

Həbsxanada səhiyyə və tibb etikası



**Məbusların sağlamlığına
cavabdeh olan səhiyyə işçiləri və digər
həbsxana əməkdaşları üçün vəsait**

**Andres Lehtmets
Jörg Pont**

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Həbsxanada səhiyyə və tibb etikası

Məhbusların sağlamlığına
cavabdeh olan səhiyyə
işçiləri və digər həbsxana
əməkdaşları üçün vəsait

Andres Lehtmets
Jörg Pont

Avropa Şurası

Azərbaycanda Penitensiar İslahatlara Əlavə Dəstək
Further Support to the Penitentiary Reform in Azerbaijan



İngilis dilində nəşr: Prison healthcare and medical ethics

Bu nəşr Avropa İttifaqının və Avropa Şurasının «Azərbaycanda penitensiar islahatlara əlavə dəstək» Birgə Layihəsinin vəsaiti hesabına tərcümə və dərc olunub. Nəşrdə ifadə edilən fikirlərə görə Avropa İttifaqı və Avropa Şurası məsuliyyət daşımır.

Bu materialın və ya onun bir hissəsinin yenidən nəşri və ya tərcüməsi ilə bağlı bütün müraciətlər Kommunikasiya Direktorluğuna (F-67075 Strasburq Cedex və yaxud publishing@coe.int) ünvanlanmalıdır.

Bu materialla bağlı bütün digər məktublar İnsan Hüquqları və Qanunun Aliliyi üzrə Baş Direktorluğa ünvanlanmalıdır.

Üz qabığı: SPDP, Avropa Şurası
Üz qabığındakı şəkillər: Shutterstock
Qrafik dizayn: Jouve

© Avropa Şurası, noyabr 2014-cü il
Avropa Şurasında dərc edilmişdir

© Avropa Şurası, aprel 2017-ci il
azərbaycan dilində nəşr edilmişdir

Müəlliflər

Cənab Andres Lehtmets, Estoniya, Qərbi Tallin Mərkəzi Xəstəxanasında (West Tallinn Central Hospital) Psixiatr, İşgəncənin və Qeyri-insani, yaxud Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəzanın Qarşısının alınması üzrə Avropa Komitəsinin keçmiş Vitse-Prezidenti

Cənab Jörg Pont, Avstriya Ədliyyə Nazirliyinin keçmiş Tibb Məsləhətçisi

MÜNDƏRİCAT

ÖN SÖZ	5
ABREVIATURALARIN SİYAHISI	6
FƏSİL 1 – HƏBSXANADA TİBBİ ETİKA	7
1. 1. Həbsxanada səhiyyə xidmətlərinin səviyyələri.....	8
1. 2. Gigiyena və sağlamlığın təşviqi.....	9
1. 3. Tibbi konfidensiallıq	10
1. 4. Tibbi məsləhətlər.....	12
1. 5. Tibbi sənədləşmə və sənədlərin saxlanması.....	17
1. 6. Digər etik məsələlər	21
FƏSİL 2 – PSIXIATRİK QAYĞI VƏ MÜALİCƏ PLANLARI – HƏBSXANADA TERAPEVTİK VƏ REABILİTASIYA XARAKTERLİ PSIXOSOSIAL FƏALİYYƏTLƏR	25
2.1. Həbsxanalarda psixiatrik səhiyyə xidmətləri.....	26
2.2. Həbsxanada psixiatrik bölmələr	27
2.3. Müalicə planı	28
2.4. Psixiatriyada müalicə olunmağa razılıq	31
2.5. İntiharın qarşısının alınması	33
2.6. Həbsxanada digər psixi sağlamlıq problemləri.....	35
2.7. Həbsxanalarda ikili diaqnoz.....	41
2.8. Şəxsiyyət pozuntuları olan məhbuslar	43
FƏSİL 3 – HƏBSXANALARDA İİV/QİÇS VƏ HEPATİT B/C VİRUSLARININ YAYILMASININ QARŞISININ ALINMASI	45
3.1. Epidemioloji əsaslar	45
3.2. Beynəlxalq sənədlər	46
3.3. Yanaşmaların və biliklərin inkişaf etdirilməsi	47
3.4. Narkotik təchizatının və narkotiklərə tələbatın azaldılması.....	49
3.5. Riskli davranışların zərərinin azaldılması.....	51
3.6. Qabaqlayıcı tibbi tədbirlər	54
FƏSİL 4 – İKİLİ EPİDEMİYA: İİV/QİÇS VƏ VƏRƏM (TB)	55
FƏSİL 5 – PSIXOAKTİV PREPARATLAR VƏ NARKOTİK ASILILIĞI OLAN MƏHBUSLARLA BAĞLI TİBBİ TƏDBİRLƏRİN GÖRÜLMƏSİ	59
5.1. Psixoaktiv preparatlar	59
5.2. Narkotiklərdən asılılıq və narkotiklərə aludəçilik	61
5.3. Narkotik asılılığı olan məhbuslarla bağlı tibbi tədbirlərin görülməsi	63
İSTİNAD EDİLMİŞ İNTERNET MƏNBƏLƏRİNİN SİYAHISI	68

Ön Söz

Bu vəsait həbsxanaların səhiyyə işçiləri və məhbusların sağlamlığına cavabdeh olan digər həbsxana əməkdaşları üçün nəzərdə tutulmuşdur. Vəsait psixiatrik qayğı, (qazanılmış immun çatışmazlığı sindromu, hepatit və vərəm kimi) yoluxucu xəstəliklərin yayılmasının qarşısının alınması, psixoaktiv preparatlar və narkotik asılılığı olan məhbuslarla bağlı tibbi tədbirlərin görülməsi ilə əlaqədar bir sıra məsələlər barədə praktiki məlumatlardan ibarətdir. Vəsaitdə vacib etik standartlar da qeyd olunur və həkim məsləhətindən faydalanmaq, qayğının ekvivalentliyi, pasiyentin razılığı və konfidensiallıq, qabaqçılıq tibbi tədbirlər, humanitar yardım, peşə müstəqilliyi və peşəkarlıq ilə bağlı etik dilemmalara dair təkliflər irəli sürülür.

Bu vəsait bütün Avropa üzrə əldə olunmuş qabaqcıl təcrübə əsasında hazırlanmışdır. Müəlliflər vəsaitin hazırlanmasında tibb etikası və həbsxanada səhiyyə haqqında 2012-ci ilin may ayında Strasburqda keçirilmiş çoxtərəfli görüşün nəticələrindən də istifadə etmişlər. Həmin görüşdə Avropa Şurasının bir neçə üzv ölkələrində cəzaçəkmə müəssisələrində səhiyyə üzrə cavabdeh olan yüksək vəzifəli rəsmilər və mütəxəssislər öz təcrübələrini bölüşmüş və Avropa Şurası standartlarının və İşgəncənin və Qeyri-insani, yaxud Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəzanın Qarşısının alınması üzrə Avropa Komitəsinin (İQAK) tövsiyələrinin təcrübədə tətbiqi yollarını müzakirə etmişdirlər.

Vəsait təfsilatlı bir bələdçi və idarəetmə aləti hesab oluna bilər və Avropa Şurasının texniki əməkdaşlıq fəaliyyətinin dəstəklənməsi üçün tədris vəsaiti kimi istifadə oluna bilər. Azadlıqdan məhrum edilmiş şəxslər üçün səhiyyə xidmətləri birbaşa olaraq İQAK-ın mandatına aiddir. Qeyri-adekvat səhiyyə xidməti sürətli şəkildə qeyri-insani və ləyaqəti alçaldan rəftar hallarına gətirib çıxara bilər. Lakin, həbsxanaların tibb və qeyri-tibb işçilərinin peşəkarlıq baxımından daha bilikli və bacarıqlı olması məhbuslar və həbsxana əməkdaşları üçün daha sağlam və təhlükəsiz mühitin mövcud olması və sağlamlıq problemlərinin həbsxanalardan cəmiyyətə ötürülməsi risklərinin azaldılması ilə cəmiyyətin də daha yaxşı qorunması deməkdir.

Mən vəsaitin müəllifləri, Estoniyada Qərbi Tallin Mərkəzi Xəstəxanasında psixiatr, İQAK-ın keçmiş Vitse-Prezidenti cənab **Andres Lehmetso**, və Avstriya Ədliyyə Nazirliyinin keçmiş Tibb Məsləhətçisi cənab **Jörg Ponta** öz təşəkkürümü bildirmək istədim. Vəsaitdə onların mükəmməl peşəkarlığı və böyük təcrübəsi öz əksini tapmışdır. Mən bu vəsaitin nəşr olunması üçün zəhmət çəkmiş kolleqalarım **Luljeta Kasa** və **Tanya Rakusic-Hadzicə** də təşəkkür edirəm.

Filip Boillat
Baş Direktor
İnsan Hüquqları və Qanunun
Aliliyi üzrə Baş Direktorluq
Avropa Şurası

Abreviaturaların siyahısı

XNM	Xəstəliyin Nəzarətdə saxlanması və Qarşısının alınması Mərkəzləri (ABŞ)
NK	Avropa Şurası Nazirlər Komitəsi
İQAK	İşgəncənin və Qeyri-insani, yaxud Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəzanın Qarşısının alınması üzrə Avropa Komitəsi
DSV-IV	Psixi Pozuntular üzrə Diqanostik və Statistik Vəsait (APA, 1994)
AİHK	Avropa İnsan Hüquqları Konvensiyası
NNAAMM	Narkotiklər və Narkotik Asılılıq üzrə Avropa Monitoring Mərkəzi
AHQ	Avropa Həbsxana Qaydaları
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, versiya 10 (Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı, 2010)
BQXK	Beynəlxalq Qırmızı Xaç Komitəsi
KMMİ	Səhiyyə və Kliniki Mükəmməllik üzrə Milli İnstitut
TYVK	Texniki Yardım üçün Vərəm Koalisiyası
UNAIDS	İİV/QİÇS üzrə Birgə BMT Proqramı
UNODC	Birləşmiş Millətlər Təşkilatının Narkotiklər və Cinayətkarlıq üzrə İdarəsi
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
ÜTA	Ümumdünya Tibb Assosiasiyası

Fəsil 1

Həbsxanada tibb etikası

Həbsxanada səhiyyə eynilə cəmiyyətdə olan etika prinsipləri ilə nizamlanır. Əsas prinsiplər Ümumdünya Tibb Assosiasiyasının Cenevrə Bəyannaməsində (1948, ən sonuncu versiyası 2006-cı ilə aiddir), Tibbi Etika üzrə Beynəlxalq Kodeksdə (1949, ən sonuncu versiya 2006-cı ilə aiddir)¹, BMT Baş Assambleyasının 37/194 sayılı 18 dekabr 1982-ci il tarixli qətnaməsində və Avropa Şurası Nazirlər Komitəsinin No. R (1998) 7 sayılı 8 aprel 1998-ci il tarixli² həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri haqqında Tövsiyəsində müəyyən olunmuşdur.

Həbsxana həkiminin və digər səhiyyə işçilərinin başlıca vəzifəsi dustaqların sağlamlığı və rifahıdır. Məhbusların təməl hüquqlarına hörmət olunması onlara, cəmiyyətə göstərilən səhiyyə xidməti ilə eyni səviyyədə və keyfiyyətdə qabaqlayıcı müalicə və səhiyyə xidmətinin göstərilməsini nəzərdə tutur.

Azadlıqdan məhrum edilmiş şəxslərə səhiyyə xidmətlərinin göstərilməsi həmçinin pis rəftarın qarşısının alınması ilə də birbaşa əlaqəlidir. Səhiyyə xidmətinin qeyri-adekvat səviyyədə göstərilməsi “qeyri-insani və ləyaqəti alçaldan rəftar” hallarının yaranmasına gətirib çıxara bilər³. Məhbusların lazımi təsisatların olmaması səbəbindən və ya həmin təsisatların məhbusları qəbul etməməsi səbəbindən, münasib müalicə ala bilmədikləri yerdə qalmağa məcbur edilməsi qəbulənməzdir. Bir neçə belə hallarda Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi Avropa İnsan Hüquqları Konvensiyasının (AİHK) 3-cü Maddəsinin pozulduğunu müəyyən etmişdir.⁴

¹ ÜTA Cenevrə Bəyannaməsi (1948); ÜTA Tibb Etikası üzrə Beynəlxalq Məcəllə (2006).

² BMT: Məhbusların və Saxlanılan şəxslərin İşgəncə və Digər Qəddar, Qeyri-insani yaxud Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəzadan Qorunmasında Səhiyyə işçilərinin, xüsusilə də Həkimlərin Rolu ilə bağlı Tibb Etikasının Prinsipləri (1982); NK: *Həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri*. R (1998) 7 sayılı Tövsiyə.

³ İşgəncənin və Qeyri-insani, yaxud Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəzanın Qarşısının alınması üzrə Avropa Komitəsi (İQAK) Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

⁴ Xudobin Rusiyaya qarşı İş (Xudobin v. Russia) 59696/00, Mouisel Fransaya qarşı (Mouisel v. France) 67263/01, Kaprikovski Polşaya qarşı (Kaprykowski v. Poland) 23052/05.

1.1. Həbsxanada səhiyyə xidmətlərinin səviyyələri

Aydındır ki, həbsxana məhbusların səhiyyə xidməti ilə bağlı bütün ehtiyaclarını özü təkbaşına təmin edə bilməz. Bu xüsusilə də, mütəxəssis xidmətinin tələb olunduğu hallarda özünü daha aydın şəkildə göstərir. Həbsxanada göstərilə bilməyən səhiyyə xidmətlərinin təmin olunması yaxınlıqdakı ictimai xəstəxanalarla əlaqələndirilməklə təşkil edilməlidir. İşgəncənin və Qeyri-insani, yaxud Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəzanın Qarşısının alınması üzrə Avropa Komitəsinin (İQAK) 3-cü Ümumi Hesabatının əsas hissəsində həbsxana şəraitində səhiyyə xidmətlərinin təşkili məsələsi qeyd olunur.⁵ Həbsxanada səhiyyə xidmətləri ən azı aşağıdakıları təmin edə bilməlidir:

- ▶ müntəzəm ümumi həkim və mütəxəssis məsləhətləri,
- ▶ ambulator müalicə,
- ▶ stomatoloji müalicə
- ▶ tibb məntəqəsi,
- ▶ mülki və ya həbsxana xəstəxanasında tam təchizatlı xidmət vasitəsilə birbaşa dəstək,
- ▶ fəvqəladə hallarda müdaxilələr.

Getdikcə penitensiar səhiyyənin ictimai səhiyyə xidmətləri ilə inteqrasiyası tendensiyası artmaqdadır. Avropa Şurası bu inkişafı düzgün istiqamətdə atılan addım hesab edir. Həbsxananın səhiyyə xidməti kənardan cəlb olunan mütəxəssis xidmətinə arxalandıqda, həmin xidmətlərin əlçatan olub-olmaması məsələsi ortaya çıxmağa bilər. Penitensiar xidmət əmin olmalıdır ki, kənardan cəlb olunan həmin həkimlərin iş vaxtları və ixtisasları həbsxananın ehtiyaclarına cavab verir. Kiçik tibb heyətinin mövcud olması bütün zəruri tibbi qayğı xidmətlərinin göstərilməsini mümkün edir. Məsələn, dərmanlar tibb bacıları/qardaşları tərəfindən verilməlidir. Bu mümkün olmadıqda, müvafiq orqanlar, heç olmazsa, həmişə yalnız tibb bacısının/qardaşının nəzarəti altında verilməli olan dərmanların, ən azı psixotrop və antiviral dərmanlar, siyahısını hazırlamalıdır. İşçilərə təlim keçilməlidir ki, gecə vaxtı və həftə sonlarında cəzaçəkmə müəssisəsində heç bir tibb heyəti olmadıqda, onlar ilkin tibbi yardım göstərə bilsinlər. Bir qayda olaraq, fəvqəladə hallarda həkimlə telefon əlaqəsi yaradılmalıdır.

⁵ İQAK/Inf (2012)21

Xidmətin ekvivalentliyi

Cəzaçəkmə müəssisəsində səhiyyə xidməti tibbi müalicə və tibbi qulluq, həmçinin müvafiq pəhrizlər, fizioterapiya, reabilitasiya və ya hər hansı digər zəruri xüsusi qayğı göstərilməsinin cəmiyyətdə pasiyentlərə göstərilən səhiyyə xidmətləri ilə eyni səviyyədə həyata keçirilməsini təmin edə bilməlidir. Müvafiq olaraq, tibb və kiçik tibb heyəti və texniki heyət, həmçinin şərait, qurğular və avadanlıqlar da eyni şəkildə təmin olunmalıdır.

Məhbusların mülki xəstəxanalarda müalicə olunması

Yuxarıda qeyd edildiyi kimi, həbsxana heç də həmişə lazım olan bütün mütəxəssis dəstəyini özü təmin edə bilmir. Çox vaxt çətin tibbi problemlərin həll olunması üçün yaxınlıqda yerləşən xəstəxanalardan istifadə zəruri olur. Mülki xəstəxanadan istifadə edildikdə isə təhlükəsizliyin təmin olunması məsələsi meydana çıxır. Müalicə almaq üçün xəstəxanaya göndərilmiş məhbuslar hərəkətlərinin məhdudlaşdırılması üçün xəstəxanadakı çarpayılarına və ya digər əşyalara bağlanmamalıdır. Təhlükəsizlik ehtiyaclarının təmin olunması üçün digər üsullar tapıla bilər və tapılmalıdır; mümkün yollardan biri də həmin xəstəxanalarda məhbuslar üçün nəzərdə tutulan xüsusi qapalı bölmənin yaradılmasıdır.⁶

1.2. Gigiyena və sağlamlığın təşviqi

Cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə xidmətinin vəzifəsi yalnız xəstə pasiyentlərin müalicə olunması ilə məhdudlaşmamalıdır. İxtisaslaşmış xidmət olmadıqda, qida təminatına (keyfiyyətə, kəmiyyətə, yeməklərin hazırlanmasına və paylanmasına) və gigiyena şərtlərinə (geyimlərin və yataq dəstlərinin təmizliyi, axar su təchizatı, sanitariya qurğular), həmçinin kameraların istiliyinə, işıqlandırılmasına və havalandırılmasına nəzarət edilməsinə də səlahiyyətli dövlət orqanları ilə əməkdaşlıq vasitəsi ilə onlar cavabdehdir. Əmək şəraiti və təmiz havada məşğələlərin təşkili də həmçinin nəzərə alınmalıdır. Cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə xidmətləri psixi gigiyenani, xüsusilə həbsin müəyyən amillərinin zərərli psixoloji təsirinin qarşısının alınmasını da əhatə etməlidir. Qeyri-sağlam şərait, həddindən artıq məskunlaşma, daha uzun müddətə təcrid olunma və fəaliyyətsizlik ayrı-ayrı məhbuslara fərdi qaydada tibbi yardım göstərilməsini və/və ya cavabdeh orqan tərəfindən ümumi xarakterli tibbi tədbirlər görülməsini zəruri edə bilər.⁷

⁶ İQAK/Inf (2012)13.

⁷ İQAK/Inf (2012)4.

Həkim yardımı ala bilmək imkanı

Həbsdə saxlanılarkən məhbuslar saxlanma rejimindən asılı olmayaraq, istənilən vaxt həkim məsləhəti ala bilmək imkanına malik olmalıdırlar. Bu imkanın olması şəxsin birməfərlik saxlanma rejiminə yerləşdirildiyi halda xüsusilə vacib əhəmiyyət kəsb edir. Cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə xidməti məhbusların həkimlə məsləhətləşmək üçün etdikləri müraciətlərə əsassız ləngitmələr olmadan baxılmasını təmin etməlidir. Ambulator müalicə səhiyyə işçilərinin nəzarəti altında həyata keçirilməlidir; bir çox hallarda sonrakı müalicənin də məhbusun müraciətindən asılı olaraq aparılması qənaətbəxş hesab olunmur. Sonrakı tibbi müalicə müvafiq qaydada planlaşdırılmalıdır.

Dərman əldə edə bilmək imkanı

Məhbuslara dərmanlar onların sağlamlıq vəziyyətinə uyğun olaraq verilir. Xidmətin ekvivalentliyi prinsipi bu kimi hallarda da tətbiq olunur. Həbsxanalara, dərmanların tibbi sığortası və ya dərman almağa imkanları olmayan məhbuslara pulsuz verilməsini təmin edə biləcək kifayət qədər maddi vəsait ayrılmalıdır. Bir müəssisədən digərinə köçürülmə hallarında da uzun müddətli müalicələrin aparılmasında fasilələrə yol verilməməli və uzun müddətli müalicənin davamlılığı təmin edilməlidir.⁸

1.3. Tibbi konfidensiallıq

Fövqəladə hallar istisna olmaqla, hər bir tibbi müayinə/məsləhət güvən, konfidensiallıq, şəxsi həyat (privacy) və ləyaqət atmosferi yaratmaq üçün tibbi məsləhət otağında həyata keçirilməlidir. Tibbi konfidensiallıq ümumilikdə əhaliyə göstərildiyi kimi güclü şəkildə təmin olunmalıdır. Məhbuslar qrup şəklində deyil, fərdi qaydada müayinə olunmalıdırlar. Müayinə otağında tibb işçisi olmayan üçüncü şəxslər (digər məhbuslar və ya qeyri-tibb işçiləri) olmamalıdır. Müayinə/məsləhət zamanı məhbusların əlləri bağlı saxlanılmamalı və təhlükəsizlik əməkdaşları, həkimin və ya tibb bacısının/qardaşının təhlükəsizlik məqsədilə müraciət etdiyi hallar istisna olmaqla, müayinə zamanı gözdən və qulaqdan uzaq dayanmalıdırlar.⁹ İQAK-ın ölkə səfərləri üzrə bir neçə yeni hesabatlarında bu qaydalara əməl olunmaması halları tənqid edilmişdir.¹⁰ Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi tibbi müayinə və müalicə zamanı məhbusların əllərinin bağlanması işlərində bunu qeyri-inساني və ləyaqəti alçaldan rəftar hesab etmiş¹¹ və AİHK-nın 3-cü Maddəsinin pozulduğunu müəyyən etmişdir.

⁸ İQAK/Inf (99)18.

⁹ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

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

¹¹ Mouisel Fransaya qarşı (Mouisel v. France) 67263/01 və Tarariyeva Rusiyaya qarşı (Tarariyeva v. Russia) 4353/03.

Təhlükəsizliklə bağlı legitim tələblərin tibbi konfidensiallıq prinsipi ilə uzlaşdırıldığı alternativ həll üsulları da tapıla bilər və tapılmalıdır. Mümkün üsullardan biri də zəng sisteminin quraşdırılmasıdır ki, bu sistem vasitəsilə həkim tibbi müayinə zamanı məhbusun qıcıqlanmış və ya təhlükəli olduğu fəvqəladə hallarda dərhal təhlükəsizlik əməkdaşlarını bu barədə xəbərdar edə bilsin.¹²

Əllərin bağlanması və şüşə arxasından müsahibənin aparılması ilə bağlı etik məsələlər üzrə yekun qərarın verilməsi tibb işçilərinin öhdəsinə buraxılmalıdır. Müayinə otaqları təhlükəsiz olmalı və elə quraşdırılmalıdır ki, məhbusların həbsxanadan qaçması risklərini azaltsın və təhlükəsizliklə bağlı narahatlıqların aradan qaldırılmasına kömək etsin.

Məhbuslara dərman verilməsi həbsxana nəzarətçilərinə həvalə edildikdə, tibb işçiləri dərmanları əvvəlcədən doza qutularında qablaşdırılmalıdır. Tibbi konfidensiallığın qorunması üçün dərmanları məhbuslara paylayan həbsxananın qeyri-tibb əməkdaşları dərmanların adını və dozasını bilməməlidirlər.

Məhbusların tibb sənədlərinin saxlanması həkimlərin məsuliyyətinə aiddir. Məhbusların köçürülməsi zamanı tibbi sənədlər konfidensial şəkildə - təhlükəsiz məlumat ötürülməsindən istifadə olunmaqla məhbusu qəbul edən müəssisənin həkimlərinə göndərilməlidir.

Həkim və pasiyent arasında konfidensiallıq tibbi etikanın təməli kimi

Konfidensiallığa hörmət edilməsi həkim-pasiyent münasibətləri üçün zəruri olan güvən atmosferinin təmin edilməsi baxımından əhəmiyyətlidir; bu cür münasibətin qorunması və hər hansı bir konkret halda konfidensiallıq qaydalarına necə əməl olunacağı barədə qərar qəbul edilməsi həkimin vəzifə borcudur. Həbsxana həkimi pasiyentin şəxsi həkimi kimi fəaliyyət göstərir. Məhbuslar səhiyyə xidmətləri üçün konfidensial şəkildə, misal üçün, möhürlənmiş zərfdə mesaj göndərməklə, müraciət edə bilməlidirlər. Həbsxana əməkdaşları həkim məsləhəti üçün müraciətlərin nədən ibarət olduğunu öyrənməyə çalışmamalıdırlar.

Pasiyentin qərarı ilə həkimin ümumi vəzifə borcu arasında ziddiyyət olduqda çətin vəziyyət yarana bilər. Bu hal pasiyent şəxsi inancının (məsələn, qan köçürülməsindən imtina) təsiri altında olduqda və ya hətta pasiyent təzyiqlə məqsədlə özünə xəsarət yetirdikdə, rəhbərliyə qarşı etiraz etdikdə və ya hər hansı məsələ ilə bağlı öz dəstəyini nümayiş etdirdikdə baş verə bilər.

¹² İQAK/Inf (2007)47.

1.4. Tibbi məsləhətlər

NK-nin Avropa Həbsxana Qaydaları (AHQ) haqqında Rec (2006) 2 sayılı Təvsiyəsinin 42.1 – 3 paragraflarına (Həkimin vəzifələri) uyğun olaraq, həkim hər bir məhbusu onun həbsxanaya qəbul olunmasından sonra mümkün olduğu qədər tez bir zamanda, məhbuslar səhhətindən şikayət etdikdə, zədələndikdən və ya zorakılıqdan sonra və azad edilməkdən öncə müayinə etməlidir. Yeni qəbul edilmiş məhbusu yaxud məhbus pasiyenti vaxtında şəxsən müayinə etmək imkanı olmazsa, həkim başqa bir həkimin və ya ixtisaslı tibb bacısının/qardaşının həmin pasiyentə baxmasını təmin etməlidir.¹³ Tibb işçilərinin çatışmaması və/və ya məhbusların həddindən artıq çox olması səbəbindən bu mümkün olmadıqda, İQAK-ın yeddi əsas prinsiplərindən birincisi, həkim xidmətindən istifadə etmək imkanı prinsipi, pozulmuş olur. Ehtiyac olduqda əlavə tibb işçilərinin tələb olunması və bu tələbin sənədləşdirilməsinə görə tibb işçiləri cavabdehdir. İQAK ölkələrə səfərlərində bir çox ölkələrin həbsxanalarında tibb işçilərinin çatışmadığını dəfələrlə müəyyən etmişdir. Tibb işçilərinin çatışmaması, tibbi müayinələrin, konsultasiyaların və ya müalicənin aparılmaması və ya ləngimələrlə aparılması nəticə etibarilə qeyri-insani rəftar, yəni AİHK-nın 3-cü Maddəsinin pozuntusu hesab oluna bilər.¹⁴

Pasiyentin razılığı

Bir qayda olaraq, səhiyyə mütəxəssisləri pasiyentin razılığı olmadan müayinə və ya müalicə aparmamalıdır. Həqiqi razılıq pasiyentin lazımi məlumatlandırılmasını-məlumatlı razılığının olmasını tələb edir. “Məlumatlı razılıq” dedikdə məhbuslar arasında çox rast gəlinən -savadsızlıq, başa düşməklə bağlı çətinliklər və dil baryeri də nəzərə alınmalıdır ki, bu İQAK-ın da bir neçə ölkəyə səfərləri zamanı rast gəldiyi problemdir. Razılıq olmadıqda və ya imtina edildikdə, həkim əmin olmalıdır ki, pasiyent qərarının doğura biləcəyi nəticələri anlayır və isənən vaxt qərarını dəyişə biləcəyini bilir. Pasiyentin razılığı prinsipinin nəzərə alınmamasına yalnız qanuna uyğun olduqda, misal üçün, pasiyentlər qərarlarının nəticələrini anlamaq iqtidarında olmayan ruhi xəstə olduqda, yaxud təcili yardım zamanı pasiyentlər huşsuz olduqda haqq qazandırıla bilər. İQAK səfərləri zamanı dəfələrlə bu etik prinsipə əməl olunmadığı müəyyən edilmişdir.¹⁵ Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi pasiyentin razılığı olmadan edilmiş tibbi müdaxilələrin AİHK-nın 3-cü Maddəsinə pozduğunu müəyyən etmişdir.¹⁶

¹³ NK-nin Avropa Həbsxana Qaydaları (AHQ) haqqında Rec (2006) 2 sayılı Təvsiyəsi (yenilənmiş).

¹⁴ Pavalache Rumıniyaya qarşı (Pavalache v. Romania) 38746/03; Xudobin Rusiyaya qarşı (Khudobin v. Russia) 59696/00, Hümətov Azərbaycana qarşı (Hummatov v. Azerbaijan) 9852/05.

¹⁵ İQAK/Inf (2008)26, (2009)13, (2010)1, (2011)1, (2011)20.

¹⁶ Nevmerjitski Ukraynaya qarşı (Nevmerzhtsky v. Ukraine) 54825/00; Jalloh Almaniyaya qarşı (Jalloh v. Germany) 54810/00.

Müalicə olunmağa dair razılıq vermək hüququ

Mühakimə yürütmək iqtidarında olan hər bir pasiyent müalicə olunmaqdan və ya hər hansı digər tibbi müdaxilədən imtina etmək azadlığına malikdir. Bu əsas prinsipdən yalnız qanunvericiliyin tələbinə uyğun olduqda və cəmiyyətdə tətbiq olunan yalnız aydın və ciddi şəkildə müəyyən olunmuş istisna hallarda yayınmaq olar.

Məhbuslarla bağlı biotibbi araşdırma aparıldıqda çox ehtiyatlı yanaşma tətbiq olunmalıdır. Araşdırmada iştirak etməyə dair razılığın cəza mühitinin təsiri altında verilmiş olması riski həmişə mövcuddur. Hər hansı bir məhbusun öz razılığını azad və məlumatlı şəkildə vermiş olduğundan əmin olmaq üçün təminatlar mövcud olmalıdır. Bu qaydalar cəmiyyətdə mövcud olan qaydalarla eyni olmalıdır.

Məhbusun həbsxanaya qəbul edilməsi zamanı tibbi konsultasiya

Məhbusun həbsxanaya qəbul edilməsi zamanı tibbi müayinənin vacibliyini xüsusi olaraq vurğulamaq lazımdır. Bu cür müayinənin əsas məqsədi yeni gəlmiş məhbusların sağlamlığının qorunması üçün təxirəsalınmaz tibbi tədbirlərin görülməsinin tələb olunma biləcəyi kritik sağlamlıq vəziyyətinin tez aşkarlanmasından və yoluxucu xəstəliklər olduqda həbsxana sakinlərinin sağlamlığının qorunmasından ibarətdir. Buna görə də, bu müayinə (skrining), bəzi hallar istisna olmaqla, məhbusun həbsxanaya daxil olduğu gün keçirilməlidir.¹⁷ İQAK bu yaxınlarda bir neçə ölkələrə səfərləri üzrə hesabatlarında məhbusun həbsxanaya daxil olduğu gün tibbi müayinənin keçirilməsində əsassız ləngimələrin¹⁸ olduğunu və ya keçirilən müayinənin səthi və məhdud xarakterli¹⁹ olduğunu müəyyən etmişdir.

Bundan əlavə, cəzaçəkmə müəssisəsinə girişdə bu cür tibbi müayinənin keçirilməsi səhiyyə mütəxəssislərinə yeni məhbusun etimadını qazanmaq və ona aşağıdakılar barədə məlumat çatdırmaq imkanı verir:

- ▶ Səhiyyə mütəxəssislərinin konfidensiallığı və peşə müstəqilliyi,
- ▶ Məhbusların sağlamlıqla bağlı hüquq və öhdəlikləri,
- ▶ Səhiyyə xidmətlərinin təşkili və necə, nə vaxt, harada və kimdən tibbi yardım və məsləhət almaq,
- ▶ Həbsxanada yoluxucu xəstəliklər riski və bundan necə qorunmaq,
- ▶ Vərəm, İİV və hepatit B/C infeksiyaları üzrə müayinələr,
- ▶ Həbsxanada həyata keçirilən hər hansı xüsusi müalicə və sağlamlığın təşviqi proqramları.

Bu məlumatlar elə çatdırılmalıdır ki, məhbus onu tam anlaya bilsin. Bu zaman məhbuslar arasında tez-tez rast gəlinən qavrama qüsurları və savadsızlıq, və dil baryerləri də nəzərə

¹⁷ İQAK Standartları 2002 (yenilənmişdir 2011).

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

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

alınmalıdır. Qrafik baxımdan yaxşı hazırlanmış vərəqələr və onların müvafiq dillərə tərcümə olunması məlumatların çatdırılmasında əlavə kömək rolunu oynaya bilər.

Məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinə zamanı həkim və ya tibb bacısı/qardaşı adını və vəzifəsini də bildirməklə özünü yeni məhbusa təqdim etməli və hörmət, güvən, özəl və ləyaqətli münasibət mühiti yaratmağa çalışmalıdır. Cəmiyyətdə keçirilən istənilən ilk tibbi müayinə kimi, bu cür ilkin tibbi müayinə də tibbi tarixçənin ətraflı şəkildə müəyyən olunmasından və hərtərəfli fiziki müayinədən ibarət olmalıdır. Məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinələrin ardınca təxirəsalınmaz tədbir görülə bilməsi üçün aşağıdakı tələblərə xüsusi diqqət yetirilməlidir:

- ▶ Kəskin psixi pozuntu əlamətləri,
- ▶ İntihar riski faktorları,
- ▶ Alkoqol və ya narkotik asılılıq tarixçəsi və əlamətləri və tərgitmə simptomları,
- ▶ Zorakılıq və pis rəftar hallarına dair qeydlər və/və ya zorakılıq və pis rəftar əlamətləri,
- ▶ Yoluxucu xəstəliklər,
- ▶ Məhbusun həbsxanada xüsusilə zəif, müdafiəyə ehtiyacı olan vəziyyətə düşməsinə gətirib çıxaran psixi və ya fiziki qüsurlar.

Kəskin psixoz və ya dərin depressiyadan əziyyət çəkən pasiyentlərin dərhal psixiatrik müəssisədə müalicə alması lazımdır. Eynilə, intihar etmək riski olan məhbusların da təxirəsalınmaz tibbi dəstəyə ehtiyacı vardır və bu cür məhbuslar xüsusi müşahidə altında saxlanmalıdırlar.²⁰ Bu cür məhbus pasiyentlərin müəyyən olunmasına və/və ya müvafiq tədbirlər görülməsinə etinadsız yanaşılması İQAK-ın ölkə üzrə hesabatlarında tənqid olunmuşdur.²¹ Bu kimi hallarda Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi AİHK-nin 2-ci Maddəsinin (yaşamaq hüququ) və/və ya 3-cü Maddəsinin (işgəncənin, qeyri-insani və ya ləyaqəti alçaldan rəftar və ya cəzanın qadağan edilməsi) pozuntusunu müəyyən etmişdir.²²

Psixoaktiv preparatlardan asılı olan pasiyentlər azadlıqdan məhrum etmənin ilk günlərində potensial olaraq həyat üçün təhlükəli olan tərgitmə sindromunun yaranması riski altında olurlar. Buna görə də, bu cür məhbuslara müvafiq tibbi yardım göstərmək lazımdır. İQAK bir neçə ölkəyə səfərlərində bununla bağlı çatışmazlıqların olduğunu müəyyən etmişdir²³ və Strasburq Məhkəməsinin presedent hüququnda da tərgitmə sindromunun ölümlə nəticələndiyi ən azı bir iş mövcuddur ki, həmin işdə AİHK-nin 3-cü Maddəsinin (işgəncənin, qeyri-insani və ya ləyaqəti alçaldan rəftar və ya cəzanın qadağan edilməsi) pozulduğu müəyyən olunmuşdur.²⁴

²⁰ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş, 2011); NK: Həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri haqqında R (1998) 7 sayılı Təvsiyə.

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

²² Keenan Birləşmiş Krallığa qarşı (Keenan v. UK) 27229/95; Güveç Türkiyəyə qarşı (Güveç v. Turkey) 70337/01; Riviere Fransaya qarşı (Riviere v. France) 33834/03; Renolde Fransaya qarşı (Renolde v. France) 5608/05; De Donder və De Clippel Belçikaya qarşı (De Donder and De Clippel v. Belgium) 8595/06; Dybeku Albaniyaya qarşı (Dybeku v. Albania) 41153/06; Ketreb Fransaya qarşı (Ketreb v. France) 38447/09; Mouisel Fransaya qarşı (Mouisel v. France) 67263/01; Tarariyeva Rusiyaya qarşı (Tarariyeva v. Russia) 4353/03.

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

²⁴ McGlinçey və başqaları Birləşmiş Krallığa qarşı (McGlinchey and others v. UK) 50390/99.

Bir çox ölkələrin qanunvericiliyinə, həmçinin İQAK standartlarına²⁵, AHQ-nın 42.3c bəndinə²⁶, Ümumdünya Tibb Assosiasiyasının (ÜTA) Bəyannamələrinə²⁷ və İstanbul Protokoluna²⁸ əsasən, həbsxana həkimi ona məlum olan zorakılıq əlamətlərini, xüsusilə də pis rəftar əlamətlərini sənədləşdirmək və pasiyentin razılığı ilə bu barədə müvafiq orqanlara xəbər vermək öhdəliyi daşıyır. Vaxt keçdikcə zorakılıq əlamətləri yox olduğundan, sənədlər təxirə salınmadan hazırlanmalı və münasib şəkildə məhkəməyə təqdim olunmalıdır.²⁹ Zorakılığın və pis rəftarın davam etdirilməsinin qarşısının alınması üçün bu cür əlamətlər barədə dərhal müvafiq orqanlara məlumat verilməlidir. Həmçinin, həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinədən də zorakılıq və ya pis rəftar əlamətlərinin olub-olmadığının yoxlanılması üçün istifadə olunmalıdır. Bu tədbirlərin münasib qaydada görülməməsi İQAK-ın ölkələrə səfərləri zamanı tənqid olunmuşdur.³⁰ Pis rəftarla bağlı şikayətlər həbsxana həkimi tərəfindən qeydə alınmalı və tibbi müayinənin obyektiv nəticələri və həkimin ardıcılıqla bağlı gəlidiyi qənaət ilə birlikdə dərhal müvafiq müstəntiqin diqqətinə çatdırılmalıdır.³¹

Məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinə (skrininq) zamanı yoluxucu xəstəliklərin olub-olmadığının yoxlanması təcrid edilməli olan pasiyentlərin müəyyən olunması və hava-damcı yolu ilə keçən vərəm kimi xəstəliyin yayılmasının qarşısının alınması baxımından çox vacibdir. Məhbusların infeksiya riski səbəbindən təcrid olunması həbsxanada da eynilə cəmiyyətdə olduğu qaydada tətbiq edilməlidir³² və buna görə də, məhbusların İİV və ya hepatit B və C infeksiyalarına görə təcrid edilməsinin heç bir əsası yoxdur. Bununla belə, həbsxanada bu infeksiyalara yoluxmaq riskləri haqqında maarifləndirmə və məlumat verilməsi də, yəni, zərərin azaldılması tədbirlərinin təklifi, könüllü konfidensial konsultasiya və testlərə dəvətlər və münasib olarsa, erkən müalicə tədbirləri məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi konsultasiyanın bir hissəsini təşkil etməlidir. İQAK sonuncu bir neçə ölkə səfərlərində məhbuslar həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinələr zamanı yoluxucu xəstəliklərin olub-olmamasının qənaətbəxş səviyyədə yoxlanılmadığını tənqid etmişdir.³³

²⁵ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

²⁶ NK: Avropa Həbsxana Qaydaları haqqında Rec (2006) 2 sayılı Təvsiyə.

²⁷ Ümumdünya Tibb Assosiasiyası: Tokio Bəyannaməsi. Saxlanma və həbslə əlaqədar işgəncə və digər qəddar, qeyri-insani və ya ləyaqəti alçaldan rəftar və ya cəza haqqında həkimlər üçün Bələdçi vəsait. Tokio 1975, yenilənmiş versiya Divonne-les-Bains (2005); Ümumdünya Tibb Assosiasiyası: işgəncə və ya qəddar, qeyri-insani və ya ləyaqəti alçaldan digər rəftar formalarından istifadə olunmasında iştirak etməkdən və ya buna göz yummaqdan imtina edən həkimlərin dəstəklənməsinə dair Bəyannamə, Hamburq (1997); Ümumdünya Tibb Assosiasiyası: Həkimlərin onlara məlum olan işgəncə və ya qəddar yaxud qeyri-insani və ya ləyaqəti alçaldan rəftarın pislənməsi ilə bağlı məsuliyyəti haqqında Qətnamə, Helsinki (2003).

²⁸ BMT: İstanbul Protokolu. İşgəncə və digər qəddar, qeyri-insani və ya ləyaqəti alçaldan rəftar yaxud cəzanın səmərəli şəkildə araşdırılması və sənədləşdirilməsi haqqında vəsait (Nyu York/Cenevrə 2004).

²⁹ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

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

³¹ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

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

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

Psixi və fiziki qüsurları olan şəxslər həbsxanada xüsusilə həssas olur. Qüsurlu olduqlarına görə onlar həbsxana kimi “total təsisatın” ciddi və sərt şərtlərini anlaya və/və ya ona uyğunlaşa bilmirlər və bu səbəbdən də, həbsxana əməkdaşları və məhbus yoldaşları tərəfindən psixi və ya fiziki təzyiqa məruz qalmaq riski altında olurlar. Həbsxanaya daxil olan əlilliyi olan məhbusları müəyyən etmək, onlara humanitar yardım göstərmək³⁴ və onları qorumaq üçün müvafiq tədbirlər görülməsini tövsiyə etmək səhiyyə işçilərinin vəzifə borcudur. Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi bu öhdəliyə əməl edilməməsini ləyaqəti alçaldan rəftar hesab etməklə AİHK-nın 3-cü Maddəsinin pozuntusu³⁵ kimi qəbul etmişdir.

Məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi konsultasiya zamanı səhiyyə işçilərinin yuxarıda qeyd olunan bütün öhdəliklərinə baxanda, aydın olur ki, bütün bu tapşırıqları yerinə yetirmək üçün hər bir konsultasiyaya adekvat ölçüdə vaxt ayrılmalıdır. Bundan əlavə, konsultasiyanın məhz məhbusun həbsxanaya daxil olduğu gün keçirilməsinin tələb olunduğunu da nəzərə alsaq, aydın olur ki, tibb heyəti hər gün həbsxanaya, xüsusilə də istintaq təcridxanalarına daxil olan yeni məhbusların sayına uyğun olaraq adekvat sayda tibb işçiləri ilə təmin olunmalıdır. Bu məsələyə İQAK-ın ölkələr üzrə sonuncu hesabatlarında dəfələrlə toxunulmuşdur.³⁶

Vacibliyinə baxmayaraq, yadda saxlanmalıdır ki, bir qayda olaraq, hər hansı digər tibbi müdaxilə kimi, məhbusun həbsxanaya daxil olması zamanı keçirilən tibbi müayinə üçün də pasiyentin razılığının alınması lazımdır.³⁷ Tibb personalı bu müayinənin keçirilməsini təklif etməyə borcludur; lakin, məhbusun bundan imtina etmək hüququ da vardır. Müayinədən imtina edildiyi hallarda, bu barədə məhbusun tibb kitabçasında qeyd olunmalıdır.

Zorakılıq hadisələrindən sonra tibbi müayinə

NK-nin R (1998) 7 sayılı Tövsiyəsinə və İQAK Standartlarına uyğun olaraq, həbsxananın səhiyyə xidmətləri zədələri sistemli şəkildə qeydə almaqla və əgər zərurət olarsa, müntəzəm qaydada müvafiq səlahiyyətli orqanlara həbsxanadakı zorakılıq problemi barədə ümumi məlumat verməklə, məhbuslara qarşı zorakılığın qarşısının alınmasına kömək edə bilirlər.³⁸

Zorakılıq hadisələrindən sonra keçirilən tibbi müayinələr pis-rəftar və cəzasızlıq hallarına, həmçinin məhbuslar arasındakı zorakılıq hallarına qarşı fundamental bir müdafiə vasitəsidir. Burada söhbət təkcə məhbus həbsxanaya daxil olanda keçirilən tibbi müayinə (skrininq) zamanı onun bədənində zorakılıq əlamətlərinin olub-olmadığına baxılmasından deyil, həm də saxlanma müddətində baş verən hər bir zorakılıq hadisəsindən sonra keçirilən tibbi müayinələrdən gedir. Zorakılıq yaxud pis rəftar barədə hər bir şikayət qeydə alınmalı və bunun ardınca da ətraflı tibbi müayinə keçirilməli, aşkar olunan faktlar və həkimin gəldiyi nəticə sənədləşdirilməli və bütün bu sənədlər və məlumatlar pasiyentin ra-

³⁴ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

³⁵ Price Birləşmiş Krallığa qarşı (Price v. the United Kingdom) 33394/96.

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

³⁷ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

³⁸ İQAK/Inf (2012)1; (2012)9; (2012)17; (2012)19; (2012)21; (2012)32.

zılığı ilə məhkəmə qarşısında əsas kimi müvafiq prokurora təqdim olunmalıdır.³⁹ Bundan əlavə, həbsxanada zorakılığın səviyyəsini qiymətləndirməsində dövlət orqanlarına kömək edilməsi və zorakılığa qarşı qabaqlayıcı tədbirlərin görülməsi üçün hər bir zorakılıq hadisəsi zorakılığın səhiyyə işçiləri tərəfindən aparılan sistemativ statistik qeydiyyatına daxil edilməlidir. İQAK bir neçə ölkə səfərləri zamanı bu tövsiyələrə əməl olunması ilə bağlı laqeydlik göstərilməsini tənqid etmişdir.⁴⁰

Azadlığa buraxılmazdan əvvəl tibbi müayinə

AHQ-nın 33.6-cı bəndinə əsasən, tibbi müayinə məhbusun azadlığa çıxmağa hazırlanmasının bir hissəsidir. Müayinə məhbusun azadlığa çıxmağına mümkün qədər az vaxt qalmış⁴¹, lakin həmçinin müayinənin lazımi səviyyədə təşkil oluna bilməsi üçün ən münasib olan vaxtda keçirilməlidir. Azadlığa çıxdıqdan sonra məhbusa səhiyyə xidməti göstərəcək həkim üçün tibbi məlumat rolunu oynayacaq konfidensial tibbi arayış məhbusa verilmədən ona həmçinin gələcəkdə sağlamlığı ilə bağlı tibbi məsləhət də verilə bilər. Xüsusən də, narkotik asılılığı olan məhbusların, azadlığa çıxdıqdan sonra yenə narkotiklərdən istifadə edərlərsə, doza həddinin aşılmasının onlar üçün ölümlə nəticələnə biləcəyi barədə məlumatlandırılması çox vacibdir.⁴² Anti-mikobakterial və anti-retroviral müalicə alan pasiyentlərdə azadlığa çıxdıqdan sonra da müalicənin davam etdirilməsi xüsusilə vacibdir, çünki, fasilələr psixi müalicə və opiat-əvəzləyici preparatlar alan xəstələr arasında dərmana dayanıqlı vərəm və dərmana dayanıqlı virus ştammlarının inkişaf etməsinə gətirib çıxarır. Sonuncunun davam etməsi narkotik istifadəçilərinin azadlığa buraxıldıqdan sonrakı ilk gündə ölüm hallarının əhəmiyyətli dərəcədə azalmasında özünü göstərmişdir.⁴³ Həbsxanadan cəmiyyətə keçid dövründə (son zamanlarda “sonrakı qayğı” və “ardıcıl qayğı” adlandırılan)⁴⁴ səhiyyə xidmətinin, psixoloji qayğı ilə birlikdə davam etdirilməsini məhbusun azadlığa buraxılmasından daha öncə planlaşdırmaq lazımdır, lakin bu prosesdə məhbusun azadlığa çıxmasından az öncə keçirilən tibbi müayinə də vacib rol oynayır.

1.5. Tibbi sənədləşmə və sənədlərin saxlanması

Mübahisələndirilə bilər ki, səhiyyə mütəxəssisləri çatışmadığından və onların iş yükü həddindən artıq olduğundan, onların məhdud olan vaxtı sənədləşməyə və kargüzarlığa deyil, yalnız pasiyentlərə birbaşa tibbi yardım göstərilməsinə sərf olunmalıdır. Lakin, müfəssəl

³⁹ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

⁴⁰ Slavomir Musial Polşaya qarşı (Slawomir Musial v. Poland) 28300/06, Aerts Belçikaya qarşı (Aerts v. Belgium) 25357/94.

⁴¹ NK: Avropa Penitensiar Qaydaları haqqında Rec (2006) 2 sayılı Təvsiyə.

⁴² ÜST Avropa: Azadlığa çıxdıqdan az sonrakı müddətdə məhbusların narkotiklər səbəbindən baş verən ölüm hallarının qarşısının alınması (2010).

⁴³ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

⁴⁴ Tərəfdaşlıq şəraitində Ardıcıl tibbi qayğı: Problemlə narkotik istifadəçiləri olan məhbuslar üçün ardıcıl tibbi qayğı xidmətləri – bələdçi vəsait, ed. M. MacDonald et al., Avropa Komissiyası (2012).

sənədləşmə və sənədlərin saxlanması pasiyentlərə keyfiyyətli tibbi yardım göstərilməsi və onun davam etdirilməsi üçün, təkcə pasiyentin mənafeyi baxımından deyil, həm də səhiyyə işçilərinin və həbsxana rəhbərliyinin maraqları baxımından əhəmiyyətlidir. Əgər lazımı qaydada tərtib edilmiş tibbi sənədlərlə əksi sübut olunmursa, qüsurlu tibbi xidmət barədə şikayətlər Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsinə göndərilə bilər.⁴⁵

Hər bir pasiyent üçün diaqnostik məlumatlardan və, pasiyentin keçdiyi hər hansı xüsusi müayinələr də daxil olmaqla, onun xəstəlik tarixçəsinin bütün qeydlərindən ibarət tibbi qovluq yaradılmalıdır. Səhiyyə işçiləri gündəlik qeydiyyat kitabları tutmalı və pasiyentlə bağlı bütün xüsusi hadisələr orada qeyd olunmalıdır. Bu cür qeydiyyat kitablarının aparılması faydalıdır, çünki onlar yarana biləcək xüsusi problemlərə diqqət çəkməklə, həbsxanada səhiyyənin ümumi vəziyyətini görməyə imkan verir.

Terapevtik səbəblərdən bir qadağa yoxdursa, hər bir məhbusun öz qovluğuna baxmasına icazə verilməli və məhbus qovluqdakı məlumatın onun ailəsinə yaxud vəkilinə çatdırılması barədə müraciət edə bilməlidir. Məhbusun başqa yerə köçürüldüyü hallarda, onun qovluğu gedəcəyi müəssisənin həkimlərinə göndərilməlidir.⁴⁶

Fərdi tibbi qovluq

Əksər ölkələrin səhiyyə xidməti haqqında qanunvericiliyinə və tibbi qayğının ekvivalentliyi prinsipinə uyğun olaraq, cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə mütəxəssisləri hər bir məhbusun fərdi tibbi qovluğunu yaratmalı və saxlamalıdır.

Qovluq bütün tibbi tarixçəni, məhbus həbsxanaya qəbul edilərkən keçirilmiş tibbi müayinənin nəticələrini, pasiyentlə bağlı olan bütün tibbi qeydləri, pasiyentin müraciəti əsasında keçirilmiş bütün konsultasiyaları, həkimin gəldiyi nəticələri, verilən məsləhətləri və təyin etdiyi müalicələri əhatə etməlidir. Daxil edilən bütün yazılı məlumatlar imza ilə təsdiq edilməlidir. İQAK bir neçə həbsxana səfərlərində natamam, yaxud çatışmayan tibbi sənədlərin olduğunu aşkarlamış və bu vəziyyəti tənqid etmişdir.⁴⁷ Məhbuslar digər penitensiar müəssisələrə köçürülərkən həbsxana həkimləri arasında tibbi məlumatların mübadiləsinin asanlaşdırılması üçün, ölkənin bütün həbsxanalarında tibbi sənədlərin standart formalarından istifadə olunmalıdır. Aşağıdakıların diqqətli və təfəssilatlı şəkildə sənədləşdirilməsi xüsusilə vacibdir:

- ▶ məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən müayinə,
- ▶ xəstəliklərin proqnozu, müalicəsi və ya yayılması ilə bağlı ciddi nəticələrdən xəbər verən hər hansı diaqnozlar haqqında məlumat,
- ▶ təcili tibbi vəziyyətlər,
- ▶ arzu olunmayan yan təsirləri ola bilən müayinələr və ya müalicələr barədə məlumatlar,

⁴⁵ Malenko Ukraynaya qarşı (Malenko v. Ukraine) 18660/03.

⁴⁶ İQAK/Inf (2009)38.

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

- ▶ tövsiyə olunan müayinə və ya müalicəyə dair məlumatlı razılıq və narazılıq yaxud tövsiyə olunan müayinə və ya müalicənin rədd edilməsi,
- ▶ hər hansı zorakılıq əlamətləri barədə qeydlər,
- ▶ tibbi konfidensiallıq şərtinin və ya pasiyentin razılığının olması ilə bağlı tələbin pozulduğu hər hansı hallar.

Pasiyentlərə diaqnozlar, proqnozlar, müalicə tövsiyələri, müalicə alternativləri, müalicələrin yan təsirləri və müalicə olunmamağın riskləri haqqında izahat verilməlidir ki, onlar məlumatlı şəkildə öz razılıqlarını yaxud narazılıqlarını ifadə edə bilsinlər. Məhbusa verilən məlumatlar məhbusun qovluğunda sənədləşdirilməlidir. İnvaziv tibbi proseduralar və ya müəyyən arzu olunmayan yan təsirləri olan müalicələr üçün pasiyentin yazılı razılığı alınmalıdır.

Qıfıl altında və məhbusların fərdi inzibati sənədlərindən ayrı saxlanılmalı olan tibbi qovluqlara yalnız həkimlər, tibb bacıları/qardaşları və tibbi konfidensiallıqla bağlı öhdəlik daşıyan digər səhiyyə işçiləri daxil ola bilərlər. Həbsxana həkimləri yaxud tibb bacıları/qardaşları heç vaxt pasiyentlərlə bağlı tibbi məlumatların həbsxana administrasiyasına və ya hər hansı üçüncü şəxslərə, pasiyentin açıq-aşkar razılığı olmadan, açıqlanmasına yol verməməlidirlər. Lakin, bu qaydadan aşağıdakı istisnalar mövcuddur: məhkəmə qərarı olduqda (bu halda həkim məlumatı birbaşa olaraq hakimin özünə təqdim etməlidir) və nadir hallarda həkim başqa bir hüququn qorunması məqsədilə, məsələn başqa bir şəxsin sağlamlığını qorumaq və ya həyatını xilas etmək üçün konfidensiallıq şərtinin pozulmasına dair qərar verməli olduqda. Hər iki halda, həkim müvafiq olaraq məhbus pasiyenti bu barədə xəbərdar etməlidir. İQAK məhbusların tibbi sənədlərinin konfidensiallığının təkmilləşdirilməsinə ehtiyac olduğunu ölkələr üzrə səfərlərində dönə-dönə vurğulamışdır.⁴⁸ Hazırda bəzi dövlətlərdə elektron tibbi məlumat sistemi quraşdırılır. Lakin, burada fərdi pasiyentlərlə bağlı tibbi məlumatların yalnız tibb işçiləri tərəfindən əldə edilə bilməsi üçün, müvafiq təhlükəsizlik mexanizmləri də mövcud olmalıdır.

Həkim məhbus pasiyentin öz tibbi qovluğuna baxmaq üçün etdiyi müraciəti qəbul etməlidir. Məhbus başqa bir penitensiar müəssisəyə köçürüldüyü halda, tibbi sənədlərinin möhürlənmiş surəti də onunla birlikdə göndərilməli və onu qəbul edən müəssisənin tibb heyətinə təqdim olunmalıdır. Azadlığa buraxıldıqda məhbus pasiyentə tibbi arayış verilməlidir. Həmin arayışda yer alan tibbi məlumatlar pasiyentin gələcəkdə mülki həkim tərəfindən müalicəsi üçün istifadə olunacaqdır və tələb olunarsa, həmin arayışa pasiyentin qovluğundakı məlumatlar da əlavə oluna bilər. Məhbus buraxıldıqdan sonra, həbsxana xidməti onun barəsində olan tibbi sənədləri müvafiq qanunvericilikdə müəyyən olunduğu müddətdə saxlamalıdır.

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

Məhbusun üzərindəki bütün fiziki, psixoloji və seksual zorakılıq əlamətlərini müayinə etmək və sənədləşdirmək həbsxana həkimlərinin vəzifəsidir. Məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinə zamanı məhbus polis zorakılığına məruz qalması barədə məlumat verə bilər. Buna görə də, hər hansı bu cür sübutları müvafiq orqanlara təqdim etmək vacibdir. Əgər məhbus buna razılıq verməkdən çəkinirsə, həkim zərərçəkmiş şəxsin kimliyinin zorakılığı törətmiş subyektə açıqlanmamasını təmin etmək üçün yol tapmalıdır. İstanbul Protokolunda⁴⁹ peşəkarlıq və hüquqi baxımdan düzgün sənədləşdirmə qaydası və eləcə də zorakılıq və pis rəftar hallarının müayinə olunmasının qeyri-travmatik metodları barədə yol göstərilir.

Tibbi qovluqlara və digər tibbi məlumatlara çatım

Məhbuslar öz vəziyyətləri, müalicə kursları və onlara təyin olunmuş dərmanlar haqqında bütün müvafiq məlumatlarla, zərurət olarsa tibbi arayış formasında - təmin olunmalıdırlar. Terapevtik səbəblərdən bunun məsləhət görülmədiyi hallar istisna olmaqla, yaxşı olar ki, məhbusların tibbi qovluqlarındakı sənədlərin məzmunu ilə tanış olmaq hüququ olsun. Məhbuslar həmçinin, həmin məlumatların onların ailələrinə və vəkillərinə yaxud kənar həkimə göndərilməsi barədə müraciət etmək imkanına malik olmalıdırlar.

Statistik (pasiyentlə bağlı olmayan) tibbi qeydlər

Milli qanunvericiliyə uyğun olaraq və icma səhiyyə orqanları ilə əməkdaşlıq edərək, həbsxana həkimləri həbsxanada göstərilən səhiyyə xidmətlərinin bütün aspektləri barədə statistik məlumatları, o cümlədən Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatına (XBT) uyğun olaraq, aparılan diaqnozlar sayı əsasında hesablanmış konsultasiyaların və patologiyaların sayı, o cümlədən vərəm (Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) standart anlayışlarından və müalicə kateqoriyalarından istifadə etməklə), dizenteriya, hepatitlər və İİV kimi, səhiyyə orqanlarına məlumat verilməli olan xəstəliklər barədə xüsusi statistik qeydlər aparmalıdırlar. Bu cür statistik məlumatlar elektron tibbi məlumat sistemləri vasitəsilə daha asanlıqla emal olunur və sağlamlığın təşviqi və qabaqlayıcı səhiyyə proqramlarının büdcəsinin tərtib olunmasına, həyata keçirilməsinə və qiymətləndirilməsinə dəstək verir.

Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, həbsxana həkimləri bütün zədələr və zədənin səbəbləri (məhbuslararası zorakılıq və pis rəftar) barədə statistik məlumatları saxlamalı və müntəzəm qaydada bu məlumatları həbsxana rəhbərliyinə təqdim etməlidirlər. Zorakılığın sistematik statistikasının aparılması vəziyyətin dəyərləndirilməsini və qabaqlayıcı tədbirlərin qiymətləndirilməsini asanlaşdırır və hətta qabaqlayıcı təsir də göstərə bilər. Həbsxanalara səfərləri zamanı İQAK⁵⁰ bütün zorakılıq hallarının sistematik qaydada qeydiyyatının aparılmasını dəfələrlə tövsiyə etmişdir.

⁴⁹ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

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

1.6. Digər etik məsələlər

Həbsxana həkimlərinin təhlükəsizliklə əlaqədar məsələlərə və intizam tədbirlərinə cəlb olunması

Həbsxanada fəaliyyət göstərən tibb işçiləri məhbusların şəxsi həkimləri kimi fəaliyyət göstərməli və onlarla pozitiv həkim-pasiyent münasibətləri yaratmalıdırlar. Həbsxana həkimlərinin məhbusun cəza kimi birnəfərlik kameraya keçirilmək (və ya məhbusun iradəsinə zidd olaraq hansısa başqa formada tək təcrid edilmək) üçün yararlı olub-olmadığını təsdiq etməsi təcrübəsi bu münasibətə xələl gətirir. Bu məsələ AHQ-da vurğulanır. Tədbirin tibbi səbəblərlə həyata keçirildiyi hallar istisna olmaqla, tibb əməkdaşları heç bir halda birnəfərlik kameraya keçirilmənin hər hansı forması ilə nəticələnən hər hansı bir qərar qəbulu prosesində iştirak etməməlidirlər.

Digər tərəfdən, səhiyyə işçiləri birnəfərlik kameraya yerləşdirilən bütün məhbusların vəziyyəti ilə bağlı çox diqqətli olmalıdırlar. Səhiyyə işçiləri hər bir belə yerləşdirmə barədə məlumatlandırılmalı və yerləşdirildikdən dərhal sonra və daha sonra müntəzəm qaydada ən azı gündə bir dəfə məhbusa baş çəkməli və tələb olunarsa, ona cəld tibbi yardım göstərməli və müalicə təyin etməlidir. Birnəfərlik kamerada saxlanılmaqla məhbusun sağlamlığı ciddi təhlükə altında olduqda, həkimlər bu barədə həbsxana rəisinə məlumat verməlidirlər.

Heç bir başqa həkimin çağırılı bilmədiyi fəvqəladə hallar istisna olmaqla, həbsxana həkimi dövlət orqanı tərəfindən xahiş olunan hər hansı məhbus üzərində axtarış və ya yoxlama keçirməməlidir. Bədəndəki dəliklərin müayinə edilməsinin qaçılmaz olduğu həmin istisna hallarda, müayinə müvafiq tibbi təhsili olan həkim tərəfindən aparılmalıdır. Bununla belə, həkim-pasiyent münasibətlərinin qorunması üçün bu cür müayinə məhbusu müalicə edən həkim tərəfindən aparılmamalıdır. Bu məsələ ÜTA-nın Məhbuslar üzərində Bədən Axtarışının keçirilməsi haqqında Bəyanatında da vurğulanmışdır.⁵¹

Bəzi spesifik hallarda xüsusi təhlükəsizlik tədbirləri görülməlidir, lakin inyeksiya edilərkən məhbusların sisteməlik şəkildə dəmir barmaqlıqlarla əhatələnmiş sahələrə yerləşdirilməsi açıq-aşkar əsassızdır. Bu cür yanaşma həm məhbuslara, həm də cəlb olunan səhiyyə işçilərinə münasibətdə ləyaqəti alçaldan rəftar hesab oluna bilər.⁵²

⁵¹ ÜTA: Məhbuslar üzərində Bədən Baxışının keçirilməsi haqqında Bəyanat, Budapeşt (1993, yenilənmiş versiya 2005).

⁵² İQAK/Inf (2011)29.

Penitensiar səhiyyə işçilərinin peşə müstəqilliyi

Hər hansı bir həbsxananın səhiyyə işçiləri potensial olaraq risk altında olurlar. Onların öz pasiyentlərinə, xəstə məhbuslara tibbi yardım göstərmək vəzifəsi ilə həbsxananın idarə olunması və təhlükəsizliyin təmin edilməsi məsələləri arasında tez-tez ziddiyyət yarana bilər. Bu da öz növbəsində çətin etik məsələlərin və seçimlərin meydana çıxmasına gətirib çıxara bilər. Səhiyyə məsələləri ilə bağlı öz peşə müstəqilliklərini təmin etmək üçün, həbsxana tibb işçilərinin cəmiyyətdə səhiyyə xidmətlərinin göstərilməsi sahəsində mövcud olan əsas kursa mümkün qədər yaxından uyğunlaşması vacibdir.

Həbsxanada səhiyyə xidmətlərinin göstərilməsi üçün hər hansı institusional tədbirlər görülərkən, ən vacib məsələ odur ki, həbsxana həkimlərinin kliniki qərarları yalnız tibbi kriteriyalara əsaslanmalı və onların işinin keyfiyyəti və səmərəliliyi ixtisaslı tibb orqanı tərəfindən qiymətləndirilməlidir.⁵³

Həm məhbusları, həm də həbsxana əməkdaşlarını müalicə edən həkimlər

Həm məhbusları, həm də həbsxana əməkdaşlarını müalicə edən həbsxana həkimləri ilə bağlı bəzi qeyd-şərtlər var.⁵⁴ Çox vaxt məhbuslara tibbi xidmət göstərilməsi üçün ayrılan resurslar məhdud olur və həkimlərin iş vaxtlarının bölüşdürülməsi göstərilən tibbi xidmətin keyfiyyətinə pis təsir edə bilər. Əgər müəssisədə bəzi xüsusi hallarda istisna kimi tələb olunarsa, bərabər və ədalətli yanaşmanın təmin olunması üçün bu cür ikili məsuliyyət bəzi spesifik təminatlarla müşayiət olunmalıdır. Məsələn, həkimlərinin iş vaxtının neçə faizinin əməkdaşlar üçün sərf oluna biləcəyi əvvəlcədən müəyyən olunmalıdır. Həmçinin, arzuolunandır ki, dərmanlar (məhbuslar üçün və əməkdaşlar üçün müvafiq olaraq) bir-birindən ayrı iki hissədə saxlansın. Hətta, həkimin konsultasiyanı da iki ayrı-ayrı yerlərdə aparması nəzərdə tutula bilər.

Məhbuslar səhiyyə işçiləri rolunda

Həbsxanada səhiyyə xidməti göstərilməsinə məhbusların cəlb olunması, hətta onlar tibb ixtisasına malik olduqda da, ən sonuncu vasitə hesab olunmalıdır. Məhbuslar ixtisaslaşdırılmış təhsil tələb edən tibb işlərinin görülməsinə cəlb olunmamalı və heç bir halda dərmanların paylanması onlara tapşırılmamalıdır.

Təyin olunmuş dərmanların paylanması və ya inyeksiya edilməsi həbsxana məmurlarının səlahiyyətinə aid deyil. Dərmanlar yalnız tibb bacısı/qardaşı yaxud farmakologiya üzrə təhsil almış əczaçı tərəfindən verilə bilər; inyeksiyalar yalnız ixtisaslı tibb işçiləri tərəfindən yerinə yetirilə bilər.⁵⁵

⁵³ İQAK/Inf (2004)36.

⁵⁴ İQAK/Inf (2006)11.

⁵⁵ İQAK/Inf (2011)19.

Humanitar yardım

Xüsusilə həssas, müdafiəyə ehtiyacı olan məhbusların müəyyən spesifik kateqoriyaları var və həbsxananın səhiyyə xidməti əməkdaşları onların ehtiyaclarına xüsusi diqqətlə yanaşmalıdırlar. Çünki, həbsxana şəraitində həmin kateqoriyadan olan məhbuslar heç də həmişə öz maraqlarının müdafiə olunmasını tələb etmək iqtidarında olmurlar. İQAK bir neçə dəfə aşağıdakı qrupları bu kateqoriyadan olan məhbuslara aid etmişdir.⁵⁶

Uşaqlı məhbus analar

Ümumqəbul olunmuş bir prinsip mövcuddur ki, uşaqlar həbsxanada doğulmamalıdır və bir qayda olaraq bu prinsipə əməl olunur. Ana və uşağın ən azı müəyyən bir müddət ərzində birlikdə qalmasına icazə verilməli və onlar post-natal qayğı üzrə ixtisaslaşmış əməkdaşların və tibb bacısının onlara dəstək göstərə biləcəyi şəraitdə yerləşdirilməlidirlər. Uzunmüddətli tədbirlər, o cümlədən uşağın anadan ayırmaqla cəmiyyətə qaytarılması barədə qərarlar hər bir konkret halda həmin uşağın tibbi və sosial ehtiyacları əsas götürülməklə qəbul edilməlidir.

Yeniyetmələr

Həbsdə olarkən yeniyetmələrə eyni şərtlər altında qalmağa icazə verilməli və onlar şəxsi əşyalarını özlərində saxlamaq hüququna malik olmalıdırlar. Uzunmüddətli sosial uyğunsuzluqdan yaranan risklər minimallaşdırılmalıdır. Onlara tətbiq edilən rejim intensiv fəaliyyətə, o cümlədən sosial-təhsil xarakterli görüşlərə, idman, təhsil, peşə təhsili, müşayiət olunan gəzintilər və münasib fakültativ fəaliyyətlərin mümkünlüyünə əsaslanmalıdır.

Tibbi və sosial vəziyyətlərinə görə həssas olan məhbuslar

Cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə xidmətinin pasiyentləri arasında ailə travması, uzun müddətli narkotik asılılığı, hakimiyyətlə münaqişə və ya digər sosial uğursuzluqlar tarixçəsi olan bir neçə marjinal fərdlər də olur. Onlar zorakı ola, intihara meyilli və ya qəbuledilməz seksual davranışla xarakterizə oluna bilərlər və əksərən özlərini idarə etmək və ya özlərinin qeydinə qalmaq iqtidarında olmurlar. Bu məhbusların ehtiyacları əslində tibbi deyil, lakin həbsxana həkimi onlar üçün həbsxana bölmələrində cəmiyyətdə olduğu kimi və yaxından nəzarət altında aparılmaqla sosial-terapevtik proqramların hazırlanmasını təşviq edə bilər. Bu cür bölmələr həmin məhbusların aşağılanma hissini, qəzəbini və nifrətini azalda, onlara məsuliyyət hissi verə və onları

⁵⁶ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

təkrar inteqrasiyaya hazırlaya bilər. Bu tipli proqramların başqa bir birbaşa faydası da ondadır ki, onların həyata keçirilməsində həbsxana əməkdaşları da öhdəlik götürür və fəal şəkildə iştirak edirlər.

Elə məhbuslar da var ki, həbsxana şəraitində lazımi şəkildə müalicə oluna bilməyən ciddi xəstəlik səbəbindən, qısa müddətdən sonra vəfat edəcəkləri proqnozlaşdırıldığından, ağır əlillik və ya qocalıq səbəbindən onların davamlı həbsdə qalmaları münasib deyildir. Bu cür hallarda, münasib alternativ tədbirlərin görülməsi məqsədilə məsul vəzifəli şəxs üçün arayış hazırlamaq həbsxana həkiminin öhdəsinə düşür.

Fəsil 2

Həbsxanada psixiatrik qayğı və müalicə planları – Terapevtik və reabilitativ psixososial fəaliyyətlər

Ümumi əhali ilə müqayisədə məhbuslar arasında psixiatrik simptomlara daha çox rast gəlinir.

Təhlükəsiz psixiatrik xəstəxanalarda saxlanılan şəxslərin və həbsxana məhbuslarının xeyli ortaq cəhətləri vardır. Hər ikisi psixi sağlamlıq problemlərinin yaranması baxımından xüsusilə həssasdırlar. İstismar, məhrumiyyət, evsizlik, işsizlik, narkomaniya və daha əvvəl psixi səhiyyə xidmətləri ilə əlaqə tarixçəsinin mövcud olması ən çox rast gəlinən hallardır. Bir çox məhbuslar savadsızlıqdan əziyyət çəkir və məhbusların əksəriyyətinin İQ-su orta statistik göstəricidən aşağıdır.⁵⁷ Qeyd olunmuşdur ki, təxminən hər yeddi məhbusdan birində psixi xəstəliklər və ya dərin depressiya vardır və bütün kişi məhbusların təxminən yarısında və qadın məhbusların hər beş nəfərindən birində antisosial şəxsiyyət pozuntusu var.⁵⁸ Ciddi psixi pozuntu qeyri-proporsional şəkildə yayılmışdır və xəstəliyin sayca ən yüksək nisbətində istintaq təcridxanasında və qadın məhbuslar arasında rast gəlinir. Psixi pozuntu (o cümlədən, narkomaniya diaqnozu) məhkum olunmuş kişi məhkumların 37%-ində, istintaq təcridxanasında olan kişilərin 63%-ində, məhkum olunmuş qadınların 57%-ində və istintaq təcridxanasında olan qadınların 76%-ində aşkar olunmuşdur. Çoxsaylı diaqnozların olması, xüsusilə də istintaq təcridxanasında olan məhbuslar üçün adi haldır: kişilərin təxminən dördüdə birinə və istintaq təcridxanasında olan qadınların üçüdə birinə iki və ya daha artıq diaqnoz qoyulmuşdur.⁵⁹

Aydındır ki, həbsxanada ciddi, amma müalicə oluna bilən psixi pozuntuların təsiri daha ağırdır. Penitensiar sistemin resursları məhdud olduğundan, ehtiyacı olan bütün məhbusların AİHM tərəfindən müəyyən olunduğu kimi lazımi müalicə alıb-almaması şübhə doğurur.

⁵⁷ Singleton N., Meltzer H. və Gatward R: İngiltərə və Uelsdə məhbuslar arasında psixiatrik xəstəlik. London: Milli Statistika İdarəsi (1998); Əlahəzrətin Həbsxanalar üzrə İnspektorluğu: Ədalətsiz cəzalar: Əlahəzrətin Həbsxanalar üzrə Baş İnspektoru tərəfindən İngiltərə və Uelsdə məhkum olunmamış məhbuslarla rəftar və şəraitə dair tematik şərh. London: Home Office (2000).

⁵⁸ Fazel S. və Danesh J: “23000 məhbusda ciddi psixi pozuntu: 62 sorğuya sistemətik şəkildə baxılması”. Lancet, 359 (2002), 545-50.

⁵⁹ Gunn J., Maden A. və Swinton M: Psixi pozuntusu olan məhbuslar. London: Home Office (1991); Maden A., Taylor C. J. A., Brooke D. et al: Təcridxana məhbuslarında psixi pozuntu. London: Home Office (1995).

2.1. Həbsxanalarda psixiatrik səhiyyə xidmətləri

Həbsxana şəraitində psixi pozuntu hallarının çox olması həbsxanaların səhiyyə sisteminin məsuliyyətini artırır. İlk öncə, hər bir həbsxananın səhiyyə xidmətində ixtisaslı psixiatr həkim olmalı və həbsxanda işləyən tibb bacılarının/qardaşlarının bəziləri bu sahə üzrə təlim keçməlidirlər. Həkimlərin və tibb bacılarının/qardaşlarının sayı və həbsxanaların tərtibatı elə olmalıdır ki, orada müntəzəm qaydada farmakoloji, psixoterapevtik və əmək terapiyası proqramları həyata keçirmək mümkün olsun.⁶⁰

Həbsxana şəraitində psixi sağlamlıq pozuntuları ilə bağlı görülən tədbirlər

Həbsxana şəraitində psixiatrik xəstəliklərin müalicə olunmaması asanlıqla qeyri-insani və ləyaqəti alçaldan rəftar hesab oluna bilər⁶¹, buna görə də ad hoc tədbirlərin görülməsinə ehtiyac vardır. Məsul şəxslər psixi pozuntuları olan məhbuslar üçün aşağıdakı tədbirlərin görülməsini nəzərdə tutmalıdırlar:

- ▶ həbsxanada işləyən tibb əməkdaşlarının və psixoloqların bu cür halların aşkar edilməsi və onların idarə olunmasında fəal iştirak etmək üzrə həvəsləndirilməsi və təlimləndirilməsi,
- ▶ müntəzəm psixiatrik konsultasiyaların həyata keçirilməsi üçün psixiatrik təyinatın alınması vasitəsi ilə bu cür hallar üçün peşəkar yanaşmanın təmin edilməsi,
- ▶ adekvat həcmdə psixotropik preparatların təchiz edilə bilməsinin təmin olunması,
- ▶ zərurət olanda, fəal psixososial komponent ilə xəstəxana rejimində daha uzun müddətli müalicə aparmaq imkanının təmin olunması,
- ▶ psixi xəstəliyi olan məhbusun psixiatrik müəssisəyə köçürülməsinin ən yüksək prioritet məsələ hesab edilməsinin təmin olunması.

Psixi xəstəliyi olan məhbusların mülki psixiatrik xəstəxanalarda müalicə olunması

Psixi xəstə olan məhbus müvafiq surətdə təchiz olunmuş və müvafiq təlim keçmiş əməkdaşları olan xəstəxana şəraitində saxlanmalı və müalicə olunmalıdır. Bu, mülki psixiatrik xəstəxana və ya həbsxana sistemi daxilində xüsusi olaraq təchiz olunmuş psixiatrik müəssisə ola bilər.

Etik nöqteyi nəzərdən yanaşsaq, psixi xəstə olan məhbusların həbsxana sistemindən kənardan olan və ictimai səhiyyə orqanının məsuliyyəti altında olan təsisatlarda yerləşdirilməsi münasibdir. Digər tərəfdən isə, iddia oluna bilər ki, həbsxana sistemi daxilində psixiatrik müəssisələrin yaradılması müalicənin optimal təhlükəsizlik şəraitində həyata

⁶⁰ Slavomir Musial Polşaya qarşı (Slawomir Musial v. Poland) 28300/06, Aerts Belçikaya qarşı (Aerts v. Belgium) 25357/94.

⁶¹ İQAK/Inf (2005)18; Slavomir Musial Polşaya qarşı (Slawomir Musial v. Poland) 28300/06, Aerts Belçikaya qarşı (Aerts v. Belgium) 25357/94.

keçirilməsinə imkan verir və həmin sistemdə tibbi və sosial xidmətlərin fəaliyyətləri intensivləşdirilə bilər.

Hansı kurs seçilirsə seçilsin, sözügedən psixiatrik müəssisənin tutumu adekvat olmalıdır, çünki çox vaxt xəstə məhbuslar zəruri köçürülmənin həyata keçirilməsini uzun müddət gözləməli olurlar. Şəxsin psixiatrik müəssisəyə köçürülməsi ən yüksək prioritet məsələ hesab olunmalıdır.

Kəskin psixi xəstəlikləri səbəbindən təhlükəli hesab olunan məhbuslar psixiatrik müəssisə əvəzinə yüksək-təhlükəsizlik bölmələrində yerləşdirilməməlidirlər. Bu məhbusların xəstəxana şəraitində müalicə olunmaq və onlara tələb olunan şəkildə yardım edəcək kifayət sayda ixtisaslı əməkdaşlar tərəfindən həyata keçirilən müvafiq terapevtik fəaliyyətlərə cəlb olunmaq imkanı olmalıdır.⁶²

2.2. Həbsxanada psixiatrik bölmələr

Həbsxana daxilində olan və cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə xidmətinin bir hissəsi olan ixtisaslaşdırılmış psixiatrik bölmələr müxtəlif məqsədlərə xidmət edə bilər. Bu müəssisələrinin ən əsas funksiyası ya müvəqqəti olaraq müalicə üçün ora yerləşdirilmiş ya da mülki ictimai müalicə müəssisəsinə köçürülməsini gözləyən, psixi sağlamlıq problemləri olan məhbusları müalicə etməkdir. Nadir hallarda, əsasən də həbsxana sistemindən kənar da təhlükəsiz müəssisələr olmadıqda, həbsxana sistemi daxilində olan psixiatrik bölmələr həmçinin cinayət hüquqi baxımdan anlaşıq elan olunmuş şəxslərin saxlanması və müalicəsi üçün də istifadə oluna bilər. Nəhayət, psixiatrik bölmələr barələrində həbs qətimkan tədbiri seçilmiş şəxslərin, psixi vəziyyətlərinin qiymətləndirilməsi məqsədilə, yerləşdirilməsi üçün də istifadə oluna bilər.

Həbsxana sistemi daxilində ixtisaslaşdırılmış psixiatrik bölmələr olmadıqda da, daha həssas məhbuslar, o cümlədən psixi pozuntuları olan məhbuslar üçün həbsxanalarda təhlükəsiz ərazilərin və ya mərtəbələrin yaradılması da rast gəlinməyən hal deyil.

Həbsxananın psixiatrik bölmələrində səhiyyə xidmətinin ümumi prinsipləri

Təhlükəsizlik tədbiri baxımından cəzaçəkmə müəssisəsinin psixiatrik səhiyyə bölmələrinə yerləşdirilən şəxslərin müalicəsi və saxlanması, eyni zamanda zəruri təhlükəsizlik məsələləri də nəzərə alınmaqla, pasiyentin müalicə və reabilitasiyasına əsaslanmalıdır. Bu yanaşma bu cür pasiyentlərin yaşayış şəraitində, onlara təklif olunan digər imkanlarda, həmçinin onların müalicəsində və fəaliyyətlərində də özünü əks etdirməlidir. Bu cür müəssisələr münasib şəkildə təlimləndirilmiş və pasiyentlərlə birbaşa ünsiyyətə girərək onlarla pozitiv münasibətlər yarada bilən səhiyyə işçiləri ilə təmin olunmalıdır.⁶³ İşçi

⁶² İQAK/Inf (2008)33.

⁶³ İQAK/Inf (2007)28.

heyəti say, kateqoriya (psixiatrlar, ümumi terapevtlər, tibb bacıları/qardaşları, psixoloqlar, əmək terapevtləri, sosial işçilər və s.), təcrübə və təlim baxımından adekvat olmalıdır. İşçi heyətində çatışmazlıqların olması, hətta heyətin xoş niyyətlərinə və həqiqi cəhdlərinə baxmayaraq, pasiyentlər üçün çox riskli vəziyyətlərin yaranmasına gətirib çıxara bilər.

İQAK psixiatrik təsisatlara yerləşdirilən insanların yaşayış şəraiti ilə bağlı dəfələrlə şərh vermişdir.⁶⁴ Həmin şərhlər həbsxana sistemi daxilində olan psixiatrik bölmələrə də aid edilir. Psixiatrik bölmədə pasiyentin müalicəsi və rifahı üçün əlverişli şərait və psixi baxımdan pozitiv terapevtik mühit olmalıdır. Pozitiv terapevtik mühitin yaradılması ilk öncə hər bir pasiyent üçün kifayət qədər yaşayış sahəsinin, həmçinin adekvat işıqlandırmanın, istiliyin və havalandırmanın təmin olunmasını və müəssisənin təmirli və gigiyenik tələblərə cavab verən vəziyyətdə saxlanmasını ehtiva edir. Pasiyentlərin kiçik qruplar şəklində yerləşdirilməsi həm pasiyentlərin ləyaqətinin qorunması, həm də onların psixoloji və sosial reabilitasiyası baxımından çox əhəmiyyətli amildir. Bu cür yerləşdirmə həm də pasiyentlərin terapevtik məqsədlərlə müvafiq kateqoriyalar üzrə yerləşdirilməsini asanlaşdırır. Sanitar otaqlar pasiyentlərə müəyyən özəl ortam (privacy) təmin etməlidir. Bundan əlavə, bu mənada qoca və ya əlil pasiyentlərin ehtiyacları da lazımi şəkildə nəzərə alınmalıdır. Məsələn, istifadəçinin oturma bilmədiyi dizaynda olan tualetlər bu cür pasiyentlərə uyğun deyil. Eynilə, əməkdaşların yataq xəstəsi olan pasiyentlərə adekvat (şəxsi gigiyena da daxil olmaqla) qayğı göstərməsinə imkan verən əsas xəstəxana avadanlıqları da təmin edilməlidir; bu cür avadanlıqların olmaması çarəsiz vəziyyətlərin yaranmasına gətirib çıxara bilər. Bəzi psixiatrik müəssisələrdə pasiyentlərə daim pijama geydirilməsi onların şəxsiyyətinin və özünə hörmətin inkişaf etdirilməsi baxımından əlverişli deyil; geyimin fərdiləşdirilməsi terapevtik prosesin bir hissəsini təşkil etməlidir.

Psixiatrik pasiyentlərə, o cümlədən barələrində tibbi xarakterli məcburi tədbirlər təyin edilmiş pasiyentlərə, sağlamlıqları imkan verdiyi halda, gündə ən azı bir saat ağlabatan genişlikdə olan ərazidə və təhlükəsiz, həmçinin əlverişsiz hava şəraitindən qorunmaq imkanı olan şəraitdə açıq havada gəzmək imkanı yaradılmalıdır.⁶⁵

2.3. Müalicə planı

Psixiatrik müalicə fərdi yanaşmaya əsaslanmalıdır ki, bu da hər bir pasiyent üçün müalicənin məqsədləri, istifadə olunacaq terapevtik vasitələr və məsul əməkdaş göstərilməklə ayrıca bir müalicə planının hazırlanması deməkdir. Müalicə planı həmçinin pasiyentin psixi sağlamlıq vəziyyətinin müntəzəm yoxlanmasının və təyin edilən dərmanlara yəndən baxılmasının nəticələrini də özündə əks etdirməlidir. Fərdi müalicə planlarının hazırlanmasında pasiyentlər özləri də iştirak etməli və müalicənin gedişatı barədə məlumatlandırılmalıdırlar.⁶⁶

⁶⁴ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

⁶⁵ İQAK/Inf (2004)40, CPT/Inf (2012)4.

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

Psixiatrik pasiyentlərlə işləyən müxtəlif kateqoriyalardan olan əməkdaşların müntəzəm qaydada komanda şəklində görüşərək müalicə planlarındakı zəruri dəyişiklikləri müzakirə etməsi vacib əhəmiyyət kəsb edir. Bu yolla gündəlik problemlərin müəyyən olunması, müzakirə edilməsi və onların həlli yollarının tapılması mümkün olur.

Psixiatrik müalicə

Psixiatrik müalicədə münasib dərmanların qəbulu və tibbi qayğı kimi bir sıra terapevtik, reabilitativ və yaradıcılıq tədbirlərindən istifadə olunmalıdır. Təyin edilmiş dərmanların lazımı qaydada verilməsini və həmin dərmanların müntəzəm qaydada təchiz olunmasını təmin edən prosedurlar qəbul olunmalıdır. Bir sıra terapevtik seçimlərin hazırlanması, və uzunmüddətli pasiyentlərin, müstəqil həyata və ya ailələrinə qayıtmağa hazırlanması üçün, reabilitativ psixososial tədbirlərə cəlb olunması, tövsiyə oluna bilər. Məhbuslarda motivasiya yaradan, onlarda öyrənmək və münasibət qurmaq qabiliyyətlərini formalaşdıran, onların spesifik səriştələr əldə etməsini və özləri barədə təsəvvürlərini yaxşılaşdırmasını təmin edən əmək terapiyası reabilitasiya proqramının ayrılmaz bir tərkib hissəsi olmalıdır. Həmçinin, məhbusların təhsil və münasib işlə təmin edilməsi də arzuolunandır.

Həm farmakoterapiyadan və həm də bir sıra geniş çeşidli reabilitasiya tədbirlərindən və terapevtik tədbirlərdən ibarət olan müalicənin davamlılığının təmin olunmasına da xüsusi diqqət yetirilməlidir. Bu cür müalicəni bir dəqiqə öncədən məlumatlandırmaqla başlamaq və ya dayandırmaq olmaz; psixi xəstəliyi olan şəxsləri bir mühitdən başqa bir yeni qaydaları olan mühitə köçürmək və müalicəni birdən-birə bitirmək həmin şəxslərin səhhətinə asanlıqla xələl gətirə bilər.⁶⁷

Məhkəmə tərəfindən məcburi müalicə tədbirlərinin tətbiqi

Anlaqsız vəziyyətdə cinayət törətmiş şəxslər barəsində məhkəmələr tərəfindən tibbi xarakterli məcburi tədbirlərin tətbiqi münasib dərmanların qəbulu və tibbi qayğı da daxil olmaqla bir sıra terapevtik, reabilitasiya və rekreasiya tədbirlərindən ibarət olmalıdır. Müalicə həm xəstəliklərin simptomlarını nəzarət altında saxlamaq, həm də şəxsin yenidən cinayət törətməsi riskini azaltmaq məqsədi daşmalıdır. Həmçinin o da vurğulanmalıdır ki, məcburi psixiatrik qiymətləndirmə prosesinə cəlb olunmuş şəxslər üçün terapevtik tədbirlərin görülməsi qiymətləndirmə prosesinə müdaxilə etməyəcək, və əksinə, bu məqsəd üçün qiymətli məlumatların toplanmasına kömək edəcəkdir.⁶⁸

Psixofarmakoterapiya

Həm stasionar, həm də ambulator psixiatriyada psixi pozuntuların müalicəsində dərman vasitələrindən istifadə geniş tətbiq olunur. Əksər psixotropik dərmanlar depressiyanın, təşviş pozuntularının və ya şizofreniya kimi psixi pozuntuların müalicəsi üçün hazırlan-

⁶⁷ İQAK/Inf (2006)26.

⁶⁸ İQAK/Inf (2009)24.

mışdır. Lakin, başqa məqsədlər üçün hazırlanmış bəzi dərmanların da psixiatrik müalicə üçün faydalı olduğu müəyyən edilmişdir. Misal kimi biopolyar pozuntuların müalicəsi üçün tutma əleyhinə dərmanların və ya impuls-nəzarət pozuntularının müalicəsi üçün antipsixotiklərin istifadə olunmasını göstərmək olar. Psixi pozuntuların müalicəsində psixofarmakoterapiya təkə, yaxud psixoterapiya ilə birlikdə istifadə oluna bilər.⁶⁹

Psixotropik dərmanların əsas qrupları

Antipsixotik preparatlar (neyroleptiklər) təşviş, halyusinasiyalar (olmayan şeyləri eşitmək və ya görmək), sayıqlama (yanlış inamlar) və dağınıq düşüncə pozuntusu kimi psixotik simptomları idarə etməyə kömək edir. Antidepressantlar depressiya və həyəcanın simptomlarını müalicə edir. Anksiolitik preparatlar (trankvilizatorlar) həyəcan və təşvişin səviyyəsini azaldır.

Bundan əlavə, müəyyən psixostimulyatorlar diqqət çatışmazlığı sindromunun (DÇS) müalicəsi üçün faydalıdır və bəzi dərmanlar (thymostabilizatorlar) da vardır ki, onlardan əhval dəyişikliklərinin stabilləşdirilməsində istifadə olunur.

Psixofarmakoterapiyanın ümumi problemləri

Psixofarmakoloji dərmanlar çox vaxt psixi pozuntuları olan pasiyentlərə təyin olunan müalicənin zəruri bir hissəsini təşkil edir. Təyin edilmiş dərmanların lazımı qaydada verilməsini, pasiyentlərin dərmanları qəbul etməsini və həmin dərmanların müntəzəm qaydada təchiz olunmasını təmin edən qaydalar qəbul olunmalıdır. Həmçinin, dərmanların düzgün istifadə olunmamasının hər hansı əlamətlərinə qarşı da sayıqlıq olmalıdır.

Hər hansı başqa müalicə kimi, psixi pozuntuların psixofarmakoloji müalicəsinin də üstün və çatışmayan cəhətləri vardır. Ən çox rast gəlinən problemlər aşağıdakılardır:

- ▶ effektivliyin olmaması çox vaxt terapevtik tövsiyələrdə göstərildiyindən artıq dozaların istifadə olunmasına gətirib çıxarır,
- ▶ dərmanın yan təsirləri olur və bu yan təsirlərin bəzilərini müəyyən etmək çətin deyil (parkinsonizm, distoniya), bəzi yan təsirlər sınaqlarda (aqranulositoz, hiperprolaktinemiya), bəziləri soruşmaqla (cinsi disfunksiya) və ya ikinci dərəcəli simptomların (hirsutizm, metabolik sindrom) diqqətlə müşahidə olunması nəticəsində aşkarlana bilər,
- ▶ müxtəlif dərmanların qarşılıqlı təsiri əhəmiyyətli olanda dərman kombinasiyalarından istifadə etmək ehtiyacı: həm farmakokinetik qarşılıqlı əlaqələr (absorbsiyadakı dəyişikliklər, zülallarla birləşmə, metabolizm və ya ekskressiya), həm də farmakodinamik qarşılıqlı əlaqələr ola bilər.

⁶⁹ Sadock B. J., Sadock V. və Sussman N: Psixiatrik Dərman Müalicəsinə dair Kaplan və Sadock-un Cib Kitabçası, 4-cü nəşr, Filadelfiya (2005).

2.4. Psixiatriyada müalicə olunmağa razılıq

Psixiatrik pasiyentlərə prinsip etibarilə elə şərait yaradılmalıdır ki, onlar müalicəyə dair öz azad və məlumatlı razılıqlarını verə bilsinlər. İstər mülki, istərsə də cinayət işi icraatları üzrə şəxslərin məcburi şəkildə psixiatrik bölməyə qəbul edilməsi o demək deyil ki, tibb işçiləri tərəfindən həmin şəxslərin müalicə üçün məlumatlı razılıqlarının alınmasına daha ehtiyac yoxdur.

Hər bir anlaqlı pasiyent ona təyin olunan müalicə haqqında tam şəkildə, könüllü və ya məcburi, məlumatlandırılmalı və ona müalicədən yaxud hansısa digər tibbi müdaxilədən imtina etmək imkanı verilməlidir. Bu fundamental prinsipə yalnız aydın və ciddi şəkildə müəyyən olunan istisna hallarda riayət olunmaya bilər.⁷⁰

Müalicəyə dair verilən razılıq yalnız o halda azad və məlumatlı hesab oluna bilər ki, həmin razılıq pasiyentin vəziyyəti və təklif olunan müalicə haqqında tam və düzgün məlumatlara əsaslanıb. Bütün pasiyentlər sistemli şəkildə, onların vəziyyəti və onlara təyin olunmuş müalicə haqqında məlumatla təmin olunmalıdırlar.

PRN (*pro re nata, zərurətə görə*) dərmanların istifadəsi istisna təşkil edir; PRN dərman istifadə edildikdə, bu barədə dərhal həkimə məlumat verilməlidir ki, həkim həmin dərmanın hansı şəraitdə istifadə olunduğunu yoxlasın.⁷¹

Psixiatrik bölmələrdə məhdudiyyətlərin tətbiqi

Psixiatrik bölmələrdə məhdudiyyətlərdən istifadə olunmasına dair təlimatlar İQAK-ın 16-cı Ümumi Hesabatının əsas bölməsində yer alır.⁷² Psixi pozuntusu olan (və ola bilsin ki zorakı) pasiyent yaxından nəzarət və tibb bacısının/qardaşının dəstəyi ilə, və uyğun hesab edilərsə, dərman vasitəsi ilə yanaşı müalicə olunmalıdır. Hər bir psixiatrik bölmənin məhdudiyyət tədbirləri ilə bağlı ətraflı siyasəti olmalıdır. Həm əməkdaşların, həm də rəhbərliyin bu siyasətin formalaşdırılmasında iştirakı və dəstəyi vacib əhəmiyyət kəsb edir. Bu cür siyasət məhdudiyyətin hansı növlərindən istifadə oluna bilməsi, məhdudiyyətlərin hansı şərtlər altında tətbiq oluna bilməsi, onların tətbiqinin praktiki vasitələri, tələb olunan nəzarət və məhdudiyyət tədbirinə xitam verildikdə atılmalı olan addımlar barədə məsələlərə aydınlıq gətirməlidir. Həmin siyasət, həmçinin, əməkdaşlara təlim keçilməsi, şikayətlərə baxılması qaydaları, daxili və xarici məlumat vermə mexanizmləri və söhbətlərin aparılması kimi digər vacib məsələləri də əhatə etməlidir.

Təşviş içində olan və ya zorakı pasiyentləri nəzarətdə saxlamağın müxtəlif metodları var və həmin metodlardan ayrı-ayrılıqda və ya birlikdə istifadə oluna bilər:

- ▶ Pasiyenti müşayiət etmə. Bu o deməkdir ki, əməkdaş daim pasiyentin yanındadır və zərurət olan kimi onun hərəkətlərinə müdaxilə edir,

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

⁷¹ İQAK/Inf (2012)34.

⁷² İQAK/Inf (2006)35.

- ▶ mexaniki nəzarət, qayışlar, sakitləşdirici köynəklər yaxud bağlı çarpayılar kimi mexaniki məhdudiyyətlər,
- ▶ kimyəvi məhdudiyyət (pasiyentin davranışının nəzarətdə saxlanması məqsədilə ona məcburi şəkildə dərman verilməsi),
- ▶ təcrid etmə tədbiri (pasiyentin məcburi şəkildə bağlı otaqda tək yerləşdirilməsi)

Hansısa bir pasiyent üçün seçilən metod həmin vəziyyətdə mövcud olanların içində ən mütənasib metod olmalıdır. Pasiyentlərə qarşı fiziki məhdudlaşdırma yalnız ən sonuncu üsul kimi və real xəsarətin qarşısının alınması və ya kəskin təşviş və/və ya zorakılıq riskinin azaldılması üçün tətbiq oluna bilər. Fiziki məhdudlaşdırma vasitələrinin düzgün qaydada və münasib mühitdə tətbiq olunması üçün əməkdaşın birbaşa, şəxsi və davamlı nəzarət etməsi tələb olunur. Hər bir konkret hal üzrə fiziki məhdudlaşdırma tədbirindən istifadə olunması üçün həkim icazə verməlidir və ya fiziki məhdudlaşdırma tədbirinə dair həkimin razılığının alınması üçün həmin məhdudlaşdırma tədbiri dərhal həkimin diqqətinə çatdırılmalıdır.

Məhdudlaşdırma tədbirinin tətbiq olunmasına səbəb olmuş təcili vəziyyət aradan qalxan kimi pasiyentə qarşı tətbiq olunan məhdudiyyətə də xitam verilməlidir. Məhdudlaşdırma tədbirlərinin uzun müddət (günlərlə) davam etdirilməsinə heç cür haqq qazandırıla bilməz.

Məhdudlaşdırma tədbirlərinə xitam verildikdən sonra pasiyentlə söhbət aparılması vacib məsələdir. Həmin söhbət tədbirin rəşional əsasının izah edilməsinə imkan yaradır və beləliklə də vəziyyətlə bağlı psixoloji travmanın azaldılmasına və həkim-pasiyent münasibətlərinin bərpa olunmasına xidmət edir. Məhdudlaşdırma tədbirinin tətbiq olunması şərtləri məhdudiyyətə məruz qalan pasiyentin psixi və fiziki sağlamlıq vəziyyətini ağırlaşdırmamalıdır.

Pasiyentə qarşı məhdudlaşdırma tədbirinin görüldüyü yer xüsusi olaraq həmin spəsifik məqsəd üçün dizayn edilməlidir. Həmin yer təhlükəsiz olmalı, lazımi şəkildə işıqlandırılmalı, adekvat dərəcədə isidilməli və bununla da orada sakitləşdirici bir mühit yaradılmalıdır. Məhdudlaşdırılmaya məruz qalan pasiyent münasib qaydada geyindirilməli və digər pasiyentlərin onu paltarsız görməsinə imkan verilməməlidir. Pasiyentə qarşı məhdudlaşdırma tədbirinin görülməsi üçün istifadə olunan vasitələr elə bacarıq və diqqətlə tətbiq olunmalıdır ki, pasiyentin sağlamlığı təhlükəyə məruz qalmasın, yaxud ağrıya səbəb olmasın. Tətbiq olunan vasitələr tənəffüs, ünsiyyət, yemək və içmək kimi həyati əhəmiyyətli funksiyalara əngəl yaratmamalıdır. Əgər pasiyentin dişləmək, sormağ və ya tüpürmək ehtimalı varsa, bu halda potensial zərərin qarşısı pasiyentin ağızının bağlanması ilə alınmamalıdır.

Məhdudlaşdırma tədbirlərinin tətbiq olunduğu bütün halların qeydiyyatının aparılması üçün xüsusi reyestr yaradılmalıdır. Bu reyestr pasiyentin şəxsi tibbi qovluğundakı sənədlərdən əlavə aparılmalıdır. Reyestrə məhdudlaşdırma tədbirinin tətbiq olunmağa başladığı və sona çatdığı vaxt, işin halları, məhdudlaşdırma tədbirinin tətbiq olunmasının səbəbləri, məhdudlaşdırma tədbirinin tətbiq olunması barədə göstəriş verən və ya tətbiq olunmasını təsdiq edən həkimin adı və pasiyentlərin və ya əməkdaşların aldığı hər hansı xəsarətlər daxil edilməlidir.

Məhdudlaşdırma tədbirlərinin tətbiq olunmasının əhəmiyyətli dərəcədə minimallaşdırılması üçün psixiatrik bölmədə yanaşmanın dəyişdirilməsi tələb olunur. Bu baxımdan müəssisə rəhbərliyinin rolu böyükdür. Rəhbərlik əməkdaşları həvəsləndirərsə və onlara alternativlər təklif edərsə, müəssisədə məhdudlaşdırma tədbirlərinin tez-tez tətbiq olunması ilə bağlı oturmuş təcrübəni dəyişmək mümkün olar.

Psixiatrik müalicə sonrası qayğı

Psixiatrik müalicə keçmiş şəxslərə qayğı göstərilməsinin davam etdirilməsini təmin edən tədbirlər görülməlidir. Pasiyentin psixiatrik bölməyə yerləşdirilməsi daha tələb olunmasa da, onun müalicəsinin davam etdirilməsi və ya onun kənar təsirlərdən qorunması lazım ola bilər.⁷³ Məhbuslar həbsxana rejiminə qaytarıldıqdan sonra da onların müalicəsinin davam etdirilməsi təmin olunmalıdır.

2.5. İntiharın qarşısının alınması

Həbsxanalarda psixi pozuntu hallarına çox rast gəlindiyindən, cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə xidməti əməkdaşları psixi gigiyena məsələlərinə, o cümlədən azadlıqdan məhrumetmənin müəyyən aspektlərinin zərərli psixoloji təsirlərinin qarşısının alınmasına diqqət etməlidirlər. Hamıya məlumdur ki, zərərli psixoloji təsirlərin qarşısını səmərəli şəkildə almaqla psixi pozuntuların yaranması riskini azaltmaq olar.⁷⁴

İntiharın qarşısının alınmasına mütəşəkkil yanaşma

İntiharın qarşısının alınması üçün səhiyyə sektorundan kənardan da dəstək göstərilməsi tələb olunur.⁷⁵ İQAK özünün 3-cü Ümumi Hesabatında⁷⁶ bununla bağlı bir sıra tövsiyələr vermişdir. Həbsxana rəhbərliyi, o cümlədən həbsxananın tibb xidmətinin rəisi müəssisə əməkdaşlarının intiharın qarşısının alınması barədə lazımı qədər məlumatlı olmasını və bununla bağlı müvafiq qaydaların qəbul edilməsini təmin etməlidir.

Dəstəkləyici monitoring aparılması və məhbuslarla həbsxana əməkdaşları arasında etimad münasibətlərinin yaradılması yolu ilə intiharın qarşısının alınması ilə bağlı fəal səylər göstərilməlidir. İntiharın qarşısının alınması üzrə görülən işlər, çoxistiqamətli komandanın müntəzəm və tez-tez keçirilən görüşləri vasitəsilə və psixiatr və təhsil işçiləri kimi mütəxəssislərin adekvat dəstəyi ilə əlaqələndirilməlidir.

⁷³ İQAK/Inf (98)12.

⁷⁴ Psixi pozuntuların qarşısının alınması: səmərəli müdaxilələr və yanaşma seçimləri. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının Hesabatı. Psixi Sağlamlıq və Narkotiklərdən sui-istifadə Departamenti və Nijmegen və Maastrixt Universitetlərinin Qabaqlayıcı Araşdırma Mərkəzi arasında əməkdaşlıq əsasında hazırlanmışdır, ÜST (2004).

⁷⁵ Özünəqəsdin qarşısının alınması üçün ictimai səhiyyə fəaliyyəti, ÜST (2012).

⁷⁶ İQAK/Inf (93)12.

İntihar halları çox olduqda, intiharın qarşısının alınması üzrə, fəaliyyətlərin və fəaliyyət növlərinin artırılması, birləşmək imkanlarının yaradılması, kənar dünya ilə əlaqələrin yaradılması və asılılığın səmərəli, çoxistiqamətli müalicə üsullarından istifadə olunması kimi alternativ tədbirlər görülməlidir.

İntihar riskinin müəyyən olunması

Məhbusun həbsxanaya daxil olduğu zaman keçirilən tibbi müayinədən (skrininqdən) əlavə, fərdi qəbul və ilk gecə qaydalarının olması da bütövlükdə intihar riskinin müəyyən olunmasında vacib rol oynayır. Lazimi şəkildə həyata keçirildikdə, ən azından özünə xəsarət yetirmək riski olan müəyyən şəxsləri aşkar etmək və bütün yeni gələn məhbuslar tərəfindən yaşanan təşvişi qismən aradan qaldırmaq mümkündür. Məhkəmədən dərhal əvvəl və sonrakı dövrlərdə və bəzi hallarda azadlığa buraxılmazdan qabaq məhbusların intihar etmək riski yüksək olur.⁷⁷

İntihar riskini müəyyən edə bilmələri üçün işçilərin təlimləndirilməsi

İntiharın qarşısının alınması, o cümlədən risk altında olan şəxslərin müəyyən olunması vəzifəsi təkcə səhiyyə işçilərinin üzərinə qoyulmamalıdır. Məhbuslarla əlaqədə olan bütün həbsxana əməkdaşlarına, xüsusən də qeydiyyat və qəbul bölmələrində işləyən işçilərə intihar riskinin əlamətlərinin müəyyən edilməsi ilə bağlı təlim keçilməlidir.⁷⁸

İntihar riskinin qiymətləndirilməsi

Həbsxanada intihar (və özünə xəsarət yetirmə) riskinin qiymətləndirilməsi üçün standart qiymətləndirmə alqoritmindən istifadə olunmalıdır. Bu cür alət qiymətləndirmə prosesində, intihar riskini artıran faktorlar kimi, xüsusilə olaraq, narkotik və/və ya alkoqol asılılığının adekvat şəkildə nəzərə alınmasını təmin etməlidir. İntihar və ya özünə xəsarət yetirmək riski altında olan məhbuslar barədə məlumatların, məhbuslar başqa bir müəssisəyə köçürülərkən də, məhbuslara qayğı göstərilməsi ilə məşğul olan bütün əməkdaşlara tam və vaxtında ötürülməsinin təmin edilməsi üçün lazımı tədbirlər görülməlidir.

İntihar riski altında olan şəxslərlə iş aparılması

İntihar riski altında olduğu müəyyən olunan şəxs zəruri olduğu müddətdə xüsusi müşahidə sxemi altında saxlanmalıdır. Bundan əlavə, bu cür şəxslərin özünəqəsd etmək üçün istifadə oluna biləcək vasitələrə (kamera pəncərəsinin dəmir barmaqlığına, şüşə qırığına, kəmərlər və ya kəndirlərə) çatımlılığını məhdudlaşdırılmalıdır. İntihar riski altında olduğu müəyyən olunan bütün şəxslərə müsləhətlər verilməli, dəstək göstərilməli və onlar tənha qalmamalıdır.

⁷⁷ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

⁷⁸ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

Kəskin intihara meyillilik əlamətləri və ya (özünə) aqressiv davranış nümayiş etdirən məhbus dərhal kəskin psixi sağlamlıq bölməsinə köçürülməlidir. Həmin şəxs həbsxanada qalarsa, onun müalicəsi və ona baxılması tibb əməkdaşları tərəfindən həyata keçirilməli, ona müntəzəm şəkildə baş çəkilməli və o, müntəzəm həkim nəzarəti altında olmalıdır.⁷⁹

2.6. Həbsxanada digər psixi sağlamlıq problemləri

Özlərinə xəsarət yetirən məhbuslar

Özünə xəsarət yetirilməsi hərəkətləri çox vaxt psixoloji və ya psixiatrik xarakterli problemlər və vəziyyətlərlə əlaqədar olur və bu cür hərəkətlərə cəzalandırma deyil, terapevtik cəhətdən yanaşılmalıdır. Bu cür məhbusların təcrid edilməsi (hətta, bu, intizam xarakterli tədbir hesab olunmasa da) onların psixoloji və ya psixi problemlərini daha da kəskinləşdirə bilər. Özünə xəsarət yetirilməsi ilə bağlı bütün hallar xəsarətlərin dərəcəsinin və məhbusun psixoloji vəziyyətinin qiymətləndirilməsi üçün, hadisə baş verdikdən dərhal sonra tibbi baxımdan dəyərləndirilməlidir.⁸⁰

Həbsxanada aclıq aksiyalarının tibbi baxımdan idarə olunması

Həbsxanada aclıq aksiyaları keçirənlərin idarə olunması ziddiyyətli məsələdir. Həm NK-nin həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri haqqında R (1998) 7 sayılı Təvsiyəsində, həm də ÜTA-nın Aclıq Aksiyaları keçirənlər haqqında 1991-ci ildə Malta qəbul olunmuş Bəyannaməsində, aclıq-aksiyasının məhbusun həyatı üçün təhlükəli olduğu vəziyyətdə tədbir görmək seçimini həkimə həvalə edir.⁸¹ Məhbusun yaşamaq hüququnu təmin etmək vəzifəsi ilə onun şəxsi azadlığına hörmət etmək vəzifəsi arasındakı ziddiyyət tibb etikasına və həmçinin ölkənin qanunvericiliyinə uyğun olaraq həll olunmalıdır. Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi X Almaniyaya qarşı işində qeyd etmişdir ki, məhbus aclıq aksiyası keçirərkən şəxsin fiziki toxunulmazlıq hüququ ilə iştirakçı dövlətin, Konvensiyanın 2-ci Maddəsi ilə üzərinə götürdüyü öhdəliyi arasında ziddiyyətin yaranması qaçılmazdır və konvensiyanın özündə bu ziddiyyətin həlli qaydası müəyyən olunmur.⁸² Bununla belə, Məhkəmə hesab etmişdir ki, ardıcıl məcburi yedizdirmə, əsaslı tibbi mülahizələrlə deyil, ərizəçini etirazı dayandırmağa məcbur etmək məqsədi ilə həyata keçirilirsə, və məhbusu zəruri olmayan fiziki ağrıya və alçaldılmağa məruz qoyan tərzdə yerinə yetirilərsə, işgəncə hesab olunur.⁸³

⁷⁹ İQAK/Inf (2011)5.

⁸⁰ İQAK/Inf (2009)35.

⁸¹ NK: *Həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri*. R (1998) 7 sayılı Təvsiyə; ÜTA: Aclıq Aksiyaları keçirənlər haqqında Malta Bəyannaməsi (2006).

⁸² X Almaniyaya qarşı işi (X v. Germany) (1984) 7 EHRR 152.

⁸³ Ciorap Moldovaya qarşı (Ciorap v. Moldova) 12066/02, Nevmerjitskiy Ukraynaya qarşı (Nevmerzhiisky v. Ukraine) 54825/00.

İQAK səfər hesabatlarının birində bu məsələyə ilə bağlı münasibətini ifadə etmişdir.⁸⁴ Azadlıqdan məhrum etmə yerində saxlanılan şəxsə qayğı göstərmək dövlət orqanlarının vəzifə borcudur. Bu vəzifə borcu məhbusun həyatının qorunmasını, o cümlədən intiharın və şəxsin ölümünə və ya sarsıdıcı fiziki xəsarət almasına səbəb ola bilən hər hansı digər hərəkətlərin qarşısının alınmasını da əhatə edir. Buna görə də, aclıq aksiyası keçirən məhbusun onun iradəsinə zidd olaraq yedizdirilməsi barədə qərar, prinsipə, məhbusun sarsıdıcı fiziki xəsarət almasının və ya ölməsinin qarşısının alınması səbəbi ilə əsaslandırıla bilər. Digər tərəfdən, hazırda Avropada mövcud olan milli qanunvericiliklərin əksəriyyətinə, həmçinin müvafiq beynəlxalq tibb etikası qaydalarına əsasən hesab olunur ki, fəaliyyət qabiliyyətli istənilən şəxs müalicə olunmaqdan, hətta həmin müalicə onun həyatını xilas edə bilsə də, imtina edə bilər. Nəticə etibarilə, məhbusun keçirdiyi aclıq aksiyasının idarə olunması ilə məşğul olan müvafiq hakimiyyət orqanları çox vaxt potensial olaraq bir-birinə zidd olan iki dəyərlə üzləşə bilər: məhbusun həyatını qorumaq vəzifəsi və məhbusun fiziki toxunulmazlıq hüququ (o cümlədən, məcburi şəkildə müalicəyə məruz qalmamaq hüququ).

NK-nin R (1998) 7 sayılı Təvsiyəsində aclıq aksiyası məsələsinin həlli üzrə əsas prinsiplər müəyyən olunur.

- ▶ Aclıq aksiyası keçirən məhbuslara hərəkətlərinin fiziki sağlamlıqlarına zərərli təsirləri haqqında obyektiv izahat verilməlidir ki, onlar uzun müddətli aclıq aksiyasının təhlükələrini anlasınlar.
- ▶ Əgər aclıq aksiyası keçirən məhbus onun psixiatrik bölməyə köçürülməsini tələb edən ciddi psixi pozuntulardan əziyyət çəkmirsə, həmin məhbusun kliniki qiymətləndirilməsi yalnız onun açıq şəkildə verdiyi razılığı əsasında həyata keçirilə bilər.
- ▶ Əgər, həkimin fikrincə, aclıq aksiyası keçirən məhbusun vəziyyəti əhəmiyyətli şəkildə pisləşirsə, həkim bu barədə müvafiq orqanlara məlumat verməli və milli qanunvericiliyə və peşə standartlarına uyğun olaraq tədbir görməlidir.

Aclıq aksiyaları keçirənlər haqqında ÜTA Bəyannaməsində bu məsələ ilə bağlı daha təfəsilatlı müddəalar yer alır. Həqiqi və uzunsürən aclığın aclıq aksiyası keçirənlər üçün ölüm və ya ömürlük zədə riski yaratdığı qeyd olunur və həmçinin göstərilir ki, aclıq aksiyası keçirənlər adətən ölməyi arzu etmirlər, lakin bəziləri öz məqsədlərinə çatmaq üçün ölməyə də hazır ola bilərlər. ÜTA aclıq aksiyası zamanı həkimin necə hərəkət etməsinə dair aydın təlimatlar verir.

- ▶ Həkimlər fərdlərin psixi imkanlarını qiymətləndirməlidirlər. Bu qiymətləndirmə aclıq etmək istəyən şəxsin sağlamlığı barədə qərar vermək qabiliyyətinə ciddi şəkildə xələl gətirə bilən hansısa psixi pozuntusunun olub-olmamasının yoxlanmasını əhatə edir. Ciddi psixi pozuntuları olan fərdlər aclıq aksiyasının iştirakçıları hesab oluna bilməzlər. Onların sağlamlıqlarını risk altına qoyacaq şəkildə aclıq etməsinə icazə vermək olmaz və onları psixi sağlamlıq problemləri ilə əlaqədar müalicə etmək lazımdır.

⁸⁴ İQAK/Inf (2007)10.

- ▶ Həkimlər mümkün qədər qısa müddət ərzində aclıq etmək istəyən şəxsin təfəssilatlı və dəqiq xəstəlik tarixçəsini əldə etməlidirlər. Mövcud olan hər hansı vəziyyətdən irəli gələ bilən tibbi fəsadlar həmin şəxsə izah olunmalıdır. Həkimlər aclıq aksiyası keçirənlərin ac qalmağın sağlamlıqla bağlı potensial nəticələrini anlayıb-anlamadıqlarını yoxlamalı və aclıq edənləri ac qalmağın zərərləri barədə sadə dildə xəbərdar etməlidirlər. Həkimlər həmçinin sağlamlığa zərər, misal üçün çoxlu maye qəbulu yolu ilə, necə minimallaşdırıla və ya gecikdirilə biləcəyi barədə də izah etməlidirlər. Şəxsin aclıq aksiyası ilə bağlı qərarları ani ola biləcəyindən, pasiyentlərin aclığın tibbi fəsadları barədə tam anlayışa malik olmasının təmin olunması çox əhəmiyyətlidir. Məlumatlı razılıq üzrə mövcud qabaqcıl təcrübələrə uyğun olaraq, həkim pasiyentdən onun nə başa düşdüyünü təkrar etməyi istəməklə pasiyentin ona verilən məlumatı başa düşməsinə təmin etməlidir.
- ▶ Aclıq edən məhbus aksiyanın başlanğıcındaca hərtərəfli müayinə olunmalıdır. Gələcək, o cümlədən aclıqla əlaqəli olmayan simptomların idarə olunması aclıq edənlərlə müzakirə edilməlidir. Həmçinin, aclıq aksiyası uzun sürərsə, şəxsin tibbi müalicə ilə bağlı dəyərləri və istəkləri nəzərə alınmalıdır.
- ▶ Bəzən aclıq edənlər venadaxili mineral məhlulların köçürülməsini, yaxud digər tibbi müalicə formalarını qəbul edirlər. Müəyyən növ müdaxilələrdən imtina edilməsi tibbi qayğının, infeksiyalara və ya ağrıya qarşı müalicə kimi, hər hansı digər formasını da istisna etməməlidir.
- ▶ Həkimlər aclıq edənlərlə təkliddə və digər məhbuslar da daxil olmaqla başqa şəxslərin eşidə bilməyəcəyi şəraitdə söhbət etməlidirlər. Aydın ünsiyyətin olması çox önəmlidir və zərurət olduqda, həbsxana rəhbərliyi ilə heç bir əlaqəsi olmayan və konfidensiallıq şərtlərinə əməl etməli olan tərcüməçilərin xidmətlərindən də istifadə edilə bilməlidir.
- ▶ Həkimlər əmin olmalıdırlar ki, yemək və müalicədən imtina aclıq edən fərdlərin öz könüllü seçimidir. Aclıq edənlərin nəyəsə məcbur edilməsinə imkan verilməməlidir. Həkimlər çox vaxt buna imkan verilməməsində köməklik göstərə bilərlər və bilməlidirlər ki, məcburiyyət yaşdırlardan, rəhbərlərdən və ya ailə üzvləri kimi digər şəxslərdən gələ bilər. Həkimlər və ya digər tibb əməkdaşları aclıq aksiyasını dayandırmaları üçün aclıq edənlərə qarşı hər hansı formada təzyiq etməməlidirlər. Aclıq edənin müalicəsi və ya ona tibbi qayğı göstərilməsi aclıq aksiyasının dayandırılması şərti ilə edilməməlidir.
- ▶ Əgər həkim aclıq edənin müalicə olunmaqdan və ya süni yedizdirilməkdən imtina etməsi ilə öz inancını səbəbindən razılığa bilmirsə, həmin həkim elə başlanğıcda bu barədə məlumat verməli və aclıq edəni aclıq edənin imtinası ilə barışan başqa bir həkimə yönləndirməlidir.
- ▶ Həkim və aclıq edənlər arasında davamlı ünsiyyətin olması çox önəmlidir. Həkimlər hər gün şəxslərin aclığı davam etdirmək istəyib-istəmədiklərini dəqiqləşdirməli və ünsiyyət imkanlarını itirdikdən sonra aclıq edənlərin nə edilməsini istədiklərini müəyyənləşdirməlidirlər. Bu məsələlər müvafiq qaydada sənədləşdirilməlidir.
- ▶ Ola bilsin ki, həkim işi götürdükdə, aclıq edən öz istəyini ifadə etmək imkanını artıq itirmiş olsun və bu səbəbdən də həyatının qorunması üçün tibbi müdaxilə

ilə bağlı istəkləri barədə onunla danışmaq mümkün olmasın. Bu halda, aclıq edən əvvəlcədən vermiş olduğu hər hansı təlimatlar nəzərə alınmalıdır. Aclıq edən müalicə ilə bağlı əvvəlcədən etdiyi imtinaya, əgər həmin imtina şəxsin anlaqlı vəziyyətdə ifadə etdiyi könüllü istəyini əks etdirirsə, hörmət olunmalıdır. Həbsxana şəraitində əvvəlcədən verilən təlimatların təzyiqlə altında verilmiş ola bilməsini də nəzərə almaq lazımdır. Həkimlərin aclıq edən şəxsin niyyəti ilə bağlı ciddi şübhələri olduqda, bu cür təlimatlar çox böyük ehtiyatlıqla nəzərə alınmalıdır. Lakin, əvvəlcədən verilmiş həmin təlimatlar, hətta məlumatlı və könüllü şəkildə verilmiş olsa belə, onların verilmiş olduğu vəziyyət şəxsin anlaqlılığını itirdiyi vaxtdan sonra radikal şəkildə dəyişmişdirsə, etibarsız hesab oluna bilər.

- ▶ Aclıq edən şəxslə müzakirə aparmaq mümkün deyilsə və əvvəlcədən verilmiş heç bir təlimat mövcud deyilsə, həkimlər şəxsin mənafeələrinə ən uyğun hesab etdikləri şəkildə hərəkət etməlidirlər. Bu o deməkdir ki, aclıq edənlərin daha əvvəl ifadə etdikləri istəkləri, onların şəxsi və mədəni dəyərləri, həmçinin fiziki sağlamlıqları nəzərə alınmalıdır. Aclıq edənlərin daha əvvəl nə istədikləri barədə heç bir məlumat olmadıqda, həkimlər məcburi yedizdirmənin icra edilib-edilməməsi barədə, üçüncü şəxslərin müdaxiləsi olmadan, qərar verməlidirlər.
- ▶ Həkimlər aclıq edən şəxsin müalicədən imtina ilə bağlı əvvəlcədən vermiş olduğu təlimatlara qarşı çıxma və bunu onunla əsaslandırma bilərlər ki, şəxsin imtina qərarı təzyiqlə altında verilmiş olduğunu hesab edirlər. Əgər aclıq edənlər özlərinə gəldikdən və əqli imkanları bərpa olunduqdan sonra, aclıq etmək niyyətlərini bir daha ifadə edərlərsə, həmin qərara hörmət edilməlidir. Qətiyyətli şəkildə aclıq edən şəxsin ləyaqətlə ölməsinə imkan vermək, həmin şəxsin iradəsinə qarşı çıxaraq ona dəfələrlə müdaxilələr etməkdən daha etikdir.
- ▶ Əgər aclıq edən və anlaqlı vəziyyətdə olan şəxslə razılıq verərsə, süni yedizdirilmə etik baxımdan münasib hesab oluna bilər. Süni yedizdirilmə aclıq edən və anlaqlı vəziyyətdə olmayan şəxsin əvvəlcədən verilmiş imtina qərarı olmadıqda da qəbul edilən hesab oluna bilər.
- ▶ Məcburi yedizdirmə heç bir halda etik baxımdan qəbul edilən sayılmır. Hətta xoş niyyətlə edilsə də, hədə, zorakılıq, güc və ya fiziki məhdudiyyətlərin tətbiq olunması ilə müşayiət olunan yedizdirmə qeyri-insani və ləyaqəti alçaldan rəftarın bir formasıdır. Aclıq aksiyası keçirən digər şəxsləri hədələmək və aclığı dayandırmağa vadar etmək məqsədilə bəzi məhbusların zorla yedizdirilməsi də eynilə qəbul edilməzdir.

Göründüyü kimi, ÜTA məcburi yedizdirməni etik baxımdan qəbul edilməz hesab edir. Burada, dövlətin şəxsin həyatını qorumaq vəzifəsi ilə şəxsin özünün fiziki toxunulmazlıq hüququ arasında ziddiyyət vardır. Lakin, istənilən halda, həkimlər işgəncə və ya ləyaqəti alçaldan rəftar hesab oluna bilən hərəkətlərin qarşısını almalıdırlar.

Lakin, əgər aclıq edən məhbusun məcburi yedizdirilməsi qərarı qəbul olunmuşdursa, bu cür qərar tibbi zəruriyyətə əsaslanmalı və tibbi baxımdan münasib şərtlər altında icra olunmalıdır. Qərarın qəbul edilməsi prosesi kifayət qədər təminatlardan ibarət olan, o cümlədən tibbi qərarların müstəqil şəkildə verilməsini nəzərdə tutan müəyyən prosedurlara uyğun olmalıdır. Aclıq edən məhbusun psixi sağlamlıq vəziyyətinin psixiatrik qiymətləndirilməsi şəxsin yeməkdən imtina etməsinin səbəblərinin psixiatrik xarakterli olduğu halları müəyyən etməyə kömək edir. Bundan əlavə, aclıq aksiyası boyunca aparılan psixiatrik müayinələr tibb əməkdaşlarına, aclıq edən şəxslərdə onların həyat və sağlamlıqları ilə bağlı məlumatlı seçimlər etmək imkanlarına xələl gətirə bilən hər hansı psixi pozuntuların olub-olmadığını müəyyən etməkdə kömək edir. Qanunvericiliyin tələblərinə də əməl olunmalı və qərarın icrasının bütün aspektlərinin adekvat monitorinqi aparılmalıdır. Məcburi yedizdirmənin həyata keçirilməsi üçün istifadə olunan metodlar zərurət olmadığı halda ağırlı olmamalı və bacarıqlı şəkildə və gücdən minimal istifadə ilə tətbiq olunmalıdır. Məcburi yedizdirmə aclıq edən şəxsin fiziki toxunulmazlığına mümkün qədər az xələl gətirməlidir.

Cinsi cinayət törətmiş şəxslərin həbsxanada müalicəsi

Parafiliyadan əziyyət çəkən pasiyentlərin müalicəsi, hansı müalicə metodlarının istifadə olunmasından asılı olmayaraq, hər zaman kliniki və etik dilemmaların müşayiəti ilə həyata keçirilmişdir. Parafiliyadan əziyyət çəkənlər də daxil olmaqla, cinsi cinayətlər törətmiş məhbuslarla bağlı əsas etik məsələlər ictimai təhlükəsizlik ehtiyacı və, hətta müalicə daha münasib və səmərəli olsa da, müalicədən daha çox cəzalandırmağa yönəlmiş peşəkar yanaşmanın mövcudluğu ilə əlaqədardır.⁸⁵

İQAK bir neçə hesabatlarında bu məsələyə toxunmuşdur⁸⁶ və İQAK-ın bu məsələ ilə bağlı tövsiyələri aşağıdakı kimi ümumiləşdirilə bilər:

- ▶ Cinayətlərin yenidən törədilməsinin qarşısının alınması üzrə görülən tədbirlər tək-cə effektivliyə əsaslanmamalıdır. Sadəcə yenidən törədilən cinayətlərin sayının azaldılmasına yönəlmiş siyasət ciddi insan hüquqları pozuntularına gətirib çıxara bilər. Psixoterapiyaya (o cümlədən, qrup terapiyasına), farmakoterapiyaya (o cümlədən, anti-androgenlərin istifadəsinə) və ya hər ikisinin kombinasiyasına əsaslanan müxtəlif müalicə üsulları mövcuddur;
- ▶ Hər hansı tibbi müalicəyə başlamazdan, farmakoterapiyaya (o cümlədən, anti-androgen müalicəsinə) başlamazdan əvvəl şəxsin azad və məlumatlı şəkildə verilmiş və şəxsin istənilən vaxt geri götürə biləcəyi yazılı razılığı əldə olunma-

⁸⁵ Bouden P., "Müalicə: istifadə, sui-istifadə və razılıq". Cinayətkar Davranış və Psixi Sağlamlıq 1 (1991), 130-41; Berlin F., "Cinsi cinayətlər törədənlərin müalicəsi və qanunvericilik". Amerika Psixiatriya və Hüquq Akademiyasının Jurnalı 31 (2003), 510-13; Uard T., Qannon T. A. and Birgden A., "İnsan hüquqları və cinsi cinayətlər törətmiş şəxslərin müalicəsi". Cinsi İstismar 19/3 (2007), 195-204; Elger B. S., "Məhbusların cəlb olunduğu araşdırma: beynəlxalq və avropa hüququnda konsensus və ziddiyyətlər". Bioetika 22 (2008), 224-38.

⁸⁶ İQAK/Inf (2009)8; (2011)20.

lıdır. Sözügedən məhbusa müalicənin məqsədi və mümkün əks təsirləri, həmçinin müalicə olunmaqdan imtinanın nəticələri ətraflı (o cümlədən yazılı) şəkildə izah edilməlidir.

Anti-androgen müalicəsi həmişə hərtərəfli fərdi psixiatrik və tibbi dəyərləndirməyə əsaslanmalı və bu cür müalicə tamamilə könüllü əsaslarla aparılmalıdır. Bu cür müalicəni zəruri və istisna edən kriteriyalar; müalicədən əvvəl, müalicə müddətində və müalicədən sonra tibbi müayinələr; kənardan məsləhət, o cümlədən müstəqil ikinci rəy almaq imkanı; və müalicənin müstəqil bir tibb qurumu tərəfindən müntəzəm şəkildə qiymətləndirilməsi də daxil olmaqla əlavə təminatlardan ibarət hərtərəfli və müfəssəl bir prosedur hazırlanmalıdır. Əməllərin yenidən törədilməsi riskinin aşağı salınması üçün anti-androgenlər psixoterapiya və digər məsləhət formaları ilə birlikdə istifadə olunmalıdır. Bundan əlavə, anti-androgen müalicəsi cinsi cinayət törətmiş şəxslərin azad edilməsi üçün ümumi bir şərt olmamalı, lakin fərdi dəyərləndirmə əsasında seçilmiş fərdlərə tətbiq edilməlidir.

Məcburi cərrahi sterilizasiya geriyyə dönüşü olmayan fiziki nəticələr və birbaşa, yaxud dolaylı psixi nəticələr doğuran bir müdaxilədir. Bundan əlavə, əldə olunması arzulanan nəticənin (testosteronun səviyyəsinin azaldılmasının) davam edəcəyinə də heç bir təminat verilmir. Cinayətin yenidən törədilməsi hallarının azaldılması kimi legitim bir məqsəd fərdin fundamental insan hüquqları ilə bağlı olan etik mülahizələrlə balanslaşdırılmalıdır.⁸⁷ Cinsi cinayət törətmiş şəxslərin müalicəsində məcburi cərrahi sterilizasiya artıq ümumqəbul olunan tibbi müdaxilə üsulu deyil. Aşırı-aşkar tibbi zəruriyyət olmayana qədər, məhbuslara və ya digər saxlanılan şəxslərə qarşı geriyyə dönüşü olmayan fiziki nəticələr doğuran tibbi müdaxilələrdən istifadə olunmamalıdır.

2.7. Həbsxanalarda ikili diaqnoz

Məhbusların təxminən 3-11%-i narkotik asılılıq pozuntusu ilə birgə (psixotik pozuntu, yaxud əhval pozuntusu kimi) psixi sağlamlıq problemlərindən əziyyət çəkir.⁸⁸

“İkili diaqnoz” termini eyni zamanda həm psixi sağlamlıq, həm də asılılıqla bağlı olan bir çox problemləri əhatə edir. İkili diaqnozun fərqli səhiyyə xidmətləri üçün fərqli mənalara ola bilər, lakin ən çox rast gəlinən dörd kombinasiya aşağıdakılardır:

⁸⁷ Alexander M., Gunn J., Cook D. A. G., Taylor P. J. və Finch J., “Cinsi cinayət törətmiş şəxsin cərrahi sterilizasiyaya məruz qalmasına icazə verilməldirmi?” Britaniya Tibb Jurnalı (British Medical Journal) 307 (1993), 790-93.

⁸⁸ Edens J. F., Peters R. H. və Hills H. A., “Birgə baş verən pozuntuları olan məhbusların müalicə olunması: mövcud proqramlara bütöv baxış”. Davranış Elmləri və Hüquq (Behavioral Sciences & the Law) 15/4 (1997), 439-57.

- ▶ Narkotik maddə istifadəsini təşviq edən əsas psixi sağlamlıq problemi (şəxs şizofreniyadan əziyyət çəkir və hesab edir ki, heroin xəstəliyin bəzi simptomlarını yüngülləşdirir),
- ▶ Psixiatrik simptomlara və ya xəstəliyə gətirib çıxaran narkotik asılılıq və/və ya abstinent sindromu (detoksifikasiyadan sonra yuxusuzluq və pis əhval ilə birlikdə yaranan depressiya),
- ▶ İnsan psixikasına təsir göstərən maddələrin sui-istifadəsi ilə daha da ağırlaşan psixiatrik problemlər (başqaları tərəfindən təhlükəyə məruz qalmaqdan qorxan şəxs sakitləşmək üçün çətinədən istifadə edir, lakin çətinədən istifadə paranoyanı gücləndirir və bu da ağır psixozla gətirib çıxarır),
- ▶ Bir-biri ilə əlaqəli olduğu görünməyən, insan psixikasına təsir göstərən maddələrin sui-istifadəsi və psixi problemlər (narkotik və ya alkoqol istifadəsi ilə nə azalmayan, nə də artmayan, davamlı təşviş problemi olan şəxs).

Həbsxanada narkotik vasitələrin qanunsuz əldə etmək imkanı məhdud olduğundan, həbsxanada olarkən pasiyentin psixi vəziyyəti stabil görünə bilər. Digər tərəfdən, həbsxana kimi nisbətən aşağı stimullu mühit mövcud psixi sağlamlıq problemlərini gizlədə bilər. Hətta, narkotik maddə istifadəçilərinin əksəriyyəti üçün problematik olmayan aşağı və ya orta səviyyədə narkotik istifadəsi (çətinə, yaxud amfetamin kimi vasitələrin nisbətən kiçik miqdarda və aralıq qəbulu) də ciddi psixi sağlamlıq problemləri olan şəxslərə zərərli təsir göstərə bilər. Alkoqoldan və asılılıq yaradan bütün narkotiklərdən asılılığın aradan qaldırılması, opioid asılılığının əvəzedici müalicəsi və azad olunduqdan sonra məhbusun içki, yaxud narkotik istifadəsi problemlərinin yenidən yaranmasının qarşısının alınması üçün müxtəlif müdaxilələr etmək lazım olur.⁸⁹

- ▶ Həbsxanaya ciddi psixi sağlamlıq problemləri ilə gələn opiat asılılığı olan pasiyentlər ən azı iki həftə müddətində stabilləşdirilməlidirlər, bu müddət ərzində onlar barəsində detoksifikasiya aparılmamalıdır. Dərhal detoksifikasiya aparılmasına yol verilməməlidir.
- ▶ Benzodiazepin istifadəsinin dayandırılması psixoz simptomlarının yaranmasına səbəb ola bilər ki, əvvəllər düşüncə pozuntusundan əziyyət çəkmiş pasiyentlərdə bu simptomların yaranması ehtimalı daha çoxdur. Diazepamın daha da azaldılmasından əvvəl bir stabilləşdirmə dövrünün olması tələb oluna bilər. Benzodiazepin istifadəsinin dayandırılması nəticəsində təşviş və özünə xəsarət yetirmə baş verə bilər; stabilləşdirmə və onun ardınca zəif azaltmanın həyata keçirilməsi təyin edilə bilər.
- ▶ Stimulyatorların istifadəsinin dayandırılması qısa, lakin bəzən dərin depressiyaya səbəb ola bilər. Mərkəzi sinir sistemi dəyişən kimyəvi mühitə fizioloji olaraq uyğunlaşdıqca, bu vəziyyətin aradan qalxması bir həftədən bir neçə aya qədər vaxt apara bilər. Bu vaxt ərzində məhbus intihar etmək və ya özünə xəsarət yetirmək riski altında ola bilər. Bundan əlavə, stimulyator istifadəsi psixotik epizodun

⁸⁹ Həbsxanalar üçün ikili diaqnozun idarə olunmasına dair bələdçi vəsait. Səhiyyə Departamenti, London (2009).

(“amfetamin psixoz”) yaranmasına səbəb ola bilər. Stimulyatordan istifadənin dayandırılması, yuxu və düzgün qidalanma adətən bu problemi aradan qaldırır. Onu da qeyd etmək vacibdir ki, stimulyator şəxsiyyət pozuntusu, xüsusilə də qeyri-stabil və ya antisosial şəxsiyyət pozuntusu olan fərdlər üçün səciyyəvi olan xroniki darıxmaqdan və ya stimulyatorun təsir həddinin yüksək olmasından əziyyət çəkən şəxslər arasında daha çox istifadə olunur. Beləliklə, müalicənin planlaşdırılması üçün şəxsiyyət pozuntusunun olub-olmamasının müəyyənləşdirilməsi də vacib əhəmiyyət kəsb edəcəkdir.

İkili diaqnoz qoyulmuş şəxslərin qrup müalicəsinə yerləşdirilməsi ilə bağlı ehtiyatlı olmaq lazımdır. Ciddi psixi çətinlikləri olan xeyli insan travmatik uşaqlıq yaşamış və yaxın keçmişləri travmalı olmuşdur. Adətən onların sosiallaşma ilə də bağlı bəzi çətinlikləri olur. Bu məsələlər xüsusilə də şəxsiyyət pozuntusu olan şəxslər üçün səciyyəvidir. Beləliklə də, pasiyentin tam qiymətləndirilməsi və psixoloji vəziyyəti qrup müalicəsi, yaxud fərdi müalicə seçimi ilə bağlı qərar verilməsi üçün vacib rol oynayır.

2.8. Şəxsiyyət pozuntuları olan məhbuslar

“Şəxsiyyət pozuntusu” termini əsasən gündəlik həyat məsələlərinin həlli və şəxsin özünə, başqalarına və dünyaya münasibəti ilə bağlı problemləri təsvir etmək üçün istifadə olunur. Şəxsiyyət pozuntusunun genetik və ətraf mühit amilləri ilə erkən inkişafın pozulması arasındakı qarşılıqlı təsirin nəticəsi olduğu hesab edilir.

Şəxsiyyət pozuntularına cəmiyyətdə çox rast gəlinə bilər. Təxmini epidemioloji hesablamalara görə, insanların 5-13%-i şəxsiyyət pozuntusunun diaqnostik əlamətlərinə uyğun gələn problemlərdən əziyyət çəkir. Epidemioloji araşdırmalar, həmçinin onu da göstərir ki, şəxsiyyət pozuntusu olan insanların 20-50%-i psixotrop maddələrdən istifadə edir və psixotrop maddələrdən istifadə etdiyi bilinən şəxslərin də 5-30%-inə şəxsiyyət pozuntusu diaqnozu qoyulmuşdur.

Cəzaçəkmə müəssisəsinin səhiyyə xidmətlərinin pasiyentləri arasında həmişə, ailə travması yaşamış, uzun müddətli narkotik asılılıq, rəhbərliklə münafişə və ya digər sosial uğursuzluqlar tarixçəsi olan müəyyən sayda xasiyyətə müvazinətsiz, marjinal fərdlər olacaqdır. Onlar zorakı ola, intihara meyl edə və ya qeyri-məqbul seksual davranışla xarakterizə oluna bilərlər və onların əksəriyyəti özlərini idarə etmək və özlərinin qeydinə qalmaq iqtidarında olmurlar. Həbsxanalarla bağlı aparılan araşdırmalar göstərir ki, məhbusların 50-78%-inin şəxsiyyət pozuntusundan əziyyət çəkdiyi

müəyyən olunmuşdur.⁹⁰ Şəxsiyyət pozuntusu olan məhbuslar xüsusi yanaşma tələb edir. Məhbusların şəxsiyyət pozuntusunun ən kəskin formasından əziyyət çəkən nisbətən kiçik bir qismi özlərinə və başqalarına zərər yetirmək riski altında olurlar. Bu cür məhbusların çox mürəkkəb psixoloji ehtiyacları olur və bu hal idarəetmə, müalicə və təhlükəsiz iş mühitinin təmin edilməsi baxımından çətinliklər yaradır.

İxtisaslaşdırılmış bölmələr ən çətin məhbusları da təhlükəsiz və konstruktiv şəkildə idarə etmək və yüksək keyfiyyətli terapevtik yanaşmalar ortaya qoymaq bacarığını nümayiş etdirmişdir, və məhkəmə mübahisələrinin və zorakılıq hallarının əhəmiyyətli dərəcədə azalması bunu sübut edir. Şəxsiyyət pozuntularının müalicəsi və idarə olunması üzrə təlimatlar⁹¹ hazırlanmışdır və həmin təlimatlar bu kateqoriyadan olan məhbuslar üçün xidmətlərin planlaşdırılması baxımından fayda kəsb edir. Əsas diqqət cinayətkar davranışların, zorakılığın, aqressiyanın və narkotik istifadəsinin azaldılmasına yönəldilməlidir.

Psixopatiyası olan şəxslər və təhlükəli və kəskin şəxsiyyət pozuntusu kriteriyalarına cavab verən şəxslər antisosial şəxsiyyət pozuntusundan əziyyət çəkən insanların kiçik bir qismini təşkil edirlər. Lakin, onlar başqalarına zərər vermək baxımından çox təhlükəlidir və sosial xidmətlərin mühüm bir nisbətini istehlak edirlər. Misal üçün, koqnitiv və davranış xarakterli müdaxilələr onların cinayətkar və digər antisosial davranışlarını azaltmağa yönələ bilər. Uyğun gələn fərdi və qrup sessiyalarını birləşdirməklə bu cür müdaxilələr bu qrupdan olan şəxslərə uyğunlaşdırılmalı, müdaxilələrin müddəti daha uzun olmalı və əlavə tədbirlər və yaxından monitorinq vasitəsilə dəstəklənməlidir.

Şəxsiyyət pozuntularının və ya assosiasiya olunan aqressiya, qəzəb və impulsiv davranışların müalicə olunması məqsədilə farmakoloji müdaxilələrdən istifadə adı hal (rutin) olmamalıdır. Lakin, yanaşı mövcud olan (co-morbid) psixi pozuntular, xüsusilə də depressiya və təşviş üçün farmakoloji müdaxilələr zəruri ola bilər. Yanaşı mövcud olan psixi pozuntular üçün dərman müalicəsinə başlayarkən və nəzarət edərkən, müalicəyə riayət edilməsi və sui-istifadə və dozadan artıq istifadə riski məsələlərinə xüsusi diqqət yetirilməlidir.

⁹⁰ Coid J. və Yang M., “Böyük Britaniyada şəxsiyyət pozuntusunun yayılması və əlaqəliliyi”. Britaniya Psixiatriya Jurnalı (British Journal of Psychiatry) 188 (2006), 423-31; Linehan M., Schmidt H. et al., “Qeyri-stabil şəxsiyyət pozuntusu və narkotik asılılığı olan pasiyentlər üçün dialektik davranış terapiyası” Pis vərdişlər üzrə Amerika Jurnalı (American Journal on Addictions) 8/4 (1999), 279-92; Nace E., Davis C. və Gaspari J., “Narkotik istifadəçilərinin Ox II ümumi xəstəlikləri” (“Axis II co-morbidity in substance abusers”). Amerika Psixiatriya Jurnalı (American Journal of Psychiatry) 148 (1991), 118-20; Singleton N., Meltzer H. et al., İngiltərə və Uelsdə məhbuslar arasında psixiatrik xəstəliklərə dair araşdırma. Milli Statistika İdarəsi, London (1998).

⁹¹ NİCE Kliniki Təlimatlar (NICE Clinical Guidelines): Antisosial şəxsiyyət pozuntusu: müalicə, idarəetmə və qarşısını alma. NHS (2009); NİCE Kliniki Təlimatlar: Qeyri-stabil şəxsiyyət pozuntusu: müalicə və idarəetmə üzrə NİCE təlimatı (Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management). Britaniya Psixologiya Cəmiyyəti /Royal Psixiatrlar Kolleci (Royal College of Psychiatrists) (2009).

Hər hansı yanaşı mövcud olan psixi pozuntuların müalicə olunması çox vacib əhəmiyyət kəsb edən məsələdir və şəxsin şəxsiyyət pozuntusu üzrə müalicə alıb-almamasından asılı olmayaraq həyata keçirilməlidir, çünki, komorbid pozuntuların effektiv müalicəsi psixopatiya və ya təhlükəli və kəskin şəxsiyyət pozuntusu ilə bağlı riski də azalda bilər.

Antisosial şəxsiyyət pozuntuları olan insanlarla işləyən əməkdaşlar bilməlidirlər ki, həmin insanları müalicəyə cəlb edərkən və müalicəni davam edərkən, onlarla cəzalandırma tərzində davranmaqdan əvvəl, həmin şəxslərə pozitiv və təltifedici münasibət göstərdikdə uğurlu nəticələrin əldə olunması ehtimalı daha böyük olur. Əməkdaşlar ümid və nikbinlik atmosferində olan, və sağalmağın mümkün və əlçatan olduğunu izah edən müalicə üsullarını araşdırmalıdırlar. Onlar etimada əsaslanan münasibətlər qurmalı, açıq, fəal və qərəzsiz tərzdə işləməli və ardıcıl və etibarlı olmalıdırlar. Bu cür pasiyentlərlə işləyən əməkdaşlara lazımı təlimlər keçilməli, dəstək verilməli və, mümkün olarsa, işlədikləri bölmədən kənar qurumlar tərəfindən, onlara nəzarət olunmalıdır. Bu, emosional təzyiği azaltmağa və əməkdaşların resurslarının tükənməsinin qarşısını almağa kömək edir.

Fəsil 3

Həbsxanalarda İİV/QİÇS və hepatit B/C viruslarının yayılmasının qarşısının alınması

3.1. Epidemioloji əsaslar

Son onillik ərzində dünya üzrə İİV infeksiyaları və QİÇS ilə bağlı ölüm hallarının azalmasına baxmayaraq, eyni dövrdə şərq Avropa və Mərkəzi Asiyada yeni İİV infeksiyaları və QİÇS səbəbindən baş vermiş ölüm hallarının sayı 25% artmışdır. 2000-ci ildən bəri bu regionda İİV infeksiyalarına yoluxmuş insanların sayı üç dəfə artmışdır və epidemiya əsas etibarilə inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edən şəxslər arasında baş verir. Bu regionda inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edən təxminən 3.7 milyon insanın ən azı dördüdə biri İİV infeksiyasının daşıyıcısıdır.⁹² Verilən məlumatlara görə, inyeksiya yolu ilə narkotik istifadə edən şəxslərin 40-90%-i Hepatit C virusunun daşıyıcılarıdır.⁹³

Bir çox ölkələrdə məhbusların sayının artması əsasən narkotiklərin qanunsuz satışına, saxlanmasına və ya istifadəsinə qarşı aparılan intensivləşdirilmiş hüquq mühafizə tədbirlərinin görülməsinin nəticəsidir və bu narkotik istifadə edən və inyeksiya yolu ilə qəbul edən məhbusların da sayının artması ilə müşayiət olunur. Məhbusların 30%-ə qədərinin inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul etmək tarixçəsi var. Azadlıqda yaşayan eyni yaşdan olan şəxslərlə müqayisədə məhbuslar arasında İİV və hepatit C və B viruslarına yoluxmuş insanların sayının 30 dəfə daha çox olmasının əsas səbəbi də elə budur. Buradan belə qənaətə gəlmək olar ki, bir neçə səbəblərdən, həbsxanalar qan və/və ya cinsi yolla keçən infeksiyalar kimi bu cür parenteral infeksiyalar üçün epidemioloji episentrlər hesab olunmalıdır.

- ▶ Həbsxanalar inyeksiya yolu ilə narkotik istifadəsindən (İNİ), inyeksiya vasitələrinin bölüşülməsindən, ümumi şəkildə istifadə olunan alətlər vasitəsilə bədənlərinə döymə vurdurmaqdan və qoruyucusuz qarışıq cinsi əlaqələrdən infeksiyaya yolux-

⁹² UNAIDS: Qlobal QİÇS epidemiyasına dair 2010-cu il hesabatı (noyabr 2010).

⁹³ NNAAMM (Narkotiklər və Narkotik Asılılıq üzrə Avropa Monitorinq Mərkəzi).

maq riski olan şəxslərin konsentrasiyasıdır. Həbsxanada İİV epidemiyası əsasən İNİ vasitəsilə baş verir, lakin həbsxanada infeksiyanın cinsi yolla yayılması hallarının olduğu da nəzərdən qaçmamalıdır.

- ▶ Bu cür riskli davranışlar həbsxanada çox vaxt cəmiyyətlə müqayisədə daha riskli şərtlər altında davam edir, yenidən başlayır və ya başlayır, bununla da yoluxmalar və hətta epidemiyalar baş verir və baş verməkdə davam edir.⁹⁴
- ▶ Qabaqlayıcı və zərər azaldıcı tədbirlərin həyata keçirilməsi çətindir və çox vaxt həbsxanada bu imkan olmur.
- ▶ Həbsxanada yoluxmuş şəxslərin virus yükünün azaldılması məqsədini güdən diaqnostika və müalicə imkanları çox vaxt məhdud olur, yəni ya cəmiyyətlə müqayisədə daha az olur, ya da ümumiyyətlə olmur.
- ▶ Həbsdə saxlanıldıqları zaman viruslara yoluxmuş məhbuslar azadlığa çıxdıqdan sonra çox vaxt bilmədən daşdıqları virusları cəmiyyətə yaya bilirlər. Tez-tez həbsxanaya düşüb və azadlığa çıxan və əsasən qısa müddətli və təkrar məhkumluqlar yaşayan narkotik istifadəçilərinə xas olan, həbsxana və cəmiyyət arasında yüksək dərəcədə hərəkətliliyin olması ictimai sağlamlığa qarşı bu riski daha da artırır.

3.2. Beynəlxalq sənədlər

Məhbusların cəmiyyətdə mövcud olan əsas qabaqlayıcı tədbirlər və müalicə imkanları ilə təmin olunmaması məhbusların sağlamlığının qorunması hüququnun pozulmasıdır və İqtisadi, Sosial və Mədəni Hüquqlar haqqında Beynəlxalq Pakt və Avropa Sosial Xartiyası kimi beynəlxalq hüquqi sənədlərə⁹⁵ ziddir. Avropa Şurası və digər beynəlxalq qurumlar tərəfindən qəbul edilmiş bir sıra tövsiyə, qayda, bəyannamə və qətnamələrdə də həbsxana rəhbərliyinin, xüsusilə də İİV və hepatit C epidemiyasına qarşı həbsxanada, qabaqlayıcı səhiyyə xidməti göstərmək öhdəliyi qeyd olunur.⁹⁶

⁹⁴ Jürgens R., Nowak M. və Day M: “İİV və məhbəs: həbsxanalar və həbs”. Beynəlxalq AIDS Cəmiyyəti Jurnalı 14:26 (2011); ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV-ə qarşı mübarizə tədbirləri: hərtərəfli baxış, Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd (Cenevrə 2007); ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV-ə qarşı mübarizə tədbirlərinin səmərəliliyi, Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd (Cenevrə 2007); ÜST Avropa: Həbsxanalarda İİV üzrə Bələdçi vəsait, mənbə: www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons.

⁹⁵ İqtisadi, Sosial və Mədəni Hüquqlar haqqında Beynəlxalq Paktın 12-ci Maddəsi və Avropa Sosial Xartiyasının 11-ci Maddəsi.

⁹⁶ ÜST Avropa: Həbsxanalarda İİV üzrə Bələdçi vəsait, mənbə: www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons; NK: Həbsxana və QİÇS də daxil olmaqla yoluxucu xəstəliklərin nəzarətdə saxlanması kriminaloloji aspektləri və həbsxanada mövcud olan əlaqəli sağlamlıq problemləri. R (1993) 6 sayılı Tövsiyə; NK: Həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri haqqında R (1998) 7 sayılı Tövsiyə; İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011);

UNAIDS/UNODC/ÜST: Həbsxana şəraitində İİV/QİÇS-in qarşısını alma, qayğı göstərmə, müalicə və dəstək: səmərəli milli mübarizə mexanizmi (Nyu York 2006); ÜST Avropa: Həbsxanalarda İİV infeksiyası

İQAK bu yaxınlarda həyata keçirdiyi ölkə səfərlərində İİV/QİÇS və hepatit C-nin yayılmasına qarşı qabaqlayıcı tədbirlərin görülməsi baxımından ciddi çatışmazlıqların olduğunu müəyyən etmişdir.⁹⁷ Həbsxanada İİV/QİÇS və hepatit C-nin yayılmasına qarşı qabaqlayıcı tədbirlər dörd addımdan ibarət olmaqla belə ümumiləşdirilə bilər: yanaşmanın və biliklərin təkmilləşdirilməsi, narkotik təchizatının və tələbatının azaldılması, zərər azaldılması və tibbi tədbirlər.

3.3. Yanaşmaların və biliklərin təkmilləşdirilməsi

Tabu hesab olunan reallıqların qəbul edilməsi

Bütün dünyada həbsxana rəhbərlikləri və siyasətçilər həbsxanada narkotiklərin, narkotik istifadəsinin və seksual hərəkətlərin mövcud olduğu faktını qəbul etməkdə tərəddüd edirlər, çünki qorxurlar ki, ictimaiyyət onları bu fakta görə cavabdeh hesab edəcək və məsuliyyətə cəlb edəcək. Lakin, nə qədər ki bu reallıqlar tabu hesab olunacaq, həbsxanada virusların yayılmasına qarşı münasib tədbirlər həyata keçirmək nəinki çətin, hətta qeyri-mümkün olaraq qalacaqdır. Siyasətçilər və ictimaiyyət bilməlidir ki, İİV və hepatit C və həbsxanada olan digər infeksiyaların yayılmasının qarşısının alınması təkcə, adətən siyasi baxımdan prioritet hesab olunmayan, məhbusların sağlamlığı üçün deyil, həm də bütövlükdə cəmiyyətin sağlamlığı üçün vacibdir. Həbsxanada bu infeksiyaların yayılmasının qarşısının alınmasında çox təsirli və müstəsna təcrübə olan İynə/Şpris mübadiləsi proqramının Moldova modeli yalnız hakimiyyət orqanları və daha sonra ictimaiyyət bu reallıqları qəbul etdikdən sonra mümkün olmuşdur. Bu proqram yeni strategiyaların təqdim olunması üçün zəruri olan yaxşı bir səmərəli siyasət nümunəsi idi.⁹⁸

Həbsin alternativləri

Narkotik asılılığı olan cinayətkarları həbs etməzdən əvvəl bütün mümkün alternativlərin tükədilməsi yəqin ki, parenteral yoluxucu infeksiyaların həbsxanada yayılmasının qarşısının alınması üçün ən səmərəli strategiyadır. Qanunsuz narkotik istifadə edənləri və şəxsi istehlakları üçün narkotik saxlayan şəxslərin necə cəzalandırılması baxımından dövlətlər arasında əhəmiyyətli fərqlər mövcuddur. Yüksək yoluxma riski olduğundan, azadlıqdan

və QİÇS barədə ÜST-nin təlimatları (Cenevrə 1993); Möller L. və başqaları: Həbsxanalarda səhiyyə: penitensiar səhiyyənin əsaslarına dair ÜST-nin vəsaiti (Cenevrə 2007); Beynəlxalq Cəza İslahatları: Avropa və Mərkəzi Asiya həbsxanalarında İİV/QİÇS haqqında Dublin Bəyannaməsi (Dublin 2004); Ümumdünya Tibb Assosiasiyası: Həbsxana şəraiti və vərəm və digər yoluxucu xəstəliklərin yayılması haqqında Edinburq Bəyannaməsi (Edinburq 2000, yenilənmiş versiya Montevideo 2011); UNODC: Həbsxanalarda və digər qapalı şəraitlərdə İİV-in qarşısının alınması və müalicəsi: hərtərəfli tədbirlər paketi, Siyasi Xülasə (Vyana 2012).

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

⁹⁸ Həbsxanada İynə mübadiləsi: Beynəlxalq fakt və təcrübələrin hərtərəfli araşdırılmasından çıxarılan dərslər, 2-ci nəşr (2006), Kanada İİV/QİÇS Hüquq Şəbəkəsi.

məhrum edilmənin, xüsusən də narkotik asılılığı olan gənclərə, neqativ psixososial təsiri, həbsxana şəraitində narkotik asılılığına qarşı lazımı müalicə və reabilitasiya imkanlarının olmaması, xüsusilə də narkotik istifadəçisi olan cinayətkarların məhkum edilməsi ilə bağlı qanunvericilik və mühakimə təcrübələri ciddi şəkildə nəzərə alınmalıdır. Narkotik istifadəçilərinin bir çox xırda cinayətlərə görə azadlıqdan məhrum etmənin bütün mümkün alternativləri cinayət mühakimə sisteminin bütün səviyyələrində - polisdə, məhkəməyə qədər olan dövrdə, məhkəmədə, məhkəmədən sonra nəzərə alınmalıdır. Həbsxananın müalicəyə göndərilmə, alternativ sanksiyalar, vaxtından əvvəl şərti azadlığa buraxılma kimi müxtəlif alternativləri axtarılmalı və cəmiyyətdə mövcud olan müalicə imkanları ilə birləşdirilməlidir.⁹⁹

Təlim və tədris

Həbsxanada səhiyyənin təşviqi prinsiplərinə¹⁰⁰ uyğun olaraq, İİV/QİÇS və hepatit B və C barədə davamlı tədris və təlim proqramları bütün həbsxana ictimaiyyətini – məhbusları, həbsxana əməkdaşlarını, həbsxana administrasiyasını və riskli davranış nümayiş etdirən və etdirməyən şəxsləri - əhatə etməlidir. Həmin proqramlar müvafiq infeksiya xəstəliklərin etiologiyası və patogenezi, xəstəliyin gedişi, simptomları, diaqnostikası və müalicəsi, xüsusilə də onların yayılması yolları və vasitələri barədə, onların yayılma bilmədiyi yollar, özünü və başqalarını necə qorumaq, zərər azaldılması tədbirləri və mümkün yoluxma hadisəsindən sonra nə etmək barədə məlumatlardan ibarət olmalıdır. Həmin proqramlarda könüllü konfidensial məsləhət və testlərə dəvət də nəzərdə tutulmalıdır. Lakin, zərərin azaldılması tədbirləri və testlərin keçirilməsi barədə məlumatlar, əgər həmin tədbirlər və testlər də həbsxanada keçirilirsə, yalnız qabaqlayıcı xarakter daşıyır. Bu təlim proqramlarında, həbsxana sakinləri arasında savadsızlığın, öyrənməklə bağlı çətinliklərin və dil baryerlərinin yüksək olduğu nəzərə alınmalıdır. Bu məsələlərlə bağlı müntəzəm tədris və təlim tədbirlərinin keçirilmə tezliyi müəyyənləşdirilərkən məhbusların və həbsxana əməkdaşlarının sayı, həmçinin də bu mövzu üzrə biliklərin və məlumatlılıq səviyyəsinin itməsinə imkan verilməməsinin vacibliyi nəzərə alınmalıdır.

Məhbusun həbsxanaya qəbul edilməsi zamanı keçirilən tibbi konsultasiyalar zamanı üz-büz şəkildə, fərdi qaydada məlumatların verilməsi kimi (bax: Məhbusun həbsxanaya qəbul edilməsi zamanı tibbi konsultasiya), həbsxana administrasiyasının dəstəyi ilə qabaqlayıcı sağlamlıq tədbirləri barədə tədris və təlimin təşkilinin təmin edilməsi də səhiyyə işçilərinin üzərinə düşür. Onlar bir çox QHT-lərin İİV/QİÇS və hepatit B və C haqqında təlimlər üzrə malik olduğu təcrübə, üsul və alətlərdən istifadə edə bilirlər və istifadə etməlidirlər, və həmçinin çalışmalıdırlar ki, həbsxana administrasiyalarını da bununla bağlı QHT-lərin dəstəyindən faydalanmağa inandırsınlar.

⁹⁹ UNODC: Məcburiyyətdən qarşılıqlı əməkdaşlığa: narkotik asılılığına cəza yolu ilə deyil, səhiyyə yolu ilə yanaşma, Elmi yığıncağın müzakirə sənədi, 28-30 oktyabr 2009-cu il (Vyana 2010); NNAAMM: Həbsin alternativləri — Avropa İttifaqında cinayət törədən narkotik istifadəçilərinin hədəfə alınması (Lissabon 2005).

¹⁰⁰ Möller L. və başqaları: Həbsxanalarda səhiyyə: penitensiar səhiyyənin əsaslarına dair ÜST-nin vəsaiti (Cenevrə 2007).

Üzbəüz tədris, qrup müzakirələri, rol oyunları, ardınca müzakirə keçirilən teatr səhnəcikləri, bukletlər, filmlər və digər audiovizual alətlər kimi müxtəlif tədris metodologiyaları istifadə oluna bilər və istifadə olunmalıdır. Xüsusilə də narkotik istifadəçilərinə inyeksiya edilməsi ilə bağlı horizontal təhsil səmərəli hesab olunur. KKMT (Könüllü Konfidensial Məsləhət və Testlər) müayinəsinə dəvət də tədris prosesinin ayrılmaz bir hissəsi olmalıdır.

3.4. Narkotik təchizatının və narkotiklərə tələbatın azaldılması

Heç şübhəsiz ki, həbsxanada narkotik təchizatının qarşısının alınması üçün intensiv yoxlamaların və axtarışların keçirilməsi vacib əhəmiyyət kəsb edir. Narkotik asılılığı olan məhbusların sayı çox olduğundan, həbsxanalar qeyri-qanuni narkotik bazarı üçün, dünyanın bir çox həbsxanalarında qeyri-qanuni narkotik bazarının mənafeələrinin təsiri altında olan həbsxana submədəniyyəti və qeyri-rəsmi güc strukturları üçün cəlbedici hədəfdir. Reallıq onu göstərir ki, yoxlamalar və axtarışlar həbsxanaların narkotiklərdən tamamilə azad olmasını təmin edə bilmir. Təkcə, yəni heç bir qabaqlayıcı tədbirlərlə müşayiət olunmadıqda, axtarışlar parenteral yoluxucu infeksiyaların yayılmasının qarşısının alınması baxımından, hətta əks nəticə də verə bilər. Kiçik hissələrdə qarşılaşdırılan narkotikləri həbsxanaya keçirmək daha iri həcmli inyeksiya alətləri ilə müqayisədə daha asandır. Bu, da narkotiklərin adekvat inyeksiya alətləri olmadan təchiz edilməsinə səbəb olur və qıt olan inyeksiya alətlərinin təkrar-təkrar və şərikli istifadə olunması və bununla da virusun yayılması ilə nəticələnir. Yaxşı balanslaşdırılmış dörd sütunlu – məcburiyyət, qarşısını alma, zərərin azaldılması və müalicə - yanaşması əsasında, cəmiyyətdə olduğu kimi həbsxanada da inyeksiya yolu ilə yayılan yoluxucu xəstəliklərin yayılmasının qarşısının alınması ilə yanaşı, narkotik istifadəsinin riskləri daha səmərəli şəkildə azaldıla bilər.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, tibbi etika prinsiplərinə və beynəlxalq tövsiyələrə uyğun olaraq, məhbuslara səhiyyə xidməti göstərən tibb işçiləri özləri heç vaxt yoxlamalarda, axtarışlarda, bədən üzərində axtarışlarda və ya təhlükəsizlik məqsədilə aparılan narkotik testlərində iştirak etməməlidirlər, əks təqdirdə onlar pasiyentlərinin etibarını itirə bilərlər.¹⁰¹ Bu cür tədbirlərin həyata keçirilməsi müstəsna şəkildə həbsxananın təhlükəsizlik əməkdaşlarının işidir. Əgər bədənin intim hissələrinin yoxlanması üçün həkim lazımdırsa, bu, ictimai səhiyyə işçisi və ya məhbuslara tibb xidməti göstərilməsində iştirak etməyən digər həkim olmalıdır.

Narkotiksiz həbsxana bölmələri

Bir neçə ölkədə həbsxanalarda narkotiksiz zonalar və ya bölmələr yaradılmışdır və həmin zonalarda olan məhbuslar tez-tez onların narkotik qəbul etmədiklərini sübut edən

¹⁰¹ NK: Həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri haqqında R (1998) 7 sayılı Tövsiyə; İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011); Ümumdünya Tibb Assosiasiyası: Məhbuslar üzərində axtarışların aparılmasına dair ÜTA-nın Bəyanatı (Budapeşt 1993, yenilənmiş versiya 2005).

təsadüfi sidik müayinələrinin keçirilməsinə razılıq verirlər. Narkotik qəbul etmədikləri sübuta yetirilən məhbuslara bunun müqabilində həvəsləndirici güzəştlər edilir və/və ya onlara adi həbsxana bölmələri ilə müqayisədə daha yaxşı yaşayış şəraiti yaradılır. Narkotik müayinələrinin nəticəsi pozitiv göstərən məhbuslar dərhal adi həbsxana bölməsinə geri qaytarılır. Stimullaşdırıcı motivasiyanın monitoring nəzarəti ilə bu formada birləşdirilməsi narkotikə tələbatın və narkotik təchizatının qarşısının alınması, məhbusların şəxsi muxtariyyətinin gücləndirilməsi, münafişələrin azaldılması və həbsxana əməkdaşlarının əmək şəraitinin yaxşılaşdırılması baxımından özünü doğrultmuşdur. Bu metod yalnız, həbsxanada olduqları müddətcə narkotiklərdən uzaq durmaq istəyən yüksək motivasiyalı məhbuslar üçün münasibdir.¹⁰²

Əvəzedici müalicə proqramları

Opioid asılılığının əvəzedici oral müalicəsi təkcə opioid asılılığına qarşı ən effektiv və ən yaxşı sənədləşdirilən və beləliklə də narkotikləri damar daxilinə yeritməklə istifadə edənlər üçün ən təkmil hesab olunan müalicə üsulu deyil, həm də İİV/QİÇS və hepatit B və C-nin yayılmasının qarşısının alınması üçün olan ən güclü tədbirlərdən biridir. Bu proqram opiatların riskli venadaxili üsulla qəbul edilməsinə tələbatı azaldır, pasiyentləri stabilləşdirir ki, onlar əlavə psixoterapevtik müalicə ala bilsinlər və psixososial müalicəni davam etdirməkdə onlara kömək edir.¹⁰³

Təkcə terapevtik deyil, həmçinin preventiv səhiyyə xidmətinə də şamil edilən, müalicənin ekvivalentliyi prinsipinə¹⁰⁴ uyğun olaraq, opioid asılılığının əvəzedici müalicəsinin cəmiyyətdə tətbiq olunduğu bütün ölkələrdə həmin müalicə həbsxanada da aparılmalıdır. Bu, təkcə etik səbəblərdən deyil, həm də sırf kliniki və preventiv səbəblərdən əhəmiyyət daşıyır. Belə ki, əvəzedici opioid müalicəsinin dayandırılması həbsin həssas dövründə abstinensiya sindromunun yaranmasına gətirib çıxarır və narkotiklərin yenidən damar daxilinə inyeksiya edilməsi yolu ilə qəbul edilməsi riskini artırır. Bir qayda olaraq, virus infeksiyasının həbsxana mühitində yayılması cəmiyyətdə olduğundan daha risklidir. Bundan əlavə, həbsxanada opioid asılılığının əvəzedici müalicəsi narkotik istifadəçilərinin azadlığa buraxıldıqdan sonrakı ilk gündə ölüm hallarının əhəmiyyətli dərəcədə azaldılması baxımından özünü doğrultmuşdur.¹⁰⁵

Bütün bu amillərə görə, Avropanın ən azı 26 ölkəsində həbsxanalarda opiat asılılığının əvəzedici müalicəsi tətbiq olunmağa başlanmış və yeddi Avropa ölkəsində olan bütün məhbusların 10%-indən çoxuna opiat asılılığının əvəzedici müalicəsi tətbiq olunur.¹⁰⁶ Metadon ən çox istifadə olunan əvəzedici opioid dərmandır, lakin digər oral opioidlərdən də

¹⁰² NNAAMM: Qabaqcıl təcrübə portalı: Hirtenberq həbsxanasında narkotiksiz zona (2001) mənbə: www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

¹⁰³ ÜST/UNODC/UNAIDS: “Opioidlərdən asılılığın və İİV/QİÇS-in qarşısının alınmasının idarə olunmasında Əvəzedici müalicə terapiyası”, mövqə sənədi (2004).

¹⁰⁴ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

¹⁰⁵ ÜST Avropa: Azadlığa çıxdıqdan az sonrakı müddətdə məhbusların narkotiklər səbəbindən baş verən ölüm hallarının qarşısının alınması (Cenevrə 2010).

¹⁰⁶ NNAAMM: (2010)

istifadə olunur. Artıq opiat asılılığının əvəzedici müalicə proqramlarının həbsxanada necə aparılması üzrə geniş təcrübə və təkmil təlimatlar mövcuddur.¹⁰⁷ Bununla belə, İQAK ölkə səfərləri üzrə son hesabatlarında qeyd etmişdir ki, Avropada bəzi penitensiar sistemlərdə bu kimi vacib qabaqlayıcı strategiyanın tələblərinə cavab vermək üçün hələ çox iş görmək lazımdır.¹⁰⁸

Psixoterapevtik müalicə və psixososial qayğı, narkotikləri vena daxilinə yeritməklə qəbul edən opiat asılılığı olan şəxslər arasında, xüsusən də opiat asılılığının əvəzedici müalicəsi ilə birləşdirildikdə, narkotiklərə olan tələbatı azalda bilər. Bununla da, xüsusən də psixoterapevtik müalicə konsepsiyaları hazırda tam abstinensiyadan daha çox zərərin azaldılmasına kökləndiyindən, psixoterapevtik müalicə və psixososial qayğı qanla keçən virus xəstəliklərinin yayılmasının qarşısının alınmasına da kömək edə bilər.

3.5. Riskli davranışın zərərinin azaldılması

Sübut olunmuşdur ki, təhlükəsizlik tədbirlərinin həbsxanada İİV/QİÇS və hepatit B və C-nin yayılması ilə bağlı olan risklərin mövcudluğuna son qoya biləcəyini guman etmək real deyil. Sübutlar vasitəsilə, həmçinin o da göstərilir ki, həbsxana şəraitində riskli davranışlar cəmiyyətdə olduğundan daha böyük risklər yarada bilər və bu baxımdan, bu cür zərərlərin azaldılması tədbirləri cəmiyyətdə olduğu qədər, həbsxanada da vacibdir.¹⁰⁹

Daha az riskli istifadə

İİV və hepatit B və C viruslarının çirklənmiş inyeksiya alətlərinin təkrar istifadəsi yolu ilə yayılması haqqında məlumatlandırma və maarifləndirmə narkotiklərin istifadəsinin

¹⁰⁷ ÜST Avropa: Həbsxanalarda İİV infeksiyası və QİÇS haqqında ÜST təlimatları (Cenevrə 1993); Möller L. və başqaları: Həbsxanalarda səhiyyə: penitensiar səhiyyənin əsaslarına dair ÜST-nin vəsaiti (Cenevrə 2007); Kastelic A., Pont J. və Stöver H: Həbsxana şəraitində opioid asılılığının əvəzedici müalicəsi: praktiki bələdçi vəsait (Oldenburq 2009).

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

¹⁰⁹ ÜST Avropa: Həbsxanada İİV/QİÇS üzrə siyasət; Jürgens R., Nowak M. və Day M: “İİV və məhbəs: həbsxanalar və həbs”. Beynəlxalq QİÇS Cəmiyyəti Jurnalı 14:26 (2011); ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV -ə qarşı mübarizə tədbirləri: hərtərəfli baxış, Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd (Cenevrə 2007); ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV-ə qarşı mübarizə tədbirlərinin səmərəliliyi, Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd (Cenevrə 2007); NK: Həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri. R (1998) 7 sayılı Təvsiyə; İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011); UNAIDS/UNODC/ÜST: Həbsxana şəraitində İİV/QİÇS-in qarşısını alma, qayğı göstərmə, müalicə və dəstək: səmərəli milli mübarizə mexanizmi; ÜST Avropa: Həbsxanalarda İİV infeksiyası və QİÇS barədə ÜST-nin təlimatları (Cenevrə 1993); Möller L. və başqaları: Həbsxanalarda səhiyyə: penitensiar səhiyyənin əsaslarına dair ÜST-nin vəsaiti (Cenevrə 2007); Ümumdünya Tibb Assosiasiyası: Həbsxana şəraiti və vərəm və digər yoluxucu xəstəliklərin yayılması haqqında Edinburq Bəyannaməsi; UNODC: Həbsxanalarda və digər qapalı şəraitlərdə İİV-in qarşısının alınması və müalicəsi: hərtərəfli tədbirlər paketi, Siyasi Xülasə (Vyana 2012).

zərərlərinin azaldılması üçün ilkin şərtlərdir. Az doza ilə çox effekt əldə etmək istəməyə çalışaraq opiat asılılığı olan məhbusların əksəriyyəti opiatların venadaxili üsulla qəbul edilməsinə üstünlük verir ki, bu riskli davranışı da qənaətbəxş dozada olan oral opioid əvəzedici müalicəsi vasitəsilə effektiv şəkildə azaltmaq olar. Belə ki, oral opioid əvəzedici müalicəsi qeyri-qanuni opiatların istehlakına olan tələbatı azaltmaq üçün görülən bir tədbirdir və opiatın daha təhlükəsiz istifadə üsuludur. Steril inyeksiya ləvazimatları əldə etməyin mümkün olmadığı həbsxanalarda (aşağıda bax: İynə/şpris mübadiləsi proqramları) xəstəliklərin yayılma riskini azaltmaq üçün məhbuslara, heç olmazsa dezinfeksiyaedici vasitələr və çirkli inyeksiya alətlərini necə yaxalamaq və dezinfeksiya etmək barədə məlumat verilməlidir. Lakin, o da çox aydın şəkildə izah edilməlidir ki, dezinfeksiya təhlükəsiz istifadəni o qədər də təmin etmir və xəstəliklərə yoluxmaqdan qorunmağın yeganə yolu infeksiyalı ləvazimatlardan ümumiyyətlə istifadə etməməkdir. Dezinfeksiyaedici vasitə kimi məişət ağardıcısından (5.25%-lik natrium hipoxloriddən) istifadə edildikdə, həmin vasitə təzə və qarışıqsız olmalıdır ki, ümumiyyətlə təsir edə bilsin.¹¹⁰

İynə/şpris mübadiləsi proqramları

Cəmiyyətdə inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edən şəxslər arasında İİV-ə yoluxma hallarının azaldılması işində iynə/şpris mübadiləsi proqramlarının təsirli olmasına dair əsaslı sübutlar mövcuddur. Bu proqramlar xərc baxımından səmərəlidir və heç bir gözlənilməyən neqativ nəticələrə gətirib çıxarmır.¹¹¹ İynə/şpris mübadiləsi proqramlarının fəlsəfəsi təkcə inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edən şəxslər üçün steril inyeksiya vasitələrinin təmin edilməsindən deyil, həm də, eyni dərəcədə vacib olan, istifadə olunmuş inyeksiya vasitələrinin təhlükəsiz şəkildə atılmasının təmin olunmasından ibarətdir. Yuxarıda qeyd olunduğu kimi, həm qabaqlayıcı səhiyyə tədbirlərinə¹¹², həm də ciddi epidemioloji ehtiyaclara şamil olunan, müalicənin ekvivalentliyi prinsipinə uyğun olaraq, cəmiyyətdə inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edən şəxslər üçün iynə/şpris mübadiləsi və opioid əvəzedici müalicə proqramları mövcuddursa, həmin proqramlar həbsxanalarda da həyata keçirilməlidir.

2012-ci ildə (penitensiar sistemləri yaxşı və kəskin şəkildə pis maliyyələşdirilən) səkkiz ölkədə - İsveçrə, Almaniya, İspaniya, Moldova Respublikası, Qırğızıstan, Rumıniya, Lüksemburq və Tacikistanda - iynə/şpris mübadiləsi proqramlarının kişi və qadın həbsxanalarında, bütün təhlükəsizlik tiplərində və müxtəlif ölçülərdə olan, və bəzən 10 ildən artıq müddətdə tətbiq edildiyi 74 həbsxana var idi. İnyeksiya ləvazimatlarının paylanması və toplanmasının müxtəlif yolları istifadə olunurdu: ləvazimatlar səhiyyə işçiləri, QHT əməkdaşları, avtomatlaşdırılmış paylayıcı maşınlar və ya ehtiyatla seçilmiş məhbus yoldaşları tərəfindən paylanır və toplanırdı. Üsulların müxtəlifliyinə baxmayaraq, həmin proqramlar üzrə əldə olunan nəticələr bir-birinə olduqca uyğun idi. Məhbusların

¹¹⁰ XNM: Narkotiki inyeksiya ilə qəbul edənlər üçün şpris dezinfeksiyası (Atlanta GA 2004).

¹¹¹ ÜST Avropa: İnyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edən şəxslər arasında İİV/QİÇS xəstəliyinin azaldılması baxımından steril iynə və şpris proqramlarının effektivliyi, Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd (Cenevrə 2004).

¹¹² İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

sağlamlıq vəziyyəti yaxşılaşmış, iynələrin təkrar və birgə istifadəsi və zorakılıq qorxusu azalmışdır. Eyni zamanda, nə narkotik istifadəsində artım olduğunu, nə də digər neqativ nəticələrin ortaya çıxdığını göstərən heç bir məlumat da yoxdur.¹¹³ Cəmiyyətdə və həbsxanalarda narkotik istifadəçiləri arasında İİV-in geniş yayıldığı ölkələrdə həbsxanada iynə/şpris mübadiləsi proqramlarının həyata keçirilməsi yüksək prioritet hesab olunmalıdır.¹¹⁴ Bu məqsədə nail olmaq üçün ictimaiyyəti və siyasətçiləri həbsxanada bu zərər azaltma metodunun tətbiq olunmasının bütövlükdə cəmiyyətin faydası üçün əhəmiyyətli olduğuna inandırmaq bacarığı və liderlik tələb olunur.

Döymə və pirsinq alətlərinin və ya ülgüclərin birgə və təkrar istifadəsi, qan mübadiləsi qardaşlıq ritualları kimi, qanla keçən infeksiyaların yayılmasının həbsxanalarda mövcud olan digər mümkün səbəbləri də təlim və tədris yolu ilə və/və ya digər münasib vasitələrlə aradan qaldırılmalıdır.

Prezervativlərin təmin edilməsi və cinsi zorakılığın qarşısının alınması

Beynəlxalq həbsxana araşdırması göstərir ki, dünyanın bütün həbsxanalarında cinsi aktivlik mövcuddur. Cinsi münasibətlərin əksəriyyəti, başa düşüləndir ki, eyni cinsli xarakter daşıyır və bu cür münasibətlər (həbsxana kimi məcburiyyət mühitində çox vaxt bir-birindən aydın seçilməyən) razılıq və ya məcburiyyət əsasında baş verir və məhbusların 1-3%-i zorlamanın qurbanı olurlar.¹¹⁵ Zorakı cinsi əlaqələrdə İİV-in ötürülməsi riski ən yüksək həddə olur. Bir neçə illər ərzində, qərbi Avropa ölkələrinin əksəriyyəti həbsxanalarda məhbusları prezervativlər ilə təmin etmişdir və indi aydın şəkildə görünür ki, prezervativlər, sürtkü yağları və dental rezinlər asanlıqla və anonim şəkildə əldə edilə bilirsə, məhbuslar cinsi fəaliyyət zamanı onlardan istifadə edirlər, və prezervativlərin təmin edilməsi heç də həbsxanada cinsi aktivliyi artırmamışdır. O da aydın olmuşdur ki, heç bir arzu olunmayan neqativ yan təsirləri olmadığından, prezervativlərin təmin edilməsi əksər məhbuslar və həbsxana əməkdaşları tərəfindən qəbul edilir.¹¹⁶

Bununla belə, cinsi zorakılığa qarşı səmərəli mübarizə aparılmadan prezervativlər təmin edilməsi həbsxanada virusların ötürülməsinin qarşısının alınması üçün yetərli deyil. Cinsi zorakılığın qarşısının alınması siyasəti həbsxanalarda sıxlığa yol verilməməsini, adekvat əməkdaşların və nəzarətin olmasını, məhbuslar arasında qeyri-rəsmi iyerarxiyaların mövcud olmasına imkan verilməməsini və əməkdaşların zəif məh-

¹¹³ Həbsxanada İynə mübadiləsi: *Beynəlxalq fakt və təcrübələrin hərtərəfli araşdırılmasından çıxarılan dərslər*, 2-ci nəşr, Kanada İİV/QİÇS Hüquq Şəbəkəsi (2006); ÜST/UNAIDS/UNODC: İynə və şpris proqramlarının başladılması və idarə edilməsi üzrə bələdçi vəsait: qapalı şəraitlərdə iynə və şpris proqramları (Cenevrə 2007).

¹¹⁴ ÜST/UNAIDS/UNODC: İynə və şpris proqramlarının başladılması və idarə edilməsi üzrə bələdçi vəsait: qapalı şəraitlərdə iynə və şpris proqramları (Cenevrə 2007).

¹¹⁵ Jürgens R., Nowak M. və Day M: "İİV və məhbəs: həbsxanalar və həbs". *Beynəlxalq QİÇS Cəmiyyəti Jurnalı* 14:26 (2011).

¹¹⁶ ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV-ə qarşı mübarizə tədbirləri: hərtərəfli baxış, Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd (Cenevrə 2007); ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV-ə qarşı mübarizə tədbirlərinin səmərəliliyi, Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd (Cenevrə 2007);

busları cinsi zorakılıqdan qoruya bilmələri üçün struktur təkmilləşdirmələri də əhatə etməlidir.

İQAK bir neçə ölkəyə səfərləri üzrə hazırladığı hesabatlarda prezervativlərin təmin edilməməsi¹¹⁷ və məhbusların cinsi zorakılıqdan yaxşı müdafiə olunmaması¹¹⁸ ilə bağlı narahatlığını ifadə etmişdir.

3.6. Qabaqlayıcı tibbi tədbirlər

Vaksinasiya

Birləşmiş Millətlər Təşkilatının Narkotiklər və Cinayətkarlıq üzrə İdarəsinin (UNODC) həbsxanada və digər qapalı şəraitlərdə İİV-in qarşısının alınmasına dair hazırladığı siyasət sənədinə¹¹⁹ əsasən, hepatit B vaksininin məhbuslara və həbsxana əməkdaşlarına pulsuz verilməsi tövsiyə olunur. Xroniki hepatit B və ya C xəstələrinə hepatit A vaksininin təklif olunması da ağlabatandır, çünki həmin xəstələrin bir də əlavə olaraq hepatit A infeksiyasına yoluxması kəskin ölümcül qaraciyər çatışmazlığına səbəb ola bilər.

İİV və hepatit B/C xəstəliklərinin antiviral müalicələri terapevtik effektdən əlavə, müalicə olunan pasiyentlərdə virus yükünü cəld şəkildə azaltmaqla və nəticə etibarilə həmin pasiyentlərin infeksiya mənbəyi olmaq ehtimalını azaltmaqla, həm də güclü preventiv təsirə malikdir.

Profilaktika

İnfeksiyaya məruz qaldıqdan sonra aparılan profilaktikanın preventiv təsiri daha az sübut olunmuş, lakin daha çox mümkün olandır. Cinsi zorakılıq qurbanlarının, həmçinin İİV və hepatit B/C infeksiyalarına təsadüfi yoluxmuş məhbusların və həbsxana əməkdaşlarının dərhal tibbi konsultasiya və infeksiyaya məruz qaldıqdan sonra aparılan profilaktik müalicə almaq imkanı olmalıdır. Həbsxanalar standart fəaliyyət prosedurları və ya təlimatlar baxımından bu cür hallara hazırlıqlı olmalıdır.¹²⁰

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

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

¹¹⁹ UNODC: Həbsxanalarda və digər qapalı şəraitlərdə İİV-in qarşısının alınması və müalicəsi: hərtərəfli tədbirlər paketi, Siyasi Xülasə (Vyana 2012).

¹²⁰ Yenə orada.

Fəsil 4

İkili Epidemiya: İİV/QİÇS və Vərəm (TB)

İİV/QİÇS və TB dünyada yayılmış infeksiyon agentlər arasında ən öldürücüləridir.¹²¹ İİV/QİÇS epidemiyası və onunla birgə TB epidemiyasının artması ikili epidemiya və ya kəşşən epidemiya adlandırılmışdır. Təkcə ona görə yox ki, hər iki epidemiya xronoloji və coğrafi cəhətdən üst-üstə düşür, həm də əsasən ona görə ki, həmin iki xəstəlik və epidemiyanın bir-birinə qarşı güclü mənfi təsiri vardır. Hər iki xəstəliyin ən çox yayıldığı ölkələr kasıb ölkələrdir. Dünya xəritəsinə baxsaq, İİV-yə yolxuma hallarının olduğu və yayıldığı regionlar əsasən vərəmin də yayıldığı regionlarla üst-üstə düşür. Dünyada hazırda mövcud olan 34 milyon İİV-yə yoluxmuş insanın təxminən üçdə biri həm də vərəm xəstəsidir və İİV daşıyıcısı olan insanların vərəmə yoluxma ehtimalı işlək immun sistemi olan insanlarla müqayisədə 30 dəfə daha çoxdur. QİÇS-li pasiyentlərin yarısından çoxunda vərəm (TB) əlamətləri özünü göstərir və TB İİV-li pasiyentlərdə olan ən çox yayılmış ciddi oportunist infeksiyadır. İİV-yə yoluxmuş pasiyentlər arasında ölüm hallarının demək olar ki 25%-nin səbəbi TB-dir.¹²²

Bundan əlavə, TB-nin dərmanlara qarşı rezistentliyinin (müqavimətin) artması kimi yeni yaranmış bir problem də var ki, bu problemin yaranmasının başlıca səbəbi də TB-nin müalicəsinin düzgün aparılmamasıdır. Şərqi Avropa ölkələrində yeni yoluxmuş insanların 10%-dən çoxu dərmanlara rezistent olan bakteriya şammlarına yoluxmuşdur və əlbəttə ki bu göstərici daha əvvəl müalicə olunmuş və xəstəliyin residivinin əmələ gəldiyi pasiyentlərdə daha yüksəkdir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) əvvəlki DOTS strategiyası (birbaşa nəzarət altında qısamüddətli müalicə kursu) yenilənmiş və əlavə və daha bahalı diaqnostik avadanlıqlara və daha çox yan təsirləri olan uzadılmış ikinci xətt müalicəsinin aparılmasına ehtiyac olduğundan “DOTS-plus” strategiyası yaradılmışdır.¹²³

Ötürülmə yollarının tamamilə fərqli olmasına baxmayaraq, İİV/QİÇS və TB infeksiyalarının/xəstəliklərinin bir çox ortaq cəhətləri var.

- Bu infeksiya və xəstəliklər əhalinin aztəminatlı kəsimində daha çox yayılmışdır və buna görə də, həbsxana sakinləri arasında da bu xəstəliklərə yoluxanların sayı

¹²¹ ÜST Faktlar üzrə hesabatlar (oktyabr 2012).

¹²² Yəne orada.

¹²³ Yəne orada.

cəmiyyətlə müqayisədə daha çoxdur. İV-nin həbsxanada yayılma göstəricisi 25 dəfə, TB-nin yayılma göstəricisi isə ümumilikdə cəmiyyətlə müqayisədə 100 dəfə çoxdur;¹²⁴ Həbsxanalar həm İV-nin (əvvəlki fəsilə bax), həm də TB-nin ötürülməsi üçün əlverişli şərait yaradır; məhbusların sıxlığı, pis havalandırma, zəif qidalanma və səhiyyə xidmətinin qeyri-adekvatlığı və ya olmaması həbsxanalar daxilində TB-nin yayılmasını sürətləndirir; həbsxanalar TB rezervuarları kimi çıxış edir və xəstəliyi əməkdaşlar, ziyarətçilər və yaxşı müalicə olunmadan azad edilmiş məhbuslar vasitəsilə cəmiyyətə ötürür; və TB-nin yayılması üçün əlverişli olan amillər dərmanlara rezistent TB-nin yayılması üçün də əlverişlidir.¹²⁵ Bu səbəbdən də, həbsxanalar TB epidemiyası, həm də (daha əvvəl qeyd edildiyi kimi) İV/QİÇS epidemiyası üçün epidemioloji episentrlər hesab olunmalıdır: həbsxanalar ikili epidemiyaya üçün epidemioloji episentrlərdir və cəmiyyət bunu bu cür də qəbul etməlidir.

- ▶ TB yoxsulluqdan yaranan xəstəlikdir və bir çox ölkələrdə narkotik asılılığı İV infeksiyasının başlıca səbəbidir ki, bu da ya yoxsulluqla əlaqələndirilir, ya da yoxsulluğa gətirib çıxarır. Hər iki infeksiya, İV və TB, sosial stigmatizasiya və daha da marginalaşma ilə müşayiət olunur.
- ▶ Hər iki infeksiyanın təsirinə məruz qalmış pasiyentlərin sayı sürətlə artır; və hər iki infeksiyada T-hüceyrələri vasitəsilə yaranan immunitet mənfi təsirə məruz qaldığına görə, bir infeksiya digərinin kliniki vəziyyətini daha da pisləşdirir. İmmun sistemi işləyən vərəmli xəstələrin ən çoxu 10%-ində vərəmin kliniki əlamətləri özünü göstərsə, İV infeksiyasına yoluxmuş şəxslərdə vərəmin kliniki əlamətlərinin özünü göstərməsi ehtimalı 30 dəfə daha çoxdur. Problemi daha da ağırlaşdıran bir məsələ də odur ki, immuniteti zəif olan şəxslərə vərəm diaqnozunun qoyulması immun sistemi işləyən pasiyentlərlə müqayisədə daha çətindir, çünki pasiyentdə həm ağciyər vərəmi, həm də ekstra-ağciyər vərəmi olduqda bəlgəmin mikroskopik müayinəsinin etibarlılığı daha aşağı olur və nəticədə Rentgen diaqnozu da az etibarlı olur. Bundan əlavə, İV/QİÇS və vərəmin, xüsusilə də dərmanlara rezistent vərəmin antiretroviral dərmanlar vasitəsilə birgə müalicəsi dərmanların xeyli qarşılıqlı təsirləri və əks-təsirləri səbəbindən çətindir, və müalicə daha az təsirli ola bilər.

Həbsxanalarda vərəmin nəzarətdə saxlanmasına dair bütün müxtəlif yenilənmiş təlimatlar¹²⁶ aşağıdakılardan ibarətdir:

- ▶ Cəmiyyətdə vərəmə nəzarət olunması üzrə mövcud standartların həbsxanalarda da tətbiq olunması üçün həbsxanalarda vərəmə nəzarətin ictimai səhiyyə orqanları ilə

¹²⁴ ÜST: Həbsxanalarda vərəm (internet səhifəsi) www.who.int/tb/challenges/prisons/en/.

¹²⁵ Yenə orada.

¹²⁶ ÜST: *Həbsxanalarda vərəmə nəzarət: proqram menecerləri üçün vəsait* (Cenevrə 2000) ÜST/XNM/TB/2001/.281; Möller L. və başqaları: *Həbsxanalarda səhiyyə: penitensiar səhiyyənin əsaslarına dair ÜST-nin vəsaiti* (Cenevrə 2007); USAID/TBCTA/ICRC: *Həbsxanalarda vərəmə nəzarət edilməsi üzrə təlimatlar* (2009); XNM: *Xəstəlik və Ölüm haqqında Həftəlik Hesabat*, 7 iyul 2006-cı il (Atlanta GA 2006); XNM: *islah və saxlama müəssisələrində vərəmin qarşısının alınması və nəzarətdə saxlanması: XNM-nin Təvsiyələri* (Atlanta GA 2006).

yaxın əməkdaşlıq şəraitində təşkil olunması, Milli Vərəm Proqramına daxil edilməsi və eyni sənədlərin, qiymətləndirmələrin və keyfiyyət təminatlarının istifadə olunması,

- ▶ Məhbusların yerləşdirilməsində sıxlığa yol verilməməsi, yaxşı havalandırmanın, günəş işığının düşməsinin təmin edilməsi, səhiyyə xidmətlərinin göstərilməsi, məhbusların kiçik bölmələrdə yerləşdirilməsi, adekvat qidalanmanın və açıq havada vaxt keçirmək imkanının təmin olunması ilə həbsxana şəraitinin yaxşılaşdırılması,
- ▶ Vərəm haqqında tədris və sağlamlığın təşviqi,
- ▶ Erkən diaqnostika (həbsxana daxil olarkən müayinə, məhbusların özlərinin müraciəti, vərəm olmaq şübhəsi doğuran məhbusların sistemativ şəkildə müayinə olunması yolu ilə xəstələrin müəyyən olunması),
- ▶ Yoluxmuş pasiyentlərin ayrı saxlanması və onların əlaqələrinin izlənməsi,
- ▶ ÜST-nin DOTS və/və ya DOTS plus strategiyalarına dair protokollarına ciddi əməl olunması ilə effektiv standart müalicə,
- ▶ Məhbusun köçürülməsindən və ya azadlığa buraxılmasından sonra da müalicənin davam etdirilməsi.

Bir neçə Avropa ölkəsi həbsxanada vərəmin nəzarətdə saxlanması üçün bu təlimatlara riayət etmir. Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsinin bir sıra qərarlarında vərəm xəstəsi olan məhbuslara lazımi qayğının göstərilməməsi¹²⁷ AİHK-nın 2-ci və/və ya 3-cü Maddələrinin pozuntusu hesab edilmiş və həbsxana şəraiti məhbusların sıx yerləşdirilməsi, havalandırmanın və günəş işığının olmaması səbəbindən vərəmin yayılması və ləyaqəti açıldan və qeyri-insani rəftar üçün əlverişli yer kimi göstərilmişdir. Eynilə, İQAK da özünün sonuncu ölkə səfərlərində vərəmin qarşısının alınması və vərəmli məhbuslara qayğı göstərilməsi üzrə mövcud olan çatışmazlıqlar barədə narahatlığını ifadə etmişdir.¹²⁸

Dərmanlara rezistent vərəm və ikili İİV/QİÇS və vərəm epidemiyasına qarşı mübarizə aparmaq üçün bir neçə əlavə tədbirlərin görülməsinə də ehtiyac vardır.

- ▶ Bəlgəmin mikroskopik müayinəsi vasitəsilə vərəm bakteriyalarının aşkar edilməsi daha çətin və klassik vərəm kultivasiyası metodlarının nəticələri iki aydan sonra məlum olur. Vərəmin və dərmanlara rezistent vərəmin tez və daha dəqiq müəyyən olunması üçün mümkün olduğu qədər tezliklə, vərəm bakteriyalarını və rezistent nümunələri daha cəld müəyyən edən yeni texnologiyalar tətbiq olunmalıdır. İnsanların həbsxana kimi bir-birinə yaxın yaşadığı şəraitdə bunun əhəmiyyəti xüsusilə böyükdür, çünki, xəstəliyin yayılmasının qarşısının effektiv alınması üçün vərəmə yoluxmuş və dərmanlara rezistent vərəm xəstələri dərhal ayrılması və rezistentlik

¹²⁷ Melnik Ukraynaya qarşı (Melnik v. Ukraine) 72286/01; Malenko Ukraynaya qarşı (Malenko v. Ukraine) 18660/03; Vasyukov Rusiyaya qarşı (Vasyukov v. Russia) 2974/05; Hümətov Azərbaycana qarşı (Hummatov v. Azerbaijan) 9852/05; Logvinenko Ukraynaya qarşı (Logvinenko v. Ukraine) 13448/07; Makharadze və Sikharulidze Gürcüstana qarşı (Makharadze and Sikharulidze v. Georgia) 35254/07.

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

xüsusiyyətinə¹²⁹ uyğun olaraq erkən müalicə olunması lazımdır. Vərəm bakteriyalarının müəyyən olunması üçün yüksək həssaslıqlı müayinə metodlarının tələb olunmasının bir səbəbi də odur ki, İİV koinfeksiyası olan vərəmli pasiyentlərdə bəlgəmdə bakteriyaların konsentrasiyası zəif olur.

- ▶ İİV və TB koinfeksiyası geniş yayıldığından və ÜST-nin ikili epidemiyaya dair siyasətinə¹³⁰ uyğun olaraq, vərəmli xəstələr arasında İİV pasiyentlərinin və İİV pasiyentləri arasında vərəmli xəstələrin müəyyən olunması intensivləşdirilməlidir. Vərəmlə mübarizə təcrübələrinin uzunluğundan asılı olaraq, bir çox ölkələr və penitensiar sistemlər vərəm müəssisələrini əks-mərkəzləşdirmiş, lakin İİV ilə bağlı xidmətləri əsasən mərkəzləşdirmişdir. İkili epidemiyaya qarşı mübarizə aparılması üçün, cəmiyyətdə və həbsxanada olan mövcud vərəm müəssisələrinin əməkdaşlarına İİV/QİÇS-in qarşısının alınması haqqında və vərəmli pasiyentlərə İİV üzrə könüllü konfidensial məsləhət verilməsi və könüllü İİV müayinəsinin keçirilməsi haqqında tədris keçilməsi tövsiyə olunur. Həmin tədrisdə əməkdaşlara o da öyrədilməlidir ki, müayinə nəticəsində İİV-ə yoluxmuş olduğu müəyyən olunan şəxslərə tez bir zamanda kotrimoksazol tətbiq olunmalı və onlar antiretroviral dərmanlar vasitəsilə müalicəyə (ARV) cəlb olunmalıdır.
- ▶ Eynilə, müəyyən olunmuş İİV pasiyentləri üçün vərəmin qarşısının alınması, vərəmə görə yoxlanma və vərəm olmaq şübhəsi doğuran məhbusların sistemativ şəkildə müayinə olunması yolu ilə xəstələrin müəyyən olunmasını da intensivləşdirmək lazımdır. Vərəmə yoluxmuş və/və ya latent vərəm daşıyıcısı olan şəxslər üçün preventiv isoniazid (İNH) müalicəsi nəzərdə tutulmalıdır (o şərtlə ki vərəm bakteriyası isoniazidə rezistent olmasın). Vərəm diaqnozu qoyulmuş İİV pasiyentləri dərmanlara həssaslıq testinin nəticəsinə uyğun olaraq dərhal vərəmə qarşı müalicəyə başlamalıdır.

Pasiyent səviyyəsində bu cür tədbirlər birgə İİV və vərəm proqramlarına nəzarət, həmin proqramların planlaşdırılması, maliyyələşdirilməsi və monitorinqi üzrə beynəlxalq, milli, regional və institusional səviyyələrdə sıx əməkdaşlıq və əlaqələndirmə strategiyasına da daxil edilməlidir. Milli vərəm proqramları və milli İİV/QİÇS proqramları yaxından əlaqələndirilməli; və ikili epidemiyanın hər iki xəstəliyinin cəmiyyətlə müqayisədə daha çox yayıldığı həbsxanalar İİV/QİÇS və vərəm üzrə milli proqrama və təşəbbüslərə daxil edilməlidir.¹³¹

¹²⁹ Small P. M. və Pai M: “Vərəm diaqnozu – əsaslı dəyişiklik zamanı”. Yeni İngiltərə Tibb Jurnalı (New England Journal of Medicine) 363 (2010), 1070-71; Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. və başqaları: “Vərəmin və rifampisin rezistentliyinin cəld molekulyar müayinəsi”. Yeni İngiltərə Tibb Jurnalı 363 (2010), 1005-15; ÜST-nin Vərəm haqqında Qlobal Hesabatı 2012.

¹³⁰ TB/İİV üzrə birgə tədbirlərə dair ÜST siyasəti: milli proqramlar və digər maraq qrupları üçün təlimatlar (Cenevrə 2012).

¹³¹ Yenə orada.

Fəsil 5

Psixoaktiv preparatlar və narkotik asılılığı olan məhbuslarla bağlı tibbi tədbirlərin görülməsi

5.1. Psixoaktiv preparatlar

Tarixdə psixoaktiv preparatların olmadığı heç bir mədəniyyət olmamışdır. Həmin preparatlar üç cür: dini və ya ilahi ayinlər üçün, dərman kimi və “dincəlmək” (recreation) vasitəsi kimi, istifadə olunmuşdur.

Keşmiş mədəniyyətlərdə psixoaktiv preparatlar barədə məlumat və onlara sahib olmaq imkanları çox məhdud idi və bu cür imkan yalnız cəmiyyətdə güclü mövqeyə malik olan imtiyazlı şəxslərə - kahinlərə, şamanlara və həkimlərə (çox vaxt bunların hamısı bir şəxs olurdu) məxsus olurdu. İmtiyazsız şəxslər üçün psixoaktiv preparatların əldə edilməsi və istifadəsi təxribat hesab olunurdu və hakim qüvvələr tərəfindən cəzalandırılırdı. Bu da psixoaktiv preparatların tənzimlənməsi tarixini və narkotiklərlə bağlı istifadə olunan “icazəli/icazəsiz” və “qanuni/qeyri-qanuni” terminlərini qismən izah edir.

Tibbi və sosioloji nöqteyi nəzərdən yanaşsaq, hər hansı psixoaktiv maddənin istifadəsi fərdin sağlamlığı və cəmiyyət üçün risklər yaradır. Nəticə etibarilə, risklərin də nəzərə alındığı qaydalara ehtiyac vardır. Hazırda sosial və hüquqi baxımdan rekreasiya məqsədilə istifadə olunmaq üçün qəbul edilən tütün və alkoqol kimi psixoaktiv preparatların istifadəsi də müəyyən qədər (yollarda, iş yerində, yeniyetmələr üçün) məhdudlaşdırılır. Lakin, 20-ci əsrdə psixotropik maddələrin rekreasiya məqsədi ilə istifadə olunmaq üçün istehsalı, ticarəti, daşınması və istehlakı kütləvi şəkildə artdığından, psixoaktiv maddələrlə bağlı üç BMT konvensiyasında¹³² psixoaktiv preparatların (qeyri-qanuni narkotiklər kimi müəyyən edilmiş) qeyri-tibbi istifadəsi ilə bağlı (tənzimləyici olmaqdan daha çox) sərt qadağanedicilik yanaşma müəyyən olunmuşdur. Psixoaktiv preparatlar haqqında əksər ölkələrin milli qanunvericilikləri də bu yanaşmaya əsaslanır.

¹³² Narkotik Maddələr haqqında Vahid BMT Konvensiyası, 1961-ci il; Psixotropik Preparatlar haqqında BMT Konvensiyası, 1971-ci il; Narkotik Maddələrin və Psixoaktiv Preparatların Qanunsuz Alverinə Qarşı BMT Konvensiyası, 1988-ci il.

Bunun nəticəsində də, narkotiklər haqqında qadağanedici normaların pozulmasına görə cəzalar – həbs halları 1960-cı illərdən etibarən bir çox ölkələrdə dramatik şəkildə artmış olsa da, narkotiklərin qanunsuz dövriyyəsinin həyata keçirildiyi və zorakılıq, anarxiya və güclü dinamika ilə xarakterizə olunan qara bazarı tam şəkildə nəzarət altına almaq mümkün olmamışdır. İndi aydın olur ki, bu yanaşma “narkotiklərə qarşı müharibədə” heç bir uğur gətirməmişdir və narkotiklərin tənzimlənməsi ilə bağlı yeni qadağa-sonrası (post-prohibition) modellər hazırlanmalıdır.¹³³

Sosial baxımdan qəbul olunan (“icazəli”) psixoaktiv preparatların (tütün, alkoqol, kofein, bəzi ölkələrdə xat, betel fındığı və digər maddələr) və qanunsuz preparatların (opiatlar, kokain, amfetamin törəmələri, kannabis, hallusinogenik dərmanlar, benzodiazepinlər və sair) siyahısına baxanda aydın olur ki:

- ▶ Psixoaktiv preparatları sosial və hüquqi baxımdan qəbul edilməsi tarixi (1930-cu illərdə ABŞ-da alkoqolun qadağan edilməsi) və coğrafi (Hollandiyada kannabis satışı, Yəməndə xatın qəbul olunması, lakin qonşu Səudiyyə Ərəbistanında qadağan edilməsi) cəhətdən müxtəlif olmuşdur;
- ▶ Psixoaktiv preparatların sosial və hüquqi baxımdan qəbul edilməsi onların doğurduğu sağlamlıq risklərinin ölçüsündən asılı deyil: alkoqol və tütün səbəbindən fərdlərin sağlamlığına, ictimai sağlamlığa dəyən zərər və alkoqol və tütünün təsiri ilə yaranan xəstəliklərin qlobal çəkisi digər psixoaktiv maddələrin sağlamlıq risklərindən daha çoxdur.¹³⁴

Ümumiyyətlə psixoaktiv preparatlar öz kimyəvi strukturuna və/və ya mərkəzi sinir sistemə göstərdiyi təsirinə görə bəzi üst-üstə düşən kateqoriyalar üzrə təsnif olunurlar: etil spirti, tütündə nikotin, kafein, sedativlər və hipnotiklər, kannabinoidlər, opiatlar və opioidlər, kokain, amfetaminlər və törəmələri, hallüsinogenlər və dəyişkənlər (volatiles). Kafein istisna olmaqla, yuxarıdan göstərilən maddələrin bütün qruplarının xroniki istifadəsi sağlamlığa əks təsirlərlə və asılılığın yaranması riski ilə assosiasiya olunur. Bundan əlavə, Avropanın qara narkotik bazarında yeni sintetik psixoaktiv preparatların meydana gəlməsi də davamlı şəkildə inkişaf edən bir fenomen olmaqla çox böyük narahatlıq doğuran məsələdir.¹³⁵

Bütün bu maddələr mərkəzi sinir sistemindəki neyroötürücülərin fəaliyyətini stimullaşdıran spesifik reseptorlara birləşməklə və ya sinoptik bağlarda müxtəlif mürəkkəb biokimyəvi və elektrofizioloji komplekslərin nevroloji aktivliyini artırmaqla və ya məhdudlaşdırmaqla fəaliyyət göstərir. Psixoaktiv maddələrdən təkrar-təkrar istifadə olunduqda reseptorların həssaslığının artması və (dərmanın parçalanması üçün tələb olunan) ferment ifrazının artması tolerantlığın biokimyəvi əsasını formalaşdırır.

¹³³ Narkotik Siyasətinin Əsaslarının Dəyişdirilməsi: Narkotiklərə qarşı müharibədən sonra: nizamlaşdırma planı (Bristol 2009).

¹³⁴ ÜST: *Psixoaktiv preparatların istifadəsinin və onlardan asılılığın nevrologiyası* (Cenevrə 2004).

¹³⁵ NNAAMM: Aİ-də aşkar olunan yeni narkotik maddələr: təxminən həftəyə bir yeni narkotik maddə. Yeni Buraxılış No. 2/2012 (26 aprel 2012-ci il).

Nevrologiya və beynin fəaliyyətini əks etdirən müasir vizualizasiya texnologiyaları göstərir ki, psixoaktiv preparatlara cavab verilməsində və asılılığın yaranmasında beynin üç sahəsi - orta beynin ventral teqmental sahəsi, mezolimbik dopamin sistemi və beyin qabığı, əsas rol oynayır.

Bütün psixoaktiv preparatlar qidalanma və reproduksiya kimi həyati əhəmiyyətli məsələlərin stimullaşdırıldığı kimi və beynin həmin məsələləri tənzimləyən hissələrində həzz hissi yaradır. Bütün gözlənilməyən xoş təsirlərə biokimyəvi reaksiya olan, mezolimbik dopamin sistemində dopaminin artması psixoaktiv preparatların təsiri altında, qida qəbulu kimi təbii stimulyatorun təsiri altında olduğundan qat-qat daha çox olur. Mezolimbik dopamin sistemi həmçinin, emosional motivasiya və praktiki öyrənmə proseslərində də böyük rol oynayır və bu mexanizm, kortikal (sensor) və limbik (emosional) proyeksiyalar üçün neyronal yenidən təşkilətmə – “sinaptik plastiklik” ilə birgə asılılığın biodavranış əsası kimi təqdim edilə bilər.¹³⁶

5.2. Narkotiklərdən asılılıq və narkotiklərə aludəçilik

Nevroloji araşdırmalar nəticəsində belə bioloji reaksiyaların getdikcə daha çox müəyyən olunmasına baxmayaraq, heç də psixoaktiv preparat qəbul edən hər adamda asılılıq və ya psixoaktiv maddələrə aludəçilik yaranmır. “Aludəçilik” termini təkcə narkotiklər bağlı deyil, həm də misal üçün qumar ilə bağlı ola bilən ümumən kompulsiv davranışla əlaqədardır.

Asılılıq

Maddənin kimyəvi quruluşundan və onun beyində törətdiyi bioloji reaksiyalardan əlavə, narkotik asılılığının və ya narkotik aludəçiliyinin yaranmasını şərtləndirən bir neçə amillər mövcuddur:

- ▶ Narkotik maddə, onun əlçatanlığı, dozası, tez-tez qəbul edilməsi, istifadə müddəti və tətbiq olunma üsulu rol oynaya bilər;
- ▶ Narkotik istifadəçisində şəxsiyyət pozuntusunun yaranması narkotik aludəçiliyinin yaranması ehtimalına əsaslı təsir göstərə bilər: eqonun yaxşı inkişaf etməməsi və uyğun olaraq zəif super-eqo nəticəsində şəxsi muxtariyyətin olmaması münaqişələrdən qaçılmasına və narkotik kimi alternativ həll yollarının axtarılmasına gətirib çıxarır; çox vaxt narkotik asılılığı olan pasiyentlərdə müəyyən edilən şəxsiyyət pozuntuları olan və uşaq vaxtı zorakılığa məruz qalmış şəxslərdə narkotiklərdən sui-istifadə ehtimalı daha çoxdur;

¹³⁶ ÜST: Psixoaktiv preparatların istifadəsinin və onlardan asılılığın nevrologiyası (Cenevrə 2004).

- ▶ İkiqütblü pozuntular və şizofreniya kimi digər psixiatrik ikili xəstəliklər çox vaxt narkotik istifadəsi və asılılıqla müşayiət olunur və narkotik asılılığının yaranmasına güclü təsir göstərə bilər. Məlumdur ki, psixi xəstəliklər və narkotik asılılığı üçün ortaq xarakterik cəhət odur ki, hər ikisi də mezolimbik dopamin sisteminin disfunksiyasına səbəb olur;
- ▶ Pis təhsil, sosial və şəxsi uğursuzluqlar, sosial təcrid, işsizlik, gələcək perspektivlərin olmaması və bu çətinliklərin öhdəsindən gələ bilməmək insanları (xüsusilə də gəncləri) narkotik asılılığı riskinə məruz qoyur;
- ▶ Sosial mühit – mədəniyyət və narkotik istifadəçilərinə aid və davranış kodeksləri və rituallarla dolu olan “submədəniyyət” – də narkotik asılılığının və aludəçiliyinin yaranmasına şərait yaradır;
- ▶ Genetik amillərin də narkotik asılılığının yaranmasına ciddi təsir etdiyinə dair sübutlar get-gedə artmaqdadır.¹³⁷

Beləliklə, narkotik asılılığı psixoaktiv maddələrin təsirinə məruz qalan insanın beynində narkotik asılılığı yaradan və qısa müddətdə abstinensiyanı çətinləşdirən davamlı nevrofizioloji dəyişikliklərin yaranmasına şərait yaradan fərdi, psixoloji, sosial və nevrobioloji amillərin mürəkkəb qarşılıqlı təsiri nəticəsində yaranan çoxamilli pozuntudur. Bu cür davamlı beyin dəyişikliklərinə əsaslanan narkotik asılılığı xroniki xəstəlikdir və diabet və hipertoniya kimi digər xroniki xəstəliklərdə olduğu kimi bu xəstəlik də uzun müddət və tez-tez baş verən residivlərlə xarakterizə olunur; xəstəlik müalicə oluna bilər, lakin nadir hallarda müalicə qısa müddət ərzində effekt verə bilər.

Aludəçilik

Aludəçilik (anlayış verilməkdən daha çox) “vərdiş yaradan stimulyatorlar vasitəsilə diqqət sisteminin monopolizasiyası” və ya “sağlamlığa zərərinin və zərərli sosial nəticələrinin bilinməsinə baxmayaraq davam etdirilən kompulsiv davranış” kimi təsvir olunur. Əksinə, narkotik asılılıq barədə isə çox aydın diaqnostik əlamətlər mövcuddur. Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatının 10-cu Versiyasına uyğun olaraq, aşağıdakı elementlərdən üçdən artığı mövcud olarsa, narkotik asılılığı diaqnozu qoyulmalıdır.¹³⁸

- ▶ Narkotik qəbul etmək üçün güclü istək və ya məcburiyyət hissi;
- ▶ Başlanğıcı, sonu və ya istifadə səviyyələri baxımından narkotik qəbulu ilə bağlı davranışların idarə olunmasında çətinliklər;
- ▶ Narkotik istifadəsi dayandırıldıqda və ya azaldıqda fizioloji abstinensiya vəziyyətinin olduğunu göstərən narkotik maddə üçün xarakterik olan abstinensiya sindromu;
- ▶ əvvəllər daha az doza ilə əldə olunan effektə nail olmaq üçün psixoaktiv maddənin daha artıq dozalarında qəbul edilməsinin tələb olunması;

¹³⁷ ÜST: *Psixoaktiv preparatların istifadəsinin və onlardan asılılığın nevrologiyası* (Cenevrə 2004)

¹³⁸ ÜST: XBT-10 (Cenevrə 2010).

- ▶ Psixoaktiv preparatların istifadə olunması, həmin maddələrin əldə edilməsi və ya qəbul edilməsi və ya onun təsirlərinin aradan qalxması üçün daha çox vaxtın lazım olması səbəbindən, alternativ həzz və ya maraq vasitələrinə qarşı artan etinasızlıq;
- ▶ Açıq-aydın zərərli nəticələrinin olmasına baxmayaraq, narkotik istifadəsinin davam etdirilməsi.

Bircə əlavə “narkotik istifadəsini kəsmək və ya nəzəərdə saxlamaq üçün davamlı istək və ya uğursuz cəhdlər”¹³⁹ bəndindən başqa, Psixi Pozuntular üzrə Diaqnostik və Statistik Vəsaitin (DSV-IV) diaqnostik kriteriyaları, mahiyyətcə eynidir.

Zərərli nəticələr

Psixoaktiv preparatlardan asılılığın sağlamlıq üçün təhlükəli nəticələri, narkotik maddənin özünün orqanizmə kəskin və xroniki toksik təsirlərindən, təsadüfi və ya özünəqəsd məqsədilə edilmiş aşırı doza qəbulundan, intoksikasiyadan, yol-nəqliyyat qəzalarından və əsasən alkoqol və tütündən, lakin həmçinin digər narkotik maddə qruplarının xroniki nevropsixiatrik şərtlərindən yaranan xroniki toksik nəticələrdən, ibarətdir. Sağlamlıqla bağlı digər dolaylı zərərli nəticələr yoxsulluq və həyat tərzilə (pis qidalanma, cinsi yolla ötürülən xəstəliklər, vərəm və dental problemlər kimi), və ya narkotiklərdən istifadə üsulları (inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edənlərdə İİV/hepatit B və C, bakterial septisemiya, ağciyər absesi, endokardit və digər qanla keçən xəstəliklər və ya kokain iyləyənlərdə və digərlərində burun mukozasının sıradan çıxması kimi) ilə əlaqədardır.

Narkotik asılılığı olan şəxslərin narkotik istifadə etmək məcburiyyətindən, preparatlar bazarı, yəni həm qanunla icazə verilən preparatlar (alkoqol, tütün) bazarı, həm də və daha böyük ölçüdə, qeyri-qanuni narkotik preparatlar bazarı faydalanır ki, bu da zərərli sosial nəticələrə gətirib çıxarır. Psixoaktiv maddələrin qeyri-qanuniliyi açıq şəkildə narkotik ticarətçilərinin və dilerlərinin mənaflərinə cavab verir, çünki ticarətçilərə və dilerlərə qısa zamanda böyük gəlirlər götürməyə imkan verir və bu da narkotik asılılığı olan insanları, çox vaxt onsuz da sosial baxımdan əlverişsiz vəziyyətdə olan şəxsləri, borcluluq, yoxsulluq, sosial təcrid, fahişəlik, cinayət və həbsxana səviyyəsinə gətirib çatdırır.

Narkotik asılılığının bəzi kimi neqativ nəticələrini və “narkotiklərə qarşı müharibə” aparılmasına baxmayaraq bir çox cəmiyyətlərdə narkotik asılılığından əziyyət çəkən pasiyentlərin sayının artdığını və bunun xroniki xarakterli pozuntu olduğunu nəzərə alaraq, həbsxanalarda İİV/QİÇS-in və hepatit B və C-nin yayılmasının qarşısının alınması haqqında 3-cü Fəsildə də göstərildiyi kimi, zərərin effektiv azaldılması tədbirlərinin əhəmiyyətinə diqqət edilməlidir.

¹³⁹ Amerika Psixiatrik Assosiasiyası: Psixi Pozuntular üzrə Diaqnostik və Statistik Vəsait (Vaşinqton DC 1994).

5.3. Narkotik asılılığı olan məhbuslarla bağlı tibbi tədbirlərin görülməsi

Qeyd edildiyi kimi (yuxarıda bax: Epidemioloji əsaslar), məhbusların 30%-ə qədərinin problematik və/və ya inyeksiya yolu ilə narkotik qəbul etmək tarixçəsi var və qeyd etmək olar ki, onların əksər hissəsi narkotik asılılığı və ya aludəçiliyinin diaqnostik kriteriyalarına uyğun gəlirlər. Həmin məhbusların tibbi ehtiyaclarının təmin olunması üçün həbsxanaların səhiyyə mütəxəssisləri onları məhbus həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinələr zamanı müəyyən etməli, həmin şəxslərlə bağlı baş verə biləcək təcili tibbi vəziyyətlər barədə məlumatlı olmalı, onların həbsxanada xüsusilə həssas və zəif vəziyyətdə ola biləcəyinə lazımi diqqət göstərməli, həbsxanada zərərin azaldılması ilə bağlı tədbirlərin görülməsinin mümkünlüyünə baxmalı, narkotik asılılığna qarşı lazımi müalicə təyin etməli və vaxtında onların həbsdən sonrakı müalicəsi məsələsini təşkil etməlidirlər.

Narkotik asılılığı olan məhkumların onlar həbsxanaya daxil olarkən keçirilən tibbi müayinə zamanı səhiyyə əməkdaşları tərəfindən erkən müəyyən olunması onların həbs olunduqdan qısa müddət sonra baş verən tipik problemlərə, o cümlədən abstinensiya sindromundan müalicə edilməsinə, sindrom zamanı dəstək verilməsinə və özünəqəsd riskinin qiymətləndirilməsinə hazır olmaq baxımından xüsusilə vacib əhəmiyyət kəsb edir. Bundan əlavə, məhbusun həbsxanaya qəbul edilməsi zamanı tibbi müayinə haqqında məlumatın verildiyi fəsilə də qeyd olunduğu kimi, bu imkandan narkotik asılılığı olan məhbuslara qanla ötürülən infeksiyalar barədə məlumat vermək və onları bu barədə maarifləndirmək üçün istifadə olunmalı və həmin məhbuslar İİV və hepatit virusları üzrə könüllü konfidensial məsləhət və testlərə dəvət olunmalıdırlar.

Narkotik asılılığı olan məhbusların təcili tibbi vəziyyətləri kəskin abstinensiya sindromundan və həmçinin həbsxanada baş verən kəskin narkotik intoksikasiyasından ibarətdir. Abstinensiya sindromları, xüsusilə alkoqol və benzodiazepinin, bəzi hallarda isə opiat istifadəsinin dayandırılmasından yaranan abstinensiya sindromu həyati təhlükəli ola bilər və bu təhlükənin qarşısını almaq üçün intensiv müalicə lazımdır. Həbsxananın səhiyyə işçiləri bu cür vəziyyətlərdə necə davranmaqla bağlı adekvat təcrübəyə malik deyillərsə və/və ya bunun üçün lazımi vasitələrlə təchiz edilməyiblərsə, pasiyentin vaxtında münasib bir xəstəxanaya köçürülməsi təşkil olunmalıdır; əks təqdirdə, məhbusun insan hüququ – adekvat rəftar olunmaq hüququ – pozulmuş olacaqdır.¹⁴⁰ Bu baxımdan, yadda saxlamaq lazımdır ki, opiat istifadəsinin dayandırılması ilə bağlı ən yeni müalicə üsulu opioid dəstəyi ilə aparılan detoksifikasiyadır və “soyuq tərgitmə” – məhbusa adekvat tibbi dəstək göstərilmədən tərgitdirilmə - pis rəftar hesab olunmalıdır. Həbsxananın səhiyyə xidmətinin təcili tibbi yardım məntəqəsi adekvat vasitələrlə təchiz olunmalı və oarada reanimasiya avadanlıqlarından əlavə nalokson və detoksifikasiya preparatları da olmalıdır.

¹⁴⁰ McGlinchey və başqaları Birləşmiş Krallığa qarşı (McGlinchey and others v. UK) 50390/99.

Təsirlərə qarşı həssaslıq

Narkotik asılılığı olan məhbuslar təsirlərə qarşı həssas olan məhbuslar qrupuna aiddirlər, çünki onlar həbsxana iyerarxiyasının aşağı pilləsində yer alır və həm məhbuslar, həm də az savadlı həbsxana əməkdaşları tərəfindən qərəzli münasibətə məruz qalırlar. Həbsxana əməkdaşları maarifləndirilməlidirlər ki, narkotik asılılığı iradəsizlik və ya xarakter zəifliyi deyil, çox vaxt digər psixi pozuntularla assosiasiya olunan xroniki tibbi pozuntudur.

Narkotik asılılığı olan məhbusların aludəçilik və narkotik axtarışı ilə xarakterizə olunan davranışı onları asanlıqla zorakılıq, məcburi cinsi əlaqə və opioid asılılığının əvəzedici müalicəsi çərçivəsində təyin olunmuş preparatları verməyə məcbur edilmək kimi digər təzyiqlərin qurbanlarına çevirir. Həbsxanada narkotik vasitələr əldə etməyə çalışaraq onlar, hədə-qorxu, hərbə-zorba və zorakılığa məruzqalma ilə nəticələnən, borca düşmək riski ilə üzləşirlər. İQAK standartlarına uyğun olaraq, həbsxanada fəaliyyət göstərən səhiyyə işçilərinin vəzifə borclarından biri də, xüsusilə də həssas məhbuslar üçün, humanitar yardım göstərməkdən ibarətdir¹⁴¹. Həmin standartlara əsasən tibbi konfidensiallığın qorunması şərti ilə məhbusların qorunması və yerlərinin dəyişdirilməsi də tövsiyə olunur.

Zərərin azaldılması tədbirləri

Sübut olunmuşdur ki, narkotik asılılığı olan məhkumlar öz riskli davranışlarını həbsxanada da davam etdirirlər və həbsxanada zərərin azaldılması tədbirlərini həyata keçirmək mümkün olmadıqda, onlar, qanla keçən infeksiyaların yayılması riskini doğuran davranışları yenidən təkrarlayır və ya bu cür davranışlar etməyə başlayırlar. Buna görə də, epidemioloji, tibbi və etik səbəblərdən demək olar ki, həbsxanada zərərin azaldılması vacib bir tələbdir. Zərərin azaldılmasının rəasional əsası, konsepsiyası və zərərin azaldılması tədbirləri həbsxanalarda İİV/QİÇS-in və hepatit B/C-nin yayılmasının qarşısının alınmasından bəhs edən 3-cü Fəsildə ətraflı şəkildə təsvir olunmuşdur.

Müalicə

Yuxarıda da qeyd olunduğu kimi, narkotik asılılığı olan məhkumlara münasibətdə əvvəlcə həbsin bütün mümkün alternativlərinin tükəndirilməsinin vacibliyinə baxmayaraq, xaotik həyatları səbəbindən daha əvvəl əldə edə bilmədikləri müalicənin təklif olunması üçün həbs müddətində məcburi stabilizasiyadan istifadə oluna bilər və istifadə olunmalıdır.

Müalicənin müvəffəqiyyətli olması üçün pasiyentin həkimlə tam əməkdaşlıq etməsi lazımdır. Narkotik asılılığı olan psixi cəhətdən sağlam pasiyentlərin məcburi müalicə

¹⁴¹ İQAK Standartları 2002 (yenilənmiş versiya 2011).

olunması, bir neçə ölkənin cəza qanunvericiliyində hələ də qalmasına baxmayaraq, həm tibbi, həm də etik baxımdan mübahisəlidir. Hər hansı digər xroniki xəstəlik kimi, narkotik aludəçiliyi də uzun müddətli müalicəyə ehtiyacı olan, residivə meyilli bir xroniki xəstəlikdir.

Yuxarıda göstəriləndiyi kimi, narkotik asılılığı olan pasiyentlərin əksəriyyəti lazımı qaydada diaqnoz qoyulmalı və müalicə edilməli olan əlavə psixiatrik ikili xəstəliklərdən əziyyət çəkirlər. Aydın şəkildə göstərilmişdir ki, narkomanıyanın müalicəsində ikili depressiv və şizofrenik pozuntuların farmakoloji müalicəsi effektivdir.¹⁴² Digər psixiatrik vəziyyətlərin farmakoloji müalicəsi üçün, həbsxanada benzodiazepinlərin təyin olunması çox böyük ehtiyatla həyata keçirilməlidir və opioid asılılığının əvəzedici müalicəsində təyin edilən dərmanlar kimi burada da, preparatın başqasına ötürülmə riski yüksək olduğundan, onların qəbul edilməsinə vizual şəkildə nəzarət olunmalıdır.

Həbsxanada opiat aludəçiliyi abstinensiyasının müalicəsinin məqsədinə qısa müddətdə nail olmaq demək olar ki, mümkün deyil. Ən yeni müalicə konsepsiyalarının istiqaməti abstinensiya strategiyalarından zərər azaltma müalicələri ilə yanaşı narkotik istifadəsinin qəbul edilməsinə doğru yönəlmişdir ki, həmin zərəri azaltma tədbirləri narkotik asılılığı olan şəxsin psixososial vəziyyətini stabilləşdirməyə, cinayətkarlığın səviyyəsini azaltmağa, pasiyentin sağ qalmasına və terapevtik şərtlərlə sağlamlığa zərərli təsirləri azaltmağa çalışır. Bu üsul oral opioid əvəzediciləri ilə birlikdə tətbiq olunduqda əla nəticə verir.

Narkotik maddələrdən asılılığın çoxamilli etiologiyasına uyğun olaraq, Gestalt terapiyası kimi müxtəlif psixoanalitik metodlardan tutmuş davranışın idarə edilməsi, residivin qarşısının alınması və motivasiyanın genişləndirilməsi metodları kimi koqnitiv davranış terapiyalarına qədər bir sıra psixoloji və psixososial müalicə konsepsiyaları mövcuddur. Hər bir həbsxanada mümkün olan ən yaxşı psixososial müalicə strategiyasının seçilməsi labüd şəkildə, həmin həbsxanada işləyən tibb əməkdaşlarının resurslarından və təcrübəsindən asılıdır.

Müalicə sonrası qayğı

Azadlığa çıxdıqdan sonra onlara dəstək göstərilməsi üçün hazırlıq görülməsi və dəstək göstərilməsinin təşkili hər bir məhbus üçün önəmlidir, lakin narkotik asılılığı olan məhkumlar üçün bu həm də həyatı əhəmiyyət kəsb edir. Bütün dünya üzrə narkotik istifadəçiləri arasında həbsxanadan azad edildikdən sonra baş verən ölüm hallarının sayının araşdırılmasına dair hesabatlarda bu cür ölüm hallarının, xüsusilə də azadlığa çıxdıqdan sonrakı ilk iki həftə ərzində baş verən ölüm hallarının, sayının həddindən artıq çox olduğu göstərilir. Bu cür ölüm hallarının əksəriyyəti, həbsxanada olduqları

¹⁴² ÜST: Psixoaktiv preparatların istifadəsinin və onlardan asılılığın nevrologiyası (Cenevrə 2004).

müddətdə narkotik təchizatı dayandırıldıqdan və ya azaldıldıqdan sonra həmin məhbusların opiatlara tolerantlığı azaldığından, doza aşırımı nəticəsində yaranan narkotik intoksikasiyası səbəbindən baş verir. Opioid asılılığının əvəzedici müalicəsinin bu riski əhəmiyyətli dərəcədə azaltdığı görünür.¹⁴³ Buna görə də, azadlığa çıxdıqdan sonra məhbuslara mənzil, maliyyə, ailə problemləri, təhsil, iş ilə bağlı və əlavə psixoloji dəstək¹⁴⁴ göstərilməsinin təşkil olunmalıdır. Bundan əlavə, həm də tolerantlığın azalmış olması səbəbindən doza aşırımının baş verməsi riskləri barədə maarifləndirmənin aparılması məqsədəuyğundur. Opiat asılılığı olan məhbuslar üçün isə opiat asılılığının əvəzedici müalicəsinin məhbus azadlığa buraxıldıqdan sonra da davam etdirilməsi tövsiyə olunur.

¹⁴³ ÜST Avropa: Azadlığa çıxdıqdan az sonrakı müddətdə məhbusların narkotiklər səbəbindən baş verən ölüm hallarının qarşısının alınması (Cenevrə 2010).

¹⁴⁴ Tərəfdaşlıq şəraitində Ardıcıl tibbi qayğı: Problemlı narkotik istifadəçiləri olan məhbuslar üçün ardıcıl tibbi qayğı xidmətləri – bələdçi vəsait, redaktor M. MacDonald və başqaları, Avropa Komissiyası (Brüssel 2012).

İstinad edilmiş internet mənbələrinin siyahısı

Amerika Psixiatrik Assosiasiyası: Psixi Pozuntular üzrə Diaqnostik və Statistik Vəsait (DSV) www.psychiatry.org/practice/dsm

Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. Və başqaları: “Vərəmin və rifampisin rezistentliyinin cəld molekulyar müayinəsi”. N Engl J Med 363 (2010), 1005-15 www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847

XNM (Xəstəliyin Nəzarətdə saxlanması və Qarşısının alınması Mərkəzləri): Narkotiki inyeksiya ilə qəbul edənlər üçün şpris dezinfeksiyası, 2004 www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf

XNM, MMWR (7 July 2006): İslah və saxlama müəssisələrində vərəmin qarşısının alınması və nəzarətdə saxlanması: XNM-nin Tövsiyələri (Atlanta GA 2006). www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm

NK-nin Həbsxanada səhiyyənin etik və təşkilati aspektləri haqqında R (1998) 7 sayılı Təvsiyəsi. [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColor-Intranet=EDB021&BackColor-Logged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColor-Intranet=EDB021&BackColor-Logged=F5D383)

NK-nin Avropa Həbsxana Qaydaları haqqında Rec (2006) 2 sayılı Təvsiyəsi. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

İQAK-ın Məlumat bazası www.cpt.coe.int/en/database.htm

İQAK Standartları (2002, yenilənmiş versiya 2011) www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

NNAAMM (Narkotiklər və Narkotik Asılılıq üzrə Avropa Monitoring Mərkəzi) www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

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

NNAAMM 2012: Aİ-da təxminən həftəyə bir dənə olmaqla müəyyən olunan yeni narkotiklər. www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

NNAAMM: Həbsin alternativləri — Avropa İttifaqında cinayət törədən narkotik istifadəçilərinin hədəfə alınması 2005 www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html

NNAAMM: Qabaqcıl təcrübələr: Hirtenberq həbsxanasında narkotiksiz zona. www.emcd-da.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview

Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi, Məlumat bazası <http://hudoc.echr.coe.int>

Avropa Sosial Xartiyası <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

Həbsxanalar üçün ikili diaqnozun idarə olunmasına dair bələdçi vəsait. Səhiyyə Departamenti, Böyük Britaniya 2009 www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_final_2009.pdf

İqtisadi, Sosial və Mədəni Hüquqlar haqqında Beynəlxalq Pakt www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

İstanbul Protokolu. İlgəncə və digər qəddar, qeyri-insani və ya ləyaqəti alçaldan rəftar yaxud cəzanın səmərəli şəkildə araşdırılması və sənədləşdirilməsi haqqında vəsait. www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

Jürgens R., Nowak M. və Day M: İİV və məhbəs: həbsxanalar və həbs". Beynəlxalq QİÇS Cəmiyyəti Jurnalı 14:26 (2011) www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491

Kastelic A., Pont J. və Stöver H: Həbsxana şəraitində opioid asılılığının əvəzedici müalicəsi: praktiki bələdçi vəsait, 2009 https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf

NICE Kliniki Təlimatlar: Antisosial şəxsiyyət pozuntusu: müalicə, idarəetmə və qarşısını alma. NHS (2009) www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf

NICE Kliniki Təlimatlar: Qeyri-stabil şəxsiyyət pozuntusu: müalicə və idarəetmə üzrə NICE təlimatı. Britaniya Psixologiya Cəmiyyəti və Royal Psixiatrlar Kolleci (2009). www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf

Beynəlxalq Cəza İslahatları: Avropa və Mərkəzi Asiya həbsxanalarında İİV/QİÇS haqqında Dublin Bəyannaməsi www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hivaids-prisons-europe-central-asia/

Psixi pozuntuların qarşısının alınması: səmərəli müdaxilələr və siyasət seçimləri. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının Hesabatı. Psixi Sağlamlıq və Narkotiklərdən sui-istifadə Departamenti və Nijmegen və Maastricht Universitetlərinin Qabaqlayıcı Araşdırma Mərkəzi arasında əməkdaşlıq əsasında hazırlanmışdır, ÜST 2004 www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Səhiyyə işçilərinin, xüsusilə də Həkimlərin Məhbusların və Saxlanılan şəxslərin İlgəncə və Digər Qəddar, Qeyri-insani yaxud Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəzadan Qorunmasında Rolu ilə bağlı Tibbi Etika Prinsipləri, BMT 1982 (Baş Assambleyanın 37/194 sayılı 18 dekabr 1982-ci il tarixli qətnaməsi) www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

Həbsxanada İynə mübadiləsi: Beynəlxalq fakt və təcrübələrin hərtərəfli araşdırılmasından çıxarılan dərslər, 2-ci nəşr (2006), Kanada İİV/QİÇS Hüquq Şəbəkəsi 2006 www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173

Narkotiklərdən istifadə ilə bağlı problemləri olan məhbuslar üçün məsləhət xidmətləri – bələdçi vəsait. http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf

Narkotik Siyasətinin Əsaslarının Dəyişdirilməsi: Narkotiklərə qarşı müharibədən sonra: nizamlama planı. 2009 www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation

Narkotik Maddələr haqqında Vahid BMT Konvensiyası, 1961-ci il (Narkotik Maddələr haqqında 1961-ci il Vahid BMT Konvensiyasına dəyişikliklər edilməsi haqqında 1972-ci il Protokolu ilə edilmiş dəyişikliklərlə) www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

Psixotropik Preparatlar haqqında 1971-ci il BMT Konvensiyası www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

Narkotik Maddələrin və Psixoaktiv Preparatların Qanunsuz Alverinə Qarşı 1988-ci il BMT Konvensiyası www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

Qlobal QİÇS epidemiyasına dair 2010-cu il UNAIDS hesabatı (noyabr 2010) www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name_56186_en.asp

UNAIDS/UNODC/ÜST: Həbsxana şəraitində İİV/QİÇS-in qarşısını alma, qayğı göstərmə, müalicə və dəstək: səmərəli milli mübarizə mexanizmi. https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf

UNODC: Məcburiyyətdən qarşılıqlı əməkdaşlığa: narkotik asılılığına cəza yolu ilə deyil, səhiyyə yolu ilə yanaşma, Elmi yığıncağın müzakirə sənədi, 2009-cu il. www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion_Ebook.pdf

UNODC: Həbsxanalarda və digər qapalı şəraitlərdə İİV-in qarşısının alınması və müalicəsi: hərtərəfli tədbirlər paketi, 2012-ci il. www.unodc.org/documents/hivaids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

USAID/TBCTA/ICRC: Həbsxanalarda vərəmə nəzarət edilməsi üzrə təlimatlar, 2009-cu il http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf

ÜST: İnyeksiya yolu ilə narkotik qəbul edən şəxslər arasında İİV/QİÇS xəstəliyinin azaldılması baxımından steril iynə və şpris proqramlarının effektivliyi, 2004 www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf?ua=1

ÜST: Faktlar üzrə hesabatlar, oktyabr 2012-ci il (yenilənmiş versiya 2014) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en

ÜST: Vərəm haqqında Qlobal Hesabat 2013 www.who.int/tb/publications/global_report/en

ÜST: Həbsxanalarda İİV infeksiyası və QİÇS barədə təlimatlar. www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

ÜST: Psixi və davranış pozuntularının İCD-10 təsnifatı. www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf

ÜST: Psixoaktiv preparatların istifadəsinin və onlardan asılılığın nevrologiyası. Cenevrə 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

TB/İİV üzrə birgə tədbirlərə dair ÜST siyasəti: milli proqramlar və digər maraq qrupları üçün təlimatlar, 2012 http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

ÜST: Özünəqəsdin qarşısının alınması üçün ictimai səhiyyə fəaliyyəti, 2012 [apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf](http://iris.bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)

ÜST: Həbsxanalarda vərəmə nəzarət [WHO/CDS/TB/2001/.281], Cenevrə 2000 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf

ÜST: Həbsxanalarda vərəm www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en

ÜST Avropa: Həbsxanalarda səhiyyə: penitensiar səhiyyənin əsaslarına dair bələdçi vəsait. www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

ÜST Avropa: [Siyasət] Həbsxanada İİV/QİÇS. www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

ÜST Avropa: Azadlığa çıxdıqdan az sonrakı müddətdə məhbusların narkotiklər səbəbindən baş verən ölüm hallarının qarşısının alınması. www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf

ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV-ə qarşı mübarizə tədbirlərinin səmərəliliyi, Cenevrə 2007. www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/

ÜST/UNAIDS/UNODC: İynə və şpris proqramlarının başladılması və idarə edilməsi üzrə bələdçi vəsait: qapalı şəraitlərdə iynə və şpris proqramları. 2007 www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf

ÜST/UNODC/UNAIDS: Həbsxanalarda İİV-ə qarşı mübarizə tədbirləri: hərtərəfli baxış, (Fəaliyyət üçün Əsaslar haqqında Texniki Sənəd), Cenevrə 2007 www.unodc.org/documents/hivaids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

ÜST/UNODC/UNAIDS: Opioidlərdən asılılığın və İİV/QİÇS-in qarşısının alınmasının idarə olunmasında əvəzedici müalicə terapiyası, 2004 www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

ÜTA: Həbsxana Şəraiti və Vərəm və Digər Yoluxucu Xəstəliklərin Yayılması haqqında Edinburq Bəyannaməsi (2000, yenilənmiş versiya 2011) www.wma.net/en/30publications/10policies/p28

ÜTA: 1948-ci il Cenevrə Bəyannaməsi www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

ÜTA: Aclıq Aksiyaları keçirənlər haqqında Malta Bəyannaməsi 1991 (yenilənmiş versiyalar 1992 və 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

ÜTA: Tokio Bəyannaməsi. Saxlanma və Həbslə əlaqədar İşgəncə və Digər Qəddar, Qeyri-insani və ya Ləyaqəti alçaldan Rəftar və ya Cəza haqqında Həkimlər üçün Bələdçi vəsait. Tokio 1975, (yenilənmiş versiya Divonne-les-Bains 2005 və 2006) www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

ÜTA: İşgəncə və ya Qəddar, Qeyri-insani və ya Ləyaqəti alçaldan Digər Rəftar Formalarından İstifadə olunmasında İştirak etməkdən və ya buna Göz yummaqdan imtina edən həkimlərin dəstəklənməsinə dair Bəyannamə, Hamburq 1997. www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

ÜTA: Tibbi Etika üzrə Beynəlxalq Kodeks (yenilənmiş versiya 2006). www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html

ÜTA: Həkimlərin onlara məlum olan İşgəncə və ya Qəddar yaxud Qeyri-insani və ya Ləyaqəti alçaldan Rəftar barədə Məlumat verməklə bağlı Məsuliyyəti haqqında Qətnamə, Helsinki 2003. www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/

ÜTA: Məhbuslar üzərində Bədən Baxışının keçirilməsi haqqında Bəyanat, Budapeşt 1993 (yenilənmiş versiya 2005). www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

www.coe.int

Avropa Şurası qitənin aparıcı insan hüquqları təşkilatıdır. Təşkilat 28-i Avropa İttifaqının üzvləri olan 47 üzv dövlətdən ibarətdir. Avropa Şurasına üzv olan bütün dövlətlər Avropa İnsan Hüquqları Konvensiyasına, insan hüquqlarının, demokratiyanın və hüququn aliliyinin müdafiə olunması üçün yaradılmış müqaviləyə qoşulmuşdur. Avropa İnsan Hüquqları Məhkəməsi Konvensiyanın üzv dövlətlər tərəfindən icra olunmasına nəzarət edir.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE