



**ფსიქიკური ჯანმრთელობა
და ქართული გამოსვდილება**



ადამიანის უფლებათა ცენტრი

ავტორი:

ლაზარე ჯიბლაძე

რედაქტირება:

ალექო ხეიტიშვილი

ნინო ძლაშაძე

ანალიტიკური დოკუმენტი მომზადდა აშშ-ის ფონდ „ეროვნული წვლილი დემოკრატიისათვის“ (NED) ფინანსური მხარდაჭერით. დოკუმენტში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ადამიანის უფლებათა ცენტრს და შესაძლოა, არ გამოხატავდეს დონორის პოზიციას. შესაბამისად, NED არ არის პასუხისმგებელი ტექსტის შინაარსზე.



**National Endowment
for Democracy**

Supporting freedom around the world

სარჩევი

შესავალი.....	4
ფსიქიკური ჯანმრთელობა - ადამიანის უფლებათა განუყოფელი ნაწილი	5
საქართველოს გამოცდილება	7
ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და კონსეფცია.....	8
ახალი კანონი „შშმ პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“	12
სტიგმა და დისკრიმინაცია	14
მედია/ჟურნალისტები.....	16
ბრალდებულთა/მსჯავდებულთა ფსიქო-სოციალური საჭიროებები 17	
ქალი პატიმრები.....	18
არასრულწლოვანი და ახალგაზრდა პატიმრები.....	18
უცხოელი და განსხვავებული კულტურული წარსულის მქონე პატიმრები.....	19
სავალალო შედეგები - ადამიანის უფლებათა ცენტრის საქმის მიმოხილვა	20
დასკვნა	24
რეკომენდაციები.....	25

შესავალი

„ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა და არა მხოლოდ დაავადებებისა და ფიზიკური დეფექტების არარსებობა“ - მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კონსტიტუციის ეს ჩანაწერი, ჯანმრთელობის დეფინირებას იმაზე ფართოდ ახდენს, ვიდრე ამას, დიდი ხნის განმავლობაში, ცალკეული სახელმწიფოები უყურებდნენ. ჩანაწერი ხაზს უსვამს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მნიშვნელობას ჯანდაცვისა და ეროვნულ პოლიტიკაში.

ფიზიკური ჯანმრთელობა ადამიანის ბიოლოგიური მდგომარეობაა, რომელიც დაკავშირებულია მისი სხეულის ყველა ორგანოს სრულყოფილ ფუნქციონირებასთან. რაც შეეხება ფსიქიკურ ჯანმრთელობას, იგი ადამიანის კეთილდღეობით განისაზღვრება, ანუ მდგომარეობით, როცა ინდივიდს ეძლევა შესაძლებლობა, საკუთარი რესურსების სრულად რეალიზების, ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ სტრესებთან გამკლავების, პროდუქტიული და ნაყოფიერი შრომის, რითაც გარკვეული წვლილი შეაქვს საზოგადოების ცხოვრებაში.

საქართველოში ნეიროფსიქიკური დაავადებები მოსახლეობის საერთო ავადობის ტვირთის 22,8 %-ს შეადგენს. ეს ძალიან მაღალი მაჩვენებელია, რაც სათანადო რეგირების გარეშე გამოუსწორებელი ზიანის მომტანი შეიძლება გახდეს¹. მძიმე სტატისტიკა განპირობებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების პირდაპირპროპორციული ბმით ადამიანის სიცოცხლის ხარისხსა და ხანგრძლივობაზე.

ჯანმრთელობის სხვა ასპექტების მსგავსად, ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზეც ძალიან დიდი ზეგავლენა აქვს მთელ რიგ სოციო-ეკონომიკურ ფაქტორებს, რაც გათვალისწინებულ უნდა იქნას ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის და გამოჯანმრთელების სახელმწიფოებრივი მიდგომის სრულყოფილ სტრატეგიებში.

მაღალი ხარისხის, უსაფრთხო და ეფექტური მოვლის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა, არის ცენტრალური ობიექტი როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის, ისე მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მთელი რიგი რეგიონული პროგრამების, რომელიც თავის მხრივ, უმნიშვნელოვანესი ელემენტია რეგიონული პოლიტიკის ჩარჩოების, მათ შორის ჯანმრთელობა 2020

¹ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებზე დაყრდნობით, დეპრესიით მსოფლიოში დაახლოებით 340 მილიონი ადამიანი დაავადებული, 45 მილიონი - შიზოფრენიით, ხოლო 29 მილიონი - დემენციით. ფსიქიკური აშლილობის ტვირთი, სიცოცხლის ხანგრძლივობის დანაკარგთან (DALYs) მიმართებაში ყველაზე მაღალია, ყველა სხვა შეზღუდულ შესაძლებლობებთან მიმართებაში. არსებული მონაცემების გათვალისწინებით (WHO, 2001b), ეს ტვირთი მომავალში მნიშვნელოვნად გაიზრდება.

(Health 2020) და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ევროპული სამოქმედო გეგმა 2013-2020 -ის (the European Mental Health Action Plan 2013–2020).

ამის მიუხედავად, ამ სექტორში გამონვევები კვლავ გადაუჭრელია მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებშიც კი, რის მიზეზადაც ხშირად ფსიქიკური ჯანდაცვის სისტემისა და მისი რეფორმისადმი ინვესტორთა ინტერესის ნაკლებობა სახელდება.

შედეგად, საზოგადოების ყველაზე დაუცველი, მარგინალიზებული ინდივიდები (ინტელექტუალური და ფსიქო-სოციალური შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები) რჩებიან საჭირო სერვისებისა და აუცილებელი ზრუნვის გარეშე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინსტიტუციები კი, გაუმართავი, არასაკმარისი ინფრასტრუქტურით, საჭირო და პროფესიონალი მენეჯმენტისა და პერსონალის გარეშე. შედეგად, მსგავს დაწესებულებებში ხშირად ვხვდებით არაადამიანური მოპყრობის პრაქტიკასა და უსაფრთხო, ეფექტური, მაღალი ხარისხის მოვლისთვისთვის შეუფერებელ გარემოს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა - ადამიანის უფლებათა ბანუყოფელი ნაწილი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონმდებლობის ფუნდამენტური მიზანია სიცოცხლის ხარისხისა და საზოგადოებრივი კეთილდღეობის დაცვა, მხარდაჭერა და გაუმჯობესება. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები არიან ან შესაძლოა, იყვნენ განსაკუთრებულად მონყვლადები უფლებათა შელახვის კონტექსტში. შესაბამისად, პროგრესული კანონმდებლობა, შესაძლოა, იყოს ის ეფექტური ინსტრუმენტი, რომელიც უზრუნველყოფს არა მხოლოდ ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ხელმისაწვდომობის გაზრდას, არამედ მენტალური აშლილობის მქონე ადამიანთა უფლებების დაცვასაც².

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქიკური დარღვევების დეტერმინატორი არა მხოლოდ ინდივიდის პიროვნული თვისებებია (უნარი მართოს საკუთარი აზრები, ემოციები, ქცევა, გარშემომყოფებთან ურთიერთობა), არამედ ამ მხრივ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სოციალური, კულტურული, პოლიტიკური და ეკოლოგიური ფაქტორები - სოციალური დაცვა, ეროვნული პოლიტიკა, ცხოვრების დონე, სამუშაო პირობები და გარშემომყოფთა მხარდაჭერა.

შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვაში სახელმწიფოს განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა ეკისრება. ამდენად, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პროაქტიული, არამედ პრევენციული პოლიტიკის შექმნა და პრობლემის მოგვარების სისტემური ხედვა, რამდენადაც მის შედეგები გავლენას ახდენს მთელ რიგ ფაქტორებზე, მათ შორის - ადამიანის უფლებათა დაცვის სტანდარტზე,

² 3-2-05-9-2 WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation

შრომისუნარიანობის ამაღლებაზე და ეკონომიკური აქტივობის ნახალისებაზე, ადამიანების ცხოვრების ხარისხისა და ხანგრძლივობის გაზრდაზე და ა.შ.

თავისთავად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონმდებლობის არსებობა არ გულისხმობს ადამიანის უფლებების უპირობო პატივისცემასა და დაცვას. მსოფლიო პრაქტიკა ცხადჰყოფს, რომ ცუდი კანონმდებლობა შეიძლება, უფრო დამაზარალებელი აღმოჩნდეს ასეთი ადამიანების უფლებებისთვის, ვიდრე ვარგისი მათ დასაცავად.

კანონი „ფსიქიკურ ჯანმრთელობის შესახებ“ მნიშვნელოვანი მექანიზმია პოლიტიკის მიზნებისა და ამოცანების მისაღწევად. ყოვლისმომცველი და კარგად გააზრებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს მიემართება, როგორცაა: მაღალი ხარისხის ფსიქიატრიული დაწესებულებებისა და სერვისების შექმნა; ხარისხიან ფსიქიატრიულ დახმარებაზე ხელმისაწვდომობა; ადამიანის უფლებათა დაცვა; პაციენტების მკურნალობის უფლება; ძლიერი საპროცესო დაცვის მექანიზმების შემუშავება; ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა საზოგადოებაში ინტეგრაციასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობა მთელ საზოგადოებაში. შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობისკენ მიმართული ნებისმიერი საკანონმდებლო აქტის მიზანი არის ისეთი საკანონმდებლო ჩარჩოს შექმნა, რომელიც უზრუნველყოფს პოლიტიკის აღნიშნული მოზნების მიღწევას.

პოლიტიკა და კანონმდებლობა არის კომპლემენტარული საშუალებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ზრუნვისა და სერვისების გასაუმჯობესებლად. თუმცა, საუკეთესო პოლიტიკისა და კანონმდებლობის შექმნის მიუხედავად, თუკი არ არსებობს სათანადო პოლიტიკური ნება, ადეკვატური რესურსები, შესაბამისად ფუნქციური ინსტიტუციები, სათემო მხარდაჭერის სერვისები და კვალიფიციური პერსონალი სათანადო შედეგების მიღწევა ვერ იქნება შესაძლებელი. ამდენად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნებისმიერი პოლიტიკა მოითხოვს პოლიტიკურ მხარდაჭერას, სწორი და ინსკლუზიური კანონმდებლობის შექმნის უზრუნველსაყოფად.

გაეროს 1948 წლის ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, 1966 წლის, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის საერთაშორისო პაქტი - სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ (ICCPR, 1966) და ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი (ICESCR, 1966) ერთობლივად ქმნიან „საერთაშორისო უფლებათა ბილს“ და აღიარებენ ყველა ადამიანის თავისუფლებასა და თანასწორობას. ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანები, ისევე არიან ამ უფლებების დაცვის ობიექტი, როგორც დანარჩენი სხვა. შესაბამისად, მათი ადამიანის ფუნდამენტური უფლებების დაცვა, არა კეთილი ნება, არამედ თითოეული სახელმწიფოს ვალდებულებაა.

ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართალი ქვეყნებს ავალდებულებს, რომ მათი შიდასახელმწიფოებრივი პოლიტიკა და პრაქტიკა შეესაბამებოდეს და იყოს

შეზღუდული ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლით. ეს ასევე გულისხმობს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ადამიანების დაცვას³.

მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპული კონვენცია პირდაპირ არ ახდენს ჯანმრთელობის დაცვის უფლების ან ჯანმრთელად ყოფნის უფლების გარანტიას, ევროპული სასამართლოს პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ სასამართლო ამ უფლების დაცვას კონვენციით გარანტირებული სხვა უფლებების ქვეშ ახდენს.

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრაქტიკაში, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული უფლებები ძირითადად კონვენციის მე-2 (სიცოცხლის უფლება), მე-3 (წამების აკრძალვა), მე-8 (პირადი და ოჯახური ცხოვრების დაცულობის უფლება) და მე-10 მუხლებთან (გამოხატვის თავისუფლება) მიმართებაში განიხილება⁴.

საქართველოს გამოცდილება

საქართველოში, სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით, 2019 წელს საქართველოში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების 77.111 შემთხვევაა რეგისტრირებული. ყველაზე ხშირად დასმული დიაგნოზი დეპრესიაა. საქართველოში ნეიროფსიქიკური დაავადებები დაავადებათა გლობალური ტვირთის 22,8 %-ს შეადგენს. ტვირთი საკმაოდ მაღალია, რაც ადეკვატურ მართვასა და ყურადღებას საჭიროებს გადანყვეტილებების მიმღებთა მხრიდან.

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ არსებული ოფიციალური მონაცემებით, 2019 წელს: 100 000 მოსახლეზე ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობა წარმოადგენს 2372.8-ს და დიაგნოსტირებული იყო ფსიქიკური აშლილობის 5,284 ახალი შემთხვევა (142.0 შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე).

0-15 წლამდე ასაკის ბავშვებში ამ დიაგნოზით აღირიცხა 3269 შემთხვევა, გავრცელება 100 000 ბავშვზე - 414.0 (2016 აღრიცხვაზე იყო 2708 ბავშვი, გავრცელება - 432.0). ახალი შემთხვევები შეადგენდა რეგისტრირებული რაოდენობის თითქმის 25%-ს⁵.

დამოუკიდებელ ექსპერტთა შეფასებით, აღნიშნული მონაცემები, წლების განმავლობაში, ეპიდემიოლოგიის ნაკლოვანებებიდან გამომდინარე, კვლავაც არასრულია და არ ასახავს რეალურ ინფორმაციას. მათივე აზრით, ეს რიცხვები,

³ WHO RESOURCE BOOK ON MENTAL HEALTH, HUMAN RIGHTS AND LEGISLATION, PG 8-9

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf

⁴თემატური ანგარიში: „ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები ევროპული სასამართლოს პრაქტიკაში“: https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

⁵ საჯარო სამართლის იურიდიული პირი ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის 2020 წლის 31 ივლისის წერილი #06/3235 ადამიანის უფლებათა ცენტრს

სულ მცირე, ორჯერ აღემატება ოფიციალურ მონაცემებს, მაგ: შიზოფრენიის ავადობის მაჩვენებელი მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყნებში 100 000 მოსახლეზე 20-54 ფარგლებში მერყეობს, საქართველოში ეს მაჩვენებელი 9.5-ს შეადგენს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობა, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი პრიორიტეტი, მსოფლიოს არაერთ ქვეყანაში სერიოზული გამოწვევაა. ჯანმრთელობის სისტემები ფსიქიკური აშლილობების ტვირთს ადეკვატურად კვლავ ვერ პასუხობენ; ამ მხრივ, მთელ მსოფლიოში ძალიან დიდია სხვაობა მკურნალობის საჭიროებასა და საჭირო სერვისების მიწოდებას შორის: დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა 76%-დან 85% ვერ მკურნალობს. მაღალი შემოსავლების ქვეყნებშიც კი ეს მაჩვენებელი მაღალია და მერყეობს 35%-დან და 50%-ს შორის⁶.

ცნობიერება, სტიგმა, არსაკმარისი რესურსები, პოლიტიკური ნების დეფიციტი იმ მიზეზთა მცირე ჩამონათვალია, რაც საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანებს ერთ-ერთ ყველაზე დაუცველ ჯგუფად აქცევს. არსებულ პირობებში კი, მრავალი მსგავსი საჭიროების მქონე ადამიანი ოფიციალური სტატისტიკისა და სახელმწიფოს დახმარების მიღმა რჩება. კვლავ უმწვავესიაა დეინსტიტუციონალიზაციის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პაციენტთა ადამიანის უფლებების დაცვის და სხვა სპეციფიკური პრობლემები.

- *ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და კონსეფცია*

საქართველოში 1995 წლიდან ამოქმედდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რითაც სრულად ფინანსდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები. პროგრამა მოიცავს სერვისებს: სათემო ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება, სტაციონარული მომსახურება, ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფა⁷.

გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი განმარტავს, რომ ჯანმრთელობის უფლება უნდა აღიქმებოდეს, როგორც უფლება სხვადასხვა დაწესებულებებით, საქონლით, სერვისებით და პირობებით სარგებლობაზე, რაც საჭიროა ჯანმრთელობის უმაღლესი შესაძლო სტანდარტის რეალიზებისთვის. კომიტეტი კონცეფციებში განსაზღვრავს, თუ როგორ განმარტავს ჯანმრთელობის უფლებას (ნორმატიული შინაარსი), მონაწილე სახელმწიფოების ვალდებულებებს და რეკომენდაციებს ჯანმრთელობის უფლების ეროვნულ დონეზე იმპლემენტაციისთვის და მოქმედებს მის შესაბამისად.

⁶ იხ. თორნიკროფტი გ. & ტანზელა, მ (2012) უკეთესი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა. თბილისი. გვ. 10

⁷ იხ. ვრცლად http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=&sec_id=808

არსებული გამოწვევების გათვალისწინებით და სისტემური რეაგირების მიზნით, საქართველოს პარლამენტმა 2013 წელს მიიღო „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია“. კონცეფციის შესავალში აღნიშნულია, რომ „საქართველო აცნობიერებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელობას და პირველად ამტკიცებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციას“. ეს არის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრელი მთავარი დოკუმენტი, რომლის შექმნაში სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციები და უფლებადამცველები აქტიურად მონაწილეობდნენ.

კონცეფციით სახელმწიფო აღიარებს ფსიქიკური ჯანდაცვის მნიშვნელობას და ქვეყანა იღებს ვალდებულებას, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების შედეგად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირმა მომსახურება მიიღოს ნაკლებად შემზღვეველ გარემოში, რაც შეიძლება ახლოს თავის საცხოვრებელ ადგილთან ან შინ, მისი ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით, აგრეთვე - ვალდებულებას, რომ მაქსიმალურად იქნეს დაცული ამ პირის უფლებები და ღირსება, უზრუნველყოფილ იქნეს მისი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი და ეფექტიანი მონაწილეობა“.

დოკუმენტი უმნიშვნელოვანესი იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეინსტიტუციონალიზაციის მიმართულებითაც, რამდენადაც „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციით“⁸ განისაზღვრა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მიზნები: **ა) მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესება; ბ) ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ფინანსური დაცულობის გაზრდა; გ) მოსახლეობის/საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება.** კონცეფციის თანახმად, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარება, მომავალი 10 წლის განმავლობაში, ნაცვლად დიდი ზომის ინსტიტუციებში იზოლაციისა, მიმართული უნდა იყოს დაბალანსებული ზრუნვის სისტემის განვითარებასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა საზოგადოებაში ჩართვაზე.

სახელმწიფო კონცეფციაში იდენტიფიცირებული მიზნების მისაღწევად, 2014 წლის 31 დეკემბერს საქართველოს მთავრობამ მიიღო დადგენილება - „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“⁹, რომელმაც მომავლის ხედვად განსაზღვრა ხალხის ფსიქიკური ჯანმრთელობის კეთილდღეობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა თვითგამორკვევა და საზოგადოებაში ინტეგრაცია, რაც გულისხმობს ჰოსპიტალურ მკურნალობას ზოგადი პროფილის

⁸ იხ. საქართველოს პარლამენტის დადგენილება „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2157098?publication=0>.

⁹ იხ. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762 2014 წლის 31 დეკემბერი ქ. თბილისი „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0>.

საავადმყოფოებში და თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარებას. დასახული მიზნის მისაღწევად, გამოიყოფა შემდეგი ამოცანების განხორციელების აუცილებლობა: **1. ადამიანის უფლებათა დაცვა და ადამიანის ღირსების პატივისცემა 2. თანასწორობა და ხელმისაწვდომობა 3. შემწყნარებლობა და სოციალური ინკლუზია.** ეროვნული გეგმა ასახავს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების ხედვას მომავალი 7 წლის პერიოდისთვის, განსაზღვრავს ფასეულობებსა და პრინციპებს, რასაც ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მონყობა და ძირითად საჭიროებებს, რომლებიც აუცილებელია მომავლის ხედვის რეალიზაციისთვის.

სახელმწიფოს მიერ კონცეფციითა და გეგმით გაცხადებული ხედვის დიდი ნაწილი, მათ შორის - თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება, დღემდე აღუსრულებელი რჩება. ასევე, ნაცვლად ინტეგრაციის მიმართულებით ძალისხმევის გაძლიერებისა და დამატებითი რესურსების მობილიზებისა, მთავრობა ნაბიჯებს ერთ-ერთი ყველაზე ჩაგრული ჯგუფის იზოლაციისა და სეგრეგაციისაკენ დგამს, რაც მთავრობის დადგენილების საფუძველზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების დაფინანსების შემცირებაში გამოიხატება და ამას შედეგად ფსიქიატრიული განყოფილებების მნიშვნელოვანი ნაწილის გაუქმება მოჰყვა¹⁰.

2016 წლის 30 დეკემბერს მთავრობის ახალი დადგენილება (№638) გამოიცა, რომლის მიხედვითაც 2017 წლის იანვრიდან, ე.წ. მწვავე მდგომარეობის პაციენტების დაფინანსების წესი შეიცვალა. შეცვლილმა წესმა ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში მოქმედი ფსიქიატრიული განყოფილებების დახურვა გამოიწვია. ეს მოვლენა ცხადია, ნეგატიურად აისახა ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმაზე და სახელმწიფოს ამ ნაბიჯით მკვეთრად შენედა სერვისების განვითარება, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირები, ერთი მხრივ, უფრო დაცული იყვნენ სტიგმისგან და, მეორე მხრივ, უფრო ხარისხიან მომსახურებას იღებდნენ. ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში განყოფილებების დახურვის შემდგომ, უამრავ ბენეფიციარს კვლავ დიდი ფსიქიატრიული დაწესებულებებისთვის მიმართვა მოუწია, რაც რეფორმის მიზნებს არ შეესაბამება. დიდ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული გადატვირთულობა, ხშირად პატივისა და ღირსების შემლახავი მოპყრობა, არასათანადო გარემო, მკურნალობის მხოლოდ მედიკამენტოზური მეთოდი, პერსონალის სიმცირე და სხვა მიზეზები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებს კვლავაც ერთ-ერთ ყველაზე დაუცველ და მონყვლად ჯგუფად დატოვებას იწვევს და მათი უფლებების დარღვევის რისკებს სულ მცირე არ ამცირებს¹¹.

დღემდე არ გადადგმულა ისეთი ნაბიჯები, როგორც ხელს შეუწყობდა ეროვნული სამოქმედო გეგმით განსაზღვრული მიზნების მიღწევას: **ა) ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ფსიქიკურ კეთილდღეობას; ბ) მოახდინოს ფსიქიკური დარღვევების პრევენცია; გ) დაიცვას ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა უფლებები და დ)**

¹⁰ იხ. ვრცლად <http://liberali.ge/articles/view/26959/fsiqikuri-janmrtelobis-reforma-saftrkhis-qvesh>

¹¹ ადამიანის უფლებათა ცენტრის ინტერვიუ ფსიქიკური ჯანდაცვის ექსპერტთან, ოლგა კალინასთან.

შეამციროს საქართველოში ფსიქიკური აშლილობით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა.

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტისა და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმით“ გათვალისწინებული ღონისძიებების მონიტორინგმა¹² ცხადყო, რომ პრაქტიკაში მისი დროული აღსრულება პრობლემებთან არის დაკავშირებული. სახალხო დამცველის 2018 წლის ანგარიშის მიხედვით, 2018 წელს გარკვეული ნაბიჯები გადაიდგა. კერძოდ, პროგრამების მთლიანი ბიუჯეტიდან ჰოსპიტალური და თემზე დაფუძნებული სერვისების დაფინანსების თანაფარდობამ გადააჭარბა სამოქმედო გეგმით გათვალისწინებულ შუალედურ მიზანს და 2018 წელს 34%/-66% შეადგინა. ამასთან, გაიზარდა თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდების რაოდენობა და გაფართოვდა მათი მოცვის გეოგრაფიული არეალიც. 2019 წლის ბოლოსთვის მობილური გუნდების რაოდენობა 31-მდე გაზრდა. თუმცა, კვლავ დაბალია სხვა ჰოსპიტალგარე არსებული სერვისების დაფინანსება. გარდა ამისა, ანგარიშის მიხედვით, ფაქტობრივად არ გადადგმულა ნაბიჯები ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის საერთაშორისო სტანდარტებთან ჰარმონიზების მიზნით. ცვლილებები არ განხორციელებულა არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების პროცედურების საერთაშორისო რეგულაციებთან მისადაგების მიმართულებითაც. კვლავ გამოწვევად რჩება ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე თანხმობის გაცხადების პროცესში პაციენტის ინფორმირების და მისი ნების ნამდვილობის დადგენა.

სახალხო დამცველის მონიტორინგის ამავე ანგარიშის თანახმად, ქვეყანაში მოქმედი საკანონმდებლო რეგულაციებისა და პროგრამების შესაბამისად, ხშირ შემთხვევაში ვერ ხერხდება პაციენტებისათვის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, კერძოდ ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები ვერ იღებენ საჭირო სერვისებს, რადგან ნარკოლოგიური სამსახურები მზად არ არიან შესაბამისი დახმარების აღმოსაჩენად, ფსიქიატრიულ სამსახურებს კი ამ მდგომარეობების მართვის კომპეტენცია არა აქვთ. ანგარიშში ყურადღება გამახვილებულია იმ ფაქტზეც, რომ ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურების მიმღებ პაციენტთა შემთხვევაში მწვავედ დგას სომატური ჯანმრთელობის სერვისების მისაწვდომობის პრობლემაც. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიატრიული სტაციონარული დაწესებულებების ნაწილს გაფორმებული აქვს მომსახურების მიწოდების შესახებ ხელშეკრულებები ჯანდაცვის სფეროს სხვადასხვა სპეციალისტთან (ოჯახის ექიმი, ქირურგი, სტომატოლოგი, გინეკოლოგი და სხვ.), მათი მუშაობის გრაფიკი და იმ პაციენტთა მცირე რაოდენობა, რომელთაც წლის განმავლობაში მიიღეს საჭირო მომსახურება, კითხვებს აჩენს. ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სომატური ჯანმრთელობის არსებული მომსახურებები არ არის ორიენტირებული პრევენციაზე და აშ.

¹² იხ. საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ 2018 წელი: <http://www.ombudsman.ge/res/docs/2019033019563052300.pdf>.

აღნიშნულ პრობლემებზე სახელმწიფოს რეაგირება იმ ფორმით, რითაც ცდილობს ეროვნული გეგმით დასახული მიზნების მიღწევას, ხშირ შემთხვევაში, წარმოადგენს საქართველოს კონსტიტუციითა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით აღიარებული უფლებების დარღვევას და საერთაშორისო კანონმდებლობით გათვალისწინებული ვალდებულებების უგულებელყოფას.

• **ახალი კანონი „შშმ პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“**

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების, როგორც სოციალურ უფლებათა კონკრეტული მიმართულების, განვითარების თაობაზე დისკუსია საერთაშორისო დონეზე ჯერ კიდევ 1981 წლიდან დაიწყო, როდესაც შშმ პირთა ათწლეული გამოცხადდა. გენერალური ასამბლეის მიერ უნდა შემუშავებულიყო საერთაშორისო კონვენციის პროექტი, რომლის მიზანიც იქნებოდა შშმ პირთა მიმართ დისკრიმინაციის/უთანასწორო მოპყრობის აღმოფხვრა. თუმცა, მაშინ კონსესუსს ვერ მიაღწიეს და სწორედ ამიტომ, რამდენიმე წლის შემდეგ, 1993 წლის 20 დეკემბერს გაეროს გენერალურმა ასამბლეამ მიიღო „რბილი ძალის“ მქონე, არასავალდებულო დოკუმენტი - „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის თანაბარ შესაძლებლობათა უზრუნველყოფის სტანდარტული წესები“. 2001 წელს, საერთაშორისო დონეზე „შშმ პირთა უფლებების კონვენციის“ პროექტი შეიქმნა, რომელსაც, მიუხედავად კონვენციის მიღების წინარე მოვლენებისა და საბოლოო თანხმობის მიღწევის სირთულისა, გაეროს წევრი სახელმწიფოების უპრეცედენტო რაოდენობამ დაუჭირა მხარი (177 სახელმწიფო). საქართველოს პარლამენტმა კონვენციის¹³ რატიფიკაცია 2013 წლის 26 დეკემბერს განახორციელა.

კონვენციის ძალაში შესვლის დღიდან (2014 წ. 12 აპრილი), საქართველოსთვის იგი შესასრულებლად სავალდებულო, პირდაპირი მოქმედების ძალის მქონე აქტად იქცა. თუმცა, შშმ პირთა სამართლებრივი დაცვის გარანტიების უზრუნველყოფის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ საქართველოში გაეროს „შშმ პირთა უფლებების დაცვის კონვენციის“ რატიფიცირება მისი ფაკულტატიური ოქმის გარეშე მოხდა, რაც გამორიცხავს შშმ პირების შესაძლებლობას, მიმართონ გაეროს შშმ პირთა უფლებების დაცვის კომიტეტს და გამოიყენონ ინდივიდუალური გასაჩივრების მექანიზმი.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ პირველი კანონი საქართველოში, გაეროს კონვენციის რატიფიკაციამდე დიდი ხნით ადრე, 1995 წელს არის მიღებული, რაც მიზნად ისახავდა გაეროს „შშმ პირთათვის თანაბარ შესაძლებლობათა უზრუნველყოფის სტანდარტული წესების“ აღსრულების ხელშეწყობას, მისი იმპლემენტაციის გზით. ამასთან, თანასწორობის უნივერსალური პრინციპის განმტკიცების ერთ-ერთი მაგალითია საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის

¹³ იხ. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2334289?publication=0>.

გადანყვეტილება, რითაც შესაძლებელი გახდა სრულწლოვანი პირის ქმედუნარიანობის სრული შეზღუდვის შეცვლა „მხარდაჭერის“ ინსტიტუტით¹⁴.

საკანონმდებლო, აღმასრულებელი და სასამართლო ხელისუფლებათა მცდელობების მიუხედავად, საქართველოში არსებული სინამდვილე როგორც სტატისტიკური¹⁵, ისე შინაარსობრივი კვლევების გათვალისწინებით¹⁶, შშმ პირთათვის დამოუკიდებელი ცხოვრების საშუალებას ძნელად იძლევა. ამ დრომდე, შშმ პირთათვის, შეზღუდვის ხარისხისა და სახის მიუხედავად, საჯარო სივრცე მეტწილად მიუწვდომელი, არასრულად ხელმისაწვდომი ან მხოლოდ გარეგნულად ხელმისაწვდომია.

კონვენციის ძალაში შესვლის მომენტიდან მისი თითოეული ნორმა ე.წ. „თვითრეალიზებად“ წესს წარმოადგენს და მას პირდაპირი მოქმედების ძალა გააჩნია. ეს იმას ნიშნავს, რომ, თეორიულ დონეზე, კონვენციის ნორმათა შესასრულებელ ნინაპირობად არ არის სავალდებულო მათი ინკორპორირება ეროვნულ კანონმდებლობაში. თუმცა, პრაქტიკაში თანაბარი შესაძლებლობისა და ხელმისაწვდომობის დეფიციტი, დიდწილად, სწორედ იმით არის განპირობებული, რომ არ არსებობს ეროვნული კანონმდებლობით განმტკიცებული ისეთი ქმედითი და სისტემური მექანიზმების ერთობლიობა, რომელიც პრაქტიკულად განხორციელებად აქცევდა კონვენციით გათვალისწინებულ გარანტიებს. ამავდროულად, საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე რეგულირებების არსებობის პირობებშიც, ამ დოკუმენტებს არასისტემატიზებული ხასიათი აქვს და ვერ უზრუნველყოფს საზოგადოებრივი ცხოვრების სხვადასხვა სფეროში შშმ პირთათვის თანაბარი შესაძლებლობების შექმნას.

2020 წლის 14 ივლისს, დამტკიცდა ახალი კანონი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“¹⁷. კანონის პრეამბულაში განსაზღვრულია, რომ სახელმწიფო ხელს უწყობს შშმ პირთა უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების რეალიზებას. ასევე, უზრუნველყოფს მათი თანდაყოლილი პიროვნული ღირსების დაცულობას და ამ პროცესში მოქმედებს საქართველოს კონსტიტუციის, გაეროს „შშმ პირთა უფლებების კონვენციის“, ადამიანის საყოველთაოდ აღიარებული უფლებების, საერთაშორისო სამართლით გათვალისწინებული ნორმებისა და საქართველოს საკანონმდებლო და

¹⁴ იხ. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლო, გადანყვეტილება №2/4/532,533, „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, ბათუმი, 8 ოქტომბერი, 2014 წ., <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2549051#>.

¹⁵ იხ. „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სხვადასხვა მონაცემების სტატისტიკური ანალიზი“, ინფორმაციის განვითარების ინსტიტუტი: [https://idfi.ge/ge/data analysis%20 on persons with disabilities living in georgia](https://idfi.ge/ge/data%20analysis%20on%20persons%20with%20disabilities%20living%20in%20georgia).

¹⁶ იხ. საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური მოხსენება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებრივი მდგომარეობის შესახებ, 2017 წ.: <http://www.ombudsman.ge/ge/reports/specialuri-angarishebi/shezgdulishesadzleblobis-mqone-pirta-uflebrivi-mdgomareoba1.page>.

¹⁷ იხ. „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/30316?publication=11>.

კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების შესაბამისად. მიუხედავად მსგავსი ჩანაწერისა და საერთაშორისო დონეზე აღებული ვალდებულებებისა, ახალი კანონი ვერ პასუხობს გაეროს კონვენციით გათვალისწინებულ ვალდებულებებს. გარდა ამისა, მისი შემუშავების პროცესში მთავრობამ ვერ უზრუნველყო შშმ პირების ეფექტიანი ჩართულობა. ასევე, კანონპროექტის მიმართ წარდგენილი შენიშვნები მინიმალურად აისახა ინიცირებულ ვერსიასა და საბოლოოდ მხარდაჭერილ კანონშიც. ამ მხრივ, განსაკუთრებით პრობლემურია კანონპროექტის დეკლარაციული ხასიათი, რომელიც არ ადგენს კონკრეტულ უფლებრივ სტანდარტებსა და კონვენციის იმპლემენტაციის ეფექტიან მექანიზმებს. მიუხედავად იმისა, რომ კანონს პოზიტიური სიახლეებიც შემოაქვს, იგი მაინც ვერ ცვლის შშმ პირთა უფლებრივ მდგომარეობას და, ცალკეულ შემთხვევებში, კონვენციაზე დაბალ სტანდარტსაც აწესებს, მათ შორის, სოციალურ უფლებებთან მიმართებით. ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ კანონი არ პასუხობს ქვეყანაში არსებული უმწვავესი პრობლემების - ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების, მათ შორის, დეინსტიტუციონალიზაციისა და ქმედუნარიანობის რეფორმის აუცილებლობას.

ახალი კანონის დადებითი სიახლეა სპეციალური მოსარჩელის სტატუსის ინსტიტუტი და უფლებამოსილება შშმ პირთა უფლებების დაცვის მიმართულებით. რამდენადაც შშმ პირთა ყველა სხვა უფლების დაცვის მთავარი გარანტია სამართლიანი მართლმსაჯულების განხორციელებაა, კანონის თანახმად, უშუალო და პირდაპირი ზიანის არსებობის გარეშეც, ადმინისტრაციულ და სამოქალაქო საქმეებზე შშმ პირთა უფლებების დაცვას, კანონიერი წარმომადგენლობის უფლებამოსილების მიუნიჭებლად, შეძლებენ სპეციალური მოსარჩელის სტატუსის მქონე ორგანიზაციები. ამ ინსტიტუტის დანერგვა, ასევე, მიზნად ისახავს აღნიშნული მიმართულებით სასამართლო პრაქტიკის განვითარებას, რაც ხელს შეუწყობს მმართველობით და მომსახურების სფეროებში აღსრულების ერთგვაროვანებას და გამოიწვევს სხვადასხვა მიმართულებით თანაბარი შესაძლებლობების შექმნას.

სტიგმა და დისკრიმინაცია

ფსიქიკური აშლილობა და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემები საქართველოში ისევეა გავრცელებული, როგორც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში. იგი სიკვდილის, შესაძლებლობათა შეზღუდვის, ეკონომიკური ჩამორჩენილობისა და სიღარიბის ხელშემწყობი ერთ-ერთი ფაქტორია. მოსახლეობის ზრდასრული ნაწილის ავადობა მომავალ თაობათა ინტელექტუალურ და ემოციურ ფონზედაც აისახება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის კონცეფციით, „ფსიქიკური აშლილობით გამონეული განსხვავებულობა ჩვეულებრივი მოვლენაა და იგი არ

შეიძლება იქცეს ადამიანებს შორის ურთიერთობისას დისკომფორტისა და დისკრიმინაციის წყაროდ¹⁸.

საქართველოში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გამოწვევა მენტალური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დაბალი დონეა, რაც ართულებს მსგავსი პრობლემების მქონე ადამიანებისა და მათი ოჯახის წევრების ცხოვრებას და პრობლემასთან ბრძოლას. ამ გამოწვევის პარალელურად კი, ფსიქიკური და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანთა რიცხვი წლების განმავლობაში იზრდება. ეს ადამიანები უამრავი გამოწვევისა და პრობლემის წინაშე დგანან, რომელთა შორის, განსაკუთრებით მწვავე დაბალი ხარისხის მომსახურებები, შესაბამისი სერვისების მიღების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა, საზოგადოების მხრიდან სტიგმა და დისკრიმინაცია და, ზოგადად, საზოგადოებაში ინტეგრაციის შეუძლებლობაა. საზოგადოების მხრიდან, ხშირად, ასეთი პრობლემების მქონე ადამიანების მიმართ გამოხატული დამოკიდებულება მკვეთრად ნეგატიურია. შეიძლება ითქვას, რომ ქართულ საზოგადოებაში ჯერ კიდევ არ არსებობს ამგვარი პრობლემების სწორად დანახვის საერთო გამოცდილება, რის გამოც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები დისკრიმინაციისა და გარიყვის მსხვერპლნი ხდებიან.

მართალია, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს დაფინანსება ყოველწლიურად მატულობს, მაგრამ არსებული ფინანსები ვერ ფარავს ხარისხიანი მომსახურებისთვის საჭირო ხარჯებს. ამასთან, დაბალია ჰოსპიტალგარეშე სერვისების დაფინანსება. სახელმწიფოსთვის კვლავ პრიორიტეტულ საკითხად სტაციონარული მომსახურების დაფინანსება რჩება, ხოლო თემზე დაფუძნებული მომსახურებების და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისათვის გამოყოფილი თანხები საკმაოდ მწირია.

ფსიქიკური აშლილობისა და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მიმართ სხვადასხვა სახის სტიგმა იჩენს თავს. სტიგმა შეიძლება მიმართული იყოს:

ა) მენტალური პრობლემების მქონე პირებისა და მისი ოჯახის წევრების მიმართ. ხშირ შემთხვევაში, საზოგადოების ყურადღება მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ სტერეოტიპულია. უმრავლესობას მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების მიმართ აქვთ ერთგვარი შიში. ამასთან, საზოგადოების გარკვეული ნაწილი გამოხატავს შეცოდებას, რაც მათთვის ისევე გამაღიზიანებელია, როგორც უგულვებლყოფა. შესაბამისად, ეს ადამიანები ე.წ. პოზიტიური დისკრიმინაციის მსხვერპლებიც შეიძლება

¹⁸ იხ. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ: <https://bit.ly/2Px6MqW>.

აღმოჩნდნენ. ხშირია მათი ოჯახების უგულვებლყოფა, სოციალური ურთიერთობების განწყვეტა და საზოგადოებისაგან გარიყვა.

ბ) თვითსტიგმა ერთ-ერთი მწვავე პრობლემაა მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისათვის, რის გამოც ადამიანები ხშირად უარს ამბობენ საჭირო და აუცილებელი სამედიცინო სერვისების მიღებაზე. საზოგადოების მხრიდან ამგვარი პრობლემების მქონე პირებისა და მათი ოჯახის წევრების სტიგმატიზაციის შედეგად, ხშირად ხდება სტიგმის გათავისება - ანუ თვითსტიგმის ჩამოყალიბება. ასეთ შემთხვევებში, პირს ან მისი ოჯახის წევრს, განსაკუთრებით - მშობლებს სირცხვილის, დანაშაულის განცდა უყალიბდება.

გ) ფსიქიატრიის დარგის სპეციალისტების/პროფესიონალების სტიგმატიზირება. დარგის სპეციალისტების მოსაზრებით, არაინფორმირებულობისა და სტიგმის გამო, საკმაოდ გავრცელებული პრაქტიკაა, როცა ფსიქიკური პრობლემებზე ეჭვის შეტანის შემთხვევაში ოჯახის წევრი არ მიმართავს დახმარებისთვის ფსიქიატრს. ამასთან, სამწუხაროდ, საზოგადოებაში გაბატონებულია აზრი, რომ ფსიქიატრთან მკურნალობას უარესი შედეგი მოაქვს, რაც ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის სავალალო შედეგებით მთავრდება.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, ფსიქიატრების მოსაზრებით, მართლმსაჯულების, უფლებადამცველების, მედია/ჟურნალიტიკების, სამედიცინო და სხვა სფეროს წარმომადგენლებს არასწორი წარმოდგენები აქვთ ფსიქიკური აშლილობისა და ზოგადად ფსიქიატრიის შესახებ და საზოგადოების მსგავსად ისინიც გავრცელებული სტერეოტიპების გავლენის ქვეშ არიან.

- **მედია/ჟურნალისტები**

მედიას უდიდესი როლი ეკისრება საზოგადოების განათლებაში, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს სტერეოტიპებისაგან საზოგადოების დაცლას და შესაბამისად, ფსიქიკური და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების საჭიროებების სწორად დანახვას. უკანასკნელ წლებში, მედიის წარმომადგენელთა ინტერესი განსაკუთრებით გაიზარდა ფსიქიკური აშლილობისა და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მიმართ, მაგრამ ამ თემაზე მომზადებული სიუჟეტები უმეტესად ცალმხრივია. არ ხდება ფსიქიატრების პრობლემების წარმოჩენა. საკითხი მხოლოდ უფლებადამცველების თვალთახედვითა და მათ მიერ მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე შუქდება¹⁹. პრობლემურია ისიც, რომ ჟურნალისტებიც კი, რომლებიც აქტიურად მუშაობენ ამ საკითხებზე ბეჭდვით მედიაში ან იღებენ სიუჟეტებს არსებულ სიტუაციაზე, არ არიან შესაბამისი ცოდნისა და გამოცდილების სპეციალისტები, ან/და საკმარისად სენსიტიურები. არასწორად მიწოდებული ინფორმაცია კი, არა მარტო სოციალურ

¹⁹ „ჯანმრთელობის ხელშეწყობის“ 2016 წლის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტის („ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პოპულარიზაციისა და გაძლიერების კომპონენტი“) ფარგლებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის მიზნით თვისობრივი კვლევა.

სტერეოტიპებს, არამედ ფსიქიკური პრობლემების მქონე ადამიანებში „თვითსტიგმას“ წარმოშობს. მედიაში გაჟღერებული თითოეული არაკომპეტენტური/უარყოფითი ინფორმაციის შემდეგ მათ უჩნდებათ გარიყულობის შეგრძნება, უღრმავდებათ დეპრესია და სუიციდური აზრები. ხოლო მოტივაცია, დასაქმდნენ ან თუნდაც მოხალისედ იმუშაონ, მცირდება. გარდა ამისა, არასწორად გაშუქებული სიუჟეტების შედეგად, საზოგადოებისაგან სტიგმატიზირებისა და დისკრიმინაციის შანსები იზრდება, რაც ამ ადამიანებს აიძულებს უარი თქვან ან დროზე ადრე შეწყვიტონ მკურნალობა. ეს კი, სიმპტომების რეციდივის მიზეზი ხდება.

ბრალდებულთა/მსჯავდებულთა ფსიქო-სოციალური საჭიროებები

მსოფლიოში ფსიქიკური დაავადებების წილი განსაკუთრებით მაღალია თავისუფლების შეზღუდვის პირობებში, ე.წ. ციხის პოპულაციაში²⁰. თავისუფლების შეზღუდვისთვის განკუთვნილ დაწესებულებებში ფსიქიკური აშლილობის არაპროპორციულად მაღალი მაჩვენებელი სხვადასხვა ფაქტორებით არის განპირობებული. მათ შორის, ფსიქიკურ დაავადებებთან დაკავშირებული არსებული სტერეოტიპებითა და სტიგმით, საზოგადოების ზოგადი შეუწყნარებლობით რთული და შემაშფოთებელი ქცევისადმი, პრობლემის უგულვებელყოფით, საჭირო რესურსების სიმწირითა და ა.შ.

ხშირად, ასეთი ადამიანების მდგომარეობა შეუქცევადად უარესდება ციხეში მოხვედრის შემდეგ, იმ სტრესის გამო, რაც თავისუფლების აღკვეთის პირობებს ზოგადად ახლავს თან. ასევე, არც ისე იშვიათია შემთხვევები, როდესაც ფსიქიკური დარღვევები ადამიანს სწორედ ციხის პირობებში უვითარდება, რისი განმაპირობებელი ციხეში არსებული სიტუაცია ან პატიმრის წამება და მისი სხვა უფლებების შელახვა შეიძლება გახდეს.

თავისუფლების აღკვეთა, თავისი ბუნებიდან გამომდინარე, მენტალური ჯანმრთელობისთვის არახელსაყრელი გარემოა. თუმცა, მსგავს პირობებშიც აუცილებელია ადამიანის უფლებათა დაცვისათვის საჭირო მინიმალური სტანდარტის უზრუნველყოფა, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს ნეგატიური ეფექტის შემცირებას. პრაქტიკაში, ციხეებში შექმნილი რთული მდგომარეობა, გადატვირთულობა, სხვადასხვა ფორმის ძალადობრივი პრაქტიკა, იძულებითი მარტოობა ან პირიქით, კონფიდენციალურობისა და პირადი სივრცის არარსებობა, სოციალური კავშირებიდან იზოლირება, მომავლისადმი რწმენის დეფიციტი და შიში,

²⁰ See Brinded PM et al. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35:166-73. Brugha T et al. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:774-80. Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 1995, 39(3): 190-209.

ჯანმრთელობის სათანადო სერვისების არ არსებობა (მათ შორის ფსიქიკური) შესაძლოა გახდეს პატიმრის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუარესების მასტიმულირებელი ფაქტორები.

ფსიქიკური აშლილობის გამოვლენა, პრევენცია და სათანადო მკურნალობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ღონისძიებებთან ერთად, უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნების ნაწილი და ამავდროულად ციხეების კარგი მენეჯმენტის ცენტრალური ასპექტი.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და წითელი ჯვრის მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები ყურადღებას ამახვილებს ციხეებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის დივერსიფიცირების აუცილებლობაზე და ჯგუფებზე მორგებული, სპეციალური საჭიროებების გათვალისწინებით შექმნილი მიდგომის გამოყენების უპირატესობებზე²¹. სხვა ჯგუფებთან ერთად, აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღების გამახვილება ქალ, არასრულწლოვან და უცხოელ მსჯავრდებულებზე/ბრალდებულებზე.

- **ქალი პატიმრები**

სხვადასხვა კვლევა ცხადჰყოფს, რომ ციხის საერთო პოპულაციასთან შედარებით, ცუდი ფსიქიკური მდგომარეობის პრევალენტობა ქალ პატიმრებში გაცილებით უფრო მაღალია²². ამასთან, ქალ პატიმრებში უფრო მაღალია სხვადასხვა ტრავმული გამოცდილებები, მაგალითად - სექსუალური ძალადობა და ა.შ.

გარდა ამისა, ქალები შესაძლოა, საკუთარი შვილების აღზრდაში ძირითად როლს ასრულებდნენ, ხოლო პატიმრობა, რაც ხშირად დედისა და შვილების განცალკევებას ახდენს, შეიძლება დამატებითი სირთულე აღმოჩნდეს ქალი პატიმრების ფსიქიკური მდგომარეობისთვის.

- **არასრულწლოვანი და ახალგაზრდა პატიმრები**

პატიმრობაში მყოფი არასრულწლოვნებისა და ახალგაზრდებისადმი განსაკუთრებული ყურადღების გამოჩენის ვალდებულება გათვალისწინებულია გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის „ბავშვთა უფლებების კონვენციითაც“²³, რომელიც ხელშემკვერელ ქვეყნებს, მათ შორის - საქართველოსაც, სპეციალურ

²¹ იხ. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისი - “ციხეები და ჯანმრთელობა”

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

²² Graham Durcan, Jan Cees Zwemstra “ციხეები და ჯანმრთელობა”, თავი 11 - პატიმრები და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, გ.ვ. 92

²³ Convention on the Rights of the Child. Geneva, High Commissioner for Human Rights, 1989 (United Nations General Assembly resolution 44/25, 2 September 1990) (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>, accessed 15 November 2013)

ვალდებულებებს აკისრებს. კერძოდ, კონვენციის მე-40 მუხლი აწესრიგებს არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულებასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ხოლო 25-ე მუხლი მზრუნველობაში მყოფი ბავშვების დაცვის ვალდებულებას წარმოქმნის, მათ შორის - პატიმრობაში მყოფი არასრულწლოვნების მიმართაც. კონვენციის ყველა სხვა დანარჩენი დანაწესი, ასევე, მიემართება პატიმრობაში მყოფი არასრულწლოვანების დაცვას. მიუხედავად თავისუფლების აღკვეთისა თუ შეზღუდვის პირობებისა, კონვენცია ავალდებულებს სახელმწიფოსა და ციხის ადმინისტრაციას, ამ პირობებშიც დაიცვას კონვენციით გათვალისწინებული ყველა ვალდებულება²⁴.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენა ბავშვებსა და მოზარდებში, ხშირად, ზრდასრული ადამიანისაგან განსხვავებულად ხდება, რისი გათვალისწინებაც მათი მკურნალობისა თუ ნებისმიერი სახის ინტერვენციისას ძალიან მნიშვნელოვანია. ეს ასევე მიემართება პატიმრობაში მყოფ იმ პირებს, რომლებიც იურიდიულად ზრდასრულებად ითვლებიან (18-21 წლის ახალგაზრდები), მაგრამ განსაკუთრებული საჭიროებები გააჩნიათ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მიზნებისთვის, ხშირად გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სპეციფიკური ჯგუფების საჭიროებებისა და მათთვის დამახასიათებელი თვისებების ცოდნასა და მისი გათვალისწინებით განხორციელებულ ინტერვენციებს.

- ***უცხოელი და განსხვავებული კულტურული წარსულის მქონე პატიმრები***

პატიმრები, რომლებიც წარმოშობით სხვა ქვეყნიდან ან კულტურიდან არიან, სხვადასხვა მიზეზების გამო (მათ შორის, ლინგვისტიკური, რელიგიური, ვიზუალური და სხვა თავისებურებათა გამო), შესაძლოა იმაზე დიდ იზოლაციაში მოექცნენ, ვიდრე ჩვეულებრივი პატიმრობის პირობებში. ეს ასევე შესაძლოა უარყოფითად აისახოს მათ საზოგადოებასთან რესოციალიზაციის პროცესზეც, რაც, თავის მხრივ, შესაძლოა ფსიქიკური ჯანმრთელობისთვის დამატებითი სირთულე აღმოჩნდეს. შესაძლებლობის შემთხვევაში, საერთაშორისო სტანდარტების გათვალისწინებით, მსგავსი პატიმრების თავიანთი ქვეყნის ციხეებში გადაყვანა უნდა მოხდეს.

ცნობიერება ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ და პაციენტთა საკომუნიკაციო ენა, კულტურული ბექგრაუნდის მიხედვით, შესაძლოა განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან. ასევე, როგორც წესი, ფსიქიკური ჯანმრთელობიდან გამომდინარე სტიგმა და სტერეოტიპები სხვადასხვა ქვეყნებსა თუ კულტურებში განსხვავებულად ვლინდება. ფსიქიკული ჯანმრთელობის მიზნებისთვის, სწორ და დროულ დიაგნოსტიკას და მისგან გამომდინარე დაგეგმილ მკურნალობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. გაეროს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის რეკომენდაციის გათვალისწინებით, ასეთ პირობებში, პატიმრები და ციხის

²⁴ Forty-fourth session of the Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 10 (2007). Children’s rights in juvenile justice. Geneva, United Nations, 2007 (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.10.pdf>, accessed 27 November 2013).

ჰოსპიტალის ადმინისტრაცია უნდა იყოს უზრუნველყოფილი დროული და პროფესიონალური თარგმნის უზრუნველყოფით²⁵.

სავალალო შედეგები - ადამიანის უფლებათა ცენტრის საქმის მიმოხილვა

პრობლემის სიმწვავეს, რომელიც განპირობებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი ჰოსპიტალგარე სერვისების ნაკლებობით, როგორცაა თემზე დაფუძნებული და ამბულატორიული სერვისები, კიდევ ერთხელ ადასტურებს 2019 წლის 10 თებერვალს 13 წლის გ.ი.-ს მკვლელობა. ადამიანის უფლებათა ცენტრი საქმეში 2019 წლის მარტის თვეში ჩაერთო და დღემდე იცავს დაზარალებულის უფლებამონაცვლის ინტერესებს.

გამოძიების თანახმად, 2019 წ. 9 თებერვალს - შემთხვევამდე 1 დღით ადრე, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს სამედიცინო დახმარებისთვის მიმართეს ვ.ი.-მ და მისმა ნათესავებმა. პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკვეთრი და ხილული გაუარესების გამო, ვ.ი.-ს მეგობრებსა და მისი ოჯახის წევრებს სასწრაფო დახმარების გამოძახება და პაციენტის რუსთავის ე.წ. „აზოტის კლინიკაში“ გადაყვანა დასჭირდათ. ოჯახის წევრებმა ექიმებს პაციენტის სიმპტომების შესახებ შეატყობინეს. როგორც კლინიკაში ამბობენ, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ პირველადი დასკვნა გაკეთდა. მოპოვებული ინფორმაციით, პაციენტს ამავე კლინიკაში შემდეგი სავარაუდო დიაგნოზი დაუსვეს - კანაბინოიდების მიღების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი, მწვავე ინტოქსიკაცია. დიაგნოზი კოდით - F12.

მოგვიანებით, საგამოძიებო მოქმედებების ჩატარებისას, ვ. ი-ს საცხოვრებელ სახლში ფსიქოტროპული მედიკამენტები აღმოაჩინეს. ბრალდებულს მკვლელობამდე 2 კვირით ადრე მძიმე დეპრესია ჰქონდა. ის თავს შეუძლოდ გრძნობდა და მკურნალობას ითხოვდა.

ვ. ი.-ს მეგობრები პირად საუბრებში აღნიშნავენ, რომ შემთხვევამდე დაახლოებით 10 დღე იგი სახლიდან საერთოდ არ გადიოდა. ჰქონდა ჰალუცინაციები, ხშირად აღნიშნავდა, რომ უთვალთვალებენ და უნდოდა ყველას სათანადოდ გასწორებოდა.

„აზოტის კლინიკის“ პირველადი სამედიცინო დასკვნით, რამდენადაც, არსებული კანონმდებლობის გათვალისწინებით, ნარკოდამოკიდებულება არ ექვემდებარება

²⁵ Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Foreign Prisoners: the CPT Standards. 17th Council of Europe Conference of Directors of Prison Administration (Rome, 22–24 November 2012). Presentation by Latif Hüseyinov, President of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) ([http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/Conference_17_en_files/Foreign%20prisoners%20-%20the%20CPT%20standards%20\(2\).pdf](http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/PRISONS/Conference_17_en_files/Foreign%20prisoners%20-%20the%20CPT%20standards%20(2).pdf), accessed 28 November 2013).

იძულებით მკურნალობას (განსხვავებით ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა) და არც პაციენტის სურვილის შემთხვევაში არ არსებობს ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სერვისები, ვ.ი.-ის გადამისამართება მოხდა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში. ფსიქიატრიაში, მწვავე შემთხვევის არსებობის შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი იმდენად შეურაცხადია, რომ საკუთარ ქცევაზე პასუხს ვერ აგებს და საკუთარი თავისთვის ან საზოგადოებისთვის გარკვეულ ხიფათს წარმოადგენს, არსებობს სავალდებულო მკურნალობის მექანიზმი. მსგავსი საკითხის გადაწყვეტაში ჩართულები არიან როგორც ექიმები, ისე სპეციალურად მომზადებული მოსამართლე, რომელიც მკურნალობის ვალდებულებას წყვეტს, ექიმებთან ერთად მკურნალობის ხანგრძლივობას განსაზღვრავს და ა. შ. მსგავსი მექანიზმი არ არსებობს იგივე მდგომარეობის ნარკოლოგიურ პაციენტთან მიმართებაში, რომელსაც ფსიქოზური მდგომარეობა აქვს. ასეთ შემთხვევებში, თუ პაციენტი მკურნალობას საკუთარი სურვილით არ მოინდომებს, მისი დავალდებულების მექანიზმი არ არსებობს. შედეგად, პაციენტი სახელმწიფო და სამედიცინო მეთვალყურეობის მიღმა რჩება და შესაძლო რისკები მკვეთრად მატულობს როგორც თვითდაზიანების, ისე საზოგადოებისთვის ზიანის მოტანის კუთხით.

ეს შემთხვევა ე.წ. ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირთა დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პროცესში არსებული უმწვავესი პრობლემის კიდევ ერთი მაგალითია, რომელიც გვიჩვენებს ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის სფეროებში არსებულ ურთიერთმეუსაბამო და განსხვავებულ რეგულაციებს.

რუსთავის ე.წ. აზოტის კლინიკაში ყოფნის შემდგომ, მითითების შესაბამისად, პაციენტი გადაიყვანეს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში, სადაც თანმხლებმა პირებმა მორიგე ექიმ-ფსიქიატრ თ. ა.-ს პაციენტ ვ.ი.-ს ფსიქიატრიული გამოკვლევა და სტაციონარში მოთავსება სთხოვეს. თავის მხრივ, მორიგე ექიმმა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებას დაუთმო ერთ წუთზე ნაკლები დრო და პაციენტის კლინიკაში არდატოვების გადაწყვეტილება მიიღო, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტი იქ პრევენციის ცენტრისა და რუსთავის კლინიკის ექიმების რეკომენდაციით გადაიყვანეს. შედეგად, ვ. ი.-ს სამედიცინო დანესებულების დატოვება და სახლში გადასვლა მოუწია.

მოგვიანებით ჩატარებული ფსიქიატრიული ექსპერტიზით დადგინდა, რომ პაციენტს ჰქონდა ფსიქიკური აშლილობა – ეპილეფსიური ფსიქოზი და არსებობდა რისკი, რომ მას მიეყენებინა ზიანი როგორც საკუთარი თავისთვის, ისე სხვისთვის. შესაბამისად, ამ ექიმისთვის პირველადი დათვალეიერებითვე უნდა ყოფილიყო აღქმადი პირის ფსიქიკური მდგომარეობა, მით უფრო, როცა უკვე არსებობდა ე.წ. აზოტის კლინიკის პირველადი სამედიცინო დასკვნა და პრევენციის ცენტრისა და რუსთავის კლინიკის ექიმების რეკომენდაცია.

მოზრდილებში შიზოფრენიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია²⁶ (გაიდლაინი) განსაზღვრავს, როგორ უნდა მოხდეს პაციენტთა ფსიქიკური მდგომარეობისა და კლინიკურ-ფსიქოლოგიური შეფასება, რომელიც კონკრეტულ შემთხვევაში უგულვებელყოფილ იქნა. ექიმმა, ასევე, არ განსაზღვრა შესაძლო რისკები - იყო თუ არა პაციენტი საშიში საკუთარი თავის ან გარშემო მყოფთათვის. მართალია, საამისოდ ზუსტად დადგენილი კრიტერიუმები არ არსებობს, მაგრამ ის კრიტერიუმები, რაც გაიდლაინით დანაშაულის ჩადენის შემდეგ შეფასებისთვის გამოიყენება, უნდა ყოფილიყო გამოყენებული პრევენციული მიზნებისთვისაც, მით უფრო, როცა კონკრეტულ პაციენტს წარსულში ორგანიზაციის ნასამართლეობის ისტორია ჰქონდა²⁷.

გაიდლაინით, ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ხდება პაციენტის მიერ წარსულში ჩადენილი დანაშაულების შესახებ არსებული მასალების შესწავლა, ასევე - იმ გარემოებების შესწავლა, რომლის დროსაც მოხდა დანაშაული. ამ ინფორმაციის გაანალიზებისას, მხედველობაშია მისაღები შემდეგი საკვანძო მომენტები: ვლინდება თუ არა ქცევის რალაც ერთი განსაზღვრული მოდელი; წარსულში ჩადენილი ძალადობრივი ქმედებები რა მაპროვოცირებელ ფაქტორებთან იყო დაკავშირებული და არსებობს თუ არა ამჟამად იგივე ფაქტორები; შესაძლებელია თუ არა, რომ მომავალშიც შეიქმნას ანალოგიური სიტუაცია, რომელიც იგივე ქმედებებს გამოიწვევს; არსებობს თუ არა იმის საკმაოდ მკაფიო ნიშნები, რომ პაციენტს სურს საკუთარი ქცევის შეცვლა; არსებობს თუ არა მკურნალობით სასურველი შედეგის მიღწევის მოლოდინი. ცხადია, ექიმი 1 წუთზე ნაკლებ დროში ვერცერთი ამ ინფორმაციის შესწავლასა და გაანალიზებას ვერ მოახდენდა.

აღსანიშნავია, რომ ვ. ი.-ს ბავშვობაში გადატანილი მძიმე ფსიქოლოგიური ტრამის შემდეგ აღენიშნება ფსიქიკური პრობლემები. მას, 2000 წლიდან, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, მინიჭებული ჰქონდა შშმ პირის სტატუსი.

ამასთან, სისხლის სამართლის საქმეში, ასევე, დევს ბრალდებულ ვ.ი.-ს სამედიცინო ისტორია. არაერთი მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ მას ჰქონდა ეპილეფსიით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობა; არაერთი ცნობა რუსთავის ფსიქიატრიული საავადმყოფოდან იუნყება, რომ ის წლების განმავლობაში აღრიცხული იყო ამ სამედიცინო დანესებულებაში და მუდმივად იღებდა მედიკამენტებს.

ცენტრში არმილებიდან და საკუთარ სახლში დაბრუნებიდან მე-2 დღეს, 2019 წლის 10 თებერვალს, დილის საათებში, ვ. ი.-მ საკუთარ მამას, ფიზიკური ძალის გამოყენებით, სახლის დატოვება მოსთხოვა - საკუთარ მოზარდ ძმისშვილთან (გ.ი.) განცალკევებით საუბრის სურვილით. სახლიდან გამოსულმა ვ.ი.-ს მამამ დასახმარებლად მეზობლებს მიმართა და განუმარტა, რომ მისი შვილი ისევ აგრესიული გახდა და მეზობლებს მასთან გამკლავებაში დახმარება სთხოვა.

²⁶ დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 24 ივლისის N01-151/ო ბრძანებით. იხ. ვრცლად:

<https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/027a1faa4884f16b6046d141805f7e09.pdf>

²⁷ ვალერიან ირემაძე 2008 წელს ძარცვისთვის, ხოლო 2014 წელს ცემისთვის იქნა გასამართლებული

უკან დაბრუნებულებს, სახლის კარი შიგნიდან ჩაკეტილი დახვდათ და სახლიდან 13 წლის გ.ი.-ს ხმა ისმოდა, რომელიც შველას ითხოვდა. მეზობლებმა დაუყოვნებლივ გამოიძახეს საპატრულო ეკიპაჟი, დასახმარებლად. ადამიანის უფლებათა ცენტრის იურისტებთან საუბრისას, რამდენიმე მონმე აღნიშნავს, რომ პოლიციის თანამშრომელთა ადგილზე მისვლის შემდგომ, კვლავ ისმოდა მსხვერპლის ხმა, რომელიც დახმარებას ითხოვდა. ამასთან, ადგილზე მისულ პოლიციელებს მათ დაუყოვნებლივ განუმარტეს შექმნილი ვითარება და ასევე მიანოდეს ინფორმაცია პირის ფსიქიკური მდგომარეობისა და წარსულში 2-ჯერ ნასამართლეობის შესახებ.

ამის მიუხედავად, ადგილზე მისულმა საპატრულო ეკიპაჟმა შესაბამისი ზომების მიღებაზე და საცხოვრებელ სახლში შესვლაზე - მყისიერი საფრთხის გასაწვინტრალეებლად და არასრულწლოვნის დასახმარებლად, უარი განაცხადა. მიუხედავად იმისა, რომ შემთხვევის ადგილი პირველ სართულზე იყო განთავსებული, რასაც კიდევ უფრო უნდა გაეადვილებინა პოლიციელთა მოქმედებები და დანაშაულის აღკვეთა, ისინი ბინაში არ შესულან და ამის უფლება არც ადგილზე მყოფ მეზობლებს მისცეს, რომელთაც ჰქონდათ ფანჯრიდან ოთახში შესვლისა და ბავშვის დახმარების სურვილი. სამართალდამცავთა ქმედებები მხოლოდ დამატებითი ეკიპაჟის გამოძახებით შემოიფარგლა.

დამატებითი ძალების ადგილზე მობილიზაციამდე, ბიძამ - ვ. ი.-მ ცივი იარაღის გამოყენებით, მრავლობითი ჭრილობა მიაყენა 13 წლის გ. ი.-ს, რომელიც შემთხვევის ადგილზე გარდაიცვალა. თავად ვ. ი. კი, დანაშაულის დასრულების შემდეგ, საკუთარი ნებით გადმოვიდა ფანჯრიდან და იგი მხოლოდ ამის შემდგომ დააკავეს.

ადამიანის უფლებათა ცენტრის ინფორმაციით, სამართალდამცავებმა, შემთხვევიდან მალევე დატოვეს საკუთარი თანამდებობა. მიუხედავად ორგანიზაციის მიმართვისა, შსს-ს გენერალური ინსპექციის განმარტებით, საქმის შესწავლა მათ კომპეტენციას სცილდება, რადგან კონკრეტული პოლიციელები აღარ ირიცხებიან შსს-ს მოქმედ თანამშრომელთა რიგებში.

ადამიანის უფლებათა ცენტრმა, საქმის შესწავლის მოთხოვნით, ასევე მიმართა საქართველოს გენერალურ პროკურატურას და მოითხოვა პოლიციელთა მიერ შესაძლო დანაშაულის ჩადენის ფაქტზე გამოძიების დაწყება. მიუხედავად არაერთი მცდელობისა, ეს მოთხოვნა ყოველგვარი რეგირების გარეშე რჩება.

ადამიანის უფლებათა ცენტრის მოთხოვნა დღემდე უცვლელია - დაინყოს პოლიციის თანამშრომელთა სამსახურეობრივი გულგრილობის ფაქტებზე ობიექტური გამოძიება და დაისაჯონ დამნაშავეები.

ადამიანის უფლებათა ცენტრის იურისტის მიერ საქმის მასალების გაცნობით ნათელი გახდა, რომ მონმეთა გამოკითხვის ოქმებში არ არის დამაზუსტებელი კითხვები დასმული, ისმოდა თუ არა მსხვერპლის ხმა, მაშინ, როცა პოლიციის თანამშრომლები შემთხვევის ადგილზე მივიდნენ. საზოგადოებრივი მაუნყებლის ეთერთ გასული გადაცემა „ახალი კვირის“ ეთერში მონმეები საუბრობენ პოლიციის

თანამშრომელთა არაკომპეტენტურ და არაეფექტურ რეაგირებაზე. სიუჟეტში მონმე, ასევე, აცხადებს, რომ როცა პოლიციის თანამშრომლები ადგილზე მივიდნენ, ბავშვის ხმა ისევ ისმოდა ბინიდან. საგამოძიებო უწყებები არც სატელევიზიო ეთერში გასული ამ სიუჟეტის შინაარსით დაინტერესებულან.

2019 წლის 25 მარტის გადაწყვეტილებით, რუსთავის საქალაქო სასამართლომ 13 წლის ძმისშვილის მკვლელობაში ბრალდებულ 29 წლის ვ.ი.-ს ორწლიანი იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა განუსაზღვრა და საქმე დახურა. მოსამართლე მადონა მაისურაძემ სამხარაულის ექსპერტიზის ბიუროს დასკვნა გაითვალისწინა და ამ გადაწყვეტილებით პროკურატურის შუამდგომლობა დააკმაყოფილა. ვ. ი. მკურნალობას ხონის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გაივლის²⁸.

რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის საკითხს, ადამიანის უფლებათა ცენტრის არაერთი მოთხოვნის შემდეგ, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრომ დაიწყო მოკვლევა სამსახურებრივი მოვალეობის არაჯეროვნად შესრულებისთვის, რამაც ადამიანის სიცოცხლის მოსპობა გამოიწვია. ეს დანაშაული გათვალისწინებულია საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 220 პრიმა მუხლით და 5 წლამდე თავისუფლების აღკვეთას ითვალისწინებს. საგამოძიებო მოქმედებებით მოპოვებული არაერთი მტკიცებულების გათვალისწინებით, 2019 წლის 18 ივნისს, შსს-ს თანამშრომლებმა დააკავეს რუსთავის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ექიმ-ფსიქიატრი თ. ა. რომელსაც ბრალი სსკ 220 პრიმა მუხლის მე-2 ნაწილით წარედგინა. 20 ივნისს, რუსთავის საქალაქო სასამართლოს მოსამართლის მადონა მაისურაძის გადაწყვეტილებით, დაკავებულ ექიმს აღკვეთის ღონისძიების სახით 20.000-ლარიანი გირაო შეუფარდა.

დასკვნა

უკანასკნელ წლებში, საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით სხვადასხვა რეფორმის გატარების, დაფინანსებისა და სხვა ტიპის მხარდაჭერის გაზრდის მიუხედავად, ეს საკითხი კვლავაც პრობლემურად რჩება და ინარჩუნებს აქტუალობას.

ქვეყანაში კვლავ დიდ გამოწვევად რჩება დეინსტიტუციონალიზაცია, ჰოსპიტალური მომსახურების პრიორიტეტად მიჩნევა, ფინანსური რესურსების სიმწირე და პოლიტიკური ნების დეფიციტი, სამედიცინო და სხვა პერსონალის რესურსების ნაკლებობა, სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი. კვლავ განუვითარებელი რჩება მულტიდისციპლინარული მიდგომა, რომელიც ვერ ანაცვლებს უკვე კარგად დამკვიდრებულ სტაციონალურ მომსახურებას. საავადმყოფოებში კვლავ გამოწვევად რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და პერსონალის

²⁸ იხ. ვრცლად: <https://reginfo.ge/people/item/13325-rustavshi-13-xlis-bichis-mkvllelobashi-braldebul-2-xliani-iwulebiti-mkurnaloba-miesaja>

კვალიფიკაცია, იაფფასიანი მედიკამენტები, არასათანადო პირობები და პაციენტებისადმი დამოკიდებულება.

პრობლემურია სერვისებზე დაბალი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, რაც ნეგატიურად აისახება სოფლად მცხოვრები მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე. პრობლემას წარმოადგენს არსებულ საწოლფონდის გეოგრაფიულად არათანაბარი განაწილება, გრძელვადიანი საწოლების დეფიციტი და ამის გამო მწვავე საწოლების არამიზნობრივი უტილიზაცია, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა სათემო საცხოვრებელი საწოლების ნაკლებობა და ა.შ.. ამ კონტექსტში, უმნიშვნელოვანეს პრობლემას წარმოადგენს მომსახურებაზე დაბალი ფინანსური ხელმისაწვდომობაც.

პრობლემად რჩება პრევენციაზე, სოციალურ ინტეგრაციასა და რეაბილიტაციაზე მიმართული სამსახურების მწირი რაოდენობა. საზოგადოებრივი ცნობიერების დაბალი დონე და ამით განპირობებული საზოგადოებრივი სტიგმისა და დისკრიმინაციის მაღალი მაჩვენებელი.

ბოლო პერიოდში მწვავე გამონვევად იკვეთება ე.წ. ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირთა დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პრობლემა და განსხვავებული რეგულაციები ფსიქიატრიისა და ნარკოლოგიის სფეროებში.

შექმნილი ვითარებიდან გამომდინარე, საქართველოში, დღესაც, მსგავსი საჭიროების მქონე პაციენტთა დიდი ნაწილი ან საერთოდ სერვისებზე წვდომისა და დახმარების გარეშე რჩება, ან არასათანადო და ხშირად პატივისა და ღირსების შემლახველი მოპყრობის მსხვერპლია. არსებულ პირობებში სტაციონარული მკურნალობა ვერ უზრუნველყოფს პაციენტთათვის ძირეული უნარ ჩვევების დასწავლას, ემოციური ფონის დაბალანსებასა და სტაბილიზაციას. მეტიც სტაციონარში გრძელვადიანი მოთავსება, როგორც წესი პაციენტთა მდგომარეობას კიდევ უფრო ამძიმებს.

რეკომენდაციები

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში შექმნილი რთული ვითარებიდან გამომდინარე, აუცილებელია, სახელმწიფომ გაზარდოს ძალისხმევა და ამ სფეროს განვითარებისათვის სისტემური ხასიათის ცვლილებები განახორციელოს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს განვითარების პროცესში, სახელმწიფოს ამოსავალი მიზანი უნდა იყოს, მოსახლეობის ფსიქიკური კეთილდღეობის ხელშეწყობა, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ადამიანის უფლებებებისა და თავისუფლებების განუხრელი დაცვა, საქართველოში ფსიქიკური აშლილობით გამონვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება, ფსიქიკური

ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა თვითგამორკვევა და საზოგადოებაში ინტეგრირების ხელშეწყობა.

მნიშვნელოვანია ყველა ცვლილების განხორციელებისა თუ დაგეგმვის პროცესში უშუალოდ იყვნენ ჩართული თემის წარმომადგენლები და მათი აზრი იყოს გათვალისწინებული. საბოლოო გადაწყვეტილებები კი სწორედ ამ ადამიანების რეალურ საჭიროებებზე უნდა იყოს მორგებული.

აუცილებელია, სფეროს სპეციალისტებით დაკომპლექტება და კადრების კვალიფიკაციის გაზრდა. ამასთან, ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოწვევა ჰოსპიტალური მკურნალობის - თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარებით ჩანაცვლებაა, რისთვისაც საჭირო რესურსების მობილიზებასთან ერთად, მნიშვნელოვანია პოლიტიკური ნების არსებობაც.

ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს გაუმჯობესებისა და ადამიანის უფლებათა დაცვისთვის, სხვა ღონისძიებებთან ერთად, მნიშვნელოვანია ხელისუფლებამ:

- მიიღოს ყველა ზომა, რათა მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის ჰარმონიზაცია საერთაშორისო კანონმდებლობასთან;
- შეიმუშავოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის რეფორმის სამოქმედო გეგმა ყველა დაინტერესებული მხარის ჩართულობით. გეგმის მიზანი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების სხვადასხვა კომპონენტების ერთიან სისტემაში გაერთიანება უნდა იყოს. ასევე, გეგმით უნდა გაინეროს რეფორმის მიზნები და პრიორიტეტები, სხვადასხვა სამსახურებისა თუ ინსტიტუციების როლებისა თუ პასუხისმგებლობების განსაზღვრით.
- გაზარდოს ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს განვითარებისთვის საბიუჯეტო რესურსები. უზრუნველყოს დაფინანსების სისტემურობა და მდგრადობა;
- მოახდინოს დისპანსერული მომსახურების ტრანსფორმირება, რათა მიწოდებული სერვისი შეესაბამებოდეს ბენეფიციართა საჭიროებებს;
- მოახდინოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ხარისხის კონტროლი და შექმნას და დანერგოს მისი გაუმჯობესების სისტემური მექანიზმი;
- უზრუნველყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგი კვალიფიციური კადრებით;
- გაზარდოს პირველადი ჯანდაცვის სისტემის პერსონალის შესაძლებლობები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიკაციისა და მართვის საკითხებში;
- ჩანაცვლოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ამბულატორიული სერვისები (ბავშვთა და მოზარდთა ჩათვლით) სათემო სერვისებით და გააფართოოს ეს სერვისები, მულტიდისციპლინური გუნდების შექმნით და სათემო სერვისებისთვის დაფარვის გეოგრაფიული არეალის გაზრდითა და დეკონცენტრაციით;
- შეიმუშავოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეინსტიტუციონალიზაციის რეალური გეგმა და გამოყოს მისთვის საჭირო საბიუჯეტო სახსრები;

- გაზარდოს ძალისხმევა საზოგადოებაში არსებული სტიგმებისა და დისკრიმინაციის დასაძლევად, რაც ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით არსებობს.
- მიღებულ იქნას ზომები პოლიციელთა გადასამზადებლად და მათი ცნობიერების ასამაღლებლად - ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანებთან მიმართებაში. ასევე, გაძლიერდეს რიგით პოლიციელთა გადამზადება ფორსმაჟორულ სიტუაციებში ადეკვატური და მყისიერი რეაგირების უზრუნველსაყოფად.