

**ჭანდაცვის საჭიროებათა კვლევა
არასრულწლოვანთა სპეციალურ
(სასჯელადსრულების)
დანეშეებულებაში**

**ჯანდაცვის საჭიროებათა კვლევა არასრულწლოვანთა სპეციალურ
(სასჯელ-აღსრულების დანესებულებაში)**

ავტორები:

არჩილ თალაკვაძე - ადამიანის უფლებათა დამცველი

ირაკლი სასანია - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ექსპერტი

ზურაბ ამშიაფარაშვილი - სამედიცინო ექსპერტი

ნინო მახაშვილი - ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტი

ლელა ცისკარიშვილი - კვლევის კოორდინატორი

ავტორების მიერ წინამდებარე კვლევაში გამოთქმული მოსაზრება არ გამოხატავს ფონდის “ღია საზოგადოება-საქართველოს” პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

თბილისი 2010, GCRT

Tbilisi 2010, GCRT

სარჩევი

ნაწილი 1

ჯანდაცვის სტანდარტები სასჯელაღსრულების სისტემაში 7

ნაწილი 2

ჯანდაცვის ორგანიზაცია არასრულწლოვანთა
აღმზრდელობით დაწესებულებაში 11

ნაწილი 3

არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა ფიზიკური ჯანმრთელობა 23

ნაწილი 4

არასრულწლოვანი მსჯავრდებულების ფსიქიკური
ჯანმრთელობის საჭიროებების შესწავლა 31

აბსტრაქტი

2005 წლიდან საქართველოს მთავრობა სასჯელაღსრულების სისტემის რეფორმირებას შეუდგა. ამჟამად, საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ადმინისტრირებას სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტრო, კერძოდ კი მისი სტრუქტურული ერთეული – სასჯელაღსრულების დეპარტამენტი ახორციელებს.

ჯერ კიდევ 2001 წლიდან ევროსაბჭოს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტი¹ (CPT) ქვეყანაში განხორციელებული მონიტორინგის ვიზიტის შედეგად საქართველოს მთავრობას აძლევდა რეკომენდაციას, უზრუნველყო სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ეფექტიანი პოლიტიკის შემუშავება და მის განხორციელება. რეკომენდაციები სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანმრთელობის უფლების რეალიზაციის უკეთ უზრუნველყოფის მიზნით, მეორდება წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის შემდგომ წლებში განხორციელებული ვიზიტების ანგარიშებშიც (იხ. 2004, 2007 წლების ანგარიშები).

აღნიშნულ ანგარიშებში წარმოდგენილი მონაცემების გათვალისწინებით სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტრომ საჭიროა გადადგას ქმედითი ნაბიჯები, რათა შეამციროს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რისკები. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს არასრულწლოვან მსჯავრდებულებს და მათი ჯანდაცვის საჭიროებებს, როგორც უფრო მოწყვლადი ჯგუფს, სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში არსებული რისკ-ფაქტორების მიმართ.

წინამდებარე კვლევა არის მცდელობა პასუხი გასცეს შეკითხვას – თუ რა გავლენას ახდენს სასჯელაღსრულების სისტემა მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობაზე და რა ნაბიჯების გადადგმა არის საჭირო ადეკვატური მკურნალობის, მოვლის და პრევენციის ღონისძიებების გატარებისთვის.

საკვანძო სიტყვები

ჯანდაცვა

არასრულწლოვანთა სასჯელაღსრულების დაწესებულება

სამედიცინო მომსახურება

არასრულწლოვანი მსჯავრდებულები

ციხის ჯანდაცვა

ინფორმაცია კვლევის შესახებ

კვლევა დაფინანსებულია ფონდ „ღია საზოგადოება საქართველოს“ მიერ და ის „წამების მსხვერპლთა ფსიქოსოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრმა“ განახორციელა. კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ავჭალის არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში ჯანდაცვის სფეროს ძირითადი პრობლემებისა და საჭიროებების იდენტიფი-

1 CPT – European Committee For The Prevention of Torture – <http://www.cpt.coe.int/en/states/geo.htm>

ცირება, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ხელის შემშლელი ფაქტორების გამოვლენა, მათი შესწავლა და გამომწვევი მიზეზების ანალიზი, აღმოფხვრის შესაძლებლობების განსაზღვრა და შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევა ჩატარდა წინასწარ შემუშავებული მეთოდოლოგიის მიხედვით, რომელიც სამ ინსტრუმენტს მოიცავდა – 1. კითხვარი და ანალიტიკური ჩარჩო დაწესებულებაში ჯანდაცვის ორგანიზაციის შეფასებისთვის 2. კითხვარი და სამედიცინო კვლევების კომპლექტი ფიზიკური ჯანმრთელობის ძირითადი პარამეტრების და საილუსტრაციო შემთხვევების შესწავლისათვის 3. კითხვარი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგ-ტესტი.

კვლევის მეთოდოლოგია შემუშავდა საერთაშორისო სახელმძღვანელოების მიხედვით, ეროვნული კანონმდებლობის და კანონქვემდებარე აქტების გათვალისწინებით.

კვლევის მიმდინარეობისას ინფორმაციის მოპოვება მოხდა სპეციალური კითხვარების საშუალებით დახურული შეკითხვების საუძველზე, ასევე ჩალრმავებული ინტერვიუს შედეგად. რაოდენობრივი და თვისობრივი მონაცემები დამატებით გამოთხოვილ იქნა შესაბამისი უწყებისგან.

კვლევის შედეგად მოპოვებული ხარისხობრივი მონაცემები დამუშავდა განმეორებითი განზოგადების მეთოდით, ხოლო რაოდენობრივი მონაცემები დამუშავდა SPSS მეთოდით.

ნაწილი 1

ჯანდაცვის სტანდარტები სასჯელაღსრულების სისტემაში

ძირითადი პრინციპები

სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა დაცულია სხვადასხვა საერთაშორისო სტანდარტით. მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი, რომელიც რატიფიცირებულია საქართველოს პარლამენტის 1994 წლის 25 იანვრის დადგენილებით და აწესებს თითოეული ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტზე. აღნიშნული სტანდარტი ისევე ეხება მსჯავრდებულებს, როგორც სხვა ყველა ადამიანს, რაც ნიშნავს, რომ მსჯავრდებულებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც არ უნდა იყოს ქვეყანაში სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორში არსებულ სტანდარტზე უარესი.

აღნიშნული პრინციპი გამყარებულია ევროსაბჭოს მინისტრთა კომიტეტის² R(98) 7 რეკომენდაციით² „წვერი სახელმწიფოებისადმი ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და საორგანიზაციო ასპექტების შესახებ“, ასევე ევროსაბჭოს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის მესამე ძირითად ანგარიშში კომიტეტის აქტივობების შესახებ³.

ევროსაბჭოს წამების საწინააღმდეგო კომიტეტის ამავე ანგარიშში ფორმულირებულია ძირითადი პრინციპები, რომელსაც ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა უნდა აკმაყოფილებდეს:

მსჯავრდებულს უნდა მიუწვდებოდეს ხელი სამედიცინო მომსახურებაზე, რაც უპირველესად გულისხმობს ექიმთან შეუზღუდავი კონტაქტის უფლებას – ციხეში მოხვედრისთანავე მსჯავრდებული დაგვიანების გარეშე უნდა ნახოს და სათანადოდ გამოკითხოს ექიმმა, ასევე საჭიროებისამებრ ჩაუტაროს სამედიცინო კვლევები.

- **მსჯავრდებულს უნდა გაენიოს ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარება** – ციხის სამედიცინო სამსახური უნდა უზრუნველყოფდეს მკურნალობის, მოვლის და რეაბილიტაციის იგივე სტანდარტს, რაზეც პაციენტებს ხელი მიუწვდებათ საზოგადო. ციხის სამედიცინო სამსახური უნდა აკმაყოფილებდეს სახელმწიფოში არსებულ სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ფსიქიატრიული მომსახურების მიწოდებას, რადგან ციხის პოპულაციაში ფსიქიკური აშლილობების რისკი მკვეთრად მეტია.
- **უნდა იყოს დაცული პაციენტისგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების და მისი კონფიდენციალობის დაცვის პრინციპები** – პაციენტს უნდა მიენიოს სრული ინფორმაცია სამედიცინო კვლევების, მკურნალობის, მისი პროგნოზის შესახებ. მსჯავრდებულს აქვს უფლება მისი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია განიხილოს ნათესავებ-

2 RECOMMENDATION No. R (98) 71 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES CONCERNING THE ETHICAL AND ORGANISATIONAL ASPECTS OF HEALTH CARE IN PRISON

3 3rd General Report on the CPT's activities – <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-03.htm#III>.

თან ან სხვა ექიმთან ციხის გარეთ. მსჯავრდებულს აქვს უფლება უარი განაცხადოს მკურნალობაზე. მსჯავრდებული პაციენტის შესახებ სამედიცინო ინფორმაცია უნდა იყოს დაცული კონფიდენცირად.

- **პრევენციული ზომების გატარება** – ციხის სამედიცინო სამსახურის ფუნქცია არ შემოიფარგლება მხოლოდ პაციენტთა მკურნალობით, არამედ მოიცავს მათთვის სოციალური დახმარების აღმოჩენას და პროფილაქტიკური ღონისძიებების განხორციელებას. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ჰიგიენის, გადამდები დაავადებების, სუიციდის პრევენციის, ძალადობის აღკვეთის საკითხებს, ასევე, სოციალური და ნათესაური კავშირების შენარჩუნებას.
- **ჰუმანიტარული თანადგომა** – მსჯავრდებულთა შორის უნდა იყოს იდენტიფიცირებული მონყვლადი კატეგორიები, რომელთაც განსაკუთრებული მხარდაჭერა ესაჭიროებათ. ყურადღება უნდა გამახვილდეს დედათა და ბავშვთა საკითხზე, არასრულწლოვან მსჯავრდებულებზე და მათზე, ვისაც პიროვნული აშლილობები აღენიშნებათ.
- **პროფესიული დამოუკიდებლობა** – ციხის სამედიცინო პერსონალის მოვალეობა – გაუწიონ მსჯავრდებულ პაციენტებს სამედიცინო დახმარება – ხშირად წინააღმდეგობაში მოდის ციხის ადმინისტრაციის და ციხის უსაფრთხოების სამსახურის ინტერესებთან. ეს ფაქტორი ხშირად იწვევს ეთიკურ პრობლემებს და სამედიცინო პერსონალს რთული არჩევანის წინაშე აყენებს. ამის თავიდან ასაცილებლად, საჭიროა ციხის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობის უზრუნველყოფა. ნებისმიერ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი საკუთარი ფუნქციების განხორციელებისას უნდა ხელმძღვანელობდეს მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებით.
- **პროფესიული კომპეტენცია** – ციხის სამედიცინო პერსონალი დამატებით უნდა იყოს აღჭურვილი სათანადო ცოდნით და უნარებით, რათა მოახდინოს სამედიცინო პრაქტიკის ადაპტირება პატიმრობით გამოწვეული რისკ ფაქტორების მიმართ.

სასჯელაღსრულების სისტემაში ჯანდაცვის ორგანიზაციის და ჯანდაცვის უფლების გააზრებისთვის, მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია **„ციხის ევროპული წესები“**.⁴ აღნიშნული დოკუმენტის მესამე ნაწილი ციხის ჯანდაცვას შეეხება.

„ციხის ევროპულ წესებში“ მოცემული პრინციპების მიხედვით:

- ციხის ხელმძღვანელობამ უნდა დაიცვას მისი მზრუნველობის ქვეშ მყოფი პატიმრების ჯანმრთელობა;
- ციხეში სამედიცინო სამსახური უნდა იყოს ორგანიზებული სახელმწიფოს ან საზოგადოების ზოგადი ჯანდაცვის ადმინისტრაციასთან ახლო თანამშრომლობით;
- ციხეებში ჯანდაცვის პოლიტიკა უნდა იყოს ინტეგრირებული და ეთავსებოდეს ეროვნული ჯანდაცვის პოლიტიკას;
- პატიმრებს უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის სამსახურზე, მათი სამართლებრივი მდგომარეობის საფუძველზე დისკრიმინაციის გარეშე;
- ციხეში სამედიცინო სამსახურები უნდა ცდილობდნენ გამოიკვლიონ და უმკურნალონ ფიზიკურ და ფსიქიკურ დაავადებებს ან დეფექტებს, რომელიც პატიმრებს აწუხებს;
- პატიმრებს უნდა გაეწიოს ყველა საჭირო სამედიცინო, ქირურგიული

4 Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules

- და ფსიქიატრიული მომსახურება, მათ შორის ისეთიც, რომელიც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფარგლებში ტარდება;
- ყოველი ციხე უნდა სარგებლობდეს მინიმუმ ერთი კვალიფიცირებული თერაპევტის მომსახურებით;
 - ღონისძიებები უნდა გატარდეს იმის უზრუნველსაყოფად, რომ კვალიფიცირებული მედიცინის მუშაკი მუდმივად იყოს დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომი გადაუდებელი აუცილებლობის შემთხვევებში;
 - ყოველ ციხეს უნდა ჰყავდეს ჯანდაცვის სფეროში სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პერსონალი;
 - ყოველი პატიმრისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს კვალიფიცირებული სტომატოლოგისა და ოკულისტის დახმარება;
 - მედიცინის მუშაკი ან კვალიფიცირებული მედდა, რომელიც ანგარიშვალდებულია ექიმის წინაშე, უნდა ნახულობდეს პატიმრებს მათი მიღებიდან შეძლებისდაგვარად მალე და ჩაუტაროს მათ სამედიცინო გამოკვლევა, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა ეს აშკარად არ წარმოადგენს აუცილებლობას;
 - ექიმი ან სხვა კომპეტენტური პირი რეგულარულად უნდა ამოწმებდეს, აგროვებდეს ინფორმაციას სხვა სათანადო წყაროებიდან და რეკომენდაციას უწევდეს დირექტორს შემდეგ საკითხებზე:
 - ა) საკვების და წყლის რაოდენობა, ხარისხი, მომზადება და მიწოდება;
 - ბ) დაწესებულების და პატიმრების ჰიგიენა და სისუფთავე;
 - გ) სასჯელაღსრულების დაწესებულების სანიტარული მდგომარეობა, გათბობა, განათება და ვენტილაცია;
 - დ) პატიმართა ტანსაცმლისა და ქვეშაგების სისუფთავე და ვარგისიანობა.
 - დირექტორმა უნდა განიხილოს ანგარიშები და რჩევა, რომელთაც მას წარუდგენენ ექიმი და სხვა კომპეტენტური პირები და განუვლი რეკომენდაციების თანახმად მიიღოს გადაუდებელი ზომები მათ განსახორციელებლად;
 - ავადმყოფი პატიმრები, რომლებიც საჭიროებენ სპეციალისტის მკურნალობას, გადაყვანილ უნდა იქნან სპეციალიზებულ დაწესებულებებში ან სამოქალაქო საავადმყოფოში, თუკი ასეთი მკურნალობის შესაძლებლობა არ არსებობს ციხეში;
 - ციხის სამედიცინო სამსახურმა უნდა უზრუნველყოს ფსიქიატრიული მკურნალობა ასეთი საჭიროების მქონე ყველა პატიმართათვის და განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციოს თვითმკვლელობების (სუიციდი) თავიდან აცილებას;

საქართველოს კანონმდებლობა

საქართველოს კანონმდებლობით სასჯელაღსრულების სისტემაში მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გარანტირებულია „**პატიმრობის კოდექსით**“ (იხ. მუხლი 24); კოდექსის XX თავი („სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება“) ასევე განსაზღვრავს მსჯავრდებულის სამედიცინო მომსახურების და ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონტროლის ძირითად პრინციპებს.

მსჯავრდებულთა სამედიცინო მომსახურების შესახებ რეგულირება მოცემულია ასევე საქართველოს კანონში „**ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ**“. კანონი იცავს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ პაციენტს

ნებისმიერი დისკრიმინაციისგან სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას.

პატიმრობაში მყოფი პირის უფლებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დამატებით განსაზღვრავს საქართველოს კანონი **„პაციენტის უფლებების შესახებ“**, რომლის მიხედვითაც, წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა იმ უფლებით უფლებით, რომელიც პაციენტს აქვს სამოქალაქო სექტორში ჯანდაცვის სფეროში. შეზღუდვა ეხება მხოლოდ პაციენტის უფლებას აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების გამწვევი, თუმცა ეს გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს სასამართლოში.

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის მოვალეობები პატიმრისთვის სამედიცინო მომსახურების განწვევისას რეგულირებულია საქართველოს კანონით **„საექიმო საქმიანობის შესახებ“**.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოთავსებულ პირთა ჯანმრთელობის კერძო საკითხებს ეხება ასევე საქართველოს კანონები **„ავი ინფექცია/შიდსის შესახებ“**, **„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“**.

ნაწილი 2

ჯანდაცვის ორგანიზაცია არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში

კვლევის მიზანი:

კვლევის მიზანია არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში ჯანდაცვის სისტემისა და ადმინისტრირების პროცესის შეფასება და შესწავლა, ასევე შესაბამისი რეკომენდაციების შემუშავება.

მეთოდოლოგია

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და ადმინისტრირების პროცესი შესწავლილ იქნა სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით (127 კითხვა). გამოიკვეთა 5 ძირითადი შესასწავლი მიმართულება:

- I. ორგანიზაციული სტრუქტურა და ადმინისტრირება
- II. ზოგადი/ტექნიკური ნაწილი
- III. დამხმარე სერვისები
- IV. მონაცემთა მართვა, ინფორმაცია და დოკუმენტაცია
- V. დაავადებათა მართვა და ოპერირება

თითოეული მიმართულება ითვალისწინებდა კითხვათა განსაზღვრულ რაოდენობას. შეფასება ხორციელდებოდა 0, 0.5 და 1 ქულიანი შკალის მიხედვით:

1. კითხვაზე დადებითი პასუხი (ნიშნავს დასმული საკითხი მოგვარებულია, სრულად, არსებობს დამადასტურებელი დოკუმენტური მასალა) – **1 ქულა**.
2. კითხვაზე პასუხი არ არის ამომწურავი (დასმული საკითხის მოგვარება დაწყებულია, ან არსებობს ბრძანება დადგენილება ან მათი პროექტები, დოკუმენტაცია სრულად ან ნაწილობრივ ასახავს დაწყებულ პროექტს) – **0,5 ქულა**
3. კითხვაზე პასუხი უარყოფითია (დასმული საკითხი არ არის გადაწყვეტილი, არ განხილულა. ან პასუხი დადებითია, მაგრამ ვერ ხერხდება შესაბამისი დამადასტურებელი დოკუმენტაციის წარმოდგენა) – **0 ქულა**

კითხვარისა და რეკომენდაციების შემუშავება განხორციელდა საერთაშორისო სტანდარტებზე დაყრდნობით.⁵

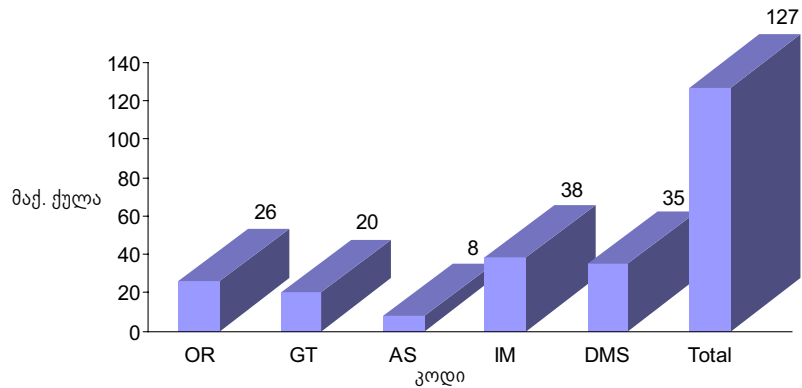
5. 1986 Standards for Health Services in Correctional Institutions (second edition). Washington, DC: American Public Health Association; American Correctional Association 1990 Standards for Adult Correctional Institutions (third edition). Laurel, MD; 1998 1998 Standards Supplement. Lanham, MD. Dubler, Nancy N. (Ed.) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2000 2000-2001 Standards for Ambulatory Care. Oakbrook Terrace, IL; National Commission on Correctional Health Care 1996 Standards for Health Services in Jails. Chicago; 1997 Standards for Health Services in Prisons. Chicago; 2001 Hospital Accreditation Standards, Joint Commission Resources, Standards, Intends. Oakbrook Terrace, IL

აკვევის შედეგები

ტაბ. №1 საკვლევი სფეროების მიხედვით გამოკითხვის შედეგები წარმოდგენილი ქულებით და მათი პროცენტული მაჩვენებლებით

საკვლევი სფერო	კოდი	მაქს. დადებითი ქულა	1 ქულა	%	0.5 ქულა	%	0 ქულა	%
ორგ. სტრუქტურა და ადმინისტრირება	OR	26	8	31	8	31	10	38
ზოგადი ტექ. ნაწილი	GT	20	8	40	1	5	11	55
დამხმარე სერვისები	AS	8	3	38	2	25	3	38
მონაცემთა მართვა	IM	38	6	16	7	18	25	66
დაავადებათა მართვა	DMS	35	6	17	16	46	13	37
სულ		127	31	24	34	27	62	49

გრაფ. №1 მაქსიმალური დადებითი ქულების გადანაწილება შესწავლილი სფეროების მიხედვით



OR – ორგ. სტრუქტურა და ადმინისტრირება

GT – ზოგადი ტექ. ნაწილი

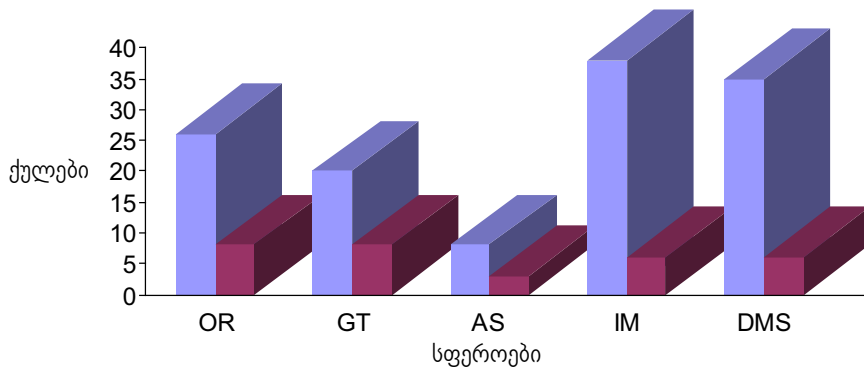
AS – დამხმარე სერვისები

IM – მონაცემთა მართვა

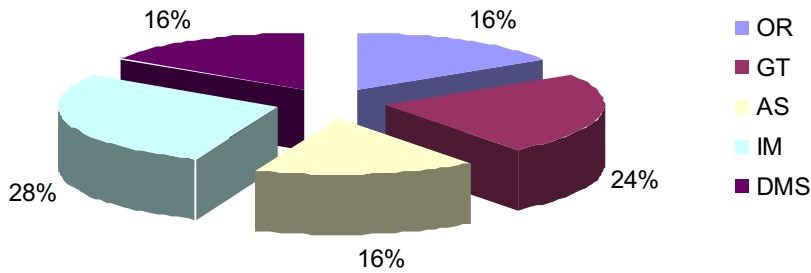
DMS – დაავადებათა მართვა და პაციენტთა უსაფრთხოება

მაქსიმალური დადებითი ქულები შესაძლებელია განხილულ იქნას, როგორც მისაღწევი მიზნები, ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად.

გრაფიკი №2 დადებითი მაქსიმალური და გამოკითხვის შემდეგ მიღებული რეალური ქულების შეფასება შესასწავლი სფეროების მიხედვით

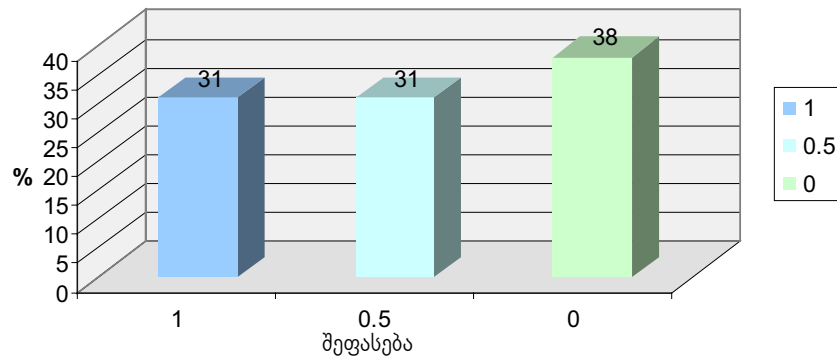


გრაფიკი №3 უარყოფითი შედეგების % გადანაწილება სფეროების მიხედვით



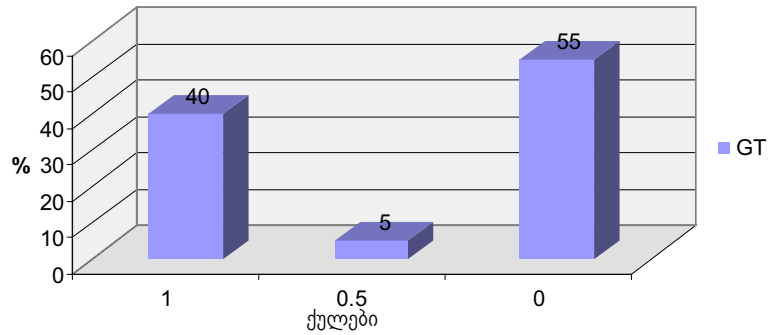
- OR – ორგ. სტრუქტურა და ადმინისტრირება
- GT – ზოგადი ტექ. ნაწილი
- AS – დამხმარე სერვისები
- IM – მონაცემთა მართვა
- DMS – დაავადებათა მართვა და პაციენტთა უსაფრთხოება

გრაფიკი №4. ორგანიზაციული სტრუქტურის შეფასება. დადებითი, არასრული და უარყოფითი პასუხების პროცენტული გადანაწილება



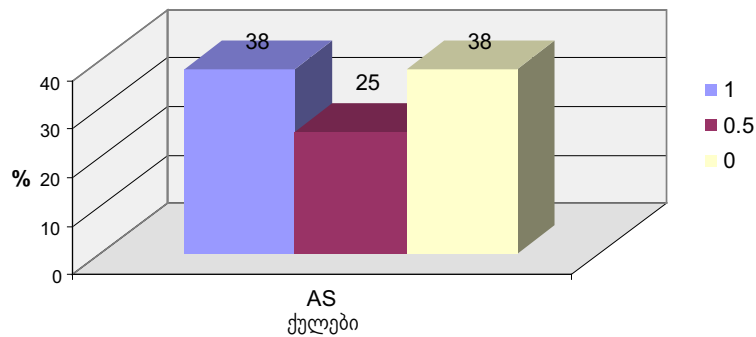
ორგანიზაციული სტრუქტურის შეფასებისას 1 და 0,5 ქულიან კითხვებზე პასუხები გაცემული იქნა თანაბრად (31-31%). უარყოფითი 0 ქულიანი პასუხები ჭარბობდა და წარმოდგენილი იქნა 38%-ში

გრაფიკი №5. ზოგადი ტექნიკური ნაწილი დადებითი, არასრული და უარყოფითი პასუხების პროცენტული გადანაწილება



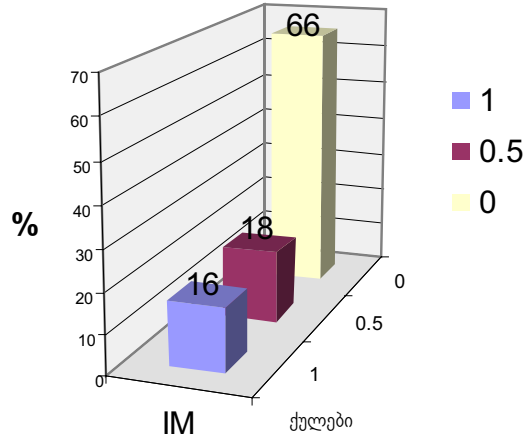
ისევე, როგორც ზოგადი ადმინისტრაციული ნაწილის შეფასების ამსახველ გრაფიკზე უარყოფითი პასუხების % ჭარბობს დადებითს და არასრულს, თუმცა ამ შემთხვევაში ინიცირებული ან/და დაუსრულებელი პროექტების თუ გეგმების (0.5 ქულიანი) რაოდენობა საგრძნობლად ჩამორჩება განხორციელებულ ან განუხორციელებელ ტექნიკური მიმართულებების ადმინისტრაციულ პროცედურებს.

გრაფიკი №6. დამხმარე სერვისების ნაწილი. დადებითი, არასრული და უარყოფითი პასუხების პროცენტული გადანაწილება



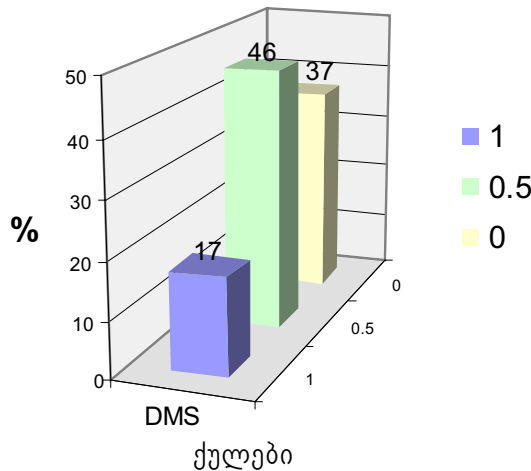
დამხმარე სერვისების შეფასებისას აღმოჩნდა, რომ უარყოფითი და დადებითი პასუხების რაოდენობა თანაბარია. უარყოფითი პასუხები 38% შემთხვევაში თავისთავად არასახარბიელო მაჩვენებელია, ხოლო დარჩენილი 25%, რომელიც ასახავს იმ სერვისებს, რომლებიც საჭიროებენ მნიშვნელოვან ძალისხმევას კიდევ უფრო ამძიმებს არსებულ სურათს.

გრაფიკი №7 მონაცემთა მართვა, დადებითი, არასრული და უარყოფითი პასუხების პროცენტული გადანაწილება



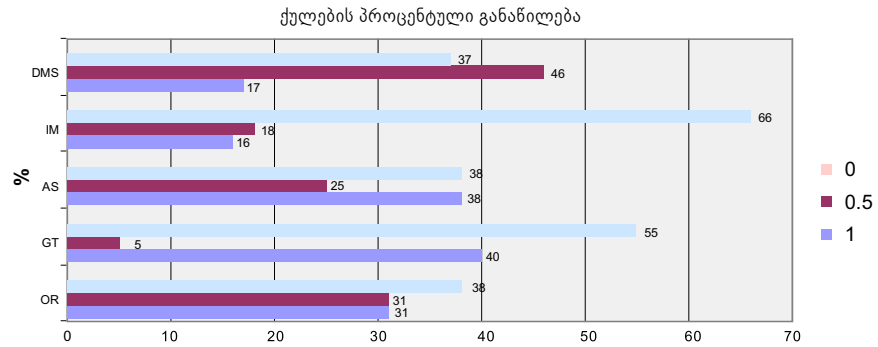
ინფორმაციის მოგროვების, შენახვის, სტანდარტული ფორმების არსებობისა და ანალიზის კუთხით უარყოფითი პასუხები საგრძნობლად აღემატება დადებითს. შესაბამისად 66, 16 და 18%. საგულისხმოა უარყოფითი პასუხების სიჭარბე თანაბრად, როგორც საქალაქო ისე ელექტრონულ ვერსიების შეფასებისას. ზემოთ ჩამოთვლილთან ერთად, სერიოზული პრობლემას წარმოადგენს სტანდარტული ინფორმაციის ადმინისტრირებისა და ინფორმაციის დაცულობის საკითხები.

გრაფიკი №8 დაავადებათა მართვა და პაციენტთა უსაფრთხოება. დადებითი, არასრული და უარყოფითი პასუხების პროცენტული გადანაწილება



დაავადებათა მართვისა და პაციენტთა უსაფრთხოების კუთხით დაუსრულებელი საკითხები (46%-ში) ჭარბობს დადებითად 17% და უარყოფითად 37%, შეფასებულ ადმინისტრაციულ პროცედურებს, მეთოდოლოგიებსა თუ აქტივობებს. ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს დაავადებათა მართვის თანამედროვე სტანდარტების, მეთოდოლოგიების არარსებობა.

გრაფიკი №9 შეფასებების %-ული გადანაწილება სფეროების მიხედვით



OR – ორგ. სტრუქტურა და ადმინისტრირება

GT – ზოგადი ტექ. ნაწილი

AS – დამხმარე სერვისები

IM – მონაცემთა მართვა

DMS – დაავადებათა მართვა და პაციენტთა უსაფრთხოება

როგორც გრაფიკიდან ჩანს, გამოკითხვის შედეგად ყველაზე მეტი უარყოფითი პასუხი მიღებულ იქნა მონაცემთა მართვის სფეროს შეფასებისას – 66%, ამას მოსდევს ზოგადი ტექნიკური ნაწილი 55%-ით, შემდეგ ორგ. სტრუქტურა და ზოგადი ტექნიკური ნაწილი თანაბრად 38-38%, ყველაზე ნაკლები უარყოფითი პასუხი მიღებულ იქნა დაავადებათა მართვისა და პაციენტთა უსაფრთხოების კუთხით დაწესებულების შეფასებისას, თუმცა ეს მაჩვენებელიც საკმაოდ მაღალია და შეადგენს 37%.

რეკომენდაციები ჯანდაცვის ორგანიზაციის ნაწილისთვის

კოდი	პრობლემა	რეკომენდაცია/სტანდარტი	განხორციელების ვადა
OA. ორგანიზაციული სტრუქტურა და ადმინისტრირება			
OA.1	ორგანიზაციული სტრუქტურა არასრულად არის წარმოდგენილი, არ აქვს სქემატური სახე	ორგ. სტრუქტურა წარმოდგენილი სქემატურად, რგოლებს შორის კავშირები ასახავს იერარქიას და ანგარიშვალდებულებას, ადვილად აღსაქმელია ყველა მუშაკისათვის	მოკლევადიანი
OA.3	თანამშრომელთა უფლებამოსილებები განსაზღვრულია ზოგადად ბრძანებებში, ასევე კანონმდებლობაში, თუმცა თანამშრომელთა უფლებამოსილებების და მოვალეობების აღწერა, მათი სამუშაოს აღწერილობები არ არსებობს. ასევე არსებობს ხელშეკრულებები შტატგარეშე თანამშრომლებისთვის.	დეტალურად განვლილი უფლება მოვალეობები, პასუხისმგებლობები და ანგარიშვალდებულებები (თავისი პერიოდულობისა და ფორმების განსაზღვრით)	მოკლევადიანი
OA.4	ანგარიშგების სისტემა წარმოდგენილია სტანდარტული ფორმების სახით, რომელსაც სასჯელადსრულების თითოეული დაწესებულების სამედიცინო ერთეული დამოუკიდებლად ავსებს და რეგულარულად უგზავნის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს. ფორმები შეიცავს ძირითად ეპიდ. პარამეტრებს. მონაცემთა დამუშავების პრაქტიკა და მიღებული ანალიტიკური შედეგების გამოყენება პროცესის სხვა ნაწილებში არ ხდება.	სტანდარტული ანგარიშგების სისტემა: <ul style="list-style-type: none"> • განსაზღვრული პერიოდულობით; • პასუხისმგებელი პირით; • განსაზღვრული ინფორმაციის არეალით; • პირველადი ანალიტიკური დასკვნით 	სამ. ვადიანი
OA.5	მართვის საინფორმაციო სისტემის დანერგვა იგეგმება. არ არის შემუშავებული მკაფიო მეთოდოლოგია პროექტის კოორდინირებას ახდენს სამინისტროს საინფორმაციო ერთეული. ადმინისტრაციის განმარტებით პროექტის განხორციელება არ დაწყებულა და ამ კუთხით სამედიცინო დეპარტამენტთან კონსულტაციები არ ყოფილა.	საინფორმაციო სისტემის დაგეგმვისა და დიზაინის მეთოდოლოგია იხ, დეტალები ქვემოთ (IM):	
OA.5.1	მართვის ელექტრონული საინფორმაციო სისტემა არ არის დაგეგმილი. ამ მხრივ დეპარტამენტთან კოორდინაცია მწირია და მათი საჭიროებების შეფასება არ მომხდარა.	ელექტრონული საინფორმაციო სისტემის მართვამ უნდა უზრუნველყოს: <ul style="list-style-type: none"> • სარწმუნო ინფორმაცია; • შეცდომების და ფალსიფიკაციის პრევენცია • ინფორმაციის შეკრების კოორდინაცია; • ერთი სისტემიდან მეორე სისტემისათვის ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა 	
OA.7	არ არის ნათელი გადწყვეტილების მიღების პროცესი. არასტრუქტურირებული, ცენტრალიზებულია, არ არის ნათელი რა სახის გადაწყვეტილებების მიღება შეუძლია ადგილზე მუშაკს კრიტიკულ სიტუაციებში	შემუშავებული გადწყვეტილებების იერარქიის სისტემა. განვლილი თანამდებობებისა და უფლებამოვალეობების მიხედვით. გამოყოფილი, სტრატეგიული, ტაქტიკური და კრიტიკული გადწყვეტილებები დეპარტამენტის დონეზე	

QA.8	ბიუჯეტირების პროცესში დეპარტამენტი არ ღებულობს მონაწილეობას	სამედიცინო დეპარტამენტის ბიუჯეტირების პროცესში დეპარტამენტის მონაწილეობა. განსაზღვრული პრიორიტეტები, პრობლემები, სუსტი მხარეები. წინა ბიუჯეტის შესრულება ანალიზი	
OA.8.1	სერვისების განთავსება არ ხორციელდება	სერვისის (მთლიანად) და სერვისის ეპიზოდის განგარიშება გათვლა. ხარჯთანაღიზისათვის მომზადება	საშ. ვადიანი
OA.16	ხარისხის კონტროლს არათანმიმდევრულად პერიოდული შერჩევითი ან შემთხვევაზე რეაგირების პრინციპით ახორციელებს ე.წ. დაავადებათა კონტროლის ჯგუფი. ასევე გასაჩივრებულ შემთხვევებს განიხილავს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტო.	მოქმედი ხარისხის პროგრამა. ხარისხის მონიტორინგზე პასუხისმგებელი პირი. შიდა აუდიტის სისტემა. შემუშავებული კრიტერიუმები ხარისხის მონიტორინგის მიზნით. ხარისხის მიზნების ჩამოყალიბება, მუდმივი სედარება ხარისხის კვარტალურ, წლიურ მიზნებთან	საშ. ვადიანი
OA.16.1 OA.16.2 OA.16.3	არ არსებობს ეთიკის, წამლის, რისკების მართვის მეთოდოლოგია	ეთიკის, წამლის და რისკების მართვის მეთოდოლოგია, სამოქმედო გეგმა, პასუხისმგებელი პირები მიზნები	
OA.16.4	მსჯავრდებულების, როგორც პაციენტების უფლებებს იცავს სამინისტროს გენ. ინსპექცია, სამინისტროს სოციალური სასახური და ადამიანის უფლებათა დაცვის სამმართველო. მათი საქმიანობა გამიჯნული არ არის და ბუნდოვანია რომელ შემთხვევებში რომელი მათგანი მონაწილეობს.	კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ, შესწავლილი ყველა თანამშრომლის მიერ. <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტის ან მისი მეურვის ინფორმირებული თანხმობა • პაციენტის ან/და მისი მეურვის მონაწილეობა მკურნალოსთან დაკავშირებულ გადაწყვეტილებებში • დაცულია ტკივილის ადეკვატური შეფასებისა და მართვის სტანდარტი; • დაცულია კონფიდენციალურობა; • დაცულია უსაფრთხოება; • ხორციელდება ადეკვატური კომუნიკაცია (დიაგნოზი და სხვა სამედიცინო საკითხები) • მომზადებულია შესაბამისი დოკუმენტაცია 	საშ. ვადიანი
OA.17	სამედიცინო პერსონალს არ გააჩნია ბიბლიოთეკა და კომპიუტერები (ინტერნეტი) (პროფესიული განვითარების და უწყვეტი განათლების წინაპირობა);	არსებობს საჭიროებაზე გათვლილი სამედიცინო ბიბლიოთეკა, ინტერნეტი, სამედიცინო ვებ გვერდებთან ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილია.	
GT	ზოგადი ტექნიკური ნაწილი		
GT.3.2	არ ხორციელდება აპარატურის ტესტირება/კალიბრირება	შესწავლილია აპარატურის ტექნიკური მახასიათებლები; აპარატურის ტესტირება, პერიოდული კალიბრირება, მეტრონომია. გათვლილია საოპერაციო ხარჯები	მოკლევადიანი
GT.3.4	აპარატურის ექსპლუატაციის გაიდლაინების არსებობა	მოძიებული და შესწავლილი აპარატურისა და ტექნოლოგიების საექსპლუატაციო მეთოდოლოგიები	
GT.7.2 GT.7.3	ცენტრალური ჟანგბადისა და ვენტილაციის არ არსებობა	სასურველია ჟანგბადის ბალონით უზრუნველყოფა;	მოკლევადიანი

GT.9	სამედიცინო ნაწილს ცალკე სააფთი- აქო სანყოფი არ გააჩნია. სამკურნალ- ნაწილ საშუალებების საჭირო მარაგი განთავსებულია სპეციალურ კარადაში საორდინატორო ოთახში. მარაგი გა- ნახლდება თვეში ერთხელ მიმდინარე ხარჯის სურათის შესაბამისად.	თანმიმდევრულად აღრიცხული სამკურ- ნალნაწილ საშუალებები/ფასები/მარაგი/ ხარჯვა – (ნობლოგიების, პაციენტების მიხედვით).	
GT.9.1	სამედიცინო დოკუმენტაციის სპეცი- ალური საცავი არ არსებობს. დოკუმენ- ტაცია ინახება სამედიცინო ნაწილში თაროებზე.	სამედიცინო დოკუმენტაციის არქივი, კოდირებული. ელექტრონული საძიებელი სისტემა. პასუხისმგებელი პირი დოკუმენ- ტაციის შენახვასა და არქივის ადმინისტ- რირებაზე.	
AS	დამხმარე სერვისები		
AS.1.1.	სამედიცინო ნაწილს არ აქვს საკუთარი ექსპრეს ლაბორატორია, სადაც თუნ- დაც რუტინული კვლევები ჩატარდება. მცირე ლაბორატორიული სერვისი, რომელიც ამჟამად დონორის დაფი- ნანსებით ხორციელდება მოიცავს აივ ტესტირებას.	სისხლის ანალიზატორი შარდის და სისხ- ლში შაქრის გასაზომი სტრიპები ანალი- ზისთვის უზრუნველყოფილია.	
AS.3	დანესებულებას არ აქვს პროექტურა; (აღსანიშნავია რომ გარდაცვალების მხოლოდ 2 შემთხვევა ფიქსირდება გასული 5 წლის განმავლობაში)	ცალკე ოთახი, სამედიცინო მაგიდით, სა- დაც შესაძლებელი იქნება მიცვალებულის გაჩერება კანონით განსაზღვრული დროის მიხედვით;	
IM	მონაცემთა მართვა, ინფორმაცია და დოკუმენტაცია		
IM.1	სამედიცინო ინფორმაციის მართ- ვისთვის სპეციალური გამკვლევი ან დეტალური ინტერუქცია არ არის შემუშავებული, თუმცა ინფორმაციის მართვას ზოგადად აწესრიგებს იუსტი- ციის მინისტრის შესაბამისი ბრძანება. სამედიცინო დეპარტამენტის რეკომენ- დაცია განსაზღვრავს დოკუმენტაციის ტაპებს და სპეციალურ ფორმებს. იხ. ბრძანება და რეკომენდაციები	გამართული სამედიცინო ინფორმაციის მეთოდოლოგია, გამკვლევი შედეგება შემდეგი თავებისაგან: მონაცემთა ორგანიზება და ანალიზი; მონაცემთა კლარიფიკაცია და ინტერპრეტაცია; შიდა და გარე ინფორმაციის შეჯერება ანგარიშების წარმოსადგენად სხვადასხვა ტიპის ანგარიშები (ინდივიდუ- ალური კლინიკური, საერთო კლინიკური ორგანიზაციული, სტატისტიკური) მონაცემთა, კონფიდენციალურობა, უსაფ- რთხოება, ინტეგრირებულობა. მონაცემთა უნიფიცირებული განსაზღვ- რებები; ინფორმაციის მოპოვების მეთოდები; მონაცემების ინფორმაციად გადა- ქცევისათვის და ანალიზისათვის შესაბამი- სი ექსპერტიზა და საშუალებები; ინფორმაციის და მონაცემთა ზუსტი და დროული გადაცემა ადეკვატური ინტერპრეტაციისა და ინტეგ- რაციის საშუალებები მონაცემთა კოდირების მექანიზმი;	
IM.4	მსჯავრდებულის იმუნიზაციის შესა- ხებ დანესებულება ინფორმაციას არ ფლობს. იმუნიზაციის პროცესის მართ- ვა ან მასზე მეთვალყურეობა არ ხდება დანესებულების მიერ. სამედიცინო ნაწილი მხოლოდ უზრუნველყოფს საჭიროებისას ანტიტეტანურ და ანტი- რაბიულ ვაქცინაციას.	კავშირი და ინფორმაციის მოპოვება (ვა- ციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედ- ვით) ვაქცინის იმუნიზაციის შესახებ. ვაქ- ცინაცია საჭიროების მიხედვით; შესაბამისი ვაქცინების მარაგი	

IM.6	სხვა დაწესებულებაში ჩატარებული მკურნალობის შესახებ ინფორმაცია ბრუნდება "განერის ეპიკრიზის" სახით	სტანდარტული ფორმა სხვა დაწესებულებაში ჩატარებული მკურნალობის შესახებ. ჩატარებული დიაგნოსტიკისა და განუვლი მკურნალობის დეტალური აღწერილობა. რენტგენის, ექოსკანირების, კტ, მაგნიტურ რეზონანსული კვლევის დასკვნების ასლები	
	მსჯავრდებულთა სამედიცინო ბარათების ელექტრონული ბაზა არ არის შექმნილი. ასევე არ არის შექმნილი რაიმე ელექტრონული ბაზა ზოგადი სამედიცინო მონაცემების დამუშავებისთვის. ასეთი ბაზა არც სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს არ გააჩნია. ის ინფორმაცია, რომელსაც სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო სამსახურები უგზავნიან სამინისტროს ფურცლებზე რჩება, რაც ბუნებრივია მისი გამოყენების შესაძლებლობებს ზღუდავს.	სამედიცინო მონაცემის ელექტრონული ბაზა. ინფორმაცია: საიდენტიფიკაციო და სამედიცინო - ჩატარებული კვლევების, და მკურნალობის შესახებ სრული ინფორმაცია. ინფორმაციის ინტეგრირების შესაძლებლობა საორგანიზაციო და ფინანსურ ნაწილთან	
IM. 11.1-11.9	არ ხორციელდება სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვება დამუშავება, არც სამედიცინო არც ფინანსური და ორგანიზაციული მიზნებისათვის	პაციენტების საერთო რაოდენობა (ჰოსპიტალიზირებული, ამბულატ.) წლების მიხედვით ავადობის მაჩვენებლები ძირითადი ნოზოლოგიური ჯგუფები დატვირთვის პროცენტი სანოზებ სამ.დაყოფნება ნოზოლოგიების მიხედვით ოპერაციათა რაოდენობა (ნელინადში) ლეტალობა მწვავე და გემიურ ოპერაციათა შეფარდება გამოწერილი და ნახმარი მედიკამენტების მონაცემები	
IM.12.1	ფინანსურ მონაცემებთან სამედიცინო სამსახურს შეხება არ აქვს და არ არის ჩართული არც საბიუჯეტო დაგეგმვის პროცესში.	ბიუჯეტის დაგეგმვის პროცესში ჩართულობა;	
IM.12.3	არ ხორციელდება უტილიზაციის შეფასება	სამედიცინო მომსახურების ფინანსური დანახარჯების შიდა კონტროლი, შედეგებთან და გემიურ ინდიკატორებთან მიმართებაში. უტილიზაციის მუდმივი მონიტორინგი	
IM.12.4-IM.12.1.1	სამედიცინო დეპარტამენტს გააჩნია მწირი ინფორმაცია ადექვატური ფინანსური ადმინისტრირებისათვის	გათვლილი: ადმინისტრაციული ხარჯები აპარატურის ხარჯები; მედიკამენტების ხარჯები; კვლევების ხარჯები; შენობების ცვეთა; აპარატურის ცვეთა; სანოლდის ხარჯი; სხვა	
DMS	დაავადებათა მართვა და კლინიკური უსაფრთხოება		
MDS.1	კლინიკური სტანდარტები დაწესებულებაში არ მოიპოვება. პერსონალი გამოხატავს დიდ სურვილს, რომ გაიდლაინებით მოხდეს მათი აღჭურვა და შესაბამისი ტრენინგები ჩაუტარდეთ. ასევე არ გამოიყენება დიაგნოსტიკური სტანდარტები.	გაიდლაინები და პროტოკოლები ხელმისაწვდომი. ტრენინგული პერსონალი; მოხმარების მოტივაციის სისტემა; მონიტორინგის სიტემა; შედეგების შეფასების სისტემა; გაიდლაინების და პროტოკოლების გამოყენების პროცენტული მაჩვენებლები, ექიმების მიხედვით.	

DMS.2	პერიოდული სამედიცინო შემოწმება შემოიფარგლება დანესებულებაში შესვლისას ჩატარებული გამოკვლევებით და დანესებულების დატოვებისას ჩატარებული კვლევებით. სხვა დროს ასეთი კვლევები ტარდება საჭიროებისას. უტარდება შემდეგი კვლევები: 1. ობიექტ. სტატუსის შეფასება 2. ტუბერკულოზური სინჯი 3. ფსიქოლოგიური სკრინინგი 4. აივ ტესტი (არასავალდებულოა)	არსებულთან ერთად პერიოდული სკრინინგი კანის დაავადებების, პირის ღრუს, ტუბერკულოზის, ფიზიკური ობიექტური შეფასება	
DMS.3	გეგმიური სტაციონარული დახმარების საჭიროებისას 4-5 დღე. ამბულატორიული გეგმიური დახმარების საჭიროებისას 2-3 დღე.	მოცდის დრო დათვლილი სარწმუნოდ. დაყვანების შემცირება (სამ. 2 დღე დაყოვნება).	
DMS.3.1	უცნობია გადადებული გეგმიური ოპერაციების პროცენტი	გადადებული გეგმიური ოპერაციების %, მათი შესაძლო მიზეზების ანალიზი	
DMS.4	ექიმთან ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია	24 საათიანი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო პერსონალთან	
DMS.4.1	პაციენტის პირველი ჩივილიდან ექიმის ვიზიტამდე საშუალო დრო სტანდარტიზებული არ არის .	კონსულტანტთან ხელმისაწვდომობა 1-2 დღის ფარგლებში. დეტალური ანალიზი სამედიცინო საჭიროებაზე რეაგირების და სერვისის მიღების დროის. საჭიროების შემთხვევაში გამოძახების განერილი პროცედურა, შეტყობინებაზე პასუხისმგებელი პირი. შეტყობინების, გამოძახების, ექიმის მიერ კონსულტაციის ჩატარების დროის მითითებით.	
DMS.4.2	ყველა პროფილის სპეციალისტთან ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია	ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.	
DMS.5.1	დანიშნული/ჩატარებული მკურნალობის ადეკვატურობის შემოწმების მექანიზმის არ არის დანერგილი.	მოქმედი ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა. შიდა სამედიცინო აუდიტის სისტემა. მონიტორინგზე პასუხისმგებელი პირი	
DMS.6	დიაგნოზის დასმა ყოვნადაა	(95 %) შემთხვევებში პირველადი დიაგნოზი დაისვას 1 დღეს, საბოლოო დიაგნოზი 2-3 დღეს.	
DMS.9	პერსონალის მიერ დასმული დიაგნოზების სიზუსტე (მათ მიერ დასმული დიაგნოზების თანხვედრა რეფერალის შემდეგ სხვა სამედიცინო დანესებულებაში). მონაცემები ამის შესახებ (2002 წლიდან) არ არის სისტემატიზებული.	ხარისხის მონიტორინგი, შეფასება. დიაგნოზების სიზუსტის შეფასება, საჭიროების დადგენა. შესაბამისი ტრენინგი	
DMS.14	პერსონალს გადაუდებელი შემთხვევების მართვასთან დაკავშირებით სპეციალური ნვრთნა ან სწავლება არ გაუვლია საბაზისო განათლების მიღების შემდეგ.	დამატებითი სწავლება და ნვრთნა თანამდროვე სპეციფიკისა და სტანდარტების გათვალისწინებით.	
DMS.15	გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო საშუალებები და აპარატურა არ მოიპოვება, მხოლოდ ამბუს პარკი და არტაშანია ხელმისაწვდომი.	პორტატული საუნთქი აპარატი, დეფიბრილატორი, შესაბამისი მცირე რეანიმაციული და ქირურგიული ნაკრებით. მცირე სასტერეილიზაციო ტრენინგები პერსონალი.	

DMS. 16	გაურკვეველია ხელმისაწვდომობა სისხლის და სისხლის შემცვლელ პრეპარატებზე.	დადგენილი ყველა მსჯავრდებულის სისხლის ჯგუფი და RH ფაქტორი შემოსვლისას. შეთანხმება სისხლის ბანკთან.	
DMS.17	აუცილებელი პირველი დახმარების მედიკამენტების ნუსხა/მარაგი ფორმით არ არსებობს.	განსაზღვრული პირველი დახმარების მედიკამენტების ნუსხა (ტკივილგამაყუჩებლების ჩათვლით)	
DMS.18 -DMS.19	ხარისხის კონტროლის მექანიზმები არ არის დანერგილი.	ჩამოყალიბებული ხარისხის კონტროლის მექანიზმი. პერიოდული შეფასება გარე აუდიტის გამოყენება.	
DMS.20-DMS.21	პაციენტთა უსაფრთხოების სტანდარტები არ არის შემუშავებული	პაციენტთა უსაფრთხოება წარმოადგენს პრიორიტეტს. შემუშავებულია დანუსებულების შიდა ინფექციის სტანდარტები, უსაფრთხო მკურნალობის, ჩარევის, ტრანსფუზიის სტანდარტები. პერიოდული ტრენინგები. მონიტორინგზე პასუხისმგებელი პირი	

ნაწილი 3

არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა ფიზიკური ჯანმრთელობა

მეთოდოლოგია

კვლევის მიზანი იყო შეგვესწავლა დაწესებულებაში მყოფ არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა, დაავადებათა მართვა და არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციის ადეკვატურობა.

დასახული მიზნების მისაღწევად მოხდა დაწესებულებაში არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციის დეტალური შესწავლა და მსჯავრდებულთა ფიზიკური განვითარების მონაცემების განსაზღვრა. გარკვეულ ჯგუფს აგრეთვე ჩაუტარდათ კლინიკოლაბორატორიული (სისხლის საერთო ანალიზი, გლუკოზის დონის განსაზღვრა, შარდის საერთო ანალიზი, მანტუს კანის სინჯი) და ინსტრუმენტული გამოკვლევები (გულმკერდის რენტგენოგრაფია).

კვლევას გამოეთიშნენ ის მსჯავრდებულები, რომელთაც:

1. უარი განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობაზე
2. კვლევის პერიოდში უწევდათ დაწესებულების დატოვება სხვადასხვა მიზეზის გამო.

ვინაიდან კვლევა იყო დროში შეზღუდული, საჭიროდ იქნა მიჩნეული დარჩენილი 124 მსჯავრდებულთან შესასწავლი ჯგუფის გამოყოფა (N=94), რაც განხორციელდა შესაბამისი სტატისტიკური მეთოდის გამოყენებით:

$$(1) \quad n1 = \frac{n2}{1 + \frac{n2-1}{Pop}}$$

$$(2) \quad n2 = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{C^2}$$

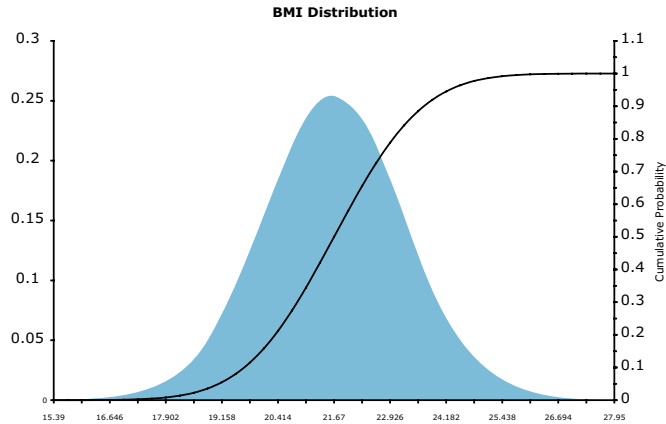
* pop – შესასწავლი პოპულაცია, Z – ზეტ სიდიდე (1.96, რადგან წინასწარ შერჩეული სარწმუნო დონეა 95%), C – სარწმუნო შუალედი (4.99), p – შედეგების გადანაწილება (50%), n2 – შესასწავლი ჯგუფის წინასწარი სიდიდე, n1 – შესასწავლი ჯგუფის საბოლოო სიდიდე

ფიზიკური განვითარების ზოგადი მონაცემები

ფიზიკური განვითარების მონაცემების ასაკობრივ ნორმებთან შედარება მოხდა ა.შ.შ.-ში მოქმედ სტანდარტებთან², რადგან ადგილობრივ მოსახლეობაზე ანალოგიური სტატისტიკური მონაცემების მოძიება ვერ მოხერხდა. შესასწავლი ჯგუფის საშუალო ასაკი იყო 201.88 თვე (16.8 წელი), ხოლო სტანდარტული გადახრა – 9.74 თვე (0.8 წელი).

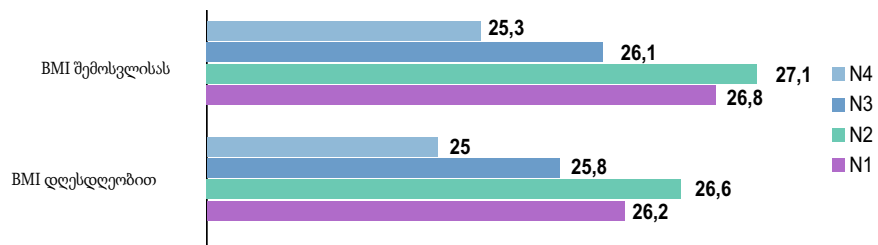
ფიზიკური განვითარების შესაფასებლად გამოვიყენეთ სხეულის მასის ინდექსის (BMI) განსაზღვრა. აღნიშნული მონაცემი საშუალებას იძლევა შე-

ფასდეს სხეულის წონასა და სიმაღლეს შორის კავშირი და შესაბამისობა და განისაზღვროს ნორმიდან გადახრები. კვლევისას მიღებული შედეგები გადანაწილდა შემდეგნაირად:



* პირველი დიაგრამა გვიჩვენებს შესასწავლ ჯგუფში სხეულის მასის ინდექსის გადანაწილებას სამი კატეგორიის (<10, 10-85 და >85 პერსენტული) მიხედვით, ხოლო მეორე დიაგრამა ასახავს ინდივიდუალური მონაცემების გადანაწილებას.

95% შედეგების გადანაწილება მოხდა 18.53 - 24.81 - ს შორის (საშუალო სხეულის მასის ინდექსი - 21.67, სტანდარტული გადახრა -1 .57), რაც ასაკობრივ ნორმის ფარგლებს შეესაბამება. დაფიქსირდა ოთხი ჭარბწონიანობის შემთხვევა (BMI > 25.0), რაც აგრეთვე გამოვლენილი იყო დაწესებულებაში მოხვედრისას. პროგრესირებას ადგილი არ ჰქონია. პირიქით, აღინიშნება სხეულის მასის ინდექსის მცირედი კლება.



სამედიცინო დოკუმენტაცია ^{3 4 5}

დაწესებულებაში გამოიყენება სამედიცინო ბარათი, რომელიც მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას:

1. მსჯავრდებულის საიდენტიფიკაციო მონაცემები (მაგ.: სახელი, გვარი, დაბადების თარიღი, ა.შ.)
2. დაწესებულებაში შემოსვლისას არსებული ფიზიკური განვითარების ზოგადი მონაცემები
3. წარსული სამედიცინო ისტორია, რაც მოიცავს ცნობილ ფიზიკურ და/ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობის პრობლემებს
4. დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში გამოვლენილი ჩივილების, დას-

მული დიაგნოზების და/ან ჩატარებული მკურნალობის ამსახველი ჩანაწერები

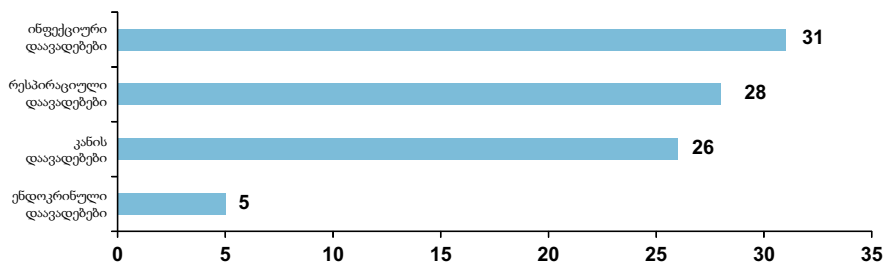
5. ტუბერკულოზის სკრინინგის კითხვარის შედეგები
6. კლინიკო-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების შედეგები
7. კონსულტანტთა ჩანაწერები
8. დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში გაწეული სტაციონარული და/ან ამბულატორიული მკურნალობის განხრის ეპიკრიზები

სამედიცინო ბარათი არ მოიცავს ინფორმაციას დაწესებულებაში შემოსვლისას ჩატარებული ფიზიკური და/ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის შემოწმების სკრინინგის და იმუნიზაციის სტატუსის შესახებ (აღსანიშნავია, რომ დღესდღეობით დაწესებულებაში არ გამოიყენება სპეციალური სკრინინგ ფორმები, რომელთა შევსებაც მოხდებოდა მსჯავრდებულთა დაწესებულებაში მოხვედრისას).

ფიზიკური ჯანმრთელობა

ჯანმრთელობის პრობლემების პრევალენსი და ინსიდენსი გამოსაკვლევ ჯგუფში:

დაავადება	ინსიდენსი (ერთი წლის განმავლობაში)	პრევალენსი (კვლევის პერიოდში)
ბლერი (ICD 10: B86)	24	0
ტუბერკულოზი (ICD 10: A15-A19)	7	7
ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების მწვავე რესპირაციული ინფექციები (ICD 10: J00 - J22)	26	15
ასთმა (ICD 10: J45)	0	2
პილდერმია (ICD 10: L08.0)	25	0
ატოპიური დერმატიტი (ICD 10: L20)	1	0
ჭარბწონიანობა (ICD 10: E66.9)	0	4
გლუკოზის დონის მომატება სისხლში (ICD 10: ღ73)	1	1
ეპილეფსია (ICD 10: G40)	0	1



1. ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები

ბლერი

ბლერი დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში გამოუვლინდა მსჯავრდებულთა 25,5%-ს. დიაგნოსტიკა და მკურნალობა თითოეული შემთხვევისას არის დროული და შესაბამისი, თუმცა აღნიშნული ინფექციის (როგორც

პირველადი, ისე განმეორები) რაოდენობა მიუთითებს პრევენციული დონისძიებების არაადექვატურობაზე, როგორცაა დაინფიცირებული მსჯავრდებულის მკურნალობის დაწყებიდან პირველი 8-12 საათის განმავლობაში იზოლირება და მისი თეთრეულის და პირსახოცების განცალკევებულად გარეცხვა და გაშრობა. აგრეთვე, არ არის შემუშავებული გეგმა ბლერის „აფეთქების“ მართვის შესახებ.⁶

ტუბერკულოზი

მთელი მსოფლიოს მასშტაბით პენიტენციალური სისტემა წარმოადგენს ტუბერკულოზის განვითარების ერთერთ მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს. შესაბამისად, შესწავლის ერთერთი მნიშვნელოვი საგანი გახდა დანესებულეებაში ტუბერკულოზის მართვასთან დაკავშირებული საკითხები. დღესდღეობით არსებული მდგომარეობით, ტუბერკულოზის სკრინინგი მოიცავს სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის შევსებას და მის შედეგებზე დაყრდნობით გამოვლენილ რისკ ჯგუფში ნახველის ანალიზის ჩატარებას. არსებული მიდგომით არცერთ მსჯავრდებულს ინფექციის არსებობა არ დაუდასტურდა.

ჩვენი კვლევის ფარგლებში აღნიშნული პრობლემის შესწავლისათვის გამოვიყენეთ ტუბერკულოზის სკრინინგის და დიაგნოსტიკების საერთაშორისოდ აღიარებული მიდგომა.^{7,8}

ტუბერკულოზის რისკის (დადებითი სიმპტომატიკა, კითხვარის შედეგები, კონტაქტი ტუბერკულოზთან) შეფასების შემდეგ გამოვავლინეთ მაღალი რისკის ჯგუფი (N=16), რომელთაც ჩაუტარდათ ტუბერკულოზის კანის ტესტირება (მანტუს ტუბერკულინის კანის ტესტი). გამოკვლეულთაგან შვიდ მსჯავრდებულთან დაფიქსირდა დადებითი რეაქცია (> 10 მმ ინფილტრაცია). ლატენტური ინფექციის აქტიური ინფექციისგან დიფერენციაციის მიზნით ჩატარდა გულმკერდის რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა. შვიდივე შემთხვევაში ინფექციის აქტიური კერის რადიოლოგიური ნიშნების გამოვლენა ვერ მოხერხდა და დაისვა ლატენტური ტუბერკულოზის დიაგნოზი.

№	მანტუს სინჯი	გულმკერდის რენტგენოგრაფია ± ნახველის ანალიზი	საბოლოო დიაგნოზი
017	12 მმ	უარყოფითი	ლატენტური ტუბერკულოზი
021	20 მმ	უარყოფითი	ლატენტური ტუბერკულოზი
022	25 მმ	უარყოფითი	ლატენტური ტუბერკულოზი
034	20 მმ	უარყოფითი	ლატენტური ტუბერკულოზი
043	25 მმ	უარყოფითი	ლატენტური ტუბერკულოზი
044	23 მმ	უარყოფითი	ლატენტური ტუბერკულოზი
053	23 მმ	უარყოფითი	ლატენტური ტუბერკულოზი

ამგვარად, დადასტურდა ტუბერკულოზის შვიდი ახალი შემთხვევის არსებობა, რომლის გამოვლენაც ჩვენი კვლევის ჩატარებამდე ვერ ხერხდებოდა. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევით ნათლად ჩანს, რომ მხოლოდ სიმპტომური სკრინინგი კითხვარის საშუალებით ამ ეტაპზე არ არის საკმარისი ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოსავლენად. აგრეთვე, მხოლოდ ნახველის ანალიზზე დაყრდნობით, დადებითი სიმპტომატიკის შემთხვევაში აღნიშნული კვლევის სპეციფიკიდან გამომდინარე ვერ ხერხდება არსებული ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენა.

2. კანის დაავადებები

პიოდერმია

პიოდერმია მსჯავრდებულთა 26.5%-ს აღენიშნებოდა დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში; ინფექციის შემთხვევების 12% წარმოადგენს განმეორებით ინფიცირებას. პიოდერმია ეპიდემიოლოგიურად ასოცირებულია ისეთ გართულებასთან, როგორიცაა მწვავე პოსტ-სტრეპტოკოკული გლომერულონეფრიტი. გამოსაკვლევი ჯგუფიდან ერთერთს აღენიშნებოდა ზემოთ-ხსენებული გართულება, თუმცა პიოდერმიასთან კავშირის შესწავლა არ მომხდარა.

მსჯავრდებულთა 7,5%-ს დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში აღენიშნებოდათ როგორც პიოდერმიის, ისე ბლერის არსებობა. ბლერით დაავადებულთა 25%-ს აგრეთვე გამოუვლინდათ პიოდერმია. აღნიშნული მონაცემები ეჭვს ბადებს მეორადი ბაქტერიული ინფიცირების შესახებ, რაც შესაძლოა იყოს პიოდერმიის მაღალი სიხშირის ერთერთი წამყვანი მიზეზი.^{9,10,11}

წამოყენებული ჰიპოთეზის ტესტირების მიზნით საჭიროა მოხდეს პიოდერმიის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების შესწავლა დაწესებულებაში ბლერის გაკონტროლებამდე და მის შემდეგ.

3. რესპირაციული დაავადებები

ბრონქული ასთმა

ასთმური შეტევები დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში დაავადებულ მსჯავრდებულებს არ ჰქონიათ. დიაგნოზი ეყრდნობა მხოლოდ ანამნეზურ მონაცემებს; სპირომეტრიული გამოკვლევით დიაგნოზის ვერიფიცირება არ მომხდარა, რაც მის ვალიდურობას კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს.

4. ედნოკრინული და მეტაბოლური დაავადებები

გლუკოზის დონის მონიტორინგის სისხლში

სისხლში გლუკოზის მონიტორინგული დონის დაფიქსირება მოხდა შესასწავლ ჯგუფში გლუკოზის დონის განსაზღვრისას. გლუკოზის მაღალი მაჩვენებლის (5.7 მმოლ/L) ვერიფიცირება მოხდა განმეორებითი გამოკვლევისას. (გლუკოზის დონე განისაზღვრა როგორც უზმოზე, ისე გლუკოზის ტოლერანტობის ტესტის ჩატერებისას). აღნიშნული პრობლემის მართვა საჭიროებს 12:

- ცხოვრების წესის ცვლილებებს (სხეულის წონის კორექცია, საშუალო ინტენსიობის ყოველდღიური ვარჯიში)
- სისხლში გლუკოზის და გლიკოზილირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრას ყოველწლიურად

5. ნევროლოგიური დაავადებები

ეპილეფსია

შესასწავლ ჯგუფში ერთ მსჯავრდებულს აღენიშნება ეპილეფსია (ICD 10: G40), გაკონტროლებული კარბამაზეპინით. დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში გულყრის შეტევებს ადგილი არ ჰქონია. ჩვენი კვლევის ფარგლებში გამოვიკვლიეთ მედიკამენტოზური გვერდითი მოვლენების არსებობა, რაც არც სიმპტომურად და არც ლაბორატორიულ ანალიზებზე დაყრდნობით არ ფიქსირდება.

რეკომენდაციები - არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა ფიზიკური ჯანმრთელობა

პრობლემა	რეკომენდაცია	პასუხისმგებელი ერთეული	განხორციელების ვადა
დანესებულებას არ გააჩნია მსჯავრდებულის მიღებისას ჯანმრთელობის შემფასებელი სკრინინგ ფორმა, რაც ხელს უშლის სტანდარტიზირებული სამედიცინო მომსახურების დანერგვას	მიღების ჯანმრთელობის შემფასებელი სკრინინგ ფორმა შემუშავებული და დანერგილი	სამინისტრო, დანესებულების ადმინისტრაცია	?
დანესებულებას არ გააჩნია მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის შეფასების (საწყისი და პერიოდული) გეგმა, რაც ხელს უშლის სტანდარტიზირებული სამედიცინო მომსახურების დანერგვას	მსჯავრდებულთა ჯანმრთელობის შეფასების (საწყისი და პერიოდული) პოლიტიკა შემუშავებულია და ხორციელდება	სამინისტრო, დანესებულების ადმინისტრაცია	?
დანესებულებაში არ ტარდება მსჯავრდებულთა ასაკის და გარემო პირობების შესაბამისი იმუნიზაციები, რაც მათ მაღალი რისკის ქვეშ აყენებს ინფექციური დაავადებების თვალსაზრისით	შემუშავებულია ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის პოლიტიკა, ესენციური იმუნიზაციის ნუსხა და დანერგილია იმუნიზაციის პრაქტიკა	სამინისტრო, დანესებულების ადმინისტრაცია	?
დანესებულებაში პრევალირებს დერმატოლოგიური ინფექციები, როგორც ბაქტერიული (პიოდერმია), ისე პარაზიტული (ბღერი). არ არის შემუშავებული ინფექციებთან ბრძოლის გეგმა	შემუშავებულია ბღერის ერადიკაციის გეგმა და ხორციელდება. დანესებულებაში პიოდერმიის ბღერის ურთიერთკავშირი შესწავლილია.	სამინისტრო, დანესებულების ადმინისტრაცია	?
ტუბერკულოზის სკრინინგის თვალსაზრისით დანესებულებაში გამოიყენება მხოლოდ სპეციალურად შემუშავებული სიმპტომური კითხვარი, რაც ამ ეტაპზე არ არის საკმარისი.	ტუბერკულოზის სკრინინგის პოლიტიკა იზიარებულია და დაინერგილია მანტუს ტუბერკულინის კანის სინჯის პრაქტიკა (საწყისი და პერიოდული).	სამინისტრო, დანესებულების ადმინისტრაცია	?
ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენება მხოლოდ ნახველის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი, რაც ხშირი ცრუ-უარყოფითი შედეგებით ხასიათდება. ხშირ შემთხვევაში ვერ ხერხდება დიაგნოზის ვერიფიცირება.	შემუშავებულია ტუბერკულოზის გამოკვლევის და დიაგნოსტიკის სტანდარტული ეტაპობრივი მიდგომა და ხდება მისი დანერგვა.	სამინისტრო, დანესებულების ადმინისტრაცია	?
ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის პერიოდში (მაგ.: დადებითი შედეგი სკრინინგისას) ვერ ხერხდება მსჯავრდებულის იზოლირება.	შემუშავებულია და ინერგება ინფექციურ დაავადებებთან (მათ შორის ტუბერკულოზთან) ბრძოლის პოლიტიკა. გამოყოფილია ფართი გადამდები ინფექციებით დაავადებულ მსჯავრდებულთა იზოლირების მიზნით.	სამინისტრო, დანესებულების ადმინისტრაცია	?
დანესებულებაში მყოფი მსჯავრდებულები ტუბერკულოზით ინფიცირების რისკის ქვეშ იმყოფებიან და ჯერჯერობით არ მომხდარა მათი სრულყოფილი სკრინინგი	დაგეგმილია და ხორციელდება მასიური ტუბერკულოზის სკრინინგი მანტუს ტუბერკულინის კანის სინჯით.	დანესებულების ადმინისტრაცია	?

გამოყენებული ლიტერატურა

- 1 Bartlett, J. E., II, Kotrlík, J. W., & Higgins, C. (2001). Organizational research: Determining appropriate sample size for survey research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 19(1) 43-50.
- 2 National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>
- 3 National Commission on Correctional Health Care Standards, 2008
- 4 ACA Standards for Juvenile Correctional Facilities, 2003
- 5 State of Montana Department of Corrections Policy No. 4.5.37 – Offender Health Record Format and Content
- 6 Clinical Practice in Correctional Medicine, 2nd edition by Michael Puisis, 2006 (pages 247 – 249)
- 7 American Thoracic Society (ATS) and CDC. Diagnostic standards and classification of tuberculosis in adults and children. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161. <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/full/161/4/1376>
- 8 Prevention and Control of Tuberculosis in Correctional and Detention Facilities: Recommendations from CDC. *MMWR* July 7, 2006 / Vol. 55 / No. RR-9 <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5509.pdf>
- 9 Lawrence G, Leafasia J, Sheridan J, et al. Control of scabies, skin sores and haematuria in children in the Solomon Islands: another role for ivermectin. *Bull World Health Organ*. Jan 2005;83(1):34-42.
- 10 Skin disorders, including pyoderma, scabies, and tinea infections. *Andrews RM – Pediatr Clin North Am – 01-DEC-2009; 56(6): 1421-40*
- 11 Feldmeier H, Singh Chhatwal G, Guerra H. Pyoderma, group A streptococci and parasitic skin diseases -- a dangerous relationship. *Trop Med Int Health*. Aug 2005;10(8):713-6.
- 12 David M. Nathan, MD, Mayer B. Davidson, MD, Ralph A. DeFronzo, MD, Robert J. Heine, MD, PHD, FRCP, Robert R. Henry, MD, Richard Pratley, MD and Bernard Zinman, MD., Impaired Fasting Glucose and Impaired Glucose Tolerance – Implications for care. *Diabetes Care* March 2007 vol. 30 no. 3 753-759



ნაწილი 4

არასრულწლოვანი მსჯავრდებულების ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებების შესწავლა

მკვლევარი – ნინო მახაშვილი
კვლევის ასისტენტი – ნატო ყვავილაშვილი

განსაკუთრებული მადლობა არასრულწლოვანთა საადმრდელო
დანესებულების პედიატრს – ქ-ნ მანანა ელფთეროვას და
ფსიქოლოგს – ქ-ნ თეა ფანჩულიძეს განეული დახმარებისა და
პროფესიული თანამშრომლობისთვის.

2010
თბილისი

კვლევის მიზანი

კვლევის მიზანი იყო ავტალის სააღმზრდელო დაწესებულებაში მყოფი არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებათა გამოვლენა.

მეთოდოლოგია

ჩვენ ამოვდიოდით პოზიციიდან, რომ პენიტენციურ სისტემაში ამ პილოტური კვლევის განხორციელებისას უნდა გამოიყენებოდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამოვლენის ორეტაპიანი პროცედურა.

ფსიქიკური აშლილობების გამოვლენის მოცემული ორეტაპიანი პროცედურა შედგება „უხეში“ სკრინინგისაგან (პაციენტის პირველადი შეფასება სპეციალური კითხვარით), რომელიც საშუალებას გვაძლევს «გავფიქროთ» არასრულწლოვანთა შერჩეული რაოდენობა, გამოვყოთ ე.წ. რისკის ჯგუფის პირები, რომელთაც «შესაძლოა პრობლემები ჰქონდეთ», და მივიღოთ პირველი, ყველაზე მიახლოებითი წარმოდგენა გამოვლენილი პრობლემების ხასიათის შესახებ (პირველადი სკრინინგი). პროცედურის მეორე ფაზაზე, პირველადი სკრინინგის ბლოკებში გამოვლენილი პრობლემების მიხედვით ტარდება ჩადრმავებული ინტერვიუ, რომელიც საშუალებას გვაძლევს უკეთ გავერკვეთ პრობლემის არსში და შევაფასოთ პრობლემის სიმძიმე.

ამ ინსტრუმენტებით/კითხვარებით კვლევის ჩატარების წინ მოხდა დაწესებულების პედიატრის და ფსიქოლოგის ინტერვიუება არასრულწლოვანთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

ინსტრუმენტების/კითხვარების მოკლე აღწერა

კითხვარები შემუშავდა დიდ ბრიტანეთში ფართოდ გავრცელებული ASSET6 ინსტრუმენტების საფუძველზე, რომლებიც ითარგმნა და უკუ-ითარგმნა, ადაპტირდა და დაემატა სპეციალური ბლოკი ქცევითი აშლილობების და ანტი-სოციალური პერსონოლოგიური აშლილობების გამოსავლენად.

მოკლე პირველადი კითხვარი – ეს არის 10 სექციისგან შემდგარი ინსტრუმენტი და გათვალისწინებულია აშლილობის არსებობის სწრაფი იდენტიფიცირებისთვის თითოეული სახის აშლილობის წამყვანი 2 კრიტერიუმის მეშვეობით (შევსების დრო 10 – 15 წუთი).

კითხვარი მოიცავს ბლოკებს შემდეგი ქვემოთ ჩამოთვლილი ფაქტორების გამოვლენის მიზნით:

1. ალკოჰოლის მოხმარება;
2. ნარკოტიკის მოხმარება;
3. დეპრესიული აშლილობა;
4. ტრავმული გამოცდილება/პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა;
5. შფოთვა/გადაჭარბებული ლელვა/სტრესი;
6. თვით-დაზიანება;
7. ქცევითი აშლილობები;
8. ანტი-სოციალური პერსონოლოგიური აშლილობები;

6 Asset is a structured assessment tool to be used in England and Wales on all young offenders who come into contact with the criminal justice system. We have used SQIFA and SIFA screening interviews as a base for developing our instruments.

9. ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი და

10. ფსიქომზური რეესტრის აშლილობები.

ცალკე ბლოკი იკვლევს ჩატარებული გამოკვლევის და მკურნალობის გამოცდილებას “კი” ან “არა” პასუხების მეშვეობით; სხვა ყველა სექციაში პასუხები ფასდება სამ-ქულიანი ლეკერტის შკალის მეშვეობით.

თითოეულ სექციაში 2 ქულა ფასდება, როგორც პირობა ჩადრმავებული კითხვარის შესაბამისი ბლოკის ჩატარებისა:

ფჯ საჭიროებების ჩადრმავებული კვლევის კითხვარი ყველა ჩამოთვლილი 9 აშლილობის ჩადრმავებულ შესწავლას გულისხმობს ბოლო 2 თვის განმავლობაში გამოვლენილი სიმპტომების საშუალებით. თითოეულ სექციას ახლავს “ცვლილებების მოტივაციის” და “მიღებული დახმარების” ბლოკები.

ასე მაგალითად თვით-დაზიანების კვლევის სექცია ასე გამოიყურება:

შეათვალეთ თვითდაზიანებელი ქცევა: საკუთარ სხეულზე დარტყმა, ჭრილობების მიყენება, წამლის ზედმეტი დოზით მიღება ¹ , წყალში გადახტომა დახრჩობის მიზნით, ცეცხლსასროლი იარაღის გამოყენება და სხვა. დაკავშირებული პრობლემები: დეპრესია, შფოთვა, ტრავმის შემდგომი სტრესი შეფასეთ შესაბამის სექციებში (3, 5, 6).
ბოლო 2 თვის მანძილზე
გიფიქრია, თუ არა ზიანი მიგეყენებინა საკუთარი თავისათვის იმის გამო, რომ უსიამოვნება შეგემთხვა? მაგ. კამათის შემდეგ, ან, როცა ძალიან გაბრაზებული ხარ, ან რაღაც ცუდი ამბავი შეგემთხვა.
ადამიანები სხვადასხვანაირად აყენებენ ზიანს საკუთარ თავს; ისინი იწვავენ თავს, ჭრილობებს აყენებენ და ფხვნიან საკუთარ სხეულს, თავს ურტყავენ ან ეჭახებიან კედელს. გიცდია მსგავსი რამ ოდესმე? ხშირად/რამდენჯერ?
გადაგინწყვეტია ან გიცდია ოდესმე თავის მოკვლა ან საკუთარი თავისადმი ზიანის მიყენება? ხშირად/რამდენჯერ? რა მოხდა შემდეგ?
გქონია თუ არა ოდესმე თავის მოკვლის სურვილი? ახლაც იგივეს ხომ არ ფიქრობ?

ცვლილების მოტივაცია	საერთოდ არა	პატარა პრობლემა	დიდი პრობლემა
განუხებს ეს? კითხვა დაუსვით/დაადასტურეთ ყველასთან (თუ მოტივაცია საერთოდ არ აქვს გადადით შემდეგ სექციაზე)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
დახმარება რომ შემოგთავაზონ მიიღებდი თუ არა?	არა <input type="checkbox"/>	შესაძლოა <input type="checkbox"/>	დიახ <input type="checkbox"/>

მიღებული დახმარება როგორ ფიქრობ ადამიანებს უცდიათ დახმარება? რა დახმარება მიგიღია ოჯახისაგან, მეგობრებისაგან? რა დახმარება მიგიღია სპეციალისტებისაგან?

ამ ინსტრუმენტით მუშაობას დაახლოებით 45-60 წთ მიჰქონდა – ყველა სექციის შესავსებად; მაგრამ უმეტესად მოზარდებს პრობლემები ერთ, ორ

ან 3 ბლოკში ჰქონდათ, რაც თავიდან გვაშორებდა კითხვარის სრულ შევსებას.

აღსანიშნავია, რომ საკვლევი ინსტრუმენტებმა დაადასტურა თავისი საიმედოობა, ვალიდურობა და დიაგნოსტიკური სარგებლიანობა ამ პოპულაციის კვლევისას.

საკვლევი ჯგუფის შერჩევა

არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) საჭიროებების შეფასების მიზნით შესასწავლი ჯგუფის შერჩევა მოხდა იმავე მეთოდოლოგიის გამოყენებით, რაც ფიზიკური ჯანმრთელობის კვლევის დროს:

1. შერჩევას გამოეთიშნენ ის მსჯავრდებულები, რომელთაც კვლევის პერიოდში უწევდათ დაწესებულების დატოვება, სხვადასხვა მიზეზის გამო
2. შერჩევას გამოეთიშნენ ის მსჯავრდებულები, რომელთაც უარი განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობაზე

დარჩენილ მსჯავრდებულთაგან (N=124) მოხდა საკვლევი ჯგუფის (N=94) შერჩევა შესაბამისი სარწმუნო სტატისტიკური მეთოდის გამოყენებით. კვლევის პროცესში ამ რაოდენობიდან ინფორმირებული თანხმობაზე და კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა კიდევ 3 არასრულწლოვანმა; ამდენად, სულ გამოკვლეულ იქნა 91 მსჯავრდებული; ამათგან 65 (71,43%) დასჭირდა ჩაღრმავებული ინტერვიუს ჩატარება. სულ შეივსო 156 კითხვარი.

პროცედურა

კვლევა მიმდინარეობდა 2010 წლის ივნისი-აგვისტოს თვეებში, უშუალოდ ავჯალის სააღმზრდელო დაწესებულებაში.

შესაბამისი ნებართვის მოპოვების შემდეგ კვლევის მიზანი გავაცანით დაწესებულების პედიატრსა და ფსიქოლოგს. მათ ჩაუტარდათ საკვლევი ინსტრუმენტების გამოყენების ტრენინგი, რათა შესძლებოდათ დამოუკიდებლად ჩაეტარებინათ გამოკითხვა. ახილი იქნა მთავარი პრინციპები, როგორცაა მაგ; კონფიდენციალურობა, «დაცული» ინტერვიუება – გარეშე პირების გარეშე და ა.შ. ყველა კითხვა და დებულება იქნა განხილული, კოდირების და კითხვარების შევსების წესი – გააზრებული.

გამოკითხვები დაიწყო ამ პროფესიონალების ინტერვიუების შემდეგ, როდესაც მათ მიერ მოხდა შედარებით მძიმე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე მოზარდთა პრობლემების იდენტიფიცირება.

პირველი სესიები ჩატარდა კვლევის კოორდინატორის მიერ, ან პედიატრის ან ფსიქოლოგის თანდასწრებით. შემდგომი სუპერვიზია რეგულარულად ტარდებოდა.

კვლევის შედეგები

მნიშვნელოვანი შედეგია, რომ გამოკვლეულთა 71%-ს აღმოაჩნდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები 10 პრობლემური სფეროდან ერთ-ერთ ან უფრო მეტ სფეროში. მაღალი კომორბიდობა აღინიშნა 60% არას-

რულნლოვანთან, ამათგან – 39%-ში ვლინდება 2-3 აშლილობის თანხვედრა და 20,87%-თან პრობლემურია 4-5 სფერო.

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ მოზარდებთან ჩატარებული ინტერვიუების მიხედვით მათი უმრავლესობისათვის ნამყვანია სამი პრობლემური სფერო:

1. პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის სიმპტომები;
2. ქცევითი აშლილობები;
3. ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობები.

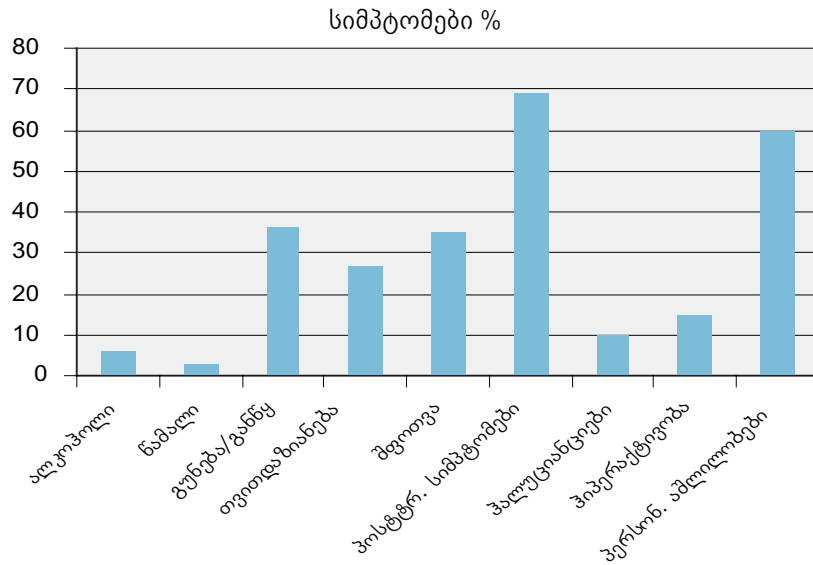
ეს პრობლემები – პოსტტრავმული სტრესული სიმპტომები და ქცევითი და ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობები კვლევის რესპოდენტებში ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოვლინდა (იხ. ცხრილი 1). ყველაზე მცირე რაოდენობით გამოვლინდა ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული ნივთიერებების ბოროტად მოხმარება.

8 შემთხვევაში ვლინდება ფსიქოტური რეესტრის სიმპტომები – ჰალუცინაციები, ბოდვები და პარანოიდული რწმენები. 11 მოზარდს ახასიათებს ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი; თვითდამაზიანებელი ქცევა ახასიათებს 18 მოზარდს; შფოთვითი სიმპტომები – 24 რესპოდენტს; გუნება-განწყობის დაქვეითება ასევე ვლინდება 24 მოზარდში.

ცხრილი 1. პრობლემური სფეროების სიხშირეთა და პროცენტული განაწილება

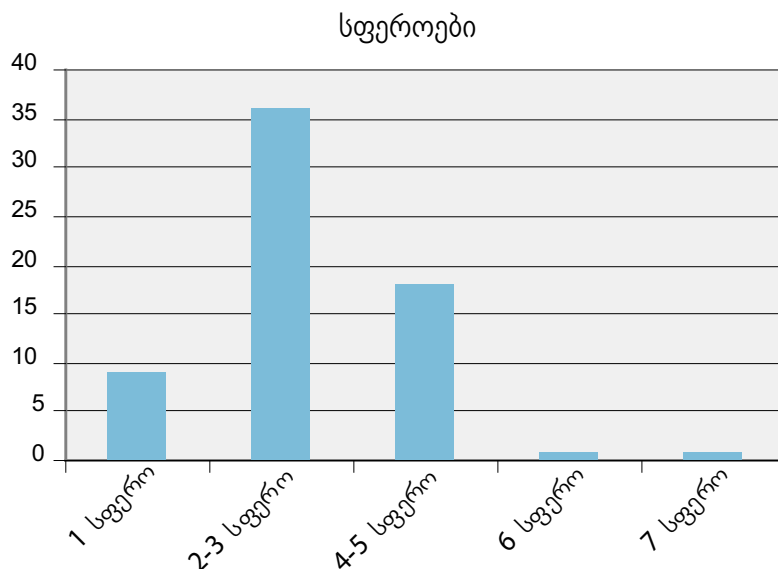
პრობლემური სფეროები	სიხშირე	%
ალკოჰოლის მოხმარება	4	6
ნარკოტიკის მოხმარება	2	3
გუნება/განწყობა	24	36
თვითდამაზიანება	18	27
შფოთვა	24	36
პოსტტრავმული სიმპტომები	46	70
ფსიქოტური რეესტრი	8	12
ყდპ სინდრომი	11	16
პერსონოლოგიური აშლილობები	40	61
ქცევითი აშლილობა	40	61

გრაფიკი 1. პრობლემური სფეროების პროცენტული განაწილება



ამ პრობლემური სფეროებიდან მოზარდებს ძირითადად უვლინდებათ არა ერთი, არამედ რამდენიმე სფერო ერთდროულად. მხოლოდ 9 მოზარდის შემთხვევაში დაფიქსირდა ერთი პრობლემური სფერო, აქედან პოსტტრავმული სიმპტომები - 6 შემთხვევაში; თითო-თითო შემთხვევაში - გუნება-განწყობის დაქვეითება, თვითდაზიანება და პერსონოლოგიური აშლილობები. უმეტეს შემთხვევებში მოზარდებს ახასიათებს პრობლემურ სფეროთა 2-3 ჯგუფი (36 რესპოდენტი). 19 მოზარდს ახასიათებს 4-5 სფერო. (იხ. გრაფიკი 2).

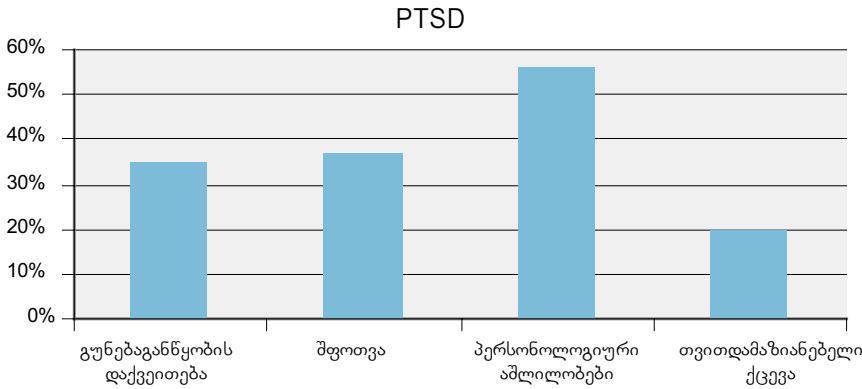
გრაფიკი 2. პრობლემური სფეროების სიხშირეთა განაწილება



იმ მოზარდებს, რომლებსაც ახასიათებს PTSD, ხშირ შემთხვევებში ასევე ახასიათებს გუნება-განწყობის დაქვეითება (35 %), შფოთვა (37 %), ქცევითი და ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობები (56 %), აგრეთვე

თვითდამაზიანებელი ქცევა (20 %). ჩვენი კვლევის პირებში ეს პრობლემური სფეროები ძირითადად კომპლექსურად გვხვდება.

გრაფიკი 3. PTSD-ს მქონე მოზარდებისათვის დამახასიათებელი სხვადასხვა პრობლემური სფეროების პროცენტული განაწილება



PTSD და პერსონოლოგიური აშლილობები

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე დეტალური ანალიზისათვის შეირჩა ორი პრობლემური სფერო რომლებიც ყველაზე მაღალი სიხშირით არის წარმოდგენილი ჩვენს შერჩევაში – პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობა (PTSD) და ქცევითი და ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობები.

PTSD

PTSD-ს პრობლემური სფეროს პირველ კითხვაზე: „გქონია თუ არა სერიოზული და საშიში უბედური შემთხვევა?“ რესპოდენტების 68 % ამბობს, რომ ასეთი შემთხვევა ჰქონია. მოზარდები უმეტეს შემთხვევაში არ ასახელებდნენ კონკრეტულ შემთხვევას, მაგრამ სახელდებისას ეს უბედური შემთხვევა იყო ძირითადად ახლობელი ადამიანის გარდაცვალება და/ან ოჯახური ძალადობის შესწრება/თვითხილვა.

მოზარდებს მკვეთრად აქვთ გამოხატული სხვადასხვა განცდები ტრავმულ მოვლენებზე ფიქრის დროს. ყველაზე ხშირად ისინი ამბობენ, რომ განიცდიან სინანულს მომხდართან დაკავშირებით, და გულის ტკივილს. ასევე შედარებით მცირე რაოდენობით დასახელდა სხვადასხვა გრძნობები/ემოციები – ნერვიულობა, ბრაზი საკუთარი თავის მიმართ, წყენა, მონატრება, აგრესია სირცხვილი, ზიზღი, შიში. გამოიყო კიდევ ერთი მცირე ჯგუფი (4 რესპოდენტი) რომელშიც გაერთიანდა სომატური შინაარსის მქონე პასუხები: „ამაზე რომ ვფიქრობ, ვნერივლდები, გულის ცემა მიჩქარდება“, „ამაზე ფიქრისას ხელებს ვისერავ“, „უხასიათობას განვიცდი, ვერაფერს ვერ ვაკეთებ და მინდა დავიძინო“, „ოფლი მასხამს და ვნერვიულობ“.

პოსტტრავმული სტრესული სიმპტომებით გამოწვეული სომატური ჩივილებისას ძირითადად სახელდება ძილთან დაკავშირებული პრობლემები, თუმცა არ სახელდება კონკრეტულად – რა ტიპის პრობლემაა ეს. ერთ შემთხვევაში დასახელდა სიბნელის შიში, რამოდენიმე შემთხვევაში მოზარდებმა აღნიშნეს რომ აქვთ კომპარული სიზმრები: „ჩემს სიზმრებში სულ მე ვკვდები“.

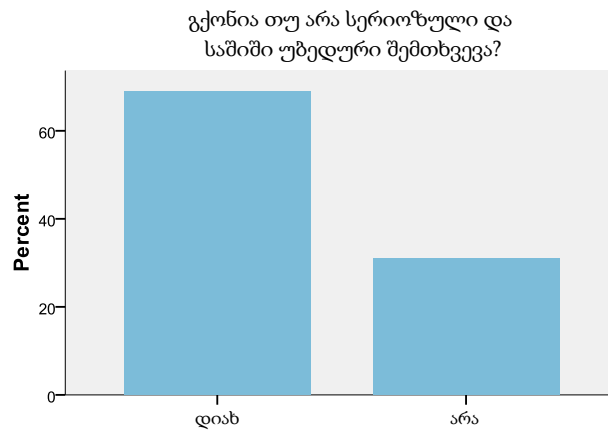
კითხვას – „რა გავლენას ახდენს ყოველივე ეს შენს ცხოვრებაზე?“ მო-

ზარდებმა ძირითადად ორი სხვადასხვა ტიპის პასუხი გასცეს – დადებითი და უარყოფითი შინაარსის. უარყოფითი შინაარსის პასუხები ბევრად უფრო დიდი რაოდენობით იყო წარმოდგენილი – “ნერვებს მიშლის და მაღიზინებს ეს ყველაფერი”, “ნადვლიანი და ბრაზიანი ვარ”, “ჩემს ფსიქიკაზე აქვს გავლენა, ამ ყველაფრის შერე ნერვიული გავხდი”, “ცუდად ვგრძნობ თავს”. დადებითი შინაარსის პასუხები – “დადებითად იმოქმედა აქ ყოფნამ, რადგან ეხლა ვიცი რას გავაკეთებ და რას არა”, “დადებითად შეიცვალა, რადგან უფრო შევძელი რაღაცეების გაცნობიერება”.

მიღებულ დახმარებასთან დაკავშირებით მოზარდებმა განაცხადეს, რომ ახლობლებისგან და ოჯახის წევრებისგან ძირითადად მიუღიათ სიტყვიერი დახმარება და სიტყვიერი თანადგომა; მხოლოდ ერთმა რესპოდენტმა დააკონკრეტა თავისი პასუხი: „ყოველთვის ცდილობდნენ ჩემი ყურადღება პოზოტიურისკენ გადაეტანათ“.

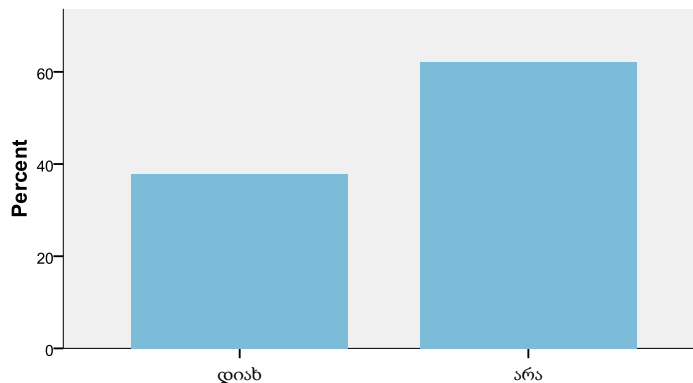
რესპოდენტთა უმრავლესობისათვის ეს ტრავმული გამოცდილებები და მათთან დაკავშირებული სხვადასხვა სიმპტომები შემანუხებელია და აღიქმება, როგორც პრობლემა (პატარა და/ან დიდი) (იხ. გრაფიკი).

რესპოდენტების 68% ჰქონია სერიოზული და საშიში უბედური შემთხვევა



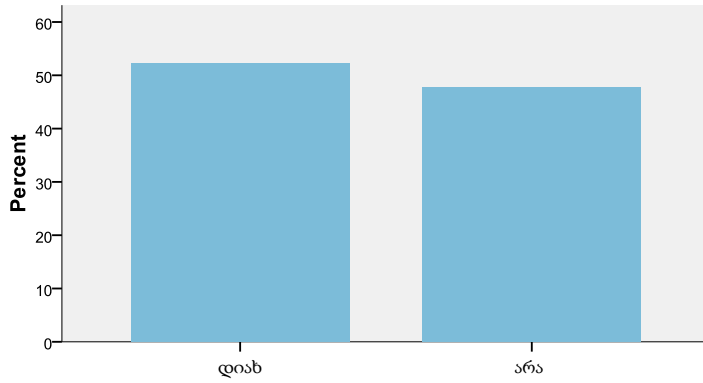
37.8 % -ს საკუთარ თავზე აქვს გამოცდილი ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობა.

გამოგიცდია თუ არასაკუთარ თავზე დარტყმა, ცემა ან სექსუალური ძალადობა?



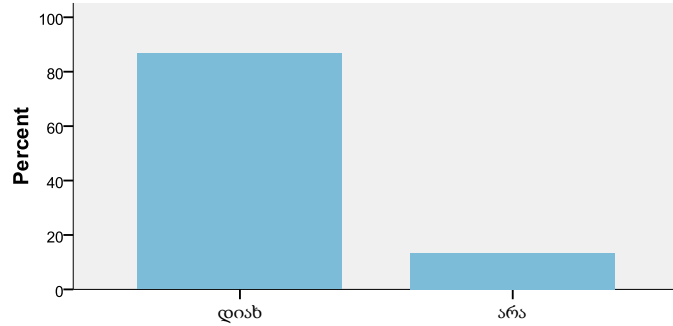
52.3 % ამბობს რომ შესწრებია ოჯახური ძალადობის შემთხვევებს.

შესწრებიარ ოჯახური ძალადობის შემთხვევებს?



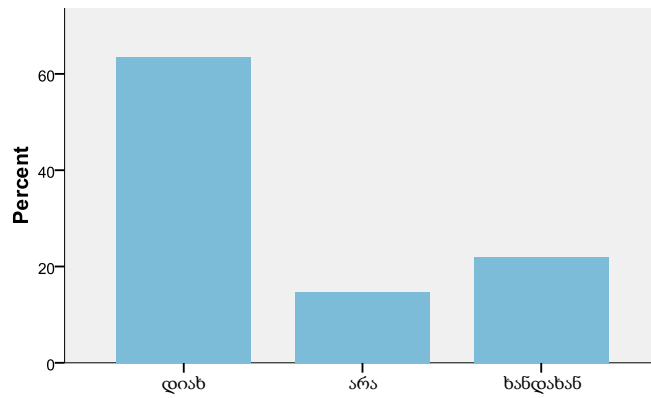
86.7 % გამოსაკვლევნი პირი შესწრებია უცაბედ ს იკვდილს.

შესწრებიარ უცაბედ სიკვდილს, თვითმკვლელობას, სერიოზულ ავარიას, უბედურ შემთხვევას?



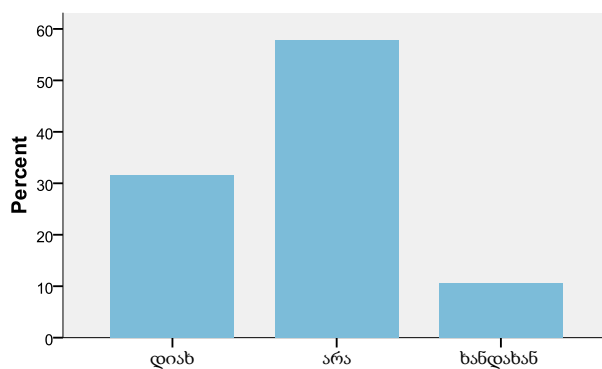
63.4 % ამბობს რომ ბევრს ფიქრობს ამ (ტრავმული) მოვლენის შესახებ.

ბევრს ფიქრობ ამ მოვლენის შესახებ?



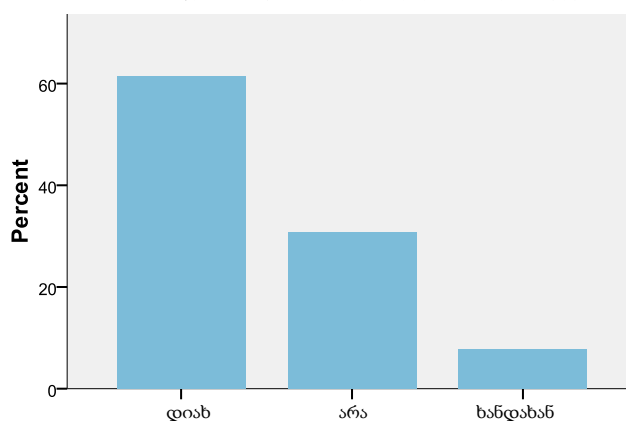
მობარდების 31.6 % აქვს, ზოგადად, ძილის პრობლემა.

გაქვს ძილის პრობლემა?



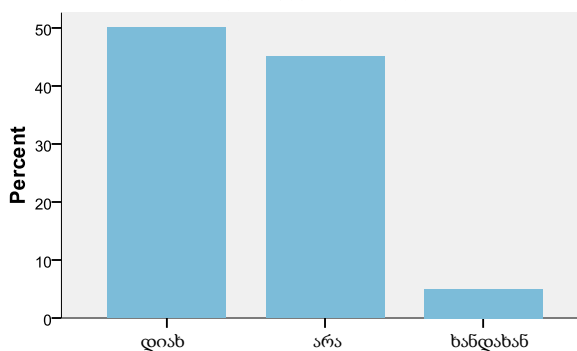
61.5 % ღიზიანდება, როცა რაიმე მოვლენა, შემთხვევა, მოგონება, სტიმული ამ (ტრავმულ) შემთხვევას ახსენებს:

ღიზიანდები როცა რაიმე გახსენებს ამ შემთხვევას?



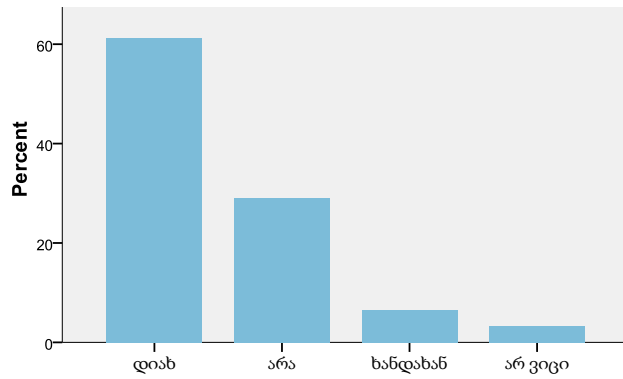
50 % ერიდება იმ ადგილს ან სიტუაციას, რომლებიც ამ მოვლენას ახსენებს.

ერიდები იმ ადგილებს ან რაღაცეებს რაც ამ შემთხვევას გახსენებს?



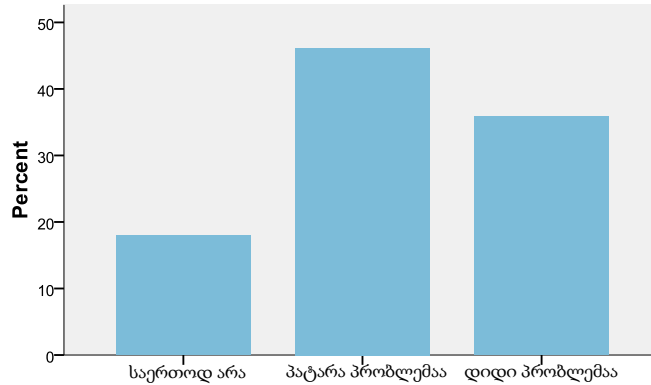
61.3 % აღნიშნავს, რომ შეუძლია იმ შფოთვისა და დისკომფორტის გაკონტროლება, რომელსაც ტრავმული მოგონებები იწვევს.

შეგიძლია ყოველივე ამის გაკონტროლება?



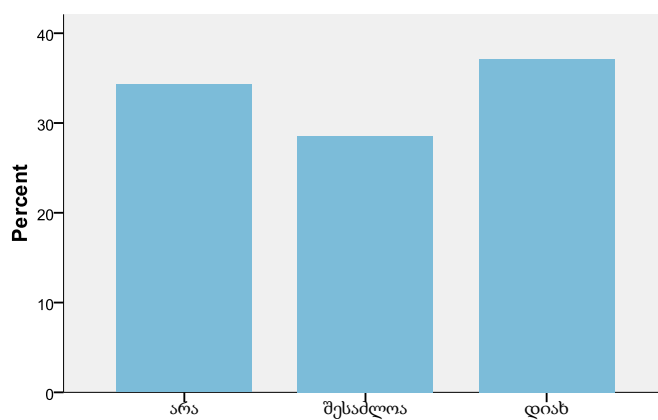
ცვლილების მოტივაციის მხრივ, მოზარდთა 35.9%-ისთვის ეს დიდი პრობლემაა, 46.2% აღნიშნავს, რომ ეს მათთვის დიდ პრობლემას არ წარმოადგენს.

გაწუხებს ეს?



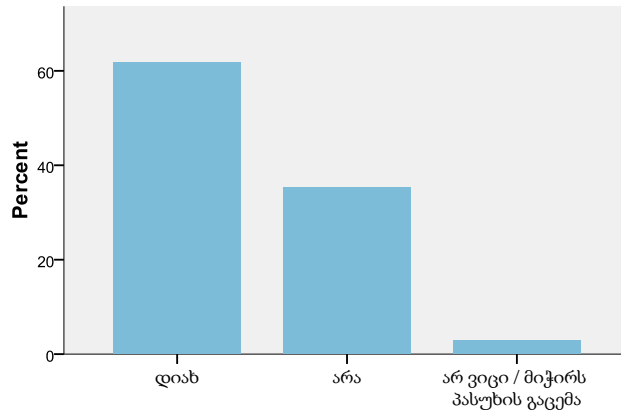
37.1 % ამბობს, რომ მიიღებდა დახმარებას სხვადასხვა სერვისისა თუ ადამიანისგან.

დახმარება რომ შემოგთავაზონ მიიღებდი თუ არა?



მოზარდების 61.8% აღნიშნავს, რომ ზოგადად ადამიანებს უცდიათ მათი დახმარება – მოსმენით, აზრის გაზიარებით, რჩევით, პროფესიული ჩარევით და სხვ.

როგორ ფიქრობ, ადამიანებს უცდიათ დახმარება?



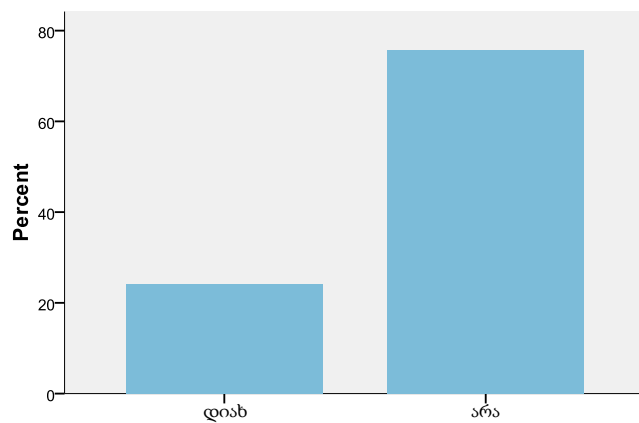
58.8 %-ს არასრულწლოვანს მიუღია დახმარება ოჯახისგან და მეგობრებისგან, ხოლო 42% აღნიშნავს, რომ ეს დახმარება მათთვის ახლობლებს არ გაუწევიათ.

მიუღია დახმარება ოჯახისგან, მეგობრებისგან?



მომარდების უმრავლესობას – 75.8%-ს არ მიუღია დახმარება სპეციალისტებისგან; მხოლოდ 24.2% აღნიშნავს პროფესიული რჩევის ან წამლის მიღების ფაქტს.

მიუღია დახმარება სპეციალისტებისგან?

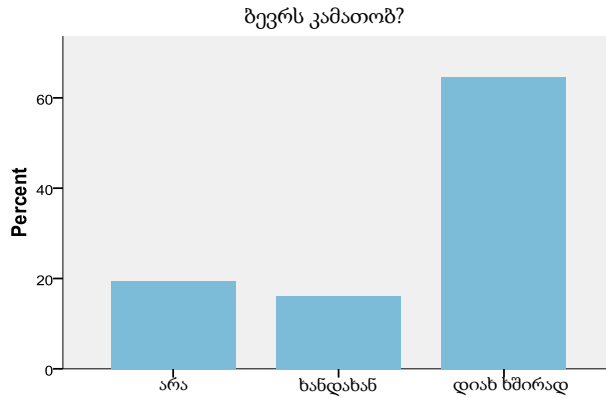


ქცევითი და ანტისოციალური პერსონლოგიური აშლილობები

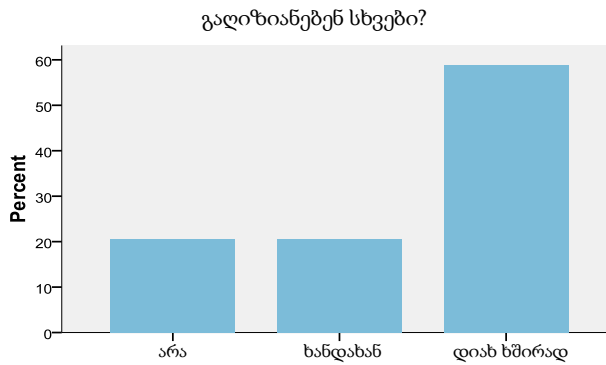
ამ პრობლემური სფეროს სიმპტომთა უმრავლესობაზე მოზარდებს ხშირად დადებითი პასუხები აქვთ. პროცენტულად ამ პასუხების შედეგები მერყეობს 30%-დან 60% მდე. დადებითი პასუხები ეხება ისეთ სიმპტომებს როგორებიცაა: კამათი, ადვილად განაწყენება, კამათი უფროსებთან, სხვა ადამიანებისგან გაღიზიანება, აგრესიულობა, წონასწორობიდან გამოსვლა, სხვების ფიზიკური შეურაცხყოფა, სხვისი ნივთების გაფუჭება, გინება, ცუდი სიტყვების ხმარება, გამომწვევი ქცევა და ა.შ. (იხ. გრაფიკები)

მოზარდებში ნაკლებადაა გამოხატული ჩხუბისთაობა, მოზარდების უმეტესობა ამბობს რომ „არაა ჩხუბისთავი“ (66.7 %)

64.5 % აღნიშნავს, რომ მათთვის დამახასიათებელია ხშირი კამათი. 16.1 % ამბობს, რომ ხანდახან კამათობს.

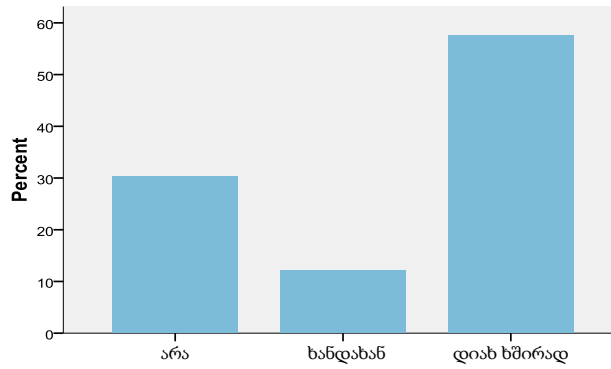


საკვლევი პირების 58.8 % -ს სხვა ადამიანები ხშირად აღიზიანებს; 20.6 % აღნიშნავს, რომ სხვა ადამიანები ხანდახან იწვევენ მათ გაღიზიანებას.



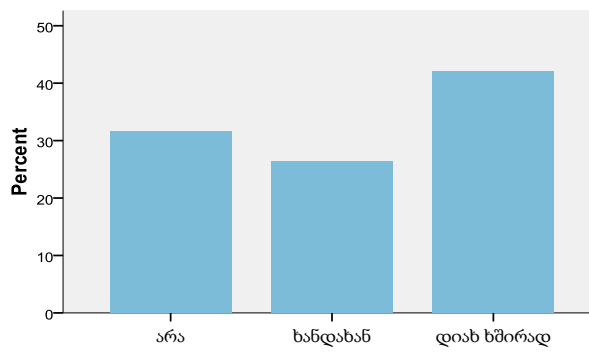
მოზარდთა 57.6%-ს ადვილად სწყინს სხვების სიტყვები ან საქციელი

ადვილად განაწყენდები ხოლმე სხვების სიტყვებზე ან საქციელზე?



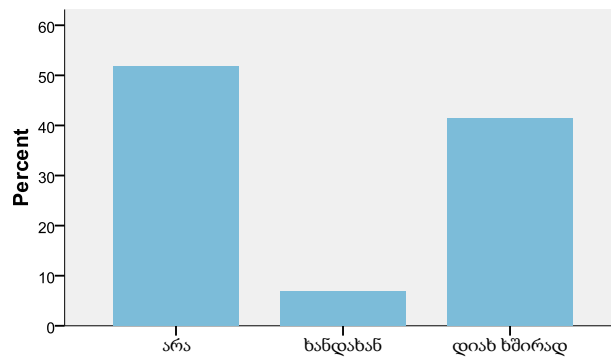
არასრულწლოვანთა 42.1% ხშირად კამათობს უფროსებთან, 26.3% აღნიშნავს რომ ეს ხანდახან ხდება.

ხშირად კამათობ უფროსებთან?



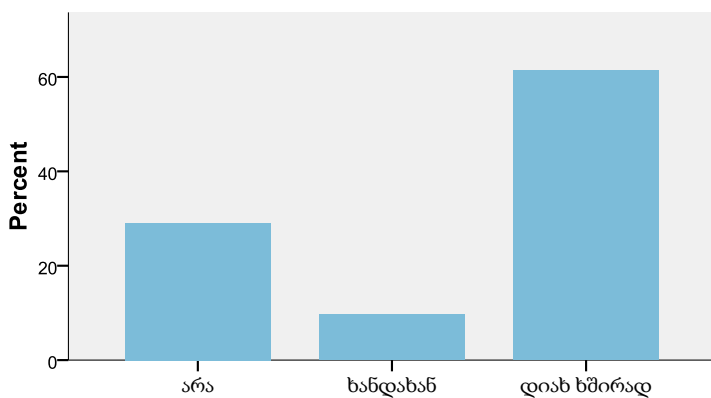
41.4 % ხშირად აგრესიულია სხვების მიმართ

აგრესიული ხარ სხვების მიმართ?



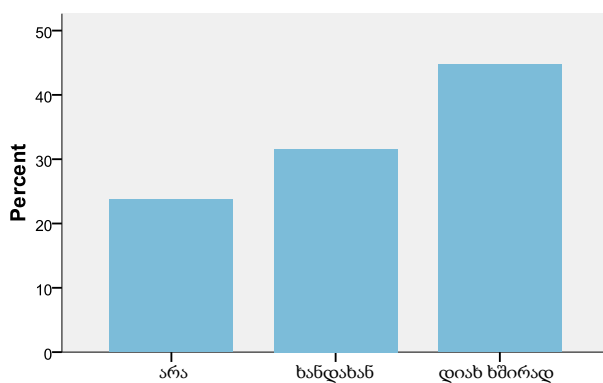
61.3% ხშირად გამოდის წონასწორობიდან

ხშირად გამოდიხარ წონასწორობიდან?



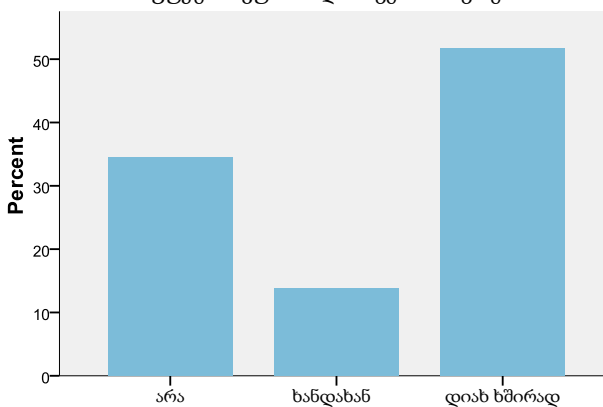
44.7 % ამბობს, რომ შეუძლია მიაყენოს ფიზიკური შეურაცხყოფა სხვებს.

შეგიძლია ფიზიკური შეურაცხყოფა მიაყენო სხვებს?



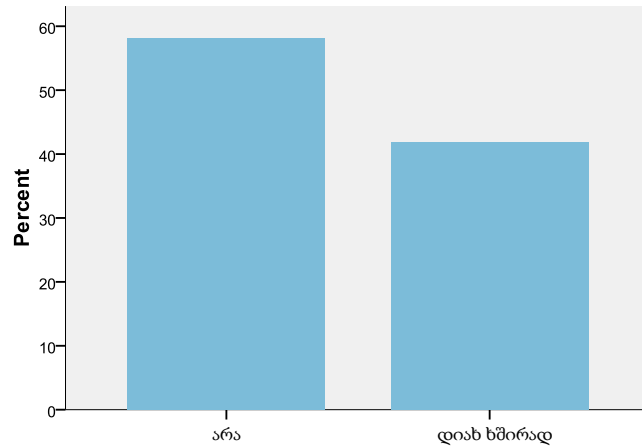
51.7 % ხშირად აფუჭებს სხვების ან საკუთარ ნივთებს

აფუჭებ საკუთარ და სხვების ნივთებს?



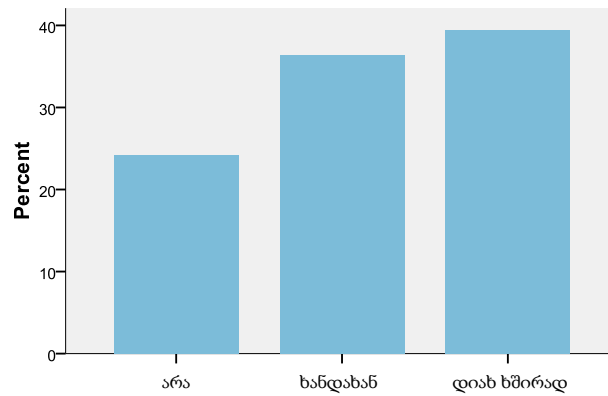
58.1 % აღნიშნავს, რომ არ სიამოვნებს სხვისი ნივთების განადგურება, 41.9%- ს კი ეს სიამოვნებას ანიჭებს.

გსიამოვნებს სხვისი წივთების განადგურება?



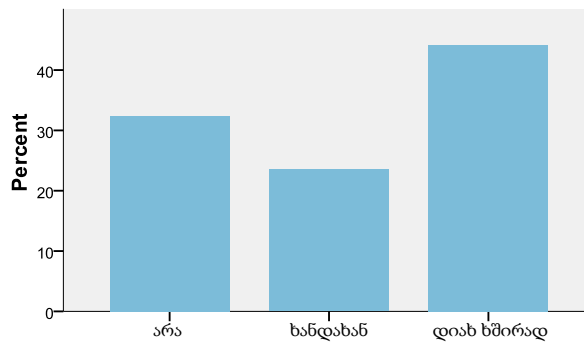
რესპოდენტთა 39.4% ხშირად იგინება, 36.4% - ხანდახან

იგინები?

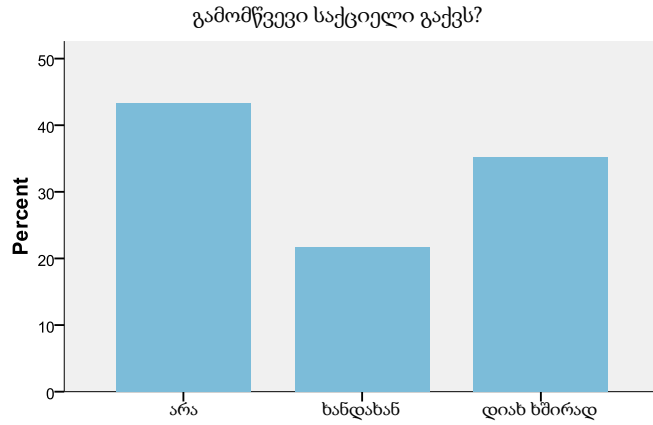


44.1 % ხშირად ხმარობს ცუდ სიტყვებს; 23.5% - ხანდახან.

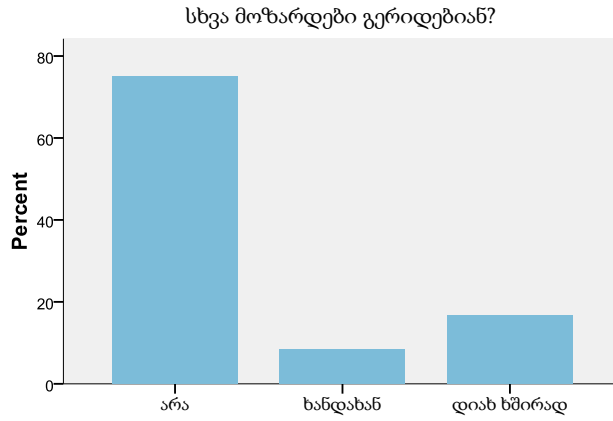
ცუდ სიტყვებს ხშირად ხმარობ?



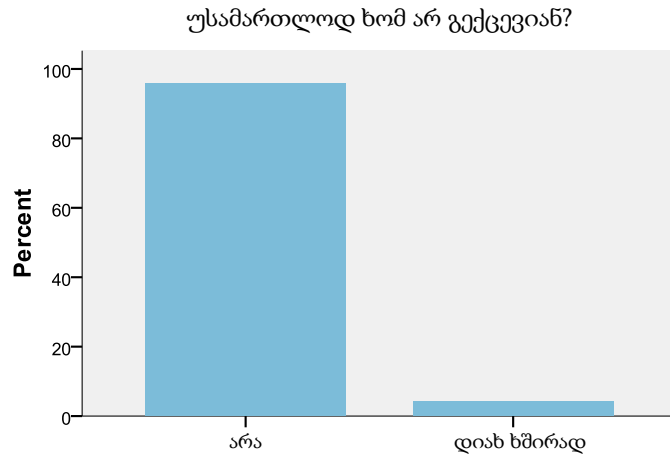
35.1 % ხშირად გამომწვევი საქციელი აქვს; 21.6% აღნიშნავს, რომ ხანდახან იქცევა გამომწვევად.



გამოკითხულ მოზარდთა უმრავლესობა (75 %) თვლის, რომ მათ სხვა მოზარდები არ ერიდებიან

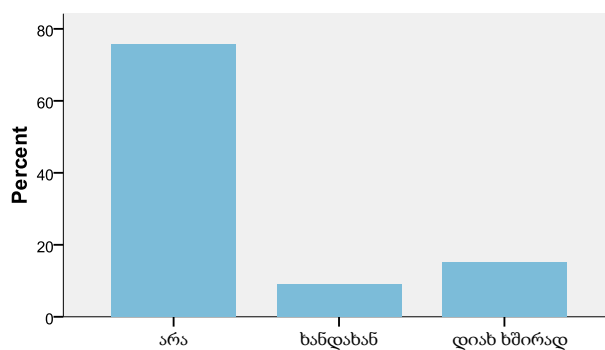


95% თვლის, რომ მათ გარშემომყოფნი უსამართლოდ არ ექცევიან.



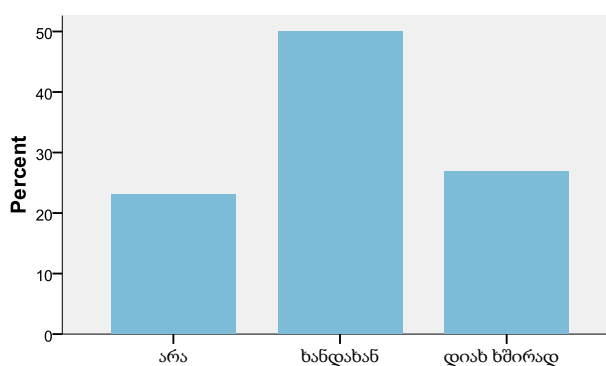
75.8%-ის აზრით, გადაბრალების ან დაბრალების სუბიექტები არ არიან.

რადიკებს ხომ არ გაბრალებენ?



რესპოდენტთა 50% ამბობს, რომ ხანდახან იტყუება, 26.9%-მა კი აღნიშნა, რომ ხშირად იტყუება

იტყუები?

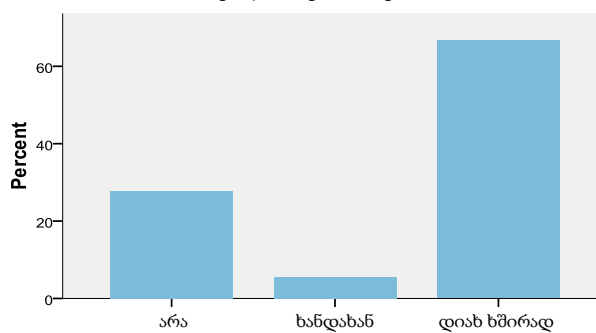


თაღლითობაზე 84 % ამბობს, რომ მათზე არ ამბობენ, რომ ისინი თაღლითობენ. 12.5%-მა აღნიშნა რომ ეს ასეა.

მომხარდთა 81.1% არ გადააბრალებს სხვას თავის გაკეთებულ რამეს;

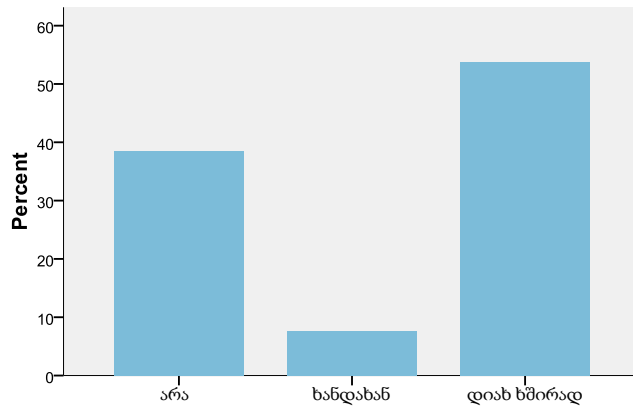
66.7%-ს ხშირად აუღია სხვისი ნივთი.

აგიღია სხვისი ნივთი?



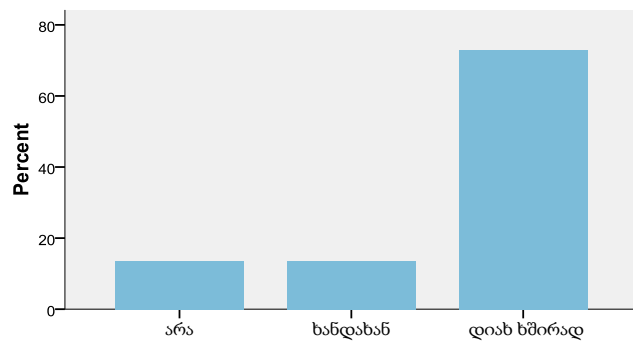
53.8% -ს ხშირად გაუტანია სახლიდან სხვადასხვა ნივთი უნებართვოდ.

საკუთარი სახლიდან გაგიტანია ნივთები?



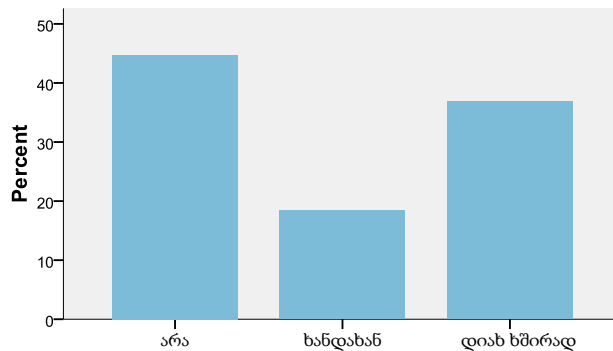
არასრულწლოვანთა 73% ამბობს, რომ ხშირად აცდენს ან აცდენდა სკოლას

აცდენ ან აცდენდი სკოლას?



44.7%-ს არ სიაძვინებს წესების დარღვევა, 36.8% -ს ხშირად სიაძვინებს ამის კეთება, 18.4% -ს კი ხანდახან.

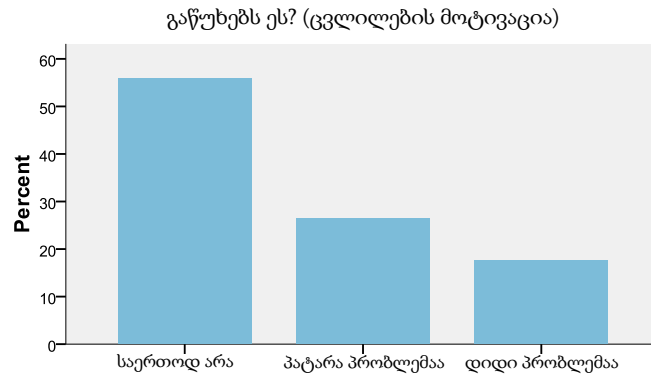
გსიაძვინებს წესების დარღვევა?



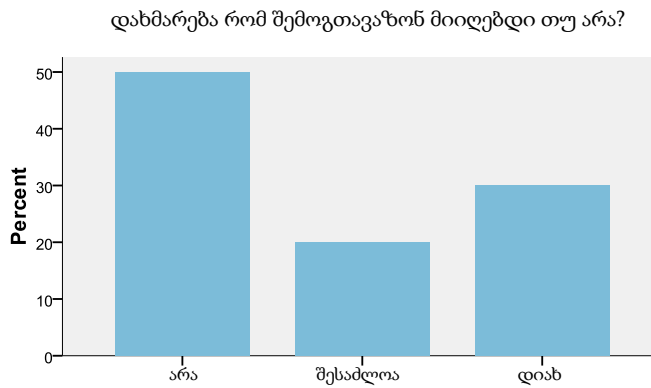
ცვლილების მოტივაცია ამ სკალაზე საგრძნობლად განსხვავდება პოსტ-ტრავმული სტრესის სიმპტომების სკალის ცვლილების მოტივაციის მაჩვენებლებისგან. ქცევითი და პერსონოლოგიური აშლილობების სკალებზე ეს მაჩვენებელი უფრო დაბალია:

55.95% აღნიშნავს, რომ ყოველივე ეს საერთოდ არ წარმოადგენს არანაირ პრობლემას; და პატარა პრობლემაა 26.5%-სთვის.

საკვლევი პირების მხოლოდ 17.6% ასახელებს ზემოთაღნიშნულ პრობლემებს, როგორც მნიშვნელოვანს.

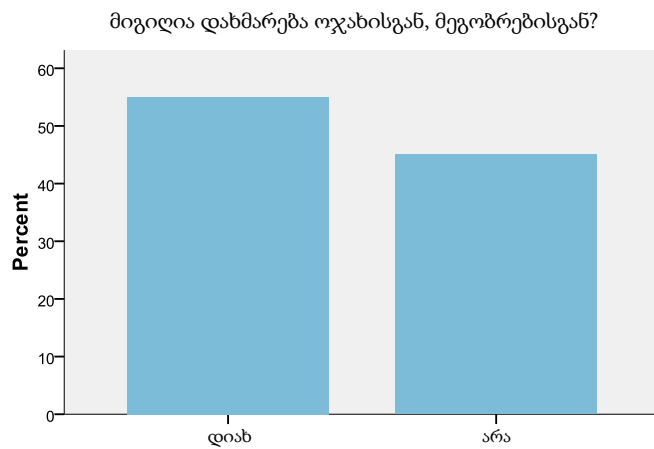


მოზარდების 50 % ამბობს, რომ არ მიიღებდა შეთავაზებულ დახმარებას, 20 % აღნიშნავს, რომ შესაძლოა მიეღო, 30 % - მიიღებდა შეთავაზებულ დახმარებას.

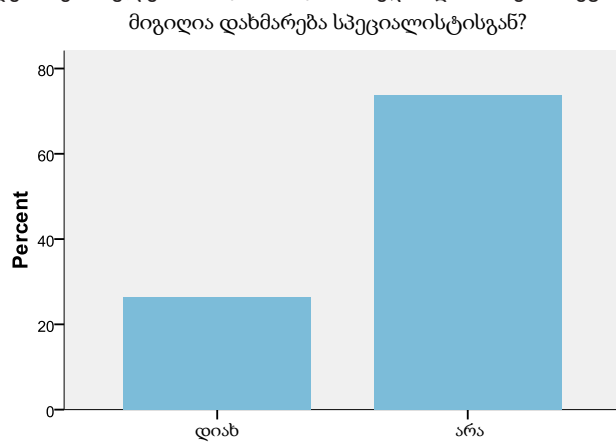


47.6% ამბობს რომ ზოგადად ადამიანებს უცდიათ მათი დახმარება, იგივე პროცენტი - 47.6% ამბობს რომ არ უცდიათ.

ოჯახისგან მეგობრებისგან (ძირითადად, სიტყვიერი) დახმარება მიუღია 55 %-ს.



მომზარდების უმრავლესობას (73.7%) არ მიუღია დახმარება სპეციალისტისგან.



მოკლე დასკვნები

ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) აშლილობების წამყვანი ჯგუფების განხილვის შემდეგ შეიძლება გაკეთდეს დასკვნა, რომ სამივე აშლილობის მართვა (პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობა, ქცევითი აშლილობები და ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობა) მოითხოვს მოვლის გრძელვადიან სტრატეგიას და ჩარევის ეფექტურ პროგრამებს. ეს საჭიროება განპირობებულია იმ ფაქტორებით, რომ სამივე აშლილობა მაღალი კომობიდელობით ხასიათდება (და ხშირად “ჩაირთავს” ალკოჰოლისა და მავნე ნივთიერებების მოხმარებას), ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს და ზრდის დანაშაულის რეციდივის ალბათობას. ეს აშლილობები ხელს უშლის მოზარდთა ჰარმონიული განვითარების პროცესს, ზრდის მათი გაუცხოების რისკს. ფჯ აშლილობები მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენენ მოზარდთა სოციალურ მოწყვლადობასა და მათი ცხოვრების წესზე; აძნელებენ მათი რესოციალიზაციის და რეინტეგრაციის პროცესს.

ამასთან, აღსანიშნავია, რომ არასრულწლოვანთა მოტივაცია პრობლემის მოგვარებისთვის – არაერთგვაროვანია და გასათვალისწინებელი ინტერვენციის დაგეგმვისას: თუ პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობის დაძლევის მოტივაცია შედარებით მაღალია და ერთ-მესამედზე მეტი მოზარდი (37.1%) სიამოვნებით მიიღებს შესაბამის დახმარებას, ქცევითი აშლილობის და ანტისოციალური პერსონოლოგიური აშლილობის მქონე არასრულწლოვანთა უმრავლესობა არ აცნობიერებს პრობლემას და მხოლოდ მათი უმცირესობა (17,6%) აღნიშნავს, რომ საჭიროებს პროფესიულ ჩარევას სიმპტომების დასაძლევად. ეს გულისხმობს, რომ არასრულწლოვანთა მოტივირება და ჩართვა ამა თუ იმ სამკურნალო თუ სარეაბილიტაციო პროგრამაში საკმაოდ ფრთხილად და ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინებით უნდა მოხდეს.

კვლევის შედეგები, ასევე, საკმაოდ შემაშფოთებელ სურათს იძლევა დეპრესიული და შფოთვითი აშლილობების პრევალენსის მხრივ (36-36%). ზრუნვის და მკურნალობის სტრატეგიის დაგეგმვისას ამ აშლილობების მკურნალობა აუცილებლად გათვალისწინებულ უნდა იქნეს. ამავდროულად, გასათვალისწინებელია, რომ კვლევა მიზნად ისახავდა მხოლოდ პრობლემის დაყენებას და წამყვანი სფეროების მარკირებას. შედარებით ღრმა დასკვნების გამოსატანად საჭიროა შემდგომი კლინიკური გამოკვლევების ჩატარება იმ მოზარდებთან, რომლებიც ფჯ აშლილობების სიმპტომებით ხასიათდებიან. ეს იმითაც იქნება სასურველი, რომ დაამუშავდეს ჩარევების მიმართულებებს და მეთოდოლოგიას. მაგ; პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობის დროს კვლევის შედეგად მოპოვებული ინფორმაცია არ გვაძლევს საშუალებას დავასკვნათ, როდის გახდენ ეს მოზარდები ტრავმული გამოცდილების “მსხვერპლნი” – სახეზეა ოჯახური მძიმე და განმეორებითი ძალადობის სურათი, სხვა ტრავმული მოვლენები, მაგ; სკოლასა თუ ქუჩაში, თუ აშლილობა სასჯელაღსრულების სისტემაში მოხვედრის შემდგომ განვითარდა.

ამრიგად, სასურველია კვლევის შემდგომი გაგრძელება უფრო ზუსტი მონაცემების მოსაპოვებლად, რაც საფუძვლად შესაბამის პროგრამებს და ფჯ სტრატეგიას დაედება. აღსანიშნავია კვლევის ლიმიტირებულება მხოლოდ თბილისის დაწესებულების შესწავლის თვალსაზრისით, როდესაც ვერ ვადარებით მონაცემებს სხვა დაწესებულებებში შესახლებულ არასრულწლოვანთა ფჯ საჭიროებებსა და, ასევე, საკონტროლო ჯგუფს შორის. შემდგომი კვლევისას ამ ჯგუფების გათვალისწინება და ჩართვა სასურველი იქნებოდა.

რეკომენდაციები

ფჯ საჭიროებების კვლევაზე დაყრდნობით შეგვიძლია რამდენიმე სისტემური სახის რეკომენდაციის მიცემა, ზოგადად, საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროსთვის და კერძოდ, სამედიცინო დეპარტამენტის მიმართ – ჯანდაცვის სისტემის, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის, ეფექტური რეფორმის ხელშესაწყობად.

1. განხილულ იქნეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა ბიო-ფსიქო-სოციალური მოდელის თანახმად და მისი რეფორმირებისთვის მოხდეს სამედიცინო დეპარტამენტის და სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სოციალური საკითხების განყოფილების ძალების/რესურსების კოორდინირება. ეს გულისხმობს მკურნალობის სქემაში ფსიქიატრის, ზოგადი პროფილის ექიმისა და მედდის გარდა, ფსიქოლოგის და სოციალური მუშაკის ჩართვას და მულტიდისციპლინური მიდგომის დანერგვას (მულტიდისციპლინარული გუნდი).
2. დაინერგოს არასრულწლოვანთა დაწესებულებაში შესახლებისას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის და შეფასების სისტემა გადაუდებელი და შედარებით ხანგრძლივი საჭიროებების იდენტიფიცირებისთვის. ეს გულისხმობს მოკლე და მარტივი სკრინინგ-ინსტრუმენტის დანერგვას, რომელსაც “არა კლინიკური” პერსონალი ჩაატარებს ყველა შემოსულ პირთან პრობლემური სფეროების გამოსაყოფად; ასევე, შედარებით ჩადრმავებული და უფრო ინდივიდუალიზირებული შეფასების პროცესის შემუშავებას ფჯ აშლილობების გამოსავლენად.
3. აეწყოს გადაუდებელი/კრიზისული ფჯ სამსახური – მწვავე ეპიზოდების, სუიციდის და სხვა აშლილობების ეფექტური მართვისთვის.
4. სააღმრდელო დაწესებულებაში დაინერგოს ფჯ პრობლემების ინტეგრირებული მოვლის: მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მეთოდები, რაც გააძლიერებს რეინტეგრაციის და რესოციალიზაციის პროგრამების ეფექტურობას. ეს გულისხმობს ფჯ სერვისის აწყობას სხვადასხვა აშლილობების გრძელვადიანი მოვლისთვის და, ასევე, არა – კლინიკური სარეაბილიტაციო მეთოდების შემუშავება-დანერგვას, რაც შეამცირებს ფჯ აშლილობების ზეგავლენას მოზარდთა სოციალურ მონყვლადობაზე.
5. გათვალისწინებულ იქნას ზემოთ მოყვანილი კვლევის ფარგლებში გამოვლენილი აშლილობები (პოსტ-ტრავმული პრობლემები; ქცევითი და ანტისოციალური პიროვნების აშლილობები; შფოთვითი და დეპრესიული აშლილობები) და შემუშავდეს მათი მართვის სპეციფიური პროგრამები. მაქსიმალურად მოხდეს ამ პროგრამების ინტეგრაცია არსებულ/მიმდინარე რე-სოციალიზაციის პროგრამებში არასრულწლოვანთა უნარ-ჩვევების განვითარების და სოციალური კომპეტენციის ხელშეწყობის მიზნით. დანერგილ იქნას როგორც ინდივიდუალური, ასევე ჯგუფური თერაპიის და ინტერვენციის ფორმები.
6. დაინერგოს ფჯ ხარისხიანი მოვლის სამონიტორინგო პროცესი და ჩარევების ეფექტურობის დამადასტურებელი მტკიცებულებების შეგროვების მეთოდები, რათა პრაქტიკა საუკეთესო მტკიცებულებებზე იქნას დაფუძნებული.
7. აუცილებელია მულტიდისციპლინარული გუნდის წევრების მომზადება – გადამზადება ჯგ საჭიროებების გამოვლინებასა და მართვაში; ასევე,

აუცილებელია, არასრულწლოვანთა ზრუნვაზე პასუხისმგებელი სხვა პერსონალის განვრთნა ისეთ საკითხებში, როგორცაა მაგ; სუიციდის რისკის ან ფსიქოზის ნიშნების ადრეული იდენტიფიკაცია, აგრესიის მენეჯმენტი და სხვ.

8. დამყარდეს კონსტრუქციული თანამშრომლობა ე.წ. “გარეშე”, საზოგადოებრივ ფჯ სამსახურებთან იმ აშლილობების ეფექტური მოვლის მიზნით, რომელთა მართვა დაწესებულების შიგნით გაძნელებულია. ეს გულისხმობს, როგორც რეგულარულ კონსულტირებებს, ასევე პროფესიულ სუპერვიზიას (საჭიროების შემთხვევაში) და მკურნალობას.
9. მკურნალობისა და რეაბილტაციის უწყვეტობის შესანარჩუნებლად შეიქმნას შესაბამისი რეფერალური ქსელი პრობაციის სამსახურის ფსიქოსოციალურ ქვე-სამსახურებთან, ასევე სხვა შესაბამის ფჯ სერვისებთან, რათა განთავისუფლებულ არასრულწლოვანს გაუგრძელდეს შესაბამისი დახმარების მიწოდება. ეს ეხება სასჯელალსრულების სისტემის შიგნით, სხვა დაწესებულებაში – ასაკის თუ სხვა ფაქტორების გამო – გადაყვანის პროცესსაც.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Cruise, K.R., et al (2008). The Influence of Psychosocial Maturity on Adolescent Offenders' Delinquent Behavior. *Youth Violence and Juvenile Justice* 2008 6: 178
2. Georgia – ICRC Annual Report 2009 at
3. <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/annual-report/georgia-icrc-annual-report-2009.htm>
4. Kroll, L., Rothwell, J., Bradley, D., Shah, P., Bailey, S. & Harrington, R.C. (2002). Mental health needs of boys in secure care for serious or persistent offending a prospective, longitudinal study. *Lancet*, 359, (9322), 1975-9
5. International Classification of Diseases – version 10 (1992). World Health Organisation, Mental Health Division, Geneva.
6. Martyn Pickersgill, M. (2010) From psyche to soma? Changing accounts of antisocial personality disorders in the *American Journal of Psychiatry History of Psychiatry* 2010 21: 294
7. Making Standards Work: An International Handbook on Good Prison Practice – Penal Reform International 2001
8. Maschi, T., Bradley, C.A. and Morgen, K (2008) Unraveling the Link Between Trauma and Delinquency : The Mediating Role of Negative Affect and Delinquent Peer Exposure. *Youth Violence and Juvenile Justice* 2008 6: 136
9. Mental Health Promotion in Prisons – Consensus Statement of WHO (Regional Office for Europe) Health in Prisons Project. The Hague. November 1998.
10. Report of the United Nations Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Geneva, Economic and Social Council, Commission on Human Rights, E/CN.4/2005/5
11. Screening for Mental Disorder in Youth Justice System: ASSET – Assessment of Juvenile Profile
12. (2005). The Youth Justice Board
13. The World Health Report 2001 – Mental health: new understanding new hope. Geneva, World Health Organization, 2001
14. WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package, Geneva, World Health Organization 2003
15. WPA: Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice (Approved by the General Assembly on August 25, 1996 and amended by the General Assembly in Yokohama, Japan, in August 2002)
16. World Medical Association Statement on Ethical Issues Concerning Patients with Mental Illness. (Adopted by the 47th General Assembly Bali, Indonesia, September 1995)
17. Vaughn, M. G. , Beaver, K. M. and DeLisi, M. (2009) A General Biosocial Paradigm of Antisocial Behavior : A Preliminary Test in a Sample of Adolescents. *Youth Violence and Juvenile Justice* 2009 7: 279

