



„სინის ჯანდაცვა – მკურნალობა და სამედიცინო ეთიკა“



ევროპის საბჭოს ამ
სახელმძღვანელოს
ქართულად
თარგმნა და
გამოცემა
შესაძლებელი
განდა ევროპის
კავშირისა და
ევროპის საბჭოს
ერთობლივი
პროგრამის
– „აღამიანის
უფლებები
ციხეებშიადა
დანერული ტივის
დანახებულაგვში“
– დაწინადაებით

სახელმძღვანელო
ჯანდაცვის მუშაკებისა
და ციხის სსვა
თანამშრომლებისათვის,
რომელთაც პატივართა
კეთილდღეობაზე
ეკისრებათ
ვასუსისმგებლოა

ანდრეს ლეჰთმეთისი
იორგ პონტი

ივლისი
2014



ციხის ჯანდაცვა – მკურნალობა და სამედიცინო ეთიკა

ანდრეს ლეჰთმეთსი
იორგ პონტი

სახელმძღვანელო ჯანდაცვის მუშაკებისა და ციხის
სხვა თანამშრომლებისათვის, რომელთაც პატიმართა
კეთილდღეობაზე ეკისრებათ პასუხისმგებლობა

სახელმძღვანელო ქართულ ენაზე ითარგმნა და გამოიცა ევროპის კავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის – „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ – ფარგლებში.

This manual was translated and published in the framework of the European Union/Council of Europe Joint Programme “Human Rights in Prisons and Other Closed Institutions”

Human Rights in Prisons and Other Closed Institutions

ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში

Funded
by the European Union
and the Council of Europe



COUNCIL OF EUROPE



Implemented
by the Council of Europe

წინამდებარე ნაშრომში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნით ავტორებს და აუცილებლად არ გამოხატავს ევროპის საბჭოს ოფიციალურ პოლიტიკას.

წინამდებარე დოკუმენტის სრული ტექსტის ან მისი ნაწილის რეპროდუცირებასა თუ თარგმნასთან დაკავშირებით ნებისმიერი კითხვით, გთხოვთ, მიმართოთ საჯარო კომუნიკაციის დირექტორატს (F-67075 სტრასბურგი ან publishing@coe.int). ყველა სხვა კორესპონდენცია წინამდებარე დოკუმენტთან დაკავშირებით უნდა გაეგზავნოს ადამიანის უფლებათა და კანონის უზენაესობის გენერალურ დირექტორატს.

ავტორები

ბ-ნი ანდრეს ლეჰმეისი, ფსიქიატრი, დასავლეთ ტალინის ცენტრალური საავადმყოფო, ესტონეთი, წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის ყოფილი ვიცე-პრეზიდენტი

ბ-ნი იორგ პონტი, ავსტრიის იუსტიციის სამინისტროს ყოფილი მრჩეველი სამედიცინო დარგში

ყდა: SPDP, ევროპის საბჭო (ოუ ნომ დუ პრესტატიარე ეხტერნე)

ფოტო: ტომას დურო/კვლევის სააგენტო (ou Photo: Council of Europe) (საჭიროების შემთხვევაში)

გარეკანი: SPDP, ევროპის საბჭო (supprimer cette mention si prêt à la repro)

გამომცემლობა: შპს „გამომცემლობა კოლორი“

ტირაჟი: 1500 ცალი

2014წ. თბილისი, საქართველო

Published by: “Publish Color” Ltd

1500 copies

2014, Tbilisi, Georgia

შინაარსი

ნინასიტყვაობა.....	7
აბრევიატურების ჩამონათვალი.....	9
1. საამდციწო ეთიკა ციხეში.....	10
1.1 ციხეში ჯანდაცვის მომსახურების დონეები	11
ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარება	12
პატიმრების მკურნალობა სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში.....	12
1.2 ჰიგიენა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	13
ექიმის ხელმისაწვდომობა.....	13
მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა.....	14
1.3 სამედიცინო საიდუმლოება.....	14
ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის კონფიდენციალურობა, როგორც	
სამედიცინო ეთიკის ქვაკუთხედი.....	15
1.4 ექიმის კონსულტაცია	16
პაციენტის თანხმობა.....	17
მკურნალობაზე თანხმობის უფლება	18
ექიმის კონსულტაცია დაწესებულებაში მოთავსებისას	18
სამედიცინო შემონგება ძალადობის ინციდენტის შემდეგ.....	23
სამედიცინო შემონგება გათავისუფლებამდე.....	24
1.5 სამედიცინო დოკუმენტაცია და საქმის წარმოება.....	25
ინდივიდუალური სამედიცინო ისტორიის წარმოება.....	26
სამედიცინო ჩანაწერებსა და სხვა სახის სამედიცინო ინფორმაციაზე	
ხელმისაწვდომობა.....	29
სტატისტიკური სამედიცინო ჩანაწერები, რომლებიც არ	
უკავშირდება პაციენტს	29
1.6 ეთიკასთან დაკავშირებული სხვა საკითხები	30
ციხის ექიმის ჩართულობა უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ	
საკითხებსა და დისციპლინურ ღონისძიებებში.....	30
ციხის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობა.....	32
ექიმები, რომლებიც ზრუნავენ პატიმრებსა და ციხის პერსონალზე	32
პატიმრები, რომლებიც სამედიცინო პერსონალის	
ფუნქციას ასრულებენ.....	33
ჰუმანიტარული დახმარება	33
პატიმრობაში მყოფი დედები შვილებთან ერთად	33
მოზარდები	34
ჯანმრთელობის ან სოციალური მდგომარეობის გამო მონყვალადი	
პატიმრები.....	34
2. ფსიქიატრიული დახმარება და მკურნალობის გეგმები - თიარაპიული	
და ფსიქოსოციალური სარაბილიტაციო ღონისძიებები ციხეში	35
2.1 ციხის ფსიქიატრიული დახმარების სამსახური.....	36
ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებული ღონისძიებები ციხეში.....	36
ფსიქიკური აშლილობის მქონე პატიმართა მკურნალობა სამოქალაქო	
სექტორის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში	37
2.2 ფსიქიატრიული ერთეულები ციხეში.....	38
ციხის ფსიქიატრიულ ერთეულში დახმარების ზოგადი პრინციპები	39
2.3 მკურნალობის გეგმა	40
ფსიქიატრიული მკურნალობა	41
სასამართლო-სამედიცინო მკურნალობა	42
ფსიქოფარმაკოთერაპია	42
ფსიქოტროპული საშუალებების ძირითადი ჯგუფები	43

ზოგადი პრობლემები ფსიქოფარმაკოთერაპიაში.....	43
2.4 მკურნალობაზე თანხმობა ფსიქიატრიაში	44
შეზღუდვების გამოყენება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.....	45
ფსიქიატრიული დახმარება გათავისუფლების შემდეგ.....	47
2.5 თვითმკვლელობის (სუიციდის) პრევენცია	47
თვითმკვლელობის პრევენციის ორგანიზაციული ასპექტები	48
თვითმკვლელობის რისკის იდენტიფიცირება	48
პერსონალის მომზადება თვითმკვლელობის რისკის ამოცნობაში.....	49
თვითმკვლელობის რისკის შეფასება	49
თვითმკვლელობის რისკს ქვეშ მყოფ პირთა დახმარება	50
2.6 ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემები ციხეში	50
პატიმრების მიერ თვითდაზიანება	50
მოშიშმულეთა სამედიცინო მართვა ციხეში	51
სექსუალური მოძალადეთა მკურნალობა ციხეში	57
2.7 ორმაგი დიაგნოზი ციხეებში	59
2.8 პიროვნული აშლილობის მქონე პატიმრები.....	62
3. აივ ინჟექცია/შიდსისა და B/C ვეპატიტაზის გაპრცეპლანის პრევენცია ციხეში	65
3.1 ეპიდემიოლოგიური ფონი.....	65
3.2 საერთაშორისო დოკუმენტები	67
3.3 დამოკიდებულებებისა და ცოდნის გაუმჯობესება	68
ტაბუდადებული რეალობის მიმღებლობა	68
პატიმრობის ალტერნატივები.....	68
განათლება და სწავლება.....	69
3.4 ნარკოტიკების მიწოდებისა და მოთხოვნის შემცირება	70
ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ციხის განყოფილებები	72
ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამები	72
3.5 რისკ-ქცევების ზიანის შემცირება	74
ნაკლები რისკის ქვეშ გამოყენება	75
ნემსის/შპრიცის გაცვლითი პროგრამები.....	75
კონდომების უზრუნველყოფა და სექსუალური ძალადობის პრევენცია	77
3.6 სამედიცინო ხასიათის პრევენციული ინტერვენციები.....	78
ვაქცინაცია	78
პროფილაქტიკა	79
4. ორმაგი აპიდემია: აივ ინჟექცია/შიდსი და ტუბერკულოზი	80
5. ფსიქოპათიური ნივთიერებები და ნამალდამოკიდებული პატიმრების სამედიცინო მართვა.....	87
5.1 ფსიქოპათიური ნივთიერებები	87
5.2 ნამალდამოკიდებულება და ნარკომანია.....	90
დამოკიდებულება	90
ნარკომანია	92
უარყოფითი შედეგები.....	93
5.3 ნამალდამოკიდებული პაციენტების მკურნალობის მართვა	94
მონყვლადობა.....	96
ზიანის შემცირების ღონისძიებები.....	96
მკურნალობა	97
რეაბილიტაცია	98
ვებგვერდების ჩამონათვალი	100

წინასიტყვაობა

წინამდებარე სახელმძღვანელო განკუთვნილია ციხის ჯანდაცვის მუშაკებისა და ციხის სხვა თანამშრომლებისათვის, რომელთაც პატიმართა კეთილდღეობაზე ეკისრებათ პასუხისმგებლობა. მასში წარმოდგენილია პრაქტიკული ინფორმაცია მთელ რიგ საკითხებზე: ფსიქიატრიული დახმარების, გადამდები დაავადებების (როგორცაა: შექენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი, ჰეპატიტი და ტუბერკულოზი) პრევენციის, ფსიქოაქტიური საშუალებებისა და წამალდამოკიდებული პატიმრების მკურნალობის მართვის შესახებ. ტექსტში ხაზგასმულია მნიშვნელოვანი ეთიკური სტანდარტები და შემოთავაზებულია ეთიკურ დილემებზე რეაგირების გზები ექიმის ხელმისაწვდომობასთან, სამედიცინო დახმარების ეკვივალენტობასთან, პაციენტის თანხმობასა და კონფიდენციაურობასთან, პრევენციულ ჯანდაცვასთან, ჰუმანიტარულ დახმარებასთან, პროფესიულ დამოუკიდებლობასა და კომპეტენციასთან დაკავშირებით.

წინამდებარე სახელმძღვანელოში განხილულია ევროპული პრაქტიკა. ავტორებმა იხელმძღვანელეს ციხეში სამედიცინო ეთიკისა და ჯანდაცვის საკითხებზე 2012 წლის მაისში სტრასბურგში გამართული მრავალმხრივი შეხვედრის შედეგებით. აღნიშნულ შეხვედრაზე ევროპის საბჭოს რამდენიმე წევრი სახელმწიფოს მაღალი თანამდებობის პირმა და პროფესიონალმა, რომლებსაც ეკისრებათ პასუხისმგებლობა პენიტენციურ ჯანდაცვაზე, გამოცდილება გაუზიარეს ერთმანეთს და იმსჯელეს ევროპის საბჭოს სტანდარტებისა და წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (წამების პრევენციის კომიტეტის) რეკომენდაციების პრაქტიკაში გამოყენების შესახებ.

სახელმძღვანელო წარმოადგენს ყოვლისმომცველი პოლიტიკის სახელმძღვანელოსა და მართვის ინსტრუმენტს. იგი გამოყენებული იქნება სწავლების მხარდაჭერის მიზნით ევროპის საბჭოს ტექნიკური თანამშრომლობის აქტივობების კუთხით. თავისუფლებააღკვეთილ პირთა სამედიცინო მომსახურება პირდაპირ უკავშირდება წამების პრევენციის კომიტეტის მანდატს. არასათანადო სამედიცინო დახმარებამ შეიძლება მყისიერად გამოიწვიოს არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის სიტუაცია,

მაშინ როცა უკეთესი პროფესიული ცოდნითა და უნარ-ჩვევებით აღჭურვილი სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი ქმნის უფრო ჯანსაღ და უსაფრთხო გარემოს პაციმრებისა და ციხის პერსონალისათვის და ხელს უწყობს საზოგადოების უკეთესად დაცვას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების ციხიდან სამოქალაქო საზოგადოებაში გადატანის რისკის შემცირების გზით.

მადლობას ვუხდით ავტორებს ბ-ნ ანდრეს ლეჰთმეთსს, ესტონეთში დასავლეთ ტალინის ცენტრალური საავადმყოფოს ფსიქიატრს, წამებისა და არაადამიანური ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის სანინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის ყოფილ ვიცე-პრეზიდენტს და ბ-ნ იორგ პონტს, ავსტრიის იუსტიციის სამინისტროს ყოფილ მრჩეველს სამედიცინო დარგში, რომელთა შესანიშნავი პროფესიონალიზმი და ხანგრძლივი გამოცდილება ასახულია წინამდებარე სახელმძღვანელოში. ასევე მადლობას ვუხდით ჩემს კოლეგებს ლულიეტა კასასა და ტანია რაკუსინ-ჰადინის, რომელთა ძალისხმევით შესაძლებელი გახდა წინამდებარე სახელმძღვანელოს გამოცემა.



ფილიპ ბუალა
გენერალური დირექტორი
ადამიანის უფლებათა და კანონის უზენაესობის გენერალური
დირექტორატი
ევროპის საბჭო

აბრევიატურების ჩამონათვალი

CDC	დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები (აშშ)
CM	ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტი
CPT	წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის პრევენციის ევროპული კომიტეტი („წამების პრევენციის კომიტეტი“)
DSM-IV	ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია (APA), 1994)
ECHR	ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია („ევროპული კონვენცია“)
EMCDDA	ნარკოტიკებსა და ნარკოდამოკიდებულებაზე მონიტორინგის ევროპული ცენტრი
EPR	ციხის ევროპული წესები
ICD-10	დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, ვერსია 10 (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2010)
ICRC	ნითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი
NICE	ჯანდაცვისა და კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული ინსტიტუტი
TBCTA	ტუბერკულოზის კოალიცია ტექნიკური დახმარებისათვის
UNAIDS	გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის აივ/შიდსის ერთობლივი პროგრამა
UNODC	გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიურო
WHO	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია
WMA	მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია

1. სამედიცინო ეთიკა ციხეში

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემაში ისეთივე ეთიკური პრინციპები მოქმედებს, როგორც საზოგადოებრივ სექტორში. ძირითადი პრინციპები დადგენილია მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჟენევის დეკლარაციით (1948, უახლესი გადასინჯვა - 2006), სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსით (1949, უახლესი გადასინჯვა - 2006),¹ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის გენერალური ასამბლეის №37/194 რეზოლუციით (18 დეკემბერი, 1982) და ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 1998 წლის 8 აპრილის R(1998)7 რეკომენდაციით² ციხის ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე.

ციხის ექიმისა და ჯანდაცვის სხვა მუშაკების უპირველესი ამოცანაა პატიმართა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვა. პატიმართა ფუნდამენტური უფლებების პატივისცემა გულისხმობს პატიმრებისათვის დაავადებათა პრევენციისა და მკურნალობის უზრუნველყოფას სამოქალაქო სექტორის ეკვივალენტურად.

ამასთანავე, თავისუფლებააღკვეთილ პირთა ჯანდაცვა უშუალოდ უკავშირდება არასათანადო მოპყრობის პრევენციას. არასათანადო სამედიცინო მომსახურებამ შეიძლება მყისიერად გამოიწვიოს ისეთი სიტუაცია, რომელიც „არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის“ განსაზღვრების ფარგლებში ექცევა.³ პატიმართა იძულებითი დატოვება ციხეში, სადაც არ ჩაუტარდება სათანადო მკურნალობა შესაბამისი დანესებულების არქონის გამო, ან იმიტომ, რომ ასეთი დანესებულება უარს აცხადებს მათ მიღებაზე, დაუშვებელია. ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ რამდენიმე საქმეზე დაადგინა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის („ევროპული კონვენცია“) მე-3 მუხლის დარღვევა.⁴

1 მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია (1948); მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის სამედიცინო ეთიკის კოდექსი (2006).

2 გაერო: სამედიცინო ეთიკის პრინციპები ჯანდაცვის პერსონალის, კერძოდ, ექიმების, როლთან დაკავშირებით პატიმართა და დაკავებულ პირთა დასაცავად წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან დასჯისაგან, (1982); მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე.

3 წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (წამების პრევენციის კომიტეტი) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

4 *Khudobin v. Russia* #59696/00, *Mouisel v. France* #67263/01, *Kaprykowski v. Poland* #23052/05.

1.1 ციხეში ჯანდაცვის მომსახურების დონეები

აშკარაა, რომ ციხე თავისთავად ვერ დააკმაყოფილებს პატიმართა ყველა შესაძლო საჭიროებას ჯანდაცვის კუთხით. განსაკუთრებით ეს ეხება ექიმ-სპეციალისტთა მომსახურებას. სამედიცინო მომსახურება, რომლის უზრუნველყოფაც ციხეში შეუძლებელია, უნდა განხორციელდეს სამოქალაქო სექტორის ახლომდებარე საავადმყოფოებთან კოორდინაციით. ნამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (ნამების პრევენციის კომიტეტი) მე-3 ზოგადი ანგარიშის არსებითი ნაწილი მიუთითებს სამედიცინო სამსახურის ორგანიზებაზე ციხის გარემოში.⁵ ციხის ჯანდაცვა, სულ მცირე, უნდა ითვალისწინებდეს:

- რეგულარულ კონსულტაციებს ზოგადი პროფილის ექიმებსა და ექიმ-სპეციალისტებთან;
- ამბულატორიულ მკურნალობას ზედამხედველობის ქვეშ;
- სტომატოლოგიურ მკურნალობას;
- ლაზარეთს;
- სრული მომსახურების უზრუნველყოფას სამოქალაქო ან ციხის საავადმყოფოში;
- ინტერვენციებს გადაუდებელი მდგომარეობის დროს.

შეინიშნება ციხის ჯანდაცვის საზოგადოებრივ ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრაციის მზარდი ტენდენცია, რასაც ევროპის საბჭო სწორი მიმართულებების სვლად აფასებს. როდესაც ციხის ჯანდაცვა ეყრდნობა ექიმ-სპეციალისტების დახმარებას ციხის გარეთ მოქმედი პროვაიდერების მიერ, ასეთი მომსახურების ხელმისაწვდომობა შეიძლება განხილვის საკითხი გახდეს. ციხის ადმინისტრაცია უნდა დარწმუნდეს, რომ მოწვეული ექიმების სამუშაო დრო და კვალიფიკაცია აკმაყოფილებს ციხის მოთხოვნებს. საექტონო პერსონალს უნდა შეეძლოს ყველა იმ მომსახურების განევა, რაც საექტონო საქმიანობას განეკუთვნება. მაგალითად, სასურველია, რომ მედიკამენტები ყოველთვის საექტონო პერსონალმა დაარიგოს. იმ შემთხვევაში, თუ ეს შეუძლებელია, ხელისუფლებამ, სულ მცირე, უნდა შეადგინოს იმ მედიკამენ-

5 CPT/Inf (2012)21

ტების სია, რომლებიც ყოველთვის მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობის ქვეშ უნდა განაწილდეს, მაგალითად, ფსიქოტროპული და ანტივირუსული მედიკამენტები. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო პერსონალი არ იმყოფება შენობაში, ღამით და დასვენების დღეებში, ციხის პერსონალი მომზადებული უნდა იყოს პირველადი დახმარების აღმოსაჩენად. როგორც წესი, ექიმი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს გადაუდებელი მდგომარეობის დროს.

ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარება

ციხის სამედიცინო სამსახურს უნდა შეეძლოს, პაციენტებისათვის სამედიცინო დახმარებისა და საექთნო მომსახურების, ასევე შესაბამისი კვების რეჟიმის, ფიზიოთერაპიის, სარეაბილიტაციო ან ნებისმიერი სხვა სახის მომსახურების უზრუნველყოფა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორის ანალოგიურ პირობებში. აპარატურა და აღჭურვილობა, ისევე როგორც შენობები სამედიცინო, საექთნო და ტექნიკური პერსონალისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საჭიროებისამებრ.

პატიმრების მკურნალობა სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში

როგორც ზემოთ აღინიშნა, ციხეში ყოველთვის შეუძლებელია ყველა სახის საჭირო ექიმ-სპეციალისტთა დახმარება. ხშირ შემთხვევაში, უფრო რთული სამედიცინო პრობლემების გადასაჭრელად, გამოყენებული უნდა იქნეს ახლომდებარე საავადმყოფოები. სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში რეფერირებისას ნამოიჭრება უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საკითხები. საავადმყოფოში მკურნალობის მიზნით გადაყვანილი პატიმრები, ფიზიკურად არ უნდა იყვნენ თავიანთ სანოლებზე ან სხვა ავეჯზე მიჯაჭვული, პატიმრობის გამო. შესაძლებელია და უნდა მოიძებნოს სხვა საშუალებები, რომლებიც დააკმაყოფილებს უსაფრთხოების მოთხოვნებს; ერთ-ერთი შესაძლო გამოსავალია, პატიმრებისათვის განკუთვნილი პალატის შექმნა ასეთ საავადმყოფოებში.⁶

1.2 ჰიგიენა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა

ციხის ჯანდაცვა არ უნდა შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ ავადმყოფი პაციენტებისათვის დახმარების აღმოჩენით. სპეციალიზებული მომსახურების არარსებობის შემთხვევაში, მას ეკისრება პასუხისმგებლობა, რომ კომპეტენტურ ორგანოებთან თანამშრომლობით, ზედამხედველობა გაუწიოს კვებასთან დაკავშირებულ ღონისძიებებს (საკვების ხარისხი, რაოდენობა, მომზადება და განაწილება) და სანიტარულ პირობებს (ტანსაცმლისა და საწოლის სისუფთავე, წყალზე და სანიტარულ აღჭურვილობაზე ხელმისაწვდომობა), ასევე საკნების გათბობას, განათებასა და ვენტილაციას. გათვალისწინებული უნდა იქნეს სამუშაო და გარე აქტივობების ორგანიზება. ციხის ჯანდაცვა, ასევე უნდა ითვალისწინებდეს ფსიქოჰიგიენას, განსაკუთრებით, პატიმრობის გარკვეული ასპექტების მავნე ფსიქოლოგიური ზემოქმედების თავიდან აცილებას. არაჯანსაღმა პირობებმა, გადატვირთულობამ, ხანგრძლივმა იზოლაციამ და უმოქმედობამ შეიძლება გამოიწვიოს ცალკეული პატიმრებისათვის სამედიცინო დახმარების და/ან პასუხისმგებელი ორგანოს მხრიდან ზოგადი სამედიცინო ჩარევის აუცილებლობა.⁷

ექიმის ხელმისაწვდომობა

ციხეში პატიმრებს ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ სამედიცინო მომსახურებაზე ნებისმიერ დროს, განურჩევლად მათი პატიმრობის რეჟიმისა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამარტოო პატიმრობაში მყოფ პირებთან მიმართებით. ჯანდაცვის სამსახურს უნდა შეეძლოს, ექიმის კონსულტაციასთან დაკავშირებული თხოვნების დაკმაყოფილება, გაუმართლებელი შეფერხების გარეშე. სამედიცინო პერსონალი უნდა ახორციელებდეს ზედამხედველობას ამბულატორიულ მკურნალობაზე; ხშირ შემთხვევაში არ არის საკმარისი, რომ მკურნალობის გაგრძელება დამოკიდებული იყო პატიმრის მოთხოვნაზე. შემდგომი მკურნალობა სათანადოდ უნდა დაიგეგმოს.

⁷ CPT/Inf (2012)4

მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა

მედიკამენტები პატიმრებს უნდა მიეწოდოს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად. ამასთანავე, უნდა მოქმედებდეს ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების პრინციპი. ციხეებისათვის გამოყოფილი თანხა საკმარისი უნდა იყოს იმისათვის, რომ მედიკამენტები უფასოდ მიეწოდოს პატიმრებს, რომლებსაც არ აქვთ სამედიცინო დაზღვევა ან საფასურის გადახდის საშუალება. უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს გრძელვადიანი მკურნალობის უწყვეტობა (ერთი დანესებულებიდან მეორეში გადაყვანის შემთხვევაში).⁸

1.3 სამედიცინო საიდუმლოება

გადაუდებელი მდგომარეობის გარდა, ყველა სამედიცინო გამოკვლევა/კონსულტაცია უნდა ჩატარდეს საკონსულტაციო კაბინეტებში ნდობის, კონფიდენციალობის, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და ღირსების ატმოსფეროს პირობებში. სამედიცინო საიდუმლოება და მისი პატივისცემა უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს ისეთივე სიმკაცრით, როგორც, ზოგადად, სამოქალაქო მოსახლეობის მიმართ. პატიმრების გამოკვლევა უნდა მოხდეს ინდივიდუალურად და არა ჯგუფურად. დაუშვებელია ექიმის კაბინეტში მესამე არასამედიცინო პირის (სხვა პატიმრები ან არასამედიცინო პერსონალი) ყოფნა. პატიმრებს არ უნდა ეკეთოს ხელბორკილები სამედიცინო გამოკვლევის/კონსულტაციის დროს, ხოლო უსაფრთხოების თანამშრომლები უნდა იმყოფებოდნენ იმ მანძილზე, რომ ვერ შეძლონ გაიგონ ან დაინახონ ფიზიკური გამოკვლევა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ექიმი ან ექთანის მოითხოვს ამას უსაფრთხოების თვალსაზრისით.⁹ წამების პრევენციის კომიტეტმა რამდენიმე ბოლოდროინდელ ანგარიშში გააკრიტიკა აღნიშნულ წესებთან შეუსაბამო პრაქტიკა.¹⁰ ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ დაადგინა მე-3 მუხლის დარღვევა - არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობა¹¹ - იმ შემთხვევებში, როდესაც პატიმრებს ხელბორკილები ჰქონდათ დადებული სამედიცინო გამოკვლევებისა და დახმარების დროს.

⁸ CPT/Inf (99)18

⁹ წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011)

¹⁰ CPT/Inf (2007)47; (2008)3; (2010)1; (2011)20; (2012)17; (2012)32

¹¹ *Mouisel v. France* #67263/01 და *Tarariyeva v. Russia* #4353/03

შეიძლება და უნდა მოიძებნოს, ალტერნატიული გადაწყვეტილებები უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული ლეგიტიმური მოთხოვნების სამედიცინო კონფიდენციურობის პრინციპთან შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად. ერთ-ერთი ვარიანტი შეიძლება იყოს გამოძახების სისტემის დამონტაჟება, რაც ექიმს საშუალებას მისცემს სწრაფად გააფრთხილოს ციხის თანამშრომლები იმ გამონაკლის შემთხვევებში, როდესაც პატიმარი ხდება ალგზნებული ან საშიში სამედიცინო მოვლევების დროს.¹²

სადავო პრაქტიკის ეთიკურობის თაობაზე საბოლოო გადაწყვეტილება ხელბორკილების გამოყენებასა და შუშის გამოყოფის მეშვეობით კითხვების დასმასთან დაკავშირებით უნდა მიიღოს სამედიცინო პერსონალმა. ექიმის კაბინეტი უნდა იყოს უსაფრთხო და აღჭურვილი იმგვარად, რომ შეზღუდოს გაქცევის რისკი; ეს ასევე ხელს შეუწყობს უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საკითხების მოგვარებას.

იმ შემთხვევაში, როდესაც მედიკამენტებს ციხის პერსონალი ანაწილებს, სამედიცინო პერსონალმა დოზირებული წამლები წინასწარ უნდა გაანაწილოს პაკეტებში. სამედიცინო საიდუმლოების შენახვის მიზნით პერსონალმა, რომელიც არიგებს წამლებს, არ უნდა იცოდეს წამლის სახელები და დოზები.

სამედიცინო ჩანაწერების შენახვაზე პასუხისმგებლობა ექიმს ეკისრება. სხვა დანესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში ჩანაწერები მიმღები დანესებულების ექიმებს უნდა გაეგზავნოთ კონფიდენციურად, მონაცემთა უსაფრთხო გადაგზავნის მექანიზმის გამოყენებით.

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის კონფიდენციურობა, როგორც სამედიცინო ეთიკის ქვაკუთხედი

კონფიდენციურობის პატივისცემა მნიშვნელოვანია ნდობის ატმოსფეროს უზრუნველსაყოფად, რაც აუცილებელია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობისათვის; ექიმი ვალდებულია, შეინარჩუნოს ასეთი ურთიერთობა და კონკრეტულ შემთხვევებში მიიღოს გადაწყვეტილება კონფიდენციურობის წესის დაცვასთან დაკავშირებით. ციხის ექიმი მოქმედებს, როგორც პაციენტის პი-

¹² CPT/Inf (2007)47

რადი ექიმი. პატიმრებს უნდა შეეძლოთ სამედიცინო სამსახურთან დაკავშირება კონფიდენციალურობის საფუძველზე, მაგალითად, გაგზავნონ წერილი დალუქული კონვერტის მეშვეობით. ციხის თანამშრომლებს არ უნდა შეეძლოთ ექიმის კონსულტაციის თაობაზე თხოვნების შემოწმება.

შეიძლება რთული სიტუაცია წარმოიშვას, როდესაც პაციენტის გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგება ექიმის მხრიდან დახმარების აღმოჩენის ზოგად მოვალეობას, მაგალითად, პაციენტზე გავლენას ახდენს პირადი რწმენა (მაგალითად, სისხლის გადასხმაზე უარი) ან იგი მიმართავს თვითდაზიანებას ადმინისტრაციის მიმართ მოთხოვნის ან მის წინააღმდეგ პროტესტის გამოხატვის შემთხვევაში.

1.4 ექიმის კონსულტაცია

ციხის ევროპული წესების თაობაზე მინისტრთა კომიტეტის ლეც(2006)2 რეკომენდაციის 42.1-3 პუნქტის შესაბამისად (ექიმის მოვალეობების შესახებ), ექიმმა უნდა ნახოს ყველა პატიმარი დაწესებულებაში მოთავსებიდან, შეძლებისდაგვარად, უმოკლეს ვადაში, როდესაც პატიმარი ჩივის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო, დაზიანების ან ძალადობის შემდეგ და საპატიმროდან გათავისუფლებამდე. იმ შემთხვევაში, თუ პირადად არ შეუძლია ახალი პატიმრის ან პატიმარი პაციენტის მონახულება დროულად, ექიმმა უნდა უზრუნველყოს, რომ სხვა ექიმმა ან კვალიფიციურმა ექთანმა ჩაანაცვლოს იგი.¹³ როდესაც ეს შეუძლებელია, არასაკმარისი სამედიცინო პერსონალის და/ან ციხეების გადატვირთულობის გამო, წამების პრევენციის კომიტეტის შვიდი მნიშვნელოვანი პრინციპიდან ერთ-ერთი (პირველი) - ექიმის ხელმისაწვდომობა - იქნება ხელყოფილი. ჯანდაცვის პერსონალს ეკისრება პასუხისმგებლობა, საჭიროების შემთხვევაში, მოითხოვოს დამატებითი პერსონალი და დოკუმენტურად დააფიქსიროს ასეთი მოთხოვნა. ქვეყნებში ვიზიტების ანგარიშების თანახმად, წამების პრევენციის კომიტეტმა არაერთხელ გამოავლინა ბევრ ქვეყანაში არასაკმარისი სამედიცინო პერსონალთან დაკავ-

¹³ მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია Rec(2006)2 ციხის ევროპული წესების თაობაზე (გადასინჯული ვერსია)

შირებული პრობლემა. არასაკმარისი ჯანდაცვის პერსონალით განპირობებული შედეგები - სამედიცინო გამოკვლევების, კონსულტაციებისა და დახმარების არარსებობა ან დაგვიანებით უზრუნველყოფა - შეიძლება გაუთანაბრდეს ღირსების შემლახველ მოპყრობას, რაც წარმოადგენს ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევას.¹⁴

პაციენტის თანხმობა

როგორც წესი, ჯანდაცვის მუშაკები არ უნდა ახორციელებდნენ გამოკვლევებსა და მკურნალობას პაციენტის თანხმობის გარეშე. ნამდვილი თანხმობა მოითხოვს სათანადო ინფორმაციას - „ინფორმირებული თანხმობა“ უნდა ითვალისწინებდეს უნიგნურობას, აღქმასთან დაკავშირებულ სირთულეებსა და ენობრივ ბარიერს, რაც ხშირი შემთხვევაა პატიმართა შორის. ასეთი პრობლემა წამების პრევენციის კომიტეტმა რამდენიმე ქვეყანაში ვიზიტების დროს გამოავლინა. თუ პაციენტი უარს აცხადებს თანხმობის მიცემაზე ან მკურნალობაზე, ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ იგი აცნობიერებს თავისი გადაწყვეტილების შედეგებს და ინფორმირებულია იმის თაობაზე, რომ ნებისმიერ დროს შეუძლია გადაწყვეტილების შეცვლა. პაციენტის თანხმობის პრინციპიდან ნებისმიერი გადახვევა დასაშვებია მხოლოდ კანონმდებლობით გათვალისწინებული წესით, მაგალითად, იმ შემთხვევაში, როდესაც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტს არ აქვს შედეგების გააზრების უნარი, ან უგონო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი გადაუდებელ მკურნალობას საჭიროებს. აღნიშნული ეთიკური პრინციპის შეუსრულებლობა არაერთგზის გამოავლინა წამების პრევენციის კომიტეტმა ქვეყნებში ვიზიტების დროს.¹⁵ ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ პაციენტის თანხმობის გარეშე სამედიცინო ინტერვენციების შემთხვევებში დაადგინა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევა.¹⁶

14 *Pavalache v. Romania* #38746/03; *Khudobin v. Russia* # 59696/00, *Hummatov v. Azerbaijan* #9852/05

15 *CPT/Inf* (2008)26, (2009)13, (2010)1, (2011)1, (2011)20

16 *Nevmertzitsky v. Ukraine* #54825/00; *Jalloh v. Germany* #54810/00

მკურნალობაზე თანხმობის უფლება

ყველა პაციენტს, რომელსაც აქვს ალქმისა და გააზრების უნარი, შეუძლია უარი თქვას მკურნალობაზე ან სხვა ნებისმიერ სამედიცინო ინტერვენციაზე. ამ ფუნდამენტური პრინციპიდან ნებისმიერი გადახვევა უნდა შეესაბამებოდეს კანონმდებლობას და მხოლოდ და მხოლოდ უკავშირდებოდეს მკაფიოდ და მკაცრად განსაზღვრულ განსაკუთრებულ გარემოებებს, რომლებიც ქმედითია საზოგადოებაში.

ძალიან ფრთხილი მიდგომაა საჭირო, როდესაც საქმე პაციმართა ბიოსამედიცინო კვლევას ეხება. ყოველთვის არსებობს იმის რისკი, რომ კვლევაში მონაწილეობის შეთანხმებაზე შეიძლება გავლენა იქონიოს სასჯელალსრულების სისტემაში არსებულმა სიტუაციამ. უნდა არსებობდეს დაცვის მექანიზმები იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ნებისმიერმა პაციმარმა გამოხატოს თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობა. იგივე წესები უნდა მოქმედებდეს, რომლებიც საზოგადოებაშია მიღებული.

ექიმის კონსულტაცია დაწესებულებაში მოთავსებისას

ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს სამედიცინო შემონმების მნიშვნელობა დაწესებულებაში მოთავსებისას: მისი მთავარი მიზანია ჯანმრთელობის კრიტიკული მდგომარეობის ადრეული გამოვლენა, რაც შეიძლება დაუყოვნებლივი ზომების მიღებას მოითხოვდეს ახალი პაციმრის, ხოლო გადამდები დაავადებების შემთხვევაში - სხვა პაციმრების ჯანმრთელობის დასაცავად. სწორედ ამიტომ, ასეთი შემონმება, გამონაკლისი შემთხვევების გარდა, უნდა განხორციელდეს პაციმრის დაწესებულებაში მოთავსების დღეს.¹⁷ სამედიცინო შემონმების გაუმართლებელ დაგვიანებაზე დაწესებულებაში მოთავსების დღეს¹⁸ - და ზედაპირულ თუ არასრულ შემონმებას¹⁹ - მიუთითა წამების პრევენციის კომიტეტმა ბოლო პერიოდში რამდენიმე ქვეყანაში განხორციელებული ვიზიტების ანგარიშებში.

გარდა ამისა, დაწესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო შემონმება წარმოადგენს მნიშვნელოვან შესაძლებლობას ჯან-

17 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011)

18 CPT/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32

19 CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34

დაცვის მუშაკებისათვის, მოიპოვონ ახალი პატიმრის ნდობა და გადასცენ ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე:

- ჯანდაცვის მუშაკთა კონფიდენციალურობა და პროფესიული დამოუკიდებლობა;
- პატიმართა უფლებები და მოვალებები ჯანდაცვის კუთხით;
- ჯანდაცვის სამსახურის ორგანიზება; როგორ, როდის, სად და ვინ უნდა განახორციელოს სამედიცინო დახმარება და კონსულტაცია;
- ციხეში გადამდები დაავადებების რისკი და მათი თავიდან აცილების გზები;
- ტუბერკულოზის, აივ ინფექცია/შიდსისა და /ჩ ჰეპატიტების ინფექციების სკრინინგი;
- ინტენსიური თერაპია და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამები, რომლებიც უზრუნველყოფილია ციხეში.

აღნიშნული ინფორმაცია პატიმარს ისეთი ფორმით უნდა მიენოდოს, რომ სრულად შეძლოს მისი გააზრება. განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს სწავლასთან დაკავშირებული შეზღუდული შესაძლებლობები და გაუნათლებლობა, რასაც ხშირად აქვს ადგილი პატიმრებს შორის, და ენობრივი ბარიერი. დამატებითი მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია კარგი გრაფიკული დიზაინის ბროშურები და მათი თარგმნა შესაბამის ენებზე.

დანესებულებაში მოთავსების დროს სამედიცინო შემონმებისას ექიმი ან ექთანს უნდა გაეცნოს ახალ პატიმარს, თავისი სახელისა და თანამდებობის მითითებით და ეცადოს პატივისცემის, ნდობის, კონფიდენციალურობისა და ღირსების ატმოსფეროს შექმნას. სამედიცინო შემონმება, ისევე როგორც ნებისმიერი პირველი სამედიცინო შემონმება საზოგადოებრივ სექტორში, უნდა მოიცავდეს სრულ სამედიცინო ისტორიასა და ფიზიკურ შემონმებას. იმ მიზნით, რომ შესაძლებელი გახდეს დაუყოვნებლივი ზომების მიღება სამედიცინო შემონმების შემდეგ ციხეში მოთავსების დროს, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ მოთხოვნებს:

- მძიმე ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები;
- თვითმკვლელობის რისკ-ფაქტორები;
- ალკოჰოლზე ან ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების ისტორია და მოხმარების შეწყვეტის სიმპტომები;
- ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის თაობაზე ჩანან-ერები და/ან ნიშნები;
- გადამდები დაავადებები;
- გონებრივი თუ ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობები, რომლებიც განაპირობებს განსაკუთრებულ მონყვლადობას ციხეში.

მწვავე ფსიქოზით ან ღრმა დეპრესიით დაავადებული პაციენტები საჭიროებენ სასწრაფო მკურნალობას ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. ამგვარადვე, სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ესაჭიროებათ პატიმრებს, რომლებიც თვითმკვლელობის რისკის ქვეშ არიან. მათზე სპეციალური დაკვირვება უნდა განხორციელდეს.²⁰ ასეთი პატიმარი პაციენტების იდენტიფიცირების და/ან სათანადო ზომების მიღების უგულებელყოფა გააკრიტიკა წამების პრევენციის კომიტეტმა ქვეყნებში ვიზიტების ანგარიშებში.²¹ ასეთ შემთხვევებში ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ დაადგინა ევროპული კონვენციის მე-2 მუხლის (სიცოცხლის უფლება) და/ან მე-3 მუხლის (წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის აკრძალვა) დარღვევა.²²

პატიმრობის პირველ დღეებში ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე დამოკიდებული პაციენტები სიცოცხლისათვის საშიში აბსტინენციის სინდრომის პოტენციური განვითარების რისკის ქვეშ იმყოფებიან. შესაბამისად, საჭიროა შესაბამისი სამედიცინო დახმარება. ამ კუთხით წამების საწინააღმდეგო კომიტეტმა, მთელი რიგი ნაკლოვანებები გამოავლინა, რამდენიმე ქვეყანა-

20 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011); მინისტრთა კომიტეტი: ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე, რეკომენდაცია R(1998) 7.

21 CPT/Inf (2006)3; (2006)24; (2012)11.

22 Keenan v. UK №27229/95; Güveç v. Turkey №70337/01; Riviere v. France №33834/03; Renolde v. France №5608/05; De Donder and De Clippel v. Belgium №8595/06; Dybeku v. Albania №41153/06; Kretzb v. France №38447/09; Mouisel v. France 67263/01; Tarariyeva v. Russia №4353/03.

ში ვიზიტების დროს²³, ხოლო სტრასბურგის სასამართლომ თავის პრეცედენტულ სამართალში, სულ მცირე, ერთ შემთხვევაში გამოავლინა აბსტინენციის სინდრომი, რომელიც ფატალური შედეგით დასრულდა და დაადგინა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის (არაადამიანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის აკრძალვა) დარღვევა.²⁴

ბევრი ქვეყნის კანონმდებლობის, აგრეთვე ნამების პრევენციის კომიტეტის სტანდარტების,²⁵ ციხის ევროპული წესების 42.3c პუნქტის,²⁶ მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის²⁷ დეკლარაციისა და სტამბოლის ოქმის²⁸ თანახმად, ციხის ექიმი ვალდებულია, დოკუმენტურად ასახოს ძალადობის და კერძოდ, არასათანადო მოპყრობის ნებისმიერი ნიშნები, რომლებიც მისთვის ცნობილია და პაციენტის თანხმობით ინფორმაცია მიანოდოს ხელისუფლების ორგანოებს. დოკუმენტაცია უნდა მომზადდეს ყოველგვარი დაყოვნების გარეშე, რადგან ძალადობის ფიზიკური ნიშნები გაქრება დროთა განმავლობაში, ეს კი სათანადოდ უნდა იყოს წარმოდგენილი სასამართლოში.²⁹ ასეთი ნიშნების თაობაზე დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს შესაბამის ორგანოებს, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის გაგრძელება. ამავდროულად, დანესებულებაში მოთავსებისას ფიზიკური გამოკვლევა უნდა ემსახურებოდეს ძალადობის ან არასათანადო მოპყრობის ნიშნების სკრინინგს. ამის უზრუნველყოფის შეუძლებლობა ნამების პრევენციის კომიტეტმა არაეთხელგააკრიტიკა ქვეყნებში ვიზიტების დროს.³⁰ არასათანადო მოპყ-

23 CPT/Inf (2004)20; (2006)14; (2007)42; (2012)32.

24 *McGlinchey and others v. UK* №50390/99.

25 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

26 მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია (Rec(2006)2) ციხის ევროპული წესების შესახებ.

27 მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია: ტოკიოს დეკლარაცია, სახელმძღვანელო მითითებები ექიმებისათვის წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის თაობაზე დაკავებასა და დაპატიმრებასთან დაკავშირებით, ტოკიო, 1975 (გადასინჯული ვერსია, დივონ-ლე-ზენი, 2005); მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია: დეკლარაცია იმ ექიმების მხარდაჭერის თაობაზე, რომლებიც უარს აცხადებენ, მონაწილეობა მიიღონ წამებასა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის მიზნით, ჰამბურგი, (1997); მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია: რეზოლუცია ექიმების პასუხისმგებლობის თაობაზე წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის ქმედებებზე ბრალდებთან დაკავშირებით, რომლებიც მათთვის ცნობილი იყო, ჰელსინკი, (2003).

28 გაერო: სტამბოლის ოქმი, წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის შედეგად მიღებული დაზიანებების მქონე პირების მიმართ ეფექტიანი გამოძიებისა და დოკუმენტაციის სახელმძღვანელო (წილ იორკი/ყენევა 2004).

29 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

30 CPT/Inf (2009)1; (2009)13; (2009)37; (2010)1; (2010)33; (2011)24; (2012)1.

რობის თაობაზე ბრალდებები უნდა დააფიქსიროს ციხის ექიმ-მა და, სამედიცინო შემონმების შედეგად გაკეთებულ ობიექტურ დასკვნებსა და ექიმის მიერ დასმულ დიაგნოზთან ერთად თანმიმდევრულობის თაობაზე, დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს შესაბამის პროკურორს.³¹

დანესებულებაში მოთავსების დროს სამედიცინო შემონმებისას გადამდებ დაავადებათა სკრინინგი, მნიშვნელოვანია იმ პაციენტების გამოსავლენად, რომელთა იზოლაცია აუცილებელია, აგრეთვე ისეთი დაავადებების გავრცელების თავიდან ასაცილებლად, როგორცაა ჰაერნვეთოვანი გზით გადამდები ტუბერკულოზი. ინფექციის რისკის გამო პატიმრების იზოლაცია ციხეში ისეთივე სახით უნდა იქნეს განხორციელებული, როგორც საზოგადოებრივ სექტორში³² - ამდენად, არ არსებობს პატიმრების იზოლირების მიზეზი აივ ან B და C ჰეპატიტის ინფექციის გამო. თუმცადა, დანესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო კონსულტაციების ნაწილი უნდა იყოს პირის ინფორმირება ციხეში ამ ინფექციების შეძენის რისკების, ზიანის შემცირების შესაბამისი ღონისძიებების, კონფიდენციალური ნებაყოფლობითი კონსულტაციისა და ტესტირების, ხოლო, საჭიროების შემთხვევაში, - ადრეული მკურნალობის შესახებ. ბოლო პერიოდში რამდენიმე ქვეყანაში ვიზიტების დროს წამების პრევენციის კომიტეტმა გააკრიტიკა პატიმრის დანესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო შემონმების დროს გადამდებ დაავადებათა სკრინინგის არარსებობა ან არასაკმარისი სკრინინგი.³³

გონებრივი ან ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან პატიმრობის მიმართ. შეზღუდული შესაძლებლობების გამო მათ არ შეუძლიათ გაიაზრონ და/ან გაუმკლავდნენ ისეთი „ტოტალური დანესებულების“, როგორც ციხეა, მკაცრ და ხისტ პირობებს და იმყოფებიან ფსიქიკური ან ფიზიკური ძალადობის საფრთხის ქვეშ გულგრილი პერსონალისა და სხვა პატიმრების მხრიდან. ჯანდაცვის მუშაკების ამოცანაა, გამოავლინონ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმრები დანესებულებაში მოთავსების

31 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

32 CPT/Inf (2009)38; (2011)20; (2012)17; (2012)32.

33 CPT/Inf (2011)26; (2012)1; (2012)4; (2012)11; (2012)15; (2012)17; (2012)32.

დროს, რათა შესთავაზონ მათ ჰუმანიტარული დახმარება³⁴ და რეკომენდაცია გაუწიონ სათანადო ზომების მიღებას მათ დასაცავად. პასუხისმგებლობის შეუსრულებლობა ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევად³⁵ ჩათვალა, მიიჩნია რა ღირსების შემლახველ მოპყრობად.

ჯანდაცვის პერსონალის ყველა ზემოაღნიშნული პასუხისმგებლობის გათვალისწინებისას ნათელი ხდება, რომ ამ ამოცანათა შესრულება მოითხოვს საკმარისი დროის გამოყოფას თითოეული სამედიცინო კონსულტაციისათვის. ამასთანავე, იმის გათვალისწინებით, რომ კონსულტაციები უნდა შესრულდეს დანესებულებაში მოთავსების დღეს, აუცილებელია, რომ სამედიცინო ჯგუფი სათანადოდ დაკომპლექტდეს ციხეში, განსაკუთრებით კი წინასწარი პატიმრობის დანესებულებებში, ყოველდღიურად მოთავსებულ პატიმართა რაოდენობის შესაბამისად. ეს საკითხი არაერთგზის წამოჭრა წამების პრევენციის კომიტეტმა ბოლო პერიოდში ქვეყნებში განხორციელებული ვიზიტების დროს.³⁶

დანესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო შემონმების დროს, მისი მნიშვნელობის მიუხედავად, ისევე როგორც სხვა ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის შემთხვევაში, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, როგორც წესი, პაციენტის თანხმობის აუცილებლობა.³⁷ ჯანდაცვის პერსონალი ვალდებულია, ასეთი შემონმება შესთავაზოს პატიმარს; ხოლო ამ უკანასკნელს აქვს უარის თქმის უფლება. შემონმებაზე უარი დოკუმენტირებული უნდა იყოს პატიმრის სამედიცინო ისტორიაში.

სამედიცინო შემონმება ძალადობის ინციდენტის შემდეგ

მინისტრთა კომიტეტის ლ(1998)7 რეკომენდაციისა და წამების პრევენციის კომიტეტის სტანდარტების თანახმად,

ციხის სამედიცინო სამსახურს შეუძლია პატიმრების წინააღმდეგ ძალადობის თავიდან აცილება დაზიანებების სისტემატურად ჩანერისა და, საჭიროების შემთხვევაში, ციხეში ძალადობის

³⁴ წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

³⁵ *Price v. the United Kingdom* №33394/96.

³⁶ CPT/Inf (2012)1; (2012)9; (2012)17; (2012)19; (2012)21; (2012)32.

³⁷ წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

პრობლემის შესახებ ზოგადი ინფორმაციის კომპეტენტური ორგანოებისათვის რეგულარულად მიწოდების გზით.³⁸

ძალადობის ინციდენტის შემდეგ სამედიცინო შემონმება უზრუნველყოფს ფუნდამენტურ დაცვას არასათანადო მოპყრობის და დაუსჯელობისაგან, ასევე პატიმართა შორის ძალადობისაგან. ეს ეხება არა მხოლოდ ძალადობის ნიშნების სკრინინგს სამედიცინო შემონმების დროს დანესებულებაში მოთავსებისას, არამედ სამედიცინო შემონმებას ძალადობის ყოველი ინციდენტის შემდეგ პატიმრობის პერიოდში. უნდა დაფიქსირდეს ძალადობის ან არასათანადო მოპყრობის თაობაზე ნებისმიერი ბრალდება, ჩატარდეს საფუძვლიანი სამედიცინო შემონმება, შედეგები აისახოს სამედიცინო დოკუმენტაციასა და ექიმის დასკვნაში, რომლებიც ეგზავნება შესაბამის პროკურორს პაციენტის თანხმობით, როგორც სასამართლოსათვის მიმართვის საფუძველი.³⁹ გარდა ამისა, სამედიცინო პერსონალმა ძალადობის ყველა ინციდენტი უნდა ასახოს ძალადობის შესახებ სისტემატურ სტატისტიკურ ჩანაწერებში, რაც დაეხმარება ხელისუფლებას ციხეში ძალადობის დონის შეფასებასა და ძალადობის წინააღმდეგ პრევენციული ზომების შემუშავებაში. აღნიშნული რეკომენდაციების შეუსრულებლობა გააკრიტიკა წამების პრევენციის კომიტეტმა, რამდენიმე ქვეყანაში ვიზიტების დროს.⁴⁰

სამედიცინო შემონმება გათავისუფლებამდე

ციხის ევროპული წესების 33.6 პუნქტის თანახმად, სამედიცინო შემონმება პატიმრის გათავისუფლებისათვის მომზადების ნაწილია. მას უნდა შესთავაზონ მაქსიმალურად ახლოს გათავისუფლების მომენტამდე,⁴¹ თუმცა, ამასთანავე, გონივრულ დროში სათანადოდ მომზადების მიზნით. მომენტი, როდესაც პატიმარი იღებს კონფიდენციალურ სამედიცინო დასკვნას, რომელსაც სამედიცინო ინფორმაციის მნიშვნელობა აქვს იმ ექიმისთვის, რომელიც მასზე იზრუნებს გათავისუფლების შემდეგ, შეიძლება გამოყენებული იქნეს როგორც სამედიცინო კონსულტაციის

38 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011); CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

39 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

40 *Slawomir Musial v. Poland* №28300/06, *Aerts v. Belgium* №25357/94.

41 მინისტრთა კომიტეტი: რეკომენდაცია (Rec(2006)2) ციხის ევროპული წესების შესახებ.

შესაძლებლობა სამომავლო მკურნალობასთან დაკავშირებით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნამალდამოკიდებული პაციენტების ინფორმირებისათვის ზედმეტი დოზირების მაღალი ფატალური რისკის თაობაზე გათავისუფლების შემდეგ ნარკოტიკების მოხმარების განახლების შემთხვევაში.⁴² უწყვეტი სამედიცინო რეაბილიტაცია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც ანტიმიკრობაქტერიულ და ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას გადიან, რადგან შეფერხებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ნამლებისადმი გამძლე რეზისტენტული ტუბერკულოზისა და რეზისტენტული ვირუსული შტამების განვითარება იმ პაციენტებს შორის, რომლებსაც უტარდებათ ფსიქიატრიული ან ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობა. დადასტურებულია, რომ ამ უკანასკნელის უწყვეტობა მნიშვნელოვნად ამცირებს სიკვდილიანობის მაჩვენებელს ნარკოტიკების მოხმარებელთა შორის ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ პირველ დღეს.⁴³ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა ციხიდან საზოგადოებაში დაბრუნების გარდამავალ პერიოდში, ფსიქოსოციალურ ზრუნვასთან ერთად, რასაც ბოლო პერიოდში „რეაბილიტაცია“ და „გამჭოლ დახმარებას“ უწოდებენ⁴⁴, უნდა დაიგეგმოს გაცილებით ადრე გათავისუფლებამდე, თუმცა ამ პროცესში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სამედიცინო შემონმება გათავისუფლებამდე.

1.5 სამედიცინო დოკუმენტაცია და საქმის წარმოება

შეიძლება იმის მტკიცება, რომ ექიმების ნაკლებობისა და გადატვირთული სამუშაო რეჟიმის გამო, მათი მწირი დრო უნდა მოხმარდეს პაციენტის დაუყოვნებლივ დახმარებას და არა დოკუმენტაციასთან ან ქალაქდებთან მუშაობას. თუმცა, პაციენტის კვალიფიციური მკურნალობისა და მისი უწყვეტობისათვის აუცილებელია სრულყოფილი დოკუმენტაცია და აღრიცხვა, რაც ემსახურება არა მარტო პაციენტის, არამედ სამედიცინო პერსონალისა და ციხის ადმინისტრაციის ინტერესებს. უხარისხო სამედიცინო მომსახურების თაობაზე ბრალდებები შეიძლება გა-

42 WHO ევროპა: პაციენტთა შორის ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პრევენცია გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში (2010).

43 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

44 გამჭოლი დახმარება პარტნიორობის მეშვეობით: ნარკოტიკების მოხმარებელ პაციენტთა სამედიცინო დახმარების მუშეობით - სახელმძღვანელო ინსტრუმენტები, რედ. მ. მაკდონალდი და სხვები, ევროპული კომისია (2012).

საჩივრდეს ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს წინაშე, თუ სათანადო სამედიცინო დოკუმენტაცია არ ადასტურებს საწინააღმდეგოს.⁴⁵

თითოეულ პაციენტზე უნდა გაიხსნას სამედიცინო ისტორია, რომელიც შეიცავს დიაგნოსტიკურ ინფორმაციას და პაციენტის საქმეში არსებულ ყველა ჩანაწერს, ნებისმიერი ჩატარებული სპეციფიკური გამოკვლევის ჩათვლით. ყოველდღიური ჟურნალი უნდა აწარმოოს ჯანდაცვის გუნდმა, რომელმაც უნდა დააფიქსიროს პაციმართან დაკავშირებული ნებისმიერი კონკრეტული ინციდენტი. ასეთი ჟურნალის წარმოება მნიშვნელოვანია, რადგან იგი უზრუნველყოფს ციხეში ჯანდაცვის კუთხით არსებული მდგომარეობის საერთო სურათს და ხაზს უსვამს კონკრეტულ პრობლემებს, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას.

პაციმარს უნდა ჰქონდეს სამედიცინო ისტორიის ნახვის შესაძლებლობა, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ეს უკუნაჩვენებია თერაპიული მიზეზების გამო და შეეძლოს, მოითხოვოს მასში ასახული ინფორმაციის მინოდება ოჯახისათვის ან ადვოკატისათვის. პაციმრის სხვა დანესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, სამედიცინო დოკუმენტაცია უნდა გაეგზავნოს მიმღები დანესებულების ექიმებს.⁴⁶

ინდივიდუალური სამედიცინო ისტორიის წარმოება

უმეტესი ქვეყნების ჯანდაცვის შესახებ კანონმდებლობისა და ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების პრინციპის შესაბამისად, ციხის სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია, შექმნას და აწარმოოს სამედიცინო დოკუმენტაცია თითოეულ პაციმარზე.

დოკუმენტაცია უნდა შეიცავდეს სრულ სამედიცინო ისტორიას, საპაციმროში მოთავსებისას სამედიცინო შემონმების შედეგებს, პაციენტის შესახებ არსებულ ყველა სამედიცინო ჩანაწერს, მათ შორის, ექიმის ყველა კონსულტაციას პაციენტის მოთხოვნით, ექიმის დასკვნების, დანიშნულებისა და ჩატარებული მკურნალობის ჩათვლით. ყველა წერილობითი ჩანაწერი ხელმოწერილი უნდა იყოს. არასრული, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში დაკარგული სამედიცინო ჩანაწერები გამოავლინა და გააკრიტიკა ნამების

⁴⁵ Malenko v. Ukraine №18660/03

⁴⁶ CPT/Inf (2009)38

პრევენციის კომიტეტმა ციხეებში რამდენიმე ვიზიტის დროს.⁴⁷ ყველა ციხეში მთელი ქვეყნის მასშტაბით გამოყენებული უნდა იქნეს სტანდარტიზებული სამედიცინო ფორმა, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო ინფორმაციის გაცვლას ციხის ექიმებს შორის პატიმრის სხვა დანესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება შემდეგი ინფორმაციის ფრთხილ და დეტალურ აღრიცხვას:

- სამედიცინო შემონმება დანესებულებაში მოთავსების დროს;
- ინფორმაცია ნებისმიერი დიაგნოზის შესახებ, რომელიც ეხება დაავადებათა სიმძიმის პროგნოზირებას, მკურნალობასა და გავრცელებას;
- გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება;
- ინფორმაცია გამოკვლევების ან მკურნალობის თაობაზე, რაც შესაძლოა არასასურველ გვერდით მოვლენებთან იყოს დაკავშირებული;
- რეკომენდებულ გამოკვლევაზე ან მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობა ან უარი;
- ძალადობის ნიშნების შესახებ ნებისმიერი ჩანაწერი;
- ნებისმიერი გარემოება, როდესაც ადგილი ჰქონდა სამედიცინო საიდუმლოების ან პაციენტის თანხმობის დარღვევას.

პაციენტებს უნდა განემარტოთ დიაგნოზი, დაავადების პროგნოზი, მკურნალობის დანიშნულება, ალტერნატიული მკურნალობა, მკურნალობის გვერდითი მოვლენები და ნებისმიერი რისკი მკურნალობაზე უარის თქმის შემთხვევაში, რათა მათ შეეძლოთ ინფორმირებული თანხმობის მიცემა ან თანხმობის მიცემაზე უარის თქმა. პატიმრისათვის მინოდებული ინფორმაცია დოკუმენტურად უნდა იყოს დადასტურებული პაციენტის ისტორიაში. აუცილებელია პაციენტის წერილობითი თანხმობა ინვაზიური სამედიცინო პროცედურების ან მკურნალობის თაობაზე, რომელიც იწვევს გარკვეულ არასასურველ გვერდით მოვლენებს.

სამედიცინო ჩანაწერებზე ხელი უნდა მიუწვდებოდეთ მხოლოდ ექიმებს, ექთნებსა და სხვა სამედიცინო პერსონალს, რომლებსაც

⁴⁷ CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29) CPT/Inf (2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20.

ეკისრებათ სამედიცინო კონფიდენციურობის ვალდებულება. ჩანაწერები ჩაკეტილი უნდა იყოს და ინახებოდეს პატიმართა ინდივიდუალური ადმინისტრაციული ჩანაწერებისაგან განცალკევებით. ციხის ექიმებმა და ექთნებმა არასოდეს უნდა გაუმხილონ პაციენტთან დაკავშირებული სამედიცინო მონაცემები ციხის ადმინისტრაციას ან სხვა ნებისმიერ მესამე მხარეს პაციენტის თანხმობის გარეშე. ამ წესიდან გამონაკლისებია: სასამართლო ბრძანება (ასეთ შემთხვევაში ექიმმა ინფორმაცია უშუალოდ მოსამართლეს უნდა გადასცეს) და ის იშვიათი შემთხვევები, როდესაც ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს საიდუმლოების დარღვევა მნიშვნელოვანი სამართლებრივი უფლების დასაცავად, როგორცაა სხვა პირის ჯანმრთელობის ან სიცოცხლის გადარჩენა. ორივე შემთხვევაში ექიმმა სათანადო ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს პაციენტს. ქვეყნებში ვიზიტების დროს წამების პრევენციის კომიტეტი ყოველთვის ხაზგასმით აღნიშნავს პატიმართა სამედიცინო ჩანაწერების კონფიდენციურობის გაუმჯობესების საჭიროებას.⁴⁸ ამჟამად რამდენიმე სახელმწიფო ამონტაჟებს ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემას, თუმცა ამას სჭირდება დაცვის უზრუნველყოფის შესაბამისი ზომების დანერგვა, რომ მხოლოდ სამედიცინო პერსონალს მიუწვდებოდეს ხელი პაციენტების სამედიცინო მონაცემებზე.

ექიმმა უნდა დააკმაყოფილოს პატიმარი პაციენტის თხოვნა თავისი სამედიცინო ჩანაწერების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. სხვა დანესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში სამედიცინო ჩანაწერების დალუქული ასლი უნდა გაეგზავნოს მიმღები დანესებულების სამედიცინო ჯგუფს. გათავისუფლების დროს პაციენტს უნდა მიეცეს სამედიცინო დასკვნა. დასკვნაში ასახული ინფორმაცია მომავალში გამოყენებული იქნება საზოგადოებრივ სექტორში ექიმის მიერ მკურნალობის მიზნებისათვის. საჭიროების შემთხვევაში, დასკვნაში შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს ჩანაწერების დეტალები. პატიმრის გათავისუფლების შემდეგ სამედიცინო ჩანაწერები უნდა ინახებოდეს ციხის ადმინისტრაციაში ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად განსაზღვრული დროის განმავლობაში.

⁴⁸ CPT/Inf (2004)36; (2006)24; (2007)47; (2009)25; (2009)38; (2012)19 29 CPT/Inf (2004)21; (2004)36; (2010)29; (2010)20.

ციხის ექიმები ვალდებული არიან, შეამონმონ და დოკუმენტურად ასახონ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სექსუალური ძალადობის ყველა ნიშანი. შესაძლებელია, რომ დაწესებულებაში მოთავსების დროს სამედიცინო შემონმებისას პატიმარმა პოლიციას შეატყობინოს ძალადობის თაობაზე. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია ნები-სმიერი ასეთი მტკიცებულების წარდგენა ხელისუფლების ორგანოებისათვის. იმ შემთხვევაში, თუ პატიმარი უარს აცხადებს თანხმობის მიცემაზე, ექიმმა უნდა გამონახოს სხვა გზა იმის უზრუნველსაყოფად, რომ მსხვერპლის ვინაობა არ გახდეს ცნობილი დამნაშავეისათვის. სტამბოლის ოქმი⁴⁹ ითვალისწინებს სახელმძღვანელო მითითებებს დოკუმენტაციასთან დაკავშირებით, რომლებიც მოქმედებს როგორც პროფესიონალური, ისე სამართლებრივი თვალსაზრისით სამედიცინო შემონმების არატრავმული მეთოდების შესახებ ძალადობასა და არასათანადო მოპყრობასთან მიმართებით.

სამედიცინო ჩანაწერებსა და სხვა სახის სამედიცინო ინფორმაციაზე ხელმისაწვდომობა

პატიმრებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა ყველა სათანადო ინფორმაციაზე - საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო დასკვნის სახით - მათი მდგომარეობის, მკურნალობის კურსისა და მათთვის გამონერილი მედიკამენტების შესახებ. სასურველია, რომ მათ ჰქონდეთ კონსულტაციის მიღების უფლება სამედიცინო ჩანაწერების შინაარსთან დაკავშირებით, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ეს არ არის მიზანშეწონილი თერაპიული მოსაზრებებით. მათ ასევე უნდა ჰქონდეთ უფლება, მოითხოვონ ინფორმაციის გადაცემა მათი ოჯახის წევრებისა და ადვოკატებისათვის ან ექიმისათვის ციხის გარეთ.

სტატისტიკური სამედიცინო ჩანაწერები, რომლებიც არ უკავშირდება პაციენტს

ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან თანამშრომლობით, ციხის ექიმებმა სტატისტიკურად უნდა აღრიცხონ ციხეში განეული ყველა სახის

⁴⁹ წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011)

სამედიცინო მომსახურება, კერძოდ, კონსულტაციების რაოდენობა და პათოლოგიების პრევალენტობა, რაც იზომება დიაგნოზების რაოდენობის მიხედვით დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) კოდის შესაბამისად, იმ დაავადებათა შესახებ ჩანაწერების ჩათვლით, რომლებიც ექვემდებარება აუცილებელ რეგისტრაციას, როგორცაა ტუბერკულოზი - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტიზებული ცნებებისა და მკურნალობის კატეგორიების გამოყენებით - დიზენტერია, ჰეპატიტი და აივ ინფექცია/შიდსი. ასეთი სტატისტიკის დამუშავება გაცილებით უფრო ადვილია ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების სისტემების მეშვეობით, რაც ხელს უწყობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციული პროგრამების შეფასებას, ბიუჯეტირებასა და განხორციელებას.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, ციხის ექიმები უნდა აწარმოებდნენ ყველა დაზიანების (პატიმართა შორის ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის) და დაზიანების გამომწვევი მიზეზების სტატისტიკას და რეგულარულად აწვდიდნენ მონაცემებს ციხის ადმინისტრაციას. ძალადობის თაობაზე სისტემატური სტატისტიკის წარმოება ხელს შეუწყობს მდგომარეობისა და პრევენციული ზომების შეფასებას, ამასთანავე, შეიძლება პრევენციული ეფექტი იქონიოს. წამების პრევენციის კომიტეტმა ციხეებში ვიზიტების დროს⁵⁰ არაერთგზის მიმართა რეკომენდაციით ძალადობის ყველა შემთხვევის სისტემატურ აღრიცხვასთან დაკავშირებით.

1.6 ეთიკასთან დაკავშირებული სხვა საკითხები

ციხის ექიმის ჩართულობა უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ საკითხებსა და დისციპლინურ ღონისძიებებში

ციხის ექიმი უნდა იყოს პატიმრის პირადი ექიმი და მასთან პოზიტიური ურთიერთობა დაამყაროს. ციხის ექიმის პრაქტიკა, დაადასტუროს პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ვარგისიანობა სამართლო პატიმრობისათვის (ან ნებისმიერი სხვა ტიპის სამართლო პატიმრობისათვის პირის სურვილის საწინააღმდეგოდ), ხელს არ უწყობს ასეთი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. ეს საკითხი ხაზგასმით არის აღნიშნული ციხის ევროპულ წესებში.

⁵⁰ CPT/Inf (2009)13; (2010)3; (2010)27; (2010)33; (2011)3; (2011)20; (2012)1; (2012)9.

სამედიცინო პერსონალი არასოდეს უნდა მონაწილეობდეს სამართლო პატიმრობის თაობაზე გადანყვეტილების მიღების პროცესში, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ეს განპირობებულია სამედიცინო მოსაზრებით.

მეორე მხრივ, სამედიცინო პერსონალმა ძალიან დიდი ყურადღება უნდა გამოიჩინოს სამართლო პატიმრობაში მყოფი ყველა პატიმრის მდგომარეობასთან მიმართებით. სამედიცინო პერსონალი ინფორმირებული უნდა იყოს ყველა ასეთი შემთხვევის თაობაზე და დაუყოვნებლივ მოინახულოს პატიმარი სამართლო საკანში მოთავსებისას, ხოლო შემდგომში - რეგულარულად, სულ მცირე, დღეში ერთხელ, და აღმოუჩინოს მას დროული სამედიცინო დახმარება და მკურნალობა, როგორც ამას საჭიროება მოითხოვს. სამედიცინო პერსონალმა უნდა აცნობოს ციხის დირექტორს, როდესაც პატიმრის ჯანმრთელობას სერიოზული საფრთხე შეექმნება სამართლო პატიმრობაში ყოფნის დროს.

ციხის ექიმი არ უნდა ახორციელებდეს პირად ჩხრეკას ან ფიზიკურ შემოწმებას ხელისუფლების ორგანოების მოთხოვნით, გარდა გადაუდებელი მდგომარეობისა, როდესაც შეუძლებელია სხვა რომელიმე ექიმის გამოძახება. იმ გამონაკლის შემთხვევებში, როდესაც შეუძლებელია სხეულის შემოწმებისათვის თავის არიდება, ეს უნდა განახორციელოს ექიმმა, რომელსაც გავლილი აქვს სათანადო სამედიცინო მომზადება. თუმცა, ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის დაცვის ინტერესებიდან გამომდინარე, ეს პირი არ უნდა იყოს ექიმი, რომელიც ზრუნავს პატიმრის ჯანმრთელობაზე. აღნიშნულ საკითხზე ყურადღება გაამახვილა საერთაშორისო სამედიცინო ასოციაციამ თავის ანგარიშში პატიმართა ჩხრეკის თაობაზე.⁵¹

გარკვეულ შემთხვევებში შეიძლება საჭირო გახდეს სპეციალური უსაფრთხოების ზომების მიღება, თუმცა, პატიმრების სისტემატური მოთავსება გისობების ქვეშ ინექციების გაკეთების დროს, აშკარად გაუმართლებელია. ასეთი მიდგომა შეიძლება ჩაითვალოს ღირსების შემლახველ მოპყრობად როგორც პატიმართან, ისე სამედიცინო პერსონალთან მიმართებით.⁵²

51 WMA: განცხადება პატიმართა ფიზიკურ ჩხრეკასთან დაკავშირებით, ზუდაკემტი, (1993, გადასინჯული ვერსია, 2005).

52 CPT/Inf (2011)29.

ციხის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობა

ნებისმიერ ციხეში ჯანდაცვის მუშაკები პოტენციური რისკის ქვეშ იმყოფებიან. მათი მოვალეობა, იზრუნონ პაციენტებზე - ავადმყოფ პაციენტებზე, შეიძლება ხშირად ეწინააღმდეგებოდეს ციხის მართვისა და უსაფრთხოების მოსაზრებებს, რამაც შეიძლება წამოჭრას რთული ეთიკური კითხვები და არჩევანის წინაშე დააყენოს ისინი. მათი სამედიცინო დამოუკიდებლობის უზრუნველსაყოფად, მნიშვნელოვანია, რომ ასეთი პერსონალი შეიძლებისდაგვარად მჭიდროდ თანამშრომლობდეს სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორთან.

ციხეში ჯანდაცვის უზრუნველყოფის არსებული ინსტიტუციური მექანიზმების მიუხედავად, მნიშვნელოვანია, რომ ციხის ექიმის გადამწყვეტილებები მკურნალობასთან დაკავშირებით რეგულირდებოდეს მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებით და, რომ მათი მუშაობის ხარისხი და ეფექტიანობა შეფასდეს კვალიფიციური სამედიცინო ორგანოს მიერ.⁵³

ექიმები, რომლებიც ზრუნავენ პაციენტებსა და ციხის პერსონალზე

იმ ციხის ექიმების საქმიანობასთან დაკავშირებით, რომლებიც სამედიცინო დახმარებას უწევენ როგორც პაციენტებს, ისე ციხის თანამშრომლებს⁵⁴, მოქმედებს დათქმა. პაციენტთა მკურნალობისათვის გამოყოფილი რესურსები ხშირად შეზღუდულია, ექიმთა სამუშაო დროს განაწილებამ კი შეიძლება უარყოფითი გავლენა იქონიოს დახმარების ხარისხზე. გამონაკლის შემთხვევაში, დაწესებულებაში განსაკუთრებული გარემოებების არსებობისას, ასეთ ორმაგ პახუსიმგებლობას თან უნდა ახლდეს კონკრეტული მექანიზმები, რომლებიც დაბალანსებულ მიდგომას უზრუნველყოფს. მაგალითად, წინასწარ უნდა იქნეს გათვალისწინებული, ექიმების სამუშაო დროის რა პროცენტი შეიძლება დაეთმოს პერსონალს. ასევე სასურველია მედიკამენტების ცალ-ცალკე შენახვა (პაციენტებისა და პერსონალისათვის). შესაძლებელია ექიმისათვის ორი საკონსულტაციო კაბინეტის გათვალისწინებაც.

⁵³ CPT/Inf (2004)36.

⁵⁴ CPT/Inf (2006)11.

პატიმრები, რომლებიც სამედიცინო პერსონალის ფუნქციას ასრულებენ

პატიმართა ჩართულობა ციხის ჯანდაცვის სამსახურში უკიდურეს ზომას უნდა წარმოადგენდეს, მაშინაც კი, როდესაც მათ აქვთ სამედიცინო კვალიფიკაცია. პატიმრები არ უნდა მონაწილეობდნენ ჯანდაცვის ამოცანების შესრულებაში, რაც სპეციალიზებულ მომზადებას მოითხოვს და არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ანაწილებდნენ მედიკამენტებს.

ციხის პერსონალის კომპეტენციას სცილდება მედიკამენტების დარიგება ან ინექციის გაკეთება. ნამალი პაციენტს შეიძლება მისცეს მხოლოდ ექთანმა ან სათანადოდ მომზადებულმა ფარმაცევტმა; ინექციების გაკეთება მხოლოდ კვალიფიციურ სამედიცინო პერსონალს შეუძლია.⁵⁵

ჰუმანიტარული დახმარება

არსებობს განსაკუთრებით მონყვლადი პატიმრების გარკვეული კატეგორია, რომლებიც საჭიროებენ ციხის სამედიცინო სამსახურის განსაკუთრებულ ყურადღებას, რადგან მათ ყოველთვის არ შეუძლიათ, თავიანთი ინტერესების დაცვა საპატიმროში. რამდენიმე შემთხვევა წამების პრევენციის კომიტეტმა შემდეგ ჯგუფებზე მიუთითა.⁵⁶

პატიმრობაში მყოფი დედები შვილებთან ერთად

საზოგადოდ მიღებული პრინციპია, რომ ბავშვები ციხეში არ უნდა იზადებოდნენ და როგორც წესი, ეს პრინციპი დაცულია. დედასა და შვილს უნდა ჰქონდეთ ერთად ყოფნის საშუალება, სულ მცირე, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში. მათ უნდა ჰქონდეთ ისეთი პირობები, რომლებშიც უზრუნველყოფილი იქნება მხარდაჭერა მშობიარობის შემდგომი დახმარებისა და ბავშვთა კვების საკითხებში სპეციალიზებული პერსონალის მიერ. გრძელვადიანი ღონისძიებები, კერძოდ, ბავშვის გადაყვანა საზოგადოებრივ სექტორში, რაც დედისაგან განშორებას იწვევს, უნდა გადაწყდეს თითოეულ კონკრეტულ საქმეზე ბავშვის სამედიცინო და სოციალური საჭიროებების გათვალისწინებით.

⁵⁵ CPT/Inf (2011)19.

⁵⁶ წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

მოზარდები

პატიმრობაში ყოფნის პერიოდში, სასურველია, მოზარდებს ჰქონდეთ ისეთივე პირობები და შეეძლოთ პირადი ნივთებით სარგებლობა. მინიმუმადე უნდა იქნეს დაყვანილი გრძელვადიანი სოციალური დეზადაპტაციის რისკები. მათთვის დაწესებული რეჟიმი უნდა ითვალისწინებდეს ინტენსიურ აქტივობებს, მათ შორის, სოციალურ და საგანმანათლებლო შეხვედრებს, სპორტს, განათლებას, პროფესიულ მომზადებას, ექსკურსიას ბადრაგის თანხლებით და სათანადო დამატებითი აქტივობების ხელმისაწვდომობას.

ჯანმრთელობის ან სოციალური მდგომარეობის გამო მონყვლადი პატიმრები

ციხეში პატიმარ პაციენტთა შორის არიან მარგინალური პირები, რომელთაც წარსულში გადატანილი აქვთ ოჯახური ტრავმები, წამალდამოკიდებული არიან დიდი ხნის განმავლობაში, კონფლიქტი აქვთ ადმინისტრაციასთან ან აწუხებთ სხვა სოციალური პრობლემები. ისინი შეიძლება იყვნენ აგრესიულები, თვითმკვლევლობისაკენ ჰქონდეთ მიდრეკილება ან ახასიათებდეთ მიუღებელი სექსუალური ქცევა. შესაძლებელია, რომ უმეტესი დროის განმავლობაში ვერ აკონტროლებდნენ საკუთარ ქცევას ან ზრუნავდნენ საკუთარ თავზე. ასეთ პატიმართა საჭიროებები არ არის მხოლოდ სამედიცინო ხასიათის, თუმცა ციხის ექიმს შეუძლია ხელი შეუწყოს სოციალური და თერაპიული პროგრამების განვითარებას მათთვის ციხის საკნებში, სადაც ისეთივე პირობები იქნება, როგორც საზოგადოებრივ სექტორში და განხორციელდება სათანადო ზედამხედველობა. ასეთმა ქმედებებმა შესაძლოა ხელი შეუშალოს ასეთი პატიმრების დამცირებას, დაცინვასა და სიძულვილს, აუმაღლოს მათ პასუხისმგებლობის გრძნობა და მოამზადოს რეინტეგრაციისათვის. ამ ტიპის პროგრამებს აქვს ის უპირატესობაც, რომ ისინი მოითხოვს ციხის პერსონალის აქტიურ მონაწილეობას და თავდადებას.

ამავდროულად, არსებობენ პატიმრები, რომლებიც ვერ ეგუებიან ხანგრძლივ პატიმრობას მძიმე დაავადების გამო, რომლის სათანადო მკურნალობა ციხის პირობებში შეუძლებელია, ასევე მოკლევადიან პერიოდში ფატალური შედეგის, მძიმე ინვალიდობის ან ხანდაზმულობის ასაკის გამო. ასეთ შემთხვევაში ციხის ექიმი ვალდებულია მიმართოს პასუხისმგებელ ორგანოს შესაბამისი ალტერნატიული ღონისძიებების განხორციელების მიზნით.

2. ფსიქიატრიული დახმარება და მკურნალობის გეგმები - თერაპიული და ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო ღონისძიებები ციხეში

სამოქალაქო მოსახლეობასთან შედარებით პაციმართა შორის ფსიქიატრიული სიმპტომების მაღალი მაჩვენებელია.

უსაფრთხოების თვალსაზრისით დაცულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მოთავსებულ პირებსა და პაციმრებს ბევრი საერთო აქვთ. ისინი განსაკუთრებით მგრძნობიარენი არიან ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების მიმართ. წარსულში შეურაცხყოფა, თავისუფლების აღკვეთა, უსახლკარობა, უმუშევრობა, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენება და ფსიქიკური ჯანდაცვის სამსახურებთან ურთიერთობის გამოცდილება ხშირი შემთხვევებია. ბევრ პაციმარს აღენიშნება პრობლემები წერა-კითხვის და ელემენტარული არითმეტიკის უცოდინრობასთან დაკავშირებით, პაციმართა ინტელექტის კოეფიციენტი (IQ) უმეტესად საშუალოზე დაბალია.⁵⁷ აღინიშნა, რომ დაახლოებით შვიდიდან ერთ პაციმარს ფსიქოზური დაავადებები ან ღრმა დეპრესია აქვს, ხოლო პაციმარ მამაკაცთა დაახლოებით ნახევარს და ხუთიდან ერთ პაციმარ ქალს ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა აღენიშნება.⁵⁸ ფართოდ არის გავრცელებული მძიმე ფსიქიკური აშლილობა, ავადობის ძალიან მაღალი მაჩვენებელია წინასწარ პაციმრობაში მყოფ პირებსა და პაციმარ ქალებს შორის. ფსიქიკური აშლილობა (ნარკოტიკულ ნივთიერებათ გამოყენების დიაგნოზის ჩათვლით) აღენიშნება მსჯავრდებულ მამაკაცთა 37%-ს, წინასწარ პაციმრობაში მყოფ მამაკაცთა - 63%-ს, მსჯავრდებულ ქალთა - 57%-ს და წინასწარ პაციმრობაში მყოფ ქალთა - 76%-ს. ხშირია მრავალფაქტორულ

57 სინგელტონი ნ., მელტზერი ჰ. და გატვარდი რ.: *ფსიქიატრიული სიკვდილიანობა პაციმართა შორის ინგლისსა და უელსში*, ლონდონი: ეროვნული სტატისტიკის დეპარტამენტი (1998); მისი უდიდესი უსახლკარობის ციხეების ინსპექტორატი: არასამართლიანი უდაბნოები: მისი უდიდესი უსახლკარობა ციხეების მთავარი ინსპექტორის თემატური მიმოხილვა მოუსჯელ პაციმართა მკურნალობისა და პირობების თაობაზე ინგლისსა და უელსში, ლონდონი: შინაგან საქმეთა დეპარტამენტი (2000).

58 ფაზელი ს. და დანეში ი.: „მძიმე ფსიქიკური აშლილობა 23000 პაციმარს შორის: 62 კვლევის სისტემატური მიმოხილვა“. *ლანცეტი*, 359 (2002), 545-50.

დაავადებათა შემთხვევები, განსაკუთრებით, წინასწარ პაციმ-რობაში მყოფი პირების შემთხვევაში: პაციმარ მამაკაცთა დაახლოებით მეოთხედს და პაციმარ ქალთა მესამედს ორი ან მეტი დიაგნოზი აღენიშნებათ.⁵⁹

ცხადია, რომ მძიმე, თუმცა განკურნებადი ფსიქიკური აშლილობის ტვირთი ციხეში მნიშვნელოვანია. სასჯელაღსრულების სისტემის შეზღუდული რესურსების გათვალისწინებით, სადავოა, რომ ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის შესაბამისად, ყველა ის პირი იღებს სათანადო დახმარებას, რომელსაც აქვს ამის საჭიროება.

2.1 ციხის ფსიქიატრიული დახმარების სამსახური

ციხეში ფსიქიკურ აშლილობათა მაღალი მაჩვენებელი უფრო მეტ პასუხისმგებლობას აკისრებს ციხის ჯანდაცვის სისტემას. უპირველეს ყოვლისა, ყველა დაწესებულების ჯანდაცვის სამსახურში უნდა იყოს კვალიფიციური ექიმი ფსიქიატრიის განხრით, ამასთანავე, ექთნების ნაწილს გავლილი უნდა ჰქონდეს სწავლება აღნიშნულ სფეროში. სამედიცინო და საექთნო პერსონალის რაოდენობა და ციხეებში განაწილება უნდა უზრუნველყოფდეს რეგულარული ფარმაკოლოგიური, ფსიქოთერაპიული და შრომითი თერაპიის პროგრამების განხორციელებას.⁶⁰

ფსიქიკურ აშლილობასთან დაკავშირებული ღონისძიებები ციხეში

ციხის პირობებში ფსიქიატრიულ დაავადებათა მკურნალობის შეუძლებლობა შეიძლება ადვილად გაუთანაბრდეს არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობას⁶¹, შესაბამისად, საჭიროა *ad hoc* ზომების მიღება. პასუხისმგებელმა პირებმა უნდა გაითვალისწინონ შემდეგი ღონისძიებები ფსიქიატრიული დარღვევების მქონე პაციმრებთან მიმართებით:

59 გუნი ი., მეიდეინი ა. და სვინტონი მ.: *ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციმრები*, ლონდონი: შინაგან საქმეთა დეპარტამენტი (1991); მეიდეინი ა., ტელიორი კ.ი.ა. და ხსვები: *ფსიქიკური აშლილობის მქონე ბრალდებულები*, ლონდონი: შინაგან საქმეთა დეპარტამენტი (1995)

60 *Slawomir Musial v. Poland №28300/06, Aerts v. Belgium №25357/94.*

61 *CPT/Inf (2005)18; Slawomir Musial v. Poland №28300/06, Aerts v. Belgium №25357/94.*

- ციხის სამედიცინო პერსონალისა და ფსიქოლოგების მოტივირება და მომზადება ასეთი შემთხვევების დიაგნოსტიკებისა და მათ მართვაში აქტიური მონაწილეობის მიღების კუთხით;
- სპეციალისტთა დახმარების უზრუნველყოფა ციხეებში ფსიქიატრის რეგულარული კონსულტაციების ორგანიზებით;
- მომარაგებული ფსიქოტროპული პრეპარატების სათანადო მარაგის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებისდაგვარად, გრძელვადიანი სტაციონალური მკურნალობის უზრუნველყოფა აქტიურ ფსიქოლოგიურ კომპონენტთან ერთად;
- ფსიქიკურად დაავადებული პაციმრის გადაყვანის უზრუნველყოფა ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, რაც პრიორიტეტულ საკითხად უნდა ჩაითვალოს.

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციმართა მკურნალობა სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში

ფსიქიკურად დაავადებული პაციმარი უნდა მოთავსდეს და მას მკურნალობა ჩაუტარდეს სამკურნალო დაწესებულებაში, რომელიც სათანადოდ არის აღჭურვილი და ჰყავს სათანადოდ მომზადებული პერსონალი. ეს შეიძლება იყოს სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიული საავადმყოფო ან სპეციალურად აღჭურვილი ფსიქიატრიული დაწესებულება სასჯელაღსრულების სისტემის ფარგლებში.

ეთიკური თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციმართა ჰოსპიტალიზაცია ციხის გარეთ დაწესებულებაში, რომელზეც პასუხისმგებლობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურს ეკისრება. მეორე მხრივ, შეიძლება იმის მტკიცება, რომ სასჯელაღსრულების სისტემაში ფსიქიატრიული დაწესებულებების უზრუნველყოფა იძლევა მკურნალობის ოპტიმალურად უსაფრთხო პირობებში ჩატარების საშუალებას და რომ შესაძლებელია, სამედიცინო დახმარებისა და სოციალური სამსახურების გაძლიერება აღნიშნული სისტემის ფარგლებში.

არჩეული კურსის მიუხედავად, შესაბამისი ფსიქიატრიული დანესებულების ტევადობა ადეკვატური უნდა იყოს, რადგან პაციენტებს საკმარის ხშირ შემთხვევებში ხანგრძლივად უნევთ ლოდინი გადაყვანამდე. ფსიქიატრიულ დანესებულებაში შესაბამისი პირის გადაყვანა პრიორიტეტული საკითხი უნდა იყოს.

მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე პაციმრები, არ უნდა იყვნენ მოთავსებული მკაცრი რეჟიმის ციხეში, ფსიქიატრიული დანესებულების მაგივრად. ასეთ პაციმრებს ხელი უნდა მიუნვებოდეთ საავადმყოფოს პირობებში მკურნალობასა და შესაბამის თერაპიულ ღონისძიებებზე, რომლებსაც ახორციელებს საკმარისი რაოდენობის კვალიფიციური პერსონალი, მათთვის სათანადო დახმარების უზრუნველყოფის მიზნით.⁶²

2.2 ფსიქიატრიული ერთეულები ციხეში

სპეციალიზებული ფსიქიატრიული პალატები ციხეში, როგორც ციხის ჯანდაცვის სამსახურის ნაწილი, სხვადასხვა მიზანს ემსახურება. ყველაზე ხშირად მათ ეკისრებათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე იმ პაციმართა დახმარება, რომლებიც დროებით არიან მოთავსებული მკურნალობის მიზნით ან სამოქალაქო სექტორის სამკურნალო დანესებულებაში გადაყვანას ელოდებიან. იშვიათ შემთხვევებში სასჯელაღსრულების სისტემაში ფსიქიატრიული პალატის გამოყენება შესაძლებელია შეურაცხადი პირების მოსათავსებლად და მათთვის დახმარების უზრუნველსაყოფად. ძირითადად ციხის სისტემის გარეთ უსაფრთხოების თვალსაზრისით დაცული დანესებულების არარსებობის გამო. და ბოლოს, ფსიქიატრიული პალატის გამოყენება შეიძლება წინასწარ პაციმრობაში მყოფი პირების მოსათავსებლად მათი ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასების მიზნით.

უჩვეულო არ იქნება იმის აღნიშვნა, რომ სასჯელაღსრულების სისტემაში სპეციალიზებული ფსიქიატრიული პალატების არარსებობის პირობებში, ციხეებში შექმნილია უსაფრთხო ადგილები ან დონეები შედარებით მონყვლადი პაციმრებისათვის, მათ შორის, ფსიქიკური აშლილობების მქონე პირებისათვის.

62 CPT/Inf (2008)33.

ციხის ფსიქიატრიულ ერთეულში დახმარების ზოგადი პრინციპები

იმ პირთა დახმარება და მზრუნველობა, რომლებიც უსაფრთხოების ღონისძიების სახით ექვემდებარებიან სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის დანესებულებაში განთავსებას, უნდა ეფუძნებოდეს მკურნალობასა და რეაბილიტაციას უსაფრთხოების აუცილებელი ზომების გათვალისწინებით. აღნიშნულ მიდგომას უნდა შეესაბამებოდეს საცხოვრებელი პირობები და სხვადასხვა საშუალებები, რომლებიც აღნიშნული კატეგორიის კონკრეტული პაციენტებისათვის არის განკუთვნილი, აგრეთვე მათი მკურნალობა და სხვა შესაბამისი ღონისძიებები. ასეთი დანესებულებები დაკომპლექტებული უნდა იყოს სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პერსონალით, რომელსაც შეუძლია პოზიტიური ურთიერთობების დამყარება პაციენტებთან პირდაპირი კონტაქტების მეშვეობით.⁶³ უნდა არსებობდეს საკმარისი რაოდენობის პერსონალი კატეგორიების (ფსიქიატრები, ზოგადი პროფილის ექიმი, ექთნები, ფსიქოლოგები, შრომითი თერაპიის სპეციალისტები, სოციალური მუშაკები და ა.შ.), გამოცდილებისა და პროფესიული მომზადების დონის თვალსაზრისით. საკადრო რესურსების კუთხით ხარვეზებმა შეიძლება განაპირობოს მაღალი რისკის სიტუაციები პაციენტებისათვის, პერსონალის მხრიდან კეთილი განზრახვისა და რეალური ძალისხმევის მიუხედავად.

წამების პრევენციის კომიტეტი არაერთხელ გამოეხმაურა ფსიქიატრიულ დანესებულებებში მოთავსებულ პირთა საცხოვრებელ პირობებს.⁶⁴ ეს აგრეთვე ეხება, *ინტერ ალია*, ფსიქიატრიულ პალატებს სასჯელაღსრულების სისტემის ფარგლებში. ფსიქიატრიულ ერთეულში უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ისეთი მატერიალური პირობები, რომლებიც ხელს უწყობს პაციენტების მკურნალობასა და კეთილდღეობას და, ფსიქიატრიული თვალსაზრისით, დადებითი თერაპიული გარემოს შექმნას. ეს უკანსკნელი, პირველ რიგში, გულისხმობს თითოეულ პაციენტზე საკმარისი საცხოვრებელი ფართის, ადეკვატური განათების, გათბობისა და ვენტილაციის უზრუნველყოფას, დანესებულების დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში შენარჩუნებას და ჰიგიენური მოთხოვნების დაკმაყოფილებას. მცირე ჯგუფებად განთავსება

⁶³ CPT/Inf (2007)28.

⁶⁴ წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

მნიშვნელოვანი ფაქტორია პაციენტის ღირსების შენარჩუნების თვალსაზრისით და ამავდროულად, საკვანძო ელემენტია პაციენტის ფსიქოლოგიური და სოციალური რეაბილიტაციის ნებისმიერი პოლიტიკისათვის. ასეთი სახით განთავსება ხელს უწყობს პაციენტების განაწილებას შესაბამის კატეგორიებად თერაპიული მიზნებისათვის. სანიტარული კვანძები უნდა უზრუნველყოფდეს პაციენტებისათვის პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობას. ამ კუთხით გათვალისწინებული უნდა იქნეს ხანდაზმული თუ უნარშეზღუდული პაციენტების საჭიროებები; მაგალითად, ისეთი დიზაინის ტუალეტები, რომლებიც მომხმარებელს არ აძლევს ჯდომის საშუალებას, არ არის შესაფერისი აღნიშნული კატეგორიის პაციენტებისათვის. ანალოგიურად, ხელმისაწვდომი უნდა იქნეს საავადმყოფოს ძირითადი აღჭურვილობა, რომელიც პერსონალს მნოლიარე პაციენტებზე სათანადო ზრუნვის (მათ შორის, პირადი ჰიგიენის) საშუალებას აძლევს; ასეთი აღჭურვილობის არარსებობამ შეიძლება განაპირობოს არახელსაყრელი პირობების შექმნა. ზოგიერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში გამოვლინდა, რომ პაციენტები მუდმივად ღამის პერანგში იყვნენ ჩაცმული, რაც ხელს უშლის პიროვნული იდენტობისა და თვითშეფასების გაძლიერებას; ტანსაცმლის ინდივიდუალიზაცია თერაპიული პროცესის ნაწილი უნდა იყოს.

ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებს, მათ შორის, პაციენტებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, უნდა ჰქონდეთ, სულ მცირე, დღეში ერთსაათიანი აქტივობა სუფთა ჰაერზე გონივრულად ფართო და უსაფრთხო გარემოში, რაც ასევე უნდა ითვალისწინებდეს თავშესაფარს ცუდი ამინდის შემთხვევაში.⁶⁵

2.3 მკურნალობის გეგმა

ფსიქიატრიული მკურნალობა უნდა ეფუძნებოდეს ინდივიდუალურ მიდგომას, რომელიც ითვალისწინებს თითოეული პაციენტისათვის მკურნალობის გეგმის შედგენას მკურნალობის მიზნების, გამოყენებული თერაპიული საშუალებებისა და პასუხისმგებელი პერსონალის მითითებით. ამასთანავე, მკურნალობის გეგმა უნდა

⁶⁵ CPT/Inf (2004)40, CPT/Inf (2012)4.

შეიცავდეს პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის რეგულარული შემოწმების შედეგებს და პაციენტის მიერ მიღებული მედიკამენტების მიმოხილვას. პაციენტი უნდა მონაწილეობდეს თავისი ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმების მომზადებაში და ინფორმირებული იყოს პროგრესის თაობაზე.⁶⁶

მნიშვნელოვანია, რომ სხვადასხვა კატეგორიის თანამშრომლები, რომლებიც რეგულარულად მუშაობენ ფსიქიატრიულ პაციენტებთან, ერთად იკრიბებოდნენ გუნდური მუშაობის ხელშეწყობისა და მკურნალობის გეგმაში საჭირო ცვლილებების შეტანის განხილვის მიზნით. ეს იძლევა ყოველდღიური პრობლემების გამოვლენის, განხილვისა და მათზე რეაგირების საშუალებას.

ფსიქიატრიული მკურნალობა

ფსიქიატრიული მკურნალობა უნდა ითვალისწინებდეს თერაპიული, სარეაბილიტაციო და რეკრეაციული აქტივობათა ფართო სპექტრს, როგორცაა სათანადო მედიკამენტებსა და სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობა. სათანადო მკურნალობის ჩატარებისა და შესაბამისი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის მიზნით უნდა არსებობდეს შესაბამისი პროცედურები. იმ პაციენტებისათვის, რომლებსაც ხანგრძლივი მკურნალობა ესაჭიროებათ, შესაძლოა მიზანშეწონილი იყოს გარკვეული თერაპიული შესაძლებლობების შემუშავება და მათი ჩართვა სარეაბილიტაციო ფსიქოსოციალურ აქტივობებში დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის ან ოჯახებში დაბრუნებისათვის მომზადების მიზნით. რეაბილიტაციის პროგრამის განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს შრომითი თერაპია, რაც უზრუნველყოფს მოტივაციას, სწავლისა და ურთიერთობის უნარ-ჩვევების გამომუშავებას, სპეციფიკური კომპეტენციების შექმნას და საკუთარი იმიჯის გაუმჯობესებას. გარდა ამისა, სასურველია პაციენტებისათვის განათლებისა და შესაფერისი სამუშაოს შეთავაზება.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველყოფას, რაც ითვალისწინებს ფარმაკოთერაპიასა და მთელ რიგ სარეაბილიტაციო და სამკურნალო ღონისძიებებს. ასეთი მკურნალობა არ უნდა იქნეს დანყებული ან შეწყვეტილი მომენტალურად; ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა

⁶⁶ CPT/Inf (2007)15, CPT/Inf (2009)28, CPT/Inf (2009)38.

ერთი გარემოდან მეორეში გადაყვანამ, სადაც ახალი წესები მოქმედებს და მკურნალობის უეცარმა შეწყვეტამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს მათ კეთილდღეობას.⁶⁷

სასამართლო-სამედიცინო მკურნალობა

სისხლის სამართლებრივი შეურაცხაობის მქონე დაკავებულ პირთა სასამართლო-სამედიცინო დახმარება უნდა მოიცავდეს თერაპიული, სარეაბილიტაციო და სარეკრეაციო აქტივობების ფართო სპექტრს, შესაბამისი მკურნალობისა და სამედიცინო დახმარების ჩათვლით. მკურნალობა მიზნად უნდა ისახავდეს როგორც დაავადების სიმპტომების კონტროლს, ისე დანაშაულის რეციდივის რისკის შემცირებას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თერაპიული ღონისძიებების უზრუნველყოფა იმ პირებისათვის, რომლებიც გადიან სასამართლო-ფსიქიატრიულ შეფასებას, არ აფერხებს შეფასების პროცესს; პირიქით, შეიძლება ხელს უწყობდეს ღირებულ ინფორმაციის მოპოვებას ამ თვალსაზრისით.⁶⁸

ფსიქოფარმაკოთერაპია

მედიკამენტების გამოყენებას ფსიქიკური აშლილობის მკურნალობის მიზნით ითვალისწინებს როგორც სტაციონარული, ისე ამბულატორიული ფსიქიატრია. ფსიქოტროპული მედიკამენტების უმრავლესობა შემუშავებული იქნა დეპრესიის, შფოთვისითი დარღვევების ან ფსიქოზური აშლილობის სამკურნალოდ, როგორცაა შიზოფრენია. თუმცა, ზოგიერთი მედიკამენტი ფსიქიატრიული მკურნალობის სხვა მიზნებისათვისაც გამოიყენება. ამის მაგალითებია ანტიეპილეპტიკური საშუალებების გამოყენება ბიპოლარული აშლილობების ან ანტიფსიქოზური საშუალების გამოყენება იმპულსურ კონტროლთან დაკავშირებული პრობლემების მკურნალობის მიზნით. ფსიქოფარმაკოთერაპიის გამოყენება შეიძლება ცალკე ან ფსიქოთერაპიასთან ერთად ფსიქიკური აშლილობის სამკურნალოდ.⁶⁹

67 CPT/Inf (2006)26.

68 CPT/Inf (2009)24.

69 სადოკი ბ. ო., სადოკი ვ. და სუსმანი ნ.: კაპლანი და სადოკი, ფსიქიატრიული საშუალებებით დახმარების გზამკვლევი, მე-4 გამოცემა, ფილადელფია (2005).

ფსიქოტროპული საშუალებების ძირითადი ჯგუფები

ანტიფსიქოზური (ნეიროლეფსიური) პრეპარატები ხელს უწყობს ისეთი ფსიქოზური სიმპტომების მართვას, როგორიცაა ალგ-ზნებადობა, ჰალუცინაციები (არარსებულის მოსმენა ან დანახვა), დელუზია (ცრუ რწმენა) და დეზორგანიზებული აზროვნება. ანტიდეპრესანტებით მკურნალობენ დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომებს. ანქსიოლიტური საშუალებები (ტრანკვილიზატორები) ამცირებს შფოთვისა და ალგზნებადობის დონეს.

გარდა ამისა, გარკვეული სახის ფსიქოსტიმულატორები სასარგებლოა ყურადღების დეფიციტის სინდრომის სამკურნალოდ. ამასთავავე, არსებობს საშუალებები, რომლებიც გუნება-განწყობის ცვალებადობის სტაბილიზაციისათვის გამოიყენება.

ზოგადი პრობლემები ფსიქოფარმაკოთერაპიაში

ხშირად ფსიქოფარმაკოლოგიური მედიკამენტები ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების მკურნალობის აუცილებელი ნაწილია. უნდა არსებობდეს პროცედურები იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ნებისმიერი წამლის გამონერა ხორციელდება სათანადოდ, პაციენტი იღებს წამალს და უზრუნველყოფილია შესაბამისი მედიკამენტების მიწოდება რეგულარულ საფუძველზე. ფხიზლად უნდა მიედევნოს თვალყური წამლების ბოროტად გამოყენებას.

ფსიქიკური აშლილობების ფსიქოფარმაკოლოგიურ მკურნალობას, სხვა ნებისმიერი მკურნალობის მსგავსად, აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები. ყველაზე გავრცელებული პრობლემებია:

- არაეფექტურობა, რაც ხშირად განაპირობებს თერაპიული რეკომენდაციებით გათვალისწინებული დოზების გადაჭარბებულ გამოყენებას;
- მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები, რომელთაგან ზოგიერთის აღმოჩენა არ არის რთული (პარკინსონიზმი, დისტონია) - ზოგიერთი გვერდითი მოვლენის აღმოჩენა შეიძლება ტესტირების (აგარანულოციტოზი, ჰიპერპროლაქტინემია), გამოკითხვის (სექსუალური დისფუნქცია)

ან მეორეულ სიმპტომებზე დაკვირვების (ჰირსუტიზმი, მეტაბოლური სინდრომი) მეშვეობით;

- სხვადასხვა მედიკამენტების კომბინაციის გამოყენების საჭიროება, როდესაც მნიშვნელობა ენიჭება სხვადასხვა პრეპარატებს შორის ურთიერთქმედებას: შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფარმაკოკინეტიკურ (აბსორბციის ხარისხის ცვლილება, მეტაბოლიზმი ან ექსკრეცია) და ფარმაკოდინამიკურ ურთიერთქმედებებს.

2.4 მკურნალობაზე თანხმობა ფსიქიატრიაში

ფსიქიატრიული პაციენტები, როგორც წესი, ისეთ პირობებში უნდა იმყოფებოდნენ, რომ შეეძლოთ თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობის გამოხატვა მკურნალობაზე. პირთა მოთავსება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არანებაყოფლობით საფუძველზე - სამოქალაქო თუ სისხლის სამართალწარმოების კონტექსტის მიუხედავად - არ უნდა ათავისუფლებდეს პერსონალს მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის მოპოვების მოვალეობისაგან.

ყველა ქმედუნარიანი პაციენტი, მიუხედავად იმისა, დაწესებულებაში მოთავსებულია ნებაყოფლობით თუ იძულებით, სრულად ინფორმირებული უნდა იყოს დანიშნული მკურნალობის თაობაზე და ჰქონდეს სხვა ნებისმიერ სამედიცინო ინტერვენციაზე უარის თქმის შესაძლებლობა. ამ ფუნდამენტური პრინციპიდან გადახვევა დასაშვებია მხოლოდ მკაფიოდ და მკაცრად განსაზღვრული განსაკუთრებული გარემოებების არსებობისას.⁷⁰

მკურნალობაზე თანხმობა კვალიფიცირდება როგორც თავისუფალი და ინფორმირებული მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი ეფუძნება სრულ და ზუსტ ინფორმაციას პაციენტის მდგომარეობისა და მისთვის შეთავაზებული მკურნალობის თაობაზე. ყველა პაციენტს სისტიმატურად უნდა მიენოდეოდეს ინფორმაცია თავისი მდგომარეობისა და დანიშნული მკურნალობის შესახებ.

მედიკამენტების გამოყენება აუცილებლობის შემთხვევაში (*pro re nata*) გამონაკლისი უნდა იყოს; ექიმს დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს ასეთი შემთხვევების თაობაზე, რათა მან შეძლოს გამოყენების პირობების გადამოწმება.⁷¹

70 CPT/Inf (2008)29, CPT/Inf (2012)11, CPT/Inf (2007)40

71 CPT/Inf (2012)34

შეზღუდვების გამოყენება ფსიქიატრიულ დანესებულებაში

სახელმძღვანელო მითითებები ფსიქიატრიულ დანესებულებებში შეზღუდვების გამოყენების თაობაზე მოცემულია ნამების პრევენციის კომიტეტის მე-16 ზოგადი ანგარიშის მატერიალურ ნაწილში.⁷² ფსიქიკური პრობლემების მქონე (და შესაძლოა აგრესიული) პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს მკაცრი ზედამხედველობისა და ექთნის მეთვალყურეობის ქვეშ, რასაც საჭიროების შემთხვევაში, თან ახლავს მედიკამენტური მკურნალობა. ყველა ფსიქიატრიულ დანესებულებაში უნდა არსებობდეს ყოვლისმომცველი პოლიტიკა შეზღუდვებთან დაკავშირებით. მნიშვნელოვანია პერსონალისა და მენეჯმენტის ჩართულობა შესაბამისი პოლიტიკის შემუშავებაში. ასეთი პოლიტიკა მკაფიოდ უნდა ასახავდეს ნებადართულ შეზღუდვით ღონისძიებებს, მათი გამოყენების პირობებსა და გამოყენებასთან დაკავშირებულ პრაქტიკულ ასპექტებს, ზედამხედველობასა და განსახორციელებელ ქმედებებს ღონისძიების შეწყვეტის შემთხვევაში. ამასთანავე, პოლიტიკა უნდა ითვალისწინებდეს სხვა ისეთ მნიშვნელოვან საკითხებს, როგორცაა: კადრების მომზადება, საჩივრების პოლიტიკა, შიდა და გარე ანგარიშგების მექანიზმები და შედეგების შეჯამება.

აღვზნებული ან აგრესიული პაციენტების კონტროლის სხვადასხვა მეთოდები არსებობს, რომელთა გამოყენება შეიძლება ცალ-ცალკე ან კომბინირებულად:

- თვალთვალი, რაც გულისხმობს პერსონალის მუდმივად ყოფნას პაციენტთან და საჭიროების შემთხვევაში, ინტერვენციის განხორციელებას;
- მანუალური კონტროლი;
- მექანიკური შეზღუდვა, როგორცაა: ქამარი, დამამშვიდებელი პერანგი ან საწოლი;
- ქიმიური საშუალებები (პაციენტისათვის წამლის მიცემა, ქცევის კონტროლის მიზნით, საკუთარი სურვილის საწინააღმდეგოდ);
- განმარტოება (არანებაყოფლობითი მოთავსება მარტო ჩაკეტილ ოთახში).

⁷² CPT/Inf (2006)35

კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებით შერჩეული მეთოდი ყველაზე პროპორციული უნდა იყოს იმ მეთოდებს შორის, რომლებიც ხელმისაწვდომია არსებულ ვითარებაში. პაციენტების შეზღუდვა შესაძლებელია მხოლოდ უკიდურესი ზომის სახით მყისიერი მოსალოდნელი დაზიანების თავიდან აცილების, მწვავე აღგზნებადობის და/ან ძალადობის შემცირების მიზნით. შეზღუდვითი ღონისძიებების სათანადო და სწორი გამოყენება მოითხოვს პირდაპირი, პირადი და უწყვეტი ზედამხედველობის უზრუნველყოფას პერსონალის მხრიდან. შეზღუდვითი ღონისძიების გამოყენების თითოეული შემთხვევა ნებადართული უნდა იყოს ექიმის მიერ ან მათ თაობაზე დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს ექიმს, შესაბამისი ღონისძიების დადასტურების მიზნით.

როდესაც გადაუდებელი მდგომარეობა აღარ არსებობს, რომელმაც განაპირობა შეზღუდვითი ღონისძიების გამოყენება, პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გათავისუფლდეს. არ შეიძლება შეზღუდვითი ღონისძიებების გამოყენება ხანგრძლივი პერიოდის (დღეების) განმავლობაში.

შეზღუდვითი ღონისძიებების გაუქმების შემდეგ მნიშვნელოვანია, შეჯამდეს შედეგები პაციენტთან მიმართებით, რაც იძლევა ღონისძიების მიზანშეწონილობის დასაბუთების შესაძლებლობას, შესაბამისად, ამცირებს ფსიქოლოგიურ ტრავმას ასეთი სიტუაციების გამო და აღადგენს ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობას. შეზღუდვითი ღონისძიებების გამოყენების პირობები არ უნდა აუარესებდეს პაციენტის ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

ადგილი, სადაც ხდება შეზღუდვითი ღონისძიებების გამოყენება, სპეციალურად უნდა იყოს აღჭურვილი ამ მიზნით - იყოს უსაფრთხო, ჰქონდეს სათანადო განათება და გათბობა, რაც ხელს უწყობს დამამშვიდებელი გარემოს შექმნას. პაციენტს უნდა ეცვას სათანადოდ და არ იყოს სხვა პაციენტების სმენისა თუ მხედველობის არეში. ღონისძიება გამოყენებული უნდა იქნეს შესაბამისი უნარ-ჩვევებისა და სიფრთხილის ზომების დაცვით, რათა საფრთხე არ შეუქმნას პაციენტის ჯანმრთელობას ან არ მიაყენოს მას ტკივილი. დაუშვებელია ისეთი სასიცოცხლო ფუნქციების ხელყოფა, როგორიცაა სუნთქვა ან კომუნიკაციის, ჭამისა და სმის უნარი. თუ პაციენტს აქვს კბენის, წოვის ან ფურთხვის

ტენდენცია, პოტენციური ზიანი თავიდან უნდა იქნეს აცილებული ისეთი ფორმით, რაც გამორიცხავს მისთვის პირის ამოვსებას.

უნდა შეიქმნას სპეციალური რეესტრი, რომელშიც აღინიშნება შეზღუდვითი ღონისძიების გამოყენების ყველა შემთხვევა. ასეთი რეესტრი უნდა არსებობდეს დამატებით, პაციენტის პირად სამედიცინო დოკუმენტაციასთან ერთად. რეესტრის ჩანაწერებში აღნიშნული უნდა იყოს ღონისძიების გამოყენების დაწყებისა და დამთავრების დრო, საქმის გარემოებები, ღონისძიების გამოყენების მიზეზები, იმ ექიმის სახელი, რომელმაც მიიღო გადაწყვეტილება ასეთი ღონისძიების გამოყენების თაობაზე ან დაეთანხმა ღონისძიების გამოყენებას, პაციენტის ან პერსონალის მხრიდან მიყენებულ ნებისმიერი დაზიანება.

შეზღუდვითი ღონისძიებების გამოყენების შემცირება გონივრულ მინიმუმამდე მოითხოვს დანერგებულებაში მოქმედი კულტურის შეცვლას. ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება მენეჯმენტს. თუ მენეჯმენტი ხელს არ უწყობს თანამშრომლებს და არ სთავაზობს მათ ალტერნატივას, ნაკლებად სავარაუდოა, შეიცვალოს შეზღუდვითი ზომების ხშირი გამოყენების დამკვიდრებული პრაქტიკა.

ფსიქიატრიული დახმარება გათავისუფლების შემდეგ

შესაბამისი ნაბიჯები უნდა გადაიდგას იმ პირთა დახმარების უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად, რომლებსაც ფსიქიატრიული მკურნალობა უტარდებათ. მართალია, ფსიქიატრიულ დანერგებულებაში მოთავსების მოთხოვნა აღარ არსებობს, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, პაციენტს შეიძლება დასჭირდეს მკურნალობა დაცულ გარემოში ან ისარგებლოს ასეთი გარემოთი.⁷³ აუცილებელია მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველყოფა პაციენტების საპატიმროში დაბრუნებისას.

2.5 თვითმკვლელობის (სუიციდის) პრევენცია

ციხეებში ფსიქიკური აშლილობის მაღალი მაჩვენებლის გათვალისწინებით, ციხის სამედიცინო სამსახური უნდა ზრუნავდეს ფსიქოპროფილაქსიაზე, მათ შორის, პატიმრობის გარკვეული

⁷³ CPT/Inf (98)12

ასპექტების უარყოფითი ფსიქოლოგიური შედეგების თავიდან აცილებაზე. აღიარებულია, რომ ეფექტიან პრევენციას შეუძლია ფსიქიკური დარღვევების რისკის შემცირება.⁷⁴

თვითმკვლელობის პრევენციის ორგანიზაციული ასპექტები

თვითმკვლელობის პრევენცია, ასევე მოითხოვს ინტერვენციას საზოგადოებრივი სექტორის ჯანდაცვის მხრიდან.⁷⁵ წამების პრევენციის კომიტეტმა თავის მე-3 ზოგადი ანგარიშში⁷⁶, რამდენიმე რეკომენდაცია შეიმუშავა, ამ კუთხით. ციხის მენეჯმენტი, მათ შორის, ციხის სამედიცინო სამსახურის უფროსი, უნდა უზრუნველყოფდეს მთელ დაწესებულებაში თვითმკვლელობის პრევენციის თაობაზე ინფორმირებულობის სათანადო დონესა და შესაბამისი პროცედურების ფუნქციონირებას.

თვითმკვლელობის პრევენციის აქტიური ძალისხმევაა საჭირო, მყარი მონიტორინგი, პატიმრებსა და პერსონალს შორის ნდობის განვითარების გზით. პრევენციის ძალისხმევა, სათანადო კოორდინაციის უზრუნველყოფის მიზნით, მიღებული უნდა იქნეს სათანადო ზომებით, კერძოდ, მულტიდისციპლინარული გუნდის რეგულარული და ხშირი შეხვედრები სპეციალისტების, ფსიქიატრებსა და პედაგოგების - აქტიური მონაწილეობის მეშვეობით.

თვითმკვლელობის მაღალი მაჩვენებლის შემთხვევაში, უნდა დაინერგოს თვითმკვლელობის პრევენციის ალტერნატიული ღონისძიებები, როგორცაა: მრავალმხრივი და მრავალფეროვანი აქტივობები, გაერთიანების შესაძლებლობები, გარე სამყაროსთან კავშირი და დამოკიდებულების ეფექტიანი, მულტიდისციპლინარული მკურნალობა.

თვითმკვლელობის რისკის იდენტიფიცირება

დაწესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო სკრინინგის გარდა, მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება მიღებისა და პირველი დღის

74 ფსიქიკური აშლილობების პრევენცია: ეფექტიანი ინტერვენციები და პოლიტიკის ალტერნატივები. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ანგარიში. ფსიქიკური ჯანდაცვისა და ტოქსიკომანიის საკითხებზე დეპარტამენტი ნიუჯმენისა და მასატრისეტის უნივერსიტეტების პრევენციის კვლევის ცენტრთან თანამშრომლობით, WHO (2004).

75 საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ღონისძიებები სუიციდის პრევენციისათვის, WHO (2012).

76 CPT/Inf (93)12.

პროცედურებს. მათი სათანადოდ შესრულების შემთხვევაში, შესაძლებელია, სულ მცირე, თვითდაზიანების რისკის ქვეშ მყოფ პირთა იდენტიფიცირება და გარკვეულწილად, ახალი პაციმრებისათვის დამახასიათებელი აღზნებადობის შემსუბუქება. სასამართლო განხილვამდე და განხილვის შემდგომი პერიოდები, ზოგიერთ შემთხვევაში, აგრეთვე გათავისუფლებამდე პერიოდი, უკავშირდება თვითმკვლელობის რისკის გაზრდას.⁷⁷

პერსონალის მომზადება თვითმკვლელობის რისკის ამოცნობაში

თვითმკვლელობის პრევენცია, მათ შორის, რისკის ქვეშ მყოფი პირების იდენტიფიცირება, არ უნდა წარმოადგენდეს მხოლოდ სამედიცინო სამსახურის კომპეტენციას. ციხის მთელი პერსონალი, რომელსაც შეეხება აქვს პაციმრებთან და უპირველესყოვლისა, ის თანამშრომლები, რომლებიც მუშაობენ დაწესებულებაში მიღებისა და განთავსების განყოფილებებში, უნდა იყოს მომზადებული თვითმკვლელობის რისკის ნიშნების ამოცნობის კუთხით.⁷⁸

თვითმკვლელობის რისკის შეფასება

ციხეში თვითმკვლელობის (და თვითდაზიანების) რისკის შეფასების მიზნით, უნდა დაინერგოს სტანდარტული სკრინინგის ალგორითმი. ასეთი ინსტრუმენტი, კერძოდ, უნდა უზრუნველყოფდეს, რომ სკრინინგის პროცესში სათანადოდ იქნეს გათვალისწინებული ნარკოტიკულ და/ან ალკოჰოლურ საშუალებებზე დამოკიდებულება, როგორც თვითმკვლელობის რისკის პოტენციური ზრდის ფაქტორები.

ნაბიჯები უნდა გადაიდგას იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ინფორმაცია თვითმკვლელობის ან თვითდაზიანების რისკის ქვეშ მყოფი პაციმრის თაობაზე სრულად და დროულად მიეწოდებოდეს ყველა იმ პირს, რომლებსაც ეკისრებათ პაციმარზე ზრუნვის მოვალეობა, მათ შორის, პაციმრის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში.

⁷⁷ CPT/Inf (2012)1.

⁷⁸ წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

თვითმკვლელობის რისკს ქვეშ მყოფ პირთა დახმარება

თვითმკვლელობის რისკის ქვეშ მყოფი პირების იდენტიფიცირების შემთხვევაში, მათ მიმართ, საჭიროებისამებრ, გათვალისწინებული უნდა იქნეს სპეციალური დაკვირვების სქემა. გარდა ამისა, ასეთ პირებს ხელი არ უნდა მიუწვდებოდეთ თვითმკვლელობის საშუალებებზე (საკანში ფანჯრის გისოსები, გატეხილი მინა, ქამარი ან თოკი). ყველა იდენტიფიცირებული პირი, რომელიც ქმნის თვითმკვლელობის რისკს, უნდა სარგებლობდეს კონსულტაციით, მხარდაჭერითა და შესაბამისი კომუნიკაციით.

პაციმარი, რომელიც ავლენს თვითმკვლელობის ან საკუთარი თავის მიმართ აგრესიული ქცევის სერიოზულ ნიშნებს, დაუყოვნებლივ უნდა იქნეს გადაყვანილი მწვავე ფსიქიკური აშლილობის განყოფილებაში სამკურნალოდ. პაციმრობაში დარჩენის შემთხვევაში, პირის მკურნალობასა და მასზე ზრუნვაზე ზედამხედველობას უნდა ახორციელებდეს სამედიცინო პერსონალი, რომელიც უზრუნველყოფს რეგულარულ სამედიცინო ვიზიტებსა და შემდგომ მკურნალობას.⁷⁹

2.6 ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემები ციხეში

პაციმრების მიერ თვითდაზიანება

პაციმართა მხრიდან თვითდაზიანების აქტები ხშირად ასახავს ფსიქოლოგიურ ან ფსიქიატრიული ბუნების მდგომარეობასა და პირობებს. მათ მიმართ უნდა იქნეს გამოყენებული თერაპიული და არა სადამსჯელო მიდგომა. ასეთი პაციმრების იზოლაცია (თუნდაც არ ითვლებოდეს დისციპლინურ ზომად), სავარაუდოდ, გაამწვავებს მათ ფსიქოლოგიურ ან ფსიქიატრიულ პრობლემებს. თვითდაზიანების ყველა შემთხვევა, უნდა შეფასდეს სამედიცინო კუთხით – დაუყოვნებლივ, ინციდენტის შემდეგ, დაზიანების დონისა და პაციმრის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის დადგენის მიზნით.⁸⁰

⁷⁹ CPT/Inf (2011)5.

⁸⁰ CPT/Inf (2009)35.

მოშიმშილეთა სამედიცინო მართვა ციხეში

ციხეში მოშიმშილეთა მართვა საკამათო საკითხია. მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე და მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მიერ 1991 წელს მალტაში მიღებული დეკლარაცია მოშიმშილეთა შესახებ, ითვალისწინებს ექიმის დისკრეციულ უფლებამოსილებას, როდესაც შიმშილობა პატიმრის სიცოცხლისათვის საშიში ხდება.⁸¹ პატიმრის სიცოცხლის უფლების უზრუნველყოფის მოვალეობასა და ინდივიდის ავტონომიის პატივისცემის მოვალეობას შორის წინააღმდეგობასთან დაკავშირებული პრობლემა უნდა გადაიჭრას სამედიცინო ეთიკის, ხოლო ზოგიერთ ქვეყანაში - კანონმდებლობის შესაბამისად. ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ საქმეზე *X v. Germany* გამოტანილ გადაწყვეტილებაში განაცხადა, რომ დაკავებული პირის შიმშილობამ შეიძლება გამოიწვიოს გარდაუვალი კონფლიქტი, პირის ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლებისა და კონვენციის მე-2 მუხლით გათვალისწინებული ხელშემკვრელი მხარის ვალდებულებას შორის - კონფლიქტი, რომელსაც თავად კონვენცია არ არეგულირებს.⁸² თუმცა, სასამართლომ მიიჩნია, რომ იმ სიტუაციაში, როდესაც კვების არაერთგზის იძულება არ არის განპირობებული დასაბუთებული სამედიცინო მოსაზრებებით, არამედ მიზნად ისახავს განმცხადებლის იძულებას, შეწყვიტოს პროტესტი და განხორციელდეს ისეთი ფორმით, რომელიც პატიმარს ზედმეტად დიდ ფიზიკურ ტკივილს აყენებს და ამცირებს მას, უთანაბრდება წამებას.⁸³

წამების პრევენციის კომიტეტმა აღნიშნული საკითხი ერთ-ერთ ანგარიშში ასახა.⁸⁴ სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს ეკისრებათ პატიმრობაში მყოფ პირზე ზრუნვის მოვალეობა, რომელიც მოიცავს პატიმრის სიცოცხლის უფლების დაცვას, მათ შორის, თვითმკვლელობის თავიდან აცილებას ან ნებისმიერ სხვა ქმედებას შესაბამისი პირის მიერ, რომელმაც, სავარაუდოდ უნდა გამოიწვიოს სიკვდილი ან შეუქცევადი ფიზიკური ზიანი. ამიტომ,

81 მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე; WMA: მალტის დეკლარაცია მოშიმშილეთა შესახებ (2006).

82 საქმე *X v. Germany* (1984) 7 EHRR 152.

83 *Ciorap v. Moldova* #12066/02, *Nevmerzhitsky v. Ukraine* #54825/00.

84 CPT/Inf (2007)10.

კვების შესახებ გადაწყვეტილება მოშიშვილე პაციმრის ნების წინააღმდეგ, პრინციპში, შეიძლება გამართლებული იყოს პაციმრისათვის შეუქცევადი ფიზიკური ზიანის მიყენების ან სიკვდილის გამოწვევის თავიდან აცილების მიზნით. მეორე მხრივ, დღეისათვის ევროპის უმეტესი ქვეყნებს ეროვნული კანონმდებლობის, აგრეთვე სამედიცინო ეთიკის შესახებ, საერთაშორისო კოდექსების თანახმად, ქმედუნარიან სრულწლოვან პირს შეუძლია უარი თქვას მკურნალობაზე, იმ შემთხვევაშიც კი თუ შესაძლებელია მისი გადარჩენა. შესაბამისად, პაციმართა შიმშილობის მართვაზე პასუხისმგებელი ორგანო შეიძლება ხშირად აღმოჩნდეს პოტენციურად ურთიერთსაპირისპირო ორი ღირებულების წინაშე: სიცოცხლის დაცვაზე ზრუნვის მოვალეობა და პაციმრის უფლება ფიზიკურ ხელშეუხებლობაზე (მისი უფლების ჩათვლით, უარი თქვას დანიშნულ მკურნალობაზე).

მინისტრთა R(1998)7 რეკომენდაცია განსაზღვრავს ძირითად პრინციპებს შიმშილობის საკითხთან დაკავშირებით:

- მოშიშვილებს უნდა განემარტოთ ობიექტურად, თუ რა მავნე ზიანს აყენებს მათი ქმედება მათ საკუთარ ფიზიკურ კეთილდღეობას, იმ ფორმით, რომ შეძლონ ხანგრძლივი შიმშილობის საფრთხის გააზრება;
- მოშიშვილეთა კლინიკური შეფასება უნდა განხორციელდეს მხოლოდ პირის წერილობითი ნებართვით, გარდა იმ შემთხვევისა, თუ მას აქვს მძიმე ფსიქიკური დარღვევები, რომლებიც საჭიროებს მის გადაყვანას ფსიქიატრიულ დანესებულებაში;
- იმ შემთხვევაში თუ ექიმის აზრით, მოშიშვილის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უარესდება, არსებითია, რომ აღნიშნული ფაქტის თაობაზე ექიმმა აცნობოს შესაბამის ორგანოებს და განახორციელოს ეროვნული კანონმდებლობითა და საერთაშორისო სტანდარტებით გათვალისწინებული ღონისძიებები.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის დეკლარაცია მოშიშვილეთა შესახებ შემდგომში უფრო დეტალურად განიხილავს აღნიშნულ საკითხს. მასში ნათქვამია, რომ ნამდვილი და ხანგრძლივი შიმშილობა დაკავშირებულია მოშიშვილეთა

სიკვდილის ან მათი ჯანმრთელობის სამუდამო დაზიანების რისკთან, ასევე მითითებულია იმ ფაქტზე, რომ მოშიმშილეებს, როგორც წესი, არ სურთ სიკვდილი, თუმცა ზოგიერთი მათგანი შეიძლება ამისათვის მზად იყოს მიზნის მისაღწევად. მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ შეიმუშავა მკაფიო სახელმძღვანელო მითითებები, თუ როგორ უნდა იმოქმედოს ექიმმა შიმშილობის შემთხვევაში:

- ექიმმა უნდა შეაფასოს და შეამოწმოს პირის გონებრივი შესაძლებლობები, რომ პირს რომელიც აპირებს შიმშილობას, არ არის გონებრივად ჩამორჩენილი, რაც სერიოზული ზიანს აყენებს პირის უნარს, მიიღოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილება. ძვირად ღირებული გონებრივი ჩამორჩენილობის მქონე პირები ვერ ჩაითვლებიან მოშიმშილეებად. მათ უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ფსიქიკური ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების შესაბამისად და არ უნდა მიეცეთ შიმშილობის ნებართვა, რაც საფრთხეს შეუქმნის მათ ჯანმრთელობას;
- შეძლებისდაგვარად ადრეულ ეტაპზე, ექიმმა უნდა მოიპოვოს იმ პირის დეტალური და ზუსტი სამედიცინო ისტორია, რომელსაც აპირებს შიმშილობას. ნებისმიერი სამედიცინო ჩვენება უნდა განემარტოს პირს. ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ მოშიმშილე აცნობიერებს, თუ რა ზიანი შეიძლება მიაყენოს შიმშილობამ მის ჯანმრთელობას და გააფრთხილოს ის მარტივ ენაზე თავისი ქმედების უარყოფითი მხარეების თაობაზე. ექიმმა ასევე უნდა აუხსნას თუ როგორ შეიძლება ჯანმრთელობის დაზიანების მინიმუმამდე დაყვანა ან ამ პროცესის დროში გახანგრძლივება, მაგალითად, სითხის მეტი რაოდენობის მიღებით. რადგან პირის გადაწყვეტილება შიმშილობის თაობაზე შეიძლება იყოს მომენტალური, მნიშვნელოვანია იმის უზრუნველყოფა, რომ პაციენტმა სრულად გააცნობიეროს შიმშილობის მოსალოდნელი შედეგები. სამედიცინო დახმარებაზე ინფორმირებული თანხმობის საუკეთესო პრაქტიკის შესაბამისად, ექიმმა უნდა უზრუნველყოს, რომ პაციენტი აცნობიერებს მისთვის მიწოდებულ ინფორმაციას პაციენტისათვის საპასუხო შეკითხვების დასმის გზით;

- შიმშილობის დაწყებისთანავე მოშიმშილეს უნდა ჩაუტარდეს საფუძვლიანი გამოკვლევა. მომავალი სიმპტომების მართვა, მათ შორის, რომლებიც არ არის დაკავშირებული შიმშილობასთან, სწრაფად უნდა იქნეს განხილული მოშიმშილესთან. ამასთანავე, შიმშილობის გაგრძელების შემთხვევაში, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული პირის ღირებულებები და სურვილები მკურნალობასთან დაკავშირებით;
 - ზოგჯერ მოშიმშილე თანხმობას აცხადებს ფიზიოლოგიური ხსნარის ინტრავენურ გადასხმაზე ან სხვა სახის მკურნალობაზე. გარკვეული სახის სამედიცინო ჩარევაზე უარი არ უნდა ხელყოფდეს სამედიცინო მომსახურების სხვა ასპექტებს, როგორცაა ინფექციების ან ტკივილის მკურნალობა;
 - ექიმი უნდა ესაუბროს მოშიმშილეებს განმარტოებით, ისეთ მანძილზე, რომ არ ესმოდეთ სხვა პირებს, მათ შორის, პატიმრებს. მნიშვნელოვანია მკაფიო კომუნიკაცია. საჭიროების შემთხვევაში, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს თარჯიმანი, რომელსაც არანაირი კავშირი არ ექნება დაკავების განმახორციელებელ ორგანოებთან და რომელსაც მოეთხოვება კონფიდენციალობის დაცვა;
 - ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ უარი საკვებსა და მკურნალობაზე პირის ნებაყოფლობითი არჩევანია. მოშიმშილეები უნდა დაცული იყვნენ იძულებისაგან. ხშირად ექიმს შეუძლია ხელი შეუწყოს ამ მიზნის მიღწევას. მან უნდა იცოდეს, რომ იძულებას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სხვა პატიმრების, ხელისუფლების ორგანოების ან სხვა პირების, მაგალითად, ოჯახის წევრების მხრიდან. ექიმებს ან სხვა სამედიცინო პერსონალს არ შეუძლია გაუმართლებელი ზენოლის განხორციელება მოშიმშილეზე შიმშილობის შეწყვეტის მიზნით. მოშიმშილის მკურნალობა ან მისთვის დახმარების აღმოჩენა არ უნდა იყოს დამოკიდებული შიმშილობის შეწყვეტაზე;
 - თუ ექიმს საკუთარი სინდისის გამო არ შეუძლია დაიცვას მოშიმშილის უარი, მკურნალობაზე ან ხელოვნურ კვებაზე, ექიმმა ეს მკაფიოდ უნდა დააფიქსიროს თავიდანვე და მოშიმშილე გადაამისამართოს მეორე ექიმთან, რომელიც მზად არის დაიცვას მოშიმშილის უარი;
-

-
- ექიმებსა და მოშიმშილეებს შორის უწყვეტ კომუნიკაციას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ექიმი ყოველდღიურად უნდა არკვევდეს პირს, სურს თუ არა შიმშილობის გაგრძელება და რა უნდა, რომ გაკეთდეს მასთან მიმართებით, ხოლო როდესაც ვეღარ შეძლებს კომუნიკაციას, ეს დასკვნები სათანადოდ უნდა იქნეს დაფიქსირებული;
 - როდესაც ექიმი შეუდგება მოვალეობების განხორციელებას, მოშიმშილეს შეიძლება უკვე დაკარგული ჰქონდეს გონებრივი შესაძლებლობები და შესაბამისად, აღარ იყოს სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებით ინდივიდის სურვილების განხილვის საშუალება მისი სიცოცხლის შენარჩუნების მიზნით. მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მოშიმშილის მხრიდან გაკეთებული ნებისმიერი წინასწარი მითითება. მკურნალობის მოთხოვნაზე წინასწარ უარის თქმა უნდა დაცული იქნეს, თუ იგი ასახავს ქმედუნარიანი პირის ნებაყოფლობით სურვილს. გათვალისწინებული უნდა იქნეს პაციმრობის პირობებში, წინასწარი მითითებები ზენოლის ქვეშ მიცემის შესაძლებლობა. როდესაც ექიმს სერიოზული ეჭვი აქვს ინდივიდის განზრახვასთან დაკავშირებით, დიდი სიფრთხილით უნდა გამოავლინოს ნებისმიერი მითითება. თუმცა, ინფორმირებული და ნებაყოფლობითი წინასწარი მითითებები მხოლოდ იმ შემთხვევაში კარგავს ძალას თუ ის სიტუაცია, რომელშიც მიღებული იქნა გადაწყვეტილება, რადიკალურად შეიცვლება მას შემდეგ, რაც ინდივიდი არაქმედუნარიანი გახდება;
 - თუ შეუძლებელია ინდივიდთან საუბარი და არ არსებობს რაიმე წინასწარი მითითებები, ექიმმა უნდა იმოქმედოს იმის მიხედვით თუ რა მიზნით ჩათვლის საჭიროდ, პირის ინტერესების საუკეთესო დაცვა. ეს გულისხმობს მოშიმშილეთა წინასწარ გამოთქმული სურვილის, მათი პიროვნული და კულტურული ფასეულობების, აგრეთვე მათი ფიზიკური ჯანმრთელობის გათვალისწინებას. თუ არ არსებობს მოშიმშილეთა მხრიდან წინასწარ გამოთქმული სურვილები, ექიმმა უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება, მესამე მხარის ჩარევის გარეშე კვების უზრუნველყოფა;
-

- ექიმმა შეიძლება მიზანშეწონილად მიიჩნიოს, არ დაიცვას მკურნალობაზე უარის თქმის შესახებ წინასწარ მიცემული მითითება, რადგან, მაგალითად, იგი შესაძლოა ზენოლის ქვეშ იყოს მიცემული. თუ გონებრივი შესაძლებლობების აღდგენის შემდეგ მოშიმშილე განაგრძობს შიმშილობას, რათა მიაღწიოს თავის მიზანს, პატივი უნდა ეცეს მის გადანყვეტილებას. ეთიკურია რომ, შეუპოვარ მოშიმშილეს მიეცეს ღირსეულად გარდაცვალების საშუალება, ვიდრე ჩაუტარდეს განმეორებითი ინტერვენციები მისი ნების საწინააღმდეგოდ;
- ხელოვნური კვება შესაძლოა ეთიკურად მისაღები იყოს ქმედუნარიანი მოშიმშილის თანხმობის შემთხვევაში, ასევე იმ შემთხვევაში, თუ არაქმედუნარიანმა პირმა წინასწარი მითითებები ზენოლის გარეშე განაცხადა;
- იძულებითი კვება არასოდეს შეიძლება იყოს ეთიკურად მისაღები, თუნდაც კეთილ ზრახვებს ემსახურებოდეს. კვება, რომელსაც თან სდევს მუქარა, იძულება, ძალადობა ან ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება, ის არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობის ფორმას წარმოადგენს. ასევე მიუღებელია ზოგიერთი პატიმრის იძულებითი კვება მოშიმშილეთა დაშინების ან იძულების მიზნით, რათა შეწყვიტონ შიმშილობა.

როგორც ჩანს, მსოფლიო სამედიცინო ორგანიზაცია იძულებით კვებას ეთიკურად მიუღებლად მიიჩნევს. არსებობს ღირებულებათა კონფლიქტი, სიცოცხლის დაცვის მიზნით ზრუნვის, მოვალეობის და ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლებას შორის. თუმცა, ექიმებმა თავიდან უნდა აიცილონ ნებისმიერი ქმედება, რომელიც შეიძლება გაუთანაბრდეს წამებას ან არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობას.

თუ, მიუხედავად ამისა, მიღებული იქნება გადანყვეტილება მოშიმშილე პატიმრის იძულებით კვების თაობაზე, იგი უნდა ეფუძნებოდეს სამედიცინო აუცილებლობას და განხორციელდეს შესაბამისი პირობების დაცვით, რომლებიც ასახავს ღონისძიების სამედიცინო ხასიათს. გადანყვეტილების მიღების პროცესი უნდა განხორციელდეს დადგენილი წესით, რომელიც ითვალისწინებს საკმარის გარანტიებს, მათ შორის, დამოუკიდებელი სამედიცი-

ნო გადაწყვეტილების მიღებას. მოშიმშილე პაციმრის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ფსიქიატრიული შეფასება შეიძლება სასარგებლო იყოს იმ საქმეების განხილვისას, რომლებზეც საკვებზე უარის მიზეზი ფსიქოლოგიური მოსაზრებებია. ამასთანავე, ფსიქიატრიული შემონმება შიმშილობის პერიოდის განმავლობაში ეხმარება სამედიცინო ჯგუფს, გამოავლინოს ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესება, რამაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს მოშიმშილის შესაძლებლობებზე, გააკეთოს სათანადოდ ინფორმირებული არჩევანი თავის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობასთან მიმართებით. უნდა არსებობდეს სამართლებრივი მექანიზმები, ხოლო გადაწყვეტილების განხორციელების ყველა ასპექტი სათანადო კონტროლს ექვემდებარებოდეს. მეთოდები იძულებით კვების აღსასრულებლად არ უნდა იყოს ზედმეტად მტკივნეული და უნდა ეფუძნებოდეს სათანადო უნარ-ჩვევებისა და მინიმალური ძალის გამოყენებას. იძულებითი კვება შეძლებისდაგვარად მინიმალურად ხელმყოფი უნდა იყოს, მოშიმშილე პაციმრისათვის.

სექსუალურ მოძალადეთა მკურნალობა ციხეში

სექსუალური გადახრების მქონე პაციენტების მკურნალობა, მისი მეთოდის მიუხედავად, ყოველთვის უკავშირდება კლინიკური და ეთიკური დილემების გადაწყვეტას. ძირითადი ეთიკური საკითხები სექსუალური ძალადობის ჩამდენ, მათ შორის, სექსუალური გადახრების მქონე პირებთან მიმართებით შეიძლება მოითხოვდეს საზოგადოებრივი უსაფრთხოებისა და აგრეთვე, პროფესიული ორიენტაციის გათვალისწინების აუცილებლობას სასჯელის განსაზღვრისას, მკურნალობისაგან განსხვავებით, მაშინაც კი, როდესაც მკურნალობა სათანადოა და ეფექტური.⁸⁵

წამების პრევენციის კომიტეტმა რამდენიმე ანგარიშში ყურადღება გაამახვილა აღნიშნულ საკითხზე.⁸⁶ კომიტეტის რეკომენდაციების შეჯამება შესაძლებელია შემდეგი სახით:

85 ზოლდენი პ., „მკურნალობა: მოხმარება, ზოროტად გამოყენება და თანხმობა“. *კრიმინალური ქცევა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა* 1(1991), 130-41; ზერლინი ფ., „სქესობრივი ძალადობის ჩამდენ პირთა მკურნალობა და კანონმდებლობა“. *ფსიქიატრიისა და კანონმდებლობის ამერიკული აკადემიის ჟურნალი* 31(2003), 510-13; ვორდი ტ., განონი ტ.ა. და ბირგდენი ა., „ადამინის უფლებები და სქესობრივი ძალადობის ჩამდენ პირთა მკურნალობა“. *სქესობრივი ძალადობა* 19/3 (2007), 195-204; ელგერი ბ.ს., კვლევა პაციმართა შესახებ: კონსენსუსი და აზრთა სხვადასხვაობა საერთაშორისო და ევროპულ რეგულაციებში“, *ბიოეთიკა* 22 (2008), 224-38.

86 CPT/Inf (2009)8; (2011)20.

- დანაშაულის განმეორებით ჩადენის წინააღმდეგ მიმართული ზომები, არასოდეს უნდა ეფუძნებოდეს მხოლოდ ეფექტურობას. დანაშაულის რეციდივის შემცირებაზე ვინრო ფოკუსირებამ შეიძლება გზა გაუხსნას ადამიანის უფლებების სერიოზულ დარღვევებს. უნდა არსებობდეს მკურნალობის სხვადასხვა ალტერნატივები, ფსიქოთერაპიის (მათ შორის, ჯგუფური თერაპია), ფარმაკოთერაპიის (მათ შორის ანტიანდროგენული თერაპია) ან ორივეს ერთდროული გამოყენების ჩათვლით;
- ნებისმიერი სახის მკურნალობის დაწყებამდე, მიღებული უნდა იქნეს პირის თავისუფალი და ინფორმირებული წერილობითი თანხმობა ფარმაკოთერაპიის (მათ შორის, ანტიანდროგენული მკურნალობის) დაწყებამდე, რაც ასევე უნდა ითვალისწინებდეს ნებისმიერ დროს მკურნალობაზე უარის თქმის საშუალებას. პაციმარს დეტალურად უნდა განემარტოს (მათ შორის, წერილობითი ფორმით) მკურნალობის მიზანი და შესაძლო გვერდითი მოვლენები, აგრეთვე მკურნალობაზე უარის თქმის შედეგები.

ანტიანდროგენული მკურნალობა ყოველთვის უნდა ეფუძნებოდეს საფუძვლიან ინდივიდუალურ ფსიქიატრიულ და სამედიცინო შეფასებას. ასეთი მკურნალობა მხოლოდ ნებაყოფლობითი უნდა იყოს. უნდა ჩამოყალიბდეს ამომწურავი და დეტალური პროცედურა დამატებითი გარანტიების ჩათვლით: ასეთ მკურნალობაში ჩართვისა და გამორიცხვის კრიტერიუმები; სამედიცინო შემოწმება მკურნალობამდე, მკურნალობის განმავლობაში და მისი დამთავრების შემდეგ; საზოგადოებრივ სექტორში კონსულტაციაზე, მათ შორის, დამოუკიდებელ ალტერნატიულ სამედიცინო დასკვნაზე ხელმისაწვდომობა და მკურნალობის რეგულარული შეფასება დამოუკიდებელი სამედიცინო ორგანოს მიერ. ანტიანდროგენული პრეპარატების გამოყენება უნდა ერთვოდეს ფსიქოთერაპიასა და სხვა სახის კონსულტაციებს განმეორებითი დანაშაულის შემდგომი რისკის შესამცირებლად. უფრო მეტიც, ანტიანდროგენული მკურნალობა არ უნდა იყოს სექსუალური ძალადობის ჩამდენ პირთა გათავისუფლების ზოგადი პირობა, არამედ უნდა განხორციელდეს შერჩეულ პირებთან მიმართებით ინდივიდუალური შეფასების საფუძველზე.

ქირურგიული კასტრაცია არის შეუქცევადი ფიზიკური ეფექტის

მქონე ინტერვენცია, რომელიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ ზემოქმედებას ახდენს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. გარდა ამისა, არ არსებობს იმის გარანტია, რომ მიღწეული შედეგი (ტესტოსტერონის დონის შემცირება) ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში იქნება შენარჩუნებული. განმეორებითი დანაშაულის მაჩვენებლის შემცირების ლეგიტიმური მიზანი დაბალანსებული უნდა იყოს ეთიკური მოსაზრებებით ინდივიდის ფუნდამენტურ უფლებებთან დაკავშირებით.⁸⁷ ქირურგიული კასტრაცია აღარ ითვლება საყოველთაოდ აღიარებულ სამედიცინო ინტერვენციად სექსუალური ძალადობის ჩამდენ პირთა სამკურნალოდ. შეუქცევადი სამედიცინო ჩარევა არასდროს უნდა განხორციელდეს პატიმართა ან სხვა დაკავებულ პირთა მიმართ თუ მკაფიოდ არ არის განპირობებული სამედიცინო ჩვენებით.

2.7 ორმაგი დიაგნოზი ციხეებში

არსებული მონაცემებით, პატიმართა დაახლოებით 3-11%-ს აღენიშნება ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები (როგორცაა ფსიქოზური აშლილობა ან გუნება-განწყობის (აფექტური აშლილობა), რომლებსაც თან ერთვის ალკოჰოლის ან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებით გამოწვეული პრობლემები.⁸⁸

ტერმინი „ორმაგი დიაგნოზი“ მოიცავს ფართო სპექტრის პრობლემებს, რომლებსაც აერთიანებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემები. ორმაგ დიაგნოზს შეიძლება განსხვავებული მნიშვნელობა ჰქონდეს სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურებისათვის, თუმცა ყველაზე ფართოდ გავრცელებულია ოთხი კომბინაცია:

- ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პირველადი პრობლემა, რომელიც იწვევს ნარკოტიკული ნივთიერებების გამოყენების პროვოცირებას (მაგალითად, შიზოფ-

⁸⁷ ალექსანერი მ., გუნი მ., კუკი დ., ა.გ., ტელორი პ.ი. და ფინჩი ი., „სქესობრივი ძალადობის ჩამდენ პირთა მიმართ ნებადართული უნდა იყოს თუ არა ქირურგიული კასტრაცია?“ *ბრიტანეთის სამედიცინო ჟურნალი*, 307 (1993), 790.

⁸⁸ ედენსი ი.ფ., პიტერსი რ.პ. და ჰილსი ჰ.ა., „თანმდევი აშლილობის მქონე პატიმართა მკურნალობა: არსებული პროგრამების კომპლექსური მიმოხილვა“, *ქვევითი მეცნიერება და კანონი*, 15/4 (1997), 439-57.

რენით დაავადებული პირი, რომელიც აღმოაჩენს, რომ ჰერონი ამცირებს ზოგიერთ სიმპტომს);

- ნარკოტიკული ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება და/ან აბსტინენციის სინდრომი, რაც იწვევს ფსიქიატრიულ სიმპტომებს ან ავადმყოფობას (დეტოქსიკაციის შემდგომი დეპრესიის გაჩენა, უძილობა და ცუდი განწყობა);
- ფსიქიატრიული პრობლემა, რომელიც უარესდება ნარკოტიკული ნივთიერების ბოროტად გამოყენების შედეგად (მძიმე შფოთვითი აშლილობის მქონე პირი, რომელიც სხვებისაგან საფრთხეს ელოდება და კანაფს იყენებს დასამშვიდებლად, მაგრამ აღმოაჩენს, რომ კანაფს შეუძლია პარანოიის გამძაფრება, რაც ხელს უწყობს ფსიქოზის გამწვავებას);
- ნარკოტიკული ნივთიერების ბოროტად გამოყენება და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, რომლებიც, ერთი შეხედვით, არ არის ერთმანეთთან კავშირში (პირი, რომელსაც აწუხებს შფოთვითი აშლილობის პრობლემა, რასაც არც ამსუბუქებს და არც აუარესებს ნარკოტიკული ან ალკოჰოლური საშუალებების გამოყენება).

მიუხედავად ამისა, როდესაც ციხეში ნაკლებად მიუწვდებათ ხელი უკანონო ნარკოტიკებზე, პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა შეიძლება სტაბილური აღმოჩნდეს. მეორე მხრივ, ნაკლებად მასტიმულირებელმა გარემომ, როგორცაა ციხე, შეიძლება შეუმჩნეველი გახადოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის კუთხით არსებული პრობლემები. ნარკოტიკების თუნდაც დაბალ ან საშუალო დონეზე გამოყენებამ (შედარებით მცირე და იშვიათი მოხმარების ნარკოტიკები, როგორცაა კანაფი ან ამფეტამინი), რაც არ არის პრობლემური ნარკოტიკების მომხარებელთა დიდი უმრავლესობისათვის, შეიძლება მავნე ზეგავლენა მოახდინოს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერიოზული პრობლემების მქონე პირებზე. საჭიროა სხვადასხვა სახის ინტერვენცია ალკოჰოლსა და ყველა ნარკოტიკზე დამოკიდებულების შეწყვეტის, ასევე ოპიოიდური დამოკიდებულების მართვისა და ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემის რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით.⁸⁹

⁸⁹ ციხეებში ორმაგი დიაგნოზის მართვის სახელმძღვანელო, ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ლონდონი (2009).

- ოპიატურ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა მდგომარეობა, რომლებიც ხვდებიან ციხეში ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერიოზული პრობლემებით, უნდა დასტაბილურდეს და არ უნდა მოხდეს მათი დეტოქსიფიკაცია, სულ მცირე, ორი კვირის განმავლობაში. თავიდან უნდა იქნას აცილებული სწრაფი დეტოქსიფიკაცია;
- ბენზოდიაზეპინის შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოზის სიმპტომების გაჩენა; პაციენტები, რომლებსაც წარსულში აღენიშნებოდათ აზროვნების დარღვევა, შეიძლება უფრო დაუცველი აღმოჩნდნენ ამ ეფექტის მიმართ. შეიძლება საჭირო იყოს სტაბილიზაციის პერიოდი დიაზეპამის დოზის შემდგომ შემცირებამდე. ბენზოდიაზეპინების შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს შფოთვა და თვითდაზიანება; მართებულია სტაბილიზაციის მიღწევა თანდათანობითი შემცირებით;
- სტიმულატორების შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს ხანმოკლე, თუმცა ზოგჯერ ღრმა დეპრესია. შეიძლება ერთი კვირიდან რამდენიმე თვემდე დასჭირდეს ამ პრობლემის მოგვარებას, რადგან ცენტრალური ნერვული სისტემა ფიზიოლოგიურად განიცდის ადაპტაციას შეცვლილ ქიმიურ გარემოში. ამ პერიოდის განმავლობაში პაციმარი შეიძლება აღმოჩნდეს თვითმკვლელობის ან თვითდაზიანების გაზრდილი რისკის წინაშე. გარდა ამისა, სტიმულატორების გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოზური ეპიზოდი („ამფეტამინის ფსიქოზი“). სტიმულატორების გამოყენების შეწყვეტა, ძილი და კვება, როგორც წესი, ამარცხებს ამ პრობლემას. ამავდროულად, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ სტიმულატორების გამოყენება გავრცელებულია იმ პირთა შორის, რომლებიც განიცდიან ქრონიკულ მონყენილობას ან აქვთ მაღალი ბარიერული სტიმული, რაც ახასიათებთ პიროვნული აშლილობის, კერძოდ, მოსაზღვრე ან ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის, მქონე პირებს. ამდენად, მკურნალობის დაგეგმვისათვის მნიშვნელოვანია ძირითადი პიროვნული აშლილობის იდენტიფიცირება.

ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირთა ჯგუფური მკურნალობა სფრთხილეს მოითხოვს. ბევრ ადამიანს, რომლებიც განიცდიან

მნიშვნელოვან სირთულეებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, ბავშვობაში ან უახლოეს წარსულში გადატანილი აქვს დიდი ტრავმა. გარკვეულწილად, მათ ასევე, სავარაუდოდ, აქვთ სოციალიზაციის პრობლემა. ეს საკითხები განსაკუთრებით აქტუალურია პიროვნული აშლილობის მქონე პირებთან მიმართებით. შესაბამისად, ჯგუფური ან ინდივიდუალური მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას მნიშვნელოვანია ფრთხილი და სრული შეფასება და ფსიქოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინება.

2.8 პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტები

ტერმინი „პიროვნული აშლილობა“ ძირითადად გამოიყენება ცხოვრების ყოველდღიური პრობლემების დაძლევის ასაღწერად საკუთარ თავთან, სხვებთან და მსოფლიოსთან მიმართებით. ითვლება, რომ პიროვნული აშლილობა გენეტიკური და გარემო ფაქტორების ურთიერთკავშირისა და ადრეული განვითარების შეწყვეტის შედეგია.

პიროვნული დარღვევები ფართოდ არის გავრცელებული საზოგადოებაში. ეპიდემიოლოგიური კვლევების თანახმად, ადამიანების 5-13%-ს აღენიშნება პრობლემები, რომლებიც აკმაყოფილებს პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს. ეპიდემიოლოგიური კვლევები ასევე მიუთითებს, რომ პიროვნული აშლილობების მქონე ადამიანების 20-50% ბოროტად იყენებს ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს, ხოლო იმ პირთა 5-30%, რომლებიც აღრიცხული არიან ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებად, აღენიშნებათ პიროვნული აშლილობა.

ციხის ჯანდაცვის სისტემაში პაციენტებს შორის ყოველთვის იქნებიან გარკვეული რაოდენობის გაუნონასწორებელი, მარგინალური პირები, რომელთაც წარსულში გადატანილი აქვთ ოჯახური ტრავმები, აღენიშნებოდათ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ნამალდამოკიდებულება, კონფლიქტი ხელისუფლების ორგანოებთან ან სხვა სოციალური პრობლემები. ისინი შეიძლება იყვნენ აგრესიული, ჰქონდეთ მიდრეკილება თვითმკვლელობისაკენ ან ახასიათებდეთ მიუღებელი სექსუალური ქცევა, უმეტესი დროის განმავლობაში ვერ აკონტროლებდნენ ან არ ზრუნავდნენ

საკუთარ თავზე. ციხის შესახებ კვლევები აჩვენებს, რომ პიროვნული აშლილობა პატიმართა დაახლოებით 50-78%-ს აღენიშნება.⁹⁰ პატიმართა შორის პიროვნული აშლილობა გამოწვევას წარმოადგენს. შედარებით მცირე რაოდენობის პატიმრებისათვის, რომლებსაც პიროვნული აშლილობების ყველაზე მძიმე ფორმები აქვს, ის უკავშირდება ზიანის სერიოზულ რისკს საკუთარ თავსა და სხვებთან მიმართებით. ასეთ დამნაშავეებს აქვთ უაღრესად რთული ფსიქოლოგიური საჭიროებები, რაც ქმნის გამონწვევებს მათი მართვის, მკურნალობისა და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს შენარჩუნების თვალსაზრისით.

სპეციალიზებულმა სამსახურებმა გამოავლინეს ყველაზე რთული დამნაშავეების უსაფრთხოდ და კონსტრუქციულად მართვისა და მაღალი ხარისხის თერაპიული მიდგომების შემუშავების უნარი; შედეგად, მნიშვნელოვნად შემცირდა განხილულ საქმეთა რაოდენობა და ძალადობრივი ინციდენტები. შემუშავებული იქნა სახელმძღვანელო პრინციპები პიროვნული აშლილობების მკურნალობისა და მართვის კუთხით⁹¹, რაც ხელს უწყობს ასეთი კატეგორიის პატიმრებისათვის სერვისების დაგეგმვას. ორიენტირს უნდა წარმოადგენდეს დანაშაულებრივი ქცევის, ძალადობის, აგრესიისა და ნარკოტიკული ნივთიერების ბოროტად გამოყენების შემცირება.

ფსიქოპატიით დაავადებული პირები, აგრეთვე ის პირები, რომლებიც აკმაყოფილებენ საშიში და მწვავე პიროვნული აშლილობის კრიტერიუმებს, წარმოადგენს იმ ადამიანთა მცირე ნაწილს, რომლებსაც ანტისოციალური პიროვნული დარღვევები აღენიშნებათ. თუმცა ისინი ძალიან მაღალი რისკის წინაშეაყენებენ სხვა პირებს და სოციალური მომსახურების მნიშვნელოვან ნაწილს მოიხმარენ. შემეცნებითი და ქცევითი ინტერვენციები,

90 კოიდი ჯ. და იანგი მ., „პიროვნული აშლილობის პრევალენტობა და კორელაცია დიდ ბრიტანეთში“, *ბრიტანეთის ფსიქიატრიის ჟურნალი*, 188 (2006), 423-31; ლაინჰენი მ., შმიდტი ჰ. და სხვები, „დიალექტიკური ქვევის თერაპია მოსაზღვრე პიროვნების აშლილობის მქონე და ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პაციენტებში“, *ამერიკის ნარკოლოგიური ჟურნალი*, 8/4 (1999), 279-92; ნეისი ე., დავისი კ. და გასპარი ჯ., „ღერძი II - თანმდევი დაავადებები ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პირთა შორის“, *ამერიკის ფსიქიატრიის ჟურნალი*, 148 (1991), 118-20; სინგელტონი ნ., მელტზერი ჰ. და გატვარდი რ.: *ფსიქიატრიული სიკვდიალისებობა პატიმართა შორის ინგლისსა და უელსში*, ლონდონი: ეროვნული სტატისტიკის დეპარტამენტი (1998).

91 NICE-ს კლინიკური გაიდლაინები: *ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა: მკურნალობა, მართვა, პრევენცია*. NHS (2009); NICE-ს კლინიკური გაიდლაინები, *მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა: NICE-ს სახელმძღვანელო მითითებები მკურნალობისა და მართვის თაობაზე*. ბრიტანეთის ფსიქოლოგთა საზოგადოება/ფსიქიატრთა სამეფო კოლეჯი (2009).

მაგალითად, შეიძლება მიმართული იყოს შეურაცხყოფის მიყენებისა და სხვა ანტისოციალური ქცევის შემცირებისაკენ. ასეთი ჩარევა მორგებული უნდა იყოს აღნიშნულ ჯგუფზე და ითვალისწინებდეს განსხვავებულ ინდივიდუალურ და ჯგუფურ მუშაობას, იყოს ხანგრძლივი, ექვემდებარებოდეს შემდგომში განვითარებასა და მკაცრ მონიტორინგს.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები არ უნდა იქნეს გამოყენებული რუტინულად პიროვნული აშლილობის ან მასთან დაკავშირებული აგრესიის, რისხვისა და იმპულსურობის მკურნალობის მიზნით. თუმცა შესაძლოა აუცილებელი იყოს ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები თანმდევი ფსიქიკური აშლილობებისათვის, კერძოდ, დეპრესიისა და შფოთვისათვის. თანმდევ ფსიქიკურ აშლილობათა მკურნალობის დაწყებისა და განხილვისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს შეჩვევის საკითხსა და ბოროტად გამოყენებისა და გადაჭარბებული დოზირების რისკებს.

ნებისმიერი თანმდევი აშლილობის მკურნალობა უაღრესად მნიშვნელოვანი და აუცილებელია იმის მიუხედავად, პირს უტარდება თუ არა მკურნალობა პიროვნულ აშლილობაზე, რადგან თანმდევ აშლილობათა ეფექტიანმა მკურნალობამ შეიძლება შეამციროს ფსიქოპათიასთან ან მძიმე პიროვნულ აშლილობასთან დაკავშირებული რისკი.

პერსონალმა, რომელსაც შეხება აქვს ანტისოციალური პიროვნული აშლილობების მქონე პირებთან, უნდა გაითავისოს, რომ დადებითი და წამახალისებელი მიდგომა უფრო წარმატებული იქნება, ვიდრე სადამსჯელო მიდგომის გამოყენება პაციენტების მკურნალობის პროცესში ჩართვისა და შენარჩუნებისათვის. პერსონალმა უნდა შეისწავლოს ოპტიმიზმისა და იმედის ატმოსფეროში მკურნალობის ალტერნატივები, აუხსნას პაციენტებს, რომ გამოჯანმრთელება შესაძლებელი და მიღწევადია. მათ უნდა დაამყარონ ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობები, მუშაობდნენ ღიად და ობიექტურად, იყვნენ თანმიმდევრული და საიმედო. ასეთ პაციენტებთან მომუშავე პერსონალი უნდა იყოს კვალიფიციური, უზრუნველყოფილი იყოს სათანადო მხარდაჭერით და, სასურველია, ექვემდებარებოდეს გარე ზედამხედველობას. ეს კი ხელს შეუწყობს ემოციური სტრესისა და პერსონალის გადაღლის პრევენციას.

3. აივ ინფექცია/შიდსისა და B/C ჰეპატიტის გავრცელების პრევენცია ციხეში

3.1 ეპიდემიოლოგიური ფონი

მიუხედავად იმისა, რომ ახალი აივ ინფექციის შემთხვევები და შიდსთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი გასული ათწლეულის განმავლობაში შემცირდა მთელ მსოფლიოში, ახალი აივ ინფექციის შემთხვევები და შიდსთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 25%-ზე მეტით გაიზარდა იმავე პერიოდისათვის აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში. 2000 წლიდან აივ ინფექციით დაავადებულთა რაოდენობა ამ რეგიონში სამჯერ გაიზარდა. დინამიური ეპიდემია ძირითადად გავრცელებულია ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის: სულ მცირე, დაახლოებით 3.7 მილიონი ადამიანიდან, ვინც ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელია ამ რეგიონში, ერთ მეოთხედს აქვს აივ ინფექცია.⁹² არსებული ინფორმაციით, ჩ ჰეპატიტის ვირუსის მაჩვენებელი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის 40-90%-ია.⁹³

ბევრ ქვეყანაში პატიმართა რაოდენობის გაზრდა მნიშვნელოვანწილად განაპირობა სამართალდამცავთა გააქტიურებამ ნარკოტიკების უკანონოდ მინოდების, ფლობის ან მოხმარების წინააღმდეგ, რასაც თან სდევს ნარკოტიკების მომხმარებელი პატიმრების რაოდენობის გაზრდა. პატიმართა დაახლოებით 30%-ს აქვს წარსულში ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარების გამოცდილება. ეს არის ძირითადი მიზეზი, რის გამოც აივ ინფექცია და C და B ჰეპატიტის გავრცელების მაჩვენებელი პატიმართა შორის თითქმის 30-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე იმავე ასაკის ადამიანებს შორის საზოგადოებრივ სექტორში. აქედან გამომდინარე, ციხე უნდა ჩაითვალოს პარენტერალური გზით სისხლის მეშვეობით და/ან სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების ეპიდემიოლოგიურ ეპიცენტრად რამდენიმე მიზეზის გამო:

- ციხეებში კონცენტრირებულია ნარკოტიკების ინტრავენური მოხმარების, საერთო საინექციო ინსტრუმენტების,

⁹² UNAIDS: ანგარიში აივ ინფექცია/შიდსის გლობალური ეპიდემიის თაობაზე, 2010 (ნოემბერი, 2010)

⁹³ EMCDDA (ნარკოტიკებსა და ნარკოდამოკიდებულებაზე მონიტორინგის ევროპული ცენტრი)

საერთო ინსტრუმენტებით ტატუირებისა და დაუცველი გაუკულმართებული სქესობრივი კავშირის შედეგად ინფექციების რისკის ქვეშ მყოფი პირები. აივ ეპიდემია ციხეში ძირითადად განპირობებულია ნარკოტიკების ინტრავენური მოხმარებით, თუმცა შეცდომა იქნებოდა უგულებელყოფილი იქნეს სქესობრივი გზით ინფექციის გავრცელება ციხეში;

- ასეთი რისკ-ქცევების გაგრძელება, განახლება ან დაწყება ციხეში ხშირად უფრო მაღალი რისკის პირობებში მიმდინარეობს, ვიდრე საზოგადოებაში, შესაბამისად, ციხეში ადგილი აქვს დაავადებათა გავრცელებას და ეპიდემიებს.⁹⁴
- პრევენციული და ზიანის შემცირების ზომები რთულად განხორციელებადია და ხშირად არ არის ხელმისაწვდომი ციხეში;
- დიაგნოსტიკური საშუალებები და მკურნალობა, რომლებიც მიზნად ისახავს ინფიცირებულ პირთა ვირუსით დატვირთვის შემცირებას ციხეში, ხშირად დეფიციტური და საზოგადოებრივ სექტორთან შედარებით ნაკლებად ხელმისაწვდომია ან საერთოდ არ არის ხელმისაწვდომი;
- ციხიდან გათავისუფლებული პირები, რომლებმაც პატიმრობის პერიოდში შეიძინეს ინფექციები, ისე, რომ ხშირად არც კი იციან ამის თაობაზე, ინფექციას ავრცელებენ საზოგადოებაში. მაღალი ხარისხის მობილობა ციხესა და საზოგადოებას შორის, რაც დამახასიათებელია ნარკოტიკების მოხმარების გამო ნასამართლეთა პირებისათვის, რომლებიც, როგორც წესი ხანმოკლე სასჯელს იხდიან ციხეში განმეორებითი დანაშაულისათვის, ზრდის ამ რისკს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში.

94 იურგენსი რ., ნოვაკი მ. და დეი მ.: აივ ინფექცია/შიდსი და პატიმრობა: ციხეები და წინასწარი დაკავების იზოლატორები, შიდსთან ბრძოლის საერთაშორისო საზოგადოების ჟურნალი, 14:26 (2011); ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციები: ყოვლისმომცველი მიმოხილვა. ტექნიკური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა (ყენევა, 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციების ეფექტიანობა, ტექნიკური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა (ყენევა, 2007); WHO ვეროპა: აივ ინფექცია/შიდსი [პოლიტიკის გზამკვლევი], www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

3.2 საერთაშორისო დოკუმენტები

პატიმრებისათვის იმ აუცილებელი პრევენციული ღონისძიებებისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შეუძლებლობა, რომლებიც ეკვივალენტურია საზოგადოებრივ სექტორში ხელმისაწვდომი ღონისძიებებისა, ეწინააღმდეგება პატიმართა ჯანმრთელობის უფლებასა და საერთაშორისო სამართალს, კერძოდ, საერთაშორისო პაქტს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ და ევროპის სოციალურ ქარტიას.⁹⁵ ევროპის საბჭოსა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციების მთელი რიგი რეკომენდაციები, რეგულაციები, დეკლარაციები და რეზოლუციები ხაზგასმით მიუთითებს სასჯელალსრულების ორგანოთა ვალდებულებაზე, უზრუნველყონ პრევენციული ჯანდაცვა ციხეში, განსაკუთრებით, აივ ინფექციისა და ჩ ჰეპატიტის ეპიდემიასთან მიმართებით.⁹⁶

ბოლო პერიოდში ქვეყნებში განხორციელებული ვიზიტების დროს ნამების პრევენციის კომიტეტმა სერიოზული ხარვეზები გამოავლინა პრევენციული ღონისძიებების კუთხით აივ ინფექცია/შიდსის და ჩ ჰეპატიტის გავრცელების კუთხით.⁹⁷ ციხეში პრევენციული ღონისძიებები აივ ინფექცია/შიდსის და ჩ ჰეპატიტის გავრცელების კუთხით შეიძლება ოთხი ნაბიჯად ჩამოყალიბდეს: დამოკიდებულებებისა და ცოდნის გაუმჯობესება, ნარკოტიკების მიწოდების და მოთხოვნის შემცირება, ზიანის შემცირება და სამედიცინო ღონისძიებები.

⁹⁵ საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ, მუხლი 12; ევროპის სოციალური ქარტია, მუხლი 11.

⁹⁶ WHO ვერობა: აივ ინფექცია/შიდსი [პოლიტიკის გზამკვლევი], www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk-2/hiv-in-prisons; მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია: ციხე და ციხეში გადამდებ დაავადებათა, მათ შორის, აივ ინფექცია/შიდსის და მასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემების, კონტროლის კრიმინოლოგიური ასპექტები, რეკომენდაცია R(1993)6; მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011); UNAIDS/UNODC/WHO: აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია, მკურნალობა და დახმარება ციხეში: ეფექტიანი პროგრესული რეაგირების ჩარჩო (ნიუ იორკი, 2006); WHO ვერობა: WHO-ს სახელმძღვანელო. მითითებები აივ ინფექციისა და შიდსის შესახებ ციხეებში (ჟენევა, 1993); მიულერი ლ. და სხვები: ჯანდაცვა ციხეებში: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გზამკვლევი ციხის ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპების შესახებ (ჟენევა, 2007); ციხის საერთაშორისო რეფორმა: დუბლინის დეკლარაცია ევროპისა და ცენტრალური აზიის ციხეებში აივ ინფექცია/შიდსის თაობაზე (დუბლინი, 2004); მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია: ედინბურგის დეკლარაცია ციხის პრობლემისა და ტურბოკულუოზისა და სხვა გადამდები დაავადებების გავრცელების შესახებ (ედინბურგი, 2000, გადასინჯული ვერსია, მონტევიდეო 2011); UNODC: აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია და ზრუნვა ციხეებში და სხვა დახურულ დაწესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, პოლიტიკის მიმოხილვა (ვენა, 2012);

⁹⁷ CPT/Inf (2009)1; (2009)35; (2010)33; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)32;

3.3 დამოკიდებულებებისა და ცოდნის გაუმჯობესება ტაბუდადებული რეალობის მიმღებლობა

ციხის ადმინისტრაციასა და პოლიტიკოსებს მთელ მსოფლიოში უჭირთ იმ ფაქტის აღიარება, რომ ციხეში არსებობს ნარკოტიკები, ნარკოტიკების მოხმარება და სქესობრივი ცხოვრება, რადგან ემინიათ, რომ საზოგადოება პასუხს მოსთხოვს მათ ამ ფაქტების გამო. თუმცა, რადგან ეს რეალობა ტაბუდადებულია, კვლავაც რთულია, თუ არა შეუძლებელი, ციხეში ვირუსების გავრცელების წინააღმდეგ შესაბამისი ზომების განხორციელება. პოლიტიკოსებმა და საზოგადოებამ უნდა გაიაზრონ, რომ ციხეში აივინფექციის, ჩ ჰეპატიტისა და სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პატიმართა ჯანდაცვისათვის, რომელიც, როგორც წესი არ არის მაღალი პოლიტიკური პრიორიტეტულობის მქონე საკითხი, არამედ, ზოგადად, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემისთვისაც. მოლდოვაში ციხეში ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამის მოდელი, რომელიც აღნიშნული ინფექციების გავრცელების პრევენციის შთამბეჭდავი და გამორჩეულად კარგი პრაქტიკის მაგალითია, შესაძლებელი გახდა განხორციელებულიყო მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ხელისუფლებამ, ხოლო მოგვიანებით - საზოგადოებამ, აღიარა არსებული რეალობა. ეს წარმოადგენდა ახალი სტრატეგიების დანერგვისათვის აუცილებელი ეფექტიანი პოლიტიკის სანიმუშო მაგალითს.⁹⁸

პატიმრობის ალტერნატივები

წამალდამოკიდებულ სამართალდამრღვევთათვის პატიმრობის შეფარდებაზე ყველა არსებული ალტერნატივის ამოწურვა, სავარაუდოდ, ყველაზე ეფექტიანი სტრატეგიაა ციხეში პარენტერალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით. სხვადასხვა ქვეყანაში განსხვავებული სასჯელია გათვალისწინებული ნარკოტიკების უკანონო მოხმარებისა და პირადი სარგებლობისათვის ნარკოტიკების უკანონო ფლობის გამო. ინფექციის გავრცელების მაღალი რისკის გათვალისწინებით, სერიოზული ყურადღების მიქცევას საჭიროებს პატიმრობის უარყოფითი ფსიქოლოგიური გავლენა, განსაკუთრებით,

⁹⁸ შპრიცების გაცვლა ციხეში: საერთაშორისო გამოცდილების ყოვლისმომცველი მიმოხილვა, მე-2 გამოცემა (2006), კანადის აივ/შიდსთან ბრძოლის სამართლებრივი ქსელი.

ახალგაზრდა წამალდამოკიდებულ პირებზე, ციხეში წამალდამოკიდებული პატიმრებისათვის სათანადო მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო საშუალებების არარსებობა, საკანონმდებლო ბაზისა და სასჯელის გამოყენების პრაქტიკა, განსაკუთრებით, წამალდამოკიდებული დამნაშავეებისათვის საპატიმრო სასჯელის შეფარდება. პატიმრობის ყველა შესაძლო ალტერნატივა ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ ჩადენილი ბევრი წვრილმანი დანაშაულისათვის განხილული უნდა იქნეს სისხლის სამართლის სისტემის ყველა დონეზე - დროებითი დაკავების, წინასწარი პატიმრობის, სასამართლო წინაშე სამართალწარმოებისა და მის შემდგომ პერიოდში, ხოლო სხვადასხვა ალტერნატივები - განრიდება, ალტერნატიული სანქციები, პირობით ვადამდე გათავისუფლება - გამოყენებული იქნეს საზოგადოებრივ სექტორში მკურნალობის შესაძლებლობასთან ერთად.⁹⁹

განათლება და სწავლება

ციხეში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პრინციპის შესაბამისად¹⁰⁰, უწყვეტი განათლება და სწავლება აივ ინფექცია/შიდსის და B და C ჰეპატიტების პროგრამების თაობაზე უნდა მოიცავდეს მთელ ციხეს: პატიმრებს, ციხის პერსონალს, ციხის ადმინისტრაციასა და რისკ-ქცევის მქონე ან ასეთი ქცევის არმქონე პირებს. პროგრამები უნდა ითვალისწინებდეს ინფორმაციას შესაბამისი ინფექციური დაავადებების ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის, მათ მიმდინარეობის, სიმპტომების, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის, გავრცელების გზებისა და საშუალებების, მათი გავრცელების პრევენციის საშუალებების, საკუთარი თავისა და სხვა პირთა დაცვის საშუალებების, ზიანის შემცირების ღონისძიებებისა და სავარაუდო დაინფიცირების შემთხვევაში გამოსავლის შესახებ. ამასთანავე, გათვალისწინებული უნდა იყოს ნებაყოფლობითი კონფიდენციალური კონსულტირება და ტესტირება. თუმცაღა, ინფორმაცია ზიანის შემცირების ღონისძიებებისა და გამოკვლევების თაობაზე პრევენციულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ

⁹⁹ UNODC: იძულებიდან ერთიანობამდე: წამალდამოკიდებულების მკურნალობა სამედიცინო დახმარების და არა დასჯის მეშვეობით, სამეცნიერო სემინარის სადისკუსიო მასალები, 28-30 ოქტომბერი, 2009 (ვენა, 2010); EMCDDA: პატიმრობის ალტერნატივები - ნარკოტიკების მომხმარებელთა პრობლემის მოგვარება ევროკავშირში (ლისაბონი, 2005);

¹⁰⁰ მილუერი ლ. და სხვები: ჯანდაცვა ციხეებში: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გზამკვლევი ციხის ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპების შესახებ (ჟენევა, 2007).

ისინი ასევე უზრუნველყოფილი და ხელმისაწვდომია ციხეში. სასწავლო პროგრამები უნდა ითვალისწინებდეს პატიმართა შორის ნიგნიერების ნაკლებობას, სწავლასთან დაკავშირებულ სირთულეებსა და ენობრივ ბარიერებს. ამ საკითხთან დაკავშირებით რეგულარული საგანმანათლებლო და სასწავლო ღონისძიებების სიხშირე უნდა ითვალისწინებდეს პატიმართა და თანამშრომელთა ბრუნვის მაჩვენებელს, ასევე, ცოდნისა და ინფორმირებულობის განახლების მნიშვნელობას.

ჯანდაცვის მუშაკებს ეკისრებათ ვალდებულება, რომ პატიმრისათვის დაწესებულებაში მოთავსების დროს ინდივიდუალურად და პირისპირ, სამედიცინო კონსულტაციების სახით, ინფორმაციის მიწოდების გარდა (იხ. ზემოთ, ექიმის კონსულტაცია დაწესებულებაში მოთავსებისას), უზრუნველყონ განათლებისა და სწავლების, ასევე პრევენციული ჯანდაცვის ორგანიზება ციხის ადმინისტრაციის მხარდაჭერით. მათ შეუძლიათ და უნდა დაეყრდნონ არასამთავრობო ორგანიზაციების გამოცდილებას, მათთვის ხელმისაწვდომ საშუალებებსა და ინსტრუმენტებს აივ/შიდსის და B და C ჰეპატიტის თაობაზე ტრენინგების სფეროში. ამასთანავე, ისინი უნდა ეცადნონ ციხის ადმინისტრაციის დარწმუნებას მათი მხარდაჭერის სარგებლიანობაზე ამ თვალსაზრისით.

შესაძლებელია და უნდა იქნეს გამოყენებული სწავლების სხვადასხვა მეთოდოლოგია: პირისპირ სწავლება, ჯგუფური დისკუსია, როლური თამაშები, თეატრალური ეტიუდები, რომლებსაც შემდგომში მოჰყვება განხილვები, ბუკლეტები, ფილმები და სხვა აუდიოვიზუალური საშუალებები. ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებისათვის, როგორც ჩანს, განსაკუთრებით ეფექტიანია თანატოლთა განათლება. განათლების განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს სკრინინგის შეთავაზება ნებაყოფლობითი კონფიდენციალური კონსულტირებისა და ტესტირების მეშვეობით.

3.4 ნარკოტიკების მიწოდებისა და მოთხოვნის შემცირება

ციხეში ნარკოტიკების მიწოდების პრევენციის მიზნით, უდავოდ, მნიშვნელოვანია გაძლიერებული კონტროლი და შემოწმება. პატიმრობაში მყოფ ნამალდამოკიდებულ პირთა დიდი რაოდენობის

გამო, ციხეები სასურველი სამიზნეა ნარკოტიკების არალეგალური ბაზრისათვის, ციხის სუბკულტურებისა და არაოფიციალური გავლენიანი სტრუქტურებისათვის მსოფლიოს მრავალ ციხეში, რომლებშიც აღნიშნული არალეგალური ბაზრის ინტერესები დომინირებს. რეალობა გვიჩვენებს, რომ კონტროლითა და შემონეგებით შეუძლებელია ციხის სრულად შენარჩუნება ნარკოტიკების გარეშე. დადასტურებულია, რომ მხოლოდ ჩხრეკამ და კონტროლმა, სხვა პრევენციული ზომების გატარების გარეშე, შეიძლება საპირისპირო შედეგები გამოიწვიოს პარენტერალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების პრევენციის კუთხით: მოცულობით საინექციო ინსტრუმენტებთან შედარებით, უფრო ადვილია ციხეში პატარა შეკვრებად დაფასოებული ნარკოტიკების უკანონოდ შეტანა. ეს კი განაპირობებს ნარკოტიკების მიწოდებას ადეკვატური ინექციური აღჭურვილობის მიწოდების გარეშე, რაც იწვევს მწირი საინექციო აღჭურვილობის განმეორებით და საერთო გამოყენებას და, შესაბამისად, ვირუსის გადაცემას. ისევე როგორც საზოგადოებრივ სექტორში, დაბალანსებული პოლიტიკის მეშვეობით ოთხი მიმართულებით - აღსრულება, პრევენცია, ზიანის შემცირება და მკურნალობა - შესაძლებელია ციხეში ნარკოტიკების მოხმარების რისკების უფრო ეფექტიანად შემცირება ინექციური მოხმარების გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილებისას.

მხედველობაშია მისაღები, რომ, სამედიცინო ეთიკის პრინციპებისა და საერთაშორისო რეკომენდაციების შესაბამისად, ჯანდაცვის მუშაკები, რომლებსაც პატიმრებთან აქვთ შეხება, უშუალოდ არასოდეს უნდა მონაწილეობდნენ შემონეგებაში, ამოღებაში, პიროვნების გაჩხრეკაში ან ნარკოლოგიურ ტესტირებაში უსაფრთხოების მიზნებიდან გამომდინარე, რადგან მათ შეიძლება დაკარგონ პაციენტების ნდობა.¹⁰¹ ეს ქმედებები მხოლოდ უსაფრთხოების თანამშრომელთა ექსკლუზიური მოვალეობაა. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმს დასჭირდება პიროვნების პირადად გაჩხრეკა, ეს უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუშაკი ან ექიმი, რომელსაც არ ეკისრება პატიმრებზე ზრუნვის მოვალეობა.

101 მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011); მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია: განცხადება პატიმართა ფიზიკურ ჩხრეკასთან დაკავშირებით (ზუდაპეშტი, 1993, გადასინჯული ვერსია, 2005);

ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ციხის განყოფილებები

რამდენიმე ქვეყანამ ციხეებში შექმნა ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ზონები ან განყოფილებები, სადაც პატიმრები თანხმობას აცხადებენ გაიარონ მოულოდნელი ნარკოლოგიური შემოწმება და ჩააბარონ შარდის ანალიზი. პატიმრებს, რომლებსაც არ დაუდასტურდებათ ნარკოტიკული ნივთიერების არსებობა, ნაახალისებენ პრივილეგიებითა და/ან უკეთესი საცხოვრებელი პირობებით ციხის სხვა ჩვეულებრივი განყოფილებებისაგან შედარებით, ხოლო პატიმრებს, რომელთა ნარკოლოგიური შემოწმების პასუხი დადებითია, დაუყოვნებლივ აბრუნებენ ციხის ჩვეულებრივ განყოფილებებში. მოტივაციის სტიმულირება მონიტორინგთან ერთად წარმატებული აღმოჩნდა ნარკოტიკების მოთხოვნისა და მიწოდების პრევენციის, პატიმართა ავტონომიის გაძლიერების, კონფლიქტის შემცირებისა და პერსონალისათვის სამუშაო პირობების გაუმჯობესების კუთხით. ეს სასარგებლოა მხოლოდ იმ პატიმრებთან მიმართებით, რომლებსაც აქვთ მაღალი მოტივაცია, არ ჰქონდეთ ნარკოტიკებთან შეხება ციხეში.¹⁰²

ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამები

პერორალური ოპიოიდური ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი თერაპია არის არა მხოლოდ ოპიოიდური დამოკიდებულების ყველაზე ეფექტური და საუკეთესოდ დოკუმენტირებული მკურნალობის საშუალება და ამდენად, მიიჩნევა ოპიოიდური საშუალებების ინექციური გზით მომხმარებელთა თანამედროვე მკურნალობის მეთოდად, არამედ როგორც ერთ-ერთი ყველაზე ძლიერი პრევენციული ზომა აივ ინფექცია/შიდსისა და B და C ჰეპატიტების გავრცელების წინააღმდეგ. ის ამცირებს ოპიოიდური საშუალებების რისკის შემცველი ინექციური გზით მოხმარების მოთხოვნას, ასტაბილურებს პაციენტების მდგომარეობას, რათა მათ შეძლონ დამატებითი ფსიქოთერაპიული მკურნალობის ჩატარება, და ეხმარება მათი ჩართულობის შენარჩუნებას ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროცესში.¹⁰³

102 EMCDDA: საუკეთესო პრაქტიკის პორტალი: ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ზონა პორტუგალიის ციხეში,

www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview.

103 WHO/UNODC/UNAIDS: „ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობა ოპიოიდური დამოკიდებულების და აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის მართვაში“, ანგარიში (2004);

ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების პრინციპის შესაბამისად, რომელიც ვრცელდება არა მარტო თერაპიულ, არამედ პრევენციულ ჯანდაცვაზე¹⁰⁴, ყველა ქვეყანაში, სადაც ოპიოიდური ჩანაცვლების პროგრამები ხორციელდება საზოგადოებრივ სექტორში, ისინი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ციხეშიც. ეს მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ეთიკური, არამედ მკაფიო კლინიკური და პრევენციული მოსაზრებებიდან გამომდინარე: ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიის შეწყვეტა იწვევს ოპიოიდური საშუალებების მიღების შეწყვეტის/აბსტინენციის სინდრომს პაციმრობის მონყვლად ეტაპზე და ზრდის ნარკოტიკების ინტრავენური გამოყენების განახლების რისკს. როგორც წესი, ვირუსის გავრცელება გაცილებით უფრო მეტ რისკებთან არის დაკავშირებული ციხის გარემოში, ვიდრე საზოგადოებრივ სექტორში. გარდა ამისა, დადასტურებულია, რომ ოპიოიდური ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი თერაპია ციხეში მნიშვნელოვნად ამცირებს სიკვდილიანობის მეტისმეტად დიდ მაჩვენებელს ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ პირველ დღეებში.¹⁰⁵

ყველა აღნიშნული ფაქტორის გათვალისწინებით, სულ მცირე, ევროპის 26 ქვეყანაში დაინერგა ოპიოიდური ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი თერაპია ციხეებში, ხოლო 7 ქვეყანაში პაციმართა 10%-ზე მეტს უტარდება ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპია.¹⁰⁶ მეტადონი ყველაზე ხშირად გამოყენებული ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკია, თუმცა გამოიყენება სხვა პერორალური ოპიოიდებიც. საკმაოდ დიდი გამოცდილება არსებობს სახელმძღვანელო მითითებების შემუშავების თაობაზე ოპიოიდური ჩანაცვლებითი პროგრამების ციხეში განხორციელებასთან დაკავშირებით.¹⁰⁷ თუმცა, ნამების პრევენციის კომიტეტმა ქვეყნებში ვიზიტების თაობაზე ბოლოდროინდელ ანგარიშებში ხაზგასმით აღნიშნა, რომ ევროპის რამდენიმე ქვეყნის სასჯელალსრულების სისტემაში გასაკეთებელი ჯერ კიდევ ბევრია პრევენციის კუთხით ასეთი მნიშვნელოვანი სტრატეგიის განსახორციელებლად.¹⁰⁸

104 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

105 *პაციმართა შორის ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პრევენცია* გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში (ყენევა, 2010);

106 EMCDDA: (2010);

107 WHO ვერობა: WHO-ს სახელმძღვანელო მითითებები აივ ინფექციისა და შიდსის შესახებ ციხეებში (ყენევა, 1993); მიულერი ლ. და სხვები: ჯანდაცვა ციხეებში: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გზამკვლევი ციხის ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპების შესახებ (ყენევა, 2007); კასტელიო ა., პონტი ი. და სტოვერი ჰ.: ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპია საპაციმრო დაწესებულებებში, პრაქტიკული სახელმძღვანელო (ოლდენბურგი, 2009);

108 CPT/Inf (2011)3; (2011)20; (2011)29; (2012)4; (2012)9; (2012)17; (2012)32.

ფსიქოთერაპიულმა მკურნალობამ და ფსიქოსოციალურმა დახმარებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირებას ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირთა შორის, რომლებიც ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები არიან, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მას თან სდევს ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპია. ამან შეიძლება ასევე ხელი შეუწყოს სისხლით გადამდები ვირუსული დაავადებების გავრცელების თავიდან აცილებას, განსაკუთრებით იმ მოსაზრებიდან გამომდინარე, რომ ფსიქოთერაპიული მკურნალობის კონცეფციები ამჟამად ორიენტირებულია უფრო მეტად ზიანის შემცირებაზე, ვიდრე სრულ აბსტინენციაზე.

3.5 რისკ-ქცევის ზიანის შემცირება

როგორც გამოცდილება აჩვენებს, არარეალურია იმის ვარაუდი, რომ ციხეში უსაფრთხოების ზომების მიღებამ შეიძლება ბოლო მოუღოს აივ ინფექციის/შიდსისა და B და C ჰეპატიტის გავრცელებასთან დაკავშირებულ რისკ-ქცევას. გამოცდილებამ ასევე აჩვენა, რომ რისკ-ქცევამ ციხის პირობებში შეიძლება გამოიწვიოს უფრო დიდი რისკები, ვიდრე საზოგადოებრივ სექტორში. ამრიგად, ციხეში შესაბამისი ზომების მიღება ასეთი ზიანის შესამცირებლად ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც საზოგადოებრივ სექტორში.¹⁰⁹

109 WHO ვეროპა: აივ ინფექცია/შიდსი [პოლიტიკა]; იურგენსი რ., ნოვაკი მ. და დეი მ.: აივ ინფექცია/შიდსი და პატიმრობა: ციხეები და წინასწარი დაკავების ობოლატორები, შიდსთან ბრძოლის საერთაშორისო საზოგადოების ჟურნალი, 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციები: ყოვლისმომცველი მიმოხილვა, ტექნიკური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა (ყენევა, 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციების ეფექტიანობა, ტექნიკური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა (ყენევა, 2007); მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე; წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011); UNAIDS/UNODC/WHO: აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია, მკურნალობა და დახმარება ციხეში: ეფექტიანი ეროვნული რეაგირების ჩარხი; WHO ვეროპა: WHO-ს სახელმძღვანელო მითითებები აივ ინფექციისა და შიდსის შესახებ ციხეებში (ყენევა, 1993); მიულერი ლ. და სხვები: ჯანდაცვა ციხეებში: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გზამკვლევი ციხის ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპების შესახებ (ყენევა, 2007); მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია: ედინბურგის დეკლარაცია ციხის პირობებისა და ტუბერკულოზისა და სხვა გადამდები დაავადებების გავრცელების შესახებ; UNODC: აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია და ზრუნვა ციხეებში და სხვა დახურულ დაწესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, პოლიტიკის მიმოხილვა (ვენა, 2012).

ნაკლები რისკის ქვეშ გამოყენება

ინფორმაცია და განათლება დაბინძურებული საინექციო აღჭურვილობის ზიარი სარგებლობის მეშვეობით აივ ინფექცია/შიდსისა და და ჩ ვირუსის ჰეპატიტის გადადების რისკების თაობაზე ნარკოტიკების მოხმარების ზიანის შემცირების წინაპირობაა. ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პაციმართა უმეტესობა ცდილობს, რომ ნაკლები დოზების გამოყენებით დიდ ეფექტს მიაღწიოს და ინტრავენური გზით მოიხმარს ნარკოტიკებს. ასეთი ქცევის შემცირება შეიძლება ეფექტიანად საკმარისად დოზირებული პერორალური ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიით. აქედან გამომდინარე, პერორალური ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპია არის ღონისძიება, რომელიც მიმართულია არალეგალური ოპიოიდების მოხმარების მოთხოვნის შემცირებაზე და მისი გამოყენება უსაფრთხოა. იმ ციხეებში, რომლებშიც სტერილური საინექციო აღჭურვილობა არ არის ხელმისაწვდომი (იხ. ქვემოთ, ნემსის/შპრიცის გაცვლითი პროგრამები), პაციმრებისათვის, სულ მცირე, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სადეზინფექციო საშუალებები. მათ უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია, თუ როგორ გარეცხონ და გაუკეთონ დეზინფექცია დაბინძურებულ საინექციო აღჭურვილობას, რათა შეამცირონ ინფექციის გადადების რისკი. თუმცა, ძალიან მკაფიო უნდა იყოს, რომ დეზინფიცირება სულაც არ ნიშნავს უსაფრთხო გამოყენებას და, რომ ერთადერთი გზა დაინფიცირების თავიდან ასაცილებლად არის ის, რომ საერთოდ არ მოხდეს დაბინძურებული ინსტრუმენტების გამოყენება. საყოფაცხოვრებო ქლორის შემცველი მათეთრებელი საშუალება (5,25%-იანი ნატრიუმის ჰიპოქლორატი), რომელიც გამოიყენება სადეზინფექციოდ, უნდა იყოს ახალი და გაუზავებელი, რაიმე ეფექტი რომ ჰქონდეს.¹¹⁰

ნემსის/შპრიცის გაცვლითი პროგრამები

არსებობს უტყუარი მტკიცებულება, რომ ნემსის/შპრიცის გაცვლითი პროგრამები საზოგადოებრივ სექტორში ეფექტიანია აივ ინფექციის გავრცელების შემცირების კუთხით ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებელთა შორის; ისინი ეფექტიანია ეკონომიურობის თვალსაზრისით და არ ინვესს გაუთვალისწინებ-

¹¹⁰ CDC: შპრიცის დეზინფექცია ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებელთათვის (ატლანტა, ჯორჯია, 2004);

ელ უარყოფით შედეგებს.¹¹¹ ნემსის გაცვლითი პროგრამების ფილოსოფია არა მხოლოდ სტერილური საინექციო აღჭურვილობის უზრუნველყოფაა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებისათვის, არამედ დაბინძურებული საინექციო ინსტრუმენტების უსაფრთხოდ განადგურებაა, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების პრინციპის შესაბამისად, რომელიც გამოიყენება როგორც პრევენციული ჯანდაცვის¹¹², ისე სერიოზული ეპიდემიოლოგიური საჭიროებებისათვის, იმ ქვეყნებში, სადაც ნემსის/შპრიცის გაცვლითი და ოპიოიდური ჩანაცვლებითი პროგრამები ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებისათვის ხელმისაწვდომია საზოგადოებრივ სექტორში, ისინი ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს ციხეებშიც.

2012 წელს 74 ციხეში რვა ქვეყანაში (რომლებშიც სასჯელაღსრულების სისტემა კარგად არის დაფინანსებული და რომლებშიც არასაკმარისად არის დაფინანსებული) - შვეიცარიაში, გერმანიაში, ესპანეთში, მოლდოვას რესპუბლიკაში, ყირგიზეთში, რუმინეთში, ლუქსემბურგსა და ტაჯიკეთში - ხორციელდებოდა ნემსის/შპრიცის გაცვლითი პროგრამები საპატიმროებში ქალებისა და მამაკაცებისათვის, ყველა სახის რეჟიმისა და ზომის ციხეში, ხოლო ზოგიერთ მათგანში ათ წელზე მეტი ხნის განმავლობაში მიმდინარეობა. გამოყენებული იქნა საინექციო ინსტრუმენტების განაწილებისა და შეგროვების სხვადასხვა მეთოდი: ჯანდაცვის მუშაკები, არასამთავრობო ორგანიზაციების პერსონალი, დოზირების ავტომატიზირებული აპარატები ან სიფრთხილის ზომების დაცვით შერჩეული პატიმრები. მიუხედავად ასეთი მრავალფეროვნებისა, აღნიშნული პროგრამები შედეგების მიხედვით საოცრად ჰგავდა ერთმანეთს. მათი მეშვეობით გაუმჯობესდა პატიმართა ჯანმრთელობა, შემცირდა ნემსის გაზიარების შემთხვევები და შესუსტდა ძალადობის შიში. ამავე დროს, არ ყოფილა არანაირი მტკიცებულება ნარკოტიკების მოხმარების გაზრდასა თუ სხვა უარყოფით შედეგებთან დაკავშირებით.¹¹³ იმ

111 WHO ევროპა: სტერილური ნემსისა და შპრიცის პროგრამების ეფექტიანობა აივ ინექცია/შიდსის შემცირების კუთხით ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის.

ტიქნაური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა (ჟენევა, 2004);

112 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011);

113 შპრიცების გაცვლა ციხეში: საერთაშორისო გამოცდილების ყოვლისმომცველი მიმოხილვა, მე-2 გამოცემა, კანადის აივ/შიდსთან ბრძოლის სამართლებრივი ქსელი (2006); WHO/UNAIDS/UNODC;

ქვეყნებში, რომლებშიც აივ ინფექციის მაღალი პრევალენტობაა ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის საზოგადოებრივ სექტორსა და ციხეებში, ნემსის/შპრიცის გაცვლითი პროგრამების განხორციელება ციხეში პრიორიტეტულ საკითხად უნდა ჩაითვალოს.¹¹⁴ ამ მიზნის მიღწევა მოითხოვს ლიდერობასა და უნარ-ჩვევებს, რომ დაარწმუნონ პოლიტიკოსები და საზოგადოება ციხეში ზიანის შემცირების აღნიშნული საშუალების მნიშვნელობაში საზოგადოების ჯანდაცვის საკეთილდღეოდ.

სისხლით გადამდები სხვა ინფექციების შესაძლო მიზეზების პრევენცია, რომლებიც გავრცელებულია ციხეში, როგორცაა ტატუირებისა და პირსინგის საერთო ხელსაწყოების ან სამართებლის სხვასთან ერთად გამოყენება და სისხლის შერევით ძმადნაფიცობის რიტუალები, გათვალისწინებული უნდა იქნეს საგანმანათლებლო პროგრამებით და/ან შესაბამისი დებულებებით.

კონდომების უზრუნველყოფა და სექსუალური ძალადობის პრევენცია

ციხეების საერთაშორისო კვლევის თანახმად, სექსუალურ აქტიურობა ციხეებში მთელ მსოფლიოში აქვს ადგილი. გასაგები მიზეზების გამო, ყველაზე ხშირად სექსუალური კონტაქტები ერთი სქესის წარმომადგენელთა შორის გხვდება: ისინი შესაძლოა იყოს ნებით ან იძულებით (ციხეში არსებულ ძალადობრივ გარემოში ხშირად რთულია ასეთი განსხვავების გაკეთება); პატიმართა 1-3% გაუპატიურების მსხვერპლი ხდება.¹¹⁵ აივ ინფექცია/შიდსის გადადების რისკი ყველაზე მაღალია ძალადობრივი ხასიათის სექსუალური ქმედებებისას. რამდენიმე წლის განმავლობაში დასავლეთ ევროპის ქვეყნების უმეტესობა ციხეებში უზრუნველყოფდა კონდომების დარიგებას. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ პატიმრები სექსუალური ქმედებებისას იყენებენ კონდომებს, საპოხ საშუალებებსა და ლატექსის სანმენდებს, თუ ისინი ადვილად და ანონიმურად ხელმისაწვდომია, რომ კონდომებით უზრუნველყოფამ არ გამოიწვია სექსუალური აქტიურობის ზრდა ციხეში და, რომ,

114 WHO/UNAIDS/UNODC: ნემსისა და შპრიცის პროგრამების დაწყებისა და მართვის გზამკვლევი, ნემსისა და შპრიცის პროგრამები დახურულ დაწესებულებებში (ყენევა, 2007);

115 იურგენსი რ., ნოვაკი მ. და დეი მ.: აივ ინფექცია/შიდსი და პატიმრობა: ციხეები და წინასწარი დაკავების იზოლატორები. შიდსთან ბრძოლის საერთაშორისო საზოგადოების უუნალი (14:26, 2011);

ვინაიდან არ არსებობს მოულოდნელი უარყოფითი გვერდითი მოვლენები, კონდომის გამოყენებას დადებითად მიიჩნევს პატიმართა და პერსონალის უმრავლესობა მისი დანერგვის შემდეგ.¹¹⁶

თუმცა, კონდომის უზრუნველყოფა სექსუალური ძალადობის წინააღმდეგ ეფექტიანი პოლიტიკის გარეშე ცალსახად არასაკმარისი იქნება ციხეში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების თავიდან ასაცილებლად. სექსუალური ძალადობის პრევენციის პოლიტიკა უნდა ითვალისწინებდეს ციხეების გადატვირთულობის თავიდან აცილებას, სათანადო პერსონალით დაკომპლექტებას, ზედამხედველობას, პატიმართა შორის არაფორმალური იერარქიის მიმართ შეუწყნარებლობასა და სტრუქტურულ გაუმჯობესებას, რაც თანამშრომლებს საშუალებას აძლევს, დაიცვას მონყვლადი პატიმრები სექსუალური ძალადობისაგან.

წამების პრევენციის კომიტეტმა რამდენიმე ქვეყანაში ვიზიტების ანგარიშებში შემოფოთება გამოთქვა კონდომის უზრუნველყოფის არარსებობისა¹¹⁷ და პატიმრების სექსუალური ძალადობისაგან არასაკმარისი დაცვის გამო.¹¹⁸

3.6 სამედიცინო ხასიათის პრევენციული ინტერვენციები

ვაქცინაცია

ციხეებსა და სხვა დახურულ დანესებულებებში აივ ინფექციის პრევენციისა და მკურნალობის თაობაზე გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიუროს (UNODC) პოლიტიკური დოკუმენტის შესაბამისად¹¹⁹, რეკომენდებულია პატიმრებისა და ციხის პერსონალის B ჰეპატიტის უფასო ვაქცინაციის უზრუნველყოფა. მიზანშეწონილია, ქრონიკული B ან C ჰეპატიტით ინფიცირებულ პირთა ვაქცინაცია A ჰეპატიტზე, ვინაიდან A ჰეპატიტის ვირუსით დამატებით ინფიცირებამ შეიძლება გამოი-

116 WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციები: ყოვლისმომცველი მიმოხილვა. ტექნიკური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა (აქნევა, 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციების ეფექტიანობა, ტექნიკური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა (აქნევა, 2007).

117 CPT/Inf (2005)1; (2007)40; (2011)20;

118 CPT/Inf (2007)32; (2009)8; (2011)22; (2011)24; (2012)9;

119 UNODC: აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია და ზრუნვა ციხეებში და სხვა დახურულ დაწესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, პოლიტიკის მიმოხილვა, (ვენა, 2012);

წვიოს ღვიძლის მწვავე უკმარისობა, რასაც შეიძლება ფატალური შედეგი მოჰყვეს.

აივ ინფექციისა და B და C ჰეპატიტის ანტივირუსულ მკურნალობას, გარდა თერაპიული ეფექტისა, აქვს ძლიერი პროფილაქტიკური ეფექტი, სწრაფად ამცირებს რა ვირუსის მოქმედებას იმ პაციენტებში, რომლებიც გადიან მკურნალობას და, შესაბამისად, ნაკლები ალბათობაა, რომ ისინი ინფექციის წყარო გახდებიან.

პროფილაქტიკა

ნაკლებად დამტკიცებულია, თუმცა სავსებით შესაძლებელია, რომ უშუალო კონტაქტის შემდგომ პროფილაქტიკას პრევენციული ეფექტი აქვს. ექიმის კონსულტაცია და კონტაქტის შემდგომ პროფილაქტიკური მკურნალობა დაუყოვნებლივ ხელმისაწვდომი უნდა გახდეს სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთათვის, ასევე პატიმრებისა და ციხის პერსონალისათვის აივ ინფექციითა და /ჩ ჰეპატიტით გაუთვალისწინებელი დაინფიცირების შემდეგ. ციხეები მზად უნდა იყვნენ ასეთი შემთხვევებისათვის სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების ან სახელმძღვანელო პრინციპების მეშვეობით.¹²⁰

120 იხ. იქვე.

4. ორმაგი ეპიდემია: აივ ინფექცია/ შიდსი და ტუბერკულოზი

აივ ინფექცია/შიდსი და ტუბერკულოზი ყველაზე დიდ სიკვდილიანობას იწვევენ მსოფლიოში ინფექციურ დაავადებათა შორის.¹²¹ აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიასა და ტუბერკულოზის თანმხლებ ზრდას უწოდებენ ორმაგ ეპიდემიას ან გადამკვეთ ეპიდემიას არა მხოლოდ მათი ქრონოლოგიური და გეოგრაფიული თანხვედრის გამო, არამედ, უპირატესად, იმის გამო, რომ ეს ორი დაავადება და ეპიდემია ძალიან დიდ უარყოფით გავლენას ახდენს ერთმანეთზე. ორივე დაავადება ყველაზე მეტად დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებშია გავრცელებული. მსოფლიო რუკაზე რეგიონები, რომლებშიც აივ ინფიცირების ყველაზე მაღალი პრევალენტობაა, ემთხვევა რეგიონებს ტუბერკულოზის სიხშირისა და გავრცელების მიხედვით. 34 მილიონი აივ ინფიცირებული ადამიანის დაახლოებით ერთი მესამედი, ამავდროულად, ტუბერკულოზით არის ინფიცირებული. მათი ტუბერკულოზით ინფიცირების ალბათობა დაახლოებით 30-ჯერ უფრო დიდია, ვიდრე იმ ადამიანებისა, რომლებსაც ჯანმრთელი იმუნური სისტემა აქვთ. შიდსით ინფიცირებული პაციენტების ნახევარზე მეტს აღენიშნება ტუბერკულოზი, ხოლო ტუბერკულოზი არის ყველაზე გავრცელებული სერიოზული ოპორტუნისტული ინფექცია აივ ინფიცირებულ პაციენტებში. აივ ინფიცირებულთა სიკვდილიანობის თითქმის 25% ტუბერკულოზით ინფიცირებულ ადამიანებზე მოდის.¹²²

გარდა ამისა, ბოლო პერიოდში წარმოიშვა პრობლემა ტუბერკულოზის რეზისტენტულობის ზრდასთან დაკავშირებით. ამის ძირითადი მიზეზი ტუბერკულოზის არასათანადო მკურნალობაა. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ახლად ინფიცირებულ პირთა 10%-ზე მეტი ინფიცირებულია ნარკოტიკების რეზისტენტული ბაქტერიების შტამებით. ეს მაჩვენებელი, რა თქმა უნდა, ბევრად უფრო მაღალია იმ პაციენტების მაჩვენებელთან შედარებით, რომლებმაც წარსულში იმკურნალეს, მაგრამ შემდგომში ხელახლა დაინფიცირდნენ. საჭირო გახდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგა-

121 WHO: საინფორმაციო ზიულეტენი (ოქტომბერი, 2012);

122 იხ. იქვე;

ნიზაციის DOTS-ის ძველი სტრატეგიის (ტუბერკულოზის პირდაპირ კონტროლირებადი მკურნალობის მოკლე კურსი) განახლება DOTS-პლუსით, რაც განაპირობა დამატებითი და უფრო ძვირი დიაგნოსტიკური აპარატურის აუცილებლობამ გაფართოებულ მეორე რიგის მკურნალობასთან ერთად, რომელსაც უფრო მეტი გვერდითი მოვლენები აქვს.¹²³

აივ ინფექცია/შიდსსა და ტუბერკულოზის ინფექცია/დაავადებას ბევრი საერთო ნიშანი აქვს, თუმცა სრულიად განსხვავებულია მათი გავრცელების გზები.

- ისინი, უპირატესად, გვხდება დაუცველ მოსახლეობაში, შესაბამისად, პრევალენტობა პატიმართა შორის გაცილებით მაღალია, ვიდრე საზოგადოებაში. ციხეში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა დაახლოებით 25-ჯერ, ხოლო ტუბერკულოზის პრევალენტობა თითქმის 100-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე საზოგადოებაში¹²⁴; ციხეებში ხელსაყრელი პირობებია აივ ინფექცია/შიდსის (იხ. წინა თავი) და ტუბერკულოზის გასავრცელებლად; ციხის პირობები, როგორცაა: გადატვირთულობა, ცუდი ვენტილაცია, არასათანადო კვება, არასაკმარისი ან მიუწვდომელი სამედიცინო დახმარება ხელს უწყობს ტუბერკულოზის გავრცელებას ციხის შიგნით; ციხეები, გარკვეულწილად, ტუბერკულოზის რეზერვუარებს წარმოადგენს, რომლებიც დაავადებით ამარაგებს სამოქალაქო საზოგადოებას პერსონალის, ვიზიტორებისა და პატიმრობიდან გათავისუფლებული პირების მეშვეობით, რომლებსაც არასათანადო მკურნალობა ჩაუტარდათ; ხოლო ის ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს ტუბერკულოზის გავრცელებას, აგრეთვე ხელს უწყობს ნამალ-რეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელებას.¹²⁵ აქედან გამომდინარე, ციხეები უნდა ჩაითვალოს ტუბერკულოზის, ისევე როგორც აივ/შიდსის ეპიდემიის (როგორც ზემოთ აღინიშნა) ეპიდემიოლოგიურ ეპიცენტრებად: ციხეები ორმაგი ეპიდემიის ეპიდემიოლოგიური ეპიცენტრებია, რაც უნდა აღიაროს საზოგადოებამ;

123 იხ. იქვე;

124 WHO: ტუბერკულოზი ციხეებში (გვებგვერდი) www.who.int/tb/challenges/prisons/en/.

125 იხ. იქვე;

- ტუბერკულოზი სიღარიბით გამოწვეული დაავადებაა. ბევრ ქვეყანაში აივ ინფექციის ძირითადი გამომწვევი მიზეზი წამალდამოკიდებულებაა, რაც ასევე უკავშირდება და/ან ინვესს სიღარიბეს. ორივე ინფექციას - აივ ინფექცია/ შიდსს და ტუბერკულოზს - თან ახლავს სოციალური სტიგ-მატიზაცია და შემდგომი მარგინალიზაცია;
- აღნიშნული დაავადებებით ინფიცირებულ პაციენტთა რაოდენობა იზრდება; ორივე ინფექციის შემთხვევაში, T-უჯრედების შუამავლობით იმუნიტეტი ზიანდება, ამდენად, თითოეული მათგანი უარყოფითად მოქმედებს მეორის კლინიკურ მიმდინარეობაზე. მაშინ როდესაც ტუბერკულოზით ინფიცირებული იმუნოკომპეტენტური პაციენტების არა უმეტეს 10% ავლენს დაავადების კლინიკურ ნიშნებს, აივ/შიდსით ინფიცირებულ პირთა ტუბერკულოზით დაავადების ალბათობა 30-ჯერ უფრო მაღალია. პრობლემას კიდევ უფრო ამძიმებს ის გარემოება, რომ ტუბერკულოზის დიაგნოზის დადგენა იმუნიტეტდაქვეითებულ პირებს შორის ბევრად უფრო რთულია, ვიდრე იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებს შორის ფილტვების ტუბერკულოზით დაავადებულთა ნახველის ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევის ნაკლები სანდოობის გამო, რასაც ემატება ფილტვგარე ტუბერკულოზი, რომლის რენტგენით დიაგნოსტიკა ნაკლებად სანდოა. გარდა ამისა, აივ ინფექცია/ შიდსისა და ტუბერკულოზის ანტირეტროვირუსული წამლებით კომბინირებული მკურნალობა, განსაკუთრებით, წამალ-რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობა, რთულია და უკავშირდება მრავალი წამლის ურთიერთქმედებასა და არასასურველ გვერდით მოვლენებს და შეიძლება ნაკლებად ეფექტური იყოს.

ციხეში ტუბერკულოზის კონტროლის ყველა სხვადასხვა განახლებული გაიდლაინები¹²⁶ ითვალისწინებს:

126 WHO: *ტუბერკულოზის კონტროლის ციხეებში: პროგრამის ხელმძღვანელთა სახელმძღვანელო* (ყენევა, 2000), WHO/CDS/TB/2001/281; მიულერი ლ. და სხვები: *ჯანდაცვა ციხეებში: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გზამკვლევი ციხის ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპების შესახებ* (ყენევა, 2007); USAID/TBCTA/ICRC: *სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ*, (2009); CDC: *ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - ყოველკვირეული ანგარიში*, 7 ივლისი, 2006 (ატლანტა, ჯორჯია, 2006); CDC: *ტუბერკულოზის პრევენცია და კონტროლი. გამოსასწორებელ და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში: CDC-ის რეკომენდაციები* (ატლანტა, ჯორჯია, 2006)

- ციხეებში ტუბერკულოზის კონტროლის იგივე სტანდარტების აუცილებლობას, როგორი სტანდარტებიც მოქმედებს საზოგადოებრივ სექტორში, რაც ორგანიზებული უნდა იყოს სამოქალაქო ჯანდაცვის სექტორთან მჭიდრო თანამშრომლობით, გათვალისწინებული უნდა იყოს ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამით და მოითხოვებოდეს იგივე დოკუმენტაციას, შეფასებებს და ხარისხის უზრუნველყოფას;
- ციხის პირობების გაუმჯობესებას გადატვირთულობის თავიდან აცილების და კარგი ვენტილაციის, მზის სინათლის და ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობას, პაციენტების პატარა ერთეულში განთავსებას, სათანადო კვებას და ღია ცის ქვეშ აქტივობების უზრუნველყოფის მეშვეობით;
- ტუბერკულოზის კუთხით განათლების და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას;
- ადრეულ დიაგნოსტიკას (სკრინინგი დაწესებულებაში განთავსებისას, თვით-რეფერირება, აქტიური შემთხვევების გამოვლენა);
- ინფიცირებული პაციენტების განცალკევებით მოთავსებას და მათ კონტაქტებზე თვალყურის დევნება;
- ეფექტიან სტანდარტულ მკურნალობას, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის DOTS და/ან DOTS პლუსის თაობაზე პროტოკოლების შესაბამისად;
- მკურნალობის უწყვეტობას სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის ან გათავისუფლების შემთხვევაში.

ევროპის რამდენიმე ქვეყანა ჯერ კიდევ არ ასრულებს აღნიშნულ სახელმძღვანელო მითითებებს ციხეში ტუბერკულოზის კონტროლის თაობაზე. მთელ რიგ გადაწყვეტილებებში ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ დაადგინა ევროპული კონვენციის მე-2 და/ან მე-3 მუხლის დარღვევა ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა არასაკმარისი მკურნალობის გამო¹²⁷ და მიიჩნია, რომ ციხის პირობები

127 *Melnik v. Ukraine* №72286/01; *Malenko v. Ukraine* №18660/03; *Vasyukov v. Russia* №2974/05; *Hummatov v. Azerbaijan* №9852/05; *Logvinenko v. Ukraine* №13448/07; *Makharadze and Sikharulidze v. Georgia* №35254/07;

ხელს უწყობდა ტუბერკულოზის გავრცელებას, რაც წარმოადგენდა არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობას გადატვირთულობის, არასაკმარისი ვენტილაციისა და დღის სინათლის გამო. ამავდროულად, ქვეყნებში ბოლო პერიოდის განმავლობაში განხორციელებული ვიზიტების დროს¹²⁸ წამების პრევენციის კომიტეტმა გამოხატა შემფოთება ციხეებში ტუბერკულოზის პრევენციასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარვეზების თაობაზე.

წამალ-რეზისტენტული ტუბერკულოზის, აგრეთვე აივ/შიდსისა და ტუბერკულოზის გამონვევაზე რეაგირებისათვის აუცილებელია მთელი რიგი დამატებითი ზომების მიღება.

- ნახველის ნაცხის მიკროსკოპიულ გამოკვლევას დაბალი მგრძობელობა აქვს ტუბერკულოზის გამომწვევი ბაქტერიების გამოვლენის მიმართ, ხოლო კლასიკური დათესვის მეთოდები შედეგებს ორი თვის შემდეგ იძლევა. ტუბერკულოზისა და წამალ-რეზისტენტული ტუბერკულოზის ინფექციების ადრეული და სენსიტიური იდენტიფიცირების მიზნით, შეძლებისდაგვარად, სწრაფად უნდა განვითარდეს ტუბერკულოზის ბაქტერიებისა და რეზისტენტული ფორმების გამოვლენის ახალი ტექნოლოგიები.¹²⁹ ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ისეთ გარემოში, სადაც ადამიანები ძალიან ახლოს არიან ერთმანეთთან, როგორცაა ციხე, რადგან არსებობს ინფიცირებული და წამალ-რეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების დაუყოვნებლივ განცალკევებისა და რეზისტენტული ფორმების შესაბამისი ადრეული მკურნალობის საჭიროება დაავადების შემდგომში გავრცელების პრევენციის მიზნით. ასევე საჭიროა ტუბერკულოზის გამომწვევი ბაქტერიების მაღალი მგრძობელობის გამოვლენის მეთოდები აივ ინფექცია/შიდსით და ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში ნახველის ბაქტერიების დაბალი კონცენტრაციის გამო;

128 CPT/Inf (2007)42; (2010)12; (2010)27; (2010)30; (2012)24; (2011)26; (2011)29; (2012)17.

129 სმოლი პ.მ. და პაი მ.: „ტუბერკულოზის დიაგნოზი - თამაშის ცვლილების დრო“; ახალი ინგლისის სამედიცინო ჟურნალი, 363(2010),1070-71; ზოეჰმე კ.კ., ნაზეტა პ., ჰილმენი დ. და სხვები: ტუბერკულოზისა და რიფამპინის რეზისტენტულობის სწრაფი მოლეკულური გამოვლენა, ახალი ინგლისის სამედიცინო ჟურნალი, 363 (2010), 1005-15; ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ანგარიში, 2012;

- აივ ინფექცია/შიდსისა და ტუბერკულოზის კოინფექციის მაღალი მაჩვენებლის გათვალისწინებით, აგრეთვე, ორმაგი ეპიდემიის თაობაზე მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაბამისად¹³⁰, ტუბერკულოზით ინფიცირებულ პაციენტთა შორის უნდა გაძლიერდეს აივ ინფიცირების შემთხვევების, ხოლო აივ ინფიცირებულ პაციენტთა შორის ტუბერკულოზით ინფიცირების შემთხვევების გამოვლენა. ტუბერკულოზთან დაკავშირებით ხანგრძლივი წარსულის გამო ბევრი ქვეყნის სასჯელალსრულების სისტემებში ტუბერკულოზის დანესებულებები დეცენტრალიზებულია, ხოლო აივ მომსახურება, ძირითადად, ცენტრალიზებულია. ორმაგი ეპიდემიასთან ბრძოლის მიზნით, მიზანშეწონილია, რომ სამოქალაქო სექტორისა და სასჯელალსრულების სისტემის ტუბერკულოზის სამკურნალო დანესებულებების თანამშრომლებს ჩაუტარდეთ ტრენინგები აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციასა და ტუბერკულოზით ინფიცირებულ პაციენტებისათვის აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონფიდენციალური კონსულტირებასა და ტესტირების თაობაზე, ხოლო, დადებითი ტესტის შემთხვევაში, შეძლებისდაგვარად, სწრაფად დაიწყონ პრევენცია კოტრიმოქსაზოლით და დაიწყონ ანტირეტროვირუსული (ARV) მკურნალობა.
- ამავედროულად, გამოვლენილ აივ ინფიცირებულ პაციენტთა შორის საჭიროა უფრო ინტენსიური განათლება ტუბერკულოზის პრევენციის შესახებ, ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლი და აქტიური ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენა. გათვალისწინებული უნდა იქნეს ტუბერკულოზით დაავადებულთა და ლატენტური ტუბერკულოზის მქონე პირთა იზონიაზიდური (INH) პროფილაქტიკური თერაპია (იმ შემთხვევაში, თუ არ არსებობს INH-რეზისტენტული ტუბერკულოზის ბაქტერიების მაღალი პრევალენტობა). აივ ინფიცირებულმა პაციენტებმა ტუბერკულოზის დიაგნოზის დადგენის შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყონ ტუბერკულოზის მკურნალობა, წამალზე მგრძობიარობის ტესტის შედეგების შესაბამისად.

130 WHO-ს პოლიტიკა ტუბერკულოზის/აივ ინფექციის კუთხით ერთობლივი აქტივობების თაობაზე: სახელმძღვანელო მითითებები ეროვნული პროგრამებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისათვის (გენევა, 2012).

პაციენტთან მიმართებით ასეთი პოლიტიკა გათვალისწინებული უნდა იყოს, აივ და ტუბერკულოზის ერთობლივი პროგრამების ზედამხედველობით, დაგეგმვით, დაფინანსება და მონიტორინგის თაობაზე მჭიდრო თანამშრომლობითა და კოორდინაციის სტრატეგიის საერთაშორისო, ეროვნული, რეგიონალური და ინსტიტუციური დონეზე. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამებისა და აივ ინფექცია/შიდსის ეროვნული პროგრამები მჭიდროდ უნდა იყოს ერთმანეთთან დაკავშირებული, ხოლო ციხეები, სადაც ორივე დაავადებების ორმაგი ეპიდემიის მაღალი პრევალენტობაა საზოგადოებრივ სექტორთან შედარებით, უნდა ჩართული იყვნენ აივ ინფექცია/შიდსის და ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამებისა და ინიციატივებში.¹³¹

131 იხ. იქვე.

5. ფსიქოაქტიური ნივთიერებები და ნამალდამოკიდებული პათიმრების სამედიცინო მართვა

5.1 ფსიქოაქტიური ნივთიერებები

ისტორიაში არ არსებობს კულტურა ფსიქოაქტიური საშუალებების გარეშე. მათი გამოყენება ხდება სამი სხვადასხვაგვარი: რელიგიური რიტუალების, მედიცინისა და „გართობის“ - მიზნით.

ძველ კულტურებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ ცოდნა და მათი გამოყენება შეზღუდული იყო პრივილეგირებული პირებით: მღვდლებით, შამანებითა და ექიმებით (ხშირად ერთიდაიგივე პირები იყვნენ), რომლებსაც გავლენიანი მდგომარეობა ეკავათ საზოგადოებაში. ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე წვდომა და მათი მოხმარება არაპრივილეგირებული ადამიანების მიერ მიუღებლად ითვლებოდა და ისჯებოდა ხელისუფლებაში მყოფი პირების მხრიდან. ნაწილობრივ, ეს ხსნის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების რეგულირების ისტორიასა და ტერმინებს - „კანონიერი/უკანონო“ და „ლეგალური/არალეგალური“ - ნარკოტიკებთან მიმართებით.

სამედიცინო და სოციოლოგიური თვალსაზრისით, ნებისმიერი ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენება საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობასა და საზოგადოებას. შესაბამისად, არსებობს ისეთი რეგულაციების საჭიროება, რომლებიც რისკებს გაითვალისწინებს. ის ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, რომლებიც სოციალურად და სამართლებრივად მიღებულია გართობის მიზნებისათვის, როგორცაა თამბაქო და ალკოჰოლი, გარკვეულწილად, ასევე ექვემდებარება რეგულირებას (გზებზე, სამუშაო ადგილებზე, არასრულწლოვანთა მიმართებით). თუმცა, გართობის მიზნით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ზრდაზე, რეაგირების თვალსაზრისით, გამოიწვია მათმა მასიურმა წარმოებამ, ვაჭრობამ, ტრანსპორტირებამ და მოხმარებამ მე-20 საუკუნეში. გაეროს სამმა კონვენციამ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ¹³² საფუძველი ჩაუყარა მკაცრ ამკრძალავ (და არა

¹³² გაეროს ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკულ საშუალებების შესახებ (1961); გაეროს კონვენცია ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ (1971); გაეროს კონვენცია ნარკოტიკებისა და ფსიქოტროპული საშუალებების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ (1988);

მარეგულირებელ) მიდგომას არასამედიცინო მიზნით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების - არალეგალური ნარკოტიკების - გამოყენებასთან მიმართებით. ასეთივე მიდგომა შეინიშნება მრავალი ქვეყნის ეროვნულ კანონმდებლობაში, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების კუთხით. შედეგად, ნარკოტიკების ამკრძალავი კანონების დარღვევისათვის გათვალისწინებული სასჯელი და შესაბამისად, თავისუფლების აღკვეთის მაჩვენებელი, ბევრ ქვეყანაში მნიშვნელოვნად გაიზარდა 1960 წლიდან, თუმცა არალეგალური ნარკოტიკების არსებობაზე, მის თანმდევ ძალადობაზე, ანარქიასა და ძლიერ დინამიკაზე სრული კონტროლის მიღწევის გარეშე. აშკარა გახდა, რომ ასეთი მიდგომა არ აღმოჩნდა წარმატებული „ნარკოტიკებთან ომის“ თვალსაზრისით და რომ, საჭიროა ნარკოტიკების რეგულირების აკრძალვის შემდგომი მოდელების შემუშავება.¹³³

სოციალურად მიღებული („კანონიერი“) ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (თამბაქო, ალკოჰოლი, კოფეინი, ზოგიერთ ქვეყანაში კათი, ბეტელის კაკალი და სხვა ნივთიერებები) და უკანონო ნარკოტიკების (ოპიატები, კოკაინი, ამფეტამინის წარმოებულები, კანაფი, ჰალუცინოგენური ნარკოტიკები, ბენზოდიაზეპინები და სხვა ნივთიერებები) ჩამონათვალის შესწავლისას ირკვევა, რომ:

- ფსიქოაქტიური ნარკოტიკების მიმართ სოციალური და სამართლებრივი მიმღებლობა განსხვავებულია ისტორიულად (ალკოჰოლის აკრძალვა 1930-იან წლებში ამერიკის შეერთებულ შტატებში) და გეოგრაფიულად (კანაფის გაყიდვა ჰოლანდიაში, კათის - იემენში, მაგრამ არა მეზობელ საუდის არაბეთში);
- ფსიქოაქტიური ნარკოტიკების მიმართ სოციალური და სამართლებრივი მიმღებლობა არ არის დამოკიდებული ჯანმრთელობის რისკების მასშტაბებზე: ალკოჰოლითა და თამბაქოთი გამოწვეული საფრთხე ადამიანის ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის და მათი გავლენა დაავადებათა გლობალურ ტვირთზე ბევრად აღემატება სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეულ რისკებს ჯანმრთელობასთან მიმართებით.¹³⁴

¹³³ ნარკოპოლიტიკის გარდაქმნის ფონდი: ნარკოტიკების წინააღმდეგ ომის შემდეგ: რეგულირების გეგმები (ბრისტოლი, 2009).

¹³⁴ WHO: ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (ჟენევა, 2004);

ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, ზოგადად, კლასიფიცირდება ქიმიური სტრუქტურის და/ან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მათი გავლენის მიხედვით. ზოგჯერ ადგილი აქვს კატეგორიების ურთიერთგადაკვეთას, როგორცაა: ეთილის სპირტი, ნიკოტინი თამბაქოში, კოფეინი, სედატიური და საძილე საშუალებები, კანაბინოიდები, ოპიატები და ოპიოიდები, კოკაინი, ამფეტამინი და ნარმოებულები, ჰალუცინოგენები და მფრინავი ნივთიერებები. კოფეინის გარდა, ყველა ზემოხსენებული კატეგორიის ქრონიკული გამოყენება უარყოფით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე და უკავშირდება დამოკიდებულების განვითარების რისკს. ამასთანავე, დიდ შემოფოთებას იწვევს ახალი სინთეზური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების – ნარკოტიკების გამოჩენა ევროპაში – შავ ბაზარზე, რაც სტაბილურად მზარდი მოვლენაა.¹³⁵

ყველა მათგანი მოქმედებს კონკრეტულ რეცეპტორებზე მიმაგრებით ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, რომლებიც ახდენს ნეიროტრანსმიტერების მობილიზებას ნეირონული აქტივობის გააქტიურებით ან დაქვეითებით (ინჰიბირებით) სხვადასხვა რთული ბიოქიმიური და ელექტროფიზიოლოგიური ფორმების მეშვეობით სინაფსურ დაბოლოებებთან. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების არაერთგზით გამოყენების მეშვეობით, რეცეპტორების რეგულირება და ფერმენტის ინდუქციის ზრდა (რაც საჭიროა პრეპარატის დეგრადაციისათვის) ქმნის ტოლერანტობის ბიოქიმიურ საფუძველს.

ნეირომეცნიერებამ და თანამედროვე ვიზუალიზაციის ტექნიკამ, რომელიც ასახავს ტვინის აქტივობას, დაამტკიცა, რომ ტვინის სამი სფერო - ვენტრალური ტეგმენტური სფერო, მეზოლიმბური დოფამინური სისტემა და ქერქი - გადამწყვეტ როლს ასრულებს ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან რეაგირებისა და დამოკიდებულების განვითარების კუთხით.

ყველა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებმა იწვევს დადებითი შეგრძნების პროვოცირებას, ისეთივე წესით და ტვინის იმავე სფეროებში, როგორც გადარჩენისათვის მნიშვნელოვანი სტიმულები. მაგალითად: კვება და რეპროდუქცია, დოფამინის ზრდა მეზოლიმბურ დოფამინურ სისტემაში, ბიოქიმიური რეაქცია ყველა მოულოდნელი დადებითი შეგრძნების მიმართ, რომელიც იზომება გაცილებით მაღალ დონეზე ფსიქოაქტიური ნივ-

135 EMCDDA: სააგენტოების თქმით, ევროკავშირში თითქმის ყოველკვირეულად აღმოჩენილია ახალი ნარკოტიკი, ახალი ამზების გამოშვება, №2/2012(26 აპრილი, 2012).

თიერებების ზემოქმედების ქვეშ, ვიდრე ბუნებრივი სტიმულების ქვეშ, როგორცაა საკვების მიღება. მეზოლიმბური დოფამინური სისტემა, ასევე მთავარ როლს ასრულებს ემოციური მოტივაცია-სა და სწავლების პროცესების გაძლიერებაში, მექანიზმი, რომელიც, ნეირონთა რეორგანიზაციასთან - „სინაფსურპლასტიურობასთან“ - ერთად კორტიკალური (სენსორული) და ლიმბური (ემოციური) პროექციისათვის შეიძლება წარმოადგენდეს დამოკიდებულების ბიო-ქცევით ფონს.¹³⁶

5.2 წამალდამოკიდებულება და ნარკომანია

მიუხედავად იმისა, რომ ნეირომეცნიერული კვლევის შედეგად უფრო მეტად ხორციელდება, ასეთი ბიოლოგიური რეაქციების იდენტიფიცირება, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ყველა მომხმარებელი არ ხდება წამალზე დამოკიდებული ან ნარკომანი. ტერმინი „დამოკიდებულება“ ეხება ზოგადად კომპულსიურ ქცევას და არა მხოლოდ ნივთიერებასთან, არამედ, მაგალითად – აზარტულ თამაშებთან დაკავშირებულს.

დამოკიდებულება

ნივთიერების ქიმიური სტრუქტურისა და ტვინში მისი ბიოლოგიური რეაქციების გარდა, არსებობს მთელი რიგი ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს წამალდამოკიდებულების ან ნარკომანიის განვითარებას:

- შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს ნივთიერებას, მის ხელმისაწვდომობას, დოზას, სიხშირეს, მოხმარების ხანგრძლივობასა და გამოყენების მეთოდს;
- ნარკოტიკების მომხმარებლის პიროვნული აშლილობის განვითარებამ შეიძლება დიდი გავლენა იქონიოს ნივთიერებაზე დამოკიდებულების განვითარების ალბათობაზე: ითვლება, რომ პიროვნული ავტონომიის არარსებობაზე პასუხისმგებელია ეგოს განვითარების დეფიციტი სუპერ-ეგოს სუსტ კონტროლთან ერთად, რაც განაპირობებს ქცევით კონფლიქტიდან გამოსვლას და ეძებს სხვა ანალო-

¹³⁶ WHO: ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (გენევა, 2004).

გიურ გადაწყვეტილებებს, როგორცაა ნარკოტიკების მოხმარება, პიროვნული აშლილობა, რა დიაგნოზიც ხშირად დაესმით წამალდამოკიდებულ პაციენტებს და ბავშვობაში ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენება ნივთიერებაზე დამოკიდებულების განვითარების სავარაუდო ხელშემწყობი ფაქტორებია;

- სხვა თანმდევი ფსიქიატრიული დაავადებები, როგორცაა ბიპოლარული აშლილობა და შიზოფრენია, ხშირად თან ახლავს ნარკოტიკების მოხმარებასა და დამოკიდებულებას და შეიძლება დიდი გავლენა იქონიოს ნარკომანიის განვითარებაზე. ცნობილია, რომ ფსიქიკურ დაავადებასა და ნივთიერებებზე დამოკიდებულებას, საერთო აქვს მეზოლიმბური დოფამინური სისტემის დისფუნქცია;
- განათლების დაბალი დონე, სოციალური და პირადი პრობლემები, სოციალური იზოლაცია, უმუშევრობა, სამომავლო პერსპექტივების არარსებობა და აღნიშნულ არახელსაყრელ პირობებთან გამკლავების უუნარობა ადამიანებს (განსაკუთრებით ახალგაზრდებს) მიდრეკილს ხდის წამალდამოკიდებულებისადმი;
- შეიძლება ხელს უწყობდეს სოციალური გარემო - კულტურა და რასაც ჩვენ ნარკოტიკების მომხმარებელთა „სუბკულტურას“ ვუწოდებთ, რომელიც უხვად შეიცავს ქცევის კოდექსებსა და რიტუალებს;
- არსებობს დიდი ხნის გამოცდილება, რომ გენეტიკური ფაქტორები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ნივთიერებაზე დამოკიდებულების განვითარებაზე.¹³⁷

აქედან გამომდინარე, წამალდამოკიდებულება ინდივიდუალური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და ნეირობიოლოგიური ფაქტორების კომპლექსურ ურთიერთქმედებით გამოწვეული მრავალფაქტორული აშლილობაა, რომელიც პირს, რომელიც ექვემდებარება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედებას, მგრძნობიარეს ხდის ტვინში ისეთი მუდმივი ნეიროფიზიოლოგიური ცვლილებების განვითარების მიმართ, რომლებიც პასუხისმგებელია წამალდამოკიდებულებაზე და

137 WHO: ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (ჟენევა 2004);

რომელთა გამოც, ძნელია აბსტინენციის მიღწევა ხანმოკლე დროში. ტვინის ასეთი მუდმივი ცვლილებების გამო, ნივთიერებაზე დამოკიდებულება ქრონიკული დაავადებაა და მსგავსად სხვა ქრონიკული დაავადებებისა, როგორცაა დიაბეტი და ჰიპერტენზია, ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა და ხშირი რეციდივები, მისი განკურნება შესაძლებელია, თუმცა იშვიათად იკურნება მოკლე დროში.

ნარკომანია

ნარკომანია აღწერილია (და არა განსაზღვრული), როგორც „ყურადღების სისტემის მონოპოლიზაცია მოხმარების სტიმულებით“ ან „განგრძობითი კომპულსიური ქცევა ჯანმრთელობაზე, მავნე ზეგავლენისა და სოციალური შედეგების გაცნობიერების მიუხედავად.“ ამის საპირისპიროდ, არსებობს ძალიან მკაფიო დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები – წამალდამოკიდებულებისათვის. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 ვერსიის (ICD-10) თანახმად, წამალდამოკიდებულების დიაგნოზი დგინდება შემდეგი ელემენტებიდან, სამზე მეტის არსებობის შემთხვევაში:¹³⁸

- პრეპარატის მიღების ძლიერი სურვილი ან იძულების გრძნობა;
- ნივთიერების მიღების ქცევის კონტროლთან დაკავშირებული სირთულეების დანყება, შეწყვეტა ან გამოყენების დონის თვალსაზრისით;
- ფიზიოლოგიური გასვლის მდგომარეობა, როდესაც ნივთიერების გამოყენება შეწყდა ან შემცირდა, რაზეც მიუთითებს ნივთიერების აბსტინენციის სინდრომი;
- ტოლერანტობის პრაქტიკა, როდესაც საჭიროა ფსიქოაქტიური ნივთიერების გაზრდილი დოზა, თავდაპირველად დაბალი დოზით მიღებული შედეგების მისაღწევად;
- ალტერნატიული სიამოვნების ან ინტერესების პროგრესირებადი უგულვებელყოფა ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენების გამო, გაზრდილი დრო, რომელიც მოითხოვება ნივთიერების მოპოვების, მიღების ან მისი შედეგების დასაძლევად;

¹³⁸ WHO: ICD-10 (ქვნევა, 2010).

- ნივთიერების ხანგრძლივი გამოყენება, მისი აშკარად მავნე შედეგების მიუხედავად.

არსებითად იგივე დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს ითვალისწინებს ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (DSM-IV), გარდა დამატებითი პუნქტისა: „განგრძობადი სურვილი, ნივთიერების გამოყენების ან შემცირების გამოყენებაზე, კონტროლის წარუმატებელი ძალისხმევა.“¹³⁹

უარყოფითი შედეგები

ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების უარყოფითი შედეგები ჯანმრთელობასთან მიმართებით მოიცავს უშუალოდ პრეპარატის მწვავე და ქრონიკულ ტოქსიკურ ეფექტებს, შემთხვევით ან სუიციდურ დოზირებას, ინტოქსიკაციას, ავტოსაგზაო შემთხვევებს და ქრონიკულ ტოქსიკურობას, რაც ძირითადად განპირობებულია ალკოჰოლითა და თამბაქოთი, თუმცა ასევე ნივთიერებათა სხვა ჯგუფების ქრონიკული ნეიროფსიქიატრიული პირობებით. ჯანმრთელობაზე სხვა სახის ზემოქმედებას უკავშირდება სიღარიბესა და ცხოვრების წესს, როგორცაა: არასათანადო კვება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ტუბერკულოზი და სტომატოლოგიური პრობლემები ან პრეპარატის გამოყენების მეთოდს, როგორცაა: სისხლით გადამდები ინფექციები, აივ ინფექცია, და ჩ ჰეპატიტები, ბაქტერიული სეპტიცემია, ფილტვის აბსცესი, ენდოკარდიტი და სხვა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის ან ცხვირის ლორწოვანის განადგურება კოკაინისა და სხვა პრეპარატების მომხმარებელთა შორის.

წამალდამოკიდებული პირების კომპულსურობით სარგებლობს ნარკოტიკების ბაზარი - როგორც ლეგალურად მიღებული პრეპარატების ბაზარი (ალკოჰოლი, თამბაქო), ისე ბევრად უფრო დიდი მასშტაბის მქონე უკანონო ნარკოტიკების შავი ბაზარი, რაც არასასურველ სოციალურ შედეგებს იწვევს. არალეგალური ფსიქოაქტიური ნარკოტიკები ცალსახად მოვაჭრეებისა და დილერების ინტერესს ემსახურება სარფიანი მოგების მოცულობის გამო,

¹³⁹ ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია: ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (ვაშინგტონის ოლქი, 1994).

რაც მოვაჭრეებსა და დილერებს დიდი ფულის სწრაფად შოვნის საშუალებას აძლევს, ხოლო წამალდამოკიდებულ, ხშირად უკვე სოციალურად დაუცველ პირებს უბიძგებს ვალებისაკენ, სიღარიბისაკენ, სოციალური იზოლაციისაკენ, პროსტიტუციისაკენ, დანაშაულის ჩადენისა და ციხეში მოხვედრისაკენ.

წამალდამოკიდებულების ამ უარყოფითი შედეგებისა და წამალდამოკიდებული პაციენტების მზარდი რაოდენობის თვალსაზრისით, ბევრ საზოგადოებაში, „ნარკოტიკებთან ომისა“ და აშლილობის ქრონიკული ხასიათის მიუხედავად, ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს ეფექტიანი ზიანის შემცირების ღონისძიებების მნიშვნელობა, როგორც ეს ასახულია მე-3 თავში ციხეებში აივ ინფექცია/შიდსისა და B/C ჰეპატიტების გავრცელების პრევენციის შესახებ.

5.3 წამალდამოკიდებული პაციენტების მკურნალობის მართვა

როგორც ზემოთ აღინიშნა (იხ. ეპიდემიოლოგიური ფონი), პაციენტთა დაახლოებით 30%-ს წარსულში შეხება ჰქონდა ნარკოტიკებთან და/ან ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელი იყო. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მათი დიდი ნაწილი აკმაყოფილებს წამალდამოკიდებულების ან ნარკომანიის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს. მათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების მიზნით, ციხის სამედიცინო პერსონალმა უნდა გამოავლინოს ასეთი პირები დაწესებულებაში მოთავსების დროს სამედიცინო შემოწმებისას, იცოდეს, საჭიროების შემთხვევაში, რა სახის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება უნდა აღმოუჩინოს აღნიშნულ პირებს, სათანადო ყურადღება მიაქციოს მათ განსაკუთრებულ მოწყვლადობას ციხეში, გაითვალისწინოს ციხეში ზიანის შემცირების ხელმისაწვდომი ზომები, სათანადო დახმარება გაუწიოს დამოკიდებულების მქონე პირებს და დროულად უზრუნველყოს მათთვის სარეაბილიტაციო ღონისძიებები პაციმრობიდან გათავისუფლებისას.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მუშაკების მხრიდან წამალდამოკიდებული პაციენტების ადრეული გამოვლენა მათი დაწესებულებაში მოთავსების დროს სამედიცინო შემოწმებისას, რაც მიზნად ისახავს მკურნალობისათვის მომზადებას, აბ-

სტინენციის სინდრომის დროს დახმარებას და თვითმკვლელობის რისკის შეფასებას. ესენი არის ტიპური პრობლემები, რომლებიც თავს იჩენს თავისუფლების აღკვეთის შემდეგ. ამასთანავე, როგორც ზემოთ აღინიშნა (იხ. სამედიცინო შემონიშნა დაწესებულებაში მოთავსებისას), ეს შესაძლებლობა გამოყენებული უნდა იქნეს წამალდამოკიდებული დამნაშავეებისათვის სისხლით გადამდები ინფექციების შესახებ ინფორმაციის გადაცემისა და აივ ინფექცია/შიდსისა და ვირუსული ჰეპატიტის ნებაყოფლობით კონფიდენციალურ კონსულტირებასა და ტესტირებაში მონაწილეობის შეთავაზების მიზნით.

წამალდამოკიდებულ პირთა გადაუდებელი მდგომარეობა გულისხმობს ნარკოტიკის ხმარების უეცარ შეწყვეტას და რასაც ასევე ადგილი აქვს ციხეში, ნარკოტიკებით მწვავე ინტოქსიკაციას. უეცარი შეწყვეტის სინდრომი, განსაკუთრებით ალკოჰოლისა და ბენზოდიაზეპინის შეწყვეტა, ხოლო რიგ შემთხვევებში ასევე ოპიატების შეწყვეტა, შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში გახდეს. ამიტომ, საჭიროა ინტენსიური თერაპიული მკურნალობა. იმ შემთხვევაში, თუ ციხის სამედიცინო პერსონალს არ აქვს სათანადო გამოცდილება და/ან არ აქვს სათანადო აღჭურვილობა, პაციენტი დროულად უნდა იქნეს გადაყვანილი შესაბამის საავადმყოფოში; წინააღმდეგ შემთხვევაში ხელყოფილი იქნება პაციენტის ადამიანის უფლება სათანადო მკურნალობაზე.¹⁴⁰ ამ თვალსაზრისით გასათვალისწინებელია, რომ ოპიატების შეწყვეტის თანამედროვე მკურნალობა მოიცავს დეტოქსიკაციის მეშვეობით ოპიოიდურ ჩანაცვლებით თერაპიას და „ცივად შეწყვეტა“ - შეწყვეტა სათანადო სამედიცინო დახმარების გარეშე - არასათანადო მოპყრობად უნდა ჩაითვალოს. ციხის სამედიცინო პერსონალის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბლოკი სათანადოდ უნდა იყოს აღჭურვილი და, ზოგადი სარეანიმაციო აპარატურის გარდა, უზრუნველყოფილი იყოს, ასევე ნალოქსონსა და დეტოქსიკაციის საშუალებებით.

140 *McGlinchey and others v. UK* №50390/99.

მონყვლადობა

ნამალდამოკიდებული დამნაშავეები დაუცველი პატიმრების ჯგუფს განეკუთვნებიან, რადგან ისინი პატიმართა იერარქიაში ქვედა საფეხურზე იმყოფებიან და ექვედებარებიან არასახარბილო მოპყრობას, როგორც პატიმართა, ისე ნაკლებად განათლებული პერსონალის მხრიდან. პერსონალს გაცნობიერებული უნდა ჰქონდეს, რომ ნამალდამოკიდებულება არ არის სუსტი ნებისყოფის ან ხასიათის გამოვლინება, არამედ იგი ქრონიკული სამედიცინო აშლილობაა, რომელიც ხშირად ასოცირდება სხვა ფსიქიკურ დარღვევებთან.

დამოკიდებული პატიმრის მხრიდან ნარკოტიკზე შეჩვევა მას ადვილად აქცევს ძალადობის, იძულებითი სქესობრივი კავშირის ან სხვა ზენოლის მსხვერპლად, როგორიცაა ზენოლა იმ მიზნით, რომ ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიის ფარგლებში დანიშნული პრეპარატებზე უარი თქვან. ციხეში ნარკოტიკების შეძენის მცდელობისას, აღნიშნული კატეგორიის პირები დგანან ვალის აღების რისკის წინაშე, რასაც შემდგომში მოსდევს მუქარა, დაცინვა და ძალადობა. ნამების პრევენციის კომიტეტის სტანდარტების თანახმად, ჯანდაცვის მუშაკებს ციხეში სხვა ამოცანებთან ერთად, მოეთხოვებათ ჰუმანიტარული დახმარების განევა, კერძოდ, დაუცველი პატიმრებისათვის.¹⁴¹ სტანდარტები ასევე ითვალისწინებს რეკომენდაციებს მათ დაცვასა და ჩანაცვლებით თერაპიას სამედიცინო კონფიდენციურობის მექანიზმის შესაბამისად.

ზიანის შემცირების ღონისძიებები

გამოცდილების თანახმად, ციხეში ნამალდამოკიდებული პატიმრები განაგრძობენ რისკ-ქცევას, ხოლო, როდესაც ზიანის შემცირების ზომები ციხეში არ არსებობს, ისინი ანახლებენ ან თუნდაც იწყებენ ქცევას, რომელიც უკავშირდება სისხლით გადამდები ინფექციების გავრცელებას. შესაბამისად, ეპიდემიოლოგიური, სამედიცინო და ეთიკური მოსაზრებების გამო, ზიანის შემცირება ციხეში აუცილებელი მოთხოვნაა. ზიანის შემცირების მიზანშეწონილობა, კონცეფციები და ღონისძიებები დეტალურადაა აღწერილი მე-3 თავში (იხ. აივ ინფექცია/შიდსისა და B/C ჰეპატიტების გავრცელების პრევენცია ციხეებში).

141 წამების პრევენციის კომიტეტის (CPT) სტანდარტები 2002 (გადასინჯული ვერსია, 2011).

მკურნალობა

მიუხედავად იმისა, რომ მნიშვნელოვანია, პირველ რიგში, პაციმრობის ყველა შესაძლო ალტერნატივის ამონაურვა წამალდამოკიდებული დამნაშავეების მიმართ, როგორც ზემოთ აღინიშნა, იძულებითი სტაბილიზაცია პაციმრობის პერიოდში შეიძლება და უნდა იქნეს გამოყენებული მკურნალობის დასაწყებად, რაც მათი ქოტური ცხოვრების წესის გამო არ ყოფილა მათთვის ხელმისაწვდომი უფრო ადრე.

წარმატებული მკურნალობისათვის აუცილებელია პაციენტთან თანამშრომლობა. ქმედუნარიანი წამალდამოკიდებული პაციენტების იძულებითი მკურნალობა, რასაც ჯერ კიდევ ითვალისწინებს რამდენიმე ქვეყნის სისხლის სამართლის კანონმდებლობა, სამედიცინო და ეთიკური კუთხით სადავოა. ნარკომანიისადმი მიდრეკილება ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც ითვალისწინებს რეციდივს და საჭიროებს გრძელვადიან მკურნალობას სხვა ნებისმიერი ქრონიკული დაავადების მსგავსად.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, წამალდამოკიდებული პაციენტების დიდ ნაწილს დამატებით აღენიშნება ფსიქიატრიული თანმდევი დაავადებები, რომლებიც სათანადო დიაგნოსტიკებსა და მკურნალობას მოითხოვს. მკაფიოდ აღინიშნა, რომ თანმდევი დეპრესიული ან შიზოფრენული დარღვევების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა ეფექტურია ნივთიერებებზე დამოკიდებულების მკურნალობის პროცესში.¹⁴² ციხეში სხვა ფსიქიატრიული მდგომარეობის ფარმაკოლოგიური მკურნალობის მიზნით, ბენზოდი-აზეპინების დანიშვნა დიდ სიფრთხილეს მოითხოვს, ხოლო მათი მიღება ვიზუალურად კონტროლირებადი უნდა იყოს მაღალი რისკის განრიდების გამო, ისევე როგორც გამონერვილი წამლების შემთხვევაში ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიის დროს.

ვინაიდან ოპიატებზე დამოკიდებულების დროს აბსტინენციის მიზანი ძნელად მიღწევადია, მოკლევადიან პერსპექტივაში, თანამედროვე მკურნალობის ძირითადი კონცეფციები სხვაგვარად არის ორიენტირებული, კერძოდ აბსტინენციის სტრატეგიიდან აქცენტმა წამლის გამოყენების მიმღებლობაზე გადაინაცვლა ზიანის შემცირების მკურნალობასთან ერთად, რაც მიზნად

¹⁴² WHO: ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (ყენევა, 2004).

ისახავს წამალდამოკიდებული პაციენტის ფსიქოსოციალური მდგომარეობის სტაბილიზებას, კრიმინალის შემცირებას, პაციენტის სიცოცხლის გადარჩენასა და თერაპიული თვალსაზრისით ჯანმრთელობისათვის უარყოფითი შედეგების შემცირებას. ეს ეფექტურად მუშაობს პერორალურ ოპიოიდურ ჩანაცვლებით თერაპიასთან ერთად.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების მრავალფაქტორული ეტიოლოგიის შესაბამისად, არსებობს ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური მკურნალობის კონცეფციების ფართო სპექტრი - სხვადასხვა ფსიქონალიტიკური ტექნიკიდან დაწყებული (გეშტალტის თერაპია) შემეცნებითი ქცევითი თერაპიების (სიტუაციური მართვა, რეციდივის თავიდან აცილებისა და მოტივაციის ამალღების ტექნიკა) ჩათვლით. საუკეთესო ფსიქოსოციალური მკურნალობის სტრატეგიის არჩევანი თითოეულ ციხეში დამოკიდებული იქნება არსებულ რესურსებსა და ჯანდაცვის გუნდის გამოცდილებაზე.

რეაბილიტაცია

ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ საზოგადოებაში დაბრუნებისათვის მომზადებისა და ხელშეწყობის ღონისძიებები მნიშვნელოვანია ნებისმიერი პატიმრისათვის, ხოლო ნივთიერებაზე დამოკიდებული სამართალდამრღვევებისათვის - სასიცოცხლოდ აუცილებელია: ანგარიშები მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, რომლებიც იკვლევს სიკვდილიანობის მაჩვენებელს ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის პატიმრობიდან გათავისუფლების შემდეგ, მიუთითებს მეტისმეტად მაღალ სიკვდილიანობაზე, განსაკუთრებით გათავისუფლებიდან პირველი ორი კვირის შემდეგ. აღნიშნული კატეგორიის პირთა უმეტესობის გარდაცვალების მიზეზი გადაჭარბებული დოზირებით გამოწვეული ნარკოტიკული ინტოქსიკაციაა ოპიატების მიმართ ტოლერანტობის შემცირების გამო პატიმრობის პერიოდში შეწყვეტილი ან შემცირებული მიწოდების შემდეგ. დამტკიცებულია, რომ ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპია მნიშვნელოვნად ამცირებს ასეთ რისკს.¹⁴³ შესაბამისად, ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ საზოგადოებაში

143 WHO ევროპა: პატიმართა შორის ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პრევენცია გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში (ჟენევა, 2010);

დაბრუნების ხელშეწყობის მექანიზმების გარდა, როგორცაა: საცხოვრებელი პირობები, ფინანსები, ოჯახური პრობლემები, განათლება, დასაქმება და შემდგომი ფსიქიკური მხარდაჭერა¹⁴⁴, უაღრესად რეკომენდებულია განათლება შემცირებული ტოლერანტობის გამო გადაჭარბებული დოზირების რისკების შესახებ, ხოლო ოპიატებზე დამოკიდებული სამართალდამრღვევთათვის - ოპიატური-ჩანაცვლებითი თერაპიის გაგრძელება ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ.

144 გამჭოლი დახმარება პარტნიორობის მეშვეობით: ნარკოტიკების მომხმარებელ პაციენტთა სამედიცინო დახმარების მეშვეობით - სახელმძღვანელო ინსტრუმენტები, რედ. მ. მაკდონალდი და სხვები, ევროპული კომისია (ზრიუსელი, 2012).

ვებგვერდების ჩამონათვალი

ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია: ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (DSM) www.psychiatry.org/practice/dsm

ბოეჰმე კ.კ., ნაბეტა პ., ჰილმენი დ. და სხვები: ტუბერკულოზისა და რიფამპიცილის რეზისტენტულობის სწრაფი მოლეკულური გამოვლენა, ახალი ინგლისის სამედიცინო ჟურნალი, 363 (2010), 1005-15 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847

CDC (დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები): შპრიცის დეზინფექცია ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთათვის, 2004 www.cdc.gov/odu/facts/disinfection.pdf

CDC, MMWR (7 ივლისი, 2006): ტუბერკულოზის პრევენცია და კონტროლი გამოსასწორებელ და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში: CDC-ის რეკომენდაციები www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm

მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანდაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების თაობაზე [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია (Rec(2006)2) ციხის ევროპული წესების შესახებ <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

წამების პრევენციის კომიტეტის მონაცემთა ბაზა www.cpt.coe.int/en/database.htm

წამების პრევენციის კომიტეტის სტანდარტები (2002, გადასინჯული ვერსია, 2011) www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

EMCDDA (ნარკოტიკებსა და ნარკოდამოკიდებულებაზე მონიტორინგის ევროპული ცენტრი) www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

EMCDDA 2010 www.emcdda.europa.eu/stats10/hsrtab9

EMCDDA 2012: სააგენტოების თქმით, ევროკავშირში თითქმის ყოველკვირეულად აღმოჩენილია ახალი ნარკოტიკი www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

EMCDDA: პატიმრობის ალტერნატივები - ნარკოტიკების მომხმარებელთა პრობლემის მოგვარება ევროკავშირში, 2005 www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index-34889EN.html

EMCDDA: საუკეთესო პრაქტიკა: ნარკოტიკებისაგან თავისუფალი ზონა ჰირტენბერგის ციხეში http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო, მონაცემთა ბაზა <http://hudoc.echr.coe.int>

ევროპის სოციალური ქარტია <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

ციხეებში ორმაგი დიაგნოზის მართვის სახელმძღვანელო, ჯანდაცვის დეპარტამენტი, გაერთიანებული სამეფო, 2009
www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_final_2009.pdf

საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

სტამბულის ოქმი, წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის შედეგად მიღებული დაზიანებების მქონე პირების მიმართ ეფექტიანი გამოძიებისა და დოკუმენტაციის სახელმძღვანელო www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

იურგენსი რ., ნოვაკი მ. და დეი მ.: აივ ინფექცია/შიდსი და პატიმრობა: ციხეები და წინასწარი დაკავების იზოლაციორები. შიდსთან ბრძოლის საერთაშორისო საზოგადოების ჟურნალი 14:26 (2011) www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491

კასტელიკი ა., პონტი ი. და სტოვერი ჰ.: ოპოიდური ჩანაცვლებითი თერაპია საპატიმრო დაწესებულებებში, პრაქტიკული სახელმძღვანელო, 2009
https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf

NICE-ს კლინიკური გაიდლაინები. ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა: მკურნალობა, მართვა, პრევენცია. NHS (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf

NICE-ს კლინიკური გაიდლაინები, მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა: NICE-ს სახელმძღვანელო მითითებები მკურნალობისა და მართვის თაობაზე. ბრიტანეთის ფსიქოლოგთა საზოგადოება და ფსიქიატრთა სამეფო კოლეჯი (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf

ციხის საერთაშორისო რეფორმა: დუბლინის დეკლარაცია ევროპისა და ცენტრალური აზიის ციხეებში აივ ინფექცია/შიდსის თაობაზე
www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hivaids-prisons-europe-central-asia/

ფსიქიკური აშლილობების პრევენცია. ეფექტიანი ინტერვენციები და პოლიტიკის ალტერნატივები. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ანგარიში. ფსიქიკური ჯანდაცვისა და ტოქსიკოლოგიის საკითხებზე დეპარტამენტი ნიჯმეგენისა და მასტრიხტის უნივერსიტეტების პრევენციის კვლევის ცენტრთან თანამშრომლობით, WHO 2004 www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

სამედიცინო ეთიკის პრინციპები ჯანდაცვის პერსონალის, კერძოდ, ექიმების, როლთან დაკავშირებით პატიმართა და დაკავებულ პირთა დასაცავად წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის ან დასჯისაგან, გაერო, 1982 (გენერალური ასამბლეის რეზოლუცია 37/194 of 18 დეკემბერი, 1982) www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

შპრიცების გაცემა ციხეში: საერთაშორისო გამოცდილების ყოვლისმომცველი მიმოხილვა, კანადის აივ/შიდსთან ბრძოლის სამართლებრივი ქსელი, 2006
<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173>

ნარკოტიკების მომხმარებელ პატიმართა გამჭოლი დახმარება - სახელმძღვანელო ინსტრუმენტები http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf

ნარკოპოლიტიკის ფონდის გარდაქმნა: ნარკოტიკების წინააღმდეგ ომის შემდეგ: რეგულირების გეგმები, 2009

<http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation>

გაეროს ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკულ საშუალებების შესახებ (ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ გაეროს ერთიანი კონვენციაში ცვლილებების შეტანის შესახებ ოქმი) www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

გაეროს კონვენცია ფსიქოტროპული საშუალებების შესახებ, 1971

http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

გაეროს კონვენცია ნარკოტიკებისა და ფსიქოტროპული საშუალებების უკანონო ზრუნვის წინააღმდეგ, 1988 www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

UNAIDS ანგარიში აივ ინფექცია/შიდსის გლობალური ეპიდემიის თაობაზე, 2010 (ნოემბერი, 2010)

www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp

UNAIDS/UNODC/WHO: აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია, მკურნალობა და დახმარება ციხეში: ეფექტიანი ეროვნული რეაგირების ჩარჩო https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

UNODC: იძულებიდან ერთიანობამდე: წამალდამოკიდებულების მკურნალობა სამედიცინო დახმარების და არა დასჯის მეშვეობით, სამეცნიერო სემინარის სადისკუსიო მასალები, 2009.

http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion_Ebook.pdf

UNODC პოლიტიკის მიმოხილვა, აივ ინფექციის/შიდსის პრევენცია და ზრუნვა ციხეებში და სხვა დახურულ დაწესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, 2012

www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

USAID/TBCTA/ICRC: სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ, 2009

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf

WHO: ნემსისა და შპრიცის პროგრამების ეფექტიანობა აივ ინფექცია/შიდსის შემცირების უთხბით ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის, 2004

http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf?ua=1

WHO: საინფორმაციო ბიულეტენი, ოქტომბერი, 2012 (გადასინჯული ვერსია, 2014)

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en

WHO: ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ანგარიში, 2013

www.who.int/tb/publications/global_report/en

WHO: სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში აივ ინფექცია/შიდსის თაობაზე
http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

WHO: ICD-10 ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების კლასიფიკაცია www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf

WHO: ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენებისა და დამოკიდებულების ნივთიერებები, ჟენევა, 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

WHO: პოლიტიკა ტუბერკულოზის/აივ ინფექციის კუთხით ერთობლივი აქტივობების თაობაზე: სახელმძღვანელო მითითებები ეროვნული პროგრამებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისათვის, 2012 http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

WHO: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ღონისძიებები სუიციდის პრევენციისათვის, 2012 apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

WHO: ტუბერკულოზის კონტროლი ციხეებში [WHO/CDS/TB/2001/.281], ჟენევა, 2000 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf

WHO: ტუბერკულოზი ციხეებში
www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en

WHO ევროპა: ჯანდაცვა ციხეებში: მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გზამკვლევი ციხის ჯანდაცვის ძირითადი პრინციპების შესახებ
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

WHO ევროპა: აივ ინფექცია/შიდსი [პოლიტიკა] ციხეში
www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

WHO ევროპა: პატიმართა შორის ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილიანობის პრევენცია გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციების ეფექტიანობა, ჟენევა, 2007 www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/

WHO/UNODC/UNAIDS ნემსისა და შპრიცის პროგრამების დაწყებისა და მართვის გზამკვლევი, ნემსისა და შპრიცის პროგრამები დახურულ დაწესებულებებში, 2007 www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS ციხეებში აივ ინფექციაზე რეაგირების ინტერვენციები: ყოვლისმომცველი მიმოხილვა (ტექნიკური სამოქმედო გეგმის პრაქტიკა), ჟენევა, 2007 http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS ანგარიში, ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობა ოპიოიდური დამოკიდებულების და აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის მართვაში, 2004
www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

WMA: ედინბურგის დეკლარაცია ციხის პირობებისა და ტუბერკულოზისა და სხვა გადამდები დაავადებების გავრცელების შესახებ (2000, გადასინჯული ვერსია, 2011) www.wma.net/en/30publications/10policies/p28

WMA: ჟენევის დეკლარაცია 1948 www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

WMA: მალტის დეკლარაცია მოშიშშილეთა შესახებ 1991 (გადასინჯული ვერსია, 1992 და 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

WMA: ტოკიოს დეკლარაცია, სახელმძღვანელო მითითებები ექიმებისათვის წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის თაობაზე დაკავებასა და დაპატიმრებასთან დაკავშირებით, ტოკიო, 1975 (გადასინჯული ვერსია, დივონ-ლე-ზენი, 2005 და 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

WMA: დეკლარაცია იმ ექიმების მხარდაჭერის თაობაზე, რომლებიც უარს აცხადებენ, მონაწილეობა მიიღონ წამებასა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობასა თუ დასჯაში ან შეურიგდნენ ასეთ ქმედებებს, ჰამბურგი, 1997. www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

WMA: სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი (გადასინჯული ვერსია 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html

WMA: რეზოლუცია ექიმების პასუხისმგებლობის თაობაზე წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის ქმედებებზე ბრალდებულთან დაკავშირებით, რომლებიც მათთვის ცნობილი იყო, ჰელსინკი, 2003. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/>

WMA: განცხადება პატიმართა ფიზიკურ ჩხრეკასთან დაკავშირებით, ბუდაპეშტი, 1993 (გადასინჯული ვერსია. 2005) www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

Human Rights in Prisons and Other Closed Institutions

ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში

Funded
by the European Union
and the Council of Europe



COUNCIL OF EUROPE



Implemented
by the Council of Europe

სახელმძღვანელო ქართულ ენაზე ითარგმნა და გამოიცა ევროპის კავშირისა და ევროპის საბჭოს ერთობლივი პროგრამის – „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“ – ფარგლებში. პროგრამა მიზნად ისახავს თავისუფლებადაკვეთილ პირთა უფლებების დაცვის უზრუნველყოფასა და სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებას

ISBN: 978-9941-0-6824-9

გამომცემლობა: შპს „გამომცემლობა კოლორი“



9 789941 068249