



ასერტული სათემო მკურნალობა და მისი მნიშვნელობა თანამედროვე ფსიქიკურ ჯანდაცვაში

Assertive Community Treatment and Its Importance in Modern Mental Health Care

<https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2025.09.01.05>

მიშიკო დუმბაძე<sup>1a</sup>

Mishiko Dumbadze<sup>1a</sup>

<sup>1</sup> ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

<sup>1</sup> Ilia State University, Tbilisi, Georgia

აბსტრაქტი

**შესავალი:** ასერტული სათემო მკურნალობა (ასმ) წარმოადგენს ინტენსიურ, მულტიდისციპლინარულ გუნდზე დაფუძნებულ და პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომას, რომელიც მიზნად ისახავს მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირების მხარდაჭერას თემში. კვლევის მიზანია მკითხველს გააცნოს ასერტული სერვისის სტრუქტურა და მისი როლი ფსიქიკურ ჯანდაცვაში როგორც საერთაშორისო, ასევე ადგილობრივ კონტექსტში.

**მეთოდოლოგია:** კვლევის პირველ ეტაპზე განხილულ იქნა საერთაშორისო ლიტერატურა და კვლევები ასმ-ის ეფექტურობის შესახებ, რომლებიც მოძიებულ იქნა PubMed, Google Scholar და UpToDate მონაცემთა ბაზებში. ინფორმაციის დამუშავება განხორციელდა მეორეული მონაცემთა ანალიზის მეთოდით. მეორე ეტაპზე, ასმ-ის ფუნქციონირების უკეთ გასააზრებლად, ჩატარდა სიღრმისეული, ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუ თბილისში არსებული ასმ სერვისის ფსიქიატრთან. ინტერვიუს შედეგად მიღებული ინფორმაცია გაანალიზდა და შედარებულ იქნა საერთაშორისო გამოცდილებასთან. **შედეგები:** ასერტული სათემო მკურნალობა (ასმ) ეფექტურია როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში, ასევე პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაციის შემცირებაში. ის ხელს უწყობს პაციენტთა ფუნქციურ რეაბილიტაციასა და კრიზისული მდგომარეობების დროულ მართვას. ამასთან, ინტენსიური და პაციენტზე მორგებული მიდგომა მნიშვნელოვნად ამცირებს სტაციონარულ მკურნალობაზე დამოკიდებულებას და ზრდის პაციენტთა დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარებს. **დასკვნა:** ასმ-ის მოდელის ფართოდ დანერგვა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში უზრუნველყოფს პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომ და ინტენსიურ მომსახურებას, რაც მათ საზოგადოებაში ინტეგრაციის შესაძლებლობას აძლევს და დადებითად აისახება ცხოვრების ხარისხსა და მკურნალობის შედეგებზე.

**საკვანძო სიტყვები:** ასერტული სათემო მკურნალობა, სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები, რეჰოსპიტალიზაციის შემცირება, მულტიდისციპლინარული გუნდი, თემზე დაფუძნებული ზრუნვა, ფსიქიკური აშლილობა.

**ციტატა:** მიშიკო დუმბაძე. ასერტული სათემო მკურნალობა და მისი მნიშვნელობა თანამედროვე ფსიქიკურ ჯანდაცვაში. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 2025; 9 (1)

<sup>a</sup> [mishiko.dumbadze.1@iliauni.edu.ge](mailto:mishiko.dumbadze.1@iliauni.edu.ge)

<https://orcid.org/0009-0000-0443-1121>

## Abstract

**Introduction:** Assertive Community Treatment (ACT) is an intensive, multidisciplinary, and patient-centered approach aimed at supporting individuals with severe mental illnesses within the community. The objective of this study is to introduce readers to the structure of ACT services and their role in mental healthcare in both international and local contexts. **Methodology:** In the first phase of the study, international literature and research on the effectiveness of ACT were reviewed, sourced from PubMed, Google Scholar, and UpToDate databases. The data were analyzed using secondary data analysis methods. In the second phase, to gain a better understanding of ACT's functionality, an in-depth, semi-structured interview was conducted with a psychiatrist from an ACT service in Tbilisi. The obtained information was analyzed and compared with international experiences. **Results:** Assertive Community Treatment (ACT) has proven to be effective in improving mental health and reducing patient rehospitalization rates. It facilitates functional rehabilitation and timely crisis management. Moreover, its intensive and patient-centered approach significantly reduces dependence on inpatient care and enhances patients' ability to live independently. **Conclusion:** The widespread implementation of the ACT model in mental health systems ensures accessible and intensive services for patients, enabling their integration into society and positively impacting their quality of life and treatment outcomes.

**Keywords:** Assertive Community Treatment, community mental healthcare, mental health services, reduction of rehospitalization, interdisciplinary team, community-based care, severe mental illness.

**Quote:** Mishiko Dumbadze. Assertive Community Treatment and Its Importance in Modern Mental Health Care. Health Policy, Economics and Sociology, 2025; 9 (1)

## შესავალი

ფსიქიკური ჯანმრთელობა ადამიანის ცხოვრების ძალიან მნიშვნელოვანი ნაწილია. იგი ასევე დიდ როლს ასრულებს ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით. ფსიქიკური ჯანმრთელობა (ფჯ) და ფსიქიკური კეთილდღეობა დიდწილად განსაზღვრავს ადამიანის, ოჯახის, თემისა და, ზოგადად, მოსახლეობის ცხოვრების ხარისხს, რადგან ის ანიჭებს ადამიანს უნარს გახდეს საზოგადოების სრულფასოვანი წევრი.

ჯანმოს მონაცემებით, მსოფლიოს მოსახლეობის მეოთხედს ცხოვრების რაღაც ეტაპზე განუვითარდება ფსიქიკური ან ნევროლოგიური დარღვევები. მათი შეფასებით, 2019 წელს მსოფლიო მასშტაბით 970 მილიონ (თითქმის ყოველ მერვე) ადამიანს უფიქსირდებოდა ფსიქიკური აშლილობის რომელიმე სახით გარკვეული ტიპის გამოვლინება (WHO, 2019).

საქართველოში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების წილი დაავადებათა გავრცელების სტრუქტურაში 2,5%-ს შეადგენს და მზარდი ტენდენციით ხასიათდება. 2013 წელს ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობის მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე შეადგენდა 1536-ს, ხოლო ინციდენტობის მაჩვენებელი 167.8-ს (ვერულავა, 2016). საგულისხმოა, რომ ფსიქიკური აშლილობების შესახებ ოფიციალური სტატისტიკური ინფორმაცია ზუსტად ვერ ასახავს რეალურ მდგომარეობას და ეს რიცხვი შესაძლოა დარეგისტრირებულ დაავადებულთა რაოდენობაზე გაცილებით დიდი იყოს, რაც განპირობებულია ქვეყანაში დაავადებათა აღრიცხვიანობის არასრულყოფილი სისტემის არსებობით, ასევე სოციალური სტიგმით (ვერულავა, სიბაშვილი, 2015).

გარდა პიროვნული ტანჯვისა, რასაც ფსიქიკური დაავადებები იწვევს, დიდია მათი სოციალური თუ ეკონომიკური ტვირთი. ამის გამო, კვლავ აქტუალური რჩება ისეთი ეფექტური ფსიქიკური სერვისების დანერგვა და განვითარება მოსახლეობისთვის, რაც ერთი მხრივ შეამცირებს ამ დაავადებების ტვირთს საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე, ხოლო, მეორე მხრივ, შეამსუბუქებს ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირების ყოფას.

ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარებაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ეტაპი იყო სათემო სერვისების განვითარება. ტრადიციული, ინსტიტუციონალიზებული მიდგომის საპირისპიროდ წინა პლანზე გადმოვიდა პიროვნებაზე ორიენტირებული ზრუნვა და პაციენტების სათემო გარემოში ინტეგრაციის მნიშვნელობა. ისტორიული თვალსაზრისით, სათემო სერვისების გაჩენა დაკავშირებულია დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესთან,

რომელიც განსაკუთრებით აქტუალური გახდა ფსიქოტროპული მედიკამენტების გაჩენის შემდეგ. ამ პერიოდში ფსიქიატრიული დაწესებულებების შემცირება და ალტერნატიული, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარება წინა პლანზე წამოიწია. 1960-70-იან წლებში დასავლეთის ქვეყნებში დაიწყო ფსიქიკურ ჯანდაცვაში სათემო ცენტრების დანერგვა, სადაც პაციენტებს შეეძლოთ როგორც სამედიცინო, ასევე სოციალური დახმარების მიღება (Thornicroft et al., 2025).

სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვა მოიცავს ლოკალურ პოპულაციაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ხელშეწყობისთვის საჭირო შემდეგ პრინციპებსა და პრაქტიკას:

- პოპულაციაში არსებულ საჭიროებებზე მუშაობა მისაღები და ხელმისაწვდომი ინსტრუმენტებით

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მიზნებსა და ძლიერ მხარეებზე დაყრდნობა

- ფართო და ეფექტური კავშირების, სერვისებისა და რესურსების ქსელის შექმნა

- აქცენტის გაკეთება მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და აღდგენაზე ორიენტირებულ სერვისებზე

სათემო მკურნალობა, ტრადიციულ ინსტიტუციურ მიდგომასთან შედარებით, მოიაზრებს პაციენტების სოციო-ეკონომიკურ კონტექსტში განხილვას და მოიცავს პირველად, მეორეულ და მესამეულ პრევენციას. იგი პაციენტებს სთავაზობს როგორც პიროვნებაზე, ისე თემზე დაფუძნებულ სერვისებს და ზრუნვის ფართო სისტემას მულტიდისციპლინარული გუნდის მეშვეობით. სათემო სერვისი უზრუნველყოფს უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე და აერთიანებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ, ხარჯ-ეფექტურ ინტერვენციებს, რომლებიც შორეულ პერსპექტივას ითვალისწინებს და პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას ემსახურება. გარდა ამისა, ეს მიდგომა განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს იმ ჯგუფებს, რომლებიც ტრადიციული სერვისების მიღმა რჩებიან, მათ შორის რასობრივ და ეთნიკურ უმცირესობებს, უსახლკაროებს, მართლმსაჯულების სისტემაში მყოფ პირებს, იმიგრანტებსა და დევნილებს. სათემო მკურნალობა აერთიანებს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიცინას აღდგენაზე ორიენტირებულ მიდგომასთან, რაც პაციენტებს არა მხოლოდ სამედიცინო დახმარებას, არამედ სრულფასოვან სოციალური ინტეგრაციისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობას აძლევს (Thornicroft et al., 2025).

საგულიხმოა, რომ სათემო მკურნალობის მიწოდების დროს ძირითადი აქცენტი იმ დეფიციტზე კი არ კეთდება, რაც პიროვნებას აღენიშნება ფსიქიკური დაავადების გამო, არამედ პიროვნების ძლიერ მხარეებზე, შესაძლებლობებსა და უპირატესობებზე. ეს თავის მხრივ აღდგენის შესახებ თანამედროვე ხედვის გამოძახილია, რომლის თანახმადაც ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირთა აღდგენა მიმართულია სიმპტომების არა სრულ რემისიაზე არამედ ამ სიმპტომების პირობებში პიროვნების ზრდაზე და დამაკმაყოფილებელი ცხოვრების ხარისხის მიღწევაზე. ეს მიდგომა თავის მხრივ ხელს უწყობს სტიგმის შემცირებასაც (Thornicroft et al., 2025).

ფართოდ არის ცნობილი, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობები განპირობებულია სოციალური და გარემო კონტექსტით, აქედან გამომდინარე სათემო სერვისები მნიშვნელოვანია, ვინაიდან მოიცავს თემს მისი ფართო გაგებით, ემებს და შეისწავლის გარემოში არსებულ რისკ-ფაქტორებს (environmental adversities) და ოჯახების, სოციალური კავშირებისა და ორგანიზაციების ძლიერ მხარეებს. ამას გარდა, სათემო სერვისები ორიენტირებულია: ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, საცხოვრებელი სივრცის უზრუნველყოფაზე (housing), მხარდაჭერით დასაქმებაზე (supported employment), სოციალურ და სამართლებრივ სერვისებზე და თანასწორ-მხარდაჭერთა სერვისებზე (Thornicroft et al., 2025).

სათემო სერვისები მოიცავს მულტიდისციპლინარულ გუნდს, რომელიც აერთიანებს: ფსიქიატრებს, ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებს და სხვ. ამ მიდგომის მიზანია პაციენტის საჭიროებებზე ადაპტირებული, ინდივიდუალური ზრუნვის უზრუნველყოფა, სტიგმის შემცირება და რეაბილიტაციის პროცესის გამარტივება (Thornicroft et al., 2025).

სათემო სერვისის ერთ-ერთი ტიპია **ასერტული სათემო მკურნალობა** (ასმ). იგი

მულტიდისციპლინარულ გუნდზე (მდგ) დაფუძნებული მიდგომაა, რომელიც განკუთვნილია ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის მიწოდებისთვის პაციენტების ბუნებრივ საცხოვრებელ გარემოში (სახლში, თავშესაფარში, სამეზობლოში). ასე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მძიმე ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირთათვის, რომელთაც აღნიშნებათ ხშირი რეციდივები და გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის მაღალი რისკი. ტერმინი "მძიმე ფსიქიკური დაავადებები" ძირითადად მოიცავს შემდეგ ფსიქიკურ აშლილობებს: შიზოფრენია, შიზოაფექტური აშლილობა, მძიმე დეპრესია, ბიპოლარული აშლილობა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (UpToDate, 2025).

მიუხედავად პროგრესისა, სხვადასხვა ქვეყანა განვითარების განსხვავებულ ეტაპზე იმყოფება. განვითარებულ ქვეყნებში სათემო სერვისები ინტეგრირებული სისტემის ნაწილია, ხოლო დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში მისი დანერგვა კვლავ გამოწვევად რჩება.

საყურადღებოა, რომ მსოფლიო ტენდენციას დეინსტიტუციონალიზაციის შესახებ საქართველოც იზიარებს. საქართველოში ფსიქიკური ჯანდაცვის განვითარების ჭრილში 2011-2015 წლების ეროვნული სტრატეგიის მთავრი მიზანი იყო დეინსტიტუციონალიზაცია, რის შედეგადაც 2011 წელსვე ქვეყანაში ერთ-ერთი ყველაზე დიდი დაწესებულება, ასათიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო დაიხურა (Makhashvili & van Voren, 2013). შემდეგ, ეტაპობრივად დაიწყო უკვე სათემო სერვისების განვითარებაც. ფსიქიკური სფეროს დაფინანსებას თუ გადავხედავთ, დავინახავთ, რომ 2018 წლიდან 2024 წლამდე ფსიქიკური ჯანდაცვაზე გამოყოფილ ბიუჯეტში საგრძნობლადაა გაზრდილი სათემო სერვისების დაფინანსების წილი (გორდეზიანი, 2024). აქედან გამომდინარე, წინამდებარე კვლევის ფარგლებში საინტერესოდ მივიჩნევთ საქართველოში არსებული ასერტული სათემო სერვისის მუშაობის სპეციფიკის შესწავლას.

წინამდებარე კვლევა სამეცნიერო ხასიათისაა და მიზნად ისახავს ასერტული სათემო მკურნალობის არსის, მისი გუნდის სტრუქტურის, როლისა და მნიშვნელობის განხილვას. გარდა ამისა, კვლევაში აღწერილია ასერტულ სათემო სერვისში ჩართული მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) წევრთა ფუნქციები, ის პაციენტთა კატეგორიები, რომლებსაც აღნიშნული მიდგომა ყველაზე ეფექტურად ეხმარება, და მიმოხილულია კვლევები, რომლებიც ასერტული სათემო მკურნალობის ეფექტურობას ადასტურებს.

ამასთან, კვლევა ახალ ინფორმაციას ქმნის საქართველოში არსებული ასერტული სათემო სერვისის შესახებ. კერძოდ, წარმოაჩენს მისი მუშაობის სპეციფიკურ ასპექტებს ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით, ასახავს მიღწევებს და მიმოხილავს იმ ბარიერებსა და გამოწვევებს, რომლებიც საქართველოში ამ სერვისის განვითარებას თან ახლავს.

შესაბამისად, წინამდებარე კვლევა საინტერესო იქნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებისთვის: ფსიქიატრებისთვის, ფსიქიატრიის ექთნებისთვის, ფსიქოლოგებისთვის, სოციალური მუშაკებისთვისა და ჯანდაცვის სპეციალისტებისთვის, ასევე, იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც სარგებლობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით და ყველა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროთი დაინტერესებული პირისთვის.

## მეთოდოლოგია

კვლევის პირველ ეტაპზე მოძიებულ იქნა ლიტერატურა და საერთაშორისო კვლევები ასერტული სათემო მკურნალობის შესახებ შემდეგ მონაცემთა ბაზებში: PubMed, Google Scholar და UpToDate. ძიების პროცესში გამოყენებული იყო შემდეგი საკვანძო ფრაზები: „ასერტული სათემო მკურნალობა“, „სათემო მკურნალობის ეფექტურობა“ და „სათემო ფსიქიკური ჯანდაცვა“.

სტატიების შერჩევა განხორციელდა მათი შესაბამისობის მიხედვით კვლევის მიზნებსა და საკვლევ საკითხთან. გამოირიცხა ნაშრომები, რომელთა ხელმისაწვდომობა შეზღუდული იყო ან არასრული სახით იყო წარმოდგენილი. შერჩეული მასალებიდან მნიშვნელოვანი ინფორმაცია შეგროვდა და დამუშავდა მეორეული მონაცემთა ანალიზის მეთოდით.

კვლევის შემდეგ ეტაპზე ადგილობრივი კონტექსტისა და საქართველოში ასერტული სათემო მკურნალობის ფუნქციონირების შესწავლის მიზნით დაიგეგმა და ჩატარდა

სიღრმისეული, ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუ თბილისში არსებული ასერტული სათემო სერვისის ფსიქიატრთან. მიღებული ინფორმაცია დამუშავდა და გაანალიზდა საერთაშორისო ლიტერატურასთან შედარების საფუძველზე, და წარმოდგენილია წინამდებარე კვლევაში.

## ლიტერატურის მიმოხილვა

### ასერტული სათემო სერვისის ზოგადი მიმოხილვა

ასერტიული სათემო მკურნალობის (ასმ) მოდელის ფესვები სათავეს იღებს 1970-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში დაწყებული დეინსტიტუციონალიზაციის მოძრაობიდან. მას შემდეგ, რაც შეიქმნა სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრები და მკურნალობის ძირითადი ნაწილი საავადმყოფოებიდან თემში გადავიდა, აღმოჩნდა, რომ მძიმე ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირთა მნიშვნელოვანი ნაწილი ვერ ახერხებდა ეფექტურ ადაპტაციას. ისინი ხშირად არ სარგებლობდნენ სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამებით, არ იღებდნენ დანიშნულ მედიკამენტებს და ხშირად მოიხმარდნენ ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებს, რაც ზრდიდა მათი რეციდივებისა და ჰოსპიტალიზაციის რისკს (Geller, 1992). აქედან გამომდინარე, ასმ-ის მოდელმა 2 მიზანი დაისახა:

- საზოგადოებაში / თემში მძიმე ფსიქიკური დაავადებების მქონე იმ პირთა ცხოვრების სტაბილიზაცია, რომლებიც ცხოვრობენ დამოუკიდებლად ან ნახევრად დამოუკიდებლად, მაგრამ არიან ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის, დაპატიმრების ან სახლ-კარის დაკარგვის მაღალი რისკის ქვეშ;
- ამ პაციენტთა ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების მხარდაჭერა, რაც მოიცავს თვითმოვლისა და დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარების განვითარებას, სოციალურ ურთიერთობათა ხარისხის გაუმჯობესებას და სოციალური როლის შესრულებას (მაგალითად, მუშაობა ან სწავლა).

ასმ მოდელის ქვაკუთხედი არის ის კონცეფცია, რომ თუ პაციენტი ვერ მიდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში მკურნალობისთვის, მაშინ მკურნალობა თავად უნდა მივიდეს პაციენტთან, სადაც არ უნდა იყოს ის (მაგალითად, საკუთარ ბინაში, ნათესავთან, კაფეში ან პარკში). ასმ-ის მიზანი ასევე არის ინტენსიური დახმარების მიწოდება და პაციენტთან ხშირი კონტაქტების უზრუნველყოფა, რომლებიც საჭიროა ცხოვრების სტაბილიზაციისთვის. აქედან გამომდინარე ასმ-ში ჩართული მულტიდისციპლინური გუნდი ახორციელებს სერვისის პირდაპირ მიწოდებას პაციენტისთვის და ნაკლებად ხდება პაციენტის გადამისამართება მის ფარგლებს გარეთ მყოფ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროვაიდერებთან (თუ ამას აუცილებლობა არ მოითხოვს). გამომდინარე იქედან, რომ ეს სერვისი მიმართულია მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებზე, ასმ-ში ჩართული მდგ მართავს ინტენსიურ შეხვედრებს (შესაძლოა ამ შეხვედრებს ყოველდღიური ხასიათი ჰქონდეს) და მჭიდროდ თანამშრომლობენ, რათა დაგეგმონ ვიზიტები და განიხილონ პაციენტთა მდგომარეობის დინამიკა. განსხვავებით ამბულატორიული მოვლის მოდელისგან, სადაც თითოეულ კლინიცისტს ინდივიდუალური მიდგომა აქვს პაციენტებთან, ასმ-ის სერვისში ჩართული გუნდის წევრები ერთობლივად იზიარებენ პასუხისმგებლობას პაციენტის მართვაზე (UpToDate, 2025). საერთო მიზნების მისაღწევად, ასმ-ის გუნდის წევრები ზრუნავენ შემდეგი მომსახურებების კომბინირებულ მიწოდებაზე:

- ფსიქიატრიული დარღვევებისა და თანმხლები ფიზიკური დაავადებების მკურნალობა
- პაციენტების ყოველდღიური ცხოვრების პრაქტიკული საჭიროებების უზრუნველყოფა (მაგალითად, ქირისა და კომუნალური გადასახადების გადახდა, საყიდლები, საკვების მომზადება)

- საზოგადოებრივი რესურსების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა (მაგალითად, ბანკთან თანამშრომლობა, ადვოკატის მომსახურება, პირადობის მოწმობის დამზადება და სხვ.)
- რეაბილიტაციური სერვისების მიწოდება ფუნქციონირების გაუმჯობესებისთვის

ფსიქიატრიული აშლილობების სტაბილიზაცია ხშირად გულისხმობს რეგულარულ სახლის ვიზიტებს, რათა გაკონტოლდეს მკურნალობა წახალისდეს პაციენტის მიერ მედიკამენტების მიღება. კვლევებმა აჩვენა, რომ ეს მეთოდი აუმჯობესებს მედიკამენტური თერაპიისადმი დამყოლობას (Valenstein et al., 2013). თემში პაციენტებთან ხშირი კონტაქტი საშუალებას იძლევა, ასმ-ის გუნდის წევრებმა დროულად აღმოაჩინონ რეციდივის ადრეული ნიშნები და სწრაფად ჩაერიონ, რათა თავიდან აიცილონ პაციენტის მდგომარეობის სრული გაუარესება და ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება (Novacek & Raskin, 1998).

ყოველდღიური ცხოვრების საჭიროებები მდგ-ის მიერ უზრუნველყოფილია პრაქტიკული დახმარებით, რომელიც შეიძლება მოიცავდეს უკვე აღმოცენებული საჭიროებების დაკმაყოფილებას ან სამომავლო პრობლემის თავიდან აცილებას, მაგალითად: პაციენტთან ერთად კომუნალური გადასახადების გადახდა, საყიდლებზე ერთობლივად სიარული ან საცხოვრებელი სივრცის დალაგება და ორგანიზება. დამოუკიდებელი ცხოვრების ხელშეწყობა ასევე გულისხმობს ასმ-ის გუნდის მჭიდრო თანამშრომლობას პაციენტს მხარდამჭერებთან, როგორც არიან: ოჯახის წევრები, ნათესავები, მეზობლები. მათთან თანამშრომლობა ორმხრივად სასარგებლოა, რადგან მხარდამჭერებს შეუძლიათ დაეხმარონ პაციენტებს ყოველდღიური საჭიროებების მოგვარებაში და ასევე დროულად აცნობონ ასმ-ის გუნდს, თუკი კლინიკური ან რაიმე სხვა პრობლემები იჩენს თავს (UpToDate, 2025).

ასმ გუნდის მიერ გაწეული მრავალი პრაქტიკული მხარდაჭერა ხშირად რეაბილიტაციურ მომსახურებას წარმოადგენს, რომლის მაგალითებიცაა:

- უნარების სწავლება ფსიქიკური დაავადების თვითმართვისთვის
- სოციალური უნარების გაწვრთნა
- დასაქმების მხარდაჭერა

### ***ასერტული სათემო სერვისის სტრუქტურა***

ვინაიდან ასმ გუნდი ახორციელებს პაციენტების არამხოლოდ მკურნალობას, ასევე მათ რეაბილიტაციასა და მხარდაჭერას, გუნდის წევრებს მრავალმხრივი პროფესიული უნარ-ჩვევა უნდა გააჩნდეთ. ოპტიმალურ შემთხვევაში გუნდი დაკომპლექტებულია ისეთი წევრებით, რომლებსაც გააჩნიათ პროფესიული კომპეტენცია განსხვავებულ მომსახურებათა მისაწოდებლად და მხარდაჭერაზე დაფუძნებული კლინიკური ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად (Allness & Knoedler, 2013).

საინტერესოა ის გარემოება, რომ ასმ გუნდები, ჩვეულებრივ, შედგება 8-12 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალისგან, რომლებიც ემსახურებიან 80-120 პაციენტს თითოეულ გუნდში. რეკომენდებულია მკურნალობაში ჩართული პირების პაციენტებთან შეფარდება იყოს 1:10, რაც უზრუნველყოფს უფრო ინტენსიურ მომსახურებას, ვიდრე სტანდარტული შემთხვევების მართვის მოდელი, სადაც შეფარდება ხშირად 1:30 ან უფრო მაღალია (Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998).

მიმე და ქრონიკული ფსიქიკური დაავადებების მქონე პირებისთვის სათანადო ცხოვრების პირობების შექმნისთვის აუცილებელია, რომ გუნდი 24 საათის განმავლობაში, კვირაში 7 დღე და წელიწადში 365 დღე ხელმისაწვდომი იყოს. იმ შემთხვევაში, თუ გუნდი არ მუშაობს საღამოს საათებში, შაბათ-კვირას ან უქმე დღეებში, იზრდება კრიზისის და ჰოსპიტალიზაციის რისკი, ხოლო გუნდის მუშაობის ეფექტურობა იკლებს იმ პაციენტებთან მიმართებაში, რომლებსაც ყოველდღიური მხარდაჭერა სჭირდებათ.

პერსონალის სამუშაო საათები უმეტესად დატვირთულია კვირის სამუშაო დღეებში, რადგან ამ პერიოდში მომსახურების მოთხოვნა უფრო მაღალია. სადამოს საათებში, შაბათ-კვირას და უქმე დღეებში პერსონალი ძირითადად კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებთან მუშაობს (მაგალითად, მათთან, ვისაც სიმპტომების გამწვავება ან მაღალი რისკის შემცველი ქცევები აღენიშნებათ, ან იმ პაციენტებთან, რომლებსაც დამატებითი ყურადღება სჭირდებათ). ასევე, ეს საათები მოიცავს იმ პაციენტებს, რომლებიც კვირაში 7 დღის განმავლობაში საჭიროებენ დახმარებას (მაგალითად, მედიკამენტების მიღებაში დახმარება).

ჩვეულებრივ, სადამოს საათებში, შაბათ-კვირას და უქმე დღეებში მუშაობისთვის საკმარისია ორი პერსონალის მორიგეობა. შედარებით უსაფრთხო გარემოში შესაძლებელია მხოლოდ ერთი პერსონალის მუშაობა, თუმცა უფრო რთულ გარემოში (მაგალითად, დიდ ქალაქებში) შესაძლოა საჭირო გახდეს ორი ან მეტი თანამშრომლის ყოფნა .

იმ საათების განმავლობაში, როდესაც ასმ გუნდი არ მორიგეობს, გუნდის წევრი მზად უნდა იყოს სატელეფონო კონსულტაციისთვის, რათა კრიზისულ სიტუაციებზე დროულად მოახდინოს რეაგირება .

ასმ გუნდი ოპერირებს „სამუშაო საათების შემდეგ გამოძახების“ პრინციპით, უწყვეტი დახმარების მიწოდების მიზნით იმ პერსონალის მიერ, რომელმაც პაციენტთან ურთიერთობა დაამყარა. გამოძახებით მუშაობის ფუნქცია ეკისრება შესაბამისი გამოცდილებისა და უნარ-ჩვევების მქონე პერსონალს, რომელიც მოქმედებს გუნდის ლიდერისა და ფსიქიატრის მიერ გაცემული ინსტრუქციების მიხედვით (Allness & Knoedler, 2013).

გამოძახებებზე მომუშავე პერსონალი კრიზისულ სიტუაციებს ტელეფონით განიხილავს, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში ადგილზე ვიზიტითა და პაციენტის მონახულებით უზრუნველყოფს შესაბამის დახმარებას.

#### **ასერტულ სერვისში ჩართული მულტიდისციპლინარული გუნდის ფუნქციები**

გუნდის შემაღენლობა აერთიანებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და რეაბილიტაციაზე ორიენტირებულ სხვადასხვა პროფესიის მქონე წევრებს - ფსიქიატრს, ფსიქოლოგს, ოკუპაციურ თერაპევტს, სოციალურ მუშაკს, ექთანს ან უმცროს ექიმს, თანაგანმანათლებელს (თანასწორ მხარდამჭერს). ქვემოთ მოკლედ აღწერილია თითოეული მათგანის როლი ასერტული სერვისის მიწოდების საქმეში:

**ფსიქიატრის სამუშაოს აღწერილობა მობილურ ფსიქიატრულ გუნდში (Allness & Knoedler, 2013)**

- პაციენტის კონსულტირება და ანამნეზის შეგროვება
- ფსიქიკური და სამედიცინო მდგომარეობის შეფასება და დიაგნოსტიკა
- რეგულარული მონაწილეობა მკურნალობის დაგეგმვის მიზნით ორგანიზებულ შეხვედრებში და პერსონალის ყოველდღიურ ორგანიზაციულ შეხვედრებში
- მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნა
- ფსიქოფარმაკოთერაპიის მონიტორინგი
- შესრულებული სამუშაოს ამსახველი ჩანაწერების კეთება ისტორიაში
- ბენეფიციარებისა და მათი ახლობლების ფსიქოგანათლება
- 12 საათიანი სატელეფონო ხელმისაწვდომობა
- კლინიკურ საკითხებში გუნდის სუპერვიზია

**ფსიქოლოგის სამუშაოს აღწერილობა მობილურ ფსიქიატრულ გუნდში (Allness & Knoedler, 2013)**

- პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარის ინდივიდუალური შეფასება, პროგრესზე დაკვირვება
- ბენეფიციარის მიკროსოციალური გარემოს შესწავლა - შეფასება
- მედიკამენტის მიღების პროცესის მონიტორინგი

• ინდივიდუალური მხარდამჭერი თერაპიის ჩატარება ბენეფიციართან და მის მხარდამჭერთან

- ჯგუფური სესიების ჩატარება ბენეფიციარებთან და მის მხარდამჭერებთან
- სოციალური უნარების ტრენინგი
- ბენეფიციარისა და მისი ახლობლების ფსიქოგანათლება
- პაციენტსა და ოჯახს შორის მედიატორის როლის შესრულება
- ინფორმაციის მიწოდება ან რეფერირება მათთვის საჭირო თუ საინტერესო სერვისებში

**ექთნის/უმცროსი ექიმის ფუნქცია-მოვალეობა ასერტულ სათემო ფსიქიატრიულ გუნდში**  
(Allness & Knoedler, 2013)

- ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება;
- ფსიქიატრიული სამედიცინო შეფასება;
- თემში პაციენტთა მოვლის კოორდინაცია;
- ბენეფიციარის და მისი მხარდამჭერი პირების ფსიქოგანათლება;
- ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიწოდება;
- გეგმიური თუ არაგეგმიური ინიექციის გაკეთება და საჭირო საექთნო მანიპულაციების ჩატარება;
- შესრულებული სამუშაოს ამსახველი ჩანაწერების გაკეთება;
- სომატური ჩივილების მართვა და შესაბამის სპეციალისტთან გადამისამართება ან საჭიროებისამებრ პოლიკლინიკაში მიყოლა, დახმარება;
- სხვადასხვა სახის სამედიცინო პროგრამების შეთავაზება, დარეგისტრირება ან აღრიცხვაზე დაყენება მათი სომატური ჯანმრთელობის პრობლემიდან გამომდინარე;
- ბენეფიციარის პირადი საბუთების შეკრება და წარმოება; ბენეფიციარების მიზნების იდენტიფიცირება. შესაბამისი გეგმების და კონკრეტული ინტერვენციების დაგეგმვა, ნ თვეში ერთხელ გადაფასება.
- პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარის ინდივიდუალური შეფასება, მკურნალობისა და ზრუნვის გეგმის შედგენა, პროგრესის შეფასება;

**სოციალური მუშაკის ფუნქცია-მოვალეობა ასერტულ სათემო ფსიქიატრიულ გუნდში**  
(Allness & Knoedler, 2013)

- პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარის ინდივიდუალური შეფასება, მკურნალობისა და ზრუნვის გეგმის შედგენა, პროგრესის შეფასება
  - ბენეფიციარის კეთილდღეობაზე ზრუნვა, ადვოკატირება და მისი უფლებების დაცვა.
  - ბენეფიციარების პრობლემების და შესაძლებლობების შეფასება და იმ მომსახურებების განსაზღვრა, რომელსაც ის საჭიროებს.
  - ბენეფიციარების მხარდაჭერა იურიდიული, სამედიცინო და ფინანსური დახმარების მიღებაში.
  - უსახლკარო ან ძალადობის მსხვერპლი ბენეფიციარებებისთვის თავშესაფრით უზრუნველყოფაში დახმარება.
  - სოციალურ სფეროში დასაქმებულ სხვა პროფესიის წარმომადგენლებთან, აგრეთვე კერძო და საჯარო დაწესებულებებთან თანამშრომლობა.
  - სოციალური უნარ-ჩვევების ტრენინგი.
  - ყოველდღიური საქმიანობების უნარების განვითარებაში დახმარება.



- ბენეფიციარების დახმარება შეეფუძნება ცვლილებებს და გამოწვევებს მათ ცხოვრებაში, როგორც ავადმყოფობა, განქორწინება ან უმუშევრობა.

- ბენეფიციარებისთვის სწავლება თუ რომელ ორგანიზაციას, სად და რა ფორმით უნდა მიმართონ განცხადებით.

- სოც. სტატუსის მინიჭება
- პოლიკლინიკაში რეგისტრაცია
- უფასო კურსების მოძიება და ბენეფიციარების დარეგისტრირება
- დახმარება კომუნალური გადასახადების თაობაზე
- საბანკო ოპერაციები
- პენსიის დანიშვნა, აღდგენა
- იუსტიციის სახლთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება (პირადობა დაბადების მოწმობა დარეგისტრირება პრივატიზაცია და ა.შ.)
- სოც. სააგენტოსთან თანამშრომლობა
- სოც. პარტნიორის მოძიება/მოლაპარაკება (მოწყალების და, კარიტასი)
- სხვადასხვა ღონისძიებებისა თუ აქტივობების მოძიება, რის მეშვეობითაც მოხდება ბენეფიციარების სახლიდან გამოსვლა და საზოგადოებასთან ინტეგრაცია

საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ აღდგენაზე ორიენტირებული ფსიქიკური პრობლემებს მართვის თანამედროვე კონცეფციის თანახმად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა აღდგენაში მნიშვნელოვანი როლი უჭირავს თანაგანმანათლებელთან / თანასწორ-მხარდამჭერთან ურთიერთობას. სწორედ თანასწორ-მხარდამჭერი არის ასმ-ის მდგ-ის ერთ-ერთი წევრი. ფსიქიკური აშლილობის პირადი გამოცდილების მქონე პირებს („თანასწორებს“) შეუძლიათ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულონ სხვებისთვის დახმარების პროცესში. თანასწორთა არსებითი ჩართულობა საყოველთაოდ არის აღიარებული აღდგენაზე ორიენტირებულ ინოვაციურ სერვისად. თანასწორ-მხარდამჭერის ინსტიტუტის განვითარებას ოთხი ძირითადი სარგებელი აქვს:

- თანასწორ-მხარდამჭერებისთვის – ეს სამუშაო შესაძლებლობა პიროვნული განვითარებისა და ფინანსური სტაბილურობის მიღწევის საშუალებაა. მათი პირადი ცოცხალი გამოცდილება დაფასებულია. სხვისთვის გაცემა - მათი გაჯანსაღების მნიშვნელოვანი კომპონენტია. სახეზეა თვით-მართვისა და სამუშაო უნარების ერთმანეთთან შერწყმა.
- მომხმარებლებისთვის თანასწორები იმედის სიმბოლოები არიან, რაც აღდგენის პროცესს უფრო ხელმისაწვდომსა და რეალურს ხდის. გარდა ამისა, მათთან სოციალური დისტანცია ნაკლებია, ვიდრე პროფესიონალ პერსონალთან, რაც ზრდის სერვისში ჩართვის სურვილს.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებისთვის – თანასწორები ხელს უწყობენ სტიგმის შემცირებას და „ჩვენ და ისინი“ მასტიგმატიზებული შეხედულების მოშლას
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემისთვის – თანასწორები შესაძლოა გახდნენ კულტურული ცვლილებების კატალიზატორები. მათი გამოცდილება ხშირად ნაკლებ საჭიროებას ქმნის აღდგენაზე ორიენტირებული დამატებითი ტრენინგებისთვის, რადგან ისინი საკუთარ გამოცდილებას უშუალოდ იყენებენ მხარდაჭერის პროცესში (Slade, 2013).

ასმ-ში ჩართული თანაგანმანათლებლები მზად არიან, გაუზიარონ გუნდსა და მის კლიენტებს პირადი პრაქტიკული გამოცდილება, ცოდნა, განცდები და მოსაზრებები. ასეთი კონსულტანტები მუშაობენ, როგორც გუნდის სრულფასოვანი წევრები და გუნდსა და კლიენტებს აწვდიან ექსპერტულ ცოდნას რეაბილიტაციის პროცესის, სიმპტომების მართვისა და მტკიცე ნებისყოფის მნიშვნელობის შესახებ, რაც აუცილებელია პაციენტებისთვის ცხოვრების მაღალი ხარისხის შესანარჩუნებლად.

გუნდის ეს წევრები თანამშრომლობენ დანარჩენ წევრებთან იმგვარი კულტურის დანერგვის მიზნით, რომელიც აღიარებს, იღებს და პატივისცემით ეპყრობა თითოეული

კლიენტის მოსაზრებას. სწორედ გუნდის ამ წევრს ევალება უზრუნველყოს, რომ როგორც პროგრამის დაგეგმვა და განხორციელება, ასევე მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და მხარდაჭერის მომსახურებების შეფასება კლიენტის არჩევანზე, თვითგამორკვევასა და კონკრეტულ გადაწყვეტილებებზე იყოს დაფუძნებული (Allness & Knoedler, 2013).

თანაგანმანათლებლები კონსულტაციას უწევენ ინდივიდუალურად პაციენტებს, მათ ოჯახებსა და გუნდის წევრებს და მონაწილეობენ მკურნალობის პროცესში, ფსიქოსოციალური მომსახურების მიწოდებაში, ასევე, ოჯახების განათლებაში, მხარდაჭერასა და კონსულტირებაში და კრიზისის დროს ჩარევაში. ეს ყოველივე მათ გუნდის პროფესიული აკადემიური განათლების მქონე წევრების კლინიკური სუპერვიზიის ქვეშ უნდა განახორციელონ. შესაბამისი პროფესიული ლიცენზიის მქონე კონსულტანტებს ასევე შეუძლიათ პროფესიული მომსახურებისა და კლინიკური სუპერვიზიის გაწევა.

### ***რომელი პაციენტებისთვის არის სასარგებლო ასერტული სათემო მკურნალობის სერვისის მიღება?***

პაციენტებს, რომლებიც შეიძლება ჩაერთონ ასმ-ის სერვისში, უნდა აღენიშნებოდეთ მძიმე ფსიქიკური დაავადება, რომელიც ძირითადად მოიცავს შემდეგ ფსიქიკურ აშლილობებს: შიზოფრენია, შიზოაფექტური აშლილობა, მძიმე დეპრესია, ბიპოლარული აშლილობა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა. ასმ სერვისი ასევე ემსახურება მათ, ვინც მნიშვნელოვან უნარ-დაქვეითებას განიცდის ისეთ აშლილობათა გამო, როგორებიცაა ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა, ნევროზული ანორექსია, მოსაზღვრე მდგომარეობები, დისოციაციური აშლილობა. ასევე ემსახურება იმათ, ვისაც ტრადიციულმა ფსიქიატრიულმა სამსახურმა დახმარება ვერ აღმოუჩინა.

ამ დაავადებათა სიმპტომატიკა ძირითადად ფსიქოზური რეგისტრის (მაგ., ჰალუცინაციები, ბოდვა, აზროვნების მოშლა) ან აფექტურია (მაგ., დეპრესია, ეიფორია, გაღიზიანება, აზროვნებისა და აქტივობის აჩქარება ან შენელება, იმპულსურობა) და შესაძლოა იყოს ქვევასთან დაკავშირებული (კომპულსიები, პანიკური შეტევა). ისინი ძირითადად ვლინდება მწვავე შეტევების/ეპიზოდების სახით, რომლებიც შეიძლება გაგრძელდეს კვირებისა და თვეების განმავლობაში და აქვთ გამეორებითი ხასიათი.

აქტუალურია დისკუსია ასმ-ის პრაქტიკოსებს შორის მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის მქონე პირების სერვისში ჩართვის თაობაზე (Burroughs & Somerville, 2013).

ეპიზოდის განმავლობაში ადამიანს ხშირად არ გააჩნია საკუთარ თავზე ზრუნვის უნარი და საჭიროებს ინტენსიურ დახმარებასა და მხარდაჭერას ჰოსპიტალიზაციის ჩათვლით. ეფექტური მკურნალობის შემთხვევაში კლიენტთა უმრავლესობას აღენიშნება სიმპტომთა სრული რედუქცია, თუმცა ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ნაწილობრივი გაუმჯობესება, ზოგიერთი აშლილობის შემთხვევაში (მაგ., ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა) კი სიმპტომები ხანგრძლივად რჩება მათი ინტენსივობისა და ხასიათის მერყეობასთან ერთად (Allness & Knoedler, 2013).

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, სადაც ასმ სერვისის მიწოდება ხშირად მიზნად ისახავს სტაციონარული მკურნალობის მაღალი ხარჯების შემცირებას, ასმ-ის მიღების უფლება ხშირად შეზღუდულია იმ პირებით, რომელთაც აქვთ ბოლო პერიოდში მრავალჯერადი ჰოსპიტალიზაციის ისტორია (მაგალითად, ერთი წლის განმავლობაში ორი ან მეტი ჰოსპიტალიზაცია) ან რომლებიც ხანგრძლივ დროს ატარებენ სტაციონარში (მაგალითად, 6 თვეზე მეტ ხანს). ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე და ხანგრძლივობა ზრდის შანსს, რომ პაციენტს კვლავ დასჭირდება ჰოსპიტალიზაცია და ამიტომ ამ ჯგუფზე კონცენტრირება დაკავშირებულია პოტენციურად მაღალ ხარჯ-ეფექტიანობასთან (Slade, McCarthy, Valenstein, Visnic, & Dixon, 2013).

ასმ სერვისის მიწოდება ევროპასა და აშშ-ში ასევე მაღალია მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე იმ პირებისთვის, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ კრიმინალურ საქმიანობაში მ მოლოდინით, რომ ფსიქიატრიული დაავადების უფრო მკაცრი მეთვალყურეობა და ყოველდღიური ცხოვრების საჭიროებების დაკმაყოფილებაში დახმარება შეამცირებს მათ მიერ დანაშაულის ჩადენისა და ხელახლა პატიმრობის რისკს. არსებობს საერთო შეთანხმება იმის შესახებ, რომ საჭიროა ასმ სერვისების გაუმჯობესება მოსახლეობის ამ სეგმენტის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, რაც მოითხოვს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კრიმინალური მართლმსაჯულების პროფესიონალებს შორის მჭიდრო კოორდინაციას და თანამშრომლობას (Smith, Jennings, & Cimino, 2010).

### **ასერტულ სერვისის ირგვლივ არსებული საერთაშორისო კვლევების მიმოხილვა**

ასერტული მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად 1970-იანი წლებიდან დაწყებული უამრავი კვლევა ჩატარებული. მენდოტას (აშშ, ვისკონსინის შტატი) სახელმწიფო საავადმყოფოში დაკვირვების საფუძველზე დაადგინეს, რომ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ეფექტური მკურნალობის მიუხედავად მიღწეული თერაპიის შედეგების შენარჩუნება პაციენტების გამოწერის შემდგომ ვერ ხერხდებოდა. შესაბამისად, საწყისი კვლევითი პროექტის მიზანი იყო მცდელობა, დაეწყოთ მკურნალობა თემში (community) და არა საავადმყოფოში (Stein & Test, 1980; Weisbrod, Test, & Stein, 1980).

პროექტი გულისხმობდა საავადმყოფოს პალატის პერსონალის გადმოყვანას თემში, რათა მათ უზრუნველყოთ ინტენსიური და ყოველდღიური „საავადმყოფოს მსგავსი“ მომსახურება. ასმ სერვისი 65 რანდომულად არჩეულ პირს მოიცავდა. ხოლო კონტროლად შერჩეულ 65-კაციან ჯგუფს მიენიჭა უფლება მიეღო მომსახურება ვისკონსინის დეინის რაიონის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში (შემთხვევა-კონტროლის კვლევა). ასმ-ის პროექტის ეფექტურობის გასაზომად გამოყენებულ იქნა კლიენტების მიერ ფსიქიატრიულ სტაციონარში გატარებული დრო და საზოგადოებაში ადაპტაციის მაჩვენებლები (მაგალითად, დასაქმება, ცხოვრების პირობები, სოციალური ურთიერთობები) მომდევნო 14 თვის განმავლობაში.

### **შედეგები**

1. ასმ-პროექტში მონაწილე 65 პაციენტიდან მხოლოდ 12 პირს დასჭირდა ჰოსპიტალიზაცია პირველი წლის განმავლობაში, მაშინ, როდესაც საკონტროლო ჯგუფში 65-დან 58 პირს.
2. რეჰოსპიტალიზაციის დროს საკვლევ ჯგუფში მყოფი პირები გაცილებით ნაკლებ დროს ატარებდნენ საავადმყოფოში საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.
3. ასმ პროგრამის პაციენტებმა:
  - მნიშვნელოვნად მეტი დრო გაატარეს დამოუკიდებლად საცხოვრებელ სიტუაციაში.
  - ნაკლებ ხანს იყვნენ დაუსაქმებლად
  - მიიღეს მეტი შემოსავალი კონკურენტუნარიანი სამსახურიდან
  - გამოავლინეს უფრო მეტი პოზიტიური სოციალური ურთიერთობები.
  - განიცადეს მეტი კმაყოფილება ცხოვრებისგან.
  - გამოავლინეს ნაკლები სიმპტომები.
4. მიუხედავად იმისა, რომ ასმ-ის მონაწილენი ხარჯავდნენ მეტ დროს საზოგადოებაში, ოჯახის წევრებსა და საზოგადოებაზე დაკისრებული ტვირთი არ გაზრდილა
5. დადგინდა, რომ ამ მოდელს მცირედი ეკონომიკური უპირატესობა აქვს ინსტიტუციონალურ ზრუნვასთან შედარებით.
6. მნიშვნელოვნად შემცირდა მიღწევების რაოდენობა ასმ-პროგრამიდან გამოსულ პაციენტებში (Allness & Knoedler, 2013)

ამ კვლევის შედეგებს დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ პროგრამებისთვის, რომლებიც ემსახურებიან მძიმე და ხანგრძლივი ფსიქიკური დაავადებების მქონე პაციენტებს. კვლევიდან

ვასკვნიტ, რომ ინდივიდები, რომლებსაც აქვთ ხანგრძლივად მიმდინარე ფსიქიკური პრობლემები, მკურნალობასაც შესაბამისად ხანგრძლივად უნდა იღებდნენ.

მოგვიანებითი კვლევებიც ადასტურებს ასმ-ის ეფექტურობას. კერძოდ, 14 რანდომიზებული კლინიკური კვლევის მეტა ანალიზმა, რომელიც მოიცავდა 1047 პაციენტს მძიმე ფსიქიკური დაავადებით, გამოავლინა, რომ ასმ-ში ჩართული პაციენტები უფრო დიდხანს რჩებოდნენ სერვისში ჩართულები და უფრო ნაკლები იყო მათი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, ვიდრე პაციენტებში, რომლებიც სხვა სათემო სერვისს იღებდნენ. ამას გარდა, ასმ-ში ჩართულ პაციენტებს უკეთესი შედეგები ჰქონდათ საცხოვრებელი ადგილის, დასაქმებისა და კმაყოფილების თვალსაზრისით (Marshall, M., & Lockwood, A., 2011).

სხვა კვლევის მაგალითზეც, რომელიც 2012 წელს გამოქვეყნდა, ნათლად ჩანს ასმ-ის ეფექტურობა. კვლევა მოიცავდა შიზოფრენიის-სპექტრის დაავადებების მქონე 120 პაციენტს, რომლებიც რანდომულად განაწილდა 2 ჯგუფად: ერთი ვინც ასმ სერვისს იღებდა და მეორე - სხვა სერვისს. კვლევა გაგებდა 12 თვის განმავლობაში. შედეგებმა ცხადყო, რომ ასმ ჩართული პაციენტების მკურნალობაზე დამყოლობა უფრო მაღალი იყო, ასევე მათ აღნიშნებოდათ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით უკეთესი ზოგადი ფუნქციონირება, დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარები და დასაქმების მაჩვენებელი (Karow et al., 2012).

კვლევები ადასტურებს რომ ასმ ეფექტურია როგორც 18 წლამდე (Vijverberg, Ferdinand, Beekman, & van Meijel, 2017) ასევე 60 წლის ზემოთ პაციენტებში (Stobbe et al., 2014).

ასერტული სათემო მკურნალობის კიდევ ერთი უპირატესობა არის პაციენტთა რეჰოსპიტალიზაციის დაბალი მაჩვენებელი, რაც ბევრი კვლევით დასტურდება. მათ შორის, ერთ-ერთმა, 2005 წელს გამოქვეყნებულმა კვლევამ შეისწავლა ასმ-ის გუნდის ეფექტურობა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებში და აჩვენა, რომ მისი დანერგვის შემდეგ მნიშვნელოვნად შემცირდა ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა. კვლევის ფარგლებში, ასმ გუნდის სერვისებით მოსარგებლე 43 პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები შეისწავლეს მის დანერგვამდე და შემდეგი 12 თვის განმავლობაში. აღსანიშნავია, რომ პაციენტთა უმრავლესობას (79%) შიზოფრენიის დიაგნოზი ჰქონდა, ხოლო მაღალი იყო კომორბიდობის (76%) და ფუნქციური შეზღუდვის მაჩვენებელიც.

შედეგებმა ცხადყო, რომ ასმ-ის დანერგვამ რეჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა 70.9 დღიდან 10.2 დღემდე შეამცირა ( $p < 0.05$ ), რაც მკაფიოდ მიუთითებს მის ეფექტურობაზე. აღნიშნული კლინიკური მონაცემები ადასტურებს, რომ ასმ არა მხოლოდ ამცირებს სტაციონარულ სერვისებზე დამოკიდებულებას, არამედ ხელს უწყობს პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტაბილიზაციას სათემო გარემოში (Udechuku, Olver, Hallam, et al., 2005).

ასერტული სათემო მკურნალობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტი არის მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების სოციალური ინტეგრაციის მხარდაჭერა. კვლევის მიხედვით, რომელიც ასმ-ის გუნდის წევრების გამოცდილებას იკვლევდა, სოციალური ინტეგრაციის პროცესის ეფექტურობა დიდწილად დამოკიდებულია გუნდში არსებულ მულტიდისციპლინურ თანამშრომლობაზე და პაციენტებთან დამყარებულ თერაპიულ ურთიერთობაზე.

კვლევამ ასევე წარმოაჩინა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფციის მრავალფეროვნება. მონაწილეთა პასუხების ანალიზზე დაყრდნობით, სოციალური ინტეგრაცია განისაზღვრა, როგორც შესაძლებლობა, პიროვნებამ თავისი სურვილისამებრ აირჩიოს სოციალური აქტივობები, ჩაერთოს სათემო ცხოვრებაში და დაამყაროს ურთიერთობები როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოწვევების მქონე, ასევე ჯანმრთელ პირებთან. მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური ურთიერთობები ადრე მხოლოდ ზოგადი კავშირებით განისაზღვრებოდა, ეს კვლევა მიუთითებს, რომ სოციალური ინტეგრაციის განმსაზღვრელი ფაქტორი თავად ინდივიდის აქტიური ჩართულობა და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობის სუბიექტური აღქმაა. (Linz & Sturm, 2016)

ასმ გუნდები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობაში, რაც გამოხატულია მათ მიერ პაციენტებთან ძლიერი, მზრუნველი და

მხარდამჭერი ურთიერთობების დამყარებაში. ჯგუფური შეხვედრები და სათემო აქტივობები პაციენტებს სოციალური ინტერაქციის შესაძლებლობას აძლევს. ამგვარი მიდგომა არა მხოლოდ პაციენტთა სოციალურ აქტივობას უწყობს ხელს, არამედ აძლიერებს მათი რეაბილიტაციის პროცესს და ხელს უწყობს მათ სათემო ცხოვრებაში ჩართვას (Linz & Sturm, 2016).

გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, ცნობილია, რომ მძიმე ფსიქიატრიული დაავადებების მართვაში მნიშვნელოვანი გამოწვევა არის პაციენტების მკურნალობაზე დამყოლობა Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). ხშირად, სხვადასხვა მიზეზის გამო, პაციენტები ნაადრევად, ექიმის დანიშნულების გარეშე წყვეტენ მედიკამენტების მიღებას, რაც ზრდის რეციდივისა და ჰოსპიტალიზაციის რისკს. ასერტული სათემო მკურნალობის (ასმ) მოდელი ამ კუთხით მნიშვნელოვან უპირატესობებს წარმოადგენს, რადგან ინტენსიური მხარდაჭერისა და უწყვეტი მონიტორინგის გზით აუმჯობესებს მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე დამყოლობას (Manuel, Covell, Jackson, & Essock, 2011).

ამის საილუსტრაციოდ შეიძლება 2011 წელს გამოქვეყნებული კვლევის მაგალითად მოყვანა, რომლის მიზანი იყო ასმ-ისა და სტანდარტული კლინიკური შემთხვევის მართვის გავლენის შედარება მედიკამენტური თერაპიისადმი დამყოლობაზე. კვლევაში ჩართული იყო 198 პაციენტი, რომლებიც რანდომულობის პრინციპით სერვისთაგან ერთ-ერთში გაანაწილეს და სამი წლის განმავლობაში დააკვირდნენ. მედიკამენტური დამყოლობა ორ კატეგორიად დაიყო: „არადამაკმაყოფილებელი“ (თუ პაციენტს 20%-ზე მეტი დღე ჰქონდა გამოტოვებული) და „დამაკმაყოფილებელი“ (თუ გამოტოვებული დღეები 20%-ზე ნაკლები იყო).

შედეგებმა აჩვენა, რომ ასმ-ის ჯგუფში მყოფი პაციენტების მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე დამყოლობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სტანდარტული კლინიკური მართვის ჯგუფთან შედარებით. შესაბამისად, კვლევის მიხედვით, ასმ-ის ფარგლებში მიწოდებული მკურნალობა ეფექტური შეიძლება იყოს ფსიქიატრიული პაციენტებისთვის, რომლებშიც მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე დამყოლობა დაბალია (Manuel, Covell, Jackson, & Essock, 2011).

შეჯამების სახით შეიძლება ითქვას, რომ როგორც საერთაშორისო კვლევებიდან ირკვევა, ასერტული სათემო მკურნალობა (ასმ) მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტების მდგომარეობას სხვადასხვა ასპექტში. კერძოდ, ის ამცირებს ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას, აუმჯობესებს მედიკამენტზე დამყოლობას, ხელს უწყობს სოციალურ ინტეგრაციას და პაციენტთა ფუნქციური რეაბილიტაციის პროცესს. გარდა ამისა, ასმ-ის მოდელი განსაკუთრებით ეფექტურია მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებისთვის, რომლებიც სტანდარტული ამბულატორიული სერვისებით ეფექტურად ვერ სარგებლობენ.

საერთაშორისო გამოცდილების ფონზე საინტერესოა საქართველოში არსებული ცოდნისა და პრაქტიკის მიმოხილვა ასერტულ სათემო მკურნალობასთან დაკავშირებით. შემდეგი თავი სწორედ ამ საკითხს შეეხება.

## **საქართველოში ასერტული სათემო მკურნალობის სერვისი: სტრუქტურა, გამოწვევები და პერსპექტივები**

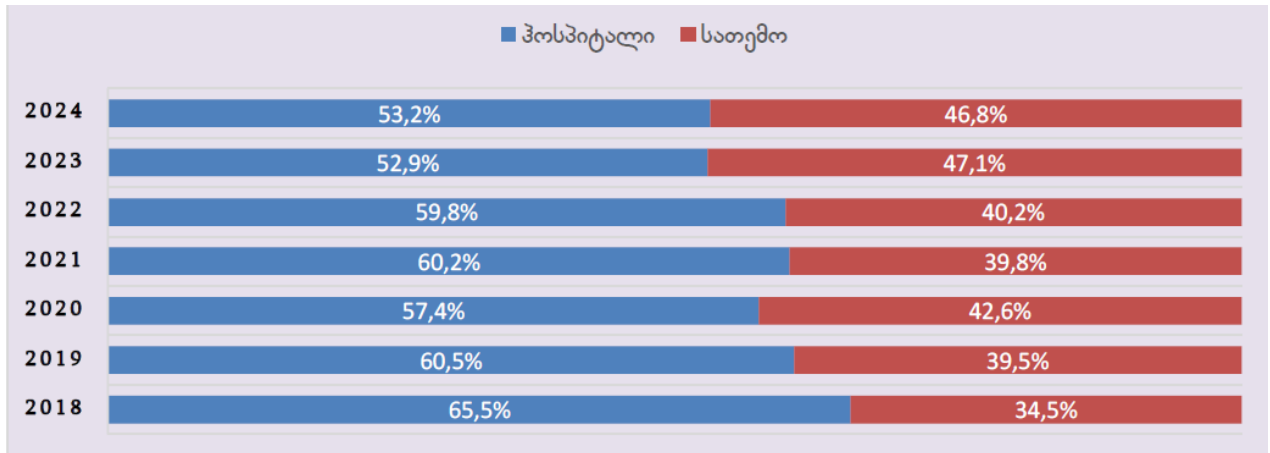
### ***სათემო სერვისების განვითარება საქართველოში***

როგორც შესავალში აღინიშნა, საქართველოც ეხმიანება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესს, რის შედეგადაც სათემო სერვისების განვითარებას მეტი ყურადღება ექცევა. ამ პროცესის ფარგლებში, განსაკუთრებით 2011 წლის შემდეგ, ქვეყანაში დაიხურა რამდენიმე მსხვილი ფსიქიატრიული საავადმყოფო და დაიწყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების თემზე დაფუძნებული მოდელის დანერგვა.

მსგავსი მიდგომა თანხვედრაშია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციებთან, რომლის მიხედვითაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ძირითადი აქცენტი უნდა გაკეთდეს სათემო ზრუნვის მოდელზე. საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტები და სამოქმედო გეგმები სწორედ ამ მიმართულებით ვითარდებოდა, რაც მოიცავს როგორც ამბულატორიულ მომსახურებას, ასევე

დღის ცენტრების, დაცული საცხოვრებლებისა და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამების გაძლიერებას.

ფინანსური კუთხით, სათემო სერვისების დაფინანსების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტში სტაბილურად იზრდება, რასაც ადასტურებს ნაშრომში წარმოდგენილი გრაფიკი (იხ. დიაგრამა #1). აღნიშნული დიაგრამა ასახავს სათემო სერვისების დაფინანსების ზრდის დინამიკას, რომლის პარალელურადაც ხდება ჰოსპიტალური სერვისების დაფინანსების შემცირება. ეს ტენდენცია ხაზგასმით მიუთითებს გარემოებაზე, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურება მეტად მორგებული თემზე დაფუძნებულ მიდგომაზე უნდა იყოს.



**დიაგრამა N1. 2018-2024 წწ. ჰოსპიტალურ და სათემო სექტორს შორის პროცენტული თანაფარდობა (გორდეზიანი, 2024)**

მეტი კონკრეტიკისთვის აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოსპიტალურ სექტორში სამი კომპონენტი მოიაზრება: ფსიქიკური აშლილობის მქონე მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება და ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავმესაფრით უზრუნველყოფა; დანარჩენი შვიდი კი სათემო სერვისებია: სათემო ამბულატორიული მომსახურება, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, ბავშვთა ფჯ, ფსიქიატრიული ინტერვენციის სამსახური, მოზრდილთათვის თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება, საცხოვრისების განვითარება, რომელიც 2020 წლიდან ემატება და ბოლოს ასერტული მკურნალობის თანადაფინანსება 2022 წლიდან (გორდეზიანი, 2024).

მეტი თვალსაჩინოებისთვის ნაშრომში წარმოდგენილია ცხრილი, რომელშიც დეტალურადაა ნაჩვენები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველა ათი ძირითადი კომპონენტის დაფინანსება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან 2024 წელს. აღნიშნული მონაცემები ნათლად წარმოაჩენს, თუ როგორ ნაწილდება ფინანსური რესურსები სხვადასხვა ტიპის სერვისებზე, მათ შორის სტაციონარულ, ამბულატორიულ, კრიზისულ, რეაბილიტაციურ და პრევენციულ პროგრამებზე (იხ. ცხრილი #1).

მიუხედავად პროგრესისა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისების განვითარებას საქართველოში კვლავ მრავალი გამოწვევა ახლავს, მათ შორის ადამიანური რესურსების ნაკლებობა, სტიგმის მაღალი დონე და ფინანსური მდგრადობის საკითხები. თუმცა, არსებული ტენდენციები გვიჩვენებს, რომ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკა თანდათან მეტად ორიენტირებული ხდება სათემო სერვისების ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

**ცხრილი 1. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროგრამების დაფინანსება 2024 წელს**

N	კომპონენტის დასახელება	ბიუჯეტი (ათასი ლარი)	%
1	სათემო ამბულატორიული მომსახურება	9101,8	18.20
2	ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია	134	0.27
3	ბავშვთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა	151	0.30
4	ფსიქიატრიული კრიზისული ინტერვენციის სამსახური მოზრდილთათვის	662,3	1.32
5	თემზე დაფუძნებული მობილური გუნდის მომსახურება	3182,4	6.36
6	ფსიქიკური აშლილობის მქონე მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	23731,4	47.46
7	ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბავშვთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	1054,1	2.11
8	ფსიქიკური დარღვევების მქონე შშმ პირთა თავშესაფრით უზრუნველყოფის კომპონენტი	1793,4	3.59
9	ასერტული მკურნალობის კომპონენტის თანადაფინანსება	84	0.17
10	საცხოვრისების განვითარება	10105.6	20.21
	სულ	50 000	100

**ასერტული სათემო მკურნალობის ისტორია საქართველოში**

საქართველოში ასერტული სერვისის ინიციატორი იყო ამერიკაში მოღვაწე ქართველი ფსიქიატრი, რომელიც თავადაც მუშაობდა ასერტულ გუნდში. პროექტის განხორციელება 2011 წელს დაიწყო, როცა "ღია საზოგადოება საქართველო" მხარში დაუდგა ინიციატივას. 2011 წელს ქართველმა ფსიქიატრებმა აშშ-ში გაიარეს ტრენინგები, სადაც შეისწავლეს ასერტული სერვისის სპეციფიკა. 2012 წელს ითარგმნა სახელმძღვანელო, რომელიც ასერტული სერვისის მოწყობას ეხებოდა, ხოლო 2013 წელს საქართველოში შეიქმნა პირველი გუნდი, რომელმაც დაიწყო სერვისის მიწოდება.

პროექტის საწყის ეტაპზე, 2016 წლამდე, მისი სრული დაფინანსება ფონდი "ღია საზოგადოება საქართველო" მიერ ხორციელდებოდა. 2016 წლიდან თბილისის მერიამ დაიწყო სერვისის თანადაფინანსება, თუმცა ეს რესურსი ხარჯების მხოლოდ 80%-ს ფარავდა, ხოლო დარჩენილ 20%-ს კვლავ ფონდი აფინანსებდა. 2019 წელს ფონდის დაფინანსება შეწყდა და მოგვიანებით დარჩენილი 20%-ის დაფინანსება საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ გადაიბარა (იხ. ცხრილი 1).

**ასერტული გუნდის სტრუქტურა და მუშაობის სპეციფიკა**

დასაწყისში ასერტული გუნდი დაახლოებით 40-მდე პაციენტს ემსახურებოდა, თუმცა წლების განმავლობაში სერვისი გაფართოვდა და ამჟამად მისი ბენეფიციარების რაოდენობა 120-ს აღწევს. ჯგუფი შედგება 15 წევრისგან, რომელთა შორის არიან ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი, უმცროსი ექიმი და თანასწორ-მხარდამჭერი. პერსონალი / პაციენტის თანაფარდობა არის შესაბამისი ორიგინალ ვერსიასთან და არის დაახლოებით 1/9-ზე. გუნდი კვირაში მინიმუმ სამჯერ იკრიბება, რათა განიხილოს პაციენტთა საჭიროებები, შეაფასოს მათი მდგომარეობის დინამიკა და განსაზღვროს სამომავლო ნაბიჯები.

გუნდის მუშაობის ერთ-ერთი სიახლეა კომუნიკაციის თანამედროვე საშუალებების ინტენსიური გამოყენება. ორიგინალურ მოდელში, რომელიც აშშ-ში შემუშავდა, მსგავსი ტექნოლოგიები ჯერ კიდევ არ იყო ფართოდ დანერგილი და არ იძლეოდა ჯგუფური შეხვედრების ონლაინ ჩატარების საშუალებას. დღეს კი, გუნდის წევრები მუდმივად არიან კავშირში სოციალური ქსელებისა და სატელეფონო კომუნიკაციის საშუალებით, რაც უზრუნველყოფს ინფორმაციის ოპერატიულ, უწყვეტ განახლებას.

ასევე, საქართველოს რეალობის გათვალისწინებით, თავდაპირველ ასერტულ მოდელში გარკვეული მოდიფიკაციები განხორციელდა. მაგალითად, უცხოურ მოდელებში სოციალური მუშაკები სპეციალიზებული არიან სხვადასხვა მიმართულებით მუშაობაში (დასაქმება, ნარკოდამოკიდებულების მართვა და ა.შ.), საქართველოში კი მსგავსი სპეციალიზაცია არ არსებობს. ამიტომ, ქართულ ასერტულ გუნდში დამატებით დაინერგა ოკუპაციური თერაპევტის პროფესია, რომელიც ბენეფიციარების დასაქმებაზეა ორიენტირებული. ასევე, გამომდინარე იქედან, რომ საქართველოში არ არსებობს ექთნების სპეციალიზაცია (მაგალითად ფსიქიატრიაში სპეციალიზებული ექთანი) ასმ გუნდში ჩართულია უმცროსი ექიმი, რომელიც გარკვეულწილად ექთნის ფუნქციას ითავსებს.

### **პაციენტების შერჩევა და სერვისის კრიტერიუმები**

პაციენტები ასერტულ სერვისში ძირითადად სხვა ფსიქიატრების რეკომენდაციით ხვდებიან. ამერიკულ მოდელში ბენეფიციარის ჩასართავად საკმარისი იყო ორი სტაციონარიზაცია, მაშინ როცა საქართველოში კრიტერიუმი უფრო მკაცრია – პაციენტს სამჯერ უნდა ჰქონდეს გამოვლილი ჰოსპიტალიზაცია. ეს ცვლილება განპირობებულია ხარჯ-ეფექტურობის გათვალისწინებით. სამომავლოდ, ორი სტაციონარიზაციის შემთხვევაში ჩართვის შესაძლებლობის გაჩენა მნიშვნელოვნად გაზრდიდა სერვისით მოსარგებლე ბენეფიციართა რაოდენობას.

პაციენტები სერვისს რამდენიმე შემთხვევაში ტოვებენ: 1) მათი მდგომარეობა იმდენად უმჯობესდება, რომ აღარ საჭიროებენ ინტენსიურ მხარდაჭერას და სხვა ნაკლებად ინტენსიური სერვისებით სარგებლობა საკმარისია; 2) საცხოვრებელი ადგილის შეცვლის შემთხვევაში, რადგან სერვისი ამ ეტაპზე მხოლოდ თბილისში ფუნქციონირებს; 3) როცა პაციენტი თვითონ ამბობს უარს სერვისზე.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ სწორად, კრიტერიუმების მიხედვით შერჩეულ პაციენტებს სერვისით მიღების საჭიროება აქვთ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ასერტული სერვისით საქართველოში ასევე სარგებლობენ სხვადასხვა სოციალურად მოწყვლადი ჯგუფის წარმომადგენლები, მათ შორის თავშესაფრებში მცხოვრები პირები და ყოფილი პატიმრები. აღნიშნული მიდგომა შეესაბამება ასერტული სათემო მკურნალობის საერთაშორისო კონცეფციას, რომელიც მიზნად ისახავს იმ პირების მხარდაჭერას, რომლებიც ტრადიციულად ნაკლები ინტენსივობით არიან მოცულნი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებით.

### **გეოგრაფიული დაფარვა და ძირითადი გამოწვევები**

ამჟამად ასერტული სათემო მკურნალობა მხოლოდ თბილისში ფუნქციონირებს. ერთ-ერთი ძირითადი ბარიერი რეგიონებში გაფართოებისთვის არის შესაბამისი კვალიფიციური კადრების სიმცირე – ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები ძირითადად დედაქალაქში კონცენტრირდებიან. ასევე, ფინანსური რესურსების ნაკლებობა აფერხებს ახალი ჯგუფების ჩამოყალიბებას. თბილისის მასშტაბით სერვისის გაფართოებაც აქტუალური საკითხია, რადგან ამჟამად არსებული გუნდი ვერ უზრუნველყოფს ყველა პოტენციური ბენეფიციარის მომსახურებას.

ასევე მნიშვნელოვანია გამოწვევები, რომლებიც საქართველოში ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის განხორციელებასთან არის დაკავშირებული. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა ფსიქიატრიული მედიკამენტების უწყვეტი ხელმისაწვდომობაა. პერიოდულად გარკვეული პრეპარატები დროებით „ქრება“ ბაზრიდან და შემდგომ ისევ ხელმისაწვდომი ხდება, რაც პაციენტების მკურნალობის პროცესს მნიშვნელოვნად ართულებს. მაშინ, როდესაც ასერტულ სერვისში ჩართული ბენეფიციარებისთვის მკურნალობის უწყვეტობა კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, ასეთი შეფერხებები მნიშვნელოვან დაბრკოლებას ქმნის როგორც პაციენტების კეთილდღეობის, ისე სერვისის ეფექტიანობის კუთხით.



### **ასერტული სერვისის მონიტორინგი და ეფექტიანობა**

გუნდი რეგულარულად ახორციელებს საკუთარი მუშაობის მონიტორინგს, რისთვისაც გამოიყენება Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS), რომელიც საერთაშორისო სტანდარტია და უზრუნველყოფს სერვისის ფუნქციონირების ხარისხის კონტროლს. აღნიშნული სკალის გამოყენების ეფექტიანობა დადასტურებულია კვლევით "Prediction of Outcome from the Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale" (Bond & Salyers, 2004), რომელიც აჩვენებს, რომ მაღალი შესაბამისობის მქონე გუნდები უზრუნველყოფენ პაციენტთა სტაციონარიზაციის შემცირებასა და ცხოვრების ხარისხის ზრდას.

გარდა შიდა მონიტორინგისა, სერვისის კონტროლს თბილისის მერია და დამოუკიდებელი ორგანიზაციებიც ახორციელებენ. 2019 წელს ჩატარებულმა თვისებრივმა კვლევამ აჩვენა, რომ ბენეფიციარები ასერტული სერვისით უფრო მეტად კმაყოფილები არიან, ვიდრე ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სერვისებით.

ჰოსპიტალიზაციის კლების მნიშვნელოვანი დამადასტურებელი ფაქტორი არის ის, რომ თბილისის ასერტულ სერვისში ჩართვამდე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი იყო 4.4 (რაც ნიშნავს, რომ ასერტულ სერვისში ჩართვამდე 100 პაციენტზე 440-ჯერ ჰოსპიტალიზება ფიქსირდებოდა), ხოლო ეს მაჩვენებელი ასერტულ სერვისში ჩართვის შემდეგ 90-95%-ით შემცირდა, რაც საქართველოში არსებული ასერტული სათემო მკურნალობის სერვისის მაღალეფექტურობაზე მეტყველებს.

### **სამომავლო პერსპექტივები**

მიუხედავად ამისა, რომ საქართველოში არსებულმა ასერტული სათემო მკურნალობის სერვისმა უკვე დაამტკიცა თავისი ეფექტიანობა, მისი გაფართოება კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება. პერსონალის ნაკლებობა, ფინანსური რესურსების სიმცირე და რეგიონებში შესაბამისი ინფრასტრუქტურის არარსებობა სერვისის განვითარების მთავარ ბარიერებად რჩება. სამომავლოდ, მნიშვნელოვანი ნაბიჯი იქნება როგორც თბილისში დამატებითი ჯგუფების ჩამოყალიბება, ისე რეგიონებში ასერტული სერვისის დანერგვის უზრუნველყოფა.

ყურადსაღებისა ის ფაქტი, რომ საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტთათვის ჰოსპიტალგარე სერვისების ნაკლებად განვითარების გამო ფსიქიკური ჯანმრთელობის მქონე პაციენტთა დიდი ნაწილი, რომელიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რჩება, ხოლო გაწერილი პაციენტების დიდი ნაწილი მალევე ბრუნდება სტაციონარში და ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს (22).

სათემო სერვისების განვითარება დიდწილად შეამსუბუქებდა დატვირთვას ჰოსპიტალურ სექტორზე, რაც დადებითად აისახებოდა როგორც პაციენტების ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობაზე, ასევე მათს ცხოვრების ხარისხზე. მეორე მხრივ, გაზრდიდა ხარჯ-ეფექტურობას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფინანსების კუთხით. ამავდროულად, ძალიან სასარგებლო იქნება ასერტული სერვისების განვითარება საქართველოს რეგიონებში, რადგან ამ ტერიტორიებზე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მიმართ სტიგმა უფრო მაღალია, ხოლო ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების ხელმისაწვდომობა - შედარებით დაბალი. რეგიონებში ასმ-ის სერვისის განვითარება მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებდა ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა მდგომარეობას და შეამსუბუქებდა პაციენტების ოჯახის წევრების ტვირთს.

### **დასკვნები და რეკომენდაციები:**

- ასერტული სათემო მკურნალობის (ასმ) მოდელი თანამედროვე ფსიქიატრიული დახმარების ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური მეთოდია, რომელიც განსაკუთრებით სასარგებლოა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებისთვის. მისი მთავარი

მიზანია პაციენტთა ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების გაუმჯობესება, მათთვის დამოუკიდებელი და სტაბილური ცხოვრების უზრუნველყოფა. აღნიშნული მოდელი ეყრდნობა მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ განხორციელებულ ინტენსიურ მომსახურებას, რაც ამცირებს ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის, დაპატიმრებისა და უსახლკარობის რისკებს.

- ასმ-ის ერთ-ერთი მთავარი უპირატესობა არის მისი პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა, რაც გულისხმობს არა მხოლოდ ფსიქიატრიულ მკურნალობას, არამედ ყოველდღიური ცხოვრების საჭიროებების დაკმაყოფილებას, რეაბილიტაციური სერვისების მიწოდებას და სოციალური ინტეგრაციის მხარდაჭერას. ამასთან, ასმ-ის გუნდის უწყვეტი ხელმისაწვდომობა და პაციენტთან ხშირი კონტაქტი ხელს უწყობს რეციდივების დროულ აღმოჩენას და კრიზისული სიტუაციების პრევენციას.
- კვლევების თანახმად, ასმ-ის სერვისი აუმჯობესებს მედიკამენტური თერაპიისადმი დამყოლობას, ამცირებს ფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებას და ზრდის პაციენტთა ცხოვრების ხარისხს. აღნიშნული მოდელი განსაკუთრებით ეფექტურია იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ხშირი რეციდივებით ხასიათდებიან და სტანდარტული ამბულატორიული სერვისებით სარგებლობა უჭირთ.
- მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული მოდელი ფართოდ დაინერგოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში, რათა მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებმა შეძლონ სათანადო მომსახურების მიღება.
- მნიშვნელოვანია, რომ ასმ-ის გუნდში ჩართული პროფესიონალები (ფსიქიატრები, ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, ექთნები და თანასწორ-მხარდამჭერები) გადამზადდნენ და მუდმივად გაიარონ ტრენინგები თანამედროვე ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მეთოდებზე.
- მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმების დანერგვა – საჭიროა ასმ-ის პროგრამების რეგულარული მონიტორინგი და ეფექტიანობის შეფასება, რათა მოხდეს მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება და პაციენტთა საჭიროებებზე ადაპტირება.
- ასმ-ის მოდელი წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანამედროვე და ინოვაციურ მიდგომას, რომელიც არა მხოლოდ მკურნალობას, არამედ სოციალურ რეაბილიტაციასა და დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარების განვითარებას ემსახურება. მისი ეფექტიანი დანერგვა მთელი საქართველოს მასშტაბით მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს მძიმე ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირების ცხოვრების ხარისხს და შეამცირებს ფსიქიატრიული მომსახურების ტვირთს.

### გამოყენებული ლიტერატურა:

World Health Organization / Mental disorders / (<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>, accessed 27.02.2025.).

ვერულავა თ. (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა.

ვერულავა, თ., სიბაშვილი, ნ. 2015. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ფინანსური უზრუნველყოფა საქართველოში. ეკონომიკა და ბიზნესი. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. VIII (3): 75-87.

Graham Thornicroft, Robert E. Drake, Oye Gureje, Kim T. Mueser, George Szmukler; Oxford Textbook of Community Mental Health 2-nd edition; Oxford University Press, Jan 3, 2025

ალექსანდრე გორდეზიანი, სამაგისტრო ნაშრომი, „საქართველოს ფჯ-ის სისტემის რეფორმის დინამიკის მიმოხილვა 2018-2024 წლებში“, სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ნინო მახაშვილი; ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი; თბილისი, 2024

<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/6056955?publication=0> (accessed 1.02.2025)

Geller JL. A historical perspective on the role of state hospitals viewed from the era of the "revolving door". *Am J Psychiatry*. 1992 Nov;149(11):1526-33. doi: 10.1176/ajp.149.11.1526. PMID: 1415820.

uptodate.com - სტატია: Assertive community treatment for patients with severe mental illness [https://www.uptodate.com/contents/assertive-community-treatment-for-patients-with-severe-mental-illness?search=assertive%20community%20&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E8&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/assertive-community-treatment-for-patients-with-severe-mental-illness?search=assertive%20community%20&source=search_result&selectedTitle=1%7E8&usage_type=default&display_rank=1) (accessed 1.02.2025.)

Valenstein M, McCarthy JF, Ganoczy D, Bowersox NW, Dixon LB, Miller R, Visnic S, Slade EP. Assertive community treatment in veterans affairs settings: impact on adherence to antipsychotic medication. *Psychiatr Serv*. 2013 May 1;64(5):445-51, 451.e1. doi: 10.1176/appi.ps.201100543. PMID: 23412131.

Novacek J, Raskin R. Recognition of warning signs: a consideration for cost-effective treatment of severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1998 Mar;49(3):376-8. doi: 10.1176/ps.49.3.376. PMID: 9525800.

National Alliance on Mental Health „A manual for ACT start-up: based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illness.” by Deborah J. Allness, M.S.S.W. and William H. Knoedler, M.D. 2013 (ქართულად ნათარგმნი ნინო აბდუშელიშვილისა და გიორგი გელეიშვილის მიერ, გამომცემლობა „ნეკერი“, 2013)

Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*. 1998;24(1):37-74. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314. PMID: 9502546.

მაიკ სლეიდი, „100 გზა აღდგენის ხელშესაწყობად“ 2013; ქართული თარგმანი: გიფ-თბილისი 2020.

Slade EP, McCarthy JF, Valenstein M, Visnic S, Dixon LB. Cost savings from assertive community treatment services in an era of declining psychiatric inpatient use. *Health Serv Res*. 2013 Feb;48(1):195-217. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01420.x. Epub 2012 May 17. PMID: 22594523; PMCID: PMC3589962.

Smith RJ, Jennings JL, Cimino A. Forensic continuum of care with Assertive Community Treatment (ACT) for persons recovering from co-occurring disabilities: long-term outcomes. *Psychiatr Rehabil J*. 2010 Winter;33(3):207-18. doi: 10.2975/33.3.2010.207.218. PMID: 20061257.

Burroughs T, Somerville J. Utilization of evidenced based dialectical behavioral therapy in assertive community treatment: examining feasibility and challenges. *Community Ment Health J*. 2013 Feb;49(1):25-32. doi: 10.1007/s10597-012-9485-2. Epub 2012 Feb 14. PMID: 22331474.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001089. doi: 10.1002/14651858.CD001089. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Apr 13;(4):CD001089. doi: 10.1002/14651858.CD001089.pub2. PMID: 10796415.

Karow A, Reimer J, König HH, Heider D, Bock T, Huber C, Schöttle D, Meister K, Rietschel L, Ohm G, Schulz H, Naber D, Schimmelmann BG, Lambert M. Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2012 Mar;73(3):e402-8. doi: 10.4088/JCP.11m06875. PMID: 22490266.

Vijverberg R, Ferdinand R, Beekman A, van Meijel B. The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*. 2017 Aug 2;17(1):284. doi: 10.1186/s12888-017-1446-4. PMID: 28768492; PMCID: PMC5541424.

Stobbe J, Wierdsma AI, Kok RM, Kroon H, Roosenschoon BJ, Depla M, Mulder CL. The

effectiveness of assertive community treatment for elderly patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014 Feb 15;14:42. doi: 10.1186/1471-244X-14-42. PMID: 24528604; PMCID: PMC3928976.

Verulava, T., Sibashvili, N. (2015). Accessibility to Psychiatric Services in Georgia. *Journal of Psychiatry: Open Access*, 18 (3): 1-5.

Bond GR, Salyers MP. Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale. *CNS Spectr*. 2004 Dec;9(12):937-42. doi: 10.1017/s1092852900009792. PMID: 15616478.

Udechuku A, Olver J, Hallam K, et al. Assertive Community Treatment of the Mentally Ill: Service Model and Effectiveness. *Australasian Psychiatry*. 2005;13(2):129-134. doi:10.1080/j.1440-1665.2005.02175.x

Sheila J. Linz, Bonnie A. Sturm, Facilitating Social Integration for People With Severe Mental Illness Served by Assertive Community Treatment, *Archives of Psychiatric Nursing*, Volume 30, Issue 6, 2016, Pages 692-699, ISSN 0883-9417, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.006>.

Cramer, J. A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196–201. <https://doi.org/10.1176/ps.49.2.196>

Manuel JI, Covell NH, Jackson CT, Essock SM. Does Assertive Community Treatment Increase Medication Adherence for People With Co-occurring Psychotic and Substance Use Disorders? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2011;17(1):51-56. doi:10.1177/1078390310395586

Makhashvili N, van Voren R (2013) Balancing Community and Hospital Care: A Case Study of Reforming Mental Health Services in Georgia. *PLoS Med* 10(1): e1001366. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001366>