



სუიციდის პრევენციის პოლიტიკის ანალიზი საქართველოში

სამაგიდე კვლევა

ანგარიში მომზადდა, ევროპის ფონდის დაფინანსებით, შვედეთის საერთაშორისო განვითარებისა და თანამშრომლობის სააგენტოს და დანიის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს გრანტის ფარგლებში. მის შინაარსზე პასუხისმგებელია ავტორი. ანგარიში არ გამოხატავს ევროპის ფონდის, შვედეთის საერთაშორისო განვითარებისა და თანამშრომლობის სააგენტოს და დანიის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ოფიციალურ პოზიციებს.

კვლევის ავტორი - ანტონ (ტატო) ქელბაქიანი

2021 წელი

A. შესავალი

თვითმკვლელობა არის გლობალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემა. ყოველწლიურად 800 000-მდე ადამიანი სიცოცხლეს თვითმკვლელობით ასრულებს. თვითმკვლელობას, როგორც პრობლემას არ აქვს საზღვრები, ის ეხება ყველა საზოგადოებას, ყველა ფენას და გავრცელებულია მსოფლიოს ყველა რეგიონში. სუიციდით და სუიციდის მცდელობებით დაზარალებული ადამიანები, მათი ოჯახის წევრები და ახლობლები, საზოგადოებაში არსებული სტიგმის გამო, ხშირად დახმარების გარეშე რჩებიან. თვითმკვლელობის პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას 15-29 წლის ასაკის მოზარდებში. სუიციდის კუთხით რისკ ჯგუფს წამოადგენენ ის ქვეყნები, რომლებიც დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებად ითვლება.

მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფოებს შემუშავებული ჰქონდეთ სუიციდის პრევენციის სტრატეგია, რომელიც უნდა იყოს ფსიქიკური ჯამრთელობის დაცვის სტრატეგიის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილი. ამ მიმართულებით მიზანშეწონილია სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების დონეზე ჩამოყალიბდეს, უწყებათაშორისი თანამშრომლობის მკაფიოდ გაწერილი ჩარჩო. ასევე განისაზღვროს ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზის სისტემა, რომელიც შესაბამის უწყებებს მისცემს შესაძლებლობას, შეიმუშავონ და პრაქტიკაში დანერგონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები სუიციდის პრევენციის მიზნით, განსაკუთრებით ახალგაზრდებში.

სუიციდის პრობლემის მართვის შესახებ ცოდნის არარსებობა, დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში, ძირითადად დაკავშირებულია ამ ქვეყნებში სუიციდისა და სუიციდის მცდელობის რეგისტრაციის სისტემების არარსებობასთან ან ასეთი სისტემების ფრაგმენტულობასთან. მაგალითად, ზოგიერთ ქვეყანაში, თვითდაზიანების შესახებ მონაცემები შეიძლება შედიოდეს სხეულის გარე დაზიანებების საერთო კატეგორიაში, რაც ართულებს თვითმკვლელობის გარჩევას სიკვდილის ალტერნატიული მიზეზებისგან, როგორცაა უბედური შემთხვევა ან მკვლელობა. ასევე, შესაძლოა თვითმკვლელობის შესახებ მონაცემები მხოლოდ ნაწილობრივ იყოს ხელმისაწვდომი. მაგალითად, როდესაც არ ხორცილდება თვითმკვლელობის მეთოდის შესახებ ინფორმაციის რეგისტრაცია¹. სუიციდის მცდელობების სიხშირე, მინიმუმ 20-ჯერ მეტია დასრულებულ სუიციდთან შედარებით. აქედან გამომდინარე, თვითმკვლელობის მცდელობის ისტორიის ანალიზი, მნიშვნელოვანია მომავალი მცდელობების თუ თვითმკვლელობების პრევენციის მიზნით.²

მნიშვნელოვანია, რომ სახელმწიფოებს ჰქონდეთ სწორად ჩამოყალიბებული სტრატეგია, რომელიც მინიმუმ უნდა მოიცავდეს შემდეგი სახის კომპონენტებს: პრობლემის მუდმივი ანალიზის სისტემა; ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფების იდენტიფიცირება; თვითმკვლელობის ქვევის რისკის და დამცავი ფაქტორების გამოვლენა; თვითმკვლელობის, თვითმკვლელობის მცდელობების მეთოდების და საშუალებების აღწერა; უწყებებს შორის ინფორმაციის შეგროვების და გაცვლის სისტემის ჩამოყალიბება, რომელიც ხელს შეუწყობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომების შემუშავებას; კვლევების მუდმივად განხორციელება.³

თვითმკვლელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზის პროცესში შესაძლოა ჩართულნი იყვნენ სხვადასხვა დაინტერესებული მხარები: სახელმწიფო უწყებები; სახელმწიფო პოლიტიკის განმსაზღვრელი

¹ A Manual for Case Registration of Suicide and Attempted Suicide, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2014, page 6.

² Ibid.

³ Ibid, page 7.

პირები; მკვლევარები და მეცნიერები; ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტები; სტატისტიკის ეროვნული სამსახურები; საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები⁴.

სუიციდი და სუიციდის მცდელობა, ცხადია განიხილება, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემა და მის წინააღმდეგ ბრძოლა, ერთიანი პოლიტიკის ნაწილი უნდა იყოს. „საერთაშორისო პაქტი, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ“⁵, „გაეროს ბავშვთა უფლებათა კონვენცია“⁶, „გაეროს კონვენცია ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ“⁷ და სხვა მნიშვნელოვანი საერთაშორისო დოკუმენტები, ხაზს უსვამს ადამიანების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელობას და სახელმწიფოების ვალდებულებას, გადადგან ნაბიჯები, როგორც პრევენციული მიმართულებით, ასევე შემდგომი რეაგირების კუთხით. ასეთი სახის ნაბიჯები უნდა გადაიდგას ზოგადად პოლიტიკის განსაზღვრის, საკანონმდებლო რეგულირების, ასევე, ბენეფიციარებისთვის კონკრეტული სერვისების და მომსახურებების მიწოდების კუთხით.

B. მონაცემების რეგისტრაციის სისტემა, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის რეკომენდაციები

სუიციდის და სუიციდის მცდელობის რეგისტრაციასთან დაკავშირებით, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციას (შემდგომში - ჯანმო) ჩამოყალიბებული აქვს რეკომენდაციები, თუ როგორ უნდა ხდებოდეს ამ მონაცემების რეგისტრაცია, იმ მიზნით რომ შევძლოთ ამ პრობლემის ეფექტიანად მართვა.

ა) საკოორდინაციო მექანიზმის ჩამოყალიბება

სუიციდის და სუიციდის მცდელობების პრევენცია მოითხოვს პოლიტიკური ნების არსებობას და სხვადასხვა უწყებებისა თუ დაინტერესებული მხარეების ჩართულობას. ამ მიზნით, მნიშვნელოვანია, რომ ჩამოყალიბებული იყოს უწყებათაშორისი საკოორდინაციო მექანიზმი, რომელიც ზედამხედველობას და კოორდინაციას გაუწევს რეგისტრაციის სისტემის ფუნქციონირებას და მართვას. ასეთი სახის საკოორდინაციო მექანიზმში მიზანშეწონილია ჩართულნი იყვნენ შემდეგი სუბიექტები:

- პოლიტიკის განმსაზღვრელი პირები;
- ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლები;
- სამედიცინო დაწესებულებების დირექტორები;
- ჯანდაცვის სისტემის მენეჯერები ან ექსპერტები;
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები;
- სამედიცინო მუშაკები;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტები;
- სოციალური მუშაკები;
- აკადემიური სფეროს წარმომადგენლები;
- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული დისციპლინების მკვლევარები (მაგ. ეპიდემიოლოგები, ბიოსტატისტიკოსები, მკვლევარები, სოციოლოგები);
- კერძო სექტორის წარმომადგენლები;

⁴ Ibid.

⁵ საერთაშორისო პაქტი, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ, მ.12.

⁶ გაეროს ბავშვთა უფლებათა კონვენცია, მ.25.

⁷ გაეროს კონვენცია ქალთა მიმართ დისკრიმინაციის ყველა ფორმის აღმოფხვრის შესახებ, მ.20.

- სამოქალაქო სექტორის წარმომადგენლები;
- სხვა დაინტერესებული მხარეები.

ბ) რეგისტრაციისთვის შესაბამისი ინფრასტრუქტურის შექმნა

- *ტერიტორია, სადაც ინფორმაციის შეგროვება უნდა განხორციელდეს*

მნიშვნელოვანია, რომ განისაზღვროს ის ტერიტორიული დანაყოფები, სადაც უნდა მოხდეს ინფორმაციის შეგროვება. სასურველია ასეთი სახის მექანიზმი ჩამოყალიბდეს საკოორდინაციო მექანიზმის ფარგლებში. ტერიტორიის შერჩევა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგი სახის კრიტერიუმებს:

- ტერიტორია სწორად უნდა იყოს შერჩეული, სადაც მოხდება ინფორმაციის დამუშავება (ზომის და ადგილმდებარეობის კუთხით);
- ტერიტორიების შერჩევა უნდა იძლეოდეს ანალიზის შესაძლებლობას მთელი ქვეყნის კონტექსტში და სხვადასხვა ინდიკატორის მიხედვით (სოციალურ-ეკონომიკური კონტექსტი; სქესის და ასაკის მიხედვით და ა.შ.);
- მაქსიმალურად უნდა მოიცავდეს ყველა სუიციდის და სუიციდის მცდელობის შემთხვევის რეგისტრაციას;
- უნდა არსებობდეს შესაბამისი ინფრასტრუქტურა, ტექნიკური შესაძლებლობები, მონაცემების რეგისტრაციისა და შენახვისთვის.

პირველ ეტაპზე, მონაცემები შესაძლოა დარეგისტრირდეს, მხოლოდ ერთ რომელიმე უწყებაში/დაწესებულებაში.⁸ სისტემის განვითარებასთან ერთად, შესაძლოა ჩამოყალიბდეს ინფორმაციის შეგროვების განსხვავებული მექანიზმი.

- *სამუშაო ჯგუფის ჩამოყალიბება*

მნიშვნელოვანია, რომ განხორციელდეს იმ პირების, პროფესიონალების განსაზღვრა, ვინც იქნებიან პასუხისმგებელი თვითმკვლელობისა და თვითმკვლელობის მცდელობების შემთხვევების რეგისტრაციაზე და ამ მონაცემების შემდგომ ანალიზზე. შერჩეულ უნდა იყვნენ ის პროფესიონალები, ვისაც შესაბამისი ცოდნა და გამოცდილება აქვს, ასევე თავიანთი საქმიანობიდან გამომდინარე აქვთ ასეთი სახის მონაცემებზე წვდომა. ესენი შესაძლოა იყვნენ:

- ექიმები;
- ექთნები;
- პირველადი ჯანდაცვის სხვა პერსონალი;
- ფსიქოლოგები;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ზოგადი ჯანდაცვის მუშაკები;
- სოციალური მუშაკები;
- პოლიციის მუშაკები;
- ჯანდაცვის სფეროს მკვლევარები;
- აკადემიური სფეროს წარმომადგენლები;

⁸ A Manual for Case Registration of Suicide and Attempted Suicide, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2014, page 13.

- არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები;
- ანალიტიკოსები (ბიოსტატისტიკოსები; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები).⁹

გ) სარეგისტრაციო ფორმის ჩამოყალიბება

სარეგისტრაციო ფორმასთან დაკავშირებით, ჯანმო-ს მიერ შემუშავებულია ცალკე რეკომენდაციები, რომლებიც მოცემულია აღნიშნულ დოკუმენტში - ჯანმო-ს ბუკლეტი თვითმკვლელობის პრევენციის შესახებ: რესურსები თვითმკვლელობის შემთხვევების რეგისტრაციისათვის.¹⁰ სარეგისტრაციო ფორმის ჩამოყალიბების დროს, მიზანშეწონილია ამ რეკომენდაციების გათვალისწინება.

დ) სარეგისტრაციო საკითხების განსაზღვრა

უნდა განისაზღვროს რა ფორმით განხორციელდება სუიციდის/სუციდის მცდელობების შემთხვევების რეგისტრაცია. ფურცელზე/ბეჭდური დოკუმენტის სახით თუ შესაბამის ელექტრონულ სისტემაში. ასევე, უნდა მოხდეს იმის განსაზღვრა თუ როდის უნდა განხორციელდეს მონაცემების რეგისტრაცია:

- დაუყონებლივ სუიციდის/სუციდის მცდელობის შემთხვევის გამოვლენისას;
- როდესაც ყველა სახის ინფორმაცია ხელმისაწვდომია;
- გარკვეული დროის შემდეგ, თუკი გამოყენებული მეთოდების ან/და მიზეზების თაობაზე ინფორმაციის დამუშავებას ჭირდება უფრო მეტი რესურსი, მეთოდი და დრო.

უნდა მოხდეს გადაწყვეტილების მიღება, თუ სად განხორციელდება მონაცემების რეგისტრაცია - მონაცემების შეგროვება განხორციელდება თუ არა ადგილობრივ დონეზე? არის თუ არა შესაბამისი რესურსი მონაცემების შეყვანისთვის (ტექნიკური უზრუნველყოფა)? თუ მონაცემების შეყვანა უნდა განხორციელდეს ცენტრალურ დონეზე, სად მოხდება ამ ინფორმაციის პირველად რეგისტრაცია (ადგილობრივად თუ ცენტრალურ დონეზე) და როგორ მოხდება ამ ინფორმაციის მიწოდება/გაცვლა?¹¹

ე) პერსონალის მომზადება

ის პროფესიონალები, რომლებიც პასუხისმგებელი იქნებიან მონაცემების შეყვანაზე, გადამზადებულნი იყვნენ შემდეგ საკითხებთან დაკავშირებით:

- როგორ ამოვიცნოთ სუიციდი/სუციდის მცდელობა?
- როგორ შევავროვოთ მონაცემები?
- როგორ და როდის შევიყვანოთ მონაცემები?
- როგორ და სად შევინახოთ მონაცემები?
- როგორ გავანალიზოთ მონაცემები?
- როგორ გამოვიყენოთ ეს მონაცემები?¹²

ვ) რეგისტრაციისთვის შესაბამისი რესურსების არსებობა

⁹ Ibid.

¹⁰ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf

¹¹ Preventing Suicide, a Recourse for Suicide Case Registration, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2011, Page 5.

¹² Ibid, page 16.

იმ უწყებებს/პირებს, რომლებიც პასუხისმგებელი იქნებიან მონაცემების რეგისტრაციაზე, უნდა გააჩნდეთ შესაბამისი ფინანსური და ტექნიკური რესურსი.

ზ) სუიციდის/სუიციდის მცდელობების შემთხვევების დადგენა

იმისათვის, რომ დადგინდეს არის თუ არა პირის გარდაცვალება სუიციდის შედეგი, უნდა განვსაზღვროთ ორი ძირითადი ფაქტორი: სურდა თუ არა გარდაცვლილს სიკვდილი? იყო თუ არა სიკვდილი თვითმიზანი?

იმისათვის, რომ პირის გარდაცვალება მიჩნეულ იქნას თვითმკვლევლობად, მას უნდა ჰქონდეს ოთხი ძირითადი მახასიათებელი:

- შედეგი - ქმედებას აქვს ფატალური შედეგი (დადგა სიკვდილი);
- პასუხისმგებლობა - სუიციდის აქტი ინიცირებული, განხორციელებული ან დაგეგმილი იყო გარდაცვლილის მიერ;
- ცნობიერება - ფატალური შედეგი ცნობილი ან მოსალოდნელი იყო გარდაცვლილისთვის;
- განზრახვა - გარდაცვლილის ქმედების მიზანი იყო ამ შედეგის დადგომა.¹³

პირის გარდაცვალების შემთხვევაში, პირველ რიგში უნდა დადგინდეს გარდაცვალების მიზეზი. ამ მიზნით, გამოიყენება ე.წ. **NASH** სისტემა:

- ბუნებრივი მიზეზი (**Natural causes**);
- უბედური შემთხვევა (**Accident**);
- თვითმკვლევლობა (**Suicide**);
- მკვლელობა (**Homicide**).

როგორც წესი, ექიმს ჩვეულებრივ შეუძლია ბუნებრივი სიკვდილის განსაზღვრა, ხოლო უბედური შემთხვევის, სუიციდის და მკვლელობის შემთხვევები ხშირად მოითხოვს დამატებით გამოკვლევას გარდაცვალების მიზეზებთან დაკავშირებით. ზოგჯერ თვითმკვლევლობა შეიძლება გავდეს შემთხვევით სიკვდილს (მაგალითად ნარკოტიკებით ზედოხირება) და ამის გამო, ხშირად აუცილებელია დამატებითი გამოკვლევები, რათა დადგინდეს გარდაცვალების რეალური მიზეზი. თვითმკვლევლობის მიზეზის დასადგენად შესაძლოა გამოიყენებულ იქნას შემდეგი წყაროები:

- სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა;
- გამოძიების შედეგები, რომლის მიხედვითაც დგინდება თვითმკვლევლობის ფაქტი;
- გარდაცვლილის სამედიცინო ან/და ფსიქოლოგიური ისტორია, რომლის მიხედვითაც დგინდება, რომ პირისთვის დამახასიათებელი იყო ისეთი ქცევა, რომელიც შესაძლოა მიუთითებდეს ამ გარემოებაზე, კერძოდ:
 - ალკოჰოლის და ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარება;
 - გარდაცვალების დროს, პირის მწვავე ემოციური დისტრესის მდგომარეობა;
 - დეპრესია;
 - ბიპოლარული აშლილობა;
 - ფსიქოზი;
 - სუიციდის მცდელობა;
 - სუიციდური აზრები და გეგმები;
 - სოციალური იზოლაცია.

¹³ Ibid, page 16.

- გარდაცვლილი პირის სიტყვიერი განცხადებები, რომლებიც მიუთითებდნენ, რომ პირი გეგმავდა თვითმკვლელობას;
- წერილობითი მტკიცებულება (მაგ. წერილის დატოვება), რომელიც მიუთითებს, რომ სიკვდილი თვითმკვლელობით მოხდა;
- გარდაცვალების მეთოდი და გარემოებები, რომლებიც მიუთითებენ, რომ გარდაცვალების მიზეზი შესაძლოა სუიციდი იყო.

გარდა ამისა, არის ასევე სიტყვიერი აუტოფსიის მეთოდის გამოყენება. ამ მეთოდის გამოყენება ხდება ძირითადად იმ შემთხვევებში, როდესაც არ არის ჩამოყალიბებული ეფექტიანი რეგისტრაციის სისტემა. სიტყვიერ აუტოფსიას ახორციელებს გადამზადებული ინტერვიუერი, რომელიც წინასწარ მომზადებული კითხვარის მეშვეობით, აგროვებს მონაცემებს ახლად გარდაცვლილი პირის სხვადასხვა მახასიათებლების, სიმპტომებისა და სხვა სასარგებლო ინფორმაციის თაობაზე. როგორც წესი, ასეთი სახის გამოკითხვა ხორციელდება გარდაცვლილის ოჯახის წევრებს ან/და ახლობლებს შორის.¹⁴

თ) მონაცემების შეგროვების პროცესი

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, რეკომენდაციების სახით აყალიბებს, თუ როგორ უნდა ხორციელდებოდეს მონაცემების შეგროვების პროცესი.

- სუიციდის შემთხვევის იდენტიფიცირება:
 - საქმის ნომერი;
 - საქმის სახელი;
 - რეგისტრაციის თარიღი;
 - ტერიტორია, სადაც განხორციელდა ინფორმაციის შეგროვება;
 - გარდაცვლილის საცხოვრებელი მისამართი.
- დემოგრაფიული მონაცემები:
 - სქესი;
 - ასაკი;
 - დაბადების თარიღი.
- მონაცემები გარდაცვლილის/დაზარალებულის შესახებ:
 - თარიღი, როდესაც გარდაცვლილი იქნა აღმოჩენილი;
 - კვირის დღე;
 - კონკრეტული საათი, როდესაც მოხდა გვამის აღმოჩენა;
 - ადგილი, სადაც მოხდა გვამის აღმოჩენა;
 - ადგილმდებარეობის აღწერა.
- გარდაცვალების გარემოებები:
 - გარდაცვალების თარიღი;
 - კვირის დღე, როდესაც პირი გარდაიცვალა;
 - გარდაცვალების დრო;
 - გამოყენებული თვითმკვლელობის მეთოდი.

¹⁴ Ibid, page 19.

მონაცემების შეგროვება, სუიციდის მცდელობასთან დაკავშირებით, უნდა განხორციელდეს იმავე პრინციპით, რაც ზემოთ არის წარმოდგენილი, არსებული სპეციფიკის გათვალისწინებით.

თვითმკვლელობის მეთოდის აღწერის მიზნით, გამოიყენება დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციის, ე.წ. "ICD" კოდები¹⁵. ICD აღიარებულია ჯანმო-ს მიერ, როგორც საერთაშორისო სტანდარტული სადიაგნოსტიკო კლასიფიკაცია ყველა ზოგადი ეპიდემიოლოგიური და ჯანმრთელობის მართვის მიზნით. იგი გამოიყენება დაავადების და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების კლასიფიკაციისთვის, როგორც ეს არის აღწერილი ჯანმრთელობისა და სასიცოცხლო მნიშვნელობის ჩანაწერებში (მაგალითად, გარდაცვალების მოწმობები და სამედიცინო ჩანაწერები). ამ მონაცემების აღწერა ხორციელდება ICD10 კოდებში, სადაც უნდა აისახოს სიკვდილის გამომწვევი მიზეზები. ICD10 კლასიფიკატორში, ინფორმაცია თვითმკვლელობის შესახებ აისახება მე-20 თავში "ავადობისა და სიკვდილიანობის გარე მიზეზები", როგორც "განზრახ თვითდაზიანება" (კოდები X60- დან X84- მდე). მაგალითად, თუ პაციენტმა X-მა თავი მოიკლა დანით, ეს იქნებოდა ICD-ის კოდი X78. უნდა აღინიშნოს, რომ ICD კლასიფიკატორი ასევე გამოიყენება საქართველოში და დანერგულია ელექტრონული პროგრამის სახით¹⁶.

- თვითმკვლელობის მტკიცებულებები:
 - წერილობითი მტკიცებულებების აღწერა;
 - სიტყვიერი მტკიცებულებების აღწერა.

ი) მონაცემების რეგისტრაციის პროცესი

თუ შესაძლებელია, მონაცემების შეყვანა უნდა განხორციელდეს ერთიან მონაცემთა ელექტრონულ ბაზაში. მონაცემების შეყვანის შესაძლებლობა უნდა არსებობდეს ადგილობრივად, რა დროსაც მონაცემები თავს მოიყრის ერთიან პროგრამაში. მონაცემთა შეყვანისას უნდა მოხდეს რამდენიმე ფაქტორის გათვალისწინება - არსებული პროცედურების სტრანდარტიზება; მონაცემთა ხარისხის უზრუნველყოფა; ერთიანი ფაილის შექმნა, სადაც აისახება ყველა სახის მონაცემები.

კ) მონაცემების შენახვა

უნდა ჩამოყალიბდეს, გაიწეროს და ტექნიკურად უნდა იყოს უზრუნველყოფილი მონაცემების შენახვის და დაარქივების წესი.

ლ) მონაცემების ანალიზი

მონაცემების ანალიზის მიზნით, გამოყენებულ უნდა იქნეს სტატისტიკური ანალიზის მეთოდები. მიზანშეწონილია მონაცემების ანალიზი განხორციელდეს თვითმკვლელობების რეგისტრაცია შემდეგი სახის ინდიკატორების მიხედვით:

- 1 წლის განმავლობაში, ქვეყნის რეგიონების მიხედვით;
- თვითმკვლელობის რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე;
- ქალები;
- მამაკაცები;

¹⁵ <http://www.who.int/classifications/icd>

¹⁶ <http://classifications.moh.gov.ge/Classifications/Pages/ViewICD10.aspx>

- ასაკობრივ ჭრილში (მაგ. 15-24; 45-64).

ასევე მიზანშეწონილი შემდეგი სახის მონაცემების აღწერა:

- თვითმკვლელობის ყველაზე გავრცელებული მეთოდი;
- თვითმკვლელობის ყველაზე გავრცელებული ადგილი;
- თვითმკვლელობის პროცენტური მაჩვენებლები (ქალებში და მამაკაცებში).

მ) სარეგისტრაციო მონაცემების გამოყენება

შეგროვებული მონაცემების ანალიზი და გამოყენება უნდა მოხდეს სხვადასხვა მიზნებისთვის, კერძოდ:

- პრევენციული კამპანიების წარმოების მიზნით;
- ამ თემასთან დაკავშირებული, სხვადასხვა სახის ინიციატივების ადვოკატირების მიზნით;
- საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების მიზნით;
- აღნიშნულ პრობლემასთან დაკავშირებით მედიისა და საზოგადოების ყურადღების მიპყრობის მიზნით;
- შესაბამისი ფინანსური რესურსების მოძიების მიზნით;
- კანონმდებლობაში და პოლიტიკაში ცვლილებების განხორციელების მიზნით;
- არსებული ტენდენციების ანალიზის და შეფასების მიზნით;
- სახელმწიფო პოლიტიკის დოკუმენტების ანალიზის და განახლების მიზნით.¹⁷

C. ადგილობრივი პრაქტიკა

საქართველოში, თვითმკვლელობის და თვითმკვლელობის მცდელობის სტატისტიკის წარმოებას ძირითადად ახორციელებს ორი უწყება - საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო (შემდგომში - შსს) და სტატისტიკის ეროვნული სააგენტო (შემდგომში - საქსტატი). მონაცემების რეგისტრაციისას, ინფორმაციის წყარო ამ ორ უწყებაში განსხვავებულია. აღნიშნულის გათვალისწინებით, შინაგან საქმეთა სამინისტროში და სტატისტიკის ეროვნულ სააგენტოში, მონაცემების დამუშავება ხორციელდება განსხვავებული ფორმატით.

ა) შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ დამუშავებული ინფორმაცია

შსს -ის მიერ მონაცემების დამუშავება ხორციელდება შემდეგი კომპონენტების მიხედვით:

- სუიციდის რაოდენობა;
- სუიციდის მცდელობის რაოდენობა;
- ასაკი;
- სქესი;
- მოქალაქეობა;
- რეგიონი.

¹⁷ Preventing Suicide, a Recourse for Suicide Case Registration, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2011.

მითითებული ინფორმაციის დამუშავებას ახორციელებს შსს საინფორმაციო-ანალიტიკური დეპარტამენტი. მონაცემების დამუშავება ხორციელდება სამინისტროს ტერიტორიული დანაყოფებიდან გამოთხოვილი ინფორმაციის საფუძველზე, 6 თვის და სრული კალენდარული წლის მდგომარეობით.¹⁸

მოწოდებული საჯარო ინფორმაციის საფუძველზე, ინფორმაციის ამ ფორმით დამუშავება ხორციელდება 2019 წლიდან. 2017-2018 წლებში მოქალაქეობის შესახებ მონაცემები არ მუშავდებოდა. იხილეთ, შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია 2017-2020 წლების მიხედვით.

2017 წელი

	კაცი	ქალი	29 წლამდე ასაკის პირები	სულ
სუიციდი	301 (83.3%)	60 (16.7%)	63 (17.4%)	361
სუიციდის მცდელობა	161 (61.2%)	102 (38.7%)	87 (33%)	263

სუიციდის შემთხვევების რაოდენობის პირველი სამეული, რეგიონების მიხედვით ასე გამოიყურება: თბილისი - 108; იმერეთი - 54; სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 42. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 63 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 17.4%. აქედან კაცების რაოდენობა არის 301 (საერთო რაოდენობის 83.3%), ხოლო ქალების რაოდენობა 60 (საერთო რაოდენობის 16.7%)

სუიციდის მცდელობების შეთხვევები: თბილისი - 24; სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 76; იმერეთი - 39. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის მცდელობის 87 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 33 %. აქედან კაცების რაოდენობა არის 161 (საერთო რაოდენობის 61.2%), ხოლო ქალების რაოდენობა 102 (საერთო რაოდენობის 38.7%)

2018 წელი

	კაცი	ქალი	29 წლამდე ასაკის პირები	სულ
სუიციდი	389 (87.7%)	70 (15.3%)	56 (12.2%)	459
სუიციდის მცდელობა	311 (65%)	166 (35%)	155 (32.4%)	477

სუიციდის შემთხვევების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით: თბილისი - 84; იმერეთი - 67; კახეთი - 53. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 56 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 12.3%. აქედან კაცების რაოდენობა არის 389 (საერთო რაოდენობის 87.7%), ხოლო ქალების რაოდენობა 70 (საერთო რაოდენობის 15.3%)

სუიციდის მცდელობების შეთხვევები: თბილისი - 86; იმერეთი - 97; აჭარა - 64. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის მცდელობების 155 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 32,4%. აქედან კაცების რაოდენობა არის 311 (საერთო რაოდენობის 65.%), ხოლო ქალების რაოდენობა 166 (საერთო რაოდენობის 35%).

2019 წელი

¹⁸ საქართველოს შსს-ს, 14.07.21, N MIA 8 21 01831737 წერილი.

	კაცი	ქალი	29 წლამდე ასაკის პირები	სულ
სუიციდი	309 (81.9%)	68 (18.1%)	99 (26.2%)	377
სუიციდის მცდელობა	286 (57.9%)	208 (42.1%)	206 (41.7%)	494

სუიციდის შემთხვევების რაოდენობის რეგიონების მიხედვით: თბილისი - 88; იმერეთი - 68; შიდა ქართლი - 9. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 99 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 26.2%. აქედან კაცების რაოდენობა არის 309 (საერთო რაოდენობის 81.9%), ხოლო ქალების რაოდენობა 68 (საერთო რაოდენობის 18.1%).

სუიციდის მცდელობების შემთხვევები: თბილისი - 143; სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 84; აჭარა - 67. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 206 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 41.7%. აქედან კაცების რაოდენობა არის 286 (საერთო რაოდენობის 57.9%), ხოლო ქალების რაოდენობა 208 (საერთო რაოდენობის 42.1%).

2020 წელი

	კაცი	ქალი	29 წლამდე ასაკის პირები	სულ
სუიციდი	308 (81.2%)	71 (18.8%)	77 (20.3%)	379
სუიციდის მცდელობა	322 (58.2%)	231 (41.8%)	230 (41.5%)	553

სუიციდის შემთხვევების რაოდენობის რეგიონების მიხედვით: თბილისი - 110; იმერეთი - 47; სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 50. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 77 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 20.3%. აქედან კაცების რაოდენობა არის 308 (საერთო რაოდენობის 81.2%), ხოლო ქალების რაოდენობა 71 (საერთო რაოდენობის 18.8%).

სუიციდის მცდელობების შემთხვევები: თბილისი - 148; სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 112; აჭარა - 86. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 230 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 41.5%. აქედან კაცების რაოდენობა არის 322 (საერთო რაოდენობის 58.2%), ხოლო ქალების რაოდენობა 231 (საერთო რაოდენობის 41.8%).

ბ) სტატისტიკის ეროვნული სააგენტოს მიერ დამუშავებული ინფორმაცია

საქსტატი, მონაცემების რეგისტრაციას სუიციდის მცდელობების მიხედვით არ ახორციელებს. აღნიშნული სააგენტო ინფორმაციას ამუშავებს სხვა უწყებებისგან მიღებული მონაცემების საფუძველზე და როგორც ანალიზი აჩვენებს, მთავარი წყარო არის ჯანდაცვის სექტორისგან მიღებული ინფორმაცია. საქსტატის მიერ მონაცემების დამუშავება ხორციელდება შემდეგი კომპონენტების მიხედვით:

- სუიციდის რაოდენობა;
- თვითმმართველი ერთეულები;
- საქალაქო და სასოფლო დასახლებები;
- სქესი;

- ასაკი;
- გარდაცვალების მიზეზი.

აღნიშნული ინფორმაციის დამუშავება ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შევსებული, გარდაცვალების სამედიცინო მოწმობაში მითითებული სიკვდილის მიზეზის მიხედვით, რომლის კოდირებაც ხდება ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD10) მიხედვით. შესაბამისად, მონაცემების დამუშავება ხორციელდება შემდეგი კომპონენტების მიხედვით:

- განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ანტიეპილეფსიური, სედაციურ-საძილე, ანტიპარკინსონული და ფსიქოტროპული სამკურნალწამლო საშუალებებით, რომლებიც არ არიან შეტანილი სხვა რუბრიკებში (X61);
- განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ნარკოტიკებით და ფსიქოდისლეფსიური საშუალებებით [ჰალუცინოგენები], რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში (X62);
- განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი სამკურნალწამლო საშუალებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით (X64);
- განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ალკოჰოლით (X65);
- განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება პესტიციდებით (X68);
- განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი ქიმიური და შხამიანი ნივთიერებებით (X69);
- განზრახ თვითდაზიანება ჩამოხრჩობით, მოგუდვით და მოხრჩობით (X70);
- განზრახ თვითდაზიანება წყალში ჩადირვითა და დახრჩობით (X71);
- განზრახ თვითდაზიანება გასროლით ხელის ცეცხლსასროლი იარაღიდან (X72);
- განზრახ თვითდაზიანება გასროლით შაშხანიდან, საფანტიანი თოფიდან და მსხვილკალიბრიანი ცეცხლსასროლი იარაღიდან (X73);
- განზრახ თვითდაზიანება სხვა და დაუზუსტებელი ცეცხლსასროლი იარაღიდან გასროლით (X74);
- განზრახ თვითდაზიანება კვამლით, ცეცხლით და ცეცხლის ალით (X76);
- განზრახ თვითდაზიანება ბასრი საგნებით (X78);
- განზრახ თვითდაზიანება სიმაღლიდან გადმოხტომით (X80);
- განზრახ თვითდაზიანება მოძრავი საგნების წინ გადახტომით ან მათ წინ დაწოლით (X81);
- განზრახ თვითდაზიანება დაუზუსტებელი საშუალებებით (X83);
- განზრახ თვითდაზიანება დაუზუსტებელი საშუალებებით (X84).¹⁹

საქსტატის მიერ მოწოდებული იქნა 2018-2020 წლების სტატისტიკა, თუმცა, ამ წლების მიხედვით, მონაცემების შეყვანა ხორციელდებოდა განსხვავებული ცვლადების მიხედვით, რაც დამოკიდებული იყო, შესაბამისი უწყებების მხრიდან მოწოდებულ ინფორმაციაზე.

2018 წელი				
ზოგადი სტატისტიკა				
	კაცი	ქალი	0-29 წლამდე	სულ
ერთიანი სტატისტიკა	205 (82%)	45 (18%)	38 (15.2%)	250
საქალაქო დასახლება	67	21		88 (35.2%)

¹⁹ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის, 19.07.21 წლის N9-1515 წერილი.

სასოფლო დასახლება	138	24		162 (64.8%)
გამოყენებული მეთოდები ICD10 კლასიფიკატორის მიხედვით				
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ნარკოტიკებით და ფსიქოდისლეპსიური საშუალებებით [ჰალუცინოგენები], რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში (X62)	1	0	1	1
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი სამკურნალო საშუალებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით (X64)	3	1	0	4
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ალკოჰოლით (X65)	1	0	0	1
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება პესტიციდებით (X68)	3	0	0	3
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი ქიმიური და შხამიანი ნივთიერებებით (X69)	2	2	0	4
განზრახ თვითდაზიანება ჩამოხრჩობით, მოგუდვით და მოხრჩობით (X70)	101	22	21	123 (49.2%)
განზრახ თვითდაზიანება წყალში ჩაძირვითა და დახრჩობით (X71)	0	0	0	0
განზრახ თვითდაზიანება გასროლით შაშხანიდან, საფანტისანი თოფიდან და მსხვილკალიბრიანი ცეცხლსასროლი იარაღიდან (X72)	23	1	4	24
განზრახ თვითდაზიანება სხვა და დაუზუსტებელი ცეცხლსასროლი იარაღიდან გასროლით (X74)	2	1	1	3
განზრახ თვითდაზიანება ბასრი საგნებით (X78)	2	0	0	2
განზრახ თვითდაზიანება მოძრავი საგნების წინ გადახტომით ან მათ წინ დაწოლით (X81)	1	0	0	1
განზრახ თვითდაზიანება დაუზუსტებელი საშუალებებით (X83)	0	1	0	1
განზრახ თვითდაზიანება დაუზუსტებელი საშუალებებით (X84)	54	16	11	70

სუიციდის შემთხვევების რაოდენობის რეგიონების ასე არის წარმოდგენილი იმერეთი - 50; კახეთი - 48; სამეგრელო-ზემო სვანეთი - 44. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში სუიციდის 38 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 15.2%. 162 შემთხვევა მოდის სასოფლო დასახლებებზე (საერთო რაოდენობის 64.8%), ხოლო საქალაქო დასახლებებში დაფიქსირებულია 88 შემთხვევა (საერთო რაოდენობის 35.2%).

გამოყენებული მეთოდების მიხედვით, 123 შემთხვევაში (საერთო რაოდენობის 49.2%), გარდაცვალების მიზეზად არის მითითებული განზრახ თვითდაზიანება ჩამოხრჩობით, მოგუდვით და მოხრჩობით (X70). აქედან, 21 შემთხვევაში არის დაფიქსირებული 0-29 წლამდე ასაკის პირები, რაც არის ამ შემთხვევების 17%.

2019 წელი				
ზოგადი სტატისტიკა				
	კაცი	ქალი	0-29 წლამდე	სულ
ერთიანი სტატისტიკა	223 (85.4%)	38 (14.6%)	56 (21.4%)	261
საქალაქო დასახლება	95	19		114 (43.7%)

სასოფლო დასახლება	128	19		147 (56.3%)
გამოყენებული მეთოდები				
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ანტიეპილეპსიური, სედაციურ-საძილე, ანტიპარკინსონული და ფსიქოტროპული სამკურნალო საშუალებებით, რომლებიც არ არიან შეტანილი სხვა რუბრიკებში (X61)	0	1	0	1
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი სამკურნალო საშუალებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით (X64)	2	0	2	2
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება პესტიციდებით (X68)	2	0	0	2
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი ქიმიური და შხამიანი ნივთიერებებით (X69)	1	2	0	3
განზრახ თვითდაზიანება ჩამოხრჩობით, მოგუდვით და მოხრჩობით (X70)	99	21	29	120 (46%)
განზრახ თვითდაზიანება წყალში ჩაძირვითა და დახრჩობით (X71)	8	1	1	9
განზრახ თვითდაზიანება გასროლით შაშხანიდან, საფანტისანი თოფიდან და მსხვილკალიბრიანი ცეცხლსასროლი იარაღიდან (X72)	11	0	0	11
განზრახ თვითდაზიანება გასროლით შაშხანიდან, საფანტისანი თოფიდან და მსხვილკალიბრიანი ცეცხლსასროლი იარაღიდან (X73)	8	0	0	8
განზრახ თვითდაზიანება სხვა და დაუზუსტებელი ცეცხლსასროლი იარაღიდან გასროლით (X74)	4	0	0	4
განზრახ თვითდაზიანება კვამლით, ცეცხლით და ცეცხლის ალით (X76)	3	1	2	4
განზრახ თვითდაზიანება ბასრი საგნებით (X78)	6	1	0	7
განზრახ თვითდაზიანება სიმაღლიდან გადმოხტომით (X80)	2	0	0	2
განზრახ თვითდაზიანება დაუზუსტებელი საშუალებებით (X83)	2	0	0	2
განზრახ თვითდაზიანება დაუზუსტებელი საშუალებებით (X84)	75	11	22	86

სუიციდის შემთხვევების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით ასეა წარმოდგენილი: თბილისი - 46; იმერეთი - 43; კახეთი - 40. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 56 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 21.4 %. 147 შემთხვევა მოდის სასოფლო დასახლებებზე (საერთო რაოდენობის 56.3%), ხოლო საქალაქო დასახლებებში დაფიქსირებულია 114 შემთხვევა (საერთო რაოდენობის 43.7%).

გამოყენებული მეთოდების მიხედვით, 120 შემთხვევაში (საერთო რაოდენობის 46%), გარდაცვალების მიზეზად მითითებულია განზრახ თვითდაზიანება ჩამოხრჩობით, მოგუდვით და მოხრჩობით (X70). აქედან, 29 შემთხვევაში არის დაფიქსირებული 0-29 წლამდე ასაკის პირები, რაც არის ამ შემთხვევების 24.1%.

2020 წელი				
ზოგადი სტატისტიკა				
	კაცი	ქალი	0-29 წლამდე	სულ

ერთიანი სტატისტიკა	171 (84.7%)	31 (15.3%)	41 (20.2%)	202
საქალაქო დასახლება	60	7		67 (33.1%)
სასოფლო დასახლება	111	24		135 (66.9%)
გამოყენებული მეთოდები				
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ანტიეპილეპსიური, სედაციურ-საძილე, ანტიპარკინსონული და ფსიქოტროპული სამკურნალო საშუალებებით, რომლებიც არ არიან შეტანილი სხვა რუბრიკებში (X61)	1	1	0	2
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება ნარკოტიკებით და ფსიქოდისლეპსიური საშუალებებით [ჰალუცინოგენები], რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში (X62)	1	0	0	1
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი სამკურნალო საშუალებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგიური ნივთიერებებით (X64)	2	0	0	2
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება პესტიციდებით (X68)	2	1	0	3
განზრახ თვითმოწამვლა და ზემოქმედება სხვა და დაუზუსტებელი ქიმიური და შხამიანი ნივთიერებებით (X69)	1	0	0	1
განზრახ თვითდაზიანება ჩამოხრჩობით, მოგუდვით და მოხრჩობით (X70)	79	17	24	96 (47.5%)
განზრახ თვითდაზიანება წყალში ჩაძირვითა და დახრჩობით (X71)	1	2	1	3
განზრახ თვითდაზიანება გასროლით შაშხანიდან, საფანტანის თოფიდან და მსხვილკალიბრიანი ცეცხლსასროლი იარაღიდან (X72)	10	0	1	10
განზრახ თვითდაზიანება გასროლით შაშხანიდან, საფანტანის თოფიდან და მსხვილკალიბრიანი ცეცხლსასროლი იარაღიდან (X73)	16	0	5	16
განზრახ თვითდაზიანება სხვა და დაუზუსტებელი ცეცხლსასროლი იარაღიდან გასროლით (X74)	4	0	1	4
განზრახ თვითდაზიანება კვამლით, ცეცხლით და ცეცხლის ალით (X76)	2	0	1	2
განზრახ თვითდაზიანება ბასრი საგნებით (X78)	9	0	0	9
განზრახ თვითდაზიანება დაუზუსტებელი საშუალებებით (X84)	48	6	8	54

სუიციდის შემთხვევების რაოდენობის რეგიონების ასე არის წარმოდგენილი: იმერეთი - 33; კახეთი - 31; სამეგრელო ზემო სვანეთი - 38. 0-29 წლამდე ასაკის პირებში, სუიციდის 41 შემთხვევა არის დაფიქსირებული, რაც არის საერთო რაოდენობის 20.2%. 135 შემთხვევა მოდის სასოფლო დასახლებებზე (საერთო რაოდენობის 66.9%), ხოლო საქალაქო დასახლებებში დაფიქსირებულია 135 შემთხვევა (საერთო რაოდენობის 33.1%).

გამოყენებული მეთოდების მიხედვით, 96 შემთხვევაში (საერთო რაოდენობის 47.5%), გარდაცვალების მიზეზად არის მითითებული განზრახ თვითდაზიანება ჩამოხრჩობით, მოგუდვით და მოხრჩობით (X70). აქედან, 24 შემთხვევაში არის დაფიქსირებული 0-29 წლამდე ასაკის პირები, რაც არის ამ შემთხვევების 25%.

გ) შინაგან საქმეთა სამინისტროს და სტატისტიკის ეროვნული სააგენტოს მონაცემების შედარება სუიციდის შემთხვევების რეგისტრაციისას

წელი	უწყება	კაცი	ქალი	0-29 წლამდე ასაკის პირები	სულ
2018	შსს	389	70	56	459
	საქსტატი	205	45	38	250
2019	შსს	309	68	99	377
	საქსტატი	223	38	56	261
2020	შსს	308	71	77	379
	საქსტატი	171	31	41	202

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს და სტატისტიკის ეროვნული სააგენტოს რეგისტრირებული მონაცემები ადასტურებს, რომ ეს ორი უწყება მონაცემების დათვლას განსახვავებული ფორმით და წესით ახორციელებს. აღნიშნულ მონაცემებს შორის იმდენად დიდი განსახვავებაა, რომ ზოგადად კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს, თუნდაც რომელიმე უწყების მონაცემების სანდოობას. არ არის ჩამოყალიბებული ერთიანი ხედვა, თუ ვის მიერ და როგორ უნდა ხორციელდებოდეს აღნიშნული მონაცემების რეგისტრაცია და რამდენად არის შესაბამისობაში საერთაშორისო სტანდარტებთან. როგორც ჩანს, საქსტატი ეყრდნობა ჯანდაცვის სექტორიდან მიღებულ ინფორმაციას, ხოლო შსს მონაცემებს ამუშავებს სისხლის სამართალწარმოების პროცესში მონაცემების რეგისტრაციისას. აშკარად იკვეთება, რომ არ არსებობს უწყებათაშორისი თანამშრომლობისა და კოორდინაციის მექანიზმი, რომელიც შესაძლებლობას მისცემდა შესაბამის უწყებებს განხორციელებინათ ამ მონაცემების უფრო სანდო დამუშავება. არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, შეუძლებელია განისაზღვროს, როგორც სტატისტიკური მონაცემები სუიციდის და სუიციდის მცდელობებთან დაკავშირებით, ასევე, გამომწვევი მიზეზები და ამ კუთხით არსებული რისკ ფაქტორები.

დ) სერვისები და ინტერვენციები სუიციდის პრევენციის წინააღმდეგ

სუიციდის პრევენციის წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით, მნიშვნელოვანია, რომ დეტალურად ხდებოდეს იმ ფაქტორების ანალიზი, რის გამოც პირი ამ ნაბიჯის გადადგამამდე მივიდა. ამ კუთხით მნიშვნელოვანია, რომ მუდმივად ხდებოდეს ასეთი სახის მონაცემების ანალიტიკური დამუშავება და შესაბამისი რისკ-ფაქტორების და მოწყვლადი ჯგუფების გამოკვეთა. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ სხვადასხვა სფეროს წარმომადგენლებს ან/და ოჯახის წევრებს/ახლობლებს, ჰქონდეთ ზოგადი სახის ინფორმაცია მაინც, თუ როგორ უნდა ხდებოდეს სუიციდური ფიქრების ამოცნობა და როგორ რეაგირებას უნდა ახორციელებდნენ.

საერთაშორისო პრაქტიკა და ზოგადად სტატისტიკური მონაცემები აჩვენებს, რომ სუიციდის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი არის 15-29 წლამდე ასაკის მოზარდებში/ახალგაზრდებში. ააიპ „ინიციატივა მოწყვლადი ჯგუფების რეაბილიტაციისათვის“, „ევროპის ფონდის“ მხარდაჭერით, 2021 წლის განმავლობაში ახორციელებდა პროექტს სახელწოდებით „შეუნარჩუნე სიცოცხლე“, რომლის მიზანიც იყო, 15-29 წლამდე ახალგაზრდების და მათი ოჯახების წევრების ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა და კონსულტირება სუიციდის პრევენციის მიზნით. ამავე მიზნით შეიქმნა სპეციალური ვებ-გვერდი²⁰, სადაც განთავსებულია ინფორმაცია

²⁰ <https://savethelife.ge/>

სუიციდის ნიშნების ამოცნობასთან და რეგირებასთან დაკავშირებით. გარდა ამისა, ამ პროექტის ფარგლებში, ფსიქო-სოციალური მომსახურეობა გაეწია 14 ახალგაზრდას, მათი ოჯახის წევრებს და აღმზრდელებს (20). მომართვის მიზეზებს შორის გამოიკვეთა:

- პრობლემების გამკვლავების სუსტი უნარები;
- ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ძალადობა (ბულინგი);
- თვითდამაზიანებელი ქცევა;
- წონის კომპლექსი და მასთან დაკავშირებული დაცინვა;
- დეპრესია/უგუნებობა/უხალისობა;
- დემოტივირებულობა/სუიციდური ფიქრები;
- დეპრესონალიზაცია/უარყოფით სხეულებრივ შეგრძნებებთან გამკლავების დეფიციტი.

ბენეფიციართა ამ ჯგუფთან მუშაობის პრაქტიკამ აჩვენა, რომ საერთო ჯამში სუიციდური ფიქრების გამომწვევი მიზეზები შეიძლება ყოფილიყო:

- ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჩაგვრა/დამცირება/დაცინვა ფიზიკურ მონაცემებზე;
- ხანგრძლივი იზოლაცია (განსაკუთრებით, COVID-19 პანდემიის პროცესში არსებული შეზღუდვების გამო);
- უწყვეტი ან ერთეული ბულინგის ეპიზოდები გარდატეხის ასაკში;
- მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობა.

როგორც გამოიკვეთა, ამ ტიპის აზრები ვითარდება მტკივნეული/მატრავმირებელი მოვლენის შემდეგ, რაც ტკივილის, დანაშაულის და/ან სირცხვილის ღრმა გრძნობებს იწვევს და სასოწარკვეთამდე აღწევს. რასაკვირველია, რთულია ამ მონაცემების განზოგადება და კონკრეტული დასკვნების გამოტანა, თუ რა სახის გამოწვევებს ვაწყდებით ამ მიმართულებით ქვეყანაში, თუმცა, თუნდაც ამ მცირე ჯგუფთან მუშაობამ, გამოკვეთა ძალიან საყურადღებო რისკ-ფაქტორები, რაც აუცილებლად არის გასათვალისწინებელი პრევენციული პოლიტიკის შემუშავების პროცესში. გარდა ამისა მნიშვნელოვანია, რომ ჩამოყალიბდეს მუდმივი ანალიზის სისტემა, სადაც შესაძლებელი იქნება, გაანალიზდეს, როგორც დასრულებული სუიციდის შემთხვევების გამომწვევი მიზეზები, ასევე განხორციელდება იმ პირების შეფასება და მხარდაჭერა, ვისაც ჰქონდა სუიციდის მცდელობა ან/და აწუხებდა სუიციდური აზრები. სტატისტიკურ ინფორმაციასთან ერთად, მონაცემების ასეთი სახის ანალიზი, შესაძლებლობას მოგვცემს შემუშავდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები.

D. სახელმწიფო პოლიტიკის დოკუმენტები

როგორც უკვე აღინიშნა, სუიციდი და სუიციდის მცდელობები წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემას და ამ კუთხით მნიშვნელობა ენიჭება სახელმწიფო უწყებების მხრიდან ერთიანი პოლიტიკის ჩამოყალიბებას. 2014 წელს, საქართველოს მთავრობის დადგენილების საფუძველზე, შემუშავდა - ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტი და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმა.²¹ დადგენილებაში აღნიშნული იყო, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული გეგმა ასახავდა ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების ხედვას მომავალი 5 წლის პერიოდისთვის,

²¹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება, N762.

განსაზღვრავდა ფასეულობებსა და პრინციპებს, რასაც ეფუძნება ფსიქიკური ჯანმრთელობის მოწყობა და ძირითად საჭიროებებს, რომლებიც აუცილებელია მომავლის ხედვის რეალიზაციისთვის. აღნიშნული სამოქმედო გეგმის ერთ-ერთი პუნქტი (5.1.5) იყო - „სუიციდის პრევენციის პროგრამის შემუშავება“.

2021 წელს შემუშავებულ იქნა 2021-30 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიის სამუშაო ვერსია, რომლის გაზიარებაც მოხდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პოლიტიკის განმსაზღვრელ საბჭოსთან არსებული სამუშაო/საინიციატივო ჯგუფის მიერ.²² ახალი სტრატეგიული ამოცანების და სამოქმედო გეგმის დასახვის მიზნით, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება 2015-2020 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის იმპლემენტაციის შეფასების ანგარიშს. აღნიშნული ანგარიში, დღემდე არ გამოქვეყნებულა, რაც ბუნდოვანს ხდის, იმ საკითხს თუ რა მონაცემების ანალიზის საფუძველზე განხორციელდა პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრა 2021-30 წლებისთვის. მიუხედავად იმისა, რომ 2015-2020 წლების სტრატეგია ითვალისწინებდა სუიციდის პრევენციის პროგრამის შემუშავებას, ჯერ-ჯერობით ქვეყანაში მსგავსი ტიპის დოკუმენტი არ შექმნილა. გამონაკლისს წარმოადგენს, პენიტენციური სისტემა, რომელმაც დამოუკიდებლად შეიმუშავდა აღნიშნული სახის პროგრამა. სამწუხაროდ, ახალ სტრატეგიულ დოკუმენტის სამუშაო ვერსიაში (2021-30 წლების) აღნიშნული კომპონენტი საერთოდ არ იყო ასახული.²³

E. დასკვნა და რეკომენდაციები

ქვეყანაში სუიციდის შესახებ კანონმდებლობისა და სუიციდის პოლიტიკის ანალიზის პროცესმა აჩვენა, რომ არ არის ჩამოყალიბებული სუიციდის და სუიციდის მცდელობების აღრიცხვისა და რეგისტრაციის სანდო სისტემა. მონაცემებს ამუშავებს სისხლის სამართალწარმოების პროცესში საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო. ეს მონაცემები აჩენს არაერთ კითხვას იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ ხდება სუიციდის ან სუიციდის მცდელობების რეგისტრაცია, სანამ გამოძიება არ არის დასრულებული და ამ პროცესში დამუშავებული მონაცემები არ იძლევა ყველა კითხვაზე პასუხს. **საქსტატი** მონაცემებს ამუშავებს უფრო სანდო მეთოდოლოგიის (ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD10) მიხედვით. თუმცა ამ ნაწილშიც ჩნდება კითხვები, თუ როგორ ხდება ამ ინფორმაციის დამუშავება, რა წყაროს ეყრდნობა და ხდება თუ არა ამ მონაცემების შედარება სხვა უწყებების მიერ დამუშავებულ მონაცემებთან.

ანალიზმა ცალსახად გამოკვეთა, რომ საქართველოში არ არის განსაზღვრული ერთი პასუხისმგებელი უწყება, ვინც კოორდინაციას გაუწევდა მონაცემების შეგროვების და დამუშავების პროცესს. მონაცემები სხვადასხვა სექტორში მუშავდება და გარდა იმისა, რომ კითხვები არსებობს დამუშავების მეთოდოლოგიასთან დაკავშირებით, არის სრული აცდენა იმ მონაცემებს შორის, რომლებსაც ეს უწყებები ამუშავებენ და ოფიციალურად აქვეყნებენ. აქედან გამომდინარე, აღნიშნული მონაცემები ერთმნიშვნელოვნად არ ასახავს რეალურ სურათს ქვეყანაში და ამ პრობლემის კონკრეტული მასშტაბი უცნობია.

მნიშვნელოვანია, რომ არსებობდეს უწყებათაშორისი საკოორდინაციო მექანიზმი, სადაც განსაზღვრული იქნება მონაცემების დამუშავებაზე პასუხისმგებელი ძირითადი ორგანო და სხვა უწყებები (ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე) და წყაროები (მაგ. სხვა ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული კვლევები,

²² ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის სტრატეგიის სამუშაო ვერსია პირველადი პოზიცია, „სოციალური სამართლიანობის ცენტრი“, „პარტნიორობა ადამიანის უფლებებისათვის“, „სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია“, 2021.

²³ იქვე.

რეკომენდაციები და ა.შ.) საიდანაც უნდა ხდებოდეს დამატებითი ინფორმაციის მიწოდება მონაცემების სისტემატიზების და ანალიზის მიზნით.

გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია რომ განისაზღვროს ის ინდიკატორები, რომლის მიხედვითაც უნდა ხდებოდეს მონაცემების დამუშავება. ამ პროცესში, ცხადია მნიშვნელობა აქვს, როგორც პოლიტიკურ ნებას, ასევე უწყებების რესურსსა და შესაძლებლობებს, იმ მიზნით რომ შევძლოთ სანდო მონაცემების დამუშავება. სტატისტიკურად მონაცემები უნდა მუშავდებოდეს **მინიმუმ** შემდეგი პრინციპით - **სქესი, ასაკი და გამოყენებული მეთოდი**. თუმცა ამ ნაწილშიც, ზოგიერთი სახის მონაცემების დამუშავება მყისიერად შესაძლოა ვერ მოხდეს (მაგ. თუ არ არის დასრულებული გამოძიების შედეგები) და ამ მიზნით უნდა არსებობდეს მკაფიოდ განსაზღვრული სახელმძღვანელო პრინციპები, უწყებათაშორისი თანამშრომლობის და ინფორმაციის გაცვლის ერთიანი ჩარჩო.

სუიციდის პრევენციის მიზნით, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება სუიციდის გამომწვევი მიზეზების ანალიზს. ასეთი სახის მონაცემების დამუშავება ცხადია ვერ მოხდება დაუყოვნებლივ და მოითხოვს სხვა სახის შეფასების აუცილებლობას. იმ მიზნით, რომ შევძლოთ მიზეზების რეალური დადგენა, გარდა მყარი სტატისტიკური მონაცემებისა, რომლებიც რა თქმა უნდა მნიშვნელოვანია, შესაბამისი სპეციალისტების მხრიდან (ექიმი, ექთანი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი), სხვადასხვა მეთოდების და ინსტრუმენტების გამოყენების გზით, უნდა განხორციელდეს სუიციდის გამომწვევი მიზეზების სიღრმისეული ანალიზი. ამ მონაცემების ანალიზის საფუძველზე, უნდა განხორციელდეს სარისკო ქცევების და სარისკო ჯგუფების გამოკვეთა, რომლებიც ყველაზე მოწყვლადები არიან ამ პროცესში. ასეთი სახის მონაცემები, მისცემს შესაძლებლობას გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს, შეიმუშავონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები, სუიციდის პრევენციის მიზნით.

მტკიცებულებების საფუძველზე, უნდა შემუშავდეს სუიციდის პრევენციის წინააღმდეგ მიმართული პროგრამები და უნდა გადამზადდნენ ის პროფესიონალები, ვისაც შესაძლოა შეხება ჰქონდეთ მოზარდებთან/ახალგაზრდებთან. ეს ნაბიჯები უნდა გადაიდგას, როგორც საგანმანათლებლო, ასევე სოციალური დაცვის სისტემის ფარგლებში. ყველა პირს, ვინც მუშაობს ახალგაზრდებთან, უნდა ჰქონდეს იმის უნარები, რომ ამოიცნოს სარისკო ქცევები და განახორციელოს სწორი ჩარევები. მნიშვნელოვანია, რომ ჩამოყალიბდეს ოჯახის მხარდაჭერისა და კონსულტირების სერვისები ამ მიმართულებით და უნდა გაიზარდოს მათზე ხელმისაწვდომობა ყველა პირისთვის, ვისაც ამის საჭიროება აქვს. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია, რომ გადაიდგას ნაბიჯები საზოგადოების და განსაკუთრებით, რისკ ჯგუფების, მათი ოჯახის წევრების/ახლობლების ცნობიერების ამაღლების მიმართულებით, რომ ჰქონდეთ ინფორმაცია საჭიროების შემთხვევაში, ვის შეიძლება მიმართონ დახმარების და კონსულტირების მიზნით. ზუსტად ამ მიზნით შეიქმნა ზემოთ აღნიშნული ვებ-გვერდი, თუმცა, მხოლოდ ერთი ასეთი სახის პლატფორმა, ცხადია ვერ იქნება საკმარისი, ამ ტიპის გამოწვევასთან ბრძოლის მიზნით.

სუიციდის და სუიციდის პრევენციის მიზნით სახელმწიფო უწყებების მხრიდან გადასადგმელი ნაბიჯები, მნიშვნელოვანია, რომ ასახული იყოს სახელმწიფო პოლიტიკის დოკუმენტებში. ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიულ დოკუმენტში და 2015-2020 წლების სამოქმედო გეგმაში, ერთ-ერთ ვალდებულებად ასახული იყო „სუიციდის პრევენციის პროგრამის შემუშავება“, თუმცა, პენიტენციური სისტემის გარდა, ასეთი სახის პროგრამა არ შემუშავებულა. უფრო მეტიც, 2021-30 წლების ახალი სტრატეგიის სამუშაო ვერსიიდან, ამ ეტაპზე საერთოდ არის ამოღებული სახელმწიფო უწყებების ეს ვალდებულება. მიზანშეწონილია, რომ აღნიშნულ პოლიტიკის დოკუმენტში მყარად იყოს ასახული სახელმწიფო უწყებების ვალდებულება, რომ შემუშავდეს სუიციდის პრევენციის წინააღმდეგ ბრძოლის სამოქმედო გეგმა და

განისაზღვროს პასუხისმგებელი უწყება/უწყებები. ზემოთ აღნიშნული რეკომენდაციების გათვალისწინებით, სამოქმედო გეგმაში უნდა აისახოს ის ვალდებულებები და ნაბიჯები, რაც აუცილებელია ამ პრობლემასთან ბრძოლის მიზნით. ამ გეგმის ნაწილი აუცილებლად უნდა იყოს, შესაბამისი სერვისების შექმნა და მათი ხელმისაწვდომობის გაზრდა იმ პირებისთვის, ვისაც ამის საჭიროება გააჩნიათ.