

# ნერკოვიტარება საქართველოში

წლიური ანგარიში

2014

თბილისი  
2016

**ავტორები:**

სოფო ალავიძე	ექიმი, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
ნინო დუჩიძე	ფსიქოლოგიის მაგისტრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
ირმა კირთაძე	ექიმი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“
დავით ოთიაშვილი	ექიმი, დოქტორი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“
მარიამ რაზმაძე	ფსიქიკური ჯანმრთელობის მაგისტრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი
ლელა სტურუა	მედიცინის დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
მზია ტაბატაძე	ექიმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“
ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი, ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი“

**რედაქტორი:**

დესა ბერგენ-სიკო	დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ადიქციის კვლევების დეპარტამენტი, სირაკუზის უნივერსიტეტი, ნიუ იორკი, აშშ;
დავით ოთიაშვილი	ექიმი, დოქტორი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“;
მზია ტაბატაძე	ექიმი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“;
ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი, ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში — თბილისი“;

**რეჟირირებისთვის:**

ჯავახიშვილი ჯ., ოთიაშვილი დ., ტაბატაძე მ., ბერგენ-სიკო დ., ნარკოვითარება საქართველოში, წლიური ანგარიში 2014, თბილისი 2016

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.

მოკლე შინაარსი.....	5
მაღლოვას ვუხდით.....	8
<b>1. ნარკოპოლიტიკა: კანონმდებლობა, სტრატეგიები და ეკონომიკური ანალიზი .....</b>	<b>9</b>
1.1. შესავალი.....	9
1.2. სამართლებრივი ჩარჩო.....	9
1.3. ეკონომიკური ანალიზი.....	13
<b>2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციასა და კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებში.....</b>	<b>15</b>
2.1. შესავალი.....	15
2.2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციაში.....	15
2.3. ნარკოტიკების მოხმარება სკოლაში და ახალგაზრდებს შორის.....	15
2.4. ნარკოტიკების მოხმარება სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფში ეროვნულ და ადგილობრივ დონეზე.....	16
<b>3. პრევენცია.....</b>	<b>18</b>
3.1. შესავალი.....	18
3.2. პრევენციის სისტემა, სტრატეგია, პოლიტიკა.....	18
3.3. გარემოზე მიმართული პრევენცია .....	19
3.4. უნივერსალური პრევენცია.....	20
3.5. სელექციური და მიზანმიმართული პრევენცია.....	21
3.6. ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე განხორციელებული კამპანიები.....	21
<b>4. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარება.....</b>	<b>23</b>
4.1. შესავალი.....	23
4.2. ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობა.....	23
4.3. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარებელთა მახასიათებლები .....	24
<b>5. ნაშაფხავი და მკურნალების მკურნალობა .....</b>	<b>30</b>
5.1. შესავალი.....	30
5.2. მკურნალობის სტრატეგია და პოლიტიკა .....	30
5.3. მკურნალობის სისტემა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა.....	31
<b>6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის კორელატები და შედეგები.....</b>	<b>38</b>
6.1. შესავალი.....	38

6.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები .....	38
6.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა .....	46
6.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა .....	47
<b>7. რეაგირება ჯანმრთელობის კორელატებსა და შედეგებზე.....</b>	<b>48</b>
7.1. შესავალი.....	48
7.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გადაუდებელი სიტუაციებისა და სიკვდილის პრევენცია.....	48
7.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა.....	49
7.4. რეაგირება ნარკოტიკების მოხმარებელთა ჯანმრთელობის სხვა კორელატებზე.....	51
<b>8. სოციალური კორელატები და სოციალური რეინტეგრაცია.....</b>	<b>52</b>
8.1. შესავალი.....	52
8.2. სოციალური გარიჟვა და ნარკოტიკების მოხმარება .....	53
8.3. სოციალური რეინტეგრაცია .....	55
<b>9. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია და ციხე.....</b>	<b>59</b>
9.1. შესავალი.....	59
9.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული .....	59
9.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია.....	64
9.4. ნარკოტიკების მოხმარება და პრობლემური მოხმარება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში.....	64
9.5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის საკითხებზე რეაგირება ციხეებში .....	65
9.6. ნარკოტიკების მოხმარებლების რეინტეგრაცია ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ.....	66
<b>10. ნარკომაზარი .....</b>	<b>67</b>
10.1. შესავალი.....	67
10.2. ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობა .....	67
10.3. ამოღება.....	68
10.4. ფასი/სინდონდი .....	69
ინდექსი .....	70
აბრევიატურები.....	72
ცხრილები .....	74
დიაგრამები.....	76
ბიბლიოგრაფია.....	78
დანართი 1: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი: ნარკოტიკული დანაშაული.....	81
დანართი2: ინფორმაცია სამკურნალო დაწესებულებების შესახებ.....	83

მოცემული ანგარიში ერთობლივი ძალისხმევის შედეგია და მომზადებულია მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომელიც აერთიანებს ექსპერტებს ადიქტოლოგიის, ეპიდემიოლოგიისა და ფსიქოლოგიის დარგებში.

წლიური ანგარიშის შემუშავების პროცესი და სტრუქტურა ეფუძნება ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) სტანდარტებს. ინფორმაცია გადმოცემულია ხუთ საკვანძო ეპიდემიოლოგიურ ინდიკატორზე, ძალოვანი სტრუქტურების ინდიკატორებსა და ქვეყანაში ხელმისაწვდომ, ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის პრობლემის საპასუხო ღონისძიებების მონაცემებზე დაყრდნობით.

ანგარიშში ასახულია 2014 წელს საქართველოში არსებული ნარკოვითარება. სადაც შესაძლებლობა მოგვეცა, ვაჩვენეთ ამა თუ იმ ინდიკატორის დინამიკაც.

2014-2015 წლები საქართველოში არ გამოირჩეოდა დიდი ცვლილებებით ნარკოვითარების თვალსაზრისით: ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ქართული კანონმდებლობით კვლავ კრიმინალიზებულია, ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლები ისევ ფარულ პოპულაციად რჩება, გრძელდება ქუჩის ნარკოტესტირების პრაქტიკა და კანონით დადგენილი სასჯელის შემსუბუქების ერთადერთი მექანიზმი კვლავ საპროცესო გარიგებაა, რომელიც პროკურატურის დონეზე ხორციელდება.

2014 წლიდან ქვეყანაში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო ახალ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს, რის შედეგადაც მიღებულ იქნა მათი მარეგულირებელი სპეციალური კანონი („ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“). შესაბამისად, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსს დაემატა დებულებები, რომელთა თანახმადაც კრიმინალიზებულია ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების უკანონო წარმოება, შესყიდვა, შენახვა და ა.შ. კანონში განისაზღვრა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ქიმიური შენაერთების 9 კლასი და დასახელდა შესაბამისი 20 ნივთიერება.

მოცემული ანგარიშის გამოქვეყნების მომენტისათვის დასრულდა გახმაურებული სასამართლო საქმე, რომელიც, ექსპერტების აზრით, შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებების კატალიზაციას მოახდენს. საქმე ეხებოდა ახალგაზრდა მუსიკოსს ბექა ნიქარიშვილს, რომელსაც 2013 წელს, ჩხრეკის საფუძველზე, სამართალდამცავებმა უპოვეს 70 გრ. მარიხუანა, რაც, კანონმდებლობის მიხედვით, დიდ ოდენობადაა კვალიფიცირებული და, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლის მეორე ნაწილის საფუძველზე, პირადი მოხმარებისთვის შენახვა-შეძენის გამო 7-დან 14 წლამდე პატიმრობას ითვალისწინებს. სამოქალაქო საზოგადოებამ დაიწყო ბექა ნიქარიშვილის მხარდამჭერი მუდმივმოქმედი კამპანია. ბოლო ეტაპზე საქმემ გადაინაცვლა საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოში. სასამართლომ დააკმაყოფილა ბექას დაცვის მხარის მიერ საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ წაყენებული სარჩელი, რომელიც საქართველოს

სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლის მეორე ნაწილის „ა“ პუნქტს განიხილავდა, როგორც ანტიკონსტიტუციურს (კონსტიტუციის 42-ე მუხლის საწინააღმდეგოს).

ანგარიშის მომზადების მომენტისათვის ქვეყანაში არ მოიპოვებოდა ინფორმაცია ახალგაზრდებსა და ზოგად მოსახლეობაში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების თაობაზე. ეროვნული მასშტაბის შესაბამისი კვლევები ქვეყანაში პირველად 2015-2016 წლებში ჩატარდა და ნარკოვითარების შემდგომ ანგარიშში იქნება ასახული.

2014 წლისთვის საქართველოში ნარკოტიკების მაღალი რისკის მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა, შესაბამისი კვლევის საფუძველზე, განისაზღვრა როგორც 49,700 (49,208 – 50,192), პრევალენტობა 18-64 ასაკობრივი კატეგორიის მოსახლეობაზე – 2,02%-ით (2,00% - 2,04%), ხოლო ზოგად პოპულაციაზე – 1,33%-ით (1,32% - 1,35%)(საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2015b).

2014 წელს, ქვეყნის 10 ქალაქში, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენციის მოსარგებლეთა შორის ჩატარებული კვლევის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ პროგრამის მოსარგებლებს შორის, ბოლო თვის მანძილზე მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების თვალსაზრისით, ყველაზე გავრცელებულია კუსტარული სტიმულატორები (30.5%), დეზომორფინი (31.2%), ჰეროინი (30.9%) და სუბუტექსი (18.1%) (გოგია 2015).

ქვეყანაში კვლავ ჩანასახოვან მდგომარეობაშია როგორც პრევენციული საქმიანობა, ასევე სოციალური რეაბილიტაცია. შესაბამისად, ჯერჯერობით არ არის საკმარისად განვითარებული ნარკოტიკების ავადმოსმარების პრობლემის მართვისათვის აუცილებელ ღონისძიებათა უწყვეტი ჯაჭვი/სისტემა, რომელიც პრევენციას, მკურნალობა-რეაბილიტაციას, ზიანის შემცირებასა და სოციალურ რეაბილიტაციას უნდა აერთიანებდეს.

მკურნალობის უდიდესი ხვედრითი წილი კვლავ პაციენტების ჯიბიდან ფინანსდება. მკურნალობის წამყვანი ფორმებია აბსტინენციაზე ორიენტირებული – როგორც სტაციონარული, ისევე ამბულატორიული – მკურნალობა და ჩანაცვლებითი თერაპია. უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში იკლო აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაში ჩართულ პაციენტთა რაოდენობამ და იმატებს ჩანაცვლებით მკურნალობაში ჩართულ პირთა რიცხვი. 2014 წლის განმავლობაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა ქვეყანაში სულ 663-მა პაციენტმა გაიარა, ხოლო ოპიოიდებით ჩანაცვლების თერაპიული პროგრამებით, ჯამში, 3,968 პირმა ისარგებლა.

ისტორიულად საქართველოში ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება აივ ეპიდემიის გავრცელების წამყვანი გზა იყო, მაგრამ 2010 წლიდან სიტუაცია შეიცვალა და ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები გახდა. 2014 წლისათვის ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით დაინფიცირების ხვედრითმა წილმა იკლო 34.9%-მდე, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტებით დაინფიცირების ხვედრითმა წილმა 52.8%-მდე იმატა.

2014 წელს ქვეყნის 7 ქალაქში ჩატარებულმა კვლევამ გამოვლინა, რომ აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის ვარირებს ქალაქების მიხედვით – ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდა რუსთავს – 0.9%, ხოლო ყველაზე მაღალი – ზუგდიდს – 4.8% (სანდოობის ინტერვალი 95%CI, 0.2%-11%) (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2015a).

ქვეყანაში არ არსებობს სარწმუნო მონაცემები ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილისა და სიკვდილობის შესახებ. ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მონაცემებით, 2014 წელს ნარკოტიკების ზედოზირებით 7 ადამიანი გარდაიცვალა, მაშინ, როცა ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებით, ამავე წელს ლეტალური ზედოზირების სულ ცოტა 39 შემთხვევა დაფიქსირდა (გოგია 2015).

## მადლობას ვუხდით

საავტორო გუნდი მადლობას უხდის ყველა იმ პროფესიონალს, უწყებასა და დაწესებულებას, რომლებმაც წვლილი შეიტანეს მოცემული ანგარიშის მომზადებაში, კერძოდ:

ევროკომისიას, ჩეხეთის განვითარების სააგენტოსა და ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, რომელთა მიერ დაფინანსებული პროექტების ფარგლებშიც მოხდა მოცემული ანგარიშის გამოცემა<sup>1</sup>;

კოლეგებს პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის მედიცინის პირველი ფაკულტეტის ადიქტოლოგიის დეპარტამენტიდან და ჩეხეთის ნარკოტიკებისა და დამოკიდებულების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრიდან – მეთოდოლოგიური, ტექნიკური, ინსტიტუციური და კოლეგიალური მხარდაჭერისთვის;

ადგილობრივ პარტნიორებსა და ამავე დარგში მოღვაწე ორგანიზაციებს: ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელს, საქართველოს ადიქტოლოგთა ასოციაციას, საერთაშორისო ფონდს „კურაცო“, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს, კერძო კლინიკებს „ბემონი“ და „ურანტი“, არასამთავრობო ორგანიზაციებს „თანადგომა“, „ახალი გზა“, „ახალი ვექტორი“, „ჰეპა პლუსი“, „პეონი“ და „კამარა“;

და ბოლოს, შემდეგ ეროვნულ უწყებებს: იუსტიციის სამინისტროსა და ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორის საბჭოს; შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში მყოფ დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრსა და შინაგან საქმეთა სამინისტროს, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს, საქართველოს უზენაეს სასამართლოს.

<sup>1</sup> ანგარიში გამოიცა რამდენიმე ქვეყნის მონაწილეობით, ორი პროექტის ფარგლებში – „ადიქტოლოგიის დარგში ადამიანური რესურსების, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მიდგომისა და თვისებრივი სტანდარტების შემუშავება საქართველოში“ (TEMPUS, ADDIGE; დონორი European Union) და „ადიქტოლოგიის დარგში კვლევების განვითარების პროექტი საქართველოში“ (Addiction Research Development Project in Georgia; დონორი - US Agency for International Development; Czech Development Cooperation).



# 1. ნარკოპოლიტიკა: კანონმდებლობა, სტრატეგიები და ეკონომიკური ანალიზი

## 1.1. შესავალი

საქართველოს ნარკოპოლიტიკა, ტრადიციულად, მეტ ძალისხმევას მიმართავს მიწოდების შემცირებაზე, ვიდრე მოთხოვნის შემცირებაზე. შესაბამისად, მოხმარებაზე საპასუხოდ დასჯა გადასწონის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის მიდგომებს.

უკანასკნელ წლებში ქვეყანაში გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები ნარკოპოლიტიკის განხორციელების ინსტიტუციური მექანიზმების განსავითარებლად. კერძოდ, 2011 წლიდან იუსტიციის სამინისტროს ხელმძღვანელობით ამოქმედდა ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, 2012-2013 წლებში შემუშავდა და საბჭოს მიერ დამტკიცდა ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა, 2014 წელს დაიგეგმა ნარკოვიითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის დაარსება.

## 1.2. სამართლებრივი ჩარჩო

### 1.2.1. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული კანონები და ნორმატიული აქტები

ქვეყანაში მოქმედი როგორც ადმინისტრაციული, ასევე სისხლის სამართლის კანონმდებლობით, ნარკოტიკების მოხმარება სამართალდარღვევაა. ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის თანახმად, 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 დღემდე ვადით. იმავე წელს განმეორებით ჩადენილი ქმედება ექვემდებარება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლი).

ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 116<sup>2</sup>-ე მუხლი არეგულირებს სატრანსპორტო საშუალების მართვას ნარკოტიკული ან/და ფსიქოტროპული სიმთვრალის მდგომარეობაში, ან ნარკოტიკული სიმთვრალის დასადგენად შემოწმებისთვის თავის არიდებას. სასჯელი ითვალისწინებს სატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლების შეჩერებას 3 წლით.

ქუჩაში ნარკოტიკული თრობის შემოწმებას 2006 წლიდან არეგულირებს საქართველოს შინაგან საქმეთა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრების ერთობლივი ბრძანება #1244-278/ნ, გამოცემული საქართველოს ადმინ-

<sup>2</sup> 2014 წლამდე მოქმედებდა 117-ე მუხლიც; 2014 წლის შემდეგ ამ მუხლის დისპოზიცია 116-ე მუხლში გადავიდა.

ისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის საფუძველზე. 2013 წლამდე, ბრძანების თანახმად, პოლიციას ჰქონდა უფლება, დაეკავებინა მოქალაქეები ქუჩაში ნარკოტიკული თრობის ექსპერტიზის ჩატარების მიზნით ე.წ. „გონივრული ეჭვის“ საფუძველზე, რომელიც არ იყო სათანადოდ განმარტებული და ამდენად, სუბიექტური ინტერპრეტაციის შესაძლებლობას იძლეოდა. 2013 წელს „კანონში პოლიციის შესახებ“ „გონივრული ეჭვი“ შეიცვალა ფორმულირებით „საკმარისი საფუძველი ვარაუდისთვის“. ამის მიუხედავად, აღნიშნული პროცედურა ისევ იძლევა სუბიექტური ინტერპრეტაციის საშუალებას.

ქუჩაში დაკავებული პირების მიერ ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარების ფაქტი დგინდება ლაბორატორიის მიერ სწრაფი ტესტების საშუალებით ან/და კლინიკური შემოწმებით, რაც სათანადოდ დასაბუთებულ პასუხს არ იძლევა.

სისხლის სამართლის კანონმდებლობით დასჯად სამართალდარღვევებში შედის ნარკოტიკული საშუალებებით ან/და ფსიქოტროპული ნივთიერებებით უკანონო ვაჭრობა, ნარკოტიკული საშუალებების, ასევე ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო დამზადება, შენახვა, წარმოება, გასაღება, ქვეყანაში შემოტანა ან ქვეყნიდან გატანა (უფრო დეტალური ინფორმაციისთვის იხ. დანართი 1: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი: ნარკოტიკული დანაშაული). 2015 წლიდან საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლიდან<sup>3</sup> ამოღებულია გასაღება, რამაც შედარებით (6 წლამდე) დასწია სასჯელი დამზადება/წარმოება/შეძენა/გადაზიდვისთვის.

სისხლის სამართლის კოდექსით ნარკოდანაშაულისათვის გათვალისწინებული სანქციების სიმკაცრე დამოკიდებულია სამართალდარღვევების დამამძიმებელ გარემოებებზე, რომელთა შორისაა ამოღებული ნივთიერებების ოდენობა. კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ოდენობებს არეგულირებს 2012 წლის 22 მაისს განახლებული კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ (ე.წ. „ჩარჩო კანონი“), რომლის #2 დანართით დადგენილია მცირე, დიდი და განსაკუთრებით დიდი ოდენობები 200-ზე მეტი ნარკოტიკული საშუალებისა და 67 ფსიქოტროპული ნივთიერებისათვის. დღესდღეობით საქართველოში ფართოდ გავრცელებული მთელი რიგი ისეთი ნივთიერებებისთვის, როგორცაა ამფეტამინი, მეტამფეტამინი და დეზომორფინი (იხ.მე-2 თავი) მცირე ოდენობები დადგენილი ჯერჯერობით არ არის. ამ ნივთიერებების ნებისმიერი რაოდენობა – შპრიცში დარჩენილი მინიმალური რაოდენობაც კი – დიდ ოდენობად მიიჩნევა, რაც მნიშვნელოვანწილად ამკაცრებს სასჯელს.

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების უკანონო ბრუნვასთან ბრძოლისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის პოტენციური ზიანის თავიდან არიდების მიზნით, 2014 წლის 16 აპრილს ძალაში შევიდა კანონი „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“. კანონის შესაბამისი დებულებები დაემატა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსს და მათ თანახმად კრიმინალიზებული გახდა ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების უკანონო წარმოება, შესყიდვა, შენახვა და ა.შ. კანონში განსაზღვრულია ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ქიმიური შენაერთების 9 კლასი და ჩამოთვლილია 20 ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერება.

ახალი, კოდექსის შემცველი აბებისგან კუსტარულად დამზადებული, ოპიოიდ დეზომორ-

<sup>3</sup> 2015 წლამდე სსკ 260-ე მუხლი ჟღერდა, როგორც „ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის, ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერების უკანონო დამზადება, წარმოება, შეძენა, შენახვა, გადაზიდვა, გადაგზავნა ან გასაღება“. 2015 წლიდან „გასაღება“ ამოღებულია.

ფინის („ნიანგი“ ანუ „კრაკადილი“) მოხმარების პრობლემაზე საპასუხოდ, 2014 წელს შინაგან საქმეთა სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი ინიციატივით, კანონში „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ შევიდა ცვლილებები, რაც ითვალისწინებს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას კოდეინის, ეფედრინის, ნორეფედრინისა და ფსევდოეფედრინის შემცველი ნაშთებით კანონდარღვევით ვაჭრობისთვის.

„ნარკოტიკული დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ კანონის“<sup>4</sup> თანახმად, „ნარკოტიკული საშუალების მოხმარებელ პირს“<sup>5</sup> ჩამოერთვა მთელი რიგი უფლებები (მათ შორის, სატრანსპორტო საშუალების მართვისა, საექიმო, საადვოკატო, სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში საქმიანობისა, და ა.შ.). ჩამორთმევა ხორციელდება სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველზე 3 წლით ან უფრო მეტი ვადით. კანონში შესწორებები რამდენჯერმე შევიდა; უკანასკნელად - 2014 წელს. მნიშვნელოვან ცვლილებებთანაა შორისაა: ფარმაცევტული საქმიანობის ან აფთიაქის დაფუძნების 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 განთავისუფლება.

## 1.2.2. კანონის განხორციელება

სასამართლო პრაქტიკა ახორციელებს კანონს სამართლებრივი ჩარჩოსა და საქართველოს უზენაესი სასამართლოს რეკომენდაციების შესაბამისად (იხ. ჯავახიშვილი, ოთიაშვილი, ტაბატაძე 2013).

საქართველოში კანონით დადგენილი სასჯელის შემსუბუქების მექანიზმია საპროცესო გარიგება, რომელიც პროკურატურის დონეზე ხორციელდება. ნარკოტიკების მოხმარებისა და შექენა-შენახვის გამო დაკავებულთა დიდი ნაწილი პატიმრობას თავს არიდებს სწორედ საპროცესო გარიგების წყალობით, რის შედეგადაც ბიუჯეტში ყოველწლიურად საგრძნობი თანხა შედის (იხ. მე-9 თავი).

თუ საპროცესო გარიგება ამა თუ იმ მიზეზით (ვთქვათ, მოქმედი სამართლებრივი სტრატეგიების გამკაცრების გამო) ვერ ხერხდება და ამოღებული (პირადი მოხმარების მიზნით შექენილ-შენახული) ნივთიერების ოდენობა კვალიფიცირებულია, როგორც „დიდი ოდენობა“, განურჩევლად იმისა, თუ რა ნივთიერებასთან გვაქვს საქმე, სასჯელი შესაძლოა მრავალწლიან (მაგალითად, 7-დან 14 წლამდე) პატიმრობას გულისხმობდეს. უკანასკნელ ხანებში ამ მხრივ ვითარება შეცვალა გახმაურებულმა სისხლის სამართლებრივი დევნის საქმემ, რომელიც ახალგაზრდა მამაკაცის, ბექა ნიქარიშვილის წინააღმდეგ აღიძრა 2013 წლის ზაფხულში, გრძელდებოდა მთელი 2014 წლის მანძილზე და დასრულდა 2015 წლის ოქტომბერში. დაკავებისას ბექა ნიქარიშვილისგან, ჩხრეკის საფუძველზე, სამართალდამცავებმა ამოიღეს 70 გრ მარიხუანა, რაც დიდ ოდენობად არის კვალიფიცირებული და, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლის მეორე ნაწილის საფუძველზე, პირადი მოხმარებისთვის შენახვა-შექენის გამო 7-დან 14 წლამდე პატიმრობას ითვალისწინებს. ბექა ნიქარიშვილსა და მის მრავალრიცხოვან მხარდამჭერებს ეს სასჯელი

4 კანონი ძალაში შევიდა 2007 წელს.

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

არაპროპორციულად მძიმედ, სასტიკად და შესაბამისად, ადამიანის პატივისა და ღირსების შემლახველად მიაჩნდათ. მოენყო მუდმივმოქმედი ფართომასშტაბიანი საზოგადოებრივი კამპანია „ბექა კრიმინალი არ არის“, რომელმაც მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა საქმის მსვლელობასა და გამოსავალზე. ბოლო ეტაპზე საქმემ უკვე საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოში გადაინაცვლა. სარჩელი, წაყენებული საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ, 260-ე მუხლის მეორე ნაწილის „ა“ პუნქტს იხილავდა, როგორც ანტიკონსტიტუციურს (კონსტიტუციის 42-ე მუხლის საწინააღმდეგოს). საბოლოოდ ბექას მხარემ გაიმარჯვა. ექსპერტების აზრით, ეს გახმაურებული საქმე არა მარტო დატოვებს კვალს კანონის აღსრულების პრაქტიკაზე, არამედ შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებების კატალიზატორიც გახდება.

### 1.2.3. ეროვნული სამოქმედო გეგმა, სტრატეგია და შეფასება

„ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია“ და შესაბამისი სამოქმედო გეგმა დამტკიცა ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისმა საკოორდინაციო საბჭომ 2013 წლის 4 დეკემბერს. ორივე დოკუმენტი დაინტერესებული სუბიექტების, მათ შორის ექსპერტთა თემისა და საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების, აქტიური მონაწილეობით შემუშავდა. სტრატეგიის მთავარი თემატური მიმართულებებია: მიწოდების შემცირება, მოთხოვნის შემცირება, ზიანის შემცირება, სტიგმისა და დისკრიმინაციის დაძლევა, კოორდინაცია და საერთაშორისო თანამშრომლობა, ასევე კვლევა და ინფორმაციის ანალიზი. 2015 წლის ბოლოსთვის ეს დოკუმენტები ჯერ კიდევ არ არის დამტკიცებული ქვეყნის პარლამენტის მიერ.

მიუხედავად იმისა, რომ 2014 წლის სამოქმედო გეგმა დეტალურადაა განწერილი – პასუხისმგებელი და მონაწილე ინსტიტუციების, საჭირო ხარჯების, დროითი ჩარჩოსა და შედეგების შეფასების გაზომვადი ინდიკატორების მითითებით – მისი შესაფასებელი კვლევა არ ჩატარებულა არც სახელმწიფოს, არც არასამთავრობო სექტორის მხრიდან, რაც ნაკლებად იძლევა გეგმის განხორციელების დინამიკაზე მსჯელობისა და დასკვნების გამოტანის საშუალებას.

### 1.2.4. კოორდინაციის მექანიზმები

ქვეყანაში ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის პრობლემაზე მუშაობისთვის წამყვანი საკოორდინაციო მექანიზმია ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც შეიქმნა 2011 წელს, საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებით. საკოორდინაციო საბჭოს მთავარი ამოცანებია: ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარებლის პრევენცია, ადამიანის უფლებათა დაცვაზე დაფუძნებული ნარკოპოლიტიკის განსაზღვრა, სახელმწიფო ნარკოსტრატეგიისა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმების შემუშავება, პერიოდული განახლება და შესრულების მონიტორინგი და ბოლოს, უწყებათაშორისი საქმიანობის კოორდინაცია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის იმპლემენტაციის პროცესში. საბჭოს კოორდინაციას საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო ახორციელებს. სამთავრობო უწყებების გარდა, საბჭოს მუშაობაში მონაწილეობენ ე.წ. მოწვეული (ხმის უფლების არმქონე) საერთაშორისო ორგანიზაციების, არასამთავრობო სექტორისა და საექსპერტო თემის წარმომადგენლები. საბჭომ ასევე უნდა დააარსოს ნარკოტიკების ეროვნული მონიტორინგის ცენტრი, რაზე

მუშაობაც დაწყებულია 2014 წელს. თუმცა, 2016 წლის პირველი ნახევრისთვის, აღნიშნული ცენტრი ჯერ არ დაარსებულა.

კიდევ ერთი უწყებათაშორისი საკოორდინაციო მექანიზმი – „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების აღკვეთის ხელშეწყობის სახელმწიფო კომისია“ – შეიქმნა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემაზე საპასუხოდ, „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“ კანონის მე-6 მუხლისა და სამი მინისტრის ერთობლივი ბრძანების<sup>6</sup> საფუძველზე. კომისიის შემადგენლობაში შედიან საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ფინანსთა სამინისტროს წარმომადგენლები. ზემონახსენები უწყებათაშორისი საბჭოს ანალოგიურად, კომისიის მუშაობაში მონაწილეობის მისაღებად, საჭიროებისდა მიხედვით, პერიოდულად ინვევენ ხოლმე დარგის ექსპერტებს.

ეროვნულ დონეზე მოქმედი კიდევ ერთი საკოორდინაციო მექანიზმია ფარმაცევტული ბაზრის კონტროლის მიზნით შექმნილი სამუშაო ჯგუფი, რომელიც მოქმედებს 2013 წლიდან, შსს-სა და ჯანდაცვის სამინისტროთა შორის დადებული მემორანდუმის საფუძველზე.

### 1.2.5. სხვა მიმართულებები ნარკოპოლიტიკის სფეროში

2014 წლის აგვისტოში, პროფესიული თემის, ნარკოპოლიტიკის რეფორმაზე მომუშავე აქტივისტებისა და სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების გრძელვადიანი საადვოკაციო ძალისხმევის შედეგად, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ გამოსცა ბრძანება, რომლის თანახმადაც ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებს მოეხსნათ ზედოზირებაზე ეჭვის შემთხვევაში პოლიციისთვის შეტყობინების ვალდებულება<sup>7</sup>. მოსალოდნელია, რომ აღნიშნული ცვლილება გაზრდის ზედოზირების შემთხვევაში გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გამოყენების ალბათობასა და მასშტაბს, რაც, თავის მხრივ, შეამცირებს ნარკოტიკების მიზეზით სიკვდილობას.

### 1.3. ეკონომიკური ანალიზი

ტრადიციულად საქართველოში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების საპასუხო ღონისძიებების დაფინანსების სრულყოფილი აღრიცხვა ვერ ხერხდება. ამის მთავარი მიზეზი არის ის, რომ ამ ღონისძიებებისათვის გამოყოფილი ან/და დახარჯული თანხები სამთავრობო უწყებების ბიუჯეტებში და ხარჯთაღრიცხვის ანგარიშებში არ არის იდენტიფიცირებული, როგორც ნარკოტიკების პრობლემასთან დაკავშირებული თანხები. შედარებით უფრო ნათელია ამ მიმართულებით საერთაშორისო ორგანიზაციების (დონორების) და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროების მიერ გაწეული დანახარჯების აღრიცხვა, ვინაიდან ამ შემთხვევაში გაწეული ხარჯები თემატურად არის კვალიფიცირებული, როგორც ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ხარჯები.

6 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 საფუძველად დაედო „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“ საქართველოს კანონი და მოცემული ბრძანების პირველი მუხლის პირველი პუნქტი).

7 2014 წლამდე ამგვარ ვალდებულებას განსაზღვრავდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 5/12/2000 #239/ნ ბრძანება.

ჯანდაცვის კუთხით გამოვყოფთ დაფინანსების სამ ძირითად წყაროს (იხ. ცხრილი1) – საჯაროს (ეროვნული ბიუჯეტი), საერთაშორისოს (მეტწილად შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი) და კერძოს. აღსანიშნავია 2014 წელს წინა წლებთან შედარებით ყველა წყაროს მიერ განეული ხარჯების მკვეთრი ზრდა. 2014 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და პაციენტების ჯიბიდან გადახდილი თანხები დაახლოებით ორმაგად გაიზარდა წინა წელთან შედარებით, იმავე პერიოდში საერთაშორისო დონორების მიერ განეული ხარჯები კი 3-ჯერ და მეტად გაიზარდა. გლობალური ფონდის მიერ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებზე განეული დანახარჯების მკვეთრი მატება შესაძლოა განპირობებული იყოს ფონდის პრიორიტეტების ცვლილებებით და მეტი ყურადღების გადატანით საკვანძო სამიზნე ჯგუფებსა და ეფექტურ და ხარჯთეფექტურ ინტერვენციებზე. რაც შეეხება კერძო დანახარჯების მკვეთრ მატებას, შესაძლოა წინა წლებში ეს დანახარჯები არ იყო სათანადოდ აღრიცხული და ანგარიშებში ასახული. სხვაწაირად რთულია იმის ახსნა, თუ რატომ შეიძლება გაორმაგებულიყო პაციენტების მიერ თანაგადახდილი ჯამური თანხები (ფიქსირებული თანხა 110 ლარი 1 პაციენტზე თვეში), მაშინ, როდესაც მკურნალობის განევის მასშტაბი მნიშვნელოვნად არ გაზრდილა.

**ცხრილი 1: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯები 2012-2014 წლებში (საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2015)**

	საჯარო			საერთაშორისო			კერძო		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ზიანის შემცირება აგონისტური ჩანაცვლებითი თერაპიის ჩათვლით	1,317 <sup>1</sup>	1,272 <sup>1</sup>	3,773.5 <sup>1</sup>	1,416	1,228	5,272.5	614 <sup>2</sup>	1,268 <sup>2</sup>	3,572.9 <sup>2</sup>
ნებაყოფლობითი ტესტირება და კონსულტაცია (VCT) <sup>3</sup>	125	105	580.5	676	453	489.2	0	0	0
უფასო სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობა და დეტოქსიკაციის პირველადი რეაბილიტაცია	n/k	628	615	0	0	0	n/k <sup>4</sup>	n/k <sup>4</sup>	n/k <sup>4</sup>
<b>ჯამი</b>	<b>1,442</b>	<b>2,005</b>	<b>4,388.5</b>	<b>2,092</b>	<b>1,681</b>	<b>5,761.7</b>	<b>614</b>	<b>1,268</b>	<b>3,572.90</b>
<p>1 - ფარავს აგონისტური ჩანაცვლებითი თერაპიის მკურნალობას; საჯარო დაფინანსება არ მოიცავს შპრიცების გაცვლის პროგრამას;</p> <p>2 - პაციენტის მიერ გადახდილი თანხა აგონისტური ჩანაცვლებითი თერაპიის მკურნალობაში;</p> <p>3 - მოიცავს აგრეთვე სექსმუშაკებსა და მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცებს შორის ჩატარებული ნებაყოფლობითი ტესტირებისა და კონსულტაციის დაფინანსებას;</p> <p>4 - არ მოგვეპოვება პაციენტების მიერ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მკურნალობაზე განეული დანახარჯების ჩანაწერი. აღნიშნული ხარჯი მკურნალობის კერძო მიმწოდებლისთვის არის გადახდილი და შესაბამისი ჩანაწერი არ მოიპოვება;</p>									

## 2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციასა და კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებში

### 2.1. შესავალი

ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა ნარკოტიკების მოხმარების თემაზე პირველად საქართველოში 2015 წლის დეკემბრიდან ხორციელდება, USAID-ს მიერ დაფინანსებული პროექტის ფარგლებში. კვლევას ახორციელებს დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია“, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან თანამშრომლობით და პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის დეპარტამენტის მეთოდოლოგიური მხარდაჭერით. კვლევის შედეგები ხელმისაწვდომი იქნება 2016 წელს.

ანალოგიურად, საქართველოში პირველი ეროვნული მასშტაბის გამოკითხვა ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (ალკოჰოლის, თამბაქოსა და არალეგალური ნარკოტიკების) მოხმარების თემაზე 2015 წლის შემოდგომაზე ჩატარდა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მიერ, ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) მეთოდოლოგიური და ფინანსური მხარდაჭერით. კვლევის შედეგები ხელმისაწვდომი იქნება 2016 წელს.

### 2.2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციაში

მონაცემები ხელმისაწვდომი იქნება 2016 წლის ივლისისთვის.

### 2.3. ნარკოტიკების მოხმარება სკოლაში და ახალგაზრდებს შორის

ბოლო (2012 წლის) მონაცემები საქართველოს რამდენიმე ქალაქში ახალგაზრდებს შორის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების თაობაზე, მოპოვებული სხვადასხვა ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული კვლევებიდან, შეგიძლიათ იხილოთ ქვეყნის ნარკოვითარების 2013 წლის ანგარიშში (ჯავახიშვილი, ოთიაშვილი, ტაბატაძე 2013).

## 2.4. ნარკოტიკების მოხმარება სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფში ეროვნულ და ადგილობრივ დონეზე

### 2.4.1. ნარკოტიკების მოხმარება კომერციული სექსის მუშაკებში

აივ-ისა და სისხლის გზით გადამდები სხვა ინფექციების მაღალი რისკის პოპულაციებში ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები საქართველოში 2002 წლიდან მიმდინარეობს<sup>8</sup>. 2014 წელს კომერციული სექსის მუშაკებში ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა განახორციელდა საერთაშორისო ფონდმა კურაციომ, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიურ ცენტრ თანადგომასთან ერთად. კვლევა ჩატარდა საქართველოს ორ ქალაქში: ბათუმსა და თბილისში. იგი მიზნად ისახავდა აივ-ინფექციის, C ჰეპატიტის, გონორეისა და სიფილისის პრევალენტობის გაზომვას მოცემულ სამიზნე ჯგუფში, ასევე, აივ-ინფექციასთან დაკავშირებული ძირითადი სარისკო ქცევების შესწავლას. კვლევა ჩატარდა დროისა და ადგილის მიხედვით შერჩევის მეთოდით; გამოიკვლიეს 280 მდებარეობითი სექსის სექსმუშაკი (160 თბილისში და 120 ბათუმში). სექსმუშაკების მედიანურმა ასაკმა შეადგინა 40 წელი თბილისში და 38 – ბათუმში; ცდის პირთა თითქმის ნახევარი მიეკუთვნებოდა 40 წელზე ზევით ასაკობრივ ჯგუფს (50.6% თბილისში და 42.5% ბათუმში). რესპონდენტთა უმრავლესობა ეთნიკურად ქართველი იყო (83.8% თბილისში და 92.5% ბათუმში), საშუალო ან პროფესიული განათლებით (79.4% თბილისში და 82.5% ბათუმში). გამოკვლეულ სექსმუშაკთა საცხოვრებელი ადგილი განსხვავდებოდა მათი სამუშაო ადგილისგან: თბილისში გამოკითხულ სექსმუშაკთა 71.9%-მა, ხოლო ბათუმში გამოკითხულთა 93.3%-მა აღნიშნა, რომ საქართველოს სხვა ქალაქებიდან არიან. ცდის პირთა უმეტესობამ (თბილისში 70%-მა და ბათუმში 67.5%-მა) აღნიშნა, სულ მცირე, ერთ წინამორბედ ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევაში მონაწილეობა. ორივე ქალაქში გამოკითხულთა 60%-ზე მეტი განქორწინებული ან მეუღლისგან განცალკევებით მცხოვრები იყო.

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების თვალსაზრისით კვლევამ შემდეგი სურათი გამოვალინა (იხ. ცხრილი 2): ბოლო 12 თვის მანძილზე ალკოჰოლის ყოველდღიურად მოხმარება თბილისში მიუთითა რესპონდენტთა 9.4%-მა (15 რესპონდენტი), ხოლო ბათუმში – 21.7%-მა (26 რესპონდენტი); ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებაზე შეკითხვა კვლევის დროს არ დასმულა; ბოლო 12 თვის განმავლობაში ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება თბილისში აღნიშნა რესპონდენტების 1.9%-მა (3 რესპონდენტი), ხოლო ბათუმში – 0.8%-მა (1 რესპონდენტი); ეს ოთხი რესპონდენტი ეკუთვნოდა შედარებით ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფს; ინექციურად მოხმარებული ნარკოტიკები სუბუტექსი და ჰეროინია; არაინექციური გზით მოხმარებამ ცდის პირთა შორის შეადგინა 6.3% თბილისში და 5.8% ბათუმში. ყველაზე ხშირად მოხმარებულ არაინექციურ ნარკოტიკებად დასახელდა საძილე/დამამშვიდებელი საშუალებები.

<sup>8</sup> ორგანიზაციის „გადავარჩინოთ ბავშვები“ საქართველოს ოფისმა, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ფინანსური მხარდაჭერით საქართველოში დანერგა მეორე თაობის ეპიდემიოლოგია და ჩატარდა სექსმუშაკებს შორის პირველი ეპიდემიოლოგიის კვლევა თბილისში 2002 წელს, ხოლო შემდეგ მსგავსი კვლევები 2004 და 2006 წლებში ჩატარდა თბილისსა და ბათუმში. 2009 წლიდან გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით გაგრძელდა ქცევაზე ზედამხედველობის მომდევნო ტალღები თბილისსა და ბათუმში და ჩატარდა სამჯერ: 2009, 2012 და 2014 წელს. წინა წლების ეპიდემიოლოგიის კვლევების შედეგები შეგიძლიათ იხილოთ შესაბამისი წლების ნარკოვითარების ანგარიშებში.



**ცხრილი 2: ბოლო 12 თვის მანძილზე ალკოჰოლისა და არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება საქსმუშაკ ქალებში, 2014 წელს (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა 2014)**

ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება	%	n/N
ალკოჰოლის ყოველდღიური მოხმარება	14.64	41/280
ნარკოტიკის არაინექციური მოხმარება	6.07	17/280
სედაციური/საძილე აბების მოხმარება	4.29	12/280
ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება	1.43	4/280
სუბუტექსის მოხმარება	1.43	4/280
ჰეროინის მოხმარება	0.71	2/280

**2.4.2. ნარკოტიკების მოხმარება მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კავშირი აქვთ მამაკაცებთან**

საერთაშორისო ფონდი კურაციოსა და საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიურ ცენტრ თანადგომის მიერ 2012 წელს ჩატარდა ჯვარედინ-სექციური კვლევა, რესპონდენტზე ორიენტირებული მიდგომით, მამაკაცებს შორის, რომლებსაც სქესობრივი კავშირი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ). კვლევის მიზანი იყო აივ-ინფექციის სარისკო ქცევის შეფასება მსმ პოპულაციაში. გამოიკითხა თბილისში მცხოვრები 218 მსმ. რესპონდენტთა მედიანურმა ასაკმა შეადგინა 27 წელი, ნახევარზე მეტს (55%, 120 რესპონდენტი) ჰქონდა უმაღლესი განათლება, დიდი უმრავლესობა (90%, 196 რესპონდენტი) იყო ეთნიკურად ქართველი; რესპონდენტთა 72% (156 პირი) არასდროს ყოფილა ქორწინებაში. კვლევა გვიჩვენებს, რომ ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება მსმ პოპულაციაში არ არის ფართოდ გავრცელებული: კერძოდ, ბოლო 12 თვის მანძილზე ალკოჰოლის ყოველდღიურად მოხმარება აღნიშნა 20-მა რესპონდენტმა, ხოლო ნარკოტიკების მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე აღნიშნა 39-მა რესპონდენტმა; კანაფი დასახელდა, როგორც ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნარკოტიკი. ბოლო 12 თვის მანძილზე ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება აღნიშნა მხოლოდ ექვსმა რესპონდენტმა, რომელთაგან ოთხმა მიუთითა ბუპრენორფინის მოხმარება; მხოლოდ ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა ბოლო ინექციისას ზიარი შპრისის გამოყენება. ცხრილი 3 გვიჩვენებს კვლევის შედეგებს პროცენტულ მაჩვენებლებში:

**ცხრილი 3: ალკოჰოლისა და არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობა მსმ-ებს შორის (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა 2012)**

ინდიკატორი	% (N=218)
ალკოჰოლის ყოველდღიური მოხმარება	9.2
ნარკოტიკის არაინექციური მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე	17.9
ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება ბოლო 12 თვის მანძილზე	2.8

## 3. პრევენცია

### 3.1. შესავალი

დღეისათვის საქართველოში სათანადო ყურადღება არ ექცევა პრევენციის მეცნიერებას. შედეგად, ქვეყანაში მიმდინარე პრევენციული აქტივობები უმეტესწილად არ ეფუძნება სამეცნიერო მტკიცებულებას და არ ფასდება ეფექტიანობის, ეტიკისა თუ ხარისხის თვალსაზრისით, გაეროს სტანდარტების შესაბამისად (UNODC 2015). იმისთვის, რომ პრევენციული პროგრამა ეფექტიანი იყოს, იგი უნდა ეყრდნობოდეს მეცნიერებას, გულდაგულ დაინერგოს და ხელმისაწვდომი იყოს პოპულაციისთვის მთელი ცხოვრების მანძილზე (The National Centre on Addiction and Substance Abuse 2015; Inaba and Cohen 2014; Saxena, Llopis, and Hosman 2006; UNODC 2015).

უკანასკნელ ათწლეულში ეროვნულ სასწავლო გეგმაში გამახვილდა ყურადღება ცხოვრების ჯანსაღ წესზე, 2013 წლიდან 15-18 წლის მოსწავლეებისათვის დაინერგა ბიოლოგიის სწავლებისას ინფორმაციის მიწოდება აივ-შიდსის თვალსაზრისით სარისკო ქცევებზე (მათ შორის, ნარკოტიკების მოხმარებაზე). მაგრამ სკოლის კურიკულუმში ჯერ კიდევ არ არსებობს პრევენციული განათლების უწყვეტი ჯაჭვი. მასში არ არის შეყვანილი მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ისეთი პროგრამები, რომლებიც ნივთიერებების ავადმომხმარების რისკების გაცნობიერებაში დაეხმარებოდა ბავშვებს ჯერ კიდევ მოზარდობის ასაკამდე (15 წლამდე). ამ პერიოდის შემდეგ დამახასიათებელი ოპოზიციური განწყობები სარისკო ქცევაზე მიწოდებული ინფორმაციის მიმართ წინააღმდეგობას ზრდის, ამიტომაც, პრევენციის ეფექტიანობისთვის, ინტერვენცია ამ ასაკამდე უნდა მოხდეს (National Institute of Drug Abuse 2003; Levi et al. 2015; Wittchen et al. 2008). მოზარდობის ასაკამდე პრევენციის ეგიდით მიმდინარე ღონისძიებებს უმეტესწილად ექსტრაკურიკულური, ფრაგმენტული და კამპანიური (კონკურსი, კონფერენცია, და ა.შ.) ხასიათი აქვს. კვლევების თანახმად, მსგავსი პროგრამები არაეფექტიანია, მოზარდებს არ აძლევს სათანადო ინფორმაციას რისკ-ფაქტორების შესახებ და არ იძლევა დამცავი ფაქტორების ჩამოყალიბების საშუალებას (The National Centre on Addiction and Substance Abuse 2015; National Institute of Drug Abuse 2003; O'Connell, Boat, and Warner 2009).

### 3.2. პრევენციის სისტემა, სტრატეგია, პოლიტიკა

განათლების სამინისტროს მონაცემებით, 2014 წლისთვის საჯარო და კერძო სკოლებში სხვადასხვა დისციპლინებში (საბუნებისმეტყველო მეცნიერებები [VIII, IX კლასები], სამოქალაქო განათლება [IX-X კლასები]) შეტანილია ანტინარკოტიკული და ანტინიკოტინური თემები, ასევე განხორციელდა თემატური კონკურსები, კონფერენციები და კამპანიები. მონაცემები ამ აქტივობებში ჩართულ ბავშვებს შორის ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების გავრცელებაზე თუ მათ განწყობებსა და ცოდნაზე ფსიქოაქტიური საშუალებების შესახებ ღონისძიებამდე და ღონისძიების შემდგომ არ მოიპოვება.

განათლების და მეცნიერების სამინისტროს ორგანიზებით შეიქმნა ზოგადი განათლების პოლიტიკის ახალი დოკუმენტი, რომლის მიხედვითაც 2014 წელს 10 საპილოტე სკოლაში დაინერგა სასკოლო გარემოს პოლიტიკა – ჯანსაღი ცხოვრების წესის მეთოდოლოგია. 2015 წელს იგეგმება ყველა საჯარო სკოლის ჩართვა.

### 3.3. გარემოზე მიმართული პრევენცია

თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარებასა და გავრცელებას ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი არეგულირებს.

თამბაქოს შემთხვევაში აკრძალულია შემდეგი: თამბაქოს პროდუქციის მოხმარება საჯარო და სამედიცინო დაწესებულებებსა და სკოლებში, მისი მიყიდვა 18 წლამდე ასაკის პირებისთვის და/ან მათი თამბაქოს ბიზნესში (მაგ. დისტრიბუციაში) ჩართვა, სიგარეტის გაყიდვა ღერებად, თამბაქოთი ვაჭრობა სკოლამდელი აღზრდის დაწესებულებებისა და სკოლების ახლოს, აგრეთვე სავაჭრო ცენტრების ბავშვთა განყოფილებების მახლობლად; აკრძალულია თამბაქოს მოხმარება სამედიცინო და სასწავლო დაწესებულებებში, საზოგადოებრივ ტრანსპორტსა და თავშეყრის ადგილებში (დახურულ შენობა-ნაგებობებში), 18 წლამდე ასაკის პირებისათვის განკუთვნილ დაწესებულებებში. ასევე, აკრძალულია თამბაქოს მოხმარების რეკლამირება და ჩვენება მასმედიით, თუმცა ეს დღესდღეობით დაშვებულია ქალაქებში გაკრულ დიდ ხილვად ბილბორდებზე. ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი არეგულირებს აგრეთვე გამაფრთხილებელი ნარწერების გაკეთების აუცილებლობას თამბაქოს პროდუქტებზე/მათ შეფუთვაზე.

რაც შეეხება ალკოჰოლს, მისი მოხმარება აკრძალულია საჯარო თავშეყრის ადგილებში, ხოლო მიყიდვა აკრძალულია 18 წლამდე ასაკის პირებისთვის. კოდექსის 116-ე მუხლი კრძალავს ავტომობილის მართვას ალკოჰოლისა თუ სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ.

სახელმწიფო უწყებასა და საჯარო სამსახურში მიღებისას მომავალ (ან უკვე არსებულ) თანამშრომელს დაწესებულების ხელმძღვანელმა შესაძლოა მოსთხოვოს სამედიცინო-ნარკოლოგიური შემოწმების ცნობა ან სამედიცინო დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, რამდენადაც ეს გათვალისწინებულია საქართველოს კანონმდებლობით (საქართველოს კანონი საჯარო სამსახურის შესახებ, საქართველოს პარლამენტი 1997).

უსაფრთხო სკოლის კონცეფციის ფარგლებში, განათლების და მეცნიერების სამინისტროს დაქვემდებარებაში 2010 წლიდან ფუნქციონირებს სსიპ *მანდატურის სამსახური*, რომლის მიზანია „საზოგადოებრივი წესრიგისა და უსაფრთხოების დაცვა. საგანმანათლებლო დაწესებულების მანდატურის სამსახური, ... საგანმანათლებლო დაწესებულების ტერიტორიაზე ძალადობის აღმოფხვრისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების მიზნით, უზრუნველყოფს საგანმანათლებლო დაწესებულების ტერიტორიაზე მოსწავლეთა/სტუდენტთა მიერ ცივი და ცეცხლსასროლი იარაღის ტარების, ალკოჰოლური და ნარკოტიკული საშუალებების გავრცელების აღმოფხვრას“ (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო 2014).

2010 წლის შემდეგ მანდატურების ინსტიტუტი ყველა საჯარო და ზოგიერთ კერძო სკოლაში ფუნქციონირებს. მანდატურებმა გაიარეს სპეციალური მომზადება, რომლის ერთ-ერთი საკითხი იყო ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევების პირველადი ნიშნების ამოცნობა.

### 3.4. უნივერსალური პრევენცია

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ინფორმაციით, ნარკომან-ასთან ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის შესაბამისი 2013-2015 წლების სამოქმედო გეგმის ფარგლებში განხორციელდა უნივერსალური პრევენციის შემდეგი ღონისძიებები:

ეროვნულ სასწავლო გეგმაში (კერძოდ, საბუნებისმეტყველო და საზოგადოებრივ მეცნიერებებსა და სპორტის სასწავლო გეგმებში), აისახა „მავნე ჩვევებთან ბრძოლასთან“ დაკავშირებული საკითხები. გეგმის ვებ-პორტალზე აიტვირთა შესაბამისი მასალა, რომელსაც შეუძლია გაეცნოს ნებისმიერი დაინტერესებული პირი (<http://elibrary.emis.ge/ge>; <http://ncp.ge/ge/home>). მომზადების პროცესშია გზამკვლევი „ცხოვრების ჯანსაღი წესი“, რომელიც, დასრულების შემდგომ, ასევე აიტვირთება როგორც ეროვნული სასწავლო გეგმის ვებ-პორტალზე, ასევე განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ელექტორნულ ბიბლიოთეკაში.

უკლებლივ ყველა სკოლას გადაეცა „სამართლებრივი კულტურის“ სახელმძღვანელო, სადაც ერთ-ერთი თავი ეთმობა „მავნე ჩვევებისა და მათი სახიფათო შედეგების შესახებ“ მოსწავლეთა ინფორმირებას (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო 2015).

სკოლებში სადამრიგებლო პროგრამებს დაემატა პრიორიტეტული თემები, რომლებიც ეხება ცხოვრების ჯანსაღ წესს, მაგალითად: „საკუთარი ჯანმრთელობა, როგორც ფასეულობა“, „ცხოვრების ჯანსაღი წესი, სპორტი“, „რა ზიანი მოაქვს მავნე ჩვევებს“, „სწორი და არასწორი საქციელის შეფასება“, „არას“ თქმის უნარის განვითარება“ და სხვა.

2014 წლიდან საჯარო სამართლის იურიდიული პირი (სსიპ) მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ეროვნული ცენტრი ამზადებს პედაგოგებს სადამრიგებლო პროგრამაში დამატებული პრიორიტეტის – ჯანსაღი ცხოვრების წესის – სკოლაში დასანერგად. 2014 წელს ცენტრში გადამზადდა 350-მდე პედაგოგი.

განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ინფორმაციით, პრევენციის დაფინანსების პრიორიტეტი 2013-2015 წლებისათვის იყო ცხოვრების ჯანსაღი წესის სხვადასხვა ინიციატივა, შემოთავაზებული საგანმანათლებლო დაწესებულებების, არასამთავრობო და კერძო ორგანიზაციების მიერ. მაგალითად, საქართველოში აივ-ის პრევენციის პროექტის ფარგლებში აღმოჩენილი ტექნიკური მხარდაჭერით 2013-2014 წწ სამინისტრომ დაანერგა ჯანსაღი ცხოვრების წესის სასწავლო გეგმა, კერძოდ: გამოქვეყნდა სპეციალური სახელმძღვანელო ბიოლოგიის მასწავლებლებისთვის და ბიოლოგიის გაკვეთილებზე 15-18 წლის მოზარდები იღებენ ინფორმაციას აივ/შიდსის, არალეგალური ნარკოტიკების, თამბაქოსა და ალკოჰოლის ავადმომარებასთან დაკავშირებული ზიანისა და ნაადრევი ორსულობის რისკების შესახებ. GHPP პროგრამის სამიზნე ჯგუფი იყო 15-18 წლის მოზარდები. პრევენციის მეცნიერების თანახმად, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რომ პრევენციული მუშაობა სკოლის კურიკულუმის ფარგლებში ინტეგრირებული იყოს არა მხოლოდ მოზარდობის ასაკის სასწავლო გეგმაში, არამედ უწყვეტ ჯაჭვად, ბავშვის სკოლაში შემოსვლისთანავე, რათა მან შეძლოს ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესაბამისი უნარ-ჩვევების განვითარება მოზარდობამდე – როდესაც პიროვნებას ოპოზიციური განწყობები და ქცევა უჩნდება (The National Centre on Addiction and Substance Abuse, 2015; UN-ODC, 2015).

### 3.5. სელექციური და მიზანმიმართული პრევენცია

2013 წლიდან საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებულ მანდატურის სამსახურში ფუნქციონირებს ბავშვზე ზრუნვისა და ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრი, როგორც მიზანმიმართული პრევენციის განხორციელების ინსტიტუციური მექანიზმი. ცენტრის მომსახურებით სარგებლობენ სკოლის მასწავლებლების, ადმინისტრატორებისა და მანდატურების მიერ გადამისამართებული, ქცევითი პრობლემების მქონე ბავშვები და მოზარდები. 2014 წლიდან ბავშვზე ზრუნვისა და ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრის ფილიალები, თბილისის პარალელურად, გაიხსნა ბათუმის, ქუთაისის, ფოთის, თელავის და გორის მანდატურის სამსახურის რეგიონულ ოფისებში.

არასრულწლოვანი მსჯავრდებულებისთვის, პრობაციონერებისა და რისკის ქვეშ მყოფი სხვა მოზარდებისთვის სასჯელაღსრულების სამინისტროს ხელშეწყობით 2013 წლიდან დაიწერა ფსიქო-სოციალური განათლების პრევენციული პროგრამა, რომელიც მიზანად ისახავს ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციას, აივ/შიდსისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარების პრევენციას (საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი 2012).

### 3.6. ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე განხორციელებული კამპანიები

ანტინარკოტიკული კამპანიები საქართველოში პრევენციული ღონისძიებების ყველაზე გავრცელებული ფორმაა, რასაც, როგორც წესი, არ ახლავს მოხმარების მასშტაბისა და სხვა მახასიათებლების კვლევები ინტერვენციამდე და ინტერვენციის შემდეგ, რომლებიც მათი ეფექტიანობის გაზომვის, შესაბამისი მტკიცებულების მოპოვებისა და მათ ეფექტიანობაზე დარწმუნებული მსჯელობის შესაძლებლობას მოგვცემდა.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, კერძოდ – მის დაქვემდებარებაში მყოფი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ყოველწლიურად ატარებს (ჩატარდა 2014 წელსაც) თამბაქოს სანინააღმდეგო საინფორმაციო კამპანიას, რომლის ფარგლებშიც ჩვეულებრივ იბეჭდება და ფართოდ რიგდება საინფორმაციო ბუკლეტები თამბაქოს მავნებლობაზე.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მონაცემებით, მინისტრის 2014 წლის 6 მარტის #233 ბრძანებით დამტკიცებული „განსაკუთრებით ნიჭიერი ახალგაზრდების ნახალისების“ პროგრამის „სასკოლო კონკურსების ქვეპროგრამის“ ფარგლებში ჩატარდა ესეებისა და ნახატების კონკურსი ანტინარკოტიკულ თემაზე. შერჩეული ესეების ავტორებმა ერთნუთიანი მოხსენებებით მიმართეს თანატოლებს.

შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2014 წლიდან ახორციელებს ფართომასშტაბიან ანტინარკოტიკულ კამპანიას „არა ბიონარკოტიკს – ერთად შევცვალოთ დამოკიდებულება!“ კამპანია ემსახურება ინფორმაციის გავრცელებას ნარკოტიკების მოხმარებისა და არალეგალური ზრუნვის უარყოფითი შედეგების თაობაზე. მისი განსაკუთრებული ყურადღების საგანია ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებები. შსს-ის მონაცემებით, კამპანიის ფარგლებში განხორციელდა შემდეგი ღონისძიებები: მომზადდა ანტინარკოტიკული სოციალური ვიდეოები, სამინისტროს წარმომადგენლები შეხვდნენ სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსი-

ტეტის სტუდენტებს; გაიმართა სპეციალური კონკურსი საუკეთესო ანტინარკოტიკული მედიაპროდუქტის გამოსავლენად, სადაც თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ჟურნალისტიკის ფაკულტეტის სტუდენტები იღებდნენ მონაწილეობას. შსს-ს თანახმად, „ანტინარკოტიკული კამპანიის მთავარმა გზავნილებმა მოსახლეობის ყველა სეგმენტამდე, განსაკუთრებით, ამ კუთხით ყველაზე მოწყვლად ჯგუფამდე – ახალგაზრდობამდე მიაღწია, რამაც, ბუნებრივია, ხელი შეუწყო ნარკოტიკების მოხმარების კლებასა და ნარკომოხმარების პრევენციას ქვეყანაში“ (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2014).

2014 წლის მარტში მთავრობის მიერ დამტკიცდა საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროს კოორდინაციით, სხვადასხვა შესაბამისი უწყების მონაწილეობით 2013 წელს შემუშავებული საქართველოს ახალგაზრდული პოლიტიკის სახელმწიფო დოკუმენტის ახალი ვერსია, სადაც ხაზგასმულია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვის აუცილებლობა. სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროს ინფორმაციით, მათ პრიორიტეტულ მიმართულებას 2014 წლის განმავლობაში წარმოადგენდა „ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისა და კულტურულ-შემოქმედებით საქმიანობაში ახალგაზრდების ჩართვის პროგრამა“, რომლის ერთ-ერთი მიზანი იყო ჯანმრთელობის შესახებ ახალგაზრდების ცნობიერების დონის ამაღლება და ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაცია. პროგრამის ფარგლებში გაიმართა სხვადასხვა კულტურულ-შემოქმედებითი, ინტელექტუალური და სპორტული აქტივობები: სტუდენტური დღეები, საგანმანათლებლო ღონისძიებები, ინტელექტუალური კონკურსები, სპორტული ღონისძიებები სლოგანით „აირჩიე ჯანსაღი ცხოვრების წესი“ და სხვ. ასევე, 2014 წლის განმავლობაში, სპორტისა და კულტურის სამინისტრომ ჩაატარა თამბაქოს საწინააღმდეგო საინფორმაციო კამპანია: მოამზადა და დაბეჭდა თამბაქოს საწინააღმდეგო საინფორმაციო მასალა, რომელიც ცხოვრების ჯანსაღი წესის პოპულარიზაციის ზემოქმედებით ღონისძიებებზე გავრცელდა (საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო 2015).

## 4. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარება

### 4.1. შესავალი

ტერმინი „ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარება“ საქართველოში იხმარება „ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების“ ანალოგად, რაც გულისხმობს ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარებას. აღნიშნული უფრო ვიწრო დეფინიციაა, ვიდრე ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკოდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის მიერ შემოთავაზებული ტერმინი<sup>9</sup>. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარების ინდიკატორზე ინფორმაციას ვიღებთ შემდეგი წყაროებიდან: ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები და ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობის შემსწავლელი კვლევები, რომლებიც ქვეყანაში რეგულარულად, ორ წელიწადში ერთხელ (2002 წლიდან) ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონის და საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ, საერთაშორისო დონორების მხარდაჭერით; და ზიანის შემცირების სერვისების მიერ მონოდებული ინფორმაცია ნარკოტიკების მოხმარებელთა სხვადასხვა მახასიათებლის თაობაზე. ქვემოთ მოყვანილი აღწერა სამივე ამ წყაროს ეყრდნობა.

### 4.2. ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობა

2014 წელს, საქართველოში ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარებელთა პრევალენტობის დასადგენად, ჩატარდა კვლევა ქვეყნის 7 ქალაქში, საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონისა და საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ, შიდსთან, მალარიასა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მხარდაჭერით. კვლევაში გამოყენებული იყო რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევა (N=1,951). კვლევის ძირითადი ინსტრუმენტი იყო ქცევაზე ზედამხედველობის კითხვარი. პრევალენტობის დასადგენად მკვლევარებმა გამოიყენეს მამრავლი კოეფიციენტების ტექნოლოგია, ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მოდიფიცირებული ვერსია და ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი. კვლევის ძირითად ინსტრუმენტს დაემატა კითხვები ქსელის ზომის განსაზღვრად. საბოლოო მაჩვენებლები მიღებულია ჩამოთვლილი რამდენიმე მეთოდით მოპოვებული მონაცემების ტრიანგულაციის გზით. კვლევის შედეგების განსახილველად შედგა საექსპერტო კონსენსუსის შეხვედრა, რომელზეც 2014 წლისთვის საქართველოში ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა განისაზღვრა 49,700-ით (49,208 – 50,192), პრევალენტობა 18-64 ასაკობრივი კატეგორიის მოსახლეობაზე - 2,02%-ით (2,00% - 2,04%), ხოლო ზოგად პოპულაციაზე - 1,33%-ით (1,32% - 1,35%) (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2015b).

ვითარების დინამიკაზე სამსჯელოდ მოვიყვანთ 2012 წელს, კვლავ საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონისა და საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ ჩატარებული ანალოგიური

<sup>9</sup> The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

კვლევის შედეგებს. 2012 წელს ქვეყნის მასშტაბით ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობისა და პრევალენტობის გადათვლა მოხდა მულტივარიაციული ინდიკატორისა და კოეფიციენტების ოთხი სხვადასხვა მიდგომის გამოყენებით, ასევე ფარული პოპულაციის გამოკითხვით (ნომინაციური ტექნიკის გამოყენებით, საქართველოს 6 ქალაქში, N=1,791), რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდით. კვლევის შემდგომ ასევე ჩატარდა საექსპერტო კონსენსუსის შეხვედრა. მიღებული მაჩვენებლები შეადგენდა 45,457 მაღალი რისკის მომხმარებელს, ხოლო პრევალენტობა 15-64 ასაკობრივ კატეგორიაში - 1,65%-ს (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2012b). რამდენადაც ორივე კვლევაში გამოყენებული იყო იდენტური მეთოდოლოგია, მათი შედარების საფუძველზე შესაძლებელია დასკვნის გამოტანა<sup>10</sup> მაღალი რისკის მომხმარებლის პრევალენტობის ზრდაზე საქართველოში (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2012b).

### 4.3. ნარკოტიკების მაღალი რისკის მომხმარებელთა მასხასიათებლები

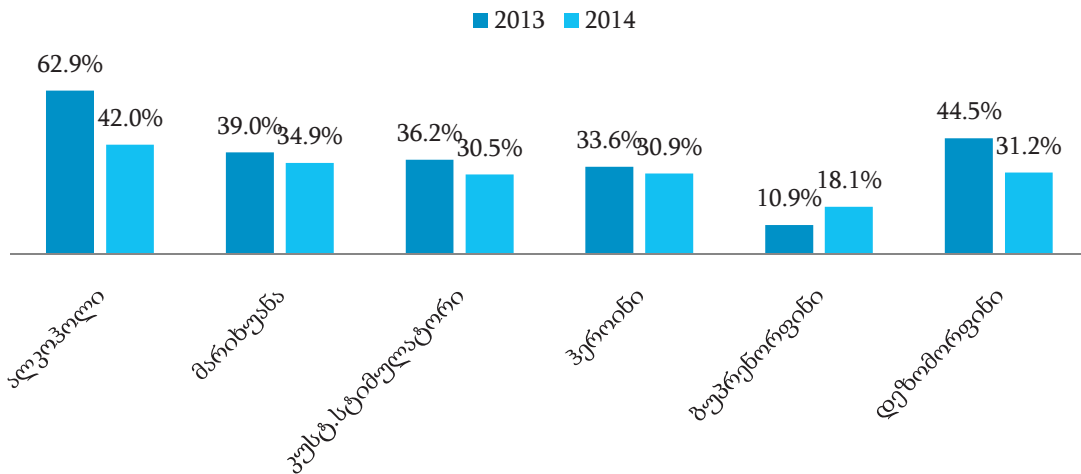
#### 4.3.1. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელიდან მიღებული მონაცემები

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი ყოველწლიურად აგროვებს რუტინულ მონაცემებს აივ-შიდსის პრევენციის პროგრამებში ჩართული მოსარგებლების თაობაზე. ამის საფუძველზე, 2014 წელს ქსელმა ჩაატარა თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენციის (თბუძი) მოსარგებელთა კვლევა, ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევალენტობისა და ინექციურ მოხმარებასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევების შესასწავლად. კვლევაში ჩართული იყო სულ 1,728 ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი (მათგან 6% ქალი) საქართველოს 10 ქალაქიდან (თბილისი, გორი, თელავი, ზუგდიდი, ბათუმი, ქუთაისი, სამტრედია, ფოთი, ოზურგეთი, რუსთავი). რესპონდენტთა მედიანური ასაკი იყო 34 წელი (mean= 34.76; min=18; max=75, SD=10.8), ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გამოცდილება საშუალოდ – 10 წელი (mean=10.92; min=1; max=40, SD=8.1). რესპონდენტების 41.5% არასდროს ყოფილა ქორწინებაში, 39.6%-ს აქვს არასრული საშუალო ან უმაღლესი განათლება, კვლევის მომენტისთვის 73.4% იყო უმუშევარი.

10 2009 წელს საქართველოს 5 ქალაქში - თბილისი, ბათუმი, თელავი, გორი, ზუგდიდი - ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის ჩატარებული კვლევის თანახმად (N=1,127) მიღებულია შემდეგი მაჩვენებლები: 39,000-41,000 მაღალი რისკის მომხმარებელი, ხოლო პრევალენტობა 15-დან 64 წლამდე ასაკის პოპულაციაში - 1.5% (1.48% -1.52%) (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2010); მაგრამ, მეთოდოლოგიური სხვაობის გამო, ამ მონაცემების შედარება 2012 და 2014 წლების კვლევებთან შეუძლებელია: 2009 წელს მამრავლი კოეფიციენტი გამოყვანილია რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევით ჩატარებული კვლევის და ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების შესახებ სხვადასხვა წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე.



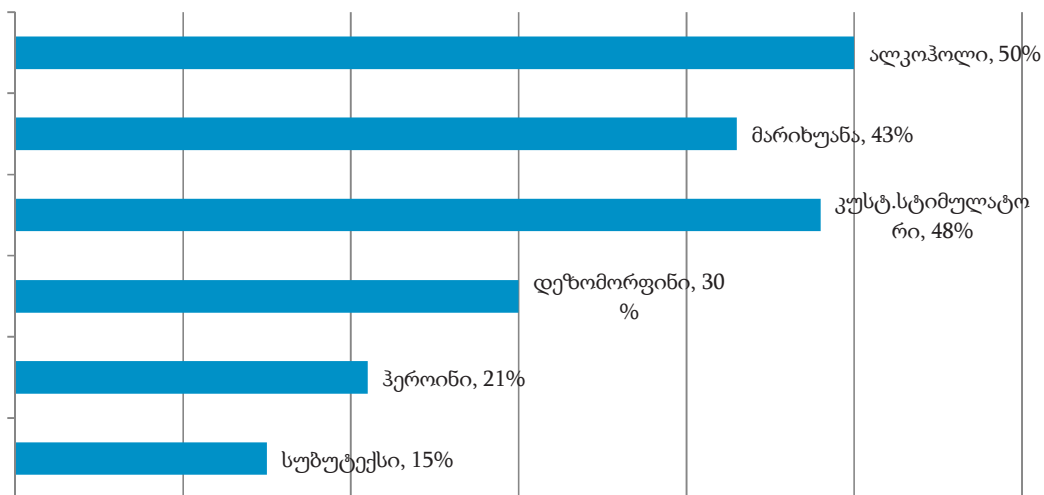
**დიაგრამა 1: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ფსიქოაქტიური და ნარკოტიკული საშუალებების პრევალენტობა (გოგია 2014; გოგია 2015)**



როგორც ზემოთ მოყვანილი დიაგრამიდან ჩანს, 2014 წელს, 2013 წლისგან განსხვავებით, ზიანის შემცირების თვალსაზრისით ინტერვენციის მოსარგებლებს შორის კუსტარული სტიმულატორების, ჰეროინისა და დეზომორფინის მოხმარების მაჩვენებლები თითქმის თანაბარია (30-31%), რაც დაბალია 2013 წლის ანალოგიურ მაჩვენებლებზე (კუსტარულად დამზადებული დეზომორფინი – 45%, ხოლო სტიმულატორები – 36%). სუბუტექსის მოხმარებას გამოკითხულთა მთელი პოპულაციის 18% აღნიშნავს, რაც აღემატება გასული (2013) წლის სუბუტექსის მოხმარების მაჩვენებელს. მოყვანილი განსხვავებები სტატისტიკურად სარწმუნოა ( $\chi^2 0.000$ ).

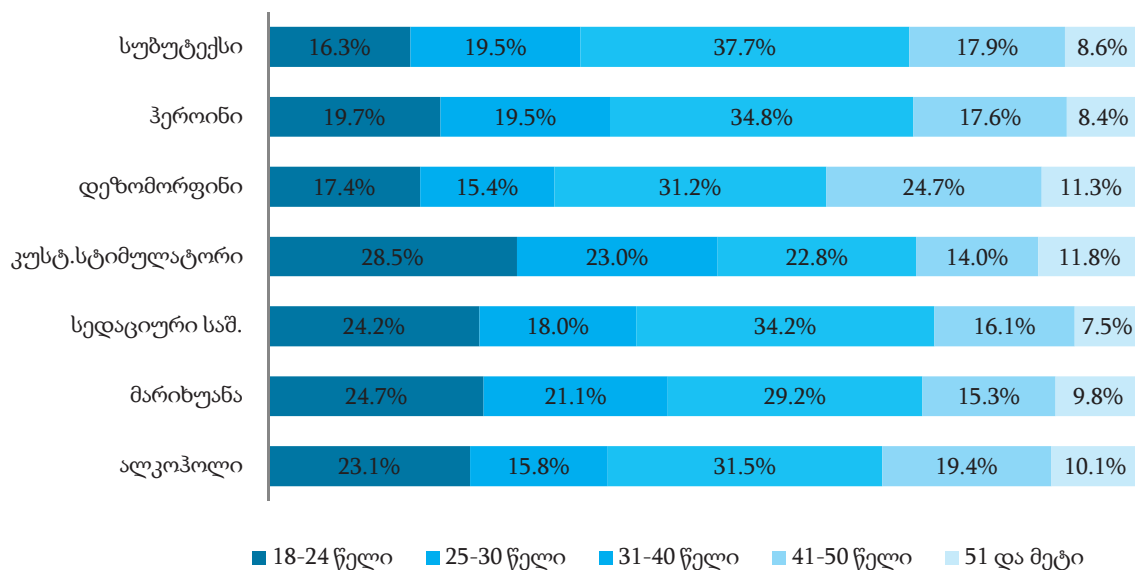
ქალებში კუსტარული სტიმულატორების ინექციური მოხმარება სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების ინექციურ მოხმარებასთან შედარებით უფრო გავრცელებულია (იხ. ქვემოთ მოყვანილი დიაგრამა 2).

**დიაგრამა 2: ქალების მიერ ბოლო 30 დღის მანძილზე მოხმარებული ფსიქოაქტიური და ნარკოტიკული საშუალებები, 2014 წელი (გოგია 2015)**



რაც შეეხება ასაკობრივ განსხვავებებს, ქვემოთ მოყვანილი დიაგრამიდან (დიაგრამა 3) ნათელია, რომ ყველა დასახელებული ნარკოტიკისა თუ ფსიქოაქტიური საშუალების მოხმარების მაჩვენებლები ყველაზე მაღალია 31-40 წლის ასაკობრივ კატეგორიაში.

**დიაგრამა 3: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული და ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევალენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (გოგია 2015)**



ზიარი შპრიცის ან სხვა საინექციო ინსტრუმენტის გამოყენებას აღნიშნავს გამოკითხულთა 5.5% ბოლო ინექციისას, 6.8% – ბოლო თვეში ინექციისას, 17.6% კი – ბოლო 6 თვის მანძილზე. მათგან, ვინც ბოლო გაზიარების თაობაზე დადებითი პასუხი გასცა, 46% აღნიშნავს, რომ მხოლოდ ერთ ადამიანთან გაიზიარა; დანარჩენები ორ და სამ ადამიანთან გაზიარებას აღნიშნავენ. მიუხედავად ასეთი სარისკო ქცევისა, აივ-ინფექციაზე ტესტირების მაჩვენებლები თანაბრად დაბალია ქალებსა და მამაკაცებს შორის. ტესტირება აივ-ინფექციაზე არასდროს ჩაუტარებია კვლევაში მონაწილე ქალთა 65.7%-ს და მამაკაცთა 86.4%-ს.

კვლევაში მონაწილეთა მხოლოდ 7.4%-ს (128 რესპონდენტი) აქვს მეთადონის მხარდამჭერი თერაპიის გამოცდილება. რესპონდენტთა 50.9%-ს (875 რესპონდენტი) არასდროს გამოუცდია ზედოზირება, ხოლო 13.7%-მა (114 რესპონდენტი) აღნიშნა, რომ ბოლო 6 თვეში ერთხელ მაინც ჰქონია ზედოზირების შემთხვევა. ბოლო ზედოზირების ძირითად მიზეზად ჰეროინისა (54.6%) და დეზომორფინის (20.5%) მოხმარება დასახელდა. საკმაოდ მაღალია იმ მომხმარებელთა რაოდენობა, რომელთაც სმენიათ ნალოქსონის შესახებ (1,522 რესპონდენტი; 88.1%). ამავე დროს, დაბალია იმ რესპონდენტთა რაოდენობა, რომლებიც აღნიშნავენ ნალოქსონის გამოყენებას ზედოზირების დროს (318 რესპონდენტი, 18.8%).

#### 4.3.2. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევიდან მიღებული მონაცემები

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები საქართველოში ტარდება ორ წელიწადში ერთხელ, საერთაშორისო ფონდ კურაციოსა და საზოგადოე-

ბრივი გაერთიანება ბემონის მიერ. მოცემულ თავში აღწერლია 2014 წლის ნოემბრიდან 2015 წლის აპრილამდე საქართველოს შვიდ დიდ ქალაქში (თბილისი, გორი, თელავი, ზუგდიდი, ბათუმი, ქუთაისი და რუსთავი) ჩატარებული კვლევის შედეგები.

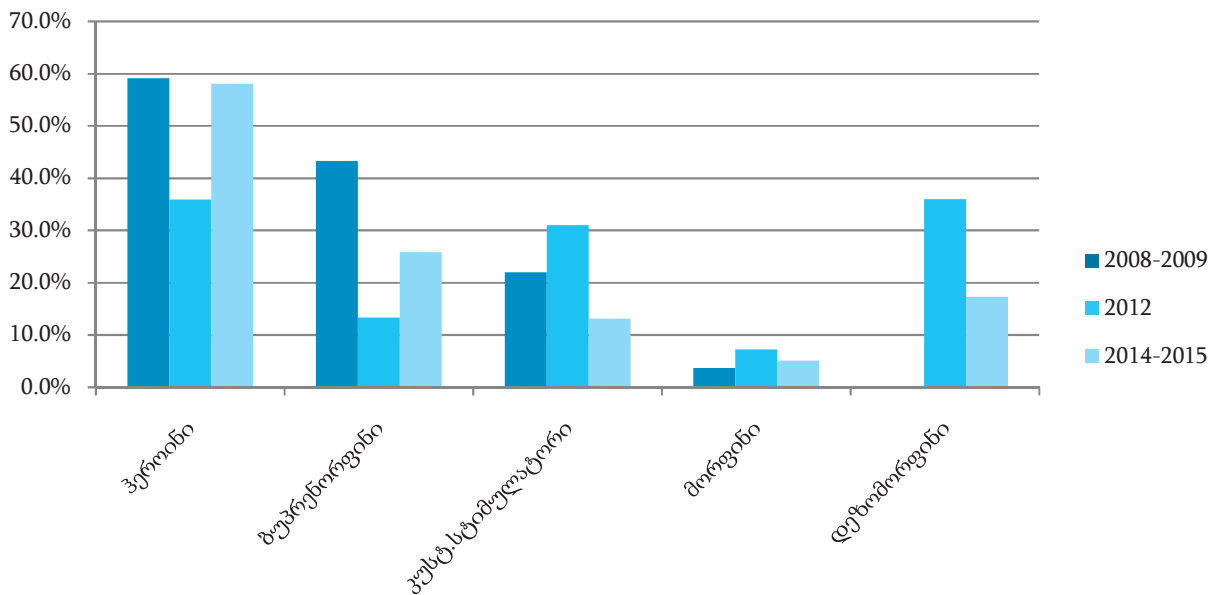
ნარკოტიკული საშუალებების ინექციურად მომხმარებლების ჯვარედინ-სექციურ კვლევაში გამოყენებულია რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდი (N = 2,037). რესპონდენტთა მედიანური ასაკი (ქალაქების მიხედვით) მერყეობს 37-დან 42 წლამდე, მეტი წილით წარმოდგენილია “41+” ასაკობრივი ჯგუფი. ქალებმა რესპონდენტთა 2% შეადგინა – სულ გამოიკითხა 41 ქალი, რომელთაგან თერთმეტი შეირჩა თბილისში, ხოლო 30 – დანარჩენ 6 ქალაქში. ქორწინებაში მყოფი რესპონდენტების წილი განსხვავდება ქალაქებს შორის და მერყეობს 33.6%-დან 56.5%-მდე. რესპონდენტთა უმრავლესობა, ისევე როგორც 2009 და 2012 წლებში ჩატარებულ კვლევებში, უმუშევარია (69%). ასევე, არ შეცვლილა მონაცემები ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების დაწყების ასაკის თვალსაზრისით: ისევე როგორც 2012 წელს, არაინექციური მოხმარების დაწყების მედიანურ ასაკად 15-16 წელი დაფიქსირდა, ხოლო ინექციური მოხმარების დაწყების მედიანურ ასაკად - 18-20 წელი.

ბოლო 12 თვეში ალკოჰოლის ყოველდღიური მოხმარება, ყველა ქალაქში, რესპონდენტთა 6%-ზე ნაკლებმა აღნიშნა; სხვა ქალაქებთან შედარებით, ყველაზე მაღალი პროპორციული წილი თელავში (5.8%) დაფიქსირდა; ალკოჰოლის კვირაში ერთხელ მოხმარების პროპორციულად ყველაზე მცირე მაჩვენებელი დაფიქსირდა თბილისში (7.1%), ხოლო ყველაზე მაღალი – ქუთაისში (16.3%).

2012 წლის კვლევის შედეგების მსგავსად, ნარკოტიკების არაინექციური მოხმარების თვალსაზრისით ყველაზე ხშირად მოხმარებად საშუალებებად დაფიქსირდა მარიხუანა და ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) დეპრესანტები. გამოკითხულთა 72.5% (n=1.476) მიუთითებს ნარკოტიკების არაინექციურად მოხმარებას, მათ შორის 69%-ს მიღებული ჰქონდა ისეთი მედიკამენტები, როგორცაა ბაკლოფენი, გაბაპენტინი, პრეგაბალინი და სხვები. ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების – ე.წ. ბიოს, ბიო-კანაფის, კრისტალის, აბაზანის მარილების – მოხმარება აღნიშნა კვლევაში მონაწილეთა 10%-მა.

ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების სურათი მნიშვნელოვნად შეიცვალა 2012 წელთან შედარებით. ჰეროინის მოხმარება, რომელიც 2012 წლისთვის დაბალი იყო (35.9%), დაუბრუნდა მოხმარების 2008-2009 წლების ნიშულს (58.1%). ანალოგიურად, დაფიქსირდა ბუპრენორფინის მოხმარების მატება (26%). აღსანიშნავია, რომ 2012 წელთან შედარებით დაკლებულია კუსტარული ნარკოტიკების (დეზომორფინისა და ეფედრონის) მოხმარების მაჩვენებელი (იხ. დიაგრამა 4).

**დიაგრამა 4: ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ტენდენციები 2009, 2012 და 2015 წლებში** (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა 2015)



ყველაზე ხშირად ინექციურად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებებიდან ლიდერობს ჰეროინი – 45.1% რუსთავში და 67.6% ბათუმში. სხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებაში შეიმჩნევა განსხვავებები: მაგ., ბუპრენორფინის ინექციური მოხმარება გორში შეადგენს 13.4%-ს, მაშინ როცა ბათუმში ის 44%-ია.

ქალაქებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება აღინიშნა ნარკოტიკის ზედოზირების გამოცდილების თვალსაზრისით – იმ რესპონდენტთა რაოდენობა, ვისაც ჰქონია ზედოზირება ბოლო 12 თვის განმავლობაში, მერყეობს 5.6%-დან (რუსთავი) 11.8%-მდე (ქუთაისი).

რესპონდენტთა შეფარდება, ვისაც არასდროს ჩაუტარებია მკურნალობა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების გამო, მერყეობს 63.3%-სა (ბათუმი) და 85.6%-ს (გორი) შორის. იმ ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს (ნიმ) შორის, ვინც ბოლო 12 თვის განმავლობაში დახმარების მისაღებად მიმართა სპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებებს, ბათუმელი ნიმ-ები სჭარბობენ (14.7%).

მოცემული კვლევის ანგარიშში პრევენციული პროგრამებით მოცვა განსაზღვრულია, როგორც აივ-ტესტირების ჩატარების შესაძლებლობის შესახებ ინფორმირება და ბოლო 12 თვის განმავლობაში სტერილური საინექციო მასალითა და კონდომებით უზრუნველყოფა. პრევენციული პროგრამებით მინიმალური მოცვა განსაზღვრულია შემდეგნაირად: მოსარგებლემ იცის, სად შეიძლება აივ ტესტირების ჩატარება და მიღებული აქვს ქვემოთ ჩამოთვლილი პროგრამული პროდუქტებიდან თუნდაც ერთი: სტერილური საინექციო ინსტრუმენტები, კონდომი, ბროშურა/ლიფლეტი/ბუკლეტი აივ/შიდსის შესახებ და კვალ-იფიცირებული ინფორმაცია აივ/შიდსის შესახებ).

კვლევის თანახმად, პრევენციული პაკეტების შემადგენლობა ქალაქების მიხედვით განსხვავებულია, თუმცა გორი ლიდერობს პროგრამის ყველა კომპონენტით მოცვის თვალსაზრისით. მაგ., სტერილური ნემსები/შპრიცები მიღებული აქვს გორში რესპონ-

დენტთა დაახლოებით მესამედს (30.1%). სრული პრევენციული პაკეტით სრული მოცვის მაჩვენებელი მერყეობს 8%-სა (თელავი) და 30.9%-ს (გორი) შორის. ზოგადად, პრევენციული პროგრამებით მოცვა ნაკვლევ ქალაქებში (თელავის გარდა) უფრო დაბალია, ვიდრე პრევენციული პროგრამებით მინიმალური მოცვა.

რესპონდენტთა დაახლოებით მეხუთედმა (22.1% თბილისში) აღნიშნა, რომ სმენია/უნახავს ინფორმაცია შპრიცების/ნემსების პროგრამის შესახებ. უნდა აღინიშნოს, რომ ნაკვლევ პოპულაციაში მეთადონით ჩანაცვლების პროგრამის ცნობადობა ბევრად უფრო მაღალია (მერყეობს 91.4%-დან თელავში 99.7%-მდე ზუგდიდში), ვიდრე შპრიცების/ნემსების პროგრამისა.

კვლევის თანახმად, რესპონდენტთა ნახევარი (42.5%) აღნიშნავს ბოლო წელს ნარკოტიკის ინექციურ მოხმარებას მუდმივი საცხოვრებელი ადგილიდან მოშორებით, სხვა ქვეყანაში, რაც მერყეობს 29.4%-დან (თბილისი) 62.1%-მდე (ბათუმი). ბოლო 12 თვეში ამ ქვეყანათა რიგში ყველაზე ხშირად დასახელებულია თურქეთი (79.5%), რომელსაც მოსდევს რუსეთი (6.1%), აზერბაიჯანი (5.9%), უკრაინა (5.2%) და სხვა ქვეყნები (3.3%).

## 5. წამალდამოკიდებულების მკურნალობა

### 5.1. შესავალი

უკანასკნელ სამ წელიწადში ქვეყანაში გადაიდგა მნიშვნელოვანი ნაბიჯები მკურნალობაზე მოთხოვნის ინდიკატორის თაობაზე მონაცემების შეგროვების ინსტიტუციური მექანიზმების შემქნის თვალსაზრისით. კერძოდ, 2013 წელს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა მონაცემთა შეგროვების სპეციალური სტანდარტული ფორმა შეიმუშავა, რომელიც ეხება: ნამკურნალე წამალდამოკიდებულ პირთა სქესსა და ასაკობრივ ჯგუფებს, პირველადი და განმეორებითი მიმართვების რაოდენობას, ნარკოტიკის ადმინისტრირების გზებს, უპირატესად მოხმარებულ ნარკოტიკებსა და პოლინარკომანიას. 2014 წლიდან არსებული ფორმა შეძლებისდაგვარად დაიხვეწა, EMCDDA-ის მკურნალობის მოთხოვნის ინდიკატორის ფორმის საფუძველზე, შეიცვალა ასაკობრივი ჯგუფების რანჟირება, ასევე დაემატა ინფორმაცია კლინიკაში მომართვის გზებისა და ალკოჰოლის მომხმარებელ პაციენტთა რაოდენობის შესახებ. 2015 წელს, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ მომზადდა ცვლილებათა პაკეტი ბრძანება №01-27/ნ-ში („სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“) შესატანად, რომელიც დაავალდებულებს ნარკოლოგიურ კლინიკებს, ყოველთვიურად მიაწოდონ მონაცემები დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს ნარკოტიკული საშუალებებისა და ალკოჰოლის მომხმარებელი პაციენტების შესახებ. აღნიშნული ცვლილებებიდან გამომდინარე, მომავალ ნარკოვითარების წლიურ ანგარიშში მკურნალობაზე მოთხოვნის ინდიკატორის თაობაზე ინფორმაცია უფრო თანმიმდევრული და ამომწურავი იქნება.

წინამდებარე თავში გადმოცემული ინფორმაცია ეყრდნობა, ერთი მხრივ, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას ნამკურნალევი წამალდამოკიდებული პირების თაობაზე (სამკურნალო დაწესებულებების მიერ მიწოდებულ დღეისათვის ხელმისაწვდომ ინფორმაციაზე დაყრდნობით) და, მეორე მხრივ, 2015 წელს საქართველოში ადიქტოლოგიური განათლების ინსტიტუციური მექანიზმების განვითარებაზე მიმართული ტემპუსის პროექტის ფარგლებში მომზადებულ ანგარიშს ქვეყანაში დღეისათვის მოქმედი ადიქტოლოგიური მკურნალობის სტანდარტების თაობაზე (“Addictology Standards in Georgia” 2015).

### 5.2. მკურნალობის სტრატეგია და პოლიტიკა

წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სტრატეგია განერილია „ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის“ დოკუმენტში (ნარკომანიის წინააღმ-

დეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია, 2014), სადაც დასახულია ისეთი სტრატეგიული ამოცანები, როგორცაა: წამალდამოკიდებული პირების სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად მათთვის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის მიწოდებისა და ზიანის შემცირების სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ფსიქოპედაგოგიური ნივთიერებების მომხმარებლებისთვის მკურნალობის, რეაბილიტაციისა და ზიანის შემცირების შესაძლებლობების უზრუნველყოფა. სტრატეგიის დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ აუცილებელია, განვითარდეს მკურნალობისა და რეაბილიტაციის ინფრასტრუქტურა, აღიზარდოს სათანადოდ მომზადებული ადამიანური რესურსები. გამახვილებულია ყურადღება მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნაზე. ასევე, ხაზგასმითაა აღნიშნული ნარკოტიკების მოხმარების გამო დასჯის ალტერნატივების ინსტიტუციური მექანიზმების განვითარების საჭიროება.

### 5.3. მკურნალობის სისტემა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა

„საქართველოს კანონი ნარკოტიკულ საშუალებებზე, პრეკურსორებსა და ნარკოლოგიურ დახმარებაზე“ არეგულირებს ნარკოლოგიურ მკურნალობას. კანონი ადგენს ნარკომანიით დაავადებულ პირთა სამკურნალო და სარეაბილიტაციო პროგრამების დაფინანსების წყაროს, წესს, პირობებს, ნარკოლოგიური დახმარების ნებაყოფლობითობას, კონფიდენციალობისა და ანონიმურობის დაცვის პირობებს. კანონის 34-ე მუხლის მე-5 პუნქტი განსაზღვრავს ნარკომანიით დაავადებული პირის სავალდებულო სამედიცინო დახმარების სახეებს: ნარკოტიკული დამოკიდებულების მოხსნას თავისუფლების დროებითი შეზღუდვის ან პატიმრობაში ყოფნის შემთხვევაში; და მკურნალობას პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში.

კანონის 34-37-ე მუხლების თანახმად, სტაციონარის პირობებში მკურნალობა უნდა წარმართოს დამტკიცებული ან აღიარებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გზამკვლევის) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) შესაბამისად.

პაციენტების რეგისტრაციის კონკრეტულ წესებს, ნარკოლოგიურ შემოწმებას, ექსპერტიზას, დიაგნოსტიკას, დისპანსერიზაციას, აღრიცხვიანობას ქვეყანაში არეგულირებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2003 წლის 12 დეკემბრის #317/II ბრძანება. ბრძანების თანახმად, ნარკოტიკებით გამოწვეული ინტოქსიკაციის დიაგნოსტიკისთვის ინდივიდმა უნდა გაიაროს ქიმიო-ტოქსიკოლოგიური გამოკვლევა, ხოლო ფსიქოპედაგოგიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური თუ ქცევითი დარღვევების დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია მინიმუმ სამი ექიმის (ნარკოლოგის) მიერ შემთხვევაზე მსჯელობისა და სამედიცინო დასკვნის გამოტანის საფუძველზე. ამასთან დაკავშირებით, თითოეულ, თუნდაც მცირე მასშტაბის, სამკურნალო დაწესებულებას აუცილებელია ჰყავდეს მინიმუმ სამი ექიმი-ნარკოლოგი.

ნარკოლოგიური შემოწმებისა თუ დიაგნოსტიკის შემთხვევაში შედგენილი ოფიციალური საბუთი ინერება სამ ეგზემპლარად, რომელთაგან ერთი რჩება იმ დაწესებულებაში, სადაც პირმა გაიარა შემოწმება, მეორე იგზავნება ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემთა ბაზაში, ხოლო მესამე – შინაგან საქმეთა სამინისტროს მონაცემთა ბაზაში. თუ პირი იდენ-

ტიფიცირებულია, როგორც ნარკოტიკების მომხმარებელი, იგი აღრიცხვაზე ერთი წლის მანძილზე იმყოფება, თუ მას ნარკოტიკების არასამედიცინო მოხმარების მიზეზით აღმოცენებული ფსიქიკური თუ ქცევითი დარღვევების დიაგნოზი დაუდგინდა, იგი აღრიცხვაზე სამი წლის განმავლობაში იმყოფება და მხოლოდ ამის მერე შეუძლია აღრიცხვიდან განთავისუფლდეს.

ქვეყანაში წამალდამოკიდებულ პირთა მკურნალობის ჯაჭვი შედგება შემდეგი რგოლებისაგან: აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა (დეტოქსიკაცია) შემდგომი ხანმოკლე სტაციონარული სამედიცინო რეაბილიტაციით, ჩანაცვლებითი თერაპია, ზიანის შემცირების სერვისები და მოცემული ანგარიშის დაწერის მომენტისთვის განვითარების ჩანასახოვან მდგომარეობაში მყოფი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის რამდენიმე პროგრამა.

ადიქტოლოგიური სერვისით უზრუნველყოფა ქვეყანაში შეუძლია ნებისმიერი სამართლებრივი ფორმის იურიდიულ პირს, რომელიც ეწევა პრევენციაზე, დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობაზე, რეაბილიტაციაზე და პალიატიურ მზრუნველობაზე მიმართულ საქმიანობას (საქართველოს მთავრობის ბრძანება #385, 17/12/2010 (საქართველოს მთავრობა 2010)).

სამკურნალო სერვისების მიწოდება ხდება როგორც სახელმწიფო დაწესებულებებში, ასევე კერძო და არასამთავრობო სექტორში (იხ. ცხრილი 4). მაგალითად, ქვეყანაში ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპიის (ოჩთ) დაფინანსების სამი სხვადასხვა მოდელი მოქმედებს: გლობალური ფონდის პროექტი, ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა და კერძო კომერციული პროგრამა. რაც შეეხება აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის ხარჯს, მას ფარავს სახელმწიფო (შეზღუდული რაოდენობით) ან პაციენტი, საკუთარი სახსრებით. საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში არსებული სადაზღვევო პაკეტი და კერძო სადაზღვევო მექანიზმები არ ითვალისწინებს წამალდამოკიდებული პაციენტების დაფინანსებას.

**ცხრილი 4: სამკურნალო დაწესებულებების ლეგალური სტატუსი და დაფინანსების წყაროები**

მომსახურების მიწოდებული დაწესებულების ლეგალური სტატუსი	დაფინანსების წყარო							
	ა) საერთაშორისო (შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი)		ბ) მხოლოდ პირადი (ჯიბიდან გადახდა)		გ) მხოლოდ სახელმწიფო ბიუჯეტი		დ) სახელმწიფო ბიუჯეტი და პირადი გადახდა (ჯიბიდან)	
	ოჩთ	აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა	ოჩთ	აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა	ოჩთ	აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა	ოჩთ	აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა
საჯარო	X			X	X	X	X	
კერძო	X		X	X	X	X	X	

ზიანის შემცირებასა და ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას უმთავრესად სამოქალაქო სექტორის ორგანიზაციები ახორციელებენ.



### 5.3.1. აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა

საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობით, სტაციონარულ პირობებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის მიწოდება შეუძლია ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც ფლობს ზოგად „სტაციონარული საქმიანობის“ ნებართვას და ჰყავს მინიმუმ სამი სერტიფიცირებული ექიმი-ნარკოლოგი. 2010 წლამდე ნარკოლოგიური სტაციონარები საჭიროებდნენ ლიცენზირებას, რომელიც გაიცემოდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულების – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს მიერ, ლიცენზიის მაძიებლის მიერ შიდა სტანდარტების წარდგენის საფუძველზე. ეს აუცილებლობა მოიხსნა 2010 წლიდან, საქართველოს მთავრობის #385 დადგენილების გამოსვლის შემდგომ (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №385, 2010 წლის 17 დეკემბერი (საქართველოს მთავრობა 2010). დადგენილება არეგულირებს როგორც სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის გაცემის წესსა და პირობებს, ასევე სტაციონარული დაწესებულებისთვის ნებართვის გაცემის წესს, პროცედურებსა და პირობებს. ნარკოლოგიური სტაციონარებისათვის სამუშაოდ საკმარისია ამ ნებართვის მოპოვება.

არსებული სამუშაო შიდა სტანდარტით ხელმძღვანელობს ყველა დაწესებულება მკურნალობის როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ ეტაპზე. შიდა სტანდარტი მოიცავს ყველა ნოზოლოგიის მკურნალობის სქემას (გზამკვლევის ერთგვარ შემოკლებულ ვარინტს), დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის (დსკ 10) მიხედვით. აქ, თითოეული ნოზოლოგიის მიხედვით (F11 – F19), აღწერილია: სტანდარტული გამოკვლევები (1), საჭირო კონსულტაციები და პროცედურები (2) და მედიკამენტების ჩამონათვალი, რომელსაც იყენებს კლინიკა მკურნალობის შესაბამისი მეთოდის განხორციელებისას (3). ამის საფუძველზე კლინიკა ახდენს სერვისების განფასებას და აუცილებელი ფინანსური დოკუმენტაციის შედგენას.

2008 წელს სახელმწიფო პროგრამების განფასებისათვის შეიქმნა ერთიანი სტანდარტი, რომელიც მოიცავს მხოლოდ ორ ნოზოლოგიას (F11 და F15) და უნიფიცირებულია ყველა კლინიკისათვის. ეს სტანდარტი შეიცავს 9-დღიან სტაციონარულ დეტოქსიკაციურ მკურნალობას, შემდგომი 5-დღიანი სტაციონარული პირველადი სამედიცინო რეაბილიტაციით (ჯამში – 14 სტაციონარული დღე), შემდგომი 14-დღიანი ამბულატორიული რეაბილიტაციით.

მოცემული ანგარიშის მომზადების მომენტისთვის საქართველოში აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას უზრუნველყოფს 6 კლინიკა, აქედან ხუთი თბილისში და ერთი – ბათუმში (უფრო დანვრილებითი ინფორმაციისთვის ამ კლინიკებზე იხ. დანართი 1: ინფორმაცია სამკურნალო დაწესებულებების შესახებ). ამ ექვსი კლინიკიდან ორი სახელმწიფოს დაქვემდებარებაშია, ოთხი კი კერძოა. კლინიკებში ტარდება ამბულატორიული და სტაციონარული დეტოქსიკაცია, შემდგომი მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციით. ექვსიდან ხუთი კლინიკა იღებს სახელმწიფო დაფინანსებას, წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რაც აძლევს საშუალებას, პაციენტთა ლიმიტირებულ რაოდენობას უფასოდ მოემსახუროს. მთლიანობაში, სახელმწიფო დაფინანსებით ქვეყანაში ყოველწლიურად საშუალოდ 300 ადამიანი გადის მკურნალობას, ხოლო პაციენტების უფრო დიდ ნაწილს მკურნალობის თანხის გადახდა თავად უწევს.

მთავრობის #279 (2013 წლის 31 იანვრის) დადგენილების თანახმად, სტაციონარული დეტოქსიკაციის ღირებულებამ 1,250 ლარს არ უნდა გადააჭარბოს, ხოლო პირველადი რე-

აბილიტაციის 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 ჩართული სახელმწიფო პროგრამაში. 2014 წელს, 2013 წლის ანალოგიურად, არსებულ კლინიკებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული სტაციონარული მკურნალობის-საფასური 1,500-დან 2,250 ლარამდე მერყეობდა, ხოლო ამბულატორიულისა – 1,200-დან 1,500 ლარამდე.

2014 წელს მონაცემები ნამკურნალევი პაციენტების შესახებ დაავადება თაკონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს ექვსივე მოქმედმა კლინიკამ მიაწოდა. ამ მონაცემების თანახმად, წლის განმავლობაში აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა საქართველოში გაიარა სულ 663-მა პირმა, აქედან მხოლოდ 12 იყო ქალი (1.8%). პაციენტების 95.6% საანგარიშგებო წელს პირველად იმყოფებოდა სამკურნალო დაწესებულებაში, ხოლო 4.4%– განმეორებით. პაციენტთა 77.3% პროცენტი აღნიშნულ დაწესებულებებში მოხვდა თვითდინებით, 19.7% - მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამიდან, ხოლო 3% - სხვა ტიპის მიმართვიანობით. ინფორმაცია ნამკურნალევი პაციენტთა სქესისა და ასაკობრივი განაწილების თაობაზე იხ. ცხრილში 5:

**ცხრილი 5: 2014 წელს ნამკურნალევი პირთა ასაკობრივი და სქესის მიხედვით განაწილება (გამყრელიძე et al. 2014)**

ასაკობრივი ჯგუფი	აბსოლუტური რაოდენობა და %	
	მამაკაცი (n = 651)	ქალი (n = 12)
15-24	60 (9.3%)	0
25-34	228 (35%)	2
35-44	280(43%)	6
45-54	71 (10.9%)	4
55-64	10 (1.5%)	0
64<	2(0.3%)	0

2014 და 2013 წლებში ნამკურნალევი პირთა მიერ უპირატესად მოხმარებულ ნარკოტიკულ საშუალებებს თუ შევადარებთ, დავინახავთ, რომ ოპიოიდების ხვედრითი წილი კვლავ აღემატება სხვა საშუალებების ხვედრით წილს; ამავე დროს, მკვეთრად იმატა სედაციური საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მკურნალობის შემთხვევებმა (იხ. ცხრილი 6).

**ცხრილი 6: აბსტინენციაზე ორიენტირებული სამკურნალო პროგრამების  
პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები 2014  
წელს, პროცენტებში (გამყრელიძე et al. 2014)**

უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკი	2013	2014
ჰეროინი	49.7%	15.8%
ოპიუმი	0.3%	6.8%
დეზომორფინი	16.2%	9.8%
ბუპრენორფინი	0.7%	8.9%
მეთადონი (ინექციური/არაინექციური)	14.9% (5.6%/9.0%)	14% (10%/4%)
სხვა ოპიოიდები	0.7%	7.3%
კოკაინი	0.5%	1%
ამფეტ/მეტამფეტამინი (არაკუსტარული)	-	1%
კუსტარული სტიმულატორები	6.1%	10.6%
ბენზოდიაზეპინები	-	1.8%
ბარბიტურატები	-	0.6%
სხვა სედაციურები	4.8%	16.3%
კანაფის პრეპარატები	0.2%	1.1%
პოლინარკომანია	5.2%	5.0%

**5.3.2. ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპია**

მოცემული ანგარიშის მომზადების მომენტისთვის საქართველოში მოქმედებს ოპიოიდების ჩანაცვლებითი მკურნალობის ორი ტიპი: (1) მეთადონით ჩანაცვლების პროგრამა და (2) პროგრამა ბუპრენორფინის პრეპარატების გამოყენებით (ბუპრენორფინის და ბუპრენორფინისა და ნალოქსონის [სუბოქსონი®] კომბინირებული პრეპარატის).

ოპიოიდების ჩანაცვლებით თერაპიას (ოჩთ) სამართლებრივი საფუძველი ქვეყანაში 2002 წელს ჩაეყარა, როდესაც საქართველოს მთავრობამ მიიღო კანონი ნარკოტიკულ საშუალებებზე, პრეკურსორებსა და ნარკოლოგიურ დახმარებაზე. პირველი ოჩთ პროგრამა 2005 წლის ბოლოს ამოქმედდა, შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მხარდაჭერით. მას მერე მკურნალობის ეს მოდალობა სწრაფი ტემპით ვითარდება. 2009 წელს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის #37/ნ ბრძანებით „ოპიოიდური ნარკომანიის დროს ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამების განხორციელების შესახებ“ განისაზღვრა ოჩთ-ს ნორმატიული ბაზა – დაწყებული მეთოდოლოგიიდან, დამთავრებული პაციენტის ჩართვის კრიტერიუმებითა და

განერის პირობებით. 2014 წლის 3 ივლისს, ზემოხსენებულ ბრძანებაში, ჯანდაცვის სამინისტრომ შეიტანა შესწორება (ბრძანება #01-41/ნ), რომელიც ეხებოდა ორთ პროგრამების განხორციელებას განსაკუთრებულ სიტუაციებში (მაგ., პროგრამის მონაწილე პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის დროს და ა. შ.), აგრეთვე ჩანაცვლებითი მკურნალობის დროს გამოყენებადი ოპიოიდებისა და სხვა წამლების ჩამონათვალს.

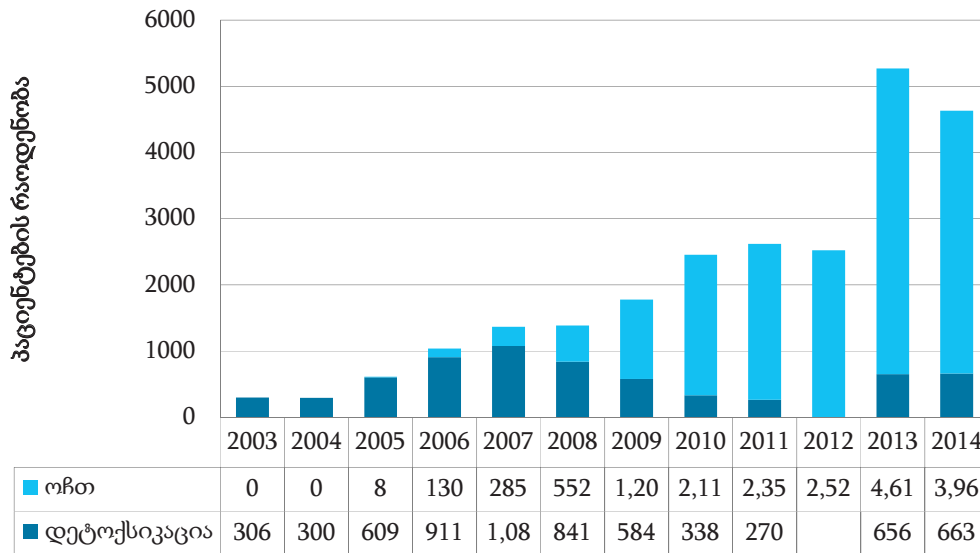
დღეისათვის საქართველოში ორთ სამი სხვადასხვა სუბიექტის მიერ ხორციელდება: გლობალური ფონდის პროექტი, ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა და კერძო სექტორი.

სახელმწიფო პროგრამა თანადაფინანსების პრინციპზეა აგებული. მეთადონის ხარჯს სახელმწიფო სწევს (ნარკომანიის მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტიდან), ხოლო სერვისების ღირებულებას პაციენტი თავად (ჯიბიდან) იხდის, რაც თვეში 110 ლარს უტოლდება. მთავრობის #279 დადგენილებით (2013 წლის 31 იანვარი) რეგულირდება მკურნალობის ვაუჩერის ხარჯი. თანაგადახდა არ ეხება აივ-დადებით, ასევე სილარიზის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პირებს. ყოველთვიურად სახელმწიფო 1,800 მოსარგებლეს აფინანსებს, რომელთაგან 110 კომბინირებულ წამლებს იღებს. საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში სახელმწიფოს დაქვემდებარებაში მყოფი ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპიის 13 პროგრამა მოქმედებს; აქედან 7 – თბილისში, თითო-თითო კი შემდეგ ქალაქებში: ფოთი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, ოზურგეთი და თელავი.

სუბოქსონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროგრამა მოქმედებს თბილისში 2012 წლიდან. 2014 წელს ამ პროგრამაში ჩართული იყო 275 მამაკაცი და 3 ქალი. პაციენტთა ასაკობრივი გადანაწილება ასეთია: 43% მიეკუთვნება 35-დან 44 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს, 40% – 25-დან 34 წლამდე, 13 % 45-დან 64 წლამდეა, 2% – 15-დან 24 წლამდე, 2% კი – 55-დან 64 წლამდე. ერთი ვიზიტი მოცემულ სამკურნალო ცენტრში პაციენტს ამ ანგარიშის დაწერის მომენტისთვის 28 ლარი უჯდება.

გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში ორთ უფასოა მკურნალობაში ჩართული პირებისთვის. აქ მოქმედებს ჩანაცვლებითი მკურნალობის ოთხი ცენტრი, მათგან ორი თბილისშია განთავსებული, ერთი – გორში და ერთიც – ბათუმში. გლობალური ფონდის ხელშეწყობით, სასჯელაღსრულების ორ დაწესებულებაში (თბილისსა და ქუთაისში) აგრეთვე ხორციელდება მეთადონით მოკლევადიანი დეტოქსიკაცია. 2014 წელს ამ მომსახურებით 474 პაციმარმა, მათ შორის ოთხმა ქალმა ისარგებლა. 2014 წელს ოპიოიდებით ჩანაცვლების თერაპიული პროგრამებით, ჯამში, მთელს საქართველოში, 3,968 პირმა ისარგებლა, მათ შორის, 49 ქალმა (იხ. დიაგრამა 5):

დიაგრამა 5: 2003-2014 წლებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული<sup>11</sup> და ოჩო ნამკურნალევი პაციენტები (გამყრელიძე et al. 2014)



### 5.3.3. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

ქვეყანაში წამალდამოკიდებულ პირთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ჩანასახოვან მდგომარეობაშია. ჯერჯერობით არ მოქმედებს თერაპიული კომუნები, არსებული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია ძირითადად მიმართულია არასამედიცინო მკურნალობაზე. გლობალური ფონდის დაფინანსებით ქვეყანაში მოქმედებს სამი ამბულატორიული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი: კამარა, საქართველოს საპატრიარქოს ფსიქო-სოციალური 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 არტთერაპიას, 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 300-მდე პირს.

წამალდამოკიდებულ პირთა დასაქმებაზე ზრუნვა ერთგვარი ჩავარდნაა წამალდამოკიდებულების საპასუხო ღონისძიებათა, კერძოდ, ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სისტემაში. 2014 წლიდან მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციამ წამალდამოკიდებულთა სოციალური რეინტეგრაციის მიზნით წამოიწყო სოციალური საწარმოების პროექტი, რომელიც წამალდამოკიდებულ პირთა დასაქმების პილოტურ მცდელობას წარმოადგენს (უფრო დანვრილებით იხ. თავში: 8.2 სოციალური რეინტეგრაცია).

11 შენიშვნა: 2012 წლის დეტოქსიკაციური მკურნალობის მონაცემები არ მოიპოვება.

## 6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდასავის კორელატები და შედეგები

### 6.1. შესავალი

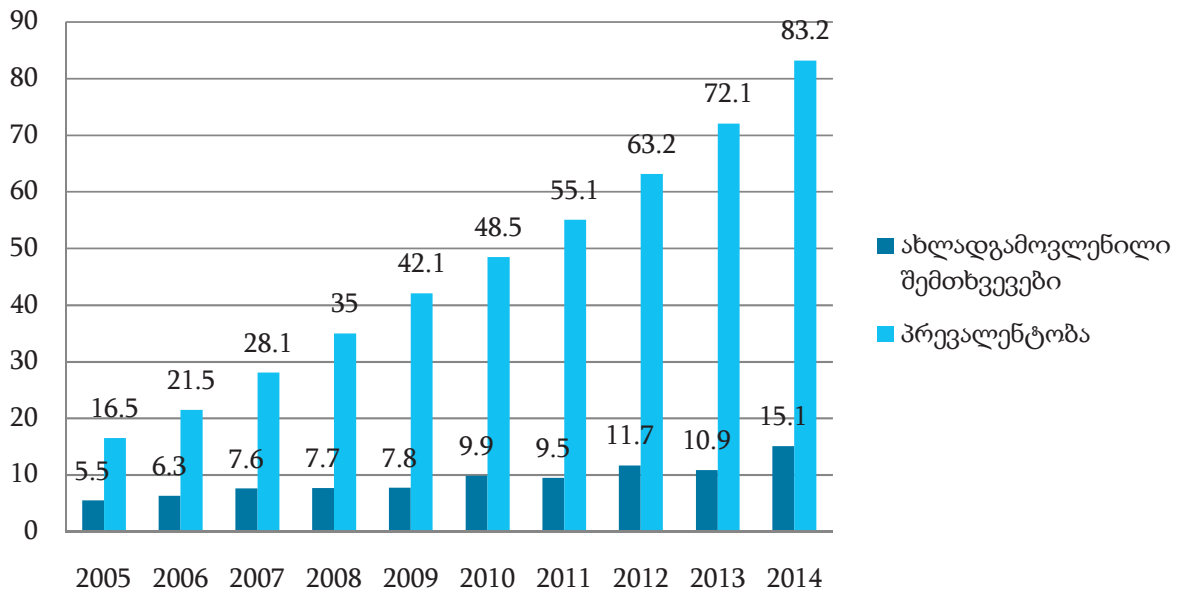
ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ჯანდასავის კორელატებისა და შედეგების თაობაზე ინფორმაციის მოპოვების წყაროები დივერსიფიცირებულია. კარგად არის განვითარებული აივ-შიდსთან დაკავშირებული მონაცემების შეგროვებისა და დამუშავების ინსტიტუციური მექანიზმები, რამდენადაც, 1980-იანი წლებიდან, როგორც კი ქვეყანაში აივ/შიდსის ეპიდემია დაიწყო, შეიქმნა და მოქმედებს სპეციალური სამთავრობო ინსტიტუტი – ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი. შედარებით ნაკლებად ვფლობთ ინფორმაციას ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ ვირუსულ ჰეპატიტებზე; კიდევ უფრო ნაკლებად – ტუბერკულოზზე, რამდენადაც ამ დაავადებების მონიტორინგი არ ხდება ნარკოტიკების მოხმარების ქრილში. ყველაზე მწირი ინფორმაცია მოიპოვება ნარკოტიკებთან დაკავშირებული არალეტალური ზედოზირების, ასევე სიკვდილისა და სიკვდილობის შესახებ. ამის ერთი მიზეზი ისაა, რომ საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ამ მონაცემების შეგროვების ინსტიტუციური მექანიზმები დროებით მოიშალა და მხოლოდ რამდენიმე წელია, რაც განახლდა. მეორე მიზეზი საზოგადოებაში არსებული სტიგმაა, რომლის გამოც, ტრადიციულად, ქართული ოჯახები ცდილობენ, ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილის მიზეზი შენიღბონ. მესამე მიზეზი ნარკოტიკების ზედოზირების აღრიცხვისთვის არახელსაყრელი საკანონმდებლო გარემო იყო – 2014 წლამდე ზედოზირების შემთხვევაში გამოძახებული ექიმი ვალდებული იყო, ეცნობებინა ნარკოტიკების არასამედიცინო მიზნით მოხმარების ფაქტი პოლიციისთვის, რაც, ფაქტობრივად, მნიშვნელოვანი ბარიერი იყო დახმარების ძიებისთვის. 2014 წელს განხორციელდა საკანონმდებლო ცვლილება, რომელმაც ექიმის მხრიდან პოლიციისთვის ნარკოტიკების მოხმარების ფაქტის შეტყობინების აუცილებლობა გააუქმა, რასაც, იმედი გვაქვს, მოჰყვება როგორც დახმარების ძიებისა და აღმოჩენის სტატისტიკის ზრდა, ასევე აღრიცხვიანობის გაუმჯობესება.

### 6.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები

#### 6.2.1. აივ/შიდსის ახლადრეგისტრირებული შემთხვევები

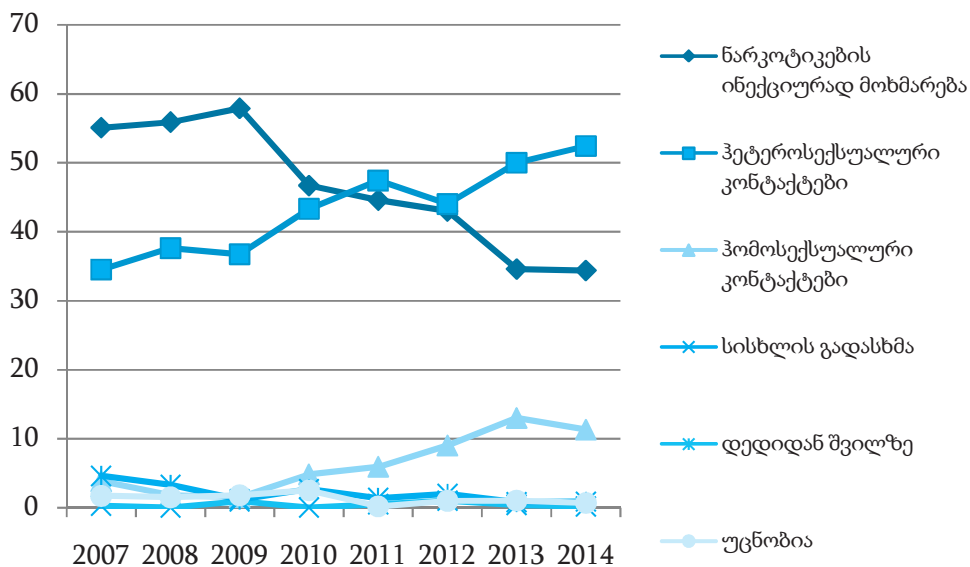
2014 წლის 31 დეკემბრისათვის საქართველოში რეგისტრირებული იყო სულ აივ/შიდსის 4,695 შემთხვევა, შიდსის მიზეზით გარდაცვალების 84 შემთხვევა და აივ-ის 564 ახალი შემთხვევა. ინციდენტობამ 100,000 სულ მოსახლეზე შეადგინა 15.1, რაც 38.5%-ით აღემატება 2013 წლის მაჩვენებელს. მამაკაცებისა და ქალების პროპორცია ახლად გამოვლენილ შემთხვევებში იყო შესაბამისად 74% და 26%. ინფიცირებულთა უმრავლესობა (90.6%) იყო 25 წლისა და ზემოთ.

**დიაგრამა 6: აივ/შიდსის ინციდენტობა (ახლადგამოვლენილი შემთხვევები) 2005-2014 წლებში, 100,000 სულ მოსახლეზე ზოგად პოპულაციაში (ჩხარტიშვილი, ჩოკოშვილი 2015)**



ისტორიულად, ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება აივ ეპიდემიის გავრცელების წამყვანი გზა იყო საქართველოში, მაგრამ 2010 წლიდან სიტუაცია შეიცვალა და ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები გახდა. 2014 წლისათვის ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ხვედრითმა წილმა იკლო 34.9%-მდე, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების ხვედრითმა წილმა იმატა 52.8%-მდე (იხ. დიაგრამა 7).

**დიაგრამა 7: აივ-ის გადაცემის გზები, 2012-2014 წწ, პროცენტებში (გამყრელიძე et al. 2014)**



ქვეყანაში დიაგნოსტირებული აივ შემთხვევების 35.6% ვლინდება უკვე შიდსის სტადიაზე. ამ პრობლემის საპასუხოდ უკანასკნელ წლებში სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხდება აივ-ზე ტესტირება ფეხმძიმე ქალებისა, სისხლის დონორებისა, მაღალი რისკის

სხვადასხვა პოპულაციისა და სხვა ჯგუფებისა, ბრალდებულებისა და პატიმრების ჩათვლით. საქართველოში რეტროვირუსული მკურნალობა საყოველთაოდ ხელმისაწვდომია.

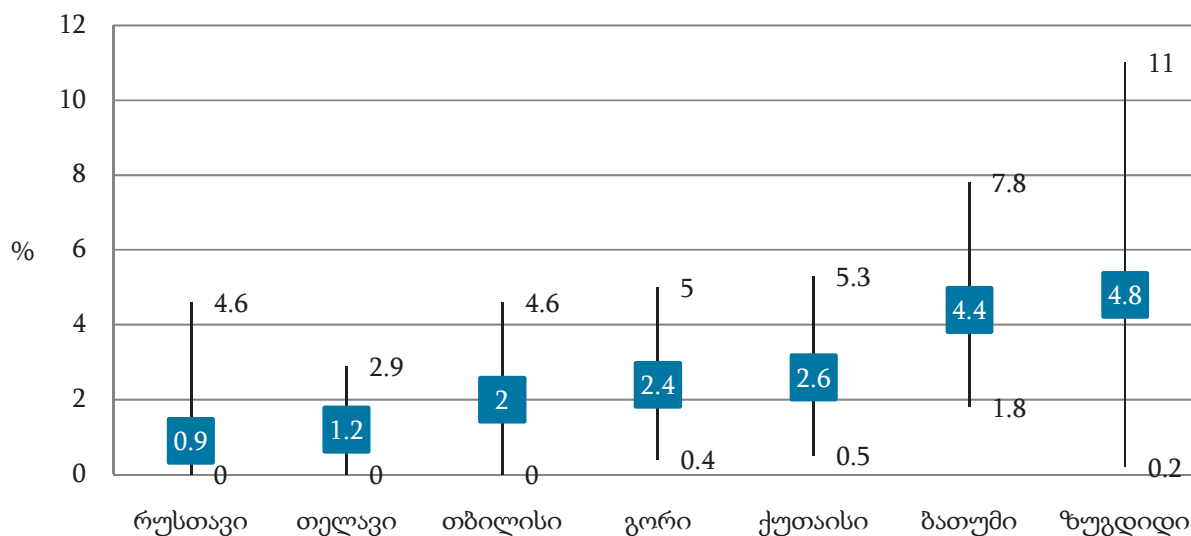
2014 წელს საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელმა ჩაატარა 20,544 აივ-ინფექციაზე ტესტირება ზიანის შემცირების პროგრამების მოსარგებლეთა შორის. მათგან 91 პირს ჰქონდა დადებითი პასუხი სკრინინგზე, საიდანაც 52 პირს ეს პასუხი დაუდასტურდა. ჩატარდა ტესტირების თანმხლები კონსულტირების სერია: 20,543 კონსულტირება ტესტამდე, 20,538 კონსულტირება ტესტირების შემდგომ და 54 კონსულტირება კონფირმაციის შემდგომ.

ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ცენტრის მონაცემებით, 2014 წელს რეგისტრირებული რაოდენობა HBV/HIV კოინფექციისა იყო 33, რომელთაგან 9 (27%) იყვნენ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები. ახლადრეგისტრირებული HCV/HIV კოინფექციის რაოდენობა იყო 177, აქედან 124 (70%) – ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებში. ორმაგი HBV/HCV ინფექცია აივ პოზიტიურ პაციენტებში დაფიქსირდა 9 პაციენტთან, რომელთაგან 4 (44%) იყო ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი (ჩხარტიშვილი, ჩოკოშვილი 2015).

### 6.2.2. აივ-ის სერო-პრევალენტობა

ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის საქართველოში რეგულარულად ტარდება 2002 წლიდან. უკანასკნელი ამგვარი გამოკვლევა 2014 წელს განხორციელდა საერთაშორისო ფონდ კურაციოსა და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონის მიერ, გლობალური ფონდის მხარდაჭერით. კვლევამ ქვეყნის 7 ქალაქი მოიცვა: თბილისი, რუსთავი, გორი, თელავი, ზუგდიდი, ბათუმი და ქუთაისი. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის ვარირებს ქალაქების მიხედვით - ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდა რუსთავს - 0.9%, ხოლო ყველაზე მაღალი ზუგდიდს - 4.8% (სანდოობის ინტერვალის 95%CI, 0.2%-11%) (იხ. დიაგრამა 8):

**დიაგრამა 8: აივ პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებში, 2014**  
(საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015)





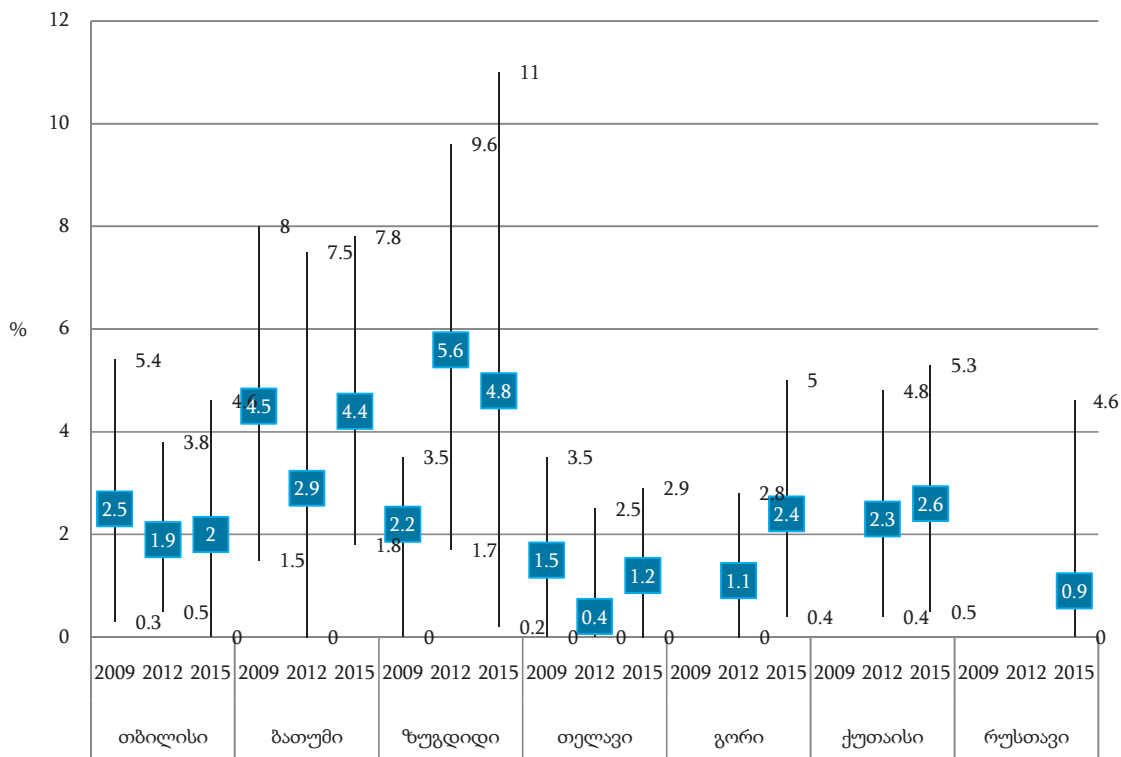
კვლევამ გამოავლინა, რომ 40 წელზე ზევით ასაკის ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის აივ პრევალენტობა უფრო მაღალია სხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით (იხ. ცხრილი 7).

**ცხრილი 7: აივ პრევალენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით**  
(საერთაშორისო ფონდი კურაცია და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015)

ასაკობრივი ჯგუფები	%	n/N
18-24	0.6	1/162
25-30	1.3	4/302
31-40	1.7	11/642
≥41	3.1	28/916
<b>ყველა ასაკი</b>	<b>2.2</b>	<b>44/2022</b>

შვიდი ქალაქის მონაცემების კომბინირებული ანალიზის საფუძველზე გამოვლენილი პრევალენტობის საერთო მაჩვენებელია 2.2% (95% CI 1.53-2.99), რაც დიდად არ განსხვავდება 2012 წლის მაჩვენებლისგან, რომელიც უდრიდა 3%-ს (95% CI 2.20-4.04).

**დიაგრამა 9: აივ-ის პრევალენტობა %-ში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის, 2009-2015 წლებში, ქალაქების მიხედვით** (საერთაშორისო ფონდი კურაცია და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015)



ქალაქებში წლების მიხედვით აივ ინფექციის პრევალენტობის მხრივ შემდეგი სურათია (იხ. დიაგრამა 9<sup>12</sup>): თბილისში მაჩვენებელი 2009 წლიდან არ შეცვლილა და რჩება 5%-ზე

12 გრაფიკზე წარმოდგენილია შენონილი, ანუ პოპულაციაზე გადათვლილი მაჩვენებლები. ვინაიდან ამგვარი ანალიზი 2009 წლიდან ტარდება, გრაფიკზე ნაჩვენებია 2009-2015 წლების დინამიკა.

დაბალი. საგანგაშო სიტუაციაა ბათუმსა და ზუგდიდში. ბათუმი 2009 წლიდან ინარჩუნებს მაღალ მაჩვენებლს, ხოლო ზუგდიდში საყურადღებოა აივ პრევალენტობის ზრდა 2009 წლიდან. ორივე ქალაქში ნარკოტიკების მომხმარებლებს შორის აივ ინფექციის გავრცელება ზოგად პოპულაციაში ინფექციის გავრცელების რეალურ საშიშროებას ქმნის. ქუთაისსა და გორში მაჩვენებელი ერთსა და იმავე დონეზეა, თუმცა საყურადღებოა ამ უკანასკნელში მაჩვენებლის ზრდა 2009 წლიდან. რუსთავეში, სადაც კვლევა პირველად 2015 წელს ჩატარდა, სხვა ქალაქებთან შედარებით აივ ინფექციის გავრცელება ყველაზე დაბალია.

### 6.2.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ინფექციები

#### ვირუსული ჰეპატიტები

არსებული მონაცემებით, საქართველო მაღალი HCV პრევალენტობის ქვეყნებს ეკუთვნის. ამაზე გავლენა იქონია ფაქტორების მთელმა რიგმა: 1990-იანებში ჯანდაცვის სისტემის კოლაფსმა, ხარისხის სტანდარტების სიმწირემ სამკურნალო დაწესებულებებში, რამაც უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკას ხელი ვერ შეუწყო, ინფექციების კონტროლისა და სისხლის უსაფრთხოების დაცვის უკმარობამ ჯანდაცვის სისტემაში, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის საინექციო ხელსაწყოების გაზიარების პრაქტიკამ და ა.შ. (გამყრელიძე et al. 2014).

უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში ქვეყნის მთავრობამ მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადადგა C ჰეპატიტთან საბრძოლველად, მაგალითად: HIV/HCV კო-ინფექციის მქონე პაციენტებისთვის C ჰეპატიტის უფასო მკურნალობის ეროვნული პროგრამის ინიცირება (დაფინანსებულია გლობალური ფონდის აივ-პროგრამის ფარგლებში 2011 წლიდან), პენიტენციურ დაწესებულებებში პათიმართათვის C ჰეპატიტის უფასო მკურნალობის დაწყება, ზოგადი პოპულაციისთვის 60%-იანი ფასდაკლების დაწესება რიბავერინისა და პეგილირებული ინტერფერონის კომბინაციაზე.

2014 წლის თებერვალში ჯანდაცვის სამინისტრომ ამერიკის შეერთებული შტატების დაავადებათა კონტროლის ცენტრთან ერთად დაიწყო მუშაობა C ჰეპატიტის დაძლევის ეროვნულ სტრატეგიასა და სამოქმედო გეგმის შექმნაზე. გადაუდებელი სტრატეგია უკვე ამოქმედდა, გრძლევადიან სტრატეგიაზე მუშაობა (2015-2020 წლებისთვის) ამჟამად მიმდინარეობს. პარალელურად, საქართველოს მთავრობამ დაიწყო მოლაპარაკება ფარმაკოლოგიურ კომპანია Gilead-თან, რომელიც ერთ-ერთი გლობალური ლიდერია პირდაპირი და ძლიერმოქმედი ანტივირუსული პრეპარატების წარმოებაში, სოფოსბუვირისა და ლედიპასვირ/სოფოსბუვირის ფიქსირებული დოზით კომბინაციის ჩათვლით, მოანერა ხელი მასთან ურთიერთგაგების მემორანდუმს 2015 წლის 21 აპრილს, რაც ფარმკოლოგიური პრეპარატებით მკურნალობის საჭიროების მქონე პირების უზრუნველყოფის აუცილებელი პირობაა. ქვევით მოცემულ ცხრილში ასახულია C ჰეპატიტის მკურნალობისათვის გამოყენებული ფარმაკოლოგიური პრეპარატების ცვლილების დინამიკა საქართველოში (იხ. ცხრილი 8).

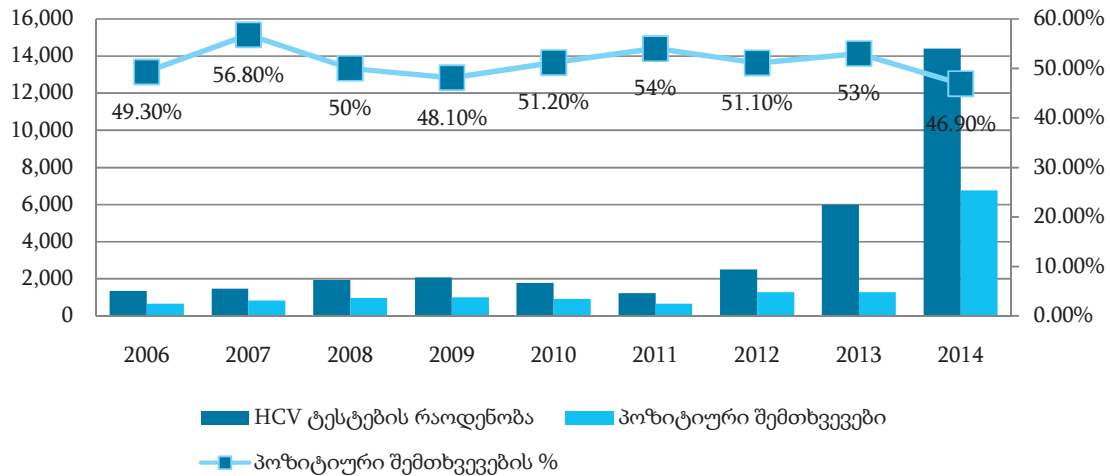
**ცხრილი 8: HCV საწინააღმდეგო ანტივირუსული მკურნალობის განხორციელების დრო საქართველოში (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a)**

მკურნალობა	განხორციელების წელი
Interferon alpha monotherapy	1996
Interferon alpha + ribavirin	1998
Pegylatedinterferon alpha	2001
Pegylatedinterferon alpha + ribavirin	2002
Pegylatedinterferon alpha + ribavirin + telaprevir or Boceprevir	2011
Sofosbuvir + pegylatedinterferon alpha + ribavirin	2014
Sofosbuvir + ribavirin	2014
Sofosbuvir + ledipasvir	2015
Sofosbuvir + daclatasvir	2015
Ombitasvir + paritaprevir + ritonavir + dasabuvir	2015

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის ჰეპატიტის გავრცელებაზე ქვეყანაში მწირი მონაცემები მოიპოვება. რაც შეეხება ვირუსის გავრცელებას ზოგად პოპულაციაში, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ 2015 წლის მაის-აგვისტოში ჩატარდა ზოგად პოპულაციაში HCV სეროპრევალენტობის კვლევა, რომლის საფუძველზეც შეგვიძლია ვიმსჯელოთ C ჰეპატიტის გავრცელების მასშტაბზე არა მარტო ზოგად პოპულაციაში, არამედ ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორისაც. წინასწარი მონაცემებით, გამოკვლეული პოპულაციის 7.1% იყო anti-HCV პოზიტიური, ხოლო 5.16% იყო HCV RNA პოზიტიური. კვლევის საბოლოო შედეგები HCV და HBV პრევალენტობასა და ინციდენტობაზე ასახული იქნება ნარკოვითარების მომდევნო ანგარიშში.

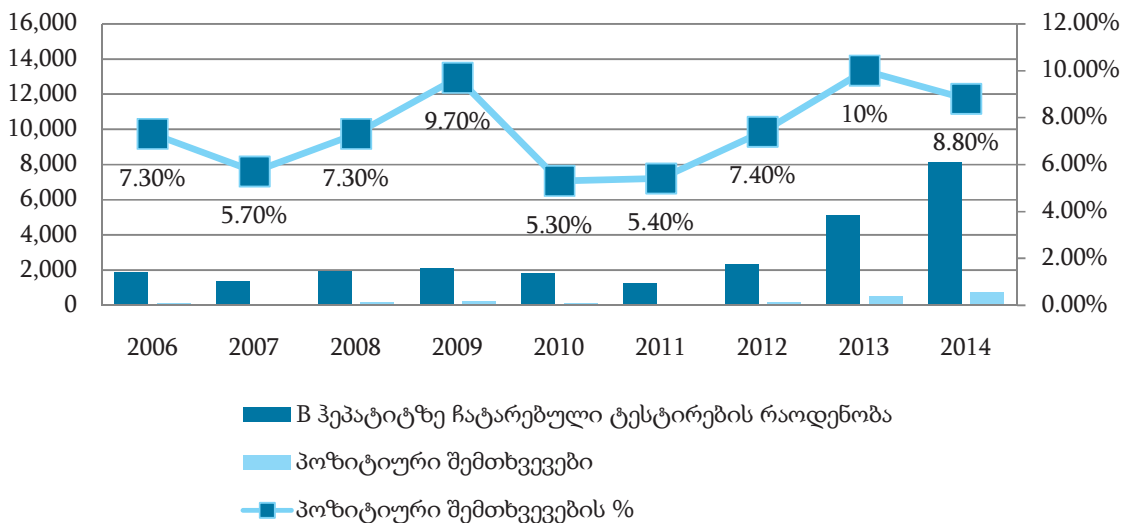
ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებით, რომელიც ქვეყანაში ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლებისათვის დაბალზღურბლოვანი სერვისების უზრუნველყოფი ძირითადი ინსტიტუციაა, 2014 წელს პროგრამის მოსარგებლეთა შორის ჩატარდა 14,411 HCV ტესტი (სწრაფი, მარტივი ტესტირება), აქედან 6,751(46.9%) აღმოჩნდა HCV დადებითი (იხ. დიაგრამა 10):

**დიაგრამა 10: C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის - ჩატარებული ტესტირებისა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა (გოგია 2014)**



2014 წელს ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ მოსარგებლეთა შორის ჩატარდა აგრეთვე 8,122 ტესტი B ჰეპატიტზე (HBsAG), რომელთაგან 716 შემთხვევა (8.8%) HBV დადებითი აღმოჩნდა (იხ. დიაგრამა 11).

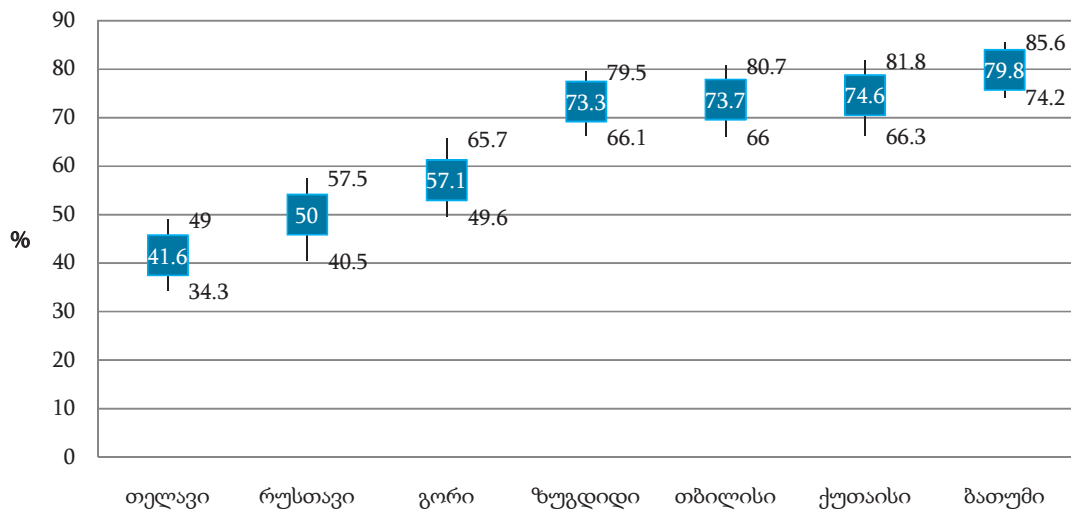
**დიაგრამა 11: B ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის - ტესტირებისა და გამოვლენილი დადებითი პასუხების რაოდენობა (გოგია 2014)**



საერთაშორისო ფონდ კურაციოსა და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონის მიერ ჩატარებული ქცევის ზედამხედველობის უკანასკნელ გამოკვლევაში (იხ. ქვეთავი 6.2.2) კვლევაში ჩართულ შვიდივე ქალაქში მაღალი HCV პრევალენტობის მაჩვენებელი გამოვლინდა (შვიდივე ქალაქისთვის 66.2%). ცალკეული ქალაქების ჭრილში მაღალი მაჩვენებლები საერთაშორისო ფონდ კურაციოსა და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონის მიერ ჩატარებული ქცევის ზედამხედველობის უკანასკნელ გამოკვლევაში (იხ. ქვეთავი 6.2.2) კვლევაში ჩართულ შვიდივე ქალაქში მაღალი HCV პრევალენტობის მაჩვენებელი გამოვლინდა (შვიდივე ქალაქისთვის 66.2%). ცალკეული ქალაქების ჭრილში მაღალი

მაჩვენებლები დაფიქსირდა თბილისში, ქუთაისში და ზუგდიდში. ასეთივე მაღალი პრევალენტობა ვლინდებოდა გასული წლების კვლევებით, რაც შესაძლოა იმის მაჩვენებელი იყოს, რომ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები ნარკოკარიერის დასაწყისში უსაფრთხო ინექციის პრაქტიკას არ ეწეოდნენ. ყველაზე მაღალი პრევალენტობა ამჟამად ბათუმშია, ყველაზე დაბალი - თელავში (იხ. დიაგრამა 12).

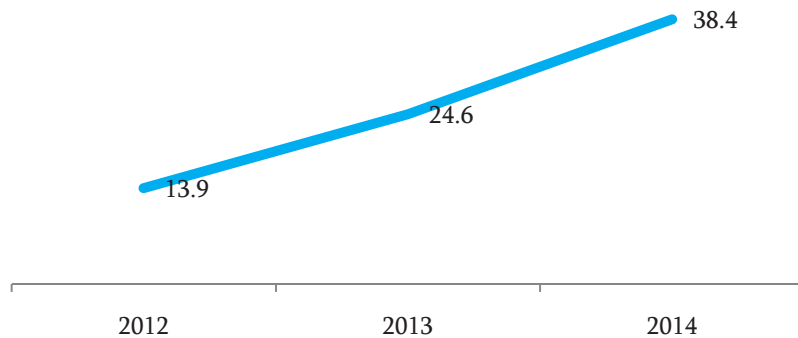
**დიაგრამა 12: HCV პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებში**  
(საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015)



### სიფილისი

2014 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იყო სიფილისის 1,431 ახალი შემთხვევა. ინციდენტობა ყველა ასაკის 100,000 სულ მოსახლეზე იყო 38.4, რაც გაზრდილი მაჩვენებელია გასულ წლებთან შედარებით (იხ. დიაგრამა 13).

**დიაგრამა 13: სიფილისის ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე 2012-2014 წლებში**  
(გამყრელიძე et al. 2014)



მონაცემები იმის თაობაზე, თუ იდენტიფიცირებულ ინფიცირებულებს შორის რამდენი ინექციური მომხმარებელი იყო, არ მოიპოვება. არც ქცევითი ზედამხედველობის 2014 წელს ჩატარებულ კვლევაში იყო ჩართული სიფილისზე ტესტირება. ამიტომ პრობლემაზე მსჯელობა შეგვიძლია მხოლოდ ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებზე დაყრდნობით (გოგია 2014), რომელიც 2010 წლიდან რეგულარულად (ყოველწლიურად)

ანარმოებს RPR (Rapid Plasma Reagin) ტესტირებას თავისი პროგრამების მოსარგებლეთა შორის. 2014 წელს ჩატარდა 10,149 RPR ტესტირება, რომელთაგანაც 490 (4.8%) აღმოჩნდა RPR პოზიტიური (იხ. ცხრილი 9):

**ცხრილი 9: სიფილისის ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის – ტესტირებულთა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით (გოგია 2014)**

	2010	2011	2012	2013	2014
სიფილისის ჩატარებული ტესტირების (RPR) რაოდენობა	523	344	1,622	4,759	10,149
RPR პრევალენტობა %	0	0	3%	4%	4.8%

## ტუბერკულოზი

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემებით, 2014 წელს ტუბერკულოზის 4,075 ტექსტი ჩატარდა მათი პროგრამების მოსარგებლე ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელ პირებს შორის, აქედან პოზიტიური პასუხი ჰქონდა 396 პირს, რის საფუძველზეც ისინი გადამისამართებული იყვნენ სპეციალიზებულ სამკურნალო დაწესებულებებში, ხოლო მათგან 33 პირი ჩერთო მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამაში.

## 6.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა

### 6.3.1. არალეტალური ზედოზირება

საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული არალეტალური ზედოზირებების შემთხვევების შესახებ ინფორმაციის აღრიცხვა ICD-ის კოდების შესაბამისად (F10-F19) სახელმწიფოს მხრიდან იწყება 2015 წლიდან, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, ამ მიზნით 2013 წელს სპეციალურად შემუშავებული სტატისტიკური ფორმის (ფორმა IV-11) საფუძველზე (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015b).

ნარკოვითარების 2013 წლის ანგარიშში შეგიძლიათ იხილოთ ინფორმაცია ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ განხორციელებული ორი კვლევის ფარგლებში გამოვლენილი არალეტალური ზედოზირების შემთხვევებზე, შესაბამისი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების არსებობაზე და ამ მიმართულებით ჩატარებულ პრევენციულ საქმიანობაზე (გოგია 2013).

შინაგან საქმეთა სამინისტროდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, 2014 წელს, ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 116-ე მუხლის მეხუთე ნაწილით (რომელიც გულისხმობს სატრანსპორტო საშუალების მართვას ნარკოტიკული ან ფსიქოტროპული სიმთვრალის მდგომარეობაში) სახდელდადებულია 5 პირი. ამავე მუხლის მეშვიდე ნაწილით კი (სატრანსპორტო საშუალების, ტვირთის, გზის, საგზაო თუ სხვანაგებობის,

აგრეთვე სხვა ქონების ან ადამიანის სხეულის მსუბუქი დაზიანება ზემოქმედების ქვეშ სატრანსპორტო საშუალების მართვის შედეგად) – 1611 პირი (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2014).

#### 6.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილოზა

საქართველოში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევების სტატისტიკის შეგროვება შეწყდა გასული საუკუნის 90-იან წლებში და განახლდა 2007 წლიდან, ეროვნული სასამართლო ექსპერტიზის მიერ<sup>13</sup>.

**ცხრილი 10: რეგისტრირებული ლეტალური ზედოზირების მაჩვენებლები**  
(ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო 2015)

წელი	რეგისტრირებული ზედოზირება
2010	16
2011	16
2012	39
2013	28
2014	7

გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა მცირეა და არ შეესაბამება ზიანის შემცირების სერვისებიდან მიღებულ არაფორმალურ ინფორმაციას და ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ განხორციელებული კვლევების შედეგად მიღებულ მონაცემებს (იხ. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის 2015 წლის წლიური ანგარიში და წინამდებარე დოკუმენტის სექცია 7). სავარაუდოა, რომ ამ მიმართულებით რეალური აღრიცხვიანობის ბარიერს წარმოადგენდა არხელსაყრელი საკანონმდებლო გარემო: 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. 2014 წელს მოხდა ამ კანონის მოდიფიკაცია და ექიმის მხრიდან პოლიციისთვის შეტყობინების ვალდებულება მოიხსნა (გარდა იმ შემთხვევებისა, სადაც სახეზეა სხვა დანაშაულის ნიშნებიც), რაც 2015 წლიდან სინამდვილესთან უფრო მიახლოებული აღრიცხვის პირობებს ქმნის.

13 წინამდებარე ანგარიშისთვის დაზუსტდა ზედოზირების შედეგად გარდაცვლილი ადამიანების რიცხვი; ამის შედეგად, მონაცემები განსხვავდება 2013 წლის ანგარიშში მოყვანილი მონაცემებისგან.

## 7. რეაგირება ჯანმრთელობის კორელაცებსა და შედეგებსა

### 7.1. შესავალი

საქართველოში ზიანის შემცირების ღონისძიებები წამალდამოკიდებულების პრობლემაზე რეაგირების ერთ-ერთი ყველაზე განვითარებული მიმართულებაა. გასული საუკუნის ოთხმოციანი წლებიდან ქვეყანაში დაიწყო ზრუნვა აივ-შიდსის ეპიდემიის შეჩერებაზე. ამ მიზნით, შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდისა და სხვა საერთაშორისო დონორების მხარდაჭერით, განვითარდა ზიანის შემცირებაზე ორიენტირებული საპასუხო ღონისძიებები და შესაბამისი ინფრაქტრუქტურა. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, რომლის წევრი ორგანიზაციები მოქმედებენ როგორც დედაქალაქში, ასევე საქართველოს რეგიონებში, ამ ინფრასტრუქტურის მნიშვნელოვანი რგოლია და მუშაობს როგორც ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის, ასევე სისხლით გზით გადამდები ინფექციების პრევენციაზე. 2014 წლიდან ქვეყანაში დაიწყო აგრეთვე C ჰეპატიტის დაძლევის ინსტიტუციური მექანიზმების შემუშავება, C ჰეპატიტთან დაკავშირებული გადაუდებელი სამოქმედო გეგმა უკვე ხორციელდება, გრძელვადიანი (2015-2020 წლების) სამოქმედო გეგმა კი მოცემული ანგარიშის დანერგვის მომენტისათვის შემუშავების პროცესშია (იხ. ქვეთავი 6.2.3).

### 7.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გადაუდებელი სიტუაციებისა და სიკვდილის პრევენცია

ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გადაუდებელი სიტუაციებისა და სიკვდილის პრობლემის მასშტაბი დღეისათვის ქვეყანაში არასაკმარისად არის გაცნობიერებული, რამდენადაც ოფიციალური სტატისტიკა ამ საკითხზე მწირია (იხ. ქვეთავები 6.3.1 და 6.4). ამავე დროს, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ მოპოვებული ინფორმაცია აჩვენებს, რომ პრობლემა სერიოზულია. კერძოდ, 2014 წელს ქსელის მიერ აღინერა ნარკოტიკის მოხმარებით გამოწვეული ზედოზირების 528 შემთხვევა. მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა ბათუმში (28%), რუსთავში (21%), სოხუმსა (12%) და თბილისში (11%), სხვა ქალაქების მაჩვენებლები არ აღემატება 2-8%-ს. მოცემული ინფორმაცია შეგროვდა ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ პროექტის „ნაილე სახლში ნალოქსონი“ ფარგლებში, რომელიც 2009 წლიდან ხორციელდება გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით აივ-ინფექციის პრევენციის პროგრამის ბენეფიციარებისთვის. პროექტის მიზანია ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილის პრევენცია, ადამიანთა სიცოცხლის გადარჩენა. პროექტის ფარგლებში ტარდება ტრენინგი, რომელიც ხელსუწყობს ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა თემში ინფორმირებულობის დონისა და ადეკვატური რეაგირების უნარ-ჩვევების გაზრდას. პროექტის მნიშვნელოვანი კომპონენტია მოსარგებლეთა შორის ნალოქსონის



ამპულების დარიგება. გამოყენებული ნალოქსონის ამპულების შესახებ შეგროვებული მონაცემების თანახმად, პროგრამით დარიგებული ნალოქსონის ინექციის შედეგად, 2014 წელს, ზედოზირების 528 შემთხვევიდან გადარჩენილია 489 (93%) სიცოცხლე, 39 შემთხვევაში (7%) კი დაფიქსირდა ლეტალური შედეგი. მონაცემები ზედოზირების გამომწვევი ნივთიერებების შესახებ არ მოიპოვება. ცხრილი 11 ასახავს პროგრამის ფარგლებში ნალოქსონის ამპულების დარიგების დინამიკას წლების მიხედვით:

**ცხრილი 11: ნალოქსონის ამპულების დარიგების დინამიკა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის (გოგია 2014)**

წლები	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ამპულების რაოდენობა	2,400	1,848	288	1,396	1,628	9,881

### 7.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა

ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა ხორციელდება როგორც სახელმწიფოს, ასევე სამოქალაქო სექტორის ორგანიზაციების მხრიდან, საერთაშორისო ორგანიზაციების მნიშვნელოვანი მეთოდოლოგიური და ფინანსური მხარდაჭერით. აივ-შიდსისა და C ჰეპატიტის პრობლემებს სახელმწიფო პასუხობს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამებით, რომელთაც ახორციელებენ როგორც საჯარო, ასევე არასამთავრობო და კერძო ორგანიზაციები.

აივ-შიდსის სახელმწიფო პროგრამის მიზანია აივ/შიდსის გავრცელების შემცირება აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების ადრეული გამოვლენისა და პაციენტებისთვის მკურნალობის უზრუნველყოფის გზით. პროგრამის ფარგლებში უზრუნველყოფილია ანტირეტროვირუსული მკურნალობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. 2013 წლიდან, აივ-ინფექციის მკურნალობის ახალი გზამკვლევის (გაიდლაინების) შესაბამისად, ანტირეტროვირუსული მკურნალობა რეკომენდებულია დაიწყოს, თუ CD4 უჯრედების რაოდენობა გაუტოლდება ან ჩამორჩება 500-ს; გზამკვლევის თანახმად, ადრეული აღმოჩენა და მკურნალობაში ჩართვა წარმოადგენს ინფექციის გავრცელების პრევენციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გზას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის პირველი ეტაპის მიზანია საქართველოში C ჰეპატიტით გამონვეული ავადობის, სიკვდილობისა და ინფექციის გავრცელების შემცირება დაავადების პრევენციაზე, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ეტაპობრივი უზრუნველყოფის გზით. პროგრამით გათალისწინებული მომსახურების მოცულობა მოიცავს: C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკას მკურნალობაში ჩართვამდე და მკურნალობის პროცესის მონიტორინგისთვის აუცილებელი კვლევების ჩატარებას; C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა მკურნალობას C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტებით (სოფოსბუვირი, პეგილირებული ინტერფერონი და რიბავირინი). მკურნალობის პროგრამაში ჩართვა შეუძლია საქართველოს მოქალაქეს, აქტი-

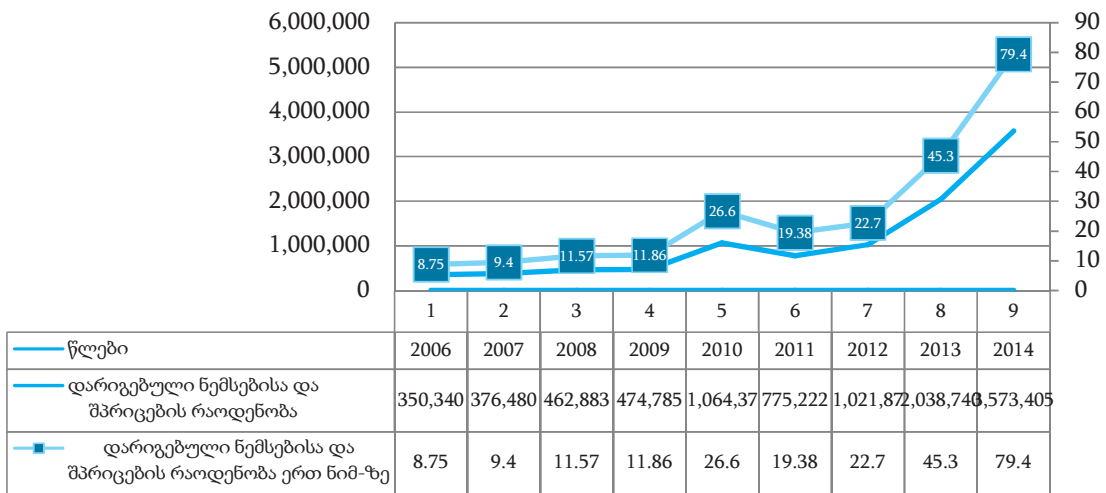
ური HCV ინფექციით, რომელსაც არ აქვს C ჰეპატიტის სამკურნალო მედიკამენტებზე უკუჩვენება, ვისაც არასდროს ჩაუტარებია მკურნალობა ან ჩაუტარებია და წარუმატებელი აღმოჩნდა. ეს სახელმწიფო პროგრამა ითვალისწინებს დიაგნოსტიკის კომპონენტში პაციენტთა მხრიდან 70%-იან თანაგადახდას, სოციალურად დაუცველი სტატუსის მქონე პირისგან კი 30%-იან თანაგადახდას, ხოლო მკურნალობის კომპონენტში, მოსარგებლეთათვის მედიკამენტებით უზრუნველყოფა უსასყიდლოა. მოცემული ანგარიშის მომზადების მომენტში, 2015 წლისთვის, პროგრამაში ჩართულია 6,000 მოსარგებლე.

*ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო/პრაქტიკული ცენტრის მონაცემებით 2014 წლის ბოლოს ანტირეტროვირუსულ (არვ) მკურნალობაზე იმყოფებოდა 2,541 აივ/შიდსით ავადმყოფი, მათგან 1,094 დაინფიცირდა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით. 12-თვიანი გადარჩენის მაჩვენებლებმა მთლიან პოპულაციაში შეადგინა 87%, ხოლო ნარკოტიკების მომხმარებლებში - 83% (ჩხარტიშვილი და ჩოკოშვილი 2015).*

აივ/შიდსზე კონსულტაციისა და ტესტირების მომსახურება, გლობალური ფონდის მხარდაჭერით, ხელმისაწვდომია სასჯელალსრულების ყველა დაწესებულებაში. 2014 წელს აივ-სა და C ჰეპატიტზე ტესტირებული პაციენტების რაოდენობა იყო 8,000. მათგან C ჰეპატიტი დაუდგინდა 3,800-ს (48%), ხოლო აივ ინფექცია/შიდსი - 34 ბრალდებულს/მსჯავრდებულს (<1%). სასჯელალსრულების ორ - #2 და #8 - დაწესებულებაში ხორციელდება, აგრეთვე, მეთადონით დეტოქსიკაციის პროგრამა, რომელსაც ახორციელებს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, ასევე გლობალური ფონდის მხარდაჭერით. 2014 წელს ამ პროგრამის ფარგლებში მეთადონით დეტოქსიკაციის კურსი გაიარა 474 პაციენტმა (მათ შორის 4-მა ქალმა). სტაციონარული მკურნალობის კურსი გაიარა ოთხმა პაციენტმა. სასჯელალსრულების დაწესებულებებში წამალდამოკიდებულ პირებს ემსახურებიან ექიმი-ნარკოლოგი, ფსიქიატრი, ნევროლოგი და ფსიქოლოგი.

ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ინფექციების გავრცელების პრევენციაში განსაკუთრებულ როლს თამაშობს დაბალზღურბლოვანი სერვისები, რომელთაც ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი ახორციელებს. ქსელი აერთიანებს 26 ორგანიზაციას და კოორდინირებას უწევს ქვეყნის მასშტაბით 11 ქალაქში დაბალზღურბლოვანი 14 სერვის-ცენტრის მოქმედებას. დაბალზღურბლოვანი ცენტრები, სხვა აქტივობების ჩატარების პარალელურად, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა თემში ავრცელებენ სტერილურ საინექციო საშუალებებს, კონდომებსა და საინფორმაციო მასალებს. დიაგრამა 14-ზე ასახულია საინექციო ხელსაწყოების გავრცელების დინამიკა წლების მიხედვით:

**დიაგრამა 14: გავრცელებული ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობა წლების მიხედვით (გოგია 2014)**



ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი აქტიურად ცდილობს, გაზარდოს პრევენციული პროგრამებით მოცვის გეოგრაფიული არეალი და მასშტაბი, რისთვისაც 2010 წლიდან იყენებს თანანორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებულ (თთბდ) ინტერვენციას, ხოლო 2015 წლიდან გეგმავს მობილური ამბულატორიების სერვისის დაწესებას. თთბდ ინტერვენცია იძლევა ახალი ბენეფიციარების მოძიების და პროგრამაში ჩართვის შესაძლებლობას და უზრუნველყოფს მომხმარებელთა თემში მიზანმიმართული ინფორმაციის ეფექტიან და სწრაფ გავრცელებას.

ზიანის შემცირების სერვის-ცენტრებში 2014 წლიდან დაინერგა ტუბერკულოზის სკრინინგი და სკრინინგის საფუძველზე ტუბერკულოზის სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებელ დაწესებულებებში შემდგომი რეფერირების სისტემა. 2014 წელს სკრინინგი ჩატარდა 4,075 ნიმ-ს, საიდანაც 396 პირს ჩატარდა დამატებითი კვლევები სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რის საფუძველზეც 33მათგანი ჩაერთო მკურნალობაში.

#### **7.4. რეაგირება ნარკოტიკების მოხმარებელთა ჯანმრთელობის სხვა კორელატებზე**

საქართველოში დღესდღეობით არ აღირიცხება ინფორმაცია ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის სხვა პრობლემებსა და მათზე რეაგირების თაობაზე. ერთადერთ ხელმისაწვდომ საინფორმაციო წყაროს, სადაც გარკვეული მონაცემები ამ საკითხზე მოიპოვება, წარმოადგენს ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის წევრი ორგანიზაციები. მაგალითად, არასამთავრობო ორგანიზაცია თანადგომა წამალდამოკიდებულ პირებსა და ნარკოტიკების მომხმარებლებს, ნებაყოფლობითი კონსულტირება/ტესტირების ფარგლებში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებით თანაავადობის შემთხვევაში, უწევს კონსულტირებას ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე (გოგია 2014). ასევე, ექიმები საზღვრების გარეშე (საფრანგეთი) ორგანიზაციის მხარდაჭერით არასამთავრობო ორგანიზაცია ახალი ვექტორი გარკვეული ტიპის უფასო სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფს თავის ბენეფიციარ ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებს. მაგალითად, 2014 წელს ახალმა ვექტორმა გაუწია სტომატოლოგიური მომსახურება 814 ნიმ-ს, ხოლო ღვიძლის ფიბროსკანირება – C ჰეპატიტის მქონე 910 ნიმ-ს (ლაბარტყავა 2015).

## 8. სოციალური კორელაციები და სოციალური რეინტეგრაცია

### 8.1. შესავალი

საქართველოში წამალდამოკიდებულთათვის ფსიქო-სოციალური სარეაბილიტაციო მომსახურების დანერგვის პირველი მცდელობა 2012 წელს იყო წამოწყებული, თუმცა უშედეგოდ (ჯავახიშვილი, ოთიაშვილი, ტაბატაძე 2013). უკანასკნელი წლების მანძილზე ეს საკითხი ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკის და სახელმწიფო პროგრამების განხილვის დღის წესრიგიდან მოიხსნა.

წამალდამოკიდებულ პირთა ფსიქოლოგიური დახმარების, მათი რეაბილიტაციისა და სოციალური რეინტეგრაციის მიზნით განხორციელებული აქტივობები საქართველოში საკმაოდ მწირია.

2014 წელს, გასული წლების მსგავსად, მომხმარებელთა რეაბილიტაციისათვის სახელმწიფო დანახარჯები სიმბოლურია. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #650 (2014 წლის 2 დეკემბერი) ამტკიცებს 2014 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებს. ამ დადგენილების შესაბამისად, ბიუჯეტიდან 1 პაციენტის სამედიცინო მომსახურებისათვის გამოყოფილია 1600 ლარი. პროგრამა ასევე ითვალისწინებს სახელმწიფოს მხარდაჭერას პაციენტთა რეაბილიტაციისათვის 2 პუნქტის მიხედვით, რომელიც შემდგენიარად არის განსაზღვრული მთავრობის დადგენილებაში:

1. ოპიოიდების, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების და სხვა სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები: პირველადი ფსიქო-ფიზიკური რეაბილიტაცია - 400 ლარი;
2. ოპიოიდების, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების და სხვა სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები: დამოკიდებულების სინდრომი (კონტროლირებადი) - ინტენსიური სამედიცინო რეაბილიტაცია - 400 ლარი.

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში აღნიშნული პუნქტის შესაბამისად, წამალდამოკიდებულების მოკლევადიანი მკურნალობის კურსის გავლის შემდეგ პაციენტს შესაძლებლობა აქვს, მიიღოს ექიმ-ნარკოლოგის ან ფსიქოლოგის დახმარება ამბულატორიულ პირობებში 2 კვირის მანძილზე.

იუსტიციის სამინისტროს ინფორმაციით, 2012 წლის ნოემბრის თვიდან, იუსტიციის სამინისტროს დანაშაულის პრევენციის ცენტრმა დაიწყო ყოფილი პატიმრების რეაბილიტაციის და რესოციალიზაციის პროგრამები, რომლის ანალოგი ქვეყანაში მანამდე არ არსებობდა (საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო 2015). თუმცა უცნობია, მოსარგებლეთა შორის რა წილი უჭირავს პატიმრებს, რომლებიც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებით იხდიდნენ სასჯელს. ბოლო წლების მანძილზე მოქმედება დაიწყო რამ-

დენიმი პროგრამამ, რომლებიც ხელს უწყობს ნარკოტიკების მომხმარებელთა ან ყოფილ მომხმარებელთა რეინტეგრაციას საზოგადოებაში. ამ პროგრამების ფარგლებში განხორციელებული აქტივობების მოკლე აღწერილობა მოცემულია ქვემოთ.

## 8.2. სოციალური გარიყვა და ნარკოტიკების მოხმარება

საქართველოში მონაცემები ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა სოციალური გარიყვის თაობაზე მწირია. წინამდებარე თავში წარმოდგენილია ნარკოტიკების მომხმარებელთა ჯგუფის სოციალური მახასიათებლები, რომელიც ეფუძნება 2014 წელს ნარკოტიკების პრობლემურ მომხმარებელთა შორის ჩატარებულ ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის მიერ მოწოდებულ სტატისტიკურ მონაცემებს (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2015a).

2014 წელს საქართველოს 7 ქალაქში სულ გამოიკითხა 2,037 ნარკოტიკების მომხმარებელი და მათი უდიდესი უმრავლესობა არის კაცი (98%). გამოკითხულთა 95.5% ეთნიკურად ქართველია, რაც საქართველოში არსებული საერთო მოსახლეობის ეთნიკურ შემადგენლობას შეესაბამება. საქართველოში დღეისათვის არ მოიპოვება მონაცემები ეთნიკურ უმცირესობებში ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ, ვინაიდან ეთნიკურ უმცირესობათა შორის სპეციფიკური კვლევა საქართველოში არ ჩატარებულა. გამოკითხულთა 4.5%-მა აღნიშნა, რომ იძულებით გადაადგილებული პირია.

**ოჯახური მდგომარეობა:** კვლევის რესპონდენტების თითქმის ნახევარმა (45.3%) აღნიშნა, რომ დაქორწინებულია, ხოლო მესამედზე ოდნავ ნაკლები (32.2%) აღნიშნავს, რომ არასოდეს ყოფილა ქორწინებაში. რესპონდენტების თითქმის ერთმა მეხუთედმა (21.2%) აღნიშნა, რომ ან განქორწინებული, ან დაშორებული გახლდათ. ქალაქების მიხედვით განსხვავება უმნიშვნელოა: დაქორწინებულთა ყველაზე დიდი წილი ბათუმში და ქუთაისში დაფიქსირდა (56.5% და 55.6%, შესაბამისად). განქორწინების ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი ზუგდიდში გამოვლინდა (9.5%). რესპონდენტთა 12.5% აღნიშნავს, რომ მარტო ცხოვრობს. მარტო მცხოვრებთა ყველაზე დიდი პროცენტული მაჩვენებელი აღმოჩნდა თბილისში (16.6%), ხოლო ყველაზე ნაკლები – ზუგდიდში (7.2%).

რესპონდენტების ძალიან მცირე რაოდენობა (1.4%) აღნიშნავს, რომ ცხოვრობს პარტნიორთან, რომელთანაც ქორწინებაში არ იმყოფება. პარტნიორთან ცხოვრება შედარებით ხშირია ბათუმსა და თბილისში (4% და 3%, შესაბამისად); დანარჩენ ქალაქებში ასეთთა წილი 2%-ზე დაბალია.

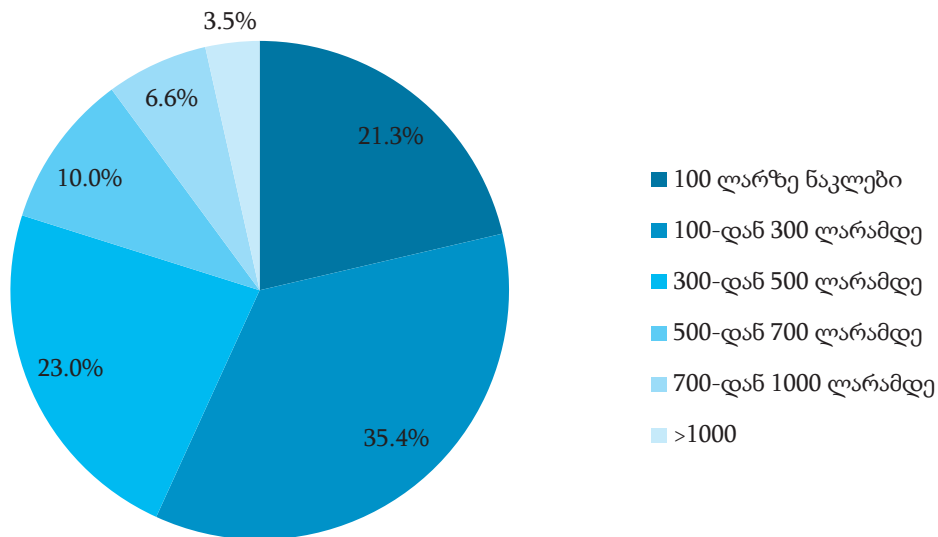
**განათლება:** რესპონდენტების უმეტესობას (59.9%) მიღებული აქვს საშუალო ან პროფესიული განათლება. კვლევაში მონაწილე შვიდივე ქალაქში მესამედზე ოდნავ მეტმა (35.5%) აღნიშნა, რომ მიღებული აქვს უმაღლესი განათლება. უნდა აღინიშნოს, რომ უმაღლესი განათლების მქონე მომხმარებელთა ყველაზე მაღალი წილი დედაქალაქში დაფიქსირდა (59.5%), ხოლო ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი – ზუგდიდში (27.6%).

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ძალიან მცირე რაოდენობამ აღნიშნა, რომ საერთოდ არ ჰქონდა მიღებული რამე ფორმალური განათლება (თითო-თითო რესპონდენტი ბათუმსა და ზუგდიდში), ან მხოლოდ დანყებითი განათლება ჰქონდა (ერთი რესპონდენტი რუსთავში).

**დასაქმება:** 2,037 რესპონდენტისგან 2/3-ზე მეტი კვლევის ჩატარების მომენტისათვის უმუშევარი იყო. უმუშევართა წილი შვიდივე ქალაქში ჯამურად 69%-ს შეადგენდა და ეს მაჩვენებელი ქალაქების მიხედვით მერყეობდა 51.3%-დან (გორი) 73.2%-მდე (ქუთაისი). სტუდენტების წილი 1%-ზე მცირე იყო. დასაქმებულთა დიდი ნაწილი აღნიშნავს, რომ აქვს დროებითი სამუშაო. მუდმივი, ანაზღაურებადი სამსახური გამოკითხულთა მხოლოდ 8.9%-ს აქვს. მუდმივი სამუშაოს ქონის თვალსაზრისით ყველაზე საიმედო მაჩვენებელი თელავში აღმოჩნდა – 18.7%, და ყველაზე მძიმე მაჩვენებელი იყო ზუგდიდში, სადაც რესპონდენტთა მხოლოდ 5.6%-მა აღნიშნა, რომ აქვს მუდმივი სამუშაო. უნდა აღინიშნოს, რომ 2012 წლის კვლევაში (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი 2012a), მუდმივი სამუშაოს ქონის თვალსაზრისით ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ზუგდიდში გამოვლინდა (13.6%) და 2 წლის მანძილზე ეს მაჩვენებელი მკვეთრად გაუარესდა.

**შემოსავლის დონე:** კვლევაში მონაწილე შვიდივე ქალაქში, საშუალოდ, ნარკოტიკების ყოველი მესამე ინექციური მომხმარებლის ყოველთვიური შემოსავალი 100-დან 300 ლარამდე მერყეობს; ერთი მეხუთედის შემოსავალი 100 ლარზე ნაკლებია; რესპონდენტების მხოლოდ 16% აღნიშნავს, რომ მათი ყოველთვიური შემოსავალი 500-1000 ლარს შეადგენდა; რესპონდენტთა მხოლოდ 3.5%-ს აქვს თვეში 1,000 ლარზე მეტი (იხ. დიაგრამა 15):

**დიაგრამა 15: ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ყოველთვიური შემოსავალი ლარებში, პროცენტებში (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2012)**



მოცემული ინფორმაცია ადასტურებს, რომ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები საქართველოში ფინანსურად უაღრესად მონყვლად ჯგუფს წარმოადგენენ: უმუშევრობის მაჩვენებელი ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის 7-ჯერ აღემატება ზოგად მოსახლეობაში უმუშევრობის მაჩვენებელს. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ინფორმაციით, 2014 წელს ეკონომიკურად აქტიურ მოსახლეობაში უმუშევრობის დონე არ აღემატება 12.4%-ს<sup>14</sup>, ხოლო კვლევაში მონაწილე ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა 2/3-ზე მეტი (69%) აღნიშნავს, რომ არ არის დასაქმებული.

14 [http://www.geostat.ge/?action=page&p\\_id=145&lang=geo](http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=145&lang=geo)

დასაქმებულ მომხმარებელთა ყოველთვიური შემოსავალი უაღრესად მწირია საქართველოს საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით: ქვეყნის ოფიციალური სტატისტიკის მიხედვით, დაქირავებით დასაქმებულთა საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი 2014 წელს 818 ლარით განისაზღვრა.<sup>15</sup> კვლევაში მონაწილე რესპონდენტების 90%-ზე მეტს ნომინალურ ხელფასზე ნაკლები შემოსავალი აქვს. უფრო მეტიც, გამოკითხულთა მეოთხედი 2014 წელს ერთი ზრდასრული მამაკაცისთვის საჭირო საარსებო მინიმუმზე (154.5 ლარი)<sup>16</sup> ნაკლებ შემოსავალს იღებდა.

უსახლკარო მომხმარებელთა შესახებ საქართველოში მონაცემები არ მოიპოვება – ქვეყანაში არასოდეს ჩატარებულა კვლევა, რომელიც შეისწავლიდა წარსულში თუ აწმყოში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ისტორიას უსახლკარო ინდივიდებში. 2013 წლის დეკემბერში დაიწყო ფუნქციონირება პირველმა თავშესაფარმა. ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემებით, ე.წ. „კარვების ქალაქი“ 170-190 ადამიანი ბინადრობს. თავშესაფარში მოსახვედრად საკმარისია პირადი მიმართვა ან პოლიციელის მიერ რეფერირება<sup>17</sup>. მედიით გავრცელდა ინფორმაცია თავშესაფრის მობინადრეებს შორის ალკოჰოლით ინტოქსიკაციის რამდენიმე შემთხვევის შესახებ<sup>18</sup>. პროფესიულ საზოგადოებაში არ მიიჩნევა, რომ საცხოვრისის პრობლემა მწვავე პრობლემაა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა შორის, თუმცა, ალკოჰოლისა თუ ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ კვლევა უსახლკარო ინდივიდებში არ ჩატარებულა.

### 8.3. სოციალური რეინტეგრაცია

ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამების ძირითადი ნაწილი საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების მიერ არის დაფინანსებული. 2012 წლიდან იუსტიციის სამინისტროს დანაშაულის პრევენციის ცენტრი ასევე ახორციელებს ყოფილი პატიმრების რეაბილიტაციისა და რესოციალიზაციის პროგრამას. თუმცა, მონაცემები იმის შესახებ, თუ როგორია პროგრამით მოსარგებლეთა გადანაწილება ჩადენილი დანაშაულის მიხედვით, არ არსებობს.

საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით განხორციელებული აქტივობები და პროგრამული მონაცემები მოსარგებლეთა შესახებ აღწერილია ქვემოთ.

#### მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის სოციალური საწარმოების პროგრამა:

2014 წლის 1 ივნისიდან, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის საქართველოს მისია, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის ბერნის ოფისთან და შვეიცარულ ფონდ „კონტაქტ ნეთთან“ მჭიდრო თანამშრომლობით ახორციელებს სოციალური საწარმოების პროგრამას სახელწოდებით: „სოციალურ-ეკონომიკური ინტეგრაცია სოციალური საწარმოების განვითარების მიზნით საქართველოს მოქალაქე, დაბრუნებულ და პოტენციურ მიგრანტებს შორის ნარკომომხმარებლის პრობლემის შესამცირებლად“. პროგრამას მხარს უჭერს შვეიცარიის სახელმწიფო სამდივნო მიგრაციის საკითხებში. პროგრამა ხელს უწყობს მიგრაციის ისტორიის, ან საქართველოდან ემიგრირების განზრახვის მქონე, რემისიაში მყოფ ნარკოტიკების მომხმარებელთა რეაბილიტაციასა და ინტეგრაც-

15 [http://www.geostat.ge/?action=page&p\\_id=148&lang=geo](http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=148&lang=geo)

16 [http://www.geostat.ge/?action=page&p\\_id=178&lang=geo](http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=178&lang=geo)

17 <http://humanrightshouse.org/Articles/20431.html>, წვდომა: 14 მარტი, 2015

18 მინდია აფციური: უსახლკარო ცხოვრება თბილისის თავშესაფარში. 13 იანვარი, 2014. <http://www.georgianjournal.ge/society/25971-living-a-homeless-life-in-tbilisi-shelter.html>

ციას. ამ პროგრამის მიზანია საქართველოს ეროვნული ანტინარკოტიკული სისტემის პოტენციალის განვითარება ნარკოტიკების არასამედიცინო მიზნით მოხმარების პრობლემის მდგრადი გადაჭრის მოძიებაში. შვეიცარიულ ფონდს კონტაქტ ნეთზს პროგრამაში წვლილი შეაქვს ამ სფეროში არსებული გამოცდილების გაზიარებით. კონტაქტ ნეთზს ნარკოტიკების მოხმარებელთა რეაბილიტაციის მიზნით სოციალური მენარმეობის გამოყენების ექსპერტული უნარები და მდიდარი გამოცდილება აქვს, რომელსაც კონსულტირების გზით უზიარებს ქართველ პარტნიორებს. მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ პროგრამის საწყის ეტაპზე დაფუძნდა პროექტის მხარდამჭერი კომიტეტი, რომლის შემადგენლობაშიც ყველა შესაბამისი სამთავრობო სტრუქტურისა და საერთაშორისო ორგანიზაციის წარმომადგენელი შევიდა, განხორციელდა გამჭვირვალე და ინკლუზიური საგრანტო კონკურსი, რომლის შედეგადაც შერჩეული ხუთი პარტნიორი ორგანიზაციის მიერ ამოქმედდა შემდეგი ექვსი სოციალური საწარმო, სადაც დასაქმებული არიან სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენლები:

- დეკორატიული ყვავილების, ხისა და ბუჩქების სანერგე, ბიოლოგიურად სუფთა პროდუქტისა (ბოსტნეული, ბურღულეული) და მეცხოველეობის, მეფრინველეობისა და მეთევზეობის ფერმა გორში, რომელთაც ამუშავებს გორის მუნიციპალიტეტის გორის სანერგე მეურნეობა;
- სუვენირების, სათამაშოების, ავეჯისა და სხვა ინვენტარის მწარმოებელი ხის საამქრო, რომელსაც ამუშავებს ეროვნული პრობაციის სააგენტოს შპს პერსპექტივა;
- კაფეტერია და ავტოსამრეცხაო, რომელსაც ამუშავებს იუსტიციის სამინისტროს სსიპ დანაშაულის პრევენციის ცენტრის სუბსიდირებული არაკომერციული ორგანიზაცია შეცვალე სცენარი;
- არტკაფე, რომელსაც ამუშავებს არასამთავრობო ორგანიზაცია კამარა.
- სხვადასხვა სახის სარეკლამო ინვენტარისა და მასალების მწარმოებელი სარეკლამო სტუდია, რომელსაც ამუშავებს საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა.

2015-2016 წლებში სოციალური საწარმოები სამიზნე კონტინგენტს შრომითი თერაპიის სარეაბილიტაციო პროგრამას შესთავაზებენ. ჯამში, პროგრამის ფარგლებში დაგეგმილია 120-მდე რემისიაში მყოფი ნარკოტიკების მოხმარებელი პირის გრძელვადიანი რეაბილიტაცია. პროგრამის მონაწილეთა შემდგომი ინტეგრაციის ხელშესაწყობად, დაგეგმილია საზოგადოებრივი საინფორმაციო კამპანიის ჩატარება პროგრამის ეფექტიანობასა და კურსდამთავრებულთა პოტენციალის შესახებ ინფორმაციის გასავრცელებლად, რაც წვლილს შეიტანს მოსახლეობაში არსებული სტიგმის დაძლევისა და პოტენციურ დასაქმებულთა სტიმულირებაში.

**შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის პროექტის** ფარგლებში 2014 წელს რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია ახორციელებდა აქტივობებს ნარკოტიკის მოხმარებელთა ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის მიზნით.

**სრულიად საქართველოს საპატრიარქოსთან არსებული ანტინარკოტიკული ცენტრი,** გლობალური ფონდის დაფინანსებით, 2007 წლიდან ახორციელებს ნარკოტიკების მოხმარებლებისა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქო-სოციალურ სარეაბილიტაციო სამუშაოს, რომლის ფარგლებშიც 2014 წელს ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიის კურ-



სი გაიარა 152-მა მოსარგებლემ. მათ შორის 91-მა ცენტრს საეკლესიო-სარეაბილიტაციო კერების საშუალებით მომართა. მოსარგებლეთა და მათი თანადგომის ქსელისათვის განკუთვნილი „ცხელი ხაზის“ საშუალებით, ნარკოტიკების 941-მა მომხმარებელმა ან რემისიაში მყოფმა პირმა მიიღო სატელეფონო კონსულტაცია. 172 მომხმარებელი მომზადდა, როგორც თანასწორი განმანათლებელი. ცენტრის მიერ სპეციალურად მომზადებულმა მოძღვარმა მეთადონის პროგრამაში ჩართულ ბენეფიციარებთან 50 ჯგუფური სესია განახორციელა. გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში ცენტრი ასევე ატარებს ტრენინგებს საეკლესიო-სარეაბილიტაციო კერების სასულიერო პირებისათვის. სრულიად საქართველოს საპატრიარქოსთან არსებული ანტინარკოტიკული ცენტრი აღნიშნავს, რომ ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის განკუთვნილი ფსიქო-სოციალური სერვისებით სარგებლობენ როგორც მართლმადიდებელი, ასევე არამართლმადიდებელი მოსახლეობის წარმომადგენლები. მოსარგებლეთა უდიდესი უმრავლესობა კაცია (ბექაური 2015).

**ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრი** კამარა ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციაა, რომელიც 2010 წლიდან მოქმედებს და დახმარებას უწევს სპეციფიკურად რემისიაში მყოფ ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და მათი მიკროსოციალური წრის წარმომადგენლებს. კამარა სხვადასხვა მომსახურებას უწევს ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პირებს დეტოქსიკაციის გავლის შემდეგ და სთავაზობს შემდეგი სახის მომსახურებას: ფსიქოდიაგნოსტიკა, კოგნიტიურ-ბიჰევიორული თერაპია, იოგა, ჯგუფური ფსიქოთერაპია, არტთერაპია, მითოდრამა და მუსიკალური თერაპია. კამარას აქტივობები ნაწილობრივ დაფინანსებულია გლობალური ფონდისა და ფონდი ღია საზოგადოება საქართველოს მიერ (ჩოხელი 2015). მათი საქმიანობის ძირითადი წილი კერძო შემოწირულობების საშუალებით ხორციელდება. კამარას ცენტრში რემისიაში მყოფ მომხმარებელთათვის იქმნება არაფორმალური და „ოჯახური“ ატმოსფერო, რომელიც უზრუნველყოფს მოსარგებლეთა ხანგრძლივად დარჩენას პროგრამაში (საშუალოდ 6-თვიანი სამკურნალო პერიოდი თითოეული პაციენტისთვის). კამარა ყოველწლიურად მინიმუმ 60-მდე ყოფილ მომხმარებელს ემსახურება. 2014 წელს მისი სერვისით ისარგებლა 85-მა პირმა. მათ შორის მხოლოდ 2 ქალი იყო.

კამარას სარეაბილიტაციო ცენტრში, არტთერაპიის კომპონენტის ფარგლებში ბენეფიციარებს შესაძლებლობა აქვთ, შექმნან ხელოვნების ნაწარმი, ნახატები და სხვა ნაკეთობები, რომელთა გამოფენა-გაყიდვა ყოველწლიურად ხორციელდება. ეს ამალმებს ბენეფიციარების თვითშეფასებას და ხელს უწყობს მათ სოციალურ რეინტეგრაციას. გარდა ამისა, მსგავსი საჯარო ღონისძიებები მიზნად ისახავს, შეამციროს ნარკომომხმარებლების მიმართ არსებული სტიგმა და უარყოფითი წინასწარგანწყობები (ფანჯიკიძე 2015).

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის** ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციისა და ნებაყოფლობითი კონსულტირება-ტესტირების (ნკტ) განყოფილება, გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში, აგრეთვე ახორციელებს ნარკოტიკების მომხმარებელთა ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას. განყოფილების ბაზაზე რეაბილიტაციის კურსს გადიან პაციენტები, რომლებიც ჩართული არიან ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში, და პირები, რომლებმაც ჩაიტარეს სტაციონარული ან ამბულატორიული დეტოქსიკაცია. აქ მოსარგებლებს სთავაზობენ ისეთ ფსიქოლოგიურ მომსახურებას, როგორცაა: ფსიქოდიაგნოსტიკა, ინდივიდუალური, ჯგუფური და ოჯახური ფსიქოთერაპია, ფსიქოლოგიური კონსულტირება, არტთერაპია, ერგოთერაპია, კონფლიქტების მართვა-მოგვარება და თვითდახმარების ჯგუფები. ცენტრის ბაზაზე ორ-

განიზებულია ასევე ე.წ. „სულიერი დახმარება“ რომლის ფარგლებშიც მოსარგებლებს, სურვილის შემთხვევაში, შეუძლიათ შეხვედნენ ეკლესიის მსახურთ, რომლებიც ეხმარებიან სხვადასხვა პრობლემის მოგვარებაში და ეკლესიური ცხოვრების დაწყებაში. ცენტრში ფუნქციონირებს თანამედროვე ინვენტარით აღჭურვილი სპორტული დარბაზი, სადაც ტარდება ფიზიკურ-გამაჯანსაღებელი პროცედურები, რომლებიც, გარდა ფიზიკური გამაჯანსაღებისა, ხელს უწყობს პაციენტების მიერ ბრაზის მართვას, შფოთვის და დეპრესიის დონის რეგულირებას. ცენტრში პაციენტებს აგრეთვე ეძლევათ შესაძლებლობა, შეისწავლონ მუშაობა კომპიუტერზე, ისარგებლონ ინტერნეტითა და სხვადასხვა კომპიუტერული პროგრამით. 2014 წელს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი მოემსახურა 52 პირს. 3-6 თვიანი სარეაბილიტაციო პროგრამა დაასრულა 21-მა პირმა (თოდაძე, მოსია 2015).

**ევროკავშირის დაფინანსებით მიმდინარე პროექტს „სოციალური რეინტეგრაციის პოპულარიზაცია: სოციალური ბიუროების შექმნა ყოფილი პატიმრებისა და პრობაციონერებისთვის, ასევე გათავისუფლებამდელი პროგრამების გაუმჯობესება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში“** ახორციელებს ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია *საინფორმაციო-საკონსულტაციო ცენტრი თანადგომა* საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციებთან – *მეინლაინ ფონდთან* და *შიდსის აღმოსავლეთ-დასავლეთ ფონდთან* პარტნიორობით (კასრელიშვილი 2015). პროექტის ფარგლებში სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის ტარდება კონსულტაციები აივ-ზე, B და C ჰეპატიტზე, ასევე ფსიქოლოგიური და სამედიცინო კონსულტაციები, მიდის მუშაობა ზედოზირების პრევენციასა და ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციაზე 12 ნაბიჯის მიდგომაზე დაყრდნობით, აგრეთვე ტარდება კომუნიკაციის უნარის გასავითარებელი ტრენინგი სამუშაოს მაძიებელი მოსარგებლებებისთვის. 2014 წელს ბათუმში, ქუთაისსა და ზუგდიდში სოციალური ბიუროების სერვისით ისარგებლა 631-მა ადამიანმა, მათგან 293 ყოფილი პატიმარი, 249 – პრობაციონერი და 82 – პატიმარი. გასულ წელს პროექტმა შეძლო რამდენიმე მოსარგებლეს პრობლემის მოგვარება: ქუთაისში ყოფილი პატიმარი, რომელიც ოჯახმა არ მიიღო და გარიყა, დარჩა უსახლკაროდ. სოციალურ ბიუროში აღმოჩენილი დახმარების შედეგად მან მიიღო სოციალურად დაუცველი მარტოხელა პირის სტატუსი და დროებით მოთავსდა თავშესაფარში. ზუგდიდში სოციალური ბიუროების რეკომენდაციებით ყოფილი პატიმრები დასაქმდნენ სასტუმროში მიმტანად და თხილის ქარხანაში მუშად. თუმცა, აღწერილი ერთეული შემთხვევები უმნიშვნელოა ქვეყანაში არსებული პრობლემის მასშტაბის გათვალისწინებით.

დღეისათვის ქვეყანაში არ არსებობს ნარკოტიკების მომხმარებელ ქალთა საჭიროებებზე მორგებული ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის მომსახურება, არც რაიმე იგეგმება ამ მიმართულებით, მაშინ, როდესაც ნარკომომხმარებელი ქალები ორმაგი სოციალური სტიგმის ზენოლას განიცდიან – სქესისა და ნარკოტიკების მოხმარების გამო. მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების პარალელურად, ქალი ნარკომომხმარებლები ხშირად ოჯახური ან გენდერული ძალადობის ობიექტები ხდებიან.

ქვეყანაში არსებული საჭიროებების გათვალისწინებით, ნარკომომხმარებლებისა და რემისიაში მყოფი პირებისათვის ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის სერვისების ხელმისაწვდომობა, მათ შორის, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, არაადეკვატურია. ამასთან, მომხმარებელთა გრძელვადიან რეაბილიტაცია და სოციალურ რეინტეგრაციაზე ორიენტირებული სერვისების მოქმედება სრულად არის დამოკიდებული საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების დაფინანსებაზე, რაც საფრთხეს უქმნის ამ სერვისების მდგრადობას.

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

### 9.1. შესავალი

წინამდებარე ანგარიშისთვის ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის სტატისტიკური მონაცემები მოვიპოვეთ რამდენიმე სახელმწიფო უწყებიდან – საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროდან, საქართველოს მთავარი პროკურატურიდან, და საქართველოს უზენაესი სასამართლოდან. მონაცემების ძირითადი ნაწილი გამოთხოვილია შესაბამის უწყებაში წერილობითი მიმართვის გზით. გარდა ამისა, გამოვიყენეთ შინაგან საქმეთა სამინისტროს ინტერნეტგვერდზე განთავსებული ინფორმაცია.

ვინაიდან საქართველოში არ ხდება მეორადი ნარკოდანაშაულის სათანადო აღრიცხვა, ანგარიშში წარმოდგენილია პირველადი ნარკოდანაშაულის მონაცემები. პირველად ნარკოდანაშაულში ვგულისხმობთ ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სისხლის სამართლის კოდექსის და ადმინისტრაციული კოდექსის მუხლების დარღვევას. მეორადი ნარკოდანაშაულის ქვეშ ვგულისხმობთ დანაშაულს, რომელიც ჩადენილია ნარკოტიკული საშუალების ზემოქმედების ქვეშ, ან ნარკოტიკის შესაძენი თანხის მოსაპოვებლად, ანდა უკანონო ნარკობაზრის მონაწილეების მიერ (მაგალითად, ძალადობრივი დანაშაული ბაზრის გადანაწილების მიზნით).

### 9.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული

#### 9.2.1. სისხლის სამართლის სასჯელები ნარკოდანაშაულისთვის

საქართველოს უზენაესი სასამართლოს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის მიხედვით, 2014 წელს საქართველოს პირველი ინსტანციის სასამართლოებმა განიხილეს საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის (სსკ) 33-ე თავით გათვალისწინებული დანაშაულისათვის მსჯავრდებული 6,666 პირის მიმართ წარმოებული 6,452 საქმე. განხილულ საქმეთა უდიდესი ნაწილი (95%-ზე მეტი) ეხებოდა სსკ-ის 260-ე და 273-ე მუხლებით გათვალისწინებულ დანაშაულს – განხილული საქმეების საერთო რაოდენობის 33.4%-ს და 62%-ს შესაბამისად. 260-ე მუხლი ითვალისწინებს პატიმრობას (6 თვიდან უვადო პატიმრობამდე) შემდეგი ქმედებისათვის: ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერების უკანონო დამზადება, წარმოება, შექენა, შენახვა, გადაზიდვა, გადაგზავნა ან გასაღება. 273-ე მუხლი ითვალისწინებს სანქციებს (ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 1 წლამდე) შემდეგი ქმედებისათვის: პირადი მოხმარებისთვის ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის მცირე ოდენობით უკანონო დამზადება, შექენა, შენახვა, ანდა ექიმის დანიშნულების გარეშე უკანონო მოხმარება, ჩადენილი განმეორებით ერთი წლის განმავლობაში. თავისუფლების აღკვეთა მიესაჯა

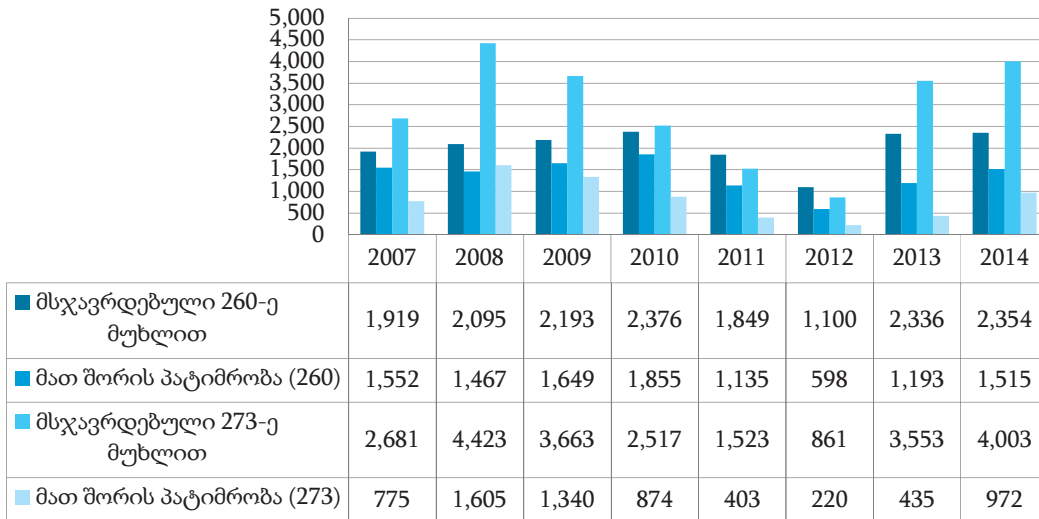
260-ე მუხლით მსჯავრდებულ პირთა 2/3-ს და 273-ე მუხლით მსჯავრდებულ პირთა 1/4-ს ჯარიმა ძირითად ან დამატებით სასჯელად მიესაჯა ყველა მუხლით მსჯავრდებულთა 45%-ს და საპროცესო შეთანხმება გაფორმდა 71%-თან (იხ. ცხრილი 12).

**ცხრილი 12: პირველი ინსტანციის სასამართლოებში 2014 წელს ნარკოტიკულ დანაშაულთან დაკავშირებული განხილული საქმეების და პირების რაოდენობა (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2015)**

სსსკ-ს მუხლები	განხილული განაჩენის გამოტანით		მათ შორის მიესაჯათ სასჯელი					განხილულია საპროცესო შეთანხმებით
			თავისუფლების აღკვეთა	პირობითი მსჯავრი	ჯარიმა (ძირითადი სასჯელი)	ჯარიმა (დამატებითი სასჯელი)	საზოგადოებისთვის სასარგებლო შრომა	
	საქმე	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	საქმე
260	2156	2354	1515	802	37	1215	144	1858
261	57	59	9	12	38	16		53
262	130	132	78	10	44	36		92
263	2	2	—	—	2			2
264	1	1	—	1	—			1
265	113	114	53	60	1	63		98
271	—	1	—	1		1		1
273	3993	4003	972	2082	805	741		2618
სულ	6452	6666	2627	2968	927	2072	144	4723

წინა წელთან შედარებით მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა 260-ე მუხლით მსჯავრდებულთა საერთო რაოდენობა, თუმცა საგრძნობლად გაიზარდა 273-ე მუხლით მსჯავრდებულების რიცხვი. აღსანიშნავია, რომ ორივე ამ ძირითად მუხლთან მიმართებაში, თავისუფლების აღკვეთა, როგორც სასჯელი, 2013 წელთან შედარებით გაცილებით უფრო ხშირად არის გამოყენებული 2014 წელს: 64%-ის მიმართ 2014 წელს, 2013 წლის 45%-ის ნაცვლად 260-ე მუხლთან მიმართებაში, და 24%-ის მიმართ 2014 წელს, 2013 წლის 12%-ის ნაცვლად 273-ე მუხლთან მიმართებაში (იხ. დიაგრამა 16).

**დიაგრამა 16: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით მსჯავრდებული პირების რაოდენობის დინამიკა წლების მიხედვით, 2007-2014 წწ (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2015)**



### 9.2.2. ადმინისტრაციული სამართალდარღვევები

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს ინფორმაციით, 2014 წელს ნარკოლოგიური შემონმება ჩაუტარდა 50,865 პირს (იხ. ცხრილი 13). შემონმების შედეგად ნარკოტიკული საშუალების მოხმარების ფაქტი დაუდგინდა 14,005 პირს, ყველაზე უფრო ხშირად გამოვლინდა მარიხუანას (61.7%), ოპიუმის (22%), მეთადონისა (12%) და ბუპრენორფინის (9.3%) მოხმარება. აღსანიშნავია, რომ ნარკოლოგიური შემონმებისას ერთსა და იმავე პირს ხშირ შემთხვევაში გამოკვლევა უტარდება რამდენიმე ნივთიერების მოხმარების ფაქტის დასადგენად. შესაბამისად, ცხრილში მოცემული სხვადასხვა ნივთიერებების დადებითი პასუხების ჯამი აღემატება იმ პირთა რაოდენობას, რომელთაც დაუდგინდათ მოხმარება.

**ცხრილი 13: იმ პირთა რაოდენობა, რომელთაც 2014 წელს ჩაუტარდათ ნარკოლოგიური შემონმება შსს-ის საექსპერტო-კრიმინალისტიკურ მთავარ სამმართველოში (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2015)**

2014	საერთო რაოდენობა	დადებითი	უარყოფითი	ოპიუმი	ბუპრენორფინი	მარიხუანა	მეთადონი	მეტამფეტამინი, ამფეტამინი	კოკაინი	ტრამადოლი	ექსტაზი	სინთეტიკური მარიხუანა
იანვ.	6,482	2,139	4326	976	125	956	199	174	8	15	15	43
თებ.	5,761	1,802	3,959	961	128	592	201	131	7	14	10	32
მარტ.	4,526	901	3,625	182	154	338	176	142	5	25	8	31
აპრ.	3,060	518	2,542	127	92	187	135	48	0	12	6	11

მაი.	2,950	495	2,468	80	106	175	151	30	6	15	4	13
ივნ.	2,971	583	2,392	122	73	262	133	14	5	8	4	29
ივლ.	3,498	767	2,722	115	107	500	107	9	0	16	0	7
აგვ.	3,957	1,099	2,858	109	121	825	113	8	5	8	8	8
სექტ.	4,918	1,504	3,414	98	132	1,239	123	19	3	5	3	2
ოქტ.	4,388	1,619	2,777	105	96	1,407	118	12	3	9	1	2
ნოემბ.	4,061	1,365	2,696	100	77	1,169	96	23	2	0	0	---
დეკ.	4,293	1,213	3,081	92	93	996	111	21	4	5	3	1
სულ	50,865	14,005	36,860	3,067	1,304	8,646	1,663	631	48	132	62	179

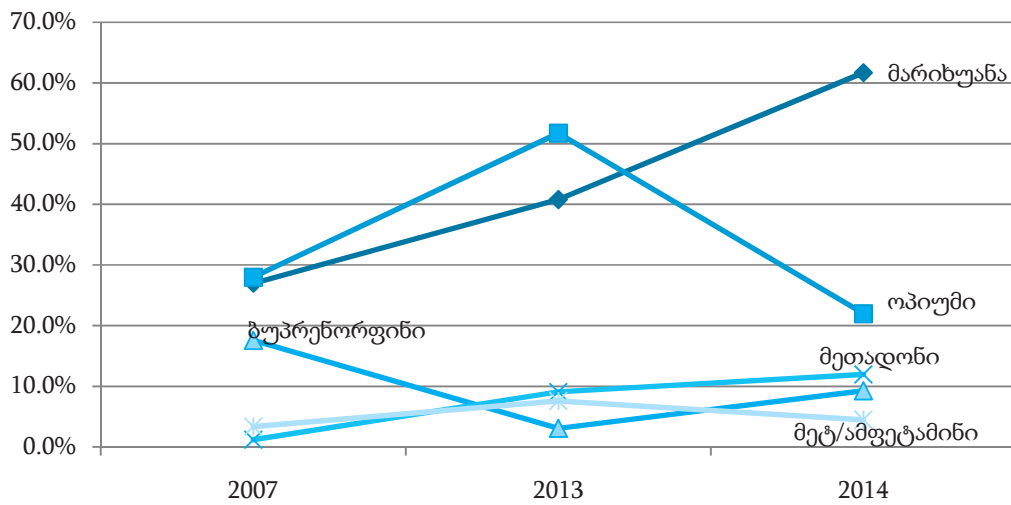
ნარკოლოგიურ შემონმებაზე წარდგენილთა მხოლოდ 1% იყო ქალი (იხ. ცხრილი 14).

**ცხრილი 14: იმ პირთა რაოდენობა, სქესის მიხედვით, რომელთაც 2014 წელს ჩაუტარდათ ნარკოლოგიური შემონმება შსს-ის საექსპერტო-კრიმინალისტიკურ მთავარ სამმართველოში (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2015)**

სქესი	ქალი	მამაკაცი	სულ
საერთო	485	50,380	50,865
დადებითი	112	13,893	14,005
პოზიტიური პასუხი %	23	27.6	27.5

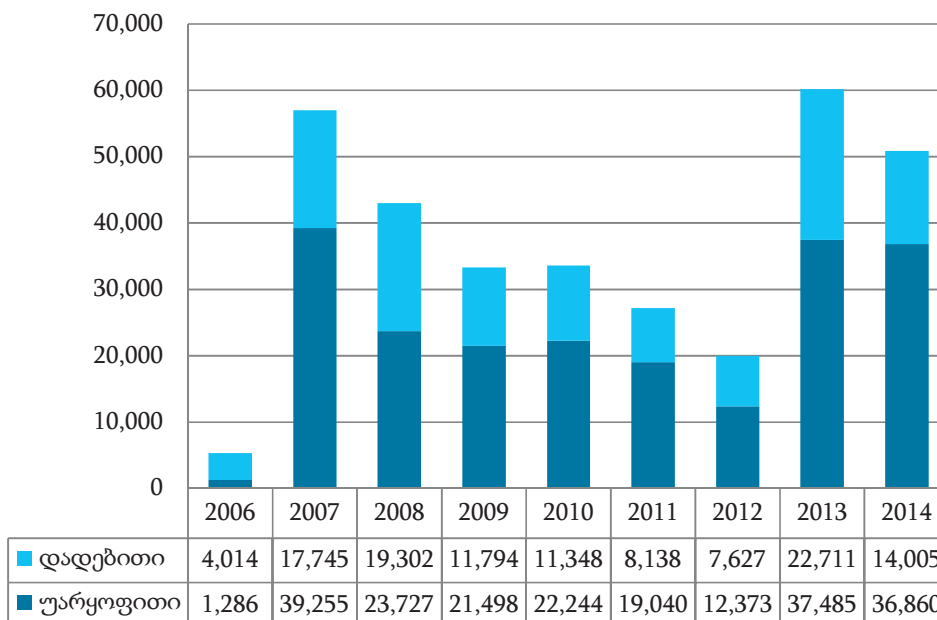
შინაგან საქმეთა სამინისტროს საექსპერტო-კრიმინალისტიკური მთავარი სამმართველოს მიერ ჩატარებული ნარკოლოგიური შემონმებების შედეგად დგინდება მთელი რიგი ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ფაქტები. 2013-2014 წლებში ყველაზე ხშირად მარიხუანასა და ოპიუმის ჯგუფის ნივთიერებების მოხმარების ფაქტი დადგინდა. ამ კუთხით აღსანიშნავია 2014 წელს 2013-თან შედარებით მარიხუანას მოხმარების გამოვლენის მნიშვნელოვანი ზრდა და ოპიუმის ჯგუფის მოხმარების გამოვლენის მნიშვნელოვანი კლება (იხ. დიაგრამა 17). აგრეთვე, თვალშისაცემია მარიხუანას მოხმარების გამოვლენის მკვეთრი და მდგრადი მატება.

**დიაგრამა 17: ნარკოლოგიური შემონმების შედეგად გამოვლენილი ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები 2007-2013-2014 წლებში (%) (ნაჩვენებია მონაცემები ხუთ ყველაზე ხშირად დაფიქსირებულ ნარკოტიკულ საშუალებასთან დაკავშირებით) (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2008, 2014, 2015)**



2014 წელს წინა წელთან შედარებით ნარკოლოგიურ შემონმებაზე წარდგენის მაჩვენებელმა იკლო დაახლოებით 10,000 პირით (იხ. დიაგრამა 18). იკლო, აგრეთვე, დადებითი პასუხების წილობრივმა მაჩვენებელმა - 2014 წელს დადებითი პასუხების წილი 27.5% იყო, ხოლო 2013-ში - 37.7%.

**დიაგრამა 18: ნარკოტიკებზე შემონმებული ადამიანებისა და დადებითი შედეგების რაოდენობა, 2006-2014 წწ (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2007-2015)**



უზენაესი სასამართლოს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, 2014 წელს საქართველოს ადმინისტრაციული კოდექსის 45-ე მუხლის საფუძველზე გამოტანილია 9,161 დადგენილება, მათ შორის 8,694 (95%) ფულადი ჯარიმის თაობაზე. სამწუხაროდ, უკვე რამდენიმე წელია, ვერ ხერხდება უზენაესი სასამართლოდან ინფორმაციის მოპოვება

გადახდილი ჯარიმების ოდენობასთან დაკავშირებით. შესაბამის მოთხოვნაზე უწყება გვპასუხობს, რომ ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მუხლების საფუძველზე გადახდილი ფულადი თანხების დათვლას ვერ აწარმოებს. აღსანიშნავია, რომ 2011 წლამდე ამ ინფორმაციის მოპოვება უზენაესი სასამართლოდან შესაძლებელი იყო.

**ცხრილი 15: 2014 წელს პირველი ინსტანციის სასამართლოებში საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის საფუძველზე გამოტანილი დადგენილებები (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2015)**

სასამართლო გადაწყვეტილებები	პირების რაოდენობა
ადმინისტრაციული პატიმრობა	115
ფულადი ჯარიმა	8,694
გათავისუფლდა ადმინისტრაციული პასუხისმგებლობისგან	261
საქმე პროკურატურას გადაეგზავნა შემდგომი გამოძიებისთვის	91
სულ	9,161

**9.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია**

საქართველოში ცალკე აღებული ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენციის სტრატეგია არ არსებობს. მიუხედავად ამისა, შეიძლება ვიგულისხმოთ, რომ ამ მიმართულებით მუშაობა მიმდინარეობს დანაშაულის პრევენციის ზოგადი ღონისძიებების გატარების დროს, მაგალითად, იუსტიციის სამინისტროსთან მოქმედი სსიპ დანაშაულის პრევენციის ცენტრის მუშაობის ფარგლებში. ცენტრი ხელს უწყობს გათავისუფლებული პატიმრების რეაბილიტაციას და საზოგადოებაში რეინტეგრაციას. აგრეთვე, შეიძლება ჩავთვალოთ, რომ ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციული ღონისძიებები შეიცავს დანაშაულის პრევენციის კომპონენტებს. უფრო დეტალურად გაეცანით მე-3 თავში.

**9.4. ნარკოტიკების მოხმარება და პრობლემური მოხმარება სასჯელაღსრულების დანაშაულებებში**

2014 წლის დეკემბრისთვის საქართველოს სასჯელაღსრულების 15 დაწესებულებაში 10,372 (281 ქალი) ბრალდებული და მსჯავრდებული იხდიდა სასჯელს(საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო 2015a). ინფორმაცია იმის თაობაზე, თუ მათ შორის რამდენი იხდიდა სასჯელს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის გამო და ზოგადად საპატიმროებში ნარკოტიკების მოხმარების თაობაზე ხელმისაწვდომი არ არის. სამინისტროს მესვეურები აღიარებენ საპატიმროებში ფსიქოტროპული



ნივთიერებების მოხმარების პრობლემას, თუმცა ზუსტი რიცხობრივი მონაცემები ამ საკითხზე არ მოიპოვება. რაც შეეხება არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარებას, ისევე, როგორც წინა წლებში, მიჩნეულია, რომ ქართული ციხეები ნარკოტიკებისგან თავისუფალი სივრცეა, ანუ, ნარკოტიკები იქ არ შეედინება და შესაბამისად, არც მოიხმარება. ეს საკითხი დეტალურად არის აღწერილი ნარკოვითარების 2013 წლის ანგარიშში.

## **9.5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ჯანმრთელობის საკითხებზე რეაგირება ციხეებში**

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით: „2014 წელს წარმატებით დასრულდა პენიტენციური ჯანდაცვის რეფორმა (ე.წ. „18-თვიანი რეფორმა“), რომელიც 2013-2014 წლებში სისტემის სრულ გარდაქმნას ისახავდა მიზნად“ (საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო 2015b). რეფორმა გულისხმობდა სისტემურ ცვლილებებს, რომლებიც მოიცავდა როგორც სამედიცინო ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესებას, ასევე პროფესიული კადრების კვალიფიკაციის ამაღლებას. სასჯელაღსრულების სისტემაში ბოლო წლების მანძილზე განხორციელებული ცვლილებების თაობაზე უფრო დეტალური ინფორმაცია ასახული იყო ნარკოვითარების 2013 წლის ანგარიშში.

### **9.5.1. წამლდამოკიდებულების მკურნალობა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში**

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, პენიტენციურ სისტემაში გაფართოვდა ნარკოლოგიური სერვისების მიწოდება და დაფარვა, კერძოდ, გაიხსნა ახალი ნარკოლოგიური განყოფილება, დაიწყო საინფორმაციო კამპანია ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე დამოკიდებულების წინააღმდეგ, გაფორმდა ხელშეკრულებები სამოქალაქო სექტორის ნარკოლოგიურ ცენტრებთან და დაიწყო პატიმრების მკურნალობა/რეაბილიტაცია, გაფართოვდა მეთადონით დეტოქსიკაციის პროგრამა და გადაწყდა ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი თერაპიის დაწყება (საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2015b).

წამლდამოკიდებულების სპეციალიზებული მკურნალობის მიღება შესაძლებელია სასჯელაღსრულების სისტემის სამ საპატიმრო დაწესებულებაში. თბილისისა და ქუთაისის წინასწარი დაკავების დაწესებულებებში მოქმედებს მეთადონის დეტოქსიკაციის პროგრამები. დამატებით, სასჯელაღსრულების ცენტრალურ საავადმყოფოში სტაციონარული დეტოქსიკაციის განყოფილება აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას სთავაზობს საჭიროების მქონე პატიმრებს. 2014 წელს მეთადონით დეტოქსიკაციური მკურნალობა გაიარა 474-მა ბრალდებულმა და მსჯავრდებულმა, მათ შორის 4-მა ქალმა. სტაციონარული დეტოქსიკაციის კურსი გაიარა 4-მა პატიმარმა.

### **9.5.2. ზიანის შემცირების ღონისძიებები**

ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირების პროგრამები საქართველოს ციხეებში არ ხორციელდება. წინა წლების მსგავსად, ითვლება, რომ არალეგალუ-

რი ნარკოტიკები საპატიმროებში არ შედის და შესაბამისად, პატიმრები ნარკოტიკებს არ მოიხმარენ. ზიანის შემცირების ერთადერთი კომპონენტი, რომელიც აივ/შიდსის პრევენციის ეგიდით ხორციელდება საპატიმრო დაწესებულებებში, არის ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება (ნკტ). ნკტ კაბინეტები მოქმედებს სასჯელაღსრულების ყველა დაწესებულებაში, გარდა ორისა. ეს მომსახურება დაფინანსებულია შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის გრანტის ფარგლებში.

### **9.5.3. ჯანდაცვის მომსახურებებზე წვდომა და მათი მიწოდება ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში**

სასჯელაღსრულების სამინისტროს მონაცემებით, 2014 წელს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ 8,000 პირს ჩაუტარდა ტესტირება აივ-ის და C ჰეპატიტის ვირუსზე. მათ შორის დადებითი პასუხი გამოვლინდა აივ-ზე 34 შემთხვევაში და C ჰეპატიტზე 3,800 შემთხვევაში (საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო 2015a). C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში საპატიმროებში მყოფი ადამიანებისათვის უზრუნველყოფილია სპეციფიკური მკურნალობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, რაც იმას ნიშნავს, რომ ყველას, ვისაც C ჰეპატიტის მკურნალობა ესაჭიროება, აქვს შესაძლებლობა, მიიღოს იგი. აივ/შიდსის ანტირეტროვირუსული მკურნალობა პატიმრებისათვის აგრეთვე უნივერსალურად ხელმისაწვდომია. 2014 წლის დეკემბერში ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას 75 პატიმარი იღებდა (საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო 2015c).

## **9.6. ნარკოტიკების მომხმარებლების რეინტეგრაცია ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ**

დღეისათვის საპატიმროებში არ მოქმედებს რაიმე სპეციფიკური პროგრამა, რომელიც ნარკოტიკების მომხმარებლასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე პატიმრების გათავისუფლების შემდეგ რეინტეგრაციის ხელშეწყობაზე იქნებოდა ორიენტირებული. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები ძირითადად ფინანსდება ევროკავშირისა და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ.

რაც შეეხება გათავისუფლების შემდგომი ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამებს, 2012 წლიდან მოქმედებს ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული პროექტი „სოციალური ბიუროების შექმნა ყოფილი პატიმრებისა და პრობაციონერებისთვის, ასევე გათავისუფლებამდელი პროგრამების გაუმჯობესება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში“. პროექტს უძღვება არასამთავრობო ორგანიზაცია საინფორმაციო-საკონსულტაციო ცენტრი თანადგომა საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციებთან – მეინლაინ ფონდთან და შიდსის აღმოსავლეთ-დასავლეთ ფონდთან პარტნიორობით. ყოფილ პატიმრებს პროექტი სთავაზობს აივ/შიდსზე, B და C ჰეპატიტზე ტესტირებას, ზედოზირების პრევენციასა და ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციას 12 ნაბიჯის პროგრამის მოდელით; ასევე კომუნიკაციის უნარების ტრენინგს მათთვის, ვინც სამსახურს ეძებს. დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ სოციალური რეინტეგრაციის თავი 8.

### 10.1. შესავალი

ნარკოვითარების მონიტორინგის გამართული სისტემის არარსებობის გამო ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვასთან და ნარკობაზრის მახასიათებლებთან დაკავშირებით სრულყოფილი ინფორმაციის შეგროვება საქართველოში ვერ ხერხდება. მონაცემების ძირითადი წყარო შინაგან საქმეთა სამინისტროა, საიდანაც შესაბამისი ინფორმაცია წინამდებარე ანგარიშის ავტორებმა გამოვითხოვეთ წერილობითი მოთხოვნების საფუძველზე და ასევე, მოვიძიეთ სამინისტროს ვებ-გვერდზე არსებულ რესურსებში. აგრეთვე, გამოვიყენეთ ნარკოტიკების მომხმარებლების სერვისის მიმწოდებლების მიერ გაზიარებული ინფორმაცია, რომელიც ასახავს ამ ჯგუფში სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალებების მიმდინარე (ბოლო 1 თვე) მოხმარების ტენდენციებს. გარდა ამისა, ანგარიშში ასახულია ეპიდზედამხედველობის კვლევის ის შედეგები, რომელიც სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების გავრცელებას ეხება.

### 10.2. ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობა

საქართველოში არ აღინიშნება ნარკოტიკული საშუალებების ორგანიზებული მასიური წარმოება, რომელიც შიდა და/ან გარე ბაზარს მოამარაგებდა რომელიმე ნარკოტიკით. ამის საპირისპიროდ, ქვეყანაში ფართოდ არის გავრცელებული საინექციო ნარკოტიკების (სტიმულატორების და ოპიოიდების) კუსტარული დამზადება. ამ შემთხვევაში, ნარკოტიკების მომხმარებელთა მცირერიცხოვანი ჯგუფი (როგორც წესი, 3-5 ადამიანი) სახლის პირობებში ამზადებს და შემდგომ მოიხმარს ნარკოტიკს. ამ ტიპის დამზადება ხდება მხოლოდ საკუთარი მოხმარების მიზნით და ჩვენთვის უცნობია კუსტარულად დამზადებული ნარკოტიკული საშუალების გასაღება/გაყიდვის ფაქტები.

ამა თუ იმ სახის ნარკოტიკული საშუალების ხელმისაწვდომობის სრულფასოვანი შეფასება ვერ ხერხდება ვერც უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკების ოდენობების საფუძველზე და ვერც ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ დროის ამა თუ იმ პერიოდში სხვადასხვა ნარკოტიკის უფრო ხშირი (თუ იშვიათი) მოხმარების ტენდენციების საფუძველზე. ბუნებრივია, არც ძალოვანი სტრუქტურების მიერ ჩატარებული ნარკოლოგიური შემოწმების შედეგები (ყველაზე მეტი დადებითი შედეგი იყო მარისუანას, ოპიუმის, ბუპრენორფინის, მეთადონისა და მეტ/ამფეტამინისთვის – იხ. დიაგრამა 17) შეიძლება ჩაითვალოს ამა თუ იმ სახის ნარკოტიკის ხელმისაწვდომობის მაჩვენებლად. ასევე, 2014 წელს ჰეროინის რეკორდული ამოღება (591 კგ – იხ. ცხრილი 17) ვერ მიგვანიშნებს იმას, რომ ამის შედეგად ჰეროინი მიუწვდომელი უნდა გამხდარიყო ქართულ ნარკობაზარზე. ანალოგიურად, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის და ეპიდზედამხედველობის კვლევის შედეგები, რომელიც გვიჩვენებს, რომ 2014 წელს ნარკოტიკების მომხმარე-

ბლებში გაიზარდა ჰეროინისა და ბუპრენორფინის მოხმარება (იხ. დიაგრამა 4), პირდაპირ ვერ მიგვანიშნებს ამ ნარკოტიკების გაზრდილ ხელმისაწვდომობაზე. სავსებით შესაძლებელია, რომ მომხმარებელთა არჩევანზე გავლენას, გარდა ხელმისაწვდომობისა, სხვა ფაქტორებიც ახდენს.

### 10.2.1. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია ასახულია შინაგან საქმეთა სამინისტროს 2014 წლის ნარკოვითარების ანგარიშში (შსს-ს კომპეტენციის ფარგლებში) და პირველ ყოველწლიურ ანგარიშში საქართველოში ახალ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებით არსებულ ვითარებაზე (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2014, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2015). აღნიშნული ანგარიშების მიხედვით, 2014 წლის 1 მაისის შემდგომ (ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ კანონის ძალაში შესვლის თარიღი) ერთი წლის მანძილზე დაფიქსირდა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გამოვლენის 90%-ით კლება (2013 წ. მაისი-2014 წ. ივნისი – 687 შემთხვევა, 2014 წ. მაისი-2015 წ. ივნისი – 53 შემთხვევა). იმავე პერიოდში მოხდა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საქართველოს საზღვარზე შემოტანის გამოვლენილი შემთხვევების მნიშვნელოვანი შემცირება – 53 შემთხვევა 5-ის საპირისპიროდ. აღნიშნული ანგარიშების ავტორები მიიჩნევენ, რომ მოყვანილი მონაცემები მეტყველებს ქვეყანაში ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების 90%-ით შემცირებაზე. ეპიდემიოლოგიასა და ნარკოვითარების მონიტორინგის სფეროში არსებული სტანდარტების თანახმად, ამდაგვარი დასკვნის გასაკეთებლად არ არის საკმარისი მხოლოდ მოხმარების გამოვლენის და საზღვარზე იდენტიფიცირებული ნივთიერებების რაოდენობის მაჩვენებლები.

### 10.3. ამოღება

2014 წელი გამორჩეული იყო ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო ბრუნვიდან ამოღების რეკორდული მაჩვენებლებით. განსაკუთრებით ეს ეხება ჰეროინისა და კანაფის ამოღებას. ეს შესაძლოა აიხსნას როგორც მოცემული ნივთიერებების შემოღინების გაზრდით, ასევე ამოღების მიმართულებით პოლიციის მუშაობის ეფექტიანობის ამაღლებით, და ასევე პოლიციის აქტივობის შესაბამისი პრიორიტეტების დასახვით. ცხრილი 16 აჩვენებს 2006-2014 წლებში ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებების ოდენობას.

**ცხრილი 16: 2006-2014 წლებში უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკული  
საშუალებების (სუფთა ნივთიერებების) რაოდენობები  
(საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2007-2015)<sup>19</sup>**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
პეროინი (კგ)	8.59	16.15	12.11	5.05	1.71	0.47	0.29	117.62	591.89
ოპიუმი (კგ)	0.22	0.14	0.05	0.12	0.09	0.09	0.01	0.05	0.21
მარიხუანა (კგ)	26.24	23.64	28.29	43.70	27.06	48.47	30.08	71.60	57.39
ტრამადოლი (კგ)	0.07	0.1	0.73	0.13	0.21	0.02	0.01	0.14	0.730
კანაფი (მცენარე) (კგ)	123.03	64.85	41.56	100.25	26.88	88.91	21.07	217.77	5,420.8
მეთადონი (კგ)	0.02	0.21	0.32	0.29	0.03	0.003	0.04	0.009	0.14
სუბუტექსი (აბი)	10,852	16,232	13,757	7,022	2,815	3,031	777	1,678	-----
ამფეტამინი (გრ)			0.0063	0.68	0.87	0.29	0.19	0.26	57.52
მეტამფეტამინი (კგ)	0.002	0.0004	0.002	0.003	0.008	0.002	0.001	0.003	0.06
მორფინი (კგ)	0.003	0.004	0.03	0.006	0.007	0.005	0.004	0.002	11.76
კოდეინი (კგ)						0.03	0.01	0.03	2.29
ფენტანილი (კგ)								0.0004	0.0008
დეზომორფინი (კგ)							0.001	0.01	0.0006
კოკაინი (კგ)		0.0005	0.001		0.13		0.008	0.002	0.50
ეფედრინი (გრ)		1.19	1.02	3.68	7.59	1.86	1.01	0.79	0.00015
ექსტაზი (მდმა)						0.000002	0.01	0.077	0.071
ფსევდოეფედრინი									0.07
ტრამადოლი (კგ)	0.07	0.1	0.73	0.13	0.21	0.02	0.01	0.14	0.73
ლიზერგინის მჟავა (LSD) (გრ)						0.0014	0.0019	0.0015	
პრეგაბალინი (კგ)								0.59	15,4
ყაყაჩო (კგ)						2.02	0.28	13.93	8.22
ბუპრენორფინი (კგ)									0.25

**10.4. ფასი/სინშინდა**

ქვეყანაში მოხმარებული ნარკოტიკების ფასისა და სინშინდის თაობაზე სანდო და სრულყოფილი ინფორმაცია ხელმისაწვდომი არ არის.

<sup>19</sup> (ცხრილში მოყვანილი მონაცემები შესაძლოა განსხვავდებოდეს ნარკოვიტარების წინა ანგარიშებში მოყვანილი მონაცემებისაგან. მიმდინარე ანგარიშში გამოყენებულია ბოლო მონაცემები, რომელიც მოწოდებულია შსს-ს მიერ 2015 წლის 12 დეკემბრის N2747853 წერილში. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა წინა წლიურ ანგარიშში აგრეთვე გამოყენებულია შსს-ს მიერ იმ პერიოდში მოწოდებული ინფორმაცია, ზოგ შემთხვევაში მონაცემები განსხვავდება).

- ადიქტოლოგიური, 30, 32  
აივ, 6, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 26, 28, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 48, 49, 50, 58, 66  
ალკოჰოლი, 15, 16, 17, 19, 20, 27, 30, 55  
ამბულატორიული, 6, 14, 33, 34, 37, 57  
ამოღება, 67, 68  
ამფეტამინი, 10, 35, 61, 67, 69  
არასამთავრობო, 12, 20, 23, 32, 49, 51, 56, 57, 58, 66  
არასრულწლოვანი, 21  
ბავშვები, 18, 19, 20, 21  
ბიონარკოტიკი, 21, 27  
ბუპრენორფინი, 17, 27, 28, 35, 61, 67, 68, 69  
გადაზიდვა, 59  
განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 8, 19, 20, 21  
დაბალზღურბლოვანი, 43, 50  
დანაშაული, 10, 11, 52, 55, 56, 59, 64  
დაფინანსება, 14, 32, 33, 34, 58  
დეტოქსიკაცია, 32, 33, 36, 57  
ევროკავშირი, 58, 66  
ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრი, 5, 15  
ეროვნული სამოქმედო გეგმა, 12, ეფედრინი, 11, 69  
ეფექტურობა, 14  
ექსტაზი, 61, 69  
ზედოზირება, 13, 26, 28, 46, 47  
ზიანის შემცირება, 6, 12, 14, 32, 48  
ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა, 15  
თამბაქო, 15, 19, 20, 22  
ინტოქსიკაცია, 31, 55  
ინციდენტობა, 38, 39, 43, 45  
იუსტიციის სამინისტრო, 8, 9, 12, 52, 55, 56, 64  
კანაფი, 17, 27, 35, 68, 69  
კანონი, 5, 10, 11, 12, 13, 19, 31, 35, 47, 68  
კვლევა, 6, 12, 15, 16, 17, 23, 24, 26, 27, 31, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 53, 54, 55, 61  
კოდეინი, 10, 14, 69  
კოკაინი, 35, 69  
კონდომი, 28  
კონსულტირება, 40, 51, 57, 66  
კოორდინაცია, 12  
მარიხუანა, 5, 11, 27, 61, 62, 67, 69  
მედიაპროდუქტი, 22  
მეთადონი, 26, 29, 34, 35, 36, 50, 57, 61, 65, 67, 69  
მეტამფეტამინი, 10, 35, 61, 69  
მთავრობა, 32, 33, 35, 42  
მიზანმიმართული პრევენცია, 21  
მკურნალობა, 6, 14, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 43, 49, 50, 51, 65, 66  
მსჯავრდებული, 21, 50, 59, 60, 61, 64, 65  
ნარკობაზარი, 67  
ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული, 59, 64  
ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი, 47  
ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამა, 29, 51  
ოპიოიდები, 6, 32, 34, 35, 36, 52, 67  
პარლამენტი, 5, 12, 19  
პოლინარკომანია, 30, 35  
პოლიცია, 10, 13, 38, 47, 55, 68

პრევალენტობა, 6, 16, 17, 23, 24, 25, 26, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46  
პრევენცია, 6, 8, 12, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 28, 29, 32, 37, 46, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 64, 66  
პრობლემური მოხმარება, 23, 64  
რისკ-ჯგუფი, 34  
საინექციო ინსტრუმენტი, 26, 28  
საინექციო ხელსაწყოები, 42, 50  
საკოორდინაციო საბჭო,  
სამინისტრო, 8, 9, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 31, 33, 36, 42, 46, 47, 49, 52, 55, 56, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69  
სამოქმედო გეგმა, 9, 12, 48  
სასამართლო, 5, 7, 8, 11, 12, 47, 59, 60, 61, 63, 64  
სასკოლო, 19, 21  
სასჯელალსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 64, 65, 66  
სიკვდილობა, 13, 47  
სინთეტიკური, 61  
სინმინდე, 69  
სკოლა, 15, 19, 20  
სოციალური გარიყვა, 53  
სოციალური რეინტეგრაცია, 37, 52, 55  
სტაციონარული, 6, 14, 32, 33, 34, 50, 57, 65

სუბოქსონი, 35, 36  
სუბუტექსი, 6, 16, 17, 25, 69  
ფასი, 69  
ფლობა, 9  
ფსევდოფედრინი, 11, 69  
ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, 32, 37, 57, 58, 66  
ფსიქოტროპული, 9, 10, 11, 46, 64, 65  
შეფასება, 12, 17, 20, 67  
შიდსი, 18, 20, 21, 24, 28, 34, 38, 39, 40, 48, 49, 50, 58, 66  
შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 8, 11, 13, 21, 22, 31, 46, 47, 59, 61, 62, 63, 67, 68, 69  
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 8, 9, 11, 13, 21, 31, 33, 35, 47, 49  
ჩანაცვლებითი თერაპია, 6, 32, 35  
ციხე, 59, 65  
ხარჯი, 14, 36  
ჰეპატიტი, 16, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 51, 66  
ჰერონი, 6, 16, 17, 25, 26, 27, 28, 35, 67, 68, 69  
ჰოსპიტალიზაცია, 36

## აბრევიატურები

- აივ/შიდსი – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი/შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
- არვ – 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
- EUDAP – European Drug Prevention Program – ევროპის ნარკოტიკების ავადმობმარების პრევენციის პროგრამა
- GARP – Global AIDS Report – გლობალური ანგარიში შიდსის შესახებ
- GHPP – Georgian HIV Prevention Program – საქართველოს აივ-პრევენციის პროგრამა
- GHRN – Georgian Harm Reduction Network – ზმსქ – 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

## სხრილები

ცხრილი 1: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯები 2012-2014 წლებში (საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 2015) .....	14
ცხრილი 2: ბოლო 12 თვის მანძილზე ალკოჰოლისა და არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება სექსმუშაკ ქალებში, 2014 წელს (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა 2014).....	17
ცხრილი 3: ალკოჰოლისა და არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობა მსმ-ებს შორის (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა 2012) .....	17
ცხრილი 4: სამკურნალო დანესებულებების ლეგალური სტატუსი და დაფინანსების წყაროები.....	32
ცხრილი 5: 2014 წელს ნამკურნალევი პირთა ასაკობრივი და სქესის მიხედვით განაწილება (გამყრელიძე et al. 2014).....	34
ცხრილი 6: აბსტინენციაზე ორიენტირებული სამკურნალო პროგრამების პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები 2014 წელს, პროცენტებში (გამყრელიძე et al. 2014).....	36
ცხრილი 7: აივ პრევალენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015) .....	41
ცხრილი 8: HCV სანინაალმდეგო ანტივირუსული მკურნალობის განხორციელების დრო საქართველოში (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a).....	43
ცხრილი 9: სიფილისი ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის – ტესტირებულთა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით (გოგია 2014).....	46
ცხრილი 10: რეგისტრირებული ლეგალური ზედოზირების მაჩვენებლები (ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო, 2015).....	47
ცხრილი 11: ნალოქსონის ამპულების დარიგების დინამიკა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის (გოგია 2014).....	49

ცხრილი 12: პირველი ინსტანციის სასამართლოებში 2014 წელს ნარკოტიკულ დანაშაულთან დაკავშირებული განხილული საქმეების და პირების რაოდენობა (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2015) ..... 60

ცხრილი 13: იმ პირთა რაოდენობა, რომელთაც 2014 წელს ჩაუტარდათ ნარკოლოგიური შემოწმება შსს-ის საექსპერტო-კრიმინალისტიკურ მთავარ სამმართველოში (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2015)..... 61

ცხრილი 14: იმ პირთა რაოდენობა, სქესის მიხედვით, რომელთაც 2014 წელს ჩაუტარდათ ნარკოლოგიური შემოწმება შსს-ის საექსპერტო-კრიმინალისტიკურ მთავარ სამმართველოში (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2015) ..... 62

ცხრილი 15: 2014 წელს პირველი ინსტანციის სასამართლოებში საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის საფუძველზე გამოტანილი დადგენილებები (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2015)..... 64

ცხრილი 16: 2006-2014 წლებში უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებების (სუფთა ნივთიერებების) რაოდენობები (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო. 2007-2015)..... 69

## დიაგრამები

დიაგრამა 1: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ფსიქოაქტიური და ნარკოტიკული საშუალებების პრევალენტობა (გოგია 2014; გოგია 2015).....	25
დიაგრამა 2: ქალების მიერ ბოლო 30 დღის მანძილზე მოხმარებული ფსიქოაქტიური და ნარკოტიკული საშუალებები, 2014 წელი (გოგია 2015).....	25
დიაგრამა 3: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული და ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევალენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (გოგია 2015).....	26
დიაგრამა 4: ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ტენდენციები 2009, 2012 და 2015 წლებში (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა, 2015) .....	28
დიაგრამა 5: 2003-2014 წლებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული და ორთხამკურნალევი პაციენტები (გამყრელიძე et al. 2014).....	37
დიაგრამა 6: აივ/შიდსის ინციდენტობა (ახლადგამოვლენილი შემთხვევები) 2005-2014 წლებში, 100,000 სულ მოსახლეზე ზოგად პოპულაციაში (ჩხარტიშვილი, ჩოკოშვილი 2015) .....	39
დიაგრამა 7: აივ-ის გადაცემის გზები, 2012-2014 წწ, პროცენტებში (გამყრელიძე et al. 2014) .....	39
დიაგრამა 8: აივ პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარებლებში, 2014 (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015).....	40
დიაგრამა 9: აივ-ის პრევალენტობა %-ში ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებლებს შორის, 2009-2015 წლებში, ქალაქების მიხედვით (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015) .....	41
დიაგრამა 10: C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებლებს შორის - ჩატარებული ტესტირებისა და პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა (გოგია 2014) .....	44
დიაგრამა 11: B ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებელთა შორის - ტესტირებისა და გამოვლენილი დადებითი პასუხების რაოდენობა (გოგია 2014) .....	44

დიაგრამა 12: HCV პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებში (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2015).....	45
დიაგრამა 13: სიფილისის ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე 2012-2014 წლებში (გამყრელიძე et al. 2014).....	45
დიაგრამა 14: გავრცელებული ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობა წლების მიხედვით (გოგია 2014).....	51
დიაგრამა 15: ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა ყოველთვიური შემოსავალი ლარებში, პროცენტებში (საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი, 2012).....	54
დიაგრამა 16: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით მსჯავრდებული პირების რაოდენობის დინამიკა წლების მიხედვით, 2007-2014 წწ (საქართველოს უზენაესი სასამართლო, 2015).....	61
დიაგრამა 17: ნარკოლოგიური შემონმების შედეგად გამოვლენილი ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები 2007-2013-2014 წლებში (%) (ნაჩვენებია მონაცემები ხუთ ყველაზე ხშირად დაფიქსირებულ ნარკოტიკულ საშუალებასთან დაკავშირებით) (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2008, 2014, 2015) .....	63
დიაგრამა 18: ნარკოტიკებზე შემონმებული ადამიანებისა და დადებითი შედეგების რაოდენობა, 2006-2014 წწ (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2007-2015).....	63

“Addictology Standards in Georgia.” 2015. Tbilisi.

Inaba, Darryl, and William Cohen. 2014. *Uppers, Downers, All Arounders: Physical & Mental Effects of Psychoactive Drugs*. Seventh Ed. Medford, OR.

Levi, Jeffrey, Laura M. Segal, Anne De Blasi, and Alejandra Martin. 2015. *Reducing Teen Substance Misuse: What Really Works*. Trust for America’s Health.

National Institute of Drug Abuse. 2003. *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Rarents, Educators, and Community Leaders*. Second Edi. Bethesda, MD: National Institutes of Health, NIH Publication.

O’Connell, Mary Ellen, Thomas Boat, and Kenneth E. Warner, eds. 2009. *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. National Academies Press.

Saxena, Shekhar, Eva Jané Llopis, and Clemens Hosman. 2006. “Prevention of Mental and Behavioral Disorders: Implications for Policy and Practice.” *World Psychiatry* 5 (1): 5–14.

The National Centre on Addiction and Substance Abuse. 2015. “Guide for Policy Makers: Prevention Early Intervention and Treatment of Risky Substance Use and Addiction.” New York.

UNODC. 2015. “International Standards on Drug Use Prevention.” Vienna.

Wittchen, H.U., S. Behrendt, M. Höfler, A. Perkonigg, R. Lieb, G.E.E.A. Bühringer, and K. Beesdo. 2008. “What Are The High Risk Periods for Incident Substance Use and Transitions to Abuse and Dependence? Implications for Early Intervention and Prevention.” *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 17 (S1): S16–29.

ბექაურინინო. 2015. პერსონალური კომუნიკაცია. თბილისი.

გამყრელიძე ამირან, კერესელიძე მაია, ცინცაძე მანანა, ღამბაშიძე ქეთევან, შახნაზაროვა მარინა, ცეცხლაძე ნინო, გრძელიძე ნინო, et al. 2014. *ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი*.

გოგია მარინე. 2013. *ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, პროგრამული მონაცემები*. თბილისი.

———. 2014. *ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, პროგრამული მონაცემები 2013*. თბილისი.

———. 2015. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, პროგრამული მონაცემები 2014. თბილისი.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2015a. HCV სანინალმდეგო ანტივირუსული მკურნალობის განხორციელების დრო საქართველოში. <http://ncdc.ge/Category/Article/4339>.

———. 2015b. ფორმა IV-11. <http://ncdc.ge/Home/Search?str=%E1%83%A4%E1%83%9D%E1%83%A0%E1%83%9B%E1%83%90+IV-11>.

თოდაძე ხათუნა, მოსია სოფო. 2015. პერსონალური კომუნიკაცია. თბილისი.

კასრელიშვილივაჟა. 2015. სოციალური რეინტეგრაციის პოპულარიზაცია: სოციალური ბიუროების შექმნა ყოფილი პატიმრებისა და პრობაციონერებისთვის, ასევე გათავისუფლებამდელი პროგრამების გაუმჯობესება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში. თბილისი.

ლაბარტყავა კონსტანტინე. 2015. პერსონალური კომუნიკაცია.

ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო. 2015. თბილისი.

საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი. 2010. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში. თბილისი.

———. 2012a. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 6 ქალაქში. თბილისი.

———. 2012b. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში. თბილისი.

———. 2015a. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 6 ქალაქში. თბილისი.

———. 2015b. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში. თბილისი.

საერთაშორისო ფონდი კურაციო და სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა. 2012. აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები მსმ-ებს შორის საქართველოში. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა თბილისსა და ბათუმში. თბილისი.

———. 2014. აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები სექს-მუშაკებს შორის საქართველოს ორ ქალაქში. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა თბილისსა და ბათუმში. თბილისი.

———. 2015. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 7 ქალაქში. თბილისი.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. 2014. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. თბილისი.

———. 2015. თბილისი.

საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო. 2015. მართლმსაჯულების სექტორის რეფორმა. თბილისი: საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო.

საქართველოს მთავრობა. 2010. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №385. თბილისი.

საქართველოს პარლამენტი. 1997. საქართველოს კანონი საჯარო სამსახურის შესახებ.

საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო. 2015a. თბილისი.

———. 2015b. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2014 წლის ანგარიში. თბილისი.

———. 2015c. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს სისტემის სტატისტიკის წლიური ანგარიში 2014.

საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო. 2015. საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო. თბილისი.

საქართველოს უზენაესი სასამართლო. 2015. თბილისი.

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო. 2014. 2014 წლის ანგარიში საქართველოში ნარკოვითარების შესახებ. თბილისი.

———. 2015. თბილისი.

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2015. თბილისი.

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო. 2015. პირველი ყოველწლიური ანგარიში საქართველოში ახალ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებით არსებულ ვითარებაზე (1 მაისი, 2014 – 1 მაისი, 2015). თბილისი.

საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი. 2012. საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი; ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ახალგაზრდებში: აივ ინფექცია/შიდსთან მიმართებაში ცოდნის, დამოკიდებულებისა და ქცევის შესწავლა სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებში. თბილისი.

ფანჯიკიძე სალომე. 2015. პერსონალური კომუნიკაცია. თბილისი.

ჩოხელი მარინა. 2015. პერსონალური კომუნიკაცია. თბილისი.

ჩხარტიშვილი ნიკოლოზ, ჩოკოშვილი ოთარ. 2015. პერსონალური კომუნიკაცია.

ჯავახიშვილი დარეჯან, ოთიაშვილი დავით, ტაბატაძემზია, eds. 2013. ნარკოვითარება საქართველოში. თბილისი.



**დანართი 1: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი: ნარკოტიკული დანაშაული**

მუხლი #.	ნარკოტიკული დანაშაული	საწყვიტების დიაგნოზი
მუხლი 260	ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის, ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერების უკანონო დამზადება, წარმოება, შექმნა, შენახვა, გავრცელება, გადაცემა ან გასაღება	თავისუფლების აღკვეთა 6 თვიდან თავისუფლების უკიდრო აღკვეთამდე
მუხლი 261	ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების უკანონო დამზადება, წარმოება, შექმნა, შენახვა, გავრცელება, გადაცემა ან გასაღება <sup>20</sup>	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 12 წლამდე
მუხლი 262	საქართველოში ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის, პრეკურსორის ან ახალი ფსიქოტროპული ნივთიერების უკანონოდ შემოტანა, საქართველოდან უკანონოდ გატანა ან ტრანზიტით საერთაშორისო გადაზიდვა	თავისუფლების აღკვეთა 5 წლიდან თავისუფლების უკიდრო აღკვეთამდე
მუხლი 263	საქართველოში ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების დიდი ოდენობით უკანონოდ შემოტანა, საქართველოდან უკანონოდ გატანა ან ტრანზიტით საერთაშორისო გადაზიდვა	თავისუფლების აღკვეთა 2-დან 12 წლამდე ვადით
მუხლი 264	ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის, პრეკურსორის ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერების, ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების მართლსაწინააღმდეგო მისაყვთრება ან გამოძახვა	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 ნივთიერების, ფსიქოტროპული ნივთიერების ან მისი ანალოგის უკანონო წარმოებისათვის ფარული ლაბორატორიის მოწყობა ან შენახვა	თავისუფლების აღკვეთა 4-დან 12 წლამდე ვადით
მუხლი 267	ნარკოტიკული საშუალების შესაქმნად ყალბი რეცეპტის ან სხვა დოკუმენტის დამზადება გასაღების მიზნით ან გასაღება	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 13 წლამდე
მუხლი 268	ფსიქოტროპული ან ძლიერ მოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების შესაქმნად 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, გადარიცხვის, გადაცემის ან შემოტანის ნების დარღვევა	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 5 წლამდე
მუხლი 270	ფსიქოტროპული ან ძლიერმოქმედი ნარკოტიკული ნივთიერების დამზადების, წარმოების, მიღების, აღრიცხვის, შენახვის, გადაზიდვის, გადარიცხვის ან შემოტანის ნების დარღვევა	ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 2 წლამდე

<sup>20</sup> ნარკოტიკების სამედიცინო დანიშნულებით მოხმარება, რაც საქართველოს კანონმდებლობით შეზღუდულია ([http://police-ge/files/pdf/sakanomdeblo%20baza/9\\_Law\\_on\\_Narcotic\\_Assistance.pdf](http://police-ge/files/pdf/sakanomdeblo%20baza/9_Law_on_Narcotic_Assistance.pdf))

<p>მუხლი 271</p>	<p>ნარკოტიკული საშუალებების, მისი ანალოგის, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის უკანონოდ მოხმარებისათვის ბინის ან სხვა სადგომის დათმობა</p>	<p>ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 9 წლამდე</p>
<p>მუხლი 272</p>	<p>ნარკოტიკული საშუალებების, მისი ანალოგის, ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, ფსიქოტროპული ნივთიერების, მისი ანალოგის მოხმარებაზე დაყოფილება</p>	<p>ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 6 წლამდე</p>
<p>მუხლი 273</p>	<p>პირადი მოხმარებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის მცირე ოდენობით უკანონო დამზადება, შექმნა, შენახვა ანდა ექიმის დანიშნულების გარეშე უკანონოდ მოხმარება</p>	<p>ჯარიმა ან თავისუფლების აღკვეთა 1 წლამდე</p>
<p>მუხლი 274</p>	<p>იძულებითი მკურნალობისათვის თავის არიდება</p>	<p>თავისუფლების აღკვეთა ვადით 1 წლამდე</p>

## დანართი 2: ინფორმაცია სამკურნალო დაწესებულებების შესახებ

სამკურნალო დაწესებულება	მისამართი და საკონტაქტო პირი	მომსახურება	მოცულობა	მომსახურე პერსონალი	გამტარუნარიანობა (წელიწადში საშუალოდ რამდენი ინდივიდის მომსახურება შეუძლია დაწესებულებას)	მკურნალობის ფასი
ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკოტიკების პრევენციის ცენტრი	ქავთარაძის ქ. 21ა, თბილისი;	1. ორთ (სახელმწიფო, 14 ცენტრი, 6 თბილისში, 8 რეგიონებში); 2. სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია (სახელმწიფო და კერძო).	40 საწოლი	42 ექიმი-ნარკოლოგი; 68-მედეა; 11- სოციალური მუშაკი; 15 - ფსიქოლოგი;	ორთ გაიარა 2300 კლიენტმა; სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია – 363 კლიენტი - 132 სახელმწიფო და 231 კერძო სექტორში.	ორთ -215 ლარი (105 სახელმწიფო, 110 თანაგადახდა); სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი და აივშიდის დადებითი ინდივიდები- სთვის მომსახურება უფასოა; სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია კერძო სექტორში 2200- 2500 ლარი, სახელმწიფო პროგრამა - 2250 ლარი.
სამედიცინო ცენტრი „ურანტი“	შ. ნუცუბიძის V პლატო, 2ა კოორპუსი	სტაციონარული და ამბულატორიული დეტოქსიკაცია; პირველადი რეაბილიტაცია; ჩანაცვლებითი თერაპიის 4 ცენტრი; 2 პროგრამა ფინანსდება მსოფლიო ფონდის მხარდაჭერით, 4- სახელმწიფო პროგრამით (110 ლარი თვეში)	10 საწოლი, 800 კვ/მ	20 ექიმი-ნარკოლოგი; 25 მედეა; 6 ფსიქოლოგი; 4 სოციალური მუშაკი; 10 - ადმინისტრაციული პერსონალი;	1000 კლიენტი ჩანაცვლებით თერაპიაში; სტაციონარული მომსახურება - 15 კლიენტი თვეში;	სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია კერძო სექტორში 2200- 2500 ლარი, სახელმწიფო პროგრამა - 2250 ლარი.
კერძო კლინიკა	ზურაბ სისარულიძე					
სამედიცინო ცენტრი „ბემონი“	პ. ქავთარაძის ქ. 16, სამკურნალო კომპლექსის შენობა, მე-7 სართული	სტაციონარული და ამბულატორიული დეტოქსიკაცია; პირველადი რეაბილიტაცია;	5 საწოლი, 453 კვ/მ	5 - ექიმი-ნარკოლოგი; 9 - მედეა; 3 - ფსიქოლოგი; 2 - რეაბილიტაციის სპეციალისტი; 3 - ადმინისტრაციული პერსონალი;	სტაციონარული მომსახურება: 12-13 კლიენტი თვეში	დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის მაქსიმალური ფასი 5500 ლარი თვეში; სახელმწიფო პროგრამა: 2000 ლარი;
კერძო კლინიკა	ზაზა ჩიქოვანი	1 სახელმწიფო პროგრამა;				

ფონი ჭანტურის სახელობის სამედიცინო ცენტრი	თ. ერისთავის ქუჩა 3	სტაციონარული დეტექსი-აცია, პირველადი რეაბილიტაცია;	5 საწოლი;	1 - ფსიქოლოგი; 6 - ექიმი-ნარკოლოგი;	2013 წელს 47-მა კლიენტმა გაიარა დეტექსიციის კურსი (აქედან 2 - სახელმწიფო პროგრამით)	2250 ლარი სახელმწიფო პროგრამა; 2300-2500 ლარი - კერძო;
კერძო კლინიკა	მზია მუჯირიძე					
ნარკოლოგიური ცენტრი ბათუმში	ნ. ჯაყელის ქუჩა 44, ბათუმი.	სტაციონარული დეტექსი-აცია, პირველადი რეაბილიტაცია;	5 საწოლი;	5 - ექიმი ნარკოლოგი; 10 - მედდა; 1 - ფსიქოლოგი; 2 - სოციალური მუშაკი;	2013 წლის მანძილზე ცენტრი მოემსახურა 45 კლიენტს (31 კლიენტი სახელმწიფო პროგრამაში, 14 - კერძო სექტორში).	
საჯარო სამართლის იურიდიული პირი	ლია ჯინჭარაძე					
კლინიკა „ნეოგენი“	დავით ვადაჭკორია;	სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობა, დეტექსიაცია, პირველადი რეაბილიტაცია	14 საწოლი; 680qm	6 - ექიმი; 6 - მედდა; 1 - ფსიქოლოგი;		სახელმწიფო პროგრამა (2250 ლარი) და შიდა სტანდარტი;
კერძო კლინიკა						