დამტკიცებულია საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს პლენუმის 2019 წლის 17 დეკემბრის №119/1 დადგენილებით

სარჩელის რეგისტრაციის №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ მიღების თარიღი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



კონსტიტუციური სარჩელის სასარჩელო სააპლიკაციო ფორმა

საქართველოს კონსტიტუციის მეორე თავით აღიარებულ ადამიანის ძირითად უფლებებთან და თავისუფლებებთან მიმართებით საქართველოს ნორმატიული აქტის შესაბამისობის შესახებ (საქართველოს კონსტიტუციის მე-60 მუხლის მე-4 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი და „საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლო შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის მე-19 მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტი).

ფორმის შევსების დეტალური ინსტრუქცია და რჩევები შეგიძლიათ იხილოთ საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს ვებგვერდზე [www.constcourt.ge](http://www.constcourt.ge). სარჩელის ფორმის თაობაზე, კითხვების ან/და რეკომენდაციების არსებობის შემთხვევაში, გთხოვთ, დაგვიკავშირდეთ <https://www.constcourt.ge/ka/contact>.

**I   
ფორმალური ნაწილი**

1. მოსარჩელე/მოსარჩელეები *შენიშვნა [[1]](#footnote-1)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. საქართველოს სახალხო დამცველი | |  | |  |
| სახელი, გვარი/დასახელება | | პირადი/ საიდენტიფიკაციო № | | ტელეფონის ნომერი |
|  |  | |  | |
| ელექტრონული ფოსტა | მოქალაქეობა, რეგისტრაციის ადგილი | | მისამართი | |

2. მოსარჩელის წარმომადგენელი/წარმომადგენლები *შენიშვნა [[2]](#footnote-2)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. მიხეილ შარაშიძე | |  |  |
| სახელი გვარი/დასახელება | | პირადი/საიდენტიფიკაციო № | ტელეფონის ნომერი |
|  |  | | |
| ელექტრონული ფოსტა | მისამართი | | |

3. სადავო სამართლებრივი აქტ(ებ)ი. *შენიშვნა[[3]](#footnote-3)*

|  |  |
| --- | --- |
| აქტის დასახელება | 1. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი |
| მიღების თარიღი | 1. 14/07/2006 |
| მოპასუხის დასახელება | 1. საქართველოს პარლამენტი |
| მოპასუხის მისამართი | 1. თბილისი, რუსთაველის გამზირი N8, 0118 |

4. მიუთითეთ სადავო ნორმა/ნორმებ. აგრეთვე, მათ გასწვრივ კონსტიტუციური დებულება/დებულებები, რომლებთან მიმართებითაც ითხოვთ სადავო ნორმის არაკონსტიტუციურად ცნობას. *შენიშვნა [[4]](#footnote-4)*

|  |  |
| --- | --- |
| სადავო ნორმატიული აქტი (ნორმა) | საქართველოს კონსტიტუციის დებულება |

|  |  |
| --- | --- |
| „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ითვალისწინებს ექიმის უფლებას, უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით პაციენტს შეუზღუდოს, მათ შორის, მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ და „ე“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული უფლებები. | საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტი: *„დაუშვებელია ადამიანის წამება, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობა, არაადამიანური ან დამამცირებელი სასჯელის გამოყენება.“*  საქართველოს კონსტიტუციის მე-12 მუხლი: *„ყველას აქვს საკუთარი პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლება.“*  საქართველოს კონსტიტუციის მე-13 მუხლის პირველი პუნქტი: *„ადამიანის თავისუფლება დაცულია.“*  საქართველოს კონსტიტუციის მე-13 მუხლის მე-2 პუნქტი: *„თავისუფლების აღკვეთის ან თავისუფლების სხვაგვარი შეზღუდვის შეფარდება დასაშვებია მხოლოდ სასამართლოს გადაწყვეტილებით.“* |
| „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ითვალისწინებს ექიმის უფლებას, უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით პაციენტს შეუზღუდოს, მათ შორის, მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული უფლებები, კერძოდ, გამოიყენოს ე.წ. „სწრაფი ტრანკვილიზება“ | საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტი: *„დაუშვებელია ადამიანის წამება, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობა, არაადამიანური ან დამამცირებელი სასჯელის გამოყენება.“* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

5. მიუთითეთ საქართველოს კონსტიტუციისა და კანონმდებლობის ნორმები, რომლებიც უფლებას განიჭებთ, მიმართოთ საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს.

|  |
| --- |
| საქართველოს კონსტიტუციის მე-60 მუხლის მე-4 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი, „საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის მე-19 მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტი და 39-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი. |

**II  
კონსტიტუციური სარჩელის საფუძვლიანობა, მოთხოვნის არსი და დასაბუთება**

1. განმარტებები კონსტიტუციური სარჩელის არსებითად განსახილველად მიღებასთან დაკავშირებით. *შენიშვნა[[5]](#footnote-5)*

|  |
| --- |
| კონსტიტუციური სარჩელის დასაშვებობა:  მიგვაჩნია, რომ კონსტიტუციური სარჩელი:  **ა)** ფორმით და შინაარსით შეესაბამება „საკონსტიტუციო სასამართლოს შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის 311-ე მუხლით დადგენილ მოთხოვნებს;  **ბ)** შეტანილია უფლებამოსილი სუბიექტის - საქართველოს სახალხო დამცველის მიერ (საქართველოს კონსტიტუციის მე-60 მუხლის მე-4 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის მიხედვით, საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლო სახალხო დამცველის სარჩელის საფუძველზე იხილავს ნორმატიული აქტის კონსტიტუციურობას კონსტიტუციის მეორე თავით აღიარებულ ადამიანის ძირითად უფლებებთან მიმართებით);  **გ)** სარჩელში მითითებული საკითხი არის საკონსტიტუციო სასამართლოს განსჯადი;  **დ)** სარჩელში მითითებული საკითხი არ არის გადაწყვეტილი საკონსტიტუციო სასამართლოს მიერ;  **ე)** სარჩელში მითითებული საკითხი რეგულირდება საქართველოს კონსტიტუციის მე-11 მუხლის პირველი პუნქტითა და მე-15 მუხლის პირველი პუნქტით;  **ვ)** კანონით არ არის დადგენილი სასარჩელო ხანდაზმულობის ვადა;  **ზ)** სადავო კანონქვემდებარე ნორმატიულ აქტის კონსტიტუციურობაზე სრულფასოვანი მსჯელობა შესაძლებელია ნორმატიული აქტების იერარქიაში მასზე მაღლა მდგომი იმ ნორმატიული აქტის კონსტიტუციურობაზე მსჯელობის გარეშე, რომელიც კონსტიტუციური სარჩელით გასაჩივრებული არ არის. |

1. კონსტიტუციური სარჩელის არსი და დასაბუთება *შენიშვნა[[6]](#footnote-6)*

**„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული მე-5 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტის შეზღუდვის კონსტიტუციურობის შეფასება**

* ***სადავო ნორმის ნორმატიული შინაარსი***

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მთავარ მიზანს ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის ფსიქიატრიული დახმარების ხელმისაწვდომობა და უწყვეტობა, ასევე პაციენტთა უფლებების, თავისუფლებებისა და ღირსების დაცვის უზრუნველყოფა წარმოადგენს.[[7]](#footnote-7)

პირველ რიგში, უნდა აღინიშნოს, რომ კანონის მიხედვით, ფსიქიატრიული დახმარება წარმოდგენს ღონისძიებათა კომპლექსს, რომლის მიზანია ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირის გამოკვლევა, მკურნალობა და დაავადების გამწვავების თავიდან აცილება, მისი სოციალური ადაპტაციისა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციის ხელშეწყობა[[8]](#footnote-8) პაციენტი არის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი, რომელიც სარგებლობს ფსიქიატრიული დახმარებით;[[9]](#footnote-9) ფსიქიკური აშლილობა კი გულისხმობს, ძირითადი ფსიქიკური ფუნქციების ან ქცევის აშლის გამომხატველ სიმპტომთა ჯგუფს, რომლიც იწვევს პიროვნულ დისფუნქციას და არღვევს პირის გარემოსთან ადაპტაციის პროცესს.[[10]](#footnote-10)

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მიხედვით, პაციენტი აღჭურვილია მნიშვნელოვანი სამართლებრივი გარანტიებით, როგორიცაა უფლება ისარგებლოს ჰუმანური მოპყრობით, რომელიც გამორიცხავს მისი ღირსების შემლახავ ყოველგვარ მოქმედებას;[[11]](#footnote-11) ისარგებლოს შესაბამისი მკურნალობით აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, პირობების მინიმალური შეზღუდვით და იმ მეთოდებით, რომლებიც დაამტკიცა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, შეძლებისდაგვარად თავის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს;[[12]](#footnote-12) მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია თავისი დაავადების და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;[[13]](#footnote-13) ასევე, გაეცნოს მის შესახებ არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას, მაგრამ აქ უნდა აღინიშნოს, რომ თავად ექიმი განსაზღვრავს პაციენტისა და მესამე პირისათვის *სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაციის მიწოდების მოცულობასა და ფორმას;[[14]](#footnote-14)* ასევე, შეიტანოს საჩივარი და განცხადება სასამართლოსა და სხვა სახელმწიფო დაწესებულებებში.[[15]](#footnote-15)

ჩამოთვლილი გარდა, პაციენტის ყველაზე მნიშვნელოვან უფლებას წარმოდგენს ***მკურნალობის ჩატარებაზე უარის თქმის შესაძლებლობა***,[[16]](#footnote-16) თუმცა იგი შეიძლება შეიზღუდოს კანონით გათვალისწინებულ გარკვეულ შემთხვევებში,[[17]](#footnote-17) როდესაც პაციენტის მიმართ საჭიროა ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება, ასევე, როდესაც საჭიროა არანებაყოფლობითი ან იძულებითი ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა. მიუხედავად იმისა, რომ თავად მე-5 მუხლის *„ე“ ქვეპუნქტი სამ გამონაკლის შემთხვევაზე მიუთითებს,* ***მასში ჩამოთვლილი პაციენტის უფლებები სხვა შემთხვევაშიც შესაძლებელია შეიზღუდოს. კონკრეტულად კი, ექიმს უფლება აქვს, უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით შეზღუდოს პაციენტის უფლებები,*** *გარდა ამ კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ა“, „ვ“, „ზ“, „ი“ და „კ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული უფლებებისა,*[[18]](#footnote-18) რის შემდეგაც ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

ასევე, ნათელია, რომ მე-5 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტი არ არის იმ უფლებათა ჩამონათვალში, რომლის შეზღუდვის შესაძლებლობაც ექიმს არ აქვს. შესაბამისად, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის მიხედვით, ექიმს უფლება აქვს უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით შეზღუდოს პაციენტის გარკვეული უფლებები, მათ შორის პაციენტის უფლება *უარი თქვას მკურნალობაზე.* უფლების დარღვევის მასშტაბის გასაანალიზებლად, მნიშვნელოვანია საკანონმდებლო რეგულაციების სისტემური ანალიზი, რაც უფრო ნათლად წარმოაჩენს, თუ რატომ არ უნდა ჰქონდეს ექიმს კონკრეტული უფლების შეზღუდვის შესაძლებლობა.

პირველ რიგში, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ კანონმდებლობის მიხედვით, ***სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება ნებაყოფლობითია,*** გარდა სამი გამონაკლისისა, როდესაც სტაციონარში მყოფი პაციენტის ძალადობის შემცველი ქცევის კონტროლის მიზნით, მის მიმართ საჭირო ხდება ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება,[[19]](#footnote-19) ასევე არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარებისას[[20]](#footnote-20) და იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობისას.[[21]](#footnote-21) **შესაბამისად, იმ შემთხვევაში თუ ზემოაღნიშნული სამი პირობა არ არსებობს, სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება არ უნდა გასცდეს ნებაყოფლობითობის პრინციპს და პაციენტს გაეწიოს დახმარება აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, შესაბამისი ნებართვის მქონე სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.** მაგრამ როგორც უკვე აღინიშნა, არანებაყოფლობით მკურნალობის დასახელებული პირობების გარდა, ***სადავო ნორმა ითვალისწინებს შეზღუდვის დამოუკიდებელ საფუძველს,*** როდესაც ექიმი მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად ზღუდავს უფლებას.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტი ნებაყოფლობითი მკურნალობისათვის სტაციონარში თავსდება ***პაციენტის თხოვნით ან/და ინფორმირებული თანხმობით****.*[[22]](#footnote-22) ხოლო ინფორმირებული თანხმობა სტაციონარში მოთავსებისა და მკურნალობის შესახებ დადასტურებული უნდა იქნეს სამედიცინო დოკუმენტაციაში პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერით.[[23]](#footnote-23) აღსანიშნავია, რომ კანონის მიხედვით, *ინფორმირებული თანხმობა* გულისხმობს, პირის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობას ფსიქიატრიული დახმარების მიღებაზე, მისთვის დაავადებისა და სამედიცინო ჩარევის შესახებ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ.[[24]](#footnote-24) აქედან გამომდინარე, პაციენტს გაცნობიერებული უნდა ქონდეს მის მიერ მკურნალობის დაწყებისა და სტაციონარში მოთავსების პირობები.

ნებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარებისას, სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტს გააჩნია კონკრეტული უფლებები, მაგალითად როგორიცაა მიიღოს და გაგზავნოს წერილი, გზავნილი შემოწმების გარეშე;[[25]](#footnote-25) სტაციონარის შინაგანაწესის თანახმად, ისარგებლოს ტელეფონით და სხვა საკომუნიკაციო საშუალებებით;[[26]](#footnote-26) ასევე მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტს უფლება აქვს *ხანმოკლე ვადით დატოვოს სტაციონარი, სტაციონარიდან გაწერის გარეშე, მისი ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით[[27]](#footnote-27) და ისარგებლოს ამ კანონის მე-5 მუხლით განსაზღვრული სხვა უფლებებით.*[[28]](#footnote-28) შესაბამისად, მე-5 მუხლით გათვალისწინებული უფლებები პაციენტისათვის წარმოდგენს ფუნდამენტური მნიშვნელობის მქონე უფლებებს, რომელთა შეზღუდვაც მხოლოდ და მხოლოდ განსაკუთრებულ გარემოებებს უნდა უკავშირდებოდეს.

**მნიშვნელოვანია, რომ კანონმდებლობა პირდაპირ კრძალავს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნებას იმაზე მეტი ხნით, ვიდრე ეს საჭიროა მისი გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის.[[29]](#footnote-29)** სტაციონარში ნებაყოფლობითი მკურნალობისათვის მოთავსებული პაციენტის გაწერა ხდება:[[30]](#footnote-30)

* სამედიცინო ჩვენების ამოწურვისას ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის გადაწყვეტილებით;
* **პაციენტის მოთხოვნით მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე;**

შესაბამისად, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონი, ნებაყოფლობითი მკურნალობისას, პირდაპირ აწესებს, რომ პაციენტის მოთხოვნით ნებისმიერ ეტაპზე შესაძლებელია მკურნალობის შეწყვეტა და სტაციონარში ყოფნაზე უარის თქმა.

აღსანიშნავია, რომ პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის თქმა ითვალისწინებს გამონაკლისსაც, იმ შემთხვევაში თუ სტაციონარში ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობის გაგრძელებაზე, ***მაგრამ მისი ფსიქიკური მდგომარეობა შეიცვალა და შეესაბამება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმებს, პაციენტის მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს მისი ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე*.**[[31]](#footnote-31)

შესაბამისად, კანონის დანაწესი ცხადყოფს, რომ თუ პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობაზე (რომელიც ნებაყოფლობით იყო განთავსებული სტაციონარში და მკურნალობაზე განაცხადა ინფორმირებული თანხმობა) და საჭიროა მისთვის მკურნალობის გაგრძელება მისი ნებართვის გარეშე, ამ შემთხვევაში პაციენტი აღარ მოიაზრება საკანონმდებლო რეგულაციით გათვალისწინებული „ნებაყოფლობითობის სფეროში“ და ის ექვემდებარება არანებაყოფლობითი მკურნალობის წესებს, რომელიც განსხვავებულ სამართლებრივ რეალობას გვთავაზობს. მიუხედავად იმისა, რომ კონკრეტულ ნორმებიდან მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტი ეხება მკურნალობის ჩატარების უფლების შეზღუდვას, ხოლო მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტი მკურნალობის შეწყვეტის უფლებას, მნიშვნელოვანია რომ ორივე მათგანზე ვრცელდებოდეს მსგავსი გარანტიები, რადგან სწორედ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას მკურნალობის ჩატარებაზე უარის თქმის უფლება წარმოდგენს ერთ-ერთ მთავარ პროცედურას მკურნალობის შეწყვეტისა და სტაციონარის დატოვების კუთხით.

ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია განვიხილოთ, თუ რა შინაარსობრივ რეგულაციას ითვალისწინებს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ კანონის“ მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტი. ნორმა ტექსტუალურად პირდაპირ მიუთითებს თუ როდის შეუძლია ექიმს შეზღუდოს პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება:

* უკიდურესი აუცილებლობისას
* უსაფრთხოების მიზნით

ნორმიდან გამომდინარე, ნათელია რომ ეს ორი პირობა უკავშირდება ერთმანეთს და კუმულატიურ მოცემულობას ქმნის. რა თქმა უნდა, ნორმით გათვალისწინებული წინაპირობები წარმოადგენს მნიშვნელოვან გარემოებებს, მათ შორის ისეთ სიტუაციებსაც, როდესაც პაციენტმა საკუთარ ან სხვის ჯანმრთელობას შეუქმნა საფრთხე, მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ნორმა ცხადად არ აწესებს თუ რა შემთხვევებს შეიძლება უკავშირდებოდეს ექიმის მიერ მსგავსი გადაწყვეტილების მიღება. ნორმის მიზანს პაციენტისა და სხვა პირების უსაფრთხოების დაცვა წარმოადგენს, რაც უდავოდ ლეგიტიმურია, თუმცა ნორმის მხრიდან უსაფრთხოების მიზანზე მხოლოდ ზოგადი მითითება ვერ ქმნის პაციენტის უფლების ასეთი ინტენსიურად შეზღუდვის საფუძვეს. ასევე, ბუნდოვანია სადავო ნორმაში მითითებული „უკიდურესი აუცილებლობის“ ცნება, ვინაიდან, თუ პაციენტის მდგომარეობა ისე უარსედება, რომ ის საშიში ხდება საკუთარი თავისა და გარშემომყოფთათვის, იგი უნდა დაექვემდებაროს არანებაყოფლობით მკურნალობას, რაც, თავისი მხრივ, შესაბამისი პროცედურების დაცვით უნდა განხორციელდეს.

**ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ კანონმდებლობის ანალიზის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის სამართლებრივი რეგულირების არეალი არ ცდება „ნებაყოფლობითი მკურნალობის სფეროს“,** რაც გულისხმობს, რომ ექიმის მიერ ამ უფლების გამოყენების შემდგომ პაციენტი არ არის აუცილებელი (არ არსებობს საკანონმდებლო ვალდებულება), რომ დაექვემდებაროს არანებაყოფლობით მკურნალობას, რომლის შემთხვევაში უკვე *სამართლებრივად* არის უგულებელყოფილი პაციენტის ნება. მიუხედავად იმისა, რომ სამართლებრივად პაციენტი რჩება ნებაყოფლობითი მკურნალობის ჩარჩოში, აღნიშნული წარმოადგენს „ფორმალურ ნებაყოფლობით მკურნალობას“ და არაფერი აქვს საერთო პაციენტის ნების გათვალისწინებასთან, რაც თავისი ბუნებით არანებაყოფლობით მკურნალობას უტოლდება.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არანებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყება და ამ მიზნით პაციენტის სტაციონარში მოთავსება ითვალისწინებს განსხვავებულ სამართლებრივ გარანტიებს. მიზანშეწონილად მიგვაჩნია გავაანალიზოთ არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების არსი და კრიტერიუმები.

პირს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება გაეწევა, როდესაც მას ფსიქიკური აშლილობის გამო არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ამ პირისთვის ფსიქიატრიული დახმარების გაწევა მისი სტაციონარში მოთავსების გარეშე შეუძლებელია და დახმარების დაყოვნება საფრთხეს შეუქმნის პაციენტის ან სხვის სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას ან შესაძლებელია პაციენტმა საკუთარი მოქმედებით მიიღოს ან სხვას მიაყენოს მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალი.[[32]](#footnote-32) არანებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარებისას ***ინფორმირებული თანხმობის* არსებობა არ წარმოადგენს აუცილებლობას,** არც პაციენტის და არც კანონიერი წარმომადგენლის მხრიდან.[[33]](#footnote-33)

არანებაყოფლობითი მკურნალობისას კანონი ითვალისწინებს კონკრეტულ გარანტიებსა და წინაპირობებს, რომელის შესრულებაც აუცილებელია მკურნალობის დაწყებისას. აღსანიშნავია, რომ პაციენტის სტაციონარში არანებაყოფლობითი წინასწარი მოთავსება ხდება სტაციონარის *მორიგე ექიმის გადაწყვეტილებით* და პაციენტის სტაციონარში მოთავსება ითვლება არანებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყებად.[[34]](#footnote-34) მორიგე ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების შემდგომ, პაციენტის სტაციონარში მოთავსებიდან *48 საათში ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიამ უნდა შეისწავლოს* პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა და გადაწყვიტოს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების მიზანშეწონილობის საკითხი. ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია გადაწყვეტილებას იღებს ხმათა უმრავლესობით.[[35]](#footnote-35) იმ შემთხვევაში, თუ ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია დაასკვნის, რომ არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება არ არის მიზანშეწონილი, პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გაეწეროს სტაციონარიდან,[[36]](#footnote-36) მაგრამ თუ ექიმ-ფსიქიტრთა კომისია დაასკვნის, რომ არსებობს ამ მუხლის პირველი პუნქტით დადგენილი კრიტერიუმები და არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება აუცილებელია, ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაცია *მიმართავს სასამართლოს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პაციენტის სტაციონარში მოთავსების შესახებ* შესაბამისი ბრძანების გამოცემის მოთხოვნით, პირის სტაციონარში მოთავსებიდან 48 საათში და კომისიის გადაწყვეტილების შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს.[[37]](#footnote-37)

შესაბამისად, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის წინასწარი მოთავსება ავტომატურად ითვლება მკურნალობის დაწყებად, ***პაციენტის სტაციონარში მოთავსება საჭიროებს ჯერ კომისიისა და შემდგომ სასამართლოს თანხმობას.*** თავის მხრივ, სასამართლო ვალდებულია ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაციის შესაბამისი მიმართვის მიღებიდან 24 საათის ვადაში მიიღოს გადაწყვეტილება პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, სადაც პაციენტის მონაწილეობა აუცილებელია.[[38]](#footnote-38) თუ სასამართლო არ მიიღებს გადაწყვეტილებას არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით პირის სტაციონარში მოთავსების შესახებ ან *სტაციონარში უკვე მოთავსებული პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ვადის გაგრძელების თაობაზე*, პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გაეწეროს სტაციონარიდან.[[39]](#footnote-39) მაგრამ იმ შემთხვევაში თუ სასამართლო დაეთანხმება კომისიის მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებას, პაციენტს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება გაეწევა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმების ამოწურვამდე, *მაგრამ ეს ვადა არ უნდა აღემატებოდეს 6 თვეს*.[[40]](#footnote-40) მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ უშუალოდ ზემოთ აღნიშნული გადაწყვეტილების მიღების შემდგომ, *ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია ვალდებულია ყოველთვიურად განიხილოს პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაგრძელების მიზანშეწონილობის საკითხი.[[41]](#footnote-41)* ასევე, არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმების ამოწურვისას პაციენტი უნდა გაეწეროს სტაციონარიდან ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის გადაწყვეტილებით, რის შესახებაც დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს სასამართლოს; *ამის შემდეგ მკურნალობის გაგრძელება ხდება ნებაყოფლობით და პაციენტის თანხმობით*.[[42]](#footnote-42)

ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაცია უფლებამოსილია ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის დასკვნის საფუძველზე ***არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების ვადის გაგრძელების თხოვნით მიმართოს სასამართლოს შეუზღუდავად***, ვიდრე არ ამოიწურება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები.[[43]](#footnote-43)

შესაბამისად, ნათელია, რომ არანებაყოფლობითი მკურნალობისას, როდესაც პაციენტის ნება მკაფიოდ არ არის გამოხატული, მისი სტაციონარში არანებაყოფლობით მოთავსება საჭიროებს:

* მორიგე ექიმის
* ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის
* სასამართლოს თანხმობას

ზემოთ აღნიშნულ არც ერთ გარანტიას არ ითვალისწინებს მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული ექიმის უფლებამოსილება, რადგან სამართლებრივად საქმე გვაქვს განსხვავებული (მაგრამ ფაქტობრივად არანებაყოფლობითი) მკურნალობის ფორმასთან. **ასევე, კანონი არაფერს ითვალისწინებს, თუ რა ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ექიმი გადაწყვეტს, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტს შეუზღუდოს უფლება უარი თქმას მკურნალობის ჩატარებაზე.**

უნდა აღინიშნოს, რომ სადავო ნორმით გათვალისწინებული რეგულირება არ გულისხმობს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებულ სამართლებრივ რეალობას, კონკრეტულად კი, იმ შემთხვევაში თუ სტაციონარში ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობის გაგრძელებაზე, ***მაგრამ მისი ფსიქიკური მდგომარეობა შეიცვალა და შეესაბამება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმებს, პაციენტის მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს მისი ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე***.[[44]](#footnote-44)

ნათელია, რომ ზემოთ აღნიშნული ნორმა პირდაპირ მიუთითებს პაციენტის მდგომარეობის იმგვარ ცვლილებაზე, როდესაც საჭირო ხდება არანებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყება. შესაბამისად, უფრო ბუნდოვანი ხდება თუ რას შეიძლება გულისხმობდეს **უკიდურესი აუცილებლობა** სადავო ნორმის შემთხვევაში, რადგან როგორც ზემოთ აღნიშნულიდან ნათლია, საკანონმდებლო დონეზე არსებობს სხვა რეგულაციები, როდესაც ექიმი უფლებამოსილია გაახანგრძლივოს ან შეცვალოს მკურნალობის მიმდინარეობა, მაგრამ ნებაყოფლობითი მკურნალობის ფარგლებში ნებისმიერი გადაწყვეტილება შეთანხმებული უნდა იყოს პაციენტთან. ამის საწინააღმდეგოდ, სადავო ნორმა პაციენტს ართმევს გადაწყვეტილების მიღების უფლებას და გაუგებარი მიზეზებით უზღუდავს მის ფუნდამენტურ უფლებას. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი წარმოადგენს განსაკუთრებულ საფრთხეს მისი უფლების შეზღუდვა უნდა მოხდეს არა სადავო ნორმის, არამედ მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტის საფუძველზე, რადგან აღნიშნული ნორმა პირდაპირ მიუთითებს პაცინტის ნების არ არსებობაზე და არანებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყებაზე. არანებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყებისას კი პაციენტის სტაციონარში დატოვების შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება სწორედ არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმების შესაბამისად, როდესაც საჭიროა საკითხის კომისიის მიერ შეფასება და სასამართლოს დასტური.

აქვე, აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას არ არის აუცილებელი პაციენტი 6 თვის განმავლობაში იმყოფებოდეს სტაციონარულ დაწესებულებაში, ***მას მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე აქვს უფლება განაცხადოს უარი*** და დატოვოს ფსიქიატრიული დაწესებულება. მაგრამ იმ შემთხვევაში თუ ექიმი მას სადავო ნორმის საფუძველზე შეუზღუდავს უფლებას უარი განაცხადოს მკურნალობის ჩატარებაზე, ის სტაციონარულ დახმარებას მიიღებს ისევ ნებაყოფლობითი პაციენტის სტატუსით და მკურნალი ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების ძალაში შესვლის წინაპირობას არ წარმოადგენ კომისიის მიერ ან სასამართლოს მიერ თანხმობის გაცემა. შესაბამისად, ნორმა უგულებელყოფს პაციენტის ნებას და შინაარსობრივად სრულად ეწინააღმდეგება ნებაყოფლობითი მკურნალობის არსს, ისევე, როგორც „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონით დადგენილ პრინციპებსა და მიზნებს.

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის ნორმათა სისტემური ანალიზი ცხადყოფს, რომ მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული ექიმის უფლებამოსილება ბუნდოვანია და მოიცავს თვითნებობის მაღალ ხარისხს. ნათელია, რომ სადავო ნორმა თავად უგულებელყოფს კანონში არსებულ ნორმათა წესრიგს და ქმნის პარადოქსულ რეგლამენტაციას. კერძოდ კი ითვალისწინებს უფრო მარტივ სამართლებრივ რეგულირებას ვიდრე ეს, მაგალითად, არანებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყებასთან არის დაკავშირებული და შესაბამისად, გამორიცხავს მასთან დაკავშირებულ ყველა გარანტიას. ის ექიმს უფლებამოსილებას აძლევს, ყოველგვარი „გარე კონტროლის“ მექანიზმების გარეშე მიიღოს გადაწყვეტილება და პაციენტი დატოვოს ფორმალურ ნებაყოფლობით მკურნალობაში და არ მისცეს უფლება გავიდეს ფსიქიატრიული დაწესებულებიდან. მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული სრულად უგულებელყოფს პაციენტის ნებას, განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც გაუგებარია თუ რას შიძლება გულისხმობდეს უკიდურესი აუცილებლობის მდგომარეობა სადავო ნორმის მიზნებისათვის. პაციენტისათვის მკურნალობაზე უარის თქმის შეზღუდვა წარმოდგენს ინტენსიურ ჩარევას ადამიანის თავისუფალი განვითარების უფლებაში. სადავო ნორმით გათვალისწინებული რეგულაცია პაციენტს ტოვებს ყოველგვარი გარანტიისა და საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უუნაროდ. ის ფაქტი, რომ კონკრეტული შეზღუდვის შემდეგ პაციენტი ვერ ტოვებს ფსიქიატრიულ დაწესებულებას წარმოდგენს მის მიმართ არასათანადო მოპყრობას და ინტენსიურ ჩარევას პირის თავისუფლების ხელშეუხებლობის უფლებაში.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ითვალისწინებს მე-5 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული პაციენტის უფლების შეზღუდვას, უარი თქმას მკურნალობის ჩატარებაზე, ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მეორე პუნქტს, მე-12 მუხლს და მე-13 მუხლის პირველსა და მე-2 პუნქტებს.

* *კანონქვემდებარე აქტები*

როგორც ერთხელ უკვე აღინიშნა „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონი არ ითვალისწინებს რეგულაციებს თუ კონკრეტულად რა შემთხვევაში ან რა პროცედურებით მიიღება მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული ექიმის გადაწყვეტილება. აღსანიშნავია, რომ სხვა შემთხვევებში კანონი თავად აკონკრეტებს შესაბამის პროცედურებს. შესაბამისად, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია განვიხილოთ საკითხთან დაკავშირებული კანონქვემდებარე აქტებიც.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის №87/ნ ბრძანება „ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების წესის დამტკიცების შესახებ“ განსაზღვრავს, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას ფსიქიატრიულ სტაციონარში პაციენტი თავსდება, პირველადი ჯანდაცვის ექიმის, ექიმ-ფსიქიატრის ან სხვა სამედიცინო დაწესებულების დასკვნის საფუძველზე;[[45]](#footnote-45) „სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა №027-3/ა“, რომელიც გაცემულ უნდა იქნეს ვადით არა უმეტეს შვიდი დღისა.[[46]](#footnote-46)

შესაბამისად, ფსიქიატრიულ სტაციონარში პაციენტის პირველადი მოთავსება ძირითადად ხდება მორიგე ექიმ-ფსიქიატრის გადაწყვეტილებით.[[47]](#footnote-47) ასევე, პაციენტის სომატო-ფსიქიკური მდგომარეობის ცვლილებები, ახალი გამოკვლევები ან დანიშნულება ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში შესაბამისი თარიღის მითითებით.[[48]](#footnote-48) მკურნალი ექიმი კლინიკურ დიაგნოზს სვამს პაციენტზე დაკვირვების და კლინიკო-ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე არა უგვიანეს 10 დღისა.[[49]](#footnote-49)

შესაბამისად, ნებაყოფლობითი მკურნალობისას, არანებაყოფლობითისგან განსხვავებით, გადაწყვეტილების მიღებისას, მთავარი როლი ენიჭება მორიგე/მკურნალ ექიმს, როგორს ეს სადავო ნორმის შეთხვევაში ხდება. მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ კანონის მსგავსად, არც ეს ბრძანება არ ითვალისწინებს კონკრეტულ რეგულაციებს თუ რა ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ნებაყოფლობითი მკურნალობისას ექიმი პაციენტს მკურნალობაზე უარის უფლებას უზღუდავს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის №88/ნ ბრძანება „ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის შექმნისა და მუშაობის წესის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“[[50]](#footnote-50) არ ითვალისწინებს სადავო ნორმასთან დაკავშირებულ სამართლებრივ რეგულირებას, შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღებისას, კომისია არ ამოწმებს კონკრეტულ საკითხს, რაც ავტომატურად იმისაც გულისხმობს, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტის მკურნალობაზე უარის თქმის შეზღუდვა არ საჭიროებს კომისიის მიერ გადამოწმებას და ექვემდებარება მხოლოდ ექიმის მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებას. ასევე, უნდა აღინიშნოს, რომ ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება არ მოწმდება სასამართლოს მიერ. თუ არანებაყოფლობითი მკურნალობის შემთხვევაში საჭიროა სამივე ორგანოს თანხმობა, ნებაყოფლობითი მკურნალობისას გვაქვს მხოლოდ ექიმის გადაწყვეტილება, რომელიც გადაუდებელი აუცილებლობისას უსაფრთხოების მიზნით იღებს მას.

ასევე, საყურადღებოა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის წლის 20 მარტის №91/ნ 2007 ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში აღრიცხვისა და აღრიცხვიდან მოხსნის, მათზე მეთვალყურეობის წესის შესახებ“[[51]](#footnote-51)

ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში[[52]](#footnote-52) პაციენტის მკურნალობისას და მასზე დინამიკური მეთვალყურეობის შეწყვეტის ან აღრიცხვიდან მოხსნის საფუძველი შეიძლება იყოს: *პაციენტის ან კანონიერი წარმომადგენლის წერილობითი მოთხოვნა;[[53]](#footnote-53)* ამ მუხლის მე-4 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მოთხოვნის არსებობისას აღრიცხვიდან მოხსნის საკითხს წყვეტს ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია. თუ პაციენტს ფსიქიკური აშლილობის გამო არ გააჩნია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და ითხოვს აღრიცხვიდან მოხსნას, ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია იღებს გადაწყვეტილებას 1 წლის განმავლობაში დატოვოს პაციენტი დინამიკურ მეთვალყურეობაზე, რაც გულისხმობს პაციენტთან ვიზიტს ან სატელეფონო გასაუბრებას არანაკლებ 6 თვეში ერთხელ შესაბამისი ფსიქიატრიული დახმარების შეთავაზებით.[[54]](#footnote-54) თუ ზემოთ გათვალისწინებულ პერიოდში ვერ მოხერხდა პაციენტის დათანხმება ამბულატორიულ მკურნალობაზე, *ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია იღებს გადაწყვეტილებას აღრიცხვიდან მოხსნის შესახებ.[[55]](#footnote-55)* შესაბამისად, ამ შემთხვევაში ნათელია, რომ პაციენტის ნებას ენიჭება უპირატესობა, როგორც მინიმუმ მისი ნება არ არის სრულიად უგულებელყოფილი, როგორც ეს სტაციონარში მოთავსებული პაციენტის შემთხვევაში ხდება. ასევე, საყურადღებოა, რომ კონკრეტულ პროცესშიც კომისიაა ჩართული. მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა კომისიაც სხვაგვარად თვლიდეს, იმ შემთხვევაში თუ ვერ მოხერხდება პაციენტის დარწმუნება მკურნალობის გაგრძელებაზე, ის უნდა მოიხსნას აღრიცხვიდან, რაც წარმოადგენს ნებაყოფლობითი მკურნალობის არსსა და ფუნქციას.

* ***წინააღმდეგობა კონსტიტუციის მე-12 მუხლთან***

საქართველოს კონსტიტუციის მე-12 მუხლის მიხედვით, ყველას აქვს საკუთარი პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლება. აღნიშნული უფლება იცავს პიროვნების ავტონომიურობას, პირის თავისუფლებას, თავისი შეხედულებისამებრ განკარგოს საკუთარი შინაგანი სამყარო, მისი პირადი გონებრივი და ფიზიკური სფერო, სხვებისგან ჩაურევლად, პირადი გადაწყვეტილებით დაამყაროს და განავითაროს ურთიერთობა სხვა პირებთან და გარესამყაროსთან. საქართველოს კონსტიტუციის მე-16 მუხლით *(კონსტიტუციის ძველი რედაქცია)* დაცულია პირის უფლება, აკონტროლოს საკუთარი თავის წარმოჩენა საზოგადოების თვალში და პიროვნული განვითარებისა და რეალიზაციისათვის აუცილებელი მოქმედებების განხორციელების თავისუფლება. პიროვნების ავტონომიურობის, მისი თავისუფალი და სრულყოფილი განვითარებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება როგორც გარე სამყაროსთან ურთიერთობის დამოუკიდებლად განსაზღვრის თავისუფლებას, ასევე ინდივიდის ფიზიკურ და სოციალურ იდენტობას, ინტიმური ცხოვრების ხელშეუვალობას.[[56]](#footnote-56)

პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლების ზუსტი და ამომწურავი განმარტება პრაქტიკულად შეუძლებელია. იგი შედგება არაერთი უფლებრივი კომპონენტისგან, რომლებიც კონსტიტუციის სხვადასხვა ნორმებით არის დაცული.[[57]](#footnote-57)

საკონსტიტუციო სასამართლომ უმნიშვნელოვანესი გადაწყვეტილება მიიღო ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირებთან დაკავშირებით, საქმეზე „*საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“* და გააუქმა ფსიქიატრიული დახმარების კანონში არსებული ქმედუუნაროდ აღიარების ინსტიტუტი და მასთან დაკავშირებული სამართლებრივი რეგულაციები. საქმეში არსებული სადავო ნორმები ასევე შეეხებოდა ფსიქიატრიული მკურნალობის, ექიმისა და სამკურნალო დაწესებულების შერჩევასა და მკურნალობის შეწყვეტასთან დაკავშირებით ქმედუუნაროდ აღიარებული პირის ნების მეურვის ნებით ჩანაცვლებას, რომელიც რელევანტურია განვიხილოთ ჩვენი სასარჩელო მოთხოვნის შემთხვევაშიც.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, შეზღუდული გონებრივი შესაძლებლობების მქონე პირების მიერ უფლებების განხორციელების ნებისმიერი შეზღუდვა უნდა შეესაბამებოდეს ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის კონსტიტუციურ სტანდარტებს და არ უნდა ემყარებოდეს მხოლოდ პირის გონებრივი დაავადების ფაქტს.[[58]](#footnote-58)

სასამართლოს განმარტებით, გონებრივი ჩამორჩენილობის და ფსიქიკური აშლილობის მქონე სრულწლოვანი პირების სამართლებრივი დაცვა მნიშვნელოვანია ემყარებოდეს, დაცვითი ღონისძიების პირის ქმედუნარიანობის ხარისხთან თანაზომიერების პრინციპს, რომლის თანახმად, პირის უფლება-თავისუფლებაში ჩარევა დასაშვებია მხოლოდ იმ მინიმალური მოცულობით, რაც აუცილებელია მიზნის მისაღწევად. ***დაცვითი ღონისძიებები ავტომატურად არ უნდა გულისხმობდეს პირისათვის ქმედუნარიანობის სრული მოცულობით დაკარგვას{..}*** [[59]](#footnote-59) შესაბამისად, საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, დაუშვებელია პირის ნების სრულიად უგულებელყოფა და მის მაგიერ გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობის სხვისთვის მინიჭება.

საქმეში „*საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“,* საკონსტიტუციო სასამართლომ არაკონსტიტუციურად ცნო „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-10 მუხლის პირველი პუნქტი და ამავე კანონის მე-14 მუხლის მე-2 პუნქტი, რომელიც ზღუდავდა ქმედუუნაროდ აღიარებული პირის უფლებას, საკუთარი სურვილით აირჩია ფსიქიატრიული დაწესებულება, ექიმი და თავად მიეღო გადაწყვეტილება საკუთარი მკურნალობისა და გამოკვლევის შესახებ. სასამართლომ დაადგინა, რომ ნორმა იწვევდა გაუმართლებელ ჩარევას პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლებაში.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, საკუთარი პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლება მოიცავს პირის თავისუფლებას, საკუთარი შეხედულებით განკარგოს თავისი ფიზიკური თუ გონებრივი სფერო, იმისგან დამოუკიდებლად, მისი ასეთი გადაწყვეტილება იქნება დადებითი თუ უარყოფითი შედეგის მომტანი მისთვის. ***აღნიშნული უფლება მოიცავს პირის თავისუფლებას, დაექვემდებაროს ამა თუ იმ მკურნალობის ღონისძიებას, მათ შორის, მიიღოს სამკურნალო საშუალებები, შეარჩიოს მკურნალი ექიმი და სამკურნალო დაწესებულება. [[60]](#footnote-60)***

კონკრეტულ სასარჩელო მოთხოვნაში, სადავო ნორმის ნორმატიული შინაარსის გაანალიზებისას, ნათლად გამოჩნდა, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტი ითვალისწინებს უფლების შეზღუდვის დამოუკიდებელ საფუძველს და ექიმს აჭებს უფლებამოსილებას უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით პაციენტს შეუზღუდოს უფლება უარი თქვას მკურნალობის ჩატარებაზე, მაშინ როდესაც „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის შესაბამისად პაციენტის მოთხოვნა მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ მისი სტაციონარიდან გაწერის ერთ-ერთი საფუძველია.[[61]](#footnote-61)

მნიშვნელოვანია, ხაზი გაესვას იმ გარემოებას, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტი თავად აცხადებს ინფორმირებულ თანხმობას, რაც თავის თავში მოიაზრებს მის გააზრებულ გადაწყვეტილებას მკურნალობის დაწყების შესახებ. როდესაც პირს არ შესწევს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, კანონის მიხედვით, ის ექვემდებარება არანებაყოფლობით მკურნალობას.

აღსანიშნავია, რომ ფსიქიკურმა აშლილობამ შესაძლებელია ***გავლენა იქონიოს პირის უნარზე, განაცხადოს თანხმობა მკურნალობაზე.*** დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში მკურნალობის საწყის ეტაპზე პირს შესაძლებელია არ გააჩნდეს ინფორმირებული თანხმობის გაცემის უნარი, თუმცა მკურნალობის შედეგად მას ეს უნარი შესაძლოა დაუბრუნდეს. ამიტომ, როდესაც სრულწლოვანს შესწევს უნარი, ***განაცხადოს თავისუფალი და გაცნობირებული თანხმობა მის ჯანმრთელობაში ჩარევასთან დაკავშირებით, ასეთი ჩარევა მხოლოდ მისი თანხმობით უნდა განხორციელდეს.*** დაავადების მძიმე ფორმის შემთხვევაში, როდესაც სრულწლოვანს არ შესწევს უნარი განაცხადოს თავისუფალი და შეგნებული თანხმობა, ჩარევა შესაძლებელია ამის მიუხედავად მაინც განხორციელდეს თუ ის ემსახურება თავად ამ პირის უშუალო კეთილდღეობას.[[62]](#footnote-62)

„ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტი ექიმს ანიჭებს შესაძლებლობას პირის ჯანმრთელობაში ჩარევა მოხდეს მისი ნების საწინააღმდეგოდ, რაც სრულად ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციის მე-12 მუხლის მოთხოვნას. ნებაყოფლობითი მკურნალობის მთავარ პრინციპს წარმოადგენს პაციენტის ნების გათვალისწინება, სწორედ ამ იდეას ეფუძნება მისი არსი. იმ შემთხვევაში თუ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ნებაყოფლობითი მკურნალობისას გაურესდა და მას არ შესწევს უნარი დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება კონკრეტულ შემთხვევაში, შესაძლოა გამართლებული იყო პაციენტის სტაციონარული დახმარების გაგრძელება. მაგრამ მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ კონკრეტულ საფუძველს არ ითვალისწინებს სადავო ნორმა, კანონი მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტით ადგენს, ზემოთ აღნიშნულ შემთხვევას, თუ სტაციონარში ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობის გაგრძელებაზე, ***მაგრამ მისი ფსიქიკური მდგომარეობა შეიცვალა და შეესაბამება არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმებს, პაციენტის მკურნალობა შეიძლება გაგრძელდეს მისი ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე*.**[[63]](#footnote-63)

შესაბამისად, გაუგებარია, თუ რა საფუძვლით ზღუდავს სადავო ნორმა ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების საფუძველზე პაციენტის უმნიშვნელოვანეს უფლებას, განაცხადოს უარი მკურნალობაზე. მაშინ, როდესაც საკანონმდებლო ჩარჩო ითვალისწინებს სხვა შეზღუდვის შესაძლებლობებს დამატებითი სამართლებრივი გარანტიებით, რაც ექიმის გადაწყვეტილების კომისიისა და სასამართლოს მიერ შემოწმებას გულისხმობს.

მნიშვნელოვანია, რომ ***დაცვითი ღონისძიება ავტომატურად არ უნდა ართმევდეს შესაბამის პირს მისი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნებისმიერ ჩარევაზე საკუთარი მოსაზრების გამოხატვის უფლებას. ცალკეულ შემთხვევაში პირს, შესაძლებელია, სურდეს უარის თქმა მზოგავი სამედიცინო მანიპულაციების გამოყენებაზე და პირიქით, სურდეს უფრო ინტენსიური მკურნალობის გამოყენება, რასაც შეუძლია ხელი შეუწყოს გამოჯანმრთელების დაჩქარებას.[[64]](#footnote-64)***

სადავო ნორმის შემთხვევაში, ექიმის გადაწყვეტილება პაციენტს ავტომატურად უზღუდავს შესაძლებლობას უარი თქვას მკურნალობაზე, რაც თავისთავად მოიაზრებს პირის სტაციონარული დახმარების გაგრძელებას. მნიშვნელოვანია, რომ მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული რეგულაცია ნებაყოფლობითი მკურნალობის ჩარჩოს არ ცდება, რაც გულისხმობს, რომ პირის მიმართ გრძელდება სწორედ იმ სამართლებრივი რეგულაციების გამოყენება, რომელიც მის მიერ ინფორმირებული თანხმობის გაცხადებისას გამოიყენებოდა. სადავო ნორმა ექიმს აძლევს შესაძლებლობას მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტის გვერდის ავლით, პაციენტს შეუზღუდოს მკურნალობის ჩატარებაზე უარის თქმის უფლება, რაც ავტომატურად გულისხმობს, რომ ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების ძალაში შესვლისათვის არ არის საჭირო ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიისა და სასამართლოს დასტური.

საკონსტიტუციო სასამართლოს დადგენილი პრაქტიკით ცხადია, რომ როდესაც სრულწლოვანს შესწევს უნარი, განაცხადოს გაცნობიერებული თანხმობა მის ჯანმრთელობაში ჩარევასთან დაკავშირებით, ასეთი ჩარევა მხოლოდ მისი თანხმობით უნდა განხორციელდეს. იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ექვემდებარება ნებაყოფლობით მკურნალობას დაუშვებელია მისი სურვილის საწინააღმდეგოდ შეზღუდულ იქნეს მისთვის ყველაზე წონადი უფლება - უარი განაცხადოს მკურნალობის ჩატარებაზე. სადავო ნორმის მიხედვით, პირს ავტომატურად ერთმევა უფლება განკარგოს მისი მკურნალობის განვითარების ეტაპები და გავლენა ჰქონდეს საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროზე.

საქართველოს სახალხო დამცველის 2020 წლის საპარლამენტო ანგარიშში აღნიშნულია, რომ პაციენტების ***ნებაყოფლობით მოთავსებისა და მკურნალობის ფორმალური და ილუზორული ხასიათი დასტურდება იმითაც, რომ პაციენტები დაწესებულებებს საკუთარი ნებით ვერ ტოვებენ.[[65]](#footnote-65)***

აღსანიშნავია, რომ სახალხო დამცველი უკვე მრავალი წელია სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მეშვეობით ახორციელებს ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა მონიტორინგს. სპეციალური პრევენციული ჯგუფი მეთოდურად, თემატურად შეისწავლის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტების უფლებების დაცვის მდგომარეობას, კერძოდ, პაციენტთა დაცვას ძალადობისგან, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობისგან; შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების პრაქტიკას; სანიტარიულ-ჰიგიენურ პირობებს; უსაფრთხო და თერაპიულ გარემოს; ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას; სამართლებრივი დაცვის გარანტიებს; პაციენტთა სომატურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას; კონტაქტს გარე სამყაროსთან და სხვა. სპეციალურმა პრევენციული ჯგუფი ვიზიტებისას შეისწავლის დაწესებულებებში წარმოებულ დოკუმენტაციასა და ფიზიკური გარემოს, ატარებს ინდივიდუალურ და ჯგუფურ ინტერვიუებს როგორც პაციენტებთან, ასევე დაწესებულების პერსონალთან.[[66]](#footnote-66)

2020 წლის განმავლობაში, სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა 3 ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში 5 პრევენციული ვიზიტი განახორციელა.[[67]](#footnote-67) სპეციალური პრევენციული ჯგუფი იმყოფებოდა შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრში“,[[68]](#footnote-68) შპს „სენაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“[[69]](#footnote-69) და შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“.[[70]](#footnote-70) სპეციალურმა პრევენციულმა ჯგუფმა მონიტორინგის ვიზიტი განახორციელა ასევე ბათუმში მდებარე 24 ბენეფიციარზე გათვლილ საცხოვრისში.[[71]](#footnote-71)

სახალხო დამცველის შეფასებით, კვლავ პრობლემურია საქართველოში ***პაციენტის ნების თავისუფალი გამოხატვა როგორც სტაციონარში მოთავსების, ისევე მკურნალობის თაობაზე.*** წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის მიხედვით, თანხმობა მხოლოდ მაშინ ითვლება თავისუფალი ნების გამოვლენად, თუ იგი ეფუძნება შეთავაზებული დახმარების თაობაზე პაციენტისთვის სრულ, ზუსტ და ყოვლისმომცველ ინფორმირებას.[[72]](#footnote-72)

სახალხო დამცველის მიერ შემოწმებულ სამედიცინო დოკუმენტაციაში ხელმოწერილი ინფორმირებული თანხმობის ფორმები ყველგან მოიპოვებოდა, რადგან ეს ადმინისტრაციებს სტაციონარში პირის *არანებაყოფლობით მოთავსების პროცედურას თავიდან აცილებს.* სინამდვილეში, პაციენტების უმეტესობა დაწესებულებაში შემოსვლისას ინფორმირებული თანხმობის ფორმას გაუცნობიერებლად ან იძულებით აწერს ხელს. პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი მოჰყავს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადას პოლიციის თანამშრომლებისა და ოჯახის წევრის თანხლებით, პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ. პაციენტები აცხადებენ, რომ არ იციან ხელი რას მოაწერეს, ზოგიერთი ვერ იხსენებს ხელმოწერის ფაქტსაც. შპს „სენაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის წევრებს გაუჩნდათ საფუძვლიანი ეჭვი, რომ ინფორმირების ერთ-ერთ ფორმაზე არსებული ხელმოწერა ეკუთვნოდა ექიმს და არა - პაციენტს.[[73]](#footnote-73) გაცნობიერებული თანხმობის არსებობას ეჭქვეშ აყენებს ასევე „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის“ მაგალითიც, როდესაც „ინფორმირებულ თანხმობაზე“ ხელმოწერიდან, 15-30 წუთის ინტერვალში, 19 პაციენტის მიმართ შეზღუდვის მეთოდია გამოყენებული.[[74]](#footnote-74)

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ ერთ-ერთი პაციენტის შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა, რომ მან არ იცის წერა-კითხვა, ინფორმირებულ თანხმობაზე დაფიქსირებულია მისი ხელმოწერა, ამასთან, პაციენტი აცხადებს, რომ არც დაწესებულებაში მოთავსებისას და არც ამჟამად თანახმა არ არის სტაციონარში მოთავსებაზე. ასევე, გამოვლინდა შემთხვევები, როცა პაციენტის ხელმოწერაზე დაყოლიების მიზნით ადგილი ჰქონდა ფსიქოლოგიურ ზეწოლას.[[75]](#footnote-75)

ინფორმირებული თანხმობის ფენომენი მნიშვნელოვანია, რადგან სტაციონარში მოთავსებისას პაციენტის ნების გამოვლენასთან დაკავშირებული გამოწვევები ჯაჭვური რეაქციით მოყვება მკურნალობის პროცესს. მონიტორინგების შედეგად გამოიკვეთა, რომ ***პაციენტებს არ მიეწოდებათ ინფორმაცია მათი მკურნალობის მეთოდისა და დანიშნულებაში ცვლილებების თაობაზე, რათა მკურნალობის ტაქტიკის ყოველი ცვლილებისას გამოხატონ გაცნობიერებული თანხმობა და მაქსიმალურად იყვნენ ჩართული ამ პროცესში***.[[76]](#footnote-76) აღიშნული განპირობებულია პირველ რიგში იმით, რომ ნორმატიულ დონეზე არაა განსაზღვრული სტაციონარში მოთავსებისა და მკურნალობისთვის ცალ-ცალკე ინფორმირებული თანხმობების მიღების ვალდებულება.

აღსანიშნავია, რომ წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტების შესაბამისად, არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების შემთხვევაშიც კი, პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონირება ავტომატურად არ განაპირობებს მის არანებაყოფლობით მკურნალობას.[[77]](#footnote-77) მნიშვნელოვანია, რომ როგორც სტაციონარში მოთავსების საწყის ეტაპზე, ასევე შემდგომ პერიოდში პაციენტებს მიეწოდებოდეთ ინფორმაცია მათი უფლებების, მკურნალობის არსის, მეთოდებისა და ხანგრძლივობის შესახებ. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის მიხედვით, ***ყველა პაციენტს, მიუხედავად მათი სტატუსისა, უნდა მიეცეთ შესაძლებლობა უარი თქვან მკურნალობაზე ან სხვა სამედიცინო ჩარევაზე და ნებისმიერი გამონაკლისი ამ პრინციპიდან უნდა იყოს კანონით განსაზღვრული და ნათელი.***[[78]](#footnote-78) სადავო ნორმა ვერ უზრუნველყოფს ამ პრინციპების მინიმალური დაცვის გარანტიის შექმნასაც კი.

***ნებაყოფლობითობის არსი თავის თავში გულისხმობს იმასაც, რომ პაციენტს ნებისმიერ დროს უნდა შეეძლოს სტაციონირებაზე ინფორმირებული თანხმობის უკან გამოთხოვა და ფსიქიატრიული დაწესებულების დატოვება.*** „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის თანახმადაც, ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტს ნებისმიერ ეტაპზე შეუძლია სტაციონარიდან გაწერა.[[79]](#footnote-79) გამონაკლისია, შემთხვევა, როდესაც პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა და უარს აცხადებს მკურნალობაზე, ***რა დროსაც საჭიროა მისი სამართლებრივი სტატუსის გადასინჯვა***.[[80]](#footnote-80)

2019 წელსაც პრობლემას წარმოადგენდა სტაციონარში ფორმალურად ნებაყოფლობით მოთავსებული პაციენტები, რომებიც დაწესებულებას საკუთარი ნებით ვერ ტოვებდნენ. აღსანიშნავია, რომ სპეციალური პრევენციული ჯგუფის ვიზიტის მიმდინარეობის პერიოდში, „ბათუმის სამედიცინო ცენტრის“ ფსიქიატრიულ სტაციონარში მხოლოდ 1 პაციენტი იყო არანებაყოფლობით მოთავსებული, ხოლო „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ ოთხ განყოფილებაში მხოლოდ 3 პაციენტი იყო არანებაყოფლობით მოთავსებული.[[81]](#footnote-81)

***სახალხო დამცველი მიიჩნევს, რომ მოკლევადიან პერსპექტივაში, ზემოთ აღნიშნული მოწყვლადი სამართლებრივი მდგომარეობის თავიდან აცილების მიზნით, აუცილებელია ფსიქიატრიულმა დაწესებულებამ დაუყოვნებლივ მიმართოს სასამართლოს იმ შემთხვევებში, სადაც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტი ითხოვს სტაციონარიდან გაწერას, მაგრამ ამავდროულად სახეზეა არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების კრიტერიუმები.*** [[82]](#footnote-82)

გამომდინარე აქედან, 2020 წლის ანგარიშში მთავარ რეკომენდაცია წარმოადგენდა, რომ სახელმწიფოს შეესწავლა ფორმალურად ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიმღები პაციენტების რეალური ნების საწინააღმდეგოდ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები და მიეღო ყველა საჭირო ზომა, რათა სტაციონარიდან დაუყოვნებლივ გაწერილიყვნენ ის პაციენტები, რომელთა მიმართაც არ არსებობს არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების პროცედურის გამოყენების სამართლებრივი საფუძველი;[[83]](#footnote-83)

საკუთარი პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლება გულისხმობს ადამიანის უფლებას, საკუთარი სურვილების შესაბამისად განაგოს თავისი ცხოვრება, თუნდაც საზოგადოების უმრავლესობის ან საშუალო გონიერი ადამიანის ხედვით ეს სურვილები არასათანადო და მიზანშეუწონელი იყოს. შეხედულებები საკუთარი შინაგანი სამყაროს და გარესამყაროსთან ურთიერთობის ფორმისა და შინაარსის შესახებ იმდენად ინდივიდუალურია, რომ შეუძლებელია ასეთი შეხედულებების სრული თანხვედრა არსებობდეს, თუნდაც სოციალურად თუ ბიოლოგიურად ახლოს მყოფ ადამიანებს შორის.[[84]](#footnote-84) ამდენად, სადავო ნორმის შესაბამისად, ექიმი რამდენადაც კეთილსინდისიერად არ უნდა მოქმედებდეს ან როგორი ზრუნვის მოტივიც არ უნდა ამოძრავებდეს, ვერასდროს ვერ გახდება პირის ნების სრულფასოვანი ჩამნაცვლებელი.

საკონსტიტუციო სასამართლომ სადავო ნორმებთან დაკავშირებით, რომელიც პირს ქმედუუნარობის გამო ართმევდა კონკრეტულ უფლებებს, განაცხადა, რომ დადგენილი სამართლებრივი რეჟიმი, ისევე როგორც თითოეული სადავო ნორმა, წარმოადგენს ჩარევას ადამიანის პიროვნულ ავტონომიაში, პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლებაში. სადავო რეგულირება არსებითად ცვლის პირის სამართლებრივ სტატუსს და იწვევს მძიმე სამართლებრივ და პრაქტიკულ შედეგებს. პირი ფორმალურად განუსაზღვრელი ვადით ითვლება სამოქალაქოსამართლებრივი გარიგების დადების უნარის არმქონედ, პრაქტიკულად, სრულად ხდება დამოკიდებული თავის მეურვეზე და ერთმევა უფლება, დამოუკიდებლად მიიღოს მონაწილეობა სამოქალაქო ცხოვრებაში.[[85]](#footnote-85)

კონკრეტულ შემთხვევაშიც სადავო ნორმა იწვევს ჩარევას პირის თავისუფალი განვითარების უფლებაში, რადგან ექიმის გადაწყვეტილება მას სრულად ართმევს შესაძლებლობას თავად განსაზღვროს მისი მკურნალობის განვითარება ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს. აღსანიშნავია, რომ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსებული სტაციონარული დახმარების მიმღები პაციენტისათვის კონკრეტული კოგნიტური უნარების შეზღუდვა არ შეიძლება წარმოადგენდეს მკურნალობაზე უარის თქმის სრულად ჩამორთმევის საფუძველს.

* *თანაზომიერების შეფასება*

პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლებაში ჩარევის არათანაზომიერებას განაპირობებს რამდენიმე ფაქტორი:

* ნებაყოფლობითი მკურნალობისას, სადავო ნორმის ფარგლებში, პირის მონაწილეობა ან მისი ნების გათვალისწინება მისივე ჯანმრთელობის შესახებ *გადაწყვეტილების მიღების პროცესში აბსოლუტურად და უპირობოდ გამორიცხულია;*
* ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება არ საჭიროებს კომისიისა და სასამართლოს თანხმობას;
* სადავო ნორმის მიზნებისათვის ბუნდოვანია თუ რას გულისხმობს უკიდურესი აუცილებლობის პირობა;
* ექიმის მიერ მკურნალობაზე უარის თქმის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების შემდგომ პაციენტი, ფორმალურად ისევ ექვემდებარება ნებაყოფლობითი მკურნალობის რეგულაციებს;

სადავო ნორმებით დადგენილი შეზღუდვის თანაზომიერების შეფასების პროცესში საკონსტიტუციო სასამართლომ უნდა იმსჯელოს უფლებაში ჩარევის ფორმაზე, ხასიათსა და ინტენსივობაზე.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, ქმედუნარიანობის აბსოლუტური და ბლანკეტური ჩამორთმევა უფლებაში მაღალი ინტენსივობით ჩარევას წარმოადგენს, რომელიც გულისხმობს პირის ავტონომიურობის დაკარგვას ცხოვრების პრაქტიკულად ყველა სფეროში. პირი სრულად კარგავს დამოუკიდებელი და თავისუფალი მოქმედების უფლებას. მეტიც, ქმედუნარიანობის ჩამორთმევა ხდება განუსაზღვრელი ვადით. შესაბამისად, პირის უფლებაში ასეთი ინტენსივობის ჩარევა განპირობებული უნდა იყოს უაღრესად მნიშვნელოვანი *ლეგიტიმური მიზნის არსებობით* და უნდა წარმოადგენდეს ამ მიზნის მიღწევის ყველაზე ნაკლებად მზღუდავ საშუალებას.[[86]](#footnote-86)

ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებისას, პირს რეალურად ერთმევა ყოველგვარი შესაძლებლობა ზეგავლენა იქონიოს საკუთარი მკურნალობის წარმართვასა თუ შეწყვეტაზე. განსაკუთრებით, იმ გარემოებათა გათვალისწინებით, როდესაც ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება მკურნალობაზე უარის თქმის შესახებ არ საჭიროებს კომისიისა თუ სასამართლოს დასტურს. ასევე, კანონი არ აკონკრეტებს თუ რა ვადით არის შესაძლებელი პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის თქმის შეზღუდვა. შესაბამისად პირს სრულად ერთმევა შესაძლებლობა თავად განკარგოს მისი უფლებები და დატოვოს ფსიქიატრიული დაწესებულება.

პირველ რიგში, თანაზომიერების შეფასებისას, უნდა განვიხილოთ თუ რა წარმოადგენს სადავო რეგულაციის ლეგიტიმურ მიზანს, რომლის საფუძველზეც ხდება პაციენტის უფლების შეზღუდვა.

სადავო ნორმა თავად მიუთითებს, რომ ექიმს უფლება აქვს, უკიდურესი აუცილებლობისას, ***უსაფრთხოების მიზნით შეზღუდოს*** პაციენტის მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება. ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტებისათვის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა წარმოადგენს ვალიდურ ლეგიტიმურ მიზანს, რაც შესაძლოა თავად პაციენტის ან სხვა პირების უფლებათა დაცვას ემსახურებოდეს. მაგრამ ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ უსაფრთხოების მიზანი კონკრეტული ნორმიდან გამომდინარე შესაძლოა ბევრად უფრო ფართო იყოს, რაც თავად პაციენტს უკავშირდება, რომელიც მკურნალობაზე აცხადებს უარს.

გასათვალისწინებელია, რომ ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება შესაძლოა ეფუძვნებოდეს კეთილ განზრახვებს, მაგრამ კონკრეტულ შემთხვევაშიც, სადავო ნორმების კონსტიტუციურობის შესაფასებლად, სასამართლომ უნდა განსაზღვროს, რამდენად თანაზომიერია ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს, პირის მიერ მკურნალობის ჩატარებაზე უარის თქმის შესაძლებლობის *ზრუნვის მოტივით* შეზღუდვა და საქართველოს კონსტიტუციის მე-12 მუხლით გარანტირებულ პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლებაში ჩარევა.

საკონსტიტუციო სასამართლო ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ საკუთარი პიროვნების თავისუფალი განვითარების უფლება, როგორც ბუნებითი თავისუფლება, იმდენად ფუნდამენტურია, რომ *პიროვნებაზე ზრუნვის მოტივით მასში ჩარევა მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა იქნეს გამოყენებული, როდესაც ეს პირის ინტერესების დაცვის უკიდურესად აუცილებელ ღონისძიებას წარმოადგენს.* პირადი ავტონომიიდან გამომდინარე, ადამიანს, თუ ეს გარკვეული ხარისხით მაინც აქვს გაცნობიერებული, სრული უფლება აქვს, თუნდაც საზოგადოების საშუალო წევრის ხედვასთან შეუთავსებელი ქმედებები განახორციელოს. პიროვნული ავტონომიის უფლების რეალიზებისას საკუთარ ინტერესებთან შეუთავსებელი უნებლიე გადაწყვეტილებების მიღების გამორიცხვა შეუძლებელია. ასეთ „შეცდომებს“ მაღალი ხარისხის ინტელექტუალური შესაძლებლობების მქონე პირებიც კი უშვებენ.[[87]](#footnote-87)

მანამ სანამ თანაზომიერების ტესტის საფეხურებზე გადავიდოდეთ, საჭიროა განვსაზღვროთ სადავო ნორმით გათვალისწინებული „უკიდურესი აუცილებლობის“ მნიშვნელობა. ბუნდოვანია თუ რას შეიძლება გულისხმობდეს უკიდურესი აუცილებლობის მდგომარეობა ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს პაციენტის ნების სრულად შეზღუდვისას, თანაც ისე რომ პაციენტმა ისევ განაგრძოს ნებაყოფლობითი მკურნალობა. ზოგადად, უკიდურესი აუცილებლობის მდგომარეობა შესაძლოა გულისხმობდეს განსაკუთრებით კრიტიკულ გარემოებებს, როდესაც უსაფრთხოების მიზნით ხდება უფლების შეზღუდვა. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი წარმოადგენს განსაკუთრებულ საფრთხეს მისი უფლების შეზღუდვა უნდა მოხდეს არა სადავო ნორმის, არამედ მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტის საფუძველზე, რათა სასამართლომ შეაფასოს საჭიროებს თუ არა პაციენტი სტატუსის გადასინჯვას. შესაბამისად, სადავო ნორმით გათვალისწინებული უკიდურესი აუცილებლობის შეზღუდვის საფუძველი ბუნდოვანია და ვერ ამართლებს ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტის ნების სრულად შეზღუდვის საფუძველს.

აქედან გამომდინარე, უნდა განვსაზღვროთ თუ რამდენად წარმოადგენს სადავო ნორმით გათვალისწინებული რეგულაცია ლეგიტიმური მიზნის მიღწევის გამოსადეგ საშუალებას. მოსარჩელე მხარე მიიჩნევს, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას პაციენტის ნების სრული შეზღუდვა ვერ ჩაითვლება ლეგიტიმური მიზნის მიღწევის გამოსადეგ საშუალებად, რადგან სადავო ნორმით გათვალისიწინებული ღონისძიება თავისი არსით ცდება ნებაყოფლობითი მკურნალობის არსს და პაციენტს ტოვებს ყოველგვარი უფლებისა და დაცვის გარანტიის გარეშე. სადავო ნორმის მიხედვით ხდება ფორმალურად ნებაყოფლობითი მკურნალობის გაგრძელება, რეალურად კი პაციენტის მიმართ მიმდინარეობს არანებაყოფლობითი მკურნალობა, რაც სრულად გამორიცხავს პირის მიერ საკუთარი მკურნალობისა და ჯანმრთელობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებას.

იმ შემთხვევაში თუ ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს პაციენტი გადაწყვეტს მკურნალობაზე უარის თქმას, მაგრამ მის მიერ კონკრეტული გადაწყვეტილება არ არის გაცნობიერებული, მნიშვნელოვანია შეფასდეს პაციენტის მდგომარეობა სწორედ ექიმის გადაწყვეტილების მიღებამდე, თანაც პროცედურული თვალსაზრისი კომისია და სასამართლო ჩართულები უნდა იყვნენ კონკრეტულ პროცესში. როდესაც პაციენტის მდგომარეობას იმდენად უარესდება, რომ საჭირო ხდება მისი ნების შეზღუდვა საკუთარი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით, მნიშვნელოვანია მოხდეს მისი გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის შემოწმება და საჭიროების შემთხვევაში სტატუსის გადასინჯვა.

ასევე, მნიშვნელოვანია განვიხილოთ თუ რამდენად წარმოადგენს სადავო ნორმით გათვალისწინებული რეგულირება ყველაზე ნაკლებ მზღუდავ საშუალებას და რამდენად აკმაყოფილებს აუცილებლობის ტესტის მოთხოვნას. იმის გათვალისწინებით, რომ სადავო ნორმა აბსოლუტურად უზღუდავს უფლებას პაციენტს გამოხატოს საკუთარი ნება მკურნალობის წარმართვასა თუ გაგრძელებასთან დაკავშირებით, წარმოადგენს ინტენსიურ ჩარევას პიროვნული განვითარების უფლებაში და უსაფრთხოების მიზანზე მითითება ვერ გამართლებს პირის უფლების ამ სახით შეზღუდვას. სადავო ნორმის ანალიზისას ნათლად გამოჩნდა, რომ ნორმა ტოვებს თვითნებობის დიდ მასშტაბს და ვერ გამორიცხავს პაციენტის მიმართ უფლების მომეტებული შეზღუდვის რისკებს, რაც პირდაპირ მიუთითებს, რომ სადავო ნორმა პაციენტს ვერ აზღვევს უფლების მომეტებული შეზღუდვისაგან. კვლევები ადასტურებს, რომ იძულებითი მკურნალობის ზომები ნეგატიურად აისახება პაციენტის მომავალ გამოცდილებაზე და მკურნალობის მიმართ დამოკიდებულებაზე, ნებაყოფლობითი მკურნალობის მიმართაც კი. ყველაფერი უნდა გაკეთდეს პაციენტისთვის ზიანის მინიმუმამდე დასაყვანად, მათ შორის, თერაპიული გარემოს უზრუნველყოფა, უსაფრთხო და ეფექტური ზრუნვის მიწოდება, პაციენტის ავტონომიურობის მაქსიმალური ხელშეწყობა, მინიმალურად შეზღუდული გარემოს უზრუნველყოფა და არანებაყოფლობითი ზომების მოხსნის პირველივე შესაძლებლობის გამოყენება.[[88]](#footnote-88)

„ფორმალურად ნებაყოფლობითი“ ხოლო რეალურად არანებაყოფლობითი მკურნალობა არღვევს პიროვნების უფლებას, თვითონ მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მათ შორის ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე უარის თქმის უფლებას. ამგვარი სამედიცინო ჩარევა იძულებითი ხასიათის გამო ეწინააღმდეგება ადამიანის თვითგამორკვევის უფლებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ითვალისწინებს მე-5 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული პაციენტის უფლების შეზღუდვას, უარი თქვას მკურნალობის ჩატარებაზე, ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციის მე-12 მუხლს.

* ***კონსტიტუციურობა კონსტიტუციის მე-13 მუხლის 1-ლ და მე-2 პუნქტებთან***

საქართველოს კონსტიტუციის მე-13 მუხლის პირველი პუნქტით „ადამიანის თავისუფლება დაცულია,“ რაც გულისხმობს ფიზიკურ თავისუფლებას, მის უფლებას, თავისუფლად გადაადგილდებოდეს ფიზიკურად, თავისი ნების შესაბამისად, იმყოფებოდეს ან არ იმყოფებოდეს რომელიმე ადგილზე.[[89]](#footnote-89) ამგვარად, საქართველოს კონსტიტუციით აღიარებული თავისუფლების უფლებაში ჩარევა ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც იზღუდება პირის ფიზიკური გადაადგილების თავისუფლება.

იწვევს თუ არა სადავოდ გამხდარი ნორმა ჩარევას საქართველოს კონსტიტუციით გარანტირებულ თავისუფლების უფლებაში, უნდა გაირკვეს, ნებაყოფლობითი მკურნალობისას სტაციონარში მოთავსებული პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ იზღუდება თუ არა მისი ფიზიკური გადაადგილების უფლება. ასევე, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული თავისუფლების შეზღუდვის ხანგრძლივობა, ზედამხედველობის საშუალება და სიხშირე, გარე სამყაროსთან კონტაქტი და მასზე ზედამხედველობის ინტენსივობა და ა.შ.[[90]](#footnote-90)

სადავო ნორმა ითვალისწინებს, პაციენტის მკურნალობაზე უარის თქმის შესაძლებლობის ექიმის გადაწყვეტილებით შეზღუდვას, რაც თავისთავად მოიცავს სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაგრძელებას. შესაბამისად, პაციენტი არ არის უფლებამოსილი დატოვოს დაწესებულება, რაც რა თქმა უნდა ზღუდავს მისი გადაადგილების უფლებას.

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მიხედვით, სტაციონარში მოთავსება არ არის კონკრეტული ვადით შეზღუდული და დამოკიდებულია პაციენტის გამოჯანმრთელებაზე. შესაბამისად, პირის სტაციონარში ყოფნის ვადა დამოკიდებულია სამედიცინო ჩვენების ამოწურვაზე ან კანონიერი წარმომადგენლის ნებაზე.

სადავო ნორმის კონსტიტუციურობის შეფასებისას, უმნიშვნელოვანესია, დადგინდეს, რამდენად განიხილება, ნებაყოფლობითი მკურნალობისას, ექიმის მიერ პაციენტის ნების საპირისპიროდ გადაწყვეტილების მიღება **„ნებაყოფლობითად“.**

როგორც უკვე აღინიშნა, პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის თქმის უფლების შეზღუდვისას ავტომატურად ხდება პაციენტის უფლების ნების უგულებელყოფა და სწორედ მისი ნების საწინააღმდეგოდ სტაციონარული მკურნალობის გაგრძელება. ასევე, მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის საფუძველზე მიღებული გადაწყვეტილების შესაბამისად, სტაციონარული მკურნალობის გაგრძელება ავტომატურად არ იწვევს პირის სტატუსის გადასინჯვას ნებაყოფლობითი მკურნალობიდან არანებაყოფლობით მკუნალობაზე.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, იმ შემთხვევაში, როდესაც პირი საკუთარი ნებით განსაზღვრულ ადგილას, თუნდაც განუსაზღვრელი დროით იმყოფება, სახეზე არ იქნება მის თავისუფლების უფლებაში ჩარევა, თუნდაც იმ პირობებში, როდესაც განსაზღვრულ ადგილზე განთავსებას სხვა პირები უზრუნველყოფენ, ***თუ მას გააჩნია აღნიშნული ტერიტორიის საკუთარი გადაწყვეტილებით დატოვების უფლება.***[[91]](#footnote-91) შესაბამისად, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, ექიმის გადაწყვეტილება შეიძლება თუ არა ჩაითვალოს სტაციონარში მკურნალობის გაგრძელების შესახებ, პირის ნებად. რა თქმა უნდა, ექიმის ნება ვერ ჩაითვლება პირის ნებად, მიუხედავად იმისა, რომ ეს კონკრეტული უსაფრთხოების ლეგიტიმური მიზნით შესაძლოა იყოს განპირობებული. თანაც როგორც საქართველოს კონსტიტუციის მე-12 მუხლთან წინააღმდეგობის შეფასებისას აღინიშნა, კონკრეტული ნორმით გათვალისწინებული ღონისძიება არ წარმოდგენს უფლების შეზღუდვის თანაზომიერ საშუალებას.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ კონსტიტუციის მე-18 მუხლით *(კონსტიტუციის ძველი რედაქცია)* დაცულ უფლებაში ჩარევა, ყველა შემთხვევაში, მაღალი ინტენსივობის მატარებელია. დაუშვებელია, ამ უფლების დაცვის სფეროდან ისეთი შემზღუდველი ქმედებების გამორიცხვა, რომლებიც ამ უფლებაში ჩარევის თუნდაც მცირე ეჭვს ბადებს. ამასთანავე, თავისუფლების უფლებაში ჩარევად ვერ იქნება განხილული მხოლოდ ისეთი შემთხვევა, როდესაც პირი განსაზღვრულ ადგილას განთავსებაზე ნებას გამოხატავს პროაქტიულად ან პასიური თანხმობით. არ შეიძლება პირის მიერ ნების გამოხატვა ჩათვლილ იქნეს ნაგულისხმევად ან მესამე პირის მეშვეობით გამოვლენილად, თუნდაც ეს უკანასკნელი მისი კანონიერი წარმომადგენელი იყოს.[[92]](#footnote-92)

ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ, საქმეზე Winterwerp v the Netherlands განმარტა, თავისუფლების უფლების შეზღუდვას ვერ გაამართლებს მხოლოდ ფსიქიკურ აშლილობაზე მითითება, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც პაციენტის მდგომარეობა აღწევს ისეთ ხარისხს, რომელიც მას ართმევს გადაწყვეტილების მიღების უნარს, რომელიც გაამართლებდა მის ნების საწინააღმდეგოდ სტაციონარულ მკურნალობას.[[93]](#footnote-93)

საქმეზე Varnabov v. Bulgaria სასამართლომ განაცხადა, რომ პირის თავისუფლების შეზღუდვა არის სერიოზული ჩარევა ადამიანის უფლებაში, რომელიც გამართლებული იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ნაკლებად მზღუდავი საშუალება არასაკარისია ინდივიდის და საჯარო ინტერესების უზრუნველსაყოფად. მნიშვნელოვანია, რომ თითოეულ შემთხვევაში დადგინდეს თავისუფლების შეზღუდვის აუცილებლობა.[[94]](#footnote-94)

ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს მიერ ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებაა საქმეზე Plesó v. Hungary, რომელიც პირის სურვილის საწინააღმდეგოდ,რადგან ის უარს აცხადებდა მკურნალობაზე, არანებაყოფლობით სტაციონარულ მკურნალობას უკავშირდება.[[95]](#footnote-95)

სასამართლოს განცხადებით, სახელმწიფო ორგანოები ვალდებულნი არიან პატივი სცენ პირის ფსიქიკურ და პიროვნულ ხელშეუხებლობას ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მკურნალობისას. სასამართლომ აღნიშნა, რომ კონკრეტულ შემთხვევაში თავისუფლების აღკვეთა წარმოადგენდა უფლების შეზღუდვის ინტენსიურ ფორმას, რომელიც მხოლოდ და მხოლოდ მაშინ იქნებოდა გამართლებული, როდესაც ფსიქიატრიული დაწესებულება ჯერ მიმართავდა ნაკლებ მზღუდავ საშუალებას კერძო და საჯარო ინტერესების დასაცავად.

სასამართლოს განცხადებით, უნგრეთის კანონმდებლობა უშვებდა პირის მიმართ თვითნებური გადაწყვეტილების მიღების მაღალ რისკს, რადგან პირის ქმედებები არ წარმოდგენდა მყისიერ საფრთხეს საკუთარი/სხვების ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის, არამედ ფსიქიატრიული დაწესებულებისა და სასამართლოს გადაწყვეტილება ეფუძნებოდა პირი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაძლო გაუარესების საფრთხის თავიდან აცილებას.[[96]](#footnote-96) აქედან გამომდინარე სასამართლომ მიიჩნია, რომ ***კონკრეტულ შემთხვევაში არ იყო დაცული პირის თვითგამორკვევის უფლება, რომელიც, თავის მხრივ, მოიცავს ჰოსპიტალიზაციაზე და სამედიცინო ჩარევაზე უარის თქმის უფლებას.*** სასამართლოს განცხადებით, პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის თქმა ვერ გამოდგება მისი გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაქვეითების ან არქონის დასამტკიცებლად, მითუმეტეს როდესაც არ არსებობდა საფრთხის შემცველი ქმედებები საკუთარი თავისა და გარშემომყოფების მიმართ. შესაბამისად, სასამართლომ დაადგინა კონვენციის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის დარღვევა.[[97]](#footnote-97)

შესაბამისად, ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს სტანდარტის მიხედვით, პირის ნების გამოხატვის უგულებელყოფას პირდაპირ კავშირი აქვს კონვენციის მე-5 მუხლით გარანტირებული უფლების დარღვევასთან.

საკონსტიტუციო სასამართლომ საქმეზე *საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ* ქმედუუნარო პირის მიმართ თავისუფლების უფლების შეზღუდვასთან დაკავშირებით განაცხადა, რომ ქმედუუნარო სრულწლოვანი პირის ინტერესების დამცავი ღონისძიებების იმპლემენტაციის თუ დადგენისას, ***ამ პირის ინტერესებს და კეთილდღეობას უნდა ენიჭებოდეს გადამწყვეტი მნიშვნელობა. შესაბამისად, ადამიანის თავისუფლება შეიძლება შეიზღუდოს მხოლოდ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მიზეზებითა და მიზნებით, ფორმალური საპროცესო გარანტიების მკაცრი დაცვით***.[[98]](#footnote-98) კონკრეტულ საქმეში სასამართლომ დაასკვნა, რომ ფსიქიატრიულ სტაციონალურ დაწესებულებაში პირის მოთავსება თავისი ფორმის, ჩარევის ხარისხისა და ხანგრძლივობის გათვალისწინებით, ცალსახად წარმოადგენს საქართველოს კონსტიტუციის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გარანტირებულ თავისუფლების უფლებაში ჩარევას.[[99]](#footnote-99)

ქმედუუნარო პირის ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში მკურნალობის მიზნით, ***გაცნობიერებული და ინფორმირებული თანხმობის გარეშე მოთავსებას, თან უნდა ახლდეს მოთავსების შესახებ მიღებული გადაწყვეტილების გადამოწმება.*** ***შესაბამისი სამართლებრივი გარანტიების არარსებობა გულისხმობს/გამოიწვევს სახელმწიფოს აკრძალულ ჩარევას ინდივიდუალური თავისუფლების სფეროში, რომელიც შეიძლება შეიზღუდოს მხოლოდ კონსტიტუციურად მნიშვნელოვანი მიზნებისათვის და მხოლოდ კანონმდებლობით მკაცრად განსაზღვრულ შემთხვევებში***.[[100]](#footnote-100)

მიუხედავად იმისა, რომ კანონი ითვალისწინებს ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე ნებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყებას, როგორც წესი პაციენტებს არ აქვთ ინფორმაცია თუ რაზე აწერენ ხელს.

სახალხო დამცველის შეფასებით, ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში იმყოფებიან პაციენტები, რომელთაც პირობითად შეიძლება ვუწოდოთ „უვადო“ პაციენტები. „უვადო” პაციენტები“ ამ შემთხვევაში აღნიშნავს პაციენტთა იმ კატეგორიას, რომლებიც თვეების და წლების მანძილზე, ფაქტიურად, “გაუსვლელად” იმყოფება სტაციონარში, ხშირად არ საჭიროებს აქტიურ მკურნალობას. აღსანიშნავია, რომ ყველა იმ დაწესებულების მენეჯმენტი, სადაც გრძელვადიანი მკურნალობის განყოფილებაა, აცხადებს, რომ “უვადო” პაციენტები მათი ხანგრძლივი დაყოვნების კონტიგენტის 30-40 %-ს შეადგენს. ასეთი დაყოვნების მიზეზებს წარმოადგენს პაციენტის მხარდამჭერი სისტემის არარსებობა, მატერიალური დაუცველობა, თანამდევროვე საცხოვრისის/ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულების არარსებობა, არსებული ამბულატორიული ფსიქიატრიული სერვისების გეოგრაფიული ხელმიუწვდომლობა და თემზე დაფუძნებული ფსიქიატრიული სერვისების დეფიციტი, ასევე დამოუკიდებელი ცხოვრებისათვის საჭირო პაცენტთა უნარ-ჩვევების დეფიციტი. ხანგრძლივი ჰოსპიტალიზაცია (გამაღარიბებელ გარემოში) იმდენად ართმევს ცხოვრებისეულ უნარ-ჩვევებს პაციენტებს და ისეთი სიღრმის შეზღუდულ შესაძლებლობებს იწვევს, რომ მათი საზოგადოებაში რეინტეგრაცია მძიმე ბარიერებთან არის დაკავშირებული და ხანგრძლივი პროცესია.[[101]](#footnote-101)

ასევე, უნდა აღინიშნოს, რომ კანონმდებლობის თანახმად, გარდა სტაციონარიდან ნებისმიერ დროს გაწერის უფლებისა, ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს უფლება აქვთ სტაციონარიდან გაწერის გარეშე ხანმოკლე დროით დატოვონ სტაციონარი.[[102]](#footnote-102) ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში პაციენტები საერთოდ ვერ სარგებლობენ აღნიშნული უფლებით.

აღსანიშნავია, რომ გამოკითხული პაციენტები არ ფლობენ ინფორმაციას საკუთარი უფლებების შესახებ და მიუხედავად იმისა, რომ ბენეფიციარების ნაწილს დაწესებულებაში მოთავსებისას ინფორმირებული თანხმობის ფორმისთვის ხელი აქვს მოწერილი, მუდმივად ითხოვს სტაციონარიდან გაწერას. ფორმალურად ნებაყოფლობით, ხოლო რეალურად სტაციონარში არანებაყოფლობით მოთავსებული პაციენტები საკუთარი უფლებების დაცვას კვლავ ვერ ახერხებენ. უდავოა, რომ თუ პირი სტაციონარში ნებაყოფლობით თავსდება, მას აქვს უფლება ნებისმიერ დროს განაცხადოს უარი მკურნალობაზე და დატოვოს სტაციონარი.[[103]](#footnote-103)

საქართველოს კონსტიტუციის მე-13 მუხლის პირველი პუნქტით დაცული უფლება, თავისი ხასიათით, არ არის აბსოლუტური და მისი შეზღუდვა დასაშვებია ამავე მუხლით დადგენილი კონსტიტუციური სტანდარტების შესაბამისად. საქართველოს კონსტიტუციის მე-13 მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, თავისუფლების აღკვეთის ან თავისუფლების სხვაგვარი შეზღუდვის შეფარდება დასაშვებია მხოლოდ სასამართლოს გადაწყვეტილებით, ხოლო სამართლოს გადაწყვეტილების გარეშე არაუგვიანეს 48 საათის.

კონკრეტულთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ექიმის მიერ მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით შესაბამისად მიღებული გადაწყვეტილება არ საჭიროებს სასამართლოს დასტურს მანამ სანამ ძალაში შევა. კანონმდებლობა არანაირ რეგულაციას არ ითვალისწინებს აღნიშნულთან დაკავშირებით, როგორც ეს არანებაყოფლობითი მკურნალობის დაწყებისას ხდება. ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ არ არის განსაზღვრული თუ რამდენი ხნით არის შესაძლებელი მკურნალობაზე უარის თქმის უფლების შეზღუდვა, რაც არ გამორიცხავს რომ პაციენტი თვეობით იქნეს დაყოვნებული სტაციონარულ დაწესებულებაში.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, იმ პირობებში, როდესაც პირს წართმეული აქვს უნარი, სრულად ან ნაწილობრივ გააცნობიეროს მის მიმართ გამოყენებული შეზღუდვის მნიშვნელობა და სამომავლო შედეგები, *თავისუფლების უფლების შეზღუდვაზე სასამართლო კონტროლი უაღრესად მნიშვნელოვანია.* **უფრო მეტიც, მაშინ როდესაც პირს უფლება არ აქვს, დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება დაწესებულების დატოვების შესახებ, იქმნება იმის გაუმართლებელი რისკი, რომ ნეიტრალური სუბიექტის მხრიდან კონტროლის არარსებობის პირობებში, მეურვემ ან სამკურნალო დაწესებულებამ გადაამეტონ მათთვის მინიჭებულ უფლებამოსილებებს**.[[104]](#footnote-104)

იმის გათვალისწინებით, რომ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალსიწნებული გადაწყვეტილების მიღებისას უგულებელყოფილია პავიენტის ნება და ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება არ საჭიროებს სასამართლოს დასტურს ეწინააღმდეგება კონსტიტუციის მე-13 მუხლის 1-ლ და მე-2 პუნქტებს.

* ***წინააღმდეგობა კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტთან***

საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, დაუშვებელია ადამიანის წამება, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობა, არაადამიანური ან დამამცირებელი სასჯელის გამოყენება.

საკონსტიტუციო სასამართლომ საქმეზე *საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ* არაკონსტიტუციურად ცნო „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ექიმს ანიჭებდა უფლებამოსილებას შეეზღუდა მე-5 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული უფლება. კერძოდ კი, სადავო ნორმა ექიმს ანიჭებდა უფლებას, ცალკეულ შემთხვევაში შეეზღუდა სტაციონარულ დაწესებულებაში მოთავსებული პაციენტის უფლებები, მათ შორის, უფლება, დაცული იყოს არაჰუმანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობისგან.

სასამართლოს განმარტებით, სადავო ნორმა ცალსახად მიუთითებს, გარკვეული პირობების არსებობის შემთხვევაში, ამ უფლებების შეზღუდვის შესაძლებლობაზე. ამდენად, ნორმის შინაარსის სიტყვასიტყვითი და სისტემური განმარტებიდან გამომდინარე, ნათელია, რომ სადავო ნორმა ტოვებს შესაძლებლობას, გარკვეული პირობების არსებობისას, სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტს შეეზღუდოს უფლება, ეპყრობოდნენ ჰუმანურად, პატივისა და ღირსების შეულახავად.[[105]](#footnote-105)

მართალია კონკრეტული სასარჩელო მოთხოვნის შემთხვევაში ნორმა პირდაპირ არ ზღუდავს სტაციონარში მოთავსებული პაციენტის „არაჰუმანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობისგან დაცვის“ უფლებას, მაგრამ მოსარჩელე მხარე მიიჩნევს, რომ პირის ნების საწინააღმდეგოდ მკურნალობაზე უარის გაცხადების შეზღუდვა, უფლებაში ჩარევის ინტენსივობის გათვალისწინებით არღვევს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტს.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განცხადებით, საქართველოს კონსტიტუციის მე-17 მუხლის მე-2 პუნქტი *(კონსტიტუციის ძველი რედაქცია)* ყოველ ადამიანს იცავს ფიზიკურ და ***ფსიქიკურ ხელშეუხებლობაში ჩარევის*** ისეთი მძიმე ფორმებისაგან როგორებიცაა: წამება, არაჰუმანური, სასტიკი, პატივისა და ღირსების შემლახავი მოპყრობა და სასჯელის გამოყენება. საქართველოს კონსტიტუცია ეხმიანება საერთაშორისო საზოგადოების მტკიცე და უნივერსალურ გადაწყვეტილებას წამების აკრძალვის შესახებ.[[106]](#footnote-106)

აღნიშნული დავის ფარგლებში საკონსტიტუციო სასამართლომ კონსტიტუციის მე-9 მუხლზე მსჯელობისას აღნიშნა, რომ ***მოპყრობამ განსაზღვრულ სიმძიმეს უნდა მიაღწიოს იმისათვის, რომ იგი შეფასდეს როგორც არაჰუმანური მოპყრობა. მოპყრობის სიმძიმე უნდა განისაზღვროს ინდივიდუალური შემთხვევებიდან გამომდინარე. შეფასებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მოპყრობის ხასიათი და კონტექსტი, მისი განხორციელების მეთოდები, ხანგრძლივობა, ფიზიკური და ფსიქიკური ეფექტი პირზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ასევე ყურადსაღებია პირის სქესი, ასაკი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მისი ზოგადი ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობა.***[[107]](#footnote-107)

სადავო ნორმით გათვალისწინებული რეგულაცია პირს აიძულებს განაგრძოს მკურნალობა, მიუხედავად იმისა, რომ ის ნებაყოფლობითი მკურნალობის ფარგლებში იღებს სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დახმარებას. მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს რომ ექიმის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება პირს შეუზღუდოს მკურნალობის ჩატარებაზე უარის თქმის შესაძლებლობა არ ითვალისწინებს სასამართლოს მიერ თანხმობის გაცემის შესაძლებლობას. მართალია, პირს კანონი ანიჭებს უფლებას სასამართლოში სარჩელის წარდგენისა,[[108]](#footnote-108) მაგრამ კონკრეტული სამართლებრივი გარანტია ვერ უზრუნველყოფს სასამართლოს მიერ წინასწარი თანხმობის არსებობის აუცილებლობას, როდესაც ნორმა პირის ჯანმრთელობაში ინტენსიურ ჩარევას ითვალისწინებს, მისი ნების საწინააღმდეგოდ. კანონით ასევე არ არის განსაზღვრული თუ რამდენი ხნით არის შესაძლებელი მკურნალობაზე უარის თქმის უფლების შეზღუდვა.

ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს, პაციენტისათვის მისი ნების საწინააღმდეგოდ მკურნალობის ჩატარება და ამით მისი სტაციონარში ყოფნის დროის გახანგრძლივება, მე-9 მუხლის მიზნებისათვის ატარებს მოპყრობის მძიმე ხასიათს და აქვს როგორც ფსიქიკური ისე ფიზიკური ეფექტი პირზე.

**პატივისა და ღირსების შემლახავია მოპყრობა, რომელიც მსხვერპლს აღუძრავს შიშს, ძლიერ ტკივილს, დამცირების ან დაქვემდებარების შეგრძნებას ან ისეთი ქმედება, რომელიც ახდენს პირის ფიზიკურ ან მორალურ გატეხვას და აიძულებს მას, რომ მოიქცეს საკუთარი შეგნების საწინააღმდეგოდ.[[109]](#footnote-109)**

სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება მოიცავს ინტენსიურ მკურნალობას, მათ შორის ისეთი მედიკამენტებითა და ინექციებით, რომელიც მიღების შემდგომ პირს შესაძლოა არ ჰქონდეს გაცნობიერებული ქცევისა თუ გადაწყვეტილების მიღების უნარი, რაც პაციენტს აქცევს მანიპულაციისა და თვითნებობის მსხვერპლად, მითუმეტეს მაშინ როდესაც სადავო ნორმით მიღებული გადაწყვეტილება არ მოითხოვს სხვა კონტროლის მექანიზმს, რომელიც შეაფასებდა ნამდვილად უნდა შეეზღუდოს თუ არა პაციენტს მისთვის უმნიშვნელოვანესი უფლება.

სახალხო დამცველის შეფასებით, ფსიქიატრიული დაწესებულებების პაციენტები არ არიან დაცული ძალადობის, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობისაგან. არასათანადო მოპყრობის ფაქტები ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სხვადასხვა ფორმებით, მასშტაბებით და სიმწვავით ვლინდება.[[110]](#footnote-110) ამასთან, სახელმწიფოს მხრიდან არასათანადო ზედამხედველობის პირობებში, მაღალია დაწესებულების მხრიდან თვითნებობის რისკი.[[111]](#footnote-111)

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო ვალდებულია, არა მხოლოდ თავი შეიკავოს პირის მიმართ არაჰუმანური და ღირსების შემლახავი მოპყრობის გამოყენებისაგან, არამედ უზრუნველყოს ამ უფლების დაცვა მესამე პირთა ჩარევისაგან.[[112]](#footnote-112)

შესაბამისად, კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტის მოქმედების არეალი და მიზანმიმართულება არ ამოიწურება მხოლოდ სახელმწიფოსათვის ნეგატიური ვალდებულების დაწესებით, თავი შეიკავოს ამავე კონსტიტუციური დებულებით გათვალისწინებულ უფლებებში ჩარევისაგან. წამებისა და სხვაგვარი არასათანადო მოპყრობის აკრძალვის აბსოლუტურობა ***სახელმწიფოს აკისრებს მთელ რიგ პოზიტიურ ვალდებულებებს მისი იურისდიქციის ფარგლებში, მათ შორის, ვალდებულებებს, გაატაროს ეფექტიანი ღონისძიებები როგორც არასათანადო მოპყრობის ფაქტების პრევენციის, ასევე მათზე დროული და ქმედითი რეაგირების თვალსაზრისით.*** დასახელებულ კონსტიტუციურ დებულებაში ნაგულისხმები პოზიტიური ვალდებულებები სახელმწიფოსგან მოითხოვს ისეთი სამართლებრივი სივრცის შექმნას, სადაც უზრუნველყოფილი იქნება შესაბამისი საფრთხეების პრევენცია, ყველა იმგვარი ქმედების იდენტიფიცირება და სამართალდარღვევად გამოცხადება, რომლებიც წამების, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის აბსოლუტური აკრძალვის მოთხოვნას ეწინააღმდეგება, ასევე, არასათანადო მოპყრობის სავარაუდო ფაქტების დაუყოვნებლივი და სათანადო რეაგირება, ეფექტიანი გამოძიება და პასუხისმგებელ პირთა ადეკვატური დასჯა. სახელმწიფოს მხრიდან მხოლოდ პოზიტიურ ვალდებულებათა განუხრელი შესრულების შემთხვევაში არის შესაძლებელი იმის უზრუნველყოფა, რომ ადამიანებმა რეალურად ისარგებლონ კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტით მინიჭებული დაცვით.[[113]](#footnote-113)

აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიული დოკუმენტის საფუძველზე, საქართველოს შემუშავებული აქვს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფცია და ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგია და 2015-2020 წლის სამოქმედო გეგმა. სახელმწიფო კონცეფციაში გაცხადებულია საქართველოს ვალდებულება – „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების შედეგად ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირი მომსახურებას მიიღებს ნაკლებად შემზღუდველ გარემოში, რაც შეიძლება ახლოს თავის საცხოვრებელ ადგილთან ან შინ, მისი ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით, აგრეთვე ვალდებულება, რომ მაქსიმალურად იქნეს დაცული ამ პირის უფლებები და ღირსება, უზრუნველყოფილ იქნეს მისი საზოგადოებრივ ცხოვრებაში თანასწორი, სრულფასოვანი და ეფექტიანი მონაწილეობა“.[[114]](#footnote-114)

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამოქმედო გეგმა ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სამომავლო ხედვაა, რომელიც სხვა ინდიკატორებთან ერთად, მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდას, სტაციონარსა და სტაციონარს გარე სერვისებს შორის ბალანსირებული ზრუნვის მოდელის ჩამოყალიბებას, თემზე დაფუძნებული სერვისების განვითარებასა და ზრუნვის უწყვეტობის უზრუნველყოფას.[[115]](#footnote-115)

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს მხრიდან ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა ზედამხედველობა განეკუთვნება მის პოზიტიურ ვალდებულებას, რათა აღიკვეთოს პაციენტებზე ძალადობისა და არასათანადო მოპყრობის შემთხვევები. ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ საქმეზე V.C. v. Italy განაცხადა, რომ სახელმწიფოს პოზიტიურ ვალდებულებას განეკუთვნება ინდივიდის როგორც ფიზიკური ისე ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, მათი არასათანადო მოპყრობისაგან დაცვა. სასამართლო აღნიშნავს, რომ პირდაპირ კანონმდებლობით უნდა იყოს გათვალისწინებული სახელმწიფოს პოზიტიური ვალდებულების სრულყოფისათვის შესაბამისი მექანიზმები.[[116]](#footnote-116)

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონში ახალი საკანონმდებლო ცვლილებები განხორციელდა ფსიქიატრიული დახმარების სფეროში პაციენტთა უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების უზრუნველყოფაზეც, რომელიც ხორციელდება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეფასების ინსტრუმენტის საშუალებითა[[117]](#footnote-117) და მონიტორინგის ფორმით.[[118]](#footnote-118) ფსიქიატრიული დახმარების სფეროში პაციენტთა უფლებების დაცვისა და მომსახურების ხარისხის შეფასების მიზნით მონიტორინგის ჯგუფის შემადგენლობა განისაზღვრება და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურებებში (სერვისებში) მონიტორინგის/შეფასების წესი და პირობები დგინდება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ბრძანებით. სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ არ არის მიღებული ამავე უწყების მინისტრის ბრძანება, რომელსაც მონიტორინგის/შეფასების წესი, პირობები და მონიტორინგის ჯგუფის შემადგელობა უნდა დაემტკიცებინა.[[119]](#footnote-119)

ასევე, 2020 წელს სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფორმალურად ნებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიმღები პაციენტების რეალურად ნების საწინააღმდეგოდ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების შესწავლა არ განუხორციელებია.[[120]](#footnote-120) შესაბამისად, ნათელია, რომ ზედამხედველობისა და დაწესებულებათა მონიტორინგის კუთხით სახელმწიფო ვერ უზრუნველყოფს მისთვის დაკისრებულ პოზიტიური ვალდებულების შესრულებას.

საკონსტიტუციო სასამართლო აღნიშნავს, რომ არაჰუმანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ზღვარს რომ მიაღწიოს, ქმედება ***უნდა სცილდებოდეს იმ ტკივილის, დისკომფორტის, სულიერი ტანჯვისა და სირცხვილის შეგრძნებას, რომელსაც ადამიანი გარდაუვლად განიცდის სასჯელისა და სხვა თავისუფლებაშემზღუდველი ლეგიტიმური მოპყრობის დროს, მათ შორის, ფსიქიატრიულ სტაციონარში იძულებითი მოთავსებისას.*** [[121]](#footnote-121)

მიუხედავად იმისა, რომ სადავო ნორმით გათვალისწინებული უფლების შეზღუდვის შემდგომ პაციენტი ნებაყოფლობით აგრძელებს მკურნალობას, რადგან მისი სტატუსის გადასინჯვა არ ხდება, რეალურად ის იმყოფება არანებაყოფლობითი მკურნალობის ქვეშ. აღნიშნული, რა თქმა უნდა, გულისხმობს დისკომფოტისა და სულიერი ტანჯვის შეგრძნებას, რომელიც სცილდება პაციენტის მიმართ ლეგიტიმურ მოპყრობას, რადგან პაციენტი თავად გამოხატავს ნებას მკურნალობის არ ჩატარებაზე და მის ნების საწინააღმდეგოდ ხდება მკურნალობის ჩატარების გაგრძელება.

კვლევები ადასტურებს, რომ ჰოსპიტალიზაცია პაციენტისთვის ასოცირდება ღირსების შელახვის მაღალ დონესთან და უსამართლობის განცდასთან. ამ ფაქტორს აქვს ნეგატიური გავლენა თერაპიულ ურთიერთობებსა და მკურნალობის გეგმის დაცვაზე.[[122]](#footnote-122)

სადავო ნორმა პაციენტის მკურნალობაზე უარის თქმის უფლებას ითვალისწინებს უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით. უფლების შეზღუდვის თანაზომიერებაზე მსჯელობის კუთხით კონკრეტულ შემთხვევაში ვრცელდება საქართველოს კონსტიტუციის მე-12 მუხლის თავში განვითარებული მსჯელობა.

შესაბამისად, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ითვალისწინებს მე-5 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული პაციენტის უფლების შეზღუდვას, უარი თქვას მკურნალობის ჩატარებაზე, ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტს.

**„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული მე-5 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტის შეზღუდვის კონსტიტუციურობა**

* ***სადავო ნორმის ნორმატიული შინაარსი***

პირველ რიგში, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ კანონმდებლობის მიხედვით, ***სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება ნებაყოფლობითია,[[123]](#footnote-123)*** გარდა სამი გამონაკლისისა, როდესაც სტაციონარში მყოფი პაციენტის ძალადობის შემცველი ქცევის კონტროლის მიზნით, მის მიმართ საჭირო ხდება ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება,[[124]](#footnote-124) ასევე არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარებისას[[125]](#footnote-125) და იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობისას.[[126]](#footnote-126) შესაბამისად, იმ შემთხვევაში თუ ზემოთ აღნიშნული სამი საგამონაკლისო მოცემულობა არ არსებობს, ყველა შემთხვევაში სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება არ უნდა გასცდეს ***ნებაყოფლობითობის პრინციპს და პაციენტს გაეწიოს დახმარება აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით,*** შესაბამისი ნებართვის მქონე სტაციონარულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში.

ნებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარებისას, სტაციონარში მოთავსებულ პაციენტს გააჩნია კონკრეტული უფლებები: ისარგებლოს ჰუმანური მოპყრობით, რომელიც გამორიცხავს მისი ღირსების შემლახავ ყოველგვარ მოქმედებას;[[127]](#footnote-127) მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია თავისი დაავადების და განზრახული ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ;[[128]](#footnote-128) გაეცნოს მის შესახებ არსებულ სამედიცინო დოკუმენტაციას;[[129]](#footnote-129) ასევე, პაციენტის უფლებაა ***ისარგებლოს შესაბამისი მკურნალობით აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, პირობების მინიმალური შეზღუდვით და იმ მეთოდებით, რომლებიც დაამტკიცა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ, შეძლებისდაგვარად თავის საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს;[[130]](#footnote-130)***

შესაბამისად, მე-5 მუხლით გათვალისწინებული უფლებები პაციენტისათვის წარმოდგენს ფუნდამენტური მნიშვნელობის მქონე უფლებებს, რომელთა შეზღუდვაც მხოლოდ განსაკუთრებულ გარემოებებს უნდა უკავშირდებოდეს.

მიუხედავად ამისა, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტი ითვალისწინებს ექიმის უფლებას, უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით პაციენტს შეუზღუდოს, მათ შორის, მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული უფლებები.

სადავო ნორმის მიხედვით, ექიმი უფლებამოსილია, ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს, პაციენტს შეუზღუდოს აუცილებელი სამედიცინო ჩვენებით მკურნალობა, რაც გულისხმობს ექიმის მხრიდან სამედიცინო ჩვენების გადახვევას. აღსანიშნავია, რომ ნებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარების მიღებისას, პაციენტი ინფორმირებულ თანხმობას აცხადებს მისი მკურნალობის მეთოდებსა და დღისწესრიგზე. შესაბამისად, სადავო ნორმის ფარგლებში ექიმს შესაძლებლობა აქვს უგულებელყოს ის სამედიცინო ჩვენება, რომელზეც პაციენტმა თანხმობა განაცხადა და მისი ნების საწინააღმდეგოდ გამოყენებულ იქნას კონკრეტული მედიკამენტი თუ ინექცია.

ასევე, როგორც აღინიშნა, ექიმს შეუძლია პაციენტს შეუზღუდოს მინიმალური შეზღუდვის პირობებით სარგებლობა, რაც ექიმს შესაძლებლობას აძლევს პაციენტის მიმართ გამოყენებული იქნეს მაქსიმალური ტიპის მედიკამენტოზური შეზღუდვა მისი ნების საწინააღმდეგოდ. მაგალითად, როგორც არის სწრაფი ტრანკვილიზირება.

აღსანიშნავია, რომ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონი ითვალისწინებს მხოლოდ ფიზიკური შეზღუდვის ცნებას. სტაციონარში მყოფი პაციენტის ძალადობის შემცველი ქცევის კონტროლის მიზნით მის მიმართ შესაძლებელია ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება. კანონის მიხედვით, შეზღუდვა არის *უკიდურესი, გამონაკლისი ზომა,* რომელიც გამოიყენება, როდესაც პაციენტის მიერ საკუთარი თავის ან სხვისი (გარშემომყოფთა) დაზიანების საფრთხე გარდაუვალია და მისი თავიდან აცილება პაციენტის სიტყვიერი დამშვიდებით ან მედიკამენტებით მკურნალობით შეუძლებელია.[[131]](#footnote-131) ***ასევე, მნიშვნელოვანია, რომ შეზღუდვა არის უსაფრთხოების ზომა და მას თერაპიული მიზანი არა აქვს.***

ფიზიკური შეზღუდვის საკანონმდებლო დონეზე რეგულირება, განაპირობებს შესაბამისი გარანტიების შექმნას, რათა მისი გამოყენება არ მოხდეს თვითნებურად. კანონი განსაზღვრავს ფიზიკური შეზღუდვის სამ ფორმას:[[132]](#footnote-132) მანუალური, მექანიკური და იზოლირება, რომელებიც განსხვავდებიან შეზღუდვის ინტენსივობით. მნიშვნელოვანია, რომ შეზღუდვის მეთოდის შერჩევისას უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ნაკლებად შემზღუდველ მექანიზმს. ამასთანავე, ამ პროცესში გათვალისწინებული უნდა იქნეს პაციენტის მიერ წინასწარ გამოხატული აზრი შეზღუდვის რომელიმე მეთოდის უპირატესობის თაობაზე და გაზიარებული უნდა იქნეს არსებული გამოცდილება და გამოყენებული შეზღუდვის მეთოდი პაციენტისგან მომდინარე შესაძლო საფრთხის პროპორციული უნდა იყოს.[[133]](#footnote-133) შესაბამისად, კანონი ითვალისწინებს კონკრეტულ გარანტიას, რომ გამოყენებული არ იყოს შეზღუდვის ყველაზე ინტენსიური ფორმა და დაცული იყოს პროპორციულობის პრინციპი. მნიშვნელოვანია, რომ ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენებისას გათვალისწინებულია პაციენტის ნება, რაც ღირებულ საკანონდებლო გარანტიას წარმოადგენს. ასევე, მნიშვნელოვან დანაწესს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ აკრძალულია პაციენტის დასჯის ან დაშინების მიზნით შეზღუდვის ნებისმიერი მეთოდის გამოყენება.[[134]](#footnote-134)აგრეთვე, ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების დეტალური ინსტრუქცია გაწერილია კანონქვემდებარე აქტის დონეზეც.[[135]](#footnote-135)

ფიზიკური შეზღუდვის დროს, პაციენტის მიმართ შეზღუდვის მეთოდი გამოყენებული უნდა იქნეს შეძლებისდაგვარად მოკლე პერიოდით და შეზღუდვის ყველა მეთოდის გამოყენება უნდა შეწყდეს ამ მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული საფრთხის აღმოფხვრისთანავე.[[136]](#footnote-136) შეზღუდვის ნებისმიერი ფორმა საჭიროებს დოკუმენტირებას და შეზღუდვის გამოყენების თაობაზე რეგულარულად უნდა ეცნობოს შესაბამისი დაწესებულების ხელმძღვანელს.[[137]](#footnote-137)

ნებაყოფლობითი სტაციონარულ დახმარების მიმღები პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენება წარმოადგენს საკმაოდ ინტენსიურ ღონისძიებას, რომლის გამოყენების საფუძველიც შესაძლოა მისი ძალადობრივი ან საფრთხის შემცველი ქმედება გახდეს, ამიტომ მნიშვნელოვანია ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შემდგომ შეფასდეს თუ რამდენად ექვემდებარება პაციენტი ნებაყოფლობითი მკურნალობის პირობებს. აღსანისნავია, რომ კანონის მიხედვით, ***ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტის მიმართ შეზღუდვის მეთოდის გამოყენებისას საჭიროა მკურნალობის სტატუსის გადახედვა***,[[138]](#footnote-138) რაც გულისხმობს, რომ კომისიისა და სასამართლოს შეფასებით უნდა გადაწყდეს გავრცელდეს თუ არა პაციენტზე არანებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარების წესები.[[139]](#footnote-139)

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე ცხადია, რომ შეზღუდვის მეთოდის გამოყენება საჭიროებს კონკრეტულ საკანონმდებლო გარანტიებს, რათა მათი გამოყენება არ მოხდეს თვითნებურად. ფიზიკური შეზღუდვისაგან განსხვავებით კანონი არ არეგულირებს იძულებითი ინექციის (ე.წ. ტრანკვილიზაციის - ქიმიური შეზღუდვის) ცნებასა და არ გაწერს შესაბამის გარანტიებს.

სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის პროცესში აქტიურად გამოიყენება იძულებითი ინექციის ფორმები, განსაკუთრებით კი სწრაფი ტრანკვილიზების მეთოდი. მნიშვნელოვანია, გაანალიზდეს თუ რა ტიპის მეთოდს წარმოადგენს სწრაფი ტრანკვილიზირება და პაციენტზე რა გავლენას ახდენს მისი გამოყენება.

როგორც უკვე აღინიშნა, კანონმდებლობა ზოგადად არ ითვალისწინებს ე.წ. ქიმიური შეზღუდვის ფორმას, ამიტომ საჭიროა ვიხელმძღვანელოთ იმ დოკუმენტით, რაც თავად ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ იქნა გაზიარებული.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2013 წლის 24 ივლისის N 01-151/ო ბრძანებით დამტკიცებულია „მოზრდილებში შიზოფრენიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)“[[140]](#footnote-140)

მართალია, კონკრეტული გაიდლაინი ***არ არის სავალდებულო ხასიათის,*** მაგრამ რეკომენდაციაში არსებული სტანდარტების გათვალისწინებით, სწორედ გაიდლაინში გაწერილი წესებით უნდა იხელმძღვანელონ სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების გაწევისას, მკურნალობის მიმდინარეობის პროცესში.

მოზრდილებში შიზოფრენიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის მიხედვით, სწრაფი ტრანკვილიზება გულისხმობს, მწვავე ქცევითი აშლილობის გადაუდებელი მკურნალობას და მაში მოიაზრება ანტიფსიქოზური პრეპარატების გამოყენება.[[141]](#footnote-141) შესაბამისად, რეკომენდაცია სწრაფ ტრანკვილიზებას განიხილავს, მკურნალობის და არა შეზღუდვის ფორმად.

გაიდლაინის მიხედვით, ანტიფსიქოზური პრეპარატები ინიშნება რეკომენდირებული დოზების ფარგლებში და არ არსებობს სარწმუნო მტკიცებულებები, მაღალი დოზების ან სხვა ანტიფსიქოზურ პრეპარატთან კომბინაციის გამოყენების სასარგებლოდ, თუ მონოთერაპია არაეფექტური აღმოჩნდა. ანტიფსიქოზური პრეპარატები გამოიყენება ასევე სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში, როგორიცაა ანტიკონვულსანტები, გუნება-განწყობის სტაბილიზატორები, ანტიდეპრესანტები და ბენზოდიაზეპინები. კლინიცისტმა აღნიშნული პრეპარატები ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს შეიძლება დაამატოს შემდეგ შემთხვევებში:[[142]](#footnote-142)

* ანტიფსიქოზური პრეპარატი ცალკე არ არის ეფექტური;
* ქცევის კონტროლისთვის;
* ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გვერდითი ეფექტის სამკურნალოდ;

ანტიფსიქოზური პრეპარატების დანიშვნის უმთავრესი პრინციპებია, რომ ის უნდა დაინიშინოს უმცირესი შესაძლებელი დოზა. გაიდლაინიდან ნათელია, რომ სწრაფი ტრანკვილიზირება არ წარმოდგენს ჩვეულ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტს, არამედ ის მოაზრება, **„დარტყმითი დოზად“ ან დოზის სწრაფი მატების/ტიტრაციის სტრატეგიად.[[143]](#footnote-143)** აღნიშნულთან დაკავშირებით, გაიდლაინი პირდაპირ მიუთითებს, რომ ***„არ გამოიყენოთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დარტყმითი დოზები, ხშირად აღნიშნავენ როგორც „სწრაფ ტრანკვილიზაციას“*;**[[144]](#footnote-144)

რეკომენდაცია სწრაფი ტრაკვილიზების შემთხვევათა გამოყენებასათან დაკავშირებით აღნიშნავს, რომ შიზოფრენიის მქონე პირები მწვავე ეპიზოდში ხანადახან უქმნიან გარდაუვალ საფრთხეს საკუთარ თავს ან სხვებს და შეიძლება საჭიროებდნენ სწრაფ დამშვიდებას; აუცილებელია, რომ ინტერვენცია პროპორციული უნდა იყოს პაციენტის მიერ შექმნილი რისკის;[[145]](#footnote-145) გაიდლაინი აკონკრეტებს, რომ სწრაფი ტრანკვილიზაციის გამოყენება უნდა მოხდეს როცა სხვა სტრატეგია წარუმატებელი აღმოჩნდა პაციენტის დასამშვიდებლად; სწრაფი ***ტრანკვილიზაცია წარმოადგენს გადაუდებელი მკურნალობას და არა პირველად თერაპიულ სტარტეგიას;[[146]](#footnote-146)***

შესაბამისად, ნათელია, რომ სწრაფი ტრანკვილიზაციის გამოყენება არ გულისხმობს ჩვეული მკურნალობის ფორმას და მისი გამოყენება უნდა მოხდეს მხოლოდ მას შემდეგ თუ სხვა ნაკლებად მზღუდავი სტრატეგია წარუმატებელი აღმოჩნდება და თავად სწრაფი ტრაკვილიზირების გამოყენება უნდა იყოს პროპორციული. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ სწრაფი ტრანკვილიზაციის განმავლობაში პაციენტს უნდა შეეძლოს კონტაქტზე რეაგირება;[[147]](#footnote-147)

ასევე, ნათელია, რომ სწრაფი სტრანკვილიზირების გამოყენების მეთოდები მსგავსია იმ საკანონმდებლო გარანტიების, რასაც „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონი ფიზიკურ შეზღუდვასთან დაკავშირებით ითვალისწინებს. შესაბამისად, სწრაფი ტრანკვილიზება უნდა განვიხილოთ ე.წ ქიმიური შეზღუდვის ფორმად, რადგან მისი გამოყენების მეთოდოლოგია და წინაპირობები არ წარმოადგენს „ჩვეული მკურნალობის“ ფორმებს, რასაც გაიდლაინში არსებული აღწერა ნათლად წარმოაჩენს და რაც მთვარია, სწრაფი ტრანკვილიზება ***არა წარმოადგენს პირველად თერაპიულ სტარტეგიას,*** რაც გულისხმობს, რომ პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით ჩვეული მკურნალობის დღისწესრიგში მისი გამოყენება ვერ იქნება ჩართული. სწრაფი ტრანკვილიზების გამოყენება შესაძლოა მხოლოდ მაშინ როდესაც სხვა ნაკლებად მზღუდველი საშუალება ამოწურულია და პაციენტის საფრთხის შემცველი ან ძალადობრივი ქმედებების აღმოფხვრა სხვაგვარად შეუძლებელია. აქედან გამომდინარე, სწრაფი სტრანკვილიზების უნდა განვიხილოთ, როგორც მკურნალობის გარეთ, კონკრეტულ სიტუაციაში შეზღუდვის ფორმად, რომელიც საჭიროებს საკანონმდელო რეგულაციებს.

ნიშანდობლივია, რომ წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის თანახმად, სწრაფად მოქმედი დამამშვიდებელი ინექციების გაკეთება ***არის ქიმიური შეზღუდვის ფორმა,*** რომელიც მნიშნელოვან ზიანს აყენებს პაციენტის ჯანმრთელობას. ***სწრაფი ტრანკვილიზაციის გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ მკაცრად განსაზღვრული პროტოკოლის შესაბამისად, სათანადო სამართლებრივი გარანტიების პირობებში.[[148]](#footnote-148)***

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პაციენტისათვის სწრაფი ტრაკვილიზირება შესაძლოა უფრო მძიმე აღმოჩნდეს ვიდრე ეს გარკვეული ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის შემთხვევაში იქნებოდა. გაიდლაინი განსაზღვრავს სწრაფ ტრანკვილიზებასთან დაკავშირებულ **რისკებს**.[[149]](#footnote-149) სწრაფი ტრანკვილიზაციის დროს სხვადასხვა ჯგუფის მედიკამენტის გამოყენებისას არსებობს სპეციფიკური რისკები. როცა სხვადასხვა პრეპარატის კომბინაცია ერთდროულად გამოიყენება, რისკი შეიძლება გაღრმავდეს:

* ბენზოდიაზეპინებისთვის: ცნობიერების დაკარგვა; რესპირატორული დეპრესია; კარდიოვასკულარული კოლაფსი.
* ანტიფსიქოზური პრეპარატებისთვის: ცნობიერების დაკარგვა; კრუნჩხვა; კარდიოვასკულარული და რესპირატორული კოლაფსი; მოუსვენრობა (აკათიზია); კუნთთა მწვავე რიგიდობა (დისტონია); უნებლიე მოძრაობები (დისკინეზია); ავთვისებიანი ნეიროლეფსიური სინდრომი; გადაჭარბებული სედაცია.[[150]](#footnote-150)

ასევე, გაიდლაინი პირდაპირ მიუთითებს, რომ სწრაფი ტრანკვილიზაციის შემდეგ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია გადაუდებელი სედაციის გადაწყვეტილების აუცილებლობის შესახებ[[151]](#footnote-151) და სწრაფი ტრანკვილიზების შემდგომ უნდა მოხდეს პაციენტის ფიზიკური მონიტორინგი:[[152]](#footnote-152) საჭიროა გაკონტროლდეს ტემპერატურა, პულსი, არტერიული წნევა, სუნთქვის სიხშირე და ძილის დროს პაციენტი უნდა იყოს ექთნის მეთვალყურეობის ქვეშ. ეკგ და ჰემატოლოგიური მონიტორინგი რეკომენდირებულია განსაკუთრებით მაღალი დოზების გამოყენებისას.

ნათელია, რომ სწრაფი ტრანკვილიზირების გამოყენება იწვევს ძლიერ ეფექტსა და უკუშედეგებს ადამიანის ჯანმრთელობასა და შესაძლოა სიცოცხლეზეც, და მისი ყოველგვარი გარანტიების გარეშე გამოყენება წარმოდგენს ადამიანის ღირსების უფლებაში ინტენსიურ ჩარევას.

როგორც უკვე აღინიშნა, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტი ითვალისწინებს, რომ ექიმს უფლება აქვს, უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით შეზღუდოს პაციენტის, მათ შორის, მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული უფლებები. ანუ ექიმი უფლებამოსილია ნებაყოფლობითი სტაციონარული დახმარების მიღებისას პაციენტს შეუზღუდოს:

* ისარგებლოს შესაბამისი (შეთანხმებული) მკურნალობით აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით;
* ისარგებლოს პირობების მინიმალური შეზღუდვით
* ისარგებლოს იმ მეთოდებით, რომლებიც დაამტკიცა ჯანდაცვის სამინისტრომ;

შესაბამისად, სადავო ნორმის მიხედვით ექიმი უფლებამოსილია გადაუხვიოს იმ მკურნალობის წესებს, რომელზეც პაციენტმა ინფორმირებული თანხმობა განცხადა სტაციონარში მოთავსებისას და მისი ნების საწინააღმდეგოდ, კონკრეტული მიზნით გამოიყენოს სწრაფი ტრანკვილიზირება. **ასევე, პაციენტს ეზღუდება უფლება ისარგებლოს პირობების მინიმალური შეზღუდვით, რაც ექიმს ანიჭებს შესაძლებლობას, რომ მის მიმართ გამოყენებული იქნას ინტენსიური შეზღუდვის ფორმები.**

სადავო ნორმა განსაკუთრებით პრობლემურია იმ პირობებში, როდესაც არ არსებობს არანაირი საკანონმდებლო რეგულირება, რაც, თავის მხრივ, ექიმს სწრაფი ტრანკვილიზირების გამოყენებისას ანიჭებს აბსოლუტურ თავისუფლებას. მსგავსი ინტენსიური ჩარევის გამოყენებისას სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, იმ მასშტაბის განსაზღვრა, რომლის ფარგლებშიც ექიმი იმოქმედებს, როგორც ეს ფიზიკური შეზღუდვის შემთხვევაში ხდება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, კი შეუძლებელია თვითნებობის რისკის გამორიცხვა, განსაკუთრებით ისეთი მოწყვლადი პირების მიმართ, როგორებიც ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში მოთავსებული პირები არიან.

ასევე, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, სადავო ნორმის ის ასპექტი, რომელიც მე-5 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტების შეზღუდვის შესაძლებლობას აძლევს ექიმს. მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის შესაბამისად, ექიმს უფლება აქვს, ***უკიდურესი აუცილებლობისას, უსაფრთხოების მიზნით*** შეზღუდოს პაციენტის უფლება. უნდა აღინიშნოს, რომ უსაფრთხოების მიზანი თავისთავად მნიშვნელოვანია, მაგრამ კონკრეტულ შემთხვევაში ნორმა ძალზედ ზოგადად მიუთითებს უსაფრთხოების მიზანზე, რაც ფართო ინტერპრეტაციისა და თვითნებობის შესაძლებლობას იძლევა. აღნიშნულის საპირისპიროდ, ფიზიკური შეზღუდვის რეგულირებისას კანონი განსაზღვრავს კონკრეტულ დასაცავ სიკეთეებს, თუ რა შემთხვევაში არის შესაძლებელი მისი გამოყენება.

ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმ ფაქტორზეც, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას ქიმიური შეზღუდვის გამოყენება არ იწვევს პირის სტატუსის გადასინჯვის პროცედურის დაწყებას, როგორც ეს ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენების შემდგომ ხდება. როგროც აღინიშნა, სწრაფი ტრანკვილიზირების ღონისძიებას გააჩნია ძლიერი ეფექტი პირის ჯანმრთელობაზე და მისი გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარზე, რაც განსაკუთრებით საჭიროს ხდის მისი გამოყენების შემდგომ პაციენტის სტატუს გადასინჯვის ღონისძიებას.

რადგან ქიმიურ შეზღუდვასთან დაკავშირებით არ არსებობს საკანონმდებლო რეგულირება პრაქტიკაში შეუძლებელია იმის განსაზღვრა თუ რამდენჯერ, რა დოზით, რა საშუალებებით და რის შემდეგ გამოიყენა ექიმმა სწრაფი ტრანკვილიზირება. შესაბამისად, შეუძლებელია იმის განსაზღვრა, წარმოადგენდა თუ არა სწრაფი ტრანკვილიზირება აუცილებელ ღონისძიებას და ექიმმა მანამდე გამოიყენა თუ არა ნაკლებ მზღუდავი საშუალებები, რაზეც თავად ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის შედეგებიც მეტყველებს.

* *ფსიქიატრიული დაწესებულებების მონიტორინგის შედეგად ქიმიური შეზღუდვის გამოყენების პრაქტიკის ანალიზი*

ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში თვითნებობის მაღალი რისკის შემცველია იძულებითი სამედიცინო ინტერვენციებიც, დანიშნულების შესასრულებლად. თვითნებობის რისკი კიდევ უფრო იზრდება იმ ფონზე, რომ ***არ დოკუმენტირდება არც დანიშნული ინექციის იძულებით გაკეთების შემთხვევები, და არც პაციენტის ქცევის გასაკონტროლებლად, მისი ნების საწინააღმდეგოდ შესრულებული სწრაფი ტრანკვილიზება.*** აღსანიშნავია, რომ იძულებითი ინექციის შემთხვევაში, სამედიცინო დოკუმენტაციაში მიეთითება მხოლოდ ფაქტზე, რომ პაციენტს გაუკეთდა ინექცია დანიშნულების მიღმა. მათ შესახებ ინფორმაციის მოპოვება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტთან გასაუბრებით ან უშუალოდ ფაქტზე შესწრებით.[[153]](#footnote-153) შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“ პაციენტები აღნიშნავდნენ, რომ ხშირია ინექციების იძულებით გაკეთება და ამ პროცესში სხვა პაციენტების მონაწილეობა. გამოვლინდა ქალი პაციენტებისთვის ინექციების იძულებით გაკეთების პროცესში კაცი პაციენტების მონაწილეობის შემთხვევებიც.[[154]](#footnote-154) პაციენტები ასევე საუბრობდნენ მათი ნების საწინააღმდეგოდ, ძალის გამოყენებით დაფხვნილი სახით მედიკამენტების მიღებაზე.[[155]](#footnote-155)

ასევე, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში“ პრობლემას წარმოადგენს მედიკამენტების ზედოზირებულად გამოყენება,[[156]](#footnote-156) როგორც დაწესებულებაში მიღებისას, სწრაფი ტრანკვილიზებისა და სედაციის მიზნით (არათერაპიული მიზნით), ასევე შემდგომ პერიოდში, მედიკამენტური მკურნალობის დროს.[[157]](#footnote-157) მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ ცალკეულ შემთხვევებში, განსაკუთრებით დასვენების დღეებში, პაციენტის მწვავე მდგომარეობის მართვისა და სწრაფი ტრანკვილიზაციის მიზნით, მორიგე ექიმი, შესაბამისი დანიშნულების გარეშე იყენებს ანტიფსიქოზური მედიკამენტების საინექციო ფორმებს ისე, რომ სტაციონარში ფორმალურად ნებაყოფლობით მოთავსებულ პირს არ სთავაზობენ მედიკამენტის ტაბლეტირებულ ფორმას,[[158]](#footnote-158) რაც ეწინააღმდეგება ქვეყანაში მოქმედ, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნულ რეკომენდაციებს (გაიდლაინებს).[[159]](#footnote-159) ამასთან, არც აქ ხდება სწრაფი ტრანკვილიზაციის აუცილებლობის სათანადო დასაბუთება, პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგი და პროცესის დოკუმენტირება აღნიშნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) შესაბამისად.[[160]](#footnote-160)

რაც შეეხება პაციენტის ფსიქიატრიული დახმარების მიწოდების პროცესში ჩართულობას, მონიტორინგის შედეგები აჩვენებს, რომ პაციენტები აღნიშნულ პროცესში სათანადოდ ჩართული არ არიან, რასაც ადასტურებს ის ფაქტი, რომ გამოკითხული პაციენტების ნაწილმა საერთოდ არ იცის დიაგნოზი და დანიშნული მედიკამენტების დასახელება, არ ფლობენ ინფორმაციას მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ. [[161]](#footnote-161)

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ პერსონალის მხრიდან თვითნებობის რისკს ზრდის შემთხვევის ***არასრული და დაუსაბუთებული დოკუმენტირება***.[[162]](#footnote-162) დაწესებულებები სხვადასხვა ფორმატით აწარმოებენ „ფიქსაციის ჟურნალებს“. ასე მაგალითად, შპს „ნარკომანიის პრევენციის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“ არცერთ შემთხვევაში არ იყო მოცემული დასაბუთება, თუ რატომ იქნა გამოყენებული შეზღუდვა. ხოლო შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“ ზოგიერთ ჩანაწერში სათანადოდ არა არის აღწერილი, რამდენად საფრთხის შემცველი იყო პაციენტის ქცევა საკუთარი თავის ან/და გარშემომყოფთა მიმართ.[[163]](#footnote-163) 2020 წელს მონიტორინგისას შესწავლილ არცერთ ფიქსაციის ჟურნალში არ იყო მოცმული ინფორმაცია, მოხდა თუ არა შეზღუდვამდე დეესკალაციის მეთოდების გამოყენება.[[164]](#footnote-164)

ასევე, აღსანიშნავია, რომ „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილებების შეტანისას გათვალისწინებულ იქნა სახალხო დამცველისა და წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის რეკომენდაციები. კერძოდ, განისაზღვრა, რომ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტის მიმართ შეზღუდვის მეთოდის გამოყენებისას, სავალდებულოა ***პაციენტის სამართლებრივი სტატუსის გადახედვა.*** *აღნიშნული წარმოადგენს მნიშვნელოვან გარანტიას იმისათვის, რომ ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები არ დაექვემდებარონ დაუსაბუთებელ შეზღუდვებს და დაცულნი იყვნენ პერსონალის თვითნებობისაგან.*[[165]](#footnote-165)

სამწუხაროდ, არ შესრულებულა სახალხო დამცველის რეკომენდაცია, რომელიც ყველა ფსიქიატრიული დაწესებულებისთვის მოითხოვდა სავალდებულოდ განსაზღვრულიყო სწრაფი ტრანკვილიზაციის აუცილებლობის დასაბუთება; ტრანკვილიზირებაზე პაციენტის თანხმობის ფაქტის წერილობით დოკუმენტირება, ფიზიკური მონიტორინგის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინების) შესაბამისად განხორციელება და ამ მონიტორინგის შედეგების სამედიცინო დოკუმენტაციაში ასახვა.[[166]](#footnote-166)

„ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონით შეზღუდვის მეთოდი არის უსაფრთხოების უკიდურესი, გამონაკლისი ზომა და მისი გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ მაშინ, როდესაც პაციენტი საფრთეს უქმნის საკუთარ ან სხვის ჯანმრთელობას და საფრთხის თავიდან აცილება სხვაგვარად გარდაუვალია.[[167]](#footnote-167) ამასთან, როგორც წესი, *ფიზიკური შეზღუდვა ქიმიურ შეზღუდვასთან კომბინირებულად გამოიყენება, რაზეც მიანიშნებს „ფიქსაციის ჟურნალებში“ მითითებული მედიკამენტების დოზირება.* შპს „თბილისის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“ პაციენტებთან გასაუბრებით, გამოვლინდა პაციენტის ხანგრძლივი დროით პალატაში იზოლაციის სავარაუდო შემთხვევა.[[168]](#footnote-168)

შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების პრაქტიკა აიხსენება იმით, რომ დაწესებულებებს არ გააჩნიათ კრიზისული შემთხვევების პრევენციისა და არაძალისმიერი (დეესკალაციის)[[169]](#footnote-169) მეთოდებით მართვის პოლიტიკა, რომელმაც საბოლოო ჯამში უნდა აღმოფხვრას შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების პრაქტიკა. დაწესებულებების მართვის პოლიტიკა არ არის მიმართული იმისაკენ, რომ მინიმუმადე დაიყვანონ სიტუაციის ესკალაციის რისკები და შესაბამისად საჭირო აღარ გახდეს ინტენსიური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენება. ამასთან, მნიშვნელოვანია, პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლება, რათა შეძლონ როგორც პაციენტის ვერბალური ან ფსიქიატრიაში აღიარებული სხვა თანამედროვე მეთოდებით დამშვიდება, ასევე პაციენტის დარწმუნება და დაყოლიება მკურნალობის პროცესის უზრუნველსაყოფად. ამის საპირისპიროდ, პერსონალი არ ცდილობს გაარკვიოს სერვისის მომხმარებლებთან კრიზისის გამომწვევი შესაძლო მიზეზები და კრიზისის დროს მათი უპირატესი საჭიროებები. არაკვალიფიციურ პერსონალს კრიზისის მართვის და საკუთარი სიმშვიდის უზრუნველსაყოფად, ყველაზე ხანმოკლე და მარტივ გზად ესახება პაციენტის ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვა, რაც დაუშვებელია[[170]](#footnote-170) და წარმოადგენს პაციენტის უფლებების უხეშ დარღვევას.[[171]](#footnote-171)

პრევენციის ეროვნული მექანიზმი ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის საგანგებო მონიტორინგის ანგარიშში აღნიშნულია, რომ დაწესებულებას არ გააჩნია კრიზისული შემთხვევების პრევენციის და მართვის შიდა სახელმძღვანელო დოკუმენტი, რათა მინიმუმადე იქნეს დაყვანილი სიტუაციის ესკალაციის რისკები და შესაბამისად, საჭირო აღარ გახდეს უკიდურესი ზომების მიღება. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის მიერ ფიქსაციის ჟურნალების შემოწმების შედეგად ირკვევა, რომ აღგზნებული ან/და აგრესიული პაციენტის სამართავად კვლავ აქტიურად გამოიყენება ფიზიკური და ქიმიური შეზღუდვის მეთოდები.[[172]](#footnote-172)

კრიზისული შემთხვევების პრევენციისა და მართვის მიზნით, მნიშვნელოვანია, ფსიქიატრიულმა დაწესებულებამ შეიმუშავოს კრიზისული შემთხვევების პრევენციის და მართვის შიდა სახელმძღვანელო დოკუმენტი და მოახდინოს კრიზისული შემთხვევების პრევენცია, პოტენციური ტრიგერების და გამაფრთხილებელი ნიშნების[[173]](#footnote-173) ამოცნობა და მართვა. ასევე, დაწესებულებაში პრობლემას წარმოადგენს ისიც, რომ შეზღუდვის საშულების გამოყენების შესახებ არ ხდება ცალკე დასაბუთებული, წერილობითი გადაწყვეტილების მიღება, რაც ზრდის შეზღუდვის საშუალებების არამართლზომიერი და არაპროპორციული გამოყენების საფრთხეს.[[174]](#footnote-174)

ზემოთ აღნიშნული პრაქტიკული მაგალითები ცხადყოფს, რომ სწრაფი ტრანკვილიზირების გამოყენებას გააჩნია დიდი თვითნებობის მასშტაბი, სადავო ნორმა კი პირდაპირ აძლევს ექიმს ამ თვითნებობის შესაძლებლობას, რაც წარმოდგენს ინტენსიურ ჩარევას საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტში.

***ფსიქიატრიული დაწესებულებების პაციენტები არ არიან დაცული ძალადობის, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობისაგან.*** არასათანადო მოპყრობის ფაქტები ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში სხვადასხვა ფორმებით, მასშტაბებით და სიმწვავით ვლინდება.[[175]](#footnote-175) სახალხო დამცველი აღნიშნავს, რომ სახელმწიფო ვალდებულია განახორციელოს სათანადო ზედამხედველობა, პროაქტიულად გამოავლინოს და აღკვეთოს პერსონალის მხრიდან პაციენტებზე ძალადობის ფაქტები, რადგან ეს მის პოზიტიურ ვალდებულებას განეკუთვნება.[[176]](#footnote-176) სახელმწიფოს მიერ ქიმიური შეზღუდვის სრულად რეგულირების გარეშე დატოვება სწორედ, რომ იწვევს პოზიტიური ვალდებულის დარღვევას.

* ***წინააღმდეგობა კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტთან***

საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, დაუშვებელია ადამიანის წამება, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობა, არაადამიანური ან დამამცირებელი სასჯელის გამოყენება.

საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს განმარტებით, საქართველოს კონსტიტუციის აღნიშნული ნორმა ადამიანებს აბსოლუტურად იცავს ამავე ნორმით აკრძალული ქმედებებისგან. კერძოდ, ადამიანის წამების, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელის გამოყენების კონსტიტუციური აკრძალვა თავისი შინაარსით აბსოლუტურია, რაც იმას გულისხმობს, რომ ადამიანის უფლება, დაცული იყოს ამგვარი მოპყრობისაგან, აბსოლუტური უფლებაა. თავის მხრივ, ეს ნიშნავს იმას, რომ კონსტიტუცია უპირობოდ გამორიცხავს ამ უფლებებში ყოველგვარ ჩარევას. ნებისმიერი ჩარევა შეუთავსებელია აკრძალვის აბსოლუტურობასთან და, ამდენად, არღვევს კონსტიტუციას.[[177]](#footnote-177)

ადამიანისადმი არასათანადო მოპყრობა, რომელიც კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტით არის აკრძალული, იმის მიუხედავად, „ადამიანის წამებას“, როგორც ყველაზე მძიმე ქმედებას შეეხება საქმე თუ გაცილებით ნაკლებად მძიმე „დამამცირებელ მოპყრობას“, ყველაზე უფრო პირდაპირ და უხეშად ლახავს ადამიანის ღირსებას, რომელიც სამართლიანად განიხილება როგორც ადამიანის ყველა უფლების საფუძველთა საფუძველი და რომლის პატივისცემის იდეასაც ეფუძნება ყველა დემოკრატიული ქვეყნის, მათ შორის, საქართველოს კონსტიტუცია.

საკონსტიტუციო სასამართლოს განმარტების შესაბამისად, საქართველოს კონსტიტუციამ პოტენციური კონფლიქტი ... [ღირსების პატივისცემის პრინციპით] დაცულ სიკეთესა და კონსტიტუციით დასაცავ ნებისმიერ სხვა ღირებულ ინტერესს შორის, რომლის დაცვის მუდმივი ვალდებულებაც ქვეყნის ხელისუფლებას გააჩნია, იმთავითვე და უპირობოდ გადაწყვიტა ადამიანის ღირსების სასარგებლოდ. ცხადია, ხელისუფლება არ თავისუფლდება კონსტიტუციური ვალდებულებისგან, დაიცვას მნიშვნელოვანი საჯარო ინტერესები, კონსტიტუციით გათვალისწინებული ლეგიტიმური მიზნები (სახელმწიფო უსაფრთხოება, ტერიტორიული მთლიანობა, სხვათა უფლებები, სამართლიანი მართლმსაჯულების განხორციელება და სხვა), თუმცა ვერც ერთი ამ სიკეთის დაცვა ვერ გაამართლებს ადამიანის წამებას, არაჰუმანურ და სასტიკ მოპყრობას, პატივისა და ღირსების შემლახველ ქმედებას ან სასჯელს”[[178]](#footnote-178)

საკონსტიტუციო სასამართლოს დადგენილი აქვს, რომ **ადამიანის ღირსების შემლახავია, მათ შორის, იმგვარი მოპყრობა, „რომელიც მსხვერპლს აღუძრავს შიშს, ძლიერ ტკივილს, დამცირების ან დაქვემდებარების შეგრძნებას ან ისეთი ქმედება, რომელიც ახდენს პირის ფიზიკურ ან მორალურ გატეხვას და აიძულებს მას, რომ მოიქცეს საკუთარი შეგნების საწინააღმდეგოდ**“[[179]](#footnote-179)

როგორც უკვე აღინიშნა, სწრაფი ტრანკვილიზება წარმოადგენს ინტენსიური შეზღუდვის მეთოდს, რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. სადავო ნორმიდან გამომდინარე, ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს, ექიმი უფლებამოსილია პაციენტს შეუზღუდოს მისი უფლება ისარგებლოს შესაბამისი მკურნალობით აუცილებელი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, რაც ექიმს შესაძლებლობას აძლევს ჩვენებაში განსაზღვრული მედიკამენტების გარდა გამოიყენოს სხვა ქიმიური საშუალებები, რაც იწვევს პირის ნების უგულებელყოფასა და ფაქტობრივად ის სრულად კარგავს კონტროლს იმაზე, რომ მისი სურვილის გათვალიწინებით წარიმართოს მკურნალობა.

ასევე გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ნებაყოფლობითობა გულისხმობს პაციენტის მიერ ნამდვილი ნების გამოხატვას, რომ მას სურს ფსიქიატრიული დახმარების მიღება დაწესებულებაში. კანონმდებლობა ითვალისწინებს სტაციონარში მოთავსებისა და მკურნალობის შესახებ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის მიღების აუცილებლობას, რომელიც დადასტურებული უნდა იყოს სამედიცინო დოკუმენტაციაში.[[180]](#footnote-180) აღსანიშნავია, რომ პაციენტების უმეტესობა დაწესებულებაში შემოსვლისას ინფორმირებული თანხმობის ფორმას გაუცნობიერებლად ან იძულებით აწერს ხელს. პაციენტები აცხადებენ, რომ არ იციან ხელი რას მოაწერეს, ზოგიერთი მათგანი ვერც ხელმოწერის ფაქტს იხსენებს.

აღნიშნულის გათვალისწინებით, ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ქიმიური შეზღუდვის გამოყენებისას პაციენტები იღებენ გარკვეულ განმარტებას და როგორც სწრაფი ტრანკვილიზების გამოყენების პრაქტიკიდან გამოჩნდა, მისი გამოყენების შემთხვევები არ დოკუმენტირდება. შესაბამისად, შეუძლებელია იმის განსაზღვრა თუ რამდენჯერ ან რა დოზით იქნა ქიმიური შეზღუდვა გამოყენებული, განსაკუთრებით იმ პირობებში, როდესაც კანონმდებლობა არ განსაზღვრავს კონკრეტულ ზღვარსა და დოზებს.

მნიშვნელოვანია, რომ კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტის მოქმედების არეალი და მიზანმიმართულება არ ამოიწურება მხოლოდ სახელმწიფოსათვის ნეგატიური ვალდებულების დაწესებით, თავი შეიკავოს ამავე კონსტიტუციური დებულებით გათვალისწინებულ უფლებებში ჩარევისაგან. წამებისა და სხვაგვარი არასათანადო მოპყრობის აკრძალვის აბსოლუტურობა სახელმწიფოს ***აკისრებს მთელ რიგ პოზიტიურ ვალდებულებებს*** მისი იურისდიქციის ფარგლებში, მათ შორის, ვალდებულებებს, გაატაროს ეფექტიანი ღონისძიებები როგორც არასათანადო მოპყრობის ფაქტების პრევენციის, ასევე მათზე დროული და ქმედითი რეაგირების თვალსაზრისით.[[181]](#footnote-181)

კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული უფლება, მატერიალურ-სამართლებრივ გარანტიებთან ერთად, აწესებს შესაბამის პრევენციულ თუ პროცედურულ გარანტიებს, რომლებიც სწორედ იმას უზრუნველყოფს, რომ არასათანადო მოპყრობის აკრძალვის აბსოლუტურობას ილუზორული ხასიათი კი არ გააჩნდეს, არამედ მან შეიძინიოს რეალური და პრაქტიკული მნიშვნელობა. ***დასახელებულ კონსტიტუციურ დებულებაში ნაგულისხმები პოზიტიური ვალდებულებები სახელმწიფოსგან მოითხოვს ისეთი სამართლებრივი სივრცის შექმნას, სადაც უზრუნველყოფილი იქნება შესაბამისი საფრთხეების პრევენცია, ყველა იმგვარი ქმედების იდენტიფიცირება და სამართალდარღვევად გამოცხადება, რომლებიც წამების, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის აბსოლუტური აკრძალვის მოთხოვნას ეწინააღმდეგება***.[[182]](#footnote-182)

კონკრეტულ შემთხვევაში სახელმწიფო არათუ არაეფექტურად, არამედ საერთოდ არ არეგულირებს ქიმიური შეზღუდვის, კონკრეტულად კი სწრაფი ტრანკვილიზირების გამოყენების საკითხს, რაც ცალსახად პოზიტიური ვალდებულების დარღვევად უნდა შეფასდეს. მითუმეტეს იმის გათვალისწინებით, რომ სწრაფი ტრანკვილიზირება პრაქტიკაში ძალიან ხშირად გამოიყენება და ყოველგვარი რეგულაციის გარეშე ვერ აზღვევს ექიმების მხრიდან თვითნებობის რისკებს. პირიქით, შეიძლება აღინიშნოს, რომ სადავო ნორმა ექიმს შესაძლებლობას აძლევს პაციენტის ნების გათვალისწინების გარეშე შეუზღუდოს მას სასურველი მკურნალობის მიღების უფლება და მისი მკურნალობის წარმართვა პირობების მინიმალური შეზღუდვით.

როდესაც პაციენტს ეზღუდება უფლება ისარგებლოს პირობების მინიმალური შეზღუდვით, ის აბსოლუტურად კარგავს უფლებას, რომ მის მიმართ გამოყენებული იქნას ნაკლებ მზღუდავი საშუალება და არა სწრაფი ტრანკვილიზება. „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“ - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) მიხედვით, დასაშვებია სწრაფი ტრანკვილიზაციის მეთოდის გამოყენება **უკიდურეს შემთხვევებში, როდესაც ამოწურულია დამშვიდების სხვა მეთოდები და პაციენტი უარს ამბობს მედიკამენტის მიღებაზე**.[[183]](#footnote-183) თუმცა, საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტების დონეზე არ რეგულირდება არც ქიმიური შეზღუდვის და არც სწრაფი ტრანკვილიზაციის პროცედურა, რაც სამედიცინო პერსონალს საშუალებას აძლევს უგულებელყოს გაიდლაინში გაწერილი სტანდარტები და ყოველგვარი სამართლებრივი გარანტიების გარეშე განახორციელოს პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ მისი სწრაფი ტრანკვილიზება.[[184]](#footnote-184) შესაბამისად, სადავო ნორმა ექიმს სწრაფი ტრანკვილიზირების განხორციელებისას, ათავისუფლებს ამ ვალდებულებისაგან, მიუხედავად იმისა, რომ ეს გაიდლაინი არ არის სავალდებულო და თავად კანონმდებლობა ექიმს არ აკისრებს არანაირ ვალდებულებას, ამ ფონზეც კი სადავო ნორმა ექიმს ათავისუფლებს ყოველგვარი ვალდებულებისაგან, რადგან პირდაპირ მიუთითებს, რომ პაციენტს ეზღუდება ისეთი უფლება რაც მის მიმართ პირობების მინიმალური შეზღუდვის გამოყენებას გულისხმობს.

საკონსტიტუციო სასამართლომ კონსტიტუციის მე-9 მუხლზე მსჯელობისას აღნიშნა, რომ ***მოპყრობამ განსაზღვრულ სიმძიმეს უნდა მიაღწიოს იმისათვის, რომ იგი შეფასდეს როგორც არაჰუმანური მოპყრობა. მოპყრობის სიმძიმე უნდა განისაზღვროს ინდივიდუალური შემთხვევებიდან გამომდინარე. შეფასებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მოპყრობის ხასიათი და კონტექსტი, მისი განხორციელების მეთოდები, ხანგრძლივობა, ფიზიკური და ფსიქიკური ეფექტი პირზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ასევე ყურადსაღებია პირის სქესი, ასაკი, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მისი ზოგადი ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობა.***[[185]](#footnote-185)

კონტექსტის განსაზღვრისათვის მნიშვნელოვანია, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობისას ექიმს ეძლევა უფლება სრულად შეუზღუდოს პირს სასურველი მკურნალობის მიღება და მისი შეხედულებისამბრ წარმართოს იგი. მართალია, ფსიქიატრიული დახმარების მიღებისას ექიმის ჩართულობას მაღალი წილი აქვს, რადგან პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე მხოლოდ მის სურვილზე ვერ იქნება დაქვემდებარებული მისი მკურნალობა. მაგრამ უნდა აღინიშნოს, რომ ნებაყოფლობითი მკურნალობის დროს აუცილებელია პაციენტის ნების გათვალიწინება. სადავო ნორმა იძლევა შესაძლებლობას, რომ პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ მოხდეს მისი მკურნალობის წარმართვა. აღნიშნული კონტრარგუმნეტი შესაძლოა იყო პაციენტის არასტაბილური მდგომარეობა ან მის მიერ გაუცნობიერებელი ქმედების ჩადენა, მაგრამ ამის საპირისპიროდ უნდა ითქვას, რომ იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ზემოთ აღნიშნულ მდგომარეობაშია, მაშინ აუცილებელია დაიწყოს მისი სტატუსი შეფასება, საჭიროებს თუ არა ის გადასინჯვას. სადავო ნორმის შემთხვევაში ნებაყოფლობითი მკურნალობისას, როდესაც პაციენტს ეზღუდება სასურველ მკურნალობაზე უფლება, ამის შემდგომ ის ისევ აგრძელებს ნებაყოფლობით მკურნალობას, მიუხედავად იმისა, რომ მის მიმართ განხორციელდა სწრაფი ტრაკვილიზება მისი სურვილის საწინააღმდეგოდ.

როდესაც ნებაყოფლობითი მკურნალობის ფარგლებზე ვსაუბრობთ, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ **სწრაფი ტრანკვილიზირების გამოყენება დაუშვებელია იმ პაციენტის მიმართ, რომელსაც უნარი შესწევს უარი განაცხადოს მკურნალობაზე ან უკვე დააფიქსირა მსგავსი სურვილი.[[186]](#footnote-186)**

საკონსტიტუციო სასამართლო აღნიშნავს, რომ არაჰუმანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ზღვარს რომ მიაღწიოს, ქმედება ***უნდა სცილდებოდეს იმ ტკივილის, დისკომფორტის, სულიერი ტანჯვისა და სირცხვილის შეგრძნებას, რომელსაც ადამიანი გარდაუვლად განიცდის სასჯელისა და სხვა თავისუფლებაშემზღუდველი ლეგიტიმური მოპყრობის დროს, მათ შორის, ფსიქიატრიულ სტაციონარში იძულებითი მოთავსებისას.*** [[187]](#footnote-187)

სახალხო დამცველის შეფასებით, სათანადო დასაბუთებისა და სამართლებრივი დაცვის გარანტიების გარეშე, პაციენტის ნების საწინააღმდეგოდ სწრაფი ტრანკვილიზაციის დამკვიდრებული პრაქტიკა, რომელიც იწვევს პაციენტის ცნობიერებისა და რეფლექსების სრულად ან ნაწილობრივ დათრგუნვას და გადაჭარბებულ სედაციას, ხელყოფს პაციენტის ფიზიკურ ხელშეუხებლობას[[188]](#footnote-188) და კვალიფიცირდება პაციენტისადმი არაადამიანურ და დამამცირებელ მოპყრობად.[[189]](#footnote-189) საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, მკურნალობის თაობაზე პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გადამწყვეტია, ვინაიდან საქმე ეხება ძლიერ ფსიქოტროპულ მედიკამენტებს, რომელთა გამოყენებამ, შესაძლოა, ტანჯვა გამოიწვიოს და მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს ინდივიდის ჯანმრთელობას. თანხმობის გარეშე პაციენტის მკურნალობა აღწევს წამებისა და არასათანადო მოპყრობის ზღვარს.[[190]](#footnote-190)

სადავო ნორმა თავად მიუთითებს, რომ ექიმს უფლება აქვს, უკიდურესი აუცილებლობისას, ***უსაფრთხოების მიზნით*** შეზღუდოს პაციენტის მე-5 მუხლის *„ბ“* ქვეპუნქტით გათვალისწინებული უფლება.

პირველ რიგში, უნდა აღინიშნოს, რომ სადავო ნორმა აწესებს ძალზედ ზოგად ლეგიტიმურ მიზანს. შედარებისათვის, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-16 მუხლი ფიზიკური შეზღუდვის გამოყენებას დასაშვებად მიიჩნევს პაციენტის მიერ საკუთარი თავის ან სხვისი (გარშემომყოფთა) დაზიანების საფრთხის აღკვეთი მიზნით. შესაბამისად, ნორმა უნდა აკონკრეტებდეს თუ რა შემთხევაშია შესაძლო პაციენტს შეეზღუდოს მისი ჯანმრთელობისათვის მნიშვნელოვანი უფლება.

რაც შეეხება ღონისძიების გამოსადეგობის შეფასებას, იმის გათვალისწინებით, რომ სწრაფი ტრანკვილიზება წარმოადგენს ადამიანის ჯანმრთელობაში ინტენსიურ ჩარევას, მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული ღონისძიება ვერ იქნება გამოსადეგი, მიუხედავად იმისა, რომ მან პაციენტის დროებითი დამშვიდება გამოიწვია. იმის გათვალისწინებით, რომ დაწესებულებს არ გააჩნიათ კრიზისული შემთხვევების პრევენციისა და არაძალისმიერი მეთოდებით მართვის პოლიტიკა, სწრაფი ტრანკვილიზების გამოყენება პირიქით საზიანო შეიძლება იყოს პაციენტისათვის წინარე და შემდგომი მექანიზმების არ არსებობის გათვალისწინებით.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებს, ფიზიკური ჯანმრთელობის რეგულარულ სამედიცინო შემოწმებას ექვემდებარებიან. შიზოფრენიის მართვის ეროვნულ სახელმძღვანელო დოკუმენტში საგანგებოდ მიეთითება ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მონიტორინგის მნიშვნელობაზე, სომატური პრობლემების ადრეული გამოვლენისთვის. დღეისათვის ***ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში არსებული პრაქტიკა ვერ უზრუნველყოფს გვერდითი ეფექტების სათანადო მართვას, რაც, შესაძლოა, რიგ შემთხვევებში, ლეტალური შედეგით დასრულდეს.[[191]](#footnote-191)***

მნიშვნელოვანია, ასევე განვიხილოთ, თუ რამდენად წარმოდგენს აუცილებლობას მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული ექიმის უფლებამოსილება. სადავო ნორმა მიუთითებს, რომ ექიმის გადაწყვეტილებით პაციენტს შესაძლოა მე-5 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული უფლებები შეეზღუდოს უკიდურესი აუცილებლობისას. ამ შეთხვევაში გაუგებარია თუ რას შეიძლება გულისხმობდეს უკიდურესი აუცილებლობის მდგომარეობა, რადგან უშუალოდ სწრაფი ტრანკვილიზების გამოყენება დასაშვებია განსაკუთრებულ შემთხვევებში, პაციენტი ძალადობრივი ქმედების აღსაკვეთად, როდესაც ის საფრთხეს უქმნის საკუთარ და სხვა პაციენტებისა თუ მომუშავე პერსონალის ჯანმრთელობას. და მისი გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ დეესკალაციის ან სხვა სტრატეგიების გამოყენება წარუმატებელი აღმოჩნდა.[[192]](#footnote-192) სადავო ნორმა კი, სწორედ იმის შესაძლებლობას იძლევა, რომ ყოველგვარი ნაკლებ მზღუდავი ღონისძიების გვერდის ავლით გამოიყენოს სწრაფი ტრანკვილიზირება, რადგან ნორმა პირდაპირ უთითებს, რომ ექიმს შეუძლია პაციენტს შეუზღუდოს ისარგებლოს პირობების მინიმალური შეზღუდვით. აღნიშნული კი ავტომატურად ნიშნავს ექიმის გათავისუფლებას ნაკლებ მზღუდავი საშუალებების გამოყენებისაგან.

ზემოთ აღნიშნულის გათვალისწინებით, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტის ის ნორმატიული შინაარსი, რომელიც ითვალისწინებს მე-5 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული პაციენტის უფლების შეზღუდვას, ეწინააღმდეგება საქართველოს კონსტიტუციის მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტს.

**III  
შუამდგომლობები** *შენიშვნა* [[193]](#footnote-193)

1. შუამდგომლობა მოწმის, ექსპერტის ან/და სპეციალისტის მოწვევის თაობაზე

|  |
| --- |
| არ გვაქვს |

2. შუამდგომლობა სადავო ნორმის მოქმედების შეჩერების თაობაზე

|  |
| --- |
| არ გვაქვს |

3. შუამდგომლობა პერსონალურ მონაცემთა დაფარვის თაობაზე

|  |
| --- |
| არ გვაქვს |

4. შუამდგომლობა/მოთხოვნა საქმის ზეპირი მოსმენის გარეშე განხილვის შესახებ

|  |
| --- |
| არ გვაქვს |

5. სხვა შუამდგომლობები

|  |
| --- |
| არ გვაქვს |

**IV  
თანდართული დოკუმენტები**

1. „საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით გათვალისწინებული სავალდებულო დანართები

|  |  |
| --- | --- |
| სადავო ნორმატიული აქტის ტექსტი |  |
| ბაჟის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტი |  |
| წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების დამადასტურებელი დოკუმენტი |  |
| კონსტიტუციური სარჩელის ელექტრონული ვერსია |  |
| მოსარჩელის საიდენტიფიკაციო დოკუმენტის ასლი |  |

2. სხვა დანართები *შენიშვნა* [[194]](#footnote-194)

|  |
| --- |
|  |

„საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის 273 მუხლის მე-3 პუნქტის თანახმად, „საკონსტიტუციო სამართალწარმოების მონაწილეები ვალდებული არიან, კეთილსინდისიერად გამოიყენონ თავიანთი უფლებები. საკონსტიტუციო სასამართლოსათვის წინასწარი შეცნობით ყალბი ცნობების მიწოდება იწვევს კანონით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას“.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ხელმოწერის ავტორი/ავტორები | თარიღი | ხელმოწერა |
| 1. ნინო ლომჯარია |  |  |

1. თუ მოსარჩელეთა რაოდენობა არის ორი ან ორზე მეტი, თითოეული მოსარჩელის მონაცემები შეიყვანეთ თანმიმდევრულად და გამოიყენეთ ნუმერაცია. სარჩელიდან ცხადად უნდა ირკვეოდეს, რომელ მოსარჩელეს უკავშირდება ამ ველში შეყვანილი მონაცემი. თუ მოსარჩელე ერთდროულად არის რამდენიმე ქვეყნის მოქალაქე, მიუთითეთ შესაბამისი სახელმწიფოები. [↑](#footnote-ref-1)
2. კონსტიტუციურ სარჩელს უნდა ერთვოდეს წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების დამადასტურებელი დოკუმენტი. თუ წარმომადგენლების რაოდენობა არის ორი ან ორზე მეტი, იმოქმედეთ N1 შენიშვნის შესაბამისად. [↑](#footnote-ref-2)
3. მიუთითეთ ნორმატიული აქტის დასახელება, რომელიც შეიცავს, ადგენს სადავო ნორმებს. მიუთითეთ, ამ ნორმატიული აქტის მიმღების/გამომცემის დასახელება და მიღების/გამოცემის თარიღი. რამდენიმე ნორმატიული აქტის დამატების შემთხვევაში, გამოიყენეთ ნუმერაცია. [↑](#footnote-ref-3)
4. გთხოვთ ჩამოაყალიბოთ სასარჩელო მოთხოვნის ფორმალური მხარე. კერძოდ, რომელ სადავო ნორმას კონსტიტუციის რომელ მუხლთან, პუნქტთან, ქვეპუნქტთან ან/და წინადადებასთან ხდით სადავოდ. მიუთითეთ, კონკრეტული სადავო ნორმა (ნორმატიული აქტის სადავო შინაარსობრივი ნაწილის იდენტიფიკაციის საშუალებები მაგ. მუხლი, პუნქტი/ნაწილი, ქვეპუნქტი, წინადადება და ა.შ) და მის გასწვრივ საქართველოს კონსტიტუციის ის დებულება, რომლის მიმართაც მოითხოვთ აღნიშნული სადავო ნორმის არაკონსტიტუციურად ცნობას. თუ სასარჩელო მოთხოვნის მოცულობიდან გამომდინარე ფორმაში მოცემული სივრცე არ იქნება საკმარისი, ფორმა იძლევა ველების დამატების შესაძლებლობას. თუ ტექნიკურად ვერ ახერხებთ ახალი ველების დამატებას, ბოლო ველში შეგიძლიათ მიუთითოთ ერთზე მეტი სადავო ნორმა და კონსტიტუციის დებულება. ასეთ შემთხვევაში გთხოვთ, გამოიყენეთ ნუმერაცია იმგვარად, რომ შესაძლებელი იყოს სასარჩელო მოთხოვნის ცხადად იდენტიფიცირება. [↑](#footnote-ref-4)
5. დაასაბუთეთ, რომ მოსარჩელე/მოსარჩელეები არიან უფლებამოსილი სუბიექტები მიმართონ საკონსტიტუციო სასამართლოს. საჭიროების შემთხვევაში წარმოადგინეთ არგუმენტაცია „საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის 313 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული კონსტიტუციური სარჩელის ან კონსტიტუციურის წარდგინების არსებითად განსახილველად მიუღებლობის სხვა საფუძვლების არარსებობის შესახებ. [↑](#footnote-ref-5)
6. გთხოვთ, წარმოადგინოთ დასაბუთება სადავო ნორმის (ნორმების) საქართველოს კონსტიტუციის შესაბამის დებულებასთან მიმართებით არაკონსტიტუციურობის თაობაზე. თუ სადავო ნორმის (ნორმების) კონსტიტუციურობის შემოწმებას საქართველოს კონსტიტუციის რამდენიმე მუხლთან ითხოვთ, გთხოვთ, ცალ–ცალკე წარმოადგინოთ დასაბუთება. თუ სასარჩელო მოთხოვნის დასასაბუთებლად იშველიებთ ეროვნულ, საერთაშორისო ან/და სხვა ქვეყნის სასამართლო პრაქტიკას ან/და კანონმდებლობას, აგრეთვე სამეცნიერო ან/და ანალიტიკურ ნაშრომებს, გთხოვთ, გააკეთოთ მკაფიო მითითებები შესაბამის წყაროზე მაგ.: დასახელება, პარაგრაფი, მუხლი, გვერდი და ა.შ. [↑](#footnote-ref-6)
7. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 1-ლი მუხლის „ა“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-7)
8. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-8)
9. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-9)
10. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-10)
11. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის “ა“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-11)
12. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის „ბ“ ქვეპუნქტი;; [↑](#footnote-ref-12)
13. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის “გ“ ქვეპუნქტი; თუ პაციენტს არ აქვს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ინფორმაცია მიეწოდება პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს, ხოლო მისი არარსებობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავს; [↑](#footnote-ref-13)
14. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის „დ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-14)
15. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის „ზ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-15)
16. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის „ე“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-16)
17. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16, მე-18 და 221 მუხლებით გათვალისწინებულ შემთხვევებში. თუ პაციენტის ასაკი 16 წელს არ აღემატება, მკურნალობის ჩატარების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება აქვს პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს, ხოლო მისი არარსებობის შემთხვევაში – პაციენტის ნათესავს (აუცილებელია გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტის მონაწილეობა მისი ასაკისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით); [↑](#footnote-ref-17)
18. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-3 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-18)
19. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლი; [↑](#footnote-ref-19)
20. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლი; [↑](#footnote-ref-20)
21. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 221-ე მუხლი; [↑](#footnote-ref-21)
22. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის 1-ლი პუნქტი „ა“ ქვეპუნქტი; რაც შეეხება 16 წლამდე პაციენტს, მისი კანონიერი წარმომადგენლის თხოვნითა და ინფორმირებული თანხმობით (გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობა მისი ასაკისა და ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით); [↑](#footnote-ref-22)
23. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-2 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-23)
24. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლის „კ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-24)
25. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-25)
26. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-26)
27. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-27)
28. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „ი“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-28)
29. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის მე-5 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-29)
30. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-3 პუნქტი; ასევე, 16 წლამდე პაციენტისა – კანონიერი წარმომადგენლის მოთხოვნით, მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე (აუცილებელია გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტის მონაწილეობა მისი ასაკისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით). [↑](#footnote-ref-30)
31. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-31)
32. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის 1-ლი პუნქტი; არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების საჭიროებას განსაზღვრავს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ან შესაბამისი სერტიფიკატის მქონე ექიმი. შესაბამისი სამართალდამცავი ორგანოები ვალდებული არიან მოთხოვნის შემთხვევაში უზრუნველყონ პაციენტის სტაციონარში მოთავსება [↑](#footnote-ref-32)
33. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-2 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-33)
34. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-4 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-34)
35. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-5 პუნქტი; ხმების გაყოფის შემთხვევაში გადაწყვეტილებას იღებს ფსიქიატრიული დაწესებულების კლინიკური ხელმძღვანელი, ხოლო მისი არყოფნისას – საამისოდ უფლებამოსილი პირი, რომელსაც წერილობით აქვს მინიჭებული ამგვარი უფლებამოსილება. განსხვავებული აზრის მქონე ექიმ-ფსიქიატრის მოსაზრება წერილობით დაერთვის კომისიის გადაწყვეტილებას; [↑](#footnote-ref-35)
36. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-6 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-36)
37. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-7 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-37)
38. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-8 პუნქტი; სასამართლოში საკითხის განხილვისას პაციენტის ინტერესებს წარმოადგენს პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი, ხოლო ასეთის არარსებობისას – ნათესავი და ადვოკატი. თუ პაციენტს არ ჰყავს ადვოკატი, იგი მას სახაზინო წესით დაენიშნება; [↑](#footnote-ref-38)
39. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-11 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-39)
40. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-9 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-40)
41. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-10 პუნქტი; ასევე, მე-12 პუნქტის მიხედვით, თუ ექიმ-ფსიქიატრთა კომისია საჭიროდ მიიჩნევს არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების 6 თვეზე მეტი ვადით გაგრძელებას, ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაცია პაციენტის არანებაყოფლობითი სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარების 6-თვიანი ვადის ამოწურვამდე 72 საათით ადრე მიმართავს სასამართლოს ამ ვადის გაგრძელების შესახებ. სასამართლო გადაწყვეტილებას იღებს ფსიქიატრიული დაწესებულების ადმინისტრაციის მიმართვიდან 72 საათში; [↑](#footnote-ref-41)
42. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-13 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-42)
43. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-12 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-43)
44. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-44)
45. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №87/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების წესის დამტკიცების შესახებ“ მე-2 მუხლის 1-ლი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/69832?publication=0> [↑](#footnote-ref-45)
46. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 19 ივლისის №228/ო ბრძანებით დამტკიცებული „სამედიცინო დოკუმენტაციის ფორმა №027-3/ა“ ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/72454?publication=3> [↑](#footnote-ref-46)
47. თუ მორიგე ექიმი გადაწყვეტს, რომ პაციენტს არ ესაჭიროება სტაციონარული ფსიქიატრიული დახმარება, სარეგისტრაციო ჟურნალში აკეთებს შესაბამის ჩანაწერს, საექიმო დასკვნით (ფორმა №027-3/ა) მომართვის შემთხვევაში კი უგზავნის დასაბუთებულ უარს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებას 24 საათის განმავლობაში [↑](#footnote-ref-47)
48. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №87/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების წესის დამტკიცების შესახებ“მე-6 მუხლის მე-3 პუნქტი; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/69832?publication=0> [↑](#footnote-ref-48)
49. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №87/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიატრიულ სტაციონარში მოთავსების წესის დამტკიცების შესახებ“მე-6 მუხლის მე-4 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-49)
50. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №88/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიის შექმნისა და მუშაობის წესის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/69844?publication=0> [↑](#footnote-ref-50)
51. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №91/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში აღრიცხვისა და აღრიცხვიდან მოხსნის, მათზე მეთვალყურეობის წესის შესახებ“ ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/69862?publication=0> [↑](#footnote-ref-51)
52. ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში აღრიცხვაზე აყვანა გულისხმობს პაციენტის ჩართვას მისი ფსიქიკური მდგომარეობის შესაბამისი სამკურნალო და/ან დინამიკური მეთვალყურეობის პროცესში. [↑](#footnote-ref-52)
53. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №91/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში აღრიცხვისა და აღრიცხვიდან მოხსნის, მათზე მეთვალყურეობის წესის შესახებ“ მე-3 მუხლის მე-4 პუნქტი “დ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-53)
54. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №91/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში აღრიცხვისა და აღრიცხვიდან მოხსნის, მათზე მეთვალყურეობის წესის შესახებ“ მე-3 მუხლის მე-6 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-54)
55. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №91/ნ 2007 წლის 20 მარტის ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტების ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში აღრიცხვისა და აღრიცხვიდან მოხსნის, მათზე მეთვალყურეობის წესის შესახებ“ მე-3 მუხლის მე-7 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-55)
56. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-3; [↑](#footnote-ref-56)
57. იქვე, II-4; [↑](#footnote-ref-57)
58. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-23; [↑](#footnote-ref-58)
59. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-28; [↑](#footnote-ref-59)
60. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-47; [↑](#footnote-ref-60)
61. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-3 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-61)
62. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-51; [↑](#footnote-ref-62)
63. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-4 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-63)
64. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-52; [↑](#footnote-ref-64)
65. საქართველოს სახალხო დამცველის 2020 წლის საპარლამენტო ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 65, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3jnkOQF> [↑](#footnote-ref-65)
66. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 154; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-66)
67. იქვე, გვ 154; [↑](#footnote-ref-67)
68. მონიტორინგის ვიზიტები განხორციელდა 2020 წლის 7 მაისს და 12 ივნისს; პირველი ვიზიტის დროისთვის დაწესებულებაში 99, ხოლო მეორე ვიზიტისას 94 პაციენტი იმყოფებოდა; [↑](#footnote-ref-68)
69. მონიტორინგის ვიზიტი განხორციელდა 2020 წლის 30 ივლისს; ვიზიტის დროისთვის დაწესებულებაში 15 პაციენტი იმყოფებოდა; [↑](#footnote-ref-69)
70. მონიტორინგის ვიზიტები განხორციელდა 2020 წლის 15-16 სექტემბერს. ვიზიტების დროისთვის, დაწესებულებაში 210 პაციენტი იმყოფებოდა; [↑](#footnote-ref-70)
71. მონიტორინგის ვიზიტები განხორციელდა 2020 წლის 12-13 ივლისს; [↑](#footnote-ref-71)
72. Involuntary placement in psychiatric establishments, (CPT), par 41; ხელმისაწვდომია [https://rm.coe.int/16806cd43e](https://rm.coe.int/16806cd43e%20)  [↑](#footnote-ref-72)
73. თანხმობის ფორმაზე არსებული ხელმოწერა (ასოების მოხაზულობა) პრაქტიკულად ექიმის ხელნაწერის იდენტური იყო. [↑](#footnote-ref-73)
74. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 165; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-74)
75. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2019 წლის ანგარიში, თბილისი, 2020, გვ 127; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020033122424787329.pdf> [↑](#footnote-ref-75)
76. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 165; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-76)
77. Involuntary placement in psychiatric establishments, (CPT), par 41; ხელმისაწვდომია: < <https://rm.coe.int/16806cd43e> [↑](#footnote-ref-77)
78. Involuntary placement in psychiatric establishments, (CPT), par 41; [↑](#footnote-ref-78)
79. საქართველოს სახალხო დამცველის 2020 წლის საპარლამენტო ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 66, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3jnkOQF> [↑](#footnote-ref-79)
80. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე- 17 მუხლის მე-4 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-80)
81. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2019 წლის ანგარიში, თბილისი, 2020, გვ 127; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020033122424787329.pdf> [↑](#footnote-ref-81)
82. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2015 წლის ანგარიში, თბილისი, 2016, გვ 344; [↑](#footnote-ref-82)
83. საქართველოს სახალხო დამცველის 2020 წლის საპარლამენტო ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 92, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3jnkOQF> [↑](#footnote-ref-83)
84. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-35; [↑](#footnote-ref-84)
85. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II- 9; [↑](#footnote-ref-85)
86. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-13; [↑](#footnote-ref-86)
87. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-26; [↑](#footnote-ref-87)
88. არანებაყოფლობითი მკურნალობა ფსიქიატრიაში არსებული პრაქტიკა და ეთიკური საკითხები, 2021, გვ 8-9; ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/37SLuDA> [↑](#footnote-ref-88)
89. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2009 წლის 6 აპრილის N2/1/415 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს სახალხო დამცველი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-2; [↑](#footnote-ref-89)
90. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-191; [↑](#footnote-ref-90)
91. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-196; [↑](#footnote-ref-91)
92. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-198; [↑](#footnote-ref-92)
93. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს 1979 წლის 24 ოქტომბრის გადაწყვეტილება საქმეზე Winterwerp v the Netherlands, Application no. 6301/73, par 60; [↑](#footnote-ref-93)
94. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს 2000 წლის 5 ოქტომბრის გადაწყვეტილება საქმეზე Varnabov v. Bulgaria, Application no. 31365/96, პარ 45; [↑](#footnote-ref-94)
95. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს 2013 წლის 2 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე Plesó v. Hungary, Application no. 41242/08, პარ [↑](#footnote-ref-95)
96. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს 2013 წლის 2 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე Plesó v. Hungary, Application no. 41242/08, პარ 64; [↑](#footnote-ref-96)
97. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს 2013 წლის 2 იანვრის გადაწყვეტილება საქმეზე Plesó v. Hungary, Application no. 41242/08, პარ 65-69; [↑](#footnote-ref-97)
98. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-200; [↑](#footnote-ref-98)
99. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-203; [↑](#footnote-ref-99)
100. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-201; [↑](#footnote-ref-100)
101. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2015 წლის ანგარიში, თბილისი, 2016, გვ 344; [↑](#footnote-ref-101)
102. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე- 15 მუხლის მე-2 „დ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-102)
103. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2018 წლის ანგარიში, თბილის, 2019, გვ 99; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020011615511256803.pdf> [↑](#footnote-ref-103)
104. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-205; [↑](#footnote-ref-104)
105. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-184; [↑](#footnote-ref-105)
106. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-177; [↑](#footnote-ref-106)
107. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-180; [↑](#footnote-ref-107)
108. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ კანონის მე-5 მუხლის „ზ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-108)
109. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-181; [↑](#footnote-ref-109)
110. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 159; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-110)
111. იქვე, გვ 159; [↑](#footnote-ref-111)
112. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-182; [↑](#footnote-ref-112)
113. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2021 წლის 5 ივლისის №1/3/1441 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს სახალხო დამცველი საქართველოს პარლამენტის წინააღდეგ II-5; [↑](#footnote-ref-113)
114. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №1741-ს. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო კონცეფციის“ დამტკიცების შესახებ. თბილისი,11.12.2013. ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2157098?publication=0> . [↑](#footnote-ref-114)
115. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №762 “ფსიქიკური ჯანმრთელობის განვითარების სტრატეგიული დოკუმენტის და 2015- 2020 წლის სამოქმედო გეგმის“ დამტკიცების შესახებ. თბილისი: 2014 წლის 31 დეკემბერი, ხელმისაწვდომია:<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2667876?publication=0> [↑](#footnote-ref-115)
116. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს 2018 წლის 1-ლი თებერვლის გადაწყვეტილება საქმეზე V.C. v. Italy, §-89-95, ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/2Lq2skO> [↑](#footnote-ref-116)
117. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 261-ე მუხლის 1-ლი პუნქტი; [↑](#footnote-ref-117)
118. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 261-ე მუხლის მე-2 პუნქტი; მონიტორინგი გულისხმობს მონიტორინგის ჯგუფის მიერ ფსიქიატრიულ დაწესებულებებსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სათემო მომსახურებებში (სერვისებში) არსებული მდგომარეობის ადგილზე, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით შემოწმებას; [↑](#footnote-ref-118)
119. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 160; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-119)
120. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 156; [↑](#footnote-ref-120)
121. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-185; [↑](#footnote-ref-121)
122. არანებაყოფლობითი მკურნალობა ფსიქიატრიაში არსებული პრაქტიკა და ეთიკური საკითხები, 2021, გვ 12; ხელმისაწვდომია: <https://bit.ly/37SLuDA> [↑](#footnote-ref-122)
123. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის 1-ლი პუნქტი; [↑](#footnote-ref-123)
124. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლი; [↑](#footnote-ref-124)
125. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლი; [↑](#footnote-ref-125)
126. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის 221-ე მუხლი; [↑](#footnote-ref-126)
127. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის 1-ლი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-127)
128. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის 1-ლი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-128)
129. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის 1-ლი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-129)
130. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის 1-ლი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი; [↑](#footnote-ref-130)
131. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის 1-ლი პუნქტი; [↑](#footnote-ref-131)
132. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის მე-2 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-132)
133. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის მე-3 პუქნტი; [↑](#footnote-ref-133)
134. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის მე-6 პუქნტი; [↑](#footnote-ref-134)
135. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 20 მარტის №92/ნ ბრძანება „ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტისათვის ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების გამოყენების წესისა და პროცედურების შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“; ხელმისაწვდომია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/69838?publication=0> [↑](#footnote-ref-135)
136. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის მე-5 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-136)
137. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის მე-5 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-137)
138. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის მე-8 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-138)
139. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-18 მუხლის მე-5 და მე-7 პუნქტები; [↑](#footnote-ref-139)
140. მოზრდილებში შიზოფრენიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია(გაიდლაინი) ხელმისაწვდომია: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/027a1faa4884f16b6046d141805f7e09.pdf> [↑](#footnote-ref-140)
141. მოზრდილებში შიზოფრენიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია(გაიდლაინი), პარ 4.2; [↑](#footnote-ref-141)
142. იქვე, პარ 4.2; [↑](#footnote-ref-142)
143. იქვე, პარ 4.2.1; [↑](#footnote-ref-143)
144. იქვე, პარ 4.8.1.7; [↑](#footnote-ref-144)
145. იქვე, პარ 4.8.2.2; [↑](#footnote-ref-145)
146. იქვე, პარ 4.8.2.2; [↑](#footnote-ref-146)
147. იქვე, პარ 4.8.2.2.2; [↑](#footnote-ref-147)
148. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის პორტუგალიაში ვიზიტის შესახებ ანგარიში (CPT/Inf (2020) 33), პარ.101, 2019 წლის 3-12 დეკემბრის ვიზიტი, ხელმისაწვდომია ინგლისურ ენაზე შემდეგ მისამართზე: <https://rm.coe.int/1680a05953> [↑](#footnote-ref-148)
149. იქვე, პარ 4.8.2.2.1; [↑](#footnote-ref-149)
150. სწრაფი ტრანკვილიზაციისთვის გამოიყენება ჰალოპერიდოლი კუნთში ინექციის სახით, პაციენტს დაუყოვნებლივ უნდა მიეცეს ანტიქოლინერგული პრეპარატი (მაგალითად ციკლოდოლი) ან ბენზოდიაზეპინი, დისტონიის და სხვა ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტის რისკის შესამცირებლად; [↑](#footnote-ref-150)
151. მოზრდილებში შიზოფრენიის მკურნალობისა და მართვის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია(გაიდლაინი), პარ 4.8.2.2.2; [↑](#footnote-ref-151)
152. იქვე, პარ 4.8.2.2.3; [↑](#footnote-ref-152)
153. შპს „სენაკის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრში“ სპეციალური პრევენციული ჯგუფი უშუალოდ შეესწრო პაციენტისათვის იძულებითი ინექციის გაკეთების ფაქტს; [↑](#footnote-ref-153)
154. საქართველოს სახალხო დამცველის 2020 წლის საპარლამენტო ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 63, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3jnkOQF> [↑](#footnote-ref-154)
155. მედიკამენტების ხშირად დაფხვნილი სახით მიცემის ფაქტი დაადასტურა დაწესებულების სამედიცინო პერსონალმაც; [↑](#footnote-ref-155)
156. სპეციალური პრევენციული ჯგუფის შეფასებით, ზედოზირების შემთხვევად შესაძლებელია მიჩნეულ იქნას შემთხვევა, როდესაც ხდება ერთი ანტიფსიქოზური მედიკამენტის მაქსიმალური თერაპიული დოზის გამოყენება მეორე ანტიფსიქოზური მედიკამენტის საშუალო ან თუნდაც მინიმალურ თერაპიულ დოზასთან ერთად. მედიკამენტების ასეთი კომბინაცია სახიფათოა და შესაძლებელია ფატალური შედეგითაც დასრულდეს; [↑](#footnote-ref-156)
157. ზედოზირების თვალსაზრისით საყურადღებო კომბინაციები: 1) ერთი და იგივე საათობრივი რეჟიმით, პარენტერალურად „ჰალოპერიდოლი“ 30 მგ. სამჯერადად (მაქსიმალურ თერაპიული დღიური დოზა) და „ზოპინი“ 300 მგ. სამჯერადად (საშუალო თერაპიული დღიური დოზა); 2) „ფსიზინი“ („ტრიფლუპერაზინი“) 30 მგ. სამჯერადად (მაქსიმალური თერაპიული დღიური დოზა) კომბინირებული „ზოპინთან“ („კლოზაპინთან“) 200 მგ. (თერაპიული დოზა); 3) „ოლანი“ 10 მგ. ორჯერადად (მაქსიმალური დოზა) და „ზოპინი“ 50 მგ. წილის წინ (საწყისი თერაპიული დოზა). [↑](#footnote-ref-157)
158. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2019 წლის ანგარიში, თბილისი, 2020, გვ 134; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020033122424787329.pdf> [↑](#footnote-ref-158)
159. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) – „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“ – პარ. 4.8.2 (მწვავე ეპიზოდის მკურნალობა): „შიზოფრენიის მწვავე შეტევის ან რეციდივის დროს შესთავაზეთ პერორალური ანტიფსიქოზური მედიკამენტები“. პარ. 4.8.2.2. (სწრაფი ტრანკვილიზაცია): „გამოიყენეთ სწრაფი ტრანკვილიზაცია, როცა სხვა სტრატეგია წარუმატებელი აღმოჩნდა პაციენტის დასამშვიდებლად; სწრაფი ტრანკვილიზაცია წარმოადგენს გადაუდებელი მკურნალობას და არა პირველად თერაპიულ სტრატეგიას“. პარ. 4.8.2.2.2. (სწრაფი ტრანკვილიზაციის განხორციელება): „შესთავაზეთ თავიდან თუ შესაძლებელია პერორალური მედიკამენტი“. ხელმისაწვდომია შემდეგ ვებ-გვერდზე:< <https://bit.ly/2XmJH2P> [↑](#footnote-ref-159)
160. იქვე, პარ. 4.8.2.2.3 – „სწრაფი ტრანკვილიზაციის ფიზიკური მონიტორინგი“. [↑](#footnote-ref-160)
161. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2019 წლის ანგარიში, თბილისი, 2020, გვ 134; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020033122424787329.pdf> [↑](#footnote-ref-161)
162. ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის 1-ლი პუნქტის მიხედვით შეზღუდვის მეთოდი წარმოადგენს უსაფრთხოების ზომას და გამოიყენება უკიდურეს შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი საკუთარ თავს ან გარშემომყოფთ უქმნის საფრთხეს. [↑](#footnote-ref-162)
163. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 163; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-163)
164. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს გადაწყვეტილება მ.ს. ხორვატიის წინააღმდეგ (M.S. v. Croatia (No. 2)) (no. 75450/12), პარა. 106, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3q2HSWv> , [ბოლოს ნანახია: 30.12.2020]. სასამართლომ მე-3 მუხლის დარღვევა დაადგინა, როდესაც შეისწავლა შეზღუდვის მეთოდების თაობაზე წარმოებული დოკუმენტაცია, რომელიც ნათლად არ უჩვენებდა, თუ რატომ გახდა მექანიკური შეზღუდვის გამოყენება აუცილებელი და არ იყო მითითებული, გამოყენებული იყო თუ არა პაციენტის მიმართ ალტერნატიული, არაძალისმიერი მეთოდები, რომელიც უშედეგო აღმოჩნდა. [↑](#footnote-ref-164)
165. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 155; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-165)
166. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 158; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-166)
167. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-16 მუხლის 1-ლი პუნქტი; [↑](#footnote-ref-167)
168. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 163; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-168)
169. დე-ესკალაციის ტექნიკის შემადგენელი ელემენტებია: პოტენციური კრიზისის დაუყოვნებელი შეფასება და სწრაფი ჩარევა; პრობლემის-გადაჭრაზე ორიენტაცია; ემპათიურობა და დამარწმუნებლობა; სტრესის მართვის ან რელაქსაციის ტექნიკების ფლობა, როგორიცაა სუნთქვითი ვარჯიშები; პირისთვის სივრცის გამოყოფა; არჩევანის შეთავაზება; ფიქრისთვის დროის მიცემა. [↑](#footnote-ref-169)
170. წამების პრევენციის ევროპული კომიტეტის სტანდარტები „ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში ზრდასრულთა შეზღუდვის მეთოდების თაობაზე“. სტანდარტი 1.6. აღნიშნავს, რომ დაუშვებელია შეზღუდვის მეთოდის დასჯის სახით ან პერსონალის კომფორტისთვის გამოყენება და მას არ ამართლებს პერსონალის ნაკლებობა. ხელმისაწვდომია: < <https://rm.coe.int/16807001c3> [↑](#footnote-ref-170)
171. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 162; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-171)
172. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის 7 მაისისა და 12 ივნისის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის საგანგებო მონიტორინგის ანგარიში,თბილისი, 2020, გვ 11; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020111222583340210.pdf> [↑](#footnote-ref-172)
173. ტრიგერები (triggers) - „სიტუაციები ან სტიმულები, რომელიც იწვევს პირის ტანჯვას, იმედგაცრუებას, ბრაზს და აჟიტირებას, რაც თავის მხრივ, შეიძლება გადაიზარდოს პოტენციურად დაძაბულ და გამომწვევ სიტუაციაში”; გამაფრთხილებელი ნიშნები (warning signs) – „ცვლილება განწყობაში, აზრებში ან ქცევაში, რომელიც მიუთითებს, რომ რაღაც წესრიგში არ არის. ასეთი ნიშნების ამოცნობა მნიშვნელოვანია იმდენად, რამდენადაც შესაბამისი ზომების დროულად მიღების შემთხვევაში, შესაძლებელია თავიდან იქნას აცილებული კრიზისული ვითარება“. დეტალურად, იხილეთ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სახელმძღვანელო - „Creating mental health and related services free from coercion, violence and abuse“. ხელმისაწვდომია : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582> [↑](#footnote-ref-173)
174. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის 7 მაისისა და 12 ივნისის ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის საგანგებო მონიტორინგის ანგარიში,თბილისი, 2020, გვ 12; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2020111222583340210.pdf> [↑](#footnote-ref-174)
175. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 159; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-175)
176. „შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაეროს 2006 წლის კონვენცია, მუხლი 14.2. [↑](#footnote-ref-176)
177. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2015 წლის 24 ოქტომბრის №1/4/592 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქე ბექა წიქარიშვილი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-19; [↑](#footnote-ref-177)
178. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2015 წლის 24 ოქტომბრის №1/4/592 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქე ბექა წიქარიშვილი საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-19; [↑](#footnote-ref-178)
179. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II -181; [↑](#footnote-ref-179)
180. „ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-17 მუხლის მე-2 პუნქტი; [↑](#footnote-ref-180)
181. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2021 წლის 5 ივლისის №1/3/1441 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს სახალხო დამცველი საქართველოს პარლამენტის წინააღდეგ II-5; [↑](#footnote-ref-181)
182. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2021 წლის 5 ივლისის №1/3/1441 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს სახალხო დამცველი საქართველოს პარლამენტის წინააღდეგ II-5; [↑](#footnote-ref-182)
183. „შიზოფრენიის მკურნალობა და მართვა მოზრდილებში“ - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) პარა. 7.3.3. ხელმისაწვდომია <https://bit.ly/3bgMtAi> [↑](#footnote-ref-183)
184. პრევენციის ეროვნული მექანიზმის 2020 წლის ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 161; ხელმისაწვდომია: <https://www.ombudsman.ge/res/docs/2021040114045198598.pdf> [↑](#footnote-ref-184)
185. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-180; [↑](#footnote-ref-185)
186. The Rapid Tranquillisation Policy, Par 3.2.1; [↑](#footnote-ref-186)
187. საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს 2014 წლის 8 ოქტომბრის №2/4/532,533 გადაწყვეტილება საქმეზე „საქართველოს მოქალაქეები - ირაკლი ქემოკლიძე და დავით ხარაძე საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ“, II-185; [↑](#footnote-ref-187)
188. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა უფლებების შესახებ“ გაეროს 2006 წლის კონვენციის მე-17 მუხლი განამტკიცებს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ფიზიკურ ხელშეუხებლობას;. [↑](#footnote-ref-188)
189. საქართველოს სახალხო დამცველის 2020 წლის საპარლამენტო ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 64, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3jnkOQF> [↑](#footnote-ref-189)
190. წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური და დამამცირებელი მოპყრობის საკითხებზე სპეციალური მომხსენებლის შუალედური ანგარიში გენერალური ასამბლეის წინაშე, A/63/175, 2008 წლის 28 ივლისი, პარა. 63, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3uecqqF> [↑](#footnote-ref-190)
191. საქართველოს სახალხო დამცველის 2020 წლის საპარლამენტო ანგარიში, თბილისი, 2021, გვ 35, ხელმისაწვდომია: < <https://bit.ly/3jnkOQF> [↑](#footnote-ref-191)
192. The Rapid Tranquillisation Policy, Par 1.4; ხელმისაწვდომია: <https://www.sussexpartnership.nhs.uk/sites/default/files/documents/rapid_tranquillisation_policy_-_apr_21.pdf> [↑](#footnote-ref-192)
193. საქართველოს კონსტიტუცია და კანონმდებლობა მოსარჩელეს ანიჭებს საკონსტიტუციო სასამართლოსთვის სხვადასხვა ტიპის შუამდგომლობით მიმართვის შესაძლებლობას. წარმოდგენილ ველში შეგიძლიათ დააყენოთ შესაბამისი შუამდგომლობები. შუამდგომლობის წარმოდგენის შემთხვევაში, გთხოვთ, მიუთითოთ მისი საფუძვლიანობის დამადასტურებელი არგუმენტები, ფაქტობრივი გარემოებები და მტკიცებულებები. [↑](#footnote-ref-193)
194. გთხოვთ მიუთითოთ დანართის ნომერი, თანდართული დოკუმენტის დასახელება და მაიდენტიფიცირებელი მონაცემები (არსებობის შემთხვევაში). [↑](#footnote-ref-194)