

**ნარკოვითარება
საქართველოში
2010**

მოკლე მიმოხილვა

გამოცემულია ფონდის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი“ მხარდაჭერით.

ავტორები

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

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

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

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

ტომაშ ზაბრანსკი, ექიმი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის დეპარტამენტის ადიქტოლოგიის ცენტრი, პრალა

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

ნაშრომი პირველად დაიბეჭდა ჟურნალ **Adiktologie**-ში (ჩეხეთის რესპუბლიკა).

დიზაინერი: გიორგი ბაგრატიონი

ISBN 978-9941-0-2248-7

თბილისი, 2011

სარჩევი

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

მადლობა

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

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

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

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

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

დაბოლოს, მადლობა ფონდს „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი“ (გიფ-თბილისი), ნაშრომის გამოცემისათვის.

რეზიუმე

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

ანგარიშის სტრუქტურა შეესატყვისება ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) სტანდარტებს და სიტუაციას აღწერს ნარკოეპიდემიოლოგიის საკვანძო ინდიკატორების მიხედვით. ტექსტი წარმოადგენს ნარკოვიტარებისა და შესაბამისი გამონევენების ავტორისეულ ხედვას. იგი ეყრდნობა, ძირითადად, 2009 და 2010 წლების, ზოგიერთ შემთხვევაში კი, აგრეთვე, 2008 წლის მონაცემებს. ერთი მხრივ, ეს აიხსნება დარგში არსებული საინფორმაციო ღიობებით; მეორე მხრივ, ინფორმაციის შეგროვების სირთულით, რაც დაკავშირებულია კოორდინაციისათვის აუცილებელი ინსტიტუციური მექანიზმების არარსებობასთან.

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

საკვანძო სიტყვები:

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

დიაგრამა 1: საქართველოს რუკა

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

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

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

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

ნარკოტიკების მოხმარება ზოგად პოპულაციასა და ახალგაზრდებში

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

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

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

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

ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება

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

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

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

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

2 მოყვანილი თითოეული მონაცემის შესაბამისი სტატისტიკური შეცდომის მაჩვენებელია $\pm 5\%$.

მოდიოდა და ერთგვარ კონკურენციას უწევდა ჰეროინის ნარკოტიკების არალეგალური ბრუნვის ასპარეზზე.

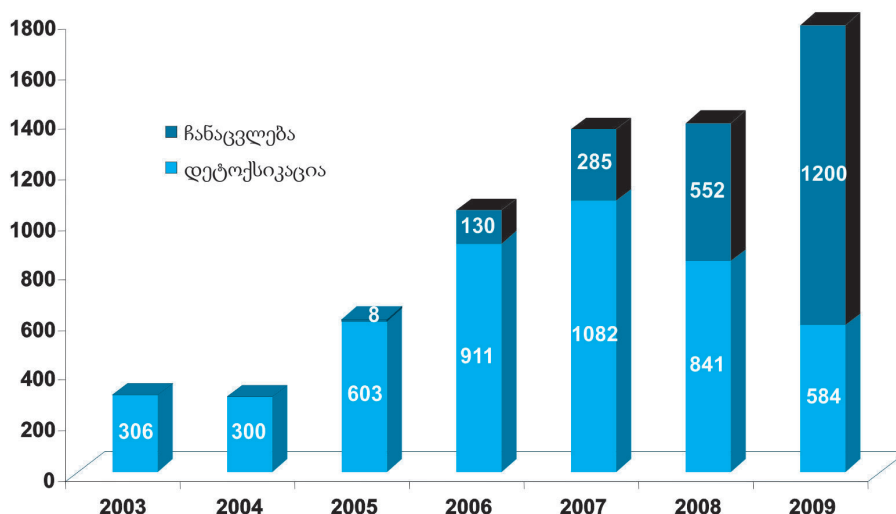
ნარკოლოგიური კლინიკების 2007 წლის მონაცემებით, იმხანად ნამკურნალევ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა დაახლოებით ერთმა მესამედმა კლინიკებს სამკურნალოდ სწორედ Subutex®-ზე დამოკიდებულების გამო მიმართა (ვადაჭკორია, 2008; Otiaashvili et al, 2008b). 2008 წლის ბოლოდან, სავსე დაკვირვების მონაცემებით, Subutex®-ის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

მოთხოვნა მკურნალობაზე

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

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

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



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

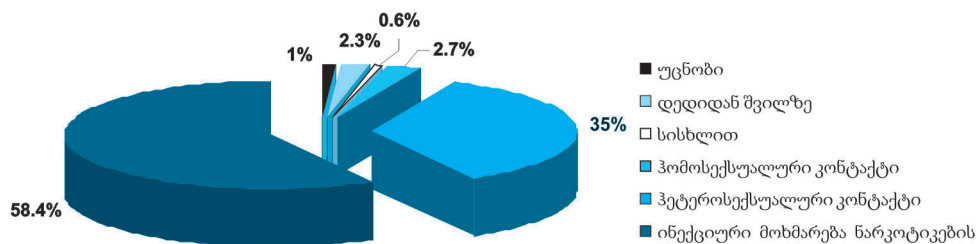
ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ინფექციური დაავადებები

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

ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება აივ ინ-

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

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



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

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

2009 წელს ზიანის შემცირების პროგრამების სერვისების მომხმარებელი 2077 ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელიდან, რომელნიც ტესტირებული იყვნენ აივ-სა და C ჰეპატიტზე ნებაყოფლობითი ტესტირებისა და კონსულტირების ცენტრებში, აივ-დადებითი აღმოჩნდა

23 პირი (1.1%), ჰეპატიტ-C-პოზიტიური - 999 პირი (48%) (ოთიაშვილი, 2010).

ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილი

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

2004 წელს, სამხრეთ კავკასიის ანტინ-

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

პრევენცია

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

ადრეული 90-იანებიდან დღემდე, როგორც სახელმწიფოს, ასევე საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების მხრიდან, არასაკმარისი ყურადღება ეთმობა წამალდამოკიდებულების პირველად პრევენციას. პერიოდულად ტარდებოდა და ტარდება ფრაგმენტული აქტივობები, ხარისხის კონტროლის მექანიზმების გარეშე, ლიმიტირებული დაფინანსების პირობებში, ბენეფიციართა შეზღუდული რაოდენობისათვის: 2005 წელს – 100 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – 10,000 ევრო; 2006 წელს: 30 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – 20,000 ევრო; 2007 წელს: პროგრამები საერთოდ არ იყო; 2008 წელს: 300 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – დაახლოებით 100,000 ევრო; 2009 წელს – 60 პირდაპირი ბენეფიციარი, ბიუჯეტი – 10,000 ევრო.

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

ბის, ფსიქოლოგების, სოციალური მუშაკებისა თუ სხვა რელევანტური სპეციალობის სტუდენტების განათლება ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენციის საკითხებში. ახალი ინიციატივა, რომელსაც ერთობლივად ახორციელებენ პრალის ჩარლზის უნივერსიტეტი, ქართული არასამთავრობო ორგანიზაცია ალტერნატივა ჯორჯია და აი-ბი კავკასიური უნივერსიტეტი, მოწოდებულია შეაესოს ეს ღიობი, შეიმუშავოს და განავითაროს ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პირველადი და მეორეული პრევენციის კურიკულუმი საუნივერსიტეტო სწავლებისათვის.

მკურნალობა

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

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

ნარკოლოგიური კლინიკების მკურნალობის

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

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

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

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

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

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

ზიანის შემცირება

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

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

კონსულტირებისა, მათ დაინყეს ადვოკატირება, აქტიური მონაწილეობა ნარკოპოლიტიკისა და ნარკოკანონმდებლობის საზოგადოებრივ დებატებში და ა.შ. ეს, იმედი უნდა ვიქონიოთ, გაზრდის ზიანის შემცირების პროგრამების მდგრადობას ქვეყანაში.

ნარკოგაზარი და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდარღვევები

ტრადიციულად, საქართველო არ განიხილება, როგორც ნარკოტიკების მწარმოებელი

ქვეყანა, აქ მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების უმრავლესობა შემოტანილია.

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

ცხრილი 2: ნარკოტიკული საშუალებების ამოღება 2006 - 2009 წლებში

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

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

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

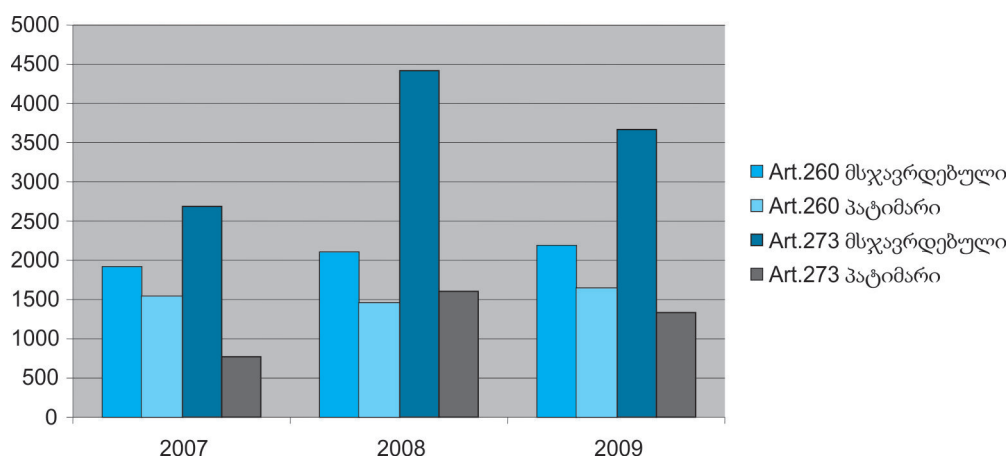
თა სამინისტროს მონაცემებით, 2010 წელს ერთი გრამი ჰეროინის ქუჩის ფასი იყო 338-460 ევრო, ოპიუმისა – 20-33 ევრო, მარიხუანისა – 2-დან 3.35 ევრომდე, მორფინისა 20 ევრო ერთი ამპულა, სუბუტექსი®-ის – 200-215 ევრო (8 მილიგრამიანი ტაბლეტი). თუმცა ამ ფასთან ზოგიერთი არ ემთხვევა ექიმების, ქუჩის მუშაკებისა და პაციენტების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

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

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

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

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



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

ნარკოკანონმდებლობა

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

დღეისათვის საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი არ ანსხვავებს ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგისა ან პრეკურსორების უკანონო დამზადებას, წარმოებას, შეძენას, შენახვას, გადაზიდვას, გადაგზავნას და გასაღებას, რაც გამორიცხავს დიფერენცირებულ მიდგომას სხვადასხვა სახის ნარკოდანა-

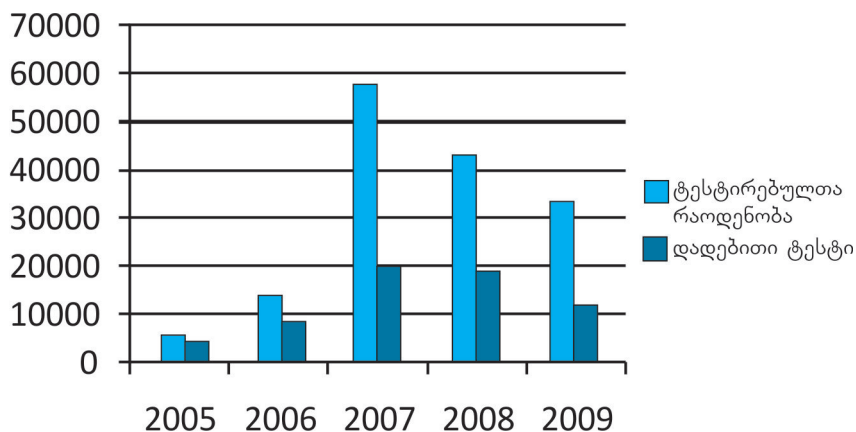
შაულის მიმართ⁴.

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

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

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

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



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

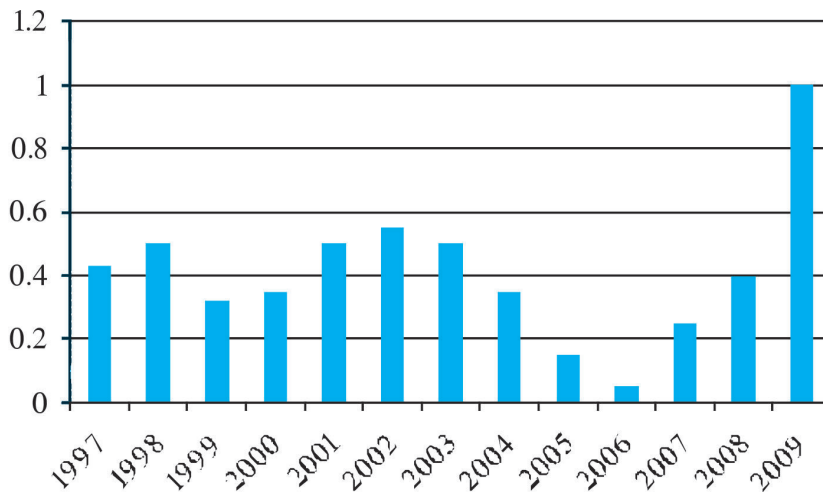
2008-2009 წლებში ნარკოკანონმდებლობის ხარვეზების გამოსასწორებლად მნიშვნელოვანი აქტივობები განხორციელდა: ადვოკატირების კამპანია ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების გამო სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობის გაუქმებისათვის, სამუშაოები საკანონმდებლო შესწორებების შესატავაზებლად, გამახვილდა ყურადღება კანონმდებლობის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

ეროვნული სტრატეგია

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

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

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

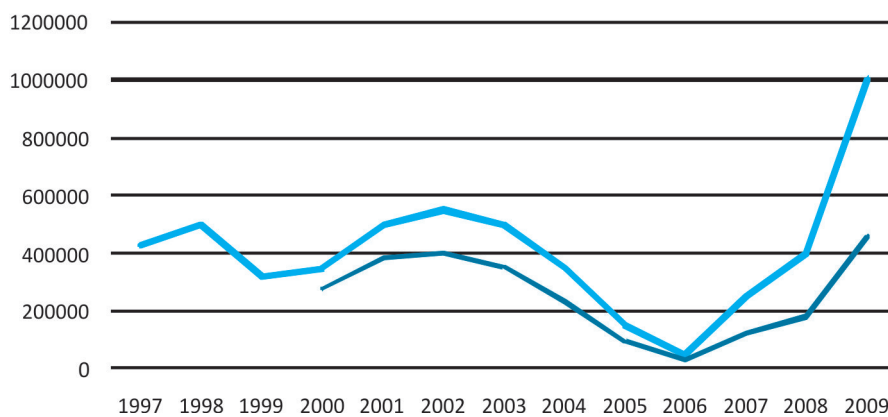


დიაგრამა 6: ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირების ღონისძიებების დაფინანსება წლების მიხედვით (Otiashvili, Zabransky, Kirtadze, 2010)

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

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

1997 = 100%



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

კოორდინაცია

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

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

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

დასკვნები (აქტუალურ საჭიროებებზე)

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

მას მერე, რაც ეროვნული სტრატეგია და მასზე დაფუძნებული სამოქმედო გეგმა შემუშავებული და სამართლებრივად განმტკიცებული იქნება, აუცილებელია შეიქმნას ეროვნული გეგმის განხორციელების უწყებათაშორისი მთავრობის დონეზე მექანიზმი; ამგვარი მექანიზმი, ერთი მხრივ, უზრუნველყოფს გეგმის კოორდინირებულ განხორციელებას; მეორე მხრივ, იგი მისი მონიტორინგის, შეფასებისა და მუდმივად ცვალებადი გარემოს მიმართ მისი ადაპტაცია-მორგების ამოცანებს იტვირთავს;

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

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

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

მნიშვნელოვანია დაიხვეწოს ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილის თაობაზე ინფორმაციის მოპოვებისა და აღრიცხვის მექანიზმები;

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

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

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

პირველადი პრევენციის საქმეში აუცილებელია უზრუნველყოფილ იქნას სისტემური, მულტიდისციპლინარული, სტრატეგიული მიდგომა, დაფუძნებული საჯარო სკოლების ძირითადი დაინტერესებული სუბიექტების (მოსწავლეები, პედაგოგები, მშობლები) მონაწილეობაზე;

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

პაციენტების მიერ დეტოქსიკაციისა და სამედიცინო რეაბილიტაციის პროგრამების გავლის შემდგომ, ნარკომანიის მკურნალობის ჯაჭვის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად, აუცილებელია შემუშავებულ იქნას და დაინერგოს სოციალური რეინტეგრაციის პროგრამები;

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

ძლევის ეროვნულ სტრატეგიაში ინვესტირებული რესურსების ხარჯთეფექტურობა;

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

ლიტერატურის სია

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

„ნარკოკანონმდებლობის ცვლილებების პაკეტის დრაფტი“. თბილისი.

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

[illegible]