

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2016 წლის 22 ნოემბრის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2017 წლის 24 მარტის №01-66/ო ბრძანებით

## მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობა და მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

მომზადდა ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ ფარგლებში.

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობა და მართვა	
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები: .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	3
4. პროტოკოლის მიზანი .....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	4
8. რეკომენდაციები.....	4
შეფასება.....	4
ზოგადი შეფასება.....	4
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ახალგაზრდა პირის იდენტიფიცირება .....	4
რისკის შეფასება .....	5
აგრესიული ქცევის რისკის შეფასება.....	5
სუიციდის რისკის შეფასება .....	5
რისკის მართვა .....	6
ზრუნვის დაგეგმვა.....	7
მკურნალობა.....	8
მედიკამენტური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები.....	8
ფსიქოლოგიური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები.....	9
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს აფექტური დისრეგულაციის მკურნალობის ალგორითმი.....	10
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომების მკურნალობის ალგორითმი.....	11
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს იმპულსური და არაკონტროლირებადი ქცევის მკურნალობის ალგორითმი.....	12
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	13
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	13
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	13
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	13
13. რეკომენდაციები ადგილობრივ დონეზე პროტოკოლის ადაპტირებისთვის.....	14
14. პროტოკოლის ავტორები .....	15

1. პროტოკოლის დასახელება: მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობა და მართვა.

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები:

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
ემოციურად არასტაბილური პიროვნული აშლილობა	F60.3
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
ფსიქოთერაპია	R4R140
მხარდამჭერი დისკუსია	R4R168

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მკურნალობისა და მართვის ეროვნული გაიდლაინის საფუძველზე.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროული დიაგნოსტიკა, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს აგრესიისა და სუიციდის რისკის შეფასება, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობისთვის დამახასიათებელი აგრესიული და იმპულსური ქცევების, ემოციური დისრეგულაციისა და კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომების მკურნალობა და მართვა.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები ეხება მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ორივე სქესის მოზრდილ პაციენტებს.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ფსიქიატრებისთვის, ფსიქოლოგებისათვის, ფსიქოთერაპევტებისათვის, ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებში მომუშავე სპეციალისტებისთვის და ოჯახის ექიმებისთვის, მათი კომპეტენციების ფარგლებში.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის რეკომენდაციები მოიცავს ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებიდან სპეციალიზებული ფსიქიატრიული სამსახურების ჩათვლით.

## 8. რეკომენდაციები

---

### ❖ შეფასება

#### ზოგადი შეფასება

- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირის რუტინული შეფასება, მკურნალობა და მართვა სათემო და სპეციალიზირებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებში უნდა ხდებოდეს.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირის შეფასებისას სრულად უნდა შეფასდეს: ფსიქოლოგიური და ოკუპაციური ფუნქციონირება, გამკლავების სტრატეგიები, კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობა, სოციალური პრობლემები და ფსიქოსოციალური მკურნალობის საჭიროება, სოციალური დახმარება, ოკუპაციური რეაბილიტაცია და მათზე დამოკიდებული შვილის/ბავშვის საჭიროებები.

## მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე ახალგაზრდა პირის იდენტიფიცირება

---

ნიშნები, რომლებიც მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის არსებობის შესამდებლობაზე მიუთითებენ, მოიცავენ:

- ხშირ სუიციდურ ქცევას ან თვითდაზიანებას;
- გამოხატულ ემოციურ მერყეობას;
- სიმპტომების ინტენსივობის მატებას;
- სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობის კომორბიდობას;
- არსებული სიმპტომების მკურნალობისადმი რეზისტენტობას;
- ფუნქციონირების გამოხატულ დარღვევას (NICE Reviewed 2015).

## რისკის შეფასება

---

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს აგრესიისა და სუიციდის რისკი ყოველთვის უნდა შეფასდეს, რაც მოიცავს შემდეგი ინფორმაციის მოძიებას:

### აგრესიული ქცევის რისკის შეფასება

---

- ამჟამინდელი აგრესიული ან ფსიქოზური იდეები, მათ შორის ფიზიკური და სექსუალური ძალადობის ან ჰომიციდის აზრები;
- წარსულში აგრესიული ან ფსიქოზური იდეები, მათ შორის სექსუალური ან ფიზიკური ძალადობის ან ჰომიციდის აზრები;
- წარსულში აგრესიული ქცევა (მაგალითად, ჰომიციდი, ოჯახური ძალადობა ან ძალადობა სამსახურში ან სხვა ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის აქტი);
- სამართლებრივი ან დისციპლინური სასჯელი წარსული აგრესიული ქმედების გამო;
- ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ფსიქიატრიული პრობლემით მიმართვის ანამნეზი;
- ამჟამად ან წარსულში წამალმომხმარების და ალკოჰოლმომხმარების ანამნეზი;
- ფსიქოსოციალური სტრესორის არსებობა;
- პიროვნების მიმართ ძალადობისა ან აგრესიული ქცევის გამოცდილება, მათ შორის ბავშვობისდროინდელი ძალადობა ან საომარი მოქმედებების დროს განცდილი ძალადობა;
- წარსულში ან ამჟამად ნეიროკოგნიტური ან ნევროლოგიური დაავადებებისა ან სიმპტომების არსებობა;

#### აგრესიული აზრების არსებობის შემთხვევაში უნდა შევამოთ:

- პიროვნების იმპულსურობა, მათ შორის ბრაზის მართვის უნარი;
- ცეცხლსასროლ იარაღზე ხელმისაწვდომობა;
- პიროვნება წარმოადგენს ინდივიდთა იმ ჯგუფს, რომლის მიმართაც ამჟამად ან წარსულში ხორციელდებოდა აგრესიული ქმედება ან ჰომიციდი;
- ძალადობრივი ქცევის ოჯახური ანამნეზი.

#### კლინიცისტი, ვინც ატარებს პირველად ფსიქიატრიულ შეფასებას:

- უნდა აღწეროს და წერილობით დააფიქსიროს აგრესიული ქცევის (მათ შორის ჰომიციდის) რისკი და ფაქტორები, რომლებიც ამ რისკზე ახდენენ გავლენას.

## სუიციდის რისკის შეფასება

---

- ამჟამინდელი სუიციდური იდეები, გეგმები, მათ შორის აქტიური და პასიური აზრები თვითმკვლელობასა ან სიკვდილზე;
- წარსულში სუიციდური იდეები, გეგმები, მცდელობა, თვითდაზიანება, შეწყვეტილი სუიციდის ანამნეზი;
- პანიკური შეტევების არსებობა და შფოთვის ნიშნები;

- უიმედობის განცდა;
- იმპულსურობა;
- ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსებისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ფსიქიატრიული პრობლემით მიმართვის ანამნეზი;
- ამჟამად ან წარსულში წამალმოხმარების და ალკოჰოლმოხმარების ანამნეზი;
- ფსიქოსოციალური სტრესორის არსებობა (მაგალითად, ფინანსური, საცხოვრებელთან, დასაქმებასთან ან ურთიერთობებთან დაკავშირებული, ან სამართლებრივი პრობლემები, სოციალური მხარდაჭერის არქონა, სომატური დაავადება, რომელიც ძლიერ ტკივილს ან შესაძლებლობების შეზღუდვას იწვევს ან ტერმინალური მდგომარეობა);
- ამჟამინდელი აგრესიული ან ფსიქოზური იდეები, მათ შორის ფიზიკური ან სექსუალური აგრესია ან ჰომიციდი;
- გუნება-განწყობის, შფოთვის, აზრების შინაარსის, აღქმისა და კოგნიტური ფუნქციების შეფასება;
- წარსული და ამჟამინდელი ფსიქიატრიული ანამნეზის არსებობა;
- ფსიქოტრავმის ისტორია.

#### **სუიციდის რისკის არსებობისას უნდა შევავსოთ:**

- პიროვნების ამჟამინდელი მდგომარეობა;
- თვითმკვლელობის იარაღზე ხელმისაწვდომობა;
- სუიციდის სავარაუდო მოტივი (მაგალითად, სხვების დამოკიდებულება მის მიმართ, შურისძიება, სირცხვილი, თვითბრალდების აზრები, იმპერატიული ჰალუცინაცია);
- ცხოვრების გაგრძელების მიზეზები (მაგალითად, პასუხისმგებლობა შვილების მიმართ, რელიგიურობა);
- თერაპიული ალიანსის ხარისხი და სიმტკიცე;
- სუიციდის ან ჰომიციდის ოჯახური ანამნეზი;
- წარსულში განხორციელებული ყველა სუიციდური მცდელობის დეტალური შეფასება (მაგალითად, კონტექსტი, მეთოდი, დაზიანების ხარისხი, პოტენციური ლეტალობა, განზრახვა).

#### **კლინიცისტი, ვინც ატარებს პირველად ფსიქიატრიულ შეფასებას:**

- უნდა აღწეროს და წერილობით დააფიქსიროს სუიციდის რისკი და ფაქტორები, რომლებიც ამ რისკზე ახდენენ გავლენას.

### **რისკის მართვა**

---

- რისკის გამოვლენის შემდეგ პიროვნებასთან შეთანხმებული რისკის დაძლევის გეგმა უნდა შემუშავდეს, რომელშიც როგორც დაუყოვნებელი, ასევე მოგვიანებითი რისკის მართვის სტრატეგია იქნება გათვალისწინებული.

- სათემო სერვისში მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის პირებთან მუშაობისას რისკის მართვაში მთელი გუნდი უნდა იყოს ჩართული. სუპერვიზია აუცილებელია, განსაკუთრებით მაშინ, როცა გუნდის წევრები ნაკლებად გამოცდილები არიან. ყურადღებას საჭიროებენ ის პირები, რომელთა ანამნეზი კარგად არ არის ცნობილი და სუიციდის მაღალი რისკი აღენიშნებათ.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მომუშავე გუნდმა რეგულარულად (წელიწადში ერთხელ ან უფრო ხშირად, თუ სათემო გუნდი მუდმივად მაღალი რისკის პირებთან მუშაობს) უნდა შეაფასოს გუნდის წევრების მგრძობელობა და ტოლერანტობა იმ პირების მიმართ, რომლებიც საკუთარი თავისთვის ან ირგლივმყოფებისთვის საფრთხეს წარმოადგენენ (APA Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults, 2015).

## ზრუნვის დაგეგმვა

- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირთან მომუშავე გუნდმა სრულფასოვანი, მულტიდისციპლინური ზრუნვის გეგმა პიროვნებასთან (და მისი თანხმობის შემთხვევაში, ასევე, ოჯახის წევრებთან) შეთანხმებით უნდა შეიმუშავოს.
- ზრუნვის გეგმა მოიცავს:
  - მკურნალობის გეგმას;
  - მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო და სოციალური სამსახურის ყველა სპეციალისტის როლსა და ფუნქციებს;
  - მკურნალობის ხანმოკლე მიზნებს და კონკრეტულ ნაბიჯებს, რომელიც ამ მიზნების მისაღწევად ყველა მონაწილე პირმა უნდა განახორციელოს;
  - გრძელვადიან მიზნებს, მათ შორის დასაქმებისა და სამსახურის შოვნის გეგმებს, რომლის მიღწევაც პიროვნებას სურს (დასახული მიზანი რეალისტური, მიღწევადი და ხანმოკლე მკურნალობის მიზნებთან თანხვედრაში უნდა იყოს);
  - კრიზისულ გეგმას, რომელშიც პოტენციური საფრთხე და მართვის სტრატეგიაა განსაზღვრული. გეგმაში მითითებული უნდა იყოს კრიზისული სერვისების საკონტაქტო ინფორმაცია და სამუშაო საათები.

### ჰოსპიტალიზაციისთვის შემდეგი საკითხები უნდა მივიღოთ მხედველობაში:

- საშიში და იმპულსური ქცევები, რომელთა მართვა ძნელია ამბულატორიულ სერვისებში;
- მკურნალობის რეჟიმის დაცვის პრობლემები და კლინიკური მდგომარეობის გაუარესება;
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის არსებობა, რომელსაც ინტენსიური კლინიკური დაკვირვება ესაჭიროება;

- ფუნქციონირების გამოხატული გაუარესება სამსახურში, სახლში, რომელიც ამბულატორიული მკურნალობით არ უმჯობესდება;
- სხვების მიმართ საშიში ქცევა;
- სუიციდურ აზრებზე კონტროლის დაკარგვა და სერიოზული სუიციდის მცდელობა;
- გარდამავალი ფსიქოზური ეპიზოდები, რასაც იმპულსური ქცევები ან მსჯელობის დარღვევები ახლავს თან.

#### **ჰოსპიტალიზაციის ჩვენება:**

- პერსისტენტული და მწვავე სუიციდი - თვითდესტრუქციული ქცევა, რომელიც ამბულატორიული მკურნალობით არ შესუსტდა;
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობა (კვების დარღვევები, გუნება-განწყობის აშლილობა), რომელიც საფრთხეს უქმნის პიროვნების სიცოცხლეს;
- კომორბიდული წამალმომხმარება და დამოკიდებულება, რომელიც მწვავე და ამბულატორიული მკურნალობა უშედეგოა;
- გახანგრძლივებული ძალადობრივი ქცევა სხვების მიმართ;
- ფუნქციონირების გამოხატული გაუარესება სამსახურში, სახლში, რომელიც ამბულატორიული მკურნალობით არ გაუმჯობესდა.

## **მკურნალობა**

### **მედიკამენტური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები**

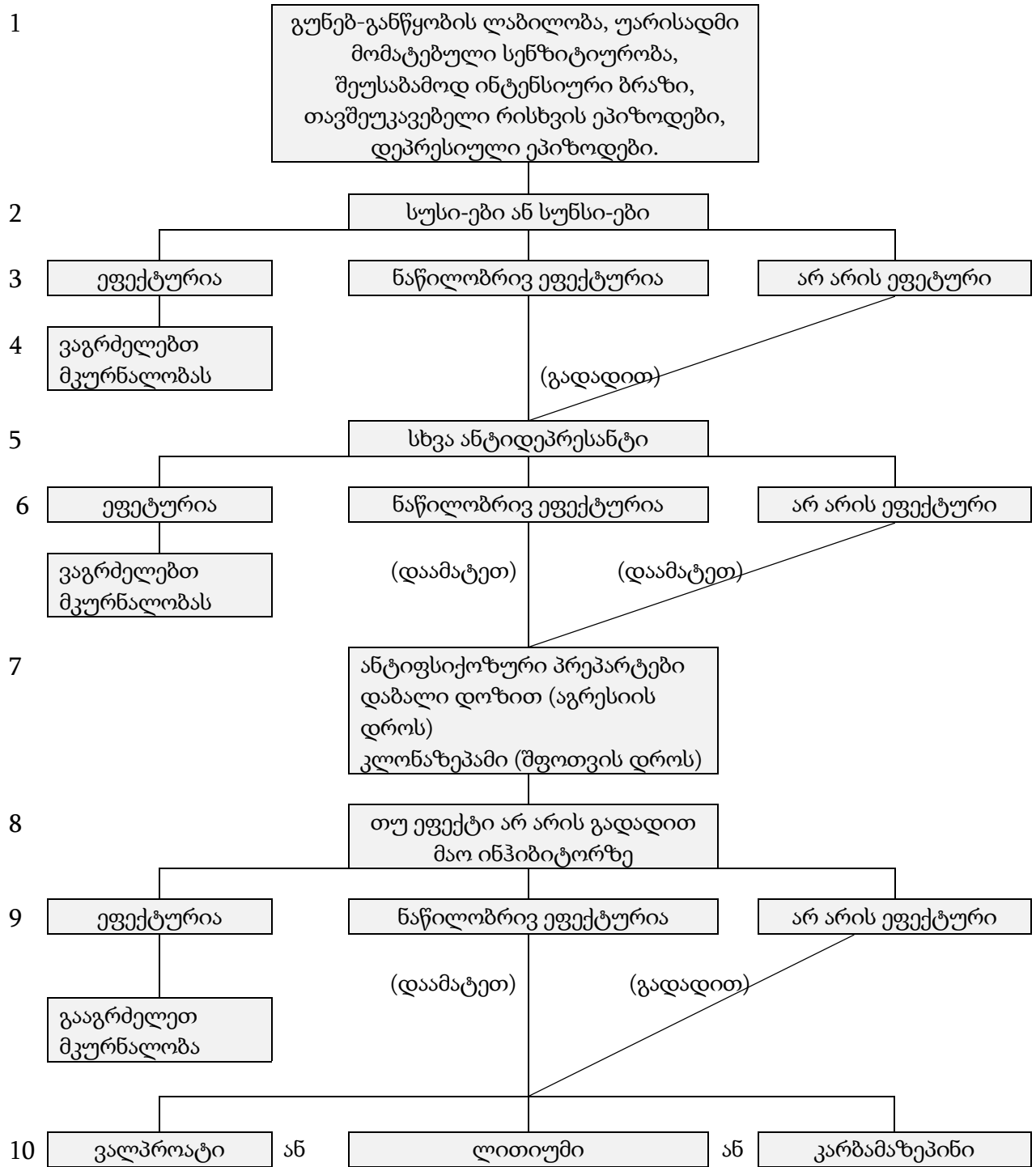
- მედიკამენტური მკურნალობა არ გამოიყენება მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის სამკურნალოდ.
- გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში (მაგალითად, განმეორებადი თვითდაზიანება, გამოხატული ემოციური მერყეობა, სარისკო ქცევები და გარდამავალი ფსიქოზური სიმპტომები) მედიკამენტები დიდი სიფრთხილით უნდა შეირჩეს.
- ანტიფსიქოზური მედიკამენტების ხანგრძლივად გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის განვითარების შემთხვევაში კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის გაიდლაინით გათვალისწინებული მედიკამენტური მკურნალობა უნდა დაინიშნოს.
- კრიზისის დროს შესაძლებელია სედაციური პრეპარატების ხანმოკლე გამოყენება. მკურნალობის ხანგრძლივობა წინასწარ უნდა შევთანხმდეთ პაციენტთან და არ უნდა აღემატებოდეს 1 კვირას.
- მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნისას აუცილებელია პაციენტს მკურნალობის მნიშვნელობის, წამლის ეფექტურობის (როგორც მოსაზღვრე პიროვნული, ასევე, კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევაში), პრეპარატის გვერდითი ეფექტებისა და სავარაუდო ზიანის შესახებ სათანადო ინფორმაცია მივაწოდოთ.
- კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის არარსებობის დროს, პრეპარატების უმიზნოდ მიღების თავიდან ასაცილებლად, დანიშნულების მკაცრი მონიტორინგი უნდა უზრუნველყოფილი იქნას.



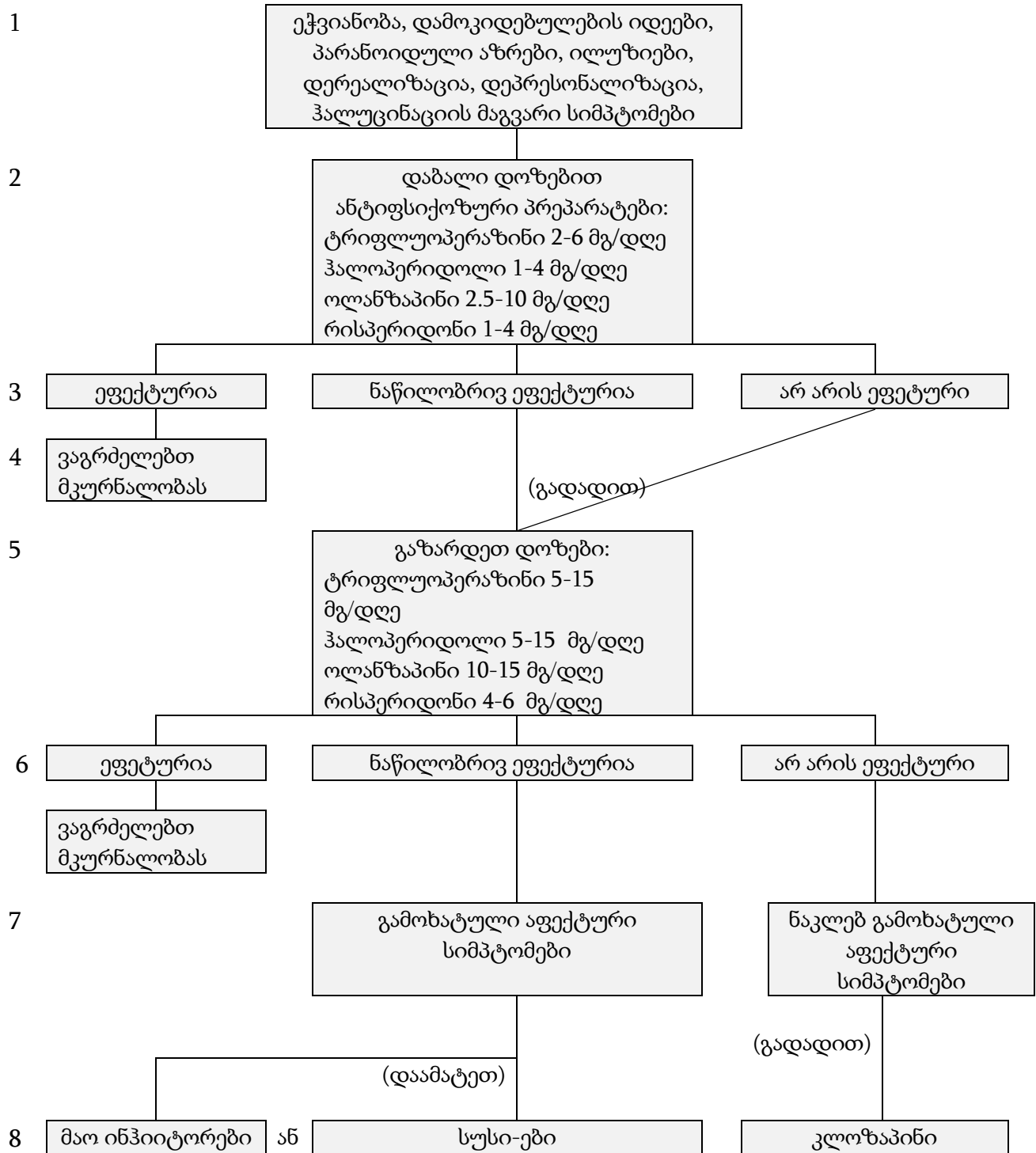
## ფსიქოლოგიური მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები

- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის შემთხვევაში ფსიქოთერაპიის შერჩევას უნდა გავითვალისწინოთ:
  - პაციენტის უპირატესი არჩევანი;
  - მდგომარეობის სიმწვავე და ფუნქციონირების გაუარესების ხარისხი;
  - პაციენტის თერაპიაში ჩართვის სურვილი და მოტივაცია;
  - პაციენტის თერაპიული ურთიერთობის შენარჩუნების უნარი;
  - პროფესიული დახმარების ხელმისაწვდომობა.
- იმისთვის, რომ პიროვნებამ ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება შეძლოს, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ან კომორბიდული ფსიქოლოგიური მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია პიროვნებას მკურნალობის მნიშვნელობის, სხვადასხვა ტიპის თერაპიისა და მათი ეფექტურობის (როგორც მოსაზღვრე პიროვნული, ასევე, კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის შემთხვევაში) შესახებ სათანადო ინფორმაცია, მისთვის გასაგები მეთოდებით (მაგალითად, საკითხავი მასალით ან, დასწავლის დარღვევების შემთხვევაში, ვიდეო მასალით) მივაწოდოთ.
- ფსიქოლოგიური თერაპიის ჩატარების დროს, განსაკუთრებით, თუ პიროვნებას კომორბიდობა ან მწვავე დისფუნქცია აღენიშნება, სტრუქტურირებული და ინტეგრირებული მიდგომა აუცილებელია.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის ან ინდივიდუალური სიმპტომებისთვის ხანმოკლე (3 თვეზე ნაკლები ხანგრძლივობის) ფსიქოლოგიური ინტერვენციის გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.
- თვითდაზიანების ტენდენციების დროს უპირატესობა დიალექტიკურ ბიჰევიორულ თერაპიას უნდა მივანიჭოთ.
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს ფსიქოთერაპიული მკურნალობის ეფექტის მონიტორინგი სიმპტომთა ფართო სპექტრზე, მათ შორის: პიროვნულ ფუნქციონირებაზე, წამალ და ალკოჰოლმომხმარებაზე, თვითდაზიანებაზე, დეპრესიასა და მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დამახასიათებელ სიმპტომებზე უნდა ხორციელდებოდეს.

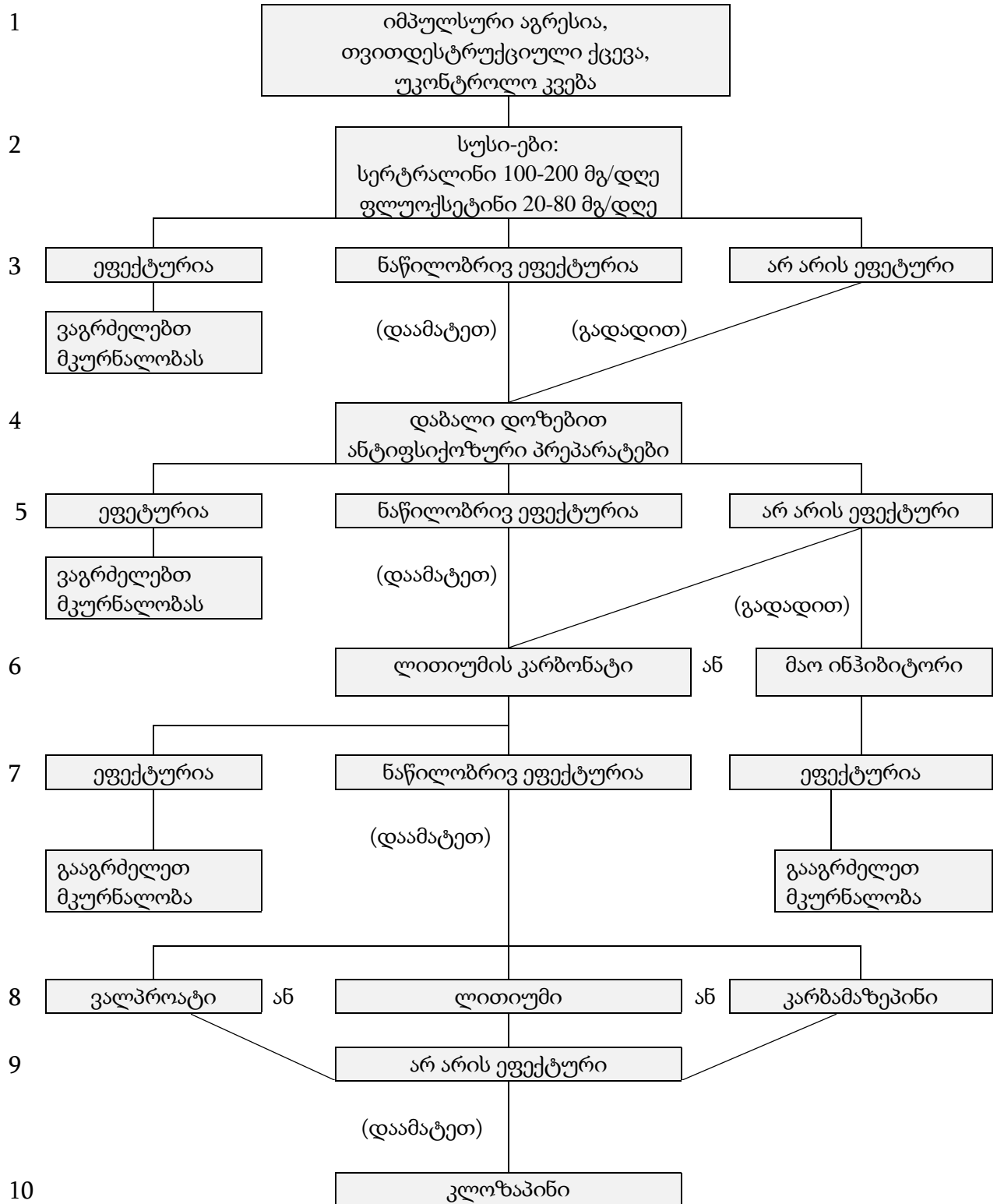
მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს აფექტური დისრეგულაციის მკურნალობის ალგორითმი



მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს კოგნიტურ-პერცეპტუალური სიმპტომების მკურნალობის ალგორითმი



მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დროს იმპულსური და არაკონტროლირებადი ქცევის მკურნალობის ალგორითმი



## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობების დიაგნოსტიკისა და მართვის მაჩვენებლების გაუმჯობესება.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

პირველად ან სპეციალიზებულ დაწესებულებაში მიმართვის დროს მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის დიაგნოზის გამოვლენის მაჩვენებლის (%) ზრდა. მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში სუიციდის და თვითდაზიანების შემთხვევების (%) შემცირება.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს 2 წლის შემდეგ, წყარო გაიდლაინის გადახედვის შემთხვევაში - უფრო ადრე.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №1.

ცხრილი №1 ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური ვინც უნდა მონაწილეობდეს პროტოკოლის დანერგვაში	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
სპეციალობა: ფსიქიატრი/ფსიქოლოგი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ფსიქიკური ჯანდაცვის სპეციალისტი - ფსიქიატრიული მედდა/ფსიქოლოგი/სოციალური მუშაკი	სუიციდის, თვითდაზიანებისა და აგრესიულობის რისკის შეფასება რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის	სავალდებულო

	პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სასურველი
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია • სისხლის საერთო ანალიზი • შარდის საერთო ანალიზი	რუტინული კვლევა	სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

### 13. რეკომენდაციები ადგილობრივ დონეზე პროტოკოლის ადაპტირებისთვის

ადგილობრივ დონეზე სპეციალისტებს შორის კომპეტენციების გადანაწილება შესაძლებელია დაზუსტდეს, რამდენადაც ამის საშუალებას სპეციალისტის პროფესიული კომპეტენცია იძლევა.

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის დაბეჭდვა და გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში (შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში);
- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე ([www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge));
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის პერმანენტულად ტრენინგების ორგანიზება.

## 14. პროტოკოლის ავტორები

---

პროტოკოლი მომზადებულია მულტიპროფესიული სამუშაო ჯგუფის მიერ:

**ეკა ჭყონია** - ფსიქიატრი, მედიცინის დოქტორი, საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოების თავმჯდომარე, ევროპის ნეიროფსიქოფარმაკოლოგიის კოლეგიის (ECNP) ელჩი საქართველოში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის კლინიკური დირექტორი, სამუშაო ჯგუფის ხელმძღვანელი;

**მაია ცირამუა** - ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქოთერაპევტი - წამების მსხვერპლთა ფსიქოსოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი (GCRT), ფსიქოლოგი;

**ნინო ოკრიბელაშვილი** - ფსიქიატრი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი; ივ. ჯავახიშვილის სახ. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიისა და სამედიცინო ფსიქოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

**ნინო გობრონიძე** - პროექტის უფროსი ოფიცერი, ევროპის საბჭოს ოფისი საქართველოში, იურისტი, მაგისტრის ხარისხი ადამიანის უფლებებში;

**სოფიო მორგოშია** - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მრჩეველი, მაგისტრის ხარისხი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკასა და სერვისებში;

**მიხეილ სინიგა** - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, სამედიცინო დეპარტამენტი, ექიმი-ფსიქოთერაპევტი;

**გიორგი დონაძე** - საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს პენიტენციური დეპარტამენტი, №8 დაწესებულება, ფსიქოლოგი, სუიციდის პრევენციის პროგრამის ადგილობრივი კოორდინატორი;

**ნელი მაისურაძე** - კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ფსიქოლოგ-კონსულტანტი; სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს №18 სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილების ფსიქოლოგი;

**რუსუდან ჯიჯიბია** - №18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის ფსიქიატრიული განყოფილების ექიმი ფსიქიატრი.