



# ციხის ჯანდაცვა და საგედოცინო ეთიკა



სახელმძღვანელო  
ჯანდაცვის  
თანამშრომლებისა  
და ციხის სხვა  
პერსონალისთვის,  
რომლებიც  
პასუხისმგებელი  
არიან პატიმართა  
კეთილდღეობაზე

ანდრეს  
ლეჰტმეთის  
იორგ პონტი

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

# ციხის ჯანდაცვა და სემედიცინო უთიკა

სახელმძღვანელო ჯანდაცვის  
თანამშრომლებისა და ციხის სხვა  
პერსონალისთვის, რომლებიც  
პასუხისმგებელი არიან პაციენტთა  
კეთილდღეობაზე

ანდრეს ლეჰტმეთსი  
იორგ პონტი

Original title: *Prison health care and medical ethics.*

ტექსტი მოამზადა ევროპის საბჭომ და გამოიყენება მისი ნებახთვის. დოკუმენტი გამოქვეყნდა ევროპის საბჭოსთან შეთანხმებით, მაგჩამ ეხთპიხოვრუდად მთაჰგმნედ(ებ)ის პასუხისმგებლობით.

ამ ნაშრომში მოსაზრებები გამოხატულია ავტორთა პასუხისმგებლობით და აი უნდა მივიჩნიოთ ევროპის საბჭოს ოფიციალუი პოლიტიკად

ყვედა თხოვნა ამ დოკუმენტის სხუდად ან ნაწილობრივ ჰუპიხოლუციებასა ან თაჰგმნაზე უნდა წაჰედგინოს კომუნიკაციების დიჰექტოჰაგს (F-67075 Strasbourg Cedex or publishing@coe.int). წინამდებაჰე პუბლიკაციასთან დაკავშირებული ნებისმიეიი სხვა კოჰესპონდენცია უნდა გაეგზავნოს ადამიანის უფლებათა და კანონის უზენაესობის გენეჰალუი დიჰექტოჰაგს.

თავფუიციედი: SPDP, ევროპის საბჭო  
ფოტო: Shutterstock  
დირაინი: Jouve

© Council of Europe, November 2014 (English version)  
© ევროპის საბჭო, 2022 წლის მაჰი (ქაიხული თაჰგმანი)

ამ პუბლიკაციის თაჰგმანი დაფინანსდა საქაიხვედროსთვის ევროპის საბჭოს სამოქმედო გეგმის (2020 - 2023) ფაიგდებში

დაბეჭდილია ევროპის საბჭოს საქაიხვედროს ოფისის მიეი

## ავტორები:

### ბატონი ანდრეს ლუპთმეთსი,

ფსიქიატრი, დასავლეთ ტარინის ცენტრალური საავადმყოფო, ესტონეთი, წამებისა და ახაადამიანუიი ან დიხსების შემდახვედი მოპუიობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის თავმჯდომაიის ყოფილი მოადრიდ

### ბატონი იორგ პონტი, ავსტრიის

იუსტიციის სამინისტროს ყოფილი მიჩუვედი სამედიცინო საკითხებში

# სარჩევი

<b>წინასიტყვაობა</b>	<b>5</b>
<b>აბრევიატურების ჩამონათვალი</b>	<b>7</b>
<b>სამედიცინო ეთიკა ციხეში</b>	<b>9</b>
1.1 ჯანდაცვის მომსახურების დონეები ციხეში	10
1.2 ჰიგიენა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა	12
1.3 სამედიცინო საიდუმლო	13
1.4 სამედიცინო კონსულტაციები	15
1.5 სამედიცინო დოკუმენტაციისა და ჩანაწერების წარმოება	23
1.6 სხვა ეთიკური საკითხები	28
<b>უსიძიებელი ზრუნველობისა და მკურნალობის გეგმები - თერაპიული და სარეაბილიტაციო უსიძო-სოციალური აქტივობები ციხეში</b>	<b>33</b>
2.1 ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები ციხეებში	34
2.2 ფსიქიატრიული განყოფილებები ციხეებში	36
2.3 მკურნალობის გეგმა	38
2.4 ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე თანხმობა	41
2.5 სუიციდის პრევენცია	45
2.6 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები ციხეში	47
2.7 ორმაგი დიაგნოზი ციხეებში	55
2.8 პიროვნული აშლილობის მქონე პატიმრები	57
<b>აივ/ვიუსის და B/C ჰეპატიტის გავრცელების პრევენცია ციხეში</b>	<b>61</b>
3.1 ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა	61
3.2 საერთაშორისო დოკუმენტები	63
3.3 დამოკიდებულებებისა და ცოდნის გაუმჯობესება	64
3.4 ნარკოტიკების მიწოდებისა და მოთხოვნის შემცირება	66
3.5 სარიცხო ქცევის ზიანის შემცირება	70
3.6 პრევენციული სამედიცინო ინტერვენციები	74
<b>ორმაგი პილძემა: აივ/ვიუსი და ტუბერკულოზი</b>	<b>75</b>
<b>უსიძიებელი სუბსტანციები და ნარკოტოქსიკოლოგიის მქონე პირთა სამედიცინო მართვა</b>	<b>81</b>
5.1 ფსიქოაქტიური საშუალებები	81
5.2 ნამალდამოკიდებულება და ადიქცია	84
5.3 ნამალდამოკიდებული პატიმრების სამედიცინო მართვა	87
<b>წყაროების ჩამონათვალი</b>	<b>93</b>





## წინასწარმეტყველება

**წ**ინამდებარე სახელმძღვანელო მიემართება ციხის ჯანდაცვის მუშაკებსა და სხვა თანამშრომლებს, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან პათიმართა კეთილდღეობაზე. მასში შემოთავაზებულია პრაქტიკული ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე: ფსიქიატრიული მომსახურება, გადამდები დაავადებების გავრცელება (როგორცაა შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი, ჰეპატიტი და ტუბერკულოზი), ფსიქოაქტიური მედიკამენტები და ნარკოდამოკიდებულების მქონე პათიმართა სამედიცინო მართვა. ტექსტში ყურადღება გამახვილებულია მნიშვნელოვან ეთიკურ სტანდარტებზე და შემოთავაზებულია რეაგირება ისეთ ეთიკურ დილემებზე, როგორცაა ექიმის ხელმისაწვდომობა, სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობა, პაციენტის თანხმობა და კონფიდენციალობა, პრევენციული ჯანდაცვა, ჰუმანიტარული დახმარება, პროფესიული დამოუკიდებლობა და კომპეტენცია.

ეს სახელმძღვანელო ასახავს ევროპის მასშტაბით არსებულ კარგ პრაქტიკას. ავტორებმა გაითვალისწინეს მულტილატერალური შეხვედრის შედეგები, რომელიც 2012 წლის მაისში გაიმართა სტრასბურგში და მიეძღვნა ციხეებში სამედიცინო ეთიკისა და ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებს. ევროპის საბჭოს რამდენიმე წევრი ქვეყნის მაღალჩინოსნებმა და პროფესიონალებმა, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ჯანდაცვაზე ციხეში, ერთმანეთს გაუზიარეს გამოცდილება და განიხილეს ევროპის საბჭოს სტანდარტების, ასევე, წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (CPT) რეკომენდაციათა პრაქტიკული გამოყენების გზები.

გზამკვლევი მოიაზრება, როგორც ყოვლისმომცველი პოლიტიკის სახელმძღვანელო და მართვის ინსტრუმენტი. ის გამოყენებული იქნება ტრენინგების მხარდასაჭერად, რომლებიც მიემართება

ევროპის საბჭოს ტექნიკური თანამშრომლობის ღონისძიებებს. თავისუფლებაა ლკვეთილ პირთა ჯანდაცვის სერვისები უშუალოდ უკავშირდება CPT-ის მანდატს. არასათანადო ჯანდაცვამ შეიძლება სწრაფად გამოიწვიოს არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობა. ამიტომ ციხის სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის პროფესიული ცოდნისა და უნარების გაუმჯობესება ნიშნავს, რომ პატიმრები და ციხის პერსონალი უფრო ჯანსაღ და უსაფრთხო გარემოში იქნებიან, საზოგადოება კი უკეთ იქნება დაცული ისეთი რისკებისგან, როგორცაა ჯანმრთელობის პრობლემების გადაცემა ციხეებიდან საზოგადოებაში.

მინდა, მადლობა გადავუხადო ავტორებს, ბატონ ანდრეს ლეჰტმეთს, დასავლეთ ტალინის ცენტრალური საავადმყოფოს ფსიქიატრს, CPT-ის თავმჯდომარის ყოფილ მოადგილეს, და ბატონ იორგ პონტს, ავსტრიის იუსტიციის სამინისტროს ყოფილ მრჩეველს სამედიცინო საკითხებში, რომელთა შესანიშნავი პროფესიონალიზმი და ხანგრძლივი გამოცდილებაც აისახა ამ სახელმძღვანელოში. ასევე, მადლობას ვუხდით ჩემს კოლეგებს, ლულჯეტა კასასა და ტანია რაკუჩიჩ-ჰაჯიჩს, რომელთა ძალისხმევითაც შესაძლებელი გახდა ამ სახელმძღვანელოს გამოცემა.



**ვილიამ ბოილა,**

გენერალური დირექტორი,

ადამიანის უფლებებისა და

კანონის უზენაესობის

გენერალური დირექტორატი

ევროპის საბჭო

# აბრევიატურების ჩამონათვალი

---

CDC	დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრი (აშშ)
CM	ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტი
CPT	წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტი
DSM-IV	ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (APA, 1994)
ECHR	ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია
EMCDDA	ნარკომანიისა და ნარკოდამოკიდებულების ევროპული მონიტორინგის ცენტრი
EPR	ევროპული ციხის წესები
ICD-10	ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია, მე-10 გადახედილი ვერსია (WHO, 2010)
ICRC	წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი
NICE	ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ეროვნული ინსტიტუტი
TBCTA	ტუბერკულოზის კოალიცია ტექნიკური დახმარებისათვის
UNAIDS	გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის აივ/შიდსის ერთობლივი პროგრამა
UNODC	გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისი
WHO	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჯანმო)
WMA	მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია



## სამედიცინო ეთიკა სიხეუი

**ს**იხის ჯანდაცვის სისტემაზე ისეთივე ეთიკური პრინციპები ვრცელდება, როგორც მოქმედებს სამოქალაქო სექტორში. ძირითადი პრინციპები დადგენილია შემდეგ დოკუმენტებში: მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია (1948, უახლესი ვერსია გამოცემულია 2006 წელს), სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი (1949, უკანასკნელად გადაისინჯა 2006 წელს)<sup>1</sup>, გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუცია 37/194 (1982 წლის 18 დეკემბერი) და ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 1998 წლის 8 აპრილის რეკომენდაცია R(1998)7 ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების შესახებ.<sup>2</sup>

ციხის ექიმებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის ძირითადი ამოცანაა პატიმართა ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვა. პატიმართა ძირითადი უფლებების პატივისცემა გულისხმობს მათ პროფილაქტიკურ მკურნალობასა და ჯანმრთელობის დაცვას სამოქალაქო საზოგადოებისთვის განუვლი მომსახურების ეკვივალენტურად.

თავისუფლებაა ღვკვეთილ პირთა ჯანდაცვის სერვისები უშუალოდ უკავშირდება არასათანადო მოპყრობის პრევენციასაც. არასათანადო ჯანდაცვამ შეიძლება სწრაფად გამოიწვიოს ისეთი სიტუაციები, რომლებიც ექცევა ტერმინის „არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობა“ ფარგლებში.<sup>3</sup> პატიმართა დატოვება დაწე-

1. WMA-ის ჟენევის დეკლარაცია (1948); WMA-ის სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი (2006).
2. გაერო: სამედიცინო ეთიკის პრინციპები, რომლებიც ეხება ჯანდაცვის პერსონალის, განსაკუთრებით, ექიმების როლს პატიმრებისა და დაკავებულთა დაცვაში წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა და დასჯისგან (1982); მინისტრთა კომიტეტი: ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტები, რეკომენდაცია R(1998)7.
3. წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა თუ დასჯის საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის (CPT) სტანდარტები, 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

სებულებაში, სადაც ვერ ჩაუტარდება შესაბამისი მკურნალობა იმ მიზეზებით, რომ არ არსებობს სათანადო ჯანდაცვის სამსახური, ან ასეთი სამსახური უარს ამბობს მათ მიღებაზე, დაუშვებელია. ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ რამდენიმე ასეთ შემთხვევაში ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევა დაადგინა.<sup>4</sup>

## **1.1 ჯანდაცვის მომსახურების დონეები ციხეში**

აშკარაა, რომ თავად ციხეები ვერ დააკმაყოფილებენ პატიმართა ჯანმრთელობის თვალსაზრისით არსებულ ყველა საჭიროებას. ეს განსაკუთრებით ეხება სპეციალიზებულ მომსახურებებს. ჯანდაცვის ის სერვისები, რომლებიც ვერ მიეწოდება ციხეებში, ორგანიზებული უნდა იყოს ახლომდებარე საზოგადოებრივ საავადმყოფოებთან კოორდინაციით. წამების საწინააღმდეგო ევროპული კომიტეტის მე-3 ზოგადი ანგარიშის უმეტესი ნაწილი შეეხება ციხეებში ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების ორგანიზებას.<sup>5</sup> ციხის სამედიცინო განყოფილებებს უნდა შეეძლოთ, სულ მცირე, შემდეგი მომსახურებების მიწოდება:

- ▶ ზოგადი პროფილის ექიმისა და სპეციალისტის რეგულარული კონსულტაციები;
- ▶ ამბულატორიული მკურნალობა ზედამხედველობის ქვეშ;
- ▶ სტომატოლოგიური მომსახურება;
- ▶ ჰოსპიტალი;
- ▶ პირდაპირი დახმარება სრულად აღჭურვილი სამოქალაქო ან ციხის საავადმყოფოდან;
- ▶ გადაუდებელი ინტერვენცია საგანგებო სიტუაციებში.

სულ უფრო მზარდია ციხის ჯანდაცვის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებში ინტეგრირების ტენდენცია. ევროპის საბჭო მიესალმება ამ მიმართულებით სერვისების განვითარებას. როდესაც ციხის ჯანდაცვის სამსახური ეყრდნობა ციხისგარე ჯანდაცვის დაწესებულებათა სპეციალიზებულ მომსახურებას, შეიძლება გარკვეული გამოწვევები წარმოიშვას ამ სერვისების ხელმისაწვდომობის კუთხით. ციხის სამსახურებმა უნდა უზრუნველყონ, რომ

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

5. CPT/Inf (2012)21.



ამ სპეციალისტთა სამუშაო საათები და კვალიფიკაცია აკმაყოფილებდეს ციხის საჭიროებებს. ექთნებმა უნდა განიონ ყველა საჭირო საექთნო მზრუნველობა (მაგ.: სასურველია, მედიკამენტები ყოველთვის საექთნო პერსონალმა დაურიგოს პაციენტებს). თუ შეუძლებელია, ხელისუფლებამ, სულ მცირე, უნდა შეადგინოს მედიკამენტთა ჩამონათვალი, რომელიც მხოლოდ სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობით უნდა გადანაწილდეს (მაგ.: ფსიქოტროპული და ანტივირუსული მედიკამენტები). როდესაც დაწესებულებაში სამედიცინო პერსონალი ხელმიუწვდომელია, ციხის პერსონალი მომზადებული უნდა იყოს პირველად დახმარებაში ღამით და უქმე დღეებში. როგორც წესი, ექიმი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს გადაუდებელი სიტუაციების დროს.

## **სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობა**

ციხის ჯანდაცვის სამსახურს უნდა შეეძლოს სამედიცინო მკურნალობისა და საექთნო მზრუნველობის, შესაბამისი დიეტური კვების, ფიზიოთერაპიის, რეაბილიტაციისა ან ნებისმიერი სხვა საჭირო სპეციალიზებული მომსახურების მიწოდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორის პაციენტთა მსგავსი პირობებით. სამედიცინო, საექთნო და ტექნიკური პერსონალი, აგრეთვე შენობები და აღჭურვილობა, შესაბამისი უნდა იყოს.

## **პატიმართა მკურნალობა სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში**

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, თავად ციხე ყოველთვის ვერ უზრუნველყოფს ყველა სპეციალიზებულ მომსახურებას: ხშირად საჭირო ხდება ახლომდებარე საავადმყოფოებისთვის მიმართვა უფრო რთული სამედიცინო პრობლემების გადასაჭრელად. სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში მიმართვისას, დგება უსაფრთხოების ზომების საკითხი. პატიმრები, რომლებსაც სამკურნალოდ აგზავნიან საავადმყოფოში, არ უნდა იყვნენ ფიზიკურად შებოჭილნი ან საავადმყოფოს სანოლსა თუ სხვა ავეჯზე მიბმულნი საპატიმრო ზომების გამო. უნდა მოიძებნოს უსაფრთხოების საჭიროებათა დაკმაყოფილების სხვა საშუალებები; ასეთ საავადმყოფოებში ცალკე განყოფილების შექმნა პატიმრებისთვის შეიძლება ერთ-ერთი გამოსავალი იყოს.<sup>6</sup>

6. CPT/Inf (2012)13.

## **1.2 ჰიგიენა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა**

ციხის ჯანდაცვის სამსახურის ამოცანა არ უნდა შემოიფარგლოს მხოლოდ პაციენტთა მკურნალობით. სპეციალიზებული სამსახურის არარსებობისას, მათ ასევე ევალებათ კომპეტენტურ ორგანოებთან თანამშრომლობა შემდეგ საკითხებზე ზედამხედველობისთვის: კვებისა (ხარისხი, რაოდენობა, მომზადება და განაწილება) და ჰიგიენის პირობები (ტანსაცმლისა და ლოგინის სისუფთავე, წყლისა და სანიტარული კვანძების ხელმისაწვდომობა); ასევე, საკნებში გათბობა, განათება და ვენტილაცია. გასათვალისწინებელია დასაშვები მუშაობისა და სუფთა ჰაერზე ვარჯიშის შესაძლებლობა. ციხის სამედიცინო მომსახურება ასევე უნდა მოიცავდეს ფსიქიკურ ჰიგიენას, განსაკუთრებით, თავისუფლების აღკვეთის გარკვეული ასპექტების მავნე ფსიქოლოგიური ზემოქმედების პრევენციას. არაჯანსაღმა პირობებმა, გადატვირთულობამ, ხანგრძლივმა იზოლირებამ და უმოქმედობამ შეიძლება წარმოშვას ცალკეული პატიმრებისთვის სამედიცინო დახმარების ან/და პასუხისმგებელი ორგანოს მხრიდან ზოგადი სამედიცინო მოქმედების საჭიროება.<sup>7</sup>

### **ექიმის ხელმისაწვდომობა**

პატიმრობაში ყოფნისას პირს უნდა შეეძლოს ექიმზე წვდომა ნებისმიერ დროს, მიუხედავად პატიმრობის რეჟიმისა. ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს, როდესაც ადამიანი მოთავსებულია სამართო პატიმრობაში. ჯანდაცვის სამსახურმა ექიმის კონსულტაციაზე თხოვნა ზედმეტი შეფერხების გარეშე უნდა დააკმაყოფილოს. ამბულატორიული მკურნალობა უნდა ჩატარდეს სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობის ქვეშ. ხშირად არ კმარა ის, რომ შემდგომი მკურნალობა და ზრუნვა დამოკიდებული იყოს პატიმრის მოთხოვნაზე. ასეთი სამედიცინო მკურნალობა უნდა დაიგეგმოს საჭიროების შესაბამისად.

### **მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა**

პატიმრებს მედიკამენტები უნდა მიეწოდოს ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად. სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის პრინციპი ასეთ შემთხვევაშიც მოქმედებს. ციხეებისთვის გამოყოფილი სახსრები უნდა კმაროდეს იმისთვის, რომ მედიკამენტები უფასოდ მიეწოდოს პატიმრებს, რომლებსაც არ

7. CPT/Inf (2012)4.

აქვთ სამედიცინო დაზღვევა ან სახსრები ამ ხარჯების დასაფარად. ერთი დაწესებულებიდან მეორეში გადაყვანის შემთხვევაში არ უნდა შეფერხდეს გრძელვადიანი მკურნალობის უწყვეტობა.<sup>8</sup>

### 1.3 სამედიცინო საიდუმლო

---

საგანგებო სიტუაციების გარდა, ყველა სამედიცინო გამოკვლევა/კონსულტაცია უნდა ჩატარდეს ამ პროცესისთვის განკუთვნილ ოთახში, სადაც იქნება კონფიდენციალური და პირის ღირსების დაცვაზე მიმართული ატმოსფერო. სამედიცინო კონფიდენციალობა გარანტირებული და დაცული უნდა იყოს იმავე სიმაკრით, როგორც ზოგადად მოსახლეობისთვის. პატიმრები უნდა გამოიკვლიონ ინდივიდუალურად და არა ჯგუფურად. არცერთი მესამე არასამედიცინო პირი (სხვა პატიმრები ან არასამედიცინო პერსონალი) არ უნდა იმყოფებოდეს სამედიცინო გამოკვლევებისთვის განკუთვნილ ოთახში. პატიმრებს არ უნდა ეკეთოდ ხელბორკილები ამ პროცედურის დროს, ხოლო ფიზიკური შემოწმებისას უსაფრთხოების პერსონალი უნდა იმყოფებოდეს მხედველობისა და სმენის არეალს მიღმა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ექიმი ან ექთანის სხვაგვარად ითხოვს, უსაფრთხოების მიზნებიდან გამომდინარე.<sup>9</sup> CPT-ის რამდენიმე ბოლო ანგარიში ქვეყნებში ვიზიტების შესახებ აკრიტიკებს პრაქტიკას, რომელიც არ შეესაბამება ამ წესებს.<sup>10</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ დაადგინა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევა, კერძოდ, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობა<sup>11</sup> პატიმართა სამედიცინო შემოწმებისა და მკურნალობისას ხელბორკილების დადების შემთხვევებში.

შესაძლებელია - და უნდა მოიძებნოს - ალტერნატიული გზები უსაფრთხოების ლეგიტიმურ მოთხოვნათა შესაჯერებლად სამედიცინო კონფიდენციალობის პრინციპთან. ერთ-ერთი ასეთი გზა შეიძლება იყოს გამოძახების სისტემის დაყენება, რათა ექიმმა შეძლოს ციხის პერსონალის სწრაფად გაფრთხილება იმ გამონაკლის შემთხვევებში, როდესაც პატიმარი ალგზნებულია, ან საფრთხეს უქმნის მას სამედიცინო შემოწმებისას.<sup>12</sup>

---

8. CPT/Inf (99)18.

9. CPT-ის სტანდარტები, 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

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

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

12. CPT/Inf (2007)47.

ისეთ ეთიკურად საეჭვო პრაქტიკაზე, როგორცაა ხელბორკილების გამოყენება და შუშის ტიხრის მიღმა გასაუბრება, საბოლოო გადანყვეტილება სამედიცინო პერსონალმა უნდა მიიღოს. სამედიცინო შემონმებისთვის განკუთვნილი ოთახები დაცული უნდა იყოს, ამიტომ ისე უნდა აღიჭურვოს, რომ შემცირდეს გაქცევის რისკები; ეს ხელს უწყობს უსაფრთხოების პრობლემების მოგვარებასაც.

როდესაც დანებებულების თანამშრომელს ევალება პატიმრებისთვის მედიკამენტების დარიგება, სამედიცინო პერსონალმა წინასწარ უნდა გადაანანილოს ისინი დოზირების ყუთებში. სამედიცინო კონფიდენციალობის უზრუნველსაყოფად, პერსონალმა, რომელიც მედიკამენტებს არიგებს, არ უნდა იცოდეს მათი სახელები და დოზები.

პატიმართა სამედიცინო მონაცემების შენახვა ექიმის პასუხისმგებლობაა. გადაყვანის შემთხვევაში, პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერები მიმღები დანებებულების ექიმს უნდა გაეგზავნოს კონფიდენციალური გზით (მონაცემთა გადაცემის უსაფრთხო სისტემის მეშვეობით).

## **ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის კონფიდენციალობა, როგორც სამედიცინო ეთიკის ქვაკუთხედი**

კონფიდენციალობის დაცვა საჭიროა ნდობის ატმოსფეროს შესაქმნელად, რომელიც აუცილებელია ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობისათვის; ექიმის მოვალეობაა ასეთი ურთიერთობის შენარჩუნება და გადანყვეტილების მიღება, თუ როგორ უნდა იყოს დაცული კონფიდენციალობის წესები კონკრეტულ შემთხვევაში. ციხის ექიმი ასრულებს პაციენტის პირადი ექიმის როლს. პატიმრებს უნდა შეეძლოთ ჯანდაცვის სამსახურისთვის კონფიდენციალურად მიმართვა, მაგალითად, შეტყობინების დალუქული კონვერტით გაგზავნა. ციხის პერსონალი არ უნდა ამოწმებდეს ექიმთან კონსულტაციის თხოვნებს.

შეიძლება რთული სიტუაცია წარმოიშვას, როდესაც პაციენტის გადანყვეტილება ეწინააღმდეგება ექიმის მხრიდან ზოგადი მოვალეობების შესრულებას. ასეთი რამ შეიძლება მოხდეს, როდესაც პაციენტზე გავლენას ახდენს პირადი რწმენა (მაგ.: სისხლის გადასხმაზე უარი), ან იგი თავს ისახიჩრებს სახელისუფლებო ორგანოების წინაშე გარკვეული მოთხოვნის, პროტესტისა თუ საქმისადმი მხარდაჭერის დემონსტრირებისათვის.

## 1.4 სამედიცინო კონსულტაციები

რეკომენდაცია CM Rec(2006)2 ევროპული ციხის წესების (EPR) შესახებ, კერძოდ, მისი 2.1-3 პუნქტები (ექიმის მოვალეობა), განსაზღვრავს, რომ სამედიცინო მუშაკმა პატიმარი უნდა მოინახულოს მოთავსებიდან შეძლებისდაგვარად მალე და ჩაუტაროს სამედიცინო გამოკვლევა, თუ ის უჩივის რაიმე დაავადებას, დაზიანებებს ან ძალადობას. თუ ექიმი დროულად ვერ მოინახულებს ახალ პატიმარს ან პატიმარ პაციენტს, მისი ძალისხმევით, სხვა ექიმმა ან კვალიფიციურმა ექთანმა უნდა ჩაანაცვლოს იგი.<sup>13</sup> როცა ეს შეუძლებელია არასაკმარისი სამედიცინო პერსონალისა და/ან ციხეების გადატვირთულობის გამო, ირღვევა CPT-ის მიერ განსაზღვრული 7 ძირითადი პრინციპიდან პირველი - „ექიმის ხელმისაწვდომობა“. სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობაში შედის დამატებითი პერსონალის მოთხოვნა (საჭიროებისას) და ამ მოთხოვნის დოკუმენტირება. ქვეყნებში ვიზიტების დროს, CPT-მ არაერთხელ მიუთითა ციხეებში ჯანდაცვის პერსონალის უკმარობაზე. ასეთი თანამშრომლების არასაკმარისი რაოდენობა, ან სამედიცინო მომსახურების, გამოკვლევების, კონსულტაციებისა თუ სამედიცინო დახმარების არარსებობა/დაგვიანებით მიწოდება, შეიძლება არაადამიანური მოპყრობის ტოლფასი იყოს, რაც არღვევს ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლს.<sup>14</sup>

### პაციენტის თანხმობა

როგორც წესი, ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტებმა პაციენტს არ უნდა ჩაუტარონ გამოკვლევები ან მკურნალობა მისი თანხმობის გარეშე. ჭეშმარიტი თანხმობა მოითხოვს სათანადოდ ინფორმირებულობას, ანუ „ინფორმირებულ თანხმობას“; ასევე გასათვალისწინებელია პირის წიგნიერების დონე ან გაგების სირთულეები და ენობრივი ბარიერები - პრობლემები, რომლებიც ხშირად გვხვდება ციხის პოპულაციაში და რომლებზეც CPT-მ გაამახვილა ყურადღება რამდენიმე ქვეყანაში ვიზიტისას. თანხმობაზე უარის შემთხვევაში, ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტი აცნობიერებს საკუთარი გადაწყვეტილების შედეგებს და ინფორმირებულია თავის შესაძლებლობაზე, ნებისმიერ დროს შეცვალოს ეს

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

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

გადაწყვეტილება. ნებისმიერი გადახვევა პაციენტის თანხმობის პრინციპიდან გამართლებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შეესაბამება კანონს (მაგ.: ფსიქიკური დაავადების მქონე პაციენტთა შემთხვევები, რომლებსაც არა აქვთ შედეგების სათანადოდ გაცნობიერების უნარი, ან უგონო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების გადაუდებელი მკურნალობა). ამ ეთიკური პრინციპის დარღვევა არაერთხელ გამოვლინდა CPT-ის ვიზიტების განმავლობაში.<sup>15</sup> ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევა დაადგინა ისეთ შემთხვევებში, როცა სამედიცინო ჩარევას არ ახლდა პაციენტის თანხმობა.<sup>16</sup>

## მკურნალობაზე თანხმობის უფლება

თითოეულ პაციენტს, რომელსაც აქვს გაცნობიერების უნარი, შეუძლია, უარი თქვას მკურნალობას ან სხვა სამედიცინო ჩარევაზე. ნებისმიერი გადახვევა ამ ფუნდამენტური პრინციპიდან უნდა შეესაბამებოდეს კანონს და უკავშირდებოდეს მხოლოდ და მხოლოდ ნათლად და მკაცრად განსაზღვრულ „განსაკუთრებულ გარემოებებს“, რომლებიც აღიარებულია შესაბამის საზოგადოებაში.

უაღრესი სიფრთხილეა საჭირო, როდესაც საქმე ეხება პატიმართა ბიოსამედიცინო კვლევას. ყოველთვის არსებობს რისკი, რომ კვლევაში მონაწილეობის თანხმობაზე შეიძლება გავლენა იქონიოს დაწესებულებაში ყოფნამ. უნდა არსებობდეს შესაბამისი დაცვის გარანტიები, რომ პატიმარმა მისცეს თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობა. წესები უნდა იყოს ისეთივე, როგორიც მოქმედებს საზოგადოებრივ სექტორში.

## სამედიცინო კონსულტაცია და დაწესებულებაში მოთავსება

ხაზი უნდა გაესვას სამედიცინო გამოკვლევის მნიშვნელობას დაწესებულებაში მიღებისას: მისი მთავარი მიზანია, გამოავლინოს ჯანმრთელობის ის კრიტიკული პრობლემები, რომლებიც შეიძლება დაუყოვნებლივ ზომებს მოითხოვდეს ახალი პატიმრის ჯანმრთელობის დასაცავად, ხოლო გადამდები დაავადებების შემთხვევაში - ციხის პოპულაციის დასაცავადაც. აქედან გამომდინარე,

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

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



ასეთი გამოკვლევა, გარდა განსაკუთრებული გარემოებებისა, უნდა ჩატარდეს პატიმრის დაწესებულებაში მოთავსების დღეს.<sup>17</sup> პატიმრის დაწესებულებაში მიღებისას სამედიცინო შემოწმების გაუმართლებელი დაყოვნება<sup>18</sup>, ან ზედაპირულობა და არასრულყოფილი ბუნება<sup>19</sup>, აღნიშნულია CPT-ის რამდენიმე ბოლოდროინდელ ანგარიშში ქვეყნებში ვიზიტების შესახებ.

ამასთანავე, დაწესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო შემოწმების ჩატარება ჯანდაცვის სფეროს პერსონალს საშუალებას აძლევს, მოიპოვოს ახალი პატიმრის ნდობა და მიაწოდოს ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე:

- ▶ ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტთა კონფიდენციალობა და პროფესიული დამოუკიდებლობა;
- ▶ პატიმართა უფლებები და პასუხისმგებლობა ჯანმრთელობის საკითხებთან მიმართებით;
- ▶ ჯანდაცვის სერვისების ორგანიზება: როგორ, როდის, სად და ვისგან მიიღონ სამედიცინო დახმარება და რჩევა;
- ▶ ციხეში გადამდები დაავადებების გავრცელების რისკი და პრევენციის გზები;
- ▶ ტუბერკულოზის, აივ და B/C ჰეპატიტის ინფექციების სკრინინგი;
- ▶ ციხეში ხელმისაწვდომი სპეციალური მკურნალობისა და ჯანდაცვის ხელშეწყობის პროგრამები.

ეს ინფორმაცია პატიმარს უნდა მიეწოდოს მისთვის სრულიად გასაგები გზით. მნიშვნელოვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს უნარ-შეზღუდულობას სწავლის კუთხით, წერა-კითხვის უცოდინრობასა და ენობრივ ბარიერებს, რაც ციხის პოპულაციისთვის დამახასიათებელი პრობლემაა. კარგი გრაფიკული დიზაინით შემუშავებული ბროშურები და მათი თარგმნა შესაბამის ენებზე ამ მხრივ კარგი დახმარება იქნებოდა.

დაწესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო შემოწმების დროს ექიმმა ან ექთანმა თავი უნდა წარუდგინოს ახალ პატიმარს (მათ შორის, უთხრას საკუთარი სახელი და თანამდებობა) და შეეცადოს პატივისცემის, ნდობის, კონფიდენციალობისა და ღირსების

17. CPT სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

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

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



დაცვაზე მიმართული ატმოსფეროს შექმნას. ასეთი სამედიცინო შემონმება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორში ჩატარებული პირველი სამედიცინო შემონმების მსგავსად, უნდა მოიცავდეს სამედიცინო ისტორიის საფუძვლიან მოკვლევას და ფიზიკურ შემონმებას. იმისათვის, რომ ციხეში მოთავსებისას ჩატარებული სამედიცინო შემონმების შემდეგ შესაძლებელი გახდეს დაუყოვნებლივი ზომების მიღება, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს შემდეგ ფაქტორებს:

- ▶ მწვავე ფსიქიკური აშლილობის ნიშნები;
- ▶ სუიციდის რისკფაქტორები;
- ▶ ალკოჰოლდამოკიდებულებისა და ნარკომანიის ნიშნები და ანამნეზი, ასევე, აბსტინენციის სიმპტომები;
- ▶ ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის ჩანაწერები და/ან ნიშნები;
- ▶ ინფექციური დაავადებები;
- ▶ ფსიქიკური ან ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობები, რაც ციხეში პირის განსაკუთრებულ დაუცველობას იწვევს.

პაციენტებს, რომლებსაც მწვავე ფსიქოზი ან მძიმე დეპრესია აქვთ, დაუყოვნებლივი მკურნალობა სჭირდებათ ფსიქიატრიულ დანესებულებაში. მსგავსად, დაუყოვნებლივ სამედიცინო დახმარებას საჭიროებენ სუიციდის რისკის მქონე პატიმრები, რომლებიც განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყვნენ.<sup>20</sup> ასეთი პატიმრების არასათანადო იდენტიფიცირებასა და/ან მათ მიმართ შესაბამისი ზომების არმიღებას აკრიტიკებს CPT-ის ანგარიშები ქვეყნებში ვიზიტების შესახებ.<sup>21</sup> ასეთ შემთხვევებში, ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ დაადგინა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-2 მუხლისა (სიცოცხლის უფლება) ან/და მე-3 მუხლის (წამებისა და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან დასჯის აკრძალვა) დარღვევა.<sup>22</sup>

პაციენტები, რომლებიც დამოკიდებულნი არიან ფსიქოაქტიურ მედიკამენტებზე, პატიმრობაში ყოფნის პირველ დღეებში

20. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა); მინისტრთა კომიტეტი: ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტები, რეკომენდაცია R(1998)7.

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

22. *Keenan v. UK* 27229/95; *Güveç v. Turkey* 70337/01; *Riviere v. France* 33834/03; *Renolde v. France* 5608/05; *De Donder and De Clippel v. Belgium* 8595/06; *Dybeku v. Albania* 41153/06; *Ketreb v. France* 38447/09; *Mouisel v. France* 67263/01; *Tarariyeva v. Russia* 4353/03.

სიცოცხლისთვის საშიში აბსტინენციის სინდრომის განვითარების რისკის წინაშე დგანან. შესაბამისად, საჭიროა სათანადო სამედიცინო დახმარების განწევა. CPT-მ ამ თვალსაზრისით ხარვეზები გამოავლინა რამდენიმე ქვეყანაში ვიზიტისას.<sup>23</sup> სტრასბურგის სასამართლოს პრეცედენტულ სამართალში, სულ მცირე, ერთი საქმე მაინც არის წარმოდგენილი, სადაც აბსტინენციის სინდრომის შედეგად ფატალური გამოსავალი დადგა და ეს სასამართლომ შეაფასა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევად (არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან დასჯის აკრძალვა).<sup>24</sup>

მრავალ ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობის, CPT-ის სტანდარტების<sup>25</sup> - კერძოდ, ევროპული ციხის წესების 42.3გ პუნქტის<sup>26</sup> - მსოფლიო ექიმთა ასოციაციისა (WMA)<sup>27</sup> და სტამბოლის პროტოკოლის შესაბამისად,<sup>28</sup> ციხის ექიმი ვალდებულია, დოკუმენტურად აღრიცხოს პატიმართა მიმართ ძალადობრივი მოპყრობის ნებისმიერი ნიშანი ან გამოვლინება და შეატყობინოს შესაბამის ხელმძღვანელობას, პაციენტის თანხმობით. დოკუმენტაცია დაუყოვნებლივ უნდა მომზადდეს, რადგან ძალადობის ფიზიკური ნიშნები დროთა განმავლობაში ქრება, ხოლო მტკიცებულებები სათანადოდ წარედგინოს სასამართლოს.<sup>29</sup> ასეთი ნიშნები მყისიერად უნდა ეცნობოს შესაბამის ორგანოებს, რათა თავიდან აიცილონ შემდგომი ძალადობა და არასათანადო მოპყრობა.

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

24. *McGlinchey and others v. UK* 50390/99.

25. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

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

27. მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია: ტოკიოს დეკლარაცია. სახელმძღვანელო მითითებები ექიმებისთვის წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან დასჯის შესახებ დაკავების და თავისუფლების აღკვეთის კონტექსტში. ტოკიო 1975, გადასინჯული ვერსია. დივონ ლესბანსი, (2005); მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია: დეკლარაცია სამედიცინო პერსონალის მხარდაჭერის შესახებ, რომლებიც უარს ამბობენ წამების ან სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის სხვა ფორმების გამოყენებაზე, ჰამბურგი (1997); მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია: რეზოლუცია ექიმების პასუხისმგებლობის შესახებ მათთვის ცნობილი წამების, სასტიკი და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის შემთხვევათა დაგმობაზე, ჰელსინკი (2003).

28. გაერო: სტამბოლის ოქმი. სახელმძღვანელო წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა და დასჯის ეფექტიანი გამომძიებისა და დოკუმენტირების შესახებ (ნიუ იორკი/ჟენევა 2004).

29. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

დანესებულებაში მოთავსებისას ფიზიკური გამოკვლევა უნდა ემსახურებოდეს ძალადობის ან არასათანადო მოპყრობის ნიშნების გამოვლენასაც. CPT-მ ქვეყნებში ვიზიტების დროს არაერთგზის გააკრიტიკა ამ მოთხოვნის სათანადოდ შეუსრულებლობა.<sup>30</sup> ციხის ექიმმა დოკუმენტურად უნდა აღრიცხოს არასათანადო მოპყრობის ბრალდებები; სამედიცინო გამოკვლევის ობიექტური მონაცემები და ექიმის დასკვნა ამ ბრალდებათა შესაბამისობაზე დაუყოვნებლივ უნდა წარედგინოს შესაბამის პროკურორს.<sup>31</sup>

დანესებულებაში მოთავსებისას პატიმრის შემონმების დროს გადამდები დაავადებების სკრინინგი აუცილებელია იმ პაციენტთა გამოსავლენად, რომელთა იზოლირებაც საჭიროა დაავადების გავრცელების (მაგ.: ტუბერკულოზის აირწვეთოვანი გზით გადაცემა) პრევენციისთვის. პატიმრების იზოლირება ინფექციის გავრცელების საფრთხის გამო ციხეში ზუსტად ისე უნდა მოხდეს, როგორც დამკვიდრებულია სამოქალაქო სექტორში.<sup>32</sup> აქედან გამომდინარე, არ არსებობს პატიმართა იზოლირების საჭიროება აივ ინფექციით ან B და C ჰეპატიტით ინფიცირების გამო. მიუხედავად ამისა, განათლება და ინფორმირება ციხეში ამ ინფექციების გადადების რისკებზე, ზიანის შემცირების ზომების გატარება, კონფიდენციალური და ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების შესაძლებლობა და, საჭიროების შემთხვევაში, ადრეული მკურნალობა, განხილული უნდა იყოს ციხეში პირის პირველი სამედიცინო კონსულტაციის ფარგლებში. რამდენიმე ბოლო ვიზიტისას CPT-მ გააკრიტიკა ის, რომ დანესებულებაში პატიმართა მოთავსებისას არ ან არასაკმარისად ტარდებოდა გადამდები დაავადებების სამედიცინო სკრინინგი.<sup>33</sup>

ფსიქიკური ან ფიზიკური შეზღუდვის მქონე პირები განსაკუთრებით დაუცველნი არიან თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში. შეზღუდული შესაძლებლობების გამო, მათ არ შეუძლიათ, გააცნობიერონ და/ან გაუმკლავდნენ ციხის მსგავსი ინსტიტუტების მკაცრ და ხისტ პირობებს, ამიტომ ხშირად ფსიქიკური ან ფიზიკური შეურაცხყოფის საფრთხის წინაშე დგანან სხვა პატიმრებისა და იმ თანამშრომლების მხრიდან, რომლებსაც არ აინტერესებთ მათი მდგომარეობა. ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალთა ამოცანაა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმართა იდენტიფიცირება დანესებულებაში მოთავსებისას, რათა მიეწოდოთ ჰუმანიტარული

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

31. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

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

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

დახმარება<sup>34</sup> და რეკომენდაციები მათი დაცვის სათანადო ზომებზე. ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევა<sup>35</sup> დაადგინა ამ პასუხისმგებლობის შეუსრულებლობისას, მიიჩნია რა ეს არასათანადო მოპყრობად.

თუ გავითვალისწინებთ ჯანდაცვის პროფესიონალთა ზემოთ ჩამოთვლილ პასუხისმგებლობებს დაწესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო კონსულტაციასთან დაკავშირებით, ცხადი ხდება, რომ ყველა ამ ამოცანის შესასრულებლად საკმარისი დრო უნდა იყოს გამოყოფილი. გარდა ამისა, ვინაიდან კონსულტაცია უნდა ჩატარდეს პატიმრის დაწესებულებაში მოთავსების დღეს, აუცილებელია, ჯანდაცვის გუნდი სათანადოდ იყოს დაკომპლექტებული პერსონალით, ყოველდღიურად მიღებული პატიმართა რაოდენობის შესაბამისად, განსაკუთრებით, წინასწარი დაკავების დაწესებულებებში. CPT-მ ამ საკითხს არაერთხელ გაუსვა ხაზი, მათ შორის, ბოლო ვიზიტების ამსახველ ანგარიშებში.<sup>36</sup>

მიუხედავად სამედიცინო შემონმების მნიშვნელობისა, უნდა გვახსოვდეს, რომ დაწესებულებაში მოთავსებისას ასეთი შემონმების ჩატარებამდე, ისევე, როგორც ნებისმიერი სხვა სამედიცინო ჩარევისას, საჭიროა პაციენტის თანხმობის მიღება.<sup>37</sup> ჯანდაცვის პერსონალი ვალდებულია, შესთავაზოს ასეთი სამედიცინო გამოკვლევა, თუმცა პატიმარს უფლება აქვს, უარი თქვას მასზე. თუ პატიმარი გამოკვლევაზე უარს განაცხადებს, ეს უნდა აღირიცხოს პატიმრის სამედიცინო ისტორიაში.

## სამედიცინო გამოკვლევა ძალადობის ინციდენტების შემდეგ

მინისტრთა კომიტეტის R(1998)7 რეკომენდაციისა და CPT-ის სტანდარტების შესაბამისად, ციხის ჯანდაცვის სამსახურმა ხელი უნდა შეუწყოს პატიმართ მიმართ ძალადობის პრევენციას ისეთი გზებით, როგორცაა დაზიანების სისტემატური აღრიცხვა და, საჭიროების შემთხვევაში, ციხეში ძალადობის პრობლემაზე ზოგადი ინფორმაციის რეგულარული მიწოდება კომპეტენტური

34. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

35. *Price v. the United Kingdom* 33394/96.

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

37. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

ორგანოებისთვის.<sup>38</sup>

ძალადობის ინციდენტების შემდეგ სამედიცინო გამოკვლევების ჩატარება უზრუნველყოფს ფუნდამენტურ დაცვას არასათანადო მოპყრობისა და დაუსჯელობის, ასევე, პატიმართა შორის ძალადობისგან. ეს გულისხმობს ძალადობის ნიშნების დადგენას არა მხოლოდ დაწესებულებაში მოთავსებისას ჩატარებული სამედიცინო გამოკვლევის დროს, არამედ პატიმრობის განმავლობაში მომხდარი ძალადობის ყოველი შემთხვევის შემდეგ. ძალადობის ან არასათანადო მოპყრობის ნებისმიერი ბრალდება, რომელსაც მოჰყვება საფუძვლიანი სამედიცინო გამოკვლევა, დოკუმენტურად უნდა აღირიცხოს, ექიმის დასკვნა კი გადაეგზავნოს შესაბამის პროკურორს (პაციენტის თანხმობის საფუძველზე), რაც საქმის სასამართლოსთვის განსახილველად გადაცემის საფუძველი იქნება.<sup>39</sup> გარდა ამისა, ძალადობის ყოველი ინციდენტი უნდა აისახოს ძალადობის სისტემატურ სტატისტიკაში, რომელსაც ჯანდაცვის პერსონალი აწარმოებს. ეს ხელისუფლებას დაეხმარება ციხეში ძალადობის თვალსაზრისით არსებული მდგომარეობის შეფასებასა და პრევენციული ზომების შემუშავებაში. ამ რეკომენდაციების შესრულება გააკრიტიკა CPT-მ რამდენიმე ქვეყანაში ვიზიტის დროს.<sup>40</sup>

## სამედიცინო გამოკვლევა გათავისუფლებამდე

ევროპული ციხის წესების 33.6 პუნქტის თანახმად, სამედიცინო შემოწმება პატიმრის გათავისუფლებისთვის მომზადების ნაწილია. ასეთი შემოწმება უნდა შესთავაზონ გათავისუფლებამდე შეძლებისდაგვარად ახლო პერიოდში<sup>41</sup>, თუმცა საკმარისი დროით ადრე შემოწმების სწორად ორგანიზებისათვის. მომენტი, როდესაც პატიმარი მიიღებს კონფიდენციალურ სამედიცინო დასკვნას, რათა სამედიცინო ინფორმაცია მიეწოდოს გათავისუფლების შემდეგ მასზე მზრუნველ ექიმს, შეიძლება გამოყენებული იყოს სამედიცინო რჩევების მისაცემად მის სამომავლო ჯანდაცვაზე. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნარკოდამოკიდებულების მქონე პატიმართა ინფორმირება დოზის გადაჭარბების ფატალურ რისკებზე, თუკი

38. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადახიზვა); CPT/Inf (2011)33; (2011)24; (2012)17; (2012)34.

39. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადახიზვა).

40. *Slawomir Musial v. Poland* 28300/06, *Aerts v. Belgium* 25357/94..

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

გათავისუფლების შემდეგ განაახლებენ მოხმარებას.<sup>42</sup> შემდგომი სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის, რომლებიც ანტიმიკობაქტერიულ და ანტივირუსულ მკურნალობას გადიან, რადგან წყვეტა იწვევს მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზისა და რეზისტენტული ვირუსული შტამების განვითარებას პაციენტებში, რომლებსაც ფსიქიატრიული მედიკამენტებით ან ჩანაცვლებითი თერაპიით მკურნალობენ. როგორც არსებული მონაცემები ცხადყოფს, ამ უკანასკნელის გაგრძელება მნიშვნელოვნად ამცირებს ნარკოტიკების მოხმარებელთა სიკვდილიანობას ციხიდან გათავისუფლების პირველ დღეს.<sup>43</sup> სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა ციხიდან საზოგადოებაში გადასვლის შემდეგ, ფსიქოსოციალურ დახმარებასთან ერთად, რომელსაც ბოლო პერიოდში მოიხსენიებენ როგორც „შემდგომ მზრუნველობას“ და „თანმიმდევრულ სამედიცინო დახმარებას“<sup>44</sup>, გათავისუფლებამდე გაცილებით ადრე უნდა დაიგეგმოს; თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ გათავისუფლებამდე გამოკვლევა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ამ პროცესში.

## 1.5 სამედიცინო დოკუმენტაციისა და ჩანაწერების წარმოება

---

შიეძლება არგუმენტის სახით აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის პერსონალის სიმცირისა და გადატვირთულობის გათვალისწინებით, მათი შეზღუდული დრო უმჯობესია მოხმარდეს პაციენტის დაუყოვნებლივ მოვლას, და არა დოკუმენტაციის წარმოებას. მიუხედავად ამისა, დოკუმენტაციისა და ჩანაწერების ზუსტი წარმოება აუცილებელია პაციენტის კვალიფიკაციური და უწყვეტი სამედიცინო მომსახურებისთვის, რაც შედის არა მხოლოდ პაციენტის, არამედ ჯანდაცვის პროფესიონალთა და ციხის ადმინისტრაციის ინტერესებში. ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოში წარდგენილ საჩივარზე არასათანადო სამედიცინო დახმარების შესახებ სასამართლომ შიეძლება დარღვევა დაადგინოს, თუ სათანადო სამედიცინო დოკუმენტაციაზე დაყრდნობით შესაძლებელი არ

---

42. ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის პრევენცია ციხის პოპულაციაში დაუყოვნებლივ გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში (2010).

43. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

44. შემდგომი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა პარტნიორობის გზით: პრობლემური ნარკოტიკების მოხმარების ისტორიის მქონე პატიმრებისთვის შემდგომი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება - ინსტრუმენტების ნაკრები, რედ. მ. მაკდონალდი და სხვები, ევროპის კომისია (2012).



არის საწინააღმდეგოს დამტკიცება.<sup>45</sup>

თითოეული პაციენტისთვის უნდა შეავსონ სამედიცინო ანკეტა, რომელიც უნდა შეიცავდეს დიაგნოსტიკურ ინფორმაციას და პაციენტის ანამნეზთან დაკავშირებულ ყველა ჩანაწერს, მათ შორის, ინფორმაციას ჩატარებულ სპეციალურ გამოკვლევებზე. ჯანდაცვის გუნდმა უნდა აწარმოოს ყოველდღიური რეესტრი, რომელშიც აღირიცხება პაციენტთან დაკავშირებული ნებისმიერი განსაკუთრებული ინციდენტი. ასეთი რეესტრები უაღრესად სასარგებლოა, რადგან ასახავს ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით არსებულ მდგომარეობას და ყურადღებას ამახვილებს კონკრეტულ პრობლემებზე, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას.

პატიმარს უნდა მიეცეს შესაძლებლობა, გაეცნოს თავის სამედიცინო ანკეტას - გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ეს მიზანშეუწონელია თერაპიული მიზეზების გამო - და მოითხოვოს ამ ანკეტაში ასახული ინფორმაციის მიწოდება თავისი ოჯახის ან ადვოკატისთვის. პატიმართა გადაყვანის შემთხვევაში, სამედიცინო დოკუმენტაცია უნდა გადაეგზავნოთ მიმღები დანესებულების ექიმებს.<sup>46</sup>

## ინდივიდუალური სამედიცინო ანკეტა

ქვეყანათა უმეტესობის ჯანდაცვის კანონების, ასევე, სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის პრინციპის შესაბამისად, ციხის ჯანდაცვის სპეციალისტები ვალდებული არიან, თითოეული პატიმრისთვის ინდივიდუალურად აწარმოონ და შეინახონ სამედიცინო ჩანაწერები.

სამედიცინო ანკეტაში უნდა გაერთიანდეს პატიმრის სრული სამედიცინო ისტორია, სამედიცინო შემოწმების შედეგები დანესებულებაში მოთავსებისას, პაციენტთან დაკავშირებული ყველა სამედიცინო ჩანაწერი, მათ შორის, ინფორმაცია პაციენტის მოთხოვნით ჩატარებულ ყველა კონსულტაციაზე, ექიმის დასკვნები, რჩევები და მკურნალობის გზები. ყველა წერილობითი დოკუმენტი ხელმოწერილი უნდა იყოს. რამდენიმე ციხის მონახულების შედეგად, CPT-მ გამოავლინა და გააკრიტიკა არასრული სამედიცინო ჩანაწერები, ან მათი დაკარგვა.<sup>47</sup> სტანდარტიზებული სამედიცინო ანკეტები გამოყენებული უნდა იყოს ქვეყნის მასშტაბით არსებულ ყველა

45. Malenko v. Ukraine 18660/03.

46. CPT/Inf (2009)38.

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



ციხეში. ეს ხელს შეუწყობს სამედიცინო ინფორმაციის გადაცემას ციხის ექიმებს შორის, როდესაც პატიმრები ერთი დაწესებულებიდან მეორეში გადაჰყავთ. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხების ზუსტად და დეტალურად დოკუმენტირება:

- ▶ სამედიცინო შემონგება დაწესებულებაში მოთავსებისას;
- ▶ ინფორმაცია ნებისმიერი დიაგნოზის შესახებ, რომელიც უკავშირდება დაავადების მძიმე პროგნოზს, მკურნალობის შედეგებს, ან გავრცელების საფრთხეს;
- ▶ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების შემთხვევები;
- ▶ ინფორმაცია გამოკვლევების ან მკურნალობის შესახებ, შესაძლო არასასურველი გვერდითი მოვლენებით;
- ▶ ინფორმირებული თანხმობა ან უარი რეკომენდებულ გამოკვლევასა თუ მკურნალობაზე;
- ▶ ნებისმიერი ჩანაწერი ძალადობის ნიშნების შესახებ;
- ▶ ინფორმაცია ნებისმიერ გარემოებაზე, როდესაც ირღვევა სამედიცინო კონფიდენციალობა ან პაციენტის თანხმობის მოთხოვნა.

პაციენტებს უნდა განუმარტონ ისეთი საკითხები, როგორცაა: დიაგნოზი; დაავადების პროგნოზები; მკურნალობის რეკომენდაციები და ალტერნატივები; მისი გვერდითი მოვლენები და მკურნალობის გარეშე დატოვების რისკები; პატიმრის უფლება, მისცეს ინფორმირებული თანხმობა, ან უარი განაცხადოს შემოთავაზებულ მკურნალობაზე. პატიმრისთვის მიწოდებული ინფორმაცია დოკუმენტურად უნდა აღირიცხოს პაციენტის სამედიცინო ანკეტაში. ინვაზიური სამედიცინო პროცედურების ან არასასურველი გვერდითი მოვლენების მქონე მკურნალობისთვის საჭიროა პაციენტის წერილობითი თანხმობა.

სამედიცინო დოკუმენტაციაზე წვდომა უნდა ჰქონდეთ მხოლოდ ექიმებს, ექთნებსა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებს, რომლებიც ვალდებული არიან, დაიცვან სამედიცინო საიდუმლოება. ეს ინფორმაცია დაცული უნდა იყოს პატიმართა ინდივიდუალური ადმინისტრაციული ფაილებისგან განცალკევებულად, ჩაკეტილ საცავში. ციხის ექიმებმა ან ექთანებმა პატიმრის სამედიცინო მონაცემები არ უნდა გაუმჟღავნონ ადმინისტრაციას ან სხვა მესამე მხარეს, პაციენტის მკაფიო თანხმობის გარეშე. ამ წესიდან დაშვებულია გამონაკლისებიც: თუ არსებობს სასამართლოს განკარგულება (ასეთ დროს ექიმმა ინფორმაცია პირდაპირ მოსამართლეს

უნდა გადასცეს) და ის იშვიათი შემთხვევები, როდესაც ექიმმა უნდა გადანყვიტოს კონფიდენციალობის დარღვევა - ისეთი კანონიერი უფლების დასაცავად, როგორცაა სხვა ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა ან სიცოცხლის გადარჩენა. ორივე შემთხვევაში ექიმმა ამის შესახებ უნდა აცნობოს პატიმარ პაციენტს. ქვეყნებში ვიზიტებისას CPT მუდმივად ხაზს უსვამს, რომ აუცილებელია პატიმართა სამედიცინო ჩანაწერების კონფიდენციალობის გაუმჯობესება.<sup>48</sup> რამდენიმე სახელმწიფო ამჟამად ნერგავს სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების ელექტრონულ სისტემას, დაცვის შესაბამისი დონეებით, რათა მხოლოდ სამედიცინო პერსონალს ჰქონდეს წვდომა ცალკეული პაციენტების სამედიცინო მონაცემებზე.

პაციენტის თხოვნა თავის სამედიცინო ანკეტაზე წვდომის შესახებ ექიმმა უნდა მიიღოს. პატიმრის გადაყვანის შემთხვევაში, მას უნდა ახლდეს სამედიცინო ჩანაწერის დალუქული ასლი, რომელიც გადაეცემა მიმღები დაწესებულების ჯანდაცვის ჯგუფს. გათავისუფლებისთანავე, პატიმარს უნდა გადაეცეს სამედიცინო დასკვნა. ანგარიშში წარმოდგენილი სამედიცინო ინფორმაცია გამოყენებული იქნება სამომავლო მკურნალობისთვის, რომელსაც გაუწევს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორის ექიმი. საჭიროების შემთხვევაში, ანგარიში უნდა შეიცავდეს დეტალებს სამედიცინო ჩანაწერებიდან. გათავისუფლების შემდეგ, სამედიცინო ჩანაწერები უნდა ინახებოდეს ციხის სამსახურში, ეროვნული კანონმდებლობით განსაზღვრული ვადით.

ციხის ექიმებს ეკისრებათ ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სექსუალური ძალადობის ყველა ნიშნის გამოკვლევისა და დოკუმენტირების ვალდებულება. დაწესებულებაში მოთავსების დროს ჩატარებული სამედიცინო შემოწმებისას პატიმარს უფლება აქვს, განაცხადოს პოლიციის მხრიდან ძალადობაზე. აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია ნებისმიერი ასეთი მტკიცებულების გადაცემა შესაბამისი სახელისუფლებო ორგანოსთვის. თუ პატიმარი თავს იკავებს ამისგან, ექიმმა უნდა მოძებნოს გზა, რომ დაზარალებულის ვინაობა არ გახდეს ცნობილი დამნაშავეებისთვის. სტამბოლის ოქმი<sup>49</sup> შეიცავს სახელმძღვანელო მითითებებს დოკუმენტირებაზე, რომელიც გამართლებულია, როგორც პროფესიული, ისე იურიდიული თვალსაზრისით, ასევე, არატრავმული გამოკვლევის მეთოდებზე ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის შემთხვევებში.

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

49 CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

## **ნვდომა სამედიცინო დოკუმენტაციასა და სხვა სამედიცინო ინფორმაციაზე**

პატიმრებს უნდა მიეწოდოთ ყველა შესაბამისი ინფორმაცია (საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო დასკვნის სახით) მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მკურნალობის მიმდინარეობასა და გამოწერილ მედიკამენტებზე. სასურველია, მათ ჰქონდეთ სამედიცინო დოკუმენტის გაცნობის უფლება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ეს მიზანშეუწონელია თერაპიული მიზეზებიდან გამომდინარე; ასევე, შეეძლოთ, მოითხოვონ ინფორმაციის მიწოდება მათი ოჯახის წევრებისა და ადვოკატების, ან სხვა ექიმისთვის.

## **სტატისტიკური სამედიცინო ჩანაწერები, რომლებიც არ უკავშირდება პაციენტს**

ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან თანამშრომლობით, ციხის ექიმებმა სტატისტიკურად უნდა აღრიცხონ ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ყველა ასპექტი, კერძოდ, კონსულტაციების რაოდენობა და პათოლოგიების პრევალენტობა, რაც იზომება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD) კოდების მიხედვით. მათ შორის იგულისხმება სპეციფიკური ჩანაწერები დაავადებებზე, რომლებზეც ვრცელდება შეტყობინების ვალდებულება (მაგ.: ტუბერკულოზი, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) სტანდარტიზებული შემთხვევების განსაზღვრისა და მკურნალობის კატეგორიების გამოყენებით კი - დიზენტერია, ჰეპატიტი და აივ ინფექცია). ამგვარი სტატისტიკის დამუშავება ბევრად მარტივია სამედიცინო ჩანაწერების ელექტრონული სისტემის საშუალებით, რაც ეხმარება ბიუჯეტის სწორად შედგენას, ასევე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და პრევენციის პროგრამების განხორციელებასა თუ შეფასებას.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ციხის ექიმებმა უნდა აწარმოონ ყველა დაზიანებისა და მათი მიზეზების სტატისტიკა (პატიმრებს შორის ძალადობა და არასათანადო მოპყრობა) და რეგულარულად მიაწოდონ მონაცემები ციხის ადმინისტრაციას. ძალადობის სისტემატური აღრიცხვა ხელს უწყობს სიტუაციისა და პრევენციული ზომების ეფექტიანობის შეფასებას, რასაც შეიძლება პრევენციული შედეგიც ჰქონდეს. ციხეებში ვიზიტების დროს<sup>50</sup> CPT მუდმივად იძლევა რეკომენდაციას ძალადობის ყველა შემთხვევის სისტემური აღრიცხვის საჭიროებაზე.

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

## 1.6 სხვა ეთიკური საკითხები

---

### ციხის ექიმების ჩართვა უსაფრთხოების საკითხებსა და დისციპლინურ ზომებში

ციხის სამედიცინო პერსონალი პატიმართა პირადი ექიმის როლს ასრულებს, ამიტომ პაციენტებთან დადებითი ურთიერთობა უნდა დაამყარონ. პრაქტიკა, როგორცაა ექიმის მიერ დადასტურება, რამდენად შეესაბამება პატიმრის ჯანმრთელობა სასჯელის სახით სამართო პატიმრობაში მოთავსებას, ან მისი ნების საწინააღმდეგოდ რაიმე სხვა სამართო პატიმრობის ზომის გამოყენებას, ხელს უშლის ამგვარი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. ეს საკითხი ხაზგასმულია ევროპული ციხის წესებში. სამედიცინო პერსონალი არ უნდა მონაწილეობდეს ისეთი გადაწყვეტილების მიღებაში, რომელსაც მოჰყვება ნებისმიერი სახის სამართო პატიმრობა (გარდა შემთხვევებისა, როდესაც ეს ღონისძიება გამოიყენება სამედიცინო მიზეზების გამო).

მეორე მხრივ, სამედიცინო პერსონალი ყურადღებით უნდა მოეკიდოს სამართო პატიმრობაში მოთავსებული ყველა პატიმრის მდგომარეობას; ასევე, ინფორმირებული იყოს ამგვარ პატიმრობაზე და მოთავსებიდან დაუყოვნებლივ, შემდეგ კი რეგულარულად - დღეში ერთხელ მაინც - მონახულოს ასეთი პატიმარი, რათა დროულად გაუწიოს საჭირო სამედიცინო დახმარება და მკურნალობა. სამედიცინო პერსონალმა უნდა აცნობოს ციხის დირექტორს, თუ მიიჩნევს, რომ პატიმრის ჯანმრთელობა სერიოზული რისკის ქვეშ დგას პატიმრობის გაგრძელების გამო.

ციხის ექიმმა არ უნდა ჩაატაროს სხეულის ჩხრეკა ან გამოკვლევა ადმინისტრაციის მოთხოვნით, გარდა იმ საგანგებო სიტუაციებისა, როდესაც სხვა ექიმის გამოძახება შეუძლებელია. გამონაკლის შემთხვევებში, როდესაც შეუძლებელია სხეულის ღრუს გამოკვლევის თავიდან აცილება, ეს უნდა გააკეთოს შესაბამისი სამედიცინო მომზადების მქონე ექიმმა. ამასთან, ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობის დასაცავად, ეს არ უნდა იყოს პატიმრის მკურნალი ექიმი. ამ საკითხზე ამახვილებს ყურადღებას მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია თავის განცხადებაში პატიმართა სხეულის ჩხრეკის შესახებ.<sup>51</sup>

კონკრეტულ შემთხვევებში, შეიძლება საჭირო გახდეს

---

51. WMA: განცხადება პატიმართა სხეულის ჩხრეკის შესახებ, ბუდაპეშტი (1993, გადაიხინჯა 2005 წელს).

უსაფრთხოების სპეციალური ზომების მიღება, თუმცა ინექციების ჩატარებისას პატიმართა სისტემატური მოთავსება გისოსებით დაცულ ადგილებში, აშკარად გაუმართლებელია. ასეთი მიდგომა შეიძლება შეფასდეს როგორც დამამცირებელი, პატიმრებისთვისაც და შესაბამისი სამედიცინო პერსონალისთვისაც.<sup>52</sup>

## **ციხის ჯანდაცვის პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობა**

ნებისმიერ ციხეში სამედიცინო პერსონალი პოტენციურად საფრთხის ქვეშ იმყოფება. მათი მოვალეობა, იზრუნონ პაციენტებზე, ავადმყოფ პატიმრებზე, ხშირად შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს ციხის მართვისა და უსაფრთხოების ასპექტებს. ამან შეიძლება წარმოშვას რთული ეთიკური საკითხები და არჩევანის წინაშე დააყენოს სამედიცინო პერსონალი. ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში მათი დამოუკიდებლობისათვის, მნიშვნელოვანია, ასეთ პერსონალს მაქსიმალურად ჰქონდეს კავშირი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემასთან.

მიუხედავად იმისა, რა ინსტიტუციური სტრუქტურა არსებობს ციხეში ჯანმრთელობის დასაცავად, აუცილებელია, ციხის ექიმებმა კლინიკური გადაწყვეტილებები მიიღონ მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებზე დაყრდნობით და მათი მუშაობის ხარისხი და ეფექტიანობა შეაფასოს კვალიფიციურმა სამედიცინო ორგანომ.<sup>53</sup>

## **ექიმები, რომლებიც მკურნალობენ როგორც პატიმრებს, ასევე ციხის პერსონალს**

არსებობს დათქმები ციხის ექიმების პრაქტიკის მიმართ, რომელიც ითვალისწინებს როგორც პატიმრების, ასევე ციხის პერსონალის მკურნალობას.<sup>54</sup> პატიმართა სამედიცინო მომსახურებისთვის გამოყოფილი რესურსი ხშირად შეზღუდულია და ექიმების სამუშაო დროის ასეთი განაწილებამ შეიძლება დააზიანოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. თუ დაწესებულებაში არსებული განსაკუთრებული გარემოებები ამას მოითხოვს, მსგავს ორმაგ პასუხისმგებლობას უნდა ახლდეს კონკრეტული გარანტიები, რომლებიც უზრუნველყოფს თანასწორ მიდგომას. მაგალითად, წინასწარ უნდა

52. CPT/Inf (2011)29.

53. CPT/Inf (2004)36.

54. CPT/Inf (2006)11.

განისაზღვროს, ექიმების სამუშაო დროის რა პროცენტი შეიძლება დაეთმოს ციხის პერსონალის მკურნალობას. ასევე სასურველია მედიკამენტთა ორი მარაგის არსებობა (პატიმრებისა და პერსონალისთვის), რომლებიც ერთმანეთისგან განცალკევებულად შეინახება. შეიძლება ასევე გათვალისწინებული იყოს ორი ცალკე ადგილი ექიმის კონსულტაციებისთვის.

## **პატიმართა გამოყენება ჯანდაცვის პერსონალის სახით**

პატიმართა ჩართვა ციხის ჯანდაცვის მომსახურებაში უკიდურეს საშუალებად უნდა ჩაითვალოს, მაშინაც კი, როდესაც მათ აქვთ სამედიცინო კვალიფიკაცია. პატიმრები არ უნდა მონაწილეობდნენ ჯანდაცვის იმ ამოცანების შესრულებაში, რომლებსაც სპეციალიზებული მომზადება სჭირდება, და არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ანაწილებდნენ მედიკამენტებს.

ციხის პერსონალის კომპეტენციაში არ შედის დანიშნული მედიკამენტების განაწილება ან ინექციების გაკეთება. მედიკამენტების გაცემა შეუძლია მხოლოდ ექთანს ან ამ საკითხებზე შესაბამისად მომზადებულ პერსონალს; ინექციების გაკეთების უფლება მხოლოდ კვალიფიციურ სამედიცინო პერსონალს აქვს.<sup>55</sup>

## **ჰუმანიტარული დახმარება**

არსებობს განსაკუთრებით მოწყვლად პატიმართა კატეგორიები, რომელთა საჭიროებებსაც ციხის ჯანდაცვის სამსახურებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმონ, რადგან მათ ყოველთვის არ შეუძლიათ საკუთარი ინტერესების დაცვა პატიმრობის პირობებში. ამ თვალსაზრისით, CPT-მ რამდენიმე შემთხვევაში გამოყო შემდეგი ჯგუფები:<sup>56</sup>

## **თავისუფლებააღკვეთილი დედები და მათი შვილები**

საყოველთაოდ აღიარებული პრინციპია, რომ ბავშვები არ უნდა დაიბადონ ციხეში და, როგორც წესი, ეს დაცულია. დედასა და შვილს გარკვეული დროის განმავლობაში მაინც უნდა მიეცეთ

55. CPT/Inf (2011)19.

56. CPT სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).



ერთად ყოფნის უფლება და ისეთ პირობებში მოთავსდნენ, სადაც დახმარებას გაუწევენ პოსტნატალური მოვლისა და საექთნო საქმის სპეციალისტები. გრძელვადიანი ღონისძიებები, კერძოდ, ბავშვის საზოგადოებრივ სექტორში გადაყვანა, რაც დედისგან განცალკევებას გულისხმობს, ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში უნდა გადაწყდეს ბავშვის სამედიცინო და სოციალური საჭიროებების გათვალისწინებით.

## **არასრულწლოვნები**

პატიმრობაში ყოფნისას, სასურველია, არასრულწლოვნებს ჰქონდეთ იმავე გარემოში დარჩენის საშუალება და პირადი ნივთების დატოვების უფლება. მინიმუმამდე უნდა შემცირდეს რისკი, რომ მოზარდი გრძელვადიან პერიოდში ვერ შეძლებს სოციალურ ადაპტაციას. არასრულწლოვანთა მიმართ გამოყენებული რეჟიმი უნდა ითვალისწინებდეს ინტენსიურ აქტივობებს, მათ შორისაა: სოციალურ-საგანმანათლებლო შეხვედრები, სპორტი, განათლება, პროფესიული მომზადება, გასვლა ბადრაგის თანხლებით და არჩევითი აქტივობები.

## **სამედიცინო ან სოციალური მდგომარეობის გამო მონყვლადი პატიმრები**

ციხის ჯანდაცვის პაციენტებს შორის არიან მარგინალური პირები, რომლებსაც აქვთ ოჯახური ტრავმების, ხანგრძლივი ნარკოდამოკიდებულების, ხელისუფლებასთან კონფლიქტის ან სხვა სოციალური პრობლემების წინაისტორია. მათ შეიძლება ახასიათებდეთ ძალადობრივი, სუიციდური, ან სექსუალური თვალსაზრისით მიუღებელი ქცევა, თუმცა უმეტესწილად ისინი ვერ აკონტროლებენ ან ვერ უვლიან თავს. ამ პატიმართა საჭიროებები პირწმინდად სამედიცინო სახის არ არის, მაგრამ ციხის ექიმს შეუძლია, ხელი შეუწყოს მათთვის სოციალურ-თერაპიული პროგრამების შემუშავებას და განხორციელებას ციხის განყოფილებებში. ეს პროგრამები საზოგადოებრივ სექტორში არსებული პროგრამების მსგავსია და ზედმინწვნიითი ზედამხედველობით ხორციელდება. ასეთ განყოფილებებში შესაძლებელია მონყვლად პატიმართა დამცირების, მათდამი ზიზღისა და სიძულვილის შემცირება, ასევე, პასუხისმგებლობის გრძნობის ამაღლება და რეინტეგრაციისთვის მომზადება. ამ ტიპის პროგრამების კიდევ ერთი უპირატესობაა ციხის პერსონალის აქტიური მონაწილეობა და მათთვის ვალდებულების დაკისრება.



ასევე არსებობენ პატიმრები, რომლებიც არ უნდა დარჩნენ ხანგრძლივ პატიმრობაში, რადგან აქვთ მძიმე დაავადება, რისი სათანადო მკურნალობაც ციხის პირობებში შეუძლებელია, სასიკვდილო პროგნოზი მოკლევადიან პერიოდში ან მძიმე შეზღუდული შესაძლებლობები, ანდა ხანდაზმულები არიან. ასეთ შემთხვევებში, პასუხისმგებელი ორგანოსთვის ანგარიშის მომზადება ევალება ციხის ექიმს, შესაფერისი ალტერნატიული განთავსების უზრუნველსაყოფად.

## თავი 2

# უსიქიატრიული მკურნალობისა და მკურნალობის გეგმები - თერაპიული და სერიაზილიტაციო უსიქო-სოციალური აქტივობები სინეში

**8** ოგადად მოსახლეობასთან შედარებით, პათიმართა შორის ფსიქიატრიული სიმპტომების მაღალი მაჩვენებელი შეინიშნება.

დახურულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებსა და ციხეში მოთავსებულ პირებს ბევრი საერთო აქვთ. ეს ორივე კატეგორია განსაკუთრებით დაუცველია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარების თვალსაზრისით. მათ ხშირად მოჰყვებათ ძალადობის, დეპრივაციის, უსახლკარობის, უმუშევრობის, ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებისა და ფსიქიატრიულ სამსახურებთან კონტაქტის წინაისტორია. ბევრ პათიმარს წიგნიერების პრობლემები აქვს - არ იციან წერა-კითხვა და მათემატიკა, უმეტესობის ინტელექტუალური განვითარების კოეფიციენტი კი საშუალოზე დაბალია.<sup>1</sup> არსებული მონაცემების თანახმად, ყოველ მეშვიდე პათიმარს ფსიქოტური დაავადება ან მძიმე დეპრესია აქვს, მამაკაც პათიმართა, დაახლოებით, ნახევარს და ყოველ მეხუთე ქალ პათიმარს კი ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა აწუხებს.<sup>2</sup> არაპროპორციულად მაღალია სერიოზული ფსიქიკური აშლილობის

1. ნ. სინგლეთონი, ნ. მელტცერი და რ. გატვარდი: ფსიქიკური ავადობა პათიმართა შორის ინგლისსა და უელსში. ლონდონი: ეროვნული სტატისტიკური სამსახური (1998); ციხეების სამეფო ინსპექტორატი: უსამართლობა: ციხეების მთავარი ინსპექტორის თემატური მიმოხილვა ინგლისსა და უელსში სასჯელმისჯელ პათიმართა მკურნალობისა და პირობების შესახებ. ლონდონი, შინაგან საქმეთა სამინისტრო (2000).
2. ს. ფაზელი და ჯ. დანეში: „სერიოზული ფსიქიკური აშლილობა 23000 პათიმარში: 62 კვლევის სისტემური მიმოხილვა“. ლანცეტი, 359 (2002), 545-50.

რიცხვი. ავადობის ყველაზე მაღალი დონე აღირიცხა წინასწარ პატიმრობაში მყოფ პირებსა და ქალ პატიმართა პოპულაციებში. ფსიქიკური აშლილობა (მათ შორის, ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების დიაგნოზი) დაუდგინდა მსჯავრდებულ მამაკაცთა 37%-ს, წინასწარ პატიმრობაში მყოფ მამაკაცთა 63%-ს, მსჯავრდებულ ქალთა 57%-ს და წინასწარ პატიმრობაში მყოფ ქალთა 76%-ს. ხშირია პატიმრები რამდენიმე ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზით, განსაკუთრებით, წინასწარ პატიმრობაში მყოფ პირებს შორის: წინასწარ პატიმრობაში მყოფ მამაკაცთა, დაახლოებით, მეოთხედსა და ქალების, დაახლოებით, მესამედს ორი ან მეტი ფსიქიკური დაავადება დაუდგინდათ.<sup>3</sup>

აშკარაა, რომ სერიოზული, მაგრამ განკურნებადი ფსიქიკური აშლილობების ტვირთი მაღალია. ციხის სისტემის შეზღუდული რესურსის გათვალისწინებით, საეჭვოა, ყველა ადამიანი მიიღოს საჭირო მკურნალობა და ზრუნვა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის შესაბამისად.

## **2.1 ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები ციხეებში**

ციხის გარემოში ფსიქიკური აშლილობის მაღალი მაჩვენებელი ზრდის ციხის ჯანდაცვის სისტემის პასუხისმგებლობას. პირველ რიგში, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს კვალიფიციური ფსიქიატრი, რომელიც მიმაგრებული იქნება ციხის ჯანდაცვის ყველა განყოფილებასთან, თვითონ განყოფილებებში დასაქმებული ზოგიერთი ექთანი კი მომზადებული იყოს ამ სფეროში. სამედიცინო და საექთნო პერსონალის რაოდენობა და ციხის ინფრასტრუქტურა უნდა იძლეოდეს რეგულარული ფარმაკოლოგიური, ფსიქოლოგიური და ოკუპაციური თერაპიის პროგრამათა განხორციელების საშუალებას.<sup>4</sup>

### **ფსიქიკურ აშლილობებთან დაკავშირებული ზომები ციხის გარემოში**

ციხის პირობებში ფსიქიატრიული დაავადებების მკურნალობის გარეშე დატოვება შეიძლება არაადამიანურ და ღირსების

3. ჯ. ვუნი, ა. მადენი და მ. სუინტონი: ფსიქიკური აშლილობების მქონე პატიმრები, ლონდონი, შინაგან საქმეთა სამინისტრო (1991); ა. მადენი, ს.ჯ.ა. ტეილორი, დ. ბრუკი და სხვები: ფსიქიკური აშლილობა წინასწარ პატიმრობაში მყოფ პირებში, ლონდონი, შინაგან საქმეთა სამინისტრო (1995).

4. *Slawomir Musial v. Poland* 28300/06, *Aerts v. Belgium* 25357/94.

შემლახველ მოპყრობად ჩაითვალოს<sup>5</sup>, ამიტომ საჭიროა საგანგებო ზომების მიღება ამ კუთხით. შესაბამისმა პასუხისმგებელმა პირებმა ფსიქიატრიული აშლილობის მქონე პატიმრებთან უნდა გაატარონ შემდეგი ზომები:

- ▶ სამედიცინო პერსონალისა და ციხეში მომუშავე ფსიქოლოგების მოტივირება და მომზადება მსგავსი შემთხვევების დიაგნოსტირებასა და მართვაში აქტიურად ჩართვისათვის;
- ▶ სპეციალიზებული დახმარების განევა ფსიქიატრის მიმაგრებით და რეგულარული კონსულტაციების ჩატარებით;
- ▶ ფსიქოტროპული მედიკამენტების საკმარისი მარაგების ხელმისაწვდომობა;
- ▶ საჭიროების შემთხვევაში, გრძელვადიანი ჰოსპიტალური დახმარება აქტიური ფსიქოსოციალური კომპონენტით;
- ▶ ფსიქიკური დაავადების მქონე პატიმრის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში გადაყვანა, უმაღლესი პრიორიტეტის სახით.

## **ფსიქიკური დაავადების მქონე პატიმართა მკურნალობა სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში**

ფსიქიკური დაავადების მქონე პატიმარი უნდა მოთავსდეს სათანადოდ აღჭურვილ ჰოსპიტალურ დაწესებულებაში, რომელსაც შესაბამისად მომზადებული პერსონალი ჰყავს. ეს შეიძლება იყოს სამოქალაქო სექტორის ფსიქიატრიული საავადმყოფო, ან ციხის სისტემაში არსებული სპეციალურად აღჭურვილი ფსიქიატრიული დაწესებულება.

ეთიკური თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია ფსიქიკური დაავადების მქონე პატიმართა ჰოსპიტალიზაცია ციხის სისტემის გარეთ, იმ დაწესებულებებში, რომლებზეც პასუხისმგებელია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური. მეორე მხრივ, შეიძლება ითქვას, რომ ციხეში ფსიქიატრიული განყოფილებების ჩამოყალიბება ოპტიმალური უსაფრთხოების პირობებით, ფსიქიატრიული ზრუნვის საშუალებას იძლევა და შესაძლებელია სამედიცინო და სოციალური სამსახურების გააქტიურება ამ სისტემის ფარგლებში.

არჩეული კურსის მიუხედავად, შესაბამისი ფსიქიატრიული დაწესებულების საწოლი ადგილების რაოდენობა და რესურსები უნდა

5. CPT/Inf (2005)18; *Slawomir Musial v. Poland* 28300/06, *Aerts v. Belgium* 25357/94.

იყოს სათანადო, რადგან ხშირად ხანგრძლივი ლოდინია საჭირო პატიმრის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში გადასაყვანად. ეს საკითხი მაღალპრიორიტეტულად უნდა განიხილებოდეს.

პატიმრები, რომლებიც სერიოზული ფსიქიკური დაავადების გამო საფრთხეს ქმნიან, არ უნდა მოთავსდნენ მაღალი უსაფრთხოების რეჟიმის განყოფილებებში, ფსიქიატრიული დაწესებულების ნაცვლად. ასეთ პატიმრებს საავადმყოფოს გარემოში უნდა მიუწვდებოდეთ ხელი მკურნალობასა და შესაბამის თერაპიულ აქტივობებზე, საკმარისი რაოდენობის კვალიფიკაციური პერსონალის მხრიდან განუვლი ხელმძღვანელობითა და საჭირო დახმარებით.<sup>6</sup>

## **2.2 ფსიქიატრიული განყოფილებები ციხეებში**

ციხის სპეციალიზებული ფსიქიატრიული განყოფილება, რომელიც ამ სისტემის ჯანდაცვის სამსახურის ნაწილია, შეიძლება სხვადასხვა მიზანს ემსახუროდეს. ყველაზე გავრცელებულია ფსიქიატრიული პრობლემების მქონე პატიმართა მკურნალობა, რომლებიც ამ განყოფილებებში დროებით არიან მოთავსებულნი - სამკურნალოდ, ან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის შესაბამის დაწესებულებაში გადასვლის მოლოდინში. იშვიათად, ციხის სისტემაში არსებული ფსიქიატრიული განყოფილებები შეიძლება გამოიყენებოდეს იმ პირთა განსათავსებლად და სამკურნალოდ, რომლებსაც შეურაცხადობის გამო ვერ დაეკისრებათ სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა. ასეთი რამ, ძირითადად, ხდება ციხის სისტემის გარეთ უსაფრთხო დაწესებულების არარსებობისას. და ბოლოს, ფსიქიატრიული განყოფილებების გამოყენება შესაძლებელია წინასწარ პატიმრობაში მყოფ პირთა მოსათავსებლადაც, რათა შეფასდეს მათი ფსიქიკური მდგომარეობა.

უჩვეულო არ არის მდგომარეობა, როდესაც ციხეებში სპეციალური ფსიქიატრიული განყოფილების არარსებობის გამო, მოწყვლადი პატიმრებისთვის, მათ შორის, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირებისთვის, დაწესებულებაში გამოყოფილია სპეციალური უსაფრთხო ადგილები.

6. CPT/Inf (2008)33.

## ციხის ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მკურნალობისა და დახმარების ზოგადი პრინციპები

პირის უსაფრთხოების მიზნებისთვის, ციხის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსება უნდა ეფუძნებოდეს მკურნალობისა და რეაბილიტაციის მიდგომებს, უსაფრთხოების საჭირო ზომების გათვალისწინებით. მსგავსი მიდგომები უნდა აისახოს ამ კონკრეტული პოპულაციის საცხოვრებელ პირობებსა და მათთვის შეთავაზებულ საშუალებებშიც, ასევე, მკურნალობასა და აქტივობებში. ასეთი დაწესებულებები უნდა დაკომპლექტდეს სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პერსონალით, რომელსაც შეუძლია პაციენტებთან დადებითი ურთიერთობების დამყარება, უშუალო კონტაქტის გზით.<sup>7</sup> განყოფილებას უნდა ჰყავდეს ადეკვატური ადამიანური რესურსები, როგორც რაოდენობის, ასევე კატეგორიების (ფსიქიატრები, ზოგადი პროფილის ექიმები, ექთნები, ფსიქოლოგები, ოკუპაციური თერაპევტები, სოციალური მუშაკები და ა.შ.), გამოცდილებისა და მომზადების თვალსაზრისით. პერსონალის უკმარობამ შეიძლება შექმნას პაციენტებისთვის მაღალი რისკის შემცველი სიტუაციები, კარგი განზრახვებისა და რეალური ძალისხმევის მიუხედავად.

CPT-მ არაერთგზის გააკეთა კომენტარი ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოთავსებულ პირთა საცხოვრებელ პირობებზე.<sup>8</sup> ეს ეხება ციხის ფსიქიატრიულ განყოფილებებსაც. ასეთ განყოფილებაში არსებული ფიზიკური პირობები ხელს უწყობდეს პაციენტთა მკურნალობასა და კეთილდღეობას, ასევე, დადებითი თერაპიული გარემოს შექმნას. ეს, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს პაციენტისთვის საკმარისი საცხოვრებელი ფართის, სათანადო განათების, გათბობისა და ვენტილაციის უზრუნველყოფას, დაწესებულების შენარჩუნებას დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში და ჰიგიენის მოთხოვნათა დაცვას. პაციენტთა მცირე ჯგუფებზე გათვლილი საცხოვრებელი სივრცის უზრუნველყოფა გადამწყვეტი ფაქტორია მათი ღირსების შესანარჩუნებლად და ფსიქოლოგიური თუ სოციალური რეაბილიტაციის პოლიტიკის მთავარი ელემენტია. პაციენტთა ასეთი განთავსება ასევე ხელს უწყობს მათ შესაბამის კატეგორიებად დაყოფას თერაპიული მიზნებისთვის. სანიტარული პირობები პაციენტებს განმარტობის საშუალებას უნდა აძლევდეს. ამ თვალსაზრისით, გასათვალისწინებელია ხანდაზმული ან შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტების საჭიროებებიც

7. CPT/Inf (2007)28.

8. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

(მაგ.: ისეთი დიზაინის საპირფარეშოები, რომლებიც არ იძლევა დაჯდომის საშუალებას, მსგავსი პაციენტებისთვის შეუფერებელია). ანალოგიურად, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საავადმყოფოს საბაზისო აღჭურვილობაც, რომელიც პერსონალს მისცემს მწლიარე ავადმყოფთა სათანადო მოვლის საშუალებას (პირადი ჰიგიენის ჩათვლით); ამგვარი აღჭურვილობის არარსებობამ შეიძლება სავალალო მდგომარეობა გამოიწვიოს. ზოგიერთ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში არსებული პრაქტიკა, რომლის მიხედვითაც პაციენტს მუდმივად პიჯამა უნდა ეცვას, არ უწყობს ხელს პირადი იდენტობისა და თვითშეფასების განმტკიცებას. ტანსაცმლის ინდივიდუალიზაცია თერაპიული პროცესის ნაწილი უნდა იყოს.

ფსიქიატრიულ პაციენტებს, მათ შორის, ვისაც სამედიცინო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა უნდა ჩაუტარდეთ, დღეში, სულ მცირე, ერთი საათით უნდა შეეძლოთ სუფთა ჰაერზე აქტივობა, საკმარის სივრცესა და უსაფრთხო გარემოში (რაც ასევე ითვალისწინებს გადახურულ ადგილს ცუდი ამინდის დროს).<sup>9</sup>

## 2.3 მკურნალობის გეგმა

---

ფსიქიატრიული მკურნალობა უნდა ემყარებოდეს ინდივიდუალურ მიდგომას, რაც გულისხმობს თითოეული პაციენტისთვის მკურნალობის გეგმის შედგენას, მიზნების, გამოყენებული თერაპიული საშუალებებისა და პასუხისმგებელი პერსონალის მითითებით. გეგმა უნდა შეიცავდეს პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ასევე, მისთვის დანიშნული მედიკამენტების რეგულარული შესწავლისა და გადასინჯვის შედეგებს. პაციენტები უნდა მონაწილეობდნენ ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმების შემუშავებაში და ინფორმირებულნი იყვნენ მკურნალობის მიმდინარეობაზე.<sup>10</sup>

მნიშვნელოვანია, ფსიქიატრიულ პაციენტებთან მომუშავე სხვადასხვა კატეგორიის პერსონალი რეგულარულად იკრიბებოდეს გუნდური მუშაობის ხელშესაწყობად და მკურნალობის გეგმაში საჭირო ცვლილებების განსახილველად. ეს იძლევა ყოველდღიური პრობლემების იდენტიფიცირების, განხილვისა და სახელმძღვანელო მითითებების მიწოდების საშუალებას.

---

9. CPT/Inf (2004)40, CPT/Inf (2012)4.

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



## ფსიქიატრიული მკურნალობა

ფსიქიატრიული მკურნალობა უნდა მოიცავდეს სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და რეკრეაციული ღონისძიებების ფართო სპექტრს, როგორცაა შესაფერისი მედიკამენტებისა და სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა. უნდა არსებობდეს შესაბამისი პროცედურები გამონერვილი მედიკამენტების სწორად დარიგებისა და რეგულარულად მომარაგებისთვის. შეიძლება რეკომენდებული იყოს მთელი რიგი თერაპიული მიმართულებების შემუშავება, მათ შორის, ხანგრძლივ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა ჩართვა სარეაბილიტაციო ფსიქო-სოციალურ აქტივობებში, რათა ისინი მოემზადონ დამოუკიდებელი ცხოვრებისა და ოჯახებში დაბრუნებისთვის. ოკუპაციური თერაპია სარეაბილიტაციო პროგრამის განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს. ეს უზრუნველყოფს მოტივაციას, ხელს შეუწყობს სწავლისა და ურთიერთობის უნარ-ჩვევათა განვითარებას, კონკრეტული კომპეტენციების შექმნას და თვითშეფასების ამაღლებას. ასევე სასურველია პაციენტებისთვის განათლებისა და შესაფერისი სამუშაოს შეთავაზება.

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს მკურნალობის უწყვეტობას, რაც მოიცავს როგორც ფარმაკოთერაპიას, ასევე სარეაბილიტაციო და სამკურნალო ღონისძიებათა ფართო სპექტრს. ასეთი მკურნალობა მიზნად არ ისახავს უეცარ შეწყვეტას ან წამოწყებას. ფსიქიკური დაავადების მქონე პირთა გადაყვანამ ერთი გარემოდან მეორეში, სადაც ახალი წესები მოქმედებს, და მკურნალობის უეცარმა შეწყვეტამ, შეიძლება ზიანს მიაყენოს მათ კეთილდღეობას.<sup>11</sup>

## იმ პირთა მკურნალობა, რომლებსაც სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზა უნდა ჩაუტარდეთ

ისეთი პირების მკურნალობა, რომელთაც ფსიქიკური მდგომარეობის გამო სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობა ვერ დაეკისრებათ, უნდა მოიცავდეს სამკურნალო, სარეაბილიტაციო და რეკრეაციულ ღონისძიებათა ფართო სპექტრს, მათ შორის, სათანადო მედიკამენტოზურ და სამედიცინო დახმარებას. მკურნალობა მიზნად უნდა ისახავდეს როგორც დაავადების სიმპტომების კონტროლს, ისე ხელახალი დანაშაულის ჩადენის რისკის შემცირებას. ხაზგასასმელია, რომ თერაპიული ღონისძიებების შეთავაზება მათთვის, ვისაც სასამართლო ფსიქიატრიული ექსპერტიზა უნდა ჩაუტარდეს,

11. CPT/Inf (2006)26.

ხელს არ შეუშლის შეფასების პროცესს; პირიქით, ეს დაეხმარება ღირებული ინფორმაციის შეგროვებას ამ მიზნებისთვის.<sup>12</sup>

## ფსიქოფარმაკოთერაპია

ფსიქიკური აშლილობის სამკურნალოდ მედიკამენტები ხშირად გამოიყენება როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორიულ ფსიქიატრიაში. ფსიქოტროპული მედიკამენტების უმეტესობა შემუშავებულია დეპრესიისა და შფოთვისით ან ფსიქოზური აშლილობების სამკურნალოდ (მაგ.: როგორიცაა შიზოფრენია). ამავდროულად, აღმოჩნდა, რომ სხვა მიზნებით შემუშავებული ზოგიერთი მედიკამენტი სასარგებლოა ფსიქიატრიული მკურნალობისთვისაც. ამის მაგალითებია ანტიეპილეპტიკური მედიკამენტების გამოყენება ბიპოლარული დარღვევების სამკურნალოდ, ან ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენება იმპულსების კონტროლის პრობლემათა აღმოსაფხვრელად. ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალოდ ფსიქოფარმაკოთერაპიის გამოყენება შეიძლება როგორც დამოუკიდებლად, ისე ფსიქოთერაპიასთან ერთად.<sup>13</sup>

## ფსიქოტროპული მედიკამენტების ძირითადი ჯგუფები

ანტიფსიქოზური მედიკამენტები (ნეიროლეპტიკები) ეხმარება ისეთი ფსიქოზური სიმპტომების მართვას, როგორიცაა აგზნება, ჰალუცინაციები (არარსებული რაღაცების გაგონება ან დანახვა), ბოდვა (ცრუ წარმოდგენები) და არაორგანიზებული აზროვნება. ანტიდეპრესანტებით მკურნალობენ დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომებს. ანქსიოლიზური საშუალებები (ტრანკვილიზატორები) ამცირებს შფოთვისა და აგზნების დონეს.

გარდა ამისა, გარკვეული ფსიქოსტიმულატორები სასარგებლოა ყურადღების დეფიციტის (ADHD) სამკურნალოდ; არსებობს მედიკამენტები, რომლებიც გამოიყენება განწყობის ცვალებადობის სტაბილიზაციისთვის (თიმოსტაბილიზატორები).

12. CPT/Inf (2009)24.

13. ბ.ჯ. სედოკი, ვ. სედოკი და ნ. სიუზანი: კაპლანის და სადოკის სამაგიდე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიული მედიკამენტებით მკურნალობის შესახებ, მე-4 გამოცემა, ფილადელფია (2005).

## ფსიქოფარმაკოთერაპიაში გავრცელებული პრობლემები

ფსიქოფარმაკოლოგიური მედიკამენტები ხშირად მკურნალობის აუცილებელი ნაწილია, რომელიც ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებს ენიშნებათ. უნდა არსებობდეს პროცედურები, რომლებითაც გარანტირებული იქნება გამონერვილი მედიკამენტების სწორად დარიგება, პაციენტების მიერ მიღება, და რეგულარული მინოდება. ასევე, ზედამხედველობა უნდა დაწესდეს მედიკამენტთა ბოროტად გამოყენების ნიშნების გამოსავლენად.

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

- ▶ ნაკლები ეფექტიანობა, რაც ხშირად იწვევს უფრო მაღალი დოზების გამოყენებას, ვიდრე რეკომენდებულია თერაპიული თვალსაზრისით;
- ▶ მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები, რომელთაგან ზოგიერთი გამოსავლენია (პარკინსონიზმი, დისტონიები), ხოლო ზოგიერთის დადგენა შესაძლებელია ტესტებით (აგრანულოციტოზი, ჰიპერპროლაქტინემია), გამოკითხვით (სექსუალური დისფუნქცია), ან მეორეულ სიმპტომებზე ფრთხილად დაკვირვებით (ჰირსუტიზმი, მეტაბოლური სინდრომი);
- ▶ მედიკამენტების კომბინაციური გამოყენების აუცილებლობა, როდესაც იკვეთება მნიშვნელოვანი ურთიერთქმედება სხვადასხვა მედიკამენტს შორის: შეიძლება არსებობდეს როგორც ფარმაკოკინეტიკური (აბსორბციის ცვლილებები, ცილებთან მიმაგრება, მეტაბოლიზმი ან ექსკრეცია), ასევე ფარმაკოდინამიკური ურთიერთქმედება.

### 2.4 ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე თანხმობა

ფსიქიატრიულ პაციენტებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, რომ თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობა განაცხადონ მკურნალობაზე. ფსიქიატრიულ განყოფილებაში პირის არანებაყოფლობითმა მოთავსებამ (სამოქალაქო თუ სისხლის სამართალწარმოებასთან დაკავშირებით) არ უნდა შეუშალოს ხელი პერსონალს, რომ მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობა მიიღონ მისგან.

ყველა ქმედუნარიანი პაციენტი, ნებაყოფლობით მოთავსდება

დანესებულებაში თუ არანებაყოფლობით, სრულად უნდა იყოს ინფორმირებული მკურნალობაზე, რომელიც დაენიშნება, და შეეძლოს უარის თქმა მასზე ან სხვა სამედიცინო ჩარევაზე. ამ ფუნდამენტური პრინციპიდან ნებისმიერი გადახვევა უნდა უკავშირდებოდეს მხოლოდ მკაფიოდ და მკაცრად განსაზღვრულ განსაკუთრებულ გარემოებებს.<sup>14</sup>

მკურნალობაზე თანხმობა თავისუფალი და ინფორმირებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ემყარება სრულ და ზუსტ ინფორმაციას პაციენტის მდგომარეობისა და მკურნალობის შესახებ. ყველა პაციენტს სისტემატურად უნდა მიენოდოს ინფორმაცია საკუთარ მდგომარეობასა და დანიშნულ მკურნალობაზე.

PRN მედიკამენტების (*pro re nata*) გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ განსაკუთრებული საჭიროებისას. ექიმს დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს PRN მედიკამენტის გამოყენებაზე, რათა მან შეამოწმოს ამ პროცესის ადმინისტრირების პირობები.<sup>15</sup>

## შეზღუდვის საშუალებათა გამოყენება ფსიქიატრიულ განყოფილებებში

სახელმძღვანელო მითითებები ფსიქიატრიულ განყოფილებებში შეზღუდვის საშუალებათა გამოყენებაზე შეგიძლიათ იხილოთ CPT-ის მე-16 ზოგადი ანგარიშის ძირითად ნაწილში.<sup>16</sup> ფსიქიკურად აშლილ (და შესაძლოა მოძალადე) პაციენტს მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს ზედმინწვნითი მეთვალყურეობითა და საექთნო პერსონალის დახმარებით, საჭიროების შემთხვევაში, მედიკამენტებთან ერთად. ყველა ფსიქიატრიულ განყოფილებას უნდა ჰქონდეს შეზღუდვის საშუალებათა გამოყენების თანმიმდევრული პოლიტიკა. მისი შემუშავების პროცესში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება როგორც პერსონალის, ასევე მენეჯმენტის მონაწილეობასა და მხარდაჭერას. ამ პოლიტიკაში ნათლად უნდა განისაზღვროს, რომელი საშუალებების გამოყენება შეიძლება და რა გარემოებებში, როგორ გამოიყენება შეზღუდვის საშუალებები პრაქტიკაში და რა ტიპის ზედამხედველობით, ასევე, რა ზომებია მისაღები მათი გამოყენების შეწყვეტისთანავე. პოლიტიკა ასევე უნდა შეიცავდეს ცალკე თავებს სხვა მნიშვნელოვან საკითხებზე, როგორიცაა პერსონალის ტრენინგი, გასაჩივრების საკითხები,

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

15. CPT/Inf (2012)34.

16. CPT/Inf (2006)35.

შიდა და გარე ანგარიშგების მექანიზმები და ბრიფინგები.

არსებობს ალგზნებულ ან მოძალადე პაციენტთა კონტროლის სხვადასხვა მეთოდი, რომელთა გამოყენება შესაძლებელია ცალკე, ან კომბინირებულად. კერძოდ:

- ▶ პერსონალის წევრი მუდმივად იმყოფება პაციენტის გვერდით და, საჭიროების შემთხვევაში, ჩაერევა მის მოქმედებებში, ხელით ფიზიკური კონტროლის მეშვეობით;
- ▶ მექანიკური შეზღუდვის საშუალებები, როგორცაა სალტეები, დამაწყნარებელი პერანგი, ან შემოსაზღვრული საწოლი;
- ▶ ქიმიური შეზღუდვის საშუალებები (პაციენტისთვის მედიკამენტების მიცემა მისი ნების საწინააღმდეგოდ, ქცევის კონტროლის მიზნით);
- ▶ იზოლირება (პაციენტის იძულებითი მოთავსება მარტო, ჩაკეტილ ოთახში).

კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში შერჩეული მეთოდი ყველაზე მეტად უნდა შეესაბამებოდეს არსებულ სიტუაციას და იყოს მისი პროპორციული. პაციენტის მიმართ შეზღუდვის საშუალებები უნდა გამოიყენონ უკანასკნელი ზომის სახით, გარდაუვალი დაზიანების, უკიდურესი ალგზნების და/ან აგრესიის შესამცირებლად. შეზღუდვის საშუალებათა სწორად და სათანადოდ გამოყენება შესაბამის გარემოში მოითხოვს პერსონალის პირდაპირ, პირად და განგრძობით მეთვალყურეობას. ყოველი ასეთი გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ ექიმის თანხმობით, ან დაუყოვნებლივი ინფორმირებით, რათა მან დაადასტუროს ამ ზომის გამოყენების მიზანშეწონილობა.

თუ შეზღუდვის საშუალებები გამოიყენება საგანგებო ვითარების გამო, პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გაათავისუფლონ, როგორც კი ამის საჭიროება აღარ იქნება. არ არსებობს მიზეზი, რომელიც გაამართლებს შეზღუდვის საშუალებათა ხანგრძლივად (დღეების განმავლობაში) გამოყენებას.

როგორც კი შეწყდება ფიზიკური შეზღუდვის საშუალებათა გამოყენება, უაღრესად მნიშვნელოვანია პაციენტთან გასაუბრება. ეს ექიმს შესაძლებლობას აძლევს, პაციენტს განუმარტოს გამოყენების მიზეზები, რაც მას შეუმსუბუქებს გადატანილ ფსიქოლოგიურ ტრავმას და აღადგენს ურთიერთობას ექიმსა და პაციენტს შორის. შეზღუდვის საშუალებათა გამოყენების წესმა არ უნდა გააუარესოს პაციენტის ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობა.

ადგილი, სადაც პაციენტის მიმართ გამოიყენება შეზღუდვის

საშუალებები, უნდა იყოს სპეციალურად ამ პროცესისთვის განკუთვნილი, უსაფრთხო, სათანადოდ განათებული და გამთბარი, და ქმნიდეს დამამშვიდებელი გარემოს. გარდა ამისა, პაციენტი უნდა იყოს შესაბამისად ჩაცმული და არ შეიზღუდოს სხვა პაციენტების თვალწინ. შეზღუდვის საშუალებები უნდა გამოიყენოს სათანადო ცოდნით აღჭურვილმა პერსონალმა, დიდი სიფრთხილით, რათა არ დაზიანდეს პაციენტის ჯანმრთელობა, ან არ მიაყენონ ტკივილი. პაციენტს არ უნდა შეეშალოს ხელი ისეთ სასიცოცხლო ფუნქციებში, როგორცაა სუნთქვა, კომუნიკაცია, ჭამა და დაღევა. თუ მისთვის დამახასიათებელია კბენა ან შეფურთხება, ამის პოტენციური რისკი უნდა გამოირიცხოს რაიმე სხვა საშუალებით, და არა პირის ახვევით.

უმჯობესია, არსებობდეს სპეციალური ჟურნალი, სადაც აღირიცხება შეზღუდვის საშუალებათა გამოყენების ყველა შემთხვევა. ასეთი ჟურნალი უნდა არსებობდეს დამატებით, იმ ჩანაწერებთან ერთად, რომლებიც შეტანილია პაციენტის პირად სამედიცინო ანკეტაში. ჟურნალში უნდა აისახოს აღნიშნული ზომის გამოყენების დაწყებისა და დასრულების თარიღი და დრო; შემთხვევასთან დაკავშირებული გარემოებები; ამ ზომის გამოყენების მიზეზები; ექიმის სახელი, რომელმაც მოითხოვა ან თანხმობა გასცა მასზე; ნებისმიერი ტრავმის აღწერილობა, რომელიც პაციენტმა ან თანამშრომელმა მიიღო.

შეზღუდვის საშუალებათა მინიმალურად გამოყენებისთვის საჭიროა ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული კულტურის შეცვლა. ამ თვალსაზრისით, მენეჯმენტის როლს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს: თუ ხელმძღვანელობა არ წაახალისებს პერსონალს და არ შესთავაზებს ალტერნატიულ მეთოდებს, შეზღუდვის საშუალებებს უფრო ხშირად მიმართავენ.

## **ფსიქიატრიული მკურნალობა გათავისუფლების შემდეგ**

შესაბამისი ზომები უნდა მიიღონ იმ პირთა უწყვეტი დახმარებისათვის, რომლებიც ფსიქიატრიულ მკურნალობას გადიოდნენ. თუნდაც აუცილებელი აღარ იყოს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მოთავსება, შეიძლება ამ პირებს მაინც დასჭირდეთ მკურნალობა, ან სასარგებლო აღმოჩნდეს მათი ყოფნა დაცულ გარემოში.<sup>17</sup> მკურნალობის უწყვეტობა აუცილებელია მაშინაც, როდესაც პაციენტები თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში დაბრუნდებიან.

17. CPT/Inf (98)12.



## 2.5 სუიციდის პრევენცია

ციხეებში ფსიქიკური აშლილობის მაღალი მაჩვენებლის გათვალისწინებით, დაწესებულების სამედიცინო სამსახურები უნდა ზრუნავდნენ ფსიქიკური ჰიგიენის საკითხებზე, მათ შორის, დაკავების გარკვეული ასპექტების მავნე ფსიქოლოგიური ზემოქმედების პრევენციაზე. ცნობილია, რომ ეფექტიანმა პროფილაქტიკამ შეიძლება შეამციროს ფსიქიკური აშლილობების რისკი.<sup>18</sup>

### ორგანიზაციული მიდგომა სუიციდის პრევენციისადმი

სუიციდის პრევენცია მოითხოვს ინტერვენციებს ჯანდაცვის სექტორის ფარგლებს გარეთ.<sup>19</sup> მე-3 ზოგად ანგარიშში<sup>20</sup> CPT-მ ამ საკითხზე რამდენიმე რეკომენდაცია შეიტანა. ციხის ხელმძღვანელობამ, მათ შორის, ჯანდაცვის სამსახურის უფროსმა, დაწესებულების მასშტაბით სათანადოდ უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია სუიციდის პრევენციაზე და დანერგოს შესაბამისი პროცედურები.

საჭიროა აქტიური ძალისხმევის გაღება სუიციდის პრევენციისათვის, მხარდამჭერი მონიტორინგითა თუ პატიმრებსა და პერსონალს შორის ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობების მეშვეობით. გარკვეული ზომებია მისაღები პრევენციის ღონისძიებათა სათანადო კოორდინაციისათვის, კერძოდ, მულტიდისციპლინური ჯგუფის რეგულარული და ხშირი შეხვედრებით და სპეციალისტების, მაგალითად, ფსიქიატრებისა და პედაგოგების აქტიური ჩართულობით.

სუიციდის მაღალი დონის შემთხვევაში, უნდა გატარდეს პრევენციის ალტერნატიული ზომებიც (მაგ.: მეტი და მრავალფეროვანი აქტივობები, კომუნიკაციის შესაძლებლობა, კონტაქტები გარე სამყაროსთან და წამალდამოკიდებულების ეფექტიანი, მულტიდისციპლინური მკურნალობა).

18. ფსიქიკური აშლილობის პრევენცია: ეფექტიანი ინტერვენცია და პოლიტიკის არჩევანი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების დეპარტამენტსა და ნიჟმეგენისა და მასსტრიხტის უნივერსიტეტების პრევენციული კვლევის ცენტრთან ერთობლივად, ჯანმო (2004).

19. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებები სუიციდის პრევენციის მიმართულებით, ჯანმო (2012).

20. CPT/Inf (93)12.



## სუიციდის რისკის იდენტიფიცირება

დანესებულებაში მოთავსებისას, სამედიცინო შემონმების გარდა, ასევე მნიშვნელოვანია მიღებისა და პირველ გატარებულ ღამესთან დაკავშირებული პროცედურები. მათი სათანადოდ შესრულების შემთხვევაში, შესაძლებელია თვითდაზიანების რისკის მქონე პირების განსაზღვრა და მათთვის დახმარების განევა შფოთვის დაძლევაში, რომელსაც ყველა ახალშემოსული პაციმარი განიცდის. პერიოდები უშუალოდ სასამართლო პროცესის დაწყებამდე და დასრულების შემდეგ - და, ზოგ შემთხვევაში, ციხიდან გათავისუფლებამდეც - სუიციდის მაღალ რისკს უკავშირდება.<sup>21</sup>

## პერსონალის მომზადება სუიციდის რისკის ამოცნობაში

სუიციდის პრევენცია, მათ შორის, რისკქვეშ მყოფ პირთა იდენტიფიცირება, არ უნდა იყოს მხოლოდ ჯანდაცვის სამსახურის პასუხისმგებლობა. ყველა თანამშრომელი, რომელსაც შეხება აქვს პაციმრებთან, პრიორიტეტული წესით კი - მიღებისა და მოთავსების განყოფილებებში მომუშავე პირები, მომზადებულნი უნდა იყვნენ სუიციდის რისკის ამოცნობაში.<sup>22</sup>

## სუიციდის რისკის შეფასება

უნდა დაინერგოს სკრინინგის სტანდარტული ალგორითმი ციხეში სუიციდის (და თვითდაზიანების) რისკის შესაფასებლად. მისი სწორად გამოყენებით, შესაძლებელი იქნება, ნარკოტიკებსა და/ან ალკოჰოლზე დამოკიდებულება ადეკვატურად იყოს გათვალისწინებული სკრინინგის პროცესში, როგორც სუიციდის რისკის გაზრდის ფაქტორები.

ზომებია გასატარებელი იმისთვისაც, რომ სუიციდის ან თვითდაზიანების რისკის მქონე პაციმარზე ინფორმაცია სრულად და დაუყოვნებლივ მიეწოდოს ყველა იმ პირს, რომლებსაც ეკისრებათ პაციმარზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა, მათ შორის, სხვა დანესებულებაში გადაყვანისას.

21. CPT/Inf (2012)1.

22. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

## სუიციდის რისკის მქონე პირთა მართვა

პირი, რომელიც იდენტიფიცირებულია, როგორც სუიციდის რისკის მქონე, სპეციალური მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იყოს საჭირო დროის განმავლობაში. გარდა ამისა, ასეთ პირებს არ უნდა ჰქონდეთ წვდომა სუიციდის ჩასადენად საჭირო საშუალებებზე (საკნის ფანჯრის გისოსები, გატეხილი მინები, ქამრები ან ჰალსტუხები). სუიციდის რისკის მქონე ყველა პირისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს კონსულტირება, დახმარება და კომუნიკაცია.

პატიმარი, რომელსაც აქვს სუიციდური ან (ავტო)აგრესიული ქცევის მძიმე ნიშნები, დაუყოვნებლივ უნდა გადაიყვანონ მწვავე ფსიქიკური აშლილობების განყოფილებაში. თუ პირი ციხეში რჩება, მის მკურნალობასა და მოვლას უნდა მეთვალყურეობდეს სამედიცინო პერსონალი. ასევე აუცილებელია რეგულარული სამედიცინო ვიზიტები და შემდგომი კონტროლი.<sup>23</sup>

## 2.6 ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები ციხეში

### თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილი პატიმრები

ასეთი მოქმედებები ხშირად ფსიქოლოგიურ ან ფსიქიატრიულ პრობლემებზე მიანიშნებს და მათი მართვა საჭიროა თერაპიული და არა სადამსჯელო მიდგომების გამოყენებით. ამ პატიმართა იზოლირებამ (მაშინაც კი, თუ ეს ზომა არ მიიღება დისციპლინური სასჯელის სახით) შეიძლება გაამძაფროს მათი ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული პრობლემები. თვითდაზიანებების მიყენების ყველა შემთხვევა უნდა შეფასდეს სამედიცინო თვალსაზრისით, ამგვარი ინციდენტის შემდეგ დაუყოვნებლივ, დაზიანების ხარისხისა და პატიმრის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შესაფასებლად.<sup>24</sup>

### ციხეებში შიმშილობით გაფიცვების მართვა

ეს საკითხი ძალიან წინააღმდეგობრივია. მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია No R(1998)7 ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების შესახებ, და მსოფლიო ექიმთა

23. CPT/Inf (2011)5.

24. CPT/Inf (2009)35.

ასოციაციის დეკლარაცია შიმშილობით გაფიცვების შესახებ, რომელიც 1991 წელს მიიღეს მალტაში, ექიმების დისკრეციულ უფლებამოსილებაში ტოვებს მოქმედებებს, როცა შიმშილობა პატიმრის სიცოცხლისთვის საშიში ხდება.<sup>25</sup> წინააღმდეგობა პატიმრის სიცოცხლის უფლების დაცვასა და პირის ხელშეუხებლობის პატივისცემის ვალდებულებას შორის უნდა გადაწყდეს სამედიცინო ეთიკისა და კონკრეტული ქვეყნის კანონმდებლობის შესაბამისად. ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ თავის გადაწყვეტილებაში საქმეზე *X v. Germany* აღნიშნა, რომ როდესაც დაკავებული პირი შიმშილობას აგრძელებს, ამან შეიძლება გარდაუვლად გამოიწვიოს წინააღმდეგობა ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლებასა და კონვენციის მე-2 მუხლით გათვალისწინებული ხელშემკვრელი მხარის ვალდებულებას შორის - ანუ კონფლიქტი, რომელსაც თავად კონვენცია არ წყვეტს.<sup>26</sup> იმავდროულად, სასამართლომ მიიჩნია, რომ სიტუაცია, როდესაც განმეორებით იძულებით კვებას არ აქვს საფუძვლიანი სამედიცინო მიზეზები, ასევე, მიზნად ისახავს განმცხადებლის იძულებას, შეაჩეროს პროტესტი, და ხორციელდება ისე, რომ პატიმარში დიდ ფიზიკურ ტკივილსა და დამცირებას იწვევს, წამების ტოლფასია.<sup>27</sup>

CPT-მ ყურადღება გაამახვილა ამ საკითხზე თავისი ერთ-ერთი ვიზიტის ამსახველ ანგარიშში.<sup>28</sup> სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოები ვალდებულნი არიან, იზრუნონ პატიმრობაში მყოფ პირებზე. ეს ვალდებულება მოიცავს დაკავებული პირის სიცოცხლის დაცვას, მათ შორის, სუიციდისა და სხვა ქმედების პრევენციას, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს სიკვდილი, ან შეუქცევადი ფიზიკური ზიანი. აქედან გამომდინარე, მოშიმშილე გაფიცული პატიმრის კვება მისი ნების საწინააღმდეგოდ შეიძლება გამართლებული იყოს მხოლოდ ისეთი მიზნებით, როგორიცაა ჯანმრთელობის შეუქცევადი ფიზიკური დაზიანების, ან გარდაცვალების პრევენცია. მეორე მხრივ, ევროპის ქვეყნების უმეტესობის ამჟამინდელი ეროვნული კანონმდებლობების, ასევე, შესაბამისი საერთაშორისო სამედიცინო ეთიკის კოდექსების თანახმად, ქმედუნარიან ზრდასრულ პირს უფლება აქვს, უარი განაცხადოს მკურნალობაზე, მაშინაც კი, თუ ამას მისი სიცოცხლის გადარჩენა შეუძლია. შესაბამისად, პატიმრის

25. მინისტრთა კომიტეტი: ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტები. რეკომენდაცია R(1998)7; WMA: მალტის დეკლარაცია შიმშილობით გაფიცვების შესახებ (2006).

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

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

28. CPT/Inf (2007)10.

საპროტესტო შიმშილობის მართვაში ჩართული სახელისუფლებო ორგანოები შეიძლება აღმოჩნდნენ ორი პოტენციურად ურთიერთსაწინააღმდეგო ღირებულების წინაშე: სასწორის ერთ მხარეს იდოს პატიმრის სიცოცხლის დაცვაზე ზრუნვის ვალდებულება, მეორე მხარეს კი - მისი ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლება (მათ შორის, უფლება, უარი განაცხადოს იძულებით მკურნალობაზე).

მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია NoR(1998)7 განსაზღვრავს შიმშილობის საკითხის გადაწყვეტის ძირითად პრინციპებს.

- ▶ მოშიმშილეებს უნდა მიეწოდოთ ობიექტური განმარტება, თუ რა მავნე გავლენა ექნება მათ ქმედებებს მათსავე ჯანმრთელობაზე, რათა გააცნობიერონ ხანგრძლივი საპროტესტო შიმშილობის საშიშროება.
- ▶ მოშიმშილის კლინიკური შეფასება უნდა ჩატარდეს მხოლოდ მისი მკაფიო თანხმობის საფუძველზე, თუ მძიმე ფსიქიკური აშლილობა არ აქვს, რა შემთხვევაშიც საჭიროა მისი ფსიქიატრიულ სამსახურში გადაყვანა.
- ▶ თუ ექიმის აზრით, მოშიმშილის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუარესდება, ამის შესახებ უნდა აცნობოს შესაბამის ორგანოს და იმოქმედოს ეროვნული კანონმდებლობისა და პროფესიული სტანდარტების შესაბამისად.

მსოფლიო ექიმთა ასოციაციის დეკლარაცია შიმშილობის გაფიცვების შესახებ უფრო დეტალურად განიხილავს ამ საკითხის მოგვარების გზებს. დეკლარაციაში ნათქვამია, რომ ხანგრძლივი შიმშილობა საფრთხეს უქმნის მოშიმშილეთა სიცოცხლეს ან მუდმივად აზიანებს მათ ჯანმრთელობას; ასევე ხაზგასმულია, რომ მოშიმშილეებს, როგორც წესი, არ სურთ სიკვდილი, მაგრამ ზოგი მათგანი შეიძლება ამისთვისაც მზად იყოს თავისი მიზნის მისაღწევად. მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია მკაფიო მითითებებს იძლევა, თუ როგორ უნდა იმოქმედოს ექიმმა შიმშილობით გაფიცვების შემთხვევაში:

- ▶ ექიმებმა უნდა შეაფასონ პირის გონებრივი შესაძლებლობები: შეამოწმონ, აქვს თუ არა პირს, რომელიც შიმშილობას აპირებს, გონებრივი შეზღუდულობა, რაც არსებითად აფერხებს მის უნარს, მიიღოს გადაწყვეტილებები თავის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. სერიოზულად დაქვეითებული გონებრივი შესაძლებლობების მქონე პირები არ შეიძლება იყვნენ შიმშილობის აქციების მონაწილეები. მათ უნდა დაენიშნოთ ფსიქიკური პრობლემების მკურნალობა, ნაცვლად იმისა, რომ შიმშილობის ნება დართონ ჯანმრთელობისთვის საშიში გზით.

- ▶ ექიმებმა რაც შეიძლება ადრეულ ეტაპზე უნდა მიიღონ დეტალური და ზუსტი ინფორმაცია იმ პირის სამედიცინო ისტორიაზე, რომელიც შიმშილობას აპირებს. პირს უნდა განემარტოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სამედიცინო შედეგები. ექიმებმა უნდა შეამოწმონ, რომ მოშიმშილეები აცნობიერებენ შიმშილობის პოტენციურ ზემოქმედებას და მათთვის გასაგებ ენაზე გააფრთხილონ ამგვარი აქტის უარყოფითი მხარეების შესახებ. ექიმებმა ასევე უნდა განუმარტონ მოშიმშილეებს, თუ როგორ შეიძლება ჯანმრთელობისთვის ზიანის მინიმუმამდე შემცირება, მაგალითად, სითხეების მიღების გაზრდით. იმის გათვალისწინებით, რომ პირის გადაწყვეტილებები შიმშილობაზე შეიძლება საგულისხმო იყოს, უადრესად მნიშვნელოვანია, პაციენტს სრულყოფილად ჰქონდეს გააზრებული მისი შედეგები. ჯანდაცვის სფეროში ინფორმირებულ თანხმობასთან დაკავშირებული საუკეთესო სამედიცინო პრაქტიკის შესაბამისად, ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტს ესმის მისთვის მიწოდებული ინფორმაცია და, ამ მიზნით, სთხოვოს იმის გამეორება, რაც გაიგო.
- ▶ შიმშილობის დაწყებისთანავე საჭიროა მოშიმშილის საფუძვლიანი სამედიცინო გამოკვლევა. მომავალი სიმპტომების მართვა (იმათიც, რომლებიც არ უკავშირდება შიმშილობას) განხილული უნდა იყოს მოშიმშილეებთან. ასევე უნდა ჩაინიშნონ პირის მრწამსი და სურვილები ხანგრძლივი შიმშილობის შემთხვევაში მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებით.
- ▶ გარკვეულმა ჩარევებმა არ უნდა დააზიანოს სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სხვა ასპექტი, მაგალითად, ინფექციების მკურნალობა ან ტკივილის მართვა.
- ▶ ექიმები მოშიმშილეებს უნდა ესაუბრონ კონფიდენციალურ გარემოში, სხვა ადამიანთა, მათ შორის, სხვა დაკავებულთა სმენის არეალს მიღმა. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მკაფიო კომუნიკაციას; საჭიროების შემთხვევაში, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს დამოუკიდებელი თარჯიმნები, რომლებსაც არ აქვთ კავშირი დაკავების ორგანოებთან და ევალებათ კონფიდენციალობის დაცვა.
- ▶ ექიმები უნდა დარწმუნდნენ, რომ საკვების მიღება ან მკურნალობაზე უარის თქმა პირის ნებაყოფლობითი არჩევანია. მოშიმშილეები დაცულნი უნდა იყვნენ იძულებისგან. ექიმს სხირად შეუძლია დახმარება ამაში და უნდა ესმოდეს, რომ იძულებას შეიძლება მიმართონ სხვა პატიმრებმა, ხელისუფლების წარმომადგენლებმა ან სხვა პირებმა, მაგალითად,

ოჯახის წევრებმა. ექიმებმა ან სხვა სამედიცინო პერსონალმა არ უნდა გამოიყენონ რაიმე დაუშვებელი ზეწოლა, რომ მოშიმშილეებმა შეწყვიტონ ამ ფორმით გაფიცვა. მოშიმშილის მკურნალობა ან მოვლა არ უნდა იყოს დამოკიდებული შიმშილობის შეჩერებაზე.

- ▶ თუ ექიმს თავისი სინდისისა და მრწამსის გამო არ შეუძლია, დაეთანხმოს მოშიმშილის უარს მკურნალობას ან ხელოვნურ კვებაზე, თავიდანვე უნდა განაცხადოს ამის შესახებ და ასეთ პატიმარზე ზრუნვის პასუხისმგებლობა გადასცეს სხვა ექიმს, რომელიც მზად არის, დაემორჩილოს პატიმრის უარს.
- ▶ ექიმსა და მოშიმშილეებს შორის უწყვეტ კომუნიკაციას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. ექიმებმა ყოველდღიურად უნდა შეამოწმონ, სურთ თუ არა პროტესტი მონაწილე პირებს შიმშილობის გაგრძელება და რა უნდა გაკეთდეს, როდესაც მათ აღარ შეუძლიათ აზრიანი კომუნიკაცია. ეს ინფორმაცია სათანადოდ უნდა იყოს დოკუმენტირებული.
- ▶ როდესაც კონკრეტული მოშიმშილის დახმარებაზე ექიმი იღებს პასუხისმგებლობას, ეს პირი შეიძლება აღარ იყოს გონებრივად ქმედუნარიანი; ასე რომ, ველარ განიხილება მისი ინდივიდუალური სურვილები სასიცოცხლო სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებით. გასათვალისწინებელია მოშიმშილის მიერ წინასწარ მიცემული ნებისმიერი მითითება. მკურნალობაზე წინასწარ გაცხადებული უარი მისაღებია, თუ იგი პირმა ნებაყოფლობით გასცა ქმედუნარიან მდგომარეობაში. თავისუფლების აღკვეთის პირობებში გასათვალისწინებელია ისიც, რომ წინასწარი ინსტრუქცია შეიძლება ზეწოლის ქვეშ იყოს მიცემული. როდესაც ექიმებს სერიოზული ეჭვი აქვთ პირის განზრახვასთან მიმართებით, ნებისმიერ ასეთ მითითებას დიდი სიფრთხილით უნდა მოეკიდონ. იმავდროულად, თუ წინასწარი მითითებები გაცემულია კარგად ინფორმირებული გზით და ნებაყოფლობით, მათგან გადახვევა გამართლებულია მხოლოდ მაშინ, როცა ამ გადაწყვეტილების მიღების ვითარება რადიკალურად იცვლება პირის მიერ ქმედუნარიანობის დაკარგვის შემდეგ.
- ▶ თუ პირთან ამ საკითხის განხილვა შეუძლებელია და მას წინასწარი მითითებები არ გაუცია, ექიმებმა უნდა იმოქმედონ ამ პირის საუკეთესო ინტერესების შესაბამისად. ეს გულისხმობს მოშიმშილეთა მიერ მანამდე გამოთქმული სურვილების, პირადი და კულტურული ღირებულებებისა და ფიზიკური ჯანმრთელობის გათვალისწინებას. თუ არ არსებობს რამე მტკიცებულება მოშიმშილეთა მიერ წინასწარი მითითებების გაცემაზე, ექიმებმა



ნებისმიერი მესამე მხარის ჩაურევლად უნდა გადაწყვიტონ, მიზანშეწონილია თუ არა მათი იძულებით კვება.

- ▶ ექიმებმა შეიძლება მიზანშეწონილად მიიჩნიონ მოქმედება მკურნალობაზე უარის შესახებ გაცემული წინასწარი მითითებების საწინააღმდეგოდ, თუ ჩათვლიან, რომ ეს იძულებით არის ნათქვამი. თუ რეანიმაციისა და გონებრივი უნარების დაბრუნების შემდეგ, მოშიმშილეები კვლავ გამოხატავენ შიმშილის გაგრძელების სურვილს, ამ გადაწყვეტილებას პატივისცემით უნდა მოეკიდონ. მათი ნების საწინააღმდეგო განმეორებით ჩარევებთან შედარებით, უფრო ეთიკურია, მოშიმშილეს ღირსეულად სიკვდილის უფლება მისცენ.
- ▶ ხელოვნური გზით კვება შეიძლება ეთიკური თვალსაზრისით მისაღები იყოს, თუ ქმედუნარიანი მოშიმშილეები ამაზე თანხმობას განაცხადებენ. ეს შეიძლება ასევე მისაღები იყოს, როცა შიმშილობის შედეგად ქმედუნარო პირები არ ტოვებენ წინასწარ მითითებას ასეთ კვებაზე უარის შესახებ.
- ▶ იძულებითი კვება არასდროს არის ეთიკურად მისაღები. მაშინაც კი, როცა კეთილი განზრახვით ხორციელდება, იძულებით კვება, რომელსაც ახლავს მუქარა, ზეწოლა და ძალის ან ფიზიკური შეზღუდვის საშუალებათა გამოყენება, არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის ტოლფასია. თანაბრად მიუღებელია ზოგიერთი დაკავებულის იძულებითი კვება სხვა მოშიმშილეთა დაშინების ან იძულების მიზნით, რომ მათ შიმშილობა შეწყვიტონ.

როგორც ვხედავთ, მსოფლიო ექიმთა ასოციაციის აზრით, იძულებით კვება ეთიკურად მიუღებელია. სიცოცხლის დასაცავად ზრუნვის ვალდებულებასა და ფიზიკური ხელშეუხებლობის უფლებას შორის წინააღმდეგობა არსებობს. მიუხედავად ამისა, ექიმებმა პრევენცია უნდა გაუწიონ ნებისმიერ ქმედებას, რომელიც წამების ან არაადამიანური და ღირსების შემლახველი მოპყრობის ტოლფასია.

თუკი მაინც მიიღება გადაწყვეტილება პროტესტის ნიშნად მოშიმშილე პატიმრის იძულებით კვებაზე, იგი უნდა ემყარებოდეს სამედიცინო აუცილებლობას და შესრულდეს ამ ზომის სამედიცინო ბუნებისთვის შესაფერის პირობებში. გადაწყვეტილება უნდა მიიღონ დადგენილი პროცედურის დაცვით, რომელიც ითვალისწინებს საკმარის დაცვის გარანტიებს, მათ შორის, დამოუკიდებელი სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღებას. მოშიმშილე პატიმრის ფსიქიატრიული შეფასება შეიძლება სასარგებლო იყოს ისეთი შემთხვევების გამოსავლენად, როდესაც საკვების მიღებაზე უარის



თქმის მიზეზები ფსიქიატრიული ბუნებისაა. გარდა ამისა, შიმშილობის პერიოდში ფსიქიატრიული გამოკვლევები სამედიცინო ჯგუფს დაეხმარება ისეთი ფსიქიკური გაუარესების დადგენაში, რომელიც გავლენას მოახდენს მოშიმშილეთა შესაძლებლობებზე, რომ კარგად ინფორმირებული არჩევანი გააკეთონ თავიანთი სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შესახებ. ხელმისაწვდომი უნდა იყოს სამართლებრივი დაცვის მექანიზმები და სათანადო მონიტორინგი გაეწიოს გადაწყვეტილების შესრულების ყველა ასპექტს. იძულებით კვების მიზნით გამოყენებული მეთოდები არ უნდა იყოს ზედმეტად მტკივნეული; ასეთი წესით კვებისას უნდა გამოიყენებოდეს სათანადო უნარები და მინიმალური ძალა. იძულებითმა კვებამ რაც შეიძლება ნაკლებად უნდა დაარღვიოს მოშიმშილის ფიზიკური ხელშეუხებლობა.

## სექსუალური დანაშაულის ჩამდენ პატიმართა მკურნალობა ციხის პირობებში

პარაფილიით დაავადებულთა მკურნალობა, იმის მიუხედავად, რა მეთოდი იქნება გამოყენებული, ყოველთვის უკავშირდება კლინიკურ და ეთიკურ დილემებს. სექსუალური დანაშაულების ჩამდენ, მათ შორის, პარაფილიით დაავადებულ პირებთან დაკავშირებული ძირითადი ეთიკური საკითხები შეიძლება მოიცავდეს საზოგადოების უსაფრთხოების საჭიროებას და უფრო სადამსჯელო, ვიდრე მკურნალობაზე მიმართულ მიდგომას, მაშინაც კი, როცა მკურნალობა სათანადო და ეფექტიანია.<sup>29</sup>

CPT-მ ეს საკითხი თავისი რამდენიმე ანგარიშში განიხილა. მისი რეკომენდაციები შეიძლება შემდეგნაირად შეჯამდეს.<sup>30</sup>

- ▶ განმეორებითი დანაშაულის აღკვეთაზე მიმართული ზომები არასოდეს უნდა ეფუძნებოდეს მხოლოდ ეფექტიანობას. ყურადღების მიმართვამ მხოლოდ დანაშაულის განმეორებით ჩადენის მაჩვენებელთა შემცირებაზე შეიძლება ხელი შეუწყოს

29. პ. ბრაუნეი, „მკურნალობა: გამოყენება, ბოროტად გამოყენება და თანხმობა“. დანაშაულებრივი ქცევა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა (1991), 130-41; ფ. ბერლინი, „სექსუალური დანაშაულის ჩამდენი პირების მკურნალობა და კანონმდებლობა“. ამერიკის ფსიქიატრიისა და სამართლის აკადემიის ჟურნალი, 31 (2003), 510-13; თ. ვარდი, თ.ა. განონი და ა. ბირგდენი, „ადამიანის უფლებები და სექსუალური დანაშაულების ჩამდენ პირთა მკურნალობა“. სექსუალური ძალადობა 19/3 (2007), 195-204; ბ.ს. ელგერი, „პატიმრებთან დაკავშირებული კვლევა: კონსენსუსი და წინააღმდეგობა საერთაშორისო და ევროპულ რეგულაციებში“, ბიოეთიკა 22 (2008), 224-38.

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

ადამიანის უფლებათა სერიოზულ დარღვევებს. მკურნალობის სხვადასხვა არჩევანი არსებობს, რომლებიც ეფუძნება ფსიქოთერაპიას (ჯგუფური თერაპიის ჩათვლით), ფარმაკოთერაპიას (მათ შორის, ანტიანდროგენების გამოყენებას) ან ამ ორი მეთოდის კომბინაციას;

- ▶ ნებისმიერი მკურნალობის, კერძოდ, ფარმაკოთერაპიის დაწყებამდე, უნდა მიიღონ შესაბამისი პირის თავისუფალი და ინფორმირებული წერილობითი თანხმობა (მათ შორის, ანტიანდროგენული მკურნალობის შემთხვევაში); პაციენტს ნებისმიერ დროს უნდა შეეძლოს თანხმობის უკან გამოხმობა. ასეთ პატიმარს დეტალური განმარტებები უნდა მიეწოდოს (მათ შორის, წერილობითი ფორმით) მკურნალობის მიზნისა და შესაძლო უარყოფითი შედეგების, აგრეთვე, ამგვარ მკურნალობაზე უარის თქმის შედეგების შესახებ.

ანტიანდროგენული მკურნალობა ყოველთვის უნდა ეფუძნებოდეს ყოვლისმომცველ ინდივიდუალურ ფსიქიატრიულ და სამედიცინო შეფასებას და მხოლოდ ნებაყოფლობით განხორციელდეს. უნდა შემუშავდეს ყოვლისმომცველი და დეტალური პროცედურა, დამატებითი დაცვის გარანტიების ჩათვლით, როგორცაა: ასეთ მკურნალობაში ჩართვისა და გამორიცხვის კრიტერიუმები; სამედიცინო გამოკვლევების ჩატარება მკურნალობის დაწყებამდე, მკურნალობის პროცესში და მისი დასრულების შემდეგ; გარე კონსულტაციაზე წვდომა, დამოუკიდებელი მეორე მოსაზრების მიღების ჩათვლით; და დამოუკიდებელი სამედიცინო ორგანოს მხრიდან მკურნალობის რეგულარული შეფასება. ანტიანდროგენების ადმინისტრირება უნდა მოხდეს ფსიქოთერაპიასა და კონსულტირების სხვა ფორმებთან ერთად, დანაშაულის განმეორებით ჩადენის რისკის ეფექტიანად შემცირებისათვის. გარდა ამისა, ანტიანდროგენული მკურნალობა არ უნდა იყოს სექსუალური დანაშაულის ჩამდენ პირთა გათავისუფლების ზოგადი პირობა: ასეთი მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ მხოლოდ ინდივიდუალური შეფასების საფუძველზე შერჩეულ პირებს.

ქირურგიული კასტრაცია არის ჩარევა, რომელსაც აქვს შეუქცევადი ფიზიკური შედეგი და პირდაპირი ან ირიბი ფსიქიკური შედეგები. გარდა ამისა, არ არსებობს გარანტია, რომ დასახული შედეგი (ტესტოსტერონის დონის დაწვევა) განგრძობადი იქნება. დანაშაულის განმეორებით ჩადენის შემცირების ლეგიტიმური მიზანი უნდა დაბალნდეს მოსაზრებებთან, რომლებიც უკავშირდება

ადამიანის ძირითად უფლებებს.<sup>31</sup> ქირურგიული კასტრაცია აღარ არის საყოველთაოდ მიღებული სამედიცინო ინტერვენცია სექსუალური დანაშაულების ჩამდენ პირთა მკურნალობაში. დაუშვებელია შეუქცევადი სამედიცინო ჩარევები პატიმრებსა ან სხვა დაკავებულ პირებთან მიმართებით, თუ ეს განპირობებული არ არის აშკარა სამედიცინო აუცილებლობით.

## 2.7 ორმაგი დიაგნოზი ციხეებში

არსებული შეფასებით, პატიმართა 3-11%-ს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვს (მაგ.: ფსიქოზური ან გუნება-განწყობილების აშლილობები), რაც ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების თანმდევი მდგომარეობაა.<sup>32</sup>

ტერმინი „ორმაგი დიაგნოზი“ მოიცავს ფართო სპექტრის პრობლემებს, რომლებიც უკავშირდება ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებას. ამ ტერმინს შეიძლება განსხვავებული მნიშვნელობა ჰქონდეს ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროში. მათ შორის ყველაზე გავრცელებულია ოთხი კომბინაცია:

- ▶ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ძირითადი პრობლემა, რომელიც ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პროვოცირებას იწვევს (მაგ.: შიზოფრენიით დაავადებული ადამიანი, რომელიც აღმოაჩენს, რომ ჰეროინი ამცირებს ზოგიერთ სიმპტომს);
- ▶ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება და/ან აბსტინენცია, რასაც მოჰყვება ფსიქიატრიული სიმპტომები ან დაავადება (მაგ.: დეტოქსიკაციის შემდგომი დეპრესია, უძილობა და ცუდი გუნება-განწყობა);
- ▶ ფსიქიატრიული პრობლემა, რომელიც გაუარესდა ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების გამო (მაგ.: ადამიანი, რომელსაც შფოთვითი აშლილობის გამო სხვების ეშინია და მოსადუნებლად მარიხუანას იყენებს, მაგრამ აღმოაჩენს, რომ მარიხუანამ შეიძლება გაამწვავოს მისი პარანოია, და ეს გაუცხოებას იწვევს);

31. მ. ალექსანდერი, ჯ. გუნი, დ. ა. გ. კუკი, პ. ჯ. ტელიორი და ჯ. ფინჩი, „დასაშვებია თუ არა სექსუალური დანაშაულის ჩამდენ პირთა კასტრაცია?“ ბრიტანეთის სამედიცინო ჟურნალი 307 (1993), 790-93.

32. ჯ.ფ. ედენსი, რ.პ. ჰილსი, და ა.პ. ჰილსი, „თანმდევი აშლილობების მქონე ციხის პატიმართა მკურნალობა: არსებული პროგრამების ინტეგრაციული მიმოხილვა“. ბიჰევიორისტული მეცნიერებები და კანონი 15/4 (1997), 439-57.

- ▶ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, რომლებიც, სავარაუდოდ, ერთმანეთს არ უკავშირდება (პირი, ვისაც მუდმივი შფოთვითი პრობლემა აქვს და მდგომარეობა არ უმჯობესდება ან უარესდება ნარკოტიკებისა თუ ალკოჰოლის მოხმარების შედეგად).

ციხეში ყოფნისას, სადაც ნაკლებად ხელმისაწვდომია ნარკოტიკები, პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა შეიძლება სტაბილური ჩანდეს. მეორე მხრივ, შედარებით ნაკლებმასტიმულირებელ გარემოში, როგორცაა ციხე, შეიძლება არსებული ფსიქიკური პრობლემები შენიღბული იყოს. ნარკოტიკების (მაგ.: მარიხუანა ან ამფეტამინები) თუნდაც მცირე ან ზომიერმა მოხმარებამ, რომელიც არ არის პრობლემატური ნივთიერებების მოხმარებელთა დიდი ნაწილისთვის, შეიძლება საზიანო გავლენა იქონიოს სერიოზული ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებზე. სხვადასხვა ინტერვენციასა საჭირო ისეთი მიზნებით, როგორცაა ალკოჰოლსა და ყველა ნარკოტიკზე დამოკიდებულების, ასევე, ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის მართვა და ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ სასმელისა თუ ნარკოტიკების ხელახალი მოხმარების თავიდან აცილება.<sup>33</sup>

- ▶ ოპიატებზე დამოკიდებულ პაციენტებს, რომლებიც ციხეში მოხვდებიან სერიოზული ფსიქიკური პრობლემებით, სულ მცირე, ორი კვირის მანძილზე უნდა დაეხმარონ მდგომარეობის სტაბილიზებაში (და არა დეტოქსიკაციის ჩატარებაში) და თავიდან აიცილონ სწრაფი დეტოქსიკაცია.
- ▶ ბენზოდიამინისგან აბსტინენციამ შეიძლება წარმოშვას ფსიქოზის სიმპტომები; პაციენტები, რომლებსაც ანამნეზში აზროვნების აშლილობა ჰქონდათ, შეიძლება უფრო დაუცველები იყვნენ ამ თვალსაზრისით და, დიაზეპამის დოზის შემდგომი შემცირების განხილვამდე, საჭირო გახდეს მდგომარეობის სტაბილიზაცია. შფოთვისა და თვითდაზიანების ტენდენცია შეიძლება გამოვლინდეს ბენზოდიამინების მოხმარებაზე უარის თქმის შემდეგ, ამიტომ კვლავ ნაჩვენები იყოს სტაბილიზაცია და შემდგომ დოზის თანდათანობითი შემცირება.
- ▶ სტიმულატორების მოხმარების შეწყვეტამ შეიძლება გამოიწვიოს ხანმოკლე, მაგრამ ზოგჯერ ღრმა დეპრესია. ამ მდგომარეობის დაძლევის შეიძლება დასჭირდეს ერთი კვირიდან რამდენიმე თვემდე, რადგან ცენტრალური ნერვული სისტემა

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

ფიზიოლოგიურად ეგუება შეცვლილ ქიმიურ სიტუაციას. ამ დროის განმავლობაში პათიმარი შეიძლება იყოს სუიციდის ან თვითდაზიანების რისკის ქვეშ. გარდა ამისა, სტიმულატორების გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოზური ეპიზოდი („ამფეტამინის ფსიქოზი“). მათი შეწყვეტა, ძილი და კვება, ჩვეულებრივ, ამ პრობლემას არეგულირებს. ასევე მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ სტიმულატორები ხშირად გამოიყენება მათ შორის, ვისაც აქვს ქრონიკული მოწყენილობა ან სტიმულირების მაღალი ზღვარი, რაც ხშირია პიროვნული აშლილობის, განსაკუთრებით, მოსაზღვრე ან ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში. ამრიგად, ძირითადი პიროვნული აშლილობის იდენტიფიკაცია მნიშვნელოვანი იქნება მკურნალობის დასაგეგმად.

ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირთა ჯგუფურ მკურნალობაში ჩართვის საკითხი ფრთხილ მიდგომას საჭიროებს. ბევრ ადამიანს, რომლებსაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემები აქვთ, ძალიან ტრავმული ბავშვობა ჰქონდა, ან მძიმე მიმდინარე პრობლემები აწუხებს. გარდა ამისა, მათ ხშირად აქვთ სოციალიზაციის სირთულეები. ეს საკითხები განსაკუთრებით აქტუალურია პიროვნული აშლილობის მქონე პირებში. ამრიგად, საჭიროა ფრთხილი და სრულყოფილი შეფასება და ფსიქოლოგიური ასპექტების ჩამოყალიბება ჯგუფურ ან ინდივიდუალურ მკურნალობაზე გადაწყვეტილების მიღებისას.

## **2.8 პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტები**

ტერმინი „პიროვნული აშლილობა“ ძირითადად გამოიყენება ისეთი პრობლემების აღსაწერად, რომლებიც უკავშირდება ყოველდღიური ცხოვრებისეული სიტუაციების დაძლევას, ასევე, საკუთარ თავთან, სხვებსა და სამყაროსთან გამკლავების გზებს. ითვლება, რომ პიროვნული აშლილობა გენეტიკური და გარემო ფაქტორების ურთიერთქმედების შედეგია და ადრეული განვითარების ეტაპზე ჩნდება.

პიროვნული აშლილობები საზოგადოებაში ხშირია. ეპიდემიოლოგიური შეფასებით, ადამიანთა 5-13%-ს აქვთ პრობლემები, რომლებიც პიროვნული აშლილობის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმების ფარგლებში ხვდება. ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა ასევე აჩვენა, რომ პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანთა 20-50% ბოროტად იყენებს ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს, ხოლო იმ ადამიანთა 5-30%-ს, რომლებიც ნივთიერებებს ბოროტად იყენებენ, პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი დაუდგინდათ.

ციხის ჯანდაცვის სამსახურის პაციენტთა შორის ყოველთვის იქნებიან დაუბალანსებელი, მარგინალური პიროვნებები, რომლებსაც აქვთ ოჯახური ტრავმების, ხანგრძლივი ნარკოდამოკიდებულების, სამართალდამცველ ორგანოებთან შეხებისა ან სხვა სოციალური პრობლემების წინაისტორია. ისინი შეიძლება იყვნენ მოძალადეები, ჰქონდეთ სუიციდისადმი მიდრეკილება ან ახასიათებდეთ მიუღებელი სექსუალური ქცევა, რის გამოც უმეტესწილად ვერ აკონტროლებენ ან უვლიან თავს. ციხის კვლევებმა აჩვენა, რომ პატიმართა 50-78%-ს აღმოაჩნდა პიროვნული აშლილობები.<sup>34</sup> ასეთი პატიმრების მართვა რთულია. პიროვნული აშლილობის ყველაზე მძიმე ფორმები, რომელთა რაოდენობა შედარებით მცირეა, უკავშირდება საკუთარი თავისა და სხვებისთვის ზიანის მიყენების სერიოზულ რისკს. ამ დამნაშავეებს მეტად რთული ფსიქოლოგიური საჭიროებები აქვთ, რაც გამომწვევებს ქმნის მართვის, მკურნალობისა და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს შენარჩუნების კუთხით.

გამოცდილებამ აჩვენა, რომ სპეციალიზებულ განყოფილებებს ყველაზე რთულ დამნაშავეთა უსაფრთხო და კონსტრუქციული მართვა შეუძლიათ და მაღალი ხარისხის თერაპიული მიდგომები აქვთ. მტკიცებულებები მიუთითებს სასჯელის დაკისრებისა და ძალადობრივი ინციდენტების მნიშვნელოვან შემცირებაზე. შემუშავებულია სახელმძღვანელო პრინციპები პიროვნული აშლილობების მკურნალობასა და მართვაზე<sup>35</sup>, რაც სასარგებლოა ამ კატეგორიის პატიმრებისთვის სერვისების დასაგეგმად. ყურადღება უნდა გამახვილდეს დანაშაულებრივი ქმედებების, ძალადობის, აგრესიისა და ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების შემცირებაზე.

პირები, რომლებსაც ფსიქოპათია აქვთ, ან საშიში და მძიმე

34. ჯ. კოიდი და მ. იენგი, „პიროვნული აშლილობის პრევალენტობა და კორელატები დიდ ბრიტანეთში“, ბრიტანეთის ფსიქიატრიის ჟურნალი, 188 (2006), 423-31; მ. ლინეჰანი, ჰ. შმიდტი და სხვები, „დიალექტიკური ქცევითი თერაპია პაციენტებისთვის მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობითა და ნარკოდამოკიდებულებით“. ამერიკული ჟურნალი ნარკოდამოკიდებულების შესახებ, 8/4 (1999), 279-92; ი. ნეისი, ს. დეივი და ჯ. გასპარი, „II ღერძი - თანმდევი დაავადებები ნარკოტიკების მომხმარებლებში“. ამერიკის ფსიქიატრიის ჟურნალი 148 (1991), 118-20; ნ. სინგელტონი, ჰ. მელტცერი და სხვები, „პატიმართა ფსიქიატრიული ავადობის შესწავლა ინგლისსა და უელსში, ეროვნული სტატისტიკური სამსახური, ლონდონი (1998).

35. NICE-ის კლინიკური სახელმძღვანელო მითითებები: ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა: მკურნალობა, მართვა და პროფილაქტიკა, NHS (2009); NICE-ის კლინიკური სახელმძღვანელო მითითებები: მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა: NICE-ის სახელმძღვანელო მითითებები მკურნალობისა და მართვის შესახებ, ბრიტანეთის ფსიქოლოგთა საზოგადოება/ფსიქიატრთა სამეფო კოლეჯი (2009).



პიროვნული აშლილობის კრიტერიუმებს აკმაყოფილებენ, ანტი-სოციალური აშლილობის მქონე ადამიანთა მცირე ნაწილს ქმნიან. მიუხედავად ამისა, მათ სხვებისთვის ზიანის მიყენების ძალიანი მაღალი რისკი ახასიათებთ და ჯანდაცვის მომსახურების მნიშვნელოვანი წილი სჭირდებათ. მაგალითად, კოგნიტური და ბიჰევიორისტული ინტერვენციები შეიძლება მიემართებოდეს დანაშაულებრივი და სხვა ანტისოციალური ქცევის შემცირებას. მსგავსი ჩარევები უნდა მოერგოს ამ ჯგუფს - ინდივიდუალური და ჯგუფური სესიების კომბინირებით, იყოს უფრო ხანგრძლივი, დასრულების შემდგომ კი მიმდინარეობდეს ზედმინვენიტი მონიტორინგი.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები რუტინულად არ უნდა გამოიყენონ პიროვნული აშლილობების ან აგრესიის, ბრაზისა და იმპულსური ქცევის სამკურნალოდ. ამავდროულად, თანმხლები ფსიქიკური აშლილობების, განსაკუთრებით, დეპრესიისა და შფოთის შემთხვევაში, შეიძლება საჭირო გახდეს ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია. მედიკამენტოზური მკურნალობის დაწყებისა და მდგომარეობის მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მკურნალობის რეჟიმის დაცვას, ასევე, ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებისა და დოზის გადაჭარბების რისკებს.

ნებისმიერი თანმხლები დაავადების მკურნალობა ძალზე მნიშვნელოვანია და უნდა ჩატარდეს იმის მიუხედავად, მკურნალობს თუ არა ადამიანი პიროვნული აშლილობას, რადგან თანმხლები აშლილობების ეფექტიანმა მკურნალობამ შეიძლება შეამციროს ფსიქოპათიასა ან სხვა სახის მწვავე პიროვნულ აშლილობებთან ასოცირებული რისკები.

ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებთან მომუშავე პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ პოზიტიური და კეთილგანწყობილი მიდგომა უფრო წარმატებულია, ვიდრე სადამსჯელო მეთოდები, როცა საქმე ეხება მკურნალობის პროცესში ადამიანთა ჩართვასა და შენარჩუნებას. პერსონალმა უნდა შეისწავლოს მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების შესაძლებლობა და პოზიტიური და ოპტიმისტური გზით განუმარტოს პაციენტებს, რომ გამოჭანმრთელება შესაძლებელია. მათ უნდა ჰქონდეთ ნდობაზე დამყარებული ურთიერთობა, იმუშაონ ღია, ჩართვაზე ორიენტირებული გზით და იყვნენ თანმიმდევრულნი. ასეთ პაციენტებთან მომუშავე პერსონალი უნდა იყოს სათანადოდ მომზადებული და ჰქონდეს დახმარების შესაძლებლობა, სასურველია, გარე ზედამხედველობით. ეს მათ დაეხმარება ემოციურ ზეწოლასთან გამკლავებასა და „პროფესიული გადაწვის“ აცილებაში.





## აივ/ჰილსის და B/C ჰეპატიტის გავრცელების პრევენცია ციხეში

### 3.1 ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა

მსოფლიო მასშტაბით ბოლო ათწლეულის განმავლობაში აივ-ისა და შიდსის ინფექციებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა იკლებდა. ამ ტენდენციისგან განსხვავებით, აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში ეს მაჩვენებელი იმავე პერიოდში 25%-ით მაღალი იყო: რეგიონში აივ ინფექციით დაავადებულთა რიცხვი 2000 წლიდან მოყოლებული სამჯერ გაიზარდა: ეპიდემიის დინამიკა, ძირითადად, უკავშირდება დაავადების იმ ადამიანებში გადაცემას, რომლებიც ნარკოტიკებს ინექციური გზით მოიხმარენ: არსებული შეფასებების მიხედვით, ამ რეგიონში 3,7 მილიონი ადამიანი მოიხმარს ნარკოტიკებს ინექციური გზით და, სულ მცირე, მეოთხედს აივ ინფექცია აქვს.<sup>1</sup> ნარკოტიკების ამ გზით მომხმარებლებში C ჰეპატიტის ვირუსის ინფექციის მაჩვენებლები 40-90%-ს შეადგენს.<sup>2</sup>

ბევრ ქვეყანაში ციხის პოპულაციის ზრდა მეტწილად გამოწვეულია სამართალდამცველი ორგანოების გაძლიერებული ზომებით, რომელთა მიზანია უკანონო ნარკოტიკების მიწოდების, შენახვის ან გამოყენების აღკვეთა. ამას თან ახლავს იმ პატიმართა რიცხვის ზრდა, რომლებიც ინექციურ ნარკოტიკებს მოიხმარენ. პატიმართა, დაახლოებით, 30%-ს ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება აქვს ანამნეზში. სწორედ ეს არის მთავარი მიზეზი, რომ აივ-ისა თუ C/B ჰეპატიტის მაჩვენებლები პატიმრებს შორის 30-ჯერ მაღალია,

1. UNAIDS: 2010 წლის ანგარიში გლობალური შიდსის ეპიდემიის შესახებ (2010 წლის ნოემბერი).
2. EMCDDA (ნარკოტიკებისა და ნარკოდამოკიდებულების მონიტორინგის ევროპული ცენტრი).

ვიდრე შესაბამისი ასაკობრივი ჯგუფის მოსახლეობაში. აქედან გამომდინარე, ციხეები უნდა განიხილებოდეს ეპიდემიოლოგიურ ეპიცენტრად პარენტერალური გზით გადამდები ინფექციებისთვის, როგორცაა სისხლით და/ან სქესობრივი გზით გავრცელებული ინფექციები. ეს განპირობებულია რამდენიმე მიზეზით:

- ▶ საპატიმროებში იმ პირთა მაღალი კონცენტრაცია, რომლებიც ნარკოტიკების ინტრავენური გზით მოხმარების (IDU) გამო ინფექციების მაღალი რისკის ქვეშ არიან. ეს ძირითადად გამოწვეულია საინექციო საშუალებათა საზიარო გამოყენებით, სვირინგის გაკეთებისას საერთო ინსტრუმენტებით სარგებლობით და დაუცველი სქესობრივი კავშირით. აივ-ის ეპიდემია ციხეში ძირითადად განპირობებულია ნარკოტიკების ინტრავენული მოხმარებით, მაგრამ შეცდომა იქნება ციხეში დაავადებათა სექსუალური გზით გადაცემის უგულებელყოფა.
- ▶ ამგვარი ქცევის ციხეში გაგრძელება, განახლება ან დაწყება, ხშირად უფრო სარისკო პირობებში, ვიდრე საზოგადოებაში არსებობს, რის გამოც აღინიშნება დაავადებების გადაცემა და ეპიდემიებიც კი.<sup>3</sup>
- ▶ პრევენციასა და ზიანის შემცირებაზე მიმართული ზომების გატარება რთულია, და ხშირად ხელმიუწვდომელიც ციხეებში.
- ▶ დიაგნოსტიკური ღონისძიებები და მკურნალობა, რომელიც მიემართება ინფიცირებულ პირთა რაოდენობის შემცირებას ციხეში, ხშირად არასაკმარისი, ნაკლებად ხელმისაწვდომი (საზოგადოებრივ სექტორთან შედარებით), ან საერთოდ ხელმიუწვდომელია.
- ▶ გათავისუფლებული პატიმრები, რომლებიც პატიმრობის პერიოდში დაინფიცირდნენ და შეიძლება არც იცოდნენ ამის შესახებ, ინფექციას საზოგადოებაში ავრცელებენ. მობილობის მაღალი დონე ციხესა და საზოგადოებას შორის - რაც ტიპურია

3. რ. იურგენსი, მ. ნოვაკი და მ. დეი: „აივ ინფექცია და პატიმრობა: ციხეები და დაკავების ადგილები“, შიდსის საერთაშორისო საზოგადოების ჟურნალი 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციის აღმოფხვრაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტიანობა: ყოვლისმომცველი მიმოხილვა, მტკიცებულებები ქმედებების დასაგეგმად, ტექნიკური დოკუმენტი (ჟენევა 2007); WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციის აღმოფხვრაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტიანობა, მტკიცებულებები ქმედებების დასაგეგმად, ტექნიკური დოკუმენტი (ჟენევა 2007); ჯანმოს ევროპის ოფისი: სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში აივ ინფექციის შესახებ ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: [www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons](http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons).

ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის, რომელთაც ძირითადად მოკლე ვადით ესჯებათ პატიმრობა და რამდენჯერმე იხდიან სასჯელს - საზოგადოებისთვისაც ზრდის ამ რისკებს.

### **3.2 საერთაშორისო დოკუმენტები**

პატიმრებისთვის საზოგადოებრივ სექტორში არსებული აუცილებელი პრევენციული ზომებისა და მკურნალობის ეკვივალენტური სერვისების მიუწვდომლობა არღვევს მათ ჯანმრთელობის უფლებას; ეს ასევე ეწინააღმდეგება საერთაშორისო სამართლის ისეთ ინსტრუმენტთა მოთხოვნებს, როგორცაა საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ და ევროპული სოციალური ქარტია.<sup>4</sup> ევროპის საბჭოსა და სხვა საერთაშორისო ორგანოების მიერ შემუშავებულ მთელ რიგ რეკომენდაციებში, წესებში, დეკლარაციებში და რეზოლუციებში ხაზგასმულია ციხის ადმინისტრაციის ვალდებულება, უზრუნველყოს პრევენციული სამედიცინო დახმარება, განსაკუთრებით, ციხეში აივ ინფექციისა და C ჰეპატიტის წინააღმდეგ.<sup>5</sup>

ქვეყნებში ბოლოდროინდელი ვიზიტებისას CPT-მ სერიოზული ხარვეზები გამოავლინა აივ/შიდსისა და C ჰეპატიტის გავრცელების

4. საერთაშორისო კონვენცია ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ, მე-12 მუხლი; ევროპული სოციალური ქარტიის მე-11 მუხლი.
5. ჯანმოს ევროპის ოფისი: სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში აივ ინფექციის შესახებ, ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: [www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons](http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons); მინისტრთა კომიტეტი: ციხეში გადამდები დაავადებების კონტროლის კრიმინოლოგიური ასპექტები, მათ შორის, შიდსი და მასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემები ციხეში. რეკომენდაცია R(1993)6; ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტები. რეკომენდაცია R(1998)7; CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა); UNAIDS/UNODC/WHO: აივ/შიდსის პრევენცია, მოვლა, მკურნალობა და დახმარება ციხის პირობებში: ეფექტიანი ეროვნული რეაგირების ჩარჩო (ნიუ იორკი 2006); ჯანმოს ევროპის ოფისი: ჯანმოს სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში აივ ინფექციისა და შიდსის შესახებ (ვენევა 1993); ლ. მოლერი და სხვები: ჯანმრთელობის დაცვა ციხეებში: ჯანმოს სახელმძღვანელო მითითებები ციხის ჯანდაცვის ძირითად ასპექტებზე (ვენევა 2007); Penal Reform International: დუბლინის დეკლარაცია აივ/შიდსის შესახებ ევროპისა და ცენტრალური აზიის ციხეებში (დუბლინი 2004); მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია: ედინბურგის დეკლარაცია ციხის პირობების, ასევე, ტუბერკულოზისა და სხვა გადამდები დაავადებების გავრცელების შესახებ (ედინბურგი 2000, გადასინჯული, მონტევიდეო 2011); UNODC: აივ ინფექციის პრევენცია და მკურნალობა ციხეებსა და სხვა დახურულ დანესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, საინფორმაციო დოკუმენტი პოლიტიკის შესახებ (ვენა 2012).

პრევენციული ზომების გატარების სფეროში.<sup>6</sup> ციხეში აივ/შიდსისა და B/C ჰეპატიტის პრევენციული ზომები შეიძლება შეჯამდეს ოთხი ნაბიჯის სახით: (1) დამოკიდებულებებისა და ცოდნის გაუმჯობესება, (2) ნარკოტიკების მიწოდებისა და მათზე მოთხოვნის შემცირება, (3) ზიანის შემცირება და (4) სამედიცინო ზომები.

### **3.3 დამოკიდებულებებისა და ცოდნის გაუმჯობესება**

#### **ტაბუირებული რეალობის მიღება**

მთელ მსოფლიოში ციხის ადმინისტრაცია და პოლიტიკოსები ერიდებიან იმ ფაქტის აღიარებას, რომ ციხეში არსებობს ნარკოტიკები, ნარკოტიკების მოხმარება და სექსუალური აქტივობა. ამის მიზეზია შიში, რომ საზოგადოება მათ დააკისრებს ამაზე პასუხისმგებლობასა და ანგარიშვალდებულებას. ვიდრე ეს რეალობა ტაბუდადებული რჩება, რთული იქნება (თუ შეუძლებელი არა) ციხეში ვირუსების გადაცემის შეჩერებაზე მიმართული ზომების გატარება. პოლიტიკოსებმა და საზოგადოებამ უნდა გაიგონ, რომ ციხეში აივ ინფექციის, C ჰეპატიტისა და სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ პატიმართა (რაც, ჩვეულებრივ, არ არის მაღალი პოლიტიკური პრიორიტეტი), არამედ ზოგადად საზოგადოების ჯანმრთელობისთვის. ციხეში ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამის მოლდოვას მოდელის დანერგვა, რომელიც კარგი პრაქტიკის შთამბეჭდავი და გამორჩეული მაგალითია ამ ინფექციების გავრცელების პრევენციაში, შესაძლებელი გახდა მხოლოდ მაშინ, როდესაც ხელისუფლებამ - მოგვიანებით კი, საზოგადოებამაც - მიიღო აღნიშნული რეალობა. ეს იყო ეფექტიანი პოლიტიკის კარგი მაგალითი, რომელიც აუცილებელია ახალი სტრატეგიების დასანერგად.<sup>7</sup>

#### **პატიმრობის ალტერნატივები**

ნარკოდადამოკიდებულების მქონე პირთა დაპატიმრებამდე ყველა შესაძლო ალტერნატივის ამოწურვა, ალბათ, ყველაზე ეფექტიანი სტრატეგიაა პარენტერალური გზით გადამდები ინფექციების ასაცილებლად ციხეში. სხვადასხვა ქვეყანა მნიშვნელოვანად

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

7. ნემსის გაცვლის პროგრამები ციხეებში: საერთაშორისო მტკიცებულებებისა და გამოცდილების ყოვლისმომცველი მიმოხილვით შექმნილი გამოცდილება, მეორე გამოცემა (2006), კანადის აივ/შიდსის სამართლებრივი ქსელი.

განსხვავდება იმით, თუ როგორ ისჯება ნარკოტიკების უკანონო მოხმარება და პირადი მოხმარებისთვის შენახვა. ინფექციის გადაცემის მაღალი რისკის გათვალისწინებით, სერიოზული ყურადღება უნდა დაეთმოს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა: პათიმრობის უარყოფითი ფსიქოსოციალური ზემოქმედება, განსაკუთრებით, ნარკოდამოკიდებულების მქონე ახალგაზრდებზე; წამალდამოკიდებულების სათანადო მკურნალობა და რეაბილიტაციის შესაძლებლობები ციხეებში; საკანონმდებლო ჩარჩო და სასჯელის დაკისრების პრაქტიკა, განსაკუთრებით, ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირთა თავისუფლების აღკვეთა. ნარკოტიკების მოხმარებელთა მიერ ჩადენილი წვრილმანი დანაშაულისთვის, სისხლის სამართლის სისტემის ყველა დონეზე (პოლიციის მიერ დაკავება, წინასასამართლო პერიოდი, სასამართლო განხილვა და სასამართლო პროცესის დასრულება) უნდა განიხილონ თავისუფლების აღკვეთის ყველა შესაძლო ალტერნატივა, როგორიცაა: განრიდება; ალტერნატიული სანქციები; გათავისუფლება; პირობით ვადამდე გათავისუფლება, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორში მკურნალობასთან კომბინაციაში.<sup>8</sup>

## განათლება და ტრენინგი

ციხეში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პრინციპების შესაბამისად<sup>9</sup>, აივ/შიდსსა და B/C ჰეპატიტზე უწყვეტი განათლებისა და ტრენინგის პროგრამები უნდა მოიცავდეს ციხის მთელ პოპულაციას (პათიმრები, ციხის პერსონალი და ციხის ადმინისტრაცია, რისკის შემცველი ქცევის მქონე ან არმქონე პირები). პროგრამები უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას შემდეგ საკითხებზე: შესაბამისი ინფექციური დაავადებების ეტიოლოგია, პათოგენები, მიმდინარეობა, სიმპტომები, დიაგნოზი და მკურნალობა, განსაკუთრებით, გადაცემის გზები/საშუალებები და პრევენციის გზები; საკუთარი თავისა და სხვების დაცვის გზები; ზიანის შემცირების ზომები; და რა უნდა მოიმოქმედოს შესაძლო კონტაქტის შემდეგ. პროგრამები ასევე უნდა ითვალისწინებდეს ნებაყოფლობით კონფიდენციალურ კონსულტაციებსა და ტესტირებაზე მოწვევას. ამასთან, ინფორმაცია

8. UNODC: იძულებიდან ერთიანობამდე: ნარკომანიის მკურნალობა ჯანდაცვის სისტემის და არა სასჯელის მეშვეობით, სამეცნიერო ნაშრომი, წარდგენილი სემინარზე, 2009 წლის 28-30 ოქტომბერი (ვენა 2010); EMCDDA: თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატივები - ევროკავშირში პრობლემური ნარკოტიკების მოხმარებელთა სამიზნე ჯგუფი (ლისაბონი 2005).
9. მიოლერი და სხვები: ჯანმრთელობის დაცვა ციხეებში: ჯანმოს სახელმძღვანელო მითითებები ციხის ჯანდაცვის მთავარ ასპექტებზე (ჟენევა 2007).

ზიანის შემცირების ზომებისა და ტესტირების შესახებ პრევენციულია მხოლოდ მაშინ, თუ ეს სერვისები ხელმისაწვდომია ციხეშიც. სასწავლო პროგრამებში გათვალისწინებული უნდა იყოს უნიგნურობის მაღალი დონე, პრობლემები სწავლის თვალსაზრისით და ენობრივი ბარიერები ციხის პოპულაციაში. ამ საკითხთან დაკავშირებით რეგულარული სწავლებისა და ტრენინგის სიხშირე უნდა განისაზღვროს პატიმართა და პერსონალის ბრუნვის, აგრეთვე, ამ თემაზე ცოდნისა და ცნობიერების დონის გათვალისწინებით.

ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტთა მოვალეობაა ინფორმაციის ინდივიდუალურად მიწოდება დაწესებულებაში მოთავსებისას განეული სამედიცინო კონსულტაციის დროს (იხ. ზემოთ, სამედიცინო შემომწმება დაწესებულებაში მოთავსებისას); ამასთანავე, ციხის ადმინისტრაციის მხარდაჭერით, პატიმრებს უნდა მიაწოდონ განათლება პრევენციული ჯანდაცვის შესახებაც. მათ შეუძლიათ და უნდა დაეყრდნონ არასამთავრობო ორგანიზაციათა გამოცდილებას, შესაძლებლობებსა და შემუშავებულ ინსტრუმენტებს აივ/შიდსსა და B/C ჰეპატიტებზე ტრენინგის მიზნებში; ჯანდაცვის სპეციალისტები ასევე უნდა შეეცადონ ციხის ადმინისტრაციის დარწმუნებას, რომ სამთავრობო ორგანიზაციებთან ითანამშრომლონ ამ სფეროში დახმარების მისაღებად.

ამასთანავე, გამოყენებული უნდა იყოს განათლების სხვადასხვა მეთოდოლოგია: განათლება პირისპირ შეხვედრების, ჯგუფური დისკუსიების, როლური თამაშების, თეატრალური წარმოდგენებისა და განხილვების გამართვის გზით, ასევე, ბროშურების, ფილმებისა და სხვა აუდიოვიზუალური საშუალებების გამოყენებით. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შემთხვევაში, განსაკუთრებით ეფექტიანია მსგავსი გამოცდილების მქონე ადამიანთა მიერ მიწოდებული განათლება. ნებაყოფლობით კონფიდენციალურ კონსულტაციასა და ტესტირებაზე მიწვევა (VCT) განათლების განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს.

### **3.4 ნარკოტიკების მიწოდებისა და მოთხოვნის შემცირება**

---

გაძლიერებული შემომწმება და ჩხრეკა ციხეში ნარკოტიკების მომარაგების თავიდან ასაცილებლად უდავოდ მნიშვნელოვანია. ასეთ დაწესებულებებში ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირთა დიდი რაოდენობის გამო, მთელ მსოფლიოში ციხეები ნარკოტიკების არალეგალური ბაზრის, ციხის სუბკულტურისა და არაოფიციალური ძალაუფლების მქონე სტრუქტურების სამიზნეები ხდებიან,



რადგან აქ უკანონო ბაზრის ინტერესები დომინირებს. რეალობამ აჩვენა, რომ მხოლოდ შემოწმება და ჩხრეკა ვერ უზრუნველყოფს ციხეების სრულ დაცვას ნარკოტიკებისგან. გამოცდილებამ ცხადყო, რომ ჩხრეკა, სხვა პროფილაქტიკური ზომების გარეშე, შეიძლება კონტრპროდუქტიული იყოს პარენტერალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების თავიდან ასაცილებლად: მცირე შეფუთვებში მოთავსებული ნარკოტიკების ციხეებში შეტანა უფრო მარტივია. ეს იწვევს ნარკოტიკების მიწოდებას სათანადო საინექციო ინსტრუმენტების გარეშე, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს მწირი ინექციური აღჭურვილობის მრავალჯერად და საზიარო გამოყენებას, შედეგად კი - ვირუსის გადაცემას. ისევე, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორში, კარგად დაბალანსებული ოთხეტაპიანი პოლიტიკა (აღსრულება, პრევენცია, ზიანის შემცირება და მკურნალობა) უფრო ეფექტიანად ამცირებს ციხეში ნარკოტიკების მოხმარების რისკებს და, ამავდროულად, პრევენციას უწევს გადამდები დაავადებების გავრცელებას ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებით.

გასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო ეთიკის პრინციპებისა და საერთაშორისო რეკომენდაციების თანახმად, პატიმრებზე ზრუნვის კუთხით პასუხისმგებელი სამედიცინო პერსონალი არასდროს უნდა ჩაერთოს უსაფრთხოების ზომებში, როგორცაა: შემოწმებები, ჩხრეკები, სხეულში ჩხრეკა თუ ნარკოლოგიური შემოწმებები, რადგან მათ შეიძლება დაკარგონ საკუთარი პაციენტების ნდობა.<sup>10</sup> ეს ზომები მხოლოდ ციხის უსაფრთხოების პერსონალის მოვალეობაში შედის. თუ ექიმი გახდება საჭირო სხეულის ინტიმური ნაწილების შესამოწმებლად, ეს უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი, ან ექიმი, რომელიც არ არის ჩართული პატიმრების მკურნალობაში.

## **ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ციხის განყოფილებები**

რამდენიმე ქვეყანამ ციხეებში დაამკვიდრა ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ზონები ან განყოფილებები, სადაც პატიმრები თანხმდებიან შარდის ტესტების წინასწარი გაფრთხილების

10. მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია: ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტები. რეკომენდაცია R(1998)7; CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა). მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია: WMA-ის განცხადება პატიმართა სხეულის ჩხრეკის შესახებ (ბუდაპეშტი 1993, 2005 წლის გადასინჯული ვერსია).

გარეშე და ხშირად ჩატარებაზე - იმის დასადასტურებლად, რომ არ მოიხმარენ ნარკოტიკებს; სანაცვლოდ მათ, წახალისების მიზნით, სთავაზობენ გარკვეულ პრივილეგიებს და/ან უკეთეს საცხოვრებელ პირობებს, სხვა განყოფილებებთან შედარებით. პატიმარი, რომლის ნარკოლოგიური ტესტიც აჩვენებს, რომ მოიხმარს ნარკოტიკებს, დაუყოვნებლივ გადაჰყავთ ციხის ჩვეულებრივ განყოფილებაში. მოტივაციისა და მონიტორინგის გზით კონტროლის ეს კომბინაცია წარმატებული აღმოჩნდა ისეთი კუთხით, როგორცაა ნარკოტიკებზე მოთხოვნისა და მინოდების აღკვეთა, პატიმართა დამოუკიდებლობის განმტკიცება, კონფლიქტების შემცირება და პერსონალის სამუშაო პირობების გაუმჯობესება. ეს შესაფერისია მხოლოდ იმ პატიმართა შემთხვევაში, რომლებსაც მაღალი მოტივაცია აქვთ, რომ არ მოიხმარონ ნარკოტიკები სასჯელის მოხდის განმავლობაში.<sup>11</sup>

## ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამები

პერორალური გზით ადმინისტრირებული ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპია ინექციური ოპიატების მომხმარებელთა ყველაზე ეფექტიანი და კარგად დოკუმენტირებული მკურნალობის საშუალებაა; ამასთანავე ეს გახლავთ ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტიანი პრევენციული ზომა აივ/შიდსისა და B და C ჰეპატიტების გავრცელების წინააღმდეგ. აღნიშნული მეთოდი ამცირებს ოპიატების ინტრავენური მოხმარების რისკებს, ასევე, ხელს უწყობს პაციენტთა სტაბილიზაციას, რათა გაიარონ დამატებითი ფსიქოთერაპიული კურსი და შედეგები შეინარჩუნონ ფსიქოსოციალური მკურნალობით.<sup>12</sup>

სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის პრინციპის შესაბამისად (რომელიც ეხება არა მხოლოდ თერაპიულ, არამედ პრევენციულ ჯანდაცვასაც)<sup>13</sup>, ყველა ქვეყანაში, სადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სექტორში ხორციელდება ოპიატების ჩანაცვლების პროგრამები, ისინი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ციხეებშიც. ეს აუცილებელია არა მხოლოდ ეთიკური, არამედ კლინიკური და პროფილაქტიკური მიზეზების გამოც: ოპიატების ჩანაცვლებითი თერაპიის შეწყვეტა თავისუფლების აღკვეთის პირობებში იწვევს

11. EMCDDA: საუკეთესო პრაქტიკის პორტალი: ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ზონა პირტენბერგის ციხეში (2001), ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე: [www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project\\_id=57&tab=overview](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview).

12. WHO/UNODC/UNAIDS: ჩანაცვლებითი თერაპიის როლი ოპიოიდური დამოკიდებულების მართვასა და აივ/შიდსის პრევენციაში, პოლიტიკის დოკუმენტი (2004).

13. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

აბსტინენციის სინდრომს და ზრდის ნარკოტიკების ინტრავენური გზით გამოყენების რისკს. როგორც წესი, ვირუსის გადაცემა ციხის გარემოში გაცილებით სარისკოა, ვიდრე საზოგადოებაში. გარდა ამისა, დადასტურებულია, რომ ციხეში ოპიატების ჩანაცვლებითი თერაპია მნიშვნელოვნად ამცირებს სიკვდილიანობის მაჩვენებელს ნარკოტიკების მომხმარებელთა ციხიდან გათავისუფლების პირველივე დღეს.<sup>14</sup>

ყველა ამ ფაქტორის გამო, ევროპის, სულ მცირე, 26-მა ქვეყანამ დანერგა ციხეებში ოპიატების ჩანაცვლებითი თერაპია, ხოლო შვიდ ქვეყანაში პატიმართა 10%-ზე მეტი გადის ასეთ მკურნალობას.<sup>15</sup> ჩანაცვლებითი პრეპარატის სახით ყველაზე ხშირად გამოიყენება მეტადონი, მაგრამ ასევე გამოიყენება პერორალური გზით ადმინისტრირებული სხვა ოპიოიდებიც. ამ მიმართულებით უკვე დიდი გამოცდილება დაგროვდა; შემუშავებულია დეტალური სახელმძღვანელო მითითებებიც, თუ როგორ უნდა განხორციელდეს ოპიატების ჩანაცვლების პროგრამები ციხეში.<sup>16</sup> ამასთან, CPT-ის ბოლო ანგარიშებში ხაზგასმულია, რომ ევროპის რამდენიმე პენიტენციურ სისტემაში ჯერ კიდევ ბევრია გასაკეთებელი ამ მნიშვნელოვანი პრევენციული სტრატეგიის განსახორციელებლად.<sup>17</sup>

ფსიქოთერაპიულმა მკურნალობამ და ფსიქოსოციალურმა ზრუნვამ შეიძლება შეამციროს ნარკოტიკების მოთხოვნილება ოპიატებზე დამოკიდებულ ინტრავენურ მომხმარებლებში, განსაკუთრებით, კომბინაციაში ოპიოიდების ჩანაცვლების მკურნალობასთან; ამან შეიძლება ასევე ხელი შეუწყოს სისხლით გადაცემული ვირუსის გავრცელების შემცირებას, განსაკუთრებით, იმის გათვალისწინებით, რომ ფსიქოთერაპიული მკურნალობა ამჟამად ზიანის შემცირებაზე უფრო მეტ ყურადღებას ამახვილებს, ვიდრე სრულ აბსტინენციაზე.

14. ჯანმოს ევროპის ოფისი: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის პრევენცია ციხის პოპულაციაში დაუყოვნებლივ გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში (ჟენევა 2010).

15. EMCDDA: (2010)

16. ჯანმოს ევროპის ოფისი: ჯანმოს სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში აივ ინფექციასა და შიდსთან დაკავშირებით (ჟენევა 1993); მიოლერი და სხვები: ჯანმრთელობის დაცვა ციხეებში: ჯანმოს სახელმძღვანელო ციხის ჯანდაცვის ძირითადი ასპექტების შესახებ (ჟენევა 2007); ა. კასტელიჩი, ი. პონტი და ჰ. სტოვერი: ოპიოიდების ჩანაცვლებითი მკურნალობა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში: პრაქტიკული სახელმძღვანელო (ოლდენბურგი 2009).

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

### 3.5 სარისკო ქცევის ზიანის შემცირება

მტკიცებულებების თანახმად, არარეალისტურია ვარაუდი, რომ ციხეში უსაფრთხოების ზომების გატარების გზით შესაძლებელია სარისკო ქცევის აღკვეთა, რომელიც უკავშირდება აივ/შიდსისა და B და C ჰეპატიტს გავრცელებას. მონაცემებიდან ასევე იკვეთება, რომ ციხის პირობებში სარისკო ქცევამ შეიძლება უფრო მეტი საფრთხეები წარმოქმნას, ვიდრე საზოგადოებაში; ამიტომ, ციხეში ასეთი ზიანის შემცირების ზომების გატარება ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც საზოგადოებაში.<sup>18</sup>

### ნარკოტიკების ნაკლებად სარისკო გზებით გამოყენება

ინფორმაციისა და განათლების მიწოდება ისეთ რისკებზე, როგორცაა კონტამინირებული ინექციური აღჭურვილობის გაზიარებით აივ ინფექციისა და B/C ჰეპატიტის ვირუსების გადაცემა, ნარკოტიკებით გამოწვეული ზიანის შემცირების წინაპირობაა. მინიმალური დოზით დიდი ზემოქმედების მისაღწევად, ოპიატებზე დამოკიდებულ პაციმართა უმეტესობა ინტრავენური გზით მოიხმარს მათ. ასეთი სარისკო ქცევა შეიძლება ეფექტიანად შემცირდეს ოპიოიდების საკმარისი დოზის პერორალურად მიღებით. ამრიგად, პერორალურად მიღებული ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპია მიემართება არალეგალურ ოპიატებზე მოთხოვნის შემცირებასა და უსაფრთხო გამოყენებას. ციხეებში, სადაც არ

18. ჯანმოს ევროპის ოფისი: აივ/შიდსის პოლიტიკა ციხეებში; რ. იურგენსი, მ. ნოვაკი და მ. დეი: „აივ ინფექცია და პათიმრობა: ციხეები და დაკავების ადგილები“, შიდსის საერთაშორისო საზოგადოების ჟურნალი 14:26 (2011); WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციის აღმოფხვრაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტიანობა: ყოვლისმომცველი მიმოხილვა, მტკიცებულებები ქმედებების დასაგეგმად, ტექნიკური დოკუმენტი (ჟენევა 2007); მინისტრთა კომიტეტი: ციხეში ჯანდაცვის ორგანიზაციული და ტექნიკური ასპექტები; რეკომენდაცია R(1998)7; CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა); UNAIDS/UNODC/WHO: აივ/შიდსის პრევენცია, მოვლა, მკურნალობა და დახმარება ციხის პირობებში: ეფექტიანი ეროვნული რეაგირების ჩარჩო (ნიუ იორკი 2006); ჯანმოს ევროპის ოფისი: ჯანმოს სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში აივ ინფექციისა და შიდსის შესახებ (ჟენევა 1993); ლ. მოლერი და სხვები: ჯანმრთელობის დაცვა ციხეებში: ჯანმოს სახელმძღვანელო მითითებები ციხის ჯანდაცვის ძირითად ასპექტებზე (ჟენევა 2007); მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია: ედინბურგის დეკლარაცია ციხის პირობების, ასევე, ტუბერკულოზისა და სხვა გადამდები დაავადებების გავრცელების შესახებ (ედინბურგი 2000, გადასინჯული, მონტევიდეო 2011); UNODC: აივ ინფექციის პრევენცია და მკურნალობა ციხეებში და სხვა დახურულ დანესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, საინფორმაციო დოკუმენტი პოლიტიკის შესახებ (ვენა 2012).

არის ხელმისაწვდომი სტერილური ინექციური აღჭურვილობა (იხ. ქვემოთ, ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამები), პატიმრებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა, სულ მცირე, სადებიინფექციო საშუალებებზე, აგრეთვე ინფორმაციაზე, თუ როგორ უნდა მოხდეს დაბინძურებული საინექციო ინსტრუმენტების დებიინფექცია გადაცემის რისკი შესამცირებლად. ამასთან, უნდა განიმარტოს, რომ დებიინფექცია არ ნიშნავს უსაფრთხო გამოყენებას, და რომ გადაცემის პრევენციის ერთადერთი საშუალება არის დაბინძურებული ინსტრუმენტების გამოყენებაზე უარის თქმა. საყოფაცხოვრებო მათეთრებლის (5,25% ნატრიუმის ჰიპოქლორიდი) სადებიინფექციო საშუალებად გამოყენებისას, ხსნარი უნდა იყოს ახალი და გაუზავებელი, რომ რაიმე ეფექტი ჰქონდეს.<sup>19</sup>

## ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამა

არსებობს მყარი მტკიცებულებები, რომლებიც ადასტურებს, რომ ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამები ეფექტიანია საზოგადოებრივ სექტორში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში აივ ინფექციის შესამცირებლად;<sup>20</sup> ისინი ეკონომიურად ხარჯთეფექტურია და არ აქვს უარყოფითი არასასურველი შედეგები. ნემსის გაცვლის პროგრამების ფილოსოფია გულისხმობს არა მხოლოდ სტერილური აღჭურვილობის მიწოდებას ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის, არამედ დაბინძურებული საინექციო ინსტრუმენტების უსაფრთხოდ განკარგვასაც, რაც თანაბრად მნიშვნელოვანია. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის პრინციპის შესაბამისად (რომელიც ვრცელდება როგორც პროფილაქტიკურ, ისე პრევენციულ ჯანდაცვაზე<sup>21</sup>, ასევე, სერიოზულ ეპიდემიოლოგიურ საჭიროებაზე), ქვეყნებმა, სადაც საზოგადოებრივ სექტორში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის მოქმედებს ნემსის/შპრიცის გაცვლისა და ოპიატების ჩანაცვლებითი პროგრამები, ისინი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ციხეებშიც.

2012 წელს რვა ქვეყანაში - შვეიცარია, გერმანია, ესპანეთი, მოლდოვას რესპუბლიკა, ყირგიზეთი, რუმინეთი, ლუქსემბურგი

19. CDC: ინფორმაცია ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის შპრიცის დებიინფექციის შესახებ (ატლანტა GA 2004).

20. ჯანმოს ევროპის ოფისი: სტერილური ნემსისა და შპრიცის პროგრამირების ეფექტიანობა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში აივ/შიდსის შემცირების კუთხით, მტკიცებულებები მოქმედების დასაგეგმად, ტექნიკური დოკუმენტი (ჟენევა 2004).

21. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

და ტაჯიკეთი (ზოგან კარგად დაფინანსებული, ზოგან კი ძალიან მწირე დაფინანსების მქონე პენიტენციური სისტემებით) - 74 ციხეში ხორციელდებოდა ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამები მამაკაცებისა და ქალებისათვის; სხვადასხვა ზომისა და უსაფრთხოების დონის მქონე ამ ციხეებიდან ზოგიერთში პროგრამა 10 წელზე მეტხანს გაგრძელდა და გამოყენებული იყო ინექციური მასალების განაწილებისა და შეგროვების სხვადასხვა მეთოდი. ამ საკითხზე პასუხისმგებელი გახლდათ ჯანდაცვის პერსონალი, არასამთავრობო ორგანიზაციების თანამშრომლებთან ერთად; ასევე გამოიყენებოდა ავტომატური გამანაწილებელი აპარატები, ან პროცესში ჩართულნი იყვნენ ამ მიზნით საგულდაგულოდ შერჩეული თანაპატიმრები. მრავალფეროვნების მიუხედავად, ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამების შედეგები თანაბარ ეფექტიანობაზე მიუთითებდა: გაუმჯობესდა პატიმართა ჯანმრთელობა, შემცირდა ნემსის გაზიარების პრაქტიკა და ძალადობის შიში. ამავე დროს, არ იკვეთებოდა არანაირი მტკიცებულება, რომ წამლის მოხმარება გაიზრდა, ან ამ პროგრამებმა რაიმე სხვა უარყოფითი შედეგები გამოიღო.<sup>22</sup> ქვეყნებში, სადაც საზოგადოებასა და ციხეებში აივ ინფექციის მაღალი პრევალენტობაა, ციხეში ნემსის/შპრიცის გაცვლის პროგრამების განხორციელება პრიორიტეტულ საკითხად უნდა განიხილებოდეს.<sup>23</sup> ამ მიზნის მისაღწევად, საჭიროა ლიდერობა და უნარი, რომ საზოგადოება და პოლიტიკოსები დაარწმუნონ, როგორი მნიშვნელოვანია ციხეში ზიანის შემცირების მეთოდის დანერგვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის.

სისხლით გადამდები ინფექციის სხვა შესაძლო მიზეზების (მაგ.: ციხეებში სვირინგებისა და პირსინგის ინსტრუმენტების ან საპარსის გაზიარება და ხელახლა გამოყენება) პრევენცია და სისხლის გაზიარებით დაძმობილების რიტუალები ასევე გასათვალისწინებელია საგანმანათლებლო ტრენინგების ან/და სხვა შესაბამისი მეთოდების გამოყენების დროს.

---

22. ნემსის გაცვლის პროგრამა ციხეებში: საერთაშორისო მტკიცებულებებისა და გამოცდილების ყოვლისმომცველი მიმოხილვით შექმნილი გამოცდილება, მეორე გამოცემა, კანადის აივ/შიდსის სამართლებრივი ქსელი (2006);

23. WHO/UNAIDS/UNODC: ნემსისა და შპრიცის პროგრამების დაწყებისა და მართვის სახელმძღვანელო: ნემსისა და შპრიცის პროგრამები დახურულ დაწესებულებებში (ჟენევა 2007).



## კონდომების უზრუნველყოფა და სექსუალური ძალადობის პრევენცია

საერთაშორისო კვლევებით დასტურდება, რომ ციხეებში სექსუალური აქტივობა მთელ მსოფლიოში დამახასიათებელია. სექსუალური კონტაქტების უმეტესობა, გასაგები მიზეზების გამო, ერთი და იმავე სქესის წარმომადგენლებს შორის არის; ასეთი კონტაქტი შეიძლება მოხდეს პირის თანხმობით, ან იძულებით (ციხის იძულებით გარემოში ხშირად მათ შორის მკაფიო ზღვარი არ არსებობს) და პატიმართა 1-3% გაუპატიურების მსხვერპლი ხდება.<sup>24</sup> აივ ინფექციის გადაცემის რისკი ყველაზე მაღალია ძალადობრივი სექსუალური ქმედებების შემთხვევაში. ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში დასავლეთ ევროპის ქვეყნების უმეტესობაში ციხეებში უზრუნველყოფილია პრეზერვატივები; უკვე საკმარისი მტკიცებულებები არსებობს, რომ: პატიმრები სექსუალური აქტის დროს იყენებენ პრეზერვატივებს, ლუბრიკანტებსა და დენტალურ საფენებს, თუ ისინი ადვილად და ანონიმურად ხელმისაწვდომია; ასევე, პრეზერვატივების მიწოდება არ იწვევს ციხეში სექსუალური აქტივობის გაზრდას; არ არსებობს რაიმე უარყოფითი არასასურველი გვერდითი ზეგავლენის დამადასტურებელი მტკიცებულებები; და პრეზერვატივების მიწოდება პატიმრებისა და პერსონალის უმრავლესობისთვის მისაღებია.<sup>25</sup>

ამასთან, პრეზერვატივების მიწოდება სექსუალური ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის ეფექტიანი პოლიტიკის გარეშე, აშკარად არ კმარა ციხეში სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების პრევენციისთვის. სექსუალური ძალადობის პრევენციის პოლიტიკა უნდა მოიცავდეს შემდეგ ასპექტებს: გადატვირთულობის თავიდან აცილება; პერსონალით სათანადოდ დაკომპლექტება; მეთვალყურეობა; პატიმრებს შორის არაფორმალური იერარქიებისადმი შეუწყნარებლობა; და სტრუქტურული გაუმჯობესება, რაც საშუალებას მისცემს პერსონალს, მოწყვლადი პატიმრები დაიცვან სექსუალური ძალადობისგან.

ქვეყნებში ვიზიტების ამსახველ რამდენიმე ანგარიშში CPT-მ შემოფოთება გამოთქვა ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა ციხეებში

24. რ. იურგენსი, მ. ნოვაკი და მ. დეი: „აივ ინფექცია და პატიმრობა: ციხეები და დაკავების ადგილები“, შიდსის საერთაშორისო საზოგადოების ჟურნალი 14:26 (2011).

25. WHO/UNODC/UNAIDS: ციხეებში აივ ინფექციის აღმოფხვრაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტიანობა, მტკიცებულებები ქმედებების დასაგეგმად, ტექნიკური დოკუმენტი (ჟენევა 2007).

პრეზერვატივების მიუწოდებლობა<sup>26</sup> და პატიმართა არაეფექტიანი დაცვა სექსუალური ძალადობისგან.<sup>27</sup>

## **3.6 პრევენციული სამედიცინო ინტერვენციები**

### **ვაქცინაცია**

გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისის (UNODC) პოლიტიკა ციხეებსა და სხვა დახურულ დაწესებულებებში აივ ინფექციის პრევენციისა და მკურნალობის შესახებ<sup>28</sup>, გასცემს რეკომენდაციას, რომ პატიმრებსა და პერსონალს უფასო ვაქცინაცია ჩაუტარდეთ B ჰეპატიტზე. მიზანშეწონილია, რომ A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ჩაუტარდეთ B ან C ქრონიკული ჰეპატიტით დაავადებულ პაციენტებსაც, ვინაიდან A ჰეპატიტის ვირუსით დამატებითმა ინფექციამ შეიძლება გამოიწვიოს მწვავე (ფატალური) ღვიძლის უკმარისობა.

აივ ინფექციისა და B/C ჰეპატიტის ანტივირუსულ მკურნალობას, გარდა თერაპიული ეფექტისა, ძლიერი პრევენციული ეფექტი აქვს ნამკურნალე პაციენტებში ვირუსული დატვირთვის სწრაფად შემცირებაზე. შესაბამისად, ბევრად ნაკლებია ალბათობა, რომ ეს პაციენტები ინფექციის წყაროდ იქცნენ.

### **პროფილაქტიკა**

ნაკლებად დადასტურებულია, მაგრამ ძალზე სავარაუდოა პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკის პრევენციული ეფექტი. სამედიცინო კონსულტაცია და პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკური მკურნალობა დაუყოვნებლივ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთათვის, ასევე, პატიმრებისა და ციხის პერსონალისთვის აივ ინფექციისა და B/C ჰეპატიტის გადადების სარისკო შემთხვევების შემდეგ. ციხეები ამგვარი შემთხვევებისთვის მზად უნდა იყვნენ და ჰქონდეთ სტანდარტული საოპერაციო პროცედურები ან სახელმძღვანელო მითითებები.<sup>29</sup>

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

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

28. UNODC: აივ ინფექციის პრევენცია და მკურნალობა ციხეებსა და სხვა დახურულ დაწესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, საინფორმაციო დოკუმენტი პოლიტიკის შესახებ (ვენა 2012).

29. იქვე.

## ორგანიზაციები: აივ/შიდსი და ტუბერკულოზი

**ა**ივ/შიდსი და ტუბერკულოზი მსოფლიოში ყველაზე დიდი მკვლელია ინფექციურ აგენტებს შორის.<sup>1</sup> აივ/შიდსის ეპიდემიისა და თანმხლები ტუბერკულოზის ზრდას ორმაგ ეპიდემიას, ან ურთიერთგადაამკვეთ ეპიდემიას უწოდებენ, არა მხოლოდ მათი ქრონოლოგიური და გეოგრაფიული გადაფარვის გამო, არამედ, ძირითადად, იმიტომ, რომ ამ ორ დაავადებასა და ეპიდემიას ძლიერი უარყოფითი გავლენა აქვს ერთმანეთზე. მათი ყველაზე მაღალი პრევალენტობა გვხვდება დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. მსოფლიო რუკაზე აივ ინციდენტობისა და პრევალენტობის მქონე რეგიონები მეტწილად ემთხვევა ტუბერკულოზის მაღალი ინციდენტობისა და პრევალენტობის რეგიონებს. აივ ინფექციით დაავადებული 34 მილიონი ადამიანიდან, დაახლოებით, მესამედი ტუბერკულოზითაც არის დაავადებული და თითქმის 30-ჯერ მეტი ალბათობით ემართებათ ეს ინფექცია, ჯანსაღი იმუნური სისტემის მქონე ადამიანებთან შედარებით. შიდსით დაავადებულთა ნახევარზე მეტს აქვს ტუბერკულოზი და მისი ყველაზე გავრცელებული სერიოზული ოპორტუნისტული ინფექცია სწორედ აივ პაციენტებში აღინიშნება. ამ უკანასკნელთა სიკვდილიანობის თითქმის 25% გამოწვეულია ტუბერკულოზით.<sup>2</sup>

გარდა ამისა, თავი იჩინა ახალმა პრობლემამ, როგორცაა მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევების ზრდა. ამის ძირითადი მიზეზია ტუბერკულოზის არასათანადო მკურნალობა. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ახალგამოვლენილი შემთხვევების 10%-ზე მეტში ადამიანები დაინფიცირებულნი არიან მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის ბაცილის შტამებით. ეს მაჩვენებელი, რა თქმა უნდა, ბევრად მაღალია ადრე

1. ჯანმოს საინფორმაციო მიმოხილვა (2012 წლის ოქტომბერი).

2. იქვე.

ნამკურნალევი პაციენტებში, რომლებსაც რეციდივი აქვთ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ყოფილი DOTS-ის სტრატეგია (უშუალო დაკვირვების ქვეშ მკურნალობის მოკლე კურსი) გადაისინჯა „DOTS plus“ სტრატეგიად, დამატებითი და უფრო ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური აპარატურის საჭიროების გამო; ასევე დაინერგა მეორე რიგის მედიკამენტებით მკურნალობა, რომლებსაც უფრო მძიმე გვერდითი მოვლენები ახასიათებს.<sup>3</sup>

აივ/შიდსს და ტუბერკულოზის ინფექციას/დაავადებას ბევრი საერთო მახასიათებელი აქვს, თუმცა გადაცემის გზები სრულიად განსხვავებულია:

- ▶ მათი ფართოდ გავრცელება დამახასიათებელია მოსახლეობის მონყვლადი ჯგუფებისთვის, ციხის პოპულაციაში კი ამ დაავადებების გაცილებით მაღალი პრევალენტობა არსებობს, ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით (მაგ.: აივ-ის გავრცელება ციხეში 25-ჯერ მაღალია, ხოლო ტუბერკულოზის მაჩვენებელი 100-ჯერ აღემატება სამოქალაქო სექტორის მონაცემებს).<sup>4</sup> ციხეები ხელს უწყობს აივ ინფექციისა (იხ. წინა თავი) და ტუბერკულოზის გადაცემას; ციხის ისეთი პირობები, როგორცაა გადატვირთულობა, ცუდი ვენტილაცია, არასათანადო კვება და არაადეკვატური ან მიუწვდომელი სამედიცინო დახმარება, ხელს უწყობს დაწესებულებაში ტუბერკულოზის გავრცელებას; ციხეები ტუბერკულოზის რეზერვუარების როლს ასრულებენ: დაავადება საზოგადოებაში გადააქვთ თანამშრომლებს, ვიზიტორებსა და არასათანადოდ ნამკურნალევი გათავისუფლებულ პატიმრებს; ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს ტუბერკულოზის გავრცელებას, ხელს უწყობს რეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელებასაც.<sup>5</sup> აქედან გამომდინარე, როგორც აღვნიშნეთ, ციხეები უნდა მოიზრებოდეს ტუბერკულოზისა და აივ/შიდსის ინფექციის ეპიდემიოლოგიურ ცენტრად და ეს ორმაგი ეპიდემიის ეპიცენტრები უნდა აღიაროს საზოგადოებამაც.
- ▶ ბევრ ქვეყანაში ტუბერკულოზით გამომწვეული სიღარიბე და ნარკომანია აივ ინფექციის ძირითადი მიზეზია, რაც, თავის მხრივ, ასევე ასოცირდება სიღარიბესთან ან/და იწვევს მას.

3. იქვე.

4. ჯანმო: ტუბერკულოზი ციხეებში (ვებგვერდი), ხელმისაწვდომია ბმულზე: [www.who.int/tb/challenges/prisons/en/](http://www.who.int/tb/challenges/prisons/en/).

5. იქვე.

ორივე ინფექციას, ახლავს სოციალური სტიგმატიზაცია და შემდგომი მარგინალიზაცია.

- ▶ პაციენტთა რაოდენობა, რომლებსაც ორივე ინფექცია აქვს, სწრაფად იზრდება. ეს დაავადებები გავლენას ახდენს T უჯრედებით გამომუშავებულ იმუნიტეტზე, ამიტომ თითოეული მათგანი აუარესებს მეორის კლინიკურ მიმდინარეობას. თუკი ტუბერკულოზით ინფიცირებულ იმუნოკომპეტენტურ პირთა არა უმეტეს 10%-ს აღენიშნება დაავადების კლინიკური გამოვლინება, აივ ინფიცირებულ პირებში ტუბერკულოზით დაავადების მანიფესტაციის ალბათობა 30-ჯერ მეტია. პრობლემას კიდევ უფრო ამძაფრებს ფაქტი, რომ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში ტუბერკულოზის დაავადების დიაგნოსტიკა გაცილებით რთულია, ვიდრე იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში. ამის მიზეზია ფილტვის ინფექციური ტუბერკულოზის დროს ნახველის მიკროსკოპით დიაგნოსტიკის დაბალი სანდოობა და ექსტრაპულმონარული ტუბერკულოზის უფრო მაღალი პრევალენტობა, რის შედეგადაც რენტგენოლოგიური დიაგნოზის სანდოობა მცირდება. გარდა ამისა, აივ/შიდსისა და ტუბერკულოზის კომბინირებული მკურნალობა ანტივირუსული მედიკამენტებით, განსაკუთრებით, მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევაში, შეიძლება რთული და ნაკლებეფექტიანი იყოს მედიკამენტებს შორის ურთიერთქმედებისა და უარყოფითი გვერდითი მოვლენების გამო.

ციხეში ტუბერკულოზის კონტროლთან დაკავშირებული ყველა განახლებული სახელმძღვანელო მითითება მოიცავს შემდეგ ასპექტებს:<sup>6</sup>

- ▶ ციხეებში ტუბერკულოზის კონტროლი ზოგადად მოსახლეობაში არსებული სტანდარტებით, რაც ორგანიზებული უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ორგანოებთან მჭიდრო თანამშრომლობით; ციხეებს უნდა ფარავდეს ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა, და მათზე ვრცელდებოდეს

6. ჯანმო: ტუბერკულოზის კონტროლი ციხეებში: სახელმძღვანელო პროგრამის მენეჯერებისთვის (ჟენევა 2000) WHO/CDS/TB/2001/281; მიოლერი და სხვები: ჯანმრთელობის დაცვა ციხეებში: ჯანმოს სახელმძღვანელო ციხის ჯანმრთელობის მთავარ ასპექტებთან დაკავშირებით (ჟენევა 2007); USAID/TBCTA/ICRC: ციხეებში ტუბერკულოზის კონტროლის სახელმძღვანელო პრინციპები (2009); CDC: ყოველკვირეული ანგარიში ავადობისა და სიკვდილიანობის შესახებ, 2006 წლის 7 ივლისი (ატლანტა GA 2006); CDC: ტუბერკულოზის პრევენცია და კონტროლი პენიტენციურ და დაკავების დაწესებულებებში: CDC-ს რეკომენდაციები (ატლანტა GA 2006).

დოკუმენტირების, შეფასებებისა და ხარისხის უზრუნველყოფის იგივე მოთხოვნები.

- ▶ ციხის პირობების გაუმჯობესება გადატვირთულობის თავიდან აცილებით, ასევე, კარგი ვენტილაციით, ბუნებრივი განათებითა და ჯანდაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობით; პატიმართა მოთავსება მცირე განყოფილებებში და მათი უზრუნველყოფა ადეკვატური კვებითა და ჰაერზე ვარჯიშის შესაძლებლობით.
- ▶ განათლება და ჯანმრთელობის ხელშეწყობა ტუბერკულოზთან მიმართებით.
- ▶ ადრეულ ეტაპზე დიაგნოსტიკა (სამედიცინო შემოწმება დაწესებულებაში მოთავსებისთანავე, თვითდინებით მიმართვა და შემთხვევების აქტიური გამოვლენა).
- ▶ ინფექციური პაციენტების ცალკე მოთავსება და კონტაქტების მოკვლევა.
- ▶ ეფექტიანი სტანდარტული მკურნალობა, ზედმინევნიტ ჯანმოს პროტოკოლების შესაბამისად, რომლებიც შეეხება DOTS-ისა და/ან DOTS plus-ის თერაპიას.
- ▶ მკურნალობის უწყვეტობა გადაყვანის ან გათავისუფლების შემდეგ.

ევროპის რამდენიმე ქვეყანა ჯერ კიდევ არ ასრულებს ციხეში ტუბერკულოზის კონტროლთან დაკავშირებულ ამ სახელმძღვანელო მითითებებს. რიგ გადაწყვეტილებებში ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ დაადგინა ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენციის მე-2 და/ან მე-3 მუხლების დარღვევა ტუბერკულოზით დაავადებულ პატიმართა არასათანადო მკურნალობის<sup>7</sup> გამო, და დაასკვნა, რომ ციხის პირობები ხელს უწყობდა ტუბერკულოზის გავრცელებას და უტოლდებოდა ღირსების შემლახველ და არაადამიანურ მოპყრობას გადატვირთულობის, ვენტილაციისა და დღის სინათლის არარსებობის გამო. მსგავსად, ქვეყნებში ვიზიტების ამსახველ ბოლოდროინდელ ანგარიშებში<sup>8</sup> CPT-მ შემფოთება გამოხატა ციხეებში ტუბერკულოზის პრევენციისა და მკურნალობის სფეროში არსებული პრობლემების გამო.

7. *Melnik v. Ukraine* 72286/01; *Malenko v. Ukraine* 18660/03; *Vasyukov v. Russia* 2974/05; *Hummatov v. Azerbaijan* 9852/05; *Logvinenko v. Ukraine* 13448/07; *Makharadze and Sikharulidze v. Georgia* 35254/07.

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



მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის, ასევე, აივ/ შიდსისა და ტუბერკულოზის ორმაგი ეპიდემიის დასაძლევად, საჭიროა მთელი რიგი დამატებითი ღონისძიებების გატარება:

- ▶ ნახველის ნაცხის მიკროსკოპული ანალიზით სათანადოდ ვერ ვლინდება ტუბერკულოზის ბაქტერიები, ხოლო ტუბერკულოზის კულტურის კლასიკური მეთოდების გამოყენებისას, შედეგი ცნობილია ორი თვის შემდეგ. ინფექციური და მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზის ადრეული და ეფექტიანი იდენტიფიკაციისთვის, შეძლებისდაგვარად სწრაფად უნდა დაინერგოს ახალი ტექნოლოგიები მისი ბაქტერიებისა და რეზისტენტობის სწრაფად გამოსავლენად.<sup>9</sup> ამას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სივრცეში, სადაც ადამიანთა სიმჭიდროვე მაღალია (მაგ.: ციხეები), რათა ინფიცირებული და რეზისტენტული პაციენტები დროულად განცალკევდნენ, ადრეულ ეტაპზე ჩაუტარდეთ მკურნალობა რეზისტენტობის მიხედვით და ეფექტიანად შეჩერდეს დაავადების გავრცელება. ასევე აუცილებელია ტუბერკულოზის ბაქტერიების მაღალსენსიტიური მეთოდებით გამოვლენა, რადგან აივ ინფიცირებულ პირებში, რომლებიც ინფექციური ტუბერკულოზითაც არიან დაავადებულნი, ნახველში ბაქტერიების დაბალი კონცენტრაციაა, რაც აძნელებს დაავადების გამოვლენას.
- ▶ აივ და ტუბერკულოზით თანადაავადების მაღალი მაჩვენებლის გათვალისწინებით, ასევე, ორმაგი ეპიდემიის შესახებ ჯანმოს პოლიტიკის შესაბამისად<sup>10</sup>, გაძლიერდეს აივ ინფიცირების შემთხვევათა იდენტიფიცირება ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა აივ დადებით პაციენტებში. ტუბერკულოზით ავადობის მაღალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყნებმა, მრავალწლიანი გამოცდილების გათვალისწინებით, სისტემაში განახორციელეს ტუბერკულოზის მომსახურების დეცენტრალიზაცია, მაშინ, როდესაც აივ მომსახურება, ძირითადად, ცენტრალიზებულია. ორმაგი ეპიდემიის დასაძლევად, რეკომენდებულია, ტუბერკულოზის დაწესებულებებისა და ციხის ჯანდაცვის განყოფილებების

9. პ. მ. სმოლი და მ. პაი: „ტუბერკულოზის დიაგნოზი - წესების შეცვლის დრო“. ახალი ინგლისის მედიცინის ჟურნალი, 363 (2010), 1070-71; ს. ბოემი, პ. ნაბეტა, დ. ჰილემანი და სხვები: „ტუბერკულოზის სწრაფი მოლეკულური გამოვლენა და რიფამპიციინისადმი რეზისტენტულობა“. ახალი ინგლისის მედიცინის ჟურნალი, 363 (2010), 1005-15; ჯანმოს გლობალური ანგარიში ტუბერკულოზის შესახებ, 2012.

10. ჯანმოს პოლიტიკა ტუბერკულოზისა და აივ ინფექციის ერთობლივი ღონისძიებების მიმართ: სახელმძღვანელო მითითებები ეროვნული პროგრამებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისთვის (ჟენევა 2012).

პერსონალს ჩაუტარდეს ტრენინგი ისეთ საკითხებზე, როგორცაა აივ/შიდსის პრევენცია, ნებაყოფლობითი კონფიდენციალური კონსულტაციები, და აივ ინფექციაზე ტესტირება ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში; პირს, რომელიც დადებითი აღმოჩნდება, რაც შეიძლება მალე უნდა დაენიშნოს პროფილაქტიკური მკურნალობა კოტრიმოქსაზოლის გამოყენებით და გადაიყვანონ ანტივირუსულ (ARV) მკურნალობაზე.

- ▶ ანალოგიურად, გამოვლენილ აივ ინფიცირებულ პაციენტებში უნდა გაძლიერდეს განათლება ტუბერკულოზის პრევენციისა და ინფექციის კონტროლის საკითხებზე, ასევე, მუშაობა აქტიური ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოსავლენად. მათთვის, ვისაც ტუბერკულოზით დაავადებულთან ჰქონდა კონტაქტი, და/ან ვინც დაავადებულია ლატენტური ტუბერკულოზით, მიზანშეწონილია იზონიაზიდით (INH) პროფილაქტიკური მკურნალობის დანიშვნა (იმ პირობით, რომ არ არსებობს INH რეზისტენტული ტუბერკულოზის ბაქტერიების მაღალი პრევალენტობა). აივ პაციენტებს, რომელთაც ტუბერკულოზი დაუდგინდათ, დაუყოვნებლივ უნდა დაენიშნოთ ტუბერკულოზის მკურნალობა, მედიკამენტებისადმი მგრძნობელობაზე ტესტირების შედეგების შესაბამისად.

პაციენტების დონეზე ასეთი პოლიტიკა გასათვალისწინებელია მჭიდრო თანამშრომლობისა და კოორდინაციის სტრატეგიაში, რომელიც მოიცავს საერთაშორისო, ეროვნულ, რეგიონულ და ინსტიტუციურ დონეზე აივ-ისა და ტუბერკულოზის კომბინირებული პროგრამების მეთვალყურეობას, დაგეგმვას, დაფინანსებასა და მონიტორინგს. ტუბერკულოზისა და აივ/შიდსის ეროვნული პროგრამები მჭიდროდ უნდა იყოს დაკავშირებული ერთმანეთთან; ციხეები, სადაც ორმაგი ეპიდემიის უფრო მაღალი გავრცელება შეინიშნება, ვიდრე საზოგადოებაში, უნდა ჩაერთონ აივ/შიდსისა და ტუბერკულოზის ეროვნულ პროგრამებსა და ინიციატივებში.<sup>11</sup>

---

11. იქვე.

## თავი 5

# უსიქოაქტიური საშუალებები და ნარკოდამოქიდაებულების მქონე პირთა სემელისინო მართვა

### 5.1 ფსიქოაქტიური საშუალებები

ისტორიაში არ არსებობს კულტურა ფსიქოაქტიური საშუალებების გარეშე. მათ იყენებენ სამი გზით: რელიგიური ან მაგიური რიტუალებისთვის და სამკურნალო და „რეკრეაციული“ საშუალებების სახით.

ძველ კულტურებში ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე ცოდნის მიღება და მათი ფლობა შეეძლოთ მხოლოდ პრივილეგირებულ პირებს - მღვდლებს, შამანებსა და ექიმებს (ხშირად ერთსა და იმავე ადამიანებს), რომლებსაც საზოგადოებაში დიდი ძალაუფლება ჰქონდათ. არაპრივილეგირებულ პირთა მიერ ფსიქოაქტიური ნარკოტიკების მოპოვება და მოხმარება განიხილებოდა უკანონო ქმედებად და ისჯებოდა ხელისუფლების წარმომადგენელთა მხრიდან. ეს ნაწილობრივ განმარტავს ფსიქოაქტიურ საშუალებათა რეგულირების ისტორიას და მათ მიმართ გამოყენებულ ტერმინებს „კანონიერი/უკანონო“ და „ლეგალური/არალეგალური“.

სამედიცინო და სოციოლოგიური თვალსაზრისით, ნებისმიერი ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარება საფრთხეს უქმნის როგორც ადამიანის ჯანმრთელობას, ასევე მთლიანად საზოგადოებას. შესაბამისად, საჭიროა რეგულაციები, რომლებშიც გათვალისწინებული იქნება შესაბამისი რისკები. ფსიქოაქტიური საშუალებები, რომლებიც ამჟამად სოციალურად და ლეგალურად დაშვებულია რეკრეაციული მოხმარებისთვის (მაგ.: თამბაქო და ალკოჰოლი), გარკვეულ რეგულირებას ექვემდებარება (გზებთან, სამუშაო ადგილსა, არასრულწლოვნებთან მიმართებით). ამასთან, XX საუკუნეში რეკრეაციული მიზნით ფსიქოაქტიური მედიკამენტების წარმოების, ვაჭრობის, ტრეფიკინგისა და მოხმარების მასობრივად ზრდის

გამო, გაეროს სამი კონვენციით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ<sup>1</sup> მკაცრად ამკრძალავი მიდგომა დაინერგა (მარეგულირებელი მიდგომის საპირისპიროდ) იმ ფსიქოაქტიური საშუალებების არასამედიცინო გამოყენებისადმი, რომლებიც უკანონო ნარკოტიკებად გამოცხადდა. ასეთივე მდგომარეობაა უმეტესი ქვეყნების ეროვნულ კანონმდებლობებში ფსიქოაქტიური საშუალებების შესახებ. შედეგად, სასჯელები ნარკოტიკების ამკრძალავი კანონმდებლობის დარღვევისთვის და, შესაბამისად, თავისუფლების აღკვეთის მაჩვენებლები მრავალ ქვეყანაში მკვეთრად გაიზარდა 1960-იანი წლების შემდეგ; ამავდროულად, უკანონო ნარკოტიკების შავ ბაზარზე, რომელიც ძალადობით, ანარქიითა და ძლიერი დინამიკით ხასიათდება, სრული კონტროლის დამყარება მაინც ვერ მოხერხდა. ახლა უკვე აშკარაა, რომ ეს მიდგომა არ იყო წარმატებული „ნარკოტიკებთან ბრძოლაში“ და საჭიროა მოდელების შემუშავება ნარკოტიკების აკრძალვის შემდგომი პერიოდისთვის.<sup>2</sup>

სოციალურად მიღებული („კანონიერი“) ფსიქოაქტიური საშუალებებისა (თამბაქო, ალკოჰოლი, კოფეინი, ზოგიერთ ქვეყანაში - ქანჭყატი, ბეტელის კაკალი და სხვა ნივთიერებები) და უკანონო ნარკოტიკების (ოპიატები, კოკაინი, ამფეტამინის დერივატივები, კანაფი, ჰალუცინოგენური საშუალებები, ბენზოდიამინები და სხვა) ჩამონათვალიდან ცხადი ხდება, რომ:

- ▶ ფსიქოაქტიურ საშუალებათა სოციალური და იურიდიული მიმღებლობის თვალსაზრისით, განსხვავებული მდგომარეობა არსებობს როგორც ისტორიულად (ალკოჰოლის აკრძალვა აშშ-ში 1930-იან წლებში), ისე გეოგრაფიულად (კანაფის გაყიდვა ჰოლანდიაში, ქანჭყატის დაშვება იემენში, მაგრამ არა მეზობელ საუდის არაბეთში).
- ▶ ფსიქოაქტიურ საშუალებათა სოციალური და იურიდიული მიმღებლობა არ არის დამოკიდებული ამ ნივთიერებებით გამოწვეული ჯანმრთელობის რისკების მასშტაბზე: ადამიანისა და, ზოგადად, საზოგადოების ჯანმრთელობისთვის ალკოჰოლითა და თამბაქოთი მიყენებული ზიანის დონე და ამით გამოწვეული დაავადებების გლობალური ტვირთი ბევრად

---

1. გაეროს 1961 წლის კონვენცია ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ; გაეროს 1971 წლის კონვენცია ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ; გაეროს 1998 წლის კონვენცია ნარკოტიკული საშუალებებითა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით უკანონო ვაჭრობის წინააღმდეგ.  
2. ნარკოპოლიტიკის ტრანსფორმაციის ფონდი: ნარკოტიკებთან ომის შემდეგ: რეგულირების რეცეპტი (ბრისტოლი 2009).

აღმატება სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეულ ჯანმრთელობის რისკებს.<sup>3</sup>

ზოგადად, ფსიქოაქტიური პრეპარატების კლასიფიკაცია ხდება მათი ქიმიური სტრუქტურისა და/ან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე ზემოქმედების მიხედვით. ამ კატეგორიებს შორის გარკვეული გადაფარვა არსებობს: ეთილის ალკოჰოლი, ნიკოტინი თამბაქოში, კოფეინი, დამამშვიდებელი და საძილე საშუალებები, კანაბინოიდები, ოპიატები და ოპიოიდები, კოკაინი, ამფეტამინები და დერივატივები, ჰალუსინოგენები და აქროლადი ნივთიერებები. კოფეინის გარდა, ზემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებების ყველა ჯგუფის ქრონიკული გამოყენება ასოცირდება ჯანმრთელობაზე უარყოფით ზეგავლენასა და დამოკიდებულების განვითარების რისკთან. გარდა ამისა, დიდ შეშფოთებას იწვევს სტაბილურად მზარდი ფენომენი - ახალი სინთეტიკური ფსიქოაქტიური პრეპარატების გაჩენა ნარკოტიკების შავ ბაზარზე ევროპაში.<sup>4</sup>

ყველა მათგანი მოქმედებს ცენტრალური ნერვული სისტემის შესაბამის რეცეპტორებთან მიერთებით, რომლებიც ნეიროტრანსმიტერების მობილიზაციას ახდენენ და ააქტიურებენ ან აფერხებენ ნეირონთა აქტივობას სინაფსურ კვანძებში, სხვადასხვა რთული ბიოქიმიური და ელექტროფიზიოლოგიური სქემის საშუალებით. ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა რეგულარული გამოყენებისას, რეცეპტორების რეგულაცია და ფერმენტების ინდუქციის მომატება (საჭიროა ნარკოტიკის დეგრადაციისთვის) ტოლერანტობის ბიოქიმიურ საფუძველს ქმნის.

ნეირომეცნიერებამ და ტვინის აქტივობის ვიზუალიზაციის თანამედროვე ტექნიკამ აჩვენა, რომ ტვინის სამი უბანი უპირატეს როლს თამაშობს ფსიქოაქტიურ პრეპარატებზე რეაგირებასა და მათზე დამოკიდებულების განვითარებაში, ესენია: ვენტრალური ტეგმენტალური არე, მეზოლიმბური დოფამინის სისტემა და ტვინის ქერქი.

ტვინის ამ მიდამოებში ყველა ფსიქოაქტიური ნივთიერება იწვევს დაჯილდოების განცდას, გადარჩენისთვის გადამწყვეტი სხვა სტიმულების მსგავსად (მაგ.: კვება და რეპროდუქცია). დოფამინის მომატება მეზოლიმბური დოფამინის სისტემაში, ანუ ბიოქიმიური რეაქცია ყველა მოულოდნელ ჯილდოზე, ფსიქოაქტიური

3. ჯანმო: ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (ფენევა 2004).

4. 'EMCDDA: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies, News Release No. 2/2012 (26 April 2012)'.

მედიკამენტების შემთხვევაში გაცილებით მაღალია, ისეთ ბუნებრივ სტიმულებთან შედარებით, როგორცაა, მაგალითად, საკვების მიღება. მეზოლიმბური დოფამინის სისტემა ასევე მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ემოციური მოტივაციისა და სწავლის გაძლიერების პროცესში. ეს არის მექანიზმი, ერთობლიობაში ნეირონების რეორგანიზაციასთან („სინაფსური პლასტიკურობა“), კორტიკალური (სენსორული) და ლიმბური (ემოციური) პროექციისთვის, რომელიც შეიძლება იყოს ქვევითი დამოკიდებულების ფონი.<sup>5</sup>

## **5.2 წამალდამოკიდებულება და ადიქცია**

ნეირომეცნიერების კვლევის შედეგად სულ უფრო ხშირად გამოვლენილი ბიოლოგიური რეაქციების მიუხედავად, ყველა პირს, რომლებიც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს მოიხმარენ, არ უვითარდებათ დამოკიდებულება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე. ტერმინი „ადიქცია“ ზოგადად გულისხმობს იძულებით ქცევას, რომელიც უკავშირდება არა მხოლოდ ნივთიერებათა მოხმარებას, არამედ, მაგალითად, აზარტულ თამაშებსაც.

### **წამალდამოკიდებულება**

გარდა ნივთიერების ქიმიური სტრუქტურისა, არსებობს მრავალი ფაქტორი და ბიოლოგიური რეაქცია თავის ტვინში, რომლებიც ხელს უწყობს წამალდამოკიდებულების ან ადიქციის განვითარებას:

- ▶ ნივთიერება, მისი ხელმისაწვდომობა, დოზა, სიხშირე, მოხმარების ხანგრძლივობა და გამოყენების გზა შეიძლება ასევე მნიშვნელოვანი ფაქტორები აღმოჩნდეს.
- ▶ ნარკოტიკების მომხმარებელთა პიროვნულ აშლილობას შეიძლება დიდი ზეგავლენა ჰქონდეს ნივთიერებაზე დამოკიდებულების განვითარების კუთხით: ეგოტიზმის განვითარება, სუპერეგოს შემდგომი სუსტი კონტროლით, ინვევს პიროვნული დამოუკიდებლობის გაქრობას, რის გამოც პირი მიდრეკილია კონფლიქტებისგან გარიდებისა და სუროგატული ჩანაცვლების გზების ძიებისკენ (მაგ.: ნარკოტიკების მოხმარება); პიროვნული აშლილობები, რომლებიც ხშირად უდგინდებათ ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტებს, და

5. ჯანმო: ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (ჟენევა 2004).



ბავშვობაში გადატანილი ძალადობა, სავარაუდოდ, ხელს უწყობს ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენებას.

- ▶ სხვა ფსიქიატრიული თანმდევი დაავადებები, როგორცაა ბიპოლარული აშლილობები და შიზოფრენია, ხშირად ახლავს ნარკოტიკების მოხმარებასა და ნარკოდამოკიდებულებას. მათ შეიძლება ძლიერი გავლენა ჰქონდეთ ნარკოდამოკიდებულების განვითარებაზე. ცნობილია, რომ ფსიქიკურ დაავადებებსა და ნივთიერებაზე დამოკიდებულებას ის საერთო აქვთ, რომ ისინი მეზოლიმბური დოფამინის სისტემის დისფუნქციას იწვევენ.
- ▶ განათლების უკმარი დონე, სოციალური და პიროვნული პრობლემები, სოციალური იზოლაცია, უმუშევრობა, სამომავლო პერსპექტივების არარსებობა და უუნარობა ამ მძიმე პრობლემებთან გამკლავების მხრივ ადამიანებს (განსაკუთრებით, ახალგაზრდებს) ნარკომანიისადმი მოწყვლადს ხდის.
- ▶ ამას ასევე შეიძლება ხელი შეუწყოს სოციალურმა გარემომ, ანუ კულტურამ, და ე.წ. ნარკოტიკების მოხმარებელთა „სუბკულტურამ“, რომლისთვისაც დამახასიათებელია საკუთარი ქცევის კოდექსები და წეს-ჩვეულებები.
- ▶ სულ უფრო მეტი მტკიცებულება არსებობს, რომ გენეტიკური ფაქტორები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ნივთიერებაზე დამოკიდებულების განვითარების კუთხით.<sup>6</sup>

ამრიგად, ნარკომანია მრავალფაქტორული აშლილობაა, გამომწვეული ინდივიდუალური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და ნეირობიოლოგიური ფაქტორების რთული ურთიერთქმედებით, რის შედეგადაც ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებელ ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს ტვინის მუდმივი ნეიროფიზიოლოგიური ცვლილებები. ასეთი რეაქციები იწვევს ნარკოდამოკიდებულებას, რის გამოც მოკლე დროში აბსტინენციის მიღწევა რთულდება. ტვინის მუდმივი ცვლილებების გათვალისწინებით, ნივთიერებებზე დამოკიდებულება ქრონიკული დაავადებაა, რომელსაც, სხვა ქრონიკული დაავადებების მსგავსად (როგორცაა დიაბეტი და ჰიპერტენზია), ახასიათებს ხანგრძლივი მიმდინარეობა და ხშირი რეციდივები; მისი მკურნალობა შესაძლებელია, მაგრამ მოკლევადიან პერიოდში განკურნება იშვიათად ხერხდება.

6. ჯანმო: ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (ჟენევა 2004).



## ადიქცია

ადიქცია აღწერილია (და არა განსაზღვრული), როგორც „ყურადღებობის სისტემის მონოპოლიზაცია ნარკომანიული სტიმულებით“ ან პირის „განგრძობადი დაუძლეველი ქცევა, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ და სოციალურ შედეგებზე მისი ინფორმირებულობის მიუხედავად“. საპირისპიროდ, არსებობს ადიქციის ძალიან მკაფიო დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები. დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მიხედვით, ვერსია 10(ICD-10), ნარკოდამოკიდებულების დიაგნოზი უნდა დაისვას, თუ სახეზეა ქვემოთ ჩამოთვლილი ელემენტებიდან სამზე მეტი:<sup>7</sup>

- ▶ ნივთიერებათა მიღების ძლიერი სურვილი ან საჭიროების შეგრძნება.
- ▶ ნივთიერებათა მიღების ქცევის გაკონტროლების სირთულეები, მიღების დაწყების, შეწყვეტის ან მოხმარების დონის მიხედვით.
- ▶ ფიზიოლოგიური ალკვეთის სინდრომი, ნივთიერების მოხმარება შეწყვეტის ან შემცირებისას, რაც დამახასიათებელია ნივთიერების მოხმარების აბსტინენციის სინდრომისთვის.
- ▶ ტოლერანტობის მტკიცებულება, როგორცაა ფსიქოაქტიური ნივთიერების გაზრდილი დოზების საჭიროება თავდაპირველად უფრო დაბალი დოზებით წარმოქმნილი ეფექტის მისაღწევად.
- ▶ ალტერნატიული სიამოვნებების ან ინტერესების პროგრესული უგულებელყოფა ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების, შოვნის, მიღების, ან მისი ზემოქმედებისგან გამოსვლისთვის საჭირო დროის გაზრდის გამო.
- ▶ ნივთიერებათა მოხმარების გაგრძელება აშკარა მავნე შედეგებზე მიმანიშნებელი მკაფიო მტკიცებულებების მიუხედავად.

ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს (DSM-IV) დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები არსებითად იგივეა, გარდა დამატებითი პუნქტისა: „ნივთიერებათა მოხმარების შემცირების ან გაკონტროლების მუდმივი სურვილი და წარუმატებელი მცდელობები“.<sup>8</sup>

7. ჯანმო: ICD-10 (უენევა 2010).

8. ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია: ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (ვაშინგტონი, 1994).

## უარყოფითი შედეგები

ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების უარყოფითი შედეგები ჯანმრთელობის კუთხით მოიცავს შემდეგ ასპექტებს: თავად ნარკოტიკებით გამოწვეული მწვავე და ქრონიკული ტოქსიკური ეფექტები; დოზის შემთხვევითი ან სუიციდური გადაჭარბება; ინტოქსიკაცია; ავტოსაგზაო შემთხვევები; ქრონიკული მონამვლა, ძირითადად, ალკოჰოლითა და თამბაქოთი; და სხვა ნივთიერებათა კგუფებთან დაკავშირებული ქრონიკული ნეიროფსიქიატრიული მდგომარეობები. სხვა არასასურველი ზემოქმედება ჯანმრთელობაზე უკავშირდება ისეთ საკითხებს, როგორცაა სიღარიბე, ცხოვრების წესი (მაგ.: არასწორი კვება, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, ტუბერკულოზი და სტომატოლოგიური პრობლემები), წამლის გამოყენების გზა (მაგ.: სისხლით გადამდები დაავადებების გადაცემა, როგორცაა აივ ინფექცია და B/C ჰეპატიტი, ბაქტერიული სეპტიცემია, ფილტვის აბსცესი, ენდოკარდიტი და სხვა დაავადებები ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებში; ან ცხვირის ლორწოვანი გარსის განადგურება კოკაინის ფხვნილის მომხმარებლებში).

ნივთიერებების მომხმარებელთა დამოკიდებულებით სარგებლობენ ამ ნივთიერებათა რეალიზაციის ბაზრის მონაწილეები - როგორც კანონიერი საშუალებების (ალკოჰოლი, თამბაქო), ისე შავ ბაზარზე არალეგალური ნარკოტიკების რეალიზატორები, რომლებიც ბევრად მეტ მოგებას იღებენ; ამას კი, საბოლოოდ, არასასურველ სოციალურ შედეგებამდე მივყავართ. ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა არალეგალური სტატუსი ამკარად რეალიზატორთა და დილერთა ინტერესებში შედის, რადგან საშუალებას იძლევა, სწრაფად იშოვნონ დიდი ფული ნივთიერებებზე დამოკიდებული პირებისგან. ასეთი პირები კი ხშირად ისედაც სოციალურად დაუცველები არიან, ვალეები აქვთ, სიღარიბესა და იზოლაციაში ცხოვრობენ, პროსტიტუციასა და დანაშაულში არიან ჩაბმულნი, ან ციხეში იმყოფებიან.

ნივთიერებებზე დამოკიდებულების უარყოფითი შედეგების, ასევე, საზოგადოებაში დამოკიდებულ პაციენტთა რიცხვის ზრდის ფონზე, „ნარკოტიკებთან ბრძოლისა“ და აშლილობის ქრონიკული ბუნების მიუხედავად, ხაზგასასმელია ზიანის შემცირებაზე მიმართული ეფექტიანი ზომების მნიშვნელობა ციხეებში აივ/შიდსისა და B/C ჰეპატიტის გავრცელების პრევენციისათვის (როგორც აღწერილია მე-3 თავში).

### 5.3 წამალდამოკიდებული პატიმრების სამედიცინო მართვა

როგორც აღვნიშნეთ (იხ. ზემოთ, ეპიდემიოლოგიური ფონი), პათიმართა 30%-ს ანამნეზში აქვთ პრობლემური და/ან ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება და, სავარაუდო შეფასებით, უმეტესი ნაწილი აკმაყოფილებს ნარკოდამოკიდებულების ან ადიქციის დიაგნოზის კრიტერიუმებს. მათი ჯანდაცვის საჭიროებების მოსაგვარებლად, ეს საკითხები ციხის სამედიცინო პერსონალმა უნდა დაადგინოს დაწესებულებაში მოთავსებისას ჩატარებული სამედიცინო შემოწმების დროს. პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს ამ პირებთან დაკავშირებული გადაუდებელი დახმარების საჭიროება, სათანადო ყურადღება მიაქციოს მათ განსაკუთრებულ დაუცველობას ციხეში, ეცადოს ციხეში ზიანის შემცირების ზომების გატარებას, ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირებს შესათავაზოს სათანადო მკურნალობა, და საკმარისი დროით ადრე დაგეგმოს მათი გათავისუფლების შემდგომი სამედიცინო დახმარება.

ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ ნარკომანიით დაავადებულ პირთა ადრეული იდენტიფიცირება დაწესებულებაში მოთავსებისას ჩატარებული სამედიცინო შემოწმების დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მათი აბსტინენციის სინდრომის მკურნალობისა და მხარდაჭერისთვის, ასევე, სუიციდის რისკის შესაფასებლად, რადგან ეს პრობლემები, როგორც წესი, პათიმრობიდან მოკლე დროში იჩენს თავს. ამასთანავე, როგორც აღინიშნა სამედიცინო შემოწმებისადმი მიძღვნილ თავში, ეს შესაძლებლობა გამოყენებული უნდა იყოს ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირებისთვის სისხლით გადამდებ ინფექციებზე ინფორმაციისა და ცოდნის მისაწოდებლად, რათა მათ შესთავაზონ მონაწილეობა ნებაყოფლობით კონფიდენციალურ კონსულტაციებსა და აივ ინფექციისა თუ ვირუსული ჰეპატიტის გამოსავლენ ტესტირებებში.

ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირთა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების საჭიროება მოიცავს აბსტინენციით გამოწვეულ მძიმე მდგომარეობასა (რაც ასევე იკვეთება ციხეში) და ნარკოტიკებით მწვავე ინტოქსიკაციას. აბსტინენციის სინდრომები, განსაკუთრებით, ალკოჰოლისა და ბენზოდიამფინის (ზოგიერთ შემთხვევაში, ოპიოტის მოხმარების აღკვეთისაც), შეიძლება სიცოცხლისთვის საშიში გახდეს. აქედან გამომდინარე, საჭიროა ინტენსიური მკურნალობის ჩატარება. თუ ციხის ჯანდაცვის ჯგუფს არ აქვს სათანადო გამოცდილება და/ან არ არის აღჭურვილი ამგვარი შემთხვევების სამკურნალოდ, პირი დროულად უნდა გადაიყვანონ შესაბამის საავადმყოფოში; წინააღმდეგ შემთხვევაში, დაირღვევა პათიმრის ადამიანის უფლება, კერძოდ, სათანადო მკურნალობის

ხელმისაწვდომობა.<sup>9</sup> ამ თვალსაზრისით, უნდა გვახსოვდეს, რომ ოპიატების აბსტინენციის სინდრომის მკურნალობის საუკეთესო გზა არის დეტოქსიკაცია ოპიოიდების მხარდაჭერით; ამ სინდრომის შემთხვევაში, ადეკვატური სამედიცინო დახმარების მიწოდებაზე უარის თქმა არასათანადო მოპყრობად უნდა ჩაითვალოს. ციხის ჯანდაცვის გუნდის გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ნაკრები სათანადოდ უნდა აღიჭურვოს და, ზოგადი რეანიმაციული აღჭურვილობის გარდა, შეიცავდეს ნალოქსონსა და დეტოქსიკაციის სამკურნალო საშუალებებს.

## მონყვლადობა

ნარკოდამოკიდებულების მქონე დამნაშავეები მიეკუთვნებიან სოციალურად დაუცველ პატიმართა ჯგუფს, რადგან ციხის პატიმართა იერარქიაში დაბალ დონეზე დგანან და მათ მიმართ უარყოფითი დამოკიდებულება აქვთ როგორც პატიმრებს, ისე ნაკლებად განათლებულ პერსონალს. პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება არ არის სუსტი ნებისყოფის ან ხასიათის ნიშანი, ეს არის ქრონიკული სამედიცინო აშლილობა, რომელიც ხშირად უკავშირდება სხვა ფსიქიკურ აშლილობებს.

ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პატიმართა ქცევა, რომელიც მიმართულია ნარკოტიკული საშუალებების მოძიებაზე, მათ ძალადობის, იძულებითი სექსისა და სხვაგვარი ზეწოლის სამიზნედ აქცევს (მაგ.: ხშირია ზეწოლა, რომ ოპიატების ჩანაცვლების მკურნალობის ფარგლებში დანიშნული ნარკოტიკები არამიზნობრივად გამოიყენონ). ციხეში ნარკოტიკების მოპოვების მცდელობისას, ისინი ვალების საფრთხის წინაშე დგანან, რის გამოც ხშირია მუქარა, ჩაგვრა და ძალადობა ამ პირთა მიმართ. CPT-ის სტანდარტების თანახმად, ციხის ჯანდაცვის პერსონალის ერთ-ერთი ამოცანაა ჰუმანიტარული დახმარების განევა, განსაკუთრებით, დაუცველი პატიმრებისთვის;<sup>10</sup> სტანდარტები ასევე შეიცავს რეკომენდაციებს დაცვისა და ჩანაცვლების შესახებ, სამედიცინო კონფიდენციალობის უზრუნველყოფით.

9. *McGlinchey and others v. UK* 50390/99.

10. CPT-ის სტანდარტები 2002 (2011 წლის გადასინჯვა).

## ზიანის შემცირებაზე მიმართული ზომები

მტკიცებულებებმა აჩვენა, რომ ნარკოტიკებზე დამოკიდებული დამნაშავეები განაგრძობენ სარისკო ქცევას ციხეში. როდესაც დაწესებულებაში არ არსებობს ზიანის შემცირების ზომები, ისინი განაახლებენ ან იწყებენ ისე მოქცევას, რომელიც ქმნის სისხლით გადამდები ინფექციების გავრცელების საფრთხეს. აქედან გამომდინარე, ეპიდემიოლოგიური, სამედიცინო და ეთიკური მიზეზების გამო, ციხეში ზიანის შემცირება აუცილებელი მოთხოვნაა. ზიანის შემცირების მიზანშეწონილობა, კონცეფციები და ზომები დეტალურად აღწერილია მე-3 თავში, რომელიც ეძღვნება ციხეებში აივ/შიდსისა და B/C ჰეპატიტის გავრცელების პრევენციას.

## მკურნალობა

როგორც აღვნიშნეთ, უაღრესად მნიშვნელოვანია, პირველ რიგში, ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირთა თავისუფლების აღკვეთის ყველა სხვა შესაძლო ალტერნატივის ამოწურვა, თუმცა თავისუფლების აღკვეთისას იძულებითი სტაბილიზაცია შეიძლება გამოყენებული იყოს სამკურნალოდ, რაც, ქაოტური ცხოვრების წესის გამო, მანამდე ხელმიუწვდომელი იყო მათთვის.

წარმატებული მკურნალობისთვის საჭიროა პაციენტის სრული თანამშრომლობა. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ქვეყნის სისხლის სამართლის კანონმდებლობა დღესაც ითვალისწინებს ფსიქიკურად ქმედუნარიანი წამალდამოკიდებული პაციენტების სავალდებულო წესით მკურნალობას, როგორც სამედიცინო, ისე ეთიკური თვალსაზრისით ეს სადავო საკითხია. ნარკომანია ქრონიკული დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია რეციდივები. შესაბამისად, მას ხანგრძლივი მკურნალობა სჭირდება, ისევე, როგორც ნებისმიერ სხვა ქრონიკულ დაავადებას.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პაციენტთა უმეტესობას სხვა ფსიქიატრიული დაავადებებიც აღენიშნებათ, რომლებიც დიაგნოსტირებასა და სათანადო მკურნალობას საჭიროებს. ნათელია, რომ თანდაყოლილი დეპრესიული ან შიზოფრენიული აშლილობების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა ეფექტიანია ნივთიერებებზე დამოკიდებულების სამკურნალოდაც.<sup>11</sup> სხვა ფსიქიატრიული დაავადებების ფარმაკოლოგიური მკურნალობის

11. ჭანმო: ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებისა და დამოკიდებულების ნეირომეცნიერება (ჟენევა 2004).

მიზნით, ციხეში ბენზოდიაზეპინების დანიშვნის მიმართ დიდი სიფრთხილე უნდა გამოიჩინონ: მათი მიღება ვიზუალურად უნდა კონტროლდებოდეს ამ მედიკამენტების სხვა მიზნით გამოყენების მაღალი რისკის გამო (მსგავსად ოპიოიდური ჩანაცვლებითი მკურნალობისას დანიშნული მედიკამენტებისა).

ვინაიდან ოპიატზე დამოკიდებულებისგან განკურნების მიზანი მოკლევადიან პერიოდში თითქმის ვერ მიიღწევა, მკურნალობის უახლესი კონცეფციების აქცენტები შეიცვალა და, აბსტინენციის მიღწევის სტრატეგიის ნაცვლად, გათვალისწინებულია ნარკოტიკების მოხმარების დაშვება ზიანის შემცირების მკურნალობის პარალელურად. ამის მიზანია ნარკოდამოკიდებულების მქონე პირის ფსიქოსოციალური მდგომარეობის სტაბილიზაცია, დანაშაულებრივი ქცევის შემცირება, პაციენტის სიცოცხლის შენარჩუნება და თერაპიული თვალსაზრისით ჯანმრთელობაზე უარყოფითი ზემოქმედების შემცირება. ეს მეთოდი საუკეთესოდ მუშაობს პერორალური ოპიოიდების ჩანაცვლების თერაპიასთან ერთად.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების მულტიფაქტორული ეტიოლოგიის შესაბამისად, არსებობს ფსიქოლოგიური და ფსიქოსოციალური მკურნალობის ფართო სპექტრი, კერძოდ: სხვადასხვა ფსიქოანალიტიკური მეთოდი, როგორცაა გემტალტერაპია, შემეცნებითი ქცევითი თერაპიები, პოზიტიური ქცევის გამყარება, რეციდივის პრევენცია და მოტივაციის გაძლიერების ტექნიკა. თითოეულ ციხეში ფსიქოსოციალური მკურნალობის საუკეთესო სტრატეგიის არჩევა დამოკიდებულია ჯანდაცვის გუნდის რესურსებსა და გამოცდილებაზე.

## **შემდგომი მკურნალობა**

ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ, საზოგადოებაში სამედიცინო დახმარებისა და მხარდაჭერის დაგეგმვა და ორგანიზება მნიშვნელოვანია ნებისმიერი პატიმრისთვის, მაგრამ ნარკოდამოკიდებულების მქონე დამნაშავეთა შემთხვევაში ეს სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია: მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ ნარკოტიკების მოხმარებელთა სიკვდილიანობის კვლევები მიუთითებს, რომ ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია გათავისუფლებიდან პირველი ორი კვირის განმავლობაში (მოხმარებელთა უმეტესობა გარდაიცვალა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინტოქსიკაციით). ამის მიზეზი გახლავთ დოზის გადაჭარბება, რადგან თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში მოხმარების შეწყვეტის ან შემცირების შედეგად, ოპიატების მიმართ



ორგანიზმის ტოლერანტობა მცირდება. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობა მნიშვნელოვნად ამცირებს ამ რისკს.<sup>12</sup> ამრიგად, ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ რეკომენდებულია დახმარება ისეთ საკითხებში, როგორცაა საცხოვრებელი, ფინანსები, ოჯახური პრობლემები, განათლება, დასაქმება, შემდგომი ფსიქიკური მხარ-დაჭერა,<sup>13</sup> განათლების მიწოდება დოზის გადაჭარბების რისკების შესახებ (ტოლერანტობის შემცირების ფონზე) და ოპიოიდების ჩანაცვლებითი მკურნალობა.

---

12. ჯანმრთელობის ევროპის რეგიონის ოფისი: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის პრევენცია ციხის პოპულაციაში დაუყოვნებლივ გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში (2010).

13. შემდგომი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა პარტნიორობის გზით: პრობლემური ნარკოტიკების მოხმარების ისტორიის მქონე პატიმრებისთვის შემდგომი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება - ინსტრუმენტების ნაკრები, რედ. მ. მაკდონალდი და სხვები, ევროპის კომისია (2012).

# წყაროების ჩამონათვალი

---

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) [ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია: ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო]: [www.psychiatry.org/practice/dsm](http://www.psychiatry.org/practice/dsm)

Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. et al: Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance [ს. ბოემი, პ. ნაბეტა, დ. ჰილემანი და სხვები: ტუბერკულოზის სწრაფი მოლეკულური გამოვლენა და რიფამპიციინისადმი რეზისტენტულობა]; *N Engl J Med* 363 (2010), 1005-15: [www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847](http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847)

CDC (Centers for Disease Control and Prevention): Syringe disinfection for injection drug users [ინფორმაცია ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის შპრიცის დეზინფექციის შესახებ], 2004: [www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf](http://www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf)

CDC, MMWR (7 July 2006): Prevention and control of tuberculosis in correctional and detention facilities: Recommendations from CDC [ტუბერკულოზის პრევენცია და კონტროლი პენიტენციურ და დაკავების დაწესებულებებში: CDC-ის რეკომენდაციები]: [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm)

CM Recommendation R (1998) 7 on the Ethical and Organisational Aspects of Health Care in Prison [მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(1998)7: ციხეში ჯანმრთელობის დაცვის ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტები]: [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=anEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLoged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=anEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLoged=F5D383)

CM Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules [მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია Rec(2006)2 ევროპული ციხის წესების შესახებ]: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

CPT Database [CPT მონაცემთა ბაზა]: [www.cpt.coe.int/en/database.htm](http://www.cpt.coe.int/en/database.htm)

CPT Standards (2002, rev. 2011) [CPT-ის სტანდარტები (2002, 2011 წლის გადასინჯვა)]: [www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf](http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf)

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) [ნარკოტიკებისა და ნარკოდამოკიდებულების მონიტორინგის ევროპული ცენტრი]: [www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis](http://www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis)

EMCDDA 2010: [www.emcdda.europa.eu/stats10/hsrtab9](http://www.emcdda.europa.eu/stats10/hsrtab9)

EMCDDA 2012: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies [სააგენტოების ინფორმაციით, ევროკავშირში კვირაში, დაახლოებით, ერთი ახალი ნარკოტიკი ვლინდება]: [www.emcdda.europa.eu/news/2012/2](http://www.emcdda.europa.eu/news/2012/2)

EMCDDA: Alternatives to imprisonment – targeting offending problem drug users in the EU [თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატივები - ევროკავშირში პრობლემური ნარკოტიკების მომხმარებლების სამიზნე ჯგუფი], 2005: [www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html)

EMCDDA: Best practices: Drug free zone in Hirtenberg prison [საუკეთესო პრაქტიკის პორტალი: ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ზონა პირტენბერგის ციხეში]: [www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project\\_id=57&tab=overview](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=57&tab=overview)

European Court of Human Rights, Database [ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს მონაცემთა ბაზა]: <http://hudoc.echr.coe.int>

European Social Charter [ევროპის სოციალური ქარტია]: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/163.htm>

Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons. Department of Health [ციხეებში ორმაგი დიაგნოზის მართვის სახელმძღვანელო, ჯანდაცვის დეპარტამენტი], UK 2009: [www.nta.nhs.uk/uploads/prisons\\_dual\\_diagnosis\\_fnal\\_2009.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_fnal_2009.pdf)

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights [საერთაშორისო პაქტი ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ]: [www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx](http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx)

Istanbul Protocol. The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [სტამბოლის ოქმი; სახელმძღვანელო წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა და დასჯის ეფექტიანად გამოძიებისა და დოკუმენტირების შესახებ]: [www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf)

Jürgens R., Nowak M. and Day M: HIV and incarceration: prisons and detention [რ. იურგენსი, მ. ნოვაკი და მ. დეი: „აივ ინფექცია და პატიმრობა: ციხეები და დაკავების ადგილები“]. Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011): [www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491](http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491)

Kastelic A., Pont J. and Stöver H: Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide [ა. კასტელიჩი, ი. პონტი და ჰ. სტოვერი:

ოპიოიდების ჩანაცვლებითი მკურნალობა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში: პრაქტიკული სახელმძღვანელო], 2009: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST\\_in\\_Custodial\\_Settings.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf)

NICE Clinical Guidelines. Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention [NICE-ის კლინიკური სახელმძღვანელო მითითებები: „ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა: მკურნალობა, მართვა და პროფილაქტიკა“]. NHS (2009): [www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf)

NICE Clinical Guidelines. Borderline personality disorder: the NICE guidelines on treatment and management. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists [NICE-ის კლინიკური სახელმძღვანელო მითითებები: მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა: NICE-ის სახელმძღვანელო მითითებები მკურნალობისა და მართვის შესახებ. ბრიტანეთის ფსიქოლოგთა საზოგადოება/ფსიქიატრთა სამეფო კოლეჯი], 2009: [www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf)

Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia [ციხის საერთაშორისო რეფორმა: დუბლინის დეკლარაცია აივ/შიდსის შესახებ ევროპისა და ცენტრალური აზიის ციხეებში]: [www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hivaids-prisons-europe-central-asia/](http://www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hivaids-prisons-europe-central-asia/)

Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options. A report of the World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, WHO [ფსიქიკური აშლილობის პრევენცია: ეფექტიანი ინტერვენცია და პოლიტიკის არჩევანი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების დეპარტამენტსა და ნიჟმეგენისა და მასტრიხტის უნივერსიტეტების პრევენციული კვლევის ცენტრთან ერთობლივად, ჯანმო], 2004: [www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [სამედიცინო ეთიკის პრინციპები, რომლებიც ეხება ჯანდაცვის პერსონალის, განსაკუთრებით, ექიმების როლს პატიმრებისა და დაკავებულთა დაცვაში წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობისა და დასჯისგან], UN 1982 (General

Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982): [www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics](http://www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics)

Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network [ნემსის გაცვლის პროგრამები ციხეებში: საერთაშორისო მტკიცებულებებისა და გამოცდილების ყოვლისმომცველი მიმოხილვით შექმნილი გამოცდილება, მეორე გამოცემა (2006), კანადის აივ/შიდსის სამართლებრივი ქსელი], 2006: [www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173](http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173)

Throughcare services for prisoners with problematic drug use – a toolkit [შემდგომი სამედიცინო მომსახურება პრობლემური ნარკოტიკების მოხმარების ისტორიის მქონე პატიმრებისთვის - ინსტრუმენტების ნაკრები], [http://throughcare.eu/reports/throughcare\\_toolkit.pdf](http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf)

Transform Drug Policy Foundation: After the war on drugs: blueprint for regulation [ნარკოპოლიტიკის ტრანსფორმაციის ფონდი: ნარკოტიკებთან ომის შემდეგ: რეგულირების რეცეპტი], 2009 [www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation](http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/after-war-drugs-blueprint-regulation)

UN Single Convention on Narcotic Drugs 1961 (as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) [გაეროს ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ, 1961 (შესწორებულია 1972 წლის ოქმით, ნარკოტიკების მოხმარებაზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის გადასინჯვის შესახებ)]: [www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf)

UN Convention on Psychotropic Substances 1971 [გაეროს კონვენცია ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ]: [www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf)

UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances 1988 [გაეროს 1988 წლის კონვენცია ნარკოტიკული საშუალებებითა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით უკანონო ვაჭრობის წინააღმდეგ]: [www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf)

UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010 [UNAIDS-ის ანგარიში შიდსის გლობალური ეპიდემიის შესახებ], 2010: [www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2010/name,56186,en.asp)

UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response [აივ/შიდსის პრევენცია, მოვლა, მკურნალობა და დახმარება ციხის

პირობებში: ეფექტიანი ეროვნული რეაგირების ჩარჩო]: [https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS\\_prisons\\_July06.pdf](https://www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_prisons_July06.pdf)

UNODC: From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care not punishment. Discussion paper of a scientific workshop [იძულებიდან ერთიანობამდე: ნარკომანიის მკურნალობა ჯანდაცვის სისტემის და არა სასჯელის მეშვეობით, სამეცნიერო ნაშრომი, წარდგენილი სემინარზე], 2009: [www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion\\_Ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Coercion_Ebook.pdf)

UNODC Policy Brief. HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions [UNODC: აივ ინფექციის პრევენცია და მკურნალობა ციხეებსა და სხვა დახურულ დაწესებულებებში: ინტერვენციების ყოვლისმომცველი პაკეტი, საინფორმაციო დოკუმენტი პოლიტიკის შესახებ], 2012: [www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV\\_prisons\\_advance\\_copy\\_july\\_2012\\_leafet\\_UNODC\\_ILO\\_UNDP\\_Ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leafet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf)

USAID/TBCTA/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons [სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ], 2009: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADP462.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf)

WHO: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users [ჯანმო: სტერილური ნემსისა და შპრიცის პროგრამირების ეფექტიანობა ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლებში აივ/შიდსის შემცირების კუთხით), 2004: [www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/effectivenesssterileneedle.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf?ua=1)

WHO: Fact sheets, October 2012 (rev. 2014) [ჯანმო: საინფორმაციო ფურცელი, გადასინჯული ვერსია] [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en)

WHO: Global Tuberculosis Report [WHO: ტუბერკულოზის გლობალური ანგარიში], 2013: [www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)

WHO: Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons [ჯანმო: სახელმძღვანელო მითითებები ციხეებში აივ ინფექციისა და შიდსის შესახებ]: [www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf)

WHO: ICD-10 classification of mental and behavioural disorders [ჯანმო: ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების ICD-10 კლასიფიკაცია]: [www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf](http://www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf)

WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence, Geneva [ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებისა და დამოკიდებულების



ნეირომეცნიერება, ჟენევა], 2004: [www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf)

WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders [ჯანმოს პოლიტიკა ტუბერკულოზისა და აივ ინფექციის ერთობლივი ღონისძიებების მიმართ: სახელმძღვანელო მითითებები ეროვნული პროგრამებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეებისათვის], 2012: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf)

WHO: Public health action for the prevention of suicide [საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქმედებები სუიციდის პრევენციის მიმართულებით], 2012: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)

WHO: Tuberculosis control in prisons [WHO/CDS/TB/2001/.281], Geneva 2000 [ჯანმო, ტუბერკულოზის კონტროლი ციხეებში]: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_CDS\\_TB\\_2000.281.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf)

WHO: Tuberculosis in prisons [ჯანმო: ტუბერკულოზი ციხეებში]: [www.who.int/tb/challenges/prisons/story\\_1/en](http://www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en)

WHO Europe: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health [ჯანმოს სახელმძღვანელო მითითებები ციხის ჯანდაცვის მთავარ ასპექტებზე]: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)

WHO Europe: [Policy] HIV/AIDS in prison [ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი: [პოლიტიკა] აივ ინფექცია/შიდსი ციხეებში]. [www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons](http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons)

WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period [ჯანმოს ევროპის რეგიონის ოფისი: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის პრევენცია ციხის პოპულაციაში დაუყოვნებლივ გათავისუფლების შემდგომ პერიოდში]: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/114914/E93993.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf)

WHO/UNODC/UNAIDS, Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Geneva [ციხეებში აივ ინფექციის აღმოფხვრაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტიანობა], 2007: [www.who.int/hiv/pub/idu/prisons\\_efective/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_efective/en/)

WHO/UNODC/UNAIDS: Guide to starting and managing needle and syringe programmes. needle and syringe programmes in closed settings [ნემსისა და შპრიცის პროგრამების დაწყებისა და მართვის სახელმძღვანელო.

ნემსისა და შპრიცის პროგრამები დახურულ გარემოში, 2007:  
[www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf)

WHO/UNODC/UNAIDS Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review (Evidence for Action Technical Paper), Geneva 2007 [ციხეებში აივ ინფექციის აღმოფხვრაზე მიმართული ინტერვენციების ეფექტიანობა: ყოვლისმომცველი მიმოხილვა, მტკიცებულებები ქმედებების დასაგეგმად, ტექნიკური დოკუმენტი, ჟენევა 2007]:  
[www.unodc.org/documents/hiv/aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv\\_treatment.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf)

WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention [ჩანაცვლებითი თერაპიის როლი ოპიოიდური დამოკიდებულების მართვასა და აივ/შიდსის პრევენციაში, პოლიტიკის დოკუმენტი], 2004  
[www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/PositionPaper\\_English.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf)

WMA: Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases (2000, rev. 2011) [ედინბურგის დეკლარაცია ციხის პირობების, ასევე, ტუბერკულოზისა და სხვა გადამდები დაავადებების გავრცელების შესახებ (გადასინჯული ვერსია)]: [www.wma.net/en/30publications/10policies/p28](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/p28)

WMA: Declaration of Geneva 1948 [1948 წლის ჟენევის დეკლარაცია]:  
[www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html)

WMA: Declaration of Malta on Hunger Strikers 1991 (rev. 1992 and 2006) [მალტის დეკლარაცია შიმშილობით გაფიცვების შესახებ]: [www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/)

WMA: Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. Tokyo 1975 (rev. Divonne-les-Bains 2005 and 2006) [ტოკიოს დეკლარაცია. სახელმძღვანელო მითითებები ექიმებისთვის წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან დასჯის შესახებ დაკავების და თავისუფლების აღკვეთის კონტექსტში, გადასინჯული ვერსია]:  
[www.wma.net/en/30publications/10policies/c18](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c18)

WMA: Declaration Concerning Support for Medical Doctors Refusing to Participate in, or to Condone, the Use of Torture or Other Forms of Cruel, Inhuman or Degrading treatment [მსოფლიო ექიმთა ასოციაცია: დეკლარაცია სამედიცინო პერსონალის მხარდაჭერის შესახებ, რომლებიც უარს ამბობენ წამების ან სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის სხვა ფორმების გამოყენებაზე,

ჰამბურგი], Hamburg, 1997: [www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/)

WMA: International Code of Medical Ethics (rev. 2006) [სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი (2006 წლის გადასინჯვა)]: [www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html)

WMA: Resolution on the Responsibility of Physicians in the Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment of Which They Are Aware, Helsinki [რეზოლუცია ექიმების პასუხისმგებლობის შესახებ მათთვის ცნობილი წამების, სასტიკი და არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის შემთხვევათა დაგმობაზე, ჰელსინკი], 2003: [www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/)

WMA: Statement on Body Searches of Prisoners, Budapest 1993 (rev. 2005) [განცხადება პატიმართა სხეულის ჩხრეკის შესახებ, ბუდაპეშტი (1993, გადასინჯა 2005 წელს)]: [www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/)

[www.coe.int](http://www.coe.int)

ევროპის საბჭო არის ადამიანის უფლებათა მოწინავე ორგანიზაცია კონტინენტზე. იგი 46 წევრი სახელმწიფოსაგან შედგება, რომელთა შორისაა ევროკავშირის ყველა წევრი ქვეყანა. ევროპის საბჭოს ყველა წევრმა სახელმწიფომ ხელი მოაწერა ადამიანის უფლებათა ევროპულ კონვენციას - ხელშეკრულებას, რომლის ძირითად მიზანს ადამიანის უფლებების, დემოკრატიისა და კანონის უზენაესობის დაცვის უზრუნველყოფა წარმოადგენს. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო ზედამხედველობს კონვენციის შესრულებას წევრ სახელმწიფოებში.

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE