პატიმრობის პირობების გავლენა პატიმართა ჯანმრთელობაზე

2018

პუბლიკაცია მომზადებულია ფონდის „ღია საზოგადოება – საქართველო“ ფინანსური მხარდაჭერით.

ავტორის/ავტორების მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდ "ღია საზოგადოება-საქართველოს" პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

საქართველოს
სახალხო დამცველი

OPEN SOCIETY GEORGIA FOUNDATION
ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო

სარჩევი

1. შესავალი 5

2. ზოგადი მიმოხილვა 7

3. მეთოდოლოგია 20

4. პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა 23

4.1. პენიტენციური ჯანდაცვის ორგანიზაციული ასპექტები, სამართლებრივი ჩარჩო და მიმდინარე რეფორმა 23

4.2. პენიტენციური დაწესებულებების სამედიცინო ინფრასტრუქტურა და სამედიცინო აღჭურვილობა 27

4.3. ადამიანური რესურსი 32

4.4. სამედიცინო მომსახურება 38

4.4.1. პირველადი ჯანდაცვა 38

4.4.2. დაწესებულების მედიკამენტებით უზრუნველყოფა 40

4.4.3. ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაციები 42

4.4.4. სამედიცინო რეფერალი 45

4.4.5. სამედიცინო კონფიდენციალურობა 49

4.4.6. სამედიცინო მომსახურებით პატიმართა ზოგადი კმაყოფილება 52

4.5 პატიმართა ჯანმრთელობა 55

4.5.1. არაგადამდები დაავადებები 55

4.5.2. გადამდები დაავადებები 63

4.5.3. ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები, სუიციდი, თვითდაზიანება 70

5. ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორები 88

5.1. ზოგიერთი სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებელი, როგორც რისკ-ფაქტორი 88

5.2. ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული მედიკამენტების, ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება, როგორც რისკ-ფაქტორი 90

5.2.1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება 90

5.2.2. ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოხმარება 93

5.2.3. ალკოჰოლის მოხმარება 93

5.2.4. თამბაქოს მოხმარება 95

5.3. ჯანდაცვის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა და სერვისების ხელმიუწვდომლობა, როგორც რისკ-ფაქტორი 106

5.4. პატიმრობის პირობები 112

5.4.1. ფიზიკური გარემო და სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა 113

5.4.2. დღის აქტივობები და რეაბილიტაცია 118

5.5. ძალადობრივი გარემო, როგორც რისკ-ფაქტორი 126

5.6. პატიმრობის ხანგრძლივობა, როგორც რისკ-ფაქტორი 128

1. შესავალი

პენიტენციური ჯანდაცვა წლების განმავლობაში ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევად რჩება. ამ კუთხით წარსულში არსებული მწვავე პრობლემების შესახებ საუბარია საქართველოს სახალხო დამცველის არაერთ ანგარიშში.[1] 2013 წლიდან პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა, რაც მისასალმებელია. სწორედ ამ ძალისხმევის შედეგების შეფასებისა და სისტემის შემდგომი განვითარების პერსპექტივის იდენტიფიცირების კუთხით, სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს გაუჩნდა კომპლექსური, თემატური კვლევის განხორციელების იდეა.[2]

ვინაიდან სპეციალური პრევენციული ჯგუფი რეგულარული პრევენციული ვიზიტების ფარგლებში, სხვა საკითხებთან ერთად, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის საკითხსაც სწავლობდა, არსებობდა საჭიროება, რომ პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა თვისებრივად ახალი მეთოდოლოგიით ყოფილიყო შესწავლილი. შესაბამისად, კვლევის მეთოდოლოგია ფოკუსირდა არა მხოლოდ პატიმრისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდების საკითხზე, არამედ დაეფუძნა ჯანმრთელობის უფლების უფრო ფართო განმარტებას. ძირითად საკვლევ საკითხად განისაზღვრა პატიმრობის პირობების ზეგავლენა პატიმართა ჯანმრთელობაზე, ხოლო მთავარ ამოცანად დაისახა პატიმართა ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორების იდენტიფიცირება. კვლევის მიზნებისთვის პატიმრობის პირობები ფართო ცნებაა და მოიცავს პენიტენციურ დაწესებულებაში ცხოვრების თითქმის ყველა ასპექტს, მათ შორის, მატერიალურ პირობებს, რეჟიმს, ფსიქო-ემოციურ გარემოს, ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას და სამედიცინო მომსახურებას.

კვლევის მნიშვნელოვან კომპონენტს პატიმრების სოციოლოგიური გამოკითხვა წარმოადგენს. რაოდენობრივი კვლევის გზით პატიმართა მაქსიმალური ჩართულობა პენიტენციური ჯანდაცვის უშუალო ბენეფიციარების ხმის უკეთ მოსმენის მიზანს ემსახურებოდა. ცხადია, პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისები სწორედ პატიმრებისთვის იქმნება და საინტერესო იყო მათი კმაყოფილების დონის გაზომვა. ერთ-ერთ საკვლევ საკითხს ასევე წარმოადგენდა სამედიცინო პერსონალი და პროფესიული ეთიკა, რომლის დაცვასაც დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მომსახურების მიწოდების პროცესში.

სოციოლოგიური გამოკითხვის ფარგლებში პატიმრებს დაესვათ კითხვები 2014-2017 წლებში მათი გამოცდილების შესახებ, ხოლო პენიტენციურ დაწესებულებებში ვიზიტები[3] და

---

[1] საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშები ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://www.ombudsman.ge/ge/reports/national-preventive-mechanism-reports

[2] კვლევის პირველადი პროექტი შემუშავებულია საქართველოს სახალხო დამცველის პრევენციის და მონიტორინგის დეპარტამენტის უფროსის, ნიკა კვარაცხელიას მიერ.

[3] პენიტენციური დეპარტამენტის N2, N3, N5, N6, N8, N11, N14, N15 დაწესებულებებში, ასევე N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებასა და N19 ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრში.

სოციოლოგიური გამოკითხვა განხორციელდა 2016 წლის დეკემბრიდან 2017 წლის აპრილამდე.

მონიტორინგის ჯგუფი დაკომპლექტებული იყო მულტიდისციპლინური პრინციპით და შედგებოდა სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებისა[4] და სახალხო დამცველის აპარატის პრევენციისა და მონიტორინგის დეპარტამენტის თანამშრომლებისგან.[5] მონიტორინგის მოსამზადებელ ეტაპზე მონიტორინგის ჯგუფმა სპეციალურად მოწვეული ჯანდაცვის ექსპერტის[6] და სოციოლოგის[7] დახმარებით შეიმუშავა მონიტორინგის მეთოდოლოგია.

ანგარიშის მომზადებაში მონაწილეობას იღებდა ჯანდაცვის ექსპერტი მერაბ ქავთარაძე. წინამდებარე ანგარიშის მომზადებისას სხვა მასალასთან ერთად გამოყენებული იქნა მონიტორინგის ჯგუფის წევრების ტექნიკური ანგარიშები. ვიზიტის დროს მოპოვებული დოკუმენტაცია, ასევე მონიტორინგის ჯგუფის წევრთა ანგარიშები ინახება საქართველოს სახალხო დამცველის აპარატში. ანგარიში შეიცავს მონიტორინგის ჯგუფის ძირითად მიგნებებს და შედგენილია იმგვარად, რომ ინტერვიუს კონფიდენციალური ხასიათიდან გამომდინარე, არ მოხდეს რესპონდენტთა იდენტიფიცირება.

მონიტორინგის პროცესში ჯგუფის წევრებმა დაათვალიერეს პენიტენციური დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და კონფიდენციალურ ვითარებაში გაესაუბრნენ დაწესებულებებში მყოფ პატიმრებს. ჯგუფის წევრები ასევე გაესაუბრნენ დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლებს, სამედიცინო პერსონალს, დაწესებულებების ფსიქოლოგებს, სოციალურ მუშაკებს. მონიტორინგის პროცესში შემოწმდა დაწესებულებებში წარმოებული დოკუმენტაცია, სამედიცინო ბარათები და ჟურნალები.

ვიზიტის მიმდინარეობის დროს მონიტორინგის ჯგუფის წევრები დაუბრკოლებლად გადაადგილდებოდნენ პენიტენციური დაწესებულებების ტერიტორიაზე და ადმინისტრაციის მხრიდან მონიტორინგისთვის ხელის შეშლას ადგილი არ ჰქონია. დაწესებულებების პერსონალის მიერ წარმოდგენილი იქნა მონიტორინგის ჯგუფის მიერ მოთხოვნილი ინფორმაცია და დოკუმენტაცია.

---

[4] თეა ფანჩულიძე, ნანა იდაძე, თეიმურაზ რეხვიაშვილი, ეკა ქობესაშვილი, იზოლდა შენგელია, კახაბერ გოგაშვილი, მაია ცირამუა, კახა ღვინიანიძე, ეკატერინე დარსანია, ნათია წერეთელი, ქეთევან გელაშვილი, მერაბ ქავთარაძე, ნინო დემეტრაშვილი, ირმა მანჯავიძე, ინდირა გვარმიანი, შორენა ღუდუშაური, ხათუნა ბაგრატიონი, მაია არჩვაძე, მახარე მერებაშვილი, ლალი წულეისკირი, ნათია გოგოლაშვილი, რუსუდან მანგოშვილი, ოლღა კალინა, ქეთევან ომიაძე, თამარ ავალიანი, თინათინ ამირეჯიბი, ნესტან ლონდარიძე და სოფია ნემსიწვერიძე.

[5] ნიკა კვარაცხელია, დანიელ მგელიაშვილი, ხატია ხელაძე, ლევან ბეგიაშვილი, მერი სამსონია.

[6] ჯანდაცვის ექსპერტი მერაბ ქავთარაძე.

[7] სოციოლოგი იაგო კაჭკაჭიშვილი.

2. ზოგადი მიმოხილვა

წინამდებარე ანგარიში დაყოფილია ორ ძირითად ნაწილად. პირველი ნაწილი მიმოიხილავს პენიტენციური ჯანდაცვის არსებულ სისტემას, მის ორგანიზაციულ ასპექტებს, არსებულ ადამიანურ და ინფრასტრუქტურულ რესურსებს, დაავადებათა ინციდენტობასა და პრევალენტობას. ამ ნაწილში საუბარია მიღწევებზე და არსებულ გამოწვევებზე, ასევე კონკრეტული პრობლემების მოგვარების გზებზე.

ანგარიშის მეორე ნაწილი შეეხება პატიმართა ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორებს და მოიცავს ამ რისკ ფაქტორების აღმოფხვრისკენ მიმართულ რეკომენდაციებს. ანგარიშის ორივე ნაწილი ლოგიკურ კავშირშია ერთმანეთთან და თითოეულ ნაწილში მიმოხილული საკითხები ურთიერთზემოქმედებენ. პირველი ნაწილი წარმოაჩენს პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ამჟამინდელ მდგომარეობას, ხოლო მეორე ნაწილში, ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორებზე მსჯელობით აქცენტი კეთდება პრევენციულ ჯანდაცვაზე, დაავადებათა პრევენციაზე და შემოთავაზებულია დამკვიდრებული სამკურნალო მოდელის პრევენციული მიდგომით თანდათან ჩანაცვლების პერსპექტივა.

2013 წლის შემდგომ პენიტენციურ სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის კუთხით არსებული მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. პენიტენციურ დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურებას 37 პირველადი ჯანდაცვის გუნდი და 2 სამკურნალო დაწესებულება ეწევა. ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში ფუნქციონირებს წამლების სამარაგო.

პენიტენციური დაწესებულებების საექიმო-სამედიცინო პუნქტების უზრუნველყოფა სამედიცინო აპარატურით, ბოლო წლებში, გაუმჯობესდა. აღსანიშნავია, რომ 2016 წელს საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს და ევროპის საბჭოს შორის გაფორმებული საგრანტო ხელშეკრულების ფარგლებში, სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტს გადაეცა სამედიცინო აპარატურა, რომლითაც დაწესებულებები აღიჭურვა. მიუხედავად ამისა, პრობლემები გვხვდება არსებული აპარატურის ტექნიკური მომსახურების კუთხით. აპარატურის ნაწილი, როგორც მარტივი აღჭურვილობა (მაგალითად, სამედიცინო სასწორი), ასევე რთული სამედიცინო დანადგარები, მწყობრიდან არის გამოსული.

დადებითად უნდა აღინიშნოს პენიტენციურ დაწესებულებებში ცხელი ჰაერის და ორთქლის სტერილიზატორებით, სტერილური ინსტრუმენტების შესანახი სამედიცინო კარადებით, ულტრაბგერითი გამრეცხებითა და სტერილური ინსტრუმენტების შესაფუთი აპარატებით აღჭურვილი სასტერილიზაციო ოთახების მოწყობა. მიუხედავად ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებისა, კვლავ გამოწვევას წარმოადგენს სტანდარტების შესაბამისად სამედიცინო ნარჩენების შესანახი სათავსოების მოწყობის საკითხი, ასევე რენტგენოლოგიური გამოკვლევების ჩასატარებელი სპეციალური ოთახების დაფარვა ბარიტით.

2016 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით, პენიტენციურ სისტემაში 9334 პატიმარი იმყოფებოდა, დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი კი 191 ექიმითა (აქედან 15 მთავარი ექიმი) და 265 ექთნით განისაზღვრებოდა. საექიმო-სამედიცინო პუნქტში მიმართვიანობა მაღალია და შესაბამისად დაწესებულებაში დასაქმებული ექიმები გადატვირთულები არიან. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, განსაკუთრებით მწვავედ დგას ექთნების საკმარისი რაოდენობის უზრუნველყოფის საკითხი.

უკიდურესად მძიმე სამუშაოსა და ბოლო წლების განმავლობაში, ინფლაციური პროცესების მიუხედავად, სამედიცინო პერსონალის ხელფასი არ გაზრდილა, რაც სამუშაო მოტივაციას აქვეითებს. ახალი, კვალიფიციური კადრების მოზიდვის პრობლემურობა დასტურდება რამდენიმე დაწესებულებაში არსებული ვაკანსიებითაც. მაგალითად, N18 დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის დეფიციტია.

უარყოფითად უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებული სხვა თანამშრომლებისგან განსხვავებით, სამედიცინო პერსონალს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის კორპორატიული დაზღვევის პაკეტი, ხოლო სამედიცინო პერსონალის სკრინინგული შემოწმება და დაავადებების ადრეული გამოვლენა ეპიზოდურ ხასიათს ატარებდა. სამინისტროდან მოწოდებული ბოლო ინფორმაციით, სამედიცინო პერსონალის სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებული პრობლემა 2018 წლის იანვრიდან აღმოიფხვრებოდა.

გარკვეული პრობლემები იკვეთება უწყვეტი სამედიცინო განათლების სფეროში. ექიმების პოსტდიპლომურ განათლებაში ქვეყანაში არსებული სისტემური ხარვეზები თავს იჩენს პენიტენციურ სისტემაშიც. სამედიცინო პერსონალისთვის ჩატარებული და ხელმისაწვდომი ტრეინინგები, უმრავლეს შემთხვევაში, პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის და უფლებების დაცვის საკითხებს შეეხება, რაც, თავისთავად, ძალიან მნიშვნელოვანი და მისასალმებელია, მაგრამ ექიმებისთვის და შესაბამისად, პაციენტებისათვის, არანაკლებ მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის მაღალი პროფესიული დონე და კვალიფიკაცია უშუალოდ მათსავე დარგში და დაავადებების მართვა თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად.

დადებითად უნდა აღინიშნოს ის გარემოება, რომ პატიმრების სამედიცინო მომსახურება არ შემოიფარგლება საექიმო-სამედიცინო პუნქტში დასაქმებული ექიმების მომსახურებით. პენიტენციურ დაწესებულებებში პატიმრები, საჭიროების შემთხვევაში, ასევე უზრუნველყოფილი არიან სხვადასხვა პროფილის ექიმ-სპეციალისტთა მომსახურებით. გამოკითხულ პატიმართა გამოკვეთილი უმრავლესობა, პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნის უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში, პირველადი ჯანდაცვის ექიმის, ექთნისა და ექიმი-სტომატოლოგის მომსახურებით სარგებლობდა და ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაცია არ დასჭირვებია. ამათგან, ყველაზე დიდი მოთხოვნა იყო ოფთალმოლოგის (21.8%), ნევროპათოლოგის (18.7%), კარდიოლოგის (18.4%), სტომატოლოგი ორთოპედის

(17%), ექოსკოპისტის (16.6%), ფსიქიატრის (15.8%) და დერმატოვენეროლოგის (15.6%) კონსულტაციაზე.

ჩატარებული გამოკითხვის შედეგების საფუძველზე დგინდება, რომ საკონსულტაციო მომსახურების მიღებამდე მოლოდინის დრო, ე. წ. კონსულტაციების მოცდის პერიოდი დახურული ტიპის დაწესებულებებში, სტატისტიკურად, უფრო მაღალია, ვიდრე ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში. საშუალოდ, მოცდის პერიოდი ამ ტიპის დაწესებულებებში ორნახევარჯერ აღემატებოდა ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებების მონაცემებს.

მისასალმებელია ის ფაქტი, რომ პატიმრებს სამედიცინო მომსახურება შეუძლიათ მიიღონ პენიტენციური დაწესებულების გარეთაც. კვლევის შედეგებიდან ნათლად ჩანს, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებიდან ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, N18 დაწესებულებაში პროცენტულად უფრო მეტი პატიმარი გადაყავთ, ვიდრე დახურული ტიპის დაწესებულებიდან. მსგავსი შედეგებია სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში ნახევრად ღია და დახურული ტიპის დაწესებულებებიდან პატიმართა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებების მიღების მიზნით გადაყვანის კუთხით. გამოკითხვამ ასევე აჩვენა, რომ სამედიცინო რეფერალი უმეტესად სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებებში ხორციელდება, რაც, ჯანდაცვის სერვისების ეკვივალენტობის თვალსაზრისით, დადებით ტენდენციად უნდა მივიჩნიოთ.

გამოკითხულ პატიმართაგან ქალების აბსოლუტური უმრავლესობა (97.4%) ამბობს, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისას მათ ჩაუტარდათ სამედიცინო შემოწმება, მამაკაც პატიმართა 89.7% ასევე ადასტურებს პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო შემოწმების ჩატარებას. გამოკითხულ პატიმართა აბსოლუტური უმრავლესობა აცხადებს, რომ არაგადამდები დაავადებების სკრინინგული გამოკვლევები არ ჩატარებიათ. აღნიშნული ინფორმაცია არც სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრების მიერ ნანახ სამედიცინო ბარათებში იძებნება.

ინფექციურ დაავადებებთან საბრძოლველად, პენიტენციურ სისტემაში სამი მნიშვნელოვანი სახელმწიფო პროგრამა ხორციელდება: ტუბერკულოზის, აივ-ინფექცია/შიდსის და ვირუსული „C“ ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამები. პენიტენციური ჯანდაცვის ერთ-ერთი წარმატებული პროექტია ტუბერკულოზის მართვის პროგრამა, რომელიც ინტეგრირებულია ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამაში. მომსახურება ეკვივალენტურია სამოქალაქო სექტორში არსებულ პროგრამასთან და ყველა გამოკვლევა, მკურნალობის ტაქტიკა და მედიკამენტები სამოქალაქო სექტორში არსებული სტანდარტების ანალოგიურია. ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროცესში უდიდესი როლი შეასრულა პენიტენციურ სისტემაში დანერგილმა ტუბერკულოზის სკრინინგულმა გამოკვლევებმა, რომლებიც სისტემატურად ტარდება. ზოგადად, დადებითი დინამიკის არსებობის ფონზე აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდეს ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმების სკრინინგსა და სრულფასოვანი მკურნალობის მონიტორინგზე.

დადებითად უნდა აღინიშნოს დაწესებულებებში მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის საკითხი. პატიმართა გამოკითხვით დადგინდა, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნის უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში მათი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა სხვადასხვა გზით ხდებოდა. რესპონდენტთა 63,9% მედიკამენტებით უზრუნველყოფის ძირითად წყაროდ პენიტენციურ დაწესებულებას ასახელებს. გამოკითხულ პატიმართა 43% კი აღნიშნავს, რომ ოჯახს მათთვის მედიკამენტები არასოდეს მიუწოდებია. ამასთან, რესპონდენტთა 40%–მდე მიუთითებს, რომ მედიკამენტები დაწესებულებაში არსებულ აფთიაქში არასდროს შეუძენია. პატიმართა მხოლოდ მცირე ნაწილი ყიდულობს მედიკამენტს მხოლოდ აფთიაქში ან/და იღებს ოჯახიდან.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, სომატური ჯანმრთელობის სერვისების განვითარების კუთხით ბოლო წლებში მნიშვნელოვანი პროგრესი დაფიქსირდა, თუმცა, სამწუხაროდ, არსებითი წინსვლა არ ყოფილა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მიმართულებით. ჩატარებული მონიტორინგი ცხადყოფს, რომ ძირითად გამოწვევას წარმოადგენს ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე პატიმართა დროული გამოვლენა, გამწვავებების პრევენცია და ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა. ოჯახის ექიმებს პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის ობიექტურად შესაფასებლად ინსტრუმენტი არ გააჩნიათ. რიგ შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი, პატიმრების მოთხოვნის მიუხედავადაც კი, მიზანშეწონილად არ მიიჩნევს პაციენტის ფსიქიატრთან გადამისამართებას, რადგან მიაჩნიათ, რომ ეს მოთხოვნა ობიექტურად დაუსაბუთებელია.

მონიტორინგის შედეგებზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ პატიმრებისთვის გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები პრაქტიკაში შემდეგი კომპონენტებით შემოიფარგლება: ფსიქიატრის კონსულტაცია და მედიკამენტური მკურნალობა პენიტენციურ დაწესებულებაში; ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ნებაყოფლობით მოთავსება; არანებაყოფლობითი ან იძულებითი ფსიქიატრიული დახმარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (სოფ. ქუტირში). თითოეულ ამ კომპონენტს ახასიათებს მნიშვნელოვანი ხარვეზები, რაც შეუძლებელს ხდის პატიმართათვის ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდებას.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში მოთავსებასთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ რიგ შემთხვევებში ადგილი აქვს შესაბამისი სამართლებრივი პროცედურების გაჭიანურებას (ზოგიერთ შემთხვევაში 9 თვემდეც კი). ამდენად, პატიმრებისთვის სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების დროულად აღმოჩენის უზრუნველსაყოფად, მნიშვნელოვანია გადაიხედოს ეს სამართლებრივი პროცედურები და დამკვიდრებული პრაქტიკა.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს ოფიციალური მონაცემებით, ფსიქიატრიული მომსახურების (ამბულატორია) უტილიზაციის მაჩვენებელმა 2014-2017

წლებში წლიურად, საშუალოდ, 10-11 ათასი შეადგინა, რაც პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებული ფსიქიატრების დიდ დატვირთვაზე მიუთითებს. მონიტორინგის შედეგები ცხადყოფს, რომ პენიტენციურ სისტემაში ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების გასაწევად საჭირო პერსონალის ნაკლებობაა. სისტემაში დასაქმებული ფსიქიატრების რაოდენობა არასაკმარისია. დაწესებულებაში წარმოებულ კონსულტაციების აღრიცხვის ჟურნალებში არსებული ჩანაწერების შემოწმების შედეგად დგინდება, რომ ხშირ შემთხვევაში, დამატებით მოწვეული ფსიქიატრები დღეში 25-30 პატიმარს უწევენ კონსულტაციას. ცხადია, ასეთ პირობებში ფსიქიატრების მომსახურების სათანადო ხარისხი ვერ იქნება უზრუნველყოფილი.

პენიტენციური სისტემის შიგნით სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გასაწევად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პატიმრები ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო (N18) დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში გადაჰყავთ, რომელიც აღმოსავლეთ საქართველოში (თბილისში) მდებარეობს და პრობლემებს ქმნის სერვისის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ფსიქიატრიული შეფასება და დახმარება არ ატარებს მულტიდისციპლინურ (ბიოფსიქოსოციალურ) ხასიათს და მხოლოდ ფსიქიატრიული და ფსიქოლოგიური შეფასებითა და მედიკამენტური მკურნალობით შემოიფარგლება. სამკურნალო დაწესებულების სოციალური მუშაკი ფსიქიატრიული გუნდის წევრი არ არის და ფსიქიატრიული შემთხვევის შეფასებასა და მართვაში არ მონაწილეობს. დაწესებულებას მულტიდისციპლინური ფსიქიატრიული დახმარების, ფსიქოსოციალური ინტერვენციისათვის საჭირო მატერიალური და პროფესიული რესურსები არ გააჩნია. განყოფილებაში კვალიფიციური საშუალო სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობაა . იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობის კუთხით პრობლემებია, და ამავდროულად, არც პაციენტთა სათანადო ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციაა უზრუნველყოფილი, პაციენტები ვერ იღებენ ფსიქიატრიულ დახმარებას, რომელიც დაფუძნებული უნდა იყოს ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე. ასეთ პირობებში, ფსიქიატრიული შემთხვევის მართვა, პრაქტიკულად წარმოუდგენელია.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მიმოხილვის შემდეგ, არსებული პროგრესის ფონზე, საინტერესოა, რამდენად კმაყოფილი არიან პატიმრები მიწოდებული სერვისებით. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოების ექიმებს დადებითად აფასებს პატიმრების 58.9%, მოწვეულ ექიმ-სპეციალისტებს - 53.2%, ხოლო დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს - გამოკითხულთა 52.6%. ამ კუთხით უარყოფითად შეფასდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და N18 დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილების სამედიცინო პერსონალი. პატიმრების კმაყოფილების დონე პენიტენციური

დაწესებულების გარეთ მიღებულ სამედიცინო მომსახურებასთან მიმართებით, ასევე განსხვავდება სქესის,[8] ასაკის[9] და დაწესებულების ტიპის[10] მიხედვით.

რაც შეეხება ნდობის მაჩვენებელს, ეს მონაცემი მაღალია იმ სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ, რომელთა მომსახურებითაც რესპონდენტები, ზოგადად, კმაყოფილები არიან. პენიტენციურ დაწესებულებაში პირველადი ჯანდაცვის პუნქტის მიერ პატიმრებისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ ნდობის ხარისხი განსხვავებულია გამოკითხულ ქალ და კაც პატიმრებში. მდედრობითი სქესის პატიმრების 55.9% ენდობა მათ სერვისს, მაშინ როცა კაცი პატიმრების მხოლოდ 49%-ი გამოხატავს ნდობას. მსგავსი მონაცემებია მოწვეული სპეციალისტების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ ნდობასთან დაკავშირებით.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მნიშვნელოვანია პატიმრებსა და მომსახურების მიმწოდებელ ექიმებს შორის არსებობდეს პაციენტებსა და ექიმებს შორის მიღებული ურთიერთობის ფორმა. დადგენილია, რომ საუკეთესო ეფექტის მისაღწევად ექიმსა და პაციენტს შორის საჭიროა დამყარდეს დადებითი თერაპიული ურთიერთობები. ასეთი ურთიერთობების ჩამოყალიბებაზე ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება პატიმრების მიმართ და ასევე, თავის მხრივ, პატიმრების ნდობა სამედიცინო პერსონალისადმი. აუცილებელია სამედიცინო პერსონალი განუხრელად ასრულებდეს პროფესიული ეთიკის მოთხოვნებს. ამ კუთხით, მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება სამედიცინო კონფიდენციალურობის დაცვის საკითხი. სამწუხაროდ, კვლავ არის პრაქტიკა, როდესაც ექიმთან პატიმრის შეხვედრას პატიმრის თანხმობის გარეშე მესამე პირები ესწრებიან.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, მაღალია სამედიცინო პერსონალის დატვირთვა, ასევე მაღალია სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის მაჩვენებელი, რაც მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება სისტემას. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს საიტზე არსებული სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზი ცხადყოფს, რომ პენიტენციურ სისტემაში არაგადამდებ დაავადებათა პრევალენტობის დინამიკა ბოლო წლებში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა სამოქალაქო სექტორში დაავადებათა პრევალენტობის მაჩვენებლებთან შედარებით, უფრო მცირეა.[11] ოფიციალური სტატისტიკის თანახმად, პენიტენციურ

---

[8] გამოკითხული ქალი პატიმრების 31.4% კმაყოფილია მიღებული სამედიცინო მომსახურებით, მამაკაცი პატიმრების კი 15.6%.

[9] 45 წლის და უფრო ნაკლები ასაკის პატიმრების 15% გამოხატავდა კმაყოფილებას, 46 წლის და მეტი ასაკის პატიმრების - 25.1 %.

[10] ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში პატიმრების 73.9%-ია კმაყოფილი ამ მომსახურებით, ხოლო დახურული ტიპის დაწესებულების შემთხვევაში – 52.6%.

[11] აღსანიშნავია, რომ სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროში სამედიცინო სტატისტიკა ხარვეზებით იწარმოება, რაც სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების და დაავადებათა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული პრობლემებით არის გამოწვეული.

სისტემაში მხოლოდ კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ავადმყოფობები და ძვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები სჭარბობს ქვეყანაში ფიქსირებულ პრევალენტობის მაჩვენებელს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის კვლევის ფარგლებში, ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასების კითხვარის ანალიზმა ოფიციალური სტატისტიკისაგან განსხვავებული ტენდენციები გამოავლინა, . ყველაზე უფრო ხშირად გავრცელებულ დაავადებებსა და ჩივილებს შორის, პატიმრებმა მიუთითეს პრობლემებზე, რომლებიც დაკავშირებულია საჭმლის მომნელებელ, გულ-სისხლძარღვთა, თვალის, ძვალ-კუნთოვან და შარდ–სასქესო სისტემებთან (პატიმართა 21.7% – 15.4%).

ასევე, პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასების კითხვარის მონაცემების მიხედვით, არაგადამდები დაავადებების ავადობის მაჩვენებელი (პრევალენტობა) პენიტენციურ სისტემაში უფრო მაღალია, ვიდრე ამის შესახებ ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებშია მითითებული და აღემატება სამოქალაქო ამბულატორიულ სექტორში რეგისტრირებულ დაავადებათა რაოდენობას. ასე მაგალითად, არტერიული ჰიპერტენზიის პრევალენტობის ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები პატიმრების გამოკითხვის შედეგად მიღებულ მონაცემებზე დაბალია. პატიმრების 35.4% მაღალ არტერიულ წნევას უჩივის, პატიმრების ნახევარზე მეტს (18.6%) რეგურალურად აწუხებს მაღალი წნევა. განსაკუთრებით მაღალია ეს მაჩვენებელი გამოკითხულ ქალ პატიმრებს შორის. ნორმოტონია აღენიშნება გამოკითხული პატიმრების მხოლოდ 40.3%-ს, 30.5%-ს რეგულარულად აწუხებს ჰიპერტენზია, ხოლო 26.0%-ს არტერიული წნევის ეპიზოდური მომატება აღენიშნება. აქვე უნდა ითქვას, რომ სამწუხაროდ, იმ ფონზე, როდესაც ქალ პატიმართა 49.6% და კაც პატიმართა 36.8%-ს აღენიშნება ჭარბი წონა და სიმსუქნე, სკრინინგის ისეთი მარტივი მაჩვენებელი, როგორიცაა სხეულის მასის ინდექსი, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ შესწავლილ სამედიცინო ბარათებში არ იყო მითითებული.

2014-2017 წლების ოფიციალური მონაცემებით, საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის პრევალენტობას ზრდის ტენდენცია ახასიათებს და მკვეთრად აღემატება ანალოგიურ მონაცემებს სამოქალაქო სექტორში. თუ სამოქალაქო სექტორში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის პრევალენტობა 2015 წლის მონაცემებით 2682.5-ს შეადგენდა, პენიტენციურ სისტემაში იმავე პერიოდში ეს მაჩვენებელი 9056.4-ს აღწევდა. აქვე, სამართლიანობა მოითხოვს აღინიშნოს, რომ პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების პრევალენტობის ზრდა შესაძლებელია სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების სისტემის გაუმჯობესებითაც იყოს განპირობებული, ხოლო სამოქალაქო სექტორში პრევალენტობის მონაცემებთან შედარება, შესაძლოა არ იძლეოდეს რეალურ სურათს, ვინაიდან სამოქალაქო სექტორში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გამოვლენა დიდ გამოწვევას წარმოადგენს.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, პენიტენციურ დაწესებულებებში ფსიქიკური და

ქცევითი აშლილობების მქონე პატიმართა რაოდენობა 2015 წლის დეკემბრისთვის 1 031 იყო, ხოლო 2016 წლის დეკემბრისთვის - 1079. რაც შეეხება სოციოლოგიური კვლევის შედეგებს, ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხულ მამაკაც პატიმართა 26%-ს და ქალ პატიმართა 27.7%-ს ესაჭიროება ექიმ ფსიქიატრის კონსულტაცია. დახურული ტიპის დაწესებულებებში (კვლევის მიზნებისთვის ასევე მოიცავს განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებას) - ეს რიცხვი, შესაბამისად, 35%-ს და 38.3%-ს შეადგენს. სკრინინგის მონაცემების მიხედვით, ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია ბრალდებულ ქალთა შორის - 46.8 %. აღსანიშნავია, რომ ბრალდებულ და მსჯავრდებულ მამაკაცებს შორის განსხვავება სკრინინგის ამ ინსტრუმენტით არ გამოვლენილა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ადაპტაციის პერიოდი პატიმრობის საწყის ეტაპზე შესაძლებელია ქალებში უფრო რთულად მიმდინარეობდეს. აღნიშნულის გამომწვევი ფაქტორები შეიძლება იყოს პატიმარი ქალების პატიმრობამდე პერიოდის ანამნეზში სექსუალური ან ოჯახში ძალადობიდან გამომდინარე მიღებული ფსიქოლოგიური ტრავმები, ასევე ასევე შვილებთან განშორებით მიღებული ტანჯვა. პატიმართა ეს ჯგუფი სამედიცინო პერსონალის, კერძოდ, ფსიქიატრის და ფსიქოლოგის გაძლიერებულ ყურადღებას საჭიროებს. ასევე განსაკუთრებული დაკვირვების ქვეშ უნდა იყვნენ 35 წლამდე ასაკის ქალები, რომელთა 41.7% ექიმ-ფსიქიატრის კონსულტაციას საჭიროებს.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან ნათლად ჩანს, რომ პენიტენციურ დაწესებულებებში სომატური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გავრცელების მაჩვენებელი მაღალია და შესაბამისად, პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა მზარდია. წინამდებარე კვლევის ანგარიშის მიზანს წარმოადგენს პატიმრობის პირობების პატიმართა ჯანმრთელობაზე გავლენის შეფასება და პატიმართა ჯანმრთელობის ძირითადი რისკ ფაქტორების გამოვლენა. რისკ ფაქტორების იდენტიფიცირება და მათი აღმოფხვრისაკენ მიმართული ზომების მიღება პენიტენციურ სისტემას საშუალებას მისცემს პენიტენციურ დაწესებულებებში შექმნას ჯანსაღი გარემო და მოახდინოს დაავადებათა პრევენცია, რაც თავის მხრივ, შეამცირებს პატიმართა მკურნალობის მიზნით სახელმწიფოს მიერ გაწეულ ხარჯებს.

რისკ ფაქტორებზე მსჯელობის დასაწყისშივე აუცილებლად უნდა აღინიშნოს ის ფაქტი, რომ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, პატიმრების გარკვეულ ნაწილს პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებამდეც გააჩნდათ სომატური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, რაც ხშირ შემთხვევაში, არაჯანსაღი ცხოვრების წესს უკავშირდება. კვლევამ ასევე გამოავლინა რამდენიმე სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებელი, რომელიც შეიძლება ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორად მივიჩნიოთ. ასეთ რისკ ფაქტორებს მიეკუთვნება განათლების დაბალი დონე, სიღარიბე და წარსულში კანონთან კონფლიქტში ყოფნა.

კვლევის შედეგების თანახმად, დაპატიმრებამდე ჯანმრთელობის გავრცელებულ რისკ ფაქტორს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება წარმოადგენს. გამოკითხულ პატიმართა

დაახლოებით ერთი მესამედი - 30,5% (მამაკაცების 34.7% და ქალების 9.1%) აღნიშნავს, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოხვედრამდე სხვადასხვა ჯგუფის ნარკოტიკულ/ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს მოიხმარდა. მომხმარებელთა ძირითადი ნაწილი, დაახლოებით სამი მეოთხედი, იღებდა კანაფის და ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკულ ნივთიერებებს (შესაბამისად, 74.7% და 74.1%), ხოლო თვითნაკეთი სტიმულატორების და ექსტაზის მომხმარებელი იყო შესაბამისად 26.5% და 21.8%. „ელესდეს", „ამფეტამინის", „კოკაინის" და „ბიოს" მოხმარების ფაქტებს ადასტურებენ ერთეულ შემთხვევებში. შემაშფოთებელია ის გარემოება, რომ მომხმარებელთა ნაწილი - დაახლოებით 30%, კანაფის და, განსაკუთრებით, ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკულ ნივთიერებებს პენიტენციურ დაწესებულებაში მოხვედრამდე ხშირად (ყოველდღე ან კვირაში რამდენჯერმე) მოიხმარდა. თვითნაკეთი სტიმულატორების მომხმარებლებში ეს რიცხვი 7.2%-ს აღწევდა, ხოლო სხვა ჯგუფის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებას ეპიზოდური ხასიათი ჰქონდა.

ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორს ასევე წარმოადგენს ფსიქოტროპული ნივთიერებების მოხმარება. გამოკითხვის ჩატარების მომენტში ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს იღებდა პატიმართა 38.6%, მათგან 16.9%-ს აღნიშნული მედიკამენტების მიღება დაწყებული ჰქონდა ჯერ კიდევ დაპატიმრებამდე, ხოლო 21.7%-ს აღნიშნული ჯგუფის მედიკამენტები პატიმრობის პერიოდში დაენიშნა. ამას თუ იმ პატიმართა რაოდენობასაც დავამატებთ, რომლებსაც დანიშნული ჰქონდათ ფსიქოტროპული მედიკამენტები, მაგრამ ამ ეტაპზე აღარ ღებულობენ და ასეთია გამოკითხულთა 39.1%, შემაშფოთებელ ციფრს მივიღებთ - პატიმართა 77.7%-ს პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნისას რაღაც ეტაპზე დანიშნული ჰქონდა ფსიქოტროპული მედიკამენტები.

ჩატარებული კვლევის თანახმად, პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებამდე ალკოჰოლურ სასმელებს მოიხმარდა გამოკითხულ პატიმართა 56.8%, მამაკაც პატიმართა - 62.6%, ხოლო ქალ პატიმართა - 26.8%. დაპატიმრებამდე პატიმარ მამაკაცთა 23.1% ჭარბად მოიხმარდა მაგარ სასმელებს, რომლებშიც ალკოჰოლის შემცველობა 40%-ს აღემატებოდა, მათ შორის 7.9% ასეთ სასმელს მოიხმარდა ყოველდღიურად, ხოლო 15.2% - კვირაში რამდენჯერმე. ქალ პატიმართა შორის აღნიშნული მაჩვენებელი 21.5%-ს შეადგენდა. 4.8% ყოველდღიურად მოიხმარდა მაგარ სასმელებს, ხოლო 16.7% - კვირაში რამდენჯერმე. ამასთან, პატიმარ მამაკაცთა 21.3% ჭარბად მოიხმარდა ღვინოს (მათ შორის 4.9% - ყოველდღიურად, ხოლო 16.4% კვირაში რამდენჯერმე). ქალ პატიმართა შორის აღნიშნული მაჩვენებელი 14.6%-ს შეადგენდა (მათ შორის 2.4% ყოველდღიურად, ხოლო 12.2% კვირაში რამდენჯერმე).

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს თამბაქოს მოხმარება. გამოკითხულ პატიმართა შორის თამბაქოს მწეველთა ხვედრითი წილი 75.3%-ია. თამბაქოს ეწევა მამაკაცთა 79.1%, ხოლო ქალ პატიმართა - 55.6%. აღსანიშნავია, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსების შემდეგ მოწევას თავი დაანება გამოკითხულ პატიმართა დაახლოებით 6%-მა. გამოკითხულ პატიმართა 13.8%, რომელიც არ მოიხმარს

თამბაქოს, საკანში მოთავსებულია მწეველებთან ერთად, მათგან 43.1%-ს აწუხებს თამბაქოს კვამლი. თუ საკანში თამბაქოს მოხმარება ძალიან შემაწუხებელია პრაქტიკულად ჯანმრთელი პატიმრების 8.9%-ისთვის, საკნებში თამბაქოს კვამლი განსაკუთრებით შემაწუხებელია სხვადასხვა დაავადების მქონე პატიმრებისათვის და მათი რიცხვი დაავადების სახიდან გამომდინარე, 13.9%-დან 28.4%-მდე მერყეობს.

კვლევის ფარგლებში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო კვების საკითხს, ვინაიდან არასწორ კვებას შეუძლია არსებითი ზიანი მიაყენოს ადამიანის ჯანმრთელობას. აღმოჩნდა, რომ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ გამოკითხული პატიმრების უმრავლესობა ყოველკვირეულ მენიუში შემავალ ყველა პროდუქტს იღებს, თუმცა, პატიმრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათი რაოდენობა და ხარისხი ყოველთვის არ შეესაბამება დადგენილ ნორმებს. პატიმრები ყველაზე ხშირად ხილის (22.8%), ხორცის (16.9%) და თევზის (15.1%) ნაკლებობაზე მიუთითებენ. რაციონში მცირედ არის წარმოდგენილი ბოსტნეული ცოცხალი სახით. კითხვაზე - არსებობს თუ არა საკვები, რომელიც გჭირდებათ და დაწესებულებაში ხელი არ მიგიწვდებათ - პატიმართა 17.9% პასუხობს დადებითად. ყველაზე ხშირად ასეთი პროდუქტებიდან მითითებულია ხილი და თაფლი.

ჩატარებულმა კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ პატიმართა ჯანდაცვის სერვისების შესახებ ინფორმირებულობის ხარისხი გავლენას ახდენს პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებაზე და მის დინამიკაზე. ის პატიმრები, რომლებიც ფიქრობდნენ, რომ სრულყოფილად იყვნენ ინფორმირებული პენიტენციურ სისტემაში არსებული ჯანდაცვის სერვისების შესახებ, უფრო მეტად მიიჩნევდნენ თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელად, ვიდრე პატიმრები, რომლებიც თავს ნაკლებად, ან არაინფორმირებულად მიიჩნევდნენ. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მომსახურების პაკეტის, ასევე კონკრეტული მომსახურების მიღების პროცედურების შესახებ, ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და დაავადებათა თავიდან ასაცილებელი ღონისძიებების თაობაზე, ინფორმაცია არ მიუღია ან არასრული ინფორმაცია მიიღო გამოკითხული პატიმრების ნახევარზე მეტმა, რაც არსებით პრობლემას წარმოადგენს.

კვლევის ფარგლებში დადგინდა, რომ ზოგიერთ პენიტენციურ დაწესებულებაში არსებული პირობები ეწინააღმდეგება ნორმალიზაციის პრინციპს და პატიმრის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და პირადი ცხოვრების პატივისცემას ვერ უზრუნველყოფს. ჩატარებული კვლევის შედეგების გაანალიზების შემდეგ სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ასკვნის, რომ დახურული სივრცე, პატიმრის განცალკევებით მოთავსება და შემზღუდავი გარემო უარყოფით გავლენას ახდენს პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებისას, ის პატიმრები, რომლებიც საკნის სანიტარულ-ჰიგიენურ მდგომარეობას დამაკმაყოფილებლად აფასებდნენ, უფრო ხშირად მიიჩნევდნენ თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელებად, ვიდრე არადამაკმაყოფილებელ პირობებში მცხოვრები პატიმრები.

სუფთა ჰაერზე ყოფნის დეფიციტი უარყოფით გავლენას ახდენს პატიმართა როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. კვლევამ აჩვენა, რომ იმ პატიმრების 32.1%, რომლებიც ყოველდღიურად იმყოფებიან სუფთა ჰაერზე, აცხადებენ, რომ პრაქტიკულად ჯანმრთელები არიან. ამავე ჯგუფის პატიმრები უფრო იშვიათად მიუთითებენ მძიმე და ქრონიკული დაავადებების არსებობაზე. გარდა ამისა, იმ პატიმრებს, რომლებიც ყოველდღიურად ატარებენ გარკვეულ დროს სუფთა ჰაერზე, უფრო იშვიათად აღენიშნებათ თვითდაზიანების, სუიციდური აზრებისა და თვითმკვლელობის მცდელობის შემთხვევები. აქვე აღსანიშნავია, რომ ვარჯიშით, სპორტით, ან სხვა მსგავსი ფიზიკური აქტივობებით (საკუთარი ინიციატივით) პატიმართა უმრავლესობა (60.7%) არ არის დაკავებული.

გამოკითხული პატიმრების დიდ უმრავლესობას (80.1%-89.4%–ის ფარგლებში) სარეაბილიტაციო აქტივობებში მონაწილეობა არ მიუღია. რაც შეეხება სარეაბილიტაციო პროგრამებში მონაწილეობის მიღების სურვილს, მსურველთა რაოდენობა 37–41%-ის ფარგლებში მერყეობს. კვლევის მონაცემების თანახმად, საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობის მსურველთა რაოდენობა ერთმანეთისგან განსხვავდება იმის მიხედვით, თუ რა ტიპის პენიტენციურ დაწესებულებაში არიან ისინი მოთავსებულები. კერძოდ, დახურული ტიპის დაწესებულებაში მყოფი რესპონდენტების უფრო დიდი რაოდენობა (48.7%) გამოთქვამს მონაწილეობის სურვილს, ვიდრე ნახევრად ღია ტიპის პენიტენციური დაწესებულების პატიმრები (23.6%). ზუსტად ასეთივე განსხვავება ვლინდება კულტურულ ღონისძიებებში, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებსა და სპორტულ ღონისძიებებში პატიმრების ჩართულობის სურვილსა და პენიტენციური დაწესებულების ტიპს შორის. სამივე შემთხვევაში, ჩამოთვლილ ღონისძიებებში ჩართვის მსურველ პატიმართა რაოდენობა დახურული ტიპის დაწესებულებაში უფრო მეტია, ვიდრე ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში. ეს იმით აიხსნება, რომ დახურული ტიპის დაწესებულებებში მყოფ პატიმრებს არ აქვთ საშუალება დაკავდნენ მათთვის საინტერესო, თავშესაქცევი, სახელოვნებო, შრომითი, შემეცნებითი და სხვა აქტივობით.

ძალადობა იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას, რომელიც შეიძლება მთელი ცხოვრება გაგრძელდეს. ჩატარებულმა სოციოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ძალადობის გამოცდილება პატიმრებს არამარტო პენიტენციურ დაწესებულებაში ჰქონდათ, არამედ ძალადობა დაპატიმრებამდეც განუცდიათ. კვლევის მონაცემების თანახმად, გამოკითხულ პატიმართა 11.2% დაპატიმრებამდე სხვადასხვა სიხშირით დაექვემდებარა ფიზიკურ ძალადობას.. რაც შეეხება დაპატიმრების შემდგომ (იგულისხმება პოლიციის მიერ დაკავების მომენტიდან), დაწესებულებაში ყოფნის ბოლო სამი წლის განმავლობაში განხორციელებულ ფიზიკურ ძალადობას, გამოკითხულ პატიმართა 6% აცხადებს, რომ მათზე ფიზიკურად სხვადასხვა სიხშირით იძალადეს.. დაპატიმრებამდე ფსიქოლოგიურ ძალადობაზე უთითებს გამოკითხულ პატიმართა 9%, ხოლო დაპატიმრების შემდეგ, ბოლო სამი წლის განმავლობაში, ფსიქოლოგიურ ძალადობას დაექვემდებარა გამოკითხულ პატიმართა 9.7%.

საქართველოს სახალხო დამცველისა და სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ძალადობის არსებითი რისკ-ფაქტორი პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებული კრიმინალური სუბკულტურიდან მომდინარეობს. ციხეში არსებული არაფორმალური წესების თანახმად, პატიმრის მიერ სხვა პატიმრის მხრიდან ძალადობის ფაქტის შეტყობინება არასწორ საქციელად ითვლება და შესაძლებელია მოჰყვეს პატიმრების მხრიდან ანგარიშსწორება. აღნიშნულის გამო ხშირ შემთხვევაში, ასეთი ძალადობის მსხვერპლი პატიმრები დუმილს ამჯობინებენ. ფსიქოლოგიური ძალადობის მასშტაბები კიდევ უფრო ძნელი დასადგენია, რადგან პატიმრებს შესაძლოა უჭირდეთ იმის ზუსტად გააზრება, თუ რა წარმოადგენს ფსიქოლოგიურ ძალადობას. შესაძლებელია, გარკვეული ნაწილი ფსიქოლოგიურ ძალადობად აფასებდეს სისტემატურ მუქარას, მაშინ, როდესაც ციხის მკაცრი არაფორმალური წესებით პატიმრებს შორის ყოველდღიური ინტერაქცია და ე.წ. „გარჩევები“ არ აღიქმებოდეს ფსიქოლოგიურ ძალადობად. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ციხეში არსებული არაფორმალური წესები და მისგან გამომდინარე გარემო, ნებისმიერ შემთხვევაში, ხელს უშლის პოზიტიური ფსიქოემოციური ფონის ჩამოყალიბებას და მნიშვნელოვან სტრესულ ფაქტორს წარმოადგენს.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს რისკ ფაქტორს პატიმრობის ხანგრძლივობა წარმოადგენს. ჩატარებული კვლევის თანახმად, ერთ წლამდე პატიმრობის შემთხვევაში, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრ გაუარესებაზე მიუთითებს პატიმართა 21-23%. პატიმრობის ვადის გაზრდასთან ერთად ეს მაჩვენებელი მკვეთრად იზრდება: იმ პატიმრების ჯგუფში, რომლებიც პენიტენციურ დაწესებულებებში სამიდან ექვს წლამდე იმყოფებიან, ჯანმრთელობის მკვეთრ გაუარესებაზე მიუთითებს რესპონდენტთა 37%, ხოლო ცხრა წელზე მეტი პატიმრობის ხანგრძლივობის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 64%-მდე იზრდება.

პატიმრობის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვითშეფასებაზე. პატიმრობის პირველ ექვს თვეში გამოკითხულ რესპონდენტთა 15.7% ფსიქოლოგიური/ფსიქიკური პრობლემების არსებობაზე მიუთითებს. პატიმრობასთან შეგუების პერიოდის გავლის შემდეგ (7-12 თვე) ეს მაჩვენებელი 10%-მდე მცირდება, თუმცა პატიმრობის ხანგრძლივობის შემდგომ ზრდასთან ერთად, მათი რაოდენობა ორჯერ იზრდება და 20%-ს აღწევს. გამოკითხვის შედეგად ასევე გამოვლინდა მკვეთრად გამოხატული კორელაცია პატიმრობის ხანგრძლივობას და თვითდაზიანების, სუიციდური აზრებისა და თვითმკვლელობის მცდელობის შემთხვევებს შორის.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ პატიმართა ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით უნდა გადაიდგას შემდეგი ნაბიჯები: 1. უნდა დაინერგოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის ეფექტიანი მექანიზმი; 2. უზრუნველყოფილ იქნას სკრინინგის გზით დაავადებათა ადრეული გამოვლენა; 3. შემუშავდეს და პრაქტიკაში დაინერგოს ადეკვატური ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები; 4. დაინერგოს პატიმართა საჭიროებებზე მორგებული ფსიქოსოციალური

რეაბილიტაციის პროგრამები; 5. შემსუბუქდეს პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებული რეჟიმი, წახალისდეს სუფთა ჰაერზე ყოფნა და ფიზიკური აქტივობა, სხვადასხვა სარეაბილიტაციო აქტივობებში მონაწილეობა, კონტაქტი გარე სამყაროსთან; 6. საინფორმაციო კამპანიებისა და პატიმრებთან ინდივიდუალური მუშაობის გზით მოხდეს ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზება, პატიმრებს მიეწოდოთ ინფორმაცია პრევენციული ჯანდაცვის მნიშვნელობის შესახებ.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ითვალისწინებს იმ გარემოებას, რომ ზემოთ ჩამოთვლილი ღონისძიებების განხორციელება საჭიროებს დამატებით ფინანსურ რესურს, თუმცა ამავდროულად თვლის, რომ ვინაიდან ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორების აღმოფხვრა და დაავადებათა პრევენცია აუცილებლად გამოიწვევს პატიმართა მკურნალობის მიზნით გაწეული ხარჯების შემცირებას, უნდა მოხდეს მეტი ფინანსური რესურსის გამოყოფა სწორედ ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორების აღმოფხვრისა და დაავადებათა პრევენციის მიზნით. ამ გზით, თანდათან შესაძლებელი გახდება პატიმართა მკურნალობის საჭიროებით გამოწვეული ფინანსური ტვირთის მოხსნა და თანამედროვე, პრევენციული ჯანდაცვის მოდელზე გადასვლა.

3. მეთოდოლოგია

კვლევის ძირითადი ამოცანა პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებული პირობების პატიმართა ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის შეფასებაში, პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობის საკითხის შესწავლასა და სერვისების შესახებ პატიმართა ინფორმირებულობისა და ამ სერვისებით კმაყოფილების დონის დადგენაში მდგომარეობს. კვლევა ასევე ისახავს მიზნად 2013 წლიდან პენიტენციური ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული რეფორმების ზეგავლენის შეფასებას.

აღნიშნული მიზნის მისაღწევად განხორციელებული ღონისძიებები მოიცავს საერთაშორისო სტანდარტების სამაგიდე კვლევას, სოციოლოგიურ გამოკითხვას, პენიტენციური დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლებთან გასაუბრებას, დაწესებულებებში ვიზიტის (მონიტორინგი) მიმდინარეობისას დაკვირვებას, დაწესებულებებში სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმებას, ასევე, სტატისტიკური მონაცემების დამუშავებას.[12]

3.1. სოციოლოგიური გამოკითხვის კომპონენტი

პენიტენციურ სისტემაში ჯანმრთელობის უფლების დაცვის ხელშეწყობის შესაფასებლად, მონიტორინგის ფარგლებში გათვალისწინებული იყო სოციოლოგიური გამოკითხვის კომპონენტი.

კვლევის გენერალური ერთობლიობა: პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული პატიმრები.

გამოკვლევის ტიპი: რაოდენობრივი კვლევა.

კვლევის მეთოდი: მასობრივი გამოკითხვა პირისპირ ინტერვიუს მეთოდით.

კვლევის ინსტრუმენტი: სტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც ძირითადად შედგებოდა დახურული და ნახევრად დახურული შეკითხვებისაგან.

შერჩევის მოცულობა: სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს, პენიტენციური დეპარტამენტის 8 დაწესებულებაში მყოფი 943 პატიმარი.

შერჩევის დიზაინი: სტრატიფიცირებული შერჩევა.

კვლევის საწყის ეტაპზე შემუშავდა შერჩევის სქემა, რომელიც მოიცავდა რესპონდენტების განაწილებას სხვადასხვა პრინციპის მიხედვით. შერჩევითი ერთობლიობის მოცულობა შემდეგი კრიტერიუმებით გამოყოფილ სტრატებში გადანაწილდა:

---

[12] კვლევის რაოდენობრივი მაჩვენებლის გამოსათვლელად, სტატისტიკური მონაცემები დაამუშავა ქალბატონმა ბელა რეხვიაშვილმა;

1. სქესის მიხედვით:

1.1. ქალები
1.2. მამაკაცები

2. ასაკობრივი ჭრილის მიხედვით:

2.1. 45 >=
2.2. 45 <

3. პატიმრობის სტატუსის მიხედვით:

3.1. მსჯავრდებულები
3.2. ბრალდებულები

4. დაწესებულების ტიპის მიხედვით:

4.1. ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულება
4.2. დახურული ტიპის დაწესებულება (კვლევის მიზნებისთვის ასევე მოიცავს განსაკუთრებული ტიპის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებას)

აღნიშნული სტრატების განაწილება, თითოეული მათგანისთვის შერჩევის ცდომილების მითითებით, მოცემულია ქვემოთ, ცხრილში:

ცხრილი N1	ინტერვიუ	ცდომილება 95%-იანი საიმედობით
პატიმართა საერთო რაოდენობა	1000	3.0%
ასაკის ჭრილში გამოსაკითხი რესპონდენტები:		
45 >=	680	3.6%
45 <	320	5.0%
სქესის ჭრილში გამოსაკითხი რესპონდენტები:		
კაცი	840	3.3%
ქალი	160	6.1%
პატიმრობის სტატუსის მიხედვით გამოსაკითხი რესპონდენტები:		
ბრალდებულები	300	5.0%
მსჯავრდებულები	700	3.5%
დაწესებულების ტიპის მიხედვით გამოსაკითხი მსჯავრდებულები:		
ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში მყოფნი	403	5.0%
დახურული ტიპის დაწესებულებაში მყოფნი	297	4.8%

ზემოაღნიშნული პარამეტრების მიხედვით შერჩევა შემდეგნაირად გადანაწილდა პენიტენციურ დაწესებულებებში. იხილეთ ცხრილი N2.

ცხრილი N2

დაწესებულებები	ინტერვიუ	ასაკი		სქესი		პატიმრობის სტატუსი		დაწესებულების ტიპი	
		45 >=	45 <	კაცი	ქალი	ბრალდებული	მსჯავრდებული	ნახევრად ღია	დახურული
№2 დაწესებულება	**209**	142	67	203	6	95	114		114
№3 დაწესებულება	**27**	18	9	27		12	15		15
№5 დაწესებულება	**154**	105	49		154	24	130	125	5
№6 დაწესებულება	**43**	29	14	43		13	30		30
№8 დაწესებულება	**289**	197	92	289		156	133		133
№11 დაწესებულება	**16**	11	5	16		0	16	16	
№14 დაწესებულება	**110**	75	35	110		0	110	110	
№15 დაწესებულება	**152**	103	49	152		0	152	152	
პატიმართა საერთო რაოდენობა	**1000**	**680**	**320**	**840**	**160**	**300**	**700**	**403**	**297**

თუმცა, ველის სირთულეებიდან გამომდინარე, შერჩევითი ერთობლიობის განაწილებამ გარკვეული ცვლილებები განიცადა. იხილეთ ცხრილი N3.

ცხრილი N3

დაწესებულებები	ინტერვიუ	ასაკი			სქესი		პატიმრის სტატუსი			დაწესებულების ტიპი	
		35 წლამდე	35-50 წლის	51 და მეტი წლის	მდედრობითი	მამრობითი	ბრალდებული	მსჯავრდებული	მსჯ., რომელსაც ახალი ბრალი აქვს წარდგენილი	ნახევრად ღია	დახურული
№2 დაწესებულება	**202**	90	90	22	14	188	64	138	0	6	196
№3 დაწესებულება	**29**	16	13	0	0	29	1	26	2	1	28
№5 დაწესებულება	**105**	34	45	26	105	0	22	83	0	76	29
№6 დაწესებულება	**39**	29	9	1	0	39	2	37	0	1	38
№8 დაწესებულება	**288**	139	113	36	0	288	155	130	3	1	287

№11 დაწესებულება	**12**	12	0	0	0	12	0	12	0	12	0
№14 დაწესებულება	**113**	46	49	17	0	113	0	113	0	113	0
№15 დაწესებულება	**155**	68	70	17	1	154	3	152	0	154	1
პატიმართა საერთო რაოდენობა	**943**	**434**	**389**	**119**	**120**	**823**	**247**	**691**	**5**	**364**	**579**

მონაცემების დამუშავება და ანალიზი: თავდაპირველად მოხდა საველე სამუშაოების შედეგად შევსებული კითხვარების კოდირება და ფორმალიზაცია. შემდეგ განხორციელდა მონაცემების კომპიუტერში შეტანა. ფაილის „გაწმენდის" (სტატისტიკური დამუშავების პირველი ეტაპი) შემდეგ, მონაცემები დამუშავდა SPSS კომპიუტერული პროგრამის ფარგლებში. მონაცემთა დამუშავებისა და ანალიზისას გამოყენებულ იქნა უნივარიაციული და ბივარიაციული ანალიზის მეთოდები, როგორიცაა სიხშირული (ერთგანზომილებიანი) განაწილება, ცენტრალური ტენდენციის მაჩვენებლები, კორელაციური ანალიზი და სხვ.

კვლევა ეყრდნობა პრინციპულ დაშვებას, რომ ანალიზი შესაძლებელია ჩატარდეს სხვადასხვა დონეზე:

- პატიმრების, როგორც საერთო სოციო-კულტურული მახასიათებლების და მენტალობის მქონე ჯგუფის დონეზე;
- სხვადასხვა კრიტერიუმებით – პატიმრობის სტატუსი, პენიტენციური დაწესებულების ტიპი, პატიმართა სქესი. პატიმართა ასაკი – განსაზღვრული ჯგუფების დონეზე.

შესაბამისად, ანგარიში მოიცავს ამ ორ დონეზე განხორციელებული ანალიზის შედეგებს.

2017 წლის 17 ნოემბერს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს წარმომადგენლებთან გამართულ შეხვედრაზე რაოდენობრივი კვლევისა და შინაარსობრივი ანალიზის შედეგები განიხილეს. სამინისტროს წარმომადგენლებმა გამოვლენილ ძირითად საკითხებზე საკუთარი მოსაზრებები წარმოადგინეს.

4. პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა

4.1. პენიტენციური ჯანდაცვის ორგანიზაციული ასპექტები, სამართლებრივი ჩარჩო და მიმდინარე რეფორმა

ჯანმრთელობის უფლება ინკლუზიური უფლებაა[13] და გულისხმობს უსაფრთხო სასმელ წყალს და ადეკვატურ სანიტარიულ პირობებს, უვნებელ სურსათს, ადეკვატურ კვებას და

[13] Right to Health, Fact Sheet No. 31, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and World Health Organization, available at http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf [ბოლოს ნანახია 17.04.2018].

საცხოვრებელ პირობებს, ჯანსაღ სამუშაო და გარემო პირობებს, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული განათლებისა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობას, გენდერულ თანასწორობას.

ჯანმრთელობის უფლება ასევე მოიცავს პირის უფლებას, არ დაექვემდებაროს სამედიცინო მანიპულაციას მისი თანხმობის გარეშე, წამებას ან სხვა სასტიკ, არაადამიანურ, დამამცირებელ მოპყრობას ან დასჯას. ჯანმრთელობის უფლების შინაარსიდან გამომდინარე, პირს უნდა მიუწვდებოდეს ხელი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე, დაავადებათა პრევენციაზე, მკურნალობასა და კონტროლზე, მედიკამენტებზე, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, ჯანდაცვის ძირითად მომსახურებაზე (თანაბრად და დროულად), ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ინფორმაციასა და განათლებაზე. ჯანდაცვის სისტემის სერვისები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, მისაღები და ხარისხიანი.[14]

ჯანმრთელობის უფლების რეალიზებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პრევენციულ ჯანდაცვას, რომელიც გულისხმობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და ზოგადი საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესებას; კვების, სანიტარული პირობების, გონებრივი და ფიზიკური აქტივობის, ციხეში მიზნობრივი პრევენციული ღონისძიებების გატარებას კონკრეტული პათოლოგიების კუთხით, როგორიცაა ინფექციური დაავადებები, ფსიქიკური ჯანმრთელობა, წამალზე დამოკიდებულება და ძალადობა.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს (შემდგომში სამინისტრო) დეკლარირებული ამოცანაა პენიტენციურ დაწესებულებებში განთავსებულ ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა და თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულებაში განთავსებულ მსჯავრდებულთა უზრუნველყოფა ადეკვატური სამედიცინო მომსახურებით, პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების განვითარება ეროვნული და საერთაშორისოდ აღიარებული სტანდარტების შესაბამისად.[15]

სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის სტრუქტურული ერთეულებია პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული სერვისების და სპეციალიზებული სამედიცინო სერვისების სამმართველოები. ტერიტორიული ერთეულები კი პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებების, ასევე, სამკურნალო დაწესებულებების სამედიცინო პუნქტები.

---

[14] General comment N° 14 (2000) on the right to health, adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

[15] სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისს N53 ბრძანებით დამტკიცებული საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამედიცინო დეპარტამენტის დებულება, მუხლი 7.

მათი ფუნქციები საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამედიცინო დეპარტამენტის დებულებით არის განსაზღვრული.[16]

პენიტენციური ჯანდაცვის გაუმჯობესებისა და ხელმისაწვდომობის მიზნით, სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრომ 2013 წლიდან მნიშვნელოვანი რეფორმები გაატარა:

- განხორციელდა სამედიცინო დეპარტამენტის რეორგანიზაცია, დაინერგა დავალებების და პროექტების მართვის ელექტრონული სისტემა;
- მთელ პენიტენციურ სისტემაში დაინერგა პირველადი ჯანდაცვის მოდელი; შემუშავდა და დამტკიცდა პენიტენციური ჯანდაცვის სტანდარტი, რომელიც განსაზღვრავს პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში მყოფი პირისთვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ქვეყანაში დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნებისა და საერთაშორისო რეკომენდაციების შესაბამისად;
- ბოლო წლებში პენიტენციური ჯანდაცვის ბიუჯეტი დაახლოებით 2-ჯერ გაიზარდა.
- პაციენტთა დიაგნოზების გაფორმების წესი შეიცვალა და იგი„ICD – 10“ საერთაშორისო დიაგნოსტიკურ კლასიფიკატორებს შეესაბამება;
- 2013 წელს შეიქმნა, ხოლო 2015 წელს განახლდა პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ბაზისური მედიკამენტების ნუსხა;
- დასრულდა პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის პირველი ეტაპი - „ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში“, რომელიც ევროკავშირისა და ევროპის საბჭოს ეგიდით ხორციელდებოდა;
- მეორე ეტაპზე შემუშავდა და დამტკიცდა პენიტენციური ჯანდაცვის განვითარების 2014-2017 წლების სტრატეგია და სამოქმედო გეგმა;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის და საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის ერთობლივი ბრძანებით 2015 წელს დამტკიცდა და შემდგომ პერიოდში განახლდა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა კვების ნორმები და სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები, რომელიც ითვალისწინებს 11 მიზნობრივ რაციონს, სხვადასხვა ფიზიკური აქტივობის, კატეგორიის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მქონე მსჯავრდებულთათვის;[17]

---

[16] დამტკიცებულია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისს N53 ბრძანებით.

[17] „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა კვების ნორმებისა და სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების დამტკიცების შესახებ“ სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 13 აგვისტოს N 88-N01-34/ნ ბრძანება.

- პენიტენციური სისტემის სამკურნალო დაწესებულებების ფუნქციონირების ნებართვის მოპოვება განხორციელდა სამოქალაქო ჯანდაცვის მოთხოვნათა შესაბამისად;
- განახლდა თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი ორი სამედიცინო სტაციონარი: N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება, რომელშიც ფუნქციონირებს 57 ადგილიანი საცხოვრებელი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პატიმრებისთვის და ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი (N19 დაწესებულება). N18 დაწესებულებაში გაიხსნა ახალი ფსიქიატრიული განყოფილება;
- 2014 წლიდან ამოქმედდა C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამა;
- 2015 წლის სექტემბრიდან დაინერგა ტუბერკულოზის განახლებული სქემით მკურნალობა და თანამედროვე ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტებით მკურნალობა;
- 2016 წელს გაუქმდა სამედიცინო დეპარტამენტის სამედიცინო რეგულირების სამმართველო და სამედიცინო სერვისების მაკონტროლებელი ფუნქცია სამინისტროს გენერალური ინსპექციის დაქვემდებარებაში შექმნილ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამმართველოს გადაეცა;
- 2013 წლის დეკემბრიდან პენიტენციურ სისტემაში მოქმედებს სუიციდის პრევენციის პროგრამა. პროგრამამ ეტაპობრივად ყველა პენიტენციური დაწესებულება მოიცვა და 2016 წლის 11 თებერვალს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის ბრძანებით[18] პროგრამა ოფიციალურად დამტკიცდა და ყველა დაწესებულებაში ხორციელდება.
- 2016 წლიდან წამალდამოკიდებულების მქონე პირებისთვის მოქმედებს ფსიქო-სოციალური სარეაბილიტაციო პროგრამა „ატლანტისი“.[19]
- დამტკიცდა სამუშაო აღწერილობები, როგორც ჯანდაცვის დეპარტამენტის, ასევე პირველადი ჯანდაცვისა და სტაციონარული დაწესებულებების თანამშრომლებისთვის, სადაც დეტალურად არის გაწერილი მათი მოვალეობები;
- რეფორმის ფარგლებში 40-მდე სამართლებრივ აქტში შევიდა ცვლილება;
- დაინერგა სამედიცინო რეფერალის ელექტრონული სისტემა, ინტენსიური თანამშრომლობა დამყარდა სამოქალაქო სექტორის კლინიკებთან.
- დამტკიცდა სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის თანამშრომელთა სამუშაო აღწერილობები, სადაც ნათლადაა

[18] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2016 წლის 11 თებერვლის N13 ბრძანება „ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სუიციდის პრევენციის პროგრამის დამტკიცების შესახებ“.

[19] სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა „ატლანტისი“ მოქმედებს N2 და N5 დაწესებულებებში.

გაწერილი როგორც დეპარტამენტის სტრუქტურული, ასევე ტერიტორიული ერთეულების თანამშრომელთა ფუნქცია-მოვალეობები.[20]

- სტამბოლის პროტოკოლის რეკომენდაციების საფუძველზე შემუშავდა და დამტკიცდა პენიტენციურ დაწესებულებებში შესაძლო წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის შედეგად ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა დაზიანების აღრიცხვის წესი.[21]
- განისაზღვრა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების, ხარისხის მართვის სისტემა.[22]

მიუხედავად ზემოაღნიშნული პოზიტიური ცვლილებებისა, პენიტენციური ჯანდაცვის კუთხით კვლავ რჩება რიგი პრობლემები, რომლებიც განხილული იქნება შესაბამის თავებში.

4.2. პენიტენციური დაწესებულებების სამედიცინო ინფრასტრუქტურა და სამედიცინო აღჭურვილობა

პენიტენციურ დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურებას 37 პირველადი ჯანდაცვის გუნდი და 2 სამკურნალო დაწესებულება ეწევა. პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში განხორციელებული პროექტების ფარგლებში განახლდა პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა: გაიხსნა მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულება,[23] კაპიტალურად განახლდა ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი, გარემონტდა N2, N5, N6, N7, N8, N14, N16, N17, N18 და N19 დაწესებულებების სტომატოლოგიური კაბინეტები და აღიჭურვა სტანდარტის შესაბამისად,[24] ხოლო დანარჩენ დაწესებულებებში მიმდინარეობს სარემონტო სამუშაოები და ახალი აპარატურით მათი ეტაპობრივად აღჭურვა.

სახალხო დამცველმა თავის საპარლამენტო ანგარიშებში არაერთხელ მიმართა რეკომენდაციით სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს, უზრუნველეყო პენიტენციურ დაწესებულებებში საექიმო-სამედიცინო პუნქტების ქვეყანაში მოქმედ სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა, მათ შორის, ამ პუნქტების სათანადო აღჭურვა. კვლავ პრობლემას წარმოადგენს საექიმო-სამედიცინო პუნქტებში სამედიცინო მომსახურების ყოფილ საკნებში მიწოდება, რაც მიწოდებული მომსახურების ხარისხზე უარყოფითად

---

[20] დამტკიცებულია საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2016 წლის 6 მაისის N2255 ბრძანებით.

[21] დამტკიცებულია საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2016 წლის 26 ოქტომბრის N131 ბრძანებით.

[22] დამტკიცებულია საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2016 წლის 6 მაისის N2361 ბრძანებით.

[23] 2014 წლის 1 ივლისს გაიხსნა N18 დაწესებულება.

[24] სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროდან მიღებული 2017 წლის 6 მარტის MOC01700166123 პასუხი.

აისახება. საქიმო-სამედიცინო პუნქტების დიდ ნაწილში არ არის საკმარისი ბუნებრივი განათება, გაუმართავია ვენტილაცია, შეუძლებელია კედლების ზედაპირის სველი წესით დამუშავება და სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების სათანადოდ დაცვა. პენიტენციური დეპარტამენტის N8 დაწესებულების მეორე კორპუსის პირველ სართულზე განთავსებულ პირველადი ჯანდაცვის პუნქტს საერთო კედელი აქვს საშხაპესთან, რის გამოც იგი ნესტიანდება, კედლის ზედაპირი ზიანდება და საღებავი ცვივა. აღნიშნული ოთახი რემონტს საჭიროებს.

ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში ფუნქციონირებს წამლების სამარაგო, ყველა დაწესებულებაში არის წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი[25]. პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებული წამლების სამარაგოების ნაწილი სტანდარტებს არ შეესაბამება.[26] ასე მაგალითად, N2 და N8 დაწესებულებების წამლების სამარაგოები ისეა მოწყობილი, რომ შეუძლებელია მათი სველი წესით დამუშავება. ამასთან, N2 დაწესებულებაში დამატებით გამოყოფილია მედიკამენტების მცირე ზომის სათავსო, სადაც დარღვეულია ტემპერატურული რეჟიმი, ამავე სათავსოში ინახება ამორტიზებული ავეჯი და მასალა.

კვლავ პრობლემას წარმოადგენს სამედიცინო ნარჩენების შესანახი სათავსოების მოწყობის საკითხი.[27] ასე მაგალითად, N8 დაწესებულებაში გამოყოფილია სამედიცინო ნარჩენების შესანახი ოთახი, თუმცა ოთახი აღჭურვილი არ არის წყლის ჩასადინარით („ტრაპით“) და ვენტილაციის სისტემით. N11 დაწესებულებას სპეციალურად გამოყოფილი ოთახი სამედიცინო ნარჩენების კონტეინერების შესანახად არ გააჩნდა და სამედიცინო ნარჩენების შესანახად სამედიცინო პერსონალის საპირფარეშო გამოიყენებოდა. N3 და N19 დაწესებულებებში კი სამედიცინო ნარჩენების შესანახი სათავსოს მოწყობა მიმდინარეობდა.

პენიტენციურ დაწესებულებებში[28] მოეწყო ცხელი ჰაერის და ორთქლის სტერილიზატორებით, სტერილური ინსტრუმენტების შესანახი სამედიცინო კარადებით, ულტრაბგერითი გამრეცხებითა და სტერილური ინსტრუმენტების შესაფუთი აპარატებით აღჭურვილი სასტერილიზაციო ოთახები. აღსანიშნავია, რომ N18 დაწესებულების

[25] ფარმაცევტი/პროვიზორი/უმაღლესი სამედიცინო განათლების მქონე პირი.

[26] საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 29 სექტემბრის N575 დადგენილება ტექნიკური რეგლამენტი - აფთიაქის (სპეციალიზებული სავაჭრო ობიექტის) და საცალო რეალიზაციის სავაჭრო ობიექტის სანიტარიულ-ჰიგიენურ/ტექნიკური პირობების განსაზღვრის შესახებ.

[27] საქართველოს მთავრობის დადგენილება ტექნიკური რეგლამენტი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, შენახვისა და გაუვნებლების სანიტარული წესების დამტკიცების შესახებ. 15.01.2014.

[28] N2, N5, N6, N8, N14, N15 და N18 პენიტენციურ დაწესებულებებში მოწყობილია სასტერილიზაციო ოთახი, N3 და N19 დაწესებულებებში მიმდინარეობდა სასტერილიზაციოს მოწყობა.

სასტერილიზაციო ოთახში დაცული არ იყო დაგეგმარების პრინციპი,[29] არ იყო გამოყოფილი „სუფთა“ და „ჭუჭყიანი“ ზონები, „სუფთა“ და „ჭუჭყიანი“ ნაკადების ერთი მიმართულებით მოძრაობის პრინციპი არ იყო დაცული ისე, რომ არ მომხდარიყო მათი გადაკვეთა.

N11 არასრულწლოვანთა სარეაბილიტაციო დაწესებულებაში რენტგენოლოგიური გამოკვლევები სამანიპულაციო ოთახში, დერეფანში, პირველადი ჯანდაცვის ოთახში ტარდება. იმ დაწესებულებებში კი, სადაც გამოყოფილია გამოკვლევების ჩასატარებელი სპეციალური სივრცე, ოთახები არსებულ სტანდარტებს არ შეესაბამება[30], მათი უმრავლესობა არ არის დაფარული ბარიტით.[31] ხშირია შემთხვევები, როდესაც რადიაციული დაცვის სათანადო საშუალებები არ გამოიყენება და არ ხდება პაციენტის ინდივიდუალური ეფექტური დოზის რეგისტრაცია. ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში, სადაც თვეში საშუალოდ 100 გამოკვლევა ტარდება, რენტგენის კაბინეტის ბეტონის იატაკზე აღინიშნება ბზარები, ხოლო ხალხმრავალ დერეფანში გამომავალი კარი არ არის დაცული რადიაციული გამოსხივებისაგან, რაც რეალურ საფრთხეს უქმნის როგორც პაციენტების, აგრეთვე პერსონალის ჯანმრთელობას.

სამედიცინო დაწესებულებების ლოკალური გამწმენდი ნაგებობები უნდა წარმოადგენდეს ნაგებობათა კომპლექსს, რომელიც უზრუნველყოფს ჩამდინარე წყლების მექანიკურ, ასევე ბიოლოგიურ გაწმენდას/გაუსნებოვნებას.[32] აღსანიშნავია, რომ პენიტენციური დეპარტამენტის N18 და N19 სამკურნალო დაწესებულებებიდან ნახმარი წყალი გაუწმენდავად და გაუსნებოვნების გარეშე ჩაედინება საკანალიზაციო სისტემაში, რაც საფრთხეს უქმნის არა მხოლოდ დაწესებულებაში მყოფ პირებს, არამედ მთელი ქვეყნის მოსახლეობას.

პენიტენციურ დაწესებულებებში დამონტაჟებული ხელოვნური სავენტილაციო სისტემები ვერ უზრუნველყოფს დაწესებულებებში მიკროკლიმატისა და ჰაერის გარემოს ოპტიმალურ პირობებს. ამ მხრივ განსაკუთრებით პრობლემურია N18 და N19 დაწესებულებები, რადგან გაუმართავი სავენტილაციო სისტემა ვერ უზრუნველყოფს სტაციონარის სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური პირობების დაცვას, რაც ზრდის ნოზოკომიური ინფექციების გავრცელების საფრთხეს.

---

[29] საქართველოს მთავარობის 2015 წლის 24 აპრილის N185 დადგენილება, ტექნიკური რეგლამენტი სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ, მუხლი 4.

[30] საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 7 ივლისი N317 დადგენილება ტექნიკური რეგლამენტი – „სამედიცინო დასხივების სფეროში რადიაციული უსაფრთხოების მოთხოვნები“.

[31] N5 და N8 დაწესებულებებში.

[32] საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 16 ივნისის №294 დადგენილება, ტექნიკური რეგლამენტი – „სამედიცინო ნარჩენების მართვა“; მუხლი 9.

პენიტენციური დეპარტამენტის N18 და N19 სამკურნალო დაწესებულებების სტაციონარული განყოფილებების პალატებში არსებული ფართი, მართალია, შეესაბამება პატიმრობის კოდექსით დადგენილ ნორმას - 4 მ², თუმცა არ შეესაბამება „სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ“ დებულებით დადგენილ სტანდარტს, რომლის თანახმად, ფართობი პალატაში ერთ პაციენტზე უნდა იყოს არანაკლებ 8 მ².[33] მნიშვნელოვანია, პატიმრობის კოდექსსა და შესაბამის კანონქვემდებარე აქტებში შევიდეს ცვლილება და სამკურნალო დაწესებულებებში საცხოვრებელი ფართი მინიმუმ 8 მ²-ით განისაზღვროს. N18 დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილება და ტუბერკულოზისა და ინფექციურ სნეულებათა განყოფილება, ერთ სართულზეა განთავსებული და ერთმანეთს ღია დერეფნით უკავშირდება, რითაც ინფექციის გავრცელების რისკი იქმნება.

პენიტენციური დაწესებულებების საექიმო-სამედიცინო პუნქტების უზრუნველყოფა სამედიცინო აპარატურით, ბოლო წლებში, გაუმჯობესდა. აღსანიშნავია, რომ 2016 წელს საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს და ევროპის საბჭოს შორის გაფორმებული საგრანტო ხელშეკრულების ფარგლებში, სამედიცინო დეპარტამენტს გადაეცა სამედიცინო აპარატურა და დაწესებულებები აღიჭურვა.[34] მიუხედავად აშკარა პროგრესისა, დაწესებულებების სამედიცინო აპარატურით აღჭურვის კუთხით, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო საშუალებები და აპარატურა კვლავ მწირია. დაწესებულებების დიდ ნაწილს, მათ შორის სტაციონარული მომსახურეობის მიმწოდებელ N19 დაწესებულებას, არ აქვს დეფიბრილატორები, რაც შეუძლებელს ხდის სრულფასოვანი გადაუდებელი დახმარების გაწევას. მნიშვნელოვანია, პენიტენციური დაწესებულებების სამედიცინო პუნქტებს ჰქონდეთ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისა და ანტიშოკური თერაპიის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა.[35]

N19 დაწესებულებაში ულტრაიისფერი ბაქტერიოციდული დანადგარების (კვარცის ნათურების) ნაკლებობა, ხელს უშლის მაღალი რისკის სათავსოებში სანიტარული რეჟიმის დაცვას. N2 დაწესებულებაში ქირურგიული კაბინეტი აღჭურვილი არ არის შესაბამისი სამედიცინო (ქირურგიული) განათების სისტემით, რაც სირთულეებს წარმოქმნის ადგილზე მცირე ქირურგიული მანიპულაციების ჩატარებისას.

პრობლემები გვხვდება არსებული აპარატურის ტექნიკური მომსახურების კუთხითაც. აპარატურის ნაწილი, როგორც მარტივი აღჭურვილობა (მაგალითად, სამედიცინო სასწორი),

---

[33] საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილება „სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე“.

[34] სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან 2016 წლის 25 ნოემბერს მიღებული MOC31600966804 პასუხი.

[35] საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის N01-25/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“.

ასევე რთული სამედიცინო დანადგარები, გამოსულია მწყობრიდან. N18 დაწესებულებაში ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში არ მუშაობდა ბიოქიმიური ანალიზატორი, რის გამოც რუტინული ბიოქიმიური გამოკვლევის ჩასატარებლად სინჯების გადაგზავნა სამოქალაქო სექტორის ლაბორატორიაში უწევდათ, რაც მეტ დროსა და ფინანსებს საჭიროებს.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, N18 დაწესებულებაში წელიწადზე მეტია მწყობრიდანაა გამოსული რენტგენის სტაციონარული აპარატი და რენტგენოგრაფიული გამოკვლევები პორტატული აპარატის გამოყენებით ტარდება, რაც ყოველთვის ვერ უზრუნველყოფს დიაგნოსტიკური კვლევის სტაციონარისათვის მისაღებ ხარისხს. დაწესებულება იძულებულია რენტგენოლოგიური კვლევა სამოქალაქო სექტორის დაწესებულებაში ჩაატაროს, რაც, გარდა იმისა, რომ პრობლემას ქმნის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ოპერატიულობის თვალსაზრისით, დამატებით ხარჯებთანაც არის დაკავშირებული. ტექნიკური პრობლემები აქვს N19 დაწესებულებაში განთავსებულ რენტგენის სტაციონარულ აპარატსაც. სამინისტროს მიერ არც სამედიცინო დანადგარების სავალდებულო კალიბრაციის საკითხია (გარდა ლაბორატორიული ანალიზატორებისა) გადაწყვეტილი.

მნიშვნელოვანია, პენიტენციური დაწესებულებების საქიმო-სამედიცინო პუნქტები აღიჭურვოს და მოეწყოს სამოქალაქო სექტორის ამბულატორიული[36] სერვისის მიმწოდებელთა მსგავსად. ამასთან, უნდა შემუშავდეს პენიტენციური დაწესებულებების საქიმო-სამედიცინო პუნქტების აღჭურვილობის, სავალდებულო მედიკამენტებისა და სამედიცინო სახარჯი მასალების ნუსხა.

რეკომენდაციები სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **უზრუნველყოს პენიტენციურ დაწესებულებებში საქიმო-სამედიცინო პუნქტების ქვეყანაში მოქმედ სტანდარტებთან[37] , მათ შორის, ამ პუნქტების სათანადო აღჭურვითა და სამედიცინო აღჭურვილობის კონტროლით, სავენტილაციო სისტემის მოწესრიგებით და ანტისტატიკური ლინოლეუმის დაგებით**

[36] საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 19 ივნისის N01-15/ნ ბრძანება „სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკაციისა და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებლების მინიმალური მოთხოვნების განსაზღვრის შესახებ“.

[37] საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 6 ოქტომბრის N233/ნ ბრძანებით დამტკიცებული სხვადასხვა სიმძლავრის ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების მოწყობის, აღჭურვისა და ექსპლუატაციის წესების დამტკიცების შესახებ.

- **პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებული წამლების სამარაგოები მოეწყოს სტანდარტის[38] შესაბამისად**
- **ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში გამოიყოს ნარჩენების ოთახი, რომელიც აღჭურვილი იქნება დიდი ზომის ურნით, ხელსაბანი ნიჟარით, წყალგაყვანილობით, შესაბამისი ტემპერატურული რეჟიმით[39]**
- **ყველა დაწესებულებაში მოეწყოს რენტგენოლოგიური[40] ოთახი, რომელიც აღჭურვილი იქნება როგორც პერსონალის, ისე პაციენტების დასხივების კონტროლის ინდივიდუალური დოზიმეტრით, ასევე, ფირების გასამჟღავნებლად საჭირო ყველა მასალით/ინვენტარით**
- **ყველა პენიტენციური დაწესებულების სასტერილიზაციო მოეწყოს ქვეყანაში არსებული სტანდარტის[41] შესაბამისად.**
- **ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში შემუშავდეს საექიმო-სამედიცინო პუნქტების აღჭურვილობის, სავალდებულო მედიკამენტებისა და სამედიცინო სახარჯი მასალების ნუსხა.**

4.3. ადამიანური რესურსი

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, 2016 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით, პენიტენციურ სისტემაში 9 334 ბრალდებული/მსჯავრდებული იმყოფებოდა, დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი კი, 191 ექიმითა (აქედან 15 მთავარი ექიმი) და 265 ექთნით განისაზღვრებოდა. აღსანიშნავია, რომ 2015 წელთან შედარებით, სამედიცინო პერსონალის საერთო რაოდენობა მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა.

პენიტენციურ სისტემაში ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა 2016 წლის მონაცემებით, მოცემულია ცხრილში.

---

[38] საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 29 სექტემბრის N575 დადგენილება, ტექნიკური რეგლამენტი - აფთიაქის (სპეციალიზებული სავაჭრო ობიექტის) და საცალო რეალიზაციის სავაჭრო ობიექტის სანიტარიულ-ჰიგიენურ/ტექნიკური პირობების განსაზღვრის შესახებ,

[39] საქართველოს მთავრობის დადგენილება, ტექნიკური რეგლამენტი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, შენახვისა და გაუვნებლების სანიტარული წესების დამტკიცების შესახებ. 15.01.2014.

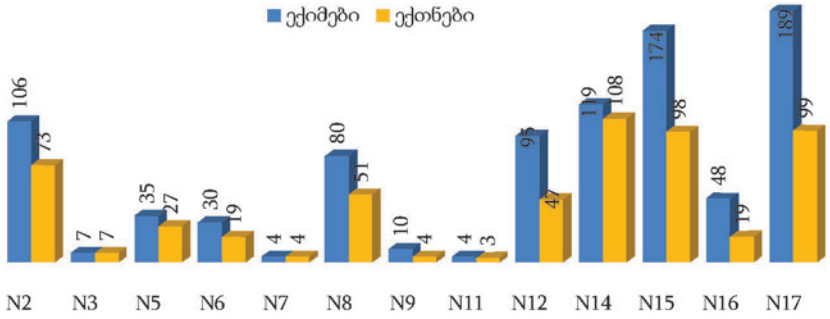
[40] საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 7 ივლისი N317 დადგენილება, ტექნიკური რეგლამენტი – „სამედიცინო დასხივების სფეროში რადიაციული უსაფრთხოების მოთხოვნები“.

[41] საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 24 აპრილის N185 დადგენილება, ტექნიკური რეგლამენტი სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ.

	დაწესებულება	ექიმი	ექთანი	წამლის სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი
1.	N2 დაწესებულება	11	16	1
2.	N3 დაწესებულება	6	5	1
3.	N5 დაწესებულება	7	9	1
4.	N6 დაწესებულება	7	11	1
5.	N7 დაწესებულება	4	4	1
6.	N8 დაწესებულება	28	44	1
7.	N9 დაწესებულება	4	9	1
8.	N11 დაწესებულება	3	4	1
9.	N12 დაწესებულება	3	6	1
10.	N14 დაწესებულება	10	11	1
11.	N15 დაწესებულება	10	18	1
12.	N16 დაწესებულება	2	5	1
13.	N17 დაწესებულება	10	19	1

ცხრილი 1. ექიმების და ექთნების რაოდენობა დაწესებულებების მიხედვით

2016 წელს პენიტენციურ დაწესებულებებში შტატით გათვალისწინებული ექიმებისა და ექთნების რაოდენობისა და პატიმრების რაოდენობის თანაფარდობა დაწესებულებების მიხედვით, იხილეთ დიაგრამაზე;



დიაგრამა 1. სამედიცინო პერსონალის და პატიმრების რაოდენობის თანაფარდობა, ერთ ექიმზე და ერთ ექთანზე რამდენი პაციენტი მოდის

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის რეკომენდაციის მიხედვით, ერთ ექიმზე - 300, ხოლო ერთ ექთანზე 50 პატიმარზე მეტი არ უნდა მოდიოდეს[42]. მოცემულ დიაგრამაზე ჩანს,

[42] წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის (CPT) ანგარიში 2007 წელს საბერძნეთში განხორციელებული ვიზიტის შესახებ, პარ. 52, ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე
https://rm.coe.int/16806965ea [ბოლოს ნანახია: 11.05.2018]

რომ N2, N14, N15 და N17 დაწესებულებებში პატიმრების და ექთნების რაოდენობის თანაფარდობა მაღალია და შესაბამისად, საჭიროა საშუალო სამედიცინო პერსონალის დამატება.

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს N18 მსჯავრდებულთა და ბრალდებულთა სამკურნალო დაწესებულების სამედიცინო ნაწილში დასაქმებულია 134 თანამშრომელი, მათგან - 61 ექიმი, 2 ფარმაცევტი, 1 ფარმაცევტის ასისტენტი და 70 ექთანი; №19 ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრის სამედიცინო ნაწილში დასაქმებულია 63 თანამშრომელი, მათგან - 26 ექიმი, 1 ფარმაცევტი, 2 ფარმაცევტის ასისტენტი, და 34 ექთანი.

კვალიფიციური სამედიცინო კადრებით დაკომპლექტება პენიტენციური სისტემის ერთ-ერთი პრობლემაა. ბოლო წლების განმავლობაში, ინფლაციური პროცესების მიუხედავად, სამედიცინო პერსონალის ხელფასი არ გაზრდილა, რაც სამუშაო მოტივაციას აქვეითებს. უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო პერსონალი, რომელსაც სამუშაო ადგილზე მისასვლელად შორ მანძილზე უწევს გადაადგილება, მაგალითად N15 და N19 დაწესებულებებში, უზრუნველყოფილი არ არის ტრანსპორტირების ხარჯით, რაც მათ დამატებით ფინანსურ ტვირთად აწვება. სახალხო დამცველს მიაჩნია, რომ ხელფასების ზრდა მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს სისტემაში დასაქმებული პერსონალის მოტივაციის ამაღლებას, და ამავდროულად, კვალიფიციურ კადრებსაც მოიზიდავს.

ახალი კადრების მოზიდვის პრობლემურობა დასტურდება რამდენიმე დაწესებულებაში არსებული ვაკანსიებითაც. მაგალითად, N18 დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის დეფიციტია. დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, ღამით და დასვენების დღეებში, მხოლოდ ერთი ექთანი მორიგეობს, ერთ-ერთ ექთანს კი, კადრების სიმცირის გამო, თანაშემწის გარეშე უწევს მორიგეობა. განყოფილების გამგის განცხადებით, მათ ვერ მოახერხეს კადრების მოძიება, რადგან ეს პოზიცია მიმზიდველი არ აღმოჩნდა.

სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი იმავე რისკების გავლენას განიცდის, რასაც პატიმრები, მაღალია გადამდები დაავადებებით დასნებოვნების რისკი სამედიცინო პერსონალში. შემაშფოთებელია, რომ პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებული სხვა თანამშრომლებისგან განსხვავებით, სამედიცინო პერსონალს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის კორპორატიული დაზღვევის პაკეტი, ხოლო სკრინინგული შემოწმება და დაავადებების ადრეული გამოვლენა ეპიზოდურ ხასიათს ატარებდა. სამინისტროდან მოწოდებული ბოლო ინფორმაციით, სამედიცინო პერსონალის სამედიცინო დაზღვევასთან დაკავშირებული პრობლემა 2018 წლის იანვრიდან აღმოიფხვრებოდა. დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ 2018 წლის 1 იანვრიდან პენიტენციური დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი სარგებლობს დაზღვევით.

მოუგვარებელია სამედიცინო პერსონალის კვების საკითხიც. რადგან დაწესებულების ტერიტორიაზე არ არის კვების ობიექტი, მათ უწევთ საკვების შემოტანა, რაც გარკვეულწილად მოქმედებს ეპიდემიოლოგიურ რეჟიმზე. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის ინფორმაციით, დათვალიერებულ სამედიცინო სათავსოებში განლაგებულ მაცივრებში, მედიკამენტებთან და რეაქტივებთან ერთად, ბევრ შემთხვევაში მოთავსებული იყო სამედიცინო პერსონალის საკვებიც.

სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრების შედეგად გაირკვა, რომ მათ არ შეუძლიათ პირადი მოხმარებისათვის საჭირო მედიკამენტების დაწესებულების ტერიტორიაზე შეტანა, რაც მათ ნაწილს დამატებით სირთულეებს უქმნის. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს წარმომადგენლებთან გამართულ შეხვედრაზე, სამინისტროს წარმომადგენლებმა განაცხადეს, რომ ექიმს დაწესებულების ტერიტორიაზე შეუძლია შეიტანოს პირადი მოხმარებისთვის განკუთვნილი ის მედიკამენტები, რომლებიც დანიშნულია ექიმის მიერ და დადასტურებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ გაცემული (ფორმა N100) სამედიცინო დოკუმენტით.[43] სამედიცინო პერსონალის მიერ დაწესებულების ტერიტორიაზე პირადი მოხმარებისთვის განკუთვნილი მედიკამენტების შეტანის საკითხთან დაკავშირებული მარეგულირებელი ნორმატიული ბაზის არარსებობის გამო, ამ საკითხის მოგვარება დამოკიდებულია კონკრეტული პენიტენციური დაწესებულების ადმინისტრაციის კეთილ ნებაზე, რაც მნიშვნელოვან დისკომფორტს უქმნის დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს.

პირველადი ჯანდაცვის პუნქტები აღჭურვილი არ არის კომპიუტერებით. საჭიროების შემთხვევაში, ექიმები იძულებული არიან მთავარი ექიმის ოფისში დამონტაჟებული კომპიუტერი გამოიყენონ, თუმცა ინტერნეტზე არსებული შეზღუდვების გამო, სამედიცინო პერსონალი მოკლებულია საშუალებას მიიღოს სრულყოფილი, ოპერატიული ინფორმაცია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების, გაიდლაინების, პროტოკოლების, მედიკამენტების შესახებ. სამედიცინო პერსონალის „ინფორმაციული იზოლაცია“ გარკვეული რისკების მატარებელია, და თავისთავად, სამედიცინო მომსახურების ხარისხზეც აისახება. ამასთან, მოტივაციის არარსებობა ხელს უშლის ახალი პრაქტიკული და თეორიული უნარ-ჩვევების და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების დანერგვას.

გარკვეული პრობლემები იკვეთება უწყვეტი სამედიცინო განათლების სფეროში. ექიმების პოსტდიპლომურ განათლებაში ქვეყანაში არსებული სისტემური ხარვეზები თავს იჩენს პენიტენციურ სისტემაშიც. სამედიცინო პერსონალისთვის ჩატარებული და ხელმისაწვდომი ტრენინგები, უმრავლეს შემთხვევაში, პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის და

[43] ფონდ „ღია საზოგადოება საქართველოს“ პროექტის, „ჯანმრთელობის უფლების ხელშეწყობა პენიტენციურ დაწესებულებებში“, ფარგლებში 2017 წლის 17 ნოემბერს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს წარმომადგენლებთან გამართული სამუშაო შეხვედრა.

უფლებების დაცვის საკითხებს შეეხება, რაც, თავისთავად, ძალზე მნიშვნელოვანი და მისასალმებელია, მაგრამ ექიმებისთვის და შესაბამისად, პაციენტებისათვის, არანაკლებ მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის მაღალი პროფესიული დონე და კვალიფიკაცია უშუალოდ მათსავე დარგში და დაავადებების თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი ადეკვატური მართვა. აღნიშნული მიმართულებით, ტრენინგები, ფაქტობრივად, არ ტარდება. არ ხდება ექიმების თანამედროვე გაიდლაინებით და პროტოკოლებით ცენტრალიზებული უზრუნველყოფა. ერთ-ერთი ექიმის გადმოცემით, ის იმ გაიდლაინებს იყენებს, რომლებიც რამდენიმე წლის წინ ოჯახის ექიმად გადამზადების პროგრამის გავლის დროს გადასცეს. გამონაკლისია ექიმი ფთიზიატრები, რომლებსაც მუდმივი კონტაქტი აქვთ N19 დაწესებულების და სამოქალაქო სექტორის სპეციალისტებთან. ასევე ხშირად იმართება ტრენინგები მათი სპეციალობის მიხედვით და თანამედროვე გაიდლაინებით და პროტოკოლებითაც უზრუნველყოფილნი არიან, რაც დადებით აღნიშვნას იმსახურებს. მნიშვნელოვანია, რომ ფთიზიატრების მსგავსად, სხვა დარგის სამედიცინო პერსონალიც მუდმივად გადიოდეს გადამზადებას თავიანთ სპეციალობებში.

ექიმები სამედიცინო დოკუმენტაციას არასრულყოფილად და ხარვეზებით აწარმოებენ, კერძოდ,

- სამედიცინო ბარათებში პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკა ნაწილობრივ ან არასათანადოდ აისახება;
- ბარათებში ნაწილობრივ ან საერთოდ არ არის ასახული ექიმ-სპეციალისტების მიერ გაწეული კონსულტაციის და მიცემული დანიშნულების შესახებ ინფორმაცია;
- მწირია ინფორმაცია მედიკამენტების დანიშვნის ან მოხსნის თაობაზე;
- სამედიცინო ბარათის ცალკე ფურცელზე გამოტანილი დიაგნოზები ICD-10 კლასიფიკატორის გამოყენებით, არასრულყოფილად არის შევსებული, კერძოდ, დარღვეულია ქრონოლოგია, ზოგიერთ შემთხვევაში არ არის ასახული ექიმის ან ექიმ-კონსულტანტის მიერ დასმული დიაგნოზები. ეს არა მარტო პატიმრის სრულფასოვანი მკურნალობისთვის ქმნის პრობლემას, არამედ აფერხებს სრულყოფილი სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების, ანალიზისა და სამედიცინო პროცესების დაგეგმვასაც;
- ზოგიერთ ამბულატორიულ სამედიცინო ბარათში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების და კონსულტანტების ჩანაწერები გაურკვეველი ხელწერით არის შესრულებული, რაც ართულებს მათ სწორ აღქმას და ინტერპრეტაციას;
- ბარათები იშვიათად შეიცავს ინფორმაციას ჩატარებული პროფილაქტიკური გამოკვლევების შესახებ;
- ამბულატორიულ სამედიცინო ბარათებში კონკრეტული დაავადებების მართვის საკითხი ხარვეზებით არის ასახული.

ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათების ხარვეზებით შევსების გამო, რთულია იმის ობიექტურად შეფასება, თუ როგორ იცვლებოდა წლის განმავლობაში პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. სასურველია ყოველი წლის ბოლოს იწერებოდეს

შემაჯამებელი/წლიური ეპიკრიზი,[44] სადაც მოკლედ აისახება გასული წლის განმავლობაში პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკა, ჩატარებული კონსულტაციები, განხორციელებული რეფერალი, გამოკვლევები, დასმული დიაგნოზები, ჩატარებული მკურნალობა და მისი შედეგები. ამ ინიციატივის ალტერნატივად უნდა განვიხილოთ უფრო თანამედროვე, სამედიცინო პერსონალისთვის და მთლიანად პენიტენციური სისტემისთვის მისაღები ინფორმატიული ელექტრონული საინფორმაციო სისტემის დანერგვა, რომელიც მაქსიმალურად აღმოფხვრის სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებულ ზემოთ აღწერილ პრობლემებს და უზრუნველყოფს პაციენტთა გამოკვლევის, მკურნალობის და შემდგომი ანალიზისთვის სარწმუნო და სრულყოფილი სამედიცინო ინფორმაციის შეგროვებას, ოპერატიულ გაცვლას და ხელმისაწვდომობას.

პენიტენციურ დაწესებულებებში ვიზიტის დროს დადგინდა, რომ პატიმრების მხრიდან არსებობს ექიმთან კომუნიკაციის და მასთან ვიზიტის მაღალი მოთხოვნა, რაც ექიმების განმარტებით, ხშირად განპირობებულია არა იმდენად ჯანმრთელობის პრობლემებით, არამედ სურვილით, მცირეოდენი მრავალფეროვნება მაინც შეიტანონ დღის რეჟიმში და მიიღონ ფსიქოლოგიური განტვირთვა, რაც ადამიანური, ბიოეთიკური ფაქტორის გათვალისწინებით, ექიმებისთვის გასაგებია. მათი განმარტებით, მათ ესმით, რომ ამ ვიზიტებს ერთგვარი ფსიქოთერაპიული ეფექტიც აქვს, თუმცა ასეთი ტიპის კომუნიკაცია, რომელიც სცილდება მათი მოვალეობების საზღვრებს, ზრდის მათ დატვირთვას და ხელს უშლის მათი უშუალო მოვალეობების შესრულებაში. შედეგად, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები დატვირთული არიან უმნიშვნელო სამედიცინო პრობლემების მქონე პატიმრებით და ნაკლები დრო რჩებათ მნიშვნელოვანი სამედიცინო პრობლემების გადასაწყვეტად. ამან შესაძლებელია გარკვეული ზეგავლენა მოახდინოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. ექიმების აზრით, პატიმართა სუფთა ჰაერზე გაყვანის საკითხის მოგვარება და სხვა აქტივობებით მათი თავისუფალი დროის შევსება დიდი შეღავათი იქნებოდა როგორც თვითონ პატიმრებისთვის, ასევე სამედიცინო პერსონალისთვისაც.

რეკომენდაციები სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **შემუშავდეს და განხორციელდეს ახალი კადრების მოზიდვის აქტიური პოლიტიკა, ამ მიზნით, საზოგადოებას აქტიურად მიეწოდოს ინფორმაცია პენიტენციურ დაწესებულებებში დასაქმების შესაძლებლობებისა და არსებული სამუშაო პირობების შესახებ**
- **2018 წელს, დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება, გაიზარდოს სულ მცირე, 20%-ით და შემდგომ, ყოველწლიურად, სულ მცირე, 10%-ით**
- **უზრუნველყოს პერსონალის დაწესებულებამდე ტრანსპორტირება**

[44] ექიმის დასკვნა, ამომწურავი წერილობითი განმარტება დაავადების წარმოშობის, განვითარების, მიმდინარეობის, მკურნალობის ხასიათისა და შედეგის შესახებ, იხ. ბმული http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=13&t=4051 [ბოლოს ნანახია: 11.05.2018]

- **დროული და ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მიზნით, ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში თანაფარდობა არ აღემატებოდეს შემდეგს - 1 ექიმი - 300 პატიმარი და 1 ექთანი - 50 პატიმარი**
- **ნორმატიულ დონეზე განისაზღვროს სამედიცინო პერსონალის მიერ პირადი მოხმარებისათვის საჭირო მედიკამენტების ტერიტორიაზე შეტანის წესი**
- **დაწესებულების ტერიტორიაზე უზრუნველყოფილ იქნეს სამედიცინო პერსონალის კვება**
- **პირველადი ჯანდაცვის პუნქტები აღიჭურვოს საჭირო რაოდენობის კომპიუტერული ტექნიკითა და ინტერნეტით**
- **უზრუნველყოს ექიმები განახლებული და საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო გაიდლაინებითა და პროტოკოლებით**
- **ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათების შევსებისას არსებული ხარვეზების გამოსასწორებლად:**
    - **ყოველი წლის ბოლოს დაიწეროს შემაჯამებელი/წლიური ეპიკრიზი, სადაც მოკლედ აისახება გასული წლის განმავლობაში პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკა, ჩატარებული კონსულტაციები, განხორციელებული რეფერალი, გამოკვლევები, დასმული დიაგნოზები, ჩატარებული მკურნალობა და მისი შედეგები**
    - **სამედიცინო პერსონალისთვის, და მთლიანად პენიტენციური სისტემისთვის, სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებული ხარვეზების მაქსიმალურად აღმოსაფხვრელად, დაინერგოს მისაღები ინფორმაციული ელექტრონული სისტემა**
- **რთული შემთხვევების განსახილველად და ექიმებს შორის გამოცდილების გასაზიარებლად, ყველა დაწესებულებაში დაინერგოს დილის კლინიკური კონფერენციები**

4.4. სამედიცინო მომსახურება

4.4.1. პირველადი ჯანდაცვა

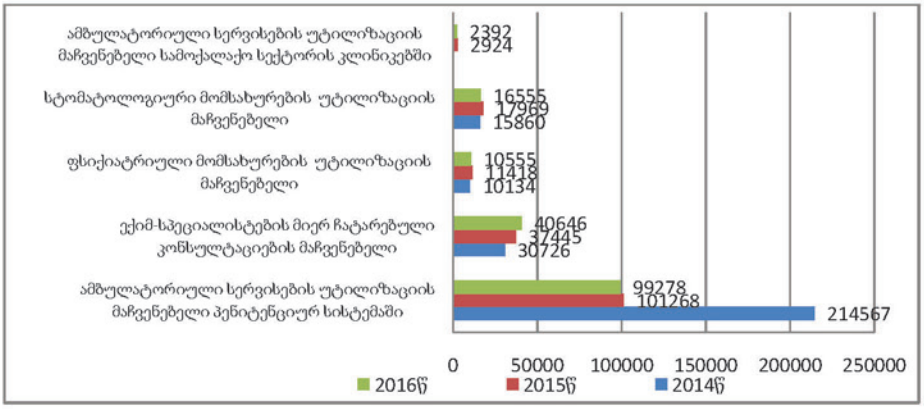
სახელმწიფო ვალდებულია იზრუნოს პატიმრების ჯანმრთელობაზე. პატიმრები უნდა სარგებლობდნენ ჯანდაცვის სფეროს იმავე სტანდარტების მომსახურებით, რაც ხელმისაწვდომია ფართო საზოგადოებისთვის.[45]

პენიტენციურ სისტემაში პატიმრებს 37 პირველადი ჯანდაცვის პუნქტი და ორი სამკურნალო დაწესებულება ემსახურება. 2016 წელს, სამედიცინო დეპარტამენტს ეკვივალენტური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად, კონტრაქტი სამოქალაქო სექტორის 49

[45] ნელსონ მანდელას წესები, წესი 24

კლინიკასთან ჰქონდა დადებული. საექიმო-სამედიცინო პუნქტი, რომელიც პენიტენციური დეპარტამენტის ყველა დაწესებულებაში მოქმედებს, პატიმრებს 24 საათის განმავლობაში უწევს სამედიცინო მომსახურებას. გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისთვის პენიტენციური დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი იძახებს სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას.

პენიტენციურ სისტემაში 2016 წლის განმავლობაში სულ განხორციელდა პატიმართა 152865 ამბულატორიული კონსულტაცია, მათ შორის პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ - 99278, სხვადასხვა ექიმ-სპეციალისტების მიერ ჩატარდა 40646 კონსულტაცია, ხოლო ფსიქიატრების მიერ - 10555 კონსულტაცია. სამოქალაქო სექტორის კლინიკებში ამავე პერიოდში ჩატარდა 2392 ამბულატორიული კონსულტაცია. სტომატოლოგიური მომსახურების უტილიზაციის მაჩვენებელმა ამავე პერიოდში შეადგინა 16555.[46]



დიაგრამა 2. ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის მაჩვენებლი

სამოქალაქო ჯანდაცვის სისტემაში ოფიციალურ სტატისტიკაში არ აღირიცხება არაფორმალური და თვითმკურნალობის შემთხვევები, რაც უთუოდ ახდენს გავლენას სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის მონაცემებზე. 2016 წელს პენიტენციურ სისტემაში 1 პატიმარზე მოდის საშუალოდ 15.3 ამბულატორიული ვიზიტი, რაც თითქმის ოთხნახევარჯერ აღემატება სამოქალაქო სექტორში აღრიცხული ვიზიტების რაოდენობას 1 მოსახლეზე (3,4 ვიზიტი).[47] ეს განსხვავება შესაძლებელია უფრო დიდიც იყოს -

[46] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს საიტზე არსებული სტატისტიკური მონაცემების თანახმად. იხ. ბმული http://www.moc.gov.ge/ka/statistika/yovelthviuri-angarishi [ბოლოს ნანახია 18.04.2018]

[47] დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა - სტატისტიკური ცნობარი; გვ, 70; ცხრილი N2.6.. იხ. ბმული http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=e6187208-0a3f-4026-a25e-d72fa93ec51a [ბოლოს ნანახია 14.04.2018]

ოფიციალური მონაცემების მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები დღეში საშუალოდ 4-5 პაციენტს მოემსახურებიან, პენიტენციური დაწესებულებების ექიმების მიერ მოწოდებული მონაცემებით კი, დღეში საშუალოდ 12-15 პაციენტს უწევენ კონსულტაციას. ასეთი განსხვავება მონაცემებს შორის შესაძლოა პატიმართა ვიზიტების აღრიცხვის ხარვეზითაც იყოს განპირობებული.

4.4.2. დაწესებულების მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

ბაზისური მედიკამენტების ნუსხით განსაზღვრული მედიკამენტების შეძენა ხდება ტენდერის მეშვეობით და ყოველთვიური მოთხოვნის საფუძველზე მიეწოდება პენიტენციურ დაწესებულებებს.[48] პენიტენციურ დაწესებულებებს აგრეთვე მიეწოდებათ ვირუსული „C“ ჰეპატიტის, ანტირეტროვირუსული და ტუბერკულოზის მკურნალობისთვის საჭირო მედიკამენტები. საჭიროების შემთხვევაში, მთავარი ექიმის მოთხოვნის საფუძველზე, კონკრეტული პატიმრისთვის აუცილებელი მედიკამენტი შესაძლებელია გამარტივებული შესყიდვის წესით შეიძინონ. სურვილის შემთხვევაში, პატიმარს აგრეთვე გააჩნია უფლება, მიიღოს მედიკამენტები ოჯახის წევრებისაგან ან შეიძინოს დაწესებულების ტერიტორიაზე არსებულ აფთიაქში.[49]

უმეტეს შემთხვევაში, თავად პენიტენციური დაწესებულება უზრუნველყოფს პატიმრებს მედიკამენტებით, უფრო იშვიათად გვხვდება ისეთი შემთხვევები, როდესაც პატიმრები დაწესებულების ტერიტორიაზე არსებულ აფთიაქში[50] თავად იძენენ მედიკამენტებს, ან აწვდიან ოჯახის წევრები. მნიშვნელოვანია, რომ ექიმები დანიშნულების გაცემისას არ იზღუდებოდნენ პენიტენციურ დაწესებულებაში არსებული მედიკამენტებით და პატიმრის მოთხოვნის შემთხვევაში, ექიმთან შეთანხმებით, პატიმრის ხარჯზე, დაუბრკოლებლად იყოს ხელმისაწვდომი ბრენდული სახელწოდების მედიკამენტების დაწესებულებაში ამანათით შეგზავნა.

---

[48] „პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების, სპეციფიკური საჭიროებების მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურების დამატებითი სტანდარტების, პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში პრევენციული მომსახურების პაკეტისა და პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ბაზისური მედიკამენტების ნუსხის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 22 აპრილის №31 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ.

[49] სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტის 2017 წლის 22 მარტის პასუხი MOC71700217079.

[50] აფთიაქი, სადაც პატიმრებს თავად შეუძლიათ შეიძინონ მედიკამენტები, ფუნქციონირებს N8 და N15 დაწესებულებებში.

პატიმართა გამოკითხვით დადგინდა, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნის უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში მათი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა სხვადასხვა გზით ხდებოდა. რესპონდენტთა 63,9% მედიკამენტებით უზრუნველყოფის ძირითად წყაროდ პენიტენციურ დაწესებულებას ასახელებს. გამოკითხულ პატიმართა 43% კი აღნიშნავს, რომ ოჯახს მათთვის მედიკამენტები არასოდეს მიუწოდებია. ამასთან, რესპონდენტთა 40%–მდე მიუთითებს, რომ მედიკამენტები დაწესებულებაში არსებულ აფთიაქში არასდროს შეუძენია. პატიმართა მხოლოდ მცირე ნაწილი ყიდულობს მედიკამენტს მხოლოდ აფთიაქში ან/და იღებს ოჯახიდან.

დადებითად უნდა აღინიშნოს პენიტენციურ დაწესებულებებს შორის ჭარბი მედიკამენტების თაობაზე ინფორმაციის გაცვლის პრაქტიკა. წამლების სამარაგოზე პასუხისმგებელი პირი ყოველთვიურად აწვდის სხვა დაწესებულებებს ჭარბი მედიკამენტების სიას და მოთხოვნის შემთხვევაში, მედიკამენტს აწვდის იმ დაწესებულებას, რომელსაც ის ესაჭიროება. მედიკამენტების მიწოდება დაწესებულებებში ძირითადად დამაკმაყოფილებელია და უზრუნველყოფს პატიმართა მოთხოვნებს, თუმცა იყო გარკვეული ხარვეზებიც. მედიკამენტების მიწოდების კუთხით პრობლემები იქმნება წლის დასაწყისში, რადგან არსებული მარაგი იწურება, ხოლო ტენდერის პირობებიდან გამომდინარე, მედიკამენტები ჯერ შესყიდული არ არის. მედიკამენტების მარაგის შევსება მხოლოდ თებერვლის შუა რიცხვებიდან იწყება. მედიკამენტებზე წყვეტის პერიოდში კი, დანიშნულებებს ანაცვლებენ იმავე მოქმედების სხვა მედიკამენტებით.

განხორციელებული ვიზიტების დროს N2 და N8 დაწესებულებების წამლების სამარაგოებში არ იყო ამოსახველებელი საშუალებები. ექიმები გასაუბრების დროს აღნიშნავდნენ, რომ ბოლო ორი თვის განმავლობაში დაწესებულებაში არ ჰქონიათ პრობიოტიკები, „ადაპტოლი“, „დონორმილი“, „მელაქსენი“. ასეთ სიტუაციაში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ხშირად უწევთ უძილობით შეწუხებული პატიმრების გადამისამართება ფსიქიატრთან, რადგან ის საძილე მედიკამენტები, რომლის დანიშვნის უფლებაც აქვთ, მარაგში არ მოიპოვება. ისეთი ანტიბიოტიკები, როგორიცაა „კოკლავი“ და „ლევოფლოქსაცინი“ (და მათი ანალოგები) მცირე რაოდენობით შედის დაწესებულებაში და მალე მთავრდება. პერიოდულად წყვეტაა სახარჯი მასალების მიწოდებაშიც.

პრობლემები იყო ფსიქოტროპული მედიკამენტების შენახვის კუთხითაც, ასე მაგალითად, N8 დაწესებულებაში ფსიქოტროპული მედიკამენტები, სხვა არაფსიქოტროპული მედიკამენტების მსგავსად, განთავსებული იყო უშუალოდ ღია თაროზე, რაც დადგენილი სტანდარტების დარღვევაა.[51] პრობლემებია ვადაგასული მედიკამენტების კუთხითაც,

[51] საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 21 ივლისის N150/ნ ბრძანება „ფარმაცევტულ, სამედიცინო, სასწავლო, სამეცნიერო-კვლევით, საექსპერტო-დიაგნოსტიკურ და საკონტროლო-ანალიზურ ლაბორატორიაში, ხანდაზმულთა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა და მზრუნველობას მოკლებულ ბავშვთა დაწესებულებებში

კერძოდ, ვადაგასული მედიკამენტები არ ინახება დალუქულ ყუთში, მათი ჩამოწერა კი დროში იწელება.

4.4.3. ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაციები

პენიტენციურ დაწესებულებებში პატიმრები საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფილი არიან სხვადასხვა პროფილის ექიმ-სპეციალისტთა მომსახურებით. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების ფარგლებში, დაწესებულებების საჭიროებებიდან გამომდინარე, ისინი გარკვეული პერიოდულობით, ადგილზევე უწევენ პატიმრებს კონსულტაციას. მიუხედავად იმისა, რომ ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობას ახასიათებს ზრდის ტენდენცია და ბოლო ორი წლის განმავლობაში პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების მიერ განხორციელებული კონსულტაციების თითქმის ნახევარს მიაღწია, კვლავ რჩება რიგი პრობლემები (იხ. ცხრილი N2).

პრევენციული და სამკურნალო ღონისძიებების დასახელება	*2014წ*	*2015წ*	*2016წ*	*2017წ 6 თვე*
პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების მიერ განხორციელებული კონსულტაციების რაოდენობა	214567	101268	99278	40599
სხვადასხვა ვიწრო პროფილის ექიმ-სპეციალისტების მიერ ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა (გარდა ფსიქიატრის, სტომატოლოგის და პჯდ)	30726	37445	40646	20093

ცხრილი 2. პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისა და სხვადასხვა ვიწრო სპეციალისტების მიერ ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა წლების მიხედვით

ვიწრო პროფილის ექიმ-სპეციალისტებთან კონსულტაციაზე პატიმართა ჩაწერა აღინუსხება კონსულტაციის აღრიცხვის ჟურნალში. ზოგიერთ შემთხვევაში ჩანაწერები შესრულებულია ხარვეზებით - არ არის მითითებული პაციენტის კონსულტაციაზე ჩაწერის თარიღი, ექიმ-კონსულტანტის ვიზიტის თარიღი ან პაციენტისთვის გაწეული კონსულტაციის თარიღი. რამდენიმე დაწესებულების კონსულტაციის აღრიცხვის ჟურნალში (N3, N5 და N8 დაწესებულებები) შეტანილია მხოლოდ იმ პაციენტების მონაცემები, რომელთაც უკვე ჩაუტარდათ კონსულტაცია, რაც შეუძლებელს ხდის კონსულტაციის მოცდის პერიოდის რეალურად შეფასებას. პატიმრის დაწესებულებაში ან სხვა პირველადი ჯანდაცვის პუნქტის აღრიცხვაზე გადაყვანის შემთხვევაში, დანიშნული კონსულტაცია არ გადამისამართდება და მას თავიდან უწევს მოცდის პერიოდის გავლა.

ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და პრეკურსორების ლეგალური ბრუნვის წესების დამტკიცების შესახებ“.

ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაციებთან დაკავშირებული პრობლემები განსხვავებულია დაწესებულებების მიხედვით. მაგალითად, N2 დაწესებულებაში ექიმ-კონსულტანტთა ვიზიტები კარგად არის ორგანიზებული, გრაფიკის მიხედვით, კვირაში ერთხელ, ფიქსირებულ დღეს, სისტემატურად ტარდება. კონსულტაციებს ატარებენ ოფთალმოლოგი, ინფექციონისტი, ნევროლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, რადიოლოგი, ექოსკოპისტი, პედიატრი, ქირურგი, ტრავმატოლოგი, გინეკოლოგი და დერმატოლოგი. კონსულტაციების მოცდის პერიოდი მინიმუმამდეა შემცირებული, შესაბამისად კონსულტანტის მიერ მისაღებ პაციენტთა რაოდენობაც ოპტიმალურია. გამონაკლისს წარმოადგენს ორთოპედ-სტომატოლოგის კონსულტაციები, რომელიც უკანასკნელი მონიტორინგის დროს[52] ბოლო 2-3 თვის განმავლობაში არ იყო ჩატარებული, ასევე პრობლემური იყო უროლოგისა და პროქტოლოგის კონსულტაციები, რომლებიც მხოლოდ თვეში ერთხელ ტარდებოდა. N8 დაწესებულებაში კონსულტაციები უსისტემოდ ტარდება, მოცდის პერიოდიც გახანგრძლივებულია. ამასთან, N8 დაწესებულებაში, თითოეული პირველადი ჯანდაცვის პუნქტის აღრიცხვაზე მყოფი პაციენტები განსხვავებულად იღებენ სამედიცინო მომსახურებას, განსხვავებულია ექიმ-სპეციალისტთან კონსულტაციების მოცდის პერიოდიც. ყოველივე ეს კი პირველადი ჯანდაცვის პუნქტის ექიმის მოტივირებულობასა და მომთხოვნელობაზეა დამოკიდებული. პირველადი ჯანდაცვის პუნქტებში პაციენტებს ერთნაირად უნდა უდგებოდნენ და სამედიცინო მომსახურების დროულად მიღება მხოლოდ იმაზე არ უნდა იყოს დამოკიდებული, რამდენად აქტიურია ექიმი.

პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში, უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში, გამოკითხულ პატიმართა გამოკვეთილი უმრავლესობა პირველადი ჯანდაცვის ექიმის, ექთნისა და ექიმი-სტომატოლოგის მომსახურებით სარგებლობდა და ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაცია არ დასჭირვებია. ამათგან, ყველაზე დიდი მოთხოვნა იყო ოფთალმოლოგის (21.8%), ნევროპათოლოგის (18.7%), კარდიოლოგის (18.4%), სტომატოლოგი ორთოპედის (17%), ექოსკოპისტის (16.6%), ფსიქიატრის (15.8%) და დერმატოვენეროლოგის (15.6%) კონსულტაციაზე.

იმ გამოკითხულ პატიმართა ინფორმაციით, რომლებმაც სამედიცინო კონსულტაციის მიღება მოითხოვეს, ყველაზე სწრაფად, მოთხოვნიდან რამდენიმე დღეში, ხელმისაწვდომი გახდა შეხვედრა ფთიზიატრთან, ფსიქიატრთან, გინეკოლოგთან, ქირურგთან, კარდიოლოგსა და ინფექციონისტთან (შემთხვევათა 60%-ზე მეტი). საკმაოდ დიდია იმ რესპონდენტთა რაოდენობა, რომელთაც ორი ან მეტი თვე დასჭირდათ საკონსულტაციო მომსახურების მისაღებად. ამ მხრივ ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია ოფთალმოლოგის, უროლოგის, პროქტოლოგის, ექოსკოპისტის, ოტორინოლარინგოლოგის, ენდოკრინოლოგის, ტრავმატოლოგისა და გასტროენტეროლოგის კონსულტაციების შემთხვევაში (შემთხვევათა 15%-ზე მეტი).

[52] N2 დაწესებულებაში ვიზიტი განხორციელდა 2017 წლის 5-10 აპრილს.

პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში, უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე, რომელი სპეციალისტის კონსულტაცია დაგჭირდათ? (%) (N=943)	არ დაჭირვებია	დაჭირდა	მოთხოვნიდან რამდენ ხანში იყო ის თქვენთვის ხელმისაწვდომი?					
			რამდენიმე დღეში	რამდენიმე კვირაში	ერთ თვეში	ორ ან მეტ თვეში	ელოდება	მიჭირს პასუხის გაცემა
ოფთალმოლოგი	78.2	21.8	45.2	20.9	17.1	16.6	0.5	3.3
ნევროპათოლოგი	81.3	18.7	40,4	18.2	17.1	12.3	2.1	4.8
ალერგოლოგი	93.1	6.9	52.2	2.9	24.6	13.0	1.4	4.3
კარდიოლოგი	81.6	18.4	61.4	13.6	9.2	10.9	0.5	4.9
უროლოგი	86.7	13.3	34.6	22.6	18.0	18.0	2.3	4.5
პროქტოლოგი	95.7	4.3	44.2	9.3	20.9	16.3	2.3	7.0
ქირურგი	89.3	10.7	69.2	12.1	6.5	11.2	0.0	0.9
ინფექციონისტი	94.6	5.4	64.8	7.4	3.7	13.0	1.9	7.4
რენტგენოლოგი	86.2	13.8	57.2	15.2	12.3	13.0	0.7	1.4
ონკოლოგი	97.9	2.1	4.8	23.8	14.3	23.8	14.3	19.0
დერმატოვენეროლოგი	84.4	15.6	47.4	10.9	17.9	13.5	2.6	7.7
ფტიზიატრი	96.1	3.9	64.1	12.8	2.6	12.8	0.0	10.3
ექოსკოპისტი	83.4	16.6	53.6	16.3	7.8	15.1	1.2	6.6
ფსიქიატრი	84.2	15.8	72.8	9.5	7.0	8.2	0.6	1.9
ნარკოლოგი	97.9	2.1	57.1	4.8	14.3	9.5	0.0	14.3
ოტორინოლარინგოლოგი	93.6	6.4	34.4	14.1	26.6	15.6	1.6	7.8
ენდოკრინოლოგი	92.8	7.2	31.9	25.0	18.1	18.1	2.8	5.6
ანგიოლოგი	97.0	3.0	36.7	13.3	26.7	13.3	3.3	6.7
ტრავმატოლოგი	96.7	3.3	30.3	27.3	18.2	21.2	0.0	3.0
რევმატოლოგი	96.1	3.9	25.6	35.9	23.1	10.3	0.0	7.7
გინეკოლოგი	94.7	35.0	64.2	18.9	5.7	7.5	0.0	5.7
მამოლოგი	96.5	21.6	40.0	11.4	20.0	5.7	2.9	20.0
გასტროენტეროლოგი	95.2	4.8	54.2	8.3	10.4	18.8	2.1	6.3

ცხრილი 3. ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაციების მოცდის პერიოდი

მოცდის პერიოდი დახურული ტიპის დაწესებულებებში, სტატისტიკურად, სარწმუნოდ უფრო მაღალია, ვიდრე ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში. საშუალოდ, მოცდის პერიოდი ამ ტიპის დაწესებულებებში ორნახევარჯერ აღემატებოდა ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებების მონაცემებს.

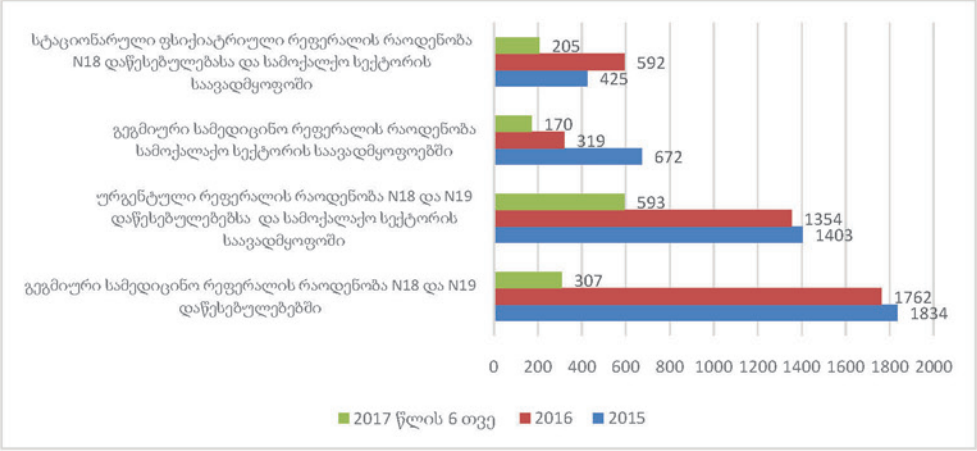
წლის დასაწყისში (იანვარი) საკონსულტაციო პროცესის გარკვეული წყვეტა აღინიშნებოდა, რაც ექიმ-კონსულტანტებთან წლიური კონტრაქტების დაგვიანებით გაფორმებით იყო გამოწვეული. ამ პერიოდში კონსულტაციები ხელმიუწვდომელი იყო.

პენიტენციურ დაწესებულებაში ვიზიტისას ექიმ-სპეციალისტს ზოგჯერ დღის განმავლობაში ბევრი პატიმრისთვის უწევს კონსულტაციის გაწევა, რაც გავლენას ახდენს გაწეული კონსულტაციის ხარისხზე. ექიმ-კონსულტანტების მიერ სამედიცინო ბარათში გაკეთებული ჩანაწერების დიდი ნაწილი არ არის სრულფასოვანი, მათში არ არის მითითებული

დიაგნოზები, დანიშნულებები. ამასთან, ზოგიერთ შემთხვევაში შეუძლებელია ჩანაწერის წაკითხვა.

4.4.4. სამედიცინო რეფერალი

პატიმართა სრულფასოვანი, მაღალკვალიფიციური და ეკვივალენტური სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად, საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს გაფორმებული აქვს ხელშეკრულებები სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებებთან, სადაც საჭიროების შემთხვევაში გადაჰყავთ პატიმრები ამბულატორიული თუ სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. 2016 წლის მონაცემებით, კონტრაქტი გაფორმებული იყო 49 სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებასთან.



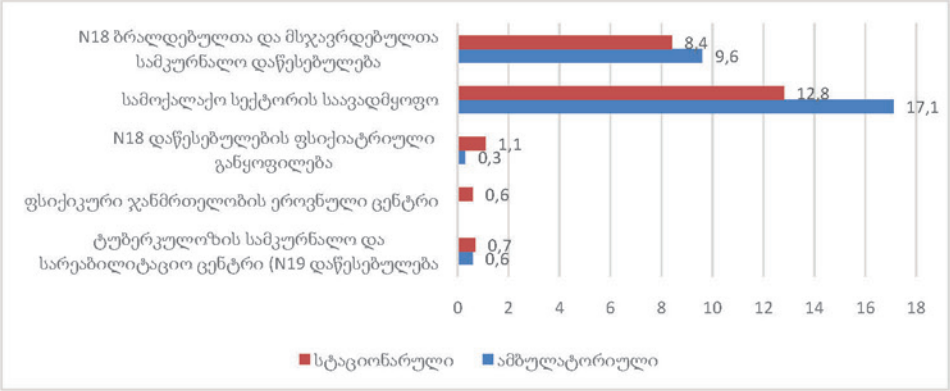
დიაგრამა 3. პენიტენციური დაწესებულებებიდან განხორციელებული რეფერალის რაოდენობა წლების მიხედვით

სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩატარებული მონიტორინგის დროს სამედიცინო რეფერალის დროულობის საკითხიც შეისწავლა. დადებითად უნდა აღინიშნოს, რომ 2016 წლის მეორე ნახევრიდან, ელექტრონულ ბაზაში დარეგისტრირებისას, აღარ დგას სამედიცინო დეპარტამენტის მიერ შემთხვევის დროული დადასტურების პრობლემა.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2014 წლის 10 აპრილის N55 ბრძანებას დაემატა სასწრაფო დაყოვნებული ინტერვენციის სახე, რომელიც გულისხმობს პატიმრის ჯანმრთელობიდან გამომდინარე რეფერალს 2-5 დღის ვადაში. აღნიშნული ცვლილება მისასალმებელია და სახალხო დამცველი იმედოვნებს, რომ სასწრაფო დაყოვნებული

ინტერვენციის სახე სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 22 აპრილის N31 ბრძანებასაც დაემატება[53].

ჩატარებული კვლევა აჩვენებს, რომ ამბულატორიულად, სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში, გამოკითხულ რესპონდენტთა 17.1% გადაიყვანეს, N18 დაწესებულებაში კი - 9,6%. რაც შეეხება სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას, სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში გადაიყვანეს 12.8%, N18 დაწესებულებაში კი - 8.4%.



დიაგრამა 4. პენიტენციური დაწესებულების გარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურება

ქალი პატიმრების ხვედრითი წილი (16,2%), რომელთაც N18 დაწესებულებაში ამბულატორიული სამედიცინო მკურნალობა ჩაიტარეს, უფრო მეტია, ვიდრე მამაკაცი პატიმრებისა (8,4). ასევე მეტია იმ ქალი პატიმრების ხვედრითი წილი მამაკაცებთან შედარებით, რომელთაც სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში ჩაიტარეს ამბულატორიული მკურნალობა. ამასთან, მეტია იმ მსჯავრდებულთა ხვედრითი წილიც, ბრალდებულებთან შედარებით, რომელთაც ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება მიიღეს როგორც N18 დაწესებულებაში, ისე სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში.

[53]პენიტენციურ დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების, სპეციფიკური საჭიროებ ებისმქონე პირთა სამედიცინო მომსახურების დამატებითი სტანდარტების, პენიტენციურ დაწესებულ ებაში პრევენციული მომსახურების პაკეტისა და პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ბაზისური მედ იკამენტების ნუსხის დამტკიცების შესახებ სასჯელაღრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 22 აპრილის N31 ბრძანება.

გიმკურნალიათ თუ არა ...		პატიმრის სტატუსი	
		ბრალდებული	მსჯავრდებული
N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება (ამბულატორია)	დიახ	3.8%	12.1%
	არა	96.2%	87.9%
სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში (ამბულატორია)	დიახ	5.6%	22.4%
	არა	94.4%	77.6%
N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება (სტაციონარი)	დიახ	1.7%	11.5%
	არა	98.3%	88.5%
სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში (სტაციონარი)	დიახ	3.1%	17.2%
	არა	96.9%	82.8%

ცხრილი 4. მიღებული სამედიცინო მომსახურება პენიტენციური დაწესებულების გარეთ

კვლევის შედეგებიდან ნათლად ჩანს, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებიდან ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, N18 დაწესებულებაში პროცენტულად უფრო მეტი პატიმარი გაჰყავთ, ვიდრე დახურული ტიპის დაწესებულებიდან. მსგავსი შედეგებია სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში ნახევრად ღია და დახურული ტიპის დაწესებულებებიდან პატიმართა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებების მიღების მიზნით გაყვანისას. ნახევრად ღია ტიპის პენიტენციური დაწესებულებიდან გამოკითხული პატიმრების 17.5% გადაიყვანეს სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მისაღებად, დახურული ტიპის დაწესებულებიდან კი გამოკითხული პატიმრების - 9.8%.

გამოკითხული პატიმრების ის ნაწილი, რომელთაც ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება პენიტენციური დეპარტამენტის სამკურნალო დაწესებულებებსა და სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში ჰქონდათ მიღებული, უთითებდა, თუ რა დრო დასჭირდათ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. N18 დაწესებულებაში ამბულატორიული მკურნალობის/გამოკვლევის ჩასატარებლად პატიმრების საშუალო მოცდის პერიოდი 16 დღეს შეადგენდა, სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში - 34 დღეს, ხოლო ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში (N19 დაწესებულება) – 18 დღეს. რაც შეეხება გეგმიურ სტაციონარულ მკურნალობას, ამ შემთხვევაში გამოკითხული პატიმრების მოცდის პერიოდმა N18 დაწესებულებაში საშუალოდ 77 დღე შეადგინა, ხოლო სამოქალაქო სექტორის სტაციონარში - 33 დღე. რაც შეეხება გადაუდებელ სტაციონარულ მკურნალობას, ამ შემთხვევაში მოცდის პერიოდი N18 დაწესებულებაში საშუალოდ 25 საათს, ხოლო სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოში – 17 საათს შეადგენდა.

			რაოდენობა	მოცდის პერიოდი
ამბულატორიული	(დღე)	N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება	77	15.65
		სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფო	136	33.66
		ფსიქიატრიული განყოფილება ციხის საავადმყოფოში	1	
		ხონის ფსიქიატრიული დაწესებულება	0	
		ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი (N19 დაწესებულება)	6	17.83
სტაციონარული	ფეხმიერი (დღე)	N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება	53	77.63
		სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფო	69	33.74
		ფსიქიატრიული განყოფილება ციხის საავადმყოფოში	8	104.30
		ხონის ფსიქიატრიული დაწესებულება	4	103.14
		ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი (N19 დაწესებულება)	5	97.99
	გადაუდებელი (საათი)	N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება	26	25.25
		სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფო	50	17.26
		ფსიქიატრიული განყოფილება ციხის საავადმყოფოში	2	0.51
		ხონის ფსიქიატრიული დაწესებულება	0	
		ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი (N19 დაწესებულება)	0	

ცხრილი 5. რეფერალური მომსახურების მოცდის პერიოდი

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ სამედიცინო რეფერალი უმეტესად სამოქალაქო სექტორში ხორციელდება, რაც, ჯანდაცვის სერვისების ეკვივალენტობის თვალსაზრისით, დადებით ტენდენციად უნდა მივიჩნიოთ.

რეკომენდაციები სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **პენიტენციური დაწესებულებების მედიკამენტებით მომარაგებასთან დაკავშირებული ხარვეზების აღმოსაფხვრელად, გაანალიზდეს განვლილ პერიოდში მედიკამენტების ხარჯვის მონაცემები და შედეგები გათვალისწინებულ იქნას როგორც მედიკამენტების ერთიანი შესყიდვის, ასევე კონკრეტული დაწესებულების მომარაგებისას**

- ექიმები დანიშნულების გაცემისას არ იზღუდებოდნენ პენიტენციურ დაწესებულებაში არსებული მედიკამენტებით და პატიმრის მოთხოვნის შემთხვევაში, ექიმთან შეთანხმებით, პატიმრის ხარჯზე, დაუბრკოლებლად იყოს ხელმისაწვდომი ბრენდული სახელწოდების მედიკამენტები. დაწესებულებებში აფთიაქების არარსებობის პირობებში მკაფიოდ განისაზღვროს პენიტენციურ დაწესებულებებში მედიკამენტების ამანათით შეგზავნის მარეგულირებელი წესი
- დროული და ადეკვატური სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მიზნით, უზრუნველყოს პენიტენციურ დაწესებულებებში ექიმ-კონსულტანტების ვიზიტის გრაფიკის შედგენა და მათი დაწესებულებაში ვიზიტი კვირაში ერთხელ
- უზრუნველყოს სამედიცინო შესყიდვების პროცესის ეფექტური მართვა, ხარჯთეფექტიანობის ანალიზი და პენიტენციური ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის შეფასება წინასწარ განსაზღვრული, ვალიდური ინდიკატორების საშუალებით
- შეიმუშაოს პენიტენციური ჯანდაცვის სამოქალაქო ჯანდაცვაში ინტეგრირების (განსამოქალაქეობის) გეგმა, ხოლო ამ გეგმის განხორციელებამდე უზრუნველყოს სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დამოუკიდებლობისა და კომპეტენტურობის ხელშეწყობა სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი პროფესიული სწავლებისა და სხვადასხვა ტრენინგის მოდულის გაძლიერების, ტრენინგების შედეგების მდგრადობის შეფასებისა და სუპერვიზიის მექანიზმის შემუშავების გზით
- ნორმატიულ დონეზე განისაზღვროს სამედიცინო პერსონალის მიერ კონსულტაციის ჩატარების პროცედურა
- სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამმართველომ მონიტორინგების განხორციელების გზით ზედამხედველობა გაუწიოს სამედიცინო პერსონალის მიერ კონსულტაციის ჩატარების პროცედურას. ამის განსახორციელებლად კი, შესაბამისი ცვლილება შევიდეს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის N55 ბრძანებაში[54].

4.4.5. სამედიცინო კონფიდენციალურობა

პენიტენციურ დაწესებულებებში სამედიცინო ბარათები და სხვა სახის სამედიცინო დოკუმენტაცია პირველადი ჯანდაცვის ოთახში ინახება და ხელმისაწვდომია მხოლოდ სამედიცინო პერსონალისთვის. კონფიდენციალობას ხელი შეუწყო სამედიცინო კონსულტაციების პატიმართა საკნებში ჩატარების პრაქტიკის შეწყვეტამაც. თუმცა მიუხედავად ამისა, დაწესებულებებში კონფიდენციალობის დაცვასთან დაკავშირებით, კვლავ რჩება რიგი პრობლემები.

[54] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს გენერალური ინსპექციის დებულების დამტკიცების შესახებ.

სამედიცინო კონფიდენციალობის დარღვევის ფაქტები, ძირითადად, პატიმრის თანხმობის გარეშე მესამე პირების დასწრებაში გამოიხატება. სამედიცინო პერსონალის უსაფრთხოების დაცვის მიზნით, ექიმისა და პაციენტის შეხვედრას დაწესებულების არასამედიცინო პერსონალიც ესწრება. ჩატარებული გამოკითხვის შედეგების თანახმად, გამოკითხულ პატიმართა მხოლოდ 45.2% აცხადებს, რომ ექიმთან ვიზიტისას სამედიცინო პერსონალის გარდა ოთახში არავინ იმყოფებოდა, 48,5% კი აღნიშნავს, რომ სამედიცინო შემოწმებას, მათი თანხმობის გარეშე, პენიტენციური დაწესებულების სხვა თანამშრომელიც ესწრებოდა, ხოლო ზოგიერთ შემთხვევაში ექიმთან ვიზიტს სხვა პატიმრებიც (5,3%) ესწრებოდნენ.[55]

მაგალითად, მე-18 დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ფსიქიატრის/ფსიქოლოგის/ექთნის და ფსიქიატრიული პაციენტის ყველა შეხვედრას ესწრება უსაფრთხოების სამსახურის წარმომადგენელი, რაც ხელს უშლის ექიმსა და პაციენტს შორის პოზიტიური თერაპიული კავშირის ჩამოყალიბებას. N2 დაწესებულებაში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის ვიზიტის დროს, პატიმრისთვის სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარებისას, ადგილი ჰქონდა უსაფრთხოების სამსახურის წარმომადგენელების და სხვა პატიმრის დასწრების შემთხვევას.

მონაცემების თანახმად, იმ რესპონდენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა შემთხვევაშიც ექიმთან ვიზიტის დროს, სამედიცინო პერსონალის გარდა, სხვა პირებიც იმყოფებოდნენ, ვარირებს პენიტენციური დაწესებულების ტიპის მიხედვით. მაგალითად, ნახევრად ღია ტიპის პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებული რესპონდენტების 34.4% ამბობს, რომ ექიმთან სამედიცინო ვიზიტს ესწრებოდა დაწესებულების სხვა თანამშრომელიც, მაშინ როცა დახურული ტიპის დაწესებულებაში მოთავსებული პატიმრების შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 57.7%-ს უტოლდება. ეს შესაძლოა დაწესებულების ტიპიდან გამომდინარე რეჟიმით იყოს გამოწვეული, კერძოდ, დახურული ტიპის დაწესებულებაში პატიმარს დამოუკიდებლად გადაადგილების საშუალება არ აქვს და საკნიდან გამოსვლისას უნდა ახლდეს დაწესებულების თანამშრომელი. მიუხედავად დაწესებულებაში არსებული რეჟიმისა, მნიშვნელოვანია, რომ უშუალოდ ექიმთან ურთიერთობამ, მესამე პირის დაუსწრებლად ჩაიაროს.

კვლევის ფარგლებში გამოკითხულმა პატიმრებმა სამედიცინო პერსონალის მიერ პროფესიული ეთიკისა და კონფიდენციალურობის დაცვის საკითხიც შეაფასეს. კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოების ექიმებს დადებითად აფასებდა პატიმრების 58.9%, მოწვეულ ექიმ-სპეციალისტებს - 53.2%, ხოლო დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს - გამოკითხულთა 52.6%. ამ კუთხით უარყოფითად შეფასდა

[55] პენიტენციური დეპარტამენტის N15 დაწესებულებაში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებთან გასაუბრების დროს ერთ-ერთმა ექიმმა აღნიშნა, რომ არიან მსჯავრდებულები, რომლებიც კონსულტაციის რიგის კონტროლში ეხმარებიან და იცავენ მათ. მისივე თქმით, იმის გამო, რომ ყველა მსჯავრდებული ერთმანეთს იცნობს, სათანადოდ ვერ იცავს მათ და ვერც რიგის კონტროლს ახერხებს.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა და N18 დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილების სამედიცინო პერსონალი.

სამედიცინო დაწესებულებებში პროფესიული ეთიკისა და კონფიდენციალურობის დაცვის შეფასებისას, პატიმრების მოსაზრებები ერთმანეთისგან განსხვავდება მათი სქესის, ასაკის, სტატუსის და დაწესებულების ტიპის მიხედვით. კაც პატიმრებთან შედარებით, ქალი პატიმრების უფრო დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ როგორც პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი, ისე პენიტენციურ დაწესებულებებში მოწვეული სპეციალისტები იცავენ პროფესიულ ეთიკასა[56] და კონფიდენციალურობას. ასევე, სტატისტიკურად სანდო კავშირი ვლინდება დაწესებულების ტიპსა და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ პროფესიული ეთიკისა და კონფიდენციალურობის დაცვის შეფასებას შორის. კერძოდ, ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში მოთავსებული პატიმრების უფრო დიდი ნაწილი ამბობს, რომ როგორც პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, ისე მოწვეული სპეციალისტები, სამედიცინო მომსახურების გაწევისას იცავენ პროფესიულ ეთიკასა და კონფიდენციალობას, მაშინ როცა დახურული ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხული პატიმრების მხოლოდ მცირე ნაწილი მიუთითებს ამის თაობაზე.[57]

ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ყველაზე მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი პროფესიული ეთიკისა და კონფიდენციალურობის დაცვის კუთხით, იმ სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის მიმართ გამოვლინდა, რომელთა მიმართაც რესპონდენტთა ყველაზე დიდ ნაწილს აქვს ნდობა და ზოგადი კმაყოფილების შედარებით მაღალი დონე.

გამოკითხვა აჩვენებს, რომ ინფორმირებული თანხმობის გარეშე მკურნალობის ჩატარების ეპიზოდები მხოლოდ ერთეულ შემთხვევებში გვხვდება. პატიმრის ან მისი ოჯახის წევრის წერილობით ინფორმირებული თანხმობის გარეშე, გამოკითხულ პატიმართა დიდი უმრავლესობისთვის (91.7%) არასდროს უმკურნალიათ.

---

[56] გამოკითხული ქალი პატიმრების 61.5% აღნიშნავს, რომ დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი იცავს სამედიცინო ეთიკას, კაცი პატიმრების შემთხვევაში კი, მხოლოდ 33.8% მიუთითებს სამედიცინო პერსონალის მხრიდან პროფესიული ეთიკის დაცვაზე. რაც შეეხება მოწვეულ ექიმ-სპეციალისტებს, გამოკითხული ქალი პატიმრების 54.9% მიიჩნევს, რომ ისინი იცავენ პროფესიულ ეთიკას, მამაკაცი პატიმრების მხოლოდ 30.3% იზიარებს ამ აზრს.

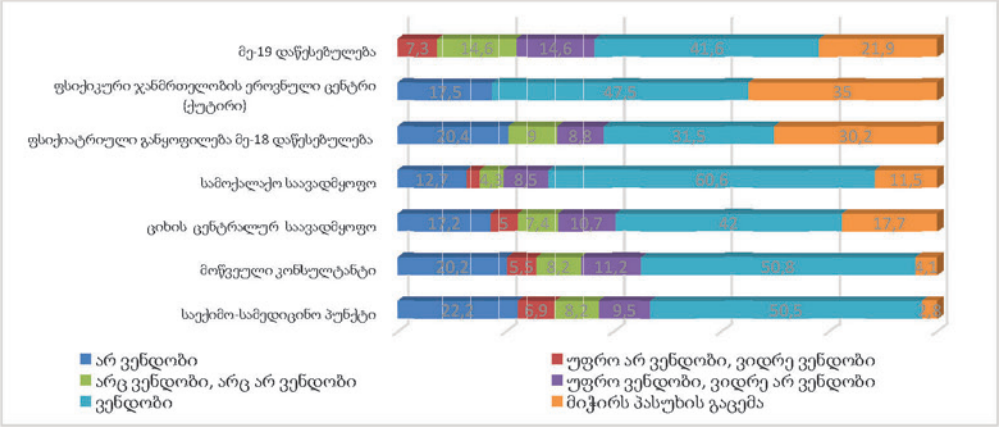
[57] ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხული პატიმრების 51.2% აღნიშნავს, რომ დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი იცავს სამედიცინო ეთიკას, მაშინ როდესაც დახურული ტიპის დაწესებულებაში სამედიცინო პერსონალის მხრიდან პროფესიული ეთიკის დაცვაზე 30.3% მიუთითებს. რაც შეეხება მოწვეულ ექიმ-სპეციალისტებს, ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხული პატიმრების 48.4% აღნიშნავს, რომ ექიმ-სპეციალისტების მხრიდან დაცულია პროფესიული ეთიკა, იგივე მაჩვენებელი დახურული ტიპის დაწესებულებაში 25.3%-ს შეადგენს.

4.4.6. სამედიცინო მომსახურებით პატიმართა ზოგადი კმაყოფილება

პაციენტის კმაყოფილება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებში იგი შეტანილია როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განვითარებისთვის აუცილებელი კომპონენტი.

გამოკითხვა აჩვენებს, რომ სტატისტიკურად სანდო კავშირია სამედიცინო მომსახურებით პატიმართა ზოგად კმაყოფილებასა და სამედიცინო პერსონალის მიმართ ნდობას შორის. ნდობის მაჩვენებელი მაღალია იმ სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ, რომელთა მომსახურებითაც რესპონდენტები, ზოგადად, კმაყოფილები არიან.

გამოკითხული პატიმრების 50.5% ენდობა პენიტენციური დაწესებულების პირველადი ჯანდაცვის პუნქტს, ხოლო 22.2% უნდობლობას უცხადებს. რაც შეეხება დაწესებულებაში მოწვეულ ექიმებს, მათ მიმართ ნდობას გამოხატავს გამოკითხულ პატიმართა 50.8%, ხოლო უნდობლობას – 20.2%. სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებს ენდობა რესპონდენტთა 60.6%, და არ ენდობა 12.7%.

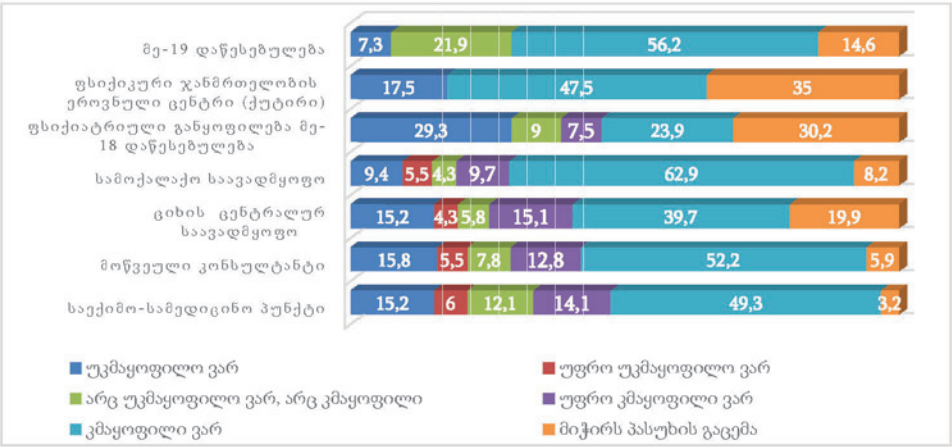


დიაგრამა 5. პატიმართა ნდობის მაჩვენებელი

პენიტენციურ დაწესებულებაში პირველადი ჯანდაცვის პუნქტის მიერ პატიმრებისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ ნდობის ხარისხი განსხვავებულია გამოკითხულ ქალ და კაც პატიმრებში. მდედრობითი სქესის პატიმრების 55.9% ენდობა მათ სერვისს, მაშინ როცა კაცი პატიმრების მხოლოდ 49.0%-ი გამოხატავს ნდობას. მსგავსი მონაცემებია მოწვეული სპეციალისტების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ ნდობასთან დაკავშირებით.

კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოწვეული სპეციალისტების მიმართ ნდობის მაჩვენებელი იმატებს პატიმრის ასაკთან ერთად. რაც უფრო მაღალია პატიმრის ასაკი, მით უფრო მაღალია ნდობის მაჩვენებელიც და პირიქით, რაც უფრო დაბალია პატიმრის ასაკი, მით უფრო ნაკლებად ენდობა მოწვეული სპეციალისტების მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებას. ასევე საინტერესოა ის ფაქტი, რომ მსჯავრდებული პატიმრების უფრო დიდ ნაწილს აქვს ნდობა პენიტენციური დაწესებულების პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის და მოწვეული სპეციალისტების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ, ვიდრე ბრალდებული პატიმრებისას.

გამოკითხული პატიმრების უმეტესობა (62.9%) კმაყოფილია სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში მიღებული სამედიცინო მომსახურებით. პენიტენციური დაწესებულების პირველადი ჯანდაცვის პუნქტში მიღებული მომსახურებით კმაყოფილია გამოკითხულ პატიმართა 49.3%, პენიტენციურ დაწესებულებაში მოწვეული ექიმ-სპეციალისტების მომსახურებით კი კმაყოფილია მათი 52.2%. გამოკითხული პატიმრების 15.2% მიუთითებს, რომ უკმაყოფილოა პენიტენციური დაწესებულების პირველადი ჯანდაცვის პუნქტში მიღებული მომსახურებით, ამასთან, გამოკითხულ პატიმართა 15.8% უკმაყოფილებას გამოთქვამდა მოწვეული ექიმ-სპეციალისტების მიმართ. გამოკითხული პატიმრების 7% დან 29%-მდე უთითებდა, რომ უკმაყოფილო იყო სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოებში, N18 დაწესებულებას და N18 დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრსა და ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში (N19 დაწესებულება) მიღებული სამედიცინო მომსახურებით. აქვე აღსანიშნავია, რომ პატიმრების უმეტესობა (29.3%) უკმაყოფილებას გამოთქვამდა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების (N18 დაწესებულება) ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მიღებული სამედიცინო მომსახურებით.

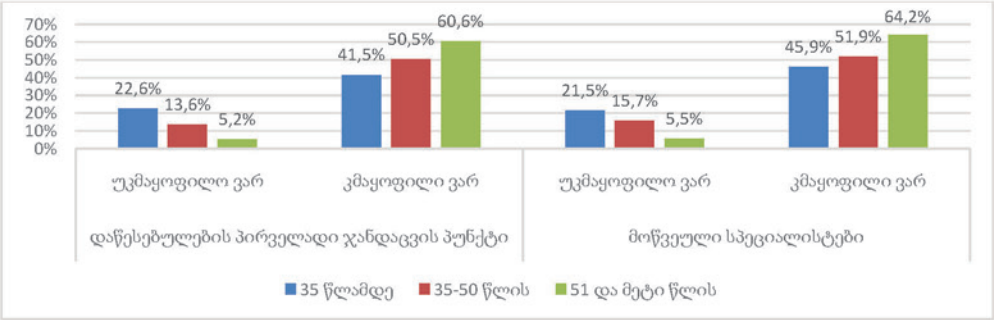


დიაგრამა 6. პატიმართა კმაყოფილება მიღებული სამედიცინო მომსახურების მიხედვით

ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ პატიმრების კმაყოფილების დონე პენიტენციური დაწესებულების გარეთ მიღებულ სამედიცინო მომსახურებებთან მიმართებით, ასევე განსხვავდება სქესის,[58]ასაკის,[59] და დაწესებულების ტიპის[60] მიხედვით. რაც შეეხება სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოს მიმართ რესპონდენტების კმაყოფილების დონეს, ბრალდებულის სტატუსის და მსჯავრდებულის სტატუსის მქონე პატიმრების შეფასებაში განსხვავება პრაქტიკულად არ აღინიშნება.

პენიტენციურ დაწესებულებაში პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის მიმართ გამოკითხული ქალი პატიმრების ნახევარზე მეტი კმაყოფილებას გამოთქვამს (57.9%), მაშინ როცა მათი მომსახურებით მამრობითი სქესის პატიმრების მხოლოდ 47%-ია კმაყოფილი. რაც შეეხება პენიტენციურ დაწესებულებაში მოწვეული სპეციალისტების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ პატიმრების კმაყოფილების დონეს, ქალებთან შედარებით, უფრო მეტი კაცი პატიმარი გამოთქვამს კმაყოფილებას.

კორელაციურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ როგორც პენიტენციური დაწესებულების პირველადი ჯანდაცვის პუნქტის, ასევე მოწვეული სპეციალისტების მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მიმართ, კმაყოფილებას გამოთქვამს იმ პატიმრების უფრო დიდი ნაწილი, რომლებიც არიან 51 და მეტი წლის. ასაკის კლებასთან ერთად კმაყოფილების დონეც კლებულობს.



დიაგრამა 7. კმაყოფილება პატიმართა ასაკობრივ ჭრილში

[58] გამოკითხული ქალი პატიმრების 31.4% კმაყოფილია მიღებული სამედიცინო მომსახურებით, მამაკაცი პატიმრების კი 15.6%.

[59] 45 წლის და უფრო ნაკლები ასაკის პატიმრების 15% გამოხატავდა კმაყოფილებას, 46 წლის და მეტი ასაკის პატიმრების - 25.1 %.

[60] ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში პატიმრების 73.9%-ია კმაყოფილი ამ მომსახურებით, ხოლო დახურული ტიპის დაწესებულების შემთხვევაში – 52.6%.

რეკომენდაციები სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **სამედიცინო ხასიათის ინფორმაციის კონფიდენციალურობის უზრუნველსაყოფად, ნორმატიული ბაზის გაანალიზება**
- **სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამმართველომ რეგულარული მონიტორინგის გზით შეამოწმოს, სად და როგორ ინახება, ასევე, ვისთვის არის ხელმისაწვდომი სამედიცინო დოკუმენტაცია**
- **უზრუნველყოს პატიმრობის კოდექსის 24-ე მუხლის მე-2 ნაწილში საკანონმდებლო ცვლილების შემუშავება, იმგვარად, რომ ამოღებულ იქნას დებულება, რომლის თანახმადაც დაწესებულებაში პატიმრის მიღებისას მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სავალდებულო შემოწმების თაობაზე ცნობა მის პირად (არასამედიცინო) საქმეში ინახება. ამასთან, უზრუნველყოს ამ პაკეტის მთავრობისათვის წარდგენა პარლამენტში ინიცირებისათვის**
- **უზრუნველყოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს გენერალური ინსპექციის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სამმართველოს მხრიდან სამედიცინო პერსონალის მიერ ეთიკური პრინციპების დაცვაზე მკაცრი სუპერვიზიის განხორციელება და დარღვევებზე ადეკვატური რეაგირება**
- **მაქსიმალურად უზრუნველყოს პატიმრებისა და ექიმების უშუალო კონტაქტი არასამედიცინო პერსონალის მონაწილეობის გარეშე, მათ შორის, დახურული ტიპის პენიტენციურ დაწესებულებებში გამოძახების ღილაკის დამონტაჟებითა და სამედიცინო პერსონალის მიერ საკნების ყოველდღიური შემოვლის ვალდებულების დაწესებით.**

წინადადება საქართველოს პარლამენტს

- **შევიდეს ცვლილება პატიმრობის კოდექსის 24-ე მუხლის მე-2 ნაწილში და ამოღებულ იქნას დებულება, რომლის თანახმადაც, დაწესებულებაში პატიმრის მიღებისას მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სავალდებულო შემოწმების თაობაზე ცნობა მის პირად (არასამედიცინო) საქმეში ინახება. აღნიშნული ცნობა ყველა შემთხვევაში პატიმრის სამედიცინო ბარათში უნდა ინახებოდეს.**

4.5 პატიმართა ჯანმრთელობა

4.5.1. არაგადამდები დაავადებები

საყოველთაოდ აღიარებული ფაქტია, რომ არაგადამდები დაავადებები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მწვავე პრობლემას წარმოადგენენ მთელს მსოფლიოში. გულსისხლძარღვთა დაავადებები, ავთვისებიანი სიმსივნეები, შაქრიანი დიაბეტი და ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები - ოთხი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. ჯანდაცვის

მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, სიკვდილიანობის 70% მსოფლიოში სწორედ ამ დაავადებებით არის გამოწვეული[61]. მიუხედავად იმისა, რომ არაგადამდები დაავადებები გლობალურ გავლენას ახდენს ყველა ეროვნების, ასაკის და შემოსავლების მქონე ადამიანებზე, არსებობს მათი გავრცელების მკაფიოდ გამოხატული დისპროპორცია, რომელიც განსაკუთრებით ეხება მოსახლეობის მოწყვლად ფენებს.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს საიტზე არსებული სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზი ცხადყოფს, რომ პენიტენციურ სისტემაში არაგადამდებ დაავადებათა პრევალენტობის[62] დინამიკა ბოლო წლებში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება, თუმცა სამოქალაქო სექტორში დაავადებათა პრევალენტობის მაჩვენებლებთან შედარებით, უფრო მცირეა.[63] პენიტენციურ სისტემაში მხოლოდ კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ავადმყოფობები და ძვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები სჭარბობს ქვეყანაში ფიქსირებულ პრევალენტობის მაჩვენებელს (იხილეთ ცხრილი N8).

	სამოქალაქო სექტორი	პენიტენციური სისტემა		
	2016წ.	2015წ	2016წ	2017წ 5 თვე
სიმსივნეები	2378.4	118.0	140.5	369.5
ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები	2786.2	804.7	1148.6	1223.9
შაქრიანი დიაბეტი	3033.6	1198.1	1215.4	1444.3
ნერვული სისტემის ავადმყოფობები	4217.0	3069.2	3725.1	3648.6
თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	5202.1	2271.8	3374.6	4127.2
ყურისა და დვრილისებრი მორჩის ავადმყოფობები	2443.6	1029.2	1282.2	1398.1
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობები	16405.6	5730.3	7652.3	9396.5

[61]Noncommunicable Diseases ,Progress Monitor 2017. იხ. ბმული http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029-eng.pdf?ua=1. [ბოლოს ნანახია 14.04.2018]

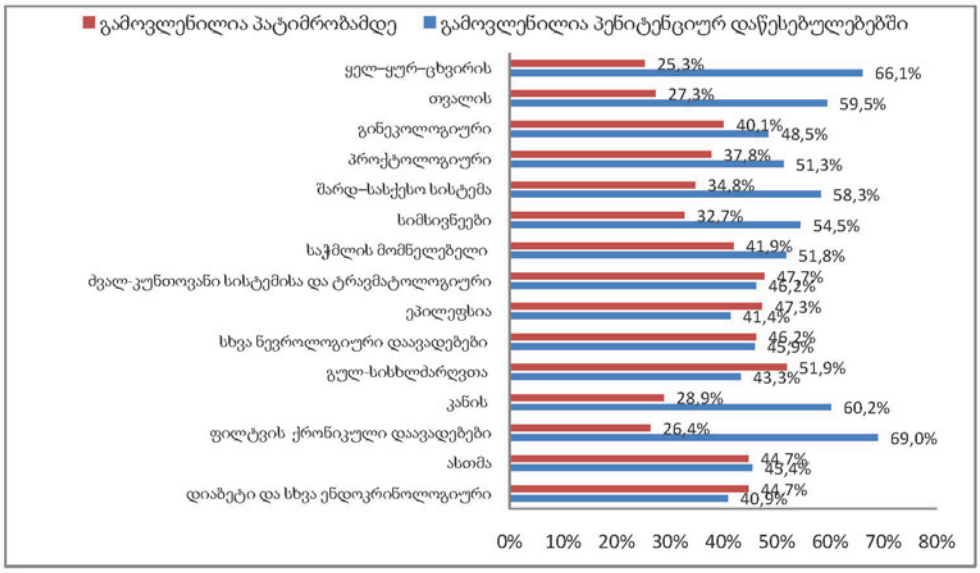
[62] რაიმეს ფართოდ გავრცელება იხ. ბმული http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=13&t=10682 [ბოლოს ნანახია 30.05.2018]

[63] აღსანიშნავია, რომ სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროში სამედიცინო სტატისტიკა ხარვეზებით იწარმოება, რაც სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების და დაავადებათა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული პრობლემებით არის გამოწვეული.

სასუნთქი სისტემის ავადმყოფობები	21425.8	5740.8	6823.0	8659.6
საჭმლის მომნელებელი სისტემის ავადმყოფობები	15044.9	10211.7	10831.8	12501.3
კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ავადმყოფობები	2375.9	3538.5	4847.7	5036.2
ძვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემაერთებელი ქსოვილის ავადმყოფობები	4086.3	3469.1	5127.9	5720.6
შარდ-სასქესო სისტემის ავადმყოფობები	6134.6	4558.9	5901.7	6591.8

ცხრილი 6. არაგადამდები დაავადებების პრევალენტობა პენიტენციურ სისტემაში დაავადებათა კლასების მიხედვით

პატიმართა გამოკითხვით ირკვევა, რომ დაავადებათა დიდი ნაწილი გამოვლენილია მათი პენიტენციურ სისტემაში ყოფნის პერიოდში. განსაკუთრებით მაღალია ეს რიცხვი ისეთი პათოლოგიების შემთხვევაში, როგორიცაა თვალის, შარდ-სასქესო სისტემის, კანის, ყელ-ყურ-ცხვირის, პროქტოლოგიური, ფილტვის ქრონიკული და სიმსივნური დაავადებები. მიზეზი შესაძლოა იყოს, ერთი მხრივ, პენიტენციურ სისტემაში არსებული პირობები და რისკ ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ დაავადებების განვითარებას, ასევე სამედიცინო სერვისების უფრო მაღალი უტილიზაცია და ადრე არსებული დაავადების დიაგნოსტირება პენიტენციურ სისტემაში (იხილეთ დიაგრამა N8).



დიაგრამა 8. არაგადამდები დაავადებების გამოვლენის მაჩვენებელი

ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასების ობიექტურობაზე მიუთითებს მრავალი კვლევა და ის აღიარებულია, როგორც ქრონიკული დაავადებების და სიკვდილიანობის ეფექტური პრედიქტორი და სამედიცინო სერვისების საჭიროებების დაგეგმვის ინსტრუმენტი.[64]

ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასების კითხვარის ანალიზმა გამოავლინა გარკვეული ტენდენციები, განსხვავებული ოფიციალური სტატისტიკისაგან. ყველაზე უფრო ხშირად გავრცელებულ დაავადებებსა და ჩივილებს შორის, პატიმრებმა მიუთითეს პრობლემებზე, რომლებიც დაკავშირებულია საჭმლის მომნელებელ, გულ-სისხლძარღვთა, თვალის, ძვალ-კუნთოვან და შარდ–სასქესო სისტემებთან (პატიმართა 21.7% – 15.4%).

ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში პატიმრები უფრო ხშირად საუბრობენ საჭმლის მომნელებელი, გულ-სისხლძარღვთა, თვალის, ძვალ-კუნთოვანი სისტემების დაავადებებზე, აგრეთვე დიაბეტის და სხვა ენდოკრინული დაავადებების, ასთმის და სიმსივნური დაავადებების შესახებ.

ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებების პატიმრებთან შედარებით, დახურული ტიპის დაწესებულების პატიმრებში უფრო ხშირად გვხვდება ეპილეფსია, შარდ–სასქესო სისტემის, კანის და ფილტვის ქრონიკული დაავადებები, რაც შესაძლოა დაკავშირებული იყოს დახურული ტიპის დაწესებულებებისთვის დამახასიათებელ პირობებთან და რეჟიმთან, რომლის თანახმადაც, პატიმრები სუფთა ჰაერზე 1 საათს ან ნაკლებს ატარებენ, ამასთან, არც ფიზიკურად არიან დატვირთული.

	სულ	ნახევრადღია ტიპის [illegible]	დახურული ტიპის [illegible]	მამაკაცი	ქალი	საშოქალაქო სექტორი ამბულატორია 2016*
არტერიული ჰიპერტენზია	35.3%	38.4%	33.5%	31.2%	56.5%	9.7%
საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	22.0%	24.0%	20.7%	19.5%	35.3%	15.1%
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	21.7%	23.1%	20.9%	17.8%	41.8%	16.4%
თვალის დაავადებები	18.2%	19.5%	17.5%	16.8%	24.8%	5.2%
ძვალ-კუნთოვანი სისტემის დაავადებები	17.0%	20.3%	14.9%	15.3%	25.5%	4.1%

[64] DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P: Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med 2006, 21:267-75.

შარდ–სასქესო სისტემის დაავადებები	15.4%	13.1%	16.8%	16.0%	11.8%	6.1%
კანის დაავადებები	9.7%	7.8%	10.8%	8.9%	13.7%	2.4%
დიაბეტი და სხვა ენდოკრინული დავადებები	9.1%	12.5%	7.0%	4.8%	31.2%	2.7%
ყელ–ყურ–ცხვირის დაავადებები	8.8%	8.6%	8.9%	8.2%	11.7%	5.3%
პროქტოლოგიური დაავადებები	6.3%	5.8%	6.5%	6.7%	3.9%	-
სხვა ნევროლოგიური დაავადებები	5.4%	4.7%	5.8%	5.6%	4.6%	4.2%
ეპილეფსია	3.1%	1.7%	3.9%	3.5%	0.7%	0.4%
ფილტვის ქრონიკული დაავადებები	3.6%	1.9%	4.6%	3.8%	2.6%	1.2%
ასთმა	3.4%	4.5%	2.7%	2.3%	8.5%	0.3%
სიმსივნური დაავადებები	2.8%	3.6%	2.2%	1.6%	8.4%	-

დიაგრამა 9. პატიმართა თვითშეფასებით, არაგადამდები დაავადებების გავრცელების სიხშირე

მონაცემების სქესობრივ ჭრილში განხილვა გვიჩვენებს, რომ ზოგიერთი არაგადამდები დაავადება უფრო ხშირია ქალ პატიმრებს შორის. მათ შორის არის: საჭმლის მომნელებელი, გულ-სისხლძარღვთა, თვალის, ძვალ-კუნთოვანი, კანის, სიმსივნური, დიაბეტის და სხვა ენდოკრინული დაავადებები და ასთმა (იხილეთ ცხრილი).

ასაკის მატებასთან ერთად, ეპილეფსიას, კანის და ყელ–ყურ–ცხვირის დაავადებებს თუ არ გავითვალისწინებთ, ამ დაავადებათა სიხშირე კანონზომიერად მატულობს.

პატიმართა შორის ეპილეფსიის ხშირი შემთხვევები შესაძლოა გამოწვეული იყოს გამოკითხული პატიმრების 8.7%-ში ანამნეზში მითითებული თავის ტრავმის ეპიზოდებით, რომელსაც თან ახლდა გონების დაკარგვა. ასეთი პატიმრების ნახევარზე მეტი (58.4%) აღნიშნავს, რომ უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში ჰქონია გონების დაკარგვის ეპიზოდი, მათი 23.2% კი, ეპილეფსიურ გულყრებს უშუალოდ მიღებულ თავის ტრავმას უკავშირებს.

შემაშფოთებელია, რომ თავის ტრავმის სხვა მიზეზებთან ერთად, პატიმრები ხშირად ასახელებენ ცემის[65] ფაქტებს პენიტენციურ დაწესებულებებსა და პოლიციაში (შესაბამისად, თავის ტრავმის მქონე პატიმრების 24.9% და 10.0%). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პატიმრები „ცემის ფაქტზე პენიტენციურ დაწესებულებაში", როგორც თავის ტრავმის მიზეზზე, უფრო

[65] ჩატარებული კვლევისას გამოკითხული პატიმრები მიუთითებდნენ, რომ ცემის ფაქტებს ადგილი ჰქონდა 2012 წლამდე პერიოდში, რამაც მათ ჯანმრთელობის მძიმე პრობლემები დაუტოვა.

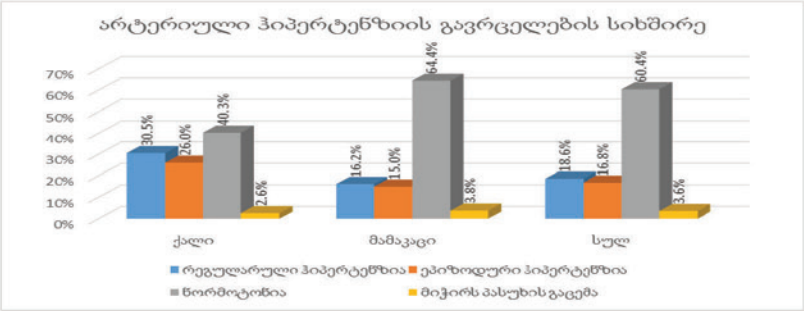
ხშირად მიუთითებენ დახურული ტიპის დაწესებულებაში (27.4%), ვიდრე ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში (21.5%).

პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასების კითხვარის მონაცემების მიხედვით, არაგადამდები დაავადებების ავადობის მაჩვენებელი (პრევალენტობა) პენიტენციურ სისტემაში უფრო მაღალია, ვიდრე ამის შესახებ ოფიციალურ სტატისტიკურ[66] მონაცემებშია მითითებული და აღემატება სამოქალაქო ამბულატორიულ სექტორში რეგისტრირებულ დაავადებათა რაოდენობას.

პატიმართა შორის გავრცელებული არაგადამდები დაავადებების ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებში ასახული პრევალენტობის დაბალი მაჩვენებელი შესაძლებელია სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასა და დაავადებათა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული ხარვეზებით იყოს გამოწვეული, რაც სპეციალური პრევენციული ჯგუფის პენიტენციურ სისტემაში ვიზიტების დროსაც გამოვლინდა - ხშირ შემთხვევაში დაავადების ეპიზოდები სამედიცინო ბარათში სრულყოფილად არ აისახება ან მხოლოდ სამედიცინო ბარათის კურსუსში გვხვდება და მის სპეციალურ გვერდზე, სადაც ყველა დასმული დიაგნოზი უნდა იყოს გამოტანილი, არ აისახება. ასეთი დამოკიდებულება შესაძლებელია გამოწვეული იყოს არსებული რისკების მნიშვნელობის გაუცნობიერებლობითაც, ამასთან, შესაძლოა არაგადამდები დაავადებები არც განიხილებოდეს მწვავე პრობლემად.

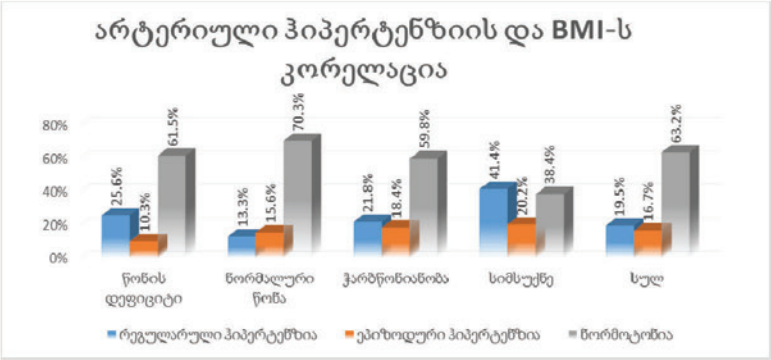
არტერიული ჰიპერტენზიის პრევალენტობის ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებიგამოკითხული პატიმრების მიერ მოწოდებულ მონაცემებზე დაბალია. პატიმრების 35.4% მაღალ არტერიულ წნევას უჩივის, პატიმრების ნახევარზე მეტს (18.6%) მაღალი წნევა რეგურალურად აწუხებს. განსაკუთრებით მაღალია ეს მაჩვენებელი გამოკითხულ ქალ პატიმრებს შორის. ნორმოტონია აღენიშნება გამოკითხული პატიმრების მხოლოდ 40.3%-ს, 30.5%-ს ჰიპერტენზია აწუხებს რეგულარულად, 26.0%-ს კი არტერიული წნევის ეპიზოდური მომატება აღენიშნება (იხ. დიაგრამა N10).

[66]სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს საიტზე არსებული სტატისტიკური მონაცემები http://moc.gov.ge/ka/statistika/yovelthviuri-angarishi



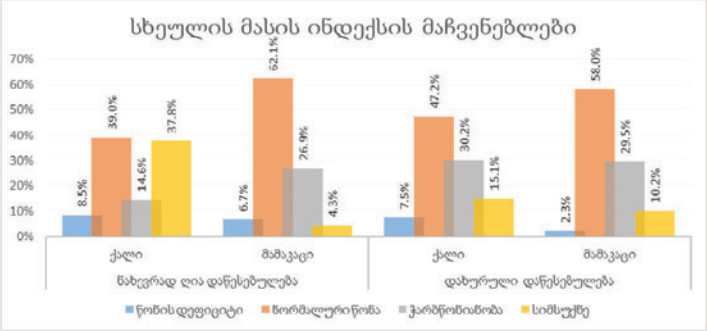
დიაგრამა 10. არტერიული ჰიპერტენზიის გავრცელების სიხშირე

არტერიული ჰიპერტენზიის გამოვლენის სიხშირე კორელაციაში პატიმართა სხეულის მასის ინდექსთან (BMI) (იხ. დიაგრამა N11). სიმსუქნით დაავადებულ პირებს ორჯერ უფრო ხშირად აღენიშნებათ მაღალი არტერიული წნევა, ვიდრე ნორმალური სხეულის მასის ინდექსის მქონე პატიმრებს.



დიაგრამა 11. არტერიული ჰიპერტენზიის და BMI-ის კორელაცია

სამწუხაროდ, იმ ფონზე, როდესაც ქალ პატიმართა 49.6% და მამაკაც პატიმართა 36.8%-ს აღენიშნება ჭარბი წონა და სიმსუქნე, სკრინინგის ისეთი მარტივი მაჩვენებელი, როგორიცაა სხეულის მასის ინდექსი, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ შესწავლილ სამედიცინო ბარათებში არ იყო მითითებული (იხ. დიაგრამა N12).



დიაგრამა 12. სხეულის მასის ინდექსის მაჩვენებელი

აღსანიშნავია, რომ სხეულის მასის ინდექსის მნიშვნელობა მხოლოდ ნუტრიციოლოგიური ინფორმაციულობით არ შემოიფარგლება, ის გარკვეულ კორელაციაშია პაციენტის სომატურ და ფსიქოლოგიურ რისკ-ფაქტორებთან.

გამოკითხული პატიმრების 91% აღნიშნავს, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისას/გადმოყვანისას მათ ჩაუტარდათ სამედიცინო შემოწმება. გამოკითხული პატიმრების მხოლოდ 8,3% ამბობს, რომ პირველადი სამედიცინო შემოწმება არ ჩატარებია. აქვე აღსანიშნავია, რომ ხშირ შემთხვევაში პატიმართა პირველადი სამედიცინო შემოწმება ზედაპირულ ხასიათს ატარებს, ამაზე მიუთითებს კვლევის შედეგები - გამოკითხული პატიმრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ პირველადი სამედიცინო შემოწმება მხოლოდ გასაუბრებით შემოიფარგლა.[67]

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ სამედიცინო შემოწმების ჩატარება და პატიმრის სქესი ერთმანეთთან სტატისტიკურად სანდო მიმართებაშია. კერძოდ, გამოკითხულ პატიმართაგან ქალების აბსოლუტური უმრავლესობა (97.4%) ამბობს, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისას მათ ჩაუტარდათ სამედიცინო შემოწმება, მამაკაც პატიმართა 89.7% ასევე ადასტურებს პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისას სამედიცინო შემოწმების ჩატარებას.

პროფილაქტიკური გასინჯვების და არაგადამდები დაავადებების ადრეული გამოვლენის პროცესის არასრულყოფილებაზე მიუთითებს სკრინინგული კვლევების ჩატარების დინამიკაც. არაგადამდები დაავადებების სკრინინგული კვლევების ჩატარების აუცილებლობა და მათი პერიოდულობა განსაზღვრულია საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის ბრძანებით[68] და მოიცავს ისეთი

[67] გამოკითხული პაციენტების 29.2% აღნიშნავდა, რომ მათი პირველადი სამედიცინო შემოწმება მხოლოდ გასაუბრებით შემოიფარგლა.

[68] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 22 აპრილის N31 ბრძანება პენიტენციურ დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების, სპეციფიკური

ნოზოლოგიების სკრინინგს, როგორებიცაა მსხვილი ნაწლავის კიბოს სკრინინგი (FOBT ტესტი, კოლონოსკოპია), გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება (სხეულის მასის ინდექსის (BMI), სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა, ლიპიდური ცვლა (total cholesterol - HDL, საერთაშორისო ნორმალიზებული შეფარდება -INR), დიაბეტის სკრინინგი (სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა), სმენისა და მხედველობის სკრინინგი (გამოკითხვა, აუდიომეტრია), მუცლის აორტის ანევრიზმის სკრინინგი (მუცლის ღრუს ექოსკოპია). სამწუხაროდ, აღნიშნული ბრძანება არ სრულდება. გამოკითხულ პატიმართა აბსოლუტური უმრავლესობა აცხადებს, რომ არაგადამდები დაავადებების სკრინინგული გამოკვლევები არ ჩატარებია. აღნიშნული ინფორმაცია არც სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრების მიერ ნანახ სამედიცინო ბარათებში იძებნება.

დაბალია სკრინინგული გამოკვლევებით ქალ პატიმართა მოცვის მაჩვენებელიც. ქალთა ჯანმრთელობისათვის ისეთი მნიშვნელოვანი გამოკვლევები, როგორებიცაა პაპ ტესტი და მამოგრაფია, ქალ პატიმართა ნახევარსაც კი არ ჩატარებია. ისეთი მარტივი პროცედურის დაბალი მაჩვენებელი, როგორიცაა მკერდის თვითგამოკვლევა, შეიძლება ქალ პატიმართა არაინფორმირებულობით აიხსნას.

განსხვავებით არაგადამდები დაავადებებისგან, ინფექციური დაავადებების სკრინინგული გამოკვლევების ნაწილი უფრო სისტემურ ხასიათს ატარებს და პატიმართა ამ კვლევებით მოცვის მაჩვენებელიც უფრო მაღალია.

არ არსებობს პატიმრის მიღებისას ჯანმრთელობის შეფასების უნიფიცირებული ფორმა, რომელიც ხელს შეუწყობდა სრულფასოვანი სკრინინგული ინფორმაციის მიღებას. სასურველია დაინერგოს საერთაშორისო გამოცდილებით აღიარებული სტანდარტული ფორმა, რომელიც პატიმრის, როგორც დაწესებულებაში მიღებისას, მისი განთავისუფლებისასაც შეივსება და მასში სამოქალაქო სექტორის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისთვის სრულფასოვანი სამედიცინო ინფორმაცია აისახება.

4.5.2. გადამდები დაავადებები

გადამდები დაავადებებების სწორი მენეჯმენტი პენიტენციური ჯანდაცვის ერთ-ერთი ქვაკუთხედია. მასზე დამოკიდებულია არა მარტო პატიმართა, არამედ მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობა. არახელსაყრელ პირობებში პენიტენციური სისტემა შესაძლოა საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების კერად გადაიქცეს.

გადამდებ დაავადებებთან, კერძოდ, ინფექციურ დაავადებებთან საბრძოლველად, პენიტენციურ სისტემაში სამი მნიშვნელოვანი სახელმწიფო პროგრამა ხორციელდება:

საჭიროებების მქონე პირთა სამედიცინო მომსახურების დამატებითი სტანდარტების, პენიტენციურ დაწესებულებაში პრევენციული მომსახურების პაკეტისა და პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის ბაზისური მედიკამენტების ნუსხის დამტკიცების შესახებ.

ტუბერკულოზის, აივ-ინფექცია/შიდსის და ვირუსული „C“ ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამები.

პენიტენციური ჯანდაცვის ერთ-ერთი წარმატებული პროექტია ტუბერკულოზის მართვის პროგრამა, რომელიც ინტეგრირებულია ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამაში. მომსახურება ეკვივალენტურია სამოქალაქო სექტორში არსებულ პროგრამასთან და ყველა გამოკვლევა, მკურნალობის ტაქტიკა და მედიკამენტები სამოქალაქო სექტორში არსებული სტანდარტების ანალოგიურია.

უკანასკნელი წლების განმავლობაში ტუბერკულოზის ინციდენტობის[69] შემცირება პროგრამის ეფექტიანობაზე მიუთითებს. თუ 2012 წელს ტუბერკულოზის 457 ახალი შემთხვევა იყო, 2014 წელს გამოვლინდა - 66, 2015 წელს - 65, 2016 წელს - 49 და 2017 წლის ხუთ თვეში - გამოვლინდა ტუბერკულოზის 24 ახალი შემთხვევა. ტუბერკულოზით დაავადებულთა რაოდენობის შემცირების ტემპი პენიტენციურ სისტემაში, სამოქალაქო სექტორში არსებულს, მნიშვნელოვნად აღემატება.[70] მიუხედავად ტუბერკულოზის სამკურნალო პროგრამის ეფექტიანობისა, აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს პენიტენციურ დაწესებულებებში გარდაცვალების ორ შემთხვევაში, ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს დასკვნაში გარდაცვალების მიზეზად ტუბერკულოზით გამოწვეული სუნთქვის მწვავე უკმარისობა სახელდება. აღნიშნული შემთხვევები საყურადღებოა იმდენად, რამდენადაც ორივე შემთხვევა დაფიქსირდა ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში.

ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროცესში უდიდესი როლი შეასრულა პენიტენციურ სისტემაში დანერგილმა ტუბერკულოზის სკრინინგულმა გამოკვლევებმა, რომლებიც სისტემატურად ტარდება. პირველადი გამოკვლევა პატიმრებს პენიტენციურ დაწესებულებაში განთავსებისას უტარდებათ, ხოლო განმეორებითი კვლევები - ყოველ 3 თვეში ერთხელ. საეჭვო შემთხვევებში ოპერატიულად ტარდება დამატებითი დიაგნოსტიკური კვლევები - რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ნახველის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის სწრაფი მოლეკულური (გენოტიპური) კვლევა Xpert MTB/RIF ტესტი, რომელიც ერთდროულად M.tuberculosis-საც გამოავლენს და რიფამპიცინის მიმართ რეზისტენტობასაც განსაზღვრავს.

გამოკითხულ პატიმართა 6.8%-მა აღნიშნა, რომ მათ აქვთ ან ჰქონდათ ტუბერკულოზი, მათგან 79,3%-ს უკვე დასრულებული ჰქონდა მკურნალობის კურსი. ნახევრად ღია და დახურული ტიპის პატიმრებს შორის განსხვავება არ გამოვლენილა. დაცულია მკურნალობის

---

[69] ავადობა, კონკრეტული დაავადების ანუ ავადმყოფობის ახალ შემთხვევათა რიცხვი გარკვეული დროის მონაკვეთში; გარკვეულ პოპულაციაში ავადმყოფობის პირველადი გამოვლინება. იხ. ბმული http://www.pain.org.ge/definitions/dictionary.php [ბოლოს ნანახია 28.05.2018]

[70] საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2016 წელს, მთლიანად საქართველოში რეგისტრირებული იყო ტუბერკულოზის 3329 შემთხვევა, მათ შორის 2615 ახალი შემთხვევა.

უწყვეტობის პრინციპიც, ტუბერკულოზით დაავადებული პატიმრის გათავისუფლებისას დაუსრულებელი მკურნალობის შემთხვევაში, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში შეტყობინება იგზავნება და პაციენტი ვალდებულია დადგეს აღრიცხვაზე. აღნიშნული პროცესს ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი აკონტროლებს.

ტუბერკულოზგადატანილ რესპონდენტთა 73.4% აღნიშნავს, რომ ტუბერკულოზის დიაგნოზი პენიტენციურ სისტემაში დაესვა. მნიშვნელოვანია იმ პატიმართა გამოკვლევა, რომელთაც კონტაქტი ჰქონდათ ტუბერკულოზის მქონე პატიმართან.

გამოკითხულ პატიმართა 10,8% უთითებს, რომ გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ჰქონდა კონტაქტი ტუბერკულოზით დაავადებულ თანამესაკნესთან. გასათვალისწინებელია, რომ ტუბერკულოზის ბაქტერია ადვილად ნადგურდება მზის შუქსა და სუფთა ჰაერზე, ხოლო დახურულ გარემოსა და ცუდი ვენტილაციის პირობებში ის მეტხანს ცოცხლობს და იოლად ვრცელდება. ამ ფონზე, ტუბერკულოზზე ეჭვის შემთხვევაში, დიაგნოზის დადასტურებამდე, მნიშვნელოვანია პატიმრის იზოლირება. ასევე მნიშვნელოვანია, გამოკვლევის ჩატარება იმ პატიმრებისთვისაც, რომლებიც მოთავსებული იყვნენ პატიმართან, რომელზეც ტუბერკულოზით დაავადების ეჭვი გაჩნდა.

პენიტენციურ სიტემაში არსებული უარყოფითი ფაქტორები, მათ შორის თამბაქოს მოხმარება, სუფთა ჰაერზე ყოფნის ნაკლებობა, პატიმართა ფსიქოემოციური დატვირთვა მეორადი იმუნოდეფიციტის ჩამოყალიბების წინაპირობას წარმოშობს და პატიმრებში ტუბერკულოზის განვითარების რისკს ზრდის. ამ ფონზე დახურულ სივრცეში ტუბერკულოზით დაავადებულ თანამესაკნესთან ერთად ყოფნა, მისი დაგვიანებული იზოლაციის გამო, შესაძლოა ტუბერკულოზის გავრცელების მნიშვნელოვან ფაქტორად მოგვევლინოს. დამაფიქრებელია, რომ გამოკითხულ ბრალდებულთა მხოლოდ 2,8% აღნიშნავს, რომ დაავადებული იყვნენ ან არიან ტუბერკულოზით, მაშინ როცა მსჯავრდებულებში ეს მაჩვენებელი 8.6%-ს აღწევს.

ზოგადად, დადებითი დინამიკის არსებობის ფონზე აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილდეს ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმების სკრინინგსა და სრულფასოვანი მკურნალობის მონიტორინგზე. 2016 წლის მონაცემებით, ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმის სულ 4 ახალი გამოვლენილი შემთხვევა აღირიცხა, 2017 წლის 5 თვეში უკვე 6 ასეთი შემთხვევაა დარეგისტრირებული. ეს ფაქტი მით უფრო საყურადღებოა, რომ ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული (MDR) და ექსტენსიურად მულტირეზისტენტული (XDR) ფორმების ზრდის ტენდენცია სამოქალაქო სექტორშიც შეინიშნება.

ტუბერკულოზით დაავადებულ პატიმრებს სტაციონარულად N19 დაწესებულებაში მკურნალობენ, რომელიც რეაბილიტირებული სახით 2013 წლიდან ფუნქციონირებს. ტუბერკულოზის სენსიტიური და რეზისტენტული ფორმებით დაავადებული პატიმრები ერთმანეთისგან გამოყოფილი არიან და მათ შესაბამის განყოფილებებში მკურნალობენ.

მკურნალობის პარალელურად, მიმდინარეობს სისტემატური კონტროლი შესაძლო გვერდითი მოვლენების და გართულებების გამოსავლენად. ტუბერკულოზით დაავადებული პატიმრები უზრუნველყოფილნი არიან სპეციალური დიეტით. 2015 წლიდან, ისევე როგორც სამოქალაქო სექტორში, ტუბერკულოზის რთული ფორმების სამკურნალოდ ახალი თაობის მედიკამენტები „ბედაქილინი" და „ლინეზოლიდი" გამოიყენება.

მსოფლიოს ქვეყნების აბსოლუტური უმრავლესობის მსგავსად, საქართველოში აივ-ინფექცია/შიდსის გავრცელება პენიტენციურ სისტემაში უფრო მაღალია, ვიდრე სამოქალაქო სექტორში. 2014 წლიდან 2017 წლის მაისის ჩათვლით, პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩატარებულია აივ ინფექცია/შიდსის 24 114 სკრინინგული გამოკვლევა. ამ გამოკვლევის ჩატარებაზე მიუთითებს გამოკითხულ პატიმართა 60.3%.

არსებული მონაცემებით ვლინდება, რომ აივ ინფექცია/შიდსის ინციდენტების მაჩვენებელი პენიტენციურ სისტემაში კლების ტენდენციით ხასიათდება: 2014 წელს დაავადების 34 ახალი შემთხვევა გამოვლინდა, პატიმართა საერთო რაოდენობის 0.33%; 2015 წელს დაავადების 18 ახალი შემთხვევა, პატიმართა საერთო რაოდენობის 0.18%; 2016 წელს დაავადების 15 ახალი შემთხვევა, პატიმართა საერთო რაოდენობის 0.16%, 2017 მაისის ჩათვლით, დაავადების 5 ახალი შემთხვევა, პატიმართა საერთო რაოდენობის 0.05%.

2017 წლის მაისში პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული 77 პატიმარი იმყოფებოდა, მათგან 70 პატიმარს უტარდებოდა ანტირეტროვირუსული მკურნალობა. 2016 წლის მონაცემებით საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის ინციდენტობა სამოქალაქო სექტორში მოსახლეობის 0.02% შეადგენს (719 პაციენტი), პრევალენტობის მაჩვენებელი 0.16%-ია - 5877 პაციენტი.[71]

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, „C" ჰეპატიტის გავრცელების მხრივ საქართველო მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება. 2002 წლის კვლევის მონაცემებით, თბილისში „C" ჰეპატიტის პრევალენტობა 6,7% შეადგენდა. 2015 წელს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრისა და აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრების პოპულაციურ კვლევაში კვლევის 6012 მონაწილიდან 7.1% „C" ჰეპატიტის ანტისხეულებზე დადებითი აღმოჩნდა.[72] ეროვნული სტატისტიკის მიხედვით, 2014 წელს საქართველოში „C" ჰეპატიტის 2 647 შემთხვევა დარეგისტრირდა.

დამტკიცებულია, რომ ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები ვირუსული „C" ჰეპატიტით ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ არიან. 2014-2015 წლებში ჩატარებული

---

[71] Stvilia K, Tsertsvadze T, Sharvadze L, Aladashvili M, del Rio C,Kuniholm MH and Nelson KE. Prevalence of Hep a- t i tis C, HIV, and Risk Behaviors for Blood - Borne Infections: A Population - Based Survey of the Adult Population of T'bilisi, Republic of Georgia. J Urban Health. 2006 Mar; 83(2):289 - 298.

[72] საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 18 აგვისტოს განკარგულება N1704 საქართველოში „C" ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლის სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე.

ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის (Behavioral Surveillance Survey - BSS) მონაცემებით, ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლების 66.2% „C“ ჰეპატიტითაა ინფიცირებული.[73]

პენიტენციურ სისტემაში „B“ და „C“ ჰეპატიტების სკრინინგით მოცვის მაჩვენებელი ბოლო წლების განმავლობაში საკმაოდ მაღალი იყო, 2016 წელს სკრინინგმა 6618 პატიმარი მოიცვა. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სტატისტიკური მონაცემებით, ვირუსული ჰეპატიტებით დაავადებულ პატიმართა რაოდენობა 2016 წლის განმავლობაში ცვალებადი იყო და პატიმართა საერთო რაოდენობის 4.6%-დან 13.8% პროცენტამდე მერყეობდა.[74] აღნიშნული დაავადების პრევალენტობის სტატისტიკური მაჩვენებლის ასეთი მერყეობის ახსნა შესაძლოა პატიმართა კონტიგენტის მობილურობასთან ან სტატისტიკური მონაცემების ხარვეზებთან იყოს დაკავშირებული.

პენიტენციურ დაწესებულებებში გამოკითხული პატიმრების 22.7%-მა (223 პატიმარი) აღნიშნა, რომ მათ ჰქონდათ ქრონიკული „C“ ვირუსული ჰეპატიტი. ქალ პატიმრებს შორის ეს მაჩვენებელი 9.1%-ს შეადგენდა, ხოლო მამაკაცებს შორის 25.5%-ს. ნახევრად ღია და დახურული ტიპის დაწესებულებებში ეს მაჩვენებელი, შესაბამისად, 25.9% და 20.7% იყო. ასაკობრივ ჭრილში ყველაზე ხშირად დაავადება გავრცელებულია 35-50 წლის მამაკაცებში, მათი 33.3% აღნიშნავს, რომ დაავადებულია „C“ ვირუსული ჰეპატიტით.

გამოკითხული პატიმრების 64.7%-ს პენიტენციურ სისტემაში ჩაუტარდათ ვირუსული „C“ ჰეპატიტის სკრინინგული გამოკვლევა. „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართა 54% აღნიშნავს, რომ დიაგნოზი დაესვა პენიტენციურ დაწესებულებაში, ხოლო 43.1%-ს დიაგნოზი დასმული ჰქონდა დაწესებულებაში მოთავსებამდე. ამ უკანასკნელთაგან 10.3%-ს არ მიუმართავს ექიმისთვის „C“ ჰეპატიტის სკრინინგული ანალიზების ჩასატარებლად, ხოლო 8.2%-ის გადმოცემით, მათ, მართალია, მიმართეს ექიმს, მაგრამ გამოკვლევა არ ჩატარებიათ.

პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემა „C“ ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ყველა სერვისით სარგებლობს, მომსახურება სამოქალაქო სექტორში არსებული პროგრამის ეკვივალენტურია და ყველა გამოკვლევა, მკურნალობის ტაქტიკა და მედიკამენტებიც, სამოქალაქო სექტორში არსებული სტანდარტების ანალოგიურია. პენიტენციურ დაწესებულებებში მოწყობილია „C“ ჰეპატიტის სამკურნალო პრეპარატების გაცემის ოთახი. ოთახი აღჭურვილია სათვალთვალო კამერით, რომლითაც ფიქსირდება პაციენტების მიერ ანტივირუსული მედიკამენტების მიღების პროცესი. აქვე პაციენტებზე გაიცემა „რიბავერინის“ ერთი კვირის მარაგი. პროცესს აკონტროლებს სპეციალურად მომზადებული ექთანი, პაციენტთა მკურნალობაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილებას

[73]საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 18 აგვისტოს განკარგულება N1704 საქართველოში „C“ ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლის სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე.

[74] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სისტემის სტატისტიკის წლიური ანგარიში - 2016 წელი

http://www.moc.gov.ge/images/temp/2017/06/02/d4a8c18689d1447d239ff30b91c5213c.pdf

იღებს „C“ ჰეპატიტის მკურნალობის ქვეკომპონენტში პაციენტთა ჩართვის უფლების განმსაზღვრელი კომისია.

2016 წლის ოქტომბრიდან დაიწყო „C“ ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის მეორე ეტაპი, რომელიც ეტაპობრივად პროცესში ყველა პატიმრის ჩართვას გულისხმობს. „C“ ჰეპატიტის მკურნალობაში ჩართულ პატიმართა მაჩვენებელი 2016 წლის განმავლობაში 476-დან 633-მდე მერყეობდა, ხოლო 2017 წლის 5 თვის მონაცემებით - 148-დან 329 პატიმრამდე. ისევე როგორც სამოქალაქო სექტორში, 2015 წლის აგვისტოდან „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართა მკურნალობა შესაძლებელი გახდა ახალი თაობის მედიკამენტით „სოფოსბუვირით“, ხოლო 2016 წლიდან პრეპარატ „ჰარვონით“. კვლევის თანახმად, „C“ ჰეპატიტით დაავადებულ პატიმართა 26.1%-მა დაასრულა მკურნალობის კურსი, ხოლო 22.3% მკურნალობას იტარებდა გამოკითხვის მომენტში.

2015 წელს და 2017 წლის პირველი ნახევრის მონაცემებით, ნაწლავური ინფექციების გავრცელების სიხშირე სამოქალაქო სექტორის მაჩვენებლებს არ აღემატებოდა (2016 წელს მოსახლეობის 0.75% დაავადდა). ამ ფაქტს ადასტურებს გამოკითხულ პატიმართა 86.7%-ის პასუხი, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში არ ჰქონიათ ინფორმაცია საკვებით კოლექტიურად მოწამვლის შემთხვევების შესახებ.

თუმცა, ისევე როგორც კვების ცენტრალიზებული სისტემის მქონე ყველა დაწესებულებაში, პენიტენციურ დაწესებულებებშიც არსებობს ნაწლავური ინფექციების გავრცელების საშიშროება. ამგვარ ფაქტებს ადგილი ჰქონდა 2016 წლის ივლისსა[75] და აგვისტოში[76], როდესაც ჩვეული 4-7 შემთხვევის ნაცვლად მათმა ინციდენტობამ 5-10 ჯერ გადააჭარბა ჩვეულ ნორმას. ასეთ შემთხვევაში პენიტენციური დაწესებულების ჯანდაცვის სისტემამ სიფხიზლე უნდა გამოიჩინოს და ყოველ ასეთ შემთხვევაზე დროული რეაგირება მოახდინოს, დაადგინოს ინფექციის კერა, საჭიროების შემთხვევაში მიმართოს პატიმრების იზოლირებას და გაატაროს შესაბამისი სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური ღონისძიებები.

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გავრცელება დამახასიათებელია პენიტენციური სისტემისთვის. პორტუგალიის ციხეებში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ პატიმართა 6% დაავადებული იყო ათაშანგით.[77] აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით,

[75] http://moc.gov.ge/images/temp/2016/09/07/4c4c674d305b79db0b7f084794a6a23b.pdf გვ. 40

[76] http://moc.gov.ge/images/temp/2016/10/06/118430486e74db31415a3dd3aedf6b46.pdf გვ. 37

[77] Seroepidemiological survey of transmissible infectious diseases in a Portuguese prison establishment. Braz J Infect Dis vol.15 no.3 May/June 2011 *https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141386701170188X Accessed June 22, 2017*

ქალ პატიმართა 5.3%-ს და კაც პატიმართა 2.7%-ს დაუდგინდა ზემოაღნიშნული დაავადების არსებობა.[78]

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს საიტზე არსებული მონაცემებით, 2017 წლის სტატისტიკური მონაცემებით, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ინციდენტობის მაჩვენებელი პენიტენციურ სისტემაში თითქმის ათჯერ აღემატებოდა სამოქალაქო სექტორში არსებულ მაჩვენებელს (სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, საქართველოს მასშტაბით სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ინციდენტობა 61.1%-ს შეადგენდა).

იმის გათვალისწინებით, რომ 2017 წლის 6 თვის განმავლობაში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გამოსავლენად სულ 524 გამოკვლევაა ჩატარებული, პენიტენციურ სისტემაში ამ დაავადებების მწვავე და ლატენტური ფორმების გავრცელების რეალური სურათის დასადგენად აუცილებელია დამატებითი ღონისძიებების ჩატარება. სისხლის გზით გადამდები ინფექციების (აივ ინფექცია, „B“ და „C“ ჰეპატიტები) და ათაშანგის დიაგნოსტიკას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს.

ევროპის თითქმის ყველა ქვეყანაში, სკრინინგის ეს მეთოდები ნებაყოფლობითია, ამავდროულად გასათვალისწინებელია ქვეყნის სპეციფიკა და საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის საჭიროებები. პენიტენციური სისტემის სამედიცინო პერსონალმა პატიმრებს აღნიშნული დაავადებების მიმდინარეობასა და გართულებებზე ამომწურავი ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს. ამასთან, მაქსიმალური ძალისხმევა გამოიჩინოს, რათა პატიმართა დიდი ნაწილი დაინტერესდეს და ჩაიტაროს ამ დაავადებების სკრინინგი.

რეკომენდაციები სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა პატიმარი, ტუბერკულოზის შემთხვევათა სათანადო მართვის მიზნით, ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრში მოთავსდეს**
- **გადამდები ინფექციური დაავადების გამოვლენის შემთხვევაში, უზრუნველყოს პაციენტის დროულად იზოლირება, ამასთან, უზრუნველყოს საცხოვრებელი საკნის დეზინფექცია და ინფექციის წყაროსთან კონტაქტში მყოფი ყველა პირის გამოკვლევა, ინფექციის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად**
- **უზრუნველყოს პრევენციულ ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინფორმაციის პატიმრებისათვის ხელმისაწვდომობა, შეხვედრების გამართვით და საინფორმაციო ბროშურების მიწოდებით**
- **პატიმართა ცნობიერების ამაღლებით უზრუნველყოს მათი დაინტერესება, გადამდები დაავადებების სკრინინგის ჩასატარებლად.**
- **პენიტენციურ დაწესებულებებში მოთავსებულ პატიმრებს ჩაუტარდეთ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2015 წლის 22 აპრილის N31 ბრძანებით გათვალისწინებული არაგადამდები დაავადებების სკრინინგი.**

[78] Centers for Disease Control and Prevention. Sexually trans-mitted disease surveillance 2004. US Department of Healthand Human Services, Atlanta, GA. 2005.

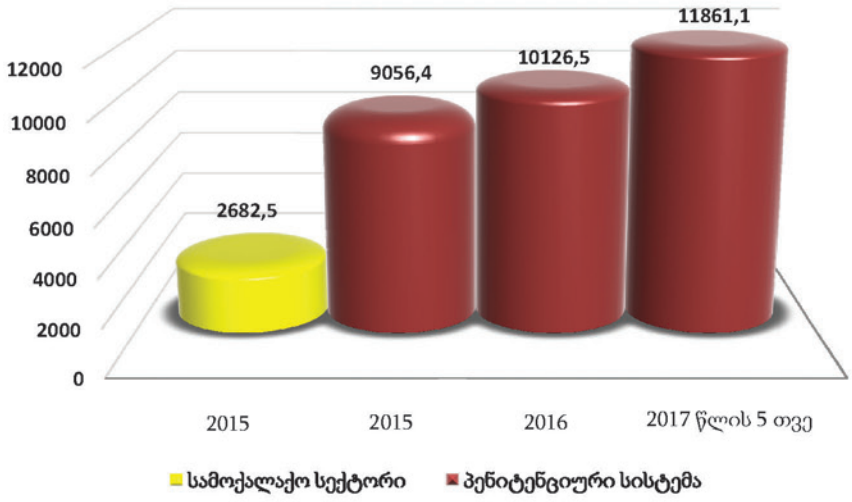
4.5.3. ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები, სუიციდი, თვითდაზიანება

4.5.3.1. ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისები

პატიმარი და მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა ათწლეულების განმავლობაში პენიტენციური ჯანდაცვის სისტემის მთავარ გამოწვევას წარმოადგენს. პიროვნებისთვის თავისუფლების აღკვეთა თავისთავად არის მასიური ფსიქოტრავმა, რომელმაც შესაძლოა ხელი შეუწყოს ფსიქიკური აშლილობის გამოვლენას ან მის დეკომპენსაციას. ადრეული დიაგნოსტიკა და პრევენციული მიდგომა, რომელიც ეგზომ აქტუალურია დაავადებების მართვასა და პროფილაქტიკაში, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს პენიტენციურ სისტემაში პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის დროს. ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის ტვირთი გაცილებით მაღალია პენიტენციურ დაწესებულებებში და ასეთი პაციენტების რაოდენობა მკვეთრად აღემატება პაციენტების რაოდენობას სამოქალაქო სექტორში.[79]

2014-2017 წლების ოფიციალური მონაცემებით, საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის პრევალენტობას ზრდის ტენდენცია ახასიათებს და მკვეთრად აღემატება ანალოგიურ მონაცემებს სამოქალაქო სექტორში. თუ სამოქალაქო სექტორში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის პრევალენტობა 2015 წლის მონაცემებით 2682.5-ს შეადგენდა, პენიტენციურ სისტემაში იმავე პერიოდში ეს მაჩვენებელი 9056.4-ს აღწევდა (იხილეთ დიაგრამა N13). აქვე, სამართლიანობა მოითხოვს აღინიშნოს, რომ პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების პრევალენტობის ზრდა შესაძლებელია სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების სისტემის გაუმჯობესებითაც იყოს განპირობებული, ხოლო სამოქალაქო სექტორში პრევალენტობის მონაცემებთან შედარება, შესაძლოა არ იძლეოდეს რეალურ სურათს, ვინაიდან სამოქალაქო სექტორში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გამოვლენა დიდ გამოწვევას წარმოადგენს.

[79] Torrey EF, Kennard AD, Eslinger D, Lamb R, Pavle J. More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States Treatment Advocacy Center. 2010. Available at: http://www.treatmentadvocacycenter.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf Accessed June 12, 2017.



დიაგრამა 13. ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების პრევალენტობა სამოქალაქო სექტორსა და პენიტენციურ სისტემაში

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, პენიტენციურ დაწესებულებებში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე პატიმართა რაოდენობა 2015 წლის დეკემბრისთვის 1 031 იყო, ხოლო 2016 წლის დეკემბრისთვის - 1079.

ჩატარებული მონიტორინგი ცხადყოფს, რომ ძირითად გამოწვევას წარმოადგენს ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე პატიმართა დროული გამოვლენა, გამწვავებების პრევენცია და ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა. ოჯახის ექიმებს პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის ობიექტურად შესაფასებლად ინსტრუმენტი არ გააჩნიათ. რიგ შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალი, პატიმრების მოთხოვნის მიუხედავად, პაციენტს არ გადაამისამართებს ფსიქიატრთან, რადგან მიაჩნიათ, რომ ეს მოთხოვნა ობიექტურად დაუსაბუთებელია.

პატიმართა პირველადი სამედიცინო შემოწმებისას ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგი ზედაპირული ხასიათისაა და პატიმრის ამბულატორიულ სამედიცინო ბარათში სამი ფორმალური შეკითხვით შემოიფარგლება - მიუმართავს თუ არა დახმარებისთვის ექიმ-ფსიქიატრისთვის; ოდესმე თუ მიუღია ფსიქოტროპული მედიკამენტები; ჰქონია თუ არა თვითდაზიანების მცდელობა.

ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების უზრუნველსაყოფად, პენიტენციურ დაწესებულებაში პირველადი სამედიცინო შემოწმების დროს აუცილებელია დაინერგოს

ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გამოსავლენი ორეტაპიანი პროცედურა: პირველ ეტაპზე შეივსოს და შემდეგ გაანალიზდეს კითხვარი, ხოლო მეორე ეტაპზე, შევსებული კითხვარის გაანალიზებით გამოვლენილი რისკის შემთხვევაში, პატიმარი დიაგნოზის დასაზუსტებლად და ფსიქიატრიული დახმარების დასაგეგმად გადამისამართდეს ექიმ ფსიქიატრთან.

დღეისათვის, ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სკრინინგისათვის ავტორებს მოწოდებული აქვთ კითხვარების რამდენიმე ვერსია: Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS); Correctional Mental Health Screen for Men (CMHS-M); Correctional Mental Health Screen for Women (CMHS-W); England Mental Health Screen (EMHS); Jail Screening Assessment Tool (JSAT); Referral Decision Scale (RDS).

წინამდებარე კვლევის მიზნებისთვის, პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა სოციოლოგიური კვლევის კითხვარების მეშვეობით შეფასდა. კითხვარების შედგენისას გამოყენებულ იქნა *Ford JD, Trestman RL, Wiesbrock V, Zhang W* მიერ 2007 წელს შემუშავებული Correctional Mental Health Screen (CM HS) კითხვარი.[80] აღნიშნული კითხვარი[81] აღიარებულია, როგორც ერთ-ერთი ყველაზე სარწმუნო და მგრძნობიარე ინსტრუმენტი პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგისთვის.[82]

სოციოლოგიური კვლევის შედეგების თანახმად, ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხულ მამაკაც პატიმართა 26%-ს და ქალ პატიმართა 27.7%-ს ესაჭიროება ექიმ ფსიქიატრის კონსულტაცია. დახურული ტიპის დაწესებულებებში (კვლევის მიზნებისთვის ასევე მოიცავს განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებას) - ეს რიცხვი, შესაბამისად, 35%-ს და 38.3%-ს შეადგენს. სკრინინგის მონაცემების მიხედვით, ეს მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია ბრალდებულ ქალთა შორის - 46.8 %. აღსანიშნავია, რომ ბრალდებულ და მსჯავრდებულ მამაკაცებს შორის განსხვავება სკრინინგის ამ ინსტრუმენტით არ გამოვლენილა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ადაპტაციის პერიოდი პატიმრობის საწყის ეტაპზე შესაძლებელია ქალებში უფრო რთულად მიმდინარეობდეს. ფსიქოლოგიური დისტრესის დონე პატიმარი ქალების პატიმრობამდე პერიოდის ანამნეზში სექსუალური ან ოჯახში ძალადობიდან გამომდინარე ფსიქოლოგიურ ტრავმებს და მამაკაცებთან შედარებით უფრო ძლიერ განცდას უკავშირდება, რომელიც

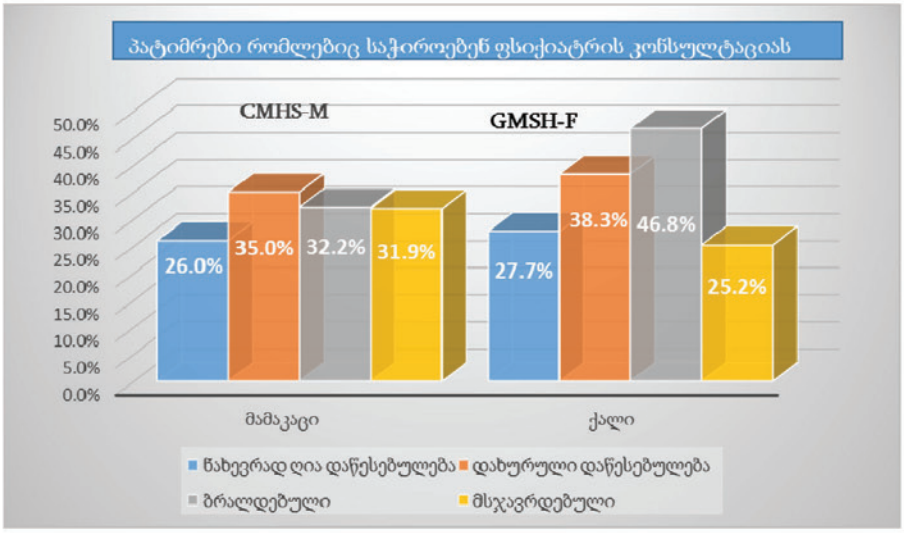
---

[80] Ford JD, Trestman RL, Wiesbrock V, Zhang W. Development and validation of a brief mental health screening instrument for newly incarcerated adults. Assessment 2007;14:279–299.

[81] კითხვარი ითვალისწინებს სქესობრივ თავისებურებებს და შედგება ორი ნაწილისაგან - 12 პუნქტიანი კითხვარი მამაკაცებისათვის (CMHS-M) და 8 პუნქტიანი კითხვარი ქალებისათვის (CMHS-W). CMHS-M სკრინიგის შედეგად წარმოიშობა ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობის არსებობის ვარაუდი. ფსიქიატრთან ვიზიტი რეკომენდებულია, თუ გამოსაკითხი პირი დადებით პასუხს გასცემს 6 ან მეტ კითხვას, ხოლო CMHS-W სკრინინგის შემთხვევაში - 5 ან მეტ კითხვას.

[82] Martin M. S., Colman I., Simpson A. I., McKenzie K.. Mental health screening tools in correctional institutions: A systematic review. BMC Psychiatry, 2013 13, 275.

გამოწვეულია შვილებთან და ოჯახთან დაცილებით.[83] პატიმართა ეს ჯგუფი სამედიცინო პერსონალის, კერძოდ, ფსიქიატრის და ფსიქოლოგის გაძლიერებულ ყურადღებას საჭიროებს. ასევე განსაკუთრებული დაკვირვების ქვეშ უნდა იყვნენ 35 წლამდე ასაკის ქალები, რომელთა 41.7% საჭიროებს ექიმ ფსიქიატრის კონსულტაციას.



დიაგრამა 14. პატიმრები, რომლებიც საჭიროებენ ფსიქიატრის კონსულტაციას

მონიტორინგის შედეგებზე დაყრდნობით შეიძლება ითქვას, რომ პატიმრებისთვის გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები პრაქტიკაში შემდეგი კომპონენტებით შემოიფარგლება: 1) ფსიქიატრის კონსულტაცია და მედიკამენტური მკურნალობა პენიტენციურ დაწესებულებაში, 2) ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ნებაყოფლობით მოთავსება, 3) არანებაყოფლობითი ან იძულებითი ფსიქიატრიული დახმარება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (სოფ. ქუტირში). თითოეულ ამ კომპონენტს ახასიათებს მნიშვნელოვანი ხარვეზები, რაც შეუძლებელს ხდის პატიმართათვის ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდებას. ქვემოთ მიმოხილული იქნება ზემოთ ხსენებულ ორ კომპონენტთან დაკავშირებული პრობლემები, ხოლო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში არანებაყოფლობითი და იძულებითი ფსიქიატრიული დახმარების კუთხით არსებული გამოწვევები მიმოხილულია პრევენციის ეროვნული მექანიზმის მიერ ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის ანგარიშში.[84] აქვე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ

[83] Petrillo M. The Corston Report: A review of women with particular vulnerabilities in the criminal justice system. Probation Journal, vol. 54, 3: pp. 285-287, First Published Sep 1, 2007.

[84] ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის ანგარიში, 2015, გვ. 137-140, ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://www.ombudsman.ge/uploads/other/3/3695.pdf [ბოლოს ნანახია 04.01.2017]

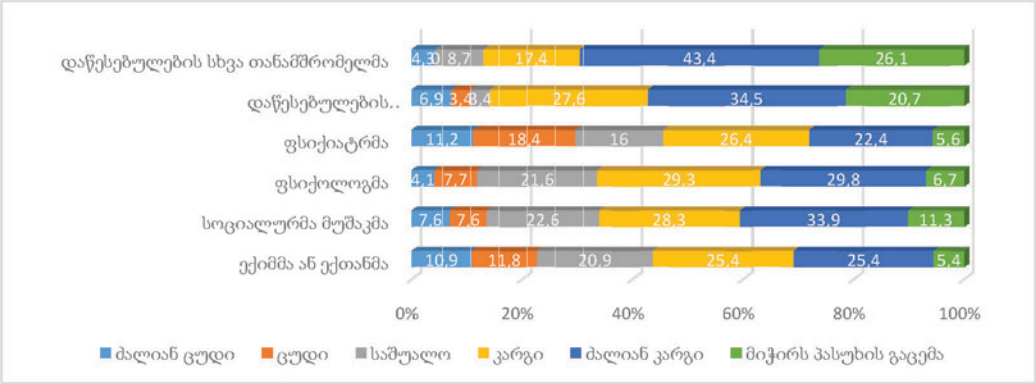
ცენტრში მოთავსებასთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ რიგ შემთხვევებში ადგილი აქვს შესაბამისი სამართლებრივი პროცედურების გაჭიანურებას (ზოგიერთ შემთხვევაში 9 თვემდეც კი). ამდენად, პატიმრებისთვის სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების დროულად აღმოჩენის უზრუნველსაყოფად, მნიშვნელოვანია გადაიხედოს ეს სამართლებრივი პროცედურები და დამკვიდრებული პრაქტიკა.

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს ოფიციალური მონაცემებით, ფსიქიატრიული მომსახურების (ამბულატორია) უტილიზაციის მაჩვენებელმა 2014-17 წლებში წლიურად, საშუალოდ, 10-11 ათასი შეადგინა, რაც პენიტენციურ სისტემაში დასაქმებული ფსიქიატრების დიდ დატვირთვაზე მიუთითებს. მონიტორინგის შედეგები ცხადყოფს, რომ პენიტენციურ სისტემაში ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარების გასაწევად საჭირო პერსონალის ნაკლებობაა. სისტემაში დასაქმებული ფსიქიატრების რაოდენობა არასაკმარისია. მაგალითად, N2 პენიტენციურ დაწესებულებაში დასაქმებული იყო მხოლოდ ერთი ფსიქიატრი, რომელიც თვეში საშუალოდ 300 პაციენტს[85] უწევდა კონსულტაციას. უფრო მძიმე ვითარება იყო N8 დაწესებულებაში. ადგილზე დასაქმებულ ერთ ფსიქიატრზე 2000 პატიმარზე[86] მეტი მოდიოდა. დაწესებულებაში წარმოებულ კონსულტაციების აღრიცხვის ჟურნალებში არსებული ჩანაწერების შემოწმების შედეგად დგინდება, რომ ხშირ შემთხვევაში, დამატებით მოწვეული ფსიქიატრები დღეში 25-30 პატიმარს უწევენ კონსულტაციას. ცხადია, ასეთ პირობებში ფსიქიატრების მომსახურების სათანადო ხარისხი ვერ იქნება უზრუნველყოფილი.

სწორედ დიდი დატვირთვით და დროის დეფიციტით უნდა იყოს გამოწვეული ის დაბალი შეფასება, რომელიც გამოკითხულმა პატიმრებმა მისცეს ფსიქიატრების მიერ გაწეულ მომსახურებას. სხვა თანამშრომლებთან შედარებით, ფსიქიატრების მიერ გაწეულ დახმარებას პატიმრები ყველაზე ხშირად ანიჭებენ შეფასებას „ცუდი“ ან „ძალიან ცუდი“ - 29.6%, და ყველაზე იშვიათად შეფასებას „კარგი“ ან „ძალიან კარგი“ - 48,8%.

[85] 2017 წლის აპრილის მდგომარეობით, N2 დაწესებულებაში იმყოფებოდა 1158 პატიმარი.

[86] 2017 წლის თებერვლის მდგომარეობით, N8 დაწესებულებაში 2324 პატიმარი იმყოფებოდა.



დიაგრამა 15 ემოციური/ფსიქოლოგიური პრობლემების დროს აღმოჩენილი დახმარების ხარისხის შეფასება

უფრო მაღალი შეფასება დაიმსახურა სოციალური მუშაკის (62.2%) და ფსიქოლოგების მომსახურებამ (59.1%). მიუხედავად ამისა, პატიმრები იშვიათად მიმართავენ ფსიქოლოგიური დახმარებისთვის პენიტენციური სისტემის თანამშრომლებს ან სხვა პატიმრებს. გამოკითხულ პატიმართა 42.5%-ს ფსიქო-ემოციურ პრობლემებთან დაკავშირებით არავისთვის მიუმართავს.

პენიტენციური სისტემის შიგნით ფსიქიატრიული დახმარების გასაწევად, ფსიქიკური აშლილობის მქონე პატიმრები ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო (N18) დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში გადაჰყავთ[87]. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ეს უკანასკნელი აღმოსავლეთ საქართველოში (თბილისში) მდებარეობს და გარკვეულ პრობლემებს ქმნის სერვისის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით სტაციონარში მოთავსების მაჩვენებელი 2015 წელს 425, 2016 წელს - 592, ხოლო 2017 წლის 6 თვეში 205 იყო.[88]

ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში პაციენტის ფსიქიატრიულ შეფასებას განყოფილებაში მოთავსების დღესვე ახდენს ფსიქიატრი. ფსიქიატრიული შეფასება და დახმარება არ ატარებს მულტიდისციპლინურ (ბიოფსიქოსოციალურ) ხასიათს და მხოლოდ ფსიქიატრიული და ფსიქოლოგიური შეფასებითა და მედიკამენტური მკურნალობით შემოიფარგლება. სამკურნალო დაწესებულების სოციალური მუშაკი ფსიქიატრიული გუნდის წევრი არ არის და ფსიქიატრიული შემთხვევის შეფასებასა და მართვაში არ მონაწილეობს. დაწესებულებას მულტიდისციპლინური ფსიქიატრიული დახმარების, ფსიქოსოციალური

[87] გაიხსნა 2014 წლის 1 ივლისს.

[88] მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში (ქუტირი) გადაყვანის მაჩვენებელსაც. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს ოფიციალური სტატისტიკა ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://moc.gov.ge/ka/statistika/yovelthviuri-angarishi [ბოლოს ნანახია 05.01.2018]

ინტერვენციისათვის საჭირო მატერიალური და პროფესიული რესურსები არ გააჩნია. განყოფილებაში კვალიფიციური საშუალო სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობას განიცდის.

ფსიქიატრიულ განყოფილებაში როგორც მწვავე, ასევე ქვემწვავე და ქრონიკული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების მედიკამენტური მკურნალობა ნებაყოფლობითი მკურნალობის პრინციპით ხდება. სამედიცინო პერსონალის განმარტებით, მათი მხრიდან ადგილი არ აქვს ძალდატანებას და პაციენტის მედიკამენტების მიღებაზე დაყოლიებას მასთან ინტენსიური კომუნიკაციით ახერხებენ. მათი აზრით, ეს მეთოდი ამართლებს და პაციენტის ფიზიკური შეკავების ან ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენება არ სჭირდებათ. შესაბამისად, განყოფილებაში არ აქვთ ფიზიკური შეზღუდვის საშუალებები, არ ჰყავთ ამ პროცედურის ჩატარებაზე პასუხისმგებელი, შესაბამისად მომზადებული სამედიცინო პერსონალი და არც პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვის და იზოლირების შიდა სტანდარტი აქვთ შემუშავებული. მედიკამენტების მიღების იძულების, ძალდატანების და ფიზიკური შეზღუდვის ფაქტების არსებობას უარყოფენ გამოკითხული პაციენტებიც. მათი განმარტებით, პერსონალი ესაუბრება, ურჩევს მედიკამენტების მიღებას და უარის შემთხვევაში თავს ანებებს პაციენტს. ინტერვიუს დროს, რამდენიმე პაციენტმა განაცხადა, რომ ისინი საერთოდ ან სრულად არ იღებენ ფსიქიატრის მიერ დანიშნულ მედიკამენტებს. აღსანიშნავია, რომ მედიკამენტების მიღებაზე პაციენტის უარი სათანადოდ არ ფიქსირდება სამედიცინო ბარათში.

ფსიქიატრიული განყოფილება მედიკამენტებით შეუფერხებლად მარაგდება. მკურნალობის სქემის შერჩევისას ძველი თაობის ნეიროლეფსიური პრეპარატებისთვის უპირატესობის მინიჭება შეიმჩნევა. ნაკლებად არის გათვალისწინებული ფსიქოფარმაკოთერაპიის თანამედროვე პრინციპები. მაგალითად, უძილობის ან აგზნების მართვის შემთხვევაში სისტემატურად იყენებენ პრეპარატების - „ტიზერცინისა“ და „დიაზეპამის“ ერთდროულ ინექციას, რაც არ შეესაბამება ფსიქიატრიული შემთხვევის მართვის ეროვნულ[89] და საერთაშორისო გაიდლაინებს,[90] რომელთა მიხედვითაც რეკომენდებულია მედიკამენტური მკურნალობის მონოთერაპიის სახით დაწყება. ამასთან, უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ახალი

---

[89] კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“
http://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/027a1faa4884f16b6046d141805f7e09.pdf Accessed June 22, 2017

[90] Merck Manuals Professional Edition-Psychiatric Disorders –Behavioral Emergencies იხ. ბმული
http://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/approach-to-the-patient-with-mental-symptoms/behavioral-emergencies. [ბოლოს ნანახია 11.05.2018]
ასევე, ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში / მ. გელდერი, პ.ჰარისონი, ფ. ქოუენი; იხ. ბმული
https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxwc3lnZTIwMTF8Z3g6NDU1ODJmZDEyMzUxMDZlZA [ბოლოს ნანახია 11.05.2018]

თაობის პრეპარატებს, ძირითადად, ამ პრეპარატების გვერდითი ეფექტების გამოვლინების დაბალი რისკის გამო.[91]

განყოფილებაში სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი გარკვეული ხარვეზებით წარმოებს. კონსილიუმის შესახებ ჩანაწერები არ მოიცავს შესაბამის თერაპიულ გეგმას და არც კონსილიუმის მონაწილეთა ხელმოწერებია. კლინიკური დიაგნოზი სამედიცინო ბარათის თავფურცელზე ყოველთვის არ არის გამოტანილი. ექიმის დღიურების გასწვრივ ყოველთვის არ არის მითითებული შესაბამისი დანიშნულება.

ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში არ არის დანერგილი კონსტრუქციული საქმიანობების არცერთი პროგრამა, არ იგეგმება პატიმართა დღის აქტივობები, არ არის მოწყობილი სპორტული ინფრასტრუქტურა, არ აქვთ სპორტული ინვენტარი და არ ხდება სპორტული აქტივობების ორგანიზება. განყოფილებაში არ არის უზრუნველყოფილი პაციენტთა სათანადო ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობის კუთხით პრობლემებია, და ამავდროულად, არც პაციენტთა სათანადო ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციაა უზრუნველყოფილი, პაციენტები ვერ იღებენ ფსიქიატრიულ დახმარებას, რომელიც დაფუძნებული უნდა იყოს ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე. ასეთ პირობებში, ფსიქიატრიული შემთხვევის მართვა, პრაქტიკულად წარმოუდგენელია. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ფსიქიატრიულ განყოფილებაში პაციენტის მოთავსების დადებით მხარედ შეიძლება ჩაითვალოს მხოლოდ პაციენტებზე სამედიცინო პერსონალის უფრო ინტენსიური დაკვირვება და სომატური ჯანმრთელობის კუთხით შესაბამისი სერვისების მიწოდება. მეორე მხრივ, საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთა ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მოთავსებამ შეიძლება სტიგმის გაძლიერება გამოიწვიოს.[92]

იმ ფონზე, როდესაც ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში ადეკვატური ფსიქიატრიული დახმარება უზრუნველყოფილი არ არის, პენიტენციური დაწესებულებებიდან ფსიქიკური აშლილობის მქონე პატიმართა ფსიქიატრიულ განყოფილებაში გადაყვანა შეიძლება სხვა პატიმრებისაგან მათ იზოლირებად განვიხილოთ. ამ მოსაზრებას ამყარებს თავად ფსიქიატრიულ

---

[91] Rapid Tranquillisation Policy. 2016
http://www.hpft.nhs.uk/media/1561/foi-2362-26-10-2016-rapid-transquillisation-policy-attachment.pdf
Accessed June 20, 2017

[92] Mental Health and Prisons, p. 2, available in English at:
http://www.who.int/mental_health/policy/mh_in_prison.pdf last visit on 05.01.2018.

განყოფილებაში პაციენტების საკანში[93] ცალკე მოთავსების პრაქტიკა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ გამოკითხული 17 პაციენტიდან[94] 7 პაციენტი საკანში მარტო იყო მოთავსებული. მათ არ იცოდნენ იზოლირების მიზეზი და უსამართლობის განცდა ჰქონდათ. პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში საკანში მარტო მოთავსების მიზეზები და მოქმედების შემდგომი სტრატეგია არ მიეთითებოდა. ამასთან, საკნებში არსებული ფიზიკური გარემო თვითდაზიანების პრევენციას ვერ უზრუნველყოფდა. საკნებში არსებული გარემო დამთრგუნველი იყო, არ აღძრავდა პოზიტიურ თერაპიულ სტიმულებს და პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას არ ემსახურებოდა.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, პირადი და ოჯახური ცხოვრების პატივისცემის უფლების დარღვევაა ის ფაქტი, რომ ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტები, მათ შორის ფსიქიატრიული პაციენტები, შესაბამისი ინფრასტრუქტურის არარსებობის გამო, ვერ სარგებლობენ ხანგრძლივი პაემნისა[95] და ვიდეო პაემნის უფლებით.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ლოგიკურად გამოიყურება პატიმართა სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგები, რომლის თანახმადაც, სამედიცინო მომსახურების სხვა მიმწოდებლებთან შედარებით[96], ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილების მიმართ პატიმართა[97] კმაყოფილების მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია („კმაყოფილი ვარ“ – 23.9 %, „უფრო კმაყოფილი ვარ ვიდრე უკმაყოფილო“ – 7.5 %).

პატიმრებისთვის გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების მიმოხილვის შემდეგ, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ასკვნის, რომ ერთი მხრივ, მიწოდებული სერვისი არ არის ადეკვატური, ხოლო მეორე მხრივ, ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისებს აკლია რამდენიმე უმნიშვნელოვანესი კომპონენტი. პირველ რიგში, საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ არსებითი ხარვეზები იკვეთება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირთა

---

[93] ფსიქიატრიული განყოფილების ყველა საკანში მიმდინარეობს ელექტრონული საშუალებით მეთვალყურეობა. სამედიცინო პერსონალის განმარტებით, ფსიქიატრს არ აქვს წვდომა ელექტრონული საშუალებით მეთვალყურეობის სისტემის ჩანაწერებზე.

[94] 2017 წლის 17 იანვარს განხორციელებული ვიზიტის დროს ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მოთავსებული იყო 36 პაციენტი.

[95] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2014 წლის 22 ივლისის N132 ბრძანებით დამტკიცებული „მსჯავრდებულთა ხანგრძლივი პაემნის განხორციელების წესის“ თანახმად,[95] დაწესებულებების ჩამონათვალში, სადაც შეიძლება განხორციელდეს ხანგრძლივი პაემანი, მითითებული არ არის სამკურნალო დაწესებულებები (N18 და N19 დაწესებულებები).

[96] დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ ქვეთავი „სამედიცინო მომსახურებით პატიმართა ზოგადი კმაყოფილება“.

[97] საუბარია იმ პატიმრებზე, რომლებიც 2014-2016 წლებში, გარკვეული პერიოდით მოთავსდნენ ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში.

დროული გამოვლენის და შესაბამის სერვისზე გადამისამართების კუთხით. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პატიმართა გარკვეული ნაწილი იღებს სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პატიმართა უმრავლესობა პენიტენციურ დაწესებულებებში რჩება. გამწვავების პერიოდის დაძლევისა და მდგომარეობის დასტაბილურების შემდეგ პაციენტები პენიტენციურ დაწესებულებებს უბრუნდებიან, სადაც არ არის მხარდამჭერი სერვისები და კეთილსაიმედო გარემო, რის გამოც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამწვავების რისკი კვლავ მნიშვნელოვნად იზრდება.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მნიშვნელოვანია ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისების პაკეტის სრულად დანერგვა, რომელიც მოიცავს როგორც სკრინინგს და დროულ რეფერირებას, ასევე, ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე დაფუძნებულ სტაციონარულ და ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დახმარებას. პენიტენციური ფსიქიკური ჯანდაცვა, პენიტენციური სისტემისთვის დამახასიათებელი თავისებურებების გათვალისწინებით, აუცილებელია განიხილებოდეს და ვითარდებოდეს ფსიქიკური ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტების ჭრილში. სერვისების ეკვივალენტობის თვალსაზრისით, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ პატიმრებისთვის ხელმიუწვდომელია თემში არსებული სერვისები. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ უწყებათაშორისი კოორდინაციის გზით, გარკვეული სერვისები, რომლებიც თემში ინერგება, შესაძლებელია ხელმისაწვდომი გახდეს პენიტენციურ დაწესებულებებშიც. ასევე მნიშვნელოვანია, პენიტენციურ დაწესებულებებში საჭირო პერსონალის მობილიზება, რათა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პატიმრებს ხელი მიუწვდებოდეთ სათანადო ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებზე. ასევე მიზანშეწონილია სერვისის მიმწოდებლების მოზიდვა, სამოქალაქო ინტერვენციის წახალისება.

რეკომენდაციები სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **დაინერგოს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის ინსტრუმენტი, მათ შორის განხილულ იქნას სკრინინგის კითხვარების - CMHS-M და CMHS-W - გამოყენების მიზანშეწონილობა**
- **შტატით გათვალისწინებული ფსიქიატრების რაოდენობის ან/და მოწვეული ფსიქიატრის ვიზიტების რაოდენობის გაზრდის ხარჯზე, ერთ დღეში მიღებული პაციენტების რაოდენობა არ აღემატებოდეს 15-ს**
- **დაწესებულებებმა აწარმოონ სტატისტიკა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პატიმრების შესახებ, გამოავლინონ მათი საჭიროებები და ამის საფუძველზე შეიმუშაონ ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები**
- **პატიმრობით გამოწვეულ ფსიქოემოციურ პრობლემებთან გასამკლავებლად, პატიმრობაში მყოფ ბრალდებულებს გაეწიოთ ფსიქოლოგიური დახმარება, მათ შორის შეეთავაზოთ სტრესის მართვის პროგრამაში ჩართვა**

- არსებული სამუშაო დატვირთვისა და დაკისრებული მოვალეობების გათვალისწინებით, ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში გაიზარდოს საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა
- უზრუნველყოს ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიული განყოფილება ახალი თაობის მედიკამენტებით
- უზრუნველყოს ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში სამედიცინო დოკუმენტაციის სრულყოფილი წარმოება იმგვარად, რომ კონსილიუმის შესახებ ჩანაწერები მოიცავდეს შესაბამის თერაპიულ გეგმას და სათანადოდ იყოს დადასტურებული კონსილიუმის მონაწილეთა ხელმოწერით, კლინიკური დიაგნოზი სამედიცინო ბარათის თავფურცელზე იყოს გამოტანილი, ექიმის დღიურებში დანიშნულება დადგენილი წესით მიეთითებოდეს, პაციენტების მედიკამენტების მიღებაზე უარი დოკუმენტურად დასტურდებოდეს
- ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში დაინერგოს კონსტრუქციული საქმიანობების პროგრამები, დაიგეგმოს დღის აქტივობები, მოეწყოს სპორტული ინფრასტრუქტურა, შემოიტანონ სპორტული ინვენტარი და ორგანიზება გაუკეთონ სპორტულ აქტივობებს
- განყოფილებაში დაინერგოს პაციენტთა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები
- პაციენტების იზოლაცია განხორციელდეს შესაბამისი დასაბუთებით, მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, უსაფრთხო გარემოში, სამედიცინო პერსონალის მუდმივი დაკვირვების ქვეშ, მაქსიმალურად მოკლე ვადით. სამედიცინო პერსონალმა თითოეულ შემთხვევაში უზრუნველყოს მოქმედების შემდგომი სტრატეგიის განსაზღვრა, ასევე პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე დაკვირვების შედეგებისა და მიღებული ზომების შესახებ ინფორმაციის პაციენტის სამედიცინო ბარათში შეტანა. პაციენტის იზოლაციის შემთხვევაში, საკანში არსებული ფიზიკური გარემო გამორიცხავდეს თვითდაზიანების მიყენების შესაძლებლობას
- განყოფილებაში ფიზიკური გარემო იმგვარად მოეწყოს, რომ პაციენტს არ თრგუნავდეს და პოზიტიურ თერაპიულ სტიმულებს აღძრავდეს
- მოეწყოს შესაბამისი ინფრასტრუქტურა იმისათვის, რათა ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში მყოფმა პაციენტებმა ხანგრძლივი და ვიდეო პაემნის უფლებით ისარგებლონ
- 2018 წელს შეფასდეს საჭიროებები და გამოიყოს შესაბამისი მატერიალურ-ტექნიკური და ადამიანური რესურსი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებისთვის პენიტენციურ დაწესებულებაში ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველსაყოფად

- **უწყებათაშორისი კოორდინაციის გზით, ჩატარდეს თემში ხელმისაწვდომი სერვისების პენიტენციურ დაწესებულებებში დანერგვის შესაძლებლობების კვლევა და შემუშავდეს ამ სერვისების პენიტენციურ დაწესებულებებში დანერგვის გეგმა**
- **შემუშავდეს ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სერვისების მიმწოდებლების მოზიდვის, სამოქალაქო ინტერვენციის წახალისების სტრატეგია**

რეკომენდაცია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს და სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით, პატიმრის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში დროულად გადაყვანის უზრუნველსაყოფად, საქართველოს პროკურატურასთან თანამშრომლობით, გადაიხედოს პატიმართა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების და იძულებითი მკურნალობის მარეგულირებელი სამართლებრივი ჩარჩო და დამკვიდრებული პრაქტიკა და ინიცირება გაუკეთდეს შესაბამის საკანონმდებლო ცვლილებებს.**

4.5.3.2. თვითდაზიანება და სუიციდი

დაბალი სოციალური და ოჯახური მხარდაჭერა, წარსულში სუიციდური ქცევა, ფსიქიკური აშლილობა და ემოციური პრობლემები პატიმართა სუიციდის გავრცელებული მიზეზებია. ამ მიზეზებს ხშირად ემატება ძალადობა, ბულინგი, პატიმართა შორის კონფლიქტები, პატიმრობის ცუდი პირობები და ა.შ. მიუხედავად სტრეს-ფაქტორებისა, საბოლოო ჯამში სუიციდს განაპირობებს უიმედობის განცდა.[98] პრობლემის სირთულიდან გამომდინარე, პენიტენციურ დაწესებულებებში თვითდაზიანებისა და სუიციდის პრევენცია მსოფლიო მასშტაბით კვლავ გამოწვევად რჩება.

ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით, თვითდაზიანების შემთხვევათა რაოდენობა პენიტენციურ სისტემაში ბოლო წლებში იკლებს (2015 წელს - 2375, 2016 წელს - 1936, 2017 წლის 6 თვეში - 527 შემთხვევა). დასრულებული სუიციდის და სუიციდის მცდელობის შემთხვევათა რაოდენობა წლების მიხედვით ასეთია:

	დასრულებული სუიციდი	სუიციდის მცდელობა
2014 წელი	7	
2015 წელი	2	142
2016 წელი	5	146
2017 წლის პირველი ნახევარი	1	31

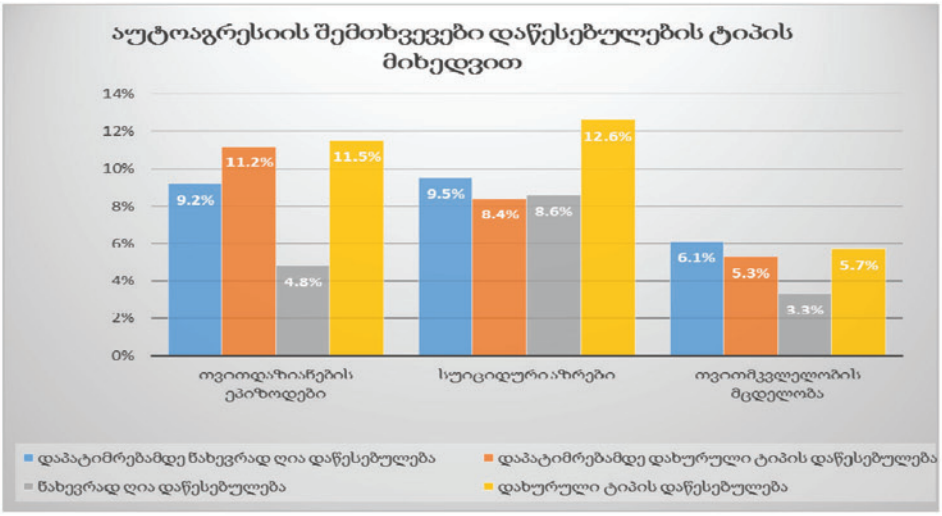
ცხრილი 7. სუიციდისა და სუიციდის მცდელობათა რაოდენობა წლების მიხედვით

[98] Preventing Suicide in Prison and Jails, World Health Organization, International Association for Suicide Prevention, 2007, p. 7, available in English at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf last visit on 08.01.2018

პენიტენციურ სისტემაში ტრადიციულად თავს იყრიან სოციუმის იმ მოწყვლადი ჯგუფის წარმომადგენლები, რომელთათვისაც დამახასიათებელია მომატებული სუიციდური და აუტოაგრესიული რისკები. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული სოციოლოგიური გამოკითხვის მონაცემებიდან ნათლად ჩანს, რომ მიდრეკილება თვითდაზიანებისა და სუიციდისადმი, პატიმრებს პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებამდეც ჰქონდათ.

საინტერესო ფაქტია, რომ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ გამოკითხულ პატიმრებში, სუიციდის მცდელობათა და თვითდაზიანების ეპიზოდების რაოდენობა პატიმრობამდე უფრო მეტი იყო, ვიდრე პატიმრობაში ყოფნის პერიოდში. პენიტენციურ სისტემაში მოთავსების შემდეგ, თვითდაზიანების და სუიციდის მცდელობათა რაოდენობა, შესაბამისად, შემცირდა 10.4%-დან 8.9%-მდე და 5.7%-დან 4.8%-მდე, ამავდროულად ადგილი ჰქონდა სუიციდური აზრების სიხშირის ზრდას 8.8%-დან 11.1%-მდე. ქალი პატიმრების შეთხვევაში კლების ტენდენცია უფრო გამოხატულია 10.4%-დან 3.9%-მდე და 11.1-დან 5.8-მდე. აქაც იკვეთება სუიციდური აზრების სიხშირის ზრდის ტენდენცია 11.7%-დან 13.1%-მდე.

სურათს არსებითად ცვლის სოციოლოგიური გამოკითხვის მონაცემების დაწესებულებათა ტიპის მიხედვით გაანალიზება. ზემოთ მოყვანილი დადებითი ტენდენცია, ძირითადად, განპირობებულია ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხული პატიმრების მონაცემებით. თუ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში, დაპატიმრების შემდეგ თვითდაზიანების და სუიციდის მცდელობის შემთხვევათა რაოდენობისა და სუიციდური აზრების სიხშირის შემცირება იკვეთება, დახურული ტიპის დაწესებულებაში თვითდაზიანების და სუიციდის მცდელობის მაჩვენებლები პრაქტიკულად იგივე რჩება, სუიციდური აზრების სიხშირე კი, მნიშვნელოვნად (4.2%-ით) იზრდება (იხ. დიაგრამა N16).



დიაგრამა 16. აუტოაგრესიის შემთხვევები დაწესებულების ტიპის მიხედვით

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, პირველ რიგში, აღსანიშნავია, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში თვითდაზიანების და სუიციდის მცდელობის შემთხვევების შემცირების დინამიკაზე, მაღალი ალბათობით მოქმედებს მსჯავრდებულთა სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებაში საშიშროების რისკების მიხედვით მოთავსების პრაქტიკა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, დამკვიდრებული პრაქტიკის გათვალისწინებით, მსჯავრდებულები მოელიან, რომ თვითდაზიანების ან სუიციდის მცდელობის (ფსევდოსუიციდის) შემთხვევაში მათ დახურული ტიპის დაწესებულებაში გადაიყვანენ, რაც გარკვეულ შემაკავებელ როლს ასრულებს. მეორე მხრივ, ის მსჯავრდებულები, რომელთაც აუტოაგრესია გამოავლინეს და უსაფრთხოების თვალსაზრისით რთული სამართავები აღმოჩნდნენ, სოციოლოგიური გამოკითხვის დროისთვის გადაყვანილები იქნებოდნენ დახურული ტიპის დაწესებულებაში. შეუძლებელია ამ ფაქტს გავლენა არ მოეხდინა სოციოლოგიური კვლევის შედეგებზე. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მოსაზრებას ამყარებს ის ფაქტიც, რომ სუიციდური აზრების მაჩვენებელი ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში მხოლოდ უმნიშვნელოდ არის შემცირებული. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ რადგან პატიმრები, როგორც წესი, არ ამჟღავნებენ სუიციდურ აზრებს, შესაბამისად, უსაფრთხოების თვალსაზრისით ამგვარ აზრებს ვერანაირი რეაგირება ვერ მოჰყვება და პატიმრები ისევ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში რჩებიან.

რაც შეეხება სუიციდური აზრების მაჩვენებლებს დახურული ტიპის დაწესებულებაში, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის აზრით, დაპატიმრების შემდგომ ამ მაჩვენებლების ზრდა განპირობებულია, ერთი მხრივ, აუტოაგრესიისადმი მიდრეკილი პატიმრების, როგორც უსაფრთხოების თვალსაზრისით შედარებით უფრო მაღალი რისკის პატიმრების, თავმოყრით დახურული ტიპის დაწესებულებებში, მეორე მხრივ კი, ასეთ დაწესებულებებში

არსებული მკაცრი რეჟიმითა და პატიმრობის პირობებით. ლოგიკურია, რომ დღის განმავლობაში, მკაცრი რეჟიმის პირობებში, საკანში 23 საათით, საინტერესო და თავშესაქცევი ყველანაირი აქტივობის გარეშე მოთავსებულ პატიმრებს უფრო მეტად მოსდით სუიციდური აზრები.

საყურადღებოა ის გარემოება, რომ აუტოაგრესიული ქმედების ჩადენის ძირითად მიზეზად დახურული ტიპის დაწესებულებებში მოთავსებული მამაკაცი პატიმრების უმრავლესობა დაწესებულების თანამშრომლებთან ურთიერთობას ასახელებს. თვითდაზიანების შემთხვევაში ამ მიზეზზე მიუთითებს 37.1%, ხოლო სუიციდური აზრების და სუიციდის მცდელობის შემთხვევებში, შესაბამისად, 20.0% და 27.3%. ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში ეს მონაცემები გაცილებით მცირეა და შესაბამისად, 11.1%, 3.3% და 7.7%-ს შეადგენს.

2015 წლის საპარლამენტო ანგარიშში სახალხო დამცველი აღნიშნავდა, რომ აუცილებელია იმ პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასება, რომლებიც სისტემატურად ავლენენ ანტისოციალურ ქცევას და არსებობს ეჭვი, რომ ასეთი ქცევა სწორედ მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობით შეიძლება იყოს განპირობებული. ამასთან, ხაზს უსვამდა იმ გარემოებას, რომ თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილი და სხვა ქცევითი აშლილობების მქონე პაციენტების მიმართ მიდგომა თერაპიული უნდა იყოს და არა სადამსჯელო.[99]

საქართველოს სახალხო დამცველი პენიტენციურ დაწესებულებებში სუიციდის პრევენციის პროგრამის დანერგვას დადებითად აფასებდა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგების თანახმად, გამოკითხულ პატიმართა 4.8%-ს ჰქონდა სუიციდის მცდელობა, მათგან 28% იყო ჩართული სუიციდის პრევენციის პროგრამაში. სუიციდური აზრები[100] ჰქონდა გამოკითხულთა 11%-ს, რომელთაგან ხსენებულ პროგრამაში ჩართული იყო 14.3%. სუიციდის პრევენციის პროგრამაში პატიმართა ჩართვის კუთხით, ვითარება უფრო საყურადღებოა ქალი პატიმრების შემთხვევაში. მიუხედავად იმისა, რომ პატიმრობაში სუიციდის მცდელობის ეპიზოდსა და სუიციდური აზრების არსებობაზე გამოკითხული ქალი პატიმრების შესაბამისად 6.5%-მა და 13%-მა მიუთითა, სუიციდის პრევენციის პროგრამაში ჩართული იყო გამოკითხულთა მხოლოდ 1.3%.

ზემოთ მოცემული სტატისტიკური მონაცემების, პრაქტიკისა და სუიციდის პრევენციის პროგრამის მარეგულირებელი სამართლებრივი ჩარჩოს გათვალისწინებით, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მიიჩნევს, რომ პროგრამა შემდგომ დახვეწას საჭიროებს.

---

[99] საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიში 2015. http://ombudsman.ge/uploads/other/3/3789.pdf. Accessed August 1, 2017

[100] იმ პატიმრების 37.5%-ს, რომლებსაც დაპატიმრების შემდეგ, ბოლო 3 წლის განმავლობაში უფიქრიათ სუიციდზე, ჰქონიათ სუიციდის მცდელობა.

პენიტენციურ დაწესებულებებში მოქმედი სუიციდის პრევენციის პროგრამა მოიცავს შემდეგ ეტაპებს: 1) ფსიქოლოგის ან ფსიქიატრის მიერ სუიციდის რისკის მიმოხილვითი შეფასება რისკის დონის განსაზღვრით და გადაწყვეტილების მიღება პროგრამაში ჩართვის შესახებ; 2) მულტიშეფასება სუიციდის რისკის დონის განსაზღვრით; 3) მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ მულტიდისციპლინური დახმარების გეგმის განსაზღვრა; 4) მულტიდისციპლინური ჯგუფის მიერ განმეორებითი მულტიშეფასება. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, თითოეული ეს ეტაპი ანალიზს და შემდგომ გაუმჯობესებას მოითხოვს.

სუიციდის სკრინინგის თვალსაზრისით, დადებითად უნდა აღინიშნოს დაწესებულებების დებულებებით ოპერატიული მორიგის ვალდებულების განსაზღვრა, სუიციდის პრევენციის პროგრამის ადგილობრივ კოორდინატორს აცნობოს დაწესებულებაში ისეთი ბრალდებულის/მსჯავრდებულის მიღების შესახებ, რომელიც პირველად ხვდება პენიტენციურ სისტემაში. კოორდინატორი ვალდებულია, ბრალდებულს/მსჯავრდებულს, სუიციდის რისკის მიმოხილვითი შეფასების მიზნით, შეხვდეს არა უგვიანეს მომდევნო სამუშაო დღისა. მიუხედავად ამისა, კვლავ პრობლემურია სუიციდის რისკის პერიოდული სკრინინგი. ნორმატიული აქტი არ ითვალისწინებს თუნდაც იმ პატიმართა გარკვეული პერიოდულობით სკრინინგს, რომლებიც ჩართული იყვნენ სუიციდის პრევენციის პროგრამაში და რომლებსაც განმეორებითი მულტიშეფასების შედეგად, სუიციდის დაბალი რისკის გამო შეუჩერდათ მულტიდისციპლინური დახმარება. ანალოგიურად, შემდგომი კონტროლის სახით, სკრინინგის ვალდებულება არ განისაზღვრება იმ პატიმრების მიმართ, რომელთაც სუიციდის რისკის მიმოხილვითი შეფასების დროს სუიციდის დაბალი რისკი დაუდგინდათ. ასეთი ვითარების პრობლემურობა იმაში მდგომარეობს, რომ სუიციდის რისკ-ჯგუფში მყოფი პატიმრის სუიციდის რისკის დონე შესაძლებელია დროთა განმავლობაში გაიზარდოს, რისკების პერიოდული შეფასების სისტემის არარსებობის პირობებში კი, სუიციდის მომეტებული, რეალური რისკის გამოვლენა დროულად ვეღარ მოხერხდეს.

სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს, პენიტენციურ დაწესებულებებში ფსიქოლოგებისა და ფსიქიატრების ნაკლებობის პრობლემის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილად მიაჩნია სუიციდის პირველადი და პერიოდული სკრინინგი მარტივი, მგრძნობიარე ინსტრუმენტით განახორციელონ ოჯახის ექიმებმა. მნიშვნელოვანია ერთმანეთისგან განვასხვაოთ სუიციდის სკრინინგი (suicide screening) სუიციდის რისკების შეფასებისგან (suicide risk assessment). სუიციდის რისკის სკრინინგი, როგორც წესი, ხდება მგრძნობიარე ინსტრუმენტით და განისაზღვრება სუიციდის რისკის არსებობა ან არარსებობა. ეს მეთოდი, როგორც წესი, არ იძლევა ინფორმაციას სუიციდის რისკის დონეზე და არც იმაზე, თუ რამდენად იმწუთიერია რისკი. იმისათვის, რომ დადგინდეს რისკის დონე და ისიც, თუ რამდენად იმწუთიერია რისკი, საჭიროა სუიციდის რისკების შეფასება, რომელიც მოითხოვს უფრო კომპლექსურ, სრულყოფილ ინსტრუმენტს, ვიდრე ეს სკრინინგის დროს არის საჭირო.[101] სწორედ ეს არის

[101] Suicide Screening and Assessment, 2014, available at:

მულტიდისციპლინური გუნდის ფუნქცია[102]. გუნდმა შესაბამისი, დეტალური ინსტრუმენტის საფუძველზე უნდა შეაფასოს სუიციდის რისკის დონე და დაგეგმოს შესაბამისი ინტერვენციები. წინასწარ განსაზღვრული დროის შემდეგ, გუნდმა განმეორებით უნდა შეაფასოს სუიციდის რისკის დონე, რაც საფუძველი გახდება შემდგომი ინტერვენციების დასაგეგმად ან ინტერვენციის შესაწყვეტად. სამწუხაროდ, ამჟამად სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის მიერ დამტკიცებული სუიციდის რისკის მულტიშეფასების ოქმი ზოგადი ხასიათისაა და მულტიდისციპლინური გუნდისგან მოითხოვს სუიციდისგან დამცავი და სუიციდის რისკ-ფაქტორების მოკლე აღწერას, რაც პრაქტიკაში ხარვეზებით სრულდება. ნათელია, რომ აუცილებელია საუკეთესო პრაქტიკაზე დაყრდნობით მულტიშეფასების დეტალური ინსტრუმენტის შემუშავება და შესაბამისი ნორმატიული აქტით დამტკიცება. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი დანანებით აღნიშნავს, რომ პრაქტიკაში ზედაპირული მულტიშეფასება მულტიდისციპლინური დახმარების ზედაპირულობას იწვევს, რაც, შესაბამისად, აფერხებს მულტიდისციპლინური დახმარების პოზიტიური შედეგის დადგომას.

სპეციალურ პრევენციულ ჯგუფს მიაჩნია, რომ თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილი პატიმრები სუიციდის რისკ-ჯგუფად უნდა მოიაზრებოდნენ და აუტოაგრესიის პრევენციისკენ მიმართული მუშაობა მათაც უნდა უტარდებოდეთ. ნებისმიერ შემთხვევაში, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია თვითდაზიანების და სუიციდური აზრების მიზეზების დადგენა და ამ მიზეზების აღმოსაფხვრელად შესაბამისი ზომების მიღება. დაგეგმილი ინტერვენციები უნდა მოიცავდეს მეთვალყურეობას, სოციალურ მხარდაჭერას და ფსიქოლოგიურ დახმარებას.[103]

პენიტენციური დაწესებულების პერსონალი სიფრთხილით უნდა ეკიდებოდეს ცნებას - „მანიპულატორული ქცევა". როდესაც პერსონალი ფიქრობს, რომ ესა თუ ის პატიმარი თვითდაზიანებით მანიპულირებას შეეცდება, მან შეიძლება აღარ მოახდინოს რეაგირება, რადგან მიაჩნია, რომ ეს მანიპულაციაზე წამოგება და გაუმართლებელ დათმობაზე წასვლა იქნება. მოტივაციის მიუხედავად, მძიმე თვითდაზიანების მცდელობა ან ე.წ.

---

http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/RS_suicide%20screening_91814%20final.pdf [last visit on12.02.2018]

[102] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2016 წლის 11 თებერვლის N13 ბრძანებით დამტკიცებული სუიციდის პრევენციის პროგრამის თანახმად, მულტიშეფასება და შემდგომი ინდივიდუალური დახმარება იგეგმება იმ შემთხვევაში, თუ პატიმარს, ფსიქოლოგის ან ფსიქიატრის მიერ სუიციდის რისკის მიმოხილვითი შეფასების შედეგად, აღენიშნება სუიციდის რისკის მაღალი ან საშუალო დონე. პატიმარს მულტიდისციპლინური დახმარება გაეწევა იმ შემთხვევაში, თუ მულტიშეფასების შედეგად დაუდგინდება სუიციდის მაღალი ან საშუალო რისკი.

[103] Preventing Suicide in Prison and Jails, World Health Organization, International Association for Suicide Prevention, 2007, p. 20, available in English at: იხ. ბმული http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf [ბოლოს ნანახია 11.05.2018]

ფსევდოსუიციდი შეიძლება პატიმრის სიკვდილით დასრულდეს, მიუხედავად იმისა, იყო თუ არა ეს თავდაპირველი განზრახვა.[104]

ყოველივე აქედან გამომდინარე, ასევე იმის გათვალისწინებით, რომ სუიციდის მცდელობის დეფინიცია პრობლემურია, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, სუიციდის პრევენციის პროგრამის ეფექტიანობის გასაზრდელად, მნიშვნელოვანია თვითდაზიანება სუიციდთან მჭიდრო კავშირში[105] განიხილებოდეს და პროგრამამ მოიცვას თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილი პატიმრების დახმარებაც. ამასთან, როგორც თვითდაზიანების, ასევე სუიციდის პრევენციის კონტექსტში, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს დროულ იდენტიფიცირებას და სოციალურ მხარდაჭერას. ბოლოს, სპეციალური პრევენციული ჯგუფი კიდევ ერთხელ მიუთითებს იმ გარემოებაზე, რომ პენიტენციურ სისტემაში თვითდაზიანების და სუიციდის რისკების მინიმუმამდე დაყვანა, საბოლოო ჯამში, ზოგადად, პენიტენციურ დაწესებულებებში გარემოს გაჯანსაღებით მიიღწევა.

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **სუიციდის პრევენციის პროგრამის შემდგომი დახვეწის მიზნით, განხორციელდეს პროგრამის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული შეფასება**
- **ნორმატიულად განისაზღვროს ვალდებულება და ოჯახის ექიმმა დაწესებულებაში მოთავსებულ ყველა პატიმარს გარკვეული პერიოდულობით ჩაუტაროს სუიციდის სკრინინგი**
- **ნორმატიულად განისაზღვროს ვალდებულება და იმ პატიმრებს, რომლებსაც მულტიშეფასების ან სუიციდის მიმოხილვითი შეფასებით სუიციდის დაბალ რისკს დაუდგენენ, გარკვეული პერიოდულობით ჩაუტარდეთ სუიციდის სკრინინგი**
- **შემუშავდეს და ნორმატიულად დამტკიცდეს მულტიშეფასების ინსტრუმენტი**
- **თვითდაზიანების პრობლემის თავისებურებების გათვალისწინებით, სუიციდის პრევენციის პროგრამა ადაპტირდეს და თვითდაზიანებისკენ მიდრეკილ პატიმრებზე გავრცელდეს. საწყის ეტაპზე, არსებული რესურსების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ადაპტირებული პროგრამის (საპილოტე რეჟიმში) დანერგვა განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში.**

---

[104] Ibid. p. 19

[105] სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული სოციოლოგიური გამოკითხვის მონაცემების თანახმად, იმ პატიმრების 47.4%-ს, რომელსაც დაპატიმრებამდე, სხვადასხვა სიხშირით მიუყენებიათ თვითდაზიანება, უფიქრია სუიციდზე. დაპატიმრების შემდეგ, ბოლო სამი წლის განმავლობაში თვითდაზიანების მიყენების შემთხვევაში, ეს მონაცემი 50,6%-ს შეადგენს. იმ პატიმრების 39.8%-ს, რომელსაც დაპატიმრებამდე სხვადასხვა სიხშირით მიუყენებიათ თვითდაზიანება, უცდიათ სუიციდი, ხოლო იმ პატიმრების 35.3%-ს, რომლებსაც დაკავების შემდეგ, ბოლო 3 წლის განმავლობაში მიუყენებიათ თვითდაზიანება, ასევე უცდია სუიციდი.

5. ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორები

5.1. ზოგიერთი სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებელი, როგორც რისკ-ფაქტორი

სოციოლოგიური კვლევის კითხვარში გათვალისწინებული იყო ზოგიერთი სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებელი, რომელსაც შეიძლება გავლენა ჰქონდეს პატიმართა ჯანმრთელობაზე როგორც დაპატიმრებამდე, ასევე პატიმრობის პერიოდში. ცნობილია, რომ ადამიანის ჯანმრთელობაზე არსებით გავლენას ახდენს სხვადასხვა სოციალური დეტერმინანტი.[106] ამასთან, არსებობს მჭიდრო კავშირი ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხს შორისაც. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანმრთელობა გულისხმობს სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობას და მხოლოდ დაავადების არარსებობამდე არ დაიყვანება.[107]

კვლევის ფარგლებში გამოიკითხა 943 პატიმარი, მათ შორის, 154 ქალი და 790 მამაკაცი. პატიმართა 86.2% ეთნიკურად ქართველია. შესაბამისად, პატიმართა ამ ჯგუფისთვის კულტურული კონტექსტი არ უნდა იყოს რისკ-ფაქტორი მაშინ, როდესაც სხვა ეთნიკური ჯგუფებისთვის კულტურული კონტექსტი შეიძლება დამატებით სტრეს-ფაქტორი აღმოჩნდეს.

გამოკითხულ პატიმართა დაახლოებით ნახევარი (47.8 %) დაოჯახებულია, რაც იმას ნიშნავს, რომ პატიმართა მეორე ნახევარი, შესაძლოა, ოჯახის მხრიდან მხარდაჭერის ნაკლებობას განიცდიდეს, რაც, სხვა რისკ ფაქტორებთან ერთად, შესაძლოა უარყოფითად აისახებოდეს ამ ჯგუფის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე.

ადამიანის ჯანმრთელობაზე პირდაპირ გავლენას ახდენს სიღარიბე. სიღარიბე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას იწვევს იმდენად, რამდენადაც სიღარიბე ადამიანს იცხოვროს ჯანმრთელობისათვის მავნე პირობებში ცხოვრებას აიძულებს.[108] გამოკითხულ პატიმართა 14,8% აღნიშნავს, რომ დაპატიმრებამდე ოჯახის შემოსავალი არ იყო საკმარისი ნორმალური კვების უზრუნველსაყოფად, ხოლო 27,3% მიუთითებს, რომ შემოსავალი კვებისთვის კი საკმარისი იყო, მაგრამ ვერ ახერხებდნენ ტანსაცმლის შეძენას. 38,4% აცხადებს, რომ შემოსავალი კვებასა და ჩაცმას უზრუნველყოფდა, მაგრამ საოჯახო ნივთების შესაძენად ფინანსური რესურსი არ ჰყოფნიდათ. დაპატიმრებამდე უმუშევარი იყო

---

[106] Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. Journal of Public Mental Health. 2005;1(14) page numbers: 1-12.

[107] Measuring Quality of Life, available in English at: http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/ [ბოლოს ნანახია 11.05.2018]

[108] Poverty and Health, available in English at: http://www.who.int/hdp/poverty/en/ [ბოლოს ნანახია 11.05.2018]

გამოკითხულ პატიმართა 37%, რაც ქვეყანაში უმუშევრობის მაჩვენებელს თითქმის სამჯერ აღემატება.[109]

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, განათლების დაბალი დონე პირდაპირ არის დაკავშირებული ჯანმრთელობის ცუდ მდგომარეობასთან, მეტ სტრესსა და თავდაჯერებულობის დაბალ დონესთან.[110] გამოკითხულ პატიმართა ნახევარზე მეტს (55.6%-ს) მიღებული აქვს საშუალო, ხოლო 10.4%-ს - არასრული საშუალო განათლება. უმაღლესი განათლება მიღებული აქვს 22.2%-ს. აღსანიშნავია, რომ იმ პატიმართა ხვედრითმა წილმა, ვინც არ იცის წერა-კითხვა, გამოკითხულ პატიმართა მხოლოდ 0.4% შეადგინა.

ბოლოს, უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხულ პატიმართა 45.8% ადრეც ყოფილა ნასამართლევი. ეს ფაქტი საყურადღებოა როგორც პატიმრობასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორებისადმი ამ ჯგუფის ექსპოზიციის ხანგრძლივობის, ასევე, პატიმრობის შემდგომ პერიოდში საზოგადოებაში რეინტეგრაციის სირთულის თვალსაზრისით. კვლევები ცხადყოფს, რომ დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში, წარსულში კანონთან კონფლიქტში მყოფ პირთა მდგომარეობას ამძიმებს სიღარიბე, სოციალური გარიყულობა, შეზღუდული წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე, განათლებასა და მხარდამჭერ სისტემაზე[111], რასაც შემდგომ, ხშირ შემთხვევაში, განმეორებითი პატიმრობა მოჰყვება. ასეთი ვითარება ამ ჯგუფს განსაკუთრებულად მოწყვლად კატეგორიად გადააქცევს. ამდენად, მნიშვნელოვანია არსებობდეს საზოგადოებაში რეინტეგრაციისკენ მიმართული, ეფექტიანი პროგრამები როგორც პენიტენციურ სისტემაში, ასევე მის გარეთ.

ქვემოთ, შესაბამის ქვეთავებში ძირითადად მიმოხილული იქნება პატიმრობასთან დაკავშირებული რისკ ფაქტორები, თუმცა ამავდროულად აღნიშნული იქნება ისეთი რისკ ფაქტორებიც, რომელთა მიმართ კვლევის სამიზნე ჯგუფის ექსპოზიციის ხანგრძლივობა მხოლოდ პატიმრობის პერიოდით არ შემოიფარგლება.

---

[109] საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2016 წელს საქართველოში უმუშევრობის მაჩვენებელი შეადგენდა 11.8%-ს. ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=145&lang=geo [ბოლოს ნანახია 03.01.2018]

[110] Health Impact Assessment (HIA), available in English at: http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/ [ბოლოს ნანახია 11.05.2018]

[111] Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders, Criminal Justice Handbook Series, United Nations Office on Drugs and Crime, New York, 2012, available in English at: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/Introductory_Handbook_on_the_Prevention_of_Recidivism_and_the_Social_Reintegration_of_Offenders.pdf last visit on 03.01.2018.

5.2. ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული მედიკამენტების, ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარება, როგორც რისკ-ფაქტორი

5.2.1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება

გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიუროს (UNODC) მონაცემებით[112], 2014 წელს ნარკოტიკული ნივთიერება წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც მიღებული ჰქონდა ზრდასრული მოსახლეობის (15-დან 64 წლამდე) 5 პროცენტს. ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევების ერთი მესამედიდან ნახევრამდე გამოწვეულია ზედოზირებით და ძირითადად დაკავშირებულია ოპიატების გამოყენებასთან. ნარკოტიკების ზედოზირებით გამოწვეული ლეტალობა ყველაზე ხშირად უშუალოდ პენიტენციური სისტემიდან განთავისუფლების შემდეგ გვხვდება.[113] ეს მიუთითებს პენიტენციურ სისტემაში მოთავსებული წამალდამოკიდებული პირებისთვის დახმარების აღმოჩენის აუცილებლობაზე, რომელიც მოიცავს ჩანაცვლებით თერაპიას, სარეაბილიტაციო და საგანმანათლებლო პროგრამებში ჩართვას და გათავისუფლებამდე ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მიწოდებას.

მოსახლეობასთან შედარებით, პატიმრებს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენების უფრო მაღალი მაჩვენებლები აღენიშნებათ. პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებისას პატიმართა დიდ ნაწილს აქვს ამ ნივთიერებების მოხმარების „მდიდარი გამოცდილება“, ხოლო ზოგიერთ მათგანს ჩამოყალიბებული აქვს დამოკიდებულება.[114]

გამოკითხულ პატიმართა დაახლოებით ერთი მესამედი - 30,5% (მამაკაცების 34.7% და ქალების 9.1%) აღნიშნავს, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოხვედრამდე სხვადასხვა ჯგუფის ნარკოტიკულ/ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს მოიხმარდა. მომხმარებელთა ძირითადი ნაწილი, დაახლოებით სამი მეოთხედი, იღებდა კანაფის და ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკულ ნივთიერებებს (შესაბამისად, 74.7% და 74.1%), ხოლო თვითნაკეთი სტიმულატორების და ექსტაზის მომხმარებელი იყო შესაბამისად 26.5% და 21.8%. „ელესდეს“, „ამფეტამინის“, „კოკაინის“ და „ბიოს“ მოხმარების ფაქტებს ადასტურებენ ერთეულ შემთხვევებში.

შემაშფოთებელია ის გარემოება, რომ მომხმარებელთა ნაწილი - დაახლოებით 30%, კანაფის და, განსაკუთრებით, ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკულ ნივთიერებებს პენიტენციურ დაწესებულებაში მოხვედრამდე ხშირად (ყოველდღე ან კვირაში რამდენჯერმე) მოიხმარდა.

---

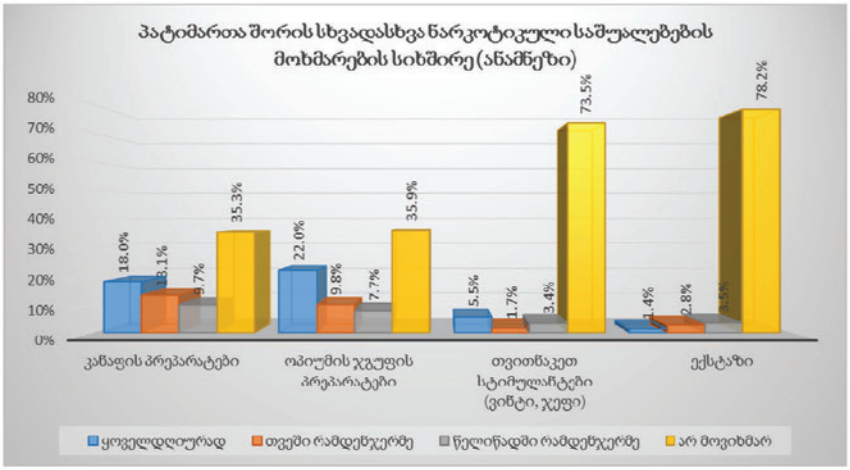
[112] UNODC.World Drug Report 2016.
http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf Accessed June 1, 2017.

[113] WHO, Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System (Copenhagen, 2014).

[114] Light, M., Grant, E. and Hopkins, K. (2013). 'Gender differences in substance misuse and mental health amongst prisoners: Results from the Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR) longitudinal cohort study of prisoners'. London: Ministry of Justice

თვითნაკეთი სტიმულატორების მომხმარებლებში ეს რიცხვი 7.2%-ს აღწევდა, ხოლო სხვა ჯგუფის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენებას ეპიზოდური ხასიათი ჰქონდა (იხ. დიაგრამა N17).

იზოლაციის პირობებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია წამალდამოკიდებული პატიმრების აღკვეთის სინდრომის მაქსიმალურად შემსუბუქება. დღესდღეობით აღკვეთის სინდრომის ეფექტიან პროგრამად მეტადონით დეტოქსიკაციის პროგრამა გვევლინება, რომელიც წლების განმავლობაში მოქმედებს პენიტენციურ სისტემაში.[115]



დიაგრამა 17. პატიმართა შორის სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების სიხშირე (ანამნეზი)

2014-2016 წლებში აღნიშნული პროგრამით ყოველწლიურად 300 პატიმარზე მეტი სარგებლობდა. 2017 წელს აღინიშნა პროგრამაში ჩართული პატიმრების რაოდენობის მკვეთრი ზრდა (5 თვეში - 223 პატიმარი). სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ გამოკითხული პატიმრების 8.1% პენიტენციურ სისტემაში ყოფნის პერიოდში ჩართული იყო მეტადონით ჩანაცვლების თერაპიაში. არაოპიოიდურ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა მკურნალობა 2015 წელს ჩაუტარდა 1312, ხოლო 2016 წელს - 1110 პატიმარს.[116]

იმედის მომცემია ის ფაქტი, რომ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანებით დამტკიცდა პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ოპიოიდებზე დამოკიდებული პირებისთვის ჩანაცვლებითი

[115] მეტადონით ჩანაცვლების პროგრამა მოქმედებს პენიტენციური დეპარტამენტის N2 და N8 დაწესებულებებში.

[116] სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს ვებგვერდზე არსებული სტატისტიკური ინფორმაცია.

მკურნალობის პროგრამების განხორციელების წესი[117]. ბრძანებით გათვალისწინებულია პროგრამის გაფართოება[118] და განსაზღვრულია ჩანაცვლებითი მკურნალობის შემდეგი სახეები: ხანმოკლე და ხანგრძლივი დეტოქსიკაცია, ხანმოკლე და ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი მკურნალობა. აღნიშნული პროგრამები სრულად 2018 წელს ამოქმედდება და N2 და N8 პენიტენციურ დაწესებულებებში განხორციელდება.

2016 წლიდან, პენიტენციურ სისტემაში წამალდამოკიდებულების მქონე პირებისთვის ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო პროგრამა „ატლანტისი" მოქმედებს და მისი მიზანი წამალდამოკიდებულების დაძლევაა. მსჯავრდებულებთან სპეციალურად გადამზადებული ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები მუშაობენ. პროგრამის ეფექტიანად წარსამართად N2, N5, N6 დაწესებულებებში სპეციალურად აღჭურვილი სივრცეები გამოიყო. გარდა ამისა, ევროსაბჭოს დახმარებით, პროგრამაში ჩართული ფსიქოლოგებისთვის, თერაპიის ინსტრუქტორებისა და დამხმარეებისთვის მეთოდური სახელმძღვანელოც მომზადდა. „ატლანტისი" აპრობირებული პროგრამაა, რომელიც ევროპის ბევრ ქვეყანაშია დანერგილი და წარმატებით მუშაობს. პროგრამა საქართველოს პენიცენტიურ დაწესებულებებში ევროკავშირისა და ევროსაბჭოს ერთობლივი პროექტის –„ადამიანის უფლებები ციხეებსა და დახურული ტიპის სხვა დაწესებულებებში", და პოლონეთის რესპუბლიკის საელჩოს მხარდაჭერით დაინერგა.[119]

პროგრამა „ატლანტისი" მოქმედებს N2 და N5 პენიტენციურ დაწესებულებებში. აღსანიშნავია, რომ ამ სარეაბილიტაციო პროგრამის ინფრასტრუქტურა მოწყობილია N6 დაწესებულებაშიც, თუმცა არ ფუნქციონირებს. პროგრამა ალკოჰოლურ, ნარკოტიკულ ან სხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების მქონე მსჯავრდებულთა (შემდგომში - ბენეფიციარი) რეაბილიტაციის თერაპიული მოდელია.[120]

გამოკითხული პატიმრებიდან პროგრამა „ატლანტისში" ჩართული იყო გამოკითხულთა 4.9%, რაც დაბალი მაჩვენებელია. პროგრამაში ჩართული პატიმრების გადმოცემით, მათ უტარდებათ ფსიქოთერაპია, არტთერაპია და ჩართულები არიან სხვადასხვა საგანმანათლებლო აქტივობებში, როგორიცაა მართვის მოწმობის კურსი, სასტუმროს მენეჯმენტის კურსი, უცხო ენა და სხვ. პატიმრებთან ყოველდღიურად მუშაობენ ფსიქოლოგი და სოციალური მუშაკი. პატიმრების განმარტებით, პროგრამაში ჩართვის შემდეგ მათ აქვთ

---

[117] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანება №92 №01-26/ნ 2016 წლის 14 ივლისი.

[118] პროგრამის მოდიფიცირება და გაფართოება სახალხო დამცველის რეკომენდაცია იყო.

[119] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრის 2014 წლის 31 დეკემბრის ბრძანება N161 „თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მსჯავრდებულთა ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო პროგრამის, „ატლანტისი", განხორციელების ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე".

[120] თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მსჯავრდებულთა ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო პროგრამის, „ატლანტისი", განხორციელების ინსტრუქციის მე-2 მუხლი.

მეტი თავისუფლება, ისინი ჩამოშორდნენ ციხის რუტინას, რამაც დადებითი გავლენა იქონია მათი ცხოვრების ხარისხზე. იმ ფონზე, როდესაც ამ პროგრამით პატიმართა კმაყოფილების დონე მაღალია და მას პროგრამაში ჩართული ფსიქოლოგებიც დადებითად ახასიათებენ, N2 დაწესებულებაში სპეციალური პრევენციული ჯგუფის ვიზიტის დროს დადგინდა, რომ პროგრამით სარგებლობდა მხოლოდ 6 პატიმარი და ეს მაშინ, როცა დაწესებულების ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსი პროგრამაში ერთდროულად 12 ადამიანის ჩართვის საშუალებას იძლევა. პერსონალმა პროგრამის ლიმიტის სრულად გამოუყენებლობის მიზეზები დამაჯერებლად ვერ ახსნა. ასევე გაუგებარია, რატომ არ ხორციელდებოდა პროგრამა N6 დაწესებულებაში.

5.2.2. ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოხმარება

გამოკითხვის ჩატარების მომენტში ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს იღებდა პატიმართა 38.6%, მათგან 16.9%-ს აღნიშნული მედიკამენტების მიღება დაწყებული ჰქონდა ჯერ კიდევ დაპატიმრებამდე, ხოლო 21.7%-ს აღნიშნული ჯგუფის მედიკამენტები პატიმრობის პერიოდში დაენიშნა. ამას თუ იმ პატიმართა რაოდენობასაც დავამატებთ, რომლებსაც დანიშნული ჰქონდათ ფსიქოტროპული მედიკამენტები, მაგრამ ამ ეტაპზე აღარ ღებულობენ და ასეთია გამოკითხულთა 39.1%, შემაშფოთებელ ციფრს მივიღებთ - პატიმართა 77.7%-ს პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნისას რაღაც ეტაპზე დანიშნული ჰქონდა ფსიქოტროპული მედიკამენტები.

ჩნდება კითხვა, რამდენად გამომდინარეობს ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნა კლინიკური აუცილებლობებიდან და რამდენად პროპორციულია მათი რაოდენობა და გამოყენების სიხშირე; ხომ არ ხდება მულტიდისციპლინური (ბიოფსიქოსოციალური) დახმარების ჩანაცვლება უფრო ხელმისაწვდომი, მაგრამ უფრო ხანმოკლე და ნაკლები ეფექტის მქონე მედიკამენტური მკურნალობით.

ფსიქოტროპული საშუალებები პენიტენციურ დაწესებულებებში წლების განმავლობაში ფართოდ გამოიყენებოდა და ხშირ შემთხვევაში, პატიმრის დაჟინებული მოთხოვნით ინიშნებოდა. ბოლო სამი წლის განმავლობაში ფსიქოტროპული მედიკამენტების კონტროლი გამკაცრდა, რამაც გარკვეულწილად შეამცირა ფსიქოტროპული მედიკამენტების კლინიკური ჩვენების გარეშე დანიშვნის პრაქტიკა. მიუხედავად ამისა, ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე დამოკიდებულება კვლავ მწვავე პრობლემაა. ფსიქოტროპული მედიკამენტების არდანიშვნა, ხშირ შემთხვევაში, პატიმრის პროტესტის და თვითდაზიანების მიზეზი ხდება.

5.2.3. ალკოჰოლის მოხმარება

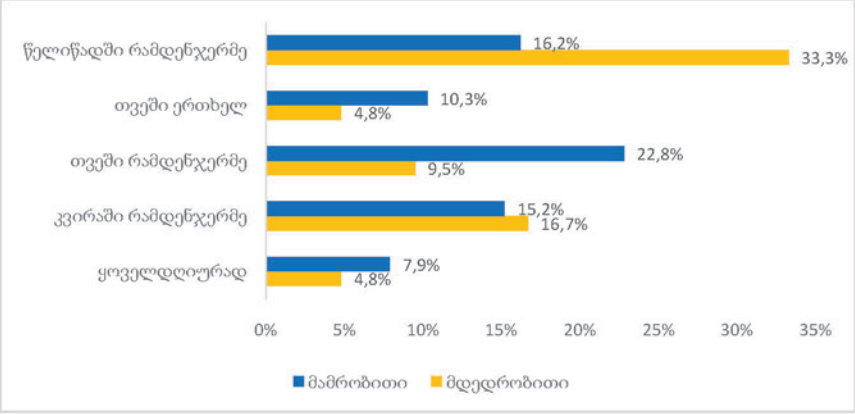
კვლევები აჩვენებს, რომ ალკოჰოლური სასმელების ჭარბი რაოდენობით (ყოველდღიურად ან კვირაში რამდენჯერმე) გამოყენება პრობლემაა პატიმართა საკმაოდ დიდი რაოდენობისთვის. ალკოჰოლური სასმელების ჭარბად გამოყენების ფაქტები და ალკოჰოლზე

დამოკიდებულება პატიმარ მამაკაცებს შორის შემთხვევათა 18%-30%-ში იკვეთება. ქალ პატიმართა შორის ეს მაჩვენებელი 10%-დან 24%-მდე მერყეობს.[121]

პენიტენციურ დაწესებულებებში ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება აკრძალულია. ამდენად, პატიმრები დაცული არიან ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებით გამოწვეული გვერდითი ეფექტებისგან, თუმცა პატიმართა საკმაოდ დიდი ნაწილი პენიტენციურ დაწესებულებაში მოხვედრამდე დამოკიდებული იყო ალკოჰოლზე ან ხშირად იყენებდა მაგარ სასმელებს და შესაბამისად, მათი მოხმარების გრძელვადიანი გვერდითი მოვლენები შეიძლება იყოს პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემდგომი გაუარესების მიზეზი.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებამდე ალკოჰოლურ სასმელებს მოიხმარდა გამოკითხულ პატიმართა 56.8%, მამაკაც პატიმართა - 62.6%, ხოლო ქალ პატიმართა - 26.8%.

პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებამდე პატიმარ მამაკაცთა 23.1% ჭარბად მოიხმარდა მაგარ სასმელებს, რომლებშიც ალკოჰოლის შემცველობა 40%-ს აღემატებოდა, მათ შორის 7.9% ასეთ სასმელს მოიხმარდა ყოველდღიურად, ხოლო 15.2% - კვირაში რამდენჯერმე. ქალ პატიმართა შორის აღნიშნული მაჩვენებელი 21.5%-ს შეადგენდა. 4.8% ყოველდღიურად მოიხმარდა მაგარ სასმელებს, ხოლო 16.7% - კვირაში რამდენჯერმე (იხ.დიაგრამა N18).



დიაგრამა 18. 40%-იანი სასმელების მოხმარების სიხშირე პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსებამდე

[121] Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. Addiction, 2006, 101(2):181–191 Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16445547 Accessed August 5, 2017.

პატიმარ მამაკაცთა 21.3% ჭარბად მოიხმარდა ღვინოს (მათ შორის 4.9% - ყოველდღიურად, ხოლო 16.4% კვირაში რამდენჯერმე). ქალ პატიმართა შორის აღნიშნული მაჩვენებელი 14.6%-ს შეადგენდა (მათ შორის 2.4% ყოველდღიურად, ხოლო 12.2% კვირაში რამდენჯერმე).

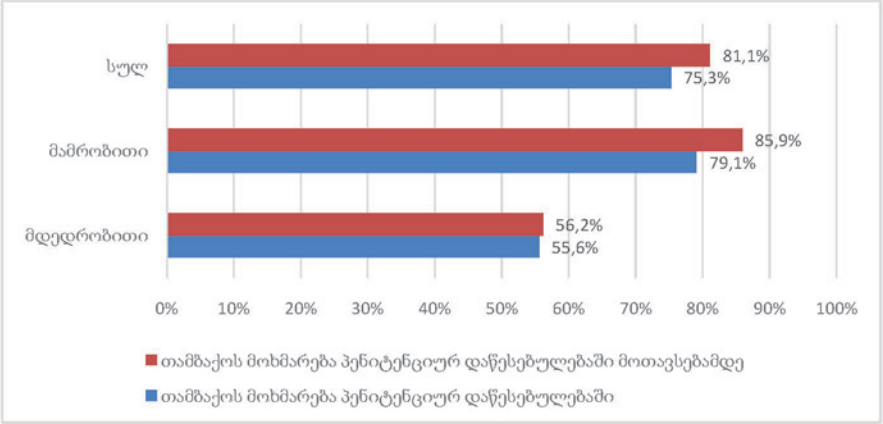
სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, პენიტენციურ დაწესებულებებში მწვავედ დგას დაპატიმრებამდე ნარკოტიკული საშუალებებისა და ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარების, ასევე, ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე პატიმართა დამოკიდებულების პრობლემა. ვინაიდან ამ პრობლემამ არ შეიძლება გავლენა არ იქონიოს პატიმართა ჯანმრთელობაზე, აუცილებელია ნივთიერებების ბოროტად გამოყენების მავნე შედეგების მაქსიმალურად შემცირება შესაბამისი სამედიცინო დახმარებითა და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციით. მნიშვნელოვანია პროგრამა „ატლანტისის" შესაძლებლობების გაზრდა და მისი ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში დანერგვა.

5.2.4. თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს მოხმარება ციხის ცხოვრებაში კომპლექსური მოვლენაა. პატიმრებს შორის თამბაქოს მოხმარება არ შეიძლება მხოლოდ ნიკოტინზე დამოკიდებულებით აიხსნას, მიზეზებს შორის შეიძლება დასახელდეს სტრესის მართვა, ციხის ყოველდღიური რეჟიმის ერთფეროვნებასთან „ბრძოლა", გარკვეულ სოციალურ სიტუაციებში უპირატესობის მიღწევის საშუალება. სიგარეტის მოწევის სრული აკრძალვა ასეთ სიტუაციაში შესაძლოა აღქმული იქნას, როგორც უხეში იძულება და შეუსრულებელ ამოცანად გადაიქცეს, ხელი შეუწყოს მის კონტრაბანდას და ვაჭრობის საგნად იქცეს. სხვადასხვა მონაცემებით, პატიმართა 64%-დან 91.8%-მდე ეწევა თამბაქოს, რაც ბევრად აღემატება მთლიანად მოსახლეობაში თამბაქოს მოხმარების სიხშირეს.[122]

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ გამოკითხულ პატიმართა შორის თამბაქოს მწეველთა ხვედრითი წილია 75.3%. თამბაქოს ეწევა მამაკაცთა 79.1%, ხოლო ქალ პატიმართა 55.6%. აღსანიშნავია, რომ პენიტენციურ დაწესებულებაში მოთავსების შემდეგ მოწევას თავი დაანება გამოკითხულ პატიმართა დაახლოებით 6%-მა.

[122] Ritter C et al. Smoking in prisons: the need for effective and acceptable interventions. Journal of Public Health Policy, 2011, 32(1):32–45. Available at: https://link.springer.com/article/10.1057%2Fjphp.2010.47 Accessed July 22, 2017.



დიაგრამა 19. მწეველ პატიმართა რაოდენობა

დაწესებულებების ტიპის მიხედვით სტატისტიკურად სანდო განსხვავება მწეველთა რაოდენობის მიხედვით არ გამოვლენილა. ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში ეწევა პატიმართა 76%, ხოლო დახურული ტიპის დაწესებულებებში 74.7%.

თამბაქოს მოხმარება უფრო მაღალია 35 წლამდე და 35-50 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, შესაბამისად, 78.1% და 79.2%, ხოლო 51 წელზე უფროს ასაკობრივ ჯგუფში ეს მაჩვენებელი 61.2%-მდე მცირდება.

გამოკითხულ პატიმართა 13.8%, რომელიც არ მოიხმარს თამბაქოს, საკანში მოთავსებულია მწეველებთან ერთად, მათგან 43.1%-ს აწუხებს თამბაქოს კვამლი. თუ საკანში თამბაქოს მოხმარება ძალიან შემაწუხებელია პრაქტიკულად ჯანმრთელი პატიმრების 8.9%-ისთვის, საკნებში თამბაქოს კვამლი განსაკუთრებით შემაწუხებელია სხვადასხვა დაავადების მქონე პატიმრებისათვის და მათი რიცხვი დაავადების სახიდან გამომდინარე, 13.9%-დან 28.4%-მდე მერყეობს (იხ. ცხრილი N8).

	პრაქტიკულად ჯანმრთელი	ჯანმრთელობის მცირე პრობლემა	ქრონიკული დაავადება	ჯანმრთელობის მწვავე პრობლემა	მაქვს მძიმე დაავადება, ვსაჭიროებ მუდმივ მოვლას
ძალიან მაწუხებს	8.9%	16.8%	13.9%	28.4%	16.3%
უფრო მაწუხებს, ვიდრე არ მაწუხებს	8.3%	11.7%	12.4%	7.9%	3.3%
ნეიტრალურია ჩემი დამოკიდებულება თამბაქოს კვამლის მიმართ	10.9%	3.0%	3.3%	0.0%	14.2%
უფრო არ მაწუხებს, ვიდრე მაწუხებს	8.3%	1.4%	3.5%	5.6%	0.0%

არ მაწუხებს	25.8%	20.9%	18.6%	13.9%	20.0%
ჩემი თანამესაკნეები არ ეწევიან საკანში/არ მყავს	32.8%	40.0%	38.8%	44.2%	39.4%
მიჭირს პასუხის გაცემა	5.1%	6.2%	9.7%	0.0%	6.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

ცხრილი 8. რამდენად შემაწუხებელია თამბაქოს კვამლი საკანში

მწეველთა ძირითადი ნაწილი - 43% დღეში ეწევა 1 კოლოფ სიგარეტს, 9.7% დღეში ეწევა 10 ღერზე ნაკლებს, 22.6% ეწევა 10-დან 20 ღერამდე სიგარეტს, ხოლო 24.3% - 1 კოლოფზე მეტს. მწეველთა 8.3% 5 წელზე ნაკლებია, რაც მოიხმარს თამბაქოს, 12.3% - 5-დან 10 წლამდე, 27.9% - 10-დან 20 წლამდე, ხოლო 51.4% 20 წელზე მეტია, რაც ეწევა.

სტატისტიკურად სანდო კავშირი თამბაქოს მოხმარებასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებას შორის არ გამოვლენილა. შესაძლებელია ეს იმ გარემოებითაც იყოს გამოწვეულია, რომ გამოკითხულ პატიმართა 75.3% მწეველია, ხოლო პრაქტიკულად ჯანმრთელად თავს გამოკითხულ პატიმართა 31,9% მიიჩნევს. ამასთან, გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემდეგ პატიმართა გარკვეული ნაწილი თავს ანებებს თამბაქოს მოწევას. გარდა აღნიშნულისა, კვლევის შედეგებზე არსებითი გავლენა იქონია იმ ფაქტმაც, რომ მწეველი და არამწეველი პატიმრები კვლევის მეთოდოლოგიაში ცალკე სტრატად არ ყოფილა გათვალისწინებული.

თამბაქოს მოხმარების პრობლემის სიმწვავიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია, ერთი მხრივ, თანხმობის შემთხვევაში, არამწეველი პატიმრის მწეველი პატიმრებისგან განცალკევებით მოთავსება, ხოლო, მეორე მხრივ, ჯანმრთელობაზე თამბაქოს უარყოფითი ზეგავლენის შესახებ საინფორმაციო კამპანიის წარმოება და იმ პატიმრებისთვის ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენა, რომლებსაც სურთ, თავი დაანებონ თამბაქოს მოხმარებას.[123]

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **გაძლიერდეს პროგრამა „ატლანტისის“ შესაძლებლობები და დაინერგოს ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში**
- **პატიმრის თანხმობის შემთხვევაში, არამწეველი პატიმარი განთავსდეს მწეველი პატიმრებისგან განცალკევებით**

[123] პენიტენციურ სისტემაში თამბაქოს კონტროლის საკითხი განხილული უნდა იყოს თამბაქოს კონტროლის შესახებ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ჩარჩო-კონვენციის, თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგიის, სამოქმედო გეგმისა და თამბაქოს კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონის ჭრილში.

- **უზრუნველყოს ჯანმრთელობაზე თამბაქოს უარყოფითი ზეგავლენის შესახებ საინფორმაციო კამპანიის წარმოება**
- **უზრუნველყოს იმ პატიმრებისთვის ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენა, რომლებსაც სურთ, თავი დაანებონ თამბაქოს მოწევას.**

5.3. პატიმართა კვება

პატიმართა კვების ნორმები განსაზღვრულია საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანებით[124], რომელიც 2017 წლის ივლისში განახლდა.[125] ბრძანებით დადგენილია ულუფის სასურსათო ნორმები, მასში შემავალი პროდუქტები და ენერგეტიკული ღირებულება. კვების ნორმები შემუშავებულია დაწესებულების ტიპის, პატიმრის სქესის, ასაკის და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად. პენიტენციურ დაწესებულებებში გათვალისწინებულია სამჯერადი კვება.

უკანასკნელი წლების კვლევებით დადგინდა, რომ პატიმართა არასრულფასოვანი კვება და დაბალი ფიზიკური აქტივობა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი ფაქტორებია.[126] სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ გამოკითხული პატიმრების უმრავლესობა ყოველკვირეულ მენიუში შემავალ ყველა პროდუქტს იღებს, თუმცა, პატიმრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ მათი რაოდენობა და ხარისხი ყოველთვის არ შეესაბამება დადგენილ ნორმებს. გამოკითხულ პატიმართა შორის, რომლებიც არ იღებდნენ ამა თუ იმ პროდუქტს, ყველაზე ხშირად სახელდება მიზეზი „არ მსურს ამ საკვების მიღება“ - 44.1%-დან 71.0%-მდე (იხ. ცხრილი N9).

---

[124] „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა კვების ნორმებისა და სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 13 აგვისტოს №88-№01-34/ნ ერთობლივი ბრძანება.

[125] ცვლილებები იხილეთ შემდეგ მისამართზე: https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3711258 [ბოლოს ნანახია 15.01.2018].

[126] Herbert K et al. Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. The Lancet, 2012, 379(9830):1975–1982. Available at: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)60319-5.pdf Accessed September 2, 2017.

	იღებთ თუ არა კვირის განმავლობაში შემდეგ პროდუქტებს%			თუ არ იკვებებით ჩამოთვლილი საკვებით, რა არის ამის მიზეზი? %							
	დიახ	არ ვიღებ	ეარი პასუხზე	არ მსურს ამ საკვების მიღება	არ მაქვს ფინანსური საშუალება	ოჯახი არ მაწვდის	მაღაზიაში არ შემოდის	არ შეესაბამება ჩემს დიეტას	უხარისხოა	მენიუში არ შედის	მიჭირს პასუხის გაცემა
ხილი	70.2	25.8	4.0	12.8	11.0	14.2	2.1	0.7	2.6	46.8	9.7
ბოსტნეული	84.5	15.5	0.0	48.8	2.6	1.8	2.8	4.4	17.2	8.1	14.3
ხორცი	86.9	12.4	0.7	46.6	2.2	2.9	0.7	2.2	25.6	1.9	16.3
თევზი	76.1	23.9	0.0	55.0	0.8	0.3	0.0	0.3	30.7	1.1	11.7
რძის პროდუქტები	89.1	10.9	0.0	53.0	0.0	0.0	0.9	2.6	18.2	6.3	19.0
პურ-პროდუქტები	92.9	6.5	0.6	44.1	0.0	0.0	0.0	22.6	10.6	0.0	22.7
ბურღულეული	80.6	18.8	0.6	71.0	1.1	0.0	0.0	0.9	15.0	0.0	12.1

ცხრილი 9. პატიმართა მიერ კვირის განმავლობაში მიღებული საკვების რაოდენობა

ხორცის და თევზის ნაწარმის არმიღების სიხშირით მეორე მიზეზად დასახელდა პროდუქტის ხარისხი, შესაბამისად შემთხვევათა 25.6% და 30.7%. გამონაკლისია ხილი, პატიმართა გამოკითხვით გამოვლინდა, რომ ხილს არ ღებულობს პატიმართა 25.8%, მისი არმიღების ძირითადი მიზეზი კი, მენიუში მისი არარსებობაა, მათ შემდეგ ყველაზე ხშირად სახელდება შემდეგი მიზეზები - „არ მაქვს ფინანსური საშუალება“ და „ოჯახი არ მაწვდის“. პატიმრები აღნიშნავენ, რომ ხშირად ხილი მხოლოდ კომპოტის სახით მიეწოდებათ.

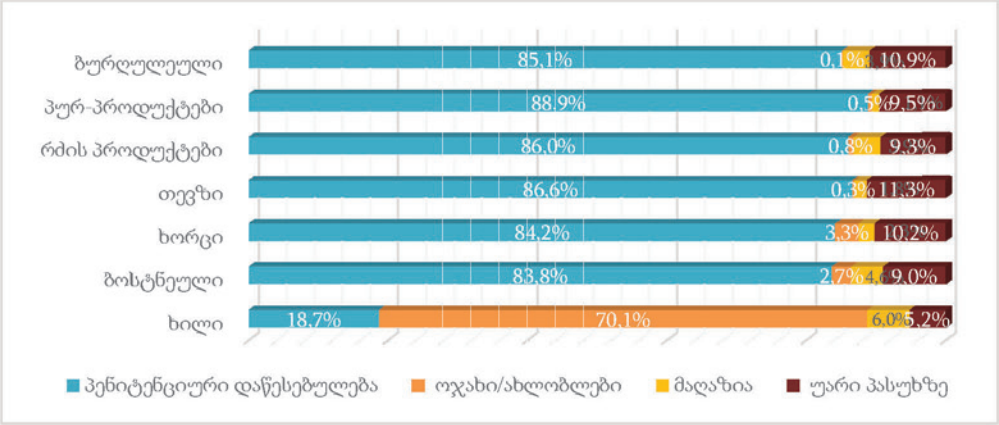
გამოკითხულ პატიმართა დაახლოებით 23% საუბრობს ხორცისა და თევზის პროდუქციის დაბალ ხარისხზე („უხარისხოა“ და „უფრო უხარისხოა, ვიდრე ხარისხიანი“). ბოსტნეულის დაბალ ხარისხზე ჯამურად მიუთითებს პატიმართა დაახლოებით 20%. სხვა საკვები პროდუქტების ხარისხის მიმართ უარყოფითი შეფასება მერყეობს 5.7%-დან -16.6%-მდე (იხ. ცხრილი N10).

	უხარისხოა	უფრო უხარისხოა, ვიდრე ხარისხიანი	უფრო ხარისხიანია, ვიდრე უხარისხო	ხარისხიანია	მიჭირს პასუხის გაცემა
ხილი	1.7%	4.0%	15.3%	62.3%	16.6%
ბოსტნეული	6.3%	13.5%	27.3%	43.7%	9.2%
ხორცი	9.6%	13.4%	27.2%	42.0%	7.8%
თევზი	10.9%	12.5%	25.9%	42.6%	8.1%
რძის პროდუქტები	7.1%	9.5%	24.8%	50.7%	7.8%
პურ-პროდუქტები	6.4%	8.0%	22.0%	57.3%	6.3%
ბურღულეული	4.7%	8.3%	24.8%	52.4%	9.8%

ცხრილი 10. საკვები პროდუქტების ხარისხი პატიმართა შეფასებით

დაწესებულების ტიპის მიხედვით პატიმართა დამოკიდებულება პროდუქტების ხარისხის მიმართ იცვლება. ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში პატიმრები ორჯერ უფრო იშვიათად გამოთქვამენ პრეტენზიას საკვები პროდუქტების დაბალი ხარისხის გამო. როგორც ცნობილია, ტიპის მიუხედავად, პენიტენციური დაწესებულებები საკვები პროდუქტებით ერთი და იმავე წყაროდან მარაგდება. ამგვარად, განსხვავება საკვების ხარისხის აღქმაში ნახევრად ღია და დახურული ტიპის დაწესებულებების პატიმრებს შორის შესაძლებელია საკვების მომზადების ტექნოლოგიით ან საკნებში მიწოდების დაყოვნებით იყოს განპირობებული. პატიმართა ნაწილის თქმით, ცხელი კერძები მიწოდებისას უკვე შეგრილებულია. არც დახურული ტიპის დაწესებულებების პატიმართა უარყოფითი სუბიექტური განწყობა გამოირიცხება.

საკვები პროდუქტების მიწოდების ძირითად წყაროდ, საკვები პროდუქტების სახეობების მიხედვით, გამოკითხულ პატიმართა 83%-დან 88%-მდე პენიტენციურ დაწესებულებას ასახელებს (იხ. დიაგრამა N20).

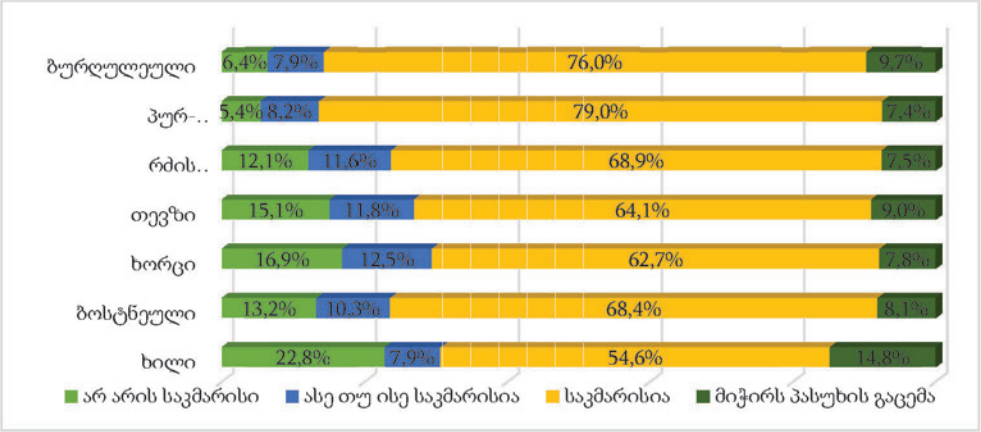


დიაგრამა 20. საკვები პროდუქტების მოწოდების ძირითადი წყაროები

გამონაკლისია ხილი, რომლის მიმწოდებლად პატიმართა 70.1% ოჯახის წევრებს ან ახლობლებს ასახელებს, 6% - პენიტენციური დაწესებულების მაღაზიას, ხოლო 18.7% - პენიტენციურ დაწესებულებას. მართალია, სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანებით დამტკიცებული კვების ნორმებით ხილი გათვალისწინებულია (ასევე ხილფაფა და ხმელი ხილი), რეალურად პატიმრებს ძირითადად მხოლოდ ხმელი ხილის კომპოტი მიეწოდებათ. ასეთი ჩანაცვლების შესაძლებლობას აღნიშნული ბრძანება იძლევა, რაც სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, პრობლემურია. ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესანარჩუნებლად, მნიშვნელოვანია პატიმრებს ცოცხალი ხილი მიეწოდებოდეთ.

აღსანიშნავია, რომ პატიმრებს დამატებითი საკვები პროდუქტი შეუძლიათ პენიტენციური დაწესებულების მაღაზიაში შეიძინონ. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია პატიმრებს ჰქონდეთ შესაძლებლობა, პროდუქცია შეიძინონ იმ ფასად, რომელიც არაადეკვატურად არ აღემატება პენიტენციური სისტემის გარეთ არსებულ ფასებს.[127] სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ პენიტენციური დაწესებულების მაღაზიაში დადგენილი ფასები დაწესებულების გარეთ არსებული მაღაზიის ფასებთან შედარებით 10-20%-ით მაღალია, რის გამოც პატიმრები აშკარა უკმაყოფილებას გამოხატავენ.

სოციოლოგიური გამოკითხვის ფარგლებში ასევე შემოწმდა, რამდენად საკმარისად მიიჩნევენ პატიმრები მიღებულ საკვებს. მთლიანობაში, სხვადასხვა წყაროდან მიწოდებული სხვადასხვა პროდუქტის საერთო რაოდენობას „საკმარისად“ და „ასე თუ ისე საკმარისად“ მიიჩნევს გამოკითხულ პატიმართა 76%-დან 88%-მდე (იხ. დიაგრამა N21).



დიაგრამა 21. რამდენად საკმარისია ის საკვები, რასაც იღებთ დაწესებულებაში

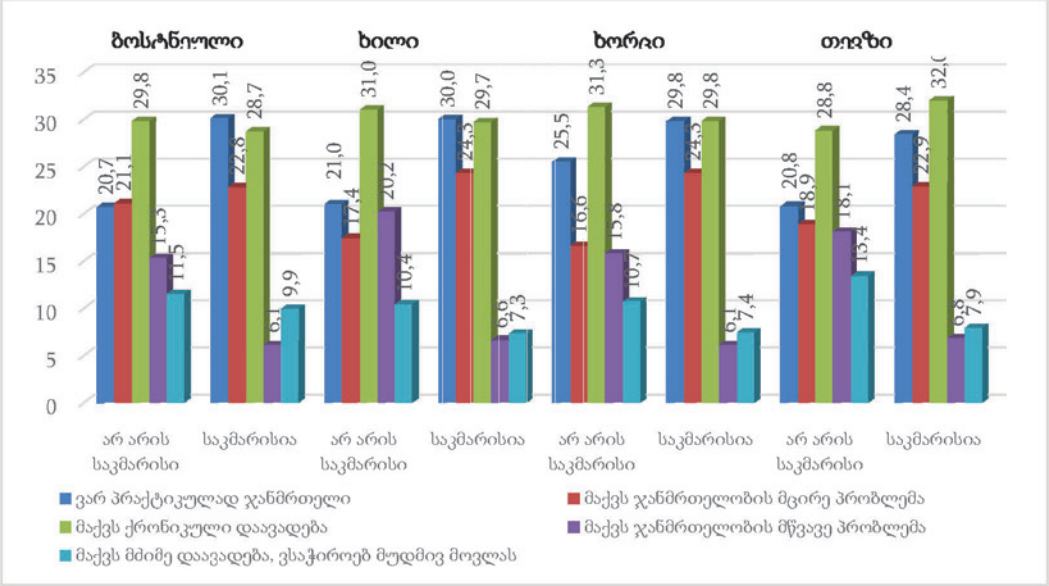
პატიმრები ყველაზე ხშირად ხილის (22.8%), ხორცის (16.9%) და თევზის (15.1%) ნაკლებობაზე მიუთითებენ. რაციონში მცირედ არის წარმოდგენილი ბოსტნეული ცოცხალი სახით. კითხვაზე - არსებობს თუ არა საკვები, რომელიც გჭირდებათ და დაწესებულებაში ხელი არ მიგიწვდებათ - პატიმართა 17.9% პასუხობს დადებითად. ყველაზე ხშირად ასეთი პროდუქტებიდან მითითებულია ხილი და თაფლი.

პატიმრების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ აქვთ საჭმლის მომნელებელ სისტემასთან დაკავშირებული პრობლემები. ამის გამო ისინი უმეტესწილად თავს იკავებენ ცხიმიანი, არადიეტური საკვებისგან. შესაძლოა ამით იყოს გამოწვეული, რომ გამოკითხულ პატიმართა 29.5% უთითებს, რომ სჭირდებათ დიეტური კვება, მათ შორის უმრავლესობა (43.4%)

[127] ევროპული ციხის წესები, წესი 35.1.

მიიჩნევს, რომ ესაჭიროებათ კუჭ-ნაწლავის დაავადების მქონე პატიმართათვის განკუთვნილი დიეტა.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა კორელაცია დაწესებულებაში მიღებული საკვები პროდუქტების რაოდენობასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის. იმ პატიმართა ჯგუფში, რომლებიც იღებდნენ ხილის, ბოსტნეულის, ხორცის და თევზის საკმარის რაოდენობას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებისას - თავისი მდგომარეობა, როგორც „პრაქტიკულად ჯანმრთელი“ დაასახელა პატიმრების 28.4%-დან 31.0%-მდე, ამავდროულად პატიმართა ჯგუფში, რომლებიც ფიქრობდნენ, რომ ვერ იღებენ საკმარისი რაოდენობით ხილის, ბოსტნეულის, ხორცის და თევზის პროდუქტებს, ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებისას - „ვარ პრაქტიკულად ჯანმრთელი“, მიუთითა პატიმრების 20.7%-დან 25.5%-მდე. პატიმართა პირველ ჯგუფში ჯანმრთელობის მწვავე პრობლემებს უჩივის გამოკითხულთა 6.1%-დან - 6.8%-მდე, ხოლო მეორე ჯგუფში ეს მაჩვენებელი 15.3%-დან 20.2%-მდე მერყეობდა (იხ. დიაგრამა N22).



დიაგრამა 22. დაწესებულებაში მიღებული საკვები პროდუქტების რაოდენობა და პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობა

ასევე იკვეთება კორელაცია დაწესებულებაში მიღებული საკვები პროდუქტების რაოდენობასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკის თვითშეფასებას შორის. პატიმართა იმ ჯგუფში, რომლებიც იღებდნენ ხილის, ბოსტნეულის, ხორცის და თევზის საკმარის რაოდენობას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკის თვითშეფასებისას, სარწმუნოდ მეტია იმ პატიმართა რაოდენობა, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა

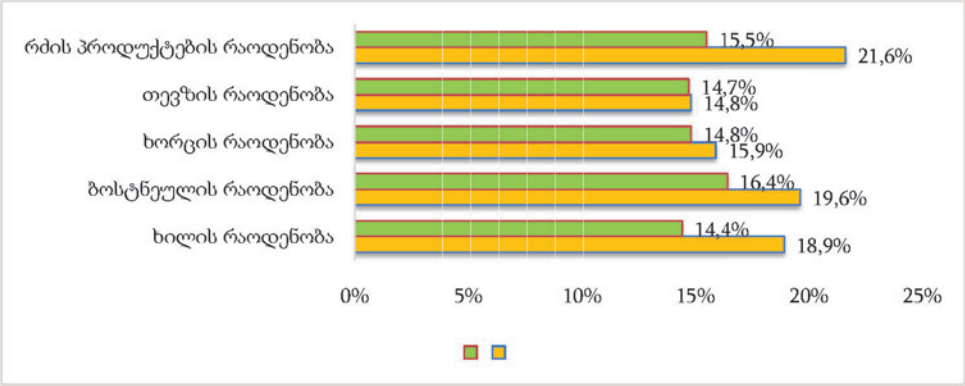
პატიმრობის პერიოდში შედარებით გაუმჯობესდა ან არ შეცვლილა, ხოლო პატიმართა რაოდენობა, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა პატიმრობის პერიოდში მკვეთრად გაუარესდა, თითქმის ერთნახევარჯერ ნაკლებია (იხ.ცხრილი N11).

	მიღებული ხილის რაოდენობა		მიღებული ბოსტნეულის რაოდენობა		მიღებული ხორცის რაოდენობა		მიღებული თევზის რაოდენობა		მიღებული რძის პროდუქტების რაოდენობა		მიღებული პურ-პროდუქტების რაოდენობა		მიღებული ბურღულეულის რაოდენობა	
	არ არის საკმარისი	საკმარისია	არ არის საკმარისი	საკმარისია	არ არის საკმარისი	საკმარისია	არ არის საკმარისი	საკმარისია	არ არის საკმარისი	საკმარისია	არ არის საკმარისი	საკმარისია	არ არის საკმარისი	საკმარისია
მკვეთრად გაუმჯობესდა	1.3%	2.1%	1.9%	2.0%	2.9%	2.1%	2.8%	1.5%	1.9%	2.0%	2.0%	2.1%	2.0%	1.4%
შედარებით გაუმჯობესდა	1.3%	4.5%	2.8%	4.0%	1.5%	4.3%	.9%	4.6%	1.9%	3.7%	2.0%	3.9%	4.1%	3.9%
არ შეცვლილა	34.6%	45.3%	29.0%	45.9%	34.3%	46.3%	22.6%	45.7%	28.2%	46.1%	22.0%	43.0%	32.7%	43.2%
შედარებით გაუარესდა	18.2%	21.3%	17.8%	19.2%	20.4%	18.8%	23.6%	20.4%	22.3%	19.0%	30.0%	18.5%	16.3%	20.5%
მკვეთრად გაუარესდა	44.7%	26.3%	47.7%	28.4%	40.1%	27.9%	49.1%	27.0%	43.7%	28.6%	40.0%	32.1%	40.8%	30.3%
მიჭირს პასუხის გაცემა	0%	.5%	.9%	.5%	.7%	.6%	.9%	.7%	1.9%	.5%	4.0%	.6%	4.1%	.7%

ცხრილი 11. დაწესებულებაში მიღებული საკვები პროდუქტების რაოდენობა და პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკა

სრულფასოვანი კვების გავლენა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ასახულია საერთაშორისო კვლევებშიც, მაგალითად, ესპანეთში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ჯგუფის პატიმრებში სპეციალური დიეტის დანიშვნის ფონზე მოწესრიგდა მათი სხეულის მასის ინდექსი და არტერიული წნევის მაჩვენებლები.[128]

[128] Y Gil, JA Domínguez, E Martínez. Assessment of Health benefits from a nutrition program aimed at nmates with cardiovascular risk factors at Huelva prison. Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 75-83 Available at: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v13n3/en_02_original1.pdf Accessed September 12, 2017.



დიაგრამა 23. პატიმრების შეფასებით, რამდენად საკმარისია მიღებული საკვები

მკვლევართა ნაწილი აცხადებს, რომ მიკროელემენტებით და ვიტამინებით ღარიბი დიეტა პატიმართა ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე აისახება, კერძოდ, იწვევს ანტისოციალური ქცევების და რეჟიმის დარღვევის ეპიზოდების რაოდენობის ზრდას.[129] ჩნდება სულ უფრო მეტი მტკიცებულება, რომ არასრულფასოვანი კვება კორელაციაშია ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან და დიეტის კორექციამ შესაძლოა დადებითი გავლენა იქონიოს პაციენტის დეპრესიულ მდგომარეობაზე.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მნიშვნელოვანია პატიმრები უზრუნველყოფილი იყვნენ მრავალფეროვანი, ჯანმრთელობისთვის სასარგებლო საკვებით. ასევე გასათვალისწინებელია სეზონის სპეციფიკა.[130] საკვების მომზადება იმგვარად უნდა იყოს ორგანიზებული, რომ დაცული იყოს შესაბამისი სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმები და თავიდან იყოს აცილებული საკვებში მავნე ნივთიერებების მოხვედრა. იმის გათვალისწინებით, რომ პატიმართა კვებაზე დანახარჯი კვლავ დაბალია[131], ხოლო დაწესებულებაში სახელმწიფოს ხარჯზე მიწოდებული საკვები -

---

[129] Gesch CB et al. Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners. Randomised, placebo-controlled trial. British Journal of Psychiatry, 2002, 181:22–28. Available at: http://bjp.rcpsych.org/content/181/1/22.long [ბოლოს ნანახია 11.05.2018]

[130] სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 13 აგვისტოს N88-N01-34/ნ ერთობლივი ბრძანებით დამტკიცებული „ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა კვების ნორმების“ (დანართი N1) მე-8 მუხლის თანახმად, მენიუს შედგენისას გათვალისწინებული უნდა იყოს სეზონის თავისებურებები. დაწესებულებების მენიუების შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ სხვადასხვა სეზონის მენიუ ერთმანეთისგან არსებითად არ განსხვავდება.

[131] სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, 2017 წლის სექტემბრის მდგომარეობით, ერთი ბრალდებულის/მსჯავრდებულის კვებისთვის დღიურად განსაზღვრული თანხა შეადგენს 3.995 ლარს (თვეში 119.85 ლარი). საქართველოს

არამრავალფეროვანი, აუცილებელია ამანათის სახით საკვები პროდუქტით მომარაგების პროცესში მოიხსნას ყველა შეზღუდვა, რომელიც მკაცრად არ გამომდინარეობს უსაფრთხოების ინტერესებიდან. უნდა გადაიხედოს დაწესებულებების დებულებების ის ნორმები, რომლებიც არეგულირებს საკვები პროდუქტების ამანათის სახით მიღების საკითხს და მკაფიოდ ჩამოყალიბდეს, თუ რა სახის პროდუქტი დაიშვება ამანათის სახით, ასევე გაიზარდოს კონკრეტული საკვები პროდუქტის დასაშვები ოდენობა და, ზოგადად, ამანათისა და საფოსტო გზავნილის ყოველთვიური ზღვრული წონა.[132] ამავე დროს, აუცილებელია, გადაიხედოს პატიმართა კვებისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტი და პენიტენციური სისტემისთვის გამოყოფილი ფინანსური რესურსის გათვალისწინებით, გამოიყოს დამატებითი თანხა კვების გასაუმჯობესებლად.

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **პენიტენციური სისტემისთვის გამოყოფილი ფინანსური რესურსის გათვალისწინებით, პატიმართა მრავალფეროვანი და ჯანმრთელობისთვის სასარგებლო საკვებით უზრუნველსაყოფად, გაიზარდოს პატიმართა კვებისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტის მოცულობა**
- **პატიმრებს სახელმწიფოს ხარჯზე მიეწოდოთ ხილი ცოცხალი სახით, ასევე, მათი კვების რაციონში გაიზარდოს ცოცხალი ბოსტნეულის რაოდენობა**
- **მიმწოდებელ კერძო კომპანიასთან სახელშეკრულებო ურთიერთობების ფარგლებში, მიიღოს ყველა საჭირო ზომა მაღაზიის სათანადოდ მომარაგების უზრუნველსაყოფად.**

სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2017 წლის სექტემბრის თვის საარსებო მინიმუმად განსაზღვრულია 168.8 ლარი, აქედან კვებაზე დანახარჯი შეადგენს 70%-ს (118.16 ლარს). საარსებო მინიმუმის შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია შემდეგ მისამართზე: http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=178&lang=geo [ბოლოს ნანახია 16.01.2018]

[132] დაწესებულებების დებულებები შეიცავს დანართებს - „ჩამონათვალი იმ პირველადი მოხმარების საგნების, ჰიგიენური საშუალებების, კვების პროდუქტებისა და სხვა ნივთებისა და საგნებისა, რომლებიც ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უფლება აქვს ამანათის სახით მიიღოს, შეინახოს და გამოიყენოს კანონიერად“ (დანართი N2), „ჩამონათვალი იმ კვების პროდუქტების, პირველადი მოხმარების საგნების, ჰიგიენური საშუალებების, კვების პროდუქტებისა და სხვა ნივთებისა და საგნებისა, რომლებიც ბრალდებულმა/მსჯავრდებულმა შეიძლება მიიღოს ამანათის სახით – ფოსტის მეშვეობით, შეინახოს და გამოიყენოს კანონიერად“ (დანართი N4). დანართი N2-ით დადგენილია, რომ ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უფლება აქვს მიიღოს „კვების პროდუქტები: ყველა სახეობის ხილი, კენკროვანი ხილის, ყურძნის, ნესვის და საზამთროს გარდა (ერთდროულად ერთობლიობაში არაუმეტეს 5 კილოგრამისა). ამასთან, დებულებებით განსაზღვრულია, რომ დეპარტამენტის დირექტორის ნებართვით, ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უფლება აქვს მიიღოს დამატებითი კვების პროდუქტები ამანათის სახით. გაუგებარია, გარდა ხილისა, რა სახის საკვები პროდუქტები დაიშვება პენიტენციურ დაწესებულებებში. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დებულებებით განსაზღვრულია ამანათისა და საფოსტო გზავნილის ზღვრული წონა ერთობლიობაში - თვეში 40 კგ.

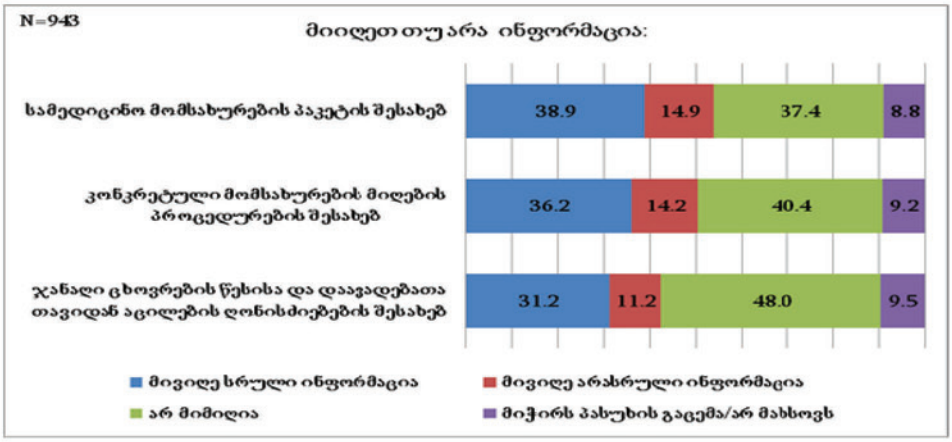
ამასთან უზრუნველყოს, რომ მაღაზიაში პროდუქცია პატიმრებისათვის ხელმისაწვდომ ფასად იყიდებოდეს

- შევიდეს ცვლილებები პენიტენციური დაწესებულებების დებულებებში, რათა ამანათის სახით საკვები პროდუქტით მომარაგების პროცესში მოიხსნას ყველა შეზღუდვა, რომელიც მკაცრად არ გამომდინარეობს უსაფრთხოების ინტერესებიდან. მკაფიოდ ჩამოყალიბდეს, თუ რა სახის პროდუქტი დაიშვება ამანათის სახით, ასევე გაიზარდოს კონკრეტული საკვები პროდუქტის დასაშვები ოდენობა და, ზოგადად, ამანათისა და საფოსტო გზავნილის ყოველთვიური ზღვრული წონა

5.3. ჯანდაცვის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა და სერვისების ხელმიუწვდომლობა, როგორც რისკ-ფაქტორი

პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ.[133]

ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო მომსახურების პაკეტის, ასევე კონკრეტული მომსახურების მიღების პროცედურების შესახებ, ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და დაავადებათა თავიდან ასაცილებელი ღონისძიებების თაობაზე, ინფორმაცია არ მიუღია ან არასრული ინფორმაცია მიიღო გამოკითხული პატიმრების ნახევარზე მეტმა (იხ. დიაგრამა N24).

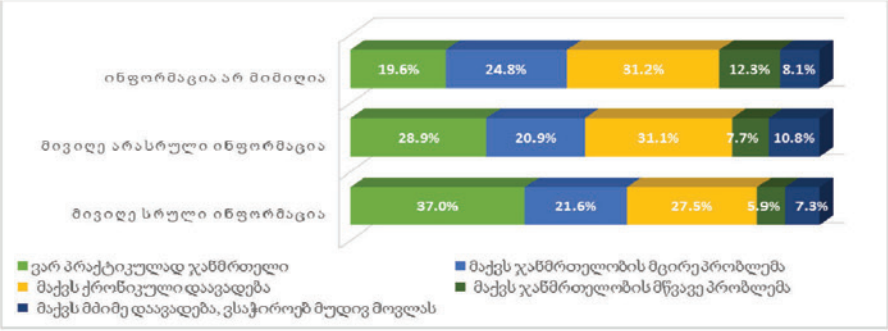


დიაგრამა 24. ინფორმირებულობა

[133] კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, მუხლი 18.

კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ჯანდაცვის სერვისების შესახებ პატიმრების ინფორმირებულობის დონე ქალ პატიმრებში უფრო მაღალია (46,1%), ვიდრე მამაკაც პატიმრებში (37.5%). ამასთან, ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება ინფორმირებულობის დონე, რაც, შესაძლოა განპირობებული იყოს მიღებული გამოცდილებით. რადგან ასაკის მატებასთან ერთად ჯანმრთელობის პრობლემები მატულობს, შესაბამისად, დაინტერესება და ინფორმირებულობა უფრო მაღალია.[134] აქვე აღსანიშნავია, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში მეტად არიან ინფორმირებული (40.1%), ვიდრე დახურული ტიპის დაწესებულებაში (25.7%), რაც შესაძლოა იმითაც იყოს გამოწვეული, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში მსჯავრდებულებს კომუნიკაციის მეტი შესაძლებლობა აქვთ როგორც სამედიცინო პერსონალთან, ისე სხვა პატიმრებთან. ამ დროს ხშირია ინფორმაციის გაცვლა, მათ შორის სამედიცინო სერვისებთან დაკავშირებით.

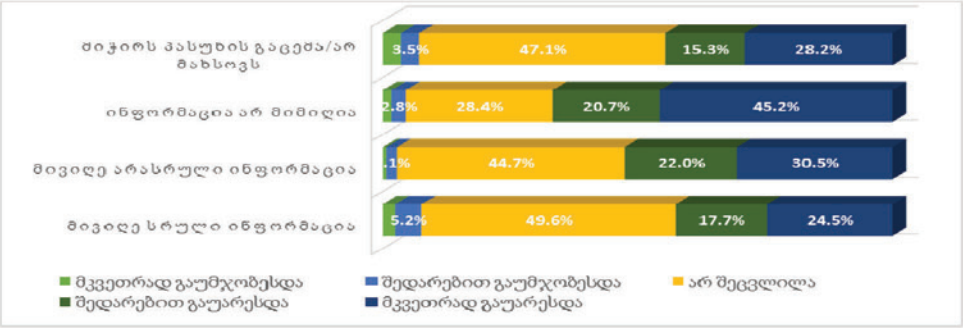
კვლევა ნათლად აჩვენებს, რომ პატიმართა ჯანდაცვის სერვისების შესახებ ინფორმირებულობის ხარისხი გავლენას ახდენს პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებაზე და მის დინამიკაზე. ის პატიმრები, რომლებიც ფიქრობდნენ, რომ სრულყოფილად იყვნენ ინფორმირებული პენიტენციურ სისტემაში არსებული ჯანდაცვის სერვისების შესახებ, უფრო მეტად მიიჩნევდნენ თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელად, ვიდრე პატიმრები, რომლებიც თავს ნაკლებად, ან არაინფორმირებულად მიიჩნევდნენ (იხ. დიაგრამა N25).



დიაგრამა 25. ინფორმირებულობა და ჯანმრთელობის თვითშეფასების კავშირი

მსგავსი კავშირია პატიმართა მიერ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკის თვითშეფასებასა და მათ ინფორმირებას შორის. „არაინფორმირებული“ პატიმრების 45,2% მიუთითებს, რომ პატიმრობის პერიოდში მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა, მაშინ როდესაც ეს მაჩვენებელი „ინფორმირებულ“ პატიმრებში შეადგენს 24.5%-ს უტოლდება. ხოლო თითქმის ნახევარი აღნიშნავს, რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა პატიმრობის პერიოდში არ შეცვლილა (იხ. დიაგრამა N26).

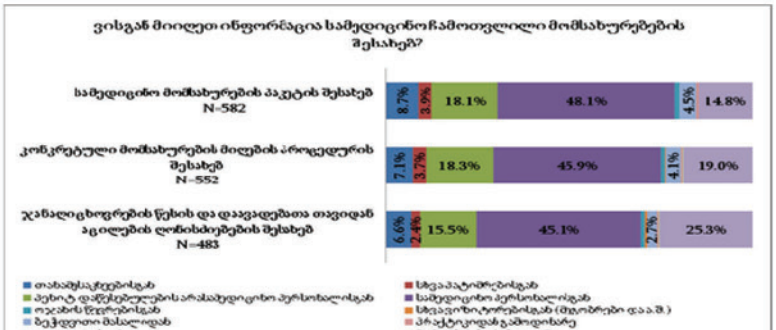
[134] 35 წლამდე პატიმრების 30.4%-ს სრული ინფორმაცია აქვს მიღებული ჯანდაცვის ამ პაკეტებთან დაკავშირებით, 51 და მეტი წლის პატიმრების შემთხვევაში ეს რიცხვი არის 43.4%.



დიაგრამა 26. სამედიცინო მომსახურების სერვისების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის გავლენა პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკაზე

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე ნათლად ჩანს, რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებისთვის პატიმართა ინფორმირება ძალიან მნიშვნელოვანია. პატიმართა სრულყოფილი ინფორმირებისთვის გამოყენებული უნდა იყოს, როგორც პერსონალთან კომუნიკაცია, ასევე უნდა გავრცელდეს საინფორმაციო ბუკლეტები. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სამედიცინო დეპარტამენტმა 2015 წელს დაამზადა საინფორმაციო ბიულეტენები, თუმცა პენიტენციურ დაწესებულებებში ვიზიტის დროისთვის ამ ბიულეტენების რაოდენობა შეზღუდული იყო.

ზემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურებების შესახებ ინფორმაციას პატიმრები უმეტესად პენიტენციური დაწესებულების სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალისგან იღებენ. რაც შეეხება ინფორმაციის მიღების სხვა წყაროებს, როგორიცაა თანამესაკნეები, სხვა პატიმრები, ბეჭდვითი მასალა და სხვა, მხოლოდ პატიმართა მცირე ნაწილისთვის არის ინფორმაციის მიღების საშუალება (იხ. დიაგრამა N27).



დიაგრამა 27. ინფორმაციის წყაროები

ინფორმაციის წყარო გავლენას ახდენს მიღებული ინფორმაციის ხარისხზე. პატიმრები, რომლებიც ჯანდაცვის სერვისებთან დაკავშირებით, სამედიცინო პერსონალისგან ვერ იღებენ

საკმარის ინფორმაციას, სხვა წყაროებიდან მით უმეტეს ვერ მიიღებენ სრულფასოვან ინფორმაციას. შესაბამისად, მიღებული ინფორმაციის ხარისხი უშუალოდ არის დაკავშირებული გამავრცელებელ წყაროსთან.

ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა შესახებ საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლის შესაბამისად, სახელმწიფოები აღიარებენ თითოეული ადამიანის უფლებას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯამრთელობის უმაღლეს შესაძლო სტანდარტებზე.[135] გაეროს მე-14 ზოგად კომენტარში ჯანმრთელობის დაცვის უფლება განსაზღვრულია ოთხი კომპონენტით: სამედიცინო მომსახურების რაოდენობრივი უზრუნველყოფა, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, მისაღები სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.[136]

წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტი[137] მიუთითებს, რომ ექიმი ნებისმიერ დროს უნდა იყოს ხელმისაწვდომი პატიმრებისთვის, მათთვის განკუთვნილი რეჟიმის მიუხედავად. საქართველოს სახალხო დამცველი 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიშში ხაზს უსვამდა სამედიცინო პერსონალის ხელმისაწვდომობის პრობლემას.[138]

ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ პირველადი სამედიცინო დახმარების მისაღებად პირველადი ჯანდაცვის ექიმს გამოკითხულ პატიმართა უმრავლესობამ - 56.4%-მა მიმართა, ექიმ სტომატოლოგს 28,7%-მა, ექთანს კი - 43.9%-მა. პატიმრებს პირველადი სამედიცინო დახმარება უმეტესად არტერიული ჰიპერტენზიის[139] (15.3%), გაციების/ვირუსის/მაღალი ტემპერატურის (11.3%), კბილის ტკივილის/ამოღების (10.1%), თავის ტკივილის (10.1%) მიზეზით დასჭირდათ. პირველადი სამედიცინო დახმარებისთვის, თუ რა მიზეზით მიმართავენ პატიმრები სამედიცინო პერსონალს, ნაჩვენებია დიაგრამაზე N28.

---

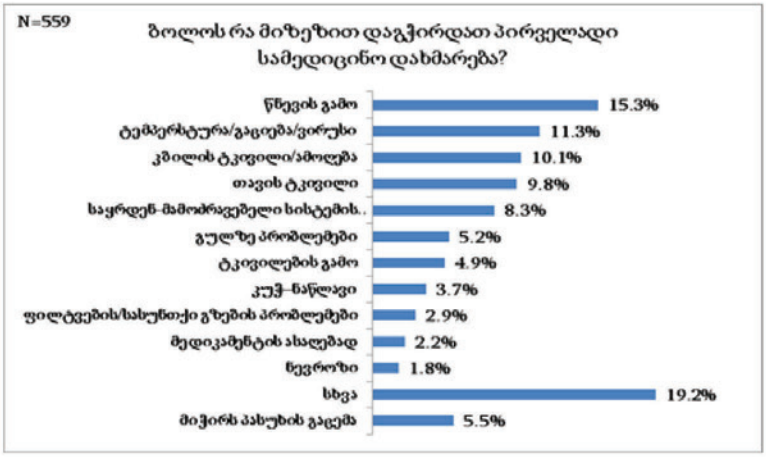
[135] გაეროს გენერალური ასამბლეა, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი, 1966 წლის 10 დეკემბერი.

[136] გაეროს ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების კომიტეტი (CESCR),ზოგადი კომენტარი N14, უფლება ჯანმრთელობის დაცვის უმაღლეს მიღწევად სტანდარტზე, (პაქტის 12 მუხლი) 2000 წლის 11 აგვისტო.

[137] წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები, პარ. 34, გვ. 61.

[138] საქართველოს სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიში. იხ. ბმული http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf [ბოლოს ნანახია 12.04.2018]

[139] სისხლის არტერიული წნევის მომატება აორტიდან არტერიოლების ჩათვლით.



დიაგრამა 28. პირველადი სამედიცინო დახმარების მიზეზები

რაც შეეხება პირველადი სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფეს, გამოკითხულ პატიმართა თითქმის ნახევარმა (48%) აღნიშნა, რომ მათ ასეთი ტიპის დახმარება მიიღეს მოთხოვნიდან ნახევარ საათში ან უფრო ნაკლებ დროში; ერთ საათში – 5.4%-მა, ხოლო 4%-თვის ეს დრო 2-3 საათი იყო. პირველადი სამედიცინო დახმარების მისაღებად 4 საათი და მეტი დრო დასჭირდა გამოკითხულ რესპონდენტთა 7%-ზე ნაკლებს. მოცემული დიაგრამიდან ნათლად ჩანს, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში უფრო მეტი პატიმარი ახერხებს პირველადი სამედიცინო მომსახურების მიღებას ნახევარ საათსა და ნაკლებში, ვიდრე დახურული ტიპის დაწესებულებებში.

		დაწესებულების ტიპი	
		ნახევრად ღია დაწესებულება	დახურული დაწესებულება
ბოლოს, როდესაც დაგჭირდათ პირველადი სამედიცინო დახმარება რამდენ ხანში მიიღეთ?	ნახევარ საათში ან ნაკლებში	84.5%	59.3%
	ერთ საათში	5.2%	9.4%
	2-3 საათში	2.0%	8.1%
	4-5 საათში	-	2.0%
	6 საათში და მეტში	2.4%	12.1%
	მიჭირს პასუხის გაცემა	6.0%	.1%

ცხრილი 12. პირველადი სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფე

სტატისტიკურად სანდო მიმართება ვლინდება პატიმრების **სქესსა** და სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფეს შორის. გამოკითხულთაგან მდედრობითი სქესის პატიმრების უფრო დიდი რაოდენობა იღებს სამედიცინო დახმარებას ნახევარ საათში ან ნაკლებში, ვიდრე მამრობითი სქესის.[140] ასევე, სტატისტიკურად სანდო კავშირია **პატიმრის სტატუსსა** და პირველადი სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფეს შორის. კერძოდ, მსჯავრდებულის სტატუსის მქონე პატიმრების გამოკვეთილი უმრავლესობა (73.3%) ნახევარ საათში ან ნაკლებში იღებს ამ მომსახურებას, მაშინ როდესაც იგივე დროში ბრალდებული პატიმრების 58.2% იღებს იგივე სერვისს.[141]

რაც შეეხება **დაწესებულების ტიპის** მიმართებას პირველადი სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფეს შორის, გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში პატიმრების დიდი უმრავლესობა (84.5%) იღებს ნახევარ საათში ან უფრო ნაკლებში პირველად სამედიცინო დახმარებას, ხოლო დახურული ტიპის დაწესებულებაში - პატიმართა 59.3%. ეს ნიშნავს, რომ ამ ორ კატეგორიას შორის სტატისტიკურად სანდო კავშირია.[142] დაწესებულების ტიპებს შორის განსხვავება შესაძლოა იმ ფაქტს უკავშირდებოდეს, რომ ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში ექიმის საჭიროების შემთხვევაში პატიმრები თავად მიმართავენ სამედიცინო პერსონალს, რადგან დღის საათებში მათ შესაძლებლობა აქვთ თავისუფლად გადაადგილდნენ დაწესებულების ტერიტორიაზე, რაც შეეხება დახურული ტიპის დაწესებულებებს, ექიმის საჭიროების შემთხვევაში პატიმარმა ჯერ დაწესებულების მორიგე პერსონალს უნდა მიმართოს.

პატიმრებს, რომლებსაც სტაციონარული სამედიცინო სერვისები ესაჭიროებათ, პენიტენციური დეპარტამენტის ორი სამედიცინო N18 და N19 დაწესებულება, ასევე, სამოქალაქო სექტორის საავადმყოფოები ემსახურებათ. N18 ბრალდებულთა და მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება უზრუნველყოფს პატიმართა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ პირობებში.[143] ტუბერკულოზის სტაციონარულ მკურნალობას N19 დაწესებულება უზრუნველყოფს.[144]

---

[140] პატიმრების სქესსა და სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფეს შორის სტატისტიკურად სანდო მიმართება ვლინდება: $\chi2(5)=23.713$ $p<0.05$

[141] სტატისტიკურად სანდო კავშირია პატიმრის სტატუსსა და პირველადი სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფეს შორის: $\chi2(5)=31.314$ $p<0.05$

[142] დაწესებულების ტიპის მიმართება პირველადი სამედიცინო დახმარების მიღების სისწრაფესთან სტატისტიკურად სანდოა: $\chi2(5)=52.647$ $p<0.05$

[143] N18 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის სტრუქტურული ერთეულებია: მიმღები განყოფილება; თერაპიული განყოფილება, ქირურგიული განყოფილება, რეანიმაციისა და ანესთეზიოლოგიის განყოფილება, ფსიქიატრიული განყოფილება, ტუბერკულოზისა და ინფექციურ სნეულებათა განყოფილება, ხანგრძლივი მოვლის პირთა განყოფილება, რადიოლოგიის განყოფილება, ლაბორატორია, აფთიაქი, სტომატოლოგიური კაბინეტი, სტერილიზაციის ბლოკი.

[144] N19 დაწესებულება გათვლილია 540 საწოლზე, აქედან 90 საწოლი MGB+ პაციენტებისთვის. N19 დაწესებულების სამედიცინო ნაწილის სტრუქტურული ერთეულებია: რეზისტენტული

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **დაწესებულებაში მოთავსებულ პატიმრებთან რეგულარული შეხვედრებით, საინფორმაციო კამპანიით, მათ შორის საინფორმაციო ბუკლეტების გავრცელებით, უზრუნველყონ პატიმართა ინფორმირება პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებული ჯანდაცვის სერვისების, პრევენციული ჯანდაცვისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ.**

5.4. პატიმრობის პირობები

ადამიანისთვის თავისუფლების აღკვეთა ძალიან მძიმე სასჯელია. თავის მხრივ, პატიმრობა უფლებების მკაცრი შეზღუდვაა, რომელსაც აწესებს სასამართლო. პენიტენციური ორგანოები არ უნდა შეეცადონ სასამართლოს მიერ დაკისრებული სასჯელის დამძიმებას პატიმრებისადმი არაჰუმანური ან დაუსაბუთებლად მკაცრი მოპყრობით. პირიქით, ყველაფერი უნდა იღონონ, რაც მათ შესაძლებლობის ფარგლებშია, რომ თავიდან აიცილონ მათი კონტროლის ქვეშ მყოფი ადამიანების ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გაუარესება.[145]

კვლევის მიზნებისთვის, პატიმრობის პირობები მოიცავს ისეთ პირად სივრცეს, სადაც უზრუნველყოფილია პრივატული გარემო, დაცულია სანიტარულ-ჰიგიენური პირობები, თითოეული პატიმარი უზრუნველყოფილია პირადი მოვლის საშუალებებით, პატიმრებს მაქსიმალურად ეძლევათ საკნის გარეთ სუფთა ჰაერზე ყოფნის შესაძლებლობა, საკნებში გამართულად ფუნქციონირებს ბუნებრივი და ხელოვნური ვენტილაცია, გათბობა და განათება, პატიმრებისთვის შემუშავებულია ინდივიდუალური სარეაბილიტაციო გეგმები, ისინი დღის განმავლობაში უზრუნველყოფილნი არიან მრავალფეროვანი აქტივობებითა და დასაქმების შესაძლებლობით.

მართალია, გამოკითხვის ფარგლებში, პატიმართა მნიშვნელოვანმა ნაწილმა პენიტენციურ დაწესებულებებში საცხოვრებელი პირობები დადებითად შეაფასა, თუმცა, ეს იმ ფაქტით

ტუბერკულოზის ამბულატორიული განყოფილება; სენსიტიური ტუბერკულოზის ამბულატორიული განყოფილება; სტაციონარული განყოფილება; ინტენსიური თერაპიის განყოფილება; ლაბორატორია. ტუბერკულოზის სამკურნალო და სარეაბილიტაციო ცენტრი უზრუნველყოფს პატიმართა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებას, დიაგნოსტიკას და მკურნალობას, სამედიცინო რეაბილიტაციას, როგორც ამბულატორიულ, ისე სტაციონარულ პირობებში; ფთიზიატრიული პროფილის კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურების გაწევას; პატიმართათვის „DOTS"-ის, DOTS+ სტრატეგიით გათვალისწინებულ ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის ჩატარებას.

[145] ენდრიუ კოილი, პენიტენციური სისტემის მართვა ადამიანის უფლებათა პოზიციიდან, სახელმძღვანელო პენიტენციური სისტემის თანამშრომლებისათვის, ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე შემდეგ მისამართზე: http://www.nplg.gov.ge/ [ბოლოს ნანახია: 23.01.18].

აიხსნება, რომ პატიმართა მოლოდინი ციხის პირობებთან დაკავშირებით, შესაძლებელია არ შეესაბამებოდეს იმ მოთხოვნებს, რაც დადგენილია ადამიანის უფლებების საერთაშორისო სტანდარტებით.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებულმა მონიტორინგმა აჩვენა, რომ ზოგიერთ პენიტენციურ დაწესებულებაში არსებული პირობები ეწინააღმდეგება ნორმალიზაციის პრინციპს[146] და პატიმრის ჯანმრთელობის შენარჩუნებასა და პირადი ცხოვრების პატივისცემას ვერ უზრუნველყოფს. ჩატარებული კვლევის შედეგების გაანალიზების შემდეგ სპეციალური პრევენციული ჯგუფი ასკვნის, რომ დახურული სივრცე, პატიმრის განცალკევებით მოთავსება და შემზღუდავი გარემო უარყოფით გავლენას ახდენს პატიმრის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

5.4.1. ფიზიკური გარემო და სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობა

პატიმრობის არათანადო პირობები ზოგჯერ, შესაძლოა, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობა იყოს. „ციხის საცხოვრებელი პირობები მაქსიმალურად მიახლოებული უნდა იყოს ციხის გარეთ ჩვეულებრივ საცხოვრებელ პირობებთან[147]. პატიმრისთვის გამოყოფილი საცხოვრებელი უნდა უზრუნველყოფდეს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებას.

პენიტენციური დაწესებულების გადატვირთულობა[148] კვლავ გამოწვევად რჩება ქვეყნის პენიტენციური სისტემისთვის. ამ კუთხით, მნიშვნელოვან პრობლემებს შორის იკვეთება დაწესებულებებში არსებული პატიმართა განთავსების ლიმიტების არასწორი ათვისებისა და გამოყენების პრაქტიკა და ზოგ დაწესებულებაში არსებული დიდი ფართობის (ბარაკის ტიპის) საერთო საცხოვრებლები.

პენიტენციურ დაწესებულებებში პატიმართა განთავსების ლიმიტების არასწორად ათვისებისა და გამოყენების პრაქტიკა წარმოქმნის ისეთ პრობლემებს, როგორიცაა ყველა პატიმრისთვის 4 კვ.მ. საცხოვრებელი ფართით უზრუნველყოფის საკითხი, ზოგიერთ დაწესებულებაში სხვადასხვა სარეაბილიტაციო აქტივობისათვის განკუთვნილი სივრცეებისა და სარეკრეაციო ზონების ნაკლებობა, რაც ხელს არ უწყობს პენიტენციური დაწესებულების

---

[146] ნორმალიზაციის პრინციპი: „ციხის საცხოვრებელი პირობები მაქსიმალურად მიახლოებული უნდა იყოს ციხის გარეთ ჩვეულებრივ საცხოვრებელ პირობებთან“.

[147] Council of Europe, Recommendation Rec (2003)23 of the Committee of Ministers to member states on the management by prison administrations of life sentence and other long -term prisoners (Adopted by the Committee of Ministers on 9 October 2003 at the 855th meeting of the Ministers' Deputies), para 4. http://pjp eu.coe.int/documents/3983922/6970334/CMRec+%282003%29+23+on+the+management+of+life+sentence+and +other+long+term+prisoners.pdf/bb16b837-7a88-4b12-b9e8-803c734a6117

[148] N2 და N15 დაწესებულებებში 2016 წლის ბოლო 4 თვის განმავლობაში, 2017 წლის განმავლობაში N15 დაწესებულებაში, ხოლო N2 დაწესებულებაში 2017 წლის პირველი 7 თვის განმავლობაში პატიმართა რაოდენობა დაწესებულებაში ლიმიტით განსაზღვრულს აღემატებოდა.

მიერ თავისი მთავარი ფუნქციის განხორციელებას, პატიმართა რეაბილიტაციისა და საზოგადოებაში ინტეგრაციასთან დაკავშირებით.

ზოგ დაწესებულებაში არსებული დიდი ფართობის (ბარაკის ტიპის)[149] საერთო საცხოვრებლების პირობებში უზრუნველყოფილი არ არის პრივატული გარემო, მწეველი და არამწეველი პატიმრები ერთ სივრცეში ცხოვრობენ, რთულია სანიტარულ-ჰიგიენური პირობების დაცვა და მაღალია ინფექციური დაავადებების გავრცელების საშიშროება; გარდა ამისა, ასეთი ტიპის საცხოვრებელი, დამატებით მნიშვნელოვან გამოწვევებს წარმოშობს უსაფრთხოების დაცვის თვალსაზრისითაც, რადგან პირადი სივრცის უქონლობის პირობებში მეტია პატიმართა შორის კონფლიქტების რისკი.

პატიმრებმა კვლევის ფარგლებში დადებითად შეაფასეს მათ საკნებში ბუნებრივი ვენტილაცია, ხელოვნური სავენტილაციო სისტემა, კანალიზაცია, გათბობა, სანიტარულ–ჰიგიენური მდგომარეობა, ასევე, მათი საკნის ნესტიანობის საკითხი[150]. მიუხედავად იმისა, რომ გამოკითხულ პატიმართა მნიშვნელოვანი ნაწილი დადებითად აფასებს მათ საკნებში ბუნებრივ ვენტილაციას, ხელოვნურ სავენტილაციო სისტემას, კანალიზაციას და გათბობას, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის დაკვირვებით, პენიტენციურ დაწესებულებებში არის ინფრასტრუქტურული პრობლემები, რომელთა შესახებ სახალხო დამცველის არაერთ საპარლამენტო ანგარიშშია საუბარი. ანგარიშები მოიცავს რეკომენდაციებსაც დაწესებულებებში საცხოვრებელი პირობების გაუმჯობესების თაობაზე.[151]

---

[149] N14 და N17 დაწესებულებებში.

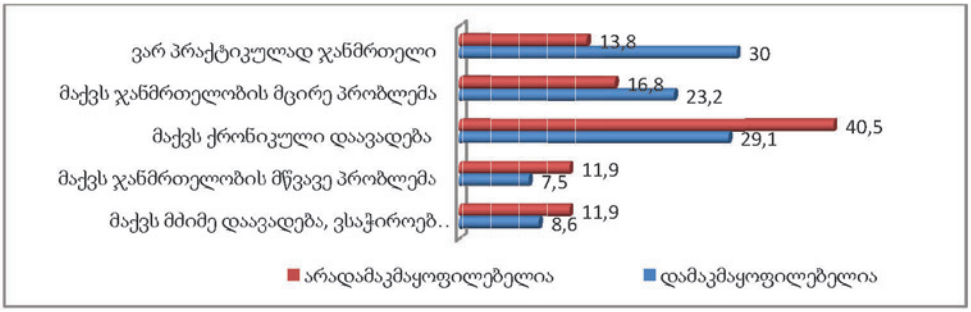
[150] საკნებში ბუნებრივ ვენტილაციას პატიმართა 84.5% დადებითად აფასებს, გამოკითხულთა მხოლოდ 6%–მდე აღნიშნავს, რომ ბუნებრივი ვენტილაცია გაუმართავია. ხელოვნური ვენტილაცია პატიმართა 65.8%–მა დადებითად შეაფასა, გამოკითხულთა დაახლოებით 19%–მდე კი გაუმართავობაზე საუბრობს; რესპონდენტთა 5.3%-მა კი აღნიშნა, რომ მათ საკნებში მსგავსი ტიპის გაყვანილობა საერთოდ არ არის. გამოკითხულ პატიმართა 89%–მა მათ საკნებში გათბობა დადებითად შეაფასა. მხოლოდ 4.3%–ია ისეთი, რომელიც მის გაუმართავობაზე მიუთითებს. რაც შეეხება კანალიზაციას, რესპონდენტთა ყველაზე დიდი ნაწილის შეფასება დადებითია (სრულად გამართულია – 83.2%). კითხვაზე, თუ რამდენად ნესტიანია პატიმრების საკანი, გამოკითხულთა უმრავლესობამ - 76.5%-მა - აღნიშნა, რომ მათი საკანი ნესტიანი არ არის. საკნის ზოგადი სანიტარიული და ჰიგიენური მდგომარეობა რესპონდენტთა 79.5%-მა დადებითად შეაფასა. იმ პატიმართაგან, ვინც საკნებში არადამაკმაყოფილებელ სანიტარიულ და ჰიგიენურ მდგომარეობაზე საუბრობს, უმეტესი წილი დახურული ტიპის დაწესებულებაში იმყოფება. 17.6% ამბობს, რომ მეტ-ნაკლებად ნესტიანია, რესპონდენტთა მხოლოდ მცირე (4.7%) ნაწილმა აღნიშნა, რომ მათი საკანი ძალზე ნესტიანია. საკანში არსებული სანიტარიულ–ჰიგიენური მდგომარეობა გამოკითხულ პატიმართა 9.2%–მა არადამაკმაყოფილებლად შეაფასა.

[151] დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიში http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf , გვერდი 106-107.

პენიტენციური დაწესებულების[152] სამედიცინო პერსონალის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, პატიმრებს აწუხებთ ტკივილი წელის არეში (რასაც „ნარის სიმპტომს“ უწოდებენ), რაც განპირობებულია უმოძრაობით და ვიწრო საწოლზე[153] ერთ პოზაში წოლით; ასევე აქვთ კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, გამოწვეული უმოძრაობით, კვების და ძილის რეჟიმის დარღვევით; ხშირია თავის ტკივილი, რასაც სამედიცინო პერსონალი საკანში უჰაერობას/ჟანგბადის ნაკლებობას უკავშირებს; პერსონალი ასევე აცხადებს, რომ ხშირია შემთხვევები, როდესაც პატიმრებს აღენიშნებათ გამონაყარი, რომელსაც მედიკამენტურად ვერ მკურნალობენ და ვარაუდობენ, რომ ეს გამონაყარი განპირობებულია საკანში არსებული პირობებითა და უჰაერობით.

ვინაიდან დახურული ტიპის დაწესებულებებში მყოფი პატიმრები რეალურად 1 საათზე მეტი ხნით არ იმყოფებიან სუფთა ჰაერზე[154], ხოლო საკანში ბუნებრივი და ხელოვნური ვენტილაციის პრობლემებია, სპეციალური პრევენციული ჯგუფის აზრით, მნიშვნელოვანია, პატიმრებს, ერთი მხრივ, მიეცეთ საშუალება შეძლებისდაგვარად მეტი დრო გაატარონ სუფთა ჰაერზე და მეორე მხრივ, საკნებში უზრუნველყოფილ იქნას სათანადო ხელოვნური და ბუნებრივი ვენტილაცია.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებისას, ის პატიმრები, რომლებიც საკნის სანიტარულ-ჰიგიენურ მდგომარეობას დამაკმაყოფილებლად აფასებდნენ, უფრო ხშირად მიიჩნევდნენ თავს პრაქტიკულად ჯანმრთელებად, ვიდრე არადამაკმაყოფილებელ პირობებში მცხოვრები პატიმრები.



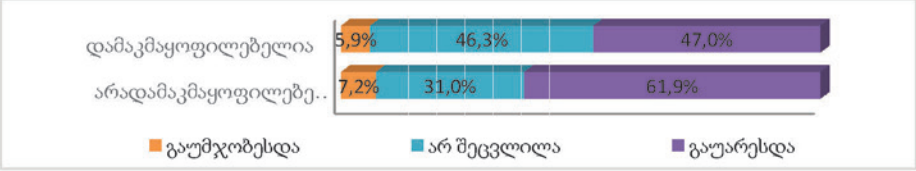
დიაგრამა 29. პატიმართა თვითშეფასებასა და საკნის სანიტარიულ-ჰიგიენურ მდგომარეობას შორის კავშირი

[152] N3 დაწესებულების სამედიცინო პერსონალის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად.

[153] საწოლის ფართობი 63x189 სმ.

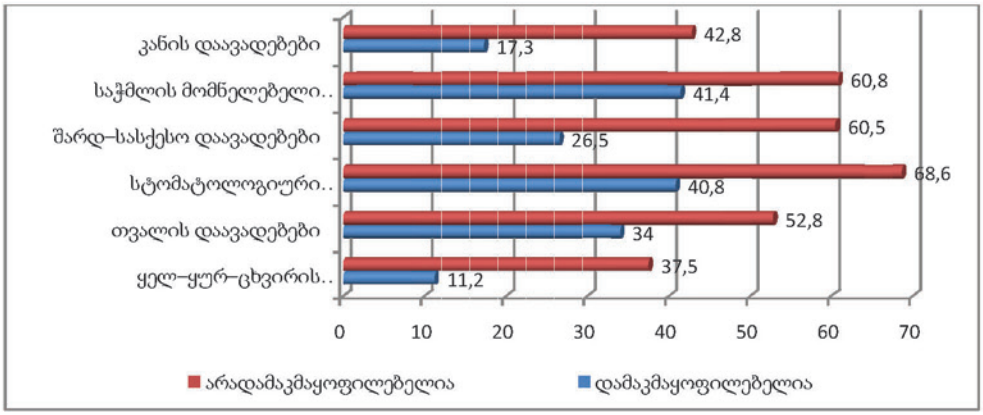
[154] პატიმრობის კოდექსის თანახმად, ბრალდებულს/მსჯავრდებულს უფლება აქვს: ყოველდღიურად, არანაკლებ 1 საათისა, იმყოფებოდეს სუფთა ჰაერზე (ისარგებლოს გასეირნების უფლებით).

ანალოგიური ტენდენციები ისახება პატიმართა მიერ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკის თვითშეფასებისას. იმ პატიმრების 61,9%, რომელიც ფიქრობს, რომ არადამაკმაყოფილებელ საცხოვრებელ პირობებში ცხოვრობს, მიუთითებს, რომ პატიმრობის პერიოდში მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდა, მაშინ როდესაც ეს მაჩვენებელი დამაკმაყოფილებელ პირობებში მაცხოვრებელ პატიმრებში 47%-ია, ხოლო თითქმის ნახევარი აღნიშნავს, რომ მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა პატიმრობის პერიოდში არ შეცვლილა.



დიაგრამა 30. კავშირი პატიმრის თვითშეფასებას, ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცვლილებასა და საკნის სანიტარიულ-ჰიგიენურ მდგომარეობას შორის

გარდა ამისა, პატიმრები, რომლებიც მიიჩნევენ, რომ არადამაკმაყოფილებელ პირობებში ცხოვრობენ, გამოკითხვის დროს უფრო ხშირად მიუთითებენ სხვადასხვა დაავადებების არსებობაზე.



დიაგრამა 31. კავშირი საკნის სანიტარიულ-ჰიგიენურ მდგომარეობასა და დაავადებების გავრცელებას შორის

პრობლემად რჩება საკნებში ტარაკნების (33.4%), ბაღლინჯოების (6.8%) და თაგვების (3.9%) არსებობა.[155] აქვე უნდა ითქვას, რომ კვლევის ფარგლებში, სპეციალური პრევენციული

[155] ცალკეულმა პატიმრებმა ახსენეს სხვა პარაზიტებიც (ჭიანჭველა, ტკიპები და სხვ.), თუმცა მათი რაოდენობა 1%-საც კი არ აღწევს.

ჯგუფის მიერ განხორციელებული ვიზიტის[156] დროს, N18 დაწესებულების ფსიქიატრიულ განყოფილებაში გამოვლინდა დატილიანება.

პენიტენციური დაწესებულების საკნებში ჩატარებული სადეზინფექციო, სადეზინსექციო და სადერატიზაციო სამუშაოების სიხშირეს პატიმრები სხვადასხვაგვარად აფასებენ.[157] პატიმართა 15.8%-ის თქმით, პენიტენციურ დაწესებულებაში ყოფნის პერიოდში მათ საკნებში დეზინფექცია/დეზინსექცია/დერატიზაცია საერთოდ არ ჩატარებულა, ხოლო 11.2%-მა განაცხადა, რომ იყო მსგავსი შემოთავაზება, თუმცა მათ უარი განაცხადეს. პატიმრების განმარტებით, ზემოთ მითითებული საშუალებების გამოყენების შემდეგ მათ საკნებში მკვეთრი სუნი რჩება, რის გამოც უარს აცხადებენ საკნებში ამ სამუშაოების ჩატარებაზე, გარდა ამისა, დახურული ტიპის დაწესებულებებში მითითებული სამუშაოების ჩატარების პროცესში პატიმრები საკნებიდან არ გაჰყავთ, რაც ცუდად აისახება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

პატიმართა აბსოლუტური უმრავლესობისთვის (82-98%-ის ფარგლებში) ხელმისაწვდომი აღმოჩნდა პირადი ჰიგიენის საშუალებები.[158] ციხეში არსებული პირადი ჰიგიენის დაცვის შესაძლებლობებით პატიმართა უმრავლესობა (54.1%) კმაყოფილია, ხოლო, დამატებით, 15.6% - უფრო კმაყოფილი, ვიდრე უკმაყოფილო. უკმაყოფილოთა წილი ჯამში 17.3%-ია. დაწესებულებაში შესახლებისას ახალი ლეიბით უზრუნველყოფა გამოკითხულთა 82%–მა დადებითად შეაფასა.[159]

მართალია, პატიმართა მნიშვნელოვანმა ნაწილმა პენიტენციურ დაწესებულებებში საცხოვრებელი პირობები დადებითად შეაფასა, თუმცა, მნიშვნელოვანია დაცული იყოს ნორმალიზაციის პრინციპი, რაც იმას გულისხმობს, რომ „ციხის საცხოვრებელი პირობები მაქსიმალურად მიახლოებული უნდა იყოს ციხის გარეთ ჩვეულებრივ საცხოვრებელ პირობებთან“[160].

---

[156] N18 დაწესებულებაში ვიზიტი განხორციელდა 2017 წლის 17 და 18 იანვარს.

[157] ყველაზე გავრცელებული აღმოჩნდა ის პრაქტიკა, როდესაც სადეზინფექციო სამუშაოები ტარდება: თვეში რამდენჯერმე (მიუთითებს პატიმართა 28.2%); კვარტალში რამდენჯერმე (პატიმართა 24.8%). დეზინფექციის სხვა რეჟიმში ჩატარების შესახებ (ყოველდღიურად, ექვს თვეში რამდენჯერმე, წელიწადში რამდენჯერმე და უფრო იშვიათად) რესპონდენტთა მცირე რაოდენობა მიუთითებს.

[158] საპონი, კბილის ჯაგრისი, კბილის პასტა, ტუალეტის ქაღალდი, ერთჯერადი საპონი, ჰიგიენური საფენები (ქალებისთვის). პირადი ელექტროსაპარსი ან საერთო ელექტროსაპარსი, ხელმისაწვდომი აღმოჩნდა პატიმრების მხოლოდ გარკვეული ნაწილისთვის (13.9% და 28.6%).

[159] უარყოფითად კი 10.8 % აფასებს.

[160] Council of Europe, Recommendation Rec (2003)23 of the Committee of Ministers to member states on the management by prison administrations of life sentence and other long -term prisoners (Adopted by the Committee of Ministers on 9 October 2003 at the 855th meeting of the Ministers' Deputies), par 4.http://pjp eu.coe.int/documents/3983922/6970334/CMRec+%282003%29+23+on+the+management+of+life+sentence+and +other+long+term+prisoners.pdf/bb16b837-7a88-4b12-b9e8-803c734a6117

5.4.2. დღის აქტივობები და რეაბილიტაცია

ყოველ პატიმარს უნდა მიეცეს შესაძლებლობა, ყოველდღიურად მინიმუმ ერთი საათი მაინც ივარჯიშოს სუფთა ჰაერზე, თუ ამინდი იძლევა ამის საშუალებას.[161] ავდრის პირობებში პატიმრებს ალტერნატიული შესაძლებლობა უნდა მიეცეთ სავარჯიშოდ.[162]

გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა (60.2%) ყოველდღიურად გადის საკნიდან სუფთა ჰაერზე. გამოკითხულთა 17.2% საერთოდ არ იყენებს სუფთა ჰაერზე ყოფნის უფლებას.[163] სუფთა ჰაერზე ყოველდღიურად გადის ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში მოთავსებული პატიმრების 88.3%, ხოლო კვირაში რამდენჯერმე – 16.4%. დახურული ტიპის დაწესებულებაში მყოფი პატიმრები ამ უფლებას თითქმის ორჯერ უფრო იშვიათად იყენებენ (42.6% და 6.9%). შემაშფოთებელია, რომ სუფთა ჰაერზე ყოფნის უფლებას საერთოდ არ იყენებს დახურული ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხულ პატიმართა დაახლოებით მეოთხედი (27.1%).

საკნის გარეთ, სუფთა ჰაერზე გატარებული დროის ხანგრძლივობა გამოკითხული პატიმრების უმრავლესობისთვის (58%) ერთ საათამდე გრძელდება, დაახლოებით 40%-თვის ერთიდან რვა საათამდე მერყეობს. ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხული პატიმრების მეხუთედი (20%) ერთ საათამდე დროს ატარებს სუფთა ჰაერზე, ხოლო დახურული ტიპის დაწესებულებაში დროის ამ ხანგრძლივობით გარეთ რესპონდენტების დიდი უმრავლესობა (89.7%) იმყოფება.[164]

სუფთა ჰაერზე ყოფნის დეფიციტი უარყოფით გავლენას ახდენს პატიმართა როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. კვლევამ აჩვენა, რომ იმ პატიმრების 32.1%, რომლებიც ყოველდღიურად იმყოფებიან სუფთა ჰაერზე, აცხადებენ, რომ პრაქტიკულად ჯანმრთელები არიან. ამავე ჯგუფის პატიმრები უფრო იშვიათად მიუთითებენ მძიმე და ქრონიკული დაავადებების არსებობაზე. გარდა ამისა, იმ პატიმრებს, რომლებიც ყოველდღიურად ატარებენ გარკვეულ დროს სუფთა ჰაერზე, უფრო იშვიათად აღენიშნებათ თვითდაზიანების, სუიციდური აზრებისა და თვითმკვლელობის მცდელობის შემთხვევები.

გამოკითხვა აჩვენებს, რომ პატიმრებს რამდენიმე მიზეზი უშლით ხელს სუფთა ჰაერზე დროის გატარებაში, კერძოდ, ეშინიათ, რომ კანონსაწინააღმდეგო ნივთი არ ჩაუდონ საკანში მათი იქ არყოფნის პერიოდში (15.4%); მათთვის მოუხერხებელ დროს, დილით ადრე/გვიან

---

[161] ევროპული ციხის წესები, წესი 27.1

[162] იხ. იქვე, წესი 27.2

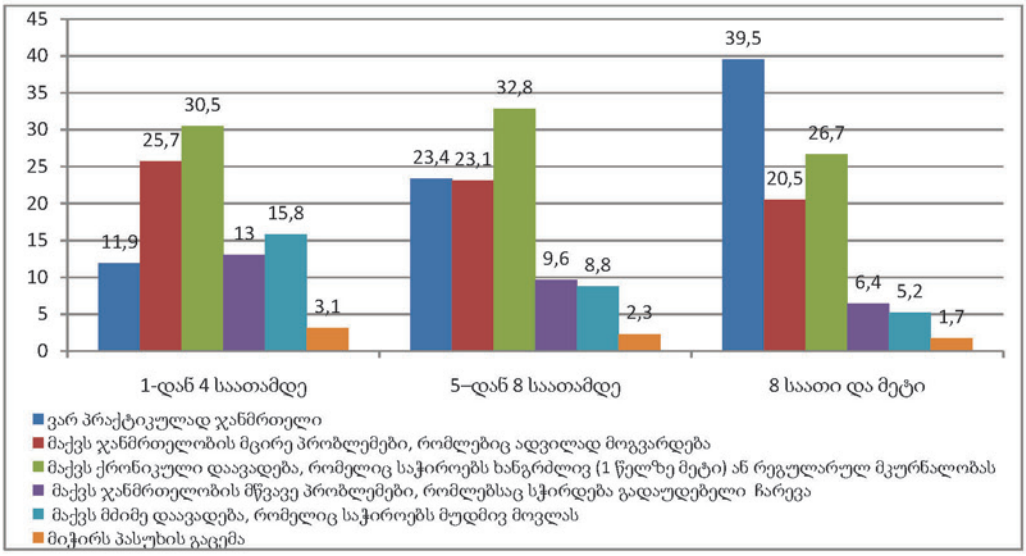
[163] კვირაში რამდენჯერმე გადის საკნიდან სუფთა ჰაერზე გამოკითხულ პატიმართა 12.8%, კვირაში ერთხელ – 2.4%, თვეში რამდენჯერმე – 3.5%, თვეში ერთხელ – 2.4% და ძალიან იშვიათად – 0.5%.

[164]დახურული ტიპის დაწესებულებაში გამოკითხული პატიმრების 5%-ზე ნაკლებს (იგულისხმება სამეურნეო სამსახურში დასაქმებული მსჯავრდებულები) საკნის გარეთ, სუფთა ჰაერზე 1-დან 8 საათზე მეტი დროის გატარების უფლება აქვს.

ღამით სთავაზობენ სუფთა ჰაერზე გასვლას (14.6%); უამინდობა/სიცივე (9.7%), მოტივაციის არქონა (9.2%), მოსწონთ საკანში განმარტოება (9%), ჯანმრთელობის ცუდი მდგომარეობა (5.5%), თუ თანამესაკნე არ გადის სასეირნოდ, მარტო არ გაჰყავთ (3%), რეჟიმი (დღის განრიგი) (2.7%) და სხვ. სახალხო დამცველი 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიშში[165] ასევე საუბრობს იმ მიზეზებზე, რომელთა გამოც პატიმრები თავს იკავებენ სუფთა ჰაერზე გასვლისგან.

პატიმრების გამოკვეთილი უმრავლესობის ძილის რეჟიმი ოპტიმალურია. გამოკითხულთა დიდ ნაწილს – 43.2% – დღე–ღამეში 8 საათი და მეტი სძინავს, ხოლო 37%–მდე – 5–8 საათი. გამოკითხულთა 17.7% აცხადებს, რომ დღე–ღამეში მხოლოდ 1–4 საათი სძინავს.

კვლევამ აჩვენა, რომ იმ პატიმრებიდან, რომლებსაც საშუალოდ 8 საათი და მეტი სძინავთ დღე–ღამეში - 39.5 % მიიჩნევს, რომ პრაქტიკულად ჯანმრთელია. ძილის საათების კლებასთან ერთად, იკლებს პატიმართა თვითშეფასება – პრაქტიკულად ჯანმრთელი. იმ პატიმრებიდან, რომლებსაც დღე–ღამეში საშუალოდ 5–დან 8 საათამდე სძინავთ – 23.4 % ფიქრობს, რომ პრაქტიკულად ჯანმრთელია, ხოლო დღე–ღამეში 1–დან 4 საათამდე ძილის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი – 11.9 %–ია.



დიაგრამა 32. კავშირი სუფთა ჰაერზე ყოფნასა და პატიმრის ჯანმრთელობის თვითშეფასებას შორის

ვარჯიშით, სპორტით, ან სხვა მსგავსი ფიზიკური აქტივობებით (საკუთარი ინიციატივით) პატიმართა უმრავლესობა (60.7%) არ არის დაკავებული. საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ

[165] http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf , გვ. 108–109.

დაწესებულების ტიპი მნიშვნელოვნად ახდენს გავლენას პატიმრების ფიზიკური აქტივობით დატვირთვის ხანგრძლივობაზე. 1–2 საათის ფარგლებში ნახევრად ღია დაწესებულებაში მყოფი პატიმრების 37.3% ვარჯიშობს, ხოლო დახურულ დაწესებულებაში იგივე მაჩვენებელი მხოლოდ 10%–ია.

გამოკითხულ პატიმართა ის ნაწილი, რომლებმაც აღნიშნეს, რომ არ ვარჯიშობენ, მიზეზებად სხვადასხვა ფაქტორს ასახელებს: ამ ქვეჯგუფში ყოველი მესამე (35.4%) ამბობს, რომ მათ სპორტული აქტივობებით დასაკავებლად ხელს არ უწყობს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ან ასაკი; დამატებით, დაახლოებით იგივე რაოდენობა (31.3%) აღნიშნავს, რომ დაწესებულებაში არ არის შესაბამისი პირობები ფიზიკური აქტივობებისთვის. გამოკითხულ პატიმართა მეხუთედი (20.5%) კი ამბობს, რომ მათ არ აქვთ მოტივაცია/ხალისი.

მნიშვნელოვანია, თუნდაც დაწესებულების შეზღუდული შესაძლებლობის პირობებში, ხელი შეეწყოს ინდივიდუალურ სპორტულ აქტივობებს. მაგალითად, თხოვნის შემთხვევაში, დამატებით გაიყვანონ პატიმარი სასეირნო ეზოში, სადაც ის შეძლებს ვარჯიშს ინდივიდუალურად.

უნდა აღინიშნოს, რომ დახურული და განსაკუთრებული რისკის დაწესებულებებში სასეირნო ეზოებში არსებული მდგომარეობა არ იძლევა სათანადო ფიზიკური დატვირთვის შესაძლებლობას. სასეირნო ეზოები არ არის აღჭურვილი სავარჯიშო ინვენტარით.[166] შესაბამისად, აუცილებელია, პენიტენციურ დაწესებულებებში სუფთა ჰაერზე ყოფნისა და ვარჯიშისთვის შეიქმნას სათანადო პირობები, მოეწყოს ეზოები სავარჯიშო ინვენტარით, ამასთანავე, დახურულ და განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში გაიზარდოს ყოველდღიურად სუფთა ჰაერზე ყოფნის ხანგრძლივობა.

ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად, პატიმრები ყველა დაწესებულებაში უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ დასვენებისა და კულტურული საქმიანობის შესაძლებლობით.[167] აუცილებელია, დახურული და განსაკუთრებული რისკის დაწესებულებებში მყოფ პატიმრებს, სულ მცირე, საკანში მაინც მიეცეთ შესაძლებლობა, დაკავდნენ მათთვის საინტერესო თავშესაქცევი, სახელოვნებო, შრომითი, შემეცნებითი და სხვა აქტივობით. ყოველი პენიტენციური დაწესებულება უნდა ცდილობდეს, რომ პატიმრები უზრუნველყოს საგანმანათლებლო პროგრამების ხელმისაწვდომობით, რომლებიც იქნება შეძლებისდაგვარად მრავალმხრივი და უპასუხებს პატიმართა ინდივიდუალურ საჭიროებებს მათი მისწრაფებების გათვალისწინებით.[168]

---

[166] იხილეთ სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიში, http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf , გვ. 101.

[167] ნელსონ მანდელას წესები, წესი 105.

[168] ევროპული ციხის წესები, წესი 28.1.

სასჯელის მოხდის ინდივიდუალური გეგმით[169] უნდა დადგინდეს და შეფასდეს რეაბილიტაციის კუთხით მსჯავრდებულთა საჭიროებები, თითოეული მსჯავრდებულისთვის განისაზღვროს ფსიქოსოციალური, სარეაბილიტაციო პროგრამების ინდივიდუალური ნუსხა. პროგრამის შედეგები კი უნდა აისახოს მსჯავრდებულის რისკების შეფასებისა და პირობით ვადამდე გათავისუფლების საკითხის გადაწყვეტაზე.[170] პატიმართა სასჯელის მოხდის ინდივიდუალური გეგმების შესწავლამ ცხადყო, რომ ეს გეგმები ზოგადი ხასიათისაა და არ შეიცავს მსჯავრდებულთა რეაბილიტაციის პროცესში განსახორციელებელ კონკრეტულ ქმედებებს. ინდივიდუალური გეგმები არ იძლევა სრულ სურათს მსჯავრდებულის საჭიროებებისა და პრობლემების იდენტიფიცირების შედეგად სპეციალისტის მიერ დადგენილი ან გატარებული სამუშაოების შესახებ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია რეაბილიტაციის კარგად გააზრებული სამოქმედო გეგმის შემუშავება და პროგრამების შერჩევისას ინდივიდუალური მიდგომა.

კვლევის ფარგლებში გამოკითხული პატიმრების დიდ უმრავლესობას (80.1%-89.4%–ის ფარგლებში) სარეაბილიტაციო აქტივობებში არ მიუღია მონაწილეობა. ის რესპონდენტები, რომლებიც არ მონაწილეობენ სარეაბილიტაციო აქტივობებში, შემდეგ მიზეზებს ასახელებენ: მონაწილეობას საჭიროდ არ მიიჩნევენ (21.9% –23.6 %), არ ფლობენ სათანადო ინფორმაციას (16%–18.7%), ღონისძიებების/პროგრამების არარსებობა (9.1%–13.3%), ჯანმრთელობის მდგომარეობა (5 %–9.1%), სურვილის უქონლობა (1.2 %–1.7 %).

რაც შეეხება სარეაბილიტაციო პროგრამებში მონაწილეობის მიღების სურვილს, მსურველთა რაოდენობა 37–41%-ის ფარგლებში მერყეობს. სამწუხაროდ, რესპონდენტთა უმრავლესობას არ სურს ამ ღონისძიებებსა თუ პროგრამებში მონაწილეობის მიღება. გამოკითხვამ აჩვენა, რომ საგანმანათლებლო/პროფესიულ პროგრამებში მონაწილეობის მიღების მსურველთა რაოდენობა სხვა პროგრამებთან შედარებით მაღალია (40.4%).

სარეაბილიტაციო აქტივობებში ჩასართავად, აუცილებელია პატიმრებისთვის მოტივაციის შექმნა, რაც დაწესებულების სოციალური განყოფილების თანამშრომელთა ამოცანაა. პატიმრებისთვის მოტივაციის შესაქმნელად, მნიშვნელოვანია სხვადასხვა წახალისების ფორმების გამოყენება. იმისთვის კი, რათა სოციალურმა სამსახურმა გააძლიეროს ამ კუთხით მუშაობა, აუცილებელია მისი სათანადო ადამიანური რესურსებით უზრუნველყოფა.

---

[169] მსჯავრდებულების სარეაბილიტაციო აქტივობებში ჩართვა ხდება მათი სასჯელის მოხდის ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად. სასჯელის მოხდის ინდივიდუალური დაგეგმვის მექანიზმი 2015 წელს დაინერგა და 2017 წლის ბოლომდე ყველა დაწესებულება მოიცვა.

[170] იხილეთ სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებული 2016 წლის საქმიანობის ანგარიში; ხელმისაწვდომია შემდეგ ელ. მისამართზე http://www.moc.gov.ge/images/catalog/items/zzzz.pdf [ბოლოს ნანახია 13.04.2018]

2016 წლის ოფიციალური მონაცემებით, პროფესიულ-საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობა მიიღო 1325 მსჯავრდებულმა,[171] მათგან პატიმრები სარეაბილიტაციო აქტივობებში მონაწილეობისთვის 105 შემთხვევაში წახალისდნენ. გამოდის, რომ 1 325 მსჯავრდებულიდან მხოლოდ 8% წახალისდა სარეაბილიტაციო აქტივობებში მონაწილეობისთვის, რაც საკმაოდ დაბალი მაჩვენებელია.

კვლევის მონაცემების თანახმად, საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობის მსურველთა რაოდენობა ერთმანეთისგან განსხვავდება იმის მიხედვით, თუ რა ტიპის პენიტენციურ დაწესებულებაში არიან ისინი მოთავსებულები. კერძოდ, დახურული ტიპის დაწესებულებაში მყოფი რესპონდენტების უფრო დიდი რაოდენობა (48.7%) გამოთქვამს მონაწილეობის სურვილს, ვიდრე ნახევრად ღია ტიპის პენიტენციური დაწესებულების პატიმრები (23.6%). ზუსტად ასეთივე განსხვავება ვლინდება კულტურულ ღონისძიებებში, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებსა და სპორტულ ღონისძიებებში პატიმრების ჩართულობის სურვილსა და პენიტენციური დაწესებულების ტიპს შორის.[172] სამივე შემთხვევაში, ჩამოთვლილ ღონისძიებებში ჩართვის მსურველ პატიმართა რაოდენობა დახურული ტიპის დაწესებულებაში უფრო მეტია, ვიდრე ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში. ეს იმით აიხსნება, რომ დახურული ტიპის დაწესებულებებში მყოფ პატიმრებს არ აქვთ საშუალება დაკავდნენ მათთვის საინტერესო, თავშესაქცევი, სახელოვნებო, შრომითი, შემეცნებითი და სხვა აქტივობით.[173]

დახურული და განსაკუთრებული რისკის თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში უმნიშვნელოვანესია მრავალმხრივი და პატიმართა ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული სარეაბილიტაციო პროგრამების დანერგვა. როგორც ზემოთ მოცემული ინფორმაციიდან ჩანს, ამ დაწესებულებებში მყოფი მსჯავრდებულების ჩართულობა სარეაბილიტაციო აქტივობებში ძალიან დაბალია, რაც დაწესებულებაში ქმნის არაჯანსაღ გარემოს და უარყოფითად აისახება პატიმრებსა და დაწესებულების თანამშრომლებს შორის არსებულ ურთიერთობაზე, ასევე დაწესებულებაში წესრიგისა და უსაფრთხოების დაცვის

---

[171] საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს მოსაზრებები „2015 წელს საქართველოში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვის მდგომარეობის შესახებ“ საქართველოს სახალხო დამცველის ანგარიშის თაობაზე, საქართველოს პარლამენტის დადგენილებით განსაზღვრულ რეკომენდაციებთან დაკავშირებით.

[172] კულტურულ ღონისძიებებში მონაწილეობის მიღების სურვილი დახურული ტიპის დაწესებულებებში გამოკითხულ პატიმართა 43.8%–მა გამოთქვა, ხოლო ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში 19.3%–მა; ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებში მონაწილეობის მიღების სურვილი დახურული ტიპის დაწესებულებებში გამოკითხულ პატიმართა 42.5%–მა გამოთქვა, ხოლო ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში – 21.1%–მა; რაც შეეხება სპორტულ ღონისძიებებს, ასეთ ღონისძიებებში მიღების სურვილი დახურული ტიპის დაწესებულებებში გამოკითხულ პატიმართა 47%–მა გამოთქვა, ხოლო ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში 22%–მა.

[173] იხილეთ სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიში, http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf , გვ. 116.

უზრუნველყოფაზე; სარეაბილიტაციო პროგრამების გარეშე მსჯავრდებულთა რესოციალიზაციის და დანაშაულის განმეორებით ჩადენის პრევენციის მიზნები ვერ მიიღწევა.

კვლევის ფარგლებში განხორციელებული ვიზიტების დროს დადგინდა, რომ პენიტენციურ დაწესებულებებში ფსიქოლოგებისა და სოციალური მუშაკების არასაკმარისი რაოდენობაა. N8 დაწესებულების სოციალური განყოფილების თანამშრომლის თქმით, იმისთვის, რათა სოციალურმა განყოფილებამ ნორმალურად შეძლოს ფუნქციონირება, აუცილებელია, როგორც მინიმუმ, ამ განყოფილების თანამშრომელთა რაოდენის გაორმაგება[174], ხოლო მომსახურების სათანადო ხარისხის უზრუნველსაყოფად უფრო მეტი თანამშრომლის დამატება იქნება საჭირო. ვინაიდან პენიტენციურ დაწესებულებებში ფსიქოლოგების ნაკლებობაა, სოციალური ურთიერთობებისა და კომუნიკაციის დეფიციტის ფონზე, პატიმრები ემოციური განტვირთვისთვის სამედიცინო პერსონალს მიმართავენ. საბოლოო ჯამში, სოციალური განყოფილებების გაძლიერება განტვირთავს სამედიცინო პერსონალის მუშაობას.

სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიშში აღნიშნულია, რომ N2 დაწესებულებაში 1 218, ხოლო N17 დაწესებულებაში 1 922 პატიმართან მხოლოდ 2 ფსიქოლოგს უწევდა მუშაობა; N14 დაწესებულებაში 1 152 და N15 დაწესებულებაში 1 706 მსჯავრდებულთან მხოლოდ 1 ფსიქოლოგი მუშაობდა. N8 დაწესებულებაში 2 370 პატიმართან 6 ფსიქოლოგი მუშაობდა, სადაც ერთ ფსიქოლოგს დაახლოებით 400 პატიმართან უწევდა მუშაობა.[175]

აქვე უნდა ითქვას, რომ სოციალური განყოფილებების თანამშრომლების არასათანადო სამუშაო პირობების ფონზე, ზოგიერთი ფსიქოლოგი დანანებით აღნიშნავს, რომ მათ გადატვირთულობის გამო არ აქვთ ფსიქოთერაპიული მუშაობის ჩატარების რესურსი,[176] ასევე არ აქვთ სათანადო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, მნიშვნელოვანია როგორც ფსიქოლოგების და სოციალური მუშაკების კვალიფიკაციის ამაღლება, ასევე ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკების საკმარისი რაოდენობის უზრუნველყოფა და მათთვის სათანადო სამუშაო პირობების შექმნა.

ევროპული ციხის წესების თანახმად, ციხის ხელმძღვანელობა უნდა ცდილობდეს სასარგებლო ხასიათის საკმარისი სამუშაოთი პატიმრების უზრუნველყოფას.[177]

---

[174] მაგ. 2016 წლის დეკემბრის თვის მდგომარეობით, N8 დაწესებულების სოციალურ განყოფილებაში 26 თანამშრომელი მუშაობდა (6 ფსიქოლოგი, 20 სოციალური მუშაკი), იმავე წლის განმავლობაში საშუალოდ 2 370 პატიმარი იმყოფებოდა N8 დაწესებულებაში).

[175] იხილეთ სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიში, http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf , გვ. 120.

[176] სოციალური განყოფილების თანამშრომლების სამუშაო პირობებთან დაკავშირებით, ინფორმაცია უფრო დეტალურად შეგიძლიათ იხილოთ სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიშში.

[177] წესი 26.2

პატიმრისათვის განკუთვნილი სამუშაო უნდა იყოს შეძლებისდაგვარად იმგვარი, რომ პატიმარს უნარჩუნებდეს ან უვითარებდეს გათავისუფლების შემდგომ თავის რჩენის უნარს.[178]

პენიტენციურ დაწესებულებებში ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად დადგინდა, რომ პატიმრების დასაქმების დონე ძალიან დაბალია, კერძოდ, რესპონდენტთა 92.7% დაუსაქმებელია.[179] მხოლოდ 7.3%-ს აქვს დასაქმებულის სტატუსი. ამათგან, პატიმართა 3.7% ეწევა სამეურნეო საქმიანობას, 1.9% – ინდივიდუალურ საქმიანობას და ა.შ. გამოკითხულთა მხოლოდ 0.7%-ია დასაქმებული მცირე საწარმოო კერებში. პატიმართა დასაქმების დონე შედარებით მაღალია (13.1%) ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებაში, ვიდრე დახურულ დაწესებულებაში (3.8%).

გამოკითხული პატიმრებიდან, რომლებიც არ არიან დასაქმებულები, გამოკვეთილ უმრავლესობას (68.4%) არ აქვს დასაქმების სურვილი. ამის მიზეზებად ისინი ასახელებენ: დასაქმების საჭიროების არარსებობას (18.4%), ჯანმრთელობის მდგომარეობას (15%), დაწესებულებაში მათთვის შესაფერისი სამუშაოს არარსებობას (7.1%). ზოგიერთი პატიმრის აზრით, პატიმრისთვის დასაქმება მიუღებელია (5.6%). დაუსაქმებელ პატიმართაგან მხოლოდ 24.1%-ს აქვს დასაქმების სურვილი.[180]

თუ გავითვალისწინებთ იმას, რომ 2015 წელს პენიტენციურ დაწესებულებებში საშუალოდ 10 333 პატიმარი იხდიდა სასჯელს, ხოლო 2016 წელს - 9 601, 2015 წლის განმავლობაში პატიმართა ამ რაოდენობიდან 8.4 % იყო დასაქმებული, ხოლო 2016 წელს - 6.1 %. სამწუხაროდ, უნდა აღინიშნოს, რომ 2016 წელს 2015 წელთან შედარებით, 28.1%-ით შემცირდა დასაქმებულ პატიმართა რაოდენობა. [181]

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **პენიტენციური დეპარტამენტის N2 და N15 დაწესებულებებში პატიმართა რაოდენობის შემცირებით უზრუნველყოს ამავე დაწესებულებებში გადატვირთულობის პრობლემის მოხსნა**
- **პენიტენციურ დაწესებულებებში მყოფი თითოეული პატიმარი უზრუნველყოს 4 m^2 საცხოვრებელი ფართობით**

---

[178] იხ. იქვე 26.3

[179] დაპატიმრებამდე უმუშევარი იყო გამოკითხულ პატიმართა 37%.

[180] მაგალითად, დაუსაქმებელი პატიმრებიდან ქალებს (57.7%), 35 წლის და მეტი ასაკის (ჯამში 40.5%) და მსჯავრდებულის სტატუსის პატიმრებს, უფრო მეტად აქვთ დასაქმების სურვილი, ვიდრე მამაკაცებს (18.7%), უმცროსი ასაკის (13.9%) და ბრალდებულის სტატუსის პატიმრებს.

[181] იხილეთ სახალხო დამცველის 2016 წლის ანგარიში, http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf [ბოლოს ნანახია 18.04.2018]

- უზრუნველყოს N14 და N17 დაწესებულებებში ე.წ. ბარაკის ტიპის საცხოვრებლების გაუქმება
- დახურული ტიპის დაწესებულებაში მყოფ პატიმრებს მიეცეთ 1 საათზე მეტი ხნით სუფთა ჰაერზე ყოფნის შესაძლებლობა
- 2018 წელს გაიზარდოს სარეაბილიტაციო აქტივობების მოცულობა
- დახურული და განსაკუთრებული რისკის დაწესებულებებში მყოფ პატიმრებს მიეცეთ 1 საათზე მეტი ხნით სუფთა ჰაერზე ყოფნის შესაძლებლობა
- საჭირო სარეაბილიტაციო პროგრამების დანერგვის მიზნით, 2018 წელს განახორციელოს საჭიროებების შეფასება და სხვადასხვა ქვეყნის საუკეთესო პრაქტიკის კვლევა
- სარეაბილიტაციო პროგრამების ინტერესების სფეროს განსაზღვრის მიზნით, 2018 წელს უზრუნველყოს ყველა მსჯავრდებულის გამოკითხვა
- სარეაბილიტაციო პროგრამებში მონაწილეობისთვის მოტივაციის შესაქმნელად, ნორმატიულად განსაზღვროს სარეაბილიტაციო პროგრამაში წარმატებული მონაწილეობისთვის, კონკრეტული სარეაბილიტაციო პროგრამის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი პირის შუამდგომლობის საფუძველზე, დაწესებულების დირექტორის მიერ მსჯავრდებულის წახალისების ვალდებულება
- ერთსა და იმავე ტიპის დაწესებულებებში უზრუნველყოს ერთგვაროვანი, საბაზისო სარეაბილიტაციო პროგრამების განხორციელება
- უზრუნველყოს 2017 წელს დაბალი რისკის დაწესებულებებში განხორციელებული სარეაბილიტაციო პროგრამების განხორციელება ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში; 2017 წელს ნახევრად ღია ტიპის დაწესებულებებში განხორციელებული სარეაბილიტაციო პროგრამების განხორციელება დახურული ტიპის დაწესებულებებში ინფრასტრუქტურისა და უსაფრთხოების ნორმების გათვალისწინებით; უზრუნველყოს 2017 წელს დახურული ტიპის დაწესებულებებში განხორციელებული სარეაბილიტაციო პროგრამების განხორციელება განსაკუთრებული რისკის დაწესებულებებში, ინფრასტრუქტურისა და უსაფრთხოების ნორმების გათვალისწინებით
- თითოეული მსჯავრდებულის სასჯელის მოხდის ინდივიდუალური გეგმა გაიწეროს მსჯავრდებულის ინდივიდუალური საჭიროებების შეფასების საფუძველზე და ის მოიცავდეს კონკრეტული ღონისძიებების ჩამონათვალს, რომელიც მსჯავრდებულთან მიმართებით უნდა განხორციელდეს კონკრეტული პერიოდების მითითებით
- 2018 წელს გაიზარდოს ფსიქოლოგებისა და სოციალური მუშაკების რაოდენობა
- 2018 წელს გაიზარდოს სოციალური განყოფილების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა და სახალხო დამცველის აპარატს მიეწოდოს ინფორმაცია სამუშაო პირობების გაუმჯობესების შესახებ
- პატიმართა დასაქმების მიზნით, შეიქმნას საწარმოო კერები და ხელი შეეწყოს ინდივიდუალურ საქმიანობას

5.5. ძალადობრივი გარემო, როგორც რისკ-ფაქტორი

ძალადობა იწვევს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს მთელი ცხოვრების მანძილზე. სიკვდილიანობის ისეთი გავრცელებული მიზეზები, როგორიცაა გულის დაავადება, ინსულტი, სიმსივნე და აივ ინფექცია/შიდსი, ხშირად დაკავშირებულია ძალადობის მსხვერპლის ქცევასთან, როგორიცაა თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლის ჭარბად მიღება, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება. ძალადობის მსხვერპლის ასეთი ქცევა, მსხვერპლის აზრით, მიმართულია ძალადობის ფსიქოლოგიურ ეფექტთან გამკლავებისკენ.[182]

„ნელსონ მანდელას წესების" თანახმად, ყველა პატიმრის მიმართ მოპყრობა უნდა ეფუძნებოდეს მათი, როგორც ადამიანის, თანდაყოლილი ღირსებისა და ფასეულობის პატივისცემას. დაუშვებელია, რომელიმე პატიმარი დაექვემდებაროს, და ნებისმიერი პატიმარი უნდა იყოს დაცული წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობისა ან დასჯისაგან, რომელსაც არ შეიძლება ჰქონდეს გამართლება არცერთ შემთხვევაში. აუცილებელია, პატიმრების, დაწესებულების თანამშრომლების, სერვისის მიმწოდებლებისა და სტუმრების უსაფრთხოებისა და დაცულობის მუდმივად უზრუნველყოფა.[183]

ჩატარებულმა სოციოლოგიურმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ძალადობის გამოცდილება პატიმრებს არამარტო პენიტენციურ დაწესებულებაში ჰქონიათ, არამედ ძალადობა დაპატიმრებამდეც განუცდიათ. კვლევის მონაცემების თანახმად, გამოკითხულ პატიმართა 11.2% დაპატიმრებამდე სხვადასხვა სიხშირით გამხდარა ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი. რაც შეეხება დაპატიმრების შემდგომ (იგულისხმება პოლიციის მიერ დაკავების მომენტიდან), ბოლო სამი წლის განმავლობაში ფიზიკურ ძალადობას, გამოკითხულ პატიმართა 6% აცხადებს, რომ მასზე ფიზიკურად უძალადიათ სხვადასხვა სიხშირით. დაპატიმრებამდე ფსიქოლოგიურ ძალადობაზე უთითებს გამოკითხულ პატიმართა 9%, ხოლო დაპატიმრების შემდეგ, ბოლო სამი წლის განმავლობაში, ფსიქოლოგიურ ძალადობას დაექვემდებარა გამოკითხულ პატიმართა 9.7%.

სოციოლოგიური გამოკითხვის ფარგლებში რესპონდენტებს დაესვათ კითხვა, ბოლო სამი წლის განმავლობაში, ხომ არ დაუკარგავთ გონება თავის ტრავმის მიზეზით[184]. გამოკითხულ პატიმართა 8.8%-მა აღნიშნა, რომ ჰქონიათ ასეთი შემთხვევა. იმ პატიმრებიდან, რომლებსაც დაუკარგავთ გონება თავის ტრავმის გამო, 24.9% თავის ტრავმას პენიტენციური

---

[182] Global Status Report on Violence Prevention, 2014, p. 8, available in English and Portuguese at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/ last visit on 03.01.2018.

[183] ნელსონ მანდელას წესები-წესი 1.

[184] გონების დაკარგვის გამომწვევი ტრავმა შესაძლოა რესპონდენტს სამი წლის წინაც მიეღო.

დაწესებულების თანამშრომლების მხრიდან ფიზიკურ ძალადობას უკავშირებს, 10% - ცემას პოლიციელთა მხრიდან, 12% - ფიზიკურ დაპირისპირებას პატიმართა შორის (ჩხუბს).

საქართველოს სახალხო დამცველისა და სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ძალადობის არსებითი რისკ-ფაქტორი პენიტენციურ დაწესებულებებში არსებული კრიმინალური სუბკულტურიდან მომდინარეობს.[185] ვინაიდან ციხეში არსებული არაფორმალური წესების თანახმად, პატიმრის მიერ სხვა პატიმრის მხრიდან ძალადობის ფაქტის შეტყობინება არასწორ საქციელად ითვლება და შესაძლებელია მოჰყვეს პატიმრების მხრიდან ანგარიშსწორება, ხშირ შემთხვევაში, ასეთი ძალადობის მსხვერპლი პატიმრები დუმილს ამჯობინებენ. შესაბამისად, პატიმართა შორის ფიზიკური ძალადობის მასშტაბი შესაძლოა აღემატებოდეს როგორც ოფიციალურ სტატისტიკას, ასევე სოციოლოგიური გამოკითხვის მონაცემებს.

ფსიქოლოგიური ძალადობის მასშტაბები კიდევ უფრო ძნელი დასადგენია, რადგან პატიმრებს შესაძლოა უჭირდეთ იმის ზუსტად გააზრება, თუ რა წარმოადგენს ფსიქოლოგიურ ძალადობას. შესაძლებელია გარკვეული ნაწილი ფსიქოლოგიურ ძალადობად აფასებდეს სისტემატურ მუქარას, მაშინ, როდესაც ციხის მკაცრი არაფორმალური წესებით პატიმრებს შორის ყოველდღიური ინტერაქცია და ე.წ. „გარჩევები" არ იყოს გაცნობიერებული, როგორც ფსიქოლოგიური ძალადობა. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ციხეში არსებული არაფორმალური წესები და მისგან გამომდინარე გარემო, ნებისმიერ შემთხვევაში, ხელს უშლის პოზიტიური ფსიქოემოციური ფონის ჩამოყალიბებას და მნიშვნელოვან სტრესულ ფაქტორს წარმოადგენს.

პენიტენციურ დაწესებულებებში ძალადობისგან თავისუფალი გარემოს შექმნის საკითხზე მსჯელობა და სახალხო დამცველის რეკომენდაციები მოცემულია საქართველოს სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიშში.[186] რაც შეეხება ძალადობის მსხვერპლთა დახმარებას, მნიშვნელოვანია დაინერგოს ძალადობის მსხვერპლთა გამოვლენის ინსტრუმენტი და უზრუნველყოფილ იქნას ძალადობის მსხვერპლთა სამედიცინო და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია. ფსიქოთერაპიის ნაწილში მნიშვნელოვანია დაინერგოს ტრავმაზე ფოკუსირებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მოდული.

რეკომენდაცია სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის მინისტრს:

- **დაინერგოს ძალადობის მსხვერპლთა იდენტიფიცირების ინსტრუმენტი**

---

[185] იხ. საქართველოს სახალხო დამცველის 2016 წლის საპარლამენტო ანგარიში, გვ. 49-50, ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე შემდეგ მისამართზე: http://www.ombudsman.ge/uploads/other/4/4494.pdf [ბოლოს ნანახია 03.01.2018]

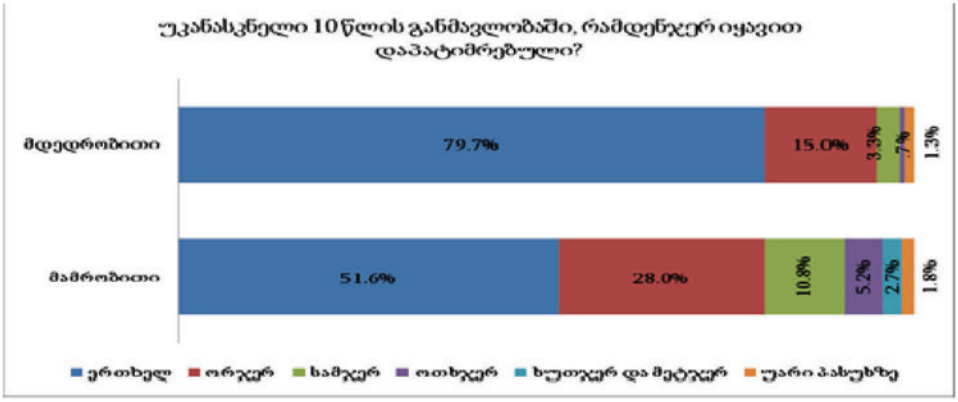
[186] იქვე, გვ. 30-91

- **შეიქმნას ძალადობის მსხვერპლთა სამედიცინო და ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა**
- **დაინერგოს ტრავმაზე ფოკუსირებული კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის მოდული**

5.6. პატიმრობის ხანგრძლივობა, როგორც რისკ-ფაქტორი

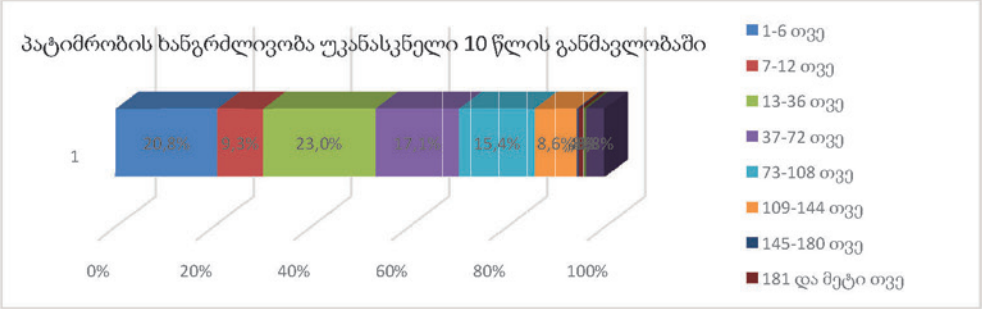
ამ ქვეთავში პატიმრობის ხანგრძლივობას განვიხილავთ, როგორც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების რისკ-ფაქტორს. ერთი მხრივ, ხანგრძლივი პატიმრობა, მიუხედავად იმისა, განიცდის თუ არა კონკრეტული პატიმარი ზემოთ მიმოხილული რისკ-ფაქტორების ზემოქმედებას (მაგალითად, ძალადობა, პატიმრობის ცუდი პირობები.), თავისთავად შეიძლება წარმოადგენდეს რისკ-ფაქტორს. თავისუფლების აღკვეთა, რაც არ უნდა ჰუმანურ პირობებში მიმდინარეობდეს, თავისთავად არის მნიშვნელოვანი დისტრესი და შესაბამისად, შესაძლოა ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორი იყოს. ხანგრძლივი პატიმრობა არასათანადო პირობებთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორებისადმი ექსპოზიციის დროს, ზრდის და შესაბამისად, შესაძლოა უარყოფითად აისახოს პატიმრის ჯანმრთელობაზე.

სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულ პატიმართა უმრავლესობა (56.2%) უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში მხოლოდ ერთხელ იყო დაპატიმრებული, 25.9% აღნიშნავს, რომ ისინი ორჯერ დააპატიმრეს, ხოლო დაახლოებით 10% სამჯერ დაპატიმრებაზე მიუთითებს. დაპატიმრების ოთხ და მეტ შემთხვევებზე რესპონდენტთა მცირე რაოდენობა მიუთითებს. ქალ პატიმართა დიდი უმრავლესობა (80%–მდე) ერთხელ არის დაპატიმრებული, მაშინ როდესაც მამაკაცი პატიმრების თითქმის ნახევარი – ორჯერ და მეტჯერ პატიმრობაზე მიუთითებს.



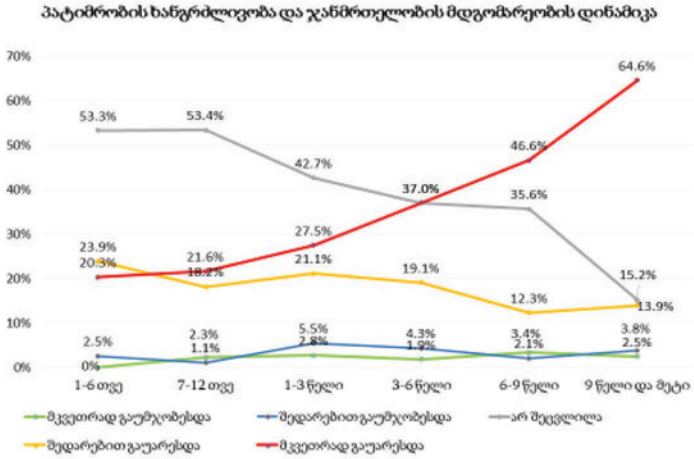
დიაგრამა 33 ბოლო 10 წლის განმავლობაში პატიმრობების რაოდენობა

უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში პენიტენციურ დაწესებულებაში გატარებული დროის ხანგრძლივობა გამოკითხულთა უფრო დიდი ნაწილისთვის (23%) 13-დან 36 თვემდე მერყეობს.



დიაგრამა 34. პატიმრობის ხანგრძლივობა ბოლო 10 წლის განმავლობაში

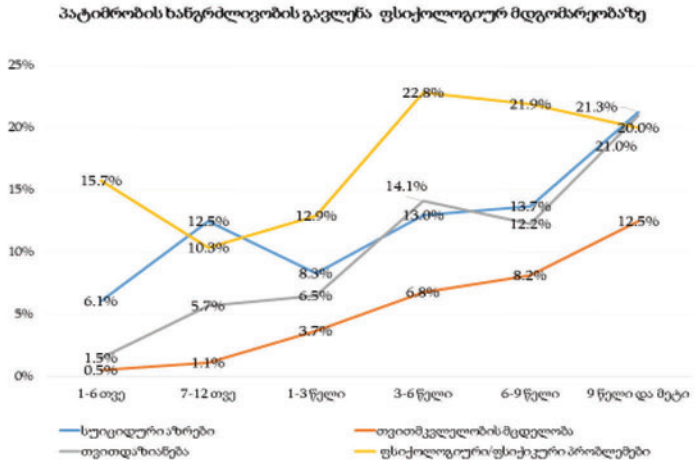
სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგად დადგინდა კორელაცია პატიმართა ჯანმრთელობის დინამიკის თვითშეფასებასა და პატიმრობის ხანგრძლივობას შორის (იხ. დიაგრამა N35). ერთ წლამდე პატიმრობის შემთხვევაში, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრ გაუარესებაზე მიუთითებს პატიმართა 21-23%. პატიმრობის ვადის გაზრდასთან ეს მაჩვენებელი მკვეთრად იზრდება: იმ პატიმრების ჯგუფში, რომლებიც პენიტენციურ დაწესებულებებში სამიდან ექვს წლამდე იმყოფებიან, ჯანმრთელობის მკვეთრ გაუარესებაზე მიუთითებს რესპონდენტთა 37%, ხოლო ცხრა წელზე მეტი პატიმრობის ხანგრძლივობის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 64%-მდე იზრდება.



დიაგრამა 35. პატიმრობის ხანგრძლივობა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის დინამიკა

პატიმრობის ხანგრძლივობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პატიმართა ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვითშეფასებაზე. ფსიქოლოგიური/ფსიქიკური პრობლემების არსებობაზე პატიმრობის პირველ ექვს თვეში რესპონდენტთა 15.7% მიუთითებს. პატიმრობასთან შეგუების პერიოდის გავლის შემდეგ (7-12 თვე) ეს მაჩვენებელი 10%-მდე მცირდება, თუმცა პატიმრობის ხანგრძლივობის შემდგომ ზრდასთან ერთად, მათი რაოდენობა ორჯერ იზრდება და 20%-ს აღწევს.

გამოკითხვის შედეგად ასევე გამოვლინდა მკვეთრად გამოხატული კორელაცია პატიმრობის ხანგრძლივობას და თვითდაზიანების, სუიციდური აზრებისა და თვითმკვლელობის მცდელობის შემთხვევებს შორის (იხ.დიაგრამა N36).



დიაგრამა 36. პატიმრობის ხანგრძლივობის გავლენა ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ნათელია, რომ პატიმრობის ხანგრძლივობა გავლენას ახდენს როგორც ფსიქიკური, ასევე სომატური ჯანმრთელობის მდგომარეობის თვითშეფასებაზე. ამასთან, ის აუტოაგრესიის მაპროვოცირებელ ფაქტორადაც გვევლინება. ამდენად, აუცილებელია, სისხლის სამართლის პოლიტიკის ლიბერალიზაციისა და სასჯელის მოხდისაგან ვადაზე ადრე გათავისუფლების ეფექტიანი სისტემის დანერგვით, მაქსიმალურად იყოს თავიდან აცილებული ხანგრძლივი პატიმრობა. პატიმრობის ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პატიმრობის თანმდევი ფსიქიკური და სომატური ჯანმრთელობის გართულებების ადეკვატურ მართვას.