



Բանտային առողջապահությունը և բժշկական էթիկան



EUROPEAN UNION

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

**Բանտային
առողջապահությունը
և բժշկական
էթիկան**

Եվրոպայի խորհուրդ

Սույն փաստաթուղթը պատրաստվել է
Եվրոպայի միության և Եվրոպայի
խորհրդի համատեղ ծրագրի
միջոցներով: Սույն աշխատությունում
ներկայացված տեսակետները որևէ
ձևով չեն արտահայտում Եվրոպայի
միության կամ Եվրոպայի խորհրդի
պաշտոնական տեսակետները:

Սույն փաստաթղթի ամբողջական
կամ մասնակի վերարտադրության
կամ թարգմանության հետ կապ-
ված բոլոր դիմումները պետք է հա-
ցեագրվեն Հաղորդակցության գծով
տնօրինությանը (F-67075 Ստրաս-
բուրգ Cedex կամ publishing@coe.
int): Սույն փաստաթղթի վերաբերյալ
այլ նամակագրությունը պետք է
հասցեագրվի Մարդու իրավունքների
և օրենքի գերակայության հարցերով
գլխավոր տնօրինությանը:

Հեղինակներ՝

Պրն. Անդրես Լեիթմեթս. հոգեբույժ,
Արևմտյան Տալլինի կենտրոնական
հիվանդանոց, Էստոնիա, Խոշտանգում-
ների և անմարդկային կամ արժանա-
պատվությունը նվաստացնող վերա-
բերմունքի կամ պատժի կանխարգել-
ման եվրոպական կոմիտեի նախկին
փոխնախագահ

Պրն. Յորգ Փոն թ. Ավստրիայի ար-
դարադատության նախարարու-
թյան բժշկական հարցերով նախկին
խորհրդական

Շապիկը՝ SPDP, Եվրոպայի խորհուրդ
Շապիկի լուսանկարները՝ Shutterstock
Էջադրում՝ Jouve

Բովանդակություն

Նախաբան	5
Հապավումների ցանկ	7
Գլուխ 1. Բժշկական էթիկան քրեակատարողական հիմնարկներում	9
1.1. Առողջապահական ծառայությունների մակարդակները բանտում	10
1.2. Հիգիենայի կազմակերպումը և առողջ ապրելակերպի խթանումը	12
1.3. Բժշկական գաղտնիքը	14
1.4. Բժշկական խորհրդատվությունները	16
1.5. Բժշկական փաստաթղթեր և հաշվառում	26
1.6. Էթիկական այլ խնդիրներ	31
Գլուխ 2. Հոգեկան հաշվառումը և բուժման ծրագրերը. թերապևտիկ և հոգեսոցիալական վերականգնողական միջոցառումները քրեակատարողական հիմնարկում	37
2.1. Հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները քրեակատարողական հիմնարկներում	38
2.2. Քրեակատարողական հիմնարկի հոգեբուժական բաժանմունքները	41
2.3. Բուժման պլանը	43
2.4. Հոգեբուժարանում բուժում անցնելու համաձայնությունը	47
2.5. Ինքնասպանությունների կանխարգելում	51
2.6. Հոգեկան առողջության հետ կապված այլ խնդիրները բանտում	54
2.7. Երկակի ախտորոշումը բանտերում	63
2.8. Անձնային խանգարումներ ունեցող բանտարկյալներ	66
Գլուխ 3. Բանտերում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B/C-ի տարածման կանխարգելումը	69
3.1. Համաճարակաբանական վիճակի նկարագրությունը	69
3.2. Միջազգային փաստաթղթեր	71
3.3. Վերաբերմունքի և գիտելիքների կատարելագործումը	72

3.4. Թմրանյութերի առաջարկի և պահանջարկի նվազեցումը	75
3.5. Ռիսկային վարքագծի վնասների նվազեցումը	79
3.6. Բժշկական կանխարգելիչ միջամտություններ	84
Գլուխ 4. Կրկնակի համաճարակ. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ և տուբերկուլոզ	85
Գլուխ 5. Հոգեներգործուն դեղամիջոցները և թմրանյութային կախվածություն ունեցող բանտարկյալների բժշկական վարումը	93
5.1. Հոգեներգործուն դեղամիջոցներ	93
5.2. Թմրանյութային կապվածությունը և կախվածությունը	96
5.3. Թմրանյութային կախվածություն ունեցող բանտարկյալների բժշկական վարումը	101
Ինտերնետային հղումների ցանկ	107

Նախաբան

Սույն ձեռնարկը նախատեսված է բանտային առողջապահական ծառայության աշխատողների և բանտարկյալների բարեկեցության համար պատասխանատու այլ անձնակազմի համար: Այն գործնական տեղեկատվություն է տրամադրում մի շարք հարցերի շուրջ, որոնք վերաբերում են հոգեբուժական օգնությանը, վարակիչ հիվանդությունների (ինչպիսիք են, օրինակ՝ ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշը, հեպատիտը և տուբերկուլոզը) տարածման կանխարգելմանը, հոգեներգործուն դեղամիջոցների, ինչպես նաև թմրանյութային կախվածություն ունեցող բանտարկյալների բժշկական վարմանը: Տեքստում ընդգծվում են կարևոր էթիկական չափորոշիչները և լուծումներ են առաջարկվում էթիկական այնպիսի խնդիրների համար, որոնք վերաբերում են բժշկի ծառայությունների մատչելիությանը, խնամքի համարժեքությանը, հիվանդի համաձայնությանը և գաղտնիությանը, կանխարգելիչ առողջապահական խնամքին, մարդասիրական օգնությանը, մասնագիտական անկախությանը և լիազորություններին:

Սույն ձեռնարկում ներկայացված են նաև օրինակներ եվրոպական երկրների հաջողված փորձից: Հեղինակները հիմնվում են 2012 թ. մայիսին Ստրասբուրգում կայացած՝ բանտային առողջապահության և բժշկական էթիկայի հարցերին նվիրված բազմակողմ հանդիպման արդյունքների վրա: Հանդիպման ընթացքում եվրոպայի խորհրդի մի շարք անդամ պետությունների բանտային առողջապահության համար պատասխանատու բարձրաստիժան պաշտոնյաները և փորձագետները հնարավորություն ունեցան փոխանակելու իրենց փորձը, ինչպես նաև քննարկելու եվրոպայի խորհրդի չափորոշիչները և Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ

պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտեի (ԽԿԿ) հանձնա-
րարականները կենսագործելու ուղիները:

Սույն ձեռնարկը նախատեսված է որպես քաղաքականության
համապարփակ ուղեցույց և կառավարման գործիք: Այն կարող է
օգտագործվել տեխնիկական համագործակցության գործողու-
թյունների շրջանակում եվրոպայի խորհրդի կողմից անցկացվող
վերապատրաստումների ընթացքում: Ազատությունից զրկված ան-
ձանց առողջության պահպանությունն անմիջականորեն առնչվում
է ԽԿԿ-ի մանդատին: Առողջապահական ծառայության անբավա-
րար մակարդակը կարող է միանգամից հանգեցնել անմարդկային
և նվաստացնող վերաբերմունքի, մինչդեռ քրեակատարողական
հիմնարկի բժշկական և ոչ բժշկական անձնակազմի մասնագի-
տական գիտելիքների և ունակությունների բարձրացումն իր հեր-
թին նշանակում է ավելի առողջ և անվտանգ միջավայրի ստեղծում
բանտարկյալների և քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազ-
մի համար, ինչպես նաև հասարակության պաշտպանվածության
բարձրացում՝ առողջական խնդիրներն այդ հիմնարկներից դուրս
փոխանցելու վտանգի նվազեցման միջոցով:

Շնորհակալությունս եմ հայտնում հեղինակներին՝ պրն Անդրես
Լեիթմեթսին (Արևմտյան Տալլինի կենտրոնական հիվանդանոցի հո-
գեբույժ, ԽԿԿ-ի նախկին փոխնախագահ) և պրն Յորգ Փոնթին (Ավստ-
րիայի արդարադատության նախարարության բժշկական հարցերով
նախկին խորհրդական), ում գերազանց պրոֆեսիոնալիզմը և փորձն
արտացոլված են սույն ձեռնարկում: Շնորհակալ եմ նաև իմ գործըն-
կերներին՝ Լույսետա Կասային և Տանյա Ռակուշիչ-Հաջիին, ում ջան-
քերի շնորհիվ այս հրապարակումը հնարավոր դարձավ:



Ֆիլիպ Բուայա
Գլխավոր տնօրեն
Եվրոպայի խորհրդի Մարդու իրավունքների
և օրենքի գերակայության հարցերով
գլխավոր տնօրինություն

Հապավումների ցանկ

ՀՎԿԿ	Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոն (ԱՄՆ)
ՆԿ	Եվրոպայի խորհրդի Նախարարների կոմիտե
ԽԿԿ	Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտե
DSM-IV	Հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման և վիճակագրական ձեռնարկ (ՀԱԱ, 1994 թ.)
ՄԻԵԿ	Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիա
EMCDDA	Թմրամիջոցների և թմրամոլության մոնիտորինգի եվրոպական կենտրոն
ԵԲԿ	Եվրոպական բանտային կանոններ
ICD-10	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում, 10-րդ վերանայում (ԱՀԿ, 2010 թ.)
ԿԻՄԿ	Կարմիր խաչի միջազգային կոմիտե
NICE	Առողջապահության և կլինիկական գերազանցության ազգային ինստիտուտ
TBCTA	Տեխնիկական համագործակցության համար տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կոալիցիա
UNAIDS	Միավորված ազգերի կազմակերպության ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի համատեղ ծրագիր
UNODC	Միավորված ազգերի կազմակերպության թմրամիջոցների և հանցավորության դեմ պայքարի գրասենյակ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
WMA	Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա

Գլուխ 1.

Բժշկական էթիկան քրեակատարողական հիմնարկներում

Բանտային առողջապահությունն ուղղորդվում է էթիկայի նույն սկզբունքներով, ինչ համայնքի ներսում: Հիմնական սկզբունքները սահմանված են Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի ժնկյան հռչակագրով (ընդունվել է 1948 թ., վերջին անգամ խմբագրվել է 2006 թ.), Բժշկական էթիկայի միջազգային կանոնակարգով (ընդունվել է 1949 թ., վերջին անգամ խմբագրվել է 2006 թ.)¹, ՄԱԿ-ի գլխավոր ասամբլեայի (1982 թ. դեկտեմբերի 18-ի) թիվ 37/194 բանաձևով և Եվրոպայի խորհրդի Նախարարների կոմիտեի՝ Բանտային առողջապահության էթիկական և կազմակերպական հարցերի մասին 1998 թ. ապրիլի 8-ի² թիվ R (1998) 7 հանձնարարականով:

Բանտի բժշկի և առողջապահական ստորաբաժանումների այլ աշխատողների առաջնային խնդիրն է անազատության մեջ գտնվող անձանց առողջության և բարեկեցության պահպանման ապահովումը: Բանտարկյալների հիմնարար իրավունքների նկատմամբ հարգանքը ենթադրում է բուժկանխարգելիչ և բժշկական օգնության տրամադրում, որի որակը պետք է համարժեք լինի համայնքում տրամադրվող բուժօգնության որակին:

1. WMA ժնկյան հռչակագիր (1948 թ.), WMA Բժշկական էթիկայի միջազգային կանոնակարգ (2006 թ.):

2. ՄԱԿ, Ազատագրված և կալանավորված անձանց խոշտանգումներից և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքից կամ պատժից պաշտպանելու գործում բժշկական անձնակազմի, մասնավորապես բժիշկների դերի վերաբերյալ բժշկական էթիկայի սկզբունքներ (1982 թ.): Նախարարների կոմիտե, Բանտային առողջապահության էթիկական և կազմակերպական ասպեկտները, R (1998) 7 հանձնարարական:

Ազատությունից զրկված անձանց առողջության պահպանումը նաև ուղղակիորեն կապված է վատ վերաբերմունքի կանխարգելման հետ: Առողջապահության ոչ բավարար մակարդակը կարող է շատ արագ վերածվել «անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի» եզրույթի կարգավորման առարկայի³: Անընդունելի է, երբ կալանքի տակ գտնվող անձինք ստիպված են գտնվել ուղղիչ հաստատությունում, որտեղ համապատասխան բժշկական ստորաբաժանումների բացակայության կամ այդ ստորաբաժանումների կողմից նրանց ընդունելուց հրաժարվելու պատճառով չեն կարող պատշաճ բուժում ստանալ: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը նման մի շարք իրավիճակներում⁴ սահմանել է, որ տեղի է ունեցել Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիայի (ՄԻԵԿ) 3-րդ հոդվածի խախտում:

1.1. Առողջապահական ծառայությունների մակարդակները բանտում

Ակնհայտ է, որ քրեակատարողական հիմնարկն ինքնուրույն չի կարող բավարարել բանտարկյալների բոլոր առողջապահական կարիքները: Դա հատկապես վերաբերում է մասնագիտական ծառայությունների հասանելիությանը: Բժշկական այն օգնությունը, որը չի կարող տրամադրվել քրեակատարողական հիմնարկի պայմաններում, անհրաժեշտ է կազմակերպել մոտակա համայնքային հիվանդանոցների հետ համագործակցությամբ: Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտեի (ԽԿԿ) 3-րդ Ընդհանուր զեկույցը վերաբերում է բանտային հաստատություններում առողջապահական ծառայությունների կազմակերպման հարցերին⁵: Առողջապահական ծառայությունները բանտում պետք է առնվազն ապահովեն հետևյալը.

3. Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտեի (ԽԿԿ) 2002 թ. չափորոշիչներ (2011 թ. վերանայված տարբերակ):
4. *Khudobin-ն ընդդեմ Ռուսաստանի* 59696/00, *Mouisel-ն ընդդեմ Ֆրանսիայի* 67263/01, *Kaprykowski-ն ընդդեմ Լեհաստանի* 23052/05:
5. CPT/Inf (2012)21:

- ▶ թերապևտի և բժիշկ-մասնագետի պարբերական խորհրդատվություններ,
- ▶ ամբուլատոր բուժում հսկողության պայմաններում,
- ▶ ատամնաբուժական խնամք,
- ▶ հիվանդասենյակ,
- ▶ ամբողջությամբ հագեցած ծառայության մատչելիություն քաղաքացիական կամ դատապարտյալների հիվանդանոցում,
- ▶ միջամտություն արտակարգ իրավիճակներում:

Ներկայումս միտում է նկատվում բանտային առողջապահական համակարգը համայնքային առողջապահական ծառայություններում ընդգրկելու ուղղությամբ: Եվրոպայի խորհուրդն այս զարգացումը գնահատում է որպես ճիշտ ուղղությամբ կատարվող քայլ: Երբ բանտային առողջապահական ծառայության համակարգն ապավինում է արտաքին աշխարհի բժշկական ծառայություններ մատուցողների մասնագիտական բուժօգնությանը, խնդիրներ կարող են առաջանալ՝ այդ ծառայությունների հասանելիության հետ կապված: Բանտային ծառայությունը պետք է հավաստիանա, որ այցելող բժշկի աշխատանքային ժամանակացույցն ու մասնագիտական որակավորումը համապատասխանում են բանտի կարիքներին: Բուժքույրական անձնակազմի ներկայությունը հնարավորություն կտա իրականացնել անհրաժեշտ այն բոլոր միջոցառումները, որոնք կապված են բուժքույրական խնամքի հետ: Օրինակ՝ ցանկալի է, որ դեղորայքը տրամադրվի բուժքույրական անձնակազմի կողմից: Դրա անհնարինության դեպքում հիմնարկի վարչակազմը պետք է առնվազն կազմի այն դեղորայքի ցանկը, որը կարող է տրամադրվել միայն բժշկական անձնակազմի հսկողության ներքո: Այդ դեղորայքի շարքին առնվազն դասվում են հոգեմետ և հակավիրուսային դեղերը: Գիշերային ժամերին և հանգստյան օրերին քրեակատարողական հիմնարկում բժշկական անձնակազմի բացակայության դեպքում հիմնարկի վարչակազմը պետք է վերապատրաստում անցնի առաջին բուժօգնության տրամադրման թեմաներով: Որպես կանոն, արտակարգ իրավիճակների ժամանակ պետք է հնարավոր լինի կանչել նաև բժշկին:

Խնամքի համարժեքությունը

Բանտային առողջապահական ծառայությունը պետք է ի զորու լինի հիվանդներին ապահովելու այնպիսի որակի բժշկական և բուժքույրական օգնությամբ, ինչպես նաև համապատասխան դիետայով, ֆիզիոթերապևտիկ, վերականգնողական կամ անհրաժեշտ որևէ այլ հատուկ բուժմամբ, որը համապատասխանում է համայնքային բուժհաստատությունների հիվանդներին տրամադրվող ծառայության որակին: Բացի այդ, անհրաժեշտ է հաշվի առնել բժշկական, բուժքույրական անձնակազմով և տեխնիկական մասնագետներով համալրված լինելու, ինչպես նաև տարածքների, սարքերի և սարքավորումների առկայության հետ կապված խնդիրները:

Ազատությունից զրկված անձանց բուժումը քաղաքացիական հիվանդանոցներում

Ինչպես վերը նշվեց, բանտը միշտ չէ, որ կարող է ինքնուրույն երաշխավորել բոլոր տեսակի անհրաժեշտ մասնագիտական խնամքի հասանելիությունը: Մոտակա հիվանդանոցները հաճախ կարող են օգտակար լինել ավելի բարդ բժշկական խնդիրների լուծման հարցում: Քաղաքացիական հիվանդանոցի օգնությամբ դիմելու դեպքում կարող են անմիջապես հարցեր առաջանալ՝ կապված անվտանգության ապահովման հետ: Բուժում ստանալու նպատակով հիվանդանոց ուղարկված բանտարկյալը չպետք է անվտանգության նկատառումներով զամբի հիվանդանոցային մահճակալին կամ այլ կահույքի: Անհրաժեշտ է գտնել անվտանգության պահանջները բավարարող այլ միջոցներ: Հնարավոր լուծումներից մեկը նման հիվանդանոցներում անվտանգության ստորաբաժանման ստեղծումն է⁶:

1.2. Հիգիենայի կազմակերպումը և առողջ ապրելակերպի խթանումը

Բանտում առողջապահական ծառայության խնդիրը չի սահմանափակվում միայն հիվանդների բուժմամբ: Մասնագիտացված հատուկ ծառայությունների բացակայության պարագայում

6. CPT/Inf (2012)13:

բժշկական անձնակազմի պարտականություններից է նաև՝ պատկան այլ մարմինների հետ համագործակցությամբ իրականացնել վերահսկողություն սննդի (որակի, քանակի, պատրաստման և բաշխման), հիգիենիկ պայմանների (հագուստի և անկողնային պարագաների մաքրության, հոսող ջրի հասանելիության, լոգարանի և զուգարանի), ինչպես նաև խցերի ջեռուցման, լուսավորության և օդափոխության հարցերի նկատմամբ: Անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել աշխատանքի և զբոսանքի կազմակերպման հարցերը: Բանտի բժշկական սպասարկման ստորաբաժանումները պետք է նաև անդրադառնան հոգեհիգիենային, հատկապես կալանավորման որոշ ասպեկտների վնասակար հոգեբանական հետևանքների կանխարգելմանը: Անառողջ պայմաններով, խցերի գերբեռնվածությամբ, տևական մեկուսացմամբ և տեղաշարժի պակասով պայմանավորված՝ կարող է պահանջվել, որ ազատագրված անձին բուժօգնություն տրամադրվի, և/կամ պատկան մարմինների կողմից ընդհանուր բնույթի բժշկական միջոցառումներ ձեռնարկվեն⁷:

Բժշկի ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունը

Բանտարկության ընթացքում բանտարկյալները պետք է հնարավորություն ունենան ցանկացած պահի, անկախ կալանավորման ռեժիմից, դիմելու բժշկական օգնության: Դա հատկապես կարևոր է այն դեպքերում, երբ անձը պահվում է մյուս դատապարտյալներից անջատ: Բժշկի հետ խորհրդակցելու դիմումները բժշկական սպասարկման մարմնի կողմից պետք է բավարարվեն առանց անհարկի ձգձգումների: Ամբուլատոր բուժումը պետք է գտնվի բժշկական անձնակազմի վերահսկողության ներքո. շատ դեպքերում հետագա խնամք տրամադրելը պայմանավորված չէ բանտարկյալի ցանկությամբ: Հետագա բուժումը պետք է համապատասխանաբար ծրագրված լինի:

Դեղորայքի մատչելիությունը

Ելնելով բանտարկյալների առողջական վիճակից՝ նրանց պետք է տրամադրվի դեղորայք: Խնամքի համարժեքության սկզբունքը կիրառելի է այս դեպքում ևս: Բանտերին հատկացվող միջոցները

7. CPT/Inf (2012)4:

պետք է բավարար լինեն, որպեսզի հնարավոր լինի կազմակերպել դեղորայքի անվճար տրամադրումն այն բանտարկյալներին, ովքեր չունեն բժշկական ապահովագրություն կամ դեղերի համար վճարելու անհրաժեշտ միջոցներ: Տևական բուժման շարունակականությունն ապահովելու համար (օրինակ՝ մեկ բանտից մյուսը տեղափոխվելու դեպքում) դեղորայքը պետք է տրամադրվի առանց ընդհատումների⁸:

1.3. Բժշկական գաղտնիքը

Բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների՝ ցանկացած բժշկական զննություն/խորհրդատվություն պետք է իրականացվի բժշկի խորհրդատվական սենյակում, որպեսզի հնարավոր լինի ստեղծել վստահության, գաղտնիության, մեկուսության և արժանապատվության մթնոլորտ: Բժշկական գաղտնիքը պետք է երաշխավորված լինի և հարգվի նույն կերպ, ինչպես ողջ բնակչության պարագայում: Բանտարկյալների բժշկական զննությունը պետք է իրականացվի անհատական հիմունքներով, այլ ոչ խմբերով: Զննման սենյակում չպետք է գտնվեն բժշկական անձնակազմի մեջ չմտնող երրորդ անձինք (այլ բանտարկյալներ կամ ոչ բժշկական անձնակազմ): Զննության/խորհրդակցության ընթացքում բանտարկյալները չպետք է ձեռնաշղթաներով լինեն, իսկ ֆիզիկական զննության ժամանակ անվտանգության աշխատակիցները պետք է գտնվեն լսողության սահմաններից և տեսադաշտից դուրս, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ բժիշկը կամ բուժքույրը, անվտանգության նկատառումներից ելնելով, հակառակն են պահանջում⁹: Մի շարք պետություններ կատարած այցերի արդյունքներով ԽԿԿ-ի վերջին զեկույցներում քննադատության է ենթարկվում այս կանոնների հետ անհամատեղելի պրակտիկան¹⁰: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը ՄԻԵԿ 3-րդ հոդվածով սահմանված անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի¹¹ խախտում արձանագրել է այն գործերով, որոնց դեպքում բանտարկյալները

8. CPT/Inf (99)18:

9. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

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

11. *Mouisel-ն ընդդեմ Ֆրանսիայի* 67263/01 և *Tarariyeva-ն ընդդեմ Ռուսաստանի* 4353/03:

բժշկական զննության կամ բուժում ստանալու ընթացքում ձեռնաշղթայված են եղել:

Կարող են գտնվել և պետք է գտնվեն այլընտրանքային լուծումներ՝ անվտանգության օրինաչափ պահանջները բժշկական գաղտնիքի սկզբունքի հետ համապատասխանեցնելու համար: Լուծումներից մեկը կարող է լինել կանչային համակարգի տեղադրումը, որի միջոցով բժիշկը կարող է անվտանգության աշխատակիցներին անհապաղ տեղեկացնել արտակարգ այն իրավիճակների մասին, երբ բանտարկյալը բժշկական զննության ընթացքում սկսում է անհանգստություն դրսևորել կամ սպառնալիքներ հնչեցնել¹²:

Ձեռնաշղթաների կիրառման և ապակիով առանձնացված սենյակում անցկացվող հարցաքննությունների պրակտիկայի վիճարկելի էթիկական հարցի վերաբերյալ վերջնական որոշումը պետք է թողնվի բժշկական անձնակազմին: Ջննման սենյակները պետք է կահավորված լինեն այնպես, որ սահմանափակվեն փախուստի վտանգը. դա նաև թույլ կտա լուծել անվտանգության հետ կապված հարցերը:

Այն դեպքերում, երբ բանտարկյալներին դեղորայքի տրամադրումը վստահվում է քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմին, բժշկական անձնակազմը պետք է դեղերը նախապես փաթեթավորի բաշխման տուփերում: Բժշկական գաղտնիքը պահպանելու համար դեղորայքը բաշխող վարչակազմը չպետք է տեղեկացված լինի դեղերի անվանման և չափաբաժինների վերաբերյալ:

Բանտարկյալների բժշկական քարտերի վարումը բժշկի պարտականությունն է: Քրեակատարողական այլ հիմնարկ փոխադրվելու դեպքում բժշկական քարտը պետք է ընդունող հիմնարկի բժիշկներին փոխանցվի գաղտնիության կանոնների պահպանմամբ՝ օգտվելով տվյալների անվտանգ փոխանցման համակարգերից:

Բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների գաղտնիությունը՝ որպես բժշկական էթիկայի անկյունաքար

Գաղտնիության նկատմամբ հարգանքն էական նշանակություն ունի վստահության մթնոլորտ ստեղծելու համար, որն անհրաժեշտ է բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների համար:

12. CPT/Inf (2007)47:

Այդ հարաբերությունների պահպանելը և կոնկրետ դեպքով գաղտնիության կանոնների պահպանման վերաբերյալ որոշում կայացնելը բժշկի պարտականություններից է: Քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկը գործում է որպես հիվանդի անձնական բժիշկ: Բանտարկյալների համար պետք է հնարավորություններ ստեղծվեն՝ գաղտնիության հիմունքներով, օրինակ՝ փակ ծրարով հաղորդագրության միջոցով բժշկական օգնության դիմելու համար: Քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմը պետք է ձեռնպահ մնա այդ դիմումները ստուգելուց:

Դժվարությունները, որպես կանոն, առաջ են գալիս, երբ հիվանդի որոշումը հակասում է բժշկի՝ հիվանդի առողջության մասին հոգ տանելու ընդհանուր պարտականությանը: Նման դեպքերը հնարավոր են, երբ հիվանդը գտնվում է անձնական համոզմունքների ազդեցության տակ (օրինակ՝ հրաժարվում է արյան փոխներարկումից) կամ նույնիսկ դիմում է ինքնախեղման՝ իր պահանջի կատարմանը հասնելու համար, ի նշան վարչակազմի դեմ բողոքի կամ ինչ-որ գործի նկատմամբ հավատարմությունն ապացուցելու համար:

1.4. Բժշկական խորհրդատվությունները

Նախարարների կոմիտեի «Եվրոպական բանտային կանոնների մասին» (ԵԲԿ) թիվ Rec(2006)2 հանձնարարականի 42.1-3 կետերի (Բուժաշխատողի պարտականությունները) համաձայն՝ բժիշկը պետք է հնարավորինս անհապաղ տեսակցի բանտարկյալին՝ նրան բանտ ընդունելուց հետո, բանտարկյալի կողմից հիվանդության մասին գանգատ ներկայացնելիս, վնասվածքների կամ բռնության դեպքերում և ազատ արձակվելուց առաջ: Նոր ընդունված բանտարկյալին կամ հիվանդ բանտարկյալին ժամանակին անձամբ տեսակցելու հնարավորություն չունենալու դեպքում բժիշկը պետք է ապահովի, որ այդ տեսակցությունն իրականացվի իրեն փոխարինող մեկ այլ բժշկի կամ որակավորված բուժքրոջ կողմից¹³: Այն դեպքերում, երբ բժշկի փոխարինումն անհնար է բժշկական անձնակազմի պակասի և/կամ բանտերի

13. ՆԿ, Եվրոպական բանտային կանոնների մասին Rec(2006)2 հանձնարարական (վերանայված):

գերբեռնվածության պատճառով, առկա է ԽԿԿ-ի յոթ հիմնական սկզբունքներից առաջինի, այն է՝ բժշկական օգնության մատչելիության, խախտում: Բժշկական անձնակազմի պարտականություններից են լրացուցիչ անձնակազմ ներգրավելու անհրաժեշտության մասին դիմումներ ներկայացնելը և այդ դիմումների փաստաթղթավորումը: Պետություններ կատարած իրենց այցերի ժամանակ ԽԿԿ-ի ներկայացուցիչները բազմիցս նշել են բանտերում բժշկական անձնակազմի պակասի մասին: Բժշկական անձնակազմի անբավարար լինելու հետևանքները, մասնավորապես բժշկական զննությունների, խորհրդակցությունների կամ բուժման բացակայությունը կամ դրանց տրամադրման ձգձգումները, կարող են հանգեցնել անմարդկային վերաբերմունքի, որը հանդիսանում է ՄԻԵԿ 3-րդ հոդվածի խախտում¹⁴:

Հիվանդի համաձայնությունը

Որպես կանոն, բժշկական անձնակազմը չպետք է զննությունը կամ բուժումն իրականացնի առանց հիվանդի համաձայնության: Համաձայնությունը պահանջում է պատշաճ իրազեկում («տեղեկացված համաձայնություն»), որի ժամանակ պետք է հաշվի առնվեն նաև անգրագիտության գործոնները, ըմբռնման հետ կապված դժվարությունները և լեզվական արգելքները, որոնք հաճախ հանդիպում են բանտերում պահվող անձանց շրջանում: ԽԿԿ-ն նման խնդրի հանդիպել է մի շարք պետություններ կատարած այցերի ընթացքում: Անհամաձայնության կամ մերժման դեպքում բժիշկը պետք է համոզվի, որ հիվանդը հասկանում է իր որոշման հետևանքները, և որ նա տեղեկացված է, որ ցանկացած պահի կարող է վերանայել իր որոշումը: Հիվանդի համաձայնությունը ստանալու այս սկզբունքից ցանկացած շեղում կարող է արդարացված լինել միայն օրենքին համապատասխանելու պայմանով, օրինակ՝ հոգեկան այն հիվանդների դեպքում, ովքեր ունակ չեն հասկանալու իրենց գործողությունների հետևանքները, կամ անգիտակից հիվանդների՝ արտակարգ իրավիճակներում բուժման դեպքում: Էթիկական այս սկզբունքի չկատարման դեպքեր պարբերաբար պատահում են

14. Pavalache-ն ընդդեմ Ռումինիայի 38746/03, Khudobin-ն ընդդեմ Ռուսաստանի 59696/00, Hummatov-ն ընդդեմ Ադրբեջանի 9852/05:

ԽԿԿ-ի այցերի ընթացքում¹⁵: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը ՄԻԵԿ 3-րդ հոդվածի խախտում է արձանագրել այն գործերով¹⁶, երբ բժշկական միջամտությունները տեղի են ունեցել առանց հիվանդի համաձայնության:

Բուժմանը համաձայնություն տալու իրավունքը

Յուրաքանչյուր հիվանդ, որն ի վիճակի է հաշիվ տալ իր գործողությունների համար, կարող է հրաժարվել բուժումից կամ բժշկական ցանկացած այլ միջամտությունից: Այս հիմնարար սկզբունքից ցանկացած շեղում պետք է օրինական հիմքեր ունենա և կարող է տեղի ունենալ հստակ և ժգրիտ սահմանված բացառիկ հանգամանքներում, որոնք կիրառելի են համայնքում:

Անհրաժեշտ է չափազանց զգույշ լինել այն դեպքերում, երբ հարցն առնչվում է բանտարկյալների մասնակցությամբ կենսաբժշկական հետազոտություններին: Մշտապես առկա է ռիսկը, որ հետազոտությանը մասնակցելու նրանց համաձայնությունը կարող է պայմանավորված լինել քրեակատարողական հիմնարկում գտնվելու փաստով: Պետք է երաշխավորվի, որ ցանկացած բանտարկյալ իր համաձայնությունը տա ազատորեն և տեղեկացված: Կանոնները պետք է լինեն նույնը, ինչ համայնքում:

Բժշկական զննությունը՝ բանտ ընդունվելիս

Հարկավոր է ընդգծել բանտ ընդունվելիս բժշկական զննության կարևորությունը. դրա գլխավոր նպատակն է՝ վաղ շրջանում հայտնաբերել առողջության համար կարևոր այն նախապայմանները, որոնք կարող են անհապաղ գործողություններ պահանջել ուղղիչ հիմնարկ նոր ընդունվող անձի առողջության պահպանման, իսկ վարակիչ հիվանդությունների դեպքում՝ նաև բանտում պահվող անձանց առողջության պահպանման համար: Այդ է պատճառը, որ այդ զննությունը, բացառությամբ որոշ արտակարգ դեպքերի, պետք է իրականացվի բանտ ընդունվելու օրը¹⁷: Մի շարք պետություններ կատարած այցերի արդյունքների հիման վրա ԽԿԿ-ն

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

16. *Nevmerzhitsky-ն ընդդեմ Ոսկրախնայի* 54825/00, *Jalloh-ն ընդդեմ Գերմանիայի* 54810/00:

17. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

իր զեկույցներում հիշատակել է քրեակատարողական հիմնարկ ընդունվելիս բժշկական զննության անհարկի ձգձգումների¹⁸ կամ դրանց մակերեսային և ոչ լիարժեք բնույթի մասին¹⁹:

Բացի այդ, Նախնական բժշկական զննությունը հնարավորություն է տալիս բժիշկ-մասնագետին նոր բանտարկյալի հետ հաստատել վստահության վրա հիմնված հարաբերություններ և վերջինիս իրազեկել հետևյալի մասին.

- ▶ բժիշկ-մասնագետի աշխատանքի գաղտնիություն և մասնագիտական անկախություն,
- ▶ ազատազրկված անձի առողջապահական իրավունքներն ու պարտականությունները,
- ▶ առողջապահական ծառայությունների կազմակերպումը, ինչպես նաև այն, թե ինչպես, երբ, որտեղ և ումից կարելի է ստանալ բժշկական օգնություն և խորհրդատվություն,
- ▶ քրեակատարողական հիմնարկում վարակիչ հիվանդությունների վտանգը, դրանցից խուսափելու եղանակները,
- ▶ տուբերկուլոզի, ՄԻԱՎ և հեպատիտ B/C վարակների հայտնաբերմանն ուղղված զննություններ,
- ▶ քրեակատարողական հիմնարկում տրամադրվող բոլոր հատուկ բուժական և առողջ ապրելակերպի խթանմանն ուղղված ծրագրեր:

Այս տեղեկատվությունը պետք է տրամադրվի բանտարկյալի համար հասկանալի եղանակով: Անհրաժեշտ է նաև հաշվի առնել ուսումնառության հետ կապված դժվարությունները և անտառաճանաչությունը, ինչպես նաև լեզվական արգելքները, որոնք հաճախ են հանդիպում բանտային բնակչության շրջանում: Օգտակար են նաև պատկերավոր միջոցների օգնությամբ մշակված թերթիկները և դրանց թարգմանությունները համապատասխան լեզուներով:

Նախնական բժշկական զննության ժամանակ բժիշկը կամ բուժքույրը պետք է ներկայանան նոր բանտարկյալին, այդ թվում՝ նշեն իրենց անունը և պաշտոնը, և փորձեն ստեղծել հարգանքի, վստահության, մեկուսիության և արժանապատվության վրա հիմնված մթնոլորտ: Նախնական բժշկական զննությունը, ինչպես

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

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

և համայնքում կատարվող ցանկացած առաջին բժշկական զննություն, պետք է բաղկացած լինի անձի բժշկական պատմության վերաբերյալ ամբողջական տեղեկատվության հավաքումից և ֆիզիկական զննությունից: Նախնական բժշկական զննությունից հետո անհապաղ միջոցառումներ ձեռնարկելու համար հատուկ հարկավոր է ուշադրություն դարձնել հետևյալ հանգամանքներին.

- ▶ ծանր հոգեկան խանգարումների նախանշաններ,
- ▶ ինքնասպանության ռիսկի գործոններ,
- ▶ ալկոհոլային և թմրանյութային կախվածության պատմություն և նշաններ և դրանցից հրաժարվելու նախանշաններ,
- ▶ բռնության և վատ վերաբերմունքի պատմություն և/կամ նշաններ,
- ▶ վարակիչ հիվանդություններ,
- ▶ մտավոր կամ ֆիզիկական արատներ, որոնք ավելի խոցելի են դարձնում ազատագրված անձի վիճակը քրեակատարողական հիմնարկում:

Պետք է անհապաղ կազմակերպել սուր փսիխոզով տառապող կամ խորը դեպրեսիայի մեջ գտնվող հիվանդների բուժումը հոգեբուժական հաստատությունում: Նմանապես, ինքնասպանության առումով ռիսկային բանտարկյալներին հարկավոր է անհապաղ բժշկական օգնություն տրամադրել և պահել հատուկ հսկողության ներքո²⁰: Անբավարար ուշադրությունը, որ հատկացվում է նման հիվանդ բանտարկյալներին հայտնաբերելու և/կամ համապատասխան միջոցառումներ ձեռնարկելու հարցերին, քննադատվել է ԽԿԿ-ի զեկույցներում, որոնք ներկայացվել են պետություններ կատարած այցերի արդյունքում²¹: Նման դեպքերում Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանն արձանագրել է ՄԻԵԿ 2-րդ հոդվածի (կյանքի իրավունք) և/կամ 3-րդ հոդվածի (խոշտանգումների կամ անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի արգելում) խախտում²²:

20. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ): ՆԿ, *Բանտային առողջապահության էթիկական և կազմակերպական ասպեկտները*, R (1998) 7 հանձնարարական:

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

22. *Keenan-ն ընդդեմ Միացյալ Թագավորության* 27229/95, *Güveç-ն ընդդեմ Թուրքիայի* 70337/01, *Riviere-ն ընդդեմ Ֆրանսիայի* 33834/03, *Renolde-ն*

Հոգեմետ նյութերից կախվածություն ունեցող հիվանդներն ազատագրկման առաջին օրերի ընթացքում կանգնում են թմրամիջոցից հրաժարվելու՝ կյանքին պոտենցիալ վտանգ սպառնացող փստանշանի առաջացման առջև: Հետևաբար, անհրաժեշտ է տրամադրել պատշաճ բժշկական օգնություն: Այս առումով ԽԿԿ-ն թերություններ է հայտնաբերել մի շարք պետություններում²³: ՄԻԵԴ նախադեպային իրավունքում հնարավոր է հիշատակել մահվան ելքով թմրամիջոցից հրաժարվելու փստանշանի առնվազն մեկ դեպք, որով Դատարանը սահմանել է ՄԻԵԿ 3-րդ հոդվածի (անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի արգելում) խախտում²⁴:

Մի շարք պետությունների օրենսդրության, ինչպես նաև ԽԿԿ-ի չափորոշիչների²⁵, ԵԲԿ-ի 42.3գ կետի²⁶, Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի (WMA) հռչակագրերի²⁷ և Ստամբուլյան արձանագրության²⁸ համաձայն՝ քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկը պարտավոր է փաստաթղթավորել բռնության և մասնավորապես

ընդդեմ Ֆրանսիայի 5608/05, *De Donder-ը* և *De Clippel-ն* ընդդեմ Բելգիայի 8595/06, *Dybeka-ն* ընդդեմ Ալբանիայի 41153/06, *Ketreb-ն* ընդդեմ Ֆրանսիայի 38447/09, *Mouisel-ն* ընդդեմ Ֆրանսիայի 67263/01, *Tarariyeva-ն* ընդդեմ Ռուսաստանի 4353/03:

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

24. *McGlinchey-ն* և *այլք* ընդդեմ Միացյալ Թագավորության 50390/99:

25. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

26. ՆԿ, Եվրոպական բանտային կանոնների մասին Rec(2006)2 հանձնարարական:

27. Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա. Տոկիոյի հռչակագիր: *Ուղեցույց բժիշկների համար՝ կալանավորմամբ և ազատագրկմամբ պայմանավորված խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պարժի վերաբերյալ*: Տոկիո, 1975 թ., վերանայված, Դիվիոն լը Բեն (2005 թ.), Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա. *Հռչակագիր՝ ի աջակցություն բժիշկների, ովքեր հրաժարվել են մասնակցել խոշտանգումներին կամ այլ դաժան ձևերի կամ անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքին կամ հանդուրժել դրանք*, Համբուրգ (1997 թ.), Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա. *Բանաձև բժիշկների պատասխանատվության վերաբերյալ՝ ի դատապարտում խոշտանգման կամ դաժան կամ անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի գործողությունների, որոնց մասին նրանք տեղեկացել են*, Հելսինկի (2003 թ.):

28. ՄԱԿ, Ստամբուլյան արձանագրություն, Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պարժի մասով արդյունավետ քննության իրականացման և փաստաթղթավորման մասին ծեռնարկ (Նյու Յորք/ժնև, 2004 թ.):

վատ վերաբերմունքի ցանկացած նշան, որի մասին ինքը տեղեկացել է, և հիվանդի համաձայնությամբ այդ մասին զեկուցել հիմնարկի վարչակազմին: Համապատասխան փաստաթղթերն անհրաժեշտ է պատրաստել առանց որևէ ձգձգումների, քանի որ ֆիզիկական բռնության նշանները ժամանակի ընթացքում անցնում են, և հարկավոր է հասցնել և պատշաճ կերպով դրանք ներկայացնել դատարանի քննությանը²⁹: Նման նշանների մասին պետք է անհապաղ տեղեկացնել պատկան մարմիններին՝ կանխելու համար բռնության և վատ վերաբերմունքի շարունակությունը: Բացի այդ, նախնական բժշկական զննության ընթացքում պետք է նաև ստուգել բռնության և վատ վերաբերմունքի նշանների առկայությունը: Այդ սկզբունքների պարբերական խախտումները ԽԿԿ-ի կողմից պետություններ կատարած այցերի ընթացքում քննադատության են ենթարկվում³⁰: Վատ վերաբերմունքի հետ կապված բողոքները պետք է արձանագրվեն քրեակատարողական հիմնարկի բժշկի կողմից և բժշկական զննության օբյեկտիվ արդյունքների և դրանց համապատասխանության վերաբերյալ նրա եզրակացությունների հետ միասին պետք է անմիջապես ներկայացվեն դատախազի ուշադրությանը³¹:

Կարևոր նշանակություն ունի նախնական բժշկական զննության ժամանակ վարակիչ հիվանդությունների ստուգման կազմակերպումը՝ բացահայտելու համար մեկուսացման ենթակա հիվանդներին, ինչպես նաև այնպիսի հիվանդությունների տարածումը կանխելու համար, ինչպիսին է, օրինակ՝ օդի միջոցով փոխանցվող տուբերկուլոզը: Վարակի տարածման սպառնալիքի պատճառով բանտարկյալների մեկուսացումը քրեակատարողական հիմնարկում պետք է իրականացվի նույն կերպ, ինչպես համայնքում³², ուստի ՄԻԱՎ կամ հեպատիտ B և C վարակակիր բանտարկյալներին մեկուսացնելու որևէ պատճառ չկա: Սակայն ուղղիչ հիմնարկում այդ հիվանդություններով վարակվելու վտանգի մասին կրթությունը և իրազեկումը (ինքնախելման նվազեցման միջոցառումներ, կամավորական գաղտնի խորհրդատվությունների անցկացում և հետազոտություն անցնելու առաջարկ, անհրաժեշտության դեպքում՝

29. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

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

31. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

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

վաղ բուժում) պետք է նախնական բժշկական զննության մաս կազմեն: Իր վերջին այցերի ժամանակ ԽԿԿ-ն քննադատել է վարակիչ հիվանդությունների ստուգման բացակայությունը կամ դրա անբավարարությունը նախնական բժշկական զննության ընթացքում³³:

Մտավոր կամ ֆիզիկական արատներ ունեցող անձինք հատկապես խոցելի են քրեակատարողական հիմնարկում: Հաշմանդամության պատճառով նրանք չեն կարող հասկանալ և/կամ պահպանել քրեակատարողական այն հիմնարկների խիստ կանոնները, որոնք գործում են «փակ ուղղիչ հիմնարկի» սկզբունքների համաձայն, և կարող են ենթարկվել հոգեբանական կամ ֆիզիկական բռնության վտանգի՝ անտարբեր վարչակազմի կամ բանտարկյալների կողմից: Բժշկական անձնակազմի խնդիրն է նախնական բժշկական զննության ժամանակ ի հայտ բերել սահմանափակ կարողություններ ունեցող անձանց՝ վերջիններիս մարդասիրական օգնություն առաջարկելու³⁴ և համապատասխան պաշտպանության միջոցներ խորհուրդ տալու համար: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանն արձանագրել է ՄԻԵԿ 3-րդ հոդվածի խախտում³⁵ այն գործերում, որոնցով այս պարտականությունը չէր կատարվել՝ այդ փաստը դիտելով որպես անմարդկային վերաբերմունք:

Հաշվի առնելով վերոնշյալ պարտականությունները, որոնք բժշկական անձնակազմը պետք է իրականացնի նախնական բժշկական զննության ժամանակ, պարզ է դառնում, որ բոլոր այդ խնդիրներն իրականացնելու համար հարկավոր է բավարար ժամանակ տրամադրել յուրաքանչյուր խորհրդատվությանը: Հաշվի առնելով նաև քրեակատարողական հիմնարկ ընդունվելիս խորհրդատվության անցկացման պահանջը, անհրաժեշտ է, որ բժշկական անձնակազմը համալրված լինի բավարար քանակի մասնագետներով՝ քրեակատարողական հիմնարկներում ամենօրյա ընդունելությունների թվին համապատասխան, մասնավորապես այն հիմնարկներում, որտեղ պահվում են նախնական կալանքի տակ գտնվող անձինք: Այս խնդիրը բազմիցս բարձրացվել է ԽԿԿ-ի կողմից, մասնավորապես՝ պետություններ կատարած վերջին այցերի ժամանակ³⁶:

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

34. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

35. *Price-ն ընդդեմ Միացյալ Թագավորության* 33394/96:

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

Անկախ դրա կարևորությունից, անհրաժեշտ է հիշել, որ Նախ-
նական բժշկական զննության համար, ինչպես և բժշկական մյուս մի-
ջամտությունների դեպքում, պահանջվում է հիվանդի համաձայնու-
թյունը³⁷: Բժշկական անձնակազմը պետք է առաջարկի նման զննու-
թյուն, սակայն բանտարկյալն իրավունք ունի հրաժարվել դրանից:
Այն դեպքերում, երբ բանտարկյալը հրաժարվել է զննություն անց-
նելուց, այդ փաստը պետք է գրառվի վերջինիս բժշկական քարտում:

Բժշկական զննությունը բռնության դեպքերից հետո

Համաձայն Նախարարների կոմիտեի թիվ R (1998) 7 հանձնա-
րարականի և ԽԿԿ-ի չափորոշիչների՝

Ազատագրված վայրերի բժշկական ծառայությունները կա-
րող են իրենց մասնակցությունն ունենալ ազատագրված անձանց
նկատմամբ բռնությունը կանխելու գործում՝ մարմնական վնաս-
վածքների կանոնավոր գրանցման և, անհրաժեշտության դեպքում,
համապատասխան մարմիններին ընդհանուր տեղեկություններ
տրամադրելու միջոցով³⁸:

Բռնության դեպքերին հաջորդող բժշկական զննությունը հան-
դիսանում է վատ վերաբերմունքից և անպատժելիությունից, ինչ-
պես նաև բանտարկյալների միջև բռնությունից պաշտպանության
հիմնական երաշխիքը: Դա վերաբերում է ոչ միայն Նախնական
բժշկական զննության ժամանակ բռնության նշանների ստուգմանը,
այլ նաև քրեակատարողական հիմնարկում կալանքի տակ գտնվե-
լու ընթացքում բռնության յուրաքանչյուր դեպքին հաջորդող բժշկա-
կան զննությանը: Բռնության կամ վատ վերաբերմունքի մասին
ցանկացած բողոք պետք է արձանագրվի և ուղեկցվի մանրակրկիտ
բժշկական զննությամբ, դրա արդյունքների փաստաթղթավոր-
մամբ և բժշկի եզրակացությամբ, որը հիվանդի համաձայնությամբ
պետք է փոխանցվի համապատասխան դատախազին՝ որպես
դատական վարույթի հիմք³⁹: Բացի դա, բռնության յուրաքանչյուր
դեպք պետք է գրանցվի վիճակագրական գրանցամատյանում, որի
պահպանությունը հանձնարարվում է բժիշկ-մասնագետներին, և

37. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

38. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ), CPT/Inf
(2011)33, (2011)24, (2012)17, (2012)34:

39. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

որի նպատակն է աջակցել իշխանություններին՝ գնահատելու բռնության մակարդակը քրեակատարողական հիմնարկում և ձեռնարկել կանխարգելիչ միջոցներ: Այս հանձնարարականների չկատարումը քննադատվել է ԽԿԿ-ի կողմից մի շարք պետություններ կատարած այցերի ժամանակ⁴⁰:

Բժշկական զննությունը ազատվելուց առաջ

Համաձայն ԵԲԿ-ի 33.6 կետի՝ բժշկական զննությունը բանտարկյալին ազատ արձակմանը նախապատրաստելու մաս է կազմում: Այն պետք է իրականացվի ազատվելուց անմիջապես առաջ⁴¹, սակայն այնպիսի ժամանակ, որը թույլ կտա պատշաճ կերպով կազմակերպել բժշկական զննությունը: Բանտարկյալի կողմից գաղտնի բժշկական եզրակացությունը ստանալու պահը, որը բժշկական տեղեկատվության աղբյուր է հանդիսանում ազատ արձակվելուց հետո վերջինիս նկատմամբ հսկողություն իրականացնող բժշկի համար, կարող է որպես հարմար առիթ օգտագործվել բանտարկյալին խորհուրդ տալու համար, թե ինչպես նա պետք է հետագայում հոգ տանի սեփական առողջության մասին: Հատկապես կարևորվում է այն տեղեկատվությունը, որը հաղորդվում է թմրանյութային կախվածություն ունեցող բանտարկյալներին՝ չափից մեծ դոզայով թմրամիջոց ընդունելու հետևանքով մահվան ելքի վտանգի մասին, եթե նրանք վերսկսեն թմրամիջոցներ ընդունել ազատ արձակվելուց հետո⁴²: Ազատ արձակվելուց հետո հետևողական բժշկական խնամքի կազմակերպումը հատկապես կարևոր է այն հիվանդների համար, ովքեր հակամիկոբակտերիալ և հակառետրովիրուսային դեղորայք են ստանում, քանի որ բուժման ընդհատումները կարող են հանգեցնել դեղակայուն տուբերկուլոզի և դեղակայուն վիրուսային շտամների զարգացման այն հիվանդների շրջանում, ովքեր հոգեկան առողջության պահպանման համար դեղորայքային կամ օփիատային փոխարինիչներով բուժում են անցնում: Նման բուժման անընդհատությունը

40. *Slawomir Musial*-ն ընդդեմ *Լեհաստանի* 28300/06, *Aerts*-ն ընդդեմ *Բելգիայի* 25357/94:

41. ՆԿ, Եվրոպական բանտային կանոնների մասին Rec(2006)2 հանձնարարական:

42. WHO Եվրոպա. *Ազատվելուց անմիջապես հետո թմրամոլ դատապարտյալների բարձր մահացության կանխարգելումը* (2010 թ.):

զգալիորեն նվազեցնում է թմրամիջոցներ օգտագործողների շրջանում չափազանց բարձր մահացության տոկոսը՝ ուղղիչ հիմնարկից ազատ արձակվելու առաջին օրը⁴³: Ուղղիչ հիմնարկից ազատ արձակվելուց հետո անցումային շրջանում տրամադրվող բժշկական օգնության անընդհատությունը, որը զուգորդվում է հոգեբանական օգնության մատուցմամբ (վերջերս ստացել է «հետագա խնամք» և «շարունակական խնամք» անվանումը)⁴⁴, հարկավոր է պլանավորել ազատ արձակվելուց շատ ավելի վաղ, իսկ ազատվելուց առաջ բժշկական զննությունը կարևոր դեր է խաղում այս գործընթացում:

1.5. Բժշկական փաստաթղթեր և հաշվառում

Կարելի է պնդել, որ հաշվի առնելով բժիշկ-մասնագետների պակասը և նրանց ծանրաբեռնվածությունը՝ վերջիններս իրենց սակավ ժամանակը ավելի շուտ կտրամադրեն հիվանդների խնամքի կազմակերպմանը, քան փաստաթղթային աշխատանքին: Սակայն փաստաթղթերի մանրակրկիտ վարումը և հաշվառումը կարևոր են հիվանդներին որակյալ բուժօգնություն տրամադրելու հարցում, մինչդեռ դրա անընդհատությունը բխում է ոչ միայն հիվանդի, այլ նաև բժշկական անձնակազմի և ուղղիչ հիմնարկի վարչակազմի շահերից: Բժշկական օգնության անբավարար լինելու վերաբերյալ բողոքները՝ դրանք հերքող բժշկական պատշաճ փաստաթղթերի բացակայության պարագայում, կարող են ներկայացվել Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարան⁴⁵:

Յուրաքանչյուր հիվանդի համար հարկավոր է բացել բժշկական քարտ, որը կներառի հիվանդի առողջության պատմության վերաբերյալ բոլոր գրառումները, ինչպես նաև տեղեկատվություն ախտորոշման, այդ թվում՝ նրա կողմից անցած ցանկացած հատուկ տիպի զննության մասին: Բժշկական անձնակազմը պետք է ամենօրյա գրառումներ կատարի՝ նշելով հիվանդին վերաբերող

43. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

44. Բժշկական օգնության համագործակցված անընդհատությունը. *Թմրանյութերի օգտագործման հետ կապված խնդիրներ ունեցող բանտարկյալների համար բժշկական ծառայությունների անընդհատությունը. գործիքների հավաքածու*, ed. M. MacDonald et al., Եվրոպական հանձնաժողով (2012 թ.):

45. Malenko-ն ընդդեմ Ուկրաինայի 18660/03:

ցանկացած միջադեպերի մասին: Նման գրանցամատյաններն օգտակար են, քանի որ թույլ են տալիս ուղղիչ հիմնարկում առողջապահության վիճակի մասին ամբողջական պատկեր ստանալ՝ մատնանշելով այն խնդիրները, որոնք կարող են ի հայտ գալ:

Բանտարկյալը պետք է հնարավորություն ունենա ծանոթանալու իր բժշկական քարտին, քանի դեռ դա հակացուցված չէ թերապևտիկ պատճառներով, ինչպես նաև պետք է հնարավորություն ունենա պահանջելու, որ քարտում պարունակվող տեղեկատվությունը տրամադրվի վերջինիս ընտանիքին կամ փաստաբանին: Բանտարկյալի տեղափոխման ժամանակ բժշկական քարտը պետք է ուղարկվի ընդունող հաստատության բժիշկներին⁴⁶:

Անհատական բժշկական քարտի վարումը

Բազմաթիվ պետությունների առողջապահության մասին օրենսդրության և խնամքի համարժեքության սկզբունքի համաձայն՝ քրեակատարողական հիմնարկների բժիշկ-մասնագետները պարտավոր են յուրաքանչյուր բանտարկյալի անունով վարել բժշկական քարտ:

Քարտը պետք է պարունակի հիվանդի ամբողջական բժշկական պատմությունը, նախնական բժշկական զննության արդյունքները, հիվանդին վերաբերող բոլոր բժշկական գրառումները, այդ թվում՝ հիվանդի խնդրանքով տրամադրված բոլոր խորհրդատվությունները՝ բժշկի եզրակացություններով, հանձնարարություններով և նախատեսված բուժմամբ հանդերձ: Գրավոր բոլոր գրառումները պետք է ստորագրվեն: Մի շարք քրեակատարողական հիմնարկներ կատարած այցելությունների ընթացքում ԽԿԿ-ն հայտնաբերել է և քննադատել բժշկական ոչ լիարժեք գրառումների կամ նույնիսկ դրանց բացակայության դեպքերը⁴⁷: Երկրի բոլոր քրեակատարողական հիմնարկներում պետք է օգտագործվեն ստանդարտացված բժշկական քարտեր, ինչը հնարավորություն կտա արագացնել բժշկական տեղեկատվության փոխանակումը բժիշկների միջև, երբ բանտարկյալները փոխադրվում են մեկ այլ քրեակատարողական

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:

հիմնարկ: Առանձնակի կարևորություն ունի ստորև ներկայացվածի մանրակրկիտ և հանգամանալից փաստաթղթավորումը.

- ▶ նախնական զննության արդյունքներ,
- ▶ ցանկացած ախտորոշման վերաբերյալ տեղեկատվություն, որը լուրջ հետևանքներ է ենթադրում հիվանդությունների հետ կապված կանխատեսումների, բուժման կամ փոխանցման տեսանկյունից,
- ▶ արտակարգ իրավիճակներ,
- ▶ տեղեկատվություն զննությունների կամ բուժումների, այդ թվում՝ հնարավոր անցանկալի կողմնակի բարդությունների վերաբերյալ,
- ▶ տեղեկացված համաձայնություն և անհամաձայնություն կամ առաջարկվող զննությունից կամ բուժումից հրաժարում,
- ▶ բռնության նշանների վերաբերյալ ցանկացած գրառում,
- ▶ բժշկական գաղտնիքի կամ հիվանդի համաձայնության խախտման ցանկացած հանգամանք:

Հիվանդները պետք է բացատրություն ստանան նշանակված ախտորոշման, կանխատեսումների, բուժման վերաբերյալ առաջարկությունների, բուժման այլընտրանքային եղանակների, բուժման կողմնակի հետևանքների և բուժում չստանալու դեպքում սպառնացող վտանգի մասին, որպեսզի վերջիններս հնարավորություն ունենան տալու տեղեկացված համաձայնություն կամ հայտնելու անհամաձայնությունը: Բանտարկյալին հաղորդված տեղեկատվության մասին պետք է գրառում կատարվի հիվանդի քարտում: Բժշկական միջամտությունների կամ որոշակի անցանկալի կողմնակի հետևանքներ ենթադրող բուժման համար անհրաժեշտ է ստանալ հիվանդի գրավոր համաձայնությունը:

Բժշկական քարտերից կարող են օգտվել միայն այն բժիշկները, բուժքույրերը և այլ բժիշկ-մասնագետները, ովքեր հրահանգավորված են բժշկական գաղտնիքի վերաբերյալ: Այդ քարտերը պետք է պահվեն փակի տակ և բանտարկյալների անձնական վարչական գործերից առանձին: Բանտային բժիշկները և բուժքույրերը որևէ պարագայում չպետք է առանց հիվանդի հստակ համաձայնության թույլ տան, որ հիվանդին վերաբերող բժշկական տեղեկատվությունը տրամադրվի հիմնարկի վարչակազմին կամ ցանկացած այլ երրորդ:

անձանց: Այս կանոնից բացառություններն են. դատարանի որոշումը (նման դեպքում բժիշկն անմիջապես պետք է տեղեկատվությունը հանձնի դատավորին) և այն եզակի դեպքերը, երբ բժիշկը պետք է որոշում կայացնի գաղտնիությունը խախտելու մասին, որպեսզի դրանով պաշտպանի գերադասելի մեկ այլ իրավունք, օրինակ, երբ խոսքը այլ անձի առողջության կամ կյանքի փրկության մասին է: Այդ երկու դեպքերում էլ բժիշկը պետք է տեղեկացնի բանտարկյալ հիվանդին: Իր այցերի ընթացքում ԽԿԿ-ն մշտապես խոսել է բանտարկյալների բժշկական քարտերի գաղտնիության պայմանների բարելավման անհրաժեշտության մասին⁴⁸: Մի շարք պետություններ ներկայումս գտնվում են բժշկական տվյալների էլեկտրոնային գրանցման համակարգի ներդրման փուլում, սակայն դրա համար պահանջվում են համապատասխան երաշխիքներ, որպեսզի առանձին հիվանդների վերաբերյալ բժշկական տվյալները հասանելի լինեն միայն բժշկական անձնակազմի համար:

Բժիշկը պարտավոր է բավարարել բանտարկյալ հիվանդի՝ իր բժշկական քարտին ծանոթանալու խնդրանքը: Մեկ այլ ուղղիչ հիմնարկ տեղափոխվելիս բանտարկյալի հետ փոխանցվում է վերջինիս բժշկական քարտի կնքված պատճենը, որը հանձնվում է ընդունող հիմնարկի բժշկական անձնակազմին: Ազատ արձակվելուց հետո հիվանդին տրամադրվում է բժշկական եզրակացություն: Այդ եզրակացությունում ներկայացված բժշկական տեղեկատվությունն օգտագործվում է համայնքային բժշկի կողմից հիվանդի հետագա բուժումը կազմակերպելու համար, և, անհրաժեշտության դեպքում, այդ տեղեկատվությունը կարող է նաև տվյալներ ներառել բժշկական գրառումներից: Հիվանդի ազատ արձակվելուց հետո բժշկական գրառումները ներպետական օրենքով սահմանված ժամկետով պետք է պահպանվեն քրեակատարողական ծառայության կողմից:

Քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկները պարտավոր են զննել և գրի առնել ֆիզիկական, հոգեբանական և սեռական բռնության բոլոր նշանները: Նախնական բժշկական զննության ժամանակ բանտարկյալը կարող է տեղեկացնել ոստիկանության կողմից բռնության կիրառման մասին: Հետևաբար, կարևոր է այդ

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:

վկայությունները ներկայացնել պատկան մարմիններին: Եթե բանտարկյալը չի ցանկանում տալ իր համաձայնությունը, բժիշկը պետք է ուղիներ գտնի տուժողի ինքնությունն իրավախախտից գաղտնի պահելու համար: Ստամբուլյան արձանագրությունն⁴⁹ ուղեցույց է մասնագիտական և իրավաբանական փաստաթղթավորման, ինչպես նաև բռնության և վատ վերաբերմունքի դեպքերի ոչ վնասվածքային զննության մեթոդների վերաբերյալ:

Բժշկական քարտերի և այլ բժշկական տեղեկատվության մատչելիությունը

Բանտարկյալներին պետք է տրամադրել անհրաժեշտ ողջ տեղեկատվությունը (անհրաժեշտության դեպքում՝ բժշկական հաշվետվության տեսքով) վերջիններիս առողջության, բուժման ընթացքի և նշանակված դեղորայքի վերաբերյալ: Ցանկալի է, որ հիվանդներն իրավունք ունենան ծանոթանալու իրենց բժշկական քարտերի բովանդակությանը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դա արգելվում է՝ թերապևտիկ նկատառումներից ելնելով: Նրանք պետք է նաև հնարավորություն ունենան դիմելու, որպեսզի այդ տեղեկատվությունը փոխանցվի իրենց ընտանիքներին և փաստաբաններին կամ հիմնարկից դուրս աշխատող բժշկին:

Վիճակագրական բժշկական տվյալներ (հիվանդին չվերաբերող)

Ներպետական օրենսդրության համաձայն և համայնքային առողջապահական մարմինների հետ համագործակցությամբ՝ քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկները պետք է վարեն ուղղիչ հիմնարկում իրականացվող առողջապահական ծառայությունների բոլոր ասպեկտներին վերաբերող վիճակագրական գրառումներ, մասնավորապես՝ խորհրդակցությունների թիվը և գերիշխող պաթոլոգիաները, որոնք որոշվում են ախտորոշումների քանակով՝ Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման (ICD) դրույթների համաձայն, այդ թվում՝ պարտադիր գրանցման ենթակա որոշ հիվանդությունների վերաբերյալ հատուկ գրառումները, ինչպիսիք են, օրինակ, տուբերկուլոզը (Առողջապահության համաշխարհային

49. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

կազմակերպությունը (ԱՀԿ) մշակել է հիվանդությունների հայտնաբերման ստանդարտացված չափորոշիչներ և բուժման կատեգորիաներ), դիզենտերիան, հեպատիտը և ՄԻԱՎ-ը: Ավելի դյուրին է վիճակագրական այդ տվյալները մշակել բժշկական գրառումների էլեկտրոնային համակարգերի միջոցով, որոնք հիմք են հանդիսանում բյուջետավորման, ինչպես նաև առողջ ապրելակերպի քարոզչության և բուժկանխարգելիչ ծրագրերի իրականացման համար:

Ինչպես նշվել է վերը, քրեակատարողական հիմնարկների բժիշկները պետք է վարեն բոլոր վնասվածքների և դրանց պատճառների (բանտարկյալների միջև բռնության և վատ վերաբերմունքի) վերաբերյալ վիճակագրություն և պարտավոր են կանոնավոր կերպով այդ տվյալները ներկայացնել քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմին: Բռնության փաստերի վերաբերյալ պարբերական վիճակագրության վարումն օգնում է գնահատել իրավիճակը և կանխարգելիչ միջոցառումները և նույնիսկ կարող է կանխարգելիչ արդյունքներ ունենալ: Քրեակատարողական հիմնարկներ կատարած իր այցերի⁵⁰ արդյունքում ԽԿԿ-ն մշտապես խորհուրդ է տալիս բռնության բոլոր դեպքերի վերաբերյալ կանոնավոր գրառումներ վարել:

1.6. Էթիկական այլ խնդիրներ

Քրեակատարողական հիմնարկների բժիշկների ներգրավվածությունը անվտանգության ապահովման և կարգապահական միջոցառումների հետ կապված հարցերում

Քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկը պետք է հանդես գա բանտարկյալի անձնական բժշկի կարգավիճակում և փորձի բժիշկ-հիվանդ դրական հարաբերություններ հաստատել վերջինիս հետ: Ուղղիչ հիմնարկի բժիշկների կողմից շարունակվող այն պրակտիկան, որի համաձայն նրանք եզրակացություն են տալիս առ այն, որ հիվանդի առողջությունը թույլ է տալիս նրան որպես տույժի միջոց պահել մեկուսացված խցում (կամ բանտարկյալի կամքին հակառակ կիրառված մեկուսի բանտարկության որևէ այլ տեսակը), չի նպաստում այդ հարաբերությունների կայացմանը: Այս խնդիրն ընդգծվել է նաև ԵԲԿ-ում: Բժշկական անձնակազմը չպետք է երբևիցե մասնակցի

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

որոշումների ընդունման այնպիսի գործընթացում, որի հետևանքով բանտարկյալը կարող է հայտնվել ցանկացած աստիճանի մեկուսացվածության պայմաններում, եթե այդ միջոցը չի կիրառվել սոսկ բժշկական նկատառումներից ելնելով:

Մյուս կողմից՝ բժշկական անձնակազմը պետք է չափազանց ուշադիր լինի մեկուսացվածության պայմաններում պահվող բոլոր բանտարկյալների առողջական վիճակի նկատմամբ: Բժշկական անձնակազմը պետք է տեղեկացվի բանտարկյալի՝ մենախուց տեղափոխվելու ցանկացած դեպքի մասին, որից հետո պետք է անմիջապես այցելի հիվանդին և շարունակի կանոնավոր կերպով՝ օրական մեկ անգամից ոչ պակաս, այցելել վերջինիս, իսկ անհրաժեշտության դեպքում ժամանակին բժշկական օգնություն տրամադրի: Բուժանձնակազմը պետք է տեղեկացնի քրեակատարողական հիմնարկի պետին, եթե կարծում է, որ մենախցում պահելը կարող է լուրջ վտանգ սպառնալ բանտարկյալի առողջությանը:

Քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկը չպետք է վարչակազմի պահանջով իրականացնի անձնական խուզարկություն և զննություն՝ բացառությամբ արտակարգ այն իրավիճակների, երբ հնարավոր չէ մեկ այլ բժիշկ հրավիրել: Բացառիկ իրավիճակներում, երբ հնարավոր չէ խուսափել մարմնի խոռոչների զննումից, այն պետք է իրականացվի համապատասխան բժշկական վերապատրաստում անցած բժշկի կողմից: Սակայն, բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունները պաշտպանելու շահերից ելնելով, այդ անձը չպետք է բանտարկյալին ուղղիչ հիմնարկի շրջանակում բուժող բժիշկը լինի: Այդ տեսակետը նաև ընդգծվել է WMA-ի կողմից՝ Բանտարկյալների անձնական խուզարկության վերաբերյալ հայտարարությունում⁵¹:

Առանձին դեպքերում հնարավոր է նախատեսել անվտանգության հատուկ միջոցներ, սակայն ներարկումներ կատարելու համար բանտարկյալներին մետաղական ձողերով առանձնացված տեղերում պահելը բացարձակապես արդարացված չէ: Նման մոտեցումը կարող է համարվել նվաստացնող ինչպես բանտարկյալի, այնպես էլ շահագրգիռ բժշկական անձնակազմի համար⁵²:

51. WMA, Հայտարարություն բանտարկյալների անձնական խուզարկության վերաբերյալ, Բուդապեշտ, 1993 թ., (2005 թ. վերանայված տարբերակ):

52. CPT/Inf (2011)29:

Քրեակատարողական հիմնարկի բժշկական անձնակազմի մասնագիտական անկախությունը

Քրեակատարողական ցանկացած հիմնարկի բժշկական անձնակազմը պոտենցիալ վտանգի է ենթարկվում: Հիվանդներին (հիվանդ բանտարկյալներին) բուժելու նրանց պարտականությունը կարող է հաճախ հակադրվել քրեակատարողական հիմնարկի կառավարման և անվտանգության հարցերին: Նման իրավիճակը կարող է դժվարին էթիկական հարցեր առաջացնել և բարդ ընտրության առջև կանգնեցնել: Առողջապահական հարցերում բժշկական անձնակազմի անկախությունը երաշխավորելու համար կարևոր է, որ բժշկական այդ անձնակազմը որքան հնարավոր է սերտ կապված լինի հանրային առողջապահական համակարգի հետ:

Անկախ ինստիտուցիոնալ կառուցակարգերից, որոնք հարկավոր է նախատեսել ուղղիչ հիմնարկում բժշկական օգնություն տրամադրելու համար՝ անհրաժեշտ է նաև, որ քրեակատարողական հիմնարկում աշխատող բժիշկներն իրենց կլինիկական որոշումները կայացնեն միայն բժշկական չափորոշիչների հիման վրա, և որ նրանց աշխատանքի որակը և արդյունավետությունը գնահատվի որակավորում ունեցող բժշկական մարմնի կողմից⁵³:

Միաժամանակ բանտարկյալներին և քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմին բուժող բժիշկները

Որոշակի վերապահումներ կան՝ այն գործելակերպի հետ կապված, երբ քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկները բանտարկյալների հետ միասին բուժում են նաև քրեակատարողական հիմնարկի վարչակազմին⁵⁴: Բանտարկյալների բուժման համար հատկացվող միջոցները հաճախ սահմանափակ են, և բժիշկների աշխատանքային ժամերի բաշխումը տարբեր նպատակներով կարող է բացասաբար անդրադառնալ բանտարկյալներին տրամադրվող բուժօգնության որակի վրա: Բացառիկ հանգամանքներում նման երկակի պատասխանատվությունը պետք է զուգորդվի որոշակի երաշխիքների առկայությամբ, որոնք հավասար մոտեցում

53. CPT/Inf (2004)36:

54. CPT/Inf (2006)11:

կապահովեն: Օրինակ՝ անհրաժեշտ է նախօրոք սահմանել, թե բժիշկների աշխատաժամանակի որ մասը պետք է հատկացվի վարչակազմին: Միննույն ժամանակ ցանկալի է, որ բանտարկյալների և վարչակազմի համար նախատեսված դեղորայքը պահվի առանձին: Կարելի է նույնիսկ նախատեսել, որ այդ երկու խմբերին տրամադրվող խորհրդատվություններն անցկացվեն երկու առանձին սենյակներում:

Բժշկական անձնակազմի լիազորություններ իրականացնող բանտարկյալները

Բանտարկյալների ներգրավվածությունն ուղղիչ հիմնարկի առողջապահական ծառայությունում պետք է ծայրահեղ միջոց լինի նույնիսկ այն դեպքերում, երբ վերջիններս ունեն բժշկական կրթություն կամ մասնագիտացում: Բանտարկյալները չպետք է ներգրավված լինեն առողջապահական այնպիսի խնդիրների իրականացմանը, որոնց համար անհրաժեշտ է հատուկ վերապատրաստում անցնել, և որևէ պարագայում չպետք է մասնակցեն դեղորայքի բաշխմանը:

Նշանակված դեղորայքի բաշխման կամ ներարկումներ կատարելու հարցերը քրեակատարողական հիմնարկի ծառայողների լիազորությունների մեջ չի մտնում: Դեղորայքը պետք է բաշխվի միայն բուժքույրական անձնակազմի կամ վերապատրաստում անցած դեղագործի կողմից, մինչդեռ ներարկումները կարող են կատարվել միայն որակավորում ունեցող բժշկական անձնակազմի կողմից⁵⁵:

Մարդասիրական օգնությունը

Գոյություն ունեն առանձնապես խոցելի բանտարկյալների որոշ կատեգորիաներ, որոնց կարիքներին առողջապահական ծառայությունը պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնի, քանի որ նրանք միշտ չէ, որ կարող են, անազատության մեջ գտնվելով, պաշտպանել իրենց շահերը: Մի շարք առիթներով ԽԿԿ-ն նշել է հետևյալ խմբերի մասին⁵⁶:

55. CPT/Inf (2011)19:

56. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

Ազատագրկված մայրեր՝ երեխաներով

Հայնորեն ընդունված սկզբունք է, որ երեխաները չպետք է ծնվեն ուղղիչ հիմնարկում, և, որպես կանոն, այդ սկզբունքն իրագործվում է: Մորը և երեխային պետք է առնվազն որոշ ժամկետով թույլ տալ միասին լինել: Միաժամանակ միասին լինելու այդ պայմանները ենթադրում են, որ վերջիններս կարող են օգտվել այնպիսի բժշկական անձնակազմի ծառայություններից, որոնք մասնագիտացված են հետծննդյան և մանկական խնամքի հարցերով: Երկարատև միջոցառումներ իրականացնելու մասին որոշումը, մասնավորապես՝ երեխային համայնքին փոխանցելու վերաբերյալ, որի հետևանքով երեխան բաժանվում է մորից, յուրաքանչյուր դեպքում պետք է կայացվի՝ հաշվի առնելով երեխայի բժշկական և սոցիալական կարիքները:

Դեռահասներ

Կալանքի տակ գտնվելիս դեռահասներին պետք է թույլատրել գտնվել իրենց ծանոթ միջավայրում և օգտվել անձնական իրերից: Անհրաժեշտ է նվազագույնի հասցնել երկարատև սոցիալական թերի հարմարեցվածության բացասական հետևանքները: Նրանց նկատմամբ կիրառվող ռեժիմը պետք է հիմնված լինի ինտենսիվ գործունեության վրա, այդ թվում՝ սոցիալ-կրթական հանդիպումների, սպորտի, կրթության, մասնագիտական կրթության, անվտանգության աշխատակիցների ուղեկցությամբ ուղղիչ հիմնարկից դուրս զբոսանքի և պատշաճ ընտրովի գործունեության մատչելիության վրա:

Բժշկական կամ սոցիալական վիճակի հետևանքով խոցելի դարձած բանտարկյալները

Բանտային առողջապահական ծառայության հիվանդների շարքում կան մի շարք մարգինալ անձինք, ովքեր անցյալում ընտանեկան տրավմա են վերապրել, ունեցել են երկարատև կախյալություն թմրամիջոցներից, հակասություններ իշխանությունների հետ կամ այլ սոցիալական անհաջողություններ: Նրանք կարող են լինել վտանգավոր, ունենալ բռնկվող բնավորություն, ինքնասպանության հակումներ կամ դրսևորել անընդունելի սեռական վարքագիծ

և մեծամասամբ անկարող են վերահսկել սեփական անձը կամ հոգ տանել իրենց համար: Այս կարգի բանտարկյալների կարիքներն իրականում բժշկական բնույթի չեն, սակայն ուղղիչ հիմնարկի բժիշկը կարող է նպաստել սոցիալ-թերապևտիկ ծրագրերի մշակման հարցում, որոնք իրականացվում են ուղղիչ հիմնարկի ստորաբաժանումների կողմից և համապատասխանում են համայնքում իրականացվող ծրագրերի պահանջներին, ինչպես նաև մանրակրկիտ կերպով վերահսկվում են: Այդ ստորաբաժանումները կարող են նվազեցնել նվաստացման, արհամարհանքի և ատելության զգացողությունը բանտարկյալների շրջանում, պատասխանատվության զգացում կձևավորեն նրանց մեջ և թույլ կտան պատրաստվել վերաինտեգրմանը: Նման ծրագրերի մեկ այլ ուղղակի առավելությունն այն է, որ դրանք ենթադրում են նաև ուղղիչ հիմնարկի վարչակազմի ակտիվ մասնակցությունը և ներգրավվածությունը:

Գոյություն ունեն նաև այնպիսի բանտարկյալներ, ովքեր ունեն տևական կալանքի տակ գտնվելուն խոչընդոտող ծանր հիվանդություններ, որոնք հնարավոր չէ հավուր պատշաճի բուժել բանտային պայմաններում: Այդ կատեգորիային են վերաբերում այն բանտարկյալները, ում, ըստ բժշկական կանխատեսումների, քիչ ժամանակ է մնացել ապրելու, ինչպես նաև ծանր ֆիզիկական հաշմանդամություն ունեցողները կամ տարեցները: Նման դեպքերում քրեակատարողական հիմնարկի բժիշկը պատկան մարմնին եզրակացություն է ներկայացնում անհրաժեշտ այլընտրանքային միջոցառումների մասին:

Գլուխ 2.

Հոգեկան հաշվառումը և բուժման ծրագրերը. թերապևտիկ և հոգեառօգնական վերականգնողական միջոցառումները քրեակատարողական հիմնարկում

Ընդհանուր բնակչության համեմատ՝ բանտարկյալների շրջանում հոգեկան խանգարման նշաններ ավելի հաճախ են հանդիպում:

Խիստ պահպանվող հոգեբուժարաններում պահվող անձինք և բանտարկյալները ընդհանուր շատ բան ունեն: Այդ երկու խումբ անձինք էլ հատկապես խոցելի են հոգեկան առողջության հետ կապված հիվանդությունների առումով: Այդ անձանց շրջանում հաճախակի են հանդիպում դեպքերը, երբ անցյալում վերջիններս բախվել են բռնության, զրկանքների, տնանկության, գործազրկության, թմրամիջոցների օգտագործման և հոգեբուժական ծառայությունների հետ շփման հետ կապված խնդիրների: Բազմաթիվ բանտարկյալներ խնդիրներ ունեն թվաբանության և տառաճանաչության հետ, իսկ բանտարկյալների մեծամասնության մտավոր զարգացման գործակիցը (IQ) միջինից ցածր մակարդակի վրա է¹: Ենթադրվում է, որ յոթ բանտարկյալից մեկը հոգեկան խանգարումներ կամ խորը դեպրեսիա ունի, իսկ արական սեռի բանտարկյալների շուրջ կեսը և իգական սեռի հինգ բանտարկյալից

1. Singleton N., Meltzer H. և Gatward R., *Անգլիայում և Ուելսում բանտարկյալների շրջանում հոգեբուժական հիվանդացության հետազոտություն*, Ազգային վիճակագրական գրասենյակ, Լոնդոն (1998 թ.): Նորին գերազանցության բանտային տեսչություն, *Անարդար մենաստաններ. Անգլիայում և Ուելսում չդադարապարտված բանտարկյալների խնամքի և պայմանների վերաբերյալ Նորին գերազանցության բանտային գլխավոր տեսուչի թեմատիկ ակնարկ*, Ներքին գործերի նախարարություն, Լոնդոն (2000 թ.):

մեկը տառապում է հակասոցիալական անձնային խանգարմամբ²: Անհամաչափորեն գերակշռում են ծանր հոգեկան խանգարման դեպքերը: Հիվանդության ամենաբարձր մակարդակը նկատվում է կալանավորվածների և իգական սեռի բանտարկյալների շրջանում: Հոգեկան խանգարում (այդ թվում՝ թմրանյութեր չարաշահելու ախտորոշում) ունեն արական սեռի դատապարտյալների 37 տոկոսը, արական սեռի կալանավորվածների 63 տոկոսը, իգական սեռի դատապարտյալների 57 տոկոսը և իգական սեռի կալանավորվածների 76 տոկոսը: Մեծ է նաև երկու և ավելի հիվանդություններ ունեցողների թիվը, հատկապես կալանավորվածների շրջանում: Կալանավորված տղամարդկանց շուրջ մեկ քառորդի և կանանց մեկ երրորդի մոտ ախտորոշվել է երկու կամ ավելի հիվանդություն³:

Ակնհայտ է, որ ծանր, սակայն բուժման ենթակա հոգեկան խանգարումների չափաբաժինը էական տեղ է զբաղեցնում քրեակատարողական հիմնարկներում: Հաշվի առնելով քրեակատարողական համակարգի սահմանափակ միջոցները՝ հարցականի տակ է դրվում, թե արդյոք բոլոր նրանք, ովքեր պատշաճ բուժօգնության կարիք ունեն, ինչպես որ սահմանված է ՄԻԵԿ դրույթներով, կարող են հավակնել դրան:

2.1. Հոգեկան առողջության պահպանման ծառայությունները քրեակատարողական հիմնարկներում

Քրեակատարողական հիմնարկի պայմաններում հոգեկան հիվանդությունների առավել տարածումն իր հերթին բարձրացնում է նաև քրեակատարողական հիմնարկի առողջապահական համակարգի պատասխանատվությունը: Առաջին հերթին, քրեակատարողական հիմնարկի առողջապահական ծառայության

2. Fazel S. և Danesh J., Լուրջ հոգեկան խանգարումները 23000 բանտարկյալների մոտ. 62 հարցումների համակարգված վերանայում, *Lancet*, 359 (2002 թ.), 545-550:

3. Gunn J., Maden A. և Swinton M., *Հոգեկան խանգարումներ ունեցող բանտարկյալները*, Լոնդոն, Ներքին գործերի նախարարություն (1991 թ.): Maden A., Taylor C. J. A., Brooke D. et al., *Նախնական կալանքի փակ գրնվող անձանց հոգեկան խանգարումները*, Լոնդոն, Ներքին գործերի նախարարություն (1995 թ.):

աշխատանքներում անհրաժեշտ է հոգեբուժության մասնագիտացում ունեցող բժիշկ ներգրավել. բացի այդ, աշխատող մի քանի բուժքույրեր պետք է վերապատրաստվեն այդ թեմաներով: Բժշկական և բուժքույրական անձնակազմի թիվը, ինչպես նաև ուղղիչ հիմնարկի հատակագիծը պետք է թույլ տան, որպեսզի իրականացվեն կանոնավոր դեղորայքային, հոգեթերապևտիկ և աշխատանքային թերապիայի ծրագրեր⁴:

Քրեակատարողական հիմնարկի պայմաններում հոգեկան հիվանդությունների վերաբերյալ ձեռնարկվող միջոցառումները

Քրեակատարողական հիմնարկի պայմաններում հոգեկան հիվանդություններն առանց բուժման թողնելը հեշտությամբ կարող է անմարդկային և նվաստացնող վերաբերմունքի հիմք հանդիսանալ⁵, ուստի անհրաժեշտ է ad hoc միջոցներ ձեռնարկել: Հոգեկան խանգարումներ ունեցող բանտարկյալների համար պատկան մարմինները պետք է քննարկեն հետևյալ միջոցների ձեռնարկումը.

- ▶ բժշկական անձնակազմի և ուղղիչ հիմնարկում աշխատող հոգեբանների շահագրգռումը և վերապատրաստումը նման հիվանդություններն ախտորոշելու և այդ կարգի հիվանդների վարմանն ակտիվ մասնակցություն ունենալու հարցերում,
- ▶ ուղղիչ հիմնարկում նման հիվանդների համար մասնագիտական օգնության ապահովումը՝ կանոնավոր խորհրդակցություններ անցկացնելու նպատակով դիմելով հոգեբույժի օգնությանը,
- ▶ հոգեմետ դեղերի բավարար քանակի ապահովումը,
- ▶ անհրաժեշտության դեպքում երկարատև հիվանդանոցային խնամքի ապահովումը, հնարավորության դեպքում՝ ակտիվ հոգեսոցիալական բաղադրիչով,
- ▶ հոգեկան հիվանդ բանտարկյալի փոխադրումը հոգեբուժական որպես առաջնային կարևորության հարց դիտարկելը:

4. *Slawomir Musial-ն ընդդեմ Լեհաստանի* 28300/06, *Aerts-ն ընդդեմ Բելգիայի* 25357/94:

5. CPT/Inf (2005)18: *Slawomir Musial-ն ընդդեմ Լեհաստանի* 28300/06, *Aerts-ն ընդդեմ Բելգիայի* 25357/94:

Քաղաքացիական հոգեբուժարաններում բուժվող հոգեկան հիվանդ բանտարկյալները

Հոգեկան հիվանդություն ունեցող բանտարկյալը պետք է պահվի և բուժում ստանա հիվանդանոցային հաստատությունում, որը բավարար չափով հագեցված է համապատասխան սարքավորումներով և ունի վերապատրաստված անձնակազմ: Դա կարող է լինել քաղաքացիական հոգեբուժարան կամ հատուկ կահավորված հոգեբուժական հաստատություն՝ քրեակատարողական հիմնարկների համակարգի կազմում:

Էթիկական նկատառումներից ելնելով՝ հոգեկան հիվանդ բանտարկյալներին նպատակահարմար է հոսպիտալացնել բանտային համակարգից դուրս գտնվող հաստատություններ, որոնք գտնվում են հանրային առողջապահական ծառայության պատասխանատվության ներքո: Մյուս կողմից՝ կարելի է պնդել, որ քրեակատարողական համակարգում հոգեբուժական հաստատության առկայությունը թույլ է տալիս, որ բուժօգնությունը կազմակերպվի անվտանգության տեսանկյունից նախընտրելի պայմաններում, և բարձրացնել բժշկական ու սոցիալական ծառայությունների աշխատանքի արդյունավետությունը:

Ինչ մոտեցում էլ ընտրենք, հոգեբուժական այդ հաստատությունը պետք է բավականաչափ թվով տեղեր ունենա, քանի որ հաճախ են դեպքերը, երբ հիվանդը փոխադրմանը երկար է սպասում: Շահագրգիռ անձի՝ հոգեբուժական հաստատություն փոխադրմանը պետք է վերաբերվել որպես առաջնային կարևորության հարցի:

Հոգեկան լուրջ խանգարման պատճառով վտանգավոր համարվող բանտարկյալները չպետք է պահվեն անվտանգության բարձր աստիճան ունեցող մասնաշենքերում՝ հոգեբուժական հաստատության փոխարեն: Այդ բանտարկյալները հիվանդանոցի սահմաններում պետք է կարողանան օգտվել բուժումից և համապատասխան այնպիսի թերապևտիկ միջոցառումներից, որոնք նշանակվում են բավարար թվով որակավորված անձնակազմի կողմից՝ այդ անձանց անհրաժեշտ օգնություն տրամադրելու նպատակով⁶:

6. CPT/Inf (2008)33:

2.2. Քրեակատարողական հիմնարկի հոգեբուժական բաժանմունքները

Քրեակատարողական հիմնարկի մասնագիտացված հոգեբուժական բաժանմունքները, որպես բանտային առողջապահական ծառայության մաս, կարող են ծառայել տարբեր նպատակների: Այդ բաժանմունքների ամենատարածված գործառույթը հոգեկան առողջության հետ խնդիրներ ունեցող այնպիսի բանտարկյալների բուժումն է, ովքեր ժամանակավոր բուժում են ստանում այդտեղ կամ սպասում են համայնքային հաստատություն փոխադրմանը: Հազվադեպ են դեպքերը, երբ քրեակատարողական համակարգի մաս կազմող հոգեբուժական բաժանմունքները կարող են օգտագործվել դատարանի որոշմամբ անմեղսունակ ծանաչված անձանց պահելու կամ բուժելու համար, ինչը գլխավորապես պայմանավորված է քրեակատարողական համակարգից դուրս անվտանգության պահանջներին չհամապատասխանող շինությունների բացակայությամբ: Վերջապես՝ հոգեբուժական բաժանմունքները կարող են օգտագործվել նախնական կալանքի տակ գտնվող անձանց տեղավորելու համար՝ նպատակ ունենալով գնահատել նրանց հոգեկան վիճակը:

Քիչ չեն դեպքերը, երբ քրեակատարողական համակարգում մասնագիտացված հոգեբուժական բաժանմունքի բացակայության պայմաններում բանտերն անվտանգ տարածքներ կամ ռեժիմներ են ստեղծում առավել խոցելի բանտարկյալների, այդ թվում՝ հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց համար:

Քրեակատարողական հիմնարկի հոգեբուժական բաժանմունքում բժշկական հսկողության կազմակերպման ընդհանուր սկզբունքները

Քրեակատարողական հիմնարկի հոգեբուժական բաժանմունքում անվտանգության նկատառումներից ելնելով բժշկական սպասարկումը և նրանց արգելանքի տակ պահելը պետք է հիմնված լինի բուժման և վերականգնման սկզբունքների վրա: Այս մոտեցումը պետք է արտացոլվի կենցաղային պայմանների, ինչպես նաև այն բոլոր հարմարությունների վրա, որոնք հասանելի են այս

խմբի հիվանդներին: Նույն մոտեցումը պետք է արտացոլվի նաև այդ խմբի հիվանդների բուժման մեջ և նրանց համար անցկացվող միջոցառումներում: Անհրաժեշտ է, որպեսզի նման հաստատությունները համալրված լինեն վերապատրաստված բժշկական անձնակազմով, որն ունակ է դրական հարաբերություններ հաստատել հիվանդների հետ՝ անմիջական շփման մեջ մտնելով վերջիններիս հետ⁷: Կադրային ռեսուրսները պետք է բավարար լինեն՝ անձնակազմի թվի, կատեգորիաների (հոգեբույժներ, թերապևտներ, բուժքույրեր, հոգեբաններ, էրգոթերապևտներ, սոցիալական աշխատողներ և այլն), փորձառության և պատրաստվածության տեսանկյունից: Կադրային ռեսուրսների պակասը հաճախ կարող է հանգեցնել հիվանդների համար չափազանց վտանգավոր իրավիճակների՝ անկախ անձնակազմի մտադրություններից և անկեղծ ջանքերից:

ԽԿԿ-ն բազմաթիվ առիթներով քննադատել է այն կենցաղային պայմանները, որոնցում գտնվում են հոգեբուժական հաստատություններում տեղավորված անձինք⁸: Նույնը, *inter alia*, վերաբերում է քրեակատարողական համակարգի հոգեբուժական բաժանմունքներին: Հոգեբուժական բաժանմունքում պետք է նախատեսվեն նյութական այնպիսի պայմաններ, որոնք նպաստում են հիվանդների բուժմանը և բարեկեցությանը, ինչպես նաև դրական թերապևտիկ միջավայրի ստեղծմանը: Այդ միջավայրի ստեղծումը առաջին հերթին ենթադրում է յուրաքանչյուր հիվանդին բավարար կենսական տարածքով, ինչպես նաև բավարար լուսավորությամբ, ջեռուցմամբ և օդափոխությամբ ապահովում, հաստատության բարվոք վիճակի և հիվանդանոցային հիգիենայի պահանջների պահպանում: Անձանց փոքր խմբերի սկզբունքով տեղավորելու ապահովումը հիվանդների արժանապատվության պահպանման հիմնարար գործոններից մեկն է և հիվանդների հոգեբանական ու սոցիալական վերականգնման քաղաքականության հիմնական բաղադրիչներից: Նման տեղավորումը նաև նպաստում է հիվանդների բաշխման՝ ըստ համապատասխան կատեգորիաների՝ հաշվի առնելով նրանց թերապևտիկ ցուցանիշները: Սանիտարական

7. CPT/Inf (2007)28.

8. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

հարմարությունները պետք է հիվանդներին որոշակի մեկուսացում ապահովեն: Բացի այդ, տարեց կամ հաշմանդամություն ունեցող հիվանդների կարիքները պետք է պատշաճ կարգով ուսումնասիրվեն, օրինակ՝ նման անձանց հարմար չեն այն զուգարանները, որոնց կառուցվածքը օգտվողներին թույլ չի տալիս նստել դրանց վրա: Նմանապես՝ անհրաժեշտ է ունենալ հիվանդանոցային հիմնական սարքավորումներ, որոնք անձնակազմին հնարավորություն կտան պատշաճ բուժօգնություն (այդ թվում՝ անձնական հիգիենայի միջոցներ) տրամադրել անկողնուն գամված հիվանդներին: Նման սարքավորումների բացակայությունը կարող է հանգեցնել վատթար պայմանների: Մի շարք հոգեբուժական հաստատություններում ընդունված պրակտիկան, համաձայն որի՝ հիվանդները ողջ օրը գիշերազգեստ են կրում, չի նպաստում ինքնության զգացողության և ինքնագնահատականի բարձրացմանը: հագուստի անհատականությունը պետք է թերապևտիկ ընթացքի մաս կազմի:

Հոգեբուժական խնամք պահանջող հիվանդները, այդ թվում՝ զննության տակ գտնվողները, պետք է առնվազն օրական մեկ ժամ տևողությամբ զբոսանքի հնարավորություն ունենան, եթե նրանց առողջությունը թույլ է տալիս: Միաժամանակ զբոսանքի տարածքը պետք է բավականաչափ ընդարձակ, անվտանգ լինի և պաշտպանված լինի վատ եղանակից⁹:

2.3. Բուժման պլանը

Հոգեկան հիվանդների բուժումը պետք է հիմնված լինի անհատական մոտեցման վրա, ինչը ենթադրում է, որ յուրաքանչյուր հիվանդի համար հարկավոր է մշակել բուժման պլան՝ նշելով բուժման նպատակը, օգտագործվող թերապևտիկ միջոցառումները և դրա համար պատասխանատու բուժանձնակազմը: Բուժման պլանը պետք է բաղկացած լինի նաև հիվանդի հոգեկան վիճակի պարբերական վերլուծությունից, ինչպես նաև հիվանդի կողմից ստացված դեղորայքի ստուգման արդյունքներից: Հիվանդներին անհրաժեշտ է ընդգրկել վերջիններիս անհատական բուժման պլանների

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

մշակման աշխատանքներին: Նրանք պետք է տեղեկացվեն նաև բուժման ընթացքի մասին¹⁰:

Կարևոր է, որ հոգեբուժական բնույթի հիվանդների հետ աշխատող անձնակազմի տարբեր կատեգորիաները կանոնավոր կերպով հանդիպեն միմյանց, ինչը կնպաստի թիմային աշխատանքին և կարող է առիթ հանդիսանալ բուժման պլանի մեջ անհրաժեշտ փոփոխություններ կատարելու հարցի շուրջ քննարկումներ ծավալելու համար: Դա թույլ կտա վերհանել առօրյա խնդիրները, քննարկել դրանք և առաջարկել լուծման եղանակներ:

Հոգեկան հիվանդների բուժումը

Հոգեկան հիվանդների բուժումը ներառում է թերապևտիկ, վերականգնողական և ստեղծարար բնույթի միջոցառումների լայն շրջանակ, ինչպիսիք են՝ համապատասխան դեղորայքի և բուժօգնության մատչելիությունը: Անհրաժեշտ է նախատեսել այնպիսի ընթացակարգեր, որոնք կերաշխավորեն նշանակված դեղամիջոցների պատշաճ տրամադրումը և կապահովեն դրանց անհրաժեշտ քանակի մշտական առկայությունը: Խորհուրդ է տրվում մշակել մի շարք թերապևտիկ տարբերակներ և երկարատև բուժում անցնող հիվանդներին ընդգրկել վերականգնողական հոգեւոցիալական միջոցառումներին, ինչը թույլ կտա նախապատրաստել նրանց ինքնուրույն կյանքին և վերադարձին: Աշխատանքային թերապիան պետք է կազմի վերականգնողական ծրագրի անբաժանելի մասը: Այն կարող է ոգևորել, զարգացնել ուսումնառության հմտությունները և շփման ունակությունները, ձեռք բերել հատուկ կարողություններ և բարձրացնել ինքնագնահատականը: Ցանկալի է նաև, որ պեսզիկ հիվանդներին կրթության և համապատասխան աշխատանքի հնարավորություն առաջարկվի:

Հատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել բուժման անընդհատության ապահովմանը, որը բաղկացած է ինչպես դեղորայքային բուժումից, այնպես էլ վերականգնողական և թերապևտիկ միջոցառումների լայն շրջանակից: Նման բուժումը չպետք է շատ արագ սկսել կամ ավարտել. հոգեկան հիվանդությունն ունեցող անձանց փոխադրումը մեկ միջավայրից նոր կանոններ ունեցող մեկ այլ

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

միջավայր՝ դրա հետ մեկտեղ կտրուկ ավարտելով բուժումը, կարող է հեշտորեն վնասել նրանց առողջությանը¹¹:

Դատարանի որոշմամբ նշանակված բուժումը

Դատարանի որոշման հիման վրա քրեական պատասխանատվության չենթարկված կալանավորված անձանց բուժումը ենթադրում է թերապևտիկ, վերականգնողական և ստեղծարար բնույթի միջոցառումների լայն շրջանակ, մասնավորապես՝ համապատասխան դեղորայքային և բժշկական օգնության տրամադրում: Բուժումը պետք է ուղղված լինի ինչպես հիվանդության նշանների հսկողությանը, այնպես էլ կրկնահանգավորության վտանգի նվազեցմանը: Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ դատարանի որոշման հիման վրա դատահոգեբուժական փորձաքննություն անցնող անձանց նկատմամբ իրականացվող թերապևտիկ միջոցառումները չպետք է միջամտեն գնահատման գործընթացին, հակառակը, դրանք կարող են նպաստել փորձաքննության համար արժեքավոր տեղեկատվության ձեռքբերմանը¹²:

Հոգեբուժական դեղորայքային բուժումը

Հոգեկան խանգարումների բուժման ընթացքում դեղորայքի օգտագործումն ընդունված պրակտիկա է ստացիոնար և ամբուլատոր բուժման ժամանակ: Հոգեմետ դեղերի մեծ մասը մշակվել են ընկճվածության, անհանգստության և հոգեկան խանգարումների, օրինակ՝ շիզոֆրենիայի բուժման համար: Սակայն պարզվել է, որ այլ նպատակների համար մշակված մի շարք դեղեր օգտակար են նաև հոգեբուժական խնդիրների դեպքում: Այդպիսի օրինակներ կարող են լինել կաթվածի դեմ դեղորայքի օգտագործումը երկբևեռ խանգարումների բուժման համար կամ հակահոգեգարային դեղամիջոցների օգտագործումը ներքին ազդակների վերահսկման խնդիրների լուծման համար: Հոգեբուժական դեղորայքային բուժումը կարող է օգտագործվել առանձին կամ հոգեթերապիայի հետ միասին¹³:

11. CPT/Inf (2006)26:

12. CPT/Inf (2009)24:

13. Sadock B. J., Sadock V. և Sussman N., *Կապլանի և Սեդոկի գրքային ծեռնարկ հոգեբուժական դեղորայքային բուժման վերաբերյալ*, 4-րդ խմբ., Ֆիլադելֆիա (2005 թ.):

Հոգեմետ դեղամիջոցների հիմնական խմբերը

Հակապսիխոտիկ դեղամիջոցներն օգնում են հսկողության տակ պահել այնպիսի հոգեկան ախտանիշներ, ինչպիսիք են նյարդայնությունը, հալյուցինացիան (տեսողական և լսողական), գառանցանքը (կեղծ համոզմունքները) և բանականության խանգարումը: Հակադեպրեսիվ դեղամիջոցներն օգնում են բուժել ընկճվածության ախտանիշները և անհանգստությունը: Հանգստացուցիչ դեղամիջոցները (հանգստացնող միջոցները) նվազեցնում են անհանգստության և նյարդայնության աստիճանը:

Բացի այդ, որոշակի հոգեխթանիչներ օգտակար են ուշադրության պակասի խանգարումը բուժելու համար: Գոյություն ունեն դեղամիջոցներ, որոնք օգտագործվում են տրամադրության տատանումների կայունացման համար (թիմոկայունարարներ):

Հոգեբուժական դեղորայքային բուժման առավել հաճախ հանդիպող խնդիրները

Անշուշտ, հոգեբուժական դեղորայքային բուժումը հաճախ հոգեկան խանգարումներ ունեցող հիվանդների բուժման անհրաժեշտ մաս է կազմում: Անհրաժեշտ է սահմանել այն ընթացակարգերը, որոնք կապահովեն նշանակված ցանկացած դեղամիջոցի պատշաճ տրամադրումը, ինչպես նաև այն, որ հիվանդները կանոնավոր կերպով կընդունեն դրանք, իսկ անհրաժեշտ դեղամիջոցներն էլ մշտապես առկա կլինեն: Անհրաժեշտ է նաև ուշադիր լինել դեղորայքի սխալ օգտագործման նշանների հանդեպ:

Ինչպես և ցանկացած բուժում, հոգեկան հիվանդությունների դեղորայքային բուժումն ունի իր դրական և բացասական կողմերը: Առավել հաճախ հանդիպում են հետևյալ խնդիրները.

- ▶ արդյունավետության պակասը, որը հաճախ հանգեցնում է բուժման նպատակների համար խորհուրդ տրվող քանակը գերազանցող դեղորայքի օգտագործման,
- ▶ դեղորայքի կողմնակի հակազդեցությունները, որոնցից շատերն այնքան էլ դժվար չէ հայտնաբերել (պարկինսոնի հիվանդություն, տոնուսի խանգարում), մյուս հակազդեցությունները հնարավոր է հայտնաբերել անալիզների (ագաբանուլոցիտոզ, հիպերպրոլակտինեմիա), հարցադրումների

(սեռական ֆունկցիայի խանգարում) կամ երկրորդական ախտանշանների զննման միջոցով (հիրսուտիզմ, նյութափոխանակության համախտանիշ),

- ▶ դեղամիջոցների համակցություն օգտագործելու անհրաժեշտությունը այն դեպքերում, երբ կարևոր է տարբեր դեղամիջոցների փոխադարձ ներգործությունը. կարող են լինել ինչպես դեղաշարժության (կլանման փոփոխություններ, որոնք կապված են սպիտակուցի հետ, նյութափոխանակությունը կամ արտազատումը), այնպես էլ դեղազդեցության փոխադարձ ներգործություն:

2.4. Հոգեբուժարանում բուժում անցնելու համաձայնությունը

Սկզբունքորեն կարևոր է, որ հոգեկան հիվանդներն իրավունք ունենան իրենց ազատ և տեղեկացված համաձայնությունը տալ բուժման վերաբերյալ: Հարկադրական հիմունքներով անձանց հոգեբուժական բաժանմունք ընդունելը, լինի դա քաղաքացիական կամ քրեական դատավարության շրջանակում, չպետք է հետ պահի բժշկական անձնակազմին՝ ստանալու հիվանդի տեղեկացված համաձայնությունը բուժման վերաբերյալ:

Դրանից հետևում է, որ յուրաքանչյուր գործունակ հիվանդ, ով կամավոր կամ հարկադիր բուժում է անցնում, պետք է լիարժեք իրազեկված լինի նշանակվող բուժման մասին և հնարավորություն ունենա հրաժարվելու այդ բուժումից կամ բժշկական այլ միջամտությունից: Հիմնարար այս սկզբունքից ցանկացած շեղում պետք է վերաբերի միայն հստակ և ճշգրիտ սահմանված բացառիկ հանգամանքներին¹⁴:

Բուժման համաձայնությունը կարող է որակվել որպես ազատ և տեղեկացված միայն այն դեպքում, երբ այն հիմնված է հիվանդի առողջական վիճակի և նշանակված բուժման վերաբերյալ լիարժեք և ճշգրիտ տեղեկատվության վրա: Բոլոր հիվանդները պետք է պարբերաբար իրազեկվեն իրենց առողջական վիճակի և նշանակված բուժման ընթացքի մասին:

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

Pro re nata (PRN) («ըստ անհրաժեշտության») դեղորայքի օգտագործումը թույլատրելի է բացառիկ դեպքերում. բժիշկը պետք է անհապաղ տեղեկացվի PRN դեղորայքի տրամադրման ցանկացած դեպքի մասին, որպեսզի վերջինս հնարավորություն ունենա ստուգելու դրանց նշանակման պայմանները¹⁵:

Զսպամիջոցների կիրառումը հոգեբուժական բաժանմունքներում

Հոգեբուժական բաժանմունքներում զսպամիջոցների կիրառման մասին ցուցումները ներկայացված են ԽԿԿ-ի 6-րդ Ընդհանուր զեկույցի բովանդակային մասում¹⁶: Հոգեպես անկայուն (և, հնարավոր է, բռնկվող) հիվանդի բուժումը պետք է իրականացվի խիստ հսկողության և բուժքույրական խնամքի պայմաններում, իսկ անհրաժեշտության դեպքում՝ դեղորայքի կիրառման հետ միասին: Ցանկացած հոգեբուժական բաժանմունք պետք է ունենա համապարփակ քաղաքականություն՝ զսպող միջոցների կիրառման վերաբերյալ: Կարևոր դեր է խաղում նաև բժշկական անձնակազմի և վարչակազմի ներգրավվածությունը և օժանդակությունը այդ քաղաքականության մշակման հարցում: Այդ հարցերի վերաբերյալ հաստատության քաղաքականությունը պետք է հստակ սահմանի, թե զսպող ինչ միջոցներ կարող են կիրառվել, ինչպիսի հանգամանքներում, դրանց կիրառման գործնական միջոցները, ինչպես նաև այն, թե ինչպես պետք է իրականացվի վերահսկողությունը, և ինչ գործողություններ է անհրաժեշտ ձեռնարկել, երբ զսպող միջոցի կիրառումը դադարեցվում է: Այդ քաղաքականությունը պետք է անդրադառնա նաև այնպիսի կարևոր հարցերի, ինչպիսիք են անձնակազմի վերապատրաստումը, բողոքների ներկայացման և քննության քաղաքականությունը, ներքին և արտաքին հաշվետվականության մեխանիզմները և կատարման մասին հարցումները:

Գոյություն ունեն նյարդային և բռնկվող հիվանդների հսկողության տարբեր մեթոդներ, որոնք կարող են օգտագործվել առանձին կամ միմյանց հետ համակցված.

15. CPT/Inf (2012)34:

16. CPT/Inf (2006)35:

- ▶ ուղեկցումը (երբ անձնակազմից մեկը մշտապես գտնվում է հիվանդի կողքին և անհրաժեշտության դեպքում միջամտում է նրա գործողություններին),
- ▶ մանուալ հսկողությունը,
- ▶ զսպող մեխանիկական միջոցները, ինչպիսիք են գոտիները, զսպաշապիկները կամ ներփակված մահճակալները,
- ▶ դեղորայքային զսպումը (դեղորայքային միջոցներով հիվանդին նրա կամքին հակառակ բուժելը՝ վարքագծի նկատմամբ հսկողության նպատակով),
- ▶ մեկուսացումը (հիվանդին փակ սենյակում հարկադրաբար միայնակ պահելը):

Յուրաքանչյուր հիվանդի համար ընտրվող մեթոդը պետք է տվյալ իրավիճակում հասանելի մյուս մեթոդներից ամենանպատակահարմարը լինի: Զսպամիջոցները պետք է օգտագործվեն միայն բացառիկ դեպքերում՝ կանխելու համար առողջությանը սպառնացող անվերապահ վնասը կամ նվազեցնելու սուր նյարդայնացումը և/կամ կանխելու բռնությունը: Ճիշտ և անհրաժեշտ բոլոր պայմանների պահպանմամբ զսպամիջոցների կիրառումը ենթադրում է, որ անձնակազմի աշխատողը պետք է ապահովի հիվանդի նկատմամբ ուղղակի, անձնական և շարունակական վերահսկողությունը: Զսպամիջոցների կիրառման ցանկացած դեպքի համար անհրաժեշտ է ունենալ բժշկի թույլտվությունը, կամ նա առնվազն պետք է անհապաղ տեղեկացվի դրա մասին՝ թույլատրելու համար այդ միջոցի կիրառումը:

Զսպող միջոցների կիրառման համար հիմք հանդիսացող արտակարգ իրավիճակի դադարեցման դեպքում հիվանդին անհրաժեշտ է անհապաղ ազատ արձակել: Տևական ժամանակ (մի քանի օր) զսպամիջոցների կիրառումը որևէ արդարացում ունենալ չի կարող:

Զսպամիջոցների կիրառման դադարեցումից հետո կարևոր է զրուցել հիվանդի հետ: Բժշկի համար դա հարմար առիթ է՝ հիվանդին բացատրելու, թե ինչու է նրա նկատմամբ կիրառվել համապատասխան միջոցը, ինչը թույլ կտա նվազեցնել վերապրած հոգեկան ցնցումները և վերականգնել բժշկի և հիվանդի հարաբերությունները: Զսպող միջոցների կիրառման հանգամանքները չպետք է

վատթարացնեն այն հիվանդի հոգեկան և ֆիզիկական առողջության վիճակը, ում նկատմամբ այդ միջոցը կիրառվել է:

Ընդհանուր առմամբ, այն վայրը, որտեղ հիվանդի նկատմամբ կիրառվում է զսպող միջոց, պետք է հարմարեցված լինի այդ նպատակի համար: Այն պետք է անվտանգ լինի և համապատասխան կերպով լուսավորված և տաքացվող, որպեսզի հիվանդը հնարավորություն ունենա հանգստանալու այդ միջավայրում: Հիվանդը, ում նկատմամբ կիրառվում է զսպամիջոցը, պետք է ապահովված լինի հագուստով, իսկ մյուս հիվանդները չպետք է նրան տեսնեն: Զսպամիջոցների կիրառման ժամանակ դա պետք է անել բավարար հմտությամբ և հոգատարությամբ՝ հիվանդի առողջությանը չվնասելու կամ նրան ցավ չպատճառելու համար: Հիվանդի կյանքի համար կենսական նշանակություն ունեցող ֆունկցիաները, ինչպիսիք են շնչառությունը, խոսելու, ուտելու և խմելու ունակությունները, չպետք է խաթարվեն: Եթե հիվանդը կծելու, ծծելու կամ թքելու հակումներ ունի, ապա հնարավոր վնասից պետք է խուսափել մեկ այլ եղանակով, այլ ոչ հիվանդի բերանը փակելով:

Նախընտրելի է հատուկ գրանցամատյան պահել՝ գրանցելու համար զսպամիջոցների կիրառման բոլոր դեպքերը: Նման գրանցամատյանն օգտակար լրացում կլինեն հիվանդի անձնական բժշկական քարտում գրառումների համար: Այդ գրանցամատյանում կատարված գրառումները պետք է նշում պարունակեն զսպամիջոցի կիրառման սկզբի և ավարտի ժամանակի, գործի հանգամանքների, միջոցի կիրառման հիմքերի վերաբերյալ, ինչպես նաև միջոցը հանձնարարած կամ թույլատրած բժշկի անուն-ազգանունը, ինչպես նաև հիվանդին կամ անձնակազմին պատճառված վնասվածքների մասին հաշվետվություն:

Զսպամիջոցների կիրառման հաճախականությունն ընդունելի նվազագույնի հասցնելու համար անհրաժեշտ է վերանայել հոգեբուժական բաժանմունքի ընդունված մասնագիտական մշակույթը: Այդ կապակցությամբ չափազանց կարևոր է հաստատության վարչակազմի դերակատարությունը: Զսպամիջոցներին դիմելու հաստատված գործելակերպը կգերակշռի այնքան ժամանակ, քանի դեռ հաստատության վարչակազմը չի սկսել խրախուսել անձնակազմի կողմից այլընտրանքային միջոցների կիրառումը:

Հոգեբուժական օգնությունը դուրս գրվելուց հետո

Անհրաժեշտ է քայլեր ձեռնարկել՝ հոգեբուժական օգնություն ստացող անձանց համար հետագա բուժումն ապահովելու ուղղությամբ: Չնայած նրան, որ հիվանդը այլևս կարող է չգտնվել հոգեբուժական բաժանմունքում, այնուհանդերձ, կարող է պահանջվել, որ նա դեռևս բուժման կարիք ունենա և կարող է միայն շահել՝ գտնվելով պաշտպանված միջավայրում¹⁷: Անհրաժեշտ է ապահովել բուժման անընդհատությունը այն դեպքերում, երբ բանտարկյալները հետ են վերադարձվում իրենց բանտարկության միջավայր:

2.5. Ինքնասպանությունների կանխարգելում

Բանտերում հոգեկան խանգարումների բարձր հավանականության բերումով բանտերի բժշկական ծառայությունները պետք է հոգ տանեն հոգեկան հիգիենայի հետ կապված հարցերի, այդ թվում՝ բանտարկության որոշակի գործոնների վնասակար հոգեբանական ազդեցության մասին: Քաջ հայտնի է, որ արդյունավետ կանխարգելումը կարող է նվազեցնել հոգեկան խանգարումների ռիսկը¹⁸:

Կազմակերպական մոտեցումը ինքնասպանությունների կանխարգելմանը

Ինքնասպանությունների կանխարգելումը պահանջում է նաև առողջապահության ոլորտից դուրս գտնվողների միջամտությունը¹⁹: Իր 3-րդ ընդհանուր հաշվետվությունում²⁰ ԽԿԿ-ն այս առումով մի շարք հանձնարարականներ է ներկայացրել: Բանտի ղեկավարությունը, այդ թվում՝ բանտի առողջապահական ծառայության ղեկավարը, պետք է հաստատության ողջ տարածքում ապահովեն

17. CPT/Inf (98)12:

18. *Հոգեկան խանգարումների կանխարգելումը. արդյունավետ միջամտությունների և քաղաքականության տարբերակներ*: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հաշվետվություն, Հոգեկան առողջության և թմրանյութերի և այլ նյութերի չարաշահման վարչություն՝ Նիջմեզենի և Մաաստրիխտի համալսարանների կանխարգելիչ հետազոտությունների կենտրոնի հետ գործակցությամբ, WHO (2004):

19. *Հանրային առողջապահության գործողությունները՝ ինքնասպանությունների կանխարգելման ուղղությամբ*, WHO (2012):

20. CPT/Inf (93)12:

իրագեկվածությունը ինքնասպանության կանխարգելման մասին, ինչպես նաև համապատասխան ընթացակարգերի առկայությունը:

Հարկավոր են ինքնասպանության կանխարգելման ակտիվ ջանքեր՝ աջակցող մոնիթորինգ իրականացնելու և բանտարկյալների և անձնակազմի միջև վստահելի հարաբերություններ ձևավորելու միջոցով: Անհրաժեշտ է միջոցներ ձեռնարկել՝ ապահովելու համար կանխարգելիչ ջանքերի համակարգվածությունը, մասնավորապես բազմամասնագիտական թիմի կանոնավոր և հաճախակի հանդիպումների և մասնագիտական անձնակազմի՝ հոգեբույժների և ուսուցիչների պատշաճ մասնակցության միջոցով:

Ինքնասպանության բարձր հաճախականության դեպքում անհրաժեշտ է ներդնել ինքնասպանության կանխարգելման այլընտրանքային միջոցներ, ինչպիսիք են միջոցառումների թվի և բազմազանության ավելացումը, խմբային գործունեության հնարավորություններ ընձեռելը, արտաքին աշխարհի հետ կապերի ապահովումը և կախվածություններից արդյունավետ, բազմամասնագիտական բուժումը:

Ինքնասպանության ռիսկի բացահայտումը

Ի լրումն ընդունման պահին իրականացվող բուժզննության՝ հիմնարկ ընդունելու և առաջին օրը հիմնարկում մնալու հետ կապված ընթացակարգերը, ընդհանուր առմամբ, կարևոր նշանակություն ունեն: Պատշաճ իրականացման դեպքում դրանց միջոցով հնարավոր կլինի առնվազն պարզել նրանց, ովքեր ինքնավնասման ռիսկ են կրում, ինչպես նաև որոշ չափով թոթափել նոր ժամանող բանտարկյալներին համակող տագնապի զգացողությունը: Դատաքննությանն անմիջապես նախորդող և հաջորդող ժամանակահատվածներին, որոշ դեպքերում նաև ազատմանը նախորդող ժամանակահատվածներին ինքնասպանության հավելյալ ռիսկեր են բնորոշ²¹:

Անձնակազմի վերապատրաստումը ինքնասպանության ռիսկերի ճանաչման թեմայով

Ինքնասպանության կանխարգելումը, ներառյալ ռիսկեր կրողների բացահայտումը, չպետք է միայն առողջապահական

21. CPT/Inf (2012)1:

ծառայության խնդիրը լինի: Բանտարկյալների հետ առնչություն ունեցող ողջ բանտային անձնակազմը, առաջին հերթին՝ ընդունման համար պատասխանատու ստորաբաժանման աշխատողները, պետք է վերապատրաստվեն ինքնասպանության ռիսկի նախանշանների ճանաչման թեմաներով²²:

Ինքնասպանության ռիսկի գնահատումը

Հարկավոր է ներդնել զննության ստանդարտ ալգորիթմ՝ բանտում ինքնասպանության (և ինքնավնասման) ռիսկը գնահատելու նպատակով: Նման գործիքը մասնավորապես ապահովում է, որ զննության ընթացքում պատշաճ կերպով հաշվի առնվի թմրանյութային և (կամ) ալկոհոլային կախվածությունը՝ որպես ինքնասպանության ռիսկը մեծացնող հավանական գործոն:

Հարկավոր է քայլեր ձեռնարկել, որպեսզի ինքնասպանության կամ ինքնավնասման ռիսկ կրող բանտարկյալի վերաբերյալ տեղեկատվությունն ամբողջությամբ և արագորեն փոխանցվի բանտարկյալի խնամքի գործում դերակատարություն ունեցողներին, այդ թվում՝ այն ժամանակ, երբ նա փոխանցվում է մեկ այլ հաստատություն:

Ինքնասպանության ռիսկ կրող անձանց հետ տարվող աշխատանքը

Անձը, ով համարվում է ինքնասպանության ռիսկ կրող, պետք է անհրաժեշտ տևողությամբ պահվի դիտարկման հատուկ համակարգի պայմաններում: Բացի այդ, նման անձանց համար չպետք է ազատորեն հասանելի լինեն այնպիսի միջոցները, որոնք գործածվում են ինքնասպանության նպատակով (խցի պատուհանի ճաղավանդակները, կոտրված ապակի, գոտիներ կամ պարաններ): Ինքնասպանության առումով ռիսկային համարվող բոլոր անձանց պետք է տրամադրվի խորհրդատվություն, աջակցություն և խմբային գործունեություն:

Ինքնասպանության կամ աուտո(ագրեսիվ) վարքագծի ակնհայտ նշաններ ունեցող բանտարկյալը պետք է անհպաղ փոխադրվի անհետաձգելի հոգեբուժական օգնության

22. CPT չափաորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

բաժանմունք: Եթե անձը մնում է բանտում, բուժումն ու խնամքը պետք է վերահսկվեն բուժանձնակազմի կողմից՝ կանոնավոր բուժայցելությունների և հետազոտությունների զուգակցությամբ²³:

2.6. Հոգեկան առողջության հետ կապված այլ խնդիրները բանտում

Ինքնավնասման հակումներ ունեցող բանտարկյալները

Ինքնավնասման գործողությունները հաճախ վկայում են հոգեբանական կամ հոգեբուժական բնույթի խնդիրների և վիճակների մասին, որոնց պետք է մոտենալ ոչ թե պատժային, այլ բուժական դիրքերից: Նման բանտարկյալների մեկուսացումը (եթե անգամ դա իրականացվել է ոչ որպես կարգապահական միջոց) կարող է էլ ավելի սրել նրանց հոգեբանական կամ հոգեբուժական խնդիրները: Ինքնավնասման բոլոր դեպքերը պետք է պատահարից անմիջապես հետո բժշկական գնահատման ենթարկվեն՝ վնասվածքների ծանրությունը և բանտարկյալի հոգեբանական վիճակը գնահատելու նպատակով²⁴:

Հացադուլավորների բժշկական վարումը բանտերում

Բանտերում հացադուլավորների վարումը հակասական խնդիր է: Թե՛ Բանտերում առողջապահության էթիկական և կազմակերպական հարցերի վերաբերյալ թիվ R(1998)7 հանձնարարականը և թե՛ 1991 թվականին Մալթայում հաստատված Հացադուլավորների մասին Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի (WMA) հռչակագիրը բուժաշխատողներին գործողությունների ազատություն են տրամադրում այն իրավիճակներում, երբ հացադուլը սկսում է սպառնալ բանտարկյալի կյանքին²⁵: Հարկավոր է անդրադառնալ բանտարկյալի կյանքի իրավունքի պահպանման պարտականության և անձնական կարիքների հարցում անձի ինքնուրույնությունը հարգելու միջև առկա ծնշմանը՝ բժշկական էթիկայի սահմաններում

23. CPT/Inf (2011)5:

24. CPT/Inf (2009)35:

25. ՆԿ, Բանտերում առողջապահության էթիկական և կազմակերպական հարցերը. թիվ R(1998)7 հանձնարարական: Հացադուլավորների մասին Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի (WMA) հռչակագիր (2006 թ.):

և տվյալ երկրի օրենսդրությանը համապատասխան: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը իր *X v. Germany* գործով կայացրած վճռում սահմանել է, որ երբ բանտարկված անձը շարունակում է հացադուլը, դա կարող է անխուսափելիորեն հանգեցնել հակասության՝ անձի ֆիզիկական անձեռնմխելիության և Կոնվենցիայի 2-րդ հոդվածով պայմանավորվող կողմի ստանձնած պարտավորության միջև. հակասություն, որը չի կարող լուծվել կոնվենցիայի շրջանակներում²⁶: Այդուհանդերձ, Դատարանը վճռել է, որ խոշտանգման հավասար են համարվում այն իրավիճակները, երբ հարկադիր սնուցումն իրականացվում է ոչ թե հիմնավոր բժշկական նկատառումներով, այլ ուղղված է անձի կողմից բողոքի դադարեցմանը հարկադրելուն, և իրականացվում է այնպիսի եղանակով, որը բանտարկյալին պատճառում է անհարկի ֆիզիկական ցավ և նվաստացում²⁷:

ԽԿԿ-ն այս հարցին անդրադարձել է այցելությունների արդյունքում ներկայացված իր հաշվետվություններից մեկում²⁸: Պետական իշխանությունները պարտավոր են հոգ տանել իրենց կողմից ազատությունից զրկված անձանց նկատմամբ: Հոգ տանելու պարտականությունը ներառում է ազատությունից զրկված անձի կյանքի պաշտպանությունը, այդ թվում՝ ինքնասպանության և տվյալ անձի կողմից իրականացվող այլ գործողությունների կանխարգելումը, որը կարող է հանգեցնել մահվան կամ անդառնալի ֆիզիկական վնասվածքի: Հետևաբար, հացադուլում գտնվող բանտարկյալին իր կամքին հակառակ սնուցելու որոշումը կարող է սկզբունքորեն արդարացված լինել, եթե այն ուղղված է բանտարկյալին անդառնալի ֆիզիկական վնասվածքից կամ մահից հետ պահելուն: Մյուս կողմից՝ եվրոպայի ներպետական օրենսդրություններից շատերը, ինչպես նաև բժշկական էթիկայի համապատասխան միջազգային կանոնագրքերն ընդունում են, որ գիտակից չափահասը կարող է հրաժարվել բուժումից, եթե անգամ այդ բուժումը կարող է փրկել իր կյանքը: Ուստի բանտարկյալի հացադուլի վարմանն առնչվող իշխանության մարմինները հաճախ կարող են բախվել երկու միմյանց

26. *X-ն ընդդեմ Գերմանիայի* (1984 թ.) 7 EHRR 152:

27. *Ciorap-ն ընդդեմ Մոլդովայի* 12066/02, *Nevmerzhiitsky-ն ընդդեմ Ուկրաինայի* 54825/00:

28. CPT/Inf (2007)10:

հավանաբար հակասող արժեքների՝ կյանքը պահպանելու իրենց պարտականությունը և ֆիզիկական անձեռնմխելիության՝ բանտարկյալի իրավունքը (ներառյալ իր նկատմամբ նշանակված բուժումից հրաժարվելու իրավունքը):

Նախարարների կոմիտեի թիվ R (1998) 7 հանձնարարականը սահմանում է այն հիմնական սկզբունքները, որոնց պետք է հետևել հացադուլի դեպքերում.

- ▶ Հացադուլավորներին պետք է օբյեկտիվորեն պարզաբանվի իրենց գործողությունների վնասակար ներգործությունն իրենց իսկ ֆիզիկական վիճակի վրա, որպեսզի նրանք հասկանան տևական հացադուլի վտանգները:
- ▶ Հացադուլավորի կլինիկական գնահատում կարող է իրականացվել միայն անձի հստակ թույլտվության դեպքում, եթե նա չի տառապում լուրջ հոգեկան խանգարումներով, որը պահանջում է անձին փոխադրել հոգեբուժական հաստատություն:
- ▶ Եթե բժշկի կարծիքով հացադուլավորի վիճակն էապես վատանում է, կարևոր է, որ բժիշկն այդ մասին տեղեկացնի համապատասխան մարմնին և ձեռնարկի ներպետական օրենսդրությունից և մասնագիտական չափորոշիչներից բխող գործողությունները:

Հացադուլավորների մասին Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի (WMA) հռչակագիրն առավել մանրամասներ է ներկայացնում այս հարցի շուրջ: Նշելով, որ իրական և երկարատև քաղցը հացադուլավորներին սպառնում է մահվամբ կամ տևական վնասներով՝ հանձնարարականներում նաև ասվում է, որ հացադուլավորները սովորաբար չեն ցանկանում մեռնել, սակայն նրանց թվում կան այնպիսիք, ովքեր պատրաստ են դրան՝ իրենց նպատակներին հասնելու համար: WMA-ն հստակ ուղեցույց է տրամադրում բուժաշխատողին՝ հացադուլի դեպքում ձեռնարկելիք քայլերի վերաբերյալ:

- ▶ Բուժաշխատողները պետք է գնահատեն անձի մտավոր կարողությունները: Ընդ որում՝ հարկավոր է հավաստիանալ, որ քաղցելու որոշում կայացրած անձը չունի մտավոր այնպիսի շեղումներ, որոնք կարող են էապես նվազեցնել առողջության հետ կապված որոշումներ կայացնելու՝ անձի կարողությունը:

Լրջորեն խեղված մտավոր կարողություն ունեցող անհատները չեն կարող հացադուլի մասնակից համարվել: Նրանց պետք է բուժել հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներից, այլ ոչ թե թույլ տալ քաղցել, ինչը կվտանգի նրանց առողջությունը:

- ▶ Բուժաշխատողը պետք է հնարավորինս վաղ հավաքի այն անձի մանրամասն և ճշգրիտ բժշկական պատմությունը, ով պատրաստվում է քաղցել: Անձին հարկավոր է պարզաբանել առկա վիճակի բժշկական հետևանքները: Բուժաշխատողները պետք է հավաստիանան, որ հացադուլավորները հասկանում են քաղցելու հավանական առողջական հետևանքները և մատչելի լեզվով նախազգուշացնեն հետևանքների մասին: Բուժաշխատողները պետք է նաև բացատրեն, թե ինչպես կարելի է նվազագույնի հասցնել կամ հետաձգել առողջությանը պատճառվելիք վնասները, օրինակ՝ հեղուկի հավելյալ գործածության միջոցով: Քանի որ հացադուլի մասին անձի որոշումները կարող են լուրջ բնույթ ունենալ, խիստ կարևոր է ապահովել, որ պացիենտը լիովին հասկանում է քաղցելու բժշկական հետևանքները: Առողջապահության բնագավառում տեղեկացված համաձայնության վերաբերյալ լավագույն փորձին համապատասխան՝ բուժաշխատողը պետք է ապահովի, որ պացիենտն ընկալի ստացված տեղեկատվությունը՝ նրան խնդրելով կրկնել, թե ինչ է հասկացել:
- ▶ Քաղցելու ամենասկզբից հարկավոր է մանրակրկիտ հետազոտել հացադուլավորին: Հացադուլավորների հետ հարկավոր է քննարկել ապագա սիմպտոմները, այդ թվում՝ նրանք, որոնք կապ չունեն քաղցելու հետ: Տևական քաղցի պարագայում անհրաժեշտ է հաշվի առնել անձի վերաբերմունքը բուժմանը և ցանկությունները բուժման հարցում:
- ▶ Հացադուլավորները երբեմն համաձայնում են ստանալ ֆիզիոլոգիական լուծույթի ներերակային ներարկում կամ բուժման այլ եղանակներ: Միջամտության որոշակի եղանակներից հրաժարվելը չպետք է ազդեցություն ունենա բժշկական խնամքի այլ հարցերի, ասենք՝ վարակների բուժման կամ ցավազրկման վրա:

- ▶ Բուժաշխատողները հացադուլավորների հետ պետք է զրուցեն մեկուսի պայմաններում՝ բացառելով այլ անձանց, այդ թվում՝ այլ բանտարկյալների կողմից լավելու հնարավորությունը: Չափազանց կարևոր է հասկանալի հաղորդակցությունը. անհրաժեշտության դեպքում պետք է ներկա լինի բանտարկության հետ կապ ունեցող մարմիններից անկախ թարգմանիչ, ով պետք է հարգի գաղտնիությունը:
- ▶ Բուժաշխատողները պետք է ընդունեն, որ սննդից կամ բուժումից հրաժարվելն անձի կամավոր ընտրությունն է: Հացադուլավորները պետք է պաշտպանված լինեն հարկադրանքից: Բուժաշխատողները կարող են օգտակար լինել դրան հասնելու հարցում և պետք է տեղյակ լինեն, որ հարկադրանքը կարող է կիրառվել այլ բանտարկյալների, պետական մարմինների և այլոց, ասենք՝ ընտանիքի անդամների կողմից: Բուժաշխատողները և առողջապահական այլ անձնակազմը չպետք է անհարկի որևէ ծնշում գործադրեն հացադուլավորի վրա՝ հացադուլի դադարեցման հասնելու նպատակով: Հացադուլավորի բուժումը կամ խնամքը չպետք է պայմանավորված լինի հացադուլի դադարեցմամբ:
- ▶ Եթե բուժաշխատողը, բարոյական սկզբունքներից ելնելով, ի վիճակի չէ ընդունել բուժումից կամ արհեստական սնուցումից հացադուլավորի հրաժարումը, նա պետք է իր դիրքորոշման մասին հայտնի սկզբից ևեթ և հացադուլավորին ուղարկի մեկ այլ բուժաշխատողի, ով պատրաստ է ընդունել հացադուլավորի հրաժարումը:
- ▶ Չափազանց կարևոր է բուժաշխատողի և հացադուլավորի միջև շարունակական շփումը: Բուժաշխատողները պետք է յուրաքանչյուր օր պարզեն հացադուլը շարունակելու՝ անձի մտադրությունը, ինչպես նաև նրանց ցանկություններն այն պահից սկսած, երբ այլևս ի վիճակի չեն լինի նորմալ հաղորդակցվել:
- ▶ Երբ բուժաշխատողը ստանձնում է գործը, հացադուլավորը կարող է արդեն իսկ կորցրած լինել մտավոր կարողությունները այն աստիճան, որ հնարավոր չլինի քննարկել անձի ցանկությունները՝ իր կյանքը փրկելու նպատակով կատարվելիք

բժշկական միջամտության վերաբերյալ: Հարկավոր է հաշվի առնել հացադուլավորի կողմից նախապես տրված ցուցումները: Բուժումից հրաժարվելը պետք է ընդունվի, եթե այն անձի կողմից կատարվել է կամովին՝ գիտակից վիճակում: Բանտարկության վայրերում հարկավոր է նկատի ունենալ հավանականությունը, որ նախնական ցուցումները կարող են տրված լինել ճնշման ներքո: Երբ բուժաշխատողները լուրջ կասկածներ ունեն անձի մտադրության մասին, ապա բոլոր ցուցումներին հարկավոր է մոտենալ մեծագույն զգուշավորությամբ: Եթե այդ նախնական ցուցումները տրվել են գիտակցաբար և կամովին, դրանք, այդուհանդերձ, կարող են անտեսվել, եթե դրանք այլևս հիմնավոր չեն, քանի որ մտավոր կարողությունների կորստի պահից ի վեր փոխվել է այն իրադրությունը, որում կայացվել է որոշումը:

- ▶ Եթե անձի հետ քննարկումը հնարավոր չէ, իսկ նախնական ցուցումները բացակայում են, բուժաշխատողները պետք է կատարեն այն, ինչը, իրենց կարծիքով, բխում է անձի լավագույն շահերից: Դանշանակում է, որ հարկավոր է հաշվի առնել անձի՝ նախկինում արտահայտած ցանկությունները, նրանց անձնական և մշակութային արժեհամակարգը, ինչպես նաև ֆիզիկական առողջությունը: Եթե հացադուլավորի նախկին ցանկությունների մասին վկայություններ չկան, բուժաշխատողները պետք է որոշեն սնուցում տրամադրելու կամ չտրամադրելու հարցը՝ առանց երրորդ կողմերի միջամտության:
- ▶ Բուժաշխատողները կարող են հարկ համարել դեմ գնալ բուժումից հրաժարվելու վերաբերյալ տրված նախնական ցուցումներին, եթե, օրինակ, հիմքեր կան ենթադրելու, որ հրաժարվելու որոշումը կայացվել է հարկադրանքի ներքո: Եթե վերակենդանացումից և մտավոր կարողությունների վերականգնումից հետո հացադուլավորը շարունակում է պնդել քաղցելու իր մտադրությունը, ապա նրա այդ որոշումը հարկավոր է հարգել: Էթիկայի տեսանկյունից նպատակահարմար է հացադուլավորին թույլ տալ կյանքից հեռանալ արժանապատվորեն, քան նրա կամքին հակառակ նրա նկատմամբ պարբերաբար միջամտություններ իրականացնել:

- ▶ Արհեստական սնուցումը կարող է էթիկական տեսանկյունից պատշաճ համարվել, եթե համապատասխան հացադուլավորները համաձայն են դրան: Այն կարող է ընդունելի համարվել նաև անգործունակ անձանց պարագայում, եթե նրանք դրանից հրաժարվելու վերաբերյալ նախապես ցուցումներ չեն տվել:
- ▶ Հարկադիր սնուցումը էթիկայի տեսանկյունից երբևէ չի կարող ընդունելի համարվել: Եթե անգամ այն կատարվում է բարի նպատակներով, ամեն դեպքում սպառնալիքով, հարկադրանքով, ուժով կամ ֆիզիկական սահմանափակումներով զուգորդված սնուցումն անմարդկային և նվաստացնող վերաբերմունք է: Նույն չափով անընդունելի է որոշ բանտարկյալների հարկադիր սնուցումը՝ այլ հացադուլավորների և ահաբեկելու կամ հացադուլից հրաժարվելուն հարկադրելու նպատակով:

Ինչպես տեսնում ենք, WMA-ն հարկադիր սնուցումն անընդունելի է համարում էթիկայի տեսանկյունից: Առկա է արժեքային հակասություն կյանքը պահպանելու պարտականության և ֆիզիկական անձեռնմխելիության իրավունքի միջև: Այդուհանդերձ, բուժաշխատողները պետք է կանխեն ցանկացած գործողություն, որը կարող է հանգեցնել խոշտանգումների կամ անմարդկային և նվաստացնող վերաբերմունքի:

Եթե, ի վերջո, կայացվել է հացադուլի մեջ գտնվող բանտարկյալի հարկադիր սնուցման որոշում, այդ որոշումը պետք է պայմանավորված լինի բժշկական անհրաժեշտությամբ և պետք է իրականացվի այնպիսի պայմաններում, որոնք վկայում են միջոցառման բժշկական բնույթի մասին: Որոշումը պետք է կայացվի սահմանված ընթացակարգով, որը կպարունակի բավականաչափ երաշխիքներ, այդ թվում՝ անկախ բժշկական որոշումների կայացման վերաբերյալ: Հացադուլի մեջ գտնվող բանտարկյալի հոգեկան առողջության հոգեբուժական գնահատումը կարող է օգտակար լինել այն դեպքերն ի հայտ բերելու գործում, երբ սննդից հրաժարվելու պատճառները հոգեբուժական բնույթի են: Բացի այդ, հացադուլի ընթացքում հոգեբուժական հետազոտությունները ևս կարող են օգնել բուժող բուժանձնակազմին՝ ի հայտ բերելու ցանկացած

հոգեկան խանգարում, որը կարող էր ազդեցություն ունենալ սեփական կյանքի և առողջության հետ կապված տեղեկացված ընտրություն կատարելով՝ հացադուլավորների կարողության վրա: Պետք է առկա լինի դատարան դիմելու հնարավորություն, իսկ որոշման իրականացման բոլոր բաղադրիչները պետք է պատշաճ մոնիթորինգի ենթարկվեն: Հարկադիր սնուցումն իրականացնելու մեթոդները չպետք է անհարկի ցավոտ լինեն և կիրառվեն հմտորեն և նվազագույն հարկադրանքով: Հարկադիր սնուցումը պետք է անձի ֆիզիկական անձեռնմխելիությունը խաթարի հնարավորինս փոքր չափով:

Սեռական բնույթի հանցանք կատարած դատապարտյալների հետ տարվող աշխատանքը

Պարաֆիլիայով պացիենտների բուժումը, անկախ բուժման կիրառվող մեթոդից, միշտ էլ կատարվել է կլինիկական և էթիկական երկրնտրանքների պայմաններում: Սեռական բնույթի հանցանք կատարած, այդ թվում՝ պարաֆիլիայով դատապարտյալների վերաբերյալ խոշոր էթիկական խնդիրները կարող են վկայել հասարակական անվտանգությունը պահպանելու անհրաժեշտության և անգամ մասնագիտական այնպիսի կողմնորոշման մասին, որն ավելի շուտ ուղղված է դեպի պատիժը, քան բուժումը, եթե անգամ բուժումն իրականացվում է հավուր պատշաճի և արդյունավետ է²⁹:

ԽԿԿ-ն այդ խնդրին անդրադարձել է իր մի քանի հաշվետվություններում³⁰: Վերջինիս հաշվետվությունները կարելի է ամփոփել հետևյալ կերպ.

- ▶ Կրկնահանգավորությանն ուղղված միջոցները չպետք է բացառապես արդյունավետությանն ուղղված լինեն:

29. Bowden P., Բուժում, գործածում և համաձայնություն: *Քրեական վարքագիծը և հոգեկան առողջությունը*, 1 (1991 թ.), 130-41: Berlin F., Սեռական բնույթի հանցանք կատարած անձանց բուժումը և օրենսդրությունը, *Հոգեբուժության և իրավունքի ամերիկյան ակադեմիայի լրագիր*, 31 (2003 թ.), 510-13, Ward T., Gannon T. A. և Birgden A., Սեռական բնույթի հանցանք կատարած անձանց մարդկային իրավունքները և նրանց բուժումը, *Սեռական չարաշահում*, 19/3 (2007 թ.), 195-204: Elger B. S., Հետազոտություն՝ բանտարկյալների մասնակցությամբ. եվրոպական կանոնակարգերում առկա համաձայնություններն ու հակասությունները, *Bioethics*, 22 (2008 թ.), 224-38:

30. CPT/Inf (2009)8, (2011)20:

Կրկնահանգավորության մակարդակը նվազեցնելու նեղ ուղղվածությունը կարող է ճանապարհ բացել մարդու իրավունքների հետ կապված լուրջ չարաշահումների համար: Առկա են բուժման տարբեր եղանակներ՝ հիմնված հոգեթերապիայի (ներառյալ խմբային թերապիայի), դեղորայքային թերապիայի (ներառյալ հակաանդրոգենների կիրառման) կամ դրանց զուգակցության վրա:

- ▶ Նախքան որևէ բուժում սկսելը հարկավոր է ձեռք բերել տվյալ անձի ազատ, տեղեկացված գրավոր համաձայնությունը՝ դեղորայքային բուժման (ներառյալ հակաանդրոգենների կիրառման) վերաբերյալ՝ ընդունելով, որ համաձայնությունը ցանկացած ժամանակ կարող է հետ կանչվել: Տվյալ բանտարկյալին պետք է մանրամասն բացատրել (այդ թվում՝ գրավոր) բուժման նպատակը և հնարավոր վնասակար ազդեցությունը, ինչպես նաև նման բուժում անցնելուց հրաժարվելու հետևանքները:

Հակաանդրոգենային բուժումը պետք է մշտապես հիմնված լինի հոգեբուժական և բժշկական խորը անհատական գնահատման վրա, և նման բուժումը պետք է իրականացվի բացառապես կավորության հիմունքներով: Հարկավոր է մշակել համակողմանի և մանրամասն ընթացակարգ՝ լրացուցիչ երաշխիքներով. նման բուժում իրականացնելու և այն բացառելու չափանիշները, բուժզննությունները նախքան բուժումը, դրա ընթացքում և դրանից հետո արտաքին խորհրդատվության, այդ թվում՝ երկրորդ անկախ կարծիքի հասանելիությունը և բուժման կանոնավոր գնահատումը անկախ բժշկական մարմնի կողմից: Հակաանդրոգենների նշանակումը պետք է զուգակցվի հոգեթերապիայով և խորհրդատվության այլ եղանակներով, որպեսզի է՛լ ավելի նվազեցվի կրկնահանգավորության ռիսկը: Բացի այդ, հակաանդրոգենային բուժումը չպետք է համարվի որպես սեռական բնույթի հանցանք կատարած դատապարտյալների ազատման նախապայման, այլ պետք է նշանակվի որոշակի անձանց նկատմամբ՝ անհատական գնահատման հիման վրա:

Վիրաբուժական ամորձատումն անդառնալի ֆիզիկական հետևանքներ և հոգեկան առողջության հետ կապված ուղղակի և

անուղղակի ազդեցություն ունեցող միջամտություն է: Ավելին՝ չկա երաշխիք, որ ակնկալվող արդյունքը (տեսաուսերոնի մակարդակի նվազեցումը) տևական կլինի: Կրկնահանգավորության մակարդակը նվազեցնելու օրինաչափ նպատակին կարող են հակակշռվել անձի հիմնարար իրավունքների հետ կապված էթիկական նկատառումները³¹: Վիրաբուժական ամորձատումն այլևս չի համարվում սեռական բնույթի հանցանք կատարած անձանց բուժման ընթացքում կիրառվող, համընդհանուր ընդունելություն վայելող միջամտություն: Անդառնալի հետևանքներ ունեցող բժշկական միջամտություններն այլևս երբեք չպետք է կիրառվեն բանտարկյալների և արգելանքի վերցված այլ անձանց նկատմամբ՝ առանց միանշանակ բժշկական անհրաժեշտության:

2.7. Երկակի ախտորոշումը բանտերում

Միջին հաշվով բանտերում պահվող անձանց 3–11%-ն ունի հոգեկան առողջության հետ կապված խնդիրներ (օրինակ՝ փսիխոտիկ կամ հոգեվիճակային խանգարումներ)՝ զուգակցված թմրանյութերի չարաշահման հետ կապված խանգարումների հետ³²:

«Երկակի ախտորոշում» տերմինը վերաբերում է հոգեկան առողջության և թմրանյութերի ու այլ նյութերի չարաշահմանն առնչվող բազմաթիվ խնդիրների: Երկակի ախտորոշումը կարող է տարբեր նշանակություն ունենալ առողջապահական տարբեր ծառայությունների համար: Ստորև թվարկվածներն ամենից հաճախ պատահող համադրություններն են.

- ▶ հոգեկան առողջության հետ կապված առաջնային խնդիրը, որը հանգեցրել է թմրանյութերի կամ այլ նյութերի չարաշահման (օրինակ՝ շիզոֆրենիա ունեցողը, ով պարզել է, որ հերոինը մեղմում է ախտանշաններից մի քանիսը).

31. Alexander M., Gunn J., Cook D. A. G., Taylor P. J. և Finch J., Հարկավոր է արդյոք սեռական բնույթի հանցանք կատարած անձանց նկատմամբ կիրառել վիրաբուժական ամորձատում, *Բրիտանական բժշկական լրագիր* 307 (1993 թ.), 790–93:

32. Edens J. F., Peters R. H. և Hills H. A., Հարակից խանգարումներ ունեցող բանտարկյալների բուժումը. առկա ծրագրերի ինտեգրատիվ ուսումնասիրություն. *Վարքագծային գիտություններ և իրավունք*, 15/4 (1997 թ.), 439–57:

- ▶ թմրանյութերի և այլ նյութերի չարաշահումը և/կամ դրա գործածության դադարեցումը, որը հանգեցնում է հոգեբուժական ախտանշանների կամ հիվանդության (դեպրեսիայի հետ կապված հետդետոքսիֆիկացիա՝ զուգորդված անքնությանը և ընկճված տրամադրությամբ)։
- ▶ հոգեբուժական բնույթի խնդիր, որն ավելի է սրվում թմրանյութերի կամ այլ նյութերի չարաշահման հետևանքով (անձը, ով տառապում է այլ անձանց կողմից վտանգի վախից և մարիխուանա է գործածում՝ լիցքաթափվելու համար, սակայն պարզում է, որ մարիխուանան կարող է ավելացնել պարանոյան՝ սրելով օտարման զգացողությունը)։
- ▶ թմրանյութերի և այլ նյութերի չարաշահումը և հոգեբուժական խնդիրները, որոնք կապված չեն միմյանց հետ (մարդը, ում հետապնդում է վախի մշտական զգացողությունը, որը թմրանյութերի կամ ալկոհոլի գործածումից չի նվազում կամ ավելանում)։

Գտնվելով բանտում, որտեղ անօրինական թմրանյութերը այնքան էլ հասանելի չեն՝ պացիենտի հոգեկան վիճակը կարող է կայուն լինել։ Մյուս կողմից՝ նվազ գրգռող միջավայրը, ինչպիսին բանտն է, կարող է էլ ավելի քողարկել հոգեկան առողջության հետ կապված առկա խնդիրները։ Նույնիսկ թմրանյութերի նվազ կամ չափավոր գործածումը (թմրանյութերի, օրինակ՝ կանեփի կամ ամֆետամինի համեմատաբար փոքր և ոչ հաճախակի գործածումը), որը թմրամոլների մեծ մասի պարագայում խնդրահարույց չէ, կարող է կործանարար ներգործություն ունենալ հոգեկան առողջության հետ կապված լուրջ խնդիրներ ունեցող անձանց վրա։ Ալկոհոլից և թմրանյութերից կախվածությունները հաղթահարելու, ինչպես նաև օփիոիդային բուժման և ազատվելուց հետո հարբեցողության և թմրանյութերի չարաշահման վերսկսումը կանխելու համար անհրաժեշտ են տարբեր միջամտություններ³³։

- ▶ Օփիատային կախվածություն ունեցող, հոգեկան լուրջ խանգարումներով պացիենտները, ովքեր ընդունվում են բանտ, պետք է անցնեն ոչ թե դետոքսիֆիկացիա, այլ առնվազն

33. *Երկակի ախտորոշումների վարման ուղեցույց բանտերի համար*, Առողջապահության դեպարտամենտ, Լոնդոն (2009 թ.)։

երկշաբաթյա կայունացման կուրս: Հարկավոր է խուսափել արագ դետոքսիֆիկացիայից:

- ▶ Բենզոդիազեպինը հանելը կարող է փսիխոզի ախտանիշներ առաջացնել: Նախկինում մտավոր խանգարում ունեցած պացիենտները կարող են առավել խոցելի լինել այս առումով: Նախքան դիազեպամի լրացուցիչ կրճատումը կարող է անհրաժեշտ լինել կայունացման կուրս: Բենզոդիազեպինը հանելու արդյունքում կարող են առաջանալ վախի և ինքնավնասման հակումներ. կարելի է կրկին հիշատակել կայունացումը՝ դոզայի աստիճանական նվազեցմամբ:
- ▶ Խթանող միջոցների հանումը կարող է կարճ, սակայն խորը դեպրեսիայի պատճառ դառնալ: Դա հաղթահարելու համար կարող է պահանջվել մեկ շաբաթից մինչև մի քանի ամիս, քանի որ նյարդային համակարգը ֆիզիոլոգիապես հարմարվում է փոփոխված քիմիական միջավայրին: Այդ ժամանակահատվածում բանտարկյալը կարող է ինքնասպանության կամ ինքնավնասման բարձր ռիսկի ենթարկվել: Բացի այդ, խթանող միջոցների կիրառումը կարող է փսիխոտիկ էպիզոդներ («ամֆետամինային փսիխոզ») հարուցել: Խթանող միջոցների կիրառումը դադարեցնելը, առողջ քունը և մնունդը, որպես կանոն, այդ խնդիրներին ստիպում են նահանջել: Կարևոր է նաև նշել, որ խթանող նյութերի գործածումը տարածված է նրանց շրջանում, ովքեր տառապում են քրոնիկ ապատիայից և դյուրագրգռությունից, որը բնորոշ է անձնային խանգարումներ, մասնավորապես՝ սահմանային կամ հակասոցիալական խանգարումներ ունեցող անձանց: Այսպիսով՝ բուժումը պլանավորելիս կարևոր է պարզել հիմնական անձնային խանգարումը:

Հարկավոր է զգուշավորություն ցուցաբերել երկակի ախտորոշում ունեցող անձանց նկատմամբ խմբային թերապիա կիրառելիս: Ծանր հոգեկան խանգարումներով տառապող շատ մարդիկ մանկության ժամանակ կամ վերջին ժամանակներում ծանր տրավմաներ են ունեցել: Նրանք կարող են նաև շփման հետ կապված դժվարություններ ունենալ: Այս հարցերը հատկապես կարևորություն ունեն այն անձանց պարագայում, ովքեր անձնային խանգարումներ ունեն: Այսպիսով՝ լիարժեք գնահատումը և հոգեբանական

ընտրագիրը կազմելը կարևոր են խմբային կամ անհատական թերապիայի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելիս:

2.8. Անձնային խանգարումներ ունեցող բանտարկյալներ

«Անձնային խանգարում» տերմինը հիմնականում կիրառվում է ամենօրյա խնդիրները լուծելու, ինքնընկալման, այլ անձանց և աշխարհի ընկալման խնդրահարույց եղանակները նկարագրելու համար: Համարվում է, որ անձնային խանգարումը գենետիկ և բնապահպանական գործոնների փոխազդեցության, ինչպես նաև վաղ զարգացման ընթացքում տեղի ունեցած խանգարումների հետևանք է:

Անձնային խանգարումները տարածված են հասարակությունում: Համաճարակային հաշվարկներից հետևում է, որ մարդկանց 5-13%-ը ունի խնդիրներ, որոնք համապատասխանում են անձնային խանգարումների չափանիշներին: Համաճարակային հետազոտությունները նաև ցույց են տալիս, որ անձնային խանգարումներ ունեցող մարդկանց 20-50%-ը չարաշահում է թմրանյութերն ու այլ նյութերը, իսկ այդ նյութերը չարաշահող մարդկանց 5-30%-ի մոտ ախտորոշվել է անձնային խանգարում:

Բանտային առողջապահական ծառայության պացիենտների շրջանում միշտ կլինեն մի քանի անհավասարակշիռ, մարգինալ անհատներ, ովքեր ունեցել են ընտանեկան տրավմաներ, տևական թմրանյութային կախվածություն, հակասություններ իշխանության մարմինների հետ, ինչպես նաև սոցիալական բնույթի այլ հիմնախնդիրներ: Նրանք կարող են ագրեսիվ լինել, դրսևորել ինքնասպանության հակումներ կամ անընդունելի սեռական վարքագիծ, և հիմնականում ի վիճակի չեն վերահսկել իրենց վարքագիծը կամ հոգ տանել իրենց մասին: Բանտային հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ բանտարկյալների 50-78%-ը տառապում է անձնային խանգարումներով³⁴: Անձնային խանգարումներ ունեցող բանտարկյալների

34. Coid J. և Yang M., Անձնային խանգարումների տարածվածությունն ու կորելատները, *Հոգեբուժության բրիտանական լրագիր*, 188 (2006 թ.), 423-31: Linehan M., Schmidt H. et al., Սահմանային անձնային խանգարում և թմրանյութային կախվածություն ունեցող պացիենտների դիալեկտիկ վարքագծային թերապիան, *Կախվածությունների ամերիկյան լրագիր*, 8/4

հետ աշխատանքը բարդ է: Համեմատաբար փոքրաթիվ դեպքերում դրա առավել ծանր ձևերը դրսևորվում են իրենց և այլ անձանց վնաս պատճառելու լուրջ ռիսկերի ձևով: Այս դատապարտյալներին բնորոշ են համալիր հոգեբանական կարիքներ, որոնք խնդիրներ են հարուցում հիվանդությունների վարման, բուժման և ապահով աշխատանքային միջավայր ապահովելու տեսանկյունից:

Մասնագիտացված ստորաբաժանումներն ապացուցել են առավել բարդ դատապարտյալներին ապահով և կառուցողական ձևով վարելու կարողությունը և կիրառում են բարձրակարգ թերապևտիկ մոտեցումներ: Արդեն տվյալներ կան այն մասին, որ դատապարտումների և բռնարարքների թիվն էապես նվազում է: Մշակվել են անձնային խանգարումների բուժման և վարման ուղենիշներ³⁵, որոնք օգտակար են բանտարկյալների այս կատեգորիաներին մատուցվող ծառայությունները պլանավորելու համար: Շեշտը պետք է դրվի հանցավոր վարքագծի, բռնության, ագրեսիայի և թմրանյութերի ու այլ նյութերի չարաշահումը նվազեցնելու վրա:

Փսիխոպատիայով տառապող և վտանգավոր կամ ծանր անձնային խանգարումների չափանիշներին համապատասխանող անձինք կազմում են հակասոցիալական անձնային խանգարումներ ունեցող անձանց փոքր մասը: Այդուհանդերձ, նրանք այլ անձանց վնաս պատճառելու բարձր ռիսկ են կրում և նրանց է բաժին հասնում առողջապահական ծառայությունների զգալի մասը: Կոգնիտիվ և վարքագծային միջամտությունները, օրինակ, կարող են ուղղված լինել հանցավորությունն ու այլ հակասոցիալական վարքագիծը նվազեցնելուն: Նման միջամտությունները պետք է հարմարեցնել այս խմբին՝ մեկտեղելով ընթացիկ անհատական և խմբային

(1999 թ.), 279-92: Nace E., Davis C. և Gaspari J., Axis II հարակի հիվանդություններով հիվանդացությունը թմրանյութերը և այլ նյութերը չարաշահողների մոտ, *Հոգեբուժության ամերիկյան լրագիր*, 148 (1991 թ.), 118-20: Singleton N., Meltzer H. et al., *Անգլիայում և Ուելսում բանտարկյալների ջրջանում հոգեբուժական հիվանդացության հեղափոխություն*, Ազգային վիճակագրական գրասենյակ, Լոնդոն (1998 թ.):

35. NICE կլինիկական ուղենիշներ: *Հակասոցիալական անձնային խանգարում. Բուժումը, վարումը և կանխարգելումը*, NHS (2009 թ.), NICE կլինիկական ուղենիշներ, *Սահմանային անձնային խանգարում: Բուժման և վարման վերաբերյալ NICE ուղենիշ*: Բրիտանական հոգեբանական միություն/Հոգեբուժության արքայական քոլեջ (2009 թ.):

թերապիայի կուրսերը, ընդ որում՝ դրանք պետք է ավելի տևական լինեն և ուղեկցվեն մշտական հսկողությամբ և մոնիթորինգով:

Դեղորայքային միջամտությունները չպետք է կանոնավորապես կիրառվեն անձնային խանգարումների կամ դրա հետ կապված ագրեսիվ վարքագծի, զայրույթի և դյուրագրգռության բուժման նպատակներով: Այդուհանդերձ, հարակից հիվանդությունների, մասնավորապես ընկճախտի ու տագնապների բուժման նպատակով կարող են անհրաժեշտ լինել դեղորայքային միջամտություններ:

Հարակից ցանկացած հիվանդության բուժումը կարևորագույն նշանակություն ունի և պետք է կատարվի՝ անկախ նրանից, որ անձը բուժվում է անձնային խանգարումից, քանի որ հարակից խանգարումների արդյունավետ բուժումը կարող է նվազեցնել փսիխոպատիայի կամ վտանգավոր և ծանր անձնային խանգարման հետ կապված ռիսկը:

Հակասոցիալական անձնային խանգարումներ ունեցող մարդկանց հետ աշխատող անձնակազմը պետք է ընդունի, որ դրական և խրախուսական մոտեցումն անձանց բուժման մեջ ներգրավելու և պահելու հարցում հաջողության ավելի մեծ հավանականություն ունի, քան պատժողական մոտեցումը: Անձնակազմը բուժման տարբերակները պետք է ուսումնասիրի հույսի և լավատեսության մթնոլորտում՝ բացատրելով, որ վերականգնումը հնարավոր է և իրագործելի: Նրանք պետք է ձևավորեն վստահության վրա հիմնված հարաբերություններ, աշխատեն բաց, մասնակցային և անկողմնակալ ձևով և լինեն հետևողական և հուսալի: Նման պացիենտների հետ աշխատող անձնակազմը պետք է պատշաճ վերապատրաստում անցնի, ստանա աջակցություն և ենթարկվի վերահսկողության, ցանկալի է՝ ստորաբաժանումից դուրս գտնվող աղբյուրներից: Դա օգնում է հաղթահարել հուզական ճնշումը և կանխել անձնակազմի հյուժվածությունը:

Գլուխ 3.

Բանտերում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B/C-ի տարածման կանխարգելումը

3.1. Համաճարակաբանական վիճակի նկարագրությունը

Ի հակառակ վերջին տասնամյակում ողջ աշխարհում ՄԻԱՎ-ով նոր վարակումների և ՁԻԱՀ-ից մահացության նվազման՝ Արևելյան Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում միևնույն ժամանակահատվածում նկատվել է ՄԻԱՎ-ով նոր վարակումների և ՁԻԱՀ-ից մահացության 25% աճ: Այս տարածաշրջանում ՄԻԱՎ վարակակիր մարդկանց թիվը 2000 թվականից ի վեր եռապատկվել է, իսկ համաճարակի միտումները հիմնականում պայմանավորված են թմրանյութ ընդունող մարդկանց միջև վարակի փոխանցմամբ. այս տարածաշրջանում թմրանյութ ընդունող շուրջ 3.7 միլիոն մարդկանց առնվազն մեկ քառորդը ՄԻԱՎ վարակակիր է¹: Տվյալներ կան այն մասին, որ հեպատիտ C-ի վիրուսով վարակման հարաբերակցությունը թմրանյութ գործածողների շրջանում կազմում է 40–90%²:

Շատ երկրներում բանտերում պահվող անձանց թվի աճը մեծապես պայմանավորված է անօրինական թմրանյութերի վաճառքի, տիրապետման կամ գործածության ուժեղացված քրեական հետապնդմամբ, ինչն ուղեկցվում է թմրանյութ գործածող

1. UNAIDS, ՁԻԱՀ-ի գլոբալ համաճարակի վերաբերյալ հաշվետվություն-2010 (2010 թ. նոյեմբեր):

2. EMCDDA (Թմրանյութերի և թմրանյութային կախվածության եվրոպական մոնիթորինգային կենտրոն):

բանտարկյալների թվի աճով: Բանտարկյալների մինչև 30%-ը նախ-կինում թմրանյութերի գործածման փորձ ունի: Դա է հիմնական պատճառը, որ բանտարկյալների շրջանում ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի տարածվածությունը մինչև 30 անգամ ավելի է, քան ազատության մեջ գտնվող համադրելի տարիքի մարդկանց շրջանում: Այսպիսով՝ բանտերը կարող են համաճարակային էպիկենտրոններ համարվել այնպիսի պարենտերալ փոխանցվող հիվանդությունների համար, ինչպիսիք են արյան միջոցով և/կամ սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակները՝ մի շարք պատճառներով:

- ▶ Բանտերում կենտրոնացված են անձինք, ովքեր թմրանյութերի ներերակային գործածության (ԹՆԳ) առումով ռիսկային վարքագիծ են դրսևորում՝ օգտվելով ներարկման կամ դաջվածքներ անելու միևնույն գործիքներից և վարելով չպաշտպանված անկանոն սեռական կյանք: Բանտում ՄԻԱՎ համաճարակը մեծամասամբ պայմանավորված է ԹՆԳ-ով, սակայն սխալ կլիներ անտեսել սեռական հիվանդությունների փոխանցումը բանտում:
- ▶ Նման ռիսկային վարքի դրսևորումները շարունակում, վերսկսում կամ սկսում են բանտում, հաճախ՝ առավել ռիսկային պայմաններում, քան դա կարող է տեղի ունենալ ազատության մեջ, ուստի փոխանցումները և անգամ համաճարակները տեղի ունեցել են և կշարունակեն տեղի ունենալ³:
- ▶ Բանտում կանխարգելիչ կամ վնասի նվազեցման միջոցների կիրառումը բարդ է, կամ նման միջոցներ առկա չեն:
- ▶ Բանտում վարակակիր անձանց վիրուսային ծանրաբեռնվածությունը նվազեցնելուն ուղղված ախտորոշիչ

3. Jürgens R., Nowak M. և Day M., ՄԻԱՎ-ը և բանտարկությունը. բանտերը և կալանավորումը, *ՁԻԱՀ հարցերով միջազգային միության լրագիր*, 14:26 (2011 թ.): WHO/UNODC/UNAIDS, *Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումներ, Համապարփակ ուսումնասիրություն*, Տեխնիկական փաստաթուղթ՝ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ (Ժնև, 2007 թ.), WHO/UNODC/UNAIDS, *Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումների արդյունավետությունը*, Տեխնիկական փաստաթուղթ՝ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ (Ժնև, 2007 թ.): WHO Եվրոպա, *Բանտերում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ քաղաքական ուղեցույցը* հասանելի է հետևյալ հասցեով. www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons:

միջոցառումները հաճախ անբավարար են, նվազ հասանելի են, քան ազատության պայմաններում, կամ ընդհանրապես առկա չեն:

- ▶ Ազատված անձինք, ովքեր վարակվել են բանտարկության ընթացքում, կարող են իրենց վարակն անգիտակցաբար տարածել համայնքում: Հիմնականում կարճատև, կրկնակի պատիժներ կրող թմրամոլ դատապարտյալների ակտիվ տեղաշարժը բանտից համայնք և հակառակը ավելացնում է հանրային առողջապահությանը սպառնացող ռիսկը:

3.2. Միջազգային փաստաթղթեր

Ազատության մեջ տրամադրվող հիմնական կանխարգելիչ միջոցներին և բուժմանը համարժեք միջոցներով ու բուժմամբ բանտարկյալներին չապահովելը խախտում է բանտարկյալների՝ առողջության իրավունքը և հակասում է միջազգային իրավունքին, օրինակ՝ Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային կոնվենցիային և Եվրոպական սոցիալական խարտիային⁴: Եվրոպայի խորհրդի և միջազգային այլ մարմինների կողմից հրապարակված մի շարք հանձնարարականներով, կանոններով, հռչակագրերով և բանաձևերով ընդգծվում է բանտային իշխանությունների պարտավորությունը՝ կանխարգելիչ առողջապահությունը, հատկապես բանտում ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտ C-ի համաճարակների կանխարգելումն ապահովելու վերաբերյալ⁵:

4. Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային կոնվենցիայի 12-րդ հոդված, Եվրոպական սոցիալական խարտիայի 11-րդ հոդված:

5. WHO Եվրոպա, Բանտերում ՄԻԱՎ-ի վերաբերյալ քաղաքական ուղեցույցը հասանելի է հետևյալ հասցեով. www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons: ՆԿ, Բանտում փոխանցվող հիվանդությունների, ներառյալ՝ ՁԻԱՀ-ի և հարակից առողջապահական խնդիրների վերահսկման բանտային և քրեաբանական ասպեկտները, թիվ R (1993) 6 հանձնարարական: ՆԿ, Բանտերում առողջապահության էթիկական և կազմակերպական ասպեկտները: Թիվ R (1998) 7 հանձնարարական: CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ): UNAIDS/UNODC/WHO, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելումը, դրա հետ կապված խնամքը, բուժումը և աջակցությունը բանտային հաստատություններում. արդյունավետ պետական

երկրներ կատարված վերջին այցելությունների ժամանակ ԽԿԿ-ն ի հայտ է բերել լուրջ բացթողումներ՝ կապված ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ C-ի տարածումը կանխարգելելու միջոցների հետ⁶։ Բանտում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի տարածման կանխարգելիչ միջոցները կարող են ամփոփվել չորս քայլերով. վերաբերմունքի և գիտելիքների կատարելագործում, թմրանյութերի առաջարկի ու պահանջարկի կրճատում, վնասների նվազեցում և բժշկական միջոցառումներ։

3.3. Վերաբերմունքի և գիտելիքների կատարելագործումը

Արգելված իրողություններին համակերպվելը

Ողջ աշխարհում բանտային իշխանությունները և քաղաքական գործիչները չեն ցանկանում գիտակցել և ընդունել այն փաստը, որ բանտում առկա են թմրանյութեր, թմրանյութերի գործածություն և սեռական կյանք՝ վախենալով, որ հանրությունն իրենց վրա կբարդի պատասխանատվությունը դրա համար։ Այդուհանդերձ, քանի դեռ այս իրողություններն արգելված են համարում, բանտում վիրուսների փոխանցման դեմ պատշաճ միջոցառումների իրականացումը դժվար, եթե չասենք՝ անհնար կլինի։ Քաղաքական գործիչներն ու հասարակությունը պետք է հասկանան, որ բանտում ՄԻԱՎ-ի, հեպատիտ C-ի և այլ վարակների տարածման կանխումը կարևոր է ոչ միայն բանտարկյալների առողջության տեսանկյունից, ինչը

միջոցառումների շրջանակ (Նյու Յորք, 2006 թ.)։ WHO եվրոպա, *WHO ուղե-նիշները բանտում ՄԻԱՎ և ՁԻԱՀ վարակի վերաբերյալ* (Ժնև, 1993 թ.), Møller L. et al., *Առողջապահությունը բանտերում։ Բանտային առողջապահության հիմնական բաղադրիչների WHO ուղեցույց* (Ժնև, 2007 թ.), Միջազգային բանտային բարեփոխումներ (PRI), *Դուբլինյան հռչակագիր եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում բանտերում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ* (Դուբլին, 2004 թ.)։ Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա, *Էդինբուրգի հռչակագիրը բանտային պայմանների և տուրքերկույզի և այլ վարակիչ հիվանդությունների տարածման վերաբերյալ* (Էդինբուրգ, 2000 թ., Մոնտեվիդեոյում վերանայված տարբերակ՝ 2011 թ.)։ UNODC, *ՄԻԱՎ կանխարգելումը և դրա հետ կապված խնամքը բանտերում և այլ փակ հաստատություններում. միջոցառումների համապարփակ փաթեթ*, Քաղաքական սեղմագիր (Վիեննա, 2012 թ.)։

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

քաղաքական օրակարգում սովորաբար բարձր տեղ չի զբաղեցնում, այլև ողջ հանրության առողջության համար: Բանտերում ասեղների/ներարկիչների փոխարինման ծրագրի մոլորվական մոդելն այս վարակների տարածումը կանխելու դրական փորձի տպավորիչ և բացառիկ օրինակ է, որը հնարավոր է դարձել այն պահից, երբ իշխանությունները, այնուհետ նաև հանրությունը, ընդունեցին այդ իրողությունները: Այն արդյունավետ քաղաքականության լավ օրինակ է, որն անհրաժեշտ է նոր ռազմավարություններ ներդնելու համար⁷:

Բանտարկության այլընտրանքներ

Թմրանյութային կախվածություն ունեցող դատապարտյալներին բանտարկելուց առաջ առկա բոլոր այլընտրանքներն սպառելը թերևս բանտում պարենտերալ փոխանցվող վարակների տարածումը կանխելու ամենից արդյունավետ ռազմավարությունն է: Թմրանյութերի անօրինական գործածումը, տիրապետումը և անձնական գործածման նպատակով պահելը պատժելու ձևերի հարցում երկրներն էապես տարբերվում են միմյանցից: Վարակի փոխանցման բարձր ռիսկայնությամբ պայմանավորված՝ անհրաժեշտ է լուրջ ուշադրություն դարձնել բանտարկության բացասական հոգեբանական ներգործությանը, մասնավորապես երիտասարդ թմրամոլների վրա, ինչպես նաև բանտային հաստատություններում թմրանյութային կախվածության պատշաճ բուժման և վերականգնման հնարավորությունների անբավարարությանը, իրավական շրջանակին և պատժողական գործողություններին, հատկապես թմրանյութային կախվածություն ունեցող դատապարտյալների բանտարկությանը: Քրեական արդարադատության համակարգի բոլոր մակարդակներում՝ ոստիկանությունում, մինչդատական, դատաքննության և հետդատական փուլերում, հարկավոր է նկատի առնել թմրամոլների կողմից կատարվող բազմաթիվ ոչ ծանր հանցագործությունների համար բանտարկության բոլոր հնարավոր այլընտրանքները, ինչպես նաև պետք է քննարկել բանտարկության տարբեր այլընտրանքների՝ գործերի արտադատական լուծման, այլընտրանքային

7. Բանտերում ասեղների փոխարինումը, *Միջազգային վկայությունների և փորձի համապարփակ վերանայումից քաղված դասերը*, 2-րդ հրատարակություն (2006 թ.), ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ կանադական իրավական ցանց:

պատիժների, պայմանական ազատման նպատակահարմարությունը՝ զուգակցված ազատության մեջ առաջարկվող բուժման հետ⁸:

Կրթություն և վերապատրաստում

Բանտերում առողջապահության խթանման սկզբունքներին համապատասխան⁹ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի վերաբերյալ կրթական և վերապատրաստման ծրագրերում պետք է ներգրավվի բանտային ողջ հանրությունը՝ բանտարկյալները, բանտային անձնակազմը, վարչակազմը և ռիսկային վարք ունեցող և նման վարք չունեցող անձինք: Ծրագրերը պետք է տեղեկություններ պարունակեն համապատասխան վարակիչ հիվանդությունների էթիոլոգիայի և պաթոգենեզի, դրանց ընթացքի, ախտանշանների, ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ և հատկապես փոխանցման ուղիների, դրանց փոխանցումը կանխելու եղանակների, անձին և այլոց պաշտպանելու, վնասի նվազեցման միջոցառումների և հնարավոր տարածման դեպքում ձեռնարկվելիք քայլերի մասին: Դրանք պետք է նաև կամավոր գաղտնի խորհրդատվության և ստուգման հնարավորություն առաջարկեն: Այդուհանդերձ, վնասի նվազեցման միջոցառումների և ստուգումների մասին տեղեկատվությունը կանխարգելիչ նշանակություն կարող է ունենալ միայն այն դեպքում, երբ դրանք տրամադրվում են և հասանելի են բանտերում: Վերապատրաստման ծրագրերում անհրաժեշտ է հաշվի առնել բանտերում պահվող անձանց մոտ գերակշռող անգրագիտությունը, սովորելու հետ կապված բարդությունները և լեզվական խոչընդոտները: Այս թեմաներով կանոնավոր կրթական և վերապատրաստման միջոցառումների հաճախականությունը պետք է պայմանավորված լինի բանտարկյալների և անձնակազմի շրջանառության հարաբերակցությամբ, ինչպես նաև գիտելիքն ու իրազեկությունը պատշաճ մակարդակի վրա պահելու կարևորությամբ:

8. UNODC, *Հարկադրանքից դեպի համախմբվածություն. թմրանյութային կախվածության բուժումը ոչ թե պարժի, այլ առողջապահության միջոցով*, Գիտաժողովի ժամանակ քննարկման դրված փաստաթուղթ, 2009 թ. հոկտեմբերի 28-30 (Վիեննա, 2010 թ.): EMCDDA, *Ազատագրկման այլընտրանքներ – թմրամոլների կողմից հանցագործությունների կատարման խնդրի լուծում ԵՄ-ում* (Լիսաբոն, 2005 թ.):

9. Møller L. et al., *Առողջապահությունը բանտերում. բանտային առողջապահության հիմնական բաղադրիչների WHO ուղեցույց* (Ժնև, 2007 թ.):

Ընդունման պահին տրամադրվող բժշկական խորհրդատվության ժամանակ անհատապես, անմիջականորեն տեղեկատվության տրամադրումից բացի առողջապահական ոլորտի մասնագետները պարտավոր են նաև բանտային վարչակազմի աջակցությամբ ապահովել կանխարգելիչ առողջապահության վերաբերյալ կրթության և վերապատրաստումների կազմակերպումը: Նրանք կարող են և պարտավոր են օգտվել այն փորձից, հնարավորություններից և գործիքներից, որ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի վերաբերյալ վերապատրաստումների ժամանակ իրենց ձեռքի տակ ունեն շատ հասարակական կազմակերպությունները, և պետք է փորձեն նաև համոզել բանտային վարչակազմերին՝ այդ հարցում վերջիններիս աջակցությունն ստանալու հարցում:

Կարելի է և անհրաժեշտ է կիրառել կրթության զանազան մեթոդոլոգիաներ. դեմառդեմ կրթություն, խմբային քննարկումներ, դերային խաղեր, թատերական ներկայացումներ՝ հաջորդող քննարկումներով, տեղեկատվական թերթոններ, ֆիլմեր և աուդիովիզուալ այլ գործիքներ: Բախտակիցների կողմից կրթությունը կարող է հատկապես օգտակար լինել ներարկիչներով թմրանյութ ընդունողների համար: Կրթության անբաժան մաս պետք է կազմի VCCT-ով (կամավոր գաղտնի խորհրդատվություն և ստուգում) սքրինինգ անցնելու առաջարկը:

3.4. Թմրանյութերի առաջարկի և պահանջարկի նվազեցումը

Բանտում թմրանյութերի մատակարարումը կանխելու նպատակով իրականացվող հաճախակի ստուգումների և խուզարկությունների կարևորությունը կասկածից վեր է: Թմրանյութային կախվածություն ունեցող բանտարկյալների մեծ թվով պայմանավորված՝ բանտերը հանդիսանում են թմրանյութերի անօրինական շուկայի, բանտային ենթամշակույթների, աշխարհի շատ բանտերում գոյություն ունեցող ոչ պաշտոնական ուժային կառույցների առաջնային թիրախը, որոնցում գերիշխում են այդ անօրինական շուկայի շահերը: Իրականությունը ցույց է տալիս, որ ստուգումներն ու խուզարկությունները չեն կարող բանտերը լիովին զերծ պահել

թմրանյութերից: Հիմնավորված է, որ խուզարկություններն ինքնին, առանց կանխարգելիչ այլ միջոցառումների, կարող են անգամ հակառակ ազդեցություն ունենալ պարենտերալ ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների տարածումը կանխելու համար. աննշան չափաբաժիններով փաթեթավորված թմրանյութերը հեշտությամբ կարելի է փոխադրել բանտեր՝ ի տարբերություն ավելի ծավալուն ներարկման գործիքների: Դա հանգեցնում է թմրանյութերի մատակարարման՝ առանց ներարկման պատշաճ սարքերի, ինչի հետևանքով ներարկիչները գործածվում են մի քանի հոգու կողմից, ինչն էլ հանգեցնում է վիրուսների տարածման: Ինչպես և ազատության պայմաններում, չորս ուղվվածություն ունեցող քաղաքականությունը՝ հարկադրումը, կանխարգելումը, վնասի նվազեցումը և բուժումը, կարող է առավել արդյունավետ նվազեցնել բանտերում թմրանյութերի գործածության ռիսկերը՝ միաժամանակ կանխելով թմրանյութերի ներարկման միջոցով փոխանցվող հիվանդությունների տարածումը:

Հարկավոր է մտապահել, որ, համաձայն բժշկական էթիկայի սկզբունքների և միջազգային հանձնարարականների, բանտարկյալներին խնամող առողջապահական մասնագետները երբևէ չպետք է ներգրավվեն ստուգումներում, խուզարկություններում (այդ թվում՝ անձնական) կամ անվտանգության նկատառումներով իրականացվող թմրանյութային թեստերում, հակառակ դեպքում նրանք կարող են կորցնել իրենց պացիենտների վստահությունը¹⁰: Այս գործողությունները բացառապես անվտանգության անձնակազմի պարտականությունն են: Եթե մարմնի ինտիմ մասերի խուզարկության նպատակով անհրաժեշտ է բուժաշխատող, դա պետք է լինի հանրային առողջապահության աշխատող կամ բժիշկ, ով ներգրավված չէ բանտարկյալների խնամքի հետ կապված աշխատանքներում:

10. ՆԿ, *Բանտերում առողջապահության էթիկական և կազմակերպական հարցերը*, թիվ R(1998)7 հանձնարարական: CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ), Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա, *WMA հայտարարությունը բանտարկյալների անձնական խուզարկության վերաբերյալ* (Բուդապեշտ, 1993 թ., 2005 թ. վերանայված տարբերակ):

Թմրանյութերից զերծ բանտային ստորաբաժանումներ

Մի շարք երկրների բանտերում ստեղծվել են թմրանյութերից զերծ գոտիներ կամ ստորաբաժանումներ, որոնցում բանտարկյալներն իրենց համաձայնությամբ ենթարկվում են մեզի հաճախակի ստուգումների՝ թմրանյութերի գործածումը բացառելու նպատակով, որի դիմաց, որպես խրախուսանքի միջոց, բանտարկյալները ստանում են արտոնություններ և/կամ ավելի լավ կենսապայմաններ՝ բանտի սովորական ստորաբաժանումների համեմատ: Ստուգման արդյունքում թմրանյութերի առկայություն հայտնաբերելու դեպքում տվյալ բանտարկյալներն անհապաղ վերադարձվում են սովորական բանտային ստորաբաժանումներ: Պատրաստակամությունը խթանելու և մոնիթորինգի այս համադրությունն ապացուցել է իր արդյունավետությունը թմրանյութերի առաջարկն ու պահանջարկը կանխելու, բանտարկյալների ինքնուրույնությունն ամրապնդելու, կոնֆլիկտների կրճատման և անձնակազմի աշխատանքային պայմանները բարելավելու հարցերում: Սա հարմար տարբերակ է միայն այն բանտարկյալների համար, ովքեր խիստ պատրաստակամ են ազատագրվման ձևով իրենց պատիժը կրելու ընթացքում թմրանյութերի գործածությունից հրաժարվելու հարցում¹¹:

Փոխարինիչներով բուժման ծրագրեր

Փոխարինիչների միջոցով օրալ օփիոդային բուժումը ոչ միայն օփիատային կախվածության ամենից արդյունավետ և փորձված բուժումն է և համարվում է ամենից արդիական բուժումը օփիատային ներարկումներից կախվածություն ունեցող թմրամոլների համար, այլև ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի տարածումը կանխելու ամենահզոր միջոցներից մեկն է: Այն նվազեցնում է օփիատների այնքան ռիսկային ներերակային ընդունման անհրաժեշտությունը, կայունացնում է պացիենտների վիճակը, ինչը վերջիններիս թույլ է տալիս անցնել լրացուցիչ փսիխոթերապևտիկ բուժումը և օգնում շարունակելու հոգեւոցիալական բուժումը¹²:

11. EMCDDA, Լավագույն փորձի օրինակ. *Թմրանյութերից զերծ գոտին Հիրթենբերգի բանտում (2001 թ.)*, տե՛ս՝ www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index-52035EN.html?project_id=57&tab=overview:

12. WHO/UNODC/UNAIDS, Փոխարինիչներով բուժումը՝ օփիոդային կախվածության վարման և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման գործում,

Համաձայն խնամքի համարժեքության սկզբունքին, որը վերաբերում է ոչ միայն թերապևտիկ, այլև կանխարգելիչ առողջապահությանը¹³ բոլոր երկրներում, որոնցում ազատ հասարակությունում իրականացվում են օփիատային փոխարինիչներով բուժման ծրագրեր, նույնը պետք է իրականացվի նաև բանտերում: Դա կարևոր է ոչ միայն էթիկական, այլև կլինիկական և կանխարգելիչ ակնհայտ նկատառումներով. օփիատային փոխարինիչներով բուժման դադարեցումը բանտարկության առանց այն էլ ծանր ժամանակահատվածում հանգեցնում է օփիատից հրաժարման սինդրոմի և ավելացնում է ռիսկը, որ թմրանյութերի ներերակային կիրառումը կվերսկսվի: Որպես կանոն, վիրուսային փոխանցումը շատ ավելի ռիսկային է բանտային միջավայրում, քան ազատ հասարակությունում: Բացի այդ, բանտում օփիատային կախվածությունը փոխարինիչներով բուժելն ապացուցել է, որ էապես նվազեցնում է բանտից ազատվելու առաջին օրը մահացության մակարդակը թմրամոլների շրջանում¹⁴:

Բոլոր այս գործոնների պատճառով Եվրոպայի առնվազն 26 երկրներ բանտերում ներդրել են օփիատային կախվածության բուժումը փոխարինիչներով, իսկ Եվրոպական յոթ երկրներում բոլոր բանտարկյալների ավելի քան 10%-ն անցնում է բուժում օփիատային փոխարինիչներով¹⁵: Մեթադոնը ամենից հաճախ կիրառվող փոխարինիչ դեղամիջոցն է, սակայն օգտագործվում են օրալ այլ օփիոիդներ ևս: Այսօրվա դրությամբ ձևավորվել են բավականաչափ փորձ և հստակ ուղենիշներ այն մասին, թե ինչպես կարելի է բանտում իրականացնել օփիատային փոխարինիչներով բուժման ծրագրեր¹⁶: Այդուհանդերձ, ԽԿԿ-ի վերջին այցելությունների

Հատուկ կարծիք (2004 թ.):

13. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

14. WHO Եվրոպա, *Ազատվելուց անմիջապես հեղու թմրամոլ դադարադադարյալների բարձր մահացության կանխարգելումը* (Ժնև, 2010 թ.):

15. EMCDDA (2010 թ.):

16. WHO Եվրոպա, *WHO ուղենիշները բանտում ՄԻԱԿ և ՁԻԱՀ վարակի վերաբերյալ* (Ժնև, 1993 թ.): Møller L. et al., *Առողջապահությունը բանտերում, Բանտային առողջապահության հիմնական բաղադրիչների WHO ուղեցույց* (Ժնև, 2007 թ.): Kastelic A., Pont J. և Stöver H., *Օփիոիդային փոխարինիչներով բուժումը ազատագրվման վայրերում, Գործնական ուղեցույց* (Օլդենբուրգ, 2009 թ.):

արդյունքում կազմված հաշվետվություններում ընդգծված է, որ Եվրոպայի մի շարք բանտային համակարգեր դեռ շատ բան ունեն անելու՝ կանխարգելման այս կարևոր ռազմավարությանը համապատասխանելու ուղղությամբ¹⁷:

Հոգեթերապևտիկ բուժումը և հոգեառօգնական խնամքը կարող են օգնել թմրանյութի պահանջարկը ներերակային եղանակով օփիատային թմրանյութեր ընդունող անձանց մոտ, հատկապես, եթե դրանք զուգորդված են օփիատային փոխարինիչներով բուժման հետ, ինչը կարող է օգնել նաև կանխելու արյան միջոցով փոխանցվող վիրուսային հիվանդությունները, մանավանդ, որ հոգեթերապևտիկ բուժման մոտեցումները ներկայումս ավելի շատ կենտրոնանում են վնասի նվազեցման, այլ ոչ լիարժեք հրաժարման վրա:

3.5. Ռիսկային վարքագծի վնասների նվազեցումը

Վկայություններ կան այն մասին, որ իրատեսական չէ ենթադրել, թե բանտում անվտանգության միջոցներ իրականացնելով հնարավոր է վերջ դնել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի տարածմանը նպաստող ռիսկային վարքագծին: Փորձը նաև ցույց է տվել, որ բանտային պայմաններում ռիսկային վարքագիծը կարող է ավելի մեծ ռիսկեր առաջացնել, քան նույն վարքագիծը ազատ հասարակությունում, ուստի նման վնասները բանտում կրճատելուն ուղղված միջոցները նույնքան կարևոր են, որքան հասարակությունում¹⁸:

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

18. WHO Եվրոպա, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ քաղաքականությունը բանտում: Jürgens R., Nowak M. և Day M. ՄԻԱՎ-ը և բանտարկությունը. բանտերը և կալանավորումը, ՁԻԱՀ հարցերով միջազգային միության լրագիր, 14:26 (2011 թ.): WHO/UNODC/UNAIDS, *Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումներ, Համապարփակ ուսումնասիրություն*, Տեխնիկական փաստաթուղթ՝ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ (Ժնև, 2007 թ.): WHO/UNODC/UNAIDS, *Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումների արդյունավետությունը*, Տեխնիկական փաստաթուղթ՝ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ (Ժնև, 2007 թ.): ՆԿ, *Բանտերում առողջապահության էթիկական և կազմակերպական հարցերը*, թիվ R(1998)7 հանձնարարական: CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ): UNAIDS/UNODC/WHO, HIV/AIDS, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելումը, դրա հետ կապված խնամքը, բուժումը և աջակցությունը բանտային հասարակություններում. արդյունավետ պետական միջոցառումների շրջանակ: WHO Եվրոպա, *WHO ուղենիշները բանտում ՄԻԱՎ և ՁԻԱՀ վարակի*

Նվազ ռիսկային գործածությունը

Ներարկման վարակված սարքավորման համատեղ գործածմամբ ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի տարածման ռիսկերի վերաբերյալ տեղեկատվության տարածումը և կրթությունը թմրանյութերի կիրառման վնասների նվազեցման նախադրյալներ են: Փորձելով թմրանյութի նվազագույն դոզայով հասնել առավելագույն արդյունքի՝ օփիատային կախվածություն ունեցող բանտարկյալների մեծամասնությունը դիմում է ներերակային ներարկմանը. վարքագիծ, որը կարող է արդյունավետորեն կրճատվել՝ բավականաչափ դոզավորված օրալ օփիոիդային փոխարինիչներով բուժման միջոցով: Ուստի օրալ օփիոիդային փոխարինիչներով բուժումն անօրինական օփիատների սպառումը նվազեցնելու միջոց է և օփիատների ապահով գործածման ապահով եղանակ: Այն բանտերում, որտեղ ներարկման ստերիլ սարքավորումները հասանելի չեն (տե՛ս ստորև՝ ասեղների/ներարկիչների փոխարինման ծրագրերը), բանտարկյալները պետք է առնվազն կարողանան օգտվել ախտահանիչներից և տեղեկատվություն ստանալ վարակված գործիքները լվանալու կամ ախտահանելու ձևերի մասին՝ վարակի փոխանցման ռիսկը նվազեցնելու նպատակով: Սակայն պետք է հստակ բացատրել, որ ախտահանումն ընդամենը գործածման ապահովության միջոց է, և որ փոխանցումից խուսափելու միակ եղանակը վարակված գործիքներ ընդհանրապես չգործածելն է: Կենցաղային սպիտակեցնող հեղուկը (սոդայի հիպոքլորիդի 5,25%-անոց լուծույթը) որպես ախտահանիչ գործածելիս այն պետք է լինի թարմ և չնոսրացված, որպեսզի գոնե մի փոքր ազդեցություն ունենա¹⁹:

վերաբերյալ (Ժնև, 1993 թ.): Møller L. et al., *Առողջապահությունը բանտերում, Բանտային առողջապահության հիմնական բաղադրիչների WHO ուղեցույց* (Ժնև, 2007 թ.): Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա, *Դուրլինյան հոչակագիր եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում բանտերում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ*: UNODC, ՄԻԱՎ կանխարգելումը և դրա հետ կապված խնամքը բանտերում և այլ փակ հաստատություններում. *միջոցառումների համապարփակ փաթեթ*, Քաղաքական սեղմագիր (Վիեննա, 2012 թ.):

19. CDC, *Ներարկիչների ախտահանումը ներարկիչների միջոցով թմրանյութեր սպառողների համար* (Ատլանտա, 2004 թ.):

Ասեղների/Ներարկիչների փոխարինման ծրագրեր

Կան անհերքելի ապացույցներ այն մասին, որ հասարակությունում ասեղների/ներարկիչների փոխանակման ծրագրերը ներարկման միջոցով թմրանյութեր գործածողների շրջանում ՄԻԱՎ վարակների կրճատման արդյունավետ եղանակ են. դրանք ծախսային տեսանկյունից արդյունավետ են և պատահական բացասական հետևանքներ չեն ունենում²⁰: Ասեղների փոխանակման ծրագրերի գաղափարը ոչ միայն թմրանյութ ներարկողներին ներարկման ստերիլ գործիքներ տրամադրելն է, այլև ներարկման վարակված գործիքներն անվտանգ ձևով ոչնչացնելը, ինչը հավասարապես կարևոր է: Ինչպես նշված է վերը, խնամքի համարժեքության սկզբունքի համաձայն (որը կիրառելի է թե՛ կանխարգելիչ առողջապահության²¹ և թե՛ լուրջ համաճարակային կարիքների առումով)՝ այն երկրներում, որտեղ ազատ հասարակությունում ներարկման միջոցով թմրանյութ ստացողների համար գործում են ասեղների/ներարկիչների փոխարինման և օփիատային փոխարինիչներով բուժման ծրագրեր, նույնպիսի ծրագրեր պետք է առկա լինեն բանտերում ևս:

2012 թվականին լավ ֆինանսավորում ունեցող և չափազանց փոքր ֆինանսավորմամբ բանտային համակարգեր ունեցող ութ երկրների՝ Շվեյցարիայի, Գերմանիայի, Իսպանիայի, Մոլդովայի Հանրապետության, Ղրղզստանի, Ռումինիայի, Լյուքսեմբուրգի և Տաջիկստանի 74 բանտերում գործում էին ասեղների/ներարկիչների փոխանակման ծրագրեր՝ տղամարդկանց և կանանց համար, անվտանգության ամենատարբեր աստիճանների և չափերի հիմնարկներում, և որոշ դեպքերում դրանք ավելի քան 10 տարվա պատմություն ունեին: Կիրառվում էին ներարկման գործիքների բաշխման և հավաքման տարբեր միջոցներ. առողջապահության ոլորտի մասնագետներ, ՀԿ-ների անձնակազմ, բաշխման ավտոմատացված մեքենաներ կամ խնամքով ընտրված բախտակից բանտարկյալներ: Չնայած այս բազմազանությանը՝ հատկանշական է այս ծրագրերի արդյունքների կայունությունը: Դրանք բարելավել են բանտարկյալների առողջությունը,

20. WHO եվրոպա, *Սլերիլ ասեղների և ներարկիչների ծրագրերի արդյունավետությունը՝ ներարկիչների միջոցով թմրանյութեր ստացողների շրջանում ՄԻԱՎ/ՉԻԱՀ-ի նվազեցման գործում*, Տեխնիկական փաստաթուղթ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ (Ժնև, 2004 թ.):

21. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

Նվազեցրել են ասեղներից միասին օգտվելու դեպքերը և պակասեցրել բռնության գործադրման հետ կապված վախերը: Միևնույն ժամանակ՝ թմրանյութերի սպառման ավելացման կամ բացասական այլ հետևանքների մասին վկայություններ չեն ստացվել²²: Հասարակությունում և բանտերում թմրամոլների շրջանում ՄԻԱՎ-ի բարձր տարածվածությունն ունեցող երկրներում ասեղների/ներարկիչների փոխանակման ծրագրերը բանտերում պետք է խիստ գերակա խնդիր համարվեն²³: Այս նպատակին հասնելու համար պետք է ստանձնել առաջատարի դերը և ունենալ համապատասխան հմտություններ՝ հանրությանն ու քաղաքական գործիչներին համոզելու համար ընդհանուր առողջապահության համար բանտում վնասների նվազեցման այս մեթոդի կարևորությունը:

Արյան միջոցով փոխանցվող՝ բանտերում գերակշռող վարակների հնարավոր այլ պատճառների (դաջվածքների և փիրսինգի գործիքների և ածելիների համատեղ կամ կրկնակի գործածման, արյունակից եղբայրության ծեսերի) կանխումը ևս պետք է տեղ գտնի կրթական կամ վերապատրաստման ծրագրերում և/կամ համապատասխան միջոցառումներում:

Պահպանակների տրամադրումը և սեռական բռնության կանխարգելումը

Բանտային ոլորտի միջազգային հետազոտություններից հետևում է, որ սեռական կյանք գոյություն ունի ողջ աշխարհի բանտերում: Սեռական շփումների մեծ մասը, իհարկե, միասեռական բնույթի է, ինչը կարող է տեղի ունենալ փոխադարձ համաձայնությամբ կամ հարկադրաբար (որը, սակայն, այնքան էլ հստակ տարբերակելի չէ բանտի հարկադրական միջավայրում), և բանտարկյալների

22. Ասեղների փոխարինումը բանտերում, *Միջազգային վկայությունների և փորձի համապարփակ վերանայումից քաղած դասերը*, 2-րդ հրատարակություն, ՄԻԱՎ-ՁԻԱՀ-ի հարցերով կանադական իրավական ցանց (2006 թ.): WHO/UNAIDS/UNODC, *Ասեղների և ներարկիչների վերաբերյալ ծրագրեր սկսելու և վարելու ուղեցույց, ասեղների և ներարկիչների վերաբերյալ ծրագրեր փակ հասարակություններում* (Ժնև, 2007 թ.):

23. WHO/UNAIDS/UNODC, *Ասեղների և ներարկիչների վերաբերյալ ծրագրեր սկսելու և վարելու ուղեցույց, ասեղների և ներարկիչների վերաբերյալ ծրագրեր փակ հասարակություններում* (Ժնև, 2007 թ.):

1-3%-ը բռնաբարության զոհ է դառնում²⁴: ՄԻԱՎ-ի փոխանցման հավանականությունն ամենաբարձրն է սեռական բնույթի բռնի գործողությունների դեպքում: Արևմտյան Եվրոպայի երկրների մեծամասնությունում տարիներ շարունակ բանտում պահպանակներ են բաշխվել, և կան միանշանակ վկայություններ այն մասին, որ սեռական գործողությունների ժամանակ բանտարկյալներն օգտվում են պահպանակներից, լուբրիկանտներից և ատամնային պաշտպանիչ ներդիրներից, եթե դրանք հեշտորեն և անանուն ձևով հասանելի են, և որ պահպանակների տրամադրումը չի հանգեցրել բանտերում սեռական կյանքի ակտիվացման, և քանի որ պատահական բացասական կողմնակի ազդեցության մասին վկայություններ չկան, կարելի է պնդել, որ պահպանակների տրամադրումը լավ է ընդունվում բանտարկյալների և անձնակազմի մեծամասնության կողմից²⁵:

Այդուհանդերձ, պահպանակների տրամադրումը, առանց սեռական բռնության դեմ պայքարի արդյունավետ քաղաքականության, ակնհայտորեն անբավարար է բանտերում սեռական վարակների փոխանցումը կանխելու համար: Սեռական բռնության քաղաքականությունը պետք է անդրադառնա գերբեռնվածությունից խուսափելուն, անձնակազմով պատշաճ ապահովմանը և հսկողությանը, բանտարկյալների շրջանում ոչ ֆորմալ աստիճանակարգումների հանդեպ անհանդուրժողականությանը և կառուցվածքային բարեփոխումներին, որն անձնակազմին թույլ կտա խոցելի բանտարկյալներին պահպանել սեռական բռնությունից:

Մի շարք երկրներ կատարած այցելությունների վերաբերյալ իր հաշվետվություններում ԽԿԿ-ն մտահոգություն է հայտնել պահպանակների տրամադրման²⁶ և սեռական բռնությունից բանտարկյալների անբավարար պաշտպանության կապակցությամբ²⁷:

24. Jürgens R., Nowak M. և Day M., ՄԻԱՎ-ը և բանտարկությունը. բանտեր և կալանավորումը, ՁԻԱՀ հարցերով միջազգային միության լրագիր, 14:26 (2011 թ.):

25. WHO/UNODC/UNAIDS, *Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումներ. Համապարփակ ուսումնասիրություն*, Տեխնիկական փաստաթուղթ՝ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ (Ժնև, 2007 թ.): WHO/UNODC/UNAIDS, *Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումների արդյունավետությունը*, Տեխնիկական փաստաթուղթ՝ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ (Ժնև, 2007 թ.):

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

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

3.6. Բժշկական կանխարգելիչ միջամտություններ

Պատվաստումները

Թմրանյութերի և հանցավորության հարցերով Միավորված ազգերի գրասենյակի (UNODC)²⁸ բանտերում և այլ փակ հաստատություններում ՄԻԱՎ կանխարգելման և դրա հետ կապված խնամքի մասին քաղաքական սեղմագրով²⁸ խորհուրդ է տրվում բանտարկյալներին և բանտային անձնակազմին առաջարկել անվճար պատվաստում հեպատիտ B-ի դեմ: Ողջամիտ կլինե՞ր հեպատիտ A-ի դեմ պատվաստում առաջարկել քրոնիկ հեպատիտ B կամ C ունեցող պացիենտներին, քանի որ հեպատիտ A-ով ևս մեկ անգամ վարակվելը կարող է լյարդի գործունեության մահացու խաթարման հանգեցնել:

ՄԻԱՎ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի հակավիրուսային բուժումները, թերապևտիկ նշանակությունից բացի, ունեն նաև կարևոր կանխարգելիչ ազդեցություն, քանի որ արագորեն նվազեցնում են բուժված պացիենտների վիրուսային ծանրաբեռնվածությունը, ովքեր հետագայում հազիվ թե վարակի աղբյուր հանդիսանան:

Պրոֆիլակտիկա

Վարակի աղբյուրի հետ շփվելուց հետո պրոֆիլակտիկայի կանխարգելիչ ազդեցությունն այնքան էլ ապացուցված չէ, սակայն դրա հավանականությունը բարձր է: Սեռական բռնությունից տուժած անձանց, ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ով կամ հեպատիտ B/C-ով պատահաբար վարակվելու վտանգի ենթակա բանտարկյալների և բանտային անձնակազմի համար պետք է հասանելի լինեն բժշկական կոնսուլտացիաներն ու վարակի աղբյուրի հետ շփվելուց հետո իրականացվող պրոֆիլակտիկ բուժումը: Բանտերը պետք է պատրաստ լինեն նման դեպքերին՝ ունենալով գործառնական ընթացակարգեր կամ ուղեցույցներ²⁹:

28. UNODC, *ՄԻԱՎ կանխարգելումը և դրա հետ կապված խնամքը բանտերում և այլ փակ հաստատություններում. միջոցառումների համապարփակ փաթեթ*, Քաղաքական սեղմագիր (Վիեննա, 2012 թ.):

29. Նույն աղբյուրում:

Գլուխ 4.

Կրկնակի համաճարակ. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ և տուբերկուլոզ

ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀԸ-ը և տուբերկուլոզը վարակիչ հիվանդություններն են հարուցիչների շարքում ամենավտանգավոր մարդասպաններն են համարվում¹: ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի համաճարակը և տուբերկուլոզի համաճարակի զուգընթաց աճը կոչվում են կրկնակի համաճարակ կամ հատվող համաճարակ, և ոչ միայն այն պատճառով, որ դրանք ժամանակագրական և աշխարհագրական առումով համընկնում են, այլև այն պատճառով, որ երկու հիվանդություններն ու համաճարակները ուժեղ բացասական ներգործություն ունեն մեկմեկու նկատմամբ: Երկու հիվանդությունների պարագայում էլ տարածվածությունն ի հայտ է եկել ցածր եկամուտ ունեցող երկրներում: Աշխարհի քարտեզի վրա ՄԻԱՎ-ով վարակվածությամբ և տարածվածությամբ աչքի ընկնող երկրները գտնվում են այն տարածաշրջաններում, որտեղ բարձր է տուբերկուլոզի տարածվածությունը: ՄԻԱՎ ունեցող շուրջ 34 միլիոն մարդկանց մոտ մեկ երրորդը վարակված է նաև տուբերկուլոզով, և ՄԻԱՎ վարակակիրների դեպքում տուբերկուլոզով հիվանդանալու հավանականությունը մոտ 30 անգամ ավելի է, քան անվնաս իմունային համակարգ ունեցող մարդկանց: ՁԻԱՀ-ով պացիենտների ավելի քան կեսը հիվանդ է տուբերկուլոզով, որը ՄԻԱՎ-ով պացիենտների շրջանում պատահող ամենալուրջ վարակն է հանդիսանում: ՄԻԱՎ ունեցող մարդկանց մահացության գրեթե 25%-ը բաժին է հասնում տուբերկուլոզին²:

Բացի այդ, ի հայտ է եկել նոր խնդիր՝ տուբերկուլոզի հակադեցությունը դեղորայքի նկատմամբ, որի առաջնային պատճառը

1. WHO տեղեկագրեր (2012 թ. հոկտեմբեր):

2. Նույն աղբյուրում:

տուբերկուլոզի ոչ պատշաճ բուժումն է: Արևելյան Եվրոպայի երկրներում Նոր վարակված մարդկանց ավելի քան 10%-ը վարակված է դեղորայքի նկատմամբ հակազդեցությամբ օժտված բացիլների շտամներով, և այս թիվը, անշուշտ, շատ ավելի բարձր է Նախկինում բուժում ստացած պացիենտների և կրկնակի վարակվածների շրջանում: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության Նախկին DOTS (կարճաժամկետ բուժում՝ անմիջական հսկողությամբ) ռազմավարությունը հարկ եղավ լրամշակել և անցնել «DOTS պլյուս»-ին, քանի որ անհրաժեշտություն էր առաջացել ունենալ առավել թանկարժեք ախտորոշիչ սարքավորում և ընդլայնել երկրորդային բուժումը՝ ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններով³:

ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ը և տուբերկուլոզի վարակը/հիվանդությունը բազմաթիվ ընդհանրություններ ունեն, թեև փոխանցման ուղիների առումով դրանք միանգամայն տարբեր են:

- ▶ Դրանք չափից դուրս տարածված են չքավոր խավի մոտ, այդ պատճառով ավելի լայն տարածում ունեն բանտում, քան ազատ հասարակությունում: Բանտում ՄԻԱՎ-ի տարածվածությունը մինչև 25, իսկ տուբերկուլոզինը՝ մինչև 100 անգամ ավելի է, քան հասարակությունում՝ ընդհանուր առմամբ⁴. բանտերը նպաստում են թե՛ ՄԻԱՎ-ի (տե՛ս Նախորդ գլուխը) և թե՛ տուբերկուլոզի փոխանցմանը: Բանտային պայմանները՝ գերբեռնվածությունը, վատ օդափոխությունը, թերի մնուցումը և ոչ պատշաճ բուժօգնությունը կամ դրա բացակայությունը, ավելացնում են տուբերկուլոզի տարածումը բանտերում: Բանտերը ծառայում են որպես տուբերկուլոզի ամբարներ, որտեղից հիվանդությունն անձնակազմի, այցելուների և ազատված, սակայն պատշաճ բուժում չստացած բանտարկյալների միջոցով մղվում է դեպի ազատ հասարակություն: Տուբերկուլոզի տարածմանը նպաստող գործոնները նպաստում են նաև դեղորայքի նկատմամբ հակազդեցությամբ օժտված տուբերկուլոզի տարածմանը⁵: Հետևաբար,

3. WHO տեղեկագրեր (2012 թ. հոկտեմբեր):

4. WHO, *Տուբերկուլոզը բանտերում* (կայքէջ)՝ www.who.int/tb/challenges/prisons/en/:

5. Նույն աղբյուրում:

բանտերը պետք է համարել տուբերկուլոզի համաճարակի էպիկենտրոններ. նույն կերպ, ինչ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի համաճարակի պարագայում: Բանտերը կրկնակի համաճարակի էպիկենտրոններ են, և հասարակությունը պետք է տեղյակ լինի այդ մասին:

- ▶ Տուբերկուլոզը աղքատությամբ պայմանավորված հիվանդություն է, իսկ ՄԻԱՎ վարակի հիմնական պատճառը շատ երկրներում թմրանյութային կախվածությունն է, որը ևս կապված է աղքատության հետ կամ հանգեցնում է աղքատության: Երկու վարակն էլ՝ ՄԻԱՎ-ը և տուբերկուլոզը, ուղեկցվում են սոցիալական խարանձամբ և հետագա մարգինալացմամբ:
- ▶ Պացիենտների թվի կայծակնային աճն ուղեկցվում է երկու վարակներով: Երկու վարակների դեպքում էլ ախտահարվում է T-բջջային միջանկյալ իմունիտետը, ուստի դրանցից յուրաքանչյուրը վատթարացնում է մյուսի կլինիկական ընթացքը: Թեև տուբերկուլոզով վարակված, ուժեղ իմունիտետով անձանց ոչ ավելի, քան 10%-ի մոտ են ի հայտ գալիս հիվանդության կլինիկական դրսևորումներ, տուբերկուլոզի դրսևորումների հավանականությունը ՄԻԱՎ վարակված անձանց մոտ 30 անգամ ավելի է: Խնդիրն էլ ավելի է բարդանում այն փաստով, որ թուլացած իմունիտետով անձանց մոտ տուբերկուլոզի հիվանդությունն ախտորոշելը շատ ավելի դժվար է, քան ուժեղ իմունիտետով անձանց մոտ, քանի որ թոքերի վարակիչ տուբերկուլոզի ախտորոշումը՝ խորխի միկրոսկոպիկ հետազոտությամբ, այնքան էլ հավաստի չէ, իսկ արտաթոքային տուբերկուլոզն ավելի տարածված է, ինչն էլ հանգեցնում է ռենտգենային ախտորոշման նվազ հավաստիության: Ավելին՝ հակառետրովիրուսային դեղորայքի միջոցով ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և տուբերկուլոզի, հատկապես դեղորայքի նկատմամբ հակադդեցությամբ օժտված տուբերկուլոզի համակցված բուժումը դժվար է՝ կապված բազմաթիվ դեղամիջոցների փոխադդեցությամբ և բացասական կողմնակի ազդեցություններով, ինչի արդյունքում այդ բուժումը կարող է նվազ արդյունավետ լինել:

Բանտերում տուբերկուլոզի վերահսկման վերանայված ուղե-
նիշներից են⁶

- ▶ բանտերում տուբերկուլոզի վերահսկողությունը պետք է իրա-
կանացվի նույն չափորոշիչներով, ինչ տուբերկուլոզի վե-
րահսկողությունը հասարակությունում, պետք է կազմակերպ-
վի համայնքի առողջապահական մարմինների հետ համա-
գործակցությամբ, ներառվի ազգային տուբերկուլոզային
ծրագրում և պետք է ենթադրվի նույն փաստաթղթաշրջանա-
ռությունը, գնահատումներն ու որակի երաշխիքները.
- ▶ բանտային պայմանների բարելավումը՝ խուսափելով գեր-
բեռնվածությունից և ապահովելով լավ օդափոխություն,
արևի լույս, առողջապահության հասանելիությունը, բան-
տարկյալներին փոքր բաժանմունքներում տեղավորելը,
պատշաճ սնունդը և բացօթյա վարժանքները.
- ▶ տուբերկուլոզի վերաբերյալ ուսուցումը և առողջապահու-
թյան ամրապնդումը.
- ▶ վաղ ախտորոշումը (ընդունման պահին իրականացվող
բուժզննությունը, բժշկին ինքնուրույն դիմելը, հիվանդություն-
ների ակտիվ բացահայտումը).
- ▶ վարակված պացիենտների առանձնացումը և նրանց շփում-
ների հսկողությունը.
- ▶ գործող ստանդարտ բուժումը՝ DOTS-ի և DOTS պլյու-
սի վերաբերյալ WHO արձանագրություններին խստիվ
համապատասխան.
- ▶ բուժման շարունակականությունը՝ փոխադրումից կամ
ազատվելուց հետո:

Եվրոպական մի շարք երկրներ դեռևս չեն հետևում բանտում
տուբերկուլոզի վերահսկման նման ուղենիշներին: Իր մի շարք

6. WHO, *Տուբերկուլոզի վերահսկումը բանտերում, Ձեռնարկ ծրագրերի ղեկա-
վարների համար* (Ժնև, 2000 թ.): Տե՛ս՝ WHO/CDS/TB/2001/281: Møller L. et al.,
*Առողջապահությունը բանտերում, Բանտային առողջապահության հիմնա-
կան բաղադրիչների WHO ուղեցույց* (Ժնև 2007 թ.): USAID/TBCTA/ICRC, *Ուղե-
նիշներ բանտերում տուբերկուլոզի վերահսկելու վերաբերյալ* (2009 թ.): CDC,
Հիվանդացության և մահացության ամենշաբաթյա հաշվետվություն, 7 հու-
լիսի, 2006 թ. (Ատլանտա, 2006 թ.): CDC, *Տուբերկուլոզի կանխարգելումը և
վերահսկումը ուղղիչ և արգելանքի հաստատություններում, CDC հանձնա-
րարական* (Ատլանտա, 2006 թ.):

վճիռներում Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանն արձանագրել է ՄԻԵԿ 2-րդ և/կամ 3-րդ հոդվածների խախտումը՝ կապված տուբերկուլոզով հիվանդ բանտարկյալների անբավարար խնամքի հետ⁷, իսկ բանտային պայմանները որակվել էին որպես տուբերկուլոզի տարածմանը նպաստող, գերբեռնվածության, օդափոխության և ցերեկային լույսի անբավարարության մասով էլ հավասարեցվել էին անմարդկային վերաբերմունքի: Նույն կերպ, իր վերջին այցելություններից հետո⁸ ԽԿԿ-ն իր մտահոգություններն է հայտնել բանտերում տուբերկուլոզի կանխման և խնամքի հետ կապված թերությունների կապակցությամբ:

Դեղորայքի նկատմամբ հակազդեցություն ունեցող տուբերկուլոզի և ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ-ի ու տուբերկուլոզի կրկնակի համաճարակի հետ կապված խնդիրները լուծելու համար անհրաժեշտ են մի շարք լրացուցիչ միջոցառումներ.

- ▶ Խորխի միկրոսկոպիկ հետազոտությունը տուբերկուլոզի բակտերիաների հայտնաբերման համար ցածր զգայնությամբ է օժտված, իսկ տուբերկուլոզի կուլտիվացիայի դասական մեթոդների արդյունքները պարզ են դառնում միայն երկու ամիս անց: Վարակիչ տուբերկուլոզի և դեղորայքի նկատմամբ հակազդեցություն ունեցող տուբերկուլոզի վաղ և զգայուն հայտնաբերման համար անհրաժեշտ է հնարավորինս անհապաղ ներդնել տուբերկուլոզի բակտերիաների և հակազդեցության բնույթի կայծակնային բացահայտման տեխնոլոգիաներ⁹: Դա հատկապես կարևոր է այնպիսի հաստատությունում, որտեղ առկա են մարդկանց կուտակումներ, օրինակ՝ բանտերում, քանի որ նման պայմաններում անհրաժեշտ է անհապաղ

7. *Melnik-ն ընդդեմ Ուկրաինայի* 72286/01, *Malenko-ն ընդդեմ Ուկրաինայի* 18660/03, *Vasyukov-ն ընդդեմ Ռուսաստանի* 2974/05, *Hummatov-ն ընդդեմ Ադրբեջանի* 9852/05, *Logvinenko-ն ընդդեմ Ուկրաինայի* 13448/07, *Makharadze-ն և Sikharulidze-ն ընդդեմ Վրաստանի* 35254/07:

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

9. Small P. M. և Pai M., Տուբերկուլոզի ախտորոշումը. խաղի կանոնները փոխելու ժամանակը, *Նոր Անգլիայի բժշկական լրագիր*, 363 (2010 թ.), 1070-71: Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. et al., Տուբերկուլոզի և ռիֆամպինի նկատմամբ հակազդեցության կայծակնային մոլեկուլյար հայտնաբերումը, *Նոր Անգլիայի բժշկական լրագիր*, 363 (2010 թ.), 1005-15: WHO, տուբերկուլոզի մասին գլոբալ հաշվետվություն, 2012 թ.:

առանձնացնել վարակված և դեղորայքի նկատմամբ հակազդեցություն ունեցող տուբերկուլոզով պացիենտներին և իրականացնել հակազդեցության բնույթին համապատասխանող վաղ բուժում՝ հիվանդության փոխանցումն արդյունավետ խափանելու նպատակով: Անհրաժեշտ են նաև տուբերկուլոզի բակտերիաների հայտնաբերման բարձր զգայնության մեթոդներ, քանի որ ՄԻԱՎ-ով զուգորդվող վարակիչ տուբերկուլոզ ունեցող պացիենտների խորխում բակտերիայի կուտակումները ցածր են:

- ▶ Հաշվի առնելով, որ ՄԻԱՎ-ով վարակումը շատ հաճախ ուղեկցվում է տուբերկուլոզով, ինչպես նաև կրկնակի համաճարակի վերաբերյալ WHO քաղաքականությանը համաձայն¹⁰՝ հարկավոր է ակտիվացնել տուբերկուլոզ ունեցող պացիենտների շրջանում ՄԻԱՎ պացիենտների հայտնաբերումը և հայտնաբերված ՄԻԱՎ վարակակիր պացիենտների մոտ տուբերկուլոզի ախտորոշումը: Քանի որ տուբերկուլոզը երկարատև պատմություն ունի, շատ երկրներ և բանտային համակարգեր ապակենտրոնացրել են տուբերկուլոզային հաստատությունները, մինչդեռ ՄԻԱՎ ծառայությունների մեծամասնությունը կենտրոնացված է: Կրկնակի համաճարակի խնդիրը լուծելու համար խստիվ հանձնարարելի է, որ ազատ հասարակությունում և բանտերում առկա տուբերկուլոզային հաստատությունների անձնակազմը պետք է վերապատրաստում անցնի, որպեսզի կարողանա դասընթացներ վարել ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի թեմաներով, հետազոտություններ անցկացնի իրենց տուբերկուլոզային պացիենտների մոտ ՄԻԱՎ-ի հայտնաբերման նպատակով, և հետազոտության դրական արդյունքների դեպքում հնարավորինս վաղ սկսի կոտրինոքսազոլային կանխարգելում և ուղղորդի հակառետրովիրուսային (ARV) բուժման:
- ▶ Նմանապես՝ անհրաժեշտ է ակտիվացնել հայտնաբերված ՄԻԱՎ պացիենտների համար տուբերկուլոզի կանխարգելման

10. WHO քաղաքականությունը համագործակցված փութերկուլոզ/ՄԻԱՎ գործողությունների վերաբերյալ. Ուղենիշներ ազգային ծրագրերի և շահագրգիռ այլ կողմերի համար (Ժնև 2012 թ.):

վերաբերյալ դասընթացները, տուբերկուլոզով վարակման վերահսկողությունը և տուբերկուլոզով հիվանդացության դեպքերի բացահայտումը: Տուբերկուլոզով վարակվածի և/կամ լատենտային տուբերկուլոզի վարակակրի հետ շփված անձանց համար խորհուրդ է տրվում իրականացնել կանխարգելիչ իզոնիազիդային (INH) բուժում (եթե INH-ին հակազդող տուբերկուլոզային բակտերիաների տարածվածությունը մեծ չէ): Այն ՄԻԱՎ պացիենտները, ում մոտ ախտորոշվել է տուբերկուլոզ հիվանդությունը, պետք է անհապաղ սկսեն տուբերկուլոզային բուժումը՝ դեղորայքի նկատմամբ զգայնության ստուգման արդյունքների հիման վրա:

Պացիենտի մակարդակով իրականացվող նման քաղաքականությունը պետք է ներառվի միջազգային, ազգային, տարածաշրջանային և ինստիտուցիոնալ մակարդակներում համակցված ՄԻԱՎ և տուբերկուլոզային ծրագրերի հսկողության, պլանավորման, ֆինանսավորման և մոնիթորինգի համակարգված և գործակցային ռազմավարության մեջ: Ազգային տուբերկուլոզային ծրագրերը և ազգային ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ծրագրերը պետք է սերտորեն կապակցված լինեն, իսկ բանտերը, որոնցում կրկնակի համաճարակի հիվանդություններն առավել տարածված են, քան ազատ հասարակությունում, պետք է ներառվեն ազգային ծրագրերում և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և տուբերկուլոզի վերաբերյալ նախաձեռնություններում¹¹:

11. Նույն աղբյուրում:

Գլուխ 5.

Հոգեներգործուն դեղամիջոցները և թմրանյութային կախվածություն ունեցող բանտարկյալների բժշկական վարումը

5.1. Հոգեներգործուն դեղամիջոցներ

Պատմության մեջ չի եղել որևէ մշակույթ, որում հոգեներգործուն դեղամիջոցներ գոյություն չեն ունեցել: Դրանք գործածվել են երեք եղանակով՝ կրոնական կամ ծիսական արարողությունների ժամանակ, որպես դեղորայք և որպես «զվարճանքի միջոց»:

Հին մշակույթներում հոգեներգործուն դեղամիջոցները ճանաչել և դրանք տիրապետել թույլատրվում էր միայն ընտրյալ անձանց՝ քահանաներին, շամաններին և բժիշկներին (հաճախ այս երեքը նույն անձն էր հանդիսանում), ովքեր զորեղ դիրքեր էին զբաղեցնում հասարակությունում: Ոչ արտոնյալ անձանց կողմից հոգեներգործուն դեղամիջոցներ ունենալը կամ գործածելը զանցանք էր համարվում և պատժվում էր հզորների կողմից: Դրանով է մասամբ բացատրվում հոգեներգործուն դեղամիջոցների կանոնակարգման և դեղամիջոցների համար գործածվող «թույլատրելի/անթույլատրելի» կամ «օրինական/անօրինական» տերմինների նախապատմությունը:

Բժշկական և սոցիոլոգիական տեսանկյունից հոգեներգործուն ցանկացած նյութի գործածումը վտանգ է ենթադրում անձի առողջության և հասարակության համար: Հետևաբար անհրաժեշտ են կանոնակարգեր, որոնցով հաշվի կառնվեն ռիսկերը: Ներկայումս

սոցիալական առումով և իրավաբանորեն որպես զվարճանքի միջոց ընդունված հոգեներգործուն դեղամիջոցները, ասենք՝ ծխախոտն ու ալկոհոլը, ևս ենթակա են որոշակի կանոնակարգման (ճանապարհին մեքենա վարելիս, աշխատավայրում, անչափահասների պարագայում): Սակայն, ելնելով 20-րդ դարում հոգեներգործուն դեղամիջոցների արտադրության, վաճառքի, փոխադրման և զվարճանքի նպատակներով սպառման զանգվածային աճից, Հոգեներգործուն դեղամիջոցների վերաբերյալ ՄԱԿ-ի կոնվենցիաներով՝ սահմանվեց խստիվ արգելիչ մոտեցումը (կանոնակարգող մոտեցման փոխարեն)՝ որպես անթույլատրելի ճանաչված հոգեներգործուն նյութերի ոչբժշկական կիրառման նկատմամբ: Նույնն արվել է նաև հոգեներգործուն դեղամիջոցների վերաբերյալ շատ երկրների ներպետական օրենսդրություններում: Արդյունքում թմրամիջոցների գործածումն արգելիչ օրենքների խախտման համար նշանակվող պատիժների, հետևաբար նաև ազատազրկման մակարդակը 1960-ական թվականներից շատ երկրներում էապես ավելացավ, սակայն չհաջողվեց հասնել լիակատար հսկողության անթույլատրելի թմրանյութերի սև շուկայի, դրանում առկա բնության, ամենաթողության և զարգացումների նկատմամբ: Հիմա արդեն պարզ է դարձել, որ այս մոտեցումը որևէ հաջողության չի հանգեցրել «թմրանյութերի դեմ պատերազմում», և որ հարկավոր է մշակել թմրանյութերի կանոնակարգման այլ մոդելներ, որոնք կհաջորդեն արգելքների ժամանակահատվածին²:

Սոցիալական տեսակետից ընդունելի («թույլատրելի») հոգեներգործուն դեղամիջոցների (ծխախոտ, ալկոհոլ, կոֆեին, որոշ երկրներում՝ խաթ, բեթելային արմավենու պտուղներ և այլ նյութեր) և անթույլատրելի թմրանյութերի (օփիում, կոկաին, ամֆետամինի ածանցյալներ, կանեփ, հալյուցինոգեն դեղամիջոց, բենզոդիազեպին և այլ) ցանկը, պարզ է դառնում, որ՝

1. Թմրամիջոցների մասին ՄԱԿ-ի միասնական կոնվենցիա (1961 թ.), Հոգեներգործուն նյութերի մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիա (1971 թ.), Թմրամիջոցների և հոգեներգործուն նյութերի ապօրինի փոխադրման մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիա (1988 թ.):
2. Վերափոխված թմրանյութային քաղաքականության հիմնադրամ. *Թմրանյութային պատերազմից հետո. կանոնակարգի նախագիծ* (Բրիստոլ, 2009 թ.):

- ▶ հոգեներգործուն դեղամիջոցների սոցիալական և իրավական ընդունելիությունը տարբեր է եղել պատմականորեն (1930-ականներին ԱՄՆ-ում ակոհոլի արգելումը) և աշխարհագրորեն (կանեփի վաճառքը Հոլանդիայում, խաթն ընդունված է եմենում, սակայն հարևան Սաուդյան Արաբիայում՝ ոչ)։
- ▶ հոգեներգործուն դեղամիջոցների սոցիալական և իրավական ընդունելիությունը կախված չէ դրա առողջապահական վտանգների մեծությամբ։ Ալկոհոլի և ծխախոտի վտանգավորությունն անհատների և հասարակության առողջության վրա և հիվանդությունների գլոբալ բեռի մեջ դրանց զբաղեցրած տեղը շատ ավելի զգալի է, քան հոգեներգործուն այլ նյութերի հետ կապված առողջապահական ռիսկերը³։

Հոգեներգործուն դեղամիջոցները, ընդհանուր առմամբ, դասակարգվում են ըստ իրենց քիմիական կառուցվածքի և/կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա դրանց ազդեցության, ընդ որում՝ տարատեսակները երբեմն համընկնում են։ Էթիլային սպիրտը, ծխախոտի նիկոտինը, կոֆեինը, սեդատիվ և հիպնոտիկ նյութերը, կանեփանմանները, օպիատներն ու օփիոիդները, կոկաինը, ամֆետամիններն ու դրա ածանցյալները, հալյուցինոգեններն ու ցնդող նյութերը։ Բացառությամբ կոֆեինի՝ վերը նշված նյութերի բոլոր խմբերի պարբերական կիրառումը կապված է առողջությամբ սպառնացող բացասական հետևանքների և զարգացող կախվածության ռիսկի հետ։ Բացի այդ, եվրոպական սև շուկայում նոր սինթետիկ հոգեներգործուն նյութերի առաջացումը, որպես ահագնացող երևույթ, էական մտահոգության առիթ է⁴։

Բոլոր այդ նյութերը գործում են կենտրոնական նյարդային համակարգի հատուկ՝ նեյրոհաղորդիչները մոբիլիզացնող ռեցեպտորների հետ կապակցվելով, որոնք, իրենց հերթին, խթանում կամ զսպում են նեյրոնային ակտիվությունը սինափսային հանգույցների տարբեր բարդ բիոքիմիական և էլեկտրաֆիզիոլոգիական դրսևորումները։ Հոգեներգործուն նյութերի բազմակի կիրառման դեպքում

3. WHO, *Հոգեներգործուն նյութերի գործածության նեյրոգիտական հիմունքները և կախվածությունն այդ նյութերից* (Ժնև, 2004 թ.)։

4. EMCDDA, Լրատվական գործակալությունների տեղեկություններով՝ ԵՄ-ում ի հայտ են գալիս նոր թմրանյութեր՝ մոտավոր հաշվարկով՝ շաբաթական մեկ տեսակ։ Նորությունների թողարկում թիվ 2/2012 (26 ապրիլի, 2012 թ.)։

ռեցեպտորների գերկարգավորումը և (թմրանյութի քայքայման համար անհրաժեշտ) ֆերմենտների արտադրության ավելացումը ձևավորում է հարմարվողականության կենսաքիմիական հիմքերը:

Նեյրոգիտությունը և գլխուղեղի գործունեության վիզուալիզացիայի ժամանակակից տեխնոլոգիաները ցույց են տալիս, որ ուղեղի երեք հատվածները գերակա դերակատարություն ունեն հոգե-ներգործուն նյութերին հակազդելու և կախվածության առաջացման հարցում. վենտրալ սեզմենտալ հատվածը, մեզոլիմբիկ դոպամինային համակարգը և գլխուղեղի կեղևը:

Բոլոր հոգեներգործուն նյութերը նույն ներգործությունն են ունենում՝ առաջացնելով բավարարվածության զգացողություն և ազդելով ուղեղի նույն հատվածների վրա, որոնք պատասխանատու են կենսական գործունեության, օրինակ՝ սնվելու և վերարտադրվելու համար: Չափվել է, որ մեզոլիմբիկ դոպամինային համակարգում դոպամինի ավելացումը, բիոքիմիական արձագանքը անակնկալ գրգռիչներին ավելի բարձր է հոգեներգործուն նյութերի, քան բնական գրգռիչների, օրինակ՝ սննդի ընդունման պարագայում: Մեզոլիմբիկ դոպամինային համակարգը նաև խոշոր դեր է կատարում հուզական մոտիվացիայի և սովորելու գործընթացում. մի մեխանիզմ, որը կեղևային (սենսորային) և լիմբիկ (հուզական) պրոյեկցիայի նեյրոնալ վերակազմակերպման՝ «սինապսային ճկունության» հետ միասին կարող է ձևավորել կախվածության կենսավարքագծային հիմքերը⁵:

5.2. Թմրանյութային կապվածությունը և կախվածությունը

Չնայած նեյրոգիտական հետազոտություններում նկարագրվող կենսաբանական նման ռեակցիաներին՝ հոգեներգործուն դեղամիջոցներ գործածող բոլոր անձինք չէ, որ հոգեներգործուն նյութերին կապվածություն կամ դրանցից կախվածություն են ձեռք բերում: «Կախվածություն» տերմինը, ընդհանուր առմամբ, վերաբերում է անդիմադրելի ցանկության հետ կապված վարքագծին, ընդ որում՝

5. WHO, Հոգեներգործուն նյութերի գործածության նեյրոգիտական հիմունքները և կախվածությունն այդ նյութերից (Ժնև, 2004 թ.):

ոչ միայն թմրանյութերի կամ այլ նյութերի, այլև, օրինակ, խաղամոլության առումով:

Կապվածությունը

Նյութի քիմիական կազմությունից և ուղեղում դրա կենսաբանական ռեակցիաներից բացի, կան մի շարք գործոններ, որոնք խթանում են թմրանյութերին կապվածությունը կամ թմրանյութային կախվածությունը.

- ▶ Թմրանյութի տեսակը, դրա մատչելիությունը, գործածման դոզան, հաճախականությունը, տևողությունը, կիրառման եղանակը կարող են կարևոր նշանակություն ունենալ:
- ▶ Թմրանյութ գործածողի մոտ ինքնության խանգարման զարգացումը կարող է հիմնավոր ազդեցություն ունենալ թմրանյութային կախվածության հավանականության վրա: Էգոյի անբավարար զարգացումը, այնուհետ նաև սուպեր-էգոյի թույլ վերահսկողությունը անձնական ինքնությունության անբավարարության դրսևորումներ են, ինչը հանգեցնում է հակադրությունից խուսափելու և փոխարինող լուծումների դիմելու վարքագծի, ինչպիսին է թմրանյութերի գործածումը: Անձնային խանգարումները, որոնք հաճախ հայտնաբերվում են թմրանյութային կախվածություն ունեցող պացիենտների մոտ, մանուկ հասակում բնությունների ենթարկված լինելու հանգամանքը կարող են նպաստել թմրանյութերի և այլ նյութերի չարաշահումների զարգացմանը:
- ▶ Հոգեբուժական բնույթի այլ հարակից հիվանդությունները, ինչպիսիք են երկբևեռ խանգարումներն ու շիզոֆրենիան, հաճախ ուղեկցում են թմրանյութերի գործածությանն ու կապվածությամբ, և կարող են մեծ ազդեցություն ունենալ թմրանյութային կապվածության զարգացման վրա: Հայտնի է, որ հոգեկան հիվանդություններին ու թմրանյութային կապվածությամբ բնորոշ են մեզոլիմբիկ դոպամինային համակարգի ֆունկցիայի խանգարումները:
- ▶ Ցածր կրթական մակարդակը, սոցիալական և անձնական բնույթի զրկանքները, սոցիալական մեկուսացումը, գործազրկությունը, հեռանկարի բացակայությունը և այս բացասական

պայմանները հաղթահարելու անկարողությունը (հատկապես երիտասարդների պարագայում) մարդկանց զգայուն են դարձնում թմրանյութերի հետ կապվածության հարցում:

- ▶ Մեկ այլ գործոն կարող է լինել սոցիալական միջավայրը, այն է՝ մշակույթը, որը կոչում ենք թմրանյութ գործածողների «ենթամշակույթ»՝ իր վարքագծային կանոններով և արարողություններով:
- ▶ Ավելանում են վկայություններն այն մասին, որ գենետիկ գործոնները էական ազդեցություն ունեն թմրանյութերին կապվածության զարգացման վրա⁶:

Հետևաբար, թմրանյութերին կապվածությունը բազմաթիվ գործոններից բաղկացած խանգարում է, որն առաջանում է անհատական, հոգեբանական, սոցիալական և նեյրոկենսաբանական գործոնների փոխազդեցությունից, և որը հոգեներգործուն դեղամիջոցների գործածման հակումներ ունեցող անձին խոցելի է դարձնում ուղեղի՝ թմրանյութերին կապվածության համար պատասխանատու հատվածների տևական նեյրոֆիզիոլոգիական խանգարումների զարգացման նկատմամբ, և որը դժվարացնում է կարճ ժամկետում թմրանյութերի գործածության դադարեցումը: Ուղեղի այս տևական խանգարումների բերումով թմրանյութերին կապվածությունը համարվում է քրոնիկական հիվանդություն, և ինչպես մյուս քրոնիկական հիվանդությունները՝ դիաբետը և հիպերտենզիան, ուղեկցվում են երկարատև բուժմամբ և հիվանդության հաճախակի ռեցիդիվով. այն կարելի է բուժել, սակայն կարճ ժամկետում դրանից ազատվել գրեթե հնարավոր չէ:

Կախվածությունը

Կախվածությունը բնութագրվում է (ոչ թե սահմանվում) որպես «ուշադրության համակարգի մոնոպոլիզացիա՝ կախվածություն հարուցող խթանիչների միջոցով» կամ «անդիմադրելի ցանկության տևական վարքագիծ՝ դրա բացասական վնասակար և սոցիալական հետևանքների գիտակցմամբ»: Ի հակառակ դրա՝ գոյություն ունեն թմրանյութային կապվածության ախտորոշման միանգամայն

6. WHO, *Հոգեներգործուն նյութերի գործածության նեյրոգիքական հիմունքները և կախվածությունն այդ նյութերից* (Ժնև, 2004 թ.):

հստակ չափանիշներ: Համաձայն Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման թիվ 10 տարբերակի (ICD-10)⁷ թմրանյութային կապվածության ախտորոշումը պետք է կատարվի, եթե առկա է հետևյալ բաղադրիչներից երեքը⁷.

- ▶ թմրանյութն ընդունելու ուժեղ կամ անդիմադրելի ցանկություն,
- ▶ թմրանյութեր ընդունելու վարքագծի հսկողության հետ կապված բարդություններ՝ գործածումն սկսելու, դադարեցնելու կամ գործածման աստիճանի առնչությամբ,
- ▶ ֆիզիոլոգիական դադարեցման վիճակը, երբ թմրանյութի գործածումը դադարեցվել կամ նվազեցվել է, ինչի մասին վկայում են թմրանյութի գործածումը դադարեցնելուն բնորոշ դրսևորումները,
- ▶ հարմարվողականության դրսևորումներ, ինչպիսիք են, օրինակ, այն դեպքերը, երբ նախկինում հոգեներգործուն նյութի փոքր դոզայից ստացվող վիճակին համարժեք վիճակի հասնելու համար ավելի մեծ դոզա է պահանջվում,
- ▶ հաճույքի այլընտրանքային աղբյուրների և այլընտրանքային հետաքրքրությունների ավելի ու ավելի անտեսում՝ հոգեներգործուն նյութերի գործածման հետևանքով, այդ նյութերի գործածման կամ դրա հետևանքներից ազատվելու համար անհրաժեշտ ավելի շատ ժամանակ,
- ▶ թմրանյութերի գործածման շարունակում՝ անկախ դրա ակնհայտ կործանարար հետևանքներից:

Հոգեկան խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրության ձեռնարկում (DSM-IV) տեղ գտած ախտորոշման չափանիշները, ըստ էության, նույնն են, բացառությամբ լրացուցիչ այս դրույթի. «շարունակական ցանկություն կամ թմրանյութերի և այլ նյութերի գործածումը դադարեցնելու կամ վերահսկելու անհաջող ջանքեր»⁸:

7. WHO, ICD-10 (Ժնև, 2010 թ.):

8. Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, *Հոգեկան խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրության ձեռնարկ* (Վաշինգթոն DC, 1994 թ.):

Վնասակար հետևանքները

Հոգեներգործուն նյութերին կապվածության վնասակար առողջական հետևանքներից են բուն թմրանյութի սուր և քրոնիկական թունային ներգործությունը, պատահական կամ ինքնասպանության դրդումներով կատարվող գերդոզավորումը, ինտոքսիկացիան, ճանապարհային պատահարները և քրոնիկական տոքսիկացիայի վիճակը, հիմնականում՝ ալկոհոլի և ծխախոտի գործածման, երբեմն նաև թմրանյութերի այլ խմբերով պայմանավորված քրոնիկական նեյրոհոգեբուժական հատկությունների հետևանքով: Առողջական բնույթի այլ վնասակար հետևանքներն առնչվում են աղքատությանն ու կենսակերպին՝ թերսնուցմանը, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդություններին, տուբերկուլոզին և ատամնաբուժական խնդիրներին, թմրանյութի գործածման եղանակներին, օրինակ՝ ներերակային ներարկումների ժամանակ արյան միջոցով փոխանցվող վարակները՝ ՄԻԱՎ/հեպատիտ B և C, բակտերիալ սեպտիցեմիա, թոքերի աբսցես, էնդոկարդիտը և այլն, կամ քթի լորձաթաղանթի քայքայումը կոկային շնչողների մոտ և այլն:

Թմրանյութերին կապվածություն ունեցողների անդիմադրելի ձգտումից օգտվում է թմրանյութերի շուկան, ընդ որում՝ թե՛ օրինական նյութերի (ալկոհոլ, ծխախոտ), թե՛ առավել ևս, անօրինական, վնասակար սոցիալական հետևանքներ ունեցող թմրանյութերի սև շուկան: Հոգեներգործուն նյութերի անօրինականությունը միանշանակ բխում է վաճառողների և տարածողների շահերից, քանի որ այդ գործի գերշահավետությունը վաճառողներին և տարածողներին թույլ է տալիս արագորեն խոշոր գումար աշխատել և կառավարել թմրանյութերին կապվածություն ունեցող անձանց, ովքեր արդեն իսկ սոցիալապես ծանր վիճակում են, պարտքեր ունեն, ապրում են աղքատության և մեկուսացվածության մեջ, ներգրավված են մարմնավաճառության կամ հանցագործությունների մեջ կամ գտնվում են բանտում:

Ելնելով թմրանյութային կապվածության այս բացասական հետևանքներից և շատ հասարակություններում թմրանյութերին կապվածություն ունեցող պացիենտների թվի ավելացող աճից, չնայած «թմրանյութերի դեմ պատերազմին» և այդ խանգարման

քրոնիկական բնույթին, հարկավոր է ընդգծել վնասի նվազեցման միջոցառումների կարևորությունը, ինչպես նշված է բանտերում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի տարածումը կանխելու մասին փաստաթղթի 3-րդ գլխում:

5.3. Թմրանյութային կախվածություն ունեցող բանտարկյալների բժշկական վարումը

Ինչպես արդեն նշվել է (տե՛ս «Համաճարակաբանական վիճակի նկարագրությունը»), բանտարկյալների մինչև 30%-ը նախկինում թմրանյութերի հետ կապված խնդիրներ ունեցել է և/կամ ներարկել է թմրանյութեր, և կարելի է ասել, որ նրանց մեծամասնությունը համապատասխանում է թմրանյութերին կապվածության կամ կախվածության ախտորոշման չափանիշներին: Նրանց առողջապահական կարիքները բավարարելու նպատակով բանտի առողջապահական ոլորտի մասնագետները պետք է բանտ ընդունման պահին ի հայտ բերեն նրանց, իրազեկ լինեն այս անձանց հետ պատահող հնարավոր արտակարգ իրավիճակներին, պատշաճ ուշադրություն դարձնեն բանտում նրանց առանձնակի խոցելիությանը, փնտրեն բանտում վնասի նվազեցման միջոցառումների հնարավորություններ, տրամադրեն պատշաճ բուժում թմրանյութերին կապվածությունից և ժամանակին կազմակերպեն նրանց խնամքը ազատվելուց հետո:

Առողջապահության ոլորտ մասնագետների կողմից ընդունման պահին կատարվող հետազոտության արդյունքում թմրանյութերին կապվածություն ունեցող իրավախախտների վաղ հայտնաբերումն առանձնակի կարևորություն ունի՝ բուժման, գործածումը դադարեցնելու հետ կապված սինդրոմների և ինքնասպանության ռիսկի գնահատման առումով. խնդիրներ, որ սովորաբար ի հայտ են գալիս բանտարկությունից անմիջապես հետո: Բացի այդ, ինչպես նշվել է ընդունման պահին բժշկական հետազոտության վերաբերյալ գլխում, պետք է օգտվել այդ հնարավորությունից՝ թմրանյութային կապվածություն ունեցող իրավախախտներին արյան միջոցով փոխանցվող վարակների մասին տեղեկատվություն և ուսուցում տրամադրելու համար և նրանց հրավիրել մասնակցելու կամավոր

գաղտնի խորհրդատվությանը և ՄԻԱՎ-ի և վիրուսային հեպատիտի հետ կապված հետազոտություններին:

Թմրանյութերին կապվածությունն ունեցող անձանց հետ կապված բժշկական արտակարգ իրավիճակներից են դադարեցման հետ կապված սուր իրադրությունը և սուր թմրանյութային ինտոքսիկացիան, որը ևս պատահում է բանտերում: Դադարեցման (հատկապես ալկոհոլի և բենզոդիազեպինի, որոշ դեպքերում՝ նաև օփիատի) սինդրոմները կարող են սպառնալ կյանքին, ուստի անհրաժեշտ է ինտենսիվ խնամք և բուժում իրականացնել: Եթե բանտի առողջապահական թիմը նման դեպքերի հետ աշխատանքի պատշաճ փորձառություն և/կամ հնարավորություններ չունի, հարկավոր է կազմակերպել ժամանակին փոխադրումը համապատասխան հիվանդանոցային բաժանմունք, հակառակ դեպքում խախտվում է բանտարկյալի՝ պատշաճ բուժման մարդկային իրավունքը⁹: Այս առումով պետք է հիշել, որ օփիատի գործածումը դադարեցնելու ամենաժամանակակից բուժումը օփիոիդային դետոքսիկացիան է, իսկ «սառը դադարեցումը»՝ դադարեցումն առանց համապատասխան բժշկական միջամտության, պետք է համարվի վատ վերաբերմունք: Բանտի առողջապահական թիմի շտապօգնության արկղիկը պետք է պատշաճ համալրված լինի և վերակենդանացման ընդհանուր սարքավորումից բացի, ներառի նաև նալոքսոն և դետոքսիկացիոն դեղորայք:

Խոցելիությունը

Թմրանյութերին կապվածությունն ունեցող իրավախախտները դասվում են խոցելի բանտարկյալների խմբին, քանի որ նրանք ցածր տեղ են զբաղեցնում բանտարկյալների աստիճանակարգում և կանխակալ վերաբերմունքի են արժանանում թե՛ այլ բանտարկյալների և կրթության ցածր մակարդակ ունեցող անձնակազմի կողմից: Անձնակազմին պետք է սովորեցնել, որ թմրանյութերից կամ այլ նյութերից կախվածությունը կամքի ուժի բացակայության կամ բնավորության խնդիր չէ, այլ քրոնիկական բժշկական խանգարում, որը հաճախ կապված է հոգեկան այլ խանգարումների հետ:

9. McGlinchey-ն և այլք ընդդեմ Միացյալ Թագավորության 50390/99:

Թմրանյութերին կապվածություն ունեցող իրավախախտների կախվածությունը և թմրանյութերի որոնմանն ուղղված պահվածքը նրանց խոցելի է դարձնում բռնությունների, սեռական բնույթի և այլ հարկադրանքի նկատմամբ (օրինակ, երբ նրանց ստիպում են հրաժարվել օփիատային բուժման կապակցությամբ նշանակված դեղորայքից): Բանտում դեղորայք ձեռք բերելու փորձերի հետևանքով նրանք կարող են խրվել պարտքերի մեջ՝ դրանից բխող վտանգներով, ներքաշվել կոռուպցիոն և բռնության մեջ: Համաձայն ԽԿԿ չափորոշիչների՝ բանտի առողջապահական մասնագետների խնդիրներից մեկը նրանց մարդասիրական օգնություն ցուցաբերելն է, հատկապես խոցելի բանտարկյալների պարագայում¹⁰: Չափորոշիչներում նաև առաջարկություններ կան բժշկական գաղտնիության պայմաններում պաշտպանության և փոխադրման վերաբերյալ:

Վնասի նվազեցման միջոցառումներ

Փորձը ցույց է տալիս, որ թմրանյութային կապվածություն ունեցող իրավախախտները բանտում շարունակում են իրենց ռիսկային վարքագիծը, և եթե բանտում վնասի նվազեցման միջոցառումներ առկա չեն, նրանք վերսկսում նախաձեռնում են այն վարքը, որը հղի է արյան միջոցով վարակների փոխանցման վտանգով: Այդ պատճառով բանտում վնասի նվազեցման միջոցառումները բժշկական և էթիկական նկատառումներով չափազանց կարևոր են համարվում: Վնասի հատուցման հիմնավորումը, գաղափարը և միջոցառումները մանրամասն նկարագրված են ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և հեպատիտ B-ի և C-ի տարածումը կանխելու մասին փաստաթղթի 3-րդ գլխում:

Բուժումը

Թեև թմրանյութային կապվածություն ունեցող իրավախախտների դեպքում կարևոր է հնարավորինս կիրառել ազատագրկման այլընտրանքներ, բանտարկության ընթացքում կարող է և պետք է կիրառվի հարկադիր կայունացումը՝ առաջարկելով բուժում, որը մինչ այդ հասանելի չի եղել նրանց համար՝ կապված նրանց քառասային կյանքի հետ:

10. CPT չափորոշիչներ, 2002 թ. (2011 թ. վերանայված տարբերակ):

Բարեհաջող բուժման համար անհրաժեշտ է պացիենտի լիարժեք համագործակցությունը: Մտավոր լիարժեք կարողություններով թմրանյութային կապվածություն ունեցող պացիենտների հարկադիր բուժումը թեև գերակշռում է մի շարք երկրների քրեական օրենսդրությունում, այն բժշկական և էթիկական տեսանկյունից, մեղմ ասած, միանշանակ ընդունելի չէ: Թմրանյութային կախվածությունը կրկնվելու հակում ունեցող քրոնիկական հիվանդություն է, որը, ինչպես և ցանկացած այլ քրոնիկական հիվանդություն, երկարատև բուժման կարիք ունի:

Ինչպես նկարագրվել է վերը, թմրանյութային կապվածություն ունեցող պացիենտների մեծամասնությունը տառապում է լրացուցիչ հոգեկան հիվանդություններով, որոնք պետք է պատշաճ ախտորոշվեն և բուժվեն: Միանշանակ է, որ հարակից դեպրեսիվ և շիզոֆրենիկ խանգարումների դեղորայքային բուժումն արդյունավետ է թմրանյութային և այլ կապվածության բուժման ժամանակ¹¹: Հոգեբուժական այլ վիճակների դեղորայքային բուժման համար բանտում բենզոդիազեպինի նշանակումը պետք է կատարվի մեծ զգուշավորությամբ, իսկ դրանց ընդունումը պետք է կատարվի տեսողական հսկողության պայմաններում, քանի որ բարձր է դրանց ընդունումից խուսափելու ռիսկը, ինչպես և օփիոիդային բուժման ժամանակ նշանակված դեղամիջոցների պարագայում:

Քանի որ օփիատային կախվածությունից հրաժարվելու հետ կապված բուժական նպատակներին կարճ ժամկետում հասնել գրեթե հնարավոր չէ, ներկայումս ընդունված բուժումներն սկսել են հրաժարման ռազմավարություններից անցում կատարել թմրանյութերի գործածման հետ զուգորդված վնասի նվազեցման բուժումներին, որոնցով փորձ է արվում կայունացնել թմրանյութային կապվածություն ունեցող պացիենտի հոգեւոցիալական դրությունը, կրճատել հանցավոր վարքը, պահպանել պացիենտի կյանքը և թերապևտիկ առումով նվազեցնել վնասակար առողջական հետևանքները: Սրան լավագույնս կարելի է հասնել օփիոիդային փոխարինիչների օրալ կիրառման զուգակցությամբ:

11. WHO, *Հոգեներգործուն նյութերի գործածման և կախվածության նեյրոգիյական հիմունքները* (Ժնև, 2004 թ.):

Թմրանյութային և այլ կախվածության՝ բազմաթիվ գործոններից բաղկացած էթիոլոգիայի, կան բազմաթիվ հոգեբանական և հոգեսոցիալական բուժման գաղափարներ, որոնց հիմքում ընկած են փսիխոանալիզի տարբեր տեխնոլոգիաներ, ինչպիսիք են՝ Գեշտալտի թերապիան, կոգնիտիվ վարքագծային թերապիաները՝ արտակարգ իրավիճակների կառավարումը, հիվանդության կրկնության կանխարգելումը և մոտիվացիայի ամրապնդման տեխնոլոգիաները: Յուրաքանչյուր բանտում հոգեբանական բուժման լավագույն հնարավոր ռազմավարության ընտրությունը, անշուշտ, կախված կլինի առողջապահական թիմի փորձառությունից և գերակշռող ռեսուրսներից:

Խնամքն ազատվելուց հետո

Ազատվելուց հետո համայնքում աջակցություն ստանալու նախապատրաստումն ու կազմակերպումը կարևոր են ցանկացած բանտարկյալի համար, իսկ թմրանյութային կապվածություն ունեցող իրավախախտների համար դա կենսական կարևորություն ունի: Ազատվելուց հետո մահացությունը թմրանյութ գործածողների շրջանում ողջ աշխարհում ծայրահեղ բարձր է, հատկապես ազատվելուն հաջորդող առաջին երկու շաբաթվա ընթացքում: Թմրանյութ գործածողների մեծ մասը մահացել է գերդոզավորման հետևանքով առաջացած թմրանյութային ինտոքսիկացիայից, ինչի պատճառը բանտարկության ընթացքում թմրանյութերի բացակայության կամ նվազ հասանելիության արդյունքում ձևավորված օփիատային հարմարվողականության նվազեցումն է: Օփիոիդային փոխարինիչներով բուժումն ապացուցել է այս ռիսկի էական նվազեցումը¹²: Հետևաբար, ազատվելուց հետո համայնքում աջակցություն կազմակերպելուց բացի (կացարանային ապահովություն, ֆինանսավորում, ընտանեկան խնդիրներ, կրթություն, աշխատանք և հետագա հոգեբանական աջակցություն)¹³, խիստ անհրաժեշտ է կազմակերպել ուսուցում՝ նվազեցված հարմարվողականության հետևանքով

12. WHO եվրոպա, *Ազատվելուց անմիջապես հետո թմրամոլ դադարապարտյալների բարձր մահացության կանխարգելումը* (Ժնև, 2010 թ.):

13. Բուժօգնության անընդհատության ապահովումը գործակցության միջոցով: Թմրանյութերի օգտագործման հետ կապված խնդիրներ ունեցող բանտարկյալների համար բժշկական ծառայությունների անընդհատությունը:

գերդոզավորման ռիսկերի, իսկ օփիատային կախվածություն ունեցող իրավախախտների դեպքում՝ բանտից ազատվելուց հետո օփիատային փոխարինիչներով բուժումը շարունակելու կարևորության վերաբերյալ:

գործիքների հավաքածու, ed. M. MacDonald et al., Եվրոպական հանձնաժողով (Բրյուսել, 2012 թ.):

Ինտերնետային հղումների ցանկ

Ամերիկյան հոգեբուժական ասոցիացիա, Հոգեկան խանգարումների ախտորոշման և վիճակագրության ձեռնարկ (DSM) (American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)).

www.psychiatry.org/practice/dsm

«Տուբերկուլոզի և ռիֆամպիցինի նկատմամբ հակազդեցության կայծակնային մոլեկուլյար հայտնաբերումը»

(Boehme C. C., Nabeta P., Hillemann D. et al: Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampicin resistance. N Engl J Med 363 (2010), 1005-15).

www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0907847

CDC (Հիվանդությունների հսկողության և կանխարգելման կենտրոններ). Ներարկիչների վարակազերծումը թմրանյութ գործածողների համար, 2004 թ.

(CDC (Centers for Disease Control and Prevention): Syringe disinfection for injection drug users, 2004).

www.cdc.gov/idu/facts/disinfection.pdf

CDC, MMWR (7-ը հուլիսի, 2006 թ.), Տուբերկուլոզի կանխարգելումը
և հսկողությունը ուղղիչ և բանտային հաստատություններում,
CDC հանձնարարականներ

(CDC, MMWR (7 July 2006): Prevention and control of tuberculosis in
correctional and detention facilities: Recommendations from CDC).
www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5509a1/htm

Բանտերում առողջապահության էթիկական և կազմակերպական
հարցերի վերաբերյալ Նախարարների կոմիտեի թիվ R(1998)7
հանձնարարական.

(CM Recommendation R (1998) 7 on the Ethical and Organisational As-
pects of Health Care in Prison).

[https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(98\)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(98)7&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383)

ՆԿ հանձնարարական Rec(2006)2 Եվրոպական բանտային կա-
նոնների վերաբերյալ

(CM Recommendation Rec(2006)2 on the European Prison Rules).

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>

ԽԿԿ տվյալների շտեմարան

(CPT Database).

www.cpt.coe.int/en/database.htm

ԽԿԿ չափորոշիչներ (2002 թ., 2011 թ. վերանայված տարբերակ)

(CPT Standards (2002, rev. 2011)).

www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf

EMCDDA (Թմրանյութերի և թմրանյութային կախվածության հար-
ցերով Եվրոպական մոնիթորինգային կենտրոն)

(EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)).

www.emcdda.europa.eu/topics/hepatitis

EMCDDA 2010.

www.emcdda.europa.eu/stats10/hsrtab9

EMCDDA 2012 թ., Լրատվական գործակալությունների տեղեկություններով՝ ԵՄ-ում ի հայտ են գալիս նոր թմրանյութեր՝ մոտավոր հաշվարկով՝ շաբաթական մեկ տեսակ

(EMCDDA 2012: New drugs detected in the EU at the rate of around one per week, say agencies).

www.emcdda.europa.eu/news/2012/2

EMCDDA, Ազատագրկման այլընտրանքները, Թմրանյութ գործածողների շրջանում հանցավորության խնդիրների թիրախավորումը Եվրամիությունում, 2005 թ.

(EMCDDA: Alternatives to imprisonment – targeting offending problem drug users in the EU 2005).

www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34889EN.html

EMCDDA, Լավագույն փորձի օրինակներ: Թմրանյութերից զերծ գոտին Hirtenberg բանտում

(EMCDDA: Best practices: Drug free zone in Hirtenberg prison).

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

Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանի տվյալների շտեմարան

(European Court of Human Rights, Database).

<http://hudoc.echr.coe.int>

Եվրոպական սոցիալական խարտիա

(European Social Charter).

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

Բանտերում երկակի ախտորոշման կառավարման ուղեցույց, Առողջապահության դեպարտամենտ, Միացյալ Թագավորություն, 2009 թ.

(Guide for the Management of Dual Diagnosis for Prisons. Department of Health, UK, 2009).

www.nta.nhs.uk/uploads/prisons_dual_diagnosis_final_2009.pdf

Տնտեսական, սոցիալական և մշակութային իրավունքների մասին միջազգային կոնվենցիա

(International Convention on Economic, Social and Cultural Rights).

www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx

Ստամբուլյան արձանագրություն, Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի մասով արդյունավետ քննության իրականացման և փաստաթղթավորման մասին ձեռնարկ (Istanbul Protocol. The Manual on Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment).

www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf

ՄԻԱՎ-ը և բանտարկությունը. բանտերը և կալանավորումը. ՁԻԱՀ հարցերով միջազգային միության լրագիր, 14:26 (2011 թ.)

(Jürgens R., Nowak M. and Day M: HIV and incarceration: prisons and detention. Journal of the International AIDS Society 14:26 (2011))

www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17491

Օփիոիդային փոխարինիչներով բուժումը ազատագրկման վայրերում. Գործնական ուղեցույց, 2009 թ.

(Kastelic A., Pont J. and Stöver H: Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide, 2009).

https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/OST_in_Custodial_Settings.pdf

NICE կլինիկական ուղենիշներ, Հակասոցիալական անձնային խանգարում: Բուժումը, վարումը և կանխարգելումը, NHS (2009 թ.)
(NICE Clinical Guidelines. Antisocial personality disorder: Treatment, management and prevention. NHS (2009)).

www.nice.org.uk/nicemedia/live/11765/42993/42993.pdf

NICE կլինիկական ուղենիշներ, Սահմանային անձնային խանգարում. NICE ուղենիշները բուժման և վարման վերաբերյալ: Բրիտանական հոգեբանական միություն և Հոգեբուժության արքայական քոլեջ (2009 թ.)

(NICE Clinical Guidelines. Borderline personality disorder: the NICE guidelines on treatment and management. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2009)).

www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/43045/43045.pdf

Միջազգային բանտային բարեփոխումներ, Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի բանտերում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ դուրլինյան հռչակագիր

(Penal Reform International: Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia).

www.penalreform.org/resource/dublin-declaration-hiv-aids-prisons-europe-central-asia/

Հոգեկան խանգարումների կանխարգելումը, Արդյունավետ միջամտությունների և քաղաքականության տարբերակներ: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հաշվետվություն, Հոգեկան առողջության և թմրանյութերի և այլ նյութերի չարաշահման վարչություն՝ Նիջմեգենի և Մաաստրիխտի համալսարանների կանխարգելիչ

հետազոտությունների կենտրոնի հետ գործակցությամբ, WHO, 2004 թ.

(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, 2004).

www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Ազատագրված և կալանավորված անձանց խոշտանգումներից և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքից կամ պատժից պաշտպանելու գործում բժշկական անձնակազմի, մասնավորապես բժիշկների դերի վերաբերյալ բժշկական էթիկայի սկզբունքներ ՄԱԿ, 1982 թ. (Գլխավոր Ասամբլեայի 1982 թ. դեկտեմբերի 18-ի թիվ 37/194 բանաձև)

(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, UN 1982 (General Assembly resolution 37/194 of 18 December 1982)).

www.cirp.org/library/ethics/UN-medical-ethics

Բանտերում ասեղների փոխարինումը: Միջազգային վկայությունների և փորձի համապարփակ վերանայումից քաղված դասերը, ՄԻԱՎ./ՁԻԱՀ կանադական իրավական ցանց, 2006 թ.

(Prison Needle Exchange: Lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006).

<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1173>

Թմրանյութերի օգտագործման հետ կապված խնդիրներ ունեցող բանտարկյալների համար բժշկական ծառայությունների անընդհատությունը, գործիքների հավաքածու

(Throughcare services for prisoners with problematic drug use – a toolkit).

http://throughcare.eu/reports/throughcare_toolkit.pdf

Վերափոխված թմրանյութային քաղաքականության հիմնադրամ, Թմրանյութային պատերազմից հետո. կանոնակարգի նախագիծ, 2009 թ.

(Transform Drug Policy Foundation: After the war on drugs: blueprint for regulation. 2009).

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

Թմրամիջոցների մասին ՄԱԿ-ի միասնական կոնվենցիա, 1961 թ. (Թմրամիջոցների մասին ՄԱԿ-ի միասնական կոնվենցիայի փոփոխման մասին 1972 թ. արձանագրությամբ վերանայված տարբերակ)

(UN Single Convention on Narcotic Drugs 1961 (as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)).

www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

Հոգեմետ դեղերի մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիա, 1971 թ.

(UN Convention on Psychotropic Substances 1971).

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

Թմրամիջոցների և հոգեներգործուն նյութերի ապօրինի փոխադրման մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիա, 1988 թ.

(UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances, 1988).

www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

2010 թ. ՁԻԱՀ-ի գլոբալ համաճարակի վերաբերյալ UNAIDS-ի հաշվետվություն (2010 թ. նոյեմբեր)

(UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2010 (November, 2010)).

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

UNAIDS/UNODC/WHO, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելումը, խնամքը, բուժումը և աջակցությունը բանտային հաստատություններում:

Արդյունավետ համապետական արձագանքի շրջանակ

(UNAIDS/UNODC/WHO: HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response).

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

Հարկադրանքից դեպի համախմբվածություն, Թմրանյութային կախվածության բուժումը ոչ թե պատժի, այլ առողջապահության միջոցով, Գիտաժողովի ժամանակ քննարկման դրված փաստաթուղթ, 2009 թ.

(UNODC: From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care not punishment. Discussion paper of a scientific workshop 2009).

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

UNODC Քաղաքական սեղմագիր, ՄԻԱՎ կանխարգելումը և դրա հետ կապված խնամքը բանտերում և այլ փակ հաստատություններում. միջոցառումների համապարփակ փաթեթ, 2012 թ.

(UNODC Policy Brief. HIV prevention and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, 2012).

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

USAID/TBCTA/ICRC, Ուղենիշներ բանտերում տուբերկուլոզը վերահսկելու վերաբերյալ, 2009 թ.

(USAID/TBCTA/ICRC: Guidelines for control of tuberculosis in prisons, 2009).

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

Ստերիլ ասեղների և ներարկիչների ծրագրերի արդյունավետությունը ներարկիչների միջոցով թմրանյութեր ստացողների շրջանում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի նվազեցման գործում, 2004 թ.

(WHO: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, 2004).

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

WHO տեղեկագրեր, 2012 թ. հոկտեմբեր (վերանայված 2014 թ.)

(WHO: Fact sheets, October 2012 (rev. 2014)).

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

WHO. Տուբերկուլոզի մասին գլոբալ հաշվետվություն, 2013 թ.

(WHO: Global Tuberculosis Report 2013).

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

WHO. Բանտերում ՄԻԱՎ վարակի և ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ ուղենիշներ

(WHO: Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons).

http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf

WHO. Հոգեկան և վարքագծային խանգարումների ICD-10 դասակարգումը

(WHO: ICD-10 classification of mental and behavioural disorders).

www.who.int/classification/icd/en/GRNBOOK.pdf

WHO, Հոգեներգործուն նյութերի գործածության ներյոգիտական հիմունքները և կախվածությունն այդ նյութերից, Ժնև, 2004 թ.
(WHO: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence, Geneva, 2004).

www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

WHO, քաղաքականությունը համագործակցված տուբերկուլոզ/ՄԻԱՎ գործողությունների վերաբերյալ: Ուղենիշներ ազգային ծրագրերի և շահագրգիռ այլ կողմերի համար, 2012 թ.

(WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders, 2012).

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf

WHO, Հանրային առողջապահության գործողությունները՝ ինքնասպանությունների կանխարգելման ուղղությամբ, 2012 թ.

(WHO: Public health action for the prevention of suicide, 2012).

apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

Տուբերկուլոզի վերահսկումը բանտերում. WHO/CDS/TB/2001/.281, Ժնև 2000 թ.

(WHO: Tuberculosis control in prisons [WHO/CDS/TB/2001/.281], Geneva, 2000).

http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_TB_2000.281.pdf

WHO, Տուբերկուլոզը բանտերում

(WHO: Tuberculosis in prisons).

www.who.int/tb/challenges/prisons/story_1/en

WHO Եվրոպա, Առողջապահությունը բանտերում. WHO ուղեցույց՝ բանտային առողջապահության հիմնական բաղադրիչների վերաբերյալ

(WHO Europe: Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health).

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf

WHO եվրոպա, ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի [քաղաքականությունը] բանտում (WHO Europe: [Policy] HIV/AIDS in prison).

www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/hiv-in-prisons

WHO եվրոպա, Ազատվելուց անմիջապես հետո թմրամոլ դատապարտյալների բարձր մահացության կանխարգելումը (WHO Europe: Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period.)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/114914/E93993.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS: Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումների արդյունավետությունը, Ժնև, 2007 թ.

(WHO/UNODC/UNAIDS Effectiveness of interventions to address HIV in prisons, Geneva, 2007).

www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_effective/en/

WHO/UNAIDS/UNODC, Ասեղների և ներարկիչների վերաբերյալ ծրագրեր սկսելու և վարելու ուղեցույց. ասեղների և ներարկիչների վերաբերյալ ծրագրերը՝ փակ հաստատություններում, Ժնև 2007 թ.

(WHO/UNODC/UNAIDS: Guide to starting and managing needle and syringe programmes. needle and syringe programmes in closed settings, 2007).

www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf

Բանտերում ՄԻԱՎ-ի դեմ պայքարին ուղղված միջոցառումներ.
Համապարփակ ուսումնասիրություն, Տեխնիկական փաստաթուղթ՝ գործողությունների հիմնավորման վերաբերյալ, Ժնև, 2007 թ.

(WHO/UNODC/UNAIDS Interventions to address HIV in prisons: comprehensive review (Evidence for Action Technical Paper), Geneva 2007)
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20hiv_treatment.pdf

WHO/UNODC/UNAIDS, Հատուկ կարծիք, Փոխարինիչներով բուժումը օփիոիդային կախվածության վարման և ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի կանխարգելման գործում, 2004 թ.

(WHO/UNODC/UNAIDS position paper. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004).

www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf

WMA, Էդինբուրգի հռչակագիր Եվրոպայում և Կենտրոնական Ասիայում բանտերում ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի վերաբերյալ (2000 թ., 2011 թ. վերանայված տարբերակ)

(WMA: Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases (2000, rev. 2011).
www.wma.net/en/30publications/10policies/p28

WMA, Ժնևի հռչակագիր, 1948 թ.

(WMA: Declaration of Geneva, 1948).

www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html

WMA, Հացադուլավորների մասին Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Մալթայի հռչակագիրը, 1991 թ. (վերանայված 1992 և 2006 թթ.)

(WMA: Declaration of Malta on Hunger Strikers 1991 (rev. 1992 and 2006)).

www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/

WMA, Տոկիոյի հռչակագիր: Ուղեցույց բժիշկների համար՝ կալանավորմամբ և ազատագրկմամբ պայմանավորված խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի վերաբերյալ, Տոկիո, 1975 թ., վերանայված, Դիվոն լը Բեն (2005 և 2006 թթ.)

(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)).

www.wma.net/en/30publications/10policies/c18

WMA, Հռչակագիր՝ ի աջակցություն բժիշկների, ովքեր հրաժարվել են մասնակցել խոշտանգումներին կամ այլ դաժան ձևերի կամ անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքին կամ հանդուրժել դրանք, Համբուրգ, 1997 թ.

(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, Hamburg, 1997).

www.wma.net/en/30publications/10policies/c19/

WMA, Բժշկական էթիկայի միջազգային կանոնակարգ (վերանայված 2006 թ.)

(WMA: International Code of Medical Ethics (rev. 2006)).

www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html

Բանաձև բժիշկների պատասխանատվության վերաբերյալ՝ ի դատապարտումն խոշտանգման կամ դաժան կամ անմարդկային

կամ նվաստացնող վերաբերմունքի գործողությունների, որոնց մասին նրանք տեղեկացել են, Հելսինկի, 2003 թ.

(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, 2003).

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t1/>

WMA, Հայտարարություն բանտարկյալների անձնական խուզարկության վերաբերյալ, Բուդապեշտ, 1993 թ. (2005 թ. վերանայված տարբերակ)

(WMA: Statement on Body Searches of Prisoners, Budapest 1993 (rev. 2005)).

www.wma.net/en/30publications/10policies/b5/

Եվրոպայի խորհուրդն առաջատարն է մայրցամաքում մարդու իրավունքներով զբաղվող կազմակերպությունների շարքում: Նրա կազմում են 47 անդամ պետություններ, որոնցից 28-ը Եվրոպական միության անդամներ են: Եվրոպայի խորհրդի անդամ բոլոր պետությունները միացել են Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիային՝ որպես մարդու իրավունքների, ժողովրդավարության և իրավունքի գերակայության պաշտպանությանը նպատակաուղղված միջազգային համաձայնագրի: Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը վերահսկում է Կոնվենցիայի իրագործումն անդամ պետություններում:

www.coe.int

Եվրամիությունն ունի 28 անդամ երկիր, որոնք որոշել են աստիճանաբար կապակցել իրենց նոու-հաուն, ռեսուրսներն ու ուղիները: 50 տարվա ընդարձակման ժամանակահատվածում՝ նրանք միասին ստեղծել են կայունության, ժողովրդավարության ու կայուն զարգացման տարածք՝ պահպանելով մշակութային զանազանությունը, հանդուրժողականությունը և յուրաքանչյուրի անկախությունը: Եվրամիությունը հանձնառու է կիսել իր ձեռքբերումներն ու արժեքները իր սահմաններից այն կողմ գտնվող երկրների ու ժողովուրդների հետ:

<http://europa.eu>



EUROPEAN UNION

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE