

**საქართველოს სახალხო დამცველი**

**პრევენციის ეროვნული მექანიზმი**

**შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე  
პირთა დაწესებულებებში  
ადამიანის უფლებების მდგომარეობის  
ანგარიში**



საქართველოს  
სახალხო  
დამცველი

2012

[WWW.OMBUDSMAN.GE](http://WWW.OMBUDSMAN.GE)

ავტორის/ავტორების მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდ „ღია საზოგადოება-საქართველოს“ პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

მონიტორინგი ჩატარდა „ფონდი ღია საზოგადოება საქართველოს“ დაფინანსებითა და ევროსაბჭოს ფინანსური მხარდაჭერით.

ანგარიში იბეჭდება „ფონდი ღია საზოგადოება საქართველოს“ დაფინანსებით



OPEN SOCIETY GEORGIA FOUNDATION  
ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო



საქართველოს  
სახალხო  
დამცველი

ISBN 978-9941-0-5323-8

შესავალი.....5

მონიტორინგის ძირითადი შედეგები.....6

მონიტორინგის ძირითადი პრინციპები და მეთოდოლოგია.....7

საერთაშორისო ხელშეკრულებებით დადგენილი სტანდარტები.....8

ეროვნული კანონმდებლობით უზრუნველყოფილი სტანდარტები.....9

არასათანადო მოპყრობა.....11

საერთაშორისო სტანდარტები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის შესახებ.....11

ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის, შრომითი ექსპლუატაციის შემთხვევები დანესებულებებში.....15

ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება.....22

თანასწორობა კანონის წინაშე.....24

პირადი და ოჯახური ცხოვრების პატივისცემა.....28

რეაბილიტაცია და აბილიტაცია.....32

მულტიდისციპლინარული გუნდების მუშაობა.....35

პერსონალის უფლებების დაცვა.....40

უსაფრთხოების საკითხი მარტყოფის პანსიონატში.....40

პერსონალის მიერ სამედიცინო დაზღვევის არქონა.....42

ოჯახში ძალადობა მშობლების ზრუნვას მოკლებული ბავშვების მიმართ.....43

ჯანმრთელობის დაცვის უფლება.....46

ჯანმრთელობის დაცვა ჩვილ ბავშვთა სახლებში.....46

ბავშვები ჰიდროცეფალიით – ჩვილ-ბავშვთა სახლით განსაზღვრული სიცოცხლის ხანგრძლივობა.....47

ს.ქ.-ს შემთხვევა – უარი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების განხორციელებაზე.....52

ჯანმრთელობის დაცვა სპეციალურ სკოლა-პანსიონებში.....	56
ჯანმრთელობის დაცვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლებში.....	60
შ.კ.-ს შემთხვევა – დაგვიანებული და არასათანადო სამედიცინო მომსახურება.....	60
ჯანმრთელობის დაცვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატებში.....	64
დ.ს.-ს შემთხვევა – პანსიონატში ჩარიცხვის პროცესთან დაკავშირებული ხარვეზი.....	64
ლ.მ.-ს შემთხვევა – დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაცია.....	65
ზ.დ.-ს შემთხვევა – უარი სამედიცინო მომსახურებაზე.....	66
კვების ორგანიზება.....	67
ჩვილ ბავშვთა კვება და საკვები პროდუქტების მრავალფეროვნება.....	67
კვების ორგანიზება სკოლა-პანსიონებში.....	69
კვება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლებში.....	70
ფიზიკური გარემოს შეფასება.....	72
ხელმისაწვდომობის საკითხი სკოლა-პანსიონატებში.....	72
ხელმისაწვდომობის საკითხი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატებში.....	76
ხელმისაწვდომობა ჩვილ ბავშვთა სახლებში.....	79
ხელმისაწვდომობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლებში.....	80

## შესავალი

წინამდებარე ანგარიში ასახავს 2012 წლის 12-29 ივნისს, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მანდატის ფარგლებში, საქართველოს სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეზიდენტულ დანესებულებებში განხორციელებული მონიტორინგის შედეგებს.

მონიტორინგი განხორციელდა ყველა იმ სახელმწიფო რეზიდენტულ დანესებულებაში, სადაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ბავშვები არიან (ან შესაძლოა იყვნენ) განთავსებულნი:

1. თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლი.
2. მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლი.
3. სენაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლი
4. კოჯრის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლი;
5. დუშეთის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატი;
6. მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატი;
7. ძეგრის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატი;
8. ჭიათურის №7 საჯარო სკოლა (სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისათვის);
9. ახალციხის საჯარო სკოლა (სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისათვის);
10. ქუთაისის №45 საჯარო სკოლა (სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი ყრუ და სმენადაქვეითებული ბავშვებისათვის)
11. თბილისის №200 საჯარო სკოლა (სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისათვის)
12. თბილისის №202 საჯარო სკოლა (სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი უსინათლო და სუსტადმხედველი ბავშვებისათვის)
13. თბილისის №203 საჯარო სკოლა (სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი ყრუ და სმენადაქვეითებული ბავშვებისათვის)

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შემადგენლობა:

- დანიელ მგელიაშვილი – საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისი
- ანა არგანაშვილი – საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისი
- ანა აბაშიძე – საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისი.
- კახა მიქაძე – პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი-ფსიქოლოგი.
- ირმა მანჯავიძე – პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი-ექიმი.
- მაია კიკნაძე – პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ექსპერტი-ფსიქიატრი.
- კობა ნადირაძე – არასამთავრობო ორგანიზაცია „დამოუკიდებელი ცხოვრების ახალგაზრდული ცენტრი“.
- ერიკ მეთიუსი – საერთაშორისო ორგანიზაცია „Disability Rights International“.
- ლერი კაპლანი – საერთაშორისო ორგანიზაცია „Disability Rights International“.

მონიტორინგის პროცესში ჯგუფის წევრებმა დაათვალიერეს ყველა ზემოაღნიშნული დანესებულების ინფრასტრუქტურა, გაესაუბრნენ დირექციას, სამედიცინო პერსონალს, დანესებულებების ფსიქოლოგებს და სოციალურ მუშაკებს, ასევე კონფიდენციალურ ვითარებაში გაესაუბრნენ დანესებულებების ბენეფიციარებს. მონიტორინგის პროცესში შემონმდა დანესებულებებში წარმოებული დოკუმენტაცია და ჟურნალები.

დადებითად უნდა შეფასდეს ის ფაქტი, რომ მონიტორინგის პროცესში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებს არც ერთ დანესებულებაში არ შექმნიათ რაიმე სახის დაბრკოლება დანესებულების ადმინისტრაციის მხრიდან. მონიტორინგი განხორციელდა საერთაშორისო ორგანიზაცია „Disability Rights International“-თან პარტნიორობითა და „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ ფინანსური მხარდაჭერით.



## მონიტორინგის ძირითადი შედეგები

მონიტორინგის პროცესში დარღვევები გამოვლინდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა თითქმის ყველა დანესებულებაში. დარღვევებს ჰქონდათ როგორც სისტემური, ისე ინდივიდუალური ხასიათი.

- არასათანადო მოპყრობა დაფიქსირდა როგორც ბავშვთა, ისე ზრდასრულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დანესებულებებში.
- დაფიქსირდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ფიზიკური შეზღუდვის ფაქტები საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნორმების დარღვევით.
- განსაკუთრებით მძიმე დარღვევები დაფიქსირდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთათვის სამედიცინო მომსახურების შეზღუდვის კუთხით. მათ შორის აღსანიშნავია ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის მქონე ბავშვთათვის სამედიცინო ჩარევისა და პალიატიური ზრუნვის განხორციელებაზე უარის თქმა.
- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მომსახურება შეზღუდული იყო უკლებლივ ყველა დანესებულებაში. ფაქტობრივად არც ერთ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს არ ეძლევა შესაძლებლობა განივითაროს ფუნქციური უნარები და დამოუკიდებელი ცხოვრების ჩვევები.
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს შეზღუდული აქვთ როგორც სამართლებრივი დახმარების, ისე პირადი და ოჯახური ცხოვრების უფლება. ისინი ვერ ახერხებენ შეინარჩუნონ კავშირები საკუთარ შვილებთან და ოჯახის სხვა წევრებთან.
- გარემოს ხელმისაწვდომობის გლობალური შეზღუდვა მათ ხელს უშლის სრულფასოვნად იცხოვრონ იმ მიკროგარემოშიც კი, რომელსაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის შექმნილი დანესებულება ჰქვია.

- პერსონალის რაოდენობის მკვეთრი დანაკლისი შესაბამისი პროფესიული მიდგომებისა და კვალიფიციური ცოდნის ნაკლებობა აჩენს საფრთხეს განხორციელდეს ძალადობა ბენეფიციართა შორის, რომელსაც შესაძლოა მოჰყვეს ჯანმრთელობის მძიმე დაზიანება და სხვა ლეგალური შედეგი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მიმართებაში.

## მონიტორინგის ძირითადი პრინციპები და მეთოდოლოგია

მონიტორინგი ჩატარდა „გაერთიანებული ერების წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ კონვენციის ფაკულტატიური ოქმით“ გათვალისწინებული პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში, რომლის შესრულებაც 2009 წლის 16 ივლისს „საქართველოს სახალხო დამცველის შესახებ“ საქართველოს ორგანულ კანონში განხორციელებული ცვლილების საფუძველზე, საქართველოს სახალხო დამცველს ევალება. აღნიშნული ფუნქციიდან გამომდინარე პირველად 2010 წელს, ხოლო 2012 წელს უკვე – განმეორებით განხორციელდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების მონიტორინგი სახელმწიფო რეზიდენტულ ინსტიტუციებში. მონიტორინგის პროცესში, ასევე მნიშვნელოვან სამუშაო დოკუმენტს წარმოადგენდა „გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების 2006 წლის კონვენცია“;

მონიტორინგის ჩატარების ძირითადი პრინციპები იყო<sup>1</sup>: ზიანის არ-მიყენება, მანდატის პატივისცემა, სტანდარტების ცოდნა, საღად განსჯა, კონსულტაციების გავლა, ხელისუფლების ორგანოების პატივისცემა, სანდოობა, კონფიდენციალურობა, უსაფრთხოება, ქვეყნის თავისებურებათა ცოდნა, პროფესიონალიზმი, სიზუსტე, მიუკერძოებლობა, ობიექტურობა, მგრძობიარობა, პატიოსნება, თვალსაჩინოება და პოპულარიზაცია.

გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა 2006 წლის კონვენციის ძირითადი პრინციპის გათვალისწინებით<sup>2</sup>, მონიტორინგის პროცესში უზრუნველყოფილი იყო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ორგანიზაციის (DPO<sup>3</sup>) წევრის მონაწილეობა ექსპერტთა ჯგუფის შემადგენლობაში.

სენსორული შეზღუდვის მქონე (სმენადაქვეითებულ) პირებთან კომუნიკაციის უზრუნველსაყოფად მონიტორინგის პროცესში ჩართული იყო სურდო-თარჯიმანი,

<sup>1</sup>გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისრის ოფისი (2001). „ადამიანის უფლებების მონიტორინგის სახელმძღვანელო“, პროფესიული ტრენინგების სერია №7, თავი V, ძირითადი პრინციპები, გვ. 87. შენევა, ISBN 92-1-154137-9

<sup>2</sup>გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისრის ოფისი (2010), „გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის იმპლემენტაციის მონიტორინგი, სახელმძღვანელო ადამიანის უფლებების მონიტორთათვის, პროფესიული ტრენინგების სერია №17, შენევა, თავი III, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების მონიტორინგი გვ. 33.

<sup>3</sup>DPO- Disability Persons Organization - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებადამცველი ორგანიზაცია.

რომელიც ახორციელებდა ჯგუფის წევრების ბენეფიციარებთან საუბრის თარგმანს ჟესტურ ენაზე კონფიდენციალობის პრინციპების სრული დაცვით.

განსაკუთრებული სიფრთხილითა და გულისხმიერებით ხორციელდებოდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ არასათანადო მოპყრობისა და ძალადობის სავარაუდო შემთხვევების შესახებ მოკვლევა; პროცესში ჩართულები იყვნენ როგორც ექსპერტი-ფსიქოლოგი და ექსპერტი-ფსიქიატრი, ასევე იურისტი. ინტერვიუები ტარდებოდა ცალკე ოთახებში, ბენეფიციართათვის ნაცნობ და მისაღებ გარემოში. ბენეფიციარს ჰქონდა საშუალება შეენწყვიტა გასაუბრება მისთვის სასურველ ნებისმიერ ეტაპზე. ექსპერტების მიერ გამოყენებული იყო ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუების მეთოდი. ბენეფიციარის თანხმობის შემთხვევაში, საუბარი ინერებოდა აუდიოჩამწერით.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭებოდა ინტელექტუალური შეფერხების და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა მიმართ არასათანადო მოპყრობისა და ძალადობის ფაქტების სენსიტიური მიდგომით მოკვლევას. ადამიანის უფლებების ძირითად პრინციპებზე აგებული სამუშაო პროცესის მეთოდოლოგია მოიცავდა როგორც მონტორინგამდე ჩასატარებელ სამუშაოებს, ასევე მონიტორინგის პროცესში ანგარიშგების სპეციფიკური ფორმის შემუშავებას: ექსპერტების მიერ მონიტორინგის პროცესში არასათანადო მოპყრობისა და ძალადობის შესახებ მიღებული ინფორმაციის ვალიდიზაცია (გადამოწმება) სხვადასხვა წყაროს საშუალებით, დოკუმენტაციის ანალიზი, გასაუბრება პერსონალთან, ფოტო და აუდიო მასალის მოპოვება. მიღებული შედეგები შეჯერდა და დამუშავდა როგორც ინდივიდუალური უფლება-დარღვევის, ისე შესაძლო სისტემური პრობლემების ქრილში.



## საერთაშორისო ხელშეკრულებებით დადგენილი სტანდარტები

მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ საქართველოს ჯერ კიდევ არ მოუხდენია გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის 2006 წლის კონვენციის რატიფიცირება, საქართველოს სახელმწიფოს რატიფიცირებული აქვს ადამიანის უფლებების ის საერთაშორისო და რეგიონული სტანდარტები, რომელთა შესრულებაც სავალდებულოა საქართველოს მთელი მოსახლეობის, მათ შორის, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის გარანტიების გასამყარებლად. ეს საერთაშორისო დოკუმენტებია:

- ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა ევროპული კონვენცია;
- სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა საერთაშორისო პაქტი;
- ეკონომიკურ, კულტურულ და სოციალურ უფლებათა საერთაშორისო პაქტი;
- გაერთიანებული ერების ქალთა მიმართ ყველა ფორმის დისკრიმინაციის აღკვეთის კონვენცია;
- გაერთიანებული ერების ბავშთა უფლებების კონვენცია;
- გაერთიანებული ერების წამების წინააღმდეგ კონვენცია და სხვა.



საქართველოს სახალხო დამცველი, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების დაცვის პროცესში, ეყრდნობა რა გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისრის მიერ დანერგილ „წყვილ-მიდგომას“<sup>4</sup>, მოუწოდებს სახელმწიფო უწყებებს, რათა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებები დაცული იყოს ადამიანის უფლებების ყველა არსებული კონვენციის რეალიზაციის ფარგლებში, ვინაიდან შეზღუდული შესაძლებლობები შესაძლოა გააჩნდეს საერთო პოპულაციის ყველა სოციალურ ჯგუფს; ამავდროულად, მხარს უჭერს გაერთიანებული ერების 2006 შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის რატიფიცირებას, როგორც ამ მიზნით შექმნილ, ყველაზე სრულყოფილ სტანდარტს ადამიანის უფლებების საერთაშორისო ხელშეკრულებებს შორის.



## ეროვნული კანონმდებლობით უზრუნველყოფილი სტანდარტები

რეზიდენტულ დაწესებულებებში მყოფ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ საქართველოს სახელმწიფო პოლიტიკა საქართველოს კონსტიტუციით, საერთაშორისო ხელშეკრულებებით, ეროვნული საკანონმდებლო აქტებითა და სახელმწიფო პოლიტიკის დოკუმენტებით განისაზღვრება.

საქართველოს კონსტიტუციის მე-14 მუხლის თანახმად „ყველა ადამიანი დაბადებით თავისუფალია და კანონის წინაშე თანასწორია განურჩევლად რასისა, კანის ფერისა, ენისა, სქესისა, რელიგიისა, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებებისა, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილებისა, წარმოშობისა, ქონებრივი და ნოდებრივი მდგომარეობისა, საცხოვრებელი ადგილისა“.

„შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 27-ე მუხლი, პანსიონატებსა და სოციალური დახმარების სხვა სტაციონარულ დაწესებულებებში მყოფ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ აღნიშნავს:

1. სახელმწიფო საცხოვრებელი ფართობით უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს რეაბილიტაციის ინდივიდუალური პროგრამის შესაბამისად და მათი სურვილის გათვალისწინებით. პანსიონატებში ან სოციალური დახმარების სხვა სტაციონალურ დაწესებულებებში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის შექმნილმა პირობებმა უნდა უზრუნველყონ მათი უფლებებისა და კანონიერი ინტერესების რეალიზაცია.
2. თუ სარეაბილიტაციო ღონისძიების შედეგად საჭირო აღარ არის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ყოფნა პანსიონატში ან სოციალური

<sup>4</sup>Twin-track approach – რომელიც უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საკითხების გათვალისწინებას და განხორციელებას (მეინსტრუმენტის) ყველა ინიციატივასა თუ პროექტში.

დახმარების სხვა დანესებულებაში, ადგილობრივი თვითმმართველობისა და მმართველობის ორგანოები მათ უზრუნველყოფენ საცხოვრებელი ფართით, მათ შორის, ობოლ ან მშობლების მზრუნველობას მოკლებულ ამ კატეგორიის ბავშვებს – სრულწლოვანების მიღწევის შემდეგ, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი განსაზღვრავს პირის, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში ასევე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირია, სამოქალაქო ქმედუნარიანობის ჩამორთმევის საფუძველს და 1276-ე მუხლში მიუთითებს, რომ მეურვეობა წესდება პირზე, რომელიც სასამართლოს მიერ აღიარებულია ქმედუუნაროდ სულით ავადმყოფობის ან ჭკუასუსტობის გამო.

აღნიშნული ნორმატიული დოკუმენტების აღსრულება, სხვა – სოციალური დახმარების უზრუნველყოფელ საკანონმდებლო აქტებთან ერთად, ხდება საქართველოს პარლამენტის მიერ 2008 წლის 2 დეკემბერს შემუშავებულ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფციისა“ და საქართველოს მთავრობის მიერ 2009 წლის 15 დეკემბერს დამტკიცებულ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის 2010-2012 წლების სამთავრობო გეგმის“ საშუალებით.

მიუხედავად იმისა, რომ 2005 წლიდან ქვეყანაში წარმატებით ხორციელდება დიდი ზომის ბავშვთა სახლების დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი და დღეისათვის უკვე 4000-ზე მეტმა ბავშვმა<sup>5</sup> დატოვა ბავშვთა სახლი, ჯერჯერობით სახელმწიფოს მიერ მოწყობილ არც ერთ მცირე საოჯახო ტიპის სახლში არ განხორციელებულა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვების დეინსტიტუციონალიზაცია. სახელმწიფოს ასევე არ მოუხდენია მათი ინკლუზია უკვე არსებულ მცირე საოჯახო ტიპის სახლებში; მონიტორინგის მომენტისთვის არ იყო დახურული არც ერთი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა რეზიდენტული დანესებულება; დეინსტიტუციონალიზაცია არ შეხება არც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ზრდასრულ პირებს. როგორც შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ზემოხსენებულ სტრატეგიულ დოკუმენტშია აღნიშნული: „სახელმწიფოს მზრუნველობაში მყოფი ბავშვების დეინსტიტუციონალიზაციის თვალსაზრისით ყველაზე მწვავე პრობლემას წარმოადგენს შშმ ბავშვთა კონტინგენტი. არსებული პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ ამ კატეგორიის ბავშვები ძირითადად დაბადებიდანვე ხვდებიან ბავშვთა სამზრუნველო დანესებულებებში, ხოლო მათი ბიოლოგიურ ოჯახში დაბრუნების, გაშვილების ან მინდობით აღზრდაში გადაყვანის ალბათობა საკმაოდ მცირეა. აქედან გამომდინარე, შშმ ბავშვთა სამზრუნველო დანესებულება ამ ეტაპზე რჩება პრაქტიკულად ერთადერთ საშუალებად ამ კატეგორიის ბავშვებზე ზრუნვის განხორციელებისათვის, რისთვისაც საჭიროა აღნიშნული სერვისის შენარჩუნება და მომსახურების ფორმის და ხარისხის შემდგომი სრულყოფა.“ აღნიშნული ჩანაწერი, ისევე როგორც ის ფაქტი, რომ შეზ-

<sup>5</sup>საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ბავშვზე ზრუნვის სისტემის რეფორმის ძირითადი მიმართულებები, 2011-2012 წწ სამოქმედო გეგმა. [http://www.moh.gov.ge/files/2010/socialuri/kanonmdebloba/bavshvze\\_zrunva/samoqmedo\\_gegma/ChildCare\\_GEO.pdf](http://www.moh.gov.ge/files/2010/socialuri/kanonmdebloba/bavshvze_zrunva/samoqmedo_gegma/ChildCare_GEO.pdf)

ლუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა დეინსტიტუციონალიზაცია დღემდე არ არის განხორციელებული, წარმოადგენს დისკრიმინაციას ამ პირთა მიმართ, ვინაიდან, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა 2006 წლის კონვენციის თანახმად დისკრიმინაცია შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე გულისხმობს:

„შეზღუდული შესაძლებლობის საფუძველზე აღმოცენებულ ნებისმიერ განსხვავებას, გარიყვას ან აკრძალვას, რომლის მიზანს ან შედეგს წარმოადგენს აღიარების, თანაბარი უფლებებისა და პოლიტიკურ, ეკონომიკურ, სოციალურ, კულტურულ, სამოქალაქო და ნებისმიერ სხვა სფეროში მათ მიერ ფუნდამენტურ ღირებულებათა რეალიზების მინიმუმამდე დაყვანა ან სრული უარყოფა; იგი მოიცავს დისკრიმინაციის ყველა ფორმას, მათ შორის უარს გონივრულ მისადაგებაზე“.

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს:**

■ მოახდინოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლების რეალიზაცია დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესის დაგეგმვისა და განხორციელებისას.



## არასათანადო მოპყრობა



## საერთაშორისო სტანდარტები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის შესახებ

დანაშაულები, ჩადენილი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ, დაფარული რჩება საზოგადოებისათვის, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ეს დანაშაული თავისუფლების შეზღუდვის ადგილას ან ინსტიტუციებში განთავსებული ადამიანების მიმართ ხორციელდება<sup>6</sup>.

ჰარვარდის უნივერსიტეტის სამართლის მეცნიერების მკვლევარის, ჯენეტ ი.ლორდის მოსაზრებით, გაერთიანებული ერების წამების წინააღმდეგ კონვენციით გათვალისწინებული დარღვევები განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ინსტიტუციურ დაწესებულებებში მყოფი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ, ვინაიდან, სწორედ ამ დაწესებულებებში არსებული საცხოვრებელი პირობები იქნა მიჩნეული ადამიანის უფლებების დარღვევად ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლოს მიერ საქმეში **პრაისი გაერთიანებული სამეფოს წინააღმდეგ**<sup>7</sup>. როგორც სასამართლომ დაადგინა, განსაკუთრებით მძიმე შესაძლე-

<sup>6</sup>ჯენეტ ი. ლორდი, კონსენსუსით შენიღბული უთანხმოების შესახებ, წამების წინააღმდეგო სამოქმედო სტრატეგია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენციის ფარგლებში, ლაიოლა ლოს-ანჯელესის საერთაშორისო და შედარებითი სამართლის ჟურნალი, 2010 წელი №27.  
<sup>7</sup>Price v. United Kingdom, ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლო № 33394/96, 10.07.2007

ბლობის შეზღუდვის მქონე ქალის მოთავსება თავისუფლების აღკვეთის იმგვარ პირობებში, სადაც მას ემუქრება უკიდურესი სიცივე, არასათანადო საწოლის მიზეზით შექცნილი წყლული, საპირფარეშოს გამოყენების შეზღუდვა და სხვა – წარმოადგენს არაჰუმანური და დამამცირებელი მოპყრობის ფაქტს. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა განსაკუთრებული მოწყვლადობა წამებისა და არასათანადო მოპყრობის მიმართ იდენტიფიცირებულ იქნა გაეროს ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისრის ოფისის, გაეროს წამების წინააღმდეგ კომიტეტისა და წამების საკითხებზე სპეციალური მომხსენებლის მიერ – 2007 წლის 11 დეკემბერს მოწვეულ ექსპერტთა სესიაზე, რომლის საფუძველზეც შემუშავდა სპეციალური დოკუმენტი<sup>8</sup> შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა წამებისა და არასათანადო მოპყრობისგან დაცვის თაობაზე.

აღნიშნული დოკუმენტი განიხილავს, თუ რატომ არის წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ფაქტების მოკვლევა განსაკუთრებით რთული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან მიმართებაში. ექსპერტთა პანელის ერთ-ერთი წევრის<sup>9</sup> განცხადებით, წამების წინააღმდეგ კონვენციის ფარგლებში იშვიათად დგება ხელშემკვრელი სახელმწიფოების მიერ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ წამებისა და არასათანადო მოპყრობის განხორციელების საფუძველზე პასუხისგებლობა, რადგან მიჩნეულია, რომ სახელმწიფოს წარმომადგენლები ყოველთვის „კეთილი განზრახვით“ მოქმედებდნენ. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დანესებულების პერსონალს, უმეტესწილად აქვთ არგუმენტი იმის თაობაზე, რომ მათი დანერგილი პრაქტიკით (რომელიც წარმოადგენს არასათანადო მოპყრობას) სურდათ პაციენტის განკურნება. აღნიშნული კი მიუთითებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ განხორციელებული წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ფაქტების შეფასებისას, ე.წ. „განზრახვის“ კრიტერიუმის გამოყენება არაეფექტურია. ამავე ექსპერტმა მიუთითა, რომ აღნიშნულთან დაკავშირებით, მნიშვნელოვანია გადაისინჯოს ევროპის ადამიანის უფლებათა სასამართლოს მიერ დადგენილი „სამედიცინო აუცილებლობის“ დოქტრინა, რომელიც სასამართლომ განიხილა საქმეში ჰერცეგფალვი ავსტრიის წინააღმდეგ<sup>10</sup>. შესაბამისად, მიუხედავად იმისა, თუ რა ტიპის „განზრახვა“ (დახმარების, მკურნალობის ა.შ.) იქნება არგუმენტად გამოყენებული სამედიცინო პერსონალის მხრიდან, მნიშვნელოვანია, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის შეფასებისას ყველა გარემოების სათანადო დაფიქსირება და პირის მიერ განცდილი ზიანის ზუსტი აღწერა. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეზიდენტული დანესებულებების პერსონალისთვის დამახ-

<sup>8</sup>გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისრის ოფისი, ექსპერტთა სემინარის ანგარიში წამებისა და არასათანადო მოპყრობისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შესახებ, შენევა 2007 წლის 11 დეკემბერი.

<sup>9</sup>ერიკ როზენთალი, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა საერთაშორისო უფლებადამცველი ორგანიზაციის Disability Rights International-ის აღმასრულებელი დირექტორი.

<sup>10</sup>Herczegfalvy v Austria, ადამიანის უფლებების ევროპული სასამართლოს №10533/83, 23.09.1992 წლის 24. აღნიშნული გადაწყვეტილებით სასამართლომ მხარი დაუჭირა/დასაშვებად სცნო ფიზიკური შეზღუდვის ხანგრძლივი დროით გამოყენება, თუ ეს იქნებოდა სამედიცინო საჭიროებით გამოწვეული.

ასიათებელია ასევე განცხადება იმის თაობაზე, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ადამიანები [არასათანადო მოპყრობის შემთხვევაში] ტკივილს არ განიცდიან ფსიქიკური აშლილობის გამო. აღნიშნული მოსაზრება წარმოადგენს კლასიკურ სტერეოტიპულ შეხედულებას, რომელიც დაუყოვნებლივ უნდა აღიკვეთოს ადამიანის უფლებადამცველი ორგანიზაციების მიერ.

ევროპის საბჭოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის თემაზე შექმნილმა სამუშაო ჯგუფმა<sup>11</sup> აქტიურად იმსჯელა ადამიანთა აღნიშნული ჯგუფის მიმართ განხორციელებული ძალადობის იდენტიფიცირების სირთულეზე; აღნიშნულის პრევენციისათვის, ევროპის საბჭოს ჯგუფის მიერ გამოცემულ პუბლიკაციაში, მოხვდა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის კონკრეტული ფორმები და დეფინიციები<sup>12</sup>:

- ფიზიკური ძალადობა – სხეულებრივი დასჯა, კარცერში განთავსება, მათ შორის, საკუთარ ბინაში ჩაკეტვა და გარეთ გასვლის შეზღუდვა, მედიკამენტების გადამეტებით ან არასწორი მიზნით მიწოდება, სამედიცინო ექსპერიმენტების ჩატარება, ზიანის მომტან კვლევაში ჩართვა ინფორმირებული თანხმობის გარეშე.
- სექსუალური ძალადობა და ექსპლუატაცია – გაუპატიურება, სექსუალური აგრესია, სექსუალური შეურაცხყოფა, პორნოგრაფიაში ჩართვა/გავრცელება, პროსტიტუცია.
- ფსიქოლოგიური ზიანი, მუქარა, ძალადობა – ვერბალური ძალადობა, დამცირება, ზენოლა, დასჯის ან მიტოვების შესახებ მუქარა, ემოციური შანტაჟი, სუბიექტური შეხედულებებით განსჯა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირისათვის ზრდასრული/სრულუფლებიანი პირის სტატუსის მინიჭების შეფერხება ან ნაძალადევი ინფანტილიზაცია (ეპყრობიან, როგორც ბავშვს).
- ინტერვენცია, რომელიც არღვევს პირის ხელშეუხებლობას – საგანმანათლებლო, თერაპიული და ქცევითი ინტერვენციები (მაგ. თერაპია, აქტივობა), რომელიც არღვევს პიროვნების ხელშეუხებლობას.
- ეკონომიკური ძალადობა – მატერიალური ფასეულობის ან/და სხვა სახის საკუთრების ქურდობა, თვალთმაქცური გარიგება.
- უგულვებელყოფა, მიტოვება და დეპრივაცია – ჯანმრთელობის საჭიროებების უგულვებელყოფა, საკვების ან სხვა ყოველდღიური საჭიროების დაკმაყოფილების შეზღუდვა და ა.შ.

<sup>11</sup>სამუშაო ჯგუფი შეიქმნა ევროპის საბჭოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეაბილიტაციისა და ინტეგრაციის კომიტეტის მიერ 1998 წელს, რაც განაპირობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის შემთხვევების შესახებ ფაქტების გახშირებამ ევროპის საბჭოს წევრ ქვეყნებში. ჯგუფმა იმუშავა 1999-2001 წლებში, ხოლო ჯგუფის მუშაობის შედეგები ასევე აისახა ევროპის საბჭოს 2005 წლის 2 თებერვლის №2005 (1) რეზოლუციაში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ძალადობისგან დაცვა <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=817413&Site=CM>

<sup>12</sup>ჰილარი ბრაუნი (2003) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა დაცვა ძალადობისგან, ევროპის საბჭო, ISBN 92-871-4918-6



ევროპის საბჭოს ზემოხსენებულ პუბლიკაციაში ერთმანეთისაგან გამიჯნულია აქტიური და პასიური ფორმის ძალადობა, რომელიც გულისხმობს, ერთი მხრივ ძალადობის განხორციელებას და, მეორე მხრივ, ძალადობისგან დაცვის შეზღუდვას.

პუბლიკაციაში განსაკუთრებული ყურადღებაა გამახვილებული ჯანდაცვის სფეროში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ განხორციელებული ძალადობის თუ უგულებელყოფის ფაქტებზე, მათ შორის:

- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ დისკრიმინაციის მიზეზით ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა პრევენციულ თუ ზოგადი ჯანდაცვის სერვისებზე.
- სამედიცინო ინტერვენციების ფორმისა და სიხშირის განსაზღვრა შეზღუდული შესაძლებლობების და არა ადამიანის საჭიროებების მიხედვით.
- მზაობა ევთანაზიის დამკვიდრებისათვის და ინტერვენციისაგან თავის შეკავება სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების არსებობისას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის შემთხვევაში.
- სტერილიზაციის არაადეკვატური ან კონტრაცეფციის სხვა შეუქცევადი/აგრესიული ფორმის გამოყენება.
- პირადი ჰიგენის დაცვის უგულებელყოფა, როდესაც აღნიშნული წარმოშობის სერიოზულ რისკს წარმოადგენს.
- მედიკამენტების გადამეტებული გამოყენება ხასიათის აშლილობის კონტროლისა თუ რთული ქცევის დათრგუნვისათვის.
- ჩვეული სომატური დაავადებების და მწვავე ტკივილის (კბილის, ყურის, მუცლის და პერიოდული ტკივილი) მენეჯმენტის შეუძლებლობა<sup>13</sup>.

კვლევები მიუთითებს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა შემთხვევაში, როგორც წესი, ყურადღების გამახვილება ხდება მათ შეზღუდულ შესაძლებლობებზე, ხოლო მათი ჯანმრთელობის ზოგადი პრობლემები იგნორირებულია. მაგალითად, გონებრივი შეფერხების მქონე ადამიანების შემთხვევაში, ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზს, როგორც წესი, უკიდურესად დაგვიანებით სვამენ, ვინაიდან ხდება მზრუნველების მიერ სიმპტომების იგნორირება.

ევროპის საბჭოს პუბლიკაცია ასევე მიუთითებს მანკიერ ტენდენციაზე, რომლის მიხედვითაც ხშირად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები და ბავშვები არაფორმალურად („შინაურულად“, კეთილი ნების საფუძველზე) არიან ჩართულნი ჯანდაცვის სისტემებში, თუმცა წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2008 წლის სტანდარტის მიხედვით<sup>14</sup>, თავისუფლების შეზღუდვის ადგილას მყოფი პირისთვის ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა უნდა შეფასდეს შემდეგი ფორმალური კრიტერიუმების დაკმაყოფილების ხარისხით:

- დამოუკიდებელი და ადეკვატური კვალიფიკაციის მქონე ექიმის სერვისის ხელმისაწვდომობა.
- სამედიცინო ზრუნვა თანასწორობის პრინციპის დაცვით.
- პაციენტის თანხმობისა და კონფიდენციალურობის დაცვის უზრუნველყოფა.

<sup>13</sup>ჩამატებულია ორგანიზაციის „აუტიზმი – ევროპა“ მიერ.

<sup>14</sup>წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის დოკუმენტი (98) 12

- პრევენციული ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა.
- ექიმის პროფესიული დამოუკიდებლობა.

შესაბამისად, სამედიცინო სერვისი, რომელიც უზრუნველყოფილია არაფორმალურად და არ აკმაყოფილებს ზემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს, ვერ ჩაითვლება სრულფასოვნად.

## ქალაქისა და არასათანადო მოპყროვის, შრომითი ექსპლუატაციის შემთხვევები დანესაზღვრებაში

მონიტორინგის პერიოდში პრევენციის ეროვნული ჯგუფი შეხვდა და ესაუბრა 130-ზე მეტ ბენეფიციარს. მათგან მრავალი საუბრობდა დანესებულებებში არსებულ ძალადობრივ ატმოსფეროზე, რომელიც ვლინდება ფიზიკური, ვერბალური და ემოციური ძალადობის სისტემატური განხორციელებით.

### ჭიათურის მე-12 საჯარო სკოლა<sup>15</sup>

აღნიშნულ დანესებულებაში პრევენციის ეროვნული ჯგუფის ექსპერტების მიერ გამოვლენილ იქნა დანესებულების პერსონალისა და, განსაკუთრებით, დირექტორის მიერ ბენეფიციარებზე ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობის არაერთი ფაქტი, ასევე ბენეფიციარების ერთმანეთზე ძალადობის შემთხვევები.

13 წლის მოზარდმა განაცხადა: „მირტყამენ ეს მასწავლებლები, ნ. ქვია ამ ქალს. ლ. მასწავლებელიც ცემს ბავშვებს. დირექტორი ცემს ბავშვებს, ხელით ცემს, აი ასე“ – გვანახა გაშლილი ხელი. „ბავშვებს ეშინიათ დირექტორის. თუ რამე დაამავე, საჭმელი შეიძლება არ გაჭამონ, ოთახში ჩაგკეტონ, ლ. და ნ. კეტავენ.“

12 წლის მოზარდის განცხადებით, „სამი დღის წინ ვერ გაგვარჩერეს, ისე ვცემეთ ერთმანეთი“. პერსონალის მიერ ბენეფიციარებზე ძალადობაში ამხელს თ-ს და ნ-ს, – „ბიჭებს ურტყამს თ., როცა გააბრაზებენ, თ. და ნ., გოგოებსაც ურტყამენ“, იგივე მოზარდი ძალადობაში ამხელს ასევე დანესებულების დირექტორს – „დირექტორი თუ გაბრაზდა მტრისას, სილებს ურტყამს როცა გააბრაზებენ, გოგოებსაც ურტყამს.“

„თვითონ სვამს არაყს და ღვინოს, მოაქვთ ხოლმე გარედან, მისი ძმაკაცებიც სვამენ, რომ თვრებიან ერთმანეთს ურტყამენ-ხოლმე.“- ამბობს ერთ-ერთი ბენეფიციარი.

ადგილი აქვს ასევე ბენეფიციარების შრომის გამოყენებასაც – „მაცხოვრებელს შეშას ვუბობ,“ მანქანას ურეცხავენ დირექტორს, დირექტორს დაჰყავს მის მასთან სოფ. ბუნიკურში, „ერთხელ ტყეში შემა დავჭერთ, შემდეგ დავჩეხეთ და ჩამოვიტანეთ დირექტორთან სახლში. დირექტორს სამუშაოდ გოგოებიც დაჰყავს ხოლმე სახლში.“ – აღნიშნავს სხვა ბენეფიციარი.

10 წლის ბავშვის განცხადებით, „ურტყამს შ. მასწავლებელი, სახეში ხელით,

<sup>15</sup>სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის 5-დან 18 წლამდე, ირიცხება 27 მოსწავლე

იპარება და იმიტომ. ბიჭებს დირექტორი ურტყამს, ჩვენ გვიყვირის. დირექტორს სახლში მივყავართ, შეშებს გვაზიდინებს, ნ. მასწავლებელს ბალს ვაკრეფინებთ, ხეზე ავდივარ ხოლმე.“

17 წლის მოზარდი ადასტურებს: „მასწავლებლები ბავშვებს ლახავენ ხოლმე, როცა აბრაზებენ. დირექტორი ლახავს როცა აბრაზებენ... მეზობლებს ვეხმარები, წყალს ვუზიდავ, ქალაქში ვეგზავნები, სიგარეტი, ყავა, ზეთი მიმაქვს, აქედანაც ვეგზავნები მასწავლებლებს. – 20 კაპიკს მჩუქნიან, სემიჩკას ან კევს ვყიდულობ.“

14 წლის მოზარდის განცხადებით, „ბიჭები ხეს ქრიან და გოგოები მასწავლებლებს სახლს ულაგებენ“. მოზარდმა ზოგიერთი აღმზრდელისა და დირექტორის მიერ ბენეფიციარებზე ზენოლის ფაქტები უარყო, თუმცა წამოსცდა, რომ მასწავლებლებისგან იყო დარიგებული – „ასე უთხარი, ეფერებიან, ყობიან ზედო“ (ანუ მასწავლებლები ბავშვებს ეფერებიან და ზედ ყვებიანო.) როცა ვკითხეთ, თუ რომელმა მასწავლებელმა დაარიგა, გვიპასუხა – „მოხსნით თქვენ რო გითხრათო.“

16 წლის მოსწავლის განცხადებით, დირექტორს რამდენჯერმე „მაგრადა“ ჰყავს ნაცემი, ძირითადად გაშლილი ხელით. „სიტყვით რომ არ მჯეროდა, იძულებული იყო რომ ვეცემე.“ დირექტორს ახასიათებს როგორც „ძალიან ბრაზიანს“, მისი განმარტებით, იგი „ხშირად სვამს აქ“ (დანესებულებაში), ცემის შემდეგ უთქვამს – „მთვრალი რომ ვიყავი, ზედმეტი მომივიდაო.“ მოზარდმა დაადასტურა ბიჭების შეშაზე სიარულს ფაქტიც.

მონიტორინგის ჯგუფმა მონიტორინგის პერიოდში დირექტორის ოთახში დააფიქსირა ნახევრად დაცლილი (სავარაუდოდ) ალკოჰოლური სასმელის შემცველი ბოთლი, რომელიც ოთახში შესვლისთანავე მან სანერი მაგიდის კუთხეში მოათავსა (აღნიშული დოკუმენტირებულია ფოტო-კამერით).

### **თბილისის №202 საჯარო სკოლა (უსინათლო და სუსტდამხედველ ბავშვთა სკოლა-პანსიონი)<sup>16</sup>**

სკოლის მოსწავლეების გადმოცემით, დანესებულებაში ამჟამად ადგილი არ აქვს ფიზიკური შეურაცხყოფის ფაქტებს: 18 წლის მოზარდის განცხადებით: „ადრე მიჭირდა აქ ყოფნა, მასწავლებელი თმებს მწინკნიდა, მეორე მჩქმეტდა ხოლმე, ეხლა ესენი აღარ მუშაობენ.“ თუმცა, სერიოზულ პრობლემად სახელდება ადმინისტრაციის მიერ ალკოჰოლის გადაჭარბებული მოხმარება სამუშაო საათებში და დანესებულების ტერიტორიაზე. მოსწავლეების გადმოცემით, აღნიშული ფაქტი ასევე გახდა მოსწავლე ბიჭების მიმართ ვერბალური შეურაცხყოფის მიყენების საფუძველი.

15 წლის მოზარდის განცხადებით, „მასწავლებლები და ბავშვები ერთად ქეიფობენ“. ნასვამ მდგომარეობაში ასევე ხშირად იმყოფება დანესებულების დარაჯი.

პრევენციული ჯგუფის წევრები ასევე ესაუბრნენ პერსონალის რამდენიმე წარმომადგენელსა და ბენეფიციართა მშობლებს, რომელთაც დაადასტურეს ალკოჰოლის მოხმარების ფაქტები დანესებულებაში.

<sup>16</sup>სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი უსინათლო და სუსტმხედველი ბავშვებისთვის 5-დან 18 წლამდე, ირიცხება 22 მოსწავლე



## თბილისის №200 საჯარო სკოლა<sup>17</sup>

პრევენციული ჯგუფის ექსპერტებმა ინსტიტუციაში ინფორმაცია მიიღეს ბენეფიციარების მიმართ არასათანადო მოპყრობის ფაქტების შესახებ. კერძოდ, ბენეფიციარების განცხადებით, დანესებულების ზოგიერთი თანამშრომელი ახორციელებს მათზე ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ხასიათის ზენოლას. 9 წლის მოზარდის განცხადებით, დანესებულების თანამშრომლები, ვინმე „ი. და ნ., სცემენ ბავშვებს, როცა მათ აბრაზებენ“, ზოგჯერ „ი. ეძახის ნ.-ს ჩამოდი და დამანყნარებინე ბავშვებო“. ბავშვები დეტალურად აღწერენ სადამსჯელო საშუალებას: „ი. სახაზავით ცემს, სახაზავი მწარეა, პლასტმასისაა, გამჭვირვალეა,“ ზემოაღნიშნული პერსონალი ბავშვებს ურტყამენ თავში, სახეში, ხელებში, ძირითადად ხელით, ასევე სახაზავით, წინკნიან თმას. იმავე ბენეფიციარის განცხადებით, მასწავლებლები, როცა მათ „ბავშვები აბრაზებენ, გარეთ კარიდორში აყენებენ დიდხანს.“ ბავშვის გადმოცემით, „თუ დაუკითხავად გახვედი კლასიდან, კუთხეში დაგაყენებენ „ერთი ქამიდან მეორემდე,“ (კვებებს შორის დროის შუალედი 2.5-3 საათია). ბენეფიციარის განმარტებით, ხშირად ცემენ 10 წლის ბავშვს, რომელიც „არ იძინებს ხოლმე. X-ს რომ ურტყამენ, ჩვენ ვიძინებთ ხოლმე.“

10 წლის X-მა დაადასტურა მის მიმართ განხორციელებული ძალადობა: ვინმე „ლ. მასწავლებელი მიწევს ხოლმე ყურებს, ყური მომიხია როცა გავაბრაზე – ტესტებს არ ვაკეთებდი და ვჯღაბნიდი“ (მარჯვენა ყურზე ნაწიბური დოკუმენტირებულია ფოტო-კამერით). ბენეფიციარმა ძალადობის შესახებ განაცხადა ასევე ვინმე ი.-ზე, რომელიც მას და კიდევ ორ ბიჭს სცემს – „პალატაში (ასე უწოდებს საძინებელს) შემოდის ი. და გვცემს“. იგივე ბენეფიციარი ასახელებს ასევე ვინმე მასწავლებელ ნ.-ს, რომელიც ბენეფიციარებს ცემს ხოლმე.

11 წლის ბავშვმა ინტერვიუს დროს, როდესაც საუბარი შეეხო პერსონალის მხრიდან ბენეფიციარებზე შესაძლო არასათანადო მოპყრობას, დაიწყო ძლიერი ნერვიულობა, რაც გამოიხატა ხელების კანკალში და წვალეებაში, ხმის ტემბრის შეცვლასა და სახეზე წამოწილებაში; იგი უარყოფდა ბენეფიციარებზე ყოველგვარ ზენოლას, თუმცა განაცხადა, რომ ინტერვიუდან გამოსულ ბენეფიციარებს მასწავლებლები ეკითხებოდნენ, თუ რაზე ესაუბრებოდნენ მათ პრევენციული ჯგუფის ექსპერტები.

ერთ-ერთმა ბენეფიციარმა (ვერ დაასახელა საკუთარი ასაკი) ინტერვიუსას განაცხადა: „მასწავლებლები არ გვიბრაზდებიან, არ გვცემენ.“ შემდეგ ჩვენი შეკითხვის გარეშე მოგვმართა – „ეხლა მკითხეთ სკოლაში რა ხდება.“ კითხვაზე, თუ საიდან იცოდა, ჩვენ რის კითხვას ვაპირებდით მისთვის, მან განაცხადა, რომ „მასწავლებლებმა დაარიგეს“.

9 წლის მოზარდს ინტერვიუს ჩამორთმევის დროს ეტყობოდა ნერვიულობა, იჯდა თავჩაღუნული, აწვალეებდა ფეხებს, ტანსაცმელს. თავიდან არ სურდა არასათანადო მოპყრობაზე საუბარი, შემდეგ დაგვთანხმდა და განაცხადა, რომ „ი. მასწავლებელი ეჩხუბება ბავშვებს, არ ადგეთო, სახაზავს ურტყამს ხოლმე ბიჭებს, როცა გააბრაზებენ“ ასევე ვინმე მ. მათ „კუთხეში აყენებს ხოლმე.“

<sup>17</sup>სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის 5-დან 18 წლამდე, ირიცხება 22 მოსწავლე

10 წლის ბავშვის განცხადებით, ერთ-ერთ ბენეფიციარ X-ს, რომელიც აგრესიული ქცევით გამოირჩევა, „ხშირად ჩხუბობს ბავშვებთან“, მასწავლებლები თმას წინკნიან, ყურებს უწევენ და კუთხეში აყენებენ, თუმცა განაცხადა, რომ „ამ მასწავლებლების სახელები არ იცის“.

მისი განცხადების მიხედვით, ბავშვები ერთმანეთში ხშირად ჩხუბობენ ხოლმე, ასევე დაასახელა ორი უფროსი ბენეფიციარი, რომლებიც ჩაგრავდნენ ბავშვებს, ისიც ცემეს, ოღონდ „ძაან ადრე“ (დრო ვერ დააზუსტა).

11 წლის მოზარდის განცხადებით, მასწავლებლები ბავშვებს წამოარტყამენ ხოლმე, ძიძები თმებს წინკნიან.

### **თბილისის №203 საჯარო სკოლა (ყოფილი ყრუ და სმენადაქვევითებულ ბავშვთა სკოლა-პანსიონატი)<sup>18</sup>**

ბენეფიციარებთან კონფიდენციალური ინტერვიუს დაწყებისთანავე, როდესაც დაწესებულების პერსონალმა შეიტყო იმის შესახებ, რომ ექსპერტებთან ერთად ჯგუფში იმყოფებოდა სახალხო დამცველის მიერ დაქირავებული სურდო-თარჯიმანი, შესამჩნევი გახდა დაწესებულების პერსონალის შფოთვა, ნერვიულობა, ზედმეტი დაინტერესება გასაუბრების ოთახში მიმდინარე პროცესით; ადგილი ჰქონდა ინტერვიუს რამდენჯერმე შეწყვეტას თანამშრომლების მიერ ოთახში შემოსვლით, იმ საბაბით, რომ ბენეფიციარი „გადაიღალა და საჭირო იყო ინტერვიუს დამთავრება“.

ბენეფიციარებთან გასაუბრებით ჯგუფმა მიიღო შემდეგი ინფორმაცია:

13 წლის მოზარდი აცხადებს, რომ ხშირია კონფლიქტი ბენეფიციარებს შორის, არიან „ყორებიც“, რომლებსაც დაძაბული ურთიერთობა აქვთ მასწავლებლებთან. მასწავლებლები ბავშვებს თმას წინკნიან, ყურებს უწევენ, წამოარტყამენ ხოლმე.

9 წლის ბავშვთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ „სამი ძიძიდან 2 ბრაზიანია, ისინი ბავშვებს ცემენ, თმებს წინკნიან“; ერთ-ერთი ძიძა, რომლის სახელიც ვერ დაგვისახელა, დიდ ჯოხს ურტყამს ბავშვებს, როდესაც ისინი არ იძინებენ და, რომ ეს ჯოხი არის პლასტმასის, თეთრი და გრძელი. აღნიშნული ინფორმაციის გადასამოწმებლად ჯგუფის ექსპერტებმა დაათვალიერეს ჯოხის სავარაუდო ადგილსამყოფელი – ბიჭების საძინებელი განყოფილება, სადაც მიაგნეს კიდეც ერთ-ერთ ოთახში დადებულ ზემოაღწერილ „ჯოხს“ – გრძელ თეთრ წყლის პლასტმასის მილს (დოკუმენტირებულია ფოტო-კამერით). მოგვიანებით, ფოტოსურათზე იმავე ბავშვმა ამოიცნო მის მიერ დასახელებული „ჯოხი“.

9 წლის მოზარდის განცხადებით, როდესაც ბავშვები ლოგინებს ურევენ, მასწავლებლები მათ კედელთან აყენებენ, ურტყამენ და ხელებს უწითლებენ. ძიძა მ. რკინის ჯოხს ფეხებში ურტყამს ხანდახან.

9 წლის სხვა ბავშვთან საუბრისას გაირკვა, რომ ვინმე ნ. მასწავლებელი ეჩხუბება და უყვირის, იმიტომ რომ არ უჯერებს. ძიძები კუთხეში აყენებენ „ერთ-

<sup>18</sup> სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი ყრუ და სმენადაქვევითებული ბავშვებისთვის 5-დან 18 წლამდე, ირიცხება 205 მოსწავლე

ინტერვიუ ბენეფიციარებთან მიმდინარეობდა სახალხო დამცველის მიერ მონვეული სურდო-თარჯიმნის დახმარებით, რომელიც უზრუნველყოფდა ჟესტების ენის საშუალებით კომუნიკაციას ექსპერტებსა და მოსწავლეებს შორის, კონფიდენციალურობის სრული დაცვით.

ერთი ძიძა ყველაზე ბრაზიანია, თავში უთაქებს ხოლმე“. (სახელს ვერ ამბობს), ამ ძიძამ იცის სახეში გარტყმა, ყურის აწევა, თმების მოწინკვა. სხვა ბავშვს დაარტყა ჯოხი ამ ძიძამ, (სახელს არ ამბობს), შემდეგ გადააკეთა ნათქვამი და უფროს ბიჭს დააბრალა. ჯოხი აღწერა: რკინის, ყავისფერი.

### **ახალციხის № 7 საჯარო სკოლა<sup>19</sup>**

ახალციხის სკოლაში ჯგუფმა ბენეფიციარებისგან მიიღო ინფორმაცია პერსონალის მხრიდან არასათანადო მოპყრობის ფაქტების შესახებ.

17 წლის მოზარდის განცხადებით, მას უყვირიან ძიძები თ. და ნ.; ყველაზე მეტად არ უყვარს ლამის ძიძა ე., რომელიც „ბრაზიანია“.

მოზარდის გადმოცემით, ბავშვები დანესებულებაში ოთახებს და ტუალეტებს ალაგებენ. იგი თავად მეზობლებს ბოსტნის საქმეში, სახლის დალაგებაში ეხმარება ანაზღაურების გარეშე. დ. მასწავლებელმა წაიყვანა სახლში ბიჭებთან ერთად შეშის დასაჩეხად, „ბიჭები ჩეხავდნენ და ჩვენ ვაგროვებდით. მასწავლებლების სახლში მიდიან ხოლმე, ლ. მასწავლებელს რძალი ყავდა ორსული, იატაკები მოვუწმინდე. დ. შეშას აჩეხინებს ბავშვებს“.

8 წლის ბავშვის განცხადებით, ე. ძიძა ურტყამს ხოლმე თავში ხელს, „მ. ძიძაც მირტყამს“.

სცემენ უფროსი ბავშვებიც – „მერაბომ სისხლი მაღინა ცხვირიდან, ცუდი სიტყვები ვუთხარი“.

13 წლის ბავშვის განცხადებით, არ უყვარს ე., „სულ ყვირის ხოლმე, ტელევიზორს არ გვაყურებინებს, ეგრევე ლოგინში გვაგდებს, თმებს ქაჩავს ხოლმე მას, ცელქ ბავშვებს სცემს, ალიკას, აჭარლებს. ნ. (სხვა ძიძა) ეუბნება, ნუ სცემ ბავშვებს, არ შეიძლება, დირექტორი დაგიტოხოსო“.

14 წლის ბენეფიციარი: „მ. სცემს ბავშვებს, სასმელს სვამს, მაისში ე. მასწავლებლის დედის ქელეხში დალია და რომ მოვიდა, მასწავლებლებს ერჩუბა, ექთანმა ძალით დააღვეინა საძილე წამალი და დაანვინეს.“ დირექტორი ცოტ-ცოტას ასმევს ხოლმე დიდ ბიჭებს, ღვინო აქ ინახება, პადვალში.“

6 წლის ბავშვის გადმოცემით: უყვირიან მასწავლებლები მ. და მ., ხოლო ე. თავში ურტყამს ხელს და ყურს უწევს.

### **ქვერის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატი**

დანესებულების ბენეფიციარებთან საუბრისას პრევენციის ჯგუფის ექსპერტებმა მიიღეს ინფორმაცია ბენეფიციარებზე დანესებულების ზოგიერთი თანამშრომლის მიერ ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობის, ასევე, შრომითი ექსპლუატაციის განხორციელების შესახებ. თავიდანვე ექსპერტების ყურადღება მიიპყრო ბენეფიციარების მხრიდან ძლიერი შიშის და უნდობლობის ამსახველმა ქცევითმა გამოვლინებებმა, კერძოდ, პერსონალის და სხვა ბენეფიციარების გამოჩენაზე ისინი იწყებდნენ დანესებულების თანამშრომლების ხმამაღალ ქებას, თუმცა, იმავე

<sup>19</sup>სპეციალიზებული სკოლა-პანსიონი შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებისთვის 5-დან 18 წლამდე, ირიცხება 31 მოსწავლე

თანამშრომლებზე ექსპერტებს კონფიდენციალურად აწვდიდნენ საპირისპირო ინფორმაციას ბენეფიციარების მიმართ არასათანადო მოპყრობის შესახებ.

ერთ-ერთი ბენეფიციარის განცხადებით, დილიდან, სანამ ჯერ კიდევ ბნელა, მას ძალით აყებენ ლოგინიდან, ეჩხუბებიან; ამის გამო თანამშრომელმა ო.-მ დაარტყა მუცელში, ა.-ც ეჩხუბება და ურტყამს. ნ. ა. ცემს ბენეფიციარებს „როცა ისინი ჩაისვრიან.“ სანიტრები ძალით ამუშავენ და ემუქრებიან – „ჩქარა გააკეთე თორემ მოგყეფავო“. აღნიშნული ბენეფიციარი ნ. ა.-ს მიყვება სახლში სამუშაოდ (ნ.ა.-ს მის გარდა სხვა ბენეფიციარებიც მიჰყავს), გვის, იატაკს ურეცხავს, რის სანაცვლოდაც ნ. ა. საჭმელს აჭმევს ხოლმე.

იმავე თანამშრომლების მიერ განხორციელებულ არასათანადო მოპყრობას ადასტურებს 27 წლის ბენეფიციარიც. მისი განცხადებით, ბენეფიციარები როცა რაიმეს დაამტვრევენ, თანამშრომლები ა., ო. და ნ.ა. უყვირიან და სცემენ ხოლმე. აღნიშნული ბენეფიციარი ასევე ადასტურებს ნ.ა.-ს და რ.ფ.-ს მიერ ბენეფიციარების სახლში სამუშაოდ გაყვანას.

კიდევ ერთმა ბენეფიციარმა, კითხვაზე – მის მიმართ ჰქონდა თუ არა ძალადობას ადგილი დაწესებულების თანამშრომლების მხრიდან – უპასუხა: „რომ გითხრათ, წახვალთ და გამლახავენ, ცემა იციან“, თუმცა შემდეგ დაგვთანხმდა საუბარზე და იმავე თანამშრომელზე, რომელზეც სხვა ბენეფიციარებიც საუბრობდნენ, განაცხადა: „ო.-მ გამლახა და აღარ ვცემ ხმას, თემური (დირექტორი) გაუბრაზდა, როცა ვუთხარი გამლახა-თქო“, „სანიტრები ღირსები არ არიან რომ მიეხმარო, ჩხუბობენ, ყვირიან და ხელს ურტყავენ“.

კიდევ ერთმა ბენეფიციარმა დაასახელა მ.ჩ., რომელმაც იგი ჯაჭვით დააბა და სცემა, ასევე დაწესებულების სხვა თანამშრომელი, ნ.ფ., რომელმაც ასევე ფიზიკური შეურაცხყოფა მიაყენა მას.

სხვა ბენეფიციარის გადმოცემით, „სანიტრები გვცემენ ხოლმე როცა არ დგებიან, გლეჯენ რაღაცეებს (ბენეფიციარები), ტუალეტს ალაგებინებენ ინვალიდებს, აცვლევიან ჩაფსმულ – ჩასვრილებზე (იგულისხმება სხვა ბენეფიციარი), გასარეცხად მიაქვთ მერე.“ (სანიტრების სახელები არ დაასახელა შიშის გამო – „მეშინია სანიტრების, გაფიცებ ყველაფერს არ თქვა.“) ნ.ა. ყოველდღე სანიტრებთან ერთად სვამს, თვრება დაღამე იძინებს.“ ექსპერტებმა ინფორმაცია ძევრის დაწესებულებაზე ასევე მიიღეს მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატში ყოფნისას.

ძევრის დაწესებულებაში არასათანადო მოპყრობის პრაქტიკაზე გვესაუბრნენ ამ დაწესებულებიდან 2012 წლის მარტში მარტყოფში გადაყვანილი ბენეფიციარები.

56 წლის და 42 წლის ბენეფიციარების გადმოცემით, დაინახეს, რომ „ექთანმა ნ. ა.(მეორდება ზემოთ ძალადობაში შემჩნეული პერსონალის ინიციალები) მ.-ს (ბენეფიციარი) თმები მოჩეჩა, სილები გაარტყა, მერე ამხელა ჯოხით დასცხო და დასცხო, თან აგინებდა“. 42 წლის ბენეფიციარის გადმოცემით, მან „დაინახა თუ როგორ ხსნიდა ნ.ა. ნათურას, უთხრა, თუ რატომ ხსნიდა, ნ. ჩამოვიდა სკამიდან და ისეთი თხლიმა, თავმა ყურყური დაიწყო.“

ორმა ბენეფიციარმა ასევე დაასახელა დამლაგებელი დ. ბ., რომელიც მათ პი-

რადი ჰიგიენის ნივთებს პარავდა, ასევე ფიზიკურად ძალადობდა სხვა ბენეფიციარებზე – თმებს ჩეჩავდა, სიტყვიერ შეურაცხყოფას აყენებდა.

„ზამთარში ვიყინებოდით, კარი არ იკეტებოდა ბოლომდე, გათბობას 2 საათით რთავდნენ, სალიარკა კანისტრებით გაჰქონდათ“ – ამბობს ერთ-ერთი ბენეფიციარი.

### **სენაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლი<sup>20</sup>**

ბენეფიციარებთან საუბრისას ექპერტებმა მიიღეს ინფორმაცია დაწესებულების ზოგიერთი თანამშრომლის მხრიდან განხორციელებული არასათანადო მოპყრობის შესახებ ბენეფიციარების მიმართ.

გამოიკვეთა 11 წლის ბენეფიციარის მიმართ განხორციელებული ძალადობისა და უგულვებელყოფის ფაქტები. ბენეფიციარს სავარაუდოდ აღენიშნება მძიმე გონებრივი ჩამორჩენა ქცევის დარღვევით. აღნიშნულ ბენეფიციართან ინტერვიუ ვერ მოხერხდა მისი მეტყველების შეზღუდული ფუნქციიდან გამომდინარე.

14 წლის ბენეფიციარის განცხადებით, „11 წლის მოზარდს, რომელიც თვითონ გიჟდება ხოლმე, ძიძები – მ., ა. და ნ. ურტყამენ. სხვა ბავშვებს, როცა აბრაზებენ ძიძებს, თმებს წინკნიან“.

18 წლის ბენეფიციარის განცხადებით, ძიძები უყვირიან და თმებს წინკნიან, კუთხეში აყენებენ, ხოლო ზემოაღნიშნულ 11 წლის ბენეფიციარს ცემენ ხოლმე“. ა.-მ (ძიძა) ორჯერ საჭმელზე არ გამიშვა ( თარიღები ვერ დააკონკრეტა).

15 წლის მოზარდის განცხადებით, „კუთხეში გვაყენებენ, დასჯილი ხარო, თმებს წინკნიან, 11 წლის ბავშვს სამივე ძიძა ურტყამს, ზოგჯერ დასჯის მიზნით საჭმელზე არ უშვებენ შემდეგ საჭმელამდე, სამივე ძიძა ასე აკეთებს“ (მეორდება ზემოხსენებული ძიძები მ., ა. და ნ.).

პრევენციის ჯგუფის ვიზიტთან დაკავშირებით, ყველა ბენეფიციარმა განაცხადა: „ვიცოდით რომ მოდიოდით, კარგი მოუყევითო გვითხრეს.“

15 წლის სხვა მოზარდმა განაცხადა, რომ არ აქვს არანაირი გარანტია იმის თაობაზე რომ გასაუბრების შედეგებს დაწესებულების დირექცია ვერ გაიგებს და ამიტომ თავიდანვე თქვა უარი ჯგუფის ნევრთათვის ინტერვიუს მიცემაზე.

13 წლის ბენეფიციარმა ასევე განაცხადა, რომ „ძიძები უყვირიან, თმებს წინკნიან, კუთხეში აყენებენ ხოლმე“.

13 წლის მოზარდის განდმოცემით, ზოგიერთ ბენეფიციარს ძიძები რომ ვერაფერს აგებინებენ, მათ სხვა ბენეფიციარები უსწორდებიან, რასაც ძიძები ხელს არ უშლიან: ორი გოგონა სხვა გოგონებს სცემს თმებს ჩეჩავს, წამოარტყამენ ხოლმე, აყენებენ კუთხეში.

### **მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლი<sup>21</sup>**

დაწესებულების წარმომადგენლებმა პროტესტი გამოხატეს მათი თანამშრომლების მიერ ბენეფიციარებზე განხორციელებული არასათანადო მოპყრობის შეს-

<sup>20</sup>ირიცხებიან მოზარდები 6-დან 18 წლამდე

<sup>21</sup>ირიცხებიან 5 წლამდე ბავშვები, მათ შორის, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე



ახებ წინა ანგარიშში<sup>22</sup> გამოქვეყნებულ ინფორმაციაზე.

თუმცა, მიმდინარე მონიტორინგის პერიოდში კვლავ დაფიქსირდა განმეორებით შეტყობინებები ძალადობის შესახებ პერსონალის მხრიდან. 5 წლის ბენეფიციარის განცხადებით, „ნ., მ., და მ. ცემენ ბავშვებს, ნ.-მ მეც გამლახა“, 7 წლის ბენეფიციარის განცხადებით „ნ. უყვირის ბავშვებს,“ (ნ. ჯ.-ის მიერ ბავშვების მიმართ არასათანადო მოპყრობაზე ინფორმაცია არსებობდა ზემოხსენებულ სპეციალურ ანგარიშშიც).

5 წლის ბავშვმა ოთახში შემოსვლისთანავე განაცხადა, რომ „მას ყველა უყვარს,“ თუმცა, ამის შესახებ მისთვის არავის უკითხავს. ასევე, სხვა 5 წლის ბავშვმა საუბრისას აღნიშნა, რომ „აღმზრდელებმა უთხრეს ეთქვა, რომ მას არავინ არ ცემს.“

პრევენციული ჯგუფის ექსპერტების აზრით, ბავშვები გასაუბრების წინ აღმზრდელების მიერ წინასწარ იყვნენ გაფრთხილებულნი.

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრსა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრს:**

- განახორციელონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ძალადობისა და უგულვებელყოფის ყველა სავარაუდო შემთხვევის მოკვლევა და მიიღონ საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ზომები მოძალადეთა მიმართ; მოხდეს ძალადობის მსხვერპლთა რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა.
- დანერგონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ ძალადობისა და უგულვებელყოფის პრევენციის, იდენტიფიცირებისა და რეაგირების ეფექტური სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს მსგავსი ფაქტების დროულ გამოვლენასა და ადეკვატური რეაგირების განხორციელებას.



## **ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება**

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის თანახმად, ყველა პაციენტს აქვს უფლება თავისუფალი იყოს ყველანაირი ფიზიკური შეზღუდვისაგან, თუ იგი (ფიზიკური შეზღუდვა) არ არის გამონვეული გადაუდებელი აუცილებლობით. თუმცა, ამ უკანასკნელ შემთხვევაშიც, შეზღუდვის საშუალებები გამოყენებულ უნდა იქნეს როგორც უკანასკნელი ღონისძიება, ასევე, ყველა შესაბამისი პირობისა თუ წესის ზუსტი გათვალისწინებით. შეზღუდვის გამოყენების მიზანი შესაძლოა მხოლოდ იყოს ძალადობის პრევენცია და კონტროლი გადაუდებელი შემ-

<sup>22</sup>საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ევროპული მექანიზმი, სპეციალური ანგარიში ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების (დიდი ზომის ბავშვთა სახლებისა და მცირე საოჯახო ტიპის სახლების) მონიტორინგის შესახებ, 2011 წელი.

თხვევების დროს. ფიზიკური შეზღუდვა ვერ ჩაითვლება პაციენტის მკურნალობის ნაწილად, ვინაიდან იგი წარმოადგენს უსაფრთხოების ღონისძიებას. ფიზიკური შეზღუდვა არასოდეს უნდა იქნეს გამოყენებული პაციენტის დასჯის ან ქცევის შეცვლის/მოდულირების მიზნით.<sup>23</sup>

ძვერის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატის ერთ-ერთი ბენეფიციარის გადმოცემით, დაწესებულების სანიტარი „რ. ბ. ყველას ურტყამს, ღამე აყენებს ლოგინიდან, ეძინებათ და არ უნდათ ადგომა.“ მანვე ჯგუფს მიაწოდა ინფორმაცია მის ოთახში მცხოვრებ სხვა ბენეფიციარზე, რომელიც დილაობით იხდის, ამის გამო რ.ბ. მას საწოლზე აბამს ზენრით და გაშლილ ხელს ურტყამს სახეში.

ძალადობის სავარაუდო მსხვერპლმა დაადასტურა ზემოაღნიშნული ინფორმაცია, – „რ.ბ. მამამს“. საუბრისას აღენიშნებოდა ძლიერი შიშის რეაქციები, იწყებდა ტირილს. მას მარცხენა წინამხარზე, ლატერალურ ზედაპირზე, მაჯასთან ახლოს აღენიშნებოდა კანის დაზიანებები; ასევე, მის ზენარზე, თავის მხარეს, მარცხენა კიდეში, სადაც სავარაუდოდ ხდებოდა ხელის ფიქსაცია, შემჩნეულ იქნა (სავარაუდოდ) სისხლის მუქი შინდისფერი წვრილი ლაქები. პირველმა ბენეფიციარმა მოახდინა დემონსტრირება, თუ როგორ აბამს ხოლმე რ.ბ. მეორე ბენეფიციარის ხელს<sup>24</sup>.

აღნიშნული ბენეფიციარის ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ ინფორმაცია არ მოიპოვება დაწესებულების სპეციალურ ჟურნალებში. არსად არ არის აღნიშნული, იყო თუ არა განხორციელებული ფიზიკური შეზღუდვა სამედიცინო საჭიროებებით განპირობებული; დაცული იყო თუ არა საქართველოს კანონმდებლობით<sup>25</sup> გათვალისწინებული ნორმები ბენეფიციარის მიმართ ფიზიკური შეზღუდვის განხორციელების დროს და ჰქონდა თუ არა მას სადამსჯელო ხასიათი.

მონიტორინგის ექსპერტებმა ასევე მიიღეს ინფორმაცია არასრულწლოვანი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის ფიზიკური შეზღუდვის შესახებ სენაკის ბავშვთა სახლში ვიზიტის დროს. მონიტორინგის განმავლობაში დაფიქსირდა, რომ ერთ-ერთ ჯგუფში, 14 წლის ბ.ს.-ს ხელები მასწავლებელს (ან ძიძას) ჰქონდა საკუთარი ხელებით დაფიქსირებული – მათი გადმოცემით, ბავშვის ხელები (მაჯით) ეჭირათ უწყვეტად 8-10 საათის განმავლობაში, ვინაიდან სხვა შემთხვევაში ბავშვი თვითდამაზიანებელ ქცევას განახორციელებდა. ექსპერტების შეკითხვაზე, ჰქონდათ თუ არა მათ სხვა მეთოდი ბავშვის თვითდამაზიანებელი ქცევის მენეჯმენტისთვის, მონიტორინგის ჯგუფმა უარყოფითი პასუხი მიიღო; პერსონალმა განაცხადა, რომ ამ მიზნით მხოლოდ მასწავლებლის ან ძიძის მიერ საკუთარი ხელებით ბავშვის ორივე ხელი უწყვეტი შეზღუდვა გამოიყენებოდა. თუმცა, რამდენიმე საათში იმავე ჯგუფში დაბრუნების შემდეგ, ექსპერტებმა დააფიქსირეს, რომ 14 წლის ბ.ს.-ს ხელები უკვე სხვა, მის თანატოლ ბენეფიციარს ჰქონდა მუდმივად

<sup>23</sup>ვეროპის წამების წინააღმდეგ კომიტეტი, შეზღუდვის საშუალებები ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში (2006) 22.

<sup>24</sup>დაზიანებები ორივე ხელის მაჯისა და წინამხრის მიდამოებში, ასევე ლაქები ზენარზე დოკუმენტირებულია ფოტო-კამერით.

<sup>25</sup>საქართველოს კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 92/5 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების შესახებ“ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე.

დაფიქსირებული საკუთარი ხელებით. კიდევ რამდენიმე საათის გასვლის შემდეგ, მონიტორინგის ჯგუფმა მოიპოვა ფოტო-მასალა ბავშვის ხელების (სავარაუდოდ) ნაჭრით ან თოკით მთელი დღის განმავლობაში შეზღუდვის შესახებ. დაწესებულებების სხვა ბენეფიციარები, ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად, ადასტურებენ 14 წლის ბ.ს.-ს მიმართ ფიზიკური შეზღუდვის მთელი დღის მანძილზე გამოყენების ფაქტს მონიტორინგამდე პერიოდის განმავლობაში.

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2005 წლის 3 მარტის დოკუმენტი „წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტი შეზღუდვის საშუალებების გამოყენების შესახებ“ მიუთითებს, რომ ბავშვთა მიმართ ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება რჩება აღნიშნული კომიტეტის განსაკუთრებული ყურადღების სფეროდ სამედიცინო დაწესებულებებსა და სოციალური ზრუნვის სახლებში, ვინაიდან იგი უკავშირდება ბავშვთა მიმართ ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის მაღალ რისკს, რაც კომიტეტის შემფოთების საგანია<sup>26</sup>.

ამავე კომიტეტის 2007 წლის ანგარიშში აღნიშნულია, რომ დაუშვებელია და დაუყოვნებლივ უნდა აღიკვეთოს პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა სხვა პაციენტების (ბენეფიციარების) თანდასწრებით<sup>27</sup>.

### **საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს ხელმძღვანელს:**

- **აღკვეთოს ბენეფიციართა მიმართ ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება, რომელიც ხორციელდება საერთაშორისო და ადგილობრივი ნორმების დარღვევით;**
- **უზრუნველყოს რეგულაციების მონესრიგება და პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება გადაუდებელ შემთხვევაში ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენებისათვის შესაბამისი სტანდარტის დაცვით.**



### **თანასწორობა კანონის წინაშე**

საქართველოს კონსტიტუციის 42-ე მუხლის თანახმად, „ყოველ ადამიანს უფლება აქვს თავის უფლებათა და თავისუფლებათა დასაცავად მიმართოს სასამართლოს“.

„ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის კონვენციის“ მე-13 მუხლის თანახმად, ყველას „უნდა ჰქონდეს სამართლებრივი დაცვის ეფექტიანი საშუალების უფლება“, კონვენციის მე-14 მუხლის მიხედვით კი, „ამ კონვენციით

<sup>26</sup>წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2005 წლის 3 მარტის დოკუმენტი „წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტი შეზღუდვის შესაძლებლობების გამოყენების შესახებ“.

<http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/cpt-2005-24-eng.pdf>

<sup>27</sup>წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის 2007 წლის ანგარიში.

<http://www.cpt.coe.int/documents/srb/2009-01-inf-eng.pdf>



გათვალისწინებული უფლებებითა და თავისუფლებებით სარგებლობა უზრუნველყოფილია ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე“.

გაერთიანებული ერების 2006 წლის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა კონვენციის მე-12 მუხლის თანახმად, სახელმწიფო მხარეებმა უნდა აღიარონ, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები სარგებლობენ სამართლებრივი უფლებაუნარიანობით ცხოვრების ყველა სფეროში. სახელმწიფო მხარეებმა უნდა მიიღონ ყველა შესაბამისი ზომა, რათა უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ხელმისაწვდომობა დახმარებაზე, რომელიც შესაძლოა საჭირო იყოს მათ მიერ სამართლებრივი უფლებაუნარიანობის ჯეროვნად განსახორციელებლად.

მონიტორინგის განხორციელების დროს, სახალხო დამცველის პრევენციის ჯგუფის მიერ, ბენეფიციარებთან და დაწესებულებათა პერსონალთან გასაუბრების შედეგად, გამოვლინდა ბენეფიციართა სამართლებრივი დაცვისა და დახმარების შეზღუდვის მნიშვნელოვანი ფაქტები. დაწესებულების ხელმძღვანელებთან გასაუბრების შედეგად აღმოჩნდა, რომ უმეტეს შემთხვევაში, სახელმწიფო ზრუნვისა და სოციალური მომსახურების სააგენტოები ვერ ახორციელებენ ბენეფიციართა სამართლებრივ მომსახურებას, რადგან, სააგენტოების განცხადებით, მათ ამის ვალდებულება არ გააჩნიათ.

აღნიშნული თემის განხილვის დროს მნიშვნელოვანია განისაზღვროს ბენეფიციართა მეურვეობის/მზრუნველობის საკითხი. სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს ფილიალებში ჩარიცხულ შეზღუდული შესაძლებლობის ბავშვთა მეურვეობა/მზრუნველობა სოციალური მომსახურების სააგენტოს მოვალეობას წარმოადგენს; შესაბამისად, მათი, როგორც კანონიერი წარმომადგენლების ვალდებულებაა, უზრუნველყონ ბავშვთა სამართლებრივი დაცვა. რაც შეეხება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და ხანდაზმულთა უფლებების დაცვას, მათ მიმართ როგორც სოციალური მომსახურების სააგენტო, ასევე სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტო იხსნის ვალდებულებას, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ბენეფიციარი სასამართლოს მიერ არის აღიარებული ქმედუუნაროდ.

სახელმწიფო რეზიდენტულ დაწესებულებებში მცხოვრებ ბენეფიციართა შემოსავალს წარმოადგენს მათი, როგორც შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა სახელმწიფო პენსია. შესაბამისად, იურისტის დაქირავება უფლებების დაცვის მიზნით, მათ შესაძლებლობებს აღემატება.

სააგენტოების შიდა რეგულირების სამართლებრივი დოკუმენტაციის შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ მათში ბენეფიციართა სამართლებრივი დახმარების ვალდებულება არ არის განერილი, რის გამოც არ ხდება ზრუნვის სააგენტოს მიერ ბენეფიციართათვის სამართლებრივ მომსახურების უზრუნველყოფა. თუმცა აღსანიშნავია, რომ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 27-ე მუხლის თანახმად, „პანსიონატებში ან სოციალური დახმარების სხვა სტაციონარულ დაწესებულებებში შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთათვის შექმნილმა პირობებმა უნდა უზრუნველყოს მათი უფლებებისა და კანონიერი ინტერესების რეალიზაცია“.

## ლ. ბ.-ს საქმე

2012 წლის ივნისში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაწესებულებების მონიტორინგის ფარგლებში, დუშეთისა და მარტყოფის დაწესებულებებში ვიზიტის განმავლობაში ჯგუფმა მიიღო ინფორმაცია, რომლის თანახმადაც ბენეფიციარ ლ. ბ.-ს ესაჭიროებოდა სამართლებრივი დახმარება. კერძოდ, მას პრობლემა ჰქონდა სესხის ხელშეკრულებიდან გამომდინარე სასამართლო გადაწყვეტილების აღსრულებასთან დაკავშირებით. მას არ გააჩნდა საშუალება დაექირავებინა იურისტი, ხოლო ადმინისტრაციამ არ უზრუნველყო ის სამართლებრივი დაცვით.

საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისმა, დაუყოვნებლივ დაიწყო საქმის შესწავლა საკუთარი ინიციატივით<sup>28</sup> და ბენეფიციარისთვის სამართლებრივი დახმარების უზრუნველსაყოფად მიმართა სახელმწიფო ზრუნვისა<sup>29</sup> და სოციალური მომსახურების სააგენტოს<sup>30</sup>. 2012 წლის 16 აგვისტოს, სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს მიერ მოწოდებული პასუხიდან<sup>31</sup> ირკვევა, რომ სსიპ სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტო, საჭიროების შემთხვევაში, თავის კომპეტენციის ფარგლებში, დახმარებას უწევს ბენეფიციარებს თავიანთი უფლებების განხორციელებაში, თუმცა ლ. ბ.-ს საქმესთან დაკავშირებით „...ბენეფიციარებისთვის იურიდიული დახმარების განევა არ განეკუთვნება სააგენტოს კომპეტენციას; სააგენტომ ბენეფიციარებს მიაწოდა ინფორმაცია იმ დაწესებულებების შესახებ, რომლებიც ახორციელებენ მსგავს საკითხებზე უფასო იურიდიულ კონსულტაციას“.

გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა 2006 წლის კონვენციის მე-12 მუხლის მე-5 პუნქტი, სამართლებრივი დახმარების სახეების განმარტებაში მიუთითებს, რომ „წინამდებარე მუხლის დებულებათა დაცვით, სახელმწიფო მხარეებმა უნდა მიიღონ შესაბამისი ეფექტური ზომები, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების თანაბარი უფლებები ფლობდნენ ან მემკვიდრეობით მიიღონ საკუთრება, აკონტროლონ თავიანთი ფინანსური საკითხები და ჰქონდეთ თანაბარი ხელმისაწვდომობა საბანკო სესხებზე, გირავნობაზე და კრედიტის ფორმებზე...“ ლოგიკურია დავასკვნათ, რომ სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს მიერ აღნიშნული უფლების დაცვაზე პასუხისმგებლობის მოხსნა, წარმოადგენს, დაწესებულებაში განთავსებულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების სამართლებრივი დაცვის უფლების დარღვევას. ინფორმაციის მიწოდება უფასო იურიდიული კონსულტაციის გამცემ ორგანიზაციებზე კი წარმოადგენს არაეფექტურ ღონისძიებას, ვინაიდან აღნიშნულ პირებს ხშირად შეზღუდული აქვთ, როგორც საზოგადოებაში გადაადგილების (გარემოს არაადაპტირებულობის გამო), ისე ტელეფონით კომუნიკაციის შესაძლებლობა.

<sup>28</sup>საქმე №1364-12, 2012 წლის 31 ივლისი

<sup>29</sup>წერილი №3131/08-1/1364-12, 2012 წლის 3 აგვისტო.

<sup>30</sup>წერილი №3127/08-1/1364-12, 2012 წლის 3 აგვისტო.

<sup>31</sup>წერილი №08/854, 2012 წლის 16 აგვისტო.

## ნ.ნ.-ს საქმე

2012 წლის ივნისში, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაწესებულებების მონიტორინგის ფარგლებში, მონიტორინგის ჯგუფი იმყოფებოდა ერთ-ერთ დაწესებულებაში სადაც ჯგუფმა მიიღო ინფორმაცია, რომლის თანახმადაც დაწესებულების ბენეფიციარს ნ.ნ.-ს ესაჭიროება სამართლებრივი დახმარება. კერძოდ, მას სურს მეუღლესთან განქორწინება, რასაც ვერ ახერხებს შესაბამისი სამართლებრივი კონსულტაციისა და დახმარების უზრუნველყოფის გარეშე.

საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისმა დაუყოვნებლივ დაიწყო საქმის შესწავლა საკუთარი ინიციატივით<sup>32</sup> და ბენეფიციარისთვის სამართლებრივი დახმარების უზრუნველსაყოფად მიმართა სახელმწიფო ზრუნვისა<sup>33</sup> და სოციალური მომსახურების სააგენტოებს<sup>34</sup>. 2012 წლის 16 აგვისტოს, სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს მიერ მოწოდებული პასუხიდან<sup>35</sup> ირკვევა, რომ ნ.ნ.-ს აქვს განქორწინების და მისი მეუღლის სახელზე რიცხული სამოთახიანი ბინიდან წილის მიღების სურვილი. ბენეფიციარს აღნიშნულ საქმეზე ადრე ადვოკატიც ჰყავდა აყვანილი, თუმცა, ფინანსური პრობლემების გამო იგი აღარ ჰყავს. სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტომ წერილში კვლავ მიუთითა, რომ დასმულ საკითხებზე ბენეფიციარისთვის სამართლებრივი დახმარების განწევა, მისი კომპეტენცია არ არის. სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს პასუხიდან<sup>36</sup> კი ირკვევა, რომ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 1275-ე მუხლის მე-2 ნაწილის თანახმად, მეურვეობა/მზრუნველობა ნესდება იმ სრულწლოვანი პირის პირადი და ქონებრივი უფლებებისა და ინტერესების დასაცავად, რომელსაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, არ შეუძლია დამოუკიდებლად განახორციელოს თავისი უფლებები და შეასრულოს თავისი მოვალეობები. სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ აღნიშნულ მუხლზე რეფერირება, ცხადს ხდის, რომ ბენეფიციარისათვის სამართლებრივი დახმარება შესაძლებელია მხოლოდ მეურვის დანიშვნის შემთხვევაში, ქმედუუნაროდ აღიარების პირობით.

## ს.კ.-ს და ა.ბ.-ს საქმე

იმავე მონიტორინგის ფარგლებში მონიტორინგის ჯგუფი იმყოფებოდა მარტყოფის დაწესებულებაში, სადაც ჯგუფმა მიიღო ინფორმაცია, რომლის თანახმადაც დაწესებულების ბენეფიციარებს ს.კ.-ს და ა.ბ.-ს ჰყავთ არასრულწლოვანი შვილი, რომელიც ასევე ცხოვრობს სახელმწიფოს სხვა რეზიდენტულ დაწესებულებაში. სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ იგეგმებოდა ბენეფიციართათვის მშობლის უფლებების შეზღუდვა და ბავშვის მინდობით აღზრდის პრო-

<sup>32</sup>საქმე №1365-12, 2012 წლის 31 ივლისი

<sup>33</sup>წერილი №3130/08-1/1365-12, 2012 წლის 3 აგვისტო.

<sup>34</sup>წერილი №3128/08-1/1365-12, 2012 წლის 3 აგვისტო.

<sup>35</sup>წერილი №08/854, 2012 წლის 16 აგვისტო.

<sup>36</sup>წერილი 04/49728, 2012 წლის 16 აგვისტო.

გრამაში ჩართვა. აღნიშნულს ეწინააღმდეგებოდნენ მშობლები. მარტყოფის დაწესებულების ხელმძღვანელის განმარტებით, ბენეფიციარებმა თხოვნით მიმართეს სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს. მიუხედავად აღნიშნული თხოვნისა, სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტომ ვერ უზრუნველყო ბენეფიციარები საადვოკატო მომსახურებით (მიზეზის განმარტება სააგენტოს მიერ არ მომხდარა).

ყველა ზემოთ აღნიშნულ შემთხვევაში, სახელმწიფო ზრუნვისა და სოციალური მომსახურების სააგენტოების მხრიდან გაცხადებული იყო უარი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამართლებრივ დაცვაზე, რამაც ფაქტობრივად მათ შეზღუდათ მართლმსაჯულებაზე ხელმისაწვდომობა.

### **საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოსა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს:**

- უზრუნველყონ სახელმწიფო რეზიდენტულ დაწესებულებებში მცხოვრებ ბენეფიციართა უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვა ყველა დონეზე, მათ შორის, სასამართლოში, სრულფასოვანი სამართლებრივი კონსულტაციისა და სამართლებრივის დახმარების უზრუნველყოფის გზით.



### **პირადი და ოჯახური ცხოვრების პატივისცემა**

ოჯახის ერთიანობა დაცულია საერთაშორისო სამართლის ნორმით – უნივერსალური შეთანხმებით იმის თაობაზე, რომ ოჯახი, როგორც საზოგადოების ფუნდამენტური ერთეული, უნდა იყოს დაცული. სახელმწიფოს მიერ ოჯახის ერთიანობის დაცვა გულისხმობს „ოჯახის ერთად ცხოვრების უზრუნველყოფას, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მათი წევრები ერთმანეთს დააშორეს პოლიტიკური, ეკონომიკური თუ სხვა მსგავსი მიზეზით“<sup>37</sup>.

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების 2006 წლის კონვენციის თანახმად<sup>38</sup>, „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე არც ერთი პირი, მიუხედავად მისი საცხოვრებელი ადგილისა თუ პირობებისა, არ უნდა განიცდიდეს თვითნებურ და არაკანონიერ ჩარევას მის პირად ცხოვრებაში, ოჯახში, საცხოვრებელში, კორესპონდენციასა და სხვა სახის კომუნიკაციაში“.

სახალხო დამცველის 2010 წლის სპეციალურ ანგარიშში, რომელიც ეხებოდა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა დაწესებულებებში განხორციელებულ მონიტორინგს, ცალკე თავი დაეთმო სწორედ ბენეფიციართა პირადი და ოჯახური ცხოვრების დაცვისა და პატივისცემის უფლების საკითხს. აღნიშნულ

<sup>37</sup>გაეროს ადამიანის უფლებათა კომიტეტი, ზოგადი კომენტარი №19, სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების საერთაშორისო პაქტის 23-ე მუხლზე.

<sup>38</sup>გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების კონვენცია, 22-ე, 23-ე მუხლები.

ანგარიშში მოყვანილი იყო კონკრეტული შემთხვევები, როდესაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს ეზღუდებოდათ ეს უფლებები.

სამწუხაროდ უნდა აღინიშნოს, რომ 2012 წლის მონიტორინგის შედეგების მიხედვით, დაწესებულებებში მდგომარეობა აღნიშნული კუთხით გაუარესებულია.

ბენეფიციართა უმრავლესობას არ გააჩნიათ სივრცე, სადაც დაცული იქნება მათი პირადი ცხოვრების უფლება. ხშირ შემთხვევაში, ოთახებს, სადაც ისინი ცხოვრობენ, არა აქვს საკეტი. პირადი ცხოვრების პატივისცემასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით აღსანიშნავია 202-ე საჯარო სკოლის (პანსიონური მომსახურებით) ბენეფიციართა მდგომარეობა. აღნიშნული სკოლის მოსწავლეები და პანსიონატში მცხოვრები ბენეფიციარები მიეკუთვნებიან ბრმა და მცირედმხედველი ბავშვების კატეგორიას. სკოლას გააჩნია სასწავლო შენობა, რომელშიც ბენეფიციარები საგანმანათლებლო პროცესის დროს იმყოფებიან. ასევე, გააჩნიათ საცხოვრებელი ნაწილი, სადაც ისინი თავიანთი ცხოვრების მნიშვნელოვან ნაწილს ატარებენ და სადაც არის ფაქტობრივად მათი საცხოვრებელი. მონიტორინგის დროს, ჯგუფის წევრმა, ბენეფიციართა საცხოვრებელ ნაწილში, სადაც საძინებლები არის განლაგებული, დააფიქსირა სკოლის მანდატური. მანდატურთან გასაუბრების შედეგად აღმოჩნდა, რომ მანდატურის უფლებამოსილებას წარმოადგენს საზოგადოებრივი წესრიგის დამყარება როგორც სკოლაში, ასევე ბავშვთა საცხოვრებელ შენობაშიც. აღნიშნულ საკითხზე სკოლის ხელმძღვანელმა განმარტა, რომ მანდატურის უფლება-მოვალეობა ვრცელდება პანსიონატის საცხოვრებელ ბლოკზეც და მოიცავს საცხოვრებელ გარემოზე მათ მიერ ზედამხედველობას. თუმცა, ეს განმარტება ეწინააღმდეგება „ზოგადი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონის 483-ე მუხლით განსაზღვრულ საგანმანათლებლო დაწესებულების მანდატურის უფლებამოსილებებს; კერძოდ, ამავე მუხლის 1-ელი პუნქტის თანახმად მანდატურის უფლებამოსილებას წარმოადგენს „საგანმანათლებლო დაწესებულების შიდა და გარე პერიმეტრების კონტროლი“, რაც ბუნებრივია არ მოიაზრებს საცხოვრებლად განკუთვნილ, პირადი სივრცის კონტროლს.

სენაკის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვთა დაწესებულების ერთ-ერთი ვაჟი ბენეფიციარის განმარტებით, ის მუდმივად უხერხულად გრძნობს თავს დაწესებულებაში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც პირადი ჰიგიენის დაცვის მიზნით სთხოვს დახმარებას პერსონალს. უხერხულობას ქმნის ის ფაქტი, რომ მას დაბანაში ეხმარება მომვლელი ქალი. ბენეფიციარის განმარტებით, მას სურს დახმარება მამაკაცმა გაუწიოს, თუმცა იცის, რომ ამის შესაძლებლობა დაწესებულებაში არ არის, რადგან იქ არ მუშაობს მამაკაცი მომვლელი. ამიტომ მუდმივად უწევს აღნიშნული უხერხულობის განცდის ატანა.

თბილისის №200 საჯარო სკოლის (პანსიონური მომსახურებით) ბენეფიციარის განმარტებით, მას დაწესებულებაში ემოციური დამოკიდებულება აქვს ერთ-ერთ ვაჟთან. სურვილი აქვს ურთიერთობა იქონიოს მასთან, მაგრამ ვერ ბედავს ამის თქმას, რადგანაც სკოლის ადმინისტრაცია და მომუშავე პერსონალი მათ ეუბნებათ რომ ისინი დაძმები არიან და სიყვარული მათ შორის არ შეიძლება.

მარტყოფის პანსიონატში განთავსებული ბენეფიციარის განცხადებით მან



ძვერის პანსიონატში ყოფნის დროს, პირად ცხოვრებაში ჩარევის გამო „ხელები გადაიჭრა“: „დამლაგებელმა დ.ბ.-მ მკითხა ი.-ზე, რომელსაც მაშინ ჩუმად ვხვდებოდი და ჩემი ცოლი არ იყო ჯერ – „კარგი სექსი გქონდათო?““

## ნ.ბ.-ს საქმე

დუშეთის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატში განთავსებულია ქალბატონი ნ.ბ. მეუღლესთან ერთად. ქალბატონი ნ.-ს განმარტებით, მისი არასრულწლოვანი შვილი ცხოვრობს ზესტაფონის წმინდა ბარბარეს სახელობის პანსიონატში. დედას სურვილი აქვს შვილმა იცხოვროს მასთან ან, ალტერნატიულ შემთხვევაში, მოხდეს ბავშვის გადაყვანა თბილისის ჩვილ-ბავშვთა სახლში, ვინაიდან დუშეთიდან ზესტაფონამდე არსებული დიდი მანძილის გამო, დედა ვერ ახერხებს მცირეწლოვანთან ხშირ შეხვედრას. როგორც სააგენტოების წარმომადგენლებმა ზეპირ საუბარში განაცხადეს, მათ სერიოზული პრობლემები შეექმნათ ზესტაფონის წმინდა ბარბარეს სახელობის პანსიონატის უფროსს, რელიგიურ პირთან, რომელმაც უარი განაცხადა ბავშვის გადაცემაზე სახელმწიფო უწყებების წარმომადგენელთათვის. დედის კანონიერ მოთხოვნაზე ბავშვის გადაყვანასთან დაკავშირებით კი განაცხადა, რომ დედას „აქამდე არაფერი გაუკეთებია ბავშვისთვის“ და შესაბამისად, ბავშვის გადაცემას არ გეგმავდა.

საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისმა, საკუთარი ინიციატივით, 2012 წლის 19 ივლისს, წერილით<sup>39</sup> მიმართა სოციალური მომსახურების სააგენტოს და მოითხოვა არასრულწლოვანისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ქალის პირადი და ოჯახური ცხოვრების რეალიზაციის შესახებ ინფორმაცია. სააგენტოს პასუხის<sup>40</sup>, თანახმად, დაწყებულია მუშაობა ნ.ბ.-ს არასრულწლოვანი შვილის სახელმწიფო მზრუნველობაში განთავსების თაობაზე, თუმცა, მოცემულ ეტაპზე, თანამშრომლობა არ შედგა ზესტაფონის წმინდა ბარბარეს სახელობის პანსიონატის წარმომადგენლებთან.

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული პრობლემა უკვე მრავალი თვის განმავლობაში გრძელდება, სახელმწიფო უწყების წარმომადგენლები ვერ ახერხებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის პირადი და ოჯახური ცხოვრების უფლების დაცვას.

## მ.ა.-ს საქმე

მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პანსიონატში ცხოვრობს ქალბატონი მ.ა., რომელსაც ჰყავს მცირეწლოვანი შვილი. ბავშვი დაბადებიდან რამდენიმე დღის შემდგომ გადაყვანილ იქნა ზესტაფონის წმინდა ბარბარეს

<sup>39</sup>წერილი №2883/08-2/1247-12, 2012 წლის 19 ივლისი

<sup>40</sup>წერილი №04/46107, 2012 წლის 01 აგვისტო

სახელობის ობოლ და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სახლში. ქუთაისის პანსიონატში ცხოვრების პერიოდში მ.ა. შვილს თვეში ერთხელ ნახულობდა (მაშინ როდესაც ცხოვრობდა ქუთაისის ხანდაზმულთა პანსიონატში), როგორც კი ამის მატერიალური შესაძლებლობა (პენსიის სახით) მიეცემოდა. მას შემდეგ, რაც ქალბატონი საცხოვრებლად მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პანსიონატში გადავიდა, მისი კავშირი შვილთან თითქმის შეწყდა. მხოლოდ რამდენიმე თვეში ერთხელ დაწესებულების ხელმძღვანელის დახმარებით ახერხებს შვილის მონახულებას. მონიტორინგის დროს მ.ა.-მ აღნიშნა, რომ თითქმის ნახევარი წელია არ უნახავს შვილი. შესაბამისად, ფაქტობრივად კვლავ ადგილი აქვს ოჯახური ცხოვრების შეზღუდვას ბენეფიციარის მიმართ.

## ფ.-ს საქმე

მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა პანსიონატში ცხოვრობს ცოლ-ქმარი, რომელთაც ჰყავთ 7 წლის და 5 წლის არასრულწლოვანი შვილები. ბავშვები ცხოვრობენ ზესტაფონის წმინდა ბარბარეს სახელობის ობოლ და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სახლში. მშობლები რამდენიმე თვეში ერთხელ დაწესებულების ხელმძღვანელის დახმარებით ახერხებენ ხოლმე შვილის მონახულებას. მონიტორინგის დროს აღნიშნეს, რომ უკვე რამდენიმე თვეა არ უნახავთ შვილები.

ზემოთ აღნიშნული საქმეები ცხადყოფს, რომ სახელმწიფო რეზიდენტულ დაწესებულებებში მცხოვრებ ბენეფიციარებს პირადი და ოჯახური ცხოვრების პატივისცემისა და დაცვის უფლება ხშირ შემთხვევაში ეზღუდება.

მიუხედავად საქართველოს კონსტიტუციითა და საერთაშორისო სამართლით დადგენილი სტანდარტისა იმის შესახებ, რომ ყველას, მათ შორის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს, შვილთან ურთიერთობის და ოჯახური თანაცხოვრების თანაბარი უფლება აქვს, ზემოაღნიშნული დაწესებულებები, უმეტეს შემთხვევაში, ვერ უზრუნველყოფს ამ უფლების რეალიზაციას. დაწესებულებები ასევე ვერ უზრუნველყოფს ბენეფიციართა პატივისა და ღირსების, მათი პირადი ცხოვრების, ხელშეუხებლობის დაცვას.

## რეკომენდაცია:

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სახელმწიფო ბრუნვის სააგენტოსა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს:**

- განახორციელონ ბენეფიციართა პირადი ცხოვრების დაცვა და პატივისცემა, რათა არ მოხდეს მათ უფლებებში უკანონო ჩარევა;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაწესებულებებში, ბენეფიციართა ასაკის გათვალისწინებით, უზრუნველყონ სქესის ნიშნით მომვლელთა

**შერჩევა, იმისათვის რომ ბენეფიციართა უფლებები იყოს დაცული მათ მიმართ ყველა სახის ზრუნვის განხორციელებისას;**

- **უზრუნველყონ ბენეფიციართა პირადი ცხოვრების თავისუფლება და ხელი შეუწყონ მათ მაქსიმალურ ჩართულობას საკუთარი შვილების აღზრდის პროცესში;**
- **ბავშვების ჭეშმარიტი ინტერესიდან გამომდინარე, შეიქმნას სათანადო პირობები მშობლებისა და შვილების თანაცხოვრებისთვის;**
- **პატივი სცენ დაწესებულებებში მცხოვრებ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა/ ბავშვთა პირად გრძნობებს.**

## ■ რეაბილიტაცია და აბილიტაცია

გაერთიანებული ერების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების 2006 წლის კონვენციის 26-ე მუხლის თანახმად, „მონაწილე სახელმწიფოები იღებენ ეფექტურ და შესაბამის ზომებს, მათ შორის კოლეგიალური მხარდაჭერის გამოყენებითაც, რათა უზრუნველყონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის მაქსიმალური დამოუკიდებლობის, სრული ფიზიკური, მენტალური, სოციალური და პროფესიული შესაძლებლობების მიღწევისა და გამოყენების შესაძლებლობა. აღნიშნული მიზნით, მონაწილე სახელმწიფოები ორგანიზებას უკეთებენ, აძლიერებენ და განავრცობენ ყოვლისმომცველ სარეაბილიტაციო და სააბილიტაციო სამსახურებსა და პროგრამებს, კერძოდ – ჯანდაცვის, დასაქმების, განათლებისა და სოციალური მომსახურების სფეროში; იმგვარად, რომ აღნიშნული სამსახურები და პროგრამები განხორციელებულ იქნას მაქსიმალურად ადრეულ ეტაპზე და ეფუძნებოდეს ინდივიდის საჭიროებებისა და ძლიერი მხარეების მულტიდისციპლინურ შეფასებას“.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონმდებლობა უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სრულფასოვანი და ხარისხიანი რეაბილიტაციის სერვისებით უზრუნველყოფას, მიმდინარე მონიტორინგმა გამოავლინა, რომ აღნიშნული გარანტიები მნიშვნელოვნად დარღვეულია რეზიდენტულ დაწესებულებებში.

კერძოდ „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-13 მუხლის თანახმად „სახელმწიფო ორგანიზაციას უწევს და ხელს უწყობს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სამედიცინო, პროფესიული და რეაბილიტაციის სისტემის ჩამოყალიბებასა და განვითარებას, რაც წარმოადგენს ორგანიზმის დარღვეული ან დაკარგული ფუნქციების, თვითმომსახურების, სხვადასახვაგვარი პროფესიული საქმიანობის უნარის აღდგენისა



და კომპენსაციისთვის გამიზნულ ღონისძიებათა კომპლექსს, აგრეთვე საშუალებას აძლევს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს იცხოვრონ სრულფასოვნად და უზრუნველყონ თავიანთი უფლებებისა და პოტენციური შესაძლებლობების რეალიზაცია<sup>41</sup>, ამავე კანონის 27-ე მუხლის თანახმად კი უფრო ზუსტდება სახელმწიფოს როლი სახელმწიფო რეზიდენტულ დაწესებულებებში მყოფ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მიმართ: „სახელმწიფო საცხოვრებელი ფართობით უზრუნველყოფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს რეაბილიტაციის ინდივიდუალური პროგრამის შესაბამისად“.

მონიტორინგის განხორციელების დროს ცხადი გახდა, რომ დაწესებულებების თანამშრომლებისათვის ხშირად არათუ რეაბილიტაცია/აბილიტაციის კონკრეტული მეთოდი/პროცესი იყო უცხო, არამედ თავად რეაბილიტაციის ძირითადი არსი და მიზანი.

მსოფლიო ბანკისა და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის „შეზღუდული შესაძლებლობების შესახებ მსოფლიო ანგარიშის“ 2011 წლის გამოცემაში<sup>41</sup> შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეაბილიტაციის ცნებასთან დაკავშირებით განმარტებულია: „რეაბილიტაციის შედეგები აისახება იმ ცვლილებებსა და წარმატებებში, რომელსაც პირი აღწევს დროის გასვლის პარალელურად საზოგადოებაში გაუმჯობესებული ფუნქციონირებით და რაც დაკავშირებულია ერთ ან რამდენიმე რეაბილიტაციის ინდიკატორის მაჩვენებლებთან. ტრადიციულად, რეაბილიტაციის პროცესის წარმატების ინდიკატორად მიჩნეული იყო ინდივიდის ამა თუ იმ ორგანოს თუ ფუნქციის დაზიანების ხარისხის შემცირება. თუმცა, ბოლო პერიოდის სამეცნიერო მიღწევების შედეგად რეაბილიტაციის პროცესის შედეგების გაზომვა გულისხმობს ისეთი ინდიკატორების ცვლილებას, როგორცაა: ინდივიდუალური აქტივობების/საქმიანობების განხორციელება და მონაწილეობა (საზოგადოებრივ საქმიანობაში). ამ უკანასკნელთა გაუმჯობესება რეაბილიტაციის შედეგად აისახება: კომუნიკაციისა და სოციალური ურთიერთობების გაუმჯობესებაში, გადაადგილებისა და საკუთარი თავის მოვლის ხარისხის გაზრდაში, განათლებისა და დასაქმების განხორციელებაში, გაუმჯობესებულ ცხოვრების ხარისხში.“

რეაბილიტაციის შედეგების მიღწევის შესაძლებლობა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ზემოხსენებული პუბლიკაციის თანახმად, საჭიროებს რეაბილიტაციის მინიმალური პირობების და შესაძლებლობების უზრუნველყოფას:

- რეაბილიტაციის მედიცინა, რომელიც საჭიროებისამებრ მოიცავს რეაბილიტაციის დარგის ექიმებს, ფსიქიატრებს, პედიატრებს, გერიატრებს, დიეტოლოგებს, ორთოპედ-ქირურგებს ა.შ.
- რეაბილიტაციის თერაპიული მომსახურება: ფსიქოლოგი, ოკუპაციური თერაპია, ფიზიკური თერაპია, მეტყველების თერაპია, ართ-თერაპია, სოციალური თერაპია, ერგო-თერაპია ა.შ.
- დამხმარე ტექნოლოგიები: პროთეზები, ორთეზები, სმენის აპარატები, კომუნიკაციის დაფები, „თეთრი ჯოხი“, ბრაილის პრინტერები, გამადიდებელი საკითხავი ეკრანები ა.შ.

<sup>41</sup>[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf)

- რეაბილიტაციის მულტიდისციპლინარული გუნდები: სხვადასხვა რეაბილიტაციისა და მედიცინის დარგის მუშაკის მიერ კოორდინირებული შეფასების განხორციელება, რეაბილიტაციის (ინდივიდუალური და/ან ჯგუფური) ინტერვენციის გეგმის შედგენა, თერაპიული შედეგების ასახვა ბენეფიციარის უშუალო საცხოვრებელ/სამუშაო/სასწავლო გარემოში; ბენეფიციარის გაუმჯობესებული ცხოვრების ხარისხის მონიტორინგი.

რეაბილიტაციის მთელი პროცესის სწორედ წარმართვაში გადამწყვეტი როლი თავად პირის ინფორმირებული თანხმობა და მის მიერ მთლიანი პროცესის მართვაა, რომლის განხორციელებაც სამედიცინო პროფესიონალებთან თანასწორუფლებიანი და პარტნიორული ურთიერთობითაა შესაძლებელი.

რეაბილიტაციის ეფექტიანობის გაზომვის ძირითად საშუალებად კი ადეკვატურად შევსებული სარეაბილიტაციო დოკუმენტაცია და ბენეფიციარის მიერ გამოხატული კმაყოფილების ხარისხი წარმოადგენს.

სამწუხაროდ ფაქტობრივად არც ერთი ზემოხსენებული კრიტერიუმი დაცული არ იყო მონიტორინგის დროს მონახულებულ დაწესებულებებში. უმეტეს მათგანში საერთოდ არ მუშაობდა რომელიმე ზემოდასახელებული პროფესიონალი; ხოლო დოკუმენტაცია იმდენად დაბალი ხარისხით იყო ნაწარმოები, რომ შეუძლებელს ხდიდა რეალური შედეგების მონიტორინგს.

სპეციალიზებულ საჯარო სკოლებში ფსიქოლოგებისა და რეაბილიტაციის სხვა მუშაკების სერიოზული ნაკლებობა ფიქსირდება. ამაზე მეტყველებს ბავშვთა ინდივიდუალურ გეგმებში გაკეთებული მწირი ჩანიშვნები და რეაბილიტაციის არასრულფასოვანი პროგრამები.

№200 საჯარო სკოლაში დასაქმებულმა ფსიქოლოგმა განხორციელებული სარეაბილიტაციო მუშაობის შესახებ ძალიან მწირი დოკუმენტაცია წარმოადგინა.

დაწესებულებაში არ ხდება ფსიქოთერაპიული ინტერვენცია ბენეფიციარებთან მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოლოგს, მისივე გადმოცემით, აქვს ინფორმაცია ბავშვების მიერ გადატანილ ფსიქოტრავმებზე – ძირითადად ოჯახური ძალადობის შემთხვევებზე და სხვა არასათანადო მოპყრობაზე, რაც ბენეფიციარების ოჯახებში გაყვანის დროს ხდება.

ფსიქოლოგის მიერ მონოდებული ინფორმაციით, ბენეფიციარი „თ.მ. 2012 წლის 17 აპრილს სახლიდან დაწესებულებაში დაბრუნდა სახეზე „სინიაკით“, დედამ სცემა მანიკურის წასმის გამო,“ „2011 წლის 5 დეკემბერს, ს. მ. მოვიდა სახლიდან ნაცემი -სახესა და ფეხებზე სილურჯეები ჰქონდა, მ.კ.-ს სახლში ამუშავებენ, დაჰყავთ ტყეში და რალაცეებს აგროვებინებენ, პ.ფ.-ს სახლში სცემდა მამა,“. ფსიქოლოგის მიერ ადგილი აქვს ასევე შეუტყობინებლობას, ბავშვთა მიმართ ძალადობისა და უგულუბელყოფის საფუძვლიანი ეჭვის გაჩენის მიუხედავად.

რაც შეეხება დაწესებულებაში ბენეფიციარების მიმართ ძალადობასა და არასათანადო მოპყრობას, ფსიქოლოგს ამის შესახებ ინფორმაცია არ გააჩნია, შესაბამისად, მისი მხრიდან არ ხორციელდება შესაძლო არასათანადო მოპყრობის გამოვლენისაკენ მიმართული მუშაობა და აქედან გამომდინარე, არც ძალადობისა და უგულუბელყოფის პრევენცია.

№202 საჯარო სკოლის ფსიქოლოგის განცხადებით, დაწესებულებაში შიგნით არის ინფორმაციის გაცვლის პრობლემები; მისთვის არ არის ცნობილი ბავშვთა ფსიქიატრიული დიაგნოზები (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), არ არის დანერგული მულტიდისციპლინარული მიდგომა, მეტიც, არის კოორდინაციის ნაკლებობა თანამშრომელთა შორის: მასწავლებლები უგულებელყოფენ ფსიქოლოგის სამუშაოს; ფსიქოლოგის მოსაზრებით, განათლების სამინისტროს მულტიდისციპლინარული გუნდი ხშირად არასწორად აფასებს ბავშვს; მაგ. სკოლის მოსწავლე ვ. ჩ.-ს დასკვნაში ეწერა, რომ გამართულად მეტყველებს, სინამდვილეში ბავშვი საერთოდ ვერ მეტყველებს; ზოგიერთ ბავშვს უწერია „ტოტალური უსინათლობა“, თუმცა სინამდვილეში აქვთ მხედველობის გარკვეული პროცენტი.

ახალციხის №7 საჯარო სკოლაში ვიზიტისას მონიტორინგის ჯგუფის მიერ დაფიქსირდა, რომ დაწესებულებას სარეაბილიტაციო სამუშაოსთვის მატერი-ალურ-ტექნიკური ბაზა არ აქვს; არ გააჩნია საკმარისი ფსიქომეტრიული ტესტები, ბენეფიციარები ფსიქიატრიული კუთხით არ არიან დიაგნოსტირებულნი; ფსიქოლოგი ბენეფიციარებს აფასებს თავისი შეხედულებით; რამდენიმე ბავშვს აღენიშნება ქცევის დარღვევის სერიოზული ფორმები, რომელთაც მედიკამენტოზური მკურნალობა საერთოდ არ უტარდებათ; ფსიქოლოგის გადმოცემით, იგი ზოგიერთ ბენეფიციარს, ძლიერი ფსიქომოტორული აგზნების დროს, ფიზიკურად ბოჭავს, რაც მის ფუნქციაში არ შედის.

ქუთაისის №45-ე საჯარო სკოლაში ვიზიტისას დაფიქსირდა, რომ დაწესებულებაში ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას წარმოადგენს თანამშრომლების ბენეფიციარებთან კომუნიკაციის სირთულე იმის გამო, რომ მათ ყვესტების ენას არ ასწავლიდნენ. ფსიქოლოგი მხოლოდ პრობლემაზე პედაგოგის მომართვის შემთხვევაში ახდენს კონკრეტული ფსიქიკური ფუნქციის შეფასებას, თუმცა მან ვერ დაასახელა მეთოდოლოგია; ასევე ვერ წარმოადგინა დოკუმენტირებული მასალა. ქიათურის №12 საჯარო სკოლაში ფსიქოლოგი არ ჰყავთ.

## მულტიდისციპლინარული გუნდავის მუშაობა

სპეციალური სკოლების მონიტორინგის პროცესში, მონიტორინგის ჯგუფმა ინფორმაცია მიიღო განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მულტიდისციპლინარული გუნდის მუშაობის ხარვეზების შესახებ.

განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად<sup>42</sup>, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო 2009 წლიდან, ნორვეგიის განათლებისა და კვლევის სამინისტროსთან ერთად ახორციელებს პროექტს „ინკლუზიური განათლების განვითარება საქართველოს 10 მუნიციპალიტეტის საჯარო სკოლებში“. სწორედ აღნიშნული პროექტის ფარგლებში შეიქმნა მულტიდისციპლინარული გუნდები, რომლებიც ახორციელებენ მოსწავ-

<sup>42</sup>საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს 2012 წლის 10 აგვისტოს წერილი №990

ლის შეფასებას და ეხმარებიან მშობელს შეარჩიოს ბავშვისათვის შესაფერისი საგანმანათლებლო სივრცე.

განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ მონოდებული ინფორმაციის თანახმად, მულტიდისციპლინარული გუნდის საქმიანობა რეგულირდება საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის მიერ დამტკიცებული „ინკლუზიური სწავლების ხელშეწყობის პროგრამის“, „მულტიდისციპლინარული გუნდის დაფინანსების ქვეპროგრამის“ ფარგლებში.

აღსანიშნავია, რომ საქმიანობის მარეგულირებელ აღნიშნულ დოკუმენტში არ არის აღწერილი მულტიდისციპლინარული გუნდის საქმიანობის კონკრეტული დეტალები; თუმცა, ეს საქმიანობა ზოგადად აღწერილია განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ზემოხსენებულ კორესპონდენციაში, რომელიც თავის მხრივ, არ წარმოადგენს სამართლებრივ დოკუმენტს. შესაბამისად, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ აღნიშნული გუნდის საქმიანობის სამართლებრივი რეგულირება არ არის ფორმულირებული სამართლებრივ დოკუმენტში.

მონოდებულ კორესპონდენციაში აღწერილია მულტიდისციპლინარული გუნდის შეფასების საფუძველზე სპეციალური საგანმანათლებლო საჭიროების მქონე (რომელიც უმეტესად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირია) ბავშვის სპეციალურ სკოლაში ჩარიცხვის პროცედურა, რომელიც ზედმეტად ზოგადია და სუბიექტური ინტერპრეტაციის დიდ შესაძლებლობებს იძლევა. მაგალითად, დოკუმენტში გვხვდება ასეთი ჩანაწერი:

„სპეციალიზირებულ სკოლაში ჩასარიცხად მოსწავლეს უნდა აღენიშნებოდეს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი უნარის (სენსორული დეფიციტი, მეტყველება და სააზროვნო ოპერაციები, კომუნიკაციის უნარი, ფუნქციონალური უნარები) განვითარების ჩამორჩენა და ამ უნარების განვითარების დონე უნდა შეესაბამებოდეს DSM IV-ში აღწერილ საშუალო და მძიმე გონებრივი ჩამორჩენილობის კრიტერიუმებს.“

აღნიშნული დებულების ანალიზისას იკვეთება მრავალი ხარვეზი, რომლის პრაქტიკაში რეალიზებამ შესაძლოა მნიშვნელოვნად დაარღვიოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის საზოგადოებაში ცხოვრებისა და სოციალური ინტეგრაციის უფლება. კერძოდ, დებულება არ აკონკრეტებს „განვითარების ჩამორჩენის“ რა ხარისხზეა მითითება, რა ობიექტური ტესტებით იზომება ის; ასევე, DSM IV-ში აღწერილი ათეულობით დიაგნოზიდან, რომელზე და რა კრიტერიუმით ხდება რეფერირება.

ამასთან, საგულისხმოა ისიც, რომ DSM IV არის ამერიკული კლასიფიკატორი და ქართულ ფსიქიატრიაში ის არ გამოიყენება (მხოლოდ სამეცნიერო შრომებში), არამედ გამოიყენება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კლასიფიკაციური სისტემა – ICD – 10.

მონიტორინგის ჯგუფის ექსპერტებმა მულტიდისციპლინარული ჯგუფის საქმიანობის რეგულირების ხარვეზები პრაქტიკაშიც დააფიქსირეს. მაგალითად, №200 საჯარო სკოლაში მულტიდისციპლინარული გუნდის წევრისთვის დასმულ შეკითვაზე, თუ რა ობიექტურ კრიტერიუმს ეყრდნობოდა ბავშვის სპეციალურ სკოლაში – ინსტიტუციაში ჩარიცხვისას, მან განაცხადა, რომ მკვეთრად ჩამოყალიბებული კრიტერიუმები არ არსებობს. ის საკუთარი შეხედულებით წყვეტს აღნიშნულ საკითხს.

№203 სკოლის ადმინისტრაციის განცხადებით, აღნიშნულ სკოლაში (ყრუ და სმენადაქვეითებულებისათვის) ასევე, მულტიდისციპლინარული გუნდი ჩარიცხავს მოსწავლეებს, მაგრამ მათთვის არ არის ცნობილი თუ რა კრიტერიუმებით რიცხავენ. ამავე დროს, ადმინისტრაციის გადმოცემით, მულტიდისციპლინარულ გუნდში არ არსებობს სმენადაქვეითებულ ბავშვთა სპეციფიკის მცოდნე სპეციალისტი.

ჭიათურის №12 სკოლის ადმინისტრაციის განცხადებით, ისინი ხშირად არ ეთანხმებიან მულტიდისციპლინარული გუნდის გადაწყვეტილებას ბავშვის ჩარიცხვა/ამორიცხვასთან დაკავშირებით, თუმცა აღნიშნულთან დაკავშირებით განსხვავებული აზრის გამოხატვა ინვეს კონფლიქტურ სიტუაციას და მათ ემუქრებიან სკოლის დახურვით.

განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს წერილით დასტურდება ისიც, რომ 2012 წელს მიმდინარეობს შეფასების 3 საერთაშორისო ინსტრუმენტის (ტესტის) სტანდარტიზაცია გამოცდების ეროვნული ცენტრის მიერ, შესაბამისად, მონიტორინგის მომენტში (2012 წლის ივნისი) მულტიდისციპლინარული გუნდის წევრები არ იყენებდნენ შეფასების ობიექტურ ტესტებს, ბავშვის სპეციალურ სკოლაში ჩარიცხვის/ინსტიტუციონალიზაციისთვის.

დაფიქსირდა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც ბავშვების მოთავსება სპეციალურ სკოლებში არ გამომდინარეობდა მათი საგანმანათლებლო საჭიროებებიდან.

## ლ.ხ.-სა და ნ.ი.-ს შემთხვევა

ორივე მოსწავლე 2007 წლიდან ირიცხება ქუთაისის №45 საჯარო სკოლაში (ყოფილი სპეციალური სკოლა ყრუ და სმენადაქვეითებული ბავშვებისათვის). სკოლის დირექტორი განმარტებით ბარათში მიუთითებს, რომ 2007 წელს ამ ბავშვების ჩარიცხვა ყრუ და სმენადაქვეითებულთა სკოლაში მოხდა იმ მიზეზით, რომ ქუთაისში სხვა სერვისი არ არსებობდა.

მულტიდისციპლინარული გუნდის შეფასებით ნ.ი.-ს სმენის დაქვეითება **საერთოდ არ აღნიშნება**. აუდიოგრამის საფუძველზე, მულტიდისციპლინარული გუნდის რეკომენდაციით, იგი არ შეიძლება იყოს №45 საჯარო სკოლის კონტინგენტი, თუმცა, ვინაიდან დედა კატეგორიულ უარს აცხადებს სხვა სკოლაში გადაყვანაზე, საკითხი დღემდე გადაუჭრელია.

მულტიდისციპლინარული გუნდის შეფასებით, ლ.ხ.-ს არ აქვს №45 სკოლაში სწავლის საჭიროება, თუმცა ვინაიდან, ბავშვის დედა წინააღმდეგია საჯარო სკოლაში გადაყვანისა, მოსწავლეს რეკომენდაცია ეძლევა განაგრძოს სწავლა №45 სკოლაში.

სამწუხაროდ, არც მულტიდისციპლინარული გუნდისა და არც სოციალური მომსახურების სააგენტოს მხრიდან არ დაწყებულა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე მშობლის მხრიდან ბავშვის საუკეთესო ინტერესისა და საგანმანათლებლო საჭიროების უგულბელყოფის შესაძლო ფაქტის მოკვლევა. ამის საპირისპიროდ, მონიტორინგის ჯგუფმა სპეციალურ სკოლებში უმეტეს შემთხვევებში დააფიქსირა ბავშვის ინტერესის დარღვევის პასუხისმგებლობის სრულად მშობელზე გადატა-



ნის ტენდენცია. მაგალითად, პერსონალის გადმოცემით, №203 საჯარო სკოლის ბენეფიციარ თ.ხ.-ს მშობელი უკრძალავს სახლში ჟესტების ენის გამოყენებას, ასევე სკოლაში სხვა სმენადაქვეითებულ ბავშვებთან ურთიერთობას, რომლებიც იყენებენ ჟესტების ენას. მიუხედავად იმისა, რომ – პროფესიონალების შეფასებით – აღნიშნული წარმოადგენს ბავშვის ქვეყნის ინტერესის დარღვევას, თანამშრომლების მიერ რაიმე ქმედითი ზომა ამ მხრივ არ გატარებულა. №203 სკოლის პერსონალის თანახმად, ბოლო 5 წლის მანძილზე ვერც ერთმა სმენადაქვეითებულმა აბიტიურიენტმა, ვერ გადალახა ეროვნული მისაღები გამოცდები, რომლის მნიშვნელოვანი მიზეზიც, მათი აზრით, ჟესტების ენის დაუფლების დაგვიანებაა და ამის საფუძველზე განვითარებული აკადემიური ჩამორჩენაა.

ზემოხსენებული ინფორმაცია და განხილული შემთხვევები მიუთითებს სპეციალურ სკოლებში არსებული რეაბილიტაცია/აბილიტაციის პროგრამების მნიშვნელოვან ხარვეზებზე, ასევე – მულტიდისციპლინარული გუნდის მუშაობის პროცესში არსებულ პრობლემებზე -რომელიც შესაძლოა გახდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის დაუსაბუთებელი ინსტიტუციონალიზაციის მიზეზი.

კოჯრის შშმ ბავშვთა სახლის ფსიქოლოგისთვის, აღნიშნული დაწესებულება პირველი სამუშაო გამოცდილებაა, საგანმანათლებლო დაწესებულების დამთავრების შემდეგ. შესაბამისად, მისთვის სუპერვიზიის გარეშე, სპეციალური საჭიროებების მქონე ბავშვებთან მუშაობა განსაკუთრებით რთული გამოწვევაა. დაწესებულებაში მულტიდისციპლინური ჯგუფი არ არსებობს, ამიტომ სხვადასხვა დარგის სპეციალისტებს შორის არის დისკოორდინაცია, ბავშვების ინდივიდუალური განვითარების გეგმები არასრულყოფილია, ფსიქოლოგის ჩანაწერები ძალზე მწირია.

დაწესებულებებში რესურსის ნაკლებობის გამო, გავრცელებული პრაქტიკაა, არასამთავრობო ორგანიზაციების მხრიდან გარკვეული სერვისების შეთავაზება – საფასურის გარეშე. თუმცა, როგორც მონიტორინგის ჯგუფმა დააფიქსირა, აღნიშნული პრაქტიკა შესაძლოა წარმოადგენდეს უხარისხო სერვისის განევის საფრთხეს და შესაბამისად არღვევდეს ბენეფიციარის უფლებებს.

## დ.ი.-ს შემთხვევა

კოჯრის შშმ ბავშვთა სახლში მონიტორინგის მსვლელობისას დაფიქსირდა ერთ-ერთი არასამთავრობო ორგანიზაციის მოვლენილი ფიზიკური თერაპევტის მიერ 9 წლის დ.ი.-სთვის მასაჟის პროცედურის გაკეთება. (ბავშვს აღენიშნება მძიმე გონებრივი ჩამორჩენა, ვენტრიკულოპერიტონული შუნტირება, ბავშვთა ცერებრული დამბლა, მარჯვენამხრივი ჰემიპარეზი, ეპილეფსიური სინდრომი). მონიტორების კითხვაზე, თუ რა დიაგნოზი ჰქონდა ბავშვს, ფიზიკურმა თერაპევტმა პასუხი ვერ გასცა. მისთვის ასევე არ იყო ცნობილი ფიზიკური თერაპიის პროცესისათვის ისეთი მნიშვნელოვანი დეტალები როგორიცაა: პარეზის მხარე, კუნთთა ტონუსის მდგომარეობა, ბავშვის ფუნქციური სტატუსი ა.შ. სპეციალისტმა ასევე

ვერ დაასახელა ფიზიკური რეაბილიტაციის მეთოდი, რომელსაც იყენებდა. პრევენციულმა ჯგუფმა ადგილზე გადაამოწმა დ.ი.-ს სრული სამედიცინო დოკუმენტაცია; როგორც აღმოჩნდა, ყველა აუცილებელი ინფორმაცია მისი სამედიცინო მდგომარეობის შესახებ სამედიცინო ფაილში იყო მოცემული. აღნიშნულმა შემთხვევამ წარმოშვა საფუძვლიანი ეჭვი, რომ სპეციალისტი არ გაცნობია დ.ი.-ს მდგომარეობას თერაპიული ინტერვენციის დაწყებამდე, რასაც შეეძლო გამოწვევა ბავშვის ჯანმრთელობის შესაძლო დაზიანება.

მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატში ფსიქოლოგი ბენეფიციარებთან ძირითადად მიმართავს შემდეგ აქტივობებს: ლექსის სწავლა, ქსოვა-ქარგვა, მაგიდის თამაშები, ხატვა, ბურთით თამაში და ა.შ. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული აქტივობები შესაძლოა ზოგადად სასარგებლო იყოს ბენეფიციართა თავისუფალი დროის დაგეგმვისათვის, ისინი არ წარმოადგენს ფსიქოლოგის ტიპური მუშაობის ერთადერთ გამოვლინებას აღნიშნული ტიპის დაწესებულებებში. დაწესებულების ფსიქოლოგის თანახმად, ბენეფიციართა დიდ რაოდენობას ქცევის იმდენად მძიმე დარღვევა აღნიშნება, რომ იგი მათთან მუშაობას საერთოდ ვერ ახორციელებს. აღნიშნული ფსიქოლოგისთვისაც მარტყოფის შშმ პირთა დაწესებულება პირველი პროფესიული გამოცდილებაა ამ კუთხით.

მონიტორინგის მსვლელობისას დადგინდა, რომ თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში ერთი თვეც არაა რაც მუშაობს ფსიქოლოგი. მისი განცხადებით, დაწესებულებაში არ ხორციელდება ბავშვთა აბილიტაციის პროგრამები. არ არის შექმნილი მულტიდისციპლინური ჯგუფი, არ არის კოორდინირებული მუშაობა დაწესებულების თანამშრომლებს შორის. ფსიქოლოგმა ვერ წარმოადგინა საკუთარი მუშაობის ამსახველი დოკუმენტაცია.

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრსა და სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს:**

- უზრუნველყოფილ იქნას ყველა დაწესებულებაში სამედიცინო და ფსიქოლოგიური დიაგნოსტიკისა და რეაბილიტაციის პროგრამის მულტიდისციპლინარული გუნდური მიდგომის დანერგვა და ხელშეწყობა, მათ შორის, შესაბამისი ფინანსური და ადამიანური რესურსის გამოყოფით;
- მოხდეს ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისა და მულტიდისციპლინარული გუნდების მუშაობის რეგულირების ხარვეზების გასწორება;
- მოხდეს დაწესებულების რეაბილიტაციის სპეციალისტთა შესაბამისი ტრენინგებისა და საგანმანათლებლო კურსების ჩატარებით გადამზადება;
- ყველა დაწესებულებას დაევალოს ბენეფიციართა რეაბილიტაცია/აბილიტაციის ინდივიდუალური გეგმების შემუშავება და ჯეროვანი შესრულება.

## პერსონალის უფლებების დაცვა

საქართველოს სახალხო დამცველი, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ყველა იმ ანგარიშში, რომელიც ეხება სოციალურ სახლებს, განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს დაწესებულებებში მზრუნველობაზე პასუხისმგებელი პერსონალის შრომითი უფლებების დაცვას. ჯერ კიდევ 2010 წლის მონიტორინგმა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სახლებში გამოავლინა მრავალი პრობლემა, რომელიც ხელს უშლიდა პერსონალს თავისი ვალდებულებების ეფექტურად შესრულებაში. მათ შორის იყო: არასათანადო სამუშაო პირობები, შრომის ანაზღაურების სიმცირე, კომპეტენციის ამაღლების საჭიროება.

პრობლემები პერსონალის უფლებების დაცვის კუთხით კვლავ აქტუალურია 2012 წლის მონიტორინგის შედეგების მიხედვით. პერსონალის შეუსაბამოდ მცირე რაოდენობა წარმოადგენს ძირითად ხარვეზს, რომელიც არა მხოლოდ ბენეფიციარებზე ზრუნვის განხორციელებას, არამედ შესაძლოა მათ უსაფრთხოებას უქმნიდეს საფრთხეს.

## უსაფრთხოების საკითხი მარტყოფის პანსიონატში

მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაწესებულებაში სადაც 65 ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ბენეფიციარია (საშუალო, ღრმა და მძიმე გონებრივი ჩამორჩენა) მხოლოდ 13 მზრუნველი და 4 დამხმარე პერსონალია. თუმცა ცვლაში 65 ბენეფიციარის მომვლელად ერთდროულად მხოლოდ 3 მზრუნველი ქალი რჩება (1 მამაკაცი-მზრუნველი აკონტროლებს ეზოს ტერიტორიას, რათა ბენეფიციარი უმეთაღყურეოდ გარეთ არ გავიდეს.) ლამის განმავლობაში, 4 სართულიანი პანსიონატის შენობაში, თითო სართულზე მხოლოდ თითო მომვლელი რჩება. როდესაც ბენეფიციარებს აქვთ ფსიქიკური აგზნების ეპიზოდები, ერთი მომვლელი ქალი ხშირად ვერ უმკლავდება მათ გამომწვევ ქცევას და ფსიქიატრის ჩარევამდე ადგილი აქვს სხვა ბენეფიციარებისა და პერსონალის მიმართ ფიზიკურ ძალადობას.

2012 წლის 23 ივნისს, საქართველოს სახალხო დამცველის რწმუნებულისადმი მიცემულ ახსნა-განმარტებაში, რომელსაც მარტყოფის პანსიონატის პერსონალის 6 წარმომადგენელი აწერს ხელს, ვკითხულობთ:

„აპრილის თვეში ლ.ს.-ს მ.ლ.-მ თავში ძლიერად ჩაარტყა, მაისის თვეში ორჯერ უკბინა და თავში ჩაარტყა... ს.გ. და მ.გ.-მ ძლიერად ჩაარტყა ნიხლი...“ მიმდინარე წელს ლ.ფ.-მ (მზრუნველმა) მიიღო ტვინის შერყევა ერთ-ერთი ასეთი ინციდენტისას, რის გამოც საჭირო გახდა კლინიკური ჩარევა. „დ.ჭ.-ს ნ.თ.-მ ჩაარტყა ნიხლები და კაბაც მთლიანად შემოახია... პანსიონატში მცხოვრები ბენეფიციარები



ერთმანეთის მიმართ არიან აგრესიულები. ნ.თ.-ს ხელში რაც მოხვდება და ვინც მოხვდება ყველაფერს ისვრის. ლ.მ. ცდილობს დაიმორჩილოს თავისზე სუსტი ბენეფიციარი და ჰქონდა სხვისი (ბენეფიციარი ქ.მ.) დახრჩობის მცდელობა. რ.ა. აგრესიულია, ცდილობს ფანჯრიდან გადახტომას, თავს ურტყამს საწოლს. ნ.თ. ამტვრევს კარებს და ურტყამს (ესვრის სკამს) სხვა ბენეფიციარებს“... პერსონალის გადმოცემით, როდესაც მათი პასუხისმგებლობის ქვეშ მყოფ სართულზე იწყება ბენეფიციარების მიერ ერთმანეთის მიმართ განხორციელებული ფიზიკური აგრესია, ამ სართულზე მყოფი მომვლელი ხმამაღალი ყვირლით ითხოვს დახმარებას (რადგან სხვა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის კომუნიკაცია, მაგ, ლილაკი არ არსებობს) და დანარჩენი 2 მომვლელი ტოვებს საკუთარ სართულს და მიდის მესამე მომვლელის დასახმარებლად. სწორედ ამ მომენტში, უყურადღებოდ დარჩენილ სართულზე არსებული ბენეფიციარები ხდებიან ძალადობის მსხვერპლი. 3 მომვლელი ქმნის ე.წ. „უსაფრთხოების კორიდორს“ რათა საკვები მიანოდონ იმ ბენეფიციარებს, რომლებიც დამოუკიდებლად ვერ ახერხებენ ოთახებიდან გამოსვლას და დაიცვან ისინი ქცევის დარღვევის მქონე ბენეფიციარების მხრიდან საკვების წართმევისა და ფიზიკური დაზიანებისგან. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებას ჰყავს ფსიქიატრი, აღწერილი სიტუაციიდან ცხადად ჩანს, რომ იგი ვერ ახერხებს ბენეფიციართა ფიზიკური ხელშეუხებლობისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფას. პერსონალის გადმოცემით, რამდენიმე დღის წინ „ღამით მ-ს ჰქონდა შეტევა, ექთანმა გაუკეთა დამამშვიდებელი, მაგრამ არ უშველა და ყველას გვირტყა. სანამ ძალიან არ აიგზნება (სასწრაფოს) არ გადაჰყავს...“.

ფსიქოლოგის გადმოცემით (რომლისთვისაც აღნიშნული დაწესებულება პირველი სამსახურია და მანამდე შეზღუდულ შესაძლებლობის მქონე პირებთან შეხება არ ჰქონია, არ ჰქონია არც საგანმანათლებლო პრაქტიკა რაიმე ტიპის პანსიონში ან ფსიქიატრიული პროფილის დაწესებულებაში) იგი საერთოდ ვერ ახერხებს „აგრესიულ ბენეფიციარებთან“ მუშაობას. შესაბამისად, რჩება 3 მომვლელი, რომლებიც საკუთარ მოხსენებით-ბარათში აღნიშნავენ, რომ შესაძლოა ამ სიტუაციის შენარჩუნების შემთხვევაში ადგილი ჰქონდეს მათი და/ან ბენეფიციარების სხეულის სერიოზულ დაზიანებს და სიცოცხლის მოსპობის საფრთხეს.

აღნიშნულ ფაქტზე ინფორმაციის მიღებისთანავე, საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისმა 2012 წლის 27 ივნისს დაიწყო საქმის<sup>43</sup> შესწავლა საკუთარი ინიციატივით. სახალხო დამცველის კორესპონდენციაზე<sup>44</sup>, რომელიც ეხებოდა ბენეფიციარებისა და პერსონალის თანაფარდობას, ასევე უსაფრთხოების საკითხებს, სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს წერილით<sup>45</sup> მიღებულ იქნა შემდეგი ინფორმაცია:

„...გაცნობებთ, რომ თქვენს წერილში დასმული საკითხი კანონმდებლობით არ რეგულირდება... დღეის მდგომარეობით ერთ მომვლელზე განსაზღვრულია ცხრა ბენეფიციარი. ასევე გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ სსიპ სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს დაქვემდებარებაში მყოფ შშმპ დაწესებულებებში, მომვ-

<sup>43</sup>საქმე №1249-12, 2012 წლის 16 ივნისი.

<sup>44</sup>წერილი №2941/08-2/1249-12, 2012 წლის 24 ივნისი

<sup>45</sup>წერილი 08/812, 2012 წლის 03 აგვისტო.

ლელეტან ერთად შშმ ბენეფიციარებს მომსახურებას უწევს ექიმი ფსიქიატრი, ექიმი თერაპევტი, შრომა თერაპიის ინსტრუქტორი, ფსიქოლოგი და უფროსი ექთანნი.“

მარტივი ლოგიკური ანაზღიზის გზით ნათელი ხდება სააგენტოს წერილში არსებული უზუსტობა: ღამის საათებში, როდესაც, პერსონალის გადმოცემით ყველაზე დიდია რისკი ბენეფიციართა ჯანმრთელობის დაზიანებისა და უსაფრთხოების წესების დარღვევის, დაწესებულებაში არ იმყოფება არც ერთი ზემოთ ჩამოთვლილი პერსონალის წევრი (3 მომვლელის და 1 ექთნის გარდა). შესაბამისად, ერთ მომვლელზე ბენეფიციართა პროპორცია შეადგენს არა 9 არამედ 21 ბენეფიციარს. აღსანიშნავია, რომ იგივე მომვლელები რეცხავენ და აუთოვებენ ბენეფიციართა ტანსაცმელს, ხელით კვებავენ და აცმევენ ბენეფიციარებს, ალაგებენ კარადებს.

აღნიშნული ფაქტები აშკარად მიანიშნებს მარტყოფის პანსიონატის მომვლელთა და ბენეფიციართა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის მიმართ არსებულ რისკებზე, ასევე ნათელს ხდის, რომ პერსონალი დღევანდელი მდგომარეობით იმყოფება პროფესიული გადაწვის რისკის ქვეშ და მათი მხრიდან ხარისხიანი მოვლის უზრუნველყოფის მოლოდინი ვერ გვექნება, განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც მათი ანაზღაურება შეადგენს 400 ლარს (ხელზე ასაღები) და ყოველ მე-3 დღეს ისინი ცვლაში ღამეს ათენებენ.



## პერსონალის მიერ სამედიცინო დაზღვევის არქონა

პერსონალის გადმოცემით, მათ, ბენეფიციარებისგან განსხვავებით არ აქვთ სამსახურის მიერ უზრუნველყოფილი სამედიცინო დაზღვევა, მიყენებული ტრავმების სამკურნალოდ.

პერსონალის სამედიცინო დაზღვევის არარსებობის პრობლემა დგას ასევე იმ დაწესებულებებში, სადაც პერსონალი, ბენეფიციართა ზრუნვის დაუზღვევა-ვი სისტემის გამო ხშირად იღებენ ფიზიკურ ტრავმებს. დუშეთის პანსიონატის მომვლელთა უმეტესობა აღნიშნავს, რომ მათთვის ყველაზე რთული მძიმეონიანი (100 კილოგრამზე მეტი) ბენეფიციარების მოვლა და მათთვის მობილობის უზრუნველყოფაა. მათი გადმოცემით, ხშირად 3 მომვლელ ქალს ერთად უწევთ ბენეფიციარის გადაყვანა (ტრანსფერი) სანოლიდან-ეტლში, ეტლიდან-აბაზანაში, რა დროსაც მათი უმრავლესობა იღებს ხერხემლის მნიშვნელოვან ტრავმას. „ცვლიდან ცვლამდე ფაქტიურად ხერხემლის პრობლემის მკურნალობას მიაქვს“ – აღნიშნავენ ისინი. საკითხი კიდევ უფრო სერიოზულად დგება, თუ შევნიშნავთ, რომ ევროპის მრავალ ქვეყანაში მსგავს დაწესებულებებში ბენეფიციართა ხელით აწევა და გადაყვანა აკრძალულია კანონმდებლობით თავად ბენეფიციართა უსაფრთხოების დარღვევის მომეტებული რისკიდან გამომდინარე, ვინაიდან პერსონალი რომელსაც თავად აღნიშნება ხერხემლის პრობლემა, დიდი ალბათობით ვერ მოახერხებს ბენეფიციარის უსაფრთხოდ გადაყვანას, რაც შეიძლება ფატალური შედეგით დასრულდეს.

## საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს:

- უზრუნველყოს დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის უფლებების დაცვა, მათ შორის, პერსონალის ადეკვატური რაოდენობის უზრუნველყოფა მარტყოფის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაწესებულებაში, რათა გადაიჭრას აღნიშნული პრობლემიდან გამომდინარე უსაფრთხოების დაცვის საკითხები;
- უზრუნველყოს პერსონალის პროფესიული გადამზრვის პრევენცია და ჯანმრთელობის დაცვის რეგულაციის შემოღება, რითიც აგრეთვე გაიზრდება ბენეფიციართა ჯანმრთელობის დაცვისა და ზრუნვის უზრუნველყოფის ხარისხი.



### ოჯახში ძალადობა მშობლების ზრუნვის მოკლებული ბავშვების მიმართ

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვთა უფლებების კონვენციის 37-ე მუხლის თანახმად, კონვენციის მონაწილე სახელმწიფოები უზრუნველყოფენ, რომ „არცერთი ბავშვი არ იყოს წამების, საერთოდ სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან სასჯელის მსხვერპლი“. კონვენციის მე-19 მუხლი კი განმარტავს, რომ სახელმწიფოს ვალდებულებაა, დაიცვას ბავშვები „ყველანაირი ფორმის ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური ძალადობისგან, შეურაცხყოფისა თუ ბოროტად გამოყენებისგან, მზრუნველობის მოკლებისა თუ დაუდევარი მოპყრობისგან, უხეში მოქცევისა თუ ექსპლუატაციისგან“. ამგვარად ბავშვთა უფლებების კონვენციის ეს ორი ნორმა განსაზღვრავს სახელმწიფო ვალდებულებების პარამეტრებს ბავშვთა ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობისგან დაცვის თვალსაზრისით და გამომდინარეობს ბავშვის კანონიერი ინტერესებისა და უფლებების დაცვის საჭიროებებიდან.

სახელმწიფო ზრუნვის ქვეშ მყოფი ბავშვების მიმართ შესაბამისია როგორც ბავშვთა უფლებების კონვენციის მე-19 მუხლით (ბავშვთა დაცვა ძალადობისგან), ისე 37-ე მუხლით (ბავშვთა დაცვა წამებისა და არასათანადო მოპყრობისაგან) გარანტირებული უფლების დაცვა, ვინაიდან ამ შემთხვევაში სწორედ სახელმწიფო იღებს საკუთარ თავზე ბავშვზე ზრუნვის განხორციელებას მშობლის ნაცვლად.

ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის რეფერირების პროცედურების თანახმად<sup>46</sup>, სკოლების და ბავშვთა სპეციალიზებული დაწესებულებების უფლებამოსილება ამ პროცედურების ფარგლებში არის ბავშვზე ძალადობის ექვის გაჩენის შემთხ-

<sup>46</sup>საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრისა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის ერთობლივი ბრძანება №152/ნ – №496 – №45/ნ 2010 წლის 31 მაისი ქ. თბილისი; მ.4(4);

ვევაში ადგილზე შემთხვევის შესწავლა და ანალიზი და საჭიროების შემთხვევაში პოლიციისა თუ სოციალური მომსახურების სააგენტოსთვის ამ შემთხვევების შესახებ შეტყობინება; ასევე, სააგენტოსთან თანამშრომლობით ძალადობის მსხვერპლი ბავშვის მდგომარეობაზე ზედამხედველობა.

რეზიდენტულ დაწესებულებებში მცხოვრებ ბავშვთა მიმართ ოჯახში განხორციელებულ ძალადობაზე საუბრობს თითქმის ყველა სააღმზრდელო დაწესებულების პერსონალი. მაგალითად, №200 საჯარო სკოლის დაწესებულების ფსიქოლოგის თანახმად, მას მასწავლებლები აწვდიან ინფორმაციას იმის თაობაზე, რომ ზოგიერთი მშობელი სცემს ბავშვს. ფსიქოლოგი თავადაც შესწრებია მშობლის მიერ ფიზიკური ძალადობის ფაქტს ბავშვის მიმართ პანსიონატში ვიზიტის დროს. კითხვაზე თუ რა განახორციელა სკოლამ არასრულწლოვნის ოჯახში ძალადობისაგან დაცვისათვის, პასუხი იყო, რომ სკოლას რეფერალის შესახებ ინფორმაცია არ აქვს.

დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალის ინფორმაციით, ბავშვები არ საუბრობენ ძალადობაზე, მაგრამ ამბობენ ხოლმე, რომ სახლში ნასვლა არ სურთ.

„ნ.კ. ალბათ ვერ მოთოკა ბებიამ და სცემა, ბავშვი ცელქია. ბავშვები ხელს იფარებენ თავზე, როცა მათ უახლოვდება მასწავლებელი. ალბათ იმიტომ რომ სახლში სცემენ. ის ბავშვი რომელიც ბებიამ სკოლის ეზოში სცემა არის მცირედ-მხედველი“ – განაცხადა ფსიქოლოგმა.

ქუთაისის №45 საჯარო სკოლის ექიმის განმარტებით: „მომხდარა ისე, რომ ბავშვი მოუყვანია მშობელს მცირედი დაზიანებებით, მაგრამ მშობელმა გვითხრა რომ თამაშის დროს მიიღო ეს დაზიანებები, შესაბამისად არაფერი არ გადაგვიმონმბებია. გვჯერა რომ ესე იყო. თუ მნიშვნელოვნად დაზიანდება ბავშვი მაშინ შევატყობინებთ ვინმეს...“.

აღნიშნული საკითხი მეტად პრობლემატურია განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ქვემდებარეობაში მყოფ საჯარო სკოლებში (პანსიონური მომსახურებით), ვინაიდან მონიტორინგის ჯგუფმა სწორედ ამ დაწესებულებებში მიიღო დიდი რაოდენობით ინფორმაცია ბავშვების მიმართ ოჯახში ძალადობის სავარაუდო ფაქტებზე.

შესწავლილი პრაქტიკიდან იკვეთება, რომ სკოლის პერსონალისთვის, მართლაც უცნობი იყო ბავშვთა რეფერელური მექანიზმის ფარგლებში მის მიმართ არსებული შეტყობინების ვალდებულება; კერძოდ, „ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრისა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის ერთობლივი ბრძანების №152/ნ-49-45/ნ მე-6 მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად: „სკოლების, სამედიცინო და ბავშვთა სპეციალიზებული დაწესებულებების ადმინისტრაცია და სოფლის ექიმები ვალდებული არიან ბავშვზე ძალადობის ეჭვის გაჩენის შემთხვევაში ადგილზე მოახდინონ ბავშვის ძალადობასთან დაკავშირებული გადაუდებელი მდგომარეობისა და ბავშვზე განხორციელებული ძალადობის საფუძვლიანი ეჭვის იდენტიფიკაცია და აწარმოონ შემთხვევის მართვა ბავშვთა

დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურებით განსაზღვრული კომპეტენციების ფარგლებში“. ამავე ბრძანების მე-6 მუხლის მე-3 პუნქტის თანახმად, ბავშვზე ძალადობის ეჭვის წყარო შეიძლება იყოს:

„ა) ბავშვზე სხეულის დაზიანებების ნიშნების არსებობა (სილურჯეები, ახალი ქრილობები, ახალი ნაკანრები, ახალი იარები, გაძნელებული სიარული, შეშუპებული სხეულის ნაწილები, მოტეხილობები);

ბ) ბავშვის საეჭვო ქცევა (ბავშვი აღგზნებულია, დათრგუნულია, აქვს შიშები, არ უნდა სკოლაში სიარული, არარეგულარულად დადის სკოლაში, არ სწავლობს, მოუვლელია, არ უნდა სახლში დაბრუნება, ასაკის შეუფერებლად სექსუალურია, აქვს სექსის შესახებ ასაკისთვის შეუფერებელი ცოდნა, რადიკალურად შეეცვალა ხასიათი, ვერ ხსნის ტრავმის მიზეზებს).“

მონიტორინგის განმავლობაში მოპოვებული ინფორმაციის ანალიზი და შედარება ბავშვთა ძალადობისგან დაცვის რეფერალური მექანიზმით სამზრუნველო დაწესებულების პერსონალისთვის დადგენილ ვალდებულებებთან ცხადს ხდის, რომ ყველა ზემოთმოყვანილ შემთხვევაში დაწესებულებების თანამშრომლებს არა მხოლოდ შეეძლოთ, არამედ ჰქონდათ კანონისმიერი ვალდებულება განხორციელებინათ ადეკვატური და ბავშვის უსაფრთხოების საჭიროებიდან გამომდინარე რეაგირება, რაც მათ მიმართ არ იქნა განხორციელებული.

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრს:**

- უზრუნველყოს საჯარო სკოლების (პანსიონური მომსახურებით) პერსონალის გადამზადება, რათა მათ შეძლონ ოჯახში ძალადობის მსხვერპლ ბავშვთა დაცვისათვის კანონმდებლობით გათვალისწინებული მოვალეობების შესრულება;
- უზრუნველყოს ბავშვთა დაცვის რეფერალური სისტემის ამოქმედება, რათა ნებისმიერ დასაბუთებულ ეჭვზე ბავშვის მიმართ ძალადობის ან უგულებელყოფის განხორციელების შესახებ, შეტყობინება გაკეთდეს პასუხისმგებელ სახელმწიფო უწყებებში და განხორციელდეს კანონით გათვალისწინებული ყველა ზომა ძალადობის აღკვეთისათვის.



## ჯანმრთელობის დაცვის უზღვევა

### ჯანმრთელობის დაცვა ჩვილ ბავშვთა სახლებში

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ შეფასებული იქნა ჩვილ ბავშვთა სახლის ბენეფიციართათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, ხარისხიანი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა ღონისძიებები.

მონიტორინგის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ ჩვილ ბავშვთა სახლებში სამედიცინო მომსახურება შემოიფარგლება პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებით.

საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბერის №218 დადგენილებაში, რომელიც უზრუნველყოფს სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრას, აღნიშნულია, რომ სადაზღვევო ვაუჩერით უზრუნველყოფილი არიან სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს ბენეფიციარები. ხოლო ვაუჩერით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება განსაზღვრულია ამავე ბრძანების მე-3 მუხლით<sup>47</sup>

<sup>47</sup>„ა) ამბულატორიული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება:

ა.ა) ამბულატორიული მომსახურება (ოჯახის ექიმის ან უბნის ექიმის მიერ მიწოდებული მომსახურება); სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება; ოჯახის ექიმის, უბნის ექიმის, ექთნის მომსახურება ბინაზე, საჭიროების შემთხვევაში;

ა.ბ) ექიმის დანიშნულებით ელექტროკარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები;

ა.გ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი და კრეატინინი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, ორსულობის ტესტი, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;

ა.დ) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ს სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა (კომპიუტერული ტომოგრაფია და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევები);

ა.ე) ამბულატორიულ დონეზე ყველა სახის სამედიცინო ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული ფორმა №IV-100/ა, სსიპ – შსს-ს მომსახურების სააგენტოში ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შენახვის/ტარების უფლების მისაღებად წარსადგენი ცნობებისა);

ბ) სტაციონარული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება:

ბ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მათ შორის, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასთან და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია;

ბ.ბ) გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) – სადაზღვევო წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი;

ბ.გ) ქიმიოთერაპიისა და სხივური თერაპიის ხარჯები – სადაზღვევო წლიური ლიმიტი 12 000 ლარი;

გ) მშობიარობასთან დაკავშირებული ხარჯები – 400 ლარი;

დ) სამკურნალო საშუალებების ხარჯები – სამკურნალო საშუალებათა ნუსხის მიხედვით. მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 50 ლარის ფარგლებში, 50 პროცენტის თანაგადახდით, ხოლო 2012 წლის 1 სექტემბრიდან ვაუჩერის პირობების მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ და „ა1“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალებისა და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცებისათვის (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა) წლიური სადაზღვევო ლიმიტი განსაზღვროს 200 ლარით, 50 პროცენტის თანაგადახდით.

სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა ხორციელდება ტერიტორიული პრინციპით განაწილებული კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სამედიცინო მომსახურების საფუძველზე – სადაზღვევო პოლისის ფარგლებში. სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიების პაკეტები თითქმის იდენტურია და არ ასახავს არც დაავადებების ასკობრივ ასპექტებს და არც განსაკუთრებულ საჭიროებებს, რომელიც შეიძლება დაუდგეთ ბავშვებს ისეთი გავრცელებული დიაგნოზებით, როგორცაა ჰიდროცეფალია, ბავშვთა ცერებრული დამბლა, მისი შემდგომი მდგომარეობის მართვა და რეაბილიტაცია, ასევე სხვადასხვა თანდაყოლილი მანკები და სიმახინჯეები.

თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში, მიუხედავად მრავალჯერადი მოთხოვნისა, მონიტორინგის ჩატარების მომენტში არ ქონდათ სადაზღვევო პოლისი რამდენიმე ბენეფიციარს, მათ შორის, და-ძმას შაქრიანი დიაბეტისა და დაუნის სინდრომის დიაგნოზით. თითქმის თვენახევრის განმავლობაში ვერ მოხერხდა მათი სადაზღვევო პოლისით უზრუნველყოფა, მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვების ჩვილ ბავშვთა სახლში შემოსვლისთანავე (4.05.2012) გაკეთდა შეტყობინება.

სადაზღვევო პაკეტი ხშირად ვერ პასუხობს ჯანმრთელობის იმ საჭიროებებს, რომელიც გვხვდება ჩვილ ბავშვთა სახლებში. იყო შემთხვევები, როდესაც თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლიდან სტაციონარული მკურნალობისათვის საავადმყოფოში გადაიყვანეს ბავშვები პნევმონიის დიაგნოზით. ფორმა 100-ში<sup>48</sup> მითითებული იყო, რომ ბავშვებს ესაჭიროებოდათ ნეოროქირურგის და ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია, რომლის მიღებაც შესაძლებელი იყო იმავე პედიატრულ კლინიკაში (სადაც მოთავსებულნი იყვნენ პნევმონიის სამკურნალოდ), თუმცა ბავშვები კლინიკიდან უკან დააბრუნეს კონსულტაციის გარეშე, იმ მიზეზით, რომ დაავადების კოდი (პირველადი დაავადების) არ ითვალისწინებდა აღნიშნული სახის კონსულტაციებს.

ასევე, არის შემთხვევები, როდესაც კონკრეტული დაავადების კოდით გათვალისწინებული თანხის ამონურვისთანავე ბავშვს აბრუნებენ უკან თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში, სადაც არანაირი რესურსი არ არსებობს ვინრო სპეცილისტების მონვევისა და კონსულტაციის ჩატარებისათვის. თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლის პედიატრს უწევს დამატებით მიმართვა სადაზღვევო კომპანიისათვის, რათა დაუსაბუთოს კვლევის ან კონსულტაციის საჭიროება. ამ გზით ჭიანურდება დიაგნოსტიკა და შესაბამისი სამედიცინო დახმარება.



## **ბავშვები ჰიდროცეფალიით<sup>49</sup> – ჩვილ-ბავშვთა სახლით განსაზღვრული სიცოცხლის ხანგრძლივობა**

გაერთიანებული ერების ადამიანის უფლებების უმაღლესი კომისრის რეგიონ-

<sup>48</sup>ჯანმრთელობის შესახებ ცნობა.

<sup>49</sup>Hydrocephalus – დაავადება, რომლის დროსაც ადგილი აქვს თავის ქალას ღრუში თავ-ზურგტვინის სითხის მატებას.

ალურმა წარმომადგენელმა, ჟან ჟარაბმა, 2010 წლის 11 ივნისს თავის გამოსვლაში<sup>50</sup> აღნიშნა: „სპინა ბიფიდისა (ხერხემლის თიაქარი) და ჰიდროცეფალის მქონე ბავშვები, არიან პირები, რომლებიც ფლობენ ადამიანის უფლებებს. ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში, ჩვენ შეგვიძლია მოვახდინოთ ამ დაავადებების პრევენცია. ჩვენ აღარ უნდა დავინახოთ პატარა ბავშვების შემზარავად გაზრდილი დიდი თავები, რომლებმაც ამ მიზეზით სიბრმავე და ინტელექტუალური ჩამორჩენაც შეიძინეს. ბავშვები, რომლებიც საშინელ ტკივილს განიცდიან და ელიან ნელ, მტანჯველ სიკვდილს – ვინაიდან მათ არ მიიღეს ადეკვატური სამედიცინო მკურნალობა.

ჯერ ისევ დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ სად დაიბადება ეს ბავშვი. (ზოგიერთ ქვეყანაში) მშობელს ექიმები ურჩევენ, შვილი დაუყოვნებლივ მიატოვოს ბავშვთა სახლში, რადგან ამ ბავშვს მომავალი არ აქვს – ადრეულ ეტაპზე ქირურგიული ჩარევის განუხორციელებლობის გამო, ბავშვს უფითარდება ჰიდროცეფალის მძიმე დიაგნოზი, თანდაყოლილი დაზიანებებით და ადრეულ ასაკში გარდაუვალი სიკვდილით.

ანალოგიური სიტუაციაა აღმოსვალეთ ევროპის რამდენიმე ქვეყანაშიც და, ცხადია, მსოფლიოს ბევრ სხვა ქვეყანაში. სიღარიბე და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების დარღვევა ერთობლიობაში, ხშირად განაპირობებს სასიკვდილო განაჩენს. ამ ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემა არ უზრუნველყოფს ვენტრიკულოპერიტონული შუნტის ჩადგმას ამ ბავშვებისთვის, ხოლო ღარიბ მშობლებს არ შეუძლიათ გადაიხადონ მისი თანხა; ხშირად, მათ არც კი ატყობინებენ, რომ ამგვარი პროცედურა არსებობს და მას შეუძლია ამ დიაგნოზის მქონე ბავშვის სიცოცხლის გადარჩენა.

განვითარებად ქვეყნებში ჰიდროცეფალის დიაგნოზის მქონე ბავშვთა სტატისტიკა წარმოდგენილია – 0.2-დან 0.8-მდე 1000 ახალშობილზე. თანდაყოლილი ჰიდროცეფალის განვითარების მიზეზები იყოფა პირველად (იდეოპათიურ) და მეორად (შექენილ) მიზეზებად, რომელთაგანაც იდეოპათიური მნიშვნელოვნად დომინირებს. სამედიცინო ინტერვენციის გარეშე დაავადების ბუნებრივი განვითარება ინვესს პროგრესულ კოგნიტურ გაუარესებას და ადრეულ სიკვდილს – როგორც წესი, ცხოვრების მესამე დეკადის დადგომამდე<sup>51,52,53</sup>. თუმცა, ნეიროქირურგიული და დიაგნოსტიკური მეთოდების დახვეწამ, ამ ადამიანებს ბევრად ხანგრძლივი და გაუმჯობესებული ცხოვრების შესაძლებლობა მისცა.

მსოფლიოში ჰიდროცეფალის დიაგნოზი დაახლოებით 750 000 ადამიანს აქვს. ყოველ წელს საშუალოდ 160 000 ვენტრიკულოპერიტონული შუნტირების ოპერაცია ტარდება მათთვის.

1940-იან წლებამდე, ვიდრე მოხდებოდა ვენტრიკულოპერიტონული შუნტირების მეთოდის დანერგვა, ჰიდროცეფალის დიაგნოზის მქონე ბავშვების მხოლოდ 20 % აღწევდა ზრდასრულობის ასაკს – ოპერაციის ჩატარების გარეშე. ხოლო მათგან

<sup>50</sup><http://www.europe.ohchr.org/Documents/Speeches/RightsForPersonsWithSpinaBifida.pdf>

<sup>51</sup>Laurence KM (1958). The natural history of hydrocephalus. *Lancet* 2: 1152-1154;

<sup>52</sup>Laurence KM (1960). The natural history of hydrocephalus. *Postgraduate Med.J* 36:662-667

<sup>53</sup>Laurence KM, Coates S (1962) The natural history of hydrocephalus. Detailed analysis of 182 unreported cases. *Arch Dis Child* 37; 345-362

დაახლოებით 50%-ს უვითარდებოდა თავის ტვინის დაზიანება. ეს სტატისტიკა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა 1952 წელს ნელსონისა და სპიცის, 1960 წელს კი ჰოლცერისა და პუდენზის მიერ შუნტირების სისტემის დანერგვის შემდეგ.

დღევანდელი მდგომარეობით, მსოფლიოში ჰიდროცეფალიის მქონე ბავშვთა უმრავლესობა აღწევს ზრდასრულობის პერიოდს. 20 წლიანმა სამედიცინო კვლევამ აჩვენა, რომ იმ ბავშვების ნახევარზე მეტმა, რომელთაც 1970-იან წლებში ჩაუტარდათ შუნტირების ოპერაცია, დაამთავრეს საშუალო სკოლა<sup>54</sup>.

კალიფორნიის უნივერსიტეტის ნეიროქირურგიის, ნევროლოგიისა და პედიატრიის დეპარტამენტის მკვლევარებმა, 2005 წელს გამოაქვეყნეს კვლევა<sup>55</sup>, რომლის თანახმადაც, ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1979-წლიდან 1998-წლამდე ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის მქონე ბავშვთა სიკვდილიანობა 60%-ით შემცირდა. შემცირება თითქმის პროპორციულად განაწილდა ჰიდროცეფალიის 3-ვე ჯგუფზე: თანდაყოლილი ჰიდროცეფალიის მქონე პირთა სიკვდილიანობა: 100 000 შემთხვევაზე შემცირდა 8.9%-დან 3.1%-მდე; სპინა-ბიფიდას თანხლებით ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის მქონე პირთა სიკვდილიანობა შემცირდა 4.9 %-დან 0.6 %-მდე – 100 000 შემთხვევაზე; შეძენილი ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის შემთხვევაში: 100 000 შემთხვევაზე სიკვდილიანობა შემცირდა 2.3 %-დან 0.5 %-მდე. აღნიშნული კვლევა ჩატარდა ამერიკის შეერთებული შტატების მთელ პოპულაციაზე; მონაცემები აღებული იქნა ჯანდაცვის სტატისტიკის ეროვნული ცენტრიდან.

### მდგომარეობა საქართველოში

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ მოექცა ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის მქონე ბავშვთა უფლებები.

თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში ექსპერტებს ჰიდროცეფალიის მქონე ბავშვების საკმაოდ დიდი ჯგუფი დახვდა – თუმცა, ფაქტობრივად არც ერთი (გამონაკლისი იყო 1 ბავშვი) ბავშვი ამგვარი დიაგნოზით არ გვხვდება სხვა ბავშვთა სახლებში, ანუ სახლებში, სადაც 6 წლის ასაკის მიღწევის შემდეგ, ჩვილ ბავშვთა სახლის ბენეფიციარები გადაჰყავთ (სენაკისა და კოჯრის შშმ ბავშვთა სახლები). სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემებით ამ დიაგნოზის მქონე ბავშვების მინდობით აღზრდაში გაყვანა ან გაშვილება იშვიათი შემთხვევაა. ეს კი აღძრავს საფუძვლიან ეჭვს ამ ბავშვების ბედთან დაკავშირებით, ვინაიდან, როგორც ზემოთ მოყვანილი საერთაშორისო პრაქტიკა მიუთითებს, ამ ბავშვების სიცოცხლის ხანგრძლივობა არ შემოიფარგლება 6 წლამდე ასაკით.

საქართველოს სახალხო დამცველმა, 2012 წლის იანვარში, საკუთარი ინიციატივით დაიწყო თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში ჰიდროცეფალიის მქონე ბავშვთა უფლებების მდგომარეობის შესწავლა<sup>56</sup>, ასევე, მიმართა სოციალური მომსახ-

<sup>54</sup><http://emedicine.medscape.com/article/937979-overview>

<sup>55</sup>John H. Chi, M.D., M.P.H., Heather J. Fullerton, M.D., M.A.S., and Nalin Gupta, M.D., Ph.D. (2005), Time trends and demographics of deaths from congenital hydrocephalus in children in the United States: National Center for Health Statistics data, 1979 to 1998, *Journal of Neurosurgery (Pediatrics 2)*; 103:113-118.

<sup>56</sup>საქმე № 1587-11

ურების სააგენტოს საქმის მოკვლევის მიზნით<sup>57</sup>. პასუხად მიღებული კორესპონდენციებით<sup>58</sup> დგინდება, რომ თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში ჰიდროცეფალიის მქონე ბავშვთა შემდეგი დინამიკა აღინიშნება: 2012 წლის იანვარი – ივნისის პერიოდში, ჩვილ ბავშვთა სახლში ცხოვრობდა 15 ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის მქონე ბავშვი, მათგან 5 – 2012 წლის ივნისის მონაცემებით – გარდაიცვალა.

მონიტორინგის პროცესში, ექსპერტებმა ადგილზე განახორციელეს 6 ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის მქონე ბავშვის მდგომარეობის მონიტორინგი. ექვსივე ბავშვის შემთხვევაში, ჰიდროცეფალიის დიაგნოზის კლინიკური გამოვლინებები საკმაოდ გართულებული იყო (ტვინის პარაკუჭებსა და სუბარაქნოიდულ სივრცეში განსაკუთრებით დიდი რაოდენობის თავზურგტვინის სითხის დაგროვება, თავის ზომების მნიშვნელოვანი მომატება ა.შ.) და სახეზე იყო, გაზრდილი ინტრაკრანიალური წნევა. კლინიკური მტკიცებულება გამოიხატებოდა შემდეგში: ყველა ბავშვს ჰქონდა ძლიერ დაჭიმული ყიფლიბანდი, რომელიც პულსირებდა, ოფლათალმოპლეგია, კლასიკურად გამოხატული „მზის ჩასვლის“ სინდრომით, მნიშვნელოვნად მომატებული დაჭიმულობით – როგორც ტორსის, ისე კიდურების კუნთებში, ნერვული სისტემის დათრგუნვის ტიპური გამოვლინებებით – ბავშვები იყვნენ ლეტარგიულ მდგომარეობაში (მივარდნილი, უღონო მდგომარეობაში), ვიზუალური და სმენითი დარღვევებით, gastroesophageal reflux<sup>59</sup>-ის სიმპტომებით.

ბავშვების აღნიშნული მდგომარეობა მონიტორინგის ჯგუფის სამედიცინო დარგის ექსპერტების მიერ შეფასდა, როგორც არასათანადო სამედიცინო მომსახურება. აღნიშნული პირველ რიგში უკავშირდებოდა მნიშვნელოვანი და აუცილებელი ნეიროქირურგიული ჩარევის არაეფექტურ განხორციელებას ან ნეიროქირურგის გადანყვეტილებას – ოპერაციული ჩარევის მიზანმიმართულად არგანხორციელების შესახებ. მნიშვნელოვანი ნეიროქირურგიული ინტერვენციის ნაკლებობა ასევე გულისხმობდა ბავშვებისათვის პალიატიური ინტერვენციის შეზღუდვასაც, რომლის ყველაზე მთავარი დანიშნულება მათთვის დაავადებით გამოწვეული კლინიკური სიმპტომების შემცირება და ვენტრიკულარული შუნტის ჩადგმა იყო. ზემოხსენებული ინტერვენციის განუხორციელებლობის მიზეზი, პერსონალის გადმოცემით, ნეიროქირურგების გადანყვეტილებაა. ჩვილ ბავშვთა სახლის სამედიცინო დარგის პროფესიონალები აღნიშნავენ, რომ ნეიროქირურგები თავიანთ გადანყვეტილებას აფუძნებენ მხოლოდ ერთ ფაქტორზე: რამდენად „პერსპექტიულია“ ბავშვი, რამდენად ექნება ბავშვს – შუნტის ჩადგმის შემთხვევაში შანსი, რომ განვითარდეს და პოზიტიური დინამიკა ჰქონდეს მის მდგომარეობას.

აღნიშნული ინტერვენციის განუხორციელებლობა ამ ბავშვების ცხოვრებას, მიუხედავად იმისა თუ რამდენი დღე, თვე, წელი დარჩა მათ, აქცევს სიკვდილის მოლოდინად. მოლოდინის პერიოდი, ინტრაკრანიალური (ქალაშიდა) წნევის მატების გამო მძიმდება ტკივილითა და დისკომფორტით; ამ დისკომფორტის მოსახსნელად კი, ჩვილ ბავშვთა სახლების ბენეფიციარებისთვის ასევე არ ხორციელ-

<sup>57</sup>წერილი № 83/08-1, 2012 წლის 09 იანვარი

<sup>58</sup>წერილი 04/3112, 2012 წლის 23 იანვარი.

<sup>59</sup>მდგომარეობა, როდესაც საკვები ან სითხე კუჭიდან უკან ამოდის.



დება ინტერვენცია (მათ შორის, ნეიროქირურგიული), ვინაიდან – გავრცელებული აზრით „ეს ბავშვები არ გრძნობენ ტკივილს“, მაშინაც კი, როდესაც მათი თავის ქალა და სახის ნაკვეთები, სითხის დაგროვების გამო, სრულად დეფორმირდება და ნელ-ნელა კარგავს თავდაპირველ ფორმას. ბავშვის ამ მდგომარეობას, პასიურად ადევნებს თვალს ათეულობით სპეციალისტი და არ თვლის საჭიროდ, სულ მცირე, პალიატიური ზრუნვის ფარგლებში შეუმციროს განცდილი ტკივილი და უზარმაზარი დისკომფორტი. მონიტორინგის ჯგუფის უცხოელი წევრების მოსაზრებით, აღნიშნული პრაქტიკა სრულიად ეწინააღმდეგება საერთაშორისო კლინიკურ პრაქტიკას აღნიშნული მიმართულებით. მათი გადმოცემით, ჰიდროცეფალიით ან ჰიდროცეფალიის განვითარების რისკის მქონე ბავშვების აბსოლუტურ უმრავლესობას, დაბადებიდან რამდენიმე დღის ან თვის განმავლობაში, უკეთდებათ შუნტირება, რაც, უმეტეს შემთხვევებში, ბავშვებს განვითარებისა და ზრდის პოზიტიურ შესაძლებლობას აძლევს. იმ ერთეულ შემთხვევებშიც, როდესაც ბავშვის რთული სამედიცინო დიაგნოზის გამო მოსალოდნელია მისი გარდაცვალება, ბავშვს პალიატიური ზრუნვის ფარგლებში, უკეთდება შუნტირება, რათა დაავადების პროგრესირების დროს შემცირდეს ბავშვის მიერ სითხის მატებასთან დაკავშირებული ტკივილის განცდა და დისკომფორტი. რათა, გარდაცვალებამდე დარჩენილ დროში (მიუხედავად იმისა, რამდენად ხანმოკლე შეიძლება იყოს ეს დრო) ბავშვის ცხოვრების ხარისხი იყოს ნორმალური და სიცოცხლის უკანასკნელი პერიოდი არ გადაიქცეს მისთვის ტანჯვის წყაროდ.

თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში არსებული პრაქტიკა, პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ შეფასდა, როგორც არასათანადო მოპყრობის მნიშვნელოვანი აქტი, რომელიც თავისი სიმძაფრით შესაძლოა წამებასა და არაადამიანურ მოპყრობას გაუტოლდეს.

### **ჩვილ ბავშვთათვის სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა**

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 მუხლი მიუთითებს, რომ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა გულისხმობს პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და პალიატიური მზრუნველობის ღონისძიებების შეუფერხებელ განხორციელებას.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის თანახმად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

„ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსების და მისი ავტონომიის აღიარება;

გ) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;

დ) პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის, მათ შორის გადაუდებელი სამედიცი-

ნო დახმარების პრიორიტეტულობა, მათში სახელმწიფო და კერძო სექტორების მონაწილეობა, საოჯახო მედიცინისა და ოჯახის ექიმის ინსტიტუტის განვითარება და მასზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა“;

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ ჩვილ ბავშვთა სახლებში სამედიცინო მომსახურება ძირითადად შემოიფარგლება პირველადი სამედიცინო დახმარებითა და სიმპტომური საშუალებების უზრუნველყოფით.

პროფილაქტიკური შემონმება მულტიდისციპლინური ექიმთა გუნდის მიერ არ ტარდება, ერთეული გამონაკლისების გარდა.

ჩვილ ბავშვთა სახლების ბენეფიციარები სწორედ იმ მოწყვლად კატეგორიას განეკუთვნებიან, რომლებიც ხშირად ავადმყოფობენ და, შესაბამისად – განმეორებით საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას. მიუხედავად იმისა, რომ ჰოსპიტალიზაცია უზრუნველყოფილია სადაზღვევო პაკეტით, ხშირად ეს ძნელად მისაღწევია. თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში მონიტორინგის მიმდინარეობისას მონიტორინგის ჯგუფისთვის ცნობილი გახდა ბენეფიციარ ს.ბ.-სთვის გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შეზღუდვის ფაქტი, რომელთან დაკავშირებითაც სახალხო დამცველის ინიციატივით, დაუყოვნებლივ დაიწყო დამატებითი მოკვლევა (საქმე №1271-12) და ინფორმაცია რეაგირებისათვის მიენოდა როგორც სახელმწიფო სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს (№2940/08-2/1271-12), ისე სოციალური მომსახურების სააგენტოს (2939/08-2/1271-12) – ეროვნული კანონმდებლობით განსაზღვრულ მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს.



## **ს.ქ.-ს შამთხვევა – უარი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების განხორციელებაზე**

2012 წლის 2 იანვარს, 1 წლის და 2 თვის ს.ქ.-ს, 20.00 საათისათვის აღენიშნებოდა ძლიერი ადინამია<sup>60</sup>, სუნთქვის რითმის დარღვევა, წამიერი აპნოე<sup>61</sup>. ბავშვის კიდურები მკრთალი შეფერილობის იყო, ცივი, გაღიზიანებაზე აღენიშნებოდა პასიური რეაქცია, გულის ტონები-მოყრუებული, პულსი პერიფერიაზე სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, ბავშვი არ ტიროდა; ტემპერატურა 35<sup>0</sup>; პულსი – 100; სუნთქვის სიხშირე – 24. ბავშვის ზოგადად რთული დიაგნოზიდან გამომდინარე (მიკროცეფალია, სპასტიური ტეტრაპარეზი, პნევმონიის შემდგომი პერიოდი, მცირე გულყრა) მორიგე ექიმმა ნ.გ.-მ პირველადი სამედიცინო დახმარების ჩატარების შემდეგ აუცილებლად მიიჩნია სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახება. სასწრაფო დახმარების ექიმმა ბავშვს გაუკეთა ინიექცია და მიაწოდა ჟანგბადი;

<sup>60</sup>ადინამია – (ბერძნ. α δυναμις, თავს., dynamis ძალა) – ძალის დაკარგვა, ძლიერი სისუსტე.

<sup>61</sup>აპნოე [ბერძ. α (უარყ. ნაწილ.) და πνοή სუნთქვა] – სუნთქვის დროებითი შეჩერება; ვითარდება სისხლის ნახშირორჟანგით გაღარიბების შედეგად (მაგ., გაძლიერებული ხელოვნური ან ბუნებრივი სუნთქვის დროს).

ბავშვთა სახლის მორიგე ექიმის განცხადებით, ბავშვი აუცილებლად საჭიროებდა საავადმყოფოში გადაყვანას („ფაქტიურად, მკვდარი ბავშვი მედო წინ“), თუმცა ჰოსპიტალიზაცია არ განხორციელდა. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების 809-ე ბრიგადის სამედიცინო ბარათში №614 გაკეთებული ჩანაწერის მიხედვით „პაციენტი საჭიროებს სტაციონარულ მკურნალობას, ჰოსპიტალიზაციის მენეჯერს დავუკავშირდი. აღნიშნული პაციენტის მიღებაზე ყველა პედიატრიულმა კლინიკამ განაცხადა უარი“.

22:00 საათისთვის ს.ქ.-ს მდგომარეობა კვლავ მძიმე იყო: ბავშვი თითქმის არ პასუხობდა გალიზიანებაზე, სუნთქვა იყო ზერეულე, გულის ტონები მოყრუებული, ჰიპოთერმია; მიუხედავად სათბურების დადებისა, ტემპერატურა რჩებოდა 35.3, მზერა დაბინდული, პერიოდულად თვალების დევიაცია (თვალების არაკოორდინირებული მოძრაობა). მორიგე ექიმმა დარეკა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ცხელ ხაზზე და სადაზღვევო კომპანია „ალფაში“. რამდენიმე საათში, განმეორებით მოხდა სასწრაფო დახმარების იგივე ბრიგადის გამოძახება და უკვე 3 იანვარს, 01:00 საათზე, ბავშვი გადაიყვანეს საუნივერსიტეტო კლინიკის რეანიმაციულ განყოფილებაში.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ, ბავშვთა სახლის ექიმებთან და ადმინისტრაციასთან ერთობლივად შედგენილ დასკვნაში მითითებულია, რომ ავადმყოფი ბავშვის ჩვილ ბავშვთა სახლიდან სტაციონარში გადაყვანას დასჭირდა 5 საათი.

როგორც, თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლის ადმინისტრაცია და სამედიცინო პერსონალი აღნიშნავს, აღსაზრდელების ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, ხშირად საჭირო ხდება ბავშვის გადაყვანა პედიატრიულ კლინიკებში, რაც ბოლო პერიოდში სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. კონკრეტულ შემთხვევებში დგას, ლეტალური შედეგის დადგომის რისკი; აღნიშნულთან დაკავშირებით 2012 წლის 11 იანვარს თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლის დირექტორმა წერილობით მიმართა სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს დირექტორს; თუმცა, აღნიშნული პრობლემა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ, ჯერ კიდევ მოგვარებული არ არის.

იმ შემთხვევებში, როდესაც სააგენტოს ხელმძღვანელის ჩარევით ჩვილ ბავშვთა სახლიდან ბავშვის სტაციონარში გადაყვანის საკითხი დადებითად წყდება, სამედიცინო დახმარება, როგორც წესი, დაგვიანებით მიენოდება ბენეფიციარს და სამედიცინო დახმარების დროულ ხელმისაწვდომობად ვეღარ განიხილება. საქმე ეხება ახალშობილს ან ადრეული ასაკის ბავშვს – 3 წლამდე, როცა პათოლოგიური პროცესები ძალიან სწრაფად ვითარდება და არც ლეტალური (სიკვდილი) გამოსავალია გამორიცხული;

ზემოაღნიშნული ფაქტით ირღვევა „ბავშვის უფლებათა კონვენციის“ 24-ე მუხლი: „მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ ბავშვის უფლებას ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველაზე უფრო სრულყოფილი და ხელმისაწვდომი მომსახურებით და დაავადებათა მკურნალობისა და ჯანმრთელობის აღდგენის საუკეთესო საშუალებებით. მონაწილე სახელმწიფოები ცდილობენ უზრუნველყ-

ონ, რომ არც ერთ ბავშვს არ ჩამოერთვას უფლება, ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ასეთი მომსახურებით“.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 133-ე მუხლი მიუთითებს, რომ: „ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების სამედიცინო ასპექტების მართვა, ბავშვებისათვის რეალურად შესაძლო უმაღლესი დონის სამედიცინო დახმარების, მათ შორის, უპირველეს ყოვლისა, პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის პრიორიტეტული ამოცანაა“<sup>62</sup>. ს.ქ.-ს შემთხვევის ანალიზი საერთაშორისო და ადგილობრივი საკანონმდებლო აქტებით დადგენილი სტანდარტების შესაბამისად, ცხადს ხდის, რომ დარღვეული იყო ს.ქ.-ს უფლება სრულყოფილ ჯანდაცვის მომსახურებების მიღებაზე.

### ჩვილ ბავშვთა სახლებში სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება

სამედიცინო ჩანაწერების სრულყოფილად წარმოების ვალდებულება განსაზღვრულია „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 56-ე მუხლით, რომელიც მიუთითებს, რომ „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი ვალდებულია თითოეული პაციენტისათვის აწარმოოს სამედიცინო ჩანაწერები საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით... სამედიცინო ჩანაწერები იყოს სრულყოფილი. დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტმა სამედიცინო ჩანაწერების თითოეული ნაწილი (პაციენტის პიროვნული, სოციალური, სამედიცინო და სხვა მონაცემები) სრულად უნდა შეავსოს; სამედიცინო ჩანაწერებში ინფორმაცია დაფიქსირდეს დროულად და განსაზღვრულ ვადებში; სამედიცინო ჩანაწერები ადეკვატურად ასახავდეს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ყველა დეტალს“<sup>63</sup>;

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, ჩვილ ბავშვთა სახლის ბავშვის სამედიცინო განვითარების ბარათებში არსებული სტაციონარიდან გადმოგზავნილი ფ №100-ები საპირისპიროზე მეტყველებს. ფორმები შევსებულია ზერელედ, არ შეიცავს არსებით ინფორმაციას ჩატარებული გამოკვლევების შედეგების შესახებ. ხშირია მსგავსი ჩანაწერები: „ჩაუტარდა სისხლის საერთო ანალიზი, გულმკერდის რენტგენოგრაფია“, გამოკვლევების შედეგებზე არაფერია ნათქვამი, რაც ძალიან ფასეული იქნებოდა ჩვილ ბავშვთა სახლის პედიატრებისათვის შემდგომი სამედიცინო დახმარების მონიტორინგის ჩატარების თვალსაზრისით.

### ჩვილ ბავშვთა სახლების მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ: მედიკამენტებით უზრუნველყოფა ხდება ცენტრალიზებულად სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს დაქვემდებარებაში მყოფ დაწესებულებებში, თუმცა არის ცალკეული შემთხვევები, როდესაც წლიური ჩამონათვლის მიღმა, წინასწარი გათვლების გარეშე საჭირო ხდება დამატებით სხვა მედიკამენტის გამოწერა. ასეთ შემთხვევაში დაწესებულებები მიმარ-

<sup>62</sup>საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 133, პუნქტი 1

<sup>63</sup>საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, მუხლი 56

თავენ სამინისტროს და უკანასკნელი უზრუნველყოფს დამხმარებას, რომელიც ზოგჯერ შეიძლება დაგვიანებულიც იყოს. ასეთ შემთხვევებში დანესებულების ხელმძღვანელებს წამლის შექენა საკუთარი სახსრებით უნევთ.

ჩვილ ბავშვთა სახლის აღსაზრდელს, 5 წლის ა.ბ-ს, რომლის დიაგნოზი, ბავშვის სამედიცინო ბარათში არსებული ფორმა №100-ის მიხედვით არის „მყარი მოძრაობითი დარღვევები გამოწვეული ბავშვთა ცერებრული დამბლით, ღრმა ტეტრაპარეზი, სიმპტომური გენერალიზებული ეპილეფსია“, ხშირად აღენიშნება სერიული გულყრები (კრუნჩხვები); გულყრები ბავშვს მხოლოდ კარბამაზეპინის და დიფენინის კომბინაციით, დანიშნულების მიხედვით ერთდროულად მიცემით, ეხსნება. მედიკამენტი დიფენინი არ შედის სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს ჩამონათვალში.

ასევე ყურადღება უნდა გამახვილდეს ჰუმანიტარული საჩუქრის სახით მიღებულ წამლებზე. მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლს გადაეცა კარბამაზეპინი 200მგ. 250 ტაბლეტი, ბავშვთა სახლის ექიმი (დ.ჯ) პედიატრისაგან, რომელიც მიღება -ჩაბარების აქტით შეფასებულია ნული ლარითა და 40 თეთრით; პერსკინდოლის მალამო 1 ცალი – 15 ლარად შეფასებული. არცერთ შემთხვევაში არ იყო მითითებული წამლის გამოშვების თარიღი და ვარგისიანობის ვადა, რაც აჩენს ეჭვს ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით.

დასკვნის სახით, შესაძლებელია ხაზი გაესვას ჩვილ ბავშვთა სახლებში ახალშობილთა, ჩვილთა და ადრეული ასაკის ბავშვთა ჯანმრთელობის მონიტორინგის აუცილებლობას; მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ შეფასებას და განვითარების ინდივიდუალური გეგმების შემუშავებას – შემდგომი რეაბილიტაცია /აბილიტაციის პროგრამების დანერგვას; ყურადღება ასევე უნდა გამახვილდეს დაავადებათა ადრეულ დიაგნოსტიკასა (ჰიდროცეფალია) და დროულ და მიზანმიმართულ ქირურგიულ ჩარევაზე ახალშობილებში.

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს:**

- უზრუნველყოს დაავადებათა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ახალშობილთა შეფასება ჰიდროცეფალიისა და სხვა მძიმე თანდაყოლილი დაავადებებისა და დარღვევების შემთხვევაში, დროული ინტერვენციის სრულფასოვნად განხორციელების მიზნით;
- შემუშაოს და დანერგოს ერთიანი ელექტრონული სისტემები შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვთა ჯანმრთელობისა და ფსიქო-სოციალური მდგომარეობის გათვალისწინებით ახალშობილობიდან მოზრდილობამდე შემდგომი რეაბილიტაციისა და სოციალური ინტეგრაციის გაუმჯობესების მიზნით;
- განახორციელოს ეფექტური კონტროლი და მეთვალყურეობა ჩვილ ბავშვთა სახლის აღსაზრდელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სამედიცინო მომ-



### სახურების ხარისხზე;

- უზრუნველყოს ჩვილ ბავშვთა სახლებში ყველა ბენეფიციარის შეფასება მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ; ინდივიდუალური განვითარების პროგრამის ფარგლებში რეაბილიტაცია/აბილიტაციის პროგრამების განხორციელება;
- უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურების სწრაფად და დროულად მიწოდება სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის პროცედურების გამარტივების გზით;
- სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით უზრუნველყოს ჩვილ ბავშვთა სახლების ბენეფიციარები განსხვავებული, მათ საჭიროებებზე ორიენტირებული სამედიცინო მომსახურების სადაზღვევო პაკეტით;
- უზრუნველყოს ჩვილ ბავშვთა სახლები სამედიცინო მომსახურების პაკეტის ფარგლებში ყველა საჭირო მედიკამენტით, დაავადებათა ასაკობრივი თავისებურებების და შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის გათვალისწინებით;



### ჯანმრთელობის დაცვა სპეციალურ სკოლა-პანსიონებში

ახალციხის სკოლა-პანსიონის შინაგანანესში მითითებულია, რომ „ექთანი უზრუნველყოფს ყველა სამკურნალო-პროფილაქტიკური და გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების გატარებას, ნესრიგსა და სისუფთავეს სამედიცინო იზოლატორში, უწევს პირველად სამედიცინო დახმარებას ბავშვებს“. მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა რეალურად ვერ მიიღეს ინფორმაცია ბენეფიციართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის და სამედიცინო დახმარების შესახებ (ადგილზე არ იყო ასევე ექთანი).

№202-ე საჯარო სკოლაში, რომელიც ემსახურება მხედველობადაქვეითებულ ან მხედველობის არმქონე ბავშვებს, არ ჰყავთ ოფთალმოლოგი. შესაბამისად, ბავშვებს, რომელთაც ყველაზე ხშირად სჭირდებათ ოფთალმოლოგის კონსულტაცია აღნიშნულ შემთხვევაში ეს სერვისი სერიოზული დაგვიანებით მიეწოდება.

სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ მათ არ ჩატარებიათ ტრენინგი ან რაიმე პროფესიული გადამზადების კურსი, რომელიც ორიენტირებული იქნებოდა განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების საკითხებზე. ისინი მიიჩნევენ, რომ ასეთი სახის საგანმანათლებლო აქტივობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურებისა და აბილიტაცია/რეაბილიტაციის ახალი მიდგომების გაცნობით ძალიან სასარგებლო იქნებოდა მათი ყოველდღიური საქამიანობისათვის.

სკოლა-პანსიონებში სამედიცინო კაბინეტი ძალიან მცირე ზომისაა, არ აქვთ

იზოლაციური (ახალციხის სკოლა-პანსიონი, ჭიათურის სკოლა-პანსიონი, №202 სკოლა-პანსიონი) რაიმე გადამდები დაავადების შემთხვევაში ბენეფიციართა დროებითი განთავსებისათვის. სამედიცინო კაბინეტის მიმდებარედ არსებული სანიტარული კვანძი არ ფუნქციონირებს (ახალციხის სკოლა-პანსიონი), სამედიცინო კაბინეტებში არ არის სასწორი და როსტომერი, ამიტომაც შეუძლებელია ფიზიკური განვითარების მონიტორინგის ჩატარება (ახალციხის სკოლა-პანსიონი).

სამედიცინო კაბინეტში აღმოჩნდა ვადაგასული წამლები: დიმედროლი და ანალგინის ამპულები (ახალციხის სკოლა-პანსიონი, №202 სკოლა-პანსიონი), მედიკამენტების ხარჯვის ჟურნალს არ აწარმოებენ (ქუთაისი №45 სკოლა-პანსიონი, ახალციხის №7 სკოლა-პანსიონი) ან აწარმოებენ არასტანდარტულად.

### **სამედიცინო დოკუმენტების წარმოება**

სკოლა-პანსიონატებში არ ხდება ჰოსპიტალიზაციის, უბედურ შემთხვევათა, ასევე დაზიანების აღრიცხვის და სხვა ჟურნალების წარმოება. ყოველდღიური სამედიცინო მომსახურების ჟურნალებს აწარმოებენ ერთმანეთისგან განსხვავებულად (არ იცავენ ერთიან სტანდარტს); დოკუმენტაცია არ შეიცავს აუცილებელ ძირითად ინფორმაციას (ახალციხის სკოლა-პანსიონი, თბილისის №202 სკოლა-პანსიონი). ხშირ შემთხვევაში დაწესებულებების პერსონალს არ გააჩნია ბენეფიციართა სია დიაგნოზებითა და შშმ სტატუსის მითითებით.

ახალციხის №7 სკოლა-პანსიონატში არც ერთ ბენეფიციარზე არ არის სრულფასოვნად შედგენილი სამედიცინო საქმე. არც ერთ საქმეში არ იყო ბავშვის გონებრივი განვითარების შეფერხების დონის შეფასება (გამონაკლისი 1 ბავშვი). არ არსებობს რაიმე სახის ჟურნალი: დაზიანების, მკურნალობის ან მეთვალყურეობის.

№202 სკოლა-პანსიონში არ აქვთ მედიკამენტების მიღება-გადაბარების ჟურნალები; ასევე არ აქვთ სტაციონირების ჟურნალი, ინფექციური დაავადებების ჟურნალი და ვაქცინაციის ჟურნალი.

რამდენიმე სკოლა-პანსიონატში არ ინარმოება სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტების ჟურნალი და ეს მედიკამენტები გაცივმა სხვა მედიკამენტებთან ერთად; (თბილისის №200 სკოლა-პანსიონი, ჭიათურის №12 სკოლა-პანსიონი). მე-200 სკოლა-პანსიონში არ აქვთ ასევე დაზიანებისა და თვითდაზიანების ჟურნალი.

სკოლა-პანსიონებში სამედიცინო ბარათები არასრულყოფილად არის ნაწარმოები, ჩანაწერები ზოგან წელიწადში ერთხელ არის გაკეთებული, ისიც არასრულყოფილია და ინფორმაცია არ ასახავს დიაგნოზის შესაბამის დინამიკას (ახალციხე №7, ქუთაისი №45, №202-ე, №203-ე სკოლა-პანსიონები).

ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში დაავადების მიმდინარეობაზე არ ხორციელდება სათანადო მეთვალყურეობა (ქუთაისი №45, ახალციხე №37, თბილისის 202-ე, თბილისის 203-ე სკოლა-პანსიონები)

202-ე სკოლა-პანსიონის აღსაზრდელი, 16 წლის ა.ჭ. დიგნოზით: შაქრიანი დიაბეტი ტიპი „ა“, უშაქრო დიაბეტი. ისტორიაში არ არის ჩანაწერები დანიშ-

ნული დაავადების ინსულინით მკურნალობის მონიტორინგის შესახებ. ანალოგიური მდგომარეობაა ამავე პანსიონის აღსაზრდელ ს.მ.-ს შემთხვევაში – დიაგნოზი შაქრიანი დიაბეტი ტიპი „ა“, დეკომპენსირებული ფორმა, მძიმე მიმდინარეობა (ვოლფრამის სინდრომი). ორივე შემთხვევაში დიაგნოზები ნანახი იქნა, უვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის მიერ გაცემულ ფორმა №100 ში. სკოლა-პანსიონის სამედიცინო ბარათებში ინფორმაცია არ მოიპოვებოდა.

ამრიგად, ერთი მხრივ, სამედიცინო პერსონალის არაინფორმირებულობა სამედიცინო მომსახურების შესაბამისი დოკუმენტაციის წარმოების წესის შესახებ და, მეორე მხრივ, საექიმო ვალდებულებების შეუსრულებლობა ჩანაწერების გაკეთების შესახებ განაპირობებს სამედიცინო დოკუმენტაციის არაეფექტურ წარმოებას.

### **სამედიცინო მომსახურება სადაზღვევო პოლისების ფარგლებში**

სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ხდება სხვადასხვა სადაზღვევო კომპანიების მიერ სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის ფარგლებში. სხვადასხვა დაწესებულებები სარგებლობენ ტერიტორიის მიხედვით განაწილებული სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით. მიუხედავად იმისა, რომ სადაზღვევო პოლისების გაცემა ხდება პირადობის ნომრის მიხედვით, ახალციხის სკოლა-პანსიონატში 2 ბენეფიციარს, რომლებსაც არ აქვთ პირადობის მონომბა, აქვთ სადაზღვევო პოლისი.

ქუთაისის სკოლა-პანსიონატში „აღდაგი ბი-სი-აის“ ვადაგასული პოლისი ჰქონდა 6 ბენეფიციარს.

არის შემთხვევები, როდესაც სადაზღვევო პოლისი ვერ ფარავს ხარჯებს: მე-200 სკოლის 10 მოსწავლე ეპილევსიის დიაგნოზით საჭიროებდა ელექტროენცეფალოგრამის გაკეთებას; სადაზღვევომ არ დაფარა ელექტროენცეფალოგრამის ხარჯები.

სკოლა-პანსიონებში ბავშვები ქრონიკული დაავადებებით საჭიროებენ პერიოდულად სტაციონარში მოთავსებას – შედგომი გამოკვლევებისა და მკურნალობის მიზნით. თუმცა, თავის დაწესებულებაში (ან რამე მსგავსი, და არა „უკან“) დაბრუნებისას ფორმა №100, საერთოდ არ მოაქვთ, ან არასრულყოფილია და არ ასახვს რეალურად რა სახის სამედიცინო მომსახურება ჩაუტარდა საავადმყოფოში. აღნიშნული ერთი მხრივ მიუთითებს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურების ხარისხზე, მეორე მხრივ კი, რეზიდენტული დაწესებულებების მიერ ბავშვთა სრულფასოვანი სამედიცინო მომსახურების განევის შეუძლებლობაზე, რისი ვალდებულებაც მათ საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით ეკისრებათ.

ადგილზე პროფილაქტიკური გასინჯვები არასოდეს ჩატარებულა რამდენიმე დაწესებულებაში (ახალციხე №7, №202 სკოლა).

ამრიგად, სკოლა-პანსიონებში განთავსებულ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურება ხორციელდება არასრულფასოვნად, სამედიცინო ჩანაწერები იმდენად არაკომპეტენტური და არასრულფასოვანია, რომ

არ იძლევა საშუალებას, შეფასდეს სამედიცინო დახმარების ეფექტურობა ადგილებზე.

საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრსა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრს:

- უზრუნველყონ კოორდინირებული მუშაობა სხვადასხვა სახის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგის გაუმჯობესების მიზნით;
- უზრუნველყონ სკოლა-პანსიონებში სამედიცინო კაბინეტების ფუნქციონირების წესი, განსაზღვრონ სამედიცინო პერსონალის უფლება-მოვალეობები;
- უზრუნველყონ სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ერთიანი სისტემების შემუშავება და დანერგვა შშმ სკოლა-პანსიონებში ბავშვთა ავადობის და საჭიროებების გათვალისწინებით;
- უზრუნველყონ სკოლა-პანსიონებში სამედიცინო პერსონალის გადამზადება ბავშვთა სპეცილური საჭიროებების გათვალისწინებით;
- უზრუნველყონ სადაზღვევო პაკეტის გაფართოება შშმ ბავშვთა სამედიცინო ჩვენებისა და საჭიროებების მიხედვით;
- შშმ ბავშვთა სკოლა-პანსიონებზე გავრცელდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ „სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს“ 2011 წლის №6/61 ბრძანება, სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების დამტკიცების შესახებ.



## **ჯანმრთელობის დაცვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლებში**

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლებში ბენეფიციარები ქრონიკული დაავადებებით ხშირად საჭიროებენ სტაციონარულ დახმარებას.

ხშირ შემთხვევაში, ხდება სტაციონარიდან პაციენტის შეუსაბამოდ სწრაფი გამოწერა, რაც განპირობებულია სადაზღვევო ლიმიტის ამონწურვით.

კოჯრის შშმ ბავშვთა სახლის აღსაზრდელი გ.წ. დაბადებული 05.07.2004, შემოვიდა კოჯრის შშმ ბავშვთა სახლში 2010 წლის 29 ნოემბერს დიაგნოზით ბავშვთა ცერებრალური დამბლა, ღრმა გონებრივი ჩამორჩენა, მწვავე ბრონქიტი (ბრონქო-

სპაზმი). შემოსვლისას ბავშვის მდგომარეობა იყო მძიმე, აღენიშნებოდა სუნთქვის უკმარისობა. სასწრაფო დახმარების მანქანით გადაიყვანეს სტაციონარში. 2 დეკემბერს სტაციონარიდან გამოწერეს თუმცა, დღის ბოლოს კვლავ სასწრაფო დახმარების მანქანით გადაიყვანეს უკან. 6 დეკემბერს უკვე გამოენერა მეორედ სტაციონარიდან, ხოლო 7 დეკემბერს კვლავ დააბრუნეს უკან. დაავადების ხშირი გამწვავებების გამო ესაჭიროება სტაციონარული მკურნალობა. მონიტორინგის ჩატარების მომენტისათვისაც ბენეფიციარი იყო საავადმყოფოში“.

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების მონიტორინგის 2010 წლის ანგარიშში სერიოზული ყურადღება დაეთმო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისათვის განუვალ არასათანადო სამედიცინო მომსახურებას. სახელმწიფო კონტროლის სტრუქტურებისთვის მიწოდებულ მასალებზე რეაგირების შედეგად, კი რამდენიმე სამედიცინო დარგის მუშაკს შეუჩერდა/ჩამოერთვა პროფესიული საქმიანობის ლიცენზია.

სამწუხაროდ, 2012 წლის მონიტორინგის განმავლობაში არასათანადო სამედიცინო მომსახურების საკითხი კვლავ აქტუალურია აღნიშნულ დაწესებულებებში – ამ მხრივ განსაკუთრებით რთული სიტუაცია სენაკის ბავშვთა სახლშია შექმნილი.



### **შ.კ.-ს შემთხვევა – დაზვიანებული და არასათანადო სამედიცინო მომსახურება**

2012 წლის 15 მაისს, სახალხო დამცველის წარმომადგენელმა მიიღო სატელეფონო შეტყობინება სენაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბენეფიციარის შ.კ.-ს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შესახებ, რომლიც, შეტყობინების ავტორის ინფორმაციით, არასათანადო სამედიცინო დახმარებამ გამოიწვია.

სახალხო დამცველის მიერ საკუთარი ინიციატივით საქმის დაწყებისთანავე<sup>64</sup> მოხდა ინფორმაციის გამოთხოვა სსიპ სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოდან. სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოდან მოსული კორესპონდენციის<sup>65</sup> თანახმად 6 წლის შ.კ. 2012 წლის 26 აპრილს ქუთაისის სამხარეო დედათა და ბავშვთა სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ ცენტრში გარდაიცვალა.

თუმცა, რეალურად საქმის მდგომარეობა იყო შემდეგში:

6 წლის შ.კ. (დიაგნოზით: ბავშვთა ცერებრალური დამბლა, სპასტიური პარაპლეგია, მკვეთრი ფსიქო-მოტორული ჩამორჩენა) 2012 წლის 26 აპრილს იმყოფებოდა სენაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლში.

ბავშვი 2012 წლის 2 აპრილს ჩაირიცხა სენაკის ბავშვთა სახლში<sup>66</sup>. პედიატრის ნერილობითი ჩანაწერის თანახმად, შემოყვანისას ბავშვის მდგომარეობა იყო სა-

<sup>64</sup>საქმე №0853-12, 2012 წლის 17 მაისი.

<sup>65</sup>ნერილი №08/584, 2012 წლის 06 ივნისი.

<sup>66</sup>აღნიშნულს მოწმობს სსიპ სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს 2012 წლის 11 ივნისს მონოდებული დოკუმენტაცია – პაციენტის გასინჯვის ფურცელი, პედიატრის კონსულტაცია/



შუალო სიმძმის, დაბალი ფუნქციური სტატუსის (ვერ ჯდება, ვერ დადის, არის მუდმივად მნოლიარე, ვერ მეტყველებს, არ შემოდის კონტაქტში) გარდა, მისი ჯანმრთელობის პრობლემას წარმოადგენდა წვრილ-წინწკლოვანი გამონაყარი („ჭინჭრის ციება“) კისერზე, ტანზე და კიდურებზე, რომელსაც მშობელი ვერ უკავშირებდა საკვების მიღებას. რაც შეეხება სხვა მონაცემებს, პედიატრის ჩანაწერის მიხედვით: ტ36.80, კანი ფერმკრთალი, ჩორ ტონები ფილტვებში მოსმენით სუფთა, ვეზიკულური სუნთქვა.

დანესებულებაში შემოსვლიდან 2 თვის შემდეგ, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად იცვლება; ქუთაისის სამხარეო დედათა და ბავშვთა სამკურნალო დიაგნოსტიკური ცენტრის მიერ გაცემული ფორმა №100/ა-ს მიხედვით:

6 წლის შ.კ. მოთავსებულია სტაციონარში და აღენიშნება:

- სუნთქვის მწვავე უკმარისობა;
- მწვავე ბრონქიტი, ბრონქოსპაზმი
- ფილტვების მწვავე შეშუპება
- ბავშვთა ცერებრალური დამბლა

ბავშვის მდგომარეობა შეფასდა, როგორც უკიდურესად მძიმე. ბავშვი გარდაიცვალა 2012 წლის 26 მაისს დილის 2 საათსა და 15 წუთზე.

პრევენციის ჯგუფმა შ.კ.-ს მდგომარეობის მოკვლევა განახორციელა მიმდინარე მონიტორინგის ფარგლებში და იმის გასარკვევად, თუ რამ გამოიწვია ბავშვის ჯანმრთელობის მკვეთრი გაუარესება დანესებულებაში ჩარიცხვიდან 2 თვეში და მოხდა თუ არა სამედიცინო დახმარების დროული უზრუნველყოფა, მონიტორები ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალსა და სხვა ჩართულ პირებს გაესაუბრნენ.

დანესებულების დირექტორი კითხვაზე, რომელიც ეხებოდა პნევმონიისა და ფილტვების შეშუპების განვითარებას, პასუხობს: „მას ჰქონდა ნახველი, უგროვდებოდა და ნახველის ამოღება ჩვენთან ვერ ხერხდება“.

დანესებულების პედიატრის განცხადებით, ანტიკონვულსიური (ეპილეფსიური გულყრების წინააღმდეგ) მკურნალება, (ფინლეფსინი, დიაზეტექსი) ბავშვს დანესებულებაში დაუნიშნეს, მხოლოდ შ.კ.-ს დედის მონათხრობზე დაყრდნობით – რომელმაც აღნიშნა, რომ ბავშვს ჰქონდა ეპილეფსიური გულყრები. გულყრის ეპიზოდი დანესებულების სამედიცინო პერსონალს არ უნახავს, ბავშვს არ მოჰყვანევროლოგის კონსულტაცია, ეპი-სინდრომით დიაგნოსტიკის ანდა გამოკვლევის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია.

შ.კ.-ს ასევე დაენიშნა პრეპარატი „ნორმოკიდი“ (ლებინების საწინააღმდეგოდ), თუმცა, ბავშვს დანესებულებაში ყოფნის პერიოდში არც ერთხელ არ ჰქონია ლეზინების ეპიზოდი. არ მომხდარა ბავშვის გამოკვლევა ლეზინების მიზეზის (თუ ასეთი დაფიქსირდებოდა) დასადგენად, აღნიშნული მედიკამენტის დანიშნამდე.

პედიატრის გადმოცემით, 2012 წლის 6 მაისს ტემპერატურამ აინია უეცრად ტ 390 და მოხდა მისი ტრანსპორტირება ჯერ სენაკის სტაციონარში და იმავე დღეს ქუთაისის საავადმყოფოში. პედიატრის გადმოცემით, მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვის სიკვდილის უშუალო მიზეზი მწვავე ბრონქოსპაზმსა და ფილტვების შეშუპებას უკავშირდებოდა, შ.კ.-ს არ ჰქონია რაიმე ტიპის რესპირატორული (სუნთქვ-

ასთან დაკავშირებული) პრობლემა ბავშვთა სახლში ყოფნის მთელი პერიოდის განმავლობაში.

აღსანიშნავია, რომ ბავშვის სამედიცინო ისტორიაში ასევე ჩაკრულია შ.კ.-ს სისხლის საერთო ანალიზის ამსახველი ფურცელი, რომელზეც მონაცემები ხელის არის შევსებული; თავად ფურცელს ემჩნევა, რომ შემთხვევით ქალაქიდან გადატანილი და მას არცერთი სამედიცინო დაწესებულების ბლანკი, შტამპი ან ოფიციალური რეკვიზიტის დეტალი არ ახლავს. ანალიზი გაკეთებულია, ვინმე ლ.ხარბედიას მიერ. 2012 წლის 27 აპრილს.

სწორედ ამ მონაცემებმა გამოააშკარავა საქმის არათვალსაჩინო დეტალები. დაწესებულებაში მყოფმა პირმა, რომელიც ესწრებოდა შ.კ.-ს მდგომარეობის გაუარესებას, მონიტორინგის ჯგუფს განსხვავებული ვერსია მიაწოდა. მისი გადმოცემით, შ.კ.-ს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი და ამიტომ, 20 დღის განმავლობაში ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია არ მოხდა, მიუხედავად იმისა, რომ მას ესაჭიროებოდა საავადმყოფოში გადაყვანა. როდესაც ბავშვის მდგომარეობა უკიდურესად დამძიმდა, ადმინისტრაციამ ბავშვი სენაკის ბავშვთა სახლის ავტომობილით მიიყვანა საავადმყოფოში სისხლის ანალიზის ასაღებად, თუმცა, ისე იმ გარემოებიდან გამომდინარე რომ მას არ ჰქონდა სადაზღვევო პოლისი – სისხლის ანალიზის აღება მოხდა დაწესებულების მანქანაში, არასამედიცინო პირობებში (იხ. ზემოთ მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოძიებული სისხლის ანალიზის ამსახველი დოკუმენტი ფურცლის ნახევზე, რომელსაც სამედიცინო დაწესებულების რეკვიზიტები არ ჰქონდა). პირის გადმოცემით, სისხლის აღების აღნიშნულ პროცესს მანქანაში ესწრებოდნენ: ნ.ლ. – მუსიკის მასწავლებელი, ს.ქ. – ექთანი, ნ.ც. – ძიძა ზ.კ. – მძღოლი და თავად ეს პირი.

პრევენციის ჯგუფის წევრი, დამოუკიდებლად ესაუბრა ექთანს, რომელიც თან ახლდა შ.კ.-ს სისხლის ანალიზის აღების დროს; მან დაადასტურა, რომ დაზღვევის პოლისის არქონის გამო, მათ მართლაც მოუწიათ ბავშვისთვის სისხლის ანალიზის ავტომობილში აღება და ამ მიზნით, ლ.ხარბედიამ ფაქტობრივად დაარღვია კანონით დადგენილი რეგულაცია და ჩუმად, ოფიციალური რეგისტრაციის გარეშე აულო ბავშვს სისხლი. არაოფიციალურად გაკეთდა სისხლის ლაბორატორიული შემონმებაც.

აღნიშნული დეტალების ადმინისტრაციისათვის შეტყობინების შემდეგ, დაწესებულების დირექტორმა განაცხადა, რომ შ.კ.-ს სისხლის ანალიზის აღება, დაზღვევის არქონის გამო, მართლაც მოხდა ავტომობილში. მან აგრეთვე აღიარა, რომ ჰოსპიტალიზაციამდე პერიოდში ვერ ხერხდებოდა ბავშვის მონაცემების მოძებნა დაზღვევის ბაზაში, ხოლო პოლისმა დააგვიანა ჩამოსვლა. ჰოსპიტალიზაციამდე 1 კვირით ადრე, ბავშვი უკვე მძიმე მდგომარეობაში იყო, საკვებს არასტაბილურად იღებდა. „მარტო ამ ბავშვის დაზღვევა არ მქონდა, დანარჩენის ყველა მქონდა და ვუთხარი სააგენტოს ადმინისტრაციას, როდესაც 1 კვირით ადრე სენაკში სააგენტოს ადმინისტრაციის უფროსი ბელა გოგუა იყო ჩამოსული“. დაწესებულების დირექტორმა წარმოადგინა ელექტრონული წერილი, რითაც დაადასტურა, დაზღვევის პოლისის არქონის შესახებ შეტყობინების გაკეთება.

დანესებულების დირექტორთან საუბრისას გაირკვა კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი დეტალი: მიუხედავად იმისა, რომ შ.კ.-ს ჰქონდა უკიდურესად მძიმე რესპირატორული სინდრომი სუნთქვის უკმარისობით, 2012 წლის 6 მაისს, მისი ტრანსპორტირება თავდაპირველად მოხდა სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოში, სადაც მათთვის უკვე ცნობილი იყო, რომ ვერ მოხერხდებოდა ბავშვის პრობლემის გადაჭრა – ვინაიდან სენაკის საავადმყოფოს არ აქვს რესპირატორული გართულებების მენეჯმენტისათვის აუცილებელი სამედიცინო ტექნიკური საშუალებები. დირექტორის განმარტებით, სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოში გადაყვანა მოხდა იმ გარემოებიდან გამომდინარე, რომ სასწრაფო დახმარების მანქანას მხოლოდ სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოში გადაყვანის უფლება აქვს. ხოლო რამდენიმე საათის დაგვიანებით, სენაკის საავადმყოფომ გამოიძახა ქუთაისის სასწრაფო დახმარება და ბავშვი გადაიყვანეს ქუთაისის საავადმყოფოში, სადაც აქვთ რესპირატორული პრობლემების მენეჯმენტის შესაძლებლობა. კითხვაზე, „რა ინტერვენცია ჩაუტარეს ბავშვს სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოში, თუ სუნთქვის პრობლემის მოხსნა ვერ მოახერხეს“, სენაკის ბავშვთა სახლის დირექტორმა უპასუხა: „და რომ ვერ ჩაუტარეს და თქვეს, რომ ჩვენ აქ არ გვაქვს არაფერი, ამიტომ გამოიძახეს ქუთაისი...“.

საქმის აღნიშნული დეტალების მოკვლევამ პრევენციის ეროვნული ჯგუფისათვის თვალნათელი გახადა, რომ შ.კ.-ს მიმართ ადგილი ჰქონდა დაგვიანებული და არასათანადო სამედიცინო დახმარების განწევას. შესაბამისად, საგამოძიებო სტრუქტურების მოსაკვლევია ის ფაქტი, თუ რამდენად დაკავშირებულია სუნთქვის პრობლემის მქონე ბავშვისათვის კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების მინიმუმ ერთი კვირით დაგვიანება მის გარდაცვალებასთან; შესაძლებელი იყო თუ არა, სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს მიერ, შეტყობინების მიღებისთანავე (სტაციონარში გადაყვანამდე 1 კვირით ადრე) ქმედების განხორციელების შემთხვევაში, აცილებული ყოფილიყო ლეტალური შედეგი; რამდენად სერიოზული დარღვევა იყო ბავშვთა სახლის სამედიცინო პერსონალის მიერ ბავშვის სამედიცინო საჭიროებების უგულებელყოფა და ჰქონდა თუ არა ადგილი ინფორმაციის შეგნებულ დამალვას;

**საქართველოს სახალხო დამცველი მიმართავს საქართველოს გენერალურ პროკურატურას:**

- გამოიძიოს შ.კ.-ს გარდაცვალების ფაქტი და განახორციელოს ადეკვატური ღონისძიებები, ზემოხსენებულ პირთა ბრალეულობის დადასტურების შემთხვევაში.

## ■ ჯანმრთელობის დაცვა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატებში

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სახლებში, დუშეთისა და მარტყოფის დანესებულებებში ჩატარებულმა მონიტორინგმა ცხადყო, რომ აქ, ისევე როგორც შშმ პირთა სხვა ინსტიტუციებში ბენეფიციართა ჯანმრთელობის უფლება დაცული არ არის. უფლების დარღვევა კომპლექსურია და უკავშირდება როგორც სამედიცინო სტაციონარების მუშაობის ხარვეზს შშმ პირებთან მიმართებაში, ისე სხვადასხვა სახელმწიფო უწყებებს შორის არაეფექტურ კომუნიკაციას.

## ■ დ.ს.-ს შემთხვევა – პანსიონატში ჩარიცხვის პროცესთან დაკავშირებული ხარვეზი

დუშეთის შშმ პანსიონატში 2012 წლის 20 ივნისს მონიტორინგის მიმდინარეობისას ერთ-ერთ ბენეფიციარს განუვითარდა დიაბეტური კომა. როგორც დუშეთის პანსიონატის ექიმის ახსნა-განმარტებიდან ირკვევა, ბენეფიციარი დ.ს. პანსიონატში შემოვიდა 2012 წლის 19 ივნისს დაახლოებით 14 საათისათვის, დიაგნოზით: შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2, ანგიოპათია, დიაბეტური ტერფი, ორივე ბადურის ჩამოშლა. პაციენტი მკურნალობდა „ინსულინრეტარდის“ საშუალებით და იკეთებდა 30 ერთეულს, ასევე „აქტრაპიდს“ – 20 ერთეულს დღეში ერთხელ. ვინაიდან სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ ბენეფიციარის ჩარიცხვის განხორციელებისას სათანადო ყურადღება არ მიექცა მის ჯანმრთელობის მდგომარეობას (სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა №100 შინაარსს) და მისი ტრანსპორტირების პროცესის დროს არ იყო გათვალისწინებული ინსულინო-თერაპიის რეჟიმი, ბენეფიციარს ორჯერ: პირველად – მანქანით ტრანსპორტირებისას და შემდგომში უკვე – პანსიონატში შემოსვლიდან რამდენიმე საათში განუვითარდა დიაბეტური კომა ცნობიერების საკმაოდ მნიშვნელოვანი პერიოდის განმავლობაში დაკარგვის თანხლებით. აღნიშნული ფაქტი წარმოადგენდა პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საკმაოდ სერიოზულ საფრთხეს და ძლიერ სტრესოგენულ ფაქტორს. განვითარებული მდგომარეობის შემდგომი მენეჯმენტისათვის, პანსიონატის დირექტორი დაუკავშირდა შპს. „ჯეო-ჰოსპიტალის“ დუშეთის სამედიცინო ცენტრს, თუმცა, მათი განმარტებით, ენდოკრინოლოგი არ იყო ადგილზე. შესაბამისად, პაციენტი დადგა რისკის ქვეშ მინიმუმ 3 დღე ვერ მიეღო აუცილებელი სამედიცინო კონსულტაცია (ენდოკრინოლოგი 3 დღის შემდეგ იქნებოდა კონსულტაციისათვის ხელმისაწვდომი). მიუხედავად ამისა, დირექტორის პირადი კონტაქტების საფუძველზე სატელეფონო მოლაპარაკებით პაციენტი იმავე დღეს გაიგზავნა მცხეთის რაიონის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში. ჩაუტარდა ენდოკრინოლოგის კონსულტაცია და, შედეგად შეეცვალა ინსულინ-

ოთერაპიის დოზა.

ზემოაღნიშნული შემთხვევიდან ნათლად იკვეთება სოციალური მომსახურების სააგენტოს პასუხისმგებლობა ბენეფიციარის სამზრუნველო დაწესებულებაში ჩარიცხვის პროცესში სრულფასოვანი შეფასების გაკეთების თაობაზე. ვინაიდან, შეფასებაში სათანადოდ დაფიქსირებული არ იყო, ჯანმრთელობისათვის პოტენციურად საშიში მდგომარეობის (დიაბეტი, დიაბეტური კომის განვითარების რისკი) შესახებ; აღნიშნული ფაქტორი არ იყო გათვალისწინებული ბენეფიციარის ტრანსპორტირების ორგანიზებისას; თანხმლები სამედიცინო რისკის შესახებ არ იყო ინფორმირებული მიმღები სამზრუნველო დაწესებულება. არსრულყოფილად იყო შევსებულ ფორმა №100, რომელიც თან ახლდა პაციენტს.

მარტყოფის შშმ პირთა ინსტიტუციაში პრევენციის ჯგუფისათვის ცნობილი გახდა, რომ არსებობს სერიოზული პრობლემები ბენეფიციართა სამედიცინო მომსახურების ხარისხთან დაკავშირებით; ადმინისტრაციის გადმოცემით, მარტყოფის შშმ პირთა პანსიონატს ემსახურება გარდაბნის რაიონის სასწრაფო სამსახური. ბრიგადების სიმცირის გამო სასწრაფო სამედიცინო სამსახური პანსიონატში მოსვლას ახერხებს გამოძახებიდან 1 საათში. რასაც ემატება კიდევ ერთი ფორმალობა, პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია როგორც სომატური, ისე ფსიქიკური დაავადების შემთხვევაში, ჯერ გარდაბნის რ-ნის „ჯეოჰოსპიტალში“ ხდება, ხოლო იქიდან კატასტროფის სამსახურის მეშვეობით გადაჰყავთ თბილისში. ჰოსპიტალიზაციის ეს სქემა აგრძელებს გზას (მარტყოფი გარდაბანი 50 კმ, ხოლო გარდაბანი თბილისი 25 კგ), ზრდის სანვავის ხარჯებს და აბრკოლებს სამედიცინო მომსახურების დროულ მიწოდებას.



## ლ.მ.-ს შემთხვევა – დაზვიანებული ჰოსპიტალიზაცია

მარტყოფის შშმ ბენეფიციარი მ.გ დიაგნოზით ჰიპოთირეოზი, პრადერვილის სინდრომი – სუნთქვის უკმარისობით, რომელსაც აღენიშნებოდა ძლიერი აღგზნება გადაიყვანეს გარდაბნის რაიონის „ჯეოჰოსპიტალში“, თუმცა მისი მძიმე ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო კლინიკიდან უკან დააბრუნეს პანსიონატში, ვინაიდან აღნიშნულ კლინიკას არ ჰქონდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პაციენტის მდგომარეობის მართვის რესურსი. პაციენტის მდგომარეობა იმდენად დამძიმდა რომ იმავე საღამოს მ.გ. გადაყვანილ იქნა თბილისის რეფერალური კლინიკის ჯერ ფსიქიატრიულ, ხოლო შემდგომ რეანიმაციულ განყოფილებაში. ასეთივე გრძელი გზა გაიარეს სხვა ბენეფიციარებმაც: ლ.მ. – ეპილექსიისა და მსუბუქი გონებრივი ჩამორჩენის დიაგნოზით; ბენეფიციარი ს.შ. კი, ფსიქიატრიული სიმპტომების გამწვავების მდგომარეობაში, 4 საათი იყო გზაში ადეკვატური სამედიცინო დახმარების მიღებამდე.

აღწერილი სიტუაცია არღვევს „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონით დადგენილ პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვ-



დომობასა და ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე და ეწინააღმდეგება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სოციალური ინტეგრაციის კონცეფციას ხელმისაწვდომ მკურნალობაზე.

## ზ.დ.-ს შემთხვევა – უარი სამედიცინო მომსახურებაზე

მარტყოფის შშმპ ინსტიტუციის ბენეფიციარი ზ.დ. დიაგნოზით: ეპილეფსიის შემდგომ განვითარებული ჭკუასუსტობა, ბრონქული ასთმა, აღიარებულია ქმედუუნაროდ. ბენეფიციარის მდგომარეობა ხშირად მწვავედება და უვითარდება ასთმის შეტევები.

მორიგი ასთმის შეტევა განუვითარდა 21.06.2012 ში, მიუხედავად ადგილზე ჩატარებული დახმარებისა (გაუკეთდა ინჰალაცია სალბუტამოლით და დექსამეტაზონის ინიექცია) მდგომარეობა რჩებოდა მძიმე. სადაზღვევო კომპანია „იროსთან“ შეთანხმებით კატასტროფის სამსახურის მიერ ბენეფიციარი ზ.დ. გადაყვანილი იქნა „სამგორი მედის“ რეანიმაციულ განყოფილებაში. 22.06.2012 როცა ინსტიტუციის დირექტორი იმყოფებოდა სტაციონარში, ექიმი რეანიმატოლოგის განმარტებით პაციენტის მდგომარეობა კვლავ მძიმე იყო. ხოლო 23.06.2012 დღით 11 საათისათვის „სამგორი მედის“ რეანიმაციული განყოფილების ექიმის ჯუმბერ ბოლქვაძის მიერ გაკეთდა სატელეფონო შეტყობინება პანსიონატის ექიმთ. ბედიანაშვილთან, იმის შესახებ, რომ „პაციენტი გამოჯანმრთელდა და განერილია კლინიკიდან“, ასევე დასძინეს, რომ სადაზღვევო კომპანია „იროს“ უარს აცხდებდა კლინიკიდან პაციენტის ტრანსპორტირებაზე.

მონიტორინგის ჯგუფის წევრების თანადასწრებით მარტყოფის დირექტორი კვლავ ესაუბრა ტელეფონზე მორიგე ექიმს, რომელმაც აღნიშნა, რომ „პაციენტი საჭიროებს მკურნალობის გაგრძელებას თერაპიულ განყოფილებაში, რაზედაც სადაზღვევო კომპანია არ თანხმდება.“

მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა ადგილზე მოინახულეს პაციენტი და მხოლოდ მათი ჩარევის შემდგომ გახდა შესაძლებელი, პაციენტის დატოვება სტაციონარში დამატებით 2 დღის განმავლობაში.

პაციენტის მკურნალობის გაგრძელებაზე უარი განპირობებული იყო, ერთი მხრივ, ადგილების სიმცირით რეანიმაციულ განყოფილებაში და, მეორე მხრივ, პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობით. კლინიკის პერსონალის თანახმად, კლინიკაში არ იყო შესაბამისი კვალიფიკაციის მომვლელები, ვისაც ექნებოდათ გამოცდილება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პაციენტებთან ურთიერთობისა და მოვლის, აღნიშნული ფაქტორი კი მათ ხელს უშლიდათ ადეკვატური სამედიცინო ინტერვენციის განხორციელებაში.

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:**

- უზრუნველყოს მედლებისა და მომვლელების გადამზადება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და მოვლის გაუმჯობესების მიზნით;
- მოხდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სომატური დაავადებების მენეჯმენტისათვის შესაბამისი კვალიფიკაციითა და რესურსებით აღჭურვილი სამედიცინო დაწესებულებების უზრუნველყოფა.
- უზრუნველყოს კონტროლი ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებაზე;
- განახორციელოს კონტროლი და მუდმივი მონიტორინგი შშმ პირთა შესაბამის დაწესებულებებში ჩარიცხვის პირობებზე; ჩარიცხვისას ყურადღება გამახვილდეს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და ბენეფიციართა კონკრეტულ საჭიროებებზე;
- უზრუნველყოს სადაზღვევო პაკეტების გაფართოება სხვადასხვა დარგის ვინრო სპეციალისტების კონსულტაციებითა და სამკურნალო საშუალებებზე დაფინანსების ლიმიტის გაზრდით შშმ პირთა ინსტიტუციების ბენეფიციარებისათვის;
- უზრუნველყოს ჰოსპიტალიზაციის პროცესის გამარტივება შშმ პირთა ინსტიტუციების ბენეფიციართათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით;
- მოხდეს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის არაადეკვატური სამედიცინო მომსახურების ყველა ინდივიდუალური ფაქტის მოკვლევა და საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი ღონისძიებების გატარება რეაგირების მიზნით, ასევე მომავალში ამგვარი ფაქტების პრევენციის კუთხით.

## ■ კვების ორგანიზება

## ■ ჩვილ ბავშვთა კვება და საკვები პროდუქტების მრავალფეროვნება

ბავშვთა სრულფასოვანი ზრდა-განვითარებისათვის აუცილებელია სრულფასოვანი, უსაფრთხო კვების პრინციპების გათვალისწინება. როგორც ეს ბავშვზე

ზრუნვის სახელმწიფო სტანდარტში №10 არის მითითებული: „მომსახურების მიმწოდებელი უზრუნველყოფს მომხმარებელს უსაფრთხო საკვებით, რომელიც აკმაყოფილებს მომხმარებლის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს საკვებსა და ენერჯიაზე, ამასთან ითვალისწინებენ მომხმარებლის ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს“<sup>67</sup>.

ჩვილ ბავშვთა სახლის მენიუების შეფასებისას შესამჩნევია ხილის ნაკლებობა; ივნისის თვეში ბავშვებს ეძლევათ ვაშლი 150-200 გრამის ოდენობით, ისიც მხოლოდ 5 დღის განმავლობაში, ხოლო თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში მხოლოდ 3 დღე...

კვების მენიუს ერთობლივად ადგენენ ექიმი, ბუღალტერი, ადმინისტრატორი და ფილიალის დირექტორი. ზედამხედველობა ხორციელდება საკვების ულუფის გაცემაზე, თუმცა არ აღირიცხება რეალურად მიიღო თუ არა ბავშვმა ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების ასაკობრივად დადგენილი ნორმა. ეს უკანასკნელი, ფაქტობრივად შეუძლებელს ხდის იმის მონიტორინგს, იღებს თუ არა არასრულწლოვანი საჭირო რაოდენობის საკვებს.

### **ჩვილ ბავშვთა სახლის სამზარეულო ბლოკი**

ჩვილ ბავშვთა სახლებში განმეორებითმა მონიტორინგმა ცხადყო, რომ კვების ორგანიზაციის სანიტარული წესებისა და ნორმების გაუმჯობესების შესახებ გათვალისწინებული იყო მხოლოდ ის რეკომენდაციები, რომელიც შედარებით ადვილი იყო შესასრულებლად<sup>68</sup>. დაწესებულებებში დაფები და დანები მარკირებული იყო და ნაგავი სატერფულიან სათლში გროვდებოდა. თუმცა სამზარეულოში დასაქმებული პერსონალის ჰიგიენური მდგომარეობის შემოწმების ჟურნალების წარმოება კვლავ არ ხორციელდებოდა. მონიტორინგის მომენტში დაწესებულებაში არ ინარმოებოდა მზა საკვების შეფასების და კონტროლის ჟურნალი (თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლი), ვინაიდან, ადმინისტრაციის გადმოცემით: „არ არსებობს ასეთი მოთხოვნა სააგენტოს მხრიდან.“

სამზარეულოებში არსებული ფიზიკური გარემო და აღჭურვილობა არ შეცვლილა ჩვილ ბავშვთა სახლებში. თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში, ისევე როგორც წინა მონიტორინგის დროს, ახლაც ემზადებიან შეცვალონ სამზარეულოს სანამზადე ოთახები, ვინაიდან ინფრასტრუქტურა საჭიროებს შეკეთებას. ასევე შეკეთებას საჭიროებს მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლის კვების ბლოკიც.

### **საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს:**

- **უზრუნველყოს ჩვილ ბავშვთა კვების ორგანიზება ადეკვატური ხარისხით;**

<sup>67</sup>ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტები

<sup>68</sup>რეკომენდაციები პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2010 წლის ანგარიშში შემუშავებულ იქნა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 12 ნოემბრის №280/ნ „ბავშვთა სკოლამდელ დაწესებულებებში კვების ორგანიზაციის სანიტარული წესებისა და ნორმების დამტკიცების შესახებ“ ბრძანებით დადგენილი ნორმების შესაბამისად.

- უზრუნველყოს ადეკვატური კვებითი ღირებულების მქონე საკვების მიწოდება, ბავშვთა ასაკობრივი საჭიროებებით განსაზღვრული ნორმების მიხედვით ჩვილ ბავშვთა სახლების ბენეფიციართათვის.



## კვების ორგანიზება სკოლა-პანსიონატში

ახალციხის სკოლა-პანსიონატის მენიუები არ იყო მრავალფეროვანი, სახეზე იყო ქარბი ნახშირწყლოვანი კვება; ყოველდღიურად ვერმიშელის ან მაკარონის სუპი, 600 გრ -ის ოდენობის პურის მოხმარებით. ქიათურის სკოლა-პანსიონატში მენიუ არასრულყოფილია, არ შეიცავს ხილს, ერთი ბენეფიციარი დღეში 500გრ პურს მოიხმარს. ასეთივე ტენდენციაა ქუთაისშიც.

არც ერთ პანსიონატში არ ხდება საკვების შემონმება ორგანოლეპტიურად (გარეგნული ნიშნებით), ან ამონმებენ მხოლოდ სადილს (ქუთაისი).

### კვების ბლოკის ჰიგიენური მდგომარეობა

ახალციხის სკოლა-პანსიონატში სამზარეულო არის საშუალო ზომის ოთახი, რომელიც არის სარემონტო; მასში არ არის სავენტილაციო სისტემა, იატაკი მეტლახისაა, რომელიც ნაწილობრივ აყრილია და ბეტონის ზედაპირი მოჩანს. ქერზე პლასტიკატია აკრული. სამზარეულოსა და სასადილო ოთახში გავრცელებულია მწერები. სასადილო ოთახი ასევე სარემონტოა, იატაკი ქვისაა, ალაგ-ალაგ ამოტეხილია. ოთახში მცირე ზომის დაფაზე დანერილია მენიუ მოსაწვლევებისათვის.

მონიტორინგის დროს ზოგიერთ პანსიონტში ახალი დასრულებული იყო სარემონტო სამუშაოები კვების ბლოკსა და საწყობებში, თუმცა ისინი საკვები პროდუქტების უსაფრთხოდ მომზადებისათვის აუცილებელ პირობებს ვერ აკამყოფილებდა. კერძოდ, ქუთაისის სკოლა-პანსიონტში კვების ბლოკი დაყოფილია სამზარეულო და სამრეცხაო ზონებად, თუმცა სანამზადეში არ არის გამოყოფილი ბოტსნეულის, უმი ხორცის, თევზის დასამუშავებელი მაგიდები ცალ-ცალკე.

ფანჯრებზე არ არის მწერებისაგან დამცავი ბადეები (ქიათურის სკოლა-პანსიონატი, ქუთაისის სკოლა-პანსიონი, 202-სკოლა) სამზარეულოში არ არის საკვები პროდუქტების ნარჩენებისათვის და სატერფულიანი სათლი (ქიათურის სკოლა-პანსიონი, თბილისის მე-200 სკოლა-პანსიონი).

### სუფთა წყალი

უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს რეგიონებში არსებულ სკოლა-პანსიონტებს წყალი ხშირად გრაფიკით მიენოდებათ (ახალციხის სკოლა-პანსიონატი, ქუთაისის სკოლა-პანსიონატი), ან სარგებლობენ აუზში მომარაგებული წყლით. თუმცა, მონიტორინგის პროცესში ვერც ერთ პანსიონატში ვერ იქნა მოძებნილი სასმელი წყლის ვარგისიანობის შეფასების დამადასტურებელი სერტიფიკატი.

### საკვები პროდუქტების შენახვის პირობები

სკოლა-პანსიონატებში საკვები პროდუქტების შექენა ხდება სკოლის დირექტორის მიერ ინდემნარმებთან ხელშეკრულების საფუძველზე. თუმცა, არის შემთხვევები, როდესაც დარღვეულია შექენისა და შენახვის პირობები.

ახალციხეში საწყობი ნესტიანია, ძველი და სარემონტო. დარღვეულია მარკირებისა და საკვები პროდუქტების შენახვის წესი. საწყობის მაცივარში იყო ძეხვი ნახევრადშებოლილი „კოლხიდური“ 10 ცალი, ძეხვი მოხარშული „საგაზაფხულო“ 3 ცალი (6 კგ) მწარმოებელი შპს „ტაო-ფუდი“ – დამზადების თარიღისა და ვარგისიანობის ვადის გარეშე. ასევე 8 კგ სოსისი ე.წ. „ტკაცუნა“ (სკოლის დირექტორის წერილის მიხედვით) წარწერის გარეშე. თურქული მაკარონი „გუილდი“ – 5კგ, 2 პაკეტი დამზადების თარიღის გარეშე. საყინულეში ერთად იყო შენახული გაყინული თევზი და ქათამი.

ჭიათურის სკოლა-პანსიონატის საწყობში ერთად ინახება მშრალი პროდუქტები, ბოსტნეული და ძველი ავეჯი. მონიტორინგის ჯგუფმა დააფიქსირა არამარკირებული პროდუქტები. შპს „გოლიათების“ მიერ წარმოებული მაკარონი 5 კგ-იანი პაკეტებით, დამზადების თარიღის გარეშე, შენახვის ვადა 12 თვე; ასევე უმაღლესი ხარისხის ვერმიშელი „ლუქსი“ 5 კგ პაკეტები, დამზადებისა და შენახვის ვადის გარეშე.

ქუთაისში ახლადგარემონტებულ საწყობში არ არის ვენტილაცია და არც მცირე ზომის სარკმელი ბუნებრივი ვენტილაციისათვის, ამიტომ ბოსტნეული რომ არ გაფუჭდეს ინახავენ მაცივარში.

მიღება-ჩაბარების აქტებში ასევე არ ხდება საკვების ვარგისიანობის მითითება.

### საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს მეცნიერებისა და განათლების სამინისტროს:

- უზრუნველყოფილ იქნეს სრულფასოვანი, მრავალფეროვანი და უსაფრთხო კვების პრინციპების დანერგვა შშმ ბავშვთა სკოლაპანსიონატებში.

### კვიზა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლებში

სენაკის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლში მონიტორინგის პროცესის განმავლობაში, ექსპერტები მუდმივად გამოთქვამდნენ შეშფოთებას ბავშვთა არასათანადო ნუტრიციული სტატუსის<sup>69</sup> გამო. რამდენიმე ბავშვს აღენიშნებოდა უკიდურესად მცირე წონა, რაც თავის მხრივ გამოხატული იყო ბავშვის ფუნქციონალური სტატუსის გაუარესებაშიც.

<sup>69</sup>ნუტრიციული სტატუსი – საკვები პროდუქტების შესაბამისობა მეტაბოლური საჭიროებებისა და პროცესებისათვის.



## ბ.ი.-ს შემთხვევა

8 წლის ბ.ი.-ს წონა მონიტორინგის მომენტში, აღმზრდელების გადმოცემით 12 კილოგრამი იყო, თუმცა ექსპერტების ვიზუალური შეფასებით იგი განიცდიდა პროტეინებით გამდიდრებული საკვების მნიშვნელოვან ნაკლებობას.

ადმინისტრაციის განცხადებით ბავშვს დაწესებულებაში შემოსვლისას საკმაოდ კარგი წონა ჰქონდა როგორც მოგვიანებით მათ მშობლისგან შეიტყვეს, დედა ქამის დროს ბავშვს ცხვირზე ხელს უჭერდა და ასე აიძულებდა მიელო საკმარისი საკვები. დირექტორის გადმოცემით, მათ, ბუნებრივია ეს მეთოდი ვერ გაიზიარეს და, ამიტომ, სშირად ხდებოდა, რომ ბავშვი ვერ ან არ იღებდა საკმარის საკვებს. ნაზო-გასტრალური ზონდით კვების საკითხი კვების პროცესზე პასუხისმგებელ პირს (პედიატრი) არასოდეს დაუყენებია, თუმცა ექსპერტებთან საუბრისას იგი მუდმივად აცხადებდა, რომ ბ.ი. იღებდა მისი ასაკისთვის შესაბამისი ნუტრიციულ ნორმას – პროტეინების სათანადო რაოდენობით.

მონიტორინგის ჯგუფის ექსპერტებმა ექვი შეიტანეს აღნიშნული მტკიცების სისწორეში და ფაქტების გადამოწმების მიზნით, დაესწრნენ ბ.ი.-ს ერთ-ერთი კვების სრულ პროცესს. შედეგად გამოვლინდა, რომ ბ.ი. 300 მგ. საკვები პორციის 70-80 მგ.ის მიღების შემდეგ ვეღარ იღებდა მას და უარს აცხადებდა ქამაზე. ძიძის გადმოცემით, აღნიშნულს ადგილი ჰქონდა ყველა კვების დროს.

მოგვიანებით, პრევენციის მექანიზმის ნევრებმა მიაკვლიეს 300-400 გრ. ხორცის ნაჭრებით სავსე თასს, რომელიც სხვა პროდუქტებისგან განცალკევებით იდო არა მაცივარში ან სხვა სათავსოში, არამედ მაგიდაზე პერსონალის (მზარეულების) გასახდელ ოთახში; მასზე იყო გადაფარებული თეთრი ნაჭერი; ექსპერტების კითხვაზე, თუ რატომ იყო აღნიშნული ხორცის ნაჭრები გასახდელ ოთახში, პერსონალმა განაცხადა, რომ ეს იყო ნარჩენი ხორცი – გამოყენებისათვის უვარგისი (თუმცა, ვიზუალურად აღნიშნული ხორცის ნაჭრები ექსპერტების მიერ არ შეფასდა გაფუჭებულად). კითხვაზე, რატომ არ იყო ხორცი განთავსებული ნაგვის ურნაში, პასუხი მათ არ ჰქონდათ. რამდენიმე საათის შემდეგ, როდესაც ექსპერტები დაბრუნდნენ აღნიშნულ ოთახში, ხორცი აღარ იდო მაგიდაზე; პერსონალმა განაცხადა, რომ იგი გადააგდეს ურნაში. ექსპერტების მიერ ნაგვის ურნის შემოწმების შედეგად, ხორცის ნაჭრები იქ არ დაფიქსირდა. აღნიშნული ფაქტი, წარმოშობს ეჭვს ბავშვების ნუტრიციული სტატუსის გაუარესების სავარაუდო მიზეზების შესახებ, რომელიც უნდა გახდეს პასუხისმგებელი უწყებების ადეკვატური შესწავლისა და რეაგირების საკითხი.

**საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:**

- **უზრუნველყოფილ იქნეს სრულფასოვანი, ბალანსირებული და უსაფრთხო კვების პრინციპების დანერგვა შშმ პირთა ინსტიტუტებში.**

## ფიზიკური გარემოს შეფასება

### ხელმისაწვდომობის საკითხი სკოლა-პანსიონატებში

აღნიშნული დაწესებულებებიდან ქალაქ თბილისის №200 საჯარო სკოლა-პანსიონატი არის სრულად რეაბილიტირებული, თბილისის №202 და №203, ჭიათურის №12 და ქალაქ ქუთაისის №45 საჯარო სკოლა-პანსიონატებში განხორციელდა ნაწილობრივი რეაბილიტაცია, ხოლო ქალაქ ახალციხის №7 საჯარო სკოლა – პანსიონატში რეაბილიტაცია არ განხორციელებულა, აქვე ყველა აღნიშნული საჯარო სკოლა-პანსიონატი გარდა №203 სკოლისა სარგებლობს ინკლუზიური სკოლის სტატუსით<sup>70</sup>.

შეფასების შედეგად დადგინდა, რომ აღნიშნული სკოლების მიმდებარე ტერიტორიების, ეზოში შესასვლელებისა და ეზოს მოწყობის თვალსაზრისით 6 სკოლიდან მხოლოდ 1 (სკოლა-პანსიონატი №202) აკმაყოფილებს ნაწილობრივ სამშენებლო სტანდარტებით დადგენილ ნორმებს<sup>71</sup>. შენობათა შეღწევადობის შეფასებისას, ასევე მხოლოდ 1 – №200 სკოლა-პანსიონატი აკმაყოფილებს ნაწილობრივ დადგენილ ნორმებს. სასკოლო შენობა აღჭურვილია ეტლის სავალი ბილიკით (ესბ), თუმცა დახრილობის კუთხე 1-1,5%-ით ნაკლებია ნორმაზე (< 6%), ხოლო ცენტრალურ შესასვლელში არსებული კარების წინ სამოძრაო არე ბილიკამდე ნაკლებია 150 სმ-ზე (<150სმ). დანარჩენი შენობების ცენტრალური შესასვლელები უმეტესწილად არაა მოწყობილი ეტლის სავალი ბილიკებით, აღჭურვილია მაღალსაფეხურიანი კიბეებით, მოაჯირების გარეშე, რაც ნებისმიერი მობილურობის მქონე ადამიანისთვის ქმნის საფრთხის შემცველ, არაკომფორტულ და/ან შეუღწევად გარემოს.

სამწუხაროდ, დაწესებულების ადმინისტრაციას ხშირად აქვს მცდარი მოსაზრება იმის თაობაზე, რომ თუ შენობა აღჭურვილია ეტლის სავალი ბილიკით, მაშინ ის ხელმისაწვდომია შშმ პირისთვის. ბუნებრივია, დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ რამდენად შეღწევადა შენობა, მაგრამ ხშირ შემთხვევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება იმას, თუ რა შესაძლებლობები არსებობს შენობის შიგნით გადაადგილებისთვის. სკოლა-პანსიონატების არც ერთი შენობა არ არის აღჭურვილი ლიფტით, რაც იმას ნიშნავს, რომ შშმ ადამიანებს სრულფასოვნად შენობის მხოლოდ ერთი რომელიმე სართულით შეუძლიათ ისარგებლონ. დაწესებულებათა უმეტეს ნაწილს 1 სართულზე ადმინისტრაციული პერსონალი ყავთ განთავსებული, მაშინ როდესაც, აღნიშნული ტერიტორია მიჩნეულია ყველაზე ხელმისაწვდომ სივრცედ შშმ პირთა გადაადგილებისათვის – შენობის შეზღუდული ხელმისაწვ-

<sup>70</sup>საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ შექმნილი საგანმანათლებლო დაწესებულებების ელექტრონული კატალოგის (eCatalog) საიტი – <http://catalog.edu.ge>

<sup>71</sup>ურბანიზაციისა და მშენებლობის სამინისტროს 2003 წლის 3 თებერვლის №1 ბრძანება, რომლითაც დამტკიცდა „საცხოვრებელი გარემო ინვალიდებისათვის, გეგმარებითი ელემენტების ნორმალები“ და „საზოგადოებრივი შენობა-ნაგებობები ინვალიდებისათვის, გეგმარებითი ელემენტების ნორმალები“.

დომობის პირობებში. შენობის შიგნით გადაადგილების შეზღუდვა, მიუხედავად იმისა, რომ მიმდინარეობს შენობის საფუძვლიანი განახლება, განსაკუთრებით თვალსაჩინოა ქუთაისის №45 საჯარო სკოლა-პანსიონატში, რადგან აქ დერეფნებიც კი მაღალსაფეხურიანი კიბეებითაა ერთმანეთთან დაკავშირებული, რომლებიც ასევე მოაჯირების გარეშეა.

ბენეფიციართა საცხოვრებელი ოთახების ხელმისაწვდომობის, განახლებული ინტერიერისა და ინვენტარის თვალსაზრისით შედარებით კარგი ვითარებაა თბილისის №200 და ქუთაისის №45 სკოლა-პანსიონატებში. დანარჩენი დაწესებულებების უმეტეს ნაწილში საცხოვრებელ ოთახებში განთავსებულია მოძველებული ინვენტარი (ზოგიერთ დაწესებულებაში ოთახში მხოლოდ სანოლებია), მოძველებულია ინტერიერიც. თითქმის ყველა დაწესებულებაში საცხოვრებელი ოთახის კარები არ არის აღჭურვილი საკეტებით, უფუნქციოა ან იკეტება მხოლოდ გარედან. ამ მხრივ განსაკუთრებით ცუდი ვითარებაა ახალციხის №7 და თბილისის №202 საჯარო სკოლა-პანსიონატებში. ამ უკანასკნელში შესასვლელი კარები შემინულია და უზრუნველყოფილი დაფარული ფარდით. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ აღნიშნული დაწესებულების ბენეფიციარები არიან უსინათლოები ან აღენიშნებათ სუსტი მხედველობა. №203-ე სკოლა-პანსიონატის ერთ-ერთ საცხოვრებელ ოთახში სანოლებს შორის დაშორებამ შეადგინა 46სმ, ხოლო ახალციხეს №7 სკოლაში 28სმ. ყველა დაწესებულების დამახასიათებელი ნიშანია სავენტილაციო სისტემების, მზრუნველის (დამხმარეს) გამოსაძახებელი საშუალების არარსებობა და სუსტი განათება.

სანიტარული კვანძები (საპირფარეშოები და საშხაპეები) გამონაკლისის გარეშე არის შეუღწევადი (კარების სიგანე <85სმ-ზე) და/ან მიუწვდომელი მოხმარებისთვის – საპირფარეშოები უნიტაზის გარეშე, მათი არსებობის შემთხვევაში კი დამხმარე მოაჯირისა და საფარის გარეშე, არასაკმარისი – < 150 სმ-ზე ნაკლები სივრცე. საშხაპეებისა და ონკანების უმეტესობა გაუმართავია და/ან საერთოდ არ არის, კარები არ იკეტება, სუსტი განათებაა. მიუხედავად იმისა, რომ თბილისის №200 და ქუთაისის №45 სკოლა-პანსიონატებში განხორციელდა სარეკონსტრუქციო სამუშაოები, მათ შენობებში სამწუხაროდ ისევ ვხვდებით საპირფარეშოებს უნიტაზების გარეშე.

წყალგაყვანილობა, ონკანები და საკანალიზაციო სისტემები საჭიროებს შეკეთება-გამოცვლას.

სკოლა-პანსიონატების სასადილოების უმეტესობა (6-დან 5) გარკვეულწილად აკმაყოფილებს მისაწვდომობის საჭირო სტანდარტებს, თუმცა სამწუხაროდ ეს შეეხება მხოლოდ სასადილოების შიდა გარემოს, ხოლო სასადილომდე მისასვლელი და შესასვლელი კვლავ მიუწვდომელი რჩება.

უფლება პირად საცხოვრისსა და სივრცეზე

სკოლა-პანსიონატებში, რაც შემთხვევებში, დაფიქსირდა ბენეფიციართა პირადი სივრცითა და საცხოვრისით სარგებლობაზე უფლების შეზღუდვები. მაგალითად, №202 სკოლა-პანსიონატის საცხოვრებელი ოთახის კარები შემინულია და არ არის დაფარული ფარდებით, უმეტესობა სკოლა-პანსიონატების საცხოვრებელ

ოთახებში, საპირფარეშოებსა და საშხაპეებში კარი იკეტება მხოლოდ გარედან ან საკეტი საერთოდ არ არსებობს.

№203 სკოლა-პანსიონატის საცხოვრებელ ოთახში (ფართი 49.14 მ2) განლაგებული 15 სანოლს შორის მანძილი დაფიქსირდა 46სმ (1 ბენეფიციარზე – 3.28 მ2), ხოლო ახალციხის №7 სკოლა-პანსიონატში 23სმ, რაც აშკარად არღვევს პირის უფლებას პირად სივრცეზე.

### **ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა საკომუნიკაციო საშუალებებსა და ინფორმაციის გაცვლაზე**

ვერც ერთ სკოლა-პანსიონატში ბენეფიციარები ვერ სარგებლობენ სრული ხელმისაწვდომობით კომუნიკაციის საშუალებებზე, რათა მიიღონ და გაავრცელონ ინფორმაცია, თავისუფლად შეძლონ ურთიერთობა გარესამყაროსთან, არ იყვნენ იზოლირებული საზოგადოებისგან.

სკოლა-პანსიონატებში არ არსებობს საერთო სარგებლობის ტელეფონი, რომელიც 24 საათის განმავლობაში ხელმისაწვდომი იქნება ბენეფიციარებისთვის.

კომპიუტერები განლაგებულია შენობათა სასკოლო ნაწილში; კომპიუტერების ოთახი უმეტესად იღება დილის 9 საათზე და იკეტება 4 საათზე, არასამუშაო დღეებში კი დაკეტილია. ხშირად კომპიუტერები დაკავებული აქვთ თავად პედაგოგებს, ამას ემატება კომპიუტერების სიმცირე, მათი გაუმართავობა და ინტერნეტის შეზღუდული ხელმისაწვდომობა. №203 სკოლა-პანსიონატის ბენეფიციარმა გვაცნობა რომ ბოლოს კომპიუტერთან და ინტერნეტთან ურთიერთობა 2 თვის უკან ჰქონდა და ისიც ძალიან მცირე ხნით, ხოლო №202 სკოლა-პანსიონატის ბენეფიციარმა განაცხადა, რომ კომპიუტერთა და ინტერნეტით სარგებლობაზე დაწესებულია რიგი. აქვე საყურადღებოა, რომ ოფიციალური მონაცემებით, №203-ე სკოლა-პანსიონატს აქვს 41 ერთეული კომპიუტერი, ხოლო №45-ე სკოლა-პანსიონატს 13 ერთეული, მაშინ როდესაც რეალურად №203-ე სკოლას აქვს 10, ხოლო №45-ე სკოლას 3 ერთეული კომპიუტერი.

არსებულ ვითარებაში ბენეფიციარების ერთადერთ საკომუნიკაციო საშუალებას წარმოადგენს საკუთარი მობილური ტელეფონი, რომელიც ყველას არა აქვს და რომლის მოხმარების საფასურის გადახდაც ყველას არ შეუძლია.

საჩივრის ყუთი ყველა დაწესებულებაში დასაღუქია, რაც შეუძლებელს ხდის გადამონმდეს მისი ყოველი გახსნა-დახურვა და საჩივრის ადრესატამდე მიღწევა.

### **ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა ბუნებრივი კატასტროფებით გამონვეული რისკებისგან დაცვის შესაძლებლობებზე**

„მონაწილე სახელმწიფოები იღებენ საერთაშორისო სამართლით, მათ შორის საერთაშორისო ჰუმანიტარული კანონითა და ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლით გათვალისწინებულ ყველა საჭირო ზომას, რათა უზრუნველყოფილი იქნას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა დაცვა და უსაფრთხოება სარისკო სიტუაციებში, შეიარაღებული კონფლიქტების, საგანგებო ჰუმანიტარული და სტიქიური უბედურებით გამონვეული სიტუაციების ჩათვ-

ლით.<sup>72</sup>

სკოლა-პანსიონატების პერსონალსა და ბენეფიციარებს პრაქტიკულად არ აქვთ ინფორმაცია ბუნებრივი კატასტროფებისგან გამონვეულ რისკებზე (საფრთხეებზე), მათი თავიდან არიდებისა თუ შემცირების შესაძლებლობებზე. დანესებულებების უმეტესობას ან არ აქვს საევაკუაციო გეგმა, ან აქვს, მაგრამ მოძველებულია. პერსონალსა და ბენეფიციარებს არასდროს ჩატარებიათ ზოგადი თეორიული და/ან პრაქტიკული მეცადინეობა ამ საკითხებთან დაკავშირებით. დანესებულებათა პერსონალის უმეტესობამ ვერ დაასახელა განსხვავება იმ მოქმედებებს შორის, რაც უნდა ახლდეს ხანძრისა თუ მიწისძვრის შემთხვევას.

პერსონალმა არ იცის, თუ რა ფორმით და საშუალებებით უნდა მოხდეს ბენეფიციარების ინფორმირება (უსინათლო, ეტლით ან სხვა დამხმარე საშუალებებით მოსარგებლე, სმენის არმქონე და მობილობა შეზღუდული, ან მენტალური შეზღუდვის მქონე პირის) ამა თუ იმ კატასტროფის შემთხვევაზე. რა წესით, თანამიმდევრობით და საშუალებების გამოყენებით უნდა მოხდეს მათ ევაკუაცია შენობიდან.

უმეტესობა დანესებულებებისა (4 სკოლა-პანსიონატი 6 დან) არ არის აღჭურვილი ხანძრის ჩასაქრობი საშუალებებით.

### საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს:

- მოხდეს დანესებულებებში არსებული სანიტარული კვანძებისა და საცხოვრებელი ოთახების კარების აღჭურვა საკეტებით, რათა ბენეფიციარებმა შეძლონ პირადი სივრცით სარგებლობა;
- გამოიყოს დანესებულებებში საერთო სარგებლობის სივრცე, სადაც განთავსდება და 24 საათი იფუნქციონირებს საერთო სარგებლობის ტელეფონი (კონფიდენციალური საუბრის უფლების დაცვით), აღიჭურვოს ოპტიმალური რაოდენობის კომპიუტერებით – ხელმისაწვდომი ინტერნეტით – რათა დანესებულებაში მცხოვრებმა ბენეფიციარებმა, გონივრული დროის განმავლობაში, შეძლონ აღნიშნულით სარგებლობა;
- დანესებულების ხელმძღვანელებმა უზრუნველყონ შენობის ინფრასტრუქტურის საექსპერტო შეფასება მისაწვდომობის კუთხით, რათა გამოვლინდეს და თანამიმდევრულად აღიკვეთოს ხარვეზები, რომლებიც აფერხებენ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა გადაადგილებასა და სხვა უფლებების რეალიზაციას.

<sup>72</sup> „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის 2006 წლის 13 დეკემბრის კონვენცია, მე-11 მუხლი.



- უზრუნველყონ დაწესებულების პერსონალი ბუნებრივი კატასტროფების რისკების მართვის შესახებ ტრენინგებით. შემუშავდეს დაწესებულებებში საევაკუაციო გეგმა, რომელსაც გაეცნობა როგორც პერსონალი, ისე ბენეფიციარები. უზრუნველყონ შენობები უსაფრთხოების საშუალებებით – ცეცხლმაქრები, ჩანთა/აფთიაქები, „სიგნალიზაცია“ (ხმოვანი და ვიზუალური) და სხვა.
- ადმინისტრაციის ხელმძღვანელობის მიერ განხორციელდეს საჩივრების ყუთების დალუქვა სათანადო პროცედურის დაცვით.
- შენობა-ნაგებობებში დამონტაჟდეს და ამოქმედდეს ცენტრალური სავენტილაციო სისტემა.
- შეკეთდეს და შეიცვალოს წყალგაყვანილობა, ონკანები და საკანალიზაციო სისტემა.
- შეკეთდეს და შეივსოს ინვენტარი;



### **ხალმისანვლომობის საკითხი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა პანსიონატებში**

სსიპ „სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს“ ოფიციალურ ვებგვერდზე გამოქვეყნებული ინფორმაციის მიხედვით, დუშეთის შშმ პირთა პანსიონატში „2012 წელს ჩატარდა ძირითადი კორპუსის პირველი/მეორე სართულის სრული რეაბილიტაცია და ღია აივნების სამშენებლო სამუშაოები“. ამ ვითარებაში დაწესებულების ცენტრალურ შესასვლელში ისევ ფიქსირდება კიბეები, რომელთა საფეხურის სიმაღლე შეადგენს 27 სმ-ს (ნორმა-არაუმეტეს 12სმ), ამასთან კიბეები მოაჯირის გარეშეა, რაც საკმაოდ მოუხერხებელს და საფრთხის შემცველს ხდის კიბით სარგებლობას. იგივე ვითარებაა კიბის მარცხენა მხარეზე მიშენებული ეტლის სავალი ბილიკის შემთხვევაშიც, რომლის სიგანეს (< 120სმ) და დახრილობას (< 6%) თუ გავითვალისწინებთ, მისი გამოყენებაც საფრთხის შემცველია.

დანარჩენ ორ პანსიონატში ცენტრალური შესასვლელი შეღწევადაა, თუმცა აქაც ადგილი აქვს გარკვეულ ხარვეზებს, კერძოდ: ძველის პანსიონატის ცენტრალური შესასვლელი ბილიკი შენობის კარამდე მთელ სიგრძეზე მობეტონებულია, თუმცა ბეტონი ზოგიერთ ადგილას აყრილია და აფერხებს ეტლით გადაადგილებას. მარტყოფის პანსიონატში, რომელიც სრულად რეაბილიტირებულია, ცენტრალურ შესასვლელთან მოწყობილია ეტლით სავალი ბილიკი რომელსაც არც ერთ ბოლოში არა აქვს ნორმით დადგენილი 150სმ-იანი ბაქანი და შესასვლელში არსებულ 4-საფეხურიან კიბეს არა აქვს მოაჯირი, ხოლო მისი სიმაღლე ასევე არ

შეესაბამება დადგენილ ნორმებს. ყოველივე ზემოაღნიშნული ეტლით მოსარგებლე ან სხვა მობილობა შეზღუდული ადამიანისთვის არ ქმნის შეუღლწევად გარემოს, თუმცა აფერხებს მათ თავისუფალ გადაადგილებას.

რაც შეეხება პანსიონატების მიმდებრე ტერიტორიას, დუშეთისა და მარტყოფის პანსიონატებში ის მოასფალტებული და მოსწორებულია, ხოლო ძვერში ასფალტის საფარი მოძველებული, ზოგ ადგილას აყრილი და უსწორმასწოროა. სამივე პანსიონატის სკვერები შემოფარგლულია მაღალი (>12სმ) ბორდიურებით, რაც შეუძლებელს ხდის ეტლით მოსარგებლე ადამიანების სხვისი დახმარების გარეშე გადაადგილებას.

შენობის შიგნით გადაადგილების შესაძლებლობებს რაც შეეხება, დუშეთისა და ძვერის პანსიონატებში სართულებს შორის გადაადგილება შესაძლებელია მხოლოდ კიბეებით, რომლის სიმაღლეც დადგენილ ნორმაზე მეტია და შეადგენს 16 სმ-ს, ხოლო მარტყოფის პანსიონატი აღჭურვილია თანამედროვე ტიპის ლიფტით, რომელიც გამორთულია იმ მოტივით, რომ პანსიონატის ბენეფიციარებმა არ ისარგებლონ ლიფტით და აქაც სართულებს შორის გადაადგილება ძირითადად ხდება კიბეების დახმარებით, ხოლო ლიფტს კი იყენებენ აუცილებელი საჭიროების შემთხვევაში.

არ შეიძლება არ აღინიშნოს ის პოზიტიური ცვლილებებიც, რაც მოჰყვა დუშეთისა და მარტყოფის პანსიონატების სრულ რეაბილიტაციას. განახლებულია შენობათა ფასადი, ინტერიერი და ინვენტარი. საცხოვრებელი ოთახები აღჭურვილია ახალი და კომფორტული ავეჯით, ტელევიზორებით, გათბობის ცენტრალური სისტემებით. სანიტარული კვანძების დიდი ნაწილი ასევე ხელმისაწვდომი გახდა.

ამავე დროს, აქვე მოხდა დაფიქსირება, რომ საცხოვრებელ ოთახებში განთავსებული ტელევიზორების დიდი ნაწილი არ მუშაობს, ადმინისტრაციის განცხადებით მათ შესაბამისი ანტენები არ გააჩნიათ. ძვერის პანსიონატის საცხოვრებელ ოთახებში, იშვიათი გამონაკლისის გარდა, ინვენტარიდან საწოლების გარდა არაფერია განთავსებული. ოთახის კარები არ იკეტება; დანესებულების 3 ოთახს კარი საერთოდ არ აქვს. პანსიონატის მზრუნველთა განცხადებით კარები მოუხსნეს „მღელვარე“ ბენეფიციარებს, რათა ისინი მეტი ყურადღების ქვეშ ყოფილიყვნენ.

არც ერთი პანსიონატის საცხოვრებელი ოთახი არ არის აღჭურვილი „განგაშის“ და/ან დამხმარე გამოსაძახებელი ლილაკით.

საჩივრის ყუთი ყველა დანესებულებაში დასაღუქია, რაც შეუძლებელს ხდის შემონმდეს მისი ყოველი გახსნა-დახურვა და საჩივრის ადრესატამდე მიღწევა.

არც ერთ დანესებულებაში არ ფუნქციონირებს ბიბლიოთეკა, მცირე რაოდენობის ძველი ლიტერატურა არის ფსიქოლოგის ან დასასვენებელ ოთახებში.

ძვერის და მარტყოფის პანსიონატის სასადილოები მიუხედავად გარკვეულ ნორმებთან შეუთავსებლობისა, შეღწევადი და მისაწვდომია. დუშეთის პანსიონატში სასადილო ცალკე შენობაშია განთავსებული და იქ მოსახვედრად ბენეფიციარებს უწევთ ჯერ პანსიონატის შენობის დატოვება მაღალი დაქანების მქონე საფეხურების (> 12სამ) გავლით, ასევე მაღალსაფეხურიანი საფეხურებით სასადილოში შეღწევა. სასადილოში არსებულ საპირფარეშოში ანტისანიტარიაა და მთლიანად არაადაპტირებული და ამორტიზირებულია. როგორც გაირკვა დუშეთის პან-

სიონატი გეგმავს სასაბუღალტრო სრულ რეაბილიტაციას, დაწესებულების ხელმძღვანელი კონსულტაციებს იღებს შშმ პირთა არასამთავრობო ორგანიზაციებისგან, რათა მოიპოვოს სასაბუღალტრო მოწყობისათვის საჭირო სამშენებლო ნორმალეები.

**სანიტარული კვანძები** მარტყოფში ხელმისაწვდომია, თუმცა მოწყობილია დადგენილი ნორმების დარღვევით. ზოგიერთ უნიტაზს არა აქვს საფარი, ხოლო დამხმარე მოაჯირები განთავსებულია დარღვევით. დუშეთის პანსიონატში არსებული სანიტარული კვანძები შეღწევადაა, თუმცა უნიტაზების უმეტესობა საფარის გარეშეა, ან მორყეულია; ასევე, სანიტარული კვანძების კარები არ იკეტება. რაც შეეხება ძველის დაწესებულებას, იქ სანიტარული კვანძები შეუღწევადა და ხელმიუწვდომელია, საერთო სარგებლობის საპირფარეშოების უმეტესობა უნიტაზის გარეშეა, შესასვლელებში მაღალი ზღურბლებით.

ძველისა და მარტყოფის პანსიონატებს დამხმარე ინვენტარის (ეტლები, ყავარჯნები და სხვა.) მარაგები არ გააჩნიათ. ბენეფიციარების დიდი ნაწილი სარგებლობს ამორტიზებული ეტლებით. მიუხედავად იმისა, რომ დუშეთში დამხმარე ინვენტარის მარაგები არსებობს, ბენეფიციარები მაინც სარგებლობენ ამორტიზებული ეტლებით. ყველა პანსიონატის ბენეფიციარი უკმაყოფილებას გამოთქვამს ადგილობრივი წარმოების, ე.წ. ყველგანმავალი ეტლების მიმართ. კერძოდ, ისინი აღნიშნავენ, რომ ეტლები მალე გამოდის მწყობრიდან, არ აქვს ხელის საყრდენი და ბალიში არ მაგრდება სავარძელზე, რის გამოც ურჩევნიათ ამორტიზებული ეტლით ისარგებლონ.

არც ერთ დაწესებულებაში ბენეფიციარებისთვის არ არის ხელმისაწვდომი საერთო სარგებლობის ტელეფონი და კომპიუტერები; გამონაკლისს წარმოადგენს დუშეთის პანსიონატი, სადაც ბენეფიციარებს ინდივიდუალურ საკუთრებაში აქვთ კომპიუტერები ინტერნეტით.

თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ ბენეფიციართა უდიდესი ნაწილისთვის, ასევე ხელმიუწვდომელია ტერიტორიის გარეთ დამოუკიდებლად გადაადგილება, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ საკომუნიკაციო საშუალებები მათთვის რჩება ერთადერთ საშუალებად, რათა ურთიერთობა დაამყარონ გარე სამყაროსთან. არსებულ პირობებში კი მათი უმრავლესობა სრულიად იზოლირებულია საზოგადოებისგან, რაც კიდევ უფრო მეტად აძლიერებს მათ გაუცხოებას.

### **სტიქიური კატასტროფებისას უსაფრთხოების შესაძლებლობები**

არც ერთი პანსიონატის პერსონალი და ბენეფიციარი არ ფლობს ინფორმაციას ბუნებრივი კატასტროფებისგან გამონვეულ საფრთხეებზე, მათი თავიდან არიდებისა თუ შემცირების შესაძლებლობებზე, მათ შორის დაწესებულებაში არსებულ საშუალებებზე.

პანსიონატებს ან არ აქვს საევაკუაციო გეგმა, ან აქვს, მაგრამ მოძველებული, პერსონალსა და ბენეფიციარებს არასდროს ჩატარებიათ ზოგადი თეორიული და/ან პრაქტიკული მეცადინეობა ამ საკითხებთან დაკავშირებით.

საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს:

- დანესებულებების ადმინისტრაციის მიერ განხორციელდეს საჩივრის ყუთების დალუქვა სათანადო პროცედურის დაცვით;
- შენობა-ნაგებობებში დამონტაჟდეს და ამოქმედდეს ცენტრალური სავენტილაციო სისტემა და ლიფტები;
- შეკეთდეს და გამოიცვალოს წყალგაყვანილობა, ონკანები და საკანალიზაციო სისტემა;
- შეკეთდეს და შეივსოს ინვენტარი.



## ხელმისაწვდომობა ჩვილ ბავშვთა სასლეპში

დანესებულებათა ეზოები – მიმდებარე ტერიტორია მოასფალტებულია და ხელმისაწვდომია, მაგრამ არსებული სკვერები შემოფარგლულია მაღალი ბორდიურებით, რაც დაბრკოლებას ქმნის ერთი მხრივ ძიძებისთვის, რომლებიც ასეირნებენ ბავშვებს საბავშვო ეტლებით და, მეორე მხრივ, შეუვალაია დანესებულების მომხმარებელ შშმ ადამიანებისთვის, იქნება ეს ბავშვის მშობელი თუ პერსონალი.

თბილისის დანესებულების შენობა დახმარების გარეშე შეუღწევადია შშმ პირებისთვის, შენობის ცენტრალურ შესასვლელში არის მაღალი კიბეები მოაჯირის გარეშე. შენობას უკანა მხრიდან მოწყობილი აქვს მოძრავი (ხის) ეტლის სავალი ბილიკი რომლის გამოყენებითაც პირი შენობის ცენტრალურ ფლიგელში ვერ ხვდება. რაც შეეხება მახინჯაურის დანესებულებას, აქ ცენტრალურ შესასვლელში დაბრკოლებას წარმოადგენს შემალღებული ზღურბლი.

უმეტეს დანესებულებაში შენობების შიგნით გადაადგილება შშმ პირებისთვის დახმარების გარეშე შეუძლებელია. თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლს არ გააჩნია ლიფტი ხოლო მახინჯაურში ლიფტი არის და არ ფუნქციონირებს. შესაბამისად, ორივე დანესებულებაში შენობის სართულებს შორის გადაადგილება შესაძლებელია მხოლოდ კიბით, რომლის საფეხურების სიმაღლე, ასევე შეუსაბამობაშია დადგენილ ნორმებთან.

საცხოვრებელი ოთახები შეღწევადი და ხელმისაწვდომია, მიუხედავად იმისა, რომ აქაც ადგილი აქვს სამშენებლო ნორმებთან შეუსაბამობებს. დანესებულებებში არ არის მოწყობილი მშობლებთან შეხვედრის ოთახები, ხოლო არსებული ოთახები სადაც მშობელი შეიძლება განმარტოვდეს საკუთარ ჩვილთან, შეუღწევადი და ხელმიუწვდომელია შშმ მშობლებისა თუ მეურვეებისათვის.

ბავშვები დანესებულებაში სადილობენ საცხოვრებელ ბლოკებში, მათთვის არ

არსებობს ცალკე გაკეთებული / მონყობილი სასაბუღალტრო დოკუმენტები.

სანიტარული კვანძები დაწესებულებებში შეღწევადი და ხელმისაწვდომია, თუმცა შეუსაბამობაშია დადგენილ ნორმებთან.

თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლს გააჩნია დამხმარე საშუალებების მარაგი, ხოლო მახინჯაურის ჩვილ ბავშვთა სახლს დამხმარე საშუალებების არანაირი სახის მარაგი არ გააჩნია.

დაწესებულებებში ორგანიზებული „დედათა და ჩვილ ბავშვთა თავშესაფარი“ განთავსებულია შენობათა ბოლო სართულებზე, რომლებიც შეუღწევადი და ხელმიუწვდომელია შშმ პირთათვის (მშობლისთვის), რაც დისკრიმინირებულ მდგომარეობაში აყენებს მათ, ვისაც შესაძლოა დასჭირდეთ მშობელთა თავშესაფრებით სარგებლობა.

დაწესებულებებში, მათ შორის მშობელთა თავშესაფრებში, არ არსებობს საერთო სარგებლობის საკომუნიკაციო საშუალებები: ტელეფონები და კომპიუტერი ჩართული ინტერნეტით. სანიტარული ნორმების დაუცველობის გამო, თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში შეინიშნება მწერების სიმრავლე.

### **საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს:**

- მშობელთა შეხვედრისა და თავშესაფრის ორგანიზებისას გაითვალისწინონ ეტიკით მოსარგებლე, უსინათლო და სმენის არმქონე შშმ პირთა (მშობელთა და მეურვეთა) საჭიროებები;
- ადმინისტრაციის მიერ განხორციელდეს საჩივრების ყუთების დალუქვა სათანადო პროცედურის დაცვით;
- შენობა-ნაგებობებში დამონტაჟდეს და ამოქმედდეს ცენტრალური სავენტილაციო სისტემა;
- შეკეთდეს და გამოიცვალოს წყალგაყვანილობა, ონკანები და საკანალიზაციო სისტემა; შეკეთდეს და შეივსოს ინვენტარი;
- თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში ფანჯრებზე გაკეთდეს მწერებისგან დამცავი ბადეები.



### **ხელმისაწვდომობა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა სახლებში**

სენაკის შშმ ბავშვთა სახლის ეზოს ტერიტორია დაფარულია უსწორმასწორო ასფალტით, რაზეც გადაადგილება ეტიკით მოსარგებლეს და სხვა მობილობა



შეზღუდულ ბავშვს გაუჭირდება. კოფრის ბავშვთა სახლის ტერიტორიაზე არის სკვერი ატრაქციონებით, რომელიც დიდი მანძილით არის დაშორებული დაწესებულების შენობისგან, ხოლო მისასვლელი გზა მოხრეშილია, რაზეც გადაადგილებას ეტლით მოსარგებლე ბავშვი დამოუკიდებლად ვერ ახერხებს.

ბავშვთა სახლების ცენტრალური შესასვლელები შეღწევადაა, აქვს ეტლით სავალი ბილიკები, რომლებიც მოწყობილია დადგენილი ნორმების დარღვევით. სენაკის დაწესებულების შიგნით ეტლით მოსარგებლე პირისთვის გადაადგილება შეუძლებელია დახმარების გარეშე, არ არის ლიფტი, სართულებს შორის გადაადგილება ხდება მაღალსაფეხურიანი კიბეებით. დერეფნებს შორის გადასასვლელები აღჭურვილია მცირე ზომის კიბეებით და ეტლით სავალი ბილიკებით, რომლებიც ასევე არ შეესაბამება დადგენილ ნორმებს და შესაბამისად გამოუსადეგარია შშმ ბენეფიციარებისთვის. სენაკის დაწესებულებაში ბენეფიციარები ყველა სართულზე არიან განთავსებულნი და არსებული გარემოს გამო მათ მკვეთრად შეზღუდული აქვთ ერთმანეთთან კომუნიკაციის შესაძლებლობები. ყოველივე ეს კი ზღუდავს მათ უფლებას პირად ცხოვრებაზე.

დაწესებულებებში საცხოვრებელი ოთახები არ იკეტება და აღჭურვილია მოძველებული ინვენტარით (ავეჯით). სენაკში საცხოვრებელ ოთახებში სინათლის ჩამრთველები განთავსებულია ოთახის გარეთ.

სანიტარული კვანძები ორივე დაწესებულებაში მოწყობილია დადგენილი ნორმების დარღვევით, ისინი შეღწევადაა მაგრამ, მიუწვდომელი. საპირფარეშოებში არ არის ეტლისათვის საჭირო სივრცე (<150სმ), უნიტაზებზე საფარი ან არ არის ან მორყეულია; გამაგრებას საჭიროებს უნიტაზებთან განთავსებული დამხმარე მოაჯირები. საპირფარეშოები და საშხაპეები არ იკეტება.

კოფრის დაწესებულებაში მიმდინარეობს სასადილოს რემონტი. სენაკში სასადილო შეღწევადაა და ხელმისაწვდომია, თუმცა, ასევე დადგენილი ნორმების დარღვევით არის მოწყობილი. ბენეფიციარების დიდი ნაწილი საკვებს იღებს ადგილზე საცხოვრებელ ოთახებში. პერსონალს საკვები ოთახებში მიაქვთ ხელით.

ორივე დაწესებულებაში ბენეფიციარები სარგებლობენ ამორტიზებული ინვენტარით. არცერთი ბენეფიციარი არ იყენებს სპეციალურ ბალიშებს ეტლისთვის. ორივე დაწესებულების ბენეფიციარები უკმაყოფილონი არიან ადგილობრივი წარმოების ეტლებით, მიუხედავად იმისა, რომ მათივე თქმით, ეტლების დამზადება ინდივიდუალურად მოხდა.

არც ერთ დაწესებულებაში ბენეფიციარებისთვის ხელმისაწვდომი არ არის საერთო სარგებლობის საკომუნიკაციო საშუალებები: ტელეფონი, კომპიუტერი ინტერნეტით. კოფრის დაწესებულებაში საერთოდ არ არის კომპიუტერები, ხოლო სენაკში სულ სამი კომპიუტერია, თუმცა მხოლოდ ერთი მუშაობს და ისიც ინტერნეტში არ არის ჩართული. მხოლოდ ე.წ. გადაზრდილი ბენეფიციარები სარგებლობენ ინდივიდუალურ საკუთრებაში არსებული კომპიუტერებითა და ინტერნეტით. სენაკის ბავშვთა სახლში არ არის ცენტრალური გათბობის სისტემა.

### **სტიქიური კატასტროფებისა და უსაფრთხოების დაცვა**

არც ერთი დანესებულების პერსონალი და ბენეფიციარი არ ფლობს ინფორმაციას ბუნებრივი კატასტროფებისგან გამონვეულ საფრთხეებზე, მათი თავიდან არიდებისა თუ შემცირების შესაძლებლობებზე, მათ შორის დანესებულებაში არსებულ საშუალებებზე.

კოჯრის ბავშვთა სახლი აღჭურვილია ცეცხლმაქრი საშუალებებით, მაგრამ არ აქვს ევაკუაციის გეგმა. პერსონალსა და ბენეფიციარებს არასდროს ჩატარებიათ ზოგადი თეორიული და/ან პრაქტიკული მეცადინეობა ამ საკითხებთან დაკავშირებით.

### **საქართველოს სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს:**

- უზრუნველყონ ბენეფიციარები ინდივიდუალური მოთხოვნის შესაბამისად დამხმარე საშუალებებით;
- უზრუნველყონ ბენეფიციართა თავისუფალი გადაადგილების შესაძლებლობა დანესებულების შიგნით;
- ადმინისტრაციის მიერ განხორციელდეს საჩივრის ყუთის დალუქვა სათანადო პროცედურის დაცვით, ვინაიდან ასეთ შემთხვევაში მეტი გარანტია იარსებებს, რომ საჩივარმა კანონით დადგენილი წესით მიაღწიოს ადრესატამდე;
- შენობა-ნაგებობებში დამონტაჟდეს და ამოქმედდეს ცენტრალური სავენტილაციო სისტემა;
- შეკეთდეს და გამოიცვალოს წყალგაყვანილობა, ონკანები და საკანალიზაციო სისტემები;
- შეკეთდეს და შეივსოს ინვენტარით;
- ბიბლიოთეკისთვის გამოიყოს ოთახი და შევსება მოხდეს ახალი ლიტერატურით.