ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ՄԱՐԴՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆ

ԱՐՏԱՀԵՐԹ ՀՐԱՊԱՐԱԿԱՅԻՆ ԶԵԿՈՒՅՑ

ՀՈԳԵԲՈՒԺԱԿԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ԱՊԱՀՈՎՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

ԵՐԵՎԱՆ 2018

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ 4

ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ 6

ԳԼՈՒԽ 1. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ 11

1.1. Հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում միասնական քաղաքականության բացակայությունը և հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ կապված խնդիրներ 11

1.2. Ապաինստիտուցիոնալացումը, վերականգնումը և սոցիալական ներառումը հոգեկան առողջության ոլորտում 21

ԳԼՈՒԽ 2. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄԸ 28

2.1. Բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների կիրառումը քրեական դատավարությունում 28

2.2. Հոգեբուժական կազմակերպությունում անձին հոժարակամ կամ հարկադիր բուժման ենթարկելը 35

2.3. Զսպման միջոցներ 41

2.4. Բժշկական անձնակազմ 53

2.5. Դեղեր 59

2.6. Լաբորատոր և այլ հետազոտություններ 63

2.7. Հիվանդության պատմագրերի վարում 66

2.8. Շտապ օգնության ծառայություն և դիսպանսեր հսկողություն 68

2.9. Սկրինինգային հետազոտություններ և բժշկական այլ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն 70

2.10. Ոչ դեղորայքային բուժում և հոգեբանական օգնություն 75

ԳԼՈՒԽ 3. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՊԱՀՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ, ՆՐԱՆՑ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԸ 81

3.1. Գերբնակեցվածություն 81

3.2. Կենցաղային պայմաններ 85

3.3. Լոգանքի կազմակերպում 92

3.4. Պատշաճ սննդի ապահովում 93

3.5. Տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց խնամք 98

3.6. Վնասվածքների մասին իրավապահ մարմիններին հաղորդելու ոչ միասնական պրակտիկա 99

3.7. Բացօդյա զբոսանք 101

3.8. Զբաղվածություն 104

3.9. Կապն արտաքին աշխարհի հետ 106

3.10. Անձնագրեր և կենսաթոշակներ 111

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

«Մարդու իրավունքների պաշտպանի մասին» 2016 թվականի դեկտեմբերի 16-ի ՀՀ սահմանադրական օրենքը (այսուհետ՝ Սահմանադրական օրենք) ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանին է վերապահել «Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի դեմ» ՄԱԿ-ի՝ 1984 թվականի կոնվենցիայի 2002 թվականի դեկտեմբերի 18-ին ընդունած կամընտիր արձանագրությամբ սահմանված կանխարգելման ազգային մեխանիզմի կարգավիճակը:

Սահմանադրական օրենքի 28-րդ հոդվածը սահմանում է Պաշտպանի լիազորությունները կանխարգելման ազգային մեխանիզմի կարգավիճակով, ամրագրում է հոգեբուժական կազմակերպություններ պարբերական, ինչպես նաև ըստ անհրաժեշտության այցեր կատարելու Մարդու իրավունքների պաշտպանի հնարավորությունը:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների առկայությունը կանխարգելման ազգային մեխանիզմի իրավասության ոլորտում պայմանավորված է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ապահովման ոլորտում միջազգայնորեն ընդունված սկզբունքներին համապատասխան հետևողական աշխատանք իրականացնելու անհրաժեշտությամբ՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների երաշխավորման և խախտումների կանխման տեսանկյունից:

Հարցը հատկապես զգայուն է այն առումով, որ վերաբերում է անձանց, ովքեր հոգեբուժական կազմակերպություններում կարող են պահվել սեփական կամքին հակառակ կամ իրենց առողջական վիճակով պայմանավորված չեն կարող բարձրաձայնել իրենց հուզող խնդիրները, իրենց իրավունքների ոտնահարման կամ անտեսման դեպքերը: Ուստի, ոլորտն ունի մանրակրկիտ ուսումնասիրման, համակարգային խնդիրների վեր հանման և դրանց լուծման կոնկրետ ուղղությունների ընդգծման կարիք:

Հենց այս բոլոր հարցերի լուծմանը նպաստելուն էլ ուղղված է սույն արտահերթ հրապարակային զեկույցը:

Հատուկ ընդգծվում է, որ զեկույցը նպատակ չի հետապնդում գնահատելու հոգեբուժական կազմակերպությունների բժշկական անձնակազմերի մասնագիտական գործունեությունը: Բժշկի մարդասիրական բարձր առաքելությունը մշտապես կարևորվում է Մարդու իրավունքների պաշտպանի գործունեության համակարգում, իսկ բժշկության ոլորտի մասնագետների իրավունքների ապահովման վիճակն առաջնահերթ ուշադրության ներքո է:

Զեկույցը բացառապես քննարկում է խնդիրներ, որոնք կապված են կառավարման, վերահսկողության, օրենսդրական կարգավորման թերությունների հետ և այլն: Այս խնդիրներն են, որ բացասաբար են ազդում մարդու հոգեկան առողջության պահպանման վիճակի և մատուցվող ծառայությունների որակի վրա՝ անկախ բժշկական անձնակազմի մասնագիտական կարողություններից, ստանձնած առաքելությանը հավատարիմ գործելաոճից և բարեխղճությունից:

ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սույն զեկույցը հիմնված է 2017 թվականի ընթացքում ՀՀ առողջապահության նախարարության, մարզպետարանների, ինչպես նաև ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունների ենթակայությամբ գործող կազմակերպություններ[1] կատարված մշտադիտարկման բնույթի այցերի արդյունքների վրա: Այդ այցերն իրականացվել են Մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմի Խոշտանգումների և վատ վերաբերմունքի կանխարգելման վարչության մասնագետների և կանխարգելման ազգային մեխանիզմի անկախ փորձագետների (իրավաբաններ, հոգեբան, սոցիոլոգ, բժիշկներ, այդ թվում՝ հոգեբույժ) կողմից:

Այցերը եղել են չհայտարարված և ունեցել են հստակ մեթոդաբանություն: Մասնավորապես, հոգեբուժական կազմակերպություններ կատարված այցերի ընթացքում ուսումնասիրվել են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահման պայմանները, նրանց իրավունքների և ազատությունների վիճակը, բուժմանը և խնամքին, ինչպես նաև իրավունքների ապահովմանը վերաբերող այլ փաստաթղթեր: Տեղի են ունեցել առանձնազրույցներ կազմակերպությունների աշխատակիցների և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետ: Ընդ որում, վերջինների հետ առանձնազրույցներում խնդիրներ արձանագրելիս դրանք մի քանի անգամ հատուկ մեթոդով ստուգվել են, այդ թվում՝ այլ պացիենտների հետ առանձնազրույցներով նույն հարցը ճշտելով:

---

[1] 2017 թվականի ընթացքում մշտադիտարկման այցեր են կատարվել հետևյալ կազմակերպություններ՝ Առողջապահության նախարարության «Նևրոզների և այլ սահմանային վիճակների հանրապետական կլինիկական հիվանդանոց» ՓԲԸ, Առողջապահության նախարարության «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ, Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության «Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ» ՊՈԱԿ, Շիրակի մարզպետարանի «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ, Սյունիքի մարզպետարանի «Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր» ՓԲԸ, Լոռու մարզպետարանի «Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր» ՊՓԲԸ, Առողջապահության նախարարության «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն» ՓԲԸ, Արարատի մարզպետարանի «Ակադեմիկոս Ա. Հայրիյանի անվան Արմաշի առողջության կենտրոն» ՓԲԸ:

Սույն զեկույցի շարադրանքում մատչելիության ապահովման նկատառումով նշված կազմակերպությունների անվանումները կիրառված են առանց գերատեսչական ենթակայության և կազմակերպաիրավական ձևի մատնանշման:

Մշտադիտարկման այցերի ընթացքում օգտագործվել են տեխնիկական միջոցներ, մասնավորապես՝ լուսանկարահանող, տարածությունը, ջերմությունը և խոնավությունը չափող սարքեր:

Այցի ավարտին վեր հանված խնդիրները քննարկվել են կազմակերպության տնօրինության և իրավասու բուժանձնակազմի հետ, արձանագրվել են նաև կազմակերպությունների տնօրինության բարձրացրած խնդիրները և կարիքները:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների անձնակազմը պատրաստակամ համագործակցել և աջակցել է կանխարգելման ազգային մեխանիզմի գործառույթներն իրականացնող ստորաբաժանման աշխատանքներին՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ապահովման կապակցությամբ:

Այցերի ընթացքում ձեռք բերված տեղեկությունների, փաստաթղթերի և ոլորտի օրենսդրական կարգավորումների համադրման և վերլուծության արդյունքում վեր են հանվել ինչպես գործնական խնդիրներ, այնպես էլ օրենսդրական կարգավորման բացեր և թերություններ:

Արձանագրված խնդիրների, դրանց լուծումների առնչությամբ ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմում իրականացվել են քննարկումներ, կատարված այցերի վերաբերյալ իրավասու մարմիններից պահանջվել են պարզաբանումներ՝ նրանց ներկայացնելով յուրաքանչյուր այցի արդյունքներն ամփոփող վերլուծություններ: Դրանք ոչ միայն նկարագրել են վեր հանված խնդիրները, այլև մասնագիտական վերլուծությունների հիման վրա առաջարկել են լուծման իրավական և գործնական մեխանիզմներ, պարունակել են ոլորտի իրավական ակտերում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու վերաբերյալ առաջարկություններ:

Ստացած պարզաբանումներն ու տեղեկություններն արտացոլվել են սույն զեկույցում:

Կանխարգելման ազգային մեխանիզմի համար տեղեկությունների աղբյուր են հանդիսացել նաև Մարդու իրավունքների պաշտպանին ներկայացված անհատական բողոքները, ինչպես նաև միջազգային կառույցների, հասարակական կազմակերպությունների և զանգվածային լրատվության միջոցների հրապարակած նյութերն ու ուսումնասիրությունները:

Այցերի իրականացման, ինչպես նաև սույն զեկույցի նախապատրաստման ընթացքում հիմք են ընդունվել նաև Հայաստանի վերաբերյալ Խոշտանգումների և անմարդկային կամ արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունքի կամ պատժի կանխարգելման եվրոպական կոմիտեի (այսուհետ՝ ԽԿԿ) զեկույցները՝ հատկապես ուշադրություն դարձնելով հոգեբուժական կազմակերպություններում արձանագրված շարունակական խնդիրներին, դրանց լուծման ուղղությամբ պետությանն ուղղված առաջարկություններին և այդ կապակցությամբ պետության ձեռնարկած քայլերին:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ապահովման վիճակը, ոլորտի խնդիրները և դրանց լուծման հիմնական ուղղությունները 2017 թվականի ընթացքում քննարկվել են հասարակական կազմակերպությունների ներկայացուցիչներից և անկախ մասնագետներից կազմված՝ ՀՀ մարդու իրավունքների պաշտպանին առընթեր Խոշտանգումների կանխարգելման խորհրդատվական խորհրդի հանդիպումների ընթացքում:

2017 թվականի ընթացքում՝ այցերից անմիջապես առաջ, կազմակերպվել են հոգեբուժական կազմակերպություններում մարդու իրավունքների ապահովման վիճակի ուսումնասիրման սկզբունքների ու մեթոդաբանության վերաբերյալ վերապատրաստման դասընթացներ: Դրանց մասնակցել են ինչպես Մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմի աշխատակիցները, այնպես էլ Խոշտանգումների կանխարգելման խորհրդատվական խորհրդի անդամները և ոլորտի հասարակական կազմակերպությունների ներկայացուցիչները:

Բացի այդ, Մարդու իրավունքների պաշտպանի աշխատակազմի և արտասահմանյան մի շարք երկրների կանխարգելման ազգային մեխանիզմների ներկայացուցիչների հետ համատեղ՝ միջազգային փորձագետների մասնակցությամբ, անցկացվել է սեմինար-փորձի փոխանակում՝ կապված հոգեբուժական կազմակերպությունների մշտադիտարկման միջազգային չափանիշների ներդրման հետ: Ավելին, Պաշտպանի աշխատակազմում միջազգային փորձագետի և այլ երկրների ներկայացուցիչների մասնակցությամբ մշակվել է կանխարգելման ազգային մեխանիզմի՝ հոգեբուժական կազմակերպություններում

մշտադիտարկում իրականացնելու աշխատանքային ուղեցույց[2], որը նույնպես օգտագործվել է մշտադիտարկում իրականացնելիս:

Նշված դասընթացները, փորձի փոխանակման ծրագիրը և ուղեցույցը հետապնդել են 2017 թվականի ընթացքում կանխարգելման ազգային մեխանիզմի ստորաբաժանման ներկայացուցիչների և փորձագետների կողմից հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկման աշխատանքների արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակ:

Սույն զեկույցում համակարգված ներկայացված են մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում վեր հանված խնդիրները, դրանց կապակցությամբ կատարված մասնագիտական վերլուծություններն ու լուծմանն ուղղված առաջարկները: Ընդ որում, զեկույցը բաժանված է 3 գլուխների, որոնցից յուրաքանչյուրն իր հերթին պարունակում է ընդհանուր խնդիրը մասնավորեցնող պարագրաֆներ:

Զեկույցի առաջին գլուխը նվիրված է հոգեկան առողջության պահպանման կազմակերպման համակարգային խնդիրներին: Այս գլխում տեղ են գտել հոգեբուժական ծառայությունների տրամադրման միասնական մոտեցումների բացակայության, դրանց վճարովիության հետ կապված խնդիրները, ինչպես նաև հոգեկան առողջության ոլորտում ապաինստիտուցիոնալացումը, վերականգնումը և սոցիալական ներառումը:

Երկրորդ գլուխը ներկայացնում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բժշկական օգնության և սպասարկման կապակցությամբ վեր հանված խնդիրները՝ անդրադառնալով անմեղսունակ անձանց նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների կիրառմանը, հոգեբուժական կազմակերպությունում անձին հարկադիր բուժման ենթարկելուն, զսպման միջոցներին, հաստատությունների բժշկական անձնակազմին, դեղորայքին և մի շարք այլ հարցերի:

Երրորդ գլխում արտացոլված են խնդիրներ, որոնք վերաբերում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահման պայմաններին և նրանց նկատմամբ վերաբերմունքին: Այստեղ ներկայացված են այնպիսի հիմնահարցեր, ինչպիսիք են հաստատությունների գերբեռնվածությունը, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենցաղային

[2] Տե՛ս http://www.ombuds.am/images/Uxecuyc_hogebuzharanner_15.03.2018.pdf կայքէջը:

պայմանները, լոգանքի և լվացքի կազմակերպումը, պատշաճ սննդի ապահովումը, ինչպես նաև այլ կարևոր խնդիրներ:

ԳԼՈՒԽ 1. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԱՅԻՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

1.1. Հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում միասնական քաղաքականության բացակայությունը և հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ կապված խնդիրներ

Ըստ ՀՀ Սահմանադրության 85-րդ հոդվածի՝ *յուրաքանչյուր ոք (…) ունի առողջության պահպանման իրավունք:* Սահմանադրական այս իրավունքը վերաբերում է նաև անձի հոգեկան առողջության պահպանմանը, որը «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 5-րդ հոդվածի համաձայն՝ ներառում է ինչպես *հոգեկան առողջության բարելավումն ու հոգեկան խանգարումների կանխարգելումը, այնպես էլ հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց անհրաժեշտ բազմակողմանի և մատչելի բժշկական օգնության, խնամքի ու օգնության այլ ձևերի ապահովումը*:

Նույն օրենքի 4-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ *հոգեկան առողջության պահպանման գործընթացը կազմակերպում են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության լիազորած մարմինները, իսկ իրականացնում են այդ նպատակով ստեղծված հոգեբուժական կազմակերպությունները*:

Այս կապակցությամբ հարկ է նշել, որ ՀՀ-ում հոգեբուժական կազմակերպությունները գործունեություն են ծավալում տարբեր մարմինների ենթակայության պայմաններում: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնը[3], Սևանի հոգեբուժական հիվանդանոցը, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնը, Նևրոզների և այլ սահմանային վիճակների հանրապետական կլինիկական հիվանդանոցը գործում են Առողջապահության

[3] Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2017 թվականի սեպտեմբերի 22-ի «Նորք» հոգեբուժական կենտրոն» և «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերությունները միաձուլման ձևով վերակազմակերպելու և «Հոգեկան առողջության պահպանման ազգային կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություն ստեղծելու մասին» թիվ 1165-Ա որոշման հիման վրա «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնը վերակազմակերպվել է: Չնայած դրան՝ սույն զեկույցում օգտագործում է «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն» անվանումն այն պատճառով, որ տվյալ կազմակերպություն մշտադիտարկման այցի պահի դրությամբ վերը նշված վերակազմակերպման գործընթացն ավարտված չի եղել:

նախարարության, իսկ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնը, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերը, Արմաշի առողջության կենտրոնը՝ մարզպետարանների ենթակայության ու Տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարության իրավասության ոլորտում: Աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությամբ գործում են Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատը և «Ձորակ» հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի կենտրոնը, որտեղ խնամքից զատ իրականացվում են հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում:

Նշված բոլոր կազմակերպություններում մշտադիտարկման աշխատանքները, նրանց գործունեության ուսումնասիրումը ցույց են տվել, որ նման ապակենտրոնացված գերատեսչական ենթակայությունը հանգեցրել է լիազոր մարմիններից յուրաքանչյուրի կողմից իր իրավասության ոլորտում պատշաճ վերահսկողության բացակայությանը:

Հոգեբուժական յուրաքանչյուր կազմակերպություն այցից հետո արդյունքներն ուղարկվել են միաժամանակ մի քանի մարմնի՝ նպատակ ունենալով նրանցից յուրաքանչյուրի ուշադրությունը հրավիրել իր իրավասության ոլորտում առկա խնդիրներին:

Օրինակ, Մարզպետարանների ենթակայության ներքո գործող հոգեբուժական կազմակերպություններ կատարված այցերի ընթացքում արձանագրվել են հոգեբուժական օգնության և սպասարկման՝ սույն զեկույցում քննարկվող բազմաթիվ խնդիրներ, այդ թվում՝ Առողջապահության նախարարի մի շարք հրամաններով սահմանված դրույթների կոպիտ խախտումներ: Այդ պատճառով այցերի արդյունքներն արտացոլող վերլուծություններն ուղարկվել են ինչպես Տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարություն, որն էլ իր հերթին ուղարկել է մարզպետարաններ և հոգեբուժարաններ, այնպես էլ Առողջապահության նախարարություն:

Հոգեբուժական օգնության ոլորտում կենտրոնացված գերատեսչական ենթակայության բացակայությունն ինքնին կարող է խնդրահարույց չլինել, եթե բացասաբար չանդրադառնար հոգեբուժական ծառայությունների մատուցման սկզբունքների ու չափանիշների միասնականության, պետական տարբեր մարմինների միջև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սոցիալական ինտեգրման հարցում պատշաճ համագործակցության

ապահովման, ինչպես նաև ոլորտի նկատմամբ պետական վերահսկողության արդյունավետության վրա:

Համակարգային մակարդակում նման լուծումների պատճառով է նաև, որ մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում արձանագրված խնդիրների լուծման ուղղությամբ այդ մարմինների կողմից բավարար քայլեր չեն ձեռնարկվում:

Հոգեբուժական օգնության ոլորտում բացակայում է տարբեր մարմինների համակարգված և փոխկապակցված աշխատանքը՝ դրանցից յուրաքանչյուրի գործառույթների տարանջատման, յուրաքանչյուր մարմնի իրավասության ոլորտում պատշաճ վերահսկողության ապահովման և առանձին հարցերում համատեղ ու փոխպայմանավորված աշխատանքի պատշաճ իրականացման տեսանկյունից:

ՀՀ առողջապահության նախարարությունը՝ որպես առողջապահության բնագավառի իրավասու մարմին, պատշաճ չի անդրադարձել իր իրավասությանը վերաբերող խնդիրներին: Վերջինիս կողմից տրամադրվել են ընդհանրական բնույթի նույնաբովանդակ պարզաբանումներ՝ հիմնականում պարզապես հղում կատարելով ՀՀ կառավարության 2015 թվականի փետրվարի 26-ի նիստի թիվ 8 արձանագրային որոշմամբ հաստատված «Հայաստանի Հանրապետության հիվանդանոցային բուժծառայությունների որակի ապահովման ռազմավարությանը» և այն ապահովող միջոցառումների ցանկին: Նախարարությունը նշել է, որ դրանք կկիրառվեն հոգեբուժական կազմակերպություններում և կնպաստեն աշխատանքների որակի բարելավմանը՝ առանց անդրադառնալու իր իրավասությանն առնչվող վեր հանված բազմաթիվ խնդիրների: **Նախարարությունը հիմնականում շրջանցել է բարձրացված հարցերը՝ անտեսելով իր իսկ իրավասությանն առնչվող խնդիրները:**

ՀՀ տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարությունն իր հերթին բարձրացված խնդիրներն ուսումնասիրելու և իր իրավասության սահմաններում համապատասխան քայլեր ձեռնարկելու փոխարեն՝ ներկայացրել է մարզպետների հետ քննարկումների հիման վրա կազմված համապատասխան հոգեբուժական կազմակերպությունների տնօրենների պարզաբանումները:

Այս պայմաններում պետք է հատկապես դրական գնահատել ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությամբ գործող Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում արձանագրված խնդիրների վերաբերյալ տվյալ նախարարության մանրակրկիտ պարզաբանումները՝ կատարված աշխատանքների և նախատեսվող առաջիկա քայլերի մատնանշմամբ:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության հոգեբուժական ծառայությունների պատշաճ կազմակերպմանն առնչվող *հոգեկան առողջապահության քաղաքականության և ծառայությունների ուղեցույցների փաթեթը*[4] միջազգային առաջադեմ փորձի ուսումնասիրման և ամփոփման արդյունքներով նախանշել է հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում պետական քաղաքականության ուղղությունները: Մասնավորապես, ըստ միջազգային այս կազմակերպության՝ ծառայությունները հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պետք է տրամադրվեն փոխհամաձայնեցված եղանակով՝ ապահովելով նրանց սոցիալական, հոգեբանական և բժշկական կարիքները:

Հոգեբուժական ծառայությունները պետք է գործեն ոչ հոգեբուժական՝ ընդհանուր առողջապահական, սոցիալական ծառայությունների, տնային աջակցության, ցերեկային կենտրոնների, հոգեբանական և վերականգնողական ծրագրերի հետ համատեղ[5]:

Միասնական մոտեցումների բացակայությունը հանգեցրել են նաև հոգեբուժական ծառայությունների մատչելիության խնդրի՝ **կապված պետության կողմից երաշխավորված հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ**:

Այսպես, ՀՀ Սահմանադրության 85-րդ հոդվածը ոչ միայն սահմանում է յուրաքանչյուրի առողջության պահպանման իրավունքը, այլ նաև ամրագրում է, որ *անվճար հիմնական բժշկական ծառայությունների ցանկը և մատուցման կարգը սահմանում է օրենքը:*

Համաձայն «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 7-րդ հոդվածի 1-ին մասի՝ **հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց հոգեբուժական օգնությունն իրականացվում է պետության միջոցների հաշվին՝ պետության երաշխավորած**

[4] Տե՛ս http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/ կայքէջը:
[5] Տե՛ս https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf կայքէջը, էջ 5:

նպատակային ծրագրերի շրջանակներում: Ըստ այդմ, նույն հոդվածի 2-րդ մասը պետությանը պարտավորեցնում է երաշխավորել հիվանդանոցային և արտահիվանդանոցային պայմաններում խորհրդատվական, ախտորոշման, բուժման ու սոցիալական վերականգնման հետ կապված հոգեբուժական օգնությունը և այլն: Նույն օրենքի 4-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համապատասխան՝ ՀՀ կառավարության 2004 թվականի դեկտեմբերի 9-ի թիվ 1686-Ն որոշումով հաստատվել է հոգեբուժական օգնության և սպասարկման տեսակների ցանկը, որը ներառում է հոգեթերապևտիկ բուժօգնությունը, քրոնիկ հոգեկան հիվանդների խնամքը, ինչպես նաև հոգեկան հիվանդների վերականգնողական բուժումը:

ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 1-ի «Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության տրամադրման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 350-Ն որոշման հավելվածի 2-րդ կետով **արտահիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնությունը (օրինակ՝ ախտորոշումը ճշտելու նպատակով հետազոտումը, հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց խորհրդատվական բժշկական օգնության տրամադրումը)**, ինչպես նաև 27-րդ կետով ամրագրված **հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնությունը (օրինակ՝ հիվանդների հետազոտումը և բուժումը**՝ անկախ օրվա մասից՝ ցերեկային կամ շուրջօրյա) **տրամադրվում են անվճար**:

Միաժամանակ, ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի թիվ 318-Ն որոշման հավելված 2-ի 12-րդ կետի 1-ին ենթակետի «գ» պարբերությամբ **հոգեկան հիվանդությունների բժշկական օգնության ծառայությունները սահմանվել են որպես բնակչության բոլոր խմբերի համար պետության կողմից երաշխավորված անվճար տրամադրվող հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ:**

Ավելին, ՀՀ առողջապահության նախարարը, Կառավարության վերոնշյալ թիվ 318-Ն որոշման հիման վրա, 2013 թվականի սեպտեմբերի 18-ի թիվ 49-Ն հրամանով հաստատել է պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հոգեբուժական օգնության կազմակերպման չափորոշիչը: Նշված հրամանի հավելվածի 7-րդ կետի համաձայն՝ *«Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման շրջանակներում,* ***ամբուլատոր-պոլիկլինիկական***

բժշկական կազմակերպություններում հոգեբուժական ծառայությունն անվճար է բնակչության բոլոր խմբերի համար, ծառայության բոլոր մակարդակներում»:

Այս կապակցությամբ մտահոգիչ է ներկայում իրականացվող քաղաքականությունը՝ օրենսդրական փոփոխությունների հետ կապված: Բանն այն է, որ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը մշակել և շրջանառության է ներկայացրել «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ նախատեսող օրենքի նախագիծ, որը սահմանում է անվճար հիմնական բժշկական ծառայություններ սպառիչ ցանկ՝ չնախատեսելով հոգեբուժական օգնությունն ու սպասարկումը:

Չնայած հոգեբուժական օգնության և սպասարկման՝ պետության կողմից երաշխավորված և անվճար լինելու գործող օրենսդրական պահանջին՝ ՀՀ հոգեբուժական կազմակերպություններում սահմանված են հոգեբուժական վճարովի ծառայությունների ցանկն ու դրանց սակագները (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր):

Ընդ որում, ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայությամբ գործող հոգեբուժական կազմակերպություններում այդ սակագները սահմանված են կազմակերպության ներքին իրավական ակտերով, իսկ մարզպետարանների ենթակայության տակ գտնվողներինը՝ մարզպետների անհատական իրավական ակտերով (բացառությամբ՝ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնի, որտեղ սակագները սահմանված են գործադիր տնօրենի կողմից):

Հոգեբուժական կազմակերպություններում վճարովի ծառայությունների և դրանց սակագների՝ գերատեսչական տարբեր մակարդակներով սահմանելը, այլ կերպ ասած՝ նույնաբնույթ իրավահարաբերությունները տարբեր իրավաբանական ուժ ունեցող իրավական ակտերով կարգավորելը խնդրահարույց է իրավական ակտերի համակարգի տրամաբանության և իրավական ակտերին ներկայացվող օրենսդրական պահանջների տեսանկյունից:

Այսպես, «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 5-րդ մասի համաձայն՝ *«անհատական ակտ է սույն հոդվածի առաջին մասում նշված մարմինների՝ իրենց լիազորությունների շրջանակում ընդունած իրավական այն ակտը, որն ունի ժամանակավոր կամ մշտական բնույթ, նախատեսված է մեկանգամյա կամ բազմակի կիրառման համար, չի պարունակում իրավական նորմ և* ***սահմանում է վարքագծի կանոններ միայն դրանում ուղղակի անհատապես նշված (նախատեսված) ֆիզիկական կամ իրավաբանական անձանց կամ պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների կամ պետական կամ համայնքային հիմնարկների (այսուհետ՝ անձ) համար»:***

Նույն օրենքի նշված հոդվածի 5-րդ և 6-րդ մասերի համաձայն՝ ***անհատական և ներքին իրավական ակտերն ընդունվում են միայն նորմատիվ իրավական ակտի համաձայն և դրա սահմանած շրջանակում:***

Օրենսդրական վերոնշյալ կարգավորումներից բխում է, որ անհատական իրավական ակտը պետք է ուղղակիորեն ամրագրի այդ ակտի կիրառության հասցեատերերին, հիմնված լինի նորմատիվ իրավական ակտի վրա՝ դուրս չգալով դրա սահմանած շրջանակներից:

Մինչդեռ, հոգեբուժական վճարովի ծառայությունները սահմանող իրավական ակտերի ուսումնասիրությունից պարզ է դառնում, որ դրանք կա՛մ անհատական իրավական ակտեր են (օրինակ՝ Լոռու մարզպետի 2016 թվականի մայիսի 3-ի թիվ 131-Ա որոշումը), կա՛մ ներքին (լոկալ) իրավական ակտեր (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տնօրենի 2017 թվականի սեպտեմբերի 1-ի թիվ Լ-20 հրամանը):

Անհատական իրավական ակտով նշված հարցերի լուծումն ուղղակիորեն հակասում է օրենսդրական այն պահանջին, որ այդպիսի իրավական ակտը պետք է ունենա ակտում նախատեսված հասցեատեր (հասցեատերեր): Բացի այդ, թե՛ անհատական, թե՛ լոկալ իրավական ակտերի դեպքում օրենքը պահանջում է դրա նորմատիվ իրավական հիմքի առկայություն, որն էլ պետք է կանխորոշի այդ ակտերի կարգավորման ծավալը: Վերջինի հետ կապված՝ հարկ է ընդգծել, որ իբրև այդպիսի «իրավական հիմք»՝ իրավասու մարմինների ակտերի հիմքում ընկած են ոչ թե նորմատիվ իրավական կարգավորումները, այլ ՀՀ առողջապահության նախարարության աշխատակազմի՝ 2015 թվականի մարտի 30-ի N1/3457-

15 հոգեբուժական բժշկական օգնության և սպասարկման վճարովի ծառայությունների կողմնորոշիչ գները:

Հոգեբուժական վճարովի ծառայությունների սահմանման՝ իրավական հիմքերի այս անընդունելի վիճակը խնդիրներ է առաջացնում ոչ միայն իրավական ակտերի ձևավորման ընդհանուր պահանջներին անհամապատասխանության առումով, այլ իբրև հետևանք՝ առաջ է բերում հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում պետական քաղաքականությանն ու մասնավորապես՝ օրենսդրի կամքին սկզբունքորեն հակասող պրակտիկայի ձևավորում: Սա նաև անթույլատրելի հակասություններ է առաջացնում՝ կապված այդ ակտերի հասցեատերերի՝ անհատների իրավունքների երաշխավորման հետ:

Այսպես, հոգեբուժական ծառայությունները պետության կողմից երաշխավորված ծավալով փաստացի չեն ապահովվում այն առումով, որ իբրև **անվճար հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մեջ չընդգրկված, այսինքն՝ վճարովի հիմունքներով մատուցվող ծառայություններ,** ամրագրված են, օրինակ, Կառավարության թիվ 350-Ն որոշմամբ ուղղակիորեն ամրագրված՝ հոգեբույժի և հոգեբանի խորհրդատվական բժշկական օգնությունը կամ ախտորոշման նպատակով հետազոտությունը:

ՀՀ առողջապահության նախարարության՝ առողջապահության բնագավառում Կառավարության քաղաքականությունը մշակող և իրականացնող իրավասու մարմնի պաշտոնական պարզաբանման համաձայն՝ *«հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում վճարովի հիմունքներով օգնության և սպասարկման ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկատվության չի տիրապետում»:* Ընդ որում, հետաքրքրական է, որ լիազոր մարմնի կողմից այդպիսի տեղեկությունների չտիրապետելու պարագայում՝ որպես հոգեբուժական ծառայությունների վճարովի մատուցման իրավական հիմք, հոգեբուժական կազմակերպությունների կողմից վկայակոչվում են հենց նույն՝ Առողջապահության նախարարության աշխատակազմի սահմանած կողմնորոշիչ գները:

Վճարովի հոգեբուժական ծառայությունների շրջանակի որոշման ու դրանց սակագների սահմանման գերատեսչական նման չարդարացված հայեցողության հետևանքներից է նաև այն, որ քննարկվող իրավական ակտերում տարբերակված մոտեցում է դրսևորվել՝ կապված

հոգեբուժական օգնության կարիք ունեցող անձի՝ ՀՀ քաղաքացիություն ունենալու կամ չունենալու հետ:

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի ուժով *օրենքի գործողությունը տարածվում է ինչպես ՀՀ քաղաքացիների, այնպես էլ ՀՀ տարածքում գտնվող օտարերկրյա քաղաքացիների և քաղաքացիություն չունեցող անձանց վրա:* Հետևաբար, օտարերկրացիները պետք է օգտվեն պետության կողմից երաշխավորված հոգեբուժական ծառայություններից՝ ընդհանուր կարգով:

Մինչդեռ, օրինակ, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, ըստ հաստատված գնացուցակի, ՀՀ քաղաքացիներին անվճար տրամադրվող այնպիսի ծառայություններ, ինչպիսիք են ախտորոշումը ճշտելու նպատակով ամբուլատոր կամ հիվանդանոցային պայմաններում հետազոտումը, բուժումը, հոգեբույժի խորհրդատվությունը, ՀՀ քաղաքացիություն չունեցող անձանց տրամադրվում են վճարովի հիմունքներով (բավական է միայն նշել, որ հիվանդանոցային պայմաններում բուժման մեկ օրվա արժեքը սահմանվել է 15.000 ՀՀ դրամ): Նույնպիսի տարբերակված մոտեցմամբ են աշխատում նաև Երևանի և մարզային մյուս հոգեբուժական կազմակերպությունները: Վճարովի ծառայությունների նշված տվյալները հիմնված են հոգեբուժական կազմակերպությունների ընդունարաններում փակցված պաշտոնական փաստաթղթերի կամ մարզպետարանների ենթակայությամբ գործող հոգեբուժական կազմակերպությունների դեպքում՝ ՀՀ տարածքային կառավարման և զարգացման նախարարության տրամադրված գնացուցակների ուսումնասիրության վրա:

Թեև այդ գնացուցակներում նախատեսված է ծառայությունների մատուցման վճարովիության սկզբունքից բացառություն պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունք ունեցող՝ բնակչության սոցիալապես անապահով ու առանձին խմբերում ներառված անձանց համար, այդուհանդերձ, դա խնդրի լուծում չէ այն առումով, որ անվճար հոգեբուժական օգնությունը երաշխավորված է՝ անկախ անձի սոցիալական դրությունից կամ որոշակի կատեգորիայի պատկանելուց:

Ավելին, Լոռու և Շիրակի հոգեբուժական կազմակերպություններում խորհրդատվական ծառայություններ ՀՀ քաղաքացիներին տրամադրվում են վճարովի հիմունքներով՝ հիմք

ընդունելով վերջիններիս՝ տվյալ բուժհաստատության սպասարկման տարածքից դուրս բնակվելը կամ այլ մարզի բնակիչ լինելը:

Այս առումով, Հայաստանի Հանրապետության ոչ բոլոր մարզերում են գործում հոգեբուժական կազմակերպություններ, որպիսի պայմաններում ստացվում է, որ այդ մարզերի բնակիչների համար ոչ միայն ապահովված չէ հոգեբուժական օգնություն ստանալու ֆիզիկական մատչելիություն, այլև վերջիններս ստիպված են վճարել օրենքով երաշխավորված հոգեբուժական ծառայությունների համար զուտ այն պատճառով, որ տվյալ հոգեբուժական կազմակերպության «սպասարկման տարածքի» բնակիչ չեն: **Սա ուղղակիորեն հակասում է պետության միջազգային պարտավորությանն՝ ապահովելու հոգեբուժական օգնության մատչելիությունն ու հասանելիությունը հասարակության բոլոր շերտերին: Այսպիսի պրակտիկան անմիջապես ենթակա է վերացման:**

Ամփոփելով շարադրվածը՝ կարելի է առանձնացնել հոգեբուժական ծառայությունների վճարովիության հետ կապված հետևյալ խնդիրները.

- ✓ ***ոլորտի քաղաքականության սկզբունքների միասնականության նկատմամբ ոչ պատշաճ պետական վերահսկողություն՝ պայմանավորված հոգեբուժական կազմակերպությունների՝ տարբեր ենթակայությամբ կամ իրավասության ոլորտով,***
- ✓ ***հոգեբուժական օգնության և սպասարկման անվճար ապահովման՝ օրենքով նախատեսված երաշխիքների պայմաններում վճարովի ծառայությունների ցանկերի սահմանում, այն էլ առավել ցածր իրավաբանական ուժ ունեցող իրավական ակտերով,***
- ✓ ***ըստ հոգեբուժական կազմակերպությունների՝ վճարովի ծառայությունների տեսակի և սակագների չհիմնավորված տարբերակվածություն,***
- ✓ ***անկախ քաղաքացիությունից՝ հոգեբուժական օգնության անվճար տրամադրման օրենսդրական կարգավորման պայմաններում ՀՀ քաղաքացիություն չունեցող անձանց համար խտրական և չարդարացված բարձր սակագների սահմանում:***

Հոգեկան առողջության պահպանմանն ոլորտում պետական քաղաքականության առաջնահերթություններից պետք է լինի հոգեբուժական ծառայությունների հասանելիությունը՝ բնակչության սոցիալական դրության հաշվառմամբ: Պետք է հիշել, որ

հոգեկան առողջության ապահովումն անձի առողջության պահպանման ամենազգայուն ոլորտներից է:

Հոգեբուժական անվճար ծառայություններից վճարովի համակարգին անցում կատարելու համար գործող համակարգից հրաժարվելու պատճառներն ու այլ համակարգի անցնելու դեպքում դրա առավելությունները պետք է լինեն հիմնավոր:

Իհարկե, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի նկատմամբ պետության պարտականություններն անխուսափելիորեն առաջ են բերում ֆինանսական բեռի հարց: Սակայն փոփոխությունները կարող են արդարացվել միայն այն դեպքում, երբ դրանց չիրականացումը էականորեն կվատթարացնի ոլորտի շահառուների՝ պացիենտների իրավունքների և շահերի պաշտպանության համակարգը, ինչպես նաև հիմնված կլինի կոնկրետ ժամանակահատվածում պետության ֆինանսական վիճակի և սոցիալական քաղաքականության արդարացի հավասարակշռման վրա: Միաժամանակ, անկախ փոփոխության հիմնավորվածության աստիճանից՝ պետությունը սոցիալական պետության հայեցակարգից բխող իր գործառույթներին համապատասխան պետք է նախատեսի սոցիալական անապահովության դեպքերում պետական միջամտության հարց և հոգեբուժական կազմակերպությունների ֆինանսական մատչելիությունը՝ հատկապես հաշվի առնելով, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում գտնվում են նաև սոցիալապես անապահով ընտանիքներից պացիենտներ: Ուստի, ոլորտի ֆինանսական քաղաքականությունը պետք է իրականացվի այնպես, որպեսզի չխախտի պացիենտի՝ հոգեբուժական ծառայություններից օգտվելու մատչելիության իրավունքը:

1.2. Ապաինստիտուցիոնալացումը, վերականգնումը և սոցիալական ներառումը հոգեկան առողջության ոլորտում

Անձի առողջության պահպանման իրավունքը երաշխավորող միջազգային հիմնարար փաստաթղթերն ամրագրում են պետության պարտավորությունները՝ ձեռնարկելու համալիր միջոցառումներ անձի ֆիզիկական և հոգեկան առողջության հնարավոր բարձր մակարդակի ապահովման ուղղությամբ:

Այսպես, ՄԱԿ-ի մարդու իրավունքների գերագույն հանձնակատարի՝ «Հոգեկան առողջությունը և մարդու իրավունքները» 2017 թվականի զեկույցում կանխորոշվում են հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում պետական քաղաքականության՝ որպես առաջադեմ փորձի հետևյալ ուղղությունները՝

1. Վերականգնողական հոգեկան առողջության պահպանումը.

Համայնքահեն հոգեկան առողջության ծառայությունների հիմնական շեշտադրումը պետք է լինի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց աջակցելը՝ հասնելու իրենց սեփական ձգտումներին ու նպատակներին: Վերականգնողական այդպիսի մոտեցումը ենթադրում է «անձանց լսելու և արձագանքելու» անհրաժեշտությունը՝ վերջիններիս վիճակը հաշվի առնելով, ինչն իր հերթին նպաստում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի՝ իբրև հավասարի հետ աշխատանքին ու նրա վերականգնմանը: Այս առումով, չափազանց կարևոր է, որ անձի հետ աշխատող անձնակազմը, քաջատեղյակ լինելով վերջինիս ստացած հոգեբանական տրավմաներին, բավարար հմուտ լինի՝ խուսափելու համար անձի ստացված տրավմայի կրկնակի վերապրումից, սոցիալական «կղզիացումից» ու օտարվածությունից, ինչպես նաև նպաստի նրանց վերաինտեգրմանը հասարակություն:

2. Համայնքահեն ծառայությունների ապահովումը.

Միջազգային առաջադեմ փորձը վկայում է, որ բնակչության առանձին խմբերի, մասնավորապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրները ունեցող անձանց առողջության պահպանումն արդյունավետ է, երբ ապահովվում է միջճյուղային և ապաբժշկականացված ծառայությունների մատչելիությունը: Պետությունը պետք է ապահովի վերականգնողական բուժօգնությունը համայնքներում և առողջապահական համակարգի առաջնային օղակում:

3. Ապաինստիտուցիոնալացումը.

Արդյունավետ ապաինստիտուցիոնալացումը պահանջում է, նախ և առաջ, այն գիտակցման արմատավորում, որ համայնքում ապրելու իրավունքն ավելին է, քան ուղղակի համայնքում անձի ֆիզիկական գոյությունը: Հոգեբանասոցիալական խնդիրներ ունեցող անձանց սոցիալական աջակցության համակարգը պետք է լինի լիարժեք հասանելի (օրինակ՝ անձի կրթությանը, աշխատանք ունենալուն, նրա սոցիալական շփումներին նպաստելը և այլն):

Հոգեկան առողջության վերաբերյալ գործողությունների 2013-2020 թվականների եվրոպական ծրագրում նշվում է, որ տարածաշրջանում առկա է ապաինստիտուցիոնալացման և համայնքահեն հոգեկան առողջության խնամքի ծառայությունների զարգացման հանձնառություն: Համաձայնություն է առկա առ այն, որ խնամք և բուժում պետք է իրականացնել տեղական մակարդակում, քանի որ մեծ հոգեբուժական կազմակերպությունները հաճախ հանգեցնում են անտեսման և ինստիտուցիոնալացման: Այսպիսով, առանցքային է դարձել համայնքային հաստատություններում առաջնային խնամք և հոգեկան առողջության ոլորտում բազմադիսցիպլինար մասնագետների համագործակցության դերի մեծացումը[6]:

Առողջության համաշխարհային կազմակերպություն՝ Հոգեկան առողջության ծառայությունների կազմակերպման ուղեցույցի համաձայն՝ ապաինստիտուցիոնալացումը հոգեկան առողջության ծառայությունների համակարգի բարեփոխման կարևոր մաս է: Այն ավելին է, քան անձանց՝ հիվանդանոցներում երկարատև բուժումից ազատելը: Ծառայություններն իրականացնելու համար նշանակալի փոփոխություններ են պահանջվում՝ ներառելով առավելապես համայնքում այլընտրանքային, այլ ոչ թե հիվանդանոցային ծառայություններ: Համայնքում ծառայությունների տրամադրումը պետք է ուղղորդվի հոգեբուժական կազմակերպություններում պացիենտների թվի նվազմամբ: Ապաինստիտուցիոնալացումը կարող է ընթանալ փուլերով, երբ համայնքային այլընտրանքներն արդեն առկա կլինեն: Դրա իրագործումը պահանջում է խիստ պարտավորվածություն ծրագրերը մշակողների, կազմակերպիչների և բժիշկների կողմից[7]:

Բացի այդ, Եվրոպական հանձնաժողովի աջակցությամբ կազմված՝ Ծանր հոգեկան հիվանդություններ ունեցող անձանց երկարաժամկետ խնամքի վերաբերյալ զեկույցում նշվում է, որ համայնքում հոգեկան առողջության խնամքի իրականացման ռազմավարության ուղղություններից են հոգեբուժական կազմակերպություններում տրամադրվող օգնության որակի բարձրացումը և ապաինստիտուցիոնալացումը: Այս միջոցառումները կարևորվում են

[6] Տե՛ս http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf կայքէջը:
[7] Տե՛ս http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf?ua=1 կայքէջը:

հատկապես այն երկրներում, որտեղ հոգեբուժական կազմակերպությունները դեռևս պատասխանատու են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տրամադրվող խնամքի զգալի մասի համար: Հոգեկան առողջության վերաբերյալ ազգային ծրագրերը պետք է ներառեն ռազմավարություն՝ ուղղված պացիենտների ապրելու պայմանների և վերջիններիս խնամքի որակի բարելավմանը՝ ներառյալ մարդու իրավունքների խթանմանը և դրանց նկատմամբ հարգանքի ամրապնդմանը: Միևնույն ժամանակ, վերականգնողական ծրագրերը պետք է մշակվեն և իրագործվեն ինչպես կազմակերպությունների ներսում, այնպես էլ դրանցից դուրս՝ նպատակ ունենալով պացիենտներին պատրաստել հասարակության մեջ ապրելուն և նրանց սոցիալական ինտեգրմանը՝ անկախ նրանից, թե իրենց բնակության երկիրը ապաինստիտուցիոնալացման ինչ փուլում է գտնվում:

Ներկայում միջազգային հանրության շրջանում առկա է լայն համաձայնություն այն մասին, որ անհրաժեշտ է մեծ հոգեբուժական կազմակերպություններում իրականացվող խնամքի ավանդական մոդելից անցնել համայնքահեն հոգեկան առողջության խնամքի ժամանակակից մոդելին: Այդ փոփոխության անհրաժեշտության հիմնական պատճառներն են՝

- ✓ հոգեկան առողջության քրոնիկ խնդիրներ ունեցող անձանց համար համայնքահեն ծառայություններն առավել հասանելի են, քան ավանդական հոգեբուժական կազմակերպություններում մատուցվող ծառայությունները.
- ✓ համայնքահեն ծառայություններն ապահովում են առավել մեծ գոհունակության և անձանց պահանջմունքներին համապատասխանություն: Դրանք նաև խթանում են խնամքի շարունակականությունն ու ծառայությունների ճկունությունը՝ հնարավոր դարձնելով հիվանդության կրկնության վաղաժամ ախտորոշումն ու բուժումը, դրա հետևողականությունը.
- ✓ համայնքահեն ծառայությունները նպաստում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների առավել պաշտպանությանը և կանխում այդ անձանց խարանումը.
- ✓ հոգեկան առողջության ապահովման այլ մոդելների համեմատությամբ համայնքահեն ծառայություններն ապահովում են առավել լավ արդյունքներ՝ կապված բուժման ծրագրերի հետևողականության, կլինիկական ախտանիշերի, անձանց կյանքի որակի և մասնագիտական վերականգնողականության հետ:

✓ համայնքահեն ծառայությունները նվազ ծախսատար են, քան հիվանդանոցային խնամքը.

✓ ապաինստիտուցիոնալացման ճիշտ իրագործման դեպքում հիվանդանոցից համայնք տեղափոխված պացիենտների մեծամասնությունն ավելի գոհունակ է, ավելի քիչ բացասական ախտանիշներ ունի և վարում է ավելի լավ սոցիալական կյանք[8]:

Ներկայում Հայաստանի Հանրապետությունում հոգեբուժական ծառայության համակարգն առավելապես կենտրոնացած է հոգեբուժական կազմակերպությունների կողմից ամբուլատոր և հիվանդանոցային բուժման ծառայությունների, հիվանդանոցային բժշկական օգնության և սպասարկման շուրջ: Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մարդկանց համար գլխավորապես հասանելի չեն համայնքային մակարդակում հոգեկան առողջության պահպանման և աջակցման այլընտրանքային ծառայությունները՝ առանց սեփական բնակավայրերից և հասարակական կյանքից մեկուսանալու: Սոցիալական վերականգնման և խնամքի հաստատությունների անբավարարության պայմաններում չի կարող ապահովվել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լիարժեք վերականգնումը:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության՝ հոգեկան առողջությունը բարեկեցության վիճակ է, որում յուրաքանչյուր անհատ իրագործում է իր պոտենցյալը, ունակ է հաղթահարելու կյանքի բնականոն սթրեսները, արդյունավետ աշխատել և ներդրում անել իր համայնքի մեջ[9]: Ուստի, հոգեկան առողջության վերականգնմանն ուղղված միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն վերոնշյալին, ինչը, սակայն, ներկա հոգեբուժական համակարգի պայմաններում գործնականում անհնար է:

Հետևաբար, հոգեկան առողջության պահպանման պետական քաղաքականության առաջնահերթ ուղղություններից պետք է լինի հենց հոգեբուժական բժշկական ծառայություններին այլընտրանք խնամքի և սոցիալական սպասարկման ծառայությունների համակարգի ձևավորումն ու զարգացումը:

Սրա հետ կապված, հարկ է նկատել, որ ոլորտում առկա խնդիրները և դրանց լուծման առաջնահերթությունը ՀՀ կառավարության կողմից արձանագրվել են դեռևս 2013 թվականից՝

[8]Տե՛ս https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf կայքէջը:
[9] Տե՛ս http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ կայքէջը:

«Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման հայեցակարգի» հաստատմամբ[10], ինչպես նաև «Հայաստանի Հանրապետությունում հոգեկան առողջության պահպանման և բարելավման 2014-2019 թվականների ռազմավարությանը և ռազմավարության կատարումն ապահովող միջոցառումների ցանկին հավանություն տալու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման ընդունմամբ[11]: Խնամքի և սոցիալական սպասարկման ծառայությունների համակարգի ներդրման օրենսդրական հիմքերն էլ ամրագրվել են ՀՀ կառավարության 2015 թվականի դեկտեմբերի 17-ի «Շուրջօրյա խնամքի տներում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի և սոցիալական սպասարկման այլընտրանքային ծառայությունների տրամադրման կարգը հաստատելու մասին» N 1533-Ն որոշմամբ[12]:

Ինչ վերաբերում է այդ ուղղությամբ իրականացված գործնական քայլերին, հարկ է նկատել, որ ըստ իրավասու պետական մարմինների պաշտոնական պարզաբանումների՝ 2015 թվականին Երևանում ստեղծվել է «Ձորակ» հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը, որտեղ շուրջօրյա խնամք են ստանում համեմատաբար պահպանված կարողություններով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք: 2016 թվականին Սպիտակ քաղաքում սկսել է գործել Սպիտակի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի տունը՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 16 անձի համար:

Մշտադիտարկման արդյունքները վկայում են, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց զգալի մասը հաստատությունում է գտնվում ոչ թե բժշկական օգնության տրամադրման, այլ խնամքի անհրաժեշտությամբ, ինչը, սակայն, չի կարող ապահովվել հոգեբուժական կազմակերպությունից դուրս՝ խնամք իրականացնող մասնագիտացված հիմնարկների ոչ բավարարության պատճառով:

Ավելին, հարկ է նշել, որ հոգեկան առողջության պահպանման ոլորտում այլընտրանքային ծառայությունները ենթադրում են ոչ միայն խնամքի ապահովում, այլև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սոցիալ-հոգեբանական վերականգնում, վերջիններիս

[10] Տե՛ս https://www.e-gov.am/u_files/file/decrees/arc_voroshum/2013/05/qax17-7.pdf կայքէջը:
[11] Տե՛ս http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=90364 կայքէջը:
[12] Տե՛ս http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747 կայքէջը:

աշխատանքային գործունեությամբ զբաղվելու կարողության ու սոցիալական կարգավիճակի վերականգնում, այլ անձանց հետ համահավասար հիմունքներով համայնքում ապրելու իրավունքի լիակատար իրացմանն օժանդակություն և սոցիալական ներառմանն աջակցություն[13]:

Հետևաբար, անհրաժեշտ է ապահովել հոգեկան առողջության պահպանման այլընտրանքային ծառայությունների նախաձեռնված համակարգի լիարժեք ներդրմանն ուղղված միջոցառումների շարունակականությունն ու հետևողականությունը՝ խնամքի տների ստեղծման, դրանց նյութակենցաղային բավարար պայմանների ապահովման, ոլորտի մասնագետների մասնագիտական վերապատրաստման ուղղությամբ գործնական քայլերի ձեռնարկման ճանապարհով:

[13] Տե՛ս http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=102747 կայքէջը:

ԳԼՈՒԽ 2. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՈՒՄԸ

2.1. Բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների կիրառումը քրեական դատավարությունում

Անձի կողմից ՀՀ քրեական օրենսգրքով նախատեսված հանրորեն վտանգավոր արարք կատարելու պարագայում անհրաժեշտություն է առաջանում պարզել՝ արդյոք նա հանցագործության պահին ընդունակ է եղել հաշիվ տալ իր գործողություններին և ղեկավարել դրանք: Այսինքն՝ նման դեպքերում անհրաժեշտ է պարզել հանրության համար վտանգավոր արարք կատարած անձի մեղսունակությունը՝ նշանակելով համապատասխան փորձաքննություն և սկսելով ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքով սահմանված կարգով անմեղսունակ անձանց նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթ[14]:

Այսպես, ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 451-րդ հոդվածի համաձայն՝ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթ հարուցվում է մինչդատական փուլում, իսկ ըստ 464-րդ հոդվածի՝ քրեական օրենքով չթույլատրված արարքն անմեղսունակության վիճակում կատարած անձի նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու մասին որոշում կայացնում է դատարանը: Այս վարույթը գործնականում պահանջում է տևական ժամանակ: Այն պարագայում, երբ քրեական օրենքով չթույլատրված արարք կատարած անձն ունի հոգեբուժական օգնության կարիք և վտանգավոր է իր կամ հասարակության համար, միակ օրենսդրական լուծումն անձի նկատմամբ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի[15] կիրառումն է՝

[14] Խոսքն այստեղ չի գնում դեպքից հետո հոգեկան հիվանդությամբ հիվանդացած անձանց նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթի մասին, որն առանձին գլխով կարգավորված է ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքում:

[15] ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 457-րդ հոդվածի համաձայն՝ անմեղսունակության վիճակում քրեական օրենսգրքով չթույլատրված արարք կատարած անձանց նկատմամբ անհրաժեշտության դեպքում

մինչև վերջինիս նկատմամբ բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու մասին որոշման կայացումը: Սակայն հոգեբուժական կազմակերպությունում տեղավորելուն առնչվող՝ **ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 459-րդ հոդվածն առհասարակ չի անդրադառնում անվտանգության միջոցի կիրառման ընթացքում անձի բուժման կամ խնամքի հնարավորության հարցին**:

Գործնականում նման իրավիճակն առաջացնում է խնդիրներ: Այսպես, մշտադիտարկման աշխատանքների իրականացման դրությամբ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունքում պահվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յոթ անձ, ում նկատմամբ դատարանը կիրառել է **անվտանգության միջոց՝** հատուկ տիպի հոգեբուժական բաժանմունքում տեղավորելու ձևով: Չնայած դատական ակտում բուժման մասին նշում առկա չի լինում, հոգեբուժական կազմակերպությունը, այնուամենայնիվ, բուժում իրականացնում է: **Բուժանձնակազմի պնդմամբ՝ բուժման համար վերջիններիս համաձայնությունը չի պահանջվում, քանի որ փորձաքննության եզրակացության մեջ մշտապես առկա է լինում գրառում, որով խորհուրդ է տրվում անձի նկատմամբ իրականացնել հարկադիր բուժում՝ հատուկ հսկողության հոգեբուժական բաժանմունքի պայմաններում:**

Իրականում հարկադիր բուժման համար պետք է հիմք լինի ոչ թե փորձաքննության եզրակացությունը, այլ համապատասխան դատական ակտը, սակայն հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոց կիրառելու վերաբերյալ դիտարկված դատական ակտերում անդրադարձ չի կատարվում բուժման անհրաժեշտության հարցին՝ թերևս համապատասխան օրենսդրական կարգավորումների բացակայության պատճառով: **Արդյունքում, անձի նկատմամբ իրականացվում է հարկադիր բուժում, այսինքն՝ բուժում առանց նրա իրազեկված համաձայնության և (կամ) դատարանի համապատասխան ակտի:**

Պետք է նկատի ունենալ, որ մեր երկրի օրենքով այս իրավիճակում հարկադրանքը ձևականորեն վերաբերում է միայն հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելուն, այլ ոչ թե բուժմանը: Իրականում, անձին հոգեբուժական հիվանդանոց տեղավորելը պետք է հետապնդի

կիրառվող անվտանգության միջոցները երկուսն են՝ հսկողության համար հիվանդին ազգականներին, հոգաբարձուներին, խնամակալներին հանձնելը և հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելը:

կա՛մ նրան բուժելու, կա՛մ խնամքն ապահովելու նպատակ: Արդյունքում, դատական ակտում չնշված, սակայն գործնականում հարկադիր իրականացվող բուժման առնչությամբ կարող է առաջ գալ համաձայնության հարց, քանի որ հարկադրանքը ոչ միշտ է, որ կարող է վերաբերել հենց բուժմանը: Ավելին, «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքն ինքնին անձի համաձայնությունը պարտադիր չի համարում, եթե առկա է հարկադրանք ու դա վերաբերում է հենց բուժմանը: Ըստ այդ օրենքի 15 հոդվածի 3-րդ մասի՝ *հոգեկան խանգարումով տառապող անձի բուժումը կարող է իրականացվել առանց նրա կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության՝ միայն օրենքով նախատեսված բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների կիրառման և ոչ հոժարակամ (հարկադիր) հոսպիտալացման դեպքերում*:

Հարցն այն է, որ ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 457-րդ հոդվածը՝ անմեղսունակության վիճակում քրեական օրենսգրքով չթույլատրված արարք կատարած անձանց նկատմամբ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի կիրառման կապակցությամբ չի կարգավորում այդ ընթացքում բուժման իրականացման կամ հիվանդանոցային խնամքի կազմակերպման հարցը: Մինչդեռ ակնհայտ է, որ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելը չի կարող լինել ինքնանպատակ, այլ պետք է հետապնդի անձին բուժելու կամ հիվանդանոցային խնամք տրամադրելու նպատակ:

ՀՀ քրեական դատավարության նոր օրենսգրքի նախագիծն այս առնչությամբ հոգեկան հիվանդություն կամ հոգեկան խանգարում ունեցող անձանց նկատմամբ կիրառվող հարկադրանքի միջոցների տեսակներին անդրադառնալիս իրավացիորեն սահմանել է, որ բժշկական հսկողությունը՝ որպես անվտանգության միջոց, *հանրության համար վտանգ ներկայացնող անձին հոգեբուժական հաստատությունում պահելն է՝* ***հիվանդանոցային խնամք կամ բուժում ապահովելու նպատակով***:

Եվրոպայի խորհրդի նախարարների կոմիտեի թիվ Rec(2004)10 հանձնարարականի 17-րդ հոդվածի 1-ին մասի 3-րդ կետի համաձայն՝ *անձը կարող է ենթակա լինել հարկադիր հոսպիտալացման, միայն եթե հոսպիտալացումը բուժման նպատակ է հետապնդում*[16]:

[16]Տե՛սhttps://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf կայքէջը:

Նշվածից բխում է, որ անձի տեղավորումը հոգեբուժական հիվանդանոցում չի կարող հիմնավորվել միայն մեկուսացման անհրաժեշտությամբ: Դա պետք է պարտադիր հետապնդի հիվանդանոցային բուժման կամ խնամքի նպատակ, որի մասին վկայում են նաև Քրեական դատավարության նոր օրենսգրքի նախագծի կարգավորումները և միջազգային չափանիշները:

Հետևաբար, այս հարցը պետք է ստանա հստակ օրենսդրական կարգավորում:

Վերը նշվածից բացի, պրակտիկայում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձը մինչև դատարանի կողմից բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու մասին որոշում կայացնելը կարող է երկարատև պահվել հոգեբուժական կազմակերպությունում՝ դատարանի կողմից անվտանգության միջոց կիրառելու վերաբերյալ որոշման հիման վրա: Այդ ժամանակահատվածում անձը, ստանալով բուժում, կարող է ապաքինվել և իր կամ հասարակության համար այլևս վտանգ չներկայացնել, սակայն շարունակել պահվել հոգեբուժական կազմակերպությունում՝ ստանալով պահպանողական բուժում (առանց դատական վերահսկողության): Նման պարագայում դատարանի կողմից բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցի կիրառման վարույթը կարող է լինել ժամանակավրեպ և ինքնանպատակ այն առումով, որ միջանկյալ միջոցով արդեն իսկ ապահովվել է վարույթով հետապնդվող նպատակը:

Միաժամանակ, Քրեական դատավարության գործող օրենսգիրքը չի նախատեսում բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցներ կիրառելու վարույթի ժամկետներ: Նույն կերպ առկա չեն նաև հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի կիրառման ժամկետներ: Նախատեսված չէ նույնիսկ նվազագույնը՝ նշված անվտանգության միջոցի կիրառման իրավաչափության դատական պարբերական վերանայման պահանջ: Օրենսդրական կարգավորման նման թերություններն էլ հենց հանգեցնում են այս անվտանգության միջոցի հիման վրա անձանց երկար ժամանակ հոգեբուժական կազմակերպությունում պահելուն՝ առանց դատարանի կողմից բուժման նկատմամբ համապատասխան վերահսկողության:

Ուստի, հարկ է սահմանել հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի պարբերական վերանայման հստակ օրենսդրական մեխանիզմ:

Իրավիճակն ավելի դյուրին չի դառնում դատարանի կողմից բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու դատական ակտի առկայության պայմաններում: Օրենսդրությունը չի նախատեսում նշված ակտի ի պաշտոնե (ex officio) դատական վերանայման մեխանիզմներ: Ձևավորված պրակտիկայի համաձայն՝ հարկադրանքի միջոցի վերանայման հարցը բարձրացվում է միայն հոգեբուժական կազմակերպության տնօրենի կողմից՝ այն վերացնելու կամ փոխարինելու վերաբերյալ դատարան միջնորդություն ներկայացնելու դեպքերում: Հոգեբուժական կազմակերպությունը նման միջնորդություն ներկայացնում է միայն այն դեպքում, երբ նույն կազմակերպության բժիշկներից բաղկացած բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների վերանայման հանձնաժողովը, վեց ամիսը մեկ անգամ, ուսումնասիրելով անձի առողջական վիճակը, տալիս է եզրակացություն, որ նա կա՛մ այլևս չունի հարկադիր բուժման կարիք, կա՛մ դա հնարավոր է իրականացնել այլ՝ ընդհանուր կամ արտահիվանդանոցային պայմաններում:

Արդյունքում՝ գործնականում հանդիպում են դեպքեր, երբ անձը շարունակաբար պահվում է հոգեբուժական կազմակերպությունում՝ առանց հարկադիր բուժման վերաբերյալ ակտի դատական վերանայման: Օրինակ՝ մշտադիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի պացիենտներից մեկը կենտրոնում է գտնվում 2012 թվականի մարտ ամսից՝ հոգեբուժական հիվանդանոցային հարկադիր բուժման վերաբերյալ դատարանի դատական ակտի հիման վրա: Հարկ է նշել, որ, ուսումնասիրված փաստաթղթերի համաձայն՝ 2012 թվականից ի վեր «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնը որևէ միջնորդություն չի ներկայացրել դատարան՝ վերջինիս նկատմամբ կիրառվող հարկադիր բուժումը դադարեցնելու կամ այն փոխարինելու վերաբերյալ, ինչը կասկածի տակ է դնում 5 տարի շարունակ իրականացված հարկադիր բուժման արդյունավետությունը:

Ուսումնասիրությունների արդյունքում վեր են հանվել նաև հարկադիր բուժմանն առնչվող դատական պրակտիկայի խնդիրներ:

Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում մշտադիտարկման աշխատանքներ իրականացնելիս պարզվել է, որ պացիենտներից մեկը 2016 թվականի մայիս ամսից պահվում է կազմակերպությունում և դատարանի դատական ակտի հիման վրա ստանում է հարկադիր բուժում: 2016 թվականի նոյեմբեր ամսին հոգեբուժական կազմակերպությունը,

համապատասխան բժշկական եզրակացության վրա հիմնվելով, ընդհանուր իրավասության դատարան է ներկայացրել այդ անձի նկատմամբ կիրառվող հարկադիր բուժումը հոգեբուժական կազմակերպությունների ընդհանուր հսկողության հոգեբուժական բաժանմունքում դադարեցնելու և այն հոգեբույժի մոտ արտահիվանդանոցային հսկողության և հարկադիր բուժման փոխարինելու վերաբերյալ միջնորդություն: Դատարանը միջնորդությունը մերժել է: Դատական ակտը պարզ վկայում է, որ դատարանը, **լսելով հոգեբույժին (առանց դատական նիստին հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի ներկայության) և գտնելով, որ կաշկանդված չէ բժշկական հաստատության եզրակացությամբ**՝ առանց դատահոգեբուժական կրկնակի փորձաքննության եզրակացրել է, որ «հիվանդի վիճակը դեռ կայուն չէ և նա հիվանդանոցային բուժման, խնամքի ու հսկողության կարիք ունի, իսկ հոգեբուժական և հոգեթերապևտիկ օգնությունն ու ծառայությունները կարող են իրականացվել միայն հիվանդանոցային ձևով»: Դրանից հետո, 6 ամիս անց, դատարանը կրկին նույն հիմնավորմամբ մերժել է բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների վերանայման հանձնաժողովի եզրակացության հիման վրա «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ներկայացրած՝ անձի նկատմամբ կիրառվող հարկադիր բուժումը դադարեցնելու և այն արտահիվանդանոցային հսկողության ու հարկադիր բուժման փոխարինելու վերաբերյալ միջնորդությունը: Միջնորդությունները մերժելու վերաբերյալ դատական երկու ակտերն են, բացի վերը նշվածից, որևէ այլ հիմնավորում չեն պարունակում:

Այսպիսով, դատարանը ոչ միայն չի համաձայնել բժշկական կազմակերպության եզրակացության հետ՝ առանց կրկնակի դատաբժշկական փորձաքննության, այլև չի ապահովել անձի մասնակցությունն իր նկատմամբ հարկադրանքի միջոցի վերանայման վարույթին: Դատական ակտում բացակայում են անհրաժեշտ հիմնավորումները: Այսպիսի պրակտիկան անընդունելի է:

Հոգեբուժական կազմակերպությունները բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների վերանայման միջնորդությունների ներկայացմանը նույնպես պատշաճ ուշադրություն չեն դարձնում: Այս մասին են վկայում, օրինակ, նույն անձի վերաբերյալ տառացիորեն կրկնվող բովանդակությամբ միջնորդությունները: Այսպես, բժշկական բնույթի հարկադրական միջոցների վերանայման հանձնաժողովի եզրակացությունը հանձնաժողովի անդամների

ստորագրությամբ նախ արձանագրվում է հիվանդության պատմագրում, ապա անմիջապես կազմվում է առանձին փաստաթղթի տեսքով, ստորագրվում հանձնաժողովի անդամների կողմից և ներկայացվում դատարան: Ի տարբերություն դատարան ներկայացվող եզրակացության, հիվանդության պատմագրերում եզրակացության տակ հանձնաժողովի անդամների ստորագրությունները դիտարկված դեպքերում բացակայել են (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Ուստի, վերը շարադրվածի հիման վրա անհրաժեշտ է՝

✓ ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքի 457-րդ հոդվածի կարգով անմեղսունակության վիճակում քրեական օրենսգրքով չթույլատրված արարք կատարած անձանց նկատմամբ հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոց կիրառելիս օրենսդրորեն հստակեցնել բուժման կամ հիվանդանոցային խնամքի հարցը.

✓ ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքում նախատեսել հոգեբուժական հիվանդանոցում տեղավորելու ձևով անվտանգության միջոցի պարբերական դատական վերանայման մեխանիզմ.

✓ բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու պարագայում ՀՀ քրեական դատավարության օրենսգրքում նախատեսել նշված ակտի ի պաշտոնե դատական վերանայման մեխանիզմներ՝ հստակ պարբերականությամբ.

✓ դատական իշխանության՝ դատական պրակտիկայի ամփոփման համար պատասխանատու մարմինների կողմից ուսումնասիրել բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոց կիրառելու վարույթներով դատական պրակտիկան՝ առկա խնդիրները վեր հանելու, օրենքի միատեսակ կիրառությունն ապահովելու և դատավարական խախտումները բացառելու նպատակով.

✓ հոգեբուժական կազմակերպությունների կողմից բժշկական բնույթի հարկադրանքի միջոցների վերանայման միջնորդությունների ներկայացման նկատմամբ դրսևորել անհրաժեշտ հետևողականություն, ինչպես նաև դրա նկատմամբ իրականացնել պատշաճ վերահսկողություն:

2.2. Հոգեբուժական կազմակերպությունում անձին հոժարակամ կամ հարկադիր բուժման ենթարկելը

Հիվանդանոցային ձևով հոգեբուժական բժշկական օգնության և սպասարկման դեպքում առաջնային է հոժարակամ և հարկադիր կամ ոչ հոժարակամ բուժման տարանջատման հարցը: Հոգեբուժական կազմակերպություններում տրամադրված փաստաթղթերի ուսումնասիրությունը վկայում է, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում զգալիորեն փոքր է ՀՀ քաղաքացիական դատավարության կարգով հարկադիր բուժման ենթարկվող անձանց թիվը: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ընդհանուր տիպի բաժանմունքներում գտնվող 236 պացիենտներից ընդամենը 5-ն էին դատական ակտի հիման վրա ոչ հոժարակամ բուժվող:

Հոժարակամ բուժվող բոլոր անձանց պատմագրերում առկա է եղել հոսպիտալացման և բուժման վերաբերյալ նրանց համաձայնությունը, սակայն նրանց հետ առանձնազրույցները ցույց են տվել, որ գործնականում շատերը չեն ցանկանում գտնվել հոգեբուժական կազմակերպությունում, ինչպես նաև տեղյակ չեն ցանկացած պահի բուժումից հրաժարվելու իրենց իրավունքից:

Այս կապակցությամբ Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն շեշտել է, որ ***հոգեբուժական կազմակերպություններում հոժարակամ բուժում ստացող անձանց պետք է տրամադրվեն ամբողջական, հստակ և ճշգրիտ տեղեկություններ, այդ թվում՝ հոսպիտալացման վերաբերյալ համաձայնություն տալու կամ չտալու իրենց իրավունքի և հետագայում իրենց համաձայնությունից հրաժարվելու, ինչպես նաև հաստատությունը ցանկության պահի լքելու վերաբերյալ***:

Ավելին, ԽԿԿ-ն ընդգծել է, որ ***հոսպիտալացման վերաբերյալ համաձայնություն տալն ու բուժման վերաբերյալ համաձայնություն տալն առանձին հարցեր են, և պացիենտներին***

պետք է խնդրել իրենց դիրքորոշումն արտահայտել այդ հարցերից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ[17]:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ նշված հարցերն ինչպես գործնականում, այնպես էլ օրենսդրական մակարդակում լուծում չեն ստացել:

Ավելին, խնդիրն առկա է հատկապես անչափահասների պարագայում, քանի որ նրանց բուժման համար պահանջվում է միայն օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը, և անչափահասի հոսպիտալացումը դատական վերահսկողության առարկա չի դառնում՝ անկախ վերջինիս տարիքից, իր կարծիքն արտահայտելու ունակությունից և օրինական ներկայացուցչի՝ անչափահասի շահերից գործելուց: Արդյունքում, ստացիոնար հետազոտման և բուժման համար բավարար է միայն անչափահասի օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը:

Եվրոպայի խորհրդի նախարարների կոմիտեի թիվ Rec(2004)10 հանձնարարականի 29-րդ հոդվածի 2-րդ մասը սահմանում է, որ *անչափահասի հոսպիտալացման և բուժման վերաբերյալ (հարկադիր կամ ոչ հարկադիր) որոշում ընդունելիս պետք է հաշվի առնել անչափահասի կարծիքը, որը նրա տարիքից և հասունության աստիճանից կախված գնալով ավելի որոշիչ նշանակություն ունեցող գործոն է դիտվում*[18]:

Ուստի, անհրաժեշտ է վերանայել ներպետական օրենսդրությունը՝ ամրագրելով հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս կարծիք հայտնելու և իրազեկված համաձայնություն տալու անչափահասի (ելնելով նրա տարիքից և հասունության աստիճանից) հնարավորությունը: Պետք է նկատի ունենալ, որ հարկադիր բուժման ենթարկել կարելի է միայն դատական համապատասխան ակտի հիման վրա:

Նույն խնդիրն է առկա նաև անգործունակ ճանաչված անձանց հարկադիր (ոչ հոժարակամ) բուժման պարագայում, որտեղ ևս բավարար է օրինական ներկայացուցչի համաձայնությունը և հարկադիր բուժման կապակցությամբ դատական ակտ չի պահանջվում:

Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը *Շտուկատուրովն ընդդեմ Ռուսաստանի* գործով վճռում արձանագրել է, որ *անգործունակ ճանաչված անձանց նկատմամբ բուժում պետք է սկսել միայն դատարանի համապատասխան որոշմամբ և սահմանել դատական*

[17] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806bf46f կայքէջը, կետեր 133,134:
[18]Տե՛սhttps://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf կայքէջը:

վերահսկողություն բուժման ընթացքի նկատմամբ (տե՛ս նշված գործով 2008 թվականի մարտի 27-ի վճիռը, գանգատ թիվ 44009/05, կետեր 121-125):

Հետևաբար, ներպետական օրենսդրությամբ անհրաժեշտ է նախատեսել անգործունակ ճանաչված անձի հոգեբուժական օգնության և սպասարկման իրականացման կարգը՝ սահմանելով նախնական և հետագա դատական վերահսկողություն հարկադիր (ոչ հոժարակամ) բուժման նշանակման և դրա ընթացքի նկատմամբ:

Ոչ հոժարակամ բուժման խնդիրները չեն ավարտվում քաղաքացուն հոգեբուժական կազմակերպությունում հարկադիր բուժման ենթարկելու վերաբերյալ ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով նախատեսված վարույթ նախաձեռնելով, քանի որ վերջինս էլ, իր հերթին, ունի ինչպես գործնական, այնպես էլ օրենսդրական մի շարք թերություններ: Գործող պահանջների համաձայն՝ ոչ հոժարակամ բուժման անհրաժեշտության դեպքում անձի նկատմամբ այդպիսի բուժման վերաբերյալ դատական ակտը կարող է կայացվել տևական ժամանակ հետո:

Այսպես, «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 22-րդ հոդվածի 2-րդ մասի համաձայն՝ *(...) հոգեբուժական կազմակերպության տնօրենը հոգեկան խանգարումներով տառապող անձի կողմից բուժումից հրաժարվելու կամ բուժումը դադարեցնելու պահանջ ներկայացնելուց հետո՝ 72 ժամվա ընթացքում, դիմում է դատարան՝ Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 30-րդ գլխով սահմանված կարգով անձին հոգեբուժական հիվանդանոցային ոչ հոժարակամ (հարկադիր) բուժման ենթարկելու համար:*

ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 90-րդ հոդվածի համաձայն՝ դատավորը հայցադիմումը ստանալու օրվանից եռօրյա ժամկետում հայցադիմումի ընդունումը չմերժելու կամ դիմումը չվերադարձնելու դեպքում կայացնում է դա ընդունելու մասին որոշում, իսկ նույն օրենսգրքի 176-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ քաղաքացու՝ *հոգեբուժական հիվանդանոցային հարկադիր բուժման վերաբերյալ դիմումը դատավորը քննում է գործը հարուցելու օրվանից հինգ օրվա ընթացքում:*

Արդյունքում, անձը կարող է առանց դատական ակտի մինչև 11 օր հարկադիր պահվել հոգեբուժական կազմակերպությունում:

Մարդու իրավունքների պաշտպանին ներկայացված անհատական բողոքներով արձանագրվել են դեպքեր, երբ շտապ օգնության ծառայության միջոցով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձին հոգեբուժական ստացիոնար տեղափոխելուց հետո, առանց իր կամ օրինական ներկայացուցչի համաձայնության հոսպիտալացրել են միայն հոգեբուժական կազմակերպության հերթապահ հոգեբույժի որոշմամբ՝ առանց հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից հետազոտվելու (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում):

Հանձնաժողովային հետազոտության անհրաժեշտությունը «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 22-րդ հոդվածի՝ ոչ հոժարակամ (հարկադիր) հոսպիտալացման կարգի 1-ին մասի պահանջներից է, սակայն աշխատանքային ժամերից դուրս և հանգստյան օրերին հոգեբուժական հանձնաժողովային հետազոտություն հնարավոր չէ կազմակերպել, քանի որ հոգեբուժական կազմակերպություններում, որպես կանոն, հերթապահում է ընդամենը մեկ հոգեբույժ: Այսպես, նշված հոդվածի համաձայն՝ *հոգեկան խանգարումներով տառապող անձն առանց իր կամ օրինական ներկայացուցչի համաձայնության կարող է հոսպիտալացվել հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից պարտադիր հետազոտվելուց հետո*:

Միաժամանակ, ՀՀ կառավարության 2010 թվականի ապրիլի 1-ի «Արտահիվանդանոցային և հիվանդանոցային հոգեբուժական բժշկական օգնության տրամադրման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 350-Ն որոշման 34-րդ կետի համաձայն՝ *ոչ հոժարակամ ընդունվածները 72 ժամվա ընթացքում հետազոտվում են հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից*: Այս երկու դրույթների համադրությունից բխում է, որ «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 22-րդ հոդվածը հոգեբուժական կազմակերպություն ընդունվելու համար պարտադիր է համարում հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից հետազոտվելը, իսկ Կառավարության վերոնշյալ որոշման 34-րդ կետի համաձայն՝ հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից հետազոտումն իրականացվում է ընդունվելուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Ուստի, այս երկու ակտերի միջև անհամապատասխանությունը ևս ուղղման կարիք ունի:

Կառավարության որոշման նման կարգավորումը հակասում է առ այն, որ անձը կարող է հոսպիտալացվել միայն հոգեբուժական հանձնաժողովի կողմից պարտադիր հետազոտվելուց հետո:

Համապատասխան փաստաթղթերի ուսումնասիրությունները վեր են հանել դեպքեր, երբ հոգեբուժական հաստատություն ընդունված և ստացիոնար բուժմանն իր համաձայնությունը չտված հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի նկատմամբ **իրականացվել է բուժում՝ մինչև դատարանի կողմից հարկադիր բուժման ենթարկելու վերաբերյալ վճռի կայացումը** (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում): Անգամ, եթե բժշկի նշանակումները հանդիսացել են, օրինակ, դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդ, այդ մասին դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին մատյանում բացակայել են համապատասխան գրառումները և հիմնավորումները: Ավելին, կատարված դեղորայքային միջամտությունը չի կարող դիտարկվել որպես հանդարտեցման դեղորայքային մեթոդ, քանի որ նշանակված դեղամիջոցները ներառված չեն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանում՝ որպես դեղորայքային հանդարտեցման միջոց[19]:

Նույն խնդիրն է արձանագրվել նաև Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում, երբ անձը հրաժարվել է ստացիոնարում բուժում ստանալուց, սակայն մինչ դատարանի կողմից վերջինիս նկատմամբ հարկադիր բուժման վերաբերյալ վճիռ կայացնելը նշանակվել և իրականացվել է դեղորայքային բուժում, այդ թվում՝ ներարկվել են վիտամիններ, որոնք չեն կարող դիտարկվել որպես դեղորայքային հանդարտեցման միջոց[20]:

Նման պրակտիկան անընդունելի է այն հաշվառմամբ, որ ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 177-րդ հոդվածի համաձայն՝ *քաղաքացուն հոգեբուժական հաստատությունում հարկադիր բուժման ենթարկելու համար հիմք է միայն հարկադիր բուժման վերաբերյալ դատարանի վճիռը:*

---

[19] Սույն զեկույցի իմաստով *դեղորայքային հանդարտեցման միջոցներ* են համարվում հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման կարգը հաստատելու վերաբերյալ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանի՝ հանդարտեցման նպատակով ներարկվող դեղատեսակները:

[20] Խնդիրն արձանագրվել է այցերի ընթացքում հիվանդության պատմագրերի և դատական փաստաթղթերի համեմատական վերլուծության արդյունքում:

Միաժամանակ, ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգիրքը չի կարգավորում վճռի կայացումից հետո դրա նկատմամբ դատական վերահսկողության մեխանիզմ: Մասնավորապես՝ օրենքով ամրագրված չեն ինչպես հարկադիր բուժման ժամկետներ, այնպես էլ այդ ժամկետների երկարացման հարցի վերանայման ընթացակարգ:

Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցի 132-րդ կետում ԽԿԿ-ն շեշտել է, որ *չնայած իր նախկին զեկույցներում ներկայացված առաջարկություններին, «Հոգեբուժական օգնության մասին» օրենքում դեռևս բացակայում են ոչ հոժարակամ հոսպիտալացումը պարբերաբար վերանայելու մասին դրույթները:* **ԽԿԿ-ն կոչ է արել Հայաստանի իշխանություններին *ամբողջականացնել «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքը՝ նախատեսելով, որ անձի ոչ հոժարակամ հոսպիտալացումը պետք է պարբերաբար վերանայվի առնվազն յուրաքանչյուր վեց ամիսը մեկ անգամ*[21]:**

Ուստի, անհրաժեշտ է ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով սահմանել հարկադիր բուժման ժամկետներ՝ նշելով դրա առավելագույն շեմը, և նախատեսել մինչև սահմանված ժամկետի ավարտը դատարանի կողմից հոգեբուժական հաստատությունում անձի ոչ հոժարակամ բուժումը շարունակելու հարցի ի պաշտոնե պարտադիր քննարկման պահանջ:

Վերոշարադրյալ խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է.

✓ ***քայլեր ձեռնարկել հոգեբուժական կազմակերպություն հոսպիտալացման և բուժման համաձայնություն տալու կամ չտալու իրավունքի, հետագայում համաձայնությունը վերանայելու, բուժումից հրաժարվելու, ինչպես նաև հոգեբուժական կազմակերպություն հոժարակամ ընդունված անձին իր կողմից այդ կազմակերպությունը լքելու հնարավորության վերաբերյալ ճշգրիտ տեղեկություններ տրամադրելու ուղղությամբ,***

✓ ***ստանալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոսպիտալացման և բուժման վերաբերյալ իրազեկված համաձայնությունը, ավելին՝ ներկայացված մատչելի բացատրությունների հիման վրա անձն իր դիրքորոշումը պետք է արտահայտի այդ հարցերից յուրաքանչյուրի վերաբերյալ,***

[21] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806bf46f կայքէջը:

✓ ***օրենքով ամրագրել հոգեբուժական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս անչափահասի կողմից (ելնելով նրա տարիքից և հասունության աստիճանից) կարծիք հայտնելու և իրազեկված համաձայնություն տալու հնարավորությունը, իսկ հարկադիր բուժման ենթարկել միայն դատական ակտի հիման վրա,***

✓ ***օրենքով նախատեսել անգործունակ ճանաչված անձի հոգեբուժական օգնության և սպասարկման իրականացման կարգ՝ սահմանելով դատական վերահսկողություն բուժման նշանակման և դրա ընթացքի նկատմամբ,***

✓ ***անձի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության բացակայության դեպքում բացառել հարկադիր հոսպիտալացումը՝ առանց հոգեբուժական հանձնաժողովի հետազոտության.***

✓ ***բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի ոչ հոժարակամ (հարկադիր) բուժման բոլոր դեպքերը մինչև դատարանի կողմից վճռի կայացումը. ինչպես նշված է սույն զեկույցում հրատապ դեպքերում կարող է կիրառվել դեղորայքային հանդարտեցման միջոց.***

✓ ***ՀՀ քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքով սահմանել հարկադիր բուժման ժամկետներ՝ նշելով դրա առավելագույն շեմը և նախատեսել մինչև սահմանված ժամկետի ավարտը հոգեբուժական հաստատությունում անձի ոչ հոժարակամ բուժումը շարունակելու դատարանի կողմից ի պաշտոնե քննարկելու պահանջ:***

2.3. Զսպման միջոցներ

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք, պայմանավորված իրենց հոգեկան անկայուն վիճակով, կազմում են հասարակության հատուկ խումբ: Նրանց նկատմամբ զսպման միջոցների կիրառման չափանիշները կարևոր երաշխիք են որևէ տեսակի վատ վերաբերմունք կամ նրանց իրավունքներին անհիմն միջամտություն թույլ չտալու համար: Դրանք էությամբ հարկադրանքի միջոցներ են և պահանջում են հատուկ կարգավորումներ: ՀՀ առողջապահության նախարարի հրամանի համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող անձանց կողմից շրջապատին կամ

իրենց ֆիզիկական վնաս պատճառելու իրական սպառնալիքի դեպքում կիրառվում են զսպման միջոցներ:

Որպես զսպման միջոցներ՝ ՀՀ օրենսդրությամբ նախատեսված են ֆիզիկական զսպումը, դեղորայքային հանդարտեցումը և մեկուսացմումը:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում ուսումնասիրություններ իրականացնելիս արձանագրվել են խնդիրներ՝ կապված զսպման միջոցների կիրառության և դրանց իրավական կարգավորման հետ:

2.3.1. *Ֆիզիկական զսպում*

Հոգեբուժական կազմակերպություններում կիրառվում են **մեխանիկական միջոցներ՝** որպես ֆիզիկական զսպում: Դրանց սպառիչ ցանկը սահմանվում է ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով[22] հաստատված կարգի 6-րդ կետով, որը ներառում է *միայն կաշվե ամրակապերը, Պոզիի գոտիները և հատուկ հագուստները*:

Գործնականում արձանագրվել են դեպքեր, երբ հոգեբուժական կազմակերպությունում օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում, կամ այլ կազմակերպությունների որոշ բաժանմունքներում (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունքում, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում) **չի եղել նշված հրամանով նախատեսված ֆիզիկական զսպման որևէ մեխանիկական միջոց:**

Ուսումնասիրությունների ընթացքում պարզվել է, որ տարբեր հոգեբուժական կազմակերպություններում օգտագործվում են վերոնշյալ **հրամանով չնախատեսված մեխանիկական միջոցներ**: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում կիրառվում են **ռետինե լարաններ**[23], նույն հաստատությունում և Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում՝ **սավանի կտորներ**, **ամուր գործվածքից (ոչ կաշվե) պատրաստված**

[22] ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի «Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2010 թվականի մայիսի 3-ի թիվ 691-Ա հրամանը ուժը կորցրած ճանաչելու և հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց նկատմամբ ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների և հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 2636-Ա հրաման:

[23] Բժշկագիտության մեջ դրանք անվանվում են Էսմարխի լարաններ:

գոտիներ, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում այդ նպատակով օգտագործվում են **սինթետիկ գործվածքից պատրաստված գոտիներ**: **Նշված միջոցների կիրառումը սահմանված չէ վերոնշյալ հրամանում, հետևաբար ապօրինի է: Իսկ առանձին դեպքերում էլ դրանց կիրառությունը կարող է վտանգել պացիենտի առողջությունը:** Հարկ է նշել, որ Էսմարխի ռետինե լարանների (արյունահոսությունը կանգնեցնելու համար օգտագործվող ժգուտ) օգտագործումը՝ որպես մեխանիկական զսպման միջոց, անթույլատրելի է, քանի որ դրանց երկարատև կիրառությունը (Առողջապահության նախարարի վերոնշյալ հրամանի համաձայն՝ ֆիզիկական զսպումը կարող է միանվագ կիրառվել մինչև երկու ժամ) կարող է առաջացնել վերջույթներում արյան շրջանառության խանգարում՝ հյուսվածքների հետագա ախտահարմամբ:

Ուստի, պետք է բացառել օրենքով չնախատեսված ֆիզիկական միջոցների կիրառումը պացիենտների նկատմամբ: Դրա կիրառումն անօրինական է և պետք է առաջացնի խիստ պատասխանատվություն:

Բացի զսպան մեխանիկական միջոցների տեսակներից, **առանձին դեպքերում անթույլատրելի են նաև դրանց կիրառման մեխանիզմները**: Արձանագրվել են դեպքեր, երբ ֆիզիկական զսպման նպատակով կիրառվել են բարդ կառուցվածքով կաշվից գոտիներ (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված կարգի 7-րդ կետի համաձայն՝ *ֆիզիկական զսպման մեխանիկական միջոցները պետք է լինեն հեշտությամբ արձակվող և չպետք է ցավ պատճառեն պացիենտին*:

ԽԿԿ իրավաբանության համաձայն՝ *մեխանիկական զսպման նպատակով կարող են օգտագործվել միայն վնասակար ազդեցությունը սահմանափակող այնպիսի միջոցներ, որոնք նվազագույնի կհասցնեն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց շարունակվող ցավը կամ տառապանքը*[24]: ԽԿԿ-ի գործունեության մասին 16-րդ ընդհանուր հաշվետվության

[24] Տե՛ս https://rm.coe.int/16807001c3 կայքէջը. Հոգեբուժական հաստատություններում չափահասների համար զսպման միջոցների վերաբերյալ 2017 թվականի մարտի 21-ի ԽԿԿ-ի վերանայված չափանիշներ:

48-րդ կետի 3-րդ պարբերության համաձայն՝ *զսպման միջոցներ կիրառելիս հարկ է դա անել հմտորեն և խնամքով, որպեսզի սպառնալիքներ չստեղծվեն հիվանդի առողջության համար և նրան ցավ չպատճառեն: Չպետք է խախտվեն հիվանդի կենսական ֆունկցիաները, ինչպիսիք են շնչառությունը, խոսելու, ուտելու և խմելու կարողությունը*[25]*:*

Հոգեբուժական կազմակերպություններում **առկա չեն ֆիզիկական զսպման համար առանձնացված սենյակներ** (Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ, 6-րդ բաժանմունքներ):

Մշտադիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ ֆիզիկական զսպում հիմնականում իրականացվում է հիվանդասենյակներում՝ **մյուս պացիենտների ներկայությամբ**, **որին երբեմն մասնակցում են նաև պահակային ծառայություն իրականացնող անվտանգության աշխատակիցներ** (օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն)**: Այսպիսի պրակտիկան անթույլատրելի է և հակասում է օրենսդրությանը:**

Մասնավորապես, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանի հավելվածի 11-րդ կետի համաձայն՝ *ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցները կամ հանդարտեցման մեթոդները չեն կարող կիրառվել այլ պացիենտների ներկայությամբ:*

Ավելին, Վրաստանի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2002 թվականի զեկույցի 166-րդ կետի համաձայն՝ *զսպման միջոցների կիրառումը հոգեբուժական կազմակերպության բուժանձնակազմի պարտականությունն է, իսկ անվտանգության աշխատակիցները զսպմանը կարող են մասնակցել միայն բացառիկ հանգամանքներում բուժանձնակազմի պահանջով և միայն բուժանձնակազմի կողմից տրված ցուցումների շրջանակներում*[26]*:*

Հարկ է նշել, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի բաժանմունքներում պահակային ծառայություն իրականացնող անվտանգության աշխատակիցը կրում է հատուկ համազգեստ: Այս առնչությամբ Սերբիայի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2012 թվականի զեկույցի 124-րդ կետում տեղ է գտել մտահոգություն այն մասին, որ *հոգեբուժական կազմակերպության անվտանգության*

[25] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680696a83 կայքէջը:
[26] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680696085 կայքէջը:

աշխատակիցները կրում են ռազմական հատուկ համազգեստ, պացիենտների մոտ առաջացնում է վախի մթնոլորտ, ինչի կապակցությամբ ԽԿԿ-ն նշել է, որ անհրաժեշտ է շտապ քայլեր ձեռնարկել նման պրակտիկան վերացնելու ուղղությամբ[27]:

Ավելին, հոգեբուժական կազմակերպություններում չափահասների նկատմամբ զսպման միջոցների կիրառման վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2017 թվականի չափանիշների 1.7-րդ կետի համաձայն՝ *յուրաքանչյուր հոգեբուժական կազմակերպություն պետք է ունենա զսպման միջոցների կիրառման վերաբերյալ համապարփակ և մանրամասն ձևավորած քաղաքականություն: Նման քաղաքականությունը պետք է ուղղված լինի զսպման միջոցների կիրառումը հնարավորինս նվազեցնելուն, դրանց կիրառման դեպքում թույլատրելի զսպման միջոցների հստակեցմանը, դրանց կիրառման պայմանների, եղանակների, անհրաժեշտ վերահսկողության և զսպման միջոցի կիրառումը դադարեցնելու դեպքում ձեռնարկվող գործողությունների կարգավորմանը: Քաղաքականությունը պետք է պարունակի նաև այլ կարևոր հարցերի վերաբերյալ կարգավորումներ, ինչպիսիք են՝ անձնակազմի վերապատրաստումը, արձանագրությունների վարումը, ներքին և արտաքին հաշվետվողականության մեխանիզմների ձևավորումը և բողոքարկման ընթացակարգերի մշակումը*[28]*:*

Ուստի, անհրաժեշտ է խստիվ պահպանել օրենսդրությամբ սահմանված ֆիզիկական զսպման կիրառման չափանիշները, բացառել այլ պացիենտների ներկայությամբ դրանց կիրառումը, ինչպես նաև ոչ բժշկական անձնակազմի ոչ հիմնավոր միջամտությունը, նպատակային օգտագործել մեկուսացման սենյակները, իսկ անվտանգության աշխատակիցների ծառայությունը կազմակերպել բաժանմունքից դուրս:

ՀՀ առողջապահության նախարարի երկու հրամանով նախատեսվում են հոգեբուժական կազմակերպություններում կիրառվող ֆիզիկական զսպման միջոցի և դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին **մատյանների** վարման մեխանիզմներ:

---

[27] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680697c4e կայքէջը:
[28]Տե՛ս https://rm.coe.int/16807001c3 կայքէջը:

Ընդ որում, հոգեբուժական կազմակերպություններում հիմնականում վարվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված «Ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցների կամ հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման» մատյաններ, սակայն որոշ դեպքերում դրանք ոչ պատշաճ են վարվում: Մի շարք դեպքերում վերը նշված մատյանը կարված և կնքված չէ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն), լրացվում է անփութորեն, ջնջումներով և բացթողումներով («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ բաժանմունք, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն): Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում վարվող «ֆիզիկական զսպման» մատյանը չի համապատասխանում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով[29] կամ 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված մատյանի պահանջներին: Այսպես, մատյանում ամրագրված չեն զսպման միջոցի կիրառման հիմնավորումները, դրանց արդյունավետության, պացիենտի կամ բուժանձնակազմի ստացած վնասվածքների վերաբերյալ տեղեկություններ և այլն:

Զսպման միջոցների ոչ պատշաճ արձանագրումը մտահոգություն է հարուցում նաև դրանց կիրառման սահմանված կարգի չպահպանման հետ կապված: Խնդրահարույց է զսպման միջոցների կարգավորումը Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով (այս մասին մանրամասն խոսվում է սույն զեկույցի 2.3.3-րդ ենթավերնագրում):

Այսպիսով, ֆիզիկական զսպման միջոցների կիրառմանն առնչվող խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***ապահովել ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների և հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կարգի վերաբերյալ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանի պահանջների կատարումը գործնականում.***

[29] ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի «Հայաստանի Հանրապետության հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խանգարումով տառապող անձանց նկատմամբ հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման կարգը հաստատելու մասին» թիվ 1781-Ա հրաման:

✓ ***բացառել ֆիզիկական զսպման համար ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով չնախատեսված միջոցների և մեխանիզմների կիրառումը.***

✓ ***նպատակային օգտագործել հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա մեկուսացման սենյակները.***

✓ ***բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ զսպման միջոցների կիրառումը հիվանդասենյակներում կամ դրա կիրառման համար չնախատեսված վայրերում՝ մյուս պացիենտների կամ խնամվողների ներկայությամբ.***

✓ ***բացառել անվտանգության աշխատակիցների մասնակցությունը հոգեբուժական կազմակերպությունում պացիենտի բուժումը կամ խնամքը կազմակերպելիս.***

✓ ***բացառել զսպման միջոցի կիրառմանն անվտանգության աշխատակիցների մասնակցությունը՝ առանց համապատասխան բժշկական ուղղորդման և վերապատրաստման.***

✓ ***անվտանգության աշխատակիցների ծառայությունը կազմակերպել բաժանմունքից դուրս.***

✓ ***բացառել հոգեբուժական կազմակերպությունում ծառայություն իրականացնելիս անվտանգության աշխատակիցների հատուկ համազգեստի կրումը:***

2.3.2. Դեղորայքային հանդարտեցում

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ ֆիզիկական զսպման կիրառումը հիմնականում զուգակցվում է դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի օգտագործմամբ:

Դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի տեսակներն ու կիրառման կարգը սահմանված են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով: Սակայն գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում աշխատակիցները (տեղեկացված են «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում) տեղեկացված չեն նշված հրամանի, դրանով սահմանված դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդների և դրանց կիրառման կարգի մասին: Այնուամենայնիվ, հաստատություններում կիրառվում է

դեղորայքային հանդարտեցում, որն առանձին դեպքերում իրականացվում է՝ չպահպանելով Առողջապահության նախարարի վերը նշված հրամանի պահանջները:

Այսպես, դիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 1-ին բաժանմունքում, որպես դեղորայքային հանդարտեցման միջոց[30], օգտագործվում են «Լևոմեպրամազին» հաբեր, որոնք ընդգրկված չեն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով նախատեսված դեղորայքային հանդարտեցման միջոցների սպառիչ ցանկում:

Ուստի, անհրաժեշտ է բացառել վերը նշված հրամանով չնախատեսված դեղերի կիրառումը՝ որպես դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդ: Դա օրենսդրության կոպիտ խախտում է:

Հարկ է նշել, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում հիմնականում չեն վարվում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով հաստատված կարգին համապատասխան դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման մատյաններ:

Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ դեղորայքային հանդարտեցման պահանջվող մատյանն արդեն կազմված և դրված է գործածության մեջ, իսկ հոգեբուժական կազմակերպության անձնակազմը՝ իրազեկված:

«Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման հաշվառման մատյանում արձանագրությունները բացակայում են այն պարագայում, երբ հիվանդության պատմագրերում առկա են պացիենտների նկատմամբ դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառման մասին նշումներ:

2.3.3. Զսպման միջոցների օրենսդրական կարգավորման բացեր և թերություններ

2016 թվականի օգոստոսի 24-ից սկսած Հայաստանի հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ

[30] Տե՛ս 19-րդ հղումը:

ֆիզիկական զսպման միջոցների և դրանց կիրառման օրենսդրական կարգավորումները սահմանվել են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով: Նշված հրամանի հավելվածով հաստատվում է հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձանց նկատմամբ **ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների և հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կարգը**:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով հաստատվել է հոգեկան խանգարումով տառապող անձանց նկատմամբ **հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կիրառման** կարգը:

Առողջապահության նախարարի նշված երկու հրամանների առնչությամբ անհրաժեշտ է առանձնացնել հետևյալ երկու օրենսդրական խնդիրները.

1) հրամաններում հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կապակցությամբ կրկնություն,
2) այդ իրավական ակտերի բնույթը:

Այսպես, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանը հաստատում է ինչպես ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցների, այնպես էլ հանդարտեցման մեթոդների կարգը: 2017 թվականի մայիսի 30-ի հրամանը հաստատում է միայն հանդարտեցման բժշկական մեթոդի կարգը, որը նախատեսված է նաև 2016 թվականի վերոնշյալ հրամանով:

Հետևաբար, հանդարտեցման մեթոդի հետ կապված միաժամանակ առկա է ՀՀ առողջապահության նախարարի երկու գործող հրաման:

Առողջապահության նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանի 14-րդ կետի համաձայն՝ ինչպես ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցների, այնպես էլ **հանդարտեցման մեթոդների** կիրառման, ինչպես նաև դադարեցման մասին որոշումը հիմնավորվում և արձանագրվում է հրամանի հավելվածով հաստատված մատյանում: Նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանի 11-րդ կետի համաձայն՝ դեղորայքային **հանդարտեցման մեթոդի** կիրառման, ինչպես նաև դադարեցման մասին որոշումը հիմնավորվում և արձանագրվում է այդ հրամանի հավելվածով հաստատված մատյանում:

Հետևաբար, Առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա հրամանով նախատեսված մատյանը վարելու դեպքում դրա մեջ ներառվելու է նաև նախարարի 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանով նախատեսված ֆիզիկական զսպման կամ մեկուսացման միջոցների կամ հանդարտեցման մեթոդների կիրառման կամ կիրառումը դադարեցնելու մասին որոշման հիմնավորման արձանագրման մատյանի **դեղորայքային հանդարտեցման** վերաբերյալ նույնաբովանդակ տեղեկությունը:

«Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 45-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ նույն մարմնի ընդունած նույն տեսակի նորմատիվ իրավական ակտերում, որպես կանոն, չպետք է կրկնվեն գործող իրավական ակտերում պարունակվող նորմատիվ դրույթները:

Այս վիճակը լրացուցիչ բարդություններ կարող է առաջացնել նաև հոգեբուժական կազմակերպությունների աշխատակիցների համար:

Ուստի, անհրաժեշտ է կատարել համապատասխան փոփոխություններ և վերացնել նույն առարկային վերաբերող երկու բովանդակային կրկնությունները:

Երկրորդ խնդիրն առնչվում է վերոնշյալ հրամանների տեսակներին: Դրանք երկուսն էլ անհատական իրավական ակտ են, քանի որ վերնագրերում նշված է «Ա» բնույթը:

Իրավական ակտերի բնույթը և դրանցից յուրաքանչյուրի էությունը սահմանվում է «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքով: Այդ օրենքի 2-րդ հոդվածի 2-րդ մասը տարբերակում է նորմատիվ, անհատական (ոչ նորմատիվ) և ներքին (լոկալ) իրավական ակտեր: Նույն հոդվածի 3-րդ մասի համաձայն՝ *իրավական ակտը համարվում է նորմատիվ, եթե պարունակում է թեկուզ մեկ իրավական նորմ:* «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 4-րդ մասի համաձայն՝ *իրավական նորմն օրենքով սահմանված դեպքերում և նույն օրենքով սահմանված կարգով՝ Հայաստանի Հանրապետության ժողովրդի, Հայաստանի Հանրապետության պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների՝ իրենց լիազորությունների շրջանակում ընդունած վարքագծի կանոնն է, որն ունի ժամանակավոր կամ մշտական բնույթ, նախատեսված է մեկանգամյա կամ բազմակի կիրառման համար և պարտադիր է* ***անորոշ կամ որոշակի (բայց ոչ անհատական) անձանց համար****:*

Ի տարբերություն նորմատիվ իրավական ակտի, *անհատական ակտ է «Իրավական ակտերի մասին» ՀՀ օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասում նշված մարմինների՝ իրենց*

լիազորությունների շրջանակում ընդունած իրավական այն ակտը, որն ունի ժամանակավոր կամ մշտական բնույթ, նախատեսված է մեկանգամյա կամ բազմակի կիրառման համար, չի պարունակում իրավական նորմ և ***սահմանում է վարքագծի կանոններ միայն դրանում ուղղակի անհատապես նշված*** *(նախատեսված) ֆիզիկական կամ իրավաբանական անձանց կամ պետական կամ տեղական ինքնակառավարման մարմինների կամ պետական կամ համայնքային հիմնարկների համար:*

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017 թվականի մայիսի 30-ի թիվ 1781-Ա և 2016 թվականի օգոստոսի 23-ի թիվ 2636-Ա հրամանները վարքագծի կանոններ են սահմանում **անձանց անորոշ շրջանակի** համար և ակնհայտորեն կրում են **նորմատիվ բնույթ**, սակայն ընդունվել են՝ որպես անհատական իրավական ակտեր: Արդյունքում, չեն ապահովվել նորմատիվ իրավական ակտերի գրանցման և հրապարակման համար օրենքով նախատեսված ընթացակարգերը՝ դրանով իսկ սահմանափակելով նշված ակտերի հասանելիությունն, այդ թվում՝ այն անձանց համար, ում նկատմամբ դրանք կիրառվում են:

Հարցը հատկապես խնդրահարույց է այն առումով, որ խոսքը գնում է հարկադրանքի այնպիսի միջոցների մասին, որոնք կիրառվում են կարգավիճակով խոցելի, իսկ առանձին դեպքերում նաև անօգնական անձանց նկատմամբ: Հետևաբար, երաշխիքներն այստեղ պետք է շատ ավելի ամուր ու կայուն լինեն: Այս տեսանկյունից սկզբունքորեն անթույլատրելի է դրանք նախարարի և այն էլ ոչ թե նորմատիվ, այլ անհատական ակտով կարգավորելը:

Ավելին, 2015 թվականի փոփոխություններով ՀՀ սահմանադրության 75-րդ հոդվածի համաձայն՝ հիմնական իրավունքները և ազատությունները կարգավորելիս օրենքները սահմանում են այդ իրավունքների և ազատությունների արդյունավետ իրականացման համար անհրաժեշտ կազմակերպական կառուցակարգեր և ընթացակարգեր: Հետևաբար, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների այնպիսի սահմանափակումը, ինչպիսին զսպման միջոցների կիրառումն է, որևէ պարագայում չի կարող ամրագրվել ենթաօրենսդրական ակտի մակարդակով:

Ուստի, անհրաժեշտ է կատարել համապատասխան հրատապ օրենսդրական փոփոխություններ՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ

զսպման միջոցների կիրառումը և դրա իրականացման կարգը նախատեսելով բացառապես օրենքով:

2.3.4. Ֆիզիկական ուժի կիրառում

Ընդհանրապես, հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի կողմից շրջապատին կամ իրեն իսկ ֆիզիկական վնաս պատճառելու իրական սպառնալիքի ժամանակ, իրավական համապատասխան հիմքերի առկայության դեպքում, այդ անձի նկատմամբ կարող է կիրառվել **ֆիզիկական ուժ՝ նրան զսպելու կամ անշարժացնելու նպատակով: Դա երբեմն կարող է նախորդել ֆիզիկական զսպման միջոցի կամ դեղորայքային հանդարտեցման մեթոդի կիրառմանը: Այն կարող է կիրառվել նաև, ասենք, պացիենտին «անթույլատրելի» տարածքից հեռացնելու, այլ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց**, **այցելուների կամ բժշկական անձնակազմի անվտանգությունն ապահովելու, ֆիզիկական վնաս պատճառելու իրական վտանգը կանխելու նպատակով:**

ՀՀ օրենսդրությունը, սակայն, ֆիզիկական ուժի կիրառումը չի համարում ֆիզիկական զսպման միջոց և հետևաբար՝ նախատեսված չէ դրա կիրառման մեխանիզմ կամ կարգ: Գործնականում կարող են լինել, օրինակ, ֆիզիկական ուժի անհամաչափ կիրառման դեպքեր, այդ թվում՝ կախված այն իրականացնողների պատրաստվածության աստիճանից: Ուստի, այս հարցերը պետք է ստանան հստակ իրավական կարգավորում:

Ինչպես արձանագրել է ԽԿԿ-ն եվրոպական երկրների մեծ մասում, որպես զսպման միջոց, կարող է օգտագործվել նաև ֆիզիկական զսպումը, որը ներառում է ֆիզիկական ուժի կիրառմամբ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձին բժշկական անձնակազմի կողմից անշարժացնելը կամ պահելը:

Ըստ ԽԿԿ-ի՝ *որպես զսպման միջոց՝ ֆիզիկական ուժ կիրառելիս հոգեբուժական կազմակերպության բժշկական անձնակազմը պետք է անցնի ֆիզիկական ուժի տեխնիկայի կիրառման հատուկ վերապատրաստում, որով նվազագույնի կհասցվի պացիենտներին*

վնասելու ռիսկը: Դրանից բացի, պետք է արգելվեն պարանոցից բռնելը կամ այն միջոցների կիրառությունը, որոնք կխոչընդոտեն շնչառությանը կամ ցավ կպատճառեն պացիենտին[31]:

Վերը շարադրվածի հիման վրա անհրաժեշտ է՝

✓ մշակել ֆիզիկական ուժի կիրառման մեթոդաբանություն և կարգ՝ հաշվի առնելով միջազգային փորձն ու չափանիշները.

✓ կազմակերպել բժշկական անձնակազմի համապատասխան վերապատրաստումներ:

2.4. Բժշկական անձնակազմ

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց խնամքի ու բուժման պատշաճ և արդյունավետ կազմակերպման համար առանցքային նշանակություն ունի բժշկական և սպասարկող անձնակազմի քանակն ու մասնագիտական պատրաստվածության աստիճանը:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների հաստիքացուցակների ուսումնասիրմամբ պարզվել է, որ հոգեբուժական ստացիոնար բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններում բժշկական, վարչական և տեխնիկատնտեսական սպասարկում իրականացնող անձնակազմի հաստիքները մարզպետարանների ենթակայությամբ գործող կազմակերպություններում հաստատվում են մարզպետների, իսկ Առողջապահության նախարարության ենթակայությամբ գործող կազմակերպություններում՝ կազմակերպության տնօրենի կողմից, որը համաձայնեցվում է Առողջապահության նախարարի հետ:

Գոյություն չունի հաստիքների նախատեսումը և հաստատումը կարգավորող այնպիսի իրավական ակտ, որը համապարփակ կսահմաներ հոգեբույժների, բուժքույրերի, հսկիչ-սանիտարների, հոգեթերապևտների, հոգեբանների և սպասարկող անձնակազմի այլ աշխատակիցների աշխատանքի ծավալները՝ ըստ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համամասնության և աշխատանքի ծավալի:

[31] Տե՛ս https://rm.coe.int/16807001c3 կայքէջը:

Հարկ է նշել, որ տուն-ինտերնատներում հաշվառված խնամվողների հսկողության և խնամքի համար միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի քանակը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման[32] թիվ 2 հավելվածով:

Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում ապահովված է խնամվողների թվին համապատասխան միջին և կրտսեր բուժանձնակազմ:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա են գրեթե նույն ծավալի ծառայություններ, սակայն հաստիքների ընտրության գործում միատեսակ մոտեցում առկա չէ: Հաստիքների ընտրության հարցում կազմակերպությունները հիմնականում ուղղորդվում են՝ ելնելով ֆինանսական միջոցների հնարավորությունից կամ արդեն իսկ հաստատված հաստիքների տեսակներից և քանակներից: Բժշկական անձնակազմի ձևավորման հարցում ազդեցություն ունի նաև այն, թե որքանով են կոնկրետ մարզում կամ քաղաքում առկա որակավորված մասնագետներ (բժիշկ, հոգեբան և այլն):

Ակնհայտ է, որ տարբեր հոգեբուժական կազմակերպություններում պացիենտ-հոգեբույժ հարաբերակցությունը տարբեր է:

Որոշ կազմակերպություններում մատուցվում են հոգեբուժական այնպիսի ծառայություններ, որոնց համար հաստիքացուցակում հատուկ մասնագետներ նախատեսված չեն, սակայն նման ծառայությունները կարող են անհրաժեշտ լինել:

Օրինակ՝ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, որը սպասարկում է ամբողջ տարածաշրջանը, այդ թվում՝ 0-18 տարեկաններին, մանկական հոգեբույժի հաստիք նախատեսված չէ:

Նեղ մասնագետների՝ Մարդու իրավունքների պաշտպանի բարձրացրած հարցին անդրադարձել է Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերը՝ նշելով, որ հոգեբուժական կազմակերպությունն ունի մանկական հոգեբույժի, կլինիկական հոգեբանի և

[32] ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի «ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությանը հանձնված խնամք և սպասարկում իրականացնող պետական ոչ առևտրային կազմակերպությունների հաստիքային միավորների չափորոշիչները հաստատելու և ՀՀ կառավարության 2007 թվականի մայիսի 31-ի թիվ 730-Ն և թիվ 815-Ն որոշումներում փոփոխություններ կատարելու մասին» թիվ 1292-Ն որոշում:

սոցիալական աշխատակցի անհրաժեշտություն, որի վերաբերյալ առաջարկություններ են ներկայացվել իրավասու պետական մարմիններին:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում տարբեր է նաև միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի հարաբերակցությունը պացիենտների թվաքանակի հետ: Օրինակ՝ 10 հերթափոխային բուժքույր, 8 հերթափոխային սանիտար և 10 հերթափոխային մայրապետ՝ 70 մահճակալ (հոգեբուժական ստացիոնար օգնության համար նախատեսված) ունեցող Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, իսկ 108 մահճակալ ունեցող Արմաշի առողջության կենտրոնում 5 հերթափոխային բուժքույր, 10 հերթափոխային սանիտար և 5 հերթափոխային մայրապետ, այն դեպքում, երբ նրանց կողմից մատուցվող ծառայությունները նույն են: Ավելին, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում մայրապետի հաստիք հոգեբուժական ստացիոնարում նախատեսված չէ, իսկ այդ աշխատանքային պարտավորությունը դրված է հերթապահ հսկիչ-սանիտարների վրա[33]:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում արձանագրվել են թափուր հաստիքներ ինչպես տեխնիկատնտեսական սպասարկման, այնպես էլ բժշկական սպասարկման ոլորտներում (նյարդաբան, համաճարակաբան, թոքաբան, աշխատանքային թերապիայի հրահանգիչ, բուժքույր, սանիտար): Այս առնչությամբ խնդրահարույց է հոգեբույժի թափուր հաստիքների առկայությունը: Հոգեբույժի թափուր հաստիքներ առկա են «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում և Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում:

Նույնիսկ այն դեպքերում, երբ բժշկական անձնակազմի հաստիքները համալրված են, միևնույն է կարիք կա վերանայելու հոգեբույժների, միջին և կրտսեր բժշկական անձնակազմի հաստիքներին առնչվող կարգավորումները, քանի որ, բացի Երևան քաղաքում տեղակայված հոգեբուժական կազմակերպություններից, մարզային հոգեբուժական կազմակերպություններում գիշերային ժամերին հոգեբույժներ չեն հերթապահում, իսկ հերթապահություն իրականացնող միջին բուժանձնակազմը բավարար չէ:

Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (տնօրինության պնդմամբ՝ մահճակալային թվաքանակը 350 է) գիշերային հերթապահությանը ներգրավված է ընդամենը

[33] Հոգեբուժական հաստատությունների բուժանձնակազմի վերաբերյալ վերոնշյալ տվյալները հիմնված են այցերի ընթացքում տրամադրված հաստիքացուցակների վերլուծության վրա:

մեկ հոգեբույժ, իսկ ընդունարանում պացիենտների ընդունելության պատշաճ կազմակերպման համար բժշկի հաստիք նախատեսված չէ: Այսինքն՝ հիվանդանոց դիմողը պետք է սպասի ընդունարանում, մինչև կմոտենա տվյալ օրվա հերթապահ բժիշկը: Ավելին, երեկոյան ժամերին, երբ ամբողջ հաստատությունում հերթապահում է մեկ հոգեբույժ, աշխատանքային օրվա ավարտից և ընդունարանի փակվելուց հետո հաստատություն («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն) դիմածների ընդունելությունը տեղի է ունենում այն բաժանմունքում, որտեղ այդ օրը հերթապահում է բժիշկը: Մարզային հոգեբուժական կազմակերպություններում ոչ աշխատանքային ժամերին հրատապ անհրաժեշտության դեպքում բժիշկը հրավիրվում է տնից:

Հակառակ այսպիսի վիճակի, ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշման[34] հավելված 2-ի 33-րդ կետի կադրային հագեցվածության 1-ին ենթակետի համաձայն՝ ընդունարանի բժշկի հաստիքը պարտադիր պայման է:

Ինչ վերաբերվում է միջին և կրտսեր բուժանձնակազմին, ապա արձանագրվել են դեպքեր, երբ բաժանմունքում, որտեղ բուժում է ստանում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 60 անձ, հերթափոխային հերթապահություն է իրականացնում 1 բուժքույր և 2 սանիտար («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունք), 1 բուժքույր և 1 սանիտար 35-45 մահճակալներով բաժանմունքներում (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր և Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն), կամ 1 բուժքույր և 2 սանիտար (Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր և «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Ակնհայտ է, որ ոչ միայն տարբեր են բուժանձնակազմի և պացիենտների հարաբերակցությունը, այլև տարբեր հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող նույն քանակի անձանց սպասարկում են տարբեր քանակի բուժանձնակազմեր:

---

[34] ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի «Պոլիկլինիկաների (խառը, մեծահասակների և մանկական), առանձին մասնագիտացված կաբինետների, ընտանեկան բժշկի գրասենյակների, բժշկական ամբուլատորիաների, գյուղական առողջության կենտրոնների, բուժակ-մանկաբարձական կետերի, կանանց կոնսուլտացիաների և հիվանդանոցային (մասնագիտացված) բժշկական օգնության ու սպասարկման համար անհրաժեշտ տեխնիկական և մասնագիտական որակավորման պահանջներն ու պայմանները հաստատելու մասին» թիվ 1936-Ն որոշում:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների հատկապես այն բաժանմունքներում, որտեղ պահվում են հատուկ խնամքի կարիք ունեցող անձինք, միջին և կրտսեր բուժանձնակազմի քանակը բավարար չէ:

Արձանագրվել են դեպքեր, երբ կանանց բաժանմունքներում հերթապահում են տղամարդ հսկիչ-սանիտարներ, ինչը որոշ դեպքերում կարող է դիտարկվել որպես արժանապատվությունը նվաստացնող վերաբերմունք: Այլ իրավիճակում, տղամարդկանց բաժանմունքներում ոչ բոլոր օրերին է ներգրավված տղամարդ սանիտար, որն իրական դժվարություններ կարող է առաջացնել բաժանմունքում պացիենտների անվտանգության ապահովման և զսպման միջոցների կիրառման դեպքերում:

Ավելին, չնայած նրան, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն սոցիալական կապերի պահպանման և հասարակություն վերաինտեգրման կարիք, կազմակերպություններում սոցիալական աշխատողներ և հոգեբանական ծառայություններ նախատեսված չեն (օրինակ՝ հոգեբանների հաստիք չկա Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում): Արդյունքում՝ թերի է կազմակերպվում պացիենտների սոցիալ-հոգեբանական աջակցությունը:

Ուստի, անհրաժեշտ է ամբողջական գնահատման ենթարկել հոգեբուժական կազմակերպությունների կարիքները, որի արդյունքները կօգնեն սահմանել պացիենտների և բժշկական կամ սպասարկող անձնակազմի օպտիմալ հարաբերակցություն, ինչպես նաև հստակեցնել յուրաքանչյուրի աշխատանքային ծավալը:

Այս հարցին անդրադարձ է կատարված նաև ԽԿԿ-ի 8-րդ ընդհանուր զեկույցում, որի 42-րդ կետի համաձայն՝ *կադրային ռեսուրսները պետք է համարժեք լինեն քանակի, կազմի (հոգեբույժ, թերապևտ, բուժքույր, հոգեբան, աշխատանքային թերապիա իրականացնող անձ, սոցիալական աշխատող և այլն), ինչպես նաև մասնագիտական փորձի և պատրաստվածության տեսակետից*[35]:

Ինչ վերաբերում է բժշկական անձնակազմի մասնագիտական վերապատրաստմանը, ապա ոչ բոլոր հոգեբուժական կազմակերպությունների բժշկական անձնակազմերի ներկայացուցիչներն են պարբերաբար մասնագիտական վերապատրաստումներ անցնում:

[35] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680696a72 կայքէջը:

Մինչդեռ, դրանք պետք է կրեն պարբերական բնույթ և վերաբերեն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բժշկական օգնության շրջանակներում պացիենտների խնամքի կազմակերպմանը, այդ թվում՝ միջազգային չափանիշներին: Վերապատրաստման առանձնահատուկ կարիք առկա է բուժանձնակազմի՝ պացիենտների հետ շփման արդյունավետ հաղորդակցական հմտությունների զարգացման և անձակենտրոն (պացիենտակենտրո) մոտեցման կիրառման, ինչպես նաև բժշկական էթիկայի (դեոնթոլոգիայի) ժամանակակից սկզբունքներին իրազեկվելու և կիրառելու առումներով:

Ուստի, վերոշարադրյալ բոլոր խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***ամբողջական գնահատման ենթարկել հոգեբուժական կազմակերպությունների բժշկական և տեխնիկատնտեսական սպասարկման անձնակազմի կարիքները.***
- ✓ ***հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբուժական օգնության, վերականգնողական բուժման և սոցիալական կապերի պահպանման և վերաինտեգրման համար նախատեսել անհրաժեշտ մասնագետների հաստիքներ.***
- ✓ ***սահմանել պացիենտների և բժշկական կամ սպասարկող անձնակազմի օպտիմալ հարաբերակցություն, ինչպես նաև հստակեցնել յուրաքանչյուրի աշխատանքի ծավալն ու գործառույթները.***
- ✓ ***մարզային հոգեբուժական կազմակերպություններում վերանայել հոգեբույժների հերթապահության անհրաժեշտությունը.***
- ✓ ***հոգեբուժական կազմակերպությունների ընդունարանների համար նախատեսել առնվազն մեկ հոգեբույժի հաստիք՝ համաձայն ՀՀ կառավարության 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի թիվ 1936-Ն որոշման հավելված 2-ի 33-րդ կետի կադրային հագեցվածության 1-ին ենթակետի.***
- ✓ ***կազմակերպել քաղաքացիների շուրջօրյա և արդյունավետ ընդունելություն.***
- ✓ ***համալրել հոգեբուժական կազմակերպությունների թափուր հաստիքները, ինչպես նաև աշխատանքներում ներգրավել անհրաժեշտ մասնագետներ և բավարար չափով անձնակազմ.***

✓ ***վերանայել բժշկական անձնակազմի վերապատրաստման համապատասխան ծրագրերը, այդ թվում՝ դրանց տևողությունը, հաճախականությունը և բովանդակությունը՝ միջազգային պահանջներին համահունչ:***

2.5. Դեղեր

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ դեղորայքային բուժման իրականացման առնչությամբ խիստ անթույլատրելի են, դեղերի պահման ռեժիմի և պայմանների խախտումները, ինչպես նաև այլ կազմակերպություններում ժամկետանց դեղերի առկայությունը:

Մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում ժամկետանց դեղեր են հայտնաբերվել «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (ընդունարան, 1-ին, 6-րդ, 7-րդ և 9-րդ բաժանմունքներ, ատամնաբուժական ծառայությունների մատուցման համար նախատեսված սենյակ), Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում: Դեղերից շատերը հայտնաբերվել են բաժանմունքների միջամտությունների սենյակների բիքսերում[36] և օգտագործվում են՝ որպես պացիենտների բուժման հիմնական դեղամիջոց կամ նախատեսված են առաջին օգնության տրամադրման համար:

Մասնավորապես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (ընդունարանի, կանանց, ինչպես նաև 7-րդ և 6-րդ բաժանմունքների միջամտությունների սենյակներում, ատամնաբուժական ծառայության համար նախատեսված սենյակում) Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի դեղատանը, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերի միջամտությունների սենյակում հայտնաբերվել է ինչպես դեղատոմսով, այնպես էլ առանց դրա տրամադրվող ժամկետանց դեղեր:

Այս կապակցությամբ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի

[36] Վարակազերծման համար նախատեսված մետաղական արկղ, որը դիտարկված դեպքերում օգտագործվել է դեղերի պահման նպատակով:

դեղագետը նշված խախտման համար ենթարկվել է նկատողություն ձևով կարգապահական տույժի:

Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն այցի արդյունքների վերաբերյալ գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպությունում հայտնաբերված ժամկետանց դեղորայքի առկայությունը պայմանավորված է եղել բուժքրոջ անփութությամբ, որի համար վերջինս ստացել է գրավոր նկատողություն:

Մշտադիտարկման ընթացքում հայտնաբերվել են նաև դեպքեր, երբ դեղերի դեղաթիթեղները կտրված են եղել այնպես, որ ժամկետն ամրագրող հատվածը բացակայել է («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ), որի պատճառով նույնիսկ բժշկական անձնակազմը չի կարողացել նշել դեղերի պիտանելիության ժամկետները:

Խնդրահարույց է նաև ժամկետանց դեղերի և բժշկական պարագաների խոտանման ոչ պատշաճ կազմակերպումը, որը կարող է վտանգավոր լինել ոչ միայն հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց, այլև շրջակա միջավայրի համար: Օրինակ՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում չեն պահպանվում ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008 թվականի մարտի 4-ի «Բժշկական թափոնների գործածությանը ներկայացվող հիգիենիկ և հակահամաճարակային պահանջներ» N 2.1.3-3 սանիտարական կանոնները և նորմերը հաստատելու մասին» թիվ 03-Ն հրամանով հաստատված դրույթները, և բժշկական թափոնները այրվում են տուն-ինտերնատի դիահերձարանի մոտակայքում[37], ինչն անթույլատրելի է:

Խնդիրներ են արձանագրվել՝ դեղերի գնման գործընթացի կազմակերպման հետ: Այսպես, այն իրականացվում է կենտրոնացված մրցութային սկզբունքով՝ նախնական կանխատեսված դեղատեսակներով և դեղաքանակներով: Երբ անհրաժեշտ դեղորայքն ավարտվում է կամ առաջանում է այնպիսի դեղերի անհրաժեշտություն, որը կանխավ հնարավոր չէր պլանավորել (օրինակ՝ հորմոնային պրեպարատներ, հակաբորբոքային քսուքներ և այլն), կազմակերպությունը չի կարողանում ժամանակին այն ձեռք բերել և կազմակերպել պացիենտների ու խնամվողների արդյունավետ բուժումը:

[37] Այցի ընթացում նշված վայրում արձանագրվել է թափոնների այրված մոխրակույտ:

Հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում դիտարկման ընթացքում արձանագրվել է բժշկական պարագաների՝ բինտի, բամբակի կարիք («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի կանանց բաժանմունք): Արձանագրվել են դեպքեր, երբ հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի սոմատիկ հիվանդության բուժման համար անհրաժեշտ դեղեր գնել են հաստատության աշխատակիցները («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունք):

Առանձին կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող որոշ անձինք ազատ հնարավորություն ունեն հոգեբուժական կազմակերպությունից դուրս գտնվող դեղատներից տարբեր դեղեր ձեռք բերել, որոնք չեն վերահսկվում: Օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանցից մեկի մոտ առկա «Անալգին», «Ակտիվացված ածուխ» և ևս մեկ անհայտ ծագման դեղամիջոցի վերաբերյալ բաժանմունքի բուժանձնակազմը տեղեկացված չի եղել: Հաշվի առնելով այն, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են ունենալ նաև սուիցիդալ հակումներ՝ առանց պատշաճ հսկողության դեղորայքի ընդունումը կարող է անդառնալի հետևանքներ ունենալ առողջության համար կամ վտանգել նրանց կյանքը:

Նմանատիպ դեպքերը կանխելու նպատակով պետք է մշակել բաժանմունքներում պացիենտների սեփական միջոցներով ձեռք բերված դեղորայքի պատշաճ և անվտանգ պահման ու օգտագործման կանոններ, սահմանել անհրաժեշտ վերահսկողության մեխանիզմներ:

Մշտադիտարկման ընթացքում արձանագրվել են նաև դեղերի պահման ռեժիմի և պայմանների խախտման դեպքեր: Այսպես, Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ միջամտությունների սենյակի հեղուկ դեղերի համար նախատեսված արկղում, բացի վերը նշվածներից, առկա են եղել նաև այլ դեղերի դատարկ, ճմռթված տուփեր, ծխախոտի դատարկ տուփեր, այսինքն՝ արկղը նաև ծառայել է որպես ժամանակավոր աղբաման:

Բժշկական փաստաթղթերում առկա են նաև պացիենտներին անհրաժեշտ դեղերի տրամադրման պատշաճ արձանագրման խնդիրներ: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տղամարդկանց թիվ 5 բաժանմունքի «Բուժհաստատությունների բաժանմունքներում հերթապահ բուժքրոջ դեղերի և ԲՆԱ-ի քանակական հաշվառման»

մատյանի ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ դեղորայքի՝ «օրվա ընդհանուր ծախսի քանակը» սյունակում թվերը լրացված են մատիտով, որի դիմաց առկա է հերթապահ պատասխանատու բուժքրոջ գրիչով ստորագրությունը: Լրացված չի եղել նաև նշված մատյանի՝ մուտքագրվող դեղորայքի և մնացորդի քանակի սյունյակները: Կենտրոնի տղամարդկանց թիվ 5 բաժանմունքի վերոհիշյալ մատյանի ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ դեղորայքի մուտքի սյունյակներն ընդհանրապես լրացված չեն, ինչի հետևանքով լրացված չի եղել նաև մատյանի՝ մնացորդի քանակի սյունյակը: Նշված մատյաններում գրառումները մատիտով և բացթողումներով կատարելը կարող է հանգեցնել չարաշահումների՝ հաշվի առնելով, որ մատյանում հաշվառված են հոգեմետ դեղամիջոցներ, որոնք ընդգրկված են ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի թիվ 1129-Ն որոշմամբ[38] հաստատված ՀՀ-ում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմում:

Վերը շարադրվածի հիման վրա անհրաժեշտ է՝

✓ ***սահմանել պատշաճ հսկողություն հոգեբուժական կազմակերպություններում ժամկետն անհայտ, ինչպես նաև ժամկետանց դեղերի շրջանառության, այդ թվում՝ դրանք օգտագործելու նկատմամբ, բացառելու համար ցանկացած նման պրակտիկա.***

✓ ***ապահովել սոմատիկ հիվանդությունների բուժման համար անհրաժեշտ դեղերի առկայությունը.***

✓ ***մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մոտ գտնվող դեղերի պահման կանոններ ու դրանց պահպանման նկատմամբ գործուն հսկողության մեխանիզմներ.***

✓ ***մշակել հոգեբուժական կազմակերպություններում դեղերի և այլ անհրաժեշտ պարագաների ու սարքերի գնումների գործընթացի առավել արդյունավետ կազմակերպման ուղղված մեխանիզմներ.***

✓ ***ապահովել հոգեբուժական կազմակերպություններում դեղերի պահման պատշաճ պայմաններ.***

---

[38] ՀՀ կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա թմրամիջոցների, հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» թիվ 1129-Ն որոշում:

✓ ***հոգեբուժական կազմակերպություններում կազմակերպել ժամկետանց դեղերի և բժշկական պարագաների խոտանումը՝ համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարության սահմանած չափանիշների:***

2.6. Լաբորատոր և այլ հետազոտություններ

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում ուսումնասիրվել է նաև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ստացիոնար բուժման և խնամքի կազմակերպման ընթացքում լաբորատոր հետազոտությունների կազմակերպումը: Պարզվել է, որ հետազոտությունների նկատմամբ ցուցաբերվում է ոչ միատեսակ մոտեցում: Որոշ կազմակերպություններում կատարվում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մարմնի քաշի պարտադիր ամսական հսկողություն, իսկ լաբորատոր հետազոտություններն իրականացվում են՝ ըստ ցուցման: Հոգեբուժական մի շարք այլ կազմակերպություններում իրականացվում է պարտադիր ամսական կամ եռամսյակային լաբորատոր հսկողություն, իսկ քաշի հետազոտություն կատարվում է՝ ըստ անհրաժեշտության:

Միատեսակ չեն նաև լաբորատոր հետազոտությունների ծավալների պարտադիր կատարման պահանջները: Պրակտիկան վկայում է, որ հետազոտությունների ծավալները հոգեբուժական յուրաքանչյուր կազմակերպություն ինքն է հաստատում, որի պատճառով միասնական մոտեցումը բացակայում է:

Այսպես, ուսումնասիրության համաձայն՝ արյան և մեզի ընդհանուր քննություն տարբեր ժամանակահատվածներում իրականացնում են գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում, օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ 15 օրը մեկ անգամ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում՝ «Ազալեպտին» («Կլոզապին») տեսակի դեղորայք տրամադրելու դեպքում՝ ամիսը մեկ անգամ, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում՝ վեց ամիսը մեկ անգամ, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում՝ ամիսը մեկ անգամ, իսկ «Ազալեպտին» տեսակի դեղորայք տրամադրելու դեպքում հետազոտվում է նաև արյան լեյկոֆորմուլան, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում՝ 24 օր

ստացիոնար բուժման ընթացքում 2 անգամ է ենթարկվում արյան ընդհանուր քննության, իսկ 36 օր բուժում ստանալու դեպքում՝ 3 անգամ, խնամքի պացիենտները՝ ամիսը մեկ անգամ, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում՝ երեք ամիսը մեկ անգամ: Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում, օրինակ, կատարվում են ոջլակրության հետազոտություններ, ինչպես նաև արյան և մեզի ընդհանուր քննություններ, կղանքի բակտերիոլոգիական քննություն և սիֆիլիսի սերոլոգիական հետազոտություն (RW):

Իրականացվող հետազոտությունների վերաբերյալ նշված տվյալները հիմնված են այցերի ընթացքում հաստատությունների աշխատակիցների պարզաբանումների և բժշկական փաստաթղթերի վրա:

Մշտադիտարկման ընթացքում պարզվել է, որ Արմաշի առողջության կենտրոնում կազմակերպվում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կլինիկական-լաբորատոր հետազոտություններ՝ արյան և մեզի ընդհանուր քննություն, արյան մեջ շաքարի հետազոտություն, սակայն կենտրոնի ստացիոնարում առանձնացված չէ համապատասխան աշխատասենյակ, և հետազոտությունները կազմակերպվում են միջամտությունների կամ բժիշկների սենյակում:

Պետք է բացառել Արմաշի առողջության կենտրոնի ստացիոնարում լաբորատոր հետազոտությունների կազմակերպումը դրանց իրականացման համար չնախատեսված աշխատասենյակներում:

Արմաշի առողջության կենտրոն ընդունվելիս հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք նույնպես պարտադիր ենթարկվում են նշված լաբորատոր, ինչպես նաև թոքերի ֆլյուորոգրաֆիկ հետազոտությունների: Վերջինը կրկնվում է 6 ամիսը մեկ պարբերականությամբ՝ տուբերկուլյոզի կանխարգելման նպատակով:

Վերը նշվածն ավելի պատկերավոր ամփոփված է ստորև ներկայացված գծապատկերում:

Հետազոտության տեսակ / Կազմակերպություն		Արյան ընդ. քննություն.	Մեզի ընդ. քննություն	Արյան մեջ շաքարի քանակի որոշում	Արյան բիոքիմիական քնն.	Սիֆիլիսի սերոլոգիական քնն. (MRP)	Սիֆիլիսի սերոլոգիական քնն. (RW)	Կղանքի բակ. քնն	Ռենտգեն հետազոտություն	Ոչլակրության ստուգում
Արմաշի առողջության կենտրոն	ընդունվելիս	+	+	+					+	
	քրոնիկ պացիենտներ	+ 15 օրը մեկ անգամ	+ 15 օրը մեկ անգամ						+ 6 ամիսը մեկ անգամ	
Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն	ընդունվելիս	+	+		+					
	քրոնիկ պացիենտներ	ամիսը մեկ անգամ	ամիսը մեկ անգամ		+ ըստ անհրաժ.					
Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր	ընդունվելիս	+	+	+	+					
	քրոնիկ պացիենտներ	+ 6 ամիսը մեկ անգամ	+ 6 ամիսը մեկ անգամ							
«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն	ընդունվելիս	+	+	+		+				
	քրոնիկ պացիենտներ	ամիսը մեկ անգամ	ամիսը մեկ անգամ							
Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր	ընդունվելիս	+	+	+			+	+		+
	24 օրվա ընթացքում	+ երկու անգամ	+ երկու անգամ							
	36 օրվա ընթացքում	+ երեք անգամ	+ երեք անգամ							

	քրոնիկ պացիենտներ	+ ամիսը մեկ անգամ	+ ամիսը մեկ անգամ							
Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ		+ 3 ամիսը մեկ անգամ	+ 3 ամիսը մեկ անգամ	+ ըստ անհրաժ.					+ վերջին 3 տարում՝ 2 անգամ	

Վերը շարադրվածը վկայում է, որ պետք է մշակել հիվանդությունների վարման ուղեցույցներ, որը կներառի նաև լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները:

Հարցի քննարկման համար կարևոր է նաև Հայաստանի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2016 թվականի զեկույցի 124-րդ կետում ամրագրված մտահոգությունը, որի համաձայն՝ «*Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց «Կլոզապին» տեսակի դեղ նշանակելիս պարբերական արյան քննություն կատարելու պաշտոնական հրահանգներ չեն տրվել: «Կլոզապինը», որպես կողմնակի ազդեցություն, կարող է հանգեցնել արյան սպիտակ բջիջների հնարավոր մահացու պակասին (գրանուլոցիտոպենիա): Այսպես, արյան քննությունները պետք է պարտադիր կրեն պարբերական բնույթ*[39]:

Ելնելով վերոգրյալից՝ անհրաժեշտ է հոգեբուժական բոլոր կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետազոտություններն իրականացնելու նկատմամբ միասնական մոտեցում ցուցաբերելու նպատակով սահմանել համապատասխան չափորոշիչներ և ուղեցույցներ:

2.7. Հիվանդության պատմագրերի վարում

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժման, դրա ընթացքի և արդյունավետության, ինչպես նաև այդ անձանց իրավունքների սահմանափակման հիմքերի վերաբերյալ տեղեկություններն արձանագրվում են հիվանդության պատմագրերում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հիվանդության պատմագրերը լրացնելու միասնական մոտեցում գոյություն չունի: Օրինակ՝ պացիենտների նկատմամբ դինամիկ

[39] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806bf46f կայքէջը:

հսկողությունն իրականացվում է, ըստ հիվանդության պատմագրերի համապատասխան լրացումների, 10 օրը մեկ անգամ (Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր) կամ, եթե անձն ունի սուր հոգեբուժական ախտորոշում, ամիսը 2 անգամ (Արմաշի առողջության կենտրոն) և ամիսը մեկ անգամ՝ քրոնիկ հիվանդությունների դեպքում: Խնամքի նպատակով հոգեբուժական կազմակերպություններում գտնվող անձանց հիվանդության պատմագրերը լրացվում են 2 ամիսը մեկ անգամ:

Արձանագրվել են հիվանդության պատմագրերի ոչ պատշաճ վարման դեպքեր: Ասենք, պատմագրերը լրացված չեն եղել 1-2 ամսվա կտրվածքով («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն) կամ լրացված են եղել բացթողումներով (Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ պացիենտի առաջնային զննությունը, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում՝ նշանակված դեղորայքային բուժման վերաբերյալ գրառումները): Այլ օրինակում, հաստատությունից անձի դուրսգրման դեպքում անգամ նրա վերաբերյալ պատմագիրը տևական ժամանակ չի լրացվել, կամ անձի նկատմամբ կիրառվել է ֆիզիկական զսպման միջոց, սակայն այդ մասին որևէ գրառում, այդ թվում՝ դրա կիրառման հիմնավորում, հիվանդության պատմագրում չի հայտնաբերվել (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն): Վերը նշված ժամանակացույցից զատ հիվանդության պատմագրերում գրառումներ կատարվում են, երբ անհրաժեշտ է լինում փոխել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձին նշանակված դեղորայքը:

Նման իրավիճակն առաջացնում է դժվարություններ անձի պատշաճ բուժումը կամ իրավունքների սահմանափակման հիմնավորումները գնահատելու հարցում, ինչպես նաև մտահոգիչ է պացիենտների արդյունավետ բուժման և նրանց իրավունքների ապահովման տեսանկյունից:

Դրա հետ մեկտեղ, հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տևական ժամանակ պահելու դեպքերում հիվանդության պատմագրերի էջերը սովորաբար չեն բավարարում, ինչի արդյունքում պատմագրերում ավելացվում են լրացուցիչ էջեր, սակայն այս հարցում ևս միասնական կանոններ կամ պրակտիկա առկա չէ:

Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի կանոնադրության համաձայն՝ **տուն-ինտերնատը կազմակերպում է խնամվող անձանց առաջնային բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրումը, հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություն ուղեգրումը**: ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման[40] հավելված 2-ի 8-րդ գլխով սահմանվում է, որ հատուկ տիպի (մասնագիտացված) հաստատություններում պետք է տրամադրվի **առաջնային բժշկական օգնություն և սպասարկում**: Ստացիոնար բժշկական օգնություն ստանալու նպատակով, համաձայն վերը նշված որոշման, տուն-ինտերնատում խնամվողներն ուղեգրվում կամ ուղղորդվում են այլ բժշկական հաստատություններ, սակայն այդ հաստատությունում յուրաքանչյուր խնամվողի համար ընդունման օրվանից վարվում է **ստացիոնար հիվանդի բժշկական քարտ և տրամադրվում է ստացիոնար բուժում**: Ավելին, տուն-ինտերնատի ընդհանուր բաժանմունքներում պահվում են ստացիոնար բուժում ստացող պացիենտներ: Որևէ իրավական ակտով սահմանված չեն տուն-ինտերնատներում բժշկական փաստաթղթերի ձևերը և դրանց վարման կարգը:

Հաշվի առնելով վերոգրյալը՝ անհրաժեշտ է ապահովել հիվանդության պատմագրերի պատշաճ վարումը և սահմանել դրանց վարման միասնական չափանիշներ:

2.8. Շտապ օգնության ծառայություն և դիսպանսեր հսկողություն

Հոգեբուժական օգնության տրամադրումը ներառում է նաև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում ստացիոնար հոգեբուժական կազմակերպություն տեղափոխելը:

[40] ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի «Հայաստանի Հանրապետության աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության ենթակայությանը հանձնված խնամք և սպասարկում իրականացնող պետական ոչ առեվտրային կազմակերպությունների հաստիքային միավորների չափորոշիչները հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2007 թվականի մայիսի 31-ի N 730-Ն և N 815-Ն որոշումներում փոփոխություններ կատարելու մասին» թիվ 1292-Ն որոշում:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 18-ի թիվ 49-Ն հրամանով[41] հաստատված չափորոշիչի 13-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեկան խանգարումներով տառապող հիվանդները հոսպիտալացվում են անհետաձգելի հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում՝ շտապ բժշկական օգնության ծառայության հոգեբուժական բրիգադների ուղեգրով կամ հիվանդանոցային օգնություն իրականացնող բժշկական կազմակերպության ընդունարանի (հերթապահ) բժշկի եզրակացությամբ:*

Հայաստանի Հանրապետությունում միայն Երևան քաղաքի շտապ օգնության ծառայությունում է գործում հոգեբուժական բրիգադ[42] և միայն Երևան քաղաքում տեղակայված հոգեբուժական կազմակերպություններում են հերթապահություն իրականացնում հոգեբույժներ: Մարզերի բնակիչների շրջանում անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում՝ շտապ բժշկական օգնության ծառայությունում հոգեբուժական բրիգադներ կամ հոգեբույժներ չկան, ինչի վերաբերյալ իրենց մտահոգությունն են հայտնել նաև հոգեբուժական կազմակերպությունների տնօրինությունները: Ավելին, բժիշկների հերթապահության գրաֆիկների ուսումնասիրության համաձայն՝ հերթապահ հոգեբույժներ չեն ընդգրկվում հոգեբուժական կազմակերպություններում ոչ աշխատանքային օրերին և ժամերին՝ հերթապահություն իրականացնող բժշկական անձնակազմի կազմում:

Ակնհայտ է, որ անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում առաջանում են դժվարություններ:

Ուստի, անհրաժեշտ է բնակչության ողջ շրջանում անհետաձգելի հոգեբուժական հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող դեպքերում անձին հոգեբուժական կազմակերպություններ տեղափոխելու և պատշաճ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու մեխանիզմներ:

---

[41] ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 18-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում հոգեբուժական օգնության կազմակերպման չափորոշիչը հաստատելու մասին» թիվ 49-Ն հրաման:

[42] ՀՀ կառավարություն 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի «Երևան քաղաքի առողջապահական հաստատությունների օպտիմալացման ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1939-Ն որոշման հավելված 1-ի 2.2.4-րդ կետ:

ՀՀ կառավարություն 2002 թվականի դեկտեմբերի 5-ի «Երևան քաղաքի առողջապահական հաստատությունների օպտիմալացման ծրագիրը հաստատելու մասին» թիվ 1939-ն որոշման 4.2.2.1-րդ կետի համաձայն՝ պետական պատվերի շրջանակներում ամբուլատոր հոգեբուժական օգնություն Երևանում իրականացնում է «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնը, սակայն, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու առանձնահատկություններով (շատերը չեն ցանկանում կամ չեն կարողանում հետևել նշանակված բուժման ռեժիմին, ժամանակին ստանալ անհրաժեշտ հոգեմետ դեղորայքը), ինչպես նաև սոցիալական վիճակով պայմանավորված՝ չեն կարողանում օգտվել իրենց բնակության վայրից հեռու տեղակայված հաստատությունից:

Նրանք չեն կարողանում նաև ազատորեն դիմել իրենց տեղամասային հոգեբույժին, քանի որ տնայցը, կազմակերպության կողմից սահմանված ծառայությունների ցանկի համաձայն, վճարովի է: Ուստի, մտահոգիչ է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պատշաճ դիսպանսեր հսկողության կազմակերպման գործընթացը:

2.9. Սկրինինգային հետազոտություններ և բժշկական այլ ծառայություններից օգտվելու հնարավորություն

2015 թվականի հունվարի 1-ից Հայաստանի Հանրապետության տարածքում մեկնարկած՝ Համաշխարհային բանկի կողմից ֆինանսավորվող սկրինինգային ծրագրի շրջանակում սկրինինգային հետազոտություններ են իրականացվել արգանդի վզիկի քաղցկեղի, հիպերտոնիայի և շաքարային դիաբետի հայտնաբերման ու կանխարգելման նպատակով:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում և տուն-ինտերնատում երկարատև (մինչև 15 և ավելի տարի) բուժում և խնամք են ստանում տարբեր տարիքային խմբերի անձինք, ում նկատմամբ սկրինինգային հետազոտություններ չեն իրականացվում՝ ըստ այդ հաստատությունների տնօրինությունների տրամադրած տվյալների:

Ուստի, հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող անձանց ևս պետք է ընդգրկել երկրում իրականացվող սկրինինգային հետազոտությունների ծրագրերում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող անձինք սոմատիկ ախտանիշների դեպքում, ըստ անհրաժեշտության, կարող են օգտվել այլ մասնագետների ծառայություններից: Այդ կազմակերպություններում առկա են թերապևտներ, կլինիկական լաբորատորիաներ, երբեմն՝ ատամնաբուժական ծառայություններ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ): Այլ բժիշկ մասնագետների ծառայություններից օգտվելու կամ այլ ծավալով լաբորատոր-գործիքային հետազոտության ենթարկվելու նպատակով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք պետք է տեղափոխվեն տարածքային կամ մասնագիտացված բժշկական կենտրոններ կամ պետք է հրավիրվեն բժիշկ-մասնագետներ՝ անհրաժեշտ խորհրդատվություն ստանալու նպատակով:

Սակայն գործնականում այլ բժիշկ-մասնագետների ծառայություններից օգտվելու և լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները կազմակերպելու հարցում առաջանում են խնդիրներ:

Ուսումնասիրության արդյունքում, մասնավորապես, արձանագրվել է, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացողների մեծ մասն ունի ատամնաբուժական և ատամների պրոթեզավորման խնդիր, որի լուծման ուղղությամբ բավարար քայլեր չեն ձեռնարկվում:

ՀՀ կառավարության 2004 թվականի մարտի 4-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» թիվ 318-Ն որոշման հավելված 1-ի 20-րդ կետի համաձայն՝ *ծերանոցներում խնամվող անձինք օգտվում են պետության կողմից երաշխավորված անվճար և արտոնյալ պայմաններով բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքից*, իսկ ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 11-ի թիվ 45-Ն հրամանի[43] հավելված 1-ի 10-րդ կետի 3-րդ

[43] ՀՀ առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 11-ի «Պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բնակչությանը ցուցաբերվող ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման չափորոշիչը, «Երեխաների ստոմատոլոգիական առաջնային կանխարգելման ծառայություններ» ծրագրի շրջանակներում համապատասխան տարիքային խմբի երեխաների ստոմատոլոգիական բժշկական օգնության և սպասարկման կազմակերպման կարգը և պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում

ենթակետի համաձայն՝ *ստոմատոլոգիական բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը, (...) ընդգրկում է՝ օրթոպեդիկ ստոմատոլոգիական բժշկական օգնությունը և սպասարկումը՝ ներառելով նոր ատամնապրոթեզների պատրաստումը և ատամնապրոթեզի վերանորոգումը՝ ըստ բժշկական ցուցումների, առանց դեպքերի թվի սահմանափակման*:

Արձանագրվել են դժվարություններ՝ կապված հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց քաղաքացիական մասնագիտացված բուժհաստատություններ տեղափոխելու և այնտեղ նրանց բուժումը կազմակերպելու հետ: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի դատահոգեբուժական փորձաքննությունների բաժանմունքում առաջանում են դժվարություններ՝ կապված անձանց՝ ըստ անհրաժեշտության, այլ բժշկական կենտրոններում նեղ մասնագետների ծառայություններից օգտվելու հետ: Դա հատկապես զգացվում է երեկոյան ժամերին նրանց տեղափոխման կազմակերպման ժամանակ: Նշված անձանց տեղափոխումն իրականացնում է ՀՀ ոստիկանության մասնագիտացված ուղեկցող ստորաբաժանումը՝ համապատասխան հայտի հիման վրա: Սակայն շտապ դեպքերում նույն կենտրոնի աշխատակիցների համար գործնականում հնարավոր չէ ստանալ գրավոր թույլտվություն, որը հիմք կհանդիսանա անձին դատահոգեբուժական փորձաքննությունների բաժանմունքից դուրս բերելու համար, ինչի պատճառով պատշաճ բժշկական օգնություն կարող է չցուցաբերվել կամ այն կարող է ձգձգվել՝ առաջացնելով ծանր հետևանքներ:

Ուստի, անհրաժեշտ է այլ բժշկական կենտրոններում նեղ մասնագետների ծառայություններից հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց օգտվելը կազմակերպել պատշաճ և ժամանակին՝ հստակ կանոնակարգված մեխանիզմով:

Որոշ հոգեբուժական հաստություններ (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր) պայմանագրեր են կնքել տարածքային բժշկական կենտրոնների ամբուլատոր ծառայությունների հետ, և իրենց պացիենտներն անհրաժեշտ բժշկական մասնագիտական խորհրդատվությունները ստանում են այնտեղ: Սակայն ոչ բոլոր

անվճար ստոմատոլոգիական խորհրդատվության և/կամ բուժման ուղեգրի ձևը հաստատելու մասին» թիվ 45-Ն հրաման:

կազմակերպություններն ունեն նման հնարավորություններ, և բժշկական մասնագիտացված օգնություն ցուցաբերվում է ծայրահեղ դեպքերում:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց այլ բժշկական հաստատություն տեղափոխելու համար առկա չեն համապատասխան տրանսպորտային միջոցներ. օրինակ՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի տնօրինությունը հատուկ շեշտադրել է այս խնդիրը: Ավելին, թեև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն հատուկ խնամքի կարիք և, գտնվելով քաղաքացիական բուժհաստատությունում, կարող են անհանգստություն պատճառել այնտեղ բուժում ստացող մյուս պացիենտներին, հոսպիտալացվում են ծայրահեղ դեպքերում, կամ առաջարկվում է օգտվել առանձին հիվանդասենյակներից՝ վճարովի հիմունքներով:

Նման խնդիրներից խուսափելու նպատակով անհրաժեշտ է մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց այլ բժշկական և մասնագիտացված հաստատությունում հետազոտման կամ բուժման պատշաճ կազմակերպման մեխանիզմներ՝ հնարավորության սահմաններում և ըստ անհրաժեշտության հատկացնել առանձին հիվանդասենյակներ՝ անվճար հիմունքներով:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար մասնագիտացված տուբերկուլյոզային բաժանմունք առանձնացված է միայն Աբովյանի «Տուբերկուլյոզի դեմ պայքարի ազգային կենտրոն» ՊՈԱԿ-ում: Այնուամենայնիվ, հոգեբուժական կազմակերպություններում տուբերկուլյոզի կանխարգելման ուղղությամբ հստակ սահմանված կարգով և պարբերականությամբ հետազոտություններ չեն իրականացվում, նույնիսկ տուբերկուլյոզ հայտնաբերելու դեպքերում:

Այսպես, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի տրամադրված տեղեկության համաձայն՝ վերջին ֆլյուորոգրաֆիկ հետազոտությունը կազմակերպվել է 2015 թվականին, որին, սակայն, առողջական խնդիրների պատճառով (անկողնային հիվանդներ) 52 խնամվող չի մասնակցել, չնայած, որ հոգեբուժական կազմակերպությունում նշված ժամանակահատվածում հայտնաբերվել են տուբերկուլյոզի դեպքեր:

Փաստորեն, տուն-ինտերնատում խնամվողները վարակի վտանգի առկայության պարագայում տևական ժամանակ չեն ենթարկվել տուբերկուլյոզի կանխարգելիչ հետազոտությունների:

ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008 թվականի հոկտեմբերի 20-ի թիվ 21-Ն հրամանով հաստատված «Հայաստանի Հանրապետությունում տուբերկուլյոզի համաճարակաբանական հսկողության N 3.1.1-010-08 սանիտարահամաճարակային կանոններ և հիգիենիկ նորմեր» հավելվածով նախատեսված միջոցառումները պատշաճ չեն կազմակերպվում, թեև տուբերկուլյոզի վարակի տարածման տեսակետից ռիսկի խմբեր են համարվում ծերանոցների, մանկատների և սոցիալական օգնության կազմակերպությունների բնակիչները, ովքեր չունեն որոշակի բնակության վայր և զբաղմունք (տե՛ս հրամանի հավելվածի 10-րդ կետի 14-րդ ենթակետ): Նշված հավելվածի 61-րդ կետի համաձայն՝ *հիվանդ անձանց հետ շփված անձանց հետազոտությունները կազմակերպվում են հիվանդի ախտորոշումը հաստատելուց հետո 7 օրվա ընթացքում*:

Ստացվում է՝ ՀՀ առողջապահության նախարարի վերոնշյալ հրամանի պահանջները չեն պահպանվում:

Ուսումնասիրված հոգեբուժական կազմակերպություններում գինեկոլոգիական ծառայություններ նախատեսված չեն, և այնտեղ տևական ժամանակով բուժում և խնամք ստացող անձինք զրկված են գինեկոլոգիական ծառայություններից օգտվելու հնարավորությունից: Ավելին, առանձնազրույցների արդյունքում պարզվել է, որ, օրինակ, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում խնամվող կանանցից ոմանց մոտ ոչ ցանկալի հղիությունները կանխելու նպատակով դեռևս 1990-ական թվականներին տեղադրվել են հակաբեղմնավորիչ պարույրներ, սակայն տարիներ շարունակ գինեկոլոգիական հետազոտության կանայք չեն ենթարկվել:

Ոլորտն ունի նաև օրենսդրական լրացուցիչ կարգավորման անհրաժեշտություն: Այսպես, ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման հավելված 1-ի 20-րդ կետի 2-րդ ենթակետի համաձայն՝ «*ընդհանուր տիպի տուն-ինտերնատում բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրումը նախատեսում է խնամվողների պարբերական բժշկական զննություն՝ համաձայն սահմանված կարգի և պարբերականության»:* **Սակայն**

նշված որոշումը չի սահմանում ինչպես բժշկական զննության հստակ մեխանիզմներ, այնպես էլ դրանց իրականացման հաճախականություն:

Ամփոփելով վերոշարադրյալը՝ անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***կազմակերպել հարկ եղած դեպքերում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հարմարեցված տրանսպորտային միջոցով քաղաքացիական բուժհաստատություն տեղափոխումը.***
- ✓ ***իրականացնել տուն-ինտերնատի խնամվողների շրջանում տուբերկուլյոզի հայտնաբերման դեպքերում սահմանված կարգով տուբերկուլյոզային վարակի տարածման կանխարգելման և նման դեպքերի վաղաժամ հայտնաբերման համապատասխան հետազոտություններ.***
- ✓ ***բժշկական ցուցման դեպքում կազմակերպել տուն-ինտերնատներում պահվող խնամվողների անհրաժեշտ ատամնաբուժական պրոթեզավորումը.***
- ✓ ***սահմանել ՀՀ կառավարության 2015 թվականի հոկտեմբերի 29-ի թիվ 1292-Ն որոշման հավելված 2-ի 20-րդ կետի 2-րդ ենթակետով նախատեսված հատուկ տիպի տուն-ինտերնատում առաջնային բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում խնամվողների պարբերական բժշկական զննության կարգ և հաճախականություն.***
- ✓ ***մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց այլ բժշկական և մասնագիտացված հաստատություններում պարբերաբար հետազոտման և ըստ անհրաժեշտության բուժման պատշաճ կազմակերպման մեխանիզմներ՝ հնարավորության սահմաններում անվճար հատկացնել առանձին հիվանդասենյակներ:***

2.10. Ոչ դեղորայքային բուժում և հոգեբանական օգնություն

Սույն զեկույցի նախապատրաստման շրջանակներում կատարված ուսումնասիրությունները վկայում են, որ մի շարք հոգեբուժական կազմակերպություններում, բացի դեղորայքային բուժումից, այլընտրանքային բուժման մեթոդներ չեն կիրառվում (Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն»): Որոշ հոգեբուժական կազմակերպություններում, որտեղ իրականացվում է այլընտրանքային բուժում, այն հասանելի է հոգեկան առողջության

խնդիրներ ունեցող ոչ բոլոր անձանց: Մասնավորապես՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում առկա արտթերապիայի և ավազաթերապիայի ծառայությունները հասանելի չեն ստացիոնար բուժման մեջ գտնվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց: Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում օժանդակ թերապիայից (մարզահեծանիվ և արհեստանոց) օգտվում են հիմնականում հոգեկան առողջության խնդիրներ սահմանափակ թվով անձինք:

Դրա հետ մեկտեղ, ողջունելի է, որ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում պացիենտները վարում են նաև բանջարաբոստանային տնտեսություն, ինչպես նաև զբաղվում են խաղողագործությամբ և մեղվաբուծությամբ:

Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում, բացի դեղորայքային բուժումից, որպես այլընտրանքային բուժման մեթոդ՝ կիրառվում է դերձակությունը: Դրա ապահովման համար կազմակերպությունում առկա է կարի արտադրամաս, սակայն աշխատանքներին ներգրավված են միայն դիսպանսեր հսկողության մեջ գտնվողները:

Սակայն գործունեության այս տեսակների մեջ պացիենտները չպետք է ներգրավվեն ուղղակի «աչքաչափով», դրանք պետք է կիրառվեն ծրագրված և դեղորայքային բուժման հետ համակցված՝ որպես պրոտոկոլային բուժական միջոցներ: Նման միջոցների կիրառման համար պետք է ձևավորել կլինիկորեն հիմնավորված բուժական ռազմավարություն (պացիետների ո՞ր խմբի համար, հիվանդության ո՞ր փուլում, ի՞նչ հաճախականությամբ և տևողությամբ, ո՞ր գործունեության տեսակը և այլն):

Ամեն դեպքում, Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն նշել է, որ *հոգեբուժական կազմակերպությունները գրեթե ամբողջությամբ հիմնված են ֆարմակոթերապիայի և հիվանդությունների տարածումը զսպելու վրա (…)*[44]:

Այլընտրանքային բուժման մեթոդներ չկիրառելը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբուժական օգնության և վերաինտեգրման վրա:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վերականգնման և սոցիալական ինտեգրման տեսանկյունից առանձնահատուկ դեր է խաղում հոգեբանական աշխատանքների

[44] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806bf46f կայքէջը, կետ 124:

ճիշտ և արդյունավետ կազմակերպումն ու տրամադրումը: Համաձայն Հոգեկան առողջության ոլորտում գործողությունների պլանի Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության թարմացված ուղեցույցի՝ հոգեկան խանգարումների ճնշող մեծամասնության համար արվող առաջարկությունները պարունակում են հոգեբանական (կոգնիտիվ-վարքային թերապիա, միջանձնային հոգեթերապիա, մոտիվացիայի բարձրացման թերապիա և այլն) և հոգեսոցիալական (զույգի և ընտանեկան թերապիա, կյանքի հմտությունների թրեյնինգ, հաղորդակցական թրեյնինգ և այլն) միջամտության հստակ ցուցումներ[45]: Ընդ որում, վերոնշյալ աջակցության եղանակները հանդիսանում են պացիենտի ամբողջական բուժական և վերականգնողական ծրագրի անքակտելի և ինտեգրված մաս: Մինչդեռ, Հայաստանի Հանրապետությունում առկա վիճակը թույլ է տալիս անել հիմնավորված եզրակացություն այն մասին, որ հոգեկան առողջության խնդիրներով անձանց աջակցության հոգեբանասոցիալական մասը հստակ երկրորդական է և պատշաճ կարևորության չի արժանանում: Այս մասին են փաստում ստորև բերվող դիտարկումները:

Նախևառաջ, հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա չեն անհրաժեշտ թվով նեղ մասնագիտական պատրաստվածությամբ և արհեստավարժ հոգեբաններ: Այդ պատճառով է նաև, որ նրանց աշխատանքի ադյունավետությունը մնում է ցածր:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների բաժանմունքներում առկա չեն հոգեբանական անհատական և խմբային աշխատանքների համար նախատեսված հարմարություններ: Հոգեբանը հաճախ հարկադրված է իր աշխատանքն իրականացնել միջամտությունների կամ բուժքույրերի սենյակներում, ինչը տեխնիկապես խիստ սահմանափակում է հոգեբանական պրոֆեսիոնալ և հետևողական աշխատանքի հնարավորությունը, թույլ չի տալիս ապահովել կոնֆիդենցիալություն: Բացի այդ, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հետ հոգեբանական աշխատանքը պահանջում է հատուկ պայմաններ (կահավորանք, դասավորվածություն, ներքին հարդարվածություն և այլն), որոնք պացիենտի հոգեվիճակի բարելավման կարևոր թերապևտիկ գործոններից են:

Որոշ հոգեբուժական կազմակերպությունների վարչական մասնաշենքերում տեղակայված են հոգեբանի աշխատասենյակներ, որտեղ պացիենտների հետ աշխատանքը նույնպես

[45] Տե՛ս http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204132/1/9789241549417_eng.pdf?ua=1 կայքէջը:

դժվարությամբ է իրականացվում, քանի որ բաժանմունքներից դեպի հոգեբանի կաբինետ պացիենտի ուղեկցումը կատարում են սանիտարները, իսկ յուրաքանչյուր բաժանմունքում առկա է ընդամենը երկու սանիտար («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Ստացվում է, որ եթե երկու սանիտարներից մեկն ուղեկցում է պացիենտին դեպի հոգեբանի աշխատասենյակ, ապա ամբողջ բաժանմունքում մնում է մեկ սանիտար, ինչն էլ հանգեցնում է հոգեբանի աշխատանքը հիմնականում բաժանմունքներում կազմակերպելուն:

Բացի այդ, երբ առկա է լինում փորձաքննությանը հոգեբան ներգրավելու անհրաժեշտություն, նա չի կարողանում աշխատել պացիենտների հետ, քանի որ գործառույթների համատեղումն անհնար է նույն աշխատանքային ժամերին: Միաժամանակ, պացիենտների հետ հոգեբանական աշխատանքները, ելնելով օրակարգից, հնարավոր է կազմակերպել աշխատանքային օրվա միայն կոնկրետ ժամերին, այն է՝ ժամը 11:00-ից մինչև 15:00-ը («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Նշվածի պատճառով հոգեբանական ծառայությունից օգտվելու հնարավորություն է ունենում շաբաթական առավելագույնը 4-5 պացիենտ (այցի պահին «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տնօրինության կողմից տրամադրված տվյալների համաձայն՝ կազմաերպությունում պահվում էր 306 պացիենտ), ինչը խիստ անբավարար է՝ հոգալու համար հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբանական և վերականգնողական կարիքները:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեբանական աշխատանքների կազմակերպման՝ իրավաբանորեն ամրագրված որևէ ընթացակարգ գոյություն չունի: Հոգեբանը չի իրականացնում պլանային այցեր բաժանմունքներ, չունի պարտականությունների հստակեցված ցանկ, առկա չէ հոգեբույժների հետ համագործակցության որևէ ֆորմալ մեխանիզմ: Չկա պացիենտի հետ հոգեբանական աշխատանքի էությունը և դինամիկան արտացոլող փաստաթուղթ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի հոգեբանը լրացնում է միայն «Հոգեբանական վերլուծությունների գիրք» կոչվող մատյանը, որում, սակայն, որևէ վերլուծություն չի արվում. մատյանում հոգեբանական վերլուծության համար բաժին կամ

սյունակ նախատեսված չէ: Մատյանում լրացվում է միայն պացիենտի հետ հանդիպման ամսաթիվը, անունը, ազգանունը, ինչպես նաև արտագրվում է հիվանդության պատմագրից ախտորոշումը: Բացի այս մատյանից, հոգեբանը սեփական նախաձեռնությամբ վարում է հոգեբանական հանդիպումների բովանդակությանը վերաբերող մատյան, ինչը ողջունելի է:

Փաստորեն, ստացվում է, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում անձի նկատմամբ իրականացվում է բուժական միջամտություն, այն է՝ հոգեբանական աշխատանք, որը, սակայն, չի արտացոլվում կամ փաստվում պացիենտի բժշկական փաստաթղթերում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում կատարված ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզվել է, որ չկան հոգեբույժի, հոգեբանի և հոգեթերապևտի աշխատանքների տարանջատման և դրանց ծավալը կանոնակարգող նորմեր, պացիենտի համալիր բուժական ռազմավարությունը չի ներառում հոգեբանական և սոցիալ-հոգեբանական միջամտությունը:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում առաջանում է նաև հոգեբանների վերապատրաստման անհրաժեշտություն, սակայն առկա են վերապատրաստումների կազմակերպման ֆինանսական և ժամանակային խնդիրներ (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

Հաշվի առնելով վերոգրյալը՝ անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***հոգեբուժական կազմակերպություններում ավելացնել համապատասխան նեղ մասնագիտացմամբ կամ վերապատրաստմամբ հոգեբանների հաստիքներ.***
- ✓ ***հոգեբանների համար նախատեսել աշխատանքի (այդ թվում՝ խմբային) կազմակերպման համար անհրաժեշտ սենյակներ.***
- ✓ ***կազմակերպել անձնակազմի համապատասխան մասնագիտական վերապատրաստումներ.***
- ✓ ***հոգեբանական և հոգեսոցիալական միջամտությունը ներառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժական ռազմավարության մեջ, մշակել հոգեբույժ-հոգեբան-սոցիալական աշխատող և այլ նեղ մասնագետների համագործակցության ձևթղթային համակարգ.***
- ✓ ***հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար կազմակերպել այլընտրանքային թերապիա, դրանք հասանելի***

դարձնել հոգեբուժական կազմակերպություններում բուժում և խնամք ստացող բոլոր անձանց համար:

ԳԼՈՒԽ 3. ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ՊԱՀՄԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ, ՆՐԱՆՑ ՆԿԱՏՄԱՄԲ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԸ

3.1. Գերբնակեցվածություն

Գերբնակեցվածությունը Հայաստանի Հանրապետության հոգեբուժական կազմակերպություններում արդիական խնդիր է: Գերբնակեցման պատճառով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցողները չեն ապահովվում անհրաժեշտ կամ նվազագույն բնակելի տարածությամբ և չունեն անձնական տարածքի հնարավորություն: Արդյունքում, նրանք հայտնվում են անթույլատրելի վիճակում՝ առողջության համար անբարենպաստ միջավայրից սկսած մինչև բռնության հնարավորություն:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների գերբնակեցվածության տեսանկյունից խնդրահարույց է հատկապես այն, որ հիվանդասենյակների մակերեսները խիստ տարբերվում են մահճակալների թվի համեմատությամբ, և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար ապահովված չէ անձնական տարածք (Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր): Արձանագրվել են դեպքեր, երբ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձի համար ապահովվել է ընդամենը 3,3-3,5 քմ չափով բնակելի տարածք:

Մակեդոնիայի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2016 թվականի զեկույցի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բնակելիության մակարդակի վերաբերյալ ուսումնասիրության արդյունքում պարզվել է, որ 36 քմ մակերես ունեցող սենյակում պահվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 8 անձ*[46]*:*

Վերը նշվածի հետ կապված՝ ԽԿԿ-ն կոչ է արել *ջանքեր գործադրել հոգեբուժական կազմակերպությունում պահվող անձանց կենսապայմանների բարելավման, մասնավորապես՝*

[46] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806974f0 կայքէջը, կետեր 143 և 145:

հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձին հասանելի բնակելի տարածության մակերեսը բարձրացնելու ուղղությամբ՝ բազմաբնակելի սենյակներում յուրաքանչյուր անձի համար ապահովելով առնվազն 6 քմ անձնական տարածություն:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում գերբնակեցումը գնահատելիս հաշվի է առնվել ոչ թե յուրաքանչյուր կազմակերպության մահճակալների թվաքանակի և փաստացի բուժվող պացիենտների թիվը, այլ յուրաքանչյուր պացիենտին հասանելի բնակելի տարածությունը: Այսպես, մարզային ենթակայությամբ գործող հոգեբուժական կազմակերպությունների մահճակալային հզորությունը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2006 թվականի նոյեմբերի 2-ի «Հայաստանի Հանրապետության մարզերի առողջապահության համակարգերի օպտիմալացման ծրագրերը հաստատելու մասին» թիվ 1911-Ն որոշմամբ, իսկ ՀՀ առողջապահության նախարարության ենթակայության դեպքում՝ Առողջապահության նախարարի 2017 թվականի դեկտեմբերի 29-ի թիվ 3801 հրամանով: Թեև դիտարկված բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններն առերևույթ չեն խախտում մահճակալների թվաքանակը սահմանող ակտերի պահանջները, և պացիենտների թիվը չի գերազանցում մահճակալային ֆոնդի հնարավորությունը, այնուամենայնիվ հիվանդասենյակներում չի ապահովվում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձի համար վերոնշյալ միջազգային չափանիշներով ամրագրված նվազագույն բնակելի տարածությունը:

Սկզբունքորեն անընդունելի են առողջապահության նախարարության պարզաբանումներն այն մասին, որ մահճակալների թվի պլանավորման հիմքում ընկած են միայն մահճակալի տարեկան զբաղված լինելու ցուցանիշը, հիվանդացության և հիվանդելիության, ինչպես նաև բուժման միջին տևողության ցուցանիշները:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների գերբնակեցումը գնահատելիս պետք է որպես չափանիշ հիմք ընդունել յուրաքանչյուր պացիենտին հասանելի բնակելի տարածության չափը, այլ ոչ թե մահճակալների թիվն ու դրանց զբաղված լինելու ցուցանիշը:

Որպես հոգեբուժական կազմակերպություններում գերբնակեցվածության հետևանք՝ հիվանդասենյակներում առկա են խիտ դասավորված, իրար կիպ դրված, նույնիսկ իրար միացված մահճակալներ (Արմաշի առողջության կենտրոն, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական

տուն-ինտերնատ, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն): Մահճակալներ են տեղադրված նաև հիվանդասենյակների դռան մոտ՝ կիսով չափ արգելափակելով սենյակների մուտքը («Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր):

Գերբնակեցվածության մասին է վկայում նաև այն, որ մահճակալներ են տեղադրված հանգստի սենյակներում (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր): **Սա նշանակում է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բուժումն ու խնամքը կազմակերպվում է ընդհանուր օգտագործման, այն է՝ կազմակերպությունների համապատասխան բաժանմունքներում պահվող բոլոր անձանց օգտագործման համար նախատեսված սենյակում: Այսպիսի պրակտիկան անթույլատրելի է:**

Օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզվել է նաև, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձի մահճակալը տեղադրված է եղել բաժանմունքի միջանցքում՝ սանիտարի մշտական հսկողության տակ գտնվելու պատճառաբանությամբ: Սակայն կանխարգելման ազգային մեխանիզմի ստորաբաժանման ներկայացուցիչների դիտարկմամբ, հիվանդասենյակներում առկա է եղել մշտական հսկողություն պահանջող՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ևս մի քանի անձ, ում մահճակալները գտնվել են հիվանդասենյակներում: Միջանցքում ազատ շրջում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող այլ անձինք: **Այսինքն՝ նրանք, ում մահճակալը տեղադրված է միջանցքում, զրկված են առանձնանալու և հանգստի հնարավորությունից: Այսպիսի վիճակն անընդունելի է: Ուստի, մշտական հսկողություն պահանջող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մշտական հսկողությունը պետք է սահմանել հիվանդասենյակներում**:

Այցի արդյունքների առնչությամբ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի գրավոր պարզաբանման՝ վերոգրյալի կապակցությամբ հերթապահ բուժքույրը ստացել է խիստ նկատողություն:

Մշտադիտարկման աշխատանքների ընթացքում պարզվել է, որ առկա են այնպիսի մեծ չափերի հիվանդասենյակներ, որոնք չեն համապատասխանում պահանջվող չափանիշներին և

պետք է ենթարկվեն փոփոխության: Ուստի, հոգեբուժական կազմակերպությունների բաժանմունքների հիվանդասենյակներ կառուցելիս կամ դրանք վերանորոգելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել դրանց կառուցվածքին և կահավորմանը, քանի որ հիվանդասենյակներն ունեն թերապևտիկ նշանակություն և ազդում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վարքագծի վրա: Տարածքով չափազանց մեծ հիվանդասենյակների և այնտեղ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող մեծ թվով անձանց պահելու դեպքում անձնական տարածքի հնարավորությունն ավելի է փոքրանում՝ բացասաբար ազդելով պացիենտների վարքագծի և բուժման արդյունավետության վրա: Արձանագրվել են 53-55 քմմակերես ունեցող նման սենյակներ, որոնք նախատեսված են 8-11 անձ պահելու համար («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Լատվիայի վերաբերյալ ԽԿԿ-ի 2017 թվականի զեկույցի 108-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում կատարված ուսումնասիրությամբ պարզվել է, որ նշված հաստատության բաժանմունքներից մեկի սենյակներում պահվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 8-10 անձ՝ միմյանց չափազանց մոտ տեղադրված մահճակալներով: Արդյունքում, հիշյալ բաժանմունքում պահվող անձինք ունեցել են սահմանափակ բնակելի տարածություն և զրկված են եղել անձնական տարածք ունենալու հնարավորությունից:* ԽԿԿ-ն ընդգծել է, որ *նման պայմանների առկայությունը կարող է բացասական ազդեցություն ունենալ այնտեղ պահվող անձանց վրա՝ խախտելով վերջիններիս անձնական տարածք ունենալու իրավունքը:* ԽԿԿ-ն կոչ է արել՝ *ձեռնարկել միջոցներ հոգեբուժական կազմակերպություններում նախատեսված* ***մեծ սենյակներն աստիճանաբար ավելի փոքր սենյակների վերափոխելու ուղղությամբ***[47]*:*

Այսպիսով, հոգեբուժական կազմակերպություններում գերբնակեցվածության բացառման և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անձնական տարածք ունենալու իրավունքի ապահովման նպատակով անհրաժեշտ է՝

✓ ***վերանայել յուրաքանչյուր հոգեբուժական կազմակերպության մահճակալների թվաքանակը՝ ապահովելով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձի համար անհատական բնակելի տարածք.***

[47] Տե՛ս https://rm.coe.int/pdf/168072ce4f կայքէջը:

✓ ***կազմակերպել բարեկարգման աշխատանքներ՝ հիվանդասենյակներում բարեկեցիկ պայմաններ ապահովելու նպատակով.***

✓ ***բացառել մահճակալների առկայությունը հանգստի համար նախատեսված սենյակներում.***

✓ ***բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահելը միջանցքներում, իսկ մշտական հսկողություն պահանջող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ հսկողությունը սահմանել միայն հիվանդասենյակներում.***

✓ ***մեծ հիվանդասենյակներն ասրիճանաբար վերափոխել ավելի փոքր սենյակների:***

3.2. Կենցաղային պայմաններ

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձ իրավունք ունի պահվելու և պետք է պահվի այնպիսի պայմաններում, որոնք անհրաժեշտ և բավարար են նրա նորմալ կենսագործունեության համար: Ընդ որում, այդ պայմանները պետք է բխեն նրա առողջական վիճակի պահանջներից:

Դիտարկված հոգեբուժական կազմակերպություններում, սակայն, արձանագրվել են կենցաղային պայմանների հետ կապված խնդիրներ, որոնք կարելի է դասակարգել հետևյալ խմբերի.

1. կանանց և տղամարդկանց մեկտեղված բաժանմունքներ,
2. խտրական մոտեցում,
3. անվտանգության հետ կապված խնդիրներ,
4. սանիտարահիգիենիկ պայմաններ,
5. կողապահարաններով ապահովվածություն,
6. վերանորոգում:

1) Հարկ է նշել, որ կանանց և տղամարդկանց մեկտեղված բաժանմունքների առկայությունը և այդ առումով հատուկ, առանձին կացարանային տարածքների բացակայությունը խնդրահարույց է: Այս հարցին անդրադարձել է ԽԿԿ-ն Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում կենցաղային պայմանների ուսումնասիրության արդյունքում պարզվել է, որ դրանցից որոշներում առանձնացված չեն կանանց և տղամարդկանց բաժանմունքները: Խոսքը վերաբերում է «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ և 7-րդ բաժանմունքներին: Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում կանանց բաժանմունքն առանձնացված չէ նարկոլոգիական բաժանմունքից:

Առանձնացված կացարանային հատվածի բացակայությունն անթույլատրելի է. հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար բավարար և արժանապատիվ պահման պայմաններ ապահովելու նպատակով անհրաժեշտ է՝ կանանց պահել տղամարդկանցից անջատ:

2) Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող բոլոր անձինք հավասար են օրենքի առջև և պետք է հավասարապես օգտվեն իրենց ընձեռված իրավունքներից և ազատություններից, իսկ հոգեբուժական կազմակերպության աշխատակիցները պետք է հարգեն նրանց իրավունքները՝ առանց խտրական մոտեցում ցուցաբերելու:

Այս առումով, մտահոգիչ է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տարբեր հիվանդասենյակներում պահելու տարբերակված մոտեցումը՝ կապված հիվանդասենյակների համեմատաբար բարեկեցիկ պայմանների հետ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունք):

Այսպես, վատ պայմաններ, այդ թվում՝ ջեռուցման խնդիր ունեցող հիվանդասենյակներում եղել է ցուրտ և խոնավ, օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ընդհանուր տիպի բաժանմունքների միջանցքի վերջում տեղակայված հիվանդասենյակներում՝ որպես պատժի միջոց, պահվում են հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ ունեցող անձինք կամ նրանք, ովքեր դրսևորել են ոչ պատշաճ, այդ թվում՝ ագրեսիվ վարքագիծ: Այսպիսի պրակտիկան բացասաբար է անդրադառնում նաև նրանց հոգեվիճակի վրա:

Ըստ Պաշտպանի աշխատակազմին տրամադրած տվյալների՝ հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում աշխատակիցները տարբերակում են պացիենտներին ըստ նրանց գործողությունների գիտակցման աստիճանի՝ դասակարգելով նրանց այսպես կոչված «հասկացող» և «չհասկացող» անձանց: Ըստ այդմ, անհատական հագուստը տրամադրվում է միայն «հասկացող» անձանց, ովքեր կարողանում են տարբերակել իրենց հագուստը:

Մյուսների հագուստը լվացվելուց հետո չի անհատականացվում և բաժանվում է պատահականության սկզբունքով: Ավելին, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում արձանագրվել է նաև, որ չի անհատականացվում և խառն է բաժանվում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող այն անձանց հագուստը, ովքեր չունեն դրանք ազգականների միջոցով լվանալու հնարավորություն:

ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության տրամադրած պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի տնօրինության ուշադրությունը հրավիրել է այն փաստի վրա, որ «հասկացող» և «չհասկացող» խնամվողներին առանձնացնելն ընդունելի չէ, խնամվողների դասակարգումը կատարվում է ըստ նրանց գնահատված կարիքների և մատուցվող ծառայությունների, որը նման բնորոշում չպետք է պարունակի և պահանջվել է զերծ մնալ մարդկանց պիտակավորելուց:

Ուստի, անհրաժեշտ է բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ ցուցաբերվող ցանկացած խտրական մոտեցում:

3) Արմաշի առողջության կենտրոնի հիվանդասենյակներում արձանագրվել են էլեկտրական հոսանքալարերի բաժանման բաց տուփեր և լարեր, հոսանքի անսարք և կիսաբաց վարդակներ («Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն):

Այցի ընթացքում արձանագրված վերը նշված խնդրի կապակցությամբ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի գրավոր պարզաբանմամբ՝ բաժանմունքներում առկա հոսանքի բաց լարերը փակվել են:

Պետք է բացառել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անվտանգությանը սպառնացող ցանկացած նման վիճակ:

4) Սանիտարահիգիենիկ պայմանների հարցն առաջին հերթին կապված է հոգեբուժական կազմակերպությունների որոշ հիվանդասենյակներում օդի աղտոտվածության հետ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր):

Դա հիմնականում պայմանավորված է նրանով, որ այդ հիվանդասենյակներում պահվում են գիշերամիզող պացիենտներ, ում համար տակդիրներ առկա չեն: Նշվածը, հոգեբուժական

կազմակերպությունների տնօրինության պատճառաբանությամբ, պայմանավորված է ոչ բավարար ֆինանսավորմամբ:

Սանիտարահիգիենիկ պայմանների խնդիրները կապված են նաև լվացքի կազմակերպման հետ, որի առնչությամբ անչափ կարևոր են նաև հաստատությունների աշխատակիցների աշխատանքային պայմանները, որոնք ոչ միշտ են բավարար: Օրինակ՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի որոշ բաժանմունքներում փակ տանիքին հարմարեցված է չորանոց, որտեղ նաև արդուկվում են հագուստը և սպիտակեղենը: Աշխատողներն այնտեղ ապահովված չեն պատշաճ աշխատանքային պայմաններով: Լվացքի չորացնելու հետ կապված խնդիր է արձանագրվել նաև Արմաշի առողջության կենտրոնում, որտեղ դա արվում է հաստատության առաջին հարկում առանձնացված սենյակում՝ փայտի վառարանի մոտ: Բացակայում է ցուրտ և անձրևային եղանակային պայմաններում այլ վայրում լվացքը չորացնելու հնարավորությունը:

Լվացքի կազմակերպմանը և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հագուստի և սպիտակեղենի մաքրության հարցերին Հայաստանի վերաբերյալ 2004 թվականի զեկույցում անդրադարձել է նաև ԽԿԿ-ն՝ շեշտելով *հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հագուստի և սպիտակեղենի լվացքի պարբերաբար կազմակերպման անհրաժեշտությունը*[48]*:*

Մյուս խնդիրը պայմանավորված է մշտադիտարկման այցերի ընթացքում հոգեբուժական կազմակերպություններում վերջին անգամ կատարված սանիտարահիգիենիկ, այդ թվում՝ ախտահանման աշխատանքների վերաբերյալ տեղեկությունների բացակայությամբ:

Սանիտարահիգիենիկ բավարար պայմանները չապահովելու արդյունքում ստեղծվում են պահման ոչ պատշաճ և անընդունելի պայմաններ, որոնց բացառման համար անհրաժեշտ է՝

✓ ***հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ապահովել բավարար քանակությամբ անհրաժեշտ հիգիենիկ պարագաներով, այդ թվում՝ տակդիրներով.***

[48] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680667a9e կայքէջում, կետ 173:

✓ ***ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սպիտակեղենի հաճախակի լվացման և ախտահանման պատշաճ կազմակերպումը, այդ թվում՝ այդ կապակցությամբ աշխատակիցների պատշաճ պայմանները.***

✓ ***իրականացնել պարբերական սանիտարահիգիենիկ, այդ թվում՝ ախտահանման աշխատանքներ՝ ապահովելով դրանց պատշաճ արձանագրումը:***

5) Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կողապահարաններով ապահովելը և իրերն առանձին պահելու հնարավորություն ընձեռելն անձնական տարածքի և, հետևաբար, մասնավոր կյանքի հիմնական նախապայմաններից է: Ուսումնասիրությունների արդյունքում, սակայն, պարզվել է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ոչ բոլոր անձինք են ապահովվում կողապահարաններով: Չնայած որոշակի թվով կողապահարանների առկայությանը, դրանք հնամաշ են, վնասված կամ կոտրված: Արդյունքում, կողապահարաններով չապահովված անձինք ստիպված են իրենց իրերը պահել մահճակալի տակ՝ հատակին կամ աթոռներին:

Վերոգրյալի լույսի ներքո ողջունելի է այն, որ, օրինակ, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի թիվ 2 բաժանմունքում գրեթե բոլորն ապահովված են բարվոք վիճակում գտնվող կողապահարաններով:

ԽԿԿ-ն Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում նշել է, որ *«Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ի և՛ կանանց և՛ տղամարդկանց բաժանմունքներում անձնական տարածքն ապահովված չի եղել, մասնավորապես՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք չեն ունեցել կողպելու հնարավորություն ընձեռող անձնական տարածություն:* ***ԽԿԿ-ն առաջարկել է Հայաստանի իշխանություններին անհրաժեշտ միջոցներ ձեռնարկել «Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն» ՓԲԸ-ում պահվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող բոլոր անձանց կողպելու հնարավորություն ընձեռող անձնական տարածությամբ ապահովելու ուղղությամբ, որտեղ նրանք կարող են պահել իրենց իրերը[49]:***

Ելնելով վերոգրյալից՝ անհրաժեշտ է հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող բոլոր անձանց տրամադրել անձնական իրերը պահելու համար նախատեսված պահարաններ՝ կողպելու հնարավորությամբ:

[49] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806bf46f կայքէջում, կետեր 121,122:

6) Հոգեբուժական կազմակերպություններում պահման անբարենպաստ պայմանները հիմնականում պայմանավորված են վերանորոգման և հիմնանորոգման խնդիրներով:

Գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա է վերանորոգման և մաքրման աշխատանքների կարիք: Հիվանդասենյակների հատակները փայտե և հնամաշ են (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր) կամ բետոնապատ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Հիվանդասենյակների պատերի ծեփամածիկը որոշ տեղերում թափված է, առաստաղին առկա են ճաքեր և անձրևաջրի հետքեր: Պատուհանները հին են, ալյումինե, որոնք ներսի կողմից պատված են պոլիէթիլենով՝ ջերմային ռեժիմը պահպանելու նպատակով (Արմաշի առողջության կենտրոն):

Որոշ հոգեբուժական կազմակերպություններում հիվանդասենյակները չունեն դռներ, իսկ դռների առկայության դեպքում դրանց ապակիները բացակայում են կամ փոխարինված են պոլիէթիլենով («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն):

Այցերի ընթացքում արձանագրվել են հիվանդասենյակներում արհեստական լուսավորության ոչ բավարար պայմաններ: Գրեթե բոլոր սենյակներում այցի դրությամբ աշխատել է միայն մեկ լամպ՝ փոքր հզորությամբ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն):

Վերանորոգման կարիք ունեն հոգեբուժական կազմակերպությունների սանհանգույցները, այդ թվում՝ հաստատությունների աշխատակիցների համար նախատեսված, որոնք գտնվում են սանիտարահիգիենիկ ոչ բարվոք վիճակում (Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մոնիթորինգային այցերի ընթացքում արձանագրվել է նաև, որ բաժանմունքների սանհանգույցներում տեղադրված են երեքական կամ երկուական ասիական տիպի զուգարաններ, որոնք միմյանցից առանձնացված չեն միջնապատով: Միևնույն ժամանակ, զուգարանները տեղադրված են ընդհանուր հատակից

մեկ աստիճան բարձրության վրա, որը լրացուցիչ դժվարություններ կարող է առաջացնել հոգեմետ դեղորայք ընդունող պացիենտների տեղաշարժի և հավասարակշռության պահպանման համար (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն): Բացակայում են նաև զուգարանակոնքեր՝ հատուկ կարիքներ ունեցող պացիենտների՝ սանհանգույցից օգտվելու հնարավորությունն ապահովելու համար (Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Առկա են նաև մեկտեղված սանհանգույց և լոգարան: Այս դեպքում սանհանգույցը լոգանք ընդունելու համար նախատեսված հատվածից առանձնացված է մեկ աստիճանով, սակայն անջատված չէ, ապահովված չէ մեկուսանալու հնարավորությունը («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ բաժանմունք):

Արմաշի առողջության կենտրոնն ապահովված չէ մշտական խմելու ջրով: Ճիշտ է, հոգեբուժական կազմակերպությունում տեղադրված են ջրի բաքեր, սակայն դրանք ակնհայտորեն բավարար չեն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց պահանջմունքները բավարարելու համար:

«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի կանանց թիվ 1 բաժանմունքի խոհանոցի պատերը տեղ-տեղ քանդված են և ունեն վերանորոգման կարիք:

«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ բաժանմունքի անվտանգության գոտու հսկողությունն իրականացնող ոստիկանների համար նախատեսված պահակակետը գտնվում է անընդունելի վիճակում: Այդտեղ ապահովված չեն աշխատանքի նվազագույն պայմաններ (մոտ 2 քմ մակերեսով, թիթեղածածկ, պատերը՝ հնամաշ նրբատախտակից, դուռը և պատուհանը՝ կոտրված):

Վերը նշված խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***հոգեբուժական կազմակերպություններում, այդ թվում՝ սանհանգույցներում և լոգարաններում իրականացնել անհրաժեշտ վերանորոգման և բարեկարգման աշխատանքներ.***
- ✓ ***աշխատակիցների համար ստեղծել աշխատանքային պատշաճ պայմաններ:***

3.3. Լոգանքի կազմակերպում

Պարբերական լոգանքը հիգիենայի ապահովման պարտադիր պայման է: Դրա կարևորությունն ավելի բարձր է, երբ անձն, առողջական խնդիրներով պայմանավորված, որոշակի ժամանակահատվածով պահվում է հոգեբուժական կազմակերպությունում: Այդպիսի անձին մաքուր հագուստով և անկողնային պարագաներով ապահովելը կարևոր է հենց նրա առողջության պահպանման իրավունքի և հիգիենայի տեսանկյունից:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի կազմակերպման, ինչպես նաև նրանց հագուստի և լվացքի հետ կապված խնդիրներ արձանագրվել են հոգեբուժական գրեթե բոլոր կազմակերպություններում: Այսպես, լոգանք ընդունելու հնարավորությունը հիմնականում սահմանափակված է և կազմակերպվում է որոշակի ժամանակացույցով: Օրինակ՝ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնի և Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերի կանանց բաժանմունքներում լոգանքը կազմակերպվում է 10 օրը մեկ անգամ, իսկ Արմաշի առողջության կենտրոնում՝ շաբաթական մեկ անգամ: «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում լոգանքը կազմակերպվում է երեքշաբթի և ուրբաթ օրերին՝ 11:00-ից մինչև 15:00-ը:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա է նաև տաք ջրի մատակարարման խնդիր: Որոշ դեպքերում տաք ջուրը հասանելի է սահմանափակ ժամանակահատվածով, ինչպես, օրինակ, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում:

Դրա հետ մեկտեղ, ուսումնասիրված հաստատություններում արձանագրվել են նաև հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի համար անհրաժեշտ հիգիենիկ միջոցների տրամադրման խնդիրներ:

Ներկայացված վիճակն անընդունելի է: Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի համար անհրաժեշտ է տրամադրել բավարար քանակությամբ հիգիենայի միջոցներ:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց լոգանքի կազմակերպման հետ կապված՝ Հայաստան, ինչպես նաև մի շարք այլ երկրներ կատարած այցերի ընթացքում ԽԿԿ-

ն բազմիցս կոչ է արել *ավելացնել անազատության մեջ պահվող անձանց լոգանք ընդունելու հաճախականությունը:*

Վրաստանի վերաբերյալ 2007 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն շեշտել է, *որ անհրաժեշտ է վերանորոգման աշխատանքներ իրականացնել հոգեբուժական կազմակերպության լոգարաններում, ապահովել դրանց մաքրությունը, տաք ջրի մատակարարումը, ինչպես նաև պահվող անձանց համար լոգանք ընդունելու ավելի հաճախակի հնարավորությունը*[50]*:*

Ուստի, նշված խնդիրների լուծման նպատակով անհրաժեշտ է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար ստեղծել լոգանքից պատշաճ օգտվելու հնարավորություն՝ ապահովելով հիգիենայի պահպանման պահանջներից ելնելով ավելի հաճախակի լոգանք ընդունելու հնարավորություն, սակայն ոչ պակաս, քան շաբաթական երկու անգամ:

3.4. Պատշաճ սննդի ապահովում

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող յուրաքանչյուր անձ պետք է ստանա իր կենսագործունեության համար անհրաժեշտ և բավարար սնունդ: Դա ներառում է ինչպես սննդի պահպանման, պատրաստման, այնպես էլ տրամադրման պատշաճ կազմակերպում: Այս առնչությամբ արձանագրված խնդիրները հիմնականում հանգում են հետևյալին:

Նախ, սննդի պատրաստման և տրամադրման կազմակերպումը սկսվում է այնտեղից, որտեղ պահվում է սննդամթերքը: Ակնհայտ է, որ սննդի բավարար որակը չի կարող պահպանվել, եթե սնունդը պահվում է ոչ պատշաճ պայմաններում: Ուսումնասիրված պահեստներում արձանագրվել են դեպքեր, երբ սննդամթերքը պահվել է անբավարար և ոչ սանիտարական պայմաններում (օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ազգականների կամ այլ այցելուների կողմից ևս ստանում են սնունդ: Հոգեբուժական կազմակերպություններում արձանագրվել են նաև ազգականների կողմից բերված սննդի պահման անբավարար պայմաններ: Դրանք հիմնականում պահվում են բաժանմունքներում: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական

[50] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806961c1 կայքէջում, կետ 115:

կենտրոնի 6-րդ բաժանմունքում հանձնուքներով ստացվող սնունդը պահվում է միջանցքում տեղադրված հնամաշ պահարանում: Բաժանմունքում չկա սառնարան, ինչի պատճառով շուտ փչացող սնունդը ձմռանը պահվում է պատուհանի դրսից՝ ճաղավանդակի միջև գտնվող տարածությունում:

Որոշ հոգեբուժական կազմակերպությունների աշխատակիցներ տեղեկացրել են, որ սպասքը լվանալու համար ստիպված են լինում ջուրը տաքացնել կաթսաներով՝ գազօջախների վրա (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն): Այս առնչությամբ Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնի պարզաբանումների համաձայն՝ հոգեբուժական կազմակերպության խոհանոցում տեղադրվել է ջրատաքացուցիչ:

Գազաֆիկացման բացակայության պատճառով Արմաշի առողջության կենտրոնում ճաշը տաք եղանակային պայմաններին եփվում է ոչ թե խոհանոցում, այլ բակում՝ կրակի վրա:

Նշվածի հետ միասին, հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում խոհանոցներն ապահովված են բավարար պայմաններով: Օրինակ՝ Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերի խոհանոցում առկա են գազօջախ, արտահանող խողովակ, սառնարան, համապատասխան կահույք: Խոհանոցն ապահովված է նաև տաք ջրով, իսկ սպասքը այցի պահին եղել է մաքուր վիճակում: Չնայած սրան, նույն խոհանոցը չափազանց փոքր է և գտնվում է նկուղային հարկում, որի պատուհանները նույնպես փոքր են, ինչի արդյունքում խոհանոցում բնական լուսավորության մակարդակը ցածր է:

Ի տարբերություն մյուսների, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնի խոհանոցն այլևս չի շահագործվում: Երեքանգամյա սնունդն ապահովվում է այլ կազմակերպության կողմից՝ պայմանագրային հիմունքներով, և մատակարարվող սնունդը բավարար որակի է:

Սննդի տրամադրման մյուս խնդիրը վերաբերում է սննդի քանակին և ճաշացանկերին: Հայաստանի Հանրապետությունում գործող հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տրամադրվող սննդի օրական նվազագույն չափաբաժինները հաստատված են ՀՀ կառավարության 2011 թվականի մայիսի 26-ի «Հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց սննդի օրական միջին չափաբաժինները, հանդերձանքի չափաբաժինները և դրանց շահագործման ժամկետները,

անկողնային ու հիգիենիկ պարագաների չափաբաժինները և դրանց շահագործման ժամկետները սահմանելու մասին» թիվ 711-Ն որոշմամբ հաստատված հավելված N 1-ով:

Հոգեբուժական կազմակերպությունների ճաշացանկերի ուսումնասիրության արդյունքում պարզվել է, որ որոշ հաստատությունների սնունդը չի համապատասխանում նշված որոշմամբ հաստատված սննդի օրական նվազագույն չափաբաժիններին: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում, Արմաշի առողջության կենտրոնում տրամադրվող սննդի չափաբաժնի՝ ՀՀ կառավարության 2011 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 711-Ն որոշմամբ սահմանված նվազագույն չափաբաժնին անհամապատասխան լինելու վերաբերյալ արձանագրված իրավիճակը պատկերված է ստորև ներկայացված աղյուսակում, որը կազմվել է նշված կազմակերպություններում սննդի՝ երկու շաբաթվա կտրվածքով ճաշացանկերի ուսումնասիրությունների արդյունքում:

Սննդամթերք	**Օրենսդրությամբ հաստատված նվազագույն չափաբաժին**	**Սննդի տրամադրման հաճախականություն և չափաբաժին**			
		Արմաշի առողջ. կենտրոն	**Սյունիքի մ. ն. դիսպանսեր**	**«Նուբարաշեն» հոգեբուժ. կենտ.**	**Լոռու մարզ. հոգենյարդ. դիսպանսեր**
Ձու	2 հատ (շաբաթական)	**1 հատ** (շաբաթական)	**0**	**1 հատ** (շաբաթական)	2 հատ (շաբաթական)
Կաթ	200գ (օրական)	**1 անգամ** (շաբաթական)	**0**	**199.2գ** (2 շաբաթում)	**0**
Թթվասեր	30գ (օրական)	**2-3 անգամ** (շաբաթական)	**0**	**33գ** (2 շաբաթում)	100գ (**միայն շաբաթ/կիրակի օրերին**)
Կաթնաշոռ	35գ (օրական)	**2-3 անգամ** (շաբաթական)	**0**	**33գ** (2 շաբաթում)	100գ (**միայն շաբաթ/կիրակի օրերին**)

Վերոնշյալ աղյուսակում տեղ գտած սննդամթերքից զատ, արձանագրվել են նաև անբավարար քանակությամբ և հաճախականությամբ այլ սննդամթերք տրամադրելու դեպքեր: Օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում թարմ միրգ տրամադրվել է շաբաթվա ընթացքում մեկ անգամ (ՀՀ կառավարության վերոնշյալ որոշմամբ նախատեսված է օրական 200 գրամ), իսկ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում (երկու շաբաթվա կտրվածքով) միրգ ընդհանրապես չի տրամադրվել:

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 14-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բուժվող հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձինք, մասնավորապես, իրավունք ունեն օգտվելու (…) առողջության պահպանման իրավունքից, այդ թվում՝ ստանալու բավարար սնունդ (…):* Այս կանոնից ուղղակիորեն հետևում է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն անհրաժեշտ պարբերականությամբ բավարար քանակի և պատշաճ որակի սնունդ ստանալու իրավունք:

Այս հարցի առնչությամբ Մոլդովայի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն *առաջարկել է ապահովել անհրաժեշտ ֆինանսավորում՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բավարար չափի տարատեսակ սննդով, այդ թվում՝ մսով, ծովամթերքով, թարմ բանջարեղենով և մրգով, ինչպես նաև կաթնամթերքով ապահովելու համար*[51]*:* Այս կերպ ընդգծվել է ինչպես սննդի բավարար քանակի տրամադրման, այնպես էլ որոշակի ժամանակահատվածի համար դրա տարատեսակ լինելու անհրաժեշտությունը:

Նկարագրված իրավիճակներից և ներկայացված իրավական չափանիշների համադրությունից պարզ է դառնում, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սննդի տրամադրումն իրականացվում է ոչ պատշաճ՝ չհամապատասխանելով ներպետական և միջազգային իրավական չափանիշներին: Արդյունքում, ոչ պատշաճ սննդով ապահովումը կապված է միատեսակ և ոչ բավարար սնունդ տրամադրելու հետ:

Այնուամենայնիվ, հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում կատարված նախկին այցերի համեմատ սննդի որակը և խոհանոցային պայմանները բարելավվել են (օրինակ՝

[51] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806975da կայքէջում, կետ 152:

«Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում և «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում):

Հաջորդ խնդիրը ճաշասրահներում սեղանների և աթոռների քանակի անբավարարությունն է. տեղադրված սեղանները և աթոռները չեն համապատասխանում պացիենտների թվին: Նմանատիպ խնդիր արձանագրվել է «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում, Արմաշի առողջության կենտրոնում, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում և Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում: Պետք է նշել նաև, որ Արմաշի առողջության կենտրոնի նկուղային հարկի միջանցքում տեղադրված են եղել լրացուցիչ սեղան և աթոռներ, որոնցից հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք օգտվում են ըստ անհրաժեշտության: **Անթույլատրելի է միջանցքի օգտագործումը՝ որպես ճաշասրահ, հատկապես երբ այն չի ջեռուցվում:**

Այս կապակցությամբ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում նշված խնդիրը լուծվել է:

Անընդունելի է նաև սննդի ընդունման համար նախատեսվող սահմանափակ ժամանակահատվածը: Օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում նախաճաշի, ճաշի և ընթրիքի համար նախատեսված է մեկական ժամ: Կազմակերպության աշխատակիցների և պացիենտների հավաստմամբ՝ ճաշասրահից առաջինն օգտվում են կանայք՝ 20 րոպե տևողությամբ սահմանափակ ժամանակահատվածով, ապա՝ տղամարդիկ:

ԽԿԿ-ի 8-րդ ընդհանուր զեկույցի 35-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց սնունդը ոչ միայն պետք է համարժեք լինի քանակի և որակի տեսակետից, այլև պետք է տրվի հիվանդներին բավարար պայմաններում: Պետք է ապահովված լինեն սննդի ընդունման նորմալ պայմաններ. այս տեսակետից պետք է ընդգծել, որ հիվանդների սոցիալ-հոգեբանական վերականգնման ծրագրի անբաժանելի մասն է*

կազմում նրանց կենսական կարևոր պահանջները հոգալու հնարավորության ընձեռումը, այդ թվում՝ սննդի ընդունումը սեղանի մոտ նստած[52]*:*

Ներկայացված բոլոր անբարենպաստ պայմաններն, անշուշտ, իրենց բացասական ազդեցությունն են ունենում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց առողջության և հոգեվիճակի վրա: Այս անթույլատրելի վիճակը բացառելու համար անհրաժեշտ է ձեռնարկել հետևյալ քայլերը՝

- ✓ ***սննդամթերքի պահման պահեստներում, ինչպես նաև բոլոր այն վայրերում, որտեղ պահվում է սննդամթերք (օրինակ՝ բաժանմունքներում), ապահովել դրանց պահման պատշաճ, այդ թվում՝ սանիտարահիգիենիկ պայմաններ.***
- ✓ ***պատշաճ պայմաններ ստեղծել խոհանոցներում աշխատող աշխատակիցների համար, այդ թվում՝ ապահովել տաք ջրի հնարավորություն.***
- ✓ ***հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող անձանց տրամադրել ՀՀ կառավարության 2011 թվականի մայիսի 26-ի թիվ 711-Ն որոշմամբ սահմանված սննդի տեսականին և օրական նվազագույն չափաբաժինները.***
- ✓ ***ապահովել սննդի բազմատեսակությունը՝ բացառելով միատեսակ սննդի տրամադրումը.***
- ✓ ***բարեկարգել հոգեբուժական կազմակերպությունների ճաշասրահները՝ ապահովելով բաժանմունքներում պահվող անձանց թվին համապատասխան կահավորանք, ինչը կբացառի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հերթափոխով կամ կանգնած սնվելու պրակտիկան:***

3.5. Տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց խնամք

Հոգեբուժական կազմակերպությունների պացիենտների մի մասն ունի տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ: Նման անձանց բնականոն կենսագործունեության համար անհրաժեշտ են միջավայրը մատչելի դարձնող հատուկ հարմարանքներ, այդ թվում՝

[52] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680696a72 կայքէջում:

սայլակներ: Դրանք չապահովելը բացասական ազդեցություն է ունենում ինչպես նրանց ընդհանուր առողջական, այնպես էլ հոգեկան վիճակի վրա:

Որոշ կազմակերպություններում զուգարանները տեղադրված են սանհանգույցների ընդհանուր հատակից մեկ կամ մի քանի աստիճան բարձրության վրա («Նուբարաշենի հոգեբուժական կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր): Սանհանգույցներում միայն ասիական տիպի զուգարանների առկայությունը թույլ չի տալիս դրանցից ինքնուրույն օգտվելու անվասայլակով պացիենտի հնարավորությունը:

Տեղաշարժման խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվելու խնդիրները չեն սահմանափակվում միայն սանհանգույցներից օգտվելու հնարավորության բացակայությամբ: Բարդություններ են առաջանում նաև ճաշասրահներից օգտվելու հարցում: Օրինակ՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում նման խնդիրներ ունեցող պացիենտները չեն օգտվում ճաշասրահից, քանի որ այն գտնվում է նկուղային հարկում, իսկ աստիճանավանդակն ապահովված չէ թեքահարթակով:

Անվասայլակների և թեքահարթակների բացակայության պատճառով տեղաշարժման խնդիրներ ունեցող անձինք զրկված են նաև զբոսանքի դուրս գալու հնարավորությունից, բախվում են տեղաշարժման հետ կապված խնդիրների: Հոգեբուժական որոշ կազմակերպությունների անվասայլակների թիվը չի համապատասխանում այնտեղ գտնվող՝ տեղաշարժման խնդիրներ ունեցող անձանց թվին («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն), ուստի պացիենտները նաև հարկադրված են օրվա մեծ մասն անցկացնել անկողնում:

Հետևաբար, նկարագրված վիճակի բարելավման նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***ապահովել տեղաշարժման հետ կապված խնդիրներ ունեցող անձանց՝ սանհանգույցից, ճաշասրահներից և զբոսանքից օգտվելու պատշաճ հնարավորությունը.***
- ✓ ***կազմակերպությունների մուտքերը և շենքում տեղաշարժվելու համար անհրաժեշտ այլ վայրերն ապահովել թեքահարթակներով:***

3.6. Վնասվածքների մասին իրավապահ մարմիններին հաղորդելու ոչ միասնական պրակտիկա

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքների ու նրանց անվտանգության ապահովման տեսանկյունից առանձնակի նշանակություն ունի արձանագրվող վնասվածքների մասին իրավապահ մարմիններին ժամանակին տեղեկացնելը: Ընդ որում, աշխատանքի արդյունավետությունը պահանջում է միասնական պրակտիկայի առկայություն: Սա կարևոր է նաև իրավախախտումների կանխարգելման տեսանկյունից:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկումը ցույց է տվել, որ տարբեր հաստատություններում և անգամ միևնույն հաստատության տարբեր բաժանմունքներում գոյություն չունեն միասնական մոտեցումներ: Սա էլ հոգեբուժական կազմակերպություններում վնասվածքների հաշվառման և այդ մասին իրավապահ մարմիններին տեղեկացնելու՝ իրավասու պետական մարմնի կողմից մշակված միասնական կարգի բացակայության արդյունք է:

Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի ընդունարանում վարվում է «Ոստիկանության կանչերի գրանցման մատյան», ինչպես նաև «Հիվանդների փախուստի և վնասվածքների գրանցման մատյան», որոնք լրացնում է հերթապահ բժիշկը: Նշված մատյաններում արձանագրվում են ինչպես հոգեբուժական կազմակերպություն ընդունվելիս հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մարմնական վնասվածքները, այնպես էլ հերթապահության ընթացքում կենտրոնում պահվող անձանց մոտ առաջացած վնասվածքները: Վնասվածքների և փախուստի մատյան վարվում է նաև բոլոր բաժանմունքներում: Միաժամանակ, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց վնասվածքներն արձանագրվում են նրանց հիվանդության պատմագրերում:

«Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում պացիենտների վնասվածքներն արձանագրվում են նրանց հիվանդության պատմագրերում, և, ինչպես նշում են աշխատակիցները, Ոստիկանությունն անմիջապես բանավոր տեղեկացվում է ցանկացած դեպքի մասին: Այցի ընթացքում պացիենտներից մեկի հիվանդության պատմագրի ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ վերջինս ընդունվել է կենտրոն 2017 թվականի հունիսի 24-ին: Ըստ պատմագրում հերթապահ բժշկի գրառման՝ «նրա մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթները ֆիզիոլոգիական գունավորման են եղել»: Հերթապահ բժշկի այս գրառումից հետո նրա ձեռագրից տարբերվող ձեռագրով պատմագրում կատարված է այլ

գրառում այն մասին, որ նշված պացիենտի ձեռքերին և որովայնին հայտնաբերվել են կապտուկներ: Դրա հետ մեկտեղ հարկ է նշել, որ ըստ համապատասխան գրառման՝ նույն օրը նշված անձը «բաժանմունքում դրսևորել է ագրեսիվ վարք», ինչի հետևանքով կիրառվել է ֆիզիկական զսպում:

Դրանից հետո, տարբերվող ձեռագրով հիվանդության պատմագրում արձանագրված նշված պացիենտի մոտ 2017 թվականի հունիսի 24-ին հայտնաբերված կապտուկների մասին **ՀՀ ոստիկանության Նոր Նորքի բաժնի Ավանի բաժանմունքը գրությամբ տեղեկացվել է միայն 2017 թվականի հունիսի 26-ին:**

Հոգեբուժական մի շարք այլ կազմակերպություններում պացիենտների վնասվածքներն արձանագրվում են նրանց հիվանդության պատմագրերում և վնասվածքների գրանցամատյաններում, ինչպես նաև դրանց մասին տեղեկացվում է ՀՀ ոստիկանությունը (Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսեր, Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատ):

Հատկանշական է նաև, որ թեև իրավական համապատասխան հիմքերը բացակայում են, Լոռու մարզային հոգենյարդաբանական դիսպանսերում վնասվածքների գրանցամատյանը տրամադրվում է ՀՀ ոստիկանության Լոռու մարզային վարչության Վանաձորի բաժնի կողմից՝ կնքված ոստիկանության բաժնի կնիքով:

Այսպիսով, անհրաժեշտ է քայլեր ձեռնարկել հոգեբուժական բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպություններ ընդունվելիս և այնտեղ ստացած վնասվածքների պատշաճ հաշվառման և այդ մասին իրավապահ մարմիններին տեղեկացնելու կարգ մշակելու ուղղությամբ՝ միասնական իրավական կանոններ և պրակտիկա ապահովելու նպատակով:

3.7. Բացօդյա զբոսանք

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկումը թույլ է տվել արձանագրել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բացօդյա զբոսանքի ապահովման հետ կապված համակարգային խնդիր: Զբոսանքի իրավունքը կա՛մ պատշաճ չի ապահովվում, կա՛մ

պացիենտները զբոսանքի առհասարակ դուրս չեն բերվում: Ինչպես հոգեկան խնդիրներ ունեցող անձանց, այնպես էլ կազմակերպությունների աշխատակիցների խոսքերով, հարկադիր բուժում ստացող անձանց արգելվում է բացօդյա զբոսանքը: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում հարկադիր բուժում ստացող անձանցից մեկի հետ առանձնազրույցի ընթացքում վերջինս հայտնել է, որ 5-6 ամիս դուրս չի եկել բացօդյա զբոսանքի:

«Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում ոչ բոլորն ունեն զբոսանքից օգտվելու հնարավորություն, թեև զբոսանքի դուրս գալու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ցանկությունը շատ մեծ է: Կենտրոնի աշխատակիցների հայտնած տվյալների համաձայն՝ այնտեղ զբոսանքը կազմակերպվում է միայն բժշկի թույլտվությամբ, մոտ 10 հոգանոց խմբերով, ում ուղեկցում է սանիտարը, երեկոյան ժամերին՝ 15-40 րոպե տևողությամբ: Ըստ համապատասխան մատյանի՝ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում բացօդյա զբոսանքը կազմակերպվում է որոշակի օրերին՝ 3, 5 կամ 7 օրը մեկ անգամ՝ օրվա կոնկրետ ժամի, որը տևում է մինչև 70 րոպե: Ավելին, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող 60 անձանցից, լավագույն դեպքում, մինչև 12 հոգի է դուրս գալիս բացօդյա զբոսանքի: Հարկ է նաև նշել, որ կանայք և տղամարդիկ բացօդյա զբոսանքի են դուրս գալիս տարբեր օրերի, և կանայք օգտվում են բացօդյա զբոսանքի իրավունքից 3-ից 9 օր ընդմիջումով, իսկ տղամարդիկ՝ 5-ից 13 օր ընդմիջումով:

Ի տարբերություն նշված կազմակերպությունների՝ Արմաշի առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանցից շատերն առանց խոչընդոտի կարող են օգտվել բացօդյա զբոսանքի իրավունքից և դուրս են գալիս հաստատության բակ, երբ եղանակային պայմանները լինում են բավարար:

Զբոսանքի ապահովումն արձանագրվում է համապատասխան մատյաններում: Այսպես, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի կանանց բաժանմունքներից մեկում վարվող զբոսանքի մատյանում յուրաքանչյուր օրվա դիմաց առկա է գրառում այն մասին, որ բաժանմունքի պացիենտները դուրս են եկել զբոսանքի, բացառությամբ «թույլ և հարկադիր բուժվող հիվանդներից»: Այսպիսի պրակտիկայի պատճառով հնարավոր չէ պարզել՝ ո՞ր

պացիենտներն են օգտվել զբոսանքի իրավունքից, ովքե՞ր են համարվում «թույլ հիվանդները», ու՞մ բացօդյա զբոսանքի իրավունքն է սահմանափակվել, և ի՞նչ հիմնավորմամբ:

Նման մոտեցումն ընդհանուր տիպի բաժանմունքում հարկադիր բուժում ստացող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ անթույլատրելի է, քանի որ վերջիններիս բացօդյա զբոսանքի իրավունքը սահմանափակվում է առանց հիմնավորման: Ինչ վերաբերում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբոսանքի իրավունքի սահմանափակումներին, ապա յուրաքանչյուր իրավունքի սահմանափակման դեպքի կապակցությամբ համապատասխան փաստաթղթերում (օրինակ՝ հիվանդության պատմագրերում) անհրաժեշտ է կատարել հիմնավոր և սպառիչ գրառում:

«Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 5-րդ և 7-րդ բաժանմունքներում մատյանները վկայում են, որ ելնելով «եղանակային վատ պայմաններից», զբոսանք չի կազմակերպվում, իսկ 2016 թվականի հոկտեմբերից մինչև 2017 թվականի մարտի 12-ը ներառյալ մատյանում նշվել են «հրաժարվել են», «անձրևային եղանակ», «ցուրտ», «քամի», «ձյուն» բառերը՝ ընդգրկելով բոլոր պացիենտների անձնական տվյալները ներառող սյունակները: Այս գրառումներից ակնհայտ է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք մոտ 6 ամիս չեն օգտվել բացօդյա զբոսանքից:

Ուսումնասիրությունների ընթացքում պարզվել է, որ ոչ բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում են վարվում զբոսանքի մատյաններ: Բացի այդ, առկա են մատյանների վարմանն ու լրացմանն առնչվող խնդիրներ: Օրինակ՝ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում վարվող զբոսանքի մատյանում հոկտեմբերի 9-ն ավելի վաղ է լրացված, քան հոկտեմբերի 6-ը կամ նույն անձի անունը նույն օրը և նույն ժամին լրացված է 2 անգամ: Սրանք վկայում են մատյանը ձևական լրացնելու, բացօդյա զբոսանքի իրավունքի նկատմամբ անլուրջ վերաբերմունքի մասին: Այս առումով, անհրաժեշտ է ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բացօդյա զբոսանքի դուրս բերման արձանագրման մատյանների պատշաճ վարումը:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց բացօդյա զբոսանքի իրավունքն ամրագրված է «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքում, որի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 15-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բուժվող հոգեկան*

խանգարումներ ունեցող անձինք իրավունք ունեն հանգստի, ներառյալ՝ բացօդյա զբոսանքի (…):

ԽԿԿ իրավաբանության համաձայն՝ «*հոգեթերապևտիկ բուժումը պետք է հիմնվի անհատական մոտեցման վրա (…): Հիվանդները պետք է հնարավորություն ունենան պարբերաբար օգտվելու հատուկ սարքավորված հանգստի սենյակներից և ամենօրյա բացօդյա զբոսանքից*[53]*»:*

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքում նախատեսված չէ բացօդյա զբոսանքի կազմակերպման կարգ, ինչը նույնպես կարող է գործնականում բացօդյա զբոսանքի ապահովման կապակցությամբ խնդիրների առաջացման պատճառ լինել:

Ելնելով վերը նկարագրված դեպքերի ուսումնասիրություններից, միջազգային չափանիշներից և ներպետական օրենսդրությամբ ամրագրված իրավունքի իրացման պահանջից՝ անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց՝ օրենքով սահմանված ամենօրյա բացօդյա զբոսանքի իրավունքի պատշաճ իրացումը՝ հաշվի առնելով, որ նշված իրավունքը չպետք է սահմանափակվի միայն այն պատճառով, որ անձն ունի հոգեկան առողջության խնդիր կամ երբևէ կատարել է օրենքով չթույլատրված արարք.***
- ✓ ***ապահովել հոգեբուժական կազմակերպությունում պահվող անձանց իրավունքների, կոնկրետ դեպքում՝ բացօդյա զբոսանքի իրավունքի սահմանափակման յուրաքանչյուր դեպքի արձանագրումը հիվանդության պատմագրերում՝ համապատասխան հիմնավորմամբ:***

3.8. Զբաղվածություն

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբաղվածության ապահովումն առանձնապես կարևոր է նրանց հոգեվիճակի, ինչպես նաև բուժման տեսանկյունից:

[53] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680696a72 կայքէջում, կետ 37:

Հոգեբուժական կազմակերպություններում մշտադիտարկում իրականացնելիս ուսումնասիրվել է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբաղվածությունը:

Մասնավորապես, հիմնականում հոգեբուժական կազմակերպություններում զբաղմունքի հիմնական միջոցն, ըստ էության, հեռուստացույցն է, որը սովորաբար տեղադրված է լինում բաժանմունքների միջանցքներում կամ հանգստի սենյակներում («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն», «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր):

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց մի մասի մոտ մեծ է գրքեր կարդալու ցանկությունը, սակայն կազմակերպություններում գրադարանները կամ գրքերը բացակայում են: Օրինակ՝ «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում պահվող որոշ անձինք ունեն գրքեր, որոնք փոխանցել են հարազատները:

Հոգեբուժական որոշ կազմակերպություններում չկան զբաղվածության և հանգստի համար առանձնացված սենյակներ («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն): Մինչդեռ, կարևոր է, որ Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում, օրինակ, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք օգտվում են նորակառույց զբաղմունքի սենյակից՝ երգում են, խաղում կամ մարզվում: Նման զբաղմունքի սենյակի կառուցման նախաձեռնությունն, իհարկե, ողջունելի է: Սակայն հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ոչ բոլոր անձինք ունեն դրանից օգտվելու հնարավորություն, քանի որ նրանց բաժանմունքից դուրս գալու հնարավորություն չի ընձեռվում:

Հայաստանի վերաբերյալ 2016 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն նշել է, որ «*հոգեբուժական կազմակերպությունները գրեթե ամբողջությամբ հիմնված են ֆարմակոթերապիայի և հիվանդությունների տարածումը զսպելու վրա՝ առանց որևէ ֆիզիկական և սոցիալական վերականգնման, զբաղմունքի և ստեղծագործական գործունեության տեսակների (…)*[54]: Սլովակիայի վերաբերյալ 2006 թվականի զեկույցում ԽԿԿ-ն շեշտել է, որ *անհրաժեշտ է քայլեր*

[54] Տե՛ս https://rm.coe.int/16806bf46f կայքէջում, կետ 124:

ձեռնարկել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ավելի շատ նպատակային զբաղմունքներով ապահովելու ուղղությամբ[55]»:

Վերոգրյալից կարելի է եզրակացնել, որ հոգեբուժական կազմակերպություններում առկա է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց զբաղվածությունն ապահովելու խնդիր: Դա լուծելու նպատակով անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***հոգեբուժական կազմակերպություններում առանձնացնել հանգստի և զբաղմունքի կազմակերպման սենյակներ.***
- ✓ ***հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար ավելացնել նպատակային զբաղմունքների տեսակներ կամ ստեղծել լրացուցիչ հնարավորություններ (օրինակ՝ գրադարան):***

3.9. Կապն արտաքին աշխարհի հետ

Հոգեբուժական կազմակերպություններում պահվող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք արտաքին աշխարհի հետ կապի պահպանման տեսանկյունից գտնվում են խոցելի վիճակում, քանի որ երկարատև ժամանակահատվածով գտնվելով հաստատությունում, ըստ էության, կորցնում են կապն իրենց ազգականների հետ և մեկուսանում հասարակությունից: Իրականում, արտաքին աշխարհի հետ կապի պահպանումը կարևոր է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հոգեվիճակի և լքված չզգալու համար:

Արտաքին աշխարհի հետ կապի տեսանկյունից արձանագրվել են նամակագրությանը և տեսակցություններին առնչվող խնդիրներ:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նամակագրության, այդ թվում՝ դիմում-բողոքների հնարավորության առնչությամբ հարկ է նշել, որ գրեթե բոլոր հոգեբուժական կազմակերպություններում դիմում-բողոքների և առաջարկների համար նախատեսված արկղիկները բացակայում են:

Նշվածի վերաբերյալ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության գրավոր պարզաբանումների համաձայն՝ Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատի բոլոր բաժանմունքներում այցից հետո տեղադրվել են դիմում-բողոքների

[55] Տե՛ս https://rm.coe.int/1680697da1 կայքէջում, կետ 92:

արկղիկներ և տնօրինության կողմից մշակվել է արկղիկները բացելու և դիմումները հաշվառելու ընթացակարգ:

«Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 1-ին և 18-րդ կետերի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բուժվող հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձինք իրավունք ունեն հաստատելու նամակագրական կապ, և հետազոտման, բուժման, դուրսգրման, օրենքով սահմանված իրենց իրավունքների պաշտպանության և ազատությունների խախտման վերաբերյալ դիմումներով, բողոքներով, անձամբ կամ պաշտպանի կամ օրինական ներկայացուցչի միջոցով դիմելու հոգեբուժական կազմակերպության ղեկավարին, նրա վերադաս մարմնին, դատարան, դատախազություն, Մարդու իրավունքների պաշտպանին, պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմիններին, հասարակական միավորումներին և կուսակցություններին, զանգվածային լրատվության միջոցներին, ինչպես նաև մարդու իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության միջազգային մարմիններին կամ կազմակերպություններին:*

Հոգեբուժական կազմակերպություններում դիմում-բողոքների և առաջարկների արկղիկների և դրանց վարման համապատասխան ընթացքակարգերի բացակայությունը բնականաբար խոչընդոտում է վերոնշված իրավունքի պատշաճ իրացումը:

Նշվածի հետ միասին, Վարդենիսի նյարահոգեբանական տուն-ինտերնատում, օրինակ, կանխարգելման ազգային մեխանիզմի ստորաբաժանման ներկայացուցիչների մշտադիտարկման այցից հետո ողջունելի քայլեր են ձեռնարկվել: Բոլոր բաժանմունքներում տեղադրվել են դիմում-բողոքների արկղիկներ, ինչպես նաև տնօրինության կողմից մշակվել է այդ արկղիկները բացելու և դիմումները հաշվառելու ընթացակարգ:

Հեռախոսակապին առնչվող խնդիրները հիմնականում կապված են հոգեբուժական կազմակերպությունների բաժանմունքներում տաքսոֆոնների կամ հեռախոսների բացակայության («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն, Արմաշի առողջության կենտրոն, Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոն), կամ դրանց անսարքության հետ («Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոն, «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն):

Մեկ այլ հարց կապված է հոգեբուժական կազմակերպություններում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց՝ իրենց մոտ բջջային հեռախոսներ պահելու արգելքի հետ: Դրանք պահվում են կազմակերպության աշխատակիցների մոտ: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնում և «Ավան» հոգեկան առողջության կենտրոնում անհրաժեշտության դեպքում ազգականներին զանգահարելու համար հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տրամադրվում են իրենց անձնական հեռախոսները, որոնք պահվում են աշխատակիցների, մասնավորապես՝ բուժքույրերի մոտ:

Գյումրու հոգեկան առողջության կենտրոնում և Արմաշի առողջության կենտրոնում անհրաժեշտ դեպքերում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք օգտվում են բուժքրոջ աշխատասենյակում տեղադրված քաղաքային հեռախոսից: «Արմաշի» առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց աշխատակիցներն են տրամադրում իրենց անձնական բջջային հեռախոսները: Վարդենիսի նյարդահոգեբանական տուն-ինտերնատում բաժանմունքներից մեկում խնամվողներն իրենց ազգականներին զանգահարում են սոցիալական աշխատողի բջջային հեռախոսից, քանի որ այդ նպատակի համար նախատեսված այլ հեռախոս բաժանմունքում առկա չէ:

Նկարագրված բոլոր դեպքերում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի իրացումը կախվածության մեջ է դրվում կազմակերպության աշխատակիցներից՝ որպես զրկանք ազգականների հետ կապի ապահովման տեսանկյունից: Սա կարող է չարաշահումների տեղիք տալ, քանի որ առանց այն էլ ոլորտը չունի իրավական կարգավորում:

Այլ իրավիճակ է Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսերում: Այստեղ բաժանմունքներում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձը կարող է իր մոտ ունենալ բջջային հեռախոս և կապ հաստատել, օրինակ, ազգականների հետ: Տաքսոֆոնը տեղադրված է առաջին հարկում, որի հասանելիությունը հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար խնդրահարույց է, քանի որ վերջիններս չունեն բաժանմունքից ինքնուրույն դուրս գալու և, փաստորեն, հեռախոսակապից օգտվելու հնարավորություն:

Նույն կազմակերպությունում անհրաժեշտության դեպքում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի սահմանափակման

դեպքերը գրավոր չեն արձանագրվում: Իրականում, իրավունքի սահմանափակման յուրաքանչյուր դեպք պետք է հիմնավոր և սպառիչ արձանագրում ստանա վերջիններիս բժշկական փաստաթղթերում:

Հարկ է նշել, որ հեռախոսակապից օգտվելու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքն ամրագրված է «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքով, որի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 2-րդ կետի համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպությունում բուժվող հոգեկան խանգարումներ ունեցող անձինք իրավունք ունեն օգտվել հեռախոսակապից:* Ավելին, նույն օրենքի հավելվածով սահմանվում են նշված իրավունքի իրացման համար չափանիշներ, որոնց համաձայն՝ *հոգեբուժական կազմակերպություններն իրենց տարածքում տեղադրում են առնվազն մեկ տաքսոֆոն հոգեկան խանգարումներով տառապող անձանց համար հասանելի վայրում:*

Վերոգրյալից պարզ է դառնում, որ հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի իրացումը պրակտիկայում պատշաճ չի ապահովվում:

Ինչ վերաբերում է տեսակցությունների կազմակերպմանը, ապա խնդիրներն այստեղ կապված են տեսակցությունների համար նախատեսված սենյակների չափերի կամ կահավորանքի անբավարարության կամ էլ սենյակների բացակայության հետ: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 7-րդ բաժանմունքի տեսակցությունների սենյակում առկա են 1 սեղան և 3 աթոռ, իսկ արհեստական լուսավորությունը բացակայում է: Արմաշի առողջության կենտրոնում տեսակցությունների սենյակ նախաատեսված չէ: Տեսակցությունները կազմակերպվում են բակում կամ նախասրահում գտնվող ժամանցի սրահում:

Տեսակցությունների հետ կապված մյուս խնդիրը վերաբերում է դրանց ընթացքում բացի հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանցից և այցելուներից տեսակցությանը ներկա գտնվող այլ անձանց շրջանակին: Հիմնականում տեսակցությունները տրամադրվում են սանիտարի կամ բուժքրոջ ներկայությամբ (Արմաշի առողջության կենտրոն, Սյունիքի մարզային նյարդահոգեբուժական դիսպանսեր), սակայն «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի 6-րդ և 7-րդ բաժանմունքներում դրանց ներկա է գտնվում նաև անվտանգության

աշխատակիցը, ով ոստիկանության ծառայող է: Չի կարող արդարացված համարվել տեսակցությանն անվտանգության աշխատակցի կամ ոստիկանի մասնակցությունը:

Առանձին հարց է նաև նաև տեսակցությունների համար նախատեսված սահմանափակ ժամանակացույցը: Օրինակ՝ «Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոնի տեսակցությունները տրամադրվում են միայն աշխատանքային օրերին հստակ նախատեսված ժամանակահատվածում, այն է՝ ժամը 10-ից մինչև 16-ը, իսկ հանգստյան օրերին ընդհանրապես տեսակցություններ չեն թույլատրվում: Նշված գրաֆիկը կարող է լրացուցիչ դժվարություններ առաջացնել 7-րդ և 6-րդ բաժանմունքներում բուժում ստացող և դատահոգեբուժական փորձաքննություն անցնող այն անձանց ազգականների համար, ովքեր չունեն իրենց ազգականներին հանգստյան օրերին կամ նույնիսկ աշխատանքային ժամերից հետո այցելելու հնարավորություն:

Պետք է նշել, որ «Հոգեբուժական օգնության մասին» ՀՀ օրենքի 6-րդ հոդվածի 3-րդ մասի 3-րդ կետով նախատեսվում է հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց համար այցելուներին հանդիպելու իրավունք*:* Նշված օրենքի հավելվածի 2-րդ գլխի 2-րդ կետով սահմանվում է, *որ անգործունակ կամ սահմանափակ գործունակ ճանաչված անձանց, ինչպես նաև անչափահաս հիվանդներին այցելուների հետ հանդիպման ժամանակ բժշկական համապատասխան ցուցումների դեպքում բժշկի հանձնարարությամբ ուղեկցում է տվյալ բաժանմունքի բուժքույրը, որի կապակցությամբ գրառում է կատարվում համապատասխան բժշկական փաստաթղթերում:*

Հետևաբար, ստացվում է՝ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տեսակցություններին կազմակերպության աշխատակիցները չպետք է մասնակցեն՝ բացառությամբ օրենքով նախատեսված դեպքերի:

Այսպիսով, գործնականում չեն ապահովվում նամակագրության, դիմում-բողոքներ հասցեագրելու, հեռախոսակապից օգտվելու, ինչպես նաև տեսակցություններ ունենալու հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց իրավունքները: Ուստի, անհրաժեշտ է՝

✓ ***բաժանմունքներում տեղադրել դիմում-բողոքների համար նախատեսված արկղեր, սահմանել դրանք բացելու, հաշվառելու և հասցեատիրոջն ուղարկելու ընթացակարգ՝ ապահովելով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող խնամվողների գաղտնիության***

պահպանմամբ դիմում-բողոք գրելու հնարավորությունը, ինչպես նաև նշված արկղերի վրա կամ տեսանելի այլ վայրում փակցնել դիմում-բողոքներ գրելու վերաբերյալ տեղեկություններ.

✓ ապահովել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց՝ հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի լիարժեք իրացումը.

✓ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց տեսակցությունները կազմակերպել պատշաճ կահավորված, առանձնացված և բարեկարգ սենյակներում.

✓ անհատական մոտեցմամբ մշակել տեսակցությունների տրամադրման ճկուն գրաֆիկ՝ նախատեսելով դրանց հնարավորություն նաև ոչ աշխատանքային օրերին և ժամերին.

✓ հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի սահմանափակման պատշաճ պատճառաբանությունն ամրագրել համապատասխան փաստաթղթում (օրինակ՝ հիվանդության պատմագրում)՝ ապահովելով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց հեռախոսակապից օգտվելու իրավունքի հնարավորինս կարճաժամկետ և բացառիկ դեպքերում սահմանափակումը.

✓ բացառել տեսակցություններին առանց հիմնավոր պատճառի հոգեբուժական կազմակերպությունների աշխատակիցների մասնակցությունը:

3.10. Անձնագրեր և կենսաթոշակներ

Ինչպես Հայաստանի Հանրապետության յուրաքանչյուր քաղաքացի, այնպես էլ Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիություն ունեցող հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք ունեն Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացու անձնագիր ստանալու իրավունք: Անձնագրերի հետ կապված կարգավորումներն ամրագրված են «Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացու անձնագրերի մասին» ՀՀ օրենքում: Նշված օրենքի 4-րդ հոդվածի համաձայն՝ քաղաքացին անձնագիր ստանում է կամավոր՝ անկախ տարիքից:

Այս առնչությամբ արձանագրվել են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց անձնագրերի տրամադրման հետ կապված խնդիրներ: Այսպես, քննարկվող հոգեբուժական

կազմակերպություններում պահվող անձանց մի մասը չունի Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացու անձնագիր, ինչի հետևանքով զրկված է օրենքով սահմանված մի շարք իրավունքների իրացման հնարավորությունից («Նուբարաշեն» հոգեբուժական կենտրոն): Անձնագիր չունենալու պատճառով հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք, մասնավորապես, զրկված են կենսաթոշակ ստանալու իրավունքից, քանի որ անձնագիր չունենալու հետևանքով նրանց նկատմամբ հաշմանդամության խումբ հնարավոր չէ սահմանել: Արդյունքում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող վերոնշյալ անձինք չեն կարողանում ստանալ աշխատանքային, այդ թվում՝ տարիքային և հաշմանդամության կենսաթոշակ:

Դրա հետ միասին, հոգեբուժական կազմակերպություններում բացակայում են հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենսաթոշակ տրամադրելու և վերջիններիս կողմից այն ինքնուրույն տիրապետելու մեխանիզմներ: «Արմաշի» առողջության կենտրոնում հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող և կենսաթոշակ ստացող անձանց պնդմամբ՝ ստացած գումարի մի մասը պահում են իրենց մոտ, իսկ մնացած մասը տալիս են կենտրոնի աշխատակցին «իրենց հաստատությունում պահելու համար»:

Նշված խնդրի լուծմանը կարող են նպաստել, օրինակ, համապատասխան մատյանների նախատեսումը և դրանց վարման նկատմամբ խիստ հսկողության սահմանումը, հոգեբուժական կազմակերպություններին մոտ բանկոմատների տեղադրումը և այլն:

Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենսաթոշակ տրամադրելու և նրանց կողմից այն ինքնուրույն տիրապետելու մեխանիզմների բացակայությունը կարող է հանգեցնել չարաշահումների: Նման չարաշահումների բացառման, ինչպես նաև անձնագրային խնդրի լուծման համար անհրաժեշտ է՝

- ✓ ***հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ապահովել անձնագրերով.***
- ✓ ***մշակել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց կենսաթոշակ տրամադրելու և վերջիններիս կողմից այն ինքնուրույն տիրապետելու մեխանիզմներ՝ բացառելով հնարավոր չարաշահումները:***