ADDIGE

Addictology Developement in Georgia

ნარკოვითარება საქართველოში

წლიური ანგარიში

2015

ISBN: 978-9941-0-9415-6

ნარკოვითარება საქართველოში

წლიური ანგარიში

2015

თბილისი

2016

ავტორები:

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

რედაქტორი:

ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი	ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი, ფონდი „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში — თბილისი“

რეფერირებისთვის:

ალავიძე ს., დუჩიძე ნ., კირთაძე ი., ოთიაშვილი დ., რაზმაძე მ., სტურუა ლ., ტაბატაძე მ., ჯავახიშვილი ჯ., ნარკოვითარება საქართველოში, წლიური ანგარიში 2015 (ჯავახიშვილი ჯ., რედ.), თბილისი 2016

ADDIGE

Addictology Developement in Georgia

წინამდებარე გამოცემა დაფინანსებულია ევროკომისიის TEMPUS-ის მექანიზმის მიერ პროექტის „ადამიანური რესურსების, მტკიცებულებათა ბაზისა და ხარისხის სტანდარტების განვითარება საქართველოს ადიქტოლოგიაში“ ფარგლებში.

544219-TEMPUS-1-2013-1CZ-TEMPUS-SMHES (2013 – 4566 / 001 – 001).

ევროკომისიის მიერ ამ გამოცემის მხარდაჭერა არ ნიშნავს მისი შინაარსის გაზიარებას, რომელიც მხოლოდ ავტორების მოსაზრებებს ასახავს. აქედან გამომდინარე, ევროკომისია პასუხს არ აგებს ამ პუბლიკაციის შენაარსზე.

ISBN 978-9941-0-9415-6

სარჩევი

საქართველოს ნარკოვითარების მოკლე მიმოხილვა 5

მადლობას ვუხდით 10

1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება საქართველოს ახალგაზრდებსა და ზოგად მოსახლეობაში 11

1.1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ახალგაზრდებში 11

1.2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად მოსახლეობაში 13

2. პრევენცია 17

2.1. პრევენციის სისტემა, სტრატეგია, პოლიტიკა 17

2.2. გარემოზე მიმართული პრევენცია 17

2.3. უნივერსალური პრევენცია 17

2.4. შერჩევითი და მიზანმიმართული პრევენცია 18

2.5. კამპანიები 19

3. ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება 20

3.1. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა რაოდენობა 20

3.2. ნარკოტიკების მოხმარების სურათი ზიანის შემცირების პროგრამების მოსარგებლეებში 21

4. მოთხოვნა მკურნალობაზე 25

5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები 27

5.1. აივ ინფექცია/შიდსი 27

5.2. C ჰეპატიტი 28

5.3. B ჰეპატიტი 30

5.4. სიფილისი 30

6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილიანობა 31

7. მოთხოვნა მკურნალობაზე: საპასუხო ღონისძიებები 33

8. ზიანის შემცირების პროგრამები 36

9. ნარკოტიკული საშუალებების ბაზარი და ნარკოდანაშაული 39
9.1. ამოღება 39
9.2. დამზადება და მიწოდება 41
9.3. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები 41
9.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული 41
9.5. ადმინისტრაციული დანაშაული 43
9.6. მომხმარებელთა მომსახურება ციხეებში 44

10. ეროვნული ნარკოკანონმდებლობა 45

11. ეროვნული ნარკოსტრატეგია 47

12. საკოორდინაციო მექანიზმები 48

13. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული კვლევები 49

ცხრილებისა და დიაგრამების ჩამონათვალი 50
ინდექსი 52
ბიბლიოგრაფია 53

საქართველოს ნარკოვითარების მოკლე მიმოხილვა

2015 წელს, ნარკოვითარების თაობაზე ინფორმაციის მოპოვების თვალსაზრისით, ქვეყანაში გარღვევა მოხდა: პირველად საქართველოს ისტორიაში, ჩატარდა ეროვნული მასშტაბის ორი საკვანძო ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც ახალგაზრდებსა და ზოგად მოსახლეობაში ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების თაობაზე დასაბუთებული მსჯელობის საშუალებას გვაძლევს. კერძოდ, ჩატარდა ქვეყნის მე-10 კლასელთა წარმომადგენლობითი შემთხვევითი შერჩევის გამოკვლევაევროპისსასკოლოგამოკითხვის მეთოდით (ESPAD[1]), დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ, ევროკავშირისფინანსურიმხარდაჭერით; ასევე, ჩატარდა ქვეყნის შინამეურნეობების წარმომადგენლობითი გამოკითხვა თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების თაობაზე,დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრის ალტერნატივა ჯორჯიასა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის თანამშრომლობით, აშშ-ს საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) და ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს (Czech Development Agency) ფინანსური მხარდაჭერით.

ESPAD გამოკითხვის თანახმად, ქვეყნის 16 წლის მოსწავლე ახალგაზრდობაში ალკოჰოლი ყველაზე ფართოდ გავრცელებულ ფსიქოაქტიურ საშუალებას წარმოადგენს: მისი ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარება აღნიშნა რესპონდნეტების 85%-მა, ხოლო უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში მოხმარება -43%-მა. ყველაზე ხშირად მოხმარებული სასმელი ღვინოა (40%), შემდეგ მოდისლუდი (36%), სპირტიანი სასმელები (30%) და ალკოპოპი (14%). ყველა ამ სასმელს გოგონებზე მეტად ბიჭები მოიხმარენ.რესპონდენტთა 41%-მა (ბიჭების 51%-მა და გოგონების 30%-მა) აღნიშნა, რომ უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში ჰქონდა ალკოჰოლის მძიმე მოხმარების ეპიზოდი. რაც შეეხება არალეგალურ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს, ყველაზე გავრცელებულია მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი). მოსწავლეების 11%-მა აღნიშნა, რომ მარიხუანა ან ჰაშიში სიცოცხლის განმავლობაში ერთხელ მაინც აქვს გასინჯული; 8%-მა აღნიშნა მოხმარება უკანასკნელი 12 თვისგანმავლობაში, ხოლო 4%-მა კი - უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში. გამოკითხულთა 2.35%-მა მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი) 13 წლის ან უფრო უმცროს ასაკში გასინჯა. მარიხუანის ან ჰაშიშის (კანაფი) გარდა, ქართველ მოსწავლეთა შორის გავრცელებულია ტრანკვილიზატორებისა და სედატიური საშუალებების მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე (11%).

ზოგადი მოსახლეობის კვლევამაც, ახლაგაზრდათა გამოკითხვის მსგავსად, გამოავლინა ალკოჰოლის მოხმარების ფართოდ გავრცელება, ამჯერად - 18-დან 64 წლამდე ასაკის მოსახლეობაში. გამოკითხულთა 91%-მა მიუთითა, რომ ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გაუსინჯავს ალკოჰოლი; მამაკაცები ალკოჰოლურ სასმელებს მოიხმარენ უფრო ხშირად და მეტი ოდენობით, ვიდრე ქალები; მამაკაც რესპონდენტთა მეოთხედი, დალევის ერთ

1 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

ეპიზოდში მინიმუმ 7 ჭიქა სტანდარტულ ალკოჰოლურ სასმელს იღებს. კვლევის თანახმად, ასევე მაღალია ექიმის დანიშნულების გარეშე ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოხმარების მაჩვენებელები, კერძოდ ცხოვრებაში ერთხელ მაინც, ექიმის დანიშულების გარეშე, ფსიქოტროპული მედიკამენტი მოუხმარია ყოველ მეათე გამოკითხულს. ასევე, მაღალია კანაფის ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარების მაჩვენებლები მამაკაცებში - 32% (ქალებში - 2.9%). კანაფისბოლო 30 დღეში მოხმარება აღნიშნა მთლიანი შერჩევის 1.2%-მა. კვლევამ გამოავლინა ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების („ბიო“, „ბიო-სმოუკები“, „სპაისები” და სხვა) მოხმარების ძალიან დაბალიმაჩვენებალი (სულ 69 რესპონდენტი, 4,800-ზე მეტი კვლევის მონაწილიდან). ასევე, დაბალი აღმოჩნდა სხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები, რაც, სავარაუდოდ, რეალობას არ ასახავს და შესაძლოა მიუთითებდეს, რომ რესპონდენტებმა თავი აარიდეს თვითგაცხადებას დამსჯელობითი კანონმდებლობისა და/ან სტიგმის გამო.

გამოვლენილი სიტუაცია ცხადად გვიჩვენებს საქართველოში ფსიქოაქტიური საშუალებების უნივერსალური, შერჩევითი და მიზანმიმართული პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების განვითარების საჭიროებას, თუმცა დღესდღეობით პრევენციის ეგიდით მიმდინარე ღონისძიებები არ ეყრდნობა მტკიცებულებებსა და შესაბამის საერთაშორისო სტანდარტებს და, უმეტესწილად, ფრაგმენტული კამპანიებითა და საჯარო ლექციებით შემოიფარგლება. განხორციელებული ინტერვენციების ეფექტურობის შესაფასებლად არ ტარდება სათანადო კვლევები, რაც მათი ეფექტურობისა თუ გავლენის შესახებ დასაბუთებული მსჯელობის საშუალებას არ იძლევა.

ნარკოტიკული საშუალებების ინექციურ მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელი უკანასკნელი (2014 წლის) კვლევის საფუძველზე შემდგარი საექსპერტო კონსენსუსის თანახმად, საქართველოში 2014 წელს ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა განისაზღვრა 49,700 პირით (49,208-50,192), ხოლო პრევალენტობა - 2,02% (2,00%-2,04%) 18-64 წლის მოსახლეობაზე გადათვლით, და 1,33% (1,32%-1,35%) ზოგად პოპულაციაზე გადათვლით. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ ქსელის კლიენტებში ჩატარებული კვლევა ავლენს, რომ ბოლო 30 დღის მანძილზე მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების თვალსაზრისით, ოპიატების ინექციური მოხმარება სხვა საშუალებებთან შედარებით უფრო ფართოდ არის გავრცელებული (53%) და მნიშვნელოვნად სჭარბობს სტიმულატორების[2] მოხმარებას (24%). კვლევამ გამოავლინა, ასევე, სინთეზური კანაბინოიდების მოხმარებაც: გამოკითხულ მაღალი რისკის მომხმარებელთა 33% მიუთითებს კანაფის და 17.2% ე.წ. „ბიოს“ მოხმარებას.

წამალდამოკიდებულების მკურნალობა საქართველოში ხორციელდება კერძო და სახელმწიფო დაწესებულებებში, ასევე არასამთავრობო სექტორის მიერ. მკურნალობის სახეებია: (1) აბსტინენციაზე ორიენტირებული ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობა (დეტოქსიკაცია) თანდართული მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციითა და მოკლევადიანი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციით და (2) ჩანაცვლებითი თერაპია. დღეისათვის ქვეყანაში ხელმისაწვდომია ოჩთ-ს ორი სახე: მეთადონით ჩანაცვლების პროგრამა, რომელიც 2005 წლიდან მოქმედებს და სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა, რომელიც 2012 წელს დაიწყო.

2015 წელს აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის საფასური მერყეობდა 1,500-დან 2,800-ლარამდე ფარგლებში ნოზოლოგიის მიხედვით, ხოლო ამბულატორიულისა კი

2 იგულისხმება „ვინტი“ და „ჯეფი“, კუსტარული ამფეტამინების ტიპის სტიმულატორები.

1,200-დან 1,600-ლარამდე. ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპიაქვეყანაში ხორციელდება სამი მექანიზმით:გლობალური ფონდის დაფინანსებით რაც პაციენტისთვის უფასოა, ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოსა და პაციენტის თანადაფინანსებით (რაც მას თვეში დაახლოებით 150 ლარი უჯდება) და კერძო სექტორის მიერ, სადაც გადახდა მთლიანად პაციენტის ჯიბიდან ხდება.

სპეციალიზებული სამკურნალო პროგრამა ხელმისაწვდომია სამ პენიტენციურ დაწესებულებაში. მეთადონით დეტოქსიკაციის პროგრამა მუშაობს წინასაწარი დაკავების იზოლატორებში თბილისსა და ქუთაისში. ამას გარდა, ცენტრალური პენიტენციური ჰოსპიტალი პატიმრებს სთავაზობს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას.

2015 წელს სტაციონარული და ამბულატორიულიაბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობაქვეყანაში გაიარა სულ 933-მა პაციენტმა, აქედან, 28 ქალმა (3%). კვლავ გაგრძელდა საძილე და სედატიური საშუალებების არაინექციური მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მკურნალობის შემთხვევების მატების ტენდენცია: პაციენტთა საერთო რაოდენობის 26.4%-მა 2015 წელს ამ დიაგნოზის გამო იმკურნალა. გასული წლების მსგავსად, ნამკურნალევ პაციენტებში მაღალი იყო ოპიოიდების მოხმარება. 2015 წელს ნამკურნალევ პირთა 38.8% მიეკუთვნება 25-დან 34 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს, ხოლო 36.6% კი 35-დან 44 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს.

2015 წელს ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში ჯამში ირიცხებოდა 4,459 პაციენტი, მათშორის 41 — ქალი; აქედან 4,105 პაციენტი ირიცხებოდა მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში (მათ შორის 264 პენიტენციურ სისტემაში), ხოლო 554-სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში.

2010 წლამდე აივ ინფექციის გავრცელების ძირითადი გზა ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება იყო, თანდათან სიტუაცია შეიცვალა და ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები გახდა. 2015 წლისთვის ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ხვედრითმა წილმა იკლო 28.5%-მდე, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების ხვედრითმა წილმა იმატა 50.2%-მდე; ასევე, მოიმატა ჰომოსექსუალური კონტაქტების ხვედრითმა წილმა (19.8%).

2015 წელს, აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ინექციური გზით ნარკოტიკების მომხმარებლებში ჩატარდა 18,811 აივ-ტესტი, რომელთაგანც 38 შემთხვევაში შედეგი პოზიტიური იყო; აივ-ის გამოვლენის მაჩვენებელი იყო 0.2%. უარესი სურათი გამოვლინდა C ჰეპატიტის თვალსაზრისით: 2015 წელს, ჩატარდა18,385 ტესტი მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულ პირთა შორის, შედეგი პოზიტიური იყო 9,059 შემთხვევაში, ხოლოჩ ჰეპატიტისგამოვლენის მაჩვენებელი უდრიდა 49%-ს.

ზედოზირებით გამოწვეულ გარდაცვალებათა აღრიცხვიანობა, შეწყვეტილი ქვეყანაში გასული საუკუნის 90-იან წლებში, განახლდა 2007 წლიდან, ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ. მაგრამ ბიუროს მიერ მოწოდებული ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილის ოფიციალური სტატისტიკა 2014 და 2015 წლებისათვის (შესაბამისად, 7 და 5 შემთხვევა) იმდენად დაბალია ზიანის შემცირების საქართელოს ქსელის მიერ წარმოებულ სტატისტიკასთან შედარებით (შესაბამისად, 39 და 50 შემთხვევა), რომ ეს იძლევა საფუძველს ვივარაუდოთ:ქვეყანაში ნარკოტიკული საშუალებების ზედოზირებით სიკვდილის შემთხვევების მხოლოდ ნაწილი გადის სასამართლო ექსპერტიზას.

ზიანის შემცირების ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი, როგორიცაა შპრიცებისა და ნემსების გაცვლა, ქვეყანაში არსებული მკაცრი ნარკოპოლიტიკის გამო, მოდიფიცირებულად ხორციელდება და ითვალისწინებს საინექციო საშუალებების არა გაცვლას, არამედ დარიგებას, რათა გამოყენებული შპრიცების/ნემსების ჩაბარებისას, ნარჩენების გამო, არ მოხდეს მომხმარებელთა დაკავება და დასჯა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ფლობისთვის. ნარკოტიკის ერთ მომხმარებელზე წლიურად გაცემული შპრიცების რაოდენობამ 2015 წელს 72ერთეულს მიაღწია, რაც შესაბამისობაშია აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიის ინდიკატორთან და აღემატება 2013 წლის ინდიკატორს (45 შპრიცი). 2015 წელს საქართველოს 11 ქალაქში მოქმედებდა ზიანის შემცირების მომსახურების მიმწოდებელი 14 ცენტრი, აქედან ოთხი თბილისში და თითო-თითო ზუგდიდში, გორში, თელავში, სოხუმში, ბათუმში, ფოთში, სამტრედიაში, ქუთაისში, რუსთავსა და ოზურგეთში. მოცვის გაუმჯობესების მიზნით, ზიანის შემცირების პროგრამამ 2015 წლიდან აამოქმედა მობილური ლაბორატორიები, რომელიც ნარკოტიკის მომხმარებლებსა და სხვა სარისკო ქცევის განმახორციელებელ ჯგუფებს სთავაზობს კონსულტირებას მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების თაობაზე, ასევე, ნებაყოფლობით კონსულტირებასა და ტესტირებას აივ-სა და ვირუსულ ჰეპატიტებზე. 2015 წლის ბოლოსათვის,ქვეყანაში მოქმედებდა6 ასეთი მობილური ლაბორატორია.

უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკების რაოდენობის თვალსაზრისით, ტრადიციულად, ქვეყანაში კანაფი ლიდერობს. უკანასკნელ წლებში აღსანიშნავია სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალების უკანონო ბრუნვიდან ამოღების მზარდი ტენდენცია. 2014 წელს კანაფის ამოღებამ 5 ტონას მიაღწია, ჰეროინის ამოღებამ კი 591 კგ-ს. 2015 წელს ამოღებულ იქნა 60 კგ. ამფეტამინი. როგორც წესი, ამგვარი მსხვილი ამოღებები არის ერთი მსხვილი პარტიის დაკავების შედეგი, რომელიც, უმეტეს შემთხვევაში, არ არის გამიზნული ადგილობრივი (შიდა) ბაზრისთვის და საქართველოში სატრანზიტო მარშრუტს გადის.

უზენაესი სასამართლოს ინფორმაციით, 2015 წელს ნარკოდანაშაულის მუხლებით პირველი ინსტანციის სასამართლოებში განხილულ იქნა 4,022 საქმე და განაჩენი გამოტანილი იქნა 4,126 პირის მიმართ. ისევე, როგორც წინა წლებში, ნარკოდანაშაულთან მიმართებაში სასამართლოების მიერ განხილულ საქმეთა უმეტესობა სისხლის სამართლის ორ მუხლზე მოდის: 54% 273-ე მუხლზე, 35% კი - 260-ე მუხლზე. ტრადიციულად, ნარკოდანაშაულთან დაკავშირებული საქმეების გამოძიებისას ფართოდ გამოიყენება საპროცესო გარიგების მექანიზმი (საქმეთა 65%-ში). ასევე, ჩვეულებისამებრ, განაჩენების უმეტესობაში (55%) გამოყენებულია ჯარიმა, როგორც ძირითადი ან დამატებითი სასჯელი.

2015 წელს, წინა წელთან შედარებით, მნიშვნელოვნად ნაკლები ადამიანი იქნა მსჯავრდებული სისხლის სამართლის 260-ე და 273-ე მუხლების გამო. აგრეთვე, შემცირდა ამ მუხლებით გასამართლებული პირების მიმართ თავისუფლების აღკვეთის, როგორც სასჯელის ზომის, გამოყენება. 2015 წელს გაგრძელდა ნარკოლოგიურ ტესტირებაზე გადაყვანის კლების ტენდენცია. ამ წელს, 2013 წელთან შედარებით, იძულებითი ნარკოლოგიური შემოწმება თითქმის 2-ჯერ ნაკლებ ადამიანს ჩაუტარდა. ტრადიციულად, ნარკოლოგიური შემოწმების შედეგად ნარკოტიკების მოხმარების ფაქტი დადასტურდა შემთხვევათა დაახლოებით ერთ მესამედში.

ქვეყანაში ნარკოტიკების ლეგალურ ბრუნვას არეგულირებს 2002 წელს მიღებული და 2012 წელს განახლებული საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების,

ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ (ე.წ. „ჩარჩო კანონი“), ხოლო ნარკოტიკების არალეგალურ ბრუნვას არეგულირებს ქვეყნის ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა და სისხლის სამართლის კოდექსი. არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება სამართალდარღვევაა ორივე ამ კოდექსის მიხედვით. ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის თანახმად, ერთი წლის განმავლობაში, სამედიცინო დანიშნულების გარეშე, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების უკანონო მოხმარების პირველი შემთხვევა, ან მცირე ოდენობის ნარკოტიკების ფლობა რეალიზაციის განზრახვის გარეშე ითვალისწინებს ჯარიმას 500 ლარის ოდენობით, ხოლო გამონაკლის შემთხვევებში, ადმინისტრაციულ პატიმრობას 15 დღემდე ვადით. იმავე წელს განმეორებით ჩადენილი ანალოგიური ქმედება, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლის თანახმად, კვალიფიცირებულია, როგორც სისხლის სამართლის დანაშაული. სამოქალაქო საზოგადოების მხრიდან 2015 წელს განსაკუთრებით გაძლიერდა მოხმარების დეკრიმინალიზაციის მოთხოვნა, მაგრამ ჯერჯერობით რეალური შედეგი დეკრიმინალიზაციის თვალსაზრისით მიღწეული არ არის.

დამსჯელობითი სამართლებრივი ჩარჩო არ იძლევა დაბალანსებული ნარკოსტრატეგიის ცხოვრებაში გატარების საშუალებას. ტრადიციულად, ქვეყნაში ნარკოსტრატეგია მოწოდების შემცირებასა და დასჯაზე მეტად არის ორიენტირებული, ვიდრე მოთხოვნის შემცირებასა და ზრუნვაზე.

ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, რომელსაც იუსტიციის სამინისტრო აკოორდინირებს, ქვეყანაში ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის პრობლემაზე მუშაობის წამყვანი საკოორდინაციო მექანიზმია. საბჭო აქტიურად მოღვაწეობდა 2011-2014 წლებში, მაგრამ, 2015 წლიდან მოყოლებული, შეანელა აქტივობა და არც ერთი სხდომა არ მოუწვევია. ასევე, შეწყდა საუბარი ნარკოტიკების ეროვნული მონიტორინგის ცენტრის დაარსებაზეც, რასაც საბჭო აქტიურად განიხილავდა 2014 წელს EMCDDA-ს ექსპერტებთან ერთად.

2016 წელს სამოქალაქო აქტივისტების, ნარკოტიკების მომხმარებელთა ეროვნული ქსელის, დარგში მოღვაწე არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და ექსპერტების მიერ დაფუძნდა საქართველოს ნარკოპოლიტიკის ეროვნული პლატფორმა, როგორც სამოქალაქო საზოგადოების მხრიდან ინიცირებული კოორდინაციის ეროვნული მექანიზმი. პლატფორმა შეიქმნა, როგორც სამოქალაქო საზოგადოების პასუხი ქვეყანაში არსებულ რეპრესიულ ნარკოპოლიტიკაზე; მისი მისიაა ხელი შეუწყოს სამოქალაქო საზოგადოების, სათემო ჯგუფებისა და ექსპერტების ჩართულობას ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პოლიტიკის ფორმირებაში და ადვოკატირება გაუწიოს ეფექტური და ჰუმანური პოლიტიკის ჩამოყალიბებასა და განხორციელებას.

მადლობას ვუხდით

მოცემული ანგარიში მომზადდა საავტორო ჯგუფის მიერ, რომელიც სხვადასხვა უნივერსიტეტსა და არასამთავრობო თუ სამთავრობო დაწესებულებაში მომუშავე, ადიქტოლოგიის დარგის ექსპერტებს აერთიანებს. ჩვენი ერთობლივი მუშაობა ვერ იქნებოდა ეფექტური, რომ არა თანამშრომლობა ადგილობრივ და უცხოელ კოლეგათა, ორგანიზაციათა და უწყებათა მხრიდან, რისთვისაც გვინდა მადლობა გადავუხადოთ:

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

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

ადგილობრივ პარტნიორებსა და ამავე დარგში მოღვაწე ორგანიზაციებს: *ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტს, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელს, საქართველოს ადიქტოლოგთა ასოციაციას, საერთაშორისო ფონდს კურაციო, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს*, კერძო კლინიკებს *ბემონი და ურანტი*, არასამთავრობო ორგანიზაციებს *თანადგომა, ახალი გზა, ახალი ვექტორი, ჰეპა პლიუსი, პეონი დაკამარა;*

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

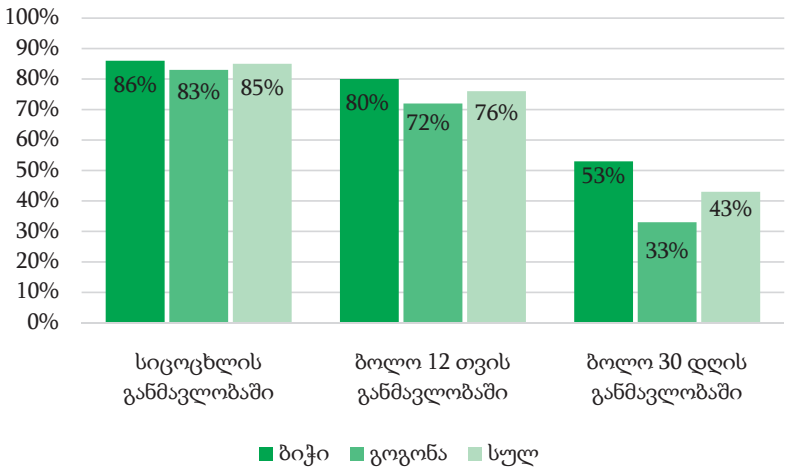
1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება საქართველოს ახალგაზრდებსა და ზოგად მოსახლეობაში

1.1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ახალგაზრდებში

ახალგაზრდებში ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების პირველი ეროვნული მასშტაბის კვლევა ევროპის სასკოლო გამოკითხვის მეთოდით (ESPAD[3]) საქართველოში 2015 წელს ჩატარდა, *დაავადებათა კონტროლისა* და *საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის* (დკსჯეც) მიერ, ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით. კვლევისთვის საქართველოს სხვადასხვა კუთხეში შეირჩნენ მე-10 კლასის მოსწავლეები, რომელთა 73%-ს ESPAD-ის სამიზნე ჯგუფი - 1999 წელს დაბადებული მოსწავლეები - წარმოადგენდნენ. შერჩევისათვის გამოყენებულ იქნა ორეტაპიანი (სკოლა და კლასი) პროპორციული მარტივი შემთხვევითი შერჩევა. საბოლოოდ, კვლევის ფარგლებში დამუშავდა 2,477 სრულად შევსებული კითხვარი.

კვლევაში მონაწილე მოსწავლეების 85%-მა (ბიჭების 86% და გოგონების 83%) აღნიშნა, რომ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში ერთხელ მაინც მიუღია ალკოჰოლი. მოსწავლეთა 43%-მა განაცხადა, რომ ალკოჰოლი მიიღო უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015ა).

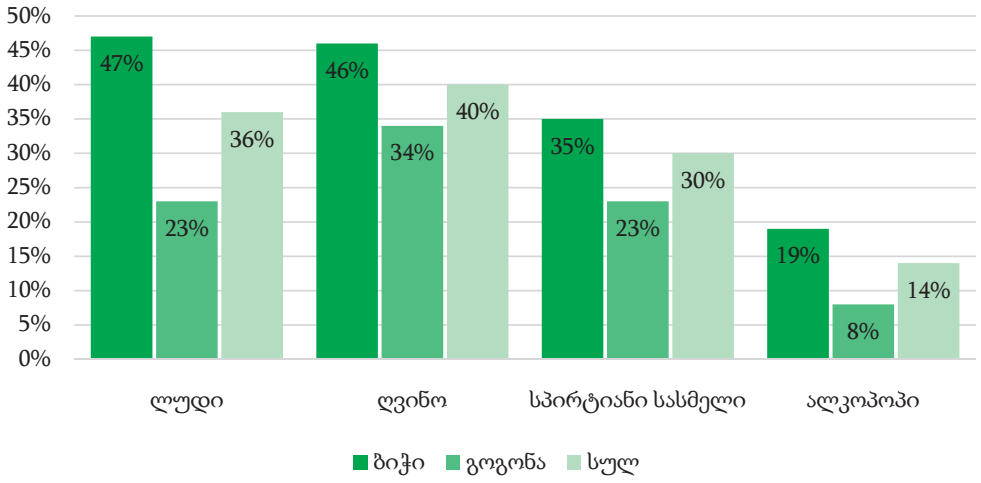
დიაგრამა 1: ალკოჰოლის მიღება მთელი სიცოცხლის, უკანასკნელი 12 თვის, უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში, სქესის მიხედვით (პროცენტული მაჩვენებელი) (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a)



3 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

ქართველ მოსწავლეთა შორის ყველაზე ხშირად მოხმარებული სასმელი ღვინოა (40%), შემდეგ მოდის ლუდი (36%), სპირტიანი სასმელები (30%) და ალკოპოპი (14%); ყველა ამ სასმელს გოგონებზე მეტად ბიჭები ღებულობენ. 41%-მა აღნიშნა, რომ უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში ჰქონდა ალკოჰოლის მძიმე მოხმარების ეპიზოდი, რაც უფრო ხშირი იყო ბიჭებში (51%), ვიდრე გოგონებში (30%).

დიაგრამა 2: სხვადასხვა სასმელის მიღება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში, სქესის მიხედვით (პროცენტული მაჩვენებელი) (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a)



კვლევის თანახმად, ღვინო ყველაზე ხშირად მოხმარებული სასმელია ბავშვობასა და მოზარდობაში; მოსწავლეთა 64%-მა აღნიშნა, რომ მინიმუმ ერთი ჭიქა ღვინო 13 წლის ან უმცროს ასაკში ან უფრო ადრე აქვს მიღებული. ღვინოს მოსდევს ლუდი (57%), სპირტიანი სასმელები (36%) და ალკოპოპი (30%). ყველა სახის ალკოჰოლური სასმელის ადრეული მოხმარება გაცილებით უფრო მაღალია ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში.

მოსწავლეების 11%-მა (19% ბიჭი და 3% გოგონა) აღნიშნა, რომ სიცოცხლის განმავლობაში ერთხელ მაინც აქვს გასინჯული მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი). გამოკითხულთა 8%-მა (14% ბიჭი და 1.5% გოგონა) მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი) უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში გამოიყენა; მოსწავლეთა 4%-მა (7.2% ბიჭი და 0.6% გოგონა) კი - უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში. მოსწავლეების 2.35%-მა (3.7% ბიჭი და 1% გოგონა) მარიხუანა ან ჰაშიში (კანაფი) 13 წლის ან უფრო უმცროს ასაკში გასინჯა.

მარიხუანის ან ჰაშიშის (კანაფი) გარდა, ქართველ მოსწავლეთა შორის ყველაზე გავრცელებულია ტრანკვილიზატორებისა და სედატიური საშუალებების მოხმარება ექიმის დანიშნულების გარეშე (11%), რასაც მოჰყვება მაგიური სოკოები (3%), ტაბლეტები (მედიკამენტები) ალკოჰოლურ სასმელებთან ერთად „კაიფის“ მისაღწევად (3%), „ბიო“[4] სპაისი (2.6%), ჰალუცინოგენები (2%) და ტკივილგამაყუჩებლები „კაიფის“ მისაღწევად (2%).

მოსწავლეების მიერ ყველაზე ადვილად ხელმისაწვდომ ნარკოტიკებად მიიჩნევა კანაფი (21%), ტრანკვილიზატორები/სედატიური საშუალებები (12%), ექსტაზი (9%) და „ბიო“ სპაისი (7%).

4 „ბიო“ - ჟარგონული სახელი, რომლითაც მომხმარებლები მოიხსენიებენ ახალ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს.

მოსწავლეთა მიერ, ცხოვრების მანძილზე ერთხელ მაინც, უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში და ბოლო 30 დღის მანძილზე გასინჯული ნარკოტიკული საშუალებების თაობაზე უფრო დეტალური ინფორმაციისთვის იხ. ცხრილი 1.

ცხრილი 1: ცხოვრების მანძილზე, ბოლო 12 თვის და 30 დღის მანძილზე ფსიქოაქტიური/ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები
(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a)

ცხოვრების მანძილზე	ბიჭები	გოგონები	სულ
კანაფი	19.0	3.1	11.5
ინჰალანტები	10.5	14.1	12.1
ამფეტამინები	3.1	0.6	3.0
მეტამფეტამინები	2.0	0.1	1.1
ექსტაზი	7.2	1.1	4.4
LSD და სხვა ჰალუცინოგენები	3.7	0.9	2.4
კოკაინი	2.3	1.2	1.8
კრეკი	1.6	0.2	1.0
ჰეროინი	2.7	0.8	1.8
ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები (NPS)	9.9	3.4	6.8
ბოლო 12 თვის მანძილზე	**ბიჭები**	**გოგონები**	**სულ**
კანაფი	13.9	1.5	8.1
ინჰალანტები	5.2	6.9	6.0
ამფეტამინები	1.8	0.3	1.1
მეტამფეტამინები	1.2	0.1	0.7
ექსტაზი	3.3	0.6	2.7
LSD და სხვა ჰალუცინოგენები	X[5]	X	X
კოკაინი	1.7	0.6	1.2
კრეკი	1.3	0.1	1.4
ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები (NPS)	17.4	10.2	14.1
ბოლო 30 დღის მანძილზე			
კანაფი	7.2	0.6	4.1
ინჰალანტები	3.1	3.5	3.3

1.2. ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად მოსახლეობაში

ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების თაობაზე საქართველოში პირველად 2015 წელს ჩატარდა, დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრის ალტერნატივა ჯორჯიასა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დკსჯეც) თანამშრომლობით, აშშ-ს საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) და ჩეხეთის განვითარების სააგენტოს (Czech Development Agency) ფინანსური მხარდაჭერით. წარმომადგენლობითი

5 X - მონაცემი არ არის

შინამეურნეობის კვლევისთვის შეირჩა 18-64 წლის 4,805 რესპონდენტი. შერჩევის ჩარჩო ეფუძნებოდა კლასტერის მრავალეტაპურ, ზომის პროპორციული ალბათობის შერჩევის მეთოდს. შერჩეული შინამეურნეობების 99.3% ჩაერთო კვლევაში. კვლევა იძლევა მიღებული შედეგების ეროვნულ დონეზე განზოგადების შესაძლებლობას.

კვლევამ გამოავლინა საქართველოს მოსახლეობაში ალკოჰოლის მოხმარების მაღალი მაჩვენებელი. კერძოდ, გამოკითხულთა 91%-მა მიუთითა, რომ ცხოვრებაში ერთხელ მაინც გაუსინჯავს ალკოჰოლი; მამაკაცები ალკოჰოლურ სასმელებს მოიხმარენ უფრო ხშირად და მეტი ოდენობით, ვიდრე ქალები; მამაკაც რესპონდენტთა მეოთხედი, დალევის ერთ ეპიზოდში მინიმუმ 7 ჭიქა სტანდარტულ ალკოჰოლურ სასმელს იღებს[6].

კვლევის თანახმად, მაღალია, ასევე, ექიმის დანიშნულების გარეშე ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოხმარების მაჩვენებელები, კერძოდ კი - ცხოვრებაში ერთხელ მაინც, ექიმის დანიშულების გარეშე, ფსიქოტროპული მედიკამენტი მოუხმარია ყოველ მეათე გამოკითხულს. განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებლები დაფიქსირდა გურიისა და შიდა ქართლის რეგიონებში, როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში.

კვლევის შედეგების თანახმად, კანაფს გაცილებით მეტი მამაკაცი (32%) მოიხმარს, ვიდრე ქალი (2.9%). გურიისა და მცხეთა-მთიანეთის რეგიონებში მამაკაცთა 70%-ზე მეტს ცხოვრებაში ერთხელ მაინც აქვს გასინჯული კანაფი და ან მისი პროდუქტები. კანაფს ყველაზე ხშირად 18-24 და 30-39 წლის ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები მოიხმარენ; მთლიანი შერჩევის 1.2%-მა აღნიშნა კანაფის ბოლო 30 დღეში მოხმარება.

კვლევის თანახმად, საქართველოს მოსახლეობაში ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების („ბიო", „ბიო-სმოუკები", „სპაისები" და სხვ.) მოხმარება ძალიან დაბალია (სულ 69 რესპონდენტი). ასევე, დაბალია სხვა ნარკოტიკული საშუალებების მომხარების მაჩვენებლები, რაც სავარაუდოდ, რეალობას არ ასახავს და შესაძლოა მიუთითებდეს რომ რესპონდენტებმა თავი აარიდეს თვითგაცხადებას დამსჯელობითი კანონმდებლობისა თუ სტიგმის გამო. ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დეტალური მაჩვენებლები, სქესის მიხედვით და ასაკობრივ ჭრილში, იხილეთ ცხრილში 2.

ცხრილი 2: ცხოვრების მანძილზე, ბოლო 12 თვისა და 30 დღის მანძილზე ფსიქოაქტიური/ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების შეწონილი მაჩვენებლები (ალტერნატივა ჯორჯია, 2016)

ცხოვრების განმავლობაში მოხმარება	მამაკაცი	ქალი	18-24	25-29	30-39	40-49	50+	სულ
ინჰალანტები	0.2 ±0.1	0	0.1±0.1	0	0.1±0.1	0.4±0.2	0	0.1±0
ფსიქოტროპული მედიკამენტები (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	11.0 ±1.6	10.2 ±1.4	7.6±1.6	7.3±1.7	8.9±1.4	13.6±2	12.4±1.7	10.6 ±1.4
კანაფი	32.4±1.7	3.1 ±0.4	12.7±1.3	19.6±2.1	22.0±1.6	18.1±1.7	14.7±1.1	17.3 ±0.9
ჰეროინი	1.4±0.5	0.1±0	0.6±0.3	0.6±0.5	0.9±0.5	1.0±0.3	0.5±0.2	0.7±0.2
ოპიუმი	0.7±0.2	0.1±0	0.3±0.1	0.5±0.5	0.4±0.2	0.5±0.2	0.3±0.1	0.4±0.1
ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებები	3.4 ±0.7	0.1 ±0.0	1.4±0.5	3.2±1.0	2.5±0.7	1.6±0.5	0.6±0.2	1.7 ±0.4

6 Babor, T., et al., The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care, Second Edition. 2001, World Health Organization

კუსტარული სტიმულატორები	0.9±0.3	0	0.3±0.1	0.8±0.5	0.9±0.4	0.3±0.1	0.2±0.1	0.4±0.2
სხვა ოპიატები/ ანალგეტიკები	0.4±0.1	0.1±0.1	0.2±0.1	0.5±0.4	0.1±0.1	0.4±0.2	0.2±0.1	0.3±0.1
მეთადონი (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	1.4±0.6	0	0.6±0.3	1.0±0.7	0.8±0.5	0.7±0.3	0.5±0.2	0.7±0.3
სუბუტექსი (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	1.9±0.6	0.1±0	0.8±0.4	1.7±0.8	1.2±0.5	1.4±0.4	0.4±0.1	1±0.3
კოკაინი	1.3±0.5	0	0.3±0.1	0.6±0.5	1.0±0.5	0.7±0.3	0.6±0.2	0.6±0.2
ამფეტამინები	1±0.4	0.1 ±0.0	0.2±0.1	1.1±0.7	0.5±0.3	0.7±0.4	0.3±0.2	0.5±0.2
ექსტაზი	1.2±0.3	0	0.7±0.4	0.5±0.3	0.7±0.3	0.9±0.3	0.2±0.1	0.6±0.1
LSD	0.8±0.2	0	0.3±0.2	0.6±0.4	0.5±0.3	0.7±0.3	0.1±0	0.4±0.1
რომელიმე ნარკოტიკი	47.1	3.8	18.5	30.6	31.6	27.4	18.6	24.7
ალკოჰოლი	98.4	87.7	87.5	94.3	94.5	94.1	91.2	92.4
თამბაქო	85.1±1.0	23.9±1.3	47.1	56	60.5	55.5	49.3	53.4±0.8
უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე მოხმარება	**მამაკაცი**	**ქალი**	**18-24**	**25-29**	**30-39**	**40-49**	**50+**	**სულ**
ინჰალანტები	0	0	0	0	0	0	0	0
ფსიქოტროპული მედიკამენტები (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	8.6	7.5	6.1	5.7	6.9	11.1	10.3	8.6
კანაფი	6.6 ±0.6	0.5 ±0.1	5.1±0.9	6.9±1.1	4.7±0.7	2.5±0.6	1.0±0.4	3.4±0.3
ჰეროინი	0	0	0	0	0	0	0	0
ოპიუმი	0	0	0	0	0.1±0.1	0	0	0
ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებები	0.6 ±0.2	0	0.2±0.1	0.6±0.4	0.3±0.2	0.6±0.3	0	0.3 ±0.1
კუსტარული სტიმულატორები	0	0	0	0	0	0	0	0
სხვა ოპიატები/ ანალგეტიკები	0	0.1±0.1	0	0.4±0.4	0.1±0.1	0	0	0.1±0
მეთადონი (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	0.30±0.1	0	0	0	0.3±0.3	0.2±0.1	0.1±0.1	0.1±0.1
სუბუტექსი (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	0.1±0.1	0	0	0	0.2±0.1	0.1±0.1	0	0.1±0
კოკაინი	0	0	0	0	0	0	0	0
ამფეტამინები	0	0	0	0	0	0	0	0
ექსტაზი	0.1±0.1	0	0	0	0.2±0.2	0	0	0.1±0
LSD	0.2±0.1	0	0	0.3±0.2	0.3±0.2	0	0	0.1±0.1
რომელიმე ნარკოტიკი	8.6	0.4	4.8	8.1	6.4	3.3	0.9	4
ალკოჰოლი	90.7±0.7	68.0±1.4	83.5±1.8	82.7±1.8	86.4±1.2	80.1±1.9	71.2±1.5	79.6±0.8
უკანასკნელი 30 დღის მანძილზე მოხმარება	**მამაკაცი**	**ქალი**	**18-24**	**25-29**	**30-39**	**40-49**	**50+**	**სულ**
ინჰალანტები	0	0	0	0	0	0	0	0
ფსიქოტროპული მედიკამენტები (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	5.1	5.3	2.4	3.6	3.9	6.4	7.2	5.2
კანაფი	2.5 ±0.4	0	1.7±0.6	3.0±0.8	2.0±0.5	0.8±0.3	0.1±0.0	1.2 ±0.2
ჰეროინი	0	0	0	0	0	0	0	0

ოპიუმი		0	0	0	0	0	0	0
ახალი ფსიქოაქტიური საშ.	0.1	0	0.2±0.1	0	0.2±0.2	0.1±0.1	0	0.1±0
კუსტარული სტიმულატორები	0	0	0	0	0	0	0	0
სხვა ოპიატები/ ანალგეტიკები	0	0.1±0.1	0	0.4±0.4	0	0	0	0
მეთადონი (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	0.2±0.1	0	0	0	0.2±0.2	0	0.1±0.1	0.1±0
სუბუტექსი (ექიმის დანიშნულების გარეშე)	0	0	0	0	0	0	0	0
კოკაინი	0	0	0	0	0	0	0	0
ამფეტამინები	0	0	0	0	0	0	0	0
ექსტაზი	0.1±0.1	0	0	0	0.2±0.2	0	0	0
LSD	0	0	0	0	0	0	0	0
რომელიმე ნარკოტიკი	3	0.1	1.6	3.2	2.2	1.1	0.3	1.4
ალკოჰოლი	79.2±1.3	50.4±1.7	64.1±2.2	66.0±2.7	71.2±1.8	66.1±2.1	67.3±2.0	67.3±1.3
თამბაქო	59.9	7.8	27.5	32.6	42.7	35.3	27.2	32.9

2. პრევენცია

ფსიქოქტიური ნივთიერებების ავადმოხმარების პრევენციისკენ მიმართული აქტივობები საქართველოში მოკლებულია სისტემურ მიდგომას, სათანადო ინსტიტუციურ მექანიზმებს, არ ეყრდნობა მტკიცებულებასა და დღეისთვის აღიარებულ საერთაშორისო სტანდარტებს (UNODC 2015) და, უმეტესწილად, ფრაგმენტული კამპანიებითა და საჯარო ლექციებით შემოიფარგლება. განხორციელებული ინტერვენციების ეფექტურობის შესაფასებლად არ ტარდება სათანადო კვლევები, რაც მათი ეფექტურობისა და გავლენის შესახებ დასაბუთებული მსჯელობის საშუალებას მოგვცემდა.

2.1. პრევენციის სისტემა, სტრატეგია, პოლიტიკა

სკოლებში პრევენციული მექანიზმის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით, 2014-2015 წლებში, განათლების სამინისტროს „ეროვნული სასწავლო გეგმის დანერგვისა და მონიტორინგის“ პროგრამის ფარგლებში, შეიქმნა მასწავლებლის გზამკვლევი „ჯანსაღი ცხოვრების წესი“, რომელშიც შესულია მასალა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ. გზამკვლევი ატვირთულია ეროვნული სასწავლო გეგმების ვებპორტალზე (http://ncp.ge/ge/djansaghi-tskhovrebis-tsesi-rogorts-kompetentsia/djansaghi-tskhovrebis-tsesi) და ხელმისაწვდომია ყველა დაინტერესებული პირისთვის.

2.2. გარემოზე მიმართული პრევენცია

უახლესი მონაცემები გარემოზე მიმართული პრევენციული რეგულაციების შესახებ (თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების რეგულაცია, ნარკოპოლიტიკა) შეგიძლიათ იხილოთ ნარკოვითარების 2014 წლის ანგარიშში (ნარკოვითარება საქართველოში, 2014).

2.3. უნივერსალური პრევენცია

ნარკომანიასთან ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის სამოქმედო გეგმის ფარგლებში, სსიპ *მასწავლებელთა პროფესიული განვითარების ეროვნულ ცენტრში*, დაწყებითი კლასების დამრიგებლებისა და მასწავლებლებისთვის ტარდება სატრენინგო მოდული ,,ეფექტური კომუნიკაციისა და თანამშრომლობის უნარების განვითარება დაწყებითი კლასების მოსწავლეებში''. ტრენინგის გავლის შემდგომ მასწავლებლები მუშაობენ მოსწავლეებთან, ტრენინგის ფორმატში, სხვადასხვა სოციალური უნარის განვითარებაზე, მათ შორის: „არას“ თქმის უნარი, ასერტული ქცევა, კონფლიქტის

მშვიდობიანი გზით მოგვარება. კონკრეტულად ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისა და სხვა სარისკო ქცევების თემები მოდულში ექსპლიციტურად შესული არ არის.

განათლების სამინისტროს მონაცემებით, პრევენციულ ინფორმაციას (ანუ, „ზოგად ინფორმაციას სხვადასხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე დამოკიდებულებისა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის თაობაზე“) მოსწავლეები იღებენ ბიოლოგიისა და სამოქალაქო განათლების საგნობრივი სწავლებისა და სადამრიგებლო საათის მოქმედ ტრენინგ-მოდულში, როგორც ე.წ. „გამჭოლ“ თემას.

2015 წელს განათლების სამინისტროს მიერ დამტკიცდა „მშობელთა განვითარებისა და ჩართულობის პროგრამა“, რომლის ფარგლებშიც დაგეგმილია ელექტრონული გზამკვლევის შექმნა, რომელიც მშობლებს მიაწვდის ინფორმაციას ბავშვის განვითარებასა და ცხოვრების ჯანსაღ წესზე.

განათლების სამინისტროს ინფორმაციით, მისი ხელმძღვანელობით მოქმედი კიდევ ერთი - „ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულების (საჯარო სკოლის) ტერიტორიაზე სამედიცინო კაბინეტის ფუნქციონირებისა და სკოლის ექიმის საქმიანობის“ - ქვეპროგრამა, მოსწავლეებისა და სკოლის თანამშრომლებისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევის გარდა, მიზნად ისახავს ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაციასა და მასწავლებლებისა და მოსწავლეების ინფორმირებას ჯანდაცვისა და პრევენციის თემებთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, 2016).

2.4. შერჩევითი და მიზანმიმართული პრევენცია

საქართველოს ყველა საჯარო და რამდენიმე კერძო სკოლაში მოქმედებს სსიპ *მანდატურის სამსახური*, რომლის მოვალეობასაც სკოლის ტერიტორიაზე წესრიგისა და უსაფრთხოების დაცვა წარმოადგენს. მანდატურის სამსახურის თანამშრომლებს, ასევე, ევალებათ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ფაქტების გამოვლენა და გავრცელების პრევენცია/აღმოფხვრა. ისინი გადიან მოსამზადებელ კურსს, სადაც მიეწოდებათ ინფორმაცია სხვადასხვა ნივთიერების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებსა და ნარკოპოლიტიკის შესახებ.

მანდატურის სამსახურის ბაზაზე მოქმედი *ბავშვზე ზრუნვისა* და *ფსიქოლოგიური დახმარების ცენტრი* ემსახურება სხვადასხვა ქცევითი პრობლემის მქონე მოსწავლეებს, მათ შორის მოზარდებს, ვისაც ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებული ესა თუ ის პრობლემა აქვს. ცენტრი არ აწარმოებს დამოუკიდებელ სტატისტიკას კონკრეტულად ამ პროფილით გაწეული მომსახურების თაობაზე, რაც არ იძლევა უფრო კონკრეტული ინფორმაციის მოწოდების საშუალებას.

საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდულ საქმეთა სამინისტრო, ასევე იუსტიციის სამინისტროს დანაშაულის პრევენციის სსიპ-ი ახორციელებენ ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვაზე მიმართულ პრევენციულ აქტივობებს (ფიზიკური აქტივობა, ლაშქრობები, სამოქალაქო განათლების სემინარები) ისეთ მოწყვლად ჯგუფებთან, როგორიცაა საჯარო სკოლების მიერ გადამისამართებული ქცევითი პრობლემების მქონე ბავშვები და მოზარდები, არასრულწლოვანი პრობაციონერები და მსჯავრდებულები, იძულებით ადგილნაცვალი მოზარდები და ა.შ. კონკრეტულად ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს

აღნიშნული ინტერვენციები არ ეხება (საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდულ საქმეთა სამინისტრო, 2016).

2.5. კამპანიები

2015 წლის 10-17 ნოემბერს საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ ორგანიზებული მეცნიერებისა და ინოვაციების საერთაშორისო კვირეულის ფარგლებში ჩატარდა საჯარო ლექციები, რომელიც ეძღვნებოდა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოხმარების ბიოფსიქოლოგიასა და ნეირომეცნიერებას, ასევე მავნე ჩვევების გავლენას ძილ-ღვიძილის ციკლზე.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმოხმარების წინააღდეგ ბრძოლის საერთაშორისო დღე, 26 ივნისი, ქვეყნის მასშტაბით არაერთმა სასწავლო დაწესებულებამ აღნიშნა, კერძოდ, ჩატარდა პრეზენტაციები ავადმოხმარების, პრევენციისა და აივ ინფექციის გავრცელების თემებზე (საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინიტრო, 2016).

3. ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება

2012 წლამდე *ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრი* ნარკოტიკების პრობლემურ მოხმარებას უწოდებდა „ნარკოტიკული საშუალებების ინექციურ მოხმარებას ან დიდი ხნის მანძილზე, რეგულარულად, ოპიატების, კოკაინის და/ან ამფეტამინების მოხმარებას. 2012 წლიდან, ნარკოვითარების ცვლილებასთან დაკავშირებით მიღებულ იქნა ახალი ტერმინი - *ნარკოტიკების მაღალი რისკის მოხმარება*, რომელიც განისაზღვრა, როგორც „ნარკოტიკულ საშუალებათა განმეორებადი მოხმარება, რომელიც ადამიანს უშუალოდ აყენებს ზიანს (წამალდამოკიდებულება და ფსიქოლოგიური, სოციალური თუ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემები), ან აყენებს ამგვარი პრობლემების განვითარების რისკის წინაშე“ (Thanki & Vicente, 2013).[7]

3.1. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა რაოდენობა

ნარკოტიკული საშუალებების ინექციურ მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელი კვლევა საქართველოში ჩატარებულია სამჯერ, სხვადასხვა მეთოდოლოგიის (ჩაჭერა-უკუჩაჭერა, ქსელის ზომის განსაზღვრა, მამრავლი კოეფიციენტები) გამოყენებით. თითოეული ამ კვლევის შედეგების განხილვა მოხდა დარგის ექსპერტებთან ერთად; ინექციურ მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის დასადგენად გამოყენებულ იქნა საექსპერტო კონსენსუსის მეთოდი. ბოლო საექსპერტო კონსენსუსის თანახმად, საქართველოში 2014 წელს ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა განისაზღვრა 49,700 პირით (49,208 – 50,192), ხოლო პრევალენტობა - 2,02% (2,00% - 2,04%) 18-64 წლის მოსახლეობაზე გადათვლით, და 1,33% (1,32% - 1,35%) ზოგად პოპულაციაზე გადათვლით. ქვემოთ მოცემული ცხრილი ასახავს სამივე ჩატარებული კვლევის შედეგებს (ცხრილი 3).

7 http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu

ცხრილი 3: საქართველოში ჩატარებული ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელი კვლევები

ქალაქების რაოდენობასადაც ჩატარდა კვლევა	წელი	ცენტრალური მაჩვენებელი /1000 ასაკი 18-64	ქვედა ზღვარი /1000 ასაკი 18-64	ზედა ზღვარი /1000 ასაკი 18-64	მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა	სავარაუდო რაოდენობის ქვედა ზღვარი	სავარაუდო რაოდენობის ზედა ზღვარი	გამოყენებული მეთოდები	ინფორმაციის წყაროები	კვლევის წყარო
ხუთი ქალაქი	2009	1.46	1.48	1.53	40,000	39,000	41,062	მამრავლი კოეფიციენტის მეთოდი	(2)	1
ექვსიქალაქი	2012	1.5	1.63	1.67	45,000	44,434	45,524	მამრავლი კოეფიციენტის მეთოდი	(2)	2
შვიდიქალაქი	2014	2.02	2.0	2.04	49,700	49,208	50,192	მამრავლი კოეფიციენტის და ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი	(2)	3

(1) ზედა და ქვედა ზღვარი მოცემულია 95% სარწმუნოობის ფარგლებში

(2) მკურნალობის მონაცემები; ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა; ნარკოტიკით გამოწვეული სიკვდილი; სხვა კვლევები; სოციალური სერვისები; დაბალზღურბლოვანი პროგრამები; სისხლის სამართლის მონაცემები; ჰოსპიტალები; ოპიატებით ჩანაცვლებითი მკურნალობის რეგისტრი; სხვა წყარო; ინფექციურ დაავადებათა რეგისტრი; სასწრაფო დახმარების სერვისი

1. თამარ სირბილაძე, ლელა თავზარაშვილი, ტომას ზაბრანსკი, ლელა სტურუა (2009). ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობის სავარუდო ზომის დადგენა საქართველოს 5 ქალაქში, 2008. თბილისი, საქართველო

2. თამარ სირბილაძე და ლელა თავზარაშვილი (2013). ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრევალენტობის სავარაუდო ზომის დადგენა საქართველოში 2012. თბილისი, საქართველო, საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი

3. საერთაშორისო ფონდი კურაციო და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი (2015). ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში 2014. თბილისი, საქართველო

3.2. ნარკოტიკების მოხმარების სურათი ზიანის შემცირების პროგრამების მოსარგებლეებში

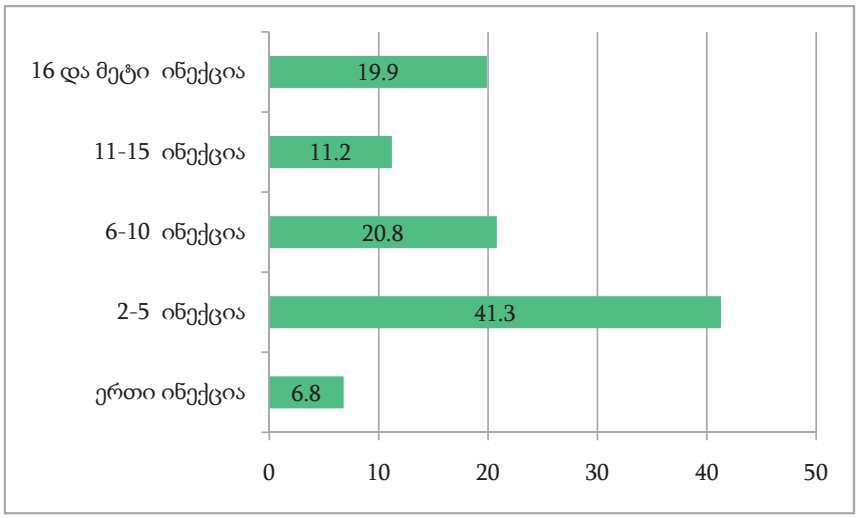
ქვეთავში გადმოცემული ინფორმაცია ეფუძნება *ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის* მიერ ჩატარებულ ორ კვლევას, რომელიც ყოველწლიურად ხორციელდება, რუტინულად, „თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენციისა" (თთპდი) და შპრიცებისა და ნემსების პროგრამის (შნპ) მონაწილეებს შორის.

3.2.1. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება თთპდ ინტერვენციის მონაწილეთა შორის

თთპდ ინტერვენციის მონაწილეთა შორის ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების შესწავლა ეფუძნება რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდს, რომლის საშუალებით ხდება ახალი ბენეფიციარების მოზიდვა და მათი ჩართვა აივ-შიდსის პრევენციის პროგრამებში. 2015 წელს აღნიშნულ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 1,939-მა რესპონდენტმა, მათ შორის 178 (9.2%) ქალმა, საშუალო ასაკით 35 წელი (ასაკის მედიანა 34 წ., მინ. 18 წელი, მაქს. 68 წ.; სტანდარტული გადახრა (სგ) - 9.6). კვლევის შედეგების

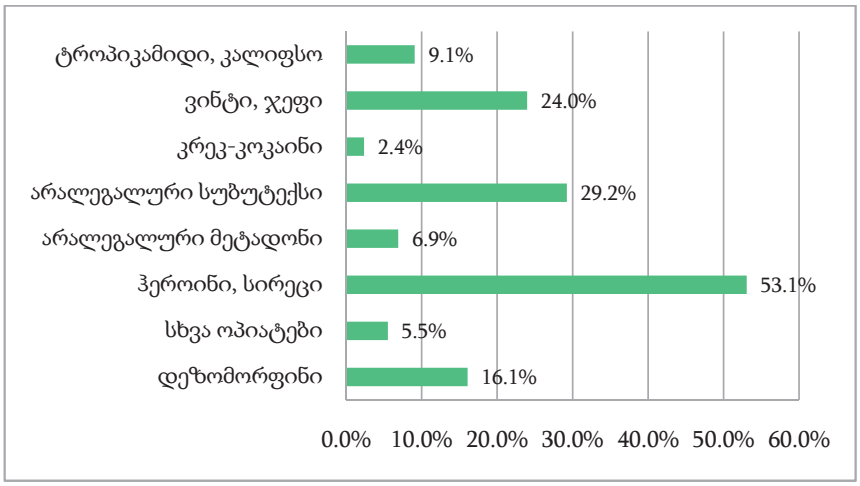
თანახმად, ბოლო თვეში ინექციების საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 9.3 (მედიანა = 6; სგ 8.5; მინ. = 1; მაქს. = 60) ინექცია (დიაგრამა 3).

დიაგრამა 3: ბოლო 30 დღეში განხორციელებულ ინექციათა რაოდენობა თთპდ ინტერვენციის მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015)



კვლევის შედეგების თანახმად, ოპიატების ინექციური მოხმარება (53%) მნიშვნელოვნად სჭარბობს სტიმულატორების[8] მოხმარებას (24%); დაფიქსირდა თვალის წვეთების (კალიფსო, ტროპიკამიდი[9]) ინექციური მოხმარების 176 (9.1%) შემთხვევა. ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ დეტალური ინფორმაციისთვის იხ. დიაგრამა 4.

დიაგრამა 4: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები თთპდ ინტერვენციის მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015)



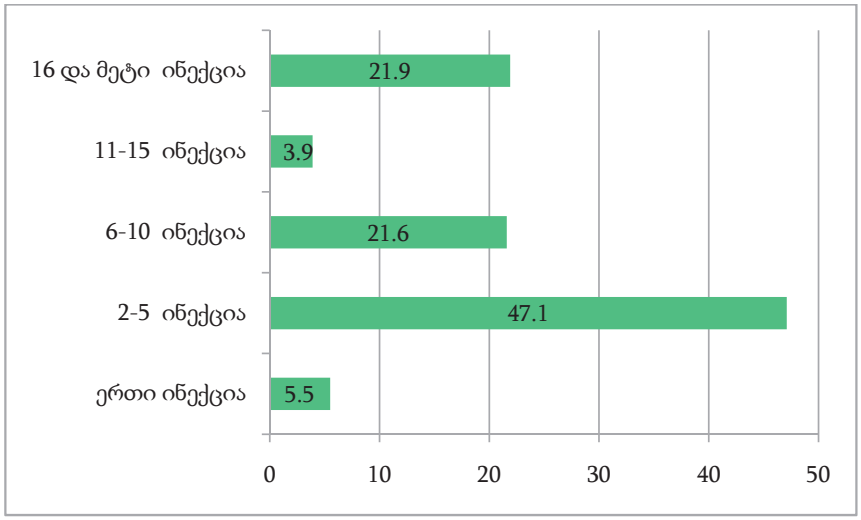
8 იგულისხმება „ვინტი“ და „ჯეფი“, კუსტარული ამფეტამინების ტიპის სტიმულატორები.
9 Tropicamide (Mydriacyl) - ანტიქოლინერგული მედიკამენტი, გამოიყენება როგორც მიდრიატიკული საშუალება.

კვლევამ გამოავლინა სინთეზური კანაბინოიდების მოხმარების შემთხვევებიც. კერძოდ, გამოკითხულ რესპონდენტთა 33% (654 პირი) მიუთითებს კანაფის და 17.2% (333 პირი) ე.წ. „ბიოს“ მოხმარებას.

3.2.2. ნარკოტიკების მოხმარება შპრიცებისა და ნემსების პროგრამის მოსარგებლეთა შორის

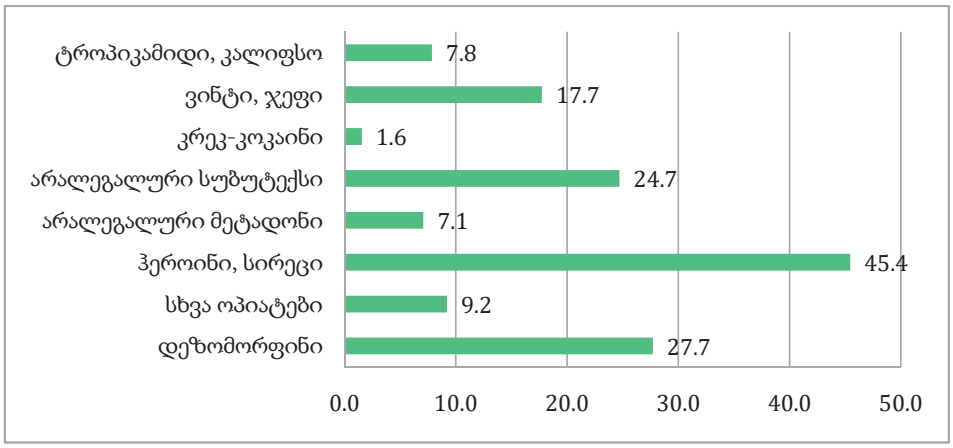
ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ, 2015 წელს, ინფორმაცია შეგროვდა შნპ-ში მონაწილე 1,032 ბენეფიციარისგან, მათ შორის იყო 119 ქალი (11.5%); მონაწილეთა საშუალო ასაკი იყო 39.5 წელი (ასაკის მედიანა 39; მინ. ასაკი 21 წელი; მაქს.- 69 წ.; სგ = 8.5 წ.). ბოლო თვეში ინექციების რაოდენობის საშუალო მაჩვენებელია 11.9 (მედიანა=5; სგ=8.5;), უფრო დეტალური ინფორმაციისათვის იხ. დიაგრამა 5.

დიაგრამა 5: ბოლო 30 დღეში განხორციელებულ ინექციათა რაოდენობა შნპ მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015)



შპრიცებისა და ნემსების პროგრამაში მონაწილე ბენეფიციართა მიერ ნარკოტიკების მოხმარების სურათი მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება *თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენციის* მონაწილეთა მოხმარების სურათისგან: გამოკითხულთა 45.4% მოიხმარს ჰეროინს და 17.7% ვინტს/ჯეფს (იხ. დიაგრამა 6).

დიაგრამა 6: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები შნპ მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015)



4. მოთხოვნა მკურნალობაზე

ჯანდაცვის სამინისტროს ბარძანება №01-2/ნ-ის თანახმად („სამედიცინი სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“), ქვეყანაში მოქმედი ნარკოლოგიური კლინიკები ვალდებულნი არიან, ყოველთვიურად მიაწოდონ მონაცემები *დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს*, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებული, მათთან ნამკურნალევი პირების შესახებ. მონაცემების შეგროვება/მიწოდება უნდა ეფუძნებოდეს *ევროპის ნარკოტიკებისა* და *ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის* სტანდარტებს.

2015 წელს დაავადებათა *კონტროლისა* და *საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს* ინფორმაცია ნამკურნალევი პაციენტების თაობაზე მიაწოდა ქვეყანაში მოქმედმა შვიდივე ნარკოლოგიურმა კლინიკამ (რომელთაგან 6 მდებარეობს თბილისში და ერთი - ბათუმში).

მოწოდებული ინფორმციის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ 2015 წელს აბსტინენციაზე ორიენტირებული სტაციონარული და ამბულატორიული მკურნალობა ქვეყანაში გაიარა სულ 933-მა პაციენტმა, აქედან, 28 ქალმა (3%). ნამკურნალევი პაცინეტებიდან, 867 იყო პირველადი (93%), ხოლო 66 (7%) იმყოფებოდა მკურალობაზე განმეორებით.

2015 წელს კვლავ გაგრძელდა საძილე და სედატიური საშუალებების არაინექციური მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მკურნალობის შემთხვევების მატების ტენდენცია (პაციენტთა საერთო რაოდენობის 26.4%-მა 2015 წელს ამ დიაგნოზის გამო იმკურნალა). გასული წლების მსგავსად, ნამკურნალევ პაციენტებში მაღალი იყო ოპიოიდების მოხმარება. მეთადონის მოხმარება დაფიქსირდა პაციენტთა 30,3%-ში, რომელთაგან 31,5%-ში ადგილი ჰქონდა ინექციურ მოხმარებას. პაციენტების 12.5%-მა უპირატესად მოხმარებულ ნარკოტიკულ საშუალებად დაასახელა ჰეროინი, ხოლო 6,9%-მა - ბუპრენორფინი. უფრო დეტალური ინფორმაციისთვის იხ. ცხრილი 4:

ცხრილი 4: აბსტინენციაზე ორიენტირებულ სამკურნალო პროგრამებში ჩართული პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები 2013-2015 წლებში(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015ბ)

უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკი	2013	2014	2015
ჰეროინი	49.7%	15.8%	12.5%
ოპიუმი	0.3 %	6.8%	1.4%
დეზომორფინი	16.2%	9.8%	1.4%
ბუპრენორფინი (ინექციური/არაინექციური)	0.7%	8.9%	6.9% (89%/11%)

მეთადონი (ინექციური/არაინექციური)	14.9% (5.6%/ 9%)	14% (10%/4%)	30.3% 31.5%/68.5%)
სხვა ოპიოიდები (ინექციური/არაინექციური)	0.7%	7.3%	1.9% (72.2%/27.8%)
კოკაინი	0.5%	1%	1.3%
ამფეტამინი/მეტამფეტამინი (არაკუსტარული)	-	1%	1.3%
კუსტარული სტიმულატორები	6.1%	10.6%	8.1%
სხვა სტიმულატორები (ინექციური/არაინექციური)	-	-	4.9% (მათ შორის 47.8% ინექციური/52.2 %- არაინექციური)
ბენზოდიაზეპინები (არაინექციური)	-	1.8%	3.7%
ბარბიტურატები (არაინექციური)	-	0.6%	1.9%
სხვა სედატიური საშუალებები (არაინექციური)	4,8%	16.3%	20.9%
ჰალუცინოგენები (არაინექციური)	-	-	1.9%
ინჰალანტები (არაინექციური)	-	-	-
კანაფის პრეპარატები	0.2%	1.1%	0.9%
სხვა	-	-	-
პოლინარკომანია (ინექციური/არაინექციური)	5.2%	5.0%	20.5% (მათ შორის14.1% ინექციური/85.9% -არაინექციური)

2015 წელს ნამკურნალევ პირთა 38.8% მიეკუთვნება 25-დან 34 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს, ხოლო 36.6% კი 35-დან 44 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს (იხ. ცხრილი 5):

ცხრილი 5: 2015 წელს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაში ჩართულ პირთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015b)

ასაკობრივი ჯგუფი	მამაკაცი	ქალი
15-24	7.8%	0.1%
25-34	37.8%	1%
35-44	35.4%	1.2%
45-54	12.6%	0.6%
55-64	3%	0.1%
65 +	0.4%	0

2015 წელს ოჩთ პროგრამებში ჯამში ირიცხებოდა 4,459 პაციენტი, მათ შორის 41 - ქალი; აქედან 4,105 პაციენტი ჩართული იყო მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში (მათ შორის, 336 პენიტენციურ სისტემაში), ხოლო 554 - სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში. ამ უკანასკნლეთაგან, 123 გადიოდა მკურნალობას სახელმწიფო პროგრამაში, ხოლო 231 - კერძო სექტორის მიერ განხორციელებულ პროგრამაში.

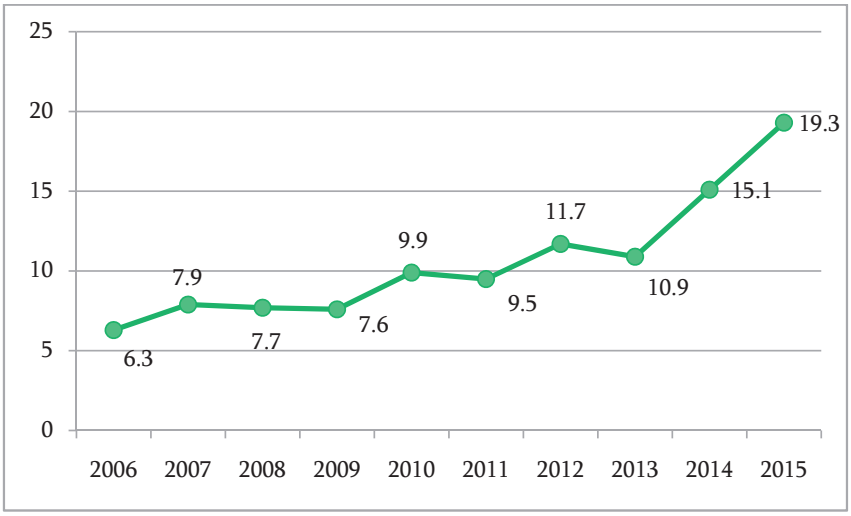
5. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები

5.1. აივ ინფექცია/შიდსი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით 2015 წელს საქართველოში გამოვლინდა სიცოცხლეში პირველად დადგენილი აივ-ინფექციის 717 შემთხვევა - 170 ქალი და 547 მამაკაცი (ჯანმრთელობის დაცვა, მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა, 2016); ინციდენტობის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე იყო 19.3. აღირიცხა შიდსით გარდაცვალების 94 შემთხვევა. 2014 წელთან შედარებით, აივ/შიდსის ახლად დარეგისტრირებული შემთხვევები 27%-ით გაიზარდა. ახალ შემთხვევებში ჰეტეროსექსუალური გზით დაინფიცირებულთა რაოდენობა გაიზარდა 17%-ით, ჰომო/ბისექსუალური გზით დაინფიცირებულთა რაოდენობა - 122%-ით, ინექციური გზით ნარკოტიკების მოხმარებით დაინფიცირებულთა რაოდენობა კი - 4%-ით. ახალი შემთხვევების 30.0% გამოვლენილია შიდსის სტადიაზე.

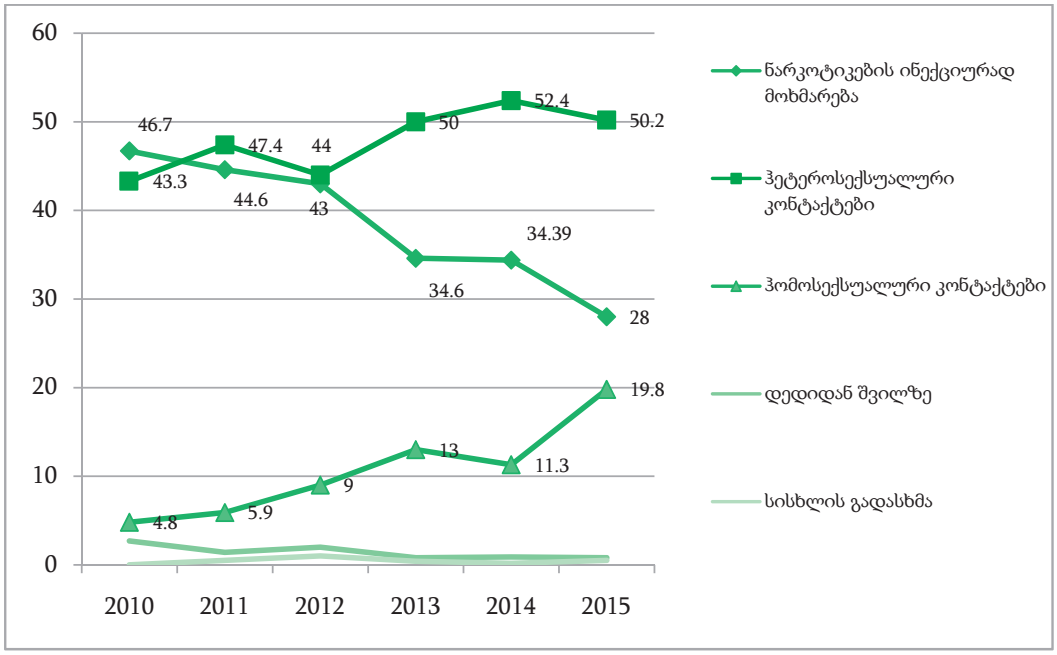
აივ-ინფექცია/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება ორსულთა, დონორთა, მაღალი რისკის ჯგუფების (მათ შორის პენიტენციურ სისტემაში მყოფთა) ნებაყოფლობითი შემოწმება აივ/შიდსზე; ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ხელმისაწვდომია ყველასათვის .

დიაგრამა 7: აივ/შიდსის ინციდენტობა საქართველოში, 2006-2015 წლები
(შიდსის ცენტრი, სტატისტიკური მონაცემები, 2016)



2010 წლამდე აივ ინფექციის გავრცელების ძირითადი გზა ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება იყო, თანდათან სიტუაცია შეიცვალა და ინფექციის გადაცემის მთავარი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები გახდა. 2015 წლისთვის ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ხვედრითმა წილმა იკლო 28.5%-მდე, ხოლო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების ხვედრითმა წილმა იმატა 50.2%-მდე; ასევე, მოიმატა ჰომოსექსუალური კონტაქტების ხვედრითმა წილმა (19.8%).

დიაგრამა 8: აივ ინფექციის ახალი შემთვევები, გადაცემის გზების მიხედვით; საქართველო, 2010-2015 (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015ბ)



2015 წელს, აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ინექციური გზით ნარკოტიკების მომხმარებლებში ჩატარდა 18,811 აივ-ტესტი, რომელთაგანც 38 შემთხვევაში შედეგი პოზიტიური იყო; აივ-ის გამოვლენის მაჩვენებელია 0.2%.

5.2. C ჰეპატიტი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის მიხედვით, 2015 წელს სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში, საქართველოში გამოვლინდა სიცოცხლეში პირველად დადგენილი C ჰეპატიტის 5,284 შემთხვევა (რნმ დადასტურებულია); ინციდენტობის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე – 142.2. არ არსებობს მონაცემი ახალი შემთხვევების გადაცემის გზების შესახებ.

2015 წელს, პირველად ქვეყნის მასშტაბით, ჩატარდა B და C ჰეპატიტის სერო-პრევალენტობის სტრატიფიცირებული, მრავალსაფეხურობრივი კლასტერული დიზაინის კვლევა სისტემური შერჩევით. კვლევა ჩატარდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის

პროგრამის ფარგლებში ამერიკის შეერთებული შტატების დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის მხარდაჭერით (CDC/Atlanta).

შედეგების მიხედვით, კვლევის 6,010 მონაწილიდან C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე დადებითია ქვეყნის მოზრდილი მოსახლეობის 7.7% (433 შემთხვევა, 95% სანდოობის ინტერვალი CI=6.7-8.9), ხოლო რნმ-დადებითი, ანუ C ჰეპატიტის აქტიური ფორმით დაავადებულია მოზრდილი მოსახლეობის 5.4% (311 შემთხვევა, 95% CI=4.6, 6.4). ანტისხეულებზე დადებითი შედეგები განსხვავდება ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში, ასევე ქალაქებსა და სოფლებს შორის. ქალაქებში გამოვლინდა რეგიონებთან შედარებით უფრო მაღალი მაჩვენებელი. გავრცელების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა სამეგრელო-ზემო სვანეთში. მამაკაცებში ანტისხეულების გავრცელება სამჯერ აღემატება ქალების მაჩვენებელს (12.1% მამაკაცები და 3.8% ქალები). განსხვავებაა, ასევე, ასაკობრივ ჯგუფებს შორის: მამაკაცებში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი - 22.7% - დაფიქსირდა 40-49 წლის ასაკოაბრივ ჯგუფში, მაშინ, როდესაც ქალებში გავრცელების მაჩვენებელი სტაბილურად იზრდება ასაკთან ერთად, მაქსიმალური მაჩვენებლით (5.4%) 60 წლის და ზემოთ ასაკობრივ ჯგუფში.

მონაწილეთა 2.2%-ში დაფიქსირდა ტუბერკულოზის წარსული ან მიმდინარე დიაგნოზი, 0.2% ოდესმე ყოფილა ტესტირებული აივ-ზე დადებითი შედეგით, თუმცა არც ერთი ლაბორატორიულად არ დადასტურებულა.

2015 წელს, ინექციური გზით ნარკოტიკების იმ მომხმარებლებში, ვინც ჩართული იყვნენ მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში, ჩატარდა C ჰეპატიტის 18,385 ტესტი. შედეგი პოზიტიური იყო 9,059 შემთხვევაში; C ჰეპატიტის გამოვლენის მაჩვენებელია 49%.

2015 წელს საქართველოში დაიწყო C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც მკურნალობის ახალი მეთოდები ხელმისაწვდომი გახდა C ჰეპატიტით (HCV) ინფიცირებული და ღვიძლის მძიმე დაავადების მქონე ადამიანებისთვის. 2015 წლის აპრილში საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის დაწყებიდან 2016 წლამდე სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებს მიმართა 36,000-ზე მეტმა ადამიანმა და დაახლოებით 15,000-მა იმკურნალა ან ამჟამად მკურნალობს უახლესი ანტივირუსული მედიკამენტების შემცველი რეჟიმებით (Sofosbuvir და Ledipasvir; 2016 წლიდან - Harvoni, Sofosbuvir and Ledipasvir კომბინაცია, 100%-მდე განკურნების მაჩვენებლით); 8 ათასზე მეტმა პაციენტმა უკვე დაასრულა მკურნალობა. პროგრამაში ჩართვა და უფასო მკურნალობის მიღება შეუძლია C ჰეპატიტით ინფიცირებულ ყველა ადამიანს, მიუხედავად ფიბროზის ხარისხისა.

ამერიკულ დაავადებათა კონტროლის ცენტრთან და სხვა პარტნიორებთან ერთად საქართველომ შეიმუშავა პროგრამა, რომლის მიზანია HCV ინფექციის ელიმინაცია და C ჰეპატიტის პრევალენტობის 90%-იანი შემცირება 2020 წლისთვის. პროგრამის საწყის ეტაპზე მკურნალობას გადიან ღვიძლის მძიმე დაავადების და HCV-სთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილობის მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ადამიანები. 2016 წლის 27 აპრილისთვის ჯამში დარეგისტრირებული იყო 27,392 HCV ინფიცირებული ადამიანი; 8,448-მა (30.8%) დაიწყო და 5,850 პაციენტმა დასრულა მკურნალობა (69.2%). ყველაზე ფართოდ გავრცელებული სამკურნალო რეჟიმი მოიცავდა Sofosbuvir და Ribavirin კომბინაციას (45.4%), და Sofosbuvir და Ribavirin-ის კომბინაციას პეგილირებულ ინტერფერონთან ერთად (33.9%). 2016 წლის თებერვლისთვის გილეადმა დაიწყო ახალი,

Ledipasvir/Sofosbuvir DAA (Harvoni) კომბინაციური სამკურნალო რეჟიმის მიწოდება (უფასოდ) (Gvinjilia et al. 2016).

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის საბოლოო მიზნების მისაღწევად ქვეყანაში შემუშავდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის გრძელვადიანი სტრატეგია (2016-2020), რომელიც მოიცავს აქტივობებს სხვადასხვა მიმართულებებით - ცნობიერების ამაღლება, ეპიდზედამხედველობა, პრევენცია, სკრინინგი, დიაგნოსტიკა და მკურნალობა.

5.3. B ჰეპატიტი

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით, 2015 წელს საქართველოში, სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, გამოვლინდა სიცოცხლეში პირველად დადგენილი B ჰეპატიტის 1,398 შემთხვევა; ინციდენტობის მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე იყო 37.6. მონაცემები იმის თაობაზე, თუ იდენტიფიცირებულ ინფიცირებულთა შორის რამდენი იყო ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი, ქვეყანაში არ მოიპოვება.

2015 წელს მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართულ ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებს შორის ჩატარდა B ჰეპატიტის 15,161 ტესტი; 856 შემთხვევაში შედეგი პოზიტიური იყო; B ჰეპატიტის გამოვლენის მაჩვენებელია 6%.

5.4. სიფილისი

2015 წელს მეთადონით ჩანაცვლებით პროგრამაში ჩართულ ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებლებს შორის ჩატარდა სიფილისის 15,097 ტესტი, პოზიტიური შედეგი გამოვლინდა 593 შემთხვევაში; გამოვლენის მაჩვენებელი - 4%.

6. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი და სიკვდილიანობა

ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილისა და სიკვდილიანობის აღრიცხვის მექანიზმი საქართველოში ამჟამად ქმნადობის პროცესშია და ჯერჯერობით არ ეფუძნება *ევროპის ნარკოტიკებისა* და *ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის* დეფინიციებსა და სტანდარტებს. დღეისათვის არ მოიპოვება მონაცემთა სპეციალიზებული ბაზა, სადაც მოხდებოდა ნარკოტიკების ზედოზირების მიზეზით გარდაცვლილთა შემთხვევების ცენტრალიზებული აღრიცხვა, მონაცემთა ანალიზი გენდერის, ასაკისა და მიღებული ნივთიერების მიხედვით და ა.შ.

არალეტალური ზედოზირების თაობაზე სტატისტიკის წარმოება ქვეყანაში მხოლოდ 2015 წლიდან დაიწყო, *დაავადებათა კონტროლისა* და *საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის* მიერ შემუშავებული სპეციალური ფორმის საფუძველზე, და შესაბამისი მონაცემები ნარკოვითარების შემდგომ ანგარიშში აისახება. რაც შეეხება ზედოზირებით გამოწვეულ გარდაცვალებათა აღრიცხვიანობას, ის შეწყვეტილი იყო გასული საუკუნის 90-იან წლებში და განახლდა 2007 წლიდან, *სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული სამსახურის მიერ*. (იხ. ცხრილი 6).

ცხრილი 6: ნარკოტიკული საშუალებებით ზედოზირების შედეგად გარდაცვლილ პირთა რაოდენობა წლების მიხედვით (ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო 2016)

წელი	გარდაცვლილთა რაოდენობა
2007	54
2008	33
2009	19
2010	16
2011	16
2012	39
2013	28
2014	7
2015	5

ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიუროს მიერ მოწოდებული ზედოზირებით გამოწვეული სიკვდილის ოფიციალური სტატისტიკა 2014 და 2015 წლებისათვის მნიშვნელოვნად დაბალია *ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის* მიერ *ტუბერკულოზთან, შიდსთან* და *მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის* პროექტის ფარგლებში წარმოებულ სტატისტიკასთან შედარებით (იხ. ცხრილი 7). ეს იძლევა იმის საფუძველს ვივარაუდოთ, რომ ნარკოტიკული საშუალებების ზედოზირებით სიკვდილის შემთხვევების მხოლოდ ნაწილი გადის სასამართლო ექსპერტიზას.

ცხრილი 7: ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ მოწოდებული 2014-2015 წლებში ლეტალური და არალეტალური ზედოზირების მონაცემები
(ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015)

წელი	ზედოზირების შემთხვევები	არალეტალური გამოსავალი	ლეტალური გამოსავალი
2014 წელი	528	489	39
2015 წელი	892	842	50

2000 წლიდან ქვეყანაში ზედოზირების შემთხვევაში პროფესიული დახმარების მიღებისა და შესაბამისად, პრობლემის სტატისტიკური აღრიცხვიანობისათვის ბარიერს წარმოადგენდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის #239/ნ ბრძანება, რომლის თანახმადაც ზედოზირების შემთხვევაში დახმარების გამწევი სამედიცინო დაწესებულებები და ექიმები კანონის წინაშე იყვნენ ვალდებული შეეტყობინებინათ პოლიციისათვის შემთხვევის თაობაზე. 2014 წლის აგვისტოში მოხდა ამ კანონის მოდიფიკაცია და სამედიცინო დაწესებულებისა და ექიმის მხრიდან პოლიციისთვის შეტყობინების ვალდებულება მოიხსნა (გარდა იმ შემთხვევევებისა, სადაც სახეზეა სხვა დანაშულის ნიშნებიც).

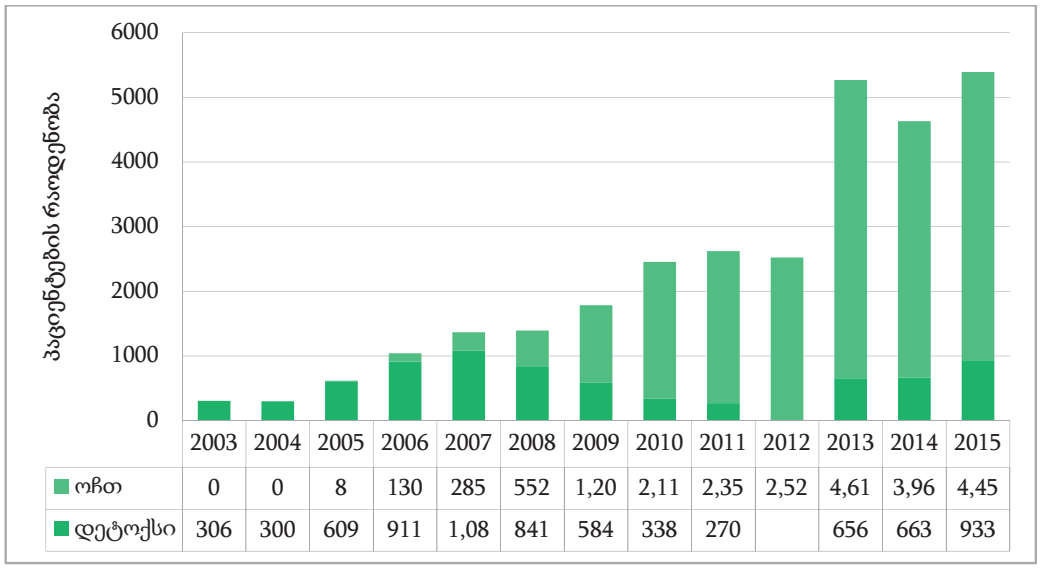
7. მოთხოვნა მკურნალობაზე: საპასუხო ღონისძიებები

ქვეყანაში წამალდამოკიდებულების მკურნალობას არეგულირებს „საქართველოს კანონი ნარკოტიკულ საშუალებებზე, პრეკურსორებსა და ნარკოლოგიურ დახმარებაზე“. აღნიშნული კანონი განსაზღვრავს ნარკომანიით დაავადებულ პირთა სამკურნალო და სარეაბილიტაციო პროგრამების დაფინანსების წყაროს, წესს, ნარკოლოგიური დახმარების ნებაყოფლობითობასა და კონფიდენციალობის დაცვის პირობებს.

„ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის“ დოკუმენტის მნიშვნელოვანი ნაწილი მკურნალობაზეა ორიენტირებული. დოკუმენტში აღნიშნულია, წამალდამოკიდებული პირების უზრუნველყოფის აუცილებლობა სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და სოციალური საჭიროებებზე მორგებული მკურნალობით, რისთვისაც აუცილებელია, განვითარდეს მკურნალობისა და რეაბილიტაციის თანამედროვე, სამედიცინო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მეთოდები, შესაბამისი ინფრასტრუქტურა და ადამიანური რესურსები, ასევე, შეიქნას მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტიტუციური მექანიზმები.

წამალდამოკიდებულების მკურნალობა საქართველოში ხორციელდება კერძო და სახელმწიფო დაწესებულებებში, ასევე არასამთავრობო სექტორის მიერ. მკურნალობის სახეებია: აბსტინენციაზე ორიენტირებული ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობა (დეტოქსიკაცია) თანდართული მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციით, მოკლევადიანი ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია და ჩანაცვლებითი თერაპია. ქვემოთ მოყვანილი დიაგრამა გვაჩვენებს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობასა და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში პაციენტთა ჩართულობის დინამიკას წლების მიხედვით (იხ. დიაგრამა 9):

დიაგრამა 9: 2003-2015 წლებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული[10] და ოჩთ-ის პროგრამებში ნამკურნალევი პაციენტები (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015ბ)



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ოჩთ	0	0	8	130	285	552	1,20	2,11	2,35	2,52	4,61	3,96	4,45
დეტოქსი	306	300	609	911	1,08	841	584	338	270		656	663	933

2015 წელს, აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას ქვეყანაში უზრუნველყოფდა 7 სპეციალიზებული კლინიკა (უფრო დაწვრილებითი ინფორმაციისთვის იხ. ცხრილი 8).

ცხრილი 8: აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის უზრუნველმყოფი 7 სპეციალიზებული კლინიკა

კლინიკა	მომსახურების ტიპი	საწოლების რაოდენობა	დაფინანსება
ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი (თბილისი);	ამბულატორიული/ სტაციონარული	50	სახელმწიფო; გლობალური ფონდი; ჯიბიდან გადახდა;
სამედიცინო, სოციალურ-ეკონომიკურ და კულტურულ საკითხთა ცენტრი *ურანტი* (თბილისი);	ამბულატორიული/ სტაციონარული	6	სახელმწიფო; გლობალური ფონდი; ჯიბიდან გადახდა;
კლინიკა *ბემონი* (თბილისი);	ამბულატორიული/ სტაციონარული	5	სახელმწიფო; ჯიბიდან გადახდა;
ჯონი ჭანტურიას სახელობის სამედიცინო ცენტრი (თბილისი);	სტაციონარული	10	ჯიბიდან გადახდა;
ფსიქოკორექციისა და ნარკოლოგიური ექსპერტიზის ცენტრი (თბილისი);	სტაციონარული	10	სახელმწიფო; ჯიბიდან გადახდა;
კლინიკა *ნეოგენი* (თბილისი);	ამბულატორიული/ სტაციონარული	15	სახელმწიფო; ჯიბიდან გადახდა;
ნარკოლოგიური ცენტრი (ბათუმი).	ამბულატორიული/ სტაციონარული	5	გლობალური ფონდი; ჯიბიდან გადახდა;

ჩამოთვლილი კლინიკებიდან ორი სახელმწიფო დაქვემდებარებაშია, ხოლო ხუთი კი კერძოა. კლინიკებში ტარდება ამბულატორიული და სტაციონარული დეტოქსიკაცია, შემდგომი მოკლევადიანი პირველადი რეაბილიტაციით. სახელმწიფო აფინანსებს

10 შენიშვნა: 2012 წლის აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის მონაცემები არ მოიპოვება.

ყოველწლიურად საშუალოდ 300 ადამიანის მომსახურებას, ხოლო დანარჩენი პაციენტები მკურნალობის თანხას თავად იხდიან.

მთავრობის #308 დადგენილების (2015 წლის 30 ივნისი) თანახმად, სტაციონარული დეტოქსიკაციის 14 დღიანი კურსის ღირებულება არ უნდა აღემატებოდეს 1,600 ლარს, ხოლო რეაბილიტაციის ღირებულება - 400 ლარს.

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში *სოციალური მომსახურების სააგენტო* უზრუნველყოფს პროგრამის მოსარგებლეთა რეგისტრაციას რიგითობის დაცვით, სადაც პრიორიტეტი ენიჭება პირებს, რომლებიც აკმაყოფილებენ შემდეგ კრიტერიუმებს: პაციენტები, რომლებსაც ჯერ არ უსარგებლიათ „ნარკომანიის სახელმწიფო პროგრამის“ „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის“ კომპონენტით; აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებული პირები; სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში დარეგისტრირებული იმ ოჯახების წევრები, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70,000-ს; 18-დან 25-წლამდე ასაკის პაციენტები და ქალები.

2015 წელს აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის საფასური მერყეობდა 1,500-დან 2,800 ლარამდე ფარგლებში ნოზოლოგიის მიხედვით, ხოლო ამბულატორიულისა კი 1,200-დან 1,600 ლარამდე.

ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპია (ოჩთ) საქართველოში, მოცემული ანგარიშის მომზადების მომენტისათვის, სამი მექანიზმით ხორციელდებოდა: *გლობალური ფონდის* დაფინანსებით, ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფოსა და პაციენტის თანადაფინანსებითა და კერძო სექტორის მიერ, სადაც გადახდა პაციენტის ჯიბიდან ხდება. ქვეყანაში ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპია მოიაზრება გრძელვადიან თერაპიულ მიდგომად ფსიქოსოციალური კომპონენტით და დღეისათვის ხელმისაწვდომია მკურნალობის ორი განსხვავებული ტიპი: (1) მეთადონით ჩანაცვლების პროგრამა, რომელიც 2005 წლიდან მოქმედებს და (2) სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა რომელიც 2012 წელს დაიწყო. მეთადონით ჩანაცვლების პროგრამას ახორციელებს 2 დაწესებულება: *ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი* და კლინიკა *ურანტი;* სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა *ხორციელდება დამოკიდებულების სამედიცინო მართვის ცენტრში.*

8. ზიანის შემცირების პროგრამები

ზიანის შემცირების პროგრამების მასშტაბის ზრდა მომხმარებელთა უკეთესი მოცვისთვის საქართველოს აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის ერთერთ გაცხადებულ პრიორიტეტს წარმოადგენს 2016-2018 წლებისთვის.[11]

ზიანის შემცირების ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი, როგორიცაა შპრიცებისა და ნემსების გაცვლა, ქვეყანაში არსებული მკაცრი ნარკოპოლიტიკის გამო, მოდიფიცირებულად ხორციელდება და ითვალისწინებს საინექციო საშუალებების არა გაცვლას, არამედ დარიგებას. აღნიშნული სტრატეგია შემუშავებულ იქნა ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, რათა გამოყენებული შპრიცების/ნემსების ჩაბარებისას, ნარჩენების გამო, არ მოხდეს მომხმარებელთა დაკავება და დასჯა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ფლობისთვის. რაც შეეხება ზიანის შემცირების სხვა სერვისებს, მიმდინარეობს მუშაობა შემდეგი მიმართულებებით: თანასწორთა მხარდაჭერის პროგრამები, კონსულტირება მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკის შემცირების თაობაზე, ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ-სა და ვირუსულ ჰეპატიტებზე შესაბამისი გადამისამართებით საჭიროების შემთხვევაში, ასევე, ტუბერკულოზის სწრაფი სკრინინგი და დადებითი პასუხის შემთხვევაში გადამისამართება ტუბერკულოზის სადიაგნოსტიკო ცენტრებში.

აივ-შიდსი ეროვნული სტრატეგიული გეგმის დოკუმენტის თანახმად, 2006 წლიდან ქვეყანაში წარმატებულად მიმდინარეობს ზიანის შემცირების პროგრამების განხორციელება და შესაბამისი სერვისების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა. 2015 წელს საქართველოს 11 ქალაქში მოქმედებდა ზიანის შემცირების მომსახურების მიმწოდებელი 14 ცენტრი, აქედან ოთხი თბილისში და თითო-თითო ზუგდიდში, გორში, თელავში, სოხუმში, ბათუმში, ფოთში, სამტრედიაში, ქუთაისში, რუსთავსა და ოზურგეთში.

მოცვის გაუმჯობესების მიზნით, ზიანის შემცირების პროგრამამ 2015 წლიდან აამოქმედა მობილური ლაბორატორიები, რომელიც ნარკოტიკის მომხმარებლებსა და სხვა სარისკო ქცევის განმახორციელებელ ჯგუფებს სთავაზობს კონსულტირებას მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების თაობაზე, ასევე, ნებაყოფლობით კონსულტირებასა და ტესტირებას აივ-სა და ვირუსულ ჰეპატიტებზე. 2015 წლის ბოლოსათვის, თბილისსა და რეგიონებში მოქმედებდა 6 ასეთი მობილური ლაბორატორია.

ზიანის შემცირების პროგრამის ფარგლებში, 2015 წელს, განხორციელდა 9,868 ნარკოტიკის მომხმარებლის სკრინინგი ტუბერკულოზის საეჭვო დიაგნოზზე, რომელთაგან 418 გადამისამართებულ იქნა ტუბერკულოზის სადიაგნოსტიკო სხვადასხვა ცენტრში. გადამისამართებული მოსარგებლეების დიაგნოზის დადასტურება-უარყოფის

11 საქართველოს მთავრობის დადგენილება N326 აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე, საქართველოს მთავრობა 2016.

თაობაზე შეტყობინება არ ხდება ზიანის შემცირების პროგრამების განმახორციელებელ სამსახურებში.

2015 წელს, ზიანის შემცირების დაბალზღურბლოვანი პროგრამების მიერ, აივ ინფექციაზე სკრინინგული ტესტით იქნა გამოკვლეული 18,881 მოსარგებლე, რომელთაგან 71 (0.4%) აღმოჩნდა საეჭვო დადებითი და გადამისამართდა კონფირმაციული დიაგნოსტი-რებისთვის.

C ჰეპატიტის გავრცელების მაჩვენებელი კვლავ მაღალია ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის საქართველოში. 2015 წელს ტესტირება გაიარა 18,384 ნარკოტიკების მომხმარებელმა, რომელთაგან 9,059 (49%) აღმოჩნდა C ჰეპატიტით ინფიცირებული. B ჰეპატიტზე ტესტირებული 15,161 ნარკოტიკების მომხმარებლიდან ინფიცირებული აღმოჩნდა 856 (5.6%).

ზიანის შემცირების პროგრამების მიერ მოცვის მაჩვენებლები წარმოდგენილია ცხრილში 9.

ცხრილი 9: ზიანის შემცირების პროგრამების მიერ მოცვის მაჩვენებლები
(ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015)

	ზიანის შემცირების პროგრამები (გლობალური ფონდის პროექტი, 2015)									
№	სერვისის მიმწოდებელი ორგნიზაცია	ქალაქი	მოცული ნიმ-ების რაოდენობა 2015 წ.	გაერცელებული შპრიცების რაოდენობა	აივ-ზე ტესტირებულთა რაოდენობა	მათ შორის აივ-ზე საეჭვო დადებითი (სკრინინგული)	C ჰეპატიტზე ტესტირებულთა რაოდენობა	მათ შორის დადებითი შედეგები	B ჰეპატიტზე ტესტირებულთა რაოდენობა	მათ შორის დადებითი შედეგები
1	კავშირი „ახალი ვექტორი“	თბილისი	2,026	302,450	2,073	4	1,314	988	1,036	26
2	ქალთა საერთაშორისო ორგანიზაცია „აკესო“	თბილისი	2,783	349,828	1,523	3	1,335	646	1,536	83
3	„ჰეპა +“	თბილისი	1,939	325,980	1,618	9	1,640	623	477	11
4	„ახალი გზა“	თბილისი	2,461	223,428	1,978	7	2,063	983	1,924	39
5	ახალგაზრდა ფსიქოლოგთა და ექიმთა ასოციაცია „ქსენონი“	ზუგდიდი	2,102	368,806	1,709	14	1,782	946	1,799	103
6	კავშირი „ნაბიჯი მომავლისკენ“	გორი	2,307	355,517	1,233	3	1,319	581	1,141	52
7	კავშირი „ნაბიჯი მომავლისკენ“	თელავი	1,013	184,773	959	4	806	264	681	31

8	ზურაბ დანელიას სახელობის კავშირი „თანადგომა“	სოხუმი	698	139,306	470	9	814	388	813	15
9	კავშირი “იმედი”	ბათუმი	2,405	306,582	1,422	6	1,020	556	978	69
10	ასოციაცია „ორდუ“	ფოთი	1,782	192,276	911	1	912	268	912	140
11	„ახალი გზა“	სამტრედია	1,354	147,995	976	1	984	410	984	113
12	„ახალი გზა“	ქუთაისი	2,027	195,132	1,994	7	2,025	1,022	1,099	67
13	კავშირი „ახალი ვექტორი“	რუსთავი	1,432	276,220	1,487	3	1,467	894	1,430	95
14	ფენიქსი-2009	ოზურგეთი	1,316	243,492	703	0	904	490	351	12
სულ		**11 ქალაქი**	25,645	3,611,785	18,881	71	18,385[13]	9,059	15,161	856

ნარკოტიკის ერთ მომხმარებელზე წლიურად გაცემული შპრიცების რაოდენობამ 2015 წელს 72 ერთეულს მიაღწია, რაც შესაბამისობაშია აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიის ინდიკატორთან. 2013 წელს მოცემული ინდიკატორი არ აღემატებოდა 45 შპრიცს[13]. 2015 წლის გაზრდილი ინდიკატორი გვაჩვენებს, რომ ზიანის შემცირების პროგრამები უფრო მეტად ითვალისწინებს ნარკოტიკის მომხმარებელთა საჭიროებებს, თუმცა სასურველია, რომ მოცვის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად გაიზარდოს. სტრატეგიული გეგმის თანახმად, 2018 წლისათვის იგეგმება, რომ ერთ მომხმარებელზე წლიურად გაცემული შპრიცების რაოდენობა 101-მდე გაიზარდოს.

საქართველოში ზიანის შემცირების დაბალზღურბლოვანი პროგრამები ხორციელდება არასამთავრობო ორგანიზაციების, მათ შორის სათემო ორგანიზაციების მიერ. პროგრამების დაფინანსებაში სახელმწიფო არ მონაწილეობს და ისინი სრულად არის დამოკიდებული *გლობალური ფონდის* გრანტზე, რაც სერიოზულ საფრთხეს უქმნის ზიანის შემცირების პროგრამების მდგრადობას უცხოეთიდან დაფინანსების შეწყვეტის შემთხვევაში.

12 ტესტირების ინდიკატორი დათვლილია პროგრამულად და არ წარმოადგენს ცენტრების მიხედვით დათვლილი ინდიკატორების მექანიკურ ჯამს.

13 საქართველოს მთავრობის დადგენილება N326 აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე, საქართველოს მთავრობა 2016.

9. ნარკოტიკული საშუალებების ბაზარი და ნარკოდანაშაული

9.1. ამოღება

საქართველოში 2006-2015 წლებში ამოღებული ძირითადი ნარკოტიკული საშუალებების ოდენობები მოცემულია ცხრილში 10. სამწუხაროდ, არ გაგვაჩნია მონაცემები ნარკოტიკების ამოღების ეპიზოდების სიხშირესთან დაკავშირებით და მოცემულ ანგარიშში წარმოდგენილია წლის მანძილზე ამოღებული ამა თუ იმ ნარკოტიკის მხოლოდ ჯამური ოდენობა. უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკების რაოდენობის თვალსაზრისით, ტრადიციულად, კანაფი ლიდერობს. კანაფის პროდუქტები ცხრილში ორი სახით არის წარმოდგენილი - კანაფის მცენარე და მარიხუანა. ზოგადად, აღსანიშნავია კანაფის პროდუქტების უკანონო ბრუნვიდან ამოღების მზარდი ტენდენცია. 2014 წელს ამ თვალსაზრისით ერთგვარ რეკორდს ჰქონდა ადგილი - კანაფის ამოღებამ 5 ტონას მიაღწია.

ბოლო წლების მანძილზე განხორციელდა სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალების უკანონო ბრუნვიდან რამდენიმე რეკორდული ამოღება. 2014 წელს ამოღებული იქნა 591 კგ. ჰეროინი; 2015 წელს ამოიღეს 60 კგ. ამფეტამინი. როგორც წესი, ესეთი მსხვილი ამოღებები არის ერთი მსხვილი პარტიის დაკავების შედეგი. უმეტეს შემთხვევაში, ნარკოტიკების მსხვილი პარტიები, რომელთა ამოღება შეძლეს ქართველმა სამართალდამცავებმა, არ იყო გამიზნული ადგილობრივი (შიდა) ბაზრისთვის და ქვეყნის ტერიტორია გამოყენებულ იქნა როგორც სატრანზიტო მარშრუტი.

ცხრილი 10: 2006-2015 წლებში უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებების (სუფთა ნივთიერებების) ოდენობები (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ჰეროინი (კგ)	8.59	16.15	12.11	5.05	1.71	0.47	0.29	117.62	591.89	3.04
ოპიუმი (კგ)	0.22	0.14	0.05	0.12	0.09	0.09	0.01	0.05	0.21	0.07
მარიხუანა (კგ)	26.24	23.64	28.29	43.70	27.06	48.47	30.08	71.60	57.39	107.12
ტრამადოლი (კგ)	0.07	0.1	0.73	0.13	0.21	0.02	0.01	0.14	0.730	_
კანაფი (მცენარე) (კგ)	123.03	64.85	41.56	100.25	26.88	88.91	21.07	217.77	5,420.8	199.46
მეთადონი (კგ)	0.02	0.21	0.32	0.29	0.03	0.003	0.04	0.009	0.14	0.09
სუბუტექსი* (აბი)	10,852	16,232	13,757	7,022	2,815	3,031	777	1,678	_	_
ამფეტამინი (გრ)			0.0063	0.68	0.87	0.29	0.19	0.26	57.52	60,354.6
მეტამფეტამინი (კგ)	0.002	0.0004	0.002	0.003	0.008	0.002	0.001	0.003	0.06	0.24
მორფინი (კგ)	0.003	0.004	0.03	0.006	0.007	0.005	0.004	0.002	11.76	0.008
კოდეინი (კგ)						0.03	0.01	0.03	2.29	1.14
ფენტანილი (კგ)								0.0004	0.0008	0.0009
დეზომორფინი (კგ)							0.001	0.01	0.0006	0.0002
კოკაინი (კგ)		0.0005	0.001		0.13		0.008	0.002	0.50	30.4
ეფედრინი (გრ)		1.19	1.02	3.68	7.59	1.86	1.01	0.79	0.00015	0.003
ექსტაზი (მდმა)- ეს გრ?						0.000002	0.01	0.077	0.071	0.25
ფსევდოეფედრინი (გრ)									0.07	0.11
ტრამადოლი (კგ)	0.07	0.1	0.73	0.13	0.21	0.02	0.01	0.14	0.73	_
ლიზერგინის მჟავა (LSD) (გრ)						0.0014	0.0019	0.0015	_	0.01
პრეგაბალინი (კგ)								0.59	15,4	7.75
ყაყაჩო (კგ)						2.02	0.28	13.93	8.22	2.54
ბუპრენორფინი* (კგ)									0.25	0.02

* - ამოღებული ბუპრენორფინის ოდენობები ნაჩვენებია იმ სახით, რა სახითაც გვაწვდიდა მონაცემებს შინაგან საქმეთა სამინისტრო:2006-2013 წლებში სუბუტექსის ოდენობები მოცემულია აბებში, ხოლო 2014-2015 წლებში - ბუპრენორფინი გრამებSi.

9.2. დამზადება და მიწოდება

საქართველო, ნარკოტრაფიკის თალსაზრისით, ავღანული ჰეროინის გზაზე მდებარეობს. ქვეყნის შიგნით, ორგანიზებულად, არ ხდება არალეგალური ნივთიერებების წარმოება. ადგილობრივი მოხმარებისთვის ჰეროინი შემოდის აზერბაიჯანიდან და თურქეთიდან, არალეგალური ბუპრენორფინი,რომელსაც არასამედიცინო მიზნით ინექციურად მოიხმარენ - ევროპიდან. თუმცა, მცირე ზომის „სამზარეულოები“ კუსტარული, ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორებისა („ვინტი“) და ოპიოიდებისთვის (დეზომორფინი, „კრაკადილი“) დასამზადებლად, საკმაოდ გავრცელებულია. აღნიშნული კუსტარული ნივთიერებები ძირითადად მზადდება ინექციურად მომხმარებელთა ჯგუფების მიერ, პირადი მოხმარებისთვის. გარდა ამისა, ხელმისაწვდომია ადგილობრივი ველურად მზარდი კანაფი, რომელიც ყველაზე გავრცელებული არალეგალური ნარკოტიკია საქართველოში.

9.3. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (რომელსაც საქართველოში „ბიოს“ ეძახიან) მოხმარებასთან დაკავშირებით უკიდურესად მწირი ინფორმაცია არის ხელმისაწვდომი. დღეისათვის უცნობია, რომელ ჯგუფებში არის უფრო მეტად გავრცელებული ამ ნივთიერებების მოხმარება, რომელ ნივთიერებებს მოიხმარენ, ან რა გზით ხდება მათი მოპოვება. აღსანიშნავია, რომ ზიანის შემცირების პროგრამების ბენეფიციარებში „ბიოს“ გასული 30 დღის მანძილზე მოხმარების პრევალენტობა 17% იყო. კერძო შემთხვევებიდან მიღებული ინფორმაციის თანახმად, „ბიო“ შესაძლოა უფრო მეტად იყოს პოპულარული ახალგაზრდა ასაკის ექსპერიმენტატორებსა და ღამის კლუბების ვიზიტორებს შორის.

9.4. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაული

უზენაესი სასამართლოს ინფორმაციით, 2015 წელს ნარკოდანაშაულის მუხლებით პირველი ინსტანციის სასამართლოებში განხილულ იქნა 4,022 საქმე და განაჩენი გამოტანილი იქნა 4,126 პირის მიმართ. ისევე, როგორც წინა წლებში, ნარკოდანაშაულთან მიმართებაში სასამართლოების მიერ განხილულ საქმეთა უმეტესობა სისხლის სამართლის ორ მუხლზე მოდის (273 და 260[14]). განხილულ საქმეთა 54% მოდის 273 მუხლზე, 35% კი - 260-ე მუხლზე. ტრადიციულად, ნარკოდანაშაულთან დაკავშირებული საქმეების გამოძიებისას ფართოდ იქნა გამოყენებული საპროცესო გარიგების მექანიზმი - საქმეთა 65%-ში. ასევე, ჩვეულებისამებრ, განაჩენების უმეტესობაში (55%) გამოყენებულ იქნა ჯარიმა, როგორც ძირითადი ან დამატებითი სასჯელი - იხ. ცხრილი 11:

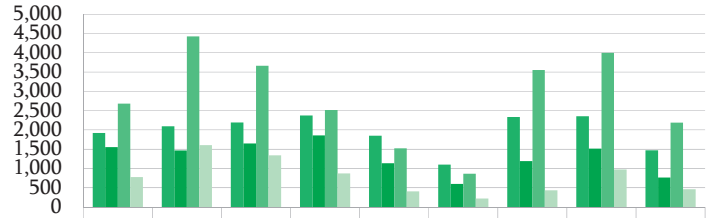
14 260 მუხლი ითვალისწინებს 6 თვიდან უვადო პატიმრობას შემდეგი ქმედებებისთვის: ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის, ან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერების უკანონო დამზადება, წარმოება, შეძენა, შენახვა, გადაზიდვა, გადაგზავნა ან გასაღება. მუხლი 273 - პირადიმოხმარებისათვისნარკოტიკულისაშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის მცირე ოდენობით უკანონო დამზადება, შეძენა, შენახვა ანდა ექიმის დანიშნულების გარეშე უკანონოდ მოხმარება.

ცხრილი 11: პირველი ინსტანციის სასამართლოებში 2015 წელს ნარკოტიკულ დანაშაულთან დაკავშირებული (სსკ 33-ე თავი) მსჯავრდებულების შესახებ (საქართველოს უზენაესი სასამართლო 2016)

სსკ მუხლები	განხილულია განაჩენის გამოტანით		განხილულია საპროცესო შეთანხმებით		მსჯავრდებულთა რაოდენობა	გამოტანილია გამამართლებელი განაჩენი	გამოყენებული სასჯელის ღონისძიებები							განხილულია სასჯელის დაუნიშნავად
							თავისუფლების აღკვეთა	პირობითი მსჯავრი	ჯარიმა	ჯარიმა დამატებითი სასჯელის სახით	საზოგადოებისთვის სასარგებლო შრომა	განთავისუფლდა ამნისტიით	გადაედო განაჩენის აღსრულება	
	საქმე	პირი	საქმე	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი	პირი
სულ	**4,022**	**4,126**	**2,604**	**2,680**	**4,110**	**15**	**1,357**	**1,728**	**821**	**1,390**	**197**	**6**	**1**	**1**
260	1,395	1,477	1,080	1,143	1,470	6	766	615	71	787	12	6		1
261.1-1	139	148	81	86	148		12	133	3	103				
261	59	60	53	54	60		8	24	28	21				
262	120	125	91	92	120	5	77	9	33	31			1	
263	13	15	12	14	15		4	2	9	4				
264	1	1	1	1	1		1							
265	105	106	95	96	105	1	29	67	8	54	1			
273	2,190	2,194	1,191	1,194	2,191	3	460	878	669	390	184			

2015 წელს, წინა წელთან შედარებით, მნიშვნელოვნად ნაკლები ადამიანი იქნა მსჯავრდებული სისხლის სამართლის 260-ე და 273-ე მუხლების გამო. აგრეთვე, შემცირდა ამ მუხლებით გასამართლებული პირების მიმართ თავისუფლების აღკვეთის, როგორც სასჯელის ზომის, გამოყენება - იხილეთ დიაგრამა 10.

დიაგრამა 10: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით მსჯავრდებული პირების რაოდენობის დინამიკა წლების მიხედვით, 2007-2014 წწ (საქართველოს უზენაესი სასამართლო 2016)

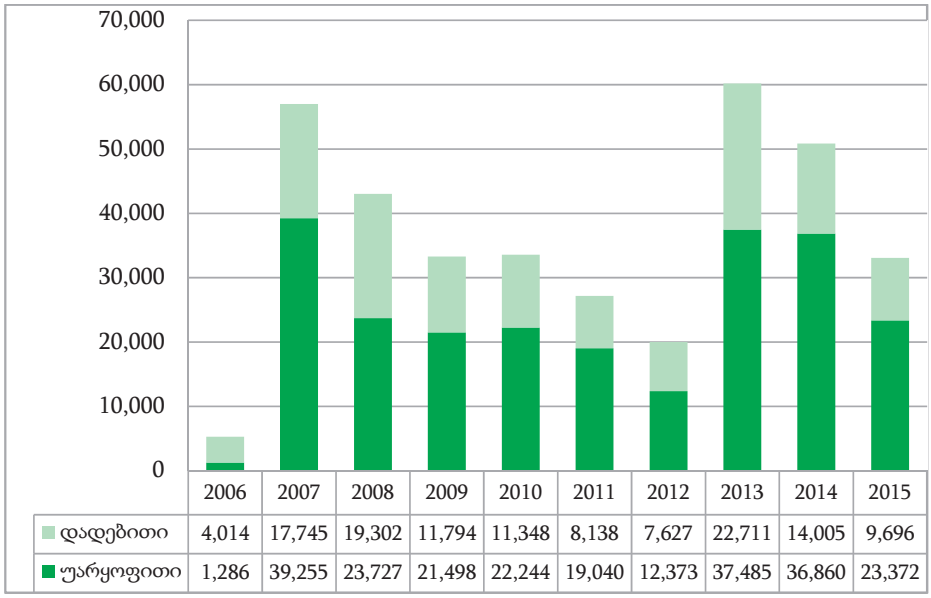


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
მსჯავრდებული 260-ე მუხლით	1,919	2,095	2,193	2,376	1,849	1,100	2,336	2,354	1470
მათ შორის პატიმრობა (260)	1,552	1,467	1,649	1,855	1,135	598	1,193	1,515	766
მსჯავრდებული 273-ე მუხლით	2,681	4,423	3,663	2,517	1,523	861	3,553	4,003	2191
მათ შორის პატიმრობა (273)	775	1,605	1,340	874	403	220	435	972	460

9.5. ადმინისტრაციული დანაშაული

2015 წელს გაგრძელდა ნარკოლოგიურ ტესტირებაზე გადაყვანის კლების ტენდენცია. ამ წელს იძულებითი ნარკოლოგიური შემოწმება თითქმის 2-ჯერ ნაკლებ ადამიანს ჩაუტარდა 2013 წელთან შედარებით. ტრადიციულად, ნარკოლოგიური შემოწმების შედეგად ნარკოტიკების მოხმარების ფაქტი დადასტურდა შემთხვევათა დაახლოებით ერთ მესამედში - იხილეთ დიაგრამა 11.

დიაგრამა 11: ნარკოტესტირება: დადებითი და უარყოფითი შედეგები, 2006-2015 წწ
(საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2016)



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
დადებითი	4,014	17,745	19,302	11,794	11,348	8,138	7,627	22,711	14,005	9,696
უარყოფითი	1,286	39,255	23,727	21,498	22,244	19,040	12,373	37,485	36,860	23,372

9.6. მომხმარებელთა მომსახურება ციხეებში

2016 წლის 1 იანვრისთვის პენიტენციურ დაწესებულებებში განთავსებული იყო 9,724 პატიმარი (9,406 მამაკაცი და 318 ქალი). სპეციალიზებული სამკურნალო პროგრამა ხელმისაწვდომია სამ პენიტენციურ დაწესებულებაში. მეთადონით დეტოქსიკაციის პროგრამა მუშაობს წინასაწარი დაკავების იზოლატორებში თბილისსა და ქუთაისში. ამას გარდა, ცენტრალური პენიტენციური ჰოსპიტალი პატიმრებს სთავაზობს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობას. 2015 წელს 264 ბრალდებულმა და მსჯავრდებულმა დაასრულა მეთადონით მხარდაჭერილი დეტოქსიკაციის თერაპია. 2015 წლის მარტიდან პაციენტს შეიძლება გაეწიოს მულტიდისციპლინარული გუნდის (ფსიქოლოგი, ნევროლოგი, ფსიქიატრი, ნარკოლოგი) ან უშუალოდ ექიმ-ნარკოლოგის კონსულტაცია. წლის განმავლობაში მულტიდისციპლინარული გუნდის მიერ განხორციელდა 522 კონსულტაცია, ხოლო ექიმ-ნარკოლოგის მიერ - 565 კონსულტაცია. საჭიროების შემთხვევაში პაციენტებს ჩაუტარდათ მედიკამენტოზური მკურნალობა. დეტოქსიკაციის სტაციონარული კურსი გაიარა 14 პატიმარმა.

10. ეროვნული ნარკოკანონმდებლობა

ქვეყანაში ნარკოტიკების ლეგალურ ბრუნვას არეგულირებს 2002 წელს მიღებული და 2012 წელს განახლებული საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ (ე.წ. „ჩარჩო კანონი“), ხოლო ნარკოტიკების არალეგალურ ბრუნვას არეგულირებს ქვეყნის ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა და სისხლის სამართლის კოდექსი. არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება სამართალდარღვევაა ორივე ამ კოდექსის მიხედვით.

ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის თანახმად, ერთი წლის განმავლობაში, სამედიცინო დანიშნულების გარეშე ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების პირველი შემთხვევა, ან მცირე ოდენობის ნარკოტიკების ფლობა რეალიზაციის განზრახვის გარეშე ითვალისწინებს ჯარიმას 500 ლარის ოდენობით, ხოლო გამონაკლის შემთხვევებში, ადმინისტრაციულ პატიმრობას 15 დღემდე ვადით. იმავე წელს განმეორებით ჩადენილი ანალოგიური ქმედება, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლის თანახმად, კვალიფიცირებულია, როგორც სისხლის სამართლის დანაშაული.

2007 წლიდან ქვეყანაში მოქმედი „ნარკოტიკული დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ კანონის“ თანახმად, პირს, რომელმაც საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლით გათვალისწინებული დანაშაული ჩაიდინა, ერთმევა მთელი რიგი (მათ შორის, სატრანსპორტო საშუალების მართვის, საექიმო და საადვოკატო საქმიანობის, სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებში დასაქმების, და ა.შ.) უფლებები. ეს ხორციელდება სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველზე, სამი ან მეტი წლის ვადით.

სისხლის სამართლის კანონმდებლობით დასჯად სამართალდარღვევებში შედის ნარკოტიკული საშუალებებით ან/და ფსიქოტროპული ნივთიერებებით უკანონო ვაჭრობა, ნარკოტიკული საშუალებების, ასევე ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო დამზადება, შენახვა, წარმოება, გასაღება, ქვეყანაში შემოტანა ან ქვეყნიდან გატანა (უფრო დეტალური ინფორმაციისთვის იხ. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XXXIII თავი: ნარკოტიკული დანაშაული).

სისხლის სამართლის კოდექსით ნარკოდანაშაულისათვის გათვალისწინებული სანქციების სიმკაცრე დამოკიდებულია სამართალდარღვევების დამამძიმებელ გარემოებებზე, რომელთა შორის ერთ-ერთია ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებ(ებ)ის ოდენობა. კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებათა ოდენობებს არეგულირებს ჩარჩო კანონი, რომელიც ადგენს მცირე, დიდ და განსაკუთრებით დიდ ოდენობებს 200-ზე მეტი ნარკოტიკული საშუალებისა და 67 ფსიქოტროპული ნივთიერებისათვის. ამჟამად ქვეყანაში გავრცელებული მთელი რიგი ნარკოტიკული საშუალებებისათვის (მაგ., ამფეტამინი, მეტამფეტამინი და დეზომორფინი) მცირე ოდენობები კანონით დადგენილი არ არის და მათი ნებისმიერი ოდენობა დიდ ოდენობად კვალიფიცირდება.

კუსტარული დეზომორფინის მოხმარების პრობლემაზე საპასუხოდ, შინაგან საქმეთა სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ერთობლივი ინიციატივით, 2014 წელს ჩარჩო კანონში შევიდა ცვლილებები, რაც ითვალისწინებს სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას კოდეინის, ეფედრინის, ნორეფედრინისა და ფსევდოეფედრინის შემცველი წამლებით კანონდარღვევით ვაჭრობისთვის.

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების უკანონო ბრუნვაზე საპასუხოდ, 2014 წელს ძალაში შევიდა კანონი „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“, შესაბამისი დებულებები დაემატა საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსს, რის საფუძველზეც განხორციელდა ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების (კანონში მოყვანილი ქიმიური შენაერთების 9 კლასისა და 20 ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერების) უკანონო წარმოების, შესყიდვის, შენახვისა და ა.შ. კრიმინალიზაცია.

2006 წლიდან ქვეყანაში დამკვიდრდა ქუჩაში ნარკოტიკული თრობის შემოწმების პრაქტიკა, რომელსაც არეგულირებს საქართველოს შინაგან საქმეთა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრების ერთობლივი ბრძანება #1244-278/ნ, გამოცემული საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლის საფუძველზე. ბრძანების თანახმად, პოლიციას აქვს უფლება, ქუჩაში დააკავოს მოქალაქეები ნარკოტიკული თრობის ექსპერტიზის ჩატარების მიზნით, თუ მას აქვს „საკმარისი საფუძველი (ნარკოტიკული თრობის) ვარაუდისთვის“ (2013 წლამდე ეს ფორმულირებული იყო როგორც „გონივრული ეჭვი“), რაც არ არის მკაფიოდ განსაზღვრული და ამდენად, სუბიექტური ინტერპრეტაციის საშუალებას იძლევა.

ნარკოტიკების მოხმარების, შეძენისა თუ შენახვის მიზეზით დაკავებულ პირთა დიდი ნაწილი ახერხებს, რომ თავიდან აირიდოს პატიმრობა საპროცესო გარიგების საშუალებით, რაც ქვეყანაში კანონით დადგენილი სასჯელის შემსუბუქების მექანიზმია და ხორციელდება პროკურატურის დონეზე. თუ საპროცესო გარიგება ამა თუ იმ მიზეზით ვერ ხერხდება და ამოღებული (პირადი მოხმარების მიზნით შეძენილ-შენახული) ნივთიერების ოდენობა კვალიფიცირებულია, როგორც „დიდი ოდენობა“, განურჩევლად იმისა, თუ რა ნივთიერებაა, სასჯელი შესაძლოა მრავალწლიან პატიმრობას გულისხმობდეს.

გთავაზობთ შემთხვევას პრაქტიკიდან, როგორც ზემოთქმულის ილუსტრაციას: 2013 წელს აღიძრა სისხლისსამართლებრივი დევნის საქმე ახალგაზრდა მამაკაცის წინააღმდეგ, რომელსაც დაკავებისას 70 გრ. მარიხუანა აღმოუჩინეს, კანონდებლობით კვალიფიცირებული, როგორც დიდი ოდენობა. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლის მეორე ნაწილის საფუძველზე, მამაკაცს, პირადი მოხმარებისთვის შენახვა-შეძენის გამო, 7-დან 14 წლამდე პატიმრობა ემუქრებოდა. მის დასაცავად ორგანიზებულმა საზოგადოებრივმა კამპანიამ შეაჩერა კანონის აღსრულება. ბოლო ეტაპზე საქმემ საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოში გადაინაცვლა, რომელმაც 2015 წელს დააკმაყოფილა მოქალაქეების მიერ საქართველოს პარლამენტის წინააღმდეგ წაყენებული სარჩელი, რომელიც 260-ე მუხლის მეორე ნაწილის „ა“ პუნქტს იხილავდა, როგორც ანტიკონსტიტუციურს. ამ წარმატებულმა საქმემ შეცვალა ქვეყანაში ნარკოკანონმდებლობის აღსრულების პრაქტიკა და 2015 წლიდან 70 გრამამდე მარიხუანის შეძენა-შენახვა აღარ ხდება მოქალაქეთა ციხეში ჩასმის საფუძველი.

11. ეროვნული ნარკოსტრატეგია

საქართველოში დღეისათვის არსებული დამსჯელობითი სამართლებრივი ჩარჩო არ იძლევა დაბალანსებული ნარკოსტრატეგიის ცხოვრებაში გატარების საშუალებას. ტრადიციულად, ქვეყნაში ნარკოსტრატეგია მოწოდების შემცირებასა და დასჯაზე მეტად არის ორიენტირებული, ვიდრე მოთხოვნის შემცირებასა და ზრუნვაზე.

ეროვნული სტრატეგიის დოკუმენტი - „ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგია", რომელიც 2012 წელს შემუშავებულ იქნა მრავალუწყებრივი თანამშრომლობის საფუძველზე, იუსტიციის სამინისტროს კოორდინაციით, EMCDDA-ის ექსპერტების შეფასებით შეესატყვისება საერთაშორისო სტანდარტებს და ამნდენად, ქმნის ქვეყანაში დაბალანსებული სტრატეგიული მიდგომის ცხოვრებაში გატარების წინაპირობას. მისი ძირითადი მიმართულებებია: მოწოდების შემცირება, მოთხოვნის შემცირება, ზიანის შემცირება, სტიგმისა და დისკრიმინაციის დაძლევა, კოორდინაცია და საერთაშორისო თანამშრომლობა, ასევე, კვლევა და ინფორმაციის ანალიზი.

„ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის" დოკუმენტი და მის საფუძველზე 2013 წელს შემუშავებული 2013-2017 წლების სამოქმედო გეგმა დამტკიცებულ იქნა დარგში ქვეყნის მთავარი მაკოორდინირებელი ორგანოს - *ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშრისი საკოორდინაციო საბჭოს* მიერ 2013 წელს, თუმცა სამოქმედო გეგმის დიდი ნაწილი (მაგალითად, პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების განვითარება განათლების სისტემაში) ბიუჯეტით უზრუნველყოფილი არ არის და ვერ ხორციელდება.

სამოქმედო გეგმის შესრულების მონიტორინგი არ ხორციელდება სამთავრობო თუ არასამთავრობო უწყებების მხრიდან, ამიტომ ქვეყნის ნარკოვითარების ცვლილებაზე მისი განხორციელების გავლენაზე მსჯელობისათვის მტკიცებულებები არ მოიპოვება.

12. საკოორდინაციო მექანიზმები

ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც შეიქმნა 2011 წელს, საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებით, ქვეყანაში ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის პრობლემაზე მუშაობის წამყვანი საკოორდინაციო მექანიზმია. საბჭოს მთავარი ფუნქციაა უწყებათაშორისი საქმიანობის კოორდინაცია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიის განხორციელების პროცესში. საბჭოს კოორდინაციას საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო ახორციელებს. სამთავრობო უწყებების გარდა, საბჭოს მუშაობაში მონაწილეობენ ე.წ. მოწვეული (ხმის უფლების არმქონე) საერთაშორისო ორგანიზაციების, არასამთავრობო სექტორისა და საექსპერტო თემის წარმომადგენლები. საბჭო აქტიურად მოღვაწეობდა 2011-2014 წლებში, მაგრამ 2015 წლიდან მოყოლებული მან შეანელა აქტივობა და არც ერთი სხდომა არ მოუწვევია. ასევე, შეწყდა საუბარი ნარკოტიკების ეროვნული მონიტორინგის ცენტრის დაარსებაზეც, რასაც საბჭო აქტიურად განიხილავდა 2014 წელს EMCDDA-ს ექსპერტებთან ერთად.

ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების აღკვეთის ხელშეწყობის სახელმწიფო კომისია - კიდევ ერთი საკოორდინაციო მექანიზმია, რომელიც შეიქმნა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემაზე საპასუხოდ, „ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესახებ“ კანონის მე-6 მუხლისა და სამი მინისტრის ერთობლივი ბრძანების[15] საფუძველზე. კომისიის შემადგენლობაში შედიან საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და ფინანსთა სამინისტროს წარმომადგენლები; საჭიროებისამებრ იწვევენ ექსპერტებს.

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

საქართველოს ნარკოპოლიტიკის ეროვნული პლატფორმა სამოქალაქო საზოგადოების მხრიდან ინიცირებული კოორდინაციის ეროვნული მექანიზმია. იგი დაფუძნებულ იქნა 2016 წელს, სამოქალაქო აქტივისტების, ნარკოტიკების მომხმარებელთა ეროვნული ქსელის, დარგში მოღვაწე არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და ექსპერტების მიერ. პლატფორმა შეიქმნა, როგორც სამოქალაქო საზოგადოების პასუხი ქვეყანაში არსებულ რეპრესიულ ნარკოპოლიტიკაზე; მისი მისიაა, ხელი შეუწყოს სამოქალაქო საზოგადოების, სათემო ჯგუფებისა და ექსპერტების ჩართულობას ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პოლიტიკის ფორმირებაში და ადვოკატირება გაუწიოს ეფექტური და ჰუმანური პოლიტიკის ჩამოყალიბებასა და განხორციელებას.

15 საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრის, საქართელოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და საქართველოს ფინანსთა მინისტრის 2014 წლის 13 მაისის ბრძანება №344/№01-30/№147

13. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული კვლევები

ქვეყანაში არ არსებობს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევების რაიმე ჩამოყალიბებული დღის წესრიგი. დარგში განხორციელებული კვლევები, როგორც წესი, კეთდება საერთაშორისო დონორის მიერ დაფინანსებული ამა თუ იმ კონკრეტული პროექტის ფარგლებში და ასახავს დონორის და/ან პროექტის სპეციფიკურ პრიორიტეტებს ან საჭიროებებს. მაგალითად, ასეთ კვლევებს მიეკუთვნება *გლობალური ფონდის* მიერ დაფინანსებული პროექტის ფარგლებში განხორციელებული ქცევითი ზედამხედველობის კვლევები და ფარული პოპულაციის ზომის განსაზღვრის კვლევები. აგრეთვე, 2015 წელს განხორციელებული ზოგად მოსახლეობაში თამბაქოს, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების კვლევა, რომელიც ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებული პროექტის ნაწილი იყო. ამ კვლევების შედეგები ნამდვილად მნიშვნელოვანია პროფესიული თემის და გადაწყვეტილების მიმღები პირების ინფორმირებისათვის, სიტუაციის შეფასებისა და საპასუხო სტრატეგიებისა და ღონისძებების დაგეგმვისათვის. ამგვარი კვლევების დაფინანსება მას შემდეგ, რაც საერთაშორისო დაფინანსება აღარ იქნება ხელმისაწვდომი, კითხვის ნიშნის ქვეშაა.

იშვიათ შემთხვევებში, ქართული კვლევითი ორგანიზაციები ახერხებენ საერთაშორისო კვლევითი გრანტების მოპოვებას კლინიკური ან/და ქცევითი ინტერვენციული კვლევების ჩასატარებლად. როგორც წესი, ასეთი პროექტები ხორციელდება უცხოელ პარტნიორებთან (უნივერსიტეტებთან) თანამშრომლობით. ასეთ შემთხვევაში, კვლევის ფოკუსი გამომდინარეობს ქართველი და უცხოელი პარტნიორების კვლევითი ინტერესებიდან და კონკრეტული საკითხის შესასწავლად საქართველოში არსებული გარემოებებიდან. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ა) გამოსაკვლევი საგანი (საკითხი) უნდა იყოს აქტუალური როგორც საქართველოში, ასევე სხვა ქვეყნებში და ბ) კვლევის შედეგები საინტერესო/სასარგებლო უნდა იყოს საერთაშორისო აუდიტორიისათვის.

კვლევების ადგილობრივი დაფინანსება ხელმისაწვდომია შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მიერ განხორციელებული სამეცნიერო საგრანტო კონკურსების მეშვეობით.

საქართველოში არ არსებობს ეროვნული სამეცნიერო ჟურნალი, რომელიც ნარკოტიკების მოხმარების საკითხებზე იქნებოდა ფოკუსირებული. ქართველი მკვლევარები სამეცნიერო პუბლიკაციებს, როგორც წესი, ინგლისურენოვან საერთაშორისო ჟურნალებში აქვეყნებენ.

ცხრილებისა და დიაგრამების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1: ალკოჰოლის მიღება მთელი სიცოცხლის, უკანასკნელი 12 თვის, უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში, სქესის მიხედვით (პროცენტული მაჩვენებელი) (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a) 11

დიაგრამა 2: სხვადასხვა სასმელის მიღება უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში, სქესის მიხედვით (პროცენტული მაჩვენებელი) (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a)..... 12

დიაგრამა 3: ბოლო 30 დღეში განხორციელებულ ინექციათა რაოდენობა თთპდ ინტერვენციის მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015) 22

დიაგრამა 4: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები თთპდ ინტერვენციის მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015) 22

დიაგრამა 5: ბოლო 30 დღეში განხორციელებულ ინექციათა რაოდენობა შნპ მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015)..... 23

დიაგრამა 6: ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები შნპ მონაწილეთა შორის (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015) 24

დიაგრამა 7: აივ/შიდსის ინციდენტობა საქართველოში, 2006-2015 წლები (შიდსის ცენტრი, სტატისტიკური მონაცემები, 2016) 27

დიაგრამა 8: აივ ინფექციის ახალი შემთვევები, გადაცემის გზების მიხედვით; საქართველო, 2010-2015 (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015ბ) 28

დიაგრამა 9: 2003-2015 წლებში აბსტინენციაზე ორიენტირებული და ოჩთ-ის პროგრამებში ნამკურნალევი პაციენტები (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015ბ) 34

დიაგრამა 10: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე და 273-ე მუხლებით მსჯავრდებული პირების რაოდენობის დინამიკა წლების მიხედვით, 2007-2014 წწ (საქართველოს უზენაესი სასამართლო 2016) 43

დიაგრამა 11: ნარკოტესტირება: დადებითი და უარყოფითი შედეგები, 2006-2015 წწ (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2016) 44

ცხრილი 1: ცხოვრების მანძილზე, ბოლო 12 თვის და 30 დღის მანძილზე ფსიქოაქტიური/ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015a) 13

ცხრილი 2: ცხოვრების მანძილზე, ბოლო 12 თვისა და 30 დღის მანძილზე ფსიქოაქტიური/ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების შეწონილი მაჩვენებლები (ალტერნატივა ჯორჯია, 2016) 14

ცხრილი 3: საქართველოში ჩატარებული ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის განმსაზღვრელი კვლევები 21

ცხრილი 4: აბსტინენციაზე ორიენტირებულ სამკურნალო პროგრამებში ჩართული პაციენტების მიერ უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები 2013-2015 წლებში(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015ბ) 25

ცხრილი 5: 2015 წელს აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაში ჩართულ პირთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფებისა და სქესის მიხედვით(დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი 2015b) 26

ცხრილი 6: ნარკოტიკული საშუალებებით ზედოზირების შედეგად გარდაცვლილ პირთა რაოდენობა წლების მიხედვით (ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო 2016) 31

ცხრილი 7: *ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის* მიერ მოწოდებული 2014-2015 წლებში ლეტალური და არალეტალური ზედოზირების მონაცემები (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015) 32

ცხრილი 8: აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის უზრუნველმყოფი 7 სპეციალიზებული კლინიკა 34

ცხრილი 9: ზიანის შემცირების პროგრამების მიერ მოცვის მაჩვენებლები (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2015) 37

ცხრილი 10: 2006-2015 წლებში უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებების (სუფთა ნივთიერებების) ოდენობები (საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო 2015) 40

ცხრილი 11: პირველი ინსტანციის სასამართლოებში 2015 წელს ნარკოტიკულ დანაშაულთან დაკავშირებული (სსკ 33-ე თავი) მსჯავრდებულების შესახებ (საქართველოს უზენაესი სასამართლო 2016) 42

ინდექსი

აივ 27, 28, 35, 36, 37
ალკოჰოლი 11, 12, 13, 14, 17, 49
ამბულატორიული 25, 33, 35
ამოღება 39
ამფეტამინი 26, 39, 40, 45
არასამთავრობო 33, 38, 48
არასრულწლოვანი 18
ბავშვები 18
ბიო 12, 18, 19, 23
ბუპრენორფინი 25, 40
განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო 10, 18, 19
დაბალზღურბლოვანი 38
დანაშაული 18, 41, 45
დაფინანსება 38, 49
დეტოქსიკაცია 33, 35
ევროკავშირი 11
ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრი 20
ექსტაზი 12, 13, 40
ზიანის შემცირება 47
ზოგადი მოსახლეობის გამოკითხვა 13
თამბაქო 11, 13, 17, 49
ინციდენტობა 27
იუსტიციის სამინისტრო 18, 48
კანაფი 12, 13, 14, 23, 40
კანონი 32, 33, 45, 46
კვლევა 11, 14, 21, 47, 49
კოდეინი 40, 46
კოკაინი 13, 20, 26, 40
კონსულტირება 36
კოორდინაცია 47, 48
მარიხუანა 40, 46
მაღალი რისკის მოხმარება 20
მეთადონი 25, 26, 40
მეტამფეტამინი 26, 45
მიზანმიმართული პრევენცია 18
მკურნალობა 25, 27, 30, 33
მსჯავრდებული 43
ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სიკვდილი 31
ოპიოიდები 26, 35
პარლამენტი 46
პოლინარკომანია 26
პოლიცია 46
პრევალენტობა 20
პრევენცია 17, 18, 30
სამინისტრო 17, 18, 25, 40, 44, 46, 48
სამოქმედო გეგმა 47
სასამართლო 31, 42, 43, 46
სასკოლო 11
სკოლა 11, 18
სტაციონარული 25, 33, 35
სუბოქსონი 26, 35
სუბუტექსი 40
ფლობა 9, 45
ფსევდოეფედრინი 40, 46
ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია 33
ფსიქოტროპული 6, 9, 14, 45
შეფასება 21
შიდსი 21, 27, 35, 36, 38
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო 46, 48
ჩანაცვლებითი თერაპია 33, 35
ციხე 46
ჰეპატიტი 28, 29, 30
ჰეროინი 13, 25, 39, 40

ბიბლიოგრაფია

Gvinjilia, Lia, Muazzam Nasrullah, David Sergeenko, Tengiz Tsertsvadze, Giorgi Kamkamidze, Maia Butsashvili, Amiran Gamkrelidze, et al. 2016. "National Progress Towards Hepatitis C Elimination - Georgia, 2015-2016." Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 65 (41): 1132–35. doi:http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6541a2.

UNODC. 2015. "International Standards on Drug Use Prevention." Vienna.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. 2015a. ახალგაზრდებში ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ეროვნული კვლევა.

———. 2015b. სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი.

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

კირთაძე ირმა, ოთიაშვილი დავით, ტაბატაძე მზია. 2016. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების კვლევა ზოგად მოსახლეობაში, USAID და CzDA დაფინანსებული პროექტი: ადიქციის კვლევების განვითარება საქართველოში. თბილისი.

ლევან სამხარაულის სახელობის სასამართლო ექსპერტიზის ეროვნული ბიურო. 2016. ლევა. თბილისი.

ნარკოვითარება საქართველოში. 2014. თბილისი.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო. 2016a.

———. 2016b. http://www.mes.gov.ge/content.php?id=6039&lang=geo.

საქართველოს მთავრობა. 2016. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N326 აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე. თბილისი, საქართველო.

საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდულ საქმეთა სამინისტრო. 2016.

საქართველოს უზენაესი სასამართლო. 2016. საქართველოს უზენაესი სასამართლო. თბილისი.

საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო. 2015. თბილისი.

შიდსის ცენტრი, სტატისტიკური მონაცემები. 2016. თბილისი.

ჯანმრთელობის დაცვა, მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა. 2016. თბილისი.