებებზე დაფუძნებული ინტეგრირებული ზრუნვის განვითარების ხელშეწყობა.

შინაარსი

შესავალი	6
წინათქმა.....	7
დოკუმენტის მიზანი	8
ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის არსი	8
დაინტერესებული პირების კვლევა	12
მიზანი.....	12
მეთოდოლოგია	12
ინფორმაციის წყარო	13
შედეგები	13
დასკვნები და რეკომენდაციები	23
მარეგულირებელი გარემოს ანალიზი.....	25
შესავალი.....	25
მიმოხილვა	26
დასკვნები და რეკომენდაციები	49
ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ანალიზი	53
შესავალი.....	53
მიმოხილვა	53
დასკვნები და რეკომენდაციები	78
ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ქრონიკული დაავადებების მართვისას	81
მოკლე შინაარსი	81
მიმოხილვა	82
დასკვნები და რეკომენდაციები	92
ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ხანგრძლივ მოვლაში	96
მოკლე შინაარსი	96
მიმოხილვა	97
დასკვნები და რეკომენდაციები	103
ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ფსიქიატრიაში.....	106
მოკლე შინაარსი	106
მიმოხილვა	107
დასკვნები და რეკომენდაციები	119
ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ადიქტოლოგიაში	122
მოკლე შინაარსი	122
მიმოხილვა	123
დასკვნები და რეკომენდაციები	138
ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა პალიატიურ მზრუნველობაში	141
მოკლე შინაარსი	141
მიმოხილვა	142
დასკვნები და რეკომენდაციები	150
შეჯამება	155



ბიო-ფსიქო-სოციალური მიდგომა (George L. Engel, 1977)

სქესი
ასაკი
სომატური დაავადებები
უძღურება
გენეტიკური მიდრეკილებები
იმუნური სისტემა
ნეიროქიმია
სტრესზე რეაგირება
მედიკამენტების ზემოქმედება



აზროვნება, მეხსიერება
დამოკიდებულებები, რწმენა
პიროვნული თვისებები
ქცევები
ემოციები
სტრესთან გამკლავების უნარი
გადატანილი ტრავმები

სოციალური პოლიტიკა
ოჯახი
კულტურა, ტრადიციები
სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი
განათლება

შესავალი

კარგი ექიმი მკურნალობს დაავადებას;
დიდი ექიმი მკურნალობს პაციენტს, რომელსაც დაავადება აქვს.

უილიამ ოსლერი

წინათქმა

თანამედროვე ჯანდაცვის მზარდი სწრაფვა მაღალი ტექნოლოგიების დანერგვისკენ და ჯანდაცვის სისტემის კომერციალიზაცია სფეროს მომხმარებელს - პაციენტს სისტემიდან ღვეზის, როგორც პიროვნებას და რჩება, როგორც ბიოლოგიური ორგანიზმი, დაზიანებული ობიექტი, რომელიც სისტემამ უნდა შეაკეთოს.

ამგვარი ეთიკური დილემა დგას განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებშიც, სადაც ადამიანის, მათ შორის, პაციენტის უფლებები თითქოს მაღალი სტანდარტით არის დაცული.

ჩნდება ინიციატივები ჯანდაცვის სისტემის რეკუმანიზაციის შესახებ, თუ როგორ უნდა დაბრუნდნენ სფეროში ჯანდაცვის პროფესიონალი (ექიმი, ექთანი, სხვა), როგორც პიროვნება, და პაციენტი, ასევე, როგორც პიროვნება (David R. Kopacz; A Holistic Framework for Transforming Your Self, Your Practice, and the Culture of Medicine, 2013). ეს ილუსტრაციაც ნაშრომის გარეკანიდანაა აღებული და აღნიშნულ იდეას გამოსხატავს.



ამ „დაბრუნების“ რეცეპტი არის ჰოლისტური - ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა, ანუ პაციენტის განხილვა ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური, ასევე, სულიერი პრობლემებითა და ფაქტორებით.

მეტადრე, ჩვენი ქვეყნისთვის, სადაც ჯანდაცვის სისტემა ბევრჯერ დაზარალდა საექვო რეფორმებით, სადაც ტოტალურმა პრივატიზაციამ, საკადრო პრობლემებმა, პოლიფარმაციამ და პოლიპრაგმაზიამ, მრავალი არახელსაყრელი ფაქტორის თანხვედრამ, გლობალურთან შედარებით, დამატებითი რისკები შეუქმნა პაციენტებს, საშურია პაციენტის უფლებებზე ყურადღების გამახვილება, მისი, როგორც პიროვნების, აღიარება.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში დღემდე მეტწილად გაბატონებულია ბიოსამედიცინო მიდგომა. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა, საკუთრივ, პირველადი ჯანდაცვის, ხანგრძლივი მოვლის, პალიატიური ზრუნვის, ხარისხიანი ჰოსპიტალური მომსახურების, ჰოსპიტალგარე მომსახურებების, თემზე დაფუძნებული მოდელების, რეაბილიტაციის, მრავალდარგობრივი გუნდების, შემთხვევის მართვისა და სხვა პროგრესული კომპონენტების თუ მეთოდების განვითარება და გავრცელება სწორედ ბიოსამედიცინო მოდელით განპირობებულ წინააღმდეგობას აწყდება.

ეს გარემოება დარგის ოპტიმალური რეფორმირების, დაბალანსებული და ხარჯთაღიწვევი განვითარების, თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბების ერთ-ერთი მთავარი შემაფერხებელი ფაქტორია.

წინამდებარე ნაშრომი წარმოადგენს მცდელობას, ჯანდაცვის პროფესიონალების, პაციენტების და საზოგადოების წინაშე დააყენოს ბიოსამედიცინო მიდგომის ბიოფსიქოსოციალური მიდგომით შეცვლის საკითხი.

გავიხსენოთ რა ანტუან სენტ-ეკზიუპერის ლოცვა, რომელიც იწყება და მთავრდება ფრაზით: „ღმერთო, მასწავლე პატარა ნაბიჯების ხელოვნება“ - ჯანდაცვის სისტემაში ამგვარი კულტურული რეფორმის დასაწყებად ავტორებმა ჩაატარეს დაინტერესებული პირების კვლევა, გააანალიზეს ქართული კანონმდებლობა და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები, ხოლო დარგების ანალიზისთვის შეარჩიეს ხუთი სფერო: ქრონიკული დაავადებები, ხანგრძლივი მოვლა, პალიატიური მზრუნველობა, ადიქტოლოგია და ფსიქიატრია.

იმედი გვაქვს, ნაშრომი პროფესიონალებისა და დაინტერესებული პირებისთვის საინტერესო საკითხებს შეეხება და მათ მხარდაჭერას ჰპოვებს.

დოკუმენტის მიზანი

წინამდებარე დოკუმენტის მიზანია ხელი შეუწყოს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში პაციენტზე, როგორც პიროვნებაზე, ზრუნვის მიდგომის დამკვიდრებას.

ამგვარი ცვლილებით ჯანდაცვა გახდება უფრო ჰუმანური, პაციენტის საჭიროებებზე მორგებული და ხარჯთაღიწვევი.

აღნიშნულის მიღწევა კი ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის გზით არის შესაძლებელი.

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის არსი

მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ, გლობალური ღირებულებების სწრაფი ცვლილებების ეპოქაში - 1946 წლის ივლისში მიღებული იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია, რომელმაც ჯანმრთელობა განსაზღვრა, როგორც „...სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადების ან გადახრის არქონა“.

აღნიშნული განსაზღვრების ავტორებმა მნიშვნელოვნად გაუსწრეს დროს და სამ ათეულ წელზე მეტი გავიდა, ვიდრე იდეის პრაქტიკული ხორცშესხმა დაიწყებოდა მისი ხელახალი გახმოვანების შემდეგ, ამერიკელი ფსიქიატრის ჯორჯ ენჯელის მიერ (Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977).

ნაშრომში ავტორმა აღნიშნა, რომ ჯანმრთელობა „შედგება“ ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორებისგან, ხოლო იმხანად გაბატონებული

ბიოსამედიცინო მიდგომა შემოიფარგლებოდა მხოლოდ ბიოლოგიური ნაწილით, არ ტოვებდა რა საშუალებას დაავადების სოციალური, ფსიქოლოგიური და ქცევითი ფაქტორების განსახილველად. შესაბამისად, მის მიერ მოწოდებულ ჰოლისტურ მიდგომას ავტორმა უწოდა ბიოფსიქოსოციალური.

ამგვარი ფილოსოფიის გაზიარებამ ჯანდაცვაში არსებითი ცვლილებები მოახდინა: პაციენტი ობიექტიდან გადაიქცა სუბიექტად - დაავადების მქონე პიროვნებად, პატერნალისტური მიდგომა შეცვალა პაციენტის გაზრდილმა უფლებებმა, ზრუნვის გეგმაში გათვალისწინებულია მისი აზრი, შეიქმნა მომსახურების მიწოდების ახალი მოდელები - შემთხვევის მართვა, მრავალდარგობრივი ჯგუფი... ამასთან, წინათქმამში აღნიშნული საპირისპირო ტენდენციების მოქმედებით (კომერციალიზაცია, ტექნოლოგიები) ბრკოლდება პროცესის შეუქცევადი განვითარება და კვლავ არსებობს წინააღმდეგობა ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის, როგორც ოპტიმალური მოდელის, დანერგვის მიმართ.

ქვემოთ განხილულია ჯანდაცვის ორი ძირითადი მოდელი:

ა). ბიოსამედიცინო მოდელი

პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებისას სამედიცინო პერსონალი ძირითადად დაავადებაზე და ბიოსამედიცინო საკითხებზე არის ორიენტირებულნი, რასაც ხელს უწყობს სამედიცინო სპეციალობების ფრაგმენტაცია, ვიწრო სპეციალიზაცია, მაღალი ტექნოლოგიების განვითარება და პაციენტის კონსულტაციისათვის გამოყოფილი დროის სიმცირე.

ისეთ დამოკიდებულებას, როდესაც სამედიცინო საქმიანობისას ექიმი მხოლოდ დაავადებაზეა ფოკუსირებული, ბიოსამედიცინო მიდგომას უწოდებენ.

ბიოსამედიცინო მოდელის დროს ექიმი სიმპტომებსა და გამოკვლევის შედეგებზე დაფუძნებით ცდილობს დიაგნოზის დასმას და, დაავადების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის გათვალისწინებით, შესაბამისი მკურნალობის დანიშნავს. ასეთი მიდგომა (იგულისხმება დიაგნოზის შერჩევა და მკურნალობის მისადაგება), ცხადია, მნიშვნელოვანია, თუმცა, აბსოლუტურად არასაკმარისი. ადამიანები განსხვავებულად აღიქვამენ მათ სხეულში მიმდინარე ცვლილებებს და განსხვავებულად გამოხატავენ. ასევე ინდივიდუალურია ამ ცვლილებების გავლენა ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე. მნიშვნელოვანია სოციალური ფაქტორების როლიც ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და მკურნალობაში.

ბიოსამედიცინო მიდგომა გულისხმობს მთელი ყურადღების გადატანას დაავადებაზე, მის ბიოლოგიურ მიზეზებსა და განვითარების მექანიზმებზე. ის ნაკლებად ან საერთოდ არ ითვალისწინებს ინდივიდის პიროვნულ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ თავისებურებებს, რაც პაციენტის მიერ დაავადების აღქმას, მკურნალობისადმი მის დამოკიდებულებას, ოჯახსა და თემში არსებულ რესურსებს, ზოგადად პაციენტის სოციალურ გარემოსა და კიდევ მრავალ სხვა ფაქტორს მოიცავს.

ბიოსამედიცინო მიდგომისთვის დამახასიათებელია:

- დაავადებათა დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მეთოდების ცოდნა;
- განათლების, ცოდნის დანაწევრება და შემოფარგვლა;
- ხანგრძლივი მზადება ფუნდამენტურ ბიოსამედიცინო დარგებსა (ანატომია, ფიზიოლოგია, ჰისტოლოგია, პათოლოგია) და კლინიკურ საკითხებში (სიმპტომები, სინდრომები, მკურნალობის მეთოდები);
- აზროვნების მონოკაუზალური (დაავადების ერთი მიზეზი) სტერეოტიპი;
- ბიოლოგიური ფაქტორების წინ წამოწევა და გათვალისწინება;
- შეფასების რაოდენობრივი ცნებები და მეთოდები.

ბიოსამედიცინო მიდგომას მრავალი უარყოფითი შედეგი ახლავს, როგორცაა:

- ექიმისა და პაციენტის დაშორება, ურთიერთობის გაუარესება;
- პაციენტის პიროვნული ფაქტორის უკანა პლანზე გადაწევა;
- პროფესიული ცოდნის ფრაგმენტაცია;
- სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ზრდა;
- პაციენტთა უკმაყოფილების ზრდა.

ბ). ბიოფსიქოსოციალური მოდელი - ჰოლისტური მიდგომა

იმისათვის, რომ ექიმმა პაციენტს ადეკვატური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს და შეძლოს მისი ჯანმრთელობის აღდგენა და შენარჩუნება, აუცილებელია, რომ მისი პროფესიული ცოდნა და უნარ-ჩვევები მოიცავდეს სამივე ასპექტს - ბიოლოგიურს, ფსიქოლოგიურს და სოციალურს.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი, როგორც ტრადიციული ბიოსამედიცინო მიდგომის ალტერნატივა, გულისხმობს:

- დაავადების უფრო სრულყოფილ, ყოვლისმომცველ გაგებას;
- პაციენტის, მისი დაავადებისა და ქცევის ფსიქოლოგიური, სოციალური და კულტურული ფაქტორების გათვალისწინებას;
- მედიცინის სუბიექტად (მთავარ სამიზნედ) პიროვნების, და არა დაავადების ან ორგანიზმის, წარმოდგენას.

ამრიგად, ბიოფსიქოსოციალური მოდელი გულისხმობს პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემისა და შესაძლო მკურნალობის ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებას.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი არის ჰუმანური, პაციენტის საჭიროებებზე მეტად მორგებული და ხარჯთეფექტური.

დაინტერესებული პირების კვლევა

ნანა ალაპიშვილი

დაინტერესებული პირების კვლევა

მიზანი

დაინტერესებული პირების კვლევის მიზანია ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვის პროცესში არსებული ხელშემწყობი და შემაფერხებელი ფაქტორების განსაზღვრა, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის სისტემურ სტრატეგიად ჩამოყალიბების შესაძლებლობების გამოვლენა და დაბრკოლებების დაძლევის გზების დასახვა.

კვლევის დამატებითი ღირებულება არის იდეის პროპაგანდა და მხარდამჭერების მობილიზაცია.

მეთოდოლოგია

შემუშავდა დაინტერესებული პირების კვლევის სახელმძღვანელო სქემა და გამოიყო საკითხები, რომლის მიხედვითაც ჩატარდა ჩადრმავებული ინტერვიუები და ფოკუსირებული დისკუსია (ფოკუს-ჯგუფი). ორივე მეთოდის საკვლევი საკითხები იყო შემდეგი:

- 1) საკვლევ პირთა დამოკიდებულება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის მიმართ;
- 2) საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მზაობა იმისათვის, რომ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის საფუძველზე აიგოს კლინიკური მოდელი;
- 3) საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისთვის არსებული ხელშემწყობი ფაქტორები;
- 4) მედიცინის დარგები (სფეროები), სადაც შეიძლება ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვა;
- 5) ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისას არსებული დამაბრკოლებელი ფაქტორები; გზები, რითაც არის შესაძლებელი ამ დამაბრკოლებელი ფაქტორების დაძლევა ან მათი მოქმედების შესუსტება;
- 6) ბიოფსიქოსოციალური მოდელის სისტემურ სტრატეგიად ჩამოყალიბების შესაძლებლობა;
- 7) ბიოფსიქოსოციალური მოდელის სისტემაში დანერგვისთვის საჭირო პირველი ნაბიჯების განსაზღვრა;
- 8) საზოგადოების როლი ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისას;
- 9) მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ბიოფსიქოსოციალური მომსახურების ხარჯების დაფარვის შესაძლებლობა.

ინფორმაციის წყარო

კვლევისას ჩატარდა 1 ფოკუსირებული დისკუსია და 12 ჩადრმავებული ინტერვიუ.

ფოკუსირებულ დისკუსიაში მონაწილეობა მიიღო 5-მა საკვლევმა პირმა შემდეგი სტრუქტურებიდან:

- პროფესიული საზოგადოებები - სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია, ოკუპაციურ თერაპევტთა ასოციაცია;
- საგანმანათლებლო დაწესებულება - ადიქციის კვლევების ინსტიტუტი;
- მომსახურების მიმწოდებლები - ფერისცვალების დედათა მონასტერთან არსებული მოწყალეების ცენტრი, „ადამიანი და ბუნება“.

დაინტერესებული პირების კვლევისას ჩადრმავებული ინტერვიუ ჩატარდა 12 პირთან, კერძოდ, შემდეგი სტრუქტურების წარმომადგენლებთან:

- საქართველოს პარლამენტის დარგობრივი კომიტეტი;
- ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის სამმართველო;
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;
- თსუ ფსიქოლოგიის და განათლების ფაკულტეტთან არსებული შშმ პირთა საკითხების კვლევის ცენტრი;
- საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი;
- ადიქციის კვლევების ინსტიტუტის სამაგისტრო პროგრამა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამაგისტრო პროგრამა;
- შშმ პირთა და მშობელთა ორგანიზაციების კოალიცია „მოძრაობა ცვლილებებისთვის“;
- აიპ „ხელი ხელს“;
- საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოება;
- საქართველოს ბაპტისტურ-ევანგელისტური ეკლესია.

შედეგები

საკვლევი საკითხი 1: მოპასუხეთა დამოკიდებულება ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მიმართ.

მოპასუხეებმა ისაუბრეს ბიოფსიქოსოციალურ მოდელზე, როგორც ერთ-ერთ მთავარ კონცეფციაზე ჯანდაცვის სფეროში; ხაზს უსვამენ ჯანმრთელობას, როგორც ადამიანის სოციალური ცხოვრების შემადგენელ ნაწილს. მათი აზრით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპების რეალიზებისას, ხდება ადამიანის

საჭიროებების კომპლექსურად მოაზრება და, შესაბამისად, საჭიროებებზე პასუხიც კომპლექსურია. მოპასუხეთა აზრით:

- მოდელს გააჩნია თეორიული საფუძვლები, მაგალითად სისტემათა თეორია, რომლის მიხედვითაც შეუძლებელია ადამიანის კარგად ყოფნაზე ზრუნვა სამი ქვესისტემის გათვალისწინების გარეშე - ბიოლოგიურის, ფსიქოლოგიურისა და სოციალურის. სისტემათა თეორია და სხვა მოძღვრებებიც მიუთითებს, რომ ჯანმრთელობის პრობლემის დროს ეს ქვესისტემები ერთმანეთთან ურთიერთქმედებენ და, მაგალითად, იზღუდება სოციალური ფუნქციონირება, იკარგება/იცვლება სოციალური როლები (სახლში, სამსახურში, საზოგადოებაში). ადამიანის მდგომარეობის გაუმჯობესება შეუძლებელია ამ ფაქტორების გათვალისწინების გარეშე;
- ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მნიშვნელობა აღიარებულია განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის და სოციალურ სისტემებში. არსებობს კვლევებზე დაფუძნებული მტკიცებულებები მოდელის ეფექტიანობისა. ეჭვს არ ბადებს, რომ მომსახურებები ამ მოდელით უნდა მუშაობდეს;
- ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მუშაობა - ეს არის საშუალება იმისა, რომ პაციენტს მიეწოდოს სრულფასოვანი მომსახურება, განსაკუთრებით, პირველად ჯანდაცვაში. მოდელი ითვალისწინებს პაციენტების მრავალფეროვან საჭიროებებს, განსხვავებული პირობების და გარემოებების დროს (სამსახური, სახლი, ადამიანებთან ურთიერთობა);
- ყველა დაავადებას თავისი სოციალური განმაპირობებელი აქვს და ეს ფაქტორები გათვალისწინებული უნდა იყოს მკურნალობის პროცესში;
- ბიოსამედიცინო მიდგომისგან განსხვავებით, ჰოლისტური მიდგომა ითვალისწინებს ბიოლოგიურ, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს და მოიცავს ყველაფერს, რასაც ჯანმრთელობა ჰქვია;
- ბიოფსიქოსოციალური მოდელი არის სასიცოცხლო დანიშნულების მქონე;
- ბიოფსიქოსოციალური მიდგომით მუშაობა შედეგიანი და ხარჯთეფექტურია, რადგან ორიენტირებულია პაციენტზე. თავიდან საჭიროა მეტი ხარჯის გაღება, გრძელვადიანად კი ხარჯების ოპტიმიზებას უწყობს ხელს;
- ჰოლისტური მიდგომა არის იდეალური ადამიანის სამკურნალოდ, რადგან ვერ უმკურნალებ რომელიმე ორგანოს იზოლირებულად - ადამიანი მრავალგანზომილებიანია, აქვს სხეულისა და სულის საჭიროებები, რომელებიც ერთმანეთთან კავშირშია;
- ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს სულიერი ზრუნვის კომპონენტი უნდა დაემატოს, რადგან ფსიქოლოგიური ზრუნვა ვერ შეითავსებს სულიერ ზრუნვას. ადამიანები შედგებიან სხეულის, სამშვიინველისა და სულისგან.

საკვლევი საკითხი 2: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის მზაობა იმისათვის, რომ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის საფუძველზე აიგოს კლინიკური მოდელი.

მზაობაზე საუბრისას მოპასუხეები გამოყოფენ შემდეგ საკითხებს:

- პოლიტიკის განმსაზღვრელების / გადაწყვეტილებების მიმღები პირების მზაობას, რაც დამოკიდებულია მათ ინფორმირებულობაზე, პოლიტიკურ ნებასა და მართვის უნარზე;
- მზაობას მომსახურების მიწოდების დონეზე, კერძოდ, მენეჯერების და პერსონალის;
- სამედიცინო სფეროს შინაარსიდან გამომდინარე მომსახურების სპეციფიკა;
- საზოგადოების მზაობა.

ამ საკითხთან დაკავშირებით მოპასუხეთა აზრი გაიყო, კერძოდ:

ვინც თვლის, რომ სისტემა მზად არ არის ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისთვის, ასაბუთებს შემდეგით:

- არ არსებობს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის პოლიტიკური ნება;
- ჯანდაცვის სამინისტროში მიმდინარე ცვლილებების ფონზე, ვერ გამოიძებნება პირი (-ები), რომელიც ხელს შეუწყობს მოდელის დანერგვას;
- ჯანდაცვის სიტემაში ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის შესახებ ცოდნის ნაკლებობაა, გადაწყვეტილებების მიმღებები პირები, მენეჯერები, მომსახურების უშუალო მიმწოდებლები არ იცნობენ ამ მოდელს. თუმცა, კარგად ახსნის შემთხვევაში, ჩამოყალიბდება მზაობაც;
- მომსახურების დონეზე მზაობის არარსებობის მიზეზია კადრების სათანადო ცოდნის და უნარ-ჩვევების არქონა, ასევე, ექიმის არაპროპორციულად დომინანტური როლი ექთანთან შედარებით, კვალიფიციური ექთნების დეფიციტი და საჭირო სპეციალისტების სიმწირე ან არარსებობა (სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი და სხვა);
- მზაობის არქონის მიზეზია დაფინანსების არსებული სქემა - ფინანსდება კონკრეტული სამედიცინო მომსახურება / ჩარევის პაკეტი;
- საზოგადოება არ აყენებს მოთხოვნას, რადგან არ აქვს გააზრებული, რა სახის სამედიცინო მომსახურება იქნება მისთვის უფრო ეფექტიანი.

საპირისპირო მოსაზრების მქონე მოპასუხეთა არგუმენტები შემდეგია:

- გადაწყვეტილებების მიმღებ პირებს და პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირებს ახსნა არ სჭირდებათ - მათ გააზრებული აქვთ ბიოფსიქოსოციალური მოდელის არსი, მისი მნიშვნელობა და ის, რომ ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გათვალისწინება საჭიროა მკურნალობის პროცესში. ასევე, მათი ამგვარი ცოდნა და აღიარება განპირობებულია საერთაშორისო ვალდებულებებით. სირთულე იჩენს თავს მაშინ, როდესაც საქმე მიდის მიდგომის / მოდელის კონკრეტულ პროგრამაში ასახვამდე (მაგ., შეფასება, დიაგნოსტიკა, ...)

სტატუსის მინიჭება და ა. შ.). მოპასუხეთა აზრით, პრობლემას ორი მიზეზი განაპირობებს: ა) კოორდინაციის არარსებობა სექტორებს შორის, მაშინ, როცა სისტემა საჭიროებს მრავალპროფილურ, კოორდინირებულ მიდგომას; ბ) მოდელის დასაწერად საჭირო ცოდნის და გამოცდილების დეფიციტი.

- ადამიანთა ჯგუფი, რომელიც ამ მიდგომის საჭიროებას და მნიშვნელობას ხედავს, არსებობს; თუმცა, კვლავ ბევრი რამ არის გასაკეთებელი მზაობის შესამუშავებლად, პირველ რიგში, განათლება;
- რამდენიმე სფეროში საქართველოში არსებობს ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მუშაობის გამოცდილება, არსებობენ კადრები, არის სასწავლო პროგრამები;
- მოდელის საჭიროებას ქმნის პაციენტების მიერ მედიცინის საკითხებში გარკვეულობა, მეტწილად, ინტერნეტის ხელმისაწვდომობის ხარჯზე (დიაგნოზი, მკურნალობის საშუალებები, უფლებები, უცხოური გამოცდილება). ამის გამო, ექიმი კარგავს ტრადიციულ - პატერნალისტურ პოზიციას, პაციენტი მოითხოვს მისგან თანამშრომლობას და სანდოობას.

საკვლევი საკითხი 3: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისთვის არსებული ხელშემწყობი ფაქტორები.

საკვლევი საკითხის განხილვისას მოპასუხეები საუბრობენ უკვე არსებულ პრაქტიკაზე, გამოცდილებაზე და ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე პროცესებზე, საგანმანათლებლო პროგრამებში ამ მიმართულებით მიღწეულ წინსვლაზე, პროფესიული ჯგუფების მზაობაზე, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვას:

- გამოცდილება: სამედიცინო სფეროები, მაგალითად ფსიქიკური ჯანმრთელობა, პალიატიური მკურნალობა, წამალდამოკიდებულება, რომელიც თავისთავად ამ მოდელით მუშაობას მოითხოვს და პრაქტიკულადაც გამოიყენება (თუმცა, არსებობს კითხვის ნიშნები და სადაო საკითხები მომსახურების პრინციპებთან და ხარისხთან დაკავშირებით); ანუ პრაქტიკა და მაგალითები არსებობს, ეს არის საყრდენი, რომელიც მოდელის დანერგვაში დადებით როლს ითამაშებს;
- საქართველოში არიან სპეციალისტები, რომლებსაც აქვთ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომით მუშაობის ცოდნა და პრაქტიკული გამოცდილება - ეს კარგი რესურსია;
- საერთაშორისო ვალდებულებები - რატიფიცირებული კონვენციები (შშმ პირთა უფლებების დაცვის კონვენცია, რომელიც ხელმომწერ სახელმწიფოებს მოუწოდებს დაინერგოს ბიოფსიქოსოციალური მოდელი); სამედიცინო სფეროში კი ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციაც მოითხოვს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვას;
- სოციალურ ფუნქციონირებაზე დაფუძნებული შეფასების მოდელის დანერგვა დაწყებულია, გადის გამოცდას ბავშვებთან აჭარაში, ახორციელებს გაეროს ბავშვთა ფონდი საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციასთან ერთად,

რაშიც ჯანდაცვის სამინისტროც არის ჩართული. შეფასების ამ მოდელის დანერგვა მრავალდარგობრივ მუშაობას გულისხმობს და ითვალისწინებს ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომას;

- თუ პირველადი ჯანდაცვის ეფექტური რეფორმა განხორციელდება, ეს იქნება მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორი;
- არსებობს საგანმანათლებლო პროგრამები, რომელთა სასწავლო გეგმებში (curriculum) შეტანილია ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა; მაგალითად: ილიას უნივერსიტეტის სოციალური ფსიქიატრიის სამაგისტრო პროგრამა, ადიქტოლოგიის სამაგისტრო პროგრამა, ჯავახიშვილის სახ. უნივერსიტეტის სოციალური მუშაკების საბაკალავრო და სამაგისტრო პროგრამები;
- ჯანდაცვის სამინისტროში ჩამოყალიბდა ახალი სამმართველო, რომელიც სოციალურ და ჯანდაცვის საკითხებს აერთიანებს - ეს დადებითი ფაქტორია, რადგან გაუმჯობესდება პროგრამებს შორის კოორდინირება;
- იწყება მუშაობა პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიაზე. თუ ახლავე ჩაიდება ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გამოყენება, ის აისახება სამოქმედო გეგმაშიც, შესაბამისი ფინანსირებით;
- ფსიქიატრიაში შემუშავებულია მომსახურებების სტანდარტები, სადაც შეტანილია ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მუშაობის პრინციპები, ასევე კლინიკურ რეკომენდაციებსა და სტანდარტშიც ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა გათვალისწინებულია;
- მნიშვნელოვანია, რომ არსებობს სპეციალისტთა ჯგუფი ზრუნვის პლატფორმის სახით, რომელსაც აქვს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის ინიციატივა.

საკვლევი საკითხი 4: მედიცინის დარგები, სადაც შეიძლება ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვა.

მოპასუხეთა ნაწილი ამ საკითხზე მსჯელობისას თვლის, რომ პირველადი ჯანდაცვა ის სისტემაა, რომელშიც აუცილებლად უნდა იყოს დანერგილი ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა, ოჯახის და სოფლის ექიმების ინსტიტუტების მუშაობა აუცილებლად უნდა ეყრდნობოდეს და იზიარებდეს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ძირითად პრინციპებს. ამას განაპირობებს პირველადი ჯანდაცვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელი - მომსახურების ხანგრძლივობა.

ერთი მოპასუხის აზრით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვა უნდა დაიწყოს სოფლის ექიმების ინსტიტუტში, რადგან ამის მზაობა მეტია, ვიდრე ოჯახის ექიმების ინსტიტუტში. მისი აზრით, სოფლის ექიმები ფიზიკურადაც და სოციალურადაც უფრო ახლოს არიან პაციენტებთან, იცნობენ მათ ოჯახებს, ცხოვრების დეტალებს. რეალურად, ისინი მეტ-ნაკლებად მუშაობენ კიდევ ამ მოდელით.

ერთი მოპასუხის მოსაზრებით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელი უნდა დაინერგოს მოწყვლადი ჯგუფების მომსახურებებში, კერძოდ, პალიატიურ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში და ბავშვთა

მომსახურებაში (პალიატიური, შშმ ბავშვები). მოპასუხე მოწყვლადი ჯგუფების სამედიცინო მომსახურებაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის აუცილებლობას ხედავს კიდევ იმიტომ, რომ მათ მიმართ საზოგადოებაში სტიგმა არსებობს (შშმ პირები, ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირები და ა. შ.).

მოპასუხეთა მიერ ჩამოთვლილ სამედიცინო დარგებში, სადაც უნდა დაინერგოს ბიოფსიქოსოციალური მოდელი, შედის: პალიატიური ზრუნვა, ხანგრძლივი მოვლა, წამალდამოკიდებულება, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, ნევროლოგია, გერიატრია, პედიატრია და ონკოლოგია.

ასევე, მოპასუხეების აზრით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვა მომსახურების ამბულატორიული სექტორით უნდა დაიწყოს.

საკვლევი საკითხი 5: ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისას არსებული დამაბრკოლებელი ფაქტორები და მათი დაძლევის ან შესუსტების გზები.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისთვის დამაბრკოლებელი ფაქტორები:

- ჯანდაცვის სისტემაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისთვის პოლიტიკური ნებისა და მზადყოფნის არარსებობა;
- მოგებაზე ორიენტირებული კომერციული ჯანდაცვის სისტემა, მენეჯმენტის ფინანსური ინტერესები და მოტივაცია, რომელიც ბლოკავს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომით მუშაობას;
- დაუბალანსებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სექტორი;
- უხარისხო სამედიცინო და საექთნო განათლება - დიპლომამდელი და დიპლომის შემდგომი, ამბულატორიული პრაქტიკის ბაზების სიმწირე;
- სათანადო კვალიფიკაციის კადრების დეფიციტი ჯანდაცვის სამინისტროში;
- კოორდინაციის არარსებობა სექტორებს შორის;
- არათანმიმდევრული და შეუთანხმებელი მოქმედებები/რეფორმები;
- ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე დაყრდნობით შედგენილი საგანმანათლებლო პროგრამების სიმწირე;
- ფსიქოლოგების, ოკუპაციური თერაპევტები, ექთნების, სოციალური მუშაკების და ა. შ. არასაკმარისი რაოდენობა;
- ფსიქოლოგების რეგულირება-ლიცენზირების საკითხი;
- ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მომუშავე მომსახურებებში ფრაგმენტული ცოდნა და ფრაგმენტული პრაქტიკა;
- ფსიქოსოციალური მომსახურებების მიწოდების მტკიცებულებების დეფიციტი;
- მომსახურებების არასათანადო ზედამხედველობის მექანიზმი (რასაც პროფესიათა ლიცენზირება სჭირდება);

- ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მომუშავე მომსახურებებში ფრაგმენტული ცოდნა და ფრაგმენტული პრაქტიკა.

აღნიშნული შემაფერხებელი ფაქტორების საწინააღმდეგოდ, გამოკითხული პირების მიერ შემოთავაზებულია შემდეგი ქმედებების განხორციელება:

- გადაწყვეტილებების მიმღები პირების განათლება/ინფორმირება;
- საზოგადოებრივი აზრის მომზადება და სამედიცინო სფეროს წარმომადგენლების დაინტერესება, იმისათვის, რათა ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის საკითხმა შეიძინოს გადაწყვეტილებების მიმღებებისთვის პოლიტიკური ფასი. გადაწყვეტილების მომწიფებას სჭირდება არაფრაგმენტული, თანმიმდევრული და სისტემური კამპანიის წარმოება;
- ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პროფესიების (ფსიქოლოგები, ფსიქოთერაპევტები, ოკუპაციური თერაპევტები და ა. შ.) ლიცენზირება, რეგულირება, პროფესიების აღიარება და ლეგიტიმური მრავალდარგობრივი ჯგუფების შექმნა;
- სექტორთაშორის კოორდინაციის მექანიზმის შექმნა;
- დაფინანსების და მართვის მოდელის შემუშავება;
- ჯანდაცვის სამინისტროს თანამშრომლების განათლება ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მომუშავე სისტემის მართვისა და დაფინანსების საკითხებში;
- პაციენტების თემის მობილიზაცია;
- წარმატებული სადემონსტრაციო მოდელების შექმნა;
- პოლიტიკური ნების არარსებობის პირობებში, ე. წ. „ჩემპიონის“ პოვნა, რომელიც სათავეში ჩაუდგება პროცესს. ასეთ პირად მოპასუხე აკაკი ზოიძეს ასახელებს. მისივე აზრით, შეიძლება თამარ გაბუნias და არჩილ თალაკვაძის კანდიდატურების განხილვაც;
- მომსახურების მიმწოდებლის, ექიმისა და პაციენტის ფინანსური მოტივაციის შეცვლა; მაგალითად, გარკვეულ მომსახურებებში სახელმწიფოს თანამონაწილეობის გაზრდა;
- სახელმწიფოს მიერ მომსახურების მონიტორინგის და მომსახურების ხარისხის შეფასება, შესაბამისი კადრების მომზადება;
- ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მიწოდებული მომსახურების შეფასების სტანდარტების შედგენა პროფესიული საზოგადოებების მიერ;
- ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დამკვიდრება, როგორც ყველა სპეციალობის სამედიცინო სასწავლო გეგმის გამჭოლი თემისა; მოქმედი პერსონალის გადამზადების პროგრამების, პროფესიული ასოციაციების მიერ ამ მიდგომით შედგენილი კლინიკური რეკომენდაციების და სტანდარტის, მონიტორინგის და ხარისხის კონტროლის შემუშავება აღნიშნული პრინციპით. ხარისხის კონტროლი უნდა საზღვრავდეს სხვადასხვა მოდელით ნამკურნალებ პაციენტებს შორის

განსხვავებას. ამგვარი მონიტორინგი და ხარისხის კონტროლი გაზრდის ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მუშაობის მოტივაციას. ამას შეიძლება ფინანსური მოტივაციაც მიეზღოს.

- შესაბამისი რეგულაციების შემუშავება (მათ შორის, საკანონმდებლო);
- შეფასების, ხარისხის კონტროლის და მონიტორინგის სისტემის შექმნა (ინსტრუმენტებიც იგულისხმება);
- საკადრო მოთხოვნების ჩამოყალიბება ცალკეული მომსახურებებისთვის, რაც სტანდარტებში აისახება.

საკვლევი საკითხი 6: ბიოფსიქოსოციალური მოდელის სისტემურ სტრატეგიად ჩამოყალიბების შესაძლებლობა.

გამოკითხული პირები თვლიან, რომ ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მუშაობა პიროვნების ან მომსახურების კეთილ ნებაზე არ უნდა იყოს დამოკიდებული და სისტემურ დონეზე უნდა დაინერგოს. ამასთან, შეიძლება ეს მთელ სისტემაში ერთბაშად არ დაიწყოს. უფრო ეფექტური იქნება, დაიწყოს, მაგალითად, პირველად ჯანდაცვაში, ან პალიატიურ ზრუნვაში, ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში. შეიქმნას კარგი პრეცედენტები, შეფასდეს მოდელის ეფექტიანობა და შემდეგ თანდათანობით გავრცელდეს სისტემაში.

დღეს ეს არის კონკრეტული ექიმის ცოდნასა და არჩევანზე დამოკიდებული, მაგრამ სისტემურ დონეზე რომ დაინერგოს, საჭიროა აუცილებლობის დასაბუთება, ცოდნა, სადემონსტრაციო ცოცხალი მაგალითები და მოთხოვნის გაჩენა.

საკვლევი საკითხი 7: პირველი ნაბიჯები ბიოფსიქოსოციალური მოდელის სისტემაში დანერგვისთვის.

ამ საკითხთან დაკავშირებით, კვლევაში მონაწილე პირების უმრავლესობის მხედულება ემთხვევა და ეხება განათლებას, როგორც დიპლომამდელს, ასევე დიპლომისშემდგომს.

პირველ ნაბიჯებთან დაკავშირებით გამოკვლეულ პირთა მოსაზრებები ასეთია:

- პროგრამების დონეზე უნდა განისაზღვროს ვალდებულება, ანუ პროგრამაში უნდა გაჩნდეს ჩანაწერი, შემუშავდეს მომსახურების სტანდარტი ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის საფუძველზე (სპეციალისტების ჩამონათვალი, მათი საქმიანობები, მოვალეობები, რა ცოდნას და უნარ-ჩვევებს უნდა ფლობდნენ). შემდეგ, უნდა დაანგარიშდეს, რა ეღირება ბიოფსიქოსოციალური მოდელით განხორციელებული მომსახურება და განფასდება მომსახურება; დაბოლოს, ბიუჯეტში სათანადო ცვლილებების შეტანა;
- პროფესიულმა საზოგადოებებმა უნდა შეისწავლონ, რა სახის ახალი საკანონმდებლო რეგულაციები ან ცვლილებებია საჭირო იმისათვის, რომ

იმუშაოს ბიოფსიქოსოციალური მოდელმა და შემდეგ ითანამშრომლონ პარლამენტთან;

- რადგან საკითხი მოითხოვს ბევრი სისტემის შეთანხმებულ მოქმედებას, უნდა შეიქმნას საკოორდინაციო მექანიზმი, სადაც, ჯანდაცვის გარდა, ჩართული იქნება განათლების, ეკონომიკის, ინფრასტრუქტურის, სატენდერო, ფინანსური სისტემები და ცვლილება შეთანხმებულად უნდა დაიწყოს;
- საჭიროა სადემონსტრაციო მოდელის პილოტირება, მაგალითად, საოჯახო მედიცინის ცენტრში, რომელიც აჩვენებს მიდგომის უპირატესობას;
- უნდა დაიწყოს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პოპულარიზაცია, საინფორმაციო-საგანმანათლებლო კამპანიები, რომლის სამიზნე აუდიტორია იქნება გადაწყვეტილებების მიმღებები, მომსახურების მიმწოდებლები, საზოგადოება;
- უნდა გადალაგდეს სასწავლო გეგმები ახალი, მომავალი თაობის ექიმების აღსაზრდელად, რომლებიც ბიოფსიქოსოციალური მოდელით იმუშავებენ;
- საჭიროა რეგულაციის დაწესება, რომლის მიხედვითაც ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების განხორციელების შესაძლებლობა ექნებათ მხოლოდ იმ მიმწოდებლებს, რომლებიც დააკმაყოფილებენ ბიოფსიქოსოციალური მოდელით განსაზღვრულ სტანდარტებს; ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის საფუძველზე კლინიკური რეკომენდაციებისა და სტანდარტების შემუშავება;
- პოლიტიკის განმსაზღვრელების და გადაწყვეტილებების მიმღებების ინფორმირებულობა უნდა გაიზარდოს ბიოფსიქოსოციალურ მოდელთან დაკავშირებით; საჭიროა კონცეფციის წარდგენა სამინისტროში, ადგილობრივ თვითმმართველობებში - მოდელის ეფექტიანობის დემონსტრირება, თუ ადგილობრივი მტკიცებულებები არ არის, საერთაშორისო გამოყენება; ჩვენება იმისა, რომ თუ მოდელი დაინერგება, რა სახის სარგებელი ექნება პაციენტს, ოჯახს და გრძელვადიან პერსპექტივაში ჯანდაცვის სისტემას (იგულისხმება ფინანსური სარგებელიც);
- შესაცვლელია სამედიცინო განათლების კონცეფცია;
- დაბოლოს, ლობისტური საქმიანობა - ეს პროექტი უკვე ლობისტური საქმიანობის მაგალითია.

საკვლევი საკითხი 8: საზოგადოების როლი ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვისას, საზოგადოებაში მოთხოვნის გაჩენა.

მოპასუხეთა უმრავლესობა თვლის, რომ საზოგადოების აქტიურობა ამ საკითხთან დაკავშირებით ძალიან მნიშვნელოვანი იქნება. მათი აზრით, საზოგადოებამ საფუძვლიანად უნდა გააცნობიეროს, რომ კარგ ჯანმრთელობაზე, კარგ განათლებაზე, ხარისხიან ჯანდაცვის სისტემაზე ზრუნვა თითოეული მოქალაქის მოვალეობა და პასუხისმგებლობაა. თუ საზოგადოება გაიაზრებს, რა მოდელით აწვდის ახლა

მომსახურებას ჯანდაცვის სისტემა და თუ ეცოდინება, კონკრეტულად რით უნდა შეიცვალოს მიდგომა, მერე უნდა მოსთხოვოს ხელისუფლებას ცვლილება.

მოპასუხეები ასევე აღნიშნავენ, რომ საზოგადოება ჯერ გათვითცნობიერებული არ არის ბიოფსიქოსოციალური მიდგომაში, ამიტომ, საჭიროა პირველ რიგში მათი ინფორმირება მტკიცებულებებით.

მოპასუხეთა უმრავლესობის აზრით, საზოგადოების მობილიზება ამ საკითხთან დაკავშირებით რთული არ იქნება, რადგან ყველა მოქალაქეს უნდება სამედიცინო სისტემასთან შეხება და უმეტესობა უკმაყოფილოა დღევანდელი რეალობით.

მათი აზრით, ისევე როგორც ნებისმიერ ახალ თემას სჭირდება „დაძვრა“, ისე ამ მიდგომასაც სჭირდება ადვოკატირება, ორგანიზება და მუშაობა. პირველი რიგის ამოცანად განისაზღვრა მიზნობრივი ჯგუფების გამოყოფა და თითოეული ჯგუფისთვის ურთიერთობის სტრატეგიის შემუშავება.

გამოკითხულ პირებს შორის ერთი საერთოდ გამორიცხავს საზოგადოების როლს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვაში. მისი აზრით, მოთხოვნის დაყენება მხოლოდ პროფესიონალებს უნდა მივანდოთ, ხოლო კიდევ ერთ მოპასუხეს საზოგადოების მხრიდან მოთხოვნის დაყენების იმედი არ აქვს ინერტულობის გამო.

საკვლევი საკითხი 9: მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვის (გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში) ბიოფსიქოსოციალური მომსახურების ხარჯების დაფარვის შესაძლებლობა.

მოპასუხეთა უმრავლესობის აზრით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დაფინანსება აუცილებლად უნდა ხდებოდეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით (განსაკუთრებით, ამბულატორიული კომპონენტი). ოჯახის ექიმის ინსტიტუტი უნდა იყოს ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მომუშავე და დაფინანსებაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით უნდა დაიფაროს, რათა ჰოლისტური ზრუნვა ხელმისაწვდომი იყოს მოსახლეობისთვის.

ერთი მოპასუხის მოსაზრებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მომსახურების დაფარვა პირველი რიგის ამოცანაა. კერძო დაზღვევის იძულება რთულია, მაგრამ თუ სახელმწიფო დაზღვევა დააფინანსებს, შესაძლებელია კერძო დაზღვევამაც იგივე გააკეთოს.

ორი გამოკითხული პირის აზრი განსხვავებულია ბიოფსიქოსოციალური მოდელის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფინანსებასთან დაკავშირებით. ისინი თვლიან, რომ საყოველთაო ჯანდაცვა ამას ვერ დაფარავს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას მკაცრად აქვს განსაზღვრული ამა თუ იმ ნოზოლოგიის დაფინანსება. ასევე, განსაზღვრულია, რომ სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას პაციენტის ნაცვლად სახელმწიფო იხდის. ხოლო სოციალურ და ფსიქოლოგიურ მომსახურებაში სახელმწიფო ფულს ვერ გადაიხდის.

დასკვნები და რეკომენდაციები

- ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლების (ჯანდაცვის სამინისტრო, მომსახურებების მენეჯერები, მომსახურების მიმწოდებელი სპეციალისტები) უმრავლესობა არ არის ინფორმირებული ბიოფსიქოსოციალური მიდგომით მუშაობის სარგებელზე და არ იცნობენ ამ მიდგომით მუშაობის პრინციპებს;
- მედიცინის ცალკეულ დარგებში არსებობს მზაობა ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის მიმართ (სოფლის ექიმები, ოჯახის ექიმები) და ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მომსახურების მიწოდების გამოცდილება (ფსიქიკური ჯანმრთელობა, პალიატიური ზრუნვა, წამალდამოკიდებულება);
- ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის საზოგადოებაში პოპულარიზაცია მნიშვნელოვანი საკითხია, რათა საზოგადოებამ დააყენოს მოთხოვნა, რისთვისაც შესამუშავებელია თანმიმდევრული ხანგრძლივი ურთიერთობის სტრატეგია;
- ქვეყანაში არსებობს რესურსი: ცოდნა, გამოცდილება, საგანმანათლებლო პროგრამები, პრაქტიკები, ვალდებულებები, პროფესიონალთა ჯგუფები, მიმდინარე პროექტები (მაგ., შეფასების სოციალურ მოდელზე გადასვლა), პირველადი ჯანდაცვის სტრატეგიის შემუშავების პროცესი და ა. შ., რასთანაც შეთანხმებული და თანმიმდევრული მორგება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვას გამოადგება;
- ცვლილებებია შესატანი სამედიცინო, საექთნო და სხვა სპეციალობათა განათლების პროგრამებში;
- შესამუშავებელია იმ მომსახურებების სტანდარტები, რომლებიც ბიოფსიქოსოციალური მოდელით იმუშავებენ;
- მოსაგვარებელია პროფესიათა რეგულირების, ლიცენზირების და ზედამხედველობის საკითხი;
- დასაწერია მტკიცებულებითი ფსიქოსოციალური მომსახურება;
- ბიოფსიქოსოციალური მოდელით მომსახურების ხელმისაწვდომობისთვის გაზრდისთვის, აუცილებელია ბიოფსიქოსოციალური მოდელის ინტეგრირება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში.

მარეგულირებელი გარემოს ანალიზი

კახა კვაშილავა

მარეგულირებელი გარემოს ანალიზი

შესავალი

წინამდებარე თავში განხილულია სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული კონსტიტუციური დებულებები, კონვენციები, კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტები, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოები (guideline) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტები (protocol).

კვლევის მიზანია დაადგინოს, რამდენად ხელსაყრელია მარეგულირებელი გარემო ქვეყნის ჯანდაცვაში ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის თვალსაზრისით.

საერთაშორისო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ ფსიქოლოგიაში, მედიცინასა და სამართალში ცნებათა ცვალებადობის გამო ზოგიერთმა ქვეყანამ მიიღო ისეთი ახალი კანონები და რეგულაციები, რომლებიც ადვილად არ შედის დადგენილ იურიდიულ კატეგორიებში. ახალი კანონები ერთდროულად მოიცავს როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოლოგიურ ასპექტებს, დაზიანება და დაავადებები განიხილება ბიოფსიქოსოციალური პარადიგმის ფარგლებში. ახალი კანონები და წესები წარმოადგენენ ახალ კატეგორიას, ბიოფსიქოსოციალურ კანონს, რომელიც მიიღო აშშ-ს მრავალმა შტატმა და კანადის პროვინციებმა. სამედიცინო საზოგადოების შიგნით მუდმივად მიმდინარეობს ქმედებები ინოვაციისა და შედეგების გაუმჯობესების მიზნით. 1980-იანი წლების ბოლოს ამ მიზნის მიღწევა განხორციელდა ახალი მეთოდის გამოყენებით, რომელსაც ეწოდება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინა (EBM — evidence-based medicine). საბოლოოდ, EBM-ის მიზანი გახდა ახალი და ეფექტური მომსახურების სტანდარტების დადგენა, რომელსაც ექნებოდა სამეცნიერო მხარდაჭერა. EBM-ის მთავარი სტრატეგია არის მკურნალობის სახელმძღვანელო მითითებების შემუშავება იმ ჩარევების განსაზღვრისთვის, რომელიც დადასტურებულია მტკიცებულებებითა და ექსპერტების მოსაზრებებით. უნდა აღინიშნოს, რომ განვითარებულ ქვეყნებში მითითებული სახელმძღვანელო პრინციპები სავალდებულოდ გამოიყენება სასამართლოებში სასამართლო პროცესის განმავლობაში პაციენტზე ზრუნვის ადეკვატურობის დასადგენად. საერთაშორისო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ სასამართლოში გამოიყენება კლინიკური რეკომენდაციები, როგორც სამართლებრივი სტანდარტი, რომელიც ეფუძნება მკაცრ სამეცნიერო სტანდარტებს და მოითხოვს, რომ ექსპერტიზის დასკვნები გამომდინარეობდეს მეცნიერული მეთოდით მიღებული თეორიებისა და ტექნიკებისგან. საერთაშორისო პრაქტიკით, თუ ექსპერტი არ ეყრდნობა რეკომენდაციას, მისი მოსაზრებები დაუშვებელია სასამართლოში.

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, კლინიკური რეკომენდაცია და სტანდარტი არ წარმოადგენენ ნორმატიულ აქტებს, მიუხედავად იმისა, რომ ისინი დამტკიცებულია მინისტრის ბრძანებით და გამოიყენებიან პრაქტიკულ საქმიანობაში სახელმძღვანელო დოკუმენტებად. შესაბამისად, კლინიკური რეკომენდაციისა თუ

სტანდარტის დებულების დარღვევა/გაუთვალისწინებლობა, მოქმედი კანონმდებლობით, არ იწვევს სუბიექტის პასუხისმგებლობას და არ იძლევა კონკრეტული შემთხვევის სამართლებრივი შეფასების შესაძლებლობას.

ქართულ რეალობაში სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზა იყენებს ქვეყანაში არსებულ კლინიკურ რეკომენდაციებს და სტანდარტებს, თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ არსებული სახელმძღვანელო დოკუმენტები მხოლოდ ბიოსამედიცინო კომპონენტს მოიცავს და მასში ფსიქოსოციალური კომპონენტი არ არის წარმოდგენილი, ექსპერტიზის ბიუროების მიერ გაცემულ დასკვნებშიც მხოლოდ ბიოსამედიცინო მიმართულებით მიმდინარეობს მსჯელობა. საექსპერტო საზოგადოებას არ გააჩნია სახელმძღვანელო, რომელიც მას მისცემს შესაძლებლობას, მრავალი განზომილებით მოახდინოს მოცემულობის შეფასება, რათა არ იყოს შემოფარგლული მხოლოდ კლასიკური გაგებით სამედიცინო დახმარების ადეკვატურობის შეფასებით, არამედ, მასთან ერთად, განიხილავდეს ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ფაქტორებს.

მიმოხილვა

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საერთაშორისო ხელშეკრულებების და შეთანხმებების, საქართველოს საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებისაგან.

1. კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“;
2. საქართველოს კონსტიტუცია;
3. კანონები:
 - საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ;
 - საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ;
 - საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;
 - საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
 - საქართველოს კანონი სოციალური მუშაობის შესახებ;
 - საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკუსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ;
 - საქართველოს კანონი ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ;
 - საქართველოს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ;
 - საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ.

კონვენცია

მნიშვნელოვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს კონვენციას „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რაც ეხება ადამიანის უფლებებს მედიცინისა და ბიომედიცინის სფეროში წარმოებულ კვლევებთან დაკავშირებით. „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენციისა და მისი ოქმების მთავარი მიზანია, უზრუნველყოს ევროპის საბჭოს წევრ ქვეყნებში, რომლებიც კონვენციას მიუერთდებიან, ადამიანის უფლებების, ღირსებისა და ინდივიდუალობის დაცვა ბიოლოგიისა და მედიცინის კონტექსტში. კონვენციის სრული სახელწოდებაა „კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვის შესახებ“. კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ ჯერჯერობით ერთადერთი სავალდებულო საერთაშორისო დოკუმენტია, რომლის მიზანია ადამიანის უფლებებისა და ღირსების დაცვა ბიოლოგიისა და მედიცინის სფეროში. კონვენციაში მოცემული დებულებების რეალიზაცია სავალდებულოა იმ ქვეყნებისათვის რომლებმაც მისი რატიფიცირება მოახდინეს. მასში მითითებულია, რომ ქვეყნები, რომლებიც ამ დოკუმენტს მიუერთდნენ, მოვალენი არიან დაიცვან „თითოეული ადამიანის ღირსება და ინდივიდუალობა, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე უზრუნველყონ მათი ხელშეუხებლობა და სხვა უფლებები და ძირითადი თავისუფლებები ბიოლოგიისა და მედიცინის სფეროში“. კონვენცია ეხება ადამიანის უფლებებს სამედიცინო მომსახურების (დაავადებათა პროფილაქტიკის, მათი გამოვლენა-დიაგნოსტიკის და მკურნალობის) სფეროში და არეგულირებს ბიოსამედიცინო კვლევებს (ექსპერიმენტებს).

კონვენცია აღიარებს და ხაზს უსვამს ისეთ მნიშვნელოვან უფლებებს ჯანდაცვისა და ბიომედიცინის სფეროში, როგორცაა: თანხმობის გაცხადების უფლება ნებისმიერი ჩარევის წინ მედიცინისა და ბიოსამედიცინო კვლევების სფეროში; ინფორმაციის მიღების უფლება საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ; პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობის უფლება. ამასთან, კონვენცია განსაკუთრებით მიუთითებს მოწყვლადი, დაუცველი პირების უფლებების დაცვის აუცილებლობაზე და ქმნის დამატებით მექანიზმებს ასეთი პირების უფლებების დაცვის გარანტიების გასამყარებლად. უპირველეს ყოვლისა, ეს ეხება არასრულწლოვნებს და ფსიქიკური დაავადების მქონე პირებს. ერთი მხრივ, კონვენცია ეხება ყველა დარგს ბიოლოგიის და მედიცინის სფეროში, მეორე მხრივ, ის სპეციფიკურად ეხება ისეთ დარგებს, როგორებიცაა:

- ადამიანის გენომი;
- ადამიანის ორგანოთა გადანერგვა;
- ადამიანზე ჩატარებული ბიოსამედიცინო კვლევა.

კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ საქართველოს მიერ ხელმოწერილი და რატიფიცირებულია 2000 წელს და კონვენცია საქართველოში ძალაშია 2001 წლის 1 მარტიდან.

საქართველო მეშვიდე ქვეყანაა, სადაც ამ კონვენციას კანონის ძალა აქვს.

კონვენციის უმნიშვნელოვანესი პრინციპებია:

- ადამიანის ინტერესების უზენაესობა (საზოგადოებისა და მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით);
- ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების აუცილებლობა ნებისმიერი ჩარევის წინ;
- კონფიდენციალობის დაცვის მოთხოვნის უფლება და პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობა;
- საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ ინფორმაციის მიღების უფლება;
- პროფესიული სტანდარტების დაცვის გარანტიების შექმნის აუცილებლობა ბიომედიცინის სფეროში;
- მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის აუცილებლობა ჯანდაცვის სფეროში;
- დაცვის დამატებითი გარანტიების შექმნა მოწყვლადი ჯგუფებისათვის, განსაკუთრებით პირებისათვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ თანხმობის გაცხადება (ბავშვები, ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო თანხმობის გაცხადების უნარის არმქონე პირები, მათ შორის, ფსიქიკურად დაავადებულნი);
- დისკრიმინაციის აკრძალვა გენეტიკური მემკვიდრეობის საფუძველზე;
- ადამიანის ორგანიზმის და მისი ნაწილების ფინანსური სარგებლობის წყაროდ გახდომის აკრძალვა;
- სამართლიანი კომპენსაციის მიღების უფლება ჩარევის შედეგად მიღებული ზარალისათვის;
- კონვენციისადმი მიერთებული ქვეყნების მიერ სანქციების დაწესების აუცილებლობა კონვენციაში ასახული დებულებების დარღვევისათვის;
- კონვენციისადმი მიერთებული ქვეყნების მიერ ადამიანის უფლებების დაცვის უფრო მაღალი გარანტიების შემოღების შესაძლებლობის შეუზღუდაობა.

საქართველოს კონსტიტუცია

კონსტიტუცია არის სახელმწიფოს ძირითადი კანონი, რომელშიც გათვალისწინებულია ქვეყნის პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური, საზოგადოებრივი მოწყობის საფუძვლები, მოქალაქეთა უფლებები და თავისუფლებები, განათლებისა და სახელმწიფოებრივი ორგანოების ფუნქციონირების სისტემა და სხვა კონსტიტუციური პრინციპები და მექანიზმები.

ჯანმრთელობის დაცვა

საქართველოს კონსტიტუცია, ერთი მხრივ, ამკვიდრებს მოქალაქის უფლებას ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე, ხოლო

მეორე მხრივ, სახელმწიფოს აკისრებს ვალდებულებას, გააკონტროლოს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

ჯანმრთელობის უმაღლესი სტანდარტების მიხედვით „ჯანმრთელობის უფლება“ პირველად დაფიქსირდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციაში (1946 წ.), შემდგომ კი 1978 წელს ალმა-ატის დეკლარაციაში და მსოფლიო ჯანმრთელობის დეკლარაციაში, რომელიც 1998 წელს მსოფლიო ჯანმრთელობის ასამბლეამ მიიღო. ეს უკანასკნელი მოიცავდა ადამიანის უფლებათა რეგიონულ და საერთაშორისო ინსტრუმენტებს.

ჯანმრთელობაზე უფლება საერთაშორისო მასშტაბით განმტკიცებულია 1948 წელს მიღებული ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დეკლარაციის 25-ე მუხლით. აღნიშნული მუხლის მიხედვით, „ყველას უფლება აქვს მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ადეკვატური სტანდარტით ცხოვრებისა“.

ჯანმრთელობის განმარტება

საქართველოს კონსტიტუცია არ განმარტავს ჯანმრთელობის ცნებას. არ არსებობს მისი კანონისმიერი განმარტებაც. სიტყვა „ჯანმრთელობა“ საქართველოს კონსტიტუციაში მრავალჯერაა ნახსენები, შესაბამისად, უნდა დადგინდეს, თუ რას გულისხმობს მასში კანონმდებელი. ჯანმრთელობა შეიძლება განმარტებულ იქნეს ფართო და ვიწრო გაგებით. მისი განმარტება და სწორი არსის დადგენა არ არის სამართლისმცოდნეობის საქმე; ეს სამედიცინო მეცნიერების ფუნქციაა. სამედიცინო მეცნიერებაში ჯანმრთელობის (health) ცნების სამგვარი გაგებაა:

- ა) ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადებისა და უძღურების არარსებობა;
- ბ) გამოვლინებადი დაავადების ან დარღვევის არარსებობა;
- გ) ყოველდღიური ცხოვრებისთვის საჭირო რესურსი, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს პიროვნული, სოციალური და ფიზიკური შესაძლებლობების განხორციელება.

პირველი განსაზღვრებით (ჯანმოს კონსტიტუცია) გამოხატული ჯანმრთელობის იდეალური მდგომარეობის მიღწევა ყველა ჯანდაცვითი ღონისძიების მიზანი უნდა იყოს. მეორე, უფრო ვიწრო განსაზღვრებით, ჯანმრთელობა იზომება სტატისტიკური დემოგრაფიული მაჩვენებლების მეშვეობით. მესამე განსაზღვრების მიხედვით, ჯანმრთელობა განიხილება არა როგორც კეთილდღეობის აბსტრაქტული მდგომარეობა, არამედ ადამიანის ინდივიდუალურად, სოციალურად და ეკონომიკურად პროდუქტიული ცხოვრების აუცილებელი წინაპირობა, საშუალება, რესურსი.

საქართველოს კონსტიტუციის 28-ე მუხლის შინაარსს შეესაბამება ჯანმრთელობის ცნების პირველი განმარტება, რომელიც უფრო მოცულობითი ხასიათისაა. ამ ნორმის განმარტებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის დაცვა-შენარჩუნება მოითხოვს მრავალი ღონისძიების განხორციელებას სახელმწიფოს მხრიდან. ასეთი დაცვა-შენარჩუნება საჭიროა არა მხოლოდ მაშინ, როცა ადამიანი ავადია და

შერყეულია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, არამედ, მაშინაც, როცა ის ჯანმრთელია. კონსტიტუციის 28-ე მუხლი ითვალისწინებს ისეთ პრევენციულ ღონისძიებებს, როგორცაა სამედიცინო მომსახურება, სამკურნალო საშუალებათა, სამკურნალო დაწესებულებათა და მომსახურების ხარისხის კონტროლი. კონსტიტუციის 29-ე მუხლით დაცულია უფლება ჯანმრთელობისთვის უვნებელ გარემოში ცხოვრების. ამ ღონისძიებების განხორციელებით სახელმწიფო აღწევს ადამიანის სრულ ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას.

თანასწორობის პრინციპი ჯანდაცვის სფეროში

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, თანასწორობის პრინციპი ჯანდაცვის სფეროში უზრუნველყოფილია კანონით. საქართველოს მოქალაქეებს უფლება აქვთ, ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით, რომელსაც განახორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი, განურჩევლად საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა.

აკრძალულია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო.

ნიშანდობლივია ისიც, რომ თანასწორობის პრინციპი ფუნდამენტური პრინციპია და მისმა დარღვევამ შესაძლებელია გარკვეული სახის, მათ შორის, სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა გამოიწვიოს, მაგალითად, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 142-ე მუხლის შესაბამისად.

სამედიცინო მომსახურება

სამედიცინო მომსახურება განმარტებულია ჯანდაცვის კანონმდებლობაში. ეს არის სამედიცინო ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომლის მიზანია ადამიანის არა მხოლოდ შერყეული ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, არამედ გარკვეული პროფილაქტიკური მომსახურების განხორციელება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესანარჩუნებლად.

საქართველოს კონსტიტუციის 28-ე მუხლის პირველი ქვეპუნქტი მიუთითებს „ხელმისაწვდომ სამედიცინო დახმარებაზე“, რაც გულისხმობს სამ სხვადასხვა ელემენტს. ესენია:

- **ინფორმაციული ხელმისაწვდომობა** – სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების შესახებ ყველა ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა პაციენტისათვის (სამედიცინო დაწესებულებებში ინფორმაციის განთავსება თვალსაჩინო ადგილზე, მედიასაშუალებით ინფორმაციის მიწოდება, განმარტების მიცემა სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის მიერ, სპეციალური ბუკლეტების, პლაკატების და სხვა საშუალებების განთავსება თვალსაჩინო ადგილზე და სხვა).

- **გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა** – გულისხმობს ამბოლატორიული სამედიცინო დაწესებულებების განლაგებას გარკვეულ რადიუსში, რათა მოხერხდეს მოქალაქეებისათვის დროულად სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა.

- **ფინანსური ხელმისაწვდომობა** – გულისხმობს სახელმწიფოს მხრიდან ყველა მოქალაქისათვის ჯანდაცვის უზრუნველყოფას, საყოველთაო და თანაბარ ხელმისაწვდომობას სახელმწიფოს სამედიცინო პროგრამების, აგრეთვე სამედიცინო დაზღვევის მეშვეობით.

საქართველოში სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დონის ამაღლება. ეფექტურად მომუშავე ჯანდაცვის სისტემამ ყოველმხრივ უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით.

სამედიცინო დაწესებულებები

სამედიცინო დაწესებულება საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირია, რომელიც დადგენილი წესით ეწევა სამედიცინო საქმიანობას.

პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონი

პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონი მოქმედებს 2000 წლიდან და მისი მიზანია მოქალაქეთა უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა.

საქართველოს კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ განმარტებულია, რომ პაციენტი შეიძლება იყოს „ნებისმიერი პირი, რომელიც მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით“. პაციენტად იგულისხმება ნებისმიერი მოქალაქე დაბადებიდან სიცოცხლის ბოლომდე, ანუ, პიროვნება, რომელიც ელოდება, იღებს, ან უკვე მიიღო მომსახურება ჯანდაცვის სფეროში.

კანონში ძირითადად პაციენტის უფლებები წარმოდგენილია ინდივიდუალური და სოციალური უფლებების სახით.

ინდივიდუალური გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების პროცესში ინფორმაციის მიღების უფლებას, ინფორმირებული თანხმობის უფლებას, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და კონფიდენციალობის უფლებას, მეორე აზრის მოძიების უფლებას, სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლებას და ა. შ.

სოციალური უფლებები გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას, რომელიც იყოფა შემდეგ ქვეკატეგორიებად: სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა მომსახურების სახეების მიხედვით, სამედიცინო მომსახურების

ხელმისაწვდომობა გეოგრაფიული (ტერიტორიული) თვალსაზრისით, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა რაიმე ნიშნით დისკრიმინაციის გარეშე (ასაკი, სქესი, ეთნიკური წარმომავლობა, რასა და ა. შ.), სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

ამონარიდი „ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციიდან“ (გაეროს გენერალური ასამბლეა, 1948 წელი): **„ყველა ადამიანის აქვს უფლება ცხოვრების ისეთ დონეზე, რომელიც ადეკვატური იქნება მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისათვის, საკვების, ტანსაცმლის, საცხოვრებელი ადგილის, სამედიცინო დახმარების და აუცილებელი სოციალური სამსახურების ჩათვლით“.**

ცნება „სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა“ ქვეყნის შესაძლებლობებით, რესურსებით და მრავალი ფაქტორის ბალანსით არის წარმოდგენილი. ეს ფაქტორებია: კადრები, დაფინანსება, სატრანსპორტო საშუალებები, არჩევანის თავისუფლება, საზოგადოების ინფორმირებულობა, ტექნიკური რესურსების ხარისხი და განაწილება. ეს ელემენტები განსაზღვრავენ მოსახლეობის მიერ რეალურად მიღებული დახმარების მოცულობას და ხარისხს, ხოლო მათი ბალანსი - დახმარების ხელმისაწვდომობის ხასიათსა და ხარისხს.

ტერმინი „ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობა“ ასევე ნახსენებია კონვენციაში „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რაც აქ გაგებული არ უნდა იყოს, როგორც აბსოლუტურად თანაბარი მომსახურების (საპროფილაქტიკო, სადიაგნოზო, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ჩარევების) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველასათვის. უპირველეს ყოვლისა, ის გულისხმობს გაუმართლებელი დისკრიმინაციის გამორიცხვას.

პაციენტის უფლებების შესახებ საქართველოს კანონით, საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა მიმწოდებლისგან მიიღოს ქვეყანაში არსებული და დანერგილი პროფესიული და მომსახურების სტანდარტის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება, რაც იმას გულისხმობს, რომ ყველას უნდა გაეწიოს მომსახურება სახელმწიფო სტანდარტების შესაბამისად სახელმწიფოს პროგრამული დაფინანსების ფარგლებში.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონი ადგენს გარანტიებს საქართველოს მოქალაქეებისათვის, რათა მათ არანაირი სამართლებრივი პრობლემები არ ჰქონდეთ იმისათვის, რომ სახელმწიფოში მიიღონ სამედიცინო მომსახურება.

მოქალაქეები სამედიცინო მომსახურების სფეროში კანონით გათვალისწინებული გარკვეული უფლებებით სარგებლობენ. ეს უფლებები, რა თქმა უნდა, სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობასაც ეხება. კერძოდ, მოქალაქე ყოველთვის არ იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას; ზოგჯერ მოქალაქე მომსახურების საფასურის მხოლოდ ნაწილს ფარავს, ან საერთოდ არაფერს იხდის. საქართველოში სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ძირითადი მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ღონის ამადლება. უფექტურად მომუშავე ჯანდაცვის სისტემამ

ყოველმხრივ უნდა უზრუნველყოს მოსახლეობა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებით. სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამები ემსახურება ხელმისაწვდომობის პრინციპს. სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო აფინანსებს მოსარგებლებს, რათა მათ მიიღონ ბაზისური სამედიცინო მომსახურება. ზოგ შემთხვევაში ეს არის სრული დაფინანსება, ზოგჯერ - თანაგადახდა.

ბოლო პერიოდის სიახლეს წარმოადგენს კანონში ასახული ისეთი განმარტებები, როგორცაა სამედიცინო მომსახურება, პალიატიური, ჰოსპისური მზრუნველობა.

პაციენტის უფლებების შესახებ კანონის მე-2 თავში საუბარია მკურნალობისა და მოვლის უფლებაზე, რომლის თანახმად სახელმწიფო იცავს და უზრუნველყოფს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე. ამ მომსახურების გადაუდებლად განხორციელების გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება. სახელმწიფო უზრუნველყოფს იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის მომსახურების თანაბარ ხელმისაწვდომობას სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით და იცავს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე. აღნიშნულ კანონში სამედიცინო მომსახურება განმარტებულია შემდეგი სახით: სამედიცინო მომსახურება – დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ პაციენტისათვის ჩატარებული ნებისმიერი მანიპულაცია და პროცედურა; რა თქმა უნდა მანიპულაციები და პროცედურები მოიცავს ექიმის მიერ დანიშნულ ისეთ ღონისძიებებს, რომლებიც შინაარსობრივად მოვლას ნიშნავს, მაგრამ იურიდიული ტექნიკის თვალსაზრისით სასურველია კანონში აისახოს მოვლის განმარტება.

საექიმო საქმიანობის შესახებ საქართველოს კანონი

ამ კანონის მიზანია უზრუნველყოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის შესაბამისი პროფესიული განათლება და პრაქტიკული მომზადება, მის პროფესიულ საქმიანობაზე სათანადო სახელმწიფო ზედამხედველობის დაწესება, მისი უფლებების დაცვა, აგრეთვე, ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების საექიმო საქმიანობაში დამკვიდრებით, საქართველოს მოსახლეობის მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება.

საექიმო საქმიანობა – მედიცინაში განსწავლული, სათანადო უნარ-ჩვევებისა და პრაქტიკული გამოცდილების მქონე პირის პროფესიული საქმიანობა, რომლის მიზანია ქვეყანაში აღიარებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების გამოყენებით, აგრეთვე საექიმო ტრადიციების გათვალისწინებით, ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა, შენარჩუნება და აღდგენა, მისთვის ტანჯვის შემსუბუქება.

საექიმო საქმიანობის შესახებ კანონის შესაბამისად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განმახორციელებელ პირს ეკისრება ვალდებულება დაიცვას პაციენტის უფლებები იმავე ფარგლებში, რაც ეს მინიჭებული აქვს პაციენტს პაციენტის უფლებების შესახებ კანონით, ასევე, ავალდებულებს იხელმძღვანელოს მხოლოდ პროფესიული სტანდარტებით, ჰუმანიზმის პრინციპებით, საქართველოს

კანონმდებლობით, პატივს სცეს პაციენტის ღირსებას, აღმსარებლობასა და ტრადიციებს.

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის პროფესიული პასუხისმგებლობა არის პაციენტის გამოკვლევასთან, მოვლასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო სტანდარტებისა და ეთიკური ნორმების დარღვევისათვის გათვალისწინებული პასუხისმგებლობა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ საქართველოს კანონი

ამ კანონის მიზანია უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და უწყვეტობა, აღნიშნულ პირთა უფლებების, თავისუფლებებისა და ღირსების დაცვა და განსაზღვროს ფსიქიატრიის დარგის მუშაკთა უფლებები და მოვალეობები.

კანონის მე-8 მუხლის თანახმად, პაციენტის გამოკვლევის, მკურნალობისა და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის დროს გამოიყენება მხოლოდ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით განსაზღვრული მეთოდები. ამავე კანონის 21-ე მუხლის თანახმად, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მიზნით გამოიყენება მხოლოდ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ნებადართული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური და სარეაბილიტაციო მეთოდები. 2014 წლის 15 იანვრის #68 დადგენილებით განსაზღვრულია ტექნიკური რეგლამენტი – ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტების შესახებ.

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის მომსახურება ხორციელდება შემთხვევის მართვისა და მრავალდარგობრივი გუნდით (მდგ) მუშაობის მეთოდის მეშვეობით. მეთოდი იძლევა საშუალებას, მომსახურება მაქსიმალურად მიესადაგოს მომხმარებლის ინდივიდუალურ საჭიროებებს.

მეთოდი მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

- სპეციალისტთა გუნდის მიერ მომხმარებლის საჭიროების შეფასება;
- მომსახურების ინდივიდუალური გეგმის შედგენა;
- მომსახურების განხორციელება,
- მონიტორირება;
- მომსახურების შედეგების შეფასება.

მომხმარებლის საჭიროების შეფასება და ინდივიდუალური გეგმის შედგენა გულისხმობს მრავალდარგობრივი გუნდის (მდგ) მიერ მოსარგებლის ინდივიდუალური პრობლემების გამოყოფას და მათი გადაჭრის რეალური გზების დასახვას.

მონიტორირება გულისხმობს საკონტროლო ღონისძიებების განხორციელებას, გადაიჭრა თუ არა დაგეგმილი ამოცანები.

შეფასება გულისხმობს პაციენტის მდგომარეობის თვისობრივ შეფასებას - რამდენად გაუმჯობესდა გარემოში ადაპტაციის, სტრესისადმი ტოლერანტობის, შრომისუნარიანობის, ადამიანებთან ურთიერთობის პრობლემების გადაჭრის უნარი და სხვა.

თითოეულ მოსარგებლეს მასთან მომუშავე ჯგუფიდან ენიშნება შემთხვევის წამყვანი, რომელიც დაგეგმილი პრობლემების საკითხებში ანგარიშვალდებულია მრავალდარგობრივი გუნდის წინაშე.

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის მომსახურების სახეებია:

- ხელოვნებით თერაპია;
- დასაქმებით (ოკუპაციური, ერგო-) თერაპია;
- ღია ჯგუფური (ვერბალური) თერაპია;
- სოციალურად დამოუკიდებელ უნარ-ჩვევათა პროგრამა;
- ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპიული მოდელი (IPT);
- კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (CBT);
- თვითდახმარების ჯგუფებში ჩართვა.

დადგენილებით განსაზღვრულია ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ჩატარების ადგილის და კვების ბლოკის სტანდარტები და ა. შ.

პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და უწყვეტობა მოწესრიგებულია ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტებით და მეთოდური სახელმძღვანელოებით, რომელიც დამტკიცებულია მინისტრის ბრძანებით.

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ფსიქიკური აშლილობების ეროვნულ სახელმძღვანელოებში

ფსიქიკური აშლილობების ეროვნული სახელმძღვანელოები, რომლებიც დამტკიცებულია ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, პირობითად შეიძლება ორ ნაწილად დაიყოს: ა) რეკომენდაციები, განკუთვნილი პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის და ბ) რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანდაცვის მომსახურებებში დასაქმებულთათვის.

ჯანდაცვის სამინისტროს შესაბამის საიტზე განთავსებული (ბ) რეკომენდაციების დიდი უმრავლესობა განახლებას ექვემდებარება და არ შეიცავს ბოლო პერიოდის საერთაშორისო მითითებებს. ზოგადად, რეკომენდაციების განახლების ვადად მითითებულია 2–5 წელი.

მაგალითად, რეკომენდაცია „ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა“, „პანიკური აშლილობა“ და „გუნებ-განწყობის (აფექტური) აშლილობა“ დამტკიცებულია 2008 წელს და მათი განახლების ვადა 2 წელია. მიუხედავად ხანდაზმულობისა, აღნიშნულ რეკომენდაციებში მკურნალობის ბიოლოგიურ მეთოდებთან ერთად რეკომენდებულია ფსიქოთერაპიული ჩარევები. კერძოდ, ხაზგასმულია ფსიქოგანათლების და კოგნიტურ-ბიჰევიორული ფსიქოთერაპიული ჩარევის მნიშვნელობა.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპები გათვალისწინებულია 2013 წელს დამტკიცებულ ქართულ ეროვნულ რეკომენდაციაში „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“. მოცემულ პრაქტიკულ სახელმძღვანელოში ცალკე თავი ეთმობა ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური ჩარევების ცალკეული მეთოდების აღწერას და მათი გამოყენების რეკომენდაციებს. ეს მეთოდებია: თანხმობით თერაპია, ხელოვნებით თერაპია, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, ოჯახური ჩარევა, დინამიური ფსიქოთერაპია, სოციალური უნარების ტრენინგი. ამ თავის შესავალში საუბარია იმ მიზეზებზე, რამაც ფსიქოლოგიური და სოციალური სამკურნალო მეთოდების დანერგვას შეუწყო ხელი. „ფსიქოლოგიური თერაპია და ფსიქოსოციალური ჩარევა შიზოფრენიის მკურნალობაში უკანასკნელ ათწლეულებში დამკვიდრდა, რაც ორმა ძირითადმა ფაქტორმა განაპირობა:

ა). უკეთ გაცნობიერდა ფსიქოლოგიური პროცესების მნიშვნელობა, როგორც დაავადების გამწვავების დროს, ასევე შიზოფრენიის უარყოფითი გავლენის შეფასებისას;

ბ). აღმოჩნდა, რომ პაციენტთა ნაწილი რეზისტენტულია ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიმართ, აღენიშნება სერიოზული გვერდითი ეფექტები და არ იცავს მკურნალობის რეჟიმს.

საჭირო გახდა უფრო ფართო მიდგომის შემოღება, რომელიც გააერთიანებდა მკურნალობის სხვადასხვა შესაძლებლობებს და იქნებოდა პაციენტის და მისი ოჯახის საჭიროებებზე მორგებული. უკანასკნელ პერიოდში თემზე დაფუძნებული მომსახურებების განვითარებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა ინტერესი შიზოფრენიის დროს ფსიქოსოციალური ჩარევის მიმართ”.

რეკომენდაციაში მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა თანამედროვე თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების და სოციალური პროგრამების აღწერას და მათ მნიშვნელობას მკურნალობის პროცესში: „რეინტეგრაციისკენ მიმართული სოციალური პროგრამები, რომლებიც პაციენტს სთავაზობს დასაქმებას, განათლებას და უნარების აღდგენას, მნიშვნელოვანია სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებისა და იზოლაციის დასაძლევად. სოციალური მხარდაჭერის მომსახურებები (მაგალითად, დამოუკიდებელი საცხოვრებელი) ამცირებს სტიგმას და ხელს უწყობს პიროვნების გააქტიურებას მისი სურვილების და ძლიერი მხარეების გათვალისწინებით და, საერთო ჯამში, უზრუნველყოფს სოციალური ჩართულობის პრინციპს.”

რეკომენდაციის დანართში მოცემული შეფასების სკალებიდან ორი მათგანი ეხება სოციალური უნარ-ჩვევების შეფასებას. ყოველივე ზემოთქმულიდან ცხადია, რომ

განხილულ რეკომენდაციაში საკმარისადაა გათვალისწინებული ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპები.

ეს პრინციპები ასევე სრულადაა გათვალისწინებული 2013 წელს დამტკიცებულ სხვა რეკომენდაციაში „დეპრესიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“. დეპრესიის ეტიოლოგიური ფაქტორების ჩამოთვლისას ცალკე თავი ეძღვნება ფსიქოსოციალური ფაქტორების დახასიათებას, დეპრესიის ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური მკურნალობის მეთოდებს. მითითებულია, რომ დეპრესიის მკურნალობისას თანაბრად მნიშვნელოვანია ფსიქოსოციალური ფაქტორების გათვალისწინებაც: „სიმპტომებისა და ფუნქციური გაუარესების შეფასებასთან ერთად განიხილეთ დეპრესიული მდგომარეობის სიმძიმის, განვითარებისა და მიმდინარეობის საკითხში შემდეგი ფაქტორების მნიშვნელობა: ინტერპერსონალური ურთიერთობების ხარისხი, ცხოვრების ხარისხი და სოციალური ურთიერთობები. დეპრესიულ პირებთან მუშაობისას პატივი ეცით პიროვნების კულტურულ, რელიგიურ და ეთნიკურ განსხვავებებს და გაითვალისწინეთ ამ ფაქტორების გავლენა დეპრესიული სიმპტომების თავისებურებებზე“.

რეკომენდაცია „დეპრესია ბავშვებსა და მოზარდებში“ 2015 წელსაა დამტკიცებული. მასშიც კარგადაა წარმოჩენილი ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპები. მაგალითად, „დეპრესიის მქონე ბავშვის ან მოზარდის შეფასებისას, სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსების დროს ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტმა უნდა გაითვალისწინოს და მიუთითოს შესაძლო კომორბიდობა, ასევე, სოციალური, ოჯახური ან სწავლასთან დაკავშირებული კონტექსტი. ყურადღება უნდა მიექცეს ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს როგორც ოჯახის წევრებთან, ასევე მეგობრებთან, თანატოლებთან და პედაგოგებთან“. იქვე აღნიშნულია, რომ „ბავშვთა და მოზარდთა შეფასება სრული და ჰოლისტური უნდა იყოს“. თავში, რომელიც მკურნალობის ზოგად პრინციპებს ეხება, ხაზგასმულია სოციალური გარემოს შესწავლის მნიშვნელობა. „მკურნალობა, ძირითადად, სათემო და სტაციონარგარეშე მომსახურებებში უნდა წარიმართოს. მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია ბავშვისა და მოზარდის სოციალური გარემო ფაქტორების ღრმად შესწავლა“.

ამ მოთხოვნებში ამკარად ჩანს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის სამივე ფაქტორის გათვალისწინება.

2017-2018 წლებში არის დამტკიცებული რეკომენდაციები, რომლებიც ეხება პიროვნულ აშლილობებს და აუტიზმს, კერძოდ: „მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობა და მართვა“, „დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობა და მართვა“, „აუტიზმის სპექტრის აშლილობების გამოვლენა, დიაგნოსტიკა და მართვა“.

ამ რეკომენდაციებშიც ფართოდაა წარმოდგენილი მკურნალობის ფსიქოლოგიური და სოციალური მეთოდები, რიგ შემთხვევებში რეკომენდებულია მათი უპირატესად გამოყენება ბიოლოგიურ მეთოდებთან შედარებით. მაგალითად, „აუტიზმის მქონე პირებს უნდა მიეწოდოთ დახმარება გამკლავების სტრატეგიების სწავლებასა და თემში არსებული მომსახურებების შეფასებაში, მათ შორის, საზოგადოებრივი

ტრანსპორტის გამოყენების, დასაქმებისა და გართობისთვის საჭირო უნარების განვითარებაში”.

დისოციალური პიროვნული აშლილობის მკურნალობისას რეკომენდებულია სპეციალური ფსიქოთერაპიული მეთოდები, ხოლო პრევენციის დროს აქცენტი მთლიანად გადატანილია სოციალურ გარემოზე ზემოქმედებაზე.

ამრიგად, ფსიქიკური აშლილობების ეროვნულ რეკომენდაციებში, განსაკუთრებით ბოლო წლებში დამტკიცებულ სახელმძღვანელოებში, საკმაოდ ფართოდაა წარმოდგენილი ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპები.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონი

ეს კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს და ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

- მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება;
- ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში;
- ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან და მისი მართვადობის უზრუნველყოფა;
- პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის, აგრეთვე ამა თუ იმ დაავადებით შეპყრობილი პირის დისკრიმინაციისაგან დაცვა სამედიცინო დახმარების გაწევისას;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სამედიცინო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების დამკვიდრება;
- მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ;
- ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის ხელშეწყობა;
- სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;
- პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის, მათ შორის, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულობა, მათში სახელმწიფო და კერძო სექტორების

მონაწილეობა, საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება და მასზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;

- სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ექიმთა სერტიფიცირების, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებისა და სამედიცინო დაწესებულებაზე ნებართვის გაცემისათვის;
- სახელმწიფოს, საზოგადოების, თითოეული მოქალაქის მონაწილეობა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაში, საცხოვრებელი, სამუშაო და დასასვენებელი გარემოს დაცვაში;
- სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და თანაბარუფლებიანი არსებობა;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება;
- სახელმწიფოს მიერ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული წესით ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება; სახელმწიფო სექტორის ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებების თვითანაზღაურებისა და თვითმმართველობის უზრუნველსაყოფად საფინანსო, სამეურნეო, სახელმეკრულებო ურთიერთობებისა და მართვის სისტემის ავტონომია კანონმდებლობით დადგენილი წესით;
- არსებული რესურსების შესაბამისად სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო-ბიოლოგიური და ჯანმრთელობის დაცვის კვლევათა დაფინანსება, ამ მიზნით კერძო სექტორიდან სახსრების მოსაზიდად ხელსაყრელი პირობების შექმნა;
- პროფესიული გაერთიანებების, აგრეთვე სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობა ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე, ეფექტური სისტემის ჩამოყალიბებაში კონსულტაციების, სამეცნიერო და პროფესიული განხილვების, სათანადო პროექტების შემუშავების, პაციენტის უფლებების დაცვაში მონაწილეობის გზით

აღნიშნული ურთიერთობების მოწესრიგებაში კანონების გარდა გამოიყენება კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოები („გაიდლაინები“) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტები („პროტოკოლები“). ეს დოკუმენტები ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტებით მტკიცდება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ.

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელო არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური მდგომარეობის (ნოზოლოგია/სინდრომი) მართვის რეკომენდაცია, ხოლო კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) არის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოს საფუძველზე შემუშავებული კლინიკური

მდგომარეობის მართვის მკაფიოდ განსაზღვრული ეტაპები და მოქმედებათა თანამიმდევრობა.

ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი იძლევა სამედიცინო მომსახურების უფრო ფართო განმარტებას, ვიდრე პაციენტის უფლებების შესახებ კანონი; კერძოდ, სამედიცინო საქმიანობა (სამედიცინო მომსახურება) – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებასთან, გაუმჯობესებასთან და აღდგენასთან (ფსიქიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ფიზიკურ რეაბილიტაციასთან), პალიატიურ მზრუნველობასთან, პაციენტის სამედიცინო მოვლასთან, პროთეზირებასთან, პაციენტის სამედიცინო ტრანსპორტირებასთან, პაციენტის სამედიცინო განათლებასთან, სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზასთან, სასამართლო-ფსიქიატრიულ ექსპერტიზასთან, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის დონისძიებებთან და სამედიცინო დაწესებულებებში გაწეულ, სამედიცინო საქმიანობასთან დაკავშირებულ თანმხლებ მომსახურებასთან და ხორციელდება დადგენილი წესით.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლი

პირველადი ჯანმრთელობის დაცვა – ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასთან ცალკეული პირისა და ოჯახის პირველი შეხება; უწყვეტი, ყოვლისმომცველი და კოორდინირებული, უპირველესად საოჯახო მედიცინის სისტემაზე დაფუძნებული, საზოგადოების თითოეული წევრისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, დაავადებების პრევენციის, ფართოდ გავრცელებული დაავადებების სამკურნალო და სარეაბილიტაციო დონისძიებებს, მათ შორის, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვას, ოჯახის დაგეგმვას, პალიატიურ მზრუნველობას, აუცილებელი მედიკამენტებით ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას”.

„სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა – პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის დონისძიებების შეუფერხებელი განხორციელება”.

„სამედიცინო საქმიანობა – საქმიანობა, რომელიც დაკავშირებულია დაავადებათა პროფილაქტიკასთან, დიაგნოსტიკასთან, მკურნალობასთან, რეაბილიტაციასთან, პალიატიურ მზრუნველობასთან და შეესაბამება ქვეყანაში აღიარებულ სამედიცინო მომსახურების პროფესიულ და ეთიკურ სტანდარტებს;”;

„სამედიცინო ჩარევა – ნებისმიერი მანიპულაცია, პროცედურა, რომელსაც ატარებს ექიმი ან სხვა სამედიცინო პერსონალი დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით;”.

„ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების პრევენციისათვის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და პალიატიური მზრუნველობისათვის. ამ შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის თანხმობა;”.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონში შეიცვალა პალიატიური და ჰოსპისური მზრუნველობის განმარტებები, გაჩნდა ხანგრძლივი მოვლის განმარტება, რომელიც ძალაში შევიდა 2019 წლის 1 ოქტომბრიდან.

- პალიატიური მზრუნველობა – მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურება, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს;
- ჰოსპისური მზრუნველობა – პალიატიური მზრუნველობის ნაწილი, განკუთვნილი ინკურაბელური პაციენტებისთვის, რომელთა სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა შეზღუდულია. ჰოსპისურ მზრუნველობას ახორციელებს პალიატიური მზრუნველობის სპეციალიზებული გუნდი. საჭიროებისამებრ, იგი ხორციელდება როგორც ჰოსპისში, ისე ბინაზე, ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში ან მრავალპროფილურ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ჰოსპისური მზრუნველობის დროს დაავადების განკურნებაზე ორიენტირებული სამედიცინო ჩარევები აღარ გამოიყენება და ხორციელდება მხოლოდ დაავადების სიმპტომთა მართვისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისკენ მიმართული სამედიცინო ჩარევები. ბავშვთა მიმართ ჰოსპისური მზრუნველობის დროს შესაძლებელია სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არ შეიზღუდოს და პარალელურად განხორციელდეს ძირითადი დაავადების მკურნალობაზე ორიენტირებული ჩარევები;
- ხანგრძლივი მოვლა – მომსახურებათა ერთობლიობა, რომლის მიზანია ქრონიკული დაავადების ან/და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო საჭიროებების დაკმაყოფილება, როდესაც ამ პირს ხანგრძლივად არ შეუძლია თავის მოვლა.

პალიატიური მზრუნველობის, ჰოსპისური მზრუნველობისა და ხანგრძლივი მოვლის სამედიცინო საქმიანობა რეგულირდება შესაბამისი ტექნიკური რეგლამენტით (რეგლამენტებით) და მისი განხორციელება ექვემდებარება სამინისტროსთვის სავალდებულო შეტყობინებას. ტექნიკური რეგლამენტი (რეგლამენტები) მიიღება საქართველოს მთავრობის დადგენილებით.

სახელმძღვანელო დოკუმენტები ბიოფსიქოსოციალურ საკითხთან მიმართებაში

„ქრონიკული ტკივილის მართვა“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი, 2012.

დანართი 8: ტკივილის შეფასებისა და მართვის ალგორითმები.

ტკივილი არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა, რომელიც ასოცირდება ქსოვილთა რეალურ ან პოტენციურ დაზიანებასთან.

მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია გულდასმით ჩატარდეს შეფასება, რათა დადგინდეს ტკივილის მიზეზი, ტიპი, ინტენსივობა და მისი ზემოქმედება პაციენტზე.

ტკივილის შეფასება უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- ფიზიკური ზემოქმედება (ეფექტები) / ტკივილის გამოვლინების სახეები;
- ფუნქციური ზემოქმედება (ეფექტები) / ყოველდღიური ცხოვრებისათვის აუცილებელი საქმიანობების დარღვევა;
- ფსიქოსოციალური ფაქტორები (შფოთვის დონე, განწყობა, კულტურული ფაქტორები, შიშები, ადამიანებს შორის ურთიერთობაზე ზემოქმედება, ტკივილისადმი ტოლერანტობა (მოქმედი ფაქტორები - იხ. ქვევით);
- სულიერი ასპექტები.

ფაქტორები, რომლებიც ზემოქმედებას ახდენენ ტკივილისადმი ტოლერანტობაზე

ფაქტორები, რომლებიც ამცირებენ ტკივილისადმი ტოლერანტობას	ფაქტორები, რომლებიც ზრდიან ტკივილისადმი ტოლერანტობას
<ul style="list-style-type: none"> • დისკომფორტი • ინსომნია • დაძაბუნება • აგზნება • შიში • სიბრაზე • სევდა • მოწყენილობა • დეპრესია • საკუთარ თავში ჩაკეტვა 	<ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომთა შემცირება • ძილი • მოსვენება • ფიზიკური თერაპია • რელაქსაციური თერაპია • ახსნა/მხარდაჭერა • გაგება/ემპათია • მრავალფეროვანი აქტივობები • ურთიერთობები/მოსმენა • გუნებ-განწყობის ამალღება • ტკივილის მნიშვნელობის და მნიშვნელოვნების გაგება • სოციალური ჩართულობა • ემოციის გამოხატვის წახალისება

პაციენტი უნდა იყოს მისივე ტკივილის შეფასების უპირველესი წყარო.

ტკივილის მართვის პრინციპები:

- კიბოსმიერი ტკივილით შეპყრობილ პაციენტთა მკურნალობის შედეგები რეგულარულად უნდა შეფასდეს ვიზუალური ანალოგიის სკალის, რიცხობრივი შეფასების სკალის ან ვერბალური შეფასების სკალის გამოყენებით;
- პაციენტებთან, რომელთაც აღენიშნებათ ცნობიერების მოშლა, შესაძლებლობის შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იქნეს ტკივილის თვითშეფასების სკალები;

ტკივილის შეფასება უნდა ხორციელდებოდეს რეგულარულად (მინიმუმ, დღეში ერთხელ);

- პაციენტებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია და ინსტრუქცია ტკივილისა და მისი მართვის შესახებ და წახალისდეს მათი ჩართულობა ტკივილის მართვის პროცესში;
- კიბოსმიერი ტკივილით შეპყრობილ პაციენტთა მკურნალობა უნდა განხორციელდეს ჯანმო-ს კიბოსმიერი ტკივილის მართვის პროგრამაში ჩამოყალიბებული პრინციპებით;
- პაციენტის მკურნალობა უნდა დაიწყოს ტკივილის ინტენსივობის ჯანმო-ს ანალგეზიური კიბის საფეხურთან შესაბამისად;
- ანალგეზიური დანიშნულება ყოველთვის უნდა შეიცვალოს ტკივილის ინტენსივობის ცვლილების შესაბამისად;
- თუ ტკივილის ინტენსივობა იზრდება და ვეღარ კონტროლდება მოცემული საფეხურის მედიკამენტებით, გადადის შემდეგ საფეხურზე და არ გამოიყენება იმავე საფეხურის სხვა მედიკამენტები;
- ყველა პაციენტთან, რომელთაც აღენიშნებათ საშუალო ან ძლიერი ინტენსივობის ქრონიკული კიბოსმიერი ტკივილი, ეტიოლოგიის მიუხედავად, გამოიყენება ოპიოიდური ანალგეზია;
- მუდმივი ტკივილის შემთხვევაში ტკივილგამაყუჩება უნდა იყოს 24-საათიანი;
- „ტკივილის შეტევითვის“ უნდა დაინიშნოს შესაბამისი ანალგეზია;
- ქრონიკული კიბოსმიერი ტკივილით შეპყრობილ პაციენტს განემარტება, რომ ოპტიმალური შედეგის მისაღწევად ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები უნდა მიიღოს რეგულარულად.

ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე პირების პალიატიური მზრუნველობა კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია 2019

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის განვითარებისა და მხარდაჭერის, ექიმებისათვის გადაწყვეტილების მიღების პროცესის გამარტივებისა და პაციენტისათვის საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის ხელმისაწვდომობის მიზნით, მნიშვნელოვანია ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე პირების პალიატიური მზრუნველობის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოების არსებობა.

პალიატიური მზრუნველობა არის ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და ადამიანის ღირსებისა და ჯანმრთელობის განუყოფელი ნაწილი. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების მეშვეობით, სიცოცხლისთვის საშიში

დაავადების მქონე პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, სამართლებრივ და სულიერ ასპექტებს, რომლებიც კავშირშია სიცოცხლისთვის საშიშ დაავადებებთან.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პალიატიურ მზრუნველობას შემდეგნაირად განმარტავს:

პალიატიური მზრუნველობა არის მიდგომა, რომელიც ტკივილის და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური და სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასებისა და მკურნალობის შედეგად, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით, აუმჯობესებს იმ პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხს, რომლებსაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემები.

კლინიკურ რეკომენდაციაში წარმოდგენილია პალიატიური პაციენტების ტერმინალური პერიოდის სიმპტომები და მათი მართვის რეგულაციები.

აღნიშნული რეკომენდაციის მეექვსე თავში საუბარია მართვაზე, რომლის ფარგლებშიც წარმოდგენილია ჩარევები შექცევადი ფაქტორების შეძლებისდაგვარად გამოსწორების მიზნით, პაციენტებთან და ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის მიდგომები, ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური ჩარევები, შეფასების და მართვის გადახედვა, დარგთაშორის გუნდის ჩართვა და ა. შ.

მრავალდარგობრივი გუნდის ჩართვა სხვადასხვა სიმპტომის მართვისა თუ შეფასებისას ხშირად მეორდება რეკომენდაციაში. ასევე ხშირად არის ნახსენები სულიერი კომპონენტიც.

სოციალური მუშაობის შესახებ საქართველოს კანონი.

2018 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი სოციალური მუშაობის შესახებ. ეს კანონი განსაზღვრავს სოციალური მუშაობის ძირითად პრინციპებს, სოციალური მუშაკის სამართლებრივ სტატუსს, სოციალურ გარანტიებს, ფუნქციებს, უფლებებსა და მოვალეობებს, სოციალური მუშაკის მიერ განსახორციელებელ ღონისძიებებს.

ამ კანონის დებულებები ვრცელდება საჯარო დაწესებულებასა და კერძო სამართლის იურიდიულ პირში დასაქმებულ, აგრეთვე თვითდასაქმებულ, პრაქტიკული საქმიანობის განმახორციელებელ სოციალურ მუშაკებზე და მათ პროფესიულ ზედამხედველებზე, გარდა ამ კანონით დადგენილი გამონაკლისი შემთხვევებისა.

აღნიშნულ კანონში გაჩნდა სოციალური მუშაკის, სოციალური მუშაობის, ბენეფიციარის, ბენეფიციარის საუკეთესო ინტერესის, სოციალური საფრთხის წინაშე მყოფი ჯგუფის, კანონთან კონფლიქტში მყოფი პირების განმარტებები.

კანონით დადგენილია სოციალური მუშაობის ძირითადი პრინციპები, რომელიც სოციალურ მუშაკს ავალდებულებს პროფესიული საქმიანობისას დაიცვას შემდეგი ფუნდამენტური საკითხები: ადამიანის უფლებების პატივისცემა, სოციალური

სამართლიანობა, თანასწორობა, დარგობრივი კომპეტენცია, თანაზომიერება, კეთილსინდისიერება და პროფესიული ეთიკა.

კანონის თანახმად, ერთმანეთისგან გამიჯნულია სოციალური მუშაკის ძირითადი და სპეციალური ფუნქციები, რათა სოციალურმა მუშაკმა კვალიფიციურად შეძლოს თავისი ფუნქციების შესრულება, მისთვის ნათლად და მკაფიოდაა განსაზღვრული საკუთარი უფლებამოსილებები. პრევენციული სოციალური მუშაობა განსაზღვრულია, როგორც სოციალური მუშაკის უმთავრესი ფუნქცია. აღნიშნული ხაზს უსვამს იმას, რომ სოციალური მუშაკი რეაგირების რეჟიმში კი არ არის, როდესაც ზიანი უკვე დამდგარია, არამედ კანონი სოციალურ მუშაკს ააქტიურებს მანამ, სანამ საფრთხე შეიქმნება ან ზიანი დადგება.

კანონის მე-19-ე მუხლით რეგულირდება სოციალური მუშაობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სოციალური მუშაობა გულისხმობს მოსარგებლესთან სოციალურ მუშაობას მისი ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში, მათ შორის, მისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების მიწოდების პროცესში, კერძოდ:

ა) მოსარგებლის მდგომარეობის შეფასებას, მისი საჭიროებების განსაზღვრას და მათ დაკმაყოფილებაზე ზრუნვას;

ბ) მოსარგებლისთვის კონსულტაციისა და საგანმანათლებლო დახმარების გაწევას, მათ შორის, მისი ჯანსაღი ქცევის მხარდაჭერა-წახალისებას მკურნალობისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით, კრიზისულ ჩარევას, ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას და რეაბილიტაციას.

სოციალური მუშაკი მართლმსაჯულების პროცესში.

კანონით სოციალური მუშაკი მონაწილეობს მართლმსაჯულების პროცესში, არასრულწლოვანთა საქმეებზე იგი ვალდებულია მიიღოს მონაწილეობა და უზრუნველყოს შემთხვევის ან მოსარგებლის შესახებ ბიოფსიქოსოციალური დასკვნის მომზადება. ბიოფსიქოსოციალური დასკვნა არის სიახლე, მით უფრო, მართლმსაჯულების სფეროში.

სოციალური მუშაკისთვის სოციალური მუშაობის პროფესიული სტანდარტების დადგენის შესახებ კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების გამოცემის საბოლოო ვადად განსაზღვრულია 2021 წლის 01 იანვარი.

ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ საქართველოს კანონი.

ეს კანონი აწესრიგებს საქართველოს ტერიტორიაზე ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და პრეკურსორების ბრუნვასთან დაკავშირებულ ურთიერთობებს, ადგენს სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებათა ლეგალური ბრუნვის და მათი უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო

პოლიტიკის სამართლებრივ საფუძვლებს და ნარკოლოგიური დახმარების პრინციპებს.

ნარკომანიით დაავადებულ პირს მკურნალობა უტარდება ნარკოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში დადგენილი სტანდარტის ან საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული ან აღიარებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოს და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის შესაბამისად.

ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონი

ამ კანონის მიზანია ტუბერკულოზის ეფექტიანი კონტროლის გზით ფიზიკური პირის ჯანმრთელობის დაცვისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების თავიდან აცილება, ტუბერკულოზის შემთხვევის მართვის სამართლებრივი საფუძვლების დადგენა და ტუბერკულოზით დაავადებული პირისათვის შესაბამისი დახმარების გაწევა.

ეს კანონი განსაზღვრავს საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებების ორგანიზების ძირითად სამართლებრივ, ორგანიზაციულ და ფინანსურ პრინციპებს, აწესრიგებს ტუბერკულოზის კონტროლთან და ტუბერკულოზით დაავადებული პირის უფლებებთან და მოვალეობებთან დაკავშირებულ საკითხებს.

აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ საქართველოს კანონი

ამ კანონის მიზანია ფიზიკურ პირთა ჯანმრთელობის დაცვის, სახელმწიფო და საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით გათვალისწინებულ მოთხოვნათა შესრულება აივ ინფექცია/შიდსთან მიმართებით. კანონი განსაზღვრავს საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა აივ ინფექციაზე ტესტირების, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობისა და მოვლის, მათზე ზრუნვის საკითხებს, აგრეთვე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა და მედიცინის მუშაკთა უფლება-მოვალეობებს.

შიდსი აბრევიატურაა და იშიფრება, როგორც შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი. შიდსის გამომწვევია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე. ტერმინით შიდსი აღინიშნება აივ ინფექციის ბოლო სტადია.

სახელმწიფო უზრუნველყოფს აივ ინფიცირებულთა / შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, მხარდაჭერის / ხელშეწყობისა და მოვლის დროულობას და უწყვეტობას სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულებების ფარგლებში, ქვეყანაში აღიარებული

პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად. აივ ინფიცირებულს / შიდსით დაავადებულს უფლება აქვს, თავად აირჩიოს, ნებისმიერ დროს შეცვალოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, უარი განაცხადოს მკურნალობაზე ან/და შეწყვიტოს დაწყებული სამედიცინო მომსახურება. აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, პროფილაქტიკა, მხარდაჭერა / ხელშეწყობა და მოვლა უნდა წარიმართოს კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოს შესაბამისად.

სახელმწიფო ვალდებულია შეიმუშაოს და გაატაროს ზომები აივ/შიდსის პრევენციისთვის. კანონის მიხედვით, ყველას აქვს უფლება „გაიარონ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციაზე, მათ შორის, ანონიმურად და კონფიდენციალურად“ (მუხ. 6.1).

კანონი განსაზღვრავს სახელმწიფოს პოლიტიკის პრინციპებს აივ/შიდსის სფეროში (მუხ. 5), რაც მოიცავს აივ/შიდსის პრევენციასაც: აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება; ფიზიკურ პირთა ინფორმირება აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი ტესტირების შესახებ, აგრეთვე, საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული იმ გამონაკლისების თაობაზე, როცა სავალდებულო ტესტირება კანონმდებლობითაა დაშვებული; ფიზიკურ პირთა ინფორმირება მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან/და ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, მხარდაჭერის / ხელშეწყობისა და მოვლის, აგრეთვე, ზიანის შემცირების, მათ შორის, სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული დახმარების ფორმებისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ.

აივ/შიდსის მკურნალობისა და პროფილაქტიკისათვის ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების გამოყენების კონსოლიდირებული კლინიკური რეკომენდაცია

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) იწვევს ქრონიკულ ინფექციას, რომლის სრული განკურნება დღესდღეობით შეუძლებელია. შესაბამისად, აივ ინფიცირებული ადამიანები საჭიროებენ სამედიცინო მეთვალყურეობას მთელი სიცოცხლის მანძილზე. აივ ინფიცირებულთა მკურნალობისა და ზრუნვის ძირითადი კომპონენტია ანტირეტროვირუსული (არვ) მკურნალობის უზრუნველყოფა. ოპტიმალური არვ მკურნალობა ზრდის აივ ინფიცირებულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და ხარისხს, ასევე, ამცირებს ვირუსის შემდგომ გადაცემას. აღსანიშნავია, რომ არვ მკურნალობა ეფექტურად გამოიყენება ინფექციის პირველადი პროფილაქტიკისას, მაგალითად, დედიდან ბავშვზე აივ გადაცემის ეფექტური პრევენციის კუთხით. შესაბამისად, არვ მედიკამენტების გამოყენების ძირითადი მიზნებია: კლინიკური - აივ ინფიცირებული პირების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და ჯანმრთელობის შენარჩუნება; იმუნოლოგიური - აივ ინფიცირებული პირების იმუნური ფუნქციების დაცვა და გაუმჯობესება (საჭიროების მიხედვით), ოპორტუნისტული ინფექციების პრევენციისა და შიდსთან ასოცირებული სიმსივნეების განვითარების რისკის შემცირების მიზნით; ეპიდემიოლოგიური - აივ

ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირება არც მედიკამენტების გამოყენების გზით, როგორც აივ-დადებით, ისე აივ-უარყოფით პირებში.

წარმოდგენილი რეკომენდაცია პირველი სახელმძღვანელოა საქართველოში, რომელშიც გაერთიანებულია აივ/შიდსის მკურნალობისა და პროფილაქტიკისათვის არც მედიკამენტების გამოყენების საკითხები ყველა ასაკობრივ ჯგუფში.

დოკუმენტის 5.4 თავში წარმოდგენილია აივ-დადებითი სტატუსით ცხოვრებასთან დაკავშირებული საკითხები, რომლის თანახმადაც პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტაცია აივ ინფიცირებულთა მართვისა და მათი ჯანდაცვის მუშაკებთან ურთიერთობის შესახებ, რაც მართვის ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტია.

კონსულტირება უნდა დაიწყოს პაციენტის სოციალური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეფასებით, რაც მკურნალობის პროცესში შემდგომი ურთიერთობების ჩამოყალიბების წინაპირობაა.

ესენია:

- პარტნიორობის სტატუსი და ხარისხი;
- დასაქმება, სამუშაოს ტიპი და სამუშაო პირობები;
- ადამიანები, რომლებიც ინფორმირებულნი არიან, ან უნდა ეცნობოთ აივ სტატუსის შესახებ;
- ადამიანები, რომლებთანაც ჯანდაცვის მუშაკებს შესაძლებლობა აქვთ, განიხილონ პაციენტის ჯანმრთელობის საკითხები;
- ოჯახური ურთიერთობები;
- ცხოვრებისეული ზნე-ჩვეულებები და ნარკოტიკის და მედიკამენტისადმი; დამოკიდებულება, რამაც შესაძლოა გავლენა იქონიოს მკურნალობაზე.

საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ

ამ კანონის მიზანია ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა; ოჯახის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის ხელშეწყობა; გადამდები და არაგადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილება.

კანონი სპეციალურად აღნიშნავს სახელმწიფოს და შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს პასუხისმგებლობას, ორგანიზება გაუკეთოს და ჩაატაროს ვაქცინაცია, პროფილაქტიკური აცრები, გამოავლინოს გადამდები დაავადებები და ა. შ. (მუხ. 6 და 7).

მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, საქართველოში მყოფ ყველა ადამიანს აქვს უფლება:

- ა) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში დაცული იყოს გადამდები დაავადებებისაგან;

ბ) უარი თქვას პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებაზე, თუ საქმე არ ეხება ეპიდემიას ან პანდემიას. პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებაზე უარის თქმის უფლება არ აქვს იმ პირს, რომლის საქმიანობაც დაკავშირებულია გადამდები დაავადებების გავრცელების მაღალ რისკთან;

გ) ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში;

დ) დროულად მიიღოს ამომწურავი ინფორმაცია პროფილაქტიკური აცრის არსისა და აუცილებლობის, მოსალოდნელი კლინიკური გამოსავლის, აცრასთან დაკავშირებული რისკისა და აცრაზე უარის თქმის შემთხვევაში შესაძლო შედეგების შესახებ. კანონი აღნიშნავს, რომ მოსახლეობას უნდა ჰქონდეს უფასო ვაქცინაციის უფლება აცრების ეროვნული კალენდრის მიხედვით.

დასკვნები და რეკომენდაციები

მარეგულირებელი გარემოს ანალიზი აჩვენებს, რომ ქართულ კანონმდებლობაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელი მეტნაკლებად ასახულია პალიატიური და პოსპისური მზრუნველობის ნაწილში; მოდელი უფრო თვალსაჩინოდაა წარმოდგენილი ქრონიკული ტკივილის მართვის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ რეკომენდაციაში და კლინიკური მდგომარეობის მართვის 2012 წლის სახელმწიფო სტანდარტში, ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე პირების პალიატიური მზრუნველობის კლინიკური პრაქტიკის 2019 წლის ეროვნულ რეკომენდაციაში.

აივ/შიდსის მიმართულებით ბიოფსიქოსოციალური პრინციპები ფრაგმენტულად ასახულია აივ/შიდსის მკურნალობისა და პროფილაქტიკისათვის ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების გამოყენების გაერთიანებულ რეკომენდაციაში, თუმცა, არაფერია ნათქვამი ბიოლოგიურ ჩარევასთან ერთად ფსიქოთერაპიულ მხარდაჭერაზე.

ფსიქიატრიის მიმართულებით სამართლებრივი რეგულირება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ჭრილში მეტნაკლებად მოწესრიგებულია, განსხვავებით მედიცინის სხვა დარგებისგან. ამასთან, სამართლებრივი რეგულაციების არსებობა არ ნიშნავს სფეროში პრობლემის არარსებობას - ეს ცალკე შესწავლის საგანია, რაც წინამდებარე კვლევის მიზნებს სცილდება.

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის სამეცნიერო სტანდარტების არსებობა მნიშვნელოვნად ხელს შეუწყობს ქვეყანაში სოციალური მუშაობის შესახებ მიღებული ახალი კანონის დანერგვას. აღნიშნული კანონით ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სოციალური მუშაობა გულისხმობს მოსარგებლესთან სოციალურ მუშაობას მისი ჯანმრთელობის დაცვის პროცესში, მათ შორის, მისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების მიწოდების პროცესში, კერძოდ: ა) ბენეფიციარის მდგომარეობის შეფასებას, მისი საჭიროებების განსაზღვრას და მათ დაკმაყოფილებაზე ზრუნვას; ბ) ბენეფიციარისთვის კონსულტაციისა და საგანმანათლებლო დახმარების გაწევას, მათ შორის, მისი ჯანსაღი ქცევის მხარდაჭერას/წახალისებას მკურნალობისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით, კრიზისულ ინტერვენციას, ბენეფიციარის

ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას და რეაბილიტაციას. სოციალური მუშაკისთვის სოციალური მუშაობის პროფესიული სტანდარტების დადგენის შესახებ კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების გამოცემის საბოლოო ვადად განსაზღვრულია 2021 წლის 01 იანვარი. შესაბამისად მნიშვნელოვანია კოორდინირებული მუშაობა გადაწყვეტილების მიმღებთან, რათა სოციალური მუშაკის პროფესიული სტანდარტების ფორმირება მოხდეს ბიოფსიქოსოციალური პარადიგმის გათვალისწინებით.

ბიოფსიქოსოციალური კანონმდებლობის არსებობა ემსახურება სამ ძირითად მიზანს:

- გადაწყვეტილების მიმღების მიერ პროფესიული ექსპერტიზის და ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებისას გათვალისწინებული იქნეს ბიოფსიქოსოციალური მეთოდი, როგორც სამეცნიერო სტანდარტი;
- შემუშავდეს საგზაო რუკა, რომელშიც სხვადასხვა პროფესიის მეცნიერულად მხარდაჭერილი მომსახურებები ერთ ინტეგრირებულ სახელმძღვანელოდ იქნება წარმოდგენილი (საერთაშორისო გამოცდილება იცნობს სხვადასხვა მოდელს, შესაძლებელია არ იყოს ცალკე კანონი მიღებული, მაგრამ სხვადასხვა კანონებში და კანონქვემდებარე ნორმატიულ აქტებში ჰპოვოს ასახვა ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დებულებებმა);
- ფსიქოსოციალური მიდგომა ბიოსამედიცინოსთან ერთად აღიარებული იქნეს სამედიცინო საქმიანობის/მომსახურების განუყოფელი ნაწილად.

ამრიგად, სასურველია შემდეგი ცვლილებების განხორციელება:

1. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის განმარტების შემუშავება;
2. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონში შესატანი ცვლილებების შემუშავება, რომლის თანახმადაც სამედიცინო საქმიანობის (სამედიცინო მომსახურების) განმარტებაში ასახული იქნება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა იმგვარად, რომ იყოს განჭვრეტადი და არაორაზროვანი;
3. ახალი კლინიკური რეკომენდაციებისა და სტანდარტების შემუშავება ან არსებულის ცვლილება, რის საფუძველზეც ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა იქნება მკაცრი სახელმძღვანელო სტანდარტი პროფესიული საექსპერტო და სამედიცინო მომსახურებისას;
4. ცვლილებათა კანონპროექტის შემუშავება იმ მომიჯნავე საკანონმდებლო აქტებში, რომლის შეცვლის საჭიროება გამოიკვეთება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის საკანონმდებლო რეგულირების შემთხვევაში.

ლიტერატურა:

1. საქართველოს კონსტიტუცია
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/30346?publication=35>;
2. ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია
<http://ungeorgia.ge/uploads/UDHR-60Geo.pdf>;
3. კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1204413?publication=0>;
4. A Review of Evidence-Based Biopsychosocial Laws Governing the Treatment of Pain and Injury, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12207-010-9079-7>;
5. საქართველოს კონსტიტუციის კომენტარები
http://www.library.court.ge/upload/Constitution_Commentary_Human_Rights.pdf;
6. ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში
<https://gyla.ge/files/news/gamocemebi2012-2013/ადამიანის%20უფლებები%20ჯანმრთელობის%20დაცვის%20სფეროში.pdf>;
7. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978?publication=11>;
8. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/15334?publication=20>;
9. საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/24178?publication=14>;
10. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/29980?publication=42>;
11. საქართველოს კანონი სოციალური მუშაობის შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4231958?publication=0>;
12. საქართველოს კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკუსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1670322?publication=15>;
13. საქართველოს კანონი ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3104252?publication=2>;
14. საქართველოს კანონი აივ ინფექცია შიდსის შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90088?publication=4>;
15. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/21784?publication=27>;
16. „ქრონიკული ტკივილის მართვა“ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), 2012;
17. ქრონიკული ინკურაბელური დაავადების მქონე პირების პალიატიური მზრუნველობა, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), 2019;
18. აივ/შიდსის მკურნალობისა და პროფილაქტიკისათვის ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების გამოყენების კონსოლიდირებული კლინიკური რეკომენდაცია (გაიდლაინი);
19. კლინიკური რეკომენდაცია (გაიდლაინი): „ობსესიურ–კომპულსიური აშლილობა“, „პანიკური აშლილობა“ და „გუნებ-განწყობის (აფექტური) აშლილობა“.

სახელმწიფო პროგრამების ანალიზი

დავით ხუბუა

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ანალიზი

შესავალი

საქართველოს მთავრობა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამასთან ერთად, ახორციელებს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებს (ე.წ. ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამები), რომელთა დიაპაზონიც მეტად ვრცელია და იფარება მოსახლეობის საჭიროებები როგორც პრევენციის, ისე მკურნალობის კუთხით. ის ქმნის ფინანსურ გარანტიებს ცალკეული მიზნობრივი ჯგუფებისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების შესასრულებლად.

პროგრამების ნაწილი, სპეციფიკიდან გამომდინარე, გამორიცხავს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ელემენტების არსებობას ან პერსპექტივაში ჩართვას; თუმცა, ის პროგრამები, რომლებიც მოიცავენ მკურნალობისა და მოვლის კომპონენტებს, შესაძლებელია განხილული იქნეს ამ თვალსაზრისით.

დღეისათვის მხოლოდ ერთ - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში არის ნახსენები ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა, რაც პოლიტიკური თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი პლაცდარმია ამ მიდგომის მოცემული პროგრამის ფარგლებში განვითარებისა და, ასევე, სხვა პროგრამებში ანალოგიური ჩანაწერების „გასაადვილებლად“. ფორმალური ჩანაწერი იძლევა პერსპექტივაში მისი შინაარსით დატვირთვის, ცნობადობის გაზრდის და მიდგომის განვითარების საშუალებას.

ამ ხედვით ცალკეული პროგრამის განხილვა საშუალებას იძლევა, უკეთ შეფასდეს თითოეული მათგანის პოტენციალი და საჭირო რესურსი ბიოფსიქოსოციალური მიდგომების დასაწერად.

მიმოხილვა

დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი

პროგრამის მიზანია დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და გავრცელების შეზღუდვა.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) კიბოს სკრინინგს:

ა.ა. ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი;

ა.ბ) საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებულ სკრინინგს გურჯაანის მუნიციპალიტეტის მასშტაბით;

ა.გ) პროსტატის კიბოს მართვას, რაც მოიცავს 50-70 წლის ასაკის მამაკაცებში სპეციფიკურ ანტიგენზე გამოკვლევას პროსტატის კიბოს ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით.

ბ) 1-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა მსუბუქი და საშუალო ხარისხის ფსიქიკური განვითარების დარღვევების პრევენცია, ადრეული დიაგნოსტიკა და გონებრივი ჩამორჩენილობის პროფილაქტიკა;

გ) ეპილექსიის დიაგნოსტიკასა და ზედამხედველობას, რაც მოიცავს ეპილექსიის რეესტრის წარმოებას, ეპილექსიის პირველად დიაგნოსტიკასა და დიაგნოზის დადასტურების მიზნით პაციენტის გაღრმავებულ კვლევებს;

დ) დღენაკლულთა რეტინოპათიის სკრინინგის პილოტი, რაც მოიცავს თბილისის და, დამატებით, საქართველოს ორი რეგიონის (არაუგვიანეს 2019 წლის 1 ივნისისა) სამედიცინო დაწესებულებებში დღენაკლული ახალშობილების გამოკვლევას რეტინოპათიის დიაგნოსტიკისათვის;

ე) საინფორმაციო რეგისტრების და ელექტრონული მოდულების განვითარებას;

ვ) პროგრამის ადმინისტრირებასა და მონიტორინგს;

ზ) პრევენციული ღონისძიებების პოპულარიზაციასა და საინფორმაციო მხარდაჭერას.

⇒ ამ პროგრამის ფარგლებში პაციენტების ძირითადი ნაწილი ექიმთან კონტაქტში სკრინინგული მანიპულაციების დროსაა და მხოლოდ პათოლოგიის აღმოჩენის შემთხვევაში, რის ალბათობაც მთლიანი კონტინგენტის მცირე ნაწილს შეიძლება ჰქონდეს, პაციენტი უნდა გადავიდეს მკურნალობის ან მუდმივი მეთვალყურეობის რეჟიმში. ასეთ შემთხვევებში, შესაძლო ავადმყოფობათა სიმძიმის, მათთან დაკავშირებული სტიგმის გათვალისწინებით, ფსიქოსოციალური კომპონენტის აქცენტირება მნიშვნელოვანი იქნება საბოლოო პროგნოზისათვის.

იმუნიზაცია

პროგრამის მიზანია ქვეყნის მოსახლეობის დაცვა ვაქცინაციით მართვადი ინფექციებისაგან, მოსახლეობის უზრუნველყოფა ანტირაბიული ვაქცინითა და იმუნოგლობულინით, ასევე, სპეციფიური შრატების/იმუნოგლობულინებისა და ვაქცინების სტრატეგიული მარაგის შექმნა.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) იმუნიზაციის წარმოებისათვის (მათ შორის, B ჰეპატიტით ინფიცირების მაღალი რისკის ჯგუფს (დიალიზზე მყოფი პირები, ჰემოფილიით დაავადებული პირები, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი პირები, მსმ პირები აივ-ინფექცია/შიდსით და C ჰეპატიტით დაავადებული პირები, სამედიცინო პერსონალი) მიკუთვნებული პირების B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციისთვის და საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს ორგანიზებული კონტინგენტის ვაქცინაციისთვის) საჭირო ვაქცინებისა და ასაცრელი მასალების (მპრიცებისა და უსაფრთხო ყუთების) შესყიდვას;

ბ) სპეციფიური (ბოტულიზმის, დიფთერიის, ტეტანუსის, გველის შხამის საწინააღმდეგო) შრატების/იმუნოგლობულინების და ყვითელი ცხელების საწინააღმდეგო ვაქცინების სტრატეგიული მარაგის შესყიდვას;

გ) ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფას;

დ) გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინის შესყიდვას;

ე) ვაქცინების, ანტირაბიული სამკურნალო საშუალებების, სპეციფიური შრატებისა და ასაცრელი მასალების (შპრიცებისა და უსაფრთხო ყუთების) მიღებას, შენახვასა და გაცემა-განაწილებას „ცივი ჯაჭვის“ პრინციპების დაცვით ცენტრალური დონიდან რეგიონულ/რაიონულ ადმინისტრაციულ ერთეულებამდე;

ვ) წითელას მასიური გავრცელების პრევენციისა და გლობალური ელიმინაციის სტრატეგიით განსაზღვრული ღონისძიებების ფარგლებში, მოსახლეობის არაიმუნურ ან არასრულად იმუნიზებულ ფენებში ეპიდჩვენებით იმუნოპროფილაქტიკის წარმოებას, გრიპის საწინააღმდეგო სეზონურ ვაქცინაციას დაქვემდებარებული პირების აცრას;

ზ) „ცივი ჯაჭვი“-ს მოწყობილობების/ინვენტარის შესყიდვასა და მონტაჟს.

⇒ მოცემული პროგრამა უფრო მეტად „ტექნიკურია“ - ძირითადად მასალების შესყიდვებზეა ორიენტირებული და თავად იმუნიზაციის ჩატარების ნაწილშიც პაციენტთან მხოლოდ ხანმოკლე კავშირს გულისხმობს და არ საჭიროებს მასთან ხანგრძლივი ურთიერთობების ჩამოყალიბებას.

ეპიდზედამხედველობა

პროგრამის მიზანია ქვეყანაში გადამდები და არაგადამდები დაავადებების არსებული ეპიდემიური სიტუაციის კონტროლი, გადამდებ დაავადებათა გამოვლენის, ადეკვატური რეაგირებისა და პრევენციის უზრუნველყოფა ეპიდზედამხედველობისა და ლაბორატორიულ სამსახურებზე დაფუძნებული სისტემის მუშაობის გზით.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) ეპიდზედამხედველობის განხორციელებას და სამედიცინო სტატისტიკური სისტემის მუშაობის უზრუნველყოფას;

ბ) იმუნიზაციით მოცვის გაუმჯობესებას საინფორმაციო სისტემისა და ლოჯისტიკის გამართული მუშაობის გზით;

გ) მუნიციპალური სჯდ ცენტრების მიერ სამოქმედო არეალზე მიმდინარე წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში განხორციელებული ღონისძიებებისთვის ეპიდზედამხედველობითი მხარდაჭერის უზრუნველყოფას;

დ) მალარიისა და სხვა ტრანსმისიური (დენგე, ზიკა, ჩიკუნგუნია, ყირიმ-კონგო, ლეიშმანიოზი და სხვა) დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესებას;

ე) ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიისა და ანტიბიოტიკებისადმი მიკრობთა რეზისტენტობის შესწავლას

ვ) ვირუსული დიარეების კვლევას;

ზ) გრიპზე, გრიპისმაგვარ დაავადებებსა და მძიმე მწვავე რესპირაციულ დაავადებებზე ეპიდემიოლოგიის ქსელის მდგრადობის შენარჩუნება და სეზონურ/პანდემიურ გრიპზე რეაგირება.

⇒ ეპიდემიოლოგიის პროგრამა თავისი შინაარსით სცდება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის არეალს. ის ძირითადად ტექნიკურ და ტექნოლოგიურ საკითხებს მოიცავს და უშუალოდ არ არის დაკავშირებული პაციენტის მკურნალობის-მოვლის პროცესთან.

უსაფრთხო სისხლი

პროგრამის მიზანია ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების პრევენცია და საქართველოს მასშტაბით სისხლის კომპონენტების თანაბარი სტანდარტის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, ფასიანი დონორობის ინსტიტუტის ეტაპობრივი ჩანაცვლება უანგარო, რეგულარული დონორობის სისტემით.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) დონორული სისხლის კვლევას B და C ჰეპატიტზე, აივ-ინფექცია/შიდსსა და სიფილისზე;

ბ) ხარისხის გარე კონტროლისა და მონიტორინგის უზრუნველყოფას პროგრამაში მონაწილე სისხლის ბანკებში და ასევე ყველა დანარჩენ სისხლის ბანკში, რომელიც ფლობს საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის საქმიანობის ლიცენზიას, არ არის პროგრამით განსაზღვრული მომსახურებების მიმწოდებელი და წერილობით დაუდასტურებს განმარტებული ამ კომპონენტში მონაწილეობის სურვილს;

გ) სისხლის უანგარო, რეგულარული დონორობის მხარდაჭერისა და მოზიდვის ეროვნული კამპანიის განხორციელებას, მ. შ. „უანგარო დონორთა მსოფლიო დღესთან“ დაკავშირებული ღონისძიებების მხარდაჭერას;

დ) სისხლის დონორებში C ჰეპატიტზე სკრინინგით საექვო-დადებითი შემთხვევების კონფირმაციულ კვლევას HCV Cor-Ag მეთოდით, ხოლო უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში, ნიმუშების კვლევას - HCV რნმ პჯრ მეთოდით, მ. შ. იმ სისხლის ბანკებში, რომლებიც ფლობენ საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის საქმიანობის ლიცენზიას, არ წარმოადგენენ პროგრამით განსაზღვრული მომსახურებების მიმწოდებლებს, მაგრამ წერილობით დაუდასტურებენ განმარტებული ამ კომპონენტში მონაწილეობის სურვილს;

ე) სისხლის დონორთა ერთიანი ელექტრონული ბაზის ადმინისტრირებას.

⇒ ქვეყანაში დონორების მცირე რაოდენობის გათვალისწინებით, პროგრამის რესურსი ფსიქოსოციალური კომპონენტის დანერგვის თვალსაზრისით მეტად შეზღუდული იქნება. ამასთან, აღსანიშნავია,

რომ ეს კონტინგენტი საზოგადოების მოწყვლად ნაწილს მიეკუთვნება, თუმცა სამედიცინო თვალსაზრისით მათი სტატუსი, სავარაუდოდ, დამაკმაყოფილებელი უნდა იყოს (დონორობა ჯანმრთელობის გარკვეული კრიტერიუმებთან შესაბამისობას მოითხოვს).

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, გარემოსა და პროფესიულ დაავადებათა ჯანმრთელობის სფეროში არსებული ვალდებულებების ხელშეწყობა

პროგრამის მიზანია დასაქმებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა პროფესიული და პროფესიით განპირობებული დაავადებების პრევენციის გზით და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს ხელშეწყობა.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) სხვადასხვა ტიპის საწარმოებში დასაქმებულთა პროფესიულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების კვლევას;

ბ) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვისა და გარემოს ჯანმრთელობის სფეროში აღებული ვალდებულებების განხორციელების ხელშეწყობას.

⇒ პროგრამა ძირითადად მიმართულია სამუშაო ადგილებზე პროფესიული რისკების აღწერასა და შეფასებაზე, რეკომენდაციების, ეპიდემიოლოგიური რუკების შემუშავებაზე, რაც არ ითვალისწინებს ექიმი (სამედიცინო პერსონალი) - პაციენტის უშუალო ურთიერთობას, რომლის ფარგლებშიც იქნება შესაძლებელი ფსიქოსოციალური საკითხის განვითარება.

ტუბერკულოზის მართვა

პროგრამის მიზანია ტუბერკულოზის ავადობის, სიკვდილიანობის და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება, ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების პრევენცია.

პროგრამის ფარგლებში იფარება ქვემოთ ჩამოთვლილი მომსახურებები:

ა) ამბულატორიული მომსახურება;

ბ) ეპიდზედამხედველობა;

გ) ლაბორატორიული კონტროლი და ნახველის ლოჯისტიკა, რომელიც გულისხმობს ტუბერკულოზზე სავარაუდო შემთხვევების ლაბორატორიულ დადასტურებასა და მკურნალობის პროცესში ჩართული პაციენტების ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისთვის სპეციფიკურ კვლევებს;

დ) სტაციონარული მომსახურება;

ე) პენიტენციური დაწესებულებებისთვის ტუბერკულოზის მართვის მიზნით მედიკამენტების, სხვა სახარჯი და დამხმარე მასალების შესყიდვა და გადაცემა;

ვ) ტუბერკულოზის პროგრამის რეგიონული მართვა და მონიტორინგი (გლობალური ფონდის თანადაფინანსებით);

ზ) ტუბერკულოზის სამკურნალო პირველი რიგის მედიკამენტების (სრულად) და მეორე რიგის მედიკამენტების (სრული ღირებულების არაუმეტეს 75%-ის) შესყიდვა, მიღება და ტრანსპორტირება (სამკურნალო საშუალებების საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე გაფორმების და პროგრამის მომსახურებების მიმწოდებელთან ტრანსპორტირების ხარჯები);

თ) სენსიტიური და რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობაზე დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით, რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზით დაავადებულთა ფულადი წახალისების დაფინანსება;

ი) პაციენტებისთვის ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტებისა და ტუბერკულოზის სადიაგნოსტიკო/სახარჯი მასალების ნაწილის უზრუნველყოფას ახორციელებენ დონორი ორგანიზაციები;

კ) ტუბერკულოზის სამკურნალო მედიკამენტების ხარისხის კონტროლი, რაც მოიცავს სახელმწიფო და დონორული დაფინანსების წყაროთი შესყიდული პირველი და მეორე რიგის მედიკამენტების ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკას შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით.

⇒ ტუბერკულოზის მართვის პროგრამაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობასა და მოვლას. არსებობს კვლევები, რომლებიც აჩვენებენ, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულთა რეაბილიტაცია დიდად არის დამოკიდებული ექიმის მიერ პაციენტის „შიდა სამყაროს“ ცოდნაზე და მოითხოვს მიზანმიმართულ ფსიქოსოციალურ კორექციას. ქვეყანაში დაავადების გავრცელების სოციალური ნიშის გათვალისწინებით, ამ სახის ჩარევის მნიშვნელობა კიდევ უფრო ცხადია. პერსპექტივაში, შეიძლება ტუბერკულოზის სფეროში მომუშავე რომელიმე უცხოურ ორგანიზაციასთან თანამშრომლობის განხილვა კონკრეტულად ბიოფსიქოსოციალური კომპონენტის განვითარების მიმართულებით. გარდა ალტერნატიული დაფინანსებისა, ამგვარი პარტნიორობით გაადვილდება საკითხის სახელმწიფო პროგრამაში გაწერა და ერთგვარი ლეგიტიმაცია.

აივ-ინფექციის/შიდსის მართვა

პროგრამის მიზანია აივ-ინფექცია/შიდსით ავადობის, სიკვდილიანობის და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება.

პროგრამის ფარგლებში იფარება შემდეგი სახის მომსახურებები:

ა) აივ-ინფექცია/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება (ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი) და ტესტირება;

ბ) აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა ამბულატორიული მომსახურებით (გარდა იმ ანტირეტროვირუსული მედიკამენტებისა, რომლის უზრუნველყოფას ახორციელებენ დონორი ორგანიზაციები);

გ) აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა სტაციონარული მკურნალობით (გარდა იმ ანტირეტროვირუსული მედიკამენტებისა, რომლის უზრუნველყოფას ახორციელებენ დონორი ორგანიზაციები);

დ) აივ-ინფექცია/შიდსის სამკურნალო პირველი რიგის მედიკამენტების (სრულად) და მეორე რიგის (სრული ღირებულების არაუმეტეს 75%-ის) შესყიდვა, მიღება და ტრანსპორტირება (სამკურნალო საშუალებების საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე გაფორმების და პროგრამის მომსახურებების მიმწოდებელთან ტრანსპორტირების ხარჯები);

ე) პაციენტებისთვის აივ-ინფექციის/შიდსის სამკურნალო მედიკამენტებისა და აივ-ინფექციის/შიდსის სადიაგნოსტიკო/ სახარჯი მასალების ნაწილის უზრუნველყოფას ახორციელებენ დონორი ორგანიზაციები;

ვ) აივ-ინფექციის/შიდსის სამკურნალო მედიკამენტების ხარისხის კონტროლი, რაც მოიცავს სახელმწიფო და დონორული დაფინანსების წყაროთი შესყიდული პირველი და მეორე რიგის მედიკამენტების ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკას შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით.

⇒ პროგრამა მოიცავს კონტინგენტს, რომელიც ხანგრძლივ მკურნალობასა და მოვლას საჭიროებს. ამას გარდა, ისინი ხშირად სოციალურად შეჭირვებულნიც არიან და განსაკუთრებულ დამოკიდებულებას მოითხოვენ. აივ ინფექციის/შიდსის მართვის პროგრამა საინტერესოა იმ თვალსაზრისითაც, რომ პროგრამით დაფარული კონტინგენტი შეიძლება გადაკვეთაში იყოს სხვა სახელმწიფო პროგრამებთან, რომლებშიც ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ელემენტების საჭიროება აღიარებულია. მაგალითისათვის, შიდსით დაავადება ხშირად იკვეთება ნარკოდამოკიდებულებასთან, რომლის მართვაც ფსიქოსოციალური ფაქტორების გაუთვალისწინებლად შეუძლებელია.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა

პროგრამის მიზანია დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის შემცირება, ნაადრევი მშობიარობების რიცხვისა და თანდაყოლილი ანომალიების განვითარების შემცირება ორსულთა ეფექტიანი პატრონაჟისა და მაღალკვალიფიციური სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფის გზით.

პროგრამის ფარგლებში იფარება შემდეგი სახის მომსახურებები:

ა) ანტენატალური მეთვალყურეობა;

ბ) გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა;

გ) ორსულებში B და C ჰეპატიტების, აივ-ინფექცია/შიდსის და სიფილისის განსაზღვრისა და დედიდან შვილზე B ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის უზრუნველყოფა;

დ) ახალშობილთა და ბავშვთა სკრინინგი ჰიპოთირეოზზე, ფენილკეტონურიაზე, ჰიპერფენილალანინემიასა და მუკოვისციდოზზე;

ე) ახალშობილთა სმენის დიაგნოსტიკური კვლევა;

ვ) მედიკამენტებითა და საკვები დანამატებით უზრუნველყოფა;

ზ) სამედიცინო მომსახურება სიფილისზე ეჭვის შემთხვევაში.

⇒ მოცემული პროგრამა საინტერესოა იმით, რომ მისი ძირითადი კონტინგენტი ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იმყოფება სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ და მათზე ამ უკანასკნელთა გავლენა საკმაოდ დიდია. მაღალია პროგრამის მოცვის მაჩვენებელი. მართალია, ორსულობა არ არის ფსიქოსოციალური მიდგომის უპირველესი და ძირითადი სამიზნე, მაგრამ სხვა სკრინინგების შემთხვევაში გამოვლენილი დაავადებები მოითხოვენ ამგვარი მეთოდოლოგიის გამოყენებას, ვინაიდან ისინი ხანგრძლივი მიმდინარეობით ხასიათდებიან და მეტად დიდ გავლენას ახდენენ როგორც ავადმყოფებზე, ისე მათი ოჯახის წევრებზე.

ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა

პროგრამის მიზანია ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ზიანის შემცირება.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) სტაციონარულ დეტოქსიკაციას და პირველად რეაბილიტაციას ოპიოიდების, სტიმულატორების და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს;

ბ) ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელებას და ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის მიწოდების (ტრანსპორტირება, ბადრაგირება) უზრუნველყოფას ქ. თბილისსა და რეგიონებში, მათ შორის: ბ.ა) ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფას;

გ) №2 და №8 პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტით ხანმოკლე და ხანგრძლივი დეტოქსიკაციის უზრუნველყოფას;

დ) ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვას;

ე) ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის ტრანსპორტირებას, შენახვას და გაცემას (სამკურნალო საშუალებების საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე საქონლის გაფორმების ხარჯები, მიღება, შენახვა, ტრანსპორტირება, გაცემა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებისათვის);

ვ) ამავე მუხლის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული მომსახურების ეფექტურობის შეფასების კომპონენტს, რომელიც მოიცავს ერთიანი სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვებას, სტატისტიკური საქმიანობის კოორდინაციას, ინფორმაციის დამუშავებას და ინფორმაციული რესურსების შექმნას;

ზ) ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქვევითი აშლილობების სტაციონარულ მომსახურებას, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.

⇒ მოცემული პროგრამა წარმოადგენს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვის ერთ-ერთ სამიზნეს, ვინაიდან პერსონალის მზაობა საკმაოდ მაღალია და კონტინგენტის ასეთი კომპლექსური მართვის საჭიროება დადგენილია მრავალი კვლევით.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

პროგრამის მიზანია საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ განათლება და ცნობიერების ამაღლება, ასევე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობი გარემოს შექმნა, რაც ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ფაქტორების უკეთესი კონტროლისა და გაუმჯობესების საშუალებას წარმოადგენს.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) თამბაქოს მოხმარების კონტროლის გაძლიერებას;

ბ) ჯანსაღი კვების შესახებ განათლებას;

გ) ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შესახებ ცნობიერების ამაღლებას;

დ) ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობას;

ე) C ჰეპატიტის პრევენცია და მოსახლეობის განათლების ხელშეწყობას;

ვ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობას;

ზ) ნივთიერებადამოკიდებულების და აზარტულ თამაშებზე დამოკიდებულების პრევენციას;

თ) გარემოს და ჯანმრთელობას;

ი) ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პოპულარიზაცია და გაძლიერება (მათ შორის მასმედიასთან ურთიერთობა, სატელეკომუნიკაციო და/ან საეთერო დროის (მ. შ. სამედიცინო პროფილის) შესყიდვა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა თემებზე).

⇒ ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობისა და დანერგვის აუცილებლობა ქვეყანაში უკვე აღიარებულია. პრობლემად რჩება მისი პრაქტიკული განხორციელება. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვა, თავის მხრივ, ამ პროცესის ხელშეწყობი შეიძლება იყოს. თავად სახელმწიფო პროგრამა მეტად მიმართულია მასობრივი დონის ძიებების ორგანიზებასა და ჩატარებაზე, რომელთაც

საზოგადოების ყურადღება უნდა გაამახვილონ ცხოვრების ჯანსაღ წესზე. ამდენად, აქცენტის გაკეთება ამ პროგრამაზე ვერ იქნება პირველი რიგის ამოცანა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

პროგრამის მიზანია ფსიქიატრიული მომსახურების გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა საქართველოს მოსახლეობისათვის.

მომსახურების მოცულობა:

1. სათემო ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი, რომელიც მოიცავს:

ა) პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ან ფსიქიატრიული სამსახურების მომართვით ან თვითღინებით მისული შემოსაზღვრულ არეალში მცხოვრები ნებისმიერი ასაკის მქონე პირების პირველად კონსულტაციას;

ბ) შემოსაზღვრულ არეალში მცხოვრები პირების მეთვალყურეობაზე აყვანას (პაციენტის სურვილის შემთხვევაში)/ზრუნვას დანართი 11.1-ით განსაზღვრული ნოზოლოგიების შესაბამისად;

გ) სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება ხორციელდება ბიოფსიქოსოციალური მოდელისა და მრავალდარგობრივი მიდგომის (კომპონენტის ფარგლებში მომსახურებას ახორციელებს მრავალდარგობრივი გუნდი, შემდგომში-მდგ) საშტატო ერთეულის შემდეგი თანაფარდობით 70 000 – 100 000 მოსახლეზე – 1 ფსიქიატრი, 1.5 ექთანი, 0.5 სოც. მუშაკი/ფსიქოლოგი) პრინციპებით და ითვალისწინებს შემდეგ მომსახურებებს: გ.ა) დიაგნოსტიკა; გ.ბ) მკურნალობა; გ.გ) ექიმ-ფსიქიატრის მიერ დანიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; გ.დ) უწყვეტი ზრუნვა; გ.ე) სოციალური მხარდაჭერა; გ.ვ) თემში არსებულ სამედიცინო (პირველადი ჯანდაცვა) და სოციალურ მომსახურებებთან მჭიდრო თანამშრომლობა;

დ) სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული სამსახური (შემდგომში – საფს) მომსახურებას ახორციელებს ოფისში ან ბინაზე/თემში;

ე) ვიზიტი ბინაზე/თემში არ უნდა აღემატებოდეს მდგ წევრის 4 ვიზიტს 2 თვის განმავლობაში და ხორციელდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის გადაწყვეტილებით, შემდეგი მომსახურების გაწევის მიზნით: ე.ა) პირველადი ვიზიტი, გამოსაკვლევია პირის, კანონიერი წარმომადგენლის/მხარდამჭერის, ნათესავის მომართვის საფუძველზე ფსიქიკური აშლილობის ნიშნების არსებობისას, როდესაც გამოსაკვლევია პირი სომატური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გამო სახლიდან არ გამოდის; ე.ბ) ზრუნვაში ჩართული პირების მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველყოფის მიზნით, როდესაც პაციენტი სომატური დაავადების ან ფსიქიკური/ფიზიკური მდგომარეობის გამო სახლიდან არ გამოდის; ე.გ) მდგ წევრის ვიზიტი ზრუნვაში ჩართული პირის სოციალური პრობლემის და დისტრესის შესაბამისად; ე.დ) შეზღუდული შესაძლებლობის (შემდგომში-შშ) სტატუსის გადამოწმება შშ სტატუსის ვადის გასვლის გამო, როცა

პაციენტი სომატური დაავადების ან ფიზიკური მდგომარეობის გამო სახლიდან არ გამოდის; ე.ე) სხვა სერვისიდან რეფერალის დროს, როცა ექვსი თვის განმავლობაში ორჯერ უნდა მოხდეს ბინაზე ვიზიტი საფს მომსახურების შეთავაზებით.

ვ) სათემო ამბულატორიული მომსახურების შეჩერების/შეწყვეტის და პაციენტის რეფერალის კრიტერიუმები: ვ.ა) პაციენტს სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება შესაძლებელია შეუჩერდეს სტაციონარულ ან ფსიქიატრიულ კრიზისულ მომსახურებაზე გადასვლისას; ვ.ბ) პაციენტის სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურების შეწყვეტის საფუძველს წარმოადგენს: ვ.ბ.ა) პაციენტის ან მისი მხარდამჭერი პირის მოთხოვნა; ვ.ბ.ბ) საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა (სხვა შემოსაზღვრულ არეალზე პაციენტის საცხოვრებელად გადასვლა); ვ.ბ.გ) პაციენტის გამოჯანმრთელება; ვ.ბ.დ) პაციენტის გარდაცვალება; ვ.ბ.ე) მაღალი ინტენსივობის მომსახურებების (მობილური, ასერტული გუნდი) მომსახურებაზე გადასვლა. ვ.გ) სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული სერვისიდან შესაძლებელია განხორციელდეს პაციენტის რეფერალი სხვა მომსახურებებში, მათ შორის: ვ.გ.ა) ოჯახის ექიმთან – სომატური ჯანმრთელობის პრობლემების შემთხვევაში; ვ.გ.ბ) მობილურ გუნდში – თუ ამბულატორიაში მყოფ პაციენტს 2 თვის მანძილზე ესაჭიროება ამბულატორიის მრავალდარგობრივი გუნდის მუშაკის 4 ვიზიტზე მეტი ბინაზე; ვ.გ.გ) ასერტულ სერვისში – თუ პაციენტს წლის განმავლობაში დასჭირდა 2-ზე მეტი ჰოსპიტალიზაცია ან ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობამ შეადგინა ჯამში 5 თვე გასული 1 წლის მანძილზე; ვ.გ.დ) კრიზისული ჩარევის სერვისში – კრიზისის კრიტერიუმების არსებობისას; ვ.გ.ე) სტაციონარში – ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმების არსებობის შემთხვევაში, პაციენტის თანხმობით ან თანხმობის გარეშე (კანონმდებლობის შესაბამისად); ვ.გ.ვ) ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის დღის ცენტრში შესაბამისი კრიტერიუმების არსებობისას; ვ.გ.ზ) შშმ პირთა სპეციალიზებულ სათემო სერვისში (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) შესაბამისი კრიტერიუმების არსებობისას.

2. **ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია**, რაც გულისხმობს სტანდარტების შესაბამისად („ტექნიკური რეგლამენტის – ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 15 იანვრის N68 დადგენილება) ღონისძიებათა გატარებას, რომელთა შედეგად პაციენტმა უნდა შეძლოს დამოუკიდებლად ცხოვრებისთვის საჭირო ბაზისურ უნარ-ჩვევათა აღდგენა/შესწავლა, მათ შორის: პაციენტის საჭიროებების განსაზღვრა, ინდივიდუალური და სპეციფიკური რეაბილიტაციური გეგმის შედგენა.

3. **ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა** ითვალისწინებს დღის სტაციონარის პირობებში იმ 18 წლამდე ასაკის პაციენტების მდგომარეობის შესწავლას/დიაგნოსტიკას, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქიკური მდგომარეობისა და ქცევის ცვლილება, სოციალური ფუნქციონირების გაუარესება და დეზადაპტაცია დანართი 11.2-ით განსაზღვრული ნოზოლოგიების შესაბამისად, მათ შორის:

ა) ნეიროგანვითარებითი და ფსიქიატრიული გუნდის მომსახურებას;

- ბ) მედიკამენტებით უზრუნველყოფას (დიაგნოსტიკის პერიოდში) ექიმის დანიშნულების შესაბამისად;
- გ) კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს ექიმის დანიშნულების შესაბამისად;
- დ) სხვა ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციებს ექიმის დანიშნულების შესაბამისად.

4. ფსიქიატრიული კრიზისული ჩარევის სამსახური მოზრდილთათვის (16-65 წწ), არის სპეციალიზებული მომსახურება, სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვის ქსელის მესამეული რგოლი, რომელიც მომსახურებას უწევს გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრებ (საშუალოდ, 150,000-იან პოპულაციას) პირებს, ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის ტვირთის შემცირების მიზნით. მომსახურების მიწოდება ხორციელდება ჰოსპიტალიზაციამდე და ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ პერიოდში შემდეგი აქტივობების გათვალისწინებით:

ა) მომსახურების მიწოდება უზრუნველყოფილია, კრიზისული ჩარევის დახმარების საჭიროების დაფიქსირების მომენტიდან, არაუგვიანეს 1 (ერთი) საათის ინტერვალში და მიეწოდება მოცვის არეალში იმ პირებს, რომელთაც აღენიშნებათ, მწვავე ფსიქოზური სიმპტომები ან ისეთი ქცევითი და აფექტური სიმპტომები, რომელთა გამოც, შესაძლებელია პაციენტის ან მის გარშემომყოფთა სიცოცხლეს და/ან ჯანმრთელობას საფრთხე შეექმნას, მაგრამ მკურნალობა შესაძლებელია განხორციელდეს საცხოვრებელ ადგილზე, სპეციალიზებული გუნდის მიერ, დღეში ორჯერადი ვიზიტით;

ბ) მომსახურების მიწოდება ხორციელდება მდგ მიერ (გუნდის შემადგენლობა: გუნდის ხელმძღვანელი (ფსიქიატრი), ყოველ 20 შემთხვევაზე ერთი ფსიქიატრი, ერთი ფსიქოლოგი და ერთი ექთანი; სოციალურ საკითხებზე მომუშავე სპეციალისტი) დანართი 11.3-ის შესაბამისად, ქ. თბილისის, ქ. ქუთაისის, ქ. ბათუმისა და ქ. რუსთავის ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში, რაც მოიცავს: ბ.ა) დღის სტაციონარში გადაუდებელ და გეგმურ ამბულატორიულ კონსულტაციებს, პაციენტთა ფსიქიატრიულ შეფასებას და მედიკამენტოზურ მკურნალობას; საჭიროების მიხედვით, სხვადასხვა პროფილის ექიმების კონსულტაციებს და კლინიკურ-ლაბორატორიულ მონიტორინგს; ინდივიდუალურ, ოჯახურ და ჯგუფურ ფსიქო-თერაპიულ მომსახურებას, სატელეფონო კონსულტაციას, რომელიც ბენეფიციარებისათვის ხელმისაწვდომია 24 საათის განმავლობაში; ბ.ბ) კრიზისული მობილური გუნდის მიერ კრიზისული ჩარევის განხორციელებას პაციენტის საცხოვრებელ ადგილზე და, საჭიროების შემთხვევაში, მის გადაყვანას კრიზისული ჩარევის ცენტრში ან მიმართვას სხვა სათანადო ფსიქოსოციალური / ფსიქიატრიული მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში; ბ.გ) დამატებით მომსახურებას, რომელიც ითვალისწინებს, კრიზისული ჩარევის ცენტრში, ბენეფიციარების კვებით უზრუნველყოფას 3 საათზე მეტი ხნით დაყოვნების შემთხვევაში;

გ) კრიზისის ამოწურვის და პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდგომ, როცა ყოველდღიური ვიზიტების საჭიროება აღარ დგას, მდგ-ის მიერ

ხორციელდება პაციენტის რეფერალი შესაბამის ამბულატორიულ სერვისში, ხოლო თუ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, მიუხედავად დღეში ორჯერადად განხორციელებული ვიზიტებისა, ხორციელდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

5. თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება მიძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის, რომლებიც ხშირად ან ხანგრძლივი დროით თავსდებიან სტაციონარში, ხოლო სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ სულ მცირე ბოლო სამი თვის განმავლობაში არ, ან ვერ აკითხავენ ამბულატორიულ დაწესებულებას, მიუხედავად საჭიროებისა, ან ანამნეზში აღენიშნებათ ცუდი დამყოლობა მკურნალობაზე, რის გამოც ხშირად რჩებიან მკურნალობის გარეშე, ან წყვეტენ მკურნალობას, რაც ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომატიკის გაუარესებას იწვევს, ან აქვთ სოციალური პრობლემები, რომელთა მოგვარებასაც ავადმყოფობის გამო დამოუკიდებლად ვერ ახერხებენ, დანართი 11.4-ით განსაზღვრული ნოზოლოგიების შესაბამისად. აღნიშნულ მომსახურებას ახორციელებს მდგ (გუნდი შედგება 3 საშტატო ერთეულისგან, მათ შორის სავალდებულოდ 1 ფსიქიატრი, დანარჩენი წევრები შესაძლებელია იყვნენ: სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ექთანი/უმცროსი ექიმი) და მოიცავს:

- ა) მდგომარეობის ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავებასა და განხორციელებას;
- ბ) შინ მომსახურებას, რეგულარულ ვიზიტებს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით, სატელეფონო კონსულტაციას;
- გ) მობილური გუნდის ექიმი ფსიქიატრის მიერ დანიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფას;
- დ) პაციენტის სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგს, სამედიცინო მომსახურებასთან ერთად სოციალური პრობლემების მოგვარებაში დახმარებას (საჭიროების შესაბამისად პაციენტის და მისი მხარდამჭერების ინფორმირება ან/და დოკუმენტაციის შეგროვებაში დახმარება ან/და თანხლება უწყებებში ვიზიტისას);
- ე) პაციენტის, პაციენტის ოჯახის წევრების და მხარდამჭერების ფსიქოგანათლება და მხარდამჭერ ფსიქოთერაპიას; ვ) ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმების არსებობის შემთხვევაში პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის ორგანიზებას;
- ზ) 8 საათის მანძილზე მომსახურების ხელმისაწვდომობას; თ) სომატური პრობლემების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტის და მისი მხარდამჭერების ინფორმირება არსებული სომატური პრობლემების, შემდგომი კვლევის საჭიროების და ხელმისაწვდომი პროგრამების შესახებ, ამასთან, სომატური პროფილის ექიმთან ვიზიტისას ან გამოკვლევებისას თანხლება, თუ დამოუკიდებლად ამას ვერ ახერხებს პაციენტი და სომატური პრობლემები უარყოფითად აისახება მის ფსიქიკურ მდგომარეობაზე.

6. სტაციონარული მომსახურება:

ა) ფსიქიკური აშლილობის მქონე მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება მოიცავს: ა.ა) მწვავე შემთხვევების სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას ან ისეთი ქცევითი ან აფექტური სიმპტომების მკურნალობას, რომელთა გამოც საფრთხე ექმნება პაციენტის ან გარშემომყოფთა სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას; ა.ბ) გრძელვადიან სტაციონარულ მომსახურებას, რომელიც გულისხმობს ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე იმ პირთა მკურნალობას სტაციონარის პირობებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების უხეში დარღვევები და/ან განანგრძლივებული ფსიქოზური სიმპტომატიკა (მათ შორის, მწვავე შემთხვევების სტაციონარული დახმარების შემდგომი მკურნალობის გაგრძელება); ა.გ) იმ პაციენტების მკურნალობითა და დამატებითი მომსახურებით (დაცვა და უსაფრთხოება) უზრუნველყოფას, რომელთა მიმართაც არსებობს საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 191-ე მუხლით გათვალისწინებული სასამართლო გადაწყვეტილება, იძულებითი ან არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული მკურნალობის მიზნით, პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ; ა.დ) დამატებით მომსახურებას: ა.დ.ა) იმ პაციენტების კვებით, პირადი ჰიგიენის საგნებითა და გადაუდებელი ქირურგიული და თერაპიული სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფას, რომლებიც გადიან სტაციონარულ მომსახურებას; ა.დ.ბ) ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციურ ინტერვენციებს გრძელვადიანი სტაციონარული მკურნალობის დროს (ჯგუფური ფსიქოგანათლება/თერაპია ან ოკუპაციური თერაპია ან კოგნიტური რეაბილიტაცია ან დღის აქტივობები: არტთერაპია/ერგოთერაპია, ან ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპია ან ინდივიდუალური ბაზისური უნარების აღდგენა ან სპორტული/სადღესასწაულო ღონისძიებები). ბ) ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება მოიცავს მწვავე ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე მდგომარეობების კუპირებას ან ისეთი ქცევითი ან აფექტური სიმპტომების მკურნალობას, რომელთა გამოც საფრთხე ექმნება პაციენტის ან გარშემომყოფთა სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას. ამასთან, სტაციონარულ მომსახურებაზე მყოფი პაციენტების კვებითა და პირადი ჰიგიენის საგნებით უზრუნველყოფას.

7. ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი, რომლის ფარგლებშიც:

ა) მოსარგებლები არიან: ა.ა) თანდაყოლილი და შეძენილი ფსიქიკური დაავადებებით გამოწვეული დემენციის მქონე ან ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების გამო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე 18 წლისა და მეტი ასაკის პირები, რომელთაც აღენიშნებათ ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების ღრმა მოშლა და არ აქვთ შესაბამისი მხარდამჭერი გარემო; ა.ბ) 2017 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით 2018 წლის პროგრამით გათვალისწინებული ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირთა ინსტიტუციური პატრონაჟის კომპონენტით მოსარგებლე პირები; ა.გ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის

„ა.ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირების მომსახურებას, რომლებიც საჭიროებენ ამ პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურების მიღებას და რომელთა ქვეპროგრამაში ჩართვის შესახებ არსებობს რეგიონული საბჭოს შესაბამისი გადაწყვეტილება.

ბ) განსაზღვრულია შემდეგი მომსახურებები: ბ.ა) ბენეფიციართა მოვლა-პატრონობისა და ინდივიდუალური რეაბილიტაციის პროგრამების შედგენა და განხორციელება; ბ.ბ) პერიოდულად (არაუგვიანეს 6 თვეში ერთხელ) ბენეფიციარის მომსახურების ინდივიდუალური გეგმის გადახედვა/ შეფასება; ბ.გ) საყოფაცხოვრებო უნარ-ჩვევების სწავლება; ბ.დ) ყოველდღიური მომსახურება მინიმუმ სამჯერადი კვებით, რომელთაგან ერთ-ერთი უნდა იყოს სამკომპონენტო სადილი; ბ.ე) საჭიროების მიხედვით შესაბამისი ფსიქიატრიული მომსახურება; ბ.ვ) საჭიროების შემთხვევაში ბენეფიციართა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების უზრუნველყოფა; ბ.ზ) ბენეფიციართა შესაძლებლობის გათვალისწინებით, მათი კულტურულ ღონისძიებებში მონაწილეობის უზრუნველყოფა, მათ შორის, სპეციალიზებული დაწესებულების გარეთაც; ბ.თ) ბენეფიციართა ინტერესებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით, სხვადასხვა შრომით აქტივობებში მათი ჩართვის ხელშეწყობა.

გ) ამ პუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების მისაღებად ფსიქიკური დარღვევების მქონე პირი ან მხარდამჭერი განცხადებით მიმართავს სააგენტოს, რომელსაც თან უნდა ერთვოდეს: გ.ა) პირის პირადობის დამადასტურებელი საბუთი (მოქალაქის პირადობის/ბინადრობის მოწმობა ან პასპორტი) და მისი ასლი; გ.ბ) პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა NIV-100/ა); გ.გ) პირის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტი და მისი ასლი; გ.დ) პირის ერთი ფოტოსურათი (3X4); გ.ე) თუ განმცხადებელი პირის მხარდამჭერია, განმცხადებლის პირადობის დამადასტურებელი საბუთი (მოქალაქის პირადობის/ბინადრობის მოწმობა ან პასპორტი) და მისი ასლი; ასევე მხარდამჭერის დამადასტურებელი საბუთი.

დ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული პირების ქვეპროგრამაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებას სააგენტო უზრუნველყოფს განცხადებით მიმართვიდან 1 თვის ვადაში. მიღებული გადაწყვეტილების შესახებ სააგენტო აცნობებს განმცხადებელს გადაწყვეტილების მიღებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში; ე) ამ პუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების ერთდროულად მოსარგებლე პირთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 100 პირს.

⇒ ეს სახელმწიფო პროგრამა აცხადებს, რომ „სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება ხორციელდება ბიოფსიქოსოციალური მოდელისა და მულტიდისციპლინური მიდგომის (კომპონენტის ფარგლებში მომსახურებას ახორციელებს მულტიდისციპლინური გუნდი, შემდგომში - მდგ)... პრინციპებით“. პროგრამაში გაწერით სახელმწიფოს, ფაქტობრივად, აღიარებული აქვს

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის გარკვეული არეალი, რომლის ჰორიზონტალური, დარგის ფარგლებში გავრცელება და, ასევე, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დანერგვის მოსინჯვა მეტად მნიშვნელოვანი იქნება მოდელის განვითარებისათვის. ჯერჯერობით, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ასოცირებულია და ფსიქიატრიული დახმარების ნაწილად მოიაზრება - ამას აცხადებს სახელმწიფო დოკუმენტიც და ლაიტმოტივიც ამასვე გულისხმობს. მნიშვნელოვანი ამოცანაა ფსიქოსოციალური კომპონენტის პირველად ჯანდაცვაში გააქტიურება არსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამისათვის ზიანის მიყენების გარეშე.

დიაბეტის მართვა

პროგრამის მიზანია შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებული პაციენტების ამბულატორიული მეთვალყურეობის გაუმჯობესება, შესაძლო გართულებების პრევენცია და სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

პროგრამის ფარგლებში იფარება:

ა) შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება: ა.ა) საანალიზო-ტექნიკური საშუალებებით უზრუნველყოფა (დანართი 12.1-ის შესაბამისად); ა.ბ) ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია/მეთვალყურეობა; ა.გ) გლიკოჰემოგლობინის განსაზღვრა კაპილარული სისხლით (კვარტალში ერთხელ); ა.დ) დიაბეტით გამოწვეული თვალის დაავადებების მონიტორინგი (მათ შორის ფუნდუს კამერით); ა.ე) პროგრამის მოსარგებლეების და მათი მშობლების სამედიცინო განათლება; ა.ვ) ფიზიკური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა, პაციენტის სურვილის შემთხვევაში; ა.ზ) საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტებისთვის, რომელთაც არ ესაჭიროებათ მედიკამენტის დოზის კორექცია, სამედიცინო ცნობის და რეცეპტის გაცემა;

ბ) სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარება, რომელიც მოიცავს: ბ.ა) შაქრიანი (ინსულინომომხმარებელი, არაინსულინომომხმარებელი) დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში მედიკამენტის დოზის კორექციისათვის ექიმ-ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობასა და პროგრამის მოსარგებლეების შესაბამის სამედიცინო განათლებას. ექიმ-ენდოკრინოლოგის დანიშნულების შესაბამისად, საჭიროებისამებრ, ნევროპათოლოგის, კარდიოლოგის, ოფთალმოლოგის და ანგიოლოგის კონსულტაციას და კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს: ბ.ა.ა) გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში, არანაკლებ 6 ერთეულისა ერთ პაციენტზე; ბ.ა.ბ) გლიკოჰემოგლობინის განსაზღვრა; ბ.ა.გ) კრეატინინის და/ან შარდოვანას განსაზღვრა სისხლში; ბ.ა.დ) მიკროალბუმინურიის კვლევა; ბ.ა.ე) სისხლის საერთო ანალიზი; ბ.ა.ვ) შარდის საერთო ანალიზი; ბ.ა.ზ) C- პეპტიდი; ბ.ა.თ) ჰომა – 2-ის ინდექსი; ბ.ა.ი) ე.კ.გ. ბ.ბ) უშაქრო დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში მედიკამენტის დოზის კორექციისათვის ექიმ-ენდოკრინოლოგის მეთვალყურეობასა და პროგრამის მოსარგებლეების შესაბამის სამედიცინო განათლებას. ექიმი-ენდოკრინოლოგის დანიშნულების შესაბამისად, საჭიროებისამებრ, ნევროპათოლოგის და ოფთალმოლოგის კონსულტაციას და კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს:

ბ.ბ.ა) სისხლის საერთო ანალიზი; ბ.ბ.ბ) თავის ქალის რენტგენოგრაფია; ბ.ბ.გ) თვალის ფსკერისა და მხედველობის ველის გამოკვლევა; ბ.ბ.დ) გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში უზმოდ და ჭამის შემდეგ; ბ.ბ.ე) შარდის საერთო ანალიზი (არანაკლებ 2 ერთეულისა); ბ.ბ.ვ) ზიმნიცის სინჯი (არანაკლებ 2 ერთეულისა); ბ.ბ.ზ) ელექტროლიტების – Na, K – განსაზღვრა სისხლში;

გ) შაქრიანი და უშაქრო დიაბეტით დაავადებული მოსახლეობის სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა: გ.ა) შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული 18 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტების მედიკამენტებით უზრუნველყოფა – ინსულინისა და მისი ანალოგების შესყიდვა; გ.ბ) შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა და მოზარდთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა – ინსულინის, ინსულინის ანალოგების, გლუკაგონის, შპრიც-კალმისტრებისა და შესაბამისი ნემსების შესყიდვა ბავშვთა (18 წლამდე ასაკის პირები), ასევე 18 წლისა და უფროსი ასაკის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ მხედველობის დაქვეითება (ან არიან უსინათლოები), აქვთ თანდაყოლილი ცერებრული დამბლა ან/და უშაქრო დიაბეტი, დაუნის სინდრომი ან დუმენ-ერბის დაავადება; გ.გ) უშაქრო დიაბეტით დაავადებულთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა - აღიურეზული ჰორმონის შესყიდვა; გ.დ) სპეციალურ სამკურნალო საშუალებათა ტრანსპორტირება, შენახვა და გაცემა -სამკურნალო საშუალებების საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე საქონლის გაფორმების ხარჯები, მიღება, შენახვა, ტრანსპორტირება, გაცემა პროგრამის მოსარგებლებზე (მათ შორის, მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლის მეშვეობით).

⇒ მოცემული პროგრამა ითვალისწინებს მოსარგებლეთა მეთვალყურეობას მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ, რომელშიც უშუალოდ პათოლოგიასთან და მის გართულებებთან დაკავშირებული სპეციალისტები მოიაზრებიან. ამდენად, შესაძლებელი იქნება ფსიქიატრის/ფსიქოლოგის აუცილებლობის დასაბუთება პაციენტთა ადეკვატური მოვლის უზრუნველსაყოფად, რაც, ერთი მხრივ, სრულყოფს სამედიცინო დანმარებას, მეორე მხრივ კი, კიდევ ერთ პროგრამაში შეიქმნება მოდელის აღიარების პრეცედენტი.

ბავშვთა ონკოპემატოლოგიური მომსახურება

პროგრამის მიზანია 18 წლამდე ასაკის ონკოპემატოლოგიური პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს ონკოპემატოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობას, გარდა, შესაბამისი წლის სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტების ფარგლებში დაფინანსებული ჯანდაცვითი პროგრამული მომსახურებებისა.

⇒ პროგრამა შეეხება მძიმე და მოწყვლად კონტინგენტს, რომლებიც ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან, ფაქტობრივად, დიაგნოზზე ეჭვის გაჩენის დღიდან არიან დაკავშირებული. მათთან შესაბამისი დარგის სპეციალისტების მუშაობა მიღებული პრაქტიკაა, რაც ქმნის საფუძველს, რომ არსებული ფაქტის ასახვა მოხდეს პროგრამაში შესაბამისი ტექსტით - რეალობის გათვალისწინებით, ეს მისაღები იქნება პროგრამის ავტორებისათვის, ხოლო ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვისთვის პოლიტიკურად წინგადადგმული ნაბიჯი იქნება კიდევ ერთ სახელმწიფო პროგრამაში მოდელის ხსენება. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ დოკუმენტში არ არის საუბარი მომსახურების მიწოდების, პროგრამის განხორციელების დეტალებზე, როგორც ეს არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში. შესაბამისად, არსებულ ვერსიას გარკვეული რედაქტირება დასჭირდება, რასაც გარკვეული სირთულეები შეიძლება სდევდეს თან.

დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია

პროგრამის მიზანია თირკმლის ტერმინალური უკმარისობით დაავადებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნება და გაუმჯობესება.

პროგრამა ითვალისწინებს შემდეგ მომსახურებებს:

ა) ჰემოდიალიზით უზრუნველყოფა, მათ შორის: ა.ა) ნეფროლოგის კონსულტაცია; ა.ბ) კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები საჭიროების მიხედვით; ა.გ) მედიკამენტებით უზრუნველყოფა – საჭიროების შემთხვევაში; ა.დ) პროგრამის მე-3 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტის ფარგლებში შესყიდული სადიალიზე საშუალებებით, მასალითა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; ა.ე) სისხლძარღვოვანი მიდგომის უზრუნველყოფა საჭიროებისამებრ;

ბ) პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა, მათ შორის: ბ.ა) ნეფროლოგის კონსულტაცია; ბ.ბ) კათეტერის იმპლანტაცია/ექსპლანტაცია საჭიროებისამებრ; ბ.გ) კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები – საჭიროების მიხედვით; ბ.დ) მედიკამენტებით უზრუნველყოფა – საჭიროების შემთხვევაში; ბ.ე) პროგრამის მე-3 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტის ფარგლებში შესყიდული სადიალიზე საშუალებებით, მასალითა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფა;

გ) ჰემო- და პერიტონეული დიალიზისათვის საჭირო სადიალიზე საშუალებების, მასალისა და მედიკამენტების შესყიდვა და მიწოდება; დ) თირკმლის ტრანსპლანტაცია – თირკმლის გადანერგვის ოპერაციის ჩატარება; ე) ორგანოგადანერგვით იმუნოსუპრესული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა; ვ) სამკურნალო საშუალებათა ტრანსპორტირება, შენახვა და გაცემა (სამკურნალო საშუალებების საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე საქონლის გაფორმების ხარჯები, მიღება, შენახვა, ტრანსპორტირება, გაცემა ბენეფიციარებზე აფთიაქების მეშვეობით).

- ⇒ სასურველი იქნებოდა დასავლური პრაქტიკის გაანალიზება პროგრამის სამიზნე კონტინენტში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გამოყენების თაობაზე.

ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა

პროგრამის მიზანია ინკურაბელური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება პალიატიურ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით და სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

პროგრამის ფარგლებში იფარება: ა) ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა, რომელიც მოიცავს ქ. თბილისის, ქ. ქუთაისის, თელავის, ზუგდიდის, ოზურგეთის და გორის მუნიციპალიტეტებში ინკურაბელურ პაციენტთა ბინაზე ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას პალიატიური მობილური გუნდის (ექიმი/ექთანი) მიერ („ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის №157/ნ ბრძანების შესაბამისად); ბ) ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული-პალიატიური მზრუნველობა და სიმპტომური მკურნალობა; გ) ინკურაბელურ პაციენტთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა: გ.ა) ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებისა და საშუალებების შესყიდვა; გ.ბ) ნარკოტიკული საშუალების გაცემის დამადასტურებელი ცნობისა და რეცეპტის ფორმა №1-ის შესყიდვა; გ.გ) სპეციალური სამკურნალო საშუალებათა ტრანსპორტირება, შენახვა და გაცემა – სამკურნალო საშუალებების საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე საქონლის გაფორმების ხარჯები, მიღება, შენახვა, ტრანსპორტირება, გაცემა, ნარკოტიკული საშუალებების ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ ერთეულებში ტრანსპორტირება დაცვის თანხლებით.

- ⇒ მოცემული პროგრამა იძლევა საშუალებას ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ელემენტების განსავითარებლად. კანონები პალიატიურ მზრუნველობას განმარტავენ, როგორც: „მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურებას, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს.“ საკითხის ფორმალიზებისათვის მნიშვნელოვანია მრავალდარგობრივი გუნდის ცნება დაზუსტდეს იმ თვალსაზრისით, რომ ჩანაწერში გაჩნდეს ფსიქოსოციალური კომპონენტიც და გუნდის შემადგენლობაც შესაბამისად გაიწეროს. ეს პრეცედენტი შეიძლება შემდგომში გამოყენებული იქნეს მოდელის განვითარების პლაცდარმად.

იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა

პროგრამის მიზანია იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) დანართი №16.1-ით გათვალისწინებული ნოზოლოგიების შესაბამისად იშვიათი დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიულ მომსახურებას: ექიმის (მ.შ სპეციალისტების) კონსულტაციას, იშვიათი დაავადების ამბულატორიული ზედამხედველობისთვის აუცილებელი კლინიკურ-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარებას, რეცეპტებისა და სამედიცინო ცნობების გაცემას;

ბ) იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარულ მომსახურებას დანართი N16.2-ით გათვალისწინებული ნოზოლოგიების შესაბამისად;

გ) ჰემოფილიით და სისხლის შედედების სხვა მემკვიდრული პათოლოგიებით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მომსახურებას დანართი N16.3-ით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობისა და ნოზოლოგიების შესაბამისად;

დ) იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტების სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფას, მათ შორის: დ.ა) ჰემოფილიით დაავადებულ ბავშვთა და მოზრდილთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა – ანტიჰემოფილური ფაქტორკონცენტრატების – VIII, IX, XIII ფაქტორისა, ანტიინჰიბიტორული პროთრომბინ-კომპლექსის, ანტიინჰიბიტორული VII ფაქტორის და ანტიინჰიბიტორული კოაგულაციური კომპლექსის შესყიდვა; დ.ბ) ფენილკეტონურიით დაავადებულთა სამკურნალო საკვები დანამატით უზრუნველყოფა – სამკურნალო საკვები დანამატის შესყიდვა; დ.გ) მუკოვისციდოზით დაავადებულთა სპეციფიკური მედიკამენტებით უზრუნველყოფა – პანკრეასის ფერმენტების შესყიდვა; დ.დ) მემკვიდრული ჰიპოგამაგლობულინემიით (ბრუტონის დაავადება) დაავადებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთათვის სპეციფიკური მედიკამენტების შესყიდვა; დ.ე) ზრდის ჰორმონის დეფიციტისა და ტერნერის სინდრომის მქონე პაციენტებისათვის ზრდის ჰორმონის შესყიდვა; დ.ვ) იუვენილური ართრიტით დაავადებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთათვის ბიოლოგიური პრეპარატების შესყიდვა; დ.ზ) დიდი თალასემიით დაავადებულთათვის რკინის შემბოჭავი პრეპარატების შესყიდვა; დ.თ) ფილტვების იდიოპათური ფიბროზის დიაგნოზის მქონე პირებისათვის მედიკამენტის (პირფენიდონი) შესყიდვა; დ.ი) სპეციალურ სამკურნალო საშუალებათა ტრანსპორტირება, შენახვა და გაცემა – სამკურნალო საშუალებების (მათ შორის, საკვები დანამატების) საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე საქონლის გაფორმების ხარჯები, მიღება, შენახვა, ტრანსპორტირება

და სამკურნალო საშუალებების (მათ შორის, საკვები დანამატების) ბენეფიციარებზე გაცემა სამედიცინო დაწესებულებების (მათ შორის, აფთიაქების) მეშვეობით.

- ⇒ ეს პროგრამაც კლასიკური ბიოსამედიცინო მიდგომის პროდუქტია მიუხედავად იმისა, რომ საქმე შეეხება ადამიანებს, რომლებიც მთელი ცხოვრების განმავლობაში დამოკიდებულნი არიან გარკვეული პრეპარატების მუდმივ მიღებაზე. ეს, ცხადია, განაპირობებს განსაკუთრებულ ცხოვრების წესს და ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, რაც გადის კლინიკურ-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების ჩარჩოებიდან, რასაც დღევანდელი პროგრამა ითვალისწინებს. გასათვალისწინებელია, რომ ეს ადამიანები, საერთო პრობლემიდან გამომდინარე, გაერთიანებული არიან საზოგადოებებში, რომლებთან ურთიერთობამ თანამშრომლობისა და ცვლილებების გასატარებლად თანადგომის შესაძლებლობები შეიძლება გამოაჩინოს.

სასწრაფო, გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება

პროგრამის მიზანია გადაუდებელი მდგომარეობების დროს გართულებებისა და ლეტალური გამოსავლის შემცირება, მოსახლეობის უფასო სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის გზით.

პროგრამის ფარგლებში იფარება:

ა) სასწრაფო სამედიცინო დახმარება: ა.ა) ბრიგადის მიერ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა „სასწრაფო დახმარების ბაზისური მედიკამენტების და ბაზისური სამედიცინო დანიშნულების საგნების ნუსხის, კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა ტრანსპორტირებისათვის მინიმალური მოთხოვნების და პროგრამა „მომავლის ბანაკით“ განსაზღვრული ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად აუცილებელი მედიკამენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების ნუსხის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 3 აპრილის №01-17/6 ბრძანებით (შემდგომში – მინისტრის 2012 წლის 3 აპრილის № 01-17/6 ბრძანება) განსაზღვრული სასწრაფო დახმარების ბაზისური მედიკამენტებითა და ბაზისური სამედიცინო დანიშნულების საგნებით; ა.ბ) საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის პოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში; ა.გ) გადაუდებელი დახმარების ცენტრის კოორდინაციისა და დავალების საფუძველზე მომსახურების გაწევა;

ბ) სასწრაფო სამედიცინო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება: ბ.ა) ბრიგადის მიერ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა მინისტრის 2012 წლის 3 აპრილის №01-17/6 ბრძანებით განსაზღვრული სასწრაფო დახმარების ბაზისური მედიკამენტებითა და ბაზისური სამედიცინო დანიშნულების საგნებით; საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის პოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს

კლინიკაში; ბ.ბ) სამედიცინო ტრანსპორტირება: ბ.ბ.ა) რეფერალური დახმარება: ბ.ბ.ა.ა) კრიტიკული და გადაუდებელი მდგომარეობების რეფერალური შემთხვევების მართვა, ადგილზე რეფერალური ბრიგადის მიერ კონსულტაცია, მდგომარეობის სტაბილიზაცია, გართულებული შემთხვევების სამედიცინო ტრანსპორტირება; ბ.ბ.ა.ბ) გადაუდებელი დახმარების ცენტრის გადაწყვეტილების საფუძველზე; ბ.ბ.ბ) რეფერალური დახმარების მართვა – რეფერალური დახმარების მიწოდების ორგანიზებისათვის ერთიანი ცენტრალიზებული თავსებადი GPS სისტემის ფუნქციონირებისა და GPS სისტემის მონიტორინგისათვის ტექნიკური უზრუნველყოფა (მ. შ. შესაბამისი მომსახურების შესყიდვა); ბ.გ) მინისტრის ან მინისტრის მოადგილის დავალების საფუძველზე (მ. შ. შესაბამისი ნორმატიული აქტებით განსაზღვრული სახელმწიფო მნიშვნელობის ღონისძიებების განხორციელებისათვის), გადაუდებელი დახმარების ცენტრის შესაძლებლობების ფარგლებში, საქართველოს ტერიტორიაზე საჭირო მომსახურების უზრუნველყოფა; ბ.დ) საგანგებო სიტუაციებისა და სპეციალური ოპერაციების დროს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის მზაობის უზრუნველყოფა/შესაბამისი ტექნიკით აღჭურვილი სამედიცინო ბრიგადის თანხლება და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა (მათ შორის, საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალისათვის უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფა); ბ.ე) საქართველოს საკანონმდებლო, აღმასრულებელი და სასამართლო ხელისუფლების უმაღლესი თანამდებობის პირთა და საქართველოში ოფიციალური ვიზიტით მყოფი საზღვარგარეთის ქვეყნების ხელმძღვანელთათვის, დელეგაციის წევრებისა და თანმხლებ პირთათვის: ბ.ე.ა) სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის მზაობის უზრუნველყოფა; ბ.ე.ბ) საქართველოს საკანონმდებლო, აღმასრულებელი და სასამართლო ხელისუფლების უმაღლესი თანამდებობის პირთათვის შესაბამისი ტექნიკით აღჭურვილი სამედიცინო ბრიგადის თანხლება; ბ.ე.გ) საქართველოში ოფიციალური ვიზიტით მყოფი საზღვარგარეთის ქვეყნების ხელმძღვანელთათვის, დელეგაციის წევრებისა და თანმხლებ პირთათვის შესაბამისი ტექნიკით აღჭურვილი სამედიცინო ბრიგადის თანხლება და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფა; ბ.ვ) საქართველოს საკანონმდებლო, აღმასრულებელი და სასამართლო ხელისუფლების უმაღლესი თანამდებობის პირთა და მათი ოჯახის წევრთა, ასევე სპეციალური დაცვის ქვეშ მყოფი შესაბამისი პირ(ებ)ის, რომლებიც განისაზღვრებიან მინისტრისა და სახელმწიფო დაცვის სპეციალური სამსახურის უფროსის ერთობლივი ბრძანებით, გადაუდებელი და გეგმური სამედიცინო მომსახურების (მ. შ. მედიკამენტების) ხარჯების ანაზღაურება; ბ.ზ) „პროგრამა „მომავლის ბანაკის“ განხორციელების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის შესაბამისი წლის განკარგულებით განსაზღვრული ღონისძიებების უზრუნველყოფა: ბ.ზ.ა) „მომავლის ბანაკის“ უზრუნველყოფა ექიმისა და ექთნის მომსახურებით; ბ.ზ.ბ) „მომავლის ბანაკის“ უზრუნველყოფა მინისტრის 2012 წლის 3 აპრილის № 01-17/ნ ბრძანებით განსაზღვრული მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით; ბ.თ) ახმეტის მუნიციპალიტეტის თუშეთის თემის ტერიტორიაზე საკურორტო სეზონის პერიოდში მყოფი პირების უზრუნველყოფა: ბ.თ.ა) ექიმით/პარამედიკოსით, ექთნით და მძღოლით დაკომპლექტებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის

მომსახურებით; ბ.თ.ბ) მინისტრის 2012 წლის 3 აპრილის № 01-17/ნ ბრძანებით განსაზღვრული სასწრაფო დახმარების ბაზისური მედიკამენტებითა (დანართი №1) და სასწრაფო დახმარების ბაზისური სამედიცინო დანიშნულების საგნებით (დანართი №2); ბ.ი) „საზაფხულო სკოლების“ პროგრამის „დავისვენოთ და ვისწავლოთ ერთად“ განხორციელების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის შესაბამისი წლის განკარგულებით განსაზღვრული ღონისძიებების უზრუნველყოფა: ბ.ი.ა) „საზაფხულო სკოლების“ უზრუნველყოფა ექიმისა და ექთნის მომსახურებით; ბ.ი.ბ) „საზაფხულო სკოლების“ უზრუნველყოფა მინისტრის 2012 წლის 3 აპრილის №01-17/ნ ბრძანებით განსაზღვრული პროგრამა „მომავლის ბანაკით“ განსაზღვრული ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად აუცილებელი მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით (დანართი №4).

⇒ პროგრამა ორიენტირებულია პრობლემებზე, რომლებიც ნაკლებად ექცევიან ბიოფსიქოსოციალურ მოდელში. შესაბამისად, ამ პროგრამის ცვლილებაზე მუშაობა არ წარმოადგენს პირველი რიგის ინტერესს.

სოფლის ექიმი

პროგრამის მიზანია სოფლის მოსახლეობისათვის პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა და სპეცდაფინანსებაზე მყოფ დაწესებულებებში რეგისტრირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

პროგრამის ფარგლებში იფარება:

ა) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება სოფლად, დანართი 18.1-ის შესაბამისად. მათ შორის „სოფლის ექიმის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული ერთეულების მიხედვით საექიმო და საექთნო პუნქტების რაოდენობისა და „ექიმის ჩანთის“ განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 23 დეკემბრის № 01-264/თ ბრძანებით დამტკიცებული დანართი № 1-ით განსაზღვრული საექიმო პუნქტებისათვის ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტების და სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ექიმის ჩანთის და სამედიცინო დოკუმენტაციის ბეჭდვის მომსახურების შესყიდვა: ა.ა) ამავე ბრძანების დანართი №2-ით („ექიმის ჩანთა“) განსაზღვრული, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აუცილებელი მედიკამენტები და სამედიცინო დანიშნულების საგნები; ა.ბ) ექიმის ჩანთა; ა.გ) „ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის შევსების წესისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის ფორმის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 9 აგვისტოს №338/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) (დანართი №2) ბეჭდვის მომსახურება; ა.დ) „ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 15 აგვისტოს № 01-41/6 ბრძანებით დამტკიცებული ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის (ფორმა № IV-200ა (ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი), ფორმა № IV-200-11ა (ლაბორატორიული გამოკვლევების ჟურნალი), ფორმა № IV-200-12/ა (ამბულატორიული პაციენტის რეგისტრაციის ჟურნალი), ფორმა № IV-200-13ა (ამბულატორიული პაციენტის ვიზიტების და ბინაზე/ადგილზე გამოძახების რეგისტრაციის ჟურნალი)) ბეჭდვის მომსახურება;

ბ) სპეცდაფინანსებაზე მყოფი დაწესებულებების მიერ შესაბამისი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მიწოდება;

გ) შიდა ქართლის სოფლების ამბულატორიული ქსელის ხელშეწყობა და განვითარება – შიდა ქართლის სოფლებში სოფლის ექიმების/ექთნების გამართული მუშაობისთვის შესაბამისი ღონისძიებების გატარება;

დ) სპეცდაფინანსებაზე მყოფი რიგი სამედიცინო დაწესებულებების შეუფერხებელი ფუნქციონირების ხელშეწყობის მიზნით, დამატებითი ღონისძიებების განხორციელების უზრუნველყოფა – დანართი 18.4-ით განსაზღვრული სპეცდაფინანსებაზე მყოფი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის სპეცდაფინანსების დამატება ან სამედიცინო მომსახურების გამწევი სხვა დაწესებულებებისათვის/ფიზიკური პირებისათვის სპეცდაფინანსების განსაზღვრა.

⇒ პროგრამა საინტერესოა იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ სოფლის ექიმი წარმოადგენს ცენტრალურ ფიგურას სოფლად ჯანმრთელობის დაცვის სხვა სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებისათვისაც, მაგ., დაავადებათა ადრეული გამოვლენა, იმუნიზაცია, პალიატიური მზრუნველობა და ა. შ. ამასთანავე, სოფლის ექიმი საოჯახო მედიცინის სისტემის ნაწილია და მიდგომები, რომლებიც ამ სფეროში შემუშავდება, ადვილად გავრცელდება სოფლის ექიმზე და მასთან „მიბმულ“ სახელმწიფო პროგრამებზე. პოლიტიკურად, ეს სფერო უნდა გახდეს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ერთ-ერთი სამიზნე და, იმავდროულად, დასაყრდენი.

რეფერალური მომსახურება

პროგრამის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) სტიქიური უბედურებების, კატასტროფების, საგანგებო სიტუაციების, კონფლიქტურ რეგიონებში დაზარალებულ მოქალაქეთა და საქართველოს მთავრობის მიერ განსაზღვრული სხვა შემთხვევების დროს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებას, მათ შორის: ა.ა) გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული პირების კარდიოქირურგიულ მკურნალობას, თუ ეს ხარჯები არ იფარება სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებით; ა.ბ) პროგრამა „მომავლის ბანაკით“ განსაზღვრული

დონისძიებების ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებას, რომელთა ხარჯებიც არ იფარება სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით; ა.გ) HER-2 რეცეპტორ-დადებითი ადრეული ძუძუს კიბოს დიაგნოზის და HER-2 რეცეპტორ-დადებითი ძუძუს მეტასტაზური კიბოს დიაგნოზის მქონე პირების მედიკამენტებით ნაწილობრივ ან სრულად უზრუნველყოფას; ა.დ) ფილტვების იდიოპათური ფიბროზის დიაგნოზის მქონე პირების მედიკამენტით (პირფენიდონი) ნაწილობრივ ან სრულად უზრუნველყოფას (კომპონენტი ძალაშია დადგენილების N16 დანართის ფარგლებში მედიკამენტ პირფენიდონის შესყიდვისა და მოწოდების დასრულებამდე); ა.ე) პროგრამა „საზაფხულო სკოლებით“ („დავისვენოთ და ვისწავლოთ ერთად“) განსაზღვრული დონისძიებების ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებას, რომელთა ხარჯებიც არ იფარება სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით; ა.ვ) სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთა პოსტკოიტალური კონტრაცეფციით/სგგდ ტესტირებითა და მკურნალობით უზრუნველყოფა;

ბ) ყოფილი უმაღლესი პოლიტიკური თანამდებობის პირის ოჯახის წევრთა სამედიცინო დაზღვევას.

⇒ ამ პროგრამას უშუალო შეხება ექიმს/ჯანდაცვის სისტემასა და პაციენტს შორის ურთიერთობაზე ფაქტობრივად არ გააჩნია და, ამდენად, ნაკლებად საყურადღებოა.

თავდაცვის ძალებში გასაწევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება

პროგრამის მიზანია საქართველოს თავდაცვის ძალების შევსება ჯანმრთელი კონტინგენტით.

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) თავდაცვის ძალებში გასაწევ პირთა ამბულატორიულ შემოწმებას 20.1 დანართის შესაბამისად;

ბ) თავდაცვის ძალებში გასაწევ პირთა დამატებით გამოკვლევებს.

⇒ მოცემული სახელმწიფო პროგრამა თავისი შინაარსით არ ხვდება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვის მიმდინარე ამოცანებში.

ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

პროგრამის მიზანია ზოგიერთი ქრონიკული დაავადების მქონე პირთა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

1. პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვას;

- ბ) ფილტვის ქრონიკულ დაავადებათა სამკურნალო ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვას;
- გ) დიაბეტის (ტიპი 2) სამკურნალო ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვას;
- დ) ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებათა სამკურნალო ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვას;
- ე) პარკინსონის სამკურნალო ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვას;
- ვ) ეპილეფსიის სამკურნალო ფარმაცევტული პროდუქტის შესყიდვას;
- ზ) ლოჯისტიკის კომპონენტს – ფარმაცევტული პროდუქტის საქართველოს საბაჟო ტერიტორიაზე გაფორმების ხარჯები, მიღება, შენახვა, ტრანსპორტირება, გაცემა პროგრამის მოსარგებლებზე.

2. მედიკამენტების ჩამონათვალი განისაზღვრება მინისტრის ბრძანებით.

⇒ ეს სახელმწიფო პროგრამა მიეკუთვნება ერთგვარ ტექნიკურ პროგრამათა ჯგუფს, რომლითაც მოსახლეობის პროდუქტით და არა მომსახურებით უზრუნველყოფა ხორციელდება.

დასკვნები და რეკომენდაციები

დღეისათვის საქართველოს მთავრობა ახორციელებს თითქმის ორ ათეულ ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას. ისინი ფარავენ ქვეყნის მოსახლეობის საჭიროებებსა და ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა ღონისძიებებსა და ლოჯისტიკურ ღონისძიებებს, დაკავშირებულს ჯანდაცვის სისტემის გამართულ მუშაობასთან. ეს პროგრამები გამოხატავენ სახელმწიფოს დამოკიდებულებას ქვეყანაში ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტებისა და განვითარების მიმართ და წარმოადგენენ მისი პოლიტიკის ნაწილს. აქედან გამომდინარე, ნებისმიერი საერთაშორისო თუ ადგილობრივი პროექტის განვითარებისათვის მნიშვნელოვანია იყოს თანხვედრაში ამ პროგრამებთან და იზრუნოს პოლიტიკურ მხარდაჭერაზე, რაც შეიძლება ამა თუ იმ სახელმწიფო პროგრამაში თუნდაც გარკვეული მიდგომების გაცხადებაში გამოიხატებოდეს.

პროგრამების ამ მრავალფეროვნებაში რამდენიმე შეიძლება საინტერესო იყოს ბიოსამედიცინო მიდგომიდან ბიოფსიქოსოციალური მიდგომისკენ გადასაცვლებაში. მნიშვნელოვანია, რომ დღეისათვის არსებულ ჩარჩოებშიც კი რამდენიმე პროგრამა გულისხმობს და ადამიანური რესურსიც კი გააჩნია ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის გასავითარებლად. მაგალითისათვის, უკვე ამ ეტაპზეა შესაძლებელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის, სოფლის ექიმის, ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების გამოყენება მიდგომის საილუსტრაციოდ და განვითარების პერსპექტივის მოსასინჯად. ფორმალური თვალსაზრისით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამაში გაწერილია, რომ „სათემო ამბულატორიული ფსიქიატრიული მომსახურება

ხორციელდება ბიოფსიქოსოციალური მოდელისა და მულტიდისციპლინური მიდგომის... პრინციპებით". იმის გათვალისწინებით, რომ მთლიანობაში სათემო ამბულატორიული მომსახურება სოფლის ექიმის პროგრამის არეალში ხვდება, ამ უკანასკნელზე შეიძლება მიდგომის გავრცელება და, რაც მომავლისათვის მეტად მნიშვნელოვანი შეიძლება იყოს, თუნდაც ტერმინის - ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა - სახელმწიფო დოკუმენტში ასახვა. ამ თვალსაზრისით, საინტერესო შეიძლება იყოს დიაბეტიკისა და ტუბერკულოზის მართვის პროგრამები, რომელთა მიერ დაფარული კონტინგენტი საჭიროებს მრავალდარგობრივი გუნდის მხრიდან მეთვალყურეობას და არა მხოლოდ წმინდა სამედიცინო საკითხების მოგვარებას.

პროცესის განვითარებისთვის მეტად მნიშვნელოვანია პროგრამების შემუშავებაზე პასუხისმგებელ გუნდებთან ურთიერთობა როგორც ჯანდაცვის სამინისტროს, ისე დარგობრივი ასოციაციების დონეზე, რათა მათი დახმარებით შესაძლებელი გახდეს პროგრამებში შესაბამისი ცვლილებების შეტანა, რაც ხელს შეუწყობს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ერთგვარ „ლეგალიზაციას“ სახელმწიფო დონეზე და მისი დანერგვის პროცესის უფრო სწრაფად განვითარებას.

ლიტერატურა

1. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #674, 2020 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4762618?publication=0>;
2. საჯარო სამართლის იურიდიული პირი სოციალური მომსახურების სააგენტოს ბრძანება N04-14/ო 13 იანვარი 2020 წელი. ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული ღონისძიებების თაობაზე
http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Saagentos-Aqtebi/640.pdf.

დარგობრივი მიმოხილვა

- ქრონიკული დაავადებები
- ხანგრძლივი მოვლა
- ფსიქიატრია
- ადიქტოლოგია
- პალიატიური მზრუნველობა

ქრონიკული დაავადებები

გივი ჯავაშვილი

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ქრონიკული დაავადებების მართვისას

მოკლე შინაარსი

ქრონიკული დაავადებების მართვა, მწვავე დაავადებებისაგან განსხვავებით, ბიოსამედიცინო საკითხების გარდა სხვა მრავალ ასპექტს მოიცავს. ამ ორი ტიპის დაავადებებს შორის არსებული მრავალი განმასხვავებელი ნიშნიდან მნიშვნელოვანია შემდეგი: ქრონიკული დაავადება ადამიანის ცხოვრების თანამდევია, მისი განკურნება არ ხდება, პროგნოზი ხშირად ნათელი არ არის, მუდამ ახლავს გაურკვევლობა, პაციენტის როლი დაავადების მართვაში მნიშვნელოვანია და ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და პაციენტის ცოდნა ერთმანეთს ავსებს.

მედიცინაში ყველაფერი ისე არ არის, როგორც ერთი შეხედვით ჩანს. დიდია შეცდომის დაშვების ალბათობა, თუ ადამიანის ჯანმრთელობა, დაავადებები და ავადმყოფობა მხოლოდ ერთი მხრიდან, გამარტივებულად, ე. წ. ბიოლოგიური საზომით, ანუ ბიოსამედიცინო მიდგომით შეფასდება.

ბიოსამედიცინო მოდელის ალტერნატივაა ბიოფსიქოსოციალური, ანუ ჰოლისტური მოდელი, რომელიც აღწერა და დაამუშავა ამერიკელმა ფსიქიატრმა ჯორჯ ენჯელმა 1977 წელს. ამ მოდელის მიხედვით, დაავადება უშუალოდ კონკრეტულ პაციენტთან ერთად უნდა იყოს განხილული და არა ცალკე განყენებულად.

დიდი ხანია არსებობს შეხედულება, რაც თანამედროვე კვლევებითაც დასტურდება, რომ გონებას (ფსიქიკურ პროცესებს) და სხეულს და მასში მიმდინარე პროცესებს შორის მჭიდრო ურთიერთქმედება არსებობს. ადამიანის შეხედულება დაავადებაზე, მისი მოლოდინი, თუ რა ცვლილებებს გამოიწვევს ეს დაავადება მის ცხოვრებაში, გავლენას ახდენს დაავადების მიმდინარეობაზე.

პაციენტთან დაკავშირებული ფსიქოსოციალური ფაქტორების გავლენა განსაკუთრებით დიდია ქრონიკული დაავადებების მიმდინარეობასა და მკურნალობაზე. ამ დაავადებებზე (გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური და ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები და დიაბეტი) მოდის მსოფლიოში სიკვდილიანობის მაჩვენებლის ნახევარზე მეტი და დაავადებებით გამოწვეული ტვირთის თითქმის ოთხი მეხუთედი.

ქრონიკული დაავადებების ეფექტურად მართვა შესაძლებელია მაშინ, თუ, ერთი მხრივ, პაციენტი მოტივირებული და ინფორმირებულია, აქვს მხარდაჭერა ოჯახიდან და/ან თემიდან, ხოლო, მეორე მხრივ, ჯანდაცვის პროფესიონალთა გუნდი არის

კომპეტენტური, მრავალდარგობრივი, სათანადო საინფორმაციო და მატერიალური რესურსებით, კარგი მართვისა და დაფინანსების სისტემით.

გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს პაციენტთან, როგორც პიროვნებასთან, მუშაობას, მის მოტივირებას, განათლებას, საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებას. ასეთი მიდგომა განსაკუთრებით შედეგიანია ისეთი სერიოზული გართულებების გამომწვევი ქრონიკული დაავადებების მართვისას, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი და არტერიული ჰიპერტენზია.

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა მნიშვნელოვნად აძლიერებს პაციენტის პოზიციას - ის პასიური დამკვირვებელიდან, რომელიც შფოთავს და იმედს კარგავს, გადაიქცევა საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მონაწილედ, საკუთარ ხელში იღებს სადავეებს, ინიციატივას, იმედიანი და საქმიანი ხდება.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელის რეალიზებისათვის აუცილებელია, ერთი მხრივ, ექიმსა და პაციენტს შორის ხანგრძლივი, დინამიური თანამშრომლობა, რომლის დროსაც ექიმი მასწავლებლის როლსაც ითავსებს და ე. წ. „თერაპიული ალიანსი“ ყალიბდება, ხოლო, მეორე მხრივ, მრავალდარგობრივი მიდგომა, ანუ პაციენტზე ზრუნვის პროცესში სხვადასხვა კომპეტენციისა და გამოცდილების მქონე პროფესიონალთა ჩართვა.

რამდენიმე კვლევაში დადასტურებულია, რომ ექიმები, რომლებიც ცდილობენ პაციენტის ჯანმრთელობის პრობლემა ყოველმხრივ შეაფასონ და გაითვალისწინონ როგორც პაციენტის განწყობა, დამოკიდებულება, ემოცია, ისე მისი გარემო და ხელმისაწვდომი რესურსები, გაცილებით კარგად მართავენ ქრონიკულ დაავადებებს; კერძოდ, ისინი ნაკლებად აგზავნიან პაციენტებს დამატებითი გამოკვლევებისთვის, ნაკლებ მედიკამენტებს უნიშნავენ მათ და პაციენტების კმაყოფილებაც უფრო მაღალია.

მიმოხილვა

ქრონიკული დაავადებები, პაციენტი და მასთან დაკავშირებული ფაქტორები

ქრონიკული დაავადებები, გულსისხლძარღვთა დაავადებების, ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების, დიაბეტის და კიბოს ჩათვლით, ავადობისა და სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზია როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებად ქვეყნებში (WMA Statement on the Global Burden of Chronic Disease, 2011) (Dele O Abegunde, 2007) (Pomerleau J, 2008).

ბოლო წლების სტატისტიკური მონაცემები აჩვენებს, რომ მსოფლიოს ზრდასრული მოსახლეობის ნახევარს აქვს ერთი ან რამდენიმე ქრონიკული დაავადება და ყოველ მეოთხე მოზრდილი ადამიანი ორი და მეტი ქრონიკული დაავადებით ცხოვრობს (B Ward, 2014).

ქრონიკული დაავადებების მართვა, მწვავე დაავადებებისაგან განსხვავებით, ბიოსამედიცინო საკითხების გარდა სხვა მრავალ ასპექტს მოიცავს - იხ. ცხრილი (Holman H, 2000):

	მწვავე დაავადებები	ქრონიკული დაავადებები
დასაწყისი	უეცარი	ჩვეულებრივ, თანდათან ვითარდება
ხანგრძლივობა	შემოფარგლული	ხანგრძლივი, განუსაზღვრელი
მიზეზი	ჩვეულებრივ, ერთი	ჩვეულებრივ, მრავალი და ღრთა განმავლობაში ცვალებადი
დიაგნოზი და პროგნოზი	ჩვეულებრივ, ზუსტი	ხშირად დაუდგენელი ან საეჭვო
ტექნოლოგიური ჩარევა	ჩვეულებრივ, ეფექტურია	ხშირად უშედეგოა, ვითარდება გართულებები
გამოსავალი / შედეგი	განკურნება	განკურნება არ ხდება
გაურკვევლობა	მინიმალურია	მუდმივად თან ახლავს
ცოდნა	პროფესიონალები - მცოდნენი; პაციენტები - გამოუცდელნი	პროფესიონალების და პაციენტების ცოდნა ერთმანეთს ავსებს

ზემოხსენებული განსხვავება განაპირობებს განსხვავებული მიდგომის საჭიროებას ქრონიკული დაავადებების მართვისას. ამ პროცესში დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტთან დაკავშირებულ მრავალ ფაქტორს. ქრონიკული დაავადებების მართვისას პაციენტის ჩართულობა გადამწყვეტია. ასევე მნიშვნელოვანია სოციალური გარემო და ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურა (Greenhalgh, 2009).

შესაბამისად, მნიშვნელოვანია ქრონიკული დაავადებების მართვისას გათვალისწინებული იყოს პაციენტთან დაკავშირებული ყველა ფაქტორი. ასეთ მიდგომას პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომას უწოდებენ. უფრო ზუსტად, პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა შეიძლება განიმარტოს, როგორც პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის პროცესში ჯანდაცვის პროფესიონალის (მედიკოსის) ისეთი დამოკიდებულება, რომელიც ზედმიწევნით ახლოს არის და მიესადაგება პაციენტის სურვილებს, საჭიროებებს და არჩევანს (Laine C, 1996).

პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა მოიცავს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გამოყენებას და, თავის მხრივ, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის რეალიზებისათვის აუცილებელია პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვის მოდელის დანერგვა. ამრიგად, თუ ჯანდაცვის პროფესიონალი ითვალისწინებს პაციენტის სურვილებს და არჩევანს, ასევე, მის საჭიროებებს (რასაც ბიოლოგიურის გარდა, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტებიც აქვს), ის აუცილებლად მიდის ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გამოყენების საჭიროებასთან.

ქრონიკული დაავადებების მიმდინარეობას მრავალი ასპექტი აქვს, რომელთაგან ნაწილი პაციენტთან, მის ფსიქოსოციალურ თავისებურებებთან, ნაწილი კი გარემოსთან არის დაკავშირებული. ამრიგად, ქრონიკულ დაავადებებს მრავალი განზომილება აქვს (Reynolds, 2005) - იხ. ცხრილი.

განზომილება	მაგალითები
პიროვნული	ასაკი, სქესი
სენსორული	ტკივილი, დაღლა, სახსრების შესივება, შარდის შეუკავებლობა
ემოციური	შფოთვა, დეპრესია, მრისხანება, სტრესი, ტანჯვის განცდა
კოგნიტიური	უარყოფითი აზრები, გაურკვევლობის განცდა მომავალ ცხოვრებასთან დაკავშირებით, ინფორმაციის მოთხოვნილება დაავადებისა და მკურნალობის შესახებ
ქცევითი	ყოველდღიურ ცხოვრებასთან დაკავშირებული საქმიანობის გაძნელება, წონასწორობასთან და მოძრაობასთან დაკავშირებული სირთულეები, ძილის დარღვევა, სხვადასხვა ფუნქციის შეზღუდვა, წამლების მიღების საჭიროება
სოციალური	დისკრიმინაცია, კარიერის შეცვლა ან დასრულება, ადამიანებთან ურთიერთობის შეცვლა
თვითშეფასება	წარმოდგენის შეცვლა საკუთარ გარეგნობაზე, საკუთარ თავზე
ჯანდაცვა	გახშირებული კონტაქტი ჯანდაცვის პროფესიონალებთან

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ქრონიკული დაავადებები მნიშვნელოვნად ცვლის ადამიანის ცხოვრებას, საფრთხეს უქმნის მის ჯანმრთელობას, ახლავს სხვადასხვა შემაწუხებელი სიმპტომები, მათ შორის, ტკივილი და პაციენტისაგან მოითხოვს დიდ ძალისხმევას სიმპტომების მართვის, დიეტის და მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის დაცვის, შესაბამისი ფიზიკური აქტივობის, დაავადების ახალ გამოვლინებებსა თუ შესაძლო გართულებებზე დაკვირვების უზრუნველსაყოფად.

ყოველივე ზემოხსენებული ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში იწვევს განსხვავებულ რეაქციებს და შედეგებს, რაც დამოკიდებულია ამ პირის პიროვნულ მახასიათებლებზე (სტრესთან და სირთულეებთან გამკლავების უნარი), ფიზიკურ მახასიათებლებზე (სიმპტომების სიმძიმე, თავისებურება) და გარემო პირობებზე (ჯანდაცვის სისტემა - დაფინანსება, მომსახურებების ორგანიზება, პერსონალის კვალიფიკაცია და დამოკიდებულება და ა. შ.).

შესაბამისად, აუცილებელია, იმ ცვლილებების გათვალისწინება, რასაც იწვევს ქრონიკული დაავადება მოცემული პაციენტის ფსიქოემოციურ სტატუსში, მის ცხოვრებაში და შეფასდეს კონკრეტული პირის საჭიროებები და მოლოდინი.

არსებობს მტკიცებულებები, რომ პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა, რომელიც მოიცავს არა მხოლოდ სამედიცინო, არამედ ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ასპექტებსაც, ზრდის პაციენტის კმაყოფილებას და აუმჯობესებს სამკურნალო

რეკომენდაციების შესრულებას და მკურნალობის ხარისხს ქრონიკული დაავადებების მართვისას (Hudon C, 2012).

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი - ჰოლისტური მიდგომა

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი აღწერა და დაამუშავა ამერიკელმა ფსიქიატრმა ჯორჯ ენჯელმა. ამ მოდელის მიხედვით, დაავადება უშუალოდ კონკრეტულ პაციენტთან ერთად უნდა იყოს განხილული და არა ცალკე, განყენებულად. ენჯელის აზრით, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისას აუცილებელია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისადმი პაციენტის დამოკიდებულების, მისი სოციალური და კულტურული თავისებურებების გათვალისწინება (Engel, 1977).

ოთხი ათეული წლის წინ აღწერილი ბიოფსიქოსოციალური მოდელი აღმოცენდა დაავადების ბიოსამედიცინო მოდელით გამოწვეული უკმაყოფილების ფონზე, რომელიც, სამწუხაროდ, თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემებშიც მყარად არის ფესვგადგმული (Wade, 2017).

ის, რომ გონებას (ფსიქიკურ პროცესებს) და სხეულს და მასში მიმდინარე პროცესებს შორის მჭიდრო ურთიერთქმედება არსებობს, თანამედროვე კვლევებითაც დასტურდება (Phillips, 2016).

ადამიანის შეხედულება დაავადებაზე, მისი მოლოდინი, თუ რა ცვლილებებს გამოიწვევს ეს დაავადება მის ცხოვრებაში, გავლენას ახდენს დაავადების მიმდინარეობაზე

თავის მხრივ, დაავადებისა და პაციენტის ცხოვრების ცვლილების შესახებ მოლოდინის ჩამოყალიბებაზე გავლენას ახდენს, რა ვერბალური ინფორმაცია აქვს პაციენტს მიღებული სხვადასხვა წყაროებიდან (ნაცნობები, ახლობლები, მედია, სამედიცინო პერსონალი), ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა, წარსული გამოცდილება (საკუთარი, ახლობლების, სხვა ადამიანების) და სხვა პიროვნული და ფსიქოლოგიური ფაქტორები, მაგალითად, რამდენად ოპტიმისტია პაციენტი (Corsi & Colloca, 2017; Petrie 2019).

მაინც რატომ ახდენს მოლოდინი გავლენას დაავადების მიმდინარეობაზე:

ა) ხშირად, პაციენტის მოლოდინის ზეგავლენა დაავადების მიმდინარეობაზე აიხსნება პაციენტის მიერ ცხოვრების წესის შეცვლით (Petrie et al. 2007), რასაც, ცხადია, დიდი მნიშვნელობა აქვს ქრონიკული დაავადებების ეფექტური მკურნალობისათვის;

ბ) უარყოფითი ემოციები, სხვა შედეგების გამოწვევის გარდა, გავლენას ახდენს ადამიანის ფიზიოლოგიაზე (Kiecolt-Glaser et al. 2002).

ონკოლოგიური დაავადებების მიმდინარეობის შესახებ ჩატარებული კვლევები აჩვენებს, რომ:

- ონკოლოგიური დაავადებების დროს მცირდება სიცოცხლის ხანგრძლივობა, თუკი მას დეპრესია და სტრესი ახლავს (Satin et al. 2009).

- პაციენტის მოლოდინი ქიმიოთერაპიის უარყოფითი ეფექტის შესახებ, გავლენას ახდენს მის რეალურ გამოცდილებაზე და აუარესებს ცხოვრების ხარისხს (Whitford & Olver, 2012).

ამრიგად, ადამიანის შეხედულება დაავადებაზე, მისი მოლოდინი, გავლენას ახდენს დაავადების მიმდინარეობაზე და დაავადების მართვას ცალკეული ინდივიდის შემთხვევაში განსხვავებული - ყოვლისმომცველი მიდგომა სჭირდება.

ქრონიკული დაავადებების მართვისას პაციენტზე ორიენტირებული ზრუნვისა და ჰოლისტიური მოდელის გამოყენება

ცხადია, ჯანდაცვის სისტემების და მედიცინის მნიშვნელოვანი ამოცანაა ქრონიკული დაავადებების ადეკვატური მართვა და ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება.

თუმცა, ეს ამოცანა რთულია და დაკავშირებულია ისეთი მნიშვნელოვანი ბარიერების გადალახვასთან, რაც ქრონიკული დაავადებების ეფექტურად მართვას უშლის ხელს:

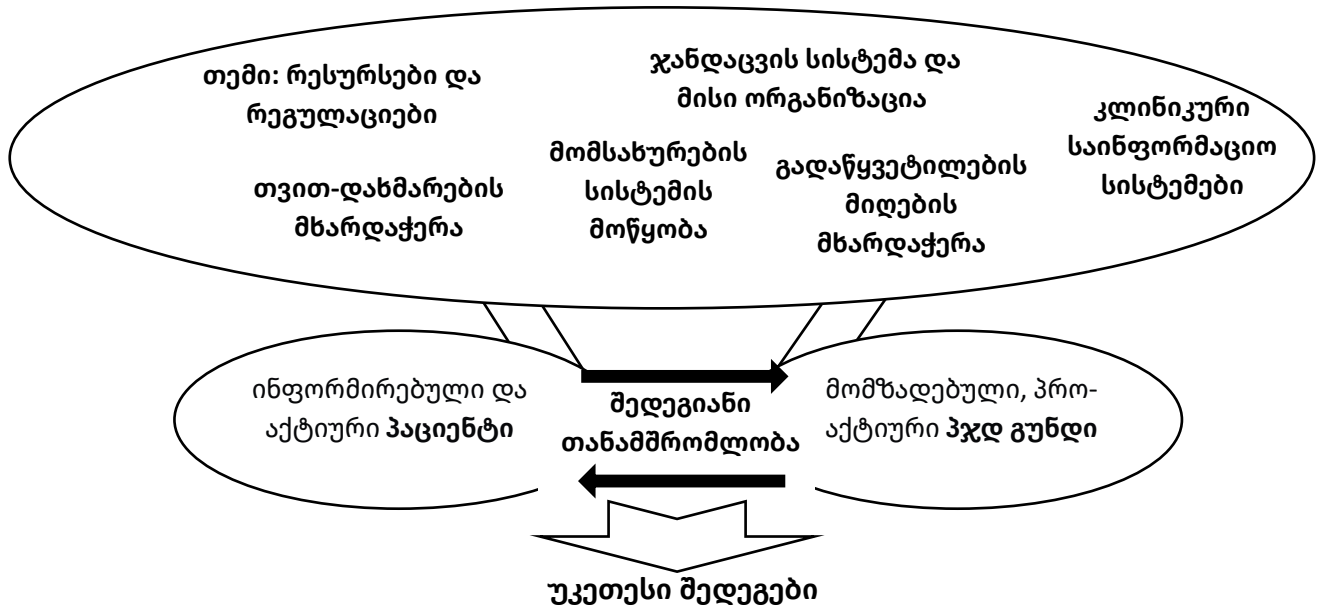
- უპირველესად, ეს არის დროის სიმცირე. 2017 წელს ჩატარებული სისტემური მიმოხილვის მიხედვით მსოფლიოს მასშტაბით პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ პაციენტთან კონსულტაციისთვის გამოყოფილი დრო საშუალოდ 48 წამიდან (ბანგლადეში), 22.5 წუთამდე მერყეობს (შვედეთი) (Irving et al. 2017). მსოფლიოს 18 ქვეყანაში, სადაც დედამიწის მოსახლეობის 50% ცხოვრობს, პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან კონსულტაციაზე 5 წუთზე ნაკლებ დროს ატარებენ. ქვეყანათა უმრავლესობაში კონსულტაციის ხანგრძლივობა 5-14.9 წუთია;
- კოორდინაციის დეფიციტი. ეს ეხება როგორც კოორდინაციას პირველად და მეორეულ ჯანდაცვის დონეებს შორის, ისე კოორდინაციას დაწესებულებებს შორის და ერთი დაწესებულების ფარგლებში, ასევე, კოორდინაციას იმ სპეციალისტს შორის, რომლებიც კონსულტაციას ერთ პაციენტს უწევენ. მიზეზები მრავალია: დარგის კომერციალიზაცია, კონკურენცია, დროის სიმცირე, ორგანიზაციული პრობლემები, საინფორმაციო სისტემების განუვითარებლობა, დაბოლოს, სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება - პრობლემები განათლებისა და მზადების ეტაპზე;
- პაციენტების და მოსახლეობის არაინფორმირებულობა; მათთვის სარწმუნო, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, ადვილად გასაგები ინფორმაციისა და რჩევის ხელმისაწვდომობის პრობლემა;
- ქრონიკული დაავადებების მართვის ორგანიზაციული სისტემის სუსტად განვითარება, რაც გულისხმობს სპეციფიკურად ქრონიკული დაავადებების მართვაზე ორიენტირებული მიდგომების ჩამოყალიბებას და შესაბამისი ინფრასტრუქტურის განვითარებას, პროფესიონალთა მზადებას, საინფორმაციო სისტემების ამოქმედებას. მაგალითად, დიაბეტის მართვისათვის პაციენტების შეფასების, მათ ჯანმრთელობაზე დაკვირვების, რეგულარული პარაკლინიკური გამოკვლევების, პაციენტების და მათი ოჯახის

წევრების განათლების დაგეგმვას; ამ გეგმის განხორციელებისათვის მრავალდარგობრივი ჯგუფის მომზადებას და მის საქმიანობაზე დაკვირვებას; მონაცემთა ბაზების და რეესტრების შექმნას, ექიმებისათვის შეხსენების სისტემის დანერგვას, რათა არ გამოჩეთ დაგეგმილი საქმიანობის დროული შესრულება. ეს პროცესი უკვე დაიწყო საქართველოში და ამ ეტაპზე მოიცავს გულსისხლძარღვთა დაავადებებს და დიაბეტს.

ქრონიკული დაავადებების ეფექტურად მართვისათვის სხვადასხვა დროს რამდენიმე მოდელი იყო შემოთავაზებული. დღეს ყველაზე მეტად აღიარებულია 1990 წელს ვაგნერისა და თანაავტორების მიერ შემოთავაზებული ე. წ. „ქრონიკული ზრუნვის მოდელი“ (Wagner et al.), რომლის ინგლისური აბრევიატურაა CCM (The Chronic Care Model). ქრონიკული ზრუნვის მოდელი ორგანიზაციულ მიდგომას გულისხმობს და პირველად ჯანდაცვას მიესადაგება. ის შემდეგ ელემენტებს მოიცავს:

- მომსახურების სისტემის მოწყობა;
- გადაწყვეტილების მიღების მხარდაჭერა;
- კლინიკური საინფორმაციო სისტემები;
- თვითდახმარების მხარდაჭერა;
- ჯანდაცვის ორგანიზაცია;
- თემის რესურსები.

ქვემოთ სქემაზე ნაჩვენებია აღნიშნული ელემენტების ურთიერთმიმართება და ხაზგასმულია, რომ ქრონიკული დაავადებების მართვისას აუცილებელია პაციენტის მხარისა და ჯანდაცვის პროფესიონალთა გუნდის მომზადება და თანამშრომლობა.



ზემოთ ჩამოთვლილი ელემენტებიდან რამდენიმე განსაკუთრებულ ყურადღებას და დაზუსტებას საჭიროებს:

- გადაწყვეტილების მიღების მხარდაჭერაში იგულისხმება ექიმისათვის ხელმისაწვდომი მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები -

ძირითადად, კლინიკური სახელმძღვანელოები, სტანდარტები, გამარტივებული ალგორითმები და ა. შ.;

- თვითდახმარების მხარდაჭერა მოიცავს ყველა იმ საშუალებას, რომლის მიზანია დაეხმაროს პაციენტს, თავად გაიაზროს ჯანმრთელობის პრობლემა და ისწავლოს, როგორ იცხოვროს და იზრუნოს საკუთარ თავზე ისე, რომ შეამციროს დაავადების უარყოფით გავლენა ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხზე;
- თემის რესურსებში მოიაზრება პაციენტის საცხოვრებელ და სამუშაო გარემოში არსებული შესაძლებლობები - ოჯახის, ახლობლების, სოციალური სამსახურების, საქველმოქმედო ორგანიზაციების მხარდაჭერა.

ქრონიკული დაავადებების ეფექტურად მართვა შესაძლებელია მაშინ, თუ, ერთი მხრივ, პაციენტი იქნება მოტივირებული და ინფორმირებული, აქვს მხარდაჭერა ოჯახიდან და/ან თემიდან, ხოლო, მეორე მხრივ, ჯანდაცვის პროფესიონალთა გუნდი არის კომპეტენტური, მრავალდარგობრივი, სათანადო საინფორმაციო და მატერიალური რესურსებით, კარგი მართვისა და დაფინანსების სისტემით.

ნიშანდობლივია, რომ 2018 წელს ჩატარებული სისტემური მიმოხილვის მიხედვით, ქრონიკული ზრუნვის მოდელით გათვალისწინებული აქტივობებიდან ყველაზე შედეგიანი აღმოჩნდა პაციენტის „თვითდახმარების მხარდაჭერა“.

ამრიგად, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, პაციენტთან, როგორც პიროვნებასთან, მუშაობას, მის მოტივირებას, განათლებას, საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებას. ასეთი მიდგომა განსაკუთრებით შედეგიანია ისეთი სერიოზული გართულებების გამომწვევი ქრონიკულ დაავადებების მართვისას, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი და არტერიული ჰიპერტენზია.

პაციენტის ინფორმირებულობისა და დაავადებათა მართვის უნარ-ჩვევების განვითარებასთან ერთად, მნიშვნელოვანია უშუალოდ ქრონიკული დაავადების თანამდევი ფსიქოსოციალური პროცესების გათვალისწინება, რომელიც პაციენტზე ახდენს გავლენას.

შესწავლილია, რომ ქრონიკულ დაავადებებს თან ახლავს ბიოფსიქოსოციალური პროცესები, რომლებიც თანამდევი პრობლემების განვითარებას უწყობენ ხელს; მაგალითად, ფქოდ-ის მქონე პაციენტები, რომლებსაც შფოთვა და დეპრესია განუვითარდათ, ჯანმრთელობის უფრო მეტად დაქვეითებულ სტატუსზე მიუთითებენ (Segal et al. 2013).

ამრიგად, ქრონიკული დაავადებების თანამდევი ფსიქოლოგიური ფაქტორები აუარესებს დაავადებების მიმდინარეობას და მკურნალობის შედეგებს.

ფსიქოსოციალური ფაქტორების ზეგავლენის ასახსნელად გათვალისწინებული უნდა იქნეს ისიც, თუ რამდენად უწყობს ან უშლის ხელს ეს ფაქტორები პაციენტის მიერ ცხოვრების წესის შეცვლას - იგულისხმება პაციენტის დამოკიდებულება, მოტივაცია, უნარ-ჩვევები უკეთესისაკენ შეცვალოს ცხოვრების წესი. მაგალითად, პეტრისა და თანაავტორების მიერ გამოქვეყნებულ ნაშრომში მკაფიოდ არის ნაჩვენები, რომ პაციენტის მოლოდინის ზეგავლენა ქრონიკული დაავადების მიმდინარეობაზე

(დადებითი ან უარყოფითი) აიხსენება იმ გარემოებით, თუ რამდენად ცვლის პაციენტი ცხოვრების წესს (Petrie et al. 2007).

კვლევები, რომლებიც ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის პრაქტიკაში გამოყენების შედეგებს ეხება, მიუთითებს, რომ ქრონიკული დაავადება ყველაზე კარგი მაგალითია, სადაც ჰოლისტური მოდელის, ანუ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ეფექტურობის დემონსტრირება არის შესაძლებელი (Deter, 2012). თუმცა, დღემდე სამედიცინო მომსახურების შეფასების ინდიკატორები მხოლოდ ბიოსამედიცინო ასპექტებს ეხება (van Dijk-de Vries et al., 2012).

ითვლება, რომ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ქრონიკული დაავადებების მართვის აუცილებელი შემადგენელი უნდა იყოს. ეს მიდგომა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისაგან მნიშვნელოვან ძალისხმევას მოითხოვს. ამასთან, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა მნიშვნელოვნად აძლიერებს პაციენტის პოზიციას, რომელიც აქტიურად ერთვება საკუთარი დაავადების მართვაში (Kusnanto et al. 2018). პაციენტი პასიური დამკვირვებლიდან, რომელიც შფოთავს და იმედს კარგავს, გადაიქცევა საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მონაწილედ, საკუთარ ხელში იღებს სადავეებს, ინიციატივას, იმედიანი და საქმიანი ხდება.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს შეუძლიათ ბიოფსიქოსოციალური მოდელის შესწავლითა და პრაქტიკაში გამოყენებით მნიშვნელოვნად გააუმჯობესონ ქრონიკული დაავადებების მქონე პირთა მკურნალობის შედეგები და გამოსავლები (Kusnanto et al. 2018). ამისათვის, მათ უნდა გაამახვილონ პაციენტისა და მასზე მზრუნავი გუნდის წევრთა ყურადღება ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალურ-კულტურული და სულიერი ფაქტორების ურთიერთქმედებაზე და გააძლიერონ პაციენტის როლი და დახმარონ მათ საკუთარი დაავადების მართვაში.

ამ პროცესში აუცილებელია:

- ა) ექიმსა და პაციენტს შორის ხანგრძლივი, დინამიური თანამშრომლობა, რომლის ღროსაც ექიმი მასწავლებლის როლსაც ითავსებს - ე. წ. „თერაპიული ალიანსის ჩამოყალიბება“ და
- ბ) მრავალდარგობრივი მიდგომა, ანუ პაციენტზე ზრუნვის პროცესში სხვადასხვა კომპეტენციისა და გამოცდილების მქონე პროფესიონალთა ჩართვა (იგულისხმება მრავალდარგობრივი გუნდის ზრუნვა პაციენტზე).

თერაპიული ალიანსი გულისხმობს ექიმისა და პაციენტის თანამშრომლობას და მოიცავს (Bordin, 1979):

- ექიმისა და პაციენტის შეთანხმებას მკურნალობის მიზნების შესახებ - რის მიღწევას ისახავს მიზნად მკურნალობა;
- აღნიშნული მიზნების მიღწევისათვის აუცილებელი საქმიანობისა და ამოცანების თაობაზე შეთანხმებას და თანამშრომლობას მათი განხორციელების პროცესში;
- ექიმსა და პაციენტს შორის მჭიდრო კავშირის ჩამოყალიბებას - ზრუნვა, სიმპათია, ნდობა.

ამრიგად, „თერაპიული ალიანსი“ ქრონიკული დაავადებების ეფექტურად მართვის აუცილებელი შემადგენელი უნდა იყოს. ასეთი ალიანსის, თანამშრომლობის ფონზე პაციენტი და ექიმი თანხმდებიან, რის მიღწევა სურთ, რა გზებით და რა მეთოდებით. ამასთან, ექიმი ეხმარება პაციენტს და მისი მხარდაჭერით და ხელმძღვანელობით პაციენტი თანდათან უფრო და უფრო დამოუკიდებლად ახერხებს საკუთარ დაავადებასთან გამკლავებას და ჯანმრთელობაზე ზრუნვას.

თერაპიული ალიანსი აუზრუნველებს პაციენტების მიერ ექიმის დანიშნულების შესრულებას, როგორც ფსიქიკური (Barber et al., 2014), ისე სომატური დაავადებების მართვისას (Bennett et al., 2011).

თერაპიული ალიანსი ყალიბდება ისეთი მნიშვნელოვანი თვისებების, დამოკიდებულების, უნარ-ჩვევებისა თუ მახასიათებლების საფუძველზე, როგორიცაა (Reynolds & Austin, 2000):

- პატივისცემა;
- გულწრფელობა;
- თანაგრძნობა (ემპათია);
- ნდობა;
- კონფიდენციალობა;
- აქტიური მოსმენა;
- პაციენტის მოლოდინსა და წუხილზე რეაგირება, მათი გათვალისწინება.

შესაბამისად, ზემოხსენებული მახასიათებლები პაციენტებზე ზრუნვისას სამედიცინო პერსონალის მუდმივი თანამდევნი უნდა იყოს.

ქრონიკული დაავადებების მართვისათვის აუცილებელი ზემოხსენებული მიდგომების რეალიზება და მისი შესაბამისი საქმიანობის წარმართვა შეუძლია მხოლოდ სათანადოდ მომზადებულ მრავალდარგობრივ გუნდს, რომლის წევრებს მრავალმხრივი განათლება, მომზადება და კომპეტენცია აქვთ.

ქრონიკული დაავადებების (მაგ. დიაბეტის) ეფექტური მართვისათვის მრავალდარგობრივი გუნდის შემადგენლობა შეიძლება შემდეგ პროფესიონალებს მოიცავდეს (Tapp et al., 2012):

- ექიმი,
- ფარმაცევტი,
- სოციალური მუშაკი,
- ექთანი,
- ფსიქოლოგი,
- პაციენტების ჩაწერასა და კომუნიკაციაზე პასუხისმგებელი პირი და
- საინფორმაციო ტექნოლოგიების სპეციალისტი.

კვლევებით დადასტურებულია (Margalit et al. 2004), რომ ექიმები, რომლებსაც გავლილი აქვთ შესაბამისი მზადება და პაციენტებთან მუშაობისას ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა, ხასიათდებიან შემდეგით:

- ნაკლებად აგზავნიან პაციენტებს დამატებითი გამოკვლევებისთვის;
- ნაკლებ მედიკამენტებს უნიშნავენ პაციენტებს;
- ხშირად ამახვილებენ პაციენტის და პაციენტზე ზრუნვაში ჩართული პირების ყურადღებას ფსიქოსოციალურ საკითხებზე;
- მათი პაციენტების კმაყოფილება უფრო მაღალია.

ამრიგად, დასაწყისში ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა უფრო მეტ დროს და რესურსს საჭიროებს, თუმცა ის თანდათან ხარჯეფექტური აღმოჩნდება - ჩატარდება ნაკლები უსარგებლო გამოკვლევა, პაციენტი ნაკლებ დროს გაატარებს სტაციონარსა და დიაგნოსტიკურ ცენტრებში, იქნება უფრო შრომისუნარიანი და წარმატებული თანამშრომელი და საკუთარ ოჯახსაც უფრო მეტად დაუდგება მხარში და/ან ნაკლები ზრუნვა დასჭირდება ოჯახის წევრებისაგან.

როგორც პრაქტიკა აჩვენებს, ჯანდაცვის პროფესიონალები ხშირად არ იყენებენ პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომას პიროვნული, პროფესიული და ინსტიტუციური ბარიერების გამო (McCabe, 2004).

ჯანდაცვის პროფესიონალების გამოკითხვაზე დაფუძნებული კვლევები აჩვენებს, რომ, მათი აზრით, ქრონიკული დაავადებები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ადამიანის ცხოვრების ფსიქოსოციალურ მხარეზე და ოჯახის ექიმის კომპეტენციის აუცილებელი შემადგენელია ჯანმრთელობის და დაავადების ბიოფსიქოსოციალური ხედვა. მიუხედავად ამისა, ისინი ყოველდღიურ პრაქტიკაში ამ მიდგომას სისტემატურად არ მიმართავენ და ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრაქტიკაში გამოყენება დღეს დამოკიდებულია ცალკეული ექიმის ინდივიდუალურ უნარ-ჩვევებზე და არა რაიმე სისტემურ სტრატეგიაზე (Vries, 2012). ჯანდაცვის პროფესიონალები თვლიან, რომ აუცილებელია პროცესის სტიმულირება სხვადასხვა დონეზე ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის სისტემურად დასაწესებად.

ჯანდაცვის სისტემაში ჩართული ყველა დაინტერესებული მხარე თვლის, რომ პაციენტის სოციალური გარემოცვა ჩართული უნდა იყოს პაციენტის ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში - თავად პაციენტი და მისი გარემო უნდა აკვირდებოდნენ პაციენტის დამოკიდებულებას, განწყობას, როგორ იცვლება ის დაავადების შედეგად, საჭიროა თუ არა ექიმის დახმარება. მეორე მხრივ, ისინი მიიჩნევენ, რომ პაციენტებს აქვთ ძალიან დაბალი მოლოდინი ექიმის და, ზოგადად, მედიკოსების მხრიდან ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის გამოყენების შესახებ.

როგორც პრაქტიკოსები, ისე ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში ჩართული პირები (Vries, 2012), ერთი მხრივ, აღიარებენ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის მნიშვნელობას, ხოლო, მეორე მხრივ, მიუთითებენ, რომ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა არ არის ასახული კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოებში და არ გამოიყენება ხარისხის ინდიკატორების შემუშავებასა და, საერთოდ, ხარისხის უზრუნველყოფის სიტემაში;

დასკვნები და რეკომენდაციები

„... თუმცა, არაფერი შეიცვლება მანამ, სანამ რესურსების მფლობელები ბრძნულად არ მოიქცევიან და არ გადავლენ გათელილი ბილიკიდან, რომელიც ჯანმრთელობაზე ზრუნვის მხოლოდ ბიოსამედიცინო მიდგომას გულისხმობს“ (Engel, 1977).

ქრონიკული დაავადებების ეფექტური მართვა შეუძლებელია პაციენტისა და მასთან დაკავშირებული ბიოსამედიცინო, ფსიქოლოგიური, სოციალური, კულტურული და სულიერი ფაქტორების გათვალისწინების გარეშე და ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ქრონიკული დაავადების მართვის საფუძველი უნდა გახდეს.

თავის მხრივ, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის რეალიზაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტს შორის ე. წ. „თერაპიული ალიანსის“ ჩამოყალიბება. ამასთან, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის სრულად რეალიზება მხოლოდ მრავალდარგობრივი მიდგომით არის შესაძლებელი.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი სათანადო რესურსებს საჭიროებს, თუმცა მისი დანერგვა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების მართვის შედეგებს და, გარკვეულ შემთხვევებში, შეამცირებს პაციენტის ჯანმრთელობაზე გაწეულ ხარჯებს.

დაბოლოს, წინამდებარე მიმოხილვაში მოყვანილი გამოცდილებისა და მისი ანალიზის საფუძველზე შეიძლება შემდეგი რეკომენდაციების ჩამოყალიბება, რომელთა განხორციელება შესაძლებელს გახდის ჩვენს ქვეყანაში ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვას ქრონიკული დაავადებების მართვისას:

1. ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებისა და მზადების ყველა დონეზე გათვალისწინებული უნდა იქნეს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის სწავლება და შესაბამისი უნარ-ჩვევები გამომუშავება;
2. სამედიცინო განათლების მიღებისას სტუდენტები პაციენტთან ურთიერთობას უნდა იწყებდნენ პიროვნებიდან და არა დაავადებიდან, რისთვისაც ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ელემენტების გაცნობა პირველივე კურსებიდან უნდა დაიწყოს;
3. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის აღქმა და გაგება ყველა მედიკოსს უნდა ჰქონდეს. თუმცა, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის სრულყოფილად გამოყენებისათვის მზადება ყველაზე მეტად ოჯახის ექიმებისთვის და სხვა პჯდ პროფესიონალებისთვის არის აუცილებელი;
4. მედიკოსების მზადების პროცესში დიდი დრო უნდა დაეთმოს ურთიერთობის უნარ-ჩვევებს, მათ შორის, არავერბალურ კომუნიკაციას;

5. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ელემენტები უნდა აისახოს კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოებში;
6. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა გამოყენებული უნდა იქნეს ხარისხის ინდიკატორების შემუშავებასა და ხარისხის უზრუნველყოფის სიტუაციაში;
7. უნდა მომზადდეს კონკრეტული იარაღები (მაგალითად, კითხვარები) პაციენტის ფსიქოსოციალური საჭიროებების გამოსავლენად - ერთგვარი სკრინინგის ჩასატარებლად;
8. ეტაპობრივად უნდა ჩამოყალიბდეს და გაფართოვდეს მრავალდარგობრივი გუნდები, უპირველეს ყოვლისა, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე;
9. აუცილებელია ინტეგრირებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება.

დასასრულ, რამდენიმე სიტყვა საჭირო რესურსებსა და პოლიტიკურ ნებაზე. ბიოფსიქოსოციალური მოდელის შემოთავაზებისთანავე, მისმა ავტორმა ჯორჯ ენჯელმა ხაზი გაუსვა ამ მოდელის დანერგვისათვის საჭირო რესურსების გამოყოფის აუცილებლობას.

დღესაც, ბიოფსიქოსოციალური მოდელით დაინტერესებული ექსპერტები მიუთითებენ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ მოდელის პირველად აღწერიდან და მისდამი საზოგადოების ერთი ნაწილის დიდი ინტერესისა, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დანერგილი არ არის და დასავლეთის ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები მწვავე მკურნალობის მოდელზე, ე. წ. ბიოსამედიცინო მიდგომაზეა დაფუძნებული.

ამავე ექსპერტების აზრით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დასანერგად ყველაზე მნიშვნელოვანია რესურსებსა და დაფინანსებაზე პასუხისმგებელი პირების მოტივირება. ბიოფსიქოსოციალური მოდელის უკეთესმა გაგებამ და გამოყენებამ იმ ადამიანების მიერ, რომლებიც ჯანდაცვის დაფინანსების საკითხებზე არიან პასუხისმგებელნი, შესაძლოა, გააუმჯობესოს ჯანდაცვის გამოსავლები და შეამციროს გაწეული ხარჯები (Wade, 2017).

ლიტერატურა

1. Abegunde D.O, Mathers C.D., Adam T., Ortegon M., Strong K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 1929–38;
2. Barber JP, Zilcha-Mano S, Gallop R, Barrett M, McCarthy KS, Dinger U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychother Res.* 2014;24(3):257-68. doi: 10.1080/10503307.2013.871080. Epub 2014 Jan 7;

3. Bennett JK, Fuertes JN, Keitel M, Phillips R. (2011). The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Educ Couns.* Oct; 85(1): 53-9;
4. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260;
5. Corsi N, Colloca L. (2017). Placebo and nocebo effects: the advantage of measuring expectations and psychological factors. *Front Psychol.*8:308;
6. Deter HC. (2012). Psychosocial interventions for patients with chronic disease. *Biopsychosoc Med.* 6:2;
7. Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 129-136;
8. Greenhalgh, T. (2009). Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient. *BMJ*, 49;
9. Holman H, Lorig K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease; Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 526;
10. Hudon C., Fortin M., Haggerty J., Loignon C., Lambert M., Poitras M. (2012). Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling*, 170-6;
11. Kooij L, Groen W, van Harten W. (2017). The effectiveness of information technology-supported shared care for patients with chronic disease: a systematic review. *J Med Internet Res.* 19(6): e221;
12. Kusnanto H, Agustian D, Hilmento D. (2018) Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care.* 7:497-500;
13. Laine C, Davidoff F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*, 152-6;
14. Margalit AP, Glick SM, Benbassat J, Cohen A. (2004) Effect of a biopsychosocial approach on patient satisfaction and patterns of care. *J Gen Intern Med*;19:485-91;
15. McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 41-9;
16. Mitsi A, Kourakos M, Poulimenakou G, Latsou D, Sarris M. (2018) Therapeutic relationship and quality of life in chronic diseases. *American Journal of Nursing*; 7(3-1): 103-108;
17. NEJM Catalyst (September 5, 2019). NEJM Catalyst Insights Council Survey on Chronic Care Models. <https://catalyst.nejm.org/improve-chronic-disease-care/>;
18. Pagnini, F. (2019). The potential role of illness expectations in the progression of medical diseases. *BMC psychology*, 7 (1), 1-5;
19. Petrie KJ, Rief W. (2019) Psychobiological mechanisms of placebo and nocebo effects: pathways to improve treatments and reduce side effects. *Annu Rev Psychol.* 70:599–625;

20. Phillips, D. Pagnini F. (2016). Health and the psychology of possibility. In *Critical Mindfulness* (pp. 173–82). Springer;
21. Pomerleau J, Knai C. and Nolte E. (2008). The burden of chronic disease in Europe. in *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. (M. M. Nolte E, Ed.) Open University Press;
22. Reynolds S, Austin W. (2000) Nursing, empathy and perception of the moral. *J Adv Nurs*. 32: 235-242;
23. Reynolds, F. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann;
24. Segal L, Leach MJ, May E, Turnbull C. (2013) Regional primary care team to deliver best-practice diabetes care: A needs-driven health workforce model reflecting a biopsychosocial construct of health. *Diabetes Care*. 36:1898-907;
25. Tapp, H, Phillips, SE, Waxman, D, Alexander, M, Brown, R, Hall, M. (2012) Multidisciplinary team approach to improved chronic care management for diabetic patients in an urban safety net ambulatory care clinic. *J Am Board Fam Med*; 25: 245–6;
26. Van Dijk-de Vries A, Moser A, Mertens V, van der Linden J, van der Weijden T and van Eijk J (2012) 'The ideal of biopsychosocial chronic care: How to make it real? A qualitative study among Dutch stakeholders' *BMC Family Practice* 13: 14-22;
27. Wade DT, Halligan PW. (2017) The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil* ; 31:995-1004;
28. Wagner E, Austin B, Von Korff M. (1996) Organizing care for patients with chronic illness. *Millbank Q* 1996: 511-544;
29. Ward J. S., Schiller J.S., Goodman R. A. (2014). Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. *Preventing Chronic Disease*, 130389;
30. Whitford HS, Olver IN. (2012). When expectations predict experience: the influence of psychological factors on chemotherapy toxicities. *J Pain Symptom Manag*. 43(6):1036–1050;
31. WMA Statement on the Global Burden of Chronic Disease. (2011, October). Retrieved from wma.net: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-global-burden-of-chronic-disease/>;
32. Yeung, C. H., Santesso, N., Zeraatkar, D., Wang, A., Pai, M., Sholzberg, M.,... . Iorio, A. (2016). Integrated multidisciplinary care for the management of chronic conditions in adults: An overview of reviews and an example of using indirect evidence to inform clinical practice recommendations in the field of rare diseases. *Haemophilia*, 22(Suppl 3), 41–50.

ხანგრძლივი მოვლა

დავით ხუბუა

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ხანგრძლივ მოვლაში

მოკლე შინაარსი

ხანდაზმულები არ არიან ტვირთი... და ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულება არ არის მხოლოდ სახლი, სადაც ხანდაზმულები იკვებებიან და სძინავთ, ის ასევე ადგილია, სადაც მათ შეუძლიათ ცხოვრების საკუთარი სურვილისამებრ წარმართვა.

თავად ხანგრძლივი მოვლა, ზოგადად, წარმოადგენს ქრონიკულად უნარშეზღუდულთათვის დიდი დროის განმავლობაში სამედიცინო, სოციალური მომსახურების გაწევას და საცხოვრისით უზრუნველყოფას.

ისტორიულად, ხანგრძლივი მოვლა განიხილება, როგორც ინდივიდუალური და საოჯახო და ნაკლებად სახელმწიფო ვალდებულება. სახელმწიფოს/ეკლესიის როლი დიდი ხნის განმავლობაში მცირე იყო, რამდენადაც იმ ადამიანების მოვლასაც კი, ვისაც ახლობელი არ ჰყავდა, მის ირგვლივ მყოფი საზოგადოება იღებდა თავის თავზე. ამ საუკუნის დადგომამდე, ზოგიერთ ევროპულ ქვეყანაში ზრდასრული შვილებისაგან მოითხოვდნენ ფინანსურ შენატანს, თუ ასაკოვანი მშობელი ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებაში მოთავსდებოდა.

გასული საუკუნის 60-იან წლებში, გავრცელებული ბიოსამედიცინო მიდგომის ფონზე, ხანგრძლივი მოვლის საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად დაიწყო გადანაცვლება სახლიდან დაწესებულების მიმართულებით. ამ დროისათვის ბიოსამედიცინო მოდელის გაბატონება ვლინდებოდა პერსონალის მეტად მწირი წვრთნითა და სწავლებით ფსიქოსოციალურ საკითხებში. ეს უკანასკნელი ხშირად წარმოადგენდა სამუშაო ადგილზე ერთსაათიან კურსს, რომელიც ფარავდა ღირსების, უსაფრთხოების, კონფიდენციალობის, დამოუკიდებლობის, კონტროლისა და შეხების საკითხებს. ცალსახად, ეს თემები საკმაოდ მნიშვნელოვანი და მასშტაბური იყო იმისათვის, რომ ასეთი მცირეხნიანი სწავლება საკმარისი ყოფილიყო მათი შესაბამისი მოცულობით ათვისებისათვის. ანუ, ხანგრძლივი მოვლა, ამგვარი ინექციებისა და მიუხედავად, მაინც რჩებოდა ბიოსამედიცინო მიდგომის ჩარჩოებში.

ტრადიციულად, ოჯახის შიგნით, ყველა კულტურაში, ხანდაზმულთა მოვლა ქალის საქმედ ითვლებოდა, ბავშვის მოვლასა და საშინაო საქმეებთან ერთად. წინა-ინდუსტრიულ საზოგადოებებში, ოჯახების მიერ მოხუცების მოვლა ძირითადად საზღაურის გარეშე ხორციელდებოდა. ამ პერიოდის ადამიანები შეერთებულ შტატებში, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და იაპონიაში, ისევე, როგორც განვითარებადი ქვეყნების თანამედროვე საზოგადოებებში, უფრო მეტად ცხოვრებდნენ დაბადების ადგილებთან ახლოს. ოჯახებს ჰქონდათ გაზრდის

ტენდენცია, თუმცა ადამიანები მაინც ოჯახის წევრების სიახლოვეს რჩებოდნენ. შესაბამისად, წინაინდუსტრიულ ეპოქაში ხანდაზმულების, უნარშეზღუდულებისა და არაუნარშეზღუდულების მეტად მცირე რაოდენობა ცხოვრობდა მარტო. დასავლეთის ქვეყნებში ცალკე, დამოუკიდებლად მცხოვრები მოხუცების პროცენტული წილი შეიძლება ამ ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების ირიბ ინდიკატორად და განვითარებადიდან განვითარებულ ფაზაში გადასვლის შესაფასებლად გამოდგეს. მაგალითისათვის, დანიასა და შვედეთში ასაკოვანი ადამიანების დაახლოებით 41% ცალკე ცხოვრობს, მაშინ როცა ეს მაჩვენებელი ესპანეთში, საბერძნეთსა და პორტუგალიაში 17%-დან 19%-მდეა.

80 წლისა და მეტი ასაკის ადამიანის რაოდენობა 50-დან 64 წლამდე ასაკის ყოველ 100 კაცზე კარგად აჩვენებს საშუალო ასაკის ადამიანებზე პოტენციურ „ზეწოლას“, რაც მშობლების თაობაზე ზრუნვის საჭიროებით არის განპირობებული - ე. წ. მშობლებზე ზრუნვის მაჩვენებელი/კოეფიციენტი. ეს მაჩვენებელი სამხრეთ ამერიკაში, აღმოსავლეთ აზიასა და დასავლეთ ევროპაში 1950 წლიდან 2000 წლამდე გაორმაგდა. განსაკუთრებით გამოხატულია ეს ზრდა ინდუსტრიულ ქვეყნებში. 2015-დან 2030 წლამდე ზრდის ტენდენცია მთელ მსოფლიოზე გავრცელდება.

დასავლეთის განვითარებულ ქვეყნებში ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ხანგრძლივი მოვლის საფუძველია, რაც აისახება როგორც ინსტიტუციურ მოწყობაში, ისე ინფრასტრუქტურაში. მოსარგებლებთან მუშაობენ მრავალდარგობრივი გუნდები, რომელშიც სამედიცინო კომპონენტს განსაზღვრული ნაწილი უჭირავს და, ჩვეულებრივ, არ ჭარბობს სხვა მომსახურებებს. ამას გარდა, განვითარებულ ქვეყნებში, ბოლო წლების ტენდენცია მიმართულია ხანგრძლივი მოვლის ოჯახის სივრცეში ან მასთან დაახლოებულ გარემოში წარმოებისაკენ, რაც ფსიქოსოციალური ფაქტორების მნიშვნელობის გაცნობიერებით აიხსნება.

ყოველივე მიუთითებს ხანგრძლივი მოვლის მნიშვნელობაზე როგორც სოციალური, ისე ეკონომიკური თვალსაზრისით. ამასთან, ეს მნიშვნელობა მზარდია, რაც, თავის მხრივ, იწვევს სისტემისა და მისი ბაზისური პრინციპების მიმართ მეტ ინტერესს, როგორც მკვლევარების და ეკონომისტების, ისე პოლიტიკოსების მხრიდან.

მიმოხილვა

საქართველოში ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებები პრაქტიკულად არ არის განვითარებული. ქვემოთ განხილულია წარმატებული მაგალითები.

ამერიკის შეერთებული შტატები

ამერიკის შეერთებულ შტატებში 65 წლის ზემოთ მოსახლეობის 5%-ზე მეტი ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში ცხოვრობს. ეს ტენდენცია მზარდია. ამ ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელთა 20-დან 50 პროცენტამდე დროის რაღაც ნაწილს ატარებს მოსავლელ დაწესებულებაში. მოთხოვნა მომავალში კიდევ უფრო მეტი იქნება, ვინაიდან ხანდაზმულთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა და მათი წილი

მოსახლეობაში იზრდება. მეთვრამეტე და ადრე მეცხრამეტე საუკუნის ამერიკაში ქრონიკულად დაავადებულებს მკურნალობდნენ და უვლიდნენ დაწესებულებებში, რომელთაც სხვადასხვა დროს დარიბთა სახლებს, სამუშაო სახლებს, საავადმყოფოებს უწოდებდნენ. ისინი დღევანდელი მოვლის სახლის (Nursing home) პროტოტიპებია.

ხანგრძლივი მოვლის საკანონმდებლო და რეგულირების ჩარჩოების დადგენას დასავლეთის ქვეყნებში თითქმის ერთი საუკუნის ტრადიცია აქვს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1935 წლის სოციალური უსაფრთხოების აქტში ჩანაწერმა სათავე დაუდო მოვლის სახლების შექმნას იმგვარი სახით, როგორც ისინი დღემდე არიან. ამ აქტმა პირველად აღიარა ხანდაზმულთათვის მოვლის როლი. აქტის ფარგლებში ამერიკის კონგრესმა დააფუძნა ფედერალური და შტატის საზოგადოების დახმარების პროგრამა, რომელსაც ხანდაზმულთა დახმარების პროგრამა ეწოდება და იგი ქმნის შემოსავალს შეჭირვებულთათვის. ამან საშუალება მისცა ხანდაზმულთა ნაწილს ჯანმრთელობის პრობლემებით, ეპოვათ თავშესაფარი ამ მოვლის სახლებში, რომელთა რესურსი 20-30 საწოლი იყო. ხშირად, ეს დაწესებულებები იმართება რეგისტრირებული ექთნების მიერ, რომლებიც, ჩვეულებრივ, უფრო მეტ პირად მოვლას სთავაზობენ უნარშეზღუდულ ადამიანებს, ვიდრე ამას საავადმყოფოები აკეთებენ.

12 მილიონზე მეტ ადამიანს, რომელთაგან თითქმის ნახევარი 65 წელზე მეტისაა, ხოლო იმდენივე კი ამ ასაკს ქვემოთ, სჭირდება რაიმე სახის ხანგრძლივი მოვლა. ამ ადამიანთა მესამედი მნიშვნელოვან მოვლას საჭიროებს. „მედიქა“ - ფედერალური მთავრობის ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა აფინანსებს თითქმის ყველა ხანდაზმული ამერიკელის და ზოგიერთი უფრო ახალგაზრდა უნარშეზღუდული პირის სამედიცინო დახმარებას. მათი ხანგრძლივი მოვლის უზრუნველყოფა „მედიქას“ მიღმაა. ხანგრძლივი მოვლის დიდი წილი ოჯახებისა და ახლობლების პასუხისმგებლობაა. „მედიქეიდი“ - ფედერალური/შტატის პროგრამა, რომელიც აწვდის სამედიცინო დაზღვევას დაბალშემოსავლიან ოჯახებს, წარმოადგენს ამერიკის პირველადი უსაფრთხოების ქსელს ხანგრძლივი მოვლის დაფინანსებისათვის. იგი ფარავს ამ ხარჯების თითქმის 40%-ს და მოვლის სახლების დანახარჯების 44%-ს.

სოციალური მომსახურების მიმართ მოთხოვნების 1995 წლის დოკუმენტი ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებას უყენებს პირობას, მიაწოდოს სამედიცინო საჭიროებებთან დაკავშირებული „სოციალური მომსახურებები, რათა მიღწეული და შენარჩუნებული იქნეს თითოეული რეზიდენტის ფიზიკური, ფსიქიკური და ფსიქოსოციალური კეთილდღეობის უმაღლესი პრაქტიკული სტანდარტი“ (483.20). დაწესებულება ვალდებულია დასაწყისიდანვე და პერიოდულად ჩაატაროს თითოეული მოსარგებლის ფუნქციური შესაძლებლობების ყოვლისმომცველი, ზუსტი, სტანდარტიზებული, განმეორებადი შეფასება. ეს შეფასება აუცილებლად უნდა მოიცავდეს ფსიქიკურ და ფსიქოსოციალურ სტატუსს. შეფასება უნდა ჩატარდეს მოსარგებლის ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის მნიშვნელოვანი ცვლილებებისთანავე.

ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულების მოსარგებლეთა კვლევამ გამოავლინა პრიორიტეტების ნუსხა, რომლის გათვალისწინებაც ხელს უწყობს მათ უკეთეს ადაპტაციას და გავლენას ახდენს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. საკუთრება; | 9. ტანსაცმლის არჩევანი; |
| 2. ოჯახი; | 10. რელიგია; |
| 3. თავისუფლება; | 11. საკუთარი ფინანსების კონტროლი; |
| 4. კონფიდენციალურობა; | 12. ადამიანებთან ურთიერთობა; |
| 5. დამოუკიდებლობა; | 13. აღიარება; |
| 6. გადაწყვეტილებების მიღება; | 14. საზოგადოებრივი საქმიანობა; |
| 7. საკვების არჩევანი; | 15. ვაჭრობა/ყიდვა; |
| 8. მეგობრები; | 16. მიღწევა. |

გარდა ამისა, შემუშავებული იქნა ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულების პარამეტრები, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია იმისათვის, რომ დაცული იქნეს ფსიქოსოციალური კომპონენტის განვითარების პირობები:

1. მინიმუმ 20 კვ. მ ფართობი თითო საწოლზე;
2. ინდივიდუალური სათავსო თითოეული პაციენტისათვის;
3. სავარძელი და მაგიდა თითოეული პაციენტისათვის ყველა ოთახში;
4. ტელევიზორი და ტელეფონი ყველა ოთახში;
5. ტანსაცმლის სათავსო, სურვილისამებრ, კარებზე საკეტებით;
6. მინიმუმ 3 კვ. მ ფართობის ტუალეტი ყოველ ოთახში, ინდივიდუალური მოვლის საშუალებებით;
7. თითოეულ ერთეულში ერთი სპეციალური ოთახი ოჯახის წევრებთან შესახვედრად;
8. სავარჯიშო ადგილები ბილიკებით ეტლებისათვის;
9. სასურველია, თითოეული პაციენტის ოთახს ჰქონდეს გარეთ გამავალი კარი ცენტრალური კონტროლით;
10. სასურველია ღია სივრცე (ეზო ან ტერასა) თითოეული პაციენტის ოთახის მიმდებარედ;
11. ავეჯი ღია სივრცისთვის.

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა მნიშვნელოვანია სამედიცინო საქმიანობის ყველა სფეროსათვის, მაგრამ სხვადასხვა მიმართულებით მისი როლი განსხვავებულად არის გამოხატული და პაციენტზეც მისი გავლენა სხვადასხვა შეიძლება იყოს. მაგალითისათვის, ხანგრძლივი მოვლისა და გადაუდებელი დახმარების ექთნების

სამუშაოთა/ვალდებულებათა შედარება იძლევა ნათელ სურათს, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ფსიქოსოციალური კომპონენტი ხანგრძლივი მოვლის შემთხვევაში.

მოვლის სახლი	გადაუდებელი დახმარება
პაციენტის მომსახურება გრძელდება თვეებისა და წლების მანძილზე	პაციენტის მომსახურება გრძელდება დღეებისა და კვირების განმავლობაში
მიზანს წარმოადგენს პაციენტის კეთილდღეობის შენარჩუნება	მიზანი ორიენტირებულია მკურნალობაზე
პაციენტთა უმრავლესობას ელის სიკვდილი	პაციენტთა უმრავლესობა ეწერება სახლში
სიკვდილის მომენტისათვის ექთნებს უკვე ხანგრძლივი ურთიერთობა აქვთ ჩამოყალიბებული პაციენტთა ოჯახის წევრებთან	ექთნისა და ოჯახის ურთიერთობა, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, მცირე დროს ითვლის
ექთანი ჩართულია პაციენტის პირად ცხოვრებაში	ექთანი ნაკლებადაა ჩართული პაციენტის პირად ცხოვრებაში
პაციენტების განკურნება იშვიათია	ბევრი პაციენტი განიკურნება
ზოგად საჭიროებებში პაციენტთა დიდი ნაწილია დამოკიდებული ექთანზე	ზოგად საჭიროებებში პაციენტთა მცირე ნაწილია დამოკიდებული ექთანზე
პაციენტების სოციალური და რეკრეაციული საჭიროებები წარმოადგენს მათი მოვლის ძირითად ნაწილს	პაციენტების სოციალური და რეკრეაციული საჭიროებები ნაკლებად მნიშვნელოვანია
შეუკავებლობით პაციენტების პროცენტი მაღალია	შეუკავებლობით პაციენტების პროცენტი დაბალია
ბევრი ფსიქიკურად მოწყვლადი პაციენტი საჭიროებს მოვლას	მოვლის საჭიროებით ფსიქიკურად მოწყვლადი პაციენტების წილი მცირეა
ბევრი პაციენტი არ არის ამბულატორიული ექიმების დამოკიდებულება ექთნების გადაწყვეტილებაზე მნიშვნელოვანია	ბევრი პაციენტი ამბულატორიულია ექიმების დამოკიდებულება ექთნების გადაწყვეტილებებზე არც ისე მნიშვნელოვანია მათი მხრიდან
ექიმების მიერ არათანმიმდევრული ზედამხედველობის გამო	ხშირი მონიტორინგის გამო

ცხრილის მარცხენა ნახევარი ხაზს უსვამს იმ ფაქტორებს, რაც ხანგრძლივი მოვლის პირობებში ყალიბდება პაციენტსა და მომვლელ პერსონალს შორის. ეს ურთიერთობა ხანგრძლივია და დატვირთულია ფსიქოსოციალური ელემენტებით.

გარდა ამისა, საინტერესოა მასლოუს იერარქიის განხილვა ხანგრძლივი მოვლის მოსარგებლეთა ფსიქოსოციალური საჭიროებების ჭრილში.

მასლოუს საჭიროებები	დონე	სპეციფიკური საჭიროებები
თვითრეალიზაცია	V	მიღწევა
დაფასება	IV	თავისუფლება, დამოუკიდებლობა, გადაწყვეტილების მიღება, საკვების არჩევანი, სამოსის არჩევანი, აღიარება, საკუთარი ფინანსების კონტროლი
სოციალური საჭიროებები	III	სიყვარული, ოჯახი, მეგობრები, რელიგია, ურთიერთობები, საზოგადოების წევრობა
უსაფრთხოება	II	დაცულობა ფიზიკური ზიანისაგან
ფიზიოლოგიური საჭიროებები	I	საკვები, სასმელი, ჰაერი, ძილი, სექსი, თავშესაფარი, სითბო, წამალი, სამედიცინო მომსახურება

დიდი ბრიტანეთი

ბრიტანეთში 15 მლნ-ზე მეტი ადამიანი აღწერს ე. წ. „ხანგრძლივ მდგომარეობას“, საიდანაც სავარაუდოდ 6.5 მლნ-ს ასეთი მდგომარეობა ერთზე მეტი აქვს. ეს ციფრები მზარდი იქნება შემდეგი ათწლეულის განმავლობაშიც. მულტიმორბიდულობის 2012 წლის კვლევამ აჩვენა, რომ პაციენტთა 42.2%-ს დიდ ბრიტანეთში აქვს ერთი ან მეტი დაავადება. „ხანგრძლივი/ქრონიკული მდგომარეობის“ მქონე პაციენტები ახორციელებენ ოჯახის ექიმებთან ვიზიტის 50%-ს, იკავებენ საავადმყოფო საწოლების 70%-ს და ხარჯავენ ჯანმრთელობისა და მოვლის ხარჯების 70%-ს. მოწყვლად კონტინგენტს აქვს ორჯერ მეტი ალბათობა, დასჭირდეს ხანგრძლივი მოვლა, ვიდრე მათ, ვისაც უკეთესი საცხოვრებელი/საარსებო პირობები გააჩნიათ.

ადამიანები ხანგრძლივი მოვლის საჭიროებით სოციალური ინდიკატორების უფრო დაბალ ნიშაში იმყოფებიან. ამ პირობებში არსებობამ შეიძლება გამოიწვიოს დამატებითი მწვავე და ქრონიკული სტრესი, რაც ზრდის გაღიზიანებულობისა და დეპრესიის რისკს, რამაც, თავის მხრივ, დამატებით გავლენას ახდენს მათ ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და თავის მოვლის შესაძლებლობებზე.

ზოგადად, მიღებულია, რომ შეზღუდული საარსებო პირობები და ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა მჭიდროდ არიან დაკავშირებული იმ გაგებით, რომ სტრესული ფაქტორების დიდ ნაწილს, უფრო ჩვეულს შეზღუდული პირობების მქონე თემებისათვის, შეიძლება უარყოფითი გავლენა ჰქონდეს ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. კვლევებმა აჩვენა, რომ უფრო მეტად შეზღუდულ პირობებში მცხოვრებ ადამიანებში მულტიმორბიდულობის დაწყება 10-15 წლით ადრე ვლინდება, ვიდრე უზრუნველყოფილ გარემოში მყოფებში. სოციალურ-ეკონომიკური შეზღუდულობა ნაწილობრივ ასოცირებული მულტიმორბიდულობასთან, რომელიც მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევებს (ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების თანაარსებობა). ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევის არსებობა იზრდებოდა ფიზიკური დაავადებების რაოდენობის ზრდასთან

ერთად და იყო გაცილებით მეტი უფრო შეზღუდულ ადამიანებში, ვიდრე ნაკლებშეზღუდულებში.

არახელსაყრელი სოციალური გარემოებების წარმოქმნისას ცხოვრების ჯანსაღი წესის ქცევების და თვითმოვლის პრაქტიკის დანერგვის შესაძლებლობები შეიძლება შეზღუდული იყოს, ანდაც შეუძლებელი. ამ მდგომარეობებისადმი ყურადღებამ (ხშირად პაციენტის მიერ იდენტიფიცირებული პრიორიტეტებით) შესაძლოა განაპირობოს პაციენტის შესაძლებლობების გაუმჯობესება შემდგომში თვითმოვლის პროცესში ჩართვისა და სარგებლის მიღების თვალსაზრისით. თვითმოვლის პრაქტიკის ზრდა, შესაბამისად, იწვევს მოხმარებული ჯანდაცვის რესურსების შემცირებას, ცხოვრების უკეთეს ხარისხს და სიკვდილიანობის შემცირებას.

ზოგად პრაქტიკასა და თემს შორის კავშირის გაძლიერება

ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე ადამიანებისადმი მხარდაჭერის განვითარების პროგრამა უყრდნობა ამერიკულ მოდელებს (Kaiser Permanente, Pfizer და Evercare). ეს მოდელები ეფუძნება ექთნებს, რომლებიც მოქმედებენ, როგორც შემთხვევის მენეჯერები. მათ როლია სხვა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მომსახურების კოორდინირება. გაერთიანებული სამეფოს პირველად ჯანდაცვაში ექთნები ატარებენ ჯანმრთელობის წლიურ შეფასებას ხარისხისა და გამოსავლების ჩარჩოს მოთხოვნების შესაბამისად.

ზოგად პრაქტიკოსთა სამეფო კოლეჯი თვლის, რომ ჰოლისტიური შეფასება უნდა იყოს ნებისმიერი ხანგრძლივი მოვლის საჭიროების მქონე პაციენტის რუტინული მართვის შემადგენელი ნაწილი. უშუალოდ ექთნების მიერ გამოსაყენებლად განსაზღვრული ამგვარი შეფასებების ინსტრუმენტები ცოტაა. გადაუდებლად საჭიროა პირველადი ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი ჩარევების შემუშავება, რომლებიც წახალისებენ ჰოლისტიურ შეფასებას. ასევე, მნიშვნელოვანია ღონისძიებები კომპლექსური სამედიცინო და სოციალური საჭიროებების გადასაწყვეტად.

დეპრესიის სკრინინგი ხანგრძლივი მოვლის პირობებში ამ დროისათვის ამოღებულია ხარისხისა და გამოსავლების ჩარჩოდან (QOF). ჯანმრთელობისა და მოვლის სრულყოფილების ნაციონალური ინსტიტუტი რეკომენდაციას უწევს ბიოფსიქოსოციალური შეფასების ჩატარებას მხოლოდ დეპრესიის ახლად დადგენილ შემთხვევებში.

იმ შეფასებასთან ერთად, თუ რამდენად გადაუდებელია ჯანმრთელობისა და მოვლის საჭიროებები, მათი უფრო ფართო ხედვისათვის შემუშავდა ინსტრუმენტი - პაციენტზე ორიენტირებული შეფასების მეთოდი (Patient Centered Assessment Method - PCAM). იგი მიზნად ისახავს პაციენტის ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებების იდენტიფიცირებას და ქმედებების ხელშეწყობას ამ საჭიროებათა ხარისხზე დაყრდნობით, უფრო ფართო სოციალური პრობლემების ჩათვლით, რომლებიც ხშირად იწვევენ სუსტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამწვავებას. ამან კი, თავის მხრივ, შეიძლება გავლენა იქონიოს ფიზიკურ ჯანმრთელობასა და პაციენტის თვითმოვლის უნარზე. ეს ინსტრუმენტი ხელს უწყობს სხვა სექტორებთან დაკავშირებას პრობლემებზე უკეთ

რეაგირებისათვის, ასევე, ალტერნატიული რესურსების ხელმისაწვდომობას. პაციენტზე ორიენტირებული შეფასების მეთოდი განაპირობებს პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას და პაციენტებსა და პროფესიონალებს შორის უფრო ეფექტურ ურთიერთობას.

ითვლება, რომ ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ჰოლისტური ბუნება მას ხდის ფუნქციონირების საგნად, რომელიც მიუწვდომელია ბევრი დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემებისათვის. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა მოითხოვს მეტი ინფორმაციის შეკრებას გასინჯვის პროცესში ინდივიდის სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის, კულტურის, რელიგიის, ასევე ფსიქოლოგიური ფაქტორების შესახებ, რომლებმაც შეიძლება გავლენა იქონიონ პიროვნების მდგომარეობაზე. ხშირად, შეზღუდულია ტრენინგის შესაძლებლობები ან ფინანსური რესურსები, რაც სჭირდება მრავალდარგობრივი გუნდის მხარდაჭერას. შესაბამისად, ადამიანის მდგომარეობაზე მეთვალყურეობა შეიძლება რჩებოდეს ექიმის/ზოგადი პრაქტიკის ექიმის პასუხისმგებლობად, რომლის ექსპერტიზაც, ჩვეულებრივ, მოიცავს პაციენტის ბიოლოგიურ ჩივილებს. მნიშვნელოვანი პრობლემები, განსაზღვრულნი ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორებით, რომლებზეც უნდა ზრუნავდნენ ფსიქიატრები, კლინიკური ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, მათი შეზღუდული ხელმისაწვდომობის გამო, შესაძლოა უყურადღებოდ რჩებოდეს.

დასკვნები და რეკომენდაციები

ხანგრძლივი მოვლა დასავლეთის ქვეყნებში ფორმალიზებული და ინსტიტუციური განვითარების თითქმის საუკუნოვან ისტორიას ითვლის. ქვეყნების ტრადიციები, ეკონომიკური მდგომარეობა, სახელმწიფო მოწყობის სისტემა გავლენას ახდენდა და დამახასიათებელი ელემენტები შექმნდა ცალკეული ქვეყნების ხანგრძლივი მოვლის სისტემაში, მაგრამ თითქმის ყველგან ბიოსამედიცინო მიდგომა განვითარდა და გადაიზარდა ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაში. დასავლეთის ქვეყნები სისტემური ჩამოყალიბების თვალსაზრისით უსწრებენ პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებს; ფსიქოსოციალური ფაქტორების მნიშვნელობის აღიარება და მოვლაში მრავალდარგობრივი გუნდების მონაწილეობა განვითარებულ ქვეყნებში დღეისათვის საყოველთაოდ მიღებული სტანდარტია.

დასავლეთის ქვეყნების გამოცდილება თვალსაჩინოს ხდის, რომ ხანგრძლივი მოვლა არ არის სამედიცინო დახმარების ნაწილი, ის მხოლოდ მოიხმარს სამედიცინო მომსახურებებს და ეს უკანასკნელი ხშირად მცირე ნაწილია ბენეფიციართა მომსახურების ვრცელი ჩამონათვალის.

ხანგრძლივი მოვლა, მიუხედავად ქვეყნებს შორის სოციალური, ეკონომიკური, ეთნიკური სხვაობებისა, ძირითადად ერთი ხაზით ვითარდება და თითქმის ყველგან უპირატესობა ოჯახს, ოჯახურთან დაახლოებულ გარემოს ენიჭება.

ხანგრძლივ მოვლას, მისი მზარდი სოციალური და ეკონომიკური მნიშვნელობის მიუხედავად, არ აქვს შესაბამისი ასახვა საქართველოს არც სოციალურ-პოლიტიკურ ცხოვრებაში, არც ქვეყნის ბიუჯეტში. თემა გადაფარულია სახელმწიფოს წინაშე

მდგარი ბევრი სხვა პრობლემით და მათ ფონზე არ ხდება მისი მნიშვნელობის გააზრება.

საქართველოში ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე დაფუძნებული ხანგრძლივი მოვლის სისტემის გასავითარებლად, საყურადღებოა შემდეგი:

- საქართველოში ხანგრძლივი მოვლის სისტემის განუვითარებლობა შეიძლება იყოს შესაძლებლობა პირდაპირ ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე დამყარებული ხანგრძლივი მოვლის მოდელის შეთავაზებისთვის, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება უკვე დაგროვილი ადგილობრივი და დასავლური გამოცდილება;
- საქართველო ოჯახზე ორიენტირებული ხანგრძლივი მოვლის ტრადიციას ინარჩუნებს, რისკენაც ბოლო ათწლეულებში შემობრუნდნენ სრულიად განსხვავებული ეთნო-სოციალური სურათის მქონე განვითარებული ქვეყნები, გაცილებით დიდი ფინანსური რესურსებით. შესაბამისად, დაფინანსების გაზრდისა და მისი სწორი მოდელის შერჩევით შეიძლება გამოტოვებული იქნეს ხანგრძლივი მოვლის სისტემის ის ეტაპები და მიმართულებები, რაც სხვა ქვეყნებმა გამოსცადეს და შედეგიანად არ მიიჩნიეს;
- უცხოური გამოცდილება აჩვენებს, რომ ხანგრძლივი მოვლის სისტემის სრულყოფის გზა ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის დანერგვაზე გადის, ხოლო ეს უკანასკნელი კი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მოვლის პროცესში ჩართული ადამიანების განათლებასა და უნარებზე. შესაბამისად, დასავლეთში უკვე აპრობირებული კლინიკური რეკომენდაციებისა და სტანდარტების ადაპტირება და ყოველდღიურ პრაქტიკაში დანერგვა სისტემის განვითარების აუცილებელი კომპონენტია;
- არანაკლებ მნიშვნელოვანია სხვა ქვეყნების გამოცდილების მიხედვით ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებების მინიმალური სტანდარტების შემუშავება, რომელიც ითვალისწინებს ასეთ გარემოსთან შეგუების ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს და წარმოადგენს პიროვნების კეთილდღეობისათვის აუცილებელ პირობებს.

ლიტერატურა

1. John Pratt, MHA, FACHE, 2016. Long-term care, Managing Across the Continuum;
2. Simon George Taukeni, Introductory Chapter: Bio-Psychosocial Model of Health. Reviewed: February 7th 2019, Published: March 18th 2019. DOI: 10.5772/intechopen.85024;
3. Paresh Atu Jaini¹ and Jenny Seung-Hyun Lee, A review of 21th century utility of a Biopsychosocial model in United States medical school education, Journal of Lifestyle Medicine, Vol. 5, No. 2, 49-59, <http://dx.doi.org/10.15280/jlm.2015.5.2.49>;
4. Judith Feder, Harriet L. Komisar, and Marlene Niefeld, Long-term care in the United States: an overview, Research article, health affairs, Vol. 19.NO.3;

5. Josephine H. Silvestre, MSN, RN; Barbara J. Bowers, PhD, RN, FAAN; and Sue Gaard, MS, RN, Improving the Quality of Long-Term Care;
6. Home Economics, The Business Case for The Green House® Model, www.thegreenhouseproject.org;
7. Ivan Maly, ESPN Thematic report on challenges in long-term care Czech Republic, 2018;
8. Dr. Freek Lapre, MCM, RN(np), Dale Stevenson, Bach. Eco. And Pol. And MBA, Dr. Markus Leser, Dipl. Gerontologe, Ing. Jiri Horecky, PH.D., MBA, Beatrix Kaserer, Markus Mattersberger, MMSc MBA. Long-term Care 2030, European Aging Network, 2019;
9. Margaret Maxwell, Carina Hibberd, Patricia Aitchison, Eileen Calveley, Rebekah Pratt, Nadine Dougall, Christine Hoy, Stewart Mercer and Isobel Cameron, The Patient Centred Assessment Method for improving nurse-led biopsychosocial assessment of patients with long-term conditions: a feasibility RCT, Health services and delivery research, volume 6, issue 4, January 2018, ISSN 20-50-4349;
10. N. McLaren, A critical review of the biopsychosocial model, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1998; 32:86-92;
11. Mladen Havelka, Jasminka Despot Lucanin and Damir Lucanin, Biopsychosocial Model – The Integrated Approach to Health and Disease, Department of Health Psychology, University of Applied Health Studies, Zagreb, Croatia;
12. Derek Bolton, Grant Gillett, The biopsychosocial model of health and disease. New philosophical and scientific developments, Palgrave Macmillan, ISBN 978-3-030-11898-3, ISBN 978-3-030-11899-0, <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>;
13. Chad Branch, Haley Deak, Cheryl Hiner, & Travis Holzward, Four nursing metaparadigms;
14. Derick T Wade and Peter W Halligan, The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clinical Rehabilitation, 2017, Vol. 31 (8) 995-1004;
15. Long-Term Care – A Review of Global Funding Models by S. Elliott, S. Golds, I. Sissons and H. Wilson, 2014;
16. Nursing home life: what it is and what it could be. Bennett, C., 1980;
17. Introduction to long-term care, Jones and Bartlett Publishers, LLC;
18. Improving the Quality of Long-Term Care, Josephine H. Silvestre, MSN, RN; Barbara J. Bowers, PhD, RN, FAAN; and Sue Gaard, MS, RN, www.journalofnursingregulation.com, 2015;
19. Long-Term Care In The United States: An Overview, Judith Feder, Harriet L. komisar and Marlene Niefeld, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.19.3.40>, 2000;
20. Home Economics, The Business Case for The Green House® Model, www.thegreenhouseproject.org, 2012;
21. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Czech Republic, 2018;
22. The Patient Centred Assessment Method for improving nurse-led biopsychosocial assessment of patients with long-term conditions: a feasibility RCT, Margaret Maxwell, Carina Hibberd, Patricia Aitchison, Eileen Calveley, Rebekah Pratt, Nadine Dougall, Christine Hoy, Stewart Mercer and Isobel Cameron, 2018.

ფსიქიატრია

მარინე კურატაშვილი

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ფსიქიატრიაში

მოკლე შინაარსი

მე-20 საუკუნის 70-იანი წლების ბოლოს დაავადებათა წარმოშობის ახსნის ბიოსამედიცინო მოდელის ბიოფსიქოსოციალური მოდელით შეცვლამ ასახვა ჰპოვა ფსიქიატრიაშიც, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების ორგანიზების, ისე ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობის, პაციენტზე ზრუნვის მეთოდების მხრივ. აშლილობის ბიოლოგიურ მექანიზმებთან ერთად, თანაბარმნიშვნელოვნად იქნა მიჩნეული პაციენტის ფსიქოლოგიური განწყობა და მისი სოციალური გარემო. ფსიქოსოციალური ფაქტორების მნიშვნელობის აღიარებას თავისი ისტორიული წანამძღვრები აქვს. იგი სათავეს იდებს მე-19 საუკუნის დასაწყისიდან და მოიცავს ე. წ. მორალური თერაპიის ერას, ფსიქიკურად დაავადებულთა ჩართვას პროფესიული რეაბილიტაციის პროგრამებში, თემზე დაფუძნებული (კომუნალური) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების დანერგვას. სადღეისოდ, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მნიშვნელობაზე მიუთითებს ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური ჩარევის საყოველთაო აღიარება და ადღგენის კონცეფციის მზარდი პოპულარობა.

ახალმა თვალთახედვამ ფსიქიკური აშლილობების წარმოშობის მიზეზსა და მკურნალობასთან დაკავშირებით ასახვა ჰპოვა როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტერმინის განმარტებაში, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მარეგულირებელ საერთაშორისო დოკუმენტებში და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ რეკომენდაციებში. ბიოფსიქოსოციალური კონცეფციის დამკვიდრებამ სტიმული მისცა დაავადებათა კლასიფიკაციის ისეთი სისტემის (ICF - Internacional Classification of Functioning, Disability and Health) შემუშავებას, რომელიც მანამდე არსებული, ტრადიციული კლასიფიკაციებისგან განსხვავებით, აშლილობების ბიოლოგიური მიზეზების გარდა, სოციალურ და გარემოს ფაქტორებსაც ითვალისწინებს.

მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის მიერ რატიფიცირებული შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, ასევე ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული დოკუმენტები, მათ შორის „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013–2020“ („Mental health action plan 2013-2020“) და „ხარისხის უფლების ინსტრუმენტი (Qualityrights Tool Kit)“ ითვალისწინებს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის ძირითად მოთხოვნებს; მათში ასევე ხაზგასმულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების და ჩარევების მეთოდების დანერგვისას, ადღგენის კონცეფციაზე ორიენტირების მნიშვნელობა.

ფსიქიკური აშლილობების თანამედროვე კლინიკურ პრაქტიკულ სახელმძღვანელოებში ბიოლოგიურ მკურნალობასთან ერთად დაწვრილებითაა აღწერილი ფსიქოსოციალური ჩარევები. რეკომენდაციების სპეციალური თავები ეძღვნება ჩარევის ამ მეთოდებს, მრავალ სარწმუნო კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით დასაბუთებულია მათი ეფექტურობა.

ამრიგად, ზემოთქმულის გათვალისწინებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების თანამედროვე სისტემა ეფუძნება ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპებს.

მიმოხილვა

მედიცინაში მკურნალობისა და მოვლის მეთოდების შერჩევაზე გავლენას ახდენს დაავადებების ახსნის ის მოდელი, პარადიგმა, რომელიც მოცემული პერიოდისათვის აღიარებულია. სადღეისოდ ყველაზე მეტად გავრცელებულია 2 ასეთი მოდელი, ბიოსამედიცინო და ბიოფსიქოსოციალური.

ბიოსამედიცინო მოდელი უფრო ძველია. ამ მოდელის თანახმად, ადამიანი პირველ რიგში ფიზიკური სხეულია, ხოლო დაავადება არის ფიზიკური ორგანიზმის რაღაც ნაწილის მწყობრიდან გამოსვლა. იგი ყურადღებას არ აქცევს დაავადების განვითარების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მიზეზებს. დეფექტის ნებისმიერ ფორმას, მათ შორის ფსიქიკურსაც, აქვს სომატური საფუძველი. აქედან გამომდინარე, მკურნალობაზე პასუხისმგებლობა მთლიანად ექიმს ეკისრება, ხოლო პაციენტის თანამონაწილეობა იგნორირებულია.

1977 წელს ამერიკელი ფსიქიატრი ჯორჯ ენჯელი (George Engel (1913-1999)) ჟურნალ „Science“-ში (1) აქვეყნებს სტატიას „ახალი სამედიცინო მოდელის საჭიროება: ბიომედიცინის გამოწვევა“ (“The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”), სადაც გამოიყენა ტერმინი ბიოფსიქოსოციალური მოდელი. ეს მოდელი დაეფუძნა ჯ. ენჯელის მიერ ჩატარებულ კვლევებს სხვადასხვა დაავადების დროს (წყლულოვანი კოლიტი, დეპრესია, ფსიქოგენური ტკივილი). მოდელის ძირითადი პრინციპია ის, რომ იგი მოიცავს პიროვნების ცხოვრების ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ სფეროებს და მიიჩნევს, რომ დაავადება ეხება არ ერთ იზოლირებულ ორგანოს, არამედ მთლიანად პიროვნებას, მის ცხოვრებას. ექიმმა დაავადების მკურნალობისას უნდა გამოიყენოს ჰოლისტური მიდგომა და თანაბრად გაითვალისწინოს პაციენტის სოციალური გარემოც. (2)

ბუნებრივია, დაავადების წარმოშობის მიზეზების შესახებ წარმოდგენის ცვლილებამ ასახვა ჰპოვა ფსიქიატრიაშიც, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების ორგანიზების, ასევე ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობის, პაციენტზე ზრუნვის მეთოდების მხრივ. სადღეისოდ, ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობისას, აშლილობის ბიოლოგიურ მექანიზმებთან ერთად თანაბრად მნიშვნელოვნადაა მიჩნეული პაციენტის ფსიქოლოგიური განწყობა და მისი სოციალური გარემო. ამაზე მიუთითებს ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური ჩარევის მნიშვნელობის საყოველთაო აღიარება და აღდგენის კონცეფციის მზარდი პოპულარობა.

სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების მნიშვნელობის აღიარებას ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობისას თავისი ისტორიული წანამძღვრები აქვს. ეს არის თანმიმდევრული პროცესი, რომელიც დღემდე განიცდის გაგრძელებას და განვითარებას. მისი მნიშვნელოვანი ეტაპებია:

➤ **მორალური თერაპიის ერა**

ეს მიმდინარეობა მე-19 საუკუნის პირველ ნახევარში იყო პოპულარული. მისი მიმდევრების მიზანი იყო პაციენტების მკურნალობა წარემართათ ისე, თითქოს ისინი ფსიქიკურად ჯანმრთელები იყვნენ და მათთვის შეექმნათ მაქსიმალურად კომფორტული პირობები. მორალური თერაპია ხაზს უსვამდა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის ყოველმხრივი შეფასების აუცილებლობას, მათ დეტალურ შესწავლას შრომის პროცესში, აღიარებდა, რომ სტრუქტურირებულ შრომას უფრო მეტი სამკურნალო ღირებულება ჰქონდა, ვიდრე ვერბალურ თერაპიას. იმდროინდელი რეფორმატორები ამტკიცებდნენ, რომ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები ავადმყოფები არიან და არა „შეპყრობილები“, მათ სჭირდებათ ჰუმანური დამოკიდებულება, მკურნალობის ნორმალური პირობები, მორალური მხარდაჭერა. ისინი დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ გარემო პირობებს. ამ იდეის რეალიზება იყო ინგლისელი კვაკერის უილიამ ტიუკის (William Tuke) მიერ დაარსებული ფსიქიატრიული თავშესაფარი (“York residence”), სადაც სოფლის წყნარ გარემოში, მათთვის შემოწირულობებით სპეციალურად აგებულ სახლში 30 ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტი ცხოვრობდა. თერაპიული პროცესი დასვენების, მუშაობის და საუბრების ერთობლიობას წარმოადგენდა. მორალური თერაპიის მეშვეობით ზოგიერთი პაციენტის მდგომარეობა იმდენად გაუმჯობესდა, რომ მათ თავშესაფრის დატოვება შეძლეს. იმავე პერიოდის ერთ-ერთი საავადმყოფოს მოძღვრის თანახმად, პაციენტისთვის მეტად მნიშვნელოვანია მის სოციალურ გარემოში დაბრუნება, ოღონდ ისეთ პირობებში, სადაც „მისთვის სპეციალურად შეცვლილი იქნებოდა გარემო და ჰავა და მას დაეხმარებოდნენ შესაფერის დასაქმებაში“. მე-20 საუკუნის დასაწყისიდან მორალურმა თერაპიამ დაკარგა პოპულარობა, ვინაიდან საკმაოდ ძვირი ჯდება, ამასთან, ვერ მოიტანა სასურველი შედეგი – პაციენტის სრული გაჯანსაღება.

➤ **ფსიქიკურად დაავადებულთა ჩართვა პროფესიული რეაბილიტაციის პროგრამებში (1940–1960 წლები)**

პირველი და მეორე მსოფლიო ომის დროს და მის შემდგომ პერიოდში საფუძველი ჩაეყარა შრომის უნარდაკარგული ჯარისკაცების პროფესიულ რეაბილიტაციას, რაც სომატური ჯანმრთელობის რეაბილიტაციაზე იყო მიმართული. მის კვალდაკვალ დაიწყო ფსიქიატრიული და პროფესიული რეაბილიტაციის განვითარება იმ ადამიანებისთვის, რომელთაც ერთდროულად ჰქონდათ ფიზიკური და ფსიქიკური პრობლემები. ეს იყო მთავრობის მიერ შემუშავებული პროგრამები, რომლებიც საშუალებას იძლეოდა, ფსიქიკურად დაავადებულებსაც გაეკლათ პროფესიული რეაბილიტაცია. ამ პროგრამების შემუშავებას სტიმული მისცა ომის დროს და მის შემდგომ სამუშაო ძალის მწვავე უკმარისობამ.

გამოყენებოდა ნებისმიერი მუშახელის, მათ შორის ბავშვების და შშმ პირების შრომა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1943 წლიდან ამოქმედდა კანონი ფსიქიკურად დაავადებულთა შრომითი რეაბილიტაციის შესახებ. თითქმის იმავდროულად მსგავსი კანონი მიიღეს ინგლისშიც. აღმოაჩინეს, რომ სასარგებლო შრომის უნარი ამ ადამიანებსაც შესწევდათ, რამაც საფუძველი ჩაუყარა ანაზღაურებადი მუშაობის შემოღებას ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში კონტრაქტის საფუძველზე. ამრიგად, ამ ისტორიულმა მოვლენებმა სამედიცინო მკურნალობიდან სოციალურ მხარდაჭერაზე გადასვლა დააჩქარა. (3)

➤ **თემზე დაფუძნებული (კომუნალური) ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებები**

ამ ტიპის მომსახურებების შექმნის იდეა გაჩნდა გასული საუკუნის 50–იანი წლების ბოლოს და 60–იანი წლების დასაწყისში. იგი გულისხმობდა დასახლებული ადგილებიდან მოშორებით მდებარე, დიდ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებზე უარის თქმას და მის მაგივრად პაციენტთა ჩვეულ საცხოვრებელ გარემოში, თემში განლაგებულ მცირე ზომის, მრავალფეროვანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების ქსელის შექმნას. ამ იდეის განხორციელებით აღიარებული იქნა თანასწორობა ფიზიკურ და ფსიქიკურ დაავადებებსა და მათ მკურნალობას შორის. 1959 წელს დიდი ბრიტანეთში მიღებული იქნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტი, რომელიც მხარს უჭერს „ისეთ სოციალურ მომსახურებებს და ტრენინგებს, რომელიც შეიძლება მიეწოდოს პაციენტს მისი ჰოსპიტალში მოთავსების და იზოლაციის გარეშე, ან რომლებიც იძლევა შესაძლებლობას, პაციენტი უფრო სწრაფად გაეწეროს ჰოსპიტლიდან“ (Royal Commission 1957, p. 76).

მოგვიანებით, თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების გამრავალფეროვნებამ და გაზრდილმა რაოდენობამ გააჩინა მოთხოვნა ახალ პროფესიებზე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაში, როგორცაა სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, პროფესიული რეაბილიტაციის სპეციალისტი და მსგავსი. ახალი პროფესიების დამატება რეალურად იძლეოდა საშუალებას, დაკმაყოფილებული ყოფილიყო პიროვნების ყველა ინდივიდუალური საჭიროება როგორც ბიოლოგიურ, ისე ფსიქოლოგიურ და სოციალურ სფეროებში. ამ პროფესიონალების და მრავალფეროვანი მომსახურებების კოორდინირებულად მუშაობის მოთხოვნამ გააჩინა მრავალდარგობრივი გუნდური მუშაობის და შემთხვევის მართვის ცნების დამკვიდრება. ეს ცვლილებები იძლეოდა გარანტიას, რომ თითოეული მოსარგებლის შემთხვევა შესწავლილი იქნებოდა ჰოლისტიურად, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

➤ **ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების დაარსება**

მათი დაარსება განაპირობა იმის გაცნობიერებამ, რომ ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტი საზოგადოებაში დაბრუნების შემდეგ ვერ შეძლებდა სრულფასოვან ფუნქციონირებას სოციალური უნარების დეფიციტის გამო. პირველი ასეთი ცენტრების დაარსების ინიციატორები იყვნენ თავად პაციენტები, რომლებმაც შექმნეს თვითდახმარების კლუბები აშშ-ს დიდ ქალაქებში. ამით

საფუძველი ჩაუყარეს სამომავლოდ მრავალდარგოვანი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების დაარსებას.

➤ **სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგის, როგორც მეთოდის, განვითარება**

ეს მეთოდები გულისხმობდა ისეთი უნარ-ჩვევების გამომუშავებას, რომელიც დაეხმარებოდა პაციენტს ყოველდღიური ცხოვრებისეული პრობლემების დაძლევაში. ამ მეთოდებმა დაამტკიცა თავისი ეფექტურობა და დაიწყო მათი ფართო პრაქტიკული გამოყენება.

ზოგადად, ფსიქიატრიაში რეფორმების განხორციელებას და მკურნალობის ფსიქოსოციალური მეთოდების დამკვიდრებას ხელი შეუწყო მრავალმა ფაქტორმა, მათ შორის ღირებულებების შეცვლამ, უფრო ჰუმანური საზოგადოების ჩამოყალიბებამ, ადამიანის უფლებების თემის გააქტიურებამ, დიდი დაწესებულებების ნაკლოვანებების და პაციენტზე მათი მავნე ზეგავლენის გამომწვეურებამ, ანტიფსიქიატრიულმა მოძრაობამ, ანტიფსიქოზური მედიკამენტების სინთეზირებამ. ამ ფაქტორებს შორის განსაკუთრებულ აღნიშვნას იმსახურებს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის ზეგავლენით ფსიქიკური აშლილობის, როგორც ბიოფსიქოსოციალური მოვლენის განხილვა და სტრესისადმი მოწყვლადობის მოდელის, როგორც ფსიქიკური აშლილობების მანიფესტაციის მიზეზის ასახსნელი თეორიის შემუშავება. გაჩნდა ფსიქიატრიის ახალი მიმართულება -სოციალური ფსიქიატრია, რომელიც სწავლობს სოციალური ფაქტორების ზემოქმედებას ინდივიდის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და ფსიქიკურად დაავადებული პირის ზეგავლენას სოციალურ გარემოზე (Leff, 1993). სოციალური ფსიქიატრია გულისხმობს ფსიქიკური აშლილობების სოციალური ასპექტების შესწავლას და მათზე ზეგავლენის მოხდენას. ამ დროს გათვალისწინებულია ფსიქიკაზე ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთქმედების ზეგავლენა (ფსიქიკის ბიოფსიქოსოციალური ინტეგრირებული გაგების პოზიციიდან,, L.Ciampi 1997).

➤ **აღდგენის კონცეფციის დამკვიდრება**

ტერმინი აღდგენა (Recovery) დაახლოებით 20 წლის წინ დამკვიდრდა ფსიქიატრიაში და სულ უფრო მეტი პოპულარობა მოიპოვა. ამ კონცეფციის თანახმად ადამიანი მხოლოდ პაციენტი, მომსახურების მომხმარებელი კი არ არის, არამედ პირველ რიგში მოქალაქე, საზოგადოების წევრია და სხვასთან თანაბარი უფლებები აქვს. მოქალაქეობა გულისხმობს პაციენტის საზოგადოებაში ჩართულობას და მისი მხრიდან შესაბამისი სოციალური უნარების ქონას. ამასთან, საზოგადოებაც უნდა იძლეოდეს შესაძლებლობას პაციენტის ინტეგრაციისთვის. აღდგენასა და რეაბილიტაციას შორის ის განსხვავებაა, რომ აღდგენა არის აქტიური პროცესი თავად პრობლემის მქონე ადამიანის მხრიდან, რეაბილიტაცია კი გულისხმობს მეტ აქტიურობას მათი მხრიდან, ვინც ვინმეს ან რამის რეაბილიტაციას ახდენს.

აღდგენა – ეს არის პაციენტის დაავადების საბოლოო მდგომარეობა, როდესაც ადამიანი აღწევს სოციალური ფუნქციონირებისა და დასაქმების ნორმატიულ დონეს, დამოუკიდებელ ცხოვრებას, რემისიას ან ფსიქოზური სიმპტომების მსუბუქ ფარგლებში გამოვლენას (Lieberman et al. 2002).

აღდგენის კრიტერიუმები ეხება პაციენტის ცხოვრების ბოლო 2 წელიწადს და მოიცავს შემდეგს: ფსიქოზური სიმპტომების მყარი რემისია; საზოგადოებისათვის სასარგებლო შრომაში ჩაბმა; დამოუკიდებელი ცხოვრება ოჯახის წევრების ან სხვათა მეთვალყურეობის გარეშე; აქტიური მონაწილეობა საახლობლო ურთიერთობებში, ან თავისუფალი დროის ასაკის შესაბამისად გამოყენება საექიმო ზედამხედველობის გარეშე. (4)

მძიმე ფსიქიკური აშლილობების დროს გამოჯანმრთელების ცნებას ორი, ჯერ კიდევ დაუკავშირებელი მნიშვნელობა აქვს. ერთი–კლინიკური, რომლის თანახმადაც გამოჯანმრთელება ნიშნავს სიმპტომების არქონას, დაავადების დასრულებას, და მეორე– სოციალური, რომლის თანახმადაც გამოჯანმრთელება ნიშნავს სოციალურ აღდგენას განსაზღვრული დროის განმავლობაში. სამედიცინო მოდელი ავადმყოფობის, სისუსტის, შეზღუდულობის ფაქტს უფრო მეტად უსვამს ხაზს, ვიდრე ზრდის პოტენციალს. პაციენტის პოზიციიდან დანახული მოდელი კი ჩვეულებრივ ცხოვრებაში დაბრუნებასა და მიღწევებზეა ორიენტირებული, რასაც აღდგენის კონცეფცია ითვალისწინებს.

აღდგენის კონცეფცია გამოხატავს ახალ, მნიშვნელოვან წინგადადგმულ ნაბიჯს ფსიქიატრიული დახმარების განვითარებაში, რომელიც მიმართულია პაციენტის მრავალმხრივი საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე და გამოჯანმრთელების ხელშეწყობაზე. ეს კონცეფცია მთლიანად ითვალისწინებს ჰოლისტური მიდგომის, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპებს და ახალ სიმაღლეზე აჭყავს იგი.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მარეგულირებელი საერთაშორისო დოკუმენტები

ახალი თვალთახედვა ფსიქიკური აშლილობების წარმოშობის მიზეზსა და მკურნალობასთან დაკავშირებით ასახულია როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტერმინის განმარტებაში, ასევე იმ საერთაშორისო დოკუმენტებში, რომლებიც არეგულირებენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს და აქვთ სავალდებულო ან სარეკომენდაციო ხასიათი მსოფლიო მასშტაბით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანამედროვე განმარტებაში აქცენტი გაკეთებულია არა აშლილობის ბიოლოგიურ განმსაზღვრელზე, არამედ პიროვნების ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე და სოციალური ადაპტაციის უნარზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული განმარტების თანახმად, „ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის კეთილდღეობის მდგომარეობა, როდესაც პიროვნება ავლენს და ახორციელებს საკუთარ შესაძლებლობებს, შეუძლია გაუმკლავდეს ჩვეულებრივ ცხოვრებისეულ სტრესებს, შეუძლია ნაყოფიერი და პროდუქტული მუშაობა და

საკუთარი წვლილის შეტანა საზოგადოებრივ ცხოვრებაში. ფსიქიკური ჯანმრთელობა უფრო მეტია, ვიდრე ფსიქიკური აშლილობის არქონა.” (5)

ეს განმარტება გამოყოფს ფსიქიკური ჯანმრთელობის 3 კომპონენტს: ემოციური, ფსიქოლოგიური და სოციალური კეთილდღეობა. ემოციური კეთილდღეობა ნიშნავს ცხოვრებით დაინტერესებას, ბედნიერების და კმაყოფილების განცდას. ფსიქოლოგიურ კმაყოფილებაში იგულისხმება საკუთარი პიროვნებისადმი დადებითი დამოკიდებულება, ყოველდღიური ცხოვრებისეული მოთხოვნილებების მიმართ კარგი გამკლავების უნარი, ურთიერთობების დამყარების კარგი უნარი, ცხოვრებით კმაყოფილების განცდა. სოციალური კეთილდღეობა გულისხმობს საზოგადოებაში წვლილის შეტანას, საზოგადოების ნაწილად თავის მოაზრებას (სოციალური ინტეგრაცია), სოციალურ აქტუალიზაციას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეს განმარტება ასახავს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპს, რომელიც განიხილავს აშლილობის მქონე ადამიანს ჰოლისტიურად, მისი ყოფის ყველა ასპექტის გათვალისწინებით. ამავე პრინციპს ეფუძნება თანამედროვე მიდგომები ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობაში.

ბიოფსიქოსოციალური კონცეფციის დამკვიდრებამ შეცვალა წარმოდგენა ფსიქიკური აშლილობების გაგების მხრივაც, საჭირო გახდა დაავადებათა ისეთი კლასიფიკაციის სისტემის შემუშავება, რომელიც აშლილობების ბიოლოგიური მიზეზების გარდა სოციალურ და გარემოს ფაქტორებსაც სრულად გაითვალისწინებდა. 1980 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოქვეყნებული იქნა დაავადებათა ახალი კლასიფიკაცია „დაზიანებების, უნარის შეზღუდვის და აშლილობების საერთაშორისო კლასიფიკაცია“ (International classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH), რომელიც ეყრდნობოდა 3–განზომილებიან კონცეფციას. იგი 2001 წელს ჩაანაცვლა ახალმა კლასიფიკაციამ სახელწოდებით „International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. ეს კლასიფიკაცია არ არის ასოცირებული ჯანმრთელობის სპეციფიურ პრობლემებთან ან დაავადებებთან. ამის მაგივრად იგი ფოკუსირდება ფუნქციონირების უნარზე და აღწერს ამ უნარს 3 განზომილებაში – სხეულებრივ, პიროვნულ და სოციალურ დონეებზე. იგი, სხვა ცნობილი კლასიფიკაციებისგან განსხვავებით, ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობას აღწერს დაავადების ბიოფსიქოსოციალური კონცეფციის შესაბამისად. ეს კლასიფიკაცია ოპერირებს ისეთი ტერმინებით, როგორცაა ბიოლოგიური ფუნქციები, ქმედებები და თანამონაწილეობა (functions, Activity, Participation). აშლილობა შესაძლებელია შეეხოს ამ ასპექტებიდან ერთ–ერთს, ან ყველას ერთად. ICF კლასიფიკაციის საჭიროება თვალსაჩინო გახდა მას შემდეგ, რაც კვლევებმა აჩვენა, რომ მხოლოდ დიაგნოზი ვერაფერს გვეუბნება ცალკეულ მომსახურებაზე მოთხოვნილების და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შესახებ, ასევე, კონკრეტულ ბენეფიციარს დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე ზრუნვის რომელი საფეხური დასჭირდება და რამდენად შეიცვლება მისი ფუნქციონირება. მხოლოდ დიაგნოზი ვერაფერს ამბობს შეზღუდული შესაძლებლობის ხარისხის, შრომისუნარიანობის შესახებ, ასევე სოციალური ინტეგრაციის შესაძლებლობებზე. მაშასადამე, ნოზოლოგიური კლასიფიკაცია, რომელიც ბიოსამედიცინო მოდელს ეყრდნობა, ვერ იძლევა საკმარის ინფორმაციას ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმვასა და

მენეჯმენტთან დაკავშირებით, მისი საშუალებით შეუძლებელია ფუნქციური უნარშეზღუდულობის ხარისხის დადგენა. ამჟამად ICF კლასიფიკაცია არის საყოველთაოდ აღიარებული საერთაშორისო კლასიფიკაცია და ICD და DSM კლასიფიკაციასთან ერთად გამოიყენება ინდივიდის და მთელი პოპულაციის ჯანმრთელობის მდგომარეობის უფრო ფართო და ყოვლისმომცველი სურათის მისაღებად (6). ეს კარგი მაგალითია იმისა, თუ როგორ შეცვალა ბიოფსიქოსოციალურმა მოდელმა მოთხოვნები დაავადებათა კლასიფიკაციის სისტემების მიმართ.

საქართველოს მთავრობის მიერ 2013 წლის დეკემბერში რატიფიცირებული იქნა გაეროს დოკუმენტი „შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების კონვენცია“. კონვენცია საქართველოს, ისევე როგორც ყველა მონაწილე ქვეყანას, ავალდებულებს უზრუნველყოს და ხელი შეუწყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, მათ შორის ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირების მიმართ ადამიანის უფლებების სრულ რეალიზებას, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე. კონვენციის პირველი მუხლში მოცემულია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის განმარტება, სადაც ხაზგასმულია გარემო ფაქტორების და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის უნარის მნიშვნელობა ჯანმრთელობის ხანგრძლივი პრობლემების, შეზღუდული შესაძლებლობების ჩამოყალიბებისთვის. აქ უკვე იკვეთება ბიოფსიქოსოციალური მოდელის ზეგავლენა. ამ განმარტების თანახმად, „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს მიეკუთვნებიან პირები, ფიზიკური, ფსიქიკური, ინტელექტუალური ან სენსორული მყარი დარღვევებით, რომელთა ურთიერთქმედებამ სხვადასხვა დაბრკოლებებთან შესაძლოა ხელი შეუშალოს ამ პირის სრულ და ეფექტურ მონაწილეობას საზოგადოებრივ ცხოვრებაში, სხვებთან თანაბარ პირობებში“ (7).

კონვენციის მთელი რიგი მუხლების შინაარსშიც შესაძლებელია ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპების დანახვა. მაგალითად, მუხლში 16 – „ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისგან თავისუფლება“, ვკითხულობთ: „მონაწილე სახელმწიფოები ასევე იღებენ ყველა შესაბამის ზომას... რათა ხელი შეუწყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე იმ პირთა ფიზიკურ, შემეცნებით, ფსიქოლოგიურ გამოჯანმრთელებას, რეაბილიტაციასა და სოციალურ რეინტეგრაციას, რომლებიც გარკვეული მიზეზების გამო გახდნენ ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფის მსხვერპლნი. ასეთი სახის რეაბილიტაცია და გამოჯანმრთელება უნდა ხდებოდეს გარემოში, რომელიც ხელს უწყობს პიროვნებაში ჯანმრთელობის, კეთილდღეობის, საკუთარი თავის პატივისცემის, ღირსებისა და დამოუკიდებლობის განმტკიცებას ასაკობრივ-სქესობრივი სპეციფიკის გათვალისწინებით.“ ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპების გათვალისწინება იკითხება კონვენციის პრაქტიკულად ყველა მუხლში, მათგან განსაკუთრებით აღსანიშნავია მუხლი 26 - „აბილიტაცია და რეაბილიტაცია“, სადაც თანაბარი მნიშვნელობა ენიჭება შშმ პირის ფიზიკური, ფსიქიკური, სოციალური და პროფესიული შესაძლებლობების ხელშეწყობას შესაბამისი მომსახურებების ორგანიზების გზით. „მონაწილე სახელმწიფოები იღებენ ეფექტურ და შესაბამის ზომებს... რათა უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის

მაქსიმალური დამოუკიდებლობის, სრული ფიზიკური, ფსიქიკური, სოციალური და პროფესიული შესაძლებლობების მიღწევისა და გამოყენების შესაძლებლობა. აღნიშნული მიზნით, მონაწილე

სახელმწიფოები ორგანიზებას უკეთებენ, აძლიერებენ და განავრცობენ ყოვლისმომცველი სარეაბილიტაციო და სააბილიტაციო სამსახურებსა და პროგრამებს, კერძოდ ჯანდაცვის, დასაქმების, განათლებისა და სოციალური

მომსახურების სფეროში იმგვარად, რომ აღნიშნული სამსახურები და პროგრამები:

a. განხორციელებული იქნეს მაქსიმალურად ადრეულ ეტაპზე და ეფუძნებოდეს ინდივიდის საჭიროებებისა და ძლიერი მხარეების მრავალდარგობრივ შეფასებას;

b. ხელს უწყობდნენ საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროში ჩართულობას და ინტეგრირებას, არის ნებაყოფლობითი და მისაწვდომი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საცხოვრებელი თემის მაქსიმალურ სიახლოვეში”. (7)

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული იქნა, როგორც სარეკომენდაციო დოკუმენტი ყველა ქვეყნისთვის, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა 2013-2020” („Mental health action plan 2013-2020”). (8) რეკომენდებულია, ყველა ქვეყანამ გაითვალისწინოს ამ დოკუმენტის პრინციპები საკუთარ ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის განვითარების დაგეგმვისას. აღნიშნული დოკუმენტიც ითვალისწინებს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის ძირითად მოთხოვნებს და ფიზიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობასთან ერთად თანაბრად მნიშვნელოვნად თვლის პირის ფსიქოლოგიური და სოციალური კეთილდღეობის ხელშეწყობას. სამოქმედო გეგმის შესავალში ვკითხულობთ: „ჯანდაცვის და სოციალური სექტორის მომსახურებების კოორდინაციის საშუალებით იგი აღიარებს ყოვლისმომცველ და მულტისექტორულ მიდგომას და ხაზს უსვამს პრევენციის, მკურნალობის, რეაბილიტაციის, ზრუნვის და აღდგენის (recovery) მნიშვნელობას.” მსოფლიოში არსებული გლობალური სიტუაციის განხილვისას აღნიშნულია, რომ „ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ჯანმრთელობის სხვა ასპექტების მსგავსად, შეიძლება გავლენა იქონიოს მრავალმა სოციალურ-ეკონომიურმა ფაქტორმა, ეს კი მოითხოვს ყოვლისმომცველი სტრატეგიის არსებობას პრევენციის, მკურნალობის და აღდგენის მიმართულებით, რაც უნდა იყოს თითოეული ქვეყნის მთავრობის მიზანი.” ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ზეგავლენა თავს იჩენს ასევე სამოქმედო გეგმის მიზანსა და ხედვაში, ხოლო მის ობიექტებში და პრინციპებში გვხვდება ისეთი ტერმინები და ფრაზები, როგორიცაა ყოვლისმომცველი და ინტეგრირებული ჯანდაცვისა და სოციალური მომსახურებების დანერგვის ხელშეწყობა თემში, მულტისექტორული მიდგომა, თემზე დაფუძნებული ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა, ფსიქიკური ჯანდაცვის სექტორის პარტნიორობის აუცილებლობა სხვადასხვა საზოგადოებრივ სექტორებთან, როგორიცაა განათლება, დასაქმება, უფლებები, საცხოვრისი, სოციალური და კერძო სექტორები და სხვა მრავალი მსგავსი გამონათქვამი.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს მთავრობის მიერ 2013 წლის დეკემბერში დამტკიცებული „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა” (9) ეყრდნობა ჯანდაცვის

მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულ ამ გეგმას და ამით აღიარებს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დანერგვის აუცილებლობას საქართველოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემაში.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელის იდეების გაზიარების კუთხით ასევე საინტერესოა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული კიდევ ერთი დოკუმენტი, კერძოდ „ხარისხის უფლების ინსტრუმენტი (Qualityrights Tool Kit)” (10). იგი წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების მონიტორინგის ინსტრუმენტს. მისი დანიშნულებაა ქვეყნების მხარდაჭერა ფსიქიკური ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის დაწესებულებებში ადამიანის უფლებების ხარისხის გაუმჯობესებაში. ინსტრუმენტის შესავალ ნაწილში საუბარია აღდგენის (RECOVERY) კონცეფციაზე. იმისათვის, რომ ადამიანების უფლებები დაცული იყოს, ძალიან მნიშვნელოვანია აღდგენაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკის დანერგვა და განვითარება მომსახურებებში.

შეფასების ინსტრუმენტი ეყრდნობა გაეროს შშმ პირთა კონვენციას. კონვენციის მუხლებზე დაყრდნობით შერჩეულია 5 ძირითადი თემა, რომელზეც არის აგებული ინსტრუმენტი. თითოეული თემა თავის მხრივ დაყოფილია სტანდარტებად და ყოველ სტანდარტს აქვს მიწერილი კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვითაც უნდა მოხდეს მოცემული სტანდარტის ხარისხის განსაზღვრა. ეს თემებია:

1. ცხოვრების ადეკვატური დონე და სოციალური დაცვა (კონვენციის მუხლი 28); მოთხოვნათა შორისაა ცხოვრების ადეკვატური სტანდარტებით, შესაბამისი კვებით, ჩასაცმელით, სუფთა წყლით, ცხოვრების პირობების უწყვეტი გაუმჯობესებით უზრუნველყოფა.
2. ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მაქსიმალურად მისაღწევი სტანდარტებით სარგებლობის უფლება (კონვენციის 25 მუხლი). მოითხოვს, რომ შშმ პირები უზრუნველყოფილნი იყვნენ იმ მომსახურებებით, რაც მათ სჭირდებათ, შეძლებისდაგვარად ახლო საცხოვრებელ ადგილიდან(თემში). ის ასევე მოითხოვს რომ მათ ჰქონდეთ თანაბარი დონის, ხარისხის სტანდარტი უფასო ან ხელმისაწვდომი ზრუნვისა, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ჩათვლით.
3. კანონის წინაშე თანასწორობის და პიროვნების თავისუფლების და უსაფრთხოების უფლება (მუხლი 12 და მუხლი 14)
4. წამების ან სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობისა ან სასჯელისგან და ექსპლუატაციის, ძალადობისა და შეურაცხყოფისაგან თავისუფლება (კონვენციის მუხლი 15 და მუხლი 16) ეს თავი, წამებისა და ძალადობისგან დაცვასთან ერთად მოითხოვს ყველა შესაბამისი ზომის მიღებას შშმ პირებისათვის ფიზიკური, კოგნიტური და ფსიქოლოგიური აღდგენის, რეაბილიტაციის და სოციალური ინტეგრაციის უზრუნველსაყოფად.
5. დამოუკიდებელი ცხოვრების და საზოგადოებაში ჩართვის უფლება (მუხლი 19). მოითხოვს, რათა გაადვილდეს სრული ინკლუზია და საზოგადოებაში მონაწილეობა. ასევე მოუწოდებს რომ ადამიანებს აქვთ უფლება გადაწყვიტონ

სად და ვისთან ერთად იცხოვრონ და არ არიან ვალდებულნი იცხოვრონ სპეციალურად მოწყობილ გარემოში.

ინსტრუმენტს დანართის სახით აქვს თანდართული აღდგენის კონცეფცია და აღდგენაზე ორიენტირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების პრაქტიკის პრინციპები. თავად ტერმინი „აღდგენა“ (Recovery) ფსიქიატრიაში, როგორც უკვე აღნიშნულია, დაახლოებით 20 წლის წინ გაჩნდა და სულ უფრო მეტი აქტუალობა მოიპოვა. ეს კონცეფცია პიროვნებას მის პრობლემებთან ერთად განიხილავს, ჰოლისტურად და ამით ეხმარება ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს. განსახილველ დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ „აღდგენა არ განიხილება როგორც მკურნალობის სინონიმი. აღდგენა დაკავშირებულია შინაგან მდგომარეობასთან, რომელსაც განიცდის ადამიანი - იმედი, გამოჯანმრთელება, გაძლიერება და კავშირები და ასევე დაკავშირებულია გარე პირობებთან, რომლებიც ხელს უწყობენ აღდგენას - ადამიანის უფლებების დამკვიდრება, მკურნალობის პოზიტიური კულტურა და აღდგენაზე ორიენტირებული მომსახურება.“ ამ განმარტებიდან ჩანს, რომ აღდგენის კონცეფცია ბევრად შორდება ბიოსამედიცინო მოდელს და დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს პიროვნების ფსიქოლოგიურ მდგომარეობასა და გარემო პირობებს, როგორც ამას მოითხოვს ბიოფსიქოსოციალური მოდელი. დოკუმენტი მოითხოვს, რომ „უზრუნველყოფილ იქნეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების მიწოდება იმგვარად, რომ ეს მომსახურებები ეხმარებოდეს მომსახურების მიმღები ადამიანების აღდგენას.“ დოკუმენტის თანახმად, „აღდგენის შედეგი/გამოსავალი არის პიროვნული და უნიკალური თითოეული ინდივიდისთვის, სცილდება ჯანმრთელობის ფოკუსს და განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს სოციალურ ინკლუზიას და ცხოვრების ხარისხს; აძლიერებს ინდივიდებს ისე, რომ მათ შეუძლიათ გააცნობიერონ და იგრძნონ, რომ გაწეული დახმარების ცენტრალური ფიგურები არიან.“ ამ ჩანაწერიდანაც ცხადად ჩანს, რომ ფოკუსი ბიოლოგიური მკურნალობიდან გადანაცვლებულია ფსიქოლოგიური და სოციალური კეთილდღეობის მიღწევისკენ.

ხარისხის უფლების ინსტრუმენტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების შეფასების დროსაც მოითხოვს, რომ მომსახურებები შეესაბამებოდნენ აღდგენის კონცეფციას: „ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემა ანგარიშგებას ახდენს ძირითად შედეგებზე, რასაც აღდგენა მოიცავს, მათ შორის თავშესაფრით უზრუნველყოფა, დასაქმება, განათლება, სოციალურ და ოჯახურ ურთიერთობებზე და ასევე ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობასთან დაკავშირებულ ღონისძიებებზე.“

აღსანიშნავია, რომ „ხარისხის უფლების ინსტრუმენტი (Quality rights Tool Kit)“ უკვე გამოიყენება მრავალი ქვეყნის მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების მონიტორინგის მიზნით, რაც თავის მხრივ გულისხმობს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპების, ჰოლისტური მიდგომის მეტ პოპულარიზაციას.

ევროკავშირის მიერ უკანასკნელი 20 წლის მანძილზე შემუშავებულია რამდენიმე დოკუმენტი, რომლებიც ფსიქიკურ ჯანმრთელობას ეხება.

ყურადღებას იმსახურებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის ევროპული პაქტის მიხედვით 2013 წელს გამოქვეყნებული დოკუმენტი „ფსიქიკური

ჯანმრთელობის და კეთილდღეობის გაერთიანებული აქცია” (Joint action on mental health and well-being), სადაც გაანალიზებულია ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების განვითარების ისტორია, ახლანდელი მდგომარეობა და მოცემულია სამომავლო რეკომენდაციები (11). აქვე განხილულია რამდენიმე კონკრეტული ქვეყნის მაგალითზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმირების პროცესი. ეს აქცია აერთიანებს ევროკავშირის წევრ 28 ქვეყანას. ეს არის 3-წლიანი ინიციატივა, რომლის მიზანია შექმნას ჩარჩო-დოკუმენტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკისთვის ევროპულ დონეზე. გაერთიანებული აქცია ფოკუსირებას ახდენს 5 ძირითად მიმართულებაზე, მათ შორისაა მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებისთვის თემზე დაფუძნებული და სოციალური ინკლუზიის ხელშეწყობი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების განვითარება. დოკუმენტის შესავალში ნათქვამია, რომ ძირითადი სტრატეგიაა დიდი ფსიქიატრიულ ინსტიტუციებზე დაფუძნებული ტრადიციული ზრუნვის მოდელის ჩანაცვლება თემზე დაფუძნებული მომსახურებებით. ასეთი ტიპის მომსახურებები საშუალებას აძლევს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებს შეინარჩუნონ კავშირი ოჯახთან, მეგობრებთან, ასევე შეინარჩუნონ სამსახური მკურნალობის პერიოდშიც. თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობა და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია ხელს უწყობს ზრუნვის უწყვეტობას, ბენეფიციართა მეტ კმაყოფილებას, მკურნალობაზე მეტ თანხმობას, ადამიანის უფლებების უკეთ დაცვას და სტიგმის პრევენციას. როგორც არაერთხელ იყო აღნიშნული, თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის სწორედ მომსახურებების ის მოდელი, რომელიც ითვალისწინებს პიროვნებას მთლიანად, მის ყველა ინდივიდუალურ საჭიროებას და ამდენად ხელს უწყობს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის პრაქტიკაში გადატანას. განხილული დოკუმენტის თანახმად, ევროკავშირიც აღიარებს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპებს და მოუწოდებს მის წევრ ქვეყნებს შესაბამისი მომსახურებების განვითარებისკენ.

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სახელმძღვანელოები და ბიოფსიქოსოციალური მოდელი

დროთა განმავლობაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის ზეგავლენით შეიცვალა მიდგომა ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობის მიმართ. ფსიქოტროპული მედიკამენტების სინთეზირებამ (მე-20 სკ-ს 50-იანი წლებიდან) დიდი გარდატეხა მოახდინა ფსიქიატრიაში, ბევრი უიმედოდ მიჩნეული პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესების შედეგად მოხერხდა მათი გაწერა დიდი ფსიქიატრიული ინსტიტუციებიდან, ე. წ. „აზილმუსებიდან“ და მოხდა მათი კვლავ საკუთარ საცხოვრებელ გარემოში, საზოგადოებაში დაბრუნება. შედეგად ამ პერიოდში წამყვანია მკურნალობის ბიოსამედიცინო მოდელი, ვინაიდან მედიკამენტებით მკურნალობის დადებითი შედეგი თვალსაჩინოა. წლების გასვლასთან ერთად თანდათან ჩაცხრა მედიკამენტების დადებითი ზემოქმედების შედეგებით გამოწვეული ეიფორია, ვინაიდან ცხადი გახდა, რომ წამლები დაავადების სიმპტომებს კი ხსნიან/ამცირებენ, მაგრამ ვერ შველიან დაავადების შედეგად განვითარებულ სოციალური და თვითმომსახურების უნარების დაკარგვას. საჭირო

განდა რაღაც ახალი მეთოდების, მიდგომების დანერგვა, რომლებიც მიმართული იქნებოდა ფსიქიკური აშლილობების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ უარყოფით შედეგებზე. ეს ახალი მიდგომები დაეფუძნა სწორედ ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს და თანაბრად მნიშვნელოვნად მიიჩნია მკურნალობით/ზრუნვით ადამიანის ცხოვრების სამივე ასპექტის მოცვა. ეს ცვლილება აისახა ბევრი ქვეყნის კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციებში, სადაც მედიკამენტებით მკურნალობასთან ერთად, განხილულია ფსიქოსოციალური მეთოდებით მკურნალობაც.

ასეთი კლინიკური რეკომენდაციის მაგალითია გერმანიის ფსიქიატრიის, ფსიქოთერაპიის, ფსიქოსომატიკის და ნევროლოგიის საზოგადოების (DGPPN) და გერმანიის ბიპოლარული აშლილობების საზოგადოების (DGBS) მიერ გამოქვეყნებული ერთობლივი სახელმძღვანელო (განახლებულია 2019 წლის თებერვალში) „ბიპოლარული აშლილობების დიაგნოსტიკა და თერაპია“ (12). აღნიშნულ სახელმძღვანელოში მედიკამენტებთან ერთად დიდი ადგილი ეთმობა მკურნალობის და პროფილაქტიკის ფსიქოთერაპიულ და სოციალურ მეთოდებს. ჩამოთვლილი და განხილულია ამ აშლილობის მკურნალობაში გამოყენებული ფსიქოთერაპიული მიდგომები (კოგნიტურ-ბიჰევიორული, ოჯახზე ფოკუსირებული, ფსიქოგანათლება, რელაქსაციის ტექნიკები და სხვა), მოყვანილია მათი ეფექტურობის შეფასება, დაავადების მიმდინარეობის პროცესში ამ მეთოდების ჩართვის დრო და ადგილი და მსგავსი რეკომენდაციები. ასევე ფართოდაა რეკომენდებული სოციალურად ორიენტირებული ჩარევები, როგორცაა ჯგუფური მუშაობა ალტერნატიულ ხელობაში გასავარჯიშებლად, სუბიექტზე ორიენტირებული თვითგამოხატვის მეთოდები (მაგ. ხელოვნებით და მუსიკით თერაპია, ხელგარჯილობა, სხვა შემოქმედებითი აქტივობები), მეთოდები პროფესიული რეაბილიტაციისთვის და ასე შემდეგ. ბუნებრივია, ამ მეთოდების გამოყენებას სჭირდება შესაბამისად მომზადებული პროფესიონალების გუნდი და ასევე შესაბამისი და მრავალფეროვანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებები. ცხადია, რომ აღნიშნული რეკომენდაცია მთლიანად იზიარებს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მოთხოვნებს და მკურნალობს არა დაავადებას, არამედ ადამიანს მთლიანად, ითვალისწინებს რა მკურნალობის რეკომენდაციებში პრობლემებს ფსიქოლოგიური და სოციალური სფეროებიდან.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპები გათვალისწინებულია 2013 წელს დამტკიცებულ ქართულ ეროვნულ რეკომენდაციაშიც, რომელიც ეხება შიზოფრენიის მკურნალობას (13). მოცემულ პრაქტიკულ სახელმძღვანელოში ცალკე თავი ეთმობა ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური ჩარევების ცალკეული მეთოდების აღწერას და მათი გამოყენების რეკომენდაციებს. ეს მეთოდებია: თანხმობით თერაპია, ხელოვნებით თერაპია, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, ოჯახური ჩარევა, დინამიური ფსიქოთერაპია, სოციალური უნარების ტრენინგი. ამ თავის შესავალში საუბარია იმ მიზეზებზე, რამაც ფსიქოლოგიური და სოციალური სამკურნალო მეთოდების დანერგვას შეუწყო ხელი. „ფსიქოლოგიური თერაპია და ფსიქოსოციალური ჩარევა შიზოფრენიის მკურნალობაში უკანასკნელ ათწლეულებში დამკვიდრდა, რაც ორმა ძირითადმა ფაქტორმა განაპირობა: პირველი, რომ უკეთ გაცნობიერდა ფსიქოლოგიური პროცესების მნიშვნელობა, როგორც დაავადების

გამწვავების დროს, ასევე შიზოფრენიის უარყოფითი გავლენის შეფასებისას. მეორე, აღმოჩნდა, რომ პაციენტთა ნაწილი რეზისტენტულია ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მიმართ, აღნიშნება სერიოზული გვერდითი ეფექტები და არ იცავს მკურნალობის რეჟიმს. საჭირო გახდა უფრო ფართო მიდგომის შემოღება, რომელიც გააერთიანებდა მკურნალობის სხვადასხვა შესაძლებლობებს და იქნებოდა პაციენტის და მისი ოჯახის საჭიროებებს მორგებული. უკანასკნელ პერიოდში თემზე დაფუძნებული მომსახურებების განვითარებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა ინტერესი შიზოფრენიის დროს ფსიქოსოციალური ჩარევის მიმართ”.

რეკომენდაციაში მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა თანამედროვე, თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების და სოციალური პროგრამების აღწერას და მათ მნიშვნელობას მკურნალობის პროცესში: „რეინტეგრაციისკენ მიმართული სოციალური პროგრამები, რომლებიც პაციენტს სთავაზობს დასაქმებას, განათლებას და უნარების აღდგენას, მნიშვნელოვანია სოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესებისა და იზოლაციის დასაძლევად. სოციალური მხარდაჭერის მომსახურებები (მაგალითად დამოუკიდებელი საცხოვრებელი), ამცირებს სტიგმას და ხელს უწყობს პიროვნების გააქტიურებას მისი სურვილების და ძლიერი მხარეების გათვალისწინებით და, საერთო ჯამში, უზრუნველყოფს სოციალური ჩართულობის პრინციპს.”

მისასალმებელი ფაქტია, რომ ფსიქიკური აშლილობების ეროვნული სახელმძღვანელოც შედგენილია საერთაშორისო რეკომენდაციების გათვალისწინებით და მათში ასახულია ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პრინციპები. სასურველია, ამ რეკომენდაციების პრაქტიკულ საქმიანობაში გადატანა, რაც სავარაუდოდ ჩვენს ქვეყანაში ბიოფსიქოსოციალური მოდელის პოპულარიზაციის და მეტი ცნობადობის შემდეგ იქნება შესაძლებელი.

დასკვნები და რეკომენდაციები

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების რეკომენდაციებში და დოკუმენტებში ხაზგასმულადაა აღნიშნული ინტეგრირებული, პაციენტის აღდგენაზე (recovery) მიმართული ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემის უპირატესობა ტრადიციულ, ბიოსამედიცინო მიდგომასთან შედარებით. საქართველოში არსებული კლინიკური რეკომენდაციების ნაწილი, რომლებიც ეხება მძიმე და ხანგრძლივი ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობას, ასევე მოიცავს რეკომენდაციებს არამედიკამენტური მკურნალობის მეთოდების გამოყენების შესახებ, როგორცაა, მაგალითად, ფსიქოთერაპიის სხვადასხვა ფორმა და ფსიქოსოციალური ჩარევები. ჰოლისტურ მიდგომაზე დაფუძნებული სათემო მომსახურებების განვითარების ვალდებულებას ითვალისწინებს ჩვენი ქვეყნის ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმაც. მიუხედავად ამისა, არც აღნიშნულ დოკუმენტში და არც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო გეგმაში არ არის გათვალისწინებული ფსიქოსოციალური მომსახურების მეთოდების ადეკვატური ფინანსური

უზრუნველყოფა და მათი დანერგვის და გავრცელების დეტალური, თანმიმდევრული გეგმა.

შესაბამისად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- უშუალოდ ფსიქოსოციალურ ჩარევებზე მიმართული, თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების საჭიროების კვლევა ქვეყნის მასშტაბით და ამ კვლევაზე დაფუძნებული მომსახურებების თანმიმდევრული განვითარების გეგმის ფორმირება, სადაც დეტალურად იქნება გაწერილი შესაბამისი უწყებების ვალდებულებები, ფინანსური თანამონაწილეობის ჩათვლით, მათ შორის კოორდინაციის მექანიზმები და პასუხისმგებელი პირები;
- პრიორიტეტული ფსიქოსოციალური მომსახურებების და მეთოდების სტანდარტების შექმნა, სადაც ასევე გათვალისწინებული იქნება შეფასების და მონიტორინგის ინსტრუმენტები; აღნიშნული მეთოდების დანერგვის ხელშეწყობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში;
- ცალკეული ფსიქოსოციალური ჩარევის მეთოდის ბიუჯეტის განსაზღვრა და მისი გათვალისწინება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსებისას;
- ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების სტიმულირება თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებების დაფინანსებაში თანამონაწილეობის მიზნით;
- სატრენინგო პროგრამების შემუშავება ფსიქოსოციალური ჩარევის თანამედროვე მეთოდების სწავლების მიზნით; ფსიქიკური ჯანდაცვის დაწესებულებების პერსონალის გადამზადება აღნიშნული მეთოდების დაუფლების მიზნით.

დაწესებულების თუ კლინიცისტის საქმიანობის შეფასებისას ფსიქოსოციალური ჩარევის მეთოდების გამოყენების გათვალისწინება.

ლიტერატურა

1. Engel, G. Science 1977;196:129-136;
2. Papadimitriou G. The „Biopsychosocial Model”: 40 years of application in Psychiatry. (Psychiatriki. 2017 Apr-Jun;28(2):107-110. doi: 10.22365/jpsych.2017.282.107);
3. William A. Anthony and Robert Paul Liberman: The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base (<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/> at Pennsylvania State University on April 28, 2014);
4. Jean Pierre Wilken, Dirk den Hollander „Rehabilitation and Recovery. A comprehensive approach. (Storm, 2011);

5. Silvana Galderisi, Andreas Heinz, Marianne Kastrup, Julian Beezhold, Norman Sartorius „Toward a new definition of mental health” (World Psychiatry. 2015 Jun; 14(2): 231–233);
6. International classification of functioning, disability and health: ICF (World Health Organization, 2001);
7. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, matsne-2334289-0;
8. Mental Health Action Plan - World Health Organization
https://apps.who.int › 9789241506021_eng;
9. ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015–2020 წლის სამოქმედო გეგმა
<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>;
10. WHO Qualityrights Tool Kit
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927>;
11. https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf;
12. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen, AWMF-Register Nr. 038-019 (Herausgeber DGBS e.V. und DGPPN e.V.);
13. შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში
<https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/027a1faa4884f16b6046d141805f7e09.pdf>.

ადიქტოლოგია

დავით ოთიაშვილი

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა ადიქტოლოგიაში

მოკლე შინაარსი

საუკუნეების განმავლობაში, ადიქციის (დამოკიდებულების) ცნების ჩამოყალიბება ხდებოდა სხვადასხვა მოდელის გამოყენებით, დაწყებული მორალის თეორიით (განიხილავს ნარკოტიკების მოხმარებას, როგორც მანკიერებას ან ცოდვას) და დამთავრებული ბიოსამედიცინო მოდელით (განიხილავს დამოკიდებულებას, როგორც ორგანიზმის ბიოლოგიური/გენეტიკური ანომალიის შედეგს). სინამდვილეში, მეცნიერებას არ აღმოუჩენია ერთი ცალკე მდგომი ფაქტორი, რომლითაც შეიძლება აიხსნას რატომ შეუძლია ზოგიერთ ადამიანს მოიხმაროს ნივთიერებები დამოკიდებულების განვითარების გარეშე მაშინ, როცა სხვები ხდებიან დამოკიდებულები. ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მიხედვით, ნარკოტიკების მოხმარება არის გენეტიკური/ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალურ-კულტურული ფაქტორების ურთიერთქმედების შედეგი და ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციასა და მკურნალობის დროს ყველა ეს ფაქტორი უნდა იქნას მიღებული მხედველობაში.

ბიოსამედიცინო მოდელის მიხედვით, დამოკიდებულება არის ქრონიკულად მორეციდივე ტვინის დაავადება, რომელიც პროგრესირებს მანამ, სანამ არ მოხდება მკურნალობა. ბიოფსიქოსოციალური მოდელი კი აღიარებს ბუნებრივ გამოჯანმრთელებას. ბუნებრივი გამოჯანმრთელების ერთერთი ყველაზე თვალსაჩინო მაგალითი არის ვიეტნამის ომის ვეტერანების მაგალითი: ათასობით ამერიკელი ჯარისკაცი ვიეტნამში ყოფნისას მოიხმარდა ჰეროინს და სახლში (აშშ-ში) დაბრუნების შემდეგ პროფესიონალური დახმარების გარეშე მათ მიატოვეს ნარკოტიკის მიღება.

კვლევები გვიჩვენებს ბიოლოგიური ფაქტორების, მათ შორის გენეტიკურ წინასწარგანწყობის როლის მნიშვნელობას დამოკიდებულების ქცევის განვითარებაში. ამავე დროს, ფსიქოლოგიური და კოგნიტური ფაქტორები, როგორცაა ხასიათი და ტემპერამენტი, თვითფექტურობა, ცვლილებისთვის მზაობა და სოციალური ფაქტორები როგორცაა ოჯახი, თანატოლები და ინტიმური პარტნიორი თანაბრად მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დამოკიდებულების განვითარებაზე. იმისათვის, რომ ადიქციურ ქცევას ვუმკურნალოთ და მისი პრევენცია მოვახდინოთ, ყურადღება უნდა მიექცეს ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ფაქტორებს, რომელიც იწვევს და ხელს უწყობს დამოკიდებულების განვითარებას.

წამალდამოკიდებულების ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია მიიჩნევა მკურნალობის განუყოფელ კომპონენტად და მას არ გამოყოფენ ცალკე ჩარევად. რეაბილიტაციის ეტაპის გარეშე მკურნალობა არ განიხილება როგორც ეფექტური ჩარევა. საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე არსებული მრავალი დოკუმენტი გვთავაზობს რეაბილიტაციის და ფსიქოსოციალური დახმარების პრინციპებს და სტანდარტებს, პრაქტიკული დანერგვის სტანდარტებსა და სახელმძღვანელოებს.

იმის გათვალისწინებით, რომ წამალდამოკიდებულების მკურნალობა (და რეაბილიტაცია) ხანგრძლივი და კომპლექსური პროცესია და პაციენტს ხშირად ესაჭიროება მრავალმხრივი დახმარება (ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, სოციალური ფუნქციონირება, განათლება, დასაქმება და ა. შ.), საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ არც ერთი ცალკე აღებული სტრუქტურა (სამინისტრო, დაწესებულება) არ ფლობს საკმარის კომპეტენციას, ექპერტიზას და რესურსებს, რათა შეძლოს ამ კომპლექსური საჭიროებების სრულყოფილი დაკმაყოფილება. შესაბამისად, წამალდამოკიდებული ადამიანების მკურნალობა, ფსიქოსოციალური დახმარება და რეაბილიტაცია შესაძლებელია მხოლოდ დახმარების ინტეგრირებული მოდელის მეშვეობით, რომელშიც მომსახურების მიწოდება ხდება შეთანხმებულად და ერთობლივად, სახელმწიფო, სათემო და საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მიერ.

საქართველოში წამალდამოკიდებულების მკურნალობის არსებული კლინიკური რეკომენდაციები და სტანდარტები ძირითად ყურადღებას ამახვილებენ დაავადების ბიოსამედიცინო ასპექტებზე. დოკუმენტებში დეტალურად არის გაწერილი სკრინინგის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ბიოლოგიური და ფარმაკოლოგიური შემადგენლები. ამავდროულად, სტანდარტები აღიარებს ფსიქოსოციალური ფაქტორების როლს დამოკიდებულების ჩამოყალიბების და/ან მკურნალობის პროცესში. ფსიქოსოციალური დახმარების გაწევა რეკომენდებულია ყველა პაციენტისათვის, განსაკუთრებით აღდგენის ეტაპზე. მიუხედავად ამისა, ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის გაწევა კვალიფიცირდება როგორც სასურველი ჩარევა და სტანდარტებში არ არის აღწერილი ამდაგვარი დახმარების რაიმე მექანიზმები.

მიმოხილვა

1. ადიქციის ადრინდელი კონცეფციები და თეორიები

ადიქციის ცნების ჩამოყალიბება ხდებოდა სხვადასხვა მოდელის გამოყენებით. ზოგიერთი ძირითადი მოდელი/თეორია მოცემულია ქვევით (1).

მორალის თეორია

მორალის თეორია განიხილავს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებას, როგორც მანკიერებას ან ცოდვას. ეს თეორია გულისხმობს, რომ ზოგიერთი ინდივიდი თავიანთი თავისუფალი ნება-სურვილით აკეთებენ ცნობიერ არჩევანს, გახდნენ

ნარკოტიკების მომხმარებლები. მორალური თეორიის კონტექსტში მკურნალობა გულისხმობს: პასუხისმგებლობის დაკისრებას ადამიანის მიერ ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებაზე, ხშირად სირცხვილისა და დანაშაულის გრძნობის გაღვივების გზით; შეგნებულად ისეთი ზომების არმიღება, რომელიც დაიცავდა პიროვნებას ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული უარყოფითი შედეგებისგან. ზოგიერთ შემთხვევაში მკურნალობა შეიძლება დამსჯელობითი ხასიათის იყოს, მაგ.: რელიგიური დევნა ან დაპატიმრება იმ მოლოდინით, რომ სპეციფიკური დასჯა აღმოფხვრის „ცუდ“ საქციელს.

სულიერების/სპირიტუალური თეორია

სულიერების თეორია ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებას უკავშირებს ინდივიდში მეტაფიზიკური ფოკუსის არარსებობას. თეორიის მიხედვით, ზოგიერთი ინდივიდი არის უმწეო, გაუმკლავდეს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებას. გამოჯანმრთელება მხოლოდ შესაძლებელია იმ შემთხვევაში, თუ დაზარალებული/დაავადებული ადამიანი გააცნობიერებს საკუთარ უუნარობას გამოსწორდეს და მიენდობა სულიერ ძალას, რომელიც გაუძღვება გამოჯანმრთელების/გაჯანსაღების პროცესში.

სამედიცინო ან დაავადების თეორია

სამედიცინო მოდელში დამოკიდებული პირი არ არის პასუხისმგებელი არც პრობლემის განვითარებისთვის და არც მის გადაჭრისთვის. ეს მოდელი დამოკიდებულების განვითარებისთვის პოსტულატად მიიჩნევს ბიოლოგიურ/გენეტიკურ წინასწარგანწყობას და ასკვნის, რომ დაავადება პროგრესულია. მოდელის ნაკლი მდგომარეობს იმაში, რომ იგი ვერ პოულობს ახსნას, თუ როგორ იკურნება ბევრი დამოკიდებულების მქონე ინდივიდი პროფესიონალური მკურნალობის გარეშე.

დაავადების მოდელის არსი შემდეგია:

- ა) ნარკოტიკების ყველა მომხმარებელს უნდა ჰქონდეს ერთი და იგივე მიზანი - აბსტინენცია.
- ბ) ინდივიდები, რომელთა ოჯახის წევრებიც იყვნენ ნარკოტიკების ავადმომხმარებლები, არიან უფრო მაღალი რისკის ქვეშ, რომ გახდნენ ნარკოტიკების ავადმომხმარებლები მემკვიდრეობითი დეფექტური გენ(ებ)ის გამო;
- გ) მკურნალობა აუცილებელია იმისათვის, რომ არანამკურნალები ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის შედეგები (სიკვდილის ჩათვლით) თავიდან იქნეს აცილებული;
- დ) სპონტანური გამოჯანმრთელება ნაკლებ სავარაუდოა;
- ე) მკურნალობის შემთხვევაშიც კი, პოტენციური რეციდივის რისკი მუდმივად არსებობს, მიუხედავად სიფხიზლის მდგომარეობის ხანგრძლივობისა.

სიმპტომატური თეორია

სიმპტომატური თეორიის მიხედვით, წამალდამოკიდებულება არის სხვა ძირითადი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევის სიმპტომი. მაგ.: შფოთვის, დეპრესიის, ნევროზის, პიროვნების აშლილობის. თეორიის მთავარი არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მკურნალობა, რომელიც თან სდევს ფსიქიკურ დარღვევას, წამალდამოკიდებულს მიიყვანს რემისიის მდგომარეობამდე. ამგვარად, ყურადღება ფოკუსირებულია თანაარსებული ფსიქიკური დარღვევის დიაგნოზირებასა და მკურნალობაზე. დაავადების თეორიის მსგავსად, ეს თეორიაც არ ითვალისწინებს გამოჯანმრთელების შესაძლებლობას ფორმალური მკურნალობის გარეშე.

სოციალური თეორია

სოციალური თეორიის ჰიპოთეზაა, რომ ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულება შედეგია ისეთი მავნებლური სოციალური ძალების, როგორებიცაა უმუშევრობა, სიღარიბე, ძალადობა, ოჯახის დისფუნქცია, ასევე, გენდერისა და ასაკობრივი უთანასწორობები. მიიჩნევა, რომ ეს ძალები მოქმედებს, როგორც სოციალური სტრესორები და, შედეგად, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ხდება უბედურებასთან შეგუების/ადაპტაციის მიზნით. მკურნალობისას ყურადღება გამახვილებულია გარემოს ცვლილებაზე და მცდელობებზე, რომ გაუმჯობესდეს ინდივიდის სოციალური ფუნქციონირება. რეაბილიტაციის პროცესი შესაძლოა მოიცავდეს სამსახურის შოვნას, სოციალური უნარების განვითარებასა და ყოველდღიური ცხოვრების გარემოს შეცვლას. ფართო სოციალური ცვლილებები შესაძლოა მიღწეული იყოს ნარკოტიკულ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობისა და სოციალური უთანასწორობის შემცირებით.

დასწავლის თეორია

დასწავლის თეორია მიიჩნევს, რომ ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ქცევის შექნისა და შემდეგ განმტკიცების კომპლექსური პროცესების შედეგად დაისწავლება. დასწავლის ბევრმა თეორიამ განიცადა ევოლუცია მარტივი კლასიკური და ოპერანტული განპირობების თეორიიდან უფრო რთულ დასწავლის თეორიებამდე, რაც ხაზს უსვამს პიროვნულ წინასწარგანწყობას და გარემოს სიტუაციებს შორის ურთიერთქმედების არსებობას. არსებობს ზოგადი შეთანხმება, რომ კომპლექსური ქცევა, როგორიცაა მაგალითად, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება, შეუძლებელია დასწავლილი იყოს დასწავლის მხოლოდ ერთი მექანიზმით. რამდენიმე გარემოებამ შეიძლება გამოიწვიოს ნარკოტიკების ავად მოხმარება, და ესენია: სპეციფიკური ნარკოტიკების ფსიქოფარმაკოლოგიური თვისებები, ნარკოტიკების მოხმარების სოციალური ასპექტები, ინდივიდუალური უნარი, გაუძლო არასასურველ გარემოს და ინდივიდუალური საჭიროება, შეცვალო არასასიამოვნო ფსიქოლოგიური მდგომარეობა. დასწავლის თეორია გულისხმობს, რომ მკურნალობა უნდა ფოკუსირდეს ქცევის ცვლილებაზე.

2. ბიოფსიქოსოციალური მოდელი ადიქციაში

ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მიხედვით, ნარკოტიკების მოხმარება არის გენეტიკური/ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალურ-კულტურული ფაქტორების ურთიერთქმედების შედეგი და ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციასა და მკურნალობის დროს ყველა ეს ფაქტორი უნდა იქნეს მიღებული მხედველობაში (2). ეს მოდელი გამოჩნდა ბიოსამედიცინო მოდელის კრიტიკის საპასუხოდ, რომელიც ისტორიულად დომინანტი იყო ადიქციის კვლევების სფეროში. ტრადიციული ბიოსამედიცინო მოდელი შეიქმნა და განვითარდა მედიცინის მეცნიერების მიერ დაავადებების შესწავლის მიზნით. მოდელის დამცველები ადიქციას განიხილავენ, როგორც ტვინის ქრონიკულ მორეციდივე დაავადებას, რომელიც გამოწვეულია გენეტიკური/ბიოქიმიური მიზეზით (3). მიუხედავად იმისა, მეცნიერებას არ აღმოუჩენია ერთი ცალკე მდგომი ფაქტორი, რომლითაც შეიძლება აიხსნას, რატომ შეუძლია ზოგიერთ ადამიანს მოიხმაროს ნივთიერებები დამოკიდებულების განვითარების გარეშე მაშინ, როცა სხვები ხდებიან დამოკიდებულები. პირიქით, დღევანდელი მეცნიერება ამტკიცებს, რომ ნარკოტიკების მოხმარების და წამალდამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში მრავალი ფაქტორი მონაწილეობს - გენეტიკული, ბიოლოგიური, პიროვნული, ფსიქოლოგიური, სოციალური, კულტურული და სხვა. პრევენციისა და სამკურნალო პროგრამების შემუშავებისას ამ ფაქტორების ურთიერთქმედება უნდა იქნეს გათვალისწინებული.

2.1 ბიოლოგიური ფაქტორები და ადიქტური ქცევის განვითარება (4)

შესაბამისი გარემოს შემთხვევაში ბიოლოგიურმა და გენეტიკურმა წინასწარგანწყობამ შესაძლოა გაზარდოს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების რისკი. შვილად აყვანის და ტყუპების კვლევებმა აჩვენა, რომ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება რაღაც დოზით მემკვიდრეობითია. ალკოჰოლზე დამოკიდებული მშობლების ბიჭი შვილები არიან ალკოჰოლის პრობლემური მოხმარების **4-ჯერ** გაზრდილი რისკის ქვეშ, იმ ბავშვებთან შედარებით, რომელთაც არადამოკიდებული მშობლები ჰყავთ. ხოლო ალკოჰოლზე დამოკიდებული დედების ქალიშვილები არიან **3-ჯერ** მეტი რისკის ქვეშ. სხვადასხვა კვლევების მიხედვით გამოთვლილი მემკვიდრეობითობა მერყეობს 40-90% შუალედში.

ადიქციის მიმართ გენეტიკური წინასწარგანწყობა გავლენას არ ახდენს იმ ნივთიერების არჩევანზე, რომელზეც ადამიანი შეიძლება გახდეს დამოკიდებული. იგი ზრდის ადიქტური ქცევისკენ მიდრეკილებას ზოგადად. აღსანიშნავია, რომ გენეტიკური ფაქტორები შეიძლება აღმოჩნდეს დამცავი ალკოჰოლის მოხმარებისგან გამოწვეული აშლილობის წინააღმდეგ. აზიური წარმოშობის ადამიანებში აღინიშნება ფერმენტ ალკოჰოლდეჰიდროგენაზას ნაკლებობა. ეს ფერმენტი მონაწილეობს ღვიძლში ალკოჰოლის დაშლაში. ამ ფერმენტის დეფიციტის მქონე ადამიანებში ალკოჰოლის მიღება იწვევს არასასიამოვნო შეგრძნებებს, კანის სიწითლეს და გახურებას. ამ ადამიანებში ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების ჩამოყალიბება მნიშვნელოვნად უფრო იშვიათად ხდება.

მიუხედავად ალკოჰოლის მოხმარების ქცევაზე გენეტიკური ფაქტორების გავლენის როლის შესახებ არსებული ძლიერი მტკიცებულებისა, ბიოლოგია ჯერ კიდევ არასაკმარისია, რომ ახსნას პრობლემის არსი. გვაქვს ბევრი შემთხვევა, როდესაც გენეტიკური რისკის არმქონე ადამიანები ხდებიან დამოკიდებულნი და პირიქით, დიდი რისკის მატარებელნი - არა. ადიქციის ბიოფსიქოსოციალური მოდელი აღიარებს, რომ ამ შემთხვევების ასახსნელად საჭიროა ფსიქოსოციალური ცვლადების გათვალისწინება, რომლებიც ურთიერთქმედებს ადიქციის გამომწვევ გენეტიკურ და ბიოლოგიურ ფაქტორებთან.

2.2 ფსიქოსოციალური ფაქტორები და ადიქტური ქცევის განვითარება

ადიქტური ქცევის განვითარების ფსიქოსოციალური ფაქტორების დასადგენი კვლევები წარმოადგენს მტკიცებულებებს, რომ ადიქცია მრავალფაქტორიანი პრობლემაა და არა მხოლოდ ცალკე მდგომი დაავადება, რომელიც გამოწვეულია გაზომვადი ფიზიოლოგიური დარღვევით ან დეფიციტით. ბევრ (მაგრამ არა ყველა) წამალდამოკიდებულს აქვს ანტისოციალური ქცევის, არაკომფორტულობის, დევიანტური ქცევის, იმპულსურობისა და დაბალი თვითშეფასების ისტორია, რასაც ემატება ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ეფექტები. ბევრი კვლევაა ჩატარებული ბავშვობის დროინდელ ცვლადებზე, რომლებიც ზრდის ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების რისკს. მსგავსი კვლევების შედეგების მიხედვით, ადიქციის გაზრდილი რისკია იმ ბავშვებში, რომლებიც არიან ცუდად მოპყრობის მსხვერპლები, აქვთ ექსტერნალიზებული ქცევა, მაგ.: ყურადღების დეფიციტი, ჰიპერაქტივობის სინდრომი და/ან დაუმორჩილებლური ქცევები. წლების შემდეგ წამალდამოკიდებულების რისკი განსაკუთრებით იზრდება იმ ბავშვებში, რომელთაც ახასიათებდათ ისეთი ანტისოციალური და დევიანტური ქცევები, როგორებიცაა აგრესია, მტრობა, ვანდალიზმი, სადისტური ქცევა, მემბოხეობა და დევიანტური ქცევების მქონე ჯგუფის წევრობა. ანტისოციალური პიროვნების აშლილობა არის წამალდამოკიდებულების ყველაზე მეტად დამახასიათებელი კომორბიდული დაავადება და, შესაბამისად, ანტისოციალური ქცევა ბავშვებში არის მოგვიანებით ცხოვრებაში წამალდამოკიდებულების პრობლემის ქონის ძლიერი მომასწავებელი.

2.2.1 ფსიქოლოგიური ფაქტორები

ხასიათი და ტემპერამენტი

ადიქტური ქცევა გენეტიკური წინასწარგანწყობისა და ფსიქოსოციალური ცვლადების, როგორიცაა ხასიათი და ტემპერამენტი, ურთიერთქმედების შედეგია. პიროვნული (ხასიათის) ცვლადები, რომლებიც მოგვიანებით გავლენას ახდენს ნივთიერებების მოხმარებაზე, მოიცავს: სიახლის/შეგრძნებების ძიების ქცევებს, ზიანის თავიდან არიდების დაბალ უნარს, აფექტურობას და წახალისებაზე/დაჯილდოებაზე დამოკიდებულებას. ხოლო ტემპერამენტთან დაკავშირებული ცვლადები შესაძლოა, იყოს: ყურადღების დეფიციტი, მაღალი

ემოციურობა, დაბალი სოციალურობა და იმპულსურობა. ბავშვობაში ისეთი რთული ტემპერამენტის მახასიათებლები, როგორებიცაა მოქნილობის მცირე უნარები, არასტაბილური ხასიათი, ორიენტირების ცუდი უნარი, აღმოჩნდა, რომ მოზრდილობაში არის წამალდამოკიდებულების პრობლემების მომასწავებელი. დამატებითი რისკია ის მოზარდები, რომლებიც ირჩევენ დევიანტური ქცევების მქონე ჯგუფების წევრობას.

კლასიკური და ოპერანტული განპირობებულობა

ადიქტური ქცევის მქონე ადამიანებში პირობითი სტიმული (მაგ., ნარკოტიკების ატრიბუტები/პარაფერნალია) შეიძლება გახდეს უპირობო სტიმულის (ნარკოტიკის) წყვილი, რაც ნიშნავს, რომ ადგილი აქვს პირობით რეაქციას (ფსიქომოტორული სტიმულაცია). ადამიანები (მაგ., დამოკიდებული ადამიანების სოციალური ქსელი), ადგილები (მაგ., სადაც ნარკოტიკები იყიდება ან მოიხმარენ) და ნივთები/საგნები (მაგ., ნარკოტიკების ატრიბუტები, ალკოჰოლის ბოთლები, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიტყვები) დაკავშირებულია უპირობო სტიმულთან (ნარკოტიკულ საშუალებასთან), ასრულებენ პირობითი სტიმულის როლს და იწვევენ უპირობო პასუხს (მაგ., ლტოლვას). პირობით სტიმულთან შეხება (კონტაქტი) ხშირ შემთხვევაში არის რემისიაში მყოფი წამალდამოკიდებული ადამიანების რეციდივის მაპროვოცირებელი ფაქტორი.

ოპერანტულ განპირობებულობაში ქცევა განმტკიცებულია დასჯის გზით: დადებითი განმტკიცებით (ჯილდო) ან უარყოფითი განმტკიცებით (არასასურველი შედეგის მოშორება). განმტკიცება შედეგია, რომელიც ზრდის ან ამცირებს ქცევის განმეორების შესაძლებლობას. ადიქტური ქცევის მქონე ადამიანებში ოპერანტული განპირობებულობა მოქმედებს ქცევის განმეორების ალბათობაზე. მაგალითად, მოწვევის ქცევა შეიძლება დადებითად განმტკიცდეს ნიკოტინის მიერ გამოწვეული სასიამოვნო შეგრძნებებით და უარყოფითად განმტკიცდეს ნიკოტინისადმი ლტოლვის მოცილებით/ჩამოშორებით.

ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება დადებითი განმტკიცებაა, როდესაც სასიამოვნო ეფექტები ან ინტოქსიკაციის მდგომარეობა მომხმარებლის მიერ განიხილება, როგორც დაჯილდოება. ამავდროულად, ადამიანები მოიხმარენ ნარკოტიკულ საშუალებებს, რომ გაუმკლავდნენ უსიამოვნო ემოციებს, მართონ სტრესი, შეამცირონ აბსტინენციის სინდრომის უარყოფითი სიმპტომები. ამ შემთხვევებში, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება მოქმედებს, როგორც უარყოფითი განმტკიცება. რაც უფრო ხშირად მოიხმარს ადამიანი ნარკოტიკულ საშუალებას, როგორც ჯილდოს ან უარყოფით ემოციებთან გასამკლავებლად, ასოციაცია უფრო ძლიერი გახდება და, შესაბამისად, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ქცევის შეწყვეტაც უფრო რთულდება. ეს ნაწილობრივ ნიშნავს, რომ მკურნალობა გაცილებით რთულია, ხოლო რეციდივი უფრო სავარაუდო იმ ინდივიდებში, რომლებსაც აქვთ წამალდამოკიდებულების უფრო ხანგრძლივი ისტორია.

თვითფექტურობა

კიდევ ერთი ფსიქოლოგიური ცვლადი, რაც გავლენას ახდენს ნარკოტიკით გამოწვეული აშლილობების განვითარებაზე არის ბანდურას თვითფექტურობის კონცეფცია. თვითფექტურობა განისაზღვრება როგორც პირის შინაგანი რწმენა საკუთარ შესაძლებლობებში, რათა განახორციელოს კონკრეტული ქცევა სასურველი შედეგის მისაღებად. ნარკოტიკის მოხმარების მიმართ თვითფექტურობა ვითარდება მაშინ, როცა ადამიანი ნარკოტიკის მოხმარებასა და მოპოვების მოდელს აკვირდება. მაგალითად, მოზარდს მოწვევის მიმართ თვითფექტურობა უვითარდება, როცა ხედავს რომ თანატოლები ყიდულობენ სიგარეტს, სადაც არ ამოწმებენ მათ პირადობის მოწმობებს ან მის თვალწინ უკიდებენ სიგარეტს. მოზარდის მიერ მოწვევის მიმართ საკუთარი შესაძლებლობების რწმენა იზრდება. თუმცა, თვითფექტურობა ასევე ნიშნავს, რომ ადამიანს სწამს, შეძლებს სტრესულ სიტუაციასთან გამკლავებას ნარკოტიკის მოხმარების გარეშე. კვლევა გვიჩვენებს, რომ ადამიანები უფრო მეტად მოიხმარენ ნარკოტიკს ისეთ სიტუაციებში, სადაც უჭირთ გაუმკლავდნენ სიტუაციურ მოთხოვნებს ან უარყოფით შედეგებს. სტრესთან გასამკლავებლად რაც უფრო ხშირად ხდება ნარკოტიკის მოხმარება, მით უფრო იკლებს სხვა უფრო ადაპტური გამკლავების სტრატეგიების გამოყენება. ეს თავის მხრივ იწვევს ალტერნატიული გამკლავების სტრატეგიების გამოყენების მიმართ თვითფექტურობის შემცირებას. სხვანაირად რომ ითქვას, მცირდება პირის თვითფექტურობა, რომ ითქვას უარი ნარკოტიკის მოხმარებაზე ცხოვრებისეული სირთულეების დროს.

2.2.2 სოციალური გავლენა ნარკოტიკის მოხმარებაზე

ოჯახები

გენეტიკურ ფაქტორებთან ერთად, ადიქციური ქცევა გადამდებია ოჯახში თაობებს შორის სწორედ სოციალური გავლენის გამო. სოციალური დასწავლის თეორია ამბობს, რომ მისაბაძი ქცევის გავლენას და მშობლების მიერ ნარკოტიკის მოხმარებას დიდი როლი აქვს მოზარდის მიერ ნარკოტიკის მოხმარების დაწყებაში. ამ დებულებას კვლევითი ლიტერატურაც ადასტურებს. მიუხედავად იმისა, რომ მისაბაძი ქცევა არ არის ერთადერთი გზა, რითაც მშობლებს შეუძლიათ მოზარდის ქცევაზე გავლენის მოხდენა, მშობლები მის ქცევაზე გავლენას ახდენენ ასევე მათი ნორმებისა და დამოკიდებულებების საშუალებით. უამრავი კვლევა ადასტურებს, რომ არსებობს კავშირი მშობლის მიერ ნარკოტიკის მოხმარების მიმართ დადებით დამოკიდებულებასა და მოზარდის მიერ ალკოჰოლის, თამბაქოს და მარიხუანის მოხმარებას შორის. აღმოჩნდა, რომ არალეგალური ნარკოტიკების მიმართ მშობლის დადებითი განწყობა ერთ-ერთი განმაპირობებელი ფაქტორია ნარკოტიკის გასინჯვის აღრეულ ასაკში და ამჟამად მოხმარების მაღალი სიხშირის. ოჯახი ასევე ნარკოტიკის ავადმომხმარების დაწყებისგან დამცავ როლსაც თამაშობს. მშობლის მიერ მონიტორინგი და მუდმივი დისციპლინა ასოცირებულია ბავშვებში ნარკოტიკის ავადმომხმარების დაბალ რისკთან.

თანატოლები

თანატოლები გავლენას ახდენენ მოზარდის ღირებულებებზე, დამოკიდებულებაზე და ქცევაზე მრავალი მიმართულებით, მათ შორის, ნარკოტიკის მოხმარების კუთხითაც. ჯგუფში ნარკოტიკის მოხმარებელი თანატოლის არსებობა მოზარდის მიერ ნარკოტიკის მოხმარების დაწყების ძლიერი მომასწავებელია, რადგან თანატოლთა ჯგუფს დადებითი დამოკიდებულება აქვთ ნარკოტიკის მოხმარების მიმართ. როდესაც მოზარდებს კავშირი აქვთ სოციალურად დევიანტური დამოკიდებულებების მქონე თანატოლებთან, იზრდება ნარკოტიკის მოხმარების რისკი. მეგობრების მიერ მოწვევის ფაქტი ძალიან ძლიერი განმაპირობებელია მოზარდის მიერ მოწვევის დაწყების. თანატოლების ჯგუფი ახდენს გავლენას მოხმარებაზე ისეთ რისკ-ფაქტორებთან ერთად, როგორცაა ოჯახური პრობლემები, სტრესი, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თვითშეფასება. იმ მოზარდებს შორის ვინც სვამს, ალკოჰოლის მიღების ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზეზი იყო მეგობრებთან სოციალიზაცია, დაძაბულობასა და შფოთვისთან გამკლავება (განსაკუთრებით საპირისპირო სქესის წარმომადგენლებთან), ხასიათის გაუმჯობესება და მოწყენის დაძლევა. თანატოლების გავლენა ნარკოტიკების მოხმარებაზე მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ მოზარდობის პერიოდში. კვლევები აჩვენებს, რომ ზრდასრულებში ალკოჰოლის მოხმარება მსგავსად განპირობებულია თანატოლების სმით.

მეუღლეები და ინტიმური პარტნიორები

ზრდასრულებში მეუღლეები და ინტიმური პარტნიორები ყველაზე მნიშვნელოვანი პირები არიან, ვისაც ქცევაზე გავლენის მოხდენა შეუძლია. კვლევების მიხედვით, ცოლ-ქმრობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ნარკოტიკის მოხმარების მიმბაძველობაზე, ქმრები და ცოლები, როგორც წესი, მოიხმარენ ერთსა და იმავე ნარკოტიკებს, ასევე სასმლის ან ნარკოტიკის პრობლემური მოხმარება ერთი პარტნიორის მიერ მეორე პარტნიორის პრობლემური მოხმარების მომასწავებელია. თუმცა, ქორწინება ზოგიერთ შემთხვევაში დამცავი ფაქტორიცაა და დაკავშირებულია ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მიღების შემცირებასთან.

სქესი

სხვადასხვა ეროვნების თუ კულტურის წარმომადგენლებში, კაცები ქალებთან შედარებით გაცილებით მეტად ეწევიან, მოიხმარენ ნარკოტიკს, სვამენ ალკოჰოლს და აქვთ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებული აშლილობები. გენდერული სხვაობები შესაძლოა განპირობებული იყოს ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობით. ნაწილობრივ შესაძლოა ტრადიციულ გენდერულ როლთან შესაბამისობაში ყოფნითაც იყოს გამოწვეული. ქალები, რომლებიც მისდევნენ უფრო ტრადიციულ გენდერულ როლს, სვამენ ნაკლებ ალკოჰოლურ სასმელს, ვიდრე მათზე ნაკლებად ტრადიციული ქალები. კვლევამ აჩვენა, რომ ქალებისთვის მამაკაცებთან შედარებით ნარკოტიკი მეტად არის განმამტკიცებელი და შესაძლოა დამოკიდებულება მამაკაცებზე სწრაფად განუვითარდეთ. დამოკიდებულების სხვა

რისკ-ფაქტორებს შორისაა ბავშვობაში გადატანილი ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა, დეპრესია, ინტიმური პარტნიორის მიერ ძალადობა, პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობა, რაც ბევრად მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ქალებში ნარკოტიკის მოხმარების დაწყების და გრძელვადიანი მოხმარების კუთხით. ქალები უფრო ხშირად აღნიშნავენ ნარკოტიკის მოხმარებას უარყოფითი ეფექტების ასარიდებლად, ვიდრე მამაკაცები. თანასწორთა გავლენა თამბაქოს მოწევაზე უფრო ძლიერია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში.

ნარკოტიკის მოხმარებაზე გარემოს გავლენა

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ხელმისაწვდომობა მოხმარების დაწყების და მოხმარებასთან დაკავშირებული აშლილობის განვითარების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. იმისათვის რომ გენეტიკურმა წინასწარგანწყობამ განაპირობოს ადიქციური ქცევა, ის ურთიერთქმედებაში უნდა იყოს დამოკიდებულების გამომწვევ აგენტთან, როგორცაა მაგალითად, ალკოჰოლი და ნარკოტიკი. ალკოჰოლზე და ნარკოტიკზე გაზრდილი ხელმისაწვდომობა მასთან კონტაქტის გაზრდილ ალბათობას იძლევა. მოწევის დონე იზრდება იმ ადგილებში, სადაც არ არის მოწევისთვის აკრძალული სივრცეები და მცირდება, როდესაც კანონის მიერ შენობაში მოწევის აკრძალვა მოქმედებს. ალკოჰოლის მოხმარება და მასთან დაკავშირებული აშლილობები მაღალია ბარების და ალკოჰოლის მაღაზიების სამეზობლო ტერიტორიებზე.

საინტერესოა, რომ ასეთი აშკარა კავშირი არალეგალური ნარკოტიკის ხელმისაწვდომობასა და მისი მოხმარების გავრცელებას შორის არ არის. ხშირად მოხმარების მასშტაბი მსგავსია იმ ადგილებში, სადაც ნარკოტიკისადმი განსხვავებული მიდგომები არსებობს. მაგალითად, მარიხუანის მოხმარება მნიშვნელოვნად განსხვავებული არ არის იმ ადგილებში, სადაც ის ლეგალიზებულია ან კრიმინალიზებულია.

2.3 ბიოფსიქოსოციალური მოდელი და დამოკიდებულების მკურნალობა

ბუნებრივი განკურნება

ბიოსამედიცინო მოდელის მიხედვით, დამოკიდებულება არის ქრონიკულად მორეციდივე ტვინის დაავადება, რომელიც პროგრესირებს მანამ, სანამ არ მოხდება მკურნალობა. მეორე მხრივ, ბიოფსიქოსოციალური მოდელი აღიარებს ბუნებრივ გამოჯანმრთელებას. ბუნებრივი გამოჯანმრთელება ან გამოჯანმრთელება პროფესიონალური მკურნალობის გარეშე ნარკოტიკის მოხმარებისგან გამოწვეული პრობლემებისგან განკურნების ყველაზე გავრცელებული მეთოდია. ბუნებრივი გამოჯანმრთელების ერთ-ერთი ყველაზე თვალსაჩინო მაგალითი ეხება ვიეტნამის ვეტერანებს, რომლებიც ვიეტნამში ყოფნისას მოიხმარდნენ ჰეროინს და სახლში (აშშ-ში) დაბრუნების შემდეგ პროფესიონალური დახმარების გარეშე მიატოვეს ნარკოტიკის მიღება (5). კვლევებმა ბუნებრივად გამოჯანმრთელების ბევრი მიზეზი აღმოაჩინეს, მათ შორის რელიგიური ან სულიერი გამოცდილება, დანაკარგის განცდა,

მეგობრების და ოჯახის მხარდაჭერა, დაზიანება ან ავადმყოფობა, ნარკოტიკთან დაკავშირებული ავადმყოფობა ან სხვა ადამიანის ავადმყოფობა. ეს მიზეზები გარეგანი მოტივატორებია, პირის სოციალური და კულტურული გარემოს ფაქტორებია. დამოკიდებულებისგან განკურნების სტრატეგიებს შორის წარმატებული ცვლილების მხარდაჭერა მოიცავს სიფხიზლის სოციალურ მხარდაჭერას, ახალი გამკლავების სტრატეგიების და სტრესის მენეჯმენტის ტექნიკების ათვისებას და მთლიანი ცხოვრების წესის ცვლილებას მათ შორის სოციალური გარემოს შეცვლას, თავისუფალი დროის რესტრუქტურირებას და ისეთი პირობების არიდებას, რაც ნარკოტიკებისადმი ლტოლვას იწვევს.

ვიეტნამის კვლევა

ერთ-ერთი ყველაზე გამოჩენილი მაგალითი ბუნებრივი გამოჯანმრთელების არის ვიეტნამის ომის ვეტერანების კვლევა. ამ დროს ჯარისკაცების ხელმისაწვდომობა ჰეროინზე ძალიან მარტივი იყო, რადგან მას აწარმოებდნენ ჰეროინის ოქროს სამკუთხედში (ვიეტნამის მეზობელ ქვეყნებში). ჰეროინი იყო სუფთა (90-96%) და იაფი. მეტიც, ჯარისკაცების უმეტესი ნაწილი ეწეოდა მას და ინექციურად არ მოიხმარდა, როგორც ეს აშშ-ში ხდებოდა. კვლევის ზოგადი შენარჩევადან 43% ჰქონდა მოხმარებული ნარკოტიკი ვიეტნამში, 34%-ს მოხმარებული ჰქონდა ჰეროინი. 20% კი ჰეროინზე დამოკიდებული იყო. სახლში დაბრუნებიდან 8-12 თვის განმავლობაში მხოლოდ 10% განაგრძობდა ნარკოტიკის მოხმარებას, ხოლო ჰეროინზე დამოკიდებულთა რიცხვი 1%-მდე შემცირდა. სამ წლიანი მიდევნების შემდეგ, ვეტერანთა 2% იყო ჰეროინზე დამოკიდებული. ეს დადასტურდა შარდის ტოქსიკოლოგიური ანალიზებითაც. მნიშვნელოვანია, რომ ჯარისკაცების მხოლოდ მცირე ნაწილმა მოითხოვა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პროფესიონალური მკურნალობა. უმრავლესობა გამოჯანმრთელდა პროფესიონალების დახმარების გარეშე. ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა სახლიდან შორს ყოფნა, ახალ, უცხო, მტრულ გარემოში ყოფნა, ომში, სადაც ბევრმა არ იცოდა რას აკეთებდა სახლიდან ათასობით მილის დაშორებით შიშის, შფოთვის, უსუსურობისა და დისტრესის ქვეშ, რომლებსაც თან ახლდა ნარკოტიკზე მარტივი ხელმისაწვდომობაც, რაც ყოველდღიურ ცხოვრებას გაუადვილებდათ, გახდა მათ მიერ ნარკოტიკის მოხმარების დაწყების მიზეზი. უკან სახლში დაბრუნების შემდეგ კი უმრავლეს შემთხვევაში ეს ყველაფერი გაქრა. გარდა იმისა, რომ მათ მიიღეს დადებითი განწყობები ოჯახისგან, მეგობრებისგან, ახლობლებისგან ამერიკულმა საზოგადოებამ ყველაფერი გააკეთა მათთვის ომის წინარე მდგომარეობის დასაბრუნებლად.

2.3.1 მედიკამენტური მკურნალობა

ბიოსამედიცინო მოდელის მიხედვით, დაავადების სამკურნალოდ მედიკამენტის გამოყენება არჩევანის მკურნალობაა. არსებობს რამდენიმე მედიკამენტი, რაც სასარგებლოა ნარკოტიკის მოხმარების მკურნალობის პროცესში, მაგრამ არც ერთ მედიკამენტს არ უჩვენებია, რომ კურნავს დამოკიდებულებას ან მის პრევენციას ახდენს, როგორც ეს მოსალოდნელი იქნებოდა ბიოსამედიცინო მოდელში. მოწვევის შემთხვევაში ნიკოტინის ჩანაცვლებითმა თერაპიებმა, როგორიცაა მხარზე დასაკრავი საწებურა, საღეჭი რეზინი და ცხვირის სპრეი, აჩვენა, რომ აორმაგებს მოხმარების შეწყვეტის ალბათობას. ოპიატებზე დამოკიდებულებისათვის, მეთადონი და ბუპრენორფინი ეფექტურია ლტოლვისა და აღკვეთის სიმპტომების შესამცირებლად.

ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სამკურნალო პროგრამაში ჩართულ პირებს შესაძლოა გამოუწერონ ანტიბუსი, რაც ავერსიული (მიუღებლობის) სტიმულია ალკოჰოლის მომხმარებლებისათვის, მაგრამ ეს ზომიერად ეფექტურია იდეალურ მდგომარეობაში. ნალტრექსონი, ოპიატური რეცეპტორების ანტაგონისტი, როდესაც მიეწოდება სამედიცინო მართვასთან ერთად, აჩვენებს, რომ ისეთივე ეფექტურია ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ, როგორც არის რამდენიმე ქცევითი თერაპიის ელემენტების კომბინაცია. წამალდამოკიდებულებაზე მიმართულ მკურნალობას შესაძლოა სარგებელი ჰქონდეს ანქსიოლიზური ან ანტიდეპრესანტული ფარმაცოთერაპიიდან, რათა დაეხმაროს პირებს, მართონ უარყოფითი განწყობა, რასაც ადრე ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარებით მართავდნენ. საერთო ჯამში, ვერც ერთმა მედიკამენტმა ვერ აჩვენა, რომ დამოკიდებულების პრობლემას საფუძვლიანად და საბოლოოდ მოაგვარებს და ფარმაცოლოგიური მკურნალობის გარეშე გამოჯანმრთელება საკმაოდ ხშირია.

2.3.2 ფსიქოსოციალური ფაქტორები დამოკიდებულების მკურნალობაში

ცვლილებისთვის მზაობა

დამოკიდებულების სამკურნალოდ მნიშვნელოვანია ისეთი ფსიქოლოგიური ფაქტორების არსებობა, როგორიცაა მოტივაცია და ცვლილებისთვის მზაობა. კვლევა გვიჩვენებს, რომ მოტივაციის ქონა ზრდის ალბათობას, რომ პირი ჩაერთვება მკურნალობაში, დაასრულებს სამკურნალო პროგრამას ან ფორმალური მკურნალობის გარეშე შეცვლის ნარკოტიკის მოხმარების ქცევას. მკურნალობის დაწყების დიდი მოტივაცია, ასევე, მაჩვენებელია უკეთესი გრძელვადიანი შედეგისა. მოტივაციური ინტერვიუება არის თერაპიული მიდგომა, რომელმაც აჩვენა განსაკუთრებული ეფექტურობა ნარკოტიკის იმ მომხმარებლებში, რომლებსაც აქვთ ცვლილების დაბალი მოტივაცია.

თვითეფექტურობა

თვითეფექტურობა კოგნიტური ფაქტორია, რომელიც აუცილებელია დამოკიდებულებისგან განკურნებისთვის. იმისათვის, რომ თავი შეიკავოს ნარკოტიკის მოხმარებისგან, ადამიანს სჭირდება, რომ სჯეროდეს, შეძლებს მძიმე სიტუაციების სხვაგვარად მართვას. თვითეფექტურობა ვითარდება გამოცდილებითა და სხვა ქცევითი შესაძლებლობების განხორციელებისათვის მზაობით. მაგალითად, როდესაც ადამიანი თავს ანებებს სიგარეტის მოხმარებას და მოწევის ნაცვლად ირჩევს სანაპიროზე გასეირნებას, ის გამოიმუშავებს თვითეფექტურობას, რომელიც მას დაეხმარება შეიმსუბუქოს სტრესი სხვა გზებით და არა მოწევის ქცევით. რაც უფრო დიდია იმის გამოცდილება, რომ გამოიყენოს გამკლავების განსხვავებული სტრატეგიები და არა ნარკოტიკის მოხმარება, მით უფრო ძლიერი ხდება მისი თვითეფექტურობა.

ამრიგად, ბევრი მტკიცებულება არსებობს, რომელიც მხარს უჭერს ბიოფსიქოსოციალურ მოდელს და იყენებს ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და

სოციალურ ფაქტორებს, რათა გაერკვეს დამოკიდებულების განვითარებასა და პროგრესირებაში. კვლევები გვიჩვენებს ბიოლოგიური ფაქტორების, მათ შორის გენეტიკურ წინასწარგანწყობის როლის მნიშვნელობას დამოკიდებულების ქცევის განვითარებაში. ამავე დროს, ფსიქოლოგიური და კოგნიტური ფაქტორები, როგორცაა შედეგის მოლოდინი, თვითეფექტურობა, ცვლილებისთვის მზაობა და სოციალური ფაქტორები როგორცაა ოჯახი, თანატოლები და ინტიმური პარტნიორი თანაბრად მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს დამოკიდებულების განვითარებაზე. იმისათვის, რომ ადიქციურ ქცევას ვუმკურნალოთ და მისი პრევენცია მოვახდინოთ, ყურადღება უნდა მიექცეს ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ ფაქტორებს, რომელიც იწვევს და ხელს უწყობს დამოკიდებულების განვითარებას.

3. წამალდამოკიდებულთა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის კლინიკური რეკომენდაციები და სტანდარტები - საერთაშორისო გამოცდილების მიმოხილვა

წამალდამოკიდებულების ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია მიიჩნევა მკურნალობის განუყოფელ კომპონენტად და მას არ გამოყოფენ ცალკე ჩარევად. რეაბილიტაციის ეტაპის გარეშე მკურნალობა არ განიხილება როგორც ეფექტური ჩარევა. საერთაშორისო დონეზე (გაერო, ევროკავშირი) და ეროვნულ დონეზე არსებობს მრავალი დოკუმენტი, რომელიც გვთავაზობს რეაბილიტაციის და ფსიქოსოციალური დახმარების პრინციპებს და სტანდარტებს, და ასევე მოიცავს პრაქტიკული დანერგვის სტანდარტებსა და სახელმძღვანელოებს. პრინციპები და სტანდარტები აწესებს ზოგად მოთხოვნებს წამალდამოკიდებულების მკურნალობის მიმართ, ფსიქოსოციალური დახმარების ჩათვლით. ქვემოთ მოყვანილია აშშ-ს წამალდამოკიდებულების ეროვნული ინსტიტუტის მიერ მოწოდებული ეფექტური მკურნალობის პრინციპები (6). ეს პრინციპები აღიარებულია და გაზიარებულია ბევრი საერთაშორისო ორგანიზაციის და ეროვნული სტრუქტურების მიერ და მდგომარეობს შემდეგში:

- არ არსებობს მკურნალობის ერთი ტიპი, რომელიც ყველა ინდივიდისთვის ერთნაირად შესაფერისია;
- ეფექტური მკურნალობა პასუხობს ინდივიდის მრავლობით საჭიროებებს და არა მხოლოდ მის მიერ ნარკოტიკის მოხმარებას;
- ინდივიდის მკურნალობა და მომსახურების გეგმა უნდა შეფასდეს განგრძობითად და განახლდეს საჭიროებისამებრ, რათა დავრწმუნდეთ რომ გეგმა თანხვედრაშია პიროვნების შეცვლილ საჭიროებებთან;
- ადეკვატური პერიოდის განმავლობაში მკურნალობაში პიროვნების დაყოვნება მნიშვნელოვანია მკურნალობის ეფექტიანობისთვის;
- იმ ადამიანებისთვის, ვინც ნარკოტიკზე დამოკიდებულია კონსულტირება (ინდივიდუალური და/ან ჯგუფური) და სხვა ქცევითი თერაპიები მნიშვნელოვანი კომპონენტია ეფექტური მკურნალობისთვის;

- მედიკამენტები მკურნალობის მნიშვნელოვანი ელემენტია მკურნალობაში ჩართული ბევრი ადამიანისათვის, განსაკუთრებით კი მაშინ, როცა მედიკამენტოზური მკურნალობა კომბინირებულია კონსულტირებასთან და სხვა ქცევით თერაპიებთან;
- დამოკიდებული ან ნარკოტიკის ავადმომხმარებელი ინდივიდები, რომელთაც აქვთ თანმხლები ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები, უნდა იღებდნენ ორივე დიაგნოზისთვის ინტეგრირებულ მკურნალობას;
- სამედიცინო დეტოქსიკაცია მკურნალობის მხოლოდ ერთი საფეხურია და თავისთავად მცირე ცვლილებას იწვევს ნარკოტიკის მოხმარების გრძელვადიან პერსპექტივაში;
- სამკურნალო პროგრამებმა უნდა უზრუნველყოს აივ/შიდსის, ბე და ცე ჰეპატიტების, ტუბერკულოზის და სხვა ინფექციების შეფასება. გაუწიოს კონსულტირება, რათა დაეხმაროს ქცევის შეცვლაში მათ, ვინც ინფიცირების რისკის ქვეშ არიან;
- დამოკიდებულების მქონე ადამიანის გამოჯანმრთელება შესაძლოა, იყოს გრძელვადიანი პროცესი და ხშირად საჭიროებს მკურნალობის მრავლობით ეპიზოდს.

ევროკავშირის დონეზე წამალდამოკიდებულების მკურნალობის, სოციალური ინტეგრაციის და რეაბილიტაციის მინიმალური სტანდარტები შესულია ევროპის საბჭოს დადგენილებაში და შეეხება ნარკოტიკებზე ევროკავშირის 2013-2016 წლების სამოქმედო გეგმის განხორციელებას (7). დოკუმენტში ხაზგასმულია, რომ ეს სტანდარტები წარმოადგენს ხარისხის მინიმალურ ზღვარს და „სადაც შესაძლებელია, გამოყენებული უნდა იქნეს ხარისხის უფრო მაღალი სტანდარტები“. მოცემულ დოკუმენტში მკურნალობის, სოციალური ინტეგრაციის და რეაბილიტაციის მინიმალური სტანდარტები შემდეგნაირად არის ჩამოყალიბებული:

- შესაბამისი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობა მორგებულია მომსახურებით მოსარგებლის მახასიათებლებზე და გათვალისწინებულია პიროვნების ღირსება, პასუხისმგებლობა და მზაობა ცვლილებისადმი;
- მკურნალობაზე წვდომა აქვს ყველას, ვინც მას საჭიროებს და არ არის შეზღუდული პიროვნული და სოციალური მახასიათებლებით და გარემოებებით ან მომსახურების მიმღების ფინანსური რესურსის სიმწირით. მკურნალობა მიწოდებულია გონივრულ ვადაში და განგრძობითი ზრუნვის კონტექსტში;
- მკურნალობასა და სოციალური ინტეგრაციის ჩარევებში მიზანი დასახულია ეტაპობრივად და პერიოდულად ხდება მისი გადახედვა. შესაძლო რეციდივები შესაბამისად იმართება;
- მკურნალობა და სოციალური ინტეგრაციის ჩარევები და მომსახურებები ემყარება ინფორმირებულ თანხმობას, არის პაციენტზე ორიენტირებული და მხარს უჭერს პაციენტის გაძლიერებას;

- მკურნალობის მიწოდება უზრუნველყოფილია კვალიფიცირებული სპეციალისტებისა და გადამზადებული პერსონალის მიერ, ვინც განგრძობით პროფესიულ განვითარებაში არიან ჩართულები;
- მკურნალობის ჩარევები და მომსახურებები ინტეგრირებულია უწყვეტი ზრუნვის ფარგლებში და საჭიროებისამებრ მოიცავს სოციალური მხარდაჭერის მომსახურებებს (განათლება, თავშესაფარი, პროფესიული ტრენინგები, კეთილდღეობა), რომელთა მიზანია პიროვნების სოციალური ინტეგრაცია;
- სამკურნალო მომსახურებები უზრუნველყოფს მოხალისეობრივ ტესტირებას სისხლით გადამდებ ინფექციებზე, უწყვეტ კონსულტირებას სარისკო ქცევებზე და ეხმარება დაავადების მართვაში;
- მკურნალობის მომსახურებებზე ხორციელდება მონიტორინგი და განხორციელებული აქტივობები და მიღწეული შედეგები რეგულარული შიდა და გარე შეფასებების საგანია.

ეროვნულ სტანდარტებსა და სახელმძღვანელოებში მოცემულია სხვადასხვა დეტალიზაციის აღწერა იმისა, თუ როგორ უნდა ხდებოდეს პაციენტის პროცესში ჩართვა და ჩარევის დაგეგმვა, როგორი უნდა იყოს დაწესებულების ფიზიკური გარემო, პერსონალის კვალიფიკაცია და ურთიერთობა სხვა პარტნიორ მომსახურებებთან (8-10). გაერთიანებული სამეფოს წამალდამოკიდებულების კლინიკური მართვის სახელმძღვანელო შემუშავებულია ჯანდაცვის პროფესიონალების, მომსახურებების მენეჯერების და ჯანდაცვის მარეგულირებელი სტრუქტურების ხელმძღვანელებისათვის და „ეხმარება კლინიციისტებსა და მომსახურებების მიწოდებლებს დაბალანსებული ჩარევების მიწოდებაში, რათა მაღალი ალბათობით მოხდეს ინდივიდუალური და საზოგადო სარგებლის მიღწევა“ (11). დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ სახელმძღვანელოს არ გააჩნია სპეციფიკური იურიდიული ძალა, მაგრამ მასში მოწოდებული სტანდარტები და ზრუნვის დადგენილი ხარისხი გათვალისწინებული იქნება დაწესებულების ან/და კონკრეტული კლინიციისტი საქმიანობის შეფასებისას. სახელმძღვანელოს მე-3 თავი ეთმობა წამალდამოკიდებული ადამიანების ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას და მასში მოწოდებულია ჩარევის სახეობები და ეტაპები, პერსონალის ძირითადი კომპეტენციები და ხარისხის სტანდარტები სხვადასხვა ჩარევების განხორციელების დროს. სახელმძღვანელოს ცალკე ერთვის დამხმარე დოკუმენტი, სადაც უკვე დეტალურად არის აღწერილი ფსიქოსოციალური ჩარევები, სპეციფიკური ტექნიკები და შესაბამისი სტანდარტები, გაწერილია მონაწილე პერსონალის კომპეტენციები (12). ეროვნულ სახელმძღვანელოებში, რიგ შემთხვევაში განხილულია პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე ფსიქოსოციალური ჩარევების სხვადასხვა შინაარსი და ხანგრძლივობა (დაბალი და მაღალი ინტენსივობის ჩარევა; სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურება; ხანმოკლე და ხანგრძლივი დახმარება) (13). ასევე, შემოთავაზებულია ფსიქოსოციალური დახმარების სპეციფიკური მომსახურების მიწოდების სახელმძღვანელოები (მაგ. თერაპიული კომუნა, რეზიდენტული რეაბილიტაცია) (14, 15) ან/და კონკრეტულ პოპულაციაზე ორიენტირებული

დახმარების სახელმძღვანელოები (მაგ. ქალებისათვის, პაციენტების ახლობლებისთვის) (16, 17).

მნიშვნელოვანია!!! იმის გათვალისწინებით, რომ წამალდამოკიდებულების მკურნალობა (და რეაბილიტაცია) ხანგრძლივი და კომპლექსური პროცესია და პაციენტს ხშირად ესაჭიროება მრავალმხრივი დახმარება (ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, სოციალური ფუნქციონირება, განათლება, დასაქმება და ა. შ.), საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ არც ერთი ცალკე აღებული ინსტიტუცია (სამინისტრო, დაწესებულება) არ ფლობს საკმარის კომპეტენციას, ექპერტიზას და რესურსებს, რათა შეძლოს ამ საჭიროებების ჰოლისტური დაკმაყოფილება. შესაბამისად, წამალდამოკიდებული ადამიანების ფსიქოსოციალური დახმარება და რეაბილიტაცია შესაძლებელია მხოლოდ დახმარების ინტეგრირებული მოდელის მეშვეობით, რომელშიც მომსახურების მიწოდება ხდება შეთანხმებულად და ერთობლივად სახელმწიფო, სათემო და საზოგადოებრივი ორგანიზაციების მიერ. ამ მიმართულებით ერთ-ერთი თვალსაჩინო მაგალითია ირლანდია, სადაც ცალკე არის შემუშავებული რეაბილიტაციის ჩარჩო დოკუმენტი, რომელშიც გაწერილია ინტეგრირებული ზრუნვის მიდგომები და უწყებებს შორის თანამშრომლობა (18). დოკუმენტი ყურადღებას ამახვილებს დაინტერესებული უწყებების ჩართულობასა და თანამშრომლობაზე, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს ზრუნვის ერთობლივი (უწყებათაშორისი) გეგმის შემუშავება და განხორციელება. მასში განსაზღვრულია უწყებებს შორის კოორდინაციის ტექნიკური დეტალები და მათი როლი დახმარების სხვადასხვა ტიპის მიწოდებისას (პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე). აგრეთვე აღწერილია უწყვეტი ზრუნვის ეტაპები (შეფასება, უწყებათაშორისი ერთობლივი დახმარების გეგმის შედგენა და განხორციელება) და პაციენტის ზრუნვის სისტემაში „მოძრაობის“ ალგორითმი. ამ დოკუმენტს ერთვის სტანდარტები და შეფასების სახელმძღვანელოები, სადაც კიდევ უფრო დეტალურად არის აღწერილი ჩართული ორგანიზაციების და პერსონალის მოვალეობები და მოქმედების ალგორითმები; ასევე მოწოდებულია შეფასების, მკურნალობის დაგეგმარების და მონიტორინგის ინსტრუმენტები (19).

4. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ქართულ კლინიკურ რეკომენდაციებსა და სტანდარტებში

მიუხედავად იმისა, რომ წამალდამოკიდებულების დარგში საქართველოში შემუშავებულია 12 კლინიკური სტანდარტი, დღეისათვის დამტკიცებულია მხოლოდ 5 კლინიკური სტანდარტი და 2 რეკომენდაცია. ამ დოკუმენტებში ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა სხვადასხვა ხარისხითა და სახით არის გათვალისწინებული. როგორც წესი, ეს ვლინდება სტანდარტში არსებული რეკომენდაციის სახით, რომლის მიხედვითაც პაციენტის მკურნალობისა და აღდგენის პროცესის ერთ-ერთი კომპონენტი უნდა იყოს ფსიქოსოციალური დახმარების გაწევა.

ალკოჰოლური დამოკიდებულების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

ფსიქოსოციალური ფაქტორები შესულია სტანდარტით რეკომენდებულ ერთ-ერთ სკრინინგის ინსტრუმენტში. სხვა ფორმით რეკომენდაცია და სტანდარტი ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომას არ ახსენებენ.

თამბაქოს წვეის მიტოვება და პრევენცია

რეკომენდაციაში რისკის ფაქტორების ჩამონათვალში შესულია სოციალური, ინტერპერსონალური და პერსონალური ზეგავლენა. რეკომენდაცია, სხვა მიდგომებთან ერთად, ითვალისწინებს სოციალური მხარდაჭერის გაწევას. კლინიკურ სტანდარტში ნახსენებია ხანმოკლე ჩარევა, როგორც ჩარევის ერთ-ერთი ფორმა. ხანმოკლე ჩარევა ითვალისწინებს ფსიქოსოციალური ფაქტორების ზეგავლენას თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის პროცესში.

ოპიოიდური ალკვითის სინდრომისას მეთადონით დეტოქსიკაციის მართვა; ოპიოიდური დამოკიდებულების მეთადონით შემანარჩუნებელი ჩანაცვლებითი მკურნალობა; სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპია

კლინიკურ სტანდარტებში აღნიშნულია, რომ ჩანაცვლებითი მკურნალობის ერთ-ერთი მიზანი არის „*ჩანაცვლებითი მკურნალობის და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის გზით პაციენტებში რემისიის მდგომარეობის მიღწევა*“. სტანდარტების დანერგვისათვის საჭირო რესურსების ჩამონათვალში მითითებულია ექიმი და ექთანნი, როგორც აუცილებელი პერსონალი. ამავდროულად, ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი მითითებულია, როგორც სასურველი პერსონალი. რეკომენდაციებში აღნიშნულია, რომ „*ფსიქოსოციალური დახმარება რუტინულად უნდა შევთავაზოთ ფარმაკოლოგიურ მკურნალობასთან ერთად*“. აუდიტის კრიტერიუმების ჩამონათვალი, სხვა კრიტერიუმებთან ერთად, ითვალისწინებს შემდეგ კრიტერიუმებს - „*შეთავაზებულია ფსიქოთერაპია*“, „*რეგულარულად ესწრება ფსიქოთერაპიულ სესიებს*“. თუმცა, იქვე არის აღნიშნული, რომ ამ ორი კრიტერიუმის შესრულება არ არის სავალდებულო. სუბოქსონით მკურნალობის სტანდარტი მიუთითებს, რომ შემანარჩუნებელ ფაზაში ყურადღება უნდა გამახვილდეს ოჯახური და სოციალური მხარდაჭერის საკითხებზე, დასაქმებასა და ფინანსურ საკითხებზე, დროის სტრუქტურირებაზე. რეკომენდაციებში აღნიშნულია, რომ ოპიოიდებით ჩანაცვლებით თერაპიასთან ერთად პაციენტისთვის მუდმივად უნდა იქნეს შეთავაზებული ფსიქოსოციალური დახმარება.

დასკვნები და რეკომენდაციები

საქართველოში წამალდამოკიდებულების მკურნალობის არსებული კლინიკური რეკომენდაციები და სტანდარტები ძირითად ყურადღებას ამახვილებს დაავადების ბიოსამედიცინო ასპექტებზე. დოკუმენტებში დეტალურად არის გაწერილი სკრინინგის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ბიოლოგიური და ფარმაკოლოგიური

შემადგენლები. ამავდროულად, კლინიკური სტანდარტები აღიარებს ფსიქოსოციალური ფაქტორების როლს დამოკიდებულების ჩამოყალიბების და/ან მკურნალობის პროცესში. ფსიქოსოციალური დახმარების გაწევა რეკომენდებულია ყველა პაციენტისათვის, განსაკუთრებით აღდგენის ეტაპზე. მიუხედავად ამისა, ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის გაწევა კვალიფიცირდება, როგორც სასურველი ჩარევა და სტანდარტებში არ არის აღწერილი ამდგვარი დახმარების რაიმე მექანიზმები.

შესაბამისად, საშურია შემდეგი ამოცანების შესრულება:

- წამალდამოკიდებულთა მკურნალობის და რეაბილიტაციის ჩარჩო დოკუმენტის შემუშავება, რომელშიც გაწერილი იქნება ინტეგრირებული ზრუნვის მიდგომები და უწყებებს შორის თანამშრომლობა. მასში განსაზღვრული უნდა იყოს უწყებებს შორის კოორდინაციის ტექნიკური დეტალები და მათი როლი დახმარების სხვადასხვა ტიპის მიწოდებისას (პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე);
- ამ დოკუმენტს უნდა ერთოდეს სტანდარტები და შეფასების რეკომენდაციები, სადაც კიდევ უფრო დეტალურად იქნება აღწერილი ჩართული ორგანიზაციების და პერსონალის მოვალეობები და მოქმედების ალგორითმები; რეკომენდაციები უნდა შეიცავდეს შეფასების, მკურნალობის დაგეგმარების და მონიტორინგის ინსტრუმენტებს;
- აღნიშნული ჩარჩოს დანერგვასთან დაკავშირებით, სხვადასხვა ჩართული ორგანიზაციის პერსონალის გადამზადება, რათა შესაძლებელი გახდეს შემოთავაზებული სტანდარტების დაკმაყოფილება;
- ვინაიდან ჩარჩო დოკუმენტებს, სტანდარტებსა და რეკომენდაციებს არ გააჩნიათ სპეციფიკური იურიდიული ძალა, მათში მოწოდებული სტანდარტების და ზრუნვის დადგენილი ხარისხის გათვალისწინება დაწესებულების ან/და კონკრეტული კლინიცისტიის საქმიანობის შეფასებისას.

ლიტერატურა

1. Alcohol and Drug Services British Columbia Ministry for Children and Families. THE BIOPSYCHOSOCIAL THEORY: A COMPREHENSIVE DESCRIPTIVE PERSPECTIVE on ADDICTION. 1996;
2. Havelka M, Lucanin JD, Lucanin D. Biopsychosocial model--the integrated approach to health and disease. Coll Antropol. 2009;33(1):303-10;
3. Hunt A. Expanding the Biopsychosocial Model: The Active Reinforcement Model of Addiction. Graduate Student Journal of Psychology. 2014;15;
4. Skewes M, Gonzalez V. The Biopsychosocial Model of Addiction. In: Miller P, editor. Principles of Addiction: Elsevier; 2013. p. 61-70;

5. Becoña E. Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*. 2018;30(3):270-5;
6. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A research-based guide (third edition). Rockville, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2012. Contract No.: NIH Publication No. 12–4180;
7. Council of the European Union. Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union. In: Council GSot, editor. 2015;
8. UNODC. Sustained Recovery Management. Good Practice. Vienna, Austria: Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres; 2008;
9. The Scottish Government. Standard Expectations of Care and Support in Drug and Alcohol Services. Edinburgh, Scotland: The Scottish Government; 2014;
10. National Treatment Agency for Substance Misuse. Commissioning for recovery Drug treatment, reintegration and recovery in the community and prisons: a guide for drug partnerships. London, UK: National Health Services; 2010;
11. UK Department of Health. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London, UK; 2017;
12. National Treatment Agency for Substance Misuse. ROUTES TO RECOVERY: PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS FOR DRUG MISUSE. A framework and toolkit for implementing NICE- recommended treatment interventions. 2010;
13. National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of residential rehabilitation for drug and alcohol misusers. London, UK: National Health Service; 2006;
14. NSW Department of Health. Drug and alcohol treatment guidelines for residential settings. Sydney, Australia: NSW Department of Health; 2007;
15. Shah D, Paget S. Service Standards for Addiction Therapeutic Commitnties. Kondon, UK: The Royal College of Psychiatrists; 2006;
16. National Treatment Agency for Substance Misuse. Supporting and involving carers. London, UK: National Health Services; 2008;
17. UNODC. Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women. Vienna, Austria: UNODC; 2016;
18. Doyle J, Ivanovic J. National Drugs Rehabilitation Framework Document. Dublin, Ireland: Health Services Executive; 2010;
19. National Drugs Rehabilitation Implementation Committee. National Protocols & Common Assessment Guidelines to Accompany the National Drugs Rehabilitation Framework. Dublin, Ireland: Health Service Executive; 2011.

პალიატიური მზრუნველობა

იოსებ აბესაძე, ფატი ძოწენიძე

ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა პალიატიურ მზრუნველობაში

მოკლე შინაარსი

დაავადება ადამიანს ცხოვრების ჩვეული კალაპოტიდან აგდებს და ხშირად რადიკალურად ცვლის მას. განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ავადობის გავლენა ქრონიკული და სიცოცხლის შემზღვეველი თუ უკურნებელი დაავადებების დროს. ამ დროს, ფიზიკური სიმპტომების გარდა, თავს იჩენს ეგზისტენციალური პრობლემები, როგორცაა ცხოვრების აზრი და დანიშნულება, რაც, თავის მხრივ, შეჭიდულია ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან (ემოციებთან) - შიშთან, შფოთვისთან, დეპრესიასთან. ყოველივე ეს აძლიერებს ფიზიკური ავადობით განპირობებულ ფუნქციების მოშლასა თუ დაკარგვას. გარდა ამისა, ავადობა ხშირად იწვევს სამსახურის და საარსებო შემოსავლის დაკარგვას ან სხვა დაკისრებული ფუნქციების შესრულების შეუძლებლობას, ასევე ოჯახის წევრებისგან მოითხოვს ზრუნვას. მეტწილად, ეს გარემოება მძიმედ აისახება ხოლმე ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. ქრონიკული და მძიმე ავადობა განაპირობებს ადამიანის იზოლაციას საზოგადოებისგან და, ხშირად, ოჯახისა და ახლო მეგობრებისგანაც კი. ამდენად, ადამიანი ფიზიკურ ტანჯვასთან ერთად განიცდის სოციალურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ ტანჯვას.

შესაბამისად, სამედიცინო სფეროში დამკვიდრებული ბიოსამედიცინო მოდელი, ორიენტირებული მხოლოდ დაავადებაზე და მის ფიზიკურ ასპექტებზე, არაეფექტურია და ვერ აკმაყოფილებს პაციენტის, როგორც „სოციალური არსების“ მოთხოვნებსა და საჭიროებებს. ამ თვალსაზრისით, არსებული ბიოსამედიცინო მოდელის კრიტიკულმა შეფასებამ წარმოშვა მოთხოვნა მისი გარდაქმნისა ბიოფსიქოსოციალურ მოდელად. თუმცა, ამ უკანასკნელის რთული შემადგენელი სტრუქტურისა და ჰოლისტური შინაარსიდან გამომდინარე, მისი პრაქტიკაში დანერგვა არც ისე მარტივია და მოითხოვს მრავალი მიმართულებით ადამიანური და მატერიალური რესურსების მობილიზებას.

სიცოცხლის დასასრულს ადამიანის ღირებულებათა სისტემაში ხშირად თავს იჩენს და წინა ადგილზე გადმოდის სულიერი ფასეულობები, სიცოცხლის მნიშვნელობის, ტანჯვის მიზეზების და სიკვდილის გააზრება. ამ დროს მნიშვნელოვანია ურთიერთობების დალაგება, შფოთვისა და შიშის მიზეზების და სხვა მნიშვნელოვანი საკითხების გარკვევა და შესაბამისი დახმარების მიღება. შესაბამისად, იზრდება ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერის საჭიროება. ამიტომ, ბიოფსიქოსოციალურმა მოდელმა, სულიერი კომპონენტის დამატებით,

წარმატებული გამოყენება ჰპოვა პალიატიურ და პოსპისურ მზრუნველობაში, რომლის მიზანსაც წარმოადგენს ადამიანის ტანჯვის შემსუბუქება, ფიზიკური და ფსიქოლოგიური პრობლემების დროული გამოვლენით და მათი მართვით, პაციენტისა და მისი ოჯახის სულიერი და სოციალური თანადგომით. პალიატიური/პოსპისური მზრუნველობა გუნდური, მრავალდარგობრივი მიდგომით ცდილობს, როგორც ერთ მთლიანზე, იზრუნოს ადამიანის სხვადასხვა ხასიათის პრობლემებსა და საჭიროებებზე. ამ მოდელში ადამიანს, როგორც პიროვნებას, მის ნება-სურვილს და ფასეულობებს წამყვანი ადგილია უკავია მასზე მზრუნველობის გეგმაში.

მიმოხილვა

ბიოფსიქოსოციალური მოდელის განვითარების ისტორია

თანამედროვე ბიოსამედიცინო მოდელი დასაბამს იღებს კარტეზიანული დუალისტური მიდგომიდან და ეყრდნობა რენე დეკარტის (რენატუს კარტეზიუსის) მიერ ადამიანის სხეულის და გონების, როგორც ორი დამოუკიდებელი სისტემის, განცალკევებას (თუმცა, იგივე დეკარტი ამბობდა, რომ გონების გამართული მუშაობისთვის საჭიროა სხეულის სიჯანსაღე...). რედუქციონიზმი დაავადებას განიხილავს სხეულის - უჯრედულ/მოლეკულურ დონეზე, ანუ ორიენტირებულია დაავადებაზე და არა პიროვნებაზე. ასეთი მატერიალური მიდგომა განაპირობებს თანამედროვე სამედიცინო პრაქტიკის დეჰუმანიზაციას, რაც ხდება პაციენტების, როგორც პიროვნებების, და არა ცალ-ცალკე აღებული სხეულის და გონების უკმაყოფილების საგანი (Havelka, Lučanin, & Lučanin, 2009). პიროვნების განხილვა, როგორც ორგანული სისტემებისგან შემდგარი ნიმუშის და/ან გენომამდე გამიფვრა ვერ უზრუნველყოფს ადამიანის არსის, შეხედულებების, იმედების, შიშის, რწმენის და სურვილების გააზრებას და შესწავლას, ასევე, ვერ შეძლებს დაეხმაროს ექიმს გაიგოს თუ რა ღირებულება აქვს და რას ნიშნავს „ღირსეული სიკვდილი“ პაციენტისთვის (Sulmasy, 2002).

1977 წელს ჯორჯ ენჯელმა გამოთქვა მოსაზრება, რომ ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები განსაზღვრავენ დაავადებისადმი მოწყვლადობას, მისი მიმდინარეობის სიმძიმეს, ხარისხს და ზოგადად დაავადების მიმდინარეობას (Engel, 1977). ბიოსამედიცინო მიდგომის საპირისპიროდ, მან შემოიტანა ბიოფსიქოსოციალური მოდელის იდეა. მოდელი ორიენტირებულია არა დაავადებაზე, არამედ პაციენტზე, როგორც პიროვნებაზე, რომელსაც აქვს დაავადება.

მოდელი დღემდე აზრთა სხვადასხვაობას იწვევს, შესაბამისად, მისი დანერგვაც წინააღმდეგობასთან არის დაკავშირებული. რიგი მკვლევრების აზრით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელი წარმოადგენს ჰიპოთეზურ ჩარჩოს, რომლის მიხედვითაც უნდა აიგოს პიროვნებაზე ორიენტირებული ეფექტური კლინიკური მოდელი (Frölich et al., 2016).

ცხადია, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის დამკვიდრება არ აკნინებს ბიოლოგიური ფაქტორის როლს დაავადების განვითარებასა თუ მის მკურნალობაში; არამედ

ცდილობს გააფართოოს ზოგადად დაავადების წარმოშობის, ჯანმრთელობის და „კარგად ყოფნის“ გაგება (Havelka et al., 2009).

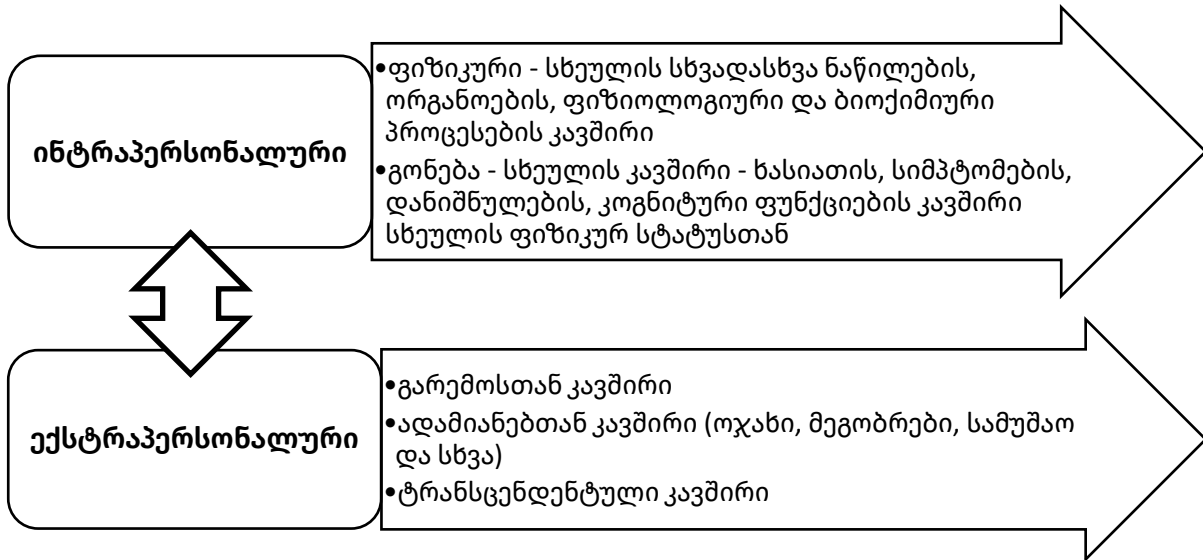
პიროვნებაზე ორიენტირებული მოდელი განსაკუთრებით აქტუალური ხდება ქრონიკული და უკურნებელი დაავადებების, სიცოცხლისათვის საშიში და ცხოვრების შემზღვეველი მდგომარეობების მქონე პაციენტებისათვის. ამგვარი მდგომარეობა განაპირობებს ადამიანის ტოტალურ (ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და სულიერს) ტანჯვას. ამ დროს გადამწყვეტია პაციენტის, როგორც პიროვნების, მთლიანობაში აღქმა და მისი სულიერი ასპექტების გათვალისწინებაც. შესაბამისად, პალიატიურ მზრუნველობაში ბიოფსიქოსოციალურ კომპონენტს ემატება სულიერი კომპონენტი. თუმცა, ამ შემთხვევაში საჭიროა ზომიერების დაცვა, რათა ბალანსი არ დაირღვეს.

ამერიკის კოლეჯის ექიმთა მიერ მოწოდებული ფაქტებზე დამყარებული პრაქტიკული რეკომენდაცია მოითხოვს, რომ „სიცოცხლის დასასრულის“ ყველა პაციენტი მოხდეს დეპრესიის შეფასება (Qaseem et al., 2008). მაგალითისთვის, ფსიქოლოგიური აშლილობა ნანახი იქნა კიბოს მქონე პაციენტების 60%-ში, ხოლო ჰოსპისში შემოსული პაციენტების 47-68%-ს აღენიშნა ისეთი ნეიროფსიქიატრიული დარღვევები, როგორიცაა დეპრესია, შფოთვა და დელირიუმი (Webb & Kamal, 2014). ფსიქოლოგიური აშლილობა იწვევს პაციენტის და მისი ოჯახის სერიოზულ ტანჯვას და შესაძლოა გაართულოს დიაგნოსტიკების თუ შემდგომი მკურნალობის პროცესი. ამიტომ, მნიშვნელოვანია, თავიდანვე მოხდეს დეპრესიის მიმანიშნებელი ნიშნების - უიმედობის, უმწეობის, გამოუსადეგრობის, დანაშაულის შეგრძნების და სიკვდილის სურვილის - დროული ამოცნობა და მართვა (Block & Snyder, 2000). ბიოსამედიცინო სამეცნიერო კვლევების შედეგად ასევე გამოვლენილია, რომ ისეთი ხშირი და მტანჯველი სიმპტომი, როგორიცაა ქრონიკული ტკივილი, ძალიან ხშირად შეჭიდულია დეპრესიასთან, რაც, სავარაუდოდ, განპირობებულია ბიოფსიქოსოციალური ფაქტორების ურთიერთგავლენით (Campbell, Clauw, & Keefe, 2003).

სულიერება - „ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი“ მოდელი

ჯერ კიდევ ანტიკურ ხანაში მიიჩნეოდა, რომ ადამიანის ავადობა დაკავშირებულია კავშირის დარღვევით კოსმოსთან; დღევანდელი ბიომედიცინა ასევე მიიჩნევს, რომ დაავადებულ ადამიანში დარღვეულია ჰომეოსტაზი - სხვადასხვა სისტემას შორის კავშირები, თუმცა უშუალოდ თვით ორგანიზმის შიგნით და მკურნალობა ემსახურება სწორედ ამ კავშირების, ჰომეოსტაზის აღდგენას. თუმცა, ფაქტია, რომ ადამიანის ავადობა ასევე გავლენას ახდენს მის ოჯახზე, გარემომცოფებზე და სამუშაო გარემოზე. შესაბამისად, ადამიანის ავადობა შეიძლება იყოს პიროვნების შიდა (ინტრაპერსონალური) და პიროვნების გარე (ექსტრაპერსონალური). ამ ორ ასპექტს შორის კავშირი ორმხრივია (იხ. ფიგურა ქვევით). მთლიანი პიროვნების მკურნალობა გულისხმობს არა გამთლიანებას, არამედ სწორედ ამ კავშირების აღდგენას; ანუ ჰოლისტური მკურნალობა, ინტრაპერსონალურთან ერთად, მოიცავს ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი კავშირების აღდგენას. სიცოცხლის

დასასრულს, მაშინ, როდესაც უკვე შეუძლებელია პიროვნების შიდა კავშირების, ანუ ჰომეოსტაზის აღდგენა, ექსტრაპერსონალური კავშირების აღდგენა და მკურნალობა ჯერ კიდევ შესაძლებელია (Sulmasy, 2002).



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ სულიერება აღიარებულია ცხოვრების ხარისხის მნიშვნელოვან პარამეტრად (WHOQOL Group, 1995). შესაბამისად, მნიშვნელოვანია სულიერი მდგომარეობის დეტალური შეფასება პაციენტებში (Sulmasy, 2002).

ამრიგად, ეფექტური ჯანმრთელობის დაცვის მოდელი უნდა გარდაიქმნას დაავადებაზე ორიენტირებულიდან არა მხოლოდ პაციენტზე ორიენტირებულ, არამედ თვით პიროვნებაზე ორიენტირებულ მიდგომად (Saad, de Medeiros, & Mosini, 2017). უკურნებელი და სიცოცხლის დასასრულის ფაზაში მყოფ პაციენტებთან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მკურნალობის მეთოდის და მიდგომის პერსონალიზაცია.

სულიერების ერთ-ერთი გამონატულებაა რელიგიურობა, რაც წარმოადგენს საზოგადოებაში გაზიარებულ, ორგანიზებულ შეხედულებებს ღმერთისა და რწმენის შესახებ. რელიგია და სულიერება ეხმარება ადამიანს დიაგნოზთან შეგუებაში, მის მიღებასა და შემდგომ გამკლავებაში. მაღალი სულიერების მქონე პაციენტებში სიკვდილის მოახლოება ასოცირებულია დეპრესიის უფრო დაბალ დონესთან და ცხოვრების უკეთეს ხარისხთან (Puchalski, 2012).

ცნობილია, რომ ახლად დიაგნოსტირებულ და/ან რეციდივის მქონე ონკოლოგიურ პაციენტებში საკმაოდ მაღალია მნიშვნელოვანი ხარისხის სულიერი აშლილობა; სულიერი თვალსაზრისით ცუდად მყოფ პაციენტებს მეტად უჭირთ დაავადებასთან გამკლავება, ცხოვრების აზრის და დანიშნულების დანახვა და მეტად გამოხატავენ უიმედობას. სულიერება გადამწყვეტი ფაქტორია იმისა თუ როგორ იღებს/ეგუება პაციენტი დიაგნოზს, დიაგნოზის დასმის მომენტიდან დაწყებული, მკურნალობის, განკურნების, რეციდივის თუ სიკვდილის შემთხვევაში” (Puchalski, 2012).

ამიტომ, პალიატიური მზრუნველობა ცდილობს ბიოფსიქოსოციალური მოდელის მრავალდარგობრივი მიდგომით იზრუნოს მთლიანი პიროვნების საჭიროებებზე;

თუმცა შეუძლებელია „მთლიანი მოცვა“, თუ არ იქნა გათვალისწინებული სერიოზული დაავადების მქონე ადამიანის სულიერი პრობლემებიც (Richardson, 2014). ამ მოსაზრებას ადასტურებს თვით პაციენტების მიერ გამოხატული სურვილიც. განსხვავებული კვლევების თანახმად, პაციენტთა 41-94% სურს, რომ ექიმმა (სამედიცინო პერსონალმა) მის სულიერ ასპექტსა და პრობლემასაც მიაქციოს ყურადღება (Sulmasy, 2002).

აღსანიშნავია, რომ მედიცინის განვითარებასთან ერთად მოხდა მრავალი ადრე „სასიკვდილო განაჩენის“ მქონე დაავადების ქრონიკულ დაავადებად გარდაქმნა. ქრონიკული დაავადება კი წარმოადგენს ავადობას და ფიზიკურის გარდა, დაკავშირებულია ფსიქოსოციალურ და სულიერ პრობლემებთან.

ამდენად, პაციენტზე სრულყოფილი ზრუნვა, განსაკუთრებით „ჯანმრთელობით განპირობებული ტანჯვის“ შემთხვევაში (Marie Knaul et al., 2018), საჭიროებს ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მიდგომის გამოყენებას.

ბიოფსიქოსოციალურ - სულიერი მოდელი პალიატიურ მზრუნველობაში

საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს: „მულტიდისციპლინური მიდგომით მომსახურებას, რომელიც ტკივილისა და სხვა ფიზიკური, ფსიქოსოციალური, სულიერი პრობლემების ადრეული გამოვლენის, სწორი შეფასების, მკურნალობის, სულიერი თანადგომის, ტანჯვის პრევენციისა და შემსუბუქების გზით აუმჯობესებს ქრონიკული დაავადების ან/და სიცოცხლისთვის სახიფათო დაავადების მქონე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს (საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, 2002).

განსაზღვრებიდან ნათლად ჩანს, რომ პალიატიური მზრუნველობა ეფუძნება ჰოლისტურ ფილოსოფიას და მრავალდარგობრივი მიდგომით ცდილობს მთლიანად მოიცვას პიროვნების ფიზიკური, ფსიქოსოციალური თუ სულიერი პრობლემები.

პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ადამიანებში ყველაზე ხშირ სიმპტომს წარმოადგენს ტკივილი (General & Assembly, 2009), შესაბამისად, პალიატიური მზრუნველობის ხელმისაწვდომობა და მომსახურების მიწოდების ხარისხი ფასდება სწორედ ტკივილის მართვის ადეკვატურობის შეფასებით (WHO & WPCA, 2014).

ტკივილის მართვა ემყარებოდა კარტეზიანული დუალიზმის, გონებისა და სხეულის განცალკევებულობის თეორიას და განიხილებოდა, როგორც ნერვული სისტემის მექანიკურ-ბიოლოგიური პროცესი. 1960-იან წლებში გაჩნდა ტკივილის კონტროლის კარიბჭის თეორია (მეზლაკი და უოლი, 1965), რომელმაც ქერქული ფუნქციების ჩართვით, შემოიტანა ფსიქოგენური ფენომენი, რამაც მეტ-ნაკლებად ნათელი მოჰფინა ტკივილის სუბიექტურ აღქმას. შემდგომში გამოიკვეთა ფსიქოსოციალური კომპონენტის როლი. დადგინდა, რომ უარყოფითი ემოციები (მაგ., უიმედობა, უმწეობა, ბრაზი) და არაჯანსაღი ცხოვრების წესი (მაგ., მოწევა, არასწორი დიეტა, უძილობა, ფიზიკური პასიურობა) აძლიერებენ თავის ტვინისთვის ტკივილის

იმპულსების გადაცემის ინტენსივობას; ასევე პირიქით - დადებითი ემოციები და ჯანსაღი ცხოვრების წესი „ხურავს კარიბჭეს“ და ამცირებს სიგნალების გადაცემას და შესაბამისად, ტკივილის შეგრძნებას.

მე-20 საუკუნის მიწურულს დამკვიდრებული ნეირომატრიქსის თეორიის თანახმად (მელზაკი, 1999), ქრონიკული ტკივილით გამოწვეული სტრესი აძლიერებს ტკივილს, რაც, თავის მხრივ, ზრდის სტრესს, ვინაიდან ხდება სტრესის ჰორმონის, კორტიზოლის გამოყოფა, ხოლო ის, თავის მხრივ, აძლიერებს ტკივილს; ანუ იკვრება პათოლოგიური წრე.

მწვავე ტკივილის დროს, თუ ფიზიკურ ფაქტორს თან ერთვის ფსიქოლოგიურიც, მაგალითად, შიში და შფოთვა, ან სოციალური ფაქტორები, საჭიროა უფრო რთული და ინტეგრირებული მკურნალობა და რეაბილიტაცია და ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტის ქრონიკული ტკივილის ფაზაში გადასვლა (Gatchel & Howard, n.d.).

ამრიგად, ქრონიკული ტკივილის შეფასება და მართვა ჩაითვლება არასრულყოფილად, თუ იგი არ მოიცავს სამივეს - ბიოფსიქოსოციალურ კომპონენტს და, რაც მთავარია, სულიერი მდგომარეობის გამომხატველ ტანჯვას.

პალიატიური მზრუნველობის ბიოფსიქოსოციალური მოდელის სამართლებრივი ასპექტები

ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის მიერ 2003 წლის მიღებული იქნა რეკომენდაცია „ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის“, სადაც ნათქვამია, რომ პალიატიური მზრუნველობა არის ჯანდაცვის სისტემის განუყოფელი ნაწილი, რომელსაც სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს (*Recommendation Rec (2003) 24 Of The Committee Of Ministers To Member States On The Organisation Of Palliative Care, N.D.*).

კომიტეტი აღიარებს, რომ „პალიატიური მზრუნველობა აერთიანებს პაციენტზე ზრუნვის ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს. რა თქმა უნდა, სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს ფიზიკური მოვლის მაღალ ხარისხს, მაგრამ თავისთავად ეს საკმარისი არ არის. „ჩვენ არ უნდა დავაკნინოთ ადამიანის პიროვნება მარტივ ბიოლოგიურ ყოფამდე“.

კომიტეტი აცნობიერებს, რომ „პალიატიური მზრუნველობა მიმართულია შორსწასული დაავადებით გამოწვეულ ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სულიერ საკითხებზე. ამდენად იგი მოითხოვს მაღალკვალიფიცირებული, ადეკვატური რესურსებით აღჭურვილი დარგთაშორის და მრავალდარგობრივი გუნდის მონაწილეობას“ და სადაც ჩართულნი არიან „პაციენტისა და ოჯახის წევრების ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სულიერი საჭიროებების შესაბამისი კომპეტენციის მქონე ექიმი, ექთანი და ჯანდაცვის სფეროს სხვა მუშაკები“. დამატებით, რეკომენდაციას უწევს ისეთი შტატების არსებობას, როგორცაა ფიზიკური და ოკუპაციური თერაპევტი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოსოციალური საჭიროებების მცოდნე სპეციალურად მომზადებული შტატი, ახლობლის

გარდაცვალებით გამოწვეული მძიმე დანაკარგის შემთხვევაში მომსახურებისათვის მომზადებული შტატი, სულიერი მზრუნველობის კოორდინატორი, დიეტოლოგი, ლოგოპედი, მოხალისე და სხვა..., პაციენტის საჭიროებიდან გამომდინარე” (Recommendation Rec (2003) 24 Of The Committee Of Ministers To Member States On The Organisation Of Palliative Care, N.D.).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება, ტკივილისა და ტანჯვის გამომწვევი სხვა სიმპტომების შემსუბუქების გარდა, ასევე ითვალისწინებს შემდეგ ასპექტებს: განამტკიცებს სიცოცხლის შეგრძნებას და გარდაცვალებას მიიჩნევს ბუნებრივ პროცესად; ითვალისწინებს პაციენტის მოვლის ფსიქოლოგიური და სულიერი ასპექტების ინტეგრაციას; უზრუნველყოფს მხარდაჭერის სისტემას, რომელიც ეხმარება პაციენტს გარდაცვალებამდე აქტიური ცხოვრებით იცხოვროს; აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს; უზრუნველყოფს მხარდაჭერის სისტემას, რომელიც ეხმარება გარდაცვალებამდე თუ გარდაცვალების შემდეგ გლოვის პერიოდთან დაკავშირებული სულიერი პრობლემების გადალახვაში; საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად იყენებს გუნდურ მიდგომას.

ჯანმო ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მიდგომის მნიშვნელობას განსაკუთრებულ ხაზს უსვამს ბავშვთა პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრებაში: „პალიატიური მზრუნველობის სპეციალური მიმართულება, იგი წარმოადგენს ყოვლისმომცველ და აქტიურ ზრუნვას ბავშვის სხეულის, გონებისა და სულიერი მდგომარეობისთვის და ასევე მოიცავს ოჯახის წევრების მხარდაჭერას.” ჯანმო მოითხოვს, რომ „ჯანდაცვის მომსახურებების მიმწოდებლებმა უნდა შეაფასონ და შეამსუბუქონ ბავშვის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ტანჯვა;... და მოითხოვს მრავალდარგობრივ მიდგომას, რომელიც მოიცავს ოჯახის ჩართულობასაც” (“WHO | WHO Definition of Palliative Care,” 2012).

ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მიდგომის მქონე პალიატიური/ჰოსპისური მზრუნველობის წარმატებული ნიმუშები

გაერთიანებულ სამეფოში 1958 წელს წმინდა იაკობის ჰოსპისში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ მომაკვდავი ადამიანისთვის იზოლაცია წარმოადგენდა ყველაზე ძლიერი ტანჯვის მიზეზს. ამ ადამიანებს ყველაზე მეტად ესაჭიროებოდათ მსმენელი. საზოგადოების უმრავლესობა გაურბის მომაკვდავ ადამიანს და მასთან გულდია საუბარს. ელიზაბეტ კუბლერ როსი, წიგნის - „სიკვდილი და კვდომა” - ავტორი ამბობს, რომ თანამედროვე საზოგადოება უარყოფს სიკვდილს და ახდენს მოხუცი და მომაკვდავი ადამიანების იზოლაციას, რასაც თავისი მიზეზი აქვს: „ისინი გვახსენებენ ჩვენ საკუთარ მოკვდავობას”(ელიზაბეტ კუბლერ როსი, 1972).

უფექტური და ხელმისაწვდომი პალიატიური მზრუნველობის ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მოდელი, გარდა სპეციალიზებული გუნდისა მოითხოვს ასევე საზოგადოების ჩართულობას და თანადგომას, რომლებიც საკუთარი სურვილით ამა თუ იმ დოზით და სახით ზრუნავენ პაციენტის და მისი ოჯახის საჭიროებებზე.

საინტერესოა, რომ დღეს დასავლეთის ქვეყნების პალიატიურ/ჰოსპისურ მზრუნველობაში აქტიურად ჩართული თემის/საზოგადოების კულტურა სათავეს იღებს აღმოსავლეთის ქვეყნებიდან, მეტწილად, ინდოეთიდან, სადაც ბინაზე მოვლის მომსახურება წარმოადგენს პალიატიური მზრუნველობის ძირითად ფორმას. სავარაუდოდ, ეს განპირობებულია ფინანსურ-ეკონომიკური თუ გეოგრაფიული მიზეზების ერთობლიობით, ასევე, სპეციალიზებული სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობით. თუმცა, სპეციალური პროგრამების მხარდაჭერით და ტრენინგებით ეს მოდელი საკმაოდ ეფექტურია (Philip, Venables, Manima, Tripathy, & Philip, 2019).

პალიატიური მზრუნველობის ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მოდელის პრაქტიკაში წარმატებული დანერგვის ერთ-ერთ საუკეთესო მაგალითს წარმოადგენს დიდი ბრიტანეთი. პირველი თანამედროვე წმ. ქრისტოფერის ჰოსპისი, სადაც ფიზიკური მზრუნველობის გარდა, ინტეგრირებული იყო ფსიქოსოციალური მომსახურებები, სისელი სონდერსის მეოხებით გაიხსნა 1967 წელს ლონდონში. ჰოსპისის მთავარ მიზანს წარმოადგენს ტკივილისა და სხვა ფიზიკური სიმპტომების მართვით და ჰოლისტური მიდგომით უზრუნავთ პაციენტისა და მისი გარემოცვისთვის აქტუალური ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი პრობლემების მოგვარებაზე. ჰოსპისი ეწევა ასევე საგანმანათლებლო და კვლევით საქმიანობას (“St Christopher’s | About St Christopher’s - St Christopher’s,” n.d.).

წმ. ქრისტოფერის ჰოსპისი ცდილობს, არ მოახდინოს პაციენტთა ინსტიტუციონალიზაცია და ახორციელებს ჰოლისტურ მზრუნველობას ბინაზეც. საჭიროების მიხედვით, პაციენტთან ვიზიტს რეგულარულად ახორციელებს მრავალდარგობრივი გუნდის ერთი ან რამდენიმე წევრი. გარდა ამისა, გუნდის მუშაობაში აქტიურად არის ჩართული მოხალისე, რომელიც ძირითადად წარმოადგენს ადგილობრივი უბნის სათვისტომოს, შესაბამისი ტრენინგის გავლის შემდეგ. ადგილობრივი თემის ჩართვას დიდი მნიშვნელობა აქვს საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლებისთვის და თვით საზოგადოების გაძლიერებისათვის. მოხალისეები დაკავებულნი არიან ისეთი საქმიანობით, როგორცაა პაციენტისთვის წიგნის წაკითხვიდან და საკვების მომზადებიდან დაწყებული, მასაჟით და სხვა დამხმარე თერაპიით დამთავრებული.

ორგანიზაცია „გაერთიანებული სამეფოს ჰოსპისი“ (“About hospice care | Hospice UK,” n.d.) ძირითად ხელვას წარმოადგენს შემდეგნაირად:

- კეთილდღეობის სისტემა, რომელიც ფოკუსირდება პრევენციაზე, ადრეულ ჩარევაზე, დამოუკიდებლობის შენარჩუნებაზე და ავადობის გავლენის შემცირებაზე;
- მხარდაჭერის სისტემა უწყვეტი მომსახურებებით - თუნდაც ცალკეული უწყებების მიერ მათი მიწოდებისას;
- თემზე დაფუძნებული მიდგომა: სახლში თუ სახლთან ახლოს მოვლა, საავადმყოფოების გარეთ მეტი მომსახურების გაწევა.

გაერთიანებული სამეფოს მთავრობამ 2016 წელს აიღო ახალი ვალდებულება, რომ „ყველა ადამიანი, რომელიც სიცოცხლის დასასრულს უახლოვდება, უნდა მიიღოს

ყურადღებიანი, მაღალი ხარისხის, თანაგრძნობით გამსჭვალული მზრუნველობა ისე, რომ შემსუბუქდეს ტკივილი, გაუმჯობესდეს გუნებ-განწყობა და მოხდეს მისი სურვილების გათვალისწინება“ (NHS & UK, 2016).

იმისათვის, რომ განისაზღვროს რამდენად ხარისხიანად მუშაობს ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მოდელი, შექმნილია არაერთი ინსტრუმენტი მის შესაფასებლად. მაგალითად, ჰოლანდიაში, სადაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პალიატიური მზრუნველობას და მის ინტეგრაციას არსებულ ჯანდაცვის სისტემაში, 2017 წელს შეიქმნა დოკუმენტი „ხარისხის უზრუნველყოფის ჩარჩო პალიატიური მზრუნველობისათვის“ (*Netherlands Quality Framework for Palliative Care*, n.d.). დოკუმენტი მოიცავს 10 ძირითად დებულებას ხარისხიანი მრავალგანზომილებიანი უწყვეტი მომსახურების მისაწოდებლად და სრულად ფარავს ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მიდგომის ყველა ასპექტს. კერძოდ, შეფასებისას, ყურადღება ეთმობა შემდეგ კომპონენტებს:

1. ძირითადი ფასეულობები და პრინციპები - პაციენტის ავტონომიის და ღირსების პატივისცემა;
2. სტრუქტურა და პროცესი - პრობლემების იდენტიფიცირება, შეფასება, პაციენტთან ერთობლივი გადაწყვეტილებების მიღება, ინდივიდუალური მზრუნველობის გეგმის შემუშავება, დარგთაშორის მზრუნველობა, არაფორმალური მზრუნველობა და მხარდაჭერა, პროცესის კოორდინაცია და უწყვეტობა და ა. შ.;
3. ფიზიკური ასპექტი;
4. ფსიქოლოგიური ასპექტი;
5. სოციალური ასპექტი;
6. სულიერი ასპექტი;
7. სიცოცხლის დასასრულის მზრუნველობა;
8. დანაკარგი და გლოვა;
9. კულტურული ასპექტები;
10. ეთიკური და სამართლებრივი ასპექტები.

იმისათვის, რომ ჰოლანდიაში მომსახურება იყოს მაქსიმალურად ყველასათვის ხელმისაწვდომი, ზოგადი პრაქტიკის ყველა სპეციალისტი - ექიმი, ექთანი, ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, სოცმუშაკი - ფლობს პალიატიური მზრუნველობის საბაზისო უნარ-ჩვევებს. საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტი იღებს სპეციალიზებულ დახმარებას. 2017 წლიდან პროფესიული სტანდარტი მოითხოვს, რომ ჰოლანდიის ყველა ჰოსპიტალში ხელმისაწვდომი იყოს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობის გუნდი (Brinkman-Stoppelenburg, Boddaert, Douma, & Van Der Heide, 2016).

გერმანიაში 2007 წლიდან ჯანდაცვის სისტემაში შეიქმნა ახალი ამბულატორიული სამსახური - სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა სიცოცხლის

შემზღვეული დაავადებების მქონე ამბულატორიული პაციენტებისთვის (SOPC). ამ ჯგუფის მონაწილეობა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტთა და მათზე მზრუნველ პირთა ცხოვრების ხარისხის და ამცირებს ბინაზე მოვლის მძიმე ტვირთს მომვლელებისთვის (Groh, Vyhnaek, Feddersen, Führer, & Borasio, 2013).

დასკვნები და რეკომენდაციები

პალიატიური მზრუნველობის ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მოდელი წარმოადგენს ნათელ მაგალითს, თუ როგორ არის შესაძლებელი ტექნოლოგიურ ერაში სამედიცინო მომსახურების ჰუმანიზაცია, პიროვნების შეხედულებების და ფასეულობების პატივისცემა და ღირსების დაცვა სიცოცხლის ბოლომდე.

საქართველო მოიაზრება ქრისტიანული ფასეულობების და ტრადიციების მატარებელ ქვეყნად. შესაბამისად, საზოგადოებისთვის მისაღები უნდა იყოს პალიატიური მზრუნველობის მსოფლმხედველობა და ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მოდელი.

ქართული კანონმდებლობა, იმეორებს რა პალიატიური ზრუნვის ჯანმოს განსაზღვრებას, ქვეყანას აკისრებს ვალდებულებას, უზრუნველყოს პაციენტი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი მხარდაჭერით. მიუხედავად ამისა და იმ ფაქტისა, რომ საქართველოში მოქმედებს პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა, ხარისხიანი და სრულფასოვანი ჰოლისტური მიდგომა და პროგრამის თანაბარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა მაინც ვერ ხორციელდება, რადგან:

1. არ არსებობს მომსახურების ხარისხის შეფასების ინსტრუმენტი, მინიმალური პაკეტი თუ მინიმალური მომსახურებებისა და კომპეტენციების ჩამონათვალი - დოკუმენტი, რომელიც ასახავს პალიატიური მზრუნველობის ჰოლისტურ ბუნებას;
2. პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის დაფინანსება არ გაზრდილა 2004 წლიდან. ანაზღაურების სიმწირე შეუძლებელს ხდის ჰოლისტური მიდგომით მომსახურებას მრავალდარგობრივი გუნდის მიერ. ბინაზე ზრუნვისას ფინანსდება მხოლოდ ექიმის და/ ან ექთნის ვიზიტი;
3. პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები ითვალისწინებს მხოლოდ სიცოცხლის დასასრულს, ანუ პაციენტის „ბიოსამედიცინო“ მდგომარეობას. ამით ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონებში მოცემულ განსაზღვრებას პალიატიური მზრუნველობის ჰოლისტური ბუნების შესახებ;
4. სახეზეა ჰოლისტური მიდგომისთვის საჭირო კვალიფიკაციის მქონე სამედიცინო პერსონალის დეფიციტი.

ამრიგად, პალიატიურ მზრუნველობაში ბიოფსიქოსოციალურ-სულიერი მოდელის სრულყოფილად განვითარებისათვის, საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

1. პალიატიური მზრუნველობის მომსახურების ხარისხის შეფასებისა და გაუმჯობესების ინსტრუმენტების შემუშავება;
2. მინიმალური ღირებულების ჰოლისტური პალიატიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა პაციენტისთვის;
3. სახელმწიფო პროგრამის ოპტიმიზაცია, ჩართვის კრიტერიუმების შეცვლა;
4. პალიატიური მზრუნველობის სწავლება სამ დონეზე, კლინიკური საკითხების გარდა, ბიოეთიკის, კომუნიკაციის, ფსიქოლოგიის და მომიჯნავე საკითხების ჩართვით:
 - 4.1. საბაზისო ცოდნა ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალისთვის;
 - 4.2. შუალედური ტრენინგი სიცოცხლის შემზღვეველი და საშიში დაავადების მქონე პაციენტებთან მომუშავე პროფესიონალებისთვის;
 - 4.3. სპეციალისტთა კვალიფიკაციის ასამაღლებელი ტრენინგი - მეტი ცოდნა, ვიდრე რუტინული სიმპტომების მართვა.

ლიტერატურა

1. About hospice care | Hospice UK. (n.d.). Retrieved September 27, 2019, from <https://www.hospiceuk.org/about-hospice-care>;
2. Beng, K. S. (2004). The last hours and days of life: a biopsychosocial-spiritual model of care. Retrieved from <http://www.apfmj.com>;
3. Block, S. D., & Snyder, L. (2000). Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Annals of Internal Medicine*, 132(3), 209–218. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-3-200002010-00007>;
4. Brinkman-Stoppelenburg, A., Boddaert, M., Douma, J., & Van Der Heide, A. (2016). Palliative care in Dutch hospitals: A rapid increase in the number of expert teams, a limited number of referrals. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1770-2>;
5. Campbell, L. C., Clauw, D. J., & Keefe, F. J. (2003). Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, Vol. 54, pp. 399–409. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00545-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00545-6);
6. Economic and Social Council, Committee on Economic, S. and C. R. (2000). The right to the attainable standard of health: 11/08/2000. Retrieved from http://data.unaids.org/publications/external-documents/ecosoc_cescr-gc14_en.pdf;
7. Engel, G. (1977). *The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine* Author (s): George L. Engel Published by : American Association for the Advancement of Science Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/1743658>. *Science, New Series*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.267.5206.1924>;

8. Frölich, T., Bevier, F. F., Babakhani, A., Chisholm, H. H., Henningsen, P., Miall, D. S., ... Schmitt, A. (2016). Updating the descriptive biopsychosocial approach to fit into a formal person-centered dynamic coherence model - Part III: Personhood, salutogenesis and further topics. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(3), 567. <https://doi.org/10.5750/ejpch.v4i3.1214>;
9. General, & Assembly. (2009). Sixty-fourth session Item 71 (b) of the provisional agenda* Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment Note by the Secretary-General. Retrieved from <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/437/92/PDF/N0943792.pdf?OpenElement>;
10. Groh, G., Vyhnaek, B., Feddersen, B., Führer, M., & Borasio, G. D. (2013). Effectiveness of a specialized outpatient palliative care service as experienced by patients and caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 16(8), 848–856. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0491>;
11. Havelka, M., Lučanin, J. D., & Lučanin, D. (2009). Biopsychosocial model - The integrated approach to health and disease. *Collegium Antropologicum*, 33(1), 303–310;
12. Marie Knaul, F., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., ... Rodriguez, N. M. (2018). The Lancet Commissions Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*, 391, 1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8);
13. McCormick Thomas. (n.d.). Bioethic Tools: Principles of Bioethics. Retrieved July 30, 2018, from <https://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html>;
14. McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 86–96. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1998.00343.x>;
15. Netherlands Quality Framework for Palliative Care. (n.d.). Retrieved from Netherlands Quality Framework for Palliative Care, IKNL/Palliactief, 2017;
16. NHS, & UK. (2016). Our Commitment to you for end of life care The Government Response to the Review of Choice in End of Life Care. Retrieved from www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/;
17. Philip, R. R., Venables, E., Manima, A., Tripathy, J. P., & Philip, S. (2019). "small small interventions, big big roles"- a qualitative study of patient, care-giver and health-care worker experiences of a palliative care programme in Kerala, India. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0400-2>;
18. Puchalski, C. M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology : Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 23 Suppl 3, 49–55. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>;
19. RECOMMENDATION REC (2003) 24 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER

- STATES ON THE ORGANISATION OF PALLIATIVE CARE. (n.d.). Retrieved from <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=hyXlpOWXtL8%3D&tabid=1709>;
20. Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 150–159. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05>;
21. Saad, M., de Medeiros, R., & Mosini, A. (2017). Are We Ready for a True Biopsychosocial–Spiritual Model? The Many Meanings of “Spiritual.” *Medicines*. <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>;
22. SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. (n.d.). Retrieved from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf;
23. St Christopher’s | About St Christopher’s - St Christopher’s. (n.d.). Retrieved September 27, 2019, from <https://www.stchristophers.org.uk/home-2-2/about/>;
24. Sulmasy, D. P. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. In *The Gerontologist* (Vol. 42). Retrieved from https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/42/suppl_3/24/569213;
25. The Biopsychosocial Approach. (n.d.). Retrieved September 19, 2019, from <https://www.practicalpainmanagement.com/treatments/psychological/biopsychosocial-approach>;
26. The Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief Health System Lessons. (n.d.). Retrieved from <http://www.thelancet.com/commissions/palliative-care>;
27. Webb, J. A., & Kamal, A. H. (2014). Integrating the biopsychosocial model into quality measures in palliative care: A case for improving the hospice item set. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 48. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.05.002>;
28. WHO | WHO Definition of Palliative Care. (2012). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>;
29. WHO, & WPCA. (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Retrieved from www.ehospice.com;
30. პაციენტის უფლებების შესახებ | სსიპ „საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე“. (n.d.). Retrieved September 6, 2018, from 2000 website: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978>;
31. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ. (2002). Retrieved from http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30.pdf;
32. Ustun & Jacob (2005). Redefining Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 802.

სულის განკურნების გარეშე შეუძლებელია სხეულის განკურნება.
სოკრატე

შეჯამება

მეჯამება

პოლიტიკის განმსაზღვრელების, ჯანდაცვის პროფესიონალების და საზოგადოების დამოკიდებულება ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის მიმართ არაერთ-მნიშვნელოვანია. საჭირო ცოდნასა და მკაფიო მოტივაციას ფლობენ მხოლოდ ცალკეული პირები, თუმცა, მეტ-ნაკლებად ლატენტური მზაობა ყველა სექტორში არსებობს. ყველაზე ფრთხილად საკითხს უდგებიან საჯარო პირები, სიახლისა და (თავდაპირველად) დამატებითი სახსრების საჭიროების გამო.

მარეგულირებელი გარემო კონვენციებისა და კანონმდებლობის დონეზე მეტ-ნაკლებად აღიარებს ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომას, რაც ნაკლებად არის ასახული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ სახელმძღვანელოებსა (guidelines) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტებში (protocols).

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებიდან მხოლოდ ფსიქიატრიის პროგრამაშია აღნიშნული ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა, თუმცა არის კარგი პრაქტიკა და პერსპექტივა პალიატიურ მზრუნველობაში, ასევე, წამალდამოკიდებულებაში, ტუბერკულოზისა და დიაბეტის მართვის პროგრამებში. ამ მხრივ, საყურადღებოა პირველადი ჯანდაცვისა და სოფლის ექიმის პროგრამებიც.

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში არსებობს ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის (ასიმეტრიული) პრეცედენტები, მეტადრე, პალიატიურ მზრუნველობაში, ფსიქიატრიასა და წამალდამოკიდებულებაში, რაც კარგ სასტარტო მდგომარეობად შეიძლება შეფასდეს. ამასთან, წარმოუდგენელია პირველადი ჯანდაცვის, ხანგრძლივი მოვლის და ზოგიერთი სხვა მიმართულების განვითარება ამგვარი მოდელის გარეშე. სულ უფრო იზრდება მრავალდარგობრივი მიდგომის/გუნდების პრაქტიკული როლი, რაც ბიოფსიქოსოციალური მოდელის განუვითარებლობის ფონზე პარადოქსულად გამოიყურება.

აღნიშნული მდგომარეობის გათვალისწინებით, ბიოფსიქოსოციალური მოდელის განვითარებისათვის, საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. დაინტერესებულ პირებთან მიმართებაში - მოდელის შესახებ ინფორმაციის გავრცელება, თანამოაზრეების მობილიზება როგორც პროფესიულ თემში, ასევე საჯარო სექტორში; საზოგადოების მხრიდან მოთხოვნის გაჩენისკენ მიმართული საქმიანობების განხორციელება;
2. მარეგულირებელ გარემოსთან მიმართებაში - საკანონმდებლო ინიციატივები ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის ლეგიტიმაციისათვის; პარალელურად, კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოებსა და სტანდარტებში მოდელის სათანადოდ ასახვის მცდელობა;
3. სახელმწიფო პროგრამებთან მიმართებაში - დარგობრივი ასოციაციების ჩართულობით, ჯანდაცვის სამინისტროს პროგრამებზე მომუშავე ჯგუფთან თანამშრომლობის ფორმატის განვითარება, პირველ ეტაპზე, ფსიქიატრიის, წამალდამოკიდებულების, პალიატიური მზრუნველობის, სოფლის ექიმის, ტუბერკულოზისა და დიაბეტის მართვის სახელმწიფო პროგრამებში სათანადო ცვლილებების შეტანის მიზნით;
4. დარგობრივ პრაქტიკასთან მიმართებაში - ადგილობრივი და დონორული რესურსების მობილიზება ცალკეული პროექტების პილოტირებისა და მტკიცებულებების შეგროვების მიზნით.