



საქართველოს
სახალხო დამცველი

ადამიანის უფლებათა მდგომარეობა
სასჯელალსრულების დაწესებულებებში

საქართველოს პრევენციის ეროვნული
მექანიზმის ანგარიში

2009

ზოგადი მდგრადარაობა სასჯელადსრულების დაწასეპულებები

წინამდებარე ანგარიში ასახავს ეროვნული პრევენციის მექანიზმის სტატუსით სახალხო დამცველის პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტის მონიტორინგის ჯგუფის მიერ 2009 წლის მეორე ნახევარში განხორციელებულ სასჯელადსრულებების დაწესებულებების მონიტორინგის შედეგებს, რომელიც განხორციელდა ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით.

2009 წლის მეორე ნახევარში სასჯელადსრულების დაწესებულებებში განხორციელდა 34 გეგმური და 112 არაგეგმური ვიზიტი, რა დროსაც მონახულებულ იქნა 500-ზე მეტი პატიმარი.

საანგარიშო პერიოდში სასჯელადსრულების დეპარტამენტიდან წერილობით გამოთხოვილ იქნა ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე: პატიმრების რაოდენობა (სხვადასხვა კატეგორიის მითითებით), პირობით ვადამდე ადრე გათავისუფლებისათვის წარდგენილი და შედეგად გათავისუფლებული მსჯავრდებულების რაოდენობა, წახალისებებისა და დისციპლინური/ადმინისტრაციული სახდელების სტატისტიკა (დაწესებულებების მითითებით), ხანმოკლე შეებულებით სარგებლობის შემთხვევები, სასჯელის მოუხდელი ნაწილის უფრო მსუბუქი სასჯელით შეცვლის სტატისტიკა, საპყრობილის რეზუმზე გადაყვანილ მსჯავრდებულთა რაოდენობა (დაწესებულებების მითითებით), ექიმის მიერ საკვების უხარისხობასთან დაკავშირებით გაკეთებული მიმართვების სტატისტიკა (დაწესებულებების მითითებით) და სხვა.

ასევე მონიტორინგის დაწყებამდე ყველა დაწესებულების ადმინისტრაციას შესავსებად გაეგზავნა სპეციალური კითხვარი მათ დაქვემდებარებაში მყოფი დაწესებულების შესახებ ინფორმაციის მისაღებად. კერძოდ, კითხვები შეეხმოდა დაწესებულებების ინფრასტრუქტურას და ფუნქციურ დატვირთვას, სეირნობის, შხაპის მიღების, ამანათის მიღების, პაემნის, ტელეფონით, მაღაზიით სარგებლობის პროცედურებს, იმ სასწავლო, სარეაბილიტაციო, დასაქმების ან სამკურნალო პროგრამებს, რომლებიც დაწესებულებაში მოქმედებდა საანგარიშო პერიოდში, ასევე სპეციალური კატეგორიის პატიმრებს (სხვა ქვეყნის მოქალაქეების, რელიგიური უმცირესობების წარმომადგენლებს). ასევე მოთხოვილ იქნა დაწესებულებების შინაგანნების, დღის წესრიგის და სხვა დოკუმენტაციის ასლები.

დაწესებულებებიდან მიღებული კითხვარები ხშირად იყო შევსებული. რამდენიმე შემთხვევაში საჭირო გახდა კითხვარების ხელმიერებულებად გაგზავნა ზოგიერთი ინფორმაციის მოპოვების ან დაზუსტების მიზნით. ასევე არასრულად იქნა მოწოდებული გამოთხოვილი დოკუმენტაცია.

საანგარიშო პერიოდში გეგმური მონიტორინგი განხორციელდა 2009 წლის ნოემბერ-დეკემბერში. მონიტორინგის ფარგლებში მონახულებული იქნა თვრამეტივე სასჯელადსრულების დაწესებულება.

მონიტორინგის ჯგუფის წევრები შეხვდნენ და გაესაუბრნენ პატიმრებს, დაწესებულებების დირექტორებს, თანამშრომლებს, სამედიცინო პერსონალს.

ივლის-აგვისტოს მონიტორინგისგან განსხვავებით, ამჯერად სახალხო დამცველის რწმუნებულებს არცერთ დაწესებულებაში არ შეჰქმნიათ პრობლემა კანონით გათვალისწინებული უფლებამოსილებების განხორციელებისას. ისინი დაუბრკოლებლად დაიშვებოდნენ და თავისუფლად გადაადგილდებოდნენ სასჯელალსრულების დაწესებულებების ტერიტორიაზე. მათ ასევე ეძლეოდათ საშუალება, თავიანთი შეხედულებისამებრ შეერჩიათ პატიმრების მონაბულების ადგილები, გასაუბრებოდნენ მათ კონფიდენციალურად, დაწესებულების თანამშრომლების დაუსწრებლად.

პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელი მონიტორინგის შემდეგ იმატა არასათანადო მოპყრობის ფაქტებმა. მონიტორინგის ჯგუფისთვის ცნობილი გახდა რამდენიმე ასეთი შემთხვევა. მოპოვებული მასალები და პატიმრების ახსნა-განმარტებები რეაგირებისთვის გადაეგზავნა სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტს ან/და საქართველოს მთავარ პროკურატურას. ყველა შემთხვევაზე დაწყებულია გამოძიება, თუმცა არა წამების ან არაადამიანური მოპყრობის აკრძალვის, არამედ სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადამეტების მუხლით.

არასათანადო მოპყრობის ყველა ის შემთხვევა, რომლებიც სახალხო დამცველისთვის გახდა ცნობილი, შეეხებოდა ქსნის N7 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის ან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებას.

2009 წლის 12 დეკემბერს ქუთაისის N2 დაწესებულების კარცერში თავი ჩამოიხრჩო მსჯავრდებულმა. აღნიშნულზე სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტის დასავლეთ სამმართველოში დაინყო წინასწარი გამოძიება სისხლის სამართლის კოდექსის 115-ე მუხლით (თვითმკვლელობამდე მიყვანა), თუმცა გვამზე აღმოჩენილია სიცოცხლის დროს მიყენებული დაზიანებები, რომლებზეც სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნაშიც არის საუბარი.⁵ აღნიშნული გარემოება განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს გამოძიების მხრიდან.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს მთავარ პროკურორს, პირადი კონტროლის ქვეშ აიყვანოს და უზრუნველყოს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მომხდარი ფაქტების სწრაფი და ეფექტური გამოძიება.

ზოგიერთი სასჯელალსრულების დაწესებულების საყოფაცხოვრებო და სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები იმდენად ცუდია, რომ აღნიშნულ დაწესებულებებში განთავსებული პატიმრები, შეიძლება ითქვას, რომ არაადამიანურ და ლირსების შემლახავ პირობებში იმყოფებიან. მიუხედავად იმისა, რომ აშენდა და ექსპლუატაციაში შევიდა ახალი სასჯელალსრულების დაწესებულებები, კვლავ პრობლემად რჩება დაწესებულებები, რომლების დახურვის რეკომენდაციაც იქნა გაცემული სახალხო დამცველის ანგარიშებში. ესენია თბილისის N1, ბათუმის N3 და ზუგდიდის N4 საპყრობილები, ასევე, ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმისა დაწესებულება. ასევე, უმძიმესი მდგომარეობაა ქსნის N7 დაწესებულებაში, რომლის ინფრასტრუქტურა და საყოფაცხოვრებო თუ ჰიგიენური პირობები კვლავ არადამაკაყოფილებელია. აღნიშნული პრობლემების მოგვარება, ასევე სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია დაწესებულების კაპიტალური გარემონტების გარეშე.

თავისუფლების აღვეთა უნდა ხორციელდებოდეს იმ მატერიალურ და მორალურ პირობებში, რომლებიც უზრუნველყოფა ადამიანის ღირსების პატივისცემას. ევროპული ციხის წესების⁶ ერთ-ერთი

⁵ სსიპ „ლევან სამხარაულის სახელმის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს“ დასაცავებ საქართველოს რეგიონული სამსახურის დასკვნა N407. დაიწყო 12.12.2009, დასრულდა 12.01.2010, ვე.8: „მარჯვენა მზრის უკანა ზედაპირზე, მარცხენა თექნიკური და მარჯვენა მუხლის მიდამოში აღენიშნება ნაჭდებები (სიცოცხლისდროინდ, 4-5 დღისა).“

⁶ ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2006 წლის 11 იანვრის რეკომენდაცია (2006)2 ციხის ევროპული წესების შესახებ.



საბაზისო პრინციპია, რომ „ადამიანის უფლებების შემდახავი ციხის პირობების არსებობა არ არის გამართლებული რესურსების ნაკლებობით“.⁷ სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მოთავსების შემდევ დაპატიმრებული პირები არ უნდა კარგავდნენ ადამიანური ღირსების შეგრძნებას, მიუხედავად მათ მიერ ჩადენილი დანაშაულის სიმძიმისა.

2009 წლის 20 ოქტომბერს ევროპის საბჭოს ადამიანის უფლებათა სასამართლომ გამოიტანა გადაწყვეტილება „გორგილაძე საქართველოს წინააღმდეგ“, რომელშიც მე-3 მუხლის დარღვევად შეფასდა განმცხადებლის ყოფნა გადატვირთულ და არაპიგიერულ საკანში, ასევე – სუფთა ჰაერისა და განათების ნაკლებობა. გადაწყვეტილება შეეხება N5 საპყრობილეს, რომელიც ლიკვიდირებული იქნა, თუმცა ზემოთ ჩამოთვლილ დანესებულებებში არანაკლებ შემაშფოთებელი ვითარებაა ჰიგიენური პირობების და გადატვირთულობის თვალსაზრისით.

„პატიმრებისათვის უზრუნველყოფილი საცხოვრებელი, განსაკუთრებით კი, საძინებელი, უნდა პასუხობდეს ადამიანის ღირსების პატივისცემისა და მაქსიმალური შესაძლებლობის ფარგლებში, ასევე განმარტოების მოთხოვნებს. ასევე დაცული უნდა იყოს ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის მოთხოვნები, კეროვანი ყურადღება უნდა დაეთმოს კლიმატურ პირობებსა და განსაკუთრებით ფართის ოდენობის, ჰაერის მოცულობას, განათებასა და ვენტილაციის პირობებს“⁸.

„ყველა შენობაში, სადაც პატიმრები ცხოვრობენ, მუშაობენ ან იკრიბებიან, ფანჯრები უნდა იყოს საკმარისად დიდი, რათა საშუალება მიეცეთ პატიმრებს, იკითხონ ან იმუშაონ პუნქტრივი განათების ნორმალურ პირობებში, ასევე იძლეოდეს სუფთა ჰაერის მოძრაობის შესაძლებლობას, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა არსებობს ჰაერის კონდიცირების ჯეროვანი სისტემა; ხელოვნური განათება უნდა აქმაყოფილებდეს მიღებულ ტექნიკურ სტანდარტებს; უნდა არსებობდეს სიგნალიზაციის სისტემა, რომელიც საშუალებას მისცემს პატიმრებს, დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ პერსონალს“⁹.

შეირია ქსნის N7 საერთო, მეკაციონური და საპყრობილის ნაწილში განთავსებულ მსჯავრდებულთა კოლექტიური განცხადებები, რომლებიც, სხვა საკითხებს შორის, შეეხება საყოფაცხოვრებო პირობებს, არაადეკვატურ და არადროულ სამედიცინო მომსახურებას და ჰიგიენური საშუალებების მიუწოდებლობას. დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ დაწესებულების საპყრობილები იზოლირება გაუკეთდა საპირფარეშოებს და საკენებში დამონტაჟდა გამნოვები, თუმცა კვლავ პრობლემად რჩება საკენების კედლები, რომლებიც დაფარულია ცემენტის სქელი, უსწორმასწორო ფენით, ე.წ. „შუბით“. მსჯავრდებულთა გადმოცემით, იმ საწოლებზე წოლა, რომლებიც მიდგმულია კედლებით, შეუძლებელია.

ქსნის დაწესებულების საერთო და მკაცრ რეზიმზე მყოფი მსჯავრდებულების ნაწილი განთავსებულია ადრე არსებულ სასადილოს შენობაში, სადაც საცხოვრებელი სადგომები გამოყოფილია ერთმანეთისგან ლურჯი ბრეზენტით და მსჯავრდებულების მიერ გაეკეთებული სამსართულიანი საწილებით. ე.წ. ცენტრალურ ბარაკში იგივე მდგომარეობაა. ტერიტორიაზე განთავსებულ საერთო საპირფარეშოში გასარემონტებელია საკანალიზაციო სისტემა, რის გამოც მიმდებარე ტერიტორიაზე დგას სპეციფიკური სუნი. მსჯავრდებულთა დიდ ნაწილს ეზოში გაშლილ კარვებში უწევს ცხოვრება, სადაც ასევე კატასტროფული სანიტარიულ-ჰიგიენური და საყოფაცხოვრებო პირობებია. აღნიშნულს ისიც განაპირობებს, რომ ქსნის დაწესებულების საერთო და მკაცრი რეზიმის ნაწილში გადატვირთულობაა და მსჯავრდებულებს მორიგეობით უწევთ ძილი.

N3 საერთო და მკაცრი რეზიმის სასჯელალსრულების დაწესებულება განთავსებულია ყოფილ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ტერიტორიაზე. დაწესებულება აშენდა 1952

⁷ მე-4 წესი.

⁸ 18.1 წესი

⁹ 18.2 წესი

წელს და გარემონტდა 1975 წელს, მისი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი. აღნიშ-ნული დანესებულების შექმნის შემდგომ კოსმეტიკური რემონტი გაუკეთდა მხოლოდ პირველ სარ-თულს, სადაც განლაგებულია ადმინისტრაციის თანამშრომლების ოთახები და სამედიცინო ნაწილი. დაწესებულებაში ძირითადად განთავსებული არიან ის მსჯავრდებულები, რომელთაც დარჩენილი აქვთ სასჯელის მოხდის მცირე ვადა და ხანდაზმული მსჯავრდებულები. მონიტორინგის დროს და-წესებულებაში განთავსებული იყო 41 ხანდაზმული. აღსანიშნავია, რომ „პატიმრობის შესახებ“ საქარ-თველოს კანონის თანახმად, ხანდაზმულებს სხვა მსჯავრდებულებთან შედარებით უნდა შეექმნათ გაუმჯობესებული საყოფაცხოვრებო და კვების პირობები. სახალხო დამცველის აპარატიდან 2009 წლის 11 აგვისტოს წერილობითი მიმართვა გაეგზავნა სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმ-ჯდომარეს, მოწოდებინა ინფორმაცია, იმყოფებოდნენ თუ არა ხანდაზმული მსჯავრდებულები გაუმ-ჯობესებულ პირობებში და რაში გამოიხატებოდა აღნიშნული, თუმცა აღნიშნულ წერილზე პასუხი სახალხო დამცველის აპარატში არ შემოსულა, ხოლო მონიტორინგის შედეგად არ ჩანს, რომ ამ კატე-გორიის მსჯავრდებულები სარგებლობდნენ რაიმე სახის გაუმჯობესებული პირობებით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრო-ბაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, კანონის შესაბამისად უზრუნ-ველყოს ხანდაზმული პატიმრების გაუმჯობესებული საყოფაცხოვრებო და კვების პირო-ბები.

რუსთავის N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულების I, II, III და IV საცხოვრებელი კორპუსების დათვალიერებით ირკვევა, რომ იქ არსებული საკენბას სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგო-მარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი და საჭიროებს რემონტს. ზემოაღნიშნულ საცხოვრებელ კორ-პუსებში განათება ხდება ხელოვნური გზით, ვინაიდან ფანჯრების ზომა ვერ უზრუნველყოფს მათ ბუნებრივ განათებას. ვენტილაცია ხდება ბუნებრივად, თუმცა არასაკმარისად. ზოგიერთ საკანში მოშლილია ონკანი, ზოგში არ არის ნათურები.

N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში არის ბარაკული სისტემის საცხოვრებელი კორ-პუსი, რომელიც საჭიროებს კაპიტალურ რემონტს. არ არის ცენტრალური გათბობის სისტემა და მსჯავრდებულები სარგებლობენ ელექტრონგამათბობლებით.

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში არის ერთი საცხოვრებელი კორპუსი, რო-მელიც შედგება 7 საცხოვრებელი ოთახისაგან (25-27 ადგილიანი). დაწესებულება საჭიროებს კოს-მეტიკურ რემონტს. საცხოვრებელ კორპუსს არ აქვს სავენტილაციო სისტემა. თითოეულ არასრულ-წლოვანზე გამოყოფილ ფართი არ შეესაბამება „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონით დად-გენილ სტანდარტებს.

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში არის ერთმანეთის-გან იზოლირებული სამი საცხოვრებელი კორპუსი, რომლებიც შედგება 78 პალატისგან. საცხოვრე-ბელი კორპუსები საჭიროებს რემონტს და მათი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი. გათბობა ხდება ელექტროგამათბობლების საშუალებით. 2010 წლის იანვრიდან დაგეგმილია დაწე-სებულების კორპუსების ეტაპობრივი გარემონტება.

N7 საპყრობილები არის 25 საკანი, მათი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა ნორმალურია, თუმცა საპირფარეშოებში არ არის ელექტროგამაყვანილობა, რის გამოც მსჯავრდებულებს საპირფარეშოს განათება სანთლის მეშვეობით უწევთ. ფანჯრები არის მცირე ზომის, რის გამოც საკენბას ბუნებრივი განიავება არ ხდება სათანადოდ, ხოლო ცენტრალური სავენტილაციო სისტემა ვერ უზრუნველყოფს საკენბას განიავებას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ზაფხულის განმავლობაში საკენბას არის უპა-ერობა. საკენბას განათება ხდება ხელოვნური გზით, ვინაიდან ფანჯრების ზომა ვერ უზრუნ-ველყოფს საკანის ბუნებრივ განათებას. ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საპყრობილე საჭიროებს რემონტს და სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანას.



N6 სერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეზუმის დაწესებულების ძველი სარეზიმო კორპუსების საკნებში არსებული სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელია, კერძოდ, ვენტილაცია არ ხდება, კედლები წესტიანია, ჩამოყრილია ბათქაში, განათება ხდება მბუჟუტავი ნათურებით, ხოლო ბუნებრივი განათება არ არის საკმარისი, იატაკი ბეტონისაა. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩასატარებელია სარემონტო სამუშაოები.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, უმოკლეს დროში უზრუნველყოს N1, N3, N4 საპყრობილების, ასევე N9 საერთო და მკაცრი რეზიმის დაწესებულების ლიკვიდაცია; ასევე გაატაროს სხვა სასჯელალსრულების დაწესებულებებში, მათ შორის, ქსნის N7 დაწესებულებაში დამაკმაყოფილებელი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის შექმნისა და შენარჩუნებისათვის აუცილებელი ლონისძიებები.

2009 წლის 11 აგვისტოს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს გაეგზავნა წერილობითი მიმართვები, მოწოდებინა ინფორმაცია, თუ რომელ სამშენებლო-ტექნიკურ და სანიტარიულ-ჰიგიენურ ნორმებზე მიუთითებს „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 33-ე მუხლის პირველი პუნქტი¹⁰, რომელი სამართლებრივი აქტით განისაზღვრება მსჯავრდებულის საცხოვრებელი სადგომის ინფრასტრუქტურა, ასევე, საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეზიმის (ცალ-ცალკე) სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მოთავსებული მსჯავრდებულის საერთო საცხოვრებლის ინფრასტრუქტურა და მოწყობის წესი. აღნიშნულ წერილებზე პასუხი სახალხო დამცველის აპარატში არ შემოსულა. ხსნებული ინფორმაცია განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს მაშინ, როდესაც უმოკლეს დროში დაგეგმილია ახალი დაწესებულებების ექსპლუატაციაში შესვლა. უცნობია, რა ნორმების მიხედვით ხდება ამ დაწესებულებების დაპროექტება და მშენებლობა.

მონიტორინგის ჯგუფისთვის ასევე შეუძლებელი გაძადა დაწესებულებების სარემონტო სამუშაოების და პერსონალის (მათ შორის, სამედიცინო) რაოდენობის შესახებ ინფორმაციის მიღება, ვინაიდან აღნიშნული ინფორმაცია ნარმოადგენს სახელმწიფო საიდუმლოებას საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 21 იანვრის N42 ბრძანებულებით დამტკიცებული „სახელმწიფო საიდუმლოებას მიკუთვნებულ ცნობათა ნუსხის“ 7 თავის შესაბამისად. მიგვაჩნია, რომ პრეზიდენტის N42 ბრძანებულება ეწინააღმდეგება „სახელმწიფო საიდუმლოების შესახებ“ საქართველოს კანონს, რომლის მე-7 მუხლში ზუსტადა მითითებული, რა კატეგორიის ინფორმაცია შეიძლება იყოს მიკუთვნებული სახელმწიფო საიდუმლოს კატეგორიას.

გადატვირთულობა

სასჯელალსრულების სისტემაში გადატვირთულობა კვლავ პრობლემად რჩება. აღნიშნული პრობლემა პატიმრობა სწრაფად მზარდი რაოდენობითა და ინფრასტრუქტურის უკმარისობითა გამონვეული.

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 33-ე მუხლის მეორე ნაწილის თანახმად: „ერთ მსჯავრდებულზე საცხოვრებელი ფართობის ნორმა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში არ უნდა იყოს 2კვ.მ-ზე ნაკლები“.

მიუხედავად კანონის იმპერატიული მოთხოვნისა, ზოგიერთი სასჯელალსრულების დაწესებულება არათუ ვერ უზრუნველყოფს თუნდაც საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული სტანდარტის დაცვას (რომელიც ევროპულ სტანდარტებზე (4კვ.მ) გაცილებით დაბალია), არამედ არ იძლევა საშუალებას, ყოველ მსჯავრდებულს ჰქონდეს საკუთარი საწოლი, რაც ნარმოადგენს მსჯავრდებულთა

¹⁰ „სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მსჯავრდებულისათვის გამოყოფილი საცხოვრებელი სადგომი უნდა შეესაბამებოდეს სამშენებლო-ტექნიკურ და სანიტარიულ-ჰიგიენურ ნორმებს და უზრუნველყოფდეს მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას“.

უფლებების უხეშ დარღვევას. მონიტორინგის დროს გადატვირთულობის პრობლემა გამოიკვეთა შემდეგ დაწესებულებებში: N1 საპყრობილე – 1209 პატიმარი¹¹ (ლიმიტი – 750); N8 საერთო და მკაცრი რეზიმის დაწესებულება – 2905 პატიმარი¹² (ლიმიტი – 2500); N4 საპყრობილე – 578 პატიმარი¹³ (ლიმიტი – 305); N10 საერთო და მკაცრი რეზიმის დაწესებულება – 388 პატიმარი¹⁴ (ლიმიტი – 370); N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეზიმის დაწესებულება – 3082¹⁵ (ლიმიტი – 2744); N8 საპყრობილე – 3790 პატიმარი¹⁶ (ლიმიტი – 3672); ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება – 733 პატიმარი¹⁷ (ლიმიტი – 540); N7 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეზიმის დაწესებულება – 2731 პატიმარი¹⁸ (ლიმიტი – 1600).

როგორც სახალხო დამცველის წინა მოხსენებაში იყო აღნიშნული, გადატვირთულობა პირდაპირ არის დაკავშირებული სახელმწიფოს სისხლისამართლებრივ პოლიტიკასთან, რომელიც „ნულოვან ტოლერანტობას“ ითვალისწინებს ყოველგვარი დანაშაულის მიმართ, განურჩევლად მისი საზოგადოებრივი საშიშროების ხარისხისა. აღნიშნულის თაობაზე სახალხო დამცველმა, 2009 წლის 16 ნოემბრის ანგარიშში, რეკომენდაცია მისცა შესაბამის ორგანოებსა და თანამდებობის პირებს, თუმცა ჯერჯერობით ამ მხრივ ცვლილება არ აღინიშნება.

გადატვირთულობის პრობლემის მოგვარება არ შეიძლება, განვიხილოთ მხოლოდ ყოველი პატიმრის საკუთარი სანოლით უზრუნველყოფის კუთხით. მრავალი სხვა პრობლემა, მათ შორის, პატიმრების ჯანმრთელობის დაცვა, ნორმალური საყოფაცხოვრებო პირობები, დასაქმებისა და განათლების პროგრამების შემუშავება და წარმატებით განხორციელება ვერ მოხერხდება პატიმრების ძალიან დიდი რაოდენობის გამო. ამის გამო სახალხო დამცველი თავის ყოველ მოხსენებაში მიუთითებს, რომ მხოლოდ ახალი დაწესებულებების აშენება გადატვირთულობასა და მასთან პირდაპირ დაკავშირებულ პრობლემებს ვერ გადაჭრის.

სახალხო დამცველი წინადადებით მიმართავს საქართველოს პარლამენტს, შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში, რათა ამჟამად მოქმედი შეკრებითობის პრინციპი შეიცვალოს შთანთქმის პრინციპით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს მთავარ პროკურორს, სისხლისსამართლებრივი დევნის პოლიტიკის განსაზღვრისას საზოგადოებისათვის ნაკლებად საშიში დანაშაულების შემთხვევაში პრიორიტეტი მიანიჭოს თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატიულ, უფრო მსუბუქ სასჯელის სახეებს.

კონტაქტი გარე სამყაროსთან

„პატიმრებს ნებართვა უნდა მიეცეთ, რაც შეიძლება ხშირად იქონიონ ურთიერთობა წერილით, ტელეფონით თუ კომუნიკაციის სხვა საშუალებით თავიანთ ოჯახებთან, სხვა პირებთან და გარე ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან, ასევე დაენიშნოთ პაემნები ამ ადამიანებთან“¹⁹.



¹¹ 2009 წლის 9 დეკემბრის მდგომარეობით
¹² 2009 წლის 14 ნოემბრის მდგომარეობით
¹³ 2009 წლის 16 ნოემბრის მდგომარეობით
¹⁴ 2009 წლის 26 ნოემბრის მდგომარეობით
¹⁵ 2009 წლის 4 დეკემბრის მდგომარეობით
¹⁶ 2009 წლის 15 დეკემბრის მდგომარეობით
¹⁷ 2009 წლის 25 დეკემბრის მდგომარეობით
¹⁸ 2009 წლის 25 დეკემბრის მდგომარეობით
¹⁹ 24.1-ე წესი

„პატიმრობის ორგანიზაცია ისე უნდა განხორციელდეს, რომ საშუალება მიეცეთ პატიმრებს, შეინარჩუნონ და განავითარონ ოჯახური ურთიერთობები მაქსიმალურად ნორმალურ გარემოში“²⁰.

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით, „მსჯავრდებულს უფლება აქვს, შეუზღუდავი რაოდენობით გაგზავნოს და მიიღოს წერილები, დადგენილი წესით და სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაციის კონტროლით ისარგებლოს საერთო სარგებლობის ტელეფონით, თუ სასჯელაღსრულების დაწესებულებას ამისი ტექნიკური შესაძლებლობა გააჩნია²¹.“

იმავე კანონის თანახმად, „მსჯავრდებულს უნდა ჰქონდეს პრესისა და მასობრივი ინფორმაციის საშუალებათა გაცნობის შესაძლებლობა. 2. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ხდება რადიოსა და ტელევიზიის ტრანსლაცია. მსჯავრდებულთათვის რეჟიმით გათვალისწინებული შეზღუდვების შესაბამისად მათ შეიძლება ჰქონდეთ პირადი რადიომიმდები, ტელევიზორი, ვიდეო ან აუდიო მაგნიტოფონი, საბეჭდი საშუალება, თუ მათი გამოყენება არ არღვევს დაწესებულების შინაგანანერესა და სხვა მსჯავრდებულთა სიმშვიდეს. აღნიშნული ტექნიკის გამოყენების ხარჯებს (ელექტროენერგიისა და სხვა) იხდის მსჯავრდებული. 3. მსჯავრდებულს შეუძლია საკუთარი სახსრებით გამოიწეროს სამეცნიერო, სამეცნიერო-პოპულარული, რელიგიური, მხატვრული ლიტერატურა, გაზეთები და უურნალები²².“

პატები

2007 წლის ანგარიშში, საქართველოს ხელისუფლების მიმართ, წამებისა და არაადამიანური, ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელის აღკვეთის ეკროპულმა კომიტეტმა (CPT) აღნიშნა, რომ „პატების ოთახი საშუალებას არ იძლევა, რომ პატიმრებსა და მის ნათესავებს შორის რაიტიკური კონტაქტი განხორციელდეს. ყველა დაწესებულებას აქვს გარკვეული რაოდენობის ოთახები (1 ზუგდიდის N4 ციხეში, 12 რუსთავის სასჯელაღსრულების დაწესებულება N2-ში, 13 რუსთავის N6 საპყრობილები), რომლებშიც პატიმრები დამცავი მინით გამოყოფილი არიან და კომუნიკაციისათვის იყენებენ ტელეფონს. ამ მხრივ გამონაკლისს წარმოადგენს რუსთავის სასჯელაღსრულების დაწესებულება N2, სადაც ვიზიტი ჩვეულებრივ ოთახში ხდება.“

კომიტეტი დარწმუნებულია, რომ გარკვეულ შემთხვევებში ამგვარი მეთოდი გამართლებულია უსაფრთხოების და გამოძიებასთან დაკავშირებული ინტერესებით. თუმცა ყველა კატეგორიის პატიმართავის ღია ვიზიტები უნდა იყოს წესი, ხოლო დახურული მკაცრი წესები – მხოლოდ გამონაკლისი. CPT რეკომენდაციას უწევს შესაბამის ორგანოებს, პენიტენციალურ დაწესებულებებში ვიზიტების საკითხი გადაიხდოს ისე, რომ პატიმრებს შესაძლებლობა მიეცეთ, მიიღონ მნახველები შედარებით ნაკლებად მკაცრ პირობებში, რაც მხოლოდ ინდივიდუალურ გარემოებებზე დაფუძნებით იქნება შესაძლებელი. ამავდროულად, კომიტეტი სთხოვს დაწესებულებებს, გაზარდონ პატების ოთახების რაოდენობა, ეს უკანასკნელი მოწოდება კი განსაკუთრებით ეხება ზუგდიდის N4 საპყრობილების დაწესებულებაზე.“

მიუხედავად აღნიშნული რეკომენდაციისა, კიდევ უფრო გახშირდა პატების ოთახების მინით გადატიხოვა. გამონაკლისს წარმოადგენს N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება, სადაც პატების ოთახები მინით არის გადატიხოვული, თუმცა პატები მაინც პირისპირ ხდება, არასრულნლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება, ქალთა და არასრულნლოვანთა N5 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება და რუსთავის N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება. ქსნის N7 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულების საპყრობილები პატების ოთახი მინით არის გა-

²⁰ 24.4-ე წესი

²¹ 50-ე მუხლის I პუნქტი

²² 51-ე მუხლი

დატიხრული, თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, ადმინისტრაცია წებას აძლევს პატიმრებს, შეხვდნენ იჯახის წევრებს პირისპირ.

დაწესებულებების დირექტორები ზემოაღნიშნული ბარიერების არსებობას უსაფრთხოების ზომებით ხსნიან. გასაგებია, რომ ზოგ შემთხვევაში ბარიერების არსებობა გამართლებულია სხვადასხვა მოსაზრებით, თუმცა, როგორც CPT აღნიშნავს, ამგვარი შეზღუდვები ინდივიდუალურად უნდა საბუთდებოდეს და არ უნდა ჰქონდეს ზოგადი ხასიათი. დაწესებულებების ადმინისტრაციას შეუძლია, პირადი ჩსრეკითა და ვიზუალური დაკვირვებით მინიმუმამდე დაიყვანოს ის რისკები, რომლებიც თან ახლავს პატიმრის კონტაქტს ოჯახის წევრებთან. თუმცა, აქვე უნდა აღნიშნოს, რომ პირადი ჩსრეკა არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ატარებდეს დამამცირებელ და ლირსების შემლახავ ხასიათს.

პატიმრებთან საუბრის დროს გამოიყვეთა, რომ მათთვის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა კონტაქტური (გრძელვადიანი) პაემნების არარსებობაა.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველმა 2009 წლის პირველი ნახევრის საპარლამენტო მოხსენებაში წინადადებით მიმართა საქართველოს პარლამენტს, „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონში შესულყო დამატებები, რომლებიც უზრუნველყოფდა ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულთა უფლებას გრძელვადიან პაემნებზე.

სახალხო დამცველმა ასევე რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დაბმარების საკითხთა მინისტრს, ახალ სასჯელადსრულების დაწესებულებებში უზრუნველყო გრძელვადიანი პაემნებისათვის საჭირო ინფრასტრუქტურის გათვალისწინება.

სახალხო დამცველი წინადადებით მიმართავს საქართველოს პარლამენტს, პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი დამატებები, რომლებიც უზრუნველყოფს ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულთა უფლებას გრძელვადიან პაემნებზე.

სახალხო დამცველს ხშირად მიმართავენ მსჯავრდებულები და მათი ოჯახის წევრები იმის გამო, რომ მსჯავრდებულის საცხოვრებელი ადგილიდან მოშორებით არსებულ დაწესებულებაში განთავსების გამო, ისინი მოკლებული არიან პაემნის უფლებით სარგებლობას. ხშირია შემთხვევები, როდესაც მსჯავრდებულის ოჯახის წევრები გადაადგილებას ვერ ახერხებენ ჯანმრთელობის ან ფინანსური მდგომარეობის გამო. სახალხო დამცველი იმედს იტოვებს, რომ პატიმრობის კოდექსის ძალაში შესვლა, რომელშიც ექსპლიციტურადა განსაზღვრული მსჯავრდებულის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს განთავსების პრინციპი, თუმცა, კანონით განსაზღვრული გამონაკლისი შემთხვევებიდან გამომდინარე, შეიძლება პრაქტიკაში აღნიშნული დისპოზიცია არაეფექტური აღმოჩნდეს.

სატელეფონო საუბრები

CPT-ს 2007 წლის ანგარიშის 94-ე პარაგრაფში აღნიშნულია, რომ „სატელეფონო ხაზების შეზღუდული რაოდენობის გამო პატიმრები იძულებული არიან, მიმართონ ციხის დირექტორს თითოეული ზარისათვის წებართვის მისაღებად. ბევრი პატიმარი უკმაყოფილებას გამოთქვას იმის თაობაზე, რომ მათ 3 თვეში მხოლოდ ერთი ზარის განხორციელების საშუალება ეძღვევა“. აღნიშნულიდან გამომდინარე, CPT-მ მოუწოდა შესაბამის თანამდებობის პირებს, რომ გადადგან საჭირო ნაბიჯები მისჯილი პატიმრების სატელეფონო მომსახურებით უზრუნველყოფად.“

საანგარიშო პერიოდში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ყურადღება გამახვილდა ტელეფონით სარგებლობის უფლების განხორციელებაზეც. ამ მხრივ კვლავ მძიმე მდგომარეობაა ზუგდიდის N4 საპყრობილები, სადაც ტელეფონები უკვე რამდენიმე თვევა დამონტაჟებულია, თუმცა მათი ჩართვა, როგორც ადმინისტრაციამ განმარტა, ვერ მოხერხდა გაურკვეველი მიზეზების გამო; ბათუმის N3



საპყრობილები ტელეფონი არის, თუმცა, როგორც ადმინისტრაცია და მსჯავრდებულები განმარტავენ, ყოველი წვიმიანი ამინდის შემდეგ (რაც ბათუმში ძალიან ხშირია) ტელეფონი ითიშება და შეკეთებას რამდენიმე დღე სჭირდება; ქ.თბილისის N8 საპყრობილები მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, კვირაში 3 წუთით ისარგებლონ ტელეფონით.

2008 წლის II ნახევრის მონიტორინგის დროს მსჯავრდებულებს შეეძლოთ, ტელეფონის საშუალებით დაპკავშირებოდნენ საზღვარგარეთ მყოფ ოჯახის წევრებს, თუმცა 2009 წელს, ჩვენთვის გაურკვეველი მიზიუმით, სატელეფონო ზარების განხორციელება შესაძლებელი გახდა მხოლოდ საქართველოს ტერიტორიაზე. შედეგად, ის პატიმრები, რომელთა ოჯახის წევრებიც იმყოფებიან საზღვარგარეთ, ვერ სარგებლობენ სატელეფონო საუბრის უფლებით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სასჯელაღსრულების, პრობაციის და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს, უზრუნველყოს ყველა პატიმრის უფლების რეალიზაცია სატელეფონო საუბრებზე, მათ შორის, იმ პირების ინტერესების გათვალისწინებით, რომელთა ახლობლები არ იმყოფებიან საქართველოს ტერიტორიაზე.

პრესის, ტელე და რადიომაუწყებლობის ხელმისაწვდომობა

CPT-მ ასევე მოუწოდა საქართველოს მთავრობას, „ნება დართოს პატიმრებს პერიოდულ და რადიოები.“ ტელევიზორების არარსებობა კვლავ პრობლემად რჩება სხვადასხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.

2009 წლის 29 დეკემბერს, სახალხო დამცველისა და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიულ საკითხთა მინისტრის შეხვედრისას საუბარი იყო სახალხო დამცველის საპარლამენტო მოხსენებაში წარმოდგენილ რეკომენდაციებზე, მათ შორის, ტელემაუწყებლობის ხელმისაწვდომობაზე სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, კერძოდ, დაბა – ქსნის N7 დაწესებულების საპყრობილები. 2010 წლის 6 იანვარს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიულ საკითხთა სამინისტროს ოფიციალურ ვებგვერდზე (www.mcla.gov.ge) განთავსდა ინფორმაცია, სადაც აღნიშნულია, რომ „სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრმა ქსნის N7 საერთო და მკაცრი რეუშიმის დაწესებულების მსჯავრდებულებს დამდევი შობა მიუღოცა და „სამსუნგი“-ს ფირმის 20 ტელევიზორი გადასცა. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ტელევიზორების აუცილებლობაზე სახალხო დამცველის, გიორგი ტუღუშის 2009 წლის პირველი ნახევრის ანგარიშში იყო საუბარი და მან სამინისტროს რეკომენდაციით მიმართა.“

სახალხო დამცველი მოხარულია, რომ აღნიშნული რეკომენდაცია შესრულდა, თუმცა კვლავ პრობლემად რჩება რუსთავის N6 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება (სადაც ტელევიზორები მხოლოდ უვადო თავისუფლებალევთილ და სამეურნეო ნაწილში მომსახურე პატიმრებს აქვთ), მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება (სადაც ზოგიერთი პატიმარი წლების განმავლობაში იმყოფება), N8 საპყრობილე (სადაც განთავსებული არიან როგორც განსასჯელი პირები, ასევე მსჯავრდებულები), სადაც ტელევიზორები აქვთ მხოლოდ სამეურნეო ნაწილში მომსახურე პატიმრებს, ქუთაისის N2 საპყრობილისა და მკაცრი რეუშიმის დაწესებულება, სადაც ტელევიზორები აქვთ მხოლოდ არასრულწლოვან და ქალ მსჯავრდებულებს.

ცალკე უნდა აღინიშნოს თბილისის N7 საპყრობილე, სადაც არ ხდება სატელევიზიო არხების ტრანსლიტრაცია, არამედ ცენტრალური ინტერები DVD-ები გასართობი პროგრამებითა და ფილმებით.

ზოგიერთ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ადმინისტრაციის ამორჩევით ხდება რადიოს არხების ტრანსლიტრაცია. საანგარიშო პერიოდში დაბა – ქსნის N7 სასჯელაღსრულების დაწესებულების

საპყრობილები მხოლოდ საპატრიარქოს რადიოს და შემდეგ რადიო „იმედის“ მოსმენა იყო შესაძლებელი, N7 საპყრობილებიც ადმინისტრაცია ირჩებს, რომელი არხის მოსმენის საშუალება მისცეს მსჯავრდებულებს. იგივე პრობლემა დგას რუსთავის N6 სასჯელალსრულების დაწესებულებაში.

პატიმრობის კოდექსის ძალაში შესვლასთან ერთად შესაძლებელია, ზემოაღნიშნული პრობლემაც მოგვარდეს, ვინაიდან კანონი პირდაპირ ითვალისწინებს პატიმართა უფლებას ტელევიზორის ქონაზე.



პრესა, როგორც წესი, პატიმრებს მიეწოდებათ ამანათით და მისი შეძენა შესაძლებელია დაწესებულებების მაღაზიაშიც. გამონაკლისის სახით უნდა აღვნიშნოთ ქუთაისის N2 სასჯელალსრულების დაწესებულება, სადაც პრესის მიღება მხოლოდ ამანათით არის შესაძლებელი, დაწესებულების მაღაზიაში კი უურნალ-გაზეთები არ იყიდება.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს, ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში უზრუნველყოს პრესის ხელმისაწვდომობა.

მიმოწერის უფლება

პატიმრებს აქვთ ოჯახთან წერილის გაგზავნისა და მიღების საშუალება, თუმცა იმ დაწესებულებებში, სადაც ტელეფონით სარგებლობა საკმარისი რეგულარობით ხდება, პატიმრები იშვიათად სარგებლობენ ამ უფლებით.

განცხადებები და საჩივრები

CPT-მ თავისი 2007 წლის მოხსენების²³ 101-ე პარაგრაფში აღნიშნა, რომ „მიუხედავად მონიტორინგის გაუმჯობესებისა, დელეგაციის მიერ გამოკითხული ბევრი პატიმარი სკეპტიციზმს გამოთქვამს საჩივრების პროცედურასთან დაკავშირებით. ბევრი პატიმარი კონფიდენციალურად ვერ ახდენს საკუთარი საჩივრის გაგზავნას, გამომდინარე იქიდან, რომ მათ უწევთ ღია ფორმით გადაცემა საკუთარი საჩივრების ციხის თანამშრომლებისათვის. დელეგაციამ შენიშნა, რომ დაწესებულებაში არის საჩივრების ყუთი, თუმცა პატიმრები უწევაყოფილებას გამოთქვამებ ამ საკითხის მიმართ. აღნიშნული იქნა ასევე ისიც, რომ ადმინისტრაციის წარმომადგენლები ემუქრებიან პატიმრებს სხვადასხვა ფორმით, რათა მათ არ გაგზავნონ საჩივრი ციხის ადმინისტრაციის გარეთ რომელიმე თანამდებობის პირთან. ასევე იყო ბრალდება იმ პირების მისამართითაც, რომელთაც ეს საჩივრები ეგზავნება და აღინიშნა, რომ არ ხდება ამგვარ წერილებზე დროულად პასუხის გაცემა“.

CPT-რეკომენდაციას უწევს საქართველოს მთავრობის წარმომადგენლებს, რომ გადადგან შესაბამისი ნაბიჯები, რათა მოხდეს პატიმრების იმ უფლების დაცვა, რომელიც საჩივრების კონფიდენციალობას შეეხება.

საჩივრის ყუთები თითქმის ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულებაშია. გამონაკლისს წარმოადგენს ქ.თბილისის N8 საპყრობილე და ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეზიმის დაწესებულება.

მონიტორინგის დროს პატიმრები აღნიშნავდნენ, რომ მათ მიერ დაწერილ საჩივრებს ზოგჯერ არ იძარებენ ან არ აგზავნიან. ეს განსაკუთრებით ეხება ისეთ საჩივრებს, რომლებიც შეეხება დაწესებულებების დამატებით განვითარების მიზანისათვის.

²³ მოხსენება საქართველოს ხელისუფლებას წარმომადგენლების აღკვეთის ევროპული კომიტეტის (CPT) მიერ საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ 2007 წლის 21 მარტიდან 2 აპრილამდე; სტრასბურგი, 2007 წლის 25 ოქტომბერი.



ბულების თანამშრომლების მხრიდან პატიმრების უფლების დარღვევას. ხშირია შემთხვევები, როდესაც დაწესებულების ადმინისტრაცია აგზავნის პატიმრების საჩივრებს, თუმცა ამ უკანასკნელთავის მიუწვდომელია გაგზავნილი წერილის ნომერი, რაც გაუგებრობებს იწვევს და კიდევ ერთხელ ადასტურებს სასჯელალსრულების სისტემაში მოქმედი სოციალური სამსახურის უუნარობას.

ხშირად სასჯელალსრულების დაწესებულებების ადმინისტრაციებიდან სახალხო დამცველის აპარატში მსჯავრდებულთა და პატიმართა მიერ გამოგზავნილი განცხადებები შემოდის ღია მდგომარეობაში. აღნიშნული განცხადებები არის დაულუქავი და თავფურცლად ახლაც სასჯელალსრულების დაწესებულების დირექტორის ხელმოწერა.

საქართველოს იუსტიციის მინისტრის N620 ბრძანების თანახმად, „ადმინისტრაციას ეკრძალება შეაჩეროს ან შეამოწმოს პრეზიდენტის, პარლამენტის თავმჯდომარის, პარლამენტის წევრის, სასამართლოს, ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს, საქართველოს მიერ რატიფიცირებული ადამიანის უფლებათა დაცვის საერთაშორისო ხელშეკრულებების საფუძველზე შექმნილი საერთაშორისო/არასამთავრობო ორგანიზაციის, იუსტიციის სამინისტროს, სასჯელალსრულების დეპარტამენტის, სახალხო დამცველის, დამცველის ან პროკურორისათვის გაგზავნილი მსჯავრდებულთა კორესპონდენცია. ადმინისტრაცია ვალდებულია არა უგვიანეს სამი დღის ვადისა გადააგზავნოს იგი დანიშნულებისამებრ. ეს განცხადებები და საჩივრები არ ექვემდებარება შემოწმებას და დადგენილი წესით ეგზავნება ადრესატს.“

აღნიშნულთან დაკავშირებით სახალხო დამცველმა ჯერ კიდევ 2008 წელს მიმართა რეკომენდაციით სასჯელალსრულების დეპარტამენტს, უზრუნველყო ზემოაღნიშნული პრობლემის მოგვარება. რეკომენდაციის შედეგად ზოგიერთი სასჯელალსრულების დაწესებულებიდან შემოსულ განცხადებას აღარ ახლავს თავფურცელი დაწესებულების დირექტორის ხელმოწერით, თუმცა წერილები არ იღუქება პატიმრის თანდასწრებით. გამონაკლისს წარმოადგენს ის სპეციალური კონვერტები, რომლებიც სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფმა დაარიგა და რომლებიც უკვე დალუქულ მდგომარეობაში გადაეცემა ადმინისტრაციას.

პატიმართა ინფორმირება მათი უფლება-მოვალეობების შესახებ

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 21-ე მუხლის მესამე ნაწილის თანახმად, „მსჯავრდებულს წერილობითი ფორმით უნდა გააცნონ მისი უფლებები და მისდამი მოსამსახურების მოპყრობის წესები, ინფორმაციის მიღებისა და საჩივრის შეტანის წესები, დისციპლინური და სხვა სახის მოთხოვნები.“

CPT-ს ანგარიშის 102-ე პარაგრაფში აღნიშნულია, რომ „პატიმრებთან საუბრის შედეგად დადგინდა, რომ ისინი იღებენ ძალიან მცირე ინფორმაციას ან საერთოდ არანაირი ინფორმაცია არ მიეწოდებათ საკუთარ უფლებებზე. ზოგიერთ დაწესებულებაში, რომელსაც დელეგაცია ეწვია (რუსთავის №6 საპყრობილე), იყო გარკვეული ინფორმაციის მატარებელი პოსტერები გამოკრული შესასვლელებში, თუმცა ინფორმაცია არ იყო ახალი და არც საკმარისად დეტალური.“ CPT მიიჩნევს, რომ პატიმრებს სისტემატურად წერილობითი სახით უნდა მიეწოდებოდეთ განახლებული ინფორმაცია საკუთარ უფლებებთან, სამართლებრივ პროცედურებთან დაკავშირებით. ასევე ინფორმაცია, რომელიც შეიცავს შესაბამის ცნობებს მათი ვადამდე ადრე გათავისუფლების შესაძლებლობების შესახებ. ყველანაირი სახის ინფორმაცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პატიმრისათვის გასაგებ ენაზე.

მიუხედავად აღნიშნული რეკომენდაციისა, პატიმრების ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ თითქმის არ ხდება. N8 საპყრობილები საკნებში გამოკრულია მხოლოდ პატიმრის მოვალეობები. პატიმრებს სახალხო დამცველის რწმუნებულებთან ხშირად მარტო იმის გამო მოუთხოვიათ შევედრა, რომ კონსულტაცია მიეღოთ საკუთარი უფლებების შესახებ. აღნიშნულს, როგორც წესი, უნდა აზორციელებდეს დაწესებულების სოციალური სამსახური.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრო-ბაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, გაატაროს შესაბამისი ლონის-ძიებები სოციალური მუშაკების დამოუკიდებლობის გარანტიების შექმნისა და მათი პრო-ფესიული დონის ამაღლების მიზნით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სასჯელალსრულების დაწესებულებების დირექტორებს, ჯეროვნად უზრუნველყონ პატიმრების ინფორმირება მათი უფლება-მოვა-ლეობების შესახებ.

რესოციალიზაცია

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 39-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, სასჯელის მიზა-ნია სამართლიანობის აღდგენა, ახალი დანაშაულის თავიდან აცილება და დამნაშავის რესოციალიზაცია.

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „მსჯავრდებულ პატიმრებს უნდა დაეხმარონ, რათა მათ მონა-წილეობა მიიღონ სხვადასხვა პროცედურებსა და სპეციალურ პროგრამებში, რომლებიც დაეხმარება მათ, მოახდინონ ტრანსფორმაცია ციხეში ცხოვრებიდან სამართალმორჩილი ცხოვრებისაკენ ნორ-მალურ საზოგადოებაში“²⁴.

„იმ პატიმართა შემთხვევაში რომლებიც დიდი ვადით რჩებიან ციხეში, მიღებული უნდა იქნას ზომები რომლებიც თანდათანობით მოახდენს მათ დაპრუნებას თავისუფალ, ჩვეულებრივ საზოგადოებაში“²⁵.

„ეს მიზანი შეიძლება მიღწეული იქნას ციხეებში გათავისუფლების წინა პროგრამების არსებობით, ან ნაწილობრივ ან პირობითი გათავისუფლებით ზედამხედველობის ქვეშ ძლიერ სოციალურ დახმა-რებასთან კომბინაციაში“²⁶.

„ციხის ადმინისტრაციამ შეიძლება მჭიდროდ ითანამშრომლოს სხვადასხვა სააგენტოსა და ორგანოს-თან, რომლებიც ახორციელებენ ზედამხედველობას და ეხმარებიან გათავისუფლებულ პატიმრებს საზოგადოებაში თავიანთი ადგილის დამკვიდრებაში, განსაკუთრებით კი საყოფაცხოვრებო და სამ-სახურებრივ სფეროში“²⁷.

„ასეთი სოციალური სამსახურების ან სააგენტოების წარმომადგენლებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებ-ლობა, შევიზნენ ციხეში და დაეხმარონ მათ გათავისუფლებისათვის მომზადებაში, აგრეთვე გათავი-სუფლების შემდეგ უზრუნველყოფის გეგმის შემუშავებაში“²⁸.

სასჯელალსრულების დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამი-სობაში მოყვანისა და პატიმართათვის ნორმალური, ადამიანური სამყოფელისა და პირობების შექმნის შემდეგ იქნება შესაძლებელი თავისუფლებაალკვეთილ პირთა რესოციალიზაციისა და საზოგადო-ებაში ინტეგრაციის მიღწევა.

აღნიშნული მიზნის მიღწევა შეუძლებელი იქნება, თუ სასჯელალსრულების დაწესებულებებში არ მოიხსენება გადატვირთულობის პრობლემა, დაწესებულებებში სათანადოდ გადამზადებული თანამ-შრომლების ნაკლებობა და გარე სამყაროსთან ურთიერთობის შეზღუდვა. ასევე, აუცილებელია სას-ჯელალსრულების დაწესებულებებში სოციალური სამსახურის გაძლიერება და კადრების შესაბა-მისად გადამზადება.



²⁴ 107.1 წესი

²⁵ 107.2 წესი

²⁶ 107.3 წესი

²⁷ 107.4 წესი

²⁸ 107.5 წესი

სასჯელალსრულების დაწესებულებაში პატიმრების ყოფნამ არ უნდა გამოიწვიოს მათი უარეს მდგო- მარეობაში ჩატარება, არამედ უნდა დაეხმაროს მათ ჯანმრთელობის, ინტელექტუალური და სოცია- ლური ფუნქციონირების შენარჩუნებაში. პატიმრებს უნდა მიეცეთ საშუალება, იმუშაონ და ისწავლონ, რაც მათ დაეხმარება, გათავისუფლების შემდეგ ინტეგრირება მოახდინონ საზოგადოებაში და თავი იგრძნონ სრულყოფილ მოქალაქეებად.

პატიმრებმა დღეები არ უნდა გაატარონ უქმად და მონოტონურად. აღნიშნული მნიშვნელოვანია როგორც მათი კეთილდღებისათვის, ასევე სასჯელალსრულების დაწესებულების ნორმალური მარ- თვისათვის. თუ პატიმრები არ არიან დაკავებულები რაიმე საქმიანობით, დიდია ალბათობა, რომ ისინი გახდებიან დამრღვევები და ასოციალურები. აღსანიშნავია, რომ სასჯელალსრულების დაწე- სებულებებში სასჯელს იხდიან პირები, რომლებმაც დანაშაული სწორედ მძიმე სოციალური პირო- ბების გამო ჩაიდინეს. ზოგ მათგანს არ აქვს სათანადო განათლება, არ გააჩნია ის უნარ-ჩვევები და ცოდნა, რომელიც გამოადგებათ სასჯელისგან გათავისუფლების შემდეგ.

პატიმრებისათვის სამუშაო ადგილების შექმნას რამდენიმე მიზანი აქვს, კერძოდ: წახალისება, თვით- რეალიზაციის შესაძლებლობა, გარკვეულილად ფინანსური შემოსავალი და მიღებული ცოდნა, რო- მელსაც გამოიყენებენ გათავისუფლების შემდეგ.

წამებისა და არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელის აღკვეთის ევროპული კომიტეტის მოხსენებაში აღნიშნულია, რომ „CPT მოუწოდებს საქართველოს მთავრობას რომ შექმნას სხვადასხვა სამოქმედო პროგრამა ცახეში მყოფი მისჯილი და მიუსჯელი პატიმრებისთვის, მიზანი უნდა იყოს ის, რომ ნებისმიერი კატეგორიის პატიმარმა შეძლოს გარკვეული დროის გატარება (დაახ- ლოებით 8 საათის მაინც) საკინის ვარეთ და ჩატარებული იყოს სხვადასხვა სახის საინტერესო, აზრიან სამუშაოში. რაც შეეხება კონკრეტულად პატიმართა მუშაობას, უნდა ითქვას, რომ ამ მხრივ ფუნდა- მენტური ცვლილება უნდა მოხდეს, მუშაობის თვალსაზრისით პატიმართათვის მნიშვნელოვანია არა იმდენად მოგება, ანაზღაურება, რამდენადაც ეს სამუშაოები ემსახურება უფრო მეტად რესოცია- ლიზაციის და სარეაბილიტაციო მიზანს²⁹.

განათლება

მიგვაჩნია, რომ სასჯელალსრულების სისტემაში განათლების უფლების უზრუნველყოფა პრიორი- ტეტი უნდა გახდეს, რაც, პირველ რიგში, დადებითად აისახება მსჯავრდებულთა რესოციალიზაციის პროცესზე.

ევროპული ციხის წესების თანახმად, „ყოველი სასჯელალსრულების დაწესებულება უნდა ცდილობ- დეს, რომ პატიმრები უზრუნველყოს საგანმანათლებლო პროგრამების ხელმისაწვდომობით, რომლებიც იქნება შეძლებისდაგვარად მრავალმხრივი და უპასუხებს პატიმართა ინდივიდუალურ საჭიროებებს მათი მისწრაფებების გათვალისწინებით³⁰.

„პრიორიტეტი უნდა მიერიჭოს პატიმრებს, რომელთაც წერა-კითხვის და ანგარიშის სწავლის საჭირო- ება აქვთ და რომელთაც აკლიათ საბაზისო და პროფესიული განათლება“³¹.

„განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ახალგაზრდა და სპეციალური საჭიროებების მქონე პატიმრების განათლებას“³².

²⁹ მოხსენება საქართველოს ხელისუფლებას წამებისა და არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელის აღკვეთის ევროპული კომიტეტის მიერ საქართველოში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ 2007 წლის 21 მარტიდან 2 აპრილამდე.

³⁰ 28.1 წესი

³¹ 28.2 წესი

³² 28.3 წესი

„განათლებას არ უნდა მიენიჭოს ნაკლები სტატუსი, ვიდრე მუშაობას ციხის რეჟიმის ფარგლებში და პატიმრები არ უნდა ჩააყენონ ფინანსურად ან სხვაგვარად არახელსაყრელ პირობებში საგანმანათლებლო პროგრამაში მონაწილეობის მიღების გამო“³³.

დადებითად უნდა აღინიშნოს ზოგიერთ სასჯელადსრულების დაწესებულებაში არსებული საგანმანათლებლო პროგრამები. მაგალითად, N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში არის კომპიუტერული კურსები (5 კომპიუტერით), სასწავლო პროცესში ჩართული იყო 30 მსჯავრდებული; N4 საპყრობილები კომპიუტერული კურსებია არასრულნლოვნებისთვის, სასწავლო პროცესში ჩართულია 7 არასრულნლოვანი მსჯავრდებული; არასრულნლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში არის GCRT-ის მიერ შექმნილი მინანქრის სახელოსნო, სადაც ჩართულია 25 არასრულნლოვანი მსჯავრდებული, ხეზე კვეთის სახელოსნოში – 30 არასრულნლოვანი მსჯავრდებული, საანგარიშო პერიოდში წამების, ძალადობისა და გამოხატული სტრესული ზემოქმედების მქონე პირთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრ „ემპათია“-ს მიერ დაფინანსებული იყო თიხაზე მუშაობის შემსრულებლი კურსი, თუმცა აღნიშნული პროექტი უკვე დასრულდა. არასრულნლოვანი მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, ისნავლონ სასკოლო პროგრამის მიხედვით. N3 საპყრობილები არასრულნლოვანი მსჯავრდებულებისათვის არის სასწავლო პროგრამა „ადვოკატირება და განვითარება“, ქალთა და არასრულნლოვანთა საერთო და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულებაში ფუნქციონირებს სტილისტის, გობელენის, კომპიუტერული, თექის, მზარეულის, მასაჟისა და მაკიაჟის კურსები, „წამონებე საკუთარი საქმე“ სასწავლო პროგრამა და მოდელირებისა და ჭრა-კერვის კურსები, სადაც გადამზადებას გადის 4 არასრულნლოვანი გოგო, რესოციალიზაციისა და რეაბილიტაციის ხელშემწყობი სასწავლო პროგრამა „ქალი და ბიზნესი“, ასევე არასრულნლოვანი გოგონების-თვის ფუნქციონირებს სკოლა. N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულებაში ფუნქციონირებს კომპიუტერული კურსები. N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელადსრულების დაწესებულებაში კომპიუტერული კურსები ტარდება კვირაში 3-ჯერ და სასწავლო კურსს გადის 8 მსჯავრდებული.

როგორც ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, ქალებს და არასრულნლოვნებს მეტ-ნაკლებად აქვთ საშუალება, სასჯელადსრულების დაწესებულების პირობებში მიიღონ ზოგადი და პროფესიული განათლება, რასაც ვერ ვიტყვით მამაკაც მსჯავრდებულებზე – სახალხო დამცველის არაერთი რეკომენდაციის მიუხედავად, სრულნლოვანი მსჯავრდებულებისთვის განათლება ჯერაც ხელმიუწვდომელია. ის იშვიათი პროგრამები, რომლებიც სასჯელადსრულების დაწესებულებებში გვხვდება, წყვეტილ ხასიათს ატარებს და მსჯავრდებულთა მხოლოდ მცირე წანილისთვისაა ხელმისაწვდომი.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს და საქართველოს განათლების მინისტრს, ერთობლივი ძალისხმევით შეიმუშაონ და დანერგონ მსჯავრდებულთათვის დისტანციური სწავლების პროგრამები.



„ყოველ დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ბიბლიოთეკა ყველა პატიმრის სარგებლობისთვის, რომელიც სათანადოდ იქნება აღჭურვილი როგორც გამაჯანსაღებელი, ისევე საგანმანათლებლო რესურსებით, წიგნებითა და სხვა საშუალებებით“³⁴.

„სადაც შესაძლებელია, ციხის ბიბლიოთეკა უნდა მოეწყოს საზოგადოებრივი ბიბლიოთეკის სამსახურებთან თანამშრომლობით“³⁵.

³³ 28.4 წესი
³⁴ 28.5 წესი
³⁵ 28.6 წესი

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 44-ე მუხლის თანახმად, „სასჯელალსრულების დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია შექმნას პირობები, რათა მსჯავრდებულებმა მიიღონ ზოგადსაგანმანათლებლო და პროფესიული განათლება. ადმინისტრაცია ვალდებულია, დაწესებულებაში მოაწყოს ბიბლიოთეკა, რომელშიც უნდა იყოს როგორც საგანმანათლებლო ლიტერატურა, ასევე მსჯავრდებულთათვის გასაგებ ენაზე პატიმრობის შესახებ კანონმდებლობა, ეკროპული პენიტენციური წესები. მსჯავრდებულების უფლება აქვთ, მონაწილეობა მიიღონ სოციალური ადაპტაციის სასწავლო ჯგუფებში, რომელთა შექმნაც სასჯელალსრულების დაწესებულების ადმინისტრაციის მოვალეობაა“.

სასჯელალსრულების დაწესებულებების უმეტესობაში, მიუხედავად ბიბლიოთეკების არსებობისა, ლიტერატურა ხშირად ვერ აკმაყოფილებს მინიმალურ მოთხოვნებსაც კი. რუსულენოვანი ლიტერატურა, რომელიც სასჯელალსრულების დაწესებულებების ბიბლიოთეკებში მოიპოვება, ხშირად ბევრად უფრო მაღალი მხატვრული ლირებულებისაა, ვიდრე ქართულენოვანი. ბიბლიოთეკებში მწირია ქართველი თუ უცხოელი კლასიკოსების ნაწარმოებები, რომ არაფერი ვთქვათ, თანამედროვე მწერების ნაშრომებზე.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს, უზრუნველყოს სასჯელალსრულების დაწესებულებების ბიბლიოთეკების აღჭურვა კანონის შესაბამისად.

შრომა

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის XII თავი განსაზღვრავს მსჯავრდებულთა შრომით საქმიანობაში ჩაბმას. დღეს მდგომარეობით შრომის უფლებით მსჯავრდებულების მცირე ნაწილი სარგებლობს.

ციხის ევროპული წესების თანახმად, „ციხის ხელმძღვანელობა უნდა ცდილობდეს სასარგებლო ხასიათის საკმარისი სამუშაოთი პატიმრების უზრუნველყოფას“³⁶.

N10 საერთო და მკაცრი რეფიმის დაწესებულებაში გახსნილია თონე, სადაც დასაქმებულია 1 პატიმრი და ეძლევა ხელფასი. მონიტორინგის ჯგუფს აღნიშნული დაწესებულების დირექტორის მოადგილემ განუცხადა, რომ დაწესებულების მაღაზიას ემსახურება 1 მსჯავრდებული და ხელფასის სახით ეძლევა 50 ლარი, თუმცა შპს „მეგაფუდის“ მენეჯერთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ მსჯავრდებულს ხელფასის არ უხდიან; N8 საერთო და მკაცრი რეფიმის დაწესებულების საცხობში დასაქმებულია 3 მსჯავრდებული და ხელფასის სახით თითოეულს 250 ლარი ეძლევა; N3 საპყრობილის საცხობში დასაქმებულია 2 მსჯავრდებული, ხელფასი – 250 ლარი; ქალთა და არასრულწლოვანთა საერთო და საპყრობილის რეფიმის სასჯელალსრულების დაწესებულების სამკერვალოში დასაქმებულია 30 მსჯავრდებული, რომლებიც, ადმინისტრაციის განმარტებით, თვეში საშუალოდ 200-250 ლარს გამოიყენებენ, თუმცა მსჯავრდებულებთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ ანაზღაურების სახით თვეში 100 ლარს იღებენ; N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეფიმის სასჯელალსრულების დაწესებულების თონეში დასაქმებულია 2 მსჯავრდებული.

შესაბამისად, სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ანაზღაურებადი სამუშაო აქვს მხოლოდ 38 მსჯავრდებულს, რაც ძალიან მცირეა, რადგან საქართველოში 20671 პატიმარი იხდის სასჯელს³⁷.

³⁶ 26.2 წესი

³⁷ 2009 წლის 31 ოქტომბრის მონაცემებით

აღსანიშნავია, რომ მსჯავრდებულთა დასაქმების სრულფასოვანი რეალიზაცია პირდაპირ არის დაკავშირებული კერძო ბიზნესის დაინტერესებასთან. აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველმა 2009 წლის პირველი ნახევრის მოხსენებაში წინადადებით მიმართა საქართველოს პარლამენტს საგადასახადო კოდექსში ცვლილებების შეტანის თაობაზე, რომელიც იმ მენარმეებისთვის, რომელებიც იზრუნებენ მსჯავრდებულთა დასაქმებაზე, უზრუნველყოფდა საგადასახადო შეღავათების დაწესებას.

სახალხო დამცველი წინადადებით მიმართავს საქართველოს პარლამენტს, შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები საქართველოს საგადასახადო კოდექსში, რათა მენარმეებს, რომლებიც იზრუნებენ მსჯავრდებულთა დასაქმებაზე, განესაზღვროთ საგადასახადო შეღავათები.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, შეიმუშაოს მსჯავრდებულთა მასობრივი დასაქმებისთვის აუცილებელი ღონისძიებების ნუსხა.

სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალი

„ციხის მართვის ორგანოები უნდა იღვწოდნენ ციხის ყველა კატეგორიის პერსონალის ყურადღებით შერჩევისთვის, რადგან ციხის კარგი მუშაობა დამოკიდებულია ამ თანამშრომლების კეთილსინდისიერებაზე, ჰუმანურობაზე, კომუნიკაციურობაზე და პირად თვისებებზე“³⁸.

აუცილებელია, რომ სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ყურადღებით შეირჩეს კადრები. მათ კარგად უნდა ჰქონდეთ გათავისებული, რომ მათზეა დამოკიდებული როგორც პატიმრების, ასევე მოქალაქეების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, პატიმრების უფლებების დაცვა და მათთვის შესაძლებლობის მიცემა, რათა ციხეში გატარებული დრო გამოიყენონ დადგებითად და გათავისუფლების შემდგომ შეძლონ ინტეგრაცია საზოგადოებაში. აღნიშნული მიზნის მიღწევას პროფესიონალიზმი და პიროვნული პატიოსნება სჭირდება.

სასჯელალსრულების დაწესებულებაში სამუშაოდ მაღალკვალიფიციური კადრის მიზიდვისა და შენარჩუნებისათვის აუცილებელია მათთვის შესაბამისი ანაზღაურების დაწესება და ნორმალური სამუშაო გარემოს შექმნა.

სწორედ აღნიშნულიდან გამომდინარე, სახალხო დამცველის 2009 წლის პირველი ნახევრის საპარლამენტო მოხსენების რეკომენდაციები ასევე შეეხებოდა სასჯელალსრულების დაწესებულებების თანამშრომელთა სოციალურ გარანტიებს და მათი კვალიფიკაციის ამაღლებისთვის აუცილებელი ღონისძიებების გატარებას.

აღნიშნული რეკომენდაციის პასუხად, სახალხო დამცველის აპარატში 2009 წლის 11 დეკემბერს სსიპ სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სასწავლო ცენტრიდან შემოვიდა წერილი, სადაც აღნიშნულია, რომ სასჯელალსრულებისა და პრობაციის ცენტრმა 2005 წლის 08 ნოემბრიდან დღემდე მოამზადა 3350 სასჯელალსრულების სისტემის თანამშრომელი და არასაპატიმრო სასჯელთა აღსრულებისა და პრობაციის სისტემის 370 ოფიცერი. მათი განმარტებით, სასწავლო პროცესი ხორციელდება 16 სპეციალიზებული პროგრამის მიხედვით.

სასწავლო ცენტრის დირექტორის მიერ მოწოდებული ინფორმაციითა და ლიტერატურით იკვეთება, რომ სასწავლო პროგრამა დაგეგმილია სწორად და მიზანმიმართულად, თუმცა მონიტორინგის შედე-



³⁸ პატიმრობა მოპყრობის სტანდარტული მინიმალური წესები, 42 (1) წესი.

გად ირკვევა, რომ ხშირ შემთხვევაში ჩატარებული ტრენინგი ვერ აღწევს სასურველ შედეგს შემდეგი გარემოებების გამო: თანამშრომლებთან გასაუბრებით გაირკვა, რომ დღისით ისინი ტრენინგს ესწრებიან, მაშინ, როცა წინა ღამით სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მორიგეობენ. აღნიშნული განსაკუთრებით ეხება აღმოსავლეთ საქართველოში მდებარე სასჯელაღსრულების დაწესებულებების თანამშრომლებს. გადამზადების პროგრამების არაეფექტურობის ერთ-ერთი მიზეზი ასევე კადრების ხშირი ცვლა.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრებით დაკომპლექტება, ასევე შესაბამისი პროფესიული უნარ-ჩვევების მქონე თანამშრომელთა წახალისება და მათი სოციალური და შრომითი გარანტიების გაუმჯობესება.

წინადადებები საქართველოს პარლამენტს

- შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში, რათა ამჟამად მოქმედი შეკრებითობის პრინციპი შეიცვალოს შთანთქმის პრინციპით;
- პატიმრობის კოდექსში განხორციელდეს შესაბამისი დამატებები, რომლებიც უზრუნველყოფს მსჯავრდებულთა უფლებას გრძელვადიან პაემნებზე;
- შევიდეს შესაბამისი ცვლილებები და დამატებები საქართველოს საგადასახადო კოდექსში, რათა მეწარმეებს, რომლებიც იზრუნებენ მსჯავრდებულთა დასაქმებაზე, განესაზღვროთ საგადასახადო შეღავათები.

რეკომენდაციები

საქართველოს მთავარ პროკურორს:

- პირადი კონტროლის ქვეშ აიყვანოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომხდარი ფაქტების სწრაფი და ეფუძნებული გამოძიება;
- სისხლისსამართლებრივი დევნის პოლიტიკის განსაზღვრისას საზოგადოებისათვის ნაკლებად საშიში დანაშაულების შემთხვევაში პრიორიტეტი მიანიჭოს თავისუფლების აღკვეთის აღტერნატიულ, უფრო მსუბუქ სასჯელის სახეებს;

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს და საქართველოს განათლების მინისტრს:

- ერთობლივი ძალისხმევით შეიმუშაონ და დანერგონ მსჯავრდებულთათვის დისტანციური სწავლების პროგრამები.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- კანონის შესაბამისად განსაზღვროს ხანდაზმული პატიმრების გაუმჯობესებული საყოფაცხოვრებო და კვების პირობები;
- უმოკლეს დროში უზრუნველყოს N1, N3, N4 საპყრობილების, ასევე N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულების ლიკვიდაცია; ასევე გაატაროს სხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, მათ შორის, ქსნის N7 დაწესებულებაში დამაკმაყოფილებელი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის შექმნისა და შენარჩუნებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები;
- გაატაროს შესაბამისი ღონისძიებები სოციალური მუშაკების დამოუკიდებლობის გარანტიების შექმნისა და მათი პროფესიული დონის ამაღლების მიზნით;
- შეიმუშაოს მსჯავრდებულთა მასობრივი დასაქმებისთვის აუცილებელი ღონისძიებების ნუსხა; უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრებით დაკომპლექტება, ასევე შესაბამისი პროფესიული უნარ-ჩვევების მქონე თანამშრომელთა წახალისება და მათი სოციალური და შრომითი გარანტიების გაუმჯობესება.

საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს:

- უზრუნველყოს ყველა პატიმრის უფლების რეალიზაცია სატელეფონო საუბრებზე, მათ შორის, იმ პირების ინტერესების გათვალისწინებით, რომელთა ახლობლები არ იმყოფებიან საქართველოს ტერიტორიაზე;
- უზრუნველყოს სასჯელალსრულების დაწესებულებების ბიბლიოთეკების ეკიპირება კანონის შესაბამისად.

სასჯელალსრულების დაწესებულებების დირექტორებს:

- ჯეროვნად უზრუნველყონ პატიმრების ინფორმირება მათი უფლება-მოვალეობების შესახებ.



დროებითი მოთავსების იზოლაციაზე ჰაუტვასტები

შინაგან საქმეთა სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული დროებითი მოთავსების იზოლატორების და თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტის რეგიონალური სამმართველოების მონიტორინგის ანგარიში

2009 წლის ოქტომბერში სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის ჯგუფმა ეროვნული პრევენციული მექანიზმის ფარგლებში განახორციელა შინაგან საქმეთა სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული დროებითი მოთავსების იზოლატორებისა და თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტის რეგიონალური სამმართველოების მონიტორინგის ანგარიში

2009 წლის ოქტომბერში სახალხო დამცველის აპარატის მონიტორინგის ჯგუფმა ეროვნული პრევენციული მექანიზმის ფარგლებში განახორციელა შინაგან საქმეთა სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული დროებითი მოთავსების იზოლატორებისა და თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტის რეგიონალური სამმართველოების მონიტორინგი, რა დროსაც შემოწმდა თბილისის N1 და N2, რუსთავის, გარდაბნის, მარნეულის, ბოლნისის, მცხეთის, დუშეთის, ყაზბეგის, სიღნაღის, ყვარლის, საგარეჯოს, გურჯაანის, თელავის, ბორჯომის, ახალციხის, ახალქალაქის, გორის, ქარელის, ხაშურის, ზესტაფინის, ქუთაისის, ჭიათურის, თერჯოლის, ტყიბულის, ბაღდათის, სამტრედიის, ამბროლაურის, ონის, ცაგერის, აძაშის, სენაკის, მარტვილის, ჩხოროწყუს, ხობის, ზუგდიდის N1, ზუგდიდის N2, ფოთის, ოზურგეთის, ჩოხატაურის, ლანჩხუთის, ბათუმისა და ქობულეთის დროებითი მოთავსების იზოლატორები და ვაზიანის, ახალციხის, გორის, სენაკისა და ბათუმის ჰაუტვასტები³⁹.

აღსანიშნავია, რომ არცერთ დროებითი მოთავსების იზოლატორში და არცერთ ჰაუტვასტებში მონიტორინგის ჯგუფის წევრებს დაბრკოლებები არ შეჰქმნიათ, დაწესებულებების ადმინისტრაციამ სრულად ითანამშრომლა მონიტორინგის ჯგუფის წევრებთან.

დროებითი მოთავსების იზოლატორებისა და ჰაუტვასტების შემოწმებისას გამოყენებულ იყო ევროპული ციხის წესებში⁴⁰ და CPT-ს მიერ საქართველოსთვის გაცემულ რეკომენდაციებში⁴¹ ჩამოყალიბებული სტანდარტები.

დროებითი მოთავსების იზოლატორები

საგულისხმოა, რომ დროებითი მოთავსების იზოლატორების რემონტი და ახლის მშენებლობა ჯერ კიდევ 2003 წლიდან დაიწყო. აღნიშნულის მიუხედავად, უმეტესი იზოლატორის ტექნიკური მდგომარეობა არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს.

2009 წლის 24 სექტემბერს სახალხო დამცველის აპარატმა წერილობით მიმართა შსს ადამიანის უფლებათა დაცვის მთავარ სამმართველოს ყველა იმ სამართლებრივი აქტის ასლის ნარმოდგენის მოთხოვნით, რომლებიც არეგულირებს დროებითი მოთავსების იზოლატორებში მოთავსებული პირის

³⁹ მდგომარეობა დაწესებულებების მიხედვით იხ. დანართში.

⁴⁰ ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2006 წლის 11 იანვრის რეკომენდაცია REC 2006(2).

⁴¹

ყოფნის პირობებს. აღნიშნულ წერილზე პასუხი არ მიგვიღია. როგორც ადგილზე ვიზიტებისას გა-ირკვა, იზოლატორების ადმინისტრაცია ხელმძღვანელობს საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტ-რის N117 ბრძანებით, რომლითაც დამტკიცებულია დაკავებულ და პატიმრობაში აყვანილ პირთა დროებითი მოთავსების იზოლატორების მუშაობის ინსტრუქცია, თუმცა ამ დოკუმენტში არ არის განსაზღვრული ის ნორმები და სტანდარტები, რომლებსაც იზოლატორის ინფრასტრუქტურა უნდა აკმაყოფილებდეს.

2009 წლის 30 ოქტომბერს შსს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმარ-თველოდან გამოთხოვილი იქნა ინფორმაცია ყველა დროებითი მოთავსების იზოლატორის შესახებ. კერძოდ: ბოლო ექვსი თვის მანძილზე თითოეულ დმი-ში მოთავსებული პირების რაოდენობა, სისხლის სამართლისა და ადმინისტრაციული წესით დაკავებული პირებისა, ასევე ქალების, მამაკაცების და არასრულწლოვნებისა, რაოდენობის მითითებით; რამდენ პირს აღნიშნებოდა სხეულის დაზიანება დმი-ში მოთავსების დროს, რამდენს ჰქონდა პრეტენზია სამართალდამცავ ორგანოებაზე და რამდენი შემთხვევა გადაეცა საგამოძიებო ორგანოებს რეაგირებისთვის; რამდენმა პირმა მიიყენა თვითდა-ზიანება; შენობის აშენებისა და ბოლო სარემონტო სამუშაოების თარიღი.

შსს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმართველოდან 2009 წლის 26 ნოემბერს მიღებულ პასუხში მოთხოვნილი ინფორმაცია მხოლოდ ნაწილობრივ არის წარმოდგენილი. პასუხი მოცემულია სქემის სახით, რომელშიც, ხშირ შემთხვევაში დაკავებულ პირთა საერთო რაოდენობა არ ემთხვევა ადმინისტრაციული წესით, ადმინისტრაციული პატიმრობაშეფარდებული და სისხლის სამართლის წესით დაკავებული პირების ჯამს. ერთ-ერთ დმი-ში მოთავსებულ პირთა საერთო რაოდენობა კი დაზიანებებით შესულ პირთა რაოდენობაზე ნაკლებია.

მონიტორინგის ჯევზის წევრებმა ადგილზე შეამონებს დმი-ში განთავსებულ დაკავებულ პირთა აღრიცხვის წიგნები და პირველადი სამედიცინო დახმარების რეგისტრაციის უურნალები 2009 წლის 1 ივნისიდან. დათვალიერდა ინფრასტრუქტურა, მათ შორის: საკენები, საგამოძიებო ოთახები, ინვენ-ტარი, საკვების შენახვის პირობები. ადმინისტრაციასთან საუბრისას გაირკვა პირის მოთავსების პროცედურა, კვებისა და შხაპის მიღების, სეირნობის პროცედურები და პერიოდულობა.

მოპყრობა

მონიტორინგის დროს არ დაფიქსირებულა დროებითი მოთავსების იზოლატორებში მოთავსების შემდეგ მიღებული დაზიანების არცერთი შემთხვევა. სამაგიროდ, ძალიან ხშირია, როდესაც პირი დმი-ში ხვდება დაზიანებებით, თუმცა, უმეტეს შემთხვევაში მაშინაც კი როდესაც, პირის განცხადე-ბით, მან დაზიანება მიიღო დაკავების დროს, იგი სამართალდამცავი ორგანოების მიმართ პრეტენ-ზიას არ გამოთქვამს.

ძნელია იმაზე მსჯელობა, რამდენად მიზანმიმართულად ხდება პოლიციის მიერ დაკავებულ პირზე ფიზიკური ზემოქმედება და რამდენად პროპორციულია დაკავებულის გამოყენებული ძალა გაწეული წინააღმდეგობისა. ფაქტია, რომ უკანასკნელი თვეების მანძილზე გახშირდა დაკავების დროს დაზი-ანებების მიყენების შემთხვევები.

აღსანიშნავია, რომ ყოველი ასეთი შემთხვევა აღირიცხება დაკავებულ პირთა აღრიცხვის წიგნებში, თუმცა ზოგიერთი იზოლატორის ადმინისტრაცია მხოლოდ იმ შემთხვევაში უგზავნის შეტყობინებას პროცედურაში, თუ დაკავებული თავად გამოთქვამს პრეტენზიას.

ზუგდიდის დმი-ში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ჩვენ მიერ შერჩევითად იქნა დათვალიერებუ-ლი ერთ-ერთი დაკავებული. როდესაც დაკავებულმა გაიგო ჩვენი ვინაობა, გვთხოვა, აღმოგვეჩინა დახმარება. მისი გადმოცემით, დაკავების დროს და ასევე ჩვენების მიცემისას, იგი სასტიკად სცემეს



სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლებმა. სხეულზე აღენიშნებოდა საკმაოდ ინტენსიური სხვადასხვა სახისა და ლოკალიზაციის დაზიანებები. ჩვენ მიერ შედგა შესაბამისი ოქმი და შეიცვლი დაზიანებათა აღწერის ფორმა №5. აღნიშნული ფაქტის შესახებ სახალხო დამცველმა 2010 წლის 4 მარტს რეაგირებისთვის მიმართა საქართველოს მთავარ პროკურატურას. პროკურატურიდან 2010 წლის 19 მარტს მიღებული პასუხის თანახმად, საქმეზე დაიწყო წინასწარი გამოძიება 144¹ მუხლის (წამება) მე-2 ნანილის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით შსს-ს ზუგდიდის რაიონული სამმართველოს თანამშრომლების მიერ დაკავებისას ეჭვმიტანილის მიმართ განხორციელებული წამების ფაქტზე.

სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა |

სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების თვალსაზრისით დროებითი მოთავსების იზოლატორების უმრავ-ლესობა არ აკმაყოფილებს არსებულ სტანდარტებს. უმეტეს შემთხვევაში ინფრასტრუქტურის სიძევე-ლის გამო არ ხერხდება სისუფთავის დაცვა. ახალაშენებულ იზოლატორებშიც კი, ზოგჯერ, საპირ-ფარეშოები არ არის იზოლირებული. ხშირად წყალი მიეწოდება საპირფარეშოს თავზე დამონტაჟებული მილით.

უმრავლეს შემთხვევაში არ ხდება გადასაფარებლების გარეცხვა. იმ დროებითი მოთავსების იზოლატორებშიც, სადაც გადასაფარებლები ირცხება, აღნიშნული არ ხდება საკმარისი რეგულარობით იმისთვის, რომ ყოველ დაკავებულს სუფთა გადასაფარებელი მიეწოდებოდეს. აღნიშნული ქმნის ინფექციური, დერმატოლოგიური და სხვა დაავადებების გავრცელების საფრთხეს. გამონაკლისია ჩიხატაურის დმი, სადაც ყოველ დაკავებულს მიეწოდება სუფთა გადასაფარებელი.

საყოფაცხოვრებო პირობები |

იზოლატორებში მოთავსებულ პირთა საყოფაცხოვრებო პირობებიც ვერ აკმაყოფილებს ვერანაირ სტანდარტს. მათ უმრავლესობაში არ არის საკმარისი განათება და ვენტილაცია, ზოგიერთ მათგანს საერთოდ არ აქვს ფანჯარა ან იგი იმდენად მცირე ზომისაა, რომ ვერ უზრუნველყოფს ბუნებრივ ვენტილაციას და განათებას. ბევრ დმი-ში არ არის გათბობა, არ ხდება საკმარისი რეგულარობით დასუფთავება. ამ მხრივ გამონაკლისია ჩიხატაურის დმი, სადაც საყოფაცხოვრებო პირობები და-მაკმაყოფილებელია, დაცულია სისუფთავე.

მარნეულის, ამპროლაურისა და თბილისის N1 და ბათუმის დმი-ს ზოგიერთი საკნის გარდა თითოეულ დაკავებულზე გამოყოფილი ფართი არ აკმაყოფილებს 4 კვ.მ. სტანდარტს.

დაკავებულებს სძინავთ საერთო ფიცარნაგზე ან რეინის ორსართულიან საწოლზე. მხოლოდ თბილისის N1 იზოლატორში საწოლებზე არის ლეიბები. დანარჩენ შემთხვევაში დაკავებულებს მხოლოდ გადასაფარებელი მიეწოდებათ, რაც შეიძლება შეფასდეს, როგორც სტანდარტის უხეში დარღვევა იმ პირების მიმართ, რომლებიც 72 საათზე მეტი ვადით არიან განთავსებულნი იზოლატორში. არცერთ იზოლატორში დაკავებულებს/პატიმრებს არ მიეწოდებათ თეთრეული.

დმი-ს პირობებში ასევე ძნელია პირადი ჰიგიენის დაცვა. ბევრ იზოლატორში არ არის საშაპე. ხშირ შემთხვევაში დაკავებულებს არ მიეწოდებათ ისეთი აუცილებელი ნივთები, როგორებიცაა კბილის ჯავრისი და პასტა, ერთჯერადი სამართებელი, პირსახოცი. აქედან გამომდინარე, შს მინისტრის N117 ბრძანებაში დაკავებულთათვის განსაზღვრული ვალდებულება, „დაიცვან [...] სანიტარიულ-ჰიგიენური წესები, საკნებში დაიცვან მუდმივი სისუფთავე“⁴² ძნელი შესასრულებელია.

⁴² თავი 4, 4.1

ასევე პრობლემურია დაკავებულების სეირნობის საკითხი. იზოლატორების უმრავლესობას საერთოდ არ აქვს სასეირნო ეზო. სხვა შემთხვევაში, ეზოს არსებობის პირობებშიც, არ ხდება დაკავებულების სუფთა პარტნერზე გაყვანა, რაც რამდენიმეთვიანი ადმინისტრაციული პატიმრობის შემთხვევაში ასევე შეიძლება სტანდარტის უხეშ დარღვევაზე შეფასდეს.

მხოლოდ თბილისის N1 და N2 დროებითი მოთავსების იზოლატორებს ემსახურება ექიმი, რომელიც ახდენს დაზიანებით შემოსული პირის დათვალიერებას და სამედიცინო მომსახურების გაწევას, თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურება ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტის მიწოდებით შემოიფარგლება. სხვა შემთხვევაში, საჭიროებისამებრ ხდება სასწრაფო დახმარების გამოძახება, რაც აღირიცხება სპეციალურ უურნალში. ასევე საჭიროების შემთხვევაში ხდება პირის გადაყვანა სამკურნალო დაწესებულებაში.

ყველა დმი-ში დაკავებულებს მიეწოდებათ სტანდარტული საკვები — პური, კონსერვის პაშტეტი და პაკეტის სუპი. აღნიშნული საკვები არასრულფასოვანია, რაც განსაკუთრებით შემაშფოთებელია იმის გათვალისწინებით, რომ პირს შეიძლება, რამდენიმე თვის მანძილზე მოუწიოს დროებითი მოთავსების იზოლატორში ყოფნა, რა დროსაც სრულფასოვანი საკვების მიღების ერთადერთი საშუალება ამანათებია, რომლებიც დაკავებულის ახლობლებს მიაქვთ.

იზოლატორების დიდ უმრავლესობაში არ არის მაგიდა და სკამები. რამდენიმე მათგანში მხოლოდ მაგიდებია დამონტაჟული, რაც საშუალებას არ აძლევს დაკავებულს/პატიმარს, საკვები მიიღოს შესაბამის პირობებში.

რეკომენდაციები

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმართველოს უფროსს

- პროცესურატურის ინფორმირება მოხდეს ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც პირს დაზიანების მიღებული აქვს დაკავებისას ან დაკავების შემდგომ პერიოდში;
- ყველა დროებითი მოთავსების იზოლატორში შეიქმნას ევროპული ციხის წესებით გათვალისწინებული საყოფაცხოვრებო პირობები, კერძოდ, უზრუნველყოფილი იქნეს საკმარისი ბუნებრივი განათება და ვენტილაცია, გათბობა;
- მოხდეს საპირფარეშოების იზოლირება და პირსაპანების დამონტაჟება;
- ყოველი დაკავებული, პირველ რიგში კი, 72 საათზე მეტი ხნით განთავსებული პირები, უზრუნველყოფილი იქნეს ცალკე საწოლით და შესაბამისი თეთრეულით;
- ყოველ დაკავებულზე გათვალისწინებული იქნეს 4 კვ.მ. ფართი;
- შეიქმნას პირობები პირადი ჰიგიენის დაცვისათვის — დაკავებულებს საშუალება მიეცეთ, საკმარისი რეგულარობით მიიღონ შეაპი, მიეწოდებოდეთ პირადი ჰიგიენის ნივთები, სუფთა გადასაფარებლები;
- მოხდეს სეირნობის უფლების სრული რეალიზაცია;
- დაკავებულებს მიეწოდებოდეთ სრულფასოვანი საკვები;
- საკვებში მოხდეს მაგიდებისა და სკამების დამონტაჟება;
- იმის გათვალისწინებით, რომ დროებითი მოთავსების იზოლატორები არ აკმაყოფილებს ხანგრძლივი მოთავსებისათვის საჭირო საყოფაცხოვრებო და სანიტარიულ-ჰიგიენურ პირობებს, სასურველია, ადმინისტრაციულ პატიმრობაშეფარდებული პირების განთავსებისათვის შეიქმნას სპეციალური დაწესებულებები რეგიონულ დონეზე.

ჰაუპტვახტები |

ჰაუპტვახტების მონიტორინგის შედეგების შეჯამებისას დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ მონიტორინგის ჯგუფს არ შეხვედრია სხეულის დაზიანების არცერთი ფაქტი და პატიმრებს არ გამოუთქვამთ პრეტენზია ჰაუპტვახტების ადმინისტრაციის მიმართ.



2009 წლის 24 ოქტომბერს სახალხო დამცველის აპარატიდან საქართველოს შეიარაღებული ძალების გაერთიანებულ შტაბში გაიგზავნა წერილობითი მიმართვა, მოენოდებინათ ადგილობრივი და საერთაშორისო სტანდარტების ამსახველი დოკუმენტაცია, რომლითაც ხელმძღვანელობს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში არსებული ჰაუპტვაგტების ადმინისტრაცია. მიღებული პასუხის თანახმად, „სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტი, არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად, ახორციელებს თავდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებულ სამხედრო მოსამსახურეთა თავისუფლების ხანძოებელ აღკვეთას და ადმინისტრაციული პატიმრობის უზრუნველყოფას. დღიდან ჩამოყალიბებისა მიმდინარეობს მუშაობა აღნიშნული საკითხისა და კანონმდებლობის საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად. პირველ რიგში, მოხდა ძველი, ამორტიზირებული და ფუნქციის შეუსაბამი ჰაუპტვაგტების რიგ შემთხვევებში სრული დემონტაცია, ხოლო რიგ შემთხვევებში გარემონტება“. თუმცა მონიტორინგის შედეგად აღმოჩნდა, რომ აღნიშნული პასუხი არ ასახავს რეალობას, ვინაიდან სამცხე-ჯავახეთის, შიდა ქართლისა და აჭარის რეგიონალურ სამმართველოებში არსებული ჰაუპტვაგტების ინფრასტრუქტურა მოძველებულია და მათში ნებისმიერი სტანდარტის მიღწევა ან ნორმის დაცვა შეუძლიერებლია.

ზემოაღნიშნული პასუხით ასევე გვაცნობეს, რომ თავდაცვის მინისტრის N147 ბრძანება „საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს სისტემაში ადმინისტრაციული პატიმრობის ადგილების (ჰაუპტვახტების) ფუნქციონირების შესახებ“⁴³ წარმოადგენს ჰაუპტვახტების ფუნქციონირების სამართლებრივ დოკუმენტს. მიუხედავად ამისა, თავდაცვის სამინისტროს განმარტებით, ამჟამად მიმდინარეობს ინტენსიური მუშაობა, რათა აღნიშნული საკითხის მომწესრიგებელი დოკუმენტაცია შესაბამისობაში მოვიდეს საერთაშორისო სტანდარტებთან.

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს პრეცედენტული სამართლისა და წამებისა და არა-ადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელის აღკვეთის ევროპული კომიტეტის (CPT) სტანდარტების გათვალისწინებით, ევროპის საბოლოო მინისტრთა კომიტეტმა წევრი სახელმწიფო-ებისათვის შეიმუშავა რეკომენდაცია ევროპული ციხის წესების შესახებ⁴⁴, რომლის სტანდარტები ვრცელდება თავისუფლების აღკვეთის ყველა ადგილზე, მათ შორის, პაუპტრახტებზეც. აღნიშნული დოკუმენტის თანახმად: „პატიმრებისათვის უზრუნველყოფილი შენობა, განსაკუთრებით კი საძინებელი კორპუსი, უნდა პასუხობდეს ადამიანის ღირსების, პატივისა და შეძლებისდაგვარად, ასევე, განმარტოების მოთხოვნებს. დაცული უნდა იყოს ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის მოთხოვნები, კლიმატური პირობებისა და განსაკუთრებით, ფართის ოდენობის, ჰაერის მოცულობის, განათებისა და ვენტილაციის პირობების გათვალისწინებით“.

გარდა კახეთი-ქვემო ქართლის ჰაუპტვახტისა, არცერთ ჰაუპტვახტში არ არის დაცული ზემოაღნიშნული მოთხოვნები, კერძოდ, სამცხე-ჯავახეთის, სამეგრელო-ზემო სვანეთისა და აჭარის რეგიონალური სამართველოების ჰაუპტვახტების საკნებში ფანჯრების ზომა არასაკმარისად უზრუნველყოფს ბუნებრივ განათებას და ვენტილაციას, ხოლო შიდა ქართლის ჰაუპტვახტის საკნებს ფანჯრა საერთოდ არ აქვს. ასევე, კახეთი-ქვემო ქართლის ჰაუპტვახტის გარდა, არსად არის დამონტაჟებული კინტრალური გათბობის სისტემა.

საქართველოს თავდაცვის მინისტრის N147-ე ბრძანების მე-15 მუხლში განსაზღვრულია ჰაუპტვახტში სადისციპლინო წესით დაპატიმრებულების უფლებები, კერძოდ, „პატიმრებს საკანში ყოფნისას უნდა ჰქონდეთ საცვლები, სამუშაო ტანსაცმლი და ფეხსაცმელი. დანარჩენი ნივთები ინახება საკნის გარეთ, ჰაუპტვახტის დადგენილი წესით. ძილის დროს პატიმრებს მიეცემათ დათბილული ქურთუკი და ნება ეძლევათ გაიხადონ ფეხსაცმელი, ხოლო საკანში +18 გრადუსზე დაბალი ტემპერატურის დროს დათბილული ქურთუკი კი მიეცემათ დოისითაც“.

⁴³ საქართველოს თავდაცვის მინისტრის 2006 წლის 2 მაისის ბრძანება.

⁴⁴ ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის 2006 წლის 11 იანვრის რეკომენდაცია REC(2006)2.

აღნიშნული დისპოზიცია არეგულირებს პატიმართა უფლებებს ისეთი პირობებისთვის, როგორთა არსებობაც საერთოდ დაუშვებელია არსებული სტანდარტებით. უმჯობესია, ბრძანებით განისაზღვროს მინიმალური ტემპერატურა, რომელიც უნდა იყოს საკანში და არა ის, თუ რა დამატებითი ნივთები შეიძლება ჰქონდეს პატიმარს იმის გამო, რომ ადმინისტრაცია ვერ ახერხებს მისთვის ნორმალური პირობების შექმნას.

ევროპული ციხის წესების თანახმად, სანიტარული მოწყობილობები საკმარისი უნდა იყოს იმისათვის, რომ თითოეულმა პატიმარმა შეძლოს ბუნებრივი მოთხოვნილებების დაცმაყოფილება საჭიროებისამებრ, სისუფთავისა და წესირების პირობებში.

ჰაუპტვახტების უმრავლესობაში არც ზემოაღნიშნული წესია დაცული – სამეგრელო-ზემო სვანეთის, შიდა ქართლის და სამცხე ჯავახეთის ჰაუპტვახტების საკნებში საპირფარეშოები და სასმელი წყლის ონკანი არ არის დამონტაჟებული.

ევროპული ციხის წესების თანახმად⁴⁵, ყოველი პატიმარი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ცალკე საწოლით და ცალკე სათანადო ქვეშაგებით, რომლებიც მოწესრიგებულ მდგომარეობაში უნდა იქონიოს და შეიცვალოს იმდენად ხშირად, რომ მისი სისუფთავე იქნეს დაცული.

აღნიშნული მოთხოვნის მიუხედავად, კახეთი-ქვემო ქართლის რეგიონალური სამმართველოს ჰაუპტვახტის გარდა თეთრეული პატიმრებს საერთოდ არ ეძღვევა. მეტიც, სამცხე-ჯავახეთისა და აჭარის რეგიონალურ სამმართველოებს ჰაუპტვახტების საკნებში საწოლების ნაცვლად საღამოს საათებში შეაქვთ ფიცრები, რომლებზეც პატიმრები იძინებენ, ხოლო შიდა ქართლის ჰაუპტვახტის საკნებში არის ხის ფიცარნაგები. მხოლოდ აღნიშნულიც მოწმობს, რომ ამ ჰაუპტვახტებში ადამიანის ნორმალური ყოფნისთვის შესაფერისი პირობები არ არის შექმნილი.

რეკომენდაცია:

- უზრუნველყოფილი იქნეს სამცხე-ჯავახეთის, შიდა ქართლისა და აჭარის რეგიონალური სამმართველოების ჰაუპტვახტების ლიკვიდაცია;
- დანარჩენ ჰაუპტვახტებში არსებული მდგომარეობა შესაბამისობაში იქნეს მოყვანილი ევროპის ციხის წესების სტანდარტებთან იმ შენიშვნების გათვალისწინებით, რომლებიც აღნიშნულ ანგარიშშია მოცემული.



⁴⁵ 21-ე წესი

ჯანმრთელობის უფლების დაცვა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში

ჯანდაცვა სასჯელალსრულების სისტემაში

ეკოვალენტური სამედიცინო დახმარების გაწევა⁴⁶

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 37-ე მუხლის მიხედვით, „სასჯელალსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახური წარმოადგენს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაწილს. სასჯელალსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის მატერიალურ-ტექნიკური პარა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის დონე არ უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის საერთო სისტემის დონეზე ნაკლები.“ მიუხედავად კანონის ამ მოთხოვნისა, სამედიცინო მომსახურების ეკოვალენტურობის უზრუნველყოფა საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწებულებებში კვლავ რჩება ერთ-ერთ უმწვავეს და გადაუჭრელ პრობლემად.

პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში ეკოვალენტური სამედიცინო მომსახურების დანერგვის აუცილებლობას შეეხება არაერთი საერთაშორისო დოკუმენტი. მათ შორის, უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია:

1. ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(98)7 წევრი სახელმწიფოების მიმართ, ციხეეპში სამედიცინო მომსახურების ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების შესახებ (სტრასბურგი, 1998 წ. 20 აპრილი);
2. პატიმრობის მინიმალური სტანდარტები – (მიღებულია გაეროს პირველ კონგრესზე, ქ. შენევა 1955 წ. და რატიფიცირებულია ეკონომიკური და სოციალური საბჭოს რეზოლუციებში 663 C (XXIV) 1957 წლის 31 ივლისს და 2076 (LXII) 1997 წ. 13 მაისს);
3. პატიმართა მოპყრობის ძირითადი პრინციპები – (მიღებულია გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციით 45/111, 1990 წლის 14 დეკემბერს);
4. ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღრისების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტი (CPT), მე-3 ზოგადი ანგარიში, CPT/Inf (93) 12.

ზემოთ აღნიშნული დოკუმენტების შესაბამისად, სამედიცინო პრაქტიკა საზოგადოებაში და ციხეების პირობებში უნდა წარიმართოს მსგავსი ეთიკური პრინციპებით. პატიმართა ძირითადი უფლებების პატივისცემა მოიცავს მათვების ზოგადად საზოგადოებისათვის ეკოვალენტური პრევენციული მუნიცილობისა და ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების განვას. საერთაშორისო სტანდარტების შესა-

⁴⁶ გულისხმობს ადევატურ სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც უნდა შეესაბამებოდეს სახელმწიფოში არსებულ ზოგადად სამედიცინო მომსახურებს სტანდარტებს.

ბამისად, სამედიცინო მომსახურება ციხეებში უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ეროვნული პოლიტიკის ნაწილი და მასთან შესაბამისი. ციხეების სამედიცინო სამსახური უნდა უზრუნველყოფდეს სამედიცინო, ფსიქიატრიულ და სტომატოლოგიურ დახმარებას და ახორციელებდეს პროფილაქტიკურ და სანიტარიულ-ჰიგიენურ პროგრამებს იმ დონეზე, რომელიც შეესაბამება ზოგადად ქვეყანაში საზოგადოების სამედიცინო უზრუნველყოფას. ექიმებმა, რომლებიც ციხეში მუშაობენ, თითოეულ პატიმარს უნდა მიავე სტანდარტების ჯანდაცვის მომსახურება, როგორც ხორციელდება ციხის გარეთ პაციენტებისადმი. CPT თავის ანგარიშებში უდიდეს ყურადღებას ამახვილებს და ცალკე თავსაც უძლონის სამედიცინო მომსახურების ეკვივალენტურობის საკითხს.

შეჯამების სახით, ყველა ამ დოკუმენტებში ხაზგასმულია, რომ პატიმრები იღებენ იმავე სტანდარტების სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც არსებობს მოცემულ ქვეყანაში, დისკრიმინაციის გარეშე.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ პრინციპადაა აღიარებული „წინასწარ პატიმრობაში და სასკოლის აღსრულების დაწესებულებებში მყოფ პაციენტთა ... დისკრიმინაციისგან დაცვა სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას“. იმავე კანონის მე-6 მუხლის შესაბამისად, „დაუშვებელია სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას.“ იმავე კანონის მე-13 მუხლის შესაბამისად: „წინასწარ პატიმრობაში არ სასკოლის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარება ... განხორციელდება ამ კანონით გათვალისწინებული წესების დაცვით.“ აღნიშნულის გათვალისწინებით, ნათელია, რომ საქართველოს კანონმდებლობა პრაქტიკულად შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებსა და მოთხოვნებს. „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 37-ე მუხლში ასევე ხაზგასმულია ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების აუცილებლობის პირობა (სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახურის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკირების დონე არ უნდა იყოს ჯანმრთელობის დაცვის საერთო სისტემის დონეზე ნაკლები).

მიუხედავად ზემოთ მოყვანილი ეროვნული თუ საერთაშორისო სტანდარტებისა, ფაქტია, რომ ზოგიერთი კანონქვემდებარე აქტი აშკარად ეწინააღმდეგება მოხსენიებულ სტანდარტებს, უხეშად არღვევს თავისუფლებააღვეთილი პირის უფლებას ჯანმრთელობაზე და საბოლოო ჯამში ქმნის ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებათა მიწოდების პროცესში პაციენტის დისკრიმინაციის ნათელ მაგალითებს პატიმრობის ნიშნით.

„პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის 45-ე მუხლის შესაბამისად „სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით“. მიუხედავად ამისა, ბოლო წლების განმავლობაში დარღვეულია კანონის აღნიშნული მოთხოვნაც და სამედიცინო მომსახურება ფინანსდება სასჯელაღსრულების სისტემის ბიუჯეტიდან. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 25 მარტის №119/6 „2009 წლის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ ბრძანების მიხედვით, ჯანდაცვის სამინისტროს გავლით დაფინანსებულია მხოლოდ სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა და საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი კომისიის საქმიანობა. აღნიშნული ნორმის დარღვევა ქმნის ერთგვარ უთანასწორობას სამოქალაქო და პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემებს შორის, რაც არღვევს ჯანდაცვის ეკვივალენტურობის პრინციპს.

ზოგადი მედიცინის შესაძლებლობები, რომლებიც ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილებს აქვთ, მოიცავს სხვადასხვა სახის მანიპულაციას და პროცედურას, როგორებიცაა: ინტრავენური გადასხმები, ინიექციები, შეხვევები, მცირე ქირურგიული მანიპულაციები, სტომატოლოგიური მანიპულაციები



და ა.შ. მიუხედავად ამისა, ამ სერვისების მიწოდების პროცესშიც იკვეთება მომსახურებათა მიღების გეოგრაფიული არათანასწორობა, რაც კონკრეტული ჯანდაცვის მომსახურებელთა ჯანმრთელობაზე უფლების დარღვევად უნდა მივიჩინოთ. უფრო კონკრეტულად, ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილებს ზოგჯერ მკვეთრად განსხვავებული შესაძლებლობები აქვთ და ის სერვისი, რომელიც შეიძლება პატი-მარს მიეწოდოს ერთ დაწესებულებაში, აბსოლუტურად ხელმიუწვდომელია სხვა დაწესებულებაში, რაც, თავის მხრივ, ქმნის ჯანდაცვის მომსახურებათა გეოგრაფიული და ეკონომიკური ხელმისაწვდო-მობის დისპალანს. აღნიშნულს გარკვეულწილად განაპირობებს ადგილზე არსებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის სიმძინე, ასევე, მედიკამენტების შესა-ძენად განსაზღვრული ლიმიტები, რომლებიც გაუკვეველი პრინციპითაა დადგენილი და შეუსაბამოა არსებულ რეალობასთან.

ციხეების სამედიცინო ნაწილებში პრაქტიკულად არ არსებობს სრულყოფილი გადაუდებელი დახმა-რების საშუალებები. ზოგან ვხვდებით მხოლოდ ცალკეულ აღჭურვილობას, რომელთა გამოყენებაც შეუძლებელია სრული კომპლექტის არარსებობის გამო. მაგალითად, ზოგიერთი უფროსი ექიმი აცხა-დებს, რომ მათ აქვთ საინტუბაციო მიღები, თუმცა არ აქვთ ლარინგოსკოპი; ან აქვთ ამბუს პარკი და არ აქვთ ნილაბი. ასეთ შემთხვევაში გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა შესაძლებლობის მინიმა-ლურ ზღვარზეა.

რაც შეეხება რუტინულ ინსტრუმენტულ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, დაწესებულებათა დიდ ნაწილში ხშირად ხდება პორტატული რენტგენის აპარატის, ექოსკოპის ან ლაბორატორიის მისვლა. აღნიშნული მიმართულებით საანგარიშო პერიოდში დადგინდებითი დინამიკა აღინიშნება. მაგალითად, დასავლეთის რეგიონის ციხეებისათვის განისაზღვრა იმ სპეციალისტთა არსებობა, რომლებიც ამგ-ვარ მომსახურებას გაუწევენ პაციენტებს. მათთან გაფორმდა შესაბამისი კონტრაქტებიც.

სამედიცინო მომსახურებაზე პატიმრის ხელმისაწვდომობა⁴⁷

ამ მიმართულებით უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში მოქმედულია 18 დაწესებულება, მათგან 2-ს აქვს სამკურნალო დაწესებულების სტატუსი, ხოლო დანარჩენ 16 დაწესებულებაში ამა თუ იმ ფორმით მოქმედებს სამედიცინო ნაწილები და მათში დასაქმებულია სამედიცინო პერსონალი. აღნიშნული 16 დაწესებულება პატიმრებს უწევს ამბულატორიულ სამედი-ცინო დახმარებას. რაც შეეხება სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას, ასეთი მომსახურება არ აქვთ:

- N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებას (ქ. რუსთავი);
- თბილისის N7 საპყრობილება;
- თბილისის N8 საპყრობილება;
- არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებას.

თბილისის N8 საპყრობილის მთავარმა ექიმმა, ჩეგნთან საუბრის დროს, არაერთხელ განაცხადა, რომ სტაციონარის ტიპის სამედიცინო ნაწილის საჭიროება არ არსებობს. ამ მოსაზრებას მონიტორინგის ჯეუფი ვერ გაიზიარებს ადგილზე შექმნილი სიტუაციისა და არსებული პრობლემების გათვალისწი-ნებით. მეორე მხრივ, „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 მუხლის 1-ლი პუნქტის შესაბამისად, „სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, სადაც არანაკლებ ასი მსჯავრდებული იმყო-ფება, უნდა მოეწყოს სტაციონარული სამკურნალო პუნქტი სადლელამისო სამედიცინო დახმარების გასაწევად“. აქედან გამომდინარე, აღნიშნულ 4 დაწესებულებაში სტაციონარული სამკურნალო პუნ-ქტის არარსებობა კანონის დარღვევაა. გარდა ამისა, საქართველოს ზოგიერთ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში (მაგალითისათვის მოგვყავს ზუგდიდის N4 საპყრობილება) არსებული სტაციონა-

⁴⁷ გულისხმობს ძირითადად ექიმთან შეუზღუდული კონტაქტის უფლებას.

რული პუნქტის არსებობა მხოლოდ ფორმალობას წარმოადგენს და თავისი ფუნქციური დანიშნულებით არ გამოიყენება.

როგორც წესი, ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში არის იმის შესაძლებლობა, რომ პატიმარმა ისარგებლოს ექიმის კონსულტაციით ან სამედიცინო პერსონალის მოშსახურებით დღე-ღამის ნებისმიერ მონაკვეთში. მორიგე სამედიცინო პერსონალის არსებობა უზრუნველყოფილია ყველა დაწესებულებაში, თუმცა რამდენიმეში ხარვეზი ამ მხრივ მაინც შეინიშნება. კერძოდ, ღამით რჩება მხოლოდ ექიმი ან არასამუშაო საათებში, გარკვეულ პერიოდებში, საერთოდ არ არის სამედიცინო პერსონალი.

აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო ნაწილებში დასაქმებული პერსონალი სპეციალობათა მრავალფეროვნებით არ გამოირჩევა. ზოგიერთ შემთხვევაში გვხვდება ისეთი სპეციალობები, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/ნ ბრძანებით – „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“. რაც შეეხება სტომატოლოგიურ დახმარებას, ამ მხრივ, 2009 წლის მეორე ნახევარში მდგომარეობა მკვეთრად გამოსწორდა. სასჯელალსრულების დაწესებულებების დიდმა უმრავლესობამ მიიღო ახალი სტომატოლოგიური ინვენტარი და მასალები. მიუხედავად ამისა, სისტემა კვლავ განიცდის ექიმ-სტომატოლოგთა ნაკლებობას. განსაკუთრებით აღნიშნული ტენდენცია თვალსაჩინოა დასავლეთის რეგიონში განთავსებულ ციხეებში, სადაც ერთი სტომატოლოგი რამდენიმე დაწესებულებას ემსახურება და ბუნებრივია, ყოველდღიურად ვერ ახერხებს ყველა დაწესებულებაში მისვლას. ერთ-ერთი სტომატოლოგის განცხადებით, ამგვარ ვითარებაში იგი ვერ იწყებს სრულყოფილი მკურნალობის კურსს, ვინაიდან იცის, რომ სამუშაო გრაფიკის გათვალისწინებით უახლოეს დღეებში აღარ ექნება პაციენტის ნახვის შესაძლებლობა.

წინა საანგარიშო პერიოდებში სტომატოლოგიური დახმარება შემოიფარგლებოდა ძირითადად კბილის ექსტრაქციით. საანგარიშო პერიოდში მკვეთრად იმატა თერაპიული სტომატოლოგიური მანიპულაციების რიცხვმა. დაწესებულებებმა მიიღეს, ასევე, მშრალი სიცხის სტერილიზაციონები, რომელთა დადგმის შემდეგ ინფექციური დაავადებების ფართოდ გავრცელების რისკი შედარებით შემცირდა.

ყველა დაწესებულებას არ ჰყავს პროვიზორი ან ფარმაცევტი და ამ ფუნქციას უფროსი ექიმი ან ამისათვის სპეციალურად გამოყოფილი მედდა ასრულებს. რაც შეეხება სამედიცინო პერსონალს, ამ მხრივაც რამდენიმე დაწესებულებაში მიმებ მდგომარეობა იყო შექმნილი (თბილისის №7 საპყრობილე), თუმცა, როგორც ჩვენთვის ცნობილი გახდა, ამ მხრივ დადებითი ძვრები უკვე შეინიშნება.

რაც შეეხება სხვა სამედიცინო პერსონალს (სანიტარი, ტექნიკური პერსონალი, ლაბორანტები და ა.შ.), ასეთი არსებობს მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და მათი მომსახურება პრაქტიკულად ხელმიუნვდომელია სასჯელალსრულების დაწესებულებათა აბსოლუტური უმრავლესობისათვის.

დაწესებულებებში ფსიქიატრის ან ფსიქიატრის დარგში გამოცდილი საშუალო სამედიცინო პერსონალის არსებობის მხრივ საგანგაშო მდგომარეობა შექმნილი. იმ ფონზე, როდესაც სასჯელალსრულების სისტემაში მრავლადა ამა თუ იმ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი, სისტემაში სულ რამდენიმე ფსიქიატრია დასაქმებული (სულ 5, მათგან 3 – მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო თითო-თითო – აღმოსავლეთ და დასავლეთ რეგიონებში). ამ პროფილის ექიმ-სპეციალისტთა რაოდენობა აბსოლუტურად არაადეკვატურია, რაც წარმოადგენს იმის ერთ-ერთ ძირითად მიზანზე, რომ ფსიქიატრიული დახმარება საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ღრმა კრიზისს განიცდის. იგივე შეიძლება ითქვას ექიმ-ნარკოლოგზეც – მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში მუშაობს ერთი დამოუკიდებელი საექიმო



საქმიანობის სუბიექტი ამ სპეციალობით. მდგომარეობას ნაწილობრივ აუმჯობესებს თბილისის №8 საპყრობილები მოქმედი პროგრამა და ზოგიერთ დაწესებულებაში ამ მხრივ გადადგმული ნაბიჯები.

სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ადგილზე პრაქტიკულად არ მუშაობენ ექიმი ეპიდემიოლოგები (თუ მხედველობაში არ მივიღებთ სამედიცინო დეპარტამენტის ერთ წარმომადგენელს), რის გამოც გადამდებ დაავადებებზე ზედამხედველობის დაწესება პრაქტიკულად შეუძლებელი და არაეფექტურია.

მონიტორინგის დროს ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილების უფროსმა ექიმებმა განგვიცხადეს, რომ საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო ნაწილს საშუალება აქვს, მოინტიოს სპეციალისტები გარედან. მიუხედავად ამისა, არსებული სტატისტიკის განხილვა გვაძლევს იმის საფუძველს, რომ ამგვარი სამედიცინო მომსახურების წილი, საერთო ჯამში, მინიმალურად შევაფასოთ, რაც ვერ ავსებს ჯანდაცვის საჭიროებათა აქტუალურ დეფიციტს. დაწესებულებების ტერიტორიაზე გარე სპეციალისტთა დაშვების საკითხი დღემდე პატიმართა და მათი ოჯახის წევრების უდიდეს ძალისხმევას მოითხოვს და დამოკიდებულია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის ან ცალკეულ დაწესებულებათა ხელმძღვანელების კეთილ წებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული უფლება პატიმარს კანონით აქვს მინიჭებული. მდგომარეობას ამძიმებს ის გარემოებაც, რომ ზოგიერთი უფროსი ექიმი საერთოდ ვერ ხედავს ექიმ-სპეციალისტთა სამოქალაქო სექტორიდან შემოსვლის აუცილებლობას, რაც მცდარი მიდგომაა და უნდა გამოსწორდეს. „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მუხლი 38 განმარტავს, რომ „სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მისვლისთანავე მსჯავრდებული გადის სამედიცინო შემოწმებას“. იმავე მუხლის მეორე პუნქტის შესაბამისად, „მსჯავრდებულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მოწმდება წელიწადში ერთხელ მაინც. დაავადებულ მსჯავრდებულს უტარდება გადაუდებელი მკურნალობა“ რაც შეეხება კანონის აღნიშნული მოთხოვნის მონიტორინგს, აღმოჩნდა, რომ წელიწადში ერთხელ პატიმართა გეგმური შემოწმება არსად არის პრაქტიკაში მიღებული, ხოლო დაწესებულებაში შესვლისას პატიმართა შემოწმებას სხვადასხვა დაწესებულებაში განსხვავავებულად უდგებიან, თუმცა არსებობს საერთო ტენდენციებიც. კერძოდ, უმრავლეს დაწესებულებაში პატიმართა შესვლისას სამედიცინო შემოწმებას ფორმალური ხასიათი აქვს. ხილვადი დაზიანების გარდა ექიმი პრაქტიკულად არც ახდენს პატიმრის სხეულის დათვალიერებას. სამედიცინო ანამნეზის შეგროვება და ჯანდაცვის საჭიროებებზე ყურადღების გამახვილება პრაქტიკულად არსად ხდება. ამ მხრივ გამონაკლისს ნარმოადგენს ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულება, სადაც ამ მიმართულებით დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობაა.

როგორც წესი, დაწესებულებაში რაიმე საინფორმაციო ბუკლეტი ან საშუალება, რომელიც პატიმარს შემოსვლისთანავე გააცნობს სამედიცინო მომსახურების შესაძლებლობებს და ჰიგიენურ ნორმებს, არ არსებობს, თუმცა ზოგან არსებობს იმის შესაძლებლობა, რომ პატიმრებს დაურიგონ სხვადასხვა სახის ბეჭდური მასალა, უპირატესად გავრცელებული დაავადებების ან სხვა სახის სამედიცინო პრობლემების შესახებ.

პატიმართა გადაყვანა შესაბამისი პროფილის საავადმყოფოში

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის პრინციპებიდან გამომდინარე, თუ ადგილობრივად შეუძლებელია ჯანდაცვის მომსახურებათა გარკვეული პაკეტის მიზნდება, მაშინ უნდა არსებობდეს სელშეერულება სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებებთან, რომლებიც მომსახურებას განახორციელებენ სახელშეერულებო საფუძველზე. აღნიშნული ხელშეერულებები, როგორც ჩვენთვის ცნობილია, დადებულია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის მიერ და ხშირ შემთხვევაში ადგილობრივი უფროსი ექიმებისათვისაც კი უცნობია, თუ რა სახის მომსახურებაა ხელმისაწვდომი კონკრეტულ შემთხვევებში. აღსანიშნავია, რომ ხშირად მომსახურების განევა ხდება ერთჯერადად და დამატებითი მომსახურებისათვის იქნება გარკვეული შეფერხებები და ბარიერები, რაც ორგანიზაციულ ხარვეზად უნდა მივიჩნიოთ. მაგალითად, 2009 წლის საანგარიშო პრაქტიკულად

შეუძლებელი იყო ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში თავისუფლებააღვეთილი ქალის გადაყვანა, მაშინაც კი, როცა ამის აპსოლუტური აუცილებლობა არსებობდა. აღნიშნული მდგომარეობა კონკრეტული ბენეფიციარების მიმართ უნდა ჩაითვალოს, როგორც არაპუმანური მოპყრობა.

რაც შეეხება პაციენტთა გადაყვანას შსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და სამოქალაქო ტიპის სტაციონარებში, ამ მხრივ ქვეყნის მასშტაბით არაერთგვაროვანი პრაქტიკა არსებობს. გადაყვანილ პაციენტთა სტატისტიკის შესწავლა წარმოადგენდა მონიტორინგის ჯგუფის ერთ-ერთ ამოცანას.

„პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის IX თავი გარკვეულწილად არეგულირებს პატიმართა მოძრაობას სხვადასხვა დაწესებულებაში, ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. გარდა ამისა, აღნიშნული საკითხი დარეგულირებული იყო საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2006 წლის 11 სექტემბრის №717 ბრძანებით „სასჯელალსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთა გადაყვანის შესახებ“. აღნიშნული ბრძანება ძალადაკარგულად გამოცხადდა იუსტიციის მინისტრის 01/21/2010 №12 ბრძანებით. აღნიშნულის სანაცვლოდ, პრაქტიკულად 2009 წლის ბოლოს, (2009 წლის 29 დეკემბერს) საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის №902 ბრძანებით დამტკიცდა „სასჯელალსრულების დეპარტამენტის დაწესებულებიდან საერთო პროფილის საავადმყოფოში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში დაავადებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთა გადაყვანის ახალი წესი. აღნიშნულს ჩვენ შემდეგ ანგარიშში შევეხებით.

რაც შეეხება 2009 წელს მოქმედ №717 ბრძანებას, სახალხო დამცველის წინა საპარლამენტო ანგარიშებში გამოთქმულია მთელი რიგი შენიშვნები და წინადადებები იმ სამედიცინო ხასიათის ხარვეზების შესახებ, რომლებიც დაუყოვნებლად მოითხოვდა გამოსწორებას. კერძოდ, ბრძანების პირველივე მუხლში ნათქვამია, რომ „...პატიმართა გადაუდებელი სადიაგნოსტიკო გამოკვლევებისა და მკურნალობის მიზნით გეგმური წესით გადაყვანა განხორციელდეს...“, იგივე ნათქვამია მე-2 პუნქტშიც, რომ გადაუდებელი შემთხვევის დროს გეგმური წესით გადაყვანა განხორციელდეს და ა.შ. ჩვენ არაერთხელ მივმართეთ იუსტიციის სამინისტროსაც, რომ სამედიცინო თვალსაზრისით საქმე შეეხება აბსურდულ ჩანაწერს, რაც ადამიანის სიკვდილის ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მოშლის მიზეზი შეიძლება გახდეს, ვინაიდან გადაუდებელ შემთხვევებში გადაყვანა უნდა მოხდეს მხოლოდ გადაუდებელი წესით, ხოლო გეგმურ შემთხვევებში – გეგმური წესით. თუ მხედველობაში მივიღებთ არსებულ რეალობასაც, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ასევე ქალაქების სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვნილ და შემდგომ გარდაცვლილ პატიმართა საქმეების ანალიზით ნათელი ხდება, რომ შემთხვევათა გარკვეულ ნაწილში სიკვდილი დადგა გადაყვანიდან პირველ დღეს ან რამდენიმე საათში. აღნიშნული ბრძანება კი წარმოადგენდა სწორედ ამ სიტუაციის გარკვეულწილად „გამამართლებელ“ საფუძველს. შექმნილი ვითარების ფონზე საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი მიესალმება №717 ბრძანების გაუქმებას და მის ნაცვლად სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის №902 ბრძანების მიღებას, რომელიც ამ მნიშვნელოვან ხარვეზს მთლიანად ასწორებს.

გარდა ამისა, ახლად გამოცემული ბრძანებით დარეგულირებულია (მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტი) პატიმართა სასამართლო სამედიცინო და ფსიქიატრიულ ექსპერტიზაზე გადაყვანის საკითხიც, რაც წინა პერიოდში პრაქტიკულად გადაუჭრელ პრობლემას წარმოადგენდა.

მონიტორინგის პროცესში დეტალურად იქნა შესწავლილი ავადმყოფ პატიმართა მოძრაობა სასჯელალსრულების დაწესებულებიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების დამცველის აპარატი მიესალმება №717 ბრძანების გაუქმებას და მის ნაცვლად სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის №902 ბრძანების მიღებას, რომელიც ამ მნიშვნელოვან ხარვეზს მთლიანად ასწორებს.



ბაში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სდ-ში და ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოში. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილ პატიმრებს, მთავარი ექიმის განმარტებით, მას არ გააჩნია სტატისტიკური ინფორმაცია სასჯელალ-სრულების სხვადასხვა დაწესებულებიდან თვეების მიხედვით მიღებულ პატიმართა და მათი ნოზოლოგიური სპექტრის შესახებ. ასეთი აღრიცხვა არ წარმოებს.

ყველაზე ხშირად გამოვლენილი დაავადებები

რაც შეეხება უპირატესად გამოვლენილ დაავადებებს, პენიტენციური სისტემის სხვადასხვა დაწესებულებაში უფროსი ექიმები გამოყოფება:

- ტუბერკულოზის;
- ვირუსულ ჰეპატიტებს;
- ქირურგიულ პათოლოგიებს (ბუასილი, თიაქარი, აპენდიციტი);
- თვითდაზიანებებსა და სხვადასხვა სახის ტრავმას;
- უცნობი ეტიოლოგიის ცხელებასა და მწვავე რესპირაციულ დაავადებებს (სეზონურად);

საანგარიშო პერიოდში ჩატარებული მონიტორინგის დროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურის უფროსის ინფორმაციით, სულ სისტემაში ინტერფერონით 28 პაციენტი მკურნალობს ვირუსულ ჰეპატიტს. პაციენტების ნაწილს მკურნალობენ ადგილზე, სასჯელალსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში, ხოლო ნაწილი მკურნალობას იტარებს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში.

“DOTS” პროგრამაში ჩართული იყო 438 პაციენტი. “DOTS+” მკურნალობის სქემაში კი – სულ 6 პაციენტი. აღნიშნული პროგრამა მიმდინარეობს „Global Foundation“-ის ფინანსური მხარდაჭერით. ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობაზე კონტროლი და მკურნალობის დასრულების მონიტორინგი წარმოებს კურატორი ფტიზიატრის მიერ, რომელიც დადის და ადგილზე ამონმებს აღნიშნულ მონაცემებს. კურატორობა ამ მხრივ აღებული აქვს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის ტუბკოლეგით. “DOTS+” მკურნალობის სქემას მონიტორინგს უწევს ინფექციონისტისა და კომისიის წევრები.

სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია

რაც შეეხება ციხის სამედიცინო პერსონალის სამედიცინო კომპეტენციასა და პროფესიულ დონეს, არსებული სამედიცინო დოკუმენტაციის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ამ მხრივ სერიოზული პრობლემები არსებობს. აღნიშნულის მიზეზი, უპირველეს ყოვლისა, მდგომარეობს პაციენტისადმი მონოპროფილურ მიდგომაში (არ არსებობს შესაბამისი სპეციალობის ექიმთან ხელმისაწვდომობა), შეზღუდულ მატერიალურ რესურსებში (ცერ დაინიშნება ყველა აპრობირებული გამოკვლევა ან მედიკამენტი, რომლებიც ადეკვატურია კონკრეტულ სიტუაციაში) და უწყვეტი პროფესიული განათლების სისტემის არარსებობაში. მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ პენიტენციურ სისტემაში მომუშავე ექიმთა აბსოლუტურ უმრავლესობას საანგარიშო პერიოდში არ გაუვლია არცერთი პროფესიული ტრენინგი ან მომზადება (უწყვეტი სამედიცინო განათლება / უწყვეტი პროფესიული განვითარება), რომელიც აკრედიტირებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ. სამედიცინო განათლება კი, თავის მხრივ, აუცილებლად მოიცავს ამ კომპონენტს. გარდა პროფესიული გადამზადებისა, ადგილობრივ სამედიცინო პერსონალს შორის მხოლოდ ერთეულებს აქვთ გავლილი ამა თუ იმ სახის რაიმე ტრენინგი, ზოგადად ციხეებში ჯანდაცვის საკითხებთან დაკავშირებით.

გარდა ამისა, მონიტორინგის დროს აღმოჩნდა, რომ ციხეში მომუშავე ექიმთა დიდი უმრავლესობა საერთოდ არ იცნობს საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობას ან საერთაშორისო დოკუმენტებს. მათ უდიდეს ნაწილს საერთოდ არ აქვს წარმოდგენა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის, საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ან საქართველოს სასჯელალ-სრულების პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მიერ გამოცემულ კანონ-ქვემდებარე აქტების შესახებ, რომლებიც მათვის პროფილურია და პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებს არეგულირებს. აღნიშნული კრიზისული ვითარება, რა თქმა უნდა, განპირობებულია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისაგან უწყებრივი სეპარაციითა და ექიმთა ავტონომიურობის უკიდურე-სად დაბალი დონით.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების სტატუსი

სასჯელალსრულების სისტემის სამედიცინო სამსახურის გამართული საქმიანობისათვის საკვანძო მნიშვნელობა ენიჭება მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების (მპსდ) შეუ-ფერხებელ ფუნქციონირებას. ჩვენი აზრით, მნიშვნელოვან და ძირეულ პრობლემას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ ბოლო რამდენიმე წელია, აღნიშნული დაწესებულება არ არის ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულება და არ წარმოადგენს საქმიანობის სამართალსუბიექტს.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულება არის „საქართველოს კანონმდებლობით დასვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დაგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას და რომლის ფუნქციაა: ... პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა, დაავადებათა პროფილქტიკა ან/და მურნალობა ან/და ბაციენტების რეაპილიტაცია ან/და პალიატიური მზრუნველობა“. იმავე მუხლის მიხედვით, „სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის მარეგულირებელი კანონმდებლობით დადგენილი სტანდარტები, წესები და ნორმები“. აღნიშნული საკანონმდებლო ნორმის მიხედვით, მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება, იურიდიული თვალსაზრისით, ნამდვილად ვერ ჩაითვლება სამედიცინო დაწესებულებად, უპირველეს ყოვლისა, იმის გამო, რომ იგი არ არის იურიდიული პირი და ამასთან, არ წარმოადგენს ლიცენზირებულ დაწესებულებას, შესაბამისად, ფაქტობრივად არ იზიარებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილ წესებსა და ეროვნულ მარეგულირებელ ნორმებს. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება საერთოდ არ არსებობს იურიდიულად, ვინაიდან მას არ გააჩნია არანაირი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა. აღნიშნული საკითხი უკვე მესამე წელია, აქტიურად ფიგურირებს საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო მოხსენებებში.

სახალხო დამცველის მიერ არაერთხელ იქნა გაცემული რეკომენდაცია, რომ გადაიხედოს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების სტატუსი და იგი მოექცეს ქვეყნის ჯანდაცვის ერთიან სივრცეში, თუმცა სასჯელალსრულების დეპარტამენტის წარმომადგენლები აპელირებდნენ 2005 წლის 25 ივნისის საქართველოს კანონით „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“, რომელშიც 2006 წლის 25 მაისს შეიტანეს ცვლილება, რომლის მიხედვითაც კანონის პირველი მუხლის მე-2 პუნქტი ჩამოყალიბდა შემდეგი რედაქციით: „ამ კანონის მოქმედება არ ვრცელდება ამავე კანონით განსაზღვრულ საქმიანობაზე ან ქმედებაზე, თუ მას ახორციელებს „საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონით გათვალისწინებული სამინისტრო ან მის გამგებლობაში არსებული სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება“. ყოველივე აღნიშნულის გათვალისწინებით, უნდა ვივარაუდოთ, რომ თუ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში შეიძლება ჩატარდეს ქიოურგიული ოპერაცია, პაციენტს დაენიშნოს მურნალობა, რეაბილიტაცია ან ნებისმიერი სახის სხვა სამედიცინო ღონისძიება, იმავე სახის საქმიანობები ასეთივე წარმატებით შეიძლება ჩატარდეს სასჯელალსრულების დეპარ-



ტამენტის სხვა სტრუქტურულ ქვედანაყოფშიც, (მაგალითად, სპეცმომზადების სამსახურში, უსაფრთხოების სამსახურში, ან სულაც შტაბში) და ეს ყველაფერი შესაძლებელია „გამართლდეს“ იმავე საკანონმდებლო ცვლილებით.

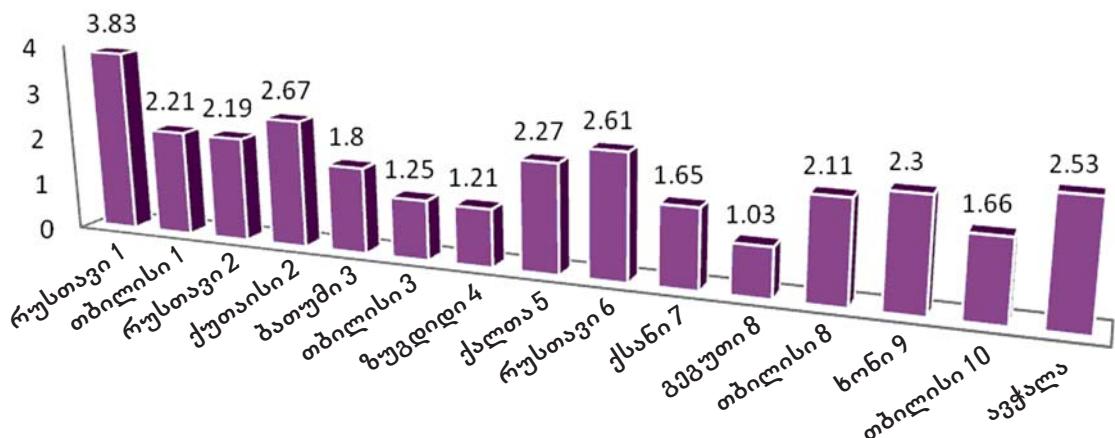
ლიცენზირებისა და ნებართვების კანონში აღნიშნული ცვლილების შეტანაშ თავისთავად შექმნა კანონის ძირითად პრინციპებთან შეუსაბამობა და ალოგიკურობა. კერძოდ, კანონის დასაწყისშივე გაცხადებულია, რომ ლიცენზირებით რეგულირების ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი და პრინციპია „ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და დაცვა“, მეორე მხრივ, ამ ცვლილების ამოქმედებამ გამოიწვია სახელმწიფო რეგულირებისა და კონტროლის მოხსნა ამ კონკრეტულ შემთხვევაში განსახილველ დაწესებულებაზე, რომლის შედეგი პირდაპირ დება ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის უხეშ ხელყოფას, რისი ფაქტებიც დღემდე არ არის შესწავლილი და გამოძიებული და ეს მდგომარეობა კვლავაც გრძელდება.

მიუხედავად ამისა, საკანონმდებლო ცვლილებების მომზადების დროს ვერ იქნა გათვალისწინებული და გააზრებული ის ნორმა, რომელსაც აწესებს საქართველოს კონსტიტუცია; კერძოდ, მისი 37-ე მუხლის მე-2 პუნქტი, რომლის მიხედვითაც ცალსახადაა გაცხადებული, რომ „სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას“. სახელმწიფო მართვის ერთ-ერთ უპირველეს მექანიზმად კი საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, კერძოდ, მისი მე-16 მუხლის „ა“ ქვეპარულებულ დადგენილია „სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება“. უფრო მეტიც, იმავე კანონის 56-ე მუხლის შესაბამისად, „სამედიცინო დაწესებულებას ეკრძალება სამედიცინო საქმიანობა სათანადო ლიცენზიის გარეშე“.

გარდა აღნიშნულისა, თუ დავუშვებთ, რომ საქართველოს ყველა მოქალაქე მკურნალობას გადის ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო პატიმრების მკურნალობა და სხვა სამედიცინო მომსახურების განევა დაშვებულია არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ეს უკვე ქმნის თავისუფლებაალვეთილ პირთა დისკრიმინაციის პრეცედენტს სამედიცინო მომსახურების მიღებისას სწორედ პატიმრობის ნიშნით. აღნიშნული შედეგი კი უხეშად არღვევს საქართველოს მიერ ნაკისრ საერთაშორისო ვალდებულებებს და ზოგადად, როგორც ეროვნული, ისე საერთაშორისო სამართლის პრინციპებს.

სასჯელალსრულების დაწესებულებათა მედიკამენტებით მომარაგება

სასჯელალსრულების დაწესებულებათა მედიკამენტებით მომარაგების მხრივ უკეთესი მდგომარეობა იყო 2009 წლის პირველ ნახევარში, თუმცა მეორე ნახევრისათვის გაუმჯობესების ტენდენცია ვერ შენარჩუნდა. მედიკამენტებით უზრუნველყოფა სასჯელალსრულების სხვადასხვა დაწესებულებაში ხორციელდებოდა სასჯელალსრულების დეპარტამენტიდან. თითოეულ დაწესებულებას დადგენილი ჰქონდა ყოველთვიურად მედიკამენტების შესაძნად გამოყოფილი თანხის ლიმიტი, რომლის ფარგლებში მთავარ ექიმს უნდა შეედგინა მოთხოვნა. მედიკამენტების მოთხოვნასა და მოწოდებას შორის ბალანსი, არსებული ლიმიტის ფარგლებში, წლის განმავლობაში შენარჩუნებული იყო, თუმცა ბოლო თვეებში შეინიშნა ბალანსის დარღვევის ტენდენცია. უნდა აღინიშნოს, რომ დადგენილი ლიმიტები (ლარებში) არის ბუნდოვანი და ძნელია იმის განსაზღვრა, თუ რა პრინციპებს ემყარება. ამ მხრივ გამოვლინდა „პრივილეგირებული“ სასჯელალსრულების დაწესებულებები და ისინი, რომლებშიც მედიკამენტების ნაკლებობის გამო შეიქმნა რთული ვითარება. ქვემოთ მოცემულ ცხრილში წარმოდგენილია თვის განმავლობაში მედიკამენტების შესაძნად გამოყოფილი თანხის წილი 1 პატიმარზე.



მაგალითისათვის, ისეთი ფართოდ გავრცელებული დაავადება, როგორიცაა ფილტვების ანთება (პნევმონია), ხშირია როგორც სამოქალაქო, ისე სასჯელაღსრულების სექტორში. 2009 წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილ პაციენტთა 20%-ს, ექსპერტიზის დასკვნით, აღნიშნებოდა სწორედ ეს დაავადება. საქართველოში მოქმედი სტანდარტის⁴⁸ შესაბამისად, მოზრდილებში პნევმონიის სამკურნალოდ მიზანშენონილია ამოქსიცილინის და მაკროლიდის კომბინაცია. შედარებით უფრო მძიმე შემთხვევებში მეურნალობა უნდა ჩატარდეს ფართო სპექტრის ბეტა-ლაქტამური ანტიბიოტიკებით ან მეორე-მესამე თაობის ცეფალოპორინით, მაკროლიდთან ერთად. საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებული მედიკამენტების ფასების მიხედვით, ერთკვირიანი მხოლოდ ანტიბიოტიკო-კოორეაპია დაახლოებით 50-100 ლარის ფარგლებში ჯდება. თუ ამას დაგუმატებთ სხვა ჯგუფის პრეპარატებსაც, რომლებსაც ექიმი უწერს პნევმონიის მქონე პაციენტებს, ასევე მკურნალობის გახანგრძლივების შესაძლებლობას, სხვა თანმხელები დაავადებების მართვას, მაშინ ცხადი ხდება, რომ მკურნალობის ღირებულება მხოლოდ მედიკამენტების ხარჯზე საკმაოდ სოლიდურ თანხას მიაღწევს. თუ გადაეხედავთ ადგილობრივი სამედიცინო ნანილის აფთიაქებში არსებულ მედიკამენტებს, დავრწმუნდებით, რომ ასეთი შედარებით „ძვირად ღირებული“ ანტიბიოტიკები იქ ან საერთოდ არ მოიპოვება, ან არასაკამარისი რაოდენობითაა, ანუ არსებული მომარაგება არ არის გათვლილი სერიოზული კლინიკური შემთხვევების მართვაზე. აღნიშნულის გამო შემთხვევა ან რთულდება ან განიცდის ქრონიზაციას, რაც პაციენტითა ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას მკვეთრად ამძიმებს. ფაქტია, რომ თითოეული პაციენტისათვის გამოყოფილი 2-ლარიანი ლიმიტი ამ ვაკუუმში ვერ

48 ინ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 27 მარტის №94/ნ ბრძანება „კლინიკური პრატიკის ერთვნული რეკომენდაციებისა და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ერთვნული საბჭოს შექმნისა და მისი დღიულების დამტკიცების შესახებ“.

შეავსებსა და ხშირად მხოლოდ 1 ან 2 პაციენტის ადეკვატურმა მკურნალობაში შესაძლოა მთლიანად მოითხოვოს მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თვიური თანხა.

ასეთი სიტუაციიდან გამოსავლის ძიებისას, ზოგიერთი პაციენტი მედიკამენტებს იღებს გარედან (ოჯახიდან). მიუხედავად ამისა, დაწესებულებაში მედიკამენტის შეტანა სირთულეებს უკავშირდება. გარდა სტანდარტული ხანგრძლივი პროცედურებისა, შეტანა-არშეტანის საკითხი გარკვეული დამოკიდებულია დაწესებულების ადმინისტრაციის კეთილ ნებაზეც. შექმნილი მდგომარეობიდან გამომდინარე, მისამშენონილი იქნებოდა, პატიმრებს შესაძლებლობა მიეცეთ, საკუთარ საბანკო ბარათზე დარიცხული თანხით შეიძინონ (გამოიწერონ) ნებისმიერი აპრობირებული მედიკამენტი, რომელიც მათი ადეკვატური მკურნალობისათვისაა აუცილებელი და რომლის მისაღებადაც არსებობს დასაბუთებული სამედიცინო ჩვენება.⁴⁹

სასჯელაღსრულების სისტემაში ჩატარებული მონიტორინგის დროს დადგინდა, რომ დაწესებულებებში მოწყობილია 2 აფთიაქი. ერთი – დახურულ საზღვრებს მიღმა (მაგალითად ადმინისტრაციულ შენობაში), ხოლო მეორე – დახურულ ზონაში (როგორც წესი, სამედიცინო ნაწილის ერთ-ერთ ოთახში). გარე აფთიაქიდან ყოველდღიურად ხდება მედიკამენტების გამოწერა და შიგნით შეტანა. ადგილობრივი ფარმაცევტი/პროვიზორი (ასეთის არსებობისას) და მთავარი ექიმი ერთობლივად ადგენერი იმ მედიკამენტთა ნუსხას, რომლებიც ადგილობრივ აფთიაქში უნდა განთავსდეს. აფთიაქიდან მედიკამენტების გაცემისა და აღრიცხვის მიზნით ინარმოება სპეციალური უკურნალები. წამლები ყოველდღიურად გამოაქვთ აფთიაქიდან. პატიმარმა თავის განკარგულებაში შეიძლება იქონიოს მხოლოდ ტკივილგამაყუჩებელი და სხვა სახის პრეპარატები მხოლოდ დანიშნულების მიხედვით.

რაც შეეხება მედიკამენტების დატოვება-არდატოვების საკითხის გადაწყვეტას, ეს უკანასკნელი ემყარება პრინციპს, რომ პატიმარს არ უნდა დარჩის ამპულირებული სამკურნალწამლო საშუალებები, ასევე, აკრძალულია ფისიქოტროპული და მისა მსგავსი პრეპარატების მიწოდება. არ უნდა დარჩის დიდი რაოდენობით ნებისმიერი პრეპარატი. ასევე, კონტროლდება ის შემთხვევები, როცა არსებობს იმის ეჭვი, რომ პატიმარმა შესაძლოა, დააგროვოს მედიკამენტები მათი არამიზნობრივი გამოყენების მოტივით.

პაციენტის თანხმობა და კონფიდენციალურობა⁵⁰

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ შესწავლილი იქნა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების დროს პაციენტის თანხმობის, კონფიდენციალურობისა და პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დაცვის საკითხები. აღნიშნული პრინციპები ძალზე მნიშვნელოვანია და პირდაპირ მიუთითებს იმაზე, თუ რამდენადა დაცული პაციენტის უფლება ჯანმრთელობაზე.

უპირველეს ყოვლისა, ყურადღება გამახვილდა იმ საკითხზე, თუ სად უტარდებათ სამედიცინო გამოვლევა/გასინჯვა ან სხეულის დათვალიერება პატიმრებს შემოსვლისას, ამბულატორულად და ასევე საჭიროების (სასწრაფო/გადაუდებელ) შემთხვევებში.

როგორც ირკვევა, ექიმი ახალმოყვანილ პატიმარს არ ნახულობს პირისპირ. აღნიშნულ პროცედურას ესწრება ციხის სხვა პერსონალი, ხშირად მომყვანი პირი და ზოგჯერ სხვა პატიმრებიც. შესაბამისად, პირველადი სამედიცინო შემოწმება მიმდინარეობს ყველა საერთაშორისო და ეროვნული სტანდარტის დარღვევით. დარღვეულია კონფიდენციალურობის უფლება როგორც გასაუბრების, ასევე ხილვადობის თვალსაზრისით. ამავდროულად, პატიმრის შემოწმების ოქმს ექიმთან ერთად ადგენს და

⁴⁹ შესაბამისი სპეციალობის დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტის ჩანაწერი, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

⁵⁰ გულისხმობს, პაციენტის ან გამოსაკვლევი პირის ინფორმირებულ თანხმობას ნებისმიერ სამედიცინო მანიპულაციაზე; ასევე კონფიდენციალობის სრულ დაცვას.

ხელს აწერს მომყვანი ბადრაგის წარმომადგენელი და მიმღები დაწესებულების არასამედიცინო პერსონალი, ანუ ეგრეთ წოდებული ოპერატორული მორიგე ინსპექტორი. აქედან გამომდინარე, წამების პრევენციის სტანდარტები დაწესებულებების მიმღებ წაწილში უხეშად არის დარღვეული როგორც სამედიცინო შემონმების კონფიდენციალურობის თვალსაზრისით, ასევე სამედიცინო შემონმების მიზნობრიობის გათვალისწინებით. პატიმართა სამედიცინო შემონმება უნდა მიმდინარეობდეს არასამედიცინო პირების მხრიდან სმენადობისა და ხილვადობის ფარგლებს მიღმა, თუკი უსაფრთხოების გამო ხილვადობას არ ითხოვს ექიმი.⁵¹

ციხეში განთავსებული პატიმრების განმეორებითი კონტაქტი ექიმთან ხშირად ხორციელდება გარეშე პირების თანდასწრებით. საპყრობილეთა უმრავლესობაში ექიმ-პაციენტის ურთიერთობას თვალს ადევნებს მორიგე ოფიცერი ან ციხის სხვა თანამშრომელი. ზოგიერთი დაწესებულების უფროს ექიმს მონიტორების შეკითხვა უცნაურადაც კი ეჩვენა, ვინაიდან მათ ვერ წარმოუდგენიათ პატიმრებთან პირისპირ კონტაქტი გარეშე პირების მეთვალყურეობის გარეშე. ზოგიერთი ექიმის განმარტებით, აღნიშნულ პროცედურას პირისპირ ახორციელებს პატიმართან, თუმცა პატიმრებთან გასაუბრებამ საპირისპირ შედეგი აჩვენა. ნებისმიერ შემთხვევაში, შეიძლება ითქვას, რომ ამ მხრივ მდგომარეობა საყურადღებოა და დაუყოვნებლივ გამოსწორებას მოითხოვს. ზოგიერთ საპყრობილეში ექიმთან გეგმური კონსულტაციის საინტერესო მეთოდია შემუშავებული. მაგალითისათვის, ბათუმის №3 საპყრობილეში პაციენტმა უნდა დაწეროს განცხადება ექიმის მოთხოვნის თაობაზე და აღნიშნული ჩააპაროს სოციალური სამსახურის წარმომადგენლს. მხოლოდ ამის შემდეგაა შესაძლებელი სამედიცინო პერსონალთან კონტაქტი. ასეთი ფაქტები მრავლადა სხვადასხვა დაწესებულებაში. ამ ფონზე საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითად უნდა ჩაითვალოს ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულება, სადაც კონფიდენციალურობისა და საექიმო საიდუმლოს შენახვის საკითხს მეტად ფაქიზად და გულისყურით ეკიდებიან, რაც, ერთი მხრივ, ამ დაწესებულების კონტინგენტის სპეციფიკან, ხოლო მეორე მხრივ, სამედიცინო პერსონალისა და აღმინისტრაციის მხრიდან საკითხისადმი სწორი დამოკიდებულებიდან გამომდინარეობს.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, „თავისუფალი ნების გამოხატვა და კონფიდენციალურობის პატივისცემა მიეკუთვნება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს. ისინი ასევე უკიდურესად მნიშვნელოვანია ურთიერთობის ატმოსფეროს დამკვიდრებისათვის, რაც აუცილებელი პირობაა ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობისათვის, განსაკუთრებით კი ციხეში, სადაც პატიმარს არ შეუძლია თავისუფლად აირჩიოს მკურნალი ექიმი.“ რაც შეეხება კონფიდენციალურობას, იმავე დოკუმენტში ნათქვამია: „საექიმო საიდუმლო უნდა იქნეს დაცული ციხეებში ზუსტად ისევე, როგორც თავისუფლების აღკვეთის ადგილებს გარეთ. მკურნალი ექიმი პასუხს აგებს პაციენტის სამედიცინო ანკეტის შენახვაზე. პატიმრის ყოველგვარი სამედიცინო გამოკლევა (მიღებისას ან უფრო მოგვიანებით სტადიაზე) უნდა ტარდებოდეს მოსმენითი დისტანციის ფარგლებს გარეთ და თუ გამოკვლევის ჩატარებელი ექიმი თვითონ არ მოითხოვს, ციხის მეთვალყურეთა მხედველობის არის მიღმა. ასევე, პატიმრები უნდა გამოიკვლიონ მარტო და არა ჯგუფურად.“

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, პენიტენციური სისტემის დაწესებულებათა დიდ უმრავლესობაში უხეშად ირლვევა კონფიდენციალურობის სტანდარტები.

მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა ასევე საკითხით, მიეწოდებათ თუ არა პატიმრებს სათანადო ინფორმაცია გამოკვლევისა და მოსალოდნელი შედეგების შესახებ და რამდენად ინფორმირებული არინ პატიმრები თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და იმ ღონისძიებების შესახებ, რომლებიც მათ უტარდებათ. როგორც შესწავლამ აჩვენა, პატიმრების საკმაოდ დიდი წაწილი საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციას არასრულფასონად ფლობს, თუმცა ისინი უკეთ არიან ინფორმირებული იმ გამოკვლევებისა და სამედიცინო ღონისძიებების შესახებ, რომლებიც შესაძლოა მათ ჩაუტარდეთ. აღნიშნულ ინფორმაციას ზოგჯერ იღებენ ექიმისაგან, ზოგჯერ – ერთმანეთისაგან ან

⁵¹ CPT-ის ანგარიში საქართველოს ხელისუფლებას, 2001 წ.



იმ პირებისაგან, რომლებიც მათ ხვდებიან (ადვოკატი, უფლებათა დამცველები, ოჯახის წევრები). მიუხედავად იმისა, რომ ყველა უფროსი ექიმი ადასტურებს იმის შესაძლებლობას, რომ პატიმრებს საშუალება აქვთ, გაეცნონ თავიანთ ისტორიას, მონიტორინგის ჯგუფი აღნიშნულს არ ადასტურებს. სამედიცინო ჩანაწერების სანახავად საჭიროა უდიდესი ძალისხმევა პატიმართა მხრიდან. აღნიშნული ხშირად შესაძლებელი ხდება ადვოკატის ან სახალხო დამცველის აპარატის ჩარევით. რაც შეეხება კომენტარების გაკეთებას სამედიცინო ისტორიაში, ასეთი რამ პენიტენციური სისტემისათვის უცხოა, მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ (III თავი) ამის უფლებას იძლევა, ვინაიდან იმავე კანონის 46-ე მუხლის შესაბამისად, „წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა უფლებით.“

პატიმრები, ხშირ შემთხვევაში, ნაკლებად ან საერთოდ არ არიან ინფორმირებული მკურნალობის ან გამოკვლევის ალტირნატიული გზების შესახებ; არ ყოფილა აღმოჩენილი არცერთი შემთხვევა, როდესაც სამედიცინო დოკუმენტაციაში საკუთარ კომენტარებს აფიქსირებს პატიმარი ან მისი კანონიერი წარმომადგენელი.

რაც შეეხება პატიმრის თანხმობის მოპოვებას სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარებისას დროს, ამ მხრივ მდგომარეობა დამაკაყაფოილებელია მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. საპყრობილეთა უფროს ექიმებს ზოგჯერ უკვირთ კიდეც, თუ რატომ ვეკითხებით ასეთი ფაქტების შესახებ.

ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილების უმრავლესობის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, სამედიცინო ინფორმაცია პატიმრის შესახებ გაიცემა მხოლოდ მისი თანხმობის შემთხვევაში. როგორც პრაქტიკა უჩვენებს, ინფორმაციას უპირატესად მოითხოვენ (წერილობითი სახით) ადვოკატები, ოჯახის წევრები, სახალხო დამცველის აპარატი, ასევე საგამოძიებო და საექსპერტო დაწესებულებები. რაც შეეხება პატიმრის გათავისუფლების შემდეგ ამონანერს, ასეთი ფორმა არ გაიცემა და პრაქტიკაშიც არ გვხვდება. რაც შეეხება სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვას, აღნიშნული საკითხი პრაქტიკულად დაურეგულირებელია. სამედიცინო დოკუმენტაცია (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) ინახება სამედიცინო ნაწილში. პატიმრის დაწესებულებიდან გადასვლის ან გათავისუფლების შემდეგ ხშირად გაურკვეველია, თუ სად უნდა წაიღონ ინფორმაციის მატარებელი. ზოგიერთი უფროსი ექიმი ანარმობს არქივს, რომელსაც 5 წლის განმავლობაში ინახვს, ზოგიერთი აპარებს ადმინისტრაციას, ზოგიც არ აქცევს ამ დოკუმენტებს ყურადღებას ან პირად საქმეში აკრავს. ნებისმიერ შემთხვევაში, ინფორმაცია ხელმისაწვდომი ხდება სასჯელაღსრულების დაწესებულების თანამშრომლებისათვის (არასამედიცინო პერსონალი).

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში პრაქტიკის მიხედვით, მოქმედი ავადმყოფობის ისტორიები არასამუშაო და გამოსასვლელ დღეებში ხელმიუნვდომელია. აღნიშნულს იმით ამართლებენ, რომ მკურნალ ექიმს ეშინია დოკუმენტის დაკარგვისა. აღნიშნული მიდგომა კატეგორიულად არასწორ ქმედებად უნდა ჩაითვალოს, ვინაიდან პაციენტის სამედიცინო ბარათი უნდა ინახებოდეს მორიგე ექიმთან, რათა საჭიროების შემთხვევაში და ხშირად, გადაუდებელი აუცილებლობისას, არ მოხდეს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის პრინციპის დარღვევა. ასევე, დროულად დაფიქსირდეს დაავადების ის ნებისმიერი გამოვლინება, რომელიც შეიძლება აღნიშნოს დამის მონაკვეთში ან არასამუშაო დროს.

რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათების შენახვას, დაწესებულების მთავარი ექიმის გადმოცემით, დაწესებულებას აქვს არქივი, რომელიც განთავსებულია შენობის 0 სართულზე. არქივში მუშაობს საშტატო განრიგით გათვალისწინებული თანამშრომელი – არქივარიუსი. რაც შეეხება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 ივლისის ბრძანებას N198/6 „სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო ჩანაწერების შენახვის წესის შესახებ“, ამ დოკუმენტს

დაწესებულებაში არ იცნობენ და სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვა დადგენილი წესით არ წარმოებს. როგორც აღმოჩნდა, არქივარიუსი არ არის პასუხისმგებელი პირი ინფორმაციის გაცემაზე. თუ საჭირო გახდა წარსულში წარმოებული დოკუმენტაციის ასლის ან ინფორმაციის გაცემა, ამ შემთხვევაში ინფორმაციას ამზადებს მოქმედი განყოფილების (რომელშიც იწვა პაციენტი) გამგე. არქივარიუსის ფუნქციას, ამ შემთხვევაში, შეოღუდ დოკუმენტაციის შენახვა წარმოადგენს.

პროფილაქტიკური სამუშაო⁵²

როგორც უკვე აღინიშნა, დაწესებულებაში შემოსვლისას პატიმრის ჯანმრთელობის ზუსტი მდგომარეობა პრაქტიკულად არ აღწერება. იგივე მიდგომა დომინირებს შემდგომში, ყოველ ახალ დაწესებულებაში გადაყვანისას ან გაყვანის შემდეგ უკან დაბრუნებისას. ამ მხრივ არსებული ჩანაწერები, როგორც წესი, ყველა დაწესებულებაში არ არის ან იმდენად არასრულყოფილია, რომ საჭიროების შემთხვევაშიც კი მათი გამოყენება არაეფექტურია. იმ შემთხვევაში, თუკი პატიმარს ჰქონდა სხეულის დაზიანება ან განაცხადა ფსიქიური ზეგავლენის შესახებ ექიმთან, აღნიშნული იშვიათად ფიქსირდება შესაბამის დოკუმენტაციაში.

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ ძალადობის ფაქტების აღრიცხვა ყველა დაწესებულებაში არ ხდება და ამ მიმართულებით განსხვავებული პრაქტიკა და მიდგომა არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებათა უმრავლესობას აქვს დაზიანების აღრიცხვის უურნალი, მისი წარმოება ბევრგან მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს. თითქმის არსად არის გამიჯნული თვითდაზიანების, ურთიერთდაზიანების, საყოფაცხოვრებო ტრავმებისა და სხვა პირთა მიერ მიყენებული დაზიანებების შემთხვევები. განსხვავებულია ასევე უურნალის შენახვის წესი და პირობები. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში ასევე არ არის დაფიქსირებული იმ პირის კომენტარი, რომლის მიმართაც კეთდება ჩანაწერი. ზოგიერთ დაწესებულებაში დაზიანებებს ცალკეული ოქმის სახით აღრიცხავენ და ამ ოქმებზე სამედიცინო პერსონალს შემდგომში ხელი აღარ მიუწვდება. დაზიანებათა ტიპებისა და ხასიათის შესახებ არცერთი ექიმი არ ანარმობს სტატისტიკურ ინფორმაციას. სანტერესო პრაქტიკას („ტრაგმების უურნალის ჩამონერა“) წავაწყდით ხონის N9 საერთო და მკაფიო რეჟიმის დაწესებულებაში. ადგილობრივი უფროსი ექიმის განმარტებით, „ასეთი უურნალი იყო, მაგრამ შიგ არაფერი ტარდებოდა, ცარიელია. მართლაც, ჩვენ ასეთი რამე (დაზიანებები) არ ვვინახავს“. ოდნავ მოგვიანებით გაირკვა, რომ ვინაიდან უურნალი იყო ცარიელი და მასში არაფერი ტარდებოდა, იგი, მართლაც, გადაეცა კანცელარიას. მონიტორინგის ბოლოსთვის მონიტორინგის ჯგუფმა მიმართა კანცელარიას მოთხოვნით, რომ წარმოედგინათ ე.წ. დაზიანებების უურნალი. ხანგრძლივი ძებნის შემდეგ წარმოგვიდგინეს სტანდარტული ფორმით დახაზული საკანცელარიო დავთარი, რომლის გვერდებიც დანომრილია და ზონარგაყილია. უურნალი გახსნილია 2007 წელს. ჩანაწერი ამ წელს არ არის გაკეთებული; 2008 წლის ბოლოს გაკეთებულია ჩანაწერი, რომ გაუგრძელდეს ვადა 2008 წლისათვის; 2008 წელსაც არცერთი შემთხვევა არ არის გატარებული. საბოლოოდ კი, როგორც ჩანს, მიღებულია გადაწყვეტილება უურნალის ხმარებიდან ამოღებისა და შესანახად კანცელარიისათვის გადაცემის შესახებ. ძალზე მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ დაზიანების უურნალი არ ინარმოება თბილისის N8 საპყრობილები. ამგვარი ინფორმაციის მოწოდებისაგან აღმინისტრაციამ არაერთხელ შეიკავა თავი.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ლირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალს პენიტენციურ სიტემაში შეუძლია, მონაწილეობა მიიღოს პატიმართა მიმართ ძალადობის გამოყენების პროფილაქტიკაში ტრავმებისა და დაზიანებების სისტემატური რეგისტრაციის გზით და აუცილებელ შემთხვევაში, ზოგადი ინფორმაციის გადაცემით შესაბამის ინსტანციებში. ასევე შესაძლებელია, მხოლოდ, როგორც წესი, პატიმრის თანხმობის შემთხვევაში, კონკრეტულ შემთხვევებზე ინფორმაციის გადაცემაც. დაზიანების ნებისმიერი ნიშნები ციხეში შესვლისთანავე დაწერილებით უნდა იქნეს რეგის-

⁵² ძირითადად მოიცავს სამედიცინო მუშაკების პასუხისმგებლობას არამარტო მკურნალობაზე, არამედ სოციალურ და პროფილაქტიკურ დახმარებაზეც.



ტრირებული ისევე, როგორც ნებისმიერი, ამ გარემოებასთან დაკავშირებული, პატიმრის განცხადება და ექიმის დასკვნა. შემდეგში პატიმრისათვის ეს ინფორმაცია ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ამგვარივე მიდგომა უნდა ხორციელდებოდეს პატიმრის მიმართ, რომელზეც იყო განხორციელებული ძალადობა ციხის ტერიტორიაზე, ყოველი სამედიცინო გასინჯვისას ანდა პატიმრის დაბრუნებისას ციხეში მას შემდეგ, რაც იგი იმყოფებოდა პოლიციის ნაწილში გამოძიებისათვის. სამედიცინო მუშაკები პერიოდულად უნდა ადგენდნენ სტატისტიკურ ანგარიშებს ტრავმათა და დაზიანებათა შესახებ და აწვდიდნენ ამგვარ ანგარიშებს ციხის ადმინისტრაციას, იუსტიციის სამინისტროსა და ა.შ.

მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ დარღვეულია წამებისა და ძალადობის, არაპუმანური მოპყრობის პრევენციის სტანდარტები: კერძოდ, დოკუმენტირებისას არ გამოიყენება „სტამბოლის პროტოკოლის“ პრინციპები, რაც საქართველოს წამების საწინააღმდეგო გეგმის⁵³ თანახმად, აუცილებელი უნდა იყოს; დაზიანებათა რეგისტრაციის უურნალის მიხედვით, ხშირ შემთხვევაში, გაურკვეველია, თუ ვინ, სად, რატომ, ვის მიერ, რა გარემოებაში მიიღო დაზიანება, რა შედეგები მოჰყვა ამ დაზიანებას, ასევე, არ არის სათანადო დასკვნები ამ დაზიანებათა შესახებ. ხშირ შემთხვევაში გაურკვეველია, არის ეს დაზიანება მოყვანამდე მიღებული, თუ – საპატიმროში, არის თვითდაზიანება, თუ სხვის მიერ – მიყენებული; მედ. პერსონალს არ აქვს წარმოდგენა, თუ რას ნიშნავს ტერმინი „თვითდაზიანება“, ხშირ შემთხვევაში აქ გულისხმობენ იმ დაზიანებასაც, რომელიც პატიმარმა სხვისი დახმარების გარეშე, თუმცა ტრავმის შედეგად მიიღო.

2009 წლის მეორე ნახევარში ჩატარებული მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებებში ადგილი ჰქონდა პატიმართა მხრიდან თვითმკვლელობის მცდელობის რამდენიმე ფაქტი. ერთ-ერთი ასეთი შემთხვევა (ქუთაისის N2 დაწესებულებაში), ჩვენი მონიტორინგის განხორციელების პროცესშიც დაფიქსირდა. ჩვენს ინტერესს წარმოადგენდა გაგვერკვია, ასეთ შემთხვევებში როგორია სამედიცინო პერსონალის ტაქტიკა და რა ზომები ტარდება ამგვარ ქმედებათა პროფილაქტიკისათვის. როგორც გაირკვა, ზოგადად, ციხის პერსონალისათვის არ არსებობს რაიმე საინფორმაციო საუბრები ან სწავლება ამგვარი ქმედებების პრევენციასთან დაკავშირებით. თუ თვითმკვლელობის მცდელობის დროს პატიმარმა მიიყენა სერიოზული დაზიანება, მაშინ ეს უკანასკნელი გადაჰყავთ სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო თუ შემდგომი დაკვირვებით ირკვევა, რომ პატიმრის სიცოცხლეს საფრთხე აღარ ემუქრება, ამ შემთხვევაში პატიმარი შეიძლება, მაქსიმუმ, სამედიცინო ნაწილში იყოს გადაყვანილი. 2009 წლის განმავლობაში დაფიქსირდა პატიმართა სუიციდის 2 ფაქტი. ერთ-ერთი მათგანი განხორციელდა წლის პირველ ნახევარში, ხოლო მეორე – წლის მეორე ნახევარში. აღნიშნულ ფაქტებზე დაწყებულია გამოძიება და შედეგები კერ ცნობილი არ გამხდარა.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, პენიტენციური დაწესებულების კომეტენციის სფეროში შედის, ასევე, თვითმკვლელობათა აღკვეთა. სამედიცინო პერსონალი პასუხისმგებელია ამ საკითხზე ინფორმაციის გავრცელებაზე პენიტენციური დაწესებულების თანამშრომელთა შორის, ასევე, შესაბამისი ზომების მიღებაზე. ამ საქმეში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება შემოსვლისას პატიმართა გამოკვლევასა და მიღების პროცედურას მთლიანად. სათანადოდ ჩატარებული ეს პროცედურები ხელს უწყობენ თუ მთლიანად არა, იმ პატიმართა გარკვეული ნაწილის გამოვლენას, რომელიც შეადგენს თვითმკვლელობის რისკის ჯგუფს, ასევე, რამდენადმე ხელს უწყობენ შვიოთვის მოხსნას, რომელიც დამახასიათებელი განცდაა ყოველი ახალშემოსული პატიმრისათვის. იმისდა მიუხედავად, თუ რა ფუნქციას ასრულებს ციხის პერსონალი, მას უნდა შეეძლოს (რაც გულისხმობების სპეციალურ მომზადებას), გამოიცნოს მოსალოდნელი თვითმკვლელობის ნიშნები. ამასთან დაკავშირებით, აუცილებელია აღინიშნოს, რომ თვითმკვლელობის რისკი მომატებულია უშუალოდ სასამართლოს წინ ან მის შემდეგ, ხოლო ცალკეულ შემთხვევაში – გათავისუფლების წინა პერიოდშიც.

⁵³ იხ. საქართველოს პრეზიდენტის 2008 წლის 12 ივნისის N301 ბრძანებულება „საქართველოში წამების, არაპუმანური, სასტიკი ან პატივისა და ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის წნააღმდეგ ბრძოლის 2008-2009 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

თვითმეცნიელობის რისკის მქონე პირის გამოვლენისას ის უნდა იქნეს აყვანილი განსაკუთრებული მეთვალყურეობის ქვეშ იმ ხანგრძლივობით, რომელიც საჭიროა მისი მდგომარეობიდან გამომდინარე. ამგვარი პირებისათვის არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი თვითმეცნიელობის განხორციელების საშუალებები (ფანჯრის გისოსები, გატეხილი მინა, ჰალსტუხი და სხვა).

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ყურადღება გამახვილდა კონკრეტულ დაწესებულებებში სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის თვალსაზრისით, ასევე შეფასდა, თუ რამდენად შეესაბამება აღნიშნული მდგომარეობა ადამიანურ ლირსებას. ამ მიმართულებით ძირითადი მონაცემები მოცემულია ზოგადი მონიტორინგის თავში, რაც შეეხება მდგომარეობას სამედიცინო პუნქტებში, ამ მხრივ მდგომარეობა ზოგიერთ დაწესებულებაში საგანგაშო. მაგალითისათვის მოვყავს მდგომარეობის მოკლე აღნერა ზუგდიდის №4 საპყრობილის სამედიცინო ნაწილში: ე.წ. სამედიცინო ნაწილის სტაციონარული ნაწილი განთავსებულია საპატიმრო კორპუსში, მედპერსონალის ოთახიდან საკმაოდ მოშორებით, საპატიმრო კორპუსის მე-2 სართულზე. ამ მიზნით გამოყოფილია ორი საპატიმრო საკანი: „ს1“ და „ს2“. ექიმის განმარტებით, ერთი პალატა განკუთვნილია ბკ(+), ხოლო მეორე – ბკ(-) პაციენტებისათვის. ამ ორ „პალატას“, რა თქმა უნდა, პირობითად შეიძლება ენოდოს „სამედიცინო სტაციონარული ნაწილი განთავსებულია საპატიმრო კორპუსში, მედპერსონალის ოთახიდან საკმაოდ მოშორებით, საპატიმრო კორპუსის მე-2 სართულზე. ამ მიზნით გამოყოფილია ორი საპატიმრო საკანი: „ს1“ და „ს2“. ექიმის განმარტებით, ერთი პალატა განკუთვნილია ბკ(+), ხოლო მეორე – ბკ(-) პაციენტებისათვის. ამ მო „პალატას“, რა თქმა უნდა, პირობითად შეიძლება ენოდოს „სამედიცინო სტაციონარული ნაწილი განთავსებულია საპატიმრო კორპუსში, მედპერსონალის ოთახიდან საკმაოდ მოშორებით, საპატიმრო კორპუსის მე-2 სართულზე. საპატიმრო საკანი: „ს1“ ნარმოადგენს ტიპურ საკანს, სადაც მონიტორინგის დროს იმყოფებოდა 2 პაციენტი. საკანში განთავსებულია 6 საწილი სამი ორსართულიანი ნარის სახით. საკანი სარემონტოა. აქვს ერთი, ორმაგი ლითონის ცხაურით დაფარული ფანჯარა, რომლიდანაც არ შემოდის საკმარისი სინათლე. საკანშის ჩარჩოში არ არის ჩასმული მინა. პირსაბანი გამოსულია მწყობრიდან. აქვე არის ე.წ. ტუალეტიც, რომელიც წარმოადგენს დაახლოებით 18. კედლით ამოშენებულ შემოფარგლულ ტერიტორიას, არ აქვს კარი, არ არის გამყოფი ფარდაც კი. ტუალეტიდან გამოდის არასასიამოვნო სუნი. ხის იატაკი ალაგ-ალაგ დაზიანებულია. საკანში არსებული ორივე პატიმარი აცხადებს, რომ ისინი დაავადებული არიან ტუბერკულოზით. ისინი წვანან ბინძურ თეთრეულში. საკანში არის დიდი რაოდენობით ჭიანჭველები, რომლებიც ყველგან დადიან. არიან ასევე ტარარებული მონიტორინგის დროს, არ იყო განკუთვნილი ავადმყოფი პატიმრებისათვის. საკანში განთავსებულია 8 საწილი. საკანში იმყოფებიან ქალები. ადმინისტრაციის განმარტებით, მათვის საგანგებოდ იქნა გამოყოფილი სამედიცინო დანიშნულების საკანი დროებით. თუმცა ქალები აცხადებენ, რომ უკვე ერთ ნელზე მეტია, ამ პირობებში იმყოფებიან. ოთახში დგას ერთი გრძელი მერხი, რომელიც მაგიდის მოვალეობას ასრულებს. ოთახის მარცხენა კუთხეში არის ტუალეტი, რომელიც ასევე არ არის იზოლირებული. ოთახში ბუნებრივი განათებისა და აერაციის წყაროა მინებჩაუსმელი ერთი ფანჯარა, რომელიც კარის პირდაპირ კედელზეა გამოჭრილი. ქალების განმარტებით, საკანის ხშირი სტუმრები არიან მორიელები, ტარაკები, თაგვები და ვირთხები. ამ პირობებში შეუძლებელია სანიტარიული პირობების დაცვა.

საგანგაშო სიტუაცია ასევე ხონის N9 საერთო და მკაფრი რეჟიმის დაწესებულების სამედიცინო ნაწილშიც. იატაკი პალატებში ალაგ-ალაგ დაზიანებულია, ხის ან ქვის საფარითაა დაფარული. ზოგან ნახევრად აყრილ პარკეტს ცვლის ალაგ-ალაგ ამოშევრილი ქვები. სანიტარიული წერიგის დამყარება პალატებში მათი სიძეელის გამო პარაქტიკულად შეუძლებელია. დერეფნის მარცხენა მხარეს განლაგებულ პალატებში ფანჯრები შედარებით დიდია და ოთახებიც უფრო ნათელია. ოთახებში (პალატებში) არ არის წყალი ან სანიტარიული კვანძი. სამედიცინო დანიშნულების ავეჯი ამორტიზებული და დაზიანებულია. არათუ პალატებში, არამედ მთელ სამედიცინო ნაწილში საერთოდ არ არის ნიჟარა და ონკანი, თუ არ ჩავთვლით ეზოს გარეთ მდებარე ტუალეტსა და საშხაპეს. ეზოში არის ერთი პალატა, რომლის კარების ჩარჩო ამომძევრალია და კედელი დანგრეული, იმგვარად, რომ ქმნის „გამოქვაბულის“ შთაბეჭდილებას. აქვე არის ტუალეტი და ე.წ. „საშხაპე“. ეზოში არის შესასვლელი კიდევ ერთ პალატაში, რომელსაც მართალია, კარი და ფანჯარა აქვს ჩასმული, მაგრამ შეიმჩნევა საკმაოდ დიდი ღრიჭოები, რომლებითაც ოთახის შიდა გარემო უკავშირდება ღია სივრცეს. ოთახში არ არის წყალი, კედლები ნაწილობრივად შელესილი, ჭერი დაქანებულია, ფანჯრის მინები ვერ ავსებს ჩარჩოს და აქედანაც თავისუფლად შემოდის ჰაერი. აღნერილ პირობებში პრაქტიკულად შეუძლე-



ბელია სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების დაცვა. პალატა-საკნების ფართი სტანდარტით (როგორც ეროვნული, ისე საერთაშორისო) არ შეესაბამება მასში განთავსებულ პაციენტთა რაოდენობას.

როგორც ირკვევა, სასჯელადსრულების დეპარტამენტს გაფორმებული აქვს შესაბამისი ხელშეკრულება კერძმ დაწესებულებებთან, რომლებიც ვალდებული არიან, ჰერიოდულად მოვიდნენ დაწესებულებაში და ჩაატარონ სანიტარიული დამუშავება. სხვადასხვა სასჯელადსრულების დაწესებულებას სხვადასხვა კონტრაქტორი ემსახურება. აღნიშნული კონტრაქტორები დაახლოებით თვეში ერთხელ მიღიან ადგილზე და ახორციელებინ სადეზინფექციო და სადერატიზაციო ღონისძიებებს, თუმცა, ზოგიერთი დაწესებულების მთავარი ექიმის განმარტებით, ატარებენ დეზინფექციასაც. კონტრაქტორები ამუშავებენ სამედიცინო ნაწილს, საპყრობილების ტერიტორიებს, საკნებს, სველ წერტილებს. დაწესებულებათა დიდ ნაწილში საკნების დამუშავება სავალდებულო არ არის. მუშავდება ასევე სამზარეულო და დერეფნები. მიუხედავად ამისა, რამდენიმე დაწესებულებაში აღნიშნული ღონისძიებები პრაქტიკულად არაეფექტურია შენობის სიძველისა და ფიზიკური მდგომარეობის გამო.

დაწესებულებათა უმრავლესობა პატიმრებს აწვდის პირველადი ჰიგიენის ნივთებს. აღნიშნული ნივთების შეძენა შესაძლებელია, დაწესებულებათა მაღაზიებშიც. პატიმართა პირადი ჰიგიენის თვალ-საზრისით უდიდეს პრობლემად რჩება თეთრეული, რომელიც პერიოდულად არ ირეცხება და თუ ასევე გავითვალისწინებთ პატიმრების მიერ შხაპის მიღების სიხშირეს და შესაძლებლობას, ნათელია, რომ ამ მხრივ დაწესებულებათა უმრავლესობაში მძიმე მდგომარეობაა შექმნილი. მაგალითი-სათვის, გეგუთის №8 საერთო და მკაცრი რეუმის დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მონიტორინგისას, სამედიცინო ნაწილში მყოფ პატიმრებთან გასაუბრებას შედეგად, გაირკვა, რომ მიუხედავად მათი სამედიცინო ნაწილში ყოფილია, პაციენტები არ არიან კმაყოფილი სამედიცინო მომსახურების დონით. რამდენიმე პალატაში პაციენტებს არ აქვთ თეთრეული, რამდენიმე პალატაში თეთრეული იმდენად ბინძურია, რომ მისი ფერის გარჩევაც კი ძნელია. გარდა ამისა, თითქმის არცერთ დაწესებულებაში არ არის დალაქი. ამ ვაკუუმს, ზოგიერთ შემთხვევაში, ავსებს პატიმრებიდან საგანგებოდ ამ საქმისათვის გამოყოფილი პირი.

საბოლოოდ, ჯამში აღმოჩნდა, რომ დაწესებულების ექიმი არ ან ვერ აკონტროლებს დაწესებულების ამგვარ სანიტარიულ-ჰიგიენურ მდგომარეობას. უფროსი ექიმების გარკვეული ნაწილი აღნიშნავს, რომ ეს მათ მოვალეობაში არ შედის.

რაც შეხება ეპიდემიოლოგიური პრობლემების არსებობას, რომელთაც აწყდება ექიმი, მათი უმრავლესობა ცდილობდა დეტალების მოყოლისგან თავი შეეკავებინა, თუმცა გამოიკვეთა, რომ ცალკეულ დაწესებულებებში არსებობს ჰაერისა და წყლის დაბინძურების შემთხვევები. ასევე, ყოფილა შემთხვევები, როდესაც აღინიშნა პატიმრების გარკვეული ნაწილის ავადობა კვებითი ინფექციით, მუნით. თითქმის ყველგან კვლავ არსებობს დატილიანების ფაქტებიც. რაც შეხება ბალინჯოებისა და სხვა პარაზიტების გავრცელებას, აღნიშნული პირდაპირობირციულია დაწესებულების ფიზიკურ მდგომარეობასა და გადატვირთულობასთან. საანგარიში პერიოდში დაფიქსირდა, ისეთი ინფექციური დაავადების ფაქტებიც, როგორებიცაა ჯილები, წითელა; ვენერული დაავადებები: გონორეა და ათაშანგი.

სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ნაკლები ყურადღება ეთმობა ფსიქოპიგიენის საკითხებს. პატიმრებთან (განსაკუთრებით მაღალი რისკის ჯგუფებთან) გასაუბრების დროს აღმოჩნდა, რომ ემოციური დაძაბულობის, დეპრესიის ან თვითმკვლელობისა და თვითდაზიანების შემთხვევაში მათ არ ჰქონდათ საშუალება, ესაუბრათ და მიეღოთ სათანადო გულთბილი დამოკიდებულება და დახმარება როგორც ექიმის, ასევე სხვა პერსონალის მხრიდან. ექიმების განმარტებით, პატიმრები რამე სოციალური თერაპიის ან პრევენციის პროგრამებში ჩართული არ არიან (რამდენიმე გამონაკლისი შემთხვევის გარდა), დაწესებულებებში ფსიქიატრები არ მუშაობენ, ხოლო ამა თუ იმ დაწესებულებაში მყოფი ფსიქოლოგი მოქმედებს როგორც სოციალური სამსახურის ნარმომადგენელი და სამედიცინო პერსონალთან არანაირი კავშირი არ აქვს.

ყველა უფროსი ექიმი განმარტავს, რომ ისინი და მათი ექიმები დღეში სამჯერ (ყოველი დარიგების წინ) ახორციელებენ საკვების ვარგისიანობისა და ხარისხის შემოწმებას, საკვების ნიმუშებს ინახავენ გარკვეული პერიოდით. საკვების ვარგისიანობის შესახებ ექიმი ხელს აწერს სპეციალურ უურნალში. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან მიღებული ოფიციალური წერილის შესაბამისად, 2009 წლის განმავლობაში, ექიმის მიერ საკვების ან მისი რომელიმე ცალკეული კომპონენტის წუნდების ფაქტი არ დაფიქსირებულა. აღნიშნულს ადასტურებს ყველა უფროსი ექიმი, შესაბამისად, რეაგირებისათვის ინფორმაცია დაწესებულების ადმინისტრაციამდე არ მისულა. მთავარი ექიმები პირადად ახორციელებენ კომუნიკაციას სამზარეულოს წარმომადგენლებთან და ანვდიან რეკომენდაციებს, რომლებიც სრულდება. მაგალითად, ბოლო პერიოდში გაიცა მითითება საკვების ცხიმიანობის ან მარილიანობის შემცირებასთან დაკავშირებით. ზოგიერთ დაწესებულებაში საკვების კონტროლის ფუნქციას ასრულებს ექთანი. აღნიშნულს სისტემატური ან ფრაგმენტული ხასიათი აქვს.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში მუშაობს დიეტექიმი. კვებას ამ დაწესებულებაშიც უზრუნველყოფს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის კონტრაქტორი – შპს „მეგა-ფუდი“. დაწესებულების მთავარი ექიმის ინფორმაციით, საკვების ვარგისიანობა მოწმდება დღეში 3-ჯერ, ყოველი დარიგების წინ დიეტოლოგის მიერ. რაც შეეხება საკვების წუნდების ფაქტს, მთავარი ექიმის ინფორმაციით, დაფიქსირდა ერთი ასეთი ფაქტი, რომელიც ექიმების ჩარევის შედეგად გამოსწორდა და პრობლემა ამონიურა. 2009 წლიდან, ადგილობრივი ექიმების და მთავარი ექიმის ძალისხმევით, შემოღებულიქნა დიეტური მაგიდები, რაც ნამდვილად უდიდესი მნიშვნელობის ფაქტია. აღნიშნული პრობლემის გადაჭრა წარსულში ფაქტობრივად შეუძლებელი იყო და საანგარიშო პერიოდში ეს პრობლემი ნაწილობრივ დარეგულირებულია. სასჯელაღსრულების სხვა დაწესებულებებში დიეტური მაგიდებით პაციენტთა უზრუნველყოფა პრაქტიკულად შეუძლებელი და დღემდე გადაუჭრელი პრობლემაა.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების შენობის დაპროექტებისა და ფუნქციური დატვირთვის განსაზღვრის დროს აშკარაა, რომ არავის გახსენებია და არც ყოფილა გათვალისწინებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 16 აგვისტოს N298/ნ ბრძანება „საავადმყოფოების, სამშობიარო სახლებისა და სხვა სამკურნალო სტაციონარების მოწყობის, გამართვისა და ექსპლუატაციის სანიტარიული წესების დამტკიცების შესახებ“. ამავე ნორმატივული აქტის მიხედვით, უწყებრივ დაქვემდებარებაში მყოფ საავადმყოფოებში, სამშობიარო სახლებსა და სხვა სამკურნალო სტაციონარებში სანიტარიული წესებისა და ნორმების დაცვას აკონტროლებულ წინამდებარე დოკუმენტის საფუძველზე. **სამკურნალო დაწესებულება განთავსებულია ნაგავსაყრელთან ახლოს.** ნაგავსაყრელზე სიტემატურად ხდება საყოფაცხოვრებო და სხვა ტიპის ნარჩენების წვა, რომლის შედეგად ნარმოქმნილი კვამლი პირდაპირ ვრცელდება დაწესებულების ტერიტორიაზე. მონიტორინგის დროს არაერთხელ იყო დაფიქსირებული შემთხვევა, როდესაც შენობა მთლიანად კვამლში იყო გახვეული. დაწესებულების ე.ნ. პალატებში არ არის სამედიცინო დაწესებულებისათვის აუცილებელი ვენტილაციის სისტემები დამონტაჟებული, ანუ დარღვეულია მოთხოვნები შენობის „გათბობის, ვენტილაციის, მიკროკლიმატისა და ჰერიტარემოსადმი“. ეს იმ დროს, როდესაც ზემოთ აღნიშნული კვამლის გამო, შენობის ცალ მხარეს განსაკუთრებით, პრაქტიკულად შეუძლებელია ფანჯრის გაღება და ოთახის განივევა. არ არის უზრუნველყოფილი პალატის, განყოფილების ძირითადი სათავსოების ჰაერის რაციონალური ცვლის ორგანიზაცია. არ არის ასევე გათვალისწინებული დაწესებულების ინსოლაციის, ხმაურისაგან დაცვის პრინციპები. სამკურნალო დაწესებულების ფანჯრების მოწყობასთან დაკავშირებით. დარღვეულია მოთხოვნები სანიტარიულ-ტექნიკური, სამედიცინო, ტექნოლოგიური და სხვა აღჭურვილობის, ავეჯისა და ინვენტრარისადმი. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში არ არის დაცული მოთ-



ხოვნები ბუნებრივი და ხელოვნური განათებისადმი, მოთხოვნები მომუშავე სამედიცინო პერსონალის მრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობებისადმი, სათავსოების, დანადგარებისა და ინვენტარის სანიტარიული რეჟიმი. აქედან გამომდინარე, იგი არ შეესაბამება საქართველოში დადგენილ ეროვნულ სანიტარიულ-ჰიგიენურ სტანდარტებს.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ლირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტი (CPT) მე-3 ზოგად ანგარიშში მიუთითებს სამედიცინო პერსონალის მიერ პროფილაქტიკური სამუშაოს ჩატარების აუცილებლობაზე – „პენიტენციურ დაწესებულებებში სამედიცინო მუშაკების ამოცანას შეადგენს არა მარტო ავადმყოფთა მკურნალობა, არამედ ისინი პასუხისმგებელი უნდა იყვნენ სოციალურ და პროფილაქტიკურ დახმარებაზე. სამედიცინო პერსონალი ციხეებში მჭიდროდ უნდა თანამშრომლობდეს სხვა სამსახურებთან, უნდა ახორციელებდეს კონტროლს კვებაზე (რაოდენობა, ხარისხი, მომზადება და საკვების განაწილება), ჰიგიენის ნორმების დაცვაზე (ტანსაცმლისა და თეთრეულის სისუფთავე, გამდინარე წყლისა და სანიტარიული მოწყობილობების ხელმისაწვდომობა), გათბობაზე, განათებასა და ვეტერინარიული განათების საკუთრების მიერ ციხეებში სუფთა ჰაერზე ასევე შედის მის კომპეტენციაში“.

რაც შეეხება გადამდები დაავადებების გავრცელების საკითხს, აღმოჩნდა, რომ არ ხდება პატიმართა და პერსონალის ინფორმირება გადამდები დაავადებებისა და მათი პროფილაქტიკური ლონისძიებების შესახებ. ეპიდემიოლოგიური კონტროლი და ეპიდსიტუაციის ანალიზი ხშირად მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს. ზუსტი სტატისტიკა გადამდები დაავადებების გავრცელების, ასევე, მათი მიზეზების ანალიზის შესახებ არ მოიპოვება, თუმცა ჩვენ მიერ შესწავლილი იქნა აღნიშნული თავისებურებები ცალკეულ დაწესებულებებში. ტუბერკულოზის გავრცელება სასჯელაღსრულების სისტემაში საკმაოდ დიდია. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებათა უმრავლესობა ანარმობს ტუბასერინინგს, არსებული შედეგების გათვალისწინებით, მხოლოდ აღნიშნული ლონისძიებები ეფექტური არ არის და დამატებით აქტივობებს მოითხოვს. ისევე, როგორც ნინა წლებში, 2009 წლის საანგარიშო პერიოდშიც, ტუბერკულოზი კვლავ არის პატიმართა სიკვდილობის მთავარი მიზეზი.

ტრანსმისიული დაავადებების განხილვისას აუცილებელია ალინიშნოს ვირუსული ჰეპატიტების მზარდი ტალღა საქართველოს ციხეებში. უფროსი ექიმების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ჰეპატიტების მასობრივი სკრინინგპროგრამები არ ტარდება, რის გამოც ინფიცირების შემთხვევათა დიდი ნაწილი გამოვლინების გარეშეა. ექიმების აზრით, ჰატიმართა დაახლოებით 30-60%-ს აღნიშნება ვირუსული ჰეპატიტი. სამედიცინო ბარათებში ექიმები აფიქსირებულ დიაგნოზს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ლაბორატორიული გამოკვლევა ადგილზე ჩატარდა ან პატიმარი წარმოადგენს ლაბორატორიული კვლევის შედეგს წარსულში ჩატარებული კვლევის შესახებ (პოზიტიური ჰეპატიტი). საპატიმრო ადგილებში უპირატესად გავრცელებულია C ვირუსული ჰეპატიტი, თუმცა ექიმებს დაფიქსირებული აქვთ ასევე B ვირუსული ჰეპატიტით და B + C ჰეპატიტის შემთხვევებიც. ერთეული შემთხვევების სახით აღნერილია A და B + C ჰეპატიტის შემთხვევებიც. აღნიშნული ტენდენციების შესახებ ვრცლადა საუბარი ანგარიშის იმ თავში, სადაც პატიმართა სიკვდილობის საკითხებია განხილული.

რაც შეეხება აივ ინფექციას, ამ მხრივ სკრინინგი შედარებით უფრო ეფექტურია. პაციენტებს, საჭიროების შემთხვევაში, უტარდებათ სათანადო მკურნალობა და მიენოდებათ შესაბამისი მედიკამენტები. აივ ტესტირება ნებაყოფილობითა. რაც შეეხება აივ ინფიცირებულთა სტიგმატიზაციას, ამ მხრივ საქართველოს ციხეებში საკმაოდ ნოყელი ნიადაგია შექმნილი. უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს დისკრიმინაციული ჩანაწერი საქართველოს კანონში „პატიმრობის შესახებ“. კანონის 22-ე მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, „სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამკურნალო განყოფილებაში განცალკევებით ათავსებენ შიდსით და სხვა არამართვადი ინფექციური სენით დაავადებულებს.“ გარდა ამისა, როგორც ბოლო წლების პრაქტიკა გვიჩვენებს, აივ/შიდსით დაავადებულთა გარდაცვალების შემთხვევაში, არ ხდება გვამების სასამართლო-სამედიცინო წესით გამოკვლევა და სიკვდილის მიზეზის დადგენა. პრაქტიკაში კი შიდსით დაავადებულებს განცალკევებით ადმინისტრაცია არ ათავსებს, თუ ამას არ მოითხოვს თვით ინფიცირებული ან სხვა პატიმრები. რუსთავის №2

დაწესებულებაში ჩატარებული ერთ-ერთი მონიტორინგის დროს დაფიქსირდა ფაქტი, როდესაც პატიმრები კატეგორიულად მოითხოვდნენ აივ ინფიცირებული პირის გაყვანას მათი საკიდან, ხოლო თვით დავადებული იძულებული იყო, იგივე მოეთხოვა სხვა პატიმართა მხრიდან არსებული დამოკიდებულებისა და მათი ქცევის გამო.

რაც შეეხება პატიმართა იზოლაციას სამედიცინო ჩვენებით, როგორც უფროსი ექიმები განმარტავენ, აღნიშნულ ღონისძიებას მიმართავენ საჭიროების შემთხვევაში. მაგალითად, როდესაც პაციენტს უეცრად გამოიხატება სიყვითლე, დიაგნოზის დადასტურებამდე ცალკე ათავსებენ. მსგავსი ტაქტიკა გამოიყენება ტუბერკულოზზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაშიც, თუ ამ ღონისძიებათა გატარების საშუალებას საპყრობილის გადატვირთულობა არ უშლის ხელს.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ლირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, „სამედიცინო პერსონალი ციხეებში უნდა უზრუნველყოფდეს გადამდებ დაავადებათა (განსაკუთრებით ისეთი, როგორიც არის ჰეპატიტი, შიდსი, ტუბერკულოზი, კანის ინფექციები) შესახებ ინფორმაციის რეგულარულ გავრცელებას როგორც პატიმართა, ასევე ციხის თანამშრომელთა შორის. საჭიროების შემთხვევაში, აუცილებელია, ჩაუტარდეს სამედიცინო შემოწმება იმ პირებს, რომლებთანაც დაავადებულ პატიმარს ჰქონდა რეგულარული კონტაქტი (თანამედაურები, ციხის პერსონალი, ხშირი მთავრებელი). რაც შეეხება შიდსი, პატიმარს უნდა ჩაუტარდეს შესაბამისი კონსულტაცია როგორც ტესტირებამდე, ასევე, თუკი ეს საჭიროა, შიდსზე ყოველი ტესტირების შემდეგაც. ციხის პერსონალი პერიოდულად უნდა გადიოდეს სპეციალურ მომზადებას აუცილებელი პროფილაქტიკური ზომების შესახებ, ასევე – კორექტულ დამოკიდებულებაზე იმ პატიმართა მიმართ, რომელთაც აღმოაჩნდათ აივ ტესტის დადებითი შედეგი. პერსონალმა უნდა მიიღოს შესაბამისი ინსტრუქციები იმის შესახებ, რომ დაუშვებელია ინფიცირებული პატიმრე-ბის დისკრიმინაცია, ასევე უცილებელია კონფიდენციალობის დაცვა. კომიტეტი ხაზგასმით აღნიშ-ნავს, რომ სეგრეგაცია აივ ინფიცირებული პატიმრის, თუკი ის თავს კარგად გრძნობს, დაუშვებელია.“

პუმანიტარული თანადგომა / პატიმართა განსაკუთრებული კატეგორიები

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ყურადღება გამახვილდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ქალ პატიმართა მიმართ მოპყრობაზე. ქალები განთავსებულნი არიან ქალთა და არასრულნლოვანთა №5 დაწესებულებაში, რუსთავის №1 საერთო და მეაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში, ბათუმის №3 საპყრობილები და ზუგდიდის №4 საპყრობილები. რაიმე სახის დისკრიმინაცია ქალ პატიმართა მიმართ არ გამოვლენილა. პირობების მიხედვით, ყველაზე უკეთესი მდგომარეობაა შექმნილი ქალთა და არასრულნლოვანთა №5 დაწესებულებაში. აქ სამედიცინო მომსახურების დონე ყველაზე უფრო მეტად შეესაბამება დადგენილ სტანდარტებს. მთავარი ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, შიდა ბრძანების საფუძველზე, 1 ექიმი და 1 ექთანი მივლინებულნი არიან №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, თუმცა ირიცხებიან ადგილობრივ პერსონალში. რუსთავის №1 დაწესებულებაში ქალთა კონტინგენტის ძირითადი ნაწილის გადაყვნა განხორციელდა 2009 წლის 19 აპრილს მომხდარი ინციდენტის შემდეგ. რაც შეხება დაწესებულებაში უპირატესად გამოვლენილ დაავადებებს, მთავარი ექიმის განმარტებით, ეს არის ძირითადად გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, გინეკოლოგიური დაავადებები, ონკოლოგიური დაავადებები, უროლოგიური დაავადებები და ორთოპედიული პათოლოგია. ხშირია, ასევე, ქირურგიული პრობლემები (აპენდიციტი), მათ შორის, თვითდაზიანებები. ქალთა კონტინგენტს, გინეკოლოგიას მომსახურება გარანტირებულად აქვს.

რუსთავის №1 დაწესებულებაში ქალები მოკლებულნი არიან ადგილზე სტაციონარულ მომსახურებას. დაწესებულებაში 2007 წელს სარემონტო სამუშაოებთან დაკავშირებით დახურული სტაციონარული სექცია დღემდე არ გახსნილა.



ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში იმყოფებიან ასევე ქალი პატიმ-რები. დაწესებულებას არ ჰყავს სპეციალურად გამოყოფილი გინეკოლოგის შტატი. რაც შეეხება ქალთა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სპეციფიკურ პრობლემებს, ექიმის განმარტებით, წინა საანგარიშო პერიოდთან შედარებით არაფერი შეცვლილა. ამ პერიოდში არცერთ ქალს არ უმშობი-არია, არ ჰყავს მეძუძური დედა; არცერთ ქალს არ ჰყავს თან ახალშობილი, რის გამოც პედიატრიული დახმარება ამ მხრივ არ დასჭირვებიათ.

ბათუმის №3 საპყრობილები სასჯელს იხდიან პატიმარი ქალებიც. დაწესებულებაში არ მუშაობს გინეკოლოგი და არც კონსულტანტია გათვალისწინებული. საჭიროების შემთხვევაში, ქალს გადაიყ-ვანენ ბათუმში, შესაბამის დაწესებულებაში. ქალთა კვების რაციონი იგივეა, რაც მამაკაცი პატიმრე-ბისა. მათი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა კი გაცილებით უკეთესია საპყრობილის საერთო მდგომარეობის ფონზე. გინეკოლოგის კონსულტაცია 2009 წლის განმავლობაში არ ჩატარე-ბულა. ორსული ქალი საანგარიშო პერიოდში არ ჰყოლიათ. ქალთა ჰიგიენის სპეციფიკური საკითხები დარეგულირებულია. რამდენიმე პაციენტი აყვანილია ფსიქო-ნევროლოგიურ მეთვალყურეობაზე.

რაც შეეხება ზუგდიდის №4 საპყრობილებს, აქ ქალთა ყოფნა უტოლდება არაადამიანურ და ლირ-სების შემლახველ მოპყრობას. ქალთა ყოფნის სპეციფიკური საკითხები არ არის დარეგულირე-ბული, მათი ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები პროექტიკულად იგნორირებულია, ხოლო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები – არადამაკმაყოფილებელი.

საანგარიშო პერიოდში რუსთავის №1 დაწესებულებაში გარდაიცვალა ერთი ქალი პატიმარი, რომლის სიკვდილის მიზეზი გახდა თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა. ქალთა ჯანმრთელობის პრობლემები განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს იმ თვალსაზრისით, რომ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში არ არის ქალთა განყოფილება. №5 დაწესებულე-ბიდან ქალაქის სტაციონარებში გაყვანის სტატისტიკის გათვალისწინებით, აღნიშნული ვაკუუმი გარკვეულწილად კომპენსირებულია, რასაც ვერ ვიტყვით დანარჩენ 3 სასჯელალსრულების დაწე-სებულებაზე, განსაკუთრებით კი – ზუგდიდისა და ბათუმის საპყრობილებზე.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ასევე იქნა აქცენტი აღებული სხვადასხვა სასჯელალსრულების დაწე-სებულებაში მყოფ არასრულწლოვან პატიმრებზე. არსებული მდგომარეობით, მოზარდი პატიმრები იმყოფებიან ავჭალის არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში, ქალთა და არასრულ-წლოვანთა №5 დაწესებულებაში, ბათუმის №3 საპყრობილები, ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაც-რი რეჟიმის დაწესებულებასა და ზუგდიდის №4 საპყრობილები.

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის პერსონალი შედგება 3 ექიმის და 3 ექტნისაგან. ექიმებიდან ერთი მთავარი ექიმია (სპეციალობა – შინაგანი მედიცინა), ერთი ნევროპათოლოგი და ერთი სტომატოლოგი. პედიატრი დაწესებულებაში არ მუშაობს. ასევე არასრულწლოვანები ადგილზე მოკლებული არიან სტაციონარული ტიპის სამედიცინო მომსახუ-რებას. ასეთის აუცილებლობისას ისინი გადაჰყავთ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. დაწესებულებას საკუთარი ფსიქიატრი არ ჰყავს, თუმცა ამ დეფიციტს გარკვე-ულწილად ავსებს წამების ძალადობისა და გამოხატული სტრესული ზემოქმედებების მსხვერპლთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრი „ემპათია“, რომელიც დაწესებულებაში ახორციელებს პროგრამას და ამ პროგრამის ფარგლებში მისი ფსიქიატრები სისტემატურად სტუმრობენ დაწესებულებას. წარკოლოგის კონსულტაცია, ექიმის განმარტებით, 2009 წლის საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში არ დასჭირვებიათ. უპირატესად გამოვლენილ დაავადებათაგან მთავარი ექიმი გამოყოფს მწვავე რესპირაციულ დაავადებებს (განსაკუთრებით სეზონურად), კანის დაავადებებს (მუნი, პიოდერმიტი და დერმატიტები), სტომატოლოგიურ დაავადებებს, მსუბუქ ნევროლოგიურ დაავადებებს და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებებს (გასტრიტები). ინტერფერონით მკურნალობაზე არცერთი პატიმარი არ იმყოფებოდა არც მონიტორინგის დროს და არც საანგარიშო პერიოდში. „DOTS“ ან „DOTS+“ პროგრამა დაწესებულებაში არ მიმდინარეობს. დაწესებულებაში მუშაობს ფსიქოლოგი, თუმცა ეს

უკანასკნელი ქვემდებარობით დაწესებულების სარეზიმო სამსახურს ეკუთვნის და სამედიცინო სამსახურთან კავშირი არ აქვს. ექიმის განმარტებით, მოზარდებს ასაკსპეციფიკური რამე სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური პრობლემა არ აქვთ.

ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში არასრულწლოვნები იმყოფებიან ცალკე კორპუსში (განსასჯელები). ამავე დაწესებულებაში ოფიციალურად ფუნქციონირებს არასრულწლოვან ქალ მსჯავრდებულთა და პატიმართა დაწესებულებაც. მონიტორინგის მომენტში დაწესებულებაში იმყოფებოდა 4 მსჯავრდებული და 2 ნინასნარ პატიმრობაში მყოფი არასრულწლოვანი გოგონა. მოზარდთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემებიდან აღსანიშნავია ძვალ-სახსართა სისტემის მხრივ არსებული პათოლოგიები: ართრიტები, მოტეხილობები; ასევე კანის დაზიანებები, მწვავე რესპირაციული დავადებები. არასრულწლოვანთა შორის საანგარიშმ პერიოდში დაფიქსირდა მუნის შემთხვევებიც. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ჰყავთ 3 არასრულწლოვანი გონებრივი ჩამორჩენილობით.

ქუთაისის №2 საპყრობილისა და მკაცრი რეზიმის დაწესებულებაში არასრულწლოვანთა ჯანმრთელობის სპეციფიკას განსაკუთრებული ყურადღება არ ექცევა. 2009 წლის ივლისის ბოლოს გეგმური მონიტორინგის დროს, მონიტორინგის ჯგუფის წევრების მიერ მონახულებული იქნა 12 არასრულწლოვანი, რომლებიც გახდნენ გამოხატული ფსიქოფიზიკური ზემოქმედების მსხვერპლნი საპყრობილის თანამშრომლებისა და სპეცდანიშნულების რაზმის მხრიდან. კიდევ სამი არასრულწლოვანი მონიტორინგამდე რამდენიმე წლით ადრე გადაყვანილი იქნა თბილისში, ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დაწესებულებაში. მოზარდები გასინჯული იქნენ ექიმთა მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ და დადგინდა მათი ფიზიკური და ფსიქიკური ტრავმები. მათ დიდ ნაწილს აღენიშნებოდა სხეულის ზოგადი დაჟეჟილობა, რამდენიმეს აღენიშნებოდა თავის ტვინის შერყევა და ქალა-ტვინის დახურული ტრავმა. აღნიშნულ ფაქტზე საპყრობილის აღმინისტრაცია კომენტარს არ აკეთებს, ხოლო სამედიცინო პერსონალი აცხადებს, რომ მათვის უცნობია ამგვარი დაზიანებების არსებობა, შესაბამისად, არასრულწლოვნები არ მოუნახულებიათ და არც სამედიცინო დახმარება აღმოუჩენიათ ვინმესთვის. არ არის დოკუმენტირებული არცერთი დაზიანება.

ბათუმის №3 საპყრობილები, უფროსი ექიმის განმარტებით, არასრულწლოვან პატიმრებთან ყოველ სუთშაბათს მუშაობს ფსიქოლოგი. გარდა ამისა, არასრულწლოვნებისათვის მოქმედებს დაწყებითი განათლების პროგრამა. არასრულწლოვნები საპყრობილები მოთავსებისას და მის შემდგომ პერიოდში ფსიქიატრს არ უნახვს. ექიმის განმარტებით, არასრულწლოვნებს უტარდებათ პერიოდული სამედიცინო შემოწმება. არასრულწლოვანთა თანხმობით, ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მიეროდებათ ოჯახის წევრებს ან მათ კანონიერ ნარმომადგენლებს. ექიმის განმარტებით, მოზარდ პატიმართა სპეციფიკური ჯანმრთელობის პრობლემას ნარმოადგენს სტრატოლოგიური დაავადებების განსაკუთრებული სიხშირე, რომელთა სრულყოფილი გადაჭრა ვერ ხერხდება. რაც შეეხება არასრულწლოვანთა საცხოვრებელ პირობებს, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ შეფასდა, როგორც არაადეკვატური და მოზარდისათვის შეუფერებელი. მიუხედავდ ამისა, ადმინისტრაციის მხრიდან რამე ქმედითი ნაბიჯი აღნიშნულის გამოსასწორებლად ჯერ არ გადადგმულა.

ზუგდიდის №4 საპყრობილები არასრულწლოვანთა მიმართ რაიმე განსაკუთრებული და ასაკსპეციფიკური მიდგომა არ არსებობს. არასრულწლოვან პატიმრებთან ფსიქოლოგი არ მუშაობს, სტომატოლოგის ხელმისაწვდომობის პრინციპი დარღვეულია. მოზარდები რაიმე სპეციალურ პროგრამაში ჩაბმულნი არ არიან. მათი სამედიცინო მანიპულაციებისა და გამოკვლევის დროს კონფიდენციალურობის დაცვა გამონაკლის შემთხვევები ხდება შეძლებისდაგვარად. ექიმის განმარტებით, „ყველა მოზარდი პატიმარი ჯანმრთელია“. ერთ-ერთი მათგანი ყრუ-მუნჯია.

მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცევოდა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პატიმრებს. მათი გამოვლენა სასჯელალსრულების დაწესებულებებში არაორგანიზებულია და კვალიფიციური ფსიქიატრიული დახმარების არარსებობის გამო შეზღუდულად ხდება. დაწესებუ-



ლებაში შესვლისთანავე მათ ფსიქიატრი ვერ ნახულობს. ფსიქიატრის კონსულტაცია შესაძლებელია დაახლოებით თვეში ერთხელ მოსული კონსულტაციის მიერ ჩატარებული გასინჯვების სახით. მიუხედავად იმისა, რომ უფროსი ექიმები განმარტავენ საჭიროების შემთხვევაში ფსიქიატრის კონსულტაციის უზრუნველყოფის შესაძლებლობას, ასეთი ფაქტი არსებული უურნალების დათვალიერების შედეგად არ გამოვლენილა. დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში არ არსებობს რამე სპეციალური პროგრამები ფსიქიური ჯანმრთელობის მხარდასაჭირად, ან რეაბილიტაციის პროგრამები, რომლებიც გულისხმობს სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარების სხვადასხვა ღონისძიებებს. ზოგადად, დაწესებულებაში არსებული რეჟიმი, პირობები, ურთიერთობები ფსიქიური აშლილობების მქონე პატიმრების მიმართ შეუფერებელია და ნეგატიურად მოქმედებს პატიმრის ფსიქიურ ჯანმრთელობაზე. აღნიშნულის გამო ფსიქიურად დაავადებულ პირთა ყოფნა სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებებში უნდა შეფასდეს, როგორც არაადამიანური მოპყრობა.

ფსიქიური აშლილობების მქონე პატიმართა შორის გაცილებით მაღალია თვითდაზიანების ან თვითმკვლელობის მცდელობის ფაქტები. რაც შეეხება კონფლიქტებს, როგორც პერსონალთან, ასევე ერთმანეთთან, ამ მხრივ მდგომარეობა არ არის მძიმე. დაწესებულების უფროსი ექიმების მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, არცერთ დაწესებულებაში არ არსებობს ცალკე გამოყოფილი საკანი ამგვარი კონტინგენტისათვის. არ არსებობს ფსიქიური პრობლემების გამოვლენის სტატისტიკა, ასევე ის, თუ რა პრობლემები ვლინდება კონსულტაციების დროს. არ გამოვლენილა ასევე თვითმკვლელობის რისკის მქონე პირების კონტინგენტი. ცალკე არ იწარმოება თვითდაზიანებათა სტატისტიკა.

მონიტორინგის ჩატარების დროს გამოიკვეთა, რომ ციხის პერსონალი, მათ შორის, სამედიცინო მუშაკები, გათვითცნობიერებული არ არიან ფსიქიური ჯანმრთელობის პრობლემებში. შესაბამისად, არ არსებობს პრობლემის ეფექტური გადაჭრის გზებიც. 2009 წლის განმავლობაში პრაქტიკულად შეუძლებელი იყო პაციენტის გადაყვანა სამოქალაქო ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში. ასევე, არ არსებობდა მექანიზმი იმ მსჯავრდებულთა სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის ჩატარებისა, რომლებიც ფსიქიურად დაავადდნენ სასჯელის მოხდის პერიოდში. ამ მხრივ, პროგრესულ ნაბიჯად უნდა ჩაითვალოს „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონში 2009 წლის დეკემბერში განხორციელებული ცვლილება.

პირებს, რომელთაც გამოუვლინდათ სულიერი დაავადების ნიშნები, 2009 წლის მეორე ნახევარში აგზავნიდნენ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. აღნიშნული დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილება სულ 3 ექიმითაა დაკომბლექტებული და გაშლილია 39 სანოლზე. აღსანიშნავია, რომ განყოფილებაში გადმოჰყავდათ მხოლოდ მამაკაცი პატიმრები და მსჯავრდებულები. ქალ პაციენტთათვის ასეთი სერვისი პერიტენციური სისტემის შეგნით ხელმიუწვდომელია. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილებაში შემოვიდა 132 პაციენტი (72 1-ელ და 60 მე-2 ნახევარში). გაენერა 141 (76 1-ელ და 65 მე-2 ნახევარში). ფსიქიური სფეროს მხრივ გამოვლენილი ნოზოლოგიების სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყოფება:

- ორგანული აშლილობები – **29**;
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები – **1**;
- შიზოფრენია, შიზოტოპური აშლილობა – **10**;
- აფექტური აშლილობები – **26**;
- ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოტროპული აშლილობანი – **7**;
- პიროვნული და ქცევითი დარღვევები – **44**;
- გონებრივი ჩამორჩენა – **6**;
- ეპილეფსია – **2**;
- რეაქტიული ფსიქოზი – **7**.

ფსიქიატრიულ განყოფილებაში 2009 წლის განმავლობაში გარდაიცვალა 1 ავადმყოფი (სუიციდი).

არსებული ვითარების ანალიზით, რომელიც მონიტორინგის დროს იქნა გამოვლენილი საქართველოს ციხეთა სისტემაში, საყურადღებოა შემდეგი საკითხები: **მთელ სისტემას ემსახურება 5 ფსიქიატრი.** მათ შორის 3 მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო თითო-თითო – აღმოსავლეთ და დასავლეთ საქართველოს რეგიონებში. ეს უკანასკნელი არ იმყოფებიან მუდმივ შტატში (ხელშეკრულებით აყვანილი კონსულტაციები). დაწესებულებებში ერთგვარად წარმოებს ფსიქიური პრობლემების მქონე პირთა აღრიცხვიანობა ადგილზევე დამკვიდრებული წესით, კონსულტანტ-ფსიქიატრის უურნალის მიხედვით, თუმცა რაიმე გარე კონტროლის დაწესება ან ამ საკითხის საფუძვლინი მონიტორინგი შეუძლებელია, ვინაიდან არ არსებობს სამედიცინო პარასტები, სათანადო წესით წარმოებული, ასევე – ცალკე რაიმე აღრიცხვის სტანდარტები. ცალკეულ შემთხვევაში გამოვლენილი იქნენ პაციენტები ფსიქოზური ამლილობებით ან/და ქცევის უკიდურესი დარღვევებით ან/და სუიციდის მცდელობით, რომელიც საჭიროებენ სტაციონარულ დახმარებას, ან/და რომლის ადგილიც საპატიმრო დაწესებულებაში არ არის, თუმცა ისინი კვლავ რჩებიან ამგვარ დაწესებულებაში. პრობლემები, რომლებიც ექიმთან საუბრისას იქნა გამოვლენილი, ეხება, ასევე, პატიმართა და მსჯავრდებულთა სამურნალო დაწესებულებას, ვინაიდან ადგილობრივი ექიმების გადმოცემით, არის შემთხვევები, როდესაც მათ გადაჰყავთ ამგვარი პატიმრები ფსიქიატრიულ განცოფილებაში, თუმცა იქიდან მალევე აპრუნებენ პრაქტიკულად იმავე მდგომარეობაში. რაც შეეხება მოსაზღვრე მდგომარეობებისა და სხვა ფსიქიური პრობლემების მქონე პირებს, რაიმე სახის რეაბილიტაციური პროგრამები ან ადეკვატური მეურნალობის შესაძლებლობა ამ დაწესებულებებში არ არის. ამავ-დროულად, უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიური ჯანმრთელობის სფეროში არსებული კანონმდებლობისა და კანონქვემდებარე აქტების გაუმართაობა, რაც ცალკე ანალიზისა და მონიტორინგის საგანი უნდა გახდეს, ქმნის მნიშვნელოვან პრობლემებს ციხეთა სისტემაში პირველადი დიაგნოსტიკისა და შემდგომი სწრაფი და ადეკვატური რეაგირების თვალსაზრისით. აღნიშნული საკითხის მოგვარება ციხის ექიმის კომპეტენციის ფარგლებს სცილდება. მაგალითისათვის მოვყავს ის სტატისტიკური ინფორმაცია, რომელიც ცალკეულ ციხეებში იქნა მოპოვებული: ქუთაისის №2 დაწესებულების სტაციონარულ ნაწილში განთავსებული იყო 2 ფსიქიური პრობლემის მქონე პირი, დანარჩენ პატიმრებზე სტატისტიკური ინფორმაცია ვერ მოვიპოვთ. ამგვარი ინფორმაციის მოსაპოვებლად გადავხედეთ ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშნულებებს, რომლებიც ინახება უფროს ექთანთან. ფსიქოტროპული მედიკამენტების დაფასოება ცალკეული პაციენტებისათვის ხდება აფთიაქიდან, რაც უნდა შესაბამისად შედარდეს ფსიქიატრის კონსულტაციის უურნალს, საიდანაც უნდა გამხოლოვდეს პაციენტთა სახელი და გვარი, კონსულტაციის რიგითობის გამოყენებით. ამგვარი „მანიპულაციის“ ჩატარება მონიტორინგის დროს პრაქტიკულად შეუძლებელია და მოითხოვს დიდი დროის ხარჯვას. ამგვარად, ამ დაწესებულებაში რაიმე სახის ზუსტი სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება ფსიქიური პრობლემების მქონე პირებზე შეუძლებელია. გეგუთის №8 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მიხედვით, 22 პატიმარი არის ეპილეფსიით დაავადებული, ხოლო 73 ფსიქიური პრობლემების მქონე პირია. ხონის №9 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მიხედვით, ძირითადად აღრიცხვაზე იმყოფება 8 ფსიქიური პრობლემების მქონე პირი, რომელთაც აქვთ ძირითადად ც.ნ.ს. ორგნული დაზიანებით გამოიწვეული აშლილობანი. ზუგდიდის №4 საპყრობილები არსებობს უურნალი – „ფსიქოპათიური და სხვა ფსიქიური გადახრებით დაავადებულ პატიმართა აღრიცხვის უურნალი“, რომელშიც 2009 წელს 5 პაციენტია გატარებული. ამავდროულად, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ უურნალის დასახელებაში მოხსენიებული ტერმინები მოღვალებულია და საერთაშორისო სტანდარტებით არ იხმარება. ასე მაგალითად, ტერმინი „ფსიქოპათიის“ ნაცვლად იხმარება ტერმინი პიროვნული (პერსონოლოგიური) აშლილობანი, ხოლო „გადახრების“ ნაცვლად – ტერმინი ფსიქიური აშლილობა. ბათუმის №3 საპყრობილის სამედიცინო ნაწილის მონაცემებით, 7 პატიმარი არის ფსიქიური პრობლემების მქონე. სავარაუდოდ, აღნიშნული სტატისტიკური მონაცემები არ არის რეალური, თუკი გავითვალისწინებთ ეპილეფსიით დაავადებულთა ფსიქიურ პრობლემებს და ასევე, ნამალდამოკიდებულების მქონე პირთა ფსიქიურ პრობლემებს. საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, ფსიქიური პრობლემებისა და მათ შორის, დამოკიდებულების პრობლემების მქონე პირთა საშუალო სტატისტიკური მაჩვენებელი ევროპულ ციხეებში უტოლდება დაახლოებით 63%-ს. შესაბამისი კანონმდებლობისა და ცხოვრების დონის გათვალისწინებით.



ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ლირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, „პენიტენციური დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს ყოველთვის ეყოლება თავის პაციენტთა შორის არამდგრადი ფსიქიკის მქონე პირები, აუტსაიდერები, რომელნიც იზრდებოდნენ არაკეთილსაიმედო ოჯახებში, ჰქონდათ ხანვრძლივი შეხება ნარკოტიკებთან, კონფლიქტში იყვნენ სახელისუფლებო სტრუქტურებთან, ერთი სიტყვით, იყვნენ ხელმოცარულნი სოციალური თვალსაზრისით. ამგვარი პაციენტები არიან მღელვარენი, მიდრეკილი თვითმკვლელობისაკენ, არაიმვიათად გამოირჩევიან მიუღებელი სექსუალური ქცევით, დროს უმეტეს ნაწილს ვერ აკონტროლებენ თავს და ვერ უვლიან საკუთარ თავს. ამგვარი პატიმრების მოთხოვნილებანი სცილდება საკუთრივ სამედიცინო მომსახურების ფარგლებს, თუმცა ციხის ექიმს შეუძლია ხელი შეუწყოს მათვის სოციალური თერაპიის პროგრამების შემუშავებას. ამგვარი პროგრამები ჩვეულებრივ ხორციელდება ციხის სპეციალურ განყოფილებებში, რომელნიც ორგანიზებული ზოგადსამოქალაქოს მსგავსად, კვალიფიცირებული სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. ამგვარი პროგრამები ეხმარება პატიმრებს, გადაღახონ დამცირების განცდა, ზიზღი და სიძულვილი საკუთარი თავის მიმართ, ავითარებენ პასუხისმგებლობის განცდას და ამზადებენ საზოგადოებაში რეინტეგრაციისათვის. ამგვარ პროგრამებს კიდევ ის უპირატესობა აქვთ, რომ მათი განხორციელება მოთხოვს ციხის პერსონალის აქტიურ მონაწილეობასა და დაინტერესებას.“

რაც შეეხება წამალდამოკიდებულების მქონე პირებს, მათი რაოდენობა სასჯელის მოხდის ადგილებში ასევე საკმაოდ მაღალია. ამ კატეგორიას მიეკუთვნებიან ალკოჰოლიზმით, ნაკუომანითა და ტოქსიკომანიით დაავადებული პატიმრები.

წამალდამოკიდებულების პრობლემების შემთხვევაში პაციენტებს არ უტარდებათ სათანადო მკურნალობა და კონსულტაცია. გარედან კონსულტაციის მოწვევის შემთხვევები 2009 წლის მეორე ნახევარში პრაქტიკულად არ დაფიქსირებულა.

ამგვარი პატიმრებისათვის თბილისის №8 საპყრობილები მოქმედებს მეტადონის პროგრამა, რომელიც დაკომპლექტებულია შესაბამისი პერსონალით და მათ საერთო არაფერი აქვთ დაწესებულების სამედიცინო ნაწილთან ან პერსონალთან. მათი საქმიანობის, საშტატო განრიგისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ მთავარ ექიმს ინფორმაცია არ აქვს. პატიმრების პროგრამაში ჩართვის საკითხებს მხოლოდ პროგრამის პერსონალი განსაზღვრავს.

ქუთაისის №2 და რუსთავის №6 დაწესებულებებში არის „ატლანტისის“ პროგრამა, რომელიც არ არის სამედიცინო პროგრამებთან კოორდინაციაში და ვერ უზრუნველყოფს წამალდამოკიდებულების მქონე პირთა ადეკვატურ მკურნალობასა და რებაილიტაციას.

წამალდამოკიდებულ პირთა აღრიცხვის შურნალი არ არის დაწესებულებათა სამედიცინო ნაწილებში. ციხეთა სისტემაში არ არის რაიმე ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა. არ დაფიქსირებულა ჩანაწერებში გარედან სამოქალაქო ექიმების კონულტაციები, მედიკამენტების მიღებაზე არ წარმოებს სრული კონტროლი.

რაც შეეხება წამალდამოკიდებული პირების მიერ მოწყობილ ექსცესებს, ექიმები ამას თითქმის ყველა დაწესებულებაში უმნიშვნელოდ მიიჩნევენ და ყურადღებას არ ამახვილებენ. ექსცესების პრევენციის მიზნით რაიმე ღონისძიება დაწესებულებებში არ ტარდება. ექიმი ყოველთვის ცდილობს, რომ სიტუაციის გამწვავების შემთხვევაში სარეზიმო სამსახური კონფიდენციალური ფორმების, ვირუსული ჰეპატიტებისა და სხვა ინფექციური დაავადებების მიმართულებით. ამ ტიპის ინფექციების გავრცელების პროფილაქტიკის მიზნით რაიმე განსაზღვრული და დაგეგმილი ღონის-

ინფორმაცია გადამდები დაავადებებისა და განსაკუთრებით საშიში ინფექციების მქონე პატიმრების შესახებ შესანვლილია ყველა დაწესებულებაში. აღნიშნულ საკითხებზე საუბარია მოხსენების სხვადასხვა თავში. ამ მხრივ ყურადღება გამახვილდა აივ/შიდსის, ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმების, ვირუსული ჰეპატიტებისა და სხვა ინფექციური დაავადებების მიმართულებით. ამ ტიპის ინფექციების გავრცელების პროფილაქტიკის მიზნით რაიმე განსაზღვრული და დაგეგმილი ღონის-

ძიებები უმნიშვნელოა. რაც შეეხება ვენერულ დაავადებებს, მათი გავრცელება, როგორც აღმოჩნდა, არ არის დიდი და კონტროლირებადია.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ დადგენილი იქნა, რომ სხვადასხვა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში იმყოფებიან პირები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა. ამ კატეგორიას, უპირველეს ყოვლისა, განეკუთვნება: ავთვისებიანი დაავადებები, პაციენტები ტუბარეზისტენტული ფორმებით, პაციენტები ამპუტირებული კიდურებითა და ანატომიური დაფენტებით, ნევროლოგიური მყარი ნარჩენი მოვლენების მქონე პაციენტები და ა.შ. როგორც გაირკვა, 2009 წლის განმავლობაში სულ 4 პატიმარს გადაევადა სასჯელი მძიმე ან განუკურნებელი დაავადების გამო. მიუხედავად ასეთი დაავადებების სიმრავლისა, პაციენტები კვლავ იხდიან სასჯელს შეუფერებელ და ადამიანის ლირსებისათვის შეურაცხმყოფელ პირობებში. მათთვის არ არის გამოყოფილი კვალიფიციური მომვლელი, ყველა მათგანს არ აქვს ყავარჯენი და ეტლი, რის გამოც მოკლებულნი არიან დამოუკიდებელი გადაადგილების საშუალებას. ამგვარი პაციენტებისათვის სპეციალური მოვლის პირობების არასებობის გამო ექიმები უდიდეს სირთულებს აწყდებიან და ხშირად უძლურნიც არიან კონკრეტულ შემთხვევაში ამ კატეგორიის პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებათა მოგვარებაში. ზოგიერთ დაწესებულებაში ასევე ნანახი იქნა მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე პირები, რომელნიც ვერ უვლიან საკუთარ თავს, ვერ ახერხებენ სიტუაციაში გარკვევას, აქვთ არაადეკვატური საქციელი ან გონიერებისად არიან ჩამორჩენილი. ზემოთ აღნერილი კატეგორიის კონტინგენტის არსებობა სასჯელალსრულების დაწესებულებებში, მით უმტეს, არსებული მკურნალობისა და მოვლის, ასევე, სოციალური ადაპტაციის პირობების გათვალისწინებით, უნდა მივიჩნიოთ არაპუმანურ მოპყრობად.

წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირების სპეციფიკური საჭიროებებიდან მონიტორინგის ჯგუფმა ყურადღება გაამახვილა შემდეგ საკითხებზე. კერძოდ, პრაქტიკულად ვერ იქნა ნანახი შემთხვევა, როდესაც დაკმაყოფილდა წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირის თხოვნა სამედიცინო ან ფსიქიატრიულ/ფსიქოლოგიური ექსპერტიზის ჩატარების შესახებ. ექსპერტიზა ან დაგვიანებით ტარდება, ან საერთოდ არ ინიშნება. დაგვიანებით ჩატარებული ექსპერტიზის შემთხვევაში კი ვეღარ ხდება იმ მტკიცებულებების მოპოვება, რომლებსაც სასიცოცხლო მნიშვნელობა ჰქონდა პატიმრისათვის. ახლად შემოსულ პატიმრებს ხშირად უძნელდებათ ადაპტაცია, არ მიენოდებათ ადეკვატური სამედიცინო დახმარება და ირლვევა მათი უფლება ჯანმრთელობაზე. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ მოგვყავს ბათუმის №3 საპყრობილის მაგალითი: ჩვენ მიერ დათვალიერდა საკარანტინო ოთახი, სადაც ათავსებენ ახლად შემოყვანილ პატიმრებს. თოახში 6 საწლია განთავსებული, თუმცა ჩვენი იქ ყოფის პერიოდში მასში 22 პატიმარი იმყოფებოდა. ცხადია, საკარანტინოს გადატვირთულობის გამო პატიმრებს დარღვეული აქვთ ძილი. თანმხლები პირების გადმოცემით, დღის განმავლობაში დაახლოებით 7-8 პატიმარი შემოდის. პატიმრების საშუალო დაყოვნება კარანტინში 10 დღეა. მიუხედავად ამისა, გადატვირთულობის გამო, ზოგჯერ იძულებული არიან, უფრო ადრე „დაშალონ“ კარანტინი – გადაიყვანინ პატიმრები ჩვეულებრივ საკუნძულში. რაც შეეხება ექიმთან კონტაქტს, ძნელი წარმოსადგენია, რომ ასეთ პირობებში შესაძლებელია ელემენტარული სტანდარტების დაცვაც კი. ამ თვალსაზრისით კრიტიკული სიტუაცია შექმნილი ხონის №9 საერთო და მკაფიო რეჟიმის დაწესებულებაში. მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა იმ პირობების და გარემოს შესწავლით, რომელშიც ხდება ახლად შემოსულ პაციენტთა პირველი კონტაქტი სამედიცინო პერსონალთან. აღნიშნული წარმოადგენს იმ ნაგებობის ტერიტორიას, სადაც კარცერებია განთავსებული. ვიწრო შესასვლელით კარის გავლით ვხვდებით ძველი შენობის დერეფანში. კარის მხარეს კედელზე დატანებულია მცირე „სარკმელი“. დერეფანის მარცხენა მხარეს განთავსებულია ოთახი, სადაც ექიმი ნახულობს ახლად შესულ პატიმარს. თოახში სამი მცირე ზომის ფანჯარაა, რომლებიც ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ განათებას და აერაციას. ჭერზე კუსტარულად დამონტაჟებულია ელექტროგანათების წყარო (ნათურა). თოახში განთავსებულია საწლი, სეიფი, მაგიდა და სკამი. იატაკზე დასხმულია ცემენტი. ჭერი ალაგ-ალაგ ჩამოშლილია. თოახში არის სპეციფიკური სუნი. მის გვერდით, შემოსასვლელი კარების მარცხენა მხარეს, არის მეორე, უფრო მცირე ზომის ოთახი, რომელსაც კარი არ აქვს და სავარაუდოდ, ამ სათავსოს არც არანაირი დანიშნულება არ გააჩნია. შიგნით მოჩანს ჩამოშლილი კედლები და



ჭრი. ოთახში ერთი მცირე ზომის ფანჯარაა დატანებული. შემოსასვლელი კარის მარჯვენა მხარეს განთავსებულია შედარებით დიდი ზომის ოთახი, რომლის ნინა კედელში ჩაშენებულია ფართო ფანჯრები, რომლებიც დერეფამი გამოდის. თანმხლებ პირთა გადმოცემით, აღნიშნული წარმოადგენს კორპუსის მორიგის მოსასვენებელ ოთახს. ამ ოთახის მხარესვე, დერეფამში, არის საპირფარეშო, რომელიც მოძველებულია და მასში სანიტარიული პირობების დაცვა შეუძლებელია. ცხადია, ასეთ პირობებში შეუძლებელია ახლად შემოსული პირის სრულყოფილი და ადეკვატური სამედიცინო დათვალიერების ჩატარება. მდგომარეობას ართულებს ის ფაქტიც, რომ როგორც აღმოჩნდა, სამედიცინო პერსონალის გარდა, პროცედურას ესწრება ფაქტობრივად ყველა პირი, რომლებიც ამ მომენტისათვის მორიგეობენ სასჯელადსრულების დაწესებულებაში.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაციის მიხედვით, უკიდურესად მინიმალურია პატიმართა მიერ საკუთარი ექიმის შემოყვანაზე მოთხოვნის დაკმაყოფილება. საკუთარი ექიმის შემოყვანას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ნინასნარ პატიმრობაში მყოფ პირთათვის. აღნიშნულის გამო უხეშად ირლვევა საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობით პაციენტისათვის მინიჭებული უფლებები.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ განსაკუთრებული ყურადღებით იქნა შესწავლილი სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ეპილეფსით, შაქრიანი დიაბეტითა და ბრონქული ასთმით დაავადებულ პატიმართა მდგომარეობა. აღნიშნულის შედეგები დეტალურად იქნება ასახული სპეციალურ ანგარიშში. როგორც აღმოჩენდა, ამ მხრივაც არსებობს სერიოზული პრობლემები, რომელთა გადაჭრა წლიდან წლამდე არ ხდება.

ექიმთა პროფესიული დამოუკიდებლობა, კომპეტენტობა, სამედიცინო დოკუმენტაცია ■

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ლირსების შემდლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტი (CPI) მე-3 ზოგადი ანგარიშის გამოქვეყნებისას, ხაზგასმით მიუთითებდა ციხის ექიმთა პროფესიული კომპეტენტურობის შესახებ. კერძოდ, ანგარიშში ნათქვამია, რომ „ციხის ექიმებს და ექთნებს უნდა ჰქონდეთ სპეციალური მომზადება, რათა შეძლონ გამოიცნონ ციხის პათოლოგიის განსაკუთრებული ფორმები და მიუსადაგონ მკურნალობის მეთოდები ციხის პირობებს. მათ უნდა გამოიმუშაონ პროფესიული უნარ-ჩვევები ძალადობის პრევენციისათვის და, შეძლებისდაგვარად, აკონტროლონ მისი გამოყლინება“.

რაც შეეხება ექიმთა ავტონომიურობას. სამედიცინო საქმიანობის ერთ-ერთ ძირითად პრინციპს ნარ-მოადგენს ის, რომ სამედიცინო პროფესია უნდა იყოს დამოუკიდებელი, ვინაიდან არცერთ სახელმ-ნიფოს არ გააჩნია კომპეტენცია, მართოს იგი. აღნიშნული კონცეფცია ფართოდაა გაშლილი საქართ-ველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობაში. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 30-ე მუხლში ნათქვამია, რომ „...სამედიცინო საქმიანობის აღსრულებისას სამედიცინო პერსონალმა უნდა... ა) იმოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად; გ) პაციენტის ინტერესებთან დაკავშირებული პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას იყოს თავისუფალი და დამოუკიდე-ბელი...“ იმავე კანონის 34-ე მუხლის შესაბამისად, „ექიმის პროფესია თავისი არსით თავისუფალი პროფესიაა. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საქმიომ საქმიანობის ეთიკური ნორ-მების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებ-რივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რომელიც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხის-მგებლობას“. იგივე აზრია გატარებული „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლში: „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას არის თავისუფალი და დამოუკიდებელი. აკრძალულია, პირმა დამოუკიდებელი საექიმო საქ-მიანობის სუბიექტისაგან მოითხოვოს ამ კანონში მითითებული პრინციპებისა და საექიმო საქ-მიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებ-რივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რომელიც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხის-მგებლობას“. იგივე აზრია გატარებული „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლში: „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას არის თავისუფალი და დამოუკიდებელი. აკრძალულია, პირმა დამოუკიდებელი საექიმო საქ-მიანობის სუბიექტისაგან მოითხოვოს ამ კანონში მითითებული პრინციპებისა და საექიმო საქ-მიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებ-“

ბობისა, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილებისა, აგრეთვე აღმსარებლობისა“. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლი ჯანმრთელობის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთ მთავარ პრინციპად განსაზღვრავს „ექიმისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობის ცნობას საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ფარგლებში“.

გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის ოფისის მიერ მოწოდებული წამების ფაქტების ეფექტური გამოძიებისა და დოკუმენტირების სახელმძღვანელო, „სტამბოლის პროტოკოლი“, ხაზს უსვამს ექიმთა დამოუკიდებლობისა და პროფესიული ავტონომიურობის აუცილებლობას. სახელმძღვანელო ექიმებს განიხილავს, როგორც „ორმაგი ვალდებულების“ მქონე პირებს. დოკუმენტში ნათქვამია, რომ „ჯანდაცვის მუშაკებზე დაკისრებულია ორგვარი ვალდებულება: მათი უპირველესი ვალია პაციენტების მიმართ, ხელი შეუწყონ პაციენტთა ინტერესების ყველაზე სრულ გათვალისწინებას, ხოლო საერთო ვალი საზოგადოების მიმართ – უზრუნველყონ მართლმასაჯულების განხორციელება და არ დაუშვან ადამიანის უფლებათა დარღვევა“. დილემები, რომლებიც ამ ვალდებულებათა ორგვარი ხასიათიდან გამომდინარეობს, განსაკუთრებით მწვავე ხდება პოლიციის, შეიარაღებული ძალების ორგანოებში და უსაფრთხოების სხვა სამსახურებში ან პენიტენციურ დაწესებულებათა სისტემაში მომუშავე მედიკოსებისათვის. მათი დამტირავებლებისა და კოლეგების ინტერესები, რომლებიც მედიკოსები არ არიან, შეიძლება წინააღმდეგობაში მოვიდეს პაციენტობაში მყოფ პაციენტთა საუკეთესო ინტერესებთან. მათი შრომითი ურთიერთობების ხასიათის მიუხედავად, ჯანდაცვის ყველა მუშავის ვალია, იზრუნოს ადამიანებზე, რომელთა შემოწმება ან მკურნალობა მას უწევს. არ შეიძლება სახელშეკრულებო საფუძველზე ან რამე სხვა მოსაზრებით მედიკოსების დავალდებულება, არ დაიცვინ თავიანთი პროფესიული დამოუკიდებლობა. მათ მიუკერძოებლად უნდა შეაფასონ პაციენტის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ინტერესები და მოიქცენ ამ ინტერესების შესაბამისად. გაეროს მიერ პირველად დაფიქსირდა, რომ ორმაგი ვალდებულებებისა და ზემოთ აღნიშნულ ფრაგმენტში განხილული მოსაზრებების გამო პენიტენციური დაწესებულების ექიმები არიან – „ექიმები – რისკის ზონაში“!

აქედან გამომდინარე, რისკის ზონაში მყოფმა ექიმებმა ყველაფერი უნდა იღონონ, რათა მიუხედავად იმ გარემოსი, სადაც მუშაობენ, უზრუნველყონ პროფესიული ვალის ზედმინევნით შესრულება.

აღნიშნული საკითხის ეთიკურ მხარეს არეგულირებს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მადრიდის დეკლარაცია პროფესიული ავტონომიისა და თვითრეგულირების შესახებ.⁵⁴

მიუხედავად ამისა, მონიტორინგის შედეგების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ადგილობრივი სამედიცინო პერსონალი, ზოგიერთ შემთხვევაში, ვერ უმკლავდება შექმნილ პრობლემებს, რისი მიზეზიც სისტემურ პრობლემებთან ერთად, კონკრეტული ფაქტორებიც არის. თავდაპირველად უნდა აღინიშნოს, რომ 2009 წლის განმავლობაში, მას შემდეგ, რაც სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბი სი აი“ პენიტენციური სისტემიდან წავიდა, სამედიცინო პერსონალი გადავიდა საჯელალსრულების დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში. საქართველოს საჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 25 თებერვლის №60 ბრძანების შესაბამისად (სად-ის დებულების დამტკიცების შესახებ), დეპარტამენტში ჩამოყალიბდა სამედიცინო სამსახური და სამედიცინო პერსონალი მთლიანად მისი დაქვემდებარების ქვეშ მოექცა. სამსახურებრივი დაქვემდებარების გამო ციხის ექიმები ხშირად ექცევიან მათი უშუალო „უფროსის“ (ციხის ადმინისტრაცია) ზეგავლენის ქვეშ, რაც ნეგატიურად აისახება პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. შემთხვევათა დიდ ნაწილში სწორედ სასჯელალსრულების დაწესებულებათა ოფიციალური პირები (და არა ექიმები) განსაზღვრავენ პატიმარი პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის „საჭიროებებს“, ახდენენ პაციენტთა გადაყვანას ერთი დაწესებულებიდან მეორეში, მათ შორის, სამკურნალო დაწესებულებებში, წყვეტის, დაუშვან თუ არა პატიმრის მიერ მოთხოვნილი სამოქალაქო სექტორის ექიმი სასჯელალსრულების დაწესებულების ტერიტორიაზე, გასცემზე უფლებას ან ზღუდავენ პაციენტი პატიმრისათვის მედიკამენტების მიწოდება-არმინდებას. იხილავენ და განსაზღვრავენ, თუ რა შემთხვევაში

⁵⁴ მიღებულია მსოფლიოს 39-ე სამედიცინო ასამბლეის მიერ 1987 წლის ოქტომბრს (მადრიდი, ესპანეთი). სარედაქციო გადახედვა მოხდა 2005 წლის მაისში, 170-ე საბჭოს სხდომაზე, დივონ ლე ბენში.



და როდის უნდა ჩატარდეს სასამართლო-სამედიცინო / ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, ეცნობიან სამედიცინო დოკუმენტაციას, ესწრებიან ექიმ-პაციენტის კომუნიკაციას, წყვეტენ, თუ ვის და რა მოცულობით უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ; იღებენ საპოლოო გადაწყვეტილებას პატიმრის სამედიცინო ნაწილში გადაყვანის შესახებ და ასე შემდეგ. ასეთ პიროვებში ექიმის როლი პრაქტიკულად მინიმალურია. უფრონციოდ დარჩენილი ექიმი ამ ფონზე ცდილობს რა, შეინარჩუნოს სამსახური, მდუმარე თანხმობით ატარებს ადმინისტრაციის მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს. მდგომარეობის სიმძიმე იმით გამოიხატება, რომ არა მარტო ექიმი, არამედ პაციენტიც უფლებაყრილი რჩება. ასეთ სიტუაციებში პაციენტები ხშირად მომართავენ სახალხო დამცველის აპარატს განცხადებით, რომელთა შესწავლა და ანალიზი კვლავ ზემოთ აღნერილი მანკიერი წრის არსებობას ადასტურებს. ექიმები განიცდიან ზენოლას არა მარტო ადმინისტრაციის წარმომადგენლებისაგან, არამედ თანამდებობრივად მათზე მაღლა მდგომი კოლეგებისაგან. აღნიშნულის დადასტურების თვალსაჩინო მაგალითს წარმოადგენს თბილისის №7 საპყრობილები მომხდარი ინციდენტი, რომელიც სახალხო დამცველის აპარატის მიერ წარმოებული მონიტორინგის შეწყვეტით დასრულდა, ვინაიდან მთავარმა ექიმმა არ მოინდომა კითხვებზე პასუხის გაცემა, რადგან მონიტორინგის დროს მას დაუკავშირდა სასჯელადსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურის უფროსი და მისცა სიტყვიერი მითითება, რომ შეეწყვიტა საუბარი მონიტორინგის ჯგუფთან. აღნიშნული ინციდენტის შესახებ საუბარი იყო სახალხო დამცველის 2009 წლის I ნახევრის ანგარიშში.⁵⁵

ექიმთა პროფესიული დამოუკიდებლობის შეზღუდვის კიდევ ერთ აშკარა ფაქტორად მიგვაჩინია ის მომენტი, როდესაც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პირდაპირ მონაწილეობს პატიმართა დასჯის ფაქტებში. აღნიშნული პრაქტიკა ფართოდაა ფესვგადგმული პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში. სახალხო დამცველის მიერ გაცემული რეკომენდაციების საფუძველზე, განმეორებითი მონიტორინგის დროს, ზოგიერთმა უფროსმა ექიმმა განაცხადა, რომ რეკომენდაცია შეასრულეს და დასჯის ფაქტებში აღარ მონაწილეობენ, თუმცა რიგ დაწესებულებებში ამგვარი პრაქტიკა მაინც გრძელდება. საკითხი ეხება დასჯის მიზნით პატიმრის მოთავსებას კარცერში. ჩვენ მიერ არაერთი დაწესებულებიდან იქნა ამოღებული ე.წ. „ცნობის“ ფორმა, რომლის მიხედვითაც სტანდარტულ ტექსტს აქვს შემდეგი სახე:

„მსჯავრდებული ----- არის ფიზიკურად ჯანმრთელი, შრომისუნარიანი და შეიძლება კარცერში მოთავსება“.

ცნობის ხელმომწერი ერთადერთი პირი არის დაწესებულების ექიმი. აღნიშნულ შემთხვევაში ექიმი, თავისი ხელმომწერით, პრაქტიკულად იძლევა სანქციას, რომ პატიმარი გადაყვანილი იქნეს კარცერში, ვინაიდან მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა დასჯის განხორციელების საშუალებას იძლევა.

ზოგიერთ დაწესებულებაში ცნობა არ ივსება, თუმცა დადგენილებას კარცერში ჩასმის შესახებ ასევე ხელს აწერს ექიმი. ექიმის განმარტებით, მისი ხელმოწერა აუცილებელია იმისათვის, რომ გაირკვეს „...გაძლებს თუ არა პატიმარი კარცერში და შესაძლებელია თუ არა მისი მოთავსება კარცერში...“. აღნიშნული დადგენილება იდება პირად საქმეში.

აღნიშნული პრაქტიკა უხეშად არღვევს არა მარტო საექიმო ეთიკის საყოველთაოდ აღიარებულ ნორმებს, არამედ აბსოლუტურ წინააღმდეგობაში მოდის კვეყნის ჯანდაცვის კანონმდებლობასთან. კერძოდ, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლის შესაბამისად, „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ეკრძალება:

5. პირდაპირი ან არაპირდაპირი კავშირი ისეთ ქმედებებთან, რომლებიც დაკავშირებულია ... სასჯელში მონაწილეობასთან, თანამონაწილეობასთან, ნაქეზებასთან ან წაქეზების მცდელობასთან, აგრეთვე, ამგვარ მოქმედებებზე დასწრება;

⁵⁵ საქართველოს სახალხო დამცველის საანგარიშო მოხსენება, 2009 წლის პირველი ნახევარი, გვ.57.

- ბ. პატიმართან, დაკავებულთან ან დატყვევებულთან პროფესიული ურთიერთობა, თუ ამის ერთა-დერთი მიზანი არ არის მისი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, დაცვა ან გაუმჯობესება და ეს ურთიერთობა ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს;
- გ. პროფესიული ცოდნისა და უნარ-ჩვევების გამოყენება პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის დაკითხვის ხელშეწყობისათვის ისეთი მეთოდებით, რომელიც უარყოფითად იმოქმედებენ მის ფიზიკურ ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ან მდგომარეობაზე; ე) პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის ნებისმიერ შემზღვებავ მოქმედებაში მონაწილეობა, თუ ეს უკანასკნელი არ არის განსაზღვრული სამედიცინო ჩვენებებით, არ არის აუცილებელი მისი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისათვის, სხვა პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის ანდა ბადრაგის უსაფრთხოებისათვის და საშიროებას უქმნის პატიმრის, დაკავებულის ანდა დატყვევებულის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. 2. ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ა“-„ე“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული აკრძალვები ძალაშია საგანგებო მდგომარეობის დროსაც, შეიარაღებული კონფლიქტებისა და სამოქალაქო დაპირისპირების ჩათვლით“.

როგორც ზემოთ წარმოდგენილი ანალიზიდან ჩანს, პერიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახურების კრიზისის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი განმაპირობებელი ფაქტორი სწორედ ექიმთა კომპეტენტურობისა და ავტონომიურობის დაბალი ხარისხია.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მიხედვით, „ექიმი და სხვა სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია: ა) დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში; არასამუშაო ადგილზე სამედიცინო დახმარებას აღმოჩენისას წერილობით ასახოს და დანიშნულებისამებრ გადასცეს ინფორმაცია გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ“. ამავე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად კი – „სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესს ამტკიცებს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო“. ექიმის მიერ სამედიცინო ჩანაწერების ნარმოების ვალდებულება მოცემულია საქართველოს კანონში, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (მუხლი 56). აღნიშნული მუხლის ერთ-ერთ მოთხოვნას წარმოადგენს ის, რომ „სამედიცინო ჩანაწერები აღეკვატურად უნდა ასახვდეს პაციენტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ყველა დეტალს.“ კანონის აღნიშნული მოთხოვნის შესაბამისად, ჯანდაცვის პირველად დაწესებულებებში სამედიცინო დოკუმენტაციის უნიფიცირებულად წარმოებისა და გამოყენების მონესრიგების, დოკუმენტაციის ერთიან სისტემაში მოყვანისა და სამედიცინო დაწესებულებების მუშაობის ამსახველი ინფორმაციის სისრულისა და სიზუსტის მიზნით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 22 აგვისტოს „პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში პირველადი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმების, მათი წარმოებისა და შევსების წესის დამტკიცების შესახებ“ №224/6 ბრძანების შესაბამისად დამტკიცებულია უნიფიცირებული ფორმები (მათ შორის, პაციენტის სამედიცინო ბარათი – ფორმა №IV-001/ა). აღნიშნულის მსგავსად, 2009 წლის 19 მარტს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის №108/6 ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი. უკანასკნელი ბრძანება ძალაში შედის 2010 წლის 1 იანვრიდან და იგი სრულად ჩანაცვლებს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედ სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათებს.

სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების სავალდებულობა და წარმოების წესის დაცვა წარმოადგენს არა მხოლოდ ფორმალურ ვალდებულებას, არამედ ამ დოკუმენტაციის მიხედვით შესაძლებელია შეფასდეს განეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და უზრუნველყოფილი იყოს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობა. სამედიცინო დოკუმენტაციის ხარვეზები შეიძლება გახდეს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მყარი მოშლის ან პაციენტის სიკვდილის მიზეზი. აქედან გამომდინარე, დოკუმენტაციის წარმოებას ერთ-ერთი საკვანძო მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო მომსახურების განევის დროს.

როდესაც საუბარია პენიტენციურ სისტემაში ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურების აუცილებლობაზე, ცხადია, რომ აღნიშნული უპირობოდ ითვალისწინებს სასჯელალსრულების დაწესებულე-



ბებში ჯანდაცვის იმავე დოკუმენტაციით სარგებლობის აუცილებლობას, რომელიც უნიფიცირებულად ინარმოება ქვეყანაში მოქმედ ყველა სამედიცინო დანესებულებაში. თუ გავითვალისწინებთ ასევე ჩანაწერს, „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონში (მუხლი 37), რომლის მიხედვითაც, „სასჯელალსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახური წარმოადგენს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაწილს“, ნათელი ხდება, რომ ამბეჭდატორიული და სტაციონარული ბარათის ნარმოება პენიტენციური სისტემის სამედიცინო რგოლებში უნდა ხდებოდეს იმავე წესისა და პრინციპების დაცვით, როგორიც მიღებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში. ის, რომ სასჯელალსრულების სისტემის სამედიცინო ნაწილები უნდა ანარმობდნენ სამედიცინო დოკუმენტაციას, საკმაოდ კარგადაა ასახული საერთაშორისო სტანდარტებში. მაგალითისათვის მოგვყავს ამონანერი წამების პრევენციის კომიტეტის მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან (CPT/Inf (93) 12): „აუცილებელია შეიცვლოს თითოეული პაციენტის სამედიცინო ანკეტა, რომელიც უნდა შეიცავდეს დაიგნოსტიკური ინფორმაციას, მიმდინარე ჩანაწერებს პაციენტის მდგომარეობის ცვლილებების შესახებ და ყველა იმ გამოკვლევის შესახებ, რომლებიც მას ჩაუტარდა. პაციენტის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში ანკეტა უნდა გაუგზავნოს იმ სამედიცინო დაწესებულების ექიმებს, სადაც იგზავნება პატიმარი. გარდა ამისა, თითოეული ჯგუფის სამედიცინო პერსონალმა უნდა აწარმოოს ყოველდღიური ჩანაწერები უურნალში, რომელიც შეიცავს ინფორმაციას პაციენტთან დაკავშირებულ ცალკეულ შემთხვევებზე. ასეთი ჩანაწერები სასარგებლოა იმ თვალსაზრისით, რომ გვიქმნის საერთო წარმოდგენას მოცემულ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის მდგომარეობის შესახებ და იმავე დროს, აშენებს იმ პრობლემებსაც, რომლებიც შეიძლება წარმოიშვას მომავალში.“ ამ სტანდარტით გათვალისწინებული პირობების დაცვა შესაძლებელი იქნებოდა ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებათა სრული იმპლემენტაციის პირობებში. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული პრინციპიდან გადახვევის პირველი ნათელი მაგალითი იყო საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2002 წლის 24 ივნისის N486 ბრძანებით დამტკიცებული სასჯელალსრულების დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების დოკუმენტაციის დროებითი ფორმები (სულ 27 ფორმა). აღნიშნული ფორმები თვისობრივად და არსობრივად განსხვავებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმებისაგან. განსხვავებულია, ასევე, მათი შევსების, შენახვისა და წარმოების წესებიც. დამაიმდებელი იყო თავადის ფაქტი, რომ იუსტიციის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ დოკუმენტაციის ფორმებს ეწოდება „დროებითი“, თუმცა 7 წელია, მათი გადახედვა და ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემასთან ჰარმონიზაცია არ მომხდარა.

ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმების აღნიშნულ ეტაპზე, მაშინ, როდესაც პენიტენციური სისტემის სამედიცინო სამსახურის სრული გარდაქმნა და მუშაობის სტილის შეცვლაა დაგეგმილი, განსაკუთრებით უნდა გამოიყოს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის ბრძანება N771, რომლითაც დამტკიცდა საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო ბარათის ფორმა.

აღნიშნული ბრძანების გამოცემა წარმოადგენს კიდევ ერთ აშკარა პენიტენციური ჯანდაცვა ხელოვნურად იმიჯნება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისაგან. საქართველოში მოქმედი ყველა ექიმი ვალდებულია, განუხრელად დაიცვან ჯანდაცვის იურიდიული და ეთიკური ასპექტები, მაშინ, როცა პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებულ დამოკუდებელ საექიმო საქმიანობის სუბიექტებს უკვე ბრძანებით ევალებათ, ანარმონო გაურკვეველი სტრუქტურისა და შინაარსის სამედიცინო დოკუმენტაციის მიზნზე, როდესაც არ ანარმობენ ძირითად სამედიცინო დოკუმენტაციის კანონმდებლობით დადგენილი წესით. გარდა ამისა, საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის N771 ბრძანება გაუმართავია იურიდიული თვალსაზრისითაც. როგორც ბრძანების დასახულის დანერგვი ჩანს, დანართი მტკიცდება „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის პირველი მუხლის 21-ე პუნქტის თანახმად. კანონის აღნიშნული დებულება კი ითვალისწინებს შემდეგს – „საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს უფლება აქვს, ამ კანონით გათვალისწინებულ საკითხებზე“

გამოსცეს ბრძანება, რომელიც არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს ამავე კანონის დებულებებს". რაც შეეხება ამ კანონით გათვალისწინებულ საკითხთან სამედიცინო ბარათის კუთვნილების საკითხს, საკმარისია ისევ და ისევ მოვიყვანოთ „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 37-ე მუხლი, რომლის მიხედვითაც „სასჯელაღსრულების დაწესებულების სამედიცინო სამსახური წარმოადგენს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ნაწილს“, ხოლო „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 43-ე მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად კი, „სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესს ამტკიცებს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო“. ფაქტია, რომ სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმები აშკარად წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განმგებლობაში მყოფ საკითხს, ხოლო სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტრო ცდილობს, გადაფაროს სხვა სამინისტროს რეგულირების სფერო, რითაც ამავე დროს აშკარად ახდენს პატიმარ პაციენტთა დისკრიმინაციას ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების გაწევის დროს.

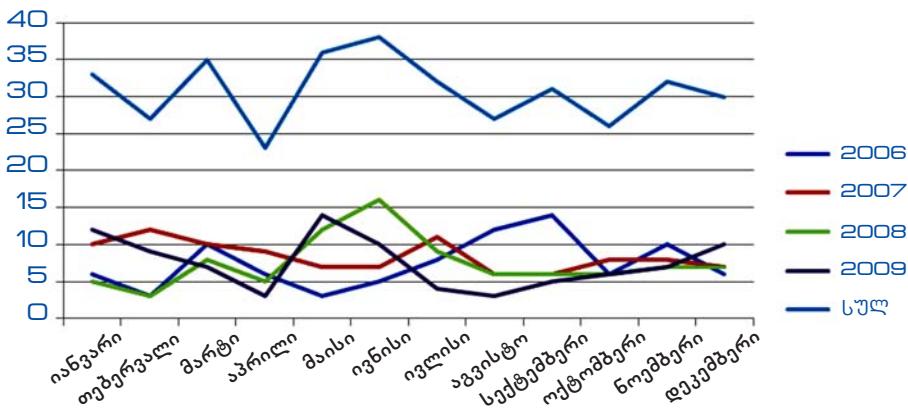
„ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-13 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, „საქართველოს მინისტრის ბრძანება შეიძლება გამოიცეს მხოლოდ საქართველოს საკანონმდებლო აქტით, საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებითა და საქართველოს მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრულ შემთხვევებსა და ფარვლებში. საქართველოს მინისტრის ბრძანებაში მითითებული უნდა იყოს, რომელი ნორმატიული აქტის საფუძველზე და რომლის შესასრულებლად გამოიცა იგი.“ როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კანონი ავალებს ჯანდაცვის სამინისტროს, მოაწესრიგოს და დაადგინოს სამედიცინო დოკუმენტაციის სფეროს საკითხები. „ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 25-ე მუხლის მე-9 პუნქტის შესაბამისად, „თუ ნორმატიული აქტი მიღებულია (გამოცემულია) საკითხზე, რომელიც საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს ორგანული კანონისა და საქართველოს კანონის თანახმად განეკუთვნება სახელმწიფო ან ადგილობრივი თვითმმართველობის სხვა ორგანოს (თანამდებობის პირის) უფლებამოსილებას ან მიღებულია ამ კანონის მოთხოვნათა დარღვევით, ან დარღვეულია შესაბამისი ნორმატიული აქტის მიღებისა (გამოცემისა) და ამოქმედებისათვის დადგენილი პროცედურა, ნორმატიულ აქტს იურიდიული ძალა არა აქვს.“

სიკვდილობა და მასზე მოქმედი ფაქტორები საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში 2009 წლის მეორე ნახევარში:

სიკვდილობას პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატი უკვე რამდენიმე წელია, სწავლობს. 2006-2009 წლებში აღნიშნულ სისტემაში გარდაცვლილი 370 პატიმარი. წელისადში, საშუალოდ, 90 პატიმარი კვდება. სიკვდილობის საერთო სურათზე ნათელი წარმოდგენის შესაქმნელად მოგვყავს ბოლო წლების სტატისტიკა, თვეების მითითებით:

ინდენტი	თავისებული	სარეაციური												
2006	6	3	10	6	3	5	8	12	14	6	10	6	89	
2007	10	12	10	9	7	7	11	6	6	8	8	7	101	
2008	5	3	8	5	12	16	9	6	6	6	7	7	90	
2009	12	9	7	3	14	10	4	3	5	6	7	10	90	
სულ	33	27	35	23	36	38	32	27	31	26	32	30	370	

აღნიშნული მონაცემები გრაფიკულად შემდეგნაირად გამოიყურება:



საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ, რამდენიმე წყაროზე დაყრდნობით, გამოთვლილია, რომ 2009 წლის მე-2 ნახევარში საქართველოში გარდაცვლილია 35 პატიმარი (1 ქალი და 34 მამაკაცი). თუ მხედველობაში მივიღებთ 2009 წლის სრულ სტატისტიკას, წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილთა რაოდენობა საერთო წლიური სიკვდილობის 39%-ს შეადგენს. თვეების მიხედვით გარდაცვლილთა რაოდენობა შემდეგნაირად გამოიყურება:

4	3	5	6	7	10
ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი

რაც შეეხება პატიმართა გარდაცვალების ადგილს, ჩვენ მიერ დამუშავებული წყაროების მიხედვით, გარდაცვლილთაგან 22.85% გარდაიცვალა სად მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში და სად ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, 28.58% გარდაიცვალა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში (სად საპყრობილებსა და დაწესებულებებში), ხოლო გარდაცვალების ადგილი 48.75%-ში იყო სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებები. წარმოდგენილი ინფორმაცია ასახულია დიაგრამაზე:



რაც შეეხება გარდაცვალების ზუსტ ადგილებს, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სხვადასხვა დაწესებულებისა და სამოქალაქო ტიპის სტაციონარების მითითებით, აღნიშნული მონაცემები წარმოდგენილია ცხრილში:

№	გარდაცვალების ადგილი	რაოდ.	%
1.	მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება	5	14.28%
2.	ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება	3	8.57%
3.	N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელალსრულების დაწესებულება (ქ. რუსთავი)	1	2.86%
4.	N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულება (ქ. რუსთავი)	3	8.57%
5.	N6 საპყრობილის, საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება (ქ. რუსთავი)	1	2.86%
6.	თბილისის N 3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელალსრულების დაწესებულება	2	5.71 %
7.	N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება (ხონი)	1	2.86%
8.	N2 საპყრობილის და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება (ქ. ქუთაისი)	2	5.71 %
9.	ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი	3	8.57%
10.	კლინიკა „ჰოსპიტი“	1	2.86%
11.	ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი	1	2.86%
12.	ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი	11	31.43%
13.	ნეიროქირურგიის ცენტრი	1	2.86%
სულ:		35	100%

გარდაცვლილთა საშუალო ასაკმა 46 ± 4 შეადგინა. რაც შეეხება გარდაცვლილთა ასაკობრივ ჯგუფებად დაყოფას, აღნიშნული წარმოდგენილია ცხრილში:

≤ 20	1	2.85	%
21-30	5	14.29	%
31-40	7	20.01	%
41-50	9	25.71	%
51-60	9	25.71	%
61-70	1	2.85	%
$70 \geq$	3	8.58	%

2009 წლის მეორე ნახევარში პატიმართა გარდაცვალების მიზეზების შესასწავლად საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ ჩატარდა სამედიცინო მონიტორინგი საქართველოში მოქმედ თვრამეტივე სასჯელალსრულების დაწესებულებაში. ინფორმაცია გარდაცვლილი პატიმრებისა და გარდაცვალების მიზეზების შესახებ გამოთხოვნილი იქნა ასევე საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტიდან. გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები გამოთხოვნილი იქნა ასევე სსიპ ლეგან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროდან. არსებული მასალები შეჯერდა და გაანალიზდა.

როგორც ირკვევა, წინა საანგარიშო პერიოდების მსგავსად, სიკვდილობის მთავარ მიზეზად კვლავ ტუბერკულოზი რჩება. 2009 წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილთა 37%-ს ფილტვების ტუბერკუ-



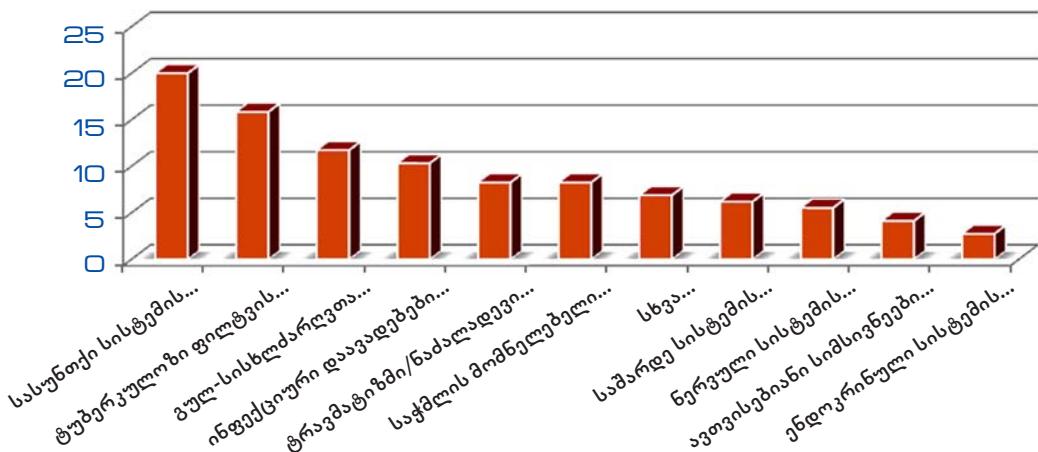
ლოზი აღენიშნებოდა. 2009 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა შორის ტუბერკულოზი 60%-ს აღენიშნებოდა, ამდენად, აღნიშნული დაავადებით განპირობებული სიკვდილობა 2009 წლის მეორე ნახევარში კლების ტენდენციას აფლენს.

სასჯელალსრულების დაწესებულებებში უპირატესად გავრცელებულ დაავადებათა შორის კვლავ სახელდება ვირუსული ჰეპატიტი (უპირატესად HCV). ამ მხრივ, თუ 2009 წლის პირველ ნახევარში ვირუსული ჰეპატიტი გარდაცვლილთა 41%-ს აღენიშნებოდა, მეორე ნახევარში ვირუსული ჰეპატიტი აღენიშნებოდა 34.2%-ს. ე.ი. ამ მიმართულებითაც აღინიშნება კლების ტენდენცია.

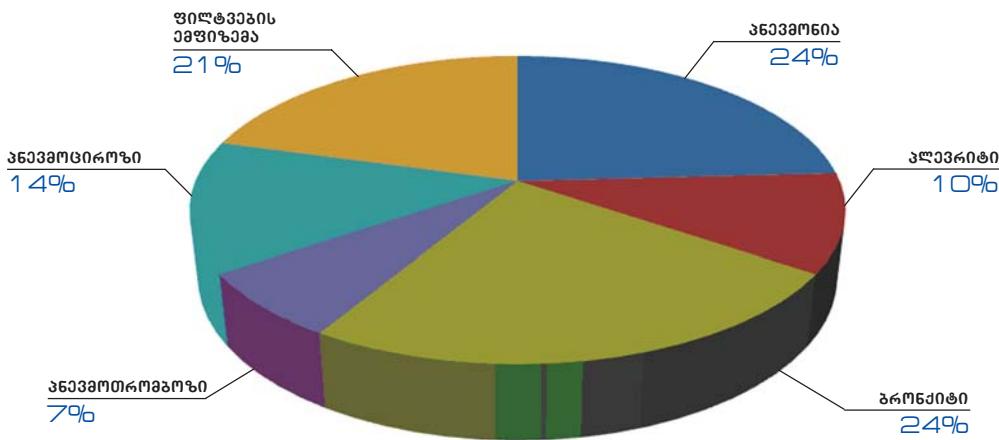
2009 წლის მეორე ნახევარში აღინიშნება ავთვისებიანი სიმსივნეებით გარდაცვლილ პატიმართა რაოდენობის მატების ტენდენცია, კერძოდ, მეორე ნახევარში აღნიშნულმა მაჩვენებელმა 5%-ით მოიმატა.

პატიმართა გარდაცვალების მიზეზები, დაავადებათა ჯგუფების მიხედვით, წარმოდგენილია ცხრილში და დიაგრამაზე:

1.	სასუნთქი სისტემის დაავადებები (- ტბ)	20.01	%	29
2.	ტუბერკულოზი (ფილტვის და ექსტრა/პ)	15.86	%	23
3.	გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	11.74	%	17
4.	ინფექციური დაავადებები	10.34	%	15
5.	ტრავმატიზმი / ნაძალადევი სიკვდილი	8.27	%	12
6.	საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავ.	8.27	%	12
7.	სხვა	6.89	%	10
8.	საშარდე სისტემის დაავადებები	6.2	%	9
9.	ნერვული სისტემის დაავადებები	5.54	%	8
10.	ავთვისებიანი სიმსივნეები	4.13	%	6
11.	ენდოკრინული სისტემის დაავადებები	2.75	%	4



როგორც გრაფიკული გამოსახულებიდან ჩანს, ყველაზე ხშირად გარდაცვლილებს აღენიშნებოდათ სასუნთქი სისტემის დაავადებები (გარდა ფილტვის ტუბერკულოზისა). ამ ჯგუფში გაერთიანდა პნევმონია, პლევრიტი, ბრონქიტი, პნევმო/ჰიდრო-თორაქსი, პნევმოციროზი და ფილტვის ემფიზემა. აღნიშნული დაავადებების პროცენტული წილი ჯგუფში წარმოდგენილია გრაფიკზე:



გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებში ასევე ხშირად ვხვდებით პლევრიტის დიაგნოზს. ხშირ შემთხვევაში, პლევრიტი თან ახლავს პნევმონიას და სავარაუდოდ, მის გართულებას წარმოადგენს, რაც შედეგია ფილტვების ანთების არაადეკვატური მკურნალობისა და დიაგნოსტიკისა. პლევრიტი ხშირად ექსუდაციურია (ჩირქოვან ფიბრინული), რაც მკვეთრად ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას განხილულ შემთხვევებში (არ ვგულისხმობთ ტუბერკულოზურ პლევრიტებს).

პრეზენტაციის ფილტვების მძიმედ მიმღინარე პროცესი გართულდა რამდენიმე შემთხვევაში. მიუხედავად ამისა, ადეკვატური ზომები პაციენტების მიმართ პრაქტიკულად არ იქნა გატარებული.

რაც შეეხება ფილტვის ემფიზემას, 2009 წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილთა საექსპერტო დასკვნების მიხედვით, დაფიქსირებულია 6 შემთხვევაში. ემფიზემას ზოგჯერ კეროვანი ხასიათი აქვს და ხშირად თანხვდება მორფოლოგიურად დადგენილ ექსუდაციური ბრონქიტის დიაგნოზს. ერთ შემთხვევაში ექსპერტის მიერ დადგენილია ანთრაკოზის დიაგნოზიც. რაც შეეხება ისეთ მორფოლოგიურ მდგომარეობას, რომორიცაა პნევმოციროზი, ესეც რამდენიმე შემთხვევაშია დადგენილი და ნარმოადგენს არაადეკვატურად მართულ ფილტვების დაავადებათა გართულებას.

რაც შეეხება ტუბერკულოზის გავრცელებას და მის შედეგობრივ როლს პატიმართა სიკვდილობაში, აღსანიშნავია, რომ ფილტვების ტუბერკულოზი აღენიშნებოდა 35-იდან 13 გარდაცვლილს. მათგან 6 შემთხვევაში გარდაცვლილი პატიმრები დაავადებული იყვნენ ტუბერკულოზის მულტირეზისტრული ფორმით. ტუბერკულოზური ინფექციის არაადეკვატური მართვის პირდაპირ შედეგად უნდა ჩაითვალოს ტუბერკულოზის ექსტრაპულმონური შემთხვევების რაოდენობის ზრდა ბოლო პერიოდში. 2009 წლის მე-2 ნახევარში გარდაცვლილი პატიმრების დაახლოებით 7%-ს აღენიშნებოდა დვიძლის, თირკმლის, მიოკარდიუმის, პლევრისა და ნერვული სისტემის ტუბერკულოზი, რაც სიკვდილის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი გახდა. ფილტვის ტუბერკულოზთან საკმაოდ ხშირად გვხვდება ფილტვების კაზეოზური პნევმონიაც, რაც პროცესის მძიმედ მიმდინარეობას მიუთითებს.

ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა გარდაცვალების მიზეზს შორის უნდა აღინიშნოს ის, რომ რამდენიმე შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზი გახდა პემორაგიული შოკი და მწვავე ანემია, რომლის მიზეზიც, თავის მხრივ, იყო დაავადებული ფილტვიდან სისხლდენა. აღსანიშნავია, რომ ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებაშიც კი არ არსებობს ფტიზიო-ქირურგიული დახმარების შესაძლებლობა. ამგვარად, ასეთი პაციენტები პრაქტიკულად სასიკვდილოდ არიან განწირულნი.

ტუბერკულოზური ინფექცია ხშირად თან ხვდება ვირუსულ ჰეპატიტსა და ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით ინფიცირებას. 2009 წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილი პატიმრებიდან 3-ს აღენიშნებოდა ტუბერკულოზი და აივ ინფექცია კომპლექსში, ხოლო 6 პატიმარს – ვირუსული ჰეპატიტი და ტუბერკულოზური ინფექცია ერთად. აღნიშნული ტენდენცია არ წარმოადგენს რაიმე განსაკუთრებულ თავისებურებას, არამედ საერთაშორისო კვლევებითაც დადასტურებულია აღნიშნული ინფექციების თანხვედრა. აქედან გამომდინარე, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეოთ მოწყვლად ჯგუფებს, რათა თავიდან იქნას აცილებული ამგვარი კომპლექსის ერთობლიობაში განვითარება.

აღსანიშნავია, რომ საანგარიშო პერიოდში ფილტვის ტუბერკულოზით გარდაცვლილ პაციენტთა მინიმუმ 47%-ს დადგენილი ჰქონდა მულტირეზისტრული ფორმა. მათგან 50% გარდაიცვალა ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში, ერთი პაციენტი საერთოდ არ გადმოიყენეს მკურნალობის დასაწყებად, ხოლო დაანარჩენი პაციენტები გარდაიცვალნენ ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში და ასევე ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. აღსანიშნავია, რომ მულტირეზისტრული ფორმით გარდაცვლილთა მაჩვენებელი 2009 წლის მე-2 ნახევარში გაცილებით მაღალია პირველ ნახევართან შედარებით, რის გამოც აუცილებლად მიგარინია, გაანალიზდეს „DOTS+“ პროგრამის მიმდინარეობის თავისებურებები და ტენდენციები და მის დაგეგმვაში უფრო აქტიურად ჩაერთონ ქვეყნის წამყვანი სპეციალისტები და დაწესებულებები.

ტუბერკულოზის მაღალი პრევალენტობა ციხეებში ახალი არაა და იგი საერთაშორისო დონეზეც რჩება პენიტენციური სისტემის ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემად. მიუხედავად საქართველოს ციხეებში ამ მხრივ განხორციელებული არაერთი პროექტისა, რომლებსაც წითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი უწევდა კოორდინაციას, პრობლემა არათუ გვარდება, არამედ უფრო ღრმავდება. ამის ნათელი მაგალითია 2009 წლის ტუბერკულოზით გარდაცვლილ პატიმართა განსაკუთრებით მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი. აღნიშნულის მიზეზად მიგვარინა სტანდარტული ტუბსანინა-ალმდევობის დონისძიებების პირდაპირ გადმოტანა საქართველოს რეალობაში, ადგილობრივი სპეცია-

კისა და თავისებურებების გაუთვალისწინებლად. არ არის შეფასებული და გაანალიზებული ტუბერკულოზის გავრცელების რისკი; სამედიცინო პერსონალი საჭიროებს გაღრმავებულ მომზადებას ამ კუთხით. ცალკეული მოკლევადიანი ტრენინგები ამ პრობლემას ვერ გადაჭრის იმ ფონზე, როდესაც სახეზეა მედპერსონალის მიერ ტუბერკულოზური ინფექციის მართვის ძირითადი უნარ-ჩვევების ან არცოდნა, ან გამოყენების შეუძლებლობა მათი უკიდურესად დაბალი კლინიკური აეტონომიურობისა და დამოუკიდებლობის პირობებში.

ტუბერკულოზული ინფექციის მართვაში ხშირია ორგანიზაციული შეცდომებიც. ერთ-ერთი გარდაცვლილის (ა.ჭ. №69) საექსპერტო დასკვნიდან ირკვევა, რომ ქუთაისის №2 დაწესებულებაში დაისვა ფილტვების დისიმინირებული ტუბერკულოზის დიაგნოზი რღვევის ფაზაში. პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობის დაწყებისას მდგომარეობა დამძიმდა. განვითარდა ფილტვ-გულის უკმარისობა და სხვა გვერდითი მოვლენები, რის გამოც მკურნალობა შეწყდა. მოგვიანებით დადასტურდა რეზისტრენტობა პირველი რიგის პრეპარატების მიმართ. დღის წესრიგში დადგა პაციენტის „DOTS+“ პროგრამაში ჩასმის საკითხიც. ადგილობრივი ექიმის ჩანაწერით ირკვევა, რომ ვინაიდან აღნიშნული პროგრამა ქუთაისის №2 დაწესებულებაში არ ხორციელდება და პატიმარი არ არის მსჯავრდებული, ვერ ხერხდება მისი გადაყვანა ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. აღნიშნულის შემდეგ, კოორდინატორთან შეთანხმებით, გაგრძელდა კვლავ პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობა. საბოლოო ჯამში პაციენტს განუვითარდა ტუბერკულოზის ექსტრა-პულმონური ფორმებიც (ლვიძლის, თირკმლის და მიოკარდის), რის ფონზეც პაციენტი მოკვდა! წარმოდგენილი მაგალითი ნათლად მოუთითებს, პირველ რიგში, ორგანიზაციული მხარის უხეშ ხარვეზს. საინტერესოა, რატომ არ მოხერხდა პაციენტის გადმოყვანა მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში? სადაც ასევე მიმდინარეობს „DOTS+“ პროგრამა. ნაცვლად აღნიშნულისა, პაციენტს კვლავ პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობდნენ, რაც იმთავითვე ცხადი იყო, რომ მას ვერ განკურნავდა, თუმცა გაალრმავებდა მდგომარეობას გვერდითი ეფექტების გაძლიერების ხარჯზე.

ტუბერკულოზური ინფექციის აქტივობა ზოგიერთ შემთხვევაში საერთოდ ამოუცნობიც რჩება. რუსთავის №2 დაწესებულებაში მყოფი პატიმარი მ.ტ. გარდაიცვალა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაუყვანლად. სიკვდილამდე რამდენიმე საათით ადრე ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის ჟურნალში ჩაიწერა დიაგნოზი „სასუნთქი გზების სიმსივნე“, კისრის წინა ზედაპირზე ტრაქეოსტომიული ხერელი, ხორხის აპარატი არ აღინიშნება“. გარდა იმისა, რომ აღნიშნული ჩანაწერი არაკვალიფიციურია, გვამის გაკვეთის შედეგად დადგინდა ფილტვებში ხაჭოსმაგვარი შიგთავსის მქონე კერები (რაც ტუბერკულოზისთვისაა დამახასიათებელი) და ასევე ლვიძლში ხაჭოსებური კონსისტენციის წარმონაქმნები, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ პაციენტს აღნიშნებოდა როგორც ფილტვის, ისე ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი და მისი ადეკვატური მკურნალობა ხანგრძლივი დროის მანძილზე არ მიმდინარეობდა.

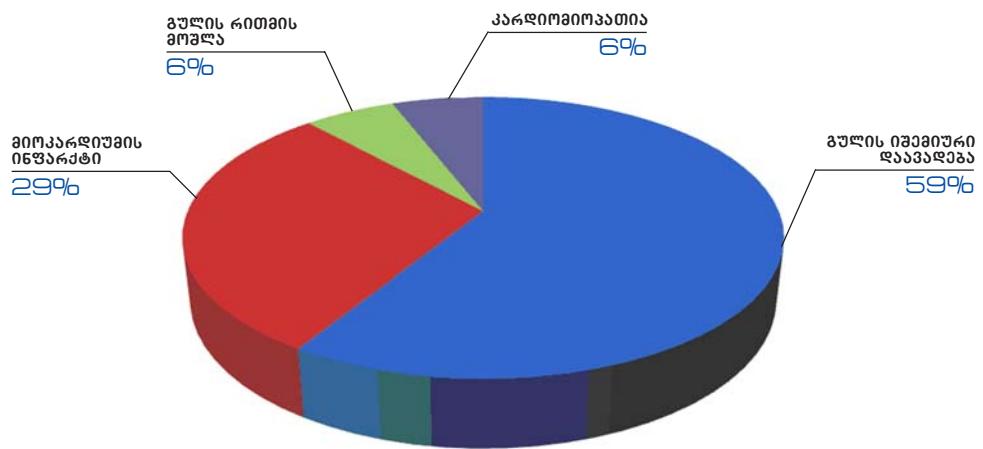
2009 წლის გამავლობაში რამდენიმე პაციენტი (მათ შორის ერთი – მე-2 ნახევარში) ნერვული სისტემის ტუბერკულოზისაგან დაიღუპა. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული წარმოადგენს ტუბერკულოზის უმძიმეს ფურმას და ძნელია იმისი თქმა, რომ პაციენტი ადეკვატური მკურნალობის ფონზე გადარჩებოდა, ფაქტია, რომ საქმე გვაქვს ინფექციის შორსწასულ და არაადეკვატურად მართულ შემთხვევასთან, რომლის პროფილაქტიკა ნამდვილად შეიძლებოდა.

ახლად აშენებულ სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ნაკლებადაა გათვალისწინებული განათებისა და აერაციის სისტემების მნიშვნელობა, რაც ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთ მძლავრ რისკის ფაქტორს წარმოადგენს. მიზანშენონილად მიგვაჩინა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ქმედითი და „აგრესიული“ ღონისძიებების გატარება, თუ არსებობს იმისი ნება, რომ ტუბავადობა და სიკვდილობა შემცირდეს.

სიხშირით მესამე ადგილს იკავებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, რომლებიც სიკვდილობის 11.7%-ს შეადგენს. ამ ჯგუფში გაერთიანებულ დაავადებათაგან 2009 წლის მეორე ნა-



ხევარში გვხვდება გულის იშემიური დაავადება, მიოკარდიუმის ინფარქტი (ცალკეა გამოტანილი) და კარდიომიოპათია. ჯგუფში ნოზოლოგიათა განაწილება წარმოდგენილია გრაფიკულად:



გულის იშემიური დაავადების ესა თუ ის ფორმა აღენიშნებოდა გარდაცვლილ პატიმართა დაახლოებით 1/3-ს. აღნიშნული გამოიხატება გულის სისხლძარღვოვანი ელემენტების ათეროსკელეროზულ დაზიანებაში, კორონაროსკელეროზში და სხვა. დადგენილია ასევე იშემიური დაავადების გამო მიოკარდიუმში განვითარებული უხეში ცვლილებების მაღალი დონე. რამდენიმე შემთხვევაში, საექსპერტო დასკვნის მიხედვით, აღნიშნებოდა პოსტინფარქტული ნანიბურები, რომლებიც პაციენტის სიცოცხლეში ვერ იქნა ამოცნობილი და შესაბამისად, უცურადლებოდ დარჩა. აღნიშნული ნანიბურების ფონზე რამდენიმე შემთხვევაში განვითარებულია ტრანსმურული ინფარქტებიც, რომლებიც სიკვდილის უშუალო მიზეზი გახდა. მიოკარდიუმის იშემიური დაზიანებების სიხშირე 2009 წლის მეორე ნახევარში გაზრდილია პირველ ნახევართან შედარებით. მონიტორინგის დროს დაფიქსირდა, რომ კვალიფიციური კარდიოლოგიური დახმარება სასჯელალსრულების დაწესებულებებში პრაქტიკულად არ არსებობს. არ ხდება პატიმართა სკრინინგი, რისკჯგუფების გამოვლენა და დადასტურებული დიაგნოზის შემთხვევაშიც კი, პაციენტთა ადეკვატური მკურნალობა. პაციენტები ხშირად თავად ინიშნავენ ნამლებს ან აგრძელებენ იმ მედიკამენტების მიღებას, რომლებიც პატიმრობამდე დაუნიშნა კარდიოლოგმა. ამ სიტუაციაში პრეპარატის დოზისა და საერთოდ მიღების მიზანშენობის საკითხის განხილვა პრაქტიკულად არ ხდება. მეორე მხრივ, ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილები პაციენტებს ვერ სთაგაზობენ კვალიფიციურ დახმარებას. თითქმის არცერთ სამედიცინო ნაწილს (გამონაკლისი ერთეულების გარდა) არ აქვს კარდიოგრაფიც კი. ზედმეტია ლაპარაკი მიოკარდიუმის იშემის თანამედროვე, ლაბორატორულად (ფერმენტებით) დადასტურების შესაძლებლობაზე. მუდმივი სტრესისა და არსებული სუბსტრატული დაზიანებების პირობებში ვითარდება ამ ტიპის დაავადებები, რომლებიც მაღალ პროცენტში ფატალურია ადამიანისათვის. პაციენტთა მართვის არაორგანიზებულობისა და არაეფექტურობის ერთ-ერთ მაგალითად მოგვყავს 54 წლის გარდაცვლილი პაციენტის ბ.კ.-ს შემთხვევა. როგორც საექსპერტო დასკვნიდან ირკვევა, თბილისის №8 საპყრობილიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გადავის იქნა ბ.კ., რომელიც საავადმყოფოში შესვლიდან რამდენიმე წუთში გარდაიცვალა. სასამართლო-სამედიცინო ექპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის მიზეზია მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის მიოკარდიუმის ტრანსმირული ინფარქტი. პაციენტს ასევე დაუდგინდა მრავლობითი პოსტინფარქტული ნანიბურები მარცხენა პარკუჭზე და ძვირის არეში, ასევე, მიოკარდიუმის სხვა მძიმე დაზიანებები (კარდიოსკელეროზი). ეს უკანასკნელი უტყუარად ადასტურებს იმის ალბათობას, რომ გარდაცვლილი პატიმარი საყურადღებო (სავარაუდო მძიმეც) კარდიოლოგიური პაციენტი იყო. საფიქრებელია, რომ მის მდგომარეობას ჯეროვნად არ მიექცა ყურადღება, რამაც სიკვდილი გამოიწვია. იმის თქმა, რომ თუნდაც ადეკვატური მკურნალობის პირობებში პაციენტი არ მოკვდებოდა, რა თქმა უნდა, ძნელია, თუმცა ასეთ პირობებში პაციენტს გადარჩენის საკმაოდ მაღალი შანსი ჰქონდა.

კარდიოლოგიური დაავადებებიდან ერთ შემთხვევაში დაფიქსირდა დილატაციური კარდიომიოპათია და ერთ შემთხვევაში – გულის რითმის მოშლა. ორივე პაციენტი გარდაიცვალა სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში.

სიხშირით მეოთხე ადგილზე გამოდის ინფექციური დაავადებები. ამ ჯგუფში გავაერთიანეთ ვირუსული ჰეპატიტები და აივ ინფექცია. ვირუსული ჰეპატიტი, როგორც უკვე ითქვა, აღნიშნებოდა გარდაცვლილ პატიმართა 34%-ს. აივ ინფექცია კი აღნიშნებოდა 3 გარდაცვლილ პაციენტს.

ვირუსული ჰეპატიტებიდან, გარდაცვლილთა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, აბსოლუტურ უმრავლესობას აღნიშნებოდა HCV-ვირუსი, ხოლო 1 შემთხვევაში ასევე მითითებული იყო -HBV. უნდა აღინიშნოს, რომ ვირუსული ჰეპატიტი ტუბერკულოზური ინფექციის შემდეგ ყველა საპყრობილისათვის ნარმოადგენს რიგით მეორე უსერიოზულეს პრობლემას. ჰეპატიტებით ავადობის სკრინინგი ადგილზე არ მიმდინარეობს და გამოკვლევის (სადიაგნოზო) ჩატარებისათვის პატიმრებს უდიდესი ძალისხმევის დახარჯვა უწევთ. ასევე, გვიანდება გამოკვლევის შედეგები. უდიდეს სიძნელეებთანაა დაკავშირებული მეურნალობის დაწყებაც. ეტიოლოპული მკურნალობა სულ რამდენიმე პაციენტის მიმართ ხორციელდება. უკეთეს შემთხვევაში, პაციენტებს ენიშნებათ ღვიძლის დამცავი საშუალებები. მდგომარეობას ამზიმებს ის ფაქტიც, რომ თითქმის არცერთ დაწესებულებაში არ არსებობს ადეკვატური კვება, რასაც მკურნალობისა და პროგნოზისათვის გარკვეული მნიშვნელობა აქვს. ვირუსული ჰეპატიტი 2009 წლის მეორე ნახევარში გარდაცვლილ პატიმართა მესამედს აღნიშნებოდა. მათ მესამედს კი განვითარებული ჰქონდა ღვიძლის ციროზი, პორტული ჰიპერტენზია, ენცეფალოპათია და აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემები.

ჰეპატიტი რომ სასჯელადსრულების სისტემის ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, იმითაცაა ხაზგასმული, რომ 2009 წლის 25 ივნისს, საქართველოს შრომის ჯამშრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა, საქართველოს სასჯელადსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრთან ერთად ერთობლივი ბრძანება გამოსცა (№267-219/6), რომლითაც დამტკიცებულია სასჯელადსრულების დაწესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართა და მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების განევის სტრატეგია. ბრძანების მიხედვით, ბრძანების გამომცემ სამინისტროებს დაევალათ, ამ ბრძანებით დამტკიცებული სტრატეგიის შესაბამისად, სამოქმედო გეგმის შემუშავება. მიუხედავად იმისა, რომ საკითხი დაუყოვნებლივ დარეგულირებას და გადაწყვეტას მოითხოვს, ბრძანების გამოცემიდან 10 თვის შემდეგ სამოქმედო გეგმა არ არის შემუშავებული, ხოლო სასჯელადსრულების დაწესებულებებში კვლავ საგანგაშო მდგომარეობა რჩება.

სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ასევე ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს **აივ ინფექცია/შიდსი.** საქართველოს ციხეებში 2009 წლის განმავლობაში 5 შიდსით დაავადებული პატიმარი გარდაიცვალა. მათგან 3 წლის მეორე ნახევარში. მიუხედავად იმისა, რომ შიდსით დაავადებულთა გამოვლენა და მკურნალობა ნარმატებით მიმდინარეობს, არსებობს მთელი რიგი პრობლემები, რაც უპირველეს ყოვლისა, აივ ინფექციის გავრცელების პრევენციას გულისხმობს. ამ მხრივ ყველაზე ნაკლებია გაკეთებული, მიუხედავად იმისა, რომ აივ პრევალენტობა პატიმართა არსებული პირობების და გარემოს პირდაპირპროპორციულია. უკვე მესამე წელია საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო მოხსენებებში ფიგურირებს პირდაპირი მითითებულია იმის თაობაზე, რომ შეწყდეს გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულ პატიმართა დისკრიმინაცია დაავადების ნიშნით. წინა წლების მსგავსად, საანგარიში პერიოდშიც არ ხდება გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულთა სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევა და დასკვნებში პირდაპირ არის მითითებული, რომ აღნიშნულის გამოსიცვდილის მიზეზის დადგენა შეუძლებელია. გარეგნული დათვალიერებისას სახის არეში აღნიშნებოდა 2 ნაჭელევი, რომელიც განვითარებულია სიკვდილის დადგომამდე არანაკლებ 4 დღით ადრე.“



პატიმარი ჩ.კ. – გარდაიცვალა ლუდეშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში, გვამი ასევე არ გაკვეთილა, ლ. სამხარაულის სახ. სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულმა ბიურომ დასკვნა არ წარმოგვიძეგინა.

ის, რომ აღნიშნული დაავადებით გარდაცვლილ პატიმართა გვამები არ იკვეთება, 2009 წლის პირველ ნახევარში გვაცნობა სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს ადმინისტრაციამაც. წინა წლებისაგან განსხვავებით, სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ ზოგჯერ არ წარმოებს „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ გარდაცვლილთა აუტოფსიაც. აღნიშნული პირად საუბარში დაადასტურა ბიუროს ხელმძღვანელმაც. ერთ-ერთი გარდაცვლილი პატიმრის ნ.მ.-სა ექსპერტიზის დასკვნაში კი ვკითხულობთ – „სათანადო მეთოდიკისა და უსაფრთხოების პირობების არარსებობის გამო აღნიშნული დააგნოზით („C“ ჰეპატიტი) გვამი სასამართლო-სამედიცინო წესით არ გაკვეთილა.“

სიხშირით შემდეგ ადგილზეა ტრავმატიზმითა და ნაძალადევი სიკვდილის შემთხვევები. ამ ჯგუფში გაერთიანებული არიან: 1 პატიმარი, რომლის სიკვდილიც განვითარდა მარყუშზე ჩამოეკიდების შედეგად, 2 პატიმარი, რომელთა სიკვდილის განვითარებაში წამყვანი მომენტი იყო ქალა-ტვინისა და გულმკერდის ტრავმები, ხოლო დანარჩენი 9 პატიმარი შეირჩა მათ გვამებზე არსებული სხვა-დასხვა ტიპის დაზიანების არსებობით.

2009 წლის 12 დეკემბერს, ქუთაისის №2 დაწესებულებაში, ოფიციალური ვერსიით თავი ჩამოიხრია ა.ქ.-მ. სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზია მექანიკური ასფიქსია, განვითარებული ზემო სასუნთქი გზების მარყუებით გადაკეტვის შედეგად. ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, სტრანგულაციური ლარი სიცოცხლისძროინდელია. გარდა ამისა, გვამს მარჯვენა მხრის უკანა ზედაპირზე, მარცხნა თეძოს ფრთისა და მარჯვენა მუხლის მიდამოში აღენიშნება ნაჭდევები (სიცოცხლისძროინდელი, 4-5 დღისაა). ექსპერტიზის დასკვნაში მითითებულია, პრევონის დიაგნოზიც.

2009 წლის 19 სექტემბერს, ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში გარდაიცვალა პატი-მარი გ.უ. სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნა არ გაცემულა. საავადმყოფოს მიერ დასმულია დიაგ-ნოზი – ქალა-ტვინის დახურული ტრავმა, მარცხ. ტრავმული სუბდურული ჰემატომა, ინტრავენტ-რიკულური სისხლძარღვევა, თავის ტვინის შეშუპება, კომა GCS 3 ბ., გულსისხლძარღვთა, სუნთქვისა და თირკმლის მწვავე უკმარისობა, ენდობრონქიტი || ხ. პატიმრის გარდაცვალების გარემოებები საყურადღებოა და შემდგომ შესწავლას მოითხოვს.

იმავე საავადმყოფოში 2009 წლის 18 ნოემბერს გარდაიცვალა პატიმარი მ.ვ. ამ შემთხვევაშიც სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნა არ გაცემულა, ხოლო საავადმყოფოს დიაგნოზია: „გულმკერდის დახურული ტრავმა, VII; VIII; IX; X ნეკნის მოტეხილობა, ორივე ქვ.კიდურის რბილი ქსოვილების დაუუსილობა მრავლობითი ექსკორაციებით, მარცხ.მუხლის სახსრის ჰემართობი, მძიმე სეფსისი, პოლიორგანული უკარისობა“. ეს უკანასკნელი შემთხვევაც შემდგომ შესწავლას მოითხოვს.

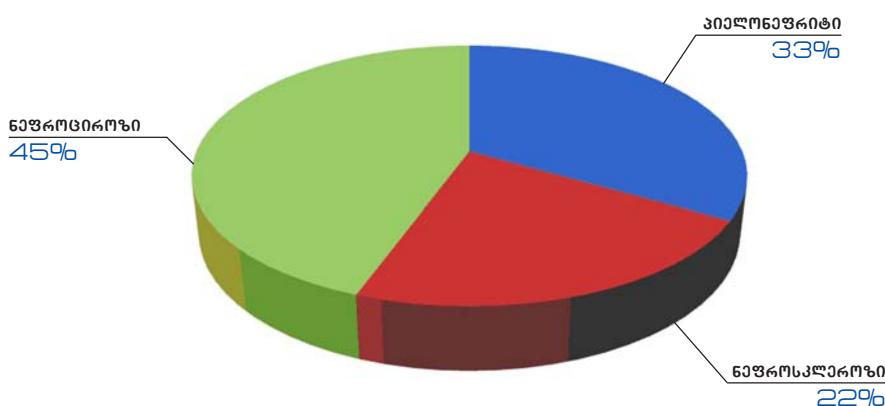
სისტემის დაავადებები. ამ მხრივ, უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია ღვიძლის ციროზი, ბილიარული სისტემის დაავადებები და პეპტიკური წყლულოვანი დაავადება. პეპტიკური წყლულოვანი დაავადების მქონე ყველა პაციენტი გარდაიცვალა სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში. მათგან ერთ-ერთს აღნიშნებოდა გასტროდუონენტირი სისხლდენა.

სიხშირით მე-7 ადგილზეა დავადებათა ჯგუფი „სხვა“, რომელშიც ჩვენ მიერ გაერთიანდა სისხლდენისა და სეფსისის შემთხვევები. სისხლდენის შემთხვევები აღწერილი იყო (3 შემთხვევა) მოხსენების წინა ნაწილში, როგორც ფილტრის ტუპერკულოზის გართულება. 3 შემთხვევაში სისხლდენა

განვითარდა საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზედა ნაწილიდან და გამოიწვია ჰიპოვოლემიური მდგო-
მარეობა, რომელსაც ერთ-ერთი განმსაზღვრელი მნიშვნელობა ენიჭება სიკვდილის განვითარებაში.

**რაც შეეხება სეფსისის 4 შემთხვევას, ყველა პაციენტი გარდაცვლილია ღუდუშაურის სახელობის
ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. მათ შიმართ ჩატარებული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერ-
ტიზის დასკვნები სასამართლო-ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ არ მოგვენდა. შესაბამისად,
საკითხის შესწავლა მტკიცებულებათა შემდგომ მოპოვებასა და გაანალიზებას მოითხოვს.**

**შემდეგ ადგილზეა საშარდე სისტემის დაავადებები, რომლებიდანაც უპირატესად გამოვლინდა
პიელონეფრიტი, ნეფროსკლეროზი და ნეფროციროზი. აღნიშნულ დაავადებათა პროცენტული განა-
ნილება წარმოდგენილია დიაგრამაზე:**



აღნიშნულ პათოლოგიებს, რომლებიც დადასტურებულია ჰისტოლოგიურად, გარკვეული როლი
მიუძლის პაციენტთა სიკვდილის დადგომაში და სავარაუდოდ, პაციენტის სიცოცხლეში ისინი,
სამედიცინო თვალსაზრისით, იგნორირებული იყო.

**ნერვული სისტემის დაავადებები სიხშირით მე-9 ადგილზეა. ამ ჯგუფში გაერთიანებულია თავის
ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა, თავის ტვინისა და მისი გარსების ანთებითი დაავადე-
ბები და პოლირადიკულონეიროპათია.**

თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლის პრობლემა წარმოდგენილია იშემიური და პემო-
რაგიული ინსულტის, სისხლძარღვოვანი ანევრიზმის გახეთქის, ასევე, ქალა-ტვინის დახურული
ტრავმის შედეგად განვითარებული სუბდურული და ინტრავენტრიკულური სისხლჩაქცევის სახით.
შემთხვევათა უმრავლეს ნაწილში სიკვდილის მიზეზი იყო თავის ტვინის შეშუბება, ტვინის ლერის
დისლოკაცია და ჩაჭედვა, რაც დასტურდება სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნებით.
პაციენტთა გარდაცვალების დაგნოზებში ასევე ფიგურირებს ენცეფალიტი და მენინგიტი, ხოლო
ერთ შემთხვევაში კლინიკურად დადასტურებულია პოლირადიკულონეიროპათიის დაგნოზი.

**როგორც უკვე აღინიშნა, 2009 წლის მეორე ნახევარში გამოიკვეთა ავთვისებიან სიმსივნეთა
რაოდენობის ზრდის ტენდენცია. მიუხედავად ამისა, ონკოლოგიურ დაავადებათა ჯგუფი სიხშირით
მე-10 ადგილზეა და იგი მოიცავს შემდეგი სახის სიმსივნეებს: ხორხის, სწორი ნაწლავის, პანკრეასის,
ფილტვის, თავის ტვინისა და ღვიძლის. გარდაცვლილთა სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით,
ყველა მათგანს (7 პატიმარი) აღენიშნებოდათ სიმსივნეების შორსწასული, პრაქტიკულად ტერმინა-
ლური ფორმები. ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა სიმსივნის შორეული მეტასტაზირება ორგანიზ-
მში. პატიმრები იყვნენ უმძიმეს მდგომარეობაში, გამოხატული კახექსითა და პალიატური ჩარევის
ნიშნებით. მიუხედავად ამისა, არცერთი პატიმრის მიმართ არ აღძრულა შუამდგომლობა სასჯელის**



გადავადების ან ვადამდე ადრე გათავისუფლების შესახებ, რაც არაჰუმანურ მოპყრობად უნდა ჩაითვალოს. ონკოლოგიური პროფილის პატიმართა უმრავლესობა გარდაიცვალა ღუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში.

ენდოკრინული სისტემის დაავადებები შეგვხვდა ყველაზე ნაკლები სიხშირით და წარმოდგენილია შაქრიანი დიაბეტის 2 შემთხვევისა და 1 ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების (ჩიიყვი) სახით. სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნების მიხედვით, ენდოკრინული პათოლოგია სიკვდილთან პირდაპირ მიზეზ-შედეგობრივ კავშირში არ იყო, თუმცა ამძიმებდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და აჩქარებდა პათოლოგიური პროცესის განვითარებას.

წინადადებები და რეკომენდაციები

წინადადებები საქართველოს პარლამენტს

- „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 22-ე მუხლში შევიდეს შესაბამისი ცვლილება აივ/შიდსით დაავადებულ პატიმართა მიმართ საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად (სეგრეგაციის დაუშვებლობა) მოპყრობის უზრუნველსაყოფად;
- „ლიცენზიებისა და ნებართვების შესახებ“ საქართველოს კანონის 1-ლი მუხლის მე-2 პუნქტში შევიდეს შესაბამისი ცვლილება და/ან დამატება იმგვარად, რომ სასჯელალსრულების სისტემის სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება განხორციელდეს სამოქალაქო სამედიცინო დაწესებულებების მხარესად.

საქართველოს მთავრობას:

- „პაციენტის უფლების შესახებ“ საქართველოს კანონის 45-ე მუხლის მოთხოვნების შესრულების მიზნით საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საბიუჯეტო ასიგნებებში აისახოს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მყოფი პირების სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ხარჯები;
- პენიტენციური სისტემის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, მასში დასაქმებული ადამიანური რესურსები, შეძლებისდაგვარად უმრკვეს ვადაში გამოვიდეს სასჯელალსრულების სისტემის დაქვემდებარებიდან და მოხდეს მათი რეინტეგრაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში.

საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს:

- დაჩქარდეს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 25 ივნისის „სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართათვის/მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების განევის სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე“ N267-N219/6 ერთობლივი ბრძანების მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული სამოქმედო გეგმის შემუშავება და პრაქტიკაში დანერგვა;
- სასჯელალსრულების სისტემის ექიმების მიეცეთ საშუალება, აქტიური მონაწილეობა მიიღონ უწყვეტი პროფესიული განათლების/უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებში;
- ციხის ექიმთათვის საქართველოს ჯანდაცვის სფეროში მოქმედი კანონმდებლობისა და მასში შესული ცვლილებების ცნობადობის სავალდებულობის უზრუნველსაყოფად მოეწყოს რეგულარული ტრენინგები.

საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 მუხლის 1-ლი პუნქტის შესაბამისად, უზრუნველყოფილი იქნეს შემდეგ სასჯელალსრულების დაწესებულებებში სამედიცინო პუნქტის განაცნა:

- N1 საერთო და მკაფრი რეჟიმის სასჯელალსრულების დაწესებულება;
- თბილისის N7 საპყრობილე;
- თბილისის N8 საპყრობილე;
- არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება.
- კანონქვემდებარე აქტით დაარეგულიროს სამოქალაქო სექტორის ექიმ-სპეციალისტთა სასჯელალსრულების დაწესებულებებში დაშვების წესი და პირობები;
- უზრუნველყოს სამოქალაქო ტიპის სამედიცინო პროფილის დაწესებულებებთან ხელშეკრულებების გაფორმება გეოგრაფიული ნიშნით;
- ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების სერვისები ეკვივალენტურად ხელმისაწვდომი გახადოს წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირებისთვის;
- უმოკლეს ვადაში გადაიხედოს სასჯელალსრულების სისტემაში არსებული სამკურნალო დაწესებულებების სტატუსი და ისინი ჩამოყალიბდეს სამედიცინო საქმიანობის სამართალ-სუბიექტებად;
- შესაბამისი ცვლილებები შეიტანოს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის ბრძანებაში N771, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს პენიტენციური ჯანდაცვის დაწესებულებებში სამედიცინო დოკუმენტაციის უნიფიცირებულად წარმოება და გამოყენება, სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემაში მიმღინარე პროცესებთან ჰარმონიზაცია, მოწესრიგება და დოკუმენტაციის ერთიან სისტემაში მოყვანა.

საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს და სასჯელალსრულების დეპარტამენტის უფროსს:

- რისკის ზონაში მყოფ ექიმებს, „საქართველოს კანონის საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 93-ე მუხლის გათვალისწინებით, შეექმნათ საქმიანობისათვის განსაკუთრებული პირობები, ადეკვატური სამუშაო პირობები და ანაზღაურება, შეიქმნას მათი სამართლებრივი და სოციალური დაცვის გარანტიები, შემოღებული იქნეს შეღავათები რისკის ზონაში მომუშავე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტებისთვის; დააწესოს უმკაცრესი კონტროლი, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებაში მყოფი ექიმების ავტონომიურობა და დამოუკიდებლობა კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების პროცესში;
- „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლის შესაბამისად, შეწყდეს ექიმთა მონაწილეობა ან იძულება, მონაწილეობა მიიღონ თავისუფლებადკვეთილ პირთა დასჯის საკითხებში, ასევე – ნებისმიერ ქმედებაში მონაწილეობა, რომლის ერთადერთ ინტერესს არ წარმოადგენს დაკავებული პირის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შეფასება, დაცვა ან გაუმჯობესება და ეს ურთიერთობა ენინაალმდეგება სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს.



საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს:

- იმ დაწესებულებებში, სადაც განთავსებული არიან ქალი პატიმრები და არ არსებობს გინეკოლოგიური მომსახურება, უზრუნველყოფილი იქნეს გინეკოლოგის შტატის დაშვება და ქალთა ჯანმრთელობის სპეციალისტური პრობლემების ადეკვატური მოგვარება;
- ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულება უზრუნველყოფილი იყოს ადეკვატური რაოდნების სამედიცინო პერსონალით, რათა შესაძლებელი გახდეს 24 სთ-ის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ექიმის და ერთი ექთნის მორიგეობა 4-დღიანი გრაფიკით;
- სასჯელალსრულების დაწესებულების ექიმთა სპეციალობები შესაბამისობაში იქნეს მოყვანილი საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/6 ბრძანებით გათვალისწინებულ საექიმო სპეციალობათა ნუსხასთან;
- ყველა დაწესებულებაში უზრუნველყოფილი იყოს სრულ განაკვეთზე მინიმუმ ერთი სტომატოლოგის შტატის დაშვება;

- გაძლიერდეს სასჯელალსრულების სისტემის ფსიქიატრიული სამსახური ადამიანური რესურსებით, ტექნიკური საშუალებებით, მედიკამენტებით; უზრუნველყოფილი იყოს ფსიქიკური პრობლემების მქონე ქალ პატიმართა ადეკვატური სტაციონარული ფსიქიატრიული მომსახურება;
- უზრუნველყოს „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 38-ე მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული მსჯავრდებულთა გეგმური სამედიცინო შემომზების ჩატარებისა და შესაბამისი ინფორმაციის სამედიცინო დოკუმენტაციაში ასახვის კონტროლი;
- ციხეების სამედიცინო ნაწილები აღიჭურვოს ყველა ძირითადი საშუალებით, რათა შესაძლებელი გახდეს მსჯავრდებულთა სრულყოფილი გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მიწოდება; აღნიშნულის განსახორციელებლად დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალისთვის უზრუნველყოფილი იქნეს შესაბამისი გადამზადება;
- განხორციელდეს სასჯელალსრულების სამედიცინო სისტემაში კლინიკური პრატიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების დანერგვა;
- უზრუნველყოს ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის დროს კონფიდენციურობის, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობისა და საექიმო საიდუმლოს დაცვის პრინციპის საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით დაცვის კონტროლი ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში;
- უზრუნველყოს თვითდაზიანებისა და სუიციდის რისკის მქონე ყველა პატიმრის ექიმ-ფსიქიატრის მიერ სავალდებულო წესით შემოწმება, პროფილაქტიკური სამუშაო და საჭიროების შემთხვევაში, ადეკვატური მონიტორინგი;
- ყველა სასჯელალსრულების დაწესებულების სამედიცინო პუნქტებში გამოიყოს ერთი პასუხისმგებელი ექიმი, რომელიც მომზადდება და პასუხისმგებელი იქნება ეპიდემიოლოგიური და სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის კონტროლზე, როგორც ამას ითვალისწინებს „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 42-ე მუხლი;
- უზრუნველყოს სასჯელალსრულების სისტემის სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელების მიერ დიეტური კვების დანიშნულისას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2000 წლის 5 დეკემბრის N237/6 ბრძანების მოთხოვნების შესრულება;
- მსჯავრდებულთა და პატიმართათვის სამედიცინო მომსახურების განევის დროს უზრუნველყოს თანაბარი გეოგრაფიული და ეკონომიკური ხელმისაწვდომობა, ასევე, ეკვივალენტური ხარისხი სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაში;
- სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაში, სადაც განთავსებული არიან ქალი პატიმრები და არასრულწლოვნები, უზრუნველყოს პატიმართა ამ განსაკუთრებული კატეგორიებისათვის ადეკვატური პირობების შექმნა;
- გაიზარდოს (საწყის ეტაპზე მინიმუმ გაორმაგდეს) სასჯელალსრულების დაწესებულებში განთავსებულ ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კომპონენტი, ამასთან, დამყარდეს და გაღმავდეს კავშირები სამოქალაქო ფსიქიატრიულ დაწესებულებებთან;
- წამალდამოკიდებულების მქონე პირები უზრუნველყოს კვალიფიციური ნარკოლოგიური დახმარებით. ამ მიზნით დაინერგოს და გაფართოვდეს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ნარკოლოგიური პრობლემების გადაჭრის მიზნით მიმდინარე სპეციფიკური პროგრამები;
- დააწესოს გადამდები და განსაკუთრებით საშიში ინფექციების პროფილაქტიკის, აღრიცხვის, ადეკვატური მკურნალობისა და მართვის სისტემები, უზრუნველყოს ადეკვატური ეპიდემიოლოგიური კონტროლი და ყველა იმ ღონისძიების დაცვა, რომლებიც გათვალისწინებულია საქართველოს კანონით „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“;
- იმ პირების მიმართ, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა, გაატაროს ადეკვატური ზომები: საჭიროების შემთხვევაში, ჩატარდეს სასამართლო ექსპერტიზა, მძიმე და განუკურნებელ დაავადებათა დადასტურების შემთხვევაში, ალიძრას შუამდგომლობები

- სასჯელის მოხდისაგან გასათავისუფლებლად, სასჯელალსრულების დაწესებულებებში შეიქმნას მათვის შესაფერისი პირობები, უზრუნველყოფილი იყვნენ დამატებითი საშუალებებით გადაადგილებისა და სოციალური ადაპტაციისათვის, დაენიშნოთ მომვლელი;
- უზრუნველყოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში სიკვდილობის მიზეზების ანალიზი და შეფასება და წარმოადგინოს საკუთარი მოსაზრებები და ხედვა შექმნილი ვითარებისა და მდგომარეობის გაუმჯობესების მიმართულებით.

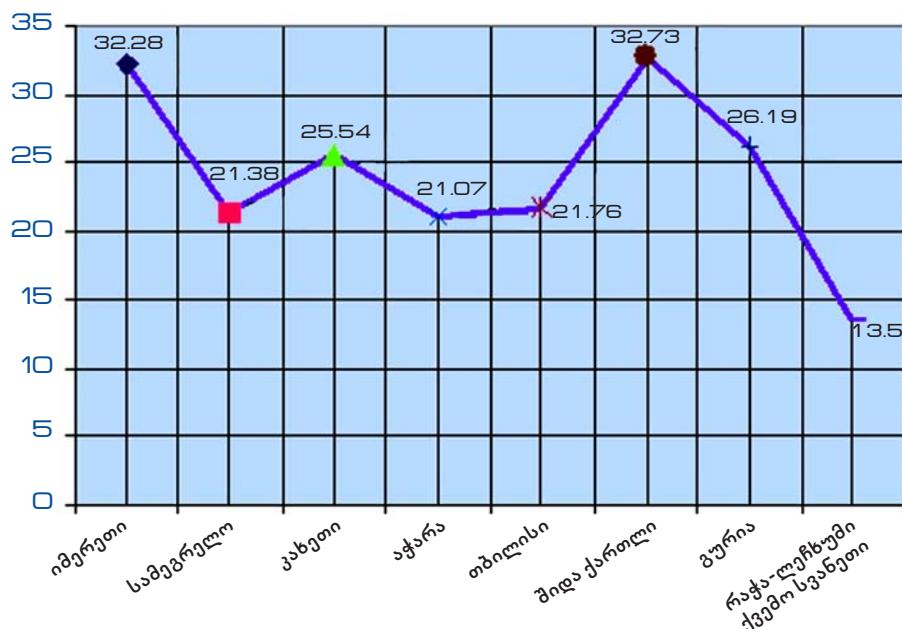
- საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის უფროსს:
- სასჯელალსრულების დეპარტამენტსა და შპს „მეგაფუდს“ შორის დადებული ხელშეკრულების ფარგლებში უზრუნველყოფილი იყოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2002 წლის 17 სექტემბრის „სამკურნალო დიეტების დამტკიცების შესახებ“ N258/6 ბრძანების მოთხოვნების გათვალისწინება.

- სიიპ ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს უფროსს:
- უზრუნველყოფილი იქნეს აივ/შიდსით დაავადებულ გარდაცვლილ პატიმართა სასამართლო სამედიცინო ნებით გამოკვლევა და სიკვდილის მიზეზის დადგენა.

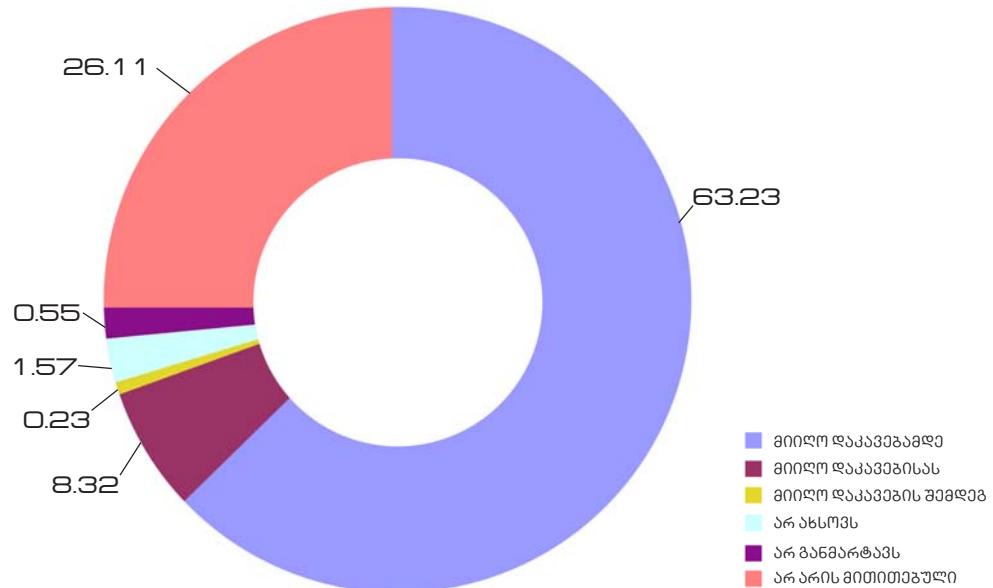
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს:
- ჩატაროს სასჯელალსრულების სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების ტოტალური მონიტორინგი და მოაზადოს სპეციალური ანგარიში აღნიშნულთან დაკავშირებით.

დროებითი მოთავსების იზოლატორებში განთავსებული პირების სამედიცინო მომსახურება

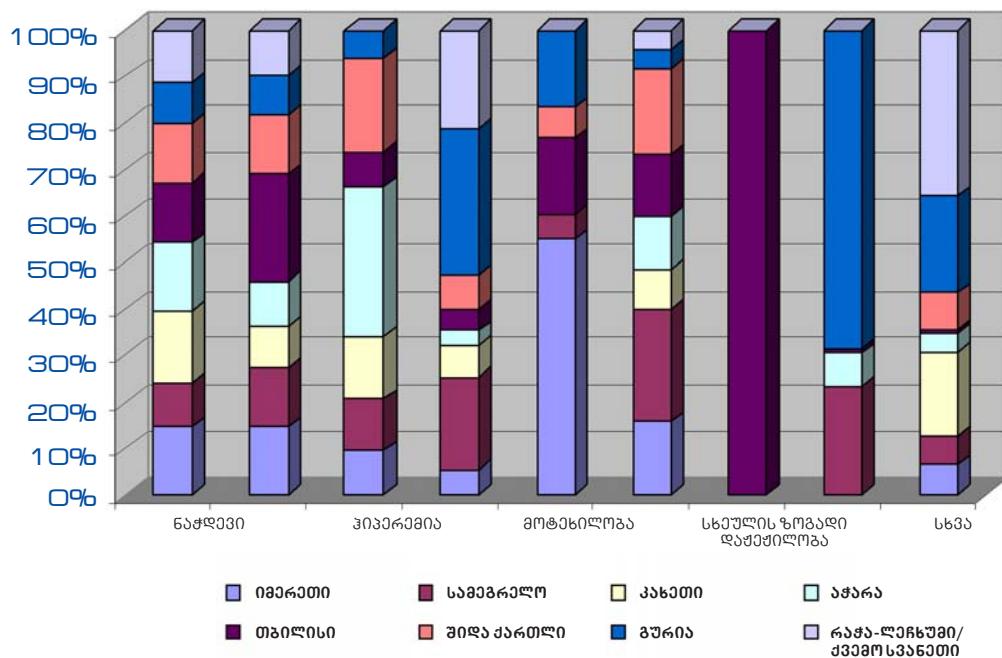
დროებითი მოთავსების იზოლატორების მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო საკითხებს. საანგარიშო პერიოდში დმი-ებში შემოსულ დაკავებულ პირთაგან დაახლოებით 24.3%-ს აღენიშნა სხეულის ამა თუ იმ ფორმის დაზიანება. რეგიონების მიხედვით აღნიშნული მაჩვენებლის თავისებურებანი წარმოდგენილია დიაგრამზე:



600

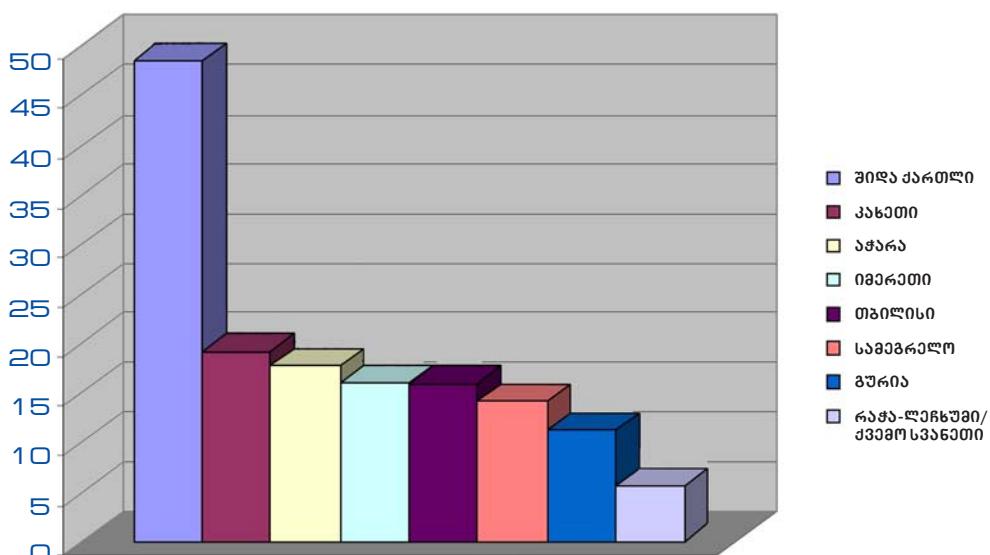


რაც შეეხება სხეულის ფიზიკური დაზიანების სახეებს, დაზიანების ყველაზე ხშირი ფორმაა ნაჭდევი (48.11%). სიხშირით შემდეგ ადგილზეა სისხლნაჟღენი (15.19%) და ჭრილობა (14.62%), რასაც მოჰყვება სხეულის ამა თუ იმ უნის ჰიპერემია (სინითლე) – 8.15%-ში და დაჟეჟილობა – 6.87%. რაც შეეხება დაზიანების სხვა სახეებს, ისინი 1%-ზე დაბალია და წარმოდგენილია სიხშირით შემდევი თანმიმდევრობით: დამწვრობა – 0.65%, სხეულის ზოგადი დაჟეჟილობა – 0.41% და მოტებილობა – 0.19%. შემთხვევათა 5.81%-ში დმი-ის თანამშრომლის მიერ დაზიანების დაკონკრეტება არ მომხდარა (მიუთითებდნენ მხოლოდ – „დაზიანება“).



თავისებურებები. როგორც აღმოჩნდა, ყველაზე ხშირად დაზიანება არის სახის მიდამოში (33.24%), სიხშირით შემდეგ ადგილზეა ზედა კიდური (29.90%), ქვედა კიდური (15.96%), ზურგის მიდამო (8.11%), კისერი (4.1%), მუცელი (3.28%), ქალასარქვლისა (2.55), და გულმკერდის მიდამო (2.37%). მთელი საქართველოს მასშტაბით, შორისის ან გენიტალიების დაზიანების შემთხვევები არსად ყოფილა აღნერილი. შემთხვევათა 0.53%-ში დმი-ის თანამშრომლის მიერ არ ხდება დაზიანების ლოკალზაციის დაკონკრეტება და მითითებულია პირდაპირ, რომ „აღნიშნება სილურჯე“ ან „სხეულის ზედა ნაწილებში აღნიშნება ჭრილობა“.

2009 წლის მეორე ნახევარში, ჯანმრთელობის საჭიროებათა გამო, დმი-ის თანამშრომლების მიერ სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ბრიგადა გამოძახებული იქნა 18.6% შემთხვევაში. სასწრაფოს გამოძახების სიხშირე განსაკუთრებით მაღალია შიდა ქართლის რეგიონში, ხოლო მინიმალურია რაჭა-ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთის რეგიონში.



განსხვავებული სიტუაცია, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების თვალსაზრისით, დაფიქსირდა ქალაქ თბილისის N2 დმი-ში. აღნიშნულის მიზეზია ის ფაქტი, რომ მხოლოდ ამ დაწესებულებაში მუშაობს ექიმი, რომელიც ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას თავადვე არეგულირებს, ხოლო საჯიროების შემთხვევაში ახდენს „033“-ის ბრიგადის გამოძახებას.

რაც შეეხება სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისა და თბილისის დმი-ის ექიმის მიერ დასმულ დიაგნოზებს, მთელი საქართველოს მასშტაბით, სიხშირით პირველ ოთხეულში მოხვდა: ნარკოლოგიური პრობლემები (25.12%); ნევროლოგიური პრობლემები (18.23%); ტკივილის სინდრომი (15.77%) და არტერიული ჰიპერტენზია (11.9%). რაც შეეხება სხვა დიაგნოზებს, სიხშირის მიხედვით წარმოდგენილია (გვ. 1):

5.	ტრავერსული პროცედურები	5.06 %
6.	ქირურგიული პროცედურები	5.06 %
7.	ნეიროცირკულ. დისტონია	4.69 %
8.	სასუნთქი სისტ. დაავადებები	4.17 %

9.	ვეგეტონებუროზი	3.69 %
10.	კუჭ-ნაწლავის დაავადებები	3.69 %
11.	სტომატოლოგ. დაავადებები	2.76 %
12.	ინფექციური დაავადებები	1.98 %
13.	ნეფროლოგია/უროლოგია	1.95 %
14.	გულის დაავადებები	1.56 %
15.	ფსიქიატრიული პრობლემები	1.55 %
16.	ალერგიული დაავადებები	1.40 %
17.	ენდოკრინული დაავადებები	1.34 %
18.	ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადება.	0.84 %
19.	არტერიული ჰიპოტონია	0.52 %
20.	ჰიპერთერმია	0.29 %
21.	სისხლძარღვთა დაავადებები	0.21 %
22.	ორსულობა	0.02 %

რაც შექება დმიტ-ებში არსებულ ზოგად ტერნდენციებს, სამედიცინო დახმარების რეგისტრაციის ურნალებში ჩანაწერები ხშირად არ არის დანომრილი, ხოლო გვერდების დიდ ნაწილში დატოვებულია თავისუფალი ადგილი. აღნიშნულის გამო შესაძლებელია ურნალში ჩანაწერის მიმატება, თუ ამის „საჭიროება“ დადგება დღის წესრიგში. ერთ-ერთ ურნალში სამედიცინო დახმარების რეგისტრაციის ჩანაწერები, ზოგიერთ შემთხვევაში, ხარვეზითა დანომრილი. ურნალების მიხედვით, 189 გამოძახებიდან ექიმის მიერ 23-ჯერ გაიცა რეკომენდაცია პაციენტის სტაციონარში გადაყვანის შესახებ, როგორც შემდგომი მკურნალობის, ასევე კონსულტაციების ჩატარების ან გამოკვლევის მიზნით. შემთხვევათა დაახლოებით 17%-ში ექიმის რეკომენდაცია შესრულდა, ხოლო დაახლოებით 21%-ში დამდგარი შედეგი ჩანაწერების მიხედვით უცნობია. ექიმის რეკომენდაცია არ შესრულებულა შემთხვევათა 62%-ში. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების პრიგადის მიერ სამედიცინო დახმარება აღმოჩენილი იქნა ადგილზე. აღნიშნულს მნიშვნელოვან ხარვეზია და მივიჩნევთ, რომელიც დაუყოვნებლივ უნდა აღმოიიფხვრას.

სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ პაციენტებისადმი განეულ დახმარების ამსახ-ველი ჩანაწერების მიხედვით, ექიმი იშვიათად იძლევა რეკომენდაციას პაციენტისათვის დამატებითი გამოკვლევის ჩატარების ან სტაციონარში გადაყვანის შესახებ. აღნიშნული იმ ფონზე ხდება, როდე-საც ჩანაწერებში მრავლადა აღნერილი შემთხვევები, როდესაც დაკავებული პირი მოყვანილია ავ-ტოსაგზაო შემთხვევის შემდეგ. ასეთ სიტუაციებში, როდესაც სახეზეა სხეულის მრავლობითი დაზი-ანება და დაუეფულობები, მიზანშეწონილია მინიმუმ ქირურგის კონსულტაცია და რუტინული ინს-ტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარება მაინც. წინაღმდეგ შემთხვევაში, დიდია იმისი შანსი, რომ მხედველობიდან იქნეს გამორჩენილი ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საშიში გარ-თულებები (განსაკუთრებით, მუცლის, გულმკერდის, ქალა-ტვირის დახურული ტრავმებისას). სასწ-რაფო სამედიცინო დახმარების ექიმთა ჩანაწერებიც, ხშირ შემთხვევაში, ასევე მნიშვნელოვან ხარე-ზებს მოიცავს. შეუსაბამოა გამოყენებული სამედიცინო ტერმინოლოგია და ზოგიერთ შემთხვევაში, არაა დეკვატურია გატარებული სამედიცინო ლონისძიებები. მაგალითისათვის ერთ-ერთი ჩანაწერის მიხედვით ექიმი წერს, რომ „პაციენტი უჩივის მარცხენა ყურის ბიბილოს ფორმის შეცვლას“. დიაგ-ნოზის საბით კი ექიმს გამოაქს „ყურის ბიბილოს ციანოზი“. ჩანაწერს ხელს აწერენ ექიმი და ექთანი. იგივე ბრიგადა შემდგომში აკეთებს ჩანაწერს, რომლის აღნერილობით ნაწილში აღნიშნულია, რომ პაციენტს აღენიშნება მარჯვენა თვალბუდის სისხლნაჟღენთი, ხოლო დაიგნოზის სახით გამოტანილია „შაკიკი“. სამედიცინო თვალსაზრისით, ეს ჩანაწერები არალოგიური და შეუსაბამოა!

ლებელია იმის გაგება, თუ რას გულისხმობს პოლიციის თანამშრომელი!. არაზუსტადაა მითითებული სხეულის მიდამო და ასევე დაზიანების ხასიათი. აღნიშნულიდან გამომდინარე, გადაუდებელ აუცილებლობას წარმოადგენს, დმი-ის თანამშრომლებს ჩაუტარდეთ შესაბამისი ტრენინგი და მიეცეთ სათანადო მეთოდური რეკომენდაციები აღნიშნული ხარვეზის აღმოსაფხვრელად, რათა დაზიანებების აღწერა მოხდეს ერთიანი მიდგომით. იმ შემთხვევაში, როდესაც სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმი იძლევა რეკომენდაციას პაციენტის სტაციონარში გადაყვანის შესახებ, აღნიშნული ზოგიერთ შემთხვევაში არ სრულდება, რისი დასტურიცაა განმეორებითი ჩანაწერები, იმავე პაციენტან გამოძახებული სასწრაფო დახმარების ბრიგადის ექიმთა მიერ.

ზოგიერთ დმი-ში საცმაოდ მაღალია ქირურგიული და ტრავმატოლოგიური პრობლემებიც, რომელთა გადაწყვეტა ადგილზე ვერ მოხდება, თუმცა პაციენტთა სტაციონარში გადაყვანისა და ექიმის რეკომენდაციის შესრულების პროცენტული მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია. დაკავებულ პირთა სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის საკმაოდ მაღალი რისკი იქმნება, როდესაც სტაციონარში გადაყვანა არ ხდება ან გვიანდება ისეთი დიაგნოზებით, როგორებიცაა: გულის იშემიური დაავადება, დახურული ტრავმები, ქირურგიული პათოლოგიები (თიაქარი, სისხლდენა) და ა.შ.

რამდენიმე შემთხვევაში დაფიქსირდა უურნალში ჩანაწერის შესწორების ფაქტიც. მაგალითად, ერთ-ერთ უურნალში, შემთხვევა რეგისტრ. №003225-ში – თავდაპირველად მითითებული იყო, რომ დაკავებულს სხეულის დაზიანება არ აღენიშნებოდა. აღნიშნულის შემდეგ ჩანაწერში გადაშლილია „არ“, თუმცა რა სახის დაზიანებაა, აღარ არის მითითებული. მიუხედავად ამისა, ირკვევა, რომ გამოძახებული იქნა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. შემთხვევა რეგისტრ. №003260-ში. ამ კონკრეტულ სიტუაციაში მითითებულია, რომ დაკავებულს მარცხნა თვალთან აღენიშნება სილურჯე და შესიება, ორივე მუხლზე ნაკანწერები მიიღო დაკავებისას, წინააღმდეგობისას ძირს დაეცა. მიუხედავად ამისა, გრაფაში მაინც მითითებულია, რომ დაკავებულს სხეულზე დაზიანება არ აღენიშნება. რეგისტრ. №003302: „სხეულზე დაზიანება არ აღენიშნება, დაავადებას არ უჩივის, მას ამ დროისათვის სასწრაფო დახმარება არ საჭიროება.“ მიუხედავად ამისა, შემდგომ მითითებულია, რომ „კარგად დაკვირვებისას ყელზე აღმოაჩნდა მცირე ნაკრწები, რომლებიც არ ახსოვს, სად მიიღო.“

გორის მონაცემებით, 2009 წლის 23 ოქტომბერს დმი-ში შემოყვანილი იქნა დაკავებული. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გაისინვა აღნიშნული პირი, დაესვა თავისი ტვინის შერყვევისა და ნეკების მოტეხილობის დიაგნოზი. გაიცა რეკომენდაცია პაციენტის სტაციონარში გადაყვანის შესახებ. 2009 წლის 23 ოქტომბერს, ს.ს. „გორმედის“ მიერ, ვ. სავანელის ხელმოწერით გაიცა ცნობა №1241, რომელშიც მითითებულია: „ეძლევაშ/ქართლის დმი-ს მასზედ, რომ ქ. გორის ს/ს „გორმედის“ ცენტრალურ საავადყოფოში შემოსულ ავადყოფი ქ.ხ. ამჟამად ჰოსპიტალზაციას არ საჭიროებს მისი მდგომარეობიდან გამომდინარე.“ როგორც მომდევნო ჩანაწერებიდან ირკვევა, აღნიშნულ პირთან სასწრაფო 4-ჯერ იქნა გამოძახებული მომდევნო პერიოდში. ცნობიდან არ ჩანს, რა დიაგნოზი დაესვა პაციენტს ან რა გამოკველვები ჩაუტარდა! ერთ-ერთი ჩანაწერიდან ირკვევა, რომ დაკავებული პირი გადაყვანილი იქნა სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც ექიმის მიერ გაიცა ცნობა. ცნობაში მითითებულია, რომ დაკავებულ პირს აღენიშნება „მოწითალო-მოლურჯო ფერის სისხლნაფლენთი მარჯვენა თვალბუდის არეში.“ დოკუმენტიდან ასევე ირკვევა, რომ პაციენტი „უჩივის სისხლიან პირლეპინებას ალისფერი სისხლით“ და მას აღენიშნება ვირუსული „C“ ჰეპატიტი და ციროზი. მიუხედავად ამისა, ექიმი მიიჩნევს, რომ პაციენტი „ამ ეტაპზე ქირურგიულ განყოფილებაში სტაციონირებას არ საჭიროებს. „აღნიშნული ჩანაწერი მიუთითებს ექიმის მიერ გამოვლენილ არაკვალიფიციურობასა და გულგრილობაზე! რეგისტრაციის უურნალში უხვად მოიპოვება სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ცნობები, რომლებიც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას უნდა ასახვდეს. მიუხედავად ამისა, ცნობების შინაარსი არასრულყოფილია და არ შეესაბამება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ ფორმებს. ცნობების უმრავლესობაში მითითებულია, რომ მაგალითად, „ამ ეტაპზე სტაციონარულ მკურნალობას არ საჭიროებს“, ან „მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია და შესაძლებელია მისი გადაყვანა დმი-ში.“ ამასთან, არ არის მითითებული არც დიაგნოზი და არც მიზეზი, რისთვის იქნა მიყვანილი პაციენტი სამკურნალო დაწესებულებაში. აღნიშნულ ცნობათა უმრავლესობა გაცემულია



„სს გორმედი – გორის ცენტრალური საავადმყოფოს“ მიერ. ერთ-ერთ პაციენტს, რეგისტრაციის ჟურნალის მიხედვით, აღნიშნებოდა „წინამხრის 4 სტ ნაკვეთი ჭრილობა, სისხლმდებინი“. აღნიშნულთან დაკავშირებით, სარეგისტრაციო ჟურნალში დევს „გორმედის“ მიერ გაცემული ცნობა, რომლის მიხედვითაც ირკვევა, რომ პაციენტი შეყვანილი იქნა თერაპიულ განყოფილებაში. დიაგნოზი მითითებული არ არის. ასევე აღნიშნულია, რომ მას ჩაუტარდა ინფუზიური თერაპია და დაბრუნებული იქნა დმი-ში. საინტერესოა, თუ რატომ მოხვდა სისხლმდებინი ჭრილობის მქონე პაციენტი თერაპიულ განყოფილებაში. ერთ-ერთი ცნობის მიხედვით, რომელსაც არც დაწესებულების სახელი აწერია და არც რეგისტრაციის ნომერი აქვს, ირკვევა, რომ ცნობა მიეცა ზ.ხ.-ს, მასზედ, რომ იგი 23/09/2009 იმყოფებოდა გორის პოლიკლინიკაში, საჭიროებდა 2 კბილის ექსტრაქციას, რაზედაც პაციენტმა თავი შეიკავა. დასკვნის სახით ექიმი წერს, რომ „პაციენტი შეიძლება მოთავსდეს დმი-ში“. ექიმის ხელმოწერა პრაქტიკულად არ იკითხება. ცნობას დასმული აქვს ბეჭედი, რომელზეც გაძნელებით იყითხება – „გორის ფასიანი სტრომატოლოგიური პოლიკლინიკა“. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გაკეთებული ჩანაწერებით ირკვევა, რომ ექიმები ხშირად ადგილზე ატარებენ ისეთ მანიპულაციებს, რომელთა ჩატარებაც, არსებული პირობებისა და მათი კვალიფიკაციის გათვალისწინებით, დაუშვებელია!

გორის ჟურნალში გაკეთებული ერთ-ერთი ჩანაწერის მიხედვით ირკვევა, რომ პაციენტი ფ., დაბა-დებული 19.. წელს, აღრიცხვაზე შეს „ფსიქა“-ში. დიაგნოზი – ხანგრძლივი ბოდვითი აშლილობა. პაციენტს დაენიშნა ტრიტაზინი, ციკლოდოლი, მელეფსინი. ექიმი მიიჩნევს, რომ პაციენტი სტაციონარულ მუზრნალობას არ საჭიროებს. ცნობას ხელს აწერს დაწესებულების დირექტორი. რეგისტრაციის ჟურნალიდან ირკვევა, რომ ზემოთ აღნიშნული პირი, პოლიციის დაუმორჩილებლობის გამო, მოყვანილი 12 დეკემბერს დმი-ში. მას შეეფარდა ადმინისტრაციული პატიმრობა 25 დღის ვადით და გათავისუფლდა 2010 წლის 6 იანვარს. საფიქრებელია, რომ პაციენტი საჭიროებდა ფსიქიატრიულ დახმარებას, რის ნაცვლადაც იგი დაპატიმრებული და მას არ მიეწოდებოდა აღეკატური სამედიცინო მომსახურება, რაც წარმოადგენს არაპუმანური მოპყრობის მაგალითს.

როგორც ზემოთ მოყვანილი მაგალითებიდან ირკვევა, როგორც სასწრაფო დახმარების, ასევე სამედიცინო დაწესებულებათა ექიმები დაკავებული პირების მიმართ, ზოგიერთ შემთხვევაში, იჩენენ გულგრილობას. ნაცვლად იმისა, რომ მათ მიერ გაკეთებული ჩანაწერები სრულყოფილად ასახავდეს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, გატარებულ სამედიცინო ღონისძიებებს, დიაგნოზა და ა.შ. ექიმი, ხშირ შემთხვევაში, დასკვნის სახით სანქციას იძლევა პაციენტის დასჯასათვის. აღნიშნული უხეშად ეწინააღმდეგება საექიმო ეთიკის ნორმებს, ასევე, უხეშად ირლვევა „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, რომელიც უკრძალავს ექიმს პირის დასჯასთან დაკავშირებულ ნებისმიერ ქმედებაში მონაწილეობას.⁵⁶ მსგავსი შემთხვევების განმეორების შემთხვევაში მიზანშენონილად მიგვაჩინა აღნიშნულ ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხის დაყენება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

ჟურნალების მიხედვით შეუძლებელია იმის დადგენა, თუ რამდენჯერ იქნა გამოძახებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა „033“. ჟურნალში არსებული გრაფების მიხედვით მასში უნდა მოიპოვებოდეს შემდეგი ინფორმაცია: სარეგისტრაციო ნომერი, თარიღი, დაკავებულის გვარი და სახელი, სამედიცინო ხასიათის ჩივილები, დაზიანებები, დიაგნოზი, განეული დახმარება, მედიკა-მენტები, ექიმი/ექთანი. მიუხედავად ამისა, ჟურნალის გრაფები, უმრავლეს შემთხვევაში, არასრულყოფილადაა შევსებული. ჟურნალები, როგორც წესი, დანომრილია, თუმცა საკმაოდ ხშირია სარეგისტრაციო ნომრების გადასწორების და შესაბამისად, ნუმერაციის არევის შემთხვევები. დაკავებული პირის სხეულზე არსებული შესაძლო დაზიანებების შესახებ ჟურნალში ჩანაწერს, სავარაუდო, ექიმი აკეთებს, თუმცა არსებული ჩანაწერების განხილვით ეს უკანასკნელი არსებითად არ განსხვავდება პოლიციის თანამშრომლების (არასამედიცინო პერსონალი) მიერ გაკეთებული ჩანაწერებისაგან, რაც მნიშვნელოვან ხარვეზიად უნდა იქნეს მიჩნეული. არასრულყოფილია სასწრაფო სამედიცინო დახმა-

⁵⁶ ჟულრ ვრცლად აღნიშნული პრობლემა მიმოხილულია საჯელალსრულების დაწესებულებების სამედიცინო მომსახურების ქვეთავში.



გამოძახებული იქნა „033“ სტაციონარში გადასაყვანად“. მიუხედავად ამისა, შემდგომი დინამიკა პაციენტის მდგომარეობასთან დაკავშირებით არ ჩანს. ასევე, ერთ-ერთ შემთხვევაში (რეგისტრაციის №622 ნ.მ.) პაციენტს „ანამნეზში აქვს პარანოიდული შიზოფრენია და ეპილეფსია, პირიდან ამოსდის ალკოჰოლის სუნი, დაზიანება არ აღენიშნება“. აღნიშნულის გარდა ვხვდებით ჩანაწერს, რომ „მომყვანი გაფრთხილებულია, რომ დაკავშირებულის გადმოცემით მას აღენიშნება შიზოფრენია – პარანოიდული ფორმა. იმყოფება რეგისტრირებულ მკურნალობაზე და საჭიროებს დანიშნული პრეპარატების მოტანას“. აღნიშნულ შემთხვევაშიც დღის ნესრიგში არ დამდგარა ფსიქიატრის კონსულტაციის ჩატარების აუცილებლობა, რაც სამედიცინო მომსახურების ნაკლოვანებად უნდა ჩაითვალოს. პაციენტი მ.ს.-ს (რეგისტრაციის №572) დმი-ში განუვითარდა ეპილეფსიური გულყრა, რა დროსაც დავარდა და მიიღო სხვადასხვა მიდამოს დაზიანებები, მათ შორის, სისხლმდენი ჭრილობები ცხვირის, შუბლის არეში და ნახეთქი ენაზე. პაციენტის ჭრილობის ადეკვატური დამუშავება არ ჩასტარებია, არ დამდგარა საკითხი ანტიტეტანური პროფილაქტიკის შესახებ, არ მომხდარა ნევროპათოლოგის კონსულტაციის ჩატარება, არამედ, როგორც ჩანაწერიდან ირკვევა, პაციენტს მიეცა 1 აბი ფინლეპ-სინი, რაც ამ მდგომარეობის ადეკვატურ მართვად ვერ ჩაითვლება.

სამეცნიერო რეგიონში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმის მიერ რამდენიმე შემთხვევაში ჩანაწერები გაკეთებულია არა სახელმწიფო ენაზე (რეგისტრაციის უურნალში №262, 267) და პრაქტიკულად არც იკითხება. აღნიშნული წარმოადგენს მინიშნელოვან ხარვეზს და ამავდროულად, კანონდარღვევასაც. საქართველოს კანონის „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 56-ე მუხლის მე-2 პუნქტის, „ა“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, „სამედიცინო ჩანაწერები უნდა შესრულდეს სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად“. სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ექიმის მიერ გაკეთებული ჩანაწერები ხშირად აქაც არაადეკვატურია, მაგალითად, „სხეულის ზოგადი ტრავმული დაზიანება, უპირატესად ქალატვინის ტრავმა“. ჩანაწერიდან გაუგებარია, თუ რას ნიშნავს „უპირატესად“ ან რას გულისხმობს ამ ჩანაწერის გამკეთებელი. უურნალში ასევე ნანახი იქნა შემთხვევა, როდესაც (რეგისტრაციის უურნალში №261) ექიმი საერთოდ არ წერს დიაგნოზს. ერთ-ერთ შემთხვევაში უურნალიდან ირკვევა, რომ დაკავშირებული პიროვნება ქალია (რეგისტრაციის უურნალში №256 18.07.2009 პაციენტი მ.ჯ.) და მისი დიაგნოზია „ტკივილის სინდრომი, ორსულობა, გესტაციური ასაკი 16 კვირა“. ექიმი ამ შემთხვევაში არ აკონკრეტებს, რას გულისხმობს „ტკივილის სინდრომში“. ასევე არ არის ალერგიული არანირი ნიშნები, რომლებიც წარმოდგენას შეგვიქმნის დედის ან ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ექიმი არ ითხოვს გინეკოლოგის კონსულტაციას ან სხვა რაიმე სახის დამატებით სამედიცინო ღონისძიებას. არსებული პირობების გათვალისწინებით არსებობს მაღალი რისკი იმისა, რომ ორსულობა შეწყდეს, ანუ როგორც დედის, ისე ნაყოფის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს საფრთხე დაემუქროს. ასეთ სიტუაციაში პაციენტის საუკეთესო ინტერესების გაუთვალისწინებლობა უნდა მივიჩნიოთ არაჰემანურ მოპყრობად. ერთ-ერთ შემთხვევაში (რეგისტრაციის უურნალში №284, გვ.72) მითითებულია, რომ „ადგილზე დამუშავდა ჭრილობა“. ამ შემთხვევას არ აქვს დაკავშირებულის გვარი და სახელი მითითებული. გარდა იმისა, რომ გაურკვეველია, ვის მიმართ ჩატარდა აღნიშნული ღონისძიება, არსებულ პირობებში „ჭრილობის დამუშავება“ წარმოადგენს აშკარად შეუსაბამო და არაადეკვატურ სამედიცინო დახმარებას. გარდა ამისა, დმი-ის თანამშრომლები ხშირ შემთხვევაში საერთოდ არ ან მხოლოდ ნანილობრივ აღნერენ დაკავშირებული პირის სხეულზე არსებულ დაზიანებებს. ამის ნათელი მაგალითია ზუდვიდის დმი-ში განხორციელებული ორივე მონიტორინგის დროს ნანახი შემთხვევები. ერთ შემთხვევაში (რეგისტრაციის უურნალში №001261), პირის მიმართ ალერგიულია დაზიანებების მინიმალური ნიშნები სახეზე, ბარძაყის უკანა ზედაპირზე და მუხლებზე. ჩვენ მიერ დათვალიერებული აღნიშნული პირი (მისივე თანხმობით) და ალმოჩნდა აპსოლუტურად სხვა სასიათის და გაცილებით ფართო ლოკალიზაციის დაზიანებები. გარდა ამისა, დმი-ში გაკეთებული ჩანაწერების მიხედვით, დაკავშირებულმა დაზიანებები მიიღო – „ფეხბურთის თამაშის დროს, დაეცა 2-3 ჯერ“. ეს უკანასკნელი არადამაჯერებელია და არსებული დაზიანებების სასიათიდან გამომდინარე, წარმოუდგენელ მექანიზმს ასახავს (სტამბოლის პროტოკოლი, სანდოობის სარისხი – „0“), განსაკუთრებით თუ გავითვალისწინებთ დაკავშირებული პირის კომენტარებსაც, რაც ასევე აპსოლუტურად წინააღმდეგობრივია.

ზუგდიდის დმი-ში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ჩვენ მიერ შერჩევითად იქნა დათვალიერებული ერთ-ერთი დაკავშირებული. როდესაც დაკავშირებულმა გაიგო ჩვენი ვინაობა, გვთხოვა, აღმოგვეჩინა

დახმარება. მისი გადმოცემით, დაკავების დროს და ასევე ჩვენების მიცემისას იგი სასტიკად სცემეს სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლებმა. სხეულზე აღენიშნებოდა საქმაოდ ინტენსიური სხვადასხვა სახისა და ლოკალიზაციის დაზიანებები. ჩვენ მიერ შედგენილი იქნა შესაბამისი ოქმი და შევსებული იქნა დაზიანებათა აღწერის ფორმა №5.

ოზურგეთის დმი-ში, სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების სარეგისტრაციო ურნალში, ყურადღებას იპყრობს 27.09.2009 წ. გაკეთებული ჩანაწერი 49 წლის დაკავებულ ვ.ჯ.-ს მიმართ. სასწრაფოს ექიმი მიუთითებს თავის ტკივილზე, ნევროზულ მდგომარეობასა და სმენის დაქვეითებაზე. რაც შეეხება ტრავმის მიღების მექანიზმს, ექიმისავე ჩანაწერით ირკვევა, რომ დაკავებულს აღნიშნული მოვლენები დაეწყო მარცხენა ყურის არეში ძლიერად დარტყმის გამო. სარეგისტრაციო ურნალში გაკეთებული ჩანაწერიდან (რეგისტრაციის №000409) ირკვევა, რომ დაკავებულ პირს მარცხენა ყურის მიღამოში აღნიშნება სინითლე, რის გამოც გამოძახებული იქნა სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. აქვე მითითებულია, რომ დაკავებულს გააჩნია პრეტენზია ურეკის პოლიციის თანამშრომლების მიმართ. ურეკის განყოფილებაში მიყყანისას მას მიყენეს ფიზიკური და სიტყვიერი შეურაცხყოფა. მას შეუძლია კონკრეტული პიროვნების ამოცნობაც. როგორც შემდგომი ჩანაწერებიდან ირკვევა, დაკავებული გათავისუფლდა 2009 წლის 29 სექტემბერს, 01:40 წ. (დაკავების თარიღი 27.09.09 11:10) ოზურგეთის რ. პროკურატურის პროკურორის დადგენილების საფუძველზე. აღნიშნულმა შემთხვევამ ჩვენი ყურადღება მიიპყრო იმით, რომ აღწერილი დაზიანება და მისი მიყენების მექანიზმი წარმოადგენს წამების ერთ-ერთ საყოველთაოდ ცნობილ მეთოდს, რომელსაც „ტელეფონონ“ ეწოდება. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, აღნიშნული ფაქტი გამოძიებული იქნეს დეტალურად.

სენაკის დმი-ს რეგისტრაციის წიგნის მიხედვით, ერთ-ერთ პაციენტს (გ.გ.) აღნიშნებოდა სისხლდენა საჭმლის მომნელებული ტრაქტიდან, ასევე, დიაგნოზში მითითებულია ფილტვების კავერნული ტუბერკულოზი. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმი ითხოვს პაციენტის პოსპიტალიზაციას, ჩანაწერების მიხედვით, დაკავებული პირი საავადმყოფოში არ გაუყვანიათ. ამ ფონზე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა წერს – „მუცელი დიფუზურად პალპაციით მტკიცნეულია, მუცლის ქვედა ზედაპირზე აღინიშნება სისხლჩაქცევები. სისხლიანი ლებინება, სისხლიანი ნახველი, სისხლიანი შარდი“. ჩანაწერებიდან ირკვევა, რომ პაციენტს გაუკეთდა დიცინონი. ამ მდგომარეობის პაციენტის სტაციონარში გადაუყვანლობა უნდა ჩაითვალოს უხეშ შეცდომად და მინიმუმ უნდა შეფასდეს, როგორც არაპუმანური მოპყრობა, ვინაიდან პაციენტის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა აშკარად დადგა უდიდესი რისკის ქვეშ!

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით ვლინდება, რომ დმი-ებში დაკავებულთა ჯანმრთელობის საკითხები მეტ ყურადღებას მოითხოვს.

რეკომენდაციები

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმართველოს უფროსს

- მკაფირად გაკონტროლდეს დმი-ში მთავსებულ პირთათვის სამედიცინო დახმარების რეგისტრაციის ურნალებში რეგისტრირებული ჩანაწერების ნუმერაცია;
- დაწესდეს მკაფირი კონტროლი, რათა დმი-ში მოთავსებულ პირთა სარეგისტრაციო ურნალების წარმოება მოხდეს უნიფიცირებული წესით ჯანდაცვის საკითხების მიმართ;
- დმი-ის თანამშრომელთა მიერ მკაფირად გაკონტროლდეს და არ იქნეს დაშვებული სამედიცინო ჩანაწერების არასახელმწიფო ენაზე გაკეთება, რითაც უხეშად ირლვევა „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 56-ე მუხლი.
- დმი-ის თანამშრომლებს ჩაუტარდეთ შესაბამისი ტრენინგები და მიეცეთ სათანადო მეთოდური რეკომენდაციები, რათა დაზიანებების აღწერონ კვალიფიციურად და უნიფიცირებული მიდგომით;
- გაკონტროლდეს მდგომარეობა, რათა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ან სხვა ექიმების მიერ ადგილზე არ ჩაატარონ ისეთი მანიპულაციები, რომელთა წარმართვაც, არსებული პირობებისა და ექიმთა კვალიფიკაციის გათვალისწინებით, დაუშვებელია;



- დმი-ში ფსიქიური პრობლემების მქონე დაკავებულ პირთა შეყვანის ნებისმიერ შემთხვევაში, ეს უკანასკნელი უზრუნველყოფილი იყვნენ კვალიფიციური ფსიქიატრიული დახმარებით;
- შეწყდეს ექიმთა მიერ „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლით დაწესებული აკრძალვების პრაქტიკაში გატარება და ასეთის დაფიქსირების შემთხვევაში დაისვას აღნიშნულ ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის საკითხი საქართველოს კანონ-მდებლობით დადგენილი წესით;
- დმი-ში მოთავსებულ პირთა მიმართ (რომლებსაც დაზიანების სახით აღენიშნებათ კანის ან ლორწოვანი საფარველის მთალიანობის დარღვევა, სისხლდენა ან სხვა ყველა საჭირო შემთხვევაში), 48-72 საათის განმავლობაში სავალდებულო წესით და სამედიცინო მდგომარეობის გათვალისწინებით ჩატარდეს ანტიტეტანური ვაქცინაცია.

სამედიცინო მომსახურება ჰაუპტვახტებში

ვაზიანის ჰაუპტვახტი

ვაზიანის ჰაუპტვახტში ჩატარებული მონიტორინგის დროს მონიტორინგის ჯგუფი შეხვდა სამედიცინო პერსონალს, ადმინისტრაციას, თანამშრომლებს, დაკავებულებს. დათვალიერდა არსებული ინფრასტრუქტურა, შემონმდა სამედიცინო დოკუმენტაცია. ადგილობრივი ექიმის ინფორმაციით, ჰაუპტვახტში მუშაობს 3 ექიმი, რომლებიც ყოველ მესამე დღეს მორიგეობენ 24-საათიანი რეჟიმით. ექიმის კაბინეტი წარმოდგენილია 2 მცირე ფართობის ოთახისაგან. პირველი არის პაციენტთა მისაღები და მეორე – ექიმის მოსასვენებელი. მისაღები ოთახის ფართობია დაახლოებით 8მ². ოთახს აქვს ფანჯარა, საიდანაც შემოდის დღის შუქი. ოთახში მიჯრითაა განთავსებული ტახტი, ექიმის სამუშაო მაგიდა, ტუმბო, სამედიცინო საგორებელი მაგიდა და 2 სკამი. ოთახში დამონტაჟებულია ხელსაბანი. ექიმის მოსასვენებელ ოთახში განთავსებულია საწოლი, სეიფი, სკამი, კარადა და ვენტილატორი. ექიმის გადმოცემით, წამლების ინახება სეიფში.

წარმოდგენილი იქნა უურნალები, რომლებსაც აწარმოებს ჰაუპტვახტის სამედიცინო ნაწილი. ესენია:

1. ჰაუპტვახტში შემოსულ სამხედრო მოსამსახურეთა ყოველდღიური სამედიცინო შემონმების აღრიცხვის უურნალი №28;
2. ჰაუპტვახტში ამბულატორიულ ავადმყოფთა აღრიცხვის უურნალი №24;
3. ჰაუპტვახტის საპროცედურო უურნალი №27;
4. ჰაუპტვახტში მოთავსებულ სამხედრო მოსამსახურეთა შხაპის მიღების უურნალი №45;
5. საკვების ხარისხიანობისა და სასადილოს სანიტარიული მდგომარეობის ყოველდღიური შემონმების აღრიცხვის უურნალი №41;
6. ფიზიკური დატვირთვისაგან გათავისუფლების აღრიცხვის უურნალი №44;
7. პრევენციის უურნალი №40;
8. ყოველდღიური დასუფთავების უურნალი №46;
9. მედიკამენტებისა და ხარჯვადი სამედიცინო ქონების ყოველდღიური აღრიცხვის უურნალი №23;
10. მედიკამენტებისა და ხარჯვის ყოველთვიური აღრიცხვის უურნალი №22;
11. სამედიცინო აპარატურისა და ინვენტარის აღრიცხვის უურნალი №26;
12. შემოსული სამედიცინო დოკუმენტაციის აღრიცხვის უურნალი №43;
13. გასული სამედიცინო დოკუმენტაციის აღრიცხვის უურნალი №42;
14. შემოსული საქმეები №66;
15. გასული საქმეები №65;
16. აქტების სარეგისტრაციო უურნალი №48;
17. მორიგეობის გადაბარების უურნალი №47.

საყოფაცხოვრებო და სხვა სახის ტრავემების აღრიცხვის უურნალი არ არსებობს, შესაბამისად, ამგვარი ფაქტების შესაძლო განხორციელების დროს სამედიცინო ინფორმაცია დაუფიქსირებელი

ხდება. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ყოფილა შემთხვევები, როდესაც შემოსულა დაკავებული სისხლნაჟღენთებითა და ნაჭდევებით. თუ ტრავმის ხასიათი სერიოზულია, მაშინ ასეთ დაკავებულებს გზავნიან გორის სამხედრო ჰოსპიტალში.

ექიმის ინფორმაციით, მედიკამენტებით მომარაგება ხდება სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტი-დან, სადაც აღნიშნულ საკითხს კოორდინაციას უწევს ექიმი-ოფიცერი. მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხის რაიმე ლიმიტი დაზესებული არ არის. ზამლებს იღებენ ყოველკვარტალურად, მოთხოვნის შესაბამისად. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, მედიკამენტების მისალებად ხდება განაცხადის წარდგენა, რომელიც მიდის კოორდინატორთან და საპოლოოდ, ბაზიდან ხდება მომარაგება. წამლების მოთხოვნასა და მოწოდებას შორის ბალანსი, ექიმის აზრით, დაახლოებით 90%-ს შეადგენს. მოხმარებული მედიკამენტების ხარჯვის შესახებ ინფორმაციას ექიმი წარუდგენს ისევ სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტს.

ექიმის გადმოცემით, ადგილზე სისტემატურად ხდება საკვების ვარგისობის შემოწმება. საანგარიშო პერიოდში საკვების წუნდების ფაქტის შესახებ ექიმი არ მიუთითებს.

რაც შეეხება სანიტარიულ-ჰიგიენურ პროცედურებს, ექიმის ინფორმაციით, გაფორმებული ჰქონდათ ხელშეკრულება (შეწყდა 16 სექტემბერს) კომპანია „დრ. როდგერ კონტრაქტედ ქლინიკ“-თან, რომელიც ახდენდა სანიტარიული ღონისძიებების ორგანიზებას. ხელშეკრულებით კომპანია 3 თვეში ერთ-ხელ უნდა მოსულიყო და დაემუშავებინა ტერიტორია. შესაბამის უურნალში ჩანაწერების მიხედვით ირკვევა, რომ ვიზიტი მხოლოდ ორჯერ განხორციელდა (2009 წლის 23 იანვარი და 16 სექტემბერი). კომპანია ატარებდა დეზინფეციას, დეზინსექციას და დერატიზაციას საკუთარი გეგმის მიხედვით და ექიმის მითითებებით.

რაც შეეხება დაკავებულ პირთა შემოყვანას ჰაუპტვახტში, ექიმის გადმოცემით, დაკავებული შემოჰყავთ სამედიცინო ნაწილის ექიმის ცნობითა და კვების ატესტატის თანხლებით. ექიმი ნახულობს შემოყვანილ პირს, რის შემდეგაც იგი გადაჰყავთ სასამართლოში. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, ექიმი ზოგჯერ ათავისუფლებს დაკავებულს ფიზიკური დატვირთვისაგან. აღნიშნულისათვის მხედველობაში მიიღება სამედიცინო ცნობა, რომელიც გაცემულია სამხედრო ნაწილის ექიმის მიერ. მძიმე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო პაციენტის გორის ჰოსპიტალში გადაყვანა ბოლო 6 თვეში არ დასჭირდებიათ.

სამედიცინო ნაწილში წარმოებს მცირე სამედიცინო მანიპულაციები: ინიექცია, გადასხმა და სხვა. სტომატოლოგიური დახმარება ადგილზე არ წარმოებს და მხოლოდ ტკივილგამაყუჩებლის მიცემით შემოიფარგლება.

დაკავებულთა სამედიცინო მონიტორინგისას მათ მიმართ ამბულატორული სამედიცინო ბარათი არ იწარმოება, მიუხედავად იმისა, რომ ჰაუპტვახტში დაკავებულებს უწევს მხოლოდ ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას. ჰაუპტვახტში მომუშავე სამივე ექიმის სპეციალობაა „შინაგანი მედიცინა“, ხოლო ერთ-ერთს ასევე აქვს სახელმწიფო სერტიფიკატი სპეციალობით „პედიატრია“.

ექიმის ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში ლეტალობის შემთხვევები არ ჰქონიათ. ექიმის მიერ წარმოდგენილი იქნა III და IV კვარტლის სამედიცინო ანგარიშები (ფორმა N8/1), რომელთა მიხედვითაც ირკვევა ის სამედიცინო სახის პრობლემატიკა, რომელთან გამკლავებაც მოუხდათ ექიმებს 2009 წლის მეორე ნახევარში (საანგარიშო პერიოდი). როგორც ირკვევა, მომართვების საერთო რაოდენობამ შეადგინა 1487. მათგან ტრავმა დაფიქსირდა 1 შემთხვევაში. რაც შეეხება ავადობის სპექტრს, წარმოდგენილია ცხრილში:

1.	ნერვული სისტემის დაავადებები	32.07	136
2.	თვალისა და მისი დანამატის დაავადებები	2.84	12
3.	სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	0.47	2
4.	სუნთქვის ორგანოების დაავადებები	27.35	116

5.	საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	24.52	104
6.	კანისა და კანქეშა უჯრედისის დაავადებები	4.72	20
7.	ძვალკუნთოვანი სისტემის დაავადებები	2.59	11
8.	შარდასასქესო სისტემის დაავადებები	0.47	2
9.	ტრაქმები	0.23	1
10.	სხვა	4.74	20
სულ		100%	424

ექიმმა გამოთქვა სამუშაო პირობების გაუმჯობესების სურვილი, რაც აპსოლუტურად მისაღებია. კერძოდ, სამედიცინო დანიშნულების ოთახისათვის უნდა გაიზრდოს ფართობი და ასევე, ექიმთა მორიგეობა უნდა დაწესდეს ყოველ მე-4 დღეს (როგორც ეს მიღებულია სხვა სამედიცინო დაწესებულებებში).

ისევე, როგორც სენაკის ჰაუპტვახტში, მონიტორინგის დროს ჩვენი ყურადღება აქაც მიიპყრო ე.წ. „ცნობის“ ფორმამ, რომელსაც ავსებს ექიმი. ცნობა ნარმოადგენს ინფორმაციას იმის თაობაზე, რომ პირმა გაიარა სამედიცინო შემოწმება (ნაწილის დასახელება) სამედიცინო პუნქტში და შემოწმების მომენტისათვის დაესვა დიაგნოზი (როგორც უმრავლეს შემთხვევებში, დიაგნოზის სახით იწერება – „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“). საბოლოო ჯამში, ცნობა იძლევა დასკვნას, რომ სამედიცინო ნაწილის ექიმის რეკომენდაციით პირი „ვარგისია ჰაუპტვახტში მოთავსებისათვის და მას არ აქვს შეზღუდვები“. აღნიშნული პრაქტიკა შეუფერებელია საექიმო ეთიკის ნორმებისათვის, გარდა ამისა, იგი არღვევს „საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონს, რომლის 54-ე მუხლის შესაბამისად, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ეკრძალება – „პირდაპირი ან არაპირდაპირი კავშირი ისეთ ქმედებებთან, რომლებიც დაკავშირებულია ... სასჯელში მონაწილეობასთან.“

გორის ჰაუპტვახტი

გორის ჰაუპტვახტში მონიტორინგი ჩატარდა 2009 წლის მეორე ნახევრის პერიოდში არსებული მდგომარეობის შეფასების და ანალიზისათვის. ვიზიტის დროს მონიტორინგის ჯგუფი შეხვდა ჰაუპტვახტის ექიმს, ადმინისტრაციასა და თანამშრომლებს. დათვალიერდა არსებული ინფრასტრუქტურა, შემოწმდა სამედიცინო დოკუმენტაცია.

ჰაუპტვახტში მუშაობს 1 ექიმი, ექთანი არ ჰყავს. ექიმს მუშაობა უწევს ყოველდღე, კვირის გარდა. ექიმს აქვს კაბინეტი, რომელშიც ჰაუპტვახტში მოთავსებულ პირებს უწევს სამედიცინო დახმარებას. ექიმთა მორიგეობა ჰაუპტვახტში არ ხდება. საჭიროების შემთხვევაში, არასამუშაო საათებში მას იძახებენ სახლიდან. შევებულება ექიმს აღნიშნულის გამო ჯერ არ ჰქონია.

ჰაუპტვახტში დაკავებულებს შეუძლიათ მიიღონ მხოლოდ ამბულატორიული სამედიცინო დახმარება. სტაციონარული მომსახურება ადგილზე არ ხორციელდება. მონიტორინგის მომენტისათვის, სარეგისტრაციო ურნალის მიხედვით, 2009 წლის მეორე ნახევარში ჰაუპტვახტში შეუყვანიათ სულ 94 დაკავებული. დაკავებულთა უმრავლესობას დაზიანება ან რაიმე დაავადება არ აღენიშნებოდა და შესაბამისად, მიჩნეული იყვნენ პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებად. 5 შემთხვევაში ექიმის მიერ დაფიქსირებული იყო დიაგნოზები:

- მარჯვენა მუხლის ართრიტი;
- ქვედა მარჯვენა მხარეს მე-6 კბილის კარიესი;
- მარცხენა მუხლის ჭრილობა (რეკონვალესცენციის პერიოდი);
- ასთმური ბრონქიტი;
- არტერიული ჰიპერტენზია.

საყოფაცხოვრებო და სხვა სახის ტრავმების აღრიცხვის უურნალი ისევე, როგორც სხვა ჰაუპტვახტებში, აქაც არ არსებობს, შესაბამისად, ამგვარი ფაქტების შესაძლო განხორციელების დროს სამედიცინო ინფორმაცია დაუფიქსირებელი რჩება.

დაკავებულთა სამედიცინო მონიტორინგისას მათ მიმართ ამბულატორიული სამედიცინო ბარათი არ ინარმობა, მიუხედავად იმისა, რომ ჰაუპტვახტი დაკავებულებს უწევს მხოლოდ ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას. ექიმი აწარმოებს შემდეგი სახის უურნალებს:

- პირადი შემადგენლობის სამედიცინო შემოწმების უურნალი;
- მედიკამენტების აღრიცხვისა და გაცემის უურნალი;
- ინვენტარის აღრიცხვის უურნალი;
- ამბულატორიული უურნალი.

შემოსულ დაკავებულს თან მოჰყვება ცნობა სამედიცინო ნაწილიდან, რომელიც ასახავს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. მიუხედავად ამისა, ექიმის გადმოცემით, იგი მაინც ყველა შემოსულ პირს სინჯავს. დაკავებულების ჰაუპტვახტში ყოფნის პერიოდშიც ექიმი აწესებს სამედიცინო მონიტორინგს მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემების მქონე დაკავებულები მათ არ ჰყოლიათ. ექიმი აწარმოებს ჰაუპტვახტში მოთავსებულ პატიმართა სამედიცინო შემოწმების უურნალს, რომლის მიხედვითაც ბოლო პერიოდში დაუფიქსირდა კატარული ანგინის ერთი შემთხვევა და 1 ცეფალგია. სხვა სახის რეგისტრაცია ან ჩანაწერი უურნალში არ მოიპოვება.

ექიმის გადმოცემით, ადგილზე შესაძლებელია განხორციელდეს პირველადი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, ინიციატივა, გადასხმა, შეხვევა და მიკროტრავმების დამუშავება. საანგარიშო პერიოდში სტაციონარში გადაყვანილი 1 დაკავებული, რომელსაც აღენიშნებოდა ბრონქული ასთმა. ექიმის ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში ლეტალობის შემთხვევები არ ჰქონიათ.

ექიმის ინფორმაციით, მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით მომარავება წარმოებს თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტიდან. ექიმი მოთხოვნას წერს დეპარტამენტის სახელზე, რაც წარმოადგენს მედიკამენტებით მომარავების საფუძველს. წამლების მოხმარების შესახებ ექიმი ინფორმაციას ასახავს ყოველთვიურ და ყოველკვარტალურ ანგარიშებში. სამედიცინო დანიშნულების საგნებიდან, ექიმის ინფორმაციით, მათ აქვთ: წნევის აპარატი, ფონენდოსკოპი, ამბუსპარკი, ციფრული თერმომეტრი და ენის დამჭერი. სამედიცინო ოთახში ასევე არის მცირე ქირურგიული კომპლექტი, შესახვევი მასალა და არტაშები.

ისევე, როგორც სხვა ჰაუპტვახტებში, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, დაკავებული პირის სასჯელში ექიმს უნებურად უწევს მონაწილეობა, აწერს რა ხელს ცნობას, რომლის მიხედვით, პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, ეს უკანასკნელი ვარგისია ჰაუპტვახტში მოთავსებისათვის. ექიმის გადმოცემით, საჭიროებისას იგი ასევე მიმართავს შესაბამის პირებს რეკომენდაციით, რომ დაკავებულს შეუწყდეს სასჯელი.

ტიპური სამედიცინო პრობლემებიდან ექიმი ასახელებს ზაფხულში „ფეხების გადაყვლეფას“, ანგინას, ცისიტის, იშიაზსა და რადიკულიტის, ასევე, მწვავე რესპირატორულ დაავადებებს (აქვს სეზონური ხასიათი) და ა.შ.

ექიმის ინფორმაციით, საკვები ჰაუპტვახტში მოაქვთ სამხედრო ნაწილიდან. მისი ვარგისიანობას ექიმი ადგილზე ამოწმებს. საანგარიშო პერიოდში მის მიერ საკვების წუნდების ფაქტი არ დაფიქსირებულა.

ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, ბოლო პერიოდში შედარებით გამოსწორდა ჰიგიენური პირობები. შეაპის მიღება ხდება კვირაში ერთხელ, ნარჩენები გააქვთ პერიოდულად. სანიტარიული სამსახური ადგილზე ჯერ არ მოსულა. მათ აქვთ „ქლორიანი კირი“, რომელსაც ხსნიან წყალში და ამგვარად ახდენენ სველი წერტილების დეზინფიქციას. დეზინსექცია და დერატიზაცია ტერიტორიაზე მიზანმიმართულად არ ტარდება.



ბათუმის ჰაუპტვახტი

ბათუმის ჰაუპტვახტში მონიტორინგი ჩატარდა 2009 წლის მეორე ნახევრის პერიოდში არსებული მდგომარეობის შეფასებისა და ანალიზისათვის. ვიზიტის დროს მონიტორინგის ჯგუფი შეხვდა ჰაუპტვახტის ექიმს, ადმინისტრაციას, დაკავებულებსა და თანამშრომლებს. დათვალიერდა არსებული ინფრასტრუქტურა, შემოწმდა სამედიცინო დოკუმენტაცია.

ადგილობრივი ექიმის ინფორმაციით, ჰაუპტვახტში მუშაობს 1 ექიმი, ექთანი არ ჰყავს. ექიმს მუშაობა უწევს ყოველდღე, კვირის გარდა. მისი სამუშაო საათებია 9.00-დან 18.00-მდე, აქვს შესვენება 13.00-იდან 14.00 საათამდე. არასამუშაო დღეებში მას მუშაობა უწევს გამოძახებით.

ექიმის კაბინეტი 1 მცირე ოთახია, სადაც ხდება პაციენტთა მიღება. ოთახში განთავსებულია ტახტი, ექიმის სამუშაო მაგიდა, წამლების კარადა და სკამები. ოთახში განათების წყაროა პატარა ფანჯარა.

საყოფაცხოვრებო და სხვა სახის ტრაქტების ალრიცხვის უურნალი ისევე, როგორც სხვა ჰაუპტვახტებში, აქაც არ არსებობს, შესაბამისად, ამგვარი ფაქტების შესაძლო განხორციელების დროს სამედიცინო ინფორმაცია დაუფიქსირებელი რჩება.

ექიმის ინფორმაციით, მედიკამენტებით მომარაგება წარმოებს თავდაცვის სამინისტროდან. მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხის რაიმე ლამიტი დაწესებული არ არის. წამლებს იღებენ ყოველკვარტალურად, მოთხოვნის შესაბამისად. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, მედიკამენტების მისაღებად წარადგენენ განცხადებას, რომელიც მიდის კოორდინატორთან და საბოლოოდ, ბაზიდან ხდება მომარაგება. მოხმარებული მედიკამენტების ხარჯვის შესახებ ინფორმაციას ექიმი წარადგენს ყოველთვიური და ყოველკვარტალური ანგარიშების სახით.

სამედიცინო დანიშნულების საგნებიდან ექიმის ინფორმაციით, მათ აქვთ: წნევის აპარატი, ფონენდოსკოპი, სამედიცინო ჩანთა M-18, ლარინგოსკოპი, ანატომიური პილცეტი, ამბუს პარკი, საინტუბაციო მილი, ქირურგიული მაკრატელი, მებალის საკვეთი, საკერავი ძაფები, ციფრული თერმომეტრი და ესმარქის ოყნა.

ექიმის გადმოცემით, ადგილზე შესაძლებელია პირველადი სამედიცინო დახმარებია, ინექცია, გადასხმა, შეხვევა და მიკროტრავმების დამუშავება. საანგარიშო პერიოდში სტაციონარში გადაყვანილია 1 დაკავებული, რომელსაც აღენიშნებოდა ბრონქული ასთმა. ექიმის ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში ლეტალობის შემთხვევები არ ჰქონიათ.

ძირითადი დავადებები, რომელთა გამოც მიმართავენ პაციენტები, ექიმმა ჩამოაყალიბა შემდეგი თანმიმდევრობით: კარიესი და პულპიტი, ცეფალგია, სოკოვანი დაბავადება (უპირატესად ქვედა კიდურებზე), მწვავე რესპირაციული დაბავადება (უპირატესად ცივ სეზონზე).

რაც შეეხება მცირე ტრავმებს, მათ ამუშავებენ ადგილზე. ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირები არ ყოფილან იდენტიფიცირებული, თუ მხედველობაში არ მივიღებთ ისეთი ხასიათის პრობლემებს, როგორებიცაა კლაუსტროფიბია და ემოციური დაძაბულობის მდგომარეობა. აღნიშნული განსაკუთრებით გახშირდა 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს სამხედრო კონფლიქტის პერიოდის შემდგომ.

ექიმის მიერ წარმოდგენილი იქნა შემდეგი უურნალები, რომლებიც ქმნის სამედიცინო დოკუმენტაციას:

1. პატიმრის სამედიცინო შემოწმების უურნალი (დაკავებულს მოჰყვება ცნობა – სამხედრო ნაწილის ექიმის რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც, დაკავებული, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, მიიჩნევა ვარგისად ჰაუპტვახტები მოთავსებისათვის);
2. სამხედრო მოსამსახურეთა სამედიცინო აღრიცხვის უურნალი (აღრიცხება ამბულატორულად განეული პირველადი დახმარების შემთხვევები);

3. გახარჯული მედიკამენტების უურნალი (მოხმარებული მედიკამენტების ხარჯვის აღრიცხვა);
4. მედიკამენტების აღრიცხვის უურნალი (მიღებული მედიკამენტების აღრიცხვა);
5. დაბანის უურნალი (ექიმმა აქვე განმარტა, რომ საბანაოდ გამოყოფილია კვირის, როგორც წესი, ორი დღე – სამშაბათი და პარასკევი);
6. ტერიტორიაზე ჩატარებული პრევენციული სამუშაოების უურნალი;
7. შემოსული და გასული სამედიცინო დოკუმენტაციის აღრიცხვის წიგნი;
8. ინვენტარიზაციის უურნალი;
9. ფიზიკური დატვირთვისაგან გათავისუფლების უურნალი;
- 10 სამედიცინო კომისიის შემოწმების შედეგების აღრიცხვის უურნალი.

დაკავებულთა სამედიცინო მონიტორინგისას, მათთვის ამბულატორიული სამედიცინო ბარათი არ იწარმოება, მიუხედავად იმისა, რომ ჰაუპტვახტი დაკავებულებს უწევს მხოლოდ ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას.

მონიტორინგის ჩატარების თარიღისათვის შემოსულთა უურნალში სულ 47 პირი იყო რეგისტრირებული. მათ აბსოლუტურ ურიავლესობას უწერია – „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“. ერთ-ერთ დაკავებულს მითითებული ჰქონდა დიაგნოზი – ქრონიკული გასტრიტი.

ექიმის გადმოცემით, ამბულატორიულ მიღებაზე მოდიან არამარტო დაკავებულები, არამედ პირადი შემადგენლობაც. მომსახურებულ პირთა თანაფარდობა შემდეგნაირად გამოიყურება: 20% – პირადი შემადგენლობა / 80% – დაკავებულები.

რაც შეეხება სანიტარიულ-ჰიგიენურ პროცედურებს, ექიმის ინფორმაციით, სადეზინფექციო ღონისძიებები ადგილზე არ ტარდება. ასევე არ ჩატარებულა დეზინსექციაც, ხოლო სადერატიზაციო სამუშაო 10 სექტემბერს ჩატარდა.

ჰაუპტვახტის დათვალიერების დროს აღმოჩნდა, რომ საპატიმრო საკენებში არსებული მდგომარეობა შეუსაბამოა ადამიანის პატივისა და ლირსებისათვის, ასევე, ამ საკენებში ადამიანის მოთავსებამ შეიძლება, ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მკვეთრად ნეგატიურად იმოქმედოს.

ექიმის ინფორმაციით, საკვები ჰაუპტვახტში მოაქვთ სამხედრო ნაწილიდან. ვინაიდან საკვები ადგილზე არ მზადდება, მისი ვარგისობას ექიმი არ ამონტებს.

ზაფხულობით უფრო ხშირია დიარეის შემთხვევები, ჰაციინტები ექიმს მიმართავენ დიარეის, გულისრევისა და მუცლის ტკივილის ჩივილებით. ადგილობრივ ექიმს კავშირი აქვს სამხედრო ნაწილის სამედიცინო სამსახურთან. რაც შეეხება დაკავებულ პირთა შემოყვანას ჰაუპტვახტში, ექიმის გადმოცემით, დაკავებული შემოჰყავთ სამედიცინო ნაწილის ექიმის ცნობით და კვების ატესტატის თანხლებით. ექიმი ნახულობს შემოყვანილ პირს, რის შემდეგადაც აფიქსირებს ინფორმაციას ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, საჭიროების შემთხვევაში კი ათავისუფლებს დაკავებულს ფიზიკური დატვირთვისაგან. აღნიშნულისათვის მხედველობაში მიიღება სამედიცინო ცნობა, რომელიც გაცემულია სამხედრო ნაწილის ექიმის მიერ.

ისევე, როგორც სხვა ჰაუპტვახტებში, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, დაკავებული პირის სასჯელში ექიმს უწებურად უწევს მონაწილეობა, აწერს რა ხელს ცნობას, რომლის მიხედვით, პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, ეს უკანასკნელი ვარგისია ჰაუპტვახტში მოთავსებისათვის. ექიმის გადმოცემით, მისი რეკომენდაციით უკვე დასჯილი პირების სასჯელის შეცვლა არასდროს მომხდარა.

სენაკის ჰაუპტვახტი

სენაკის ჰაუპტვახტში მონიტორინგი 2009 წლის მე-2 ნახევარში განხორციელდა მონიტორინგის ჯგუფის სამჯერადი მისვლით ტერიტორიაზე. ჰაუპტვახტი განთავსებულია იზოლირებულ შენობაში.



დაწესებულებაში მუშაობს ექიმი, რომელიც ადგილზე იმყოფება სამუშაო საათებში. ექიმის გადმოცემით, მისთვის შენობაში გამოყოფილია ცალკე სამუშაო ოთახი. პაციენტებისადმი წარმოებს მხოლოდ ამბულატორული დახმარების განევა. ჩვენ მიერ დათვალიერდა პაუპტვახტის ტერიტორია, დაკავებულთა საკრები, ეზო და თანამშრომელთა სამუშაო ოთახები. გავესაუბრეთ ადმინისტრაციის წარმომადგენლებს, ექიმს, დაკავებულებს. შემოწმდა არსებული სამედიცინო დოკუმენტაცია.

პაუპტვახტის ექიმის მიერ წარმოდგენილი იქნა 14 ჟურნალი.

საპროცედურო ჟურნალის წარმოება დაწყებულია 2009 წლის 5 იანვრიდან. ჟურნალი ასახავს პაუპტვახტის ექიმის საქმიანობას, პაციენტთა მიღებას მომართვის საფუძველზე და ინფორმაციას ჩატარებული პროცედურების შესახებ. საანგარიშო პერიოდში ჟურნალში გაკეთებულია 275 ჩანაწერი. საყურადღებო შემთხვევებიდან აღსანიშნავია რამდენიმე შემთხვევა: ერთ-ერთ მათგანში (რეგისტრაციის N183) ექიმის მიერ დასმულია მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი და ითხოვს პაციენტის სტაციონარულ გამოკვლევას; (რეგისტრაციის N198) – ექიმის მიერ დასმულია მარჯვენამხრივი საზარდულის თაიაქრის, ალგიური სინდრომის დიაგნოზი; (რეგისტრაციის N263) ექიმის მიერ დასმულია მარჯვენა მტევნის ლატერალური ზედაპირის კანის აბსცესი. ექიმი იქვე მიუთითებს – „აბსცესი გავვეთე, ჭრილობა დავამუშავე და შევუხვი“.

აბანში გაყვანის ალრიცხვის ჟურნალის მიხედვით ირკვევა, რომ დაკავებულები აბანში გაჰყავთ კვირაში ერთხელ. დაბანის დღეებია: ორშაბათი, ოთხშაბათი და პარასკევი. მაგალითისათვის, 2009 წლის ოქტომბერ-დეკემბრის პერიოდში, დასაბანად გაყვანილია 134 დაკავებული. თითოეულ გაყვანაზე გაჰყავთ დახახლოებით 4-6 პირი.

საკვების ხარისხიანობის და სასადილოს სანიტარიული მდგომარეობის ყოველდღიური შემოწმების ალრიცხვის ჟურნალის მიხედვით, ხდება საუზმის, სადილისა და ვახშმის შემოწმება ექიმის მიერ. საკვები პაუპტვახტში ადგილზე არ მზადდება, გადმოაქვთ სამხედრო ნაწილიდან. საკვების ნიმუშების შენახვა ადგილზე არ ხდება. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში მის მიერ საკვების წუნდების ფაქტი არ არის დაფიქსირებული. ჟურნალის ჩანაწერების მიხედვით კი ირკვევა, რომ ყველა შემთხვევაში, საკვები დაგემოვნებით ხარისხიანია და საკვების სანიტარიული მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. აღსანიშნავია, რომ საკვების ადგილზე შემოწმება შაბათ-კვირას და დასვენების დღეებში არ ხდება, ვინაიდან ექიმი ამ პერიოდში სამსახურში არ იმყოფება. ექიმის ნაცვლად ზოგჯერ აღნიშნულ საქმიანობას ახორციელებს მორიგე ოფიცერი. ექიმის ინფორმაციით, მის მიერ რამდენჯერმე იქნა გაცემული სიტყვიერი რეკომენდაცია საკვების მომზადების პროცესთან, კერძოდ, მის შარილიანობასთან დაკავშირებით.

ფიზიკური დატვირთვა-გათავისუფლების ალრიცხვის ჟურნალის ჩანაწერების მიხედვით რეგისტრირებულია 45 შემთხვევა, როდესაც ექიმი რეკომენდაციას იძლევა ფიზიკური დატვირთვისაგან გათავისუფლების შესახებ. ჟურნალის მიხედვით ფიზიკური დატვირთვისაგან გათავისუფლების საფუძვლად მიჩნეულია, მაგალითად, პოსტროცერაციული მდგომარეობა, ტრავმის მიღება ანამნეზში, ჯანმრთელობის ამჟამინდელი მდგომარეობა და ა.შ. აღნიშნულის შესახებ ისინი უთითებენ ჯანმრთელობის ცნობაში, რომელიც ლაზარეთისადმი გაიცემა.

სამხედრო მოსამსახურეთა სამედიცინო ალრიცხვის ჟურნალში ჩანაწერი კეთდება დაკავებული პირის პაუპტვახტში შემოსვლისას. შემოსვლის დროს ხდება ყველა პატიმრის გასინჯვა. საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირებულია 305 დაკავებული სამხედრო მოსამსახურის შემოყვანა. მათგან დაახლოებით 10%-ს მიწერილი აქვს სამედიცინო დიაგნოზი, ხოლო დანარჩენ ნაწილს მიწერილი აქვს – პრაქტიკულად ჯანმრთელი. ექიმის განმარტებით, თავდაპირველად ისინი შემოსულ პირებს სინჯავ-დნენ პარასკევობით, რის შემდეგაც აკეთებდნენ შესაბამის ჩანაწერებს. 2009 წელს კი მიიღეს მითითება, რომ უნდა შემოწმებულიყო ყველა დაკავებული შემოსვლისთანავე და ამ პერიოდიდან იწარმოება აღნიშნული ჟურნალიც.

სამედიცინო აპარატურისა და ინვენტარის აღრიცხვის უურნალის მიხედვით 2009 წლისათვის ჰაუპტვახტის სამედიცინო კაბინეტში მიუღიათ შემდეგი ინვენტარი: სფიგმომანომეტრი – 1, ციფ-რული თერმომეტრი – 2, ლაბტი – 3, საინსტრუმენტო მაგიდა – 4, ფონენდოსკოპი – 5, ესმარხის ოყნა – 6, ენის დამჭერი – 7, მებაღის საკვეთი – 1, ქირურგიული მაკრატელი – 1, ანატომიური პინცეტი – 1, საინტუბაციო მილი – 1, ამბუს ტომარა – 1, ლარინგოსკოპი – 1, სკალპელის ტარი – 1, სამედიცინო ჩანთა M-18 – 1. წლის ბოლომდე სამედიცინო დანიშნულების სხვა რაიმე ინვენტარი არ მიუღიათ.

სამედიცინო კომისიის შემოწმების შედეგების აღრიცხვის უურნალი სამივე მონიტორინგის დროს ცარიელი დაგვხვდა, რასაც ექიმი ხსნის იმ მიზეზით, რომ კომისია ჯერ ადგილზე არ მოსულა.

ამბულატორიულ ავადმყოფთა აღრიცხვის უურნალში გატარებული დაგვხვდა სულ 5 პაციენტი შემდეგი დიაგნოზებით: მწვავე ბრონქიტით, ურეტორცისტით და ა.შ. ექიმის განმარტებით, აღნიშნულ უურნალში ტარდებიან ის პაციენტები, რომლებიც იტარებენ მკურნალობის ხანგრძლივ კურსს.

მედიკამენტების და ხარჯვადი სამედიცინო ქონების ყოველდღიური აღრიცხვის უურნალი იწარმოება იმ მიზნით, რომ მოხდეს ყოველდღიურად გახარჯული მედიკამენტების აღრიცხვა და დარჩენილი ნაშთის გამოთვლა. ხარჯვის ტენდენციების გათვალისწინებით, ადგილობრივი ექიმი წერს მოთხოვნას მედიკამენტებით მომარაგების თაობაზე.

სტაციონარულ მკურნალობაზე გაგზავნილ და სისტემატური საექიმო დაკვირვების მყოფ პირთა აღრიცხვის უურნალი იწარმოება იმ დაკავებულთა რეგისტრაციისათვის, რომლებიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო იგზავნებიან სტაციონარულ მკურნალობაზე. უურნალის მიხედვით ასეთი შემთხვევა საანგარიშო პერიოდში სულ 5 იყო. პაციენტი მ.ი., დაესვა მწვავე პპენდიციტის დიაგნოზი, გაიგზავნა ფოთში, ეროვნული გვარდიის სამხედრო ჰოსპიტალში, სადაც პაციენტს გაუკეთდა ოპერაცია – პპენდექტომია; პაციენტი კ.კ. – დაესვა გულის იშემიური დაავადების და 2 ხ. ჰიპერტენზის დრაგნოზი. ჩანაწერის მიხედვით, პაციენტი გადაყვანილი იქნა ქუთაისის საქალაქო საავადმყოფოში. პაციენტი ვ.დ. – დიაგნოზი – გულის იშემიური დაავადება; პაციენტი ლ.კ. – მწვავე ბრონქიტი, პაციენტი გ.ტ. – მწვავე ცისტიტი. სამივე პაციენტი ჯერ გაიგზავნა სამხედრო ნაწილის ლაზარეთში, ხოლო ამის შემდეგ ცისტიტის დიაგნოზის მქონე დაბრუნდა პაუპტიგეტში, კარდიოლოგიური პრობლემის მქონე პაციენტი გადაყვანილი იქნა ქუთაისის საავადმყოფოში, ხოლო ბრონქიტის დიაგნოზის მქონე პირი – ფოთის ჰოსპიტალში.

ჰაუპტვახტი და მის მიმდებარე ტერიტორიაზე ჩატარებული პრევენციული სანიტარიული სამუშაოების აღრიცხვის უურნალის მიხედვით ირკვევა, რომ 2010 წლის განმავლობაში ამგვარი სამუშაოები სულ 6-ჯერ ჩატარდა. 2009 წლის პირველ ნახევარში – 3-ჯერ, ხოლო საანგარიშო პერიოდში – 3 ჯერ (29.07.09 – დეზინფექცია, დეზინსექცია, დერატიზაცია, სამუშაოები ჩატარა კონტრაქტორმა ორგანიზაციამ – შპს „დრ. როდჯერ კონტრაქტ ქლინინგ“-მა), (21.10.09 – ჩატარდა დეზინფექცია, აგრეთვე დაიყარა თავისი წამალი სამართველოს მიმდებარე ტერიტორიაზე. სამუშაოები ჩატარა ადგილობრივმა ექიმმა), (14.12.09 – ჩატარდა დერატიზაცია ადგილობრივი ექიმის მიერ).

ყოველკვირეული სამედიცინო შემოწმების აღრიცხვის უურნალი – ასახავს იმ გეგმური სამედიცინო შემოწმებების შედეგებს, რომლებიც ტარდება ყოველი კვირის პარასკევ დღეს. არსებული ჩანაწერების მიხედვით საანგარიშო პერიოდში ამგვარი შემოწმება გავლილი აქვს 358 პირს.

სამკურნალო საშუალებებისა და ხარჯვადი სამედიცინო დანიშნულების საქონლის სააღრიცხვო უურნალი იწარმოება ხარჯვადი მასალების მოხმარების დასაფიქსირებლად. აღნიშნულ უურნალში აისახება, ასევე, დახარჯული მედიკამენტები და მათი რაოდენობა.

შემოსული და გასული სამედიცინო დოკუმენტაციის აღრიცხვის უურნალი ახდენს ყველა იმ დოკუმენტის რეგისტრაციას, რომლებსაც ექიმი აწერს ხელს. მაგალითად, მოთხოვნა მედიკამენტებზე,



გასული სამედიცინო ცნობები, მოთხოვნა სადეზინფექციო საშუალებებზე, სამედიცინო მოხსენებები, ანგარიშები და შეტყობინებები და ა.შ.

ექიმის მიერ ასევე წარმოდგენილი იქნა „სახელმძღვანელო – საქართველოს შეიარაღებული ძალების სამხედრო ნაწილებისა და სამკურნალო დაწესებულებების სამკურნალო საშუალებებითა და სამედიცინო დანიშნულების საქონლით უზრუნველყოფის შესახებ“. აღნიშნული დოკუმენტი დამტკიცებულია ვაერთიანებული შტაბის უფროსის 2008 წლის 28 იანვრის №66 ბრძანებით. ექიმის განმარტებით, ამ დოკუმენტით ისინი ხელმძღვანელობენ შესაბამის სფეროში.

ჰაუპტვახტის ექიმის მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტების მიხედვით მოხდა იმ ძირითადი სამედიცინო მიზეზების ანალიზი, რომლებიც განსაზღვრავენ ავადობას. როგორც აღმოჩნდა, ყველაზე ხშირ ჯანმრთელობის პრობლემას წარმოადგენს ნეიროცირკულარული დისტონია, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, სტომატოლოგიური პათოლოგია, კუჭ-ნაწლავის სისტემისა და ოტორინოლარონგოლოგიური პრობლემები. ავადობის სრული სპექტრი, ძირითადი მიზეზების ჯგუფის სახით, წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

1.	6.ც.დ	19.39	58
2.	არტერიული ჰიპერტენზია	2.67	8
3.	ტკივილის სინდრომი	12.04	36
4.	პულმონოლოგია	15.05	45
5.	გასტროენტეროლოგია	12.37	37
6.	ნევროლოგია	3.03	9
7.	ნეფროლოგია / უროლოგია	2.34	7
8.	ტრავმატოლოგია / ორთოპედია	2	6
9.	ალერგოლოგია	4.34	13
10.	ოტორინოლარინგოლოგია	9.36	28
11.	ინფექციური დაავადებები	2.67	8
12.	სტომატოლოგია	12.74	38
13.	დერმატოვენეროლოგია	1.34	4
14.	ოფთალმოლოგია	0.66	2
სულ		100%	299

ექიმის გადმოცემით, გარდა ამ უურნალებისა, პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციას არ აწარმოებენ. არ ინარმოება 2006 წლის 22 აგვისტოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის N224/ნ ბრძანებით დამტკიცებული ამბულატორიული სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმები. აღნიშნულის გამო დარღვეულია სამედიცინო დოკუმენტაციის უნიფიცირებულად წარმოებისა და გამოყენების, დოკუმენტაციის ერთიან სისტემაში მოყვანისა და სამედიცინო დაწესებულებების მუშაობის ამსახველი ინფორმაციის სისრულისა და სიზუსტის პრინციპები, რაც მოთხოვნილია საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობით.

მონიტორინგის დროს ჩვენი ყურადღება მიიბურო ასევე ე.წ. „ცნობის“ ფორმამ, რომელსაც ავსებენ და მოიხმარენ. ცნობა წარმოადგენს ინფორმაციას იმის თაობაზე, რომ პირმა გაიარა სამედიცინო შემოწმება (ნაწილის დასახლება) სამედიცინო პუნქტში და შემოწმების მომენტისათვის დაესვა დიაგნოზი (როგორც უმრავლეს შემთხვევებში, დიაგნოზის სახით ინერება „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“). საბოლოო ჯამში, ცნობა იძლევა დასკვნას, რომ სამედიცინო ნაწილის ექიმის რეკომენდაციით პირი „ვარგისია ჰაუპტვახტში მოთავსებისათვის და მას არ აქვს შეზღუდვები“. ცნობას ხელს აწერს ექიმი. აღნიშნული პრაქტიკა შეუფერებელია საექიმო ეთიკის ნორმებისათვის, გარდა ამისა, იგი

არღვევს „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლს. ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარე, მიგვაჩნია, რომ არსებული პრაქტიკა უნდა შეწყდეს და ექიმმა აღარ მოაწეროს ხელი არანაირ დოკუმენტს, რომელიც სასჯელის დანიშვნის სანქცირებას ახდენს.

რეპორტიზაციები

საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტის უფროსის:

- უზრუნველყოს ჰაუპტვახტებში წარმოებული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება 2006 წლის 22 აგვისტოს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის N224/6 ბრძანებით დამტკიცებული ფორმების მიხედვით;
- აღმოფხვრას ექიმების პირდაპირი ან ირიბი მონაწილეობა პირისათვის სადამსჯელო ლონისძიების შეფარდებაში.



ფსიქიატრიული დაწასეპულებების მონიტორინგი

ადამიანის უფლებათა დაცვის მდგომარეობა
საქართველოს ფსიქიატრიულ (სტაციონარულ) დაწესებულებებში



მონიტორინგის ვიზიტების ადგილი და დრო

ადამიანის უფლებათა დაცვის მდგომარეობაზე მონიტორინგს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სახალხო დამცველის აპარატი 2006 წლიდან ახორციელებს.

2010 წლის 8-28 იანვარს სახალხო დამცველის აპარატის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში მონიტორინგის ვიზიტები განხორციელდა საქართველოს 6 ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში:

1. მ.ასათიანის სახელობის ფსიქიური ჯანმრთელობის ცენტრი – თბილისი;
2. თბილისის ფსიქიური ჯანმრთელობის ცენტრი – თბილისი;
3. ბედიანის ფსიქიატრიული საავადმყოფო – ბედიანი;
4. ალ. ქაჯაიას სახელობის სურამის ფსიქიატრიული საავადმყოფო – სურამი;
5. ფსიქიური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი – ქვიტირი;
6. ბათუმის რესპუბლიკური ფსიქონევროლოგიური საავადმყოფო – ბათუმი;

მონიტორინგის შედეგები – ზოგადი მიმოხილვა

მონიტორინგის დროს მ.ასათიანის სახ. ფსიქიური ჯანმრთელობის ცენტრში სტაციონირებული იყო – 223 პაციენტი, თბილისის ფსიქიური ჯანმრთელობის ცენტრში – 49 პაციენტი, ალ. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში – 82 პაციენტი, ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში – 102 პაციენტი, ფსიქიური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში – 471 პაციენტი, ბათუმის რესპუბლიკურ ფსიქიონევროლოგიურ საავადმყოფოში – 86 პაციენტი;

სისტემური საკითხები

2010 წლისთვის ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი გაიზარდა 10 257 900 ლარამდე. შედარებისთვის: სახალხო დამცველის მიერ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ადამიანის უფლებათა დაცვის მდგომარეობის მონიტორინგის დაწყებისთვის (2006წ.) აღნიშნული მაჩვენებელი 4 950 000 ლარს შეადგენდა. დაფინანსების ზრდა მისასალმებელია, თუმცა მონიტორინგის შედეგებიდან ჩანს, რომ ასეთი ზრდა პროპორციულად არ აისახება მკურნალობის, მოვლის, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციისა და სტაციონარში პაციენტთა საყოფაცხოვრებო პირობებზე, ასევე არაზუსტია და რეალურ საჭიროებებს ვერ უპასუხებს სტაციონარულ დაწესებულებებზე დაფინანსების განაწილების მექანიზმი.

2009-2010 წლის მონაცემებით ფსიქიატრიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამას დაემატა შემდეგი კომპონენტები:

- ბავშვთა ასაკის პაციენტთა მომსახურება;
- ურგენტული სტაციონარული მომსახურება;
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული ფსიქიური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება;
- თემზე დაფუძნებული ფსიქიური ჯანდაცვის „მეთოდოლოგიური“ კომპონენტი.

აღნიშნული კომპონენტების პროგრამაში დამატება პოზიტიური ნაბიჯია. შემდგომში საჭიროა ძალისხმევა მათი განხორციელებისთვის და დაფინანსების მატების ტენდენციის შენარჩუნება.

ჩატარებული მონიტორინგის შედეგების მიხედვით შეიცვალა და უფრო მოქნილი გახდა დაფინანსების მოდელი – სტაციონარების დაფინანსება გლობალური ბიუჯეტის სქემით ხდება 2008 წლის მაისიდან. დაწესებულების დაფინანსების მოდელის შეცვლამ („პაციენტ/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები. მკურნალობის პროცესი გახდა უფრო მეტად ორიენტირებული პაციენტის განერაზე, თუმცა პოსპიტალგარე სერვისების განუვითარებლობა ხელს უშლის პაციენტების რეინტეგრაციას საზოგადოებაში.

პოსპიტალგარე სერვისები არ არის განვითარებული, რის გამოც პაციენტთა დიდი ნაწილი, რომელიც სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას არ საჭიროებს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში რჩება, ხოლო განერილი პაციენტების დიდი ნაწილი ასეთი სერვისების დეფიციტის გამო მაღლევე ბრუნდება სტაციონარში და საჭიროებს ხელახალ პოსპიტალიზაციას. ეს ერთგვარი ჩაკეტილი წრეა ფსიქიატრიაში.

დაწესებულებებს არ ჰყავს საქმარისი კვალიფიციური პერსონალი. განსაკუთრებით ეს პრობლემა საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის შემთხვევაში აისახება.

საყოფაცხოვრებო პირობები

დაწესებულებებში ზოგად პრობლემას ინფრასტრუქტურის მდგომარეობა წარმოადგენს, კერძოდ, პაციენტთა პალატები, სადაც ისინი დროის ყველაზე დიდ ნაწილს ატარებენ, ცუდ მდგომარეობაშია.



ვენტილაციის სისტემების არარსებობის გამო განყოფილებებში არის მძიმე სუნი, განათება არასაკმარისია, გათბობა არადამაკაყოფილებელია. გათბობა ნორმალურია მხოლოდ თბილისის ფსიქიური ჯანმრთელობის ცენტრსა და სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში. ზოგადად ცუდ მდგომარეობაშია ტუალეტებისა და სააბაზანოების მდგომარეობაც.

ასევე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სტაციონარში პაციენტისთვის პირადი სიცრცის უქონლობა – პაციენტებს არ აქვთ საკმარისი ინვენტარი პირადი ნივთების შესანახად, არ აქვთ პირადი ტანსაცმელი, პირადი კუთხე და განმარტოების შესაძლებლობა. სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას საჭიროა გათვალისწინებული იქნეს განყოფილებებისა და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ლირსეულ, პერსონიფიცირებულ და თერაპიულ გარემოში მკურნალობდნენ. ასეთი მიდგომა ხელს შეუწყობდა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ეფექტიანობასაც.

მოუწესრიგებელია პირადი ჰიგიენის საკითხი. ჰიგიენური ნივთები და საშუალებები პაციენტთა უმრავლესობას არ აქვს. ზოგიერთ განყოფილებაში ტუალეტის გამოყენების შემდეგ პაციენტს ხელის დაბანაც კი არ შეუძლია. ქალებს ხელი არ მიუწვდებათ ჰიგიენურ საფენებზე და მათ ნაცვლად დახეულ ჩვრებს იყენებენ. აპაზანებში საერთო ღრუბელი გამოიყენება.

რიგ დაწესებულებებში კვლავ პრობლემად რჩება კვების საკითხი. ზოგადად, ვერცერთ დაწესებულებაში (ფსიქიური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის გარდა) კვების პროცესის მენეჯმენტი სწორ, ჯანმრთელ, რაციონალურ, დაბალანსებულ კვებას ვერ უზრუნველყოფს. პაციენტებისთვის დიეტა, კლინიკურ-ლაბორატორიული მონაცემების გათვალისწინებით ინდივიდუალურად არსად არის შედგენილი.

სეირნობის საშუალება შეზღუდულია და ეზოში გატარებული დრო არ ეთმობა არანაირ დაგეგმილ ფიზიკურ აქტივობას. ბიბლიოთეკა ყველა დაწესებულებას არ აქვს. ყველა დაწესებულებაში არ არის ასევე მოგვარებული ტელევიზორის პრობლემა.

მკურნალობა, მოვლა და რეაბილიტაცია

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონარებში შექმნილი გარემო არათერაპიული, მაღეგრადირებელი და შემაფერხებელია პაციენტების გამოჯანმრთელებისათვის. გამიჯნული არ არის საჭიროებები მათვის, ვინც კლინიკურ ფსიქიატრიულ დახმარებას საჭიროებს და მათვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისა და მხარდამჭერ სერვისებს.

პაციენტთა ფსიქიატრიული დახმარება, უპირატესად, ფარმაკოთერაპიით შემოიფარგლება. დაწესებულებებში ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური სერვისების ნილი მცირეა, თუმცა რეალურად ის გაცილებით მეტ პაციენტს ესაჭიროება. მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმები არ გამოიყენება. ფარმაკოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში. ფსიქიატროპული მედიკამენტებით მომარაგება საკმარისია, თუმცა ახალი თაობის ფსიქოტროპული მედიკამენტები ნაკლებად გამოიყენება.

მონიტორინგის ჯგუფის ექსპერტების დაკვირვებით, ფარმაკოთერაპიული ზედოზირების ტენდენცია არ შეინიშნება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსგან დაწესებულებებს მიღებული აქვთ კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გზამკვლევი. გამოკითხული პერსონალი მიიჩნევს, რომ აღნიშნული გზამკვლევის გამოყენება არსებული დაფინანსების პირობებში შეუძლებე-

ლია. პერსონალი ასევე აღნიშნავს გზამკვლევების გამოყენებისთვის სპეციალური სწავლების საჭიროებას.

ზოგადად, ძირითად პერსონალსა და პაციენტებს შორის არსებული შეფარდება დაწესებულებებში მისაღებია, თუმცა იმ განყოფილებებში, სადაც პაციენტები ხანგრძლივად არიან სტაციონირებული, საშუალო და დაბალი სამედიცინო პერსონალის სიმცირე შესამჩნევია. ასევე არასაკმარისია კლინიკური ფსიქოლოგების, ფსიქოთერაპევტებისა და ოკუპაციური თერაპევტების რაოდენობა, რომელებიც პაციენტების მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინური მიდგომის მონაწილეობის უნდა იყვნენ.

სტაციონირებული პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მნირია. გრძელი ვადით ჰოს-პიტალიზებული პაციენტის ერთი ჩვეულებრივი დღე დაწესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებითა და ზოგჯერ ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ეზოში სეირნობის შესაძლებლობა შეზღუდულია. პაციენტები არ არიან დაკავებული არანაირი ფიზიკური აქტივობებით შენობის გარეთ.

წინა წლებთან (2006-07-08) შედარებით მოგვარებულია ურგენტული სამედიცინო დახმარების პრობლემა. 2009 წლიდან ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამა ფარავს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ურგენტულ სტაციონარულ მომსახურებასაც.

კვლავ პრობლემად რჩება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებებს დაქირავებული ჰქონის თერაპევტები და ქირურგები (კონსულტანტები), სომატური დაავადებების შემთხვევაში ადეკვატური სამედიცინო დახმარება მაინც არ არის ხელმისაწვდომი. აღნიშნული პრობლემა ძირითადად განპირობებულია დაფინანსების მექანიზმის არარსებობით. პრობლემად რჩება ასევე სტომატოლოგიური მომსახურებაც.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს დაწესებულებაში პაციენტების გარდაცვალების შემთხვევები. გარდაცვალების შემთხვევებთან დაკავშირებულ ჩანაწერებში გარდაცვალების მიზეზებად არა დიაგნოზები, არამედ კლინიკური სინდრომებია დასახელებული. სიკვდილის მიზეზების დასადგენად არ არის ჩატარებული არც აუტოფსიური გამოკვლევა.

დამამცირებელი მოპყრობა

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ გამოკითხულ პაციენტთა დღიდი ნაწილი პერსონალის მოპყრობით კმაყოფილია. პაციენტები უარყოფენ სიტყვიერ შეურაცხყოფას და უხეშობას პერსონალის მხრიდან.

მონიტორინგის ჯგუფს პაციენტთა მიმართ დამამცირებელი ან არაადამიანური მოპყრობის ფაქტების შესახებ პაციენტებისგან საჩივრები არ მიუღია, თუმცა ქვემოთ მოტანილი გარემოებები საჭიროებს ყურადღების გამახვილებას.

ნიშანდობლივია, რომ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს არ აქვთ შესაძლებლობა, საკუთარი სურვილისამებრ დატოვონ დაწესებულება. კლინიკურ განყოფილებებში ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს გარესამყაროსგან ჩაკეტილი კარები აშორებთ.

დაწესებულებებში უმეტეს შემთხვევაში პაციენტის ძლიერი აღგზების კუპირებისთვის გამოიყენება ფიზიკური შეზღუდვა და ფარმაკოლოგიური ჩარევა. მონიტორინგის ჯგუფმა მიიღო რამდენიმე საჩივარი ფიზიკური შეზღუდვისას ძალის გადამეტებაზე.

სამედიცინო პერსონალს სპეციალური წვრთნა ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შესახებ გავლილი არ აქვს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხული პერსონალის ნაწილი (საშუალო და დაბალი



მედპერსონალი) წინა წლებთან შედარებით უკეთ არის ინფორმირებული ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების შესახებ.

იმ პაციენტების გამოკითხვის შედეგების მიხედვით, რომელთა მიმართ ფიზიკური შეზღუდვა ან ფარმაკოლოგიური ინექციები გამოიყენეს, ცხადია, რომ პაციენტები ხშირად ამ ღონისძიებებს აღიქვამენ, როგორც სასჯელს. მონიტორინგის ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უნდა იყოს დანერგილი პაციენტთან კრიზისის შემდგომი შეხვედრების და განმარტებების, ინფორმირების პრაქტიკა, რაც დაწესებულებებში დანერგილი არ არის. ეს გაუმჯობესებდა პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობას შესაძლებლობას.

პაციენტები გამოკითხვისას აღნიშნავდნენ, რომ ზოგჯერ სამედიცინო მანიპულაციები მათი თანხმობის გარეშე სხვა პაციენტების თანდასწრებით უტარდებათ, რაც მათი უფლებების დარღვევაა.⁵⁷

დაწესებულებათა უმრავლესობაში გამოვლინდა პაციენტების შრომის გამოყენების ფაქტები, როდესაც პაციენტები პერსონალის მოვალეობაში შემავალ სამუშაოს ასრულებდნენ.

უფლებადაცვითი გარანტიები და სოციალური პრობლემები

მონიტორინგის შემდეგ, ზოგადი შეფასების მიზნით, შეიძლება ითქვას, რომ პაციენტის ღირსებისა და პიროვნების აღიარება და პატივისცემა არ არის რეზიდენციული ფსიქიატრიული დაწესებულებებისთვის დამახასიათებელი.

რიგ დაწესებულებებში სოციალური მომსახურება არ არის სათანადოდ ორგანიზებული, შესაბამისად, ვერ სრულდება ამ ინსტიტუტის წინაშე არსებული ამოცანები: პენსიებთან, პირად ქონებასთან, თავშესაფართან და მეურვეობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოვარება. გამოკითხული პაციენტების ნაწილს აქვს სირთულეები და პრეტეზიები მეურვეებთან და მათი ინტერესების დაცვა სოციალური მუშაკის არარსებობის შემთხვევეაში ვერ ხორციელდება. მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სტაციონარში მოთავსებული არაიდენტიფიცირებული პირები, რომელთათვისაც ვერ ხერხდება პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის აღდგენა.

პაციენტთა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ ისინი არ არიან ინფორმირებული საკუთარი უფლებების შესახებ. ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფმა პაციენტებმა არ იციან საკუთარი უფლების შესახებ – რომ სურვილისამებრ შეუძლიათ დატოვონ დაწესებულება.

სტაციონირებისას ინფორმირებული თანხმობის ჩამორთმევა, უმეტესად, ფორმალურ ხასიათს ატარებს. ერთი მხრივ, მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის ბარათები ხელმოწერილი დევს პაციენტთა სამედიცინო დოკუმენტაციაში, მეორე მხრივ კი, პაციენტები შეზღუდული არიან თავისიუფალ გადაადგილებაში საავადმყოფოს ტერიტორიაზე. მათ ეზოში თითქმის არ უშვებენ, განერა მათი სურვილის მიხედვით არ ხდება.

მონიტორინგის დროს პერსონალთან გასაუბრებისას მიღებულ პასუხებში ასეთი პოზიცია ფიგურირებს: პაციენტი როგორც კი ითხოვს გაწერას, დაწესებულება მაშინვე მიმართავს სასამართლოს არანებაყოფლობით მკურნალობაზე გადაყვანის მოთხოვნით.

ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ პაციენტებს ბუნდოვანი წარმოდგენა აქვთ უფლებადაცვით მექანიზმებზე დაწესებულების შიგნით თუ გარეთ. არ იციან, ვის უნდა მიმართონ საჩივრით, რა პრო-

⁵⁷ იხ. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 30: „სამედიცინო მომსახურების განვითარებისა დასაშენებლის მხრივ დასწრებული მონაცილე პირია დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას“.

ცედურაა საჩივრის განხილვისთვის და სხვა. მონიტორინგის მონაცემებით იმ პაციენტთა დიდ ნანილს, რომელიც არანებაყოფლობით არის სტაციონარებული და არ ეთანხმება ამ გადაწყვეტილებას, ხელი არ მიუწვდება იურიდულ დახმარებაზე.

დაფიქსირდა ფაქტები, როცა პაციენტები აღნიშნავენ, რომ უნდათ დაწესებულების დატოვება, მაგრამ არ აძლევენ ამის უფლებას. ამავე პაციენტებს ხელი აქვთ მოწერილი მკურნალობის ინფორმირებულ თანხმობაზე.

ცალკე აღნიშვნის ღირსია ობიექტური პრობლემა, რომელიც ხელს უშლის პაციენტთა გაწერას – სოციალური სირთულეების გამო პაციენტთა ნაწილის განერა სტაციონარიდან ვერ ხერხდება. პაციენტები ითხოვენ განერას, თუმცა პრობლემა ის არის, რომ „გასაწერ“ პაციენტებს ან თავშესაფარი არ აქვთ, ან ნათესავები უარს აცხადებენ მათ მიღებაზე და მათ შემოსავლებიც არ იძლევა დამოუკიდებლად ცხოვრების შესაძლებლობას. ასეთი პაციენტები იმყოფებიან უკიდურესად დამთრგუნველ გარემოზე.

ტელეფონი პაციენტებისთვის ყველა დაწესებულებაში არ არის ხელმისაწვდომი. ხშირად პერსონალის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული, რომ პაციენტებმა ტელეფონით ისარგებლონ.

ექიმები ჩივიან, რომ პოლიციას ხშირად არასწორად მოჰყავს მოქალაქეები – საყოფაცხოვრებო კონფლიქტის იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც რეალურად ფსიქიური დაავადების გამწვავება არ არის სახეზე. თუ კონფლიქტის ერთ-ერთ მონაწილეს ფსიქიატრიული დაავადების გამოცდილება აქვს, ეს საკმარისია, რომ პატრულმა და სასწრაფო დახმარების სამსახურმა ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაიყვანოს.

პოზიტიური მაგალითია მ.ასათიანის სახელობის ფსიქიატრიის ს/კ ინსტიტუტში არტერაპიის განყოფილებაში არსებული პაციენტების მშობელთა გაერთიანება „აფრა“, რომლის წევრებიც მონაწილეობენ საგანმანათლებლო აქტივობებში. აღნიშნულ აქტივობებს ატარებენ ფსიქიატრები და ფსიქოლოგები.

რეპოზიციები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს:

- გაიზარდოს ფსიქიატრიული დახმარების პროგრამის ბიუჯეტი, რათა გაიზარდოს სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება და შესაბამისად გაჩნდეს მოთხოვნა კვალიფიციურ კადრებზე;
- გაუმჯობესდეს პაციენტთა საყოფაცხოვრებო და სამკურნალო პირობები, განვითარდეს ფსიქოსციალური სერვისები, განვითარდეს თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურება, უზრუნველყოფილი იქნეს ხელმისაწვდომობა ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე სომატური დაავადების შემთხვევაში;
- შემუშავდეს ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მომუშავე საშუალო და დაბალი მედპერსონალისთვის აუცილებელი საკვალიფიკაციო მოთხოვნები და ტრენინგ-პროგრამები;
- უზრუნველყოფილი იქნეს პაციენტებისთვის ადეკვატური საყოფაცხოვრებო პირობები, გარემონტდეს სანიტარიული კვანძები, განიტვირთოს ის პალატები, სადაც პაციენტთა რაოდენობა ჭარბია. გარემონტდეს პალატები და ალიჭურვოს საჭირო ინვენტარით;
- უზრუნველყოფილი იქნეს პაციენტებისთვის სათანადო გათბობის პირობები;
- გაუმჯობესდეს კვების პირობები. უზრუნველყოფილ იქნას სასადილოებში უკეთესი პირობები, საკმარისი სივრცე და ინვენტარი;
- გაუმჯობესდეს პაციენტების უზრუნველყოფა პირადი ჰიგიენის ნივთებითა და საშუალებებით;
- გაიმიჯნოს და მოხდეს სერვისების დიფერენცირება მათთვის, ვინც საჭიროებს კლინიკურ



ფსიქიატრიულ დახმარებას და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისს და მხარდამჭერ სერვისებს;

- შეიქმნას ადაპტირებული საცხოვრისები, სადაც პაციენტთა მოვლის და მხარდამჭერი მკურნალობის პროცესი მორგებული და ორიენტირებული იქნება პაციენტზე ორიენტირებული გარემოს შექმნაზე, რეაბილიტაციური სერვისების მიწოდებაზე და მისი რეინტეგრაციის შესაძლებლობებზე საზოგადოებაში;
- მკურნალობის პროცესში გაზრდილი იქნეს არამედიკამენტური მეთოდების წილი. დაინერგოს ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური აქტივობები, რათა პაციენტებმა არ დაკარგონ მოტივაცია, ცხოვრების, ურთიერთობის, სოციალური აქტივობის ელემენტარული უნარ-ჩვევები;
- სტაციონარში მოთავსებული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომი იყოს ადეკვატური სამედიცინო დახმარება სომატური დაავადებების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად;

ფსიქიატრიული დაწესებულებების დირექტორებს:

- პაციენტებისთვის შეიქმნას მინიმალური პირადი სივრცე, საცხოვრებელი და სამკურნალო გარემო იყოს უფრო პერსონიფირებული;
- სარემონტო სამუშაოების დაგეგმვისას გათვალისწინებული იქნეს განყოფილებებისა და პალატების მცირე, დიფერენცირებულ ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა;
- ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შემდეგ პაციენტს განემარტოს ამ ღონისძიების აუცილებლობა და მიზანი, რათა ფიზიკური შეზღუდვა დასჯის სახით არ იყოს აღქმული პაციენტის მიერ;
- გამკაცრდეს კონტროლი, რათა აღკვეთილი იქნეს პაციენტთა მიმართ რაიმე ფორმით დამატებილი მოპყრობისა და მათი ლირსების შელახვის ფაქტები;
- დაინერგოს მკურნალობის პროცესში ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმების გამოყენება და მულტიდისციპლინური მიდგომა;
- პაციენტები ჩაერთონ საკუთარი მკურნალობის პროცესში და მიეცეთ საჭირო ინფორმაცია მკურნალობის შედეგების, პროგნოზისა და გვერდითი მოვლენების შესახებ;
- გაიზარდოს მკურნალობის პროცესში არამედიკამენტური მეთოდების წილი, დაინერგოს ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციური აქტივობები;
- განხორციელდეს სტაციონირებული პაციენტის დღის რეჟიმის თავიდან დაგეგმვა და გადახალისება – რეკრეაციული აქტივობების წილის გაზრდა, სეირნობის უფლების უკეთ რეალიზება, ალტერნატიული თერაპიებისა და ბიბლიოთეკების რესურსის მეტად გამოყენება;
- ურუნველყოფილი იქნეს პაციენტების უკეთ ინფორმირება მათი უფლებების შესახებ;
- მოხდეს შიდა საჩივრების მექანიზმების სრულყოფა;
- დაწესებულებებმა უზრუნველყონ ხელშეკრულების გაფორმება შესაბამის იურიდიულ პირებთან, რათა დაწესებულებების ტერიტორიაზე ან მათთან ახლოს გაიხსნას სავაჭრო პუნქტი, რომელიც მოემსახურება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში სტაციონირებულ პაციენტებს და რომელშიც გაიყიდება პაციენტთათვის აუცილებელი პროდუქცია.

ბავშვთა სახლების მონიტორინგი

მზრუნველობამოკლებული ბავშვები ინსტიტუციაში, ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმა და დეინსტიტუციონალიზაცია

საქართველოში ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმა მიმდინარეობს 1999 წლიდან, მას შემდეგ, რაც ქვეყანაში დეინსტიტუციონალიზაციის პილოტურმა პროგრამამ დაიწყო მუშაობა.

ბავშვთა კეთილდღეობის სისტემის ფარგლებში შემუშავდა და განხორციელდა პოლიტიკა, სტანდარტები და პროგრამები, რომლებიც ემსხობა სოციალურ და ოჯახურ გარემოს, როგორც უპირატეს ბავშვის შემეცნებითი, სოციალური და ემოციური განვითარებისთვის.

2004 წლიდან ბავშვთა სახლების დეინსტიტუციონალიზაცია სახელმწიფო პრიორიტეტი გახდა. რეფორმის პერიოდში რამდენიმე ინსტიტუცია დაიხურა ან განიცადა სახეცვლილება⁵⁸.

ზოგადად, ქვეყანაში აღინიშნება ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში განთავსებული ბავშვების რაოდენობის მკვეთრი შემცირება 2004 წლიდან დღემდე (5200 ბავშვიდან – 1276 ბავშვამდე (ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში), მათ შორის, განვითარების შეფერხების მქონე 112 ბავშვი). სახელმწიფო სოციალური მუშაკების რაოდენობა, რომლებიც უზრუნველყოფენ ოჯახების დახმარებას, რეინტეგრაციასა და მინდობით აღზრდის მომსახურებას, გაიზარდა 51-იდან (2006 წ.) 200-მდე (2010 წ.). ასევე აღინიშნება სახელმწიფო დაფინანსებაზე მყოფ ბავშვთა დახმარებისა და ზრუნვის ალტერნატიული ფორმების რაოდენობის ზრდა (მინდობით აღზრდა, დღის ცენტრები, მცირე საოჯახო ტიპის სახლები) იმ ბავშვებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ საკუთარ ოჯახებთან ერთად ცხოვრება.

სახელმწიფოს მიერ ბავშვზე ზრუნვის პროგრამაზე გამოყოფილი რესურსები ყოველწლიურად მატულობს – 2004 წელს შეადგინდა 6,7 მილიონს, ხოლო 2009 წლისათვის ამ თანხამ 15 743 436 ლარს მიაღწია.

ინსტიტუციებში მყოფი ბავშვებისათვის დეინსტიტუციონალიზაციის პროცესი მეტად მნიშვნელოვანი ინიციატივაა. საქართველოში ეს არის პირველი მცდელობა, რომლის მიზანია, ალტერნატიული ოჯახური ტიპის მზრუნველობით უზრუნველყოს ის ბავშვები, რომლებიც იმყოფებიან ინსტიტუციებში ან არიან მსგავს დაწესებულებებში მოხვედრის საფრთხის წინაშე. ბავშვთა პრევენციისა და დეინს-



⁵⁸ ბავშვთა კეთილდღეობის რეფორმის პროცესის შეფასება, იუნისეფი, საბოლოო ანგარიში, 2009 წ.

ტიტულით იმის მიზანი არის განხორციელების პირველივე წლიდან დღემდე მნიშვნელოვან შედეგებს მიაღწია და პროგრესი განიცადა.

ზემოაღნიშნული წარმატებით მიმდინარე რეფორმების ფონზე, სახალხო დამცველი განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს ბავშვის უფლებების დაცვაზე, მათ მიმართ არასათანადო, დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის წინააღმდეგ ბრძოლაზე, ბავშვებისათვის არასათანადო საცხოვრებელ და სასწავლო-აღმზრდელობით პირობებზე.

ბავშვთა სახლების მონიტორინგის ჩატარების წესი და მეთოდოლოგია

პრევენციის ეროვნული მექანიზმის ფარგლებში სახალხო დამცველის აპარატის სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა განახორციელა მონიტორინგი სხვადასხვა ტიპის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში. ჯგუფის შემადგენლობაში შედიოდნენ ბავშვზე ზრუნვის ექსპერტები, ფინქოლოგები, სოციალური მუშაკები, სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის, ასევე, ბავშვის და ქალის უფლებათა დაცვის ცენტრის წარმომადგენლები. ზემოაღნიშნულმა ჯგუფმა შეისწავლა საქართველოს 21 მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა ინსტიტუციური დაწესებულება, მათ შორის, 5 პანსიონური ტიპის საჯარო სკოლა და 16 სააღმზრდელო დაწესებულება (სისი „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს“ ფილიალები)⁵⁹.

შემუშავებული იქნა კითხვარები დაწესებულებისა და გარემოს შეფასებისათვის, სამედიცინო კაბინეტისა და კვების ბლოკისათვის, ბენეფიციარებისა და აღმზრდელ-პედაგოგებისათვის, რასაც საფუძვლად დაედო ბავშვის უფლებათა კონვენციიში ჩამოყალიბებული პრინციპები, საქართველოს კანონი „ზოგადი განათლების შესახებ“; საქართველოს კანონი სააღმზრდელო დაწესებულების ლიცენზირების შესახებ; საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“; „ბავშვზე ზრუნვის“ სახელმწიფო პროგრამის ძირითადი პრინციპები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 26 აგვისტოს N281/6 ბრძანება „ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ“.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის თანახმად, „ბავშვისათვის ზრუნვაზე ან მის დაცვაზე პასუხისმგებელი დაწესებულებები, სამსახურები ან ორგანოები უნდა შეესაბამებოდნენ კომპეტენტური ორგანოების მიერ დაწესებულ ნორმებს, კერძოდ, უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მათი პერსონალის რიცხობრიობისა და ვარგისობის, აგრეთვე კომპეტენტური ზედამხედველობის თვალსაზრისით.“⁶⁰

მონიტორინგის მიზანი იყო ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვის უფლებათა კონვენციის ძირითადი პრინციპების დაცვა, ბავშვებზე ძალადობისა და ბავშვების ბოროტად გამოყენების, არასათანადო მოპყრობის პრევენცია, ამგვარი მოპყრობის ფაქტების აღმოჩენა და მათზე შესაბამისი რეაგირება.

ადგილებზე მოხდა შემდეგი საკითხების შესწავლა და შეფასება:

1. ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ჩარიცხვისა და მიღების წესი, კონტიგენტის შესაბამისობა დაწესებულების ტიპთან;
2. ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვის დაცვისა და განვითარების ხელშეწყობა და გარემოს უსაფრთხოება;
3. ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, გადაუდებელი დახმარების უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობის მონიტორინგი, დაავადებათა ადრე-

⁵⁹ ცალკეული ფილიალების შესახებ იხილეთ დანართში.

⁶⁰ ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 3 (3)

- ული გამოვლენა და შესაბამი პროფილაქტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარება;
- უსაფრთხო, სრულფასოვანი და ბავშვის განვითარებისათვის აუცილებელი საკვებით უზრუნველყოფა;
 - ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვის განვითარებაზე ორიენტირებული სააღმზრდელო-პედაგოგიური მუშაობისათვის შესაბამისი გარემო, ადამიანური რესურსები;
 - ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვის განვითარებაზე, დაცვასა და თანამონაწილეობაზე ობიექტირებული ფსიქოსოფიალური გარემო.

მონიტორინგის შედეგების ზოგადი მიმოხილვა

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა მთელი რიგი სისტემური თუ კერძო ხასიათის დარღვევები და პრობლები, რომლებიც იმსახურებს სათანადო ყურადღებასა და რეაგირებას მზრუნველობამოქლებულ ბავშვთა დაცვის გაძლიერებისათვის როგორც ინსტიტუციაში, ასევე დეინსტიტუციონალიზაციის პირობებში.

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებები სადღედამისოა, თუმცა რამდენიმე შემთხვევაში დაწესებულების ბენეფიციართა გარკვეული რაოდენობა სარგებლობს მხოლოდ დღის მომსახურებით (რუსთავის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებაში – 41 ბავშვი, ასპინძის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებაში – 9, ქუთაისის 44-ე საჯარო სკოლაში პანსიონური მომსახურებით – 35). შემოწმებულ დაწესებულებებში სულ ირიცხებოდა 6-იდან 18 წლამდე ასაკის 1240 ბავშვი, მათ შორის, იდენტიფიკირებული გარეშე დარჩენილი იყო 20 აღსაზრდელი (ამ საკითხის გადაჭრას აბრკოლებს ის, რომ ზოგ შემთხვევაში მშობლებსაც არ აქვთ საიდენტიფიკაციო ბარათები, ბავშვს არ ჰყავს არცერთი მშობელი, ვერ ხერხდება მისი დაბადების ფაქტის დადგენა), ხოლო 18 წლის ასაკს მიღწეული – 40.

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ განხორციელებული მონიტორინგის დროს ყურადღება იქნა გამახვილებული შემდეგ ძირითად მომენტებზე:

- ბავშვის უფლებათა კონვენციის შესახებ ინფორმირება და კონვენციის პრინციპების იმპლემენტაცია;
- ბავშვზე ძალადობის სხვადასხვა ფორმის გამოვლენა და მათზე რეაგირება;
- იძულებითი შრომის ფაქტების გამოვლენა და მათზე რეაგირება;
- სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვის ემოციური და სოციალური განვითარებისათვის ხელშემწყობი გარემოს შეფასება;
- ბავშვთა დისკრიმინაციის შემთხვევების გამოვლენა და მათზე რეაგირება;
- ბავშვის მონაწილეობა, მისი პიროვნული ინტერესების, აზრის გათვალისწინება და პატივისცემა;
- კონფიდენციალურობის დაცვა.

გაერო-ს ბავშვის უფლებათა კონვენცია განსაზღვრავს მთავრობებისა და კერძო პირების მოვალეობებს ბავშვთა უფლებების დაცვისა და განმტკიცების საქმეში. კონვენციის 42-ე მუხლის თანახმად, „მონაწილე სახელმწიფო ორგანიზაციის ვალდებული არიან, სათანადო და ქმედითი საშუალებების გამოყენებით ფართო ინფორმაცია მიაწოდონ როგორც მოზრდილებს, ასევე ბავშვებს კონვენციის პრინციპებისა და დებულებების თაობაზე. ქვეყანაში აღნიშნული ვალდებულებების შესრულება ეკისრება ყველა იმ სტრუქტურას, რომლებიც ახორციელებენ ბავშვზე ზრუნვასა და მეთვალყურეობას“.

მონიტორინგის პროცესში, ბენეფიციართა ინტერვიუების გზით გამოიკვეთა, რომ აღსაზრდელებს ბავშვის უფლებათა კონვენციის შესახებ არ აქვთ ინფორმაცია, ხოლო თუ აქვთ, ვერ ასახელებენ ბავშვის ვერცერთ უფლებას, ხშირად ურევენ უფლებებსა და მოვალეობებს ერთმანეთში. თავიანთ უფლებად მიაჩინათ: „დაუკარის მასწავლებლებს“, „იყოს ზრდილობიანი“, „არ გააბრაზოს უფროსები“



და ა.შ. მაშინ, როდესაც ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტში მითითებულია, რომ „თითოეული ბავშვი, ასაკის შესაბამისად იცნობს ბავშვის უფლებათა კონვენციას და ბავშვთა დაცვის მოქმედი კანონმდებლობის პრინციპებს და იგი მომსახურებაში მას მიეწოდება მისთვის გასაგები ფორმით.“⁶¹

ბავშვის უფლებათა კონვენციის მიხედვით ყველა ბავშვს აქვს უფლება, უზრუნველყოფილი იყოს ცხოვრების ისეთი დონით, რომელიც აუცილებელია მისი ფიზიკური, გონებრივი, სულიერი, ზნეობრივი და სოციალური განვითარებისათვის. ამასთან მნიშვნელოვანია ისიც, რომ პასუხისმგებლობა ბავშვის განვითარებაზე მშობლების თანაბრად ეკისრება აღმზრდელებს.⁶² აღმზრდელების როლი და მათი პასუხისმგებლობა კიდევ უფრო იზრდება ბავშვის ინსტიტუციურ დაწესებულებაში ყოფნის დროს.

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება ვალდებულია, უზრუნველყოს და ხელი შეუწყოს ბავშვის პიროვნებად ჩამოყალიბებას. ბავშვი არ უნდა იყოს შეზღუდული თავისი შესაძლებლობების გამოვლენაში. მას უნდა მიეცეს მაქსიმალური თავისუფლება, მიწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე მიიღოს სათანადო გადაწყვეტილებები. მას თავისუფლად უნდა შეეძლოს საკუთარი აზრის გამოხატვა ნებისმიერ საკითხზე, რომელიც მას ეხება.⁶³

არასათანადო მოპყრობის ფაქტები ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკაციით⁶⁴, „ბავშვთა მიმართ ძალადობასა და სასტიკ მოპყრობას შეადგენს ფიზიკური და ემოციური ძალადობის ყველა ფორმა, სექსუალური შეურაცხყოფა, უგულებელყოფა და დაუდევარი მოპყრობა, ან კომერციული, ან სხვა სახის ექსპლუატაცია, რაც იწვევს ბავშვის ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, განვითარებისა და ღირსების ფაქტობრივ ან პოტენციურ ზიანს, პასუხისმგებლობასთან, ნდობასა და ძალასთან დაკავშირებულ კონტექსტში“.

ბავშვის მიმართ ფიზიკური ძალადობა განიმარტება, როგორც ბავშვის ნინააღმდეგ ფიზიკური ძალის განგებ გამოყენება, რასაც შედეგად მოსდევს (ან არსებობს ამისი მაღალი აღბათობა) ბავშვის ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, განვითარებისა და ღირსების ზიანი. აღნიშნულში შედის დარტყმა, ცემა, პანდურის ამორტუმა, შეჯანჯდარება, კენა, ყელში რაიმეს წაჭერა და სხვა. ერთ-ერთ სააღმზრდელო დაწესებულებაში აღმოჩენილი იყო ჯოხი, რომლითაც ბავშვებს სჯიდნენ.

გარდა ფიზიკური ძალადობისა, მნიშვნელოვანია ემოციური და ფსიქოლოგიური ძალადობა, რომელიც მოიცავს როგორც ცალკეულ შემთხვევებს, ისე მშობლის ან მზრუნველის მხრიდან გარკვეული დროის მანძილზე უარს, შეუქმნას ბავშვს მისი განვითარების შესაფერისი და ხელშემწყობი გარემო. ამ კატეგორიის ქმედებები ქმნის მაღალ აღბათობას, დააზიანოს ბავშვის ფიზიკური და გონებრივი ჯანმრთელობა, შეაფერხოს მისი ფიზიკური, გონებრივი, სულიერი, მორალური და სოციალური განვითარება.

საქართველოში ბავშვების მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევის მიხედვით, „სოციალური ზრუნვის დაწესებულებებში 71,1% ბავშვებისა ფიზიკურ ძალადობას, ხოლო 61,5% ფსიქოლოგიურ ძალადობას მიუთითებდა. ასეთი ტიპის დაწესებულებებში მყოფი აღსაზრდელები მოძალადებად მეორე ბავშვს ასახელებდნენ, თუმცა ზოგი უფროსიც აშკარად მიმართავდა ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ სასჯეოს დისციპლინის დასამყარებლად, მათ შორის, დროდადრო ისეთი მეთოდების გამოყენებით, რომელთაც ბავშვის ფიზიკური დაზიანების გამოწვევა შეუძლია“.⁶⁵

⁶¹ ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტი, 6 – ემოციური და სოციალური განვითარება.

⁶² ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 27 (2)

⁶³ ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 12 (1)

⁶⁴ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, 1999

⁶⁵ საქართველოში ბავშვების მიმართ ძალადობის ეროვნული კვლევა, 2007-2008 წწ. განხორციელდებული საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მედიცინის განვითარების ფონდის მიერ გაერთს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით (გვ. 10).

სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფის სააღმზრდელო დაწესებულებებში ვიზიტების დროს, როგორც დაწესებულების ხელმძღვანელები, ასევე აღმზრდელები, პირადი საუბრებისა და ინტერვიუების დროს უარყოფნენ რამე სახის ძალადობის ფაქტებს, თუმცა საპირისპიროზე მეტყველებდა რეალური სიტუაცია.

კერძოდ, ბენეფიციართა ინტერვიუერებისა და ფსიქოლოგიური შეფასების მიხედვით, თითქმის ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში დაფიქსირდა ძალადობის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების ფაქტები არა მარტო აღმზრდელებისა და მომვლელებისა, არამედ დამხმარე პერსონალის მხრიდანაც.

ხაზი უნდა გაესვას, ასევე, თანატოლთა შორის ძალადობის ფაქტებს. ხშირია დაცინვა, დამცირება, ცემა (კაჭრეთის N2 სკოლა). აღსანიშნავია, რომ ასეთი პრობლემების შესახებ დაწესებულების ადმინისტრაცია საქმის კურსშია, მაგრამ „ვერ პოულობენ თანატოლთა ძალადობის ფაქტების გადაჭრის გზებს საკუთარი რესურსებით“.

ძალადობის ყველაზე გავრცელებულ ფორმებს წარმოადგენს სიტყვიერი შეურაცხყოფა, ყურის აწევა, თმის მოწინევნა, ყვირილი, მუქარა, დაშინება, დამცირება, მაგალითად, კუთხეში ცალ ფეხზე დგომა, მუხლებზე დაყენება, ბუქნები, აზიდვები, იძულებითი შრომა, ოთახში ჩაკეტვა, იზოლაცია, საკვების არმიცემა, ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების შეზღუდვა.

მონიტორინგის პროცესში გამოვლინდა ბავშვთა მიმართ არასათანადო მოპყრობის არაერთი ფაქტი, რომელთა ნაწილიც შეიძლება გაუტოლდეს არაპუმანურ და ღირსებისშემლახველ მოპყრობას. ასევე გამოვლინდა რამდენიმე ფაქტი, როდესაც ბავშვები ესწრებოდნენ თანატოლების მიმართ არასათანადო მოპყრობასა და დასჯას.

ანგარიშში წარმოდგენილია რამდენიმე სააღმზრდელო დაწესებულებაში გამოვლინდი სხვადასხვა სახის არაპუმანური მოპყრობის კონკრეტული შემთხვევები.⁶⁶

დუშეთის ბავშვთა სკოლა-პანსიონი

2010 წლის 10 თებერვალს, დუშეთის ბავშვთა სკოლა-პანსიონის მონიტორინგის დროს, სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფისთვის ცნობილი გახდა, რომ 3 თებერვალს პანსიონის პერსონალმა, ერთ-ერთი აღმზრდელის ჩანთიდან 100 ლარის დაკარგვის გამო, გამოიძახა პოლიცია. პოლიციელებმა ერთ-ერთი ბავშვი ჩასვეს მანქანაში, სცემდნენ და აიძულებდნენ ეთქვა, სად წაიღო ფული. ამის მერე დაბრუნდნენ პანსიონში და სხვა ბავშვებზეც განახორციელეს ძალადობა. აღნიშნულ ფაქტებს ესწრებოდნენ აღმზრდელებიც. ზოგიერთმა მათგანმა სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფისთვის მიცემულ ახსნა-განმარტებაში დაადასტურა კიდეც მომხდარი. ერთ-ერთი აღსაზრდელის განცხადებით, მსგავსი ქმედებები პოლიციის მხრიდან აღრეც განხორციელებულა.

2010 წლის 15 თებერვალს სახალხო დამცველმა მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული მასალები რეაგირებისთვის გადაუგზავნა მთავარ პროკურატურას. ასევე, დუშეთის ბავშვთა სკოლა-პანსიონის აღსაზრდელთა სამედიცინო და ფსიქოლოგიური საექსპერტო შეფასების თხოვნით მიმართა წამების მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ცენტრ „ემპათიას“. 2010 წლის 18 თებერვალს „ემპათიას“ ექსპერტებმა განახორციელეს აღსაზრდელთა ფსიქოსამედიცინო მონიტორინგი, თუმცა, როგორც დასკვნაშია⁶⁷ აღნიშნული, პანსიონის ადმინისტრაციამ მათ არ მისცა საშუალება, მარტო გასაუბრებოდნენ აღსაზრდელებს. მიუხედავად ამისა, ბავშვებმა დაადასტურეს სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფისთვის მიცემულ ახსნა-განმარტებაში მოყვანილი ფაქტები.

⁶⁶ აღნიშნული შემთხვევების ურცელი აღწერა იხ. დანართში.

⁶⁷ წამების, ძალადობის და გამოხატული სტრუსული ზემოქმედების მსხვერპლთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრი „ემპათია“-ს საექსპერტო შეფასება 40-03/10



მთავარი პროცესურატურის 2010 წლის 10 მარტის წერილის მიხედვით, შიდა-ქართლისა და მცხეთა-მთიანეთის საოლქო პროცესურატურის საგამოძიებო ნაწილში წინასწარი გამოძიება დაიწყო სისხლის სამართლის №0821208006 საქმეზე, დუშეთის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულების აღსაზრდელების მიმართ დუშეთის რაიონული სამმართველოს პოლიციის თანამშრომლის მიერ სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადამეტების ფაქტზე, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 333-ე მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული დანაშაულის ნიშნებით.

კოჯრის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება

კოჯრის ბავშვთა სახლში განხორციელებული მონიტორინგის შედეგად სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფმა გამოავლინა აღსაზრდელების მიმართ ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ზენოლის ფაქტები აღმზრდელებისა და ძიძების მხრიდან. როგორც აღსაზრდელების ნათქვამიდან ჩანს, მათ დაწესებულებაში ჩვეულებრივი ამბავია ბავშვის ფიზიკური დასჯა. ზოგიერთ აღსაზრდელს მონიტორინგის დროსაც ეტყობოდა სხვადასხვა ტიპის დაზიანება.

სახალხო დამცველმა საექსპერტო დახმარებისთვის მიმართა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრს „ემპა-თია“. განმეორებითი ვიზიტის დროს, „ემპათიას“ ექსპერტებთან და სახალხო დამცველის წარმომადგენელთან საუბრისას, რასაც მისი აღმზრდელიც ესწრებოდა, ერთ-ერთმა აღსაზრდელმა უარყოცემის ფაქტი, თუმცა შემდგომ, თავად აღმზრდელთან საუბრით გაირკვა, რომ მონიტორინგის ჯგუფის წევრების ვიზიტის შედეგ, რომლებმაც ბავშვებს საკონტაქტო ტელეფონები დაუტოვეს, ბავშვები აღმზრდელებს ემუქრებოდნენ, ხელს თუ დაგვაკარებთ, „იმათ“ დავურეკავთ და ნახეთ, რა მოგივათო. თავის ახსნა-განმარტებაში ჭიდაობის მასწავლებელიც წარმოადგინა დასტურებების ფიზიკური დასჯის მეთოდის არსებობას.

კოჯრის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში არსებული არამართებული პრაქტიკის შესახებ სახალხო დამცველმა საკითხის დამატებითი მოკვლევისა და შესაბამისი რეაგირებისთვის, 2010 წლის 12 თებერვალს, მიმართა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს. მიმართვაში ასევე საუბარი იყო იმ აღსაზრდელების სხვა დაწესებულებაში გადაყვანაზე, რომლებმაც სახალხო დამცველის წარმომადგენლებს მოუთხრეს მათ მიმართ ძალადობის ფაქტების შესახებ, რათა ისინი დაცული იყვნენ შესაძლო ანგარიშსწორებისგან ფიზიკური ძალადობის ფაქტების გამუდავნების გამო.

წყნეთის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება

წყნეთის ბავშვთა სახლში განხორციელებული ვიზიტების დროს გამოკითხული იქნა 11 აღსაზრდელი, რა დროსაც გამოაშკარავდა მათზე განხორციელებული პერმანენტული ხასიათის არასათანადო მოპყრობის ფაქტები დაწესებულების პერსონალის, ასევე, ყოფილი აღსაზრდელის, ვინმე ვახტანგ კ.-ს მხრიდან. კერძოდ, აღნიშნულ დაწესებულებაში ხდებოდა და ამჟამადაც ხდება აღსაზრდელთა ცემა, დამცირება, ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური ზემოქმედება, ოთახში გამოკეტვა, საკვების არმიცემა.

ზემოაღნიშნული არასათანადო მოპყრობის ფაქტების დოკუმენტირების, ასევე სავარაუდოდ გონიერების განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვების სამედიცინო და ფსიქოლოგიური საექსპერტო შეფასების შესახებ საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისმა მიმართა წამების, ძალადობისა და გამოხატული სტრესული ზემოქმედების მსხვერპლთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრ „ემპათიას“.

აღნიშნულ ბავშვთა სახლში გამოვლენილი ძალადობის ფაქტებზე სათანადო რეაგირებისთვის 16 მარტს სახალხო დამცველმა მიმართა საქართველოს მთავარ პროცესურატურას.



ამრიგად, ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში გამოვლენილი ძალადობისა და არაპუმანური მოპყრობის კონკრეტული ფაქტები არღვევს ბავშვის ფუნდამენტურ უფლებებს და ენინააღმდეგება რიგ საერთაშორისო იურიდიულ დოკუმენტებს, რომლებსაც სავალდებულო ხასიათი აქვთ საქართველოსთვის.⁶⁸

ბავშვზე ზრუნვის ეროვნული სტანდარტები ასევე ითვალისწინებს ბავშვების ძალადობისგან დაცვას: „მომსახურების მიმწოდებელი გამოავლენს მომსახურების მიღმა მომხდარ (ოჯახში, სკოლაში და სხვა) ძალადობის უფლებელყოფის შემთხვევებს ან ამგვარი შემთხვევის საფრთხეს და რეაგირებს მასზე“⁶⁹ მე-12 სტანდარტის აღსრულების მაჩვენებლის „ბ“ ქვეპუნქტის მიხედვით, „თუ მომსახურების მიმწოდებელს ეჭვი გაუჩნდა ან შეატყობინეს ბავშვზე ძალადობის შესახებ, ის დაუყოვნებლივ აცნობებს ამის შესახებ პოლიციასა და მეურვეობისა და მზრუნველობის ადგილობრივ ორგანოს“; იმავე სტანდარტის „დ“ აღსრულების მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ „ძალადობის ყველა ფაქტი თუ განაცხადება ძალადობის შესახებ, ასევე, საპასუხოდ გატარებული ღონისძიებები, წერილობით აღირიცხება“. ამის მიუხედავად, არცერთ სააღმზრდელო დაწესებულებას არ ჰქონდა მსგავსი ჩანაწერები. მე-6 სტანდარტის აღსრულების მაჩვენებლის „ლ“ ქვეპუნქტის თანახმად, „მომსახურების მიმწოდებელი ზრუნვას, რათა მომსახურების მოსარგებლე დაცული იყოს სხვა ბავშვების მხრიდან ძალადობისა და დაშინებისაგან.“

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს უზრუნველყოს შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

- სააღმზრდელო დაწესებულებების ქცევის კოდექსის მომზადება, რომლითაც რეგლამენტირებული იქნება სააღმზრდელო დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალისა და პენეფიციარების უფლება-მოვალეობები არასათანადო მოპყრობისა და ძალადობის პრევენციის მიზნით;
- ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ერთიანი მონიტორინგის სისტემის შემუშავება და დანერგვა ძალადობისა და არაპუმანური მოპყრობის წინააღმდეგ;
- ბავშვზე ზრუნვის პროგრამის ფარგლებში ბავშვებზე ძალადობის პრევენციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამის ფოკუსირება ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ძალადობის შემთხვევების გამოვლენაზე, მიზეზების შესწავლასა და ურთიერთობის დარეგულირებაზე; ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტებში და დაწესებულებებთა დებულებებში, ძალადობის წინააღმდეგ პრძოლის გაუმჯობესების მიზნით, დამატებითი ცვლილებების შეტანა;
- პედაგოგ-აღმზრდელთა ცნობიერების ამაღლება ბავშვთა მიმართ ძალადობის ნებისმიერი ფორმის დაუშვებლობის შესახებ; ძალადობის შემთხვევების იდენტიფიცირებისა და პრევენციის მექანიზმის შემუშავება და ძალადობის მსხვერპლთა რეაბილიტაციის ღონისძიებების უზრუნველყოფა;
- ბავშვის მიერ ბავშვზე ძალადობის მიზეზებისა და გამოვლინების ნიშნების დადგენა და საგანმანათლებლო-პრევენციული ღონისძიებების დანერგვა ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში;
- სააღმზრდელო დაწესებულებებში შემთხვევის მართვის პრაქტიკის დანერგვა და მულტიდის-ციპლინური მიდგომა;
- აღსაზრდელთა ინფორმირება და განათლება ბავშვის უფლებათა კონვენციის შესახებ, რათა ბავშვის უფლების დარღვევისა და სხვადასხვა სახის ძალადობის ფაქტის შემთხვევაში მათ შეძლონ მიმართვა სათანადო ორგანოებისადმი.

⁶⁸ გაერთს ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, გაერთს წამებისა და სასტიკი, არადამიანური ან ღირსების შემლახელი მოპყრობის ან დასჯის წინააღმდეგ კონვენცია, ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპული კონვენცია, ბავშვის უფლებების კონვენცია.

⁶⁹ სტანდარტი 12 – ძალადობისაგან დაცვა.



ბავშვის უფლება, თავისუფლად გამოთქვას საკუთარი აზრი

ზოგიერთ ინსტიტუციაში არ ხდება ბავშვის აზრის გათვალისწინება თავისი ტანსაცმლისა და ფეხსაც-მლის არჩევის დროს. რამდენიმე აღსაზარდელმა კონფიდენციალურ კითხვარში დააფიქსირა თავისი მოსაზრება აღნიშნულ საკითხზე შემდეგი ფორმით: „რასაც მაძლევენ ტანსაცმელს ან ფეხსაცმელს, არ ვაპროტესტებ, ვინაიდან ეს უკულტურობაა“.

ბავშვის უფლებათა კონცენტრის მიხედვით, „მონაწილე სახელმწიფოუნივერსიტეტი უზრუნველყოფენ საკუთარი შეხედულებების ჩამოყალიბების უნარის მქონე ბავშვის უფლებას, თავისუფლად გამოთქვას თავისი შეხედულებები ნებისმიერ საკითხზე, რომელიც მას ეხება, ამასთან, ბავშვის შეხედულებებს სათანადო ყურადღება ეთმობა მისი ასაკისა და სიმწიფის შესაბამისად“⁷⁰ იმავე კონცენტრის მე-13 მუხლის მიხედვით, „ბავშვს უფლება აქვს, თავისუფლად გამოთქვას თავისი აზრი; ეს უფლება მოიცავს თავისუფლებას, საზღვრების არსებობის მიუხედავად მოიძიოს, მიიღოს ან გადასცეს ნებისმიერი სახის ინფორმაცია ან იდეა ზეპირი, წერილობითი თუ ბეჭდური ფორმით, ბავშვის არჩევანისამებრ.“

ასევე, საქართველოს ბავშვზე ზრუნვის N3 სტანდარტით, მომსახურების მიმწოდებელმა უნდა შექმნას შესაბამისი პირობები იმისთვის, რომ მომხმარებელს შეეძლოს მომსახურების შესახებ აზრის (უკუკავშირის) მიწოდება.

სააღმზრდელო დაწესებულებებში „ზოგჯერ უფროსები არც ინტერესდებიან მათი პრობლემებით და არც არასოდეს უპასუხებენ“; თუმცა ზოგიერთ დაწესებულებაში დაწერგილია ბავშვებთან უკუკავშირის გამოხატვის სხვადასხვა ფორმა და საშუალება, როგორებიცა: კითხვა-პასუხის ყუთები, წერილები, სურვილების დაფა, ხე, ყუთი („სათნოება“, საგურამო), ასევე, ზოგ დაწესებულებაში ბავშვებს თავისუფლად შეეძლოთ, ნებისმიერ დროს დირექტორისათვის ეცნობებინათ თავიანთი უფლებების დარღვევის შესახებ („სათნოება“, ასპინძა, თელავი, სამტრედია).

კონფიდენციალურობის დაცვა

ბავშვზე ზრუნვის მე-4 სტანდარტის (კონფიდენციალურობის დაცვა) შესაბამისად, მნიშვნელოვანია, „მომსახურების გარემო და ფორმა უზრუნველყოფდეს მომხმარებელთა პირადი ცხოვრების (წერილობითი და ელექტრონული კორესპონდენციების, სატელეფონო საუბრებისა და პირადი შეხვედრების) ხელშეუხებლობას“. თუმცა, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ გამოვლინდა, რომ ინდივიდუალური შეხვედრებისთვის ოთახი, უმეტეს შემთხვევაში, არ იყო გამოყოფილი. იშვიათ შემთხვევაში სხვა დანიშნულების ოთახი ასრულებდა ამ ფუნქციას, ხოლო „სათნოებაში“ მიმდინარეობდა აღნიშნული ოთახის რემონტი. ასპინძაში იყო ოჯახური ტიპის, კომფორტულად მოწყობილი, იზოლირებული სპეციალური ოთახი მშობლებთან შესახვედრად.

პრობლემას წარმოადგენდა ბენეფიციართა მიერ ტელეფონით სარგებლობა. გამოკითხული ბავშვების უმრავლესობა მიუთითებს, რომ ტელეფონით ვერ სარგებლობს, რადგან დაწესებულებას ტელეფონი არ აქვს, „მხოლოდ დირექტორის მობილურით არის შესაძლებელი დარეკვა“, „ამხანაგის მობილურით ვრეკავ, როცა მჭირდება“. სამტრედიის დაწესებულების ერთ-ერთი აღსაზრდელი მიუთითებს, რომ „ფსიქოლოგის არ ვენდობი, ვინაიდან მან ჩემი საიდუმლო გაამჟღავნა“. ტელეფონთან დაკავშირებული პრობლემის გამო ასევე არაა უზრუნველყოფილი პირადი საუბრების კონფიდენციალურობა. ამ ფაქტთან დაკავშირებით აღმზრდელები აკეთებენ შემდეგი სახის კომენტარს: „მათ თვითონ აქვთ მობილურები და როცა უნდათ და სადაც უნდათ, იქ რეკავენ“.

ბავშვის შრომის გამოყენება

ბავშვის უფლებათა კონვენციის მიხედვით, „ბავშვი დაცული უნდა იყოს ყველა ფორმის ექსპლუატაციისა და ნებისმიერი ისეთი სამუშაოს შესრულებისაგან, რომელიც შეიძლება ემუქრებოდეს მის ჯანმრთელობას და ხელს უშლიდეს განათლების მიღებაში ან ზიანს აყენებდეს მის ჯანმრთელობას, ფიზიკურ, გონიერივ, სულიერ, მორალურ და სოციალურ განვითარებას“.⁷¹

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში, თითქმის ყველაზე, ხდება ბავშვის შრომის გამოყენება. ბავშვები ასრულებენ სხვადასხვა სახის და სხვადასხვა სიმძიმის სამუშაოს: სააღმზრდელო ჯგუფებისა და საძინებლების დაგვა-დასუფთავება, ტუალეტების მორიგეობით დასუფთავება, ჭურჭლის დარეცხვა, სასადილოში მაგიდების გაშლა და ალაგება, სამზარეულოს იატაკის მოწმენდა, ფანჯრების დაწმენდა, დერეფნებისა და კიბეების დალაგება, სარეცხის გაფენა, თეთრეულის გაუთოვება, როგორც საკუთარი, ასევე სხვების ტანსაცმლის და ფეხსაცმლის გასუფთავება, უმცროსი ჯგუფის ბავშვების დაბანა, მოწესრიგება, ეზოს დალაგება, შეშის დაჩეხვა და ჯგუფებში ატანა.

აღსაზრდელები მიუთითებენ, რომ ამ საქმიანობებს აკეთებენ იძულებით, არანებაყოფლობით, აღმზრდელების დავალებით. ბავშვს არ შეუძლია, უარი განაცხადოს ასეთი სახის დავალებაზე, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა. ბავშვები ხშირად ცდილობენ, თავი აარიდონ „დაკისრებულ პასუხისმგებლობას“ სუსტი და მორჩილი ბავშვების ხარჯზე, რომლებიც ყოველგვარ დავალებას პროტესტის გარეშე ასრულებენ. კაჭრეთის სააღმზრდელო დაწესებულების ერთ-ერთ აღსაზრდელი, უფროსი ასაკის გოგონა, მუდმივად ასრულებს სხვადასხვა სახის სამუშაოს: „გაყინულ წყალში რეცხავს“, ავადმყოფობის შემდეგაც კი (ფილტვების ანთება) ვერ აპროტესტებს „დაკისრებულ მოვალეობას“. მონიტორინგის ჯგუფის ვიზიტის დროსაც ცივი წყლით რეცხავდა და ხელები გალურჯებული ჰქონდა.

აღმზრდელთა გამოკითხვა და განმარტებები ადასტურებს, რომ ბავშვები მართლაც ასრულებენ ზემოაღნიშნულ საქმიანობებს, თუმცა აღმზრდელები ამას ამართლებენ იმ მოტივით, რომ „ასე შრომის ფასს სწავლობენ“. ასეთი განვითარების მიზანი არ იყო მოვალეობის განვითარებისათვის, რადგან მართლაც ამას ამართლებენ იმ მოტივით, რომ „ასე შრომის ფასს სწავლობენ“.

აღმზრდელობით-პედაგოგიური მუშაობა

ბავშვის უფლებების კონვენციის შესაბამისად, მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში აღმზრდელობით-პედაგოგიურ მუშაობას ახორციელებენ უფროსი აღმზრდელები და სხვადასხვა წრის ხელმძღვანელები. მონიტორინგის პროცესში გამოიკვეთა, რომ ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების პილოტირების პროცესში ჩართული დაწესებულებებიდან განსაკუთრებული მზაობა სტანდარტების პრაქტიკაში დასანერგად და ბავშვის განვითარებისათვის ხელშეწყობი გარემოს შექმნისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფისათვის ჩამოყალიბებული იყო მხოლოდ ასპინძის სააღმზრდელო დაწესებულებაში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის „ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ“ ბრძანება №281/ნ-ის მიხედვით, მე-5 სტანდარტის (შეფასება, მომსახურების ინდივიდუალური გეგმა და შემთხვევის მართვა) ამოქმედება სავალდებულო 2011 წლის 1 იანვრიდან, თუმცა ზოგიერთ დაწესებულებაში ამ მიმართულებით უკვე მიმდინარეობს მუშაობა (ასპინძა, სამტკრედია, თელავი, ზუგდიდი, კაჭრეთი).

დაწესებულების უფროსისადმი სააღმზრდელო საქმიანობის გეგმის წარდგენა ხდება ყოველთვიურად, ტრიმესტრულად ან ყოველწლიურად, თუმცა ეს გეგმები ზოგ შემთხვევაში იყო მოძველებული, შინაარსობრივად და თემატურად დასახვენი, არ იყო გათვალისწინებული ასაკობრივი განვითარების



⁷¹ მუხლი 32

მოთხოვნები და ხშირ შემთხვევაში, აღსაზრდელთა გონიერივი შესაძლებლობები (სურამი, „სათ-ნოება“). მსგავსი სააღმზრდელო გეგმა საერთოდ არ იყო დუშეთსა და ტაშისკარში.

მონიტორინგის პროცესში მონაცემებულ სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვის უფროსთან თანაფარდობა საშუალოდ შეადგენდა 5/1. თუმცა, მიუხედავად ამისა, სახელმწიფოს მიერ გადაბული რესურსი დადებითად არ აისახება ბავშვის განვითარებაზე. სააღმზრდელო საქმიანობა ძირითადად შემოიფარგლება აღსაზრდელთა ფიზიკური უსაფრთხოებისა და დღის რეზიმის დაცვაზე მეთვალ-ყურეობით.

თითქმის ყველა დაწესებულებაში იყო პირობები სხვადასხვა სახის წრეობრივი მუშაობისათვის. აღნიშნული წრეების მუშაობისათვის საჭირო გარემოს მოწყობა, ინვენტარითა და მასალებით უზრუნ-ველყოფა ხდება როგორც სახელმწიფო დაფინანსებით, ასევე სხვადასხვა პროექტისა და დონორის საშუალებით.

გასართობი ოთახები, განსაკუთრებით, რეგიონებში (კაჭრეთი, ქუთაისი, ზუგდიდი, 199-ე საჯარო სკოლა) იყო მწირი ალტურვილობის ან საერთოდ არ იყო სათანადო ინვენტარით უზრუნველყოფილი. უმეტეს შემთხვევებში, გასართობი და სხვადასხვა წრეობრივი მუშაობის ოთახები იყო ჩაკეტილი და გაუთბობელი. ხელმძღვანელების განმარტებით, მხოლოდ წრეობრივი მუშაობის დღეებში (კვირაში 2-3-ჯერ) ხდება გათბობის ჩართვა.

თითქმის ყველა დაწესებულებაში ბიბლიოთეკა წარმოადგენს „საჩვენებელ ოთახს“ საქმიო რაოდენობის წიგნებით (კოჯორი, თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, წყნეთი). ბიბლიოთეკა არ თბება, რაც ეჭვეჭვეშ აყენებს მისი ფუნქციონირების საკითხს. ბიბლიოთეკაში არც წიგნების მოძრაობის ურნალი იქნა ნანახი, ვერც ბენეფიციართა გამოყითხვით დადგინდა, „რა წიგნი გამოიტანა ბოლოს ბიბლიოთეკიდან“. ზოგან ბიბლიოთეკა სააღმზრდელო ან კომპიუტერების ოთახშია განთავსებული, წიგნების რაოდენობა მწირია („სავანე“, დუშეთი) და არ არის განახლებული. კომპიუტერული კლასები კი ძირითადად პროექტი „ობოლის“ ფარგლებში ფუნქციონირებდა წყნეთში და თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულებებში.

სახალხო დაცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისა და განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროებს:

■ ერთობლივი ძალებით უზრუნველყონ, სააღმზრდელო დაწესებულებებში აღმზრდელობითი პროცესის გაუმჯობესების მიზნით პედაგოგთა გადამზადება, ასევე, სააღმზრდელო გეგმების გადახედვა ბავშვთა საჭიროებებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით.

ასევე, რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხან-დაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:

■ უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებების ბიბლიოთეკების სრულფასოვანი ფუნქციონირება, წიგნების მარაგის რეგულარული განახლება და შევსება.

პედაგოგებისა და აღმზრდელების გამოკითხვის შედეგები

პედაგოგებისა და აღმზრდელების ინტერვიურების შედეგად გამოიკვეთა, რომ მონიტორინგი იწვევს პერსონალის დაძაბულობას, რაც აძნელებს დაწესებულებებში არსებული რეალური სურათის შეფასებას. ძირითადად სააღმზრდელო დაწესებულებებში პედაგოგების მხრიდან ხდება პრობლემების უარყოფა და დაფარვა. ისინი პრობლემის აღიარებას საკუთარ სისუსტედ მიიჩნევენ.

სააღმზრდელო დაწესებულებებში აღმზრდელები და პედაგოგები ორიენტირებულნი არიან ბავშვის არა ძლიერ, არამედ სუსტ მხარეებზე. მაშინ, როცა ბავშვზე ზრუნვის მე-6 სტანდარტის „ვ“ ქვეპუნ-

ქტის თანახმად, „მომსახურება ბავშვის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით, ეხმარება ბავშვს სა-კუთარი ძლიერი მხარეების, რესურსებისა და შესაძლებლობების გაანალიზებაში“. ხოლო ბავშვზე ზრუნვის მე-11 სტანდარტით, „მომხმარებელთა მიმართ გამოიყენება ქცევის მართვის პოზიტიური ფორმები – წახალისება, შექება, დაჯილდოება და სხვა“, რაც რეალურად არ იქნა დაფიქსირებული მონიტორინგის პროცესში. თუმცა მონიტორინგის დროს გამოიკვეთა, რომ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ფართოდ გავრცელებულ პრაქტიკას წარმოადგენს ე.წ. „დამჯერი ბავშვების“ და-ჯილდოება და წახალისება. აღსაზრდელთა განმარტებით, „დამჯერი ბავშვები“ არიან ისეთები, რომ-ლებიც მორჩილებას გამოხატავენ პერსონალის ნებისმიერი მოთხოვნის მიმართ, არასოდეს აფიქსი-რებენ თავიანთ მოსაზრებას და პროტესტს. განსხვავებით იმ აღსაზრდელებისაგან, რომლებიც თავი-სუფლად გამოხატავენ თავიანთ შეხედულებებს და სურვილებს. უმრავლეს დაწესებულებაში წახალი-სება ხდება ზემოთ აღნიშნული პრინციპის მიხედვით, არ ეფუძნება წარმატებებს, მიღწევებს სწავლა-ში, თვითშემოქმედებაში და ა.შ.

დაწესებულების აღმზრდელები არ გეგმავენ განმავითარებელ ღონისძიებებს (წრეების გარდა) თავი-სუფალი დროის რაციონალური გამოყენებისა და ბავშვთა ინტერესების გათვალისწინებით.

შემაშფოთებელია ის გარემოება, რომ პედაგოგები ვერ მიჯნავენ უფლებებისა და მოვალეობების სფეროს ერთმანეთისაგან, რის გამოც ბავშვის უფლებები შეზღუდულია და ჩანაცვლებულია მოვალე-ობებით. ეს უკანასკნელი კი თრგუნავს ბავშვის ინდივიდუალობასა და თავისუფლებას.

სააღმზრდელო დაწესებულებაში ბავშვებთან მუშაობს გაუმჯობესების მიზნით აღმზრდელებს მიაჩინათ, რომ საჭიროებენ საფუძვლიან, თანმიმდევრულ, პროფესიულ დახმარებას, თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამის გადამზადებას და ტრენინგებს და არა 2-3-დღიან სამუშაო შეხვედრებს, რომ-ლებიც ძირითადად უტარდებათ პერიოდულად და უსისტემოდ, პოზიციისა და მოთხოვნილების გაუთვალისწინებლად.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:

- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში აღმზრდელობით-პედაგოგიური მუშაობის მეთოდების გადახედვა, ინდივიდუალური მიდგომების ჩამოყალიბება, ადამიანური რესურსების განვითარება და დამატებითი მატერიალურ-ფინანსური რესურსების მოპილიზაცია.

სახელობო წრეების ფუნქციონირება

დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ თითქმის ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებას აქვს სხვადასხვა სახის სახელობის წრეები. აღნიშნული ხელს უწყობს ბავშვების მიერ ახალი უნარ-ჩვევების ათვისებას და განვითარებას. ასევე, აღსაზრდელთა პროფესიული ორიენტაციის ჩამოყალიბებას. მონახულებულ დაწესებულებებში აღნიშვნას იმსახურებს კარგად ორგანიზებული და განვითარებული შემდეგი საქმიანობები:

სეზე მუშაობა – თბილისის, სამტრედიის, ბათუმის სააღმზრდელო დაწესებულებები;

ბატიკა – „მომავლის სახლი“,

თექა – თელავი, დუშეთი, კოჯორი, „მომავლის სახლი“, ტაშისკარი;

კერამიკული სახელოსნო – თელავი, კოჯორი, რუსთავი;

ტიხორული მინანქარი – სურამი, ტაშისკარი;

კულინარიის წრე – თელავი, ასპინძა;

სპორტული წრეები: რაგბი – ასპინძა, საგურამო; ფეხბურთი – თელავი, ბათუმი, წალენჯიხა;

ძიუდი – თელავი;

გობელენი – სურამი, კოჯორი, დუშეთი;

სიმღერის წრე – დუშეთი, ასპინძა, ტაშისკარი, წყნეთი, ბათუმი, ლაგოდეხი;

სატვის წრე – ლაგოდეხი, კოჯორი;



ცეკვის წრე – თელავი;
ინგლისური ენის შემსწავლელი – რუსთავი, ასპინძა, თელავი;
სამკერვალო წრე – ასპინძა, მომავლის სახლი;
კომპიუტერული კლასები – ბათუმი, ქუთაისი, თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, წყნეთი, ასპინძა, კოჯორი, წალენჯიხა, ტაშისკარი, თელავი, რუსთავი, ზუგდიდი, სამტრედია;
ლიტერატურის წრე – მომავლის სახლი, ტაშისკარი;
სამოდელო სტუდია – მომავლის სახლი.

ფსიქოლოგიური დახმარება

12 დაწესებულების ხელმძღვანელების, ასევე სხვა პერსონალის განცხადებით, 2009 წლის განმავლობაში შტატების ოპტიმიზაციის შედეგად მოხდა ფსიქოლოგის შტატის გაუქმება, ხოლო 2010 წლის იანვრიდან ფსიქოლოგის შტატი დაწესებულებებში ისევ იქნა აღდგენილი.

სახალხო დამცველის სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ განხორციელებული მონიტორინგის შედეგად გაირკვა, რომ 21 ინსტიტუციიდან დიპლომირებული ფსიქოლოგი ჰყავს ხუთ დაწესებულებას (თელავი, ასპინძა, რუსთავი, დუშეთი, 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომარვი“). ერთ დაწესებულებას – ტაშისკარის ბავშვთა სახლს – აქვს ფსიქოლოგის შტატი, რომელიც ვაკანტურია, 6 დაწესებულებაში ვერ მოხერხდა ფსიქოლოგების ნახვა იმ მიზეზით, რომ მონიტორინგის ჯგუფის წევრებს ისინი ადგილზე არ დახვდნენ, ხოლო 9 ინსტიტუციაში ფსიქოლოგის შტატზე მუშაობებს სხვა პროფესიის ადამიანები, მათ შორის, აღნიშნულ ინსტიტუციებში ადრე სხვადასხვა პოზიციაზე მომუშავე პედაგოგები (ინგლისური ენის, ქართული ენის მასწავლებლები), უმეტესად კი, ყოფილი ბიბლიოთეკარები ან დირექტორის მოადგილები. მათ ნაწილს, როგორც გაირკვა, 2006-2009 წლებში გავლილი აქვთ განათლების სამინისტროს მიერ ჩატარებული ფრაგმენტული ტრენინგები: აგრესიაზე, ტრეფიკინგზე და ა. შ., რაც არ არის საკმარისი და არ იძლევა ფსიქოლოგიური მუშაობის კვალიფიცირებულად წარმართვის საშუალებას (რასაც შეუძლია, დადებითი შედეგის ნაცვლად ზიანიც კი მოუტანოს ბენეფიციარს), ხოლო, რაც შეხება ფსიქოლოგიურ მომსახურებას, ზოგიერთ დაწესებულებაში ამგვარი სამუშაო საერთოდ არ ხორციელდება იმ მარტივი მიზეზის გამო, რომ ფსიქოლოგის შტატზე დასაქმებული არაპროფესიონალი კადრი, სურვილის მიუხედავად, ვერანაირად თავს ვერ გაართმევს აღნიშნულ სამუშაოს. ერთ-ერთ დაწესებულებებში, კერძოდ, კაფრეთის ბავშვთა სახლში, ფსიქოლოგის შტატზე დასაქმებული იყო 3 ადამიანი, თითოეული 0,5 საშტატო ერთეულზე.

აღნიშნულ ინსტიტუციებში მონიტორინგის შედეგად გამოიკვეთა, რომ უმრავლეს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ფსიქოლოგებს არ აქვთ:

- კაბინეტი შესაბამისი მასალებით (მაგ. სხვადასხვა სახის ტესტი, ინვენტარი);
- ინსტიტუციაში მყოფი ბავშვების სრული სია და ბიოგრაფიული მონაცემები;
- ბენეფიციართა ფსიქოსოციალური მდგომარეობის სურათი (ძლიერი და სუსტი მხარეების მაჩვენებლები);
- დაკვირვების ჩანაწერების დღიური ან ჟურნალი (ინსტიტუციაში ყოფნის პერიოდის მიმდინარეობა, ანალიზი);
- კრიზისული მდგომარეობისა და სიტუაციების ჩანაწერები და პრევენციული ღონისძიებების ნუსხა;

ძირითადად, ფსიქოლოგებმა არ იციან, რა ხდება ინსტიტუციაში და რა გზებით დაარეგულირონ ბავშვის, ბავშვი-აღმზრდელის, ბავშვი-ინსტიტუციისა და ბავშვი-გარე სამყაროს პრობლემები; ასევე, დაწესებულებებში ვერ იქნა ნანახი ასოციალური, დევიაციური ქცევის ბავშვებისა და პედაგოგიური ჩამორჩენის მქონე ბავშვთა სიები, ჩამორჩენის მიზეზების, ხარისხისა და შესაბამისი საკორექციო სამუშაოების მითითებით.

ბავშვთა სახლების ბენეფიციარები წარმოადგენენ განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფს იმ მიზეზების გამო, რომ უმეტეს მათგანს აქვს განსაკუთრებით მძიმე ცხოვრებისეული გამოცდილება, რაც გამო-

იხატება, ხშირ შემთხვევაში, მცირენლოვნების ასაკიდან მათ მიმართ განხორციელებულ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ძალადობაში; აღსაზრდელების უმეტესობა არის დისფუნქციური, არასრული ან/და სოციალურად დაუცველი, უკიდურესად გაჭირვებული ოჯახებიდან, ზოგიერთ მათგანს საერთოდ არავინ ჰყავს და იზრდებოდა ქუჩაში (ე. წ. „ქუჩის ბავშვები“), ბევრი მათგანი არის მოწმე საქუთარ ოჯახებში განხორციელებული სხვადასხვა სახის ძალადობისა, შშობლების ძალადობისა ერთმანეთზე, მშობლების ძალადობისა შვილებზე, უცხო ადამიანების მხრიდან – ოჯახის წევრებზე და ა.შ. ასევე, ზოგიერთი მათგანი არის ტრეფიკინგის და არაჰემანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობის მსხვერპლი.

გამოკითხვის შედეგად გაირკვა, რომ ბენეფიციარების დიდ ნაწილს ახასიათებს სხვადასხვა ტიპის დევიაციური ქცევა, ასოციალური მიდრეკილებები, ქცევის სხვადასხვა დარღვევა და ემოციური სფეროს პრობლემები. ასევე აღსანიშნავია, რომ თითქმის ყველა დაწესებულებაში იმყოფებინ სავარაუდო ფსიქოსომატური პრობლემების მქონე აღსაზრდელები (მაგ. არაორგანული ენურეზი, რომელიც არცერთ შემთხვევაში დაიგნოსტირებული არ არის), ასევე, სავარაუდოდ, გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვები, რომლებიც ასევე არცერთ შემთხვევაში არ არიან დიაგნოსტირებული. ყოველივე ზემოაღნიშნულს ემატება უკვე ინსტიტუციებში არსებული პერსონალის ბავშვებ და ბავშვის-ბავშვზე ძალადობის, არასათანადო მოპყრობის პრაქტიკა, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს ბენეფიციარების ისედაც დატვირთულ ფსიქოფიზიკურ მდგომარეობას.

ამრიგად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ სტრესული სიტუაციებით დატვირთულ გარემოში ცხოვრება, არასრულფასოვანი კვება და მოვლა მცირენლოვნების ასაკიდან, თუკი ამას დაემატა უკვე ინსტიტუციაში ყოფნის პერიოდში არახელსაყრელი ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური გარემო და არაჰემანური მოპყრობა, შეიცავს დიდ რისკს, რომ ბავშვი ვერ ჩამოყალიბდეს სოციალურად სრულფასოვან პიროვნებად.

აღნიშნული სტატუსის მქონე ბენეფიციართათვის ინსტიტუციებში არსებული „ფსიქოლოგიური მომსახურება“ ვერ უზრუნველყოფს მომხმარებელს სათანადო კვალიფიციური სერვისით იმის გამო, რომ:

- ინსტიტუციებში ფსიქოლოგის შტატზე მუშაობენ სხვა პროფესიის ადამიანები;
- იმ დიპლომირებულ ფსიქოლოგებს, რომლებიც მუშაობენ პროფესიით, არ გააჩნიათ საქმარისი ცოდნა და გამოცდილება ამგვარ სპეციფიკურ ჯგუფებთან მუშაობისა;

არ არის დანერგილი შემთხვევის მართვის პრაქტიკა და მულტიდისციპლინარული მიდგომა ფსიქოლოგის ჩართულობით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს უზრუნველყოს:

- კვალიფიციური, გამოცდილი კადრების შერჩევა ინსტიტუციებში სამუშაოდ შესაბამისი ანაზღაურებით;
- ინსტიტუციებში შემთხვევის მართვის პრაქტიკისა და მულტიდისციპლინარული მიდგომის დანერგვა ფსიქოლოგთა ჩართულობით;
- დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფა (ფსიქოლოგის კაბინეტის აღჭურვა);
- არსებული ფსიქოლოგის კადრების შეფასება და შემდგომი ტრენინგების დაგეგმვა და განხორციელება სააღმზრდელო დაწესებულებათა სპეციფიკურობის გათვალისწინებით.



ბავშვის სპეციფიკის გაუთვალისწინებლობა სააღმზრდელო დაწესებულებაში ჩარიცხვისას

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ჩარიცხვა და ამორიცხვა ხდება დაწესებულების შიდა ბრძანების საფუძველზე და ფიქსირდება ბრძანების წიგნში. ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში – 2009 წლამდე ჩარიცხვები ხდებოდა განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს, ხოლო შემდეგ – საგანმანათლებლო რესურსცენტრის მიერ. დირექტორების გადმოცემით, 2009 წლიდან 2010 წლის

1 იანვრამდე ბავშვთა ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში აღსაზრდელთა ჩარიცხვა, დაწესებულებების დებულებების შესაბამისად, ხორციელდებოდა სოციალური მუშაკის დასკვნით, სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიმართვის საფუძველზე (გამონაკლისია სამტრედის N15 სკოლა პანსიონური მომსახურებით, სადაც, საჯარო სკოლის წესდების მიხედვით, ჩარიცხვისათვის აუცილებელია სასამართლოს გადაწყვეტილება). 2009 წლიდან სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ განხორციელებულ ჩარიცხვებს თან ახლავს მხოლოდ სოციალური მუშაკის რეკომენდაცია ჩარიცხვის შესახებ. ამგვარი რეკომენდაციები, ხშირ შემთხვევაში, საკმაოდ არაკვალიფიციურია. მაგალითად, სოციალური მუშაკის მიერ ასპინძის სააღმზრდელო დაწესებულების აღსაზრდელ ს.პ.-ზე გაცემული რეკომენდაცია არის ძალიან მოკლე და არ მოიცავს ბავშვის ბიოფსიქოსოციალურ დახასიათებას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებას, ინფორმაციას ბავშვის რეალური საჭიროებების შესახებ. რეკომენდაციაში მითითებულია, რომ ს.პ.-მ დაამთავრა ერთ-ერთი სოფლის დაწებითი სკოლა და სწავლის გასაგრძელებლად გადმოვიდა დაბა ასპინძაში. ვინაიდან ასპინძაში არ აქვს საცხოვრებელი და არავის შეუძლია მისი მეთვალყურეობა, ამიტომ რეგიონული საბჭოს გადაწყვეტილებით ს.პ. ჩარიცხა ასპინძის მზრუნველობამოქალებულ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში.

ზოგიერთი სოციალური მუშაკი ყველა ბავშვს იდენტურ დასკვნებს აძლევს (მაგალითად, რუსთავის სოციალური მომსახურების სოც. მუშაკი), რაც დასკვნისადმი ფორმალურ მიდგომაზე მეტყველებს.

სოციალური მუშაკის გაცემულ დასკვნა-რეკომენდაციაში ყველაზე სუსტი და არაკომპეტენტური არის ბავშვის სამედიცინო შეფასება, სადაც გხვდებით შემდეგ ტერმინებს – „სუსტი ჯანმრთელობა“, თუმცა გაურკვეველია, რას გულისხმობს სოციალური მუშაკი კონკრეტულ შემთხვევაში. ასევე, „ვიზუალური ალექმის საფუძველზე ბავშვის ფიზიკური განვითარება შეიძლება ითქვას, რომ ნორმის ფარგლებშია“. ყოველგვარი შეფასების გარეშე და სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ჩანაწერების გარეშე კეთდება დასკვნა.

ბევრგან პირად საქმეში არ არის შემთხვევის პირველადი შეფასების ფორმა და მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში დევს აღსაზრდელის ბიოფსიქოსოციალური შეფასება, რომელიც ბავშვის შესახებ ყველა მნიშვნელოვან ინფორმაციას სრულად არ მოიცავს. აღსანიშნავია ისიც, რომ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში არ არსებობს ერთიანი მიდგომა ბავშვის ჩარიცხვის საკითხთან დაკავშირებით. ისეთი შემთხვევებიც დაფიქსირდა, როცა ერთი ოჯახის ორ-სამ ბავშვზე მხოლოდ ერთი დასკვნა იყო წარმოდგენილი და მხოლოდ ერთ-ერთი ბავშვის პირად საქმეში იყო ასახული. მაგალითად, რუსთავის სოციალური სამსახურის მიერ გაცემულია დასკვნა ერთი ოჯახის 3 შვილზე, სადაც ორი ბავშვის შესახებ მითითებულია, რომ ბავშვებს აქვთ მეტყველების დარღვევა, ხოლო მესამე ბავშვზე წერს, რომ „შ.ჯ.-ს ჯანმრთელობის მდგომარეობა უკიდურესად მძიმეა“. თუმცა დასკვნაში არ არის მითითებული, კონკრეტულად რაში გამოიხატება სიმძიმე და რა სახის რეკომენდაციას აძლევს ბავშვს. ასევე არ არის მითითებული, აღნიშნული ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა რამდენად არის სარისკო და საჭიროებს თუ არა გადაუდებელ დახმარებას.

ინსტიტუციის ხელმძღვანელები აღიარებენ ბავშვებისთვის მცირე ზომის სერვისის ან მინდობით აღზრდის უპირატესობას, თუმცა მიაჩინათ, რომ ამ მიზნით საქმიანობა მათთან არაკოორდინირებულად მიმდინარეობს.

გვხვდება ისეთი შემთხვევებიც, როცა ბავშვი ინსტიტუციაში მოხვედრილია მიმღები ოჯახიდან ან მცირე ოჯახური ტიპის ბავშვთა სახლიდან, რის მიზეზადაც ბავშვის სირთულე სახელდება, თუმცა გაუგებარია, როგორ უნდა იყოს შესაძლებელი დიდი ზომის ინსტიტუციაში მსგავს ბავშვებზე ადეკვატური ზრუნვის განხორციელება.

ზოგჯერ დაწესებულების ხელმძღვანელს უწევს დაწესებულების ლიმიტის გადაჭარბებით მიიღოს ბავშვები „უფროსების თხოვნით“, (კატერით №2 სკოლაში სიით – 75 ბავშვი, ლიმიტი – 70 ბავშვი), რაც იწვევს დაწესებულების გადატვირთვას და პრობლემებს ქმნის ბავშვების კვების დაფინანსების საქმეში. რეალურად ბავშვების გამოკვება ხდება დაწესებულებიდან დროებით გასული ბავშვების ხარჯზე.

დაფიქსირდა შემთხვევები, როცა ბავშვების ჩარიცხვა ხდება არასრულყოფილი საბუთების საფუძველზე, ხშირად საბუთებს არ ახლავს ფორმა IV-100/ა ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. არის ისეთი შემთხვევებიც, როცა ფორმა IV-100/ა-ში არ არის ასახული რეალური ინფორმაცია ბავშვის ჯანმრთელობის შესახებ. აქედან გამომდინარე, გარკვეულ შემთხვევებში, დაწესებულება არ შეესაბამება ბავშვის სპეციფიკას. დაწესებულების ექიმების გადმოცემითა და ობიექტური შეფასებით, საგარაუდოა საშუალო და მძიმე ფორმის გონებრივი განვითარების შეფერხების შემთხვევები (წყნეთის ბავშვთა სახლში – 8 ბავშვი, დუშეთში – 2, კოჯორში – 1 ბავშვი). აღნიშნული დიაგნოზები არ არის დაფიქსირებული, ეს ბავშვები ვერ დადიან სკოლაში და მათ მიმართ არც ინდივიდუალური განვითარების ხელშემწყობი მიღების დანერგილი.

სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ რეგულარული ხასიათი უნდა მიეცეს მიღებული ბავშვების საბუთების გადახედვას, რათა მოხდეს ბავშვის მდგომარეობის გაუმჯობესების/გაურესების, ოჯახის სოციალური მდგომარეობის შეფასება და შესაბამისი ცვლილებების დაგეგმვა ბავშვის შემდგომი განვითარების ხელშეწყობის მიზნით.

განსაუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს სამტრედიის N15 საჯარო სკოლა, რომელიც განკუთვნილია კანონთან კონფლიქტში მყოფი ბავშვებისათვის. იგი წარმოადგენს მკაცრად დახურული ტიპის ინსტიტუციას, სადაც დებულების მიხედვით ჩარიცხვა ხდება 11 წლის ასაკიდან, სასამართლო დადგენილებით. ხშირად ჩარიცხვა ხდება არა ბიოლოგიური ასაკის მიხედვით შესაბამის კლასში, არამედ გონებრივი შესაძლებლობის შესაბამისად, რაც, საბოლოო ჯამში, განაპირობებს დაწესებულებაში გადაზრდილი ბავშვების რიცხვის ზრდას.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:

- გაზარდოს სოციალური მუშაკების ჩართულობა ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში;
- განახორციელოს სოციალური მუშაკებისათვის ბავშვის ბიოფსიქოსოციალური შეფასების კრიტერიუმებისა და სტანდარტების შემუშავება;
- უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს დებულებაში ბავშვის დაწესებულებაში ჩარიცხვისა და გაყვანის წესების დეტალურად განსაზღვრა, ჩარიცხვის დროს ბავშვის მონაცემების უნიფიცირებული ფორმით შეფასება.

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებიდან ბავშვების გაყვანა

მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა დაწესებულებიდან გაყვანა ხდება იმ შემთხვევაში, თუ გამიზნულია ბავშვის ჩართვა რეინტეგრაციის, მინდობითი აღზრდის ან მცირე საოჯახო ტიპის მზრუნველობაში გადასაყვანად, ასევე, მშობლების განცხადების საფუძველზე.

აღსაზრდელთა ამორიცხვა ხდება სოციალური მომსახურების სააგენტოს წერილობითი მომართვის საფუძველზე. მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულების ხელმძღვანელი ამოსარიცხი კანდიდატების შესახებ აცნობებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს. ამ უკანასკნელის მიერ შემთხვევის შესწავლისა და შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ აღსაზრდელი ტოვებს დაწესებულებას.

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებიდან მშობლის განცხადების საფუძველზე დროებით გაყვანილი (შაბათ-კვირას, დღესასწაულებზე) აღსაზრდელების ოჯახიდან დაწესებულებაში დაბრუნება, ზოგიერთ შემთხვევაში, გართულებულია (სურამის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება, კაჭრეთის №2 სკოლა). არის შემთხვევები, როცა მშობელი ბავშვს თვეობით არ აბრუნებს დაწესებულებაში (კაჭრეთი, ვ.ბ.), ბავშვი ვერ მიჰყვება სასწავლო პროცესს და ზოგჯერ, მშობლის დავალებით, მათხოვრობს კიდეც.



შიდა დოკუმენტაციის წარმოება

დაწესებულებათა უმრავლესობაში არ არსებობს ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტებით გათვალისწინებული უბედური შემთხვევების რეგისტრაციის უზრნალი, როგორც ზემოთ აღინიშნა, არ ხდება ძალადობის ფაქტების აღრიცხვა, არ არსებობს დოკუმენტაციის წარმოების ერთიანი სისტემა, ასევე, სხვადასხვა ხასიათის სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოება ხდება არასტანდარტული ფორმების მიხედვით.

დაწესებულებებში არ იქნა ნანახი საინფორმაციო პაკეტი დაწესებულების მომსახურების შესახებ. ამ მხრივ გამონაკლის წარმოადგენდა თელავის სააღმზრდელო დაწესებულება.

ყოფილ აღსაზრდელთა დასაქმება

ყველა დაწესებულებისათვის პრობლემას წარმოადგენს 18 წელს მიღწეულთა დასაქმებისათვის და დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის მომზადება. ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტის შესაბამისად, „მომსახურების მიმწოდებელი ხელს უწყობს 14 წლის ასაკიდან ბავშვების პროფესიული ორიენტაციის გამორკვევას.“⁷² ამ მიმართულებით თითქმის ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში მეტ-ნაკლებად ტარდება სხვადასხვა საქმიანობა: ხეზე, თიხაზე, თექაზე, ბატიკაზე მუშაობა, ხელსაქმეობა, მოდელირება და სხვადასხვა ნაკეთობათა დამზადება (თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, „მომავლის სახლი“, სამტრედიის №15 სკოლა, დუშეთისა და თელავის სააღმზრდელო დაწესებულებები).

აღსანიშნავია, რომ ასპინძაში არის საჭირო ინვენტარით კარგად აღჭურვილი სამკერვალო კაბინეტი. ხდება აღსაზრდელების ნამუშევრების გამოფენა-გაყიდვა როგორც საქართველოში, ისე საზღვარგარეთ. სამტრედიაში დაწესებულებას აქვს პურის საცხობი დანადგარი. ბავშვები სწავლობენ პურის ცხობას და შემდგომში გეგმავენ გამომცხვარი პურის რეალიზაციას. აქვე მოწყობილია საპარიქმახერო ოთახი და აქვთ შესაბამისი ინვენტარიც. ტაშისკარისა და სურამის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებს აქვს თექისა და ტიხრული მინანქრის შემსწავლელი წრეები, უფროსი ასაკის ბავშვები აქტიურად არიან ჩართული ხელობის შესწავლის პროცესში.

ბავშვზე ზრუნვის განათლების სტანდარტის „ვ“ ქვეპუნქტის მიხედვით, დაწესებულება „თანამშრომლობს დამსაქმებელთან აღსაზრდელთა დასაქმების მიზნით“. ზოგიერთ ინსტიტუციას დადგებითი გამოცდილება აქვს ამ მიმართულებით. მთავარი პროკურატურის პროექტის „საზოგადოებრივი პროკურატურის“ ფარგლებში, რეგიონული პროკურორის მიერ შესწავლილი იქნა 18 წელს მიღწეული მოზარდის დასაქმების საკითხი (ასპინძის სააღმზრდელო დაწესებულება), განხორციელდა რამდენიმე 18 წელს მიღწეული მოზარდის დასაქმება (2 გოგონა დასაქმდა მაღაზიაში 1 – ძეხვისა და სოსისის საწარმოში).

18 წელს მიღწეული დასაქმების პრაქტიკა დაფიქსირდა სხვადასხვა ფილიალშიც (სამტრედიის №15 სკოლა, თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება), თუმცა ეს არის ერთეული შემთხვევები და საჭიროებს საზოგადოებისა და შესაბამისი სახელმწიფო ორგანოების მხრიდან უფრო მეტ მხარდაჭერასა და რეალურ დახმარებას.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:

■ შეიმუშაოს და გაატაროს შესაბამისი ღონისძიებები ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების მიერ 18 წელს მიღწეულთა შემდგომი დასაქმებისა და პროფესიულ-უმაღლესი განათლების ხელშეწყობის მიზნით, მათი საცხოვრებელი პირობების, უნარებისა და ინტერესების გათვალისწინებით.

⁷² სტანდარტი 7, „ვ“ პუნქტი.

ფიზიკური გარემო

ბავშვზე ზრუნვის მე-13 სტანდარტის მიხედვით (უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა), „მნივშნელოვანია უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა. მომსახურების მიმწოდებელი ატარებს ღონისძიებებს, რათა მომსახურების ადგილებში თავიდან იქნეს აცილებული უბედური შემთხვევები და არ დაშავდეს მომხმარებელი. ასევე დაცულია მომხმარებლის პირადი ნივთები. მომხმარებელი ინფორმირებულია პოტენციური საფრთხისა და საშიშროების შესახებ.“⁷³

უსაფრთხოება

აღსანიშნავია, რომ ბევრ შემთხვევაში, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ შესწავლით ობიექტებზე არ არის თვალსაჩინო ადგილას გამოკრული საკონტაქტო ინფორმაცია პოლიციის, სახანძროს, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, გაზის, ელექტროენერგიისა და ნელის მიმწოდებელი დაწესებულებების, ასევე მეურვეობისა და მზრუნველობის ადგილობრივი ორგანოს შესახებ. ზოგ შემთხვევაში აღნიშნული ინფორმაცია გამოკრულია, თუმცა არ არის სრულყოფილი (თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, ლაგოდეხის, თელავის, კაჭრეთის, ასპინძის, ზუგდიდის, ბათუმის სააღმზრდელო დაწესებულებები, სამტრედიის №15 სკოლა).

ბევრგან ტელეფონი არ იყო ხელმისაწვდომი ბავშვებისათვის. დირექტორების განცხადებით, „მათ ნებისმიერ დროს შეუძლიათ, ისარგებლონ დირექტორის კაბინეტში არსებული ტელეფონით“. უმრავლეს დაწესებულებაში ტელეფონი არ მუშაობდა, დავალიანების გადაუხდელობის გამო.

ბავშვის სკოლაში წასვლა-მოსვლა და უსაფრთხოების საკითხი არ არის გადაწყვეტილი ისეთ შემთხვევებზე, როცა ბავშვმა ფეხით საკმაო მანძილი უნდა გაიაროს. სურამის სააღმზრდელო დაწესებულებაში 2008 წელს დაფიქსირდა ავტოვარიის შემთხვევა, რის შედეგადაც, ცენტრალური ავტომაგისტრალის ფეხით გადაკვეთის დროს, დაიღუპა 11 წლის აღსაზრდელი.

ბავშვზე ზრუნვის მე-13 სტანდარტის „გ“ ქვეპუნქტით, მოთხოვნილი ხანძარსანინააღმდეგო უსაფრთხოებისათვის განკუთვნილი კუთხე სააღმზრდელო დაწესებულებების უმრავლესობაში არ არის, ხოლო სადაც არის, მოძველებული და არასრულყოფილია (თელავი, ლაგოდეხი, ასპინძა).

- **სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:** უზრუნველყოს სხვადასხვა გადაუდებელი შემთხვევისა და საჭიროებისათვის შესაბამის დაწესებულებასთან დასაკავშირებლად საკონტაქტო ინფორმაციის თვალსაჩინო ადგილას განთავსება. (პოლიცია, სახანძრო, სასწრაფო, სამედიცინო დახმარება, გაზის, ელექტროენერგიისა და წყლის მიმწოდებელი დაწესებულებები, მეურვეობისა და მზრუნველობის ადგილობრივი ორგანოები, სახალხო დამცველისა და სხვა).
- **უზრუნველყოს ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში ბენეფიციართა ტელეფონით ხელმისაწვდომობა ნებისმიერ დროს და პირადი საუბრების კონფიდენციალურობა.**
- **ადგილობრივი თვითმმართველობის უწყებებთან თანამშრომლობის გზით უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებებიდან აღსაზრდელთა ტრანსპორტირება სკოლამდე და უკან, ასევე, ბავშვების დამოუკიდებლად ოჯახში მგზავრობისას მათი გადაადგილება ავტოსადგურამდე.**
- **უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების ტრიტორიაზე ხანძარსანინააღმდეგო უსაფრთხოების კუთხის გამართულობა და სათანადო აღჭურვილობა; ასევე, პერსონალის ინფორმირება ხანძრის პრევენციისა და ხანძარსანინააღმდეგო ღონისძიებების შესახებ.**



⁷³ ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტი – 13

ინფრასტრუქტურა

მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა ინსტიტუციური დაწესებულებების ეზოები უმეტესად კეთილმოუწყობელია. ტერიტორია არ არის დაცული და შემოლობილი (ყველა დაწესებულებაში არის დარაჯის რამდენიმე შტატი); არ არის მოწყობილი სათამაშო მოედნები, თუმცა ზოგიერთ ინსტიტუციაში იყო სხვადასხვა პროექტის ფარგლებში განახლებული სპორტული მოედნები (ბათუმი, წყნეთი, თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება). რეგიონებში ბუნებრივი გამწვანება და ფართი სააღმზრდელო დაწესებულებისათვის საკმარისია. შემოწმებულ ობიექტებში სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა ძირითადად არადამაკმაყოფილებელია. ზოგიერთ სააღმზრდელო დაწესებულებაში ფართის გარკვეული ნაწილი სარემონტო და აუთვისებელია (კოჯორი – საცხოვრებელი კორპუსის მე-2 სართული, საგურამოში – მე-3 სართული, დუშეთში – ძირითადი კორპუსის მე-3 სართული).

მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების შენობა-ნაგებობების სრული რეაბილიტაცია არცერთ ინსტიტუციაში არ არის ჩატარებული. ფრაგმენტულად არის გარემონტებული რამდენიმე ბავშვთა სახლი (თელავის, ასპინძის და ბათუმის ბავშვთა სახლები, სამტრედიის №15 სკოლა). ზოგან ამჟამად მიმდინარეობს სარემონტო სამუშაოები („სათნოება“, საგურამოს ბავშვთა სახლი). ავარიულ მდგომარეობაშია „მომავლის სახლის“ შენობა, ტაშისკარისა და წყნეთის სააღმზრდელო დაწესებულებების ის კორპუსები, სადაც განთავსებულია სამედიცინო კაბინეტები.

ნაწილობრივი სარემონტო სამუშაოებია (მეტალოპლასტიმასის ფანჯრების დამონტაჟება და სველი წერტილების შეკეთება) ჩატარებული ზოგიერთ სააღმზრდელო დაწესებულებაში (კოჯორი, ბათუმი, სამტრედია, დუშეთი, საგურამო, 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“). ხოლო ზოგან კი კარიფანჯარა ძეველი და ამორტიზებულია, მინები – ჩატეხილი (თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, ქუთაისის №44 სკოლა).

ელექტროგაყვანილობა, ელექტრომომარაგება, წყლით უზრუნველყოფა, გათბობა, სადეზინფონიური ლონისძიებები

ზოგიერთ დაწესებულებაში ელექტროგაყვანილობა საფრთხეს უქმნიდა ბავშვების სიცოცხლეს, არ იყო იზოლირებული და ელექტროგამანანილებელში მოთავსებული (თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება, 199 საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“, „მომავლის სახლი“).

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ზოგიერთი დაწესებულების ხელმძღვანელი ელექტროენერგიის ეკონომიის მიზნით სასწავლო-სააღმზრდელო ოთახებში იყენებს დაბალი სიმძლავრის ნათურებს, რომლებიც ვერ უზრუნველყოფს სათანადო განათებას (სურამი, დუშეთი, ლაგოდეხი, წალენჯიხა, ტაშისკარი); ზოგან საერთოდ არ ეკიდა ნათურები დერეფნებში, ტუალეტებში, საშხაპეებში (№199 საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“ და ტაშისკარის სააღმზრდელო დაწესებულება).

დაწესებულებათა გარკვეულ ნაწილს წყალმომარაგება ცენტრალური, უწყვეტი რეჟიმით მიეწოდება („მომავლის სახლი“, „სათნოება“, თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება, 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“, საგურამო), ნაწილს წყალი მიეწოდება გრაფიკით (რუსთავი, წყნეთი, კოჯორი, ქუთაისი, ასპინძა), ხდება წყლის მომარაგება ავზებში და შემდგომში განაწილება. საყურადღებოა, რომ ვერცერთი დაწესებულების ხელმძღვანელი ვერ ასახელებს, რამდენ დღეში ერთხელ ხდება ავზების ბოლომდე დაცლა და წყლის მთლიანად შეცვლა ან ავზის გაწმენდა.

ჭიდან და ჭაბურლილდან წყალი მიეწოდება დუშეთის, ზუგდიდის და თელავის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებს. წყალსაქაჩით ხდება წყლის ავზებში მომარაგება და შემდეგ განაწილება. ასეთ შემთხვევაში წყლის გარებისობის დამადასტურებელი საბუთის მოძიება ვერ მოხერხდა. ამ საკითხზე მხოლოდ ხელმძღვანელთა ზეპირი ინფორმაცია მივიღეთ იმის თაობაზე, რომ „წყალი შემნებულია“.

ინსტიტუციური დანესებულებების გათბობა ხდება ცენტრალიზებულად (კოჯორი, საგურამო, რუსთავი, „მომავლის სახლი“, „სათნოება“, ქუთაისის N44, თბილისის 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“, ასპინძის სააღმზრდელო დანესებულება, სამტრედიის N15 სკოლა) ან შერეული ფორმით, ელექტროგამათბობლებისა და დახურული სისტემის ბუნებრივი აირის გამათბობლებით (თბილისის სააღმზრდელო დანესებულება, წყნეთი, დუშეთი). ალასანიშვანია, რომ თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დანესებულებაში ამ გამათბობლების ნაწილი მწყობრიდან არის გამოსული, ხოლო დუშეთში, პირველ სართულზე განთავსებულ სამ სასწავლო-სააღმზრდელო ოთახში, აღინიშნებოდა გაზის შესამჩნევი სუნი.

ყურადღებას იმსახურებს ის ფაქტი, რომ გათბობაზე ხარჯის შემცირების მიზნით, ზოგან გათბობას რთავენ მხოლოდ ძალიან ცივ ამინდებში და საღამოს საათებში (N199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“).

რეგიონებში გათბობა როგორც საძინებელ, ასევე სააღმზრდელო ოთახებში ძირითადად ხდება შეშის ღუმლების გამოყენებით წალენჯიხაში აღსაზრდელების სკოლიდან მოსვლის მომენტისთვის არ იყო ანთებული შეშის ღუმლები როგორ სააღმზრდელო, ისე საძინებელ ოთახებში.

შემოწმებული ობიექტებიდან დეზინფექცია წარმოებს მხოლოდ ზოგ დანესებულებაში (თბილისის სააღმზრდელო დანესებულება, წყნეთი, ასპინძა) შესაბამის სამსახურებთან დაფებული ხელშეკრულების საფუძველზე. სამუშაოები სრულდება არაგეგმურად, არ არსებობს წინასწარი გრაფიკი, რაზეც მეტყველებს ადმინისტრაციის მიერ წარმოდგენილი, ჩატარებული სამუშაოების მიღება-ჩაბარების აქტები. დეზინსექცია-დერატიზაცია წარმოებს არაგეგმურად, საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამისი სამსახურების გამოძახების გზით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:

■ უზრუნველყოს შესაბამისი თანხების გამოყოფა ბავშვთა სააღმზრდელო დანესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესების ეტაპობრივი დაგეგმვა-განხორციელებისათვის.

სახალხო დამცველი ასევე რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:

■ უზრუნველყოს სააღმზრდელო დანესებულებების კომუნალური სისტემების გამართულობა და სადეზინფექციო სამუშაოების რეგულარობის კონტროლი.



ბავშვთა პიგიენა და პირადი ნივთებით უზრუნველყოფა

ცხელი წყლით უზრუნველყოფა ცენტრალიზებულად ხდება „სათნოებაში“, „მომავლის სახლში“ და საგურამოში. თითქმის ყველა დანესებულებაში აღსაზრდელთა დაბანა, შესაბამისად, საშხაპეების ცხელი წყლით უზრუნველყოფა, ხდება კვირაში ერთხელ, თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, საშხაპეების რაოდენობა არ შესაბამება აღსაზრდელთა რაოდენობას. ზოგან საშხაპეები განთავსებულია ერთ სათავსოში ერთმანეთისაგან გაუმიჯვნავად და ზოგან მწყობრიდან არის გამოსული (კოჯორი, 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“). წყნეთის ბავშვთა სახლში გაზეურაზე ხდება დასაბანი წყლის გაცხელება კოტეჯის პირველ სართულზე, შემდეგ წყალი ააქვთ ზემო სართულის საბაზანოში, სადაც ერთდღრულად მხოლოდ ერთ ბავშვს შეუძლია, დაიბანოს. 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონ „კომაროვი“-ს დირექტორის განმარტებით, კვირაში ერთხელ, დაბანის დღის გარდა, ყოველღიური პირადი პიგიენური პროცედურების ჩატარებას მოზარდები „როგორდაც ახერხებენ“, თუმცა როგორ, ამით არასოდეს დაინტერესებულა. მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ ბავშვები ერთმანეთს ეხმარებიან და ასე ინტერესებულ თავს, ზოგ ოთახში სანოლის ქვეშ პქონდათ ტაშტები და კარადებში – ელექტროგამაცხელებლები.

ტუალეტები არის როგორც აზიური ტიპისა, ასევე უნიტაზებით აღჭურვილი, ხშირად გაუმართავი, არ არის უზრუნველყოფილი წყლის მომარაგებით (წყნეთში კოტეჯის მეორე სართულზე არცერთ სანიტარულ კვანძს წყალი არ მიეწოდება), ძალიან ცუდ მდგომარეობაშია კაჭრეთის ბავშვთა საალ-მზრდელო დაწესებულების ტუალეტები.

დაწესებულებებში ხელსაბანების რაოდენობა, როგორც წესი, არ არის საკმარისი. ხშირ შემთხვევაში, ხელსაბანები დაზიანებული, ამორტიზიბული და უფუნქციოა (ტაშისკარი, ქუთაისი, სურამი, თბილი-სი, ბათუმი, წყნეთი).

თბილისის საალმზრდელო დაწესებულებაში არ იდო საპონი იმ მოტივით, რომ „მაინც მოიპარავენი“. სხვა ჰიგიენური ნივთები (კბილის ჯაგრისები და კბილის პასტები) აღსაზრდელებს თავიანთ ტუმ-ბოებში და კარადებში ჰქონდათ შენახული.

საძინებლები ძირითადად არის დიდი ზომის (10-12 ბავშვისათვის), ზოგ შემთხვევაში თვალშისაცემია საწოლებით გადატვირთულობა, ზოგან საწოლები ერთმანეთზეა მიდგმული (წყნეთი, „სათნოება“, კაჭრეთის №2 სკოლა). წყნეთში საწოლების ნაწილი მცირე ზომისაა და არ შეესაბამება ასაკობრივ სტანდარტს.

ზოგან საძინებლებში არ არის ტუმბოებისა და კარადების ადგილი („სათნოება“, წყნეთი), ხოლო ზოგან კარადები მწყობრიდანაა გამოსული, არ აქვს კარი (199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომა-როვი“. ამავე ინსტიტუციაში ტუმბოები და კარადები არ არის საკმარისი რაოდენობით, ამიტომაც თავად ბავშვების მშობლებმა შეიძინეს პლასტმასის „კომოდები“ პირადი ნივთებისათვის).

პირადი მოხმარების პირსახოცები ყველგან საკმარისი რაოდენობითაა, თუმცა საცვლები და ტანსაც-მელი საერთო ბავშვთა მთელი ასაკობრივი ჯგუფისთვის (წყნეთი, „სათნოება“). რიგ დაწესებულე-ბებში ჰიგიენური ჰიგიენური საშუალებები სერიოზული ნაკლებობა (ჰიგიენური პაკეტები და სხვ) ბევრგან ბავშვებს არ აქვთ ფეხსაცმელები და ამის გამო ვერ დადიან სკოლში (ტაშისკარი).

საალმზრდელო ოთახებში არსებული ინვენტარი ძირითადად მოძველებულია და წარმოადგენს სას-კოლო ინვენტარს. გამონაკლის წარმოადგენს სამტრედის და საგურამოს დაწესებულებები, სადაც არის ოჯახური გარემო და რბილი ავეჯი.

დაწესებულებების უმეტეს ნაწილში ფიზიკური გარემო არ უწყობს ხელს ბავშვის განვითარებასა და დაცვას. სათამაშოები არის მცირე რაოდენობით და მოძველებული, რბილი სათამაშოების უმეტესობა ჭუჭყანია (წყნეთის საალმზრდელო დაწესებულება), ხოლო ახალი სათამაშოები ცალკე ოთახში ან კარადაშია ჩაკეტილი და არ არის ბავშვებისათვის ხელმისაწვდომი.

- სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სისპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:**
- უზრუნველყოს ბავშვთა საალმზრდელო დაწესებულებებში საძილე ოთახების მოწყობა და ჰიგიენური პირობების დაკმაყოფილება.
 - უზრუნველყოს ბავშვთა საალმზრდელო დაწესებულებებში საჭირო რაოდენობის, ასაკისა და სეზონის შესაბამისი ტანსაცმლისა და ფეხსაცმლის, სათამაშოების, ინვენტარის მიწოდებაზე კონტროლი ბავშვთა სურვილებისა და აზრის გათვალისწინებით.

სამედიცინო მომსახურება

ბავშვის უფლებათა კონვენციის მიხედვით, სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ბავშვის სიცოცხლის უფლება.⁷⁴ „მონაწილე სახელმწიფოები აღიარებენ ბავშვის უფლებას, ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის უკელაზე უფრო სრულყოფილი მომსახურებით და დაავადებათა მუზრნალობისა და ჯანმრთელობის აღდენის საუკეთესო საშუალებებით. მონაწილე სახელმწიფოები ცდილობენ უზრუნველყონ, რომ არც ერთ ბავშვს არ ჩამოერთვას უფლება, ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ასეთი მომსახურებით“.⁷⁵

ბავშვზე ზრუნვის მე-9 სტანდარტის – ბავშვის ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და დაცვა – მიხედვით, „მომხმარებელს ხელი მიუწვდება იმუნიზაციასა და სამედიცინო პროფილაქტიკურ შემოწმებაზე. ...ხოლო, საჭიროების შემთხვევაში მომხმარებელი კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურებით იქნება უზრუნველყოფილი“.

მონიტორინგის დროს შეფასდა ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რესურსები და შესაბამისი დოკუმენტაცია.

სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია და სერტიფიცირება

თითქმის ყველა დაწესებულებაში არის შტატით გათვალისწინებული სამედიცინო პერსონალი (ტაშის-კარის გარდა, სადაც ექმი არ ჰყავთ, ხოლო ექთანი პერსოდულად მოდის სამსახურში). საექიმო საქმიანობის სერტიფიკატი არ ჰქონდა კაჭრეთის ბავშვთა სახლის ექიმს, რის გამოც მას არ აქვს უფლება, განახორციელოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობა.⁷⁶

შესაბამისი სპეციალობის სერტიფიკატი (პედიატრი ან ოჯახის ექიმი) და ნორმატიული დოკუმენტით განსაზღვრული მომიჯნავე სპეციალობის სერტიფიკატი⁷⁷ არ ჰქონდათ სურამისა და დუშეთის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების ექიმებს.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:
■ უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ექიმების შერჩევა და დანიშვნა კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად.

სამედიცინო კაბინეტი

მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების უმრავლესობაში სამედიცინო კაბინეტები არ აქმაყოფილებს სტანდარტს. ზოგან არ აქვთ სამედიცინო იზოლატორი და სველი წერტილები (კოჯორი, ტაშისკარი, „მომავლის სახლი“, დუშეთი, რუსთავი). ხშირ შემთხვევაში, ავადმყოფი ბავშვებისათვის განკუთხნილი იზოლატორი განთავსებულია სამედიცინო კაბინეტის მიმდებარედ, თუმცა ავარიულ მდგომარეობაში, სარემონტო და კეთილმოუწყობელია, ან ძალიან მცირე ზომისაა (დილომი, წყნეთი, „სავანე“). ზოგიერთ დაწესებულებაში, სადაც მიმდინარეობდა რემონტი ან იგეგმებოდა სარემონტო სამუშაოები, გამოყოფილი იყო ფართი სამედიცინო კაბინეტის სრულყოფილად მოწყობისათვის (საგურამოს, დუშეთის სააღმზრდელო დაწესებულებები). ზოგ შემთხვევაში,



⁷⁴ მუხლი 6

⁷⁵ მუხლი 24 (1)

⁷⁶ საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 19 (1)

⁷⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 136/ნ ბრძანება (2007 წ.18 აპრილი)

„საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“.

იზოლატორი საკმაოდ დაშორებულია საექიმო კაბინეტს (ქუთაისის №44 სკოლა, ლაგოდეხის სააღმზრდელო დაწესებულება), რაც პრაქტიკულად მოუხერხებელია საექიმო საქმიანობის განხორციელებისათვის.

სამედიცინო კაბინეტები არაა აღჭურვილი აუცილებელი ინვენტარით (სიმაღლის საზომი, სასწორი, წნევის აპარატი, თერმომეტრი და სხვა), თუმცა აქვთ ინპალატორები (თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება, კოვორი). გადაუდებელი დახმარებისათვის სრულყოფილი შოკის კარადა არცერთ სააღმზრდელო დაწესებულებაში არ არის, ზოგიერთ დაწესებულებაში აქვთ შოკის საწინააღმდეგო საშუალებები („მომავლის სახლი“, ზუგდიდის, კოვორის, ბათუმის სააღმზრდელო დაწესებულებები).

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:

■ **ბავშვზე ზრუნვის პროგრამის ფარგლებში უზრუნველყოს ბავშვთა დაწესებულებების სამედიცინო კაბინეტებისთვის შესაბამისი ფართის გამოყოფა და მათი აღჭურვა კანონმდებლობის მოთხოვნებისა და ბენეფიციიართა საჭიროების გათვალისწინებით.**

სამედიცინო დოკუმენტაცია

თითქმის არცერთ დაწესებულებაში სამედიცინო ჩანაწერები არ არის სრულყოფილი, საექიმო საქმიანობის წარმოება არ ხდება „საექიმო საქმიანობს შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრული ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ერთიანი ფორმების მიხედვით. ზოგან არც კი იციან სამედიცინო მომსახურების წარმოებისათვის აუცილებელი ფორმების არსებობის შესახებ. არის შემთხვევები, როცა სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება ხდება რუსულ ენაზე (საგურამო, კაჭრეთი), რაც ენინააღმდეგება „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონს: „სამედიცინო ჩანაწერები შესრულდეს სახელმწიფო ენაზე, მკაფიოდ და გასაგებად.“⁷⁸

ბავშვის ინდივიდუალური სამედიცინო განვითარების ბარათები საერთოდ არ არის ტაშისკარის ფილიალში, ხოლო სხვა დაწესებულებებში, უმრავლეს შემთხვევაში, არასრულფასოვნად არის ნაწარმოები და რეალურად არ ასახავს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობას (კოვორი, „სათნოება“, წყნეთი, საგურამოს სააღმზრდელო დაწესებულება, კაჭრეთი №2 სკოლა, ქუთაისის №44 სკოლა, წალენჯიხის სააღმზრდელო დაწესებულება) – არ ხორციელდება შესაბამისი ჩანაწერები ჯანმრთელობის გაუარესების, ტრავმის ან სხვა რამე მწვავე მდგომარეობის დროს.

საკვების შემონმების უურნალები სრულყოფილად არ არის ნაწარმოები, ბევრგან საერთოდ არ აქვთ ასეთი შინაარსის უურნალი. მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში იყო ნანახი სანიტარიული შემონმებისა და დატილიანების უურნალები, რომლებშიც აღრიცხულია პროფილეტიკურ-პრევენციული ლონისიებები. ზოგან, ასეთი უურნალების არსებობის შემთხვევაში, მათი ნაწარმოება ატარებს ფორმალურ ხასიათს.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი უნდა ახორციელებდეს ინფექციებზე კონტროლს და ანარმოებდეს ინფექციური დაავადების აღრიცხვის უურნალს (ფ. 60/ა), რაც ნანახი იქნა მხოლოდ ორ შემთხვევაში (წყნეთი, „სათნოება“), სხვაგან ამგვარი უურნალი ან „თვითშემოქმედებით“ იყო ნაწარმოები ან პერსონალმა საერთოდ არ იცოდა ასეთი ვალდებულების არსებობის შესახებ.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს:

■ **გააკონტროლოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების მიწოდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი ფორმებითა და ხარისხით.**

⁷⁸ საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ, მუხლი 56, 2 (ს)

მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

პრობლემები სამედიცინო მომსახურების სფეროში

ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში დგას ღამის განმავლობაში ელემენტარული სამედიცინო დახმარების განხორციელებაზე პასუხისმგებელი და უფლებამოსილი პირის პრობლემა. ღამის განმავლობაში მედიკამენტების გაცემასა და იზოლაციონში მოთავსებულ პაციენტთა მეთვალყურეობაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება არასამედიცინო პერსონალს (ძოძას). ასევე, თითქმის ყველა დაწესებულებისათვის პრობლემად რჩება შაბათ-კვირის განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის მორიგეობის საკითხი – შტატების შემცირების პირობებში დირექტორს არ შეუძლია დამატებით ექთნის აყვანა და ვერც შინაგანაწესით არეგულირებს ამ საკითხს. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში, დაწესებულების ხელმძღვანელი მკონავი გრაფიკს ადგენს და ექიმი ან ექთანი მონაცემლობრივით რჩებიან დაწესებულებაში.

ყველა ბაგშეთა სააღმზრდელო დაწესებულებისათვის პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ არცერთი სადაზღვევო პაკეტით არ არის გათვალისწინებული სტომატოლოგიური მომსახურება, მაშინ, როცა სტომატოლოგიური დაავადებების მაღალი სიხშირე სწორედ ამ ასაკობრივ პერიოდზე მოდის. ასევე შეირია ბაგშეებში ჭიბით ინვაზია. ექიმების გადმოცემით, დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა არ არის გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ვაუჩერით.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის შესაბამისი სტატუსის მინიჭება

უნდა აღინიშნოს, რომ ბავშვები წარმოადგენენ განსაკუთრებულ მოწყვლად კატეგორიას და მზრუნველობამოკლებულ სააღმზრდელო დაწესებულებებში მათი მოხვედრის უზშირესი მიზეზი სწორედ ეკონომიკური სიდურეზე და სიღარიბეა. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, ბავშვების იმ კატეგორიას მაინც, რომლებიც იმყოფებიან არასპეციალური ტიპის სააღმზრდელო დაწესებულებებში და აქვთ ისეთი დაავადებების კლინიკური გამოვლინებები, რომელებიც ექვემდებარება სტატუსის განსაზღვრას. მიზნისათვის სტატუსი და აღნიშნოთ პინსია.

- სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს: უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებების დაკომპლექტება შესაბამისი რაოდენობისა და კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალით.
- აზრუნვლობის ბავშვთა სააღმზრდოობობრივი აღმატებულობის აღსაჩეროობათვის, სათანავავი



- ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობების გაფართოება, მათ შორის, დაწესებულების აღსაზრდელთავის სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა.
- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვების ჯანმრთელობაზე კონტროლის სისტემის გაუმჯობესება და პროფილაქტიკური გასინჯვების რეგულარულად ჩატარება, ასევე, ბავშვების ჯანმრთელობის რეალური შეფასება და დაავადებათა დიგანოსტირება შესაბამისი შშმპ სტატუსის განსაზღვრის მიზნით.

კვების ორგანიზება ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში

ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტების მიხედვით, „მომსახურების მიმწოდებელი უზრუნველყოფს მომხმარებელს უსაფრთხო საკვებით, რომელიც აქმაყოფილებს მომხმარებლის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს საკვებსა და ენერგიაზე.“⁷⁹

მონიტორინგის ჩატარებისას ყურადღება გამახვილდა არამარტო მენიუ-განრიგებით გათვალისწინებული საკვების რაოდენობასა და მრავალფეროვნებაზე, არამედ კვების ბლოკსა და სასადალოში სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობების დაცვაზე, საკვების მომზადების ტექნოლოგიასა და უსაფრთხოებაზე. აღსანიშნავია, რომ თითქმის ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში კვებაზე გამოყოფილი თანხა ბავშვზე დღეში შეადგენდა 3-4 ლარს, ზოგი ითხოვდა თანხის გაზრდას (კოჯორი), თუმცა იყო დაწესებულებები, სადაც დღესასწაულებზე ეს თანხა იყო გაზრდილი ბიუჯეტის, შიდა რესურსების და ჰუმანიტარული დახმარების ხარჯზე („სათნოება“).

კვების ბლოკი

ზოგიერთ ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში კვების ბლოკი და სასადილო მოთავსებულია ცალკე შენობაში (საგურამო) ან ძირითადი შენობიდან გამოყოფილ ფლიგელში. გამონაკლისს წარმოადგენს წყნეთის სააღმზრდელო დაწესებულება, სადაც თითოეულ კოტეჯს აქვს დამოუკიდებელი სამზარეულო. მხოლოდ რუსთავის დღისა და ღამის ცენტრშია სასადილო ძირითად კორპუსში განთავსებული. უნდა აღინიშნოს, რომ სამზარეულოსა და სასადილოს ერთმანეთისაგან დაცილება დამტებით სიძნელეს უქმნის მომსახურე პერსონალს.

უმრავლეს შემთხვევებში, კვების ბლოკი და სამზარეულო არის სარემონტო ან მიმდინარეობს რემონტი (კოჯორში – სამზარეულო, ლაგოდეხი, თელავი, სურამი, ტაშისკარი, წალენჯიხა, ხოლო ქუთაისში – სასადილო ძალიან მცირე ზომისა და სარემონტო). მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაში სამზარეულოში არის დამონტაჟუბული გამნოვი, რომელიც მუშა მდგომარეობაშია (წყნეთი, სალინო, დუშეთი). დანარჩენ შემთხვევაში ხდება სამზარეულოების მხოლოდ ბუნებრივი ვენტილაცია.

უმეტეს შემთხვევებში კვების ბლოკი ვერ აქმაყოფილებს სანიტარიულ-ჰიგიენურ მოთხოვნებს (კოჯორი, თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება), ლაგოდეხის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულების სამზარეულოში ნანახი იქნა მღრღნელების არსებობის კვალი.

სამზარეულოებში ცხელი წყლით უზრუნველყოფა ხდება წყლის ელექტროგამაცხელებით ან წყალს ადუღებენ გაზქურაზე (დუშეთი, წყნეთი).

სამზარეულოები მეტ-ნაკლებად უზრუნველყოფილია მექანიკური და ელექტრომოწყობილობებით. მხოლოდ „მომავლის სახლში“ და ზუგდიდის სააღმზრდელო დაწესებულებაში ფუნქციონირებს ჭურჭლის სარეცხი მანქანა, ხოლო დანარჩენ დაწესებულებებში ჭურჭლის რეცხვა ყველგან ხდება ხელით.

საკვების მენიუ-განანილება

მენიუს შედგენას, როგორც წესი, ახდენენ ექიმები, დაწესებულების ხელმძღვანელთან და ბუღალ-

⁷⁹ ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტი – 10

ტერთან შეთანხმებით. თუმცა მონიტორინგის დროს გამოვლინდა ისეთი დაწესებულებებიც, სადაც მენიუს შედეგი ხდება ექიმის ჩაურევლად (სურამი – მზარეული, ბულალტერი, ტაშისკარი – მზარეული).

მენიუები არ არის მრავალფეროვანი, არის შემთხვევები, როცა მენიუ რამდენიმე დღის განმავლობაში მეორდება (სურამში თანმიმდევრობით 5 დღის მენიუ ერთნაირი იყო). აღინიშნება ხილისა და ბოსტ-ნეულის სიმცირე.

მენიუების გადახედვისას თვალშისაცემია ჭარბი ნახშირწყლების მოხმარების ტენდენცია. ისინი გათვლილია მაქსიმალურ მოთხოვნებზე და ბევრად (ზოგჯერ 2-ჯერ მეტად) აღემატება კალორიულ მოთხოვნებს, რაც ძირითადად პურის მიწოდებით არის უზრუნველყოფილი (თითო ბავშვი საშუალოდ 300-600 გრამ პურს იღებს). მენიუს მიხედვით, ჭარბია მარილის მიწოდებაც. ასევე ყურადღებას იპყრობს რძის პროდუქტების მცირე რაოდენობა.

დაწესებულებებში არ არსებობს ასაკობრივი მენიუები, რომლებიც უნდა ემყარებოდეს ბავშვის ნორმალური ზრდა-განვითარებისათვის აუცილებელ მოთხოვნებს. თითქმის ყველა დაწესებულებაში ბავშვისათვის გასაგებ ენაზე დაწერილი მენიუ გამოკრულია სასადილოში და ხელმისავდომია ბავშვებისათვის. რაც შეეხება სამკურნალო კვებას, მხოლოდ ერთ ინსტიტუციაში იყო ცალკე მენიუ დიაბეტით დაავადებული ბავშვისათვის (თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება). ხოლო იმ დაწესებულებებში, სადაც დღის ცენტრების მომსახურებაა გათვალისწინებული, იყო ორი მენიუ – სადღე-დამისო და დღის (რუსთავი, ასპინძა).

საკვების მომზადების უსაფრთხოება

ზოგიერთ დაწესებულებაში (დუშეთი, ასპინძა, თელავი, ზუგდიდი) ხდება საკვები სინჯების აღება ყოველდღიურად და მათი შენახვა 24 საათის განმავლობაში, რათა კვებითი ინტოქსიკაციის შემთხვევაში დადგინდეს ან გამოირიცხოს სააღმზრდელო დაწესებულებაში ბავშვების მიერ მიღებული საკვებით ინტოქსიკიის შემთხვევა, თუმცა ამ აქტივობის ამსახველი სარეგისტრაციო უზრნალები, როგორც წესი, არ არსებობს. მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში ინარმოება შესაბამისი სარეგისტრაციო უზრნალი. დაწესებულებების უმრავლესობაში საკვების შემოწმების უზრნალები არც ჰქონდათ და არც იცოდნენ ასეთის აუცილებლობის შესახებ (სურამი, დუშეთი).

სამზარეულოს პერსონალისა და დირექტორის განმარტებით, საკვების მომზადებისას დაცულია ჰიგიენური მოთხოვნები, თუმცა სანინააღმდეგოზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ თითქმის არცერთ დაწესებულებაში არ არის მარკირებული დაფები და დანები (გამონაკლისი იყო რუსთავი და დუშეთი). უმი ხორცისა და ბოსტნეულის დასაჭრელად იყენებენ ერთსა და იმავე დაფასა და დანას, რაც საკვების მომზადების უსაფრთხოების პრინციპების დარღვევას წარმოადგენს. ასევე, უმეტეს შემთხვევაში არ არის იზოლირებული ხორცის, ბოსტნეულისა და ჭურჭლის სარეცხი ჩანები; სადაც არის, არასაკმარისია ან არ არის უზრუნველყოფილი ცხელი და ცივი წლით (199-ე საჯარო სკოლა, თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, წყნეთი).

პურის შენახვა და დაჭრა ძირითადად ხდება ჰიგიენური წესების დაცვით, პური იჭრება ამისათვის განკუთვნილ დაფაზე, თუმცა ზოგიერთ დაწესებულებაში დარღვეულია პურის შენახვის პირობები (თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში პური შენახულია გაურკვეველი წარმოშობის ყუთში, არაჰიგიენურ პირობებში).

თითქმის ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში იზოლირებული იყო ბოსტნეულისა და მშრალი პროდუქტების საკუჭნაოები (დუშეთი, ზუგდიდი, სალხინი, თელავი, ლაგოდეხი, ასპინძა). ზოგან საკუჭნაოებში არ იყო თაროები (წალენჯიხა) და მოუწესრიგებლად, იატაკზე ეყარა ბოსტნეული. ფქვილით სავსე ტომრები პირდაპირ ქვის ფილებზე იდო წესტიან საკუჭნაოში, იქვე ახლოს კი იდო მღრღნელების სანინააღმდეგო საშუალებები (თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება,



წალენჯიხა, ქუთაისის). საკუჭნაოში არსებულ მაცივარში ნანახი იქნა გახსნილი ტომატის ქილა, რომელიც თავდია იყო დატოვებული, აქვე დაფიქსირდა გაფუჭებული ბოსტნეული („სათნოება“), რაც არ იყო დაფიქსირებული საკვები პროდუქტების წუნდების უურნალში. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ კვების ბლოკზე პასუხისმგებელმა პირმა არ იცოდა ასეთი უურნალის წარმოების აუცილებლობის შესახებ.

სამზარეულოში ნაგავი იყო თავლია ჭურჭელში, რაც ქმნიდა საკვების დაბინძურების საფრთხეს (წყნეთი, კოჯორი, სურამი, ქუთაისი, სამტრედია, ლაგოდეხი).

საკვები პროდუქტების შესყიდვა ძირითადად ხდება მენარმისაგან, ხელშეკრულების საფუძველზე.

კვების ბლოკზე და მენიუების შედგენაზე პასუხისმგებელი პირები მიუთითებდნენ, რომ თავიანთი მუშაობის გაუმჯობესების მიზნით საჭიროებენ საგანმანათლებლო ტრენინგების ჩატარებას ბავშვთა და მოზარდთა კვების საკითხებზე სახელმძღვანელო რეკომენდაციებს – ძირითად საკვები ინგრედიენტებზე ყოველდღიურ მოთხოვნების (წორმების) შესახებ და სტანდარტულ ასაკობრივ მენიუ-განაწილებებს.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სსიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს:

- უზრუნველყოს საალმზრდელო დაწესებულებებში კვებაზე პასუხისმგებელ პირთა ინფორმირება და გადამზადება, სტანდარტული ასაკობრივი მენიუების შემუშავება სხვადასხვა ტიპის საალმზრდელო დაწესებულებებისათვის.
- ასევე, ზედამხედველობა განახორციელოს ბავშვთა საალმზრდელო დაწესებულებების კვების ბლოკის სანიტარიულ-ჰიგიენური მოთხოვნების დაცვასა და საკვების მომზადების უსაფრთხოებაზე.

რეკომენდაციები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისა და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროებს:

- ერთობლივი ძალებით უზრუნველყონ, საალმზრდელო დაწესებულებებში ალმზრდელობითი პროცესის გაუმჯობესების მიზნით, პედაგოგთა გადამზადება, ასევე, საალმზრდელო გეგმების გადახედვა ბავშვთა საჭიროებებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით;
- განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმონ და შესაბამისი ლონისძიებები გაატარონ 18 წელს მიღწეული ახალგაზრდების პროფესიულ-უმაღლესი განათლებისა და შემდგომი დასაქმების ხელშეწყობის მიზნით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს:

- მომზადეს საალმზრდელო დაწესებულებების ქცევის კოდექსი, რომლითაც რეგლამენტირებული იქნება საალმზრდელო დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალის და ბენეფიციარების უფლება-მოვალეობები წამების, არაპუმანური, არაადამიანური მოპყრობისა და ძალადობის პრევენციის მიზნით;
- შემუშავდეს და დაინერგოს ბავშვთა საალმზრდელო დაწესებულებებში ერთიანი მონიტორინგის სისტემა ძალადობისა და არაპუმანური მოპყრობის წინააღმდეგ;
- ბავშვზე ზრუნვის პროგრამის ფარგლებში მოხდეს ბავშვებზე ძალადობის პრევენციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამის ფოკუსირება ბავშვთა საალმზრდელო დაწესებულებებში ძალადობის შემთხვევების გამოვლენაზე, მიზეზების შესწავლასა და ურთიერთობის დარეგულირებაზე; ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტებში და დაწესებულებათა დებულებებში, ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის გაუმჯობესების მიზნით, შევიდეს დამატებითი ცვლილებები;
- გაზარდოს სოციალური მუშაკების ჩართულობა ბავშვთა საალმზრდელო დაწესებულებებში.

- უზრუნველყოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს დებულებაში ბავშვის დაწესებულებაში ჩარიცხვისა და გაყვანის წესების დეტალურად განსაზღვრა, ჩარიცხვის დროს ბავშვის უნიფიცირებული ფორმით შეფასება;
- უზრუნველყოს შესაბამისი თანხების გამოყოფა ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესების ეტაპობრივი დაგეგმვა-განხორციელებისათვის;
- გააკონტროლოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების მიწოდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი ფორმებითა და ხარისხით.

სიიპ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა, ხანდაზმულთა და მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა მომსახურების სააგენტოს უფროსს:

- უზრუნველყოს პედაგოგ-აღმზრდელთა გათვითცნობიერება ბავშვთა მიმართ ძალადობის პრევენციისა და ძალადობის მსხვერპლთა რეაბილიტაციის მიზნით;
- გაატაროს ბავშვის ბავშვზე ძალადობის მიზეზებისა და გამოვლინების ნიშნების დადგენისა და საგანმანათლებლო-პრევენციული მიზნებისთვის აუცილებელი ღონისძიებები ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში;
- დანერგოს შემთხვევის მართვის პრაქტიკა და მულტიდისციპლინური მიდგომა;
- უზრუნველყოს ალსაზრდელთა ინფორმირება და განათლება ბავშვის უფლებათა კონვენციის შესახებ, რათა ბავშვის უფლების დარღვევისა და სხვადასხვა სახის ძალადობის ფაქტების შემთხვევაში მათ შეძლონ მიმართვა სათანადო ორგანოებისადმი;
- უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებების პიბლიოსტეების ფუნქციონირება, განახლება და შევსება; ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში აღმზრდელობით-პედაგოგიური მუშაობის მეთოდების გადახედვა, ინდივიდუალური მიდგომების ჩამოყალიბება, ადამიანური რესურსების განვითარება და დამატებითი მატერიალურ-ფინანსური რესურსები;
- უზრუნველყოს კვალიფიციური, გამოცდილი კადრების შერჩევა ინსტიტუციებში სამუშაოდ შესაბამისი ანაზღაურებით; ინსტიტუციებში შემთხვევის მართვის პრაქტიკისა და მულტიდისციპლინარული მიდგომის დანერგვა ფსიქოლოგთა ჩართულობით; დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფა (ფსიქოლოგის კაბინეტის აღჭურვა); არსებული ფსიქოლოგის კადრების შეფასება და შემდგომი ტრენინგების დაგეგმვა და განხორციელება სააღმზრდელო დაწესებულებათა სპეციფიკურობის გათვალისწინებით;
- გააკონტროლოს დაწესებულებებში თვალსაჩინო ადგილზე სხვადასხვა საჭიროების შემთხვევაში მისამართი უწყებების/ორგანიზმების საკონტაქტო ინფორმაციის აფიშირება (პოლიცია, სახანძრო, სასწრაფო, სამედიცინო დახმარება, გაზის, ელექტროენერგიისა და წყლის მიმწოდებელი დაწესებულებები, მეურვეობისა და მზრუნველობის ადგილობრივი ორგანოები, სახალხო დამცველის და სხვა);
- გააკონტროლოს ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში პენეფიციართა ტელეფონით სარგებლობის ხელმისაწვდომობა ნებისმიერ დროს და პირადი საუბრების კონფიდენციალურობა;
- ადგილობრივი თვითმმართველობის უწყებებთან თანამშრომლობის გზით უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებებიდან ალსაზრდელთა ტრანსპორტირება სკოლამდე და უკან, ასევე, ბავშვების დამოუკიდებლად ოჯახში მგზავრობისას მათი გადაადგილება ავტოსადგურამდე;
- გააკონტროლოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების ტერიტორიაზე ხანდარსანინააღმდეგო უსაფრთხოების კუთხის გამართულობა და სათანადო აღჭურვილობა; ასევე, პერსონალის ინფორმირება ხანძრის პრევენციისა და ხანდარსანინააღმდეგო ღონისძიებების შესახებ;
- უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებების კომუნალური სისტემების გამართულობა და სადეზინფექციო სამუშაოების რეგულარობის კონტროლი;
- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში საძილე ოთახების მოწყობა და ჰიგიენური პირობების დაკმაყოფილება ასევე საჭირო რაოდენობის, ასაკისა და სეზონის



- შესაბამისი ტანსაცმლისა და ფეხსაცმლის, სათამაშოების, ინვენტარის მიწოდებაზე კონტ-როლი ბავშვთა სურვილებისა და აზრის გათვალისწინებით;
- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ექიმების შერჩევა და დანიშვნა კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად;
 - ბავშვზე ზრუნვის პროგრამის ფარგლებში უზრუნველყოს ბავშვთა დაწესებულებების სამე-დიცინო კაბინეტებისთვის შესაბამისი ფართის გამოყოფა და მათი აღჭურვა კანონმდებლობის მოთხოვნებისა და ბენეფიციართა საჭიროების გათვალისწინებით;
 - უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებების დაკომპლექტება შესაბამისი რაოდენობისა და კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალით;
 - უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების აღსაზრდელთათვის სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობების გაფართოება, მათ შორის, დაწესებულების აღსაზრდელთათვის სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა;
 - უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვების ჯანმრთელობაზე კონტ-როლის სისტემის გაუმჯობესება და პროფილაქტიკური გასინჯვების რეგულარულად ჩატარება, ასევე, ბავშვების ჯანმრთელობის რეალური შეფასება და დაავადებათა დიაგნოსტი-რება შესაბამისი შშმპ სტატუსის განსაზღვრის მიზნით;
 - უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებებში კვებაზე პასუხისმგებელ პირთა ინფორ-მირება და გადამზადება, სტანდარტული ასაკობრივი მენიუების შემუშავება სხვადასხვა ტი-პის სააღმზრდელო დაწესებულებებისათვის. ასევე, ზედამხედველობა განახორციელოს ბავ-შვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების კვების ბლოკის სანიტარიულ-ჰიგიენური მოთხოვ-ნების დაცვასა და საკვების მომზადების უსაფრთხოებაზე;