

ნერკოვიტარება საქართველოში

წლიური ანგარიში

2013

თბილისი

2015

ავტორები:

სოფია ალავიძე,	ექიმი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
ნინო ბალანჩივაძე,	MLA, თავისუფალი უნივერსიტეტი, თბილისი
ლილე ბანელაშვილი,	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი
ნინო დუჩიძე,	მაგისტრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი,	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი, ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“
თამარ კიკვიძე,	ექიმი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
ირმა კირთაძე,	ექიმი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“
დავით ოთიაშვილი,	ექიმი, დოქტორი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“
მარიამ რაზმაძე,	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი
ლელა სტურუა,	დოქტორი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
მზია ტაბატაძე,	ექიმი, MPH, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“
ვანო ცერცვაძე,	საქართველოს საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტი

რედაქტორი:

ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი,	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი, ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში — თბილისი“
დავით ოთიაშვილი,	ექიმი, დოქტორი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“
მზია ტაბატაძე,	ექიმი, MPH, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“

ამ ანგარიშის მომზადება შესაძლებელი გახდა ევროკომისიის / ტემპუსის, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID), და ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით.

ანგარიშში წარმოდგენილი მოსაზრებები ეკუთვნის მხოლოდ ანგარიშის ავტორებს და შესაძლოა, არ ასახავდეს დონორი ორგანიზაციების ან საქართველოს მთავრობის პოზიციას.

შემაჯავებელი ინფორმაცია	5
მადლოვები	8
1. ნარკოპოლიტიკა: კანონმდებლობა, სტრატეგიები და ეკონომიკური ანალიზი	9
1.1. შესავალი.....	9
1.2. სამართლებრივი ჩარჩო.....	9
1.3. ეროვნული სამოქმედო გეგმა, სტრატეგია, შეფასება და კოორდინაცია	13
1.4. ეკონომიკური ანალიზი	17
2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციასა და კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებში	21
2.1. შესავალი.....	21
2.2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციაში	22
2.3. ნარკოტიკების მოხმარება სკოლასა და ახალგაზრდებში	22
2.4. ნარკოტიკების მოხმარება სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფში ეროვნულ და ადგილობრივ დონეზე.....	26
3. პრევენცია	28
3.1. შესავალი.....	28
3.2. პრევენციის სისტემა, სტრატეგია, პოლიტიკა.....	29
3.3. გარემოზე მიმართული პრევენცია	30
3.4. უნივერსალური პრევენცია	30
3.5. სელექციური და მიზანმიმართული პრევენცია	31
3.6. ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე განხორციელებული კამპანიები.....	32
4. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარება	34
4.1. შესავალი.....	34
4.2. ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების პრევენციის ტოტალური.....	34
4.3. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარებელთა მახასიათებლები	35
5. ნაგადასრულებლობის მკურნალობა	39
5.1. შესავალი.....	39
5.2. მკურნალობის სტრატეგია და პოლიტიკა	39
5.3. მკურნალობის სისტემა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა.....	40
6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის კორელატები და შედეგები	45
6.1. შესავალი.....	45

6.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები	45
6.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა	54
6.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა	55
7. რეაგირება ჯანმრთელობის კორელატებსა და შედეგებზე	56
7.1. შესავალი.....	56
7.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გადაუდებელი სიტუაციებისა და სიკვდილის პრევენცია.....	56
7.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა.....	57
7.4. რეაგირება ჯანმრთელობის სხვა კორელატებზე ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის	59
8. სოციალური კორელატები და სოციალური რეინტეგრაცია	60
8.1. შესავალი.....	60
8.2. სოციალური გარიყვა და ნარკოტიკების მოხმარება	61
8.3. სოციალური რეინტეგრაცია	63
9. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია და ციხე	66
9.1. შესავალი.....	66
9.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული	67
9.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია.....	73
9.4. ინტერვენციები სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემაში	74
9.5. ნარკოტიკების მოხმარება და პრობლემური მოხმარება სასჯელაღსრულების დანაშაულებებში.....	74
9.6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის საკითხებზე რეაგირება ციხეებში	75
10. ნარკოპაზარი	79
10.1. შესავალი.....	79
10.2. მიწოდება ქვეყანაში და ქვეყნის შიგნით	79
10.3. ამოღება.....	81
10.4. ფასი/სინდინდე	82
ინდექსი	83
აბრევიატურები.....	85
ცხრილები	87
დიაგრამები.....	89
ბიბლიოგრაფია.....	91

ნარკოპოლიტიკისა და კოორდინაციის სფეროში ქვეყანაში 2013-2014წწ მთელი რიგი დადებითი ცვლილებები მოხდა. კერძოდ, 2011 წელს დაარსებულმა „ნარკომანიასთან ბრძოლის ეროვნულმა საბჭომ“ ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგია და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა შეიმუშავა. აღნიშნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის განხორციელების მიზნით შესაბამისმა უწყებებმა საბიუჯეტო თანხები გამოყვეს და ამჟამად მათი განხორციელება მიმდინარეობს. ჩამოყალიბდა ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი, როგორც უწყებათაშორისი ინსტიტუციური მექანიზმი, რომელიც ხელს შეუწყობს ეროვნული სამოქმედო გეგმის განხორციელების მონიტორინგს, სტრატეგიის ოპტიმიზებასა და მტკიცებულებაზე დამოკიდებული მიდგომების პრაქტიკაში დანერგვას. ამავდროულად, ქვეყანაში ნარკომომხმარება ჯერ კიდევ კრიმინალიზებულია, და, შესაბამისად, ნარკოპოლიტიკა უფრო დასჯაზეა ორიენტირებული, ვიდრე მკურნალობაზე; კვლავ დაინყო ზრდა ქუჩაში ნარკოტესტირების პრაქტიკამ, რომელიც მასშტაბით 2007 წლის ნიშნულს გაუტოლდა.

ქვეყანაში არ არსებობს სარწმუნო მონაცემები არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მასშტაბისა და მახასიათებლების შესახებ, რამდენადაც ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა ჯერჯერობით არ ჩატარებულა. დღეისათვის ხელთ გვაქვს მხოლოდ ESPAD-ის მსგავსი სასკოლო გამოკითხვების შედეგად მოპოვებული მონაცემები. ბოლო ამგვარი გამოკითხვის თანახმად, რომელიც 2009 წელს ჩატარდა, (735 მოსწავლე თბილისის 13 საშუალო სკოლიდან, საშუალო ასაკით 16.1 მონაცემთა შეგროვების მომენტისთვის), ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ამა თუ იმ (ნებისმიერი) ნარკოტიკული საშუალების მოხმარების პრევალენტობაა 20% (33% მამრობითი სქესისთვის, 8% – მდედრობითისთვის). ამავე კვლევით, მარიხუანა აღმოჩნდა ყველაზე ხელმისაწვდომი და გავრცელებული ნარკოტიკი, რამდენადაც გამოკითხული მოზარდების 17% აღნიშნავდა, სულ მცირე, მარიხუანის ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც მოხმარებას. კანაფის შემდეგ ყველაზე ხელმისაწვდომი და გავრცელებული არალეგალური ნარკოტიკია ექსტაზი – გამოკითხულთა 7.5%-მა აღნიშნა, რომ ის ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოიხმარა. ექსტაზისა და მარიხუანას მოხმარების თვალსაზრისით განსხვავებული შედეგი იქნა მიღებული USAID-ის მიერ დაფინანსებული „საქართველოში აივ პრევენციის პროექტის“ ფარგლებში 2012 წელს ჩატარებულ ახალგაზრდების ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევაში, რომელიც აივ/შიდსის შესახებ არსებულ ცოდნის, მიდგომებისა და პრაქტიკებს შეისწავლიდა (დერშემი, 2012). თბილისში გამოკვლეულ სკოლის დამამთავრებელი კლასების მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის (n=1,879, ასაკობრივი დიაპაზონი 15-24) მხოლოდ 10.4% და 3.4%-მა აღნიშნა, შესაბამისად, მარიხუანას და ექსტაზის ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარება. თუმცა, ამ ორი კვლევის შედეგებს ერთმანეთთან ვერ შევადარებთ, რადგან მეთოდოლოგია და სამიზნე პოპულაცია არსებითად განსხვავებულია.

ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებლებს შორის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული კვლავაც „ტრადიციული“ ჰეროინი და კუსტარულად დამზადებული ნარკოტიკები –

ოპიოიდი დეზომორფინი („ნიანგი“, „კრაკადილი“) და ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორებია („ჯეფი“ და „ვინტი“). პოლიციისა და ნარკოლოგიური კლინიკების მიერ მონოდედებული ინფორმაციის თანახმად, საანგარიშო პერიოდში ქართველ ახალგაზრდებს შორის ფართოდ იყო გავრცელებული ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები. ამ პრობლემის საპასუხოდ სამინისტრომ მთელი რიგი ზომები მიიღო, მათ შორის: კომპლექსური ანალიტიკური საქმიანობა, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მარეგულირებელი კანონის ინიცირება, ნარკოტიკების მონოდედაზე კონტროლის გაძლიერება, ეროვნული მასშტაბის ანტინარკოტიკული კამპანია („არა ბიონარკოტიკს“), უწყებათაშორისი მექანიზმის შექმნა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების აღკვეთის ხელშეწყობის სახელმწიფო კომისიის სახით. შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ მონოდედებული შეფასების თანახმად, ამ ღონისძიებების შედეგად ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება 90%-ით შემცირდა.

ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების ინსტიტუციური მექანიზმების განვითარება ქვეყნის გადაუდებელი ამოცანაა. ჯერჯერობით არ არსებობს ინსტიტუციური მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოფდა უნივერსალური/ზოგადი პრევენციის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პროგრამების საჯარო სკოლებში დანერგვას. პრევენციული ღონისძიებები დღესდღეობით მხოლოდ კამპანიებით შემოფარგლება, რომელთა დაგეგმვა და შეფასება არ ხდება პრევენციული მეცნიერების ევროპული სტანდარტების შესაბამისად.

ქვეყანაში ვითარდება როგორც დეტოქსიკაციური, ასევე ჩანაცვლებითი მკურნალობის ინფრასტრუქტურა, თუმცა მკურნალობაზე მოთხოვნის მასშტაბს ჯერჯერობით ვერ შეესაბამება. მკურნალობის ფინანსური ხელმისაწვდომობა კითხვის ნიშნის ქვეშაა. მაგალითად, დეტოქსიკაციური მკურნალობის ფასი 1,200 ლარიდან 2,500 ლარამდე მერყეობს სახელმწიფო დაფინანსების შემთხვევაში; მკურნალობის ფასი 2,500 ლარს აღწევს, თუკი პაციენტი საკუთარი ჯიბიდან ფარავს ხარჯებს (როდესაც კვლევის მიხედვით, ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების დაახლოებით მესამედის ყოველთვიური შემოსავალი 100 ლარზე ნაკლებია, ხოლო უმუშევრობა სამჯერ უფრო მეტია, ვიდრე საერთო მოსახლეობაში). ამის საპირისპიროდ, ზიანის შემცირების სერვისებზე ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა მნიშვნელოვნად განვითარდა ბოლო წლების განმავლობაში. თუმცა, ზიანის შემცირების სერვისების უმეტესობა საერთაშორისო დონორების მიერ არის დაფინანსებული და არა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, რაც მათ მდგრადობას რისკის ქვეშ აყენებს. ქვეყანაში წამალდამოკიდებული პირებისთვის ზრუნვის უწყვეტი ჯაჭვის შესაქმნელად აუცილებელია მკურნალობის ფსიქოსოციალური კომპონენტის განვითარება. გრძელვადიანი ფსიქოთერაპიის, თვითდახმარებისა და თერაპიული თემის ინფრასტრუქტურის განვითარების გარეშე შეუძლებელია მკურნალობის მყარი შედეგების მიღწევა.

ნარკოტიკების ამოღების მაჩვენებელი 2013 წლიდან 2014 წლამდე მნიშვნელოვანწილად გაიზარდა: მაგალითად, 2013 წელს ამოღებულია 117 კგ ჰეროინი, მაშინ, როდესაც 2007 წელს – 16.2 კგ, ან 0.09 კგ 2011 წელს. 2008 წლის პიკის შემდეგ, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულისთვის პირველი ინსტანციის სასამართლოების მიმერ მსჯავრდებულთა რაოდენობა 2012 წლამდე მცირდებოდა, თუმცა 2013 წელს ეს რიცხვი თითქმის ორჯერ გაიზარდა (6,456 ინდივიდი, რომელთა უმრავლესობა მსჯავრდებულ იქნა სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით გათვალისწინებული

დანაშაულისთვის (იხილეთ ცხრილი1). 2013 წელს ჯამში 60,196 ადამიანის ტესტირება მოხდა ბიოლოგიურ სითხეში ნარკოტიკებსა და მეტაბოლიტებზე, დადებითი 22,711 შემთხვევით, რაც ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია 2007 წლის შემდეგ, როდესაც მსგავსი ტესტირებების დანერგვა მოხდა.

ქვეყნის ნარკოსტრატეგიის ოპტიმიზაციისთვის აუცილებელია სწორი ბალანსის მოძებნა, ერთი მხრივ, ნარკოტიკების მონოდების შემცირებაზე მიმართულ სამართალდამცავ საქმიანობასა და, მეორე მხრივ, მოთხოვნის შემცირებაზე მიმართულ ღონიძიებებს (პრევენცია, მკურნალობა და ფსიქოსოციალური ზრუნვა) შორის.

ნლიური ანგარიშის შემუშავების პროცესი და სტრუქტურა ეფუძნება ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) სტანდარტებს. იგი ერთობლივი ძალისხმევის შედეგია და მომზადებულია მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელიც აერთიანებს ექსპერტებს ადიქტოლოგიის, ეპიდემიოლოგიისა და ფსიქოლოგიის დარგებში. საავტორო გუნდს სურს, მადლიერება გამოუხატოს ყველა პროფესიონალს, უწყებასა და დანესებულებას, რომლებმაც წვლილი შეიტანეს ანგარიშის მომზადებაში კერძოდ, დიდი მადლობა გვსურს გადავუხადოთ:

- ევროკომისიას, ჩეხეთის განვითარების სააგენტოსა და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, რომელთა მიერ დაფინანსებული პროექტების ფარგლებშიც მოხდა მოცემული ანგარიშის გამოცემა¹;
- ჩვენს ჩეხ კოლეგებს პრადის ჩარლზის უნივერსიტეტის მედიცინის პირველი ფაკულტეტის ადიქტოლოგიის დეპარტამენტიდან და ჩეხეთის ნარკოტიკების და დამოკიდებულების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრიდან – მეთოდოლოგიური, ტექნიკური, ინსტიტუციური და კოლეგიური მხარდაჭერისთვის;
- და ბოლოს, გვსურს მადლობა გადავუხადოთ ჩვენს ქართველ პარტნიორებს: იუსტიციის სამინისტროს და ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორის საბჭოს; შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს, განსაკუთრებით კი დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრსა და ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს; შინაგან საქმეთა სამინისტროს, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს, საქართველოს უზენაეს სასამართლოს, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელს, საქართველოს ადიქტოლოგთა ასოციაციას, საერთაშორისო ფონდს კურაცო, კერძო კლინიკებს „ბემონი“ და „ურანტი“, არასამთავრობო ორგანიზაციას „თანადგომა“, „ახალი გზა“, „ახალი ვექტორი“, „ჰეპა პლუსი“, „პეონი“ და „კამარა“.

1. ანგარიშის გამოცემა მოხდა რამდენიმე ქვეყნის მონაწილეობით განხორციელებული ორი თანამშრომლური პროექტის ფარგლებში – „საქართველოში ადამიანური რესურსების, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული და ხარისხიანი სტანდარტების შემუშავება ადიქტოლოგიაში“ (TEMPUS, ADDIGE; დონორი European Union) და „საქართველოში ადიქტოლოგიის დარგში კვლევების განვითარება“ (Addiction Research Development Project in Georgia; დონორი - US Agency for International Development; Czech Development Cooperation).

1. ნარკოპოლიტიკა: კანონმდებლობა, სტრატეგიები და აკონომიკური ანალიზი

1.1. შესავალი

საქართველოში არსებული ნარკოპოლიტიკა უპირატესად დასჯაზეა ორიენტირებული და არასაკმარისად ითვალისწინებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ძირითად პრინციპებს; არაადეკვატურია ბალანსი ქვეყანაში ნარკოტიკების მოწოდების შემცირებაზე წარმართულ მასშტაბურ სამართალდამცავ ძალისხმევასა და ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირებაზე წარმართულ ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის ინტერვენციებს შორის.

2011 წლიდან დღემდე გადაიდგა მთელი რიგი ნაბიჯები, რამაც ქვეყნის ნარკოპოლიტიკის ინსტიტუციური მექანიზმები დაუახლოვა ევროპულს. კერძოდ, შეიქმნა და იუსტიციის სამინისტროს ხელმძღვანელობით ამოქმედდა უწყებათაშორისი საკოორდინაციო ინსტიტუციური მექანიზმი „ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო“; შემუშავდა ეროვნული ნარკოსტრატეგია და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა („ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია“); ასევე, დაიწყო მუშაობა „ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის“ დაარსებაზე. ცენტრის მიზანია სათანადო ინსტიტუციური მექანიზმების უზრუნველყოფა ნარკოტიკების შესახებ არსებული ინფორმაციის შეგროვების, დამუშავების და გავრცელებისთვის.

1.2. სამართლებრივი ჩარჩო

1.2.1. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული კანონები და ნორმატიული აქტები

ქვეყანაში შემუშავებულია და მოქმედებს მთელი რიგი კანონები და სამართლებრივი რეგულაციები, რომელიც ნარკოტიკული საშუალებების ან/და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო და კანონიერ ბრუნვას აწესრიგებს. მოქმედი, როგორც ადმინისტრაციული, ასევე სისხლის სამართლის კანონმდებლობით, ნარკოტიკების მოხმარება სამართალდარღვევაა. *ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის* 45-ე და 116-ე მუხლები ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ სამართალდარღვევებს არეგულირებს¹. 45-ე მუხლის თანახმად², წლის განმავლობაში სამედიცინო დანიშნულების გარეშე ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების პირველი შემთხვევა, ან მცირე ოდენობის ნარკოტიკების ფლობა რეალიზაციის განზრახვის გარეშე ითვალისწინებს ჯარიმას 500 ლარის ოდენობით, ან, გამონაკლის შემთხვევებში, ადმინისტრაციულ პატიმრობას 15

1. (2014 წლამდე მოქმედებდა აგრეთვე 117-ე მუხლი; 2014 წლის შემდეგ ამ მუხლის დისპოზიცია 116-ე მუხლში გადავიდა).
2. მუხლი 45 - ნარკოტიკული საშუალების მცირე ოდენობით უკანონოდ შექმნა ან შენახვა გასაღების მიზნის გარეშე, ანდა ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე გამოიწვევს დაჯარიმებას 500 ლარის ოდენობით ან, გამონაკლის შემთხვევებში, თუ საქმის გარემოებებისა და დამრღვევის პიროვნების გათვალისწინებით ამ ზომის გამოყენება არასაკმარისად ჩაითვლება, - ადმინისტრაციულ პატიმრობას 30 დღემდე ვადით (საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი).

დღემდე ვადით. იმავე წელს განმეორებით ჩადენილი ქმედება ექვემდებარება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას (იხ. ცხრილი1, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლი). ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 116-ე მუხლი არეგულირებს სატრანსპორტო საშუალების მართვას ნარკოტიკული ან/და ფსიქოტროპული სიმთვრალის მდგომარეობაში, ან ნარკოტიკული სიმთვრალის დასადგენად შემონმებისთვის თავის არიდებას, რასაც მოჰყვება სატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლების 3 წლით შეჩერება.

2006 წელს, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრებმა გამოსცეს *ერთობლივი ბრძანება #1244-278/ნ*, რომელიც ნარკოტიკული თრობის შემონმებას არეგულირებს. ბრძანების თანახმად, პოლიციას მიეცა მოქალაქეების ქუჩაში გაჩერების უფლება ნარკოტიკული თრობის ექსპერტიზის ჩატარების მიზნით ე.წ. „საფუძვლიანი ეჭვის“ საფუძველზე, რომელიც არ იყო განმარტებული და ამდენად სუბიექტური ინტერპრეტაციის საშუალებას იძლეოდა. 2013 წელს *პოლიციის შესახებ საქართველოს კანონში* „საფუძვლიანი ეჭვი“ შეიცვალა ფორმულირებით „საკმარისი საფუძველი ვარაუდისთვის“¹. ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარების ფაქტი დგინდება ლაბორატორიის მიერ სწრაფი ტესტების საშუალებით ან/და კლინიკური შემონმებით, რაც სათანადოდ დასაბუთებულ პასუხს არ იძლევა (იხ. თავი 9.2.3).

ნარკოტიკული საშუალებებით ან/და ფსიქოტროპული ნივთიერებებით უკანონო ვაჭრობისთვის საქართველოს კანონმდებლობა სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას ითვალისწინებს. სისხლის სამართლის კანონმდებლობით დასჯად სხვა სამართალდარღვევებში შედის ნარკოტიკული საშუალებების, ასევე ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო დამზადება, შენახვა, წარმოება, გასაღება, ქვეყანაში შემოტანა ან ქვეყნიდან გატანა (იხ. ცხრილი 1).

საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი მთლიანად ეთმობა ნარკოდასაშუალებას:

ცხრილი1: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი: ნარკოტიკული დანაშაული²

მუხლი #.	ნარკოტიკული დანაშაული	საწყვიების დიპაზონი
მუხლი 260	ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის, ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერების უკანონო დამზადება, წარმოება, შექმნა, შენახვა, გადაზიდვა, გადაგზავნა ან გასაღება	თავისუფლების აღკვეთა 6 თვიდან თავისუფლების უვადო აღკვეთამდე
მუხლი 261	ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების უკანონო დამზადება, წარმოება, შექმნა, შენახვა, გადაზიდვა, გადაგზავნა ან გასაღება ²	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 12 წლამდე

1. „ფაქტიან/და ინფორმაცია, რომელიც დააკმაყოფილებდა ობიექტურ დამკვირვებელს დასკვნის გასაკეთებლად“
 2. ნარკოტიკების სამედიცინო დანიშნულებით მოხმარება, რაც საქართველოს კანონმდებლობით შეზღუდულია (http://police.ge/files/pdf/sakanonmdeblo%20baza/9.Law_on_Narcotic_Assistance.pdf)

მუხლი 262	საქართველოში ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის, პრეკურსორის ან ახალი ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონოდ შემოტანა, საქართველოდან უკანონოდ გატანა ან ტრანზიტივით საერთაშორისო გადაზიდვა	თავისუფლების აღკვეთა 5 წლიდან თავისუფლების უფადო აღკვეთამდე
მუხლი 263	საქართველოში ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების დიდი ოდენობით უკანონოდ შემოტანა, საქართველოდან უკანონოდ გატანა ან ტრანზიტივით საერთაშორისო გადაზიდვა	თავისუფლების აღკვეთა 2-დან 12 წლამდე ვადით
მუხლი 264	ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის, პრეკურსორის ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების მართლსაწინააღმდეგო მისაკუთრება ან გამოძალვა	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 12 წლამდე
მუხლი 265	ნარკოტიკული საშუალების შემცველი მცენარის უკანონო დათესვა, მოყვანა ან კულტივირება	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 12 წლამდე
მუხლი 266	ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის, პრეკურსორის ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, ფსიქოტროპული ნივთიერების ან მისი ანალოგის უკანონო წარმოებისათვის ფარული ლაბორატორიის მოწყობა ან შენახვა	თავისუფლების აღკვეთა 4-დან 12 წლამდე ვადით
მუხლი 267	ნარკოტიკული საშუალების შესაძენად ყალბი რეცეპტის ან სხვა დოკუმენტის დამზადება გასაღების მიზნით ან გასაღება	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 13 წლამდე
მუხლი 268	ფსიქოტროპული ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების შესაძენად ყალბი რეცეპტის ან სხვა დოკუმენტის დამზადება-გასაღების მიზნით ან გასაღება	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 12 წლამდე
მუხლი 269	ნარკოტიკული საშუალების ან პრეკურსორის დამზადების, წარმოების, მიღების, აღრიცხვის, გადაზიდვის, გადაგზავნის ან შემოტანის წესის დარღვევა	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 5 წლამდე
მუხლი 270	ფსიქოტროპული ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების დამზადების, წარმოების, მიღების, აღრიცხვის, შენახვის, გადაზიდვის, გადაგზავნის ან შემოტანის წესის დარღვევა	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 2 წლამდე
მუხლი 271	ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის უკანონოდ მოხმარებისათვის ბინის ან სხვა სადგომის დათმობა	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 9 წლამდე
მუხლი 272	ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის მოხმარებაზე დაყოლიება	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 6 წლამდე

მუხლი 273	პირადი მოხმარებისათვის ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის მცირე ოდენობით უკანონო დამზადება, შექენა, შენახვა ანდა ექიმის დანიშნულების გარეშე უკანონოდ მოხმარება	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 1 წლამდე
მუხლი 274	იძულებითი მკურნალობისათვის თავის არიდება	თავისუფლების აღკვეთა ვადით 1 წლამდე

სანქციების სიმკაცრე დამოკიდებულია სამართალდარღვევების დამამძიმებელ გარემოებებზე, რომელთა შორისაა ამოღებული ნივთიერებების ოდენობა (შემავსებლების გარეშე). 2012 წლამდე, უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული, კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების რაოდენობა დადგენილი იყო პარლამენტის #2557 დადგენილებით, რომელსაც ამჟამად არეგულირებს *2012 წლის 22 მაისს განახლებული კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“* (ე.წ. „ჩარჩო კანონი“). მოცემული კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების და პრეკურსორების კანონიერი ბრუნვისა და ასევე ნარკოლოგიური დახმარების ზოგად ჩარჩოსა და წესებს განსაზღვრავს.

კანონის #2 დანართით დადგენილია მცირე, დიდი და განსაკუთრებით დიდი ოდენობები 200-ზე მეტი ნარკოტიკული საშუალების და 67 ფსიქოტროპული ნივთიერებისათვის. ამჟამად ფართოდ გავრცელებულ მთელი რიგი ისეთი ნივთიერებებისთვის (იხ. მე-2 თავი), როგორცაა ამფეტამინი, მეტამფეტამინი და დეზომორფინი, მცირე ოდენობები დადგენილი არ არის, რის გამოც ამ ნივთიერების ნებისმიერი ოდენობა დიდ ოდენობად მიიჩნევა, რაც უფრო მკაცრ სასჯელს ითვალისწინებს.

საქართველოში ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემის საპასუხოდ 2014 წლის 16 აპრილს მიღებულ იქნა კანონი *„ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“*. კანონის შესაბამისი დებულებები დაემატა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსს, რომელთა თანახმადაც კრიმინალიზებული გახდა ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების უკანონო წარმოება, შესყიდვა, შენახვა და სხვა ქმედებები (იხ. ცხრილი1). კანონის მიზანია მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის პოტენციური ზიანის თავიდან არიდება, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების უკანონო ბრუნვასთან ბრძოლა და შესაბამისი პასუხისმგებელი უწყებების კოორდინირებული მუშაობის უზრუნველყოფა. კანონში განსაზღვრულია ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ქიმიური შენაერთების 9 კლასი და ჩამოთვლილია 20 ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერება.

2007 წელს მიღებული *„ნარკოტიკული დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ“* კანონის თანახმად, „ნარკოტიკული საშუალების მომხმარებელ პირს“¹ ჩამოერთვა გარკვეული უფლებები (მათ შორის, სატრანსპორტო საშუალების მართვის, საექიმო საქმიანობის, საადვოკატო საქმიანობის, სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში საქმიანობისა და სხვა). ჩამორთმევა ხორციელდება სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველზე 3 წლის ან უფრო მეტი ვადით. კანონში შესწორებები რამდენჯერმე შევიდა (ბოლოს 2014 წლის მარტში). მნიშვნელოვან ცვლილებებათა შორისაა: ფარმაცევტული საქმიანობის, ან აფთიაქის დაფუძნების

1. პირი, რომელმაც საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლით გათვალისწინებული დანაშაული ჩაიდინა.

უფლების ჩამორთმევა, უფლებების აღდგენა, ან უფლების ჩამორთმევის პერიოდის შემცირება შესაბამისი ვადის ერთი მესამედის გასვლის შემდეგ „კარგი ქცევის“ საფუძველზე, საპროცესო შეთანხმების დადების შემთხვევებში, უფლებების ჩამორთმევის ვადის შემცირება, ან უფლების ჩამორთმევისგან სრულად გათავისუფლება.

1.2.2. კანონის განხორციელება

კანონის განხორციელება მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართლებრივი რეგულაციების შემუშავებაზე. სასამართლო პრაქტიკა ახორციელებს კანონს სამართლებრივი ჩარჩოსა და საქართველოს უზენაესი სასამართლოს რეკომენდაციების შესაბამისად. მაგალითისათვის იხ. ცხრილი 2, სადაც გადმოცემულია საქართველოს უზენაესი სასამართლოს რეკომენდაციები (2007 წლის 25 ივლისი), საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლის მიმართ (პირადი მოხმარებისათვის ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის მცირე ოდენობით უკანონოდ დამზადება, შექენა, შენახვა, ან ექიმის დანიშნულების გარეშე უკანონოდ მოხმარება).

ცხრილი 2: საქართველოს უზენაესი სასამართლოს რეკომენდაციები (2007 წლის 25 ივლისი), საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლისთვის

გარემოებები	სასჯელი
მსჯავრდებულმა გამოძიებასთან ითანამშრომლა	ჯარიმა არანაკლებ 1,000 ლარის ოდენობით
მსჯავრდებული ადრე ნასამართლევია იყო	თავისუფლების აღკვეთა 1 წლის ვადით, ან ჯარიმა არანაკლებ 3,000 ლარის ოდენობით
1. მსჯავრდებულმა გამოძიებასთან ითანამშრომლა 2. მსჯავრდებული ადრე ნასამართლევია იყო	თავისუფლების აღკვეთა 9 თვის ვადით
თუ სახეზე არც ერთი ზემოხსენებული გარემოება არ არის	თავისუფლების აღკვეთა 6 თვის ვადით ან ჯარიმა არანაკლები 3,000 ლარის ოდენობით

1.3. ეროვნული სამოქმედო გეგმა, სტრატეგია, შეფასება და კოორდინაცია

1.3.1. ეროვნული სამოქმედო გეგმა და სტრატეგია, მათი შეფასება

2013 წელს ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისმა საკოორდინაციო საბჭომ „ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია“ და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა დაამტკიცა, რომელიც, საქართველოში პირველად, ნარკოპოლიტიკის ყველა სფეროს მოიცავს და არსებულ საერთაშორისო პრინციპებს და თანამედროვე

ტენდენციებს შეესაბამება. დოკუმენტი დაინტერესებული სუბიექტების აქტიური მონაწილეობით შემუშავდა, რომელთა შორის იყვნენ საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციები. 2013 წლის ივნისში სტრატეგიის დოკუმენტს გაეცნო და დადებითად შეაფასა ევროსაბჭოს პომპიდუს ჯგუფმა. სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის საბოლოო ვერსია უწყებათაშორისმა საბჭომ 2013 წლის 4 დეკემბერს დაამტკიცა.

სტრატეგიის მთავარი თემატური მიმართულებებია: მიწოდების შემცირება, მოთხოვნის შემცირება, ზიანის შემცირება, სტიგმისა და დისკრიმინაციის დაძლევა, კოორდინაცია და საერთაშორისო თანამშრომლობა, ასევე კვლევა და ინფორმაციის ანალიზი.

2014-2015წწ სამოქმედო გეგმის ღონისძიებები დეტალურად არის განსაზღვრული, პასუხისმგებელი და მონაწილე ინსტიტუციების, განხორციელებისათვის საჭირო ხარჯების, დროითი ჩარჩოსა და განხორციელების შედეგების შეფასების გაზომვადი ინდიკატორების მითითებით.

1.3.2. კოორდინაციის მექანიზმები

ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო შეიქმნა 2011 წელს საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებით. საბჭოს შემადგენლობაში შევიდნენ შემდეგი სახელმწიფო უწყებების წარმომადგენლები: იუსტიციის სამინისტრო, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო, პროკურატურა, უზენაესი სასამართლო და ქვეყნის პარლამენტი.

საკოორდინაციო საბჭოს მთავარი ამოცანები შემდეგნაირად არის განსაზღვრული: ა) ნარკომანიის პრევენციის, ადამიანის უფლებათა დაცვის პრინციპებზე აგებული პოლიტიკის განსაზღვრა; ბ) ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის (სახელმწიფო ნარკოსტრატეგია) და შესაბამისი სამოქმედო გეგმების შემუშავება, პერიოდული განახლება და შესრულების მონიტორინგი; გ) წინადადებებისა და რეკომენდაციების მომზადება ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის განვითარების მიზნით; დ) უწყებათაშორისი საქმიანობის კოორდინაცია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის იმპლემენტაციის პროცესში შესაბამისი ღონისძიებების განხორციელების ხელშეწყობის მიზნით.

დოკუმენტში არ არის გაანერვილი საბჭოს მიერ საკოორდინაციო ფუნქციების შესრულებასთან დაკავშირებული კონკრეტული პროცედურები.

საბჭოს კოორდინაციას საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო ახორციელებს, რომელიც პერიოდულ (როგორც წესი, ყოველკვარტალურ) შეხვედრებს მართავს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გეგმიური და მიმდინარე საკითხების განსახილველად.

საბჭო მოქმედებს მონაწილეობით პრინციპზე დაყრდნობით, რამდენადაც, გარდა ზემოთ ჩამოთვლილი უწყებებისა, მის მუშაობაში მონაწილეობენ ე.წ. მოწვეული (ხმის უფლების არმქონე) წევრი ორგანიზაციების წარმომადგენლებიც, კერძოდ, საერთაშორისო სააგენტოები – ევროკავშირის დელეგაცია საქართველოში, ევროსაბჭოს დელეგაცია საქართველოში, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID), გაეროს

ბავშვთა ფონდი (UNICEF) და გაეროს ნარკოტიკებისა და სისხლის სამართლის ოფისი (UNODC), ყველაზე დიდი სამკურნალო დაწესებულება საქართველოში – ფსიქიკური ჯანმრთელობის და დამოკიდებულების პრევენციის ცენტრი, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაცია დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“.

სამუშაო პროცესში თემატური წვლილის შესატანად, ზემოთ ჩამოთვლილი ორგანიზაციების გარდა, საბჭოს მუშაობაში მონაწილეობის მისაღებად იუსტიციის სამინისტრო ინვესტ ხოლმე ნარკოტიკების ავადმომხარებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე მომუშავე ისეთ არასამთავრობო ორგანიზაციებს, როგორცაა: ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში, კამარა, ბემონი, ურანტი, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, ადამიანის უფლებათა განათლებისა და მონიტორინგის ცენტრი და სხვანი.

1.3.3. სხვა მიმართულებები ნარკოპოლიტიკის სფეროში

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისა და ახალი კუსტარული ნივთიერებების მოხმარების გავრცელებაზე საპასუხოდ 2013-2014⁶ წლებში შემოღებულ იქნა მთელი რიგი სამართლებრივი რეგულაციები და სხვა ინიციატივები.

კოდეინის შემცველი აბებისგან კუსტარულად დამზადებული ოპიოიდის – დეზომორფინის („ნიანგი“ ან „კრაკადილი“) ფართოდ გავრცელებულ მოხმარებაზე საპასუხოდ, შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, სამინისტრომ 2013 წელს ჩაატარა კომპლექსური ანალიტიკური სამუშაო, განხორციელდა საკანონმდებლო ცვლილებები; შინაგან საქმეთა სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი ინიციატივით, კანონში „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“¹ ცვლილებები შევიდა, რაც ითვალისწინებს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას კოდეინის, ეფედრინის, ნორეფედრინისა და ფსევდოეფედრინის შემცველი წამლებით კანონდარღვევით ვაჭრობისთვის, განსაკუთრებით აფთიაქის მეპატრონეებისა და თანამშრომლების პასუხისმგებებაში მიცემის კუთხით. ამასთან, ინსტიტუციურ დონეზე, შსს-სა და ჯანდაცვის სამინისტროს შორის 2013 წელს ხელმოწერილი მემორანდუმის საფუძველზე, შეიქმნა ერთობლივი სამუშაო ჯგუფი ფარმაცევტული ბაზრის კონტროლის მიზნით (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2014გ).

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემაზე საპასუხოდ, „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“ კანონის მე-6 მუხლისა და სამი მინისტრის ერთობლივი ბრძანების² საფუძველზე შეიქმნა „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების აღკვეთის ხელშეწყობის სახელმწიფო კომისია“. სახელმწიფო კომისიის შემადგენლობაში შედიან:

➤ შინაგან საქმეთა სამინისტროს ცენტრალური კრიმინალური პოლიციის დეპარტამენტის დირექტორი (სახელმწიფო კომისიის თავმჯდომარე)

1. საქართველოს პარლამენტმა ეს ცვლილებები დაამტკიცა 2014 წლის მარტში.
2. საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და საქართველოს ფინანსთა მინისტრის 2014 წლის 13 მაისის ბრძანება №344/№01-30/ნ/№147 (კომისიის შექმნას საუძვლად დაედო მოცემული ბრძანების პირველი მუხლის პირველი პუნქტი).

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის უფროსი (სახელმწიფო კომისიის თანათავმჯდომარე);
- საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – შემოსავლების სამსახურის საბაჟო დეპარტამენტის უფროსი (სახელმწიფო კომისიის თანათავმჯდომარე);
- საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს საექსპერტო-კრიმინალისტიკური მთავარი სამმართველოს უფროსი;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს ფარმაცევტული საქმიანობის დეპარტამენტის ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის სამმართველოს უფროსი;
- საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს მმართველობის სფეროში შემავალი საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – შემოსავლების სამსახურის საბაჟო დეპარტამენტის უფროსის მოადგილე;
- საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს აკადემიის პრორექტორი (სახელმწიფო კომისიის მდივანი)

ამას გარდა, საჭიროების მიხედვით და თავმჯდომარის მოთხოვნის საფუძველზე, სახელმწიფო კომისიის შეხვედრებში მონაწილეობის მისაღებად შესაძლებელია შესაბამისი სპეციალისტების მონწილევა.

მინისტრთა ერთობლივი ბრძანებისა და კანონის თანახმად, „კომისია აკვირდება ქვეყანაში ახალ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებულ სიტუაციას და მასთან დაკავშირებულ გამოწვევებს, ასევე უზრუნველყოფს შესაბამისი კანონმდებლობის განხორციელებას. უფრო ზუსტად, უფლებამოსილების საფუძველზე, სახელმწიფო კომისია აკვირდება პოტენციური საფრთხის შემცველი სხვადასხვა ქიმიური ნაერთის მიმოქცევას ბაზარზე; ახორციელებს ახალ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებული რისკების შეფასებასა და ანალიზს საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით; აქვეყნებს ყოველკვარტალურ და წლიურ ანგარიშებს საქართველოში ახალ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებულ ვითარებაზე. ამას გარდა, მონიტორინგის და ანალიზის ფუნქციების გარდა, რომლებიც თავისთავად ძალიან მნიშვნელოვანია, სახელმწიფო კომისია აქტიურადაა ჩართული კანონშემოქმედების პროცესში; უფრო ზუსტად: სახელმწიფო კომისია საქართველოს მთავრობისთვის შეიმუშავებს წინადადებებს ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისა და ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ქიმიურ ნაერთთა კლასების „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“ საქართველოს კანონის დანართებში შეტანის ინიცირებასთან დაკავშირებით. საკანონმდებლო ინიციატივის მომზადების უფლებამოსილების ფარგლებში, შემდეგი პირობები უნდა იქნას დაკმაყოფილებული: კანონის დანართებში ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შეტანის ინიცირებისთვის სახელმწიფო კომისია უფლებამოსილია შეიმუშაოს წინადადებები, თუ: ა) არსებობს საკმარისი საფუძველი

ვარაუდისთვის, რომ მოსახლეობის გარკვეულ წრეებში კონკრეტული ქიმიური ნაერთების ავადმომარება ნარკოტიკული თრობის მისაღებად ხდებოდა; ბ) მათი გამოყენებისას მეცნიერების, შესაბამისი სახელმწიფო ორგანოებისა და საერთაშორისო ორგანიზაციების გამოცდილების მიხედვით, ექმნება საფრთხე მომხმარებლების სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას, ან ასეთი საფრთხის გამორიცხვა შეუძლებელია. რაც შეეხება ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ქიმიურ ნაერთთა კლასების შეტანის ინიცირებას კანონის დანართებში, სახელმწიფო კომისია უფლებამოსილია შეიმუშაოს წინადადებები, როდესაც იმავე ზომის გატარება ცალკეული ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიმართ უფრო ნაკლებად გამოსადეგია მათი გავრცელების აღსაკვეთად და, შესაბამისად, მომხმარებლის ჯანმრთელობისთვის საფრთხის თავიდან ასაცილებლად“.

2014 წლის აგვისტოში, პროფესიული თემის, ნარკოპოლიტიკის რეფორმაზე მომუშავე აქტივისტებისა და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების გრძელვადიანი საადვოკაციო ძალისხმევის შედეგად, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შესაბამის ბრძანებაში ცვლილებები შეიტანა, რომლის თანახმადაც ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებს მოეხსნათ ზედოზირებაზე ეჭვის შემთხვევაში პოლიციის საქმის კურსში ჩაყენების ვალდებულება¹. მოსალოდნელია, რომ აღნიშნული ცვლილება გაზრდის ზედოზირების შემთხვევაში გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გამოყენების ალბათობასა და მასშტაბს, რაც, თავის მხრივ, შეამცირებს ნაროტიკების მიზეზით სიკვდილიანობას.

1.4. აკონომიკური ანალიზი

გასული წლების განმავლობაში საქართველოში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების საპასუხო ღონისძიებებს აფინანსებდნენ საერთაშორისო დონორები და ისეთი ადგილობრივი უწყებები, როგორცაა: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, შინაგან საქმეთა სამინისტრო, ფინანსთა სამინისტრო და სხვ. შიდასთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი რჩება ძირითად დონორად, რომელიც უზრუნველყოფს საკვანძო სერვისების ფუნქციონირების მხარდაჭერას, აივ ინფექციის მკურნალობისა და პრევენციის, ზიანის შემცირების დაბალზღურბლოვანი სერვისებისა და ოპიოიდის აგონისტებით მხარდამჭერი თერაპიის ჩათვლით. სახელმწიფოს მხრიდან წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სფეროში ძირითადი დამფინანსებელი შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროა.

ქვეყანაში დღეისათვის ნარკოტიკების პრობლემის დაძლევაზე მიმართული საპასუხო ღონისძიებების ბიუჯეტებთან ან/და ხარჯებთან დაკავშირებით ინფორმაციის აღრიცხვა ვერ ხერხდება. შედარებით შესაძლებელია ჯანდაცვასთან დაკავშირებული დანახარჯების თვალის მიდევნება სახელმწიფო პროგრამების შესაბამისი დოკუმენტაციის მეშვეობით. სამართალდამცავი, საგანმანათლებლო თუ სხვა ნებისმიერი უწყების ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანახარჯების გამოყოფა სხვა ღონისძიებების საერთო ბიუჯეტიდან ვერ ხერხდება უწყებების ბიუჯეტის სტრუქტურისა და მათი საქმიანობის სპეციფიკიდან გამომდინარე.

1. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 5/12/2000 239/ნ ბრძანება

1.4.1. ჯანდაცვასთან დაკავშირებული დანახარჯები

მოცემულ ქვეთავში შესული ინფორმაცია ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯების შესახებ მოპოვებულია საჯაროდ ხელმისაწვდომი ორი ძირითადი წყაროდან: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბიუჯეტი (და დანახარჯები) და შიდსზე გლობალური რეაგირების ანგარიში¹ (GARP).

2013 წელს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსებაში იდენტიფიცირებამა დანახარჯებმა სულ 10,4 მილიონი ლარი შეადგინა. ამ თანხაში შედიოდა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი 4,2 მილიონი ლარი, საერთაშორისო დონორებისგან გამოყოფილი 3,5 მილიონი ლარი და ინდივიდუალური პაციენტების მიერ გადახდილი 2,7 მილიონი ლარი. 2012 წელთან შედარებით, ეს მნიშვნელოვანი ზრდაა (იხ. ცხრილი 3):

ცხრილი 3: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯები მილიონ ლარებში, 2012-2013წწ (შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013, 2014)

	სახელმწიფო ბიუჯეტები		საერთაშორისო წყაროები		კერძო წყაროები	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
ზიანის შემცირება, აგონისტებით მხარდამჭერი თერაპიის ჩათვლით	2,7*	2,65*	2,7	2,65	1,27	2,7**
ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ტესტირება (VCT)***	0,2	0,22	1,3	0,85	0	0
აბსტინენციაზე ორიენტირებული სტაციონარული და ამბულატორიული თერაპია და პირველადი (დეტოქსიკაციის შემდგომი) რეაბილიტაცია	—	1,33	0	0	—	—
სულ	2,9	4,2	4,0	3,5	1,27	2,7

* – „მოიცავს აგონისტებით მხარდამჭერ თერაპიას; ნემსების/შპრიცების პროგრამებისთვის სახელმწიფო დაფინანსება გამოყოფილი არ არის.

** – საკუთარი ჯიბიდან განხორციელებული თანაგადახდა აგონისტებით მხარდამჭერი თერაპიისთვის

*** – მოიცავს ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების (ნკტ) იმ დაფინანსებასაც, რომელიც მიმართულია კომერციული სექსის მუშაკებსა და იმ მამაკაცებზე, ვისაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ).

1. სტანდარტიზებულ ფორმატში შესრულებული ანგარიში ქვეყანაში აივ/შიდსის პრობლემის მართვის დახარჯებზე, რომელსაც სხვადასხვა ქვეყანა ყოველწლიურად წარუდგენს გაეროს შიდსთან ბრძოლის სააგენტოს (UNAIDS)

ზემოთ მოყვანილი (იხ. ცხრილი 3) რიცხვები უნდა განვიხილოთ არა როგორც აბსოლუტური სიდიდეები, არამედ უფრო როგორც დაფინანსების მასშტაბის ინდიკატორები, რამდენადაც, მაგალითად, არ არის ნათელი, ნკტ-ს დაფინანსების რა ნაწილი მიემართება კონკრეტულად ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლებისთვის.

აივ/შიდსის მკურნალობისა და ზრუნვის ხარჯები იფარება როგორც აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძლის გლობალური ფონდის მიერ, ასევე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. საქართველოში უზრუნველყოფილია საყოველთაო ხელმისაწვდომობა მაღალეფექტურ ანტირეტროვირუსულ (არვ) მკურნალობაზე, რაც იმას ნიშნავს, რომ ყველა ადამიანს, ვისაც მკურნალობა ესაჭიროება, აქვს მისი მიღების საშუალება. 2013 წელს აივ/შიდსის მკურნალობა-ზრუნვაზე 10,2 მილიონი ლარი დაიხარჯა, სადაც 3,6 მილიონი ლარი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან იყო გამოყოფილი და 6,5 მილიონი კი აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძლის გლობალური ფონდიდან. იმის გათვალისწინებით, რომ 2013 წელს არვ თერაპიაში ჩართულ პაციენტთა 40% ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო (872/2,179) (ჩხარტიშვილი, 2015), ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებზე ზრუნვასა და მკურნალობაში დაახლოებით 4 მილიონი ლარი დაიხარჯა.

ნარკოლოგიური/ადიქტოლოგიური სერვისების დაფინანსება კვლავ მკურნალობის ხელმისაწვდომობის განმსაზღვრელ ძირითად ფაქტორად რჩება. სერვისების მნიშვნელოვანი ნაწილი, განსაკუთრებით კი ზიანის შემცირების დაბალზღვრბლოვანი სერვისები, მხოლოდ და მხოლოდ საერთაშორისო დაფინანსებაზეა დამოკიდებული. ზიანის შემცირებისთვის საჭირო ქმედებების ფართე არეალიდან სახელმწიფო მხოლოდ ჩანაცვლებით თერაპიას აფინანსებს. ამავე დროს, გლობალური ფონდის დაფინანსების მოდელის ბოლოდროინდელი რესტრუქტურირება (AIDSPAN, 2011), საქართველოს გაუმჯობესებული ეკონომიკური ინდიკატორების¹ ფონზე იძლევა იმის წინასწარმეტყველების საფუძველს, რომ ახლო მომავალში აივ-ის პრევენციისა და მკურნალობის დაფინანსების ეს ერთადერთი მექანიზმი შეჩერდეს. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფოში 2001 წლის შემდეგ ჯანდაცვის დანახარჯები მონეტარული თვალსაზრისით იზრდება (ჩხარტიშვილი, 2015), ნარკოლოგიური სერვისების ხელმისაწვდომობა ლიმიტირებულია მკურნალობის საჭიროების მქონე პირის გადამხდელუნარიანობით. აღსანიშნავია, რომ არც სახელმწიფო და არც კერძო დაზღვევა არ მოიცავს ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების სკრინინგს, შეფასებასა თუ მკურნალობას.

მიუხედავად ნარკოლოგიური მკურნალობის დაფინანსებაში მთელი რიგი პოზიტიური ცვლილებებისა, რაც ბოლო წლებში მოხდა (მაგ., ნარკოლოგიური მკურნალობის სახელმწიფო ბიუჯეტის ყოველწლიური ზრდა, ოპიოიდების აგონისტებით მკურნალობისთვის 50/50 სახელმწიფოსა და პაციენტის მიერ თანადაფინანსების მოდელის შემოღება), მკურნალობის შესაძლებლობებისა და ხელმისაწვდომობის დღევანდელი დონე ჯერ კიდევ არ არის დამაკმაყოფილებელი და ვერ პასუხობს ქვეყანაში არსებულ მკურნალობის საჭიროებას. მოთხოვნის შემცირებაზე მიმართულმა დანახარჯებმა 98 ლარი შეადგინა ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემის მქონე ინდივიდზე. გამოკვლევის თანახმად, დღეისათვის ნარკოლოგიური მკურნალობის პროგრამებს შეუძლიათ მომსახურება გაუწიონ მკურნალობისა და ზრუნვის საჭიროების მქონე ზრდასრულ პირთა მხოლოდ 5-10%-ს.

1. დაბალი-საშუალო შემოსავლის ეკონომიკა, დაავადების დაბალი ტვირთით

2012 წლიდან მოყოლებული დღემდე საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ბიუჯეტში გათვალისწინებულია თანხები უსაფრთხოების სხვადასხვა ზომებისთვის, რომელშიც შედის ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების პრევენცია საგანმანათლებლო დაწესებულებებში. 2013 წელს სამინისტრომ ამ მიზნით 9,6 მილიონი ლარი გამოყო. თუმცა, ამ თანხის უდიდესი ნაწილი გათვალისწინებულია უსაფრთხოების უზრუნველმყოფი კადრების – მანდატურების შრომის ასანაზღაურებლად და არა სპეციფიკურად ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრევენციულ აქტივობებზე. სამართალდამცავ უწყებათა ბიუჯეტებში არ ხდება ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დაგეგმილი და განხორციელებული დანახარჯების დიფერენცირება. ერთადერთი კვლევა, რომელიც ირიბად გვთავაზობს გარკვეულ მონაცემებს სამართალდამცავი უწყებების ხარჯების შესახებ, ეხება ნარკოტიკების მოხმარების ეჭვის საფუძველზე მოქალაქეთა დაკავება-შემონმებას და აანალიზებს 2008 წლის მონაცემებს. კვლევის თანახმად, 2008 წელს, სამართალდამცავი და სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემების საერთო დანახარჯები (პოლიცია, პროკურატურა, სასამართლო, სასჯელაღსრულების სისტემა), დაკავშირებული ნარკოტიკულ თრობაზე შემონმებასა და შემდგომ დევნასთან, შეადგენდა 18 მილიონ ლარს (ოთიაშვილი, 2012).

2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციასა და კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებში

2.1. შესავალი

საქართველოში არასოდეს განხორციელებულა ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა ნარკოტიკების მოხმარების თაობაზე, რის გამოც დღეისათვის ქვეყანაში არ მოიპოვება სარწმუნო მონაცემები ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების პრევალენტობისა და გავრცელებული სტერეოტიპების შესახებ. 2015 წლის მაისიდან, ევროკომისიის მიერ დაფინანსებული TEMPUS-ის პროექტის ფარგლებში, დამოკიდებულების კვლევითმა ცენტრმა „ალტერნატივა ჯორჯია“, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტთან თანამშრომლობით, დაიწყო მოსახლეობის ზოგადი გამოკითხვის განხორციელება ჩეხი კოლეგების მეთოდოლოგიური დახმარებით პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის დეპარტამენტიდან. კვლევის შედეგები ხელმისაწვდომი იქნება 2015 წლის ბოლოს.

ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვის მსგავსად, არასდროს განხორციელებულა ახალგაზრდების გამოკითხვა ქვეყნის მასშტაბით. თბილისის მასშტაბით, 1990-იანი წლებიდან მოყოლებული, პერიოდულად ტარდებოდა ახალგაზრდათა გამოკითხვა ESPAD-ის კითხვარის საფუძველზე შედგენილი ინსტრუმენტებით (თოდაძე, 2003). ახალგაზრდების ბოლო კვლევა განხორციელდა 2009 წელს სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის (SCAD) ფარგლებში, სადაც ESPAD-ის სტანდარტები ზედმიწევნით იყო დაცული (Baramidze, 2009). ამ კვლევის შედეგები 2009 წლის ნარკოვითარების წლიურ ანგარიშშია ასახული (Javakhishvili, 2009).

2015 წელს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ევროპული ცენტრის (EMCDDA) მეთოდოლოგიური და ფინანსური მხარდაჭერით, ახორციელებს ნაციონალური მასშტაბის ESPAD კვლევას. კვლევის შედეგები ხელმისაწვდომი იქნება 2015 წლის ბოლოს.

2012 წელს ამერიკის განვითარების სააგენტოს (USAID) მიერ დაფინანსებული „საქართველოში აივ პრევენციის პროექტის“ (GHPP) ფარგლებში „ახალგაზრდების ქცევაზე ზედამხედველობის“ კვლევა განხორციელდა; შემდეგ თავში (იხ. 2.3) ასახულია ამ კვლევის შედეგები ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებით.

ზემოაღნიშნულის გარდა, 2012 წელს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის პროექტის ფარგლებში ასევე გაიმართა მცირემასშტაბიანი კვლევა საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს დაფინანსებით, სადაც აქცენტი გაკეთდა „ყოვლისმომცველი სოციალური ზემოქმედების პროგრამის“ (EU-DAP) პილოტირებაზე საქართველოს სამ კერძო სკოლაში. აღნიშნული კვლევის შედეგები ასახულია 2.3 თავში.

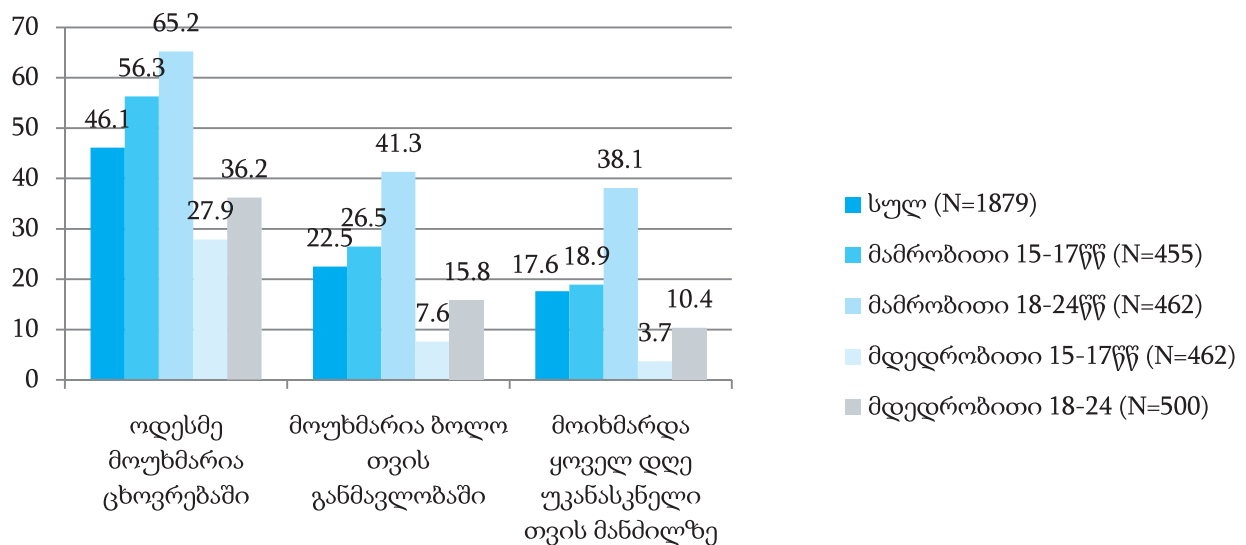
2.2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციაში

ჯერჯერობით მონაცემები არ არსებობს. საქართველოში პირველი ზოგადი პოპულაციის გამოკითხვა ტარდება 2015 წელს და შედეგები ხელმისაწვდომი იქნება აღნიშნული წლის ბოლოს.

2.3. ნარკოტიკების მოხმარება სკოლასა და ახალგაზრდებში

2012 წელს ამერიკის განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებული „საქართველოში აივ პრევენციის პროექტის“ ფარგლებში ჩატარებულ „ახალგაზრდების ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის“ მიზანი იყო დაედგინა, თუ რა ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა არსებობდა აივ/შიდსის მიმართ თბილისში, სკოლის დამამთავრებელი კლასების მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის. გამოკითხული ახალგაზრდების ნახევარი საქართველოს სხვა რეგიონებში მცხოვრები, თბილისში სწავლის გასაგრძელებლად ჩამოსული ახალგაზრდები იყვნენ. შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით სულ გამოკითხულ იქნა 15-24 წლის 1,879 რესპონდენტი, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ მიწოდებული სკოლების, უნივერსიტეტებისა და პროფესიული სასწავლებლების მოსწავლეების ოფიციალური სიებიდან. კვლევაში სამი სხვადასხვა კვლევითი ინსტრუმენტის კომბინაცია იყო გამოყენებული: (1) ყველაზე დიდი რისკის ზღვარზე მყოფ პოპულაციებს შორის (MARP) ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის (BSS) კითხვარი, (2) ESPAD კითხვარი და (3) შეკითხვების ნაკრები, შედგენილი გაერთიანებული ერების გენერალური ასამბლეის აივ/შიდსის სპეციალური სესიის (UNGASS) ინდიკატორების საფუძველზე (UNGASS, 2010).

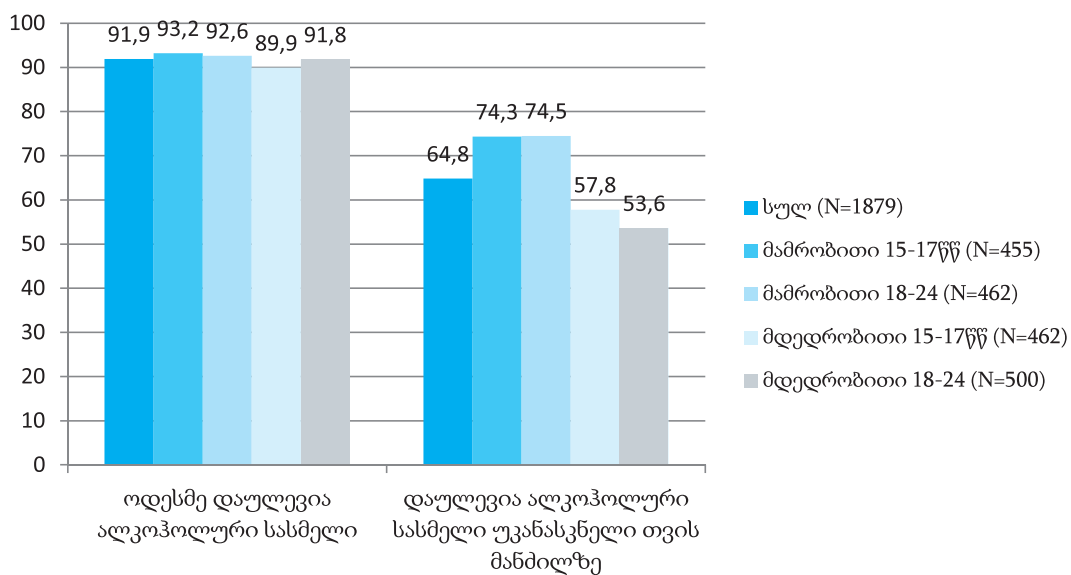
დიაგრამა 1: ცხოვრებაში ერთხელ მაინც, ბოლო თვეში და ყოველდღიურად თამბაქოს მოხმარების პრევალენტობა თბილისის საშუალო სკოლებისა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის, პროცენტებში (დერჟემი, 2012)



შეკითხვები ეხებოდა თამბაქოს, ალკოჰოლის, მარიხუანას, ექსტაზისა და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებას რესპონდენტის მიერ გასული თვის განმავლობაში, ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, ან ცხოვრებაში ერთხელ მაინც. გამოკითხვის შედეგების თანახმად, რესპონდენტების დაახლოებით ნახევარს (46.1%) მოუწევია თამბაქო ცხვრებაში ერთხელ მაინც; დაფიქსირდა დიდი გენდერული განსხვავება (მამრობითი სქესის რესპონდენტები – 60.7%, მდედრობითი სქესისა – 32.2%). ასევე, განსხვავებული იყო ცხოვრებაში ერთხელ მაინც თამბაქოს მოხმარების მასშტაბი სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებში (შესაბამისად, 41.9% და 50.1%). დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ დიაგრამა 1.

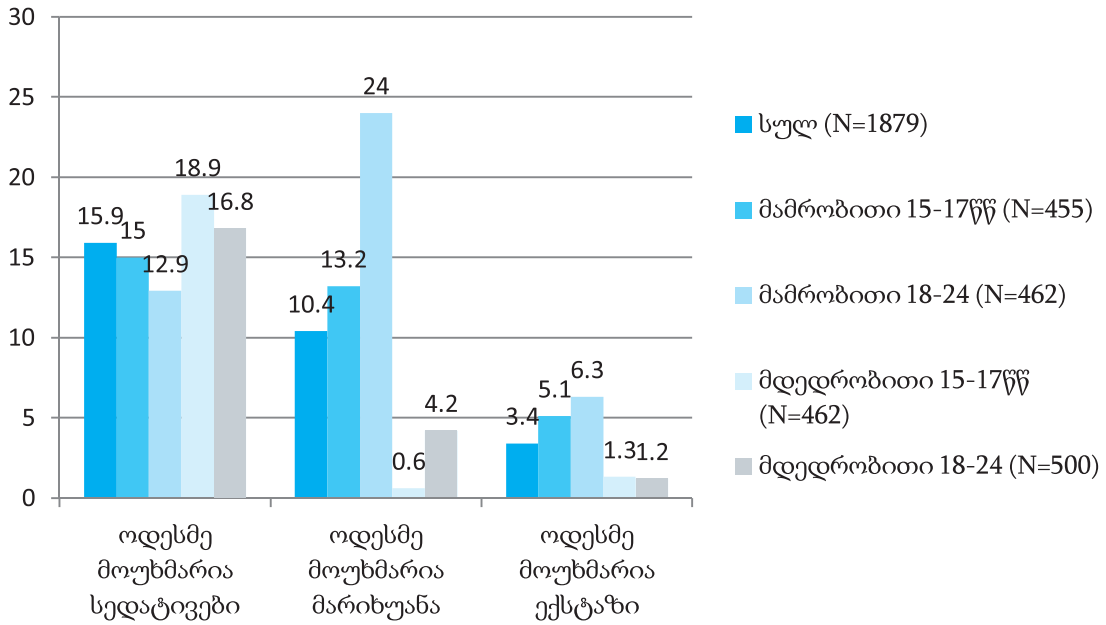
ალკოჰოლის ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარების გავრცელება, ასაკისა და სქესის მიუხედავად, მაღალი იყო რესპონდენტთა ოთხივე ჯგუფში და ვარირებდა 89.8%-დან 93.2%-მდე (იხ. დიაგრამა 2):

დიაგრამა 2: ცხოვრებაში ერთხელ მაინც და გასული თვის განმავლობაში ალკოჰოლის მოხმარების პრევალენტობა თბილისის საშუალო სკოლების მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის, პროცენტებში (დერშემი, 2012)



სქესის მიხედვით სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ გამოვლენილა (სხვა ნარკოტიკების მოხმარების მხრივ) არც სკოლის მოსწავლეებს და არც უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის (შესაბამისად, 18.0% და 19.7%). არ გამოვლინდა რაიმე მნიშვნელოვანი განსხვავება ასაკობრივ ჯგუფებს შორის არც სედაციური საშუალებების მოხმარების მხრივ. ამავე დროს, აღინიშნა მცირე, თუმცა მნიშვნელოვანი განსხვავება მამრობითი და მდედრობითი სქესის რესპონდენტებს შორის – ცხოვრებაში ერთხელ რაიმე სედაციური საშუალების ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარება მიუთითა მდედრობითი სქესის რესპონდენტების 17.6%-მა და მამრობითი სქესის რესპონდენტების 13.9%-მა ($\chi^2=4.85$, $df=1$, $p<0.00$). კვლევამ მნიშვნელოვანი განსხვავებები გამოავლინა მარიხუანას მოხმარების მხრივ როგორც ასაკობრივ, ასევე გენდერული მახასიათებლით. ასევე, გამოვლინდა გენდერული განსხვავებები ექსტაზის მოხმარების თვალსაზრისით (იხილეთ დიაგრამა 3):

დიაგრამა 3: სედაციური საშუალებების, მარიხუანას და ექსტაზის მოხმარების პრევალენტობა ცხოვრებაში ერთხელ მაინც, თბილისის საშუალო სკოლებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებში, პროცენტებში (დერშემი, 2012)



ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარების პრევალენტობის გარდა, კვლევა აგრეთვე გვთავაზობს ინფორმაციას მარიხუანას (ჰაშიშის) და ექსტაზის მოხმარებაზე ბოლო 12 და ბოლო 30 დღის განმავლობაში ცხრილი 4 გვიჩვენებს კვლევის შედეგებს სამივე დროის ინტერვალისათვის:

ცხრილი 4: ცხოვრებაში ერთხელ მაინც, ბოლო 30 დღის და ბოლო 12 თვის განმავლობაში მარიხუანას (ან ჰაშიშის) და ექსტაზის მოხმარება სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებში (დერშემი, 2012)

პრევალენტობა	სულ (N=1,879)	მამრობითი 15-17 (N=455)	მამრობითი 18-24 (N=462)	მდედრობითი 15-17 (N=462)	მდედრობითი 18-24 (N=500)
მარიხუანა ან ჰაშიში					
ცხოვრებაში ერთხელ მაინც	10.4% (195/1,879)	13.2% (60/455)	24.0% (111/462)	0.6% (3/462)	4.2% (21/500)
ბოლო 12 თვის მანძილზე	4.0% (76/1,879)	6.6% (30/455)	7.6% (35/462)	0.6% (3/462)	1.6% (8/500)
ბოლო 30 დღის მანძილზე	1.0% (18/1,879)	1.1% (5/455)	1.5% (7/462)	0.4% (2/462)	0.8% (4/500)
ექსტაზი					
ცხოვრებაში ერთხელ მაინც	3.4% (66/1,879)	5.1% (23/455)	6.3% (29/462)	1.3% (6/462)	1.6% (8/500)
ბოლო 12 თვის მანძილზე	2.0% (37/1,879)	2.6% (12/455)	3.5% (16/462)	0.2% (1/462)	1.6% (8/500)
ბოლო 30 დღის მანძილზე	1.1% (20/1,879)	2.0% (9/455)	1.7% (8/462)	0.0% (0/462)	0.6% (3/500)

კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების მხოლოდ 0.6%-მა (1,879 რესპონდენტიდან 12-მა) აღნიშნა ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარება. ამ მხრივ, უმაღლესი მაჩვენებელი დაფიქსირდა 18-24 წლის მამრობითი სქესის სტუდენტებს შორის (2.2%, 10 რესპონდენტი 462-დან). ბოლო 12 თვის მანძილზე ინექციური მოხმარება აღნიშნა 1,879 რესპონდენტიდან 2-მა (0.1%) მამრობითი სქესის რესპონდენტმა, 18-24 წლის ასაკობრივ ინტერვალში.

2012 წელს, საქართველოს განათლების სამინისტროს მიერ დაფინანსებული, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის მიერ განხორციელებული პროექტის ფარგლებში, რომელიც „ყოველსმომცველი სოციალური ზეგავლენის“ (“Unplugged”, EU-DAP) პროგრამის პილოტირებაზე იყო მიმართული, ESPAD კითხვარის საშუალებით გამოკითხულ იქნა 11-დან 15 წლამდე ასაკის 200 მოსწავლე თბილისის 5 კერძო სკოლიდან (3 ექსპერიმენტული, 2 – საკონტროლო) გამოკითხვის შედეგები ასახულია ქვემოთ (იხ. ცხრილი 5):

ცხრილი 5: ნარკოტიკების მოხმარება თბილისის 5 კერძო სკოლის 11-15 წლის ასაკის მოსწავლეთა შერჩევაში, პროცენტებში (Javakhishvili, 2012)

	თამბაქოს მოწევა	ალკოჰოლის მოხმარება	ალკოჰოლით თრობა	მარისუანას მოხმარება	ნებოს ყნოსვა	სედაციური საშუალებების არასამედიცინო მიზნებით გამოყენება
ცხოვრებაში ერთხელ მაინც	24.4	81.0	41.7	0.5	10.5	6.4
ბოლო 12 თვის მანძილზე	—	72.4	30.7	1.6	5.3	1.1
ბოლო 30 დღის მანძილზე	4.6	42.4	14.9	1.0	3.7	1.1

სამკურნალო დაწესებულებებიდან მიღებული მტკიცებულების თანახმად (სიხარულიძე, 2015), (ვადაჭკორია, 2015) ახალგაზრდებს შორის ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება გაცილებით მაღალი იყო სხვა ნარკოტიკებთან შედარებით. შინაგან საქმეთა სამინისტრომ ამ პრობლემას საკანონმდებლო ცვლილებით უპასუხა (იხ. ქვეთავი 1.2.1), რომლის თანახმადაც გაძლიერდა ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებებით ვაჭრობისა და მოხმარების კონტროლი, შეიქმა უწყებათაშორისი საზედამხედველო მექანიზმი ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების აღკვეთის ხელშეწყობის სახელმწიფო კომისიის სახით. ასევე ჩატარდა ნაციონალური მასშტაბის ანტინარკოტიკული კამპანია. შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, აღნიშნული ღონისძიებების შედეგად, ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება 2014 წლის ბოლო 6 თვის განმავლობაში, 2013 წლის იმავე პერიოდთან შედარებით, 90%-ზე მეტად შემცირდა (იხ. თავი 3.6).

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატი) მიერ 2013 წლის ივლისში UNICEF-თან გაფორმებული საგრანტო შეთანხმების შესაბამისად და მჭიდრო თანამშრომლობით საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროსთან და გაეროს მოსახლეობის ფონდთან ერთად (UNFPA) „ახალგაზრდების ეროვნული კვლევა“ ჩატარდა. კვლევის მიზანი საქართველოში ახალგაზრდების პრობლემების იდენტიფიცირება და ცოდნასა და მტკიცებულებებზე დამყარებული ახალგაზრდული პოლიტიკის შემუშავება იყო. წარმოდგენილი კვლევა მოიცავს 2500 შინამეურნეობას საქართველოს ყველა რეგიონში (გარდა აფხაზეთისა და სამხრეთ ოსეთისა). თითოეულ შინამეურნეობაში გამოიკითხა 15-29 ასაკის ერთი წევრი.

აღნიშნული კვლევის თანახმად, ახალგაზრდებს შორის ალკოჰოლის და თამბაქოს მოხმარების მაჩვენებლებში მნიშვნელოვანი გენდერული სხვაობაა. მაგალითად, გამოკითხულთა 21.6%-დან, რომელიც აცხადებს, რომ რეგულარული მწვევლია (მოიხმარს ყოველ დღე), მდედრობითი სქესის მხოლოდ 4.1% შედის.

ქვეყნის მასშტაბით იმ ახალგაზრდების წილი, ვინც აცხადებს, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიიღო ალკოჰოლური სასმელი, 63.4%-ს შეადგენს (81.3% მამრობითი, 45.9% - მდედრობითი). უმრავლესობა ალკოჰოლურ სასმელს მოიხმარდა თვეში ერთხელ ან უფრო იშვიათად (66.8%). 19.4% თვეში 1-3 დღე მოიხმარდა ალკოჰოლს. შედარებით მცირეა იმ ახალგაზრდების წილი, ვინც კვირაში 1-2 დღე იღებდა ალკოჰოლურ სასმელს (11%), ძალიან მცირეა იმ ახალგაზრდების წილი, რომლებიც ალკოჰოლს კვირაში 3-7 დღე მოიხმარდნენ (2.8%).

2.4. ნარკოტიკების მოხმარება სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფში ეროვნულ და ადგილობრივ დონეზე

2.4.1. ნარკოტიკების მოხმარება კომერციული სექსის მუშაკებში

საერთაშორისო ფონდმა კურაციომ საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიურ ცენტრ „თანადგომასთან“ ერთად 2014 წელს ბიო-ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა განახორციელა დროისა და ადგილის მიხედვით შერჩევის ტექნიკით, რისთვისაც მდედრობითი სქესის სექს მუშაკები შეარჩია (N=280) საქართველოს 2 ქალაქში (160 თბილისში და 120 – ბათუმში). სექს მუშაკების საშუალო ასაკი იყო 40 წელი თბილისში და 38 წელი ბათუმში, მათი ნახევარი 25 წელს იყო გადაცილებული და „40+“ ასაკობრივ ჯგუფს წარმოადგენდა (50.6% თბილისში და 42.5% ბათუმში); რესპონდენტთა უმრავლესობა ეთნიკურად ქართველია (83.8% თბილისში და 92.5% ბათუმში), საშუალო/პროფესიული განათლებით (79.4% თბილისში და 82.5% ბათუმში).

ყოველდღიურად ალკოჰოლის მოხმარება თბილისში მიუთითა რესპონდენტთა 9.4%-მა, ხოლო ბათუმში – 21.7%-მა. ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებაზე კვლევის დროს შეკითხვა არ დასმულა. რაც შეეხება უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე ერთხელ მაინც მოხმარებას, ის დაადასტურა თბილისელი რესპონდენტების 1.9%-მა (სამი რესპონდენტი) და ბათუმელი რესპონდენტების 0.8%-მა (ერთი რესპონდენტი). ამ რესპონდენტების ასაკი აღემატებოდა 25 წელს. მოხმარებულ ინექციურ საშუალებად რესპონდენტების მიერ დასახელდა სუბუტექსი და ჰეროინი.

არაინექციური ნარკოტიკების მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე გამოვლინდა თბილისელი რესპონდენტების 6.3%-ში და ბათუმელი რესპონდენტების 5.8%-ში. სედაციური/საძილე აბები დასახელდა, როგორც ყველაზე გავრცელებულ (ხშირად მოხმარებადი) არაინექციური საშუალება (იხ. ცხრილი 6):

ცხრილი 6: ალკოჰოლისა და არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობა სექს მუშაკ ქალებში 2014 წელს (წერეთელი, 2014)

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება	თბილისი (%)	თბილისი (n/N)	ბათუმი (%)	ბათუმი (n/N)
ალკოჰოლის ყოველდღიური მოხმარება	9.4	15/160	21.7	26/120
ნარკოტიკების არაინექციური მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე	6.3	10/160	5.8	7/120
სედაციური/საძილე აბები	5.6	9	2.5	3
ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე	1.9	3/160	0.8	1/120
ბუპრენორფინი (სუბუტექსი®)	1.9	3	0.8	1
ჰეროინი	1.25	2	--	0

2.4.2. ნარკოტიკების მოხმარება იმ მამაკაცებს შორის, რომლებსაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან

საერთაშორისო ფონდი *კურაციოს* და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიურ ცენტრი „თანადგომის“ კვლევა ავლენს ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მოხმარების მასშტაბს თბილისში მცხოვრებ იმ მამაკაცებს შორის, რომლებსაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ). კერძოდ, 2010 და 2012წწ, შეფასდა აივ-ის სარისკო ქცევა მსმ-ებს შორის, რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდის გამოყენებით. ცხრილი 7 აჯამებს 2010 და 2012 წლებში. მსმ-ებს შორის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შესახებ ინფორმაციას.

ცხრილი 7. ალკოჰოლის და არალეგალური ნარკოტიკების პრევალენტობა მსმ-ებს შორის, პროცენტებში (წერეთელი, 2012)

ინდიკატორი	2010 (N=278)	2012 (N=218)
ყოველდღე იღებს ალკოჰოლს	8.6	9.2
არაინექციური ნარკოტიკის მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე	21.6	17.9
ინექციური ნარკოტიკის მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე	4.3	2.8

არაინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელ რესპონდენტთა შორის ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერება იყო მარიხუანა. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელი 6 რესპონდენტიდან კი 4-მა ბუპრენორფინის მოხმარება მიუთითა.

3. პრევენცია

3.1. შესავალი

ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) განმარტებით, „პრევენცია არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სოციალიზაცია, სადაც ყურადღების ცენტრშია ინდივიდუალური გადანყვეტილების მიღება სოციალურად მისაღები ქცევების სასარგებლოდ. მისი მიზანია არა მხოლოდ ნივთიერებების მოხმარების პრევენცია, არამედ ასევე იმის უზრუნველყოფა, რომ გვიან მოხდეს მოხმარების დაწყება, ნაკლები ინტენსივობით წარიმართოს და არ გადაიზარდოს პრობლემურ მოხმარებაში. პრევენცია უფრო მეტად ბავშვისა და მოზარდის განვითარებას ეხება, ვიდრე მოზარდებთან საუბარს ნარკოტიკების მოხმარების შეწყვეტის შესახებ“¹ (EMCDDA, 2015). პრევენციის სამი ფორმა არსებობს, რომლებიც, ერთად აღებული, ყოვლისმომცველ მიდგომას ქმნის:

- უნივერსალური პრევენცია, ანუ „პრევენცია ყველასთვის“ მიმართულია ზოგადად მოსახლეობაზე, ძირითადად სკოლებსა ან/და სხვადასხვა თემზე, მისი წევრების მონყვლადობის მიუხედავად;
- სელექციური პრევენცია წარმოადენს პრევენციულ მუშაობას რისკის ზღვარზე მყოფ ჯგუფებთან, თემებთან და ოჯახებთან (მაგ. ომით დაზარალებული ტრავმირებული მოსახლეობა, სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობა და ა.შ.);
- მიზანმიმართული პრევენცია ეხება კონკრეტულ ინდივიდებს, რომლებიც იდენტიფიცირებულნი არიან ან როგორც მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი პირები (მაგ, ქცევითი პრობლემებისა თუ სხვა ფსიქო-სოციალური სირთულეების გამო), ან შემჩნეული არიან ნარკოტიკების არარეგულარულ (მაგ., ექსპერიმენტულ) მოხმარებაში.

აღნიშნული სამი ფორმის გარდა, ასევე არსებობს პრევენციის გარემოზე მიმართული სტრატეგიები, რომლებიც ფოკუსირებულია, ერთი მხრივ, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზოგადოებრივ და კულტურულ ნორმებსა და სამართლებრივ რეგულაციებზე, მეორე მხრივ კი – კონტექსტუალური რისკ-ფაქტორების მინიმიზაციასა და დამცავი ფაქტორების გაძლიერებაზე. საქართველოში, ნარკოტიკების პრობლემაზე საპასუხო სტრატეგიულ მიმართულებებს შორის, პრევენცია ყველაზე სუსტადაა განვითარებული. ჯერჯერობით ქვეყანაში არ არსებობს პრევენციის ზემოთ აღწერილი ფორმების განხორციელებისათვის აუცილებელი ინსტიტუციური მექანიზმები. ამის გამო დღესდღეობით პრევენცია ქვეყანაში მხოლოდ ფრაგმენტული, არათანმიმდევრული, აქციური სახის ინტერვენციებით შემოიფარგლება, რომლებიც ამა თუ იმ სახელმწიფო

1. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention>

უნყების, არასამთავრობო ორგანიზაციების, ეკლესიის, სკოლებისა თუ სხვა დაინტერესებული სუბიექტების მიერ ხორციელდება და, როგორც წესი, არ ეფუძნება სამეცნიერო მტკიცებულებას, არ ფასდება ეფექტურობის, ზეგავლენისა თუ ხარისხის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით.

2012 წელს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტმა „ყოველსმომცველი სოციალური ზეგავლენის პროგრამის“ („Unplugged“¹) პილოტირება დაიწყო (EU-DAP, 2015) თბილისის სამ კერძო სკოლაში (Javakhishvili, 2014) პროგრამის ფორმატი ქართული კულტურისა და კონტექსტის გათვალისწინებით შემუშავდა. ეს არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული უნივერსალური პრევენციის პროგრამა, რომელიც მთავარ ყურადღებას აქცევს ნარკოტიკების შესახებ განათლების საკითხების შეტანას სკოლის სასწავლო გეგმაში. ამ პროექტის შედეგად, უკვე გამოსაყენებლად მზა სახით არსებობს საქართველოსთვის შემუშავებული „Unplugged“ პროგრამის პაკეტი. აღნიშნული პროგრამის განხორციელება შეტანილია „ეროვნულ სტრატეგიულ ანტინარკოტიკულ სამოქმედო გეგმაში“, თუმცა მისი რეალიზებისთვის ჯერ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან თანხები არ არის გამოყოფილი.

3.2. პრევენციის სისტემა, სტრატეგია, პოლიტიკა

ნარკომანიასთან ბრძოლის ეროვნულმა საბჭომ 2012-2013 წლებში კოორდინაცია გაუწია „საქართველოს ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის“ შემუშავების პროცესს, რომელიც 2013 წლის დეკემბერში დამტკიცდა. სამოქმედო გეგმაში შედის ისეთი აქტივობები, როგორცაა ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ რისკებზე ცნობიერების ამაღლებისათვის შესაბამისი ინფორმაციის ჩართვა საჯარო სკოლების ზოგად სასწავლო გეგმებში, ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და ანტინარკოტიკული კამპანიების ორგანიზება საჯარო სკოლის მოსწავლეებისთვის, შესაბამისი კონფერენციებისა და შეჯიბრებების მოწყობა ადგილობრივ და ცენტრალურ დონეზე (მაგ. საუკეთესო ესსე ანტინარკოტიკულ თემაზე) სკოლის მოსწავლეებისთვის და მათი მონაწილეობით, გამარჯვებულების გამოვლინებითა და დაჯილდოვებით და ა.შ. გარდა ამისა, რიგი ღონისძიებებისა მიმართულია საჯარო სკოლების აღჭურვაზე ნარკოტიკების პრობლემის მართვისათვის აუცილებელი ინფორმაციითა და უნარჩვევებით: მაგ., სპეციალური სახელმძღვანელოს შემუშავება სარისკო ქცევების შესახებ სკოლის მასწავლებლებისთვის; ასევე, ადიქტოლოგიის საკითხებში პედაგოგების და სკოლის ადმინისტრატორებისთვის უწყვეტი სწავლის ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნა და ა.შ.

ზემოაღნიშნულის გარდა, „სამოქმედო გეგმა“ ორ, მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ, სასკოლო პრევენციულ პროგრამას მოიცავს – ევროპაში ამჟამად ფართოდ გავრცელებული „ყოველსმომცველი სოციალური ზეგავლენის პროგრამას“ („Unplugged“, EU-DAP) და „სკოლის ნარკოპოლიტიკის პროგრამას“, მაგრამ ამ მომენტისთვის მათი განხორციელებისთვის ბიუჯეტი არ არის გამოყოფილი, რაც საჯარო სკოლებში საერთაშორისო სტანდარტებსა და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრევენციული საგანმანათლებლო პროგრამების დანერგვას აბრკოლებს.

1. <http://www.eudap.net/>

სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრომ „საქართველოს სახელმწიფოს ახალგაზრდული პოლიტიკა“ შეიმუშავა (2012 წლის 17 აგვისტო; ბრძანება #1608), სადაც აქცენტია გაკეთებული ჯანსაღი ცხოვრების წესისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოსმარების პრევენციის მიზნით აქტიური კამპანიების გამართვის მნიშვნელოვნებაზე.

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ დღეისათვის საქართველოში ყველაზე გავრცელებული პრევენციული აქტივობა სხვადასხვა დაინტერესებული სუბიექტის მიერ განხორციელებული ანტინარკოტიკული კამპანიებია. რამდენადაც ამგვარი კამპანიების დაგეგმვასა თუ ეფექტის/ზეგავლენის გაზომვაში, უფრო ხშირად, არ ეყრდნობიან საერთაშორისო სტანდარტებსა და სამეცნიერო მტკიცებულებას, მათი ხარისხი და ეფექტურობა კითხვის ნიშნის ქვეშაა.

3.3. გარემოზე მიმართული პრევენცია

ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი ადგენს რეგულაციებს ალკოჰოლისა და თამბაქოს მოხმარებისა და გავრცელებისთვის: კერძოდ, მუხლი #155*3 კრძალავს თამბაქოს პროდუქციის მოხმარებას საჯარო და სამედიცინო დაწესებულებებსა და სკოლებში. ასევე, აკრძალულია თამბაქოს პროდუქციის მიყიდვა 18 წლამდე პირებისთვის, და/ან მათი თამბაქოს ბიზნესში (მაგ. დისტრიბუციაში) ჩართვა. აკრძალულია თამბაქოს გაყიდვა სკოლების ახლოს და სავაჭრო ცენტრების ბავშვთა განყოფილებების მახლობლად; ასევე, სიგარეტების ღერებად (შეუფუთავი სახით) გაყიდვა. კანონი, აგრეთვე, კრძალავს თამბაქოს მოხმარების ჩვენებას მასმედიით და არეგულირებს გამაფრთხილებელ წარწერებს თამბაქოს პროდუქტებზე/მათ შეფუთვაზე.

ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი კრძალავს ალკოჰოლის მოხმარებას საჯარო ადგილებში, ალკოჰოლის მიყიდვას 18 წლამდე ასაკის პირებისთვის და არეგულირებს თამბაქოს პროდუქციის რეკლამისა და დიზაინის საკითხებს. კოდექსის 116-ე მუხლი კრძალავს ავტომობილის მართვას ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით სიმთვრალის მდგომარეობაში. საჯარო დაწესებულების ხელმძღვანელმა სამსახურში მიღებისას პირს ან შემდგომ საჯარო მოსამსახურეს შეიძლება მოსთხოვოს სამედიცინო-ნარკოლოგიური შემოწმების ცნობის ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სამედიცინო დასკვნის წარდგენა, თუ ეს გათვალისწინებულია საქართველოს კანონმდებლობით (საქართველოს კანონი საჯარო სამსახურის შესახებ).

3.4. უნივერსალური პრევენცია

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო ჩართულია „ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის“ 2014-2015წწ სამოქმედო გეგმის განხორციელებაში. 2014-2015 სასწავლო წლის განმავლობაში სამინისტროს დაგეგმილი აქვს სკოლის მასწავლებლების, დამრიგებლების, დირექციისა და მშობლებისათვის სპეციალური სახელმძღვანელოს შემუშავება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების

(ალკოჰოლი, ნიკოტინი, არალეგალური ნარკოტიკები) მოხმარების პრობლემის პრევენციასა და ჯანსაღი კვების პოპულარიზაციაზე.

სამინისტროს კიდევ ერთი ინიციატივა არის ეროვნული მასშტაბის კონკურსი საჯარო სკოლების მოსწავლეთათვის საუკეთესო ანტინარკოტიკულ ბლოგებსა და პოსტერებზე. სასწავლო გეგმების ეროვნულმა დეპარტამენტმა 2014 წელს განახორციელა მოსამზადებელი სამუშაო კონკურსის 2015 წელს ჩასატარებლად; გამარჯვებული ანტინარკოტიკული პოსტერები გავრცელდება ქვეყნის საჯარო სკოლებში, ქართულ, სომხურ და აზერბაიჯანულ ენებზე.

განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ 2013-2015 წლებისათვის დადგენილი დაფინანსების პრიორიტეტი, ნარკომანიის პრევენციის თვალსაზრისით, არის საგანმანათლებლო დაწესებულებების, არასამთავრობო და კერძო ორგანიზაციების მიერ შეთავაზებული ჯანსაღი ცხოვრების წესის ინიციატივები. მაგალითად, საქართველოში აივ-ის პრევენციის პროექტის (GHPP) ფარგლებში აღმოჩენილი ტექნიკური მხარდაჭერით, 2013-2014 წწ სამინისტრომ წარმატებით დაწერა ჯანსაღი ცხოვრების წესის სასწავლო გეგმა განათლების სისტემაში; გამოქვეყნდა სპეციალური სახელმძღვანელო ბიოლოგიის მასწავლებლებისთვის (საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი, 2012). ყოველივე ამის მეოხებით 15-18 წლის მოზარდები ბიოლოგიის გაკვეთილებზე იღებენ აუცილებელ ინფორმაციას აივ/შიდსის, არალეგალური ნარკოტიკების, თამბაქოსა და ალკოჰოლის ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებული ზიანისა და ნაადრევი ორსულობის რისკების შესახებ.

2014 წლის 29 მარტს მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ეროვნულმა ცენტრმა სტრუქტურული კონფერენცია მოაწყო თემაზე „ჯანსაღი ცხოვრების წესი, ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობა“, სადაც ერთ-ერთი თემა იყო ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის აღმოფხვრის სტრატეგიები. მონაწილეებმა (სხვადასხვა სკოლიდან) წარმოადგინეს კვლევითი პროექტები, სადაც აქცენტირებული იყო ჯანსაღი ცხოვრების წესი.

უსაფრთხო სკოლის კონცეფციის ფარგლებში, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს დაქვემდებარებაში 2010 წლიდან ფუნქციონირებს სპეციალური საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – ე.წ. მანდატურის სამსახური, რომლის მიზანია საზოგადოებრივი წესრიგისა და უსაფრთხოების დაცვა საგანმანათლებლო დაწესებულებების ტერიტორიაზე, სკოლის მოსწავლეებს შორის ცივი (დანა, სხვა მჭრელი საგნები) თუ ცეცხლსასროლი იარაღის ტარებისა და ალკოჰოლის თუ ნარკოტიკების გავრცელების აღმოფხვრის გზით. მანდატურებმა სპეციალური მომზადება გაიარეს, სადაც ერთ-ერთი საკითხი იყო ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევების პირველადი ნიშნების ამოცნობა. 2010 წლის შემდეგ მანდატურების ინსტიტუტი საჯარო (და ზოგ კერძო) სკოლებში ფუნქციონირებს.

3.5. სელექციური და მიზანმიმართული პრევენცია

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებულ მანდატურის სამსახურში 2013 წლის აპრილიდან ამოქმედდა „ბავშვზე

ზრუნვისა და ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრი“ რომელიც, ფაქტობრივად, მიზანმიმართული პრევენციის განხორციელების ინსტიტუციური მექანიზმია. ცენტრი ემსახურება სკოლის პედაგოგებისა, ადმინისტრატორებისა და მანდატურების მიერ გადმომისამართებულ ქცევითი პრობლემების მქონე ბავშვებსა და მოზარდებს. ცენტრის მუშაობის მეთოდოლოგია შეიმუშავა არასამთავრობო ფონდმა „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“, საერთაშორისო სტანდარტებსა და სამეცნიერო მტკიცებულებაზე დაყრდნობით. ამ მეთოდოლოგიის თანახმად, ცენტრის ბაზაზე მომუშავე მულტიდისციპლინური გუნდი ფსიქოლოგის, სოციალური მუშაკისა და ბავშვთა ფსიქიატრის შემადგენლობით ახორციელებს ცენტრის ბენეფიციარების ფსიქოსოციალურ დახმარებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ადრეული გამოვლენისა და შესაბამისად, ადრეული ჩარევის განხორციელების მიზნით. ამას, თავის მხრივ, შეაქვს წვლილი დელინქენტური ქცევისა და არასრულწლოვანთა დანაშაულის პრევენციაში. 2014 წელს მულტიდისციპლინური გუნდის მიდგომა, თბილისის პარალელურად, „ბავშვზე ზრუნვის და ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრის“ ბათუმის, ქუთაისის, ფოთის, თელავის და გორის რეგიონულ ოფისებში დაინერგა.

საქართველოში აივ-შიდსის პრევენციის პროექტის ფარგლებში, სასჯელაღსრულების სამინისტროს ხელშეწყობით, მიზანმიმართული ფსიქოსოციალური საგანმანათლებლო პრევენციული პროგრამა დაინერგა, აგრეთვე, არასრულწლოვან მსჯავრდებულთა, პრობაციონერებისა და სხვა მაღალი რისკის მოზარდებისათვის. პროგრამის მიზანია ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაცია, აივ/შიდსისა და ფსიქოპათიური ნივთიერებების ავადმომხმარების პრევენცია (USAID, 2014; საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი, 2010–2014).

3.6. ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე განხორციელებული კამპანიები

ანტინარკოტიკული კამპანიები, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ქვეყანაში პრევენციული ღონისძიებების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. ამგვარ კამპანიებს, როგორც წესი, არ ახლავს კვლევები, რომლებიც ნარკოტიკების მოხმარების მასშტაბს და მახასიათებლებს გაზომავდა აქციამდე და აქციის შემდეგ, და, ამგვარად, წარმოადგენდა მტკიცებულებას კამპანიის ეფექტურობის შესახებ.

2014 წელს შინაგან საქმეთა სამინისტრომ ფართომასშტაბიანი ანტინარკოტიკული კამპანია დაიწყო „არა ბიონარკოტიკს – ერთად შევცვალოთ დამოკიდებულება!“. აღნიშნული კამპანიის მიზანია მოსახლეობაში, განსაკუთრებით კი ახალგაზრდებს შორის, ინფორმაციის გავრცელება ნარკოტიკების მოხმარებისა და არალეგალური ბრუნვის ნეგატიური მხარეების შესახებ, განსაკუთრებული აქცენტით ახალ ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე. კამპანიის ფარგლებში მთელი რიგი ღონისძიებები გაიმართა, როგორცაა ანტინარკოტიკული სოციალური ვიდეოკლიპების მომზადება და ტელევიზიით გადაცემა, შინაგან საქმეთა სამინისტროს წარმომადგენლების საგანმანათლებლო შეხვედრები სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებთან, სპეციალური კონკურსი საუკეთესო ანტინარკოტიკული მედიაპროდუქტის გამოსავლენად, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჟურნალისტიკის ფაკულტეტის მონაწილეობით და ა.შ.

შინაგან საქმეთა სამინისტროს თანახმად, „ანტინარკოტიკული კამპანიის მთავარმა გზავნილებმა მოსახლეობის ყველა სეგმენტამდე, განსაკუთრებით, ამ კუთხით ყველაზე მოწყვლად ჯგუფამდე – ახალგაზრდობამდე მიაღწია, რამაც, ბუნებრივია, ხელი შეუწყო ნარკოტიკების მოხმარების კლებასა და ნარკომომხმარების პრევენციას ქვეყანაში“¹ (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2014ბ).

საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრომ, 2013 წლის მარტ-ოქტომბერში, განახორციელა ანტინარკოტიკული კამპანია ახალგაზრდული ფესტივალის „სტუდენტური დღეები 2013 ნარკოტიკების წინააღმდეგ“ ფარგლებში, სადაც მონაწილეობა 1,000 სტუდენტმა მიიღო საქართველოს 43 უნივერსიტეტიდან (სპორტისა და ახალგაზრდულ საქმეთა სამინისტრო, 2014). კამპანიის დროს განხორციელდა სპორტული შეჯიბრებები, საგანმანათლებლო ვიქტორინები და კულტურული ღონისძიებები ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციისთვის; ასევე, სტუდენტებს შორის გაიმართა დებატები თემაზე: „ნარკოტიკების ავადმომხმარება – დანაშაული თუ დაავადება?“ 2014 წელს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრომ ჩაატარა მთელი რიგი სპორტული ღონისძიებები სლოგანით „აირჩიე ჯანსაღი ცხოვრების წესი“.

1. <http://police.ge/en/projects/narkotikebi/antinarkotikuli-kampania>

4. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარება

4.1. შესავალი

ნარკოვიტარების სწრაფი ცვლილებისა და პრობლემის მართვის საქმეში ბოლოდროინდელი ტენდენციების გათვალისწინებით, ტერმინი „ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება“ გადაისინჯა და 2014 წელს ახალი ტერმინით „ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარება“ (HRDU¹) ჩანაცვლდა, სადაც ყურადღება გამახვილებულია ნარკოტიკების განმეორებით მოხმარებაზე, რამაც პოტენციურად ან ფაქტობრივად შეიძლება შედეგად მოიტანოს წამალდამოკიდებულების განვითარება, ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები, ფსიქოლოგიური და სოციალური ზიანი (უარყოფითი შედეგები). თუმცა, მოცემული ანგარიშის ტექსტში ჩვენ მაინც გამოვიყენებთ ძველ ტერმინს „ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება“, რამდენადაც ის დღეისათვის ფართოდ გამოიყენება საქართველოში, არალეგალური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების რეგულარული ინექციური მოხმარების მნიშვნელობით.

ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობის შემსწავლელი კვლევები ქვეყანაში 2009 წლიდან ხორციელდება. ზიანის შემცირების სერვისები და ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ასევე წარმოადგენს ინფორმაციის წყაროს ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარებლების სხვა მახასიათებლების თაობაზე დასკვნების გამოსატანად.

4.2. ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების პრევალენტობა

საქართველოში 2009 წლამდე არ განხორციელებულა რაიმე კვლევა ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების პრევალენტობისა და ინციდენტობის დასადგენად. შედეგად, ნარკოვიტარების თაობაზე მსჯელობა მიდიოდა არა ფაქტებზე, არამედ ბუნდოვან და გაზვიადებულ წამოდგენებზე დაყრდნობით. სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ინიციატივით, მეთოდოლოგიური ხელმძღვანელობითა და მხარდაჭერით, 2009 წელს არასამთავრობო ორგანიზაციამ „საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი“ განახორციელა ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების პრევალენტობის შესაფასებელი კვლევა მამრავლი კოეფიციენტის მეთოდის (multiplier/benchmark) გამოყენებით (Sirbiladze, 2010). კვლევის შედეგების განახილველად შედგა შეხვედრა დარგის ექსპერტების მონაწილეობით, სადაც მიღწეულ იქნა საექსპერტო კონსენსუსი. კონსენსუსით ქვეყანაში ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარებლების რაოდენობა შეფასდა, როგორც 40 ათასი ადამიანი (95%; ნდობის ინტერვალი: 39,000-41,000). აქედან

1. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

გამომდინარე, ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების პრევალენტობის მაჩვენებელი იყო 1.5% (1.48%-1.52%) 15-დან 64 წლამდე ასაკის პოპულაციაში.

ანალოგიური (პრევალენტობის შესაფასებელი) კვლევა ჩატარდა „საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონისა“ და „საერთაშორისო ფონდი კურაციოს“ მიერ 2012 წელს, გლობალური ფონდის დაფინანსებით. მოცემულ კვლევას კვლავ მოჰყვა საექსპერტო კონსენსუსის შეხვედრა, რომლის საფუძველზეც ქვეყანაში ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარებლების რაოდენობა შეფასდა, როგორც 45 ათასი ადამიანი. შესაბამისად, გამოთვლილ იქნა პრევალენტობის მაჩვენებელი 1.65% (1.63%-1.67%) 15-დან 64 წლამდე ასაკის პოპულაციაში (Sirbiladze, 2013). მოცემულმა შედეგმა 5 ათასით გადააჭარბა 2009 წლის კვლევის საფუძველზე გამოთვლილ რაოდენობას (95% ნდობის ინტერვალი: 44,434-45,524). მაგრამ რამდენადაც 2012 წლის კვლევის დროს განსხვავებული მეთოდოლოგია იქნა გამოყენებული (Sirbiladze, 2013), ეს არ გვაძლევს ამ ორი კვლევის ვალიდური შედარების საშუალებას. სავსებით შესაძლებელია, რომ ზემოთ აღნიშნული ზრდა კვლევის განსხვავებული მეთოდების გამოყენების შედეგია და არა პრობლემურ მოხმარებელთა რაოდენობის ზრდის მაჩვენებელი.

4.3. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მომხმარებელთა მახასიათებლები

4.3.1. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელიდან მიღებული მონაცემები

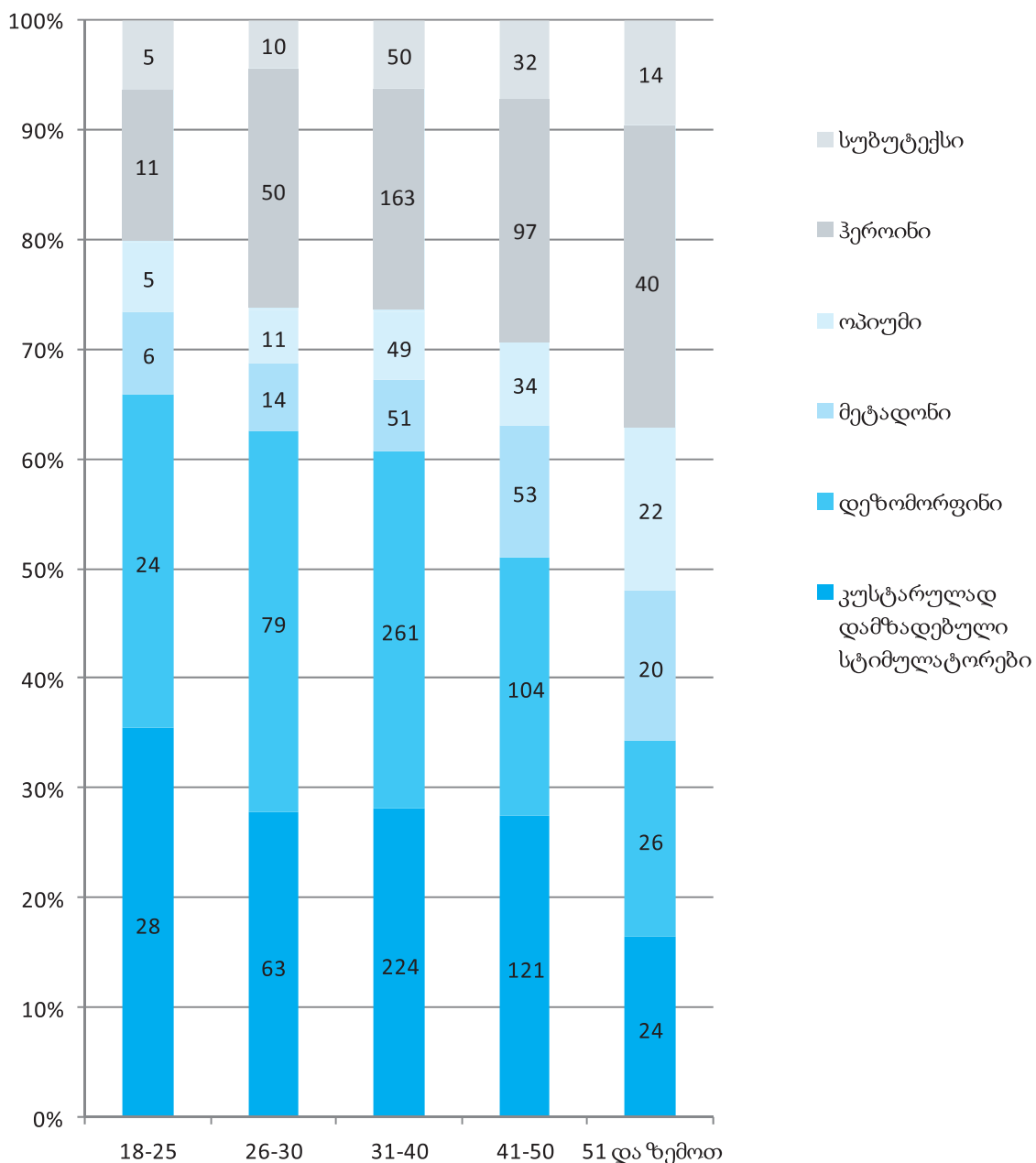
ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელმა 2012 წელს ჩაატარა ორი კვლევა, სადაც შეისწავლა ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარების პრევალენტობა და ინექციური მოხმარებასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევები. ორი კვლევის შედეგად შეგროვდა მონაცემები ნარკოტიკების მოხმარებლების ორი განსხვავებული ჯგუფის შესახებ: (1) აივ/შიდსის პრევენციის პროგრამის მოსარგებლები, რომლებიც ნემსების და შპრიცების გაცვლის პროგრამაში იყვნენ ჩართულნი 6 ან მეტი თვის განმავლობაში (გოგია, 2013ა), და (2) თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვენციის (PDI) მონაწილეები, რომლებიც არასოდეს ყოფილან ჩართულნი აივ-ის პრევენციის პროგრამაში (გოგია, 2013ბ).

პირველმა კვლევამ შპრიცების და ნემსების გაცვლის პროგრამაში მონაწილე 1,154 ინდივიდი მოიცვა საქართველოს რვა ქალაქიდან (თბილისი, თელავი, გორი, ქუთაისი, სამტრედია, ზუგდიდი, ფოთი და ბათუმი). კვლევის მონაწილეების შესარჩევად მკვლევრებმა არაალბათური თანმიმდევრული შერჩევის მეთოდი გამოიყენეს (non-probability consecutive sampling method). მონაწილეების უმეტესობა (1,113 1,154-დან, ანუ 96.45%) მამაკაცი იყო (საშუალო ასაკი 37.7 წელი (სტანდარტული გადახრა 8.5); მათგან 62.9% – დაქორწინებული; 93.7%-ს ჰქონდა არასრული საშუალო ან უმაღლესი განათლება; კვლევის მომენტისთვის 70% იყო უმუშევარი.

მეორე კვლევამ 2,342 ნარკოტიკის ინექციურად მომხმარებელი მოიცვა, რომლებიც თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებულ ინტერვენციაში მონაწილეობდნენ.

აღნიშნული კვლევა ზევით ჩამოთვლილი 8 ქალაქის 9 სერვის-ცენტრში ჩატარდა. კვლევამ რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდოლოგია გამოიყენა. მონაწილეების უმრავლესობა მამაკაცი იყო (2,263 მამაკაცი 2,342 რესპონდენტიდან, ანუ 96.63%); საშუალო ასაკი – 32 წელი (სტანდარტული გადახრა=8.5); 44.5% რესპონდენტი იყო დაქორწინებული; 94.3%-ს არასრული საშუალო ან უმაღლესი განათლება ჰქონდა; კვლევის მომენტისთვის 73.7% იყო უმუშევარი.

დიაგრამა 4: ინექციურად მოხმარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებები (ნემსებისა და შპრიცების პროგრამის რესპონდენტები) ბოლო 30 დღის განმავლობაში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (გოგია, 2013ა)



ბოლო 30 დღის განმავლობაში ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობა კვლევაში მონაწილე ორ სხვადასხვა ჯგუფს შორის თითქმის იდენტური იყო; ყველაზე გავრცელებული ინექციური ნარკოტიკული საშუალება იყო კუსტარულად დამზადებული ოპიოიდი დეზომორფინი (ე.წ. „ნიანგი“ ან „კრაკადილი“, რომლის მოხმარება რესპონდენტების 45%-მა (თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვენციის ჯგუფი) და 43%-მა (ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამის ჯგუფი) აღნიშნა. დეზომორფინის შემდგომ, ყველაზე გავრცელებული ინექციური ნარკოტიკები არის კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორები „ვინტი“ და „ჯეფი“, რისი მოხმარებაც რესპონდენტების 34%-მა (თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვენციის ჯგუფი) და 40%-მა (ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამის ჯგუფი) აღნიშნა. ჰეროინის მოხმარება მიუთითა, შესაბამისად, რესპონდენტების 33%-მა და 30%-მა.

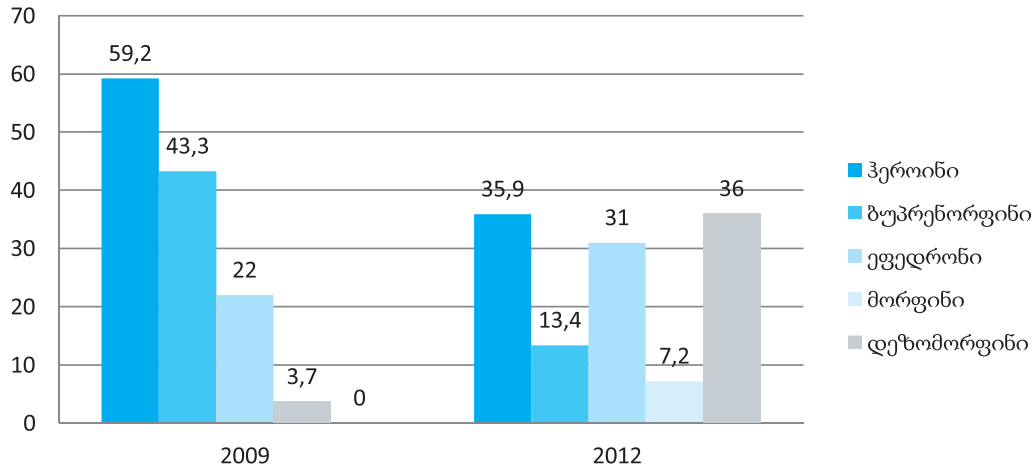
ბოლო 30 დღის განმავლობაში ნარკოტიკების მოხმარების თვალსაზრისით რესპონდენტთა ორ ჯგუფში იყო შემჩნეულ განსხვავებები ქალაქების მიხედვით. მაგ., ქუთაისში დეზომორფინის მოხმარების მაჩვენებელი თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვენციის პროგრამის მოსარგებლეთა შორის იყო 72%, მაშინ, როცა ნემსებისა და შპრიცების გაცვლითი პროგრამის მოსარგებლეთა შორის იყო 11%. ფოთში ჰეროინის მოხმარების მაჩვენებელი იყო შესაბამისად 48% და 13%.

ნარკოტიკების მომხმარებელთა ორივე ჯგუფში ოპიატების მოხმარება ჭარბობდა სტიმულატორების მოხმარებას. გამოვლინდა გარკვეული ასაკობრივი განსხვავებებიც –კერძოდ, სტიმულატორების მოხმარების წილი უფრო დიდი იყო ახალგაზრდა ნარკომომხმარებლებს შორის, როგორც ეს ნაჩვენებია დიაგრამაზე (იხ. დიაგრამა 4).

4.3.2. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევიდან მიღებული მონაცემები

ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებს შორის აივ-თან დაკავშირებული რისკისა და პრევენციული ქცევის გამოსავლენად 2012 წელს ჩატარდა ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა საქართველოს 6 ქალაქში (თბილისი, ბათუმი, ზუგდიდი, ქუთაისი, გორი, თელავი) კვლევითი კონსორციუმის მიერ, რომელსაც საერთაშორისო ფონდი კურაციო ხელმძღვანელობდა (ჩიქოვანი, 2012). რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდით გამოიკითხა 1,791 რესპონდენტი. კვლევის შედეგების თანახმად, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ინექციური ნარკოტიკი იყო ე.წ. „ნიანგი“ – კუსტარულად დამზადებული დეზომორფინი (36%), ჰერონი (35.9%), შემდეგ – კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორები „ვინტი“ და „ჯეფი“ (31%), ბუპრენორფინი (13.4%) და მორფინი (7.4%). ამავე კვლევით კონსორციუმს 2009 წელს განხორციელებული ჰქონდა ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ანალოგიური მეთოდოლოგიით აღნიშნულ 6 ქალაქში (Curatio, 2009). 2012 და 2009 წლის კვლევათა შედეგების შედარება ავლენს, რომ 2012 წლისათვის ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის გაიზარდა კუსტარული ოპიოიდებისა და სტიმულატორების და შემცირდა ბუპრენორფინის მოხმარება (იხ. დიაგრამა 5):

დიაგრამა 5: 2009 და 2012 წლებში მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკების შედარება საქართველოს 6 ქალაქში (ჩიქოვანი, 2012)



კვლევაში მონაწილე ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების თვალსაზრისით შემდეგი სურათი გამოვლინდა: რესპონდენტების 95%-ზე მეტი იყო მამაკაცი, შერჩევის მთლიანი საშუალო (მედიანური) ასაკი იყო 36,8 წელი; უმეტესობას ჰქონდა სრული საშუალო და უმაღლესი განათლება – 1,791 რესპონდენტიდან მხოლოდ ერთს არ ჰქონდა არანაირი განათლება, 3-ს ჰქონდა საშუალო, დანარჩენს (ანუ უმეტესობას) კი ჰქონდა უმაღლესი განათლება; კვლევის მომენტისათვის რესპონდენტების უმრავლესობა იყო უმუშევარი, თუმცა უმუშევრობის მაჩვენებელი განსხვავდებოდა ქალაქების მიხედვით: მაგ., ზუგდიდში ის უტოლდებოდა 57,4%-ს, მაშინ როცა თბილისში – 91,9%. ქალაქების მასშტაბით, ყოველი მესამე ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლის ყოველთვიური შემოსავალი საშუალოდ 100-დან 300 ლარამდე მერყეობდა, ხოლო კომბინირებულ (საერთო) შერჩევაში მონაწილე ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლების ერთი მეოთხედის შემოსავალი 100 ლარზე ნაკლები იყო.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ განხორციელებული ორივე კვლევა, ისევე, როგორც საერთაშორისო ფონდ კურაციოს ხელმძღვანელობით შესრულებული ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა მსგავს სურათს ავლენს ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის უპირატესად გავრცელებული ინექციური ნარკოტიკების მიხედვით (კუსტარულად დამზადებული დეზომორფინი და სტიმულატორები, ასევე „ტრადიციული“ ოპიოიდი შერონი) და ნარკომომხმარებელთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით (რესპონდენტების უმეტესობა საშუალოდ 35 წლის მამაკაცია, წიგნიერი და განათლებული, უფრო ხშირად უმუშევარი, რომელსაც დაბალი შემოსავალი აქვს).

5. წამალდამოკიდებულების მკურნალობა

5.1. შესავალი

წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სისტემა საქართველოში განვითარების პროცესშია და ჯერ კიდევ საგრძნობია ამ თვალსაზრისით საბჭოთა ინერცია. უკანასკნელ ათწლეულში დაიწყო და ვითარდება ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობა. დღეისათვის მასში მეტი პაციენტია ჩართული, ვიდრე აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაში. ქვეყანაში ჯერჯერობით არ არსებობს წამალდამოკიდებულ პირთა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ინფრასტრუქტურა, თემზე დაფუძნებული სარეაბილიტაციო სერვისები და თერაპიული კომუნები, რაც ღიობს წარმოადგენს წამალდამოკიდებულ პირებზე ზრუნვის უწყვეტ ჯაჭვში. ქვეყანაში, ასევე, არ არსებობს ცენტრალიზებული, სარწმუნო და ვალიდური მონაცემთა ბაზა წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სერვისების მოსარგებლებზე. არ არსებობს მკურნალობაზე მოთხოვნის ინდიკატორის სტანდარტების შესაბამისად ინფორმაციის შეგროვება-კოორდინაციის მარეგულირებელი მექანიზმი. გაერთიანებული მონაცემები, რომელიც ბოლო ათწლეულის განმავლობაში გროვდებოდა, რამდენიმე კლინიკური ცენტრისა და სამედიცინო დაწესებულების მიერ იყო მონოდებული ნარკოვითარების წლიურ ანგარიშზე მომუშავე ექსპერტების ინიციატივით. 2013 წლიდან მოყოლებული დაავადებათა კონტროლის ეროვნულმა ცენტრმა მონაცემთა შეგროვების სპეციალური სტანდარტული ფორმა შეიმუშავა, რომელშიც შედის გაერთიანებული მონაცემები, ინფორმაცია სქესისა და ასაკობრივი ჯგუფების შესახებ, პირველადი და განმეორებითი მიმართვების რაოდენობა, ადმინისტრირების გზები, უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკები, პოლინარკომანია და აივ-ის ტესტირების შედეგი. რამდენადაც მონაცემების შეგროვების სტანდარტიზებული პროცედურა მხოლოდ 2013 წელს დაიწყო, შეუძლებელია 2013 წლის მკურნალობაზე მოთხოვნის ინდიკატორის მონაცემების შედარება წინა წლების მონაცემებთან.

5.2. მკურნალობის სტრატეგია და პოლიტიკა

„ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის“ დოკუმენტის მნიშვნელოვანი ნაწილი მკურნალობაზეა ორიენტირებული. მკურნალობასთან დაკავშირებით სტრატეგიაში შემდეგი კონკრეტული ამოცანებია განერილი:

- წამალდამოკიდებული პირებისთვის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის მიწოდება, რაც მათ სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ საჭიროებებს დააკმაყოფილებს;

- ზიანის შემცირების პროგრამებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლებისთვის მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და ზიანის შემცირების შესაძლებლობების უზრუნველყოფა.

სტრატეგიის დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ აუცილებელია „წამალდამოკიდებული პირების უზრუნველყოფა მათ სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ საჭიროებებზე მორგებული მკურნალობით. ამისათვის უნდა განვითარდეს მკურნალობისა და რეაბილიტაციის თანამედროვე სამეცნიერო მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მეთოდები, შესაბამისი ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები და აგრეთვე, შეიქმნას მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტიტუციური მექანიზმები. ასევე, უნდა განვითარდეს მკურნალობის, როგორც ნარკოტიკების მოხმარების გამო დასჯის ალტერნატივის, ფუნქცია და შესაბამისი ინსტიტუციური მექანიზმები“ (ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია, 2014).

5.3. მკურნალობის სისტემა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა

წამალდამოკიდებულების მკურნალობა საქართველოში ხორციელდება როგორც სახელმწიფო დაწესებულებებში, ასევე კერძო და არასამთავრობო სექტორში. მკურნალობის ძირითადი ტიპებია აბსტინენციაზე ორიენტირებული ამბულატორიული და სტაციონარული, მკურნალობა (დეტოქსიკაცია), ჩანაცვლებითი თერაპია, მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაცია და მოკლევადიანი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია.

5.3.1. აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა

დღეისათვის საქართველოში აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაში სპეციალიზებული 6 კლინიკა მოქმედებს, სადაც ტარდება ამბულატორიული და სტაციონარული დეტოქსიკაცია, შემდგომი მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციით. არსებული კლინიკებიდან ხუთი თბილისშია განთავსებული (*ფსიქიკური ჯანმრთელობის და დამოკიდებულების პრევენციის ცენტრი, დამოკიდებულების და ფსიქოკორექციის ცენტრი, სამედიცინო ცენტრი „ურანტი“, სამედიცინო ცენტრი „ბემონი“ და ჯონი ჭანტურიას სახელობის სამედიცინო ცენტრი*), ხოლო ერთი - ბათუმში (*„ნარკოლოგიური ცენტრი“*); ორი კლინიკა (*„ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“ და „ნარკოლოგიური ცენტრი“*) მთავრობის დაქვემდებარებაშია, ოთხი კი კერძოა.

ქვეყანაში მოქმედებს წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა და ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი კლინიკა იღებს სახელმწიფო დაფინანსებას პაციენტთა ლიმიტირებული რაოდენობის მომსახურებისათვის. მთლიანობაში, სახელმწიფო

დაფინანსებით ქვეყანაში ყოველწლიურად საშუალოდ 300 ადამიანი გადის მკურნალობას. პაციენტების უფრო დიდი ნაწილი მკურნალობის თანხას თავად იხდის.

მთავრობის #279 (2013 წლის 31 იანვრის) დადგენილების თანახმად, სტაციონარული დეტოქსიკაციის ღირებულებამ 1,250 ლარს არ უნდა გადააჭარბოს, ხოლო პირველადი რეაბილიტაციის ღირებულებამ – 1,000 ლარს. პრიორიტეტი ენიჭება ისეთი რისკ-ჯგუფების წარმომადგენელთა დაფინანსებას, როგორცაა აივ-შიდსის მქონე პაციენტები, სოციალურად დაუცველი ოჯახის წევრები, 18-25 წლის პაციენტები და ისინი, ვინც ჯერ არ ყოფილან ჩართულნი სახელმწიფო პროგრამაში. 2013 წელს, ზემოთ ჩამოთვლილ კლინიკებში, სტაციონარული დეტოქსიკაციური მკურნალობის საფასური (შემდგომი პირველადი მოკლევადიანი რეაბილიტაციით) 1,500-დან 2,250 ლარამდე მერყეობდა, ხოლო ამბულატორიული მკურნალობისა 1,200-დან 1,500 ლარამდე.

2013 წელს ნამკურნალევი პაციენტების შესახებ ეპიდემიოლოგიური მონაცემები არსებული 6 კლინიკიდან დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს მხოლოდ 5-მა კლინიკამ მიაწოდა. ამ მონაცემების მიხედვით, წლის განმავლობაში ხუთივე კლინიკაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა სულ 835-მა პაციენტმა გაიარა. ხუთი კლინიკიდან მხოლოდ ოთხმა შეაგროვა დეტალური ინფორმაცია ამ კლინიკებში ნამკურნალევი 531 პაციენტის (57% – პირველადი მომართვიანობა, 43% – მეორადი) სქესის, ასაკობრივი განაწილების, მომართვიანობის რეგიტობის, მოხმარებული ნარკოტიკისა და მოხმარების სახის თაობაზე, რომელსაც ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი აჯამებს (იხ. ცხრილი 8 და ცხრილი 9):

ცხრილი 8: 2013 წელს მკურნალობავალი პაციენტების ასაკობრივი განაწილება (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014)

ასაკობრივი ჯგუფი	აბსოლუტური რაოდენობები და %	
	მამაკაცები (n = 525)	ქალები (n = 6)
≥20	5 (0.9%)	0
21-30	123 (23.4%)	3
31-40	234 (44.6%)	2
41-50	115 (21.9%)	1
51-60	44 (8.4%)	0
60<	4 (0.8%)	0

რაც შეეხება ნარკოტიკს, რომელსაც ნამკურნალევი პაციენტები უპირატესად მოიხმარდნენ, აქ ოპიოიდების ხვედრითი წილი სხვა საშუალებებს აღემატებოდა:

**ცხრილი 9: აბსტინენციაზე ორიენტირებული სამკურნალო პროგრამების
პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები
2013 წელს, პროცენტებში (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014)**

უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკი	%
ჰეროინი	49.7%
ოპიუმი	0.3%
დეზომორფინი	16.2%
ბუპრენორფინი	0.7%
მეთადონი (ინექციური/არაინექციური)	14.9% (5.6% / 9.0%)
სხვა ოპიატები	0.7%
კოკაინი	0.5%
კუსტარული სტიმულატორები	6.1%
სედაციური საშუალებები	4.8%
ჰალუცინოგენები	0.2%
კანაფი	0.2%
სხვა ნივთიერებები	0.5%
პოლინარკომანია	5.2%

5.3.2. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია ქვეყანაში 2005 წელს დაიწყო. 2009 წელს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის #37/6 ბრძანებით ოპიოიდური ნარკომანიის დროს ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამების განხორციელების შესახებ, განისაზღვრა მკურნალობის მეთოდოლოგია, პაციენტების პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმები და რეგულაციები, ასევე, რეგულაციები პაციენტის მიერ ნარკოტიკული საშუალებების/ფსიქოტროპული ნივთიერებების ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარების შემთხვევებისთვის, მკურნალობის დასრულებისა და პაციენტის გარიცხვის კრიტერიუმები, ჩამანაცვლებელი ნარკოტიკული საშუალებების მიღების, შენახვისა და გაცემის წესები, ასევე პროგრამის სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესები. 2014 წლის 3 ივლისს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ზემოხსენებულ ბრძანებაში შეიტანა შესწორება (ბრძანება #01-41/6), რომელიც ადგენს წესს ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელების შესახებ განსაკუთრებულ სიტუაციებში (როგორც არის ოპიოიდების ჩანაცვლებით მკურნალობაში მონაწილე პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია, სახლში წასაღები დოზა), ოპიოიდების ჩანაცვლებითი მკურნალობის დროს გამოყენებული ოპიოიდების სიასა და ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროცესში ხმარებადი წამლების ჩამონათვალს.

დღესდღეობით, საქართველოში ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია სამი სხვადასხვა სუბიექტის მიერ ხორციელდება: გლობალური ფონდის პროექტი, ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა და კერძო სექტორი. ქვეყანაში ოპიოიდების ჩანაცვლებითი მკურნალობის ორი განსხვავებული ტიპია ხელმისაწვდომი: (1) მეთადონით ჩანაცვლების პროგრამა და (2) პროგრამა ბუპრენორფინის პრეპარატების გამოყენებით – ბუპრენორფინი და ბუპრენორფინისა და ნალოქსონის კომბინირებული პრეპარატი (სუბოქსონი®).

მთავრობის #279 დადგენილებით (2013 წლის 31 იანვარი) რეგულირდება მკურნალობის ვაუჩერის ხარჯი ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში. კერძოდ, სახელმწიფო პროგრამა თანადაფინანსების პრინციპით ხორციელდება: მეთადონის ხარჯს სახელმწიფო სწევს (ნარკომანიის მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტიდან), ხოლო სერვისების ღირებულებას პაციენტი თავად (ჯიბიდან) იხდის, რაც თვეში 110 ლარს უტოლდება. თანაგადახდა არ ეხება აივ-დადებით, ასევე სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პირებს. ყოველთვიურად სახელმწიფო 1,800 მოსარგებლეს აფინანსებს, რომელთაგან 110 კომბინირებულ წამლებს იღებს. საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში სახელმწიფოს დაქვემდებარებაში მყოფი ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპიის 12 პროგრამა მოქმედებს; აქედან 6 თბილისში, თითო-თითო კი შემდეგ ქალაქებში: ფოთი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, ოზურგეთი და თელავი.

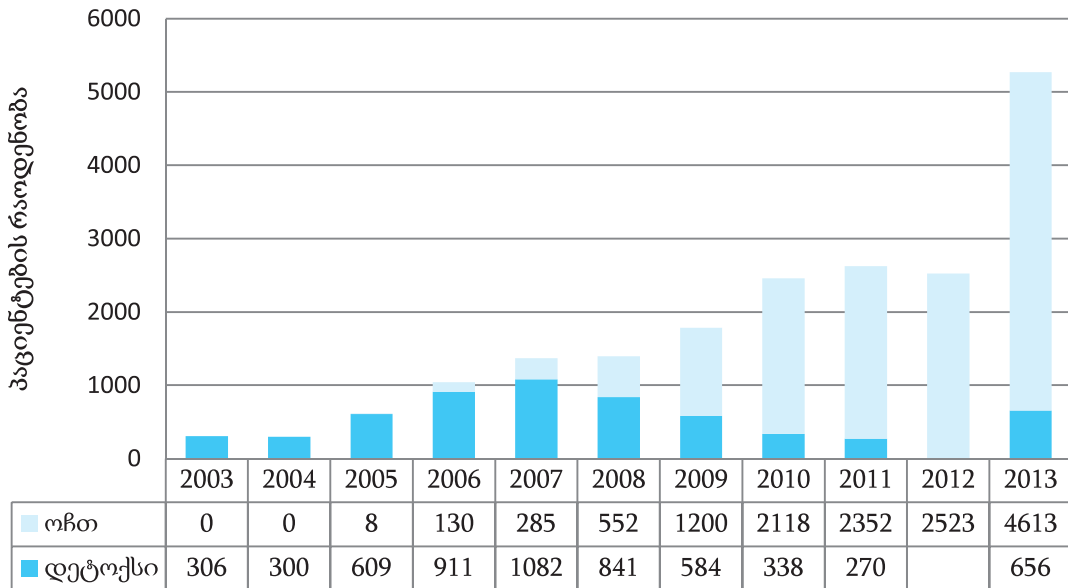
თბილისში 2012 წლიდან მოქმედებს სუბოქსონით (Suboxone®) ჩანაცვლებითი მკურნალობის ერთი კერძო პროგრამა. 2013 წელს ამ პროგრამაში ჩართული იყო 342 მამაკაცი და 6 ქალი. პროგრამაში პაციენტის ერთი ვიზიტის ფასია 28 ლარი.

გლობალური ფონდი უზრუნველყოფს ჩანაცვლებითი მკურნალობის ექვსი ცენტრის მოქმედებას. ექვსივე ცენტრში მკურნალობა პაციენტისთვის უფასოა, მათგან ორი თბილისშია განთავსებული, ერთი – გორში, ერთიც – ბათუმში და ორი – სასჯელალსრულების დაწესებულებაში (თბილისსა და ქუთაისში). 2013 წელს ციხეებში ამ მომსახურებით 352 პაციმარმა, მათ შორის ორმა ქალმა, ისარგებლა.

2013 წელს ოპიოიდებით ჩანაცვლების პროგრამით 3,658 პაციენტმა (მათ შორის 38 ქალმა) ისარგებლა (ამ რაოდენობაში არ შედის კერძო ჩანაცვლებითი პროგრამისა და სასჯელალსრულების დაწესებულებების პაციენტები).

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში შეგიძლიათ იხილოთ 2003-2013 წლებში ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობა (დეტოქსიკაცია და ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია):

დიაგრამა 6: 2003-2013 წლებში ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობა (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი; საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო)



5.3.3. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

გლობალური ფონდის დაფინანსებით ქვეყანაში მოქმედებს სამი ამბულატორიული ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი: „კამარა“, საქართველოს საპატრიარქოს ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი და „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“ სარეაბილიტაციო განყოფილება. ცენტრები ემსახურება როგორც ჩანაცვლებითი თერაპიის, ასევე აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პაციენტებს და ყოფილ ნარკომომხმარებლებს; სთავაზობენ ინდივიდუალურ, ჯგუფურ და ოჯახურ თერაპიას, ერგო- და არტ-თერაპიას, კომპიუტერულ კლასებს, რელიგიურ აქტივობებს, მათ მდგომარეობაში მყოფი პირების (თანასწორთა) მხარდაჭერას და ა.შ. სარეაბილიტაციო ცენტრებში, ასევე, მოქმედებს ნებაყოფლობითი ტესტირებისა და კონსულტირების მომსახურება. სამივე ცენტრის გამტარუნარიანობა ერთდროულად არ აღემატება 50-60-მდე პირს.

6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდასავის კორელაციები და შედეგები

6.1. შესავალი

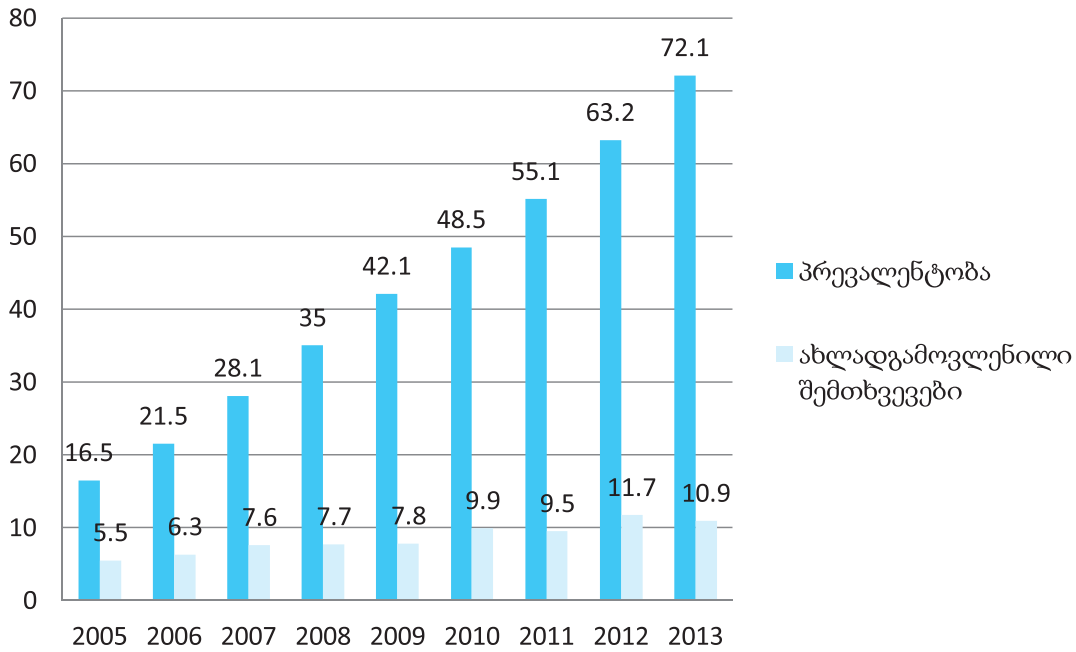
ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდასავის კორელაციებისა და შედეგების თაობაზე ინფორმაციის მონიტორინგის მექანიზმი ქვეყანაში დივერსიფიცირებულია. კარგად არის განვითარებული აივ-შიდსთან დაკავშირებული მონაცემების შეგროვებისა და დამუშავების ინსტიტუციური მექანიზმები, რამდენადაც, 1980-იანი წლებიდან, როგორც კი აივ/შიდსის ეპიდემია დაიწყო, სპეციალური სამთავრობო ინსტიტუტი – ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი შეიქმნა, სადაც ქვეყანაში აივ/შიდსის ვითარების მონიტორინგი დაიწყო. რადგანაც ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება ბოლო ათწლეულების განმავლობაში აივ-ინფექციის გავრცელების მთავარ გზას წარმოადგენდა, აივ/შიდსის პრევალენტობა ნარკოტიკების მოხმარებლებს შორის შიდსის ცენტრის ყურადღების ქვეშ მოექცა. შედარებით ნაკლებადაა განვითარებული ინფორმაციის შეგროვების მექანიზმები ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ვირუსულ ჰეპატიტებზე; კიდევ უფრო ნაკლებად – ტუბერკულოზზე. ტრადიციულად, ყველაზე ნაკლებად მოიპოვება ინფორმაცია ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილისა და სიკვდილობის შესახებ, რადგანაც საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ამ მონაცემების შეგროვების ინსტიტუციური მექანიზმები დროებით მოიშალა და მხოლოდ ახლახან განახლდა.

6.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები

6.2.1. აივ/შიდსის ახლადრეგისტრირებული შემთხვევები

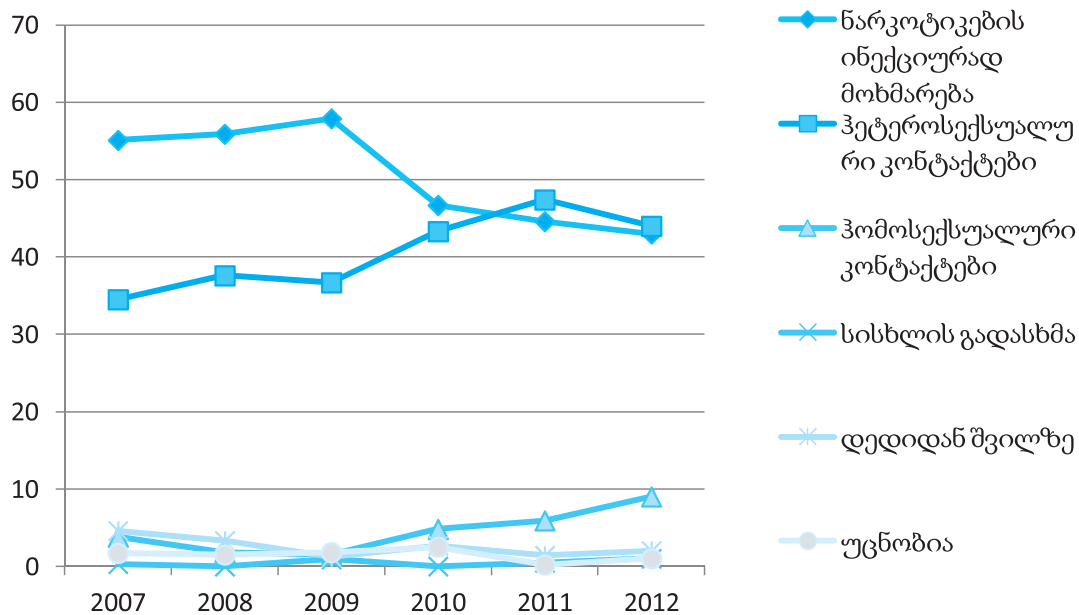
საქართველო იმ ქვეყნებს შორისაა, სადაც აივ-ის პრევალენტობა დაბალია (0.07%), თუმცა, ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარების მიზეზით არსებობს ეპიდემიის გავრცელების მაღალი რისკი. 2013 წლის ბოლოსთვის ქვეყანაში, ოფიციალური მონაცემებით, 4,131 იმუნოდეფიციტით დაავადებული ადამიანი იყო აღრიცხული. ბოლო წლების მანძილზე ახლადრეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობა სტაბილურად მზარდი იყო და 2013 წელს 490-ს მიაღწია, რომელთაგან 173 (35.3%) ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებელი იყო (იხილეთ დიაგრამა 7).

დიაგრამა 7: აივ/შიდსის ინციდენტობა (ახალი შემთხვევები) და პრევალენტობა, 2005-2013წწ, 100,000 მოსახლეზე ზოგად პოპულაციაში (AIDS, 2015)



თუ ეპიდემიის დაწყებიდან 2011 წლამდე აივ-დადებითი შემთხვევების პროპორცია მამაკაცებსა და ქალებს შორის დაახლოებით 75% და 25% იყო, 2011 წლიდან სიტუაცია შეიცვალა და მამაკაცებზე უკვე მოდიოდა შემთხვევების 70%, ხოლო ქალებზე – 30%. ცვლილება პროპორციაში შესაძლოა აიხსნას აივ ინფექციის გავრცელებით ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელ მამაკაცთა ქალ სქესობრივ პარტნიორებში. აღნიშნული მაჩვენებელი სტაბილური იყო ორი წლის მანძილზე. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების უმეტესობის მსგავსად, აივ-ინფექციის გავრცელების მთავარი გზა საქართველოშიც ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება იყო. 2010 წლის შემდეგ გაიზარდა ჰეტეროსექსუალური კავშირებით გადაცემის ხვედრითი წილი, რომელმაც 2011 წლისთვის წამყვანი პოზიცია დაიკავა. აივ ინფექციის ახლად რეგისტრირებულ შემთხვევებში ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება, როგორც ინფიცირების გზა 2012 წელს შემცირდა 43.2%-მდე, ხოლო 2013 წელს – 35.0%-მდე; პარალელურად, ჰეტეროსექსუალური გზით გადაცემა 2012 წელს გაიზარდა 44.8%-მდე, ხოლო 2013 წელს კი 49.0%-მდე (იხ. დიაგრამა 8).

დიაგრამა 8: აივ-ით ინფიცირების გზები წლების მიხედვით, % (GARP, 2013)

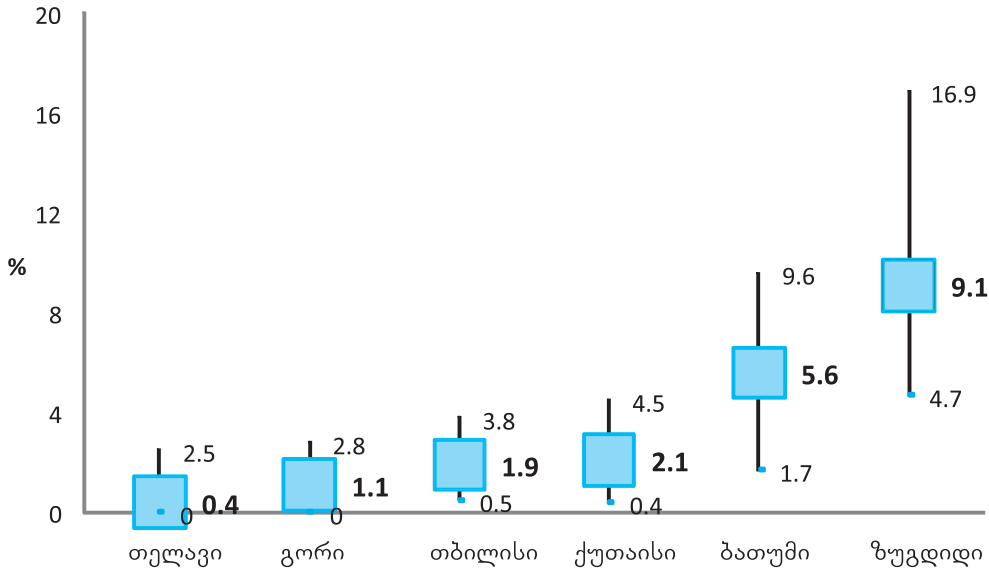


ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მონაცემების თანახმად, 2013 წელს B ჰეპატიტისა და აივ-ის თანაინფექციის ახლადრეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა უტოლდებოდა 30 ადამიანს, რომელთაგან 19 პირი (63.3%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო; C ჰეპატიტისა და აივ-ის კო-ინფექციის ახლადრეგისტრირებულთა საერთო რაოდენობამ 153 მიაღწია, აქედან 108 პირი (70.5%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო. ორივე, B და C ჰეპატიტის თანაინფექციის შემთხვევა აივ-დადებით პაციენტების 19 შემთხვევაში გამოვლინდა, რომელთაგან 16 პირი (84.2%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო (AIDS, 2015).

6.2.2. აივ-ის სერო-პრევალენტობა

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის აივ-ის თვალსაზრისით სარისკო ქცევის და ინფექციების გავრცელების შესაფასებლად 2002 წლიდან დღემდე საქართველოში ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის (bio behavioral surveillance survey, BSS) რამდენიმე რაუნდი ჩატარდა. საქართველოს ექვს დიდ ქალაქში (თბილისი, გორი, თელავი, ზუგდიდი, ბათუმი და ქუთაისი) 2012 წელს ჩატარებული უკანასკნელი ამგვარი გამოკვლევის თანახმად (ჩიქოვანი, 2012), აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელ პირთა შორის იყო 3.0% (95% სანდოობის ინტერვალი 2.20-4.04), სადაც ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი (0.4%) თელავში გამოვლინდა, ყველაზე მაღალი კი – ზუგდიდში (9.1%) (იხ. დიაგრამა 9):

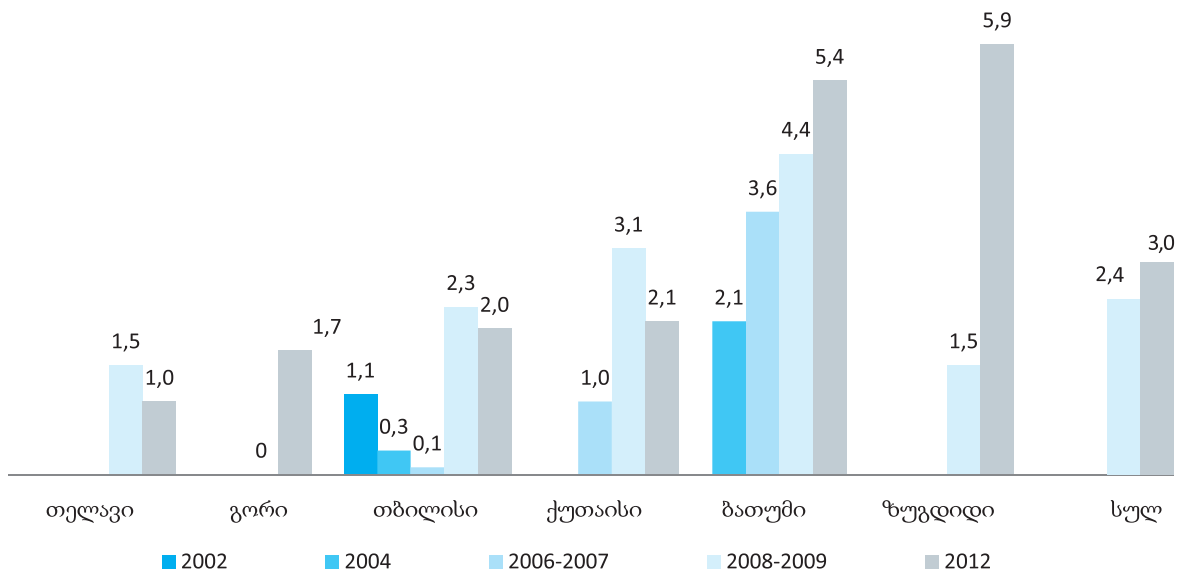
დიაგრამა 9: აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების პრობლემურ მომხმარებლებს შორის ქალაქების მიხედვით (ჩიქოვანი, 2012)



2012 წლის კვლევა აჩვენებს, რომ ფიქსირდება პრევალენტობის ზრდა (თუმცა სტატისტიკურად უმნიშვნელო), მაშინ როცა ექვსი ქალაქის კომბინირებული პრევალენტობის კოეფიციენტი იყო 2.4% (95% სანდობის ინტერვალი 1.56 – 3.46).

ადრე ჩატარებულ კვლევებთან შედარების საფუძველზე შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ქალაქებში პრევალენტობის ზრდის ტენდენცია შეინიშნება. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილება სახეზეა ბათუმსა და ზუგდიდში, ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის პირველი და ბოლო მონაცემების მიხედვით. ბათუმსა და ზუგდიდში დაფიქსირებული პრევალენტობის მაჩვენებლები ავლენს, რომ აივ-მა კონცენტრირებული ეპიდემიის დონეს მიაღწია 2012 წელს (იხ. დიაგრამა 10):

დიაგრამა 10: აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის, 2002-2012 (ჩიქოვანი, 2012)



6.2.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ინფექციები

ვირუსული ჰეპატიტები

საქართველოში მწირია ინფორმაცია ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის ვირუსული ჰეპატიტების გავრცელების თაობაზე. დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი შესაბამის მონაცემებს სხვადასხვა სამკურნალო დაწესებულებიდან აგროვებს, თუმცა, ამ მომენტისთვის არ არსებობს ადეკვატური ინსტიტუციური მექანიზმი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის ვირუსული ჰეპატიტების პრევალენტობის დასადგენად.

2012 წლამდე ჩატარებული კვლევების თანახმად, C ჰეპატიტის ანტისხეულები ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლების დაახლოებით 70%-ს აქვს. თუმცა, ქვეყნის მასშტაბით ზოგადი პოპულაციისა და ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა კვლევა C ჰეპატიტის გავრცელების შესასწავლად რამდენიმე წელია არ ჩატარებულა.

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის პრობლემების შემსწავლელი კვლევა ჩატარდა 2012 წელს, ორგანიზაციის „ექიმები საზღვრების გარეშე“ (Médecins du Monde) მიერ. კვლევაში მონაწილე სუბიექტები ჩართულები იყვნენ პროგრამაში, რომელიც მათ C ჰეპატიტთან დაკავშირებულ უფასო სამედიცინო სერვისებს სთავაზობდა. კვლევაში მონაწილე ცდის პირთა 92.1%-ს აღმოაჩნდა C ჰეპატიტის ანტისხეულები, ხოლო 83.3%-ს – აქტიური ქრონიკული ინფექცია. ინექციური მოხმარების ხანგრძლივობის შესაბამისად პრევალენტობის დადგენის საფუძველზე ინციდენტობის მაჩვენებელი შეფასდა ყოველწლიურად 20%. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ვინაიდან კვლევაში მონაწილეობდნენ განსაკუთრებულად მონყვლადი ჯგუფის წარმომადგენელი ინდივიდები, სერო-პრევალენტობის ამ მონაცემებს ვერ განვავრცობთ ზოგადად ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებზე ქვეყნის მასშტაბით.

ქვეყანაში დაბალზღვრბლოვანი სერვისების მთავარი მიმწოდებლის, *ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის ნევრმა* ორგანიზაციებმა 2013 წელს B ჰეპატიტზე (HbsAG) 5,139 ტესტი ჩატარეს (ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის), რის შედეგადაც 514 დადებითი შემთხვევა (10%) გამოავლინდა (იხ. ცხრილი 10).

ცხრილი 10: B ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის – ტესტების საერთო რაოდენობა და დადებითი პასუხების რაოდენობა და % (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ბ)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
B ჰეპატიტზე ტესტების რაოდენობა	1,871	1,338	1,946	2,077	1,783	1,224	2,324	5,139
B ჰეპატიტზე დადებითი პასუხების რაოდენობა	136	76	143	201	94	66	171	514
დადებითი შემთხვევების %	7.3	5.7	7.3	9.7	5.3	5.4	7.4	10.0

C ჰეპატიტზე ზიანის შემცირების ქსელმა 2013 წელს 5,998 ტესტი შეასრულა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის, რის საფუძველზეც 3,182 (53%) დადებითი პასუხი გამოავლინა (იხ. ცხრილი 11):

ცხრილი 11: C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის – ტესტების და დადებითი პასუხების რაოდენობა და % (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014გ)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
C ჰეპატიტზე ტესტების რაოდენობა	1,343	1,455	1,938	2,077	1,788	1,232	2,497	5,998
დადებითი პასუხები C ჰეპატიტზე	663	827	969	999	915	666	1,276	3,182
დადებითი შემთხვევების %	49.3	56.8	50.0	48.1	51.2	54.0	51.1	53.0

სიფილისი

საქართველოში 2013 წელს სიფილისის 1,105 ახალი შემთხვევა აღირიცხა; ყველა ასაკის 100,000 მოსახლეზე ახალი შემთხვევების რაოდენობა იყო 24.6, რომელიც წინა წელთან შედარებით გაზრდილია (13.8%). არ არსებობს მონაცემები იმაზე, თუ გამოვლენილ შემთხვევებში რამდენი იყო ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი პირი. სიფილისზე ტესტირების საკითხი არ შეისწავლებოდა 2012 წელს ჩატარებულ ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევაში. პრობლემის შესახებ გარკვეული ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ მოწოდებული მონაცემებიდან (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ა). 2010 წლიდან ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის ახორციელებს სწრაფ ტესტირებას (RPR) სიფილისზე. 2013 წელს 4,759 სწრაფი ტესტი გაკეთდა, რის შედეგადაც გამოვლინდა 210 (4%) დადებითი შემთხვევა (იხ. ცხრილი 12):

ცხრილი 12: ინფექციური დაავადებების ტესტირების დინამიკა წლების მიხედვით (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ა)

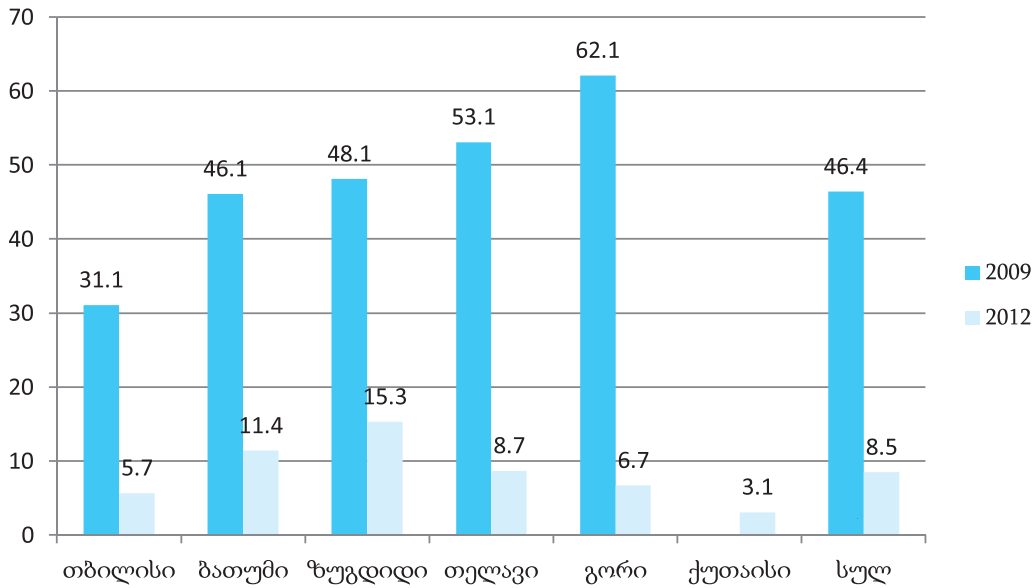
წლები	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ზიანის შემცირების პროგრამებში ჩართული კლიენტების რაოდენობა, ნიმ-ები	919	1,126	1,402	3,768	4,680	3,434	7,592	22,830
აივ ტესტების რაოდენობა	2,070	1,643	2,113	2,077	1,830	1,222	2,846	8,228

აივ-ის პრევალენტობა (%)	1.6%	2.7%	.4%	1.1%	1.2%	2%	1%	0.3%
C ჰეპატიტზე ტესტების რაოდენობა	1,343	1,455	1,938	2,077	1,788	1,232	2,497	5,998
C ჰეპატიტის პრევალენტობა %	49%	57%	50%	48%	51%	54%	51%	53%
B ჰეპატიტზე ტესტების რაოდენობა	1,871	1,338	1,946	2,077	1,783	1,224	2,324	5,139
B ჰეპატიტის პრევალენტობა %	7.3%	5.7%	7.3%	9.7%	5.3%	5%	7%	10%
სიფილისზე შესრულებული ტესტების რაოდენობა (RPR)	RPR ხორციელდებოდა 2010 წლის აგვისტოდან				523	344	1622	4,759
RPR პრევალენტობა %					0	0	3%	4%

6.2.4. სარისკო ქცევა

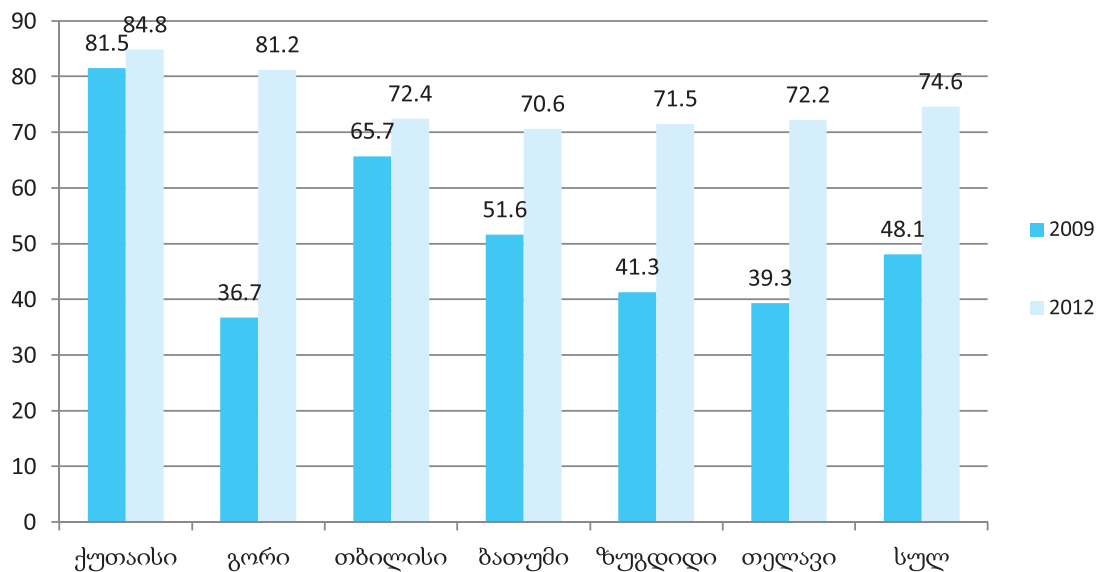
საქართველოს 6 ქალაქში ჩატარებული ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები ღირებულ მონაცემებს გვაძლევს სარისკო ქცევების შესახებ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის. წლების მანძილზე გამოვლენილი შედეგების შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში ბოლო 8-10 წლის მანძილზე დადებითი ცვლილებებია გამოვლენილი საინექციო ინსტრუმენტის გაზიარების პრაქტიკის შემცირების თვალსაზრისით. ეს შესაძლოა მიუთითებდეს იმაზე, რომ ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლები სწორად აღიქვამენ აივ ინფექციის გადაცემის რისკის კავშირს ინექციური ხელსაწყოთა გაზიარებასთან. აღსანიშნავია ის ასოციაცია, რაც გამოვლინდა ინექციური ხელსაწყოთა გაზიარებას, ქვეყნის ფარგლებს გარეთ ინექციურ მომხმარებასა და განათლების დონეს შორის: კვლევის თანახმად, დაწყებითი/საშუალო განათლების მქონე ჰეროინისა და „ჯეფის“ მომხმარებლები ვინც საზღვარგარეთ მოიხმარს, უფრო ხშირად აღნიშნავს ინექციური ხელსაწყოთა გაზიარებას. „ჯეფის“ მომხმარებლისას ხელსაწყოთა გაზიარებას მომხმარებლები ხსნიან ნივთიერების მომზადების ტექნიკით.

დიაგრამა 11: საინექციო ინსტრუმენტის გაზიარება ბოლო ინექციის დროს წლების მიხედვით, 2009-2012, პროცენტებში (ჩიქოვანი, 2012)



საინექციო აღჭურვილობის და სხვა ინსტრუმენტების მოხმარების პრაქტიკის გაუმჯობესების შედეგად ასევე გაუმჯობესდა უსაფრთხო ინექციური ქცევა ყველა ქალაქში, სადაც კვლევა ტარდებოდა (იხილეთ დიაგრამა 12). უსაფრთხო ინექცია ბოლო მოხმარებისას შემდეგი ინდიკატორებისგან შედგება: არ გამოიყენა სხვა პირის, ან თავად მის მიერ ადრე გამოყენებული საინექციო მოწყობილობა, არ გამოიყენა თავშეყრის ადგილას სხვა პირის მიერ დატოვებული საინექციო მოწყობილობა, არ გამოიყენა სხვა პირის მიერ მისი არყოფნის დროს წინასწარ შევსებული შპრიცი, არ მოიხმარა საზიარო ინსტრუმენტი, არ მოიხმარა ნარკოტიკული ხსნარი საერთო კონტეინერიდან.

დიაგრამა 12: უსაფრთხო ინექცია ბოლო მოხმარებისას წლების მიხედვით, 2009-2012 (ჩიქოვანი, 2012)

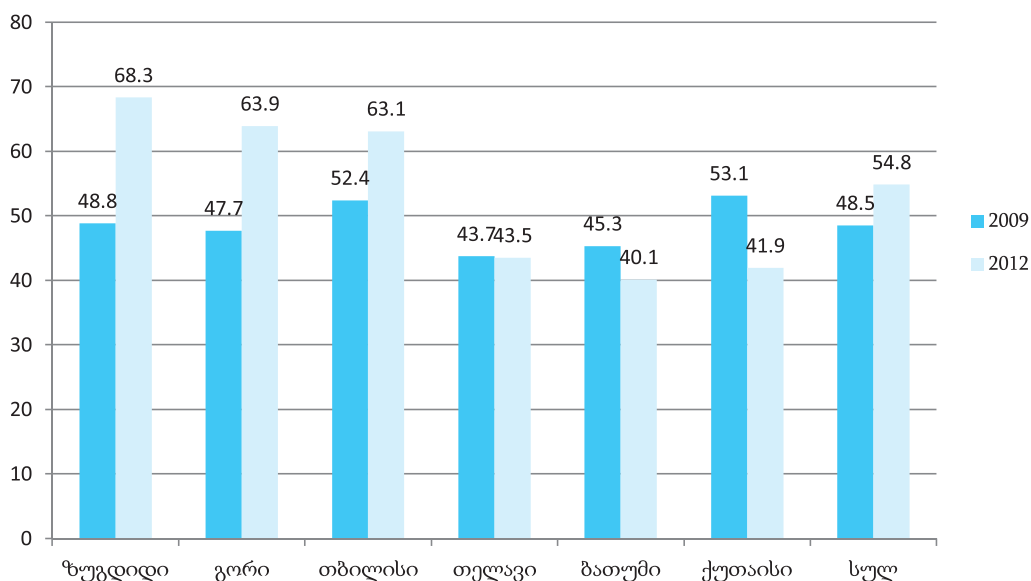


2009 წლიდან მოყოლებული, საზღვარგარეთ მოხმარება ყველა ქალაქში გაიზარდა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ზრდა კი ზუგდიდსა და ბათუმში დაფიქსირდა. 2012 წელს ბათუმსა და ზუგდიდში მცხოვრებმა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელმა ყოველმა მეხუთე პირმა, რომელმაც ნარკოტიკი საზღვარგარეთ მოიხმარა, გამოიყენა საზიარო საინექციო მოწყობილობა. ამგვარად, კვლევა მიუთითებს, რომ ისინი, ვინც მშობლიურ ქალაქებში უსაფრთო მოხმარების პრაქტიკას მისდევს, სარისკო ქცევაზე გადადის, როცა ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება მათი ჩვეული გარემოს გარეთ ხდება (სხვა ქვეყანაში, ქალაქში).

აივ-ით ინფიცირების გზების შესახებ ცოდნა შედარებით მაღალია რესპონდენტებს შორის. მათმა უმეტესობამ იცის, რომ გადაცემის მთავარი რისკი უკავშირდება საფრთხის შემცველ ინექციურ პრაქტიკებს, ასევე დაუცველ სქესობრივ კავშირს ინფიცირებულ პირთან. მეორე მხრივ, აივ-ის გადაცემის შესახებ არსებული მცდარი აზრები მაინც არსებობს, რამაც შეიძლება აივ-დადებითი და შიდსით დაავადებული ადამიანების სტიგმატიზაცია და დისკრიმინაცია გამოიწვიოს. ეს შეიძლება ასახავდეს ზოგად პოპულაციაში არსებული სტიგმის დონეს.

კვლევის შედეგად მაღალი რისკის სქესობრივი ქცევა გამოვლინდა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის (იხ. დიაგრამა 13). ყველა ქალაქში 40%-ზე მეტმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მათ შემთხვევითი პარტნიორები ჰყავდათ და, საშუალოდ, ყოველ მესამე დაქორწინებულ ინექციურ მომხმარებელს ასევე შემთხვევითი პარტნიორი ჰყავდა. ნინა წელს განხორციელებულ კვლევასთან შედარებით, 2012 წელს ჩატარებული ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ საერთო ჯამში ოდნავ მოიმატა კონდომების მოხმარებამ შემთხვევით პარტნიორებთან, ორ ქალაქში (ზუგდიდი და გორი) სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი დადებითი ცვლილება ($p < 0.05$) გამოვლინდა, თუმცა, დანარჩენ ოთხ ქალაქში კონდომების მოხმარების მხრივ ქცევა არც გაუმჯობესებულა, არც გაუარესებულა. ეს შეიძლება იმაზე მეტყველებდეს, რომ ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი პირების დიდი ნაწილისთვის შემთხვევითი პარტნიორები ჯერ კიდევ მაინც არ არის აღქმული, როგორც აივ-ით ინფიცირების გზა.

დიაგრამა 13: კონდომების მოხმარება შემთხვევით პარტნიორებთან ბოლო კონტაქტის დროს, 2009 -2012 (ჩიქოვანი, 2012)



კვლევის თანახმად, აივ-ზე კონფიდენციალური ტესტირების საკმაოდ მაღალი ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთაგან ყოველ მეორეს არასოდეს ჩაუტარებია ტესტირება აივ ინფექციაზე. 2009 წლის მონაცემებთან შედარებით, იმ პირების წილი, ვისაც ერთხელ მაინც ჩაუტარებია ტესტირება აივ-ზე, 29.2%-დან 45.2%-მდე გაიზარდა კომბინირებულ შერჩევაში. აივ-ის საკონსულტაციო და სამკურნალო სერვისების არასაკმარისად სარგებლობა მიუთითებს, რომ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა საკმაოდ დიდ წილს არა აქვს ინფორმაცია თავისი აივ სტატუსის შესახებ, რაც აივ-ის გადაცემის რისკს ზრდის. ყველაზე ცუდი გამოცდილება აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებით დაფიქსირდა დაწყებითი/საშუალო განათლების მქონე ახალგაზრდა ინექციურ ნარკომომხმარებელთა შორის, რომლებსაც აივ-ის შესახებ არასაკმარისი ცოდნა აქვთ და ბოლო თვის განმავლობაში საზიარო საინექციო აღჭურვილობას იყენებდნენ. აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს, რომ ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა ახალგაზრდა ჯგუფისთვის საჭიროა დაიგეგმოს შესაბამისი ინტერვენციები.

6.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა

6.3.1. არალეტალური ზედოზირება

2014 წლამდე ქვეყანაში არ იყო ხელმისაწვდომი ინფორმაცია არალეტალური ზედოზირებების შესახებ. 2013 წელს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის სტატისტიკური ფორმა (ფორმა IV-11) შეიცვალა და 2015 წლიდან მოხდება ინფორმაციის შეგროვება არალეტალური ზედოზირებების შესახებ ქვეყანაში არსებული ყველა სამედიცინო დაწესებულებისგან ICD-ის კოდების შესაბამისად (F10-F19).

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ განხორციელებული ორი კვლევის ფარგლებში (იხილეთ თავი 4.3.1) შემომნდა რესპონდენტების ცოდნა ზედოზირების პრევენციისა და ნალოქსონის მიღების შესახებ. კვლევის შედეგების თანახმად, თანასწორი თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენციის მოსარგებლებების 52% (1,255 რესპონდენტი) და ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამის მოსარგებლებების 50% (582) აღნიშნავდა, რომ მათ ზედოზირება არასოდეს არ ჰქონიათ. თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული პროგრამის ბენეფიციართა კვლევაში 165-მა (7%) რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მათ ზედოზირება გამოსცადეს ბოლო 6 თვის განმავლობაში; ამათგან 52.5% (85 რესპონდენტი) აღნიშნავდა, რომ ზედოზირება ჰეროინის მოხმარების გამო დაემართათ, ხოლო 31%-მა (51 რესპონდენტი) ზედოზირება დეზომორფინის მოხმარებისას გამოსცადა. თითქმის იგივე შედეგები აჩვენა ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამის ბენეფიციართა კვლევამ, სადაც 8.4% (97 რესპონდენტი) აღნიშნავდა, რომ ჰქონია ზედოზირების შემთხვევა ბოლო 6 თვის განმავლობაში, რომელთაგან 37.2% (35 რესპონდენტი) გამონვეული იყო ჰეროინის, ხოლო 49% (46 რესპონდენტი) – დეზომორფინით (გოგია, 2013ა).

საპატრულო პოლიციიდან მონაცემების ინფორმაციის თანახმად, 2013 წელს 5,510 ავტოსაგზაო შემთხვევა დაფიქსირდა, რომელთაგან 228 (4%) შემთხვევაში დაფიქსირდა ალკოჰოლის მოხმარება; ამ ავტოსაგზაო შემთხვევების შედეგად 27

ადამიანი გარდაიცვალა. ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ავტოსაგზაო შემთხვევების შესახებ მონაცემები ხელმისაწვდომი არ არის.

6.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა

შესაბამისი მონაცემების შეგროვების ინსტიტუციური მექანიზმების არარსებობის გამო, 2007 წლამდე ქვეყანაში არ მოიპოვებოდა ინფორმაცია ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევების შესახებ. 2007 წლიდან ფატალურად დასრულებული ზედოზირების შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით ეროვნული სასამართლო ექსპერტიზის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად ასე გამოიყურება: 39 შემთხვევა 2007 წელს, 28 – 2008 წელს, 19 – 2009 წელს, 15 – 2011 წელს, 43 – 2012 წელს, 28 – 2013 წელს, 38 – 2014 წელს (2010 წლის მონაცემები ხელმისაწვდომი არ არის).

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის #239/ნ სპეციალური ბრძანება (2000 წ.), რომელიც ზედოზირების შემსწრე (დახმარების გამწვევ) ექიმებს შემთხვევის პოლიციისათვის შეტყობინებას ავალდებულებდა, მონაცემების შეგროვებას აბრკოლებდა, რადგანაც ნარკომომხმარებლები ზედოზირების შემთხვევაში სასწრაფო დახმარებას არ იძახებდნენ, რათა სამართლებრივი გართულებისთვის თავი აერიდებინათ და, უფრო ხშირად, ცდილობდნენ თავად ეზრუნათ ნარკომომხმარებელზე, რომელსაც გადაუდებელი დახმარება ესაჭიროებოდა. 2014 წელს აღნიშნულ ბრძანებაში ცვლილებები შევიდა, რომლის თანახმადაც პოლიციისთვის ზედოზირების მდგომარეობის შეტყობინების ვალდებულება მოიხსნა (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სახეზეა სხვა დანაშაულის ნიშნები), რაც ხელს შეუწყობს დასახმარებლად მიმართვას და ზედოზირების მიზეზით სიკვდილიანობის შემცირებას. და ასევე, გააუმჯობესებს არაფატალური ზედოზირების შემთხვევების აღრიცხვიანობასაც. ეს იმედს გვისახავს, რომ 2015 წლიდან მოყოლებული, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გარდაცვალების გამოვლენილი შემთხვევები რეალურ რაოდენობებს უფრო დაუახლოვდება.

7. რეაგირება ჯანმრთელობის კორელაცებსა და შედეგებზე

7.1. შესავალი

ზიანის შემცირების ღონისძიებები წამალდამოკიდებულების პრობლემზე რეაგირების ყველაზე განვითარებული მიმართულებაა საქართველოში (მკურნალობა-რეზილენტაცია და პირველად პრევენციასთან შედარებით). ვირუსული (განსაკუთრებით C) ჰეპატიტის პრობლემაზე რეაგირების ინსტიტუციური მექანიზმები ამჟამად განვითარების პროცესშია. ჯერჯერობით ჩანასახოვან მდგომარეობაშია სოციალური ინტეგრაციისა და რეინტეგრაციისთვის ინსტიტუციური მექანიზმები და შესაბამისად, ფსიქოსოციალური მზრუნველობა და რეაბილიტაციას მიმართულების განვითარება უახლოესი მომავლის ამოცანაა.

7.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გადაუდებელი სიტუაციებისა და სიკვდილის პრევენცია

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი 2009 წლიდან ახორციელებს პროექტს „წაიღე სახლში ნალოქსონი“, გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული აივ-ის პრევენციის პროგრამის ფარგლებში. პროექტის მიზანია ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის ზედოზირების პრევენციის შესახებ ინფორმირებულობის დონისა და რეაგირების ადეკვატური უნარის გაზრდა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ტრენინგების ჩატარებითა და შესაბამისი საინფორმაციო მასალებისა და ნალოქსონის ამპულების დარიგებით. ცხრილი 13 ასახავს პროგრამის ფარგლებში ნალოქსონის ამპულების დარიგების დინამიკას წლების მიხედვით:

ცხრილი 13: ნალოქსონის ამპულების დარიგების დინამიკა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ა)

წლები	2009	2010	2011	2012	2013
ნალოქსონის ამპულების დარიგება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის	2,400	1,848	288*	1,396	1,628

* 2011 წელს დარიგებული ამპულების რაოდენობების კლება გამომწვეული იყო ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელისთვის გამოყოფილი დაფინანსების წყვეტით.

7.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების პრევენციას და მკურნალობას როგორც სახელმწიფო, ასევე არასახელმწიფო ორგანიზაციები ახორციელებენ, საერთაშორისო მხარდაჭერის მნიშვნელოვანი მონაწილეობით.

ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების პრევენციას და მკურნალობას როგორც სახელმწიფო, ასევე არასახელმწიფო ორგანიზაციები ახორციელებენ, საერთაშორისო მხარდაჭერის მნიშვნელოვანი მონაწილეობით.

საქართველოს მთავრობა ხედავს და აღიარებს რა აივ/შიდსის ტვირთს ჯანდაცვაზე, ცდილობს გამოიყენოს სხვადასხვა მექანიზმები და რესურსები ეპიდემიის ზეგავლენის შესარბილებლად. ქვეყანაში ხორციელდება რამდენიმე შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა; „აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის“ მთავარი მიზანია აივ/შიდსის გავრცელების შემცირება აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების ადრეული გამოვლენისა და პაციენტებისთვის მკურნალობის უზრუნველყოფის გზით, ადრეული გამოვლენისათვის პროგრამის ფარგლებში მოქმედებს ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ჩათვლით; მკურნალობის კომპონენტი მოიცავს ამბულატორიულ და სტაციონარულ სერვისებს, ასევე ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას, რომელსაც მთლიანად გლობალური ფონდი აფინანსებს.

გლობალური ფონდის მხარდაჭერით მოქმედი აივ-ის კონსულტაციის და ტესტირების მომსახურება ხელმისაწვდომია სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაში. აივ-ზე შემომნებული პატიმრების რაოდენობა 2013 წელს 2,000-მდე იყო. მეთადონური დეტოქსიკაციის მოკლევადიანი კურსი ხელმისაწვდომია წამალდამოკიდებული პირებისთვის მხოლოდ ორ (#2 და #8) სასჯელალსრულების დაწესებულებაში, კვლავ გლობალური ფონდის აივ-ის გრანტის ფარგლებში.

2013 წელს, სასჯელალსრულების სამინისტროს მიერ ადვოკატირებაზე განეული დიდი ძალისხმევის შედეგად, სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებსა და ადამიანის უფლებების დამცველებთან მჭიდრო თანამშრომლობით, საქართველოს მთავრობამ სასჯელალსრულების სისტემაში დაიწყო B ჰეპატიტის ვაქცინაცია და C ჰეპატიტზე ტესტირების პროგრამა. აღნიშნული პროგრამის მეოხებით ჰეპატიტ(ებ)ის მქონე ყველა პატიმარს თანაბრად მიუწვდება ხელი შესაბამის მკურნალობაზე.

2013 წლის დეკემბერში საქართველომ მიიღო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2013 წლის გაიდლაინები აივ ინფექციის მკურნალობის დაწყებაზე შედარებით უფრო ადრეული ეტაპიდან. დღეისათვის ანტირეტროვირუსული მკურნალობა რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის, თუ CD4-ის რაოდენობა უდრის ან ნაკლებია 500 უჯრედზე მ³-ში. ამ გაიდლაინების განხორციელება და მკურნალობის პროცესში პაციენტების უწყვეტად მაღალი ჩართულობა ეპიდემიის გამკლავების უფრო ხელსაყრელ პირობებს ქმნის.

ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას 2013 წლის ბოლოს გადიოდა 2,092 აივ-ინფიცირებული ადამიანი (ამათაგან 927 ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო). წინა წლებთან შედარებით, 2012-2013 წლებში გაუმჯობესდა გადარჩენის მაჩვენებელი იმ პაციენტებს შორის, ვინც ანტირეტროვირუსული მკურნალობა დაიწყო. მაგალითად, 12-თვიანი გადარჩენის ინდიკატორი გაიზარდა 79%-დან (2011 წ.) 86%-მდე და 85%-

მდე შესაბამისად 2012 და 2013 წელს. გადარჩენის მაჩვენებლები ასევე მაღალია (80% 12 თვეზე და 79% – 24 თვეზე) იმ პირებს შორის, ვისაც ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ისტორია აქვს. აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს, რომ საქართველო წარმატებით ახერხებს ანტირეტროვირუსული მკურნალობის უზრუნველყოფას ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებლებისთვის, რაც უპირისპირდება გავრცელებულ არასწორ შეხედულებას, რომ ნარკოტიკების ინექციურმა მოხმარებლებმა შეიძლება სრული სარგებელი ვერ მიიღონ ანტირეტროვირუსული თერაპიიდან.

ერთ-ერთი დადებითი მოვლენა, რაც ბოლო პერიოდში მოხდა, იყო C ჰეპატიტის უფასოდ მკურნალობის პროგრამის დაწყება აივ/ს ჰეპატიტით კოინფიცირებული პაციენტებისთვის, რომლებიც აკმაყოფილებენ პროგრამაში ჩართვის კრიტერიუმებს. ეს ქვეყანაში პირველი შემთხვევაა, როცა სპეციფიკური პოპულაციის ქვეჯგუფს ხელი მიუწვდება უფასო მკურნალობაზე. პროგრამის დაწყებიდან პროგრამამ მომსახურება გაუწია 300 აივ/ს ჰეპატიტით ინფიცირებულ პაციენტს. შედეგების საწყისი ანალიზი საიმედო სურათს გვაჩვენებს, რაც საშუალებას გვაძლევს ვიფიქროთ, რომ მოცემული პროგრამა შეამცირებს ღვიძლთან დაკავშირებულ ავადობასა და სიკვდილობას აივ-ით ინფიცირებულ ადამიანებს შორის საქართველოში.

განსაკუთრებით აქტიურია სფეროში არასამთავრობო ორგანიზაცია ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, რომელიც ნარკოტიკების პრობლემასა და ზიანის შემცირებაზე ფოკუსირებულ 26 ორგანიზაციას აერთიანებს და ქვეყნის 11 ქალაქში სერვისის 14 სხვადასხვა მიმწოდებელს უწევს კოორდინაციას. ქსელი დაბალზღვრულ სერვისების მთავარი მიმწოდებელია ქვეყანაში, ის მუშაობს წამალდამოკიდებულთა და ნარკომომხმარებლებისათვის სამედიცინო, სოციალური და იურიდიული მომსახურებების გაფართოებისა და ნარკოპოლიტიკის ოპტიმიზაციის მიმართულებით. ქსელის ორგანიზაციებში ხელმისაწვდომია ისეთი სერვისები, როგორცაა: ნემსების/შპრიცების, უსაფრთხო საინექციო აღჭურვილობისა და უსაფრთხო სექსის საშუალებების გაცემა, საინფორმაციო მასალების დარიგება სისხლის გზით გადამდებ დაავადებებსა და ზედოზირების რისკებზე, სამედიცინო კონსულტირება და ა.შ. ქსელი ყოველთვიურად დაახლოებით 9,500-11,000 ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელს უწევს მომსახურებას, რითაც ამ ჯგუფში აივ-ის პრევენციის ძალიან მნიშვნელოვან როლს ასრულებს. ქსელის მიერ შესრულებული ტესტირებების რაოდენობა წლების მიხედვით ასახულია #12 გრაფიკში, ხოლო გავრცელებული ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობა #14 გრაფიკში.

ცხრილი 14: გავრცელებული ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობა წლების მიხედვით (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014)

წელი	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობები	350,340	376,480	462,883	474,785	1,064,372	775,222	1,021,870	2,038,740	3,573,405

ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებულმა აივ პრევენციის პროექტმა საქართველოში (GHPP) შეიმუშავა და განახორციელა აივ-ის პრევენციის აქტივობები სამიზნე პოპულაციებისათვის (ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ჩათვლით) და რისკის წინაშე მყოფი ახალგაზრდებისთვის. 2012-2013წწ

აქტივობები საქართველოს ოთხ მთავარ ქალაქში განხორციელდა – თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი და რუსთავი. პროექტმა აივ-ის, B და C ჰეპატიტის თაობაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების მომსახურება გაუწია სამიზნე პოპულაციას ამ მიზნით სპეციალურდ ორგანიზებული სერვის ცენტრებისა და ორი მობილური ლაბორატორიის მეშვეობით.

7.4. რეაბირება ჯანმრთელობის სხვა კორელატებზე ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის

ქვეყანაში ძალიან მცირე ინფორმაცია არსებობს ნარკოტიკების მომხმარებელთა ჯანმრთელობის სხვა კორელატებზე რეაგირების შესახებ. საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი და არასამთავრობო ორგანიზაცია „თანადგომა“ წამალდამოკიდებულ პირებსა და ნარკომომხმარებლებს ნებაყოფლობით კონსულტირება/ტესტირებასა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე საკონსულტაციო დახმარებას უწევს (ეს უკანასკნელი – ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით თანა-ავადობის შემთხვევაში) (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ა). „ექიმები საზღვრების გარეშე“ ქსელის საფრანგეთის ორგანიზაციის მხარდაჭერით არასამთავრობო ორგანიზაციამ „ახალი ვექტორი“ 2013 წელს გაუწია შემდეგი ტიპის უფასო სამედიცინო მომსახურება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს: სტომატოლოგიური მომსახურება – 733 მოსარგებლეს, ღვიძლის ფიბროსკანირება – C ჰეპატიტის მქონე 650 მოსარგებლეს (ლაბარტყავა, 2014).

8. სოციალური კორელაციები და სოციალური რეინტეგრაცია

8.1. შესავალი

საქართველოში მწირია მონაცემები ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა სოციალური გარიყვის თაობაზე. წინამდებარე თავში ასახული სტატისტიკის ნაწილი აღებულია ნაწილობრივ შესაბამისი კვლევებიდან (ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა (ჩიქოვანი, 2012) და თანასწორი თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული პროგრამის ბენეფიციართა კვლევიდან (გოგია, 2013), ნაწილობრივ ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მომსახურების მიმწოდებელი ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან ინდივიდუალური ინტერვიუებიდან.

წამალდამოკიდებულ პირთა ფსიქოლოგიური დახმარება და სოციალური რეინტეგრაცია საქართველოში ჯერჯერობით არ წარმოდგენს პრიორიტეტულ საკითხს. უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე ქვეყანაში სახელმწიფოს მხრიდან არასდროს დაფინანსებულა წამალდამოკიდებულთა სარეაბილიტაციო (ამბულატორიული თუ სტაციონარული) მომსახურება, არც 2011-2015 წწ. საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგია პასუხობს სათანადოდ ნივთიერების ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებული ფსიქოსოციალური პრობლემების მასშტაბს და არ უთმობს ყურადღებას წამალდამოკიდებულ პირთა რეინტეგრაციაზე მიმართულ ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას.

2012 წელს იყო მცდელობა საქართველოში წამალდამოკიდებულთათვის ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო მომსახურების დანერგო: საქართველოს მთავრობამ ამისათვის საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – *ნარკომანიით დაავადებულ პირთა რეაბილიტაციის ცენტრი* შექმნა და ბიუჯეტიდან გამოყო 2 მილიონი ლარი რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო ცენტრის ასაშენებლად ბაზალეთში¹. 2012 წელსვე შემუშავდა ცენტრის პროექტი, ჩატარდა მცირემასშტაბიანი სამშენებლო სამუშაოები, რაზეც ფაქტობრივმა დანახარჯებმა სულ 138,714 ლარი შეადგინა. ამის პარალელურად, შემუშავდა ტექნიკური წინადადება ცენტრის მისიისა და მომსახურების მოდალობების შესახებ, რომლის თანახმადაც ცენტრი გათვალისწინებული იყო 3-6 თვის განმავლობაში ერთდროულად 60-64 წამალდამოკიდებული პირის მომსახურებაზე. ტექნიკური წინადადება დასამტკიცებლად წარედგინა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს. ამას აღარ მოჰყოლია წინადადების რაიმე ფორმალური განხილვა, რამდენადაც, როგორც ჩანს, ერთ მოსარგებლეზე ძალიან მაღალი ხარჯის გამო, წინადადება ფინანსურად არამიზანშეწონილად შეფასდა და რეზიდენტული ტიპის მომსახურების ჩამოყალიბება პოლიტიკური დღის წესრიგიდან მოიხსნა, ხოლო აღნიშნული აქტივობისთვის გამოყოფილი თანხები სახელმწიფო

1. ბაზალეთი – პატარა ქალაქი, რომელიც დედაქალაქიდან მსუბუქი მანქანით მგზავრობის შემთხვევაში დაახლოებით 40 წუთის მანძილითაა დაშორებული. 4,979მ² ფართობის ტერიტორია დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მფლობელობაშია და აღნიშნული ცენტრის ასაშენებლად არის გამოყოფილი.

ბიუჯეტში დარჩა 2012 და 2013 წლებისთვის, მაგრამ 2014 წლისთვის უკვე აღარ იყო გათვალისწინებული. საჯარო სამართლის იურიდიული პირი *ნარკოპოლიტიკის ცენტრი* 2015 წელს გაუქმდა.

8.2. სოციალური გარიჟვა და ნარკოტიკების მოხმარება

როგორც მოცემული თავის დასაწყისში აღვნიშნეთ, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ქვემოთ მოყვანილი ინფორმაცია სოციო-დემოგრაფიულ მახასიათებლებზე მოპოვებულია ქცევითი ზედამხედველობისა და თანასწორი თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული პროგრამის ბენეფიციართა კვლევების საფუძველზე (იხ. ქვეთავი 4.3.1). (გოგია, 2013ა); გოგია, 2013ბ).

ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის რესპონდენტების თითქმის ნახევარმა (44.2%) აღნიშნა, რომ დაქორწინებული იყო, ხოლო 36% არასოდეს ყოფილა ქორწინებაში. რესპონდენტების თითქმის ერთმა მეხუთედმა აღნიშნა, რომ ან განქორწინებული, ან დაშორებული გახლდათ. განქორწინების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი თბილისში დაფიქსირდა – 26.5%. იმ რესპონდენტების წილი, რომლებიც მეუღლესთან ცხოვრობს, ქალაქების მიხედვით მერყეობს 37.9%-დან (თელავი) 49.3%-მდე (გორი), ხოლო იმ პირების პროცენტული რაოდენობა, რომლებიც თავიანთ ნათესავებთან/მშობლებთან ცხოვრობენ, მერყეობს 42.6%-დან (თბილისი) 51.5%-მდე (თელავი); რესპონდენტების ძალიან მცირე რაოდენობამ (მაგ., არა უმეტეს 3.7% ქუთაისში) აღნიშნა პარტნიორთან და არა მეუღლესთან თანაცხოვრება.

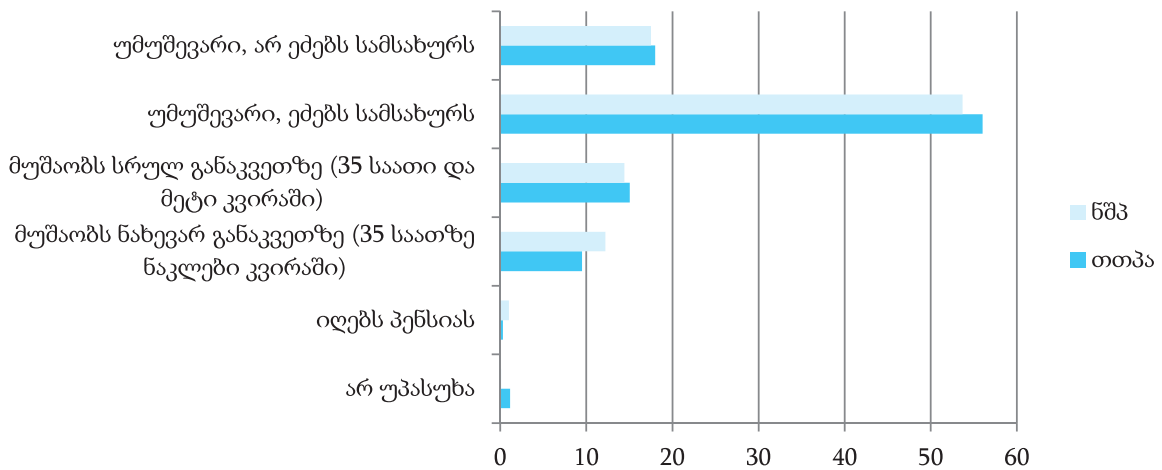
როგორც ქცევითი ზედამხედველობის, ასევე თანასწორი თანასწორს პროგრამის მოსარგებლებების კვლევამ გამოავლინა, რომ რესპონდენტების უმეტესობას ჰქონდა სრული სამუშაო განათლება. ამასთან, ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის თანახმად, თბილისის რესპონდენტების უდიდეს ნაწილს ჰქონდა უმაღლესი განათლება. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ძალიან მცირე რაოდენობამ (ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის 1,791 რესპონდენტიდან 3-მა პირმა) აღნიშნა, რომ მხოლოდ დაწყებითი განათლება ჰქონდა, ერთს კი საერთოდ არ ჰქონდა განათლება კვლევის განხორციელების მომენტში (ჩიქოვანი, 2012).

ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის, რომლებიც საქართველოს 6 ყველაზე დიდ ქალაქში ჩატარდა, 1,792 რესპონდენტიდან უმრავლესობა კვლევის ჩატარების მომენტისათვის უმუშევარი იყო. უმუშევრობის მაჩვენებელი ქალაქების მიხედვით მერყეობდა 57.4%-დან (ზუგდიდი), 91.9%-მდე (თბილისი). გამოკითხულთაგან მხოლოდ მცირე ნაწილს ჰქონდა მუდმივი სამუშაო და ამგვარი რესპონდენტების რაოდენობა მერყეობდა 3.4%-დან (თბილისში) 13.6%-მდე (ზუგდიდში). უნივერსიტეტის სტუდენტების ყველაზე მაღალი რაოდენობა თელავში დაფიქსირდა (8.9%).

საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელის 2013 წელს შესრულებული ორი კვლევა სწავლობდა (1) თანასწორი თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენციის მოსარგებლე 2,342 ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელსა და (2) ნემსებისა და შპრიცების გაცვლითი პროგრამის 1,154 მოსარგებლეს, საქართველოს 8 ქალაქში (იხ. ქვეთავი 4.3.1). ორივე კვლევა 9 სერვის ცენტრში განხორციელდა (თელავი, გორი,

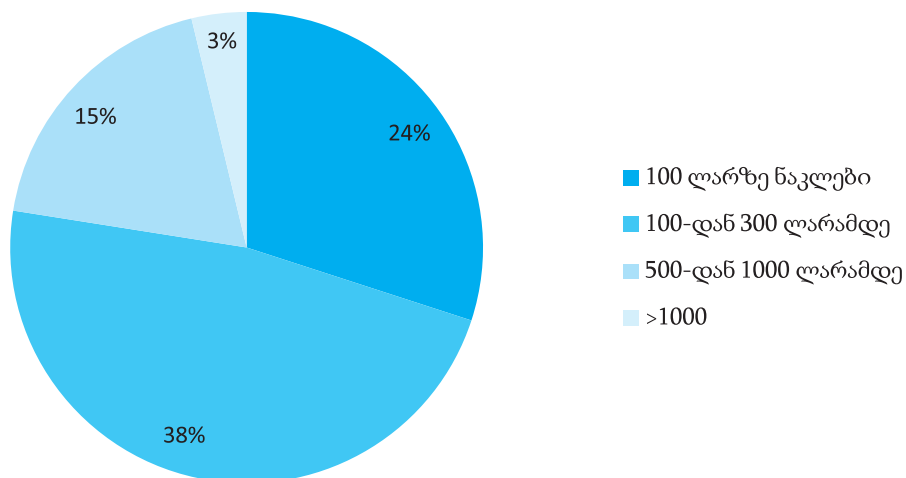
ქუთაისი, სამტრედია, ზუგდიდი, ბათუმი, ფოთი და 2 სერვის ცენტრი თბილისში), რომელიც ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელ პირებს უფასო ზიანის შემცირების მომსახურებებს სთავაზობდა. ორივე კვლევის რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი კვლევის მომენტისათვის უმუშევარი იყო და სამსახურს ეძებდა; 15%-ზე მეტმა აღნიშნა, რომ ისინი არ ეძებდნენ დასაქმების შესძლებლობებს (იხ. დიაგრამა 14):

დიაგრამა 14: ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები დასაქმების მდგომარეობის მიხედვით (გოგია, 2013ა, გოგია, 2013ბ)¹



ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევამ გამოავლინა საქართველოში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შემოსავლის დონე. კერძოდ, კვლევაში მონაწილე ექვსივე ქალაქში, საშუალოდ, ნარკოტიკების ყოველი მესამე ინექციური მომხმარებლის ყოველთვიური შემოსავალი 100-დან 300 ლარამდე მერყეობს; ერთი მეოთხედის შემოსავალი 100 ლარზე ნაკლებია; რესპონდენტების მხოლოდ 15%-მა აღნიშნა, რომ მათი ყოველთვიური შემოსავალი 500-1000 ლარს შეადგენდა; რესპონდენტთა მხოლოდ 3%-ს აქვს თვეში 1,000 ლარზე მეტი (იხილეთ დიაგრამა 15):

დიაგრამა 15: ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ყოველთვიური შემოსავალი ლარებში, პროცენტულად (ჩიქოვანი, 2012)



1. თთპა - თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვენცია; ნმპ - ნემსებისა და შპრიცების პროგრამა.

მოცემული ინფორმაცია ადასტურებს, რომ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები საქართველოში სოციალურად და ფინანსურად დაუცველ ჯგუფს წარმოადგენს: მათი უმრავლესობის შემოსავალი მწირია, უმუშევრობის მაჩვენებელი ნარკომომხმარებელთა შორის უფრო მაღალია, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში – საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ინფორმაციით, ზოგად პოპულაციაში უმუშევრობის მაჩვენებელი არის 14.6%, მაშინ, როცა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის 50%-ზე მეტია. ნათელია, რომ ამგვარმა პრობლემამ სტატუსმა შეიძლება მნიშვნელოვანი ფინანსური პრობლემები შეუქმნას როგორც ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს, ასევე მათ ოჯახის წევრებს.

ქცევითი ზედამხედველობის კვლევებში მონაწილე ნარკომომხმარებლების უდიდესი ნაწილი (95%) ეთნიკურად ქართველია, რაც საქართველოში არსებული საერთო მოსახლეობის ეთნიკურ შემადგენლობასაც შეესაბამება. რამდენადაც სპეციფიკური კვლევა არ ჩატარებულა, საქართველოში დღეისათვის არ მოიპოვება მონაცემები ეთნიკურ უმცირესობებში ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ.

8.3. სოციალური რეინტეგრაცია

ისტორიულად, საქართველოში პირველი ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო პროგრამა ნარკომომხმარებლებისთვის პენიტენციურ სისტემაში დაიწყო 2000-იანი წლების დასაწყისში. სხვადასხვა დროს ეს პროგრამა სხვადასხვა დონორი ორგანიზაციების მიერ ფინანსდებოდა, რომელთა შორისაც იყო ევროსაბჭო, პოლონეთის შტეფან ბატორის ფონდი, პოლონეთის საელჩო საქართველოში და ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო. ჩამოთვლილი დონორების ფინანსური დახმარების მეშვეობით საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში 2012 წლამდე ფუნქციონირებდა 12 ნაბიჯის მიდგომაზე დაფუძნებული პროგრამა „ატლანტისი“ ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მომხმარებელთათვის.

2006 წელს საქართველოს საპატრიარქოს დაქვემდებარებაში გაიხსნა ანტინარკოტიკული ცენტრი, რომელიც ფსიქოსოციალურ სარეაბილიტაციო მომსახურებას უწევს დამოკიდებულ და თანადამოკიდებულ პირებს სამოქალაქო სექტორში. პროგრამა ყველაზე პოპულარული იყო 2007-2012 წლებში, როცა თაბორის მთაზე ორმა მონასტერმა დაიწყო რეზიდენტული ტიპის ფსიქოსოციალური მომსახურებების გაწევა დამოკიდებული ადამიანებისთვის. ყოველწლიურად, დაახლოებით 80-100 ალკოჰოლსა და ნარკოტიკზე დამოკიდებული ადამიანი ცხოვრობდა მონასტრებში ფსიქოლოგიური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სარეაბილიტაციო მომსახურებების მისაღებად, ასევე რათა ფხიზელ მდგომარეობაში და ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ყოფილიყვნენ. 2012 წლის შემდეგ, დაფინანსების არარსებობის გამო, მომსახურება შეიკვეცა და 2013-2014 წლების მდგომარეობით, მას მხოლოდ რამდენიმე პირი იღებდა.

ამჟამად, „ატლანტისის“ ცენტრის ყოფილი მოსარგებლეების მცირე რაოდენობა ჯერ კიდევ განაგრძობს ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის უზრუნველყოფას თანასწორი თანასწორს მხარდაჭერის ჯგუფების მეშვეობით. სულ საქართველოში 11 მსგავსი ჯგუფი არსებობს. ისინი უმეტესწილად შაბათ-კვირას იკრიბებიან კათოლიკურ ორგანიზაცია

„კარიტას ჯორჯიაში“, რომელიც მათ საოფისე ფართს უფასოდ უთმობს. აღნიშნული მომსახურება სამოხალისეოა და მოსარგებლეთა რაოდენობაზე რაიმე სარწმუნო სტატისტიკა არ არსებობს.

2010 წელს კიდევ ერთი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი, „კამარა“ ჩამოყალიბდა. ეს თბილისში მოქმედი ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციაა, რომელიც დახმარებას უწევს სპეციფიკურად ნარკომომხმარებლებსა და მათ მიკროსოციალურ გარემოს. კამარა სხვადასხვა მომსახურებას უწევს ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პირებს დეტოქსიკაციის გავლის შემდეგ და სთავაზობს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას, იოგას, ფსიქოდიაგნოსტიკას, ჯგუფურ ფსიქოთერაპიულ სესიებს, არტთერაპიასა და მუსიკალური თერაპიას. კამარას საქმიანობას მხარს უმეტესწილად კერძო შემოწირულობები უჭერს; ორგანიზაცია ასევე იღებს დაფინანსებას გლობალური ფონდისგან. ცენტრის მომსახურებებს ბევრი მსგავსება აქვს ამბულატორიულ სამკურნალო პროგრამებთან, მაგრამ მათაგან განსხვავებით კამარას სერვისი არაფორმალურ, შინაურულ ატმოსფეროში ხორციელდება და ყოველწლიურად დაახლოებით 60 კლიენტს ემსახურება (საშუალოდ 6-თვიანი სამკურნალო პერიოდი თითოეული პაციენტისთვის). კამარა ყოველწლიურად აწყობს თავისი მოსარგებლეების ნახატებისა და ხელოვნების სხვა ნიმუშების გამოფენას, რაც მისი კლიენტების თვითშეფასების ამაღლებასა და სოციალურ რეინტეგრაციას უწყობს ხელს. ამას გარდა, თითოეული მსგავსი საჯარო ღონისძიების მიზანია შემცირდეს სტიგმა და უარყოფითი წინასწარგანწყობები, რაც ნარკომომხმარებლების მიმართ არსებობს ქვეყანაში.

მსგავსი ტიპის მომსახურებებს ახორციელებს აგრეთვე ფსიქოსოციალური და ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრი, ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია, რომელიც სამთავრობო დაწესებულების, „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“ ბაზაზე ფუნქციონირებს. ლიმიტირებული დაფინანსების გამო შეზღუდულია მოსარგებლეების რაოდენობა. „ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის“ სხვადასხვა სერვისით (არტთერაპია, ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპია, გამაჯანსაღებელი სუნთქვითი ვარჯიშები აღმოსავლური მეთოდებით და სხვ.) 2013 წელს სულ 62 პაციენტმა ისარგებლა. არასამთავრობო ორგანიზაცია ასევე უზრუნველყოფს ნარკომომხმარებელთათვის ტრენინგ სესიებს, შემთხვევაზე დაფუძნებულ სამედიცინო კონსულტაციებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე, ტუბერკულოზზე, აივ-სა და ვირუსულ ჰეპატიტზე.

საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ მიერ მონოდებული ინფორმაციის თანახმად, აღნიშნულმა ორგანიზაციამ პირველი სოციალური ბიურო ნარკომომხმარებლებისათვის გახსნა თელავში 2012 წელს, „შიდსის აღმოსავლეთ-დასავლეთ ფონდთან“ ერთად, ჰოლანდიის მთავრობის მიერ დაფინანსებული პროექტის ფარგლებში. ბიური დღესაც წარმატებით ფუნქციონირებს.

2014 წელს ევროკავშირმა დააფინანსა პროექტი „სოციალური რეინტეგრაციის პოპულარიზაცია: სოციალური ბიუროების შექმნა ყოფილი პატიმრებისა და პრობაციონერებისთვის, ასევე გათავისუფლებამდელი პროგრამების გაუმჯობესება

სასჯელალსრულების დაწესებულებებში“. პროექტს ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია „ინფორმაციისა და კონსულტაციის ცენტრი თანადგომა“ ახორციელებს საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციებთან – „მეინლაინ ფონდთან“ და „შიდსის აღმოსავლეთ-დასავლეთ ფონდთან“ პარტნიორობით. ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული პროექტის ფარგლებში, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის იმართება კონსულტაციები აივ-ზე, B და C ჰეპატიტზე, ასევე ფსიქოლოგიური და სამედიცინო კონსულტაციები, ზედოზირების პრევენცია, ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაცია 12 ნაბიჯის მიდგომაზე დაყრდნობით და კომუნიკაციის უნარის გასავითარებელი ტრენინგი სამუშაოს მიძებნელი ბენეფიციარებისთვის. პროექტი საქართველოს ოთხ დიდ ქალაქში მოქმედებს: თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი და ზუგდიდი. 2014 წლის 10 თვის მანძილზე პროექტის (ფარგლებში მოქმედი მომსახურებით ისარგებლა 392-მა ადამიანმა (193 ყოფილი პატიმარი, 143 პრობაციონერი და 56 პატიმარი; ამათგან 148 პირი ან ამჟამად მოიხმარდა ფსიქოაქტიურ საშუალებებს, ან ყოფილი ნარკომომხმარებელი იყო).

ქალ ნარკომომხმარებელთა საჭიროებებზე მორგებული ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციის მომსახურებები ქვეყანაში დღეისათვის არ არის შექმნილი. არც რაიმე ინვესტიცია განხორციელებულა ამ მიმართულებით, მაშინ, როდესაც ნარკომომხმარებელი ქალები ორმაგი სოციალური სტიგმის ზენოლის ქვეშ იმყოფებიან – თავიანთი სქესისა და ნარკომომხმარების გამო. მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების პარალელურად, ქალი ნარკომომხმარებლები ხშირად ხდებიან ოჯახური ან გენდერული ძალადობის მსხვერპლი. ქალებს შორის ნარკომანიის პრობლემის სიმწვავის უგულვებელყოფამ შესაძლოა სერიოზულ უარყოფით შედეგებამდე მიგვიყვანოს როგორც ინდივიდუალურ, ასევე ოჯახურ და საზოგადოებრივ დონეზე.

9. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია და სისხე

9.1. შესავალი

საქართველოს კონტექსტში, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პირველადი ნარკოდანაშაულის ქვეშ იგულისხმება დანაშაული, რომელიც რეგულირდება საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავის 260-274-ე მუხლებით (იხ. ქვეთავი 1.2). ქვეყანაში ჯერჯერობით არ არის განმარტებული მეორადი ნარკოდანაშაული და, შესაბამისად, არც სტატისტიკური მონაცემები არსებობს. მოცემულ თავში, ნარკოდანაშაულზე საუბრისას, ვგულისხმობთ პირველად ნარკოდანაშაულს; ტერმინს „მსჯავრდებული“ კი ვიყენებთ შემდეგი მნიშვნელობით: „ადამიანი, რომელიც დამნაშავედ ცნეს და სასჯელი მიუსაჯეს პირველი ინსტანციის სასამართლოში“.

ქვეყანაში ნარკოდანაშაულის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება მთელი რიგი სახელმწიფო უწყებების მიერ ხდება, რაც მათ საკუთარ საინფორმაციო სისტემებშია დაცული. შინაგან საქმეთა სამინისტრო¹ (შსს) აგროვებს და ინახავს ინფორმაციას ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულების შესახებ, ნარკოშემომწების სტატისტიკის ჩათვლით. მთავარი პროკურატურა აგროვებს მონაცემებს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სისხლისსამართლებრივი ბრალის წაყენებისა და საქმეთა წარმოების შესახებ. საქართველოს უზენაესი სასამართლო აწარმოებს სტატისტიკას ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სასამართლო მოსმენებისა და სასჯელის მისჯის შესახებ. სასჯელალსრულების სამინისტროში დაცულია მონაცემები ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მსჯავრდებულებისა და პატიმრების შესახებ.

წინამდებარე ანგარიშში შესული ინფორმაცია მოვიპოვეთ ყველა ზემოხსენებული უწყებიდან სპეციფიკური წერილობითი მოთხოვნის საფუძველზე, ასევე აღნიშნული უწყებების ვებგვერდებიდან, ან შესაბამისი უწყებების მიერ მომზადებული, საჯაროდ ხელმისაწვდომი ანგარიშებიდან.

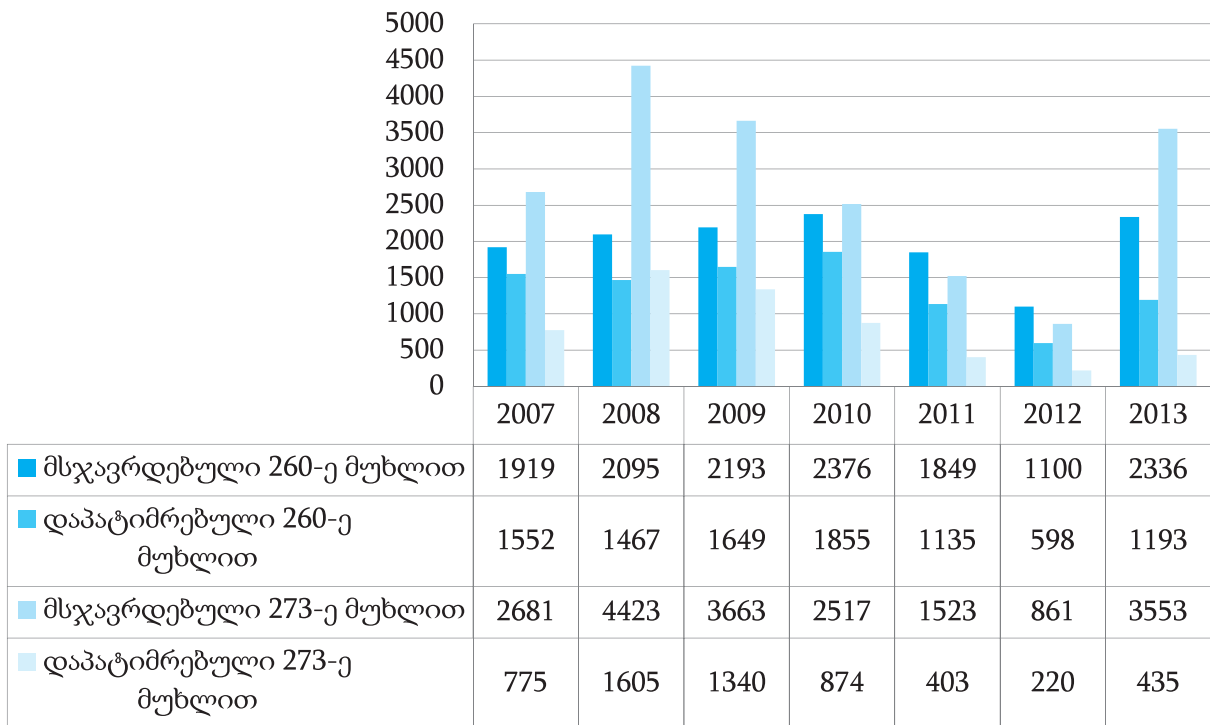
1. შინაგან საქმეთა სამინისტრო საზოგადოების უსაფრთხოებაზე პასუხისმგებელი უწყებაა. მასში გაერთიანებულია მთელი რიგი სამართალდამცავი უწყებები – საპატრულო პოლიცია, კრიმინალური პოლიცია, კონტრდაზვერვის დეპარტამენტი, ტერორიზმთან ბრძოლის დეპარტამენტი, სასაზღვრო პოლიცია, დაცვის პოლიცია და რეგიონული პოლიციის უწყებები. შინაგან საქმეთა სამინისტროს ყველა განყოფილება ცენტრალიზებული ვერტიკალური სახელმწიფო უწყების შემადგენელი ნაწილია, რომელსაც მონაცემთა შეგროვებისა და დაცვის ერთიანი სისტემა აქვს.

9.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანახარები

9.2.1. ნარკოკანონმდებლობით გათვალისწინებული დანახარებები

საქართველოს უზენაესი სასამართლოდან მიღებული მონაცემების თანახმად, 2013 წელს ნარკოდანაშაულის გამო 6,456 ადამიანი იქნა მსჯავრდებული პირველი ინსტანციის სასამართლოებში. საქმეების უდიდეს უმრავლესობაში (6,230, 96.5%) ბრალი წაყენებული იყო საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე (უკანონო ფლობა) და 273-ე (განმეორებითი მოხმარება) მუხლებით. 2008 წელს დაფიქსირებული ყველაზე დიდი მაჩვენებლის შემდეგ, სასჯელის მისჯისა და შესაბამისი დაპატიმრებების რაოდენობამ სტაბილურად დაიწყო კლება 2012 წლამდე (იხ. დიაგრამა 16). თუმცა, 2013 წელს, ორჯერ და უფრო მეტად გაიზარდა იმ პირთა რაოდენობა, ვისაც გამამტყუნებელი განაჩენი გამოუტანეს და საპატიმრო სასჯელი შეუფარდეს არალეგალური ნივთიერებების მოხმარებისა და ფლობისთვის.

დიაგრამა 16: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით მსჯავრდებული პირების რაოდენობის დინამიკა წლების მიხედვით, 2007-2013წწ* (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2007-2014ა)



9.2.2. სისხლის სამართლის სასჯელები ნარკოდანაშაულისთვის

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მიერ მოწოდებული მონაცემების თანახმად, 2013 წელს პირველი ინსტანციის სასამართლოს მიერ 6,456 ადამიანი იქნა მსჯავრდებული ნარკოდანაშაულის ჩადენისთვის (იხ. ცხრილი 15). 6,230 (96.5%) შემთხვევაში ბრალი

დაკავშირებული იყო საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე (უკანონო ფლობა) და 273-ე (განმეორებითი მოხმარება) მუხლებთან. 260-ე მუხლით (ნარკოტიკების ფლობისთვის) მსჯავრდებული ადამიანების 44.8%-ს საპატიმრო სასჯელი მიუსაჯეს, 273-ე მუხლით (ნარკოტიკების განმეორებითი მოხმარება) მსჯავრდებულთაგან კი – 12%-ს. ამ ძირითად სასჯელთან ერთად, დიდი რაოდენობით მსჯავრდებულს ფინანსური ჯარიმა დაუნესეს როგორც დამატებითი სასჯელი. შემთხვევათა უმრავლესობაში (87.4%), მსჯავრდებულებმა ასევე საპროცესო გარიგება გააფორმეს. საქართველოს რეალობაში საპროცესო გარიგება ნიშნავს თანამშრომლობას გამოძიებასთან (ინფორმაციის მიწოდება სხვა მნიშვნელოვანი დანაშაულების შესახებ), ასევე მსჯავრდებულის მზაობას, რომ მნიშვნელოვანი ოდენობის თანხა გადაიხადოს საპატიმრო სასჯელისგან თავის აცილებისა ან პატიმრობის ვადის მნიშვნელოვანწილად შემცირებისთვის. 2013 წელს ნარკოდანაშაულთან დაკავშირებით გამამართლებელი განაჩენი მხოლოდ ერთ საქმეში დადგა.

ცხრილი 15: იმ პირების და საქმეების რაოდენობა, ვისაც ნარკოდანაშაულის გამო ბრალი წაუყენეს, ან სასჯელი მიუსაჯეს (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის თავი XXXIII) პირველი ინსტანციის სასამართლოში 2013 წ. (საქართველოს უზენაესი სასამართლო)

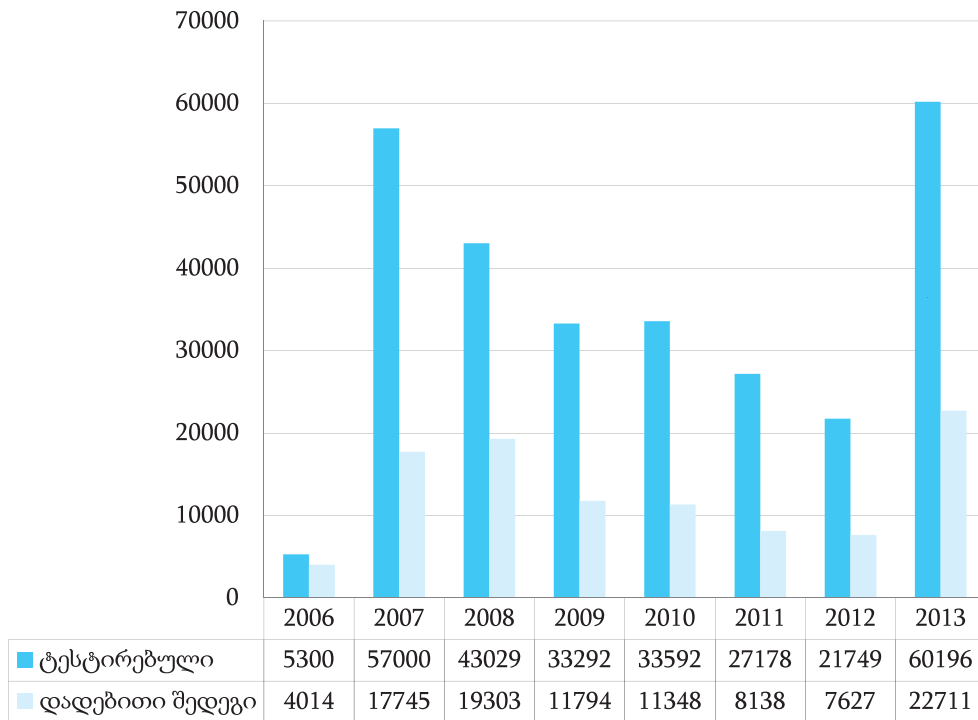
სსსკ-ს მუხლები	მათ შორის მიესაჯათ სასჯელი								ჯარიმა, როგორც დამატებითი სასჯელი	საპროცესო გარიგება	გამართლდა
	სასამართლო განხილვა და გადაწყვეტილება		თავისუფლების აღკვეთა	პირობითი სასჯელი	ჯარიმა/სასჯელი	საზოგადოებისთვის სასარგებლო შრომა	სასჯელი შეჩერდა ამნისტიის შემდეგ	ჯარიმა, როგორც დამატებითი სასჯელი			
	საქმე	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი			
260	2,337	2,660	1,193	1,421	27	1	18	1,485	2,234	1	
262	49	52	21	10	21			21	48		
273	3,553	3,570	435	2,561	531	29	14	671	3,197		
261, 263-272, 274	170	174	32	128	14			95	166		
სულ	6,109	6,456	1,681	4,120	593	30	32	2,272	5,645	1	

9.2.3. ადმინისტრაციული სამართალდარღვევები

შინაგან საქმეთა სამინისტროს მონაცემების შესაბამისად, 2013 წელს ნარკოტესტირება სწრაფი ტოქსიკოლოგიური შარდის ანალიზის საშუალებით ჩაუტარდა 60,196 პირს, რომელთაგან 22,711-ს პოზიტიური პასუხი გამოუვლინდა. 2007-2012 წლების განმავლობაში, ყოველწლიურად სტაბილურად იკლებდა იმ ადამიანების რაოდენობა, ვინც ე.წ. საფუძვლიანი ეჭვის საფუძველზე ქუჩიდან იქნა აყვანილი და ნარკოლოგიურ

შემონმებას დაექვემდებარა; თუმცა, 2013 წელს ეს მაჩვენებელი სამჯერ გაიზარდა წინა წელთან შედარებით და ამგვარად, ქუჩაში მასობრივად განხორციელებული ნარკოტესტირების მთელი ისტორიის მანძილზე ყველაზე მაღალ ნიშნულს მიაღწია (იხ. დიაგრამა 17). აღსანიშნავია, რომ ტესტირების დადებითი შედეგების წილი (სამი ტესტიდან მხოლოდ ერთი) სტაბილური დარჩა წლების განმავლობაში.

დიაგრამა 17: ნარკოტიკებზე შემონმებული ადამიანებისა და დადებითი შედეგების რაოდენობა, 2006-2013 (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2007-2014ბ)



2013 წელს ნარკოტესტირებაზე გაყვანილი პირებს შორის ქალები მხოლოდ 1%-ს (599 ქალბატონი) შეადგენდნენ (იხ. ცხრილი 16). დადებითი შედეგების წილი ქალებს შორის უფრო დაბალი იყო, ვიდრე მამაკაცებთან და ექვსი შემთხვევიდან მხოლოდ ერთში დასტურდებოდა შარდში კონტროლირებადი ნივთიერებების მეტაბოლიტების არსებობა.

ცხრილი 16: ნარკოტესტზე შემონმებული პირების განაწილება სქესის მიხედვით (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2007-2014ბ)

	სულ	ქალი	მამაკაცი
სულ	60,196	599	59,597
დადებითი (N)	22,711	107	22,604
დადებითი (%)	37.7%	17.9%	37.9%

შემონმებული პირების უმრავლესობა (72.3%) 26-დან 45 წლამდე ასაკობრივ ინტერვალშია მოქცეული (ცხრილი 17). ტესტის დადებითი პასუხების უდიდესი წილი 45 წელზე ზემოთ ასაკობრივ კატეგორიაში გამოვლინდა (2.5 ტესტიდან ერთი), ხოლო ყველაზე დაბალი

წილი – 16-18 წლის ახალგაზრდების ასაკობრივ ჯგუფში (7 ტესტიდან ერთი). 16 წლამდე ახალგაზრდები არ შემონმეზულან.

ცხრილი 17: ნარკოტიკებზე შემონმეზული პირების ასაკობრივი განაწილება (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2007-2014ბ)

ასაკი	16-18	19-25	26-45	>45
სულ	302	11,301	43,531	5,062
დადებითი	43	2,869	17,632	2,167
დადებითის %	14%	25%	40.5%	42.8%

იმ ფაქტის გამო, რომ ბევრი ნარკომომხმარებელი საქართველოში მოიხმარს რამდენიმე ნივთიერებას ერთად (ვადაჭკორია, 2015, სიხარულიძე, 2015) და შემთხვევების უმეტესობაში შარდი რამდენიმე ნივთიერებაზე მონმდება, ტესტირებაზე დადებითი პასუხების საერთო რაოდენობა 22,711 ადამიანს შორის იყო 32,048 (იხ. ცხრილი 18). ტესტირებით ყველაზე ხშირად გამოვლინდა ოპიოიდების ჯგუფის ნივთიერებები (36%), მეორე ადგილზე კი ტეტრაჰიდროკანაბინოლი (მარიხუანა) აღმოჩნდა (29%). კოკაინის წილი ყველაზე მცირე იყო იმ ნივთიერებებს შორის, რაც ტოქსიკოლოგიური შემონმების დროს იქნა აღმოჩენილი (0.07%).

ცხრილი 18: ტესტების რაოდენობა აღმოჩენილი ნივთიერებების მიხედვით 2013 წ. (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2014ა)

	ოპიოიდები	ბუპრენორფინი	მარიხუანა	მეთადონი	მეტამფეტამინი/ამფეტამინი	კოკაინი	ექსტაზი	ტრამადოლი	სინთეტიური კანაბინოიდები	ფსიქოაქტიური ნარკოტიკები
სულ	11,755	705	9,262	2,070	1,726	25	175	146	574	5,610
იანვარი	591	39	475	111	89	3	16	12	-	396
თებერვალი	634	24	259	98	88	2	13	5	-	385
მარტი	913	18	187	164	106	2	29	6	-	521
აპრილი	989	27	143	137	127	2	16	14	-	518
მაისი	1,022	50	127	208	135	3	14	15	-	490
ივნისი	1,121	52	294	165	93	1	16	16	-	432
ივლისი	995	60	664	182	133	4	13	6	121	392
აგვისტო	1,049	64	1,075	257	205	3	38	17	110	574
სექტემბერი	1,429	92	1,533	236	203	1	10	24	112	574
ოქტომბერი	1,191	87	1,836	204	196	1	8	10	91	596
ნოემბერი	925	102	1,633	196	165	2	9	7	79	486
დეკემბერი	899	90	1,036	112	186	1	2	14	61	395

საქართველოს უზენაესი სასამართლოსგან მიღებული მონაცემების მიხედვით, 2013 წელს საქართველოში პირველი ინსტანციის სასამართლომ 13,751 გადაწყვეტილება მიიღო საქართველოს ადმინისტრაციული კოდექსის 45-ე მუხლთან დაკავშირებით (ნარკოტიკების მოხმარება) (იხ. ცხრილი 19). საქმეების უმეტესობაში (94%) გადაწყდა ჯარიმის დაკისრება (500 ლარი), ხოლო ადმინისტრაციული პატიმრობა მსჯავრდებულთა მცირე ოდენობას (2.3%) შეეფარდა.

ცხრილი 19: ადამიანების რაოდენობა 45-ე მუხლთან დაკავშირებული პირველი ინსტანციის სასამართლო გადაწყვეტილებების მიხედვით 2013 წელს (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2014)

სასამართლო გადაწყვეტილებები	პირების რაოდენობა (n = 13,751)	%
ადმინისტრაციული პატიმრობა	319	2,3
ფულადი ჯარიმა	12,899	93.8
გათავისუფლდა ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობისგან	259	1.9
საქმე პროკურატურას გადაეგზავნა შემდგომი გამოძიებისთვის	274	2

2013 წლის ნარკოტიკებზე შემონმების მონაცემებზე დაყრდნობით, 60,196 შემონმებული პირიდან, რომელთაგან დადებითი შედეგი დაუდგა 22,711 პირს, მხოლოდ 15-მა ადამიანმა გაასაჩივრა ნარკოტიკული შემონმების შედეგები და 12 შემთხვევაში ეს შედეგები გაუქმდა. ექსპერტებსა და ადამიანის უფლებების აქტივისტებს სერიოზულ პრობლემად მიაჩნიათ, რომ „ათობით ათასი ადამიანის მიმართ ადმინისტრაციული და სისხლისსამართლებრივი საქმის წარმოება (პატიმრობის მისჯის ჩათვლით) დაიწყო სწრაფი იმუნოფერმენტული ანალიზის დადებითი შედეგების გამო“ (ოთიაშვილი, 2012), „არც ერთი სხვა იურისდიქცია არ იყენებს სწრაფი ტესტირების შედეგებს როგორც ნარკოტიკების მოხმარების საბოლოო მტკიცებულებას იმის გამო, რომ რიგ შემთხვევაში ეს ტესტები ნაკლებად ზუსტია, შეუძლია ჯვარედინ რეაქციაში შესვლა, ხოლო სატესტო მონყობილობა კი არ არის საკმარისად გამძლე ტემპერატურისა და ტენიანობის მიმართ, რაც აგრეთვე ამცირებს მისი სიზუსტის პოტენციალს (ოთიაშვილი, 2012). მოცემულ საკითხზე მომზადებული თემატური ანგარიშის ავტორები აგრეთვე აღნიშნავენ, რომ „ნებისმიერ სხვა ქვეყანაში სწრაფი ტესტირების შედეგები მიიჩნევა როგორც პირველადი და ინდიკატიური, მაშინ როცა სასამართლო წარმოებისთვის უფრო ზუსტ და დახვეწილ ლაბორატორიულ მეთოდებს იყენებენ (UNDCP, 2001). საქართველოში ამ სწრაფი და არაზუსტი ტესტების შედეგები კი სასამართლოში მტკიცებულების ერთ-ერთ მთავარ წყაროდ გამოიყენება, რასაც ყოველწლიურად ათასობით ადამიანის დაჯარიმებასთან, ან მათ დაპატიმრებასთან მივყავართ.“¹

1. UNDCP (2001). „სწრაფი ადგილობრივი სკრინინგი ნარკოტიკების მოხმარებაზე. სამეცნიერო და ტექნიკური შენიშვნები: სამსახურებში მიმდინარე და კრიმინალისტური სკრინინგი ნარკოტიკების მოხმარებაზე, როგორც წესი, სამედიცინო-სამართლებრივი მიზნებისთვის ხორციელდება. მასში შედის კრიმინალისტური (ჩხრეკა) და მონიტორინგის (კონტროლი) ოპერაციები, ან რუტინული შემონმება, რაც სწრაფ მითითებას, ან ეჭვს აჩენს, რომ სახეზეა უკანონო ნარკოტიკების მოხმარება, ან ფლობა. სკრინინგის მონყობილობით მიღებული დადებითი

9.2.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა დანაშაული

საქართველოს უზენაესი სასამართლოსგან მიღებული მონაცემების მიხედვით, 2013 წელს საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსით სხვადასხვა სახის დანაშაულის ჩადენის გამო პირველი ინსტანციის სასამართლოების მიერ სულ მსჯავრდებული იქნა 15,166 პირი, მათ შორის 561 (3.4%) ქალი. მათ შორის 1,202 (7.9%) დანაშაულის ჩადენის დროს კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ იმყოფებოდა (იხ. ცხრილი 20). იმ მსჯავრდებულების ყველაზე მაღალი წილი, რომლებმაც კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ დანაშაული ჩაიდინა, იყვნენ ისინი, ვინც დაარღვა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლი (519 ადამიანი) და 273-ე მუხლი (644 ადამიანი). გარდა ამისა ნიშანდობლივია, რომ მსჯავრდებულთა თითქმის ნახევარი (42%) პასუხისგებაში მიეცა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის ჩადენის გამო, და ყოველი მეოთხე კი – ნარკოტიკული საშუალების განმეორებით მიღების გამო (მუხლი 273).

ცხრილი 20: 2013 წელს ჩადენილი სამართალდარღვევები დანაშაულის ტიპების მიხედვით და მათ შორის ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ მყოფ პირთა მიერ ჩადენილი დანაშაული (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2014)

დანაშაულის ტიპები	საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის მუხლი	სულ მსჯავრდებული	მათ შორის ქალი	ჩადენილია ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ
სულ		15,166	561	1,202
განზრახ მკვლელობა	108	159	3	1
თავისუფლების უკანონოდ აღკვეთა	143	82		1
ქურდობა	177	3,112	171	10
ძარცვა	179	255	2	3
ცეცხლსასროლი იარაღის მართლსაწინააღმდეგო შეძენა, შენახვა, დამზადება, გადაზიდვა, გადაგზავნა ან გასაღება	236	533	2	1
ხულიგნობა	239	235	3	1

შედეგი, როგორც წესი, მიიჩნევა საგარეუდო შედეგად, ნარკოტიკების შერჩეული ზღვრული კონცენტრაციის საფუძველზე. შედეგების მიზანია გამოიყოს სავარაუდო დადებითი შედეგები ჭეშმარიტად უარყოფითი შედეგებისგან. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, როცა რაიმე ბიოლოგიური ნიმუში რეაქციაში შედის ტესტთან, მოწყობილობა ნარკოტიკული მეტაბოლიტის არსებობაზე მიუთითებს. ნარკოტიკების მოხმარების საბოლოო (მტკიცებულების ძალის მქონე) აღმოჩენა კი სათანადო ლაბორატორიულ პროცედურებს და ანალიზის აღიარებულ ტექნიკებს მოითხოვს. დადებითად უნდა იქნას მიჩნეული მხოლოდ ის ნიმუშები, რომლებიც დადებითია ორივე, სკრინინგისა და დამადასტურებელი მეთოდების გამოყენების შედეგად. ამის მიზეზები ნათელია, რადგანაც დადებითი ტესტის შედეგები ხშირად მძიმეა, რასაც მოჰყვება სასჯელალსრულების/სადამსჯელო ქმედება, სამსახურის დაკარგვა, ან სისხლისსამართლებრივი საქმის წარმოება“.

ნარკოტიკული საშუალების უკანონო დამზადება, წარმოება, შექენა, შენახვა, გადაგზავნა ან გასაღება	260	2,660	34	519
საქართველოში ნარკოტიკული საშუალების უკანონოდ შემოტანა, უკანონოდ გატანა ან ტრანზიტი საერთაშორისო გადაზიდვა	262	52	5	2
ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება	273	3570	10	644
ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა დანაშაულები	261, 263-272, 274	174	2	5
ტრანსპორტის მოძრაობის უსაფრთხოების ან ექსპლოატაციის წესის დარღვევა	276	588	15	5
სასამართლოს წინააღმდეგ ჩადენილი დანაშაული	264-381	221	7	5
სხვა დანაშაულები		1351	160	5

9.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია

ქვეყანაში დღესდღეობით არ არსებობს ნარკოდანაშაულის პრევენციის სტრატეგია, თუმცა ცალკეული ნაბიჯები ამ მიმართულებით იდგმება – მაგალითად, 2012 წელს, იუსტიციის სამინისტრომ ჩამოაყალიბა „დანაშაულის პრევენციის ცენტრი“ და მისი „რეაბილიტაციისა და რესოციალიზაციის პროგრამა“. ამ პროგრამის მთავარი მიზანია სასჯელაღსრულების სისტემიდან გათავისუფლებული ყოფილი პატიმრების რეაბილიტაციისა და საზოგადოებაში მათი წარმატებული რეინტეგრაციის მხარდაჭერა. აღნიშნული დახმარების მიღება შეუძლიათ ყოფილ პატიმრებს, რომლებსაც ნარკოტიკების მოხმარების ან ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის ისტორია აქვთ, თუმცა, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული რაიმე კონკრეტული ინტერვენცია შეთავაზებული არ არის.

2014 წელს შინაგან საქმეთა სამინისტრომ ახლი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენციაზე საპასუხოდ ჩაატარა ღონისძიებების მთელი რიგი: შექმნა

უწყებათაშორისი საკოორდინაციო მექანიზმი, კერძოდ „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების აღკვეთის ხელშეწყობის სახელმწიფო კომისია“, რომლის მიზანია ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების და ვაჭრობის წინააღმდეგ ბრძოლა (იხ. თავი 1.3.2); მოხდა საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტის ინიცირება, რამაც სამართლებრივ რეგულირებას დაუქვემდებარა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ბრუნვა. სა; ნარკოტეგსტირებაზე მომუშავე ლაბორატორიები აღჭურვა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოსავლენად უფრო მგრძობიარე საშუალებებით; და ბოლოს, მოაწყო ნაციონალური მასშტაბის საინფორმაციო კამპანია „არა ბიონარკოტიკს – ერთად შევცვალოთ დამოკიდებულება!“ (იხ. თავი 3.6).

9.4. ინტარვენციები სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემაში

აღდგენითი მართლმსაჯულების ინსტიტუციური მექანიზმები (როგორცაა განრიდება-მედიაციის პროგრამა, როგორც სასამართლო პროცესის და პატიმრობის ალტერნატივა) ქვეყანაში 2010 წელს დაიწყო, თუმცა, ჯერ არ გამოიყენება ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდარღვევების შემთხვევაში და არც ახლო მომავალშია მოსალოდნელი.

9.5. ნარკოტიკების მოხმარება და პრობლემური მოხმარება სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში

სასჯელაღსრულების დეპარტამენტი ერთ-ერთი უდიდესია სასჯელაღსრულების სამინისტროს შემადგენლობაში. ამჟამად, სასჯელაღსრულების სისტემაში შედის 15 დაწესებულება, რომელთა შორის არის 2 სამედიცინო დაწესებულება (სასჯელაღსრულების მრავალპროფილიანი ცენტრალური საავადმყოფო და ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრი), 1 სასჯელაღსრულების დაწესებულება არასრულწლოვნებისთვის და 1 ქალთა სპეციალური დაწესებულება. დაწესებულებების უმრავლესობა შერეული ტიპისაა (ნახევრადლია ან ნახევრადდახურული) და საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში მდებარეობს. დაწესებულებების უმრავლესობა (13) აღმოსავლეთ საქართველოშია, ხოლო 2 – დასავლეთ საქართველოში (საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2014).

მკაცრმა ნარკოკანონმდებლობამ და სამართლებრივმა პრაქტიკამ შედეგად მოიტანა იმ ხალხის რაოდენობის მკვეთრი ზრდა, რომლებიც სასჯელაღსრულების სისტემაში ნარკოტიკების განმეორებით მოხმარების გამო მოხვდნენ, ან/და ვისაც დაპატიმრების დროს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემები ჰქონდათ. 300 პატიმარს შორის შესრულებულმა გამოკითხვამ (ლომიძე, 2012) გამოავლინა, რომ 213 (71%) რესპონდენტს ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მიუღია ნარკოტიკული საშუალება ექიმის დანიშნულების გარეშე; 137 რესპონდენტს (46%) ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოუხმარია ინექციური ნარკოტიკი. არც ერთმა რესპონდენტმა არ უპასუხა დადებითად შეკითხვას ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გამოცდილების შესახებ გასული წლის

განმავლობაში (სასჯელალსრულების დაწესებულებაში ყოფნისას). გამოკითხული პატიმარი ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების 55%-ს და არაინექციური მომხმარებლების 17%-ს ჰქონდა ადმინისტრაციული ჯარიმის გადახდის გამოცდილება ნარკოტიკების მოხმარების გამო). ციხის საერთაშორისო რეფორმის მხარდაჭერით ჩატარებული კვლევის თანახმად, ქალი პატიმრების 27.8%-ს სასჯელი მიესაჯა, ან ბრალი ჰქონდა წაყენებული ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის გამო, რაშიც შედიოდა ნარკოტიკებით ვაჭრობა, ტრანზიტი, ტრანსპორტირება და დიდი ოდენობით ფლობა (Penal Reform International, 2013).

ბოლო წლებში მთელი რიგი წყაროები ადასტურებენ, რომ საქართველოს ციხეები ვირტუალურად ნარკოტიკებისგან თავისუფალია. აღნიშნული ინფორმაცია დადასტურებულია როგორც ყოფილი პატიმრებისგან მიღებული ინფორმაციით, ასევე პატიმრებს შორის გამართული კვლევებით (კურაციო და სხვ., 2013, Lomidze et al., და, ყვავილაშვილი და ფილაური, 2012). თუმცა, სამოქალაქო საზოგადოების აქტივისტები და ადამიანის უფლებების დამცველები ვარაუდობენ, რომ ნარკოტიკებისგან ციხის განმეორება მოხდა ადამიანის უფლებების დარღვევის ფასად (დამამცირებელი და არაადამიანური მოპყრობა პატიმრების მიმართ, ცემა და წამება) და წამალდამოკიდებული პირების „გადანაცვლებით“ ფსიქოტროპული პრეპარატების მასობრივ მოხმარებაზე (Otiashvili et al., 2014, Georgian Harm Reduction Network and Eurasian Harm Reduction Network, 2014).

2012 წლის ბოლოს ხელისუფლებაში მოსული ახალი მთავრობის შეფასებით, სამედიცინო დანიშნულებით გამოწერილი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარება უმთავრესი პრობლემა გახდა სასჯელალსრულების სისტემისთვის. ანუ, ვიდრე სისტემა არალეგალური ნარკოტიკებისგან ინმინდებოდა, ნარკოტიკული წარსულის მქონე პატიმრების უმრავლესობა დამოკიდებული გახდა ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე (სედაციური საშუალებები, ნეიროლეფსიური საშუალებები და ანტიდეპრესანტები), რასაც ციხის ექიმები რეცეპტით გამოსწერდნენ ხოლმე, ან რასაც ციხის ადმინისტრაცია აწვდიდა პატიმრობის განმავლობაში (საქართველოს სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2013). კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ 2,400-ზე მეტი პატიმარი სედაციური საშუალებების მაღალ დოზაზე იყო დამოკიდებული¹.

9.6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის საკითხებზე რეაგირება ციხეებში

9.6.1. აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა

საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში, სასჯელალსრულების ცენტრალურ საავადმყოფოში გაიხსნა ადიქტოლოგიის დეპარტამენტი, რომელიც პატიმრებს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას (რეზიდენტულ დეტოქსიკაციას) სთავაზობს. თერთმეტსაწლიან დეპარტამენტში მუშაობენ ექიმი ნარკოლოგი, ექთანი და ფსიქოლოგი. გრძელვადიანი პოსტ-დეტოქსიკაციური მკურნალობა-რეაბილიტაცია ხელმისაწვდომი არ არის. სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს „ჯანდაცვის

1. სასჯელალსრულების დაწესებულებებში პოპულაციის საერთო რაოდენობა 2013 წელს იყო 9,093 პირი (საქსტატი, 2015 http://www.geostat.ge/index.php?action=page&p_id=602&lang=eng)

განვითარების სტრატეგია“ მიზნად ისახავს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში წამალდამოკიდებული პირებისთვის 2015 წლიდან გრძელვადიანი ჩანაცვლებითი თერაპიისა და 2016 წლიდან კი სარეაბილიტაციო პროგრამების ამოქმედებას; თუმცა, სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს „2014-2017 წწ ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიის“ დოკუმენტში არ არის მოცემული შემდგომი დეტალები ამ პროგრამის არსისა და მოცულობის შესახებ (საქართველოს სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2013).

9.6.2. ზიანის შემცირების ღონისძიებები

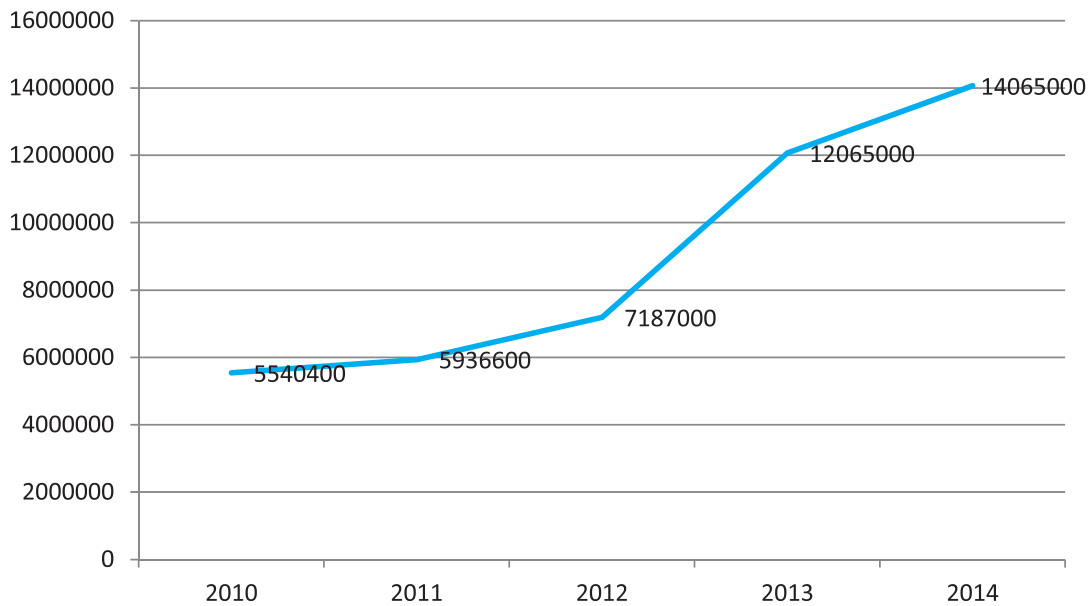
მეთადონით დეტოქსიკაცია ხელმისაწვდომია წინასწარი დაკავების ორ დაწესებულებაში – თბილისში (80 ადგილი) და ქუთაისში (50 ადგილი). ჯერჯერობით აღნიშნული მკურნალობა ფოკუსირებულია მოკლე და საშუალოვადიან ინტერვენციებზე (6 თვემდე) და ემსახურება ოპიოიდური დამოკიდებულების მქონე პაციენტების დეტოქსიკაციას, რათა ისინი წამალდამოკიდებულებისგან გათავისუფლდნენ იმ დროისთვის, როცა მათი გადაყვანა მოხდება პაციმრობის მუდმივ დაწესებულებაში. „2014-2017წწ ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიაში“ სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტრომ მიზნად დაისახა ა) მეთადონით მკურნალობის გრძელვადიანი შენარჩუნების მკურნალობის დანერგვა და ბ) მისი გავრცობა პაციმრობის მუდმივ დაწესებულებებში (საქართველოს სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2013).

საქართველოს სასჯელალსრულების დაწესებულებებში ზიანის შემცირების სხვა პროგრამები არ არის დანერგილი. პაციმრობისთვის არც სტერილური საინექციო მოწყობილობებია ხელმისაწვდომი. კონდომების დარიგება იმ არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ხდება, რომლებიც სისხლის გზით გადამდები ინფექციების შესახებ კონსულტაციას და ტესტირებას ახორციელებენ.

9.6.3. ჯანდაცვის მომსახურებებზე წვდომა და მათი მიწოდება ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის სასჯელალსრულების დაწესებულებებში

ზოგადად, ჯანდაცვის რეფორმა სასჯელალსრულების დაწესებულებებში 2012 წლიდან ქვეყნის სათავეში მოსული მთავრობის ერთ-ერთ ყველაზე წარმატებულ ინიციატივად მიიჩნევა. პაციმრობის რაოდენობის მკვეთრ შემცირებასთან ერთად, სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს ახალმა ხელმძღვანელობამ რამდენიმე ეფექტური ნაბიჯი გადადგა ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების გაუმჯობესებისთვის სასჯელალსრულების სისტემაში. ჯანდაცვის ბიუჯეტი მნიშვნელოვნად გაიზარდა – 100%-იანი ზრდა 2012 და 2014 წლებში, როგორც ეს ქვევითაა ნაჩვენები (იხ. დიაგრამა 18):

დიაგრამა 18: სასჯელალსრულების სისტემის ჯანდაცვის ბიუჯეტი 2010-2014, ლარებში (საქართველოს სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2014)



სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაში შექმნილია პირველადი ჯანდაცვის ერთეულები, რომლებიც მულტიდისციპლინური გუნდებისგან შედგება და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სტანდარტებს ბოლომდე აკმაყოფილებს. თუ პატიმრის მკურნალობა სასჯელალსრულების დაწესებულების სამედიცინო განყოფილებაში ვერ ხერხდება, დაშვებულია მისი გადაყვანა სასჯელალსრულების ცენტრალურ საავადმყოფოში. იმ შემთხვევაში, თუ პატიმრის მკურნალობა სასჯელალსრულების ცენტრალურ საავადმყოფოშიც შეუძლებელია, მას სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებებში გადაიყვანენ. ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს ცალკე მკურნალობენ ტუბერკულოზის სამკურნალო ცენტრში (სამედიცინო დაწესებულება ტუბერკულოზით დაავადებული პატიმრებისთვის ქსანში). სტომატოლოგიური მომსახურება სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაშია ხელმისაწვდომი. ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ტესტირება აივ/შიდსზე, ასევე ანტირეტროვირუსული საყოველთაო თერაპია ყველა პატიმრისთვის ხელმისაწვდომია და უზრუნველყოფილია ჯანდაცვის იმავე დაწესებულების მიერ (შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ეროვნული ცენტრი), რაც სამოქალაქო სექტორს ემსახურება, იმავე პროტოკოლების და წამლების გამოყენებით. იგივე მდგომარეობაა ტუბერკულოზისა და C ჰეპატიტის ტესტირების და მკურნალობის მხრივაც. რაც შეეხება C ჰეპატიტის მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობას, ამ მხრივ ქვეყანაში დიდი გარღვევაა – სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების და მთავრობის ერთობლივი ძალისხმევით შედეგად, 60%-ით შემცირდა ფასი C ჰეპატიტის წამლებზე. ამის შედეგად, მკურნალობა უკვე უფასოდ არის ხელმისაწვდომი 1,000 ადამიანისათვის საპატიმროებში და მნიშვნელოვნი ფასდაკლებით 10,000 ადამიანისათვის ზოგადი პოპულაციიდან.

9.6.4. ნარკოტიკების მომხმარებლების რეინტეგრაცია ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ

საქართველოში ციხიდან გათავისუფლებისათვის მოსამზადებელი პროგრამები ჩანასახოვან მდგომარეობაშია. სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს თანახმად, ამგვარი პროგრამები სამ დაწესებულებაშია ხელმისაწვდომი, ქალთა დაწესებულების ჩათვლით. ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები პატიმრებთან მუშაობას გათავისუფლებამდე 4-6 თვით ადრე იწყებენ (ყვავილაშვილი და ფილაური, 2012). 2014 წელს ევროკომისიის მიერ დაფინანსდა პროექტი „სოციალური რეინტეგრაციის პრომოცია: ყოფილი პატიმრებისთვის და პრობაციონერებისთვის სოციალური ბიუროების დაარსება და გათავისუფლებისთვის მოსამზადებელი პროგრამების გაუმჯობესება ციხეებში“ (იხ. 8.3-ე თავი), რომელიც საქართველოს 4 დიდ ქალაქში ხორციელდება (თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი, ზუგდიდი); ასევე, იგეგმება თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულების გახსნა, რომელიც მომსახურებას გაუწევს პატიმრებს გათავისუფლებამდე და მათ რესოციალიზაციისთვის მოამზადებს.

ტუბერკულოზის, აივ/შიდსის და C ჰეპატიტის მქონე პაციენტები, რომელთა მკურნალობა პატიმრობის დროს დაიწყო, გათავისუფლების შემდეგ სამოქალაქო სექტორში არსებულ შესაბამის დაწესებულებაში გადამისამართდებიან.

10.1. შესავალი

შინაგან საქმეთა სამინისტრო ნარკობაზრისა და ამოღებული ნარკოტიკების შესახებ ინფორმაციის უმთავრესი და, ხშირ შემთხვევაში, ერთადერთი წყაროა. მოცემულ თავში ასახული ინფორმაციის ნაწილი შინაგან საქმეთა სამინისტროსთვის ყოველწლიური სტატისტიკის თაობაზე სპეციალური წერილობითი მოთხოვნის საფუძველზე იქნა მიღებული, ნაწილი – შსს-ს ვებგვერდიდან და საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების ანგარიშებიდან.

10.2. მიწოდება ქვეყანაში და ქვეყნის შიგნით

საქართველოში არ შეინიშნება ნარკოტიკების ორგანიზებული წარმოების რაიმე ინდიკატორი. არსებობს ფრაგმენტული ანგარიშები კანაბისის ადგილობრივი მოყვანის შესახებ ქვეყნის ზოგიერთ რეგიონში, თუმცა, მისი მასშტაბი უცნობია. ტრადიციულად საქართველო მოიაზრება როგორც ჰეროინის არალეგალური ტრანზიტის ქვეყანა ავღანეთიდან და ირანიდან, აზერბაიჯანის გავლით, თურქეთში, რუსეთსა და დასავლეთ ევროპაში მისაწოდებლად. როგორც წესი, ტრანზიტულ ქვეყნებში, გადაზიდული არალეგალური ნივთიერების გარკვეული წილი ადგილობრივი მოხმარებისთვის რჩება ხოლმე.

ტრადიციულ ინექციურ ნარკოტიკებზე (ჰეროინი, ბუპრენორფინი) მიმართულმა სამართალდამცავთა ინტერვენციებმა მნიშვნელოვნად შეამცირა ამ ნივთიერებათა ხელმისაწვდომობა ნარკობაზარზე, რამაც ხელი შეუწყო ინექციური პრეპარატების კუსტარულ დამზადებას ნარკომომხმარებელთა მიერ. საქართველოში ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების პოპულაციამ ამ მხრივ არჩევანი ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორებზე გააკეთა („ვინტი“, „ჯეფი“), რომელსაც აფთიაქში ურეცეპტოდ ხელმისაწვდომი, ეფედრინისა და ფსევდოეფედრინის შემცველი მედიკამენტებისგან ამზადებენ. ამას გარდა, ფართოდ გავრცელდა კოდეინის შემცველი მედიკამენტებისგან კუსტარულად დამზადებული ოპიოიდის დეზომორფინის („ნიანგი“ ანუ „კრაკადილი“) წარმოება და ინექციური მოხმარება.

ზემოთ ჩამოთვლილი სტიმულატორებისა და ოპიოიდების დამზადება და მოხმარება, როგორც წესი, მომხმარებელთა 3-5 კაციან ჯგუფებში ხდება. პროცესის საბოლოო ეტაპზე ხსნარს 20-მილილიტრიანი შპრიცით ამოიღებენ და 2-5 მილილიტრიან ინდივიდუალურ შპრიცებში გადაანაწილებენ. ხსნარის ინექციურად მიღება დღეში 2-5-ჯერ ხდება. იგი სტაბილური არ არის და არც რაიმე ინფორმაცია არსებობს შედარებით

დიდი მოცულობით დამზადების შესახებ, რასაც მეორე დღისთვის შეინახავდნენ. ასევე არ არის ინფორმაცია „ვინტის“, „ჯეფის“ ან „ნიანგის“ ხსნარით ვაჭრობის შესახებ, რაც იმას მიუთითებს, რომ ეს პრეპარატები ექსკლუზიურად იხარშება პირადი მოხმარების მიზნით.

მოხმარებული ნივთიერებები, მათი მოხმარების სახეები/ფორმები და ნარკობაზარი დამოკიდებულია რიგ ფაქტორებსა და ქვეყანაში არსებულ სოციალურ-ეკონომიკურ კონტექსტზე. საქართველოში, ნარკომომხმარების ტენდენციებსა და ნარკობაზრის განვითარებაზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ქვეყნის ნარკოპოლიტიკა, საკანონმდებლო ჩარჩო და სამართალდამცავი ორგანოების პრაქტიკა. მაგალითად, 2000-იანი წლების შუა პერიოდთან პოლიციის გააქტიურებამ ქუჩებში ნარკომომხმარებელთა გამოსავლენად (რასაც შარდის ტესტის საფუძველზე ინტოქსიკაციის დადასტურების შემთხვევაში სამართლებრივი პრობლემები მოყვებოდა), სავარაუდოდ ხელი შეუწყო ბუპრენორფინის პოპულარობას ქართველ ნარკომომხმარებლებში, მისი ინექციის შედარებით ხანგრძლივი ეფექტისა (ჰეროინსა თუ ოპიუმთან შედარებით) და ინტოქსიკაციის ნაკლებად ხილული გარეგნული ნიშნების გამო (ოთიაშვილი, 2010). შესაძლოა, ბუპრენორფინი ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის მიმზიდველი გამხდარიყო მიღების შემდეგ მისთვის დამახასიათებელი ზომიერი კლინიკურად თვალსაჩინო ნიშნების გამო. ამას გარდა, რამდენიმე წლის მანძილზე პოლიცია ეჭვმიტანილებს არ ამოწმებდა შარდში ბუპრენორფინის შემცველობაზე, არამედ კონცენტრირებული იყო ისეთ ტრადიციულ ოპიატზე, როგორცაა ჰეროინი. ფაქტობრივად, შესაძლოა, რომ ბუპრენორფინი და სხვა ნარკოტიკები უფრო „მიმზიდველი“ გახდა ადგილობრივი ნარკომომხმარებლებისთვის სწორედ აღმოჩენის ნაკლები შესაძლებლობის გამო. ამის მსგავსად, კუსტარული სტიმულატორების და კუსტარული ოპიოიდების ინექციურად მიღების ტენდენცია გაიზარდა ჰეროინის და სხვა „ტრადიციულად“ მოხმარებული ისეთი ოპიოიდების შემცირებული ხელმისაწვდომობის გამო, როგორცაა ოპიუმი, ბუპრენორფინი და კოდეინი. ეს ნაწილობრივ განპირობებული იყო იმ ფაქტით, რომ პოლიცია ტრადიციულად ფოკუსირებული იყო ჰეროინის და ოპიოიდების ბაზრებზე, ხოლო მომხმარებლები ალტერნატიულ ნარკოტიკებზე გადაერთნენ, რისთვისაც უკანონო ნარკოტიკების ბაზარზე წვდომა მაინცდამაინც აუცილებელი აღარ იყო. და კიდევ, სანყის პერიოდში არც „ვინტი“, „ჯეფი“ და არც „კრაკადილი“ არ იყო სათანადოდ გამოვლენილი შარდის ტოქსიკოლოგიური ანალიზის დროს. აგრეთვე, მნიშვნელოვანია ის, რომ აღნიშნული ალტერნატივები გაცილებით იაფი იყო – ერთი დოზა „ვინტის“, „ჯეფის“ თუ „ნიანგის“ ფასი დაახლოებით 10-15 ლარს აღწევდა, მაშინ, როცა ერთი დოზა ჰეროინის ან ბუპრენორფინის ფასი 100-დან 150 ლარამდე მერყეობდა.

10.2.1. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების თემა ინტენსიურად განიხილებოდა მასმედიაში 2013-2014წწ. ცალკეულ შემთხვევებზე დაკვირვების შედეგად და მასმედიის სიუჟეტებიდან ჩანს, რომ ფართოდ არის გავრცელებული იმ პრეპარატების მოხმარება (მოწევა, ინექციურად მიღება), რომლებსაც ინტერნეტ რესურსებით ყიდულობენ და მცირე მოცულობის ინდივიდუალური საერთაშორისო გზავნილებით ჩამოაქვთ. აღნიშნული ინფორმაციის საფუძველზე ვასკვნით, რომ ახალი

ნივთიერებები უმეტესწილად არის სინთეტური კანაბინოიდები, სტიმულატორები და ჰალუცინოგენური ნარკოტიკები, რომლებსაც, ერთად აღებულს, ზოგადად ხალხი და ნარკომომხმარებლებიც საქართველოში „ბიოს“ ეძახან. მასმედიაში საკმაოდ ბევრი სიუჟეტი მოამზადა, სადაც აღწერილი იყო „ბიოს“ ავადმომხმარებლის შედეგად გამოწვეული ზედოზირების და გარდაცვალების შემთხვევები, თუმცა, არ იყო ნათელი, თუ რომელ კონკრეტულ ნივთიერებებს თუ კომბინაციას მოიხმარდნენ და კონკრეტულად რას შეეძლო გამოეწვია გარდაცვალება თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში. საქართველოში არ არსებობს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მონაცემები ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების თვისებების შესახებ, არც მოხმარების პრევალენტობასა თუ მოხმარებლების მახასიათებლებთან დაკავშირებით. ზოგიერთ სიუჟეტში აღნიშნავენ, რომ ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება უმეტესწილად ექსპერიმენტების მოყვარული ახალგაზრდების მიერ ხდება და არა პრობლემური ნარკომომხმარებლების მიერ, თუმცა, რთულია ამგვარი განცხადებების როგორც დადასტურება, ასევე უარყოფა.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ (1.2 თავში), შსს-მ საკანონმდებლო ცვლილებების პაკეტის ინიცირება მოახდინა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებით ვაჭრობისა და მოხმარების წინააღმდეგ ბრძოლის მიზნით. 2014 წლის შემოდგომაზე სამინისტროს შეფასებით, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებამ მოსახლეობაში მკვეთრად იკლო – „2014 წლის მაისი-აგვისტოს მონაცემებით, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზღვარზე შემოდინებამ, 2013 წლის ანალოგიურ პერიოდთან შედარებით, დაახლოებით 11-ჯერ იკლო“ (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2014). თუმცა, არ არის ნათელი, თუ კონკრეტულად რა მტკიცებულებების საფუძველზე გაკეთდა ეს განცხადება.

10.3. ამოღება

ცხრილი 21 აჩვენებს 2006-2013 წწ პერიოდში შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ არალეგალური ნარკოტიკების ამოღების დინამიკას:

ცხრილი 21: 2006-2013 წწ ამოღებული ნარკოტიკების რაოდენობა (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2006-2014)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ჰეროინი (კგ)	8.6	16.2	12.1	2.3	1.3	0.9	0.3	117
ოპიუმი (კგ)	0.2	0.2	0.05	0.04	0.02	0.002	0.01	0.05
მარიხუანა (კგ)	24	23.6	28.3	4.7	33.34	32.12	30	71.6
ტრამადოლი (კგ)	0.07	0.1	0.7	0.08	0.03	0.03	0.01	0.1
კანაბისის მცენარე (კგ)	123.3	65	41.6	მონაცემები არ არის	117	70.4	21	217.8
მეთადონი (კგ)	0.02	0.2	0.3	0.07	0.007	0.004	0.042	0.009
სუბუტექსი (კგ)	—	—	—	—	—	0.02	0.006	0.01
სუბუტექსი აბებში	10,958	16,232	13,757	5,072	3,175.5	—	—	—

გარდა მოცემულ ცხრილში ასახული, შსს-ს მიერ მონოდეზიანი ინფორმაციისა, შსს-ს ვებგვერდზე ასევე მოცემულია ინფორმაცია ნარკოტიკების განსაკუთრებით დიდი ოდენობების ამოღების თაობაზე: მაგ., 2014 წელს, 2,800 კგ „თხევადი“ ჰეროინისა და 5.3 ტონა კანაბისის მცენარის ამოღების (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2014).

10.4. ფასი/სინშიზი

ჯერჯერობით საქართველოში არ არის სანდო მონაცემები ნარკოტიკების ფასებსა და ნარკოტიკის სინშიზის შესახებ, რადგანაც მონაცემების შეგროვება და მონიტორინგი EMCDDA-ის მიერ განსაზღვრულ სტანდარტულ ინდიკატორებს არ ეფუძნება.

- ESPAD, 5, 21, 22, 25, 85, 106
- ადიქტოლოგია, 8, 19, 21, 29, 75
- აივ, 5, 17, 18, 19, 21, 22, 27, 31, 32, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 64, 65, 77, 78, 85, 89, 91, 93
- ალკოჰოლი, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 54, 63, 87, 89
- ამბულატორიული, 18, 40, 41, 44, 60
- ამოღება, 4, 81
- ამფეტამინი, 6, 12, 70, 79
- ანტისხეულები, 49
- არასამთავრობო ორგანიზაციები, 8, 15, 29, 31, 32, 34, 58, 59, 64, 65, 76, 79
- არასრულწლოვანები, 32
- ბავშვები, 15, 28, 30, 31, 32, 86
- „ბიო“, 6, 32, 74, 81
- ბიუჯეტი, 6, 17, 18, 19, 29, 43, 60, 76, 77, 90
- ბუპრენორფინი, 27, 37, 42, 43, 70, 79, 80
- გადაზიდვა, 10, 11, 72, 73
- განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 8, 14, 20, 21, 22, 30, 31
- დაბალზღურბლოვანი, 17, 19, 49, 58
- დანაშაული, 4, 6, 7, 10, 12, 32, 33, 55, 66, 67, 68, 72, 73, 75, 86, 87, 88, 92
- დაფინანსება, 18, 19, 40, 41
- დეტოქსიკაცია, 6, 18, 40, 41, 43, 57, 64, 75, 76
- ევროკავშირი, 14, 64, 65
- ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრი, 8, 28
- ეროვნული სტრატეგია, 60
- ეფექტურობა, 30
- ექსტაზი, 5, 23, 24, 70, 87, 89
- ვაქცინაცია, 57
- ზედოზირება, 17, 54, 55, 56, 58, 65, 71, 91
- ზიანის შემცირება, 6, 8, 14, 15, 17, 18, 19, 34, 35, 38, 40, 49, 50, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 76, 85, 87, 88, 91
- ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა, 5, 21
- თამბაქო, 22, 23, 25, 26, 30, 31, 89
- ინტოქსიკაცია, 80
- ინციდენტობა, 34, 46, 49
- იუსტიციის სამინისტრო, 8, 9, 14, 15, 73, 91
- კანაფი, 5, 42
- კანონი, 6, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 30, 92
- კვლევა, 5, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 35, 37, 38, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 60, 61, 62, 63, 85, 89, 91, 92, 93
- კოდეინი, 15, 79, 80
- კოკაინი, 42, 70
- კონდომი, 53, 76, 90
- კონსულტირება, 18, 44, 57, 58, 59, 64, 85
- კოორდინაცია, 3, 13, 14, 29, 58
- მარიხუანა, 5, 23, 24, 25, 27, 70, 81, 87, 89
- მასმედია, 80, 81
- მეთადონი, 42, 43, 57, 70, 76, 81
- მეტამფეტამინი, 12, 70
- მთავრობა, 16, 40, 41, 43, 45, 57, 60, 64, 75, 76, 77
- მიზანმიმართული პრევენცია, 3, 28, 31, 32
- მკურნალობა, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 19, 39, 40, 41, 42, 43, 56, 57, 58, 75, 76, 77, 78, 85, 87

მონევა, 25, 80
 მსჯავრდებული, 13, 66, 67, 68, 72, 90
 მშობლები, 30
 ნარკობაზარი, 79, 80
 ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული, 4, 6, 66, 67, 72, 73, 75,
 ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი, 45, 55,
 ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება, 34, 35
 ნემსებისა და შპრიცების პროგრამა, 63, 37, 54, 58, 61, 62, 88
 ოპიატები, 37, 42
 პარლამენტი, 12, 14, 15
 პოლინარკომანია, 39,42
 პოლიცია, 6,10, 15, 17, 20, 33, 54, 55, 66, 80
 პრევალენტობა, 3, 5, 21, 22, 23, 24, 27, 34, 35, 37, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 81, 87, 89
 პრევენცია, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 40, 44, 54, 56, 57, 58, 64, 65, 66, 73, 85, 91
 რეზიდენტული, 60, 63
 რისკის ჯგუფები, 57
 საგზაო შემთხვევა, 54, 55
 საინექციო ხელსაწყოთა გაზიარება, 51, 52, 89
 სამინისტრო, 6, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 42, 44, 57, 60, 66, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 85, 87, 89, 90, 91, 92
 სამოქმედო გეგმა, 3, 5, 9, 13, 29
 სასამართლო, 6, 8, 12, 13, 14, 20, 55, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 87, 88, 92
 სასკოლო, 5,29, 85
 სასჯელსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 32, 57, 66, 74, 75, 76, 77, 78, 90, 92
 სელექციური პრევენცია, 28
 სიკვდილობა, 4, 45, 55, 58
 სინთეტური, 70, 81
 სინმინდე, 4, 82
 სკოლა, 3, 21, 22, 29
 სოციალური გარიყვა, 4, 60, 61
 სოციალური რეინტეგრაცია, 4, 60, 63, 64, 78
 სტაციონარული, 18, 40, 41, 60
 სუბოქსონი, 43
 სუბუტექსი, 26, 27, 81
 ტეტრაჰიდროკანაბინოლი, 70
 ფასი, 4, 6, 43, 77, 80, 82
 ფლობა, 9, 67, 68, 71, 75
 ფსევდოფედრინი, 15, 79
 ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, 39, 40, 44, 60, 64, 65
 ფსიქოტროპული მედიკამენტები, 75
 შეფასება, 3, 6, 13, 16, 19, 91
 შიდსი, 5, 18, 19, 22, 31, 32, 35, 41, 45, 46, 47, 53, 57, 64, 65, 77, 78, 85, 86, 89
 შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 6, 8, 14, 15, 16, 17, 25, 32, 33, 66, 68, 69, 70, 73, 79, 81, 82, 85, 92
 შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 14, 15, 16, 17, 18, 42, 55, 60, 92
 ჩანაცვლებითი თერაპია, 40, 42, 43, 44, 76
 ციხე, 4, 43, 66, 75, 78
 ხარჯი, 43, 60
 ჯანდაცვა, 17, 18, 57
 ჰაშიში, 24, 87
 ჰეპატიტი, 47, 49, 50, 51, 56, 57, 58, 59, 77, 78, 87, 91
 ჰეროინი, 5, 6, 26, 27, 37, 38, 42, 51, 54, 79, 80, 81, 82
 ჰოსპიტალიზაცია, 42

- აივ/შიდსი – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი/შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
- არგ – ანტირეტროვირუსული მკურნალობა
- ნკტ – ნებაყოფლობითი ტესტირება-კონსულტირება
- შსს – შინაგან საქმეთა სამინისტრო
- BSS – Bio Behavioral Surveillance Survey – ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ევროპული ცენტრი
- ESPAD – European School Project on Alcohol and Other Drugs – ევროპის სასკოლო პროექტი ალკოჰოლსა და სხვა ნარკოტიკებზე
- EUDAP – European Drug Prevention Program – ევროპის ნარკოტიკების ავადმომხარების პრევენციის პროგრამა
- GARP – Global AIDS Report – გლობალური ანგარიში შიდსის შესახებ
- GHPP – Georgian HIV Prevention Program – საქართველოს აივ-პრევენციის პროგრამა
- GHRN – Georgian Harm Reduction Network – ზუსქ – ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი
- HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი / შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
- HRDU – High Risk Drug Use – მაღალი რისკის ნარკოტიკების მოხმარება
- MIA – Ministry of Internal Affairs – შინაგან საქმეთა სამინისტრო
- MSY – Ministry of Sports and Youth Affairs – სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო
- NCDC – National Centre for Disease Control – დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
- PDI – Peer Driven Intervention – თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვენცია

- RPR – Rapid Plasma Reagin – სწრაფი ტესტი
- UNAIDS – United Nations AIDS Fund – გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის შიდსის ფონდი
- UNICEF – United Nations Children’s Fund – გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ბავშვთა ფონდი
- UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime – გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის ოფისი
- UNGASS – United Nations General Assembly Special Session – გაეროს გენერალური ასამბლეის სპეციალური სესია
- USAID – United States Agency for International Development – ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო

ცხრილი 1: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი: ნარკოტიკული დანაშაული.....	10
ცხრილი 2: საქართველოს უზენაესი სასამართლოს რეკომენდაციები (2007 წლის 25 ივლისი), საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლის მიმართ.....	13
ცხრილი 3: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯები 2012- 2013წწ (ათას ევროში) (შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013, 2014წწ).....	18
ცხრილი 4: ბოლო 30 დღის და ბოლო 12 თვის განმავლობაში მარისუანას (ან ჰაშიშის) და ექსტაზის მოხმარება სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის (დერშემი, 2012).....	24
ცხრილი 5: ნარკოტიკების მოხმარება სკოლის მოსწავლეების ალბათურ შერჩევაში, პროცენტებში (ჯავახიშვილი, 2012).....	25
ცხრილი 6: ალკოჰოლის და უკანონო ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობა სექსმუშაკ ქალებს შორის 2014 წელს, პროცენტებში (წერეთელი, 2014).....	27
ცხრილი 7. ალკოჰოლის და უკანონო ნარკოტიკების პრევალენტობამსმ-ებს შორის, პროცენტებში (წერეთელი, 2010).....	27
ცხრილი 8: 2013 წელს მკურნალობაგავლილი პაციენტების ასაკობრივი განაწილება, აბსოლუტური რაოდენობით და პროცენტულად (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი (NCDC), 2014).....	41
ცხრილი 9: AOT პაციენტების მიერ ძირითადად მოხმარებული ნარკოტიკი 2013 წელს, პროცენტებში (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი (NCDC), 2014).....	42
ცხრილი 10: B ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის – ტესტების საერთო რაოდენობა და დადებითი პასუხების რაოდენობა (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ბ).....	49
ცხრილი 11: C ჰეპატიტინარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელ პირებს შორის – ტესტების და დადებითი პასუხების რაოდენობა (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ც).....	50

ცხრილი 12: ინფექციური დაავადებების ტესტირების დინამიკა წლების მიხედვით (ზუსქ, 2014ა).....	50
ცხრილი 13: ნალოქსონის ამჟღავნების დარიგების დინამიკა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ა).....	56
ცხრილი 14: გავრცელებული ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობა წლების მიხედვით (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014.....	58
ცხრილი 15: იმ პირების რაოდენობა, ვისაც ნარკოდანაშაულის გამო ბრალი წაუყენეს, ან სასჯელი მიუსაჯეს (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის თავი XXXIII) პირველი ინსტანციის სასამართლოში 2013 წ.	68
ცხრილი 16: ნარკოტესტზე შემოწმებული პირების განაწილება სქესის მიხედვით (შსს, 2007-2014ბ).....	69
ცხრილი 17: ნარკოტიკებზე შემოწმებული პირების ასაკობრივი განაწილება (შსს, 2007-2014ბ).....	70
ცხრილი 18: ტესტების რაოდენობა აღმოჩენილი ნივთიერებების მიხედვით 2013 წ. (შსს, 2014ა).....	70
ცხრილი 19: ადამიანების რაოდენობა სასამართლო გადაწყვეტილებების მიხედვით 45-ე მუხლთან დაკავშირებით 2013 წელს (საქართველო, 2014წ.).....	71
ცხრილი 20: ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ მყოფი ნარკოდამნაშავეების მიერ ჩადენილი დანაშაულების ტიპი (სასამართლო, 2014).....	72
ცხრილი 21: 2006-2013 წწ პერიოდში ამოღებული ნარკოტიკების რაოდენობა კილოგრამებში (შსს, 2006-2015).....	81

დიაგრამა 1: ცხოვრებაში ერთხელ მაინც და ბოლო თვეში თამბაქოს მონევის პრევალენტობა და ყოველდღიურად მონევის პრევალენტობა თბილისის საშუალო სკოლებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის, პროცენტებში (დერშემი, 2012) 22

დიაგრამა 2: ცხოვრებაში ერთხელ მაინც და გასული თვის განმავლობაში ალკოჰოლის მოხმარების პრევალენტობა თბილისის საშუალო სკოლების მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის, პროცენტებში (დერშემი, 2012) 23

დიაგრამა 3: სედაციური საშუალებების, მარიხუანას და ექსტაზის მოხმარების პრევალენტობა ცხოვრებაში ერთხელ მაინც, თბილისის საშუალო სკოლებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის, პროცენტებში (დერშემი, 2012)..... 24

დიაგრამა 4: PWID-ების მიერ მოხმარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებები (NSP კვლევა) ბოლო 30 დღის განმავლობაში, ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (Gogia, 2013a) 36

დიაგრამა 5: PWID-ების მიერ ნარკოტიკების მოხმარების შედარება საქართველოს მთავარ 6 ქალაქში 2009 და 2012 წლებში (Chikovani, 2012)..... 38

დიაგრამა 6: 2003-2013 წლებში ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობა, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი; საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო.....44

დიაგრამა 7: აივ/შიდსის სერო-პრევალენტობა და შემთხვევების ჯამური მაჩვენებლები 2005-2013წწ, ახლად დიაგნოსტირებული შემთხვევები 100,000 მოსახლეზე საერთო მოსახლეობაში (AIDS, 2015)..... 46

დიაგრამა 8: აივ-ით ინფიცირების გზები წლების მიხედვით, % (გლობალური ანგარიში შიდსის შესახებ (GARP), 2013)..... 47

დიაგრამა 9: აივ-ის პრევალენტობა პრობლემური ნარკოტიკების მოხმარებლებს შორის ქალაქების მიხედვით, 31-40 და 41+ ასაკობრივ ჯგუფებში (ჩიქოვანი, 2012)..... 48

დიაგრამა 10: აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარებლებს შორის, 2002-2012 (ჩიქოვანი, 2012)..... 48

დიაგრამა 11: საინექციო მონეობილობის გაზიარება ბოლო ინექციის დროს წლების მიხედვით, 2009 – 2012 (ჩიქოვანი, 2012)..... 52

დიაგრამა 12: უსაფრთხო ინექცია ბოლო მოხმარებისას წლების განმავლობაში, 2009-2012 (ჩიქოვანი, 2012)	52
დიაგრამა 13: კონდომების მოხმარება შემთხვევით პარტნიორებთან ბოლო კონტაქტის დროს, 2009-2012 (ჩიქოვანი, 2012)	53
დიაგრამა 14: ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი პირები, დასაქმების მდგომარეობის მიხედვით (გოგია, 2013ა), (გოგია, 2013ბ).....	62
დიაგრამა 15: ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი პირების ყოველთვიური შემოსავალი, ევროებში, პროცენტულად (ჩიქოვანი, 2012).....	62
დიაგრამა 16: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით მსჯავრდებული პირების რაოდენობა ყოველწლიურად 2007-2013წწ* (შსს, 2007-2014ა)	67
დიაგრამა 17: ნარკოტიკებზე შემონმეებული ადამიანების და დადებითი შედეგების რაოდენობა, 2006-2013 (შსს, 2007-2014ბ).....	69
დიაგრამა 18: სასჯელალსრულების სისტემის ჯანდაცვის ბიუჯეტი 2010-2014, ლარებში (სასჯელალსრულების და პრობაციის სამინისტრო, 2014)	77

გოგია, მ. 2013ა შპრიცების და ნემსების პროგრამის ბენეფიციართა უსაფრთხო ქცევის შეფასება.

გოგია, მ. 2013ბ. თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებულ ინტერვენციაში მონაწილე ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა უსაფრთხო ქცევის შეფასება.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014. 2013 წელს ნამკურნალევი წამალდამოკიდებული პაციენტების რაოდენობა. წლიური ანგარიში, თბილისი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი.

დერშემი, ლ. ტ., მ., კამკამიძე, გ., ჯიბუტი, მ., ალდრიჯი, შ. 2012. საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი; ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ახალგაზრდებში: აივ ინფექცია/ შიდსთან მიმართებაში ცოდნის, დამოკიდებულებისა და ქცევის შესწავლა სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებში.

ვადაჭკორია, დ. 2015. პირისპირ საუბარი ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შესახებ.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2011. ნარკოტიკებით გამოწვეული ზედოზირების შემსწავლელი კვლევა. თბილისი.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი 2014ა. პროგრამული მონაცემების ბაზა.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი 2014ბ. B ჰეპატიტის მაჩვენებლები ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი 2014გ. C ჰეპატიტის მაჩვენებლები ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში.

თოდაძე, ხ., 2003. ნარკოტიკების მოხმარება ქართველ ახალგაზრდებში, ანგარიში: ნარკოვითარება საქართველოში, 2003 (ჯ. ჯავახიშვილის რედაქციით), თბილისი: რეზონი.

ლომიძე, გ., კეპულაძე ქ., წერეთელი, ნ., 2012. საქართველოს სასჯელაღსრულების დანესებულებებში ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირების პროგრამების დანერგვის საჭიროების შესწავლა. კვლევის ანგარიში. 2012. თბილისი.

ნარკოკმანის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია, 2014. თბილისი: იუსტიციის სამინისტრო.

ოთიაშვილი, დ., ცერცვაძე, ვ., კირთაძე, ი., ჭავჭავანიძე, მ, ზაბრანსკი, ტ. 2012. რამდენად ეფექტურია ქუჩის ნარკოტესტირება? თბილისი: ალტერნატივა ჯორჯია.

საერთაშორისო ფონდი კურაცო, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი “თანადგომა”, 2013. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები პატიმრებს

შორის საქართველოში ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით. 2012. თბილისი.

საქართველოს კანონი საჯარო სამსახურის შესახებ, 2010.

საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა. <http://new.tanadgomaweb.ge/?pg=10&cid=26> [წვდომა 5 ნოემბერი, 2014]

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2013. სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგია. თბილისი.

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2014. მონაცემები იურიდიული დახმარების შესახებ.

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო. 2014. სასჯელაღსრულების დეპარტამენტი. თბილისი. http://mcla.gov.ge/?action=page&p_id=77&lang=eng [წვდომა: 4 აგვისტო, 2014].

საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდულ საქმეთა სამინისტრო, 2014. წერილები ანტიდოპინგის კამპანიის შესახებ.

საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2007-2014ა. წერილები 2007-2013 წლებში საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლით დაკავებული ინდივიდების რაოდენობების შესახებ.

საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2013. წერილი იმ პირების და საქმეების რაოდენობის შესახებ, ვისაც ნარკოდანაშაულის გამო ბრალი წაუყენეს, ან სასჯელი მიუსაჯეს პირველი ინსტანციის სასამართლოში 2013 წელს.

საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2014. წერილი: ადამიანების რაოდენობა 45-ე მუხლთან დაკავშირებული სასამართლო გადაწყვეტილებების მიხედვით.

საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2014. წერილი ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ მყოფ პირთა მიერ ჩადენილი დანაშაულის ტიპების შესახებ.

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2007-2014ბ. წერილები 2006-2013 წლებში ნარკოტესტირებული ინდივიდების რაოდენობის შესახებ

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2006-2015. წერილები ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებების რაოდენობის შესახებ 2006-2013 წლებში

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2014. დაბალანსებული ნარკოპოლიტიკა. თბილისი. <http://police.ge/ge/projects/narkotikebi?sub=7122> [წვდომა: 5 ნოემბერი, 2014] საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2014ა. წერილი ნარკოტესტირების შედეგების შესახებ.

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2014ბ. ანტი-ნარკოტიკული კამპანია. <http://police.ge/en/projects/narkotikebi/antinarkotikuli-kampania> [წვდომა: 5 ნოემბერი, 2014].

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013, 2014. წერილები წლიური სტატისტიკის შესახებ.

სიხარულიძე, ზ. 2015. პირადი საუბარი ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შესახებ.

ყვავილაშვილი, ნ. & ფილაური, ქ. 2012. არალეგალური ნარკოტიკების კვლევა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში. თბილისი: ნამების მსხვერპლთა ფსიქოსოციალური და სამედიცინო რეაბილიტაციის ცენტრი.

ჩიქოვანი, ი., შენგელია, ნ., ჩხაიძე, ნ., სირბილაძე, თ., თავზარაშვილი, 2012. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 6 ქალაქში.

ჩხარტიშვილი, ნ., 2015. პირადი კომუნიკაცია ნარკომომხმარებლების ჩართულობის შესახებ არც თერაპიაში.

ციხის საერთაშორისო რეფორმა, 2013. ვინ არიან ქალი პატიმრები? საქართველოს კვლევის შედეგები. თბილისი: ციხის საერთაშორისო რეფორმა, სამხრეთ კავკასიის ოფისი.

წერეთელი, ნ., რუხაძე, ნ., ჩიქოვანი, ი., გოგუაძე, ქ. 2012. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცებს შორის. თბილისი, საქართველო, 2010.

წერეთელი, ნ., შენგელია, ნ., სულაბერიძე, ლ., ჩიქოვანი, ი. 2014. აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები სექს-მუშაკებს შორის საქართველოს ორ ქალაქში ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა თბილისსა და ბათუმში. თბილისი: საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა.

ჯავახიშვილი, ჯ. დ. 2009. ნარკოვითარება საქართველოში, 2009. თბილისი: სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა.

ჯავახიშვილი, ჯ. დ., ოთიაშვილი, დ., სტურუა, ლ., კირთაძე, ი., ბალანჩვაძე, ნ. 2012. ნარკოვითარება საქართველოში, 2012.

AIDS, C. 2015. Prevalence and cumulative incidence of HIV/AIDS.

AIDSPAN 2011. AIDSPAN Annual Report, 2011.

BARAMIDZE, L., STURUA L. 2009. The Use of Alcohol and Other Drugs in Georgian Students, Pilot Study Rigorously Following Criteria of European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Tbilisi: SCAD.

CURATIO 2009. Bio-behavioral surveillance surveys among injecting drug users in Georgia

EMCDDA. 2015. *Prevention of Drug Use* [Online]. Lisbon: EMCDDA. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/prevention> [Accessed].

EU-DAP. 2015. *European Drug Addiction Prevention Trial* [Online]. Available: <http://www.eudap.net/> [Accessed].

GARP 2013. Global Report on AIDS. UNAIDS.

GEORGIAN HARM REDUCTION NETWORK & EURASIAN HARM REDUCTION NETWORK 2014. Joint Submission of Georgian Harm Reduction Network and Eurasian Harm Reduction Network to the Committee on Human Rights (under CCPR - International Covenant on Civil and Political Rights) 111 Session. Tbilisi.

JAVAKHISHVILI, J. D., JAVAKHISHVILI, N., MIOVSKY, M., RAZDAMZDZE, M., KANDELAKI, N. 2014. Piloting Comprehensive Social Influence (Unplugged) Program in Georgia: A Formative Study. *Addictology, Charles University, Prague*, 14.

LABARTRKAVA, K. 2014. Report on the activities implemented by NGO New Vector PWID for within the frame of Medecins Du Monde France funded project.

OTIASHVILI, D., KIRTADZE, I. & BALANCHIVADZE, N. 2014. Incarceration as drug treatment: insight from Georgian prison system. *NIDA International Forum* San Juan, Puerto Rico.

OTIASHVILI, D., SÁROSI, P. & SOMOGYI, G. 2008. Drug control in Georgia: drug testing and the reduction of drug use? *The Beckley Foundation Drug Policy Program*, Briefing paper fifteen.

OTIASHVILI, D., ZABRANSKY, T., KIRTADZE, I., PIRALISHVILI, G., CHAVCHANIDZE, M. & MIOVSKY, M. 2010. Why do the clients of Georgian needle exchange programmes inject buprenorphine? *Eur Addict Res*, 16, 1-8.

SIRBILADZE, T. 2010. Estimating the prevalence of injecting drug use in Georgia: Consensus report. Tbilisi: Bemoni Public Union.

SIRBILADZE, T. 2013. Estimating the prevalence of injecting drug use in Georgia: Consensus report, 2013. GFATM.

UNDCP 2001a. Rapid on-site Screening of Drugs of Abuse. *Scientific and Technical Notes*.

UNDCP 2001b. Rapid on-site Screening of Drugs of Abuse. Scientific and Technical Notes.

UNGASS 2010. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS *Guidelines on Construction of Core Indicators*. Geneva, Switzerland.: UNGASS.