

**Intake ASI**

კლიენტის საიდენტიფიკაციო კოდი  
 ინტერვიუების თარიღი  
 კვლევის ადგილი  
 კვლევის დასახელება  
 დაწყების დრო (საათი)  
 დამთავრების დრო (საათი)  
 ინტერვიუერი  
 შეყვანის თარიღი (თვე, რიცხვი, წელი)  
 შეიყვანა (ვინ?)


სახ/გვარი

ქუჩა

ქალაქი

მისამართი

დაბადების თარიღი  
 სქესი  
 რასა  
 ეთნიკური წარმოშობა  
 ეროვნება  
 კლიენტის დაბადების ადგილი (ქვეყანა)  
 მამის დაბადების ადგილი (ქვეყანა)  
 დედის დაბადების ადგილი (ქვეყანა)


რამდენჯერ იყავით ან დაორსულდებულა თქვენგან ვინმე?  
 რამდენჯერ დასრულდა ორსულობა ბავშვის დაბადებით?  
 რამდენ სხვადასხვა ადამიანთან გყავთ შვილი?  
 რამდენი წლის იყავით როცა პირველი შვილი გეყოლათ?


ინტერვიუს სისრულის მახვევებელი  
 1 - შეწყვეტილი  
 2- არ მოისურვა  
 3- ვერ პასუხობს  
 N- ნორმალური ინტერვიუ

ბოლო 30 დღის მანძილზე ყოფილხართ კონტროლირებად გარემოში?  
 0-არა  
 1-ციხე  
 2-ნარკოლოგიური საავად  
 3-საავადმყოფო  
 4-ფსიქიატრიული საავადმყოფო  
 5-სხვა

თუ კი რამდენი დღე

გთხოვთ მიპასუხოთ რამდენიმე შეკითხვაზე თქვენი სამედიცინო ისტორიის შესახებ.

1. თქვენი ცხოვრების მანძილზე რამდენჯერ ყოფილხართ ჰოსპიტალიზირებული სამედიცინო პრობლემებისთვის (თეთრი ცხელების და ზედოზირების ჩათვლით და დეტოქსის გამოკლებით).
2. რამდენი ხნის წინ მოხდა თქვენი უკანასკნელი ჰოსპიტალიზაცია ფიზიკური პრობლემების გამო? (თვეებში)
3. გაქვთ თუ არა რაიმე ქრონიკული დავადებები, რომლებიც დღესაც ახდენენ ზემოქმედებას თქვენს ცხოვრებაზე?
4. დებულობთ დანიშნულ მედიკამენტს რეგულარულად, თქვენი ჯანმრთელობის პრობლემების გამო?
5. დებულობთ პენსიას ფიზიკური უუნარობის გამო? ფსიქიატრიული უუნარობის გამოკლებით. *თუ კი დააზუსტეთ*

0-არა / 1-დიახ

0-არა / 1-დიახ

0-არა / 1-დიახ

6. რამდენი დღე გეკონდათ სამედიცინო პრობლემები ბოლო 30დღის მანძილზე?

6ა. ბოლო 30დღის მანძილზე რამდენჯერ იყავით სამედიცინო დაწესებულებაში ან ექიმთან ვიზიტზე?

რა ტიპის ვიზიტები იყო ეს?

6ა1. სასწრაფო დახმარება 0-არა / 1-დიახ

6ა2. პოლიკლინიკა, ამბულატორია, დისპანსერი. 0-არა / 1-დიახ   
*რომელია დააზუსტეთ.*

6ა3. წამალდამოკიდებულების პროგრამის 0-არა / 1-დიახ   
ექიმთან, ნარკოლოგთან

6ა4. კერძო ექიმი 0-არა / 1-დიახ

6ბ. გაიკეთებიათ შიდა ანალიზი?   
0-არა 2-არ ვიცი, ველოდები პასუხს  
1-დიახ 3-თავი აარიდა შეკითხვას

**თუ 6ც შეკითხვაზე პასუხი დადებითია:**

6ც1 რამდენი თვის წინ გაიკეთეთ ანალიზი?

6ც2 რა პასუხი ფიქსირდებოდა ველაზე ხშირად?   
0 - აივ-უარყოფითი 2 - არ ვიცი, ველოდები პასუხს  
1 - აივ-პოზიტიური 3-თავი აარიდა შეკითხვას

6დ როდისმე ყოფილხართ ცე პეპატივით ინფიცირებული?   
0 - არა 2 - არ ვიცი, ველოდები პასუხს  
1 - დიახ 3-თავი აარიდა შეკითხვას

6დ1 თუ კი, დააკონკრეტეთ? -----

**7 და 8 შეკითხვებისთვის ისარგებლეთ შეფასებით 0-დან 4-მდე**

7. ბოლო 30 დღის მანძილზე რამდენად დათრგუნული ან შეწუხებული იყავით   
ჯანმრთელობის პრობლემებით?

8. რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა ამ სამედიცინო   
პრობლემების დასაძლევად?

**ინტერვიუერის შეფასების სკალა (0-9)**

9. როგორ შეაფასებთ პაციენტის სამედიცინო მკურნალობის აუცილებლობას.

**იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:**

10. პაციენტის არაგულწრფელობით 0-არა / 1-დიახ

11. პაციენტის გაგების უნარობით 0-არა / 1-დიახ

კომენტარები

---

---

---

---

**ეთხოვთ მიბასუხოთ რამდენიმე შეკითხვაზე თქვენი დასაქმების შესახებ**

- |                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. განათლება, რომელიც მიიღეთ თქვენი ცხოვრების განმავლობაში (წლებში)                                                                                                                                                                                 |                      | <input type="text"/> |
| 2. ტრენინგი ან ტექნიკური განათლება მიღებული ცხოვრების განმავლობაში (თვეებში)                                                                                                                                                                        |                      | <input type="text"/> |
| 3. გაქვთ თუ არა რაიმე პროფესია, უნარ-ჩვევა?                                                                                                                                                                                                         | 0-არა / 1-დიახ       | <input type="text"/> |
| 4. გაქვთ თუ არა ავტომობილის მართვის მოქმედი მოწმობა?                                                                                                                                                                                                | 0-არა / 1-დიახ       | <input type="text"/> |
| 5. არსებობს თუ არა ავტომობილი, რომლის ტარებაც თქვენთვის ხელმისაწვდომია?<br>უპასუხეთ არა, თუ არა აქვს ვალიდური მართვის მოწმობა.                                                                                                                      |                      | <input type="text"/> |
| 6. რამდენ თვეს გრძელდებოდა თქვენი უკანასკნელი უმუშევრობის პერიოდი?                                                                                                                                                                                  |                      | <input type="text"/> |
| 7. თქვენი ჩვეული (ან უკანასკნელი) საქმიანობა<br>1-დირექტორი<br>2-ბიზნეს მენეჯერი<br>3-ადმინისტრაციის წევრი<br>4-კლერკი და გაყიდვების მენეჯერი<br>5-მაღალი კვალიფიციის ხელობა<br>6-დაბალი კვალიფიციაცია<br>7-არაკვალიფიციური<br>N- არასდროს უმუშავია | <b>დააკონკრეტეთ</b>  | <input type="text"/> |
| 8. დებულობთ თუ არა ვინმესგან რაიმე ტიპის დახმარებას?<br>მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ პასუხი 8 შეკითხვაზე დადებითია?                                                                                                                                     | 0-არა / 1-დიახ       | <input type="text"/> |
| 9. არის თუ არა ეს თქვენთვის დახმარების/მხარდაჭერის მთავარი წყაროა?                                                                                                                                                                                  | 0-არა / 1-დიახ       | <input type="text"/> |
| 9ა. მუშაობთ თუ არა ამჟამად?                                                                                                                                                                                                                         | 0-არა / 1-დიახ       | <input type="text"/> |
| 9ბ. თუ არა, მაშინ რამდენი თვის წინ იყავით დასაქმებული? (თვეებში)                                                                                                                                                                                    |                      | <input type="text"/> |
| 9ც. ბოლო 30 დღის მანძილზე, რამდენ დამსაქმებელს დაუკავშირდით დასაქმების თაობაზე ინფორმაციის მისაღებად                                                                                                                                                |                      | <input type="text"/> |
| 9დ. ბოლო 30 დღის მანძილზე, რამდენჯერ გქონიათ ინტერვიუ დამსაქმებელთან?                                                                                                                                                                               |                      | <input type="text"/> |
| 10. დასაქმების ფორმა                                                                                                                                                                                                                                | <b>ბოლო 3 წელი</b>   | <b>ამჟამად</b>       |
| 1- სრული დატვირთვით (უმუშევარი)                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2- სრული დატვირთვით (დასაქმებული)                                                                                                                                                                                                                   |                      |                      |
| 3- დიასახლისი                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                      |
| 4- პენსიონერი, შრომის უუნარო                                                                                                                                                                                                                        |                      |                      |
| 5- უმუშევარი, გადის პროფესიონალურ სწავლებას                                                                                                                                                                                                         |                      |                      |
| 6- უმუშევარი (ეძებს სამსახურს)                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |
| 7- უმუშევარი (სხვა)                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                      |
| 8- არასრული სამუშაო (35სთ.-ზე > კვირაში)                                                                                                                                                                                                            |                      |                      |
| 9- სრული სამუშაო (35სთ.-ზე < კვირაში)                                                                                                                                                                                                               |                      |                      |
| 10- არარეგულარული, დროებითი სამსახური                                                                                                                                                                                                               |                      |                      |
| 11- კონტროლირებადი გარემო (ციხე, საავადმყოფო)                                                                                                                                                                                                       |                      |                      |
| 11. ბოლო 30 დღის მანძილზე, რამდენი სამუშაო დღის საფასური აგინაზღაურეს?<br><br>ბოლო 30 დღის მანძილზე რა რაოდენობის თანხა გაქვთ მიღებული შემდეგი წყაროებიდან?                                                                                         |                      | <input type="text"/> |
| 12. დასაქმებიდან ბეგარის გარეშე                                                                                                                                                                                                                     |                      | <input type="text"/> |
| 14. საზოგადო დახმარების დეპარტამენტიდან                                                                                                                                                                                                             |                      | <input type="text"/> |
| 15. პენსია, შემწეობა, სოციალური დახმარება                                                                                                                                                                                                           |                      | <input type="text"/> |



**ვთხოვთ მიპასუხოთ რამდენიმე შეკითხვაზე თქვენი ალკოჰოლის და წამალმომხმარებლის შესახებ**

ჩვენი შეკითხვები იქნება კონცენტრირებული თქვენს ბოლო 30 დღესა და ცხოვრების მანძილზე. ინტერვიუების თარიღი

- ა რამდენად ხშირად გისმარიათ . . . ბოლო 30 დღის მანძილზე? . . . თქვენს ცხოვრებაში?
- ბ იმ დღეს როდესაც მივიღიათ . . . ჩვეულებრივ რამდენს მოიხმარდით 24 საათის განმავლობაში?
- ც როგორ მოიხმარდით? (ინტრავენურად, შეენოსვით . . . )
- დ თქვენი ცხოვრების მანძილზე, რამდენი თვე მოიხმარდით . რეგულარულად (სულ მცირე 3ჯერ კვირაში)
- ე რამდენი წლის იყავით როცა პირველად მოიხმარეთ . . . ?
- ფ რეგულარული მოხმარების პერიოდში, ჩვეულებისამებრ რამდენს მოიხმარდით 24 საათში?

	სისშირე დღეებში	რაოდენობა	მიღ.ხერხი	სისშირე თვეები	ასაკი 1-ად მოხმ	რაოდენობა 24 საათში	მიღ. ხერხი
1 ალკოჰოლი-მიღების ნებისმიერი ფორმა	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oz
2 ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oz
3 ჰეროინი	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
4 მეტადონი	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg
5 სხვა ოპიატები	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	# <input type="text"/>
6 ბარბიტურატები	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7 სედაც/საძილე ტრანკვილიზატორ	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7ა ბენზოდიაზეპინები	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
8 კოკაინი	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
9 ამფეტამინები(ვინტი)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10 კანაფი	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11 ჰალუცინოგენები	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
12 ინჰალანტები	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
13 კლონიდინი (კლოფელინი)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
14 ნიკოტინი	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	სიგარეტის#
15 სხვა	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
16 ერთზე მეტი	<input type="text"/>			<input type="text"/>			

მიღების ფორმა (კოდირება)	
1- ორალური (გადაყლაპ)	7- არაინტრავენურად (კანქვეშ, კუნთებში)
2- შეენოსვა	8- მოწვეით და ინტრავენურად
3- მოწვევა	9- შეენოსვით და ინტრავენურად
4-გადაყლაპვა და მოწვევა	10- ორალურად და ინტრავენურად
6- ინტრავენურად	12- სხვა

17 რომელი ქვემოთ ჩამოთვლილი საშუალება წარმოადგენს თქვენთვის ძირითად პრობლემას?

გამოიყენეთ მოცემული კოდირება, ან შეაფასეთ 0-ით თუ არ არის არანაირი პრობლემა

- 15- ალკოჰოლი და ნარკოტიკი (ალკოჰოლი და ერთი ან მეტი ნარკოტიკი)
- 16- პოლინარკოტიკი (ერთი ან მეტი ნარკოტიკი, არა ალკოჰოლი)

- 17ა როდესაც მოიხმარეთ ნარკოტიკი, ჩვეულებრივ ვისთან ერთად მოიხმარეთ?
- 1 - ოჯახი                      3 - მეგობრები                      4 - მარტოდმარტო  
2 - სექსუალური პარტნიორი                      5 - სხვა                      N- არ უხმარია
- 17ბ პირველად მოხმარების ასაკი
- 17ც ცხოვრების მანძილზე ნარკოტიკის მოხმარების თვეების რაოდენობა
- 17დ 6 თვის მანძილზე ნარკოტიკების მოხმარების თვეების რაოდენობა
- 18 რამდენ ხანს გრძელდებოდა თქვენი ნებაყოფლობითი უკანასკნელი თავშეკავების ბოლო პერიოდი ამ ძირითადი ნივთიერებისგან ?
- 0-არასოდეს მქონია ან თვეების რაოდენობა
- 19 რამდენი თვის წინ დასრულდა ეს თავშეკავების პერიოდი?
- 0 = ამჟამადაც თავშეკავებაა
- 20 ცხოვრებაში რამდენჯერ გქონიათ
- ა) თეთრი ცხელება?
- ბ) დოზის გადაჭარბება?
- 21 ცხოვრებაში რამდენჯერ გიმკურნალიათ
- ა) ალკოჰოლის მოხმარების გამო?
- ბ) ნარკოტიკების მოხმარების გამო?
- 22 აქედან რამდენი იყო მხოლოდ დეტოქსი?
- ა) ალკოჰოლური?
- ბ) წამალდამოკიდებულების?
- 23 თქვენის აზრით, რამდენი დახარჯეთ ბოლო 30 დღის მანძილზე
- ა) ალკოჰოლზე?
- ბ) ნარკოტიკებზე?
- 24 ბოლო 30 დღის მანძილზე რამდენი დღე მკურნალობდით ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების გამო ამბულატორიულად?
- 24ა თუ თქვენ მკურნალობდით ამბულატორიულად 30 დღის მანძილზე, რამდენი დღე მკურნალობდით შემდეგი პროგრამებით
- ა ამბულატორიულად - drug free
- ბ ამბულატორიულად - მეტადონი
- ც ამბულატორიულად-დეტოქსი
- დ თვითდახმარების ჯგუფები
- ე ამბულატორიულად-ოპიატური ბლოკერები
- ფ ბუპრენორფინი
- 24ბ ბოლო 30 დღის მანძილზე რამდენი დღე მკურნალობდით სტაციონარში ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის გამო?
- 24ც ბოლო 30 დღის მანძილზე თუ მკურნალობდით სტაციონარში, რამდენი დღე იმკურნალეთ შემდეგი პროგრამით?
- სტაციონარული-დეტოქსი
- სტაციონარული/სახლში-მკურნალობა
- 24დ ბოლო 30 დღის მანძილზე, რამდენ სხვადასხვა პროგრამას დაუკავშირდით (დარეკეთ/ეწვიეთ, თვითდახმარების ჯგუფების გამოკლებით)?
- 24ე ჩაწერილი ხართ სიაში და ელოდებით რომელიმე პროგრამას? **0-არა / 1-დიახ**
- 24ე1) თუ კი რამდენ პროგრამაში?
- 25 ბოლო 30 დღის მანძილზე, რამდენი დღე განიცდიდით:
- ა) ალკოჰოლთან დაკავშირებულ პრობლემებს?
- ბ) ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ პრობლემებს?
- 26 და 27 შეკითხვებისთვის ისარგებლეთ შეფასებით 0-დან 4-მდე
- 26 ბოლო 30 დღის მანძილზე რამდენად შეწუხებული ან დათრგუნული იყავით:
- ა) ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების გამო?
- ბ) ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების გამო?

27 რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა

ა) ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების?

ბ) ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების?

  

**ინტერვიუერის შეფასების სკალა (0-9)**

28 როგორ შეაფასებთ პაციენტის საჭიროებას მიიღოს მკურნალობა:

ა) ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემებისთვის?

ბ) ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემებისთვის?

  

**იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:**

29 პაციენტის არაგულწრფელობით

0-არა / 1-დიახ

30 პაციენტის გაგების უუნარობით

0-არა / 1-დიახ

31 გაღვიძებიდან რამდენ ხანში ეწვევით პირველ სიგარეტს?

5-წუთში

31-60 - წუთში

5-30 - წუთში

61+ წუთში

არ ვეწვევ

32 თქვენთვის რთულია თავის შეკავება სიგარეტის მოწვევისგან, ისეთ ადგილებში სადაც (ეკლესია, კინო) აკრძალულია მოწევა?

0-არა / 1-დიახ

33 ეწვეით თუ არა მაშინაც, როცა ავად ხართ და იძულებული ხართ იწვეთ საწოლში დღის უმეტესი ნაწილი?

34 რომელი სიგარეტისთვის გაგიჭირდებოდათ უარის თქმა?

დღის პირველი

შეუთავსებელი

დანარჩენი

35 რა მარკის სიგარეტს ეწვევით?

36 ზემოთ აღნიშნული სიგარეტის რა ტიპს ეწვევით?

1 რეგულარი

3 ულტრა ლაითი

5 კინგი

2 ლაითი

4 100

6 უფილტრო

კომენტარები

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ეთხოვთ მიპასუხოთ რამდენიმე შეკითხვაზე თქვენი  
სამართლებრივი სტატუსის შესახებ**

1 არის თუ არა ეს გამოკვლევა შემოთავაზებული სამართალდამცავი სისტემის მიერ? (მოსამართლე, პრობაციის ოფიცერი) **0-არა / 1-დიახ**

2 ხართ თუ არა გამოსაცდელ ვადაზე, ვადამდე გათავისუფლებული ან პრობაციაზე?

**რამდენჯერ ცხოვრებაში იყავით დაკავებული ან გქონდათ წაყენებული ბრალი ქვევით ჩამოთვლილის გამო?**

	ბრალის წაყენება	გასამართლება
3 ვანდალიზმი/წერილმანი ქურდობა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 პრობაციის ან პირობითი სასჯელის წესების დარღვევა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ნარკოტიკული დანაშაული	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ფალსიფიკაცია/გაყალბება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 იარაღთან დაკავშირებ. კანონდარღვევა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 დამის ქურდობა, ქურდობა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ყანალობა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 თავდასხმა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ხანძარი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 გაუპატიურება	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 მკვლელობა, წინასწარგანზრახული მკვ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14ა პროსტიტუცია	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14ბ სასამართლოს შეურაცყოფა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14ც სხვა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 რამდენი ბრალის წაყენება დასრულდა გასამართლებით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**რამდენჯერ გქონდათ წაყენებული ბრალი ქვევით ჩამოთვლილის გამო?**

16 საზოგადოებრივი წესრიგის დარღვევა, ხეტიალი, თრობა საზოგადოებრივ ადგილებში?

17 მანქანის მართვა არაფხიზელ მდგომარეობაში

18 მოძრაობის წესების დარღვევა (არაფხიზელი სიარული, გადამეტებული სიჩქარე, მართვის მოწმობის უქონლობა)

19 თქვენი ცხოვრების მანძილზე რამდენი თვე გაგიტარებიათ ციხეში?

20 რამდენ ხანს გაგრძელდა ბოლო დაპატიმრება?

21 რა მიზეზით? (გამოიყენეთ კოდი 3-14 და 16-18. თუ მრავლობითია გამოიყენეთ ყველაზე მკაცრი კოდი) **0-არა / 1-დიახ**

22 ელოდებით თუ არა ამჟამად ბრალის წაყენებას, გამოძიების დასრულებას, ან სასამართლოს განაჩენს?

23 თუ კი რასთან დაკავშირებით (გამოიყენეთ კოდი 3-14ც და 16-18. თუ მრავლობითია გამოიყენეთ ყველაზე მკაცრი კოდი)

24 ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენი დღე იყავით დაკავებული ან დაპატიმრებული?

25 ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენი დღე იყავით დაკავებული არალეგალური საქმიანობით საკუთარი სარგებლისთვის?

**26 და 27 შეკითხვებისთვის ისარგებლეთ შეფასებით 0-დან 4-მდე**

26 რამდენად სერიოზულად მიგანჩიათ თქვენი ლეგალური პრობლემები მართლმსაჯულებასთან?

27 რამდენად მნიშვნელოვანია თქვენთვის ამ პრობლემების შესახებ კონსულტირება ან მიმართვა სპეციალისტთან?

**ინტერვიუერის შეფასების სკალა (0-9)**

28 როგორ შეაფასებთ პაციენტის საჭიროებას იურიდიულ დახმარებასა და კონსულტირებაში?

**იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:**

29 პაციენტის არაგულწრფელობით **0-არა / 1-დიახ**

30 პაციენტის გაგების უუნარობით **0-არა / 1-დიახ**

კომენტარები

---



---





- 4 თქვენი საცხოვრებელი ბოლო 3 წლის მანძილზე?
1. სექსუალურ პარტნიორთან და ბავშვებთან
  2. სექსუალურ პარტნიორთან
  3. მხოლოდ ბავშვებთან
  4. მშობლებთან
  5. ოჯახთან
  6. მეგობრებთან
  7. მარტოდმარტო
  8. კონტროლირებად გარემოში (დააკონკრეტეთ) \_\_\_\_\_
  9. ოთახის მეზობელი
  10. უსახლკარო

- 5 რამდენი ხანი ცხოვრობდით ასეთ გარემოში?   
(თუ მშობლებთან ან ოჯახთან მაშინ 18 წლიდან)
- 5ა რამდენი თვე თქვენს ცხოვრებაში ყოფილხართ უსახლკარო
- 6 ხართ თუ არა კმაყოფილი საცხოვრებელი სიტუაციით?
- 0 - არა                      1 - დიახ                      2- სულერთია

0-არა / 1-დიახ

- 6ა ამჟამად თქვენი პარტნიორი ან თქვენთვის მნიშვნელოვანი პიროვნება მოიხმარს ნარკოტიკებს?

0-არა / 1-დიახ

- 6ბ მოიხმარს თუ არა ალკოჰოლს ამჟამად თქვენი პარტნიორი ან თქვენთვის მნიშვნელოვანი პიროვნება?

- 7 ვისთან ატარებთ თქვენი თავისუფალი დროის უმეტეს ნაწილს?
- 1 - ოჯახი                      2 - მეგობრები                      3- მარტოდმარტო                      4 - ბავშვებთან

- 8 კმაყოფილი ხართ თუ არა ამ გზით თქვენი დროის ხარჯვით?
- 0 - არა                      1 - დიახ                      2- სულერთია

- 9 რამდენი ახლო მეგობარი გყავთ?

- 9ა შეგიძლიათ თუ არა თქვათ, რომ გქონიათ ახლო, ხანგრძლივი პიროვნული ურთიერთობა რომელიმე ქვემოთ ჩამოთვლილ ადამიანთან თქვენ ცხოვრებაში?

0-არა / 1-დიახ                      N- ასეთი ნათესავი არ მყოფია

დედა	<input type="text"/>	პარტნიორი	<input type="text"/>
მამა	<input type="text"/>	ბავშვები	<input type="text"/>
დედმამიშვილი	<input type="text"/>	მეგობრები	<input type="text"/>

- 9ბ რამდენად ზრუნავენ თქვენზე, უყვარხართ თქვენთვის მნიშვნელოვან ადამიანებს?
- 0 სრულებითაც არა                      2 ისე რა
- 1 ცოტათი                      3 ძალიან

- 9ც რამდენად გესაჭიროებთ დამატებითი ემოციური მხარდაჭერა?
- 0 სრულებითაც არა                      2 ისე რა
- 1 ცოტათი                      3 ძალიან

გქონდათ თუ არა პერიოდები რომლის დროსაც განიცდიდით სერიოზულ პრობლემებს ადამიანებთან ურთიერთობისას?

0-არა / 1-დიახ                      N- კონტაქტი არ მქონია  
ბოლო 30 დღის მანძილზე

	ბოლო 30 დღის მანძილზე	ცხოვრების მანძილზე
10 დედა	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11 მამა	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 დედმამიშვილი	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13 სექსუალური პარტნიორი/მეუღლე	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14 შვილები	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 ოჯახის სხვა მნიშვნელოვანი წევრები	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16 ახლო მეგობრები	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17 მეზობლები	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18 თანამშრომლები	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**გთხოვთ მიპასუხოთ რამდენიმე შეკითხვაზე თქვენი ფსიქოემოციური**

**მდგომარეობის შესახებ**

1 თქვენი ცხოვრების მანძილზე რამდენჯერ გიმკურნალიათ ფსიქოლოგიური ან ემოციური პრობლემების გამო?

1ა რამდენჯერ საავადმყოფოში აღწერეთ პრობლემა

დიაგნოზი \_\_\_\_\_

1ბ რამდენჯერ გიმკურნალიათ ფსიქოლოგიური ან ემოციური პრობლემების გამო ამბულატორიულად ან კერძოდ

აღწერეთ პრობლემა \_\_\_\_\_

დიაგნოზი \_\_\_\_\_

2 ღებულობთ თუ არა პენსიას ფსიქიკური უუნარობის გამო? **0-არა / 1-დიახ**

გქონიათ თუ არა მნიშვნელოვანი პერიოდი რომლის დროსაც გქონდათ მოვლენები, რომლებიც არ იყო გამოწვეული უშუალოდ ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარებით?

**0-არა / 1-დიახ**

**ბოლო 30 დღის მანძილზე**

**ცხოვრების მანძილზე**

3 განიცდიდით სერიოზულ დეპრესიას

4 განიცდიდით სერიოზულ დაძაბულობას ან ნერვიულობას

5 გქონდათ პალუცინაციები

6 განიცდიდით მესხიერების, ყურადღების კონცენტრაციის ან მასალის აღქმის პრობლემებს?

7 გიჭირდათ აგრესიული ქცევის გაკონტროლება?

8 გქონდათ სერიოზული ფიქრები თვითმკვლელობის შესახებ?

9 გქონდათ თვითმკვლელობის მცდელობა

9ა რამდენჯერ გქონდათ სუიციდის მცდელობა

10 გქონდათ დანიშნული მედიკამენტები ფსიქიკური ან ემოციური პრობლემების გამო

11 ბოლო 30 დღის მანძილზე რამდენი დღე განიცდიდით აღნიშნულ ფსიქიკურ ან ემოციურ პრობლემებს?

**12 და 13 შეკითხვებისთვის ისარგებლეთ შეფასებით 0-დან 4-მდე**

12 რამდენად შეწუხებული ან დათრგუნული იყავით ამ ფსიქოლოგიური ან ემოციური პრობლემებით ბოლო 30 დღის განმავლო

13 რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა ან კონსულტირება აღნიშნულ ფსიქოლოგიურ ან ემოციურ პრობლემებთან დაკავშირებით?

**ინტერვიუერის დაკვირვება**

ინტერვიუს დროს არის თუ არა პაციენტი:

**0-არა / 1-დიახ**

14 აშკარად დეპრესიული ან ჩაკეტილი?

15 აშკარად მტრულად განწყობილი?

16 აშკარად შფოთავს ან ნერვიულობს?

17 პრობლემები რეალობის აღქმისას, აზროვნების აშლილობა, პარანოიდული აზროვნება?

18 პრობლემები გააზრებაში, კონცენტრირებასა და დამახსოვრებაში?

19 აქვს სუიციდური ფიქრები

**ინტერვიუერის შეფასების სკალა (0-9)**

20 როგორ შეაფასებთ პაციენტის ფსიქიატრიულ/ფსიქოლოგიური მკურნალობის საჭიროებას?

**იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:**

21 პაციენტის არაგულწრფელობით **0-არა / 1-დიახ**

22 პაციენტის გაგების უუნარობით **0-არა / 1-დიახ**

კომენტარები

---



---