



ადამიანის უფლებათა მდგომარეობა
სასჯელადსრულების დაწესებულებებში

საქართველოს პრევენციის ეროვნული
მექანიზმის ანგარიში

2009

ზოგადი მდგომარეობა სასჯელალსრულების დანესებულებაში

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

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

საანგარიშო პერიოდში სასჯელალსრულების 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 სახდელის სტატისტიკა (დანესებულებების მითითებით), ხანმოკლე შევებულებით სარგებლობის შემთხვევები, სასჯელის მოუხდელი ნაწილის უფრო მსუბუქი სასჯელით შეცვლის სტატისტიკა, საპრობოლის რეჟიმზე გადაყვანილ მსჯავრდებულთა რაოდენობა (დანესებულებების მითითებით), ექიმის მიერ საკვების უხარისხობასთან დაკავშირებით გაკეთებული მიმართვების სტატისტიკა (დანესებულებების მითითებით) და სხვა.

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

დანესებულებებიდან მიღებული კითხვარები ხშირად არასრულად იყო შევსებული. რამდენიმე შემთხვევაში საჭირო გახდა კითხვარების ხელმეორედ გაგზავნა ზოგიერთი ინფორმაციის მოპოვების ან დაზუსტების მიზნით. ასევე არასრულად იქნა მონოდებული გამოთხოვილი დოკუმენტაცია.

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

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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ტერიტორიაზე. მათ ასევე ეძლეოდათ საშუალება, თავიანთი შეხედულებისამებრ შეერჩიათ პატიმრების მონახულების 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 სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტს ან/და საქართველოს მთავარ პროკურატურას. ყველა შემთხვევაზე დაწყებული 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 სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს საგამოძიებო დეპარტამენტის დასავლეთ სამმართველოში დაიწყო 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომხდარი ფაქტების სწრაფი და ეფექტური გამოძიება.

ზოგიერთი სასჯელაღსრულების დაწესებულების საყოფაცხოვრებო და სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები იმდენად ცუდია, რომ აღნიშნულ დაწესებულებებში განთავსებული პატიმრები, შეიძლება ითქვას, რომ არაადამიანურ და ღირსების შემლახავ პირობებში იმყოფებიან. მიუხედავად იმისა, რომ აშენდა და ექსპლუატაციაში შევიდა ახალი სასჯელაღსრულების 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 რეჟიმის დაწესებულება. ასევე, უმძიმესი მდგომარეობაა ქსნის N7 დაწესებულებაში, რომლის ინფრასტრუქტურა და საყოფაცხოვრებო თუ ჰიგიენური პირობები კვლავ არაადამიანურად დასუსტებულია. აღნიშნული პრობლემების მოგვარება, ასევე სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია დაწესებულების კაპიტალური გარემონტების გარეშე.

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

⁵ სსიპ „ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს“ დასავლეთ საქართველოს რეგიონული სამსახურის დასკვნა N407. დაიწყო 12.12.2009, დასრულდა 12.01.2010, გვ.8: „მარჯვენა მხრის უკანა ზედაპირზე, მარცხენა თეძოს ფრთის და მარჯვენა მუხლის მიდამოში აღენიშნება ნაჭდევები (სიცოცხლისდროინდ, 4-5 დღისაა).“

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

საბაზისო პრინციპია, რომ „ადამიანის უფლებების შემლახავი ციხის პირობების არსებობა არ არის გამართლებული რესურსების ნაკლებობით“.⁷ სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მოთავსების შემდეგ 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 არაჰიგიენურ საკანში, ასევე – სუფთა ჰაერისა და განათების ნაკლებობა. გადაწყვეტილება შეეხება N5 საპყრობილეს, რომელიც ლიკვიდირებული იქნა, თუმცა ზემოთ ჩამოთვლილ დაწესებულებებში 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, ჯეროვანი 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 ბუნებრივი განათების ნორმალურ პირობებში, ასევე იძლეოდეს სუფთა ჰაერის მოძრაობის შესაძლებლობა, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა არსებობს ჰაერის კონდიციონერების ჯეროვანი სისტემა; ხელოვნური განათება უნდა აკმაყოფილებდეს მიღებულ ტექნიკურ სტანდარტებს; უნდა არსებობდეს სიგნალიზაციის სისტემა, რომელიც საშუალებას მისცემს პატიმრებს, დაუყოვნებლივ დაუკავშირდნენ პერსონალს“⁹.

ხშირია ქსნის N7 საერთო, მკაცრი 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 საპყრობილეში იზოლირება გაუკეთდა საპირფარეშოებს და საკნებში დამონტაჟდა გამწოვები, თუმცა კვლავ პრობლემად რჩება საკნების კედლები, რომლებიც დაფარულია ცემენტის სქელი, უსწორმასწორო ფენით, ე.წ. „შუბით“. მსჯავრდებულთა გადმოცემით, იმ საწოლებზე წოლა, რომლებიც მიდგმულია კედელთან, შეუძლებელია.

ქსნის დაწესებულების საერთო და მკაცრ რეჟიმზე მყოფი მსჯავრდებულების ნაწილი განთავსებულია ადრე არსებულ სასაბინო შენობაში, სადაც საცხოვრებელი სადგომები გამოყოფილია ერთმანეთისგან ლურჯი ბრეზენტით და მსჯავრდებულების მიერ გაკეთებული სამსართულიანი საწოლებით. ე.წ. ცენტრალურ ბარაკში იგივე მდგომარეობაა. ტერიტორიაზე განთავსებულ საერთო საპირფარეშოში გასარემონტებელია საკანალიზაციო სისტემა, რის გამოც მიმდებარე ტერიტორიაზე დგას სპეციფიკური სუნის. 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 რეჟიმის ნაწილში გადატვირთულობა და მსჯავრდებულებს მორიგეობით უწევთ ძილი.

N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის 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

ნელს და გარემონტდა 1975 ნელს, მისი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი. აღნიშნული დანესებულების შექმნის შემდგომ კოსმეტიკური რემონტი გაუკეთდა მხოლოდ პირველ სართულს, სადაც განლაგებულია ადმინისტრაციის თანამშრომლების ოთახები და სამედიცინო ნაწილი. დანესებულებაში ძირითადად განთავსებულნი არიან ის მსჯავრდებულები, რომელთაც დარჩენილი აქვთ სასჯელის მოხდის მცირე ვადა და ხანდაზმული მსჯავრდებულები. მონიტორინგის დროს დანესებულებაში განთავსებული იყო 41 ხანდაზმული. აღსანიშნავია, რომ „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს 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 თავმჯდომარეს, მოენოდებინა ინფორმაცია, იმყოფებოდნენ თუ არა ხანდაზმული მსჯავრდებულები გაუმჯობესებულ პირობებში და რაში გამოიხატებოდა აღნიშნული, თუმცა აღნიშნულ წერილზე პასუხი სახალხო დამცველის აპარატში არ შემოსულა, ხოლო მონიტორინგის შედეგად არ ჩანს, რომ ამ კატეგორიის მსჯავრდებულები სარგებლობდნენ რაიმე სახის გაუმჯობესებული პირობებით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, კანონის შესაბამისად უზრუნველყოს ხანდაზმული პატიმრების გაუმჯობესებული საყოფაცხოვრებო და კვების პირობები.

რუსთავის N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის დანესებულების I, II, III და IV საცხოვრებელი კორპუსების დათვალიერებით ირკვევა, რომ იქ არსებული საკნების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არ არის დამაკმაყოფილებელი და საჭიროებს რემონტს. ზემოაღნიშნულ საცხოვრებელ კორპუსებში 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 დანესებულებაში არის ბარაკული სისტემის საცხოვრებელი კორპუსი, რომელიც საჭიროებს კაპიტალურ რემონტს. არ არის ცენტრალური გათბობის სისტემა და მსჯავრდებულები სარგებლობენ ელექტროგათბობლებით.

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დანესებულებაში არის ერთი საცხოვრებელი კორპუსი, რომელიც შედგება 7 საცხოვრებელი ოთახისაგან (25-27 ადგილიანი). დანესებულება საჭიროებს კოსმეტიკურ რემონტს. საცხოვრებელ კორპუსს არ აქვს სავენტილაციო სისტემა. თითოეულ არასრულწლოვანზე გამოყოფილი ფართი არ შეესაბამება „პატიმრობის შესახებ“ საქართველოს კანონით დადგენილ სტანდარტებს.

ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანესებულებაში არის ერთმანეთისგან იზოლირებული სამი საცხოვრებელი კორპუსი, რომლებიც შედგება 78 პალატისგან. საცხოვრებელი კორპუსები საჭიროებს რემონტს და მათი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არის ცუდი. გათბობა ხდება ელექტროგათბობლების საშუალებით. 2010 წლის იანვრიდან დაგეგმილია დანესებულების კორპუსების ეტაპობრივი გარემონტება.

N7 საპყრობილეში არის 25 საკანი, მათი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა ნორმალურია, თუმცა საპირფარეშოებში არ არის ელექტროგაყვანილობა, რის გამოც მსჯავრდებულებს საპირფარეშოს განათება სანთლის მეშვეობით უწევთ. ფანჯრები არის მცირე ზომის, რის გამოც საკნების ბუნებრივი განიავება არ ხდება სათანადოდ, ხოლო ცენტრალური სავენტილაციო სისტემა ვერ უზრუნველყოფს საკნების განიავებას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ზაფხულის განმავლობაში საკნებში არის უჰაერობა. საკნების განათება ხდება მხოლოდ ხელოვნური გზით, ვინაიდან ფანჯრების ზომა ვერ უზრუნველყოფს საკნის ბუნებრივ განათებას. ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საპყრობილე საჭიროებს რემონტს და სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანას.

საქართველოს
სასჯელალსრულების
სისტემა

N6 სერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის დაწესებულების ძველი სარეჟიმო კორპუსების საკნებში არსებული სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა არაადამაკმაყოფილებელია, კერძოდ, ვენტილაცია არ ხდება, კედლები ნესტიანია, ჩამოყრილია ბათქაში, განათება ხდება მზუფუტავი ნათურებით, ხოლო ბუნებრივი განათება არ არის საკმარისი, იატაკი ბეტონისაა. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჩასატარებელია სარემონტო სამუშაოები.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, 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.

2009 წლის 11 აგვისტოს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის თავმჯდომარეს გაეგზავნა წერილობითი მიმართვები, მოეწოდებინა 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 რეჟიმის (ცალ-ცალკე) სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოთავსებული მსჯავრდებულის საერთო საცხოვრებლის ინფრასტრუქტურა და მოწყობის წესი. აღნიშნულ წერილებზე პასუხი სახალხო დამცველის აპარატში არ შემოსულა. ხსენებული 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 გახდა დაწესებულებების სარემონტო სამუშაოების და პერსონალის (მათ შორის, სამედიცინო) რაოდენობის შესახებ ინფორმაციის მიღება, ვინაიდან აღნიშნული ინფორმაცია წარმოადგენს სახელმწიფო საიდუმლოებას საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 21 იანვრის N42 ბრძანებულებით დამტკიცებული „სახელმწიფო საიდუმლოებას მიკუთვნებულ ცნობათა ნუსხის“ V თავის შესაბამისად. მიგვაჩნია, რომ პრეზიდენტის N42 ბრძანებულება ეწინააღმდეგება „სახელმწიფო საიდუმლოების შესახებ“ საქართველოს კანონს, რომლის მე-7 მუხლში ზუსტადაა მითითებული, რა კატეგორიის ინფორმაცია შეიძლება იყოს მიკუთვნებული სახელმწიფო საიდუმლოს კატეგორიას.

გადატვირთულობა

სასჯელაღსრულების სისტემაში გადატვირთულობა კვლავ პრობლემად რჩება. აღნიშნული პრობლემა პატიმართა სწრაფად მზარდი რაოდენობითა და ინფრასტრუქტურის უკმარისობითაა გამოწვეული.

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

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

¹⁰ „სასჯელაღსრულების 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 დანახარჯებებში: N1 საპრობილე – 1209 პატიმარი¹¹ (ლიმიტი – 750); N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დანახარჯებები – 2905 პატიმარი¹² (ლიმიტი – 2500); N4 საპრობილე – 578 პატიმარი¹³ (ლიმიტი – 305); N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დანახარჯებები – 388 პატიმარი¹⁴ (ლიმიტი – 370); N2 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის დანახარჯებები – 3082¹⁵ (ლიმიტი – 2744); N8 საპრობილე – 3790 პატიმარი¹⁶ (ლიმიტი – 3672); ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დანახარჯები – 733 პატიმარი¹⁷ (ლიმიტი – 540); N7 საერთო, მკაცრი და საპრობილის რეჟიმის დანახარჯები – 2731 პატიმარი¹⁸ (ლიმიტი – 1600).

როგორც სახალხო დამცველის წინა მოხსენებაში იყო აღნიშნული, გადატვირთულობა პირდაპირ არის დაკავშირებული სახელმწიფოს სისხლისსამართლებრივ პოლიტიკასთან, რომელიც „ნულოვან ტოლერანტობას“ ითვალისწინებს ყოველგვარი დანაშაულის მიმართ, განურჩევლად მისი საზოგადოებრივი საშიშროების ხარისხისა. აღნიშნულის თაობაზე სახალხო დამცველმა, 2009 წლის 1 ნაწილის 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 საწოლით 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 დანახარჯებების 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 შეკრებილობის 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 ნებადართვა უნდა მიეცეთ, რაც შეიძლება ხშირად იქონიონ ურთიერთობა წერილით, ტელეფონით თუ კომუნიკაციის სხვა საშუალებებით თავიანთ ოჯახებთან, სხვა პირებთან და გარე ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან, ასევე დაენიშნონ 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

„პაემნების 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 გააჩნია“²¹.

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 რადიომიმღები, ტელევიზორი, ვიდეო ან აუდიო მაგნიტოფონი, საბეჭდი საშუალება, თუ მათი გამოყენება არ არღვევს დაწესებულების შინაგანაწესსა 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 ჟურნალები“²².

პაემნები

2007 წლის ანგარიშში, საქართველოს ხელისუფლების მიმართ, წამებისა და არაადამიანური, ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელის აღკვეთის ევროპულმა კომიტეტმა (CPT) აღნიშნა, რომ „პაემნების ოთახი საშუალებას არ იძლევა, რომ პატიმრებსა და მის ნათესავებს შორის რაიმე ფიზიკური კონტაქტი განხორციელდეს. ყველა დაწესებულებას აქვს გარკვეული რაოდენობის ოთახები (1 ზუგდიდის N4 ციხეში, 12 რუსთავის სასჯელაღსრულების დაწესებულება N2-ში, 13 რუსთავის N6 საპყრობილეში), რომლებშიც პატიმრები დამცავი მინით გამოყოფილი არიან და კომუნიკაციისათვის იყენებენ ტელეფონს. ამ მხრივ გამოწვევის 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 პატიმართათვის ღია ვიზიტები უნდა იყოს წესი, ხოლო დახურული მკაცრი წესები – მხოლოდ გამოწვევის სი. CPT რეკომენდაციას უწევს შესაბამის ორგანოებს, პენიტენციურ დაწესებულებებში ვიზიტების საკითხი გადაიხედოს ისე, რომ პატიმრებს შესაძლებლობა მიეცეთ, მიიღონ მნახველები შედარებით ნაკლებად მკაცრ პირობებში, რაც მხოლოდ ინდივიდუალურ გარემოებებზე დაფუძნებით იქნება შესაძლებელი. ამავდროულად, კომიტეტი სთხოვს დაწესებულებებს, გაზარდონ პაემნების ოთახების რაოდენობა, ეს უკანასკნელი მოწოდება კი განსაკუთრებით ეხება ზუგდიდის N4 საპყრობილეს.“

მიუხედავად აღნიშნული რეკომენდაციისა, კიდევ უფრო გახშირდა პაემნის ოთახების მინით გადატყვრა. გამოწვევის წარმოადგენს N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება, სადაც პაემნის ოთახები მინით არის გადატყვრული, თუმცა პაემანი მაინც პირისპირ ხდება, არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება, ქალთა და არასრულწლოვანთა 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 საპყრობილეში პაემნის ოთახი მინით არის გა-

²⁰ 24.4-ე წესი

²¹ 50-ე მუხლის 1 პუნქტი

²² 51-ე მუხლი

დატიხრული, თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, ადმინისტრაცია ნებას აძლევს პატიმრებს, შეხვდნენ ოჯახის წევრებს პირისპირ.

დანესებულებების 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. დანესებულების ადმინისტრაციას შეუძლია, პირადი ჩხრეკითა და ვიზუალური დაკვირვებით მინიმუმამდე დაიყვანოს ის რისკები, რომლებიც თან ახლავს პატიმრის კონტაქტს ოჯახის წევრებთან. თუმცა, აქვე უნდა აღნიშნოს, რომ პირადი ჩხრეკა არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ატარებდეს დამამცირებელ და ღირსების შემლახავ ხასიათს.

პატიმრებთან საუბრის დროს გამოიკვეთა, 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 შესულიყო დამატებები, რომლებიც უზრუნველყოფდა ყველა კატეგორიის მსჯავრდებულთა უფლებას გრძელვადიან პაემნებზე.

სახალხო დამცველმა ასევე რეკომენდაციით მიმართა საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, ახალ სასჯელაღსრულების დანესებულებებში 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 დანესებულებაში განთავსების გამო, ისინი მოკლებულნი 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 ექსპლიციტურადაა 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 იძულებულნი არიან, მიმართონ ციხის დირექტორს თითოეული ზარისათვის ნებართვის მისაღებად. ბევრი პატიმარი უკმაყოფილებას გამოთქვამს იმის თაობაზე, რომ მათ 3 თვეში მხოლოდ ერთი ზარის განხორციელების საშუალება ეძლევა“. აღნიშნულიდან გამომდინარე, CPT-მ მოუწოდა შესაბამის თანამდებობის პირებს, რომ გადადგან საჭირო ნაბიჯები მისჯილი პატიმრების სატელეფონო მომსახურებით უზრუნველსაყოფად.“

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

საპყრობილეში 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 საპყრობილეში მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, კვირაში 3 წუთით ისარგებლონ ტელეფონით.

2008 წლის II ნახევრის მონიტორინგის დროს მსჯავრდებულებს შეეძლოთ, ტელეფონის საშუალებით დაჰკავშირებოდნენ საზღვარგარეთ მყოფ ოჯახის წევრებს, თუმცა 2009 წელს, ჩვენთვის გაურკვეველი მიზეზით, 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 ჰქონდეთ ტელევიზორები 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 საპყრობილეში. 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 რეჟიმის დაწესებულების მსჯავრდებულებს დამდეგი შობა მიულოცა და „სამსუენი“-ს ფირმის 20 ტელევიზორი გადასცა. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ტელევიზორების აუცილებლობაზე სახალხო დამცველის, გიორგი ტულუშის 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 თავისუფლებადაცვითი 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 რეჟიმის დაწესებულება, სადაც ტელევიზორები აქვთ მხოლოდ არასრულწლოვან და ქალ მსჯავრდებულებს.

ცალკე უნდა აღინიშნოს თბილისის N7 საპყრობილე, სადაც არ ხდება სატელევიზიო არხების ტრანსლაცია, არამედ ცენტრალიზებულად ირთება DVD-ები გასართობი პროგრამებითა და ფილმებით.

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

საპყრობილეში მხოლოდ საპატრიარქოს რადიოს და შემდეგ რადიო „იმედის“ მოსმენა იყო შესაძლებელი, N7 საპყრობილეშიც ადმინისტრაცია ირჩევს, რომელი არხის მოსმენის საშუალება მისცეს მსჯავრდებულებს. იგივე პრობლემა დგას რუსთავის N6 სასჯელაღსრულების 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულება, სადაც პრესის მიღება მხოლოდ ამანათით არის შესაძლებელი, დაწესებულების მაღაზიაში კი ჟურნალ-გაზეთები არ იყიდება.

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

მიმონერის 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 უწყევთ ღია ფორმით გადაცემა საკუთარი საჩივრების ციხის თანამშრომლებისათვის. დელეგაციამ შენიშნა, რომ დაწესებულებაში არის საჩივრების ყუთი, თუმცა პატიმრები უკმაყოფილებას გამოთქვამენ ამ საკითხის მიმართ. აღნიშნული იქნა ასევე ისიც, რომ ადმინისტრაციის წარმომადგენლები ემუქრებიან პატიმრებს სხვადასხვა ფორმით, რათა მათ არ გაგზავნონ საჩივარი 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 უწყევს საქართველოს მთავრობის წარმომადგენლებს, რომ გადადგან შესაბამისი ნაბიჯები, რათა მოხდეს პატიმრების იმ უფლების დაცვა, რომელიც საჩივრების კონფიდენციალობას შეეხება.

საჩივრის ყუთები თითქმის ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაშია. გამონაკლისის წარმოადგენს ქ.თბილისის N8 საპყრობილე და ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება.

მონიტორინგის დროს პატიმრები აღნიშნავდნენ, რომ მათ მიერ დაწერილ საჩივრებს ზოგჯერ არ იბარებენ ან არ აგზავნიან. ეს განსაკუთრებით ეხება ისეთ საჩივრებს, რომლებიც შეეხება დაწესე-

²³ მოხსენება საქართველოს ხელისუფლებას წამებისა და არადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელის 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 უკანასკნელთათვის მიუწვდომელია გაგზავნილი წერილის ნომერი, რაც გაუგებრობებს ინვესტს 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 დაუთუქავი და თავფურცლად ახლავს 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 გადაგზავნოს იგი დაწესებულებისამებრ. 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 ილუქება პატიმრის თანდასწრებით. გამონაკლისს წარმოადგენს ის სპეციალური კონვენტები, 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 მოსამსახურეების 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 საპყრობილეში საკნებში გამოკრულია მხოლოდ პატიმრის მოვალეობები. პატიმრებს სახალხო დამცველის რწმუნებულებთან ხშირად მარტო იმის გამო მოუთხოვიათ შეხვედრა, რომ კონსულტაცია მიეღოთ საკუთარი უფლებების შესახებ. აღნიშნულს, როგორც წესი, უნდა ახორციელებდეს დაწესებულების სოციალური სამსახური.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, გაატაროს შესაბამისი ღონისძიებები სოციალური მუშაკების დამოუკიდებლობის გარანტიების შექმნისა და მათი პროფესიული ღონის ამაღლების მიზნით.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების დირექტორებს, ჯეროვნად უზრუნველყონ პატიმრების ინფორმირება მათი უფლება-მოვალეობების შესახებ.

რესოციალიზაცია

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

ციხის ევროპული ნესების თანახმად, „მსჯავრდებულ პატიმრებს უნდა დაეხმარონ, რათა მათ მონაწილეობა მიიღონ სხვადასხვა პროცედურებსა და სპეციალურ პროგრამებში, რომლებიც დაეხმარება მათ, მოახდინონ ტრანსფორმაცია ციხეში ცხოვრებიდან სამართალმორჩილი ცხოვრებისაკენ ნორმალურ საზოგადოებაში“²⁴.

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

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

„ციხის ადმინისტრაციამ შეიძლება მჭიდროდ ითანამშრომლოს სხვადასხვა სააგენტოსა და ორგანოსთან, რომლებიც ახორციელებენ ზედამხედველობას და ეხმარებიან გათავისუფლებულ პატიმრებს საზოგადოებაში თავიანთი ადგილის დამკვიდრებაში, განსაკუთრებით კი საყოფაცხოვრებო და სამსახურებრივ სფეროში“²⁷.

„ასეთი სოციალური სამსახურების ან სააგენტოების წარმომადგენლებს უნდა ჰქონდეთ შესაძლებლობა, შევიდნენ ციხეში და დაეხმარონ მათ გათავისუფლებისათვის მომზადებაში, აგრეთვე გათავისუფლების შემდეგ უზრუნველყოფის გეგმის შემუშავებაში“²⁸.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის დადგენილ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანისა და პატიმართათვის ნორმალური, ადამიანური სამყოფელისა და პირობების შექმნის შემდეგ იქნება შესაძლებელი თავისუფლებააღკვეთილ პირთა რესოციალიზაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციის მიღწევა.

აღნიშნული მიზნის მიღწევა შეუძლებელი იქნება, თუ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში არ მოიხსნება გადატვირთულობის პრობლემა, დაწესებულებებში სათანადოდ გადამზადებული თანამშრომლების ნაკლებობა და გარე სამყაროსთან ურთიერთობის შეზღუდვა. ასევე, აუცილებელია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სოციალური სამსახურის გაძლიერება და კადრების შესაბამისად გადამზადება.

²⁴ 107.1 ნესი

²⁵ 107.2 ნესი

²⁶ 107.3 ნესი

²⁷ 107.4 ნესი

²⁸ 107.5 ნესი

სასჯელალსრულების დაწესებულებაში პატიმრების ყოფნამ არ უნდა გამოიწვიოს მათი უარეს მდგომარეობაში ჩაყენება, არამედ უნდა დაეხმაროს მათ ჯანმრთელობის, ინტელექტუალური და სოციალური ფუნქციონირების შენარჩუნებაში. პატიმრებს უნდა მიეცეთ საშუალება, იმუშაონ და ისწავლონ, რაც მათ დაეხმარება, გათავისუფლების შემდეგ ინტეგრირება მოახდინონ საზოგადოებაში და თავი იგონონ სრულყოფილ მოქალაქეებად.

პატიმრებმა დღეები არ უნდა გაატარონ უქმად და მონოტონურად. აღნიშნული მნიშვნელოვანია როგორც მათი კეთილდღეობისათვის, ასევე სასჯელალსრულების დაწესებულების ნორმალური მართვისათვის. თუ პატიმრები არ არიან დაკავებული რაიმე საქმიანობით, დიდია ალბათობა, რომ ისინი გახდებიან დამრღვევები და ასოციალურები. აღსანიშნავია, რომ სასჯელალსრულების დაწესებულებებში სასჯელს იხდიან პირები, რომლებმაც დანაშაული სწორედ მძიმე სოციალური პირობების 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: ნახალისება, თვითრეალზაციის შესაძლებლობა, გარკვეულწილად ფინანსური შემოსავალი და მიღებული ცოდნა, რომელსაც 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 ციხეში მყოფი მისჯილი და მიუსჯელი პატიმრებისთვის, მიზანი უნდა იყოს ის, რომ ნებისმიერი კატეგორიის პატიმარმა შეძლოს გარკვეული დროის გატარება (დაახლოებით 8 საათის მაინც) საკნის გარეთ და ჩართული იყოს სხვადასხვა სახის საინტერესო, აზრიან სამუშაოში. რაც შეეხება კონკრეტულად პატიმართა მუშაობას, უნდა ითქვას, რომ ამ მხრივ ფუნდამენტური ცვლილება უნდა მოხდეს, მუშაობის თვალსაზრისით პატიმართათვის მნიშვნელოვანია არა იმდენად მოგება, ანაზღაურება, რამდენადაც ეს სამუშაოები ემსახურება უფრო მეტად რესოციალიზაციის და სარეაბილიტაციო მიზანს²⁹“.

განათლება

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

ევროპული ციხის წესების თანახმად, „ყოველი სასჯელალსრულების დაწესებულება უნდა ცდილობდეს, რომ პატიმრები უზრუნველყოს საგანმანათლებლო პროგრამების ხელმისაწვდომობით, რომლებიც იქნება შეძლებისდაგვარად მრავალმხრივი და უპასუხებს პატიმართა ინდივიდუალურ საჭიროებებს მათი მისწრაფებების გათვალისწინებით“³⁰.

„პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს პატიმრებს, რომელთაც წერა-კითხვის და ანგარიშის სწავლის საჭიროება 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში არსებული საგანმანათლებლო პროგრამები. მაგალითად, N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში არის კომპიუტერული კურსები (5 კომპიუტერით), სასწავლო პროცესში ჩართული იყო 30 მსჯავრდებული; N4 საპყრობილეში კომპიუტერული კურსებია არასრულწლოვნებისთვის, სასწავლო პროცესში ჩართულია 7 არასრულწლოვანი მსჯავრდებული; არასრულწლოვანთა აღმზრდელით დაწესებულებაში არის GCRT-ის მიერ შექმნილი მინანქრის სახელოსნო, სადაც ჩართულია 25 არასრულწლოვანი მსჯავრდებული, ხეზე კვეთის სახელოსნოში – 30 არასრულწლოვანი მსჯავრდებული, საანგარიშო პერიოდში წამების, ძალადობისა და გამოხატული სტრესული ზემოქმედების მქონე პირთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრ „ემპათია“-ს მიერ დაფინანსებული იყო თიხაზე მუშაობის შემსწავლელი კურსი, თუმცა აღნიშნული პროექტი უკვე დასრულდა. არასრულწლოვან მსჯავრდებულებს შესაძლებლობა აქვთ, ისწავლონ სასკოლო პროგრამის მიხედვით. N3 საპყრობილეში არასრულწლოვანი მსჯავრდებულებისათვის არის სასწავლო პროგრამა „ადვოკატირება და განვითარება“, ქალთა და არასრულწლოვანთა საერთო და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ფუნქციონირებს სტილისტის, გობელენის, კომპიუტერული, თექის, მზარეულის, მასაჟისა და მაკიაჟის კურსები, „წამოიწყე საკუთარი საქმე“ სასწავლო პროგრამა და მოდელირებისა და ჭრა-კერვის კურსები, სადაც გადამზადებას გადის 4 არასრულწლოვანი გოგო, რესოციალიზაციისა და რეაბილიტაციის ხელშეწყობის სასწავლო პროგრამა „ქალი და ბიზნესი“, ასევე არასრულწლოვანი გოგონებისთვის ფუნქციონირებს სკოლა. N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ფუნქციონირებს კომპიუტერული კურსები. N3 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში კომპიუტერული კურსები ტარდება კვირაში 3-ჯერ და სასწავლო კურსს გადის 8 მსჯავრდებული.

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

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელაღსრულების, 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 მოაწიოს ბიბლიოთეკა, რომელშიც უნდა იყოს როგორც საგანმანათლებლო ლიტერატურა, ასევე მსჯავრდებულთათვის გასაცემი ენაზე პატიმრობის შესახებ კანონმდებლობა, ევროპული პენიტენციური წესები. მსჯავრდებულებს 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 ღირებულებისაა, ვიდრე ქართულენოვანი. ბიბლიოთეკებში მწირია ქართველი თუ უცხოელი კლასიკოსების ნაწარმოებები, რომ არაფერი ვთქვათ, თანამედროვე მწერლების 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. დღეის მდგომარეობით შრომის უფლებით მსჯავრდებულების მცირე ნაწილი სარგებლობს.

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

N10 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში გახსნილია თონე, სადაც დასაქმებულია 1 პატიმარი და ეძლევა ხელფასი. მონიტორინგის ჯგუფს აღნიშნული დაწესებულების დირექტორის მოადგილემ განუცხადა, რომ დაწესებულების მალაზიას ემსახურება 1 მსჯავრდებული და ხელფასის სახით ეძლევა 50 ლარი, თუმცა შპს „მეგაფუდის“ მენეჯერთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ მსჯავრდებულს ხელფასს არ უხდიან; N8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულების საცხოვრებელ დასაქმებულია 3 მსჯავრდებული და ხელფასის სახით თითოეულს 250 ლარი ეძლევა; N3 საპყრობილის საცხოვრებელ დასაქმებულია 2 მსჯავრდებული, ხელფასი – 250 ლარი; ქალთა და არასრულწლოვანთა საერთო და საპყრობილის რეჟიმის სასჯელალსრულების დაწესებულების სამკერვალოში დასაქმებულია 30 მსჯავრდებული, რომლებიც, ადმინისტრაციის განმარტებით, თვეში საშუალოდ 200-250 ლარს გამოიმუშავენ, თუმცა მსჯავრდებულებთან გასაუბრებისას გაირკვა, რომ ანაზღაურების სახით თვეში 100 ლარს იღებენ; N2 საერთო, მკაცრი და საპყრობილის რეჟიმის 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 მეწარმეებისთვის, რომლებიც იზრუნებენ მსჯავრდებულთა დასაქმებაზე, უზრუნველყოფდა საგადასახადო შეღავათების დანესებას.

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

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

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალი

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

აუცილებელია, რომ სასჯელაღსრულების 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 დადებითად და გათავისუფლების შემდგომ შეძლონ ინტეგრაცია საზოგადოებაში. აღნიშნული მიზნის მიღწევას პროფესიონალიზმი და პიროვნული პატიოსნება სჭირდება.

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

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

აღნიშნული რეკომენდაციის პასუხად, სახალხო დამცველის აპარატში 2009 წლის 11 დეკემბერს სსიპ სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სასწავლო ცენტრიდან შემოვიდა წერილი, სადაც აღნიშნულია, რომ სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის ცენტრმა 2005 წლის 08 ნოემბრიდან დღემდე მოამზადა 3350 სასჯელაღსრულების 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 პატიმართა მოპყრობის სტანდარტული მინიმალური ნესები, 42 (1) ნესი.

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 სასჯელალსრულების დაწესებულებაში მორიგეობენ. აღნიშნული განსაკუთრებით ეხება აღმოსავლეთ საქართველოში მდებარე სასჯელალსრულების დაწესებულებების თანამშრომლებს. გადამზადების პროგრამების არაეფექტურობის ერთ-ერთი მიზეზი ასევე კადრების ხშირი ცვლაა.

სახალხო დამცველი რეკომენდაციით მიმართავს საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს, უზრუნველყოს სასჯელალსრულების 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 სასჯელალსრულების დაწესებულებებში მომხდარი ფაქტების სწრაფი და ეფექტური გამოძიება;
- სისხლისსამართლებრივი დევნის პოლიტიკის განსაზღვრისას საზოგადოებისათვის ნაკლებად საშიში დანაშაულების შემთხვევაში პრიორიტეტი მიანიჭოს თავისუფლების აღკვეთის ალტერნატიულ, უფრო მსუბუქ სასჯელის სახეებს;

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

- ერთობლივი ძალისხმევით შეიმუშაონ და დანერგონ მსჯავრდებულთათვის დისტანციური სწავლების პროგრამები.

საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

- კანონის შესაბამისად განსაზღვროს ხანდაზმული პატიმრების გაუმჯობესებული საყოფაცხოვრებო და კვების პირობები;
- უმოკლეს დროში უზრუნველყოს N1, N3, N4 საპყრობილეების, ასევე N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულების ლიკვიდაცია; ასევე გაატაროს სხვა სასჯელალსრულების 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 ღონის ამაღლების მიზნით;
- შეიმუშაოს მსჯავრდებულთა მასობრივი დასაქმებისთვის აუცილებელი ღონისძიებების ნუსხა; უზრუნველყოს სასჯელალსრულების დაწესებულებების შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრებით დაკომპლექტება, ასევე შესაბამისი პროფესიული უნარ-ჩვევების მქონე თანამშრომელთა წახალისება და მათი სოციალური და შრომითი გარანტიების გაუმჯობესება.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა 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;
- უზრუნველყოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ბიბლიოთეკების ეკიპირება კანონის შესაბამისად.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებების დირექტორებს:

- ჯეროვნად უზრუნველყონ პატიმრების ინფორმირება მათი უფლება-მოვალეობების შესახებ.

2009/2

დროებითი მოთავსების იზოლატორები, ჰაუპტვანსტაბი

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 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, ზესტაფონის, ქუთაისის, ჭიათურის, თერჯოლის, ტყიბულის, ბაღდათის, სამტრედიის, ამბროლაურის, ონის, ცაგერის, აბაშის, 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 ჰაუპტვანსტაბები³⁹.

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

დროებითი მოთავსების იზოლატორებისა და ჰაუპტვანსტაბების შემოწმებისას გამოყენებულ იყო ევროპული ციხის წესები⁴⁰ 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 წარმოდგენის 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 გაირკვა, იზოლაციორების ადმინისტრაცია ხელმძღვანელობს საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის N117 ბრძანებით, რომლითაც დამტკიცებულია დაკავებულ და პატიმრობაში აყვანილ პირთა დროებითი მოთავსების იზოლაციორების მუშაობის ინსტრუქცია, თუმცა ამ დოკუმენტში არ არის განსაზღვრული ის ნორმები და სტანდარტები, რომლებსაც იზოლაციორის ინფრასტრუქტურა უნდა აკმაყოფილებდეს.

2009 წლის 30 ოქტომბერს შსს ადამიანის უფლებათა დაცვისა და მონიტორინგის მთავარი სამმართველოდან გამოთხოვილი იქნა ინფორმაცია ყველა დროებითი მოთავსების იზოლაციორის 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 აღენიშნებოდა სხეულის დაზიანება დმი-ში მოთავსების დროს, რამდენს ჰქონდა პრეტენზია სამართალდამცავ ორგანოებთან და რამდენი შემთხვევა გადაეცა საგამოძიებო ორგანოებს რეაგირებისთვის; რამდენმა პირმა მიიყენა თვითდაზიანება; 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 პატიმრობაზე ფარდებული და სისხლის სამართლის წესით დაკავებული პირების ჯამს. ერთ-ერთ დმი-ში მოთავსებულ პირთა საერთო რაოდენობა კი დაზიანებებით შესულ პირთა რაოდენობაზე ნაკლებია.

მონიტორინგის ჯგუფის წევრებმა ადგილზე შეამოწმეს დმი-ში განთავსებულ დაკავებულ პირთა აღრიცხვის წიგნები და პირველადი სამედიცინო დანმარების რეგისტრაციის ჟურნალები 2009 წლის 1 ივნისიდან. დათვალიერდა ინფრასტრუქტურა, მათ შორის: საკნები, საგამოძიებო ოთახები, ინვენტარი, საკვების შენახვის პირობები. ადმინისტრაციასთან საუბრისას გაირკვა პირის მოთავსების პროცედურა, კვებისა და შხაპის მიღების, სეირნობის პროცედურები და პერიოდულობა.

მოპყრობა

მონიტორინგის დროს არ დაფიქსირებულა დროებითი მოთავსების იზოლაციორებში მოთავსების შემდეგ მიღებული დაზიანების არცერთი შემთხვევა. სამაგიეროდ, ძალიან ხშირია, როდესაც პირი დმი-ში ხვდება დაზიანებებით, თუმცა, უმეტეს შემთხვევაში მაშინაც კი როდესაც, პირის განცხადებით, მან დაზიანება მიიღო დაკავების დროს, იგი სამართალდამცავი ორგანოების მიმართ პრეტენზიას არ გამოთქვამს.

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

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

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

საქართველოს
ადამიანის უფლებათა
დაცვის
და
მონიტორინგის
სამსახური

სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლებმა. სხეულზე აღენიშნებოდა საკმაოდ ინტენსიური სხვადასხვა სახისა და ლოკალიზაციის დაზიანებები. ჩვენ მიერ შედგა შესაბამისი ოქმი და შეივსო 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 (ნამება) მე-2 ნაწილის „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 უმრავლესობა არ აკმაყოფილებს არსებულ სტანდარტებს. უმეტეს შემთხვევაში ინფრასტრუქტურის სიძველის გამო არ ხერხდება სისუფთავის დაცვა. ახალაშენებულ იზოლატორებშიც კი, ზოგჯერ, საპირფარეშოები არ არის იზოლირებული. ხშირად წყალი მიეწოდება საპირფარეშოს თავზე დამონტაჟებული მილით.

უმრავლეს შემთხვევაში არ ხდება გადასაფარებლების გარეცხვა. იმ დროებითი მოთავსების იზოლატორებშიც, სადაც გადასაფარებლები ირეცხება, აღნიშნული არ ხდება საკმარისი რეგულარობით იმისთვის, რომ ყოველ დაკავებულს სუფთა გადასაფარებელი მიეწოდებოდეს. აღნიშნული ქმნის ინფექციური, დერმატოლოგიური და სხვა დაავადებების გავრცელების საფრთხეს. გამონაკლისია ჩოხატაურის 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 ჩოხატაურის დმი, სადაც საყოფაცხოვრებო პირობები დამაკმაყოფილებელია, დაცულია სისუფთავე.

მარნეულის, ამბროლაურისა 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 რკინის 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 საშხაპე. ხშირ შემთხვევაში დაკავებულებს არ მიეწოდებათ ისეთი აუცილებელი ნივთები, როგორებიცაა კბილის ჯაგრისი 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 ჰაერზე გაყვანა, რაც რამდენიმეთვიანი ადმინისტრაციული პატიმრობის შემთხვევაში ასევე შეიძლება სტანდარტის უხეშ დარღვევად შეფასდეს.

მხოლოდ თბილისის N1 და N2 დროებითი მოთავსების იზოლატორებს ემსახურება ექიმი, რომელიც ახდენს დაზიანებით შემოსული პირის დათვალიერებას და სამედიცინო მომსახურების განწევას, თუმცა, უმრავლეს შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურება ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტის მიწოდებით შემოიფარგლება. სხვა შემთხვევაში, საჭიროებისამებრ ხდება სასწრაფო დახმარების გამოძახება, რაც აღირიცხება სპეციალურ ჟურნალში. 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 დამონტაჟებული, რაც საშუალებას არ აძლევს დაკავებულს/პატიმარს, საკვები მიიღოს შესაბამის პირობებში.

რეკომენდაციები

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

- პროკურატურის ინფორმირება მოხდეს ყველა იმ შემთხვევაში, როდესაც პირს დაზიანებები 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 პირსაბანების 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 შხაპი, მიეწოდებოდეთ პირადი ჰიგიენის ნივთები, სუფთა გადასაფარებლები;
- მოხდეს სეირნობის უფლების სრული რეალიზაცია;
- დაკავებულებს მიეწოდებოდეთ სრულფასოვანი საკვები;
- საკნებში 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.

პაუპტვახტები

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

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

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

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 საბჭოს მინისტრთა კომიტეტმა წევრი სახელმწიფოებისათვის შეიმუშავა რეკომენდაცია ევროპული ციხის წესების შესახებ⁴⁴, რომლის სტანდარტები ვრცელდება თავისუფლების აღკვეთის ყველა ადგილზე, მათ შორის, ჰაუპტვახტებზეც. 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 სამმართველოების ჰაუპტვახტების საკნებში ფანჯრების ზომა არასაკმარისად უზრუნველყოფს ბუნებრივ განათებას და ვენტილაციას, ხოლო შიდა ქართლის ჰაუპტვახტის საკნებს ფანჯარა საერთოდ არ აქვს. ასევე, კახეთი-ქვემო ქართლის ჰაუპტვახტის გარდა, არსად არის დამონტაჟებული ცენტრალური გათბობის სისტემა.

საქართველოს თავდაცვის მინისტრის N147-ე ბრძანების მე-15 მუხლში განსაზღვრულია ჰაუპტვახტში სადისციპლინო წესით დაპატიმრებულების უფლებები, კერძოდ, „პატიმრებს საკანში ყოფნისას უნდა ჰქონდეთ საცვლები, საშუაო ტანსაცმელი 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 მიეცემათ დღისითაც“.

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, როგორც არსებობს საერთოდ დაუშვებელი 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 დაკმაყოფილება საჭიროებისამებრ, სისუფთავისა და წესიერების 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 ეძლევა. მეტიც, სამცხე-ჯავახეთისა და აჭარის რეგიონალურ სამმართველოების 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 სასჯელაღსრულების სისტემაში

ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების განევა⁴⁶

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

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

1. ევროპის საბჭოს მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია R(98)7 ნევრი სახელმწიფოების მიმართ, ციხეებში სამედიცინო მომსახურების ეთიკური და ორგანიზაციული ასპექტების შესახებ (სტრასბურგი, 1998 წ. 20 აპრილი);
2. პატიმრობის მინიმალური სტანდარტები – (მიღებულია გაეროს პირველ კონგრესზე, ქ. ჟენევა 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 ნამებისა და არაადამიანური, ღირსების 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 წარმართოს მსგავსი ეთიკური პრინციპებით. პატიმართა ძირითადი უფლებების პატივისცემა მოიცავს მათთვის ზოგადად საზოგადოებისათვის ეკვივალენტური პრევენციული მკურნალობისა და ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების განევას. საერთაშორისო სტანდარტების შესა-

⁴⁶ გულისხმობს ადეკვატურ 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 პაციენტს უნდა მიაწოდონ იმავე სტანდარტების ჯანდაცვის მომსახურება, როგორც ხორციელდება ციხის გარეთ პაციენტებისადმი. CPT თავის ანგარიშებში უდიდეს ყურადღებას ამახვილებს და ცალკე თავსაც უძღვნის 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 სასჯელის 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 ან სასჯელის 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 კვალიფიკაციის 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 თავისუფლებადკვეთილი 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 მოთხოვნა და სამედიცინო მომსახურება ფინანსდება სასჯელაღსრულების სისტემის ბიუჯეტიდან. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 25 მარტის №119/ნ „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 პროცესში იკვეთება მომსახურებათა მიღების გეოგრაფიული არათანასწორობა, რაც კონკრეტული ჯანდაცვის მომხმარებელთა ჯანმრთელობაზე უფლების დარღვევად უნდა მივიჩნიოთ. უფრო კონკრეტულად, ადგილობრივ სამედიცინო ნაწილებს ზოგჯერ მკვეთრად განსხვავებული შესაძლებლობები აქვთ და ის სერვისი, რომელიც შეიძლება პატიმარს მიენდოს ერთ დაწესებულებაში, აბსოლუტურად ხელმიუწვდომელია სხვა დაწესებულებაში, რაც, თავის მხრივ, ქმნის ჯანდაცვის მომსახურებათა გეოგრაფიული და ეკონომიკური ხელმისაწვდომობის დისბალანსს. აღნიშნულს გარკვეულწილად განაპირობებს ადგილზე არსებული ჯანდაცვის ადამიანური რესურსებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის სიმწირე, ასევე, მედიკამენტების შესაძენად განსაზღვრული ლიმიტები, რომლებიც გაურკვეველი პრინციპითაა დადგენილი და შეუსაბამოა არსებულ რეალობასთან.

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

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

სამედიცინო მომსახურებაზე პატიმრის ხელმისაწვდომობა⁴⁷

ამ მიმართულებით უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულების სისტემაში მოქცეულია 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 სამედიცინო დახმარებას. რაც შეეხება სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას, ასეთი მომსახურება არ აქვთ:

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

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

⁴⁷ გულისხმობს ძირითადად ექიმთან შეუზღუდავი კონტაქტის უფლებას.

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

როგორც წესი, ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში არის იმის შესაძლებლობა, რომ პატიმარმა ისარგებლოს ექიმის კონსულტაციით ან სამედიცინო პერსონალის მომსახურებით დღე-ღამის ნებისმიერ მონაკვეთში. მორიგე სამედიცინო პერსონალის არსებობა უზრუნველყოფილია ყველა დაწესებულებაში, თუმცა რამდენიმეში ხარვეზი ამ მხრივ მაინც შეინიშნება. კერძოდ, ღამით რჩება მხოლოდ ექთანის 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 N136/6 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. სასჯელაღსრულების 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 სტერილიზატორები, 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 მძიმე 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 ხელმოუწვდომელია სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა აბსოლუტური უმრავლესობისათვის.

დაწესებულებებში ფსიქიატრის ან ფსიქიატრიის დარგში გამოცდილი საშუალო სამედიცინო პერსონალის არსებობის მხრივ საგანგაშო მდგომარეობაა შექმნილი. იმ ფონზე, როდესაც სასჯელაღსრულების სისტემაში მრავლადაა 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 მიზეზს, რომ ფსიქიატრიული დახმარება საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ღრმა კრიზისის განიცდის. იგივე შეიძლება ითქვას ექიმ-ნარკოლოგზეც – მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში მუშაობს ერთი დამოუკიდებელი საექიმო

საქართველოს
პენიტენციური
სისტემა

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

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

მონიტორინგის დროს ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილების უფროსმა ექიმებმა განგვიცხადეს, რომ საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო ნაწილს საშუალება აქვს, მონივიოს 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. დანესებულებების ტერიტორიაზე გარე სპეციალისტთა დაშვების საკითხი დღემდე პატიმართა და მათი ოჯახის წევრების უდიდეს ძალისხმევას მოითხოვს და დამოკიდებულია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის ან ცალკეულ დანესებულებათა ხელმძღვანელების კეთილ ნებაზე, 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 დანესებულებაში შესვლისას პატიმართა შემოწმებას სხვადასხვა დანესებულებაში განსხვავებულად უდგებიან, თუმცა არსებობს საერთო ტენდენციებიც. კერძოდ, უმრავლეს დანესებულებაში 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 გამოჩნაკლის წარმომადგენს ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დანესებულება, სადაც ამ მიმართულებით დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობაა.

როგორც წესი, დანესებულებაში 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 მიწოდება, მაშინ უნდა არსებობდეს ხელშეკრულება სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დანესებულებებთან, რომლებიც მომსახურებას განახორციელებენ სახელშეკრულებო საფუძველზე. აღნიშნული ხელშეკრულებები, როგორც ჩვენთვის ცნობილია, დადებულია სასჯელალსრულების დეპარტამენტის მიერ და ხშირ შემთხვევაში ადგილობრივი უფროსი ექიმებისათვისაც კი უცნობია, თუ რა სახის მომსახურება ხელმისაწვდომი კონკრეტულ შემთხვევებში. აღსანიშნავია, რომ ხშირად მომსახურების გაწევა ხდება ერთჯერადად და დამატებითი მომსახურებისათვის იქმნება გარკვეული შეფერხებები და ბარიერები, რაც ორგანიზაციულ ხარვეზად უნდა მივიჩნიოთ. მაგალითად, 2009 წლის საანგარიშო პერიოდში პრაქტიკულად

შეუძლებელი იყო ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში თავისუფლებადაცვეთილი ქალის გადაყვანა, მაშინაც კი, როცა ამის აბსოლუტური აუცილებლობა არსებობდა. აღნიშნული მდგომარეობა კონკრეტული ბენეფიციარების მიმართ უნდა ჩაითვალოს, როგორც არაჰუმანური მოპყრობა.

რაც შეეხება პაციენტთა გადაყვანას მსჯავრდებულთა 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 „სასჯელაღსრულების 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 სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის №902 ბრძანებით დამტკიცდა „სასჯელაღსრულების 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 შევხებით.

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 ქალაქის სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილ 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 სასჯელაღსრულების, 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებიდან მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებ-

სასჯელაღსრულების

ბაში, ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სდ-ში და ქალაქის სხვადასხვა საავადმყოფოში. რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დანესებულებაში გადაყვანილ პატიმრებს, მთავარი ექიმის განმარტებით, მას არ გააჩნია სტატისტიკური ინფორმაცია სასჯელალსრულების სხვადასხვა დანესებულებიდან 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 დანესებულებაში უფროსი ექიმები გამოყოფენ:

- ტუბერკულოზს;
- 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 დანესებულებაში, ხოლო ნაწილი მკურნალობას იტარებს მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დანესებულებაში.

“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 ამოწმებს აღნიშნულ მონაცემებს. კურატორობა ამ მხრივ აღებული აქვს სასჯელალსრულების დეპარტამენტის ტუბჯგუფს. “DOTS+” მკურნალობის სქემას მონიტორინგს უწევს ინფექციონისტი 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 (ვერ 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 სასჯელაღსრულების პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის მიერ გამოცემულ კანონქვემდებარე აქტების შესახებ, რომლებიც მათთვის პროფილურია და პენიტენციური ჯანდაცვის საკითხებს არეგულირებს. აღნიშნული კრიზისული ვითარება, რა თქმა უნდა, განპირობებულია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისაგან უწყებრივი სეპარაციითა და ექიმთა ავტონომიურობის უკიდურესად დაბალი დონით.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულების სტატუსი

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

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 53-ე მუხლის შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულება არის „საქართველოს კანონმდებლობით დაშვებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას და რომლის ფუნქციაა: ... პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრა, დაავადებათა პროფილაქტიკა ან/და მკურნალობა ან/და პაციენტების რეაბილიტაცია 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 სასჯელაღსრულების 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 ქირურგიული ოპერაცია, პაციენტს დაენიშნოს მკურნალობა, რეაბილიტაცია ან ნებისმიერი სახის სხვა სამედიცინო ღონისძიება, იმავე სახის საქმიანობები ასეთივე წარმატებით შეიძლება ჩატარდეს სასჯელაღსრულების დეპარ-

სასჯელაღსრულების სისტემა

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

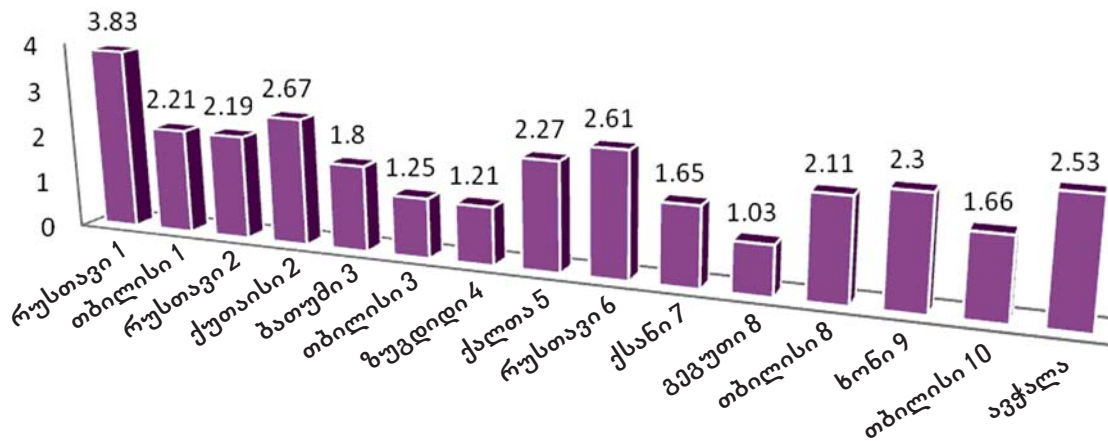
ლიცენზირებისა და ნებართვების კანონში აღნიშნული ცვლილების შეტანამ თავისთავად შექმნა კანონის ძირითად პრინციპებთან შეუსაბამობა და ალოგიკურობა. კერძოდ, კანონის დასაწყისშივე გაცხადებულია, რომ ლიცენზირებით რეგულირების ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი და პრინციპია „ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა და დაცვა“, მეორე მხრივ, ამ ცვლილების ამოქმედებამ გამოიწვია სახელმწიფო რეგულირებისა და კონტროლის მოხსნა ამ კონკრეტულ შემთხვევაში განსახილველ დაწესებულებაზე, რომლის შედეგი პირდაპირ უკავშირდება 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“ ქვეპუნქტში 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 პაციმრების მკურნალობა და სხვა სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევა დაშვებულია არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, ეს უკვე ქმნის თავისუფლებააღკვეთილ პირთა დისკრიმინაციის პრეცედენტს სამედიცინო მომსახურების მიღებისას სწორედ პაციმრობის ნიშნით. აღნიშნული შედეგი კი უხეშად არღვევს საქართველოს მიერ ნაკისრ საერთაშორისო ვალდებულებებს და ზოგადად, როგორც ეროვნულ, 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 შესაძენად 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 შესაძენად გამოყოფილი თანხის წილი 1 პაციმარზე.



როგორც ჩანს, აღნიშნული მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია რუსთავის №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, ხოლო ყველაზე მცირეა გეგუთის №8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში. საშუალოდ, ყველა საპყრობილის გათვალისწინებით, 1 პატიმარზე თვის განმავლობაში წამლების შესაძენად იხარჯება 2.08 ლარის ოდენობის თანხა. მიუხედავად ამისა, პრაქტიკული თვალსაზრისით დიდი განსხვავება არ არის 1 პატიმარზე წამლების შესაძენად დაიხარჯება 1 ლარი თუ 3 ლარი. ნებისმიერ შემთხვევაში პაციენტს დააკლდება წამალი, ანუ მის მიმართ განეული სამედიცინო დახმარება არაადეკვატურია. მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხების სიმცირის გამო ექიმებს უწევთ შეუსაბამო წამლების დანიშვნა ან ზოგიერთ შემთხვევაში, საერთოდ არ უნიშნავენ მედიკამენტებს. თუ გადავხედავთ სამედიცინო ნაწილში შემოტანილი მედიკამენტების ნუსხას, იმთავითვე თვალში საცემია, რომ შეძენილი პრეპარატების უმრავლესობის ღირებულება საკმაოდ დაბალია. ასეთი პრეპარატების გამოყენება იმ ურთულესი კლინიკური შემთხვევების დროს, რომლებსაც ციხეებში გვხვდებით, შედეგი არ მოაქვს, რაც კიდევ უფრო ამძიმებს პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობას.

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, აღენიშნებოდა სწორედ ეს დაავადება. საქართველოში მოქმედი სტანდარტის⁴⁸ შესაბამისად, მოზრდილებში პნევმონიის სამკურნალოდ მიზანშეწონილია ამოქსიცილინის და მაკროლიდის კომბინაცია. შედარებით უფრო მძიმე შემთხვევებში მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ფართო სპექტრის ბეტა-ლactამური ანტიბიოტიკებით ან მეორე-მესამე თაობის ცეფალოსპორინით, მაკროლდთან ერთად. საქართველოს ფარმაცევტულ ბაზარზე არსებული მედიკამენტების ფასების მიხედვით, ერთკვირიანი მხოლოდ ანტიბიოტიკოთერაპია დაახლოებით 50-100 ლარის ფარგლებში ჯდება. თუ ამას დაემატებთ სხვა ჯგუფის პრეპარატებსაც, რომლებსაც ექიმი უნერს პნევმონიის მქონე პაციენტებს, ასევე მკურნალობის გახანგრძლივების შესაძლებლობას, სხვა თანმხლები დაავადებების მართვას, მაშინ ცხადი ხდება, რომ მკურნალობის ღირებულება მხოლოდ მედიკამენტების ხარჯზე საკმაოდ სოლიდურ თანხას მიაღწევს. თუ გადავხედავთ ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილის აფთიაქებში არსებულ მედიკამენტებს, დავრწმუნდებით, რომ ასეთი შედარებით „ძვირად ღირებული“ ანტიბიოტიკები იქ ან საერთოდ არ მოიპოვება, ან არასაკმარისი რაოდენობითაა, ანუ არსებული მომარაგება არ არის გათვლილი სერიოზული კლინიკური შემთხვევების მართვაზე. აღნიშნულის გამო შემთხვევა ან რთულდება ან განიცდის ქრონიზაციას, რაც პაციენტთა ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობას მკვეთრად ამძიმებს. ფაქტია, რომ თითოეული პაციენტისათვის გამოყოფილი 2-ლარიანი ლიმიტი ამ ვაკუუმს ვერ

48 იხ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2006 წლის 27 მარტის N94/ნ ბრძანება „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“.

შეავსებს და ხშირად მხოლოდ 1 ან 2 პაციენტის ადეკვატურმა მკურნალობამ შესაძლოა მთლიანად მოითხოვოს მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თვითური თანხა.

ასეთი სიტუაციიდან გამოსავლის ძიებისას, ზოგიერთი პაციენტი მედიკამენტებს იღებს გარედან (ოჯახიდან). მიუხედავად ამისა, დაწესებულებაში მედიკამენტის შეტანა სირთულეებს უკავშირდება. გარდა სტანდარტული ხანგრძლივი პროცედურებისა, შეტანა-არშეთანის საკითხი გარკვეულწილად დამოკიდებულია დაწესებულების ადმინისტრაციის კეთილ ნებაზე. შექმნილი მდგომარეობიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილი იქნებოდა, პაციენტებს 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

სასჯელალსრულების 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 ადგენენ იმ მედიკამენტთა ნუსხას, რომლებიც ადგილობრივ აფთიაქში უნდა განთავსდეს. აფთიაქიდან მედიკამენტების გაცემისა და აღრიცხვის მიზნით იწარმოება სპეციალური ჟურნალები. ნაწილები ყოველდღიურად გამოაქვთ აფთიაქიდან. პაციმარმა 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 პაციმარს არ უნდა დარჩეს ამჟღავნებული სამკურნალო საშუალებები, ასევე, აკრძალულია ფსიქოტროპული და მისი მსგავსი პრეპარატების მიწოდება. არ უნდა დარჩეს დიდი რაოდენობით ნებისმიერი პრეპარატი. ასევე, კონტროლდება ის შემთხვევები, როცა არსებობს იმის ეჭვი, რომ პაციმარმა 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 რამდენადაა დაცული პაციენტის უფლება ჯანმრთელობაზე.

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

როგორც ირკვევა, ექიმი ახალმოყვანილ პაციმარს არ ნახულობს პირისპირ. აღნიშნულ პროცედურას ესწრება ციხის სხვა პერსონალი, ხშირად მომყვანი პირი და ზოგჯერ სხვა პაციმრებიც. შესაბამისად, პირველადი სამედიცინო შემოწმება მიმდინარეობს ყველა საერთაშორისო და ეროვნული სტანდარტის დარღვევით. დარღვეულია კონფიდენციალურობის უფლება როგორც გასაუბრების, ასევე ხილვადობის თვალსაზრისით. ამავდროულად, პაციმრის 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 ბადრავის წარმომადგენელი და მიმღები დაწესებულების არასამედიცინო პერსონალი, ანუ ეგრეთ წოდებული ოპერატიული მორიგე ინსპექტორი. აქედან გამომდინარე, წამების პრევენციის სტანდარტები დაწესებულებების მიმღებ ნაწილში 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. საპრობილეთა უმრავლესობაში ექიმ-პაციენტის ურთიერთობას თვალს ადევნებს მორიგე ოფიცერი ან ციხის სხვა თანამშრომელი. ზოგიერთი დაწესებულების უფროსი ექიმი მონიტორინგის 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 საპირისპირო შედეგი აჩვენა. ნებისმიერ შემთხვევაში, შეიძლება ითქვას, რომ ამ მხრივ მდგომარეობა საყურადღებოა და დაუყოვნებლივ გამოსწორებას მოითხოვს. ზოგიერთ საპრობილეთაში ექიმთან გვერდითი კონსულტაციის საინტერესო მეთოდია შემუშავებული. მაგალითისათვის, ბათუმის №3 საპრობილეთაში პაციენტმა უნდა დაწეროს განცხადება ექიმის მოთხოვნის თაობაზე და აღნიშნული ჩაბაროს სოციალური სამსახურის წარმომადგენელს. მხოლოდ ამის შემდეგაა შესაძლებელი სამედიცინო პერსონალთან კონტაქტი. ასეთი ფაქტები მრავლადაა სხვადასხვა დაწესებულებაში. ამ ფონზე საუკეთესო პრაქტიკის მაგალითად უნდა ჩაითვალოს ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულება, სადაც კონფიდენციალურობისა და საექიმო საიდუმლოს შენახვის საკითხს მეტად ფაქიზად და გულსყურით ეკიდებიან, რაც, ერთი მხრივ, ამ დაწესებულების კონტინგენტის სპეციფიკიდან, ხოლო მეორე მხრივ, სამედიცინო პერსონალისა და ადმინისტრაციის 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 ურთიერთდობის 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 გამოკვლევა (მიღებისას ან უფრო მოგვიანებით სტადიაზე) უნდა ტარდებოდეს მოსმენითი დისტანციის ფარგლებს გარეთ და თუ გამოკვლევის ჩამტარებელი 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 ირღვევა კონფიდენციალურობის სტანდარტები.**

მონიტორინგის ჯგუფი დაინტერესდა ასევე საკითხით, მიეწოდებათ თუ არა პატიმრებს სათანადო ინფორმაცია გამოკვლევისა და მოსალოდნელი შედეგების შესახებ და რამდენად ინფორმირებული არიან პატიმრები თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და იმ ღონისძიებების შესახებ, რომლებიც მათ უტარდებათ. როგორც შესწავლამ აჩვენა, პატიმრების საკმაოდ დიდი ნაწილი საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციას არასრულფასოვნად ფლობს, თუმცა ისინი უკეთ არიან ინფორმირებულნი 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 პაციენტებს საშუალება აქვთ, გაეცნონ თავიანთ ისტორიას, მონიტორინგის ჯგუფი აღნიშნულს არ ადასტურებს. სამედიცინო ჩანაწერების სანახავად საჭიროა უდიდესი ძალისხმევა პაციმართა 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 პაციმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა უფლებით.“

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

რაც შეეხება პაციმრის თანხმობის მოპოვებას სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარებისას დროს, ამ მხრივ მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია მხოლოდ მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. საპრობლეოა უფროსი ექიმებს ზოგჯერ უკვირთ კიდეც, თუ რატომ ვეკითხებით ასეთი ფაქტების შესახებ.

ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილების უმრავლესობის მიერ მონოდებული ინფორმაციით, სამედიცინო ინფორმაცია პაციმრის 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 პაციმრის გათავისუფლების შემდეგ ამონაწერს, 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. პაციმრის დაწესებულებიდან გადასვლის ან გათავისუფლების შემდეგ ხშირად გაურკვეველია, თუ სად უნდა წაიღონ ინფორმაციის მატარებელი. ზოგიერთი უფროსი ექიმი აწარმოებს არქივს, რომელსაც 5 წლის განმავლობაში ინახავს, ზოგიერთი აბარებს ადმინისტრაციას, ზოგიც არ აქცევს ამ დოკუმენტებს ყურადღებას ან პირად საქმეში აკრავს. ნებისმიერ შემთხვევაში, ინფორმაცია ხელმისაწვდომი ხდება სასჯელაღსრულების დაწესებულების თანამშრომლებისათვის (არასამედიცინო პერსონალი).

მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში არსებული პრაქტიკის მიხედვით, მოქმედი ავადმყოფობის ისტორიები არასამუშაო და გამოსასვლელ დღეებში ხელმიწვდომელია. 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 ალიზიზმის ლამის მონაკვეთში ან არასამუშაო დროს.

რაც შეეხება მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში სტაციონარის ავადმყოფის სამედიცინო ბარათების შენახვას, დაწესებულების მთავარი ექიმის გადმოცემით, დაწესებულებას აქვს არქივი, რომელიც განთავსებულია შენობის 0 სართულზე. არქივში მუშაობს სამტატო 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

დანესებულებაში 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 იწვევ პაციენტი) გამგე-არქივარიუსის ფუნქციას, ამ შემთხვევაში, მხოლოდ დოკუმენტაციის შენახვა წარმოადგენს.

პროფილაქტიკური სამუშაო⁵²

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

მონიტორინგის შედეგად გამოვლინდა, რომ ძალადობის ფაქტების აღრიცხვა ყველა დანესებულებაში არ ხდება და ამ მიმართულებით განსხვავებული პრაქტიკა და მიდგომა არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ დანესებულებათა უმრავლესობას აქვს დაზიანების აღრიცხვის ჟურნალი, მისი წარმოება ბევრგან მხოლოდ ფორმალურ ხასიათს ატარებს. თითქმის არსად არის გამიჯნული თვითდაზიანების, ურთიერთდაზიანების, საყოფაცხოვრებო ტრავმებისა და სხვა პირთა მიერ მიყენებული დაზიანებების შემთხვევები. განსხვავებულია ასევე ჟურნალის შენახვის წესი და პირობები. შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში ასევე არ არის დაფიქსირებული იმ პირის კომენტარი, რომლის მიმართაც კეთდება ჩანაწერი. ზოგიერთ დანესებულებაში დაზიანებებს ცალკეული ოქმის სახით აღრიცხავენ და ამ ოქმებზე სამედიცინო პერსონალს შემდგომში ხელი აღარ მიუწვდება. დაზიანებათა ტიპებისა და ხასიათის შესახებ არცერთი ექიმი არ აწარმოებს სტატისტიკურ ინფორმაციას. საინტერესო პრაქტიკას („ტრავმების ჟურნალის ჩამოწერა“) წავანყდით ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დანესებულებაში. ადგილობრივი უფროსი ექიმის განმარტებით, „ასეთი ჟურნალი იყო, მაგრამ შიგ არაფერი ტარდებოდა, ცარიელია. მართლაც, ჩვენ ასეთი რამე (დაზიანებები) არ გვინახავს“. ოდნავ მოგვიანებით გაირკვა, რომ ვინაიდან ჟურნალი იყო ცარიელი და მასში არაფერი ტარდებოდა, იგი, მართლაც, გადაეცა კანცელარიას. მონიტორინგის ბოლოსთვის მონიტორინგის ჯგუფმა მიმართა კანცელარიას მოთხოვნით, რომ წარმოედგინათ ე.წ. დაზიანებების ჟურნალი. ხანგრძლივი ძებნის შემდეგ წარმოგვიდგინეს სტანდარტული ფორმით დახაზული საკანცელარიო დავთარი, რომლის გვერდებიც დანომრილია და ზონარგაყრილია. ჟურნალი 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 ჟურნალის ხმარებიდან ამოღებისა და შესანახად კანცელარიისათვის გადაცემის შესახებ. ძალზე მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ დაზიანების ჟურნალი არ იწარმოება თბილისის N8 საპყრობილეში. ამგვარი ინფორმაციის მონოდებისაგან ადმინისტრაციამ არაერთხელ შეიკავა თავი.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPI) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალს პენიტენციურ სიტყმაში 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 გაცემა. დაზიანების ნებისმიერი ნიშნები ციხეში შესვლისთანავე დაწვრილებით უნდა იქნეს რეგის-

⁵² ძირითადად მოიცავს სამედიცინო მუშაკების პასუხისმგებლობას არამართო 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, არაჰუმანური მოპყრობის პრევენციის სტანდარტები: კერძოდ, დოკუმენტირებისას არ გამოიყენება „სტამბოლის პროტოკოლის“ პრინციპები, რაც საქართველოს წამების საწინააღმდეგო გეგმის⁵³ თანახმად, აუცილებელი უნდა იყოს; დაზიანებათა რეგისტრაციის ჟურნალის მიხედვით, ხშირ შემთხვევაში, გაურკვეველია, თუ ვინ, სად, რატომ, ვის მიერ, რა გარემოებაში მიიღო დაზიანება, რა შედეგები მოჰყვა ამ დაზიანებას, ასევე, არ არის სათანადოდ 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-ალსრულების დაწესებულებებში ადგილი ჰქონდა პატიმართა მხრიდან თვითმკვლელობის მცდელობის რამდენიმე ფაქტს. 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 ჯერ ცნობილი არ გამხდარა.

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPT) მე-3 ზოგადი ანგარიშის მიხედვით, პენიტენციური დაწესებულების კომპეტენციის 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, რომლებიც შეადგენენ თვითმკვლელობის რისკის ჯგუფს, ასევე, რამდენადმე ხელს უწყობენ შფოთვის მოხსნას, რომელიც დამახასიათებელი განცდაა ყოველი ახალშემოსული პატიმრისათვის. იმისდა მიუხედავად, თუ რა ფუნქციას ასრულებს ციხის პერსონალი, მას უნდა შეეძლოს (რაც გულისხმობს სპეციალურ მომზადებას), გამოიყენოს 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, არაჰუმანური, სასტიკი ან პატივისა და ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის წინააღმდეგ ბრძოლის 2008-2009 წლების სამოქმედო გეგმის დამტკიცების შესახებ“.

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

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ყურადღება გამახვილდა კონკრეტულ დანესებულებებში სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის თვალსაზრისით, ასევე შეფასდა, თუ რამდენად შეესაბამება აღნიშნული მდგომარეობა ადამიანურ ღირსებას. ამ მიმართულებით ძირითადი მონაცემები მოცემულია ზოგადი მონიტორინგის თავში, რაც შეეხება მდგომარეობას სამედიცინო პუნქტებში, ამ მხრივ მდგომარეობა ზოგიერთ დანესებულებაში საგანგაშოა. მაგალითისათვის მოგვყავს მდგომარეობის მოკლე აღწერა 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 ეწოდოს „სამედიცინო სტაციონარი“. შეუძლებელია იმის დაჯერება, რომ ამ პირობებში შესაძლებელია ავადმყოფთა ადეკვატური მკურნალობისა და მოვლის უზრუნველყოფა. „პალატა ს1“ წარმოადგენს ტიპურ საკანს, სადაც მონიტორინგის დროს იმყოფებოდა 2 პაციენტი. საკანში განთავსებულია 6 სანოლი სამი ორსართულიანი ნარის სახით. საკანი სარემონტოა. აქვს ერთი, ორმაგი ლითონის ცხაურით დაფარული ფანჯარა, რომლიდანაც არ შემოდის საკმარისი სინათლე. სარკმლის ჩარჩოში არ არის ჩასმული მინა. პირსაბანი გამოსულია მწყობრიდან. აქვე არის ე.წ. ტუალეტიც, რომელიც წარმოადგენს დაახლოებით 1მ. 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 დაავადებულნი არიან ტუბერკულოზით. ისინი წვანან ბინძურ თეთრეულში. საკანში არის დიდი რაოდენობით ჭიანჭველები, რომლებიც ყველგან დადიან. არიან ასევე ტარაკნები და მღრღნელები. სამედიცინო დანიშნულების საკანი „ს-2“, წლის მეორე ნახევარში ჩატარებული მონიტორინგის დროს, არ იყო განკუთვნილი ავადმყოფი პატიმრებისათვის. საკანში განთავსებულია 8 სანოლი. საკანში იმყოფებიან ქალები. ადმინისტრაციის განმარტებით, მათთვის საგანგებოდ იქნა გამოყოფილი სამედიცინო დანიშნულების საკანი დროებით. თუმცა ქალები აცხადებენ, რომ უკვე ერთ წელზე 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, საკნის ხშირი სტუმრები არიან მორიელები, ტარაკნები, თავგვები და ვირთხები. ამ პირობებში შეუძლებელია სანიტარიული პირობების დაცვა.

საგანგაშო სიტუაცია ასევე ხონის N9 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დანესებულების სამედიცინო ნაწილშიც. იატაკი პალატებში ალაგ-ალაგ დაზიანებულია, ხის ან ქვის საფარიტაა დაფარული. ზოგან ნახევრად აყრილ პარკეტს ცვლის ალაგ-ალაგ ამოშვებული ქვები. სანიტარიული წესრიგის დამყარება პალატებში მათი სიძველის გამო პრაქტიკულად 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 ამომძვრალია და კედელი დანგრეული, იმგვარად, რომ ქმნის „გამოქვაბულის“ შთაბეჭდილებას. აქვე არის ტუალეტი და ე.წ. „სამზაპე“. ეზოში არის შესასვლელი კიდეც 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 ნაწილობრივია შეღესილი, ჭერი დაქანებულია, ფანჯრის მინები ვერ ავსებს ჩარჩოს და აქედანაც თავისუფლად შემოდის ჰაერი. აღწერილ პირობებში პრაქტიკულად შეუძლე-

ს
ა
ნ
ი
ტ
ა
რ
ი
უ
ლ
ი

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

როგორც ირკვევა, სასჯელაღსრულების დეპარტამენტს გაფორმებული აქვს შესაბამისი ხელშეკრულება კერძო დაწესებულებებთან, რომლებიც ვალდებული არიან, პერიოდულად მოვიდნენ დაწესებულებაში და ჩაატარონ სანიტარიული დამუშავება. სხვადასხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებას სხვადასხვა კონტრაქტორი ემსახურება. აღნიშნული კონტრაქტორები დაახლოებით თვეში ერთხელ მიდიან ადგილზე და ახორციელებენ სადებიზინფექციო და სადერატიზაციო ღონისძიებებს, თუმცა, ზოგიერთი დაწესებულების მთავარი ექიმის განმარტებით, ატარებენ დებიზინფექციასაც. კონტრაქტორები ამუშავებენ სამედიცინო ნაწილს, საპყრობილეების 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 მალაზიებშიც. პატიმართა პირადი ჰიგიენის თვალსაზრისით 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. მაგალითისათვის, გეგუთის №8 საერთო და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მონიტორინგისას, სამედიცინო ნაწილში მყოფ პატიმრებთან გასაუბრების შედეგად, გაირკვა, რომ მიუხედავად მათი სამედიცინო ნაწილში ყოფნისა, 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 შეეხება 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 შეეხება ბალნეოლოგიისა და სხვა პარაზიტების გავრცელებას, აღნიშნული პირდაპირპროპორციულია დაწესებულების ფიზიკურ მდგომარეობასა და გადატვირთულობასთან. საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა, ისეთი ინფექციური დაავადების ფაქტებიც, როგორებიცაა ჯილეხი, ნითელა; ვენერული დაავადებები: გონორეა და ათაშანგი.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ნაკლები ყურადღება ეთმობა ფსიქოჰიგიენის 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 რაიმე სოციალური თერაპიის ან პრევენციის პროგრამებში ჩართულნი არ არიან (რამდენიმე გამონაკლისი შემთხვევის გარდა), დაწესებულებებში ფსიქიატრები არ მუშაობენ, ხოლო ამა თუ იმ დაწესებულებაში მყოფი ფსიქოლოგი მოქმედებს როგორც სოციალური სამსახურის წარმომადგენელი და სამედიცინო პერსონალთან არანაირი კავშირი არ აქვს.

ყველა უფროსი ექიმი გახმარტავს, რომ ისინი და მათი ექიმები დღეში სამჯერ (ყოველი დარიგების ნინ) ახორციელებენ საკვების ვარგისიანობისა და ხარისხის შემოწმებას, საკვების ნიმუშებს ინახავენ გარკვეული პერიოდით. საკვების ვარგისიანობის შესახებ ექიმი ხელს აწერს სპეციალურ ჟურნალში. სასჯელალსრულების 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 პირდაპირ ახორციელებენ კომუნიკაციას სამზარეულოს წარმომადგენლებთან და აწვდიან რეკომენდაციებს, რომლებიც სრულდება. მაგალითად, ბოლო პერიოდში გაიცა მითითება საკვების ცხიმოვანობის ან მარილიანობის შემცირებასთან დაკავშირებით. ზოგიერთ დაწესებულებაში საკვების კონტროლის ფუნქციას ასრულებს ექთანი. აღნიშნულს სისტემატური ან ფრაგმენტული ხასიათი აქვს.

მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში მუშაობს დიეტეკიმი. კვებას ამ დანე-
სებულებაშიც უზრუნველყოფს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის კონტრაქტორი – შპს „მეგა-
ფუდი“. დანეწებულების 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 გა-
მოსწორდა და პრობლემა ამოიწურა. 2009 წლიდან, ადგილობრივი ექიმების და მთავარი ექიმის ძა-
ლისხმევით, შემოღებულიქნა დიეტური მაგიდები, რაც ნამდვილად უდიდესი მნიშვნელობის ფაქტია.
აღნიშნული პრობლემის გადაჭრა წარსულში ფაქტობრივად შეუძლებელი იყო და საანგარიშო პერი-
ოდში ეს პრობლემა ნაწილობრივ დარეგულირებულია. სასჯელაღსრულების სხვა დანეწებულებებში
დიეტური მაგიდებით პაციენტთა უზრუნველყოფა პრაქტიკულად შეუძლებელი და დღემდე გადა-
უჭრელი 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“. ამავდროულად აღნიშნული აქტის მიხედვით, უწყებრივ დაქვემდებარებაში მყოფ საავადმყოფოებში, სამშობიარო სახლებსა და სხვა სამკურნალო სტაციონარებში სანიტარიული წესებისა და ნორმების დაცვას აკონტროლებენ წინამდებარე დოკუმენტის საფუძველზე. **სამკურნალო დაწესებულება განთავსებულია ნაგავსაყრელთან ახლოს.** ნაგავსაყრელზე სიტყმატურად ხდება საყოფაცხოვრებო და სხვა ტიპის ნარჩენების წვა, რომლის შედეგად წარმოქმნილი კვამლი პირდაპირ ვრცელდება დაწესებულების ტერიტორიაზე. მონიტორინგის დროს არაერთხელ იყო დაფიქსირებული შემთხვევა, როდესაც შენობა მთლიანად კვამლში იყო გახვეული. დაწესებულების ე.წ. პალატებში არ არის სამედიცინო დაწესებულებისათვის აუცილებელი ვენტილაციის სისტემები დამონტაჟებული, ანუ დარღვეულია მოთხოვნები შენობის „გათბობის, ვენტილაციის, მიკროკლიმატისა და ჰაერის გარემოსადმი“. ეს იმ დროს, როდესაც ზემოთ აღნიშნული კვამლის გამო, შენობის ცალ მხარეს განსაკუთრებით, პრაქტიკულად შეუძლებელია ფანჯრის გაღება და ოთახის განიავება. არ არის უზრუნველყოფილი პალატის, განყოფილების ძირითადი სათავსოების ჰაერის რაციონალური ცვლის ორგანიზაცია. არ არის ასევე გათვალისწინებული დაწესებულების ინსოლაციის, ხმაურისაგან დაცვის პრინციპები. სამკურნალო დაწესებულების ფანჯრების ორიენტაცია არ შეესაბამება საავადმყოფოებისათვის დადგენილ ჰიგიენურ ნორმებსა და წესებს. ჰიგიენური თვალსაზრისით არ არის გათვალისწინებული დაწესებულების შენობის არქიტექტურულ-დაგეგმარებითი და კონსტრუქციული თავისებურებები. არასტანდარტულადაა განთავსებული რენტგენის კაბინეტი და საოპერაციო ოთახები. ასევე არ არის გათვალისწინებული ის მოთხოვნები, რომლებსაც უნდა აკმაყოფილებდეს საავადმყოფოები შენობის შიგა მოწყობასთან დაკავშირებით. დარღვეულია მოთხოვნები სანიტარიულ-ტექნიკური, სამედიცინო, ტექნოლოგიური და სხვა აღჭურვილობის, ავეჯისა და ინვენტარისადმი. მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში არ არის დაცული მოთ-

נו
נו
נו
נו
/נו

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

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების 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 პასუხისმგებელნი 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 ვენტილაციაზე საკნებში. შრომა, გასერება და ფიზიკური ვარჯიშები 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 ღონისძიებების 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 აწარმოებს ტუბსკრინინგს, არსებული შედეგების გათვალისწინებით, მხოლოდ აღნიშნული ღონისძიებები ეფექტური არ არის და დამატებით აქტივობებს მოითხოვს. **ისევე, როგორც წინა წლებში, 2009 წლის საანგარიშო პერიოდშიც, ტუბერკულოზი კვლავ არის პატიმართა სიკვდილობის მთავარი მიზეზი.**

ტრანსმისიული დაავადებების განხილვისას აუცილებელია აღინიშნოს 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, პატიმართა დაახლოებით 30-60%-ს აღენიშნება ვირუსული ჰეპატიტი. სამედიცინო ბარათებში ექიმები აფიქსირებენ 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 აღწერილია A და B + C ჰეპატიტის შემთხვევებიც. აღნიშნული ტენდენციების შესახებ ვრცელადაა 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 მიეწოდებათ შესაბამისი მედიკამენტები. აივ ტესტირება ნებაყოფილობითია. რაც შეეხება აივ ინფიცირებულთა სტიგმატიზაციას, ამ მხრივ საქართველოს ციხეებში საკმაოდ ნოყიერი ნიადაგია შექმნილი. უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს დისკრიმინაციული ჩანაწერი საქართველოს კანონში „**პატიმრობის შესახებ**“. კანონის 22-ე მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, „**სასჯელაღსრულების დაწესებულების 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

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

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

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი მოპყრობისა და დასჯის პრევენციის კომიტეტის (CPI) 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 (თანამესაკნეები, ციხის პერსონალი, ხშირი მნახველები). რაც შეეხება შიდსს, 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 პატიმრების დისკრიმინაცია, ასევე აუცილებელია კონფიდენციალობის დაცვა. კომიტეტი ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ სეგრეგაცია აივ ინფიცირებული პატიმრის, თუკი ის თავს კარგად გრძნობს, დაუშვებელია.“

ჰუმანიტარული თანადგომა / პატიმართა განსაკუთრებული კატეგორიები

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ყურადღება გამახვილდა სასჯელალსრულების დანესებულებებში ქალ პატიმართა მიმართ მოპყრობაზე. ქალები განთავსებულნი არიან ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დანესებულებაში, რუსთავის №1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელალსრულების დანესებულებაში, ქუთაისის №2 საპრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დანესებულებაში, ბათუმის №3 საპრობილში და ზუგდიდის №4 საპრობილში. რაიმე სახის დისკრიმინაცია ქალ პატიმართა მიმართ არ გამოვლენილა. პირობების მიხედვით, ყველაზე უკეთესი მდგომარეობაა შექმნილი ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დანესებულებაში. 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 სასჯელალსრულების დანესებულებაში, თუმცა ირიცხებიან ადგილობრივ პერსონალში. რუსთავის №1 დანესებულებაში ქალთა კონტინგენტის ძირითადი ნაწილის გადაყვანა განხორციელდა 2009 წლის 19 აპრილს მომხდარი ინციდენტის შემდეგ. რაც შეეხება დანესებულებაში 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, გინეკოლოგიის მომსახურება გარანტირებულად აქვს.

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



ქუთაისის №2 საპრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებაში იმყოფებიან ასევე ქალი პატიმრები. 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 უმშობიარია, არ ჰყავთ მეძუძური დედა; არცერთ ქალს არ ჰყავს თან ახალშობილი, რის გამოც პედიატრიული დახმარება ამ მხრივ არ დასჭირვებიათ.

ბათუმის №3 საპრობილეში სასჯელს იხდიან პატიმარი ქალებიც. დაწესებულებაში არ მუშაობს გინეკოლოგი და არც კონსულტანტია გათვალისწინებული. საჭიროების შემთხვევაში, ქალს გადაიყვანენ ბათუმში, შესაბამის დაწესებულებაში. ქალთა კვების რაციონი იგივეა, რაც მამაკაცი პატიმრებისა. მათი სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა კი გაცილებით უკეთესია საპრობილის საერთო მდგომარეობის ფონზე. გინეკოლოგის კონსულტაცია 2009 წლის განმავლობაში არ ჩატარებულა. ორსული ქალი საანგარიშო პერიოდში არ ჰყოლიათ. ქალთა ჰიგიენის სპეციფიკური საკითხები დარეგულირებულია. რამდენიმე პაციენტი აცვანილია ფსიქო-ნევროლოგიურ მეთვალყურეობაზე.

რაც შეეხება ზუგდიდის №4 საპრობილეს, აქ ქალთა ყოფნა უტოლდება არაადამიანურ და ღირსების შემლახველ მოპყრობას. ქალთა ყოფნის სპეციფიკური საკითხები არ არის დარეგულირებული, მათი ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემები პრაქტიკულად იგნორირებულია, ხოლო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები – არაადამიანურად დასაჯად.

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

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ასევე იქნა აქცენტი აღებული სხვადასხვა სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფ არასრულწლოვან პატიმრებზე. არსებული მდგომარეობით, მოზარდი პატიმრები იმყოფებიან ავჭალის არასრულწლოვანთა აღმზრდელობით დაწესებულებაში, ქალთა და არასრულწლოვანთა №5 დაწესებულებაში, ბათუმის №3 საპრობილეში, ქუთაისის №2 საპრობილისა და მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებასა და ზუგდიდის №4 საპრობილეში.

არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის პერსონალი შედგება 3 ექიმის და 3 ექთნისაგან. ექიმებიდან ერთი მთავარი ექიმი (სპეციალობა – შინაგანი მედიცინა), ერთი ნევროპათოლოგი და ერთი სტომატოლოგი. პედიატრი დაწესებულებაში არ მუშაობს. ასევე არასრულწლოვანები ადგილზე მოკლებულნი არიან სტაციონარული ტიპის სამედიცინო მომსახურებას. ასეთის აუცილებლობისას ისინი გადაჰყავთ მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. დაწესებულებას საკუთარი ფსიქიატრი არ ჰყავს, თუმცა ამ დეფიციტს გარკვეულწილად ავსებს წამების ძალადობისა და გამოხატული სტრესული ზემოქმედებების მსხვერპლთა ფსიქორეაბილიტაციის ცენტრი „ემპათია“, რომელიც დაწესებულებაში ახორციელებს პროგრამას და ამ პროგრამის ფარგლებში მისი ფსიქიატრები სისტემატურად სტუმრობენ დაწესებულებას. ნარკოლოგის კონსულტაცია, ექიმის განმარტებით, 2009 წლის საანგარიშო პერიოდის განმავლობაში არ დასჭირვებიათ. უპირატესად გამოვლენილ დაავადებათაგან მთავარი ექიმი გამოყოფს მწვავე რესპირაციულ დაავადებებს (განსაკუთრებით სეზონურად), კანის დაავადებებს (მუნი, პიოდერმიები 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 ქვემდებარებით დაწესებულების სარეჟიმო სამსახურს ეკუთვნის და სამედიცინო სამსახურთან კავშირი არ აქვს. ექიმის განმარტებით, მოზარდებს ასაკსპეციფიკური რაიმე სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური პრობლემა არ აქვთ.

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

ქუთაისის №2 საპრობოლისა და მკაცრი რეჟიმის დანესტრულებაში არასრულწლოვანთა ჯანმრთელობის სპეციფიკას განსაკუთრებული ყურადღება არ ექცევა. 2009 წლის ივლისის ბოლოს გვეგმური მონიტორინგის დროს, მონიტორინგის ჯგუფის წევრების მიერ მონახულებული იქნა 12 არასრულწლოვანი, რომლებიც გახდნენ გამოხატული ფსიქოფიზიკური ზემოქმედების მსხვერპლნი საპრობოლის თანამშრომლებისა და სპეცდანიშნულების რაზმის მხრიდან. კიდევ სამი არასრულწლოვანი მონიტორინგამდე რამდენიმე ხნით ადრე გადაყვანილი იქნა თბილისში, ქალთა და არასრულწლოვანთა N5 დანესტრულებაში. 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 დაზარალებული ტრავმა. აღნიშნულ ფაქტზე საპრობოლის ადმინისტრაცია კომენტარს არ აკეთებს, ხოლო სამედიცინო პერსონალი აცხადებს, რომ მათთვის უცნობია ამგვარი დაზიანებების არსებობა, შესაბამისად, არასრულწლოვნები არ მოუნახულებიათ და არც სამედიცინო დახმარება აღმოუჩენიათ ვინმესთვის. არ არის დოკუმენტირებული არცერთი დაზიანება.

ბათუმის №3 საპყრობილეში, უფროსი ექიმის განმარტებით, არასრულწლოვან პაციმრებთან ყოველ ხუთშაბათს მუშაობს ფსიქოლოგი. გარდა ამისა, არასრულწლოვნებისათვის მოქმედებს დანყებითი განათლების პროგრამა. არასრულწლოვნები საპყრობილეში მოთავსებისას და მის შემდგომ პერიოდში ფსიქიატრს არ უნახავს. ექიმის განმარტებით, არასრულწლოვნებს უტარდებათ პერიოდული სამედიცინო შემოწმება. არასრულწლოვანთა თანხმობით, ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მიწოდებათ ოჯახის წევრებს ან მათ კანონიერ წარმომადგენლებს. ექიმის განმარტებით, მოზარდ პაციმართა სპეციაფიკური ჯანმრთელობის პრობლემას წარმოდგენს სტომატოლოგიური დაავადებების განსაკუთრებული სიხშირე, რომელთა სრულყოფილი გადაჭრა ვერ ხერხდება. რაც შეეხება არასრულწლოვანთა საცხოვრებელ პირობებს, მონიტორინგის ჯგუფის მიერ შეფასდა, როგორც არაადეკვატური და მოზარდისათვის შეუფერებელი. მიუხედავად ამისა, ადმინისტრაციის მხრიდან რაიმე ქმედითი ნაბიჯი აღნიშნულის გამოსასწორებლად ჯერ არ გადადგმულა.

ზუგდიდის №4 საპყრობილეში 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 შემთხვევაში ხდება შეძლებისდაგვარად. ექიმის განმარტებით, „ყველა მოზარდი პატიმარი ჯანმრთელია“. ერთ-ერთი მათგანი ყრუ-მუნჯია.

მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა **ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციმრებს**. 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 კონსულტანტის მიერ ჩატარებული გასინჯვების სახით. მიუხედავად იმისა, რომ უფროსი ექიმები განმარტავენ საჭიროების შემთხვევაში ფსიქიატრის კონსულტაციის უზრუნველყოფის შესაძლებლობას, ასეთი ფაქტი არსებული ჟურნალების დათვალიერების შედეგად არ გამოვლენილა. დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში არ არსებობს რაიმე სპეციალური პროგრამები ფსიქიკური ჯანმრთელობის მხარდასაჭერად, ან რეაბილიტაციის პროგრამები, რომლებიც გულისხმობს სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარების სხვადასხვა ღონისძიებებს. ზოგადად, დაწესებულებაში არსებული რეჟიმი, პირობები, ურთიერთობები ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტების მიმართ შეუფერებელია და ნეგატიურად მოქმედებს პაციენტის ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. აღნიშნულის გამო ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა ყოფნა სასჯელ-აღსრულების დაწესებულებებში უნდა შეფასდეს, როგორც არაადამიანური მოპყრობა.

ფსიქიკური აშლილობების მქონე პაციენტთა 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 ფსიქიკური 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 ფსიქიკური 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 ფსიქიკურად დაავადდნენ სასჯელის მოხდის პერიოდში. ამ მხრივ, პროგრესულ ნაბიჯად უნდა ჩაითვალოს „პაციენტობის შესახებ“ საქართველოს კანონში 2009 წლის დეკემბერში განხორციელებული ცვლილება.

პირებს, რომელთაც გამოუვლინდათ სულიერი დაავადების ნიშნები, 2009 წლის მეორე ნახევარში აგზავნიდნენ მსჯავრდებულთა და პაციენტთა სამკურნალო დაწესებულებაში. აღნიშნული დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილება სულ 3 ექიმითა და კომპლექტებული და გაშლილია 39 საწოლზე. აღსანიშნავია, რომ განყოფილებაში გადმოჰყავდათ მხოლოდ მამაკაცი პაციენტები და მსჯავრდებულები. ქალ პაციენტთათვის ასეთი სერვისი პენიტენციური სისტემის შიგნით ხელმიუწვდომელია. მსჯავრდებულთა და პაციენტთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილების ანგარიშის მიხედვით, 2009 წლის მანძილზე ფსიქიატრიულ განყოფილებაში შემოვიდა 132 პაციენტი (72 1-ელ და 60 მე-2 ნახევარში). გაენერა 141 (76 1-ელ და 65 მე-2 ნახევარში). ფსიქიკური სფეროს მხრივ გამოვლენილი ნოზოლოგიების სტატისტიკა შემდეგნაირად გამოიყურება:

- ორგანული აშლილობები – 29;
- ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური 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 უკანასკნელნი არ იმყოფებიან მუდმივ შტატში (ხელშეკრულებით აყვანილი კონსულტანტები). დაწესებულებებში ერთგვარად წარმოებს ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირთა აღრიცხვიანობა ადგილზევე დამკვიდრებული წესით, კონსულტანტ-ფსიქიატრის ჟურნალის მიხედვით, თუმცა რაიმე გარე კონტროლის დაწესება ან ამ საკითხის საფუძვლიანი მონიტორინგი შეუძლებელია, ვინაიდან არ არსებობს სამედიცინო ბარათები, სათანადო წესით წარმოებული, ასევე – ცალკე რაიმე აღრიცხვის სტანდარტები. ცალკეულ შემთხვევაში გამოვლენილი იქნენ პაციენტები ფსიქოზური აშლილობებით ან/და ქცევის უკიდურესი დარღვევებით ან/და სუიციდის მცდელობით, რომელნიც 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 სამკურნალო დაწესებულებას, ვინაიდან ადგილობრივი ექიმების გადმოცემით, არის შემთხვევები, როდესაც მათ გადაჰყავთ ამგვარი პატიმრები ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, თუმცა იქიდან მალევე აბრუნებენ პრაქტიკულად იმავე მდგომარეობაში. რაც შეეხება მოსაზღვრე მდგომარეობებისა და სხვა ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებს, რაიმე სახის რეაბილიტაციური პროგრამები ან ადეკვატური მკურნალობის შესაძლებლობა ამ დაწესებულებებში არ არის. ამავედროულად, უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური 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 მოგვყავს ის სტატისტიკური ინფორმაცია, რომელიც ცალკეულ ციხეებში იქნა მოპოვებული: ქუთაისის №2 დაწესებულების სტაციონარულ ნაწილში განთავსებული იყო 2 ფსიქიკური პრობლემის მქონე პირი, დანარჩენ პატიმრებზე სტატისტიკური ინფორმაცია ვერ მოვიპოვეთ. ამგვარი ინფორმაციის მოსაპოვებლად გადავხედეთ ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშნულებებს, რომლებიც ინახება უფროს ექთანთან. ფსიქოტროპული მედიკამენტების დაფასობა ცალკეული პაციენტებისათვის ხდება ავთიაქიდან, რაც უნდა შესაბამისად შედარდეს ფსიქიატრის კონსულტაციის ჟურნალს, საიდანაც უნდა გამხოლოვდეს პაციენტთა სახელი და გვარი, კონსულტაციის რიგითობის გამოკლებით. ამგვარი „მანიპულაციის“ ჩატარება მონიტორინგის დროს პრაქტიკულად შეუძლებელია და მოითხოვს დიდი დროის ხარჯვას. ამგვარად, ამ დაწესებულებაში რაიმე სახის ზუსტი სტატისტიკური ინფორმაციის მოპოვება ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირებზე შეუძლებელია. გეგუთის №8 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მიხედვით, 22 პატიმარი არის ეპილეფსიით დაავადებული, ხოლო 73 ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირია. ხონის №9 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის მიხედვით, ძირითადად აღრიცხვაზე იმყოფება 8 ფსიქიკური პრობლემების მქონე პირი, რომელთაც აქვთ ძირითადად ც.ნ.ს. ორგანული დაზიანებით გამოწვეული აშლილობანი. ზუგდიდის №4 საპყრობილეში არსებობს ჟურნალი – „ფსიქოპათიური და სხვა ფსიქიკური გადახრებით დაავადებულ პატიმართა აღრიცხვის ჟურნალი“, რომელშიც 2009 წელს 5 პაციენტია გატარებული. ამავედროულად, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ჟურნალის დასახელებაში მოხსენიებული ტერმინები მოძველებულია და საერთაშორისო სტანდარტებით არ იხმარება. ასე მაგალითად, ტერმინი „ფსიქოპათიის“ ნაცვლად იხმარება ტერმინი პიროვნული (პერსონოლოგიური) აშლილობანი, ხოლო „გადახრების“ ნაცვლად – ტერმინი ფსიქიკური აშლილობა. ბათუმის №3 საპყრობილის სამედიცინო ნაწილის მონაცემებით, 7 პატიმარი არის ფსიქიკური პრობლემების მქონე. სავარაუდოდ, აღნიშნული სტატისტიკური მონაცემები არ არის რეალური, თუკი გავითვალისწინებთ ეპილეფსიით დაავადებულთა ფსიქიკურ პრობლემებს და ასევე, ნამალდამოკიდებულების მქონე პირთა ფსიქიკურ პრობლემებს. საერთაშორისო სტანდარტების მიხედვით, ფსიქიკური პრობლემებისა და მათ შორის, დამოკიდებულების პრობლემების მქონე პირთა საშუალო სტატისტიკური მაჩვენებელი ევროპულ ციხეებში უტოლდება დაახლოებით 63%-ს. შესაბამისად, ჩვენს ციხეთა სისტემაში ეს რაოდენობა არ უნდა იყოს ნაკლები თუ არა მეტი, შესაბამისი კანონმდებლობისა და ცხოვრების დონის გათვალისწინებით.

საქართველოს
საპროკურორუ
საგანმართო
სამსახური

ევროპის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების 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 არაკეთილსამედო ოჯახებში, ჰქონდათ ხანგრძლივი შეხება ნარკოტიკებთან, კონფლიქტში იყვნენ სახელისუფლებო სტრუქტურებთან, ერთი სიტყვით, იყვნენ ხელმოცარულნი სოციალური თვალსაზრისით. ამგვარი პაციენტები არიან მღელვარენი, მიდრეკილნი თვითმკვლელობისაკენ, არაიმუდრითად გამოირჩევიან მიუღებელი სექსუალური ქცევით, დროის უმეტეს ნაწილს ვერ აკონტროლებენ თავს და ვერ უვლიან საკუთარ თავს. ამგვარი პაციენტების მოთხოვნილებანი სცილდება საკუთრივ სამედიცინო მომსახურების ფარგლებს, თუმცა ციხის ექიმს შეუძლია ხელი შეუწყოს მათთვის სოციალური თერაპიის პროგრამების შემუშავებას. ამგვარი პროგრამები ჩვეულებრივ ხორციელდება ციხის სპეციალურ განყოფილებებში, რომელნიც ორგანიზებულია ზოგადსამოქალაქოს მსგავსად, კვალიფიცირებული სპეციალისტის ხელმძღვანელობით. ამგვარი პროგრამები ეხმარება პაციენტებს, გადალახონ დამცირების განცდა, შიზლი და სიძულვილი საკუთარი თავის მიმართ, ავითარებენ პასუხისმგებლობის განცდას და ამზადებენ საზოგადოებაში რეინტეგრაციისათვის. ამგვარ პროგრამებს კიდევ ეს უპირატესობა აქვთ, რომ მათი განხორციელება მოითხოვს ციხის პერსონალის აქტიურ მონაწილეობასა და დაინტერესებას.“

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

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

ამგვარი პაციენტებისათვის თბილისის №8 საპყრობილეში 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. პაციენტების 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 რეაბილიტაციას.

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

რაც შეეხება წამალდამოკიდებული პირების მიერ მონყობილ 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 სარეჟიმო სამსახური კონფლიქტში არ ჩაერთოს და პრობლემა შეძლებისდაგვარად გადაწყვიტოს საკუთარი ძალებით.

ინფორმაცია **გადამდები დაავადებებისა და განსაკუთრებით საშიში ინფექციების** მქონე პაციენტების შესახებ შესწავლილია 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში იმყოფებიან პირები, რომელთათვისაც შეუთავსებელია ხანგრძლივი პატიმრობა. ამ კატეგორიას, უპირველეს ყოვლისა, განეკუთვნება: ავთვისებიანი დაავადებები, პაციენტები ტუბრეზის-ტენტული ფორმებით, პაციენტები ამპუტირებული კიდურებითა და ანატომიური დეფექტებით, 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 ღირსებისათვის შეურაცხყოფელ 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 არარსებობის გამო ექიმები უდიდეს სირთულეებს აწყდებიან და ხშირად უძლურნიც არიან კონკრეტულ შემთხვევაში ამ კატეგორიის პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებათა მოგვარებაში. ზოგიერთ დაწესებულებაში ასევე ნაწილობრივ იქნა მიძღვნილი დაავადების მქონე პირები, რომელნიც ვერ უვლიან საკუთარ თავს, ვერ ახერხებენ სიტუაციაში გარკვევას, აქვთ არაადეკვატური საქციელი ან გონებრივად არიან ჩამორჩენილნი. ზემოთ აღწერილი კატეგორიის კონტინგენტის არსებობა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში, მით უმეტეს, არსებული მკურნალობისა და მოვლის, ასევე, სოციალური ადაპტაციის პირობების გათვალისწინებით, უნდა მივიჩნიოთ არაჰუმანურ მოპყრობად.

წინასწარ პატიმრობაში მყოფი პირების სპეციფიკური საჭიროებებიდან მონიტორინგის ჯგუფმა ყურადღება გაამახვილა შემდეგ საკითხებზე. კერძოდ, პრაქტიკულად ვერ იქნა ნაწილობრივ 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 მიეწოდებათ ადეკვატური სამედიცინო დახმარება და ირღვევა მათი უფლება ჯანმრთელობაზე. აღნიშნულის საილუსტრაციოდ მოგვყავს ბათუმის №3 საპყრობილის მაგალითი: ჩვენ მიერ დათვალიერდა საკარანტინო ოთახი, სადაც ათავსებენ ახლად შემოყვანილ პატიმრებს. **ოთახში 6 საწოლია განთავსებული, თუმცა ჩვენი იქ ყოფნის 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 იძულებულნი არიან, უფრო ადრე „დაშალონ“ კარანტინი – გადაიყვანონ პატიმრები ჩვეულებრივ საცნებში. რაც შეეხება ექიმთან კონტაქტს, ძნელი წარმოსადგენია, რომ ასეთ პირობებში შესაძლებელია ელემენტარული სტანდარტების დაცვა კი. ამ თვალსაზრისით კრიტიკული სიტუაციაა შექმნილი ხონის №9 საერთო და მკაცრი 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. ვინრო შესასვლელით კარის გავლით ვხვდებით ძველი შენობის დერეფანში. კარის მხარეს კედელზე დატანებულია მცირე „სარკმელი“. დერეფნის მარცხენა მხარეს განთავსებულია ოთახი, სადაც ექიმი ნახულობს ახლად შესულ პატიმარს. ოთახში სამი მცირე ზომის ფანჯარაა, რომლებიც ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ განათებას და აერაციას. ჭერზე კუსტარულად დამონტაჟებულია ელექტროგანათების წყარო (ნათურა). ოთახში განთავსებულია საწოლი, სეიფი, მაგიდა და სკამი. იატაკზე დასხმულია ცემენტი. ჭერი ალაგ-ალაგ ჩამოშლილია. ოთახში 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

ს
ს
ს
ს
ს
ს

ჭერი. ოთახში ერთი მცირე ზომის ფანჯარაა დატანებული. შემოსასვლელი კარის მარჯვენა მხარეს განთავსებულია შედარებით დიდი ზომის ოთახი, რომლის წინა კედელში ჩაშენებულია ფართო ფანჯრები, რომლებიც დერეფანში გამოდის. თანმხლებ პირთა გადმოცემით, აღნიშნული წარმოადგენს კორპუსის მორიგის მოსასვენებელ ოთახს. ამ ოთახის მხარესვე, დერეფანში, არის საპირფარეო, 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში.

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოპოვებული ინფორმაციის მიხედვით, უკიდურესად მინიმალურია პაციმართა მიერ საკუთარი ექიმის შემოყვანაზე მოთხოვნის დაკმაყოფილება. საკუთარი ექიმის შემოყვანას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს წინასწარ პაციმართაში მყოფ პირთათვის. აღნიშნულის გამო უხეშად ირღვევა საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობით პაციენტისათვის მინიჭებული უფლებები.

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

ექიმთა პროფესიული დამოუკიდებლობა, კომპეტენტურობა, სამედიცინო დოკუმენტაცია

ვერობის წამებისა და არაადამიანური, ღირსების შემლახავი 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 გამოიყენონ ციხის პათოლოგიის განსაკუთრებული ფორმები და მიუსადაგონ მკურნალობის მეთოდები ციხის პირობებს. მათ უნდა გამოიღებოდნენ პროფესიული უნარ-ჩვევები ძალადობის პრევენციისათვის და, შეძლებისდაგვარად, აკონტროლონ მისი გამოვლინება“.

რაც შეეხება ექიმთა ავტონომიურობას. სამედიცინო საქმიანობის ერთ-ერთ ძირითად პრინციპს წარმოადგენს ის, რომ სამედიცინო პროფესია უნდა იყოს დამოუკიდებელი, ვინაიდან არცერთ სახელმწიფოს არ გააჩნია კომპეტენცია, მართოს იგი. აღნიშნული კონცეფცია ფართოდაა გაშლილი საქართველოს ჯანდაცვის კანონმდებლობაში. „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 30-ე მუხლში ნათქვამია, რომ „...სამედიცინო საქმიანობის აღსრულებისას სამედიცინო პერსონალმა უნდა... ა) მოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად; გ) პაციენტის ინტერესებთან დაკავშირებული პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებისას იყოს თავისუფალი და დამოუკიდებელი...“ 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, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებრივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რომელიც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას“. 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 საქმიანობის სუბიექტისაგან მოითხოვოს ამ კანონში მითითებული პრინციპებისა და საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებ-

ბოზისა, 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 კომისიის 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. დოკუმენტი 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 მართლმსაჯულების 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 დამქირავებლებისა და კოლეგების ინტერესები, რომლებიც მედიკოსები არ არიან, შეიძლება წინააღმდეგობაში მოვიდეს პაციენტობაში მყოფ პაციენტთა საუკეთესო ინტერესებთან. მათი შრომითი ურთიერთობების ხასიათის მიუხედავად, ჯანდაცვის ყველა მუშაკის ვალია, იზრუნოს ადამიანებზე, რომელთა შემონახვა ან მკურნალობა მას უნევს. არ შეიძლება სახელშეკრულებო საფუძველზე ან რაიმე სხვა მოსაზრებით მედიკოსების დავალდებულება, არ დაიცვან თავიანთი პროფესიული დამოუკიდებლობა. მათ მიუკერძოებლად უნდა შეაფასონ პაციენტის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ინტერესები და მოიქცნენ 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 ილწონ, რათა მიუხედავად იმ გარემოსი, სადაც მუშაობენ, უზრუნველყონ პროფესიული ვალის ზედმიწევნით 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 „აღდაგი ბი სი აი“ პენიტენციური სისტემიდან წავიდა, სამედიცინო პერსონალი გადავიდა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის დაქვემდებარებაში. საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 25 თებერვლის №60 ბრძანების შესაბამისად (სადაზღვევების 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 სასჯელაღსრულების დაწესებულებათა ოფიციალური პირები (და არა ექიმები) განსაზღვრავენ პაციენტის პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვის „საჭიროებებს“, ახდენენ პაციენტთა გადაყვანას ერთი დაწესებულებიდან მეორეში, მათ შორის, სამკურნალო დაწესებულებებში, წყვეტენ, დაუშვან თუ არა პაციენტის მიერ მოთხოვნილი სამოქალაქო სექტორის ექიმი სასჯელაღსრულების დაწესებულების ტერიტორიაზე, გასცემენ უფლებას ან ზღუდავენ პაციენტი პაციენტისათვის მედიკამენტების მიწოდება-არმიწოდებას. 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 საბოლოო გადაწყვეტილებას პაციენტის სამედიცინო ნაწილში გადაყვანის შესახებ და ასე შემდეგ. ასეთ პირობებში ექიმის როლი პრაქტიკულად მინიმალურია. უფუნქციოდ 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 აღწერილი მანკიერი წრის არსებობას ადასტურებს. ექიმები განიცდიან ზეწოლას არა მარტო ადმინისტრაციის წარმომადგენლებისაგან, არამედ თანამდებობრივად მათზე მაღლა მდგომი კოლეგებისაგან. აღნიშნულის დადასტურების თვალსაჩინო მაგალითს წარმოადგენს თბილისის №7 საპყრობილეში მომხდარი ინციდენტი, რომელიც სახალხო დამცველის აპარატის მიერ წარმოებული მონიტორინგის შეწყვეტით დასრულდა, ვინაიდან მთავარმა ექიმმა არ მოინდომა კითხვებზე პასუხის გაცემა, რადგან მონიტორინგის დროს მას დაუკავშირდა სასჯელალსრულების 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 მიგვაჩნია ის მომენტი, როდესაც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი პირდაპირ მონაწილეობს პაციენტთა 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 პაციენტის 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 ხელმოწერი ერთადერთი პირი არის დაწესებულების ექიმი. აღნიშნულ შემთხვევაში ექიმი, თავისი ხელმოწერით, პრაქტიკულად იძლევა სანქციას, რომ პაციენტი 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 პაციენტი 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 ქვეყნის ჯანდაცვის კანონმდებლობასთან. კერძოდ, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლის შესაბამისად, „დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს ეკრძალება:

- ა. პირდაპირი ან არაპირდაპირი კავშირი ისეთ ქმედებებთან, რომლებიც დაკავშირებულია ... სასჯელში მონაწილეობასთან, თანამონაწილეობასთან, წაქეზებასთან 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 ერთ-ერთი 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, რომლებიც უარყოფითად იმოქმედებენ მის ფიზიკურ ან ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ან მდგომარეობაზე; ე) პატიმრის, დაკავებულის ან დატყვევებულის ნებისმიერ შემზღუდავ 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 ბადრატის უსაფრთხოებისათვის და საშიშროებას 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, პენიტენციური 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 დახმარების აღმოჩენისას წერილობით ასახოს და დანიშნულებისამებრ გადასცეს ინფორმაცია გაწეული სამედიცინო დახმარების შესახებ“. ამავდროულად მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად კი – „სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესს ამტკიცებს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრო“. ექიმის მიერ სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების ვალდებულება მოცემულია საქართველოს კანონში „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (მუხლი 56). აღნიშნული მუხლის ერთ-ერთ მოთხოვნას წარმოადგენს ის, რომ „სამედიცინო ჩანაწერები ადეკვატურად უნდა ასახავდეს 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/ნ 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/ნ ბრძანებით დამტკიცებულია სამედიცინო დაწესებულებებში სტაციონარული სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესი. უკანასკნელი ბრძანება ძალაში შედის 2010 წლის 1 იანვრიდან და იგი სრულად ჩაანაცვლებს 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 განვითარების დროს.

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

საქართველოს
სამართლებრივი
სისტემა

ბებში ჯანდაცვის იმავე დოკუმენტაციით სარგებლობის აუცილებლობას, რომელიც უნიფიცირებული ინარმოება ქვეყანაში მოქმედ ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში. 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 ამბულატორიული და სტაციონარული ბარათის წარმოება პენიტენციური სისტემის სამედიცინო რგოლებში უნდა ხდებოდეს იმავე წესისა და პრინციპების დაცვით, როგორც მიღებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში. ის, რომ სასჯელალსრულების სისტემის სამედიცინო ნაწილები უნდა აწარმოებდნენ სამედიცინო დოკუმენტაციას, საკმაოდ კარგადაა ასახული საერთაშორისო სტანდარტებში. მაგალითისათვის მოგვყავს ამონაწერი წამების პრევენციის კომიტეტის მე-3 ზოგადი ანგარიშიდან (CPT/Inf (93) 12): „აუცილებელია შეიქმნას თითოეული პაციენტის სამედიცინო ანკეტა, რომელიც უნდა შეიცავდეს დიაგნოსტიკურ ინფორმაციას, მიმდინარე ჩანაწერებს პაციენტის მდგომარეობის ცვლილებების შესახებ და ყველა იმ გამოკვლევის შესახებ, რომლებიც მას ჩაუტარდა. პაციენტის სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში ანკეტა უნდა გაეგზავნოს იმ სამედიცინო დაწესებულების ექიმებს, სადაც იგზავნება პატიმარი. გარდა ამისა, თითოეული ჯგუფის სამედიცინო პერსონალმა უნდა აწარმოოს ყოველდღიური ჩანაწერები ჟურნალში, რომელიც შეიცავს ინფორმაციას პაციენტთან დაკავშირებულ ცალკეულ შემთხვევებზე. ასეთი ჩანაწერები სასარგებლოა იმ თვალსაზრისით, რომ გვიჩვენებს საერთო წარმოდგენას მოცემულ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის მდგომარეობის შესახებ და იმავე დროს, აშუქებს 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. დამამედებელი იყო თავად ის 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 შეცვლა 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 პრეცედენტს, რომ პენიტენციური ჯანდაცვა ხელოვნურად იმიჯდება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისაგან. საქართველოში მოქმედი ყველა ექიმი ვალდებულია, განუხრელად დაიცვას ჯანდაცვის იურიდიული და ეთიკური ასპექტები, მაშინ, როცა პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებულ დამოუკიდებელ საექიმო საქმიანობის სუბიექტებს უკვე ბრძანებით ევალებათ, აწარმოონ გაურკვეველი სტრუქტურისა და შინაარსის სამედიცინო დოკუმენტაცია იმ ფონზე, როდესაც არ აწარმოებენ ძირითად სამედიცინო დოკუმენტაციას კანონმდებლობით დადგენილი წესით. გარდა ამისა, საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის 2009 წლის 10 ნოემბრის N771 ბრძანება გაუმართავია იურიდიული თვალსაზრისითაც. როგორც ბრძანების დასაწყისიდანვე 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 განევის დროს.

„ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-13 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, „საქართველოს მინისტრის ბრძანება შეიძლება გამოიყენოს მხოლოდ საქართველოს საკანონმდებლო აქტით, საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებითა და საქართველოს მთავრობის დადგენილებით განსაზღვრულ შემთხვევებსა და ფარგლებში. საქართველოს მინისტრის ბრძანებაში მითითებული უნდა იყოს, რომელი ნორმატიული აქტის საფუძველზე და რომლის შესასრულებლად გამოიყენება იგი.“ როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კანონი ავალეს 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.“

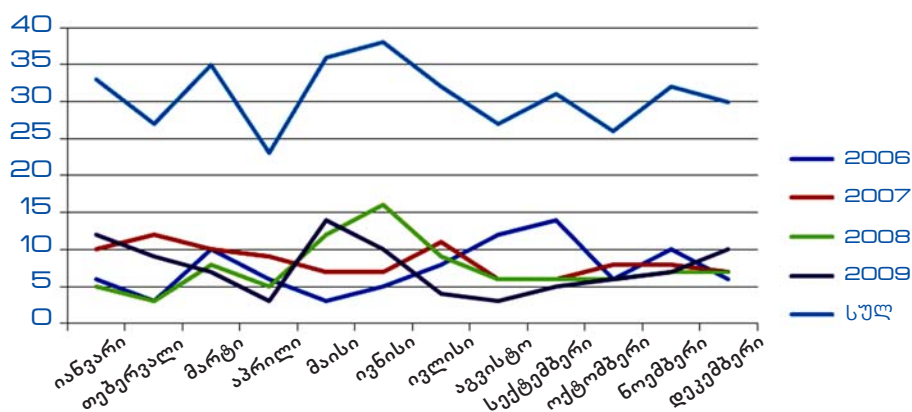
სიკვდილობა და მასზე მოქმედი ფაქტორები საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში 2009 წლის მეორე ნახევარში:

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

	იანვარი	თებერვალი	მარტი	აპრილი	მაისი	ივნისი	ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი	სულ
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
აპარატი



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 საპყრობილეებსა 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 სასჯელაღსრულების 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 სასჯელაღსრულების 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 „ჰოსპი“	1	2.86%
11.	ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი	1	2.86%
12.	ლუდუშაურის 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 ≥	3	8.58	%

2009 წლის მეორე ნახევარში პატიმართა გარდაცვალების მიზეზების შესასწავლად საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატის მიერ ჩატარდა სამედიცინო მონიტორინგი საქართველოში მოქმედ თვრამეტივე სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში. ინფორმაცია გარდაცვლილი პატიმრებისა და გარდაცვალების მიზეზების შესახებ გამოთხოვნილი იქნა ასევე საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს სასჯელაღსრულების დეპარტამენტიდან. გარდაცვლილთა სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები გამოთხოვნილი იქნა ასევე სსიპ ლევან 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-

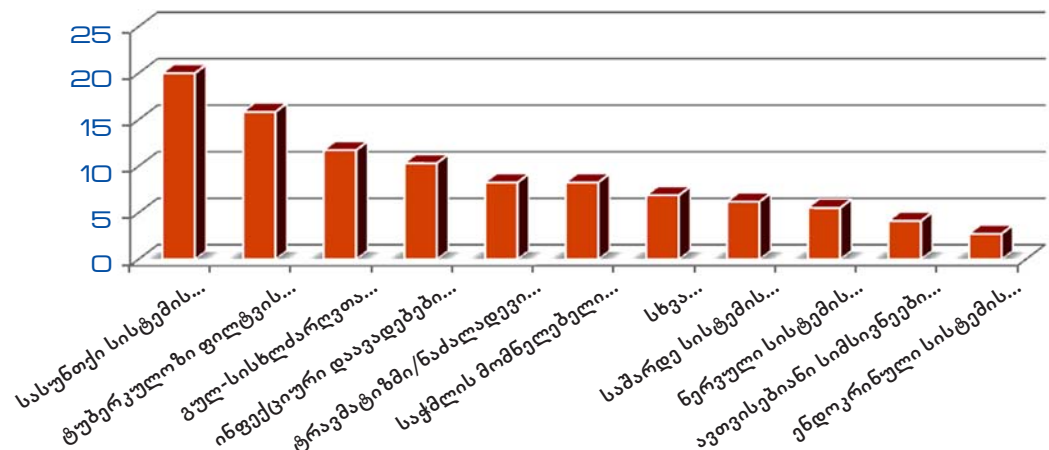
ლოზი აღენიშნებოდა. 2009 წლის პირველ ნახევარში გარდაცვლილთა შორის ტუბერკულოზი 60%-ს აღენიშნებოდა, ამდენად, აღნიშნული დაავადებით განპირობებული სიკვდილობა 2009 წლის მეორე ნახევარში კლების ტენდენციას ავლენს.

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.

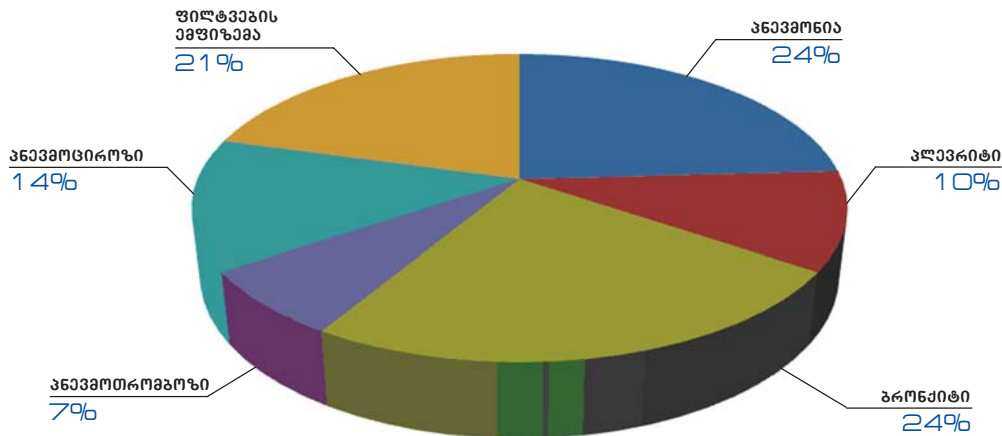
2009 წლის მეორე ნახევარში აღინიშნება ავთვისებიანი სიმსივნეებით გარდაცვლილ პაციმართა რაოდენობის მატების ტენდენცია, კერძოდ, მეორე ნახევარში აღნიშნულმა მაჩვენებელმა 5%-ით მოიმატა.

პაციმართა 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:



პნევმონიის დიაგნოზი არცთუ ისე იშვიათად იქნა დასმული სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის მიერ გასულ საანგარიშო პერიოდებშიც. აღსანიშნავია, რომ გარდაცვლილთა საექსპერტო დასკვნების მიხედვით, რომლებიც ნაწილობრივ პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციასაც იხილავს, ფილტვების ანთება საპყრობილის ექიმთა მიერ ხშირ შემთხვევაში არ არის ამოცნობილი და ამგვარი პაციენტები უყურადღებოდ რჩებიან. ანთებას ხშირად ორმხრივი ხასიათი აქვს, რაც განსაკუთრებით ამძიმებს პაციენტის მდგომარეობას და სუნთქვის უკმარისობას იწვევს. პნევმონიების განვითარება ასევე ხშირია ხანგრძლივად მწოლიარე პაციენტებში, რომლებიც სხვა მიზეზის გამო გადიან სტაციონარული მკურნალობის კურსს. ასეთ შემთხვევაში პნევმონიით გამოწვეული ინტოქსიკაცია ხშირად ხდება სიკვდილის უშუალო განმაპირობებელი ფაქტორი. რამდენიმე შემთხვევაში პნევმონია დაფიქსირდა ქრონიკული “C” ჰეპატიტის ფონზეც. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ნათელი ხდება, რომ **პნევმონია წარმოადგენს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ერთ-ერთ ისეთ ნოზოლოგიას, რომლის მკურნალობაც ადგილობრივი შესაძლებლობებით უდიდეს სირთულეებთანაა დაკავშირებული.** აღნიშნულის გამო მიზანშეწონილია, პნევმონიის ამოცნობის შემთხვევაში პაციენტები გადაყვანილი იქნან სამკურნალო დაწესებულებაში. ადგილობრივი ძალებით პნევმონიის მკურნალობის სირთულე დაკავშირებულია სამედიცინო ნაწილთა სააფთიაქო ბაზების არაადეკვატურობასთან. კერძოდ, ნაწილების შესაძენად გამოყოფილი თანხების მკაცრი ლიმიტაციის ფონზე ადგილობრივ ექიმებს პრაქტიკულად არ აქვთ იმის საშუალება, რომ გამოიწერონ ძვირადღირებული ანტიბაქტერიული პრეპარატები. ამ შემთხვევაში მხოლოდ რამდენიმე პაციენტის ადეკვატური მკურნალობა შეავსებდა არსებულ ლიმიტს. პაციენტთა ნაწილს ზოგიერთ სიტუაციაში თავად შემოაქვს (ოჯახებს) მედიკამენტები საპყრობილებებში, თუმცა ეს გზაც შეზღუდულია და გარკვეულ სირთულეებს უკავშირდება. გარდამავალი ღონისძიების სახით, მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით, უპრიანია, პაციენტებს მიეცეთ საშუალება, ექიმის დანიშნულებით გამოიწერონ ადეკვატური მედიკამენტები თუნდაც საკუთარ ბარათზე დარიცხული თანხის საფასურად. აღნიშნული რეკომენდაცია დაუყოვნებლივ უნდა შესრულდეს და მდგომარეობის სრულ გამოსწორებამდე უნდა იყოს უზრუნველყოფილი.

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).

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

საქართველოს
საგარეო
საგანმართლო
სამსახური

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 ექსპერტიზის მიერ დადგენილია ანთრაქოზის დიაგნოზიც. რაც შეეხება ისეთ მორფოლოგიურ მდგომარეობას, როგორიცაა პნევმოციროზი, ესეც რამდენიმე შემთხვევაშია დადგენილი და წარმოადგენს 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 დაავადებულნი იყვნენ ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული 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 ღვიძლის, 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 მიზეზებს შორის უნდა აღინიშნოს ის, რომ რამდენიმე შემთხვევაში სიკვდილის მიზეზი გახდა ჰემორაგიული შოკი და მწვავე ანემია, რომლის მიზეზიც, თავის მხრივ, იყო დაავადებული ფილტვიდან სისხლდენა. აღსანიშნავია, რომ ქსნის ტუბერკულოზით დაავადებულთა სამკურნალო დანესებულებაშიც 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 მიექცეთ მოწყვლად ჯგუფებს, რათა თავიდან იქნას აცილებული ამგვარი კომპლექსის ერთობლიობაში განვითარება.

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

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 ნითელი ჯვრის საერთაშორისო კომიტეტი უწევდა კოორდინაციას, პრობლემა არათუ გვარდება, არამედ უფრო ღრმავდება. ამის ნათელი მაგალითია 2009 წელს ტუბერკულოზით გარდაცვლილ პატიმართა განსაკუთრებით მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი. აღნიშნულის მიზეზად მიგვაჩნია სტანდარტული ტუბსანინა-ალმდეგო ღონისძიებების პირდაპირ გადმოტანა საქართველოს რეალობაში, ადგილობრივი სპეციფი-

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 დბალი კლინიკური ავტონომიურობისა 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 რეზისტენტობა 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 პაციმარი 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 (ღვიძლის, თირკმლის და მიოკარდის), რის ფონზეც პაციენტი მოკვდა! წარმოდგენილი მაგალითი ნათლად მოუთითებს, პირველ რიგში, ორგანიზაციული მხარის უხემ ხარვეზს. საინტერესოა, რატომ არ მოხერხდა პაციენტის გადმოყვანა მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში? სადაც ასევე მიმდინარეობს „DOTS+“ პროგრამა. ნაცვლად აღნიშნულისა, პაციენტს კვლავ პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობდნენ, რაც იმთავითვე ცხადი იყო, რომ მას ვერ განკურნავდა, თუმცა გააღრმავებდა მდგომარეობას გვერდითი ეფექტების გაძლიერების ხარჯზე.

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

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

ახლად აშენებულ სასაჯელარსოების დაწესებულებებში ნაკლებადაა გათვალისწინებული განათებისა და აერაციის სისტემების მნიშვნელობა, რაც ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთ მძლავრ რისკის ფაქტორს წარმოადგენს. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ტუბერკულოზის საინვალმდეგო 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-

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



გულის იშემიური დაავადების ესა თუ ის ფორმა აღენიშნებოდა გარდაცვლილ პაციმართა დაახლოებით 1/3-ს. აღნიშნული გამოიხატება გულის სისხლძარღვოვანი ელემენტების ათეროსკლეროზულ დაზიანებაში, კორონაროსკლეროზში და სხვა. დადგენილია ასევე იშემიური დაავადების გამო მიოკარდიუმში განვითარებული უხეში ცვლილებების მაღალი დონე. რამდენიმე შემთხვევაში, საექსპერტო დასკვნის მიხედვით, აღინიშნებოდა პოსტინფარქტული ნაწიბურები, რომლებიც პაციენტის სიცოცხლეში ვერ იქნა ამოცნობილი და შესაბამისად, უყურადღებოდ დარჩა. აღნიშნული ნაწიბურების 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 პაციმართა სკრინინგი, რისკჯგუფების გამოვლენა და დადასტურებული დიაგნოზის შემთხვევაშიც კი, პაციენტთა ადეკვატური მკურნალობა. პაციენტები ხშირად თავად ინიშნავენ წამლებს ან აგრძელებენ იმ მედიკამენტების მიღებას, რომლებიც პაციმართამდე დაუნიშნა კარდიოლოგმა. ამ სიტუაციაში პრეპარატის დოზისა და საერთოდ მიღების მიზანშეწონილობის საკითხის განხილვა პრაქტიკულად არ ხდება. მეორე მხრივ, ადგილობრივი სამედიცინო ნაწილები პაციენტებს ვერ სთავაზობენ კვალიფიციურ დახმარებას. თითქმის არცერთ სამედიცინო ნაწილს (გამონაკლისი ერთეულების გარდა) არ აქვს კარდიოგრაფიკი კი. ზედმეტია ლაპარაკი მიოკარდიუმის იშემიის 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 საპრობილიდან მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულებაში გადაყვანილ იქნა ბ.კ., რომელიც საავადმყოფოში შესვლიდან რამდენიმე წუთში გარდაიცვალა. სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნით, სიკვდილის მიზეზია მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის მიოკარდიუმის ტრანსმურული ინფარქტი. პაციენტს ასევე დაუდგინდა მრავლობითი პოსტინფარქტული ნაწიბურები მარცხენა პარკუჭზე და ძგიდის არეში, ასევე, მიოკარდიუმის სხვა მძიმე დაზიანებები (კარდიოსკლეროზი). ეს უკანასკნელი უტყუარად ადასტურებს იმის ალბათობას, რომ გარდაცვლილი პაციმართი საყურადღებო (სავარაუდოდ მძიმე) 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 დანესებულებაში.

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

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

ჰეპატიტი რომ სასჯელალსრულების სისტემის ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს, იმითაცაა ხაზგასმული, რომ 2009 წლის 25 ივნისს, საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა, საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრთან ერთად ერთობლივი ბრძანება გამოსცა (№267-219/6), რომლითაც დამტკიცებულია სასჯელალსრულების დანესებულებებში მყოფ „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პაციენტთა და მსჯავრდებულთათვის სამედიცინო მომსახურების განევის სტრატეგია. ბრძანების მიხედვით, ბრძანების გამომცემ სამინისტროებს დაევალებათ, 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 სასჯელალსრულების დანესებულებებში კვლავ საგანგაშო მდგომარეობა რჩება.

სასჯელალსრულების დანესებულებებში ასევე ერთ-ერთ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს **აივ ინფექცია/შიდსი**. საქართველოს ციხეებში 2009 წლის განმავლობაში 5 შიდსით დაავადებული პაციენტი გარდაიცვალა. მათგან 3 წლის მეორე ნახევარში. მიუხედავად იმისა, რომ შიდსით დაავადებულთა გამოვლენა და მკურნალობა წარმატებით მიმდინარეობს, არსებობს მთელი რიგი პრობლემები, რაც უპირველეს ყოვლისა, აივ ინფექციის გავრცელების პრევენციას გულისხმობს. ამ მხრივ ყველაზე ნაკლებია გაკეთებული, მიუხედავად იმისა, რომ აივ პრევალენტობა პაციენტთა არსებული პირობების და გარემოს პირდაპირპროპორციულია. უკვე მესამე წელია საქართველოს სახალხო დამცველის საპარლამენტო მოხსენებებში ფიგურირებს პირდაპირი მითითება იმის თაობაზე, რომ შეწყდეს გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულ პაციენტთა დისკრიმინაცია დაავადების ნიშნით. წინა წლების მსგავსად, საანგარიშო პერიოდშიც არ ხდება გარდაცვლილ აივ ინფიცირებულთა სასამართლო სამედიცინო გამოკვლევა და დასკვნებში პირდაპირ არის მითითებული, რომ აღნიშნულის გამო სიკვდილის მიზეზი ვერ დადგინდა. მოგვყავს ციტატა ერთ-ერთი გარდაცვლილი პაციენტის სასამართლო სამედიცინო ექსპერტიზის დოკუმენტიდან: მრ. „შიდსით დაავადებულთა გვამების უსაფრთხოების გარანტიების არარსებობის გამო **გვამის გამოკვლევა (გაკვეთა) არ ჩატარებულა, რის გამოც სიკვდილის მიზეზის დადგენა შეუძლებელია**. გარეგნული დათვალიერებისას სახის არეში აღენიშნებოდა 2 ნაჭდევი, რომელიც განვითარებულია სიკვდილის დადგომამდე არანაკლებ 4 დღით ადრე.“

საქართველოს
სასჯელალსრულების
და
პრობაციის
სისტემა

პაციმარი ჩ.კ. – გარდაიცვალა ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში, გვამი ასევე არ გაკვეთილა, ლ. სამხარაულის სახ. სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნულმა ბიურომ დასკვნა არ წარმოგიდგინა.

პაციმარი ჭ.ა. – გარდაიცვალა ქუთაისის №2 დაწესებულებაში და გაიკვეთა სასამართლო-სამედიცინო წესით. სავარაუდოდ, ექსპერტიზისათვის არ იყო ცნობილი, რომ იგი აივ ინფიცირებული იყო.

ის, რომ აღნიშნული დაავადებით გარდაცვლილ პაციმართა 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 პაციმარის ნ.მ.-ს ექსპერტიზის დასკვნაში კი ვკითხულობთ – „სათანადო მეთოდისა და უსაფრთხოების პირობების არარსებობის გამო აღნიშნული დიაგნოზით („C“ ჰეპატიტი) გვამი სასამართლო-სამედიცინო წესით არ გაკვეთილა.“

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

2009 წლის 12 დეკემბერს, ქუთაისის №2 დაწესებულებაში, ოფიციალური ვერსიით თავი ჩამოიხრჩო ა.ქ.-მ. სასამართლო სამედიცინო დიაგნოზია მექანიკური ასფიქსია, განვითარებული ზემო სასუნთქი გზების მარყუჟით გადაკეტვის შედეგად. ექსპერტიზის დასკვნის მიხედვით, სტრანგულაციური ღარი სიცოცხლისდროინდელია. გარდა ამისა, გვამს მარჯვენა მხრის უკანა ზედაპირზე, მარცხენა თეძოს ფრთისა და მარჯვენა მუხლის მიდამოში აღენიშნება ნაჭდევი (სიცოცხლისდროინდელი, 4-5 დღისაა). ექსპერტიზის დასკვნაში მითითებულია, პნევმონიის დიაგნოზიც.

2009 წლის 19 სექტემბერს, ლუდუშაურის სახ. ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში გარდაიცვალა პაციმარი გ.უ. სასამართლო ექსპერტიზის დასკვნა არ გაცემულა. საავადმყოფოს მიერ დასმულია დიაგნოზი – ქალა-ტვინის დაზიანებული ტრავმა, მარცხ. ტრავმული სუბდურული ჰემატომა, ინტრავენტრიკულური სისხლჩაქცევა, თავის ტვინის შეშუპება, კომა GCS 3ბ., გულსისხლძარღვთა, სუნთქვისა და თირკმლის მწვავე უკმარისობა, ენდობრონქიტი II ხ. პაციმარის გარდაცვალების გარემოებები საყურადღებოა და შემდგომ შესწავლას მოითხოვს.

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

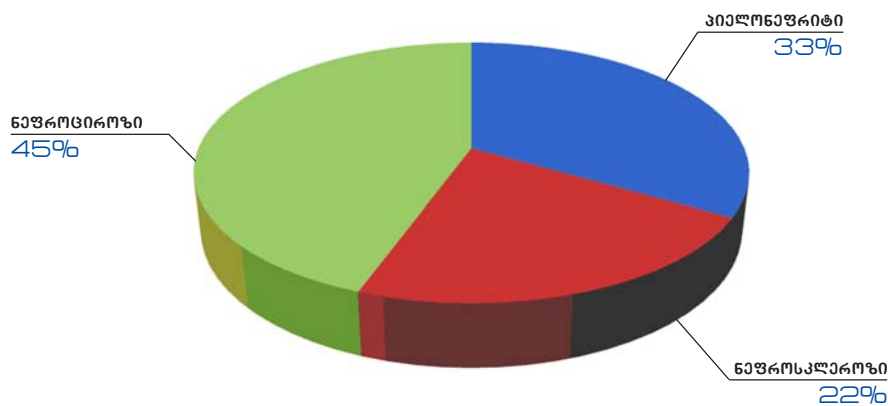
სიხშირით მე-6 ადგილზეა საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები. ამ მხრივ, უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია ღვიძლის ციროზი, ბილიარული სისტემის დაავადებები და პეპტიკური წყლულოვანი დაავადება. პეპტიკური წყლულოვანი დაავადების მქონე ყველა პაციენტი გარდაიცვალა სამოქალაქო ტიპის სამკურნალო დაწესებულებაში. მათგან ერთ-ერთს აღენიშნებოდა გასტროდუოდენური სისხლდენა.

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

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

რაც შეეხება სეფსისის 4 შემთხვევას, ყველა პაციენტი გარდაცვლილია ლუდუშაურის სახელობის ეროვნულ სამედიცინო ცენტრში. მათ მიმართ ჩატარებული სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დასკვნები სასამართლო-ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ არ მოგვეწოდა. შესაბამისად, საკითხის შესწავლა მტკიცებულებათა შემდგომ მოპოვებასა და გაანალიზებას მოითხოვს.

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



აღნიშნულ პათოლოგიებს, რომლებიც დადასტურებულია ჰისტოპათოლოგიურად, გარკვეული როლი მიუძღვის 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 დაავადებები და პოლირადიკულონეიროპათია.

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

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 პაციმარი) აღენიშნებოდათ სიმსივნეების შორსნასული, პრაქტიკულად ტერმინალური ფორმები. ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა სიმსივნის შორეული მეტასტაზირება ორგანიზმში. პაციმრები იყვნენ უმძიმეს მდგომარეობაში, გამოხატული კახექსიითა და პალიატიური ჩარევის ნიშნებით. მიუხედავად ამისა, არცერთი პაციმრის მიმართ არ აღძრულა შუამდგომლობა სასჯელის

საქმის
დოკუმენტირება

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

ენდოკრინული სისტემის დაავადებები შეგვხვდა ყველაზე ნაკლები სიხშირით და წარმოდგენილია შაქრიანი დიაბეტის 2 შემთხვევისა და 1 ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების (ჩიყვი) 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 სასჯელაღსრულების სისტემის სამედიცინო დაწესებულებების ლიცენზირება განხორციელდეს სამოქალაქო სამედიცინო დაწესებულებების მსგავსად.

საქართველოს მთავრობას:

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

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

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

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრს:

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

- N1 საერთო და მკაცრი რეჟიმის სასჯელაღსრულების დაწესებულება;
- თბილისის N7 საპყრობილე;
- თბილისის N8 საპყრობილე;
- არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება.
- კანონქვემდებარე აქტით დაარეგულიროს სამოქალაქო სექტორის ექიმ-სპეციალისტთა სასჯელაღსრულების 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 სასჯელაღსრულების სისტემაში არსებული სამკურნალო დაწესებულებების სტატუსი და ისინი ჩამოყალიბდეს სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტებად;
- შესაბამისი ცვლილებები შეიტანოს საქართველოს სასჯელაღსრულების, 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 მიმდინარე პროცესებთან ჰარმონიზაცია, მონესრიგება და დოკუმენტაციის ერთიან სისტემაში მოყვანა.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს და სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის უფროსს:

- რისკის ზონაში მყოფ ექიმებს, „საქართველოს კანონის საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 93-ე მუხლის გათვალისწინებით, შეექმნათ საქმიანობისათვის განსაკუთრებული პირობები, ადეკვატური სამუშაო პირობები და ანაზღაურება, შექმნას მათი სამართლებრივი და სოციალური დაცვის გარანტიები, შემოღებული იქნეს შეღავათები რისკის ზონაში მომუშავე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტებისთვის; დაანესოს უმკაცრესი კონტროლი, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში მყოფი ექიმების ავტონომიურობა და დამოუკიდებლობა კლინიკური გადანყვებილების მიღების პროცესში;
- „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 54-ე მუხლის შესაბამისად, შეწყდეს ექიმთა მონაწილეობა ან იძულება, მონაწილეობა მიიღონ თავისუფლებააღკვეთილ 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 ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის პრინციპებს.

საქართველოს სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა მინისტრის სამედიცინო დეპარტამენტის უფროსს:

- იმ დაწესებულებებში, სადაც განთავსებული არიან ქალი პატიმრები და არ არსებობს გინეკოლოგიური მომსახურება, უზრუნველყოფილი იქნეს გინეკოლოგიის შტატის დაშვება და ქალთა ჯანმრთელობის სპეციფიკური პრობლემების ადეკვატური მოგვარება;
- ყველა სასჯელაღსრულების დაწესებულება უზრუნველყოფილი იყოს ადეკვატური რაოდენობის სამედიცინო პერსონალით, რათა შესაძლებელი გახდეს 24 სთ-ის განმავლობაში მინიმუმ ერთი ექიმის და ერთი ექთნის მორიგეობა 4-დღიანი გრაფიკით;
- სასჯელაღსრულების 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 სტომატოლოგიის შტატის დაშვება;

საქართველოს
სასჯელაღსრულების,
პრობაციისა და
იურიდიული
დახმარების
საკითხთა
მინისტრის
სამედიცინო
დეპარტამენტის
უფროსს

- 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 შემოწმების 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 პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების დანერგვა;
- უზრუნველყოს ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის დროს კონფიდენციაურობის, 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 დანიშვნისას 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 ხარისხის სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაში;
- სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაში, სადაც განთავსებულნი არიან ქალი პატიმრები და არასრულწლოვნები, უზრუნველყოს პატიმართა ამ განსაკუთრებული კატეგორიებისათვის ადეკვატური პირობების შექმნა;
- გაიზარდოს (საწყის ეტაპზე მინიმუმ გაორმაგდეს) სასჯელალსრულების დაწესებულებებში 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;
- დაანესოს 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, აღიძრას შუამდგომლობები

სასჯელის მოხდისაგან გასათავისუფლებლად, სასჯელალსრულების დაწესებულებებში შეიქმნას მათთვის შესაფერისი პირობები, უზრუნველყოფილნი 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 უფროსი:

- სასჯელალსრულების დეპარტამენტსა და შპს „მეგაფუნდ“ 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.

სსიპ ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს უფროსი:

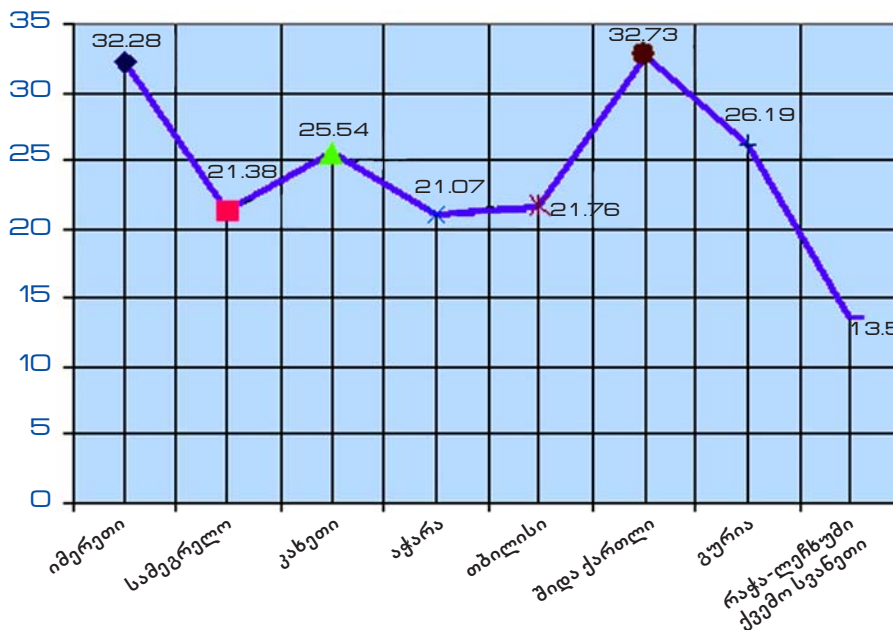
- უზრუნველყოფილი იქნეს აივ/შიდსით დაავადებულ გარდაცვლილ პატიმართა სასამართლო სამედიცინო წესით გამოკვლევა და სიკვდილის მიზეზის დადგენა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს:

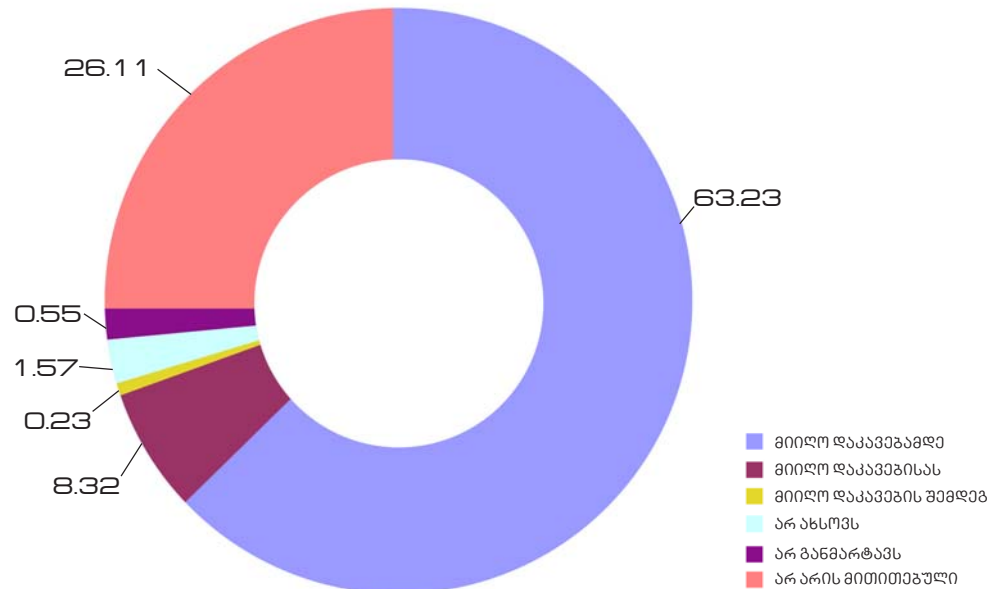
- ჩაატაროს სასჯელალსრულების სისტემის სამკურნალო დაწესებულებებისა და სამედიცინო ნაწილების ტოტალური მონიტორინგი და მოამზადოს სპეციალური ანგარიში აღნიშნულთან დაკავშირებით.

დროებითი მოთავსების იზოლატორებში განთავსებული პირების სამედიცინო მომსახურება

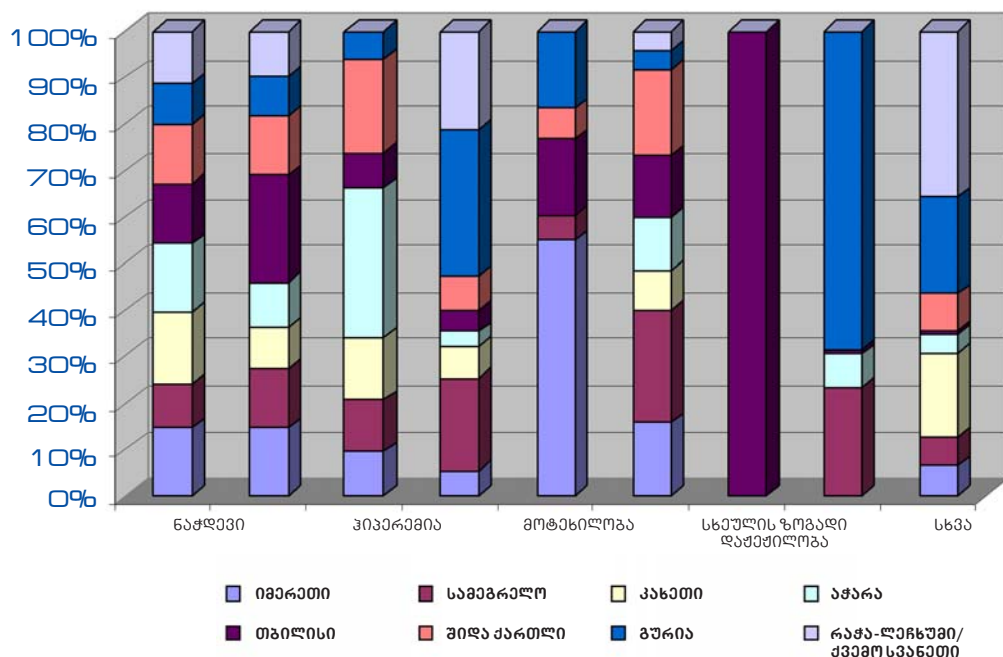
დროებითი მოთავსების იზოლატორების მონიტორინგის დროს განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო საკითხებს. საანგარიშო პერიოდში დმი-ებში შემოსულ დაკავებულ პირთაგან დაახლოებით 24.3%-ს აღენიშნა სხეულის ამა თუ იმ ფორმის დაზიანება. რეგიონების მიხედვით აღნიშნული მაჩვენებლის თავისებურებანი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



დმი-ში განთავსებულ დაკავებულ პირთა აღრიცხვის წიგნების მონაცემებით, დაკავებულ პირთა 63.24%-მა დაზიანება მიიღო დაკავებამდე, 8.34%-მა – დაკავების დროს. დაკავების შემდეგ დაზიანების მიღების შესახებ განაცხადა 0.23%-მა. ჟურნალის მონაცემებით, დაკავებულთა 1.57%-ს არ ახსოვს, თუ როდის მიიღო დაზიანება; 0.55% აღნიშნულს არ განმარტავს, ხოლო 26.15%-ში აღნიშნული ინფორმაცია ჟურნალში საერთოდ არ არის რეგისტრირებული.



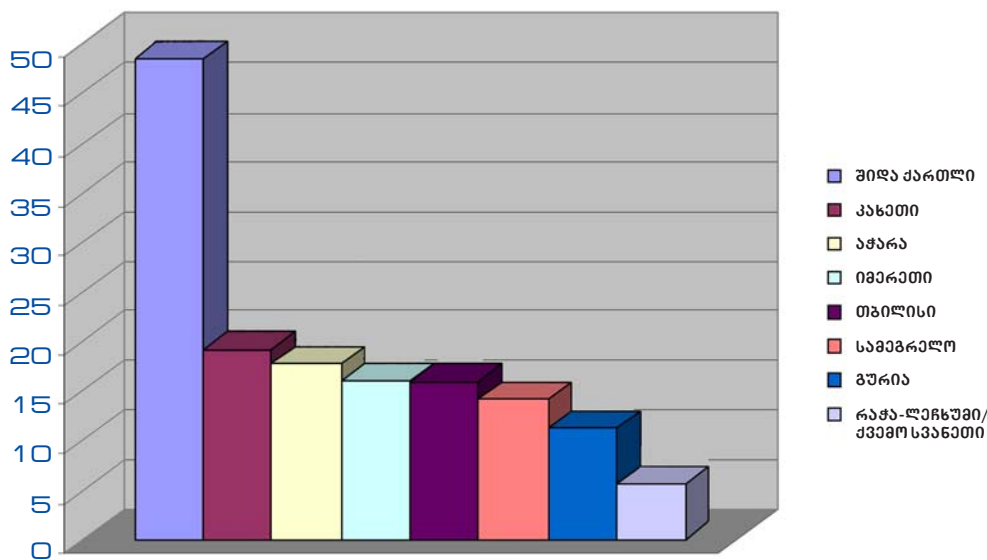
რაც შეეხება სხეულის ფიზიკური დაზიანების სახეებს, დაზიანების ყველაზე ხშირი ფორმაა ნაჭდევი (48.11%). სიხშირით შემდეგ ადგილზეა სისხლნაჟღერითი (15.19%) და ჭრილობა (14.62%), რასაც მოჰყვება სხეულის ამა თუ იმ უბნის ჰიპერემია (სინითლე) – 8.15%-ში და დაჟეჟილობა – 6.87%. რაც შეეხება დაზიანების სხვა სახეებს, ისინი 1%-ზე დაბალია და წარმოდგენილია სიხშირით შემდეგი თანმიმდევრობით: დამწვრობა – 0.65% , სხეულის ზოგადი დაჟეჟილობა – 0.41% და მოტეხილობა – 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%), ქალასარქველისა (2.55), და გულმკერდის მიდამო (2.37%). მთელი საქართველოს მასშტაბით, შორისის ან გენიტალიების დაზიანების შემთხვევები არსად ყოფილა აღწერილი. შემთხვევათა 0.53%-ში დმი-ის თანამშრომლის მიერ არ ხდება დაზიანების ლოკალიზაციის დაკონკრეტება და მითითებულია პირდაპირ, რომ „აღენიშნება სილურჯე“ ან „სხეულის ზედა ნაწილებში აღენიშნება 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-ლეჩხუმის და ქვემო სვანეთის რეგიონში.

რეგიონების მიხედვით, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახების მაჩვენებლები წარმოდგენილია დიაგრამაზე:



განსხვავებული სიტუაცია, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების თვალსაზრისით, დაფიქსირდა ქალაქ თბილისის N2 დმი-ში. აღნიშნულის მიზეზია ის ფაქტი, რომ მხოლოდ ამ დანესებულებაში მუშაობს ექიმი, რომელიც ჯანდაცვის პრობლემების გადაწყვეტას თავადვე არეგულირებს, ხოლო საჭიროების 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 ცხრილში:

5.	ტრავმატოლოგია/ორთოპედია	5.06 %
6.	ქირურგიული პრობლემები	5.06 %
7.	ნეიროციკულ. დისტონია	4.69 %
8.	სასუნთქი სისტ. დაავადებები	4.17 %

9.	ვეგეტონეროზი	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 დაავადებ.	0.84 %
19.	არტერიული ჰიპოტონია	0.52 %
20.	ჰიპერტერმია	0.29 %
21.	სისხლძარღვთა დაავადებები	0.21 %
22.	ორსულობა	0.02 %

რაც შეეხება დმი-ებში არსებულ ზოგად ტენდენციებს, სამედიცინო დახმარების რეგისტრაციის ჟურნალებში ჩანაწერები ხშირად არ არის დანომრილი, ხოლო გვერდების დიდ ნაწილში დატოვებულია თავისუფალი ადგილი. აღნიშნულის გამო შესაძლებელია ჟურნალში ჩანაწერის მიმატება, თუ ამის „საჭიროება“ დადგება დღის წესრიგში. ერთ-ერთ ჟურნალში სამედიცინო დახმარების რეგისტრაციის ჩანაწერები, ზოგიერთ შემთხვევაში, ხარვეზითაა დანომრილი. ჟურნალების 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 ბრიგადის მიერ სამედიცინო დახმარება აღმოჩენილი იქნა ადგილზე. აღნიშნულს მნიშვნელოვან ხარვეზად მივიჩნევთ, რომელიც დაუყოვნებლივ უნდა აღმოიფხვრას.

სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ პაციენტებისადმი გაწეულ დახმარების ამსახველი ჩანაწერების მიხედვით, ექიმი იშვიათად იძლევა რეკომენდაციას პაციენტისათვის დამატებითი გამოკვლევის ჩატარების ან სტაციონარში გადაყვანის შესახებ. აღნიშნული იმ ფონზე ხდება, როდესაც ჩანაწერებში მრავლადაა აღწერილი შემთხვევები, როდესაც დაკავებული პირი მოყვანილია ავტოსაგზაო შემთხვევის შემდეგ. ასეთ სიტუაციებში, როდესაც სახეზეა სხეულის მრავლობითი დაზიანება და დაჟეჟილობები, მიზანშეწონილია მინიმუმ ქირურგის კონსულტაცია და რუტინული ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარება მაინც. წინააღმდეგ შემთხვევაში, დიდია იმისი შანსი, რომ მხედველობიდან იქნეს გამოორჩენილი ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საშიში გართულებები (განსაკუთრებით, მუცლის, გულმკერდის, ქალა-ტვინის დახურული ტრავმებისას). სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმთა ჩანაწერებიც, ხშირ შემთხვევაში, ასევე მნიშვნელოვან ხარვეზებს მოიცავს. შეუსაბამოა გამოყენებული სამედიცინო ტერმინოლოგია და ზოგიერთ შემთხვევაში, არაადეკვატურია გატარებული სამედიცინო ღონისძიებები. მაგალითისათვის ერთ-ერთი ჩანაწერის მიხედვით ექიმი წერს, რომ „პაციენტი უჩივის მარცხენა ყურის ბიბილოს ფორმის შეცვლას“. დიაგნოზის სახით კი ექიმს გამოაქვს „ყურის ბიბილოს ციანოზი“. ჩანაწერს ხელს აწერენ ექიმი და ექთანი. იგივე ბრიგადა შემდგომში აკეთებს ჩანაწერს, რომლის აღწერილობით ნაწილში აღნიშნულია, რომ პაციენტს აღენიშნება მარჯვენა თვალბუდის სისხლნაჟღერითი, ხოლო დიაგნოზის სახით გამოტანილია „შაკიკი“. სამედიცინო თვალსაზრისით, ეს ჩანაწერები არალოგიკური და შეუსაბამოა!

დმი-ის თანამშრომელთა მიერ გაკეთებული ჩანაწერები, რომლებიც დაკავებული პირის სხეულის დაზიანებების აღწერას შეეხება, ასევე არაკვალიფიციური და შეუსაბამოა. ხშირ შემთხვევაში შეუძ-

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 ჩიანაწერები, იმავე პაციენტთან გამოძახებული სასწრაფო დახმარების ბრიგადის ექიმთა მიერ.

ზოგიერთ დმი-ში საკმაოდ 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 ჟურნალში ჩანანერის შესწორების ფაქტიც. მაგალითად, ერთ-ერთ ჟურნალში, შემთხვევა რეგისტრ. №003225-ში – თავდაპირველად მითითებული იყო, რომ დაკავებული სხეულის დაზიანება არ აღენიშნებოდა. აღნიშნულის შემდეგ ჩანანერში 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 მარცხენა თვალთან აღენიშნება სილურჯე და შესიება, ორივე მუხლზე ნაკანრები 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 ესაჭიროება.“ მიუხედავად ამისა, შემდგომ მითითებულია, რომ „კარგად დაკვირვებისას ყელზე აღმოაჩნდა მკირე ნაკანრები, რომლებიც არ ახსოვს, სად მიიღო.“

გორის მონაცემებით, 2009 წლის 23 ოქტომბერს დმი-ში შემოყვანილი იქნა დაკავებული. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გასინჯვა აღნიშნული პირი, დაესვა თავის ტვინის შერყევისა და ნეკნების მოტეხილობის დიაგნოზი. გაიცა რეკომენდაცია პაციენტის სტაციონარში გადაყვანის შესახებ. 2009 წლის 23 ოქტომბერს, ს.ს. „გორმედის“ მიერ, ვ. სავანელის ხელმოწერით გაიცა ცნობა №1241, რომელშიც მითითებულია: „*ექლევა შ/ქართლის დმი-ს მასზე, რომ ქ. გორის ს/ს „გორმედის“ ცენტრალურ საავადმყოფოში შემოსულ ავადმყოფი ქ.ხ. ამჟამად ჰოსპიტალიზაციას 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 გამოკვლევები 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 სისხლნაყდენითი მარჯვენა თვალბუდის არეში.*“ დოკუმენტიდან ასევე ირკვევა, რომ პაციენტი „*უჩივის სისხლან* პირღებინებას 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 ჟურნალში უხვად მოიპოვება სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ცნობები, რომლებიც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობას უნდა ასახავდეს. 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

2006/2007

„სს გორმედი – გორის ცენტრალური საავადმყოფოს“ მიერ. ერთ-ერთ პაციენტს, რეგისტრაციის ჟურნალის მიხედვით, აღნიშნებოდა „წინამხრის 4 სმ ნაკვეთი ჭრილობა, სისხლმდენი“. 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 მოხდა სისხლმდენი 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 იკითხება – „გორის ფასიანი სტომატოლოგიური 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., დაბადებული 19.. წელს, აღრიცხვაზეა შპს „ფსიქა“-ში. დიაგნოზი – ხანგრძლივი ბოდივითი აშლილობა. პაციენტს დაენიშნა ტრიფტაზინი, ციკლოდოლი, მელფესინი. ექიმი მიიჩნევს, რომ პაციენტი სტაციონარულ მკურნალობას 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 მიენდებოდა ადეკვატური სამედიცინო მომსახურება, რაც წარმოადგენს არაჰუმანური 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, დიაგნოზსა და ა.შ. ექიმი, ხშირ შემთხვევაში, დასკვნის სახით სანქციას იძლევა პაციენტის დასჯისათვის. აღნიშნული უხეშად ეწინააღმდეგება საექიმო ეთიკის ნორმებს, ასევე, უხეშად ირღვევა „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, რომელიც უკრძალავს ექიმს პირის დასჯასთან დაკავშირებულ ნებისმიერ ქმედებაში მონაწილეობას.⁵⁶ მსგავსი შემთხვევების განმეორების შემთხვევაში მიზანშეწონილად მიგვაჩნია 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, მედიკამენტები, 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, სავარაუდოდ, ექიმი აკეთებს, თუმცა არსებული ჩანაწერების განხილვით ეს უკანასკნელნი არსებითად არ განსხვავდება პოლიციის თანამშრომლების (არასამედიცინო პერსონალი) მიერ გაკეთებული ჩანაწერებისაგან, რაც მნიშვნელოვან ხარვეზად უნდა იქნეს მიჩნეული. არასრულყოფილია სასწრაფო სამედიცინო დახმა-

⁵⁶ უფრო ვრცლად აღნიშნული პრობლემა მიმოხილულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო მომსახურების ქვეთავში.

რების ექიმთა მიერ პაციენტისათვის განუვლი სამედიცინო დახმარების ეპიზოდების ამსახველი ინფორმაცია, რაც ექიმთა ზერელე დამოკიდებულებაზე მიუთითებს სამედიცინო ჩანაწერების მიმართ. საქართველოს სხვა დმი-ების ანალოგიური ჟურნალებისაგან განსხვავებით (სადაც შემთხვევათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში ჩანაწერი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმთა მიერ კეთდება), თბილისის დმი-ის ჟურნალების წარმოება, უპირატესად, ადგილობრივი ძალებით ხდება. ჟურნალში მოცემული ინფორმაცია ორ კატეგორიად შეიძლება დაიყოს: პირველი კატეგორიის ინფორმაცია ასახავს ყოველი დაკავებული პირის სხეულზე არსებულ შესაძლო დაზიანებებს (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და მეორე კატეგორია ასახავს იმ სამედიცინო პრობლემებს (დაავადება), რომლებიც შესაძლოა შეექმნათ დაკავებულებს როგორც დმი-ში ყოფნის, ისე შესვლის დროისათვის. არსებული დაზიანებების კლასიფიკაცია და სრულყოფილი ანალიზი ჩვენ მიერ უკვე წარმოდგენილი იყო ანგარიშის პირველ ნაწილში, ამდენად, შევსებით მხოლოდ იმ ძირითად დაავადებებსა და სამედიცინო პრობლემებს, რომლებთანაც გამკლავება უწევთ დმი-ში მყოფ ექიმებს.

თბილისის N2 დმი-ის ჟურნალების მიხედვით ექიმი იშვიათად იძლევა რეკომენდაციას პაციენტისათვის დამატებითი გამოკვლევის ჩატარების ან სტაციონარში გადაყვანის შესახებ, თუმცა ჩანანერებში მრავლადაა აღწერილი შემთხვევები, როდესაც დაკავებული პირი მოყვანილია ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემებით. სხეულის მრავლობითი დაზიანებისა და დაჟეილობებისას, მიზანშეწონილია მინიმუმ ქირურგის კონსულტაცია და რუტინული ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩატარება მაინც. წინააღმდეგ შემთხვევაში, დიდია იმისი შანსი, რომ მხედველობიდან იქნეს გამორჩენილი ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საშიში გართულებები (განსაკუთრებით, მუცლის, გულმკერდის, ქალა-ტვინის დახურული ტრავმებისას). სტაციონარში გადაყვანის რეკომენდაციას ექიმი მხოლოდ ერთეულ და გამონაკლის შემთხვევებში იძლევა, რაც მეტად ნეგატიურ მხარედ უნდა განვიხილოთ. როგორც ანგარიშის პირველი ნაწილიდან ჩანს, ყოველ მე-5 დაკავებულ პირს (საშუალოდ) აღენიშნება სხეულის დაზიანება, ხოლო მათ დაახლოებით 5 წ პროცენტს – ნაჭდვეი ან ჭრილობა, ანუ როდესაც კანის მთლიანობა დარღვეულია და ადგილი აქვს სხვადასხვა ინტენსიობის სისხლდენას. ამ სიტუაციის ფონზე ანტიტეტანური ვაქცინაციის მხრივ მდგომარეობა საგანგაშოა. ვაქცინაციის საკითხი მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებშია დასმული, ხოლო სხვა სიტუაციებში პაციენტები ამ სერვისის გარეშე რჩებიან. აღსანიშნავია, რომ ტეტანუსის განვითარების მილიონამდე ფაქტი რეგისტრირდება ყოველწლიურად მსოფლიოში და სიკვდილობა 50%-ს აღწევს, ანუ პაციენტის სიკვდილის რისკი საკმაოდ მაღალია.

დაფიქსირდა ტენდენცია, როდესაც ხდება ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება ადგილობრივი ექიმის (არა ქირურგი) მიერ დმი-ის პირობებში. 7 შემთხვევაში ასეთი ჩანაწერი გვამცნობს, რომ დამუშავებისათვის ექიმმა გამოიყენა „იოდი, ლეიკო, სპირტი, ბამბა, ბინტი და ბრილიანტის მწვანე“. მიგვაჩნია, რომ დმი-ის პირობებში ჭრილობას ქირურგიულად არ უნდა ამუშავებდნენ. პაციენტი ამ შემთხვევაში უნდა სარგებლობდეს უსაფრთხო და კვალიფიციური ქირურგიული დახმარებით. ჩანაწერების მიხედვით, ექიმი, რომელიც ვერ ახდენს ჭრილობის კლასიფიკაციასაც კი, არ უნდა მონაწილეობდეს და ახორციელებდეს მის „დამუშავებას“! ერთ-ერთ შემთხვევაში სარეგისტრაციო ჟურნალში მითითებულია, რომ პაციენტს, სავარაუდოდ, აღენიშნება ჭრილობა, რომელიც დამუშავებულია ჯერ კასპის, ხოლო შემდეგ თბილისის ერთ-ერთ საავადმყოფოში. ჭრილობას (როგორც დაზიანების) ამ შემთხვევაში ვერ აღწერენ იმ მოსაზრებით, რომ მას ადევს ნახვევი და მოითხოვენ იმ ქირურგის წერილობით ცნობას, რომელმაც კასპში ჭრილობა ქირურგიულად დაამუშავა. ერთ-ერთ შემთხვევაში ჟურნალში მითითებულია, რომ ჭრილობა ადგილზე დამუშავდა ექიმის მიერ და ადევს ნახვევი. აღნიშნული შემთხვევაც სამედიცინო მომსახურების არასაკმარის დონეზე მოუთითებს და კიდევ ერთხელ ამყარებს ჩვენს მოსაზრებას იმის შესახებ, რომ სამედიცინო მომსახურება დაკავების ადგილებში მნიშვნელოვან გაუმჯობესებასა და სრულყოფას საჭიროებს. რაც შეეხება ფსიქიკური პრობლემების მქონე დაკავებულებს, ჩვენ მიერ მოძიებული იქნა ერთეული ასეთი შემთხვევები. (რეგისტრაციის N374 გ.გ.) – ჩანაწერის მიხედვით ირკვევა, რომ აღნიშნული პირი „არის არაადეკვატური, აგრესიული, ყვირის, იქნევს ხელებს, აღენიშნება ჰალუცინაციები, იყენებს თვითდაზიანებებს.“ აღნიშნულის შემდეგ, ჟურნალში გვხვდება ჩანაწერი, რომ „შექმნილი მდგომარეობიდან გამომდინარე,

2006/2007

გამოძახებული იქნა „033“ სტაციონარში გადასაცემად“. მიუხედავად ამისა, შემდგომი დინამიკა პაციენტის მდგომარეობასთან დაკავშირებით არ ჩანს. ასევე, ერთ-ერთ შემთხვევაში (რეგისტრაციის N622 ნ.მ.) პაციენტს „ანამნეზში აქვს პარანოიდული შიზოფრენია და ეპილეფსია, პირიდან ამოსდის ალკოჰოლის სუნი, დაზიანება არ აღენიშნება“. აღნიშნულის გარდა ვხვდებით ჩანაწერს, რომ „მომყვანი გაფრთხილებულია, რომ დაკავებულის 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 N572) დმი-ში განუვითარდა ეპილეფსიური გულყრა, რა დროსაც დავარდა და მიიღო სხვადასხვა მიდამოს დაზიანებები, მათ შორის, სისხლმდენი ჭრილობები ცხვირის, შუბლის არეში და ნახეთქი ენაზე. პაციენტს ჭრილობის ადეკვატური დამუშავება არ ჩასტარებია, არ დამდგარა საკითხი ანტიტეტანური პროფილაქტიკის შესახებ, არ მომხდარა ნევროპათოლოგიის კონსულტაციის ჩატარება, არამედ, როგორც ჩანაწერიდან ირკვევა, პაციენტს მიეცა 1 აბი ფინლეპსინი, რაც ამ მდგომარეობის ადეკვატურ მართვად ნამდვილად ვერ ჩაითვლება.

სამეგრელოს რეგიონში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ექიმის მიერ რამდენიმე შემთხვევაში ჩანაწერები გაკეთებულია არა სახელმწიფო ენაზე (რეგისტრაციის ჟურნალში №262, 267) და პრაქტიკულად არც იკითხება. აღნიშნული წარმოადგენს მინიშნელოვან ხარვეზს და ამავედროულად, 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 ქალატეინის ტრავმა“. ჩანაწერიდან გაუგებარია, თუ რას ნიშნავს „უპირატესად“ ან რას გულისხმობს ამ ჩანაწერის გამკეთებელი. ჟურნალში ასევე ნახავთ იქნა შემთხვევა, როდესაც (რეგისტრაციის ჟურნალში №261) ექიმი საერთოდ არ წერს დიაგნოზს. ერთ-ერთ შემთხვევაში ჟურნალიდან ირკვევა, რომ დაკავებული პიროვნება ქალია (რეგისტრაციის ჟურნალში №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 სინდრომი“. ასევე არ არის აღწერილი არანაირი ნიშნები, რომლებიც წარმოადგენს შეგვიქმნის დედის ან ნაყოფის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ექიმი არ ითხოვს გინეკოლოგიის 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 გათვალისწინებლობა უნდა მივიჩნიოთ არაჰუმანურ მოპყრობად. ერთ-ერთ შემთხვევაში (რეგისტრაციის ჟურნალში №284, გვ.72) მითითებულია, რომ „ადგილზე დამუშავდა ჭრილობა“. ამ შემთხვევას არ აქვს დაკავებულის 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 ნაწილობრივ აღწერენ დაკავებული პირის სხეულზე არსებულ დაზიანებებს. ამის ნათელი მაგალითია ზუდგიდის დმი-ში განხორციელებული ორივე მონიტორინგის დროს ნახავთ შემთხვევები. ერთ შემთხვევაში (რეგისტრაციის ჟურნალში №001261), პირის მიმართ აღწერილია დაზიანების მინიმალური ნიშნები სახეზე, ბარძაყის უკანა ზედაპირზე და მუხლებზე. ჩვენ მიერ დათვალიერებული აღნიშნული პირი (მისივე თანხმობით) და აღმოჩნდა აბსოლუტურად სხვა ხასიათის და გაცილებით ფართო ლოკალიზაციის დაზიანებები. გარდა ამისა, დმი-ში გაკეთებული ჩანაწერების მიხედვით, დაკავებულმა დაზიანებები მიიღო – „ფეხბურთის თამაშის დროს, დაეცა 2-3 ჯერ“. ეს უკანასკნელი არადაზიანებულია და არსებული დაზიანებების ხასიათიდან გამომდინარე, წარმოუდგენელ მექანიზმს ასახავს (სტამბოლის პროტოკოლი, სანდოობის ხარისხი – „0“), განსაკუთრებით თუ გავითვალისწინებთ დაკავებული პირის კომენტარებსაც, რაც ასევე აბსოლუტურად წინააღმდეგობრივია.

ზუდგიდის დმი-ში ჩატარებული მონიტორინგის დროს ჩვენ მიერ შერჩევითად იქნა დათვალიერებული ერთ-ერთი დაკავებული. როდესაც დაკავებულმა გაიგო ჩვენი ვინაობა, გეთხოვა, 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 შედგენილი იქნა შესაბამისი ოქმი და შევსებული იქნა დაზიანებათა აღწერის ფორმა №5.

ოზურგეთის დმი-ში, სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების სარეგისტრაციო ჟურნალში, 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 ჟურნალში გაკეთებული ჩანაწერიდან (რეგისტრაციის №000409) ირკვევა, რომ დაკავებულ პირს მარცხენა ყურის მიდამოში აღენიშნება სინთლე, რის გამოც გამოძახებული იქნა სასწრაფო-სამედიცინო დახმარების ბრიგადა. აქვე მითითებულია, რომ დაკავებულს გააჩნია პრეტენზია ურეკის პოლიციის თანამშრომლების მიმართ. ურეკის განყოფილებაში მიყვანისას მას მიაყენეს 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 ნამების ერთ-ერთ საყოველთაოდ ცნობილ მეთოდს, რომელსაც „ტელეფონო“ ეწოდება. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, აღნიშნული ფაქტი გამოძიებული იქნეს დეტალურად.

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

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

რეკომენდაციები

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

- მკაცრად გაკონტროლდეს დმი-ში მთავსებულ პირთათვის სამედიცინო დახმარების რეგისტრაციის ჟურნალებში რეგისტრირებული ჩანაწერების ნუმერაცია;
- დაწესდეს მკაცრი კონტროლი, რათა დმი-ში მოთავსებულ პირთა სარეგისტრაციო ჟურნალების წარმოება მოხდეს უნიფიცირებული წესით ჯანდაცვის საკითხების მიმართ;
- დმი-ის თანამშრომელთა მიერ მკაცრად გაკონტროლდეს და არ იქნეს დაშვებული სამედიცინო ჩანაწერების არასახელმწიფო ენაზე გაკეთება, რითაც უხეშად ირღვევა „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 ჩატარონ ისეთი მანიპულაციები, რომელთა წარმართვაც, არსებული პირობებისა და ექიმთა კვალიფიკაციის გათვალისწინებით, დაუშვებელია;

- დმი-ში ფსიქიკური პრობლემების მქონე დაკავებულ პირთა შეყვანის ნებისმიერ შემთხვევაში, ეს უკანასკნელნი 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 კანონმდებლობით დადგენილი წესით;
- დმი-ში მოთავსებულ პირთა მიმართ (რომლებსაც დაზიანების სახით აღნიშნებათ კანის ან ლორწოვანი საფარველის მთლიანობის 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, შემოწმდა სამედიცინო დოკუმენტაცია. ადგილობრივი ექიმის ინფორმაციით, ჰაუპტვახტში მუშაობს 3 ექიმი, რომლებიც ყოველ მესამე დღეს მორიგეობენ 24-საათიანი რეჟიმით. ექთანი არ ჰყავთ. 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 ჟურნალები, რომლებსაც აწარმოებს ჰაუპტვახტის სამედიცინო ნაწილი. ესენია:

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

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

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

ექიმის ინფორმაციით, მედიკამენტებით მომარაგება ხდება სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტიდან, სადაც აღნიშნულ საკითხს კოორდინაციას უწევს ექიმი-ოფიცერი. მედიკამენტების შესაძენად გამოყოფილი თანხის რაიმე ლიმიტი დაწესებული არ არის. ნამლებს იღებენ ყოველკვარტალურად, მოთხოვნის შესაბამისად. ექიმის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით, მედიკამენტების მისაღებად ხდება განაცხადის წარდგენა, რომელიც მიდის კოორდინატორთან და საბოლოოდ, ბაზიდან ხდება მომარაგება. ნამლების 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 ნუნდების ფაქტის შესახებ ექიმი არ მიუთითებს.

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

რაც შეეხება დაკავებულ პირთა შემოყვანას ჰაუპტგახტში, ექიმის გადმოცემით, დაკავებული შემოყვანა 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 დასჭირვებია.

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 ინარმოება, მიუხედავად იმისა, რომ ჰაუპტგახტი დაკავებულებს უწევს მხოლოდ ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას. ჰაუპტგახტში 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 კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	4.72	20
7.	ძვალკუნთოვანი სისტემის დაავადებები	2.59	11
8.	შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	0.47	2
9.	ტრავმები	0.23	1
10.	სხვა	4.74	20
სულ		100%	424

ექიმმა გამოთქვა სამუშაო პირობების გაუმჯობესების სურვილი, რაც აბსოლუტურად მისაღებია. კერძოდ, სამედიცინო დანიშნულების ოთახისათვის უნდა გაიზარდოს 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 წარმოადგენს 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 „საექიმო 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. შვებულება ექიმს აღნიშნულის გამო ჯერ არ ჰქონია.

ჰაუპტვახტში დაკავებულებს შეუძლიათ მიიღონ მხოლოდ ამბულატორიული სამედიცინო დახმარება. სტაციონარული მომსახურება ადგილზე არ ხორციელდება. მონიტორინგის მომენტისათვის, სარეგისტრაციო ჟურნალის 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 ჟურნალი 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 ინარმოება, მიუხედავად იმისა, რომ ჰაუპტვახტი დაკავებულებს უნევს მხოლოდ ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას. ექიმი აწარმოებს შემდეგი სახის ჟურნალებს:

- პირადი შემადგენლობის სამედიცინო შემონმების ჟურნალი;
- მედიკამენტების აღრიცხვისა და გაცემის ჟურნალი;
- ინვენტარის აღრიცხვის ჟურნალი;
- ამბულატორიული ჟურნალი.

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 შემონმების ჟურნალს, რომლის მიხედვითაც ბოლო პერიოდში დაფიქსირდა კატარული ანგინის ერთი შემთხვევა და 1 ცეფალგია. სხვა სახის რეგისტრაცია ან ჩანაწერი ჟურნალში არ მოიპოვება.

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

ექიმის ინფორმაციით, მედიკამენტებითა და სამედიცინო დანიშნულების საგნებით მომარაგება წარმოებს თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტიდან. ექიმი მოთხოვნას წერს დეპარტამენტის სახელზე, რაც წარმოადგენს მედიკამენტებით მომარაგების საფუძველს. ნაწილების 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 არტანები.

ისევე, როგორც სხვა ჰაუპტვახტებში, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, დაკავებული პირის სასჯელში ექიმს უნებურად უნევს 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, ცისტიტს, იზიახსა და რადიკულიტს, 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. შხაპის 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 დეზინფექციას. დეზინსექცია და დერატიზაცია ტერიტორიაზე მიზანმიმართულად არ ტარდება.

საანგარიშო პერიოდში

ბათუმის ჰაუბტვახტი

ბათუმის ჰაუბტვახტში მონიტორინგი ჩატარდა 2009 წლის მეორე ნახევრის პერიოდში არსებული მდგომარეობის შეფასებისა და ანალიზისათვის. ვიზიტის დროს მონიტორინგის ჯგუფი შეხვდა ჰაუბტვახტის ექიმს, ადმინისტრაციას, დაკავებულებს და თანამშრომლებს. დათვალა არსებული ინფრასტრუქტურა, შემოწმდა სამედიცინო დოკუმენტაცია.

ადგილობრივი ექიმის ინფორმაციით, ჰაუბტვახტში 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 ტრავმების აღრიცხვის ჟურნალი ისევე, როგორც სხვა ჰაუბტვახტებში, 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 ლიმიტი 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 პინცეტი, ამბუს პარკი, საინტუბაციო მილი, ქირურგიული მაკრატელი, მებაღის 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 დაავადებები, რომელთა გამოც მიმართავენ პაციენტები, ექიმმა ჩამოაყალიბა შემდეგი თანმიმდევრობით: კარიესი და პულპიტი, ცეფალგია, სოკოვანი დაავადება (უპირატესად ქვედა კიდურებზე), მწვავე რესპირაციული დაავადება (უპირატესად ცივ სეზონზე).

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

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

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

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

დაკავებულთა სამედიცინო მონიტორინგისას, მათთვის ამბულატორიული სამედიცინო ბარათი არ ინარმოება, მიუხედავად იმისა, რომ ჰაუბტვახტი დაკავებულებს უნევს მხოლოდ ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას.

მონიტორინგის ჩატარების თარიღისათვის შემოსულთა ჟურნალში სულ 47 პირი იყო რეგისტრირებული. მათ აბსოლუტურ უმრავლესობას უნერია – „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, სადებიზინფექციო ლონისძიებები ადგილზე არ ტარდება. ასევე არ ჩატარებულა დეზინსექციაც, ხოლო სადერატიზაციო სამუშაო 10 სექტემბერს ჩატარდა.

ჰაუბტვახტის დათვალიერების დროს აღმოჩნდა, რომ საპატიმრო საკნებში არსებული მდგომარეობა შეუსაბამოა ადამიანის პატივისა და ღირსებისათვის, ასევე, ამ საკნებში ადამიანის მოთავსებამ შეიძლება, ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მკვეთრად ნეგატიურად იმოქმედოს.

ექიმის ინფორმაციით, საკვები ჰაუბტვახტში მოაქვთ სამხედრო ნაწილიდან. ვინაიდან საკვები ადგილზე არ მზადდება, მისი ვარგისობას ექიმი არ ამოწმებს.

ზაფხულობით უფრო ხშირია დიარეის შემთხვევები, პაციენტები ექიმს მიმართავენ დიარეის, გულისრევისა და მუცლის ტკივილის ჩივილებით. ადგილობრივ ექიმს კავშირი აქვს სამხედრო ნაწილის სამედიცინო სამსახურთან. რაც შეეხება დაკავებულ პირთა შემოყვანას ჰაუბტვახტში, 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 ჰაუბტვახტებში, არსებული პრაქტიკის მიხედვით, დაკავებული პირის სასჯელში ექიმს უნებურად უნევს მონაწილეობა, აწერს რა ხელს ცნობას, რომლის მიხედვით, პირის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით, ეს უკანასკნელი ვარგისია ჰაუბტვახტში მოთავსებისათვის. ექიმის გადმოცემით, მისი რეკომენდაციით უკვე დასჯილი პირების სასჯელის შეცვლა არასდროს მომხდარა.

სენაკის ჰაუბტვახტი

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

სენაკის ჰაუბტვახტი

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

ჰაუპტვახტის ექიმის მიერ წარმოდგენილი იქნა 14 ჟურნალი.

საპროცედურო ჟურნალის წარმოება დაწყებულია 2009 წლის 5 იანვრიდან. ჟურნალი ასახავს ჰაუპტვახტის 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 თიაქრის, ალგიური სინდრომის დიაგნოზი; (რეგისტრაციის N263) ექიმის მიერ დასმულია მარჯვენა მტევნის ლატერალური ზედაპირის კანის აბსცესი. ექიმი იქვე მიუთითებს – „აბსცესი გავკვეთე, ჭრილობა დავამუშავე და შევუხვიე“.

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

საკვების ხარისხიანობის და სასადილოს სანიტარიული მდგომარეობის ყოველდღიური შემოწმების აღრიცხვის ჟურნალის მიხედვით, ხდება საუზმის, სადილისა და ვახშმის შემოწმება ექიმის მიერ. საკვები ჰაუპტვახტში ადგილზე არ მზადდება, გადმოაქვთ სამხედრო ნაწილიდან. საკვების ნიმუშების შენახვა ადგილზე არ ხდება. ექიმის მიერ მონოდეტული ინფორმაციით, საანგარიშო პერიოდში მის მიერ საკვების ნუნდების 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 მარილიანობასთან დაკავშირებით.

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

სამხედრო მოსამსახურეთა სამედიცინო აღრიცხვის ჟურნალში ჩანაწერი კეთდება დაკავებული პირის ჰაუპტვახტში შემოსვლისას. შემოსვლის დროს ხდება ყველა პაციენტის 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 სინჯავდნენ პარასკეობით, 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 ჟურნალის მიხედვით 2009 წლისათვის ჰაუპტვახტის სამედიცინო კაბინეტში მიუღიათ შემდეგი ინვენტარი: სფიგმომანომეტრი – 1, ციფრული თერმომეტრი – 2, ლახტი – 3, საინსტრუმენტო მაგიდა – 4, ფონენდოსკოპი – 5, ესმარხის ოყნა – 6, ენის დამჭერი – 7, მებალის 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 ჟურნალი სამივე მონიტორინგის დროს ცარიელი დაგვხვდა, რასაც ექიმი ხსნის იმ მიზეზით, რომ კომისია ჯერ ადგილზე არ მოსულა.

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

მედიკამენტების და ხარჯვადი სამედიცინო ქონების ყოველდღიური აღრიცხვის ჟურნალი ინარმოება 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 ჟურნალი ინარმოება იმ დაკავებულთა რეგისტრაციისათვის, რომლებიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო იგზავნებიან სტაციონარულ მკურნალობაზე. ჟურნალის მიხედვით ასეთი შემთხვევა საანგარიშო პერიოდში სულ 5 იყო. პაციენტი მ.ი., დაესვა მწვავე აპენდიციტის დიაგნოზი, გაიგზავნა ფოთში, ეროვნული გვარდიის სამხედრო ჰოსპიტალში, სადაც პაციენტს გაუკეთდა ოპერაცია – აპენდექტომია; პაციენტი კ.კ. – დაესვა გულის იშემიური დაავადების და 2 ხ. ჰიპერტენზიის დიაგნოზი. ჩანანერის 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 ჰაუპტვახტში, კარდიოლოგიური პრობლემის მქონე პაციენტი გადაყვანილი იქნა ქუთაისის საავადმყოფოში, ხოლო ბრონქიტის დიაგნოზის მქონე პირი – ფოთის ჰოსპიტალში.

ჰაუპტვახტში და მის მიმდებარე ტერიტორიაზე ჩატარებული პრევენციული სანიტარიული სამუშაოების აღრიცხვის ჟურნალის 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 ჩაატარა კონტრაქტორმა ორგანიზაციამ – შპს „დრ. როდჯერ კონტრაქტ ქლინინგ“-მა), (21.10.09 – ჩატარდა დეზინფექცია, აგრეთვე დაიყარა თავისი წამალი სამმართველოს მიმდებარე ტერიტორიაზე. სამუშაოები ჩაატარა ადგილობრივმა ექიმმა), (14.12.09 – ჩატარდა დერატიზაცია ადგილობრივი ექიმის მიერ).

ყოველკვირეული სამედიცინო შემოწმების აღრიცხვის ჟურნალი – 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 ჟურნალი ინარმოება ხარჯვადი მასალების მოხმარების დასაფიქსირებლად. აღნიშნულ ჟურნალში აისახება, ასევე, დახარჯული მედიკამენტები და მათი რაოდენობა.

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

ს
ა
ნ
ა
ნ
გ
ა
რ
ი
შ
ი

გასული სამედიცინო ცნობები, მოთხოვნა სადებიზნფექციო 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 გაერთიანებული 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 ოტორინოლარინგოლოგიური პრობლემები. ავადობის სრული სპექტრი, ძირითადი მიზეზების ჯგუფის სახით, წარმოდგენილია ცხრილში და გრაფიკულად:

1.	ნ.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 ჟურნალებისა, 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 მიიპყრო ასევე ე.წ. „ცნობის“ ფორმამ, რომელსაც ავსებენ და მოიხმარენ. ცნობა წარმოადგენს 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“. 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 მოანეროს ხელი არანაირ დოკუმენტს, რომელიც სასჯელის დანიშვნის სანქცირებას ახდენს.

რეკომენდაციები

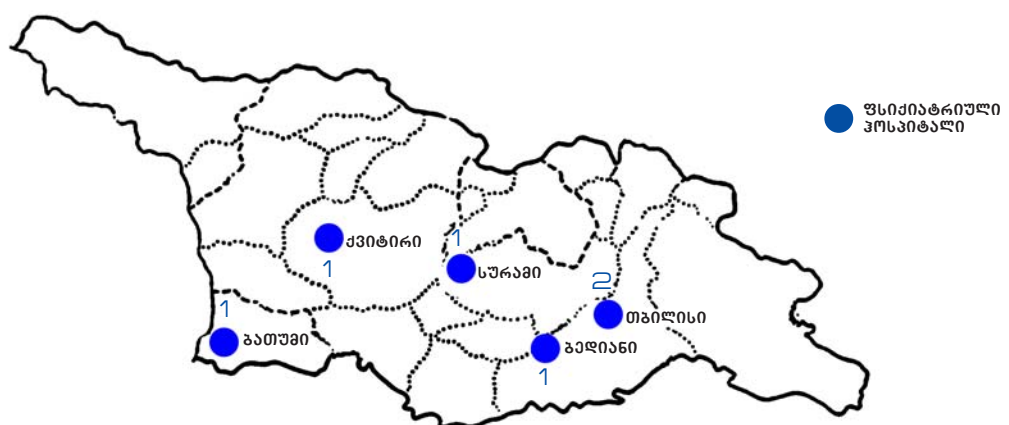
საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს სამხედრო პოლიციის დეპარტამენტის უფროსს:

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

2009/2

ფსიქიატრიული დაწესებულებების 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 დაწესებულებაში:

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

მონიტორინგის შედეგები – ზოგადი მიმოხილვა

მონიტორინგის დროს მ.ასათიანის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში სტაციონირებული იყო – 223 პაციენტი, თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში – 49 პაციენტი, ალ. ქაჯაიას სახ. სურამის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში – 82 პაციენტი, ბედიანის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში – 102 პაციენტი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში – 471 პაციენტი, ბათუმის რეს-პუბლიკურ ფსიქონევროლოგიურ საავადმყოფოში – 86 პაციენტი;

სისტემური საკითხები

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

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

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

აღნიშნული კომპონენტების პროგრამაში დამატება პოზიტიური ნაბიჯია. შემდგომში საჭიროა ძა-ლისხმევა 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 („პაციენტი/დღე“ დაფინანსების პრინციპიდან „გლობალური ბიუჯეტირების“ პრინციპზე გადასვლა) შეამცირა პაციენტთა დაყოვნების შემთხვევები. მკურნალობის პროცესი გახდა უფრო მეტად ორიენტირებული პაციენტის განერაზე, თუმცა ჰოსპიტალგარე სერვისების განუვითარებლობა ხელს უშლის პაციენტების რეინტეგრაციას საზოგადოებაში.

ჰოსპიტალგარე 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 მალევე ბრუნდება სტაციონარში და საჭიროებს ხელახალ ჰოსპიტალიზაციას. ეს ერთგვარი ჩაკეტილი წრეა ფსიქიატრიაში.

დაწესებულებებს არ ჰყავს საკმარისი 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.

საქართველოს
საქართველოს
საქართველოს
საქართველოს
საქართველოს

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

ასევე მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს სტაციონარში პაციენტისთვის პირადი სივრცის 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, დიფერენცირებული ერთეულებად გადაკეთების შესაძლებლობა, რათა პაციენტები უფრო ღირსეულ, 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 ჩერებს იყენებენ. აბაზანებში საერთო ღრუბელი გამოიყენება.

რიგ დაწესებულებებში კვლავ პრობლემად რჩება კვების საკითხი. ზოგადად, ვერცერთ დაწესებულებაში (ფსიქიკური 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, მადეგრადირებული და შემაფერხებელია პაციენტების გამოჯანმრთელებისათვის. გამიჯნული არ არის საჭიროებები მათთვის, ვინც კლინიკურ ფსიქიატრიულ დახმარებას საჭიროებს და მათთვის, ვინც საჭიროებს საცხოვრისსა და მხარდაჭერ 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, ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური დახმარება და რეაბილიტაციური პროგრამები არ არის კოორდინირებული ერთი და იმავე პაციენტის შემთხვევაში. ფსიქოტროპული 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 შეუძლებელია.

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, რომლებიც პაციენტის მკურნალობის პროცესში მულტიდისციპლინური მიდგომის მონაწილეები უნდა იყვნენ.

სტაციონირებული პაციენტების რეკრეაციული აქტივობა უკიდურესად მწირია. გრძელი ვადით ჰოსპიტალიზებული პაციენტის ერთი ჩვეულებრივი დღე დაწესებულებაში არ არის სტრუქტურირებული და ძირითადად კვებით, მედიკამენტების მიღებითა და ზოგჯერ ტელევიზორის ყურებით შემოიფარგლება. ებოში 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 ჰყავთ 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 დიდი 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 აღგზნების 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

საქართველოს
ფსიქიატრიული
დაწესებულებების
მონიტორინგი

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 გააუმჯობესებდა პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობას და თანამშრომლობის შესაძლებლობას.

პაციენტები გამოკითხვისას აღნიშნავენ, 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, პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტაციასთან, პირად ქონებასთან, თავშესაფართან და მეურვეობასთან დაკავშირებული პრობლემების მოგვარება. გამოკითხული პაციენტების ნაწილს აქვს სირთულეები და პრეტენზიები მეურვეებთან და მათი ინტერესების დაცვა სოციალური მუშაკის არარსებობის შემთხვევაში 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 თავისუფალ 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 განერას, 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 განწესების დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას“.

ცედურა საჩივრის განხილვისთვის და სხვა. მონიტორინგის მონაცემებით იმ პაციენტთა დიდ ნაწილს, რომელიც არანებაყოფლობით არის სტაციონირებული 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 მონერილი მკურნალობის ინფორმირებულ თანხმობაზე.

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

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 ფსიქიკური 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 არტთერაპიის განყოფილებაში არსებული პაციენტების მშობელთა გაერთიანება „აფრა“, რომლის წევრებიც მონაწილეობენ საგანმანათლებლო აქტივობებში. აღნიშნულ აქტივობებს ატარებენ ფსიქიატრები და ფსიქოლოგები.

რეკომენდაციები

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 ფსიქოსოციალური სერვისები, განვითარდეს თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული მომსახურება, უზრუნველყოფილი იქნეს ხელმისაწვდომობა ადეკვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე სომატური დაავადებების 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 აღიჭურვოს 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 პერსონიფიცირებული;
- 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 დამამცირებელი მოპყრობისა და მათი ღირსების 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;
- უზრუნველყოფილი 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 ემხრობა სოციალურ და ოჯახურ გარემოს, როგორც უპირატესს 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 შეადგენდა 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.

ტიტუციონალიზაციის ქვეპროგრამამ 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, ფსიქოლოგები, 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 (სსიპ „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 კონვენციაში 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 რიცხოვნობისა 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 აღრე-

⁵⁹ ცალკეული ფილიალების შესახებ იხილეთ დანართში.

⁶⁰ ბავშვის უფლებათა კონვენცია, მუხლი 3 (3)

ული გამოვლენა და შესაბამის პროფილაქტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარება;

4. უსაფრთხო, სრულფასოვანი და ბავშვის განვითარებისათვის აუცილებელი საკვებით უზრუნველყოფა;
5. ბავშვთა სააღმზრდელო დანებებულებებში ბავშვის განვითარებაზე ორიენტირებული სააღმზრდელო-პედაგოგიური მუშაობისათვის შესაბამისი გარემო, ადამიანური რესურსები;
6. ბავშვთა სააღმზრდელო დანებებულებებში ბავშვის განვითარებაზე, დაცვასა და თანამონაწილეობაზე ორიენტირებული ფსიქოსოციალური გარემო.

მონიტორინგის შედეგების ზოგადი მიმოხილვა

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

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებები სადღეღამისოა, თუმცა რამდენიმე შემთხვევაში დაწესებულების ბენეფიციართა გარკვეული რაოდენობა სარგებლობს მხოლოდ დღის მომსახურებით (რუსთავეის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში – 41 ბავშვი, ასპინძის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში – 9, ქუთაისის 44-ე საჯარო სკოლაში პანსიონური მომსახურებით – 35). შემონმეხულ დაწესებულებებში სულ ირიცხებოდა 6-იდან 18 წლამდე ასაკის 1240 ბავშვი, მათ შორის, იდენტიფიკაციის 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 კოხვენციის შესახებ ინფორმირება და კონვენციის პრინციპების იმპლემენტაცია;
- ბავშვზე ძალადობის სხვადასხვა ფორმის გამოვლენა და მათზე რეაგირება;
- იძულებითი შრომის ფაქტების გამოვლენა და მათზე რეაგირება;
- სააღმზრდელო დანესებულებებში 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 სახელმწიფოები 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, რომელიც ახორციელებს 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 მიაჩნიათ: „დაუფეროს 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, უგულბელობა 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 წინააღმდეგ ფიზიკური ძალის განგებ გამოყენება, რასაც შედეგად მოსდევს (ან არსებობს ამისი მაღალი ალბათობა) ბავშვის ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, განვითარებისა და ღირსების ზიანი. აღნიშნულში შედის დარტყმა, ცემა, პანლურის ამორტყმა, შეჯანჯღარება, კბენა, 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 ალბათობას, 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 მოძალადეებად მეორე ბავშვს ასახელებდნენ, თუმცა ზოგი უფროსიც აშკარად მიმართავდა ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ სასჯელს 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. განხორციელებული საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და მედიცინის განვითარების ფონდის მიერ გაეროს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით (გვ.10).

სახალხო დამცველის მონიტორინგის ჯგუფის სააღმზრდელო დაწესებულებებში ვიზიტების დროს, როგორც დაწესებულების ხელმძღვანელები, ასევე აღმზრდელები, პირადი საუბრებისა და ინტერ-ვიუების დროს უარყოფდნენ რაიმე სახის ძალადობის ფაქტებს, თუმცა საპირისპიროზე მეტყველებ-და რეალური სიტუაცია.

კერძოდ, ბენეფიციართა ინტერვიუებისა და ფსიქოლოგიური შეფასების მიხედვით, თითქმის ყველა სააღმზრდელო დაწესებულებაში დაფიქსირდა ძალადობის სხვადასხვა მეთოდის გამოყენების ფაქ-ტები 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 ად-მინისტრაცია საქმის კურსშია, მაგრამ „ვერ პოულობენ თანატოლთა ძალადობის ფაქტების გადაჭრის გზებს საკუთარი რესურსებით“.

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

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

ანგარიშში წარმოდგენილია რამდენიმე სააღმზრდელო დაწესებულებაში გამოვლენილი სხვადასხვა სახის არაჰუმანური 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 კიდევ მომხდარი. ერთ-ერთი აღსაზრდე-ლის განცხადებით, მსგავსი ქმედებები პოლიციის მხრიდან ადრეც 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“ ექსპერ-ტებმა განახორციელეს აღსაზრდელთა ფსიქოსამედიცინო მონიტორინგი, თუმცა, როგორც დასკვ-ნაშია⁶⁷ 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 ვრცელი აღწერა იხ. დანართში.

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

მთავარი პროკურატურის 2010 წლის 10 მარტის წერილის მიხედვით, შიდა-ქართლისა და მცხეთა-მთიანეთის საოლქო პროკურატურის საგამოძიებო ნაწილში წინასწარი გამოძიება დაიწყო სისხლის სამართლის №082108006 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 ზეწოლის 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 „ემპათია“. განმეორებითი ვიზიტის დროს, „ემპათიას“ ექსპერტებთან და სახალხო დამცველის წარმომადგენელთან საუბრისას, რასაც მისი აღმზრდელიც ესწრებოდა, ერთ-ერთმა აღსაზრდელმა უარყო ცემის ფაქტი, თუმცა შემდგომ, თავად აღმზრდელთან საუბრით გაირკვა, რომ მონიტორინგის ჯგუფის წევრების ვიზიტის შედეგ, რომლებმაც ბავშვებს საკონტაქტო ტელეფონები დაუტოვეს, ბავშვები აღმზრდელს ემუქრებოდნენ, ხელს თუ დაგვაკარებთ, „იმათ“ დავურეკავთ და ნახეთ, რა მოგივათო. თავის ახსნა-განმარტებაში ჭიდაობის მასწავლებელიც ნაწილობრივ ადასტურებს ბავშვების ფიზიკური დასჯის მეთოდის არსებობას.

კოჯრის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში არსებული არამართებული პრაქტიკის შესახებ სახალხო დამცველმა საკითხის დამატებით 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 გამჟღავნების 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 გონებრივი 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 პროკურატურას.

ამრიგად, ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში გამოვლენილი ძალადობისა და არაჰუმანური მოპყრობის კონკრეტული ფაქტები არღვევს ბავშვის ფუნდამენტურ უფლებებს და ეწინააღმდეგება 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 განცხადება 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 ზრუნავს, რათა მომსახურების მოსარგებლე დაცული იყოს სხვა ბავშვების მხრიდან ძალადობისა და დაშინებისგან.“

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 ბენეფიციარების უფლება-მოვალეობები არასათანადო მოპყრობისა და ძალადობის პრევენციის მიზნით;
- ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ერთიანი მონიტორინგის სისტემის შემუშავება და დანერგვა ძალადობისა და არაჰუმანური 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 დაწესებულებათა დებულებებში, ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის 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 მულტიდისციპლინური 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 გაეროს ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, გაეროს წამებისა და სასტიკი, არადამიანური ან ღირსების შემლახველი 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 ინსტიტუტში არ ხდება ბავშვის აზრის გათვალისწინება თავისი ტანსაცმლისა და ფეხსაცმლის არჩევის დროს. რამდენიმე აღსაზარდელმა კონფიდენციალურ კითხვარში დააფიქსირა თავისი მოსაზრება აღნიშნულ საკითხზე შემდეგი ფორმით: „რასაც მაძლევნ ტანსაცმელს ან ფეხსაცმელს, არ ვაპროტესტებ, ვინაიდან ეს უკულტურობა“.

ბავშვის უფლებათა კონვენციის მიხედვით, „მონაწილე სახელმწიფოები 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 კონვენციის 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) მინოდება.

სააღმზრდელო დაწესებულებებში „ზოგჯერ უფროსები არც ინტერესდებიან მათი პრობლემებით და არც არასოდეს უპასუხებენ“; თუმცა ზოგიერთ დაწესებულებაში დანერგილია ბავშვებთან უკუკავშირის გამოხატვის სხვადასხვა ფორმა და საშუალება, როგორებიცაა: 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 „ფსიქოლოგს 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“.

⁷⁰ მუხლი 12

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, გონებრივ, სულიერ, მორალურ და სოციალურ განვითარებას“.⁷¹

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში, თითქმის ყველგან, 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 დანმენდა, დერეფნებისა და კიბეების დალაგება, სარეცხის გაფენა, თეთრეულის გაუთოება, როგორც საკუთარი, ასევე სხვების ტანსაცმლის და ფეხსაცმლის გასუფთავება, უმცროსი ჯგუფის ბავშვების დაბანა, მონესრიგება, 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“.

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 დასაწერად და ბავშვის განვითარებისათვის ხელშემწყობი 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 სავალდებულოა 2011 წლის 1 იანვრიდან, თუმცა ზოგიერთ დაწესებულებაში ამ მიმართულებით უკვე მიმდინარეობს მუშაობა (ასპინძა, სამტრედია, თელავი, ზუგდიდი, კაჭრეთი).

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

⁷¹ მუხლი 32

მოთხოვნები და ხშირ შემთხვევაში, აღსაზრდელთა გონებრივი შესაძლებლობები (სურამი, „სათნოება“). მსგავსი სააღმზრდელო გეგმა საერთოდ არ იყო დუშეთსა და ტაშისკარში.

მონიტორინგის პროცესში მონახულებულ სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვის უფროსთან თანაფარდობა საშუალოდ შეადგენდა 5/1. თუმცა, მიუხედავად ამისა, სახელმწიფოს მიერ გაღებული რესურსი დადებითად არ აისახება ბავშვის განვითარებაზე. სააღმზრდელო საქმიანობა ძირითადად შემოიფარგლება აღსაზრდელთა ფიზიკური უსაფრთხოებისა და დღის რეჟიმის დაცვაზე მეთვალყურეობით.

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

გასართობი ოთახები, განსაკუთრებით, რეგიონებში (კაჭრეთი, ქუთაისი, ზუგდიდი, 199-ე საჯარო სკოლა) იყო მწირი აღჭურვილობის 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 წარმოდგენს „საჩვენებელ ოთახს“ საკმაო რაოდენობის წიგნებით (კოჯორი, თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, წყნეთი). ბიბლიოთეკა არ თბება, რაც ეჭვქვეშ აყენებს მისი ფუნქციონირების საკითხს. ბიბლიოთეკაში არც წიგნების მოძრაობის ჟურნალი იქნა ნანახი, ვერც ბენეფიციართა გამოკითხვით 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 დამცველი 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, ხანდაზმულთა 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 „ე“ ქვეპუნ-

ქტის თანახმად, „მომსახურება ბავშვის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით, ეხმარება ბავშვს საკუთარი 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“ დაჯილდოება და წახალისება. აღსაზრდელო განმარტებით, „დამჯერი ბავშვები“ არიან ისეთები, რომლებიც მორჩილებას გამოხატავენ პერსონალის ნებისმიერი მოთხოვნის მიმართ, არასოდეს აფიქსირებენ თავიანთ მოსაზრებას და პროტესტს. განსხვავებით იმ აღსაზრდელებისაგან, რომლებიც თავისუფლად გამოხატავენ თავიანთ შეხედულებებს და სურვილებს. უმრავლეს დაწესებულებაში წახალისება ხდება ზემოთ აღნიშნული პრინციპის მიხედვით, არ ეფუძნება წარმატებებს, მიღწევებს სწავლაში, თვითშემოქმედებაში და ა.შ.

დაწესებულების აღმზრდელები არ გეგმავენ განმავითარებელ ღონისძიებებს (წრეების გარდა) თავისუფალი 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 მოვალეობებით. ეს უკანასკნელი კი თრგუნავს ბავშვის ინდივიდუალობასა და თავისუფლებას.

სააღმზრდელო დაწესებულებაში ბავშვებთან მუშაობის გაუმჯობესების მიზნით აღმზრდელებს მიაჩნიათ, რომ საჭიროებენ საფუძვლიან, თანმიმდევრულ, პროფესიულ დახმარებას, თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამის გადამზადებას და ტრენინგებს და არა 2-3-დღიან სამუშაო შეხვედრებს, რომლებიც 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 მოპოვება.

სახელობო წრეების ფუნქციონირება

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

- ხეზე მუშაობა** – თბილისის, სამტრედიის, ბათუმის სააღმზრდელო დაწესებულებები;
- ბატიკა** – „მომავლის სახლი“;
- თეა** – თელავი, დუშეთი, კოჯორი, „მომავლის სახლი“, ტაშისკარი;
- კერამიკული სახელოსნო** – თელავი, კოჯორი, რუსთავი;
- ტიხრული მინანქარი** – სურამი, ტაშისკარი;
- კულინარიის წრე** – თელავი, ასპინძა;
- სპორტული წრეები:** **რაგბი** – ასპინძა, საგურამო; **ფეხბურთი** – თელავი, ბათუმი, წალენჯიხა;
- ძიუდო** – თელავი;
- გობელენი** – სურამი, კოჯორი, დუშეთი;
- სიმღერის წრე** – დუშეთი, ასპინძა, ტაშისკარი, წყნეთი, ბათუმი, ლაგოდეხი;
- ხატვის წრე** – ლაგოდეხი, კოჯორი;

სააღმზრდელო დაწესებულებების მონიტორინგის

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;

სამოდულო 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 „კომაროვი“). 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 მუშაობენ სხვა პროფესიის ადამიანები, მათ შორის, აღნიშნულ ინსტიტუციებში ადრე სხვადასხვა პოზიციაზე მომუშავე პედაგოგები (ინგლისური ენის, ქართული ენის მასწავლებლები), უმეტესად კი, ყოფილი ბიბლიოთეკარები ან დირექტორის მოადგილეები. 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 კვალიფიკირებულად წარმართვის საშუალებას (რასაც შეუძლია, დადებითი შედეგის ნაცვლად ზიანიც კი მოუტანოს ბენეფიციარს), ხოლო, რაც შეეხება 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 დაწესებულებაში, კერძოდ, კაჭრეთის ბავშვთა სახლში, ფსიქოლოგის შტატზე დასაქმებული იყო 3 ადამიანი, თითოეული 0,5 სამშაბათო 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 ნაწილი 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, მცირეწლოვნების ასაკიდან მათ მიმართ განხორციელებულ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ძალადობაში; აღსაზრდელების უმეტესობა არის დისფუნქციური, არასრული ან/და სოციალურად დაუცველი, უკიდურესად გაჭირვებული ოჯახებიდან, ზოგიერთ მათგანს საერთოდ არაა ჰყავს და იზრდებოდა ქუჩაში (ე. წ. „ქუჩის ბავშვები“), ბევრი მათგანი არის მონმე საკუთარ ოჯახებში განხორციელებული სხვადასხვა სახის ძალადობისა, მშობლების ძალადობისა ერთმანეთზე, მშობლების ძალადობისა შვილებზე, უცხო ადამიანების მხრიდან – ოჯახის წევრებზე და ა.შ. ასევე, ზოგიერთი მათგანი არის ტრეფიკინგის და არაჰუმანური, 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 იმყოფებიან სავარაუდოდ ფსიქოსომატური პრობლემების მქონე აღსაზრდელები (მაგ. არაორგანული ენურეზი, რომელიც არცერთ შემთხვევაში დიაგნოსტირებული არ არის), ასევე, სავარაუდოდ, გონებრივი განვითარების შეფერხების მქონე ბავშვები, რომლებიც ასევე არცერთ შემთხვევაში არ არიან დიაგნოსტირებულნი. ყოველივე ზემოაღნიშნულს ემატება უკვე ინსტიტუციებში არსებული პერსონალის ბავშვზე 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 მცირეწლოვნების ასაკიდან, თუკი ამას დაემატა უკვე ინსტიტუციაში ყოფნის პერიოდში არახელსაყრელი ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური გარემო და არაჰუმანური 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 საკმარისი 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 უზრუნველყოფს:

- 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 ნიგნში. 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 სამტრედიის 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.ბ.-ზე გაცემული რეკომენდაცია არის ძალიან მოკლე და არ მოიცავს ბავშვის ბიოფსიქოსოციალურ დახასიათებას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებას, ინფორმაციას ბავშვის რეალური საჭიროებების შესახებ. რეკომენდაციაში მითითებულია, რომ ს.ბ.-მ დაამთავრა ერთ-ერთი სოფლის დაწყებითი სკოლა და სწავლის გასაგრძელებლად გადმოვიდა დაბა ასპინძაში. ვინაიდან ასპინძაში არ აქვს საცხოვრებელი და არავის შეუძლია მისი მეთვალყურეობა, ამიტომ რეგიონული საბჭოს გადაწყვეტილებით ს.ბ. ჩაირიცხა ასპინძის მზრუნველობამოკლებულ 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 ვხვდებით შემდეგ ტერმინებს – „სუსტი ჯანმრთელობა“, თუმცა გაურკვეველია, რას გულისხმობს სოციალური მუშაკი კონკრეტულ შემთხვევაში. ასევე, „ვიზუალური აღქმის 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 მიაჩნიათ, 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“, (კაჭრეთი №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, სავარაუდოა 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 ხელშეწყობი მიდგომებია დანერგული.

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.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს სამტრედიის N15 საჯარო სკოლა, რომელიც განკუთვნილია კანონთან კონფლიქტში მყოფი ბავშვებისათვის. იგი წარმოადგენს მკაცრად დახურული ტიპის ინსტიტუციას, სადაც დეზულების 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 დეზულებში ბავშვის დაწესებულებაში ჩარიცხვისა და გაყვანის წესების დეტალურად განსაზღვრა, ჩარიცხვის დროს ბავშვის მონაცემების უნიფიცირებული ფორმით შეფასება.

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებიდან ბავშვების გაყვანა

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

აღსაზრდელო 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 აღსაზრდელო ტოვებს დაწესებულებას.

ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებიდან 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 თვებით არ აბრუნებს დაწესებულებაში (კაჭრეთი, ვ.ბ), ბავშვი ვერ მიჰყვება სასწავლო პროცესს და ზოგჯერ, მშობლის დავალებით, მათხოვრობს კიდეც.

შიდა დოკუმენტაციის წარმოება

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

დანესებულებებში არ იქნა ნანახი საინფორმაციო პაკეტი დანესებულების მომსახურების შესახებ. ამ მხრივ გამონაკლისს წარმოადგენდა თელავის სააღმზრდელო დანესებულება.

ყოფილ აღსაზრდელთა დასაქმება

ყველა დანესებულებისათვის 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 დანესებულებაში მეტ-ნაკლებად ტარდება სხვადასხვა საქმიანობა: ხეზე, თიხაზე, თექაზე, ბატიკაზე მუშაობა, ხელსაქმეობა, მოდელირება და სხვადასხვა ნაკეთობათა დამზადება (თბილისის სააღმზრდელო დანესებულება, „მომავლის სახლი“, სამტრედიის №15 სკოლა, დუშეთისა და თელავის სააღმზრდელო დანესებულებები).

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

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

18 წელს მიღწეული დასაქმების პრაქტიკა დაფიქსირდა სხვადასხვა ფილიალშიც (სამტრედიის №15 სკოლა, თბილისის სააღმზრდელო დანესებულება), 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 დანესებულებების მიერ 18 წელს მიღწეულთა შემდგომი დასაქმებისა და პროფესიულ-უმადლესი 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), „მნიშვნელოვანია 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 შესწავლილ ობიექტებზე არ არის თვალსაჩინო ადგილას გამოკრული საკონტაქტო ინფორმაცია პოლიციის, სახანძროს, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, გაზის, ელექტროენერგიისა და წყლის 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 ზავშეებისათვის. დირექტორების განცხადებით, „მათ ნებისმიერ დროს შეუძლიათ, ისარგებლონ დირექტორის კაბინეტში არსებული ტელეფონით“. უმრავლეს დანესიებულიებაში ტელეფონი არ მუშაობდა, დავალიანების გადაუხდელობის გამო.

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

ბავშვზე ზრუნვის მე-13 სტანდარტის „გ“ ქვეპუნქტით, მოთხოვნილი ხანძარსაწინააღმდეგო უსაფრთხოებისათვის განკუთვნილი კუთხე სააღმზრდელო დანესებულებების 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 შესაბამისი 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 ტერიტორიაზე ხანძარსაწინააღმდეგო უსაფრთხოების კუთხის გამართულობა და სათანადო აღჭურვილობა; ასევე, პერსონალის ინფორმირება ხანძრის პრევენციისა და ხანძარსაწინააღმდეგო ღონისძიებების შესახებ.

73 ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტი - 13

ინფრასტრუქტურა

მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა ინსტიტუციური დაწესებულებების ეზოები უმეტესად კეთილმო-უნყობელია. ტერიტორია არ არის დაცული და შემოღობილი (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. შემონმეზულ ობიექტებში სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა ძირითადად არაა დამაკმაყოფილებელია. ზოგიერთ სააღმზრდელო დაწესებულებაში ფართის გარკვეული ნაწილი სარემონტო და აუთვისებელია (კოჯორში – 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 (მეტალოპლასტმასის ფანჯრების დამონტაჟება და სველი ნერტილების შეკეთება) ჩატარებული ზოგიერთ სააღმზრდელო დაწესებულებაში (კოჯორი, ბათუმი, სამტრედია, დუშეთი, საგურამო, 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“). ხოლო ზოგან კი კარ-ფანჯარა ძველი და ამორტიზებულია, მინები – ჩატეხილი (თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, ქუთაისის №44 სკოლა).

ელექტროგაცვანილობა, ელექტრომომარაგება, წყლით უზრუნველყოფა, გათბობა, სადებიზფექციო ღონისძიებები

ზოგიერთ დაწესებულებაში ელექტროგაცვანილობა საფრთხეს უქმნიდა ბავშვების სიცოცხლეს, არ იყო იზოლირებული და ელექტროგამანაწილებელში 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 მიენოდება („მომავლის სახლი“, „სათნოება“, თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება, 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“, საგურამო), ნაწილს წყალი მიენოდება 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 განმენდა.

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

ინსტიტუციური დაწესებულებების გათბობა ხდება ცენტრალიზებულად (კოჯორი, საგურამო, რუსთავი, „მომაველის სახლი“, „სათონება“, ქუთაისის N44, თბილისის 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“, ასპინძის სააღმზრდელო დაწესებულება, სამტრედიის N15 სკოლა) ან შერეული ფორმით, ელექტროგამათბობლებისა და დახურული სისტემის ბუნებრივი აირის გამათბობლებით (თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულება, წყნეთი, დუშეთი). აღსანიშნავია, რომ თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებაში 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 ღუმელების გამოყენებით წალენჯიხაში აღსაზრდელების სკოლიდან მოსვლის მომენტისთვის არ იყო ანთებული შეშის ღუმელები როგორც სააღმზრდელო, ისე საძინებელ ოთახებში.

შემონმბული ობიექტებიდან დეზინფექცია წარმოებს მხოლოდ ზოგ დანესებულებაში (თბილისის სალმზრდელი დანესებულება, წყნეთი, ასპინძა) შესაბამის სამსახურებთან დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე. საშუაოები 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 დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაუმჯობესების ეტაპობრივი დაგეგმვა-განხორციელებისათვის.

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

- უზრუნველყოს საღმრთლო დანახებულებების კომუნალური სისტემების გამართულობა და სადებიზნფექციო სამუშაოების რეგულარობის კონტროლი.

ბავშვთა ჰიგიენა და პირადი ნივთებით უზრუნველყოფა

ცხელი წყლით უზრუნველყოფა ცენტრალიზებულად ხდება „სათნობაში“, „მომავლის სახლში“ და საგურამოში. თითქმის ყველა დაწესებულებაში აღსაზრდელთა დაბანა, შესაბამისად, საშხაპების ცხელი წყლით უზრუნველყოფა, ხდება კვირაში ერთხელ, თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, საშხაპების რაოდენობა არ შეესაბამება აღსაზრდელთა რაოდენობას. ზოგან საშხაპები განთავსებულია ერთ სათავსოში ერთმანეთისაგან გაუმიჯნავად და ზოგან მწყობრიდან არის გამოსული (კოჯორი, 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“). წყნეთის ბავშვთა სახლში გააქურაზე ხდება დასაბანი წყლის გაცხელება კოტეჯის პირველ სართულზე, შემდეგ წყალი ააქვთ ზემო სართულის სააბაზანოში, სადაც ერთდროულად მხოლოდ ერთ ბავშვს შეუძლია, დაიბანოს. 199-ე საჯარო სკოლა-პანსიონი „კომაროვი“-ს დირექტორის განმარტებით, კვირაში ერთხელ, დაბანის დღის გარდა, ყოველიური პირადი ჰიგიენური პროცედურების ჩატარებას მოზარდები „როგორღაც ახერხებენ“, თუმცა როგორ, ამით არასოდეს დაინტერესებულა. მონიტორინგის დროს გამოვლინდა, რომ ბავშვები ერთმანეთს ეხმარებიან და ასე ინესრიგებენ თავს, ზოგ ოთახში სანოლის ქვეშ ჰქონდათ 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 სააღმზრდელო დაწესებულების ტუალეტები.

დაწესებულებებში ხელსაბანების რაოდენობა, როგორც წესი, არ არის საკმარისი. ხშირ შემთხვევაში, ხელსაბანები დაზიანებული, ამორტიზებული და უფუნქციოა (ტაშისკარი, ქუთაისი, სურამი, თბილისი, ბათუმი, წყნეთი).

თბილისის სააღმზრდელო დაწესებულებაში არ იდო საპირი იმ მოტივით, რომ „მაინც მოიპარავენო“. სხვა ჰიგიენური ნივთები (კბილის ჯაგრისები და კბილის პასტები) აღსაზრდელებს თავიანთ ტუმბოებში და კარადებში ჰქონდათ შენახული.

საძინებლები ძირითადად არის დიდი ზომის (10-12 ბავშვისათვის), ზოგ შემთხვევაში თვალშისაცემია სანოლებით გადატვირთულობა, ზოგან სანოლები ერთმანეთზეა მიდგმული (წყნეთი, „სათნოება“, კაჭრეთის №2 სკოლა). წყნეთში სანოლების 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 „კომპროვი“. ამავ ენსტიტუციაში 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 ტანსაცმელი საერთოა ბავშვთა მთელი ასაკობრივი ჯგუფისთვის (წყნეთი, „სათნოება“). რიგ დაწესებულებებში შეიმჩნევა ჰიგიენური საშუალებები სერიოზული ნაკლებობა (ჰიგიენური პაკეტი და სხვ) ბევრგან ბავშვებს არ აქვთ ფეხსაცმელები და ამის გამო ვერ დადიან სკოლაში (ტაშისკარი).

სააღმზრდელო ოთახებში არსებული ინვენტარი ძირითადად მოძველებულია და წარმოადგენს სასკოლო ინვენტარს. გამონაკლისს წარმოადგენს სამტრედიის 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 ჭუჭყიანია (წყნეთის სააღმზრდელო დაწესებულება), ხოლო ახალი სათამაშოები ცალკე ოთახში ან კარადაშია ჩაკეტილი და არ არის ბავშვებისათვის ხელმისაწვდომი.

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

- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში საძილე ოთახების მოწყობა და ჰიგიენური პირობების დაკმაყოფილება.
- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო 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 ყველაზე უფრო სრულყოფილი მომსახურებით და დაავადებათა მკურნალობისა და ჯანმრთელობის აღდგენის 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 შტაბით გათვალისწინებული სამედიცინო პერსონალი (ტაშის-კარის გარდა, სადაც ექიმი არ ჰყავთ, ხოლო ექთანი პერიოდულად 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 აკმაყოფილებს სტანდარტს. ზოგან არ აქვთ სამედიცინო იზოლატორი და სველი წერტილები (კოფორი, ტაშისკარი, „მომავლის სახლი“, დუშეთი, რუსთავი). ხშირ შემთხვევაში, ავადმყოფი ბავშვებისათვის განკუთვნილი იზოლატორი განთავსებულია სამედიცინო კაბინეტის მიმდებარედ, თუმცა ავარიულ მდგომარეობაში, სარემონტო და კეთილმოწყობელია, 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 წესის განსაზღვრის შესახებ“.

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

სამედიცინო კაბინეტები არაა აღჭურვილი აუცილებელი ინვენტარით (სიმალის საზომი, სასწორი, წნევის აპარატი, თერმომეტრი და სხვა), თუმცა აქვთ ინჰალატორები (თბილისის ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულება, კოჯორი). გადაუდებელი დახმარებისათვის სრულყოფილი შოკის კარადა არცერთ სააღმზრდელო დაწესებულებაში არ არის, ზოგიერთ დაწესებულებაში აქვთ შოკის საწინააღმდეგო საშუალებები („მომავლის სახლი“, ზუგდიდის, კოჯორის, 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 ბენეფიციართა საჭიროების გათვალისწინებით.

სამედიცინო დოკუმენტაცია

თითქმის არცერთ დაწესებულებაში სამედიცინო ჩანაწერები არ არის სრულყოფილი, საექიმო საქმიანობის წარმოება არ ხდება „საექიმო საქმიანობის 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 ეწინააღმდეგება „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 (კოჯორი, „სათნოება“, წყნეთი, საგურამოს სააღმზრდელო დაწესებულება, კაჭრეთის №2 სკოლა, ქუთაისის №44 სკოლა, წალენჯიხის სააღმზრდელო დაწესებულება) – არ ხორციელდება შესაბამისი ჩანაწერები ჯანმრთელობის გაუარესების, ტრავმის ან სხვა რაიმე მწვავე მდგომარეობის დროს.

საკვების შემონმების ჟურნალები სრულყოფილად არ არის ნაწარმოები, ბევრგან საერთოდ არ აქვთ ასეთი შინაარსის ჟურნალი. მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში იყო ნაწახი სანიტარიული შემონმებისა და დატილიანების ჟურნალები, რომლებშიც აღრიცხულია პროფილაქტიკურ-პრევენციული ღონისძიებები. ზოგან, ასეთი ჟურნალების არსებობის შემთხვევაში, მათი წარმოება ატარებს ფორმალურ ხასიათს.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი უნდა ახორციელებდეს ინფექციებზე კონტროლს და აწარმოებდეს ინფექციური დაავადების აღრიცხვის ჟურნალს (ფ. 60/ა), რაც ნაწახი იქნა მხოლოდ ორ შემთხვევაში (წყნეთი, „სათნოება“), სხვაგან ამგვარი ჟურნალი 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 (ა)

მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

მედიკამენტებით ძირითადად ყველა დაწესებულება უზრუნველყოფილია. ზოგან დამატებით ჰქონდათ ჰუმანიტარული დახმარების სახით მიღებული მედიკამენტების დიდი ჩამონათვალი (კოჯრის, ზუგდიდის საალმზრდელ დაწესებულებები, „მომავლის სახლი“). თუმცა იყო დაწესებულებები, რომლებიც გამოირჩეოდნენ მედიკამენტების მწირი მარაგით (სურამის, ტაშისკარის, დუშეთის საალმზრდელ დაწესებულებები). ზოგან დაფიქსირდა ვადაგასული მედიკამენტებიც (ბათუმის, ლაგოდეხის, სურამის, თბილისის საალმზრდელ დაწესებულებები, კაჭრეთის №2 სკოლა) წამლების აღრიცხვის და გაცემის ჟურნალების წარმოება თითქმის ყველა დაწესებულებაში ხდება, თუმცა საჭიროებს უნფიცირებულ ფორმაში მოქცევას.

პრობლემები სამედიცინო მომსახურების სფეროში

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

ყველა ბავშვთა საალმზრდელ 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 ხშირია ბავშვებში ჭიებით ინვაზია. ექიმების გადმოცემით, დაავადების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა არ არის გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ვაუჩერით.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვებისთვის შესაბამისი სტატუსის მინიჭება

მონიტორინგის ჯგუფის მიერ დაფიქსირდა, რომ თითქმის ყველა საალმზრდელ დაწესებულებაში იმყოფებიან ბავშვებს ისეთი სომატური დიაგნოზებით, რომლებიც ითხოვს დამატებით შესწავლას და საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსის დადგენას. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში (საგურამო, კოჯორი, თბილისის საალმზრდელ დაწესებულება, „მომავლის სახლი“), ბავშვებს ჩატარებული აქვთ პროფილაქტიკური გასინჯვები (ბავშვთა მე-2 საავადმყოფოს, საგურამოს საავადმყოფოს სპეციალისტთა ჯგუფის მიერ), რის საფუძველზეც ასეთი ბავშვები ჯანმრთელად არიან მიჩნეულნი. ყოველივე ზემოაღნიშნული მიუთითებს, რომ არასრულყოფილად ტარდება შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა რეგისტრაცია და დარღვეულია რეალური სტატისტიკის ობიექტურობა.

უნდა აღინიშნოს, რომ ბავშვები წარმოადგენენ განსაკუთრებულ მონყვლად კატეგორიას და მზრუნველობამოკლებულ საალმზრდელ დაწესებულებებში მათი მოხვედრის უზშირესი მიზეზი სწორედ ეკონომიური სიდუხჭირე და სიღარიბეა. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, ბავშვების იმ კატეგორიას მაინც, რომლებიც იმყოფებიან არასპეციალური ტიპის საალმზრდელ დაწესებულებებში და აქვთ ისეთი დაავადებების კლინიკური გამოვლინებები, რომლებიც ექვემდებარება სტატუსის განსაზღვრას, მიენიჭოთ სტატუსი და დაენიშნოთ პენსია.

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

- უზრუნველყოს საალმზრდელ დაწესებულებების დაკომპლექტება შესაბამისი რაოდენობისა და კვალიფიკაციის სამედიცინო პერსონალით.
- უზრუნველყოს ბავშვთა საალმზრდელ დაწესებულების აღსაზრდელთათვის სადაზღვევო



ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობების გაფართოება, მათ შორის, დაწესებულების აღსაზრდელობის სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა.

- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვების ჯანმრთელობაზე კონტროლის სისტემის გაუმჯობესება და პროფილაქტიკური გასინჯვების რეგულარულად ჩატარება, ასევე, ბავშვების ჯანმრთელობის რეალური შეფასება და დაავადებათა დიგნოსტიკა შესაბამისი შშმ სტატუსის განსაზღვრის მიზნით.

კვების ორგანიზება ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში

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

მონიტორინგის ჩატარებისას ყურადღება გამახვილდა არამარტო მენიუ-განრიგებით გათვალისწინებული საკვების რაოდენობასა და მრავალფეროვნებაზე, არამედ კვების ბლოკსა და სასადილოში 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 დამატებით 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 ზომისაა და სარემონტო). მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაში სამზარეულოში არის დამონტაჟებული გამწოვი, რომელიც მუშა მდგომარეობაშია (წყნეთი, სალხინო, დუშეთი). დანარჩენ შემთხვევაში ხდება სამზარეულოების მხოლოდ ბუნებრივი ვენტილაცია.

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

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

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

საკვების მენიუ-განაწილება

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

⁷⁹ ბავშვზე ზრუნვის სტანდარტი – 10

ნალენჯიხა, ქუთაისი). საკუჭნაოში არსებულ მაცივარში ნანახი იქნა გახსნილი ტომატის ქილა, რომელიც თავლია იყო დატოვებული, აქვე დაფიქსირდა გაფუჭებული ბოსტნეული („სათნოება“), რაც არ იყო დაფიქსირებული საკვები პროდუქტების წუნდების ჟურნალში. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ კვების ბლოკზე პასუხისმგებელმა პირმა არ იცოდა ასეთი ჟურნალის 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 საკვებ ინგრედიენტებზე ყოველდღიურ მოთხოვნების (ნორმების) შესახებ და სტანდარტულ ასაკობრივ მენიუ-განაწილებებს.

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

- უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებებში კვებაზე პასუხისმგებელ პირთა ინფორმირება და გადამზადება, სტანდარტული ასაკობრივი მენიუების შემუშავება სხვადასხვა ტიპის სააღმზრდელო დაწესებულებებისათვის.
- ასევე, ზედამხედველობა განახორციელოს ბავშვთა სააღმზრდელო 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, სააღმზრდელო დაწესებულებებში აღმზრდელობითი პროცესის გაუმჯობესების მიზნით, პედაგოგთა გადამზადება, ასევე, სააღმზრდელო გეგმების გადახედვა ბავშვთა საჭიროებებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით;
- განსაკუთრებული ყურადღება დაუთმონ და შესაბამისი ღონისძიებები გაატარონ 18 წელს მიღწეული ახალგაზრდების პროფესიული-უმაღლესი განათლებისა და შემდგომი დასაქმების ხელშეწყობის მიზნით.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს:

- მომზადდეს სააღმზრდელო დაწესებულებების ქცევის კოდექსი, რომლითაც რეგლამენტირებული იქნება სააღმზრდელო დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალის და ბენეფიციარების უფლება-მოვალეობები წამების, არაჰუმანური, არაადამიანური მოპყრობისა და ძალადობის პრევენციის მიზნით;
- შემუშავდეს და დაინერგოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ერთიანი მონიტორინგის სისტემა ძალადობისა და არაჰუმანური მოპყრობის წინააღმდეგ;
- ბავშვზე ზრუნვის პროგრამის ფარგლებში მოხდეს ბავშვებზე ძალადობის პრევენციის ხელშეწყობის ქვეპროგრამის ფოკუსირება ბავშვთა სააღმზრდელო 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 სააღმზრდელო დაწესებულებებში.

განხორციელოს 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 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.

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

- უზრუნველყოს პედაგოგ-აღმზრდელო 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;
- დაწერგოს შემთხვევის მართვის პრაქტიკა და მულტიდისციპლინური მიდგომა;
- უზრუნველყოს აღსაზრდელო 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 ბიბლიოთეკების 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 ინსტიტუტებში სამუშაოდ შესაბამისი ანაზღაურებით; ინსტიტუტებში შემთხვევის მართვის პრაქტიკისა და მულტიდისციპლინარული მიდგომის დაწერგვა 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 ბენეფიციართა ტელეფონით სარგებლობის ხელმისაწვდომობა ნებისმიერ დროს და პირადი საუბრების კონფიდენციალურობა;
- ადგილობრივი თვითმმართველობის უწყებებთან თანამშრომლობის გზით უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებებიდან აღსაზრდელო ტრანსპორტირება სკოლამდე და უკან, ასევე, ბავშვების დამოუკიდებლად ოჯახში მგზავრობისას მათი გადაადგილება ავტოსადგურამდე;
- გააკონტროლოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების ტერიტორიაზე ხანძარსა და სხვა საფრთხის უსაფრთხოების კუთხის გამართულობა და სათანადო აღჭურვილობა; ასევე, პერსონალის ინფორმირება ხანძრის პრევენციისა და ხანძარსა და სხვა საფრთხის აღმართვის შესახებ;
- უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებების კომუნალური სისტემების გამართულობა და სადებიზინფექციო სამუშაოების რეგულარობის კონტროლი;
- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში საძილე ოთახების მოწყობა და ჰიგიენური პირობების დაკმაყოფილება ასევე საჭირო რაოდენობის, ასაკისა და სეზონის

სსიპ
შეზღუდული
შესაძლებლობის
მქონე პირთა,
ხანდაზმულთა
და მზრუნველობა-
მოკლებულ ბავშვთა
მომსახურების
სააგენტოს
უფროსს

შესაბამისი ტანსაცმლისა და ფეხსაცმლის, სათამაშოების, ინვენტარის მიწოდებაზე კონტროლი ბავშვთა სურვილებისა და აზრის გათვალისწინებით;

- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ექიმების შერჩევა და დანიშვნა კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად;
- ბავშვზე ზრუნვის პროგრამის ფარგლებში უზრუნველყოს ბავშვთა დაწესებულებების სამედიცინო 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 დაწესებულების აღსაზრდელთათვის სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობების გაფართოება, მათ შორის, დაწესებულების აღსაზრდელთათვის სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმისაწვდომობა;
- უზრუნველყოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში ბავშვების ჯანმრთელობაზე კონტროლის სისტემის გაუმჯობესება და პროფილაქტიკური გასინჯვების რეგულარულად ჩატარება, ასევე, ბავშვების ჯანმრთელობის რეალური შეფასება და დაავადებათა დიაგნოსტიკა შესაბამისი შშმ სტატუსის განსაზღვრის მიზნით;
- უზრუნველყოს სააღმზრდელო დაწესებულებებში კვებაზე პასუხისმგებელ პირთა ინფორმირება და გადამზადება, სტანდარტული ასაკობრივი მენიუების შემუშავება სხვადასხვა ტიპის სააღმზრდელო დაწესებულებებისათვის. ასევე, ზედამხედველობა განახორციელოს ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებების კვების ბლოკის სანიტარიულ-ჰიგიენური მოთხოვნების დაცვასა და საკვების მომზადების უსაფრთხოებაზე;