

ნარპოვითარება
საქართველოში

2010

მოკლე მიმოხილვა

სელმეორედ გამოიცა დამოკიდებულების კვლევით ცენტრ ალტერნატივა ჯორჯიას მიერ
პროექტ “ჰუმანურობა პირველ რიგში” ფარგლებში

ავტორები

დარეჯან (ჯანა) ჯავახიშვილი, ფსიქოლოგი, „ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი”, თბილისი

ლელა სტურუა, ექიმი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მაგისტრი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტი, თბილისი

დავით ოთიაშვილი, ექიმი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი, არასამთავრობო ორგანიზაცია „ალტენრატივა ჯორჯია“, თბილისი; პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის დეპარტამენტის ადიეტოლოგიის ცენტრი, პრალა

ირმა კირთაძე, ექიმი, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი, არასამთავრობო ორგანიზაცია „ალტენრატივა ჯორჯია“, თბილისი

ტომაშ ზაბრანესკი, ექიმი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის დეპარტამენტის ადიეტოლოგიის ცენტრი, პრალა

პუბლიკაციის შინაარსი ასახავს მისი ავტორების ნააზრევს და
არ წარმოადგენს საქართველოს ოფიციალურ პოზიციას

ნაშრომი პირველად დაიბეჭდა უურნალ Adiktologie-ში (ჩეხეთის რესპუბლიკა).

ანგარიშის პირველი გამოცემა დააფინანსა ფონდმა გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში - თბილისი

დიზაინერი: გიორგი ბაგრატიონი

ISBN 978-9941-0-2248-7

თბილისი, 2011

სარჩევი

მადლობები	4
რეზიუმე	5
შესავალი	5
ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციასა და ახალგაზრდებში	6
ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება	7
მოთხოვნა მკურნალობაზე	8
ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები	9
ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილი	9
პრევენცია	10
მკურნალობა	10
ზიანის შემცირება	11
ნარკობაზარი და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდარღვევები	12
ნარკოკანონმდებლობა	13
ეროვნული სტრატეგია	14
კოორდინაცია	15
დასკვნები	16
ლიტერატურის სია	17

მადლობები

ავტორები მადლიერებას გამოუხატავენ ყველა იმ უწყებასა და ორგანიზაციას, რომელთაც მოგვაწოდეს ინფორმაცია პუბლიკაციის მომზადების პროცესში, კერძოდ:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრს, ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტს, შპს ნარკოლოგიურ ცენტრს (აჭარის რეგიონი), საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სტატისტიკისა და ინფორმატიზაციის განყოფილებას, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს სპეციალურ ოპერატორულ დეპარტამენტს, საქართველოს სასჯელალსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს, საქართველოს ეკონომიკისა და მდგრადი განვითარების სამინისტროს, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურს;

დარგში მოღვაწე არასამთავრობო ორგანიზაციებს: „ალტერნატივა ჯორჯია“, „ახალი გზა“, „ბემონი“, „თანადგომა“, „პეონი“, „ურანტი“, „ძალადობისაგან დაცვის ერვონული ქსელი“; საერთა-შორისო ორგანიზაციებს: „შიდსთან, ტუბერკულოზთან, და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდსა“ და ფონდს „ლია საზოგადოება – საქართველო“.

განსაკუთრებული მადლობა პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ცენტრს, რამდენადაც ნარკოვითარების მიმოხილვის მოცემული ვერსია შემუშავებულ იქნა მისი უშუალო მეთოდოლოგიური მხარდაჭერით, ჩეხეთის განათლების, ახალგაზრდობისა და სპროტის სამინისტროს მიერ დაფინანსებული პროექტის ფარგლებში.

მადლობა სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკულ პროგრამას, რომელიც საქართველოში ხორციელდებოდა 2001-2009 წლებში ევროკავშირის დაფინანსებით, გაეროს განვითარების პროგრამის მიერ, რამდენადაც ნაშრომში გამოყენებული სტრუქტურა შემუშავებულია ამ პროგრამის ფარგლებში.

მადლობა ფონდს „გლობალური ინციატივა ფსიქიატირაში – თბილისი“ (გიფ-თბილისი), მიმოხილვის პირველი გამოცემის მხარდაჭერისათვის.

დაბოლოს, მადლობა არასამთავრობო ორგანიზაცია „ალტერნატივა ჯორჯიას“ მიმოხილვის მეორედ გამოცემისათვის.

რეზიუმე

ნაშრომის მიზანია შეაჯამოს საქართველოს ამჟამინდელი ნარკოტიკების საკვანძო ას-პექტები. კერძოდ, იგი აღწერს ნარკოვითარების ძირითად მახასიათებლებსა და ტენდენციებს; აანალიზებს, თუ რამდენად შეესაბამება ქვეყანაში ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის საპასუხო ღონისძიებები არსებულ საჭიროებებს; ავლენს ნარკოტიკებზე ინფორმაციის თვალსაზრისით არ-სებულ ღიობებს.

ანგარიშის სტრუქტურა შეესატყვისება ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანის მონიტორ-ინგის ცენტრის (EMCDDA) სტანდარტებს და სიტუაციას აღწერს ნარკოპიდემიოლოგიის საკვანძო ინდიკატორების მიხედვით. ტექსტი წარმოადგენს ნარკოვითარებისა და შესაბამისი გამოწვევების ავტორისეულ ხედვას. იგი ეყრდნობა, ძირითადად, 2009 და 2010 წლების, ზოგიერთ შემთხვევაში კი, აგრეთვე, 2008 წლის მონაცემებს. ერთი მხრივ, ეს აიხსნება დარგში არსებული საინფორმაციო ღიობებით; მეორე მხრივ, ინფორმაციის შეგროვების სირთულით, რაც დაკავშირებულია კოორდი-ნაციისათვის აუცილებელი ინსტიტუციური მექანიზმების არარსებობასთან.

ანგარიში გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების სფეროში წინ-გადადგმული ნაბიჯებისა, ქვეყანაში ჯერ კიდევ არის რიგი პრობლემებისა, რომელიც მოითხოვს გადაუდებელ ყურადღებას ხელისუფლებისა და საზოგადოების მხრიდან. უპირეველს ყოვლისა, ეს ეხება შესაბამისი სამოქმედო გეგმითა და ბიუჯეტით გამაგრებული, დაბალანსებული სტრატეგიის არარსებობას (1), ნარკოტიკებზე მოთხოვნისა და მოწოდების შემცირების სფეროებს შორის კოორ-დინაციის მექანიზმების ნაკლებობას (2), პირველადი და მეორეული პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების არარსებობას (3), ხარვეზებს ნარკოკანონმდებლობაში და პრობლემის სამართლებრივი რეგულირების მექანიზმების უკმარობას (4), მკურნალობის მეთოდების განვითარების ცალმხრივო-ბასა და არადივერსიფირებულობას, არასაკმარის აქცენტს არამედიკამენტოზურ მკურნალო-ბასა და ფსიქო-სოციალურ რეაბილიტაციაზე (5), სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომების ცხოვრებაში გასატარებლად აუცილებელი ნარკოტიკების საინფორმაციო სისტემის ინსტიტუციური მექანიზმების არარსებობას (6).

საკვანძო სიტყვები:

საქართველო, ნარკოტიკებზე ინფორმაცია, ნარკოტიკების ავადმოხმარება, ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება, მოთხოვნა მკურნალობაზე, ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავ-შირებული ინფექციური დაავადებები, ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილი, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდარღვევები, ნარკოპოლიტიკა, ნარკოკანონმდებლობა, პრევენცია, მკურნალობა, ზიანის შემცირება.

შესავალი

საქართველო საპრეზიდენტო რესუბლიკაა. იგი მდებარეობს სამხრეთ კავკასიაში, შედგება 9 რეგიონისა და ერთი ავტონომიური რესპუბლიკისაგან. ორი რეგიონი – აფხაზეთი და ცხინვალის რეგიონი (ე.წ. სამხრეთ ოსეთი) მოწყვეტილია დანარჩენ ქვეყნას. გასული საუკუნის თოხმოცდაათიანი წლებიდან დაწყებული შიდასახელმწიფოებრივი კონფლიქტების შედეგად და 2008 წელს მომხდარი რუსეთ-საქართველოს ომის გამო ორივე რეგიონი *de facto* ოკუპირებულია რუსული ჯარების მიერ. დაახლეობით 288,000 ადამიანი არის იძულებით ადგილნაცვალი. საქართველოდან რუსეთში.

თბილისი საქართველოს დედაქალაქია, მისი მოსახლეობა შეადგენს დაახლოებით 1,253,000 ადამიანს. ქვეყნის ძირითადი ქალაქებია: ქუთაისი (241,100), რუსთავი (158,000), ბათუმი (137,100), ზუგდიდი (105,000), ჭიათურა (70,000) და ფოთი (50,900).

საქართველოში სახელმწიფო ენა ქართულია, აფხაზეთის ტერიტორიაზე – ქართული და აფხაზური. ძირითადი რელიგია – მართლმადიდებლობა; სხვა აღმსარებლობიდან ქვეყნაში ცხოვრობენ მუსლიმები (აჭარაში, პანკისის ხეობაში, დმანისის რაიონში), სომები გრეკორიანელები (სამცხე-ჯავახეთში), კათოლიკები, ბატისტები და იუდეველი ებრაელები.

1991 წელს საბჭოთა კავშირის შემადგენლობიდან გასვლისა და დამოუკიდებულობის მოპოვებასთან ერთად, საქართველომ განიცადა მყისიერი პოლიტიკური, ეკონომიკური, სოციალური ცვლილებები. სხვა ცვლილებათა შორის, დივერსიფიცირდა საზოგადოების განწყობები ნარკოტიკების მიმართ. საბჭოთა დექტატურიდან განთავისუფლების შემდეგ, პოლიტიკური, სოციალური და საგაჭრო კონტროლის შესუსტების პირობებში, 90-იან წლებში ქვეყნაში დრამატულად გაიზარდა ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვა და მოხმარება. იმ ფაქტორებიდან, რომელთაც დღეისათვის წვლილი შეაქვთ ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვაში, გამოყოფთ შემდეგს:

– საქართველო, ისევე როგორც მთლიანად სამხრეთ კავკასია, წარმოადგენს ბუნებრივ კორიდორს აზია-სა და ევროპას შორის, სხვადასხვა სავაჭრო საქონლის, მათ შორის ნარკოტიკების, გადასაზიდად;

– ორი მოუგვარებელი კონფლიქტი ზღუდავს ქვეყნის უნარს გააკონტროლოს თავისი ტერიტორია და საზღვრები;

– საბჭოთა, რეპრესიებზე დაფუძნებული, სისტემის ინერცია ანელებს და ართულებს დაბალანსებული, პრაგმატული ნარკოპოლიტიკის და სტრატეგიის შექმნას და შესაბამისად, ქვეყნაში ნარკოტიკების პრობლემის საპასუხო ღონისძიებების ეფექტური სისტემის განვითარებას.



დიაგრამა 1: საქართველოს რუკა

ცხრილი 1: ძირითადი მონაცემები (www.geostat.ge)

	წელი	საქართველო	ინფორმაციის წყარო
მოსახლეობა	2009	4.4 million	საქართველო სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
მშპ ერთ სულ მოსახლეზე მიმდინარე ფასებში ¹	2009	4101.3	საქართველო სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
შემოსავლების განაწილების უთანაპირობა ²			მონაცემი არ მოიპოვება
უმუშევრობის მაჩვენებელი ³	2009	16.9%	საქართველო სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
ცოხის პოპულაცია	2009	21,075 პირი	საქართველო სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
საშუალო თვიური ნომინალური ხელფასი	2009	556.8 ლარი	საქართველო სტატისტიკის ეროვნული სამსახური
მოსახლეობის სიღარიბის მაჩვენებელი	2009	21%	საქართველო სტატისტიკის ეროვნული სამსახური

1 მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ) ეკონომიკური აქტივობის მაჩვენებელია. ის განისაზღვრება, როგორც ყველა წარმობული საქონლისა და სერვისის ღირებულებას გამოკლებული მათი წარმოებისათვის გახარჯული ნებისმიერი საქონლისა და სერვისის ღირებულება.

2 შემოსავლების განაწილების არათანაპირობა იზომება, როგორც მიმართება უმაღლესი შემოსავლების მქონე პოპულაციის 20%-ის საერთო შემოსავალსა და ყველაზე დაბალი შემოსავლების მქონე პოპულაციის 20%-ის შემოსავალს შორის.

3 უმუშევრობის მაჩვენებელი ასახავს ქვეყნაში არსებული სამუშაო ძალის იმ ნაწილს, რომელიც დაუსაქმებელია. უმუშევრარი პირები წარმოადგენენ 15-დან 74 წლამდე ასაკის პირებს, ვისაც: ა. არა აქვს სამსახური იმ დროს, როცა კვლევა მიმდინარეობდა; ბ. მზად არიან იმუშაონ; გ. აქტიურად ეძებენ სამსახურს.

ნარკოტიკების მოხმარევაზოგად კონულაციასა და ახალგაზრდები

საქართველოში დღეისათვის არ მოიპოვება სანდო მონაცემები ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების გავრცელებაზე თუ ავადმოხმარების სხვადასხვა ფორმაზე. შედარებით მეტი ინფორმაცია გვაქვს ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების თაობაზე (იხ. ქვევით). ქართულ მედიაში პერიოდულად ჟღერდება არარეალისტურად მაღალი ციფრები ნარკომოხმარებაზე, რომელიც არ ანსხვავებს მოხმარების სხვადასხვა ფორმას და არ ეყრდნობა სანდო და გამჭვირავლე საინფორმაციო წყაროებსა თუ შეფასების საემცნიერო მეთოდებს. დღემდე არ ჩატარებულა კვლევა ზოგად პოპულაციაში ნარკომოხმარების მასშტაბის დასადგენად არც ეროვნულ, არც ადგილობრივ (ქვეყნის ერთ რომელიმე ცალკე აღებულ ქალაქსა თუ რეგიონში) დონეზე.

ახალგაზრდებში პრობლემის შესასწავლად, სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის მიერ, 2009 წელს ინიციირებულ იქნა ახალგაზრდობის გამოკითხვა, რომელიც დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მიერ განხორციელდა¹ (Baramidze & Sturua, 2009). კვლევა ჩატარდა საერთაშორისო სტანდარტების დაცვით, კერძოდ, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ევროპის სასკოლო პროგრამის გამოკითხვის (ESPAD) მეთოდოლოგიის ქართულ სინადმვილესთან ადაპტირებული ვერსიის საშუალებით.

კველევის შედეგების თანახმად, ამა თუ იმ ნარკოტიკული საშუალების ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარების თვალსაზრისით, გამოკითხულ ახალგაზრდათა შორის სურათი შემდეგნაირია: მარიხუანა – რესპონდენტების 17%, ექსტაზი – 7.5%, ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორები – 2%, კურე-კოკაინი – 1.1%, ჰეროინი – 1%, კოკაინის ფხვნილი – 0.6%. სულ რამდენიმე რესპონდენტმა აღიარა ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ანაბოლიური სტეროიდებისა თუ ნარკოტიკული საშუალებების ინექციურად მოხმარება. გამოკითხული რესპონდენტებისათვის, ცხოვრების მანძილზე არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების პრევალენტობის მაჩვენებელი იყო 20%, აქედან – 33% ვაჟი და 8% გოგონა² (Baramidze & Sturua, 2009).

1 მონაცემები შეგროვებული იყო 2009 წლის თებერვალში, სამიზნე ჯგუფს ნარმოადგენდა მე-10-ე კლასის მოსწავლეები თბილისში (რომელთა 93% დაბადებლი იყო 1992 წელს), რომელთა საშუალო ასაკი იყო 16.1 წელი მონაცემთა შეგროვების მომენტში.

2 მოყვანილი თითოეული მონაცემის შესაბამისი სტატისტიკური შეცდომის მაჩვენებელია ±5%.

რესპონდენტების შერჩევა რეპრეზენტაციული იყო თბილისის ახალგაზრდა პოპულაციისა და შესაბამისად, მონაცემებიც მათთვის დამახასიათებელ სურათს გვიხატავს. აქედან გამომდინარე, კვლევის შედეგებს ვერ განვაზოგადებთ საქართველოს ახალგაზრდებაზე. 2011 წელს საქართველო ESPAD-ის ძირითად მიმდინარებასთან მიერთებას და ეროვნული მასშტაბის გამოკითხვის ჩატარებას გეგმავს.

ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარევა

როგორც ზემოთ ვახსენეთ, ქართულ საზოგადოებასა თუ მედიაში ნარკოტიკების მოხმარების თაობაზე ხშირად გაულერებული მაღალი ციფრები არ ეყრდნობა რაიმე სამეცნიერო მტკიცებულებასა თუ მეთოდოლოგიას. 2009 წელს, სიტუაციის გარკვევის მიზნით, შემდგომი გაზვიადებისა და გაუგებრობების თავიდან ასაცილებლად, გადაიდგა სასრგებლო ნაბიჯები: სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის (SCAD) ფარგლებში, არასამთავრობო ორგანიზაცია „ბემონის“ მიერ ჩატარდა „ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობის კვლევა Multiplier/Benchmark-ის მეთოდის საშუალებით“ (სირბილაძე, 2010); აივ/შიდსის ეროვნული საკონდინაციო მექანიზმა ორგანიზება გაუნია ექსპერტთა შეხვედრას, სადაც კვლევის შედეგების განხილვის საფუძველზე, შედგა ექსპერტთა კონსენსუსი ქვეყანში ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების მასშტაბის თაობაზე.

მიღწეული კონსენსუსის თანახმად, საქართველოში ამჟამად დაახლოებით 40,000 ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელია (95% CI: 39,000-41,000), ანუ 15-დან 64 წლამდე მოსახლეობის 1.5% (1.48%-1.52%). ზოგადად, ნაგულისხმევია, რომ საქართველოში ნარკოტიკების ყველა პრობლემური მომხმარებელი ინექციური მომხმარებელია (სირბილაძე, 2010).

ქვეყანაში ინექციურად ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნარკოტიკები ოპიოიდების ჯგუფს განეკუთვნება; ამ მხრივ, ჰეროინს ნამყვანი პოზიციები ეყავა 2004 წლამდე; 2004 წლიდან ბუპრენორფინმა, Subutex®-ის სახით, დაიწყო პრევალირება (ჯავახიშვილი და სხვ., 2006). Subutex®-ი, ჩვეულებრივ, ფართოდ გამოიყენება ჩანაცვლებით თერაპიაში ოპიოიდებზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ ეპროკავშირის ქვეყნებში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ავსტრალიაში, ინდოეთში, ჩინეთში. საქართველოში Subutex® 2010 წლამდე არ იყო რეგისტრირებული სამკურნალო მიზნებისათვის, მავ ბაზარზე საზღვარგარეთიდან შე-

მოდიოდა და ერთგვარ კონკურენციას უწევდა ჰეროინს ნარკოტიკების არალეგალური ბრუნვის ასპარეზზე.

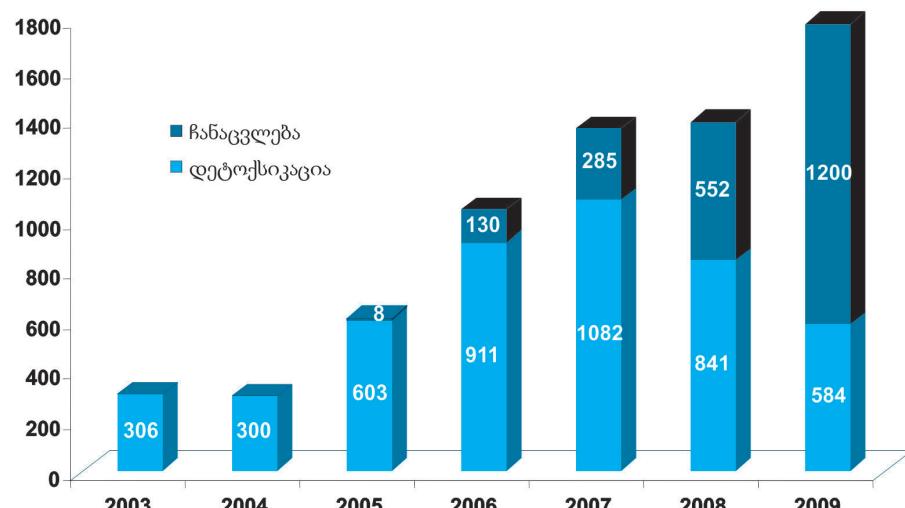
ნარკოლოგიური კლინიკების 2007 წლის მონაცემებით, იმხანად ნამკურნალევ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა დაახლოებით ერთმა მესამედმა კლინიკებს სამკურნალოდ სწორედ Subutex®-ზე დამოკიდებულების გამო მიმართა (ვადაჭყორია, 2008; Otiashvili et al, 2008b). 2008 წლის ბოლოდან, საველე დაკვირვების მონაცემებით, Subutex®-ის მოხმარებამ ნელ-ნელა კლება იწყო. იგი უფრო ადვილად ხელმისაწვდომმა საინექციო საშუალებებმა შეცვალა. კერძოდ, გავრცელება იწყო თვით-ნაკეთმა სტიმულატორებმა, რომელსაც ამზადებენ აფთიაქებში რეცეპტის გარეშე გაყიდვაში არსებული ფსევდო-ეფედრინის ან ფენოლპროპანოლამინის შემცველი ხველებისა და ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებიდან (Kirtadze et al, 2010). ამ გზით დამზადებული საინექციო სითხე შეიცავს მეტამფეტამინს (ქუჩის სახელი „ვინტი“ ან „ბალტუშა“, ხანგრძლივი მოქმედების სტიმულატორი, მომზადებული ფსევდო-ეფედრინის აღდგენის გზით) ან მეტკატინონს (ქუჩის სახელი „ჯეფი“, ხანმოკლე მოქმედების სტიმულატორი, მომზადებული ფსევდო-ეფედრინის უანგვის გზით). სხვა ამფეტამინების (გარდა ზემოხსენებული ორისა) და კოკაინის მოხმარება ქვეყანაში უმნიშვნელოა (ჯავახიშვილი და სხვ..., 2009).

მოთხოვნა მკურნალობაზე

2009 წელს საქართველოში მოქმედებდა 5 ნარკოლოგიური კლინიკა, სადაც მომსახურების ძირითადი მეთოდი იყო ხანმოკლე და საშუ-

ალ ხანგრძლივობის დეტოქსიკაცია, მცირედი შემდგომი სამედიცინო და ფსიქო-სოციალური დახმარებით, ან მის გარეშე (ჩიქოვანი და სხვ., 2010). 2009 წელს დეტოქსიკაციური თერაპიით ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობა იყო 584 პირი (2008 წელს – 841, 2007 წელს – 1092). ნარკოლოგიური კლინიკების პაციენტთა უმრავლესობა (მაგალითად, 2009 წელს ნამკურნალევი 584 პირიდან 402) თავსდება 25-დან 39 წლამდე ასაკობრივ ინტერვალში და მამრობითი სქესისაა. 2009 წელს ნარკოლოგიურ კლინიკებში მკურნალობა გაიარა სულ 12-მა ქალმა. დეტოქსიკაციური მკურნალობისაგან განსხვავებით, ჩანაცვლებითი თერაპიის მასშტაბი, ამ უკანასკნელი წლების განმავლობაში, ქვეყანაში გაიზარდა. მეთადონით ჩანაცვლებით მკურნალობაში 2009 წლის ბოლოსათვის ჩართული იყო 1200 პაციენტი. 2010 წლის იანვრიდან, 60 პაციენტისათვის, თბილისში, დაიწყო ჩანაცვლებითი თერაპია Suboxone®-ის გამოყენებით (წამალი, ნაწარმოები ბუპრენორფინისა და ნალოქსონისაგან, რომელიც მოწოდებულია შეამცრიოს ბუპრენორფინის არასამედიცინო ინექციური მოხმრება).

ტრადიციულად, ნარკოლოგიურ კლინიკებში მომართულ პაციენტთა უმრავლესობა ოპიოიდებზე, ძირითადად – ჰეროინზე, იყო ხოლმე დამოკიდებული. 2008 წლიდან გაიზარდა იმ პაციენტთა ხვედრითი წილი, ვინც თვითნაკეთ მეტამფეტამინსა და მეტკატინონს მოხმარს (თოდაძე და სხვ., 2008). დეტოქსიკაციური მკურნალობის შემთხვევების უმრავლესობას ადგილი აქვს თბილისში (ნამკურნალევი შემთხვევების 94.5% – 2009 წელს, 97.4% – 2008 წელს, 93% – 2007 წელს). ნამკურნალევი პაციენტების უმნიშვნელო წილი მოდის აჭარის რეგიონზე: 5.5% 2009 წელს, 2.2% – 2008 წელს, 7% – 2005 წელს.



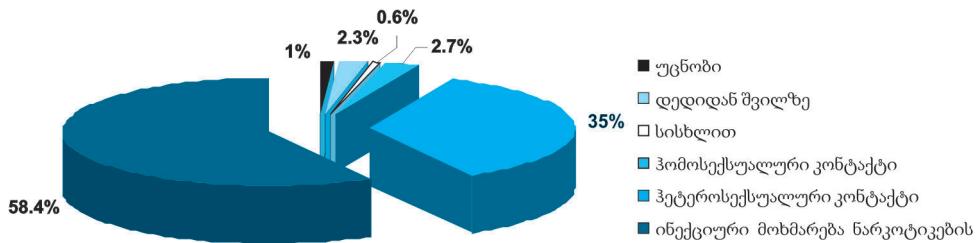
დიაგრამა 2: პაციენტები ნამკურნალევი საქართველოს ნარკოლოგიურ კლინიკებში, 2003 – 2009 წლებში (თოდაძე, 2009, სტურუა, 2010)

2010 წლის აგვისტოსათვის საქართველოს ინფექციური დაავადებების, აივ/შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევით ცენტრში რეგისტრირებული იყო აივ-ით ინფიცირების 2497 შემთხვევა, აქედან 1849 (75%) მამაკაცი და 648 (25%) ქალი. პაციენტების უმრავლესობა (60%) იყო 29-დან 40 წლამდე ასაკობრივ ინ-ტერვალში დიაგნოზის დასმის მომენტში. 1369-ს განუვითარდა შიდსი, აქედან 583 გარდაიცვალა.

ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება აივ ინ-

ფექციის გადატანის ყველაზე ხშირი გზაა რეგისტრირებულთა შორის (58.4%). სხვა გადატანის გზებია: ჰეტეროსექსუალური (35%), დედიდან შვილზე (2.3%), ჰომოსექსუალური (2.7%), დაუდგენელი (1.0%), სისხლის გზით (0.6%). შიდსის ცენტრის მონაცემებით, აივ-ის ჰეტეროსექსუალური გზით გადაცემის შემთხვევათა 2/3 ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების სქესობრივ პარტნიორებზე მოდის (შიდსის ცენტრი, 2010).

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის, აივ პრევალენტობა ვარირებს 1.5%-დან 4.5%-მდე, გამომდინარე სამიზნე ჯგუფის ადგილმდებარეობიდან (ჩიქოვანი და სხვ., 2010).



დიაგრამა 3: აივ პოზიტიურ შემთხვევებში ინფექციის გადატანის გზები საქართველოში (შიდსის ცენტრი, 2010)

უკანასკნელ ხანებში ჩატარებული კვლევის თანახმად, C ჰეტეროტიტის ვირუსის (HCV) პრევალენტობა აივ-დადებით პაციენტების შორის არის 48.6%. ამავე კვლევის მიხედვით, აივ-დადებითი მამაკაცები უფრო ხშირად იყვნენ კონფიდირებული C ჰეტეროტიტის ვირუსით, ვიდრე აივ-დადებითი ქალები (60.8% და 18.0%, შესაბამისად). HCV პრევალენტობა აივ-დადებით ინექციურ მომხმარებლებში იყო 73.4%. C ჰეტეროტიტის ვირუსით ინფიცირების ალბათობა აივ-დადებითი ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლებისათვის იყო 3.25 (95% CI; CL--1.89-5.26; p<0.01). ამავე კვლევის თანახმად, B ჰეტეროტიტის ანტისხეულების (anti-HBV) პრევალენტობა აივ-დადებით პირებს შორის იყო 43.42% (76/175), ხოლო ქრონიკული HBV ინფექცია (HBsAg დადებითი) გამოვლინდა შემთხვევათა 6.86%-ში (12/175). HBsAg-ს პრევალენტობა იყო 8.51% ინექციურ მომხმარებლებში და 5.26% არამომხმარებლებში. სამმაგი ინფექცია (აივ, ჰეტეროტიტი C და ქრონიკული ჰეტეროტიტი B) აღმოჩენილ იქნა 9 პაციენტში (5.14%). ინფექციები დაკავშირებული იყო ინექციურ მომხმარებასთან (ძირითადად, საინექციო ხელსაწყოების გაზიარებასთან) შემთხვევათა 88.88%-ში (ბაზრიძე და სხვ., 2008).

2009 წელს ზიანის შემცირების პროგრამების სერვისების მომხმარებელი 2077 ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლიდან, რომელიც ტესტირებული იყვნენ აივ-სა და C ჰეტეროტიტება ყოფლითი ტესტირებისა და კონსულტირების ცენტრებში, აივ-დადებითი აღმოჩნდა

23 პირი (1.1%), ჰეტეროტიტ-С-პოზიტიური - 999 პირი (48%) (ოთაშვილი, 2010).

ნარკოტიკების მოხმარევასთან დაკავშირებული სიკვდილი

1999 წლიდან 2007 წლამდე საქართველოში არ ხდებოდა ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის რეგისტრაცია. 2004 წელს, იუსტიციის სამინისტროსთან, დაარსებულ იქნა სასამართლო ექსპერტიზის ბიურო, რომელმაც განახლა ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის რეგისტრაცია, ჯერჯერობით, მხოლოდ თბილისში. 2009 წელს ბიუროს მიერ იქნა შესწავლილი ნარკოტიკების ზედოზირებით გარდაცვალების 19 შემთხვევა (არაბუნებრივი სიკვდილის შემთხვევათა 0.8%), 2008 წელს – 28 შემთხვევა, 2007 წელს – 39. მონაცემების შეგროვების სისტემა არ იძლევა იმ ნარკოტიკის იდენტიფიცირების საშუალებას, რომელიც სიკვდილის მიზეზი გახდა. მიუხედავად ამისა, ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილის შემთხვევათა რეგისტრაცია თბილისში მნიშვნელოვანი წინ გადადგმული ნაბიჯია: იგი გვაძლევს საშუალებას, რომ გაგრძელდეს მუშაობა ქვეყანაში ამ მიმართულებით აღრიცხვიანობის სისტემის დასახვენად, დაფარვის არეალისა და მონაცემების შეგროვების ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით.

2004 წელს, სამხრეთ კავკასიის ანტი-

არკოტიკული პროგრამის (SCAD) ფარგლებში შეიქმნა სპეციალური სამუშაო ჯგუფი, რომელ-მაც ჩატარა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის კვლევა ნარკოლოგიური საინფორმაციო ბაზისა და სიკვდილიანობის სახელმწიფო ბაზის შედარების საფუძველზე. კვლევა ჩატარებულ იქნა საქართველოს ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის მიერ. შედეგების თანახმად, 2003 წელს, 18-დან 54 წლამდე ასაკის მამაკაცებში, რომელთაც ცხოვრებაში ერთხელ მაინც დაუდგინდათ ამათუ იმ ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება, სიკვდილიანობა მინიმუმ ორჯერ აღემატებოდა სიკვდილიანობას იმავე ასაკის მამაკაცებში, რომელნიც არ იყვნენ შემჩნეული ნარკოტიკების მოხამრებაში (ჯავახიშვილი და სხვ., 2006).

პრევენცია

1995 წლიდან არასამთავრობო სექტორმა დაიწყო პირველადი პრევენციის, მოკრძალებული მასშტაბის, თემზე ორიენტირებული და სასკოლო პროგრამების განხორციელება ქვეყანაში. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო წლების მანძილზე ახორციელებდა პრევენციის სახელმწიფო პროგრამას, მაგრამ მისი ძირითადი კომპონენტი მხოლოდ და მხოლოდ პოლიციის მიერ ეჭვმიტანილ პირთა ნარკოტიკესტირება იყო.

ადრეული 90-იანებიდან დღემდე, როგორც სახელმწიფოს, ასევე საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების მხრიდან, არასაკმარისი ყურადღება ეთმობა წამალდამოკიდებულების პირველად პრევენციას. პერიოდულად ტარდებოდა და ტარდება ფრაგმენტული აქტივობები, ხარისხის კონტროლის მექანიზმების გარეშე, ლიმიტირებული დაფინანსების პირობებში, ბენეფიციართა შეზღუდული რაოდენობისათვის: 2005 წელს – 100 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – 10,000 ევრო; 2006 წელს: 30 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – 20,000 ევრო; 2007 წელს: 200 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – დაახლოებით 100,000 ევრო; 2009 წელს – 60 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – 10,000 ევრო.

განათლების ეროვნულ გეგმაში დღეისათვის არ არის ინტეგრირებული ნარკოტიკების პირველად პრევენციაზე მიმართული სათანადო კურიკულუმი: საქართველოში დღეს არსებულ უმაღლეს სასწავლებლებიდან არც ერთში არ ხდება მომავალი პედაგოგების, უურნალისტე-

ბის, ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკებისათუ სხვა რელევანტური სპეციალობის სტუდენტების განათლება ნარკოტიკების ავადმოხმარების პრევენციის საკითხებში. ახალი ინიციატივა, რომელსაც ერთობლივად ახორციელებენ პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტი, ქართული არასამთავრობო ორგანიზაცია ალტერნატივა ჯორჯია და აი-ბი კავკასიური უნივერსიტეტი, მონოდებულია შეკვეთის ეს ლიობი, შეიმუშავოს და განავითაროს ნარკოტიკების ავადმოხმარების პირველადი და მეორეული პრევენციის კურიკულუმი საუნივერსიტეტო სწავლებისათვის.

მკურნალობა

საბჭოთა კავშირის დანგრევისა და ქვეყნის განთავისუფლების შემდეგ, 90-იანების დასაწყისში, ქვეყანაში გაიხსნა ორი ნარკოლოგიური კლინიკა – ერთი სახემწიფო (ნარკოლოგიის ინსტიტუტის სტაციონარი) და ერთიც კერძო (კლინიკა „ბემონი“). ორივე კლინიკის გამტარუნარიანობა უაღრესად ლიმიტირებული იყო: ნარკოლოგიის ინსტიტუტს სულ 25 საწოლი ჰქონდა, „ბემონს“ კი – 6. ორივე კლინიკა პაციენტებს სთავაზობდა ფარმაკოლოგიურ მკურნალობას და მოკლევადიან ფსიქოთერაპიას. მას მერე ქვეყანაში მკურნალობის შესაძლებლობები შედარებით გაიზარდა: ამჟამად მოქმედებს 5 კლინიკა, 60 საწოლი, შესაძლებელია წელიწადში 1000 პაციენტისათვის დეტოქსიკაციური თერაპიის ჩატარება.

მკურნალობა დღესაც განიცდის საბჭოთა ნარკოლოგიის ბიოსამედიცინო მოდელის ინერციის და ნაკლებად აკეთებს აქცენტს პაციენტის (და, შესაბამისად, დაავადების) ფსიქოლოგიურ, ქცევით, სოციალურ და სულიერ განზომილებებზე. ჩვეულებრივ, იგი ლიმიტირებულია ორკვირიანი დეტოქსიკაციის კურსით, რომელსაც განერის შემდგომ მოყვება ერთიდან ექვმდე ამბულატორიული მკურნალობა. პაციენტების უმრავლესობა ტოვებს ამბულატორიულ მკურნალობას პირველ თვეშივე, რამდენადაც, ერთი მხრივ, თვლიან, რომ უბრალო დეტოქსიკაციის კურსი საკმარისია მათი მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად; მეორე მხრივ, იმიტომ, რომ უჭირთ მკურნალობის საფასურის – 2000 ლარის გადახდა. ამის გამო, აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა საქართველოში ნაკლებად ეფექტურია, არ ახდენს დიდ გავლენას ნამაღლდამოკიდებულთა მდგომარეობაზე, აქ ძალიან მაღალია რეციდივის მაჩვენებლები.

ნარკოლოგიური კლინიკების მკურნალობის

თითქმის ყველა სერვისის საფასურს, რომელიც უკიდურესად ძვირია, იხდიან თვით პაციენტები. ფასი 1000-დან 1500 დოლარამდეა. 2009 წელს სახელმწიფომ დაფარა მხოლოდ 78 პირის მკურნალობის საფასური (ჩიქვანი და სხვ., 2010)

ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპია ქვეყანში დაიწყო 2005 წლიდან. იმხანად მას მთლიანად აფინანსებდა შიდსთან, მაღარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდი. იმ დროს ეს იყო ერთდაერთი უფასო მკურნალობა წამალდამოკიდებულთათვის. აღიარა რა ჩანაცვლებითი თერაპიის დადებითი ეფექტი, სახელმწიფომ 2008 წლიდან დაიწყო პროგრამის თანადაფინანსება. სახელმწიფო ჩანაცვლებით პროგრამებში მეთადონის ღირებულებას ფარვს, ხოლო პაციენტები იხდიან სერვისის ღირებულებას – ღლეისათვის 150 ლარს თვეში. ამან განაპირობა მკურნალობის მისაწვდომობისა და შესაბამისად, მასშტაბის, მნიშველოვანი ზრდა. 2010 წლის პირველი იანვრისათვის ჩანაცვლებით თერაპიაში ქვეყნის მასშტაბით ჩართული იყო 1200 პირი, აქედან 400 – გლობალური ფონდის, ხოლო 800 – სახელმწიფო პროგრამაში. ქვეყნის 8 რეგიონში მოქმედებდა 14 ჩანაცვლებითი პროგრამა, აქედან ერთერთი – პენიტენციურ დაწესებულებაში, მკაცრი რეჟიმის ციხე №8-ში.

ამჟამად, გლობალური ფონდი ახორციელებს ჩანაცვლებით პროგრამებს თბილისში, გორსა და №8 პენიტენციური სისტემის დაწესებულებაში. ეს პროგრამები პაციენტებისათვის სრულიად უფასოა. სახელმწიფო პროგრამა ოპერირებს თბილისა და ქვეყნის 7 რეგიონში.

ფსიქოთერაპიული სერვისი არასაკმარისად არის განვითარებული ქვეყანაში: შეინიშნება სათანადო მომზადებული პროფესიული კადრების ნაკლებობა, არ არსებობს ინსტიტუციური მექანიზმები, რომლებიც სპეციალისტების მომზადებას უზრუნველყოფს; შესაბამისად, მიდგომები, რომლებიც გამოიყენება, ხშირად არ ეფუძნება სამეცნიერო მტკიცებულებებს და გაეროს შესაბამისი სტრუქტურების გზამკვლევებს (WHO, UNODC & UNAIDS, 2008). არც პროფესიონალთა ლიცენზირების მექანიზმებია ადგილზე. საზოგადოდ, ქვეყანაში არ არსებობს ნარკოლოგიური მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმები.

რომ შევაჯამოთ, მკურნალობის ფორმები არადივერსიფიცირებული და მნირია, მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფა არ ხდება, მკურნალობა ძალიან ძვირია – ყოველივე ეს ხელს უშლის თერაპიის პროცესში პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებების და მკურნალობის შედეგით მისი კმაყოფილების გათვალისწინებას. კვლევის თანახმად, ნარკოლოგიური

დაწესებულებების უმრავლესობისათვის მკურნალობის მიზანი აბსტინენციის მიღწევაა, ხოლო მკურნალობის ეფექტურობის წამყვანი ინდიკატორი – აბსტინენციის ხანგრძლივობა, მაშინ, როდესაც პაციენტისათვის წამყვანი ინდიკატორი ცხოვრების ხარისხია, რაც იგნორირებულია სერვისის უზრუნველყოფი ორგანიზაციებისა და პროფესიონალების მხრიდან (თოდაძე და სხვ., 2008; ჩირიკაშვილი და სხვ., 2008).

ზიანის შემცირება

ზიანის შემცირება ქვეყანაში შედარებით მეტად განვითარებული მიმართულებაა. ამგვარი სიტუაცია ზიანის შემცირებისადმი დონორთა გლობალური ფონდი, გაეროს სხვა ორგანიზაციები, ევროკავშირი და მისი წევრი ქვეყნები, ღია საზოგადოების ინსტიტუტი და სხვ.) განსაკუთრებული ყურადღებით აიხსნება, აივ-შიდსის საშიშორების გამო, რომელიც სწრაფად ვრცელდება პოსტ-საბჭოთა სივრცეში; ეპიდემიამ განსაკუთრებით დიდ მასშტაბებს მიაღწია რუსეთსა და უკრაინაში, ისევე როგორც რამდენიმე სხვა პოსტსაბჭოთა ქვეყანაში (UNAIDS 2008). საერთაშორისო დონორების განსაკუთრებული ყურადღების მაჩვენებელია ამ სფეროში მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების რაოდენობის ზრდა. სახელმწიფოს მხრიდან ზაიანის შემცირების დარგში მომუშავე ორგანიზაციათა დაფინანსება ამჟამად არ ხდება და არც უახლოეს მომავალში მოიაზრება. ეს კითხვის ნიშნის ქვეშ აყენებს ავი-შიდსისა და სისხლის გზით გადამდები სხვა ინფექციების პრევენციის მდგრადობას.

2009 წელს ზიანის შემცირების პროგრამები საქართველოში მოემსახურა 4000 მოსარგებლებს, რომელთა უზრუნველყოფა ხდებოდა შემდეგით: სათანადო ინფორმაციის მიწოდება და საკითხზე გათვითცნობიერება, სტერილური საინექციო ხელსაწყოების, პრეზერვატივების, ნალოქსონის (როგორც ზედოზირების პრევენციის საშუალების) დარიგება, უფასო ტესტირებითა და კონსულტირებით უზრუნველყოფა (კირთაძე, 2010ა). 2006 წელს ზიანის შემცირების დარგში მომუშავე შვიდმა არასამთავრობო ორგანიზაციამ შექმნა საქართველოს ზიანის შემცირების ეროვნული ქსელი. 2010 წლისათვის ქსელი უკვე 15 ორგანიზაციას აერთიანებდა. გასული ორი წლის განმავლობაში, ზიანის შემცირების ქსელის წევრმა ორგანიზაციებმა გაამრავალფეროვნეს აქტივობები: გარდა საინფორმაციო უზრუნველყოფის, საინექციო ხელსაწყოების და პრეზერვატივების დარიგებისა და ტესტირება-

კონსულტირებისა, მათ დაიწყეს ადგომატირება, აქტიური მონაწილეობა ნარკოპოლიტიკისა და ნარკოკანონმდებლობის საზოგადოებრივ დებატებში და ა.შ. ეს, იმედი უნდა ვიქენიოთ, გაზრდის ზიანის შემცირების პროგრამების მდგრადობას ქვეყანაში.

ნარკოტაზარი და ნარკოტიკოპთან დაკავშირებული სამართალდარღვევები

ტრადიციულად, საქართველო არ განიხილება, როგორც ნარკოტიკების მწარმოებელი

ქვეყანა, აյ მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების უმრავლესობა შემოტანილია.

არსებობს აზრი, რომ შესაძლოა საქართველო და ზოგადად სამხრეთ კავკასია გახდეს ავღანური ოპიუმის ევროპაში შედინების სატრანზიტო კორიდორი. თუმცა, ამგვარი „მასიური მასშტაბის“ გადაზიდვა ქვეყანაში არასდროს არ ყოფილა აღმოჩენილი. როგორც ოპიატების, ასევე სხვა ნარკოტიკული საშუალებების ამოღება აქ ძალიან მცირეა როგორც ამოღებების რაოდენობის, ასევე მოცულობის თვალსაზრისით (იხ. ცხრილი 2),

ცხრილი 2: ნარკოტიკული საშუალებების ამოღება 2006 - 2009 წლებში

	2006	2007	2008	2009
ჰეროინი	8.592 კგ	16.157 კგ	12.12 კგ	2.3 კგ
ოპიუმი	229.1 გ	185.89 გ	53.6 გ	37.2 გ
მარიხუანა	23.958 კგ	23.647 კგ	28.3 კგ	4.7 კგ
ტრამადოლი	70.850 გ	100.3 გ	739.2 გ	79.0 გ
სუბუტექსი	10,958 ტაბლეტი	16,232 ტაბლეტი	13,757 ტაბლეტი	5072 ტაბლეტი
კანაფი	123.336 კგ	64.860 კგ	41.563 კგ	არ მოიპოვება მონაცემი
მეტადონი	23.057 გ	213.9 გ	328.27 გ	73.8 გ
მორფინი	3.33 გ	4.455 გ	38.049 გ	3.57 გ
კოდეინი	5.1 გ 102 აპი	-----	1.675 გ	0.535 გ
კანაბისის ფისი	8.242 გ	-----	88.230 გ	9.63 გ
ყაყაჩი	-----	1388 გ	-----	-----
კოკაინი	3.224 გ	0.558 გ	1.375 გ	0.78 გ
მეტამფეტამინი	2.418 გ	0.472 გ	2.907 გ	0.03 გ
დიფენილოქსიდატი	-----	-----	0.7 გ	-----

შავ ბაზარზე ყველაზე გავრცელებულია ჰეროინი, ოპიუმი და მარიხუანა, უკანასკნელი წლებიდან, აგრეთვე ფარმაცეფტული ბუპრენორფინი (Subutex®), რომელიც საქართველოში ევროკავშირის ქვეყნებიდან შემოდის (თოდაძე და სხვ., 2008; თოდაძე, 2009; კირთაძე, 2008; ვადაჭკორია, 2008).

ქვეყანაში ნარკოტიკული საშუალებები საკმაოდ ძვირია, განსაკუთრებით, თუ შევა-დარებთ ადამიანის საშუალო თვიურ ხელფასს (იხ. ცხრილი 1). საქართველოს შინაგან საქმე-

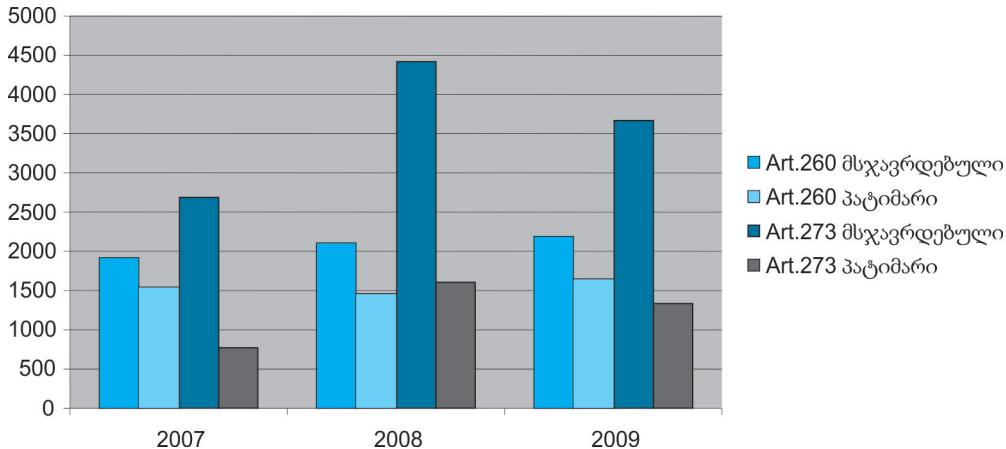
თა სამინისტროს მონაცემებით, 2010 წელს ერთი გრამი ჰეროინის ქუჩის ფასი იყო 338-460 ევრო, ოპიუმისა – 20-33 ევრო, მარიხუანისა – 2-დან 3.35 ევრომდე, მორფინისა 20 ევრო ერთი ამპულა, სუბუტექს(®)-ის – 200-215 ევრო (8 მილიგრამიანი ტაბლეტი). თუმცა ამ ფასთაგან ზოგიერთი არ ემთხვევა ექიმების, ქუჩის მუშაკებისა და პაციენტების ინფორმაციას, ოფიციალური და არაოფიციალური წყაროების მიერ დასახელებული ფასები მეტ-ნაკლებად მსგავსია: არაოფიციალური წყაროებით, ჰერო-

ინის ფასია 100-140 ევრო ერთი შეკვრისათვის, სადაც დაახლოებით 0.2-0.3 გრამია; ოპიუმი – 100 ევრო ერთი შეკვრა, რომელშიც 0.5 გრამია; მარიხუანა 2.4-3.2 ევრო ერთი გრამი, მორფინი – 10 ევრო ერთი კაპსულა, სუბუტექსტ – 200 ევრო (ერთი 8 მილიგრამიანი ტაბლეტი).

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროსა და უზენაესი სასამართლოს მონაცემებით, 2009 წელს ქვეყანაში ნარკოდანაშაულისათვის მსჯავრდებული იყო 6051 პირი; აქედან 3663

(60.5%), მხოლოდ და მხოლოდ, კონტროლირებადი ნივთიერებების მოხმარებისათვის³ (უზენაესი სასამართლო, 2010). ამავე წელს, ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ადმინისატრულ სასჯელს დაექვემდებარა 7106 პირი (შსს, 2010).

3 საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლის თანახმად, კონტროლირებადი საშუალების განმეორებითი მოხმარების გამო, რაც დგინდება შარდის ტოქსიკოლოგიური ანალიზით, გათვალისწინებულია ჯარიმა მინიმალური ოდენობით 2000 ლარი, ან ერთ წლამდე პატიმრობა.



დიაგრამა 4: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მსჯავრდებისა და დაპატიმრების დინამიკა (სისხლის სამართლის კოდექსის მუხლი 260-ე და მუხლი 273-ე)

ნარკოკანონმდებლობა

საქართველოს ნარკოკანონმდებლობის მიხედვით, თუ პირი შემჩნეულია ნარკოტიკული საშუალების მოხმარებაში, იგი ექვემდებარება 500 ლარის ოდენობის ადმინისტრაციულ ჯარიმას; თუ იგივე პირი ერთი წლის მანძილზე განმეორებით იქნა შემჩნეული ნარკოტიკული საშუალების მოხმარებაში, მაშინ ის სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის წინაშე უნდა წარსდგეს. ამ შემთხვევაში სასჯელი იქნება ან პატიმრობა, ან ჯარიმა მინიმალური ოდენობით 2000 ლარი. რამდენადაც ჯარიმის მაქსიმალური ოდენობა სისხლის სამართლის კოდექსით არ არის განსაზღვრული, მისი დანიშვნა მოსამართლეს კომპეტენციაშია. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც ნარკოლოგიური ექსპერტისას შარდის ანალიზში დადგებითი პასუხის აღმოჩენის გამო მოქალაქისათვის მისჯილი ჯარიმის ოდენობას 4000 ლარამდე მიუღწევია.

დღეისათვის საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი არ ანსხვავებს ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგისა ან პრეკურსორების უკანონო დამზადება, ნარმოება, შეძენა, შენახვა, გადაზიდვას, გადაგზავნას და გასაღებას, რაც გამორიცხავს დიფერენცირებულ მიდგომას სხვადასხვა სახის ნარკოდანა-

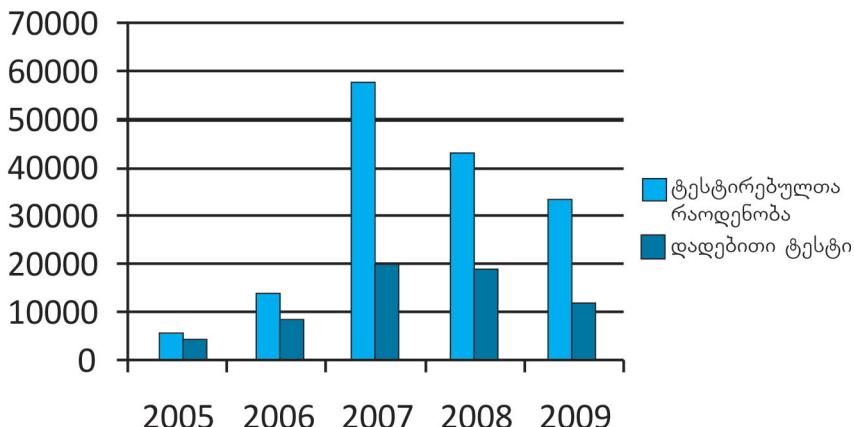
შაულის მიმართ⁴.

საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართლდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის საფუძველზე 2006 წელს შინაგან საქმეთა მინისტრმა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა გამოსცეს ერთობლივი ბრძანება (№1049–233/6). ამ ბრძანების მიხედვით, ნარკოტიკული საშუალების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნის თაობაზე საფუძვლიანი ეჭვის შემთხვევაში (რომელიც არ არის განსაზღვრული და ამდენად, იძლევა არაერთმნიშვნელოვანი ინტერპრეტაციის საშუალებას), სამართალდამცავი უფლებამოსილია მოსთხოვოს პირს ნარკოლოგიური ექსპერტიზის გავლა. ამასთან ერთად, ნარკოტიკული საშუალებების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნის გამო ადმინისტრაციული ჯარიმა გაიზრდა 80-დან 500 ლარამდე, ხოლო ნარკოტიკების სასამართლო ექსპერტიზის ლაბარატორიები დაექვემდებარა შინაგან საქმეთა სამინისტროს

4 საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლის თანახმად, ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის უკანონო დამზადება, ნარმოება, შეძენა, შენახვა, გადაზიდვა, გადაგზავნა და გასაღება, მცირე იდენტური და დამზადება შეძენის შემთხვევაში - ექვემდებარება პატიმრობას 11 წლამდე, დიდ ოდენობებში - 7-დან 14 წლამდე.

ახლადგახსნილ გაყოფილებას. ამ ცვლილებებმა განაპირობა ნარკოლოგიური ექსპერტიზის მასშტაბის მყისიერი ზრდა: 2007 წელს ჩატარებული ნარკოტესტირების რაოდენობა 10-ჯერ აღმატებოდა 2005 წელს ჩატარებულს, მაშინ როცა დადებითი პასუხების ნილი შეადგენდა ჩატარებული ტესტირების შემთხვევათა მხოლოდ 30%-ს.

ტესტირების მასშტაბმა სწორედ 2007 წელს მიაღწია პიკს, რის მერეც იწყო კლება, თუმცა ზემოაღნილ ცვლილებამდე არსებულ ნიშნულს დღესაც არ დაუახლოვდა არც ტესტირების რაოდენობით, არც დადებითი პასუხების ხვედრითი ნილით (ალტერნატივა ჯორჯია, 2010; Otiashvili et al., 2008a; ოთიაშვილი, 2010).



დიაგრამა 5: ნარკოლოგიური ტესტირების დინამიკა (ოთიაშვილი, 2010, ალტერნატივა ჯორჯია, 2010).

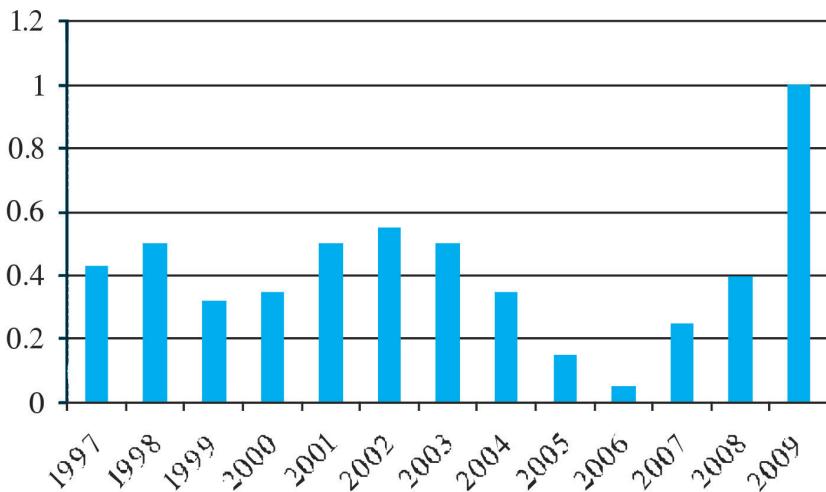
2008-2009 წლებში ნარკოვანონმებლობის ხარვეზების გამოსასწორებლად მნიშვნელოვანი აქტივობები განხორციელდა: ადვოკატირების კამპანია ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების გამო სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გაუქმებისათვის, სამუშაოები საკანონმდებლო შესწორებების შესათავაზებლად, გამახვილდა ყურადღება კანონმდებლობის აღსრულების უზრუნველსაყოფად უწყებათაშორისი საკონრიდნაციის ორგანოს შექმნის აუცილებლობაზე და ა.შ. შედეგად, მომზადებულ იქნა საკანონმდებლო ცვლილებათა ორი პაკეტი (ერთი გლობალური ფონდის ჯგუფის მიერ (GFATM, 2008), მეორე – ზიანის შემცირების ეროვნული ქსელის მიერ (<http://ziani.ge>), შეტანილ იქნა ქვეყნის პარლამენტში განსახილვებულ და თუმცა დღემდე (2011 წლის ივლისი) არც ერთი მათგანი არ განხილულა.

(სირბილაძე და სხვ., 2006). 2007 წლის თებერვალში პროექტი განხილულ იქნა პარლამენტის მიერ, რომელმაც მიიღო დადგენილება „საქართველოს ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგიის ძირითადი მიმართულებების დამტკიცების შესახებ“ (საქართველოს პარლამენტი, 2007). ეს მიმართულებებია: მკურნალობა და რეაბილიტაცია, პრევენცია, ზიანის შემცირება, კადრების მომზადება, საზოგადოების ინფორმირება და ა.შ. დამტკიცებული მიმართულებების შესაბამისი სამოქმედო გეგმების შედგენა პარლამენტის მიერ დელეგირებულ იქნა შესაბამის სამინისტროებზე, რაც დღემდე არ განხორციელებულა. იმავე წელს, არასამთავრობო ორგანიზაცია „ალტერნატივა ჯორჯიამ“ დაწერა ალტერნატიული სტრატეგია, თანდართული შესაბამისი სამოქმედო გეგმით, ფონდის „ლია საზოგადოება – საქართველო“ ხელშეწყობით. დღემდე, არც ერთი დოკუმენტი არ იქნა მიღებული ნორმატიული აქტის სახით, შესაბამისად, ვერ მიიღო სავალდებულო ძალა და არ იქნა განხორციელებული (Skvitaridze, 2008).

გამომდინარე მოქმედი სტრატეგიის არარსებობიდან და ბიუჯეტის მონიტორინგის შესაბამისი მექანიზმის არქონიდან, ნარკოტიკების მოწოდების შემცირების ბიუჯეტი არ არის ცნობილი, რაც შეეხება ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების ბიუჯეტს, ის არასაკმარისად თანმიმდევრულია, როგორც ეს ნაჩვენებია ქვემოთ დიაგრამაში:

ეროვნული სტრატეგია

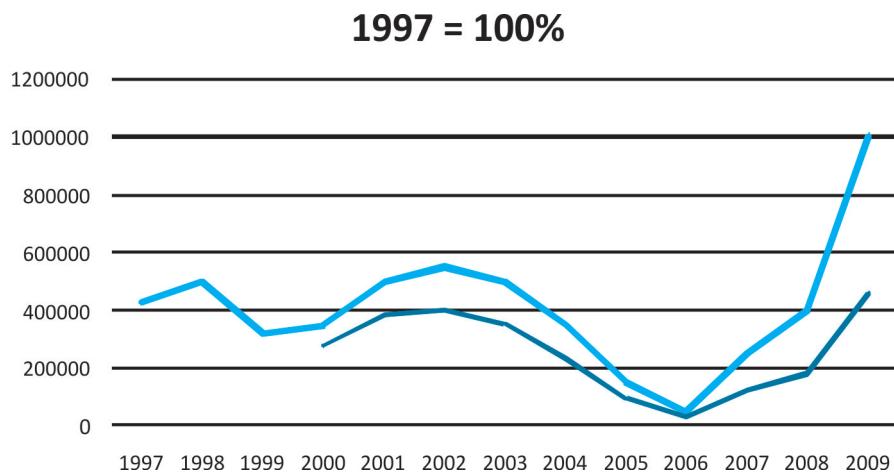
განსაკუთრებული გამოცოცხლება ქვეყანაში ნარკოსტრატეგიის გადახედვა-შემუშავების მიმართულებით იგრძნობოდა 2005-2007 წლებში. კერძოდ, 2006 წელს ჩემოყალიბდა საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროსთან აფილირებული სახელმწიფო ნარკოპოლიტიკის საბჭო, რომელმაც შექმნა ქვეყნის ანტინარკოტიკული სტრატეგიის პროექტი



დიაგრამა 6: ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების ღონისძიებების დაფინანსება წლების მიხედვით (Otiashvili, Zabransky, Kirtadze, 2010)

როგორც დიაგრამიდან ვხედავთ, 2006 წელს დარგის დაფინანსებამ ვარდნის ქვედა წერტილს მიაღწია, რის შემდეგაც იწყო მატება. მაგრამ ზრდის რეალური მასშტაბის შესაფასებლად მხედველობაში უნდა მივიღოთ ლარის ინფლაცია ამ უკანასკნელი 10 წლის მანძილზე (იხ.

დიაგრამა 7), ისევე, როგორც ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების ბიუჯეტის ხვედრითი წილის კლება ჯანდაცვის სამინისტროს მთლიან ბიუჯეტში (2000-2003 წლებში მის წილთან შედარებით) (ჯავახიშვილი და სტურუა, 2009).



დიაგრამა 7: ლარის ინფლაციის ზეგავლენა ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების ღონისძიებები: ცისფრად – დაფინანსების ნომინალური მაჩვენებლები, წითლად – დაფინანსება „1997 წლის ლარში“ (ალტერნატივა ჯორჯია, 2010)

კონკლუზია

რამდენადაც დღეისათვის ქვეყანაში არ მოქმედებს რაიმე ერთიანი ანტინარკოტიკული სტრატეგია, არ არსებობს არც ორგანო/უწყება ორგანიზაცია, რომელიც სტრატეგიის განხორციელებისა და მონიტორინგის ფუნქციას იტვირთავს.

რაც შეხება დარგში მოღვაწე არასამთავრობო სექტორს, აქ ქსელური მუშაობა და კოორდინაცია, სინერგიისა და ურთიერთშემავსებლობის მისაღწევად, ჩვეული გამოცდილებაა; 2003

წლიდან, სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის ხელშეწყობით, ჩამოყალიბდა საქართველოს ანტინარკოტიკული კოალიცია, რომელიც მოთხოვნის შემცირებაზე მომუშავე საკვანძო როგანიზაციებს აერთიანებდა; 2006 წლიდან ფონდი „ლია საზოგადოება – საქართველოს“ ხელშეწყობით ჩამოყალიბდა ზიანის შემცირების ეროვნული ქსელი, რომელიც სფეროში მოღვაწე 15 ორგანიზაციას აერთიანებს.

დასკვერები (აქტუალურ საჭიროებები)

გადაუდებელ ამოცანას წარმოადგენს ქვეყანაში, დღევანდელი გადასახედიდან, ნარკოტიკებზე მოთხოვნისა და ნარკოტიკების მოწოდების შემცირებაზე მიმართული ეროვნული დაბალნებული სტრატეგიის დოკუმენტის შემუშავება და მისი სამართლებრივი სტატუსით უზრუნველყოფა; სტრატეგია უნდა დაეფუძნოს მისი შექმნის მიმართულებით 2005 წლიდან გადადგმულ მნიშვნელოვან ნაბიჯებს (ნარკოპლიტიკის დოკუმენტის შექმნა, ანტინარკოტიკული სტრატეგიის ძირითადი მიმართულებების მიღება საქართველოს პარლამენტის მიერ და ა.შ.); სტრატეგიაზე დაყრდნობით, უნდა შემუშავებულ იქნას შესაბამისი ეროვნული სამოქმედო გეგმა; უნდა მოხდეს გეგმის უზრუნველყოფა შესაბამისი ბოუჯეტით;

მას მერე, რაც ეროვნული სტრატეგია და მასზე დაფუძნებული სამოქმედო გეგმა შემუშავებული და სამართლებრივად განმტკიცებული იქნება, აუცილებელია შექმნას ეროვნული გეგმის განხორციელების უზყებათაშორისი მაკონრდინირებული მექანიზმი; ამგვარი მექანიზმი, ერთი მხრივ, უზურნველყოფს გეგმის კონრდინირებულ განხორციელებას; მეორე მხრივ, იგი მისი მონიტორინგის, შეფასებისა და მუდმივად ცვალებადი გარემოს მიმართ მისი ადაპტაცია-მორგების ამოცანებს იტვირთავს;

ნარკოკანონმდებლობის დახვეწისა და საერთაშორისო კონვენციებთან შესაბამისობაში მოყვანის მიზნით, აუცილებელია განხილულ და დანერგილ იქნას ქვეყანაში შემუშავებული (გლობალური ფონდი, საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი) საკანონმდებლო ცვლილებები;

ამ მხრვ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ნარკოტიკების მოხმარების გამო სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გაუქმება, ნარკომოხმარების გამო ადმინისტრაციული ჯარიმის ოდენობის შემცირება, ზიანის შემცირების პროგრამების განხორციელებისათვის ხელშემწყობი სამათლებრივი გარემოს შექმნა და ა.შ.;

აუცილებელია ქვეყანაში მოთხოვნის შემცირების ღონისძიებების შემუშავება და ცხოვრებაში გატარება რესპირატორული დაავადებების სამკურნალოდ აფთიაქებში ადვილად ხელმისაწვდომი საშუალებებიდან კუსტარულად დამზადებული სტიმულატორების მოხმარების ზრდადი ტენდენციის საწინააღმდეგოდ (მათ შორის, ამ პრეპარატებით მიყენებული ზიანის თაობაზე გათვითცნობიერების დონის ამაღლება);

მნიშვნელოვანია დაიხვეწის ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკაშირებული სიკვდილის თაობაზე ინფორმაციის მოპოვებისა და აღრიცხვის მექანიზმები;

უაღრესად მნიშვნელოვანია გაიზარდოს ქვეყანაში ნარკოდამოკიდებულების მკურნალობის შესაძლებლობები და ხელმისაწვდომობა; უნდა გამრავალფეროვნებულ იქნას მკურნალობის მეთოდები; უნდა მოხდეს სპეციალისტების მომზადება ნარკოდამოკიდებულების მკურნალობის საქმეში მეცნიერულად და-საბუთებულ ისეთ ეფექტურ ფსიქოთერაპიულ მეთოდებში, როგორიცაა კოგნიტურ-ბიჰევიორალური ფსიქოთერაპია, მოტივაციური ინტერვიუ და რეციდივის პრევენცია;

მნიშვნელოვანია ხელი შეეწყოს ზიანის შემცირების პროგრამების შემდგომ განვითარებას, განსაკუთრებით მეთადონითა და სუბუქსონით ჩანაცვლებით თერაპიასა და ნებაყოფლობითი ტესტირება-კონსულტირების ცენტრების მოქმედებას, რათა შეჩერებულ იქნას ქვეყანაში აივ/შიდსის გავრცელების ტემპი;

ნარკოტიკების არამიზნობრივი გამოყენების პრევენცია უნდა იყოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ძირითადი სტრატეგიის ნაწილი, კოორდინაციაში სხვა შესაბამის უზყებებთან (მრომის, ჯანმრთლებისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სპორტისა და ახალგაზრდობის სამინისტრო და ა.შ.)

პირველადი პრევენციის საქმეში აუცილებელია უზრუნველყოფილ იქნას სისტემური, მულტი-დისკარდინაციული, სტრატეგიული მიზანმა, დაფუძნებული საჯარო სკოლების ძირითადი დაინტერესებული სუბიექტების (მოსწავლეები, პედაგოგები, მშობლები) მონაწილეობაზე;

მნიშვნელოვანია შემუშავებულ და დანერგილ იქნას ნარკოტიკების არამიზნობრივი მოხმარების პრევენციის საუნივერსიტეტო კურიკულუმი მომავალი სკოლის ადმინისტრატორების, მასწავლებელებისა და სოციალური მუშაკებისათვის;

პაციენტების მიერ დეტოქსიკაციისა და სამედიცინო რეაბილიტაციის პროგრამების გავლის შემდგომ, ნარკომანის მკურნალობის ჯაჭვის უზყვეტობის უზრუნველსაყოფად, აუცილებელია შემუშავებულ იქნას და დაინტერესებული სუბიექტებისათვის თვალსაჩინო გახდეს ნარკოტიკების პრობლემის და-

სასურველია, რეგულარულად ტარდებოდეს ნარკოტიკების პრობლემასთან დაკაშირებული სახელმწიფო ხარჯების შემსწავლელი კვლევები, რათა გადაწყვეტილების მიმღებ პირთათვის და სხვა დაინტერესებული სუბიექტებისათვის თვალსაჩინო გახდეს ნარკოტიკების პრობლემის და-

ძლევის ეროვნულ სტრატეგიაში ინვესტირებული რესურსების ხარჯთეცემურობა;

ნარკოტიკებზე ინფორმაციის ეროვნული სისტემა უნდა განვითარდეს ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის (EMCDDA) სტანდარტებთან შესაბამისობაში, სახელმწიფოს მხრიდან შესაბამისი ბიუჯეტით უზრუნველყოფისა და იდეური მხარდაჭერის საფუძველზე, რათა ქვეყანაში უზრუნველყოფილ იქნას ნარკოტიკების პრობლემის დაძლევის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავებისათვის სანდო და შედარებისათვის ვარგისი ინფორმაციის არსებობა.

ლიტერატურის სია

1. აივ/შიდსის ეპიდმიოლოგია საქართველოში. (2010). ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრეტიკული ცენტრი. http://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html
2. ალტერნატივა ჯორჯია. “რამდენად ეფექტურია ქუჩის ტესტირება”. (2010).
3. ბადრიძე, ნ., ჩხარტიშვილი, ნ., აბუთიძე, ა., განერელია, ლ. (2008). B და C ჰეპატიტის პრევალენტობა აივ პოზიტიურ პაციენტებში საქართველოში და მისი კავშირი რისკ ფაქტორებთან. საქართველოს სამედიცინო სიახლეები, 12, 54–59 გვერდები.
4. ვადაჭკორია, დ. (2008). ნარკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის სტაციონარის მონაცემები ნამკურნალევი პაციენტების მიერ ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების სტერეოტიპებზე. პირადი კომუნიკაცია. თბილისი.
5. თოდაძე, ხ., კავთიაშვილი, ე., ხინთიბიძე, ქ. (2008). ნარკოლოგიური მკურნალობის შეფასება საქართველოში. თბილისი.
6. თოდაძე, ხ. (2009). ნარკოლოგიური მკურნალობა საქართველოში. სამხრეთ კავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამის კონფერენციის პრეზენტაცია. თბილისი.
7. კირთაძე, ი. (2008). ზიანის შემცირების პროგრამების განხორციელების გამოცდილება საქართველოში, პირადი კომუნიკაცია. თბილისი.
8. კირთაძე, ი. (2010). საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელის ანგარიში საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განხორციელების ცენტრის მიმართ. თბილისი.
9. ოთიაშვილი, დ. (2010). ზიანის შემცირება საქართველოში: ამჟამინდელი სიტუაცია და მომავალი საჭიროებები. პრეზენტაცია ზიანის შემცირების ქსელის მესამე ეროვნულ კონფერენციაზე.
10. რაძიმეცკი, ჯ., ოთიაშვილი, დ., ცერცვაძე, ვ. (2006). ინვესტირება ჯანსაღ მომავალში: საქართველოს 2007-2009 წლების ნარკოპოლიტიკის სამოქმედო გეგმა – განვითარება მკურნალობისა და რისკის მინიმიზაციის მიმართულებით. კავშირი ალტერნატივა ჯორჯია, საქართველოს ზიანის შემცირების ეროვნულ ქსელი.
11. საქართველოს პარლამენტი (2007). რეგულაცია საქართველოს ანტინარკოტიკული სტრატეგიის ძირითადი მიმართულებების მიღების თაობაზე (№4334-ის).
12. საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, წერილი №7/217-1152, 07.04.2010.
13. საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, წერილი №7/2/7-1892, 15.09.2010
14. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელების ეროვნული ცენტრი. სტატისტიკური წიგნი. (2008). თბილისი.
15. საქართველოს უზენაესი სასამართლო, წერილი 18-კ, 31.03. (2010).
16. სიბილაძე, თ., ბარამიძე, ლ., ბარათაშვილი, პ., ჯავახიშვილი, ჯ., მაჭავარიანი, მ., ნადაშვილი, ნ., თოდაძე, ხ., ციცექიშვილი, დ., ზაქარაშვილი, თ. (2006). საქართველოს ანტინარკოტიკული სტრატეგია, თბილისი.
17. სიხარულიძე, ზ. (2011). სახელმწიფო ჩანაცვლებითი პროგრამების გამოუქვეყნებელი სტატისტიკური ანგარიში.
18. სტურუა, ლ. (2010). გამოუქვეყნებელი წლიური ანგარიში საქართველოში არა-ინფექციური დაავადებების თაობაზე. თბილისი.
19. შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი (GFATM). (2008).

„ნარკოტიკული და გარეული მდგრადი დაწყების პაკეტის დრაფტი“. თბილისი.

20. ჩირიკაშვილი ნ., უშარიძე, დ., პეტრიაშვილი, დ., ბიძინაშვილი, ქ., წურწუმია, ზ. (2008). „ნარკოლოგიური მკურნალობის შეფასება საქართველოში“, თბილისი.
21. ჩიქოვანი, ი., ჩხარტიშვილი, ნ., გაბნია, ფ., ტაბატაძე, მ., გოცაძე, გ. (2010). აივ/შიდსის სიტუაცია და ეროვნული საპასუხო ღონისძიებების ანალიზი: 2011 – 2016 წლების პრიორიტეტები: ქვეყნის საკონრდა-ნაციონალური მექანიზმის დოკუმენტი, თბილისი.
22. ჯავახიშვილი, ჯ.დ., ლეუავა, გ., სტვილია, ქ., თოდაძე, ხ., ცინცაძე, მ., კარიაული, დ. (2006). ნარკოტიკება საქართველოში - 2005, წლიური ანგარიში. თბილისი.
23. ჯავახიშვილი, ჯ.დ., სტურუა, ლ. (რედაქტორები) და სხვ., (2009). ნარკოვითარება საქართველოში - 2009, წლიური ანგარიში. თბილისი.
24. Baramidze L., Sturua, L. (2009). The Use of Alcohol and Other Drugs in Georgian Students, Pilot Study Rigorously Following Criteria of European School on Alcohol and Other Drugs. Tbilisi: South Caucasus Anti-Drug Programme.
25. Kirtadze I., Otiashvili D., Piralishvili G., Booth R., Zabransky T. (2010). Exploring the phenomena of home-made stimulant injection in Tbilisi, Georgia, Oral presentation at the CPDD Conference, Scottsdale, AZ, USA, 2010.
26. Otiashvili, D., Sarosi, P., Somogyi, L.G. (2008a). Drug control in Georgia: Drug control and reduction of drug use, in Foundation, B. (Ed.) 'Beckley Foundation briefing paper XV', Beckley Foundation.
27. Otiashvili, D., Zabransky, T., Kirtadze, I., Pirashvilli, G., Chavchanidze, M., and Miovsky, M. (2008b). Non-medical use of buprenorphine (Subutex) in the Republic of Georgia — a pilot study, NIDA International Forum: Globally Improving and Applying Evidence-Based Interventions for Addictions — Book of Abstracts, pp. 69–70.
28. Otiashvili D., Zabransky T., Kirtadze I., Piralishvili G., Chavchanidze M., Miovsky M. (2008c). ATS injection in the Republic of Georgia – a pilot study, Oral presentation at the First Global Methamphetamine Conference, Prague.
29. Otiashvili D., Zabrancky T., Kirtadze I. (2010). How Effective Is Street Drug Testing, Presentation at the NIDA International Forum, Scottsdale, AZ, USA.
30. Sirbiladze T. (2010). Estimating the prevalence of injecting drug use in Georgia: Consensus report, Benoni Public Union, Tbilisi.
31. Skhvitaridze, Z. (2008). Needs for improvements in Georgian Drug Legislation, SCAD Programme Report, Tbilisi.
32. UNAIDS (2008). *Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008*, Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
33. WHO, UNODC & UNAIDS (2008). Principles of Drug Dependence Treatment. *Discussion Papers*. 1st ed. Vienna, UNODC.

შენიშვნებისთვის