



საქართველოს სახალხო დამცველი

ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების დაცვის მდგომარეობა ფსიქიატრიულ და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში

სპეციალური ანგარიში

2020

პუბლიკაცია მომზადდა სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის მხარდაჭერით, გაეროს ერთობლივი პროგრამის, „გენდერული თანასწორობისთვის“ ფარგლებში, რომელიც დაფინანსებულია შვედეთის მთავრობის მიერ. პუბლიკაციაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორს და არ წარმოადგენს UNFPA-ს და შვედეთის მთავრობის ოფიციალურ პოზიციას.

კვლევის მეთოდოლოგიის ავტორი: რუსუდან კოხოძე

კვლევის ანგარიშის ავტორები: ლელა შენგელია, მარინე კურატაშვილი

სარჩევი

შესავალი	3
მონიტორინგის მეთოდოლოგია	4
მონიტორინგის ძირითადი მიგნებები	7
1. საერთაშორისო და ეროვნული რეგულაციები და სახელმძღვანელო დოკუმენტები	8
1.1. საერთაშორისო რეგულაციები და სახელმძღვანელო დოკუმენტები (გაიდლაინები)	9
1.2. ეროვნული კანონმდებლობა და სახელმძღვანელო დოკუმენტები (გაიდლაინები)	12
1.3. სახელმძღვანელო დოკუმენტებით გათვალისწინებული რეკომენდაციების პრაქტიკაში შესრულების ხარისხი	14
2. მკურნალობის პროცესში ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინება	16
2.1. ფსიქოტროპული მედიკამენტების ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე შესაძლო ზეგავლენის შეფასება	17
2.2. წვდომა ლაბორატორიულ და სხვა სამედიცინო კვლევებზე	19
2.3. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება	20
3. დედათა ჯანმრთელობა	21
4. სახელმძღვანელო სკრინინგ პროგრამებით სარგებლობა	25
5. პერსონალის კვალიფიკაცია და ცნობიერება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ	26
6. პაციენტთა/ბენეფიციართა ინფორმირებულობა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე	29
7. ძალადონა	32
8. ჰიგიენური და ღირსეული გარემო რეკომენდაციები	34
	37

შესავალი

წინამდებარე დოკუმენტი საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაეროს კონვენციის შესრულების მონიტორინგის მექანიზმისა¹ და გაეროს მოსახლეობის ფონდის პროექტის, „ქვეყნის სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შეფასება“, ფარგლებში 2019 წელს ჩატარებული მონიტორინგის შედეგების ამსახველი ანგარიშია.

ანგარიშში გამოვლენილია სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატებსა და სათემო ორგანიზაციებში მყოფი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვის მდგომარეობა.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვა ადამიანის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლებაა, რომელიც გულისხმობს დედათა და ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების ხელშეწყობას, ხარისხიანი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, მათ შორის, ოჯახის დაგეგმვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და საშვილოსნოს ყელის კიბოს პროფილაქტიკას, ქალთა და გოგონათა ძალადობისაგან დაცვას, მოზარდთა სექსუალური და რეპროდუქციული საჭიროებების დაკმაყოფილებას და სხვ.²

მსოფლიოს მასშტაბით ჩატარებული კვლევების თანახმად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანებს უფრო ხშირად აქვთ რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, ვიდრე საზოგადოების სხვა წევრებს. პრობლემები განპირობებულია სხვადასხვა ფაქტორებით: რისკის შემცველი სქესობრივი ქცევით,³ ძალადობის გაზრდილი რისკებით,⁴ არასასურველი ორსულობით, კონტრაცეპტივების დაბალი გამოყენებით, ანტენატალურ მომსახურებაზე თავის არიდებით და სხვ.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებით უნივერსალური მოცვა მდგრადი განვითარების ერთ-ერთი მიზანია.⁵ ამასთან, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალთა უფლებების დაცვისა და პატივისცემის ვალდებულებას სახელმწიფოს არაერთი საერთაშორისო დოკუმენტი აკისრებს. მათ

¹ მექანიზმის საქმიანობის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2NSgzgW> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

² Temmerman M, Khosla R, Say L. (2014) Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *Lancet*. 2014 Aug 2;384(9941):e30-1.

³ Chen LP, Murad H, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, Elamin MB, Seime RJ, Shinozaki G, Prokop LJ & Zirikzadeh A (2010) Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings* 85, 618–629

⁴ Miller LJ (1997) Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 23, 625.

⁵ 2015 წლის 25 სექტემბერს გაეროს 193 წევრი ქვეყანა შეთანხმდა მდგრადი განვითარების დღის წესრიგის დოკუმენტზე, სათაურით - „ჩვენი სამყაროს გარდაქმნა: 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისათვის“. ეს დღის წესრიგი მოიცავს 17 მიზანს და 169 ამოცანას. ინფორმაცია ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/38cqlly> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაეროს 2006 წლის კონვენცია.⁶

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ 2019 წლის მაისი - სექტემბრის პერიოდში ჩატარებულმა მონიტორინგმა ცხადყო, რომ მიუხედავად ქალთა უფლებების დაცვის მიზნით სახელმწიფოს მხრიდან ნაკისრი ვალდებულებებისა, საქართველოში ფსიქიატრიულ და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში მყოფ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დაცვა სახელმწიფოსთვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან და ჯერჯერობით დაუძლეველ გამოწვევად რჩება. სფეროს მარეგულირებელ ნორმატიულ აქტებსა და ეროვნულ გაიდლაინებში პრაქტიკულად გამორჩენილია ინსტიტუციებში მცხოვრებ შშმ ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები. პრობლემას წარმოადგენს მათ საჭიროებებზე მორგებული მომსახურებების არარსებობა და ამ საკითხებისადმი არასათანადო მნიშვნელობის მინიჭება. ამ მიმართულებით აქამდე არც სისტემური მონიტორინგი ჩატარებულა.

სახალხო დამცველის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის საფუძველზე შემუშავდა რეკომენდაციები შესაბამისი სახელმწიფო უწყებებისა და მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების მიმართ, რომელთა გათვალისწინება მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა განსაკუთრებით დაუცველი ჯგუფის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების დაცვის ხარისხის გაუმჯობესებას.

მონიტორინგის მეთოდოლოგია

საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატმა მონიტორინგი 2019 წელს, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მხარდაჭერით, სპეციალურად შემუშავებული „ფსიქიატრიული დახმარების ქვეშ მყოფ ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მონიტორინგის მეთოდოლოგიის“ საფუძველზე ჩატარა.

დასახელებული დოკუმენტი ორიენტირებულია ფსიქიატრიულ სტაციონარულ და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში მყოფი რეპროდუქციული ასაკის (15-დან 49 წლამდე) ქალი პაციენტებისთვის/ბენეფიციარებისთვის ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის, ანდა სახელმწიფო ზრუნვის განხორციელების პროცესში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სპეციფიკისა და საჭიროებების გათვალისწინების ხარისხის შეფასებაზე. მონიტორინგის ფარგლებში შეფასდა დანიშნული ფსიქიატრიული მკურნალობის ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე შესაძლო გავლენის რისკების გათვალისწინების, დაწესებულებაში ყოფნის განმავლობაში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისების (მათ შორის, საჭირო სკრინინგისა და გამოკვლევების) მიწოდების, პრე და პოსტნატალური ზრუნვის, პირადი ჰიგიენის დაცვის მდგომარეობა. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ზემოთ ჩამოთვლილ საკითხებზე ქალთა ინფორმირებულობის დონის შესწავლას.

⁶ კონვენცია საქართველოში ძალაშია 2014 წლის აპრილიდან.

მონიტორინგის მიზნებისთვის გაანალიზდა საკითხის მარეგულირებელი საერთაშორისო დოკუმენტები და ეროვნული კანონმდებლობა. ვითარების ადგილზე გასაცნობად განხორციელდა ვიზიტები 12 ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებაში⁷, 3 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ზრდასრულთა პანსიონატსა⁸ და 6 სათემო ორგანიზაციაში.⁹

აღსანიშნავია, რომ დასახელებული დაწესებულებები სპეციფიკურია სამართლებრივი სტატუსის, ადმინისტრირების, დაფინანსებისა და ზრუნვის სტანდარტების კუთხით.

ფსიქიატრიული დაწესებულებები ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის¹⁰ ფარგლებში აწვდიან სტაციონარულ ფსიქიატრიულ მომსახურებას.¹¹

შშმ პირთა პანსიონატები არის საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ ადამიანთ ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის ტერიტორიული ორგანოები (ფილიალები). ფონდის ფუნქციებს, სხვა საკითხებთან ერთად განეკუთვნება ბენეფიციართათვის ოჯახურ გარემოსთან მიახლოებული პირობების შექმნა და სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარება/ორგანიზება.¹²

სათემო ორგანიზაციები ფუნქციონირებენ „სოციალური რეაბილიტაციის და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის“ სათემო ორგანიზაციების ქვეპროგრამის ფარგლებში, რომელსაც ყოველწლიურად ამტკიცებს საქართველოს მთავრობა¹³ და მის სამიზნე ჯგუფს მიეკუთვნებიან 18

⁷ შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“; შპს „№5 კლინიკური სავადმყოფოს“; შპს „ქალაქ თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“; სს „ევექსის ჰოსპიტლები“ - ივანე ბოკერიას სახელობის თბილისის რეფერალური ჰოსპიტლის; შპს „ქუთაისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“; შპს „ბათუმის სამედიცინო ცენტრის“; შპს „რუსთავის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“; შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“; შპს „სენაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“; შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“; სურამის ფსიქიატრიული კლინიკის; შპს „იმერმედი-იმერეთის სამხარეო სამედიცინო ცენტრის“ (თერჯოლმედის).

⁸ მარტყოფის, დუშეთისა და ძეგრის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატები.

⁹ ეს ორგანიზაციებია: ა(ა)იპ „სიღნაღის რეგიონის სოციალურად უმწეოთა თერაპიის კავშირი“, ა(ა)იპ „თაობათა კერა“1, ა(ა)იპ „თაობათა კერა“2, ა(ა)იპ „ბროწლიანის სათნოების სახლი“, ა(ა)იპ საქველმოქმედო კავშირი „თემი“, კლინიკა-Life.

¹⁰ საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 31 დეკემბრის №693 დადგენილება „2019 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“.

¹¹ ჯგუფური ფსიქოგანათლება/თერაპია, ოკუპაციური თერაპია, კოგნიტური რეაბილიტაცია ან დღის აქტივობები: არტთერაპია/ერგოთერაპია, ინტეგრირებული ფსიქოლოგიური თერაპია, ინდივიდუალური ბაზისური უნარების აღდგენა ან სპორტული/სადღესასწაულო ღონისძიებები.

¹² „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ადამიანთ ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 13 თებერვლის N146 დადგენილება [2019 წლის მდგომარეობით], მუხლი 3, პუნქტი „ზ“

¹³ „ბავშვზე ზრუნვისა და სოციალური რეაბილიტაციის 2019 წლის სახელმწიფო პროგრამა“ დამტკიცდა 2018 წლის 31 დეკემბერს, მთავრობის №684 დადგენილებით.

წლისა და უფროსი ასაკის შშმ პირები, ასევე, აღნიშნული კატეგორიის ბენეფიციართა 18 წლამდე ასაკის შვილები, თუკი ეს ბავშვის ინტერესებს არ ეწინააღმდეგება.¹⁴

მონიტორინგის ჯგუფი¹⁵ საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დეპარტამენტის წარმომადგენლებისა¹⁶ და მოწვეული ექსპერტებისგან - ექიმი ფსიქიატრისა¹⁷ და ექიმი მეან-გინეკოლოგისგან¹⁸ შედგებოდა.

ინფორმაცია ბენეფიციართან, ადმინისტრაციასა და თანამშრომლებთან გასაუბრების, ასევე, დაწესებულებაში აღნიშნულ პირთა ყოფნის პირობების დათვალიერება/შემოწმების გზით შეიკრიბა. შეფასდა ბენეფიციართა საცხოვრებელი გარემო. ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჩატარდა სამიზნე დაწესებულებებში მყოფ რეპროდუქციული (15-დან 49 წლამდე) ასაკის ქალ პაციენტთან/ბენეფიციართან,¹⁹ ასევე, ადმინისტრაციის წარმომადგენლებთან და პერსონალთან²⁰ და ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკის განსაზღვრაზე პასუხისმგებელი უწყებების წარმომადგენლებთან.²¹ კვლევის ექსპერტებმა ასევე გააანალიზეს 120-მდე პაციენტის/ბენეფიციარის სამედიცინო დოკუმენტაცია.

სამიზნე დაწესებულებებში ადგილზე შემოწმდა პაციენტთა/ბენეფიციართა მკურნალობისა და ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ამსახველი შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაცია. მათ შორის, დაწესებულებაში მოთავსების, ფარმაცოლოგიური მკურნალობის, სომატური დაავადებების მკურნალობის, ჩატარებული სკრინინგის, ანალიზების და სხვა გამოკვლევების, მედიკამენტებითა და ჰიგიენური საშუალებებით მომარაგების, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ღონისძიებების შესახებ დოკუმენტები.

იმ დაწესებულებებში, სადაც დასაქმებული არიან ექიმი-გინეკოლოგები, კვლევის ექსპერტებმა დამატებით შეისწავლეს მათთან გაფორმებული შრომითი ხელშეკრულებები, მათი კვალიფიკაციის

¹⁴ „სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის 2019 წლის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 31 დეკემბრის №684 დადგენილება, დანართი 1.12, მუხლი 4, პუნქტი 1, „ა“ ქვეპუნქტი.

¹⁵ თითოეულ დაწესებულებაში ვიზიტს ახორციელებდა 4 წევრისგან შემდგარი მონიტორინგის ჯგუფი.

¹⁶ ირინე ობოლაძე, რუსუდან კოხომე, ნინო ვალიკოვი, ნათია ბერაძე, ლიკა ბაციკაძე.

¹⁷ ექიმი-ფსიქიატრი, მარინე კურატაშვილი.

¹⁸ დოქტორი ჯანდაცვის მენეჯმენტის/ადმინისტრირების, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დარგში, მეან-გინეკოლოგი ლელა შენგელია.

¹⁹ კვლევის ფარგლებში ჩაღრმავებული ინტერვიუს ფორმატით სულ 93 ქალი ბენეფიციარი/პაციენტი გამოიკითხა;

²⁰ ინტერვიუ ჩატარდა ყველა დაწესებულების ექიმ-ფსიქიატრებთან (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), ექიმ-თერაპევტებთან, ექთნებთან, უფროს ექთნებთან, მომვლელებთან. კვლევის ფარგლებში სულ ჩატარდა 103 ჩაღრმავებული ინტერვიუ დაწესებულების პერსონალთან.

²¹ სულ 2 ინტერვიუ: 1 საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენელთან და 1 - აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის წარმომადგენელთან.

დამადასტურებელი დოკუმენტაცია, მუშაობის განრიგი და პაციენტთა/ბენეფიციართა სამედიცინო ისტორიაში ან აღრიცხვის ჟურნალებში მათ მიერ გაკეთებული ჩანაწერები.

ჩატარებული ვიზიტების (საველე სამუშაოების) მიგნებების გადასამოწმებლად, ასევე გარკვეული საკითხების დასაზუსტებლად, 2019 წლის 11 და 13 სექტემბერს სახალხო დამცველის ოფისში გაიმართა ფოკუს ჯგუფის შეხვედრები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს წარმომადგენლებთან - ექიმ ფსიქიატრებთან და ფსიქიატრიული დაწესებულებების ხელმძღვანელებთან, ასევე, ფსიქოსოციალური საჭიროების მქონე და შშმ ქალთა უფლებებზე მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან. ასევე, 2019 წლის 6 დეკემბერს შედგა სამუშაო შეხვედრა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და ადამიანთა ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) სხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის წარმომადგენლებთან. შეხვედრის მიზანი იყო კვლევის შედეგად გამოვლენილი ძირითადი მიგნებების გაცნობა და დისკუსია აღნიშნული პრობლემების მოგვარების საშუალებებზე.

მონიტორინგის ძირითადი მიგნებები

მონიტორინგმა გამოავლინა მთელი რიგი სისტემური და ცალკეული ხარვეზები, რაც მიუთითებს, რომ შემოწმებულ დაწესებულებებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჭიროებები სათანადოდ გამოვლენილი და აღიარებული არ არის არც სახელმწიფოს მიერ, პოლიტიკის დონეზე და არც პრაქტიკაში, დაწესებულების მხრიდან. კერძოდ, მონიტორინგმა ცხადყო, რომ:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფოს მიერ აღიარებული კლინიკური პრაქტიკული სახელმძღვანელოები ე.წ. ეროვნული გაიდლაინები მოძველებულია და საჭიროებს განახლებას. მათი უმრავლესობა, განსხვავებით საერთაშორისო გაიდლაინებისგან, არ შეიცავს სპეციალურ თავს, რომელიც უშუალოდ ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას შეეხება. ქვეყანაში არ არის დანერგილი გზამკვლევი, რომელიც ხელს შეუწყობს ორსულობისა და ლოგინობის ხანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალის მკურნალობასა და მოვლას. ამასთან, სამედიცინო პერსონალი მუშაობისას ნაკლებად ხელმძღვანელობს ეროვნულ გაიდლაინებში რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით მოცემული მინიმალური რეკომენდაციებით
- შემოწმებულ დაწესებულებებში არ ხდება ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყებამდე და მისი მონიტორინგი მკურნალობის პროცესში. საჭირო ლაბორატორიული კვლევების ხელმისაწვდომობა პრობლემურია როგორც ფსიქიატრიული, ისე სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებისთვის. ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში სტაციონირებისას ქალი დროულად არ მოწმდება შესაძლო ორსულობაზე. დაწესებულებებში ხანგრძლივი დროით მოთავსებულ ქალთათვის კი გინეკოლოგიური მომსახურება არ არის სათანადოდ უზრუნველყოფილი

- ქალები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით, არ არიან ჩართულნი დაავადებათა ადრეული გამოვლენის სახელმწიფო სკრინინგ პროგრამაში (გარდა C ჰეპატიტის სკრინინგისა). განსაკუთრებით პრობლემურია ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული კვლევების ხელმიუწვდომლობა. აივ ინფექციასა და სიფილისურ ინფექციაზე ტესტირებას არ აქვს სისტემური ხასიათი
- სამედიცინო პერსონალის, კერძოდ, ექიმი-ფსიქიატრებისა და გინეკოლოგების ცოდნა/ინფორმირებულობა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ფსიქოტროპული მედიკამენტების ზეგავლენისა და მათი კორექციის გზების შესახებ, არაადაკმაყოფილებელია. ასევე, მკვეთრად დაბალია პაციენტების/ბენეფიციარების ცოდნა მათი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების შესახებ. მათ არ აქვთ ინფორმაცია დანიშნული ფსიქოტროპული მედიკამენტების არასასურველი გვერდითი ეფექტების შესახებ, მათ შორის, წამლების ზეგავლენის შესახებ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე
- ფსიქიატრიული სტაციონარების დიდი ნაწილისთვის და პანსიონატებისთვის პრობლემურია ძვირადღირებული, მაღალი ხარისხის მქონე იმ თანამედროვე ფსიქოტროპული მედიკამენტების შეძენა, რომლებიც ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე მინიმალური არასასურველი ზეგავლენით ხასიათდება
- გამოწვევას წარმოადგენს დაწესებულებების ადმინისტრაციისა და პერსონალის მხრიდან პაციენტთა შორის ძალადობის, მათ შორის, სავარაუდო სექსუალური ძალადობის ფაქტების გამოვლენა. სამედიცინო პერსონალი გულგრილად ეკიდება პაციენტების „ჩივილებს“ ასეთ ფაქტებთან დაკავშირებით და ხშირად უგულებელყოფს კიდევ მათ
- ერთ-ერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში²² გამოვლინდა გაიდლაინებით გაუთვალისწინებელი მედიკამენტის გამოყენების გზით ლიბიდოს მიზანმიმართულად დაქვეითების შემთხვევა.

1. საერთაშორისო და ეროვნული რეგულაციები და სახელმძღვანელო დოკუმენტები

ქალთა საჭიროებებზე ორიენტირებული ჯანმრთელობის დაცვის სერვისის მიწოდების ხარისხზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შესაბამის დაწესებულებებში დასაქმებული სპეციალისტებისა და ზოგადად, პერსონალის მხრიდან საერთაშორისო და ეროვნული რეგულაციებით და სახელმძღვანელო დოკუმენტებით გაწერილი მიდგომების გათვალისწინება მკურნალობის პროცესში. გამომდინარე იქიდან, რომ სახელმძღვანელო დოკუმენტები განახლებადია, ხოლო მისი დებულებები მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, სფეროსთვის დამახასიათებელი დინამიური პროცესის სისტემატურ მიდევნებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს. ქვემოთ მოცემულ ქვეთავებში განხილულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით როგორც საერთაშორისო, ისე ეროვნულ დონეზე შემუშავებული რეგულაციები, ასევე, სახელმძღვანელო დოკუმენტებით გაწერილი დებულებები.

²² სურამის ფსიქიატრიული კლინიკა

1.1. საერთაშორისო რეგულაციები და სახელმძღვანელო დოკუმენტები (გაიდლაინები)

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაეროს კონვენციის (UNCRPD) თანახმად, მთავრობები იღებენ ვალდებულებას, უზრუნველყონ შშმ პირთა ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე.²³ კონვენციის მე-6 მუხლი განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს შშმ ქალების მრავალმხრივი დისკრიმინაციის რისკებზე და ხელისუფლებას მოუწოდებს, მიიღოს ყველა შესაბამისი ზომა ქალთა ყოველმხრივი განვითარების, წინსვლის, დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფისა და მათთვის მინიჭებული უფლებებისა და ძირითად თავისუფლებათა გარანტირებისათვის. ამავე მუხლის ზოგად კომენტარში გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტი განმარტავს²⁴, რომ შშმ ქალთა უფლებების დაცვის კუთხით მთავარ გამოწვევათა შორის აღსანიშნავია შშმ ქალთა ინსტიტუციებში მოთავსება და მათი სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების შეზღუდვა.

პაციენტთა მკურნალობის რეკომენდაციები ასახულია კლინიკურ პრაქტიკულ სახელმძღვანელოებში, ე.წ. გაიდლაინებში (გზამკვლევი). გაიდლაინი არის „მუდმივად განახლებადი დებულებების კრებული, რომელიც ეხმარება ექიმებსა და პაციენტებს სპეციფიკური მდგომარეობების მკურნალობასთან დაკავშირებით სწორი გადაწყვეტილების მიღებაში“.²⁵ ეს დებულებები კვლევებით მიღებულ საუკეთესო მტკიცებულებებს ეყრდნობა. ამასთან, კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაცია არ არის პრობლემის მართვის მზა რეცეპტი. იგი უნდა განვიხილოთ როგორც ხელმისაწვდომ საუკეთესო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარჩო, რომელიც უნდა მიესადაგოს ლოკალურ საჭიროებებს, რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს.

სახალხო დამცველის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის ფარგლებში გაანალიზდა იმ ფსიქიკურ აშლილობათა გაიდლაინები, რომლებიც ყველაზე ხშირად მოითხოვს 24 საათიანი მზრუნველობისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში მკურნალობას.

ერთ-ერთი ასეთი საყოველთაოდ აღიარებული გაიდლაინია ფსიქიკური აშლილობების მოდსლის გაიდლაინი.²⁶ დოკუმენტში უშუალოდ ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას ცალკე ქვეთავები ეძღვნება. ეს საკითხი ასევე გვხვდება სახელმძღვანელოს სხვა თავებშიც.²⁷ სახელმძღვანელო იძლევა რეკომენდაციას, სექსუალური დისფუნქციის მკურნალობის დაწყებამდე ზუსტად დადგინდეს მისი გამომწვევი მიზეზი, გამოირიცხოს სომატური დაავადებები, შემდეგ შემცირდეს/მოიხსნას დისფუნქციის გამომწვევი მედიკამენტი, ან ჩანაცვლდეს სხვა წამლით, ანდა

²³ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, პრეამბულა და მუხლი 25. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2tgUYrO> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

²⁴ ზოგადი კომენტარი №3 შშმ გოგონათა და ქალთა შესახებ, 2016 წ. პარ. 10. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2NAdC4K> [წყარო ბოლოს ნანახია 16.12.2019].

²⁵ „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), გვ.4. წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/36XPkIw>

²⁶ David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur “The Maudsley, Prescribing guidelines in psychiatry”, (12th edition, 2015, Wiley Blackwell)

²⁷ David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur “The Maudsley, Prescribing guidelines in psychiatry”, 12th edition, 2015 (გვ.137–142; 133–136; 319–320; 324–327; 541–575).

ჰიპერპროლაქტინემიის შემთხვევაში, დაინიშნოს/დაემატოს არიპიპრაზოლი. ეფექტის არარსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია „ანტიდოტი“ წამლების დანიშვნა.

აღნიშული გაიდლაინი დეტალურად განიხილავს კონკრეტული მედიკამენტების გავლენას პროლაქტინის დონის ცვლილებაზე. სახელმძღვანელოს რეკომენდაციაა, იმ მედიკამენტების დანიშვნის წინ, რომლებიც უფრო მეტად იწვევენ პროლაქტინის დონის მომატებას,²⁸ წინასწარ განისაზღვროს მისი დონე სისხლის პლაზმაში. ასევე, 3 თვის თავზე პაციენტებს უნდა დაესვათ კითხვები ჰიპერპროლაქტინემიასთან დაკავშირებული სიმპტომების არსებობაზე. გაიდლაინი განსაზღვრავს რეპროდუქციულ ჯანრმთელობაზე მედიკამენტის არასასურველი გავლენის შემთხვევაში კონკრეტულად მისაღებ ზომებსაც.²⁹ აღწერილია, თუ რა ღონისძიებებია გასატარებელი პროლაქტინის დონის მომატების სხვადასხვა ხარისხის დროს.

მოდლის გაიდლაინში ჩამოთვლილია სექსუალური დისფუნქციის ის ფორმები, რომელთაც სხვადასხვა ჯგუფის ანტიდეპრესიული მედიკამენტი იწვევს (ლიბიდოს დაქვეითება, დაგვიანებული ორგაზმი და სხვ.). რეკომენდებულია, რომ მკურნალობის დაწყებამდე გამოკითხვის საშუალებით დადგინდეს სექსუალური ფუნქციონირების ბაზისური მდგომარეობა. მკურნალობის პროცესში სექსუალური დისფუნქციის გამოვლენისას შემცირდეს დანიშნული ანტიდეპრესანტის დოზა და/ან დაინიშნოს ისეთი ანტიდეპრესანტი, რომელსაც მსგავსი გვერდითი ეფექტი პრაქტიკულად არ ახასიათებს.³⁰

გაიდლაინების მიხედვით, აუცილებელია რეპროდუქციული ასაკის ქალებთან, მიუხედავად იმისა, გეგმავენ თუ არა ისინი ორსულობას, მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი პოტენციურად ნაყოფის დამაზიანებელი წამლების დანიშვნის პრაქტიკა. ამასთან, ქალებთან, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, სასურველია მონოთერაპია.

საერთაშორისო გაიდლაინები დაწვრილებით ინფორმაციას შეიცავს ორსული და მეძუძური ქალებისთვის მკურნალობის სტრატეგიასთან დაკავშირებით. მოცემულია ფსიქოტროპული წამლების დანიშვნის ზოგადი პრინციპები ორსულ და მეძუძურ ქალებში და აღნიშნულია, რომ ახალი თაობის ფსიქოტროპული წამლები ნაკლები ტერატოგენულობით ხასიათდებიან. განსაზღვრულია ფსიქოზური მდგომარეობის მკურნალობის რეკომენდაციები ორსულობის პერიოდში.³¹

²⁸ მაგალითად, რისპერიდონი, ამისულპირიდი, სულპირიდი, პირველი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტები.

²⁹ მაგალითად, თუ პროლაქტინის დონე მაღალია და სიმპტომებიც სახეზეა, საჭიროა სხვა წამალზე გადართვა. სახელმძღვანელოს რჩევით, ჰიპერპროლაქტინემიაზე მაღალი რისკის მქონე წამლები სასურველია არ დაენიშნოს 25 წლის ასაკის ქვემოთ ახალგაზრდა ქალებს და მათ, ვისაც ანამნეზში ჰორმონდამოკიდებული მკერდის კიბო აღნიშნებათ.

³⁰ აგომელატინი, ბუპროპიონი.

³¹ გაიდლაინში აღნიშნულია, რომ ფსიქოზის ხშირი გამწვავებისადმი მიდრეკილ ორსულებში წამლების შეწყვეტა არ არის მიზანშეწონილი, ჩამოთვლილია ის მედიკამენტები, რომელთაც მინიმალური გვერდითი ეფექტები აქვთ (ქლორპრომაზინი, ტრიფლუპერაზინი, ჰალოპერიდოლი, ოლანზაპინი, ქვეტიპინი, კლოზაპინი).

დოკუმენტში ვრცლადაა განხილული დეპრესია ორსულებსა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში. აღწერილია ანტიდეპრესანტების მიღებასთან დაკავშირებული რისკები. დახასიათებულია კონკრეტული პრეპარატები, რომლებიც იწვევენ გუნება-განწყობის სტაბილიზაციას.³² აღნიშნულია, რომ ამ რეკომენდაციების გათვალისწინება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ორსულობის პირველ 6 კვირაში, როცა ბევრმა ჯერ არ იცის, რომ ორსულადაა. სახელმძღვანელოში ასევე მოცემულია რეკომენდაციები ორსულების მკურნალობისათვის სხვა ფსიქიკური აშლილობების დროსაც.

სხვა საერთაშორისო გაიდლაინები ასევე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ რეპროდუქციული ასაკის ქალების ფსიქოგანათლების აუცილებლობასა და მნიშვნელობას. ამის მაგალითია გერმანიის ბიპოლარული აშლილობის საზოგადოების და გერმანიის ფსიქიატრიის და ფსიქოთერაპიის, ფსიქოსომატიკის და ნევროლოგიის საზოგადოების მიერ გამოცემული გაიდლაინი, სადაც აღნიშნულია, რომ „რუტინული მკურნალობის და ფსიქოგანათლების ფარგლებში რეპროდუქციული ასაკის პაციენტ ქალებთან უნდა ტარდებოდეს საუბარი კონტრაცეფციისა და ორსულობის თემაზე“.³³

გაიდლაინი იძლევა დაწვრილებით პრაქტიკულ რჩევებს ორსულობის სამივე ტრიმესტრის მართვისთვის, ასევე მშობიარობის, მელოგინეობის და მეძუძურობის პერიოდისათვის.³⁴ გარდა ამისა, გაიდლაინში მოცემულია რეკომენდაციები ფსიქოტროპული მედიკამენტების უსაფრთხოებასთან დაკავშირებით, ორსული და მეძუძური ქალებისთვის.³⁵

საერთაშორისო გაიდლაინების ანალიზი ცხადყოფს, რომ მათში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალი პაციენტების რეპროდუქციული უფლების დაცვის მიზნით, ასახულია კონკრეტული ფსიქიატრიული დიაგნოზის შემთხვევაში მკურნალობის კონკრეტულ ეტაპზე კონკრეტული მედიკამენტების დანიშვნის ან არ დანიშვნის რეკომენდაციები და მოცემულია ფსიქოტროპული მედიკამენტების უარყოფითი გავლენის შემცირების გზები. შესაბამისად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში დასაქმებული პრაქტიკოსი ექიმებისთვის, პრაქტიკული კლინიკური სახელმძღვანელოები ძალიან მნიშვნელოვანია.

³² საგანგებოდ არის მითითებული, რომ ლითიუმის მარილი არ უნდა დაინიშნოს. რეკომენდებულია, რომ ვალპროატი, რომელიც ნაყოფის მავნეა, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ქალს რეპროდუქციულ ასაკში არ უნდა დაენიშნოს.

³³ Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen DGBS, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik, und Nervenheilkunde DGPPN “zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“ (გვ. 330–342).

³⁴ ნათქვამია, რომ ახალშობილებში ფსიქოტროპული მედიკამენტების ზეგავლენისგან მომდინარე სავარაუდო გართულებების გამო მშობიარობა უნდა ჩატარდეს პერინატალურ ცენტრში; რეკომენდაციები ეხება ზრუნვის სხვა ასპექტებსაც. მაგალითად, რეკომენდებულია, მშობიარობის შემდგომ პირველ კვირაში, მელოგინის ძილ-ღვიძლის რიტმზე ზრუნვიდან გამომდინარე, ჩვილს ღამის საათებში სხვამ მოუაროს; თუ მელოგინის ფსიქიკური მდგომარეობის გამწვავების რისკი მაღალია, სასურველია, მას შემდგომი პერიოდისთვისაც ჰყავდეს დამხმარე, ან მოათავსონ სპეციალურ დაწესებულებაში, ჩვილბავშვებიანისთვის.

³⁵ მაგალითად, მითითებულია, რომ ნეიროლეფსიური პრეპარატებიდან ამ ეტაპზე ყველაზე უსაფრთხოდ მიჩნეულია ჰალოპერიდოლი და ქვეტიპინი. მეძუძური ქალებისთვის SSRI-ის ჯგუფის ანტიდეპრესანტებიდან რეკომენდებულია ციტალოპრამი და სერტრალინი, ხოლო სხვა ჯგუფებიდან - ამიტრიპტილინი და ვენლაფაქსინი.

1.2. ეროვნული კანონმდებლობა და სახელმძღვანელო დოკუმენტები (გაიდლაინები)

საქართველოს კანონმდებლობის ანალიზი აჩვენებს, რომ ეროვნული რეგულაციები სათანადოდ არ ითვალისწინებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების საკითხებს.

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი განსაზღვრავს ფსიქიატრიული დახმარების სამართლებრივ და ორგანიზაციულ საფუძვლებს, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ფსიქიატრიული დახმარების ფორმებს, მათ უფლებებს, აგრეთვე ფსიქიატრიის დარგის მუშაკთა საქმიანობის წესებსა და პირობებს.³⁶ თუმცა, აღნიშნული კანონი არ ითვალისწინებს აუცილებელი ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას გენდერულ სპეციფიკას და ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საჭიროებაზე არ მიუთითებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების 2015-2020 წლების სტრატეგიული დოკუმენტისა და სამოქმედო გეგმის³⁷ სახელმძღვანელო პრინციპია მოსახლეობის განსაკუთრებით მოწყვლადი ჯგუფების საჭიროებების (მაგალითად, ბავშვები, მოზარდები, ქალები, მოხუცები, იძულებით გადაადგილებული პირები, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და პენიტენციურ დაწესებულებებში მყოფი პირები) უპირატესი გათვალისწინება. თუმცა გეგმა არ მოიცავს კონკრეტული ღონისძიებების გატარების ვალდებულებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა უფლებების დაცვის უზრუნველსაყოფად.

ადამიანის უფლებათა დაცვის (2018-2020 წლების) სამთავრობო სამოქმედო გეგმა³⁸, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ისე ქალთა რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის უფლებების დაცვის მიზნით, ითვალისწინებს გარკვეულ ამოცანებს, თუმცა რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებთან მიმართებით არ განიხილება, აღნიშნული სფეროები არ გადაიკვეთება და ამის მოსაწესრიგებლად კონკრეტული აქტივობები არ იგეგმება.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პაციენტთა მკურნალობის ეროვნულ გაიდლაინებში³⁹ ასევე არასრულყოფილად, ფრაგმენტულად და უსისტემოდაა წარმოდგენილი ინფორმაცია ქალ

³⁶ „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონი, მუხლი 2. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/3ajRg1d> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

³⁷ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 31 დეკემბრის დადგენილება №762. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/37dT9KA> [ნოლოს ნანახია 23.01.2020].

³⁸ ადამიანის უფლებათა დაცვის სამთავრობო სამოქმედო გეგმის (2018-2020 წლებისთვის) დამტკიცების შესახებ საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 17 აპრილის №182 დადგენილება. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2u34Cy5> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

³⁹ „მიზოფრენის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/36XPkJw> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020]. „დეპრესიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/38g5r5y> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

პაციენტთა მკურნალობისას მათი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) - „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“ საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მიერ 2013 წელს არის დამტკიცებული.⁴⁰ გაიდლაინი საკმაოდ მოცულობითია, მაგრამ საერთაშორისო გაიდლაინებისგან განსხვავებით, იგი არ შეიცავს სპეციალურ თავს, რომელიც უშუალოდ ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას შეეხება. ზოგიერთი თავი შეიცავს პირდაპირ ან ირიბ, მოკლე ინფორმაციას რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.⁴¹ ამასთან, ცნობილია, რომ გაიდლაინების ხელახლა გადასინჯვის ვადად მიჩნეულია 3 წელი. ამდენად, გაიდლაინში, ბოლო პერიოდის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კვლევების მონაცემები ამ დიაგნოზთან დაკავშირებით, ვერ მოხვდებოდა. შესაბამისად, გაიდლაინი აუცილებლად საჭიროებს გადახედვას/განახლებას.

შიზოფრენიის მკურნალობის ეროვნულ გაიდლაინში ფსიქოტროპული წამლების გვერდით მოვლენებს შორის სხვებთან ერთად დასახელებულია პროლაქტინის დონის მომატება.⁴² იქვე აღნიშნულია, რომ შიზოფრენიის მქონე პაციენტების აზრით, მკურნალობის ყველაზე შემაწუხებელი გვერდითი ეფექტები, სხვებთან ერთად, არის სექსუალური დისფუნქცია.⁴³

გაიდლაინის რეკომენდაციის თანახმად, პროლაქტინის სკრინინგი უნდა მოხდეს კლინიკური საჭიროების მიხედვით. სახელმძღვანელოში აღწერილია სკრინინგის ჩატარების სპეციფიკაც.⁴⁴ გაიდლაინით ასევე რეკომენდებულია პაციენტის სომატური მდგომარეობის რეგულარული მონიტორინგი, თუმცა ცალკე არ არის გამოყოფილი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მონიტორინგის საჭიროება. ასევე არააფერია გამოკვეთილად ნათქვამი ორსული და მემუბური ქალის ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის რეკომენდაციებთან დაკავშირებით.

⁴⁰ „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/373mQxY> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁴¹ მაგალითად, თავში, „ფარმაკოლოგიური მკურნალობა“, ვკითხულობთ: „ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ყურადსაღებ გვერდით ეფექტს მიეკუთვნება ასევე სისხლის შრატში პროლაქტინის დონის მატება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მენსტრუალური ციკლის დარღვევები, გალაქტორეა და სექსუალური დისფუნქცია, ხოლო მოგვიანებით ამცირებს ძვლების მინერალურ სიმკვრივეს“.

⁴² ნათქვამია, რომ „მედიკამენტით გამოწვეული ჰიპერპროლაქტინემია ზოგჯერ სექსუალურ დისფუნქციას იწვევს, რაც, როგორც ჩანს, ყოველთვის არ რეგისტრირდება, რადგან ხშირად ძნელია ამ საკითხზე საუბრის წამოწყება“.

⁴³ „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, გვ. 64, წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2TuLyn6> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁴⁴ მითითებულია, რომ ჰიპერპროლაქტინემიასთან დაკავშირებული სიმპტომების არსებობისას, დანიშნული მედიკამენტი შეიცვალოს სხვა მედიკამენტით (არიპიპრაზოლი, ოლანზაპინი, ქვეტიპინი, კლოზაპინი) ან დაემატოს არიპიპრაზოლი. მითითებულია, რომ საჭიროებისას დანიშნულებას ემატება დოფამინ-აგონისტები.

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) - „დეპრესიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“ ასევე 2013 წელს არის დამტკიცებული და საჭიროებს განახლებას.⁴⁵ თუმცა მასში შედარებით უკეთესადაა წარმოდგენილი ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები. ამ თემას ეძღვნება სპეციალური თავიც, სადაც მოცემულია რეკომენდაციები ორსულობის პერიოდში მედიკამენტების შერჩევაზე, განხილულია სხვადასხვა პრეპარატის მიღებასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები ორსულობისა და მეძუძურობის დროს.⁴⁶

ამრიგად, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციები შეიცავენ გარკვეულ ინფორმაციას ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, თუმცა უცხოურ გაიდლაინებთან შედარებით, ეს ინფორმაცია ცალმხრივი და ფრაგმენტულია.

როგორც უკვე აღინიშნა, კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციები არის პრაქტიკული სახელმძღვანელო, რომლის რეკომენდაციებიც დაფუძნებულია მტკიცებულებებზე და სასურველია პრაქტიკულ მუშაობაში მათი გათვალისწინება. ამ რეკომენდაციებს აუცილებლად ითვალისწინებენ სადავო პრაქტიკული შემთხვევების დროს. ამ დროს უპირატესობა ენიჭება და სწორად მიიჩნევა მკურნალობის ის მეთოდი, რომელიც გაიდლაინითაა რეკომენდებული.⁴⁷ შესაბამისად, უმნიშვნელოვანესია, რომ პრაქტიკოსი ექიმები კარგად იცნობდნენ და ითვალისწინებდნენ ეროვნული გაიდლაინის რეკომენდაციებს.

საყურადღებოა, რომ ქვეყანაში ჯანდაცვის პოლიტიკის განსაზღვრაზე პასუხისმგებელი პირები გაიდლაინს განიხილავენ როგორც ამოსავალ წერტილს სამედიცინო დახმარების ხარისხთან მიმართებით. მიუხედავად მისი სარეკომენდაციო ხასიათისა, იგი თავს უყრის ძალიან ბევრ გამოცდილებასა და რანდომიზებულ კვლევას. ეროვნული გაიდლაინები დგება მსოფლიოში არსებულ გაიდლაინებზე დაყრდნობით, პროფესიული ასოციაციების მონაწილეობით, რომელიც მას ქვეყნის კონტექსტის გათვალისწინებით გადაამუშავებს.⁴⁸

1.3 სახელმძღვანელო დოკუმენტებით გათვალისწინებული რეკომენდაციების პრაქტიკაში შესრულების ხარისხი

ფსიქიატრიულ სტაციონარებსა და პანსიონატებში ჩატარებულმა მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ საერთაშორისო და ეროვნულ დონეზე მოქმედი გაიდლაინებით გათვალისწინებული

⁴⁵ „დეპრესიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2NwL8Je> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁴⁶ მაგალითად, ნათქვამია, რომ მსუბუქად და ზომიერად გამოხატული დეპრესიების დროს სასურველია მხოლოდ ფსიქოთერაპიას მივმართოთ, ხოლო თუ ანტიდეპრესანტის დანიშვნის საჭიროებაა, დაინიშნოს ნაკლები რისკის მქონენი. ასეთად ორსულობისას დასახელებულია ამიტრიპტილინი, იმიპრამინი, ფლუოქსეტინი, ხოლო დედის რძეში ყველაზე ნაკლები კონცენტრაციით გადადის იმიპრამინი და სერტრალინი.

⁴⁷ ინტერვიუები ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პოლიტიკის განსაზღვრაზე პასუხისმგებელ პირებთან.

⁴⁸ ინტერვიუები ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პოლიტიკის განსაზღვრაზე პასუხისმგებელ პირებთან.

რეკომენდაციების პრაქტიკაში გამოყენების მხრივ, საკმაოდ განსხვავებული მდგომარეობაა როგორც ცალკეულ დაწესებულებებს შორის, ისე ერთი დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს შორისაც. მონიტორინგის სამიზნე დაწესებულებებში გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის ნაწილი აღიარებს, რომ მუშაობისას არ ხელმძღვანელობენ გაიდლაინის რეკომენდაციებით რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, მკურნალობისას ეყრდნობიან პირად გამოცდილებას და პირველ რიგში ცდილობენ მოხსნან მწვავე ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომები. თუ გამოვლინდება პრობლემა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით, ისინი მიმართავენ გინეკოლოგს და შემდგომში, ამ პრობლემის გადაჭრაზე მიმართული მკურნალობა გინეკოლოგის დანიშნულების მიხედვით მიმდინარეობს.

გამოკითხული პერსონალის მეორე ნაწილი აღნიშნავს, რომ იცნობს და იყენებს როგორც ეროვნულ გაიდლაინებს, ისე უცხოურსაც. თუმცა მიაჩნიათ, რომ გაიდლაინებში არ არის საკმარისი ინფორმაცია ორსულობისას ფსიქიატრიული პათოლოგიების მართვისა და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების შესახებ. ისინი ასეთი პროტოკოლების შექმნის აუცილებლობაზე მიუთითებენ.

განსხვავებული დამოკიდებულებები გამოიკვეთა გაიდლაინის არსებული რეკომენდაციების მიმართაც. კერძოდ, ირკვევა, რომ გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის ნაწილი გაიდლაინების რეკომენდაციებს სრულად არ მიჰყვება. მაგალითად, არ ატარებენ პროფილაქტიკურ კვლევებს, თუ ამის აშკარა საჭიროებას არ ხედავენ. გამოითქვა აზრი, რომ გაიდლაინის ყველა რეკომენდაციის შესრულების შემთხვევაში მნიშვნელოვნად იზრდება ფინანსური ხარჯი და ამჟამად განსაზღვრული დაფინანსება ამ ხარჯებს ვერ ფარავს. ამ მოსაზრებით, „გაიდლაინები ხშირად ბარიერსაც წარმოადგენენ“. სხვა შემთხვევაში ეროვნული გაიდლაინების რეკომენდაციების უარყოფას იმით ხსნიან, რომ „ისინი დაწუნებულია ფსიქიატრების მიერ“. ერთ-ერთ დაწესებულებაში⁴⁹ გამოვლინდა, რომ სამედიცინო პერსონალი სარგებლობს იმ რეკომენდაციებით, რასაც კონსულტანტი პროფესორები იძლევიან პერიოდული ტრენინგების საშუალებით.

მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულ ექიმთა ნაწილი ადასტურებს გაიდლაინებში ასახული ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების ცოდნას, სამედიცინო დოკუმენტაციის ჩანაწერების ანალიზი ცხადად მეტყველებს იმაზე, რომ ეს ცოდნა პრაქტიკაში არ გამოიყენება. კერძოდ, არ ხდება ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყებამდე და მისი გეგმური მონიტორინგი მკურნალობის პროცესში. ამ სფეროში პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში არ ტარდება რეკომენდებული ლაბორატორიული ტესტირება. რეპროდუქციული ასაკის ქალისთვის მედიკამენტები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გათვალისწინებით არ ინიშნება - უპირატესობა ყოველთვის ფსიქიკური მდგომარეობის მართვას ენიჭება, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე მკურნალობის მოცემული მეთოდის შესაძლო უარყოფითი გავლენის გაუთვალისწინებლად.

⁴⁹ შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“.

მონიტორინგმა ცხადყო, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით პრობლემის გამოვლენისას, პირველ რიგში მიმართავენ გინეკოლოგის კონსულტაციას და გამოვლენილი მდგომარეობის მართვა მისი რეკომენდაციით წარმართება, რომელიც რიგ შემთხვევებში არ არის თანხვედრაში ეროვნული გაიდლაინების რეკომენდაციებთან. ამასთან, სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში დასაქმებული კონსულტანტი გინეკოლოგების კონსულტაცია მეტწილად ფორმალური ხასიათისაა და გასაუბრებით და ზედაპირული გასინჯვით შემოიფარგლება. თავად ფსიქიატრები ნაკლებად ცვლიან დანიშნულ წამალს გაიდლაინით რეკომენდებული მედიკამენტებით. ამის ერთ–ერთი მიზეზი შესაძლებელია ისიც იყოს, რომ მოქმედი შესყიდვის წესიდან და გამოყოფილი დაფინანსების ლიმიტიდან გამომდინარე, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ყოველთვის არ მიუწვდებათ ხელი სასურველ მედიკამენტზე. ამასთან უნდა აღინიშნოს, წამლების გვერდითი მოვლენების გამოვლენა და მათი ჩანაცვლება ვერ ხერხდება დაწესებულებაში პაციენტთა ხანმოკლე დაყოვნების გამო.

როგორც აღინიშნა, არასაკმარისი დაფინანსება გაიდლაინების რეკომენდაციების ნაკლებად გათვალისწინების ერთ–ერთ შესაძლო მიზეზად იკვეთება. აღნიშნულთან დაკავშირებით, ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პოლიტიკის განსაზღვრელი პირების⁵⁰ მხრიდან ინტერვიუს დროს აღინიშნა, რომ სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებისას მკურნალობის ღირებულების განსაზღვრად ჯამურად ითვალისწინებენ მრავალ დიაგნოზსა და გაიდლაინს და არა ცალკეული გაიდლაინის მოთხოვნის მიხედვით დაფინანსებას. ნოზოლოგიებს უმეტესად “per case” დაფინანსების მეთოდოლოგიის შემთხვევაში ითვალისწინებენ.

ყოველივე ზემოთქმულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ ეროვნული გაიდლაინები საჭიროებენ განახლებას და შევსებას მათში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თემისთვის უფრო მეტი ადგილის დათმობით, საუკეთესო საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით. ასევე სასურველია, სტაციონარული ფსიქიატრიული დაწესებულებების ბიუჯეტი თანხვედრაში იყოს გაიდლაინების რეკომენდაციების შესრულებისთვის საჭირო ფინანსურ ხარჯებთან. გაუმჯობესებას საჭიროებს ფსიქიატრიული სტაციონარების და პანსიონატების მედპერსონალის ცოდნა გაიდლაინებში ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე მოცემულ რეკომენდაციებთან დაკავშირებით.

2. მკურნალობის პროცესში ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინება

ქალთა ჯანმრთელობაზე ეფექტიანი ზრუნვა გულისხმობს მათი სპეციფიკური საჭიროებებისა და რეპროდუქციულ და სექსუალურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების გათვალისწინებას ფიზიკური თუ მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემის მკურნალობის პროცესშიც. მონიტორინგის ჯგუფმა შეაფასა სამიზნე დაწესებულებებში ექიმების მიერ მედიკამენტების დანიშვნისას ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე მათი

⁵⁰ ინტერვიუები ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში პოლიტიკის განსაზღვრაზე პასუხისმგებელ პირებთან.

არასასურველი გავლენის გათვალისწინებისა და პრევენციის საკითხი. შედეგად დადგინდა, რომ შემოწმებულ ყველა ტიპის დაწესებულებაში განსაკუთრებულ გამოწვევას წარმოადგენს რეპროდუქციული ასაკის ქალებში ფსიქოტროპული მედიკამენტების გამოყენება. შემოწმებული დაწესებულების პაციენტებისთვის/ბენეფიციარებისთვის პრობლემურია რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით ლაბორატორიული კვლევების ხელმისაწვდომობაც. ხარვეზები გამოვლინდა ასევე სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებისას ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხების ასახვის მიაძრეთულებითაც.

2.1. ფსიქოტროპული მედიკამენტების ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე შესაძლო ზეგავლენის შეფასება

ფსიქოტროპული მედიკამენტების ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალოდ გამოყენებას დაახლოებით 70 წლის ისტორია აქვს. ამ ხნის განმავლობაში დაგროვდა მრავალი მონაცემი ამ მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შესახებ, მათ შორის, ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე მათი არასასურველი ზემოქმედების კუთხითაც.

უკანასკნელ პერიოდში ჩატარებულმა არაერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ სექსუალური დისფუნქცია არის ფსიქოტროპული მედიკამენტების ერთ-ერთი ისეთი გვერდითი ეფექტი, რომელიც ყველაზე დიდ დისტრესს იწვევს და ცხოვრების ხარისხის დაქვეითების მნიშვნელოვანი მიზეზია. აღნიშნული ასოცირებულია მკურნალობის მიმართ ნეგატიურ განწყობასა და მკურნალობაზე თანხმობის მიუღწევლობასთანაც.⁵¹ იმ ქალ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ერთ ან მეტ ფსიქოტროპულ საშუალებას, სექსუალური დისფუნქციის წილი ძალიან მაღალია და დაახლოებით 68%-ს აღწევს.⁵² შიზოფრენიის მკურნალობის ეროვნულ გაიდლიანშიც აღნიშნულია, რომ ფსიქოტროპული მედიკამენტების ერთ-ერთი ყველაზე შემაწუხებელი გვერდითი ეფექტი სწორედ სექსუალური დისფუნქციაა.⁵³

ცნობილია, რომ ფსიქოტროპული მედიკამენტების ყურადსაღებ გვერდით ეფექტს მიეკუთვნება ასევე სისხლის შრატში პროლაქტინის დონის მატება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს მენსტრუალური ციკლის დარღვევები, ლაქტორეა და სექსუალური დისფუნქცია, ხოლო მოგვიანებით შეამციროს ძვლების მინერალური სიმკვრივე.⁵⁴

⁵¹ Anthony J. Bella¹ and Rany Shamloul. Psychotropics and sexual dysfunction (Central european journal of urology 2013; 66(4): 466–471)

⁵² Veda N Shetageri, Govind S Bhogale, NM Patil, RB Nayak, SS Chate Sexual dysfunction among females receiving psychotropic medication: A hospital-based cross-sectional study (Indian journal of psychological medicine , 2016 , Volume : 38 , Issue : 5 , Page : 447-454)

⁵³ შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, გვ.64, ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2R0utj4> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁵⁴ Haddad PM et al. (2004) Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia: mechanisms, clinical features and management. Drugs; 64:2291–2314. Meaney, A. M., Smith, S., Howes, O. D., et al. (2004) Effects of long-term prolactinraising antipsychotic medication on bone mineral density in patients with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 184, 503–508

მონიტორინგის პროცესში პაციენტებთან განხორციელებული ინტერვიუების შედეგად მიღებული ინფორმაციის სამედიცინო დოკუმენტაციასთან შედარებამ ცხადყო, რომ პაციენტებში/ბენეფიციარებში მენსტრუალური ციკლის დარღვევები არ განიხილებოდა მედიკამენტის შესაძლო გვერდით ეფექტად და ისინი წლების განმავლობაში განაგრძობდნენ ერთი და იმავე ფსიქოტროპული პრეპარატის მიღებას ექიმის დანიშნულების შესაბამისად. აღნიშნული ცალსახად არღვევს პაციენტის რეპროდუქციულ უფლებებს და პაციენტთა მიმართ სამედიცინო პერსონალის არაპროფესიონალურ, არაგულისხმიერ დამოკიდებულებაზე მიუთითებს.

სამედიცინო პერსონალის ინფორმაციით, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ფსიქოტროპული მედიკამენტების ზეგავლენას უმეტესად ექიმი ფსიქიატრი აფასებს, თუმცა ერთეულ შემთხვევებში, აღნიშნული კონსულტანცია გინეკოლოგის მოვალეობად მიაჩნიათ. გვერდითი მოვლენების გამოვლენის შემთხვევაში მკურნალობის ალტერნატიულ გზად მიიჩნევა მედიკამენტების შეცვლა ან დოზის შემცირება. მიუხედავად ამ ტაქტიკის მართებულობისა, შესწავლილი სამედიცინო დოკუმენტაციის ჩანაწერებით ირკვევა, რომ ალტერნატიული მედიკამენტით ჩანაცვლება პრაქტიკაში ყოველთვის რეკომენდაციების შესაბამისად არ ხდება. მაგალითად, ერთ-ერთ სტაციონარულ დაწესებულებაში მენსტრუალური ციკლის დარღვევის გამო პრეპარატი ჰალოპერიდოლი რისპერიდონით ჩანაცვლეს, რაც არასწორი გადაწყვეტილებაა, ვინაიდან რისპერიდონი ჰიპერპროლაქტინემიის ერთ-ერთი ყველაზე აქტიური გამომწვევია.⁵⁵

გამოკითხული პერსონალის ნაწილმა აღნიშნა, რომ პაციენტებს რეპროდუქციული ასაკისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, შესაძლებლობის ფარგლებში ენიშნებათ ნაკლები დოზის ან უფრო დამზოგველი პრეპარატები, თუმცა მათ ვერ შეძლეს ზუსტად დაესახელებინათ ეს მედიკამენტები. მსგავსი სურათი გამოიკვეთა ორსული პაციენტების შემთხვევაშიც. ექიმთა განმარტებით, ორსულობის დადგენის შემდეგ იცვლება დანიშნული წამლები, ან მცირდება მათი დოზა, თუმცა ორსულობისთვის უსაფრთხო მედიკამენტების დასახელება ექიმებს ასევე გაუჭირდათ.⁵⁶

მონიტორინგის ჯგუფმა დაასკვნა, რომ დაწესებულებებში ჯერ კიდევ იყენებენ მედიკამენტებს, რომლებიც საფრთხეს უქმნიან პაციენტს და უფრო მეტიც, ახდენენ მათ ქიმიურ სტერილიზაციას. მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლები აღნიშნავენ, რომ პაციენტის ჰიპერსექსუალობის დათრგუნვის მიზნით ისინი არ იყენებენ პრეპარატებს, რადგან ფსიქოტროპული მედიკამენტები თავისთავად იწვევს ლიბიდოს დაქვეითებას, გამოიკვეთა ისეთი პრეპარატის გამოყენების შემთხვევა, რომელიც გაიდლაინებით აღარ არის გათვალისწინებული.

⁵⁵ შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, გვ.70. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2TxjCyM> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁵⁶ მონიტორინგის ფარგლებში შევისწავლეთ ორსული პაციენტის სამედიცინო ისტორია, სადაც არ იკვეთება გინეკოლოგის კონსულტაცია და მედიკამენტების დანიშვნისას არ არის გათვალისწინებული მათი ზეგავლენა ნაყოფზე.

ერთ-ერთი ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებაში⁵⁷ გამოვლინდა ტენდეცია – პაციენტი ქალების აწეული ლიბიდოს საწინააღმდეგოდ გამოიყენონ სპეციფიკური პრეპარატი, რომელიც გაიდლაინებით არ არის რეკომენდებული და წარმოადგენს რამდენიმე ათეული წლის წინანდელი მეთოდის გახსენებას. მონიტორინგის პროცესში აღნიშნულ სტაციონარულ დაწესებულებაში ასევე გამოვლინდა ერთი მიმდინარე შემთხვევა, როდესაც ქალს ლიბიდოს დასაქვეითებლად აძლევენ სპეციალურ მედიკამენტს, „კამფორა მონობრომატას“, რომელიც პაციენტის ახლობლებმა დაამზადებინეს ავთიაქში. მედიკამენტის მიცემის გადაწყვეტილების მიღებისას, როგორც მედდის მონათხრობიდან ირკვევა, პერსონალი დაეყრდნო მრავალი წლის წინანდელ გამოცდილებას.

მონიტორინგის პროცესში ექიმ-ფსიქიატრებთან და სფეროს ექსპერტების ფოკუს ჯგუფთან გამართული შეხვედრისას აღინიშნა, რომ მართალია, ფსიქოტროპული მედიკამენტების უმეტესობა უარყოფით გავლენას ახდენს ქალის რეპროდუქციულ ფუნქციაზე, თუმცა საერთაშორისო ბაზარზე უკვე ხელმისაწვდომია ისეთი პრეპარატები, რომლებიც ნაკლები უარყოფითი ეფექტით ხასიათდებიან.⁵⁸ აღსანიშნავია, რომ აღნიშნული მედიკამენტების სახელმწიფო კონსოლიდირებული შესყიდვის არსებული წესი ქმნის გარკვეულ ბარიერებს ახალი თაობის შესაბამისი ხარისხის მედიკამენტების შეძენის პროცესში.⁵⁹

2.2. წვდომა ლაბორატორიულ და სხვა სამედიცინო კვლევებზე

შემოწმებული დაწესებულების პაციენტებისთვის/ბენეფიციარებისთვის პრობლემურია წვდომა ლაბორატორიულ კვლევებზე. ზოგიერთ სტაციონარულ დაწესებულებას საკუთარი ლაბორატორიაც არ გააჩნია. ლაბორატორიები არც პანსიონატებში ფუნქციონირებს და მიუხედავად სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულების ლაბორატორიებთან გაფორმებული ხელშეკრულებებისა, პანსიონატების ბენეფიციართათვის შეუძლებელია ისეთი სპეციფიკური გამოკვლევა, როგორცაა პროლაქტინის დონის განსაზღვრა სისხლის შრატში, რადგან აღნიშნულ ლაბორატორიებში მსგავსი კვლევა არ ტარდება. მათ ასევე არ აქვთ გარე ლაბორატორიებთან თანამშრომლობის შესაძლებლობა.

ამავე მიზეზით, ფსიქიატრიული დაწესებულებების დიდ ნაწილს ასევე არ აქვს სისხლში პროლაქტინის დონის განსაზღვრის შესაძლებლობა. შესწავლილი სამედიცინო ისტორიებიდან არცერთში არ დასტურდება ასეთი გამოკვლევის ჩატარება და ვერც გამოკითხულმა პერსონალმა

⁵⁷ სურამის ფსიქიატრიული კლინიკა.

⁵⁸ გამოვლინდა, რომ მაგალითად, კლოზაპინი წარმოადგენს პრეპარატს, რომელიც ნაკლებად დამაზიანებელია ქალის რეპროდუქციული ფუნქციისათვის, მაგრამ საქართველოში არ არის ხელმისაწვდომი ამ მედიკამენტის ორიგინალი.

⁵⁹ სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ კონსოლიდირებული შესყიდვით შეძენილ ფსიქოტროპულ პრეპარატთა ხარისხი საკმაოდ დაბალია და მკურნალობის პროცესში ექიმებს დოზის გაზრდა უწევთ. ასევე გამოიკვეთა, რომ სტაციონარსა და ამბულატორიულ ბაზაზე არსებული პრეპარატების ხარისხი განსხვავდება, რაც სტაციონარისა და ამბულატორიის პაციენტებს არათანაბარ პირობებში აყენებს.

გაიხსენა, როდის გამოიყენეს აღნიშნული კვლევა. სამედიცინო ისტორიებში არსებულ სპეციალისტთა ჩანაწერებში ამ ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩატარების რეკომენდაციაც კი არ მოიპოვება. ამის გამო, გამოვლენილი დისფუნქციის დაკავშირება დანიშნულ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებთან და შემდგომში მდგომარეობის სწორი მენეჯმენტი რთულდება.

აღნიშნულ პრობლემებზე ყურადღება გამახვილდა არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან გამართული შეხვედრის დროსაც. გამოწვევად დასახელდა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში პაციენტის სომატური ჯანმრთელობის მართვა. განსაკუთრებით საყურადღებო ამ მხრივ ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებია. მსგავს პრობლემებს აწყდებიან შშმ პირთა პანსიონატებსა და სათემო ორგანიზაციებშიც, რადგან თავად დაწესებულებებს არ ჰყავთ ექიმი ან მათ ემსახურებათ თერაპევტი, რომელიც იშვიათად ახერხებს დაწესებულებაში ვიზიტის განხორციელებას.

მონიტორინგმა ცხადყო, რომ გარკვეულ გამოწვევასთან არის დაკავშირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებში კონტრაცეპტივების გამოყენება არასასურველი ორსულობისაგან დასაცავად. არცერთ სამიზნე დაწესებულებაში არ მიმდინარეობს პერსონალის მხრიდან კონტრაცეპციაზე, ოჯახის დაგეგმვასა და ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებზე საუბრები. ფსიქიატრიული სტაციონარული დაწესებულებების პერსონალი აღნიშნავს, რომ როგორც წესი, ფსიქიატრიულ კლინიკებში მკაცრად კონტროლდება პაციენტების სექსუალური ურთიერთობები და ამიტომ კონტრაცეპტივების გამოყენების აუცილებლობა არ არსებობს. ხოლო პანსიონატებსა და სათემო დაწესებულებებში, სადაც სექსუალური ურთიერთობები დაიშვება, არასასურველი ორსულობისგან თავის დაცვაზე თავად ბენეფიციარია პასუხისმგებელი.

2.3. სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება

პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების სტანდარტის არარსებობა. შედეგად კი, შემოწმებულ დაწესებულებებში არსებულ სამედიცინო ჩანაწერებში ძალზე მწირია ინფორმაცია პაციენტთა ორსულობის მიმდინარეობის შესახებ. მხოლოდ ერთ მრავალპროფილურ დაწესებულებაში⁶⁰ გახდა შესაძლებელი სამედიცინო ჩანაწერების მიხედვით, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტის ორსულობის მიმდინარეობის რეტროსპექტული შესწავლა.

სამიზნე დაწესებულებებში შესწავლილი სამედიცინო ისტორიების ნაწილი, მართალია, მოიცავს თერაპევტის და ნევროლოგის მიერ პაციენტის პროფილაქტიკური შემოწმების ჩანაწერებს, თუმცა მათში არ არის ინფორმაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საბაზისო მდგომარეობაზე. ასეთი ინფორმაცია არც ფსიქიატრის ყოველდღიურ ჩანაწერებში გვხვდება. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო ისტორიების უმრავლესობა შეიცავს ჩანაწერს პაციენტის ფიზიკური სტატუსის შესახებ, სტაციონარში მოთავსების მომენტში. კერძოდ, ყველა სამედიცინო ჩანაწერში მოცემულია ინფორმაცია შარდ-სასქესო სისტემის მდგომარეობის თაობაზე, თუმცა აღნიშნულ მონაცემებში არსად ფიქსირდება ინფორმაცია სასქესო სისტემის შესახებ. არცერთ სამედიცინო

⁶⁰ შპს №5 კლინიკური საავადმყოფო.

ჩანაწერში არ არის ინფორმაცია ქალის რეპროდუქციული ფუნქციის შესახებ, მაშინაც კი, როცა ქალს მენსტრუალური ციკლი თვეების განმავლობაში აქვს შეწყვეტილი.

3. დედათა ჯანმრთელობა

დედათა ხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომა, ანტენატალური და პოსტნატალური მეთვალყურეობის ჩათვლით, ქალების მიერ ჯანმრთელობის უმაღლეს სტანდარტზე ხელმისაწვდომობის, თანასწორობისა და დისკრიმინაციის აკრძალვის უფლების ნაწილია, რომელიც ასევე უკავშირდება სიცოცხლის უფლებას. ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანაში ქალთა ხარისხიანი სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფა ქვეყნის ჯანმრთელობის სისტემის განვითარების მნიშვნელოვანი ინდიკატორია.

2016-2030 წლების ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის გლობალური სტრატეგიის სამოქმედო გეგმისა და მდგრადი განვითარების მიზნების მიხედვით,⁶¹ სახელმწიფო ვალდებულია გააძლიეროს მმართველობითი და მენეჯერული შესაძლებლობები ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებით; გაამყაროს მულტისექტორული მიდგომები და ანგარიშგება მოახდინოს საზოგადოების წინაშე, განსაკუთრებით, სპეციალური საჭიროებების, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა, ბავშვთა და მოზარდთა საკითხებზე.

ფსიქიკური აშლილობის მართვის დროს, ორსულობამდე და ორსულობის განმავლობაში და ზოგადად, რეპროდუქციული ასაკის ქალებში, აუცილებლად გასათვალისწინებელია კლინიკური მდგომარეობის სიმძიმე, გართულებების რისკი და მკურნალობის შეწყვეტა, ცვლილების თუ გაგრძელების სარგებლიანობა.

ფსიქიატრიული დაავადებები ორსულობის პერიოდში ასოცირებულია ორსულობის ცუდ გამოსავალთან, როგორცაა მკვდრადშობადობა, დედის სიკვდილი ანდა ორსულობის სხვა სახის გართულება. ასევე მაღალია ლოგინობის ხანაში ფსიქიატრიული დაავადებების გართულების ალბათობა. შესაბამისად, ამ პერიოდში იზრდება სხვადასხვა რისკის შემცველი ნივთიერებების გამოყენება. ასევე მცირდება ანტენატალური მომსახურების სერვისების მოხმარება. ხშირად აღინიშნება პაციენტის მხრიდან ნეგატიური დამოკიდებულება ნაყოფისა და ზოგადად ოჯახის მიმართ.⁶²

თანამედროვე საერთაშორისო მიდგომების თანახმად, ჩასახვამდე პერიოდში უნდა მოხდეს ყველა რეპროდუქციული ასაკის ქალის სკრინინგი ფსიქიკურ აშლილობაზე, რადგან ადრეული გამოვლენა და შესაბამისი მკურნალობა ამცირებს ორსულობის უარყოფით გამოსავალსა და ოჯახის მიმართ ნეგატიურ დამოკიდებულებას.⁶³ თუმცა მსგავსი პრაქტიკა არ არის დამკვიდრებული საქართველოში.

⁶¹ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2R1aHEf> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁶² Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, Henriksen TB & Frydenberg M (2001) Obstetric complications in women with schizophrenia. Schizophrenia Research 47, 167–175.

⁶³ The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions Ariela Frieder, MD; Anne L. Dunlop, MD, MPH; Larry Culpepper, MD, MPH; Peter S. Bernstein, MD, MPH

განსაკუთრებით ყურადსაღებია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებში ორსულობის მიმდინარეობაც, რადგან ნეიროლეპტიკებისა და ფსიქოტროპული მედიკამენტების მიღების ფონზე ჩვეულებრივ დაქვეითებულია ორსულობასთან ასოცირებული გართულებების დროულად გამოვლენა. მაგალითად, არსებობს მტკიცებულებები, რომლებიც მიუთითებენ, რომ დეპრესია და ძლიერი აღზუნებადობა ორსულობისა და ლოგინობის ხანაში, მძიმედ აისახება ოჯახურ ცხოვრებაზე, დედისა და ჩვილის ურთიერთობასა და ბავშვის მომავალ ფსიქიკურ მდგომარეობაზე.⁶⁴

აღსანიშნავია, რომ 2018 წლიდან, სახალხო დამცველის რეკომენდაციის შესაბამისად, სახელმწიფოს მიერ, ანტენატალური პროგრამის სერვისზე წვდომის გაზრდის კუთხით პროგრესული ნაბიჯი გადაიდგა. კერძოდ, ანტენატალური ვიზიტების რაოდენობა გაიზარდა ოთხიდან რვა ვიზიტამდე⁶⁵, რაც ზრდის ორსულობასთან დაკავშირებული გართულებების დროული გამოვლენისა და პრევენციის შესაძლებლობას. თუმცა, იმისათვის, რათა ორსულმა მიიღოს მომსახურების სრული პაკეტი, იგი პროგრამაში ორსულობის მეცამეტე კვირამდე უნდა დარეგისტრირდეს.

სახალხო დამცველის აპარატის მიერ ფსიქიატრიულ და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში ჩატარებულმა მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პაციენტებსა თუ ბენეფიციარებს შეზღუდული აქვთ ორსულობის განმავლობაში პროგრამაში მონაწილეობის შესაძლებლობა, ერთი მხრივ, თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, და მეორე მხრივ, ჯანდაცვის სისტემის მიერ მათი საჭიროებების უგულებელყოფის გამო. მაგალითად, არც ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებაში პირის განთავსებისას, არც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის დასტაბილურების შემდეგ, არ ხდება ქალთა ორსულობაზე ტესტირება.⁶⁶ შესაბამისად, მკურნალობის განმავლობაში არ ხდება მედიკამენტების ნაყოფზე უარყოფითი ზემოქმედების გათვალისწინება.

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს მხრიდან გარკვეული დადებითი ნაბიჯები გადაიდგა ანტენატალური მეთვალყურების სახელმწიფო პროგრამის სრულყოფის მიმართულებითაც. აღნიშნული პროგრამა მეტნაკლებად მორგებულია ორსულთა საჭიროებებზე.⁶⁷ თუმცა სერვისები, როგორც ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებებში დროებით თუ მუდმივად განთავსებული

⁶⁴ Burt VK, Hendrick VC. Clinical manual of women's mental health. American Psychiatric Publishing, Inc; 2005. Cohen LS, Nonacs RM. Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review of psychiatry, volume / Brockington I. Motherhood and mental health. American Psychiatric Publishing, Inc; 2005/ Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. J Clin Psychiatry 2006; 67:8.

⁶⁵ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2uaZZ1q> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁶⁶ ორსულობაზე ტესტირებას დაწესებულებები ძირითადად მხოლოდ მას შემდეგ მიმართავენ, როდესაც თვალსაჩინო სიმპტომები, მაგალითად, გამოხერხილი მუცელი, ფეხების დასიება, გაძლიერებული მადა ან პირიქით, ტოქსიკოზი, ექვს გაუჩნთ.

⁶⁷ კერძოდ, ორსულებს, რომელთაც აქვთ ანემიის დიაგნოზი, მიეწოდებათ ფოლიუმის მჟავა და რკინის პრეპარატები, რაც, თავისთავად, დადებით დინამიკად უნდა ჩაითვალოს. მნიშვნელოვან წინ გადადგმულ ნაბიჯად იქნა მიჩნეული „მაღალი რისკის ორსულების, მშობიარეთა და მელოგინების სამედიცინო დახმარების“ კომპონენტის ინტეგრირება საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამაში, რაც კიდევ უფრო მეტად უზრუნველყოფს ფინანსურ ხელმისაწვდომობას ანტენატალური მეთვალყურეობის სერვისებზე.

პაციენტებისათვის, ისე სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ მცხოვრები ორსული ქალებისთვის, ხელმიუწვდომელია.

მონიტორინგის ფარგლებში მიღებული ინფორმაციის გაანალიზების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ორსული ქალების ანტენატალურ, ნატალურ და პოსტნატალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პროცესში ბარიერს ქმნის არა მარტო თავად ქალების ცოდნის სიმწირე საკუთარი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის, მასზე ფსიქოტროპული მედიკამენტების გავლენის შესახებ, და დაავადების სიმძიმე, არამედ ჯანმრთელობის სისტემის მოუმზადებლობა, გაუწიოს ხარისხიანი ანტენატალური, ნატალური და პოსტნატალური სერვისები ფსიქიკური აშლილობისა თუ სხვა სახის შეზღუდვის მქონე რეპროდუქციული ასაკის ქალებს.

მიუხედავად იმისა, რომ დაფინანსების მექანიზმები ფსიქიატრიული სტაციონარული დაწესებულებების, შშმ პირთა პანსიონატებისა და სათემო ორგანიზაციებისთვის განსხვავებულია, ნათლად იკვეთება, რომ დედათა ჯანმრთელობა პრიორიტეტად არ არის მიჩნეული არცერთ აღნიშნული ტიპის დაწესებულებაში.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ ინსტიტუციებში განსაკუთრებულ პრობლემას წარმოადგენს ორსულობის დროული გამოვლენა, და შესაბამისად, მკურნალობის დროს გამოყენებული მედიკამენტების ნაყოფის განვითარებაზე და დედის ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის გათვალისწინება. ორსულობაზე შემოწმება არ მიმდინარეობს იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ქალი პირველადი პაციენტია ან გადმოყვანილია სხვა დაწესებულებიდან.

სტაციონარული ფსიქიატრიული სერვისის მიმწოდებლების ნაწილს ხელშეკრულებით ჰყავს დასაქმებული მეან-გინეკოლოგები, თუმცა მათთან გაფორმებული კონტრაქტი ფაქტობრივად ფორმალური ხასიათისაა. მაგალითად, კონტრაქტის თანახმად, ერთ-ერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში⁶⁸ მეან-გინეკოლოგი თვეში ერთხელ ახორციელებდა ვიზიტს და საშუალოდ 10-15 პაციენტს სინჯავდა. მეან-გინეკოლოგის გადმოცემით, მას პრობლემები ექმნება პაციენტთა მკურნალობისას, რადგან მის მიერ დანიშნულ წამლებს მენეჯმენტი ვერ შეისყიდის იმის გამო, რომ ბიუჯეტი ასეთ ხარჯებს არ ითვალისწინებს.⁶⁹ აღსანიშნავია, რომ პაციენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობას გინეკოლოგი მათი ჩივილების მოსმენის საფუძველზე აფასებს და ხშირ შემთხვევაში არ ხდება პაციენტის ვიზუალური დათვალიერება.

საქმე №2

ხანგრძლივი დაყოვნების ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებაში⁷⁰ გამოვლინდა შემთხვევა, როდესაც საერთოდ ვერ მოხერხდა პაციენტის ორსულობის ფაქტის დადგენა. ამის თაობაზე

⁶⁸ შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“.

⁶⁹ ჩალრმავებული ინტერვიუ დაწესებულების სამედიცინო პერსონალთან და მენეჯმენტთან.

⁷⁰ შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“.

სტაციონარის მედპერსონალმა მხოლოდ მას შემდეგ შეიტყო, რაც ქალმა 36-37 კვირის გესტაციურ ვადაზე დაუხმარებლად იმშობიარა დაწესებულების საპირფარეოში.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტი სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას ორსულობის განმავლობაში 2 სხვადასხვა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში იღებდა, თუმცა ორსულობის ფაქტი ვერცერთ ამ დაწესებულებაში ვერ დაუდგინეს, მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაწესებულებებში ხელშეკრულებით დასაქმებულია კონსულტანტი გინეკოლოგი. ჩანაწერის თანახმად, პაციენტი იყო გინეკოლოგთან კონსულტაციაზე, თუმცა ექიმმა ვერ მოახერხა ორსულობის გამოვლენა, მათ შორის, ვერც ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში. ორსული ქალი, ორსულობის მთელი პერიოდის განმავლობაში იღებდა ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს, რაც დიდი რისკის შემცველი იყო ნაყოფისთვის.

აღნიშნული შემთხვევა კიდევ ერთხელ ადასტურებს ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებებში ხელშეკრულებით დასაქმებული კონსულტანტ-გინეკოლოგების საქმიანობის ფორმალურ ხასიათს.

მონიტორინგის პროცესში ერთ–ერთი პანსიონატის⁷¹ ბენეფიციარის სამედიცინო ისტორიიდან ირკვევა, რომ მიუხედავად დადგენილი ორსულობისა, ქალს ორსულობის მთელი პერიოდის განმავლობაში მაინც ეძლეოდა ფსიქოტროპული წამლები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის არსებობისას ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას ის ფაქტიც ართულებს, რომ ქვეყანაში არ არის შემუშავებული გზამკვლევი/სახელმძღვანელო, რომლითაც იხელმძღვანელებენ მეან-გინეკოლოგები ორსულობის მართვისას. ისევე როგორც არ არსებობს ფსიქიატრიის დარგში გზამკვლევი იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა იმართოს ფსიქიკური აშლილობა ორსულობის შემთხვევაში.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ მეან-გინეკოლოგები ხშირად მიმართავენ თხოვნით ფსიქიატრებს, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების მშობიარობისას საკუთარ კვეთის ჩატარება მოითხოვონ ვაგინალური მშობიარობისას გართულებების თავიდან ასაცილებლად. მეან-გინეკოლოგები ცდილობენ, ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზი გამოიყენონ საკუთარ კვეთის ჩასატარებლად.

საერთაშორისო კვლევებით დასტურდება, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალებს ლოგინობის პერიოდში განსაკუთრებული მზრუნველობა ესაჭიროებათ.⁷² თუმცა ჩატარებულმა მონიტორინგმა ცხადყო, რომ საქართველოში ქალები ასეთ მზრუნველობას მოკლებულნი არიან. უფრო მეტიც, დედას უმეტესად აშორებენ ჩვილს ან მშობიარობის შემდეგ დედა ჩვილთან ერთად ისეთ გარემოში ხვდება, რომელიც მათ საჭიროებებზე არ არის მორგებული. ამიტომ ახალშობილებზე მზრუნველობას ახორციელებს სახელმწიფო და ბავშვი გადაჰყავთ შესაბამის სახელმწიფო სერვისში.

⁷¹ დუშეთის შშმ პირთა პანსიონატი.

⁷² Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. J Clin Psychiatry 2006;67:8

მწვავედ გამოიკვეთა შშმ პირთა პანსიონატებსა და სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრები დედების სამეანო-გინეკოლოგიურ სერვისებზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემაც. ზოგიერთ შემთხვევაში, საჭირო ხდება ბენეფიციართა დედაქალაქში ტრანსპორტირება, რაც დამატებით ხარჯებთან, ორგანიზების სირთულესთან და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების რისკებთან არის დაკავშირებული.

4. სახელმწიფო სკრინინგ პროგრამებით სარგებლობა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე წვდომის უზრუნველყოფა მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციის 2013-2020 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრინციპია. დოკუმენტის თანახმად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებს, ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად, უნდა ჰქონდეთ უნივერსალური წვდომა ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სერვისებზე, მიუხედავად ასაკის, სქესის, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის, ეთნიკური კუთვნილების თუ სექსუალური ორიენტაციისა. ფსიქიკური აშლილობის მენეჯმენტი თუ შშმ პირთა ჯანმრთელობასთან ასოცირებული პრობლემების კოორდინირებული და მულტიდისციპლინური მართვა წარმოადგენს სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთ მიდგომას.⁷³

საქართველო, როგორც მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ერთი-ერთი წევრი ქვეყანა, ვალდებულია გაითვალისწინოს საერთაშორისო რეკომენდაციები. შესაბამისად, ფსიქიატრიულ თუ სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებებში მყოფ რეპროდუქციული ასაკის ქალებს ისევე უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი სახელმწიფო ჯანმრთელობის პროგრამებზე, როგორც დანარჩენ მოსახლეობას.

მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყანაში დანერგილია დაავადებათა ადრეული გამოვლენის სხვადასხვა სკრინინგული სახელმწიფო პროგრამა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირები, რომლებიც ფსიქიატრიულ დახმარებას შესაბამის დაწესებულებებში იღებენ ან სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ ცხოვრობენ, ამ პროგრამებში არ არიან ჩართულები. სკრინინგული პროგრამებიდან მხოლოდ C ჰეპატიტის პროგრამაა დანერგილი ყველა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, შშმ პირთა პანსიონატებსა და სათემო ორგანიზაციებში, რაც თავისთავად მნიშვნელოვანი და დადებითი ტენდენციაა. რაც შეეხება აივ ინფექციასა და სიფილისურ ინფექციაზე ტესტირებას, მას არ აქვს სისტემური ხასიათი და მენეჯმენტის გადაწყვეტილებით, მხოლოდ ზოგიერთ დაწესებულებაში ტარდება.

მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ არცერთი შემოწმებული დაწესებულების პაციენტები/ბენეფიციარები არ იყვნენ ჩართულები ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამაში.

⁷³ WHO. Mental Health. Action Plan 2013-2020, წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2RkAV3y> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

პრობლემა განსაკუთრებული სიმწვავეით დგას იმ ფსიქიატრიული სტაციონარული დაწესებულებებისთვის, სადაც პაციენტები ხანგრძლივი ვადით, ზოგჯერ კი ათწლეულების განმავლობაში ცხოვრობენ. შესაბამისად, ისინი მოკლებულნი არიან შესაძლებლობას, ადმინისტრაციის მხრიდან შესაბამისი მხარდაჭერის გარეშე ისარგებლონ მსგავსი სერვისებით. სამწუხაროდ, სკრინინგულ პროგრამაში პაციენტთა ჩართვის საჭიროება ამ დაწესებულებების მენეჯმენტს გაცნობიერებული არ აქვს, მიუხედავად ფსიქოტროპული წამლების მიღებით გამოწვეული მუშუსა და სამვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების გაზრდილი რისკისა. პრობლემას კიდევ უფრო ამძაფრებს სტაციონარში განთავსებული პაციენტების გადაყვანასთან დაკავშირებული ლოჯისტიკური და სხვა სახის სირთულებები.

ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის ნაწილი სიფრთხილით ეკიდება ცალსახა პასუხს, უნდა იყვნენ თუ არა მათი პაციენტები ჩართულნი კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამაში.

სახელმწიფო სკრინინგ პროგრამაში ჩართვა ასევე პრობლემურია პანსიონატებისა და სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარებისთვის, რადგან ისინი უმეტეს შემთხვევაში არ ფლობენ საჭირო ინფორმაციას ან საჭირო მხარდაჭერის არარსებობის გამო ვერ ახერხებენ პროგრამაში ჩართვას. მომსახურების მიმწოდებლებს ასევე არ აქვთ გაცნობიერებული პანსიონატებისა თუ სათემო დაწესებულებების ბენეფიციართა საჭიროება კიბოს სკრინინგის თვალსაზრისით.

მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა, რომ უპირველეს ყოვლისა საჭიროა სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტების ცნობიერების ამაღლება სკრინინგული პროგრამების შესახებ. მნიშვნელოვანია ფსიქიატრიული დაწესებულებების, პანსიონატებისა და სათემო ორგანიზაციების ადმინისტრაციამ უზრუნველყოს პაციენტთა/ბენეფიციართა სკრინინგ პროგრამებში ჩართვის ორგანიზება, მათ შორის, სკრინინგის განმახორციელებელი მობილური ჯგუფების ადგილზე მომსახურების გზით.

5. პერსონალის კვალიფიკაცია და ცნობიერება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და მათ ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის ურთიერთკავშირი კომპლექსური ხასიათისაა და ბევრი რამ არის დამოკიდებული იმაზე, თუ როგორ იმართება დაავადება.⁷⁴

მონიტორინგმა ცხადყო, რომ ექიმთა დაბალი ცნობიერება რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და უფლებების მიმართ, მნიშვნელოვნად აბრკოლებს ფსიქიატრიული დახმარების მიმღები და სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ მყოფი რეპროდუქციული ასაკის ქალებისათვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებას. სწორედ სამედიცინო პერსონალის დაბალი კვალიფიკაციაა იმის

⁷⁴ Kocoglu D, B _ An Examination of Turkish Nurses' Attitudes, Awareness and Practices Regarding Reproductive Health Needs of Individuals With Schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing 40(2):1-8 · January 2019

განმაპირობებელი, რომ პაციენტის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საჭიროებებს მწვავე ფსიქიკური აშლილობის სტაბილიზირების შემდეგაც კი არ ითვალისწინებენ.

გამოკითხული სამედიცინო პერსონალი უმეტესად აღნიშნავს, რომ როგორც ნეიროლეპტიური, ისე ფსიქოტროპული პრეპარატები გავლენას ახდენს რეპროდუქციულ ფუნქციაზე. თუმცა, მაგალითად, რეპროდუქციული ასაკის პაციენტში მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტა რამდენიმე თვის განმავლობაში, მათი მხრიდან ჯანმრთელობის პრობლემად არ აღიქმება და მკურნალობის გარდაუვალ შედეგად მიიჩნევა. ჰორმონალური დისბალანსი, რომელიც თითქმის ყოველთვის ახლავს თან მკურნალობის პროცესს, ასევე არ არის აღიარებული პრობლემად, რაც ცალსახად მიუთითებს პერსონალის დაბალ სამედიცინო ცოდნაზე და განპირობებულია ფსიქიატრიის სფეროში პაციენტთა მკურნალობის მულტიდისციპლინური მიდგომის არარსებობით.

აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო პერსონალის ცოდნა ფსიქოტროპული მედიკამენტების ზეგავლენის შესახებ, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, საკმაოდ განსხვავებულია თავად ერთი დაწესებულების თანამშრომლებშიც. პანსიონატებსა და ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარულ დაწესებულებებში ამ მხრივ უფრო არასასურველი მდგომარეობაა. რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე მედიკამენტების არასასურველი ზეგავლენის კლინიკური ნიშნების შესახებ ინფორმაციას ასევე არ ფლობდნენ ზოგიერთი დაწესებულების ფსიქიატრები.

მედპერსონალის ნაწილი (ექიმი, ექთანი) მიიჩნევს, რომ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ფსიქოტროპული მედიკამენტები ზეგავლენას არ ახდენს, მათ ვერ გაიხსენეს ასეთი შემთხვევა საკუთარი პრაქტიკიდან. ერთ-ერთი პანსიონატის მედდის განცხადებით, „პაციენტები თხოვდებიან, ჰყავთ ჯანმრთელი შვილები, დარღვევა რომ იყოს - გამოჩნდებოდა“.

გამოკითხულმა პაციენტებმა/ბენეფიციარებმა გასაუბრებისას დაასახელეს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემები (მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტა ან არარეგულარული ციკლი, ლიბიდოს დაქვეითება), რომლებიც დამახასიათებელია ფსიქოტროპული მედიკამენტებისთვის და შესაძლოა ყოფილიყო წამლის გვერდითი ეფექტის გამოხატულება. ზოგიერთ სამედიცინო ისტორიაშიც გვხვდება მსგავსი ჩივილები, თუმცა არ ჩანს, რომ ექიმი-ფსიქიატრის მხრიდან ადგილი ჰქონდა გაიდლაინებით რეკომენდებულ ჩარევას. მაგალითად, ერთ სამედიცინო ისტორიაში მითითებულია პაციენტის ჩივილზე გალაქტორეასა და გინეკომასტიაზე, რაც ჰიპერპროლაქტინემიის კლინიკური გამოვლინებაა. პაციენტს დანიშნული ჰქონდა რისპერიდონი და ქლორპროტიქსენი. გაიდლაინის რეკომენდაციის თანახმად, პირველ რიგში სისხლში უნდა განესაზღვრათ პროლაქტინის დონე და რისპერიდონი მოეხსნათ და/ან ჩაენაცვლებინათ, მაგალითად, არიპიპრაზოლით.⁷⁵ მკურნალ ფსიქიატრს ეჭვი არ მიუტანია მედიკამენტის გვერდით ეფექტზე, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ იგი ამ ინფორმაციას არ ფლობდა. ფსიქიატრის რეაგირება ამ პრობლემაზე შემოიფარგლა გინეკოლოგის კონსულტაციის დანიშვნით. გინეკოლოგმა სწორად მიიტანა ეჭვი აღნიშნულ ჩივილებზე, როგორც

⁷⁵ შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, გვ. 69. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2TsyRcx> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

წამლების გვერდით ეფექტზე, თუმცა ჩივილების კონკრეტულ გამომწვევად სხვა მედიკამენტი მოიაზრა. ამასთან, არც სისხლში პროლაქტინის დონის განსაზღვრაზე მიუცია რეკომენდაცია.

განხილული მაგალითიდან ნათლად ჩანს, რომ ფსიქოტროპული მედიკამენტების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე არასასურველი ზეგავლენის არცოდნის გამო, არ ხდება გამოვლენილი გვერდითი მოვლენების სწორად გაანალიზება და მონიტორინგი. ზოგადად, მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ ექიმი ფსიქიატრები სქესობრივი და რეპროდუქციული სფეროს დისფუნქციის დროს პირველ რიგში მიმართავენ გინეკოლოგის კონსულტაციას, რადგან მიაჩნიათ, რომ ასეთი დარღვევები მხოლოდ გინეკოლოგის კომპეტენციაა და არ განიხილავენ მას დანიშნული წამლების შესაძლო გვერდითი ეფექტის გამოვლინებად. თავის მხრივ, კონსულტანტ გინეკოლოგებს ასევე არ აქვთ საკმარისი ცოდნა ფსიქოტროპული წამლების არასასურველ გვერდით ეფექტებსა და მისი კორექციის გზებზე.

შშმ პირთა პანსიონატებს გარდა ფსიქიატრისა, ემსახურება ზოგადი პროფილის ექიმი, თუმცა პრობლემურია მათი ცოდნის ხარისხიც რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების შესახებ. კერძოდ, ერთ-ერთ პანსიონატში დასაქმებული ექიმის განცხადებით, ის არ არის ჩართული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებაში და არც ფიქრობს, რომ მისი მონაწილეობა ამ საკითხის მოგვარებაში აუცილებელია.

სათემო ორგანიზაციებში არსებული მდგომარეობა აღნიშნული მიმართულებით რამდენადმე განსხვავებულია. მათ ძირითადად ემსახურებათ ფსიქოლოგები და ოჯახის ექიმები, ანდა ბენეფიციარები სამედიცინო სერვისებს ძირითადად ადგილობრივი პირველადი სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლებისაგან იღებენ. პერსონალის განმარტებით, მკურნალობისთვის უმეტესად აბების ფორმის მედიკამენტებს იყენებენ ნოზოლოგიისა და ფსიქიკური მდგომარეობის მიხედვით და მედიკამენტები, რომლებსაც მათი ბენეფიციარები იღებენ, ქალის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე არ ახდენს გავლენას.

სათემო ორგანიზაციებში ჩატარებული ჩაღრმავებული ინტერვიუების დროს გამოიკვეთა, რომ გინეკოლოგიური საჭიროების შემთხვევაში, მათ ხშირად უხდებათ ბენეფიციართა ტრანსპორტირება თბილისში, ვინაიდან მუნიციპალიტეტის დონეზე სამედიცინო პერსონალი უარს ამბობს პაციენტის კონსულტირებაზე. ეს შეიძლება აიხსნას საზოგადოებაში არსებული სტიგმით და ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალის ცოდნის დეფიციტით, მართონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები თუ შშმ პირთა სხვადასხვა სამედიცინო საჭიროებები.

ექიმების დაბალ ცნობიერებაზე მეტყველებს ის ფაქტიც, რომ გამოკითხულ ექიმთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ ქალთა რეპროდუქციული უფლებები დაწესებულებებში არ ირღვევა, მიუხედავად იმისა, რომ პრაქტიკულად, ამ უფლებების გათვალისწინებისთვის, მათი მხრიდან არავითარი ზომები არ მიიღება.

6. პაციენტთა/ბენეფიციართა ინფორმირებულობა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასა და უფლებებზე

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების დაცვა მოიცავს უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისებზე, ასევე, მის შესახებ ინფორმაციასა და განათლებას.⁷⁶ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ცნობიერების ამაღლება ხელს უწყობს რისკის შემცველი სქესობრივი ურთიერთობებისა და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების შემცირებასა და არასასურველი ორსულობისათვის თავის არიდებას.⁷⁷ გასაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება შშმ პირთა, მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა განათლებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე, განსაკუთრებით კი უსაფრთხო სექსუალურ ქცევასთან დაკავშირებით. აღნიშნული ასევე უწყობს ხელს მათი რეპროდუქციული მომავლის შენარჩუნებას.⁷⁸ ფსიქიატრიული დაწესებულების, პანსიონატებისა და სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციართა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ცნობიერების ამაღლება დაწესებულებათა სამედიცინო პერსონალისა და მენეჯმენტის მოვალეობაა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პაციენტის უფლება ინფორმაციის მიღებასთან დაკავშირებით, დაცულია ისეთი საერთაშორისო აქტით, როგორცაა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტი-2016“. დოკუმენტის თანახმად, პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს ზუსტი, დროული და შესაბამისი ინფორმაცია საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით; პაციენტს უნდა მიეცეს სიტყვიერი განმარტება და ჩართულ იქნას ძირითადი კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღებაში.⁷⁹

საქართველოს კანონმდებლობით, ქვეყნის ნებისმიერ მოქალაქეს, რომელიც ჯანმრთელობის პრობლემის გამო მიმართავს ჯანდაცვის დაწესებულებას, უფლება აქვს მიიღოს სრული ინფორმაცია საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. აღნიშნული უფლების დაცვის გარანტიად გვევლინება „საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“. ამ კანონის თანახმად, საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.⁸⁰

⁷⁶ Temmerman M, Khosla R, Say L. (2014) Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *Lancet*. 2014 Aug 2;384(9941):e30-1.

⁷⁷ UNFPA (2019) Sexual & reproductive health. წყარო მისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2w7jQmC> [ბოლოს ნანახია 25.01.2020].

⁷⁸ Higgins A, Barker P, Begley CM. Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? *Journal Psychiatric and Mental Health Nursing* (2006) Dec;13(6):687-97

⁷⁹ Mental Health Act 2016 Fact Sheet; წყარო ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/30uHd4P> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁸⁰ საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 16. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2NycdM4> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

კანონი ასევე იცავს პაციენტის უფლებას, ჰქონდეს ინფორმაცია საკუთარი დიაგნოზის, დაგეგმილი და ჩატარებული მკურნალობის და მასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ. კერძოდ, კანონის თანახმად, „პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია: განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკებისა და შესაძლო ეფექტიანობის, სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების, განზრახული სამედიცინო მომსახურების, სხვა ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკებისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ“.⁸¹

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის უფლებას, იყოს ინფორმირებული საკუთარ დაავადებასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებით, იცავს „საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“. ამ კანონის მიხედვით, პაციენტის ძირითად უფლებად მიჩნეულია მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია თავისი დაავადების და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ინფორმაცია მიეწოდება პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს.⁸²

ცხადია, ინფორმაციის მიღების უფლება ეხება დანიშნული მედიკამენტური მკურნალობის სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე შესაძლო ზეგავლენის შესახებ ინფორმირებასაც. ამასთან, როგორც კანონშია აღნიშნული, ეს ინფორმაცია პაციენტს მისთვის გასაგები ფორმით უნდა მიეწოდებოდეს.

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის ინფორმირებულობის უზრუნველყოფა არაერთი საერთაშორისო თუ შიდასამართლებრივი აქტითაა გარანტირებული, რეალური სიტუაცია ამ მხრივ საკმაოდ პრობლემურია.

მონიტორინგის თანახმად, პაციენტების/ბენეფიციარების ცოდნა მათი სექსუალური და რეპროდუქციული უფლებების შესახებ, გამოკვეთილად დაბალია. პაციენტები არ უსვამენ კითხვებს პერსონალს საკუთარი სქესობრივი ფუნქციის გარშემო. ისინი განსაკუთრებით ერიდებიან ინტიმურ თემებზე საუბარს, რასაც ერთი მხრივ, ხსნიან ამ თემით დაუინტერესებლობით, ხოლო მეორე მხრივ, მორიდებით, უხერხულობის განცდით, სურვილით, რომ ზედმეტად არ შეაწუხონ პერსონალი უხერხული კითხვებით, რითაც ამჟღავნებენ დაბალ თვითშეფასებას, თვითსტიგმატიზაციას.⁸³ ექიმების განმარტებითაც, პაციენტები ზოგადად თავს არიდებენ პერსონალთან ინტიმურ თემებზე საუბარს.

ნათელია, რომ პაციენტები სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, იმ სტერეოტიპული შეხედულებების ზეგავლენის ქვეშ იმყოფებიან, რაც მათი სოციალური გარემოსთვის

⁸¹ იქვე, მუხლი 18.

⁸² „საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, მუხლი 5. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/38aGcRS> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁸³ მაგალითად, ერთ-ერთი გრძელვადიანი დაყოვნების სტაციონარის პაციენტის თქმით, არ სვამს კითხვებს დანიშნული წამლების შესახებ („არ მინდა, ზედმეტად შევაწუხო, რომ არ იფიქრონ, ცუდად ვარ“).

არის დამახასიათებელი. ეს ზეგავლენა განსაკუთრებით თვალსაჩინო იყო ერთ-ერთი პანსიონატის ბენეფიციარებთან. მათი დათანხმება გაჭირდა ინტერვიუს მიცემაზე, რადგან არ სურდათ საუბარი სქესთან და ინტიმურ თემებთან დაკავშირებულ საკითხებზე, იმიტომ რომ ამ საკითხებს მიუღებლად და სამარცხვინოდ მიიჩნევდნენ.

პაციენტთა და ბენეფიციართა უმრავლესობამ ასევე არ იცის საკუთარი დიაგნოზი და იმ წამლების დასახელება, რასაც იღებს, მითუმეტეს ვერ ერკვევა მათ შესაძლო გვერდით ეფექტებში სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კუთხით. აღსანიშნავია, რომ ისინი ნაკლებად ინტერესდებიან ამ თემებით, მათ დიდ ნაწილს არასოდეს დაუსვამს კითხვები პერსონალისთვის აღნიშნულ საკითხებზე.

ფსიქიატრიული დაწესებულებების გამოკითხულ პაციენტთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა შეძლო ქალთა სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ფსიქოტროპული მედიკამენტების გავლენის თემაზე თავისუფლად საუბარი და გამოამჟღავნა გარკვეული ცოდნა საკითხის გარშემო. ინფორმაცია წამლების გვერდითი ეფექტების შესახებ, მათ მეტწილად მოპოვებული ჰქონდათ დაწესებულებაში მოთავსებამდე, სხვა წყაროებიდან. აღსანიშნავია, რომ შშმ პირთა პანსიონატის ბენეფიციარებში ამ ტიპის ინფორმაციის ცოდნა არ გამოვლინდა.

ცალკეულ შემთხვევებში გამოკვეთილი პაციენტების ინფორმირებულობა წამლების ზოგიერთი გვერდითი ეფექტის შესახებ, არ მოიცავდა ქალის რეპროდუქციულ ფუნქციაზე მედიკამენტების ზეგავლენის შესახებ ინფორმაციას. გასაუბრებისას პაციენტები/ბენეფიციარები ასახელებდნენ მთელ რიგ პრობლემებს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მხრივ, რაც მათ მოცემულ მომენტში აღნიშნებოდათ ან წარსულში გადაიტანეს (მენსტრუალური ციკლის დარღვევა/შეწყვეტა, ლიბიდოს დაქვეითება და მსგავსი), თუმცა უარყოფდნენ, ვერ აცნობიერებდნენ ამ პრობლემების შესაძლო კავშირს დანიშნული წამლების მოქმედებასთან.

ინდივიდუალური ინტერვიუების დროს ბენეფიციართა ნაწილმა გამოთქვა სამომავლოდ შვილის ყოლის სურვილი. მათგან მხოლოდ მცირე ნაწილი უშვებს, რომ ფსიქოტროპულმა წამლებმა შეიძლება მავნე ზეგავლენა მოახდინონ ნაყოფზე.

აღსანიშნავია, რომ თითქმის ყველა სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებასა და პანსიონატში დასაქმებულია ფსიქოლოგი ანდა სოციალური მუშაკი, რაც უთუოდ პოზიტიური ფაქტია. მათი ურთიერთობა პაციენტებთან ინდივიდუალური საუბრებით და ჯგუფური აქტივობის ჩატარებით შემოიფარგლება. ინდივიდუალურ საუბრებს არ აქვს სისტემური ხასიათი და არ ეხება ქალის სექსუალურ და რეპროდუქციულ უფლებებს, ვინაიდან, როგორც ზემოთ ითქვა, ეს თემა ტაბუირებულია პირველ რიგში თავად პაციენტების მხრიდან, პერსონალი კი, თავის მხრივ, სათანადოდ ვერ აცნობიერებს საკითხის მნიშვნელობას. ფსიქოლოგის ძირითად მოვალეობად რჩება პაციენტების ფსიქიკური ფუნქციების შეფასება, ხოლო პაციენტებს მათთვის საინტერესო თემებზე ესაუბრება იმ შემთხვევაში, თუ ამას პაციენტი მოითხოვს, თუმცა იმის გამო, რომ მათ ერიდებოდათ ინტიმურ თემებზე კითხვების დასმა, ინდივიდუალური გასაუბრების დროს აღნიშნული თემის

განხილვა პრაქტიკულად გამორიცხულია. გამოკითხული პაციენტებიც ადასტურებენ, რომ მათ ამ თემების გარშემო არავინ ესაუბრებათ.⁸⁴

მონიტორინგმა კიდევ ერთხელ დაადასტურა, რომ საჭიროა ფსიქიატრიული დაწესებულებების პერსონალის მოვალეობების გადახედვა და დაწესებულებებში პაციენტებისთვის სისტემატური ჯგუფური და ინდივიდუალური ფსიქოსაგანმანათლებლო შეხვედრების ორგანიზება, სადაც, სხვა საკითხებთან ერთად მიეწოდებათ ინფორმაცია სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე.

7. ძალადობა

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის მე-6 მუხლის ზოგად კომენტარში⁸⁵ აღნიშნულია, რომ ინსტიტუციებში მყოფი ქალების სუბორდინირებული მდგომარეობა მათ ძალადობისა და ექსპლოატაციის განსაკუთრებული რისკის ქვეშ აქცევს.⁸⁶

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა მიმართ ძალადობა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხია როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ისე კლინიკური თვალსაზრისითაც, რადგან ვიქტიმიზაცია ასოცირდება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტთა ცხოვრების დაბალ ხარისხთან და მკურნალობის მიმართ რეზისტენტულ დამოკიდებულებასთან.⁸⁷ პაციენტი მძიმე ფსიქიკური აშლილობით განსაკუთრებით ხშირად შეიძლება დაექვემდებაროს ძალადობას.⁸⁸ ძალადობის გამოვლენასა და მენეჯმენტში დიდია ექიმის როლი.

სახალხო დამცველის მიერ ჩატარებული მონიტორინგის პროცესში ყურადღება გამახვილდა ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებებში, სათემო ორგანიზაციებსა და შშმ პირთა პანსიონატებში მყოფი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე რეპროდუქციული ასაკის ქალთა მიმართ ძალადობის შემთხვევების შესწავლაზე, ასევე თავად პაციენტებს/ზენეფიცირებს შორის ძალადობის ფაქტების გამოვლენასა და მათზე რეაგირების მეთოდების შეფასებაზე.

⁸⁴ სტაციონარული განყოფილების ერთი პაციენტის განცხადებით, მას აქვს კლინიკის სპეციალისტებთან ინდივიდუალური საუბრების დეფიციტი, რაც, თავისთავად, პირადი ცხოვრების თემებზე საუბრის შესაძლებლობასაც გამორიცხავს.

⁸⁵ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №3 შშმ გოგონათა და ქალთა შესახებ, 2016 წ. პარ. 10. ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: <https://bit.ly/2TxlzLC> [ბოლოს ნანახია 23.01.2020].

⁸⁶ იქვე, პარ. 29.

⁸⁷ Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophr Res.* 2002 Jan 1; 53(1-2):123-43; Assaultive trauma and illness course in psychotic bipolar disorder: findings from the Suffolk county mental health project. Neria Y, Bromet EJ, Carlson GA, Naz B. *Acta Psychiatr Scand.* 2005 May; 111(5):380-3

⁸⁸ Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 1999 Jan; 50(1):62-8.

Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 10():1925-39.

ვიზიტების ფარგლებში ჩატარებული ინდივიდუალური ჩარმავებული ინტერვიუების დროს პაციენტები და ბენეფიციარები ძირითადად აღნიშნავდნენ, რომ მათ მიმართ ძალადობას, მათ შორის, სექსუალურ ძალადობას, ადგილი ჰქონდა დაწესებულებაში მათ მოთავსებამდე. მაგალითად, რამდენიმე პაციენტმა განაცხადა, რომ ისინი იყვნენ სექსუალური ძალადობის მსხვერპლნი ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებაში მოთავსებამდე. მოძალადეთა შორის ასახელებდნენ როგორც ოჯახის წევრებს, ისე უცხო პირებს. ისინი მიიჩნევდნენ, რომ ძალადობა სწორედ მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობით იყო გამოწვეული და რომ მოძალადემ მათი დაუცველობით ისარგებლა. თუმცა სამედიცინო პერსონალი მიიჩნევს, რომ პაციენტების მიერ ძალადობაზე საუბარი უფრო მეტად მათი დიაგნოზის თანმდევი შედეგია, ვიდრე რეალობა.

შესწავლისას გამოიკვეთა, რომ სამედიცინო პერსონალი არასათანადო ყურადღებით ეკიდება პაციენტების ჩვილებს სავარაუდო ძალადობის ფაქტების შესახებ და ხშირად უგულებელყოფს კიდევ მათ. პაციენტის კონსულტირებისას, ფსიქიატრები ძალადობას, როგორც დაავადების გამწვავების ფაქტორს, არ შეისწავლიან. მაშინაც კი, როცა პაციენტზე ძალადობას შესაძლოა სისტემატური ხასიათი ჰქონდეს. ფსიქიკური აშლილობის მქონე რეპროდუქციული ასაკის ქალთა მიმართ ძალადობა დაკავშირებულია მოძალადის სურვილთან, მიიღოს სარგებელი ან/და დაიმორჩილოს ქალი და მართოს იგი. ხშირად კი, ფსიქიკური აშლილობის მქონე ქალთა მიმართ, ოჯახის წევრები ძალადობას მათი სექსუალური მოთხოვნილების დასათრგუნად მიმართავენ.

აღნიშნული დადასტურდა შშმ პირთა საკითხებზე მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების ფოკუს ჯგუფთან შეხვედრაზეც, სადაც ფსიქიკური პრობლემის მქონე ქალთა მიმართ ძალადობა და მისი გამოაშკარავება ერთ-ერთ ყველაზე მწვავე საკითხად იქნა დასახელებული.

მონიტორინგის დროს ასევე გამოვლინდა, რომ სამკურნალო დაწესებულებაში ხანგრძლივად განთავსების შემთხვევაში, ისევე როგორც შშმ პირთა პანსიონატებში, პაციენტებს/ბენეფიციარებს შორის ხშირია ძალადობის ფაქტები, თუმცა დაწესებულების მხრიდან არ ხდება ძალადობის პრევენციაზე ზრუნვა, სავარაუდო ფაქტების გამოვლენა და სათანადოდ რეაგირება. ასევე გამოვლინდა ერთი და იმავე სქესის წარმომადგენლებს შორის სექსუალური ძალადობის შემთხვევების უგულებელყოფის შემთხვევებიც. ასევე აღსანიშნავია, რომ სექსუალური ძალადობა არ არის გამიჯნული პაციენტებს შორის ძალადობის სხვა ფორმისგან და დაწესებულებების მხრიდან, როგორც წესი, აღიქმება ფიზიკურ ძალადობად, ფსიქოლოგიურ ზეწოლად და ა.შ.

საქმე N3

მონიტორინგის პროცესში გამოვლინდა შემთხვევა (შპს „აღმოსავლეთ საქართველოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრი“), როდესაც ერთ-ერთი პაციენტი სექსუალურად ძალადობდა სხვა პაციენტებზე, რასაც ხშირად თან ახლდა კონფლიქტი პაციენტებს შორის. დაწესებულებაში არსებული მძიმე პირობების და სივიწროვის გამო, პაციენტის განცალკევება ვერ ხერხდებოდა, რის შედეგადაც ზარალდებოდნენ როგორც სხვა პაციენტები, ისე სავარაუდო მოძალადე პაციენტიც, რადგან სამედიცინო პერსონალი მას ხანგრძლივი დროით აჯაჭვავდა რკინის საწოლზე. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ჩანაწერების მიუხედავად, სადაც პაციენტი ღიად

აცხადებდა თავისი სექსუალური ორიენტაციის შესახებ, აღნიშნულ ფაქტს ადმინისტრაცია მხოლოდ დანარჩენ პაციენტებზე ფიზიკური ძალადობის ჭრილში განიხილავდა.

უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტებს პრობლემები ექმნებათ შერეული ტიპის ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებებშიც. მაგალითად, ქალი, რომელიც მოთავსებული იყო შერეული ტიპის განყოფილებაში, თავს მშვიდად ვერ გრძნობდა. იგი შიშობდა, რომ იმავე განყოფილებაში მოთავსებულ მამაკაცებს შესაძლოა მასზე სექსუალურად ეძალადათ. თუმცა სამედიცინო პერსონალი მის მდგომარეობას სერიოზულად არ აღიქვამდა და მის განცალკევებას ან სხვა განყოფილებაში გადაყვანას საჭიროდ არ მიიჩნევდა.

ბენეფიციართა შორის სავარაუდო სექსუალური ძალადობის საკითხი კიდევ უფრო მწვავედ დგას შშმ პირთა პანსიონატებში. ხშირად ბენეფიციართა ერთი ჯგუფი ცდილობს დაჩაგროს და თავისი გავლენის ქვეშ მოაქციოს მეორე. ერთ-ერთმა ბენეფიციარმა ჩალრმავეებული ინტერვიუს დროს განაცხადა, რომ იგი პანსიონატში მისი ნების საწინააღმდეგოდ „გაათხოვეს“. აღნიშნული კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ დიდი ზომის ინსტიტუციებში ადამიანების ცხოვრება იმთავითვე ძალადობის მომეტებულ რისკებს შეიცავს და ადამიანის ფუნდამენტური უფლების სათანადოდ დაცვას გამორიცხავს.

8. ჰიგიენური პირობები და ღირსეული გარემო

გაეროს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტი ინსტიტუციებში მყოფ შშმ ქალებზე ძალადობის გავრცელებულ ფორმებად განიხილავს ისეთი ყოველდღიური ზრუნვის სერვისების უგულვებელყოფას, როგორცაა ჰიგიენური პროცედურების ჩატარება, მენსტრუალური და სანიტარული მენეჯმენტი.⁹⁰ ძალადობის მსგავსი ფორმები ხშირ შემთხვევაში უტოლდება წამებას, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახავ მოპყრობას და არღვევს ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სტანდარტებს.⁹¹

მონიტორინგის ფარგლებში შემოწმდა სამიზნე დაწესებულებების ფიზიკური გარემო და შეფასდა დაწესებულებებში არსებული ჰიგიენური პირობები.

ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების მონიტორინგის დროს გარემოზე და სერვისის მიწოდების პროცესზე დაკვირვება ემსახურებოდა არსებული საყოფაცხოვრებო პირობებისა და მომსახურების ხარისხის გავლენის შემოწმებას ქალთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. ამ კუთხით მონიტორინგის ჯგუფმა ზოგადად შეაფასა სამიზნე დაწესებულებაში არსებული ინფრასტრუქტურა, სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები, ტემპერატურა (გათბობისა და გაგრილების სისტემა), აბაზანით სარგებლობის, ჰიგიენური

⁹⁰ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კომიტეტის ზოგადი კომენტარი №3 შშმ გოგონათა და ქალთა შესახებ, 2016 წ. პარ. 31.

⁹¹ იქვე, პარ. 32.

საშუალებების (საპონი, ქალთა ჰიგიენური საფენები, საპარსი საშუალებები, ტუალეტის ქაღალდი და სხვ.) მიწოდების, ტანსაცმლითა და პირადი ნივთებით (ინდივიდუალური თეთრეულითა და საცვლებით) უზრუნველყოფის, ასევე, პრევატივობის/პირადი სივრცის დაცვის საკითხები. შემოწმდა ზემოთ ჩამოთვლილი საშუალებებისა და ნივთების მარაგები, ჰიგიენის დაცვაზე პასუხისმგებელი პერსონალი გამოიკითხნენ ამ მიმართულებით არსებული წესებისა და პროცედურების შესახებ.

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ სამიზნე დაწესებულებებში, მიდგომა ჰიგიენის საშუალებებით უზრუნველყოფის ნაწილში, არაერთგვაროვანია. ამ კუთხით არასასურველი ვითარებაა მრავალპროფილური საავადმყოფოების ფსიქიატრიულ განყოფილებებში, სადაც არსებული ბიუროკრატიის გამო განყოფილების პასუხისმგებელ პირებს დაწესებულების მენეჯმენტთან უჭირთ განყოფილებისთვის ქალის ჰიგიენური საფენებისა და ჰიგიენის ზოგიერთი სხვა საშუალების (მაგალითად, კბილის ჯაგრისი და პასტა, საპარსი საშუალება) შეძენის აუცილებლობის დასაბუთება, რადგან აქ ძირითადად მწვავე შემთხვევების მართვა ხდება და ხანგძლივი ვადით პაციენტები, როგორც წესი, არ ყოვნიან. ყოველივე ეს განსაკუთრებით პრობლემურია იმ ქალი პაციენტებისთვის, ვისაც არ აქვს ოჯახის და ახლობლების მხარდაჭერა ან ისინი დაწესებულებაში დროულად მისვლას და საჭირო ნივთებით პაციენტის მომარაგებას ვერ ახერხებენ. ამ შემთხვევაში ჰიგიენის ნივთების შეძენა მათთვის ექიმებს უხდებათ. ასევე მიღებული პრაქტიკაა ქალის ჰიგიენური პაკეტების არარსებობის შემთხვევაში ჰიგიენური საფენების დაჭრა/დაყოფა.

გამოვლინდა ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც დაწესებულებაში არის ქალის ჰიგიენური პაკეტების მარაგი, მაგრამ თავად პაციენტებმა ამის შესახებ არ იციან და ოჯახის წევრებს სთხოვენ საჭირო ნივთებით უზრუნველყოფას.

პაციენტები ხშირად უთითებდნენ აბაზანაში წყლის მალე გაციებაზე, რაც ართულებს პაციენტების მხრიდან პირადი ჰიგიენის ჯეროვან დაცვას. ქალებს ყოველდღიური ჰიგიენის დაცვისას რიგ შემთხვევებში ცივი წყლის გამოყენება უხდებათ. ამასთან, უარყოფითად უნდა შეფასდეს ის ფაქტიც, რომ დაწესებულებათა ნაწილში საპირფარეოებში ხელმისაწვდომია საერთო მყარი საპონი, რაც ზრდის გადამდები დაავადებების გავრცელების რისკს.

ზოგიერთ სტაციონარულ-ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში პაციენტებს კვლავ არ აქვთ პირადი ტანსაცმელი ან თეთრეული და დაწესებულებაში არსებული საერთო მარაგიდან უხდებათ სასურველი ტანსაცმლის (მათ შორის საცვლის) არჩევა. უმეტესად არის დიდი საერთო სარეცხი მანქანები, სადაც ყველაფერი ერთად ირეცხება, მათ შორის საცვლებიც. ზოგიერთ შემთხვევაში, პაციენტის თხოვნით შესაძლებელია მისი პირადი მოხმარების ნივთების ცალკე გარეცხვა, თუმცა ეს, როგორც წესი, იმ პაციენტების უპირატესობაა, რომელთაც აქვთ შესაძლებლობა პროაქტიულად გამოხატონ საკუთარი ინდივიდუალური ნივთების ცალკე გარეცხვის სურვილი.

მიუხედავად იმისა, რომ თეთრეული უმეტეს დაწესებულებაში კვირაში ერთხელ ირეცხება, პაციენტებს არ აქვთ პირადი ჰიგიენის სრულყოფილად დაცვის შესაძლებლობა, არ არის აღმოჩენილი სათანადო მხარდაჭერა აღნიშნული მიმართულებით.

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მყოფი ქალებისთვის დამატებით პრობლემას ქმნის ის ფაქტი, რომ საპირფარეშოები არ იკეტება. ზოგიერთ შემთხვევაში დაწესებულებაში არის გენდერულად ნეიტრალური საპირფარეშოები, რომლითაც ქალებიც და მამაკაცებიც სარგებლობენ, თუმცა საპირფარეშოს კარი შიგნიდან არ იკეტება. ადმინისტრაცია აღნიშნულს უსაფრთხოების მიზნებით ხსნის, თუმცა პაციენტების განმარტებით, პერსონალი კარს არ აკონტროლებს და არის დიდი ალბათობა, რომ უკვე დაკავებულ საპირფარეშოში ვინმე შევიდეს.

ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებებში პრობლემურია საპირფარეშოებზე წვდომის ხარისხიც, რომელიც თითქმის არასდროს უზრუნველყოფს სრულ შეღწევადობას ეტლით მოსარგებლე პირთათვის. მათ შორის არის ახლად გარემონტებული დაწესებულებები, რომელთა სველი წერტილები არ არის მისაწვდომი ეტლით მოსარგებლე პირთათვის, ან არის, მაგრამ არასრულად.⁹²

შშმ პირთა პანსიონატებში ვითარება განსხვავებულია. აღნიშნულ დაწესებულებებში სველი წერტილების ადაპტირების ხარისხი დამაკმაყოფილებელია. მისაწვდომია ცივი და ცხელი წყალი. ბენეფიციარებს აქვთ ჰიგიენის დაცვის ინდივიდუალური საშუალებები. არის ჰიგიენური საშუალებების, მათ შორის, ქალის ჰიგიენური პაკეტების საკმარისი მარაგი და ბენეფიციარები უზრუნველყოფილნი არიან ყველა საჭირო ნივთით. თუმცა გამოწვევად რჩება ჰიგიენური პროცედურების დროს ბენეფიციართა ღირსების შეუღალხავად დახმარება. კერძოდ, ერთ-ერთ პანსიონატში⁹³ პერსონალთან ინტერვიუს დროს გამოვლინდა, რომ იმ პირთა შემთხვევაში, რომელთაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო არ შეუძლიათ თვითმოვლა, დაბანასა და პირადი ჰიგიენის დაცვაში ეხმარება დაწესებულების მომვლელი, რომელიც ზოგ შემთხვევაში, საქმის გასამარტივებლად, შეიძლება 2 ბენეფიციარს ერთად ბანდეს.

სათემო ორგანიზაციებში ჰიგიენური პირობების დაცვის თვალსაზრისით ვითარება დამაკმაყოფილებელია. დაწესებულების სპეციფიკიდან გამომდინარე, ბენეფიციარებს აქვთ მეტი საშუალება დაიცვან ინდივიდუალური ჰიგიენა. თეთრეული ძირითადად იცვლება საჭიროებისამებრ. თუმცა სათემო დაწესებულებათა ნაწილში პრობლემურია ქალის ჰიგიენური საფენების საჭირო მარაგის არსებობა. აქაც ასევე მიღებული პრაქტიკაა ქალის ჰიგიენური საფენების ნაცვლად დაჭრილი ჰიგიენური საფენების გამოყენება. პრობლემურია ორგანიზაციებში მეტწილად საერთო მყარი საპნის გამოყენებაც, რაც გადამდები დაავადებების გავრცელების რისკს ზრდის.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ მდგომარეობა ჰიგიენის დაცვის კუთხით, სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებაში მცირედ განსხვავებულია, თუმცა ზოგადი სიტუაციის ანალიზი ცხადყოფს,

⁹² არის საყრდენი, მაგრამ სველ წერტილამდე ეტლით მისვლა შეუძლებელია, მაგალითად, კიბის უჯრედის გამო.

⁹³ ძეგრის შშმ პირთა პანსიონატი.

რომ არსებული საყოფაცხოვრებო პირობებისა და ჰიგიენის დაცვის ხარისხი მეტწილად ვერ უზრუნველყოფს ქალთა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვის მაღალ სტანდარტს.

რეკომენდაციები

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:

- მიიღოს ყველა საჭირო ზომა ფსიქიკური აშლილობების ეროვნული გაიდლაინების იმგვარად განსახლებლად, რომ უზრუნველყოფილი იყოს მათში ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების სათანადოდ ასახვა უახლესი საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით. მათ შორის, უზრუნველყოფილ იქნას განახლებულ გაიდლაინებში დასახელებულ თემასთან მიმართებით კომპლექსური, ნათლად გასაგები, სისტემატიზებული ინფორმაციის შეტანა, სადაც განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლების დაცვის მიზნით ჩარევის მეთოდების აღწერას
- საუკეთესო საერთაშორისო პრაქტიკაზე დაყრდნობით, უზრუნველყოს ფსიქიკური აშლილობების დროს ორსულობის მართვასთან დაკავშირებული გაიდლაინის/პროტოკოლის შემუშავება დიაგნოზების მიხედვით
- შეისწავლოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი ფსიქიკური აშლილობების გაიდლაინების რეკომენდაციების ფინანსურ ხარჯთან შესაბამისობის თვალსაზრისით
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებებსა და მკურნალობის სტანდარტებში საერთაშორისო და ეროვნულ გაიდლაინებში უზრუნველყოს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციების ასახვა
- გაიდლაინებში, მკურნალობის სტანდარტებსა თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიულ დოკუმენტებში პერიოდულად განახორციელოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა სექსუალური და რეპროდუქციული უფლების დაცვის მიმართულებით ასახული რეკომენდაციების შესრულებაზე ზედამხედველობა, შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაციის ანალიზითა და ადგილზე ვიზიტებით
- ფსიქოტროპული მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყებამდე უზრუნველყოს წვდომა შესაბამის ლაბორატორიულ კვლევებზე, მათ შორის, სისხლში პროლაქტინის დონის განსაზღვრასა და ორსულობის ტესტზე, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებსა და სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ მყოფი რეპროდუქციული ასაკის ქალებისთვის ლაბორატორიული კვლევების ჩატარების ვალდებულების დაწესებისა და შესაბამისი რესურსების გამოყოფის გზით

- სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების სტანდარტიზაციისთვის უზრუნველყოს შესაბამისი ნაბიჯების გადადგმა
- კონსოლიდირებული შესყიდვებისას გაითვალისწინოს ფსიქოტროპული მედიკამენტების ხარისხი რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან მიმართებით ხელი შეუწყოს პანსიონატებსა და სათემო ორგანიზაციებში მცხოვრებ 15-49 წლის ქალთა რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან ასოცირებულ სამედიცინო კვლევებთან დაკავშირებული პროტოკოლის შემუშავებასა და ამოქმედებას
- ფსიქიკური აშლილობების განახლებული გაიდლაინებით დადგინდეს პერსონალის მხრიდან პაციენტების ინფორმირებულობის ვალდებულება მათი სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უფლებებთან და ამ ფუნქციაზე მედიკამენტების შესაძლო ზეგავლენასთან დაკავშირებით
- უზრუნველყოს ყველა რეპროდუქციული ასაკის ქალის ტესტირება ორსულობაზე ფსიქიატრიულ სტაციონარულ დაწესებულებაში განთავსებისას, დაწესებულებებისთვის შესაბამისი ტესტირების ჩატარების ვალდებულების დაწესებით
- უზრუნველყოს გზამკვლევი/სახელმძღვანელოს შემუშავების ორგანიზება, რომლითაც იხელმძღვანელებენ მეან-გინეკოლოგები ფსიქიკური აშლილობის მქონე ქალთა ორსულობისა და ლოგინობის პერიოდის მართვისას
- ფსიქიატრიულ დაწესებულებებთან არსებულ მობილურ ჯგუფებში უზრუნველყოს ექიმ მეან- გინეკოლოგის ინტეგრირება, რომელიც მეთვალყურეობას გაუწევს ფსიქიკური აშლილობის მქონე ქალებს ორსულობის, მშობიარობისა და ლოგინობის ხანის განმავლობაში
- უზრუნველყოს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებების პაციენტთა/ბენეფიციართა ჩართვის ორგანიზება კიბოს და სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციათა სკრინინგ პროგრამებში, მათ შორის, სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე სკრინინგის ვალდებულების სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესსა და პირობებში ასახვით

ექიმთა უწყვეტი დიპლომის შემდგომი განათლების ფარგლებში ხელი შეუწყოს:

- აკრედიტებული სატრენინგო პროგრამების შემუშავებას ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მკურნალობის პროცესში ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხების გასათვალისწინებლად
- ფსიქიატრიული დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალისთვის, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ფსიქოტროპული მედიკამენტების ზეგავლენის და მისი მართვის შესახებ სატრენინგო მოდულის შემუშავებას

უზრუნველყოს ფსიქიატრიული დაწესებულებების, პანსიონატებისა და სათემო ორგანიზაციების სამედიცინო პერსონალის გადამზადება:

- რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით, მათ შორის, ისეთი აკრედიტებული სატრენინგო პროგრამების შემუშავება, რომლებიც მიმართული იქნება

პაციენტების ფსიქოგანათლებაზე, ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და უფლებების და მათი დაცვის სტრატეგიების შესახებ

- პაციენტთა/ბენეფიციართა მიმართ ძალადობის, მათ შორის, სექსუალური ძალადობის პრევენციის, სავარაუდო ძალადობის ფაქტების გამოვლენისა და შეფასების და მათზე რეაგირების მექანიზმების შესახებ
- ზედამხედველობა გაუწიოს სამიზნე დაწესებულებების მხრიდან ძალადობის ფაქტებთან დაკავშირებით განხორციელებულ რეფერირების შემთხვევებს ფსიქიატრიული დაწესებულებების, შშმ პირთა პანსიონატების, სათემო ორგანიზაციების ადმინისტრაციას
- გადადგან კონკრეტული ნაბიჯები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ქალთა მკურნალობის პროცესში ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მიმართულებით სამედიცინო პერსონალის ცოდნის, მოტივაციის, ანგარიშვალდებულების გასაზრდელად, რათა ფსიქიკური აშლილობები იმართოს ეროვნულ და საერთაშორისო გაიდლაინებში მოცემული რეკომენდაციების შესაბამისად
- ზედამხედველობა გაუწიონ დაწესებულებაში წარმოებულ სამედიცინო დოკუმენტაციაში ეროვნული გაიდლაინებით გათვალისწინებული ქალის სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მონაცემის შეტანას
- ფსიქიატრიული და სახელმწიფო ზრუნვის დაწესებულებების კონსულტანტ-გინეკოლოგებისთვის, ფსიქოტროპული მედიკამენტების რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე ზეგავლენისა და მართვის მეთოდების შესახებ, უზრუნველყონ შესაბამისი გადამზადების ორგანიზება
- ხელი შეუწყონ დაწესებულების პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებას, რათა სხვადასხვა სასწავლო ტრენინგის/კურსის მეშვეობით მიიღონ ცოდნა და უნარები პაციენტებთან ფსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობისთვის
- დაწესებულებაში სისტემური ხასიათი მიეცეს პაციენტებთან/ბენეფიციარებთან ჯგუფურ და ინდივიდუალურ ფსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობას სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის თემაზე, მათ შორის, კონკრეტული თანამშრომლების სამუშაო აღწერილობაში მოცემული ფუნქციის დამატებით
- ხელი შეუწყონ ბენეფიციართა/პაციენტთა ინფორმირებას ქვეყანაში მოქმედი სკრინინგ პროგრამების თაობაზე
- უზრუნველყონ პაციენტთა/ბენეფიციართა სკრინინგ პროგრამებში ჩართვის ორგანიზება, მათ შორის, სკრინინგის განმახორციელებელი მობილური ჯგუფების ადგილზე მომსახურებით
- უზრუნველყონ დაწესებულებების თანამშრომლების გადამზადების ორგანიზება პაციენტთა/ბენეფიციართა მიმართ ძალადობის პრევენციის, სავარაუდო ძალადობის ფაქტების გამოვლენისა და შეფასების და მათზე რეაგირების მექანიზმების შესახებ
- ზედამხედველობა გაუწიონ დაწესებულებებში პერსონალის მხრიდან ზოგადი სანიტარული მდგომარეობისა და პირადი ჰიგიენის დაცვას, პაციენტთათვის/ბენეფიციართათვის ღირსეული საცხოვრებელი გარემოსა და პირადი სივრცის უზრუნველყოფას
- უზრუნველყონ დაწესებულებებში პირადი ჰიგიენის ნივთების საკმარისი მარაგის არსებობა

და მათზე პაციენტების/ბენეფიციარების წვდომა

- გაამლიერონ მუშაობა პაციენტთა/ბენეფიციართა თვითმოვლის უნარებისა და პირადი ჰიგიენის დაცვის სწავლების მიმართულებით.