

4. ნარკოტიკების გაღალი რისკის მოხარება

4.1. შესავალი

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

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

4.2. ნარკოტიკების პრევალენტობის მოხარების არავალენტობა

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

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

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

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

4.3. ნარკოტიკების გაღალი რისკის მოხსეარებაზე მახასიათებლები

4.3.1. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელიდან მიღებული მონაცემები

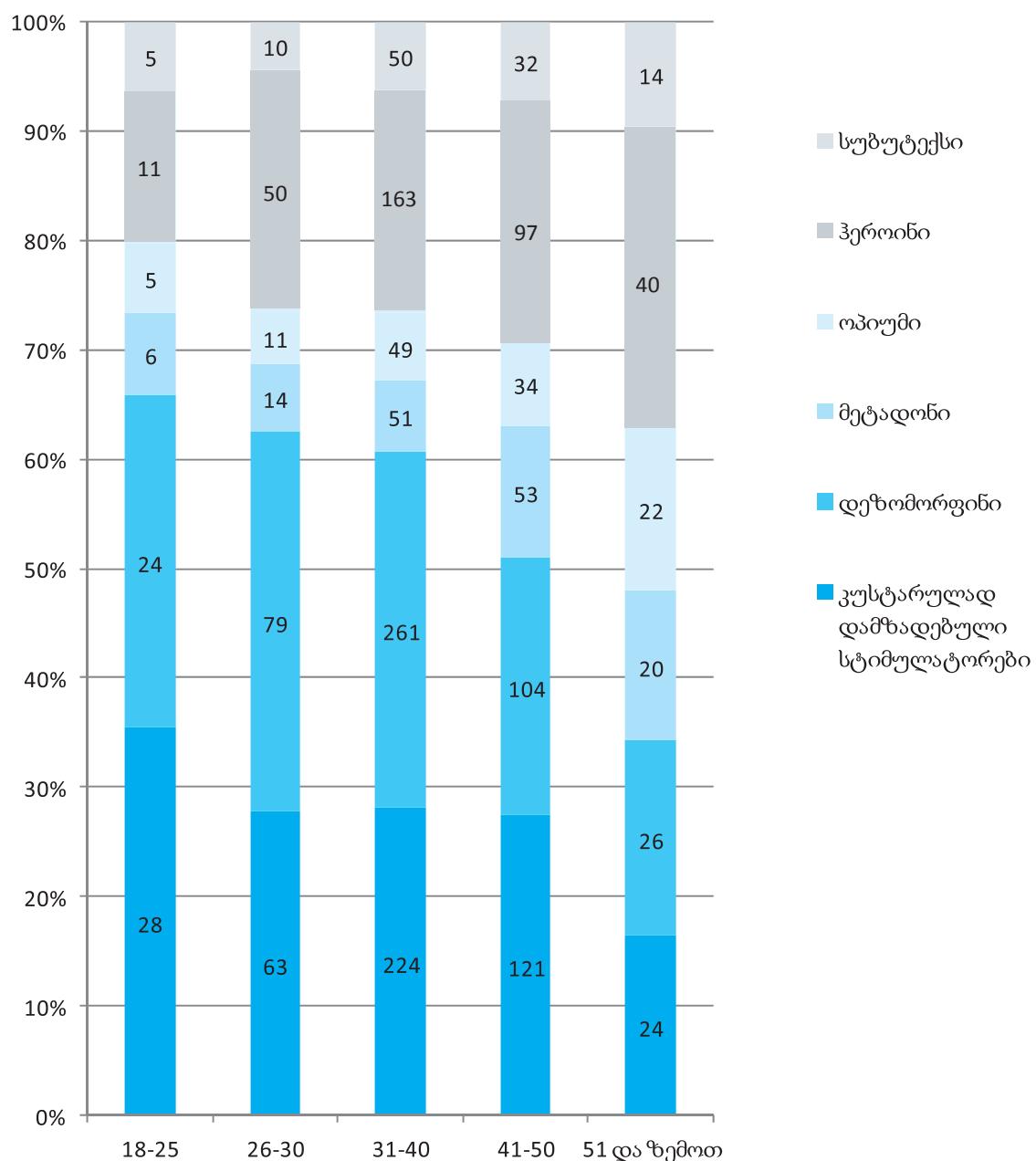
ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელმა 2012 წელს ჩაატარა ორი კვლევა, სადაც შეისწავლა ფსიქოატიური ნივთიერებების მოხმარების პრევალენტობა და ინექციურ მოხმარებასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევები. ორი კვლევის შედეგად შეგროვდა მონაცემები ნარკოტიკების მომხმარებლების ორი განსხვავებული ჯგუფის შესახებ: (1) აივ/შიდსის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

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

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

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

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



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

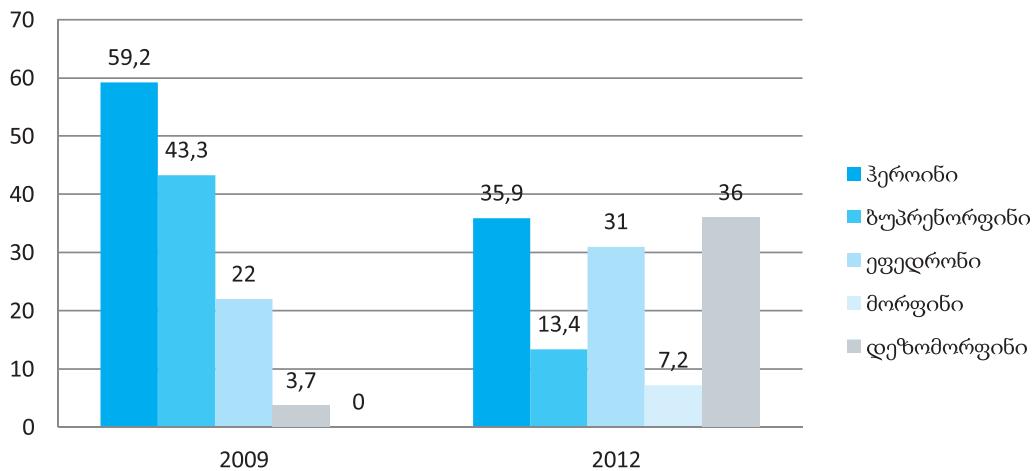
ბოლო 30 დღის განმავლობაში ნარკოტიკების მოხმარების თვალსაზრისით რესპონდენტთა ორ ჯგუფში იყო შემჩნეულ განსხვავებები ქალაქების მიხედვით. მაგ., ქუთაისში დეზომორფინის მოხმარების მაჩვენებელი თანასწორი თანასწორს პრინციპზე აგებული ინტერვენციის პროგრამის მოსარგებლეთა შორის იყო 72%, მაშინ, როცა ნემსებისა და შპრიცების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

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

4.3.2. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევიდან მიღებული მონაცემები

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

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



კვლევაში მონაწილე ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა სოციალურ-დემოგრაფიული მახასიათებლების თვალსაზრისით შემდეგი სურათი გამოვლინდა: რესპონდენტების 95%-ზე მეტი იყო მამაკაცი, შერჩევის მთლიანი საშუალო (მედიანური) ასაკი იყო 36.8 წელი; უმეტესობას ჰქონდა სრული საშუალო და უმაღლესი განათლება – 1,791 რესპონდენტიდან მხოლოდ ერთს არ ჰქონდა არანაირი განათლება, 3-ს ჰქონდა საშუალო, დანარჩენს (ანუ უმეტესობას) კი ჰქონდა უმაღლესი განათლება; კვლევის მომენტისათვის რესპონდენტების უმრავლესობა იყო უმუშევარი, თუმცა უმუშევრობის მაჩვენებელი განსხვავდებოდა ქალაქების მიხედვით: მაგ., ზუგდიდში ის უტოლდებოდა 57.4%-ს, მაშინ როცა თბილისში – 91.9%. ქალაქების მასშტაბით, ყოველი მესამე ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლის ყოველთვიური შემოსავალი საშუალო 100-დან 300 ლარამდე მერყეობდა, ხოლო კომბინირებულ (საერთო) შერჩევაში მონაწილე ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლების ერთი მეოთხედის შემოსავალი 100 ლარზე ნაკლები იყო.

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

5. წამალდამოკიდებულების მკურნალობა

5.1. შესავალი

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

5.2. მკურნალობის სტრატეგია და პოლიტიკა

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

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

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

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

5.3. მკურნალობის სისტემა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა

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

5.3.1. აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3.2. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია

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

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

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

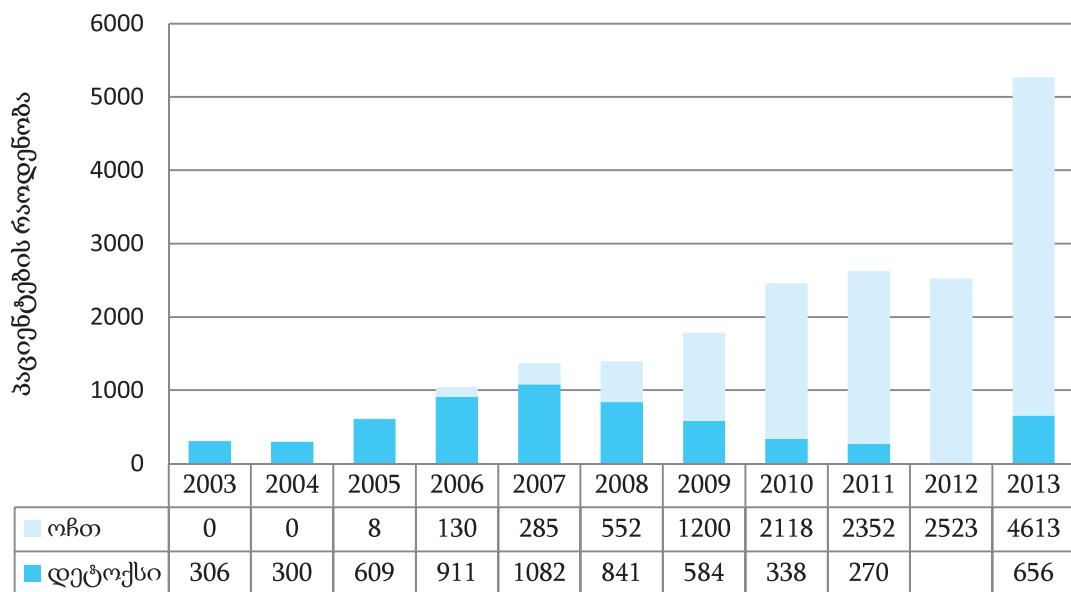
თბილისში 2012 წლიდან მოქმედებს სუბოქსონით (Suboxone®) ჩანაცვლებითი მკურნალობის ერთი კერძო პროგრამა. 2013 წელს ამ პროგრამაში ჩართული იყო 342 მამაკაცი და 6 ქალი. პროგრამაში პაციენტის ერთი ვიზიტის ფასია 28 ლარი.

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

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

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

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



5.3.3. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

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

6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯადაცვის კორელაციები და უძველებელი

6.1. შესავალი

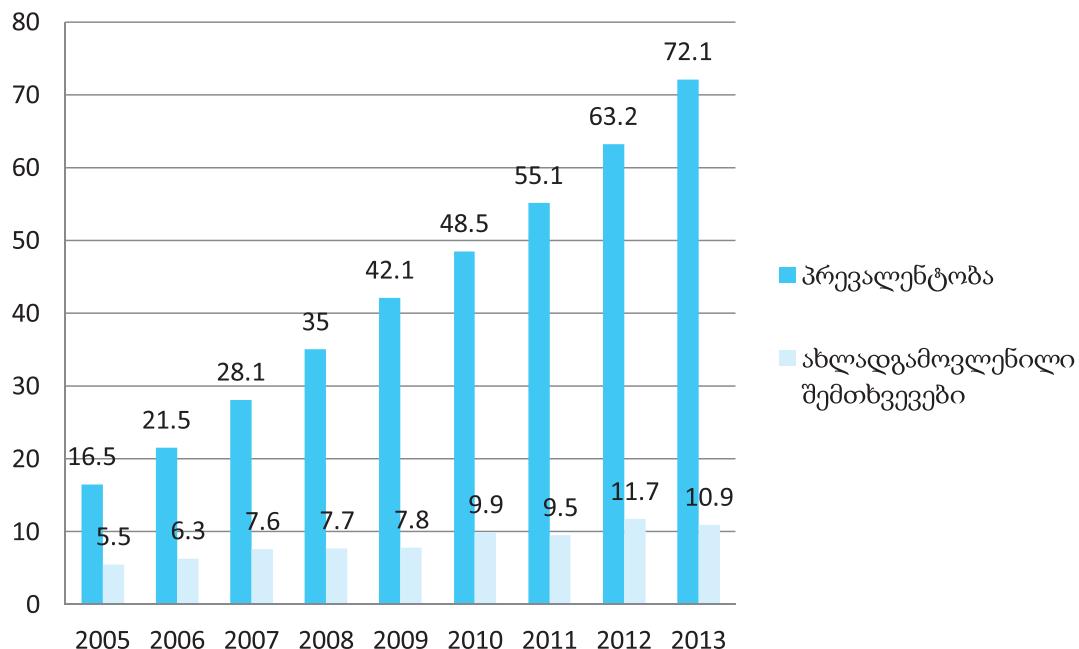
ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის კორელაციებისა და შედეგების თაობაზე ინფორმაციის მონიტორინგის მექანიზმი ქვეყანაში დივერსიფიცირებულია. კარგად არის განვითარებული აივ/შიდსთან დაკავშირებული მონაცემების შეგროვებისა და დამუშავების ინსტიტუციური მექანიზმები, რამდენადაც, 1980-იანი წლებიდან, როგორც კი აივ/შიდსის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

6.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები

6.2.1. აივ/შიდსის ახლადრეგისტრირებული შემთხვევები

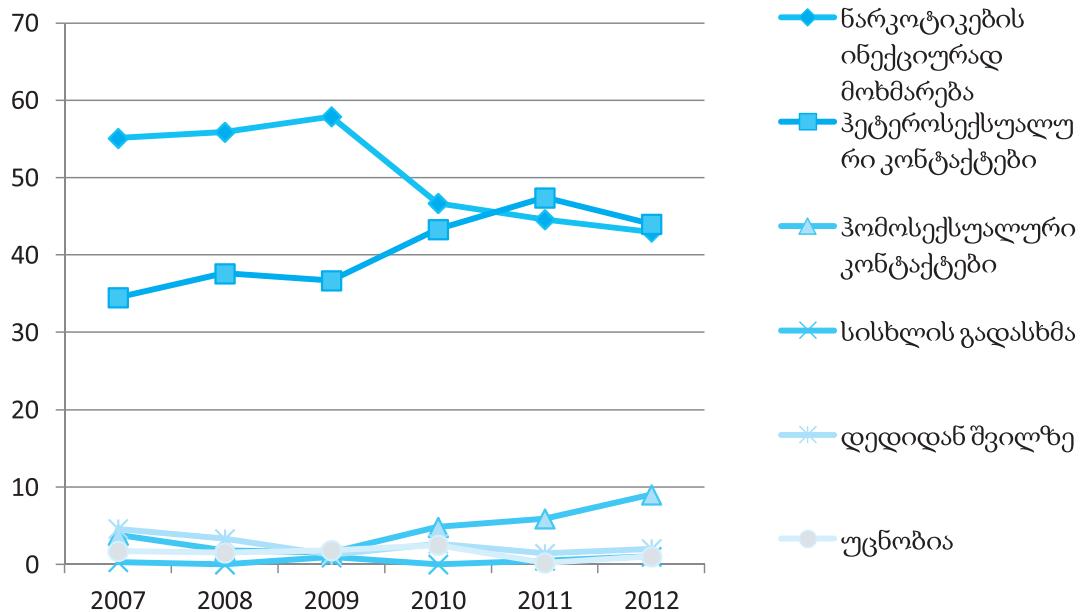
საქართველო იმ ქვეყნებს შორისაა, სადაც აივ-ის პრევალენტობა დაბალია (0.07%), თუმცა, ნარკოტიკების ინექციურად მოხმარების მიზეზით არსებობს ეპიდემიის გავრცელების მაღალი რისკი. 2013 წლის ბოლოსთვის ქვეყანაში, ოფიციალური მონაცემებით, 4,131 იმუნოდეფიციტით დაავადებული ადამიანი იყო აღრიცხული. ბოლო წლების მანძილზე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

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



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

დიაგრამა 8: აივ-ის ინფიცირების გზების წლების მიხედვით, % (GARP, 2013)

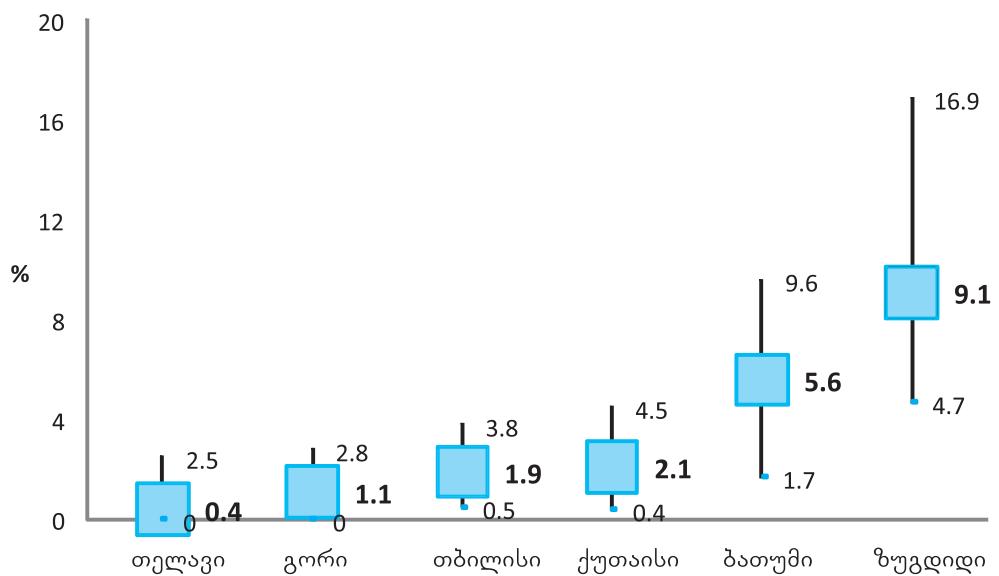


ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის მონაცემების თანახმად, 2013 წელს B ჰეპატიტისა და აივ-ის თანაინფექციის ახლადრეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა უტოლდებოდა 30 ადამიანს, რომელთაგან 19 პირი (63.3%) ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო; C ჰეპატიტისა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

6.2.2. აივ-ის სერო-პრევალენტობა

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

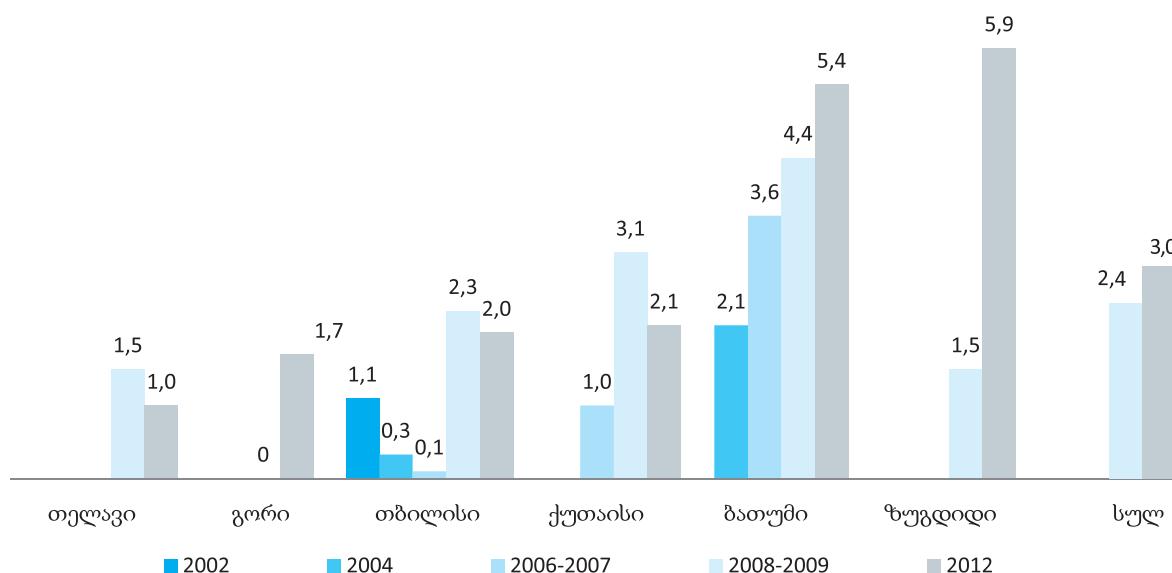
**დიაგრამა 9: აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების პრობლემურ მომხმარებლებს
შორის ქალაქების მიხედვით (ჩიქოვანი, 2012)**



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

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

**დიაგრამა 10: აივ-ის პრევალენტობა ნარკოტიკების ინექციური გზით
მომხმარებლებს შორის, 2002-2012 (SPSS, შეუწონავი) (ჩიქოვანი, 2013)**



6.2.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ინფექციები

ვირუსული ჰეპატიტები

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

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

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

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

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

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