

მულტიდისციპლინური გუნდი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში

მარინე კურატაშვილი

მულტიდისციპლინური გუნდური მეთოდი მუშაობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში გულსხმობს პაციენტის (კლიენტის) ინდივიდუალური საჭიროებების მაქსიმალურ გათვალისწინებას და მის დაკმაყოფილებას სხვადასხვა პროფესიის მქონე ადამიანების შეთანხმებული მუშაობის გზით.

მულტიდისციპლინური გუნდი მუშაობისას ითვალისწინებს პაციენტის (კლიენტის, მომხმარებლის) ყველა იმ სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ თუ სოციალურ საჭიროებას, რომელთაც არსებითი მნიშვნელობა აქვს მოცემული პიროვნების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის და რესოციალიზაციისათვის.

მულტიდისციპლინური გუნდის ამოცანაა მოახდინოს პაციენტის /კლიენტის შეფასებისა და მკურნალობის იმგვარი კოორდინაცია, რომ მიადნოს ფსიქიკურ, სოციალურ და ფიზიკურ სფეროებში არსებული საჭიროებების ერთმანეთთან შედარებით შეთანხმებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მულტიდისციპლინური გუნდური მიდგომის განვითარება ლოგიკური შედეგია იმ ცვლილებებისა, რაც გასული საუკუნის შუამდებრივ მიმდინარეობს მედიცინის ამ სფეროში. ამ ცვლილებებიდან გამსაკურთხელი მნიშვნელობა ენიჭება დამატებით ციონანალიზაციას და მომსახურების სათემო სერვისების განვითარებასთან ერთად ფსიქიკურ ამოლობებთან დაკავშირებული პარადიგმის ცვლილებას.

XX სის შუა წლებიდან მუტი ყურადღება ექცევა ადამიანის უფლებების, მათ შორის ფსიქიკური პირობების მქონე ადამიანთა უფლებების დაცვას; ამავ პერიოდში მთელი რიგი ქვეყნების სახელმთო დადასტურდა ინსტიტუციონალიზაციის დახედავით ზედალენა ფსიქიატრიული დაწესებულებების ზრდაზე ფსიქიატრიული მედიკამენტების სინთეზირებამ და პრაქტიკის დასრუტამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ფსი-

მუწყობს არამარტო თითოეული პროფესიის განვითარებას, არამედ საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში მულტიდისციპლინური გუნდური მუშაობის დანერგვას, რაც თავისთავად გააუმჯობესებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანების მკურნალობასა და მათზე ზრუნვას.

კრებულში წარმოდგენილია აგრეთვე საერთო რეკომენდაციები მულტიდისციპლინური გუნდური მიდგომის დანერგვისათვის, რომელიც პროფესიული საზოგადოებების და ასოციაციების წარმომადგენლებმა ერთობლივად შეიმუშავეს. რეკომენდაციები მომზადებულია ჯანდაცვის სამინისტროსთვის და პოლიტიკასა და პროგრამებზე პასუხისმგებელი პირებისა და უწყებებისათვის.

ეთვლით, რომ ეს ნაშრომი სასარგებლო იქნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და პროგრამებზე პასუხისმგებელი უწყებებისა და პირებისთვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პროფესიონალებისთვის, საბაკალურო და სამაგისტრო პროგრამების სტუდენტებისთვის, რეზიდენტებისთვის, მოხალისეებისთვის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებით მოსარგებლე ადამიანებისა და მათი ოჯახის წევრებისთვის, პირველადი ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლებისათვის.

ქიატრიული საავადმყოფოების პაციენტთა რაოდენობა. მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი დაუბრუნდა თავის ოჯახს, ძველ საცხოვრებელ გარემოს. ყოველივე ზემოაღნიშნულმა საჭირო გახადა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში სერვისების/დახმარების ახალი ფორმების დანერგვა, რომელიც შესაძლებელს გახდიდა დახმარების აღმოჩენას დიდი სავადმყოფოების გარეთ, უშუალოდ პაციენტის ჩვეულ გარემოში და დააკმაყოფილებდა არა მარტო მის სამედიცინო, არამედ ასევე ფსიქოლოგიურ და სოციალურ საჭიროებებსაც. ამ გამოწვევას შედეგად მოჰყვა თქმულ დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის მრავალფეროვანი სერვისების ჩამოყალიბება და განვითარება. თქმულ დაფუძნებულ სამსახურების განვითარებამ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირების მიმართ საზოგადოებრივი აზრის დადებითი კუთხით შეცვლაში. საზოგადოება მათ უკვე აღიქვამდა საკუთარი სამეზობლოს ან უფრო ფართო თემის წევრებად. მათი და მათი ოჯახების წევრების საზრუნავის გაზიარება ბუნებრივი გახდა. ფსიქიკური დაავადებების შესახებ ცოდნის ამაღლებამ ნათელი გახადა, რომ გარკვეულ რეაგირებას საჭიროებდა სერვისით მოსარგებლეთა არა მარტო დაავადებით განპირობებული სიმპტომები, არამედ მათი სოციალური გარემო და ფსიქოლოგიური პრობლემებიც. ცხადია, ასეთ კომპლექსურ ამოცანას ბოლომდე ვერ გაუმკლავდებიდნენ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებში ტრადიციულად დასაქმებული პროფესიების წამომადგენლები; ამისთვის საჭირო გახდებოდა მათი რიგების შევსება ისეთი პროფესიების წარმომადგენლებით, როგორცაა სოციალური მუშაკი, ოკუპაციური თერაპევტი, შრომიითი და ოჯახური თერაპევტები და სხვა.

მკურნალობისა და მოვლის მეთოდების შერჩევაზე ასევე არსებით ზეგავლენას ახდენს დაავადების ახსნის ის მოდელი, პარადიგმა, რომელიც მოცემული პერიოდისათვის წამყვანია. მეოცე საუკუნის სამოცდაათიანი წლებიდან ფსიქიკური აშლილობების ახსნის ბიოლოგიურ-სამედიცინო მოდელი თანდათან ჩანაცვალა ბიო-ფსიქო-სოციალურმა მოდელმა. ამ მოდელის თანახმად, დაავადება არის ფსიქობიოლოგიური

მექანიზმების დისფუნქცია. მკურნალობის საჭიროება დგება იქ, სადაც აშლილობის ნიშნები ხელს უშლის ინდივიდს პროფესიულ მოღვაწეობაში, ყოფით საქმიანობაში, ჩვეულ სოციალურ ურთიერთობებში, ანდა აყენებენ ტანჯვას.

პარადიგმის შეცვლამ ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების ბიო-ფსიქო-სოციალურ მოდელთან შესაბამისობა მოითხოვა. ამ მოდელის კლინიკურ პრაქტიკაში გადასატანად საჭირო გახდა ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთ-ზეგავლენის გათვალისწინება ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების დაგეგმვისას და მიზოდებისას. ასევე მოითხოვა აღნიშნული ფაქტორების გათვალისწინება პაციენტის დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პროცესში და მისი დაავადების ისტორიის ცხოვრებისეულ მოვლენების კონტექსტში განხილვაც.

ამ მოდელის შესაბამისად, თანამედროვე ჩარევის ფორმები უნდა ითვალისწინებდეს პიროვნებას მთელი სისაესით - მისი სოციალური გარემოს ჩათვლით. სწორედ კლიენტის ყველა საჭიროების გათვალისწინების პრინციპით იქმნება და ვითარდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის თანამედროვე სერვისები. ასეთ გარემოში, პროფესიონალები პირველ რიგში ითვალისწინებენ პაციენტის უნარებს და შესაძლებლობებს, აძლევენ მათ რეალიზაციის საშუალებას, პატივს სცემენ მის ავტონომიას და ოჯახის როლის გათვალისწინებით ზრუნავენ მისთვის მხარდამჭერი გარემოს შექმნაზე.

მაშასადამე, ზრუნვის ბალანსირებული სისტემის შემოღებამ განაპირობა ჰოსპიტალური ზრუნვის ალტერნატიული მიდგომის - მრავალფეროვანი სათემო ფსიქიატრიული სერვისების შექმნა და გავრცელება, ხოლო ამ ახალმა მიდგომამ ქრონიკული და მძიმე ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირების შემთხვევაში საჭირო გახადა მუშაობა მულტიდისციპლინური გუნდური მეთოდით.

მულტიდისციპლინური გუნდი, ზოგადად, განიმარტება, როგორც სხვადასხვა პროფესიის მქონე იმ ადამიანთა მცირე ჯგუფი, რომლებიც თანამშრომლობას იწყებენ გარკვეული სამუშაო ამოცანის გადაწყვეტის მიზნით.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ასეთ ამოცანას ჩვეულებრივ წარმოადგენს ფსიქიკური აბილიტაციის მქონე ადამიანთა განსაზღვრული ჯგუფის მოძაბურება. მულტიდისციპლინური მიდგომა არის ძირითადი მექანიზმი პაციენტზე პოლისტერი (ბიო-ფსიქო-სოციალური) ზრუნვის უზრუნველსაყოფად და სერვისების სრული პაკეტის მისაწოდებლად დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე.

ცალკეული მულტიდისციპლინური გუნდის შემადგენლობა და ამოცანები განსხვავებულია და დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა ამოცანა აქვს დასახული გუნდს - რომელ პოპულაციას იღებს სამიზნე ჯგუფად (მაგ.: გარკვეული ნოზოლოგია, დაავადების გარკვეული სტადია, გარკვეული ასაკობრივი ჯგუფი, გარკვეული გეოგრაფიულ არეალის მოსახლეობა და ა.შ.) და რას სურს მიღწევის მათთან დაკავშირებით (დაავადების პრევენცია, მწვავე მდგომარეობების მკურნალობა, აბილიტაცია/რეაბილიტაცია. შრომითი დასაქმება და ა.შ.). დასახული ამოცანიდან და ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობიდან გამომდინარე, გუნდის წევრების რაოდენობა შეიძლება მერყეობდეს, კერძოდ - 3-4 წევრიდან რამდენიმე ათეულამდე. ოპტიმალურ ვარიანტად მიჩნეულია 8-10 წევრისგან შემდგარი გუნდი. გუნდს შეიძლება ჰყავდეს მუდმივი წევრები და ასევე, ე.წ. კონსულტანტები, რომელთაც არ ევალებათ გუნდის ყველა სტადიაზე დასწრება. მათ ინგვენ გუნდში - კონკრეტული კლიენტის სპეციფიკური საჭიროებიდან გამომდინარე.

მიუხედავად ამ განსხვავებულობისა, გამოყოფილია ის მახასიათებლები, რომლებიც საერთოა ყველა მულტიდისციპლინური გუნდისთვის, კერძოდ: გუნდის ყველა წევრს აერთიანებს საერთო მიზანი და თითოეული მათგანი მუშაობსას იყენებს გუნდიან შეთანხმებულ მეთოდებს; გუნდის წევრები ურთიერთდამოკიდებულნი და შესრულებულ სამუშაოზე ერთმანეთთან ანგარიშვალდებულები არიან; მიღებულია სპეციალისტების ექსკლუზიური უფლებების გადაფასება (კოდნასა და ძალაუფლებაზე; გუნდის წევრების სპეციალობის შესაბამისი უნარ-ჩვევების ფლობაზე მეტად

უპირატესობა ეძლევა გუნდურად მუშაობის უნარსა და ცოდნას; მუდმივად ხდება ცალკეული სპეციალისტების მოვალეობების გარკვეულ ფარგლებში ურთიერთდაფარვა; გუნდში მუდმივად მიმდინარეობს ცოდნისა და გამოცდილების ურთიერთგაზიარება და ურთიერთგამდიდრება. გუნდი ფუნქციონირებს სხდომების საშუალებით, რომელსაც ორგანიზების უკეთეს გუნდის ლიდერი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედ მულტიდისციპლინურ გუნდში შემავალი ძირითადი სპეციალისტებია ფსიქიატრი, ექიანი, სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი. მათ შეიძლება დაემატოს სხვა სპეციალისტების ექიმები, ოკუპაციური თერაპევტი, ოურისტი, თანაგანმართლებელი და ა.შ. აღნიშნული სპეციალისტების დატვირთვა გუნდში სხვადასხვაგვარია, გამომდინარე სამუშაო ამოცანიდან და გუნდის სპეციფიკიდან, შეესაბამება ამ თუ იმ სპეციალობის კომპეტენციის ფარგლებს. ამის საილუსტრაციოდ მოგვყავს ცხრილი: (1)

1. სარეაბილიტაციო გუნდის ფარგლებში პროფესიების პროცენტული ჩართულობა სხვადასხვა საქმიანობის მიხედვით (Frank P. Deane and Kevin Gournay «Clinical Management in Mental Health Services»-ის მიხედვით):

სფერო	საფლასიფი	სმსაშაქიფ	სფლს	საქსაქს	სფლს
დაავადების	100	75	25	25	0
კრიზისული ინტერვენცია	100	100	50	100	0
ფუნქციონალური შეფასება	25	100	50	0	100
ფსიქოფარმაკოლოგია	100	25	0	50	0
ოჯახის ფსიქოგანათლება	50	75	100	25	0
უნარ-ჩვევთა ტრენინგი	25	100	25	25	50
კოგნიტურ-ბეჰვიორული თერაპია	50	100	25	0	0
დაცული დასაქმება	0	100	50	0	50
ასერტული სათემო მკურნალობა	50	25	75	50	50
გუნდის ლიდერობა	50	50	50	25	25

მულტიდისციპლინური გუნდის ფუნქციონირების ყველაზე ტიპური გარემოა თემზე დაფუძნებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახური. წარმატებულ ფუნქციონირებას სხვა პირობებთან ერთად ხელს უწყობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა სამსახურებთან მჭერი კავშირები და საკმარისი ცოდნა ადგილობრივი რესურსების შესახებ.

მულტიდისციპლინური გუნდის ჩამოყალიბებისას მნიშვნელოვანია შემდეგი წინაპირობების გათვალისწინება: გუნდმა ჩამოყალიბების ყველაზე ადრეულ სტადიაზე უნდა შეიმუშაოს მოქმედების საერთო ხედვა; ფასეულობები და პრინციპები; განსაზღვროს სამიზნე პოპულაცია და ის საჭიროებები, რომლის დაკმაყოფილებაც იმუშავებს; ასევე განსაზღვროს გუნდის წევრთა როლები და პასუხისმგებლობები. ის ორგანიზაციული სტრუქტურა და მენეჯმენტი, რომლის ფარგლებშიც გუნდი მოქმედებს, ხელს უნდა უწყობდეს მის მუშაობას და ეხმარებოდეს წინააღმდეგობების დაძლევაში. სასურველია, შემუშავდეს გუნდისთვის მისი დონის შესაბამისი ბიუჯეტი. ოპერაციული პროცედურები და დოკუმენტაციები საკითხები შემუშავებული და შეთანხმებული უნდა იქნას.

პრინციპები, რომლებიც საფუძვლად უდევს მულტიდისციპლინური გუნდის ჩამოყალიბებასა და ფუნქციონირებას, საერთოა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოქმედი ყველა გუნდისათვის, მიუხედავად მისი სიდიდისა და დანიშნულებისა.

სათემო სარკისაჰი, ბალანსირებული ზრუნვა და დიფერენცირებული მიდგომა

გიორგი გელეიშვილი

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო სერვისების განვითარება განსაკუთრებით პოპულარული მე-20 საუკუნის 60-იანი წლებიდან ხდება. ევროპასა და ამერიკაში ჩნდება სამსახურები, რომელიც ადამიანებს დახმარებას უწევს დიდი ინსტიტუციების გარეშე – მათ ჩვეულ საცხოვრებელ გარემოში – თემში. სათემო სერვისები ფარავს მოსახლეობის გარკვეულ რაოდენობას, მოქმედებს ე.წ. „მოცვის არეალში“ და შედგება ინტეგრირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური სამსახურებისგან. მათ განვითარებას რამოდენიმე საკითხმა შეუწყო ხელი. ესენია:

- ფსიქიატრიულ სტაციონარში მკურნალობის დიდი ხარჯი და ალტერნატიული, უფრო ხარვეფექტური მეთოდოლოგიის ძიების აუცილებლობა;
- სამედიცინო-ბიოლოგიური მოდელის ნაცვლად ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის აღიარება უფრო მართებულ მიდგომად;
- ფსიქიატრიის სფეროში ადამიანის უფლებების აქტუალიზირება;
- ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უწყვეტობის აუცილებლობა და სერვისზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება;
- ხშირ პოსპოტალიზაციასთან დაკავშირებული რისკების შემცირება;
- კვლევები, რომელმაც სათემო სერვისების ეფექტურობა დაამტკიცა.

სათემო სერვისები აერთიანებს ისეთ სამსახურებს, როგორცაა: სათემო მობილური მულტიდისციპლინური გუნ-