6.2.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ინფექციები

ვირუსული ჰეპატიტები

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

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

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის პრობლემების შემსწავლელი კვლევა ჩატარდა 2012 წელს, ორგანიზაციის „ექიმები საზღვრების გარეშე“ (Médecins du Monde) მიერ. კვლევაში მონაწილე სუბიექტები ჩართულები იყვნენ პროგრამაში, რომელიც მათ C ჰეპატიტთან დაკავშირებულ უფასო სამედიცინო სერვისებს სთავაზობდა. კვლევაში მონაწილე ცდის პირთა 92.1%-ს აღმოაჩნდა C ჰეპატიტის ანტისხეულები, ხოლო 83.3%-ს – აქტიური ქრონიკული ინფექცია. ინექციური მოხმარების ხანგრძლივობის შესაბამისად პრევალენტობის დადგენის საფუძველზე ინციდენტობის მაჩვენებელი შეფასდა ყოველწლიურად 20%. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ვინაიდან კვლევაში მონაწილეობდნენ განსაკუთრებულად 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 ჩაატარეს (ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის), რის შედეგადაც 514 დადებითი შემთხვევა (10%) გამოავლინდა (იხ. ცხრილი 10).

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

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

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

ცხრილი11: C ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის – ტესტების და დადებითი პასუხების რაოდენობა და % (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014გ)

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

სიფილისი

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

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

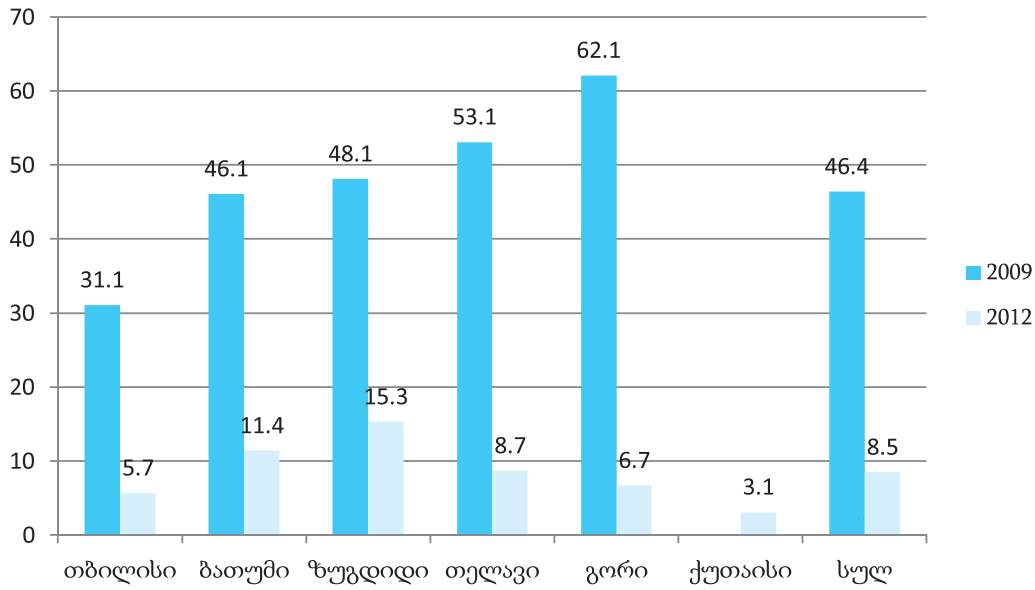
წლები	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ზიანის შემცირების პროგრამებში ჩართული კლიენტების რაოდენობა, ნიმ-ები	919	1,126	1,402	3,768	4,680	3,434	7,592	22,830
აივ ტესტების რაოდენობა	2,070	1,643	2,113	2,077	1,830	1,222	2,846	8,228

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

6.2.4. სარისკო ქცევა

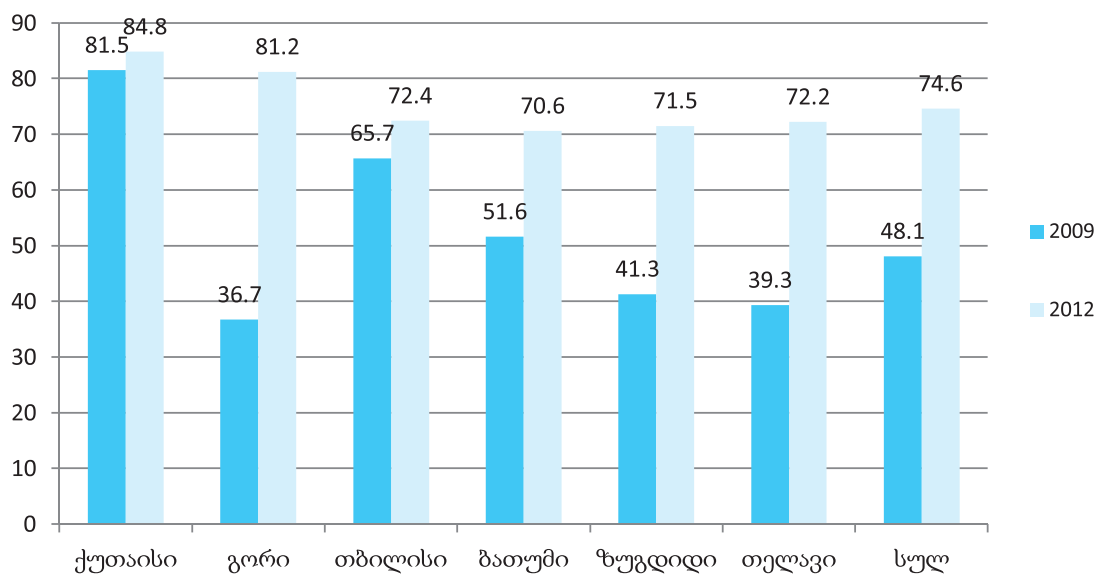
საქართველოს 6 ქალაქში ჩატარებული ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევები ღირებულ მონაცემებს გვაძლევს სარისკო ქცევების შესახებ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის. წლების მანძილზე გამოვლენილი შედეგების შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში ბოლო 8-10 წლის მანძილზე დადებითი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

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



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

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

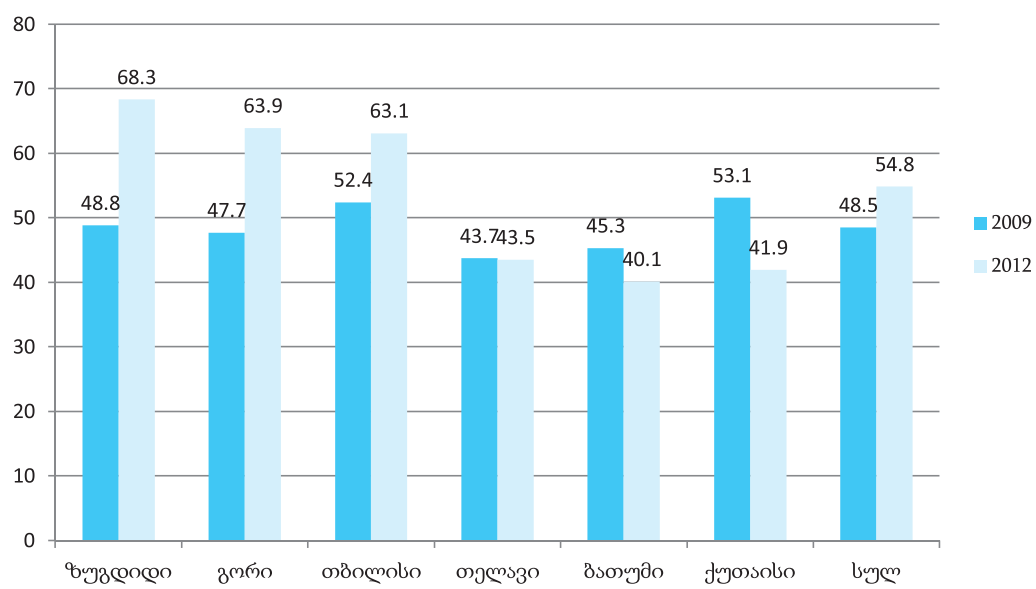


2009 წლიდან მოყოლებული, საზღვარგარეთ მოხმარება ყველა ქალაქში გაიზარდა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ზრდა კი ზუგდიდსა და ბათუმში დაფიქსირდა. 2012 წელს ბათუმსა და ზუგდიდში მცხოვრებმა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელმა ყოველმა მეხუთე პირმა, რომელმაც ნარკოტიკი საზღვარგარეთ მოიხმარა, გამოიყენა საზიარო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

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

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

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



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

6.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა ავადობა

6.3.1. არალეტალური ზედოზირება

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

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

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

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

6.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილობა

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

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

7. რეაგირება ჯანმრთელობის კორელატებსა და შედეგებზე

7.1. შესავალი

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

7.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გადაუდებელი სიტუაციებისა და სიკვდილის პრევენცია

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

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

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

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

7.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებების პრევენცია და მკურნალობა

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

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

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

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

2013 წლის დეკემბერში საქართველომ მიიღო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 2013 წლის გაიდლაინები აივ ინფექციის მკურნალობის დაწყებაზე შედარებით უფრო ადრეული ეტაპიდან. დღეისათვის ანტირეტროვირუსული მკურნალობა რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის, თუ CD4-ის რაოდენობა უდრის ან ნაკლებია 500 უჯრედზე $მ^3$-ში. ამ გაიდლაინების განხორციელება და მკურნლობის პროცესში პაციენტების უწყვეტად მაღალი ჩართულობა ეპიდემიის გამკლავების უფრო ხელსაყრელ პირობებს ქმნის.

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

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

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

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

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

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

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

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

7.4. რეაგირება ჯანმრთელობის სხვა კორელატებზე ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის

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

8. სოციალური კორელატები და სოციალური რეინტეგრაცია

8.1. შესავალი

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

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

2012 წელს იყო მცდელობა საქართველოში წამალდამოკიდებულთათვის ფსიქოსოციალური სარეაბილიტაციო მომსახურების დანერგილიყო: საქართველოს მთავრობამ ამისათვის საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – *ნარკომანიით დაავადებულ პირთა რეაბილიტაციის ცენტრი* შექმნა და ბიუჯეტიდან გამოყო 2 მილიონი ლარი რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო ცენტრის ასაშენებლად ბაზალეთში[1]. 2012 წელსვე შემუშავდა ცენტრის პროექტი, ჩატარდა მცირემასშტაბიანი სამშენებლო სამუშაოები, რაზეც ფაქტობრივმა დანახარჯებმა სულ 138,714 ლარი შეადგინა. ამის პარალელურად, შემუშავდა ტექნიკური წინადადება ცენტრის მისიისა და მომსახურების მოდალობების შესახებ, რომლის თანახმადაც ცენტრი გათვალისწინებული იყო 3-6 თვის განმავლობაში ერთდროულად 60-64 წამალდამოკიდებული პირის მომსახურებაზე. ტექნიკური წინადადება დასამტკიცებლად წარედგინა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს. ამას აღარ მოჰყოლია წინადადების რაიმე ფორმალური განხილვა, რამდენადაც, როგორც ჩანს, ერთ მოსარგებლეზე ძალიან მაღალი ხარჯის გამო, წინადადება ფინანსურად არამიზანშეწონილად შეფასდა და რეზიდენტული ტიპის მომსახურების ჩამოყალიბება პოლიტიკური დღის წესრიგიდან მოიხსნა, ხოლო აღნიშნული აქტივობისთვის გამოყოფილი თანხები სახელმწიფო

1. ბაზალეთი – პატარა ქალაქი, რომელიც დედაქალაქიდან მსუბუქი მანქანით მგზავრობის შემთხვევაში დაახლოებით 40 წუთის მანძილითაა დაშორებული. 4,979მ^2 ფართობის ტერიტორია დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის მფლობელობაშია და აღნიშნული ცენტრის ასაშენებლად არის გამოყოფილი.

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

8.2. სოციალური გარიყვა და ნარკოტიკების მოხმარება

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

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

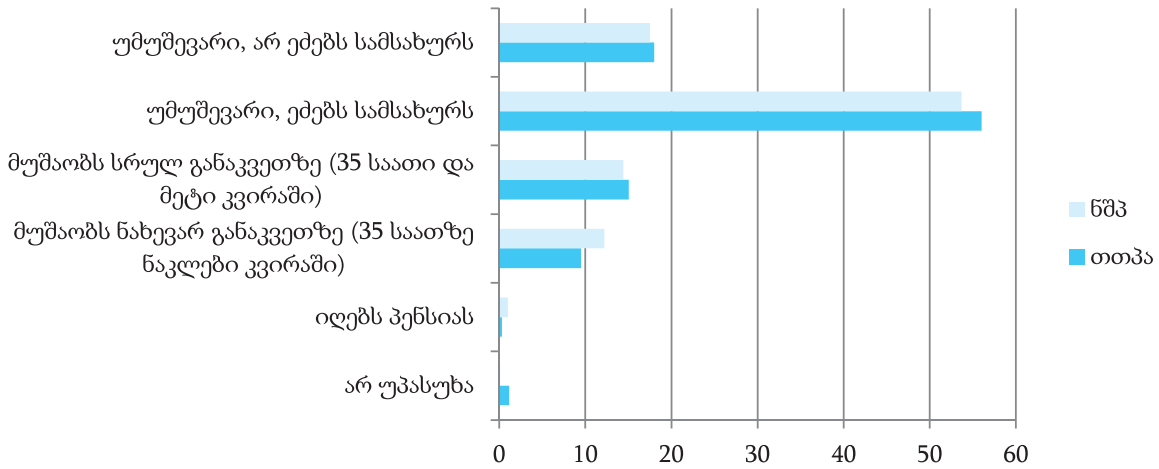
როგორც ქცევითი ზედამხედველობის, ასევე თანასწორი თანასწორს პროგრამის მოსარგებლეების კვლევამ გამოავლინა, რომ რესპონდენტების უმეტესობას ჰქონდა სრული საშუალო განათლება. ამასთან, ქცევითი ზედამხედველობის კვლევის თანახმად, თბილისის რესპონდენტების უდიდეს ნაწილს ჰქონდა უმაღლესი განათლება. ნარკოტიკების ინექციურ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

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

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

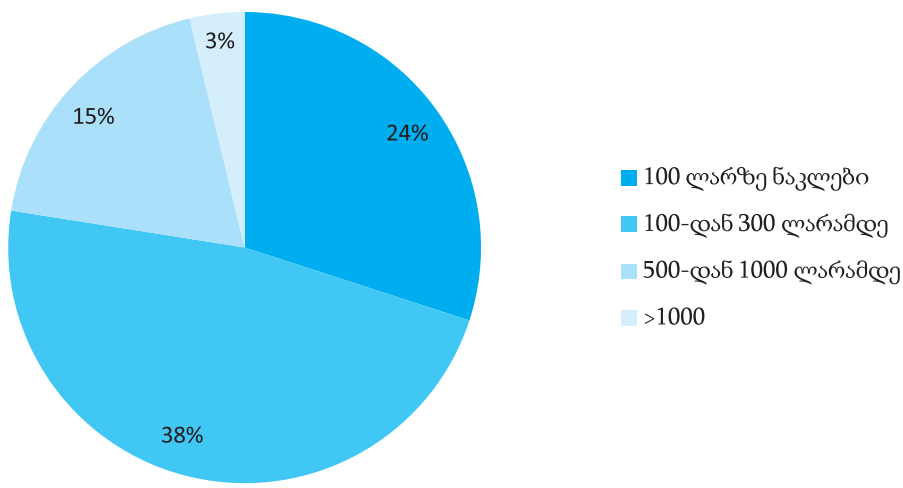
ქუთაისი, სამტრედია, ზუგდიდი, ბათუმი, ფოთი და 2 სერვის ცენტრი თბილისში), რომელიც ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელ პირებს უფასო ზიანის შემცირების მომსახურებებს სთავაზობდა. ორივე კვლევის რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი კვლევის მომენტისათვის უმუშევარი იყო და სამსახურს ეძებდა; 15%-ზე მეტმა აღნიშნა, რომ ისინი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

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



ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევამ გამოავლინა საქართველოში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შემოსავლის დონე. კერძოდ, კვლევაში მონაწილე ექვსივე ქალაქში, საშუალოდ, ნარკოტიკების ყოველი მესამე ინექციური მომხმარებლის ყოველთვიური შემოსავალი 100-დან 300 ლარამდე მერყეობს; ერთი მეოთხედის შემოსავალი 100 ლარზე ნაკლებია; რესპონდენტების მხოლოდ 15%-მა აღნიშნა, რომ მათი ყოველთვიური შემოსავალი 500-1000 ლარს შეადგენდა; რესპონდენტთა მხოლოდ 3%-ს აქვს თვეში 1,000 ლარზე მეტი (იხილეთ დიაგრამა15):

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



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

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

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

8.3. სოციალური რეინტეგრაცია

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9.1. შესავალი

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

ქვეყანაში ნარკოდანაშაულის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება მთელი რიგი სახელმწიფო უწყებების მიერ ხდება, რაც მათ საკუთარ საინფორმაციო სისტემებშია დაცული. შინაგან საქმეთა სამინისტრო[1] (შსს) აგროვებს და ინახავს ინფორმაციას ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულების შესახებ, ნარკოშემოწმების სტატისტიკის ჩათვლით. მთავარი პროკურატურა აგროვებს მონაცემებს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სისხლისსამართლებრივი ბრალის წაყენებისა და საქმეთა წარმოების შესახებ. საქართველოს უზენაესი სასამართლო აწარმოებს სტატისტიკას ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სასამართლო მოსმენებისა და სასჯელის მისჯის შესახებ. სასჯელაღსრულების სამინისტროში დაცულია მონაცემები ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მსჯავრდებულებისა და პატიმრების შესახებ.

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

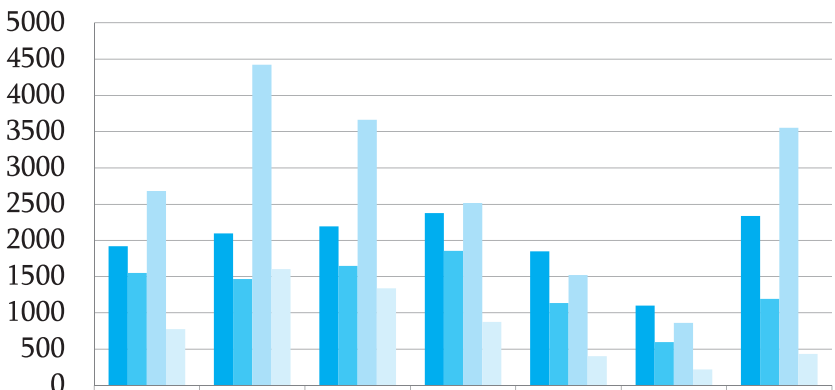
1. შინაგან საქმეთა სამინისტრო საზოგადოების უსაფრთხოებაზეა პასუხისმგებელი უწყებაა. მასში გაერთიანებულია მთელი რიგი სამართალდამცავი უწყებები – საპატრულო პოლიცია, კრიმინალური პოლიცია, კონტრდაზვერვის დეპარტამენტი, ტერორიზმთან ბრძოლის დეპარტამენტი, სასაზღვრო პოლიცია, დაცვის პოლიცია და რეგიონული პოლიციის უწყებები.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

9.2. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული

9.2.1. ნარკოკანონმდებლობით გათვალისწინებული დანაშაულები

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

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



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
მსჯავრდებული 260-ე მუხლით	1919	2095	2193	2376	1849	1100	2336
დაპატიმრებული 260-ე მუხლით	1552	1467	1649	1855	1135	598	1193
მსჯავრდებული 273-ე მუხლით	2681	4423	3663	2517	1523	861	3553
დაპატიმრებული 273-ე მუხლით	775	1605	1340	874	403	220	435

9.2.2. სისხლის სამართლის სასჯელები ნარკოდანაშაულისთვის

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

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

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

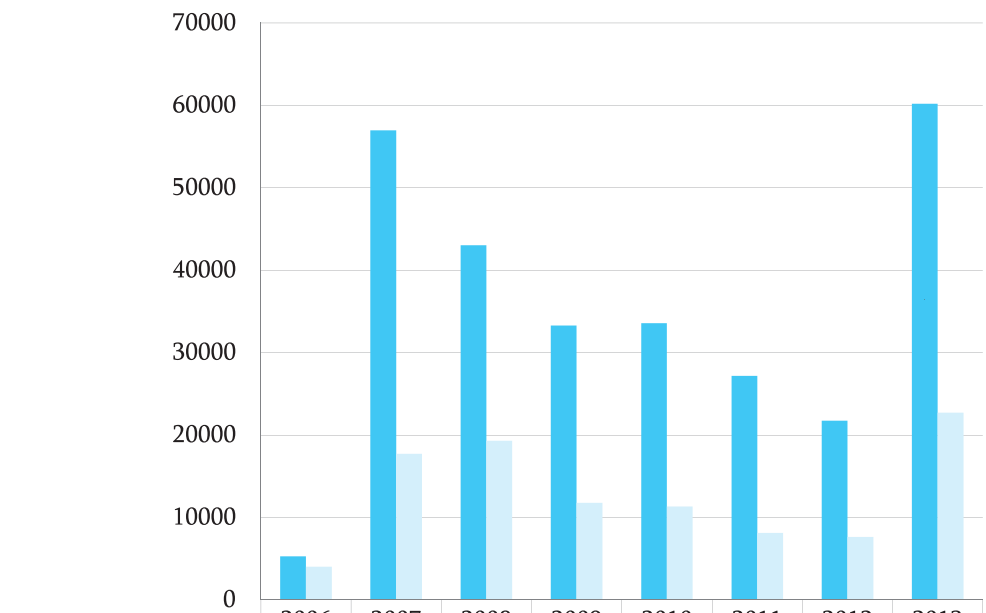
სსსკ-ს მუხლები	სასამართლო განხილვა და გადაწყვეტილება		მათ შორის მიესაჯათ სასჯელი					ჯარიმა, როგორც დამატებითი სასჯელი	საპროცესო გარიგება	გამართლდა
			თავისუფლების აღკვეთა	პირობითი სასჯელი	ჯარიმა/სასჯელი	საზოგადოებისთვის სასარგებლო შრომა	სასჯელი შეჩერდა ამნისტიის შემდეგ			
	საქმე	პირი	პირი	პირი	პირი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

9.2.3. ადმინისტრაციული სამართალდარღვევები

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

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

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



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ტესტირებული	5300	57000	43029	33292	33592	27178	21749	60196
დადებითი შედეგი	4014	17745	19303	11794	11348	8138	7627	22711

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

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

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

შემოწმებული პირების უმრავლესობა (72.3%) 26-დან 45 წლამდე ასაკობრივ ინტერვალშია მოქცეული (ცხრილი17). ტესტის დადებითი პასუხების უდიდესი წილი 45 წელზე ზემოთ ასაკობრივ კატეგორიაში გამოვლინდა (2.5 ტესტიდან ერთი), ხოლო ყველაზე დაბალი

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

ცხრილი17: ნარკოტიკებზე შემოწმებული პირების ასაკობრივი განაწილება (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 2007-2014ბ)

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

იმ ფაქტის გამო, რომ ბევრი ნარკომომხმარებელი საქართველოში მოიხმარს რამდენიმე ნივთიერებას ერთად (ვადაჭკორია, 2015, სიხარულიძე, 2015) და შემთხვევების უმეტესობაში შარდი რამდენიმე ნივთიერებაზე მოწმდება, ტესტირებაზე დადებითი პასუხების საერთო რაოდენობა 22,711 ადამიანს შორის იყო 32,048 (იხ. ცხრილი18). ტესტირებით ყველაზე ხშირად გამოვლინდა ოპიოიდების ჯგუფის ნივთიერებები (36%), მეორე ადგილზე კი ტეტრაჰიდროკანაბინოლი (მარიხუანა) აღმოჩნდა (29%). კოკაინის წილი ყველაზე მცირე იყო იმ ნივთერებებს შორის, რაც ტოქსიკოლოგიური შემოწმების დროს იქნა აღმოჩენილი (0.07%).

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

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

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

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

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

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

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

9.2.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სხვა დანაშაული

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

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

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

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

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

9.3. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულის პრევენცია

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

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

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

9.4. ინტერვენციები სისხლის სამართლის მართლმსაჯულების სისტემაში

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

9.5. ნარკოტიკების მოხმარება და პრობლემური მოხმარება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში

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

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

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

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

2012 წლის ბოლოს ხელისუფლებაში მოსული ახალი მთავრობის შეფასებით, სამედიცინო დანიშნულებით გამოწერილი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოხმარება უმთავრესი პრობლემა გახდა სასჯელაღსრულების სისტემისთვის. ანუ, ვიდრე სისტემა არალეგალური ნარკოტიკებისგან იწმინდებოდა, ნარკოტიკული წარსულის მქონე პატიმრების უმრავლესობა დამოკიდებული გახდა ფსიქოტროპულ მედიკამენტებზე (სედაციური საშუალებები, ნეიროლეფსიური საშუალებები და ანტიდეპრესანტები), რასაც ციხის ექიმები რეცეპტით გამოსწერდნენ ხოლმე, ან რასაც ციხის ადმინისტრაცია აწვდიდა პატიმრობის განმავლობაში (საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 2013). კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ 2,400-ზე მეტი პატიმარი სედაციური საშუალებების მაღალ დოზაზე იყო დამოკიდებული[1].

9.6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის საკითხებზე რეაგირება ციხეებში

9.6.1. აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობა

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

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

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

9.6.2. ზიანის შემცირების ღონისძიებები

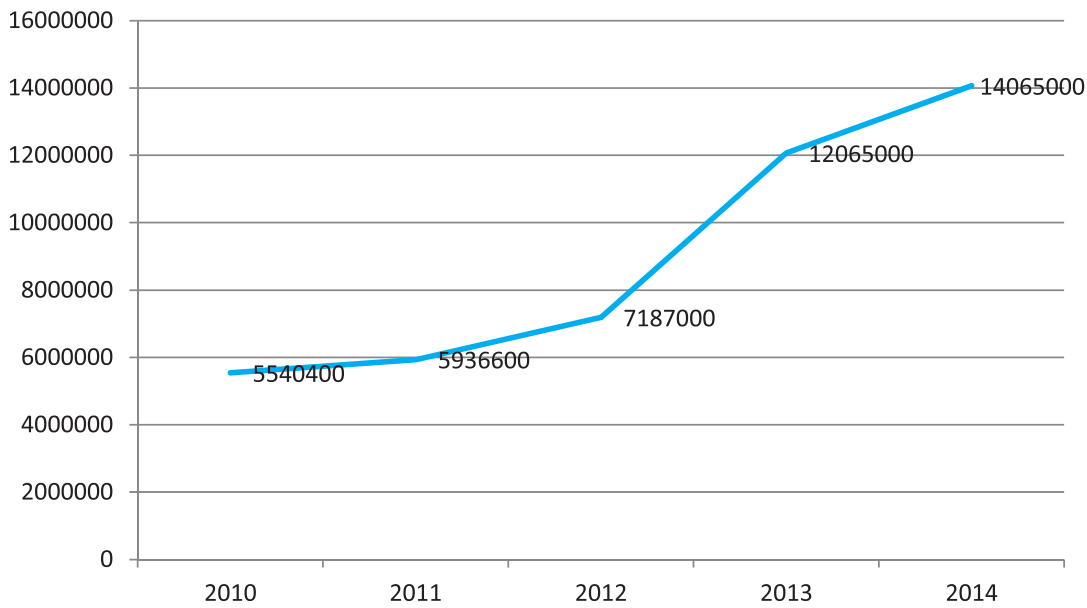
მეთადონით დეტოქსიკაცია ხელმისაწვდომია წინასწარი დაკავების ორ დაწესებულებაში – თბილისში (80 ადგილი) და ქუთაისში (50 ადგილი). ჯერჯერობით აღნიშნული მკურნალობა ფოკუსირებულია მოკლე და საშუალოვადიან ინტერვენციაზე (6 თვემდე) და ემსახურება ოპიოიდური დამოკიდებულების მქონე პატიმრების დეტოქსიკაციას, რათა ისინი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

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

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

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

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



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

9.6.4. ნარკოტიკების მომხმარებლების რეინტეგრაცია ციხიდან გათავისუფლების შემდეგ

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

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

10. ნარკობაზარი

10.1. შესავალი

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

10.2. მიწოდება ქვეყანაში და ქვეყნის შიგნით

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

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

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

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

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

10.2.1. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები

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

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

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

10.3. ამოღება

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

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

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

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

10.4. ფასი/სიწმინდე

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

ინდექსი

ESPAD, 5, 21, 22, 25, 85, 106

ადიქტოლოგია, 8, 19, 21, 29, 75

აივ, 5, 17, 18, 19, 21, 22, 27, 31, 32, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 64, 65, 77, 78, 85, 89, 91, 93

ალკოჰოლი, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 54, 63, 87, 89

ამბულატორიული, 18, 40, 41, 44, 60

ამოღება, 4, 81

ამფეტამინი, 6, 12, 70, 79

ანტისხეულები, 49

არასამთავრობო ორგანიზაციები, 8, 15, 29, 31, 32, 34, 58, 59, 64, 65, 76, 79

არასრულწლოვანები, 32

ბავშვები, 15, 28, 30, 31, 32, 86

„ბიო“, 6, 32, 74, 81

ბიუჯეტი, 6, 17, 18, 19, 29, 43, 60, 76, 77, 90

ბუპრენორფინი, 27, 37, 42, 43, 70, 79, 80

გადაზიდვა, 10, 11, 72, 73

განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 8, 14, 20, 21, 22, 30, 31

დაბალზღურბლოვანი, 17, 19, 49, 58

დანაშაული, 4, 6, 7, 10, 12, 32, 33, 55, 66, 67, 68, 72, 73, 75, 86, 87, 88, 92

დაფინანსება, 18, 19, 40, 41

დეტოქსიკაცია, 6, 18, 40, 41, 43, 57, 64, 75, 76

ევროკავშირი, 14, 64, 65

ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრი, 8, 28

ეროვნული სტრატეგია, 60

ეფექტურობა, 30

ექსტაზი, 5, 23, 24, 70, 87, 89

ვაქცინაცია, 57

ზედოზირება, 17, 54, 55, 56, 58, 65, 71, 91

ზიანის შემცირება, 6, 8, 14, 15, 17, 18, 19, 34, 35, 38, 40, 49, 50, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 76, 85, 87, 88, 91

ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა, 5, 21

თამბაქო, 22, 23, 25, 26, 30, 31, 89

ინტოქსიკაცია, 80

ინციდენტობა, 34, 46, 49

იუსტიციის სამინისტრო, 8, 9, 14, 15, 73, 91

კანაფი, 5, 42

კანონი, 6, 9,12, 13, 15, 16, 17, 30, 92

კვლევა, 5, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 34, 35, 37, 38, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 60, 61, 62, 63, 85, 89, 91, 92, 93

კოდეინი, 15, 79, 80

კოკაინი,42, 70

კონდომი, 53, 76, 90

კონსულტირება, 18, 44, 57, 58, 59, 64, 85

კოორდინაცია, 3, 13, 14, 29, 58

მარიხუანა, 5, 23, 24, 25, 27, 70, 81, 87, 89

მასმედია, 80, 81

მეთადონი, 42, 43, 57, 70, 76, 81

მეტამფეტამინი, 12, 70

მთავრობა, 16, 40, 41, 43, 45, 57, 60, 64, 75, 76, 77

მიზანმიმართული პრევენცია, 3, 28, 31, 32

მკურნალობა, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 19, 39, 40, 41, 42, 43, 56, 57, 58, 75, 76, 77, 78, 85, 87

მოწევა, 25, 80

მსჯავრდებული, 13, 66, 67, 68, 72, 90

მშობლები, 30

ნარკობაზარი, 79, 80

ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული, 4, 6, 66, 67, 72, 73, 75,

ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი, 45, 55,

ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება, 34, 35

ნემსებისა და შპრიცების პროგრამა, 63, 37, 54, 58, 61, 62, 88

ოპიატები, 37, 42

პარლამენტი, 12, 14, 15

პოლინარკომანია, 39,42

პოლიცია, 6,10, 15, 17, 20, 33, 54, 55, 66, 80

პრევალენტობა, 3, 5, 21, 22, 23, 24, 27, 34, 35, 37, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 81, 87, 89

პრევენცია, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 37, 40, 44, 54, 56, 57, 58, 64, 65, 66, 73, 85, 91

რეზიდენტული, 60, 63

რისკის ჯგუფები, 57

საგზაო შემთხვევა, 54, 55

საინექციო ხელსაწყოს გაზიარება, 51, 52, 89

სამინისტრო, 6, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 42, 44, 57, 60, 66, 68, 69, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 85, 87, 89, 90, 91, 92

სამოქმედო გეგმა, 3, 5, 9, 13, 29

სასამართლო, 6, 8, 12, 13, 14, 20, 55, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 87, 88, 92

სასკოლო, 5,29, 85

სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, 32, 57, 66, 74, 75, 76, 77, 78, 90, 92

სელექციური პრევენცია, 28

სიკვდილობა, 4, 45, 55, 58

სინთეტური, 70, 81

სიწმინდე, 4, 82

სკოლა, 3, 21, 22, 29

სოციალური გარიყვა, 4, 60, 61

სოციალური რეინტეგრაცია, 4, 60, 63, 64, 78

სტაციონარული, 18, 40, 41, 60

სუბოქსონი, 43

სუბუტექსი, 26, 27, 81

ტეტრაჰიდროკანაბინოლი, 70

ფასი, 4, 6, 43, 77, 80, 82

ფლობა, 9, 67, 68, 71, 75

ფსევდოეფედრინი, 15, 79

ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია, 39, 40, 44, 60, 64, 65

ფსიქოტროპული მედიკამენტები, 75

შეფასება, 3, 6, 13, 16, 19, 91

შიდსი, 5, 18, 19, 22, 31, 32, 35, 41, 45, 46, 47, 53, 57, 64, 65, 77, 78, 85, 86, 89

შინაგან საქმეთა სამინისტრო, 6, 8, 14, 15, 16, 17, 25, 32, 33, 66, 68, 69, 70, 73, 79, 81, 82, 85, 92

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 14, 15, 16, 17, 18, 42, 55, 60, 92

ჩანაცვლებითი თერაპია, 40, 42, 43, 44, 76

ციხე, 4, 43, 66, 75, 78

ხარჯი, 43, 60

ჯანდაცვა, 17, 18, 57

ჰაშიში, 24, 87

ჰეპატიტი, 47, 49, 50, 51, 56, 57, 58, 59, 77, 78, 87, 91

ჰეროინი, 5, 6, 26, 27, 37, 38, 42, 51, 54, 79, 80, 81, 82

ჰოსპიტალიზაცია, 42

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
ESPAD –	European School Project on Alcohol and Other Drugs – ევროპის სასკოლო პროექტი ალკოჰოლსა და სხვა ნარკოტიკებზე
EUDAP –	European Drug Prevention Program – ევროპის ნარკოტიკების ავადმოხმარების პრევენციის პროგრამა
GARP –	Global AIDS Report – გლობალური ანგარიში შიდსის შესახებ
GHPP –	Georgian HIV Prevention Program – საქართველოს აივ-პრევენციის პროგრამა
GHRN –	Georgian Harm Reduction Network – ზშსქ – 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

ცხრილები

ცხრილი 1: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი: ნარკოტიკული დანაშაული 10

ცხრილი 2: საქართველოს უზენაესი სასამართლოს რეკომენდაციები (2007 წლის 25 ივლისი), საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლის მიმართ 13

ცხრილი 3: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჯანდაცვის დანახარჯები 2012-2013წწ (ათას ევროში) (შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2013, 2014წწ) 18

ცხრილი 4: ბოლო 30 დღის და ბოლო 12 თვის განმავლობაში მარიხუანას (ან ჰაშიშის) და ექსტაზის მოხმარება სკოლის მოსწავლეებსა და უნივერსიტეტის სტუდენტებს შორის (დერშემი, 2012) 24

ცხრილი 5: ნარკოტიკების მოხმარება სკოლის მოსწავლეების ალბათურ შერჩევაში, პროცენტებში (ჯავახიშვილი, 2012) 25

ცხრილი 6: ალკოჰოლის და უკანონო ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობა სექსმუშაკ ქალებს შორის 2014 წელს, პროცენტებში (წერეთელი, 2014) 27

ცხრილი 7. ალკოჰოლის და უკანონო ნარკოტიკების პრევალენტობამსმ-ებს შორის, პროცენტებში (წერეთელი, 2010) 27

ცხრილი 8: 2013 წელს მკურნალობაგავლილი პაციენტების ასაკობრივი განაწილება, ააბსოლუტური რაოდენობით და პროცენტულად (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი (NCDC), 2014) 41

ცხრილი 9: AOT პაციენტების მიერ ძირითადად მოხმარებული ნარკოტიკი 2013 წელს, პრიცენტებში (დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი (NCDC), 2014) 42

ცხრილი 10: B ჰეპატიტი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის – ტესტების საერთო რაოდენობა და დადებითი პასუხების რაოდენობა (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ბ) 49

ცხრილი 11: C ჰეპატიტინარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელ პირებს შორის – ტესტების და დადებითი პასუხების რაოდენობა (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014c) 50

ცხრილი 12: ინფექციური დაავადებების ტესტირების დინამიკა წლების მიხედვით (ზშსქ, 2014ა)..... 50

ცხრილი 13: ნალოქსონის ამპულების დარიგების დინამიკა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014ა)..... 56

ცხრილი 14: გავრცელებული ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობა წლების მიხედვით (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2014..... 58

ცხრილი 15: იმ პირების რაოდენობა, ვისაც ნარკოდანაშაულის გამო ბრალი წაუყენეს, ან სასჯელი მიუსაჯეს (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის თავი XXXIII) პირველი ინსტანციის სასამართლოში 2013 წ..... 68

ცხრილი 16: ნარკოტესტზე შემოწმებული პირების განაწილება სქესის მიხედვით (შსს, 2007-2014ბ)..... 69

ცხრილი 17: ნარკოტიკებზე შემოწმებული პირების ასაკობრივი განაწილება (შსს, 2007-2014ბ)..... 70

ცხრილი 18: ტესტების რაოდენობა აღმოჩენილი ნივთიერებების მიხედვით 2013 წ. (შსს, 2014ა)..... 70

ცხრილი 19: ადამიანების რაოდენობა სასამართლო გადაწყვეტილებების მიხედვით 45-ე მუხლთან დაკავშირებით 2013 წელს (საქართველო, 2014წ.)..... 71

ცხრილი 20: ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ მყოფი ნარკოდამნაშავეების მიერ ჩადენილი დანაშაულების ტიპი (სასამართლო, 2014)..... 72

ცხრილი 21: 2006-2013 წწ პერიოდში ამოღებული ნარკოტიკების რაოდენობა კილოგრამებში (შსს, 2006-2015)..... 81

დიაგრამები

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

დიაგრამა 12: უსაფრთხო ინექცია ბოლო მოხმარებისას წლების განმავლობაში, 2009-2012 (ჩიქოვანი, 2012) 52

დიაგრამა 13: კონდომების მოხმარება შემთხვევით პარტნიორებთან ბოლო კონტაქტის დროს, 2009–2012 (ჩიქოვანი, 2012) 53

დიაგრამა 14: ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი პირები, დასაქმების მდგომარეობის მიხედვით (გოგია, 2013ა), (გოგია, 2013ბ)..... 62

დიაგრამა 15: ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელი პირების ყოველთვიური შემოსავალი, ევროებში, პროცენტულად (ჩიქოვანი, 2012)..... 62

დიაგრამა 16: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით მსჯავრდებული პირების რაოდენობა ყოველწლიურად 2007-2013წწ* (შსს, 2007-2014ა) 67

დიაგრამა 17: ნარკოტიკებზე შემოწმებული ადამიანების და დადებითი შედეგების რაოდენობა, 2006-2013 (შსს, 2007-2014ბ)..... 69

დიაგრამა 18: სასჯელაღსრულების სისტემის ჯანდაცვის ბიუჯეტი 2010-2014, ლარებში (სასჯელაღსრულების და პრობაციის სამინისტრო, 2014) 77

ბიბლიოგრაფია

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

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

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

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

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

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

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი 2014ა. პროგრამული მონაცემების ბაზა.

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

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

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

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

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

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

საერთაშორისო ფონდი კურაციო, საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი "თანადგომა", 2013. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები პატიმრებს

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

საქართველოს კანონი საჯარო სამსახურის შესახებ, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ჩიქოვანი, ი., შენგელია, ნ., ჩხაიძე, ნ., სირბილაძე, თ., თავზარაშვილი, 2013. აივ ინფიცირების რისკის შემცველი და უსაფრთხო ქცევები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოს 6 ქალაქში.

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

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

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

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

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

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

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

AIDSPAN 2011. AIDSPAN Annual Report, 2011.

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

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

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

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

GARP 2013. Global Report on AIDS. UNAIDS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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