

საქართველოს ფსიქიატრიული დანესებულებები

პრობლემები, საჭიროებები, რეკომენდაციები



თბილისი, 2013

საქართველოს ფსიქიატრიული დაწესებულებები

პრობლემები, საჭიროებები, რეკომენდაციები



ადამიანის უფლებათა ცენტრი

თბილისი 2013

ანგარიშის ავტორები: ოლგა კალინა, სიმონ მამულაშვილი

რედაქტორი: ალექო ცქიტიშვილი
ფსიქიატრიული დაწესებულებების კვლევაში მონაწილეობდნენ ადამიანის უფლებათა ცენტრის იურისტები: ნინო ანდრიაშვილი და ეკა ქობესაშვილი
ინგლისურ ენაზე თარგმანი: ნინო ტლაშაძე, ნინო ცაგარეიშვილი
დაკაბადონება: ირმა მამასახლისი
ფოტო პირველ გვერდზე: ქუტირის საავადმყოფო

კვლევა განახორციელა ადამიანის უფლებათა ცენტრმა

მისამართი: 0160 თბილისი , მ. ქანთარას ქ. 11ა,
(ყოფილი გაგარინის 2 ჩიხი), III სართული
ტელ.: (+995 32) 237 69 50, (+995 32) 245 45 33, (+995 32) 238 46 48
ფაქსი: (+995 32) 238 46 48
ელ-ფოსტა: hridc@hridc.org
ვებ-პორტალი: <http://www.humanrights.ge>, <http://www.hridc.org>

სარჩევი

შესავალი	4
ზოგადი მიმოხილვა.....	5
იურიდიული დახმარება ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებისათვის	7
არასათანადო მოპყრობა	10
ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურები	12
პაციენტების ნებაყოფლობითი სტაციონირება	14
პაციენტების არაინფორმირებულობა	16
არანებაყოფლობითი მკურნალობა	18
გასაჩივრების მექანიზმების არაადეკვატურობა	20
მეურვეობა.....	22
საცხოვრებელი პირობები და ფიზიკური გარემო.....	24
სომატური და სტომატოლოგიური პრობლემები	27
დაფინანსების სისტემის ხარვეზები	28
თემზე დაფუძნებული სერვისები	31
კრიზისული ინტერვენციის სამსახური – ახალი სერვისი საქართველოში	32
სერვისების კოორდინაციისა და ხარისხის კონტროლის ნაკლებობა	34
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია	36
საავადმყოფოში ცხოვრება სოციალური პრობლემების გამო	39
პატიმრები საავადმყოფოში და ფსიქიკურად დაავადებულები ციხეში	40
ფსიქიატრიული სერვისები ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის	43
საზოგადოებრივი აზრის გამოკითხვის შედეგები.....	44
რეკომენდაციები.....	48

შესავალი

საქართველოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების კვლევა ადამიანის უფლებათა ცენტრმა ჩაატარა „ადამიანის უფლებათა ცენტრის ადვოკატირებისა და ინსტიტუციონალური შესაძლებლობების გაძლიერება“ ფარგლებში. მიუხედავად იმისა, რომ მცირე გრანტი მასშტაბური კვლევის საშუალებას არ იძლეოდა, შემაჯამებელ ანგარიშში შევეცადეთ, წარმოგვედგინა ყველა ის აქტუალური პრობლემა, რაც საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში გამოაშკარავდა.

წინამდებარე ანგარიში ეყრდნობა ადამიანის უფლებათა ცენტრის წარმომადგენელთა მიერ საქართველოს რიგ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში განხორციელებული ვიზიტებისა და კვლევის შედეგებს. ჯგუფის შემადგენლობაში იყვნენ: ორი იურისტი, პათოფსიქოლოგი, უფლებადამცველი (ამავდროულად, სერვისის მომხმარებელი) და ჟურნალისტი ოპერატორთან ერთად. მცირე გრანტის გამო, კვლევა ჩატარდა აღნიშნული პროფილის დაწესებულებათა მხოლოდ ნაწილში¹. პროექტის ფარგლებში მომზადებული ორსერიანი დოკუმენტური ფილმი - „გარიყულები“ გამოქვეყნდა ადამიანის უფლებათა ცენტრის ვიდეოპორტალზე².

კვლევა განხორციელდა საქართველოს სახალხო დამცველის, უჩა ნანუაშვილის ხელშეწყობით. ჯგუფის წევრები, კვლევის პერიოდში, სარგებლობდნენ დახურულ დაწესებულებებში ომბუდსმენის სპეციალური რწმუნებულებით, რითაც შესაძლებელი გახდა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოულოდნელი ვიზიტების განხორციელება და უფრო ობიექტური ანალიზის გაკეთება. გარდა ამისა, ადამიანის უფლებათა ცენტრის მკვლევარებს აინტერესებდათ, შეიცვალა თუ არა ვითარება მას შემდეგ, რაც სახალხო დამცველის აპარატმა 2012 წელს, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში, მოამზადა სპეციალური ანგარიში საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის შესახებ³. ამ კუთხით, წინამდებარე ანგარიშში რამდენჯერმე მოგვიწია სახალხო დამცველის პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მონიტორების მიერ დასმულ ზოგიერთ საკითხზე ყურადღების განსაკუთრებული გამახვილება.

2010 წელს ადამიანის უფლებათა ცენტრმა განახორციელა პროექტი „უფასო იურიდიული დახმარება ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებისათვის“. პროექტი დააფინანსა ფონდმა - Abilisis. პროექტის ფარგლებში უფასო იურიდიული დახმარების გარდა, განხორციელდა ვიზიტები ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, ასევე იყო სისტემატური შეხვედრები სერვისის მომხმარებლებთან ფსიქიატრიის სფეროში მომუშავე

¹ ქ. თბილისი, ქავთარაძის ქ. #21ა. სს „მ.ასათიანის სახელობის სამეცნიერო/კვლევითი ინსტიტუტის კლინიკა; ქ. თბილისი, შპს „#5 კლინიკური საავადმყოფო“; ქ. რუსთავი - შპს „ქ.რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; შპს. აკად. ნანუაშვილის სახელობის ფსიქიატრიული ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ქუტიური; ალ. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო; თბილისში, ნუცუბიძის ქუჩაზე არსებული არასამთავრობო ორგანიზაცია - „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია“; გლდანის სასჯელაღსრულებითი დაწესებულების ტერიტორიაზე არსებული, ციხის საავადმყოფოს ფსიქიატრიული განყოფილება; შპს „ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“.

² იხ. გარიყულები I ნაწილი <http://www.hridc.tv/index.php?a=view&id=810&lang=geo> II ნაწილი: <http://www.hridc.tv/index.php?a=view&id=814&lang=geo> .

³ საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმი - „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012 წ. <http://ombudsman.ge/files/downloads/ge/qiqepqqfnpcckmebvdkhu.pdf>

არასამთავრობო ორგანიზაციებიდან. საბოლოოდ დაიწერა ანგარიში, სადაც ასახულია პროექტზე მუშაობის დროს აღმოჩენილი პრობლემები და ზოგიერთი შემთხვევა⁴.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ვიზიტებისა და კვლევის შედეგად მოპოვებული ინფორმაციის საფუძველზე, შევიმუშავეთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მყოფი ადამიანების უფლებათა დაცვის მეტ-ნაკლებად ოპტიმალური რეკომენდაციები. დაწესებულებების ადმინისტრაცია ვიზიტების დროს არ ქმნიდა პრობლემებს და ძირითადად, პასუხობდა ჩვენს კითხვებს. გასათვალისწინებელია, რომ ჯგუფის წევრებს ჰქონდათ სახალხო დამცველის რწმუნებულებები დახურული დაწესებულებების ვიზიტების განსახორციელებლად.

რიგ შემთხვევებში, ადმინისტრაციასთან ურთიერთობისას, სირთულეებს მაინც ვაწყდებოდით. მართალია, ერთი შეხედვით, ისინი ცდილობდნენ, კეთილგანწყობა და დახმარებისთვის მზაობა გამოეხატათ ჩვენთვის, მაგრამ იყო რიგი საკითხები (ძირითადად - არანებაყოფლობით სტაციონირებასთან, ფინანსებთან თუ მწვავე ავადმყოფების სტაციონირების მაქსიმალურ ვადებთან დაკავშირებით), რომლის დეტალებში გარკვევა საკმაოდ რთული აღმოჩნდა, რადგან რიგ საკითხებზე ცდილობდნენ, რომ სრულყოფილი ინფორმაცია არ მოეცათ.

ზოგადი მიმოხილვა

ოფიციალური მონაცემებით, საქართველოში 2011 წელს სულ 67 736 ფსიქიკური ან ქცევითი აშლილობების მქონე ადამიანი დარეგისტრირდა⁵. რეალურად, ეს რიცხვი გაცილებით დიდია. შიზოფრენიის დიაგნოზით საქართველოში 12 083 ადამიანია რეგისტრირებული⁶, მაშინ, როცა მსოფლიოს მოსახლეობაში შიზოფრენიის სიხშირიდან (პრევალენტობიდან) გამომდინარე, საქართველოში ამ სენით დაავადებულთა რაოდენობა ოფიციალურ მონაცემს ორჯერ მაინც უნდა აღემატებოდეს⁷. ამ პრობლემაზე ადამიანის უფლებათა ცენტრი 2010 წელს გამოქვეყნებულ ანგარიშშიც ამახვილებდა ყურადღებას⁸.

წლების განმავლობაში, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებს მხოლოდ ხელმოკლე, პირადი საცხოვრებლის არმქონენი ან ყველაზე მწვავე პრობლემის მქონე პაციენტები აკითხავდნენ, მკურნალობდნენ და შემდეგ წლობით რჩებოდნენ, რადგან ჰოსპიტალგარეთა მკურნალობა ნაკლებად იყო განვითარებული.

არცთუ იშვიათია შემთხვევები, როცა ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები სამკურნალოდ ან უცხოეთში მიდიან, ან დაწესებულებებს საერთოდ არ მიმართავენ; ფსიქიატრიული რეესტრის აღრიცხვაზე არ დგებიან და სახლის პირობებში მკურნალობენ,

⁴ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უფლებები საქართველოში. ადამიანის უფლებათა ცენტრი. 2010 წ. http://www.humanrights.ge/admin/editor/uploads/pdf/Report_Final.pdf

⁵ http://www.ncdc.ge/uploads/statistics/cnobar/cnobar_2011.pdf, გვ. 127.

⁶ იქვე, გვ. 128

⁷ <http://www.schizophrenic.com/articles/schizophrenia/prevalence-schizophrenia> .

⁸ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანთა უფლებები საქართველოში. ადამიანის უფლებათა ცენტრი. 2010 წ. http://www.humanrights.ge/admin/editor/uploads/pdf/Report_Final.pdf , გვ.5-6.

რაც ჰოსპიტალგარე მკურნალობის ალტერნატივად მიიჩნევა და თემზე დაფუძნებული სერვისების საჭიროებას უფრო მეტდ წარმოაჩენს.

მსგავს პრობლემებთან ადამიანის უფლებათა ცენტრის კვლევის ჯგუფსაც მოუხდა შეხება, როცა რუსთავის საავადმყოფოში რემისიულ მდგომარეობაში მყოფმა ერთმა დევნილმა ქალბატონმა გვითხრა, რომ ბინის არქონის გამო, იძულებულია, მრავალი წლის განმავლობაში სხვადასხვა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში იცხოვროს. თუმცა, იმასაც გაუსვა ხაზი, რომ ახლადგახსნილ სამკურნალო დაწესებულებებში არსებული პირობებით კმაყოფილია. მასთან ერთად ოთახში ცხოვრობდა ქრონიკული ფორმით დაავადებული პაციენტი, რომლის საცხოვრებელი სტიქიური მოვლენის დროს დაინგრა.

ფინანსური თვალსაზრისით, გაურკვეველობას იწვევს ქუტირისა და სურამის დაწესებულებების ხელმძღვანელთა ქველმოქმედების ფაქტები მეურვის გარეშე მყოფი გარდაცვლილი პაციენტების გაპატიოსნებისა და დაკრძალვის პროცესში. მართალია, ყველა ქველმოქმედების აქტი მისასალმებელია, მით უმეტეს - აღნიშნული კატეგორიის ადამიანთა მიმართ გამოხატული, მაგრამ მიგვაჩნია, რომ ეს საკმაოდ ძვირი პროცედურა სახელმწიფოს მხრიდან უნდა ფინანსდებოდეს.

ფსიქიკური პრობლემების მქონე მოქალაქეთა არაზუსტი სტატისტიკის ერთ-ერთი მიზეზი სოციალური სტიგმაა. ხშირია შემთხვევები, როცა ფსიქიატრიული კლინიკის პაციენტებს ხშირად „გიჟებად“ მოიხსენიებენ, რაც მათ სტიგმატიზებას იწვევს. შესაბამისად, ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები და მათი ახლობლები დაწესებულებაში მოხვედრას გაურბიან და ხშირ შემთხვევაში, ოჯახურ გარემოში არჩევენ მკურნალობას, რაც დამატებით პრობლემას უქმნის პატრონებს და ვერც ავადმყოფი ახერხებს სრულფასოვანი მკურნალობას. ასეთი შემთხვევები საკმაოდ ხშირია ბავშვებთან მიმართებაში. საქმე იქამდეც კი მიდის, რომ კარის მეზობლებმაც კი არ იციან დაავადებული ბავშვის არსებობა, რადგან მშობლებს უცხო თვალისგან მორიდების მიზნით, წლების განმავლობაში გარეთაც არ გამოჰყავთ ამა თუ იმ ფსიქიკური სახის პრობლემის მქონე შვილი.

კვლევის მიმდინარეობის პროცესში, ჩვენთან საუბრისას, სურამის საავადმყოფოს დირექტორმა აღნიშნა, რომ ხშირია შემთხვევები, როდესაც ზაფხულში აგარაკზე დასასვენებლად ჩამოსული ადამიანები „ექსკურსიას“ აწყობენ, ჯგუფებად მოდიან დაწესებულების ჭიშკართან და ითხოვენ „გიჟების ჩვენებას“, თითქოს ამ კატეგორიის ავადმყოფები უცხოპლანეტელი არსებები იყვნენ და მათი ცქერა, თანაგრძნობის აღძვრის მაგიერ, სასერიო გასართობი სპექტაკლის განცდებს აღძრავს ამ ადამიანებში.

დღესდღეობით, სახელმწიფო ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამას ექვს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ახორციელებს, სადაც დაახლოებით ათას საწოლზე ცოტა მეტია. კვლევამ დაგვარწმუნა, რომ საწოლები ხშირ შემთხვევაში, არამიზნობრივად გამოიყენება ისეთი მოქალაქეებისთვის, რომლებსაც არ ესაჭიროებათ სტაციონარში მკურნალობა. მათ სჭირდებათ არა საავადმყოფოში მკურნალობა, არამედ თავშესაფრებითა და თემზე დაფუძნებული სხვა სერვისებით უზრუნველყოფა.

სისტემაში მიმდინარე რეფორმები, ძირითადად, დაკავშირებულია რიგი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების ინფრასტრუქტურის განვითარებასთან, რაც ჩვენი აზრით, არცთუ უმნიშვნელო საკითხია. მაგრამ, სამომავლოდ, საშურ საქმედ გვესახება თითქმის ყველა დაწესებულებაში ჯერ კიდევ მყარად დამკვიდრებული, მოძველებული

სამედიცინო პრაქტიკის ჩანაცვლება დასავლურ გამოცდილებაზე დაფუძნებული, ახალი, თანამედროვე მეთოდებითა და სამკურნალო საშუალებებით.

ამასთანავე, არცთუ მცირე პრობლემების წყაროს წარმოადგენს დაფინანსების ახალი სისტემა. აღნიშნული პროფილის საავადმყოფოებში საკმაოდ ხელოვნურად არიან გამიჯნული ადამიანები ქრონიკულ და მწვავე პაციენტებად, რომლის მიხედვითაც განისაზღვრება შემდგომში მათი მკურნალობის ხარჯები.

მართალია, თითქმის ყველა დაწესებულებას ჰყავს ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი, მაგრამ მათი რაოდენობა არასაკმარისია. ზოგიერთ ახლადშექმნილ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მუშაობს ფსიქოთერაპევტი. თუმცა ამ სპეციალისტების მუშაობა ინდივიდუალური ხასიათის არის, ნაკლებად გამოიყენება თანამედროვე მეთოდები და მათი მუშაობის სტანდარტები სახელმწიფო დონეზე არ არის განსაზღვრული.

კვლევის დროს ადმინისტრაციას ვეკითხებოდით თანამშრომელთა მუშაობის პირობებსა და შრომის ანაზღაურებაზე. ექიმებისა და უფროსი ექთნების დიდი ნაწილი უკმაყოფილებას გამოთქვამდა, რომ ძირითადი უფლება-მოვალეობის შესრულების შემდეგ, მცირე დრო რჩებათ პაციენტთა ისტორიებისა და სხვა საბუთების წესრიგში მოსაყვანად და იძულებულნი არიან, სამსახურებრივ დროს რამდენიმე საათით გადააჭარბონ. ანალოგიურ პრობლემას შეეხნენ გლდანის ციხის ტერიტორიაზე განთავსებული საავადმყოფოს ფსიქიატრიული განყოფილების ექიმებიც, რომლებიც კონსულტაციებზე თავისი ნებით მისული პატიმარი პაციენტების ხშირი ვიზიტების გამო, იძულებულნი არიან, გვიან საღამომდე იმუშაონ შესაბამისი საბუთების მოწესრიგებისათვის, რასაც ხელს უწყობს ის ფაქტი, რომ ჩვეულებრივი კლინიკებისაგან განსხვავებით, მთელს განყოფილებაში არც ერთი კომპიუტერი არ მოიპოვება.

როგორც წინა წლებში, ამჯერადაც არსებობს სამედიცინო პერსონალის შრომის ჯეროვანი ანაზღაურების პრობლემა, რაც ვერ უზრუნველყოფს კვალიფიციური პერსონალის მოზიდვას და შენარჩუნებას. ასათიანის სახელობის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის ფსიქოლოგმაც შემოგვჩივლა, რომ ექიმზე მნიშვნელოვნად დაბალ ხელფასს იღებს, მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოლოგს არც ერთ თანამშრომელზე ნაკლები დატვირთვით არ უწევს მუშაობა აღნიშნული ტიპის დაწესებულებებში.

განსაკუთრებით გვინდა, გამოვყოთ გლდანის სასჯელაღსრულებითი დაწესებულების ტერიტორიაზე არსებული ციხის საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში არსებული საგანგაშო მდგომარეობა, სადაც, როგორც მონიტორინგის ჯგუფმა აღმოაჩინა, გამწვავებულ ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფ მჭრელი საგნებით შეიარაღებულ პატიმარ-პაციენტებს, რეჟიმის სამსახურის ოთხკაციანი ჯგუფის თვალწინ, მთელ განყოფილებაში (მათ შორის - საორდინატოროში) სრული განუკითხაობის მოწყობა შეუძლიათ ნებისმიერ დროს, რაც საშიშროებას უქმნის როგორც პაციენტების, ისე სამედიცინო პერსონალის სიცოცხლეს.

იურიდიული დახმარება ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანებისათვის

ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანები მიეკუთვნებიან საზოგადოების ერთ-ერთ ყველაზე მოწყვლად ჯგუფს, რომლის უფლებები საჭიროებს განსაკუთრებულ დაცვას. ისინი ადვილად ხდებიან ძალადობისა და თაღლითობის მსხვერპლნი, კარგავენ საკუთრების უფლებას, ქონებას. ხშირია შემთხვევები, როცა ნათესავებს არ უნდათ

ფსიქიკურად დაავადებულ ახლობელთან ერთ ჭერქვეშ ცხოვრება და მეურვეობის გაფორმებით და ავადმყოფობის გამწვავების პროვოცირებით, ცდილობენ მათ ხანგრძლივ ან სამუდამო გამოკეტვას ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში.

ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებს ესაჭიროებათ და აქვთ უფლება, ისარგებლონ იურიდიული მომსახურებით ისეთი პროცესების დროს, როგორცაა: სასამართლოს მიერ ქმედუუნაროდ აღიარება, არანებაყოფლობითი სტაციონირება, სასამართლოს გადაწყვეტილებების გასაჩივრება. სახალხო დამცველის 2012 წლის ანგარიშის თანახმად, როგორც წესი, ყველა ეს პროცედურა საკმაოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს და პაციენტი მასში რეალურად არ მონაწილეობს⁹.

ამ პრობლემის აქტუალურობას ადასტურებს ფსიქიატრიული დაწესებულებების პაციენტების გამოკითხვაც. ჩვენთან საუბარში მხოლოდ რამდენიმე პაციენტმა აღნიშნა, რომ მათი ადვოკატები აქტიურად მონაწილეობდნენ სასამართლო პროცესში. თუმცა, იქვე დაამატეს, რომ მათ არ ჰქონდათ შესაძლებლობა, თავიანთ ადვოკატებს პროცესამდე გასაუბრებოდნენ კონფიდენციალურად.

ეს გარემოება მნიშვნელოვნად არღვევს ადამიანის უფლებას, ისარგებლოს ხარისხიანი დაცვით სასამართლო პროცესის დროს, ასევე - მეტყველებს პაციენტის პირადი მოსაზრებების სრულ იგნორირებაზე და ადასტურებს, რომ ზემოაღნიშნული სასამართლო პროცესები მეტწილად ფორმალურია.

ერთმა პაციენტმა, რომელიც ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ციხიდან იყო გადმოყვანილი, საერთოდ არ იცოდა, რა სახის სასამართლო პროცესი ჩატარდა მის საქმეზე, რადგან მას რომ სცოდნოდა ციხიდან ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში უპირებდნენ გადაყვანას, არ დათანხმდებოდა. ამის მიზეზად პაციენტმა ფსიქიატრიულთან ასოცირებული სტიგმა და ნათესავებთან კონტაქტის გაწყვეტა დაასახელა. ეს ფაქტი ცხადყოფს, რომ ამ ადამიანს არ მიაწოდეს მნიშვნელოვანი ინფორმაცია. უფრო მეტიც - მისი რეალური ინტერესები არ გაითვალისწინა მისივე უფლებების ოფიციალურმა დამცველმა. ამასთან, ადვოკატი დამუქრებია, რომ იმ შემთხვევაში თუ თავისი ნებით არ დათანხმდებოდა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მკურნალობას, მოსამართლე მას „გიჟად ჩათვლიდა“ და უკვე არანებაყოფლობითი სტაციონირების გადაწყვეტილებით „სამუდამოდ ჩაკეტავდა“ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. როგორც ვხედავთ, ამ შემთხვევაში, ადგილი აქვს ადამიანის ნებით მანიპულირებას, მისი არაინფორმირებულობისა და დაშინების გზით, რათა რაც შეიძლება მალე ყოფილიყო მიღებული სასურველი გადაწყვეტილება. ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანების დაშინების მსგავსი ფაქტები ასახული იყო სახალხო დამცველის ანგარიშშიც¹⁰.

⁹ ნაწყვეტები სახალხო დამცველის ანგარიშიდან (იხ.,საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012 გვ. 39, 43, 49) <http://ombudsman.ge/files/downloads/ge/qiqepqqfnpckmebvdkhu.pdf> : “პაციენტმა აღნიშნა, რომ სასამართლო სხდომაზე ბევრი ვერაფერი გაიგო, ვინაიდან გაბრუნებული იყო წამლებისგან... “[#5 საავადმყოფოს] პაციენტის თქმით, მას არ მიეცა საშუალება, მოეწვია საკუთარი ადვოკატი. ხოლო სახაზინო ადვოკატმა ერთადერთი წინადადება წარმოთქვა პროცესის დროს...” “პაციენტების თქმით, სახაზინო ადვოკატის მონაწილეობა სასამართლო პროცესში ფორმალურ ხასიათს ატარებს. მოსამართლეები ეთანხმებიან ექიმის აზრს და ნაკლებად აინტერესებთ პაციენტის მოსმენა...”

¹⁰ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012 გვ. 9, 38 <http://ombudsman.ge/files/downloads/ge/qiqepqqfnpckmebvdkhu.pdf>

ზემოთ მოყვანილი მაგალითები კითხვის ქვეშ აყენებენ სახაზინო ადვოკატების ეფექტურობას ფსიქიკურად დაავადებული ადამიანის რეალური ნების დაცვის თვალსაზრისით და მიუთითებენ სხვადასხვა დარღვევებზე ამ დაცვის დროს, როგორც, მაგალითად, დაშინება, ინფორმაციის არმიწოდება და ადამიანის პირადი პოზიციისა და ინტერესების იგნორირება.

უნდა ითქვას, რომ სახაზინო ადვოკატები ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მიდიან ადმინისტრაციის მოწვევით. პაციენტს არ შეუძლია, ისარგებლოს სახაზინო ადვოკატის დახმარებით სურვილისამებრ. საავადმყოფოში მომუშავე იურისტები კი დამოკიდებული არიან ადმინისტრაციაზე და ვერ დაეხმარებიან პაციენტს, თუ მას პრეტენზია აქვს საავადმყოფოს მიმართ.

აღსანიშნავია, რომ გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციით (46/119, პრინციპი 18.1), პაციენტს, რომელიც მკურნალობს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, უფასო იურიდიულ დახმარების უფლება აქვს¹¹.

ამ რეზოლუციასთან დაკავშირებით საინტერესო პროცესი დაიწყო საქართველოს მეზობელ ქვეყანაში. ამა წლის 16 იანვარს სომხეთის რესპუბლიკის სამთავრობო სესიაზე განხილული იყო კანონების „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ და „ადვოკატურის შესახებ“ საკანონმდებლო ცვლილებათა პაკეტი¹². საკანონმდებლო ინიციატივის ავტორები - სომხეთის პარლამენტის წევრები არა ბაბლოიანი და დავიდ ხარუტინიანი გამოვიდნენ წინადადებით, დაზუსტდეს ის მექანიზმები, რითაც ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მკურნალობაზე მყოფ ადამიანებს შეეძლებათ მიიღონ სახელმწიფოსგან უფასო იურიდიული დახმარება.

სომხეთის პარლამენტის წევრებმა მთავრობას შესთავაზეს კანონში ჩაწერილიყო, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, თავად პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თხოვნის საფუძველზე, პაციენტს იურიდიული დახმარებას გაუწევს იურისტი, რომელიც დანიშნული იქნება სომხეთის ადვოკატთა პალატასთან არსებული სახალხო დამცველის ოფისის მიერ.

სასურველია, რომ საქართველოშიც დაიწყოს ასეთი პროცესი და გაიწეროს საკანონმდებლო დონეზე, თუ ვინ იქნება პასუხისმგებელი საავადმყოფოებში მყოფი ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანებისთვის უფასო იურიდიული დახმარების გაწევაზე. ამასთან, იურისტები, რომლებიც ამ სერვისს განახორციელებენ, არ უნდა იყვნენ დამოკიდებული საავადმყოფოს ადმინისტრაციაზე, ჰქონდეთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში თავისუფალი შესვლის მანდატი. ამასთან, მათი მომსახურება უნდა ატარებდეს პერმანენტულ ხასიათს და იყოს ხელმისაწვდომი ფსიქიატრიული დაწესებულებების ყველა პაციენტისთვის თანაბრად, როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებშიც.

უფასო იურიდიული დახმარების გარდა, იურისტების ასეთ ჯგუფს შეუძლია, განახორციელოს მონიტორინგი, რათა იდენტიფიცირება და დროული რეაგირება მოახდინოს პაციენტების უფლებების დარღვევაზე საავადმყოფოს მხრიდან და გააკონტროლოს სახალხო დამცველის რეკომენდაციების შესრულების პროცესი. ამასთან, ამ ჯგუფს შეუძლია ადმინისტრაციის ან პერსონალის კონსულტირება პაციენტთა უფლებების საკითხებში, რაც გაზრდის მათი ინფორმირებულობის ხარისხს.

¹¹ <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>

¹² <http://www.hra.am/en/events/2013/01/16/psychiatry>

არასათანადო მოპყრობა

პაციენტების მიმართ მოპყრობის შეფასება კვლევის პროცესში ჩვენი საქმიანობის ერთ-ერთ ძირითად ნაწილს წარმოადგენდა. შემოწმებული საავადმყოფოების თანამშრომლებთან ერთად, გამოვკითხეთ სხვადასხვა დაწესებულებების პაციენტები, ასევე - ზოგიერთი მათგანის მეურვე და მშობელი. შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ამ ბოლო პერიოდის განმავლობაში, აღნიშნული კუთხით, მნიშვნელოვანი დადებითი ცვლილებები მოხდა. თუკი წინა წლებში არასათანადო მოპყრობის პრაქტიკა პერსონალის მხრიდან საკმაოდ მყარად იყო დამკვიდრებული (სპეცხალათით შებოჭვა, ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა და სხვა) და ამგვარი საქციელისთვის, გამონაკლისი შემთხვევების გარდა, მათ თითქმის არავინ სთხოვდა პასუხს, დღესდღეობით, ეს პრობლემა მნიშვნელოვანწილად აღმოფხვრილია ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში.

შორეულ კომუნისტურ წარსულში თუ უახლოეს წლებში, არასათანადო მოპყრობის შემთხვევები ხშირად გვხვდებოდა სანიტრების მხრიდან და გამოწვეული იყო ამ უკანასკნელთა არაპროფესიონალიზმით და მოუმზადებლობით რთული სიტუაციების მართვისას. ბოლო წლებში იცვლება მიდგომა პაციენტების მიმართ და ზოგადად, ფსიქიატრია უფრო თანამედროვე მიმართულებებს ითვისებს. ექთნის თანაშემწეებს და საავადმყოფოს სხვა პერსონალს გავლილი აქვთ ტრენინგები, რაც ცვლის პაციენტებისადმი მათ დამოკიდებულებასაც.



თუმცა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ იმ საავადმყოფოებში (ძირითადად - რეგიონებში), სადაც მომსახურე პერსონალს გავლილი არა აქვს შესაბამისი ტრენინგები, გარკვეულ შემთხვევებში, პაციენტები მაინც მიუთითებდნენ ზოგიერთი დაბალი რანგის, ექთნის თანაშემწის (სანიტარი) მხრიდან უხემ მოპყრობაზე. თუმცა, არც ერთ მათგანს ზემდგომი პირისთვის ამის შესახებ არ მიუმართავს, რაც შესაძლოა, შემდგომი შურისძიების შიშითაც იყოს განპირობებული. ცალკეული ფაქტები დაფიქსირდა ქუტირის ქალთა და მამაკაცთა განყოფილებებში, სადაც პაციენტთა თქმით, არის შემთხვევები, როცა თანამშრომლები უყვირიან და უხეშად მიმართავენ. მე-7 ქალთა განყოფილების ერთმა პაციენტმა

გვითხრა, რომ სანიტარმა ზურგზე დაარტყა სხვა პაციენტს პატარა ჯოხი, რომელიც გაუთავებლად სთხოვდა სიგარეტს.

ქალთა განყოფილების ერთმა პაციენტმა შემოგვჩივლა, რომ ერთი მისი თანაპალატელი ხშირად ყოველგვარი მიზეზის გარეშე ურტყამს სხვა პაციენტებს. ჩვენს შეკითხვაზე - რეაგირებს თუ არა ამაზე მომსახურე პერსონალი, გვიპასუხა, რომ შეძლებისდაგვარად ცდილობენ, დააშოშმინონ. ასევე, რამდენიმე პაციენტმა, როგორც ქალთა ისე მამაკაცთა განყოფილებიდან, აღნიშნა, რომ მათ იძულების ძალით უკეთებენ კუნთში ინექციებს. თუმცა, ფიზიკურ შეურაცხყოფაზე არ მიუთითებიათ.

პაციენტთა გარკვეული ნაწილი აცხადებს, რომ ოჯახის წევრებს ვერ უკავშირდებიან, რადგან დარეკვის სშუალეობა არა აქვთ. სურამის საავადმყოფოს მედპერსონალმა კი გვითხრა, რომ დარეკვა მხოლოდ დაბაში არსებულ ბინის ნომრებზეა შესაძლებელი. ცალკე უნდა აღვნიშნოთ ერთი შემთხვევა: ქუტირის საავადმყოფოს პანსიონატურ განყოფილებაში აღმოვაჩინეთ პაციენტი ქალბატონი ნ.პ., რომელსაც ორივე ფეხი ამპუტირებული აქვს. მისგან შევიტყვეთ, რომ ბეტონის იატაკზე ფორთხვით უწევს მუდმივად გადაადგილება, რადგან ინვალიდის ეტლი არ გააჩნია (მველი ეტლი გაფუჭდა).

როგორც გაირკვა, ნესტიან და ფეკალიებით აშმორებულ ტუალეტში და სააბაზანოშიც კი, იგი ასევე ფორთხვით გადაადგილდება. საავადმყოფოს დირექტორმა „ავჯიხსნა“, რომ პაციენტი „მიჩვეულია ამ ფორმით გადაადგილებას“ და დასძინა, რომ მედპერსონალი მას ყოველმხრივ ეხმარება. თუმცა, იგივე განყოფილებაში მყოფი ქალბატონი პაციენტის თქმით, ის ხშირად თავად ეხმარება შშმ ქალბატონს, კერძოდ - იღებს ვედროს, ეხმარება ამ ვედროზე დაჯდომაში და მერე ეს ვედრო უკან ტუალეტში მიაქვს. ინვალიდის ეტლთან დაკავშირებით, ადმინისტრაციის თქმით, შესაბამისი თხოვნა უკვე გაგზავნილია, მაგრამ პასუხი ჯერ არ მიუღიათ.

მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი ტენდენციები შეინიშნებოდა აღნიშნული საავადმყოფოს როგორც



მამაკაცთა ისე ქალთა განყოფილებებში, პანსიონატური ტიპის განყოფილების კონტიგენტი უარყოფს თანამშრომელთა მხრიდან რაიმე სახის ძალადობას. მაშინ, როდესაც ცალკე კორპუსში არსებული სპეცგანყოფილების კონტიგენტი ღიად მიუთითებს რეჟიმის თანამშრომელთა მხრიდან ყვირილის, მუქარისა და ფსიქოლოგიური ზეწოლის შემთხვევების შესახებ.

ზოგადად, კვლევის პროცესში გამოკითხულ პაციენტთა მნიშვნელოვანი ნაწილი პერსონალის მოპყრობას არ უჩივის. პაციენტები, ძირითადად, უარყოფენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას და უხეშობას პერსონალის მხრიდან. ადამიანის უფლებათა ცენტრის წარმომადგენლებს დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ პაციენტებისგან წერილობითი სახით საჩივრები არ მიუღია. თუმცა, პირადი საუბრისას გამოითქვა გარკვეული ჩივილები.

საავადმყოფოთა ნაწილში, განსაკუთრებით - რეგიონებში, გამოვლინდა პაციენტების შრომის გამოყენების ფაქტები, როდესაც ისინი პერსონალის მოვალეობაში შემავალ სამუშაოს ასრულებდნენ. მაგალითად, სურამში ურიკით ნაგავი გაჰქონდა ერთ-ერთ პაციენტს. მედპერსონალს ამასთან დაკავშირებით როდესაც კითხვა დავუსვით, გვიპასუხეს, რომ ეს საქმე მას სიამოვნებას ანიჭებდა. ქუტირის საავადმყოფოს ქრონიკული ავადმყოფების ქალთა განყოფილების ერთმა ბინადარმა გვითხრა, რომ თუკი ღამის საათებში შეურაცხადი პაციენტი იატაკზე მოისაქმებდა, მას აიძულებდნენ მოწმენდას.

ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურები

საქართველოს ფსიქიატრიული პროფილის დაწესებულებებში ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდი საკმაოდ გავრცელებული სამედიცინო მანიპულაციაა, რასაც განსაკუთრებით ხშირად იყენებენ ამა თუ იმ ფსიქიკური დაავადების გამწვავების პროცესში. ჩვენი ჯგუფის მიზანი იყო აღნიშნული პროცედურის კანონთან შესაბამისობაში გამოყენების შემოწმება.

ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის არასწორმა ან არამართებულმა გამოყენებამ შეიძლება, ფიზიკური ან სხვა სახის ზიანი მიაყენოს პაციენტს. ამიტომ პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა - იზოლირება ან დაფიქსირება, წარმოადგენს საკითხს, რომელიც რეგულირდება როგორც საქართველოს, ისე საერთაშორისო და ევროპული კანონმდებლობით. შესაბამისი იურიდიული ნორმების მიხედვით, ფიზიკური შეზღუდვა შესაძლებელია, გამოიყენებოდეს იმ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტი საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს ან მესამე პირებს. აღნიშნული პროცედურის ხასიათიდან გამომდინარე, მისი გამოყენება უნდა ხდებოდეს მხოლოდ წინასწარ განსაზღვრული დეტალური პროცედურების ზედმიწევნითი დაცვით, ამისთვის სპეციალურად გამოყოფილ ადგილას, სპეციალური აღჭურვილობების გამოყენებით.

რეგიონებისგან განსხვავებით, თბილისში ახლადგარემონტებულ საავადმყოფოებში განთავსებული საწოლები აღჭურვილია ფიზიკური შეზღუდვისათვის შესაბამისი რკინის მარყუჟებით. ხოლო სამაგრებად გამოიყენება სპეციალური ზეწრის ნაჭრები.

როგორც ცნობილია, შეზღუდვის პროცედურას ადგილი უნდა ჰქონდეს მხოლოდ გამონაკლის შემთხვევებში, როდესაც ყველა სხვა ნაკლებ შემზღუდავი საშუალებით ვერ მოხერხდა პაციენტის მართვა. შეზღუდვის პროცედურა დასაშვებია მოკლე დროით, ექიმის მითითებით ან თანხმობით. ფიქსირებული პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს განუწყვეტელი სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ. ფიქსირების ყოველი შემთხვევა უნდა აღინიშნოს სპეციალურ ჟურნალში. შეზღუდვის აუცილებლობის ამოწურვისთანავე ფსიქიატრი იღებს გადაწყვეტილებას პროცედურის შეწყვეტის შესახებ და აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს, თუ რა სახის მანიპულაცია ჩატარდა ავადმყოფს და დროის რა მონაკვეთში. იგი ყოველ 15 წუთში აკვირდება პაციენტის მდგომარეობას, დახმარების

ადმოჩენის მიზნით. ხელახალი ჩანაწერი უნდა გაკეთდეს ყოველი 4 საათის გასვლის შემდეგ.

პაციენტს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა, გაასაჩივროს ექიმის გადაწყვეტილება ფიზიკური შეზღუდვის თაობაზე. არც ერთ შემთხვევაში ფიზიკური შეზღუდვა არ უნდა გამოიყენებოდეს დასჯის მიზნით. ამასთანავე, როგორც ექიმების, ისე ქვე და დონის პერსონალის სათანადო მომზადება აუცილებელია რთული სიტუაციების იმგვარად მართვისთვის, რომ ზიანი არ მიაღწეს არც პაციენტს და არც თანამშრომელს. რაც შეეხება კადრების შერჩევისა და მომზადების საკითხს, ამ მხრივ, რეგიონებში ბევრად მძიმე სიტუაციაა, რადგან, მაგალითად, ექთნის თანაშემწის ადგილზე, მწირი ანაზღაურების გამო, კონკურენციაც დაბალია და ვერ ხერხდება შესაბამისი ფიზიკური მონაცემების მქონე ადამიანების მოძიება. შესაძლოა, ეს მოვლენაც განაპირობებს იმ ფაქტების არსებობას, როცა რიგ შემთხვევებში, ისინი იძულებულნი არიან, ფიქსაციის პროცესში სხვა პაციენტები დაიხმარონ.

მაგალითად, სურამში პაციენტმა ქალბატონმა გვითხრა, რომ იგი პერიოდულად ეხმარება მედპერსონალს მწვავე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების მოვლაში, თუკი რომელიმე „არ სვამს და ტულეტში ყრის წამალს“, იგი ამ ინფორმაციას გადასცემს მათ და ფიქსაციის პროცესშიც ეხმარება შეძლებისდაგვარად. ქალბატონმა დაგვისახელა ბოლოს მომხდარი კონკრეტული შემთხვევა, რომლის შესახებაც ჟურნალში ჩანაწერი თანამშრომლებს არ ჰქონდათ გაკეთებული. თავის მხრივ, მედპერსონალმაც გამოთქვა პრეტენზია, რომ ფიქსაციის პროცესში მათ მხოლოდ დამამშვიდებელი პრეპარატების გამოყენების უფლება აქვთ (დიაზეპამი, ცინარეზინი) და არა ნეიროლეპტიკების, რომლის გარეშე ბოდვითი სიმპტომების მოხსნა არ ხერხდება.

კვლევის ჯგუფის მიზანი იყო აღნიშნული პროცედურის კანონთან შესაბამისობაში გამოყენების შემოწმება. ერთეულ შემთხვევებში, სავარაუდოა, რომ შეზღუდვა გამოიყენება პაციენტის დასჯისთვის. ზოგიერთ შემთხვევაში, არ ივსება ფიქსაციის ჟურნალი, სადაც უნდა აღირიცხებოდეს პაციენტის დაფიქსირების დრო და ხანგრძლივობა, ფიზიკური შეზღუდვის მიზეზი და არსი, ასევე - პასუხისმგებელი პირის ვინაობა. როგორც დაკვირვებამ ცხადყო, იმ დაწესებულებებშიც, სადაც ამგვარი ჟურნალი წარმოებს, ზოგიერთი შემთხვევა იქ აღრიცხული არ არის. მაგალითად, რუსთავის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს ჟურნალში დაფიქსირებული იყო ერთი შემთხვევა, როდესაც პაციენტებთან გადამოწმებისას გავარკვიეთ, რომ ამ უკანასკნელ პერიოდში ორ ადამიანზე ჩატარდა მსგავსი პროცედურა. ქუტირის საავადმყოფოში კი მედპერსონალმა საერთოდ ვერ წარმოგვიდგინა მსგავსი ჟურნალი. დირექტორმა განგვიცხადა, რომ კანონის თანახმად, ასეთი ჟურნალის ცალკე არსებობა აუცილებელი არ არის. მისი თქმით, ფიზიკური შეზღუდვის პროცედურების შესახებ ჩანაწერები სამედიცინო ისტორიაში კეთდება და ეს სრულიად საკმარისია. დირექტორი ასევე უარყოფდა მედიკამენტოზური შეზღუდვის გამოყენებას, მაგრამ პაციენტების თქმით, ფიზიკური შეზღუდვის ნაცვლად, ინექციები მაინც ტარდება.

დაწესებულებებში, უმეტეს შემთხვევაში, პაციენტის ძლიერი აღზნების მართვისთვის გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვა და ფარმაკოლოგიური ჩარევა. ადამიანის უფლებათა ცენტრმა მიიღო სურამის საავადმყოფოში მწოლიარე ერთი პაციენტის საჩივარი ფიზიკური შეზღუდვისას ძალის გადამეტებაზე. სამედიცინო პერსონალს, რომლებიც, ძირითადად, ძველ დაწესებულებებში მუშაობენ, გავლილი არ

აქვს სპეციალური წვრთნა ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შესახებ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხული პერსონალის ნაწილი (საშუალო და დაბალი მედპერსონალი), წინა წლებთან შედარებით, უკეთ არის ინფორმირებული ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების შესახებ.

იმ პაციენტების გამოკითხვის შედეგების მიხედვით, რომელთა მიმართ ფიზიკური შეზღუდვა ან ფარმაკოლოგიური ინექციები გამოიყენეს, ცხადია, რომ ისინი ხშირად აღნიშნულ ღონისძიებებს აღიქვამენ როგორც სასჯელს. მიგვაჩნია, რომ უნდა დაინერგოს პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა, რაც დაწესებულებებში ამ ეტაპზე დანერგილი არ არის. ეს გააუმჯობესებდა პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას. ასევე, აღნიშნულ დაწესებულებათა ბინადარნი აღნიშნავენ, რომ ზოგჯერ სამედიცინო მანიპულაციები მათი თანხმობის გარეშე სხვა პაციენტების თანდასწრებით უტარდებათ. ეს პაციენტის უფლებების დარღვევაა.

პაციენტების ნებაყოფლობითი სტაციონირება

საქართველოს კანონით, „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“¹³, პაციენტი ნებაყოფლობითი მკურნალობისთვის ფსიქიატრიულ სტაციონარში თავსდება საკუთარი თხოვნით ან/და ინფორმირებული თანხმობით (არასრულწლოვანი და ქმედუუნაროდ აღიარებულ პირების გარდა). იმავე კანონის მიხედვით, სტაციონარში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მოთავსებული პირის გაწერა, პაციენტის მოთხოვნის შემთხვევაში, უნდა ხდებოდეს მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე¹⁴. იმ შემთხვევაში, თუ პირს არ სურს მკურნალობის გაგრძელება, მაგრამ წარმოადგენს საფრთხეს საკუთარი თავისთვის, სხვებისთვის ან ქონებისთვის, დაწესებულებამ უნდა მიმართოს არანებაყოფლობითი მკურნალობისთვის საჭირო პროცედურებს, ანუ სასამართლოს¹⁵.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მყოფი პაციენტების დიდი ნაწილი იმყოფება „ნებაყოფლობით სტაციონირებაზე“, მაშინ როცა რეალურად, მათ საავადმყოფოს დატოვება სურთ. არსებობს ამის ორი ძირითადი მიზეზი:

- 1) არანებაყოფლობითი პაციენტების განთავსების პროცედურები საკმაოდ შრომატევადია, საჭიროებს სასამართლო პროცესს და გადაწყვეტილების პერიოდულ გადახედვას.

ეს მიზეზი საკმაოდ აქტუალურია რეგიონებში არსებული ფსიქიატრიული საავადმყოფოებისთვის. მაგალითად, ქუტირის საავადმყოფოს დირექტორის თქმით, ხონის სასამართლოს სამტრედიაში გადაყვანის შემდეგ მას თითო პროცესზე უწევს ადვოკატის და მოსამართლეს მანქანით მოყვანა სამტრედიიდან, რაშიც იხარჯება დიდი რაოდენობით საწვავი. ხოლო ასეთი ტიპის ხარჯები ბიუჯეტით არ არის გათვალისწინებული. შესაბამისად, საწვავში დახარჯული თანხა ძირითად ბიუჯეტს აკლდება.

- 2) პაციენტი იმყოფება საავადმყოფოში თავისი ნების წინააღმდეგ, რადგან წასასვლელი არსად აქვს.

¹³ საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მუხლი 8, პუნქტი 1

¹⁴ იქვე, მუხლი 17, პუნქტი 3

¹⁵ იქვე, მუხლი 18, პუნქტი 7

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში იმყოფება ბევრი ისეთი პაციენტი, რომლის ძირითადი პრობლემა არა ავადმყოფობა, არამედ საცხოვრებელი ადგილის არქონაა. ასევე ფსიქიატრიულებში არიან ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანები, რომელთაც ესაჭიროებათ ზრუნვა, ხოლო მზრუნველი არ ჰყავთ. საავადმყოფოში ასეთი ადამიანების დატოვება ეწინააღმდეგება კანონს¹⁶, მაგრამ რეალური ალტერნატივა საქართველოში შექმნილი არ არის. არ არსებობს საცხოვრისები და თემზე დაფუძნებული შესაბამისი სერვისები. მიუხედავად იმისა, რომ წასასვლელი არსად აქვთ, საავადმყოფოში ჩაკეტილ ადამიანებს ხშირ შემთხვევაში, მაინც სურთ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დატოვება. ერთ-ერთი სტაციონარის ექიმმა გვითხრა: „ამ შემთხვევაში, თუ გამოვიძახებთ მოსამართლეს, მკითხავს - ესაჭიროება თუ არა პაციენტს სტაციონარში მკურნალობა. მე რა უნდა ვუპასუხო? რეალურად არ ესაჭიროება. ასეთ შემთხვევაში, სასამართლო მიიღებს გადაწყვეტილებას, რომ პაციენტი გასაშვებია, მაგრამ სად წავა?! ჩვენც ხომ ადამიანები ვართ და გვადარდებს ჩვენი პაციენტების ბედი“.

ამასთან, ექიმს იმის შიშიც აქვს, რომ თუ პაციენტს, რომელსაც არსად აქვს წასასვლელი, მაინც გაუშვებს საავადმყოფოდან, დიდი ალბათობაა, რომ გაუმწვავდეს ფსიქიკური მდგომარეობა, დანაშაული ჩაიდინოს, ან დაიღუპოს, რამაც შესაძლოა, დააყენოს ექიმის პასუხისმგებლობის საკითხი და მოსთხოვონ პასუხი, თუ რატომ გაუშვა პაციენტი საავადმყოფოდან ასეთ სარისკო მდგომარეობაში.

ზემოთქმული მიზეზების გამო სახალხო დამცველის ანგარიშის მიხედვით, „საავადმყოფოები მაქსიმუმს აკეთებენ, რათა მინიმუმამდე დავიდეს არანებაყოფლობითი პაციენტების რაოდენობა“¹⁷. ამასთან, არ სრულდება იმავე ანგარიშში მოცემული რეკომენდაცია, რომ ყველა დაწესებულებაში ნებაყოფლობითი პაციენტის სტატუსი უნდა გადაიხედოს და განისაზღვროს პაციენტის რეალური ნების და კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, ბევრ სტაციონარში დამკვიდრებულია პრაქტიკა, როცა პაციენტს ეუბნებიან, რომ თუ თანხმობაზე ხელს არ მოაწერს, მინიმუმ ექვსი თვით მოუწევს სტაციონარში ყოფნა, ხოლო თანხმობაზე ხელმოწერის შემთხვევაში, მხოლოდ რამდენიმე კვირით დატოვებენ¹⁸. ერთ-ერთმა პაციენტმა გვითხრა, რომ მან უარი განაცხადა, თანხმობის ფურცელზე მოეწერა ხელი და მოითხოვა სასამართლო. უკვე სასამართლო გადაწყვეტილებით, არანებაყოფლობით სტაციონირებაზე მყოფს სანიტარმა უთხრა: „ეს რა ჩაიდინე?! ხელი რომ მოგეწერა, თვის ბოლოს გაგიშვებდით, მაგრამ რადგან ხელი არ მოაწერე, გაგაჩერებენ რამდენიმე თვით“. ანუ რეალურად პაციენტს აშინებენ, თუნდაც შემდგომში რომ გაითვალისწინოს და თავიდანვე არ გამოხატოს აქტიური პოზიცია.

ერთ-ერთი გამოკითხული პაციენტი დარწმუნებული იყო, რომ ხელი მოაწერა არა თანხმობის ფურცელს, არამედ დამადასტურებელ საბუთს, რომ ის ხელის მოწერის დროს იმყოფებოდა საავადმყოფოში. „ეს არ იყო თანხმობა“, - აღნიშნა პაციენტმა, - „მე რომ მცოდნოდა, რაზე ვაწერდი ხელს, მაშინ იქნებოდა თანხმობა“. სამწუხაროდ, კრიზისში მყოფი ადამიანისთვის, ამასთან - ფსიქოტროპული წამლების ზემოქმედების ქვეშ, ძნელია

¹⁶ საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მუხლი 15, პუნქტი 5 „ავრძალულია პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება იმაზე მეტი ხნით, ვიდრე ეს საჭიროა მისი გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის“.

¹⁷ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012 გვ. 37.

¹⁸ იქვე, გვ. 38.

გრძელი ტექსტის წაკითხვა და მისი შინაარსის გაგება. ამით შეიძლება ისარგებლოს პერსონალმა და დეზინფორმაციის შედეგად მიიღოს პაციენტის ხელმოწერა თანხმობის ფურცელზე.

გამოკითხული პაციენტების უმეტესობას საერთოდ არ ახსოვდა ხელის მოწერის ფაქტი. შესაძლებელია, ეს გამოწვეული იყო კრიზისული მდგომარეობით ან მედიკამენტების ზეგავლენით. ერთმა პაციენტმა გვითხრა, რომ იძულებული იყო, ხელი მოეწერა თანხმობის ფურცელზე, რადგან არ უნდოდა თავისი რეპუტაციის შელახვა სასამართლო პროცესში მონაწილეობით.

„ნებაყოფლობით“ პაციენტების კიდევ ერთი კატეგორია, რომელზეც შემდგომში უფრო დაწვრილებით იქნება საუბარი, ქმედუუნაროდ აღიარებული პირები არიან. მათი თანხმობა საჭირო არ არის საავადმყოფოში მოთავსებისთვის. საკმარისია, რომ ამაზე დათანხმდა მათი მეურვე. რეალურად ამ ადამიანებს არ სურთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ყოფნა. ხშირ შემთხვევაში, არც საჭიროებენ ასეთ სტაციონირებას სამედიცინო კრიტერიუმების თვალსაზრისით, მაგრამ კანონის¹⁹ მიხედვით, ისინი მაინც ითვლებიან „ნებაყოფლობით“ პაციენტებად, რაც ჩვენი აზრით, სწორი არ არის.

პაციენტების არაინფორმირებულობა

ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2004 წლის რეკომენდაციით, არანებაყოფლობით სტაციონირებული პირი დაუყოვნებლივ უნდა იყოს ინფორმირებული საკუთარი უფლებებისა და გასაჩივრების საშუალებების შესახებ; ასევე - გადაწყვეტილების მოტივებისა და სტაციონირების სავარაუდო ხანგრძლივობის შესახებ (რეკომენდაცია #10, 2004, მუხლი 22)²⁰.

იმავე რეკომენდაციით, სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტებს, რომლებიც იღებენ ფსიქიატრიულ მკურნალობას, ინდივიდუალურად უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია თავისი, როგორც პაციენტის, უფლებების შესახებ და უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, დაუკავშირდნენ ფსიქიატრიული მომსახურების სისტემისგან დამოუკიდებელ კომპეტენტურ ადამიანს ან ორგანოს, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში, დაეხმარება მას, უკეთ გაერკვეს თავის უფლებებში და ისარგებლოს ამ უფლებებით (რეკომენდაცია #10, მუხლი 6).

გაეროს პრინციპების თანახმად, „ფსიქიატრიულ სამედიცინო დაწესებულებაში მყოფ პაციენტს მისი იქ მოთავსებიდან უახლოეს ხანში მისთვის გასაგები ფორმითა და გასაგებ ენაზე უნდა განემარტოს მისი უფლებები ამ პრინციპებისა და ადგილობრივი კანონმდებლობის შესაბამისად“ (რეზოლუცია 46/119, პრინციპი #12)²¹.

საქართველოს კანონში „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია, რომ პაციენტს უფლება აქვს, მიიღოს თავისი დაავადებისა და მიწოდებული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ დროული, სრული, ობიექტური ინფორმაცია, ამასთან მისთვის გასაგებ ენაზე; თუ პაციენტი ქმედუუნაროა ან მას არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ინფორმაცია მიეწოდება პაციენტის კანონიერ

¹⁹ კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ მუხლი 17, პუნქტი 1, ქვეპუნქტი „გ“.

²⁰ <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685&Site=CM>

²¹ <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>

წარმომადგენელს, ხოლო მისი არარსებობის შემთხვევაში – ნათესავს (მუხლი 5, 1 პუნქტი, „გ“ ქვეპუნქტი)²².

ამავე კანონის მიხედვით, პაციენტს უფლება აქვს, გაეცნოს მის შესახებ არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას. თუმცა ექიმი განსაზღვრავს პაციენტისა და მესამე პირისათვის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაციის მიწოდების მოცულობასა და ფორმას (მუხლი 5, 1 პუნქტი, „დ“ ქვეპუნქტი).

ჩვენს მიერ გამოკითხული პაციენტების უმრავლესობამ არ იცოდა თავისი დიაგნოზი და მკურნალობის დეტალები. თბილისში, ქავთარაძის ქუჩაზე მდებარე ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ქრონიკულ განყოფილებაში მყოფი პაციენტების დაახლოებით ერთმა მესამედმა არ იცოდა მათი მკურნალი ექიმის ვინაობა. ქუტირის საავადმყოფოს ზოგიერთმა პაციენტმა აღნიშნა, რომ მათ დაუკითხავად უკეთებდნენ ნემსს. სურამის საავადმყოფოს ერთ–ერთი პაციენტის თქმით, მას სამი დღის განმავლობაში უკეთებენ ნემსს, რის გამოც ის ვერ დგება საწოლიდან. ამასთან, მკურნალ ექიმს მასთან არ უსაუბრია მკურნალობის შეცვლის მიზეზების შესახებ და არც დანიშნულ მედიკამენტებზე და მათ შესაძლო გვერდით ეფექტებზე. ზოგიერთმა პაციენტმა იცოდა თავისი დიაგნოზი, მაგრამ არ ჰქონდა ინფორმაცია მკურნალობის შესახებ. მხოლოდ ერთეულებმა იცოდნენ დიაგნოზი და მკურნალობის დეტალები, მაგრამ ესენი იყვნენ ბევრჯერ სტაციონირებული პაციენტები. მათი უმრავლესობის თქმით, ინფორმაცია მკურნალობის მეთოდების შესახებ და წამლების ეფექტების შესახებ მათ მიიღეს არა საავადმყოფოში, არამედ საავადმყოფოს გარეთ, კრიზისული ინტერვენციის ცენტრში და დღის სარეაბილიტაციო ცენტრში, ჯგუფური ან ინდივიდუალური თერაპიების დროს.

არაინფორმირებულობა თავისი დიაგნოზისა და მკურნალობის შესახებ პაციენტს არ აძლევს საშუალებას, თავი იგრძნოს ნამდვილ პაციენტად და არა პატიმრად. ინფორმაციის ნაკლებობის გამო, პაციენტს ასევე არ შეუძლია, მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება თავისი მკურნალობის შესახებ და ასევე აქტიური როლი შეასრულოს მისთვის შესაფერისი დოზებისა და წამლების შერჩევის პროცესში. პაციენტის ინფორმირებულობა და მისი აქტიური ჩართვა სამკურნალო პროცესში სამომავლოდ დაეხმარება მას საავადმყოფოს გარეთ მკურნალობის გაგრძელებაში და საზოგადოებაში აქტიური როლის შენარჩუნებაში.

სამწუხაროდ, დროის ნაკლებობის გამო (ექიმებს სისტემატურად უწევთ დიდი რაოდენობით სხვადასხვა დოკუმენტაციის შევსება), ან მოსალოდნელი პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით, პაციენტებს კვლავ არ განემარტებათ მათი მკურნალობის დეტალები, დაავადების სიმპტომები და წამლების ეფექტები. უმეტეს შემთხვევაში, არც ოჯახის წევრებს აქვთ ინფორმაცია წამლების ეფექტების შესახებ, განსაკუთრებით – გვერდითი ეფექტების შესახებ, როგორცაა, მაგალითად: გაბრუება, კანკალი, მეხსიერების დაქვეითება, კონცენტრაციასთან დაკავშირებული პრობლემები, პოტენციის დაქვეითება და მენსტრუალური ციკლის დარღვევები. ამ სიმპტომების გამო ოჯახის წევრმა შეიძლება ჩათვალოს, რომ პაციენტს გაუმწვავდა ფსიქიკური დაავადების სიმპტომები, ან არასწორად იყოს შეფასებული მეუღლის მხრიდან, როგორც გულგრილობა.

ხშირ შემთხვევებში, პაციენტები არ ფლობენ ინფორმაციას მათი უფლებების შესახებ. ეს განსაკუთრებით ეხება „ნებაყოფლობით მკურნალობაზე“ მყოფ პაციენტებს, რომლებსაც რეალურად უნდათ საავადმყოფოს დატოვება, მაგრამ დარწმუნებული არიან,

²² https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=24178&lang=ge

რომ არა აქვთ ამის უფლება. ბევრს სჯერა, რომ სანამ ოჯახის წევრი არ მიაკითხავს, მათ არა აქვთ საავადმყოფოს დატოვების უფლება. ამრიგად, საავადმყოფოში მყოფი პაციენტების ორივე კატეგორიას, ნებაყოფლობით და არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფებს, თანაბრად ეზღუდებათ გადაადგილება. შესაბამისად, ამ ორი ჯგუფის მკურნალობის რეჟიმში რეალური განსხვავება არ არის.

დღევანდელი პრაქტიკიდან გამომდინარე, საავადმყოფოში მოხვედრისას პაციენტები არ იღებენ ინფორმაციას მათი უფლებების შესახებ, არც საავადმყოფოს შინაგანაწესის შესახებ. სტენდები პაციენტის უფლებებზე (მათი არსებობის შემთხვევაში) პაციენტებისთვის მიუწვდომელ ადგილებშია. მაგალითად, ქუტირის საავადმყოფოში სტენდი განყოფილების გარეთაა, სადაც პაციენტები არ დადიან. ადმინისტრაცია ამ ფაქტს ხსნის იმ გარემოებით, რომ პაციენტები სტენდებზე მიკრულ ფურცლებს ხევენ. შესაბამისად, ჩნდება დასკვნა, რომ სტენდები არსებობს არა პაციენტებისათვის, არამედ მონიტორინგის ჯგუფებისათვის ან სხვა მოსული პირებისათვის.

გლდანის საავადმყოფოშიც ასეთი სტენდები განყოფილებების გარეთაა. განმარტება იგივეა - პაციენტები ფურცლებს ხევენ. სასურველია, რომ ასეთი პრობლემის არსებობის შემთხვევაში, გამომუშავდეს ინფორმაციის მიწოდების სხვა მეთოდი. კერძოდ, შეიძლება, ფურცლების მიწება კედელზე და ზემოდან გამჭვირვალე დამცავი საფარით დაფარვა. ან შეიძლება სხვა მეთოდის შემუშავება, ადმინისტრაციის სურვილისამებრ. მთავარია, რომ ეს მეთოდი იყოს დანერგილი საქართველოს ყველა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, რათა განყოფილებაში მყოფ პაციენტს ჰქონდეს წვდომა ინფორმაციაზე პაციენტთა უფლებების შესახებ და საავადმყოფოს შინაგანაწესზე.

არანებაყოფლობითი მკურნალობა

2013 წლის 5 მარტს გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა, პროფესორმა ხუან ე. მენდესმა გაეროს ადამიანის უფლებათა საბჭოს წარუდგინა სამედიცინო დაწესებულებებში წამების და სასტიკი მოპყრობის ანგარიში²³.

ბატონი მენდესის ანგარიში და ოფიციალური განცხადება²⁴ წარმოადგენს ინოვაციურ წვლილს საზოგადო ძალისხმევებისათვის, რათა გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანთა უფლებების კონვენციის (CRPD)²⁵ სტანდარტები გავრცელდეს ადამიანის უფლებათა ყველა მექანიზმზე. პირველად ისტორიაში, გაეროს უმაღლესმა ექსპერტმა წამების სფეროში (და არა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან შეზღუდული შესაძლებლობის სფეროში) დაადგინა, რომ:

- დაუშვებელია, კანონმდებლობა ექიმებს აძლევდეს უფლებას, იძულებით გაუწიონ ადამიანს ფსიქიატრიული მკურნალობა მაშინ, როცა ის უარს ამბობს ასეთ მკურნალობაზე.

ეს ნიშნავს, რომ კანონები უპირატეს მნიშვნელობას უნდა ანიჭებდეს ადამიანის თანხმობას მკურნალობაზე.

²³ http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf

²⁴ http://mdac.info/sites/mdac.info/files/march_4_torture.pdf

²⁵ <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

- ნებისმიერი ფორმის და ხანგრძლივობის შეზღუდვა და იზოლაცია დაუყოვნებლივ უნდა იყოს აკრძალული ყველგან, სადაც არ უნდა ხდებოდეს ეს, მათ შორის, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში.
- ფსიქიატრიული მომსახურება უნდა იყოს ორიენტირებული ნებაყოფლობით, თემზე დაფუძნებულ სერვისებზე და არა არანებაყოფლობით ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მოთავსებასა და მკურნალობაზე.

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, პაციენტს აქვს უფლება, უარი თქვას მკურნალობის ჩატარებაზე (მუხლი 5, 1 პუნქტი, „ე“ ქვეპუნქტი). ეს უფლება იზღუდება ამ კანონის მე-16 და მე-18 მუხლებით გათვალისწინებულ შემთხვევებში. კერძოდ, თუ პაციენტი იყო არანებაყოფლობით სტაციონირებული (მე-18 მუხლი), ან არსებობს კრიტერიუმები ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების განსახორციელებლად (მე-16 მუხლი). მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება არა აქვთ არასრულწლოვნებს და ქმედუვნაროდ აღიარებულ პირებს²⁶.

საქართველოს კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს განსხვავებას არანებაყოფლობითი სტაციონირებას, ანუ - ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსებასა და არანებაყოფლობით მკურნალობას შორის. არანებაყოფლობით სტაციონირებული პირი კარგავს ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე უარის თქმის უფლებას. კანონმდებლობაში ეს ორი ცნება გაერთიანებულია. საქართველოს კანონში „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საუბარია არა მხოლოდ არანებაყოფლობით სტაციონირებაზე, არამედ არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, რაშიც ლოგიკურად მკურნალობაც შედის. თუმცა, იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი იმყოფება ნებაყოფლობით მკურნალობაზე და ამასთან, არის სრულწლოვანი და ქმედუვნარიანი პირი, მაშინ მას აქვს სრული უფლება, რომ უარი განაცხადოს ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე.

რეალურად, ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტს, ისევე როგორც არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფს, ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება არა აქვს. როგორც სახალხო დამცველის ანგარიშშია ნათქვამი, ზოგიერთ დაწესებულებაში პაციენტის ფიქსაციის მიზეზი შეიძლება მედიკამენტებზე უარის თქმა გახდეს²⁷. ზოგიერთი პაციენტის თქმით, მათ წამლის მიღებაზე უარის თქმის შემთხვევაში ნემსის გაკეთებით ემუქრებოდნენ.

ჩვენთან საუბრისას რამდენიმე პაციენტი აცხადებდა, რომ მათ დაუკითხავად უკეთებდნენ ნემსს. სხვა პაციენტები აცხადებდნენ, რომ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი აგრესიული გახდა, მას კი არ აბამენ, არამედ ინექციას უკეთებენ. საინტერესოა, რომ იმავე საავადმყოფოს დირექტორი უარყოფდა იმ ფაქტს, რომ მის დაწესებულებაში ხდება მედიკამენტების გამოყენება პაციენტების დასამშვიდად.

თბილისში, ქავთარაძის ქუჩაზე არსებული საავადმყოფოს მწვავე განყოფილებაში მყოფმა პაციენტმა, რომელმაც არ ისურვა სასამართლო პროცესის გავლა „რეპუტაციის შელახვის გამო“, საკმაოდ ემოციურად გამოხატა თავისი დამოკიდებულება არანებაყოფლობითი მკურნალობის მიმართ: „ეს იზოლაციის რეჟიმი და იძულებითი მკურნალობის ინსტიტუტი გესტაპოს გადმონაშთია. აქ მოხვედრამდე არც კი ვიცოდი, თუკი ასეთი რამ კიდევ ხდებოდა“.

²⁶ საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მუხლი 5, პუნქტი 1, ქვეპუნქტი „ე“.

²⁷ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012, გვ. 40.

ერთმა პაციენტმა, რომელმაც სტაციონარში 1 თვე გაატარა და უკვე ეწერებოდა საავადმყოფოდან, შესაბამისად, უფრო თავისუფლად გრძნობდა თავს, გვითხრა, რომ სანამ ის საავადმყოფოში იყო, პერსონალის მხრიდან ცუდი მოპყრობის ფაქტები არ შეუნიშნავს. თუმცა, აღნიშნა შემდეგი: „უფრო წამლების მიღებაზე იყო ზეწოლა. პაციენტი როცა არ ემორჩილებოდა, ნემსს ძალით უკეთებდნენ. ამ ყველაფრის ნახვის შემდეგ ადამიანს დეპრესია უფრო გაუმწვავდება“.

ჩვენი აზრით, არანებაყოფლობითი მკურნალობა და პაციენტთა არაინფორმირებულობა დიაგნოზისა და მკურნალობის შესახებ, მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთმანეთთან. ადამიანი როცა არ არის ინფორმირებული დაავადების შესახებ, არ იცის ამ დაავადების სიმპტომები და მკურნალობის მეთოდები, ასევე არ იცის დაავადების მოსალოდნელი პროგნოზი, მას არ შეუძლია, გააცნობიეროს მკურნალობის აუცილებლობა და მიიღოს ინფორმირებული გადაწყვეტილება მკურნალობის შესახებ. ასევე, ფსიქოტროპულ წამლებს აქვთ ბევრი გვერდითი ეფექტი. ამ მედიკამენტების ხანგრძლივ მიღებას შეუძლია, გამოიწვიოს საკმაოდ მძიმე სომატური დაავადებები: მხედველობის დაქვეითება, მეხსიერებისა და კოორდინაციის გაუარესება და ა.შ.²⁸.

ამ გარემოებათა გათვალისწინებით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ დაცული იყოს ადამიანის უფლებები:

- 1) პაციენტმა მიიღოს სრული და ობიექტური ინფორმაცია დანიშნულ წამლებზე და მათ მოსალოდნელ ეფექტებზე, მისთვის გასაგებ ენაზე;
- 2) ჰქონდეს შესაძლებლობა, მიწოდებული ინფორმაციის გაცნობიერების შემდეგ, სურვილისამებრ, უარი თქვას შემოთავაზებულ მკურნალობაზე.

გასაჩივრების მექანიზმების არაადეკვატურობა

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-14 პუნქტის მიხედვით, პაციენტს, მის კანონიერ წარმომადგენელს ან ნათესავს, აგრეთვე ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაციას უფლება აქვს, ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის მიერ დადგენილი წესით გაასაჩივროს მოსამართლის ბრძანება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით, პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ ან დადგენილება არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით, პირის სტაციონარში მოთავსებაზე უარის თაობაზე, აგრეთვე - ბრძანება სტაციონირების ვადის გაგრძელების ან დადგენილება ვადის გაგრძელებაზე უარის თაობაზე.

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, არანებაყოფლობითი სტაციონირების გასაჩივრების შემთხვევები 2011 წელს დაფიქსირდა ქუტირში, სადაც 100 გადაწყვეტილებიდან გასაჩივრდა 36, ასევე - ასათიანის სახელობის ს/კ ინსტიტუტში, სადაც 65 შემთხვევიდან გასაჩივრდა 5. ანგარიშის თანახმად, არც ერთი გასაჩივრება სასამართლოს მიერ არ დაკმაყოფილებულა²⁹.

ჩვენთან საუბრისას, ქუტირის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დირექტორმა გამოთქვა აზრი გასაჩივრების უფლებასთან დაკავშირებით. ის თვლის, რომ პაციენტს არ

²⁸ მაგალითად <http://psychcentral.com/lib/2006/common-side-effects-of-psychiatric-medications/>

²⁹ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012, გვ. 43.

უნდა ჰქონდეს არც არანებაყოფლობითი სტაციონირების, არც მეურვის კანდიდატურის გასაჩივრების უფლება. პაციენტი მაღლობელი უნდა იყოს იმ ადამიანის, ვინც მასზე ზრუნავს და მეურვეობა იტვირთა. რაც შეეხება არანებაყოფლობით სტაციონირებას, დირექტორის აზრით, არიან პაციენტები, ვინც სამჯერ და ოთხჯერ გაასაჩივრა სასამართლოს გადაწყვეტილება არანებაყოფლობით სტაციონირებაზე და „ამაში ტყუილად დაიხარჯა დრო და საავადმყოფოს რესურსები“.

შეიძლება ითქვას, რომ არანებაყოფლობითი სტაციონირების შესახებ სასამართლო გადაწყვეტილების გასაჩივრებისას მდგომარეობა იგივეა, როგორც არანებაყოფლობით სტაციონირებაზე სასამართლო პროცესის დროს. ანუ გასაჩივრების პროცესი მეტწილად ფორმალურ ხასიათს ატარებს და როგორც წესი, მოსამართლე ეთანხმება ექიმის აზრს.

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, არანებაყოფლობითი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების გასაჩივრება გართულებულია პაციენტებისთვის სასამართლოს გადაწყვეტილების დაგვიანებით ჩაბარების გამო³⁰. ამ პრობლემის შესახებ ჩვენთან ისაუბრა მ. ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის იურისტმა. მან აღნიშნა, რომ ზოგ შემთხვევაში, პაციენტი უკვე გაწერილი იყო, როცა მოვიდა სასამართლოს გადაწყვეტილება. ზემოთქმულის გამო, პაციენტს ეკარგება გასაჩივრების სურვილი, რადგან მისთვის გასაჩივრება აქტუალურია იმ მომენტში, როცა არანებაყოფლობით თავსდება საავადმყოფოში, და არა მაშინ, როცა უკვე ეწერება იქიდან.

გასაჩივრების შიდა მექანიზმი: საჩივრების ყუთები, ან საერთოდ არ არის განყოფილებებში, ან პაციენტები მათ აქტიურად არ იყენებენ. ზოგიერთმა გამოკითხულმა პაციენტმა არც კი იცოდა საჩივრების ყუთების არსებობისა და მათი დანიშნულების შესახებ. რუსთავის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ერთ–ერთი პაციენტის თქმით, მას საჩივრის დაწერა არ დასჭირვებია, შესაბამისად – ყუთისთვის ყურადღება არ მიუქცევია. იგივე საავადმყოფოს სხვა პაციენტმა აღნიშნა, რომ იცის ყუთის არსებობის შესახებ, მაგრამ საჩივრის დაწერას არ აპირებს. მისი თქმით, უმჯობესია ექიმთან მისვლა და თავისი სათქმელის თქმა.

იმის გათვალისწინებით, რომ საჩივრების ყუთი ზოგიერთ დაწესებულებაში იხსნება მხოლოდ თვეში ერთხელ, ეს არ წარმოადგენს სწრაფი საჩივრის მექანიზმს, და შესაბამისად პაციენტებისთვის ნაკლებად აქტუალურია. თუმცა, ისიც უნდა ვთქვათ, რომ ზოგადად პერსონალის დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ უკეთესობისკენ შეიცვალა. პაციენტების ცემის ან სხვა უხეში მოპყრობის ფაქტები თითქმის აღმოფხვრილია ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, რაც მისასალმებელია. შეგვიძლია, ვივარაუდოთ, რომ ამის გამო პაციენტებს არ გააჩნიათ საჩივრის დაწერის ძლიერი მოტივი და ამიტომ ნაკლებად იყენებენ საჩივრების ყუთს.

ცალკე საკითხია გასაჩივრების მექანიზმი ქმედუუნაროდ აღიარებულთათვის. თუ მეურვე არ ასრულებს თავის მოვალეობებს ან სხვაგვარად არღვევს სამეურვეო პირის უფლებებს, სამეურვეო პირს არა აქვს უფლება, გაასაჩივროს ეს ქმედებები. მეურვის დანიშვნაზე და შეცვლაზე პასუხისმგებელია მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანო. თუმცა, თავად ქმედუუნარო პირებს ამ ორგანოსთან კავშირი არა აქვთ. არ არსებობს საჩივრის მექანიზმი, რისი მეშვეობით ქმედუუნაროდ აღიარებული პირი შეძლებდა საჩივრის შეტანას თავისი მეურვის წინააღმდეგ.

³⁰ იქვე, გვ. 44.

მეურვეობა

საქართველოში მეურვეობის სისტემა ადამიანის უფლებების დარღვევის, ალბათ, ერთ-ერთ ყველაზე დიდ წყაროს წარმოადგენს, რადგან ქმედუუნაროდ აღიარებისას ადამიანი კარგავს თითქმის ყველა უფლებას და ამავდროულად არ შეუძლია, გაასაჩივროს მის მიმართ განხორციელებული ქმედებები სასამართლოში. საქართველოში არსებული მეურვეობის სისტემის ყველა რგოლი საჭიროებს სერიოზულ გადახედვას, რათა მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი ადამიანის უფლებების დარღვევები და ადამიანის უფლებების გაუმართლებელი შეზღუდვები.

პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ქმედუუნაროდ აღიარების პროცედურა აადვილებს ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ან თავშესაფარში მოთავსების პროცესს. არსებული კანონმდებლობით, ქმედუუნაროდ აღიარებული პირი თავისი ნების გარეშე შეიძლება იყოს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსებული არა „გამწვავებულ“ მდგომარეობაში სასამართლო პროცესის გარეშე, მხოლოდ მეურვის მიმართვიანობის საფუძველზე. მისი საავადმყოფოში ყოფნა ჩაითვლება „ნებაყოფლობით მკურნალობად“, თუნდაც ეს მკურნალობა და საავადმყოფოში მოთავსება მოხდა ქმედუუნაროდ აღიარებული პირის სურვილის წინააღმდეგ. ასეთი მოთავსების რეალური მიზეზი შეიძლება იყოს და ხშირ შემთხვევაში არის კიდევ არა სამედიცინო ჩვენება, არამედ სოციალური მიზეზები. მაგალითად, მეურვეს შეიძლება უჭირდეს ფსიქიკურად დაავადებულ ნათესავთან ცხოვრება და უბრალოდ, უნდოდეს ამ ადამიანის დაწესებულებაში „ჩაბარება“. ეს სურვილი გააჩნია არა მარტო მეურვეებს, არამედ ზოგადად ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანის ოჯახის წევრებს და ნათესავებს: ზოგი მუშაობს და არ შეუძლია მიაქციოს ყურადღება თავის დაავადებულ ახლობელს, ზოგს მცირეწლოვანი ბავშვები ჰყავს და შიშობს, რომ ფსიქიკურად დაავადებულმა მათ რამე არ დაუშაოს, ზოგს კი უბრალოდ, უნდა კომფორტული ცხოვრება, ზედმეტი პრობლემების გარეშე. მეურვეობის გაფორმება ეფექტური ხერხია იმისათვის, რომ მეურვემ მიიღოს სრული კონტროლის უფლება დაავადებულზე, ასევე მის პენსიაზე და უპრობლემოდ გააგზავნოს ის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში „სამკურნალოდ“.

მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის იურისტის თქმით, მეურვეობის გაფორმების მთავარი მიზეზია ადამიანზე კონტროლის დამყარება, მისი პენსიის და სხვა ქონების განკარგვა და შესაძლებლობა, რომ მოათავსოს იგი ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. იურისტის თქმით, ასეთი ადამიანების უფლებების დაცვის მიზნით საავადმყოფო თავს იკავებს ქმედუუნაროდ აღიარების პროცედურისგან და შესაბამისად, ქმედუუნაროს სტატუსის მინიჭებაზე ამ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს მიერ არც ერთი საქმე არ გაგზავნილა სასამართლოში.

ქმედუუნაროდ აღიარების დროს ფსიქიკურად დაავადებული არ იღებს ინფორმაციას ამ პროცედურის მნიშვნელობის შესახებ, კერძოდ არ იცის, რომ ჩამოერთმევა ქონების განკარგვის, ქორწინების, ხმის მიცემის, სასამართლოში სარჩელის შეტანის და სხვა უფლება. შესაბამისად, მას არ შეუძლია სათანადო პოზიცია დაიკავოს და აქტიური პროტესტი გამოხატოს სასამართლო პროცესის დროს. საქმე ურთულდება იმ გარემოებითაც, რომ პირის ქმედუუნარობის დასადგენად ექსპერტიზა როცა ტარდება,

ხშირად ამ პროცესს პაციენტი არც ესწრება და გადაწყვეტილება „დასკვნის საფუძველზე“ მიიღება. ქმედუუნაროდ აღიარებული პირი შემდგომშიც არ ფლობს ინფორმაციას თავისი რეალური უფლებრივი მდგომარეობისა და გასაჩივრების მექანიზმების შესახებ, არა აქვს კონტაქტი მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოსთან. ჩვენს მიერ გამოკითხულმა ქმედუუნაროდ აღიარებულმა პირებმა არც კი იცოდნენ ასეთი ორგანოს შესახებ.

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მომუშავე „სოც. მუშაკებს ევალებათ მეურვეების ზედამხედველობა“³¹. სოცმუშაკებს სხვადასხვა სიხშირით ეგზავნება კითხვარები მეურვეების შესახებ, რომელთა საფუძველზე კეთდება დასკვნა მეურვის კეთილსინდისიერებაზე. ამასთან, მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს არა აქვს პირადი კონტაქტი სამეურვეო პირთან. არც სამეურვეო პირს გააჩნია შესაბამისი კონტაქტის შესაძლებლობა და არ შეუძლია თავისი პოზიციის დაფიქსირება საჭიროების შემთხვევაში.

მაგალითად, ქუტირში მყოფმა პაციენტმა აღნიშნა, რომ სურს მეურვის შეცვლა: მას ორი და ჰყავს, რომელთაგან ერთი მისი მეურვეა, მაგრამ პაციენტს არა აქვს კონტაქტი მასთან და ძირითადად, მასზე მეორე და ზრუნავს. ამ შემთხვევაში, ყველაზე დიდი პრობლემა, ჩვენი აზრით, ისაა, რომ თავად ქმედუუნაროდ აღიარებულ პაციენტს არ შეუძლია, პირდაპირ დაუკავშირდეს მეურვეობის და მზრუნველობის ორგანოს და არც ინფორმაციას ფლობს მეურვის შეცვლის პროცედურებზე. მეურვეებზე სრულფასოვანი კონტროლისთვის უნდა არსებობდეს ქმედუუნაროდ აღიარებული პირებისგან საჩივრების მიღების მექანიზმი, ყველაზე მარტივია – სატელეფონო ხაზი, რათა ყველა ქმედუუნაროდ აღიარებულ პირს ჰქონდეს უფლება, გამოთქვას თავისი აზრი და საჭიროების შემთხვევაში, მიიღოს შესაბამისი ინფორმაცია და მხარდაჭერა. ასეთი საჩივრების მიღების მექანიზმის შექმნა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ გარემოებიდან გამომდინარე, რომ სასამართლოში მიმართვის უფლება ქმედუუნაროდ აღიარებულ პირს არა აქვს. მეურვე კი, ვისი მეშვეობითაც ასეთი მიმართვა წესით უნდა ხორციელდებოდეს, ხშირ შემთხვევაში, თავად არღვევს სამეურვეო პირის უფლებებს და შესაბამისად, ვერ შეიტანს სარჩელს საკუთარი თავის წინააღმდეგ.

ასევე საეჭვოა, რომ მეურვემ სამეურვეო პირს დახმარება აღმოუჩინოს იმ შემთხვევაში, თუ ეს უკანასკნელი ქმედუუნაროს სტატუსის მოხსნას მოისურვებს. ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანის ჯანმრთელობა დროთა განმავლობაში იცვლება. იმ პირს, ვისაც დროის გარკვეულ მონაკვეთში რეალურად არ შეეძლო გაცნობიერებული გადაწყვეტილებების მიღება, შეიძლება გამოვიდეს ასეთი უმწეო მდგომარეობიდან. მაგრამ სტატუსის შეცვლა და ქმედუუნარიანობის აღდგენა არა მხოლოდ ადამიანზე კონტროლის დაკარგვასთან არის ასოცირებული, არამედ საჭიროებს საკმაოდ მნიშვნელოვან ხარჯებს.

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად „[ქმედუუნაროდ აღიარებულ პირებს] შეუძლიათ გაასაჩივრონ სასამართლოს გადაწყვეტილება, თუმცა ამისთვის სასამართლოს ხარჯებთან ერთად, სჭირდებათ ექსპერტიზის ხელმეორედ გავლა, რაც დამატებით 250 ლარია“³².

ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანების უმეტესობა სოციალურად დაუცველია, მათ მხოლოდ პენსია გააჩნიათ, რომელიც მეორე ჯგუფის შშმ პირების შემთხვევაში, ჯერჯერობით მხოლოდ 70 ლარს შეადგენს. ქმედუუნაროდ აღიარებული

³¹ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012, გვ. 48.

³² „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012, გვ.49.

პირები კი თავად პენსიას არ იღებენ. ეს მეურვეების „მოვალეობაა“. როგორც წესი, თუ ადამიანი ფსიქიატრიულ საავადმყოფოშია, პენსიას მეურვე პაციენტს სრული მოცულობით არ ახმარს. მეურვის კეთილსინდისიერების არსებული კრიტერიუმების თანახმად, საკმარისია, რომ იგი რეგულარულად ნახულობდეს პაციენტს და რაღაც მიჰქონდეს მისთვის. არავინ ამოწმებს, რეალურად რა თანხა დახარჯა პაციენტზე მეურვემ. ზოგიერთ შემთხვევაში, პაციენტი მეურვისგან იღებდა მხოლოდ სიგარეტს და შაქარს მცირე რაოდენობით, პენსიის დანარჩენი ნაწილი კი პაციენტს არ ხმარდებოდა. აქედან ნათლად ჩანს, რომ ერთხელ დაკარგული ქმედუნარიანობის აღდგენა პაციენტისთვის თითქმის შეუძლებელია, რის გამოც მისი უფლებები რეალურად ირღვევა მთელი მისი დარჩენილი სიცოცხლის განმავლობაში. ამიტომ უნდა მოხდეს ამ პროცედურების გაადვილება, მაგალითად - ქმედუნაროს სტატუსის გადახედვის მიზნით, ექსპერტიზის უფასოდ ჩატარება.

ზოგიერთ შემთხვევაში, სამეურვეო პირს საერთოდ არა აქვს კონტაქტი მეურვესთან და ვერც პენსიას ხედავს. მაგალითად, ქუტირის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს თავშესაფრის ტიპის განყოფილების პაციენტს, ნ.ბ.-ს ქუტირში გადაყვანის შემდეგ არა აქვს კონტაქტი მის შვილთან, რომელიც ამავდროულად მისი მეურვეა და თბილისში ცხოვრობს. როგორც პაციენტმა გვიამბო, შვილის მიმართ არავითარი პრეტენზია არ გააჩნია, რამეთუ ის თავად პენსიონერია, რომელსაც უჭირს გადაადგილება და ამიტომ დედას საერთოდ ვერ ნახულობს. შესაბამისად, ქუტირის თავშესაფარში მცხოვრები ქალბატონი საკუთარი პენსიის გარეშეა დარჩენილი.

პენსიის მიღების პრობლემა აქვთ იმ პაციენტებსაც, რომლებიც სარგებლობენ ქმედუნაროს სტატუსით, მაგრამ არა ჰყავთ მეურვე. მაგალითი: 30 წლის ნ. მ. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადმოყვანილია ბავშვთა სახლიდან. ნათესავები არ ჰყავს. მას აქვს ქმედუნაროს სტატუსი, მაგრამ მეურვე არ ჰყავს. შესაბამისად, ვერ იღებს თავის პენსიას. არსებული სისტემის ფარგლებში ნ.მ. თავის პენსიას ვერ მიიღებს, რადგან მეურვის არსებობის გარდა, პენსიასთან დაკავშირებული საკითხების მოგვარების სხვა მექანიზმი კანონით გათვალისწინებული არ არის.

ყველა ზემოთქმულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ გარკვეული ზომების მიღება და მეურვეობის სისტემის რეფორმა დღეს გადაუდებელი აუცილებლობაა. რაც შეეხება ხანგრძლივ პერსპექტივას, სასურველია, მეურვეობის სისტემა მთლიანად შეიცვალოს და დაინერგოს სხვა ტიპის ალტერნატიული სერვისები. იმ დროს, როცა საქართველო აპირებს შშმ პირთა უფლებების შესახებ ევროპული კონვენციის რატიფიცირებას, უნდა გვახსოვდეს, რომ კანონები მეურვეობის შესახებ ეწინააღმდეგება აღნიშნული კონვენციის მე-12(2) მუხლს, რომლის თანახმად: *“მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების უფლებაუნარიანობას სხვებთან თანასწორად, ცხოვრების ყველა სფეროში“*.

საცხოვრებელი პირობები და ფიზიკური გარემო

უკანასკნელ წლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში განხორციელებული ცვლილებებიდან ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მოვლენას წარმოადგენს ფსიქიატრიული პროფილის ახლადგახსნილ საავადმყოფოებში საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესება.

როგორც წესი, პაციენტები კმაყოფილებას გამოთქვამდნენ ამ დაწესებულებებში არსებული საყოფაცხოვრებო პირობებით.

თუმცა, სხვადასხვა დაწესებულებებში სახოვრებელი პირობები არაერთგაროვანია. ზოგად პრობლემას დაწესებულებებში ფიზიკური ინფრასტრუქტურის მდგომარეობა წარმოადგენს. კერძოდ, პაციენტთა პალატები, სადაც ისინი დროის ყველაზე დიდი ნაწილს ატარებენ, არასახარბიელო მდგომარეობაშია. ვენტილაციის სისტემების არასებობის გამო განყოფილებებში არის მძიმე სუნი, განათება არასაკმარისია, გათბობის პირობები, განსაკუთრებით - რეგიონებში, ზოგადად არაადაკმაყოფილებელია. თვალშისაცემად მოუწესრიგებელია ტუალეტებისა და სააბაზანოების მდგომარეობაც. ასევე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სტაციონარში პაციენტისთვის პირადი სივრცის უქონლობა – პაციენტებს არა აქვთ საკმარისი ინვენტარი პირადი ნივთების შესანახად, არა აქვთ სეზონის შესაფერისი ტანსაცმელი, პირადი კუთხე და განმარტოების შესაძლებლობა.

ამ მხრივ, თვალშისაცემი პრობლემებია ქუტირსა და სურამში განთავსებულ ძველ სტაციონარში, სადაც პაციენტების საცხოვრებელი პირობები არაადაკმაყოფილებელია. ეს შენობები გათვლილია მრავალ ათეულ პაციენტზე, სამინებლები დიდი ზომისაა, ხშირ შემთხვევაში - ბათქაშჩამოცვენილი, ძველი რემონტით და არ უზრუნველყოფს პაციენტების მყუდროებასა და ჰიგიენური ნორმების დაცვას, რაც თერაპიული თვალსაზრისითაც არასასურველია.



ქუტირის საავადმყოფოს ქალთა განყოფილებაში პაციენტებს გაადადგილება უწევთ ბეტონის იატაკზე. მამაკაცთა განყოფილებაში კი იატაკს ალაგ-ალაგ „დაკემსილი“ ლინოლეუმი ფარავს. თითქმის ყველა განყოფილების დერეფნებში ფანჯრების ჩამსხვრეული მინების ადგილას ფანერა და ცელოფენებია გაკრული. კარ-ფანჯარა ხისაა, მოძველებული. ზამთრობით ოთახებში დენის პლიტებს დგამენ. მიუხედავად ამისა, პაციენტებისგან შევიტყვეთ, რომ ეს მაინც არაა საკმარისი. ქალთა განყოფილების პალატებს რატომღაც კარები არა აქვს და ამის გამო პალატების ჯეროვანი გათბობა ვერ ხერხდება. იმის გათვალისწინებით, რომ შენობა მაღალჭერიანია და დერეფანში მუდმივად ორპირი ნიაჟია, შეციებული პაციენტები იძულებულნი არიან, დროის დიდი ნაწილი

საწოლში გაატარონ. პაციენტების უმეტესობას არა აქვს პირადი ჰიგიენის საშუალებები – პირსახოცი და საპონი (აძლევენ აბაზანის მიღებისას), ასევე - კბილის ჯაგრისი, კბილის პასტა. არა აქვთ პირადი ტუმბო. ქალბატონს როცა ვკითხეთ, რატომ ედო წყლიანი ჭურჭელი იატაკზე თავთან, გვითხრა, რომ მეზობელი, რომელსაც ახლო ურთიერთობა აქვს მედპერსონალთან, არ აძლევს უფლებას, ისარგებლოს ტუმბოთი. კვლევისას გაირკვა, რომ პაციენტთა ნაწილს თეთრეულიც უკეთესი აქვს და „პირად“ ტუმბოსაც ფლობს, რაც მიუთითებს საავადმყოფოს ბინადართა არათანაბარ პირობებზე.

ქუტირის საავადმყოფოს ტუალეტებში, ისევე როგორც დერეფანში, ქლორის ტოქსიკური სუნი იგრძნობა. ტუალეტი (თურქული ტიპის), პირსაბანები და სანტექნიკა მოძველებულია და საჭიროებს შეკეთებას. სააბაზანოებში წყლის ელექტროგამაცხელებლებია. იატაკი მოპირკეთებულია ძველი მოზაიკით, კედლები - უხარისხო კაფელით. საჭიროა რემონტი. სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არასახარბიელოა. აბაზანა პაციენტებს კვირაში ერთხელ აქვთ. დასაბანად შეჰყავთ 5-7 ადამიანი. სააბაზანო ღრუბლები საერთოა ბევრი პაციენტისათვის. ზოგიერთი მათგანი აღნიშნავს, რომ დაბანის საშუალებას მხოლოდ თვეში ერთხელ აძლევენ.

საყოფაცხოვრებო პირობებისა და სანიტარულ-ჰიგიენური მდგომარეობის თვალსაზრისით, დაახლოებით მსგავსი ვითარებაა სურამის საავადმყოფოში. განსხვავება ისაა, რომ სურამში იატაკი ხისაა, პალატებში არასაკმარისად, მაგრამ მაინც დამონტაჟებულია ცენტრალური გათბობის ბატარეები. ქრონიკული, მეტ-ნაკლებად პროგნოზირებადი ქცევების პაციენტებისათვის, ცენტრალური კორპუსის საპირისპირო მხარეს, ადმინისტრაციამ შეძლო ბარაკული ტიპის საცხოვრებლის გარემონტება, სადაც უფრო მყუდრო გარემოა. იქვეა სასადილო, სადაც დგას პიანონო, მუსიკალური ცენტრი და ამიტომ ეს ოთახი პირობითად ითავსებს სარეაბილიტაციო სივრცის ფუნქციას. აქვე ტარდება საზეიმო ღონისძიებები. დაწესებულებაში არსად შეგვინიშნავს ტელევიზორი, შეზღუდულია ტელეფონით სარგებლობა. არ არის ბიბლიოთეკა. პაციენტები საწერ კალამსა და ფურცელს ადამიანის უფლებათა ცენტრის კვლევის ჯგუფის წევრებს თხოვდნენ.

ხსენებულ დაწესებულებაში სხვა პრობლემებიც აღმოვაჩინეთ. პაციენტთა თქმით, მხოლოდ კვირაში ერთხელ ურთავენ ცხელ წყალს - ხუთშაბათობით მამაკაცებისთვის, პარასკევს კი ქალებს ეძლევათ დაბანის საშუალება. ერთმა ქალბატონმა გვითხრა, რომ ცივი წყლით ბანაობისა და იატაკების რეცხვის გამო, ქრონიკულად გაცივებულია, მაგრამ ბედს მაინც არ უჩივის, რადგან გლდანის საავადმყოფოში, სადაც მანამდე მკურნალობდა, ტილები აწუხებდა, აქ კი კვება მაინც არის უკეთესიო.

სურამის საავადმყოფოს დირექტორს აღნიშნულთან დაკავშირებით განმარტება ვთხოვეთ. მან გვიპასუხა: იმის გამო, რომ შპს-ს სტატუსით სარგებლობენ, დაწესებულება იძულებულია, გაზის ჩვეულებრივი საფასურის - 50 თეთრის მ აგივრად 83 თეთრი გადაიხადონ, რაც ყოველთვიურად სხვა კომუნალურ გადასახადებთან ერთად 5-6 ათას ლარს შეადგენს. ყოველივე ამას თუ დავუმატებთ, რომ საცხოვრებელი ფართის კოსმეტიკურ რემონტსაც თავიანთი ხარჯით აკეთებენ, მეტი კომფორტის საშუალება არა აქვთ.

დადებითი შეფასება შეგვიძლია მივცეთ დიდი ზომის ფსიქიატრიული სტაციონარების ახლადგახსნილი, მცირე ზომის დაწესებულებებით ჩანაცვლების ტენდენციას. ამგვარ დაწესებულებებში ბევრად უკეთესი საყოფაცხოვრებო და

სამკურნალო პირობებია, პაციენტები უზრუნველყოფილი არიან ჰიგიენური საგნებითა და ცხელი წყლის ყოველდღიური მოხმარებით.

მეორე მხრივ, არ შეიძლება არ აღინიშნოს ის უპირატესობა, რაც იმთავითვე აქვს კურორტ სურამში განთავსებულ დაწესებულებას. ეს არის ის მარადმწვანე ლანდშაფტი და სარეკრეაციო გარემო, რომლის წიაღშიც მდებარეობს საავადმყოფო. ხეხილიან, ბალახით აბიზინებულ ეზოს კი, სადაც შესაფერისი ამინდის პირობებში დღის მნიშვნელოვან ნაწილს ატარებენ პაციენტები, საკმაოდ ეფექტური თერაპიული და სარეაბილიტაციო დატვირთვა აქვს. აღნიშნულ ფაქტს იმიტომაც ვუსვამთ ხაზს, რომ სუფთა ჰაერით უზრუნველყოფის პრობლემა მწვავედ დგას ახლადგახსნილ დაწესებულებებში, სადაც ფანჯრებს გისოსები არა აქვს და ზოგიერთ შემთხვევაში (თემქის საავადმყოფო) პაციენტებს საერთოდ უკრძალავენ ფანჯრის გაღებას (ჭანჭიკით არის დამაგრებული). ამის მიზეზად ასათიანის სახელობის საავადმყოფოს ადმინისტრაცია ფანჯრებიდან რამდენიმე პაციენტის გადახტომის ფაქტს ასახელებს. ამ საავადმყოფოში ფანჯრებზე რკინის ღვედებია დამაგრებული და პაციენტებს მცირე ზომით მისი გაღების საშუალება მაინც აქვთ.

რუსთავის დაწესებულებაში, სავარაუდოდ, ფართის არქონის გამო, ხელმძღვანელობამ გადაწყვიტა, ერთ ოთახში განეთავსებინა სიგარეტის მოსაწევი ადგილი და მნახველთა მისაღები კუთხე, რაც მნიშვნელოვან დისკომფორტს უქმნის როგორც არამწეველ პაციენტებს, ისე მათ ახლობლებს.

ახლადგახსნილ დაწესებულებებში საკვების მიწოდებას ახორციელებენ კერძო კომპანიები, ხოლო ძველ საავადმყოფოებში ადგილზე მზადდება ყველაფერი. როგორც ახლადგახსნილ განყოფილებათა ბინადრებმა აღნიშნეს, კვება ოთხჯერადია, რაციონი მრავალფეროვანი. სავადმყოფოების საგაზაფხულო რაციონში ხილი არ შედის, რაც ალბათ საგაზაფხულო სეზონის მწირ შესაძლებლობასთან არის დაკავშირებული. მიგვაჩნია, რომ კვების პროცესის ახლანდელი მენეჯმენტი საერთო ჯამში, სწორ, ჯანმრთელ, რაციონალურ, დაბალანსებულ კვებას ვერ უზრუნველყოფს.

სომატური და სტომატოლოგიური პრობლემები

საქართველოში არსებულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ რიგ დაწესებულებას კონსულტანტებად დაქირავებული ჰყავს თერაპევტები, ნევროპათოლოგები თუ ქირურგები, სომატური დაავადებების შემთხვევაში, ადეკვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა, ძირითადად, განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით.

მიუხედავად იმისა, რომ „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონით პაციენტს უფლება აქვს, მიიღოს არაფსიქიატრიული პროფილის შესაბამისი დახმარება, ეს საკითხი, ძირითადად, კვლავ გადაუჭრელია, როგორც ძველ, ისე ახლადგახსნილ დაწესებულებებში. საავადმყოფოების ხელმძღვანელთა განმარტებით, იმ დაფინანსების ფარგლებში, რაზეც მათ ხელი მიუწვდებათ, ამ პრობლემის სრულფასოვნად მოგვარება შეუძლებელია. არადა, იმ პაციენტებს, რომლებიც რეგულარულად იღებენ ფსიქოტროპულ საშუალებებს, ამის საჭიროება მუდმივად აქვთ.

დირექტორთა თქმით, საკუთარი მწირი ფინანსური შესაძლებლობების მიუხედავად, ნაცნობობისა და პირადი კონტაქტების გამოყენებით, ისინი მაინც ახერხებენ

მეტ-ნაკლები წარმატებით დაძლიონ ამ კუთხით წამოჭრილი პრობლემები. მაგალითად, რუსთავის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ხელმძღვანელის თქმით, მათთვის პრობლემას არ წარმოადგენს ტერიტორიულად მონათესავე საქალაქო საავადმყოფოდან, საჭიროებისამებრ, სხვადასხვა პროფილის ექიმების მოწვევა. მათთან ხელშეკრულებაც აქვთ გაფორმებული. თუკი აღმოჩნდა, რომ რომელიმე პაციენტს სჭირდება გადაუდებელი ქირურგიული თუ სხვა სახის დახმარება, სამინისტროსთან შეთანხმების შემდეგ, იგი კატასტროფის ცენტრის მანქანებით გადაყავთ შესაბამისი პროფილის ტენდერში გამარჯვებულ ერთ-ერთ საავადმყოფოში, კერძოდ - თემქაზე ან ღუდუშაურის სახელობის კლინიკაში. რაც შეეხება სტომატოლოგიურ პრობლემებს, საშუალება აქვთ, რომ დახმარება თხოვონ იმავე შენობაში არსებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული სამსახურის შტატთან დანტისტს.

აღნიშნულ პრობლემებს სრულფასოვნად ვერც ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ცენტრსა და თემქის საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებებში უძკლავდებიან. თუმცა, ამ უკანასკნელის დირექტორმა გვითხრა, რომ საავადმყოფოს თერაპევტის კონსულტაციის შესაბამისად, შესაძლებელია სხვა პროფილის ექიმის მოწვევა და გარკვეული სახის ანალიზების გაკეთება. ხოლო, სტომატოლოგიური პრობლემა, რაც საავადმყოფო გაიხსნა, მის პაციენტებს ჯერ არ ჰქონიათ.

ასე რომ, იმ ფსიქიატრიულ განყოფილებებში, რომლებიც განლაგებულია მრავალპროფილური კლინიკების ბაზაზე, პაციენტთა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა გარკვეულ ეტაპამდე მაინც შესაძლებელია. თუმცა დამაჯერებლად ვერც ერთმა დირექტორმა ვერ აგვიხსნა, ვინ და რა პროგრამიდან ახდენს ამა თუ იმ სამედიცინო მანიპულაციას.

სურამის საავადმყოფოს დირექტორის თქმით, ვიდრე რაიონში არსებულ საავადმყოფოებს „ისი ჯგუფი“ შეისყიდდა, სომატური პრობლემების მქონე ავადმყოფთა გადაყვანა შესაძლებელი იყო ფართო პროფილის კლინიკებში. ამჟამად კი ეს საშუალება არა აქვთ. მან გაიხსენა ახლადმომხდარი შემთხვევა, როდესაც მათ პაციენტს პერიტონიტი განუვითარდა და საჭიროებდა სასწრაფო ოპერაციას, მაგრამ ვიდრე ძმამ არ გაუკეთა დაზღვევა და თბილისში არ გადაიყვანა, რაიონის მასშტაბით ვერსად დახმარება ვერ აღმოუჩინეს. ამავე საავადმყოფოში ჰყავთ სახის არეში სიმსივნით დაავადებული ადამიანი, რომელიც საჭიროებს გადაუდებელ ოპერაციას, მაგრამ საკუთარი ძალებით საავადმყოფო ვერ ახერხებს ამ პრობლემის გადაჭრას.

აღნიშნული საკითხი მეტ-ნაკლებად მოგვარებულია მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. თუმცა, იქაც აღმოჩნდა გარკვეული პრობლემები, რაზედაც ანგარიშიში ცალკე გვექნება საუბარი.

დაფინანსების სისტემის ხარვეზები

საქართველოში ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთა მკურნალობა უფასოა. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება როგორც ჰოსპიტალური, ასევე ამბულატორიული მომსახურება, მათ შორის - მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. ბოლო წლების განმავლობაში აღნიშნული სფეროს სახელმწიფო დაფინანსება შესამჩნევად გაიზარდა, მაგრამ სასურველი ვითარებისგან ჯერ კიდევ შორს ვართ. ამასთან, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ბიუჯეტით გათვალისწინებული ცალკეული

სერვისის დაფინანსების სისტემა არაერთგვაროვან შეფასებას იწვევს სპეციალისტებსა და ამ პროგრამებით მოსარგებლე ბენეფიციარებში.

ჰოსპიტალური და ამბულატორიული კომპონენტის დაფინანსება არ არის დაბალანსებული, რადგან ჰოსპიტალური სფეროს დაფინანსება ერთი-ორჯერ აღემატება ამბულატორიული დახმარებისთვის გამოყოფილ ხარჯებს. რაც შეეხება სარეაბილიტაციო პროგრამებს, მისი წილი საერთო ხარჯთაღრიცხვიდან სულ 1% -ს შეადგენს. ამასთანავე, მოქმედებს ჰოსპიტალური სერვისის დაფინანსების ახალი სისტემა. იგი სტაციონარული მომსახურების სფეროს ყოფს ორი ტიპის სერვისად. ერთი ეფუძნება მოკლევადიან სტაციონარულ მომსახურებას (საშუალოდ, მისი ხანგრძლივობა გრძელდება 18-21 დღე) და გულისხმობს მწვავე ფსიქოზური მდგომარეობის კუპირებას. ცალკეულ შემთხვევებში შესაძლებელია მისი გაგრძელებაც, მაგრამ - როგორი ხანგრძლივობით, ამ საკითხთან დაკავშირებით დირექტორებს რატომღაც უჭირდათ ზუსტი პასუხის გაცემა და გარკვეული ყოყმანის შემდეგ, ზოგი ერთ თვეზე მიაწინებდა ზოგი კი ორს მიიჩნევდა მაქსიმალურ ზღვრად.

ამჟამად, „მწვავე“ მდგომარეობის სტაციონარული მომსახურება (18-21-დღიანი) სახელმწიფოს მხრიდან ფინანსდება 840 ლარით, რომელშიაც პაციენტის მკურნალობის ხარჯებთან ერთად მოიაზრება თანამშრომელთა ხელფასები მათ მიერ დაკავებული პოზიციების მიხედვით. რაც შეეხება გრძელვადიან სტაციონარულ მომსახურებას, იგი ფინანსდება ერთთვიანი ვაუჩერით 450 ლარის ოდენობით, ე.ი. ერთ დღეზე გათვალისწინებულია 15 ლარი. როგორც რუსთავის საავადმყოფოს დირექტორმა განაცხადა, ამ თანხიდან საშუალოდ კვებას ხმარდება 5 ლარი, დანარჩენი კი ხელფასებზე იხარჯება. მისი სიტყვებით, სარეაბილიტაციო საქმიანობა ამ თანხაში არ შედის. განყოფილება „სულდგმულობს“ იმ 6 ადამიანის დაფინანსების ხარჯზე, რომლებიც მწვავეთა კატეგორიაში გადიან.

რაც შეეხება მოკლევადიანი სტაციონარული დახმარებით მიღებული თანხების განაწილებას, დირექტორთა თქმით, დაახლოებით ერთი მესამედი წარმოადგენს მთელი თანხის სახელფასო ფონდს, რომელიც იყოფა 18 ან 21 დღეზე, რაც წარმოადგენს ამ კატეგორიის პაციენტის საშუალო დაყოვნების ვადას და თანხა ნაწილდება მთელ შტატზე. ხოლო, იმ შემთხვევაში, თუკი მკურნალობის ვადა უფრო გახანგრძლივდება და ხარჯი გაიზრდება, შესაბამისად, ანაზღაურებაც მოაკლდება საავადმყოფოს შტატს. ამდენად, მედპერსონალი ყოველმხრივ ცდილობს, რომ ზემოთ აღნიშნული, მკურნალობისთვის განსაზღვრული ვადები შენარჩუნდეს, რათა არ აზარალოს საკუთარი თავი.

უნდა აღინიშნოს, რომ ხელოვნურად დაჩქარებულ მკურნალობის შემთხვევებს აკონტროლებს ჯანდაცვის სამინისტროს სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო, რომელიც პერმანენტულად ამოწმებს ფსიქიატრიულ განყოფილებებში განმეორებითი სტაციონირების შემთხვევებს. თუკი გაირკვა, რომ მოხდა გაწერილი პაციენტის ხელმეორედ დაბრუნება 7 დღის განმავლობაში, მაშინ ითვლება, რომ მისი მკურნალობა არ მოხდა სრულყოფილი სახით და ავტომატურად ავალდებულებს საავადმყოფოს ხელმძღვანელობას თანხის უკან დაბრუნებას.

კვლევის პროცესში ანალოგიურ პრობლემაზე შეაჩერა ჩვენი ყურადღება სურამის დაწესებულების დირექტორმა. მისი თქმით, ამ ცოტა ხნის წინ უმკურნალეს ქრონიკული მდგომარეობით შემოსულ პაციენტს, რომელიც თბილისში გაემგზავრა და ღამის გასათევი კუთხის უქონლობის გამო, ერთ-ერთ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს მიაკითხა

მკურნალობის ჩატარების თხოვნით. აქ კი იგი დაარეგისტრირეს, როგორც მწვავე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი. რა თქმა უნდა, ამ ფაქტის შემდეგ, მკურნალობისთვის გაწეული ხარჯების დაბრუნება მოუწია სურამის კლინიკას, რომლის ხელმძღვანელიც არაკომპეტენტურობაში ადანაშაულებს თბილისელ კოლეგებს და ამბობს, რომ მათ შეგნებულად დახუჭეს თვალი პაციენტის დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაზე, რათა მისი მკურნალობისთვის განსაზღვრული თანხა არ გაეშვათ ხელიდან.

გაირკვა, რომ რეჰოსპიტალიზაციის თავიდან აცილების მიზნით, ზოგიერთი „მწვავე“ პაციენტი გადაჰყავთ ქრონიკული ავადმყოფების განყოფილებაში, რათა თავიდან აიცილონ შესაბამისი სანქციები. როგორც გასაუბრებისას ერთ-ერთი პაციენტის მეურვისგან შევიტყვეთ, არცთუ იშვიათია ისეთი შემთხვევაც, როდესაც ექიმი უთანხმდება განუკურნებელი მწვავე პაციენტის პატრონს და 21 დღის გასვლის შემდეგ, ხელახლა აფორმებს საავადმყოფოში პაციენტის მიღებას, თითქოსდა შვიდ დღეზე მეტი ხნის გასვლის შემდეგ, იგი ხელახლა მობრუნდა უკან.

ამ ნოვაციით ასევე უკმაყოფილონი არიან იმ საავადმყოფოთა ხელმძღვანელები, რომლებიც მთლიანად სახელმწიფო დაფინანსებაზე არიან დამოკიდებულები და „შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის თანახმად, ტენდერებში გამარჯვებული სხვა და სხვა შპს-ები ამარაგებენ კვების პროდუქტებითა თუ წამლებით. მათი თქმით, კანონით დადგენილი წესების დაცვა განაპირობებს იაფი წამლებითა და პროდუქტებით საავადმყოფოს მომარაგებას. ამიტომ ხშირ შემთხვევაში, იძულებულნი არიან, დაბალი ხარისხის ინდური მედიკამენტები ორმაგი დოზით მოახმარონ პაციენტებს. სურამის საავადმყოფოს დირექტორმა აღნიშნა, რომ იყო არაერთი შემთხვევა, როდესაც ტენდერში გამარჯვებულ დისტრიბუტორს უკან მიუბრუნა უხარისხო ბოსტნეული. მისი თქმით, შემსყიდველი ზამთარშიაც გაზაფხულის გაზრდილი ფასით ყიდულობს ბოსტნეულს, რითაც სავარაუდოდ, ხელს ითბობს. ამ მხრივ, განსხვავებული ვითარებაა თემქის საავადმყოფოში, რომელიც კერძო შპს-ს წარმოადგენს და საკუთარი შეხედულებით განსაზღვრავს წამლისა თუ საკვების რაოდენობას, დასახელებასა თუ ხარისხს.

სახელმწიფო ვაჭერული დაფინანსების მხრივ, გარკვეული პრეტენზიები ჰქონდა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაციის“ ხელმძღვანელს, რომლისგანაც შევიტყვეთ, რომ რეალურად დღეში თითოეულ პაციენტზე უწევს 25 ლარის დახარჯვა (თანხაში შედის მომსახურე პერსონალის ხელფასებიც), როდესაც სამინისტროსგან მხოლოდ 11 ლარს იღებს. ესეც მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამის 100%-იანი დაფინანსების შემთხვევაში. თუმცა, ბევრ სოციალურად დაუცველ მოქალაქეს სრული დაფინანსება არა აქვს და შესაბამისად, არ შეუძლიათ მომსახურების ხარჯიდან დანარჩენი პროცენტის დაფარვა. ასეთი ხარჯები, როგორც წესი, დონორების ფულით იფარება, ისევე როგორც ფართის ქირა. ამ ეტაპზე დონორების დაფინანსება შეწყდა და ცენტრის არსებობა ეჭვქვეშ დადგა.

რაც შეეხება 100%-ით კერძო სტაციონარულ დაწესებულებებს, ასეთი, ჩვენი ინფორმაციით, თბილისში სულ ორი-სამია. ადამიანის უფლებათა ცენტრის წარმომადგენლებს შესაძლებლობა მიეცათ, გასაუბრებოდნენ ერთი ახალგაზრდა პაციენტის მშობელს, რომლის ვაჟიც მკურნალობდა საავადმყოფო „მენტალვიტაში“. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს პირობებისთვის, მკურნალობის გადასახადი საკმაოდ ძვირია, ამასთანავე, აღნიშნულ კლინიკას მწირი შესაძლებლობები აქვს სარეაბილიტაციო დახმარების კუთხით (სტაციონარული მკურნალობის დღიური ფასი 190 ლარია, ამბულატორიული - 165 ლარი, ერთჯერადი მანიპულაცია - 70 ლარი და სხვა),

ქალბატონი მიიჩნევს, რომ მის შვილს არაკვალიფიციურად უმკურნალეს იმ მიზნით, რომ ხელახლა დაებრუნებინათ სტაციონარში და დამატებითი მატერიალური სარგებელი მიეღოთ. სახლში გამოწერისას კი დაუნიშნეს გალოპერიდოლის ტაბლეტები, რომელსაც მხოლოდ სრული მეთვალყურეობის ქვეშ უნიშნავენ მსგავსი დიაგნოზის მქონე პაციენტებს. ამასთანავე, როგორც მან გაარკვია, აღნიშნული პრეპარატი მოზარდებს უნდა მიეწოდოს მხოლოდ წვეთების სახით. ამ ფაქტის შემდეგ მკურნალი ექიმი სახლში მისულა მასთან და ბოდიში მოუხდია.

თემზე დაფუძნებული სერვისები

თემზე დაფუძნებული სერვისების მთავარი იდეა ისაა, რომ პაციენტებს ფსიქიატრიული დახმარება ან მკურნალობა გაეწიოს საზოგადოებიდან და ოჯახისგან მოუწყვეტლად. სხვადასხვა ქვეყანაში თემზე დაფუძნებული სერვისების ჩამონათვალი განსხვავებულია. ფსიქიატრიული სერვისის მიმწოდებელი შეიძლება იყოს სამთავრობო ორგანიზაციები და პროფესიონალების სპეციალიზებული ჯგუფები, როგორცაა, მაგალითად, ასერტიული ჯგუფები და ადრეული ფსიქოზური ინტერვენციის ჯგუფები. ასევე თემზე დაფუძნებული სერვისების მიმწოდებელი შეიძლება იყოს კერძო და საქველმოქმედო ორგანიზაციები, სადაც ხშირად ყოფილი პაციენტები არიან ჩართულები.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მტკიცებით, თემზე დაფუძნებული სერვისები უფრო ეფექტური და ხელმისაწვდომია მომხმარებლებისათვის. ისინი ამცირებს სოციალურ გარიყულობას და რისკებს, რომ ადამიანი იქნება უგულვებელყოფილი ან არასათანადო მოპყრობის მსხვერპლი, რასაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. ამავდროულად, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ცნობით, ბევრ ქვეყანაში ფსიქიატრიული საავადმყოფოების დახურვასთან ერთად არ მიმდინარეობდა შესაბამისი თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება, რის გამოც ბევრი ადამიანი დარჩა სერვის–ვაკუუმში, ანუ ყოველგვარი ფსიქიატრიული დახმარების გარეშე³³.

თემზე დაფუძნებულ სერვისებში შედის: დაცული საცხოვრისები, შინზრუნვის მომსახურება, კრიზისული ინტერვენცია, ფსიქიატრიული განყოფილებები ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრები, თვითდახმარების ჯგუფები და ა.შ. თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება ეხმარება ფსიქიკური აშლილობების მქონე ადამიანებს, დარჩნენ საზოგადოებაში და ადგილზე მიიღონ აუცილებელი მკურნალობა და მხარდაჭერა. ასეთ პირობებში უფრო იშვიათად ხდება პაციენტის სტაციონირება და ამასთან სტაციონირება ხანმოკლე ხასიათს ატარებს. შესაბამისად, საავადმყოფოში საწოლ–ადგილების გამოყენება უფრო ეფექტურად ხდება. პაციენტები ამ ადგილებს იკავებენ მხოლოდ მიზნობრივად, ანუ მაშინ, როცა ფსიქიატრიული დახმარების გასაწევად სტაციონარული მკურნალობა მიზანშეწონილია.

საქართველოში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მკურნალობა და თემზე დაფუძნებული სერვისები დაბალანსებული არ არის. ჰოსპიტალური დაფინანსების წილი დაახლოებით 70% შეადგენს, ამბულატორიული კომპონენტი 30%-ს აღწევს, ხოლო რეაბილიტაციის კომპონენტი მხოლოდ 1%-ია. სახალხო დამცველის რეკომენდაციით,

³³ World Health Organization press release (2007) “Community mental health services will lessen social exclusion”
<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/index.html>

აუცილებელია ამ გადანაწილების შეცვლა, შედარებით დაბალანსებული და გაწონასწორებული დაფინანსებით³⁴.

2013 წლის ბიუჯეტის თანახმად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამის ბიუჯეტი 13 725 ათას ლარს შეადგენს³⁵. თუმცა, ახალი დაფინანსების პროგრამა ჯერ არ ამოქმედებულა და ყველა დაწესებულება ძველი სისტემით მუშაობს.

ძველი სისტემის ფარგლებში, საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე მხოლოდ სამი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მიმწოდებელი ფუნქციონირებს: ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია (თბილისი), ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი და თელავის ფსიქონევროლოგიური დისპანსერი³⁶. აქედან თბილისის ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრში მხოლოდ 40-მდე ადამიანი დადის, რაც მრავალრიცხოვანი ქალაქისთვის აშკარად არ არის საკმარისი. ეს ცენტრიც შეიძლება, დაიხუროს საკუთარი ფართის არქონის გამო. შენობის დაქირავება სახელმწიფო დაფინანსებაში გათვალისწინებული არ არის, ხოლო უცხოელი დონორებისგან მიღებული გრანტი მაისის ბოლოს დამთავრდა.

რაც შეეხება თემზე დაფუძნებულ სხვა სერვისებს, აქ შეგვიძლია, აღვნიშნოთ ერთი პოზიტიური მაგალითი. კერძოდ, კრიზისული ინტერვენციის სერვისი, რომელიც საქართველოში 2012 წელს ამოქმედდა.

კრიზისული ინტერვენციის სამსახური – ახალი სერვისი საქართველოში

კრიზისული ინტერვენციის სამსახური (კის/CI) - ეს არის სამკურნალო, ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მიდგომაზე დაფუძნებულ ღონისძიებათა კომპლექსი, რომელიც აშშ-სა და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში გასული საუკუნის 90-იანი წლებიდან გავრცელდა. 2012 წელს ასეთი სამსახურები გაიხსნა თბილისში და კიდევ სამ ქალაქში (ქუთაისი, ბათუმი და რუსთავი).

ისევე, როგორც თემზე დაფუძნებული სხვა სამსახურების, კრიზისული ინტერვენციის უმთავრესი მიზანია, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის თავიდან არიდება და/ან ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირება. ამისთვის დღის ცენტრში ინტეგრირებული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური უზრუნველყოფს ფსიქიატრიული მომსახურების უწყვეტობას ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ პერიოდში, ფსიქიკური მდგომარეობის სტაბილიზაციის მიზნით, და ასევე ბინაზე დროულ მომსახურების იმ ადამიანებისა, ვისაც ეს გადაუდებლად ესაჭიროება, მაგალითად - აღენიშნებათ სუიციდის მომატებული რისკი. თბილისის კრიზისული ინტერვენციის სამსახური ყოველთვიურად 50-მდე პაციენტს ემსახურება, ხოლო რეგიონული სამსახურები - 25-ს.

2012 წელს თბილისის კრიზისულ სამსახურში განხორციელდა 645 შემთხვევის მართვა. ხოლო 2013 წლიდან მოყოლებული, თითქმის მუდმივად, თბილისის კრიზისული ინტერვენციის გუნდი მაქსიმალური დატვირთვით მუშაობს. ამ სერვისის ცნობადობა საზოგადოებაში და შესაბამისად, მომართვიანობა თვიდან თვემდე მატულობს. თუმცა,

³⁴ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012, გვ. 16

³⁵ [http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=29&info_id=1281-](http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=29&info_id=1281)

http://www.hrh.ge/pictures/dfltcontent/gallery/73_2.pdf

³⁶ https://matsne.gov.ge/index.php?option=com_ldmssearch&view=docView&id=1677035&lang=ge

მზარდი მოთხოვნის დაკმაყოფილება მილიონნახევრიან დედაქალაქში არსებულ ერთადერთ კრიზისინტერვენციის გუნდს არ შეუძლია.

კრიზისინტერვენციის სამსახურს აქვს ამბულატორიული მომსახურება, დღის ცენტრი, მობილური ჯგუფი, რეაბილიტაციის აქტივობები. ასევე არსებობს ცხელი ხაზი და პაციენტს შეუძლია, დარეკოს კრიზის-სამსახურში ნებისმიერ დროს. ერთ პაციენტთან მუშაობა გრძელდება 2 თვე. პაციენტს აქვს ინდივიდუალური გრაფიკი. მან იცის, ვისთან და როდის უნდა მივიდეს. ასევე, იცის სამსახურის ტელეფონის ნომრები. ზოგიერთი პაციენტი დასაქმებულია და სამსახურში წასვლასაც ახერხებს, მაგრამ როგორც კრიზისინტერვენციის სამსახურში გვითხრეს, ეს მაინც გამონაკლისი შემთხვევებია. პაციენტთა გამოკითხვიდან გაირკვა, რომ ისინი კმაყოფილები არიან კრიზისინტერვენციის სამსახურით და კეთილგანწყობილი, ყურადღებიანი პერსონალით.

თბილისისა და რუსთავის კრიზისინტერვენციის სამსახურის ადმინისტრაციის თქმით, ასეთი სამსახურების დაფინანსება უფრო დაბალანსებულია სხვა ფსიქიატრიულ სერვისებთან შედარებით. დაფინანსებაში გათვალისწინებულია რეაბილიტაცია, რომელიც ამ მოცულობით ვერ ხერხდება სტაციონარში მყოფი პაციენტებისათვის. კრიზისინტერვენციის სამსახურის დაფინანსებაში ასევე გათვალისწინებულია მულტიდისციპლინური ჯგუფების აქტივობები. შესაბამისად, პაციენტი იღებს არა მარტო ფსიქიატრის და ექთნის მომსახურებას, არამედ ფსიქოლოგის და სოციალური მუშაკის დახმარებასაც, რაც მისთვის ძალზე მნიშვნელოვანია. როგორც წესი, ფსიქოლოგიური კრიზისი ვითარდება გართულებული სოციალური მდგომარეობის ფონზე (უმუშევრობა, ოჯახური კონფლიქტი, ვალები, ახლობელი ადამიანის სიკვდილი ან მძიმე დაავადება). ყველა ამ შემთხვევაში მხოლოდ მედიკამენტოზური ჩარევა საკმარისი არ არის. ამიტომ პაციენტთან და მის ოჯახთან მუშაობს მულტიდისციპლინური გუნდი, რომელიც შემლებისდაგვარად ეხმარება მათ, გაუმკლავდნენ არა მხოლოდ ფსიქიატრიულ, არამედ ფსიქოლოგიურ და სოციალურ პრობლემებს.

მ. ასათიანის სახ. ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტის ადმინისტრაციის თქმით, კრიზისინტერვენციის სამსახურის დაფინანსებაში შედის ლაბორატორიული კვლევები, რაც ადრე ამბულატორიულ მომსახურებაში შედიოდა. შესაბამისად, თუ პაციენტს ესაჭიროება ლაბორატორიული კვლევა, მას აგზავნიან კრიზისინტერვენციის სამსახურში. რუსთავის საავადმყოფოს დირექტორის თქმით, ამბულატორიული და სტაციონარული სერვისის არასაკმარისი დაფინანსების გამო, კრიზისინტერვენციის სამსახურში მომუშავე მულტიდისციპლინურ გუნდს ასევე უწევს გარკვეული სამუშაოს შესრულება ამბულატორიული და სტაციონარული პაციენტებისათვის. შესაბამისად, კრიზისინტერვენციის სამსახურის რესურსებით ეხმარებიან სხვა პაციენტებსაც. ყველა სამსახურს უნდა ჰქონდეს ადეკვატური დაფინანსება ნორმალური ფუნქციონირებისთვის, რამეთუ აუცილებელია მულტიდისციპლინური მიდგომისა და რეაბილიტაციის დანერგვა ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტებისთვისაც.

ზოგადად, კრიზისინტერვენციის სამსახურის დანერგვა შეიძლება შეფასდეს, როგორც ძალიან კარგი დასაწყისი საქართველოში თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარებისათვის. აუცილებელია, რომ ასეთი ტიპის სერვისი გავრცელდეს და იყოს ხელმისაწვდომი თბილისის ყველა უბანში და საქართველოს ყველა რეგიონში.

სერვისების კოორდინაციისა და ხარისხის კონტროლის ნაკლებობა

ჩვენი ინტერვიუების დროს ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ადმინისტრაციამ და პერსონალმა რამდენიმე ფაქტი დაასახელა, რომლებიც საერთო ჯამში სერვისებში კოორდინაციისა და ხარისხზე კონტროლის ნაკლოვანებებზე მიუთითებს.

რუსთავის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს დირექტორის თქმით, არ არსებობს სამსახური, რომელიც გადაანაწილებს პაციენტებს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში. ზოგი საავადმყოფო ყოველთვის დატვირთულია, ზოგში კი მუდამ არის თავისუფალი ადგილები. ასევე, ადგილების განსხვავებული რაოდენობაა მწვავე და ქრონიკული პაციენტებისათვის. ზოგიერთ პაციენტს ფსიქიატრიული დახმარების გარდა, ესაჭიროება სომატური დაავადების მკურნალობა. დირექტორებს თავად უწევთ პაციენტების გადამისამართება და მათი შემდგომი სტაციონირების საკითხების მოგვარება. ასევე საავადმყოფოებს აქვთ პრობლემები პაციენტის გადაყვანასთან დაკავშირებით. მაგალითად, თუ პაციენტმა მიმართა რუსთავის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს, და იმ დროს ყველა ადგილი დაკავებულია, პაციენტი უნდა გადაიყვანონ თბილისის საავადმყოფოში. სასწრაფო დახმარების სამსახური კი ამაში 60 ლარს ითხოვს, რადგან ქალაქგარეთ მომსახურება ფასიანი აქვს. პაციენტს, მძიმე სოციალური პირობების გამო, ამ თანხის გადახდა უჭირს. ჩნდება კითხვა: ამ შემთხვევაში, ვინ უნდა გადაიხადოს სასწრაფო დახმარების საფასური და რა სახის სამედიცინო დახმარება შეუძლია მიიღოს სტაციონირების გარეშე დარჩენილმა პაციენტმა?

კოორდინაციის ნაკლებობა შეინიშნება სხვა ტიპის სერვისებშიც. სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად³⁷, არ არსებობს ჩამოყალიბებული სისტემა სოცმუშაკებს და სამოქალაქო რეესტრს შორის, რის გამოც, ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში, მათ პაციენტთან ერთად უწევთ მისვლა იუსტიციის სახლში, ან სხვა უწყებაში. ასევე სოცმუშაკებს არა აქვთ ინფორმაცია მეურვეებისა და დანიშნული პენსიის შესახებ, რის გამოც მათი მუშაობა ნაკლებად ეფექტურია.

რეგიონში მდებარე ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს პრობლემა აქვთ პაციენტებისთვის პენსიის დანიშვნასთან დაკავშირებით. მაგალითად, სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს რამდენიმე პაციენტს პენსია შეუწყდა იმიტომ, რომ ყოველწლიური კომისია არ გაიარეს. აღმოსავლეთ საქართველოში ასეთი კომისიის გავლა მხოლოდ თბილისშია შესაძლებელი, მაგრამ სურამის საავადმყოფოს პაციენტები იქ დამოუკიდებლად ვერ წავლენ. საჭიროა ტრანსპორტირების პრობლემის მოგვარება, ასევე პაციენტებზე სათანადო ზედამხედველობა მგზავრობის დროს, რაც საავადმყოფოს დირექტორის თქმით, საკმაოდ პრობლემურია. მითუმეტეს, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ასეთი ტრანსპორტირების ხარჯები საავადმყოფოს ბიუჯეტში არ არის. ვიდრე ეს პრობლემა არ მოგვარდება, ასეთი პაციენტები შშმ პირის სტატუსისა და პენსიის გარეშე დარჩებიან.

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, დაფიქსირებული იყო პრობლემა ნოტარიუსების მხრიდან: ნოტარიუსები არ ახდენდნენ ფსიქიკური ავადმყოფების მინდობილობების დამოწმებას³⁸. შესაბამისად, ოჯახის წევრები ვეღარ ახერხებდნენ მინდობილობით ფსიქოტროპული წამლების გატანას დისპანსერიდან, რაც დამატებით

³⁷ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012, გვ. 48.

³⁸ იქვე, გვ. 49

სიძნელეებს უქმნიდა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს. ჩვენს მიერ ჩატარებული ინტერვიუების დროს გაირკვა, რომ ასეთი სირთულე დაფიქსირებული იყო ასათიანის საავადმყოფოს იურისტის მიერ. მან გვიამბო, რომ ნოტარიუსები არ ამოწმებდნენ მინდობილობას იმ შემთხვევაში, თუ იქ იყო მითითებული მიზანი - „ფსიქოტროპული წამლების მიღება დისპანსერიდან“. შემდგომ ეს ფრაზა გადააკეთეს და დაწერეს - „სამედიცინო დოკუმენტაციის მიღება დისპანსერიდან“. ამ ცვლილების შედეგად პრობლემა მოგვარდა - ასეთ მინდობილობას ნოტარიუსები ამოწმებენ.

რაც შეეხება ხარისხის კონტროლს:

მედიკამენტების ხარისხი არ არის პრიორიტეტული. ტენდერში იმარჯვებს ის კომპანია, რომელმაც პროდუქცია ყველაზე დაბალ ფასში აქვს. იაფფასიან წამლებში აქტიური ნივთიერების რაოდენობა ბევრად ნაკლებია. შესაბამისად, წამალი პაციენტისთვის ნაკლებად ეფექტურია და ხშირ შემთხვევაში, უფრო მძიმე გვერდით ეფექტებს იწვევს. ასეთი „სატენდერო სისტემის“ ფარგლებში ექიმებს არა აქვთ უფლება, განსაზღვრონ, რა წამლის შექმნა სჯობია არსებული პრაქტიკიდან და ცოდნიდან გამომდინარე. ყველაფერს საზღვრავს მხოლოდ ეკონომიკური კრიტერიუმი, რაც სამედიცინო მომსახურების სფეროში დაუშვებელია.

მკურნალობის ხარისხის შემოწმება ხდება ისტორიის საფუძველზე. ექიმების თქმით, მკურნალობის ხარისხის შემოწმება ამჟამად ხდება მხოლოდ სამედიცინო ისტორიის საფუძველზე. ისტორიაში ჩანაწერების გაკეთება კი გარკვეული შტამპების გამოყენებით ხორციელდება. ექიმი აფიქსირებს, რა წამალს და რა რაოდენობით აძლევს პაციენტს და დანარჩენი ინფორმაცია მხოლოდ ექიმზეა დამოკიდებული - რასაც ჩათვლის საჭიროდ, იმას დაწერს. მკურნალობის ხარისხის შეფასება, ანუ რეალურად ექიმის მუშაობის ხარისხის შეფასება, მხოლოდ იმაზე დაყრდნობით, თუ რა დაწერა თავად ექიმმა საკმაოდ არალოგიკურია. ასევე, ერთ-ერთი ექიმის თქმით, მათ უწევთ ყოველთვიურად ერთი და იგივე ფორმა 100-ის შევსება და გაგზავნა სოციალური მომსახურების სააგენტოში. ამ ფორმაში მითითებულია დიაგნოზი, სამედიცინო დანიშნულება და პაციენტის მდგომარეობის აღწერა, რაც მთავარ ნაწილში არ იცვლება. ექიმის თქმით, მას თვიდან თვემდე ერთი და იგივე ინფორმაციის დაწერა უწევს, რაშიც ბევრი დრო ეხარჯება. ამასთან, იგი დარწმუნებულია, რომ ეს პროცედურა მხოლოდ ფორმალობაა და სინამდვილეში ამ ფორმებს არავინ ყურადღებას არ აქცევს.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში არ არსებობს პაციენტთა საცხოვრებელი პირობების ერთიანი სტანდარტი. შედეგად, პაციენტების ერთი ნაწილი იმყოფება გარემონტებულ განყოფილებებში, სადაც არის გათბობა, განათება, უმეტეს შემთხვევაში, დგას ორი საწოლი პალატაში, არსებობს ბიბლიოთეკა, მუსიკალური ცენტრი, ტელევიზორი, ფორტეპიანო, რეაბილიტაციისთვის განკუთვნილი სპეციალური ოთახი, პაციენტები შედარებით თავისუფლად იყენებენ ამ ყველაფერს და როგორც ადამიანის უფლებათა ცენტრის გამოკითხვიდან გაირკვა, ძალიან კმაყოფილები არიან პირობებით და პერსონალის დამოკიდებულებით.



პაციენტების მეორე ნაწილი ცხოვრობს ძველ, გაურემონტებელ შენობებში, სადაც ზოგჯერ ბეტონის ცივ იატაკზე არც ლინოლეუმი დაგებული. პაციენტები სიცივისგან საწოლებში კანკალებენ, სველი წერტილები მოუწესრიგებელია, პალატაში დგას 6-9 საწოლი და არავითარი სარეაბილიტაციო აქტივობები არ ტარდება. ჩვენი აზრით, ასეთი მკვეთრი კონტრასტი გამართლებული არ არის. პაციენტებს უფლება აქვთ ერთნაირ მომსახურებაზე, განურჩევლად იმისა, თუ სად ცხოვრობენ და რომელ საავადმყოფოში იმყოფებიან. ფსიქიატრიულ მომსახურებაში უნდა არსებობდეს ერთიანი სტანდარტი, რომელიც შეეხება არა მარტო საცხოვრებელ პირობებს, არამედ სამკურნალო და სარეაბილიტაციო აქტივობებს და სხვა ტიპის მომსახურებას საავადმყოფოებში.

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია

როგორც კვლევის შედეგებმა გვამცნო, სააქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სფეროს - ფსიქიატრიის „აქილევსის ქუსლი“ ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციაა. არადა, აღნიშნული კატეგორიის პაციენტთა მკურნალობის სფეროში რეაბილიტაციის კომპონენტს, შესაძლოა, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ჰქონდეს. შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში შექმნილი გარემო არათერაპიული, მადეგრადირებელი და შემაფერხებელია პაციენტების გამოჯანმრთელებისათვის. გამიჯნული არ არის საჭიროებები მათთვის, ვინც კლინიკურ ფსიქიატრიულ დახმარებას საჭიროებს და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრის და მხარდამჭერ სერვისებს.

ამასთანავე, არასაკმარისია კლინიკური ფსიქოლოგების, ფსიქოთერაპევტების, ოკუპაციური თერაპევტებისა და სოციალური მუშაკების რაოდენობა, რომლებიც პაციენტის მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინური მიდგომის მონაწილენი უნდა იყვნენ. ხოლო, სტაციონირებული პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის ერთი ჩვეულებრივი დღე დაწესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად, კვებით, მედიკამენტების მიღებით და ზოგჯერ ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება.

მიუხედავად იმისა, რომ ქუტირში საკმაოდ ვრცელი და კარგად გამწვანებული ეზოა, დირექცია არანაირ ინტერესსა და ხელშეწყობის სურვილს არ ამჟღავნებს, რათა პაციენტები შრომითი თერაპიით დაკავდნენ და საკუთარი ბოსტანი თუ ყვავილნარი იქონიონ ეზოში. „თუ უნდათ, ვინ უშლით?!“ - ასეთი იყო დირექტორის პასუხი ჩვენს შეკითხვაზე. მისივე თქმით, დაწესებულებაში მოქმედებს არტთერაპიის კურსები, აქვთ ბიბლიოთეკა, ფუნქციონირებს დრამატული წრე, რომელიც პერიოდულად სპექტაკლებს აწყობს ქუთაისსა და ხონში. ასევე ჰყავთ თანამშრომლებისა და პაციენტების ერთობლივი საფეხბურთო გუნდი, რომელიც გასვლით შეხვედრებსაც მართავს. თუმცა, ჩვენი იქ ყოფნის პერიოდში არტთერაპიის ოთახი დაკეტილი იყო და სპორტით დაკავებულებს არავინ შეგვიძინებია. პაციენტთა თქმით, მათ ხშირად ჰაერზე სურვილისამებრ გასეირნების პრობლემაც აქვთ.

შრომითი თერაპიის მხრივ, დადებით შეფასებას იმსახურებს სურამში შექმნილი სიტუაცია, სადაც პაციენტებს შესაძლებლობა აქვთ, წელიწადის შესაბამის დროს მიირთვან საკუთარი ხელით მოწეული ბოსტნეული, მოუარონ ხეხილსა და საქონელს, ისეირნონ მარადმწვანე, ეკოლოგიურად სუფთა გარემოში. თუმცა, საავადმყოფოში, სადაც ასამდე პაციენტი მკურნალობს, არა ჰყავთ არც ერთი ფსიქოლოგი, რადგან ძირითად შტატზე მომუშავე ამჟამად დეკრეტულ შვებულებაშია, ახალი კი ჯერ ვერ მოუნახიათ. ტერიტორიაზე, რომელიც რამდენიმე ჰექტარს მოიცავს, არის სამლოცველო, სადაც პაციენტთა ნაწილი არცთუ იშვიათად დადის. თუმცა, დირექტორის თქმით, სოფლის ეკლესიის სასულიერო პირები იშვიათად მოდიან საეკლესიო რიტუალების ჩასატარებლად და პაციენტებთან საურთიერთობოდ. მან ასევე მიუთითა საავადმყოფოში ნარკოლოგის შტატის აუცილებლობაზე, რადგან ზოგჯერ ფსიქოზური დიაგნოზის მქონე პაციენტებს შორის ალკოჰოლიზმით დაავადებულებიც არიან. ყოფილა შემთხვევა, როდესაც ფსიქოზური დიაგნოზით ნამკურნალევი პაციენტები სახლში გაშვების შემდეგ, იმ დღისითვე უკან ბრუნდებოდნენ „თეთრი ცხელების“ მდგომარეობაში. როგორც გაირკვა, ადმინისტრაცია საავადმყოფოს ტერიტორიაზე ნარკოლოგიური ცენტრის გახსნასაც ეცადა, რადგან რეგიონში ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის პრობლემა საკმაოდ მწვავედ დგას (ისევე, როგორც მთელს ქვეყანაში), მაგრამ მათ ინიციატივას სამინისტრომ მხარი არ დაუჭირა.

გამწვანებულ გარემოში სეირნობისა და დასვენების შესაძლებლობა შეზღუდულია ახლადგახსნილ განყოფილებებში, ტერიტორიის არქონის გამო. გარკვეულ გამონაკლისად შეიძლება მივიჩნიოთ რუსთავის საავადმყოფო ღობით შემოფარგლული მცირე ზომის ეზოთი. თუმცა, ამ დაწესებულების ხელმძღვანელმა დიდი წუხილით აღნიშნა, რომ დაწესებულებაში, რომელიც ქვემო ქართლის მთელ რეგიონს ემსახურება, დაუფინანსებლობისა და შესაბამისი ფართის არქონის გამო, ფსიქოსარეაბილიტაციო კუთხით თითქმის არაფერი კეთდება. აღნიშნული პრობლემა ნებისმიერი სხვა

დაწესებულებისთვისაც აქტუალურია. პაციენტები თითქმის არ არიან დაკავებული არანაირი ფიზიკური აქტივობებით. მათ ნაკლებად მიუწვდებათ ხელი წიგნებზე, გაზეთებსა და ჟურნალებზე. თუმცა, რიგ ახლადგარემონტებულ საავადმყოფოს საკმაოდ კომფორტული სარეაბილიტაციო ოთახი გააჩნია, სადაც ძირითადად, ეულად მყოფი პაციენტები, მხოლოდ ტელევიზორის ყურებით, სავარძელში თვლემითა და შიგადაშიგ ნარდის თამაშით ირთობენ თავს.

ამდენად, კვლევამ დაგვანახა, რომ პაციენტთა ფსიქიატრიული დახმარება, უპირატესად, ფარმაკოთერაპიით შემოიფარგლება. ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო სერვისების წილი მცირეა და რეალურად გაცილებით მეტ პაციენტს ესაჭიროება, ვიდრე დაწესებულებებში ამ ტიპის სერვისის მიეწოდებათ. ამასთანავე, მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის ერთი მიზნის გარშემო კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში.

ჩვენი აზრით, ძველ საავადმყოფოებში, შემდგომი სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას საჭიროა, გათვალისწინებულ იქნას განყოფილებების და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ.



ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც. საჭიროა, მნიშვნელოვნად გაიზარდოს კლინიკურ ფსიქოლოგთა, ფსიქოთერაპევტთა და სოციალურ მუშაკთა შტატების რაოდენობა, რომლებიც პაციენტის

მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინური მიდგომის მონაწილენი უნდა იყვნენ. მათ უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი ანაზღაურება. ამასთანავე, აუცილებლად მივიჩნევთ მათ დატრენინგებას თანამედროვე მეთოდისა და შესაბამისი უნარ-ჩვევების უკეთ ათვისების მიზნით.

საავადმყოფოში ცხოვრება სოციალური პრობლემების გამო

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მყოფი პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი არ საჭიროებს სტაციონარში მკურნალობას. მაგალითად, სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ადმინისტრაციის თქმით, ამ საავადმყოფოში მყოფი დაახლოებით 40 პაციენტი უფრო თავშესაფარს საჭიროებს, ვიდრე სტაციონარში ყოფნას. რუსთავის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, ამ დაწესებულების დირექტორის თქმით, ასეთი 5 პაციენტი იმყოფება. აღსანიშნავია, რომ ქუტირში არსებული პანსიონატური განყოფილების პაციენტები, რომლებიც თავშესაფრის პროგრამის მომხმარებლები არიან, საჭიროებენ რეალურ თავშესაფარს ჩაკეტილ სივრცეში ყოფნის ნაცვლად.

თავშესაფრების შექმნის იდეაზე ჩვენთან საუბრობდნენ სურამში, რუსთავში, ასათიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. საავადმყოფოების ადმინისტრაციის თქმით, რუსთავში და სურამში თავშესაფრების შექმნის გეგმები ვერ განხორციელდა, ერთ-ერთ მიზეზად მთავრობის შეცვლა დასახელდა. სოციალური ხასიათის პრობლემის გამო, საავადმყოფოში დარჩენილი პაციენტები კვლავ იკავებენ სხვა პაციენტებისთვის განკუთვნილ ადგილებს.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში პაციენტთა წლების განმავლობაში დაყოვნების მიზეზებია:

საცხოვრებელი ადგილის არქონა

ფსიქიკური დაავადების გამო, ადამიანები ხშირად კარგავენ თავის ქონებას. ეს შეიძლება მოხდეს თავად დაავადებული ადამიანის მიზეზითაც, მაგალითად -კრიზისულ მდგომარეობაში დაწვას საცხოვრებელი, ან შეიძლება გახდეს ფინანსური მაქინაციის მსხვერპლი, გაუფორმოს ბინა არაკეთილსინდისიერ ნათესავს, ან გაყიდოს. საქართველოში სოციალური გაჭირვების გამო, ბევრი ადამიანი უბინაოდ დარჩა. ამ ნიადაგზე ადამიანს შეიძლება, გაუმწვავდეს ფსიქიკური პრობლემები და გახდეს ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პაციენტი. მიზეზები, თუ რატომ დარჩა ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პაციენტი საცხოვრებელი ადგილის გარეშე, შეიძლება სხვადასხვა იყოს. თუმცა შედეგი ერთია – ადამიანს აღარსად აქვს წასასვლელი. ამას ემატება უნარ-ჩვევების დეფიციტი, რის გამოც ასეთი ადამიანი ქუჩაში დარჩენილი საკუთარ თავს ვერ შეინახავს. უკეთეს შემთხვევაში, ის კვლავ დაბრუნდება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში.

პაციენტები საჭიროებენ სახლში მოვლას, მაგრამ მომვლელი არა ჰყავთ

პაციენტებს შეიძლება არ ჰყავდეს ნათესავი, ან იგი საზღვარგარეთ იმყოფებოდეს, ან არ უნდოდეს ავადმყოფზე ზრუნვა. ყველა ოჯახს თავისი პრიორიტეტები აქვს. მაგალითად: ბავშვების აღზრდა, სამსახური და ა.შ. ფსიქიკური დაავადებით შშმ პირი ოჯახისთვის მძიმე ტვირთია. ეს პრობლემა შეიძლება, მოგვარდეს თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარებით, როგორცაა: დღის ცენტრები, ასერტიული ჯგუფები, რეაბილიტაციის სერვისები, თავშესაფრები, სადაც პაციენტებს მათთვის საჭირო დახმარებას, თანადგომას აღმოუჩენენ. ოჯახის წევრებს კი ფსიქოგანათლება და სახელმწიფოს მხარდაჭერა

ესაჭიროებათ, რაც ხელს შეუწყობს პაციენტებზე ზრუნვას ბინაზე და საზოგადოებაში მათ დარჩენას.

კონფლიქტი ნათესავებთან

გლდანის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ექიმის თქმით, არის ოჯახები, რომლებიც შეგნებულად ამწვავებენ გაწერილი პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობას, რომ კვლავ დააბრუნონ საავადმყოფოში. ზოგი პაციენტი ნათესავებთან კონფლიქტის შიშით, სახლში დაბრუნებას საავადმყოფოში დარჩენას ამჯობინებს. არის შემთხვევები, როცა ფსიქიკური დაავადების მქონე ადამიანს სახლში არაადამიანურად ეპყრობიან. მაგალითი: ქალბატონი ა.ბ.-ს შემთხვევა, რომელიც ნათესავებს ერთი თვის მანძილზე საწოლთან მიჯაჭვული ჰყავდათ. ამ ეტაპზე საქმეს პროკურატურა იძიებს, მაგრამ ეს არ არის ერთეული შემთხვევა, როცა ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანს არასათანადოდ ეპყრობიან ოჯახში: ბევრი ასეთი შემთხვევა არ ამკარავდება. შესაბამისად, ამ ადამიანთა უფლებებს ვერავინ იცავს.

ამრიგად, შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანს უწევს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ცხოვრება, ძირითადად, საცხოვრებელი ადგილის არქონის ან/და დამოუკიდებლად ცხოვრებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების არქონის, მასზე მზრუნველი ადამიანის არარსებობის და თემზე დაფუძნებული სერვისების ხელმიუწვდომლობის გამო. ადამიანების ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გაჩერება, რომელთაც აღარ ესაჭიროებათ სტაციონარული მკურნალობა, არღვევს მათ უფლებებს, ხოლო ქუჩაში გაშვება მათ სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას შეუქმნის საფრთხეს. ამიტომ თავშესაფრების და სხვა თემზე დაფუძნებული სერვისების შექმნა და განვითარება გადაუდებელ აუცილებლობას წარმოადგენს.

პატიმრები საავადმყოფოში და ფსიქიკურად დაავადებულები ციხეში

კვლევის მიმდინარეობისას გავეცანით ქუტირის სასამართლო ფსიქიატრიის მე-11 და მე-12 განყოფილებებს, სადაც 260 პაციენტი იმყოფება. სხვა კორპუსებისგან რკინა-ბეტონის ღობით გამიჯნულ განყოფილებას აქვს თავისი ეზო, სადაც გაკეთებულია რკინის კონსტრუქციით იზოლირებული სასაფარი ტერიტორია. ეს სივრცე ასევე გადახურულია რკინის ბადისებრი შეკვრით. ეზოში დაგებულია ასფალტი, დამონტაჟებულია კალათბურთის ფარი, აგრეთვე – მაგიდა. სკამები არ არის. პაციენტთა გადმოცემით, გასეირნება ორ დღეში ერთხელაა. განყოფილებას აქვს ცალკე გამშვები პუნქტი, მაგრამ ჩვენი იქ ყოფნის პერიოდში ეზოში გამოსული არავინ გვინახავს. განყოფილება მდებარეობს



შენობის ორ სართულზე და პირობითად იყოფა ორ განყოფილებად. განყოფილებებს ცენტრალური გათბობისა და ვენტილაციის სისტემა არა აქვს და გათბობა ხდება ელექტროგამათბობლებით – თითო პალატაში თითო გამათბობელია. პატარა ოთახებში სამი საწოლი დგას, დიდში კი ცხრა. ყველა პალატას აქვს იზოლირებული საპირფარეშო პირსაბანი ონკანებით. დაგებულია მეტლახი და კაფელი. ვენტილაციის სისტემა არ ფუნქციონირებს. ოთახებში სუნი და მძიმე ჰაერია. რკინის კარები მყარად არის ჩარაზული. ყველა პალატაში დგას ტუმბოები. პაციენტებს თავიანთი სურვილით შეუძლიათ პალატაში ჰქონდეთ ტელევიზორები (ოჯახებიდან) და რადიომიმღებები.

დერეფანში შესვლისას შევამჩნიეთ იქვე ცალკე მწოლიარე პაციენტი, რომელზეც რეჟიმის თანამშრომლებმა გვითხრეს, რომ ვერ ეგუებოდა სხვებს და იმიტომ მისცეს აქ ყოფნის უფლება. ასევე, ერთ პალატაში იყო იზოლირებული პაციენტი. პაციენტის ფიქსაციისა და იზოლირების ჟურნალი როცა მოვითხოვეთ, არ ჰქონდათ. განყოფილებაში მედპერსონალთან ერთად მორიგეობს დაცვის სამსახური, რომელიც დომინირებს პაციენტებთან ურთიერთობაში მედპერსონალთან შედარებით. განყოფილებაში არ არიან სანიტრები და მათ ფუნქციებს ითავსებს დაცვის სამსახური. როგორც პაციენტებმა გვითხრეს, ზოგიერთი დაცვის თანამშრომელი მათ, არცთუ იშვიათად, უყვირის და ემუქრება. ამასთანავე, უმრავლესობა ამბობს, რომ არ იცის დიაგნოზი და მკურნალობის მეთოდები.

ფსიქიატრიული პრობლემების პაციენტები, ძირითადად, ციხის საავადმყოფოში მიყავთ, საიდანაც, საბოლოო დიაგნოზისთვის, შემდგომ სამხარაულის სახელობის ექსპერტიზის ცენტრში გადაჰყავთ. თუმცა, არის ერთეული შემთხვევები, როცა მათ ქალაქის ახლადგახსნილ განყოფილებებშიც ათავსებენ. მაგალითად, ასათიანის სახელობის ცენტრის მწვავე განყოფილების თანამშრომლებმა გვითხრეს, რომ რამდენიმე დღის განმავლობაში, ოთხ ბადრაგთან ერთად, მათთან იმყოფებოდა მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციმარი, რომელსაც ტუალეტშიც კი არ ჰქონდა მარტო შესვლის უფლება, რაც არცთუ დადებით ზემოქმედებას ახდენდა დანარჩენ პაციენტებზე.

რაც შეეხება სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებს, როგორც ცნობილია, გლდანის სასჯელაღსრულებითი დაწესებულების ტერიტორიაზე არსებულ, ციხის საავადმყოფოს ფსიქიატრიული განყოფილების გარდა, უმეტეს მათგანში არანაირი პირობა არ არის ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანების ადეკვატური მკურნალობისა თუ რეაბილიტაციისათვის. იქ არც მედიკამენტების ფართო სპექტრი აქვთ და არც რაიმე სპეციალური პროგრამა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდასაჭერად. ამდენად, ამ ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა ყოფნა სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში შეიძლება შეფასდეს, როგორც არაადამიანური მოპყრობა. არადა, ყოფილა შემთხვევები, როცა ამა თუ იმ დაწესებულებაში აღნიშნული კატეგორიის პაციმარი რამდენიმე ათეულს აჭარბებდა.

ჩვენი ყურადღების ცენტრში, რა თქმა უნდა, ციხის საავადმყოფოს ფსიქიატრიული განყოფილება მოექცა, რომელიც თერაპიულ განყოფილებასთან ერთად ერთ სართულზეა განთავსებული. განყოფილებაში სულ 31 პაციენტია, სხვა და სხვა ფსიქიატრიული დიაგნოზით. პალატებს ციხის საკნისთვის დამახასიათებელი რკინის კარები აქვს, რომელთა სარკმელი დღისით ძირითადად ღიაა და პაციენტებს იოლად შეუძლიათ რეჟიმის თანამშრომლებისთვის ხმის მიწვდენა. თუმცა, ამას უარყოფითი მხარეც აქვს: მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები მთელი ხმით გაჰყვირიან და რიგ

მოთხოვნებს უყენებენ ციხის თანამშრომლებს, რაც ორივე განყოფილების დერეფანში კარგად ისმის და საკმაოდ შემაწუხებელია სხვა ავადმყოფებისათვის. საწოლების სიმჭიდროვის გამო, საკნებში თავისუფალი სივრცე ცოტაა. ფანჯრები იღება და ჟანგბადის უკმარისობა არ იგრძნობა. ყველგან არის ინდივიდუალური ტუალეტი. დაბანა კვირაში ერთხელ ხდება. აქვთ პირადი ტუმბო. თეთრეული ნორმალურ მდგომარეობაშია.

სხვა და სხვა სომატური დაავადებების მკურნალობა ადგილზე ხდება. თითქმის ყველა პაციენტს აწუხებს ესა თუ ის ქრონიკული დაავადება. მკურნალობის ხარისხით უკმაყოფილო, ძირითადად, არ არიან. მრავალ მათგანს, გასულ წლებში, სასჯელაღსრულების თანამშრომელთა ძალადობრივი ქცევის საფუძველზე, მიღებული აქვს თავის ქალის სხვადასხვა სიმძიმის ტრამვა. მას შემდეგ დასჩემდათ შაკიკი და ითხოვენ ელექტრომაგნიტური ტომოგრამით გამოკვლევას. ამასთანავე, პაციენტთა მხრიდან გამოითქვა პოლიტიკური სახის შენიშვნებიც. კერძოდ, აღნიშნეს, რომ არჩევნებში „ქართულ ოცნებას“ იმიტომ მისცეს ხმა, რომ „ციხის ჯალათები“ მოემორებინათ, მაგრამ ზოგიერთი მოძალადე თანამდებობაზე მაინც დარჩა.

ერთ-ერთ საკანში შევხვდით ინვალიდის ეტლში მჯდომ, ცეროზის უკანასკნელი სტადიითა და სხვა მძიმე დაავადებებით შეპყრობილ ი. კ-ს, რომლის უმძიმესი ფსიქო-ფიზიოლოგიური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ვთვლით, რომ ექვემდებარება შესაბამისი წესების დაცვით გათავისუფლებას. ასევე, გვერდით საკანში, სხვა პატიმრებთან ერთად, იმყოფება მწვავე ტუბერკულოზით დაავადებული. მედპერსონალი მასთან შესაბამისი პირსაბურავით ურთიერთობს, მაგრამ თანასაკნელები ამ მხრივ სრულიად დაუცველები არიან.

ექიმთა განმარტებით, არიან პაციენტები, რომლებიც ქუტირის კლინიკაში გადაყვანას ექვემდებარებიან, მაგრამ მათი სამხარაულის ექსპერტიზის ბიუროში გადაყვანის გადაწყვეტილება სამინისტროში არსებულმა შესაბამისმა კომისიამ უნდა მიიღოს, რაც საკმაოდ ჭიანჭურდება ხოლმე. უნდა აღინიშნოს, რომ განყოფილებაში მრავლად არიან ფსიქოპათიის დიაგნოზით მოთავსებული პაციენტები, რომლებიც განსაკუთრებულად აგრესიული ქცევებით გამოირჩევიან როგორც საკუთარი თავის, ისე სხვების მიმართ. მათი ნაწილი უარს ამბობს შესაბამისი სამკურნალო პრეპარატის მიღებაზე, მაგრამ მედპერსონალი პირადი ანგარიშსწორების შიშით თუ საჩივრის დაწერის თავიდან ასაცილებლად, ვერ ახერხებს შეზღუდვის პროცედურების გამოყენებით დამაშვიდებელი სახის ინექციის გაკეთებას.

განყოფილების მთავარმა ექიმმა გვითხრა, რომ ჰყავს არანებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი რამდენიმე პაციენტი. თუმცა, მოსამართლეები სასჯელაღსრულებით დაწესებულების საავადმყოფოში არ მოდიან და შესაბამისი პროცედურების განხორციელების გარეშე, ისიც ვერ ახერხებს სრულფასოვანი მკურნალობის ჩატარებას. აღნიშნულ პრობლემასთან დაკავშირებით, ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ცენტრში, ერთ-ერთ სასამართლო პროცესზე, ადამიანის უფლებათა ცენტრის წარმომადგენელი მოსამართლის პოზიციით დაინტერესდა. მოსამართლემ განაცხადა, რომ მსგავს შემთხვევებში, კანონით, პაციენტი-პატიმარი თავად ციხის ბადრაგმა უნდა წარუდგინოს სასამართლოს.

აქვე, ერთ მეტად მნიშვნელოვან პრობლემაზე გვინდა, გავამახვილოთ ყურადღება: ციხის საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ადამიანის უფლებათა ცენტრის წარმომადგენლის ვიზიტის დროს, დაწესებულებაში მოულოდნელად ატყდა ჩოჩქოლი.

შევამჩნიეთ, რომ დერეფანში იდგა ტანს ზემოთ შიშველი პაციენტი, რომელიც სამართლებლით ტანს ისერავდა. იგი სრულიად თავისუფლად შედიოდა საინექციო და საორდინატორო კაბინეტებში და მუქარანარევი ყვირილით ერთ-ერთ ექიმ ქალბატონთან შეხვედრას ითხოვდა, რათა მისთვის დაუშვებლად დიდი დოზით მიეცათ დამამშვიდებელი წამალი. ჩვენი გაკვირვება გამოიწვია იმ ფაქტმა, რომ რეჟიმის არც ერთი თანამშრომელი (მათ შორის - რაციით აღჭურვილი ოფიცერი) და ექთნის თანაშემწე მამაკაცი, სიტყვიერი შეგონების გარდა, არანაირ ზომებს არ იღებდა მის დასაბრკოლებლად. ჩვენს გაკვირვებას, მათ საკამოდ არალოგიკური პასუხი შეაგებეს - „ფიზიკურად რომ შეგვებოჭა, უფრო მეტ სისხლს დაღვრიდა“.

როგორც მედპერსონალთან შემდგომი საუბრის დროს გავარკვეეთ, მსგავსი მოვლენები არცთუ იშვიათია ციხის საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში. აღმოჩნდა, რომ ჩვეულებრივი ფსიქიატრიული საავადმყოფოსაგან განსხვავებით, სადაც პაციენტებს მხოლოდ სანიტრის მეთვალყურეობის ქვეშ აქვთ ერთჯერადი საპარსის გამოყენების უფლება, პატიმართა დაწესებულებაში იგი ბევრად თავისუფლად მოიხმარება. ნარკომანიისკენ მიდრეკილი ზოგიერთი პატიმარი ენის ქვეშ შემალული სამართლებლით აშინებს მედპერსონალს, რათა გამოსძალოს ესა თუ ის წამალი. ექიმების თქმით, რეჟიმის თანამშრომლებს ეშინიათ, რომ თუკი ფიზიკურად შეეწინააღმდეგებიან ზოგიერთი პაციენტის უკანონო მოთხოვნებს, შესაძლოა, მათზე პატიმარმა საჩივარი დაწეროს. ამ დროს, სრულიად დაუცველი ქალბატონები, რიგ შემთხვევებში, გამოსავალს მხოლოდ ტუალეტის რკინის კარს მიღმა დამალვაში პოულობენ.

როგორც განყოფილების ხელმძღვანელმა გვითხრა, „სიტუაცია მართლაც მეტად საშიშია, რადგან ინციდენტის მომწყობ პატიმარს, რომელსაც მხოლოდ ციხეში რამდენიმე კაცი ჰყავს მოკლული (მათ შორის - ერთი თანამშრომელი) 32 წელი აქვს მისჯილი და ყველანაირად ცდილობს, თვითმკვლელობისა თუ სხვათა დაზიანების მუქარით, „დეფექტური შიზოფრენიის“ დიაგნოზი მოიპოვოს და ე.წ. „აქტიროვკით“ დააღწიოს თავი ციხის კედლებს“.

აღნიშნულ პრობლემასთან დაკავშირებით, ჩვენ ვესაუბრეთ ადგილობრივ ფსიქოლოგს, რომელსაც არაერთი წელი აქვს სასჯელაღსრულების სისტემაში გატარებული. იგი მიიჩნევს, რომ საჭიროა გარკვეული „ოქროს შუალედის“ პოვნა თანამშრომელთა და პატიმარ-პაციენტთა ურთიერთობაში, რომელიც მხოლოდ კანონის უზენაესობაზე, ურთიერთპატივისცემასა და ჰუმანურ პრინციპებზე იქნება დამყარებული.

ფსიქიატრიული სერვისები ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის

ამჟამად საქართველოში ფუნქციონირებს ერთი ათსაწლიანი ფსიქიატრიული განყოფილება, რომელიც განკუთვნილია 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის. ეს განყოფილება შეიქმნა მე-5 კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე.

სახალხო დამცველის ანგარიშის თანახმად, ეს განყოფილება 15 წლამდე ბავშვებისთვის იყო გათვლილი, რაც 16-18 წლის მოზარდებს მოწყვლად მდგომარეობაში ტოვებდა³⁹. თუმცა, როგორც განყოფილების ექიმმა გვითხრა, ეს მდგომარეობა შეიცვალა და ახლა განყოფილებაში 18 წლამდე მოზარდებიც თავსდებათ. ექიმის თქმით, ბავშვთა

³⁹ „საქართველოს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული მდგომარეობის ანგარიში“, 2012, გვ. 15

ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, ძირითადად, 14–16 წლის ბავშვები მკურნალობენ. თუმცა, არიან სხვა ასაკობრივი კატეგორიის ბავშვებიც, 5 წლის ასაკიდან დაწყებული. ექიმის თქმით, ბავშვებისთვის განკუთვნილი ფსიქიატრიული პროგრამის გაფართოების შემთხვევაში, იქიდან გამომდინარე, რომ სხვადასხვა ასაკის ბავშვებს აქვთ განსხვავებული საჭიროებები და მოთხოვნები, სასურველია, ცალკე განყოფილების შექმნა ბავშვთა სამი ასაკობრივი ჯგუფისთვის - 10 წლამდე, 10–14 წლამდე და 14–18 წლის ბავშვთათვის.

ჩვენი ვიზიტისას განყოფილებაში 8 პაციენტს მკურნალობდნენ. ექიმმა გვითხრა, რომ ადგილების რაოდენობა საკმარისია და ჯერჯერობით ბავშვის მიღებაზე უარი არასოდეს უთქვამთ ადგილის არქონის გამო. ერთი მხრივ, პაციენტების დიდი ნაკადი არ ფიქსირდება, რადგან მშობლები არ არიან ინფორმირებული ბავშვთა ფსიქიატრიული განყოფილების არსებობის შესახებ. მეორე მხრივ, ადგილი აქვს პაციენტთა სწრაფ ბრუნვას. ექიმის თქმით, მშობლები დიდი ხნით არ ტოვებენ ბავშვს საავადმყოფოში, როგორც ამას აკეთებენ ზრდასრული პაციენტების ნათესავები. ასევე, ბავშვები არ იკავებენ ადგილებს ფსიქიატრიულ განყოფილებებში საცხოვრებელი ადგილის, ან სათანადო ზრუნვის არქონის გამო.

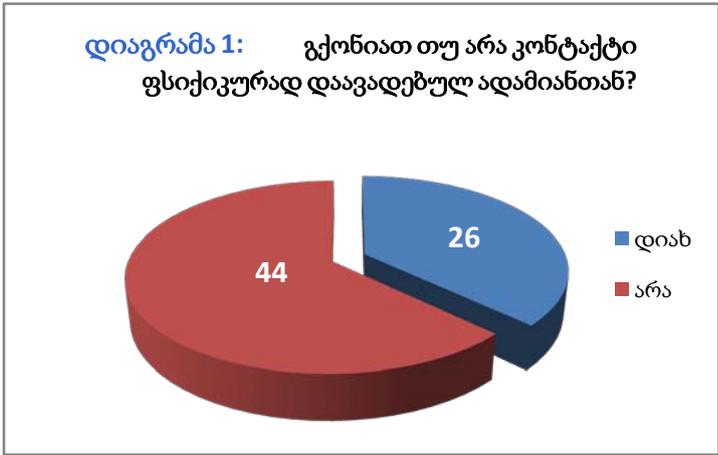
სამწუხაროა, რომ ბავშვისთვის განკუთვნილი პროგრამით არ არის გათვალისწინებული ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, რის გამოც ბავშვი სრულფასოვნად ვერ მკურნალობს. ასევე, არ არსებობს თემზე დაფუძნებული სერვისები მოზარდებისთვის. ბავშვთა ფსიქიატრიული განყოფილების ეზო მოუწყობელია, რის გამოც ბავშვებს არა აქვთ გასეირნების ნორმალური შესაძლებლობა. ექიმის თქმით, ბავშვები სასეირნოდ დადიან მედპერსონალისა და მშობლების თანდასწრებით, მაგრამ როგორც გაირკვა, ზოგიერთი ბავშვი, კრიზისული მდგომარეობის გამო, მაინც რჩება ჩაკეტილი განყოფილებაში.

უნდა ითქვას, რომ გარდატეხის ასაკში და მოგვიანებით, 16–18 წლის ასაკში, საკმაოდ მაღალია ფსიქიკური აშლილობების განვითარების ალბათობა. ამ ასაკში ბავშვებს დროული და ხარისხიანი დახმარება ესაჭიროებათ, რათა არ მოხდეს ადრინდელ ასაკში დაწყებული ფსიქიკური პრობლემების გაუარესება და შემცირდეს მათი თვითმკვლელობის ან დაინვალიდების შანსები. ამისათვის საჭიროა, პირველ რიგში, ბავშვებისთვის განკუთვნილი თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება, როგორცაა, მაგალითად, კრიზისინტერვენციის სამსახური და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები. ასევე უნდა ხდებოდეს საზოგადოების ინფორმირება, რათა შემცირდეს სტიგმა და მოხდეს ფსიქიკური დაავადებების მქონე ბავშვების სოციალურ ინტეგრირება.

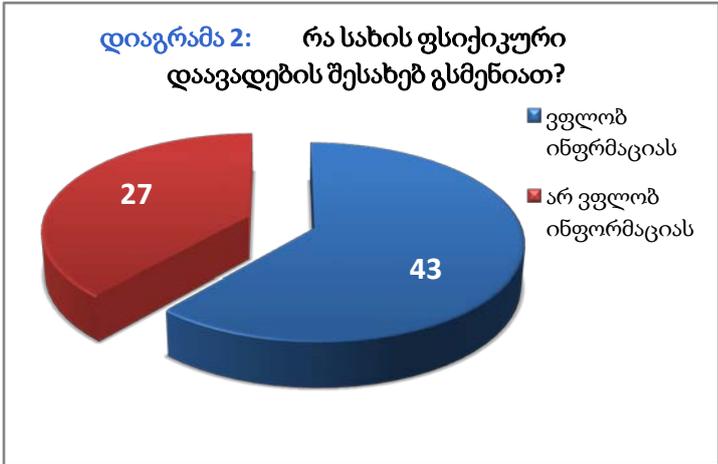
საზოგადოებრივი აზრის გამოკითხვის შედეგები

გამოკითხვა ჩატარდა საზოგადოებრივი აზრის დასადგენად ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანებთან მიმართებაში, ასევე, საზოგადოებაში დამკვიდრებული სტიგმებისა და სტერეოტიპების გამოსავლენად. გამოკითხვა საქართველოს 70 სრულწლოვანი მოქალაქე, შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით. მეტნაკლებად დაცულია სქესთა ბალანსი და ასაკობრივი ჯგუფები. გამოკითხულთა უმრავლესობას მიღებული აქვს სრული ან არასრული უმაღლესი განათლება. თუმცა, იყვნენ რესპოდენტები საშუალო განათლებით, ასევე - სტუდენტები.

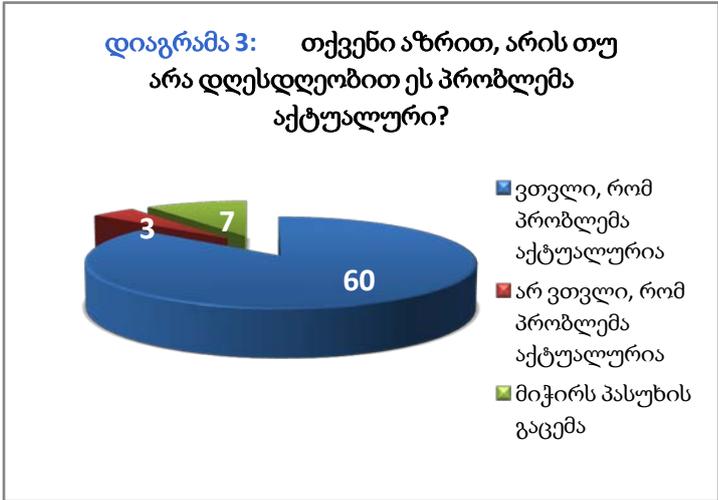
პირველმა შეკითხვამ - „გეონიათ თუ არა რაიმე სახის კონტაქტი ფსიქიკურად დაავადებულ ადამიანთან და რა სახის ფსიქიკური დაავადებების შესახებ გსმენიათ? (ჩამოთვალეთ ორი ან სამი)“ შემდეგი სურათი მოგვცა:



გამოკითხული 70 რესპოდენტიდან 26-ს ჰქონია კონტაქტი აღნიშნული პრობლემის მქონე ადამიანებთან 44-მა კი უარყოფითი პასუხი გასცა (იხ. დიაგრამა 1).



43 რესპოდენტს მხოლოდ გარკვეული ინფორმაცია აქვს რამდენიმე ფსიქიკური დაავადების შესახებ. ხოლო 27-მა საერთოდ ვერ მოახერხა ვერც ერთი დაავადების დასახელება (იხ. დიაგრამა 2).



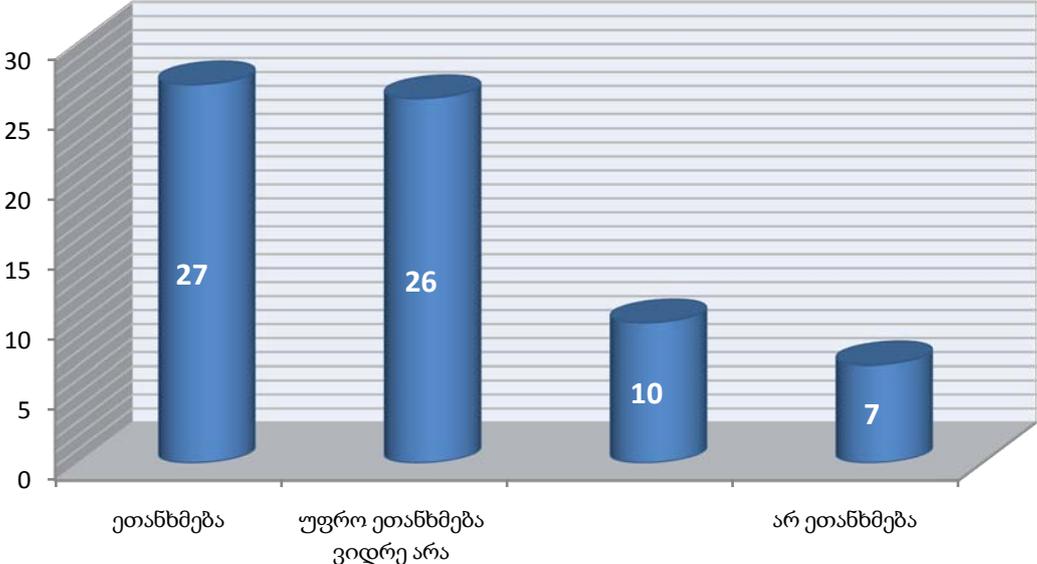
მეორე შეკითხვაზე - „არის თუ არა დღესდღეობით ეს პრობლემა აქტუალური?“ – 60-მა რესპოდენტმა დადებითი პასუხი გასცა, 3-მა - უარყოფითი, ხოლო 7-ს არა აქვს ჩამოყალიბებული აზრი (იხ. დიაგრამა 3).



მესამე შეკითხვა ასეთი გახლდათ: „თვლით თუ არა, რომ ფსიქიატრიული დიაგნოზის მქონე პაციენტები უნდა სარგებლობდნენ ყველა იმ ძირითადი უფლებით, რაც გააჩნია ჯანმრთელ ადამიანს (უძრავ-მოძრავი ქონების ფლობის უფლება, ქორწინების, არჩევნებში მონაწილეობის და ა.შ.)?“ შეკითხვაზე 28 რესპოდენტმა დადებითი პასუხი გასცა, 29-მ - უარყოფითი, ხოლო 13-ს პასუხი არა აქვს (იხ. დიაგრამა 4).

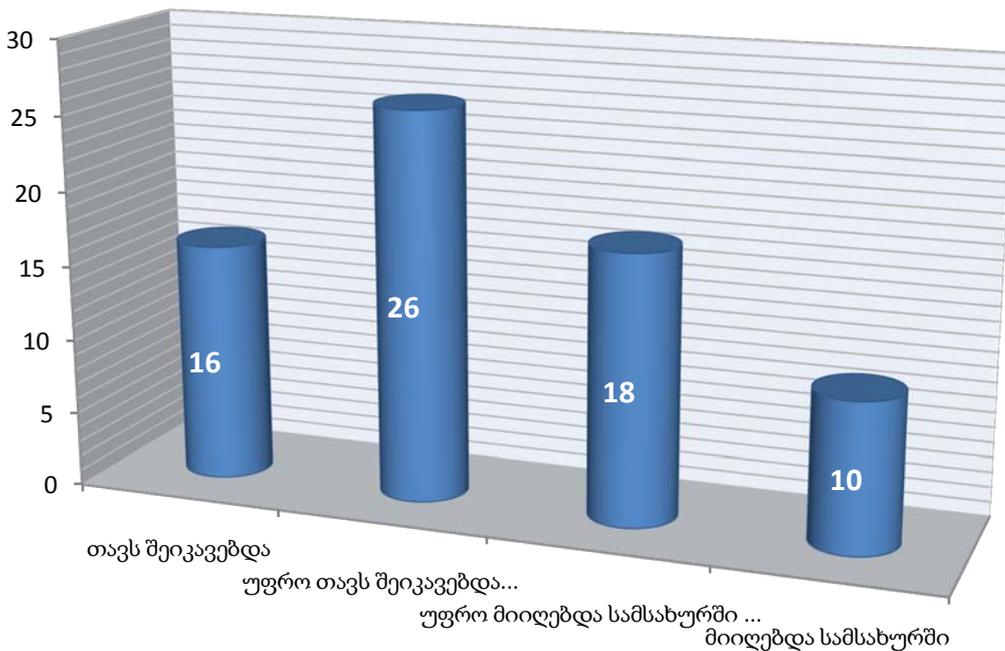
მეოთხე შეკითხვაზე - „არსებობს აზრი, რომ კერძო ორგანიზაციების ხელმძღვანელები ერიდებიან ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანების მიღებას სამსახურში (მიუხედავად მათი მაღალი პროფესიონალიზმისა)“ – 27 რესპოდენტი ეთანხმება აღნიშნულ მიდგომას, 26 უფრო ეთანხმება ვიდრე არა, 7 არ ეთანხმება, 10 კი უფრო არ ეთანხმება ვიდრე კი (იხ. დიაგრამა 5).

დიაგრამა 5: არსებობს აზრი, რომ კერძო ორგანიზაციების ხელმძღვანელები ერიდებიან ფსიქიკური პრობლემის მქონე ადამიანების მიღებას სამსახურში.



კითხვაზე - „თქვენ რომ იყოთ ეს ხელმძღვანელი, თავს შეიკავებდით თუ არა იმ ადამიანის მიღებისგან, რომელიც გადიოდა მკურნალობის კურსს ფსიქიატრიულ კლინიკაში (თუნდაც ეს ამჟამად ხელს არ უშლიდეს მუშაობაში)?“ 16-მა რესპოდენტმა განაცხადა, რომ თავს შეიკავებდა, 26 უფრო თავს შეიკავებდა, ვიდრე არა, 10-მა აღნიშნა, რომ მიიღებდა სამსახურში, ხოლო 18-მა თქვა, რომ უფრო მიიღებდა სამსახურში, ვიდრე არა (იხ. დიაგრამა 6).

დიაგრამა 6: თქვენ რომ იყოთ ეს ხელმძღვანელი, თავს შეიკავებდით თუ არა იმ ადამიანის მიღებისგან, რომელიც გადიოდა მკურნალობის კურსს ფსიქიატრიულ კლინიკაში?



მიღებულმა შედეგებმა ცხადყო, რომ საზოგადოების მნიშვნელოვანი ნაწილი არასაკმარის ინფორმაციას ფლობს აღნიშნულ პრობლემასთან დაკავშირებით, მათ სოციალურ განწყობებში დომინირებს ისეთი სახის სტერეოტიპები, რომლებიც გარკვეული სტიგმატიზაციისა და დისკრიმინაციის რისკის ქვეშ ამყოფებს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებს, რაც მნიშვნელოვნად განაპირობებს მათ სრულფასოვან ინტეგრაციას საზოგადოებაში.

ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სტერეოტიპის თანახმად, თუკი ადამიანი ფსიქიკურად დაავადებულია, ეს ავტომატურად ნიშნავს, რომ მას შრომის უნარი არა აქვს და შესაბამისად, ვერ ხედავენ პრობლემას, თუკი მას ვინმე სამსახურში არ მიიღებს.

საინტერესოა, რომ იმ რესპოდენტთაგანაც კი, რომლებიც აცხადებდნენ, რომ გარკვეულ ინფორმაციას ფლობდნენ ფსიქიკურ დაავადებებზე, შიზოფრენიის გარდა, თითქმის არავის დაუსახელებია არც ერთი სხვა სერიოზული ფსიქიკური დაავადება. ჭარბობდა პასუხები - სტრესი, დეპრესია, ნევროზი და ა.შ.

რეკომენდაციები

ჯანდაცვის სამინისტროს

ფსიქიკური აშლილობების მქონე ბავშვებისათვის და მოზარდებისათვის განკუთვნილი თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება, განსაკუთრებით - ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრებისა და კრიზისული ინტერვენციის სამსახურის შექმნა.

ფსიქიკური აშლილობების მქონე ბავშვთა მშობლებისათვის მხარდამჭერი სერვისების განვითარება, ფსიქოგანათლება და გარკვეული მატერიალური დახმარება, რათა თავიდან ავიცილოთ ბავშვის დატოვების რისკი.

კრიზისის ინტერვენციის, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრების, თავშესაფრებისა და სხვა სახის თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება ქვეყნის მასშტაბით.

თბილისში არსებული ერთადერთი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის (ა(ა)იპ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასოციაცია“) ფართით უზრუნველყოფა, რათა არ შეწყდეს ამ სერვისის არსებობა.

ძველი საავადმყოფოების რეკონსტრუქციის პროცესში, გასათვალისწინებელია განყოფილებებისა და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა. საჭიროა, საცხოვრებელი და სამკურნალო გარემო იყოს უფრო პერსონიფიცირებული, რათა პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე, რაც უზრუნველყოფს მათ პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობას.

ჯეროვანი ყურადღება მიექცეს და გაიზარდოს სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯები შესაბამის სახელმწიფო პროგრამაში.

ხანდაზმული ან სომატური დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტებისთვის პალიატიური ზრუნვის აუცილებლობა და ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მყოფი ფიზიკური შშმ პირების საჭიროებები.

ფსიქიატრიული დაწესებულებების დირექციას მიეცეს საშუალება, საჭირო მედიკამენტებისა და კვების პროდუქტების რაოდენობისა და ხარისხის განსაზღვრის შემდეგ, თავად განახორციელოს ყველა საჭირო პროდუქციის შესყიდვა და თვითონვე იყვნენ პასუხისმგებელი ნებისმიერ მოსალოდნელ შედეგზე.

ქმედუნაროდ აღიარებული პირებისათვის შეიქმნას მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოსთან ტელეფონით დაკავშირების შესაძლებლობა (ცხელი ხაზი), რათა დროულად იყოს მიღებული მათი საჭივრები მეურვეებთან დაკავშირებით.

ქმედუნაროდ აღიარებული პირებისათვის, ვისაც მეურვე არ გააჩნია, უნდა შემუშავდეს პენსიის მიღების ალტერნატიული მეთოდი.

ქმედუნაროს სტატუსის სასამართლოში გადახედვა უნდა ხდებოდეს არა მარტო მეურვის, არამედ მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს ინიციატივით. სასამართლო და ექსპერტიზა ქმედუნაროდ აღიარებული პირისთვის უნდა იყოს უფასო.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მომუშავე სოციალური მუშაკებისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ინფორმაცია პაციენტის ქმედუნარიანობის სტატუსის შესახებ, ასევე - მეურვეების შესახებ. ამასთან, უნდა გაადვილდეს სოცმუშაკების ურთიერთობა სამოქალაქო რეესტრთან და გახდეს ხელმისაწვდომი ინფორმაცია სტაციონარში მყოფი პაციენტისთვის დანიშნული პენსიის შესახებ.

შემუშავდეს მკურნალობის ხარისხის კონტროლის უფრო ადეკვატური სისტემა.

სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ფსიქიატრიული სტაციონარის თანამშრომელთა რეგულარული ტრენინგები და კვალიფიკაციის ამაღლების სხვა და სხვა ღონისძიებები პაციენტთა უფლებების დაცვის კუთხით.

სტაციონარში მყოფ პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, მიიღონ უფასო იურიდიული დახმარება თავისი სურვილისამებრ.

სასწრაფოდ უნდა მოგვარდეს ციხის საავადმყოფოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ფეთქებადსაშიში სიტუაცია, რათა მედ.პერსონალს მიეცეს მშვიდ გარემოში მუშაობის საშუალება პაციენტთა საკეთილდღეოდ.

ფსიქიატრიული სტაციონარების დირექტორებს

თანამედროვე მოთხოვნებთან შესაბამისი საყოფაცხოვრებო პირობების უზრუნველყოფა: ოთახის ტემპერატურის შესატყვისი გათბობა, როგორც პალატებში, ისე საპირფარეშოსა და სამზარეულო დარბაზში, პაციენტების უზრუნველყოფა ცხელი წყლითა და საჭირო ჰიგიენური საშუალებებით. ასევე, სათანადო ვენტილაცია, მათ შორის - ბუნებრივი გზით. ფანჯრის ერთ ფლიგელზე, ან სარკმელზე გაკეთდეს მსუბუქი კონსტრუქციის რკინის ბადე, რომელიც არ იქნება ფსიქოლოგიურად დამთრგუნველი პაციენტისთვის და ამავედროულად, უზრუნველყოფს უსაფრთხოებას.

ბიბლიოთეკები აღიჭურვოს სათანადო ინვენტარით, რეგულარულად მომარაგდეს წიგნებითა და ახალი ჟურნალ-გაზეთებით. შრომითი და არტთერაპიის სახელოსნო-კაბინეტების მოწყობა.

საჭიროა პაციენტების რეგულარულად გაყვანა სუფთა ჰაერზე წელიწადის ნებისმიერ დროს, პაციენტთა სურვილისამებრ და ასევე - სხვა და სხვა სახის ფიზიკურ აქტივობაში ჩართვა.

საჭიროა, პაციენტები უკეთ გაეცნონ საკუთარ უფლებებს. უნდა მოხდეს მათი ჯეროვანი ინფორმირება მკურნალობის მიმდინარეობასა და ხანგრძლივობაზე, ასევე - სამკურნალო საშუალებებით გამოწვეულ გვერდით მოვლენებზე.

ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შემდეგ, პაციენტს განემართოს ამ ღონისძიების აუცილებლობა და მიზანი, რათა ფიზიკური შეზღუდვა დასჯის სახით არ იყოს აღქმული.

ახლობლებთან შეხვედრის ოთახი აღიჭურვოს სათანადო ავეჯით და გამოეყოს იგი სიგარეტის მოსაწევ ოთახს. ტელეფონი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პაციენტებისთვის.

დაინერგოს პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრებისა და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა, რაც გააუმჯობესებს პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

ადმინისტრაცია რეგულარულად უნდა ეცნობოდეს საჩივრის ყუთში დაგროვილ მასალებს და შესაბამისი ფორმით რეაგირებდეს.

ადმინისტრაციამ იზრუნოს ხელქვეითთა ადეკვატური ანაზღაურების უზრუნველსაყოფად. ყოველმხრივ შეუწყოს ხელი მათ პროფესიულ ზრდასა და უფლებების დაცვას.

გაიზარდოს სოცმუშაკების და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისათვის საჭირო პერსონალის შტატები და უზრუნველყოფილი იქნას შესაბამისი ანაზღაურებით, პროფესიის ნიშნით დისკრიმინაციის გარეშე.

ადამიანის უფლებათა ცენტრის შესახებ

არასამთავრობო ორგანიზაცია ადამიანის უფლებათა ცენტრი (HRIDC) დაარსდა 1996 წლის 10 დეკემბერს თბილისში. მისი მიზანია, გაიზარდოს ადამიანის უფლებების, ძირითადი თავისუფლებების პატივისცემა და სამშვიდობო პროცესების ხელშეწყობა საქართველოში. ამ მიზნის მისაღწევად, მნიშვნელოვანია, უზრუნველყოფილი იყოს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება და ადამიანის უფლებების პატივისცემა, ხოლო ხელისუფლება პატივს უნდა სცემდეს კანონის უზენაესობას, გამჭვირვალობის პრინციპებს და ძალთა გადანაწილებას დისკრიმინაციის ყველა დონეზე აღმოსაფხვრელად.

ინიციატივები

- უფლებადამცველთა სამხრეთკავკასიური ქსელი;
- ადამიანის უფლებათა სახლი - თბილისი;
- კამპანია „ბოდიში“;
- შავი ზღვის რეგიონის სამშვიდობო პლატფორმის ინიციატივა (BSPPi);
- მსხვერპლთა აღრიცხვის საერთაშორისო პრაქტიკოსთა ქსელი.

ადამიანის უფლებათა ცენტრი არის შემდეგი საერთაშორისო ქსელების წევრი:

- ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო ფედერაცია (FIDH); www.fidh.org
- წამების საწინააღმდეგო მსოფლიო ორგანიზაცია (OMCT - ქსელი SOS -წამება); www.omct.org
- ადამიანის უფლებათა სახლის ქსელი www.humanrighshouse.org

იხილეთ მეტი: <http://humanrights.ge/index.php?a=main&pid=6&lang=geo>