

ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებით მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა დასავლეთ საქართველოში



კვლევის ანგარიში

ეს კვლევითი ანგარიში წარმოადგენს ერთობლივ პუბლიკაციას საერთაშორისო კონსორციუმისა, რომლის წევრებიც არიან ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაცია, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქციის კვლევების ინსტიტუტი, სათემო ორგანიზაცია რუბიკონი და ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი.

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქციის კვლევების ინსტიტუტი დაარსდა 2013 წელს. ინსტიტუტის მისიაა ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე და თამაშზე დამოკიდებულების და სხვა სახის ადიქციების პრობლემის საპასუხოდ მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მიდგომების დანერგვა-განვითარებისათვის საქართველოს შესაძლებლობების გაზრდა: <https://iliauni.edu.ge/ge/iliauni/institutebi-451/adiqtologiis-instituti>

სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის მისიაა ნივთიერებებზე დამოკიდებულ პირთა ჯანმრთელობის უფლების ხელშეწყობა და კონსტიტუციური/ძირითადი უფლებების დაცვა. რუბიკონი არის საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელის(GHRN), ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაციის (EHRA) და საქართველოს ნარკოტიკის მომხმარებლები ჰუმანური ნარკოპოლიტიკისათვის (GENPUD) და ევრაზიის ნარკოტიკების მომხმარებელთა ქსელის((ENPUD) წევრი ორგანიზაცია: <https://www.facebook.com/%E1%83%A0%E1%83%A3%E1%83%91%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%9C%E1%83%98-Rubiconi-1552330825021240>

არასამთავრობო ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი (გიფ-თბილისი) მოღვაწეობს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების სფეროში – როგორც საქართველოში, ასევე, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში (აზერბაიჯანი, სომხეთი, უკრაინა, ყირგიზეთი, შრი-ლანკა და ა.შ.). ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი არის საერთაშორისო გიფ-ფედერაციის წევრი: <https://www.gip-global.org/>

ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაცია არის არამომგებიანი, საზოგადოებრივი, წევრობაზე დაფუძნებული ორგანიზაცია, რომელიც აერთიანებს და მხარდაჭერას უწევს ზიანის შემცირების 317 აქტივისტსა და ორგანიზაციას ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპიდან, და ცენტრალური აზიიდან. იგი ეხმარება ადამიანებს, ვინც მოიხმარს ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს, მათი უფლებებისა და თავისუფლების, ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის დაცვაში: <https://harmreductioneurasia.org/>

კვლევითი პროექტი მოიცავდა, ასევე, თანამშრომლობას უკრაინელ კოლეგებთან, მხარდაჭერის, კვლევისა და განვითარების ცენტრიდან, რომელთაც 2019 წელს უკრაინაში ანალოგიური მონაწილეობითი კვლევითი პროექტი განახორციელეს ადგილობრივ პარტნიორებთან ერთად, ზიანის შემცირების ევრაზიის ასოციაციის მხარდაჭერით.

ანგარიშის ავტორები:

ჯანა ჯავახიშვილი, ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქციის კვლევების ინსტიტუტის დირექტორი; ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი; როლი მოცემულ კვლევით პროექტში: მთავარი მკვლევარი

მარიამ რაზმაძე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მაგისტრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქციის კვლევების ინსტიტუტის კოორდინატორი, ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი; როლი მოცემულ კვლევით პროექტში: მკვლევარი

ლიკა ქუთელია, ადიქციის კვლევების მაგისტრი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქციის კვლევების ინსტიტუტი, ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი; როლი მოცემულ კვლევით პროექტში: მკვლევარი

ნათია შენგელია, მკვლევარი, საერთაშორისო ფონდი კურაციო; როლი მოცემულ კვლევით პროექტში: მკვლევარი

ლელა ლეჟავა, მკვლევარი, კლინიკური ნეიროფსიქოლოგიის მაგისტრი, ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი; როლი მოცემულ კვლევით პროექტში: მკვლევარი

პროგრამის კოორდინატორი: მარია პლოტკო, ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაცია

დიზაინი: გიორგი ბაგრატიონი

რეკომენდებული ციტირება: ჯავახიშვილი და სხვ., 2020. ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებით მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა დასავლეთ საქართველოში. კვლევითი ანგარიში.

პუბლიკაცია ხელმისაწვდომია ქართულ და ინგლისურ ენებზე შემდეგ ბმულზე:
[ქართული ინგლისური](#)

პროექტი განხორციელდა ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაციის მხარდაჭერით

სარჩევი

გამოყენებული აბრევიატურების ჩამონათვალი	5
მადლობები	6
კვლევის შეჯამება	8
1. შესავალი	11
1.1. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ოჩთ) მომსახურებით კმაყოფილების კვლევის აქტუალობა	11
1.2. თემზე დაფუძნებული კვლევის მიდგომა	12
2. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიული პროგრამები საქართველოში – მიმოხილვა	15
3. საქართველოში მოქმედი ოჩთ პროგრამების მოსარგებლეთა მახასიათებლები	19
3.1. ინფორმაცია მკურნალობაში ჩართული მოსარგებლების მიხედვით	19
3.2. ინფორმაცია მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით	20
4. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის შედეგიანობის კვლევა საქართველოში	22
5. კვლევის დიზაინი და მეთოდოლოგია	26
5.1. შერჩევის მეთოდი	26
5.2. კვლევის ინსტრუმენტები	27
5.3. მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი	28
5.4. კვლევის ეთიკის პროცედურები	28
6. კვლევის თვისებრივი კომპონენტის შედეგები	29
6.1. რესპონდენტების დემოგრაფიული მახასიათებლები	29
6.2. საჭიროებები და მოლოდინები ოჩთ მკურნალობაში ჩართვამდე	29
6.3. ოჩთ პროგრამაში ყოფნასთან დაკავშირებული გამოცდილებები	31
6.4. ოჩთ-ის შედეგებით კმაყოფილება	36
6.5. სასურველი ცვლილებები პროგრამაში	36
6.6. დასკვნები	37
7. კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის შედეგები	39
7.1. მთლიანი შერჩევის ზოგადი მახასიათებლები	39
7.2. რესპონდენტთა მახასიათებლები ოჩთ საიტის ტიპების მიხედვით	39
7.3. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისით საერთო კმაყოფილების, სამედიცინო მომსახურების საჭიროებების და ცხოვრების ხარისხის შეფასება	41
7.4. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისების შეფასება	42

7.5.ოჩთ საიტების მახასიათებლები სახელმწიფო და კერძო ოჩთ პროგრამების ჭრილში	43
7.6.ცხოვრების ხარისხის შეფასება – WHOQOL-Bref მაჩვენებლები კვლევის მონაწილეთა სხვადასხვა მახასიათებლის ჭრილში.	46
8. დისკუსია	50
8.1.გამოვლენილი პარადოქსები	50
8.2.უსაფრთხოების განცდის დეფიციტი	51
8.3.სხვადასხვა მომსახურებით კმაყოფილების დაბალი ხარისხი	51
8.4.სახელმწიფო და კერძო ოჩთ პროგრამების მოსარგებლეთა მდგომარეობის შედარება.	53
9. დასკვნები და რეკომენდაციები	54
10. კვლევის ძლიერი მხარეები და შეზღუდვები	58
11. გამოყენებული წყაროები	69
12. ცხრილებისა და დიაგრამების ჩამონათვალი	62
 13. დანართები.	 64
დანართი I: კვლევის მიზანი, ამოცანები და შეკითხვები	64
დანართი II: კვლევის საგზაო რუკა	65
დანართი III: კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა	65
დანართი IV: კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ინტერვიუს გზამკვლევი.	67
დანართი V: კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა	70
დანართი VI: კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის კითხვარი	72

გამოყენებული აბრევიატურების ჩამონათვალი

აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი

ნიმ – ნარკოტიკული საშუალების ინექციურად მომხმარებელი

შიდსი – შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი

მჩთ – მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპია

ოჩთ – ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია

ჯანმო – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

EHRA – Eurasian harm Reduction Association, ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაციის

ENPUD – Eurasian Network of People Who Use Drugs, ევრაზიის ნარკოტიკების მომხმარებელთა ქსელის

GDPR – General Data Protection Regulation, პერსონალურ მონაცემთა დაცვის ზოგადი რეგულაცია

GENPUD – Georgian People Who Use Drugs for Humane Drug Policy, საქართველოს ნარკოტიკის მომხმარებლები ჰუმანური ნარკოპოლიტიკისათვის

GHRN – Georgian Harm Reduction Network, საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელის

ICD10 – International Classification of Diseases, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია

IT – Informational Technologies, საინფორმაციო ტექნოლოგიები

PR – Publi Relations, საზოგადოებრივი ურთიერთობები

NIDA – National Insitute on Drug Abuse, წამალდამოკიდებულების ეროვნული ინსტიტუტი

SAMHSA – Substane Abuse and Mental Health Services Administration, ნივთიერებების ავადმომხმარებლისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების ადმინისტრაცია

SPSS – Statistical Package for Social Sciences, სოციალური მეცნიერებების სტატისტიკური პაკეტი

SRDC – Support, Research and Development Centre, მხარდაჭერის, კვლევისა და განვითარების ცენტრი

UNAIDS – United Nations programme on HIV/AIDS, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის აივ/შიდსის პროგრამა

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime, გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის ნარკოტიკებისა და სისხლის სამართლის საქმეების ოფისი

WHO – World Health Organization, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

მადლობა

მოცემული ანგარიში და მის საფუძველად მდებარე კვლევითი პროექტი წარმოადგენს რამდენიმე ორგანიზაციის ერთობლივი ძალისხმევის შედეგს. ესაა, ერთი მხრივ, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადგილობრივი კვლევების ინსტიტუტი, რომლის გუნდმაც, არასამთავრობო ფონდ გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი და სათემო ორგანიზაცია რუბიკონთან ერთად, დაგეგმა და განახორციელა მოცემული კვლევა. მეორე მხრივ, ესაა ზიანის შემცირების ევრაზიის ასოციაცია, რომელმაც მსგავსი კვლევითი პროექტი განახორციელა 2019 წელს უკრაინაში და, ამ საინტერესო საპილოტე გამოცდილების საფუძველზე, გამოიჩინა ინიციატივა მხარი დაეჭირა ანალოგიური კვლევისთვის საქართველოში და მჭიდროდ ეთანამშრომლა პროექტის ჩარჩოებში შექმნილი საერთაშორისო კვლევითი კონსორციუმის ფარგლებში.

კვლევითი პროექტის განხორციელების პროცესში განეული მხარდაჭერისთვის, მკვლევართა გუნდს, გვინდა მადლობა გადავუხდოთ შემდეგ ორგანიზაციებსა და კოლეგებს:

- ზიანის შემცირების ევრაზიის ასოციაციას და მის წარმომადგენელს, პროექტის კოორდინატორ მარია პლოტკოს;
- სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის ხელმძღვანელსა და ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის გამგეობის თავმჯდომარეს ზაზა ქარჩხაძეს – საველე კვლევითი სამუშაოების ბრწყინვალე ორგანიზებისთვის;
- სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის მკვლევარ-ინტერვიუერთა გუნდის წევრებს – ქუთაისიდან: დავით ფორჩხიძეს, სოფიო ორმოცაძეს, ხათუნა უგრეხელიძესა და ირმა რევიშვილს; ზუგდიდიდან: იოსებ კვიკვინიასა და გიგა ქანთარიას; ბათუმიდან: ზაზა ქათამაძესა და ლევან ქათამაძეს – საველე კვლევითი სამუშაოების ოპერატიულად, კვალიფიციურად და ეფექტურად განხორციელებისთვის;
- უკრაინულ ორგანიზაციას *Support, Research and Development Center (SRDC)*-ს, და მის წარმომადგენლებს – უკრაინაში განხორციელებული კვლევის ძირითად მკვლევრებს: ალექსანდრა დმიტრიევასა და ვლადიმირ სტეპანოვს, და ასევე IT სპეციალისტ სერგეი პოვისენკოს, მოცემული კვლევის ფარგლებში განეული მეთოდოლოგიური რჩევებისა და ასევე, RedCap მონაცემთა შეგროვების პლატფორმით სარგებლობის საშუალებისთვის;
- კვლევით არასამთავრობო ორგანიზაციებს – დამოკიდებულების კვლევით ცენტრ ალტერნატივა ჯორჯიას და მის მკვლევარს, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორ ირმა კირთაძეს, კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში განეული მეთოდოლოგიური რჩევებისთვის; საერთაშორისო ფონდ კურაციოს და მის მკვლევარს – ივდით ჩიქოვანს, კვლევის ინსტრუმენტებთან დაკავშირებით განეული კონსულტაციებისთვის;
- სამთავრობო ორგანიზაციებსა და უწყებებს, კვლევის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში განეული თანამშრომლობისთვის: ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნულ ცენტრს, მის ხელმძღვანელს ქეთევან სარაჯიშვილსა და თანამშრომლებს – მარიამ ბრეგაძეს, ლევან სალამაძესა და ირაკლი ნაცვლიშვილს; საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს და ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის თავმჯდომარეს ლელა სტურუას; შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს, მის გენერალურ დირექტორს ლაშა კილაძეს, გენერალური დირექტორის მოადგილეებს – ხათუნა თოდაძესა და გური მენაბდიშვილს;
- არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და კლინიკებს, კვლევის დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში განეული თანამშრომლობისთვის: ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელს, მის

აღმასრულებელ დირექტორს კახა კვაშილავასა და პროგრამების დირექტორს მაკა გოგიას, ასევე – ქსელის წევრ ორგანიზაციებს; არასამთავრობო ორგანიზაციას თანადგომა, მის ხელმძღვანელს ნინო წერეთელს და პროექტის კოორდინატორს – ვაჟა კასრელიშვილს; არასამთავრობო ორგანიზაციას ალტერნატივა ჯორჯია და მის ხელმძღვანელს დავით ოთიაშვილს; კერძო კლინიკას ურანტი, მის დირექტორს ზურაბ სიხარულიძესა და ჩანაცვლებითი პროგრამების მენეჯერს – ქეთევან სიხარულიძეს;

- ჩვენი კვლევის როგორც თვისებრივი, ასევე რაოდენობრივი კომპონენტის ყველა მონაწილეს, ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში მკურნალობის გამოცდილების გულწრფელი და გულუხვი გაზიარებისთვის.

კვლევის შეჯამება

კვლევა განხორციელებულია თემზე დაფუძნებული კვლევის მონაწილეობითი მიდგომის საფუძველზე და არის მკვლევართა აკადემიური გუნდისა და ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელთა სათემო ორგანიზაციის თანამშრომლობის პროდუქტი. კვლევის მიზანი იყო, შეგვესწავლა დასავლეთ საქართველოში ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ოჩთ) პროგრამების მოსარგებლეთა კმაყოფილება პროგრამების მომსახურებით, მათი ცხოვრების ხარისხი და კმაყოფილების დონესთან და ცხოვრების ხარისხთან დაკავშირებული ფაქტორები.

კვლევის მიდგომა შერეულია, დიზაინი თანმიმდევრულია და მოიცავს თვისებრივ და რაოდენობრივ კომპონენტებს. თვისებრივი კომპონენტი მოიცავდა ნახევრადსტრუქტურირებულ ინტერვიუებს დასავლეთ საქართველოს ორ პროგრამების მოსარგებლებთან, ხოლო რაოდენობრივი კომპონენტი – ჯვარედინ-სექციური ტიპის კვლევას დასავლეთ საქართველოს ორ პროგრამების მოსარგებლების წარმომადგენლობით შენარჩევთან.

კვლევის შედეგებმა გამოავლინა შემდეგი:

- ორ პროგრამაში კმაყოფილია რესპონდენტების ორ მესამედზე მეტი (73.2%); რესპონდენტთა ნახევარზე მეტმა აღნიშნა, რომ მოსახერხებელია როგორც ორ საიტამდე მისვლა (60.7%), ასევე, ორ საიტზე კარგია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი (53.8%) და ინფორმაცია, რომელსაც იღებს საიტზე პერსონალისგან, საკმარისია (66.5%).
- მაშინ, როცა ორ პროგრამაში კმაყოფილია რესპონდენტთა ორ მესამედზე მეტი, საკუთარი ცხოვრების ხარისხითა და ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილია რესპონდენტთა დაახლოებით ერთი მესამედი (32.4% და 35.1% შესაბამისად). ამგვარი განსვლა პროგრამით კმაყოფილებასა და ცხოვრების ხარისხს შორის მიუთითებს რესპონდენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების, როგორც მკურნალობის შედეგიანობის ერთ-ერთი საკვანძო მაჩვენებლის დასახვის მიზანშეწონილობაზე.
- კვლევის მონაწილეების დაახლოებით სამ მეოთხედს (75.6%) არასდროს მიუმართავს ფსიქოლოგის დახმარებისთვის საიტზე ბოლო 6 თვის განმავლობაში მაშინ, როცა ბოლო ორი კვირის მანძილზე დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომები გამოვლინდა მონაწილეთა მაღალ პროცენტთან (მაგ., სრული შერჩევის 64.7% გრძნობდა შფოთვის, ხოლო თავს გრძნობდა უგუნებოდ 68.7%). უკანასკნელი 6 თვის მანძილზე სისტემატურად ფსიქოლოგის მომსახურებას იღებდა რესპონდენტთა მხოლოდ 1.5%. რესპონდენტთა 8%-მა მიუთითა, რომ არ იცის საიტზე ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაკის მომსახურების მიღების შესაძლებლობის შესახებ. ამავე დროს, რესპონდენტთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები სტატისტიკურად სანდო კავშირშია ორ პროგრამით კმაყოფილების უფრო დაბალ დონესთან. საქმის ამგვარი ვითარება მიუთითებს მოსარგებლეთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე მეტი ყურადღების გამახვილების აუცილებლობაზე, ამ პრობლემების სკრინინგზე/მონიტორინგზე, ფსიქოლოგიური მომსახურების პროაქტიური შეთავაზების აუცილებლობაზე და ფსიქოლოგიური მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის აუცილებლობაზე.
- გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება კერძო და სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეთა შორის სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის (შემოსავლები, დასაქმება), ცხოვრების ხარისხით კმაყოფილებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების თვალსაზრისით. კერძო პროგრამების მოსარგებლებს ამ მხრივ უკეთესი მდგომარეობა აქვთ (უფრო მაღალი შემოსავალი და დასაქმების მაჩვენებელი, უფრო მაღლა აფასებენ საკუთარი ცხოვრების ხარისხს, და ნაკლებად აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომები), ვიდრე სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლებს. მაგ., სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლების ნახევარზე ოდნავ მეტმა აღნიშნა, რომ მათი შემოსავლი 300 ლარზე ნაკლები იყო მაშინ, როცა კერძო

პროგრამების მოსარგებლეებში ამგვარი შემოსავლის მქონე პირები 17%-ს შეადგენდნენ. სა-
ვარაუდოდ, სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლეები სოციალურად უფრო დაუცველ ფე-
ნას განეკუთვნებიან, და უფრო მონყვლადი იყვნენ პროგრამაში ჩართვამდეც. ამავე დროს,
უკანასკნელ 6 თვეში სოციალური მუშაკის მომსახურება სისტემატურად გამოიყენა სრული
შერჩევის მხოლოდ 3.6%-მა. არასდროს არ გამოუყენებია სოციალური მუშაკის მომსახურება
მოსარგებლეთა 62.2%-ს. რესპონდენტთა 37% უკმაყოფილოა პროგრამების ფსიქოსოცია-
ლური მომსახურებით. საქმის ამგვარი ვითარება მიუთითებს ზოგადად პროგრამებში, და,
განსაკუთრებით, სახელმწიფო პროგრამებში, ფსიქოსოციალური კომპონენტის გაძლიერების
აუცილებლობაზე, სოციალური მუშაკის პროფესიული შესაძლებლობების გაძლიერებისა და
პროფესიული როლის აქტივიზაციის აუცილებლობაზე, ფსიქოსოციალური აბილიტაციისა და
რეაბილიტაციის, და განსაკუთრებით – დასაქმების პროგრამების ინიცირების აუცილებლო-
ბაზე, ამისთვის უწყებათაშორისი თანამშრომლობის აუცილებლობაზე.

- რესპონდენტთა 90.5%-მა აღნიშნა, რომ ჩამანაცვლებელი პრეპარატის დღიური დოზა მათ-
თვის საკმარისი იყო. ამავე დროს, კვლევის მონაწილეთა 39%-მა მიუთითა უკანასკნელი 30
დღის მანძილზე არაღებალური ნარკოტიკული საშუალების მოხმარების ეპიზოდი. სახელ-
მწიფო პროგრამების მონაწილეთა შორის ეს პროცენტი სტატისტიკურად სანდოდ უფრო მა-
ღალი იყო, ვიდრე კერძო პროგრამების მოსარგებლეთა შორის. ეს შესაძლოა მიუთითებდეს
პრეპარატის დოზისა და სწორი დოზის მიმართ მოლოდინების თაობაზე მეტი კომუნიკაციის
საჭიროებაზე მკურნალ ექიმსა და მოსარგებლეს შორის; ასევე, ეს შესაძლოა მიუთითებ-
დეს ფსიქოლოგიური (მოტივაციის გაზრდაზე ორიენტირებული) თერაპიის მტკიცებულებითი
მოდულების მოსარგებლეებისთვის პროაქტიური შეთავაზების აუცილებლობაზე, ამისთვის
პროგრამების ფსიქოლოგების პროფესიული დახელოვნების აუცილებლობაზე.
- ორთ პროგრამების საიტებზე თავს უსაფრთხოდ გრძნობს რესპონდენტთა ნახევარზე ნაკ-
ლები (44.6%), რაც კავშირშია მონაცემთა დაცვისა და კონფიდენციალობის შენახვაში დარ-
წმუნებულობასთან. კონფიდენციალობაში დარწმუნებულია მხოლოდ რესპონდენტთა ერთი
მესამედზე ოდნავ მეტი (235 ადამიანი). ეს მიუთითებს პროგრამების მოსარგებლეებთან ექ-
სპლიციტური კომუნიკაციის აუცილებლობაზე კონფიდენციალობასთან და პირადი მონაცე-
მების დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე პროგრამების პერსონალის მხრიდან.
- აივ ინფექციასა და C ჰეპატიტზე ტესტირებული იყო შერჩევის 85%, მათგან მხოლოდ 6 რეს-
პონდენტი იყო აივ დადებითი და მხოლოდ 1 არ იმყოფებოდა ანტირეტროვირუსულ (არვ)
თერაპიაზე. C ჰეპატიტის გავრცელება ტესტირებულ რესპონდენტებში იყო 59.8%, მათგან
17%-ს არასოდეს უმკურნალია, 3.9% კი კვლევის ჩატარების პერიოდში მკურნალობდა C
ჰეპატიტზე. რესპონდენტთა უმრავლესობამ (94.2%) აღნიშნა, რომ ორთ სერვისი ესაჭიროე-
ბოდათ მაშინ, როდესაც მხოლოდ მესამედზე ოდნავ მეტმა (33%) დაასახელა, რომ ესაჭი-
როებოდათ სხვა სამედიცინო სერვისები. კვლევამ გამოავლინა, რომ ვირუსული დაავადებები
სტატისტიკურად სანდოდ კავშირში იყო რესპონდენტების ცხოვრების ხარისხით დაბალი კმა-
ყოფილების დონესთან. საქმის ამგვარი ვითარება მიუთითებს ტესტირებული რესპონდენტე-
ბისთვის შესაბამისი მკურნალობის უფრო პროაქტიურად შეთავაზების საჭიროებაზე, რაც
მათი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში შეიტანს წვლილს.
- რესპონდენტთა მესამედმა აღნიშნა, რომ იმყოფებოდა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებუ-
ლებაში, დროებითი დაკავების ჩათვლით. მათ მიერ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულე-
ბაში გატარებული თვეების მედიანური რაოდენობა იყო 36 თვე. საქმის ამგვარი ვითარება
დასჯაზე ორიენტირებული ნარკოპოლიტიკის ინდიკატორია და მიუთითებს ნარკოკანონ-
მდებლობის რეფორმის აუცილებლობაზე.
- კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის რესპონდენტების თანახმად, სახელმწიფო პროგრა-
მაში ჩართული რესპონდენტების უფრო ნაკლებ პროპორციას გააცნეს პროგრამის წესები
ჩართვისას (72.6% და 85.8%), ასევე, ნაკლებმა პროცენტმა იცოდა პროგრამიდან გასვლის
წესები, ვიდრე კერძო პროგრამაში (76.4% და 91.1%). კვლევის თვისებრივ კომპონენტში რეს-

პონდენტები საუბრობდნენ იმაზე, რომ როდესაც წამალდამოკიდებული ადამიანი ერთვება პროგრამაში, ის არ არის სათანადო ფორმაში, რომ აღიქვას, გაიგოს და დაიმახსოვროს ის წესები, რომელსაც მას, შესაძლოა, უზიარებენ. საქმის ამგვარი ვითარება მიუთითებს, რომ სასურველია, პროგრამის წესებზე კომუნიკაცია იყოს არა ერთხელობრივი, არამედ რეგულარული, განსაკუთრებით მას მერე, რაც მოსარგებლე იმდენად მომჯობინდება ორთ მკურნალობის ფონზე, რომ შეძლებს სრულფასოვნად აღიქვას საუბრის შინაარსი.

- კვლევის თვისებრივმა კომპონენტმა გამოავლინა, რომ ორთ პროგრამების მოსარგებლეებში გავრცელებულია მითები (არასწორი ინფორმაცია) პროგრამების მთელი რიგი ასპექტების თაობაზე (მაგ., ჩართვის ასაკზე, კრიტერიუმებზე და ა.შ.). მითების ნაწილი პროგრამების მოსარგებლეებს ზოგადი მოსახლეობიდან აქვთ გაგონილი, რაც მიუთითებს ორთ-ს თაობაზე არა მხოლოდ პროგრამების მოსარგებლეების, არამედ ზოგადი მოსახლეობის სათანადოდ ინფორმირების აუცილებლობაზე. ამისთვის აუცილებელია კომუნიკაციის სტრატეგიის დაეგეგმვა როგორც პროგრამების შიგნით, ასევე, პროგრამების გარეთ – საზოგადოებასთან ურთიერთობის ფორმატში.

1. შესავალი

1.1. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ოჩთ) მომსახურებით კმაყოფილების კვლევის აქტუალობა

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია (ოჩთ) ოპიოიდების ჯგუფის ნივთიერებებზე დამოკიდებული ადამიანებისთვის მკურნალობის და ამ მდგომარეობასთან დაკავშირებული პრობლემების მართვის ალიარებული მიდგომაა. მტკიცებულების თანახმად, იგი მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პროგრამის მოსარგებლეთა და მათი ახლობელი ადამიანების ცხოვრების ხარისხს, ამცირებს სისხლის გზით გადამდები ინფექციების გავრცელებას, არალეგალური ოპიოიდების მოხმარებას, კანონთან კონფლიქტს, ჯანმრთელობისთვის საზიანო და რისკის შემცველ ქცევებს, დაკავშირებულს აივ-ის გადაცემასთან, ზედოზირებასთან და ა.შ. (NIDA, 2018). ოჩთ პროგრამებს მხარს უჭერს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს აივ/შიდსის გაერთიანებული პროგრამა, გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისი (WHO, UNODC & UNAIDS, 2012).

დღეისთვის ოჩთ პროგრამები ფართოდ არის დანერგილი მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონსა და ქვეყანაში. ამ გამოცდილების საფუძველზე, შექმნილია როგორც საერთაშორისო, ასევე ეროვნული გზამკვლევები და პროტოკოლები, რომლებიც ხელს უწყობს ხარისხის სტანდარტების დაცვას. რიგი ამგვარი დოკუმენტებისა ამახვილებს ყურადღებას კლინიკურ საკითხებზე (დოზირება, დაშვების კრიტერიუმები, განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ჯგუფების მკურნალობა და სხვ.), მაგ., ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმოს) შესაბამისი გზამკვლევი (WHO, 2009). გარდა ამისა, შემუშავებულია და კვლავაც მუშავდება დოკუმენტები, რომლებიც ორიენტირებულია უფრო პრაქტიკულ საკითხებზე – მაგ., იმაზე, თუ როგორ უნდა განხორციელდეს და განვითარდეს პროგრამა ადგილობრივი კონტექსტის, ანუ ამა თუ იმ ქვეყნისა თუ რაიონის ადგილობრივი სოციო-ეკონომიკური და კულტურული სპეციფიკის გათვალისწინებით (WHO, 2014).

კონკრეტული რეგიონისა თუ ქვეყნისთვის ზემოთ აღწერილი სახელმძღვანელო დოკუმენტებისა და პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავებისთვის, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ოჩთ პროგრამების კვლევა. ეს გულისხმობს, ერთი მხრივ, პროგრამების შედეგიანობისა და შედეგიანობის განმსაზღვრელი ფაქტორების შესწავლას; მეორე მხრივ – ოჩთ პროგრამების მოსარგებლეთა მხრიდან მომსახურებით კმაყოფილებისა და კმაყოფილების განმსაზღვრელი ფაქტორების შესწავლას.

საქართველოში ოჩთ პროგრამები 2005 წლიდან მოქმედებს. აქედან მოყოლებული დღემდე მიღწეულ იქნა მნიშვნელოვანი წინსვლა: წლიდან წლამდე იზრდება პროგრამების გეოგრაფიული დაფარვა, ვითარდება და დივერსიფიცირდება მათი განხორციელების ინსტიტუციური მექანიზმები, იზრდება მოსარგებლეთა რაოდენობა და ა.შ. ქვეყანაში განხორციელდა კვლევები, რომელთა შეისწავლიდა ამ პროგრამების შედეგიანობას მათი განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე (Todadze and Mosia, 2016; Todadze and Kavtashvili, 2012; Todadze and Lezhava, 2008; ჩირიკაშვილი, 2007). ქართულად თარგმნილია და ჯანმოს მიერ ვალიდიზებულია ოჩთ პროგრამის განხორციელების გზამკვლევი, შემუშავებულია შესაბამისი პროტოკოლები. ეს ყველაფერი ქვეყანაში ოჩთ პროგრამების განხორციელების კლინიკურ სტანდარტებს აწესებს და მათ ცხოვრებაში გატარებას ედება საფუძვლად. ამავე დროს, ჯერ კიდევ დგას საჭიროება ისეთი პრაქტიკული რეკომენდაციებისა, რომლებიც ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში, ადგილობრივი კონტექსტის გათვალისწინებით, მოსარგებლეთა საჭიროებების მაქსიმალური დაკმაყოფილების შესაძლებლობებს გაზრდის. ამგვარი რეკომენდაციების შემუშავება შეუძლებელია ოჩთ პროგრამებით მოსარგებლეთა კმაყოფილებისა და კმაყოფილებაზე მოქმედი ფაქტორების კვლევის გარეშე.

მოცემულ ანგარიშში გადმოცემული კვლევა სწორედ ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების მოსარგებლეთა კმაყოფილებას შეისწავლის საქართველოს ერთ-ერთ რეგიონში – დასავლეთ საქართველოში. მისი შედეგები ემსახურება პრაქტიკული რეკომენდაციების შემუშავებას, რომელიც დაეხმარება გადანაცვლებების მიმღებ პირებსა და მომსახურების გამცემ ორგანიზა-

ციებს შესაბამისი სერვისების დახვეწაში – ადგილობრივი სოციო-ეკონომიკური და კულტურული კონტექსტის გათვალისწინებისა და მოსარგებლეთა საჭიროებებზე მომსახურების მაქსიმალური მორგებისთვის. აქედან გამომდინარე, კვლევა უაღრესად აქტუალური და საჭიროა.

1.2. თემზე დაფუძნებული კვლევის მიდგომა

მოცემული კვლევა ეფუძნება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დარგში თემზე დაფუძნებული კვლევის მიდგომას.

კვლევის თემზე დაფუძნებული მიდგომა მონაწილეობითია. იგი გულისხმობს მოქმედებისა და კვლევის ერთობლიობას, უზრუნველყოფს დაინტერესებული სუბიექტების (აკადემიური მკვლევა-რების, თემის წარმომადგენელთა, სათემო ორგანიზაციების და ა.შ.) მჭიდრო თანამშრომლობას/პარტნიორობას კვლევის ყველა ეტაპზე და, მიმართულია სოციალურ და ფიზიკურ გარემოში არსებული უთანაბრობების აღმოჩენა-გაცნობიერებასა და გადალახვაზე.

კვლევის ამგვარი მონაწილეობითი მიდგომა აღმოცენდა იმის საფუძველზე, რომ შეგროვდა სოლიდური მტკიცებულება ჯანმრთელობის იმგვარ სოციო-ეკონომიკურ და პოლიტიკურ დეტერმინანტებზე, როგორიცაა: სიღარიბე, სტრუქტურული უსამართლობა, დასაქმების შესაძლებლობების სიმწირე, ზოგადად შეზღუდული წვდომა იმ რესურსებზე, რომელიც აუცილებელია ჯანმრთელობისთვის და ა.შ.

თემზე დაფუძნებული კვლევის მიდგომის შედეგიანობას შემდეგი განაპირობებს: იგი ამცირებს ღიობს თეორიასა და პრაქტიკას შორის; უზრუნველყოფს მეტ მგრძნობელობას ამა თუ იმ მარგინალიზებული ჯგუფის საჭიროებების მიმართ; უზრუნველყოფს უფრო მაღალ კომპეტენტურობას განსხვავებული კულტურული გარემოსა თუ სუბკულტურის მიმართ; მეტ ყურადღებას უთმობს და აკეთებს აქცენტს ცხოვრების ხარისხზე; იძლევა ჯანმრთელობის სოციალური, ეკონომიკური და პოლიტიკური ფაქტორების/დეტერმინანტების გათვალისწინების საშუალებას..., ქვემოთ გთავაზობთ ამ პრინციპების დახასიათებას, ბარბარა ისრაელის გუნდის ნამუშევარსა (Israel et al., 1998) და, ასევე, ჩვენს გამოცდილებაზე დაყრდნობით (IA & FDHR, 2003; Javakhishvili and Sarjveladze, 2007):

- 1. თემის, როგორც გაზიარებული იდენტობის მქონე ადამიანების ერთობის განსაზღვრება.** თემზე დაფუძნებული კვლევა ემყარება ზიარი იდენტობის მქონე ადამიანთა ერთობასთან ანუ თემთან თანამშრომლობას, და მიმართულია მის გაძლიერებაზე, თემის წევრებისთვის საკუთარი ცხოვრების დაგეგმვა-გაუმჯობესებაში სრულფასოვანი მონაწილეობის მიღების პირობების შექმნით. ეს მიდგომა ცხოვრებაში ატარებს პრინციპს „არაფერი ჩვენს შესახებ ჩვენს გარეშე“;
- 2. რესურსული ხედვა (vs დეფიციტური ხედვისა) და თემის ძლიერ, მედეგ მხარეებზე დაყრდნობა.** თემზე დაფუძნებული კვლევა ეყრდნობა თემის, როგორც რესურსული სუბიექტის პოზიტიურ ხედვას და ახდენს თემის სოციალური კაპიტალის აქტუალიზებას¹.
- 3. მონაწილეობა და თანასწორი პარტნიორობა.** თემზე დაფუძნებული კვლევა ქმნის დაინტერესებული სუბიექტების მონაწილეობისა და მათ შორის თანასწორი პარტნიორობის ატმოსფეროს, რაც იძლევა ერთმანეთის საჭიროებებისა და ინტერესების გათვალისწინების, რესურსებისა და კომპეტენციების გაერთიანების და ურთიერთშემავსებლად და სინერგიულად გამოყენების შესაძლებლობას კვლევის განხორციელების ყველა ეტაპზე;
- 4. მოქმედება-კვლევის მიდგომა, ანუ ცოდნისა და მოქმედების ინტეგრირება.** თემზე დაფუძნებული კვლევა ცდილობს ახალი ცოდნის მოპოვებას კვლევის გზით და ამ ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენება-დანერგვას. ეს უკანასკნელი იძლევა მნიშვნელოვან გამოცდილებას, რომელიც მუშაობის შემდგომი ამოცანების დასახვას ემსახურება;
- 5. მიდგომის ციკლურობა..** მოქმედება-კვლევის ციკლი შედგება შემდეგი სტადიებისგან: პრობ-

1 სოციალური კაპიტალის ქვეშ აქ იგულისხმება თემის ისეთი ძლიერი მხარეები, როგორიცაა: არსებული ექსპერტიზა, მხარდაჭერის არაფორმალური ქსელები, ინსტიტუტები (მაგ., სამკურნალო, რელიგიური, და ა.შ.) და სხვა სოციალური ინფრასტრუქტურა.

ლემის განსაზღვრა, კვლევის დაგეგმვა, მონაცემთა შეგროვება, შეგროვებული მონაცემების დამუშავება, ანალიზი და ინტერპრეტაცია, შედეგების გამოყენება პრაქტიკაში, შემდგომი ამოცანების ინდენტიფიცირება-დასახვა და ა.შ.;

6. **ერთმანეთისგან სწავლა და ურთიერთზრდაზე ორიენტაცია.** თემზე დაფუძნებული კვლევა ქმნის პირობებს, აკადემიურმა მკვლევრებმა და თემის წევრებმა გაუზიარონ ერთმანეთს ცოდნა, უნარ-ჩვევები, შესაძლებლობები, და ამგვარად – ისწავლონ ერთმანეთისგან, და ხელი შეუწყონ ურთიერთის გაზრდა-განვითარება-გაძლიერებას.
7. **პოზიტიური პერსპექტივა ჯანმრთელობაზე.** თემზე დაფუძნებული კვლევის მიდგომა ჯანმრთელობას განიხილავს არა დეფიციტის ტერმინებში (მაგ., „დამოკიდებულების მქონე ადამიანი ვერ მართავს თავის იმპულსურ ქცევას“; „მკურნალობა უნდა იყოს მიმართული არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების თავის დაწევაზე“), არამედ პოზიტიური აზროვნების ჭრილში – მაგ., „დამოკიდებულების მქონე ადამიანს აქვს საკმარისი რესურსები, რომ სამკურნალო პროგრამის დახმარებით შეცვალოს თავისი ცხოვრება“, „მკურნალობა უნდა იყოს მიმართული წამალდამოკიდებული ადამიანების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე“;
8. **კვლევის შედეგების გავრცელება ყველა პარტნიორს შორის.** თემზე დაფუძნებული კვლევის მიდგომა გულისხმობს უკუკავშირის მუდმივ ცირკულაციას პარტნიორებს შორის, მკვლევრების მონაწილეობით გუნდსა და თემს შორის. ეს იძლევა შესაძლებლობას, კვლევის შედეგად მიღებული ახალი ცოდნის სათემო დონეზე პილოტირებისას შეგროვდეს უკუკავშირი, რაც მუშაობის კურსის დასახვეწადაა საჭირო;
9. **ორიენტაცია სამართლიანობაზე.** თემზე დაფუძნებული მოქმედება-კვლევის მიდგომა მიმართულია არსებული სოციალური უსამართლობისა და სტრუქტურული ძალადობის გამოვლენაზე, მისი მექანიზმების გაგებასა და აღმოფხვრაზე. ამიტომ, განსხვავებით წმინდა აკადემიური კვლევითი მიდგომისგან, რომლის ერთ-ერთი წამყვანი პრინციპი დისტანცირება და სრული მიუკერძოებლობაა, ამგვარი კვლევის განხორციელებაში, თანასწორი პარტნიორების როლში, მონაწილეობენ ადამიანები, ვინც თავად არიან სოციალური, ეკონომიკური, კულტურული თუ სხვა სახის სტიგმისა და დისკრიმინაციის ობიექტები. თემზე დაფუძნებული მოქმედება-კვლევის მიდგომის განმახორციელებელ მკვლევრებს აქვთ სრულიად ექსპლიციტური, მკაფიოდ არტიკულირებული სოციოპოლიტიკური პოზიცია, ფასეულობები და პრინციპები, რომელიც ჩაგრულის უფლებების აღდგენასა და უსამართლობის აღმოფხვრაზეა მიმართული. ამ მხრივ, კვლევის ეს მიდგომა მსგავსია კრიტიკული დისკურსის ანალიზის მიდგომისა (Van Dijk, 1993).
10. **ცვლილებების მენეჯმენტი.** თემზე დაფუძნებული მოქმედება-კვლევის მიდგომა არ წარმოადგენს კვლევას კვლევისთვის, ის წარმოადგენს კვლევას ცვლილებებისთვის. კვლევის საფუძველზე გამოვლენილი კანონზომიერებები, თუ ისინი ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებებისა და სამართლიანობის პრინციპს და საფუძვლად ედება სტრუქტურულ – სოციალურ, ეკონომიკურ, კულტურულ ძალადობასა თუ დისკრიმინაციას, ექვემდებარება ცვლილებას. მათ გამოვლენა სწორედ რომ შესაბამისი ცვლილებების დაგეგმვა-განხორციელებისთვის ხდება.

მოცემული კვლევა სწორედ თემზე დაფუძნებული კვლევითი მიდგომის ცხოვრებაში გატარებაა. იგი განახორციელა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებელთა ბიოფსიქოსოციალურ ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ზრუნვის სფეროში მომუშავე დაინტერესებული სუბიექტების მონაწილეობით, საპარტნიორო პრინციპით გაერთიანებულმა კონსორციუმმა. ქვევით დავახასიათებთ კონსორციუმში შემავალ დაინტერესებულ სუბიექტებს და მათ როლებს მოცემულ კვლევაში:

- ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის (ილიაუნის) ადიქციის კვლევების ინსტიტუტისა და გიფთბილისის აკადემიური მკვლევრების გუნდი, რომელიც მეთოდოლოგიურად გაუძღვა კვლევას, კვლევითი პროექტის სრული ციკლის მანძილზე;
- სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის გუნდი, რომელიც ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებელთა თემის წარმომადგენლებს აერთიანებს, და რომელმაც უზრუნველყო კვლევის სა-

ველე სამუშაოების შესრულება (მონაწილეთა რეკრუტირება კვლევის როგორც თვისებრივ, ასევე რაოდენობრივ კომპონენტში და, რაოდენობრივი კვლევის ინტერვიუების ჩატარება);

- არასამთავრობო ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების კვებაზე მოღვაწეობს როგორც საქართველოში, ასევე, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში (ბელარუსი, უკრაინა, შრი-ლანკა, ყირგიზეთი, და ა.შ.), და რომელმაც გასწია კვლევითი პროექტის მართვა;
- ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაცია, რომელიც აერთიანებს 371 ორგანიზაციასა და ინდივიდუალურ წევრს ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონებიდან და მოღვაწეობს ამ რეგიონებში ზიანის შემცირების პროგრამების მდგრადი განხორციელებისა და ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელთა კეთილდღეობის გაუმჯობესების შესაძლებლობების შექმნაზე;
- კვლევის პროცესში მიმდინარეობდა, ასევე, მჭიდრო თანამშრომლობა – ინფორმაციის გაზიარებისა და კონსულტაციების კუთხით, დაინტერესებული სუბიექტების უფრო ფართო წრესთან – შესაბამის საზოგადოებრივ – არასამთავრობო და სათემო ორგანიზაციებთან (მაგ., ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელთან, რომელიც ქვეყანაში ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელთა უფლებებსა და ბიოფსიქოსოციალურ კეთილდღეობაზე მიმართული პროექტების განმახორციელებელ ორგანიზაციებს აერთიანებს) და, შესაბამის სამთავრობო უწყებებთან;
- საპროექტო გუნდისთვის უაღრესად მნიშვნელოვანი იყო პარტნიორობა საერთაშორისო დონეზეც: კერძოდ, პროექტის ფარგლებში შედგა თანამშრომლობა უკრაინელ კოლეგებთან – ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაციის მხარდაჭერით, უკრაინაში 2019 წელს განხორციელებული ანალოგიური თემზე დაფუძნებული კვლევითი პროექტის გუნდთან. ამ თანამშრომლობამ მოგვცა უკრაინელი კოლეგების გამოცდილების გაცნობისა და გათვალისწინების შესაძლებლობა. გარდა ამისა, უკრაინელმა კოლეგებმა მოგვცეს საშუალება გაგვეზიარებინა მათი კვლევის მეთოდოლოგია, და ასევე, მონაცემთა შეგროვების ვირტუალური პლატფორმა – RedCap-ი, რამაც მნიშვნელოვნად შეგვინყო ხელი კვლევის განხორციელებაში.

კვლევა უშუალოდ განახორციელეს ერთი მხრივ, აკადემიურმა გუნდმა ილიაუნის ადიქციის კვლევების ინსტიტუტისა და ფონდის გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი მკვლევარებისა და ექსპერტების შემადგენლობით და, მეორე მხრივ, სათემო ორგანიზაცია რუბიკონმა, ერთმანეთთან მჭიდრო პარტნიორობით, ზევით დახასიათებულ 10 პრინციპზე დაყრდნობით. გუნდებს შორის მიმდინარეობდა კოორდინაცია, ინფორმაციის რეგულარული ურთიერთგაცვლა/ცირკულაცია, ურთიერთკონსულტაციები კვლევის ამა თუ იმ კომპონენტის განხორციელების თაობაზე.

კვლევითი პროექტის განხორციელების პროცესში, ამ ორ გუნდს შორის ხდებოდა ცოდნის/კომპოტენციების/უნარ-ჩვევების ურთიერთგაზიარება. კერძოდ, აკადემიური გუნდის მიერ განხორციელდა სათემო ორგანიზაციის წარმომადგენელთა ტრენინგი და სუპერვიზია რაოდენობრივი ინტერვიუების ჩატარების საქმეში; თავის მხრივ, სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის წარმომადგენლები აწვდიდნენ აკადემიურ გუნდს უკუკავშირს კვლევის დიზაინის, თვისებრივი და რაოდენობრივი კითხვარების შემუშავების, შედეგების ინტერპრეტაციის, რეკომენდაციების ჩამოყალიბების სტადიებზე. ამის საფუძველზე, ორივე გუნდმა შეიძინა მნიშვნელოვანი ცოდნა და გამოცდილება.

2. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიული პროგრამები საქართველოში – მიმოხილვა

მოცემულ თავში გადმოცემულია საბაზო ინფორმაცია საქართველოში მოქმედ ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ოჩთ) პროგრამებზე, შესაბამის საკანონმდებლო რეგულაციებსა და მას-სასიათებლებზე.

1990-იან წლებში, საბჭოთა ინერცია საქართველოში შენარჩუნებული იყო ბევრ სხვადასხვა სფეროში, მათ შორის, წამლდამოკიდებულების მკურნალობისა და ნარკოპოლიტიკის საკითხებში, რომელიც, უმეტესად, სამართალდამცავ ღონისძიებებზე იყო მიმართული (Gamkrelidze et al., 2003). ეს ინერცია ჯერ კიდევ იგრძნობა ქვეყანაში – დასჯაზე ორიენტირებულ მიდგომებში (ნარკოვი-თარება საქართველოში, 2018). თუმცა, სწორედ გასული საუკუნის 90-იანი წლების ბოლოს მოხდა ნიადაგის შემზადება ქვეყანაში ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის ინსტიტუციური მექანიზმების შექმნისთვის. კერძოდ, ჩატარდა მოსამზადებელი სამუშაოები, რომელთა საფუძველზეც 2002 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო პირველი კანონი, რომელიც წამლდამოკიდებულების თემას შეეხებოდა. ეს იყო კანონი ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ, რომელიც განსაზღვრავდა როგორც აკრძალული ნივთიერებების სიებსა და კანონის აღსრულებასთან დაკავშირებულ სხვა საკითხებს, ასევე, მოიცავდა მკურნალობასთან დაკავშირებულ ძირითად პრინციპებს (საქართველოს მთავრობა, 2012); ძირითადი დებულებები განსაზღვრულია შემდეგი სახით:

- კანონი ასრულებს გაეროს კონვენციების მოთხოვნებს;
- უზრუნველყოფს კანონით განსაზღვრულ ნივთიერებებზე სპეციალურ კონტროლს;
- განსაზღვრავს ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვასთან დაკავშირებულ საქმიანობაზე სახელმწიფოს კომპეტენციას და სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ლეგალურ ბრუნვასთან დაკავშირებული ლიცენზირების უზრუნველყოფას;
- ასევე, განსაზღვრავს კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ბრუნვასთან დაკავშირებულ სამართალდარღვევათა წინააღმდეგ პროფილაქტიკური ღონისძიებების პრიორიტეტულობას, რომელიც კანონში „ნარკომანიის საწინააღმდეგო პროპაგანდის სტიმულირების“ დებულებით არის განსაზღვრული.

ამავე კანონში, ნარკოლოგიური დახმარების 38-ე მუხლში, გადმოცემული იყო შემდეგი ზოგადი პრინციპები: დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯებს ფარავს სახელმწიფო, ბიუჯეტით დამტკიცებული სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში; მკურნალობის მეთოდი და სტანდარტები განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ, ხოლო ადმინისტრაციული სამართალდარღვევის დადგენის წესი – საქართველოს შინაგან საქმეთა მინისტრისა და ჯანდაცვის მინისტრის ერთობლივი ბრძანებით; კანონი, ასევე, განსაზღვრავდა ჩანაცვლებითი პრეპარატის გამოყენების წესს. დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/14266?publication=13>.

წინამდებარე ანგარიშის მომზადების პროცესში, საქართველოში ძალაშია ამავე კანონის 2012 წელს განახლებული ვერსია. კანონში ძირითადი პრინციპები, ფაქტობრივად, უცვლელია (საერთაშორისო ხელშეკრულებების მოთხოვნათა შესრულება, კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების ბრუნვაზე სახელმწიფო კონტროლის ხელშეწყობა და ლეგალურ ბრუნვასთან დაკავშირებულ საქმიანობაზე სახელმწიფო კონტროლის განსაზღვრა; სამართალდარღვევების წინააღმდეგ ღონისძიებების განსაზღვრა და სამედიცინო მიზნებისთვის ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა); თუმცა, სხვადასხვა მუხლში წლების მანძილზე ბევრი ცვლილება ცხვეიდა². დეტალური ინფორმაცია შეგიძლიათ იხილოთ საქართველოს საკანონმდებლო მაცნეს ვებ-

2 2020 წლის გაზაფხულიდან, COVID-19 პანდემიის პირობებში, განისაზღვრა ჩანაცვლებელი პრეპარატის ხელზე გატანის დაშვება მაქსიმუმ 5 დღის ოდენობით.

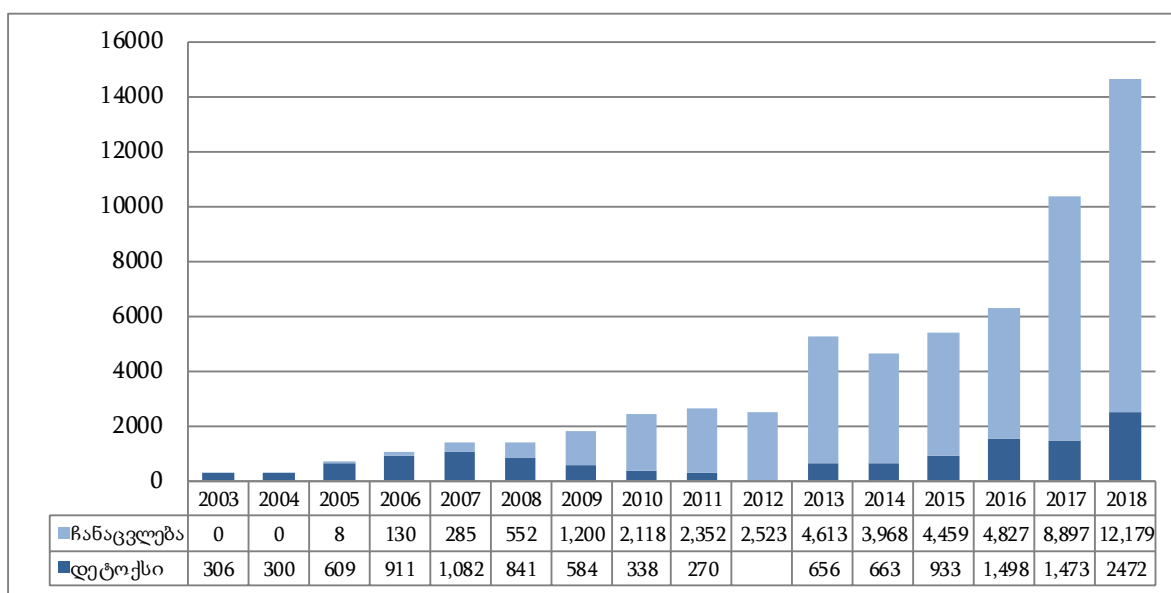
-გვერდზე: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1670322?publication=17>. აქვე, შეგიძლიათ იხილოთ წლების მანძილზე კანონში შეტანილი ცვლილებები, თარიღების მიხედვით.

მართალია, ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელების საკანონმდებლო საფუძველი 2002 წელს უკვე არსებობდა, პროგრამის განხორციელებისთვის შესაბამისი თანხები იმ პერიოდში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან არ გამოყოფილა. რეალურად, მკურნალობის ეს მეთოდი წამალდამოკიდებულ პირთათვის ხელმისაწვდომი 2005 წლის ბოლოს გახდა, *მიდსთან, მაღარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის* მხარდაჭერით (Gamkrelidze et al., 2003).

ანგარიშის მომზადების მომენტისთვის ჩანაცვლებითი თერაპიის მიწოდება საქართველოში რეგულირდება საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის №01-41/6 ბრძანებით ნარკომანიის ჩანაცვლებითი სპეციალური პროგრამით მკურნალობის შესახებ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014), რომელიც განსაზღვრავს როგორც მკურნალობის განხორციელების მეთოდს და გარიცხვის კრიტერიუმებს, ასევე, მის სახეებს და ნებადართულ ფარმაცევტულ პროდუქტებს (ხანმოკლე და ხანგრძლივი დეტოქსიკაცია, ხანმოკლე ჩანაცვლებითი მკურნალობა 6 თვემდე ვადით, ხანგრძლივი ჩანაცვლებითი შემანარჩუნებელი მკურნალობა 6 თვეზე მეტი ვადით და სტაციონარული მკურნალობა ჩამანაცვლებელი ფარმაცევტული პროდუქტის გამოყენებით). ბრძანების თანახმად, ჩანაცვლებითი თერაპია მოწოდებულია გააუმჯობესოს ოპიოიდური დამოკიდებულებით დაავადებულ პირთა სომატური და ფსიქიკური მდგომარეობა, ხელი შეუწყოს მათ სოციალურ ადაპტაციას, საზოგადოებაში რეინტეგრაციას; წვლილი შეიტანოს სისხლის გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების პრევენციაში; ჩანაცვლებითი მკურნალობისა და სამედიცინო-სოციალური რეაბილიტაციის გზით პაციენტებში მიაღწიოს რემისიას; ხელი შეუწყოს ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირთა მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ინექციური გზით მოხმარების შეწყვეტასა და შემცირებას, ასევე, არალეგალური ნივთიერებების მოხმარების შეწყვეტა/შემცირებას და მათი ფსიქოსომატური მდგომარეობის გაუმჯობესებას, პროგრამაში ჩართულ პირთა საზოგადოებრივი საშიშროების რისკის შემცირებას. დეტალური ინფორმაციისთვის ეწვიეთ შემდეგ ბმულს: <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/2374811?publication=0>.

2005 წლის შემდეგ ოპიოიდებით ჩანაცვლებითმა თერაპიამ საქართველოში განვითარების 15-წლიანი გზა განვლო; ამ პერიოდში წლიდან წლამდე მუდმივად იზრდებოდა ჩართული პაციენტების რაოდენობა, მკურნალობაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა და სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი რესურსები. დიაგრამა 1 ასახავს წლების მიხედვით ორთა პროგრამაში ჩართული პირების რაოდენობას³:

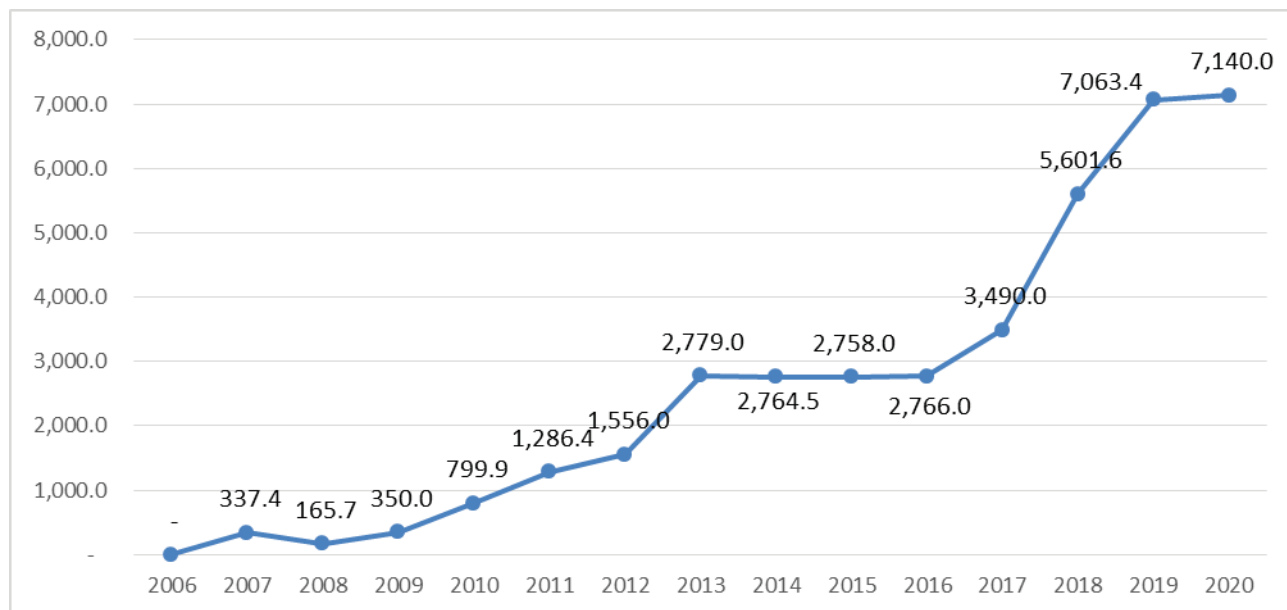
დიაგრამა 1: ორთა პაციენტების რაოდენობა წლების მიხედვით



3 დიაგრამაზე წარმოდგენილი მონაცემები ასახავს სახელმწიფო და კერძო კლინიკების მოსარგებლეების ჯამურ რაოდენობას. 2019 წლისთვის, ამ მონაცემის მოპოვება ვერ მოხერხდა. 2019 სახელმწიფო კლინიკების მონაცემები წარმოდგენილია თავში 3.1.

2017 წლის 1 ივლისიდან მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპია სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება და მოსარგებლებებისთვის მომსახურება უფასოა. ანგარიშის მომზადების პერიოდისთვის, პროგრამას არ აქვს მომლოდინეთა სია, ორთ პროგრამაზე მოთხოვნა დაკმაყოფილებულია. უშუალოდ პროგრამაში ჩართვის პროცესი მარტივია და, უმეტეს შემთხვევებში, არ გრძელდება ერთ დღეზე მეტ ხანს. პროგრამისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტური დაფინანსება იზრდება წლიდან წლამდე: 2019 წლის გეგმით, 2020 წლისთვის ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამისთვის ბიუჯეტიდან გამოყოფილია 12,150.0 ათასი ლარი; აქედან, ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელებისთვის – 7,140.0 ათასი ლარი (საქართველოს მთავრობა, 2019). იხ. დიაგრამა 2:

დიაგრამა 2: ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელებისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხები, 2006-2020 წლები (ათასი ლარი)



2020 წლის ბოლოსთვის, წამალდამოკიდებულ პირებს საქართველოში შეუძლიათ ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ორთ) მეთადონისა და სუბოქსონის პროგრამებში ჩართვა. სუბოქსონის პროგრამის შემთხვევაში გამოიყენება პრეპარატი Suboxone® (კომბინირებული პრეპარატი – ბუპრენორფინი, ნალოქსონი; ხსენებული პროგრამა ფუნქციონირებს 2012 წლიდან). მეთადონის პროგრამას სახელმწიფო დაწესებულებები ახორციელებენ; რაც შეეხება სუბოქსონის პროგრამას, ფუნქციონირებს ერთი სახელმწიფო განყოფილება თბილისში, ნარკომანიის პრევენციისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრის ბაზაზე და მეორე – ქუთაისში, დანარჩენი არის კერძო. სახელმწიფო პროგრამის ხარჯებს ანაზღაურებს პროგრამისთვის გამოყოფილი ბიუჯეტი; კერძო პროგრამის კლიენტები მკურნალობის თანხას თავად იხდიან. კერძო პროგრამაში მკურნალობის ღირებულება მიღებული პრეპარატის მოცულობით განისაზღვრება. ჩამანაცვლებელი მედიკამენტის მიღების გარდა, იგულისხმება, რომ როგორც სახელმწიფო, ასევე, კერძო კლინიკებმა მოსარგებლებებს უნდა შესთავაზონ ჯანმრთელობის დაცვის სხვა მომსახურებაც (ჯანმრთელობის მონიტორინგი, სხვადასხვა ანალიზი და გამოკვლევა; ასევე, ფსიქოლოგის, სოციალური მუშაკის მომსახურება).

პროგრამაში ჩართვისთვის ადამიანი უნდა აკმაყოფილებდეს ოპიოიდური ჯგუფის ნივთიერებებზე აქტიური დამოკიდებულების სინდრომის კრიტერიუმებს (დიაგნოსტიკა ხდება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის, ICD-10-ის გამოყენებით), და ასევე, ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან არანაკლებ ერთს:

- ასაკი 21 წელი და ზემოთ;
- ოპიოიდების ჯგუფის ნივთიერებების ინექციურად მოხმარება;

- აივ/ინფექცია ან შიდსის დიაგნოზი;
- ორსულობა.

პროგრამაში ჩართვის საშუალება აქვთ ასევე მიგრანტებსა და უცხო ქვეყნის მოქალაქეებს, ვინც გამომგზავრების მომენტისთვის ჩართული იყო ჩანაცვლებით პროგრამაში საზღვარგარეთ. კანონი ასევე უშვებს ჩამოთვლილ კრიტერიუმებში გამონაკლისს განსაკუთრებული სამედიცინო ან/და სოციალური ჩვენების შემთხვევაში.

2020 წლისთვის საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში სახელმწიფოს დაქვემდებარებაში მყოფი ოპიოიდების ჩანაცვლებითი თერაპიის 22 პროგრამა მოქმედებს; აქედან 9 თბილისში, თითო-თითო კი შემდეგ ქალაქებში: თელავი, ოზურგეთი, ფოთი, ქუთაისი, ზუგდიდი, ქობულეთი, გორი, ბათუმი, ზესტაფონი, ბორჯომი, საჩხერე; ასევე, თითო-თითო პროგრამა თბილისის №8 და ქუთაისის №2 პენიტენციურ დაწესებულებებში (15 დაწესებულებიდან, მათ შორის, სამკურნალო, სარეაბილიტაციო, ქალთა და მოზარდთა დაწესებულებებიდან, სსიპ ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, 2020).

პენიტენციურ სისტემაში, 2020 წლის ბოლოსთვის, ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის ხანგრძლივი პროგრამები არ მოქმედებს, ხოლო ზემოთ დასახელებულ ორ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში ხელმისაწვდომია ხანმოკლე დეტოქსიკაცია, რაც გულისხმობს მაქსიმუმ 5-თვიან დეტოქსიკაციურ მკურნალობას (ბესელია და სხვ., 2019). პირებს, ვინც გათავისუფლების მომენტისთვის პენიტენციურ სისტემაში გადიოდნენ მკურნალობას, შეუძლიათ ჩაერთონ ხანგრძლივ მკურნალობაში სამოქალაქო სექტორში.

რაც შეეხება კერძო დაწესებულებებს, საქართველოს ადიქციის სამედიცინო კორპორაციის ეგიდით მოქმედებს სუბოქსონით ჩანაცვლებითი პროგრამის განმახორციელებელი 10 დაწესებულება: 4 თბილისში და თითო-თითო შემდეგ ქალაქებში: ბათუმში, გორში, ქუთაისში, სენაკში, ქობულეთსა და ყვარელში (სიხარულიძე, 2020).

3. საქართველოში მოქმედი ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა მახასიათებლები

მოცემულ თავში გადმოცემული ინფორმაცია ასახავს საქართველოში მოქმედი ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების მოსარგებლეთა საკვანძო მახასიათებლებს, დალაგებულია, ერთი მხრივ, 2019 წელს მკურნალობაში ჩართულ მოსარგებლეთა მიხედვით, და მეორე მხრივ, მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით. ინფორმაცია მოწოდებულია ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის მიერ, რომელსაც, თავის მხრივ, მონაცემები მიანოდეს შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრმა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა.

დღეისათვის საქართველოში ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამა მოიცავს მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის (1) და სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის (2) პროგრამებს, რომელთაც ახორციელებს შპს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი.

3.1. ინფორმაცია მკურნალობაში ჩართული მოსარგებლების მიხედვით

2019 წელს ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამებში ჩართული იყო 12,926 მოსარგებლე; აქედან, მეთადონით ჩანაცვლებით პროგრამაში ჩართული იყო 12,656 მოსარგებლე, ხოლო სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში კი – 270 მოსარგებლე (იხ. ცხრილი 1).

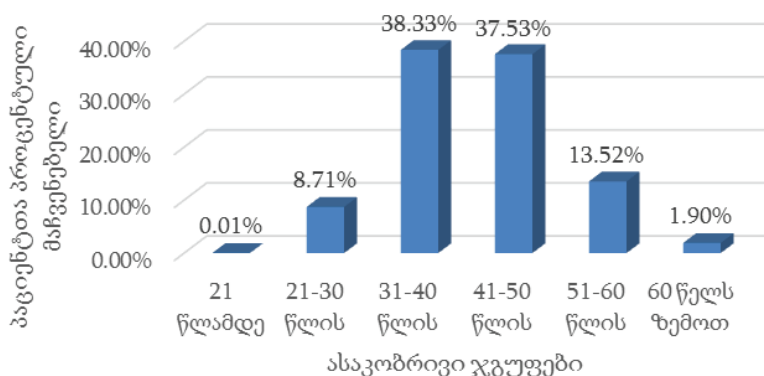
ცხრილი 1: 2019 წელს საქართველოში მოქმედ ორთ სახელმწიფო პროგრამებში ჩართული პაციენტები (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)

ჩანაცვლებელი პრეპარატი	პაციენტთა რაოდენობა	მათ შორის ქალი	მათ შორის კაცი
მეთადონი	12,656	78	12,578
ბუპრენორფინი	270	0	270
საერთო ჯამი	12,926	78	12,848

მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის მოსარგებლეთა უმეტესობა წარმოადგენდა 31-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფს (5,983 პაციენტი, საერთო ოდენობის 38.33%). პაციენტთა საერთო რაოდენობის ასაკობრივ განაწილებას პროცენტულ მაჩვენებლებში იხილავთ ქვემოთ მოცემულ დიაგრამაზე (იხ. დიაგრამა 3).

რაც შეეხება სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამას, 270 მოსარგებლიდან უმეტესობა (60%) წარმოადგენდა 35-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფს. პროგრამაში ჩართვამდე, ისინი მოიხმარდნენ ოპიოიდური ჯგუფის ნარკოტიკულ საშუალებებს (უპირატესად, ბუპრენორფინს).

დიაგრამა 3: მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამის პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება საქართველოში 2019 წელს (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)

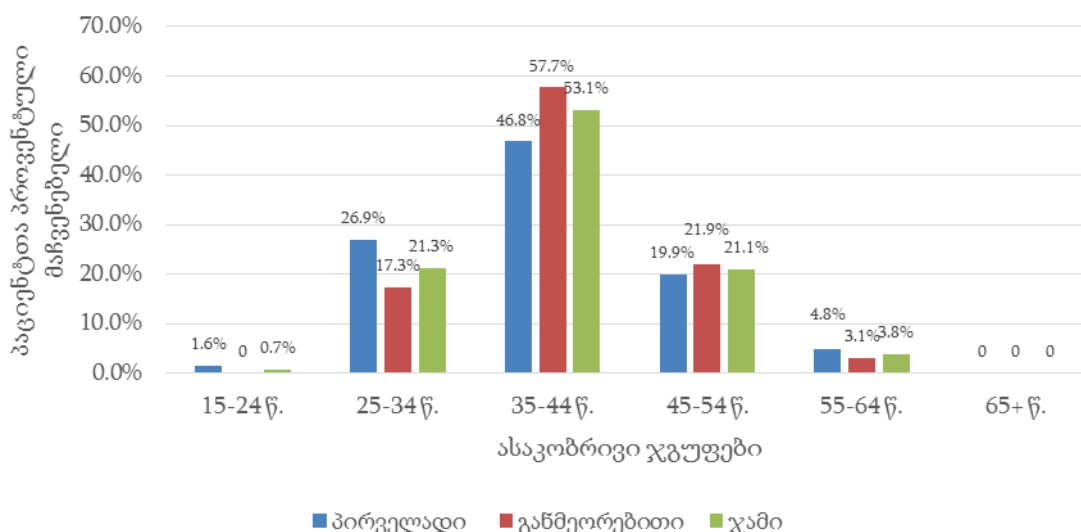


მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის მოსარგებლეებში პროგრამაში ჩართვამდე წამყვანი ნაკროტიკული საშუალებები, უპირატესად, ოპიოიდური ჯგუფის ნივთიერებები იყო; ასევე, ხშირად ვლინდებოდა სხვადასხვა სახის ნივთიერების ერთდროული მოხმარება (ე.წ. პოლინარკომანია).

ერთ მოსარგებლეზე პროგრამის ფარგლებში დღიურად გაცემული მეთადონის საშუალო ოდენობა შეადგენდა 42 მგ-ს, მაქსიმალური ოდენობა კი – 400 მგ-ს.

რაც შეეხება სუბოქსონით ჩანაცვლებითი კომერციული პროგრამების განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებებს, მოცემული ანგარიშისთვის ხელი მიგვიწვდებოდა მხოლოდ სამკურნალო დაწესებულება „დამოკიდებულების ცენტრის“ მიერ ჯანდაცვის სამინისტროსთვის გადაცემულ ინფორმაციაზე, რომლის თანახმადაც, 2019 წელს ეს ცენტრი მოემსახურა 446 მოსარგებლეს (445 ქალსა და 1 კაცს), რომელთა უმეტესობა (53.1%) წარმოადგენდა 35-44 წლის ასაკობრივ ჯგუფს (იხ. დიაგრამა 4). პროგრამაში ჩართვამდე ცენტრის მოსარგებლეები მოიხმარდნენ, ძირითადად, ოპიოიდური ჯგუფის ნარკოტიკულ საშუალებებს (უპირატესად, ბუპრენორფინს). ცენტრის მიერ ერთ მოსარგებლეზე დღიურად გაცემული სუბოქსონის ოდენობა საშუალოდ შედგენდა 9 მგ-ს, მაქსიმალური ოდენობა კი 18 მგ-ს (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020).

დიაგრამა 4: „დამოკიდებულების ცენტრის“ (სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის) პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება (ნარკოვითარების მონიტორინგი ეროვნული ცენტრი, 2020)



3.2. ინფორმაცია მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით⁴

ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებული მონაცემები ასევე ასახავს ორ პროგრამაში მკურნალობის ეპიზოდებს. მასში გაერთიანებულია, როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ორ პროგრამების მონაცემები⁵.

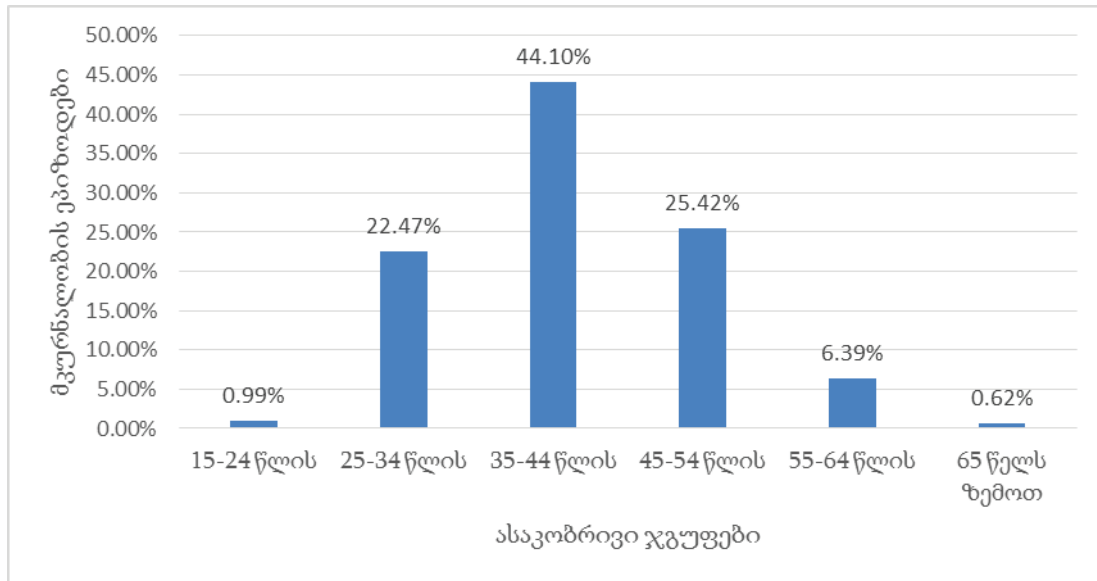
2019 წელს ორ თერაპიაში (როგორც კერძო, ასევე სახელმწიფო დაწესებულებების ჩათვლით) დაფიქსირდა მკურნალობის 10,938 ეპიზოდი. აქედან მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში დაფიქსირებულია 7,369 მკურნალობის ეპიზოდი. მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით ორ პროგრამებში სქესობრივი განაწილება შემდეგი სახისაა: 7,328 მკურნალობის ეპიზოდში კაცები იყვნენ წარმოდგენილი, ხოლო 41 ეპიზოდში – ქალები.

მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის მკურნალობის ეპიზოდების უმეტესობა წარმოდგენილი იყო 35-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფით (3,250 ეპიზოდი, საერთო ოდენობის 44.10%). ყველაზე ნაკლები მკურნალობის ეპიზოდი დაფიქსირდა 65 და მეტი ასაკის მოსარგებლეების შემთხვევაში (46 ეპიზოდი, 0.62%) (იხ. დიაგრამა 5).

4 მკურნალობის ეპიზოდში იგულისხმება მკურნალობის ჩატარებული კურსის რაოდენობა მოსარგებლეების რაოდენობის გათვალისწინების გარეშე (ერთმა მოსარგებლემ წელიწადში კურსი შეიძლება რამდენჯერმე გაიაროს).

5 კერძო (სუბოქსონით ჩთ) პროგრამების ჯამურ მაჩვენებლებში არ არის ასახული მხოლოდ ერთი დაწესებულების მონაცემები („შპს გ და გ“).

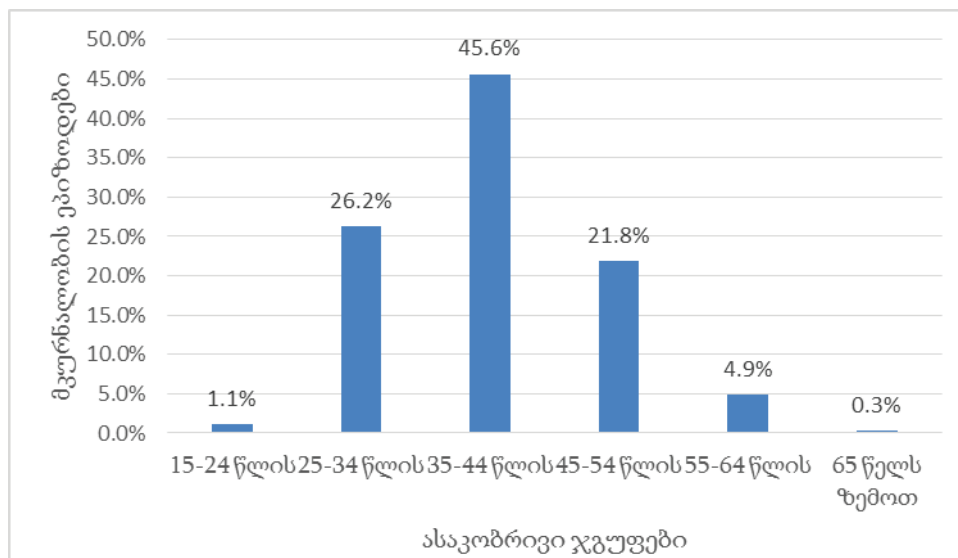
დიაგრამა 5: 2019 წელს საქართველოში მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)



რაც შეეხება სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო და კერძო პროგრამების ჯამურ მონაცემს, 2019 წელს ამ პროგრამებში მკურნალობის 3,569 ეპიზოდი დაფიქსირდა.

სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის მკურნალობის ეპიზოდების უმეტესობა წარმოდგენილი იყო 35-44 წლის ასაკობრივი ჯგუფით (1,629 ეპიზოდი, საერთო ჯამის 45.6%). ყველაზე ნაკლები მკურნალობის ეპიზოდი დაფიქსირდა 65 და მეტი ასაკის პირებისთვის (11 ეპიზოდი, 0.3%). (იხ. დიაგრამა 6). (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი, 2020).

დიაგრამა 6: 2019 წელს საქართველოში სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)



4. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის შედეგიანობის კვლევა საქართველოში

მოცემულ თავში მოკლედ მიმოვიხილავთ კვლევებს, რომლებიც ჩატარებულია საქართველოში ორთ პროგრამების შედეგიანობის შესაფასებლად.

დღეისათვის ჩვენს ქვეყანაში არ განხორციელებულა ბევრი კვლევა, რომლებიც შეისწავლის ორთ პროგრამებში ჩართულ მოსარგებლეთა ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ საჭიროებებს/ მდგომარეობასა და პროგრამაში ჩართულობის გავლენას მათი მდგომარეობის ცვლილებაზე. ამავე დროს, არის რიგი კვლევებისა, სადაც ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური მომხმარებლების (ნიმ), მათ შორის ორთ პროგრამის მოსარგებლეთა, პრობლემატიკაა შესწავლილი, რომელსაც ქვევით მიმოვიხილავთ.

ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, ნიმ პოპულაციის საჭიროებებზე მორგებული სერვისების განვითარების მიზნით, ყოველწლიურად შეისწავლის მოსარგებლეების უკუკავშირს ზიანის შემცირების სერვისებთან დაკავშირებით. კერძოდ, რეგულარულად ხორციელდება მომსახურებით მოსარგებლეების კმაყოფილების და ასევე, მათი სარისკო ქცევების, მიმდინარე მდგომარეობისა და საჭიროებების დინამიკის კვლევა. ეს მოიცავს ინფორმაციას ნიმ-ების ორთ პროგრამებში მონაწილეობის შესახებაც. მაგ., 2019 წელს ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ ჩატარდა რაოდენობრივი ჯვარედინ-სექციური კვლევა შპრიცებისა და ნემსების პროგრამის (შნპ) მოსარგებლეთა შორის ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების, სქესობრივი და საინექციო რისკის შემცველი ქცევების და, აივ-შიდსსა და C ჰეპატიტზე ცოდნის დონის შესაფასებლად. კვლევა განხორციელდა ზიანის შემცირების 11 სტაციონარულ სერვის-ცენტრის მოსარგებლეებში (სერვისით სარგებლობის მინიმალური ვადა – ბოლო 6 თვე) და მოიცვა 987 რესპონდენტი. მონაცემთა შეგროვება ხდებოდა მოსარგებლეთა პირისპირ ინტერვიუების გზით. რესპონდენტთა ნახევრმა აღნიშნა, რომ არასდროს ყოფილა ჩართული ოპიოიდებით (მეთადონის/სუბუქსონის) ჩანაცვლებით თერაპიაში, იმ პირობებში, როდესაც მთელი შერჩევის სულ მცირე 58%-მა მიუთითა ოპიოიდების მოხმარება ბოლო თვეში. რესპონდენტთა 11.8 % (116 რესპონდენტი) იმყოფებოდა ორთ პროგრამაში კვლევის მომენტისთვის, ხოლო ორთ პროგრამაში მკურნალობის გამოცდილება ჰქონდა გამოკითხულთა 19%-ს (187 რესპონდენტი) (ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი, 2019).

ორგანიზაციამ პარტნიორობა ჯანმრთელობის კვლევისა და განვითარებისთვის, ნარკოტიკული საშუალებების ინექციურ მომხმარებლებში, მათ შორის ქალებში, ზიანის შემცირების სერვისებზე ხელმისაწვდომობისა და ბარიერების შეფასების მიზნით, 2017 წელს ჩაატარა თვისებრივი კვლევა საქართველოს 4 ქალაქში (თბილისი, გორი, ბათუმი და ქუთაისი). მონაცემები შეგროვდა სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან (12 პირი) და ნიმ-ებთან (35 პირი) ინტერვიუების გზით. კვლევის შედეგად გაირკვა შემდეგი:

- ორთ პროგრამებზე ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვან ბარიერად როგორც პროვადერთა, ასევე მოსარგებლეთა მიერ დასახელდა სტიგმა და დისკრიმინაცია. აღინიშნა, რომ სტიგმა ბევრად უფრო ძლიერია ქალი მომხმარებლების შემთხვევაში და ისინი დისკრიმინაციას განიცდიან როგორც ოჯახისა და საზოგადოების, ასევე კაცი მომხმარებლების მხრიდან.
- ორთ პროგრამების პროვადერებმა პაციენტების მიერ პროგრამის მიტოვების ძირითად მიზეზებად დაასახელეს: ხშირი მიგრაცია, სტიგმა, ფინანსური პრობლემები (სუბოქსონის კერძო პროგრამის შემთხვევაში), ტერიტორიული ხელმიუწვდომლობა (რეგიონებში).
- გამოკითხულ ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა უმრავლესობას არ ჰქონია პროგრამიდან გასვლის სურვილი ან მცდელობა. პროგრამის დატოვების მიზეზებად მათ დაასახელეს: ცენტრში ყოველდღიური სიარულის საჭიროება; შიში, რომ ამის შესახებ შეიტყობს ოჯახი, და, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების შეწყვეტის სურვილი.

- როგორც პროვადერების, ასევე, მოსარგებლეთა აზრით, ორთ პროგრამები შეესაბამება მომხმარებელთა საჭიროებებს, თუმცა ორივე ჯგუფმა აღნიშნა მიზეზები, რომელთა გამოც მოსარგებლები შესაძლოა უკმაყოფილო იყვნენ მომსახურებით. მოსარგებლეთა პროგრამით უკმაყოფილების მიზეზებად პროვადერების მიერ დასახელდა: პრეპარატის დოზის ნაკლებობა, სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში პრეპარატის სუბლინგვალური მიღებისას პაციენტის კლინიკაში დაყოვნება, ცენტრების სამუშაო დროის სიმცირე. მომსახურების გაუმჯობესებისთვის, მოსარგებლებმა დაასახელეს: პრეპარატის გატანის შესაძლებლობა, სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის უფასო ცენტრების დამატება, ცალკე შესასვლელი ან მომსახურების განსხვავებული საათები ქალებისთვის, ადგილზე სარეზილიტაციო სერვისებით სარგებლობის შესაძლებლობა.
- შედეგების მიხედვით, მომხმარებლებს შორის მრთ-სთან შედარებით მეტი მონონებით და მოთხოვნით სარგებლობდა სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა, რასაც კვლევის მონაწილეები ხსნიდნენ პრეპარატ სუბოქსონის მეტად სასურველობით („მსუბუქია“, „არ იწვევს ძლიერ დამოკიდებულებას“) (პარტნიორობა ჯანმრთელობის კვლევისა და განვითარებისთვის, 2017).

უნდა აღინიშნოს, რომ დღეისათვის ორთ პროგრამების განხორციელების პროცესში შეტანილია ცვლილებები, რომლებიც, ნაწილობრივ, პასუხობს მოსარგებლეთა ზემოთ ჩამოთვლილ საჭიროებებს – მაგ., COVID-19 პანდემიასთან დაკავშირებით, დამკვიდრდა ჩამანაცვლებელი პრეპარატის 5 დღემდე ულუფის სახლში გატანების პრაქტიკა.

საქართველოში, ასევე, ჩატარებულია რამდენიმე კვლევა, რომელიც მიეძღვნა ორთ პროგრამებში ჩართვის გავლენის შესწავლას მოსარგებლეთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ცხოვრების ხარისხზე. ერთ-ერთი ასეთია ხათუნა თოდაძისა და სოფიო მოსიას მიერ 2016 წელს შესრულებული კვლევა „ჩანაცვლებითი თერაპიის მიმდინარეობა სხვადასხვა სახის ოპიოიდების მომხმარებლებში“ (Todadze and Mosia, 2016). კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ორთ პროგრამაში ჩართვის გავლენა პროგრამით მოსარგებლეთა შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომებზე და ექიმის დანიშნულების გარეშე ნარკოტიკული/ფსიქოტროპული მედიკამენტების მოხმარებაზე. კვლევაში მონაწილეობდა ორთ პროგრამაში ჩართული 104 პირი, რომლებიც, კვლევის მიზნის შესაბამისად, დაიყვნენ კატეგორიებად პროგრამაში ჩართვამდე 6 თვით ადრე უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების მიხედვით. სულ გამოიყო 5 ჯგუფი: ჰეროინის (1), დეზომორფინის (2), არალეგალური მეთადონის (3), ბუპრენორფინის (4) და, რამდენიმე ნივთიერების ერთდროულად მომხმარებელთა ჯგუფები (5). კვლევას ჰქონდა პროსპექტული დიზაინი და მონაწილეებში ფასდებოდა დეპრესია, შფოთვა, სარისკო ქცევა, კლინიკური სიმპტომატიკა და ცხოვრების ხარისხი, როგორც ორთ მკურნალობაში ჩართვის წინ, ასევე, ჩართვიდან 3, 9, 15, 21 თვის შემდეგ, მდგომარეობის დინამიკის შესასწავლად. ნარკოტიკული/ფსიქოტროპული ნივთიერებების მოხმარება მონმდებოდა ყოველთვიური ურინოტესტირებით. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა შემდეგი:

- მკურნალობაში ჩართვამდე ხუთივე ჯგუფში დაფიქსირდა შფოთვისა და დეპრესიის მომატებული დონე, რაც ყველაზე მაღალი იყო ერთდროულად რამდენიმე ნივთიერების მომხმარებლებში (ე.წ. „პოლინარკომანია“);
- დეპრესიის მნიშვნელოვანი კლება დაფიქსირდა ყველა შესწავლილ ჯგუფში საწყის მონაცემებთან შედარებით; გუნებ-განწყობის გაუმჯობესება მიღწეულ იქნა მკურნალობაში ჩართვიდან 3 თვის თავზე, რაც მთელი მკურნალობის პროცესის განმავლობაში გრძელდებოდა;
- შფოთვის დონის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება დაფიქსირდა ხუთივე ჯგუფის წარმომადგენლებში: ჰეროინის, დეზომორფინის, მეთადონისა და ბუპრენორფინის მომხმარებლებში მიღწეულ იქნა შედეგების ნორმალიზაცია, მაგრამ სხვადასხვა ნივთიერებების მომხმარებლებში (ე.წ. „პოლინარკომანია“) შფოთვის ინდექსი კვლავ ახლოს იყო კლინიკურად მნიშვნელოვან ზღურბლთან მკურნალობიდან 21 თვის თავზე;

- ნარკოტიკულ/ფსიქოტროპულ ნივთიერებებზე ურინოტესტირებამ მნიშვნელოვანი შემცირება აჩვენა არალეგალური ნივთიერებების ავადმოსმარების მიმართულებით, ყველა შესწავლილ ჯგუფში, 3 თვიან პერიოდში.

კვლევის საფუძველზე მკვლევრებმა დაასკვნეს, რომ ორთ მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ოპიოდებზე დამოკიდებული მომხმარებლების ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტატუსს, ცხოვრების ხარისხს, თანმხლები დაავადებების მკურნალობის შედეგებს; ამავე დროს, მნიშვნელოვნად ამცირებს არალეგალური ფსიქოტროპული⁶ თუ ნარკოტიკული ნივთიერებების⁷ მოხმარებასა და სისხლის გზით გადამდები დაავადებების გავრცელების რისკს. სხვადასხვა ნივთიერების ერთდროული მომხმარებლები (ე.წ. „პოლინარკომანია“) აღმოჩნდნენ ყველაზე მეტად რეზისტენტული სტაბილიზაციის მისაღწევად, რის გამოც საჭიროებენ უფრო ხანგრძლივ და მათ განსაკუთრებულ საჭიროებებზე მორგებულ ჩარევებს (Todadze and Mosia, 2016).

ორთ პროგრამების შედეგიანობის თვალსაზრისით, ასევე, საინტერესოა საქართველოში ჩატარებული კვლევა, რომლის ფარგლებშიც 3 წლის განმავლობაში იკვლევდნენ 42 შემთხვევით შერჩეულ აივ-დადებით წამალდამოკიდებულ პირს, რომლებიც ჩართული იყვნენ მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში, სარგებლობდნენ ანტირეტროვირუსული (არვ) თერაპიით მით პროგრამაში ჩართვამდე სულ მცირე 6 თვით ადრე, და, ამავდროულად, იღებდნენ ინტენსიურ ფსიქოკონსულტაციას⁸ (Todadze and Kavtashvili, 2012). კვლევის მონაწილეებში შეფასდა სარისკო ქცევა, ცხოვრების ხარისხი, დეპრესიისა და შფოთვის დონე და სხვა მონაცემები, როგორც მკურნალობის დაწყებამდე, ასევე ჩართვიდან 3, 6, 12 და 18 თვის თავზე. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების არალეგალური მოხმარება მომდებოდა რანდომული ურინოტესტირებით თვეში 3-ჯერ ყოველ პაციენტთან. კვლევის შედეგების თანახმად, მკურნალობის ფონზე, პაციენტების მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. კერძოდ, მნიშვნელოვნად შემცირდა დეპრესიისა და შფოთვის მაჩვენებლები (დეპრესიის საშუალო ქულების დინამიკა კვლევის სხვადასხვა რაუნდის შესაბამისად შემდეგია: 24, 14, 14, 13, 14; შფოთვის საშუალო ქულების ცვლილების დინამიკა: 46, 40, 40, 41, 39), გაიზარდა ცხოვრების ხარისხი სანყის მდგომარეობასთან შედარებით (ქულების ცვლილების დინამიკა: 76, 85, 86, 88, 93). ნარკოტესტირებისას პოზიტიური შედეგები დაფიქსირდა მომხმარებელთა საშუალოდ 6.7 %-ში და მათ შორის არ გამოვლენილა ინექციასთან დაკავშირებული რაიმე სახის სარისკო ქცევა. მკვლევრები ასკვნიან, რომ მით-ს, არვ-ს და ფსიქოკონსულტირების კომბინაცია მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს აივ-დადებითი სტატუსის მქონე ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური მომხმარებლების ფიზიკურ და ფსიქოსოციალურ სტატუსს, ცხოვრების ხარისხს და მკურნალობისადმი დამყოლობას, მნიშვნელოვნად ამცირებს არალეგალური ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებას, და ასევე, აივ ინფექციისა თუ სხვა სისხლის გზით გადამდები ნივთიერების გავრცელების რისკს საქართველოს ნარკოტიკული საშუალებების ინექციურად მომხმარებელთა პოპულაციაში (Todadze and Kavtashvili, 2012).

ერთ-ერთი ადრეული კვლევა, რომელიც მიეძღვნა მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის საპილოტე პროგრამების ეფექტურობის შესწავლას საქართველოში, ასევე, ავლენდა პაციენტთა ფსიქოსოციალური მდგომარეობის მკვეთრ გაუმჯობესებას (Todadze and Lezhava, 2008). კვლევა ჩატარდა 2006 წელს, მაშინ, როდესაც საქართველოში მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის მხოლოდ სამი პროგრამა (2 თბილისში და 1 ბათუმში) მოქმედებდა, რომლებითაც ჯამში 230 პაციენტი სარგებლობდა. კვლევაში მონაწილეობდა 60 ოპიოიდებზე დამოკიდებული პირი, რომლებიც იღებდნენ მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიასა და ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას ნარკოლოგიის სამეც-

6 ფსიქოტროპული ნივთიერება – ბუნებრივი ან სინთეზური წარმოშობის ნივთიერება, ამ ნივთიერების შემცველი მცენარე ან პრეპარატი, რომელიც გავროს შესაბამისი კონვენციების საფუძველზე შეტანილია საქართველოში სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა III სიაში (<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1670322?publication=18>; წვდომა: 19.04.2021).

7 ნარკოტიკული საშუალება – ბუნებრივი ან სინთეზური წარმოშობის ნივთიერება, ამ ნივთიერების შემცველი მცენარე ან პრეპარატი, რომელიც გავროს შესაბამისი კონვენციების საფუძველზე შეტანილია საქართველოში სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნარკოტიკულ საშუალებათა I და II სიაში (<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1670322?publication=18>; წვდომა: 19.04.2021).

8 ინტენსიური ფსიქოკონსულტირების ქვეშ პუბლიკაციის ავტორები გულისხმობენ კვირაში ორჯერ სიხშირის სამთვიან კურსს, დაფუძნებულს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ მიდგომაზე.

ნიერო-კვლევით ინსტიტუტში, თბილისში. მონაწილეებში ფასდებოდა დეპრესია (ბეკის დეპრესიის სკალით) და შფოთვა (სპილბერგის შფოთვის სკალით), და ასევე, ცხოვრების ხარისხი (ჯანმოს კითხვარი) და სხვა რელევანტური მონაცემები, მით პროგრამაში ჩაართვამდე და ჩართვიდან 3, 6 და 12 თვის შემდეგ. ნარკოტიკული/ფსიქოტროპული ნივთიერებების არალეგალური მოხმარება მონმდებოდა ურინოტესტირების გზით ყველა პაციენტთან, თვეში 3-ჯერ. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა პაციენტთა ფსიქოსოციალური მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, კერძოდ კი: დეპრესიისა და შფოთვის დონის შემცირება (დეპრესიის საშუალო ქულების დინამიკა იყო: 25, 16, 13, 13; შფოთვის საშუალო ქულების დინამიკა იყო: 49, 40, 40 და 41), და, ცხოვრების ხარისხის ზრდა სანყის მაჩვენებლებთან შედარებით (69, 84, 91 და 85). მკვლევრები აღწერენ ისეთ შედეგებსაც, როგორებიცაა: თერაპიისადმი მაღალი დამყოლობა, ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, რესოციალიზაციის ხარისხის მკვეთრი ზრდა, კრიმინალური ქცევის მნიშვნელოვანი შემცირება, არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მინიმიზაცია; ნარკოტიკულ საშუალებებთან დაკავშირებული სარისკო ქცევის მნიშვნელოვანი შემცირება, პაციენტთა ძალიან მცირე რაოდენობა, რომელთაც სურდათ შეეწყვიტათ ორთ პროგრამაში მონაწილეობა. ავტორები ასკვნიან, რომ მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპია ეფექტურია საქართველოში და თვლიან, რომ პროგრამის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდას და მასში ჩართულ პაციენტთა რაოდენობის გაზრდას შესაძლოა პოზიტიური გავლენა ჰქონდეს ჯანმრთელობასა და სოციალურ კლიმატზე საქართველოში (Todadze and Lezhava, 2008).

ზემოთ აღწერილ კვლევასა (Todadze and Lezhava, 2008) და ნიმ-ებისთვის სამედიცინო მომსახურების შედეგიანობის შემსწავლელ კიდევ ერთ კვლევაში, რომელიც პარალელურად ჩატარდა მომხმარებელთა სათემო ორგანიზაციის მიერ (ჩირიკაშვილი, 2007), გამოვლინდა საინტერესო აცდენა პროგრამის შედეგიანობის მიმართ მოსარგებლეთა მოლოდინებსა და პროგრამების სამედიცინო პერსონალის მიერ დასახულ მკურნალობის მიზნებს შორის: მოსარგებლეთა მოლოდინი იყო მათი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება მაშინ, როცა პროგრამების სამედიცინო პერსონალისთვის მკურნალობის მიზანი, რომლის განხორციელებაზეც ისინი მუშაობდნენ, იყო მოსარგებლეთა მხრიდან არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების შეწყვეტა. მოსარგებლეთა მოლოდინებსა და მედპერსონალის მკურნალობის მიზნებს შორის ამგვარი აცდენის აღმოსაფხვრელად, ორივე კვლევის საფუძველზე, შემუშავებულ იქნა რეკომენდაცია, რომლის თანახმადაც უნდა გაუმჯობესებულიყო კომუნიკაცია, თითოეული მოსარგებლის მკურნალობის ინდივიდუალური მიზნების განსაზღვრისთვის, პროგრამის სამედიცინო პერსონალსა და მოსარგებლებს შორის.

საქართველოში, ასევე, ჩატარებულია რამდენიმე გამოკვლევა, რომლებმაც დაადასტურა ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის ხარჯთეფექტურობა. ესენია: მედიკამენტით მხარდაჭერილი მკურნალობის ხარჯების შეფასება საქართველოში აივ ინფექციის პრევენციისთვის (Kirtadze et al., 2012), მედიკამენტით მხარდაჭერილი თერაპიისა და საინექციო აღჭურვილობის გამცემი აპარატის პროგრამების ხარჯთეფექტურობის კვლევა საქართველოში (Kirtadze, Otiazhvili and Tabatadze, 2016) და, ინტერვენციული პაკეტები აივ ინფექციისა და C ჰეპატიტის წინააღმდეგ ნიმ-ებში აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში: მოდელირებისა და ხარჯთეფექტურობის კვლევა (Mabileau et al., 2005).

5. კვლევის დიზაინი და მეთოდოლოგია

კვლევა განხორციელდა შერეული – თვისებრივი და რაოდენობრივი მიდგომის გამოყენებით, ე.წ. თანმიმდევრული კვლევის დიზაინით: თავდაპირველად განხორციელდა კვლევის თვისებრივი კომპონენტი – ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუების რაუნდი დასავლეთ საქართველოში მოქმედი ოპიოიდებითი ჩანაცვლებითი (ოჩთ) თერაპიის მოსარგებლებებთან, მათი ოჩთ პროგრამაში ჩართულობის გამოცდილებების შესწავლის მიზნით. თვისებრივ კომპონენტში მიღებული შედეგები გამოყენებულ იქნა კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის კითხვარის დასახვეწად. რაოდენობრივი კომპონენტი – ჯვარედინ-სექციური ტიპის კვლევა, ჩატარდა დასავლეთ საქართველოს ოჩთ პროგრამების პაციენტების წარმომადგენლობით შენარჩევთან. რაოდენობრივი კვლევის მონაწილეთა შესარჩევად გამოყენებულ იქნა მარტივი შემთხვევითი შერჩევის პრინციპი, შერჩევის ზომა ცალ-ცალკე განისაზღვრა დიდი და მცირე მასშტაბის ოჩთ ცენტრებისთვის (სახელმწიფო დაწესებულებები), ასევე, კერძო დაწესებულებებისთვის. კვლევაში გამოყენებულ იქნა შემდეგი საზომები: სანდოობის ინტერვალი: 95%, ცდომილების ზღვარი 5%, კვლევის 3 დღის განმავლობაში მოსარგებლეთა მინიმუმ 50%-ის მოცვა თითოეულ საიტზე.

კვლევაში ჩვენ მიერ გამოყენებული მიდგომა ინოვაციურია. კერძოდ, კვლევითი გუნდი შედგება, ერთი მხრივ, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქციის კვლევების (ადიქტოლოგიის) ინსტიტუტთან და არასამთავრობო ფონდთან გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი ასოცირებული პროფესიონალი მკვლევრებისგან, და, მეორე მხრივ, ნარკოტიკული საშუალებების მომხარებელთა თემის წარმომადგენლებისგან, კერძოდ, სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის წარმომადგენლებისგან. პროფესიონალი მკვლევრები პასუხისმგებელი იყვნენ კვლევის მეთოდოლოგიის შემუშავებაზე, კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ჩატარებაზე, კვლევის შედეგების სრულ ანალიზსა და პრეზენტაციაზე. სათემო ორგანიზაციის წარმომადგენლები პასუხისმგებელი იყვნენ თვისებრივი კვლევის რესპონდენტების რეკრუტირებაზე, რაოდენობრივი კვლევის მონაცემების შეგროვებაზე, რისთვისაც მათ გაიარეს სპეციალური მომზადება, ინტერვიუების ჩატარების უნარ-ჩვევების განსავითარებლად.

5.1. შერჩევის მეთოდი

კვლევის თვისებრივი კომპონენტი

კვლევის თვისებრივი ნაწილი ჩატარებულია მიზანმიმართული შერჩევის მეთოდოლოგიაზე დაყრდნობით: კერძოდ, სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის წარმომადგენლების მიერ შერჩეულ იქნენ რესპონდენტები კვლევაში ჩართული ოჩთ დაწესებულებებიდან. შერჩევის პროცესში ყურადღება მიმართული იყო მაქსიმალურად ინკლუზიური შენარჩევის მობილიზებაზე: გენდერული, ასაკობრივი, სოცო-ეკონომიკური სტატუსის, ოჩთ პროგრამაში ჩართვის ხანგრძლივობის, და ოჩთ პროგრამის ტიპის (სახელმწიფო დაწესებულება, კერძო დაწესებულება, სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპია და მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპია) მიხედვით ბალანსის დაცვაზე. ინტერვიუთა რაოდენობა დამოკიდებული იყო სატურაციაზე. პოტენციურ რესპონდენტებს რუბიკონის თანამშრომლები აწვდიდნენ ინფორმაციას კვლევის მიზნებისა და პროცედურის შესახებ, დაინტერესების შემთხვევაში აცნობდნენ ინფორმირებული თანხმობის ფორმას და, ამის შემდგომ, აკავშირებდნენ კვლევით გუნდთან. კვლევაში მონაწილეობისთვის ინსენტივის სახით გამოკითხულ მოსარგებლებს გადაეცათ 12.60 ლარი.

კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტი

კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტი დასავლეთ საქართველოში არსებული ოჩთ პროგრამების პაციენტების რეპრეზენტატულ შენარჩევთან ჩატარდა.

შერჩევის ზომა განისაზღვრა შემდეგი პროცედურით: ცენტრები დაიყო ორ კატეგორიად – ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო დაწესებულებები (მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიისა და სუბოქ-

სონით ჩანაცვლებითი თერაპიის განმავრცოვებული დაწესებულებები) და კერძო დაწესებულებები (სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის დაწესებულებები). თითოეული კატეგორიისთვის ცალ-ცალკე გამოთვლილ იქნა შენარჩევის ზომა. დაწესებულებების რანდომული შერჩევა განხორციელდა შემდეგნაირად: სახელმწიფო დაწესებულებები დაიყო 2 კატეგორიად: მცირე მასშტაბის ცენტრები (200 პაციენტზე ნაკლები) და დიდი მასშტაბის ცენტრები (200 პაციენტზე მეტი). მცირე მასშტაბის ცენტრებიდან შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შეირჩნენ ზესტაფონისა (110 მოსარგებლე) და საჩხერის (60 მოსარგებლე) ცენტრები, სადაც მოსარგებლეთა საერთო რაოდენობიდან (170 მოსარგებლე), შერჩევა სულ მცირე 119 პირით შემოისაზღვრა (80 მოსარგებლე ზესტაფონიდან და 39 მოსარგებლე საჩხერიდან).

დიდი მასშტაბის ცენტრები შეირჩა რანდომულად – ერთი ცენტრი იმერეთის რეგიონიდან (ქუთაისი, 800 მოსარგებლე), ერთი ცენტრი სამეგრელოს რეგიონიდან (ზუგდიდი, 450 მოსარგებლე) და ერთი ცენტრი აჭარისა და გურიის რეგიონებიდან (ბათუმი, 900 მოსარგებლე). ჯამში 1,850 მოსარგებლიდან, შერჩევის ზომა იმავე საზომებით სულ მცირე 319 პირით განისაზღვრა (ქუთაისი – 120 პირი, ზუგდიდი 69 პირი და ბათუმი 130 პირი).

კერძო დაწესებულებები განთავსებულია სხვადასხვა რეგიონში და შერჩევის ზომის დაანგარიშება მოხდა სამი არსებული ცენტრის (ქუთაისი – 250 პირი, სენაკი – 200 პირი, ბათუმი – 240 პირი) მოსარგებლეთა ჯამური რაოდენობიდან. შერჩევის ზომად აქ განისაზღვრა 247 პირი (ქუთაისი – 90 მოსარგებლე, სენაკი – 70 მოსარგებლე, ბათუმი – 87 მოსარგებლე).

საბოლოოდ, შენარჩევის საერთო ზომა ($119 + 319 + 247 = 685$) 685 პირით შემოისაზღვრა.

შერჩევის პროცედურა შემდეგში მდგომარეობდა: კვლევის პერიოდში, პანდემიის მიზეზით, პაციენტებს გადასცემდნენ ჩანაცვლებით პრეპარატებს შინ წასაღებად 5 დღემდე ვადით; შესაბამისად, დაიგეგმა, რომ კვირაში 5 დღე (ორშაბათი-პარასკევი) ინტერვიუერები შერჩეულ დაწესებულებებში მოსულ ყოველ მეორე პირთან ჩატარებდნენ ინტერვიუს. კვლევაში მონაწილეობისთვის, ინსენტივის სახით, მოსარგებლებს გადაეცათ 9.45 ლარი.

5.2. კვლევის ინსტრუმენტები

თვისებრივი კომპონენტის კვლევის ინსტრუმენტი

კვლევის თვისებრივი ნაწილი ეყრდნობა გზამკვლევს, რომელიც შემუშავებული იყო ჩვენი უკრაინელი კოლეგების მიერ მხარდაჭერის, კვლევისა და განვითარების ცენტრიდან (Support, Research and Development Centre, SRDC), უკრაინის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა ქსელის (VOLNA), უკრაინის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლების, დროპ-ინ ცენტრისა და კლუბი ენეის (ENEY) მიერ. ამ ორგანიზაციის წარმომადგენლებმა 2019 წელს, ევრაზიის ზიანის შემცირების ქსელის მხარდაჭერით, უკრაინაში ჩატარეს მსგავსი მეთოდოლოგიის კვლევა (EHRA, 2020). გზამკვლევი მოიცავს შემდეგ კითხვებს/სექციებს (იხ. დანართი IV): საჭიროებები და მოლოდინები ორთა პროგრამაში მკურნალობასთან დაკავშირებით; დაწესებულების თანამშრომლებთან და სხვა პაციენტებთან ურთიერთობა; მკურნალობის პროცესში კმაყოფილება/დაუკმაყოფილებლობა; ორთა-ს კონკრეტულ პროგრამებში მონაწილეობის ან მათზე უარის თქმის გამოცდილება; დროის მსვლელობასთან ერთად ორთა პროგრამებში მონაწილეობასთან დაკავშირებული წარმოდგენების, მოლოდინების, საჭიროებების ცვლილება.

რაოდენობრივი კომპონენტის კვლევის ინსტრუმენტები

რაოდენობრივი კვლევის ინსტრუმენტი, ასევე, შემუშავებულია უკრაინაში ჩატარებული საპილოტე კვლევის საფუძველზე და მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს:

1. დემოგრაფიული და სოციო-ეკონომიკური მახასიათებლები (მაგ. სქესი, ასაკი, განათლების დონე, დასაქმების სტატუსი, ოჯახური მდგომარეობა, შემოსავლის ოდენობა, ორთა პროგრამაში მონაწილეობის წლები).
2. WHOQOL-BREF კითხვარი (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ცხოვრების ხარისხის კითხვარი – WHOQOL-100-ის ანუ ჯანმოს 100-კითხვისგან შემდგარი ცხოვრების ხარისხის შემსწავლელი კითხვარის (<https://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL100.pdf?ua=1&fbclid=IwAR2wFBne23Asfg0B5ZgDLrf-jalgjivn1aTIQZ5sNN3B0YTUapx7rnBurGk>) შემოკლებული ვერსია).

3. ოჩტ პროგრამაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული კითხვარი, რომელიც შემუშავდა უკრაინაში ჩატარებული საპილოტე კვლევის საფუძველზე და მოერგო ქართულ კონტექსტს, კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტიდან მიღებული მონაცემების საფუძველზე.
4. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმოს) კითხვარი PHQ-4 (პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი – 4), რომელშიც შედის შფოთვისა და დეპრესიის ორ-ორი სკრინინგ-შეკითხვა, რომლებიც შესაბამისად ამოღებულია GAD-7-დან (ჯანმოს გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკრინინგ-კითხვარი) და PHQ-9-დან (ჯანმოს პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი 9, რომელიც დეპრესიის სკრინინგისთვისაა მონოდებული).

5.3. მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი

კვლევის თვისებრივი მონაცემები შეგროვდა ონლაინ ინტერვიუების გზით (სკაიპისა და ზუმის პლატფორმების გამოყენებით). კვლევის მიზნებისთვის ინტერვიუების მიერ შეიქმნა სკაიპის სპეციალური ანგარიშები. სათემო ორგანიზაცია რუბიკონის წარმომადგენელი, პროექტის კოორდინატორი ახდენდა კვლევისთვის რესპონდენტთა რეკრუტირებას, ათანხმებდა შეხვედრის დროს მონაწილეებთან და ინტერვიუებთან და აკავშირდებდა მათ ერთმანეთთან. ინტერვიუ მიმდინარეობდა კონფიდენციალობის დაცვით, პროცესში კეთდებოდა საუბრის აუდიო ჩანაწერები. იმ შემთხვევაში, თუ რესპონდენტი არ ისურვებდა სახის გამოჩენას, შეეძლო უარი ეთქვა ვიდეოთვალის ჩართვაზე. კვლევის ყოველ მონაწილეს ინსენტივის სახით გადაეცა სიმბოლური თანხა (12.60 ლარი). ინტერვიუები იწერებოდა აუდიოჩანაწერზე, მომზადდა მათი ტრანსკრიპტები და მონაცემები გაანალიზდა კონტენტ-ანალიზის მეთოდით.

კვლევის რაოდენობრივი მონაცემები შეგროვდა კითხვარის გამოყენებით, რომელიც პლანშეტებში ჩატვირთულ RedCap პლატფორმაზე იყო ატვირთული (<https://www.project-redcap.org/>). მონაცემთა შეგროვებისთვის RedCap პლატფორმის გამოყენების საშუალება მოგვცა უკრაინელ მკვლევართა გუნდმა, რომელთაც ანალოგიური კვლევა, ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაციის მხარდაჭერით, განახორციელეს 2019 წელს. RedCap ონლაინ კითხვარის პლატფორმა შესაბამისობაშია პერსონალურ მონაცემთა დაცვის ზოგად რეგულაციასთან (GDPR). შევსებული კითხვარის მონაცემები RedCap პლატფორმიდან ჩაიტვირთა სტატისტიკური ანალიზის კომპიუტერულ პროგრამაში (SPSS) სტატისტიკური დამუშავებისთვის. კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის ყოველ მონაწილეს ინსენტივის სახით გადაეცა სიმბოლური თანხა (9.45 ლარი).

რაოდენობრივი კითხვარის მონაცემების ანალიზი მოიცავდა აღწერით სტატისტიკასა და ბივარიაციულ რეგრესულ ანალიზს.

5.4. კვლევის ეთიკის პროცედურები

მონაწილეებს, როგორც თვისებრივი, ასევე რაოდენობრივი კვლევის დაწყებამდე მიეწოდებოდა ინფორმაცია კვლევის მიზნების შესახებ. დაინტერესების შემთხვევაში, მათ მოეთხოვებოდათ მონაწილეობის დადასტურება ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელმოწერის გზით. ყველა მონაცემი ანონიმურობის დაცვით შეგროვდა. კვლევის პროცესში არ ვითხოვდით მონაწილეების ვინაობის გამხელას, მისამართს ან პიროვნების მაიდენტიფიცირებელ სხვა მონაცემებს (მაგ. დაბადების სრული თარიღი და პირადი ნომერი).

კვლევის განმავლობაში უზურუნველყოფილი იყო შეგროვებული მონაცემების სათანადო დაცვა. თვისებრივი კვლევის ინტერვიუების აუდიო ჩანაწერები და ტრანსკრიპტები, ასევე რაოდენობრივი მონაცემები, ინახებოდა პაროლებით დაცულ ფაილებში, პაროლებითვე დაცულ კომპიუტერებში. რაოდენობრივ მონაცემთა შესაგროვებელი პლატფორმა RedCap სრულად შეესაბამება GDPR რეგულაციას. მონაცემები მკვლევართა გუნდის წევრებს შორის გაზიარდა მხოლოდ GDPR რეგულაციის შესაბამისი მეთოდებით.

კვლევის განხორციელებაზე ნებართვა გასცა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტის ეთიკურმა კომისიამ.

6. კვლევის თვისებრივი კომპონენტის შედეგები

6.1. რესპონდენტების დემოგრაფიული მახასიათებლები

კვლევის ფარგლებში ჯამში ჩატარდა 10 ნახევრადსტრუქტურირებული ინტერვიუ (9 კაცი, 1 ქალი); რესპონდენტების საშუალო ასაკი 48 წელი იყო (მინიმალური: 39, მაქსიმალური: 57, SD 6.30); 8 რესპონდენტი დაოჯახებულია, 1 დაუოჯახებელი, 1 – ქვრივი; უმეტესობა უმუშევარია (6 რესპონდენტი; მათგან 1 იღებს ომისა და სამხედრო ძალების ვეტერანთა პენსიას), 3 დასაქმებული, 1 – სოციალურად დაუცველის სტატუსის მქონე. სხვადასხვა მუხლით, მათ შორის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების უკანონო მოხმარების გამო, ციხეში ყოფნის გამოცდილება აქვს 4 რესპონდენტს. რეკრუტირების პროცესში დაკავშირება შევძელით მხოლოდ 1 ქალ რესპონდენტთან.

კვლევის რესპონდენტთა შორის 8 მეტადონით ჩანაცვლებითი პროგრამის პაციენტია, ხოლო 2 – სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის; 9 რესპონდენტი ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, 1 – კერძო პროგრამის. რესპონდენტების პროგრამაში ყოფნის გამოცდილების ხანგრძლივობა საკმაოდ მრავალფეროვანია: საშუალო ხანგრძლივობა 6 წელია (მინიმალური ხანგრძლივობა 1 თვე, მაქსიმალური – 14 წელი, SD 4.42); მათგან 7 პაციენტი პროგრამაში ჩართვის დღიდან უწყვეტად მკურნალობს.

კვლევის რესპონდენტებში არაღებგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დაწყების საშუალო ასაკი 20 წელია (SD 1.5); ყველაზე ხშირად მოხმარებულ არაღებგალურ ფსიქოაქტიურ საშუალებებად დასახელდა: მორფინი, ჰეროინი, ოპიუმი; რესპონდენტთა ნაწილს, ასევე, აქვს ჩამანაცვლებელი პრეპარატის არასამედიცინო მიზნით მოხმარების გამოცდილებაც.

6.2. საჭიროებები და მოლოდინები ორთ მკურნალობაში ჩართვამდე

სხვა სახის მკურნალობის საჭიროება და გამოცდილება

რესპონდენტთა უმრავლესობას არ ჰქონია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული სხვა მკურნალობის გამოცდილება ჩანაცვლებით პროგრამაში ჩართვამდე (გარდა სასწრაფო დახმარებისა ზედოზირების/ალკვების მდგომარეობის დროს). მხოლოდ 1 რესპონდენტს ჰქონდა გამოცდილება ნარკოტიკული საშუალებისგან თავისუფალი მკურნალობის პროგრამაში ყოფნისა (საზღვარგარეთ), რაც მისთვის არაეფექტური აღმოჩნდა და მიმართა ჩანაცვლებით თერაპიას.

ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის შესახებ ინფორმირებულობა

მკურნალობის დაწყებამდე ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის შესახებ ინფორმაციას რესპონდენტები უმეტესად არაფორმალური გზებით იღებდნენ (ნათესავ/ახლობლებისგან ან იმ ადამიანებისგან, რომლებიც თავად იყვნენ ჩართული თერაპიაში). ერთ-ერთ რესპონდენტს ჩანაცვლებითი თერაპია მომხმარებლების „მოსატყუებლად“ შექმნილი მორიგი მახეც კი ეგონა, რომელიც მათი რეპრესირებისთვის იქნებოდა გამოყენებული.

„ვიცოდი, რომ ამ პროგრამაში იყვნენ ჩემი მეგობრები. ვფიქრობდი და მივედი ამ გადაწყვეტილებამდე“. (რესპონდენტი №1, კაცი, 43 წლის).

„არ ვიცოდი, რა იქნებოდა, როგორც უცხო ხილი, რომ არ იცი, რას უნდა ელოდო; არანაირი ინფორმაცია არ გვექონდა, სანამ იქ არ მივედით... ხომ გეუბნებით, მაინც ვფიქრობდი, შეიძლება, მახე იყოს. ახლა ეს სასაცილოდ ჟღერს, მაგრამ მაშინ სულ იმას ვიყავი მიჩვეული, რომ მომსდევენ, უნდა დაიმალო... ძნელი წარმოსადგენი იყო, რომ მიხვალ, დალევ, რაც სჭირდება შენს ორგანიზმს...“. (რესპონდენტი №9, კაცი, 50 წლის).

ინფორმაციის ნაკლებობა გამხდარა პროგრამაში ჩართვის დაყოვნების მიზეზიც; იყო შემთხვე-

ვები, როდესაც რესპონდენტებს, ან მათი ოჯახის წევრებს, ეგონათ, რომ თერაპიაში ყოფნისას მუდმივად თრობის მდგომარეობაში იქნებოდნენ, ან რომ პროგრამაში ყოფნა ხელს შეუშლიდათ სხვადასხვა საქმიანობაში.

ოჩო პროგრამაში ჩართვის მოტივაცია

კვლევის მონაწილეებისთვის პროგრამაში ჩართვის თავდაპირველი მოტივაცია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მუდმივი ძებნის, შეძენის, საპოლიციო დევნისგან და ალკვეთის მდგომარეობისგან გათავისუფლება იყო:

„მერე მივხვდი, სანამდე უნდა იარო ამ შავ ბაზარზე, არაა ეს ფული სულ. ავდექი და შევედი, რომ მეწონოდა ჩემთვის და არ მეტხოვა სხვისთვის, ქუჩაში რომ არ ვყოფილიყავი დღე და ღამე იმისთვის, რომ სადმე წამალი მეშოვა და გამეკეთებინა. თან მოსდევს ამას მთელი მილიცია, მთელი პოლიცია“. (რესპონდენტი №4, კაცი, 43 წლის).

ოჩო პროგრამაში ჩართვის ბარიერები

რესპონდენტები აცხადებენ, რომ უშუალოდ პროგრამაში ჩართვისას სირთულეებს არ წაწყდო-
მია, თუმცა, ჩართვისთვის საჭირო პროცედურები, როგორიცაა პოლიკლინიკიდან ფორმა 100-ის
წარდგენა, ზოგჯერ ერთგვარ ბარიერს წარმოადგენს დამატებითი ხარჯის გამო (70 ლარი);

ოპიოიდებით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართვის კრიტერიუმებთან და პრაქტიკასთან დაკავ-
შირებით რესპონდენტებში განსხვავებული ტიპის, ხშირად არაზუსტი (მითოლოგიზებული), ინ-
ფორმაციაა გავრცელებული. მაგალითად, გამოითქვა მოსაზრება, რომ ჩანაცვლებითი თერაპიით
სარგებლობენ ალკოჰოლდამოკიდებული პირებიც, რის გამოც „ადგილი აღარ რჩება“ ოპიოიდების
ჯგუფის ნივთიერებების მომხმარებლებისთვის. ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, პროგრამაში
ჩართვისას იგი სათანადოდ არ შეამოწმეს და ამიტომ უთხრეს უარი პროგრამაში მიღებაზე; გა-
მოითქვა ვარაუდი, რომ ერთ-ერთი ქალაქის ოჩო პროგრამაში მსურველებს ნეპოტისტური ნიშნით
რთავენ, შესაბამისი სამედიცინო საჭიროების გარეშე, რაც პროგრამაში ჩართვის საჭიროების მქო-
ნე პირთათვის სერვისის მიღებას აფერხებს.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ადგილმდებარეობის ცვლილების დროს, ჩამანაცვლებელი პრეპარატის
მიღება რთულდებოდა – ერთ-ერთმა რესპონდენტმა გაგვიზიარა, ევროპის ქვეყნიდან ჩამოსვლის
შემდეგ, სადაც ის ჩართული იყო ოჩო-ში, საქართველოში პროგრამაში ჩართვისას რამდენიმე დღით
დაყოვნების შემთხვევა. დაყოვნება მოხდა იმის გამო, რომ საზღვარგარეთ პროგრამაში ყოფნის
დამადასტურებელი დოკუმენტაცია საკმარისი არ აღმოჩნდა მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაში
ჩასართავად და მას მოსთხოვეს ჯანმრთელობის ცნობის წარდგენა ადილობრივი პოლიკლინიკიდან
(2013 წლის გამოცდილებით):

*„პარასკევს ჩამოვედი საქართველოში და ორშაბათამდე ველოდი შესვლას, როდესაც
დაფიქსირებული ვიყავი იქ და იქიდან ფურცელიც რომ მაქვს ჩამოტანილი. არა, ორშაბათამდე
ვერ მიგიღებთო. შეიძლება ასე ლომკაში ამყოფო ადამიანი, როცა გაქვს საშუალება, დააღვეინო?!
ცნობა ხომ იქიდან მქონდა ჩამოტანილი, ევროპიდან, რა დოზასაც ვიღებდი, ის ხომ საკმარისი
უნდა ყოფილიყო და ესენი აქაურ ცნობას მთხოვდნენ“ (2013 წ.). (რესპონდენტი №3, კაცი, 39 წლის).*

მეორე რესპონდენტისგან მიღებული ინფორმაციის თანახმად (რომელიც ასევე იყო ჩართული
საზღვარგარეთ სუბოქსონით ჩანაცვლებით თერაპიაში), 2019 წელს, საზღვარგარეთიდან ჩამოს-
ვლის დღესვე, საქართველოში შეძლო ჩართულიყო მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგ-
რამაში, რისთვისაც საკმარისი აღმოჩნდა ბიოლოგიური მასალის ანალიზი და ექიმის გასინჯვა
(„ალკვეთის მდგომარეობის“ სიმპტომატიკის არსებობა), რაც შესაძლოა რეფერირების სისტემის
გაუმჯობესებაზე მიუთითებდეს:

*„სხვათა შორის, საკმაოდ სწრაფად ჩავერთე, იმ დღესვე... ანალიზში მქონდა, ბუპრენორფინი,
ხომ ამომივიდა?!... და ცუდად ვიყავი, რომ შეხედეს ექიმებმა აშკარად ცუდად ვიყავი... ლომკაში
ვიყავი“ (2019 წ.). (რესპონდენტი №5, კაცი, 51 წლის).*

რესპონდენტმა, რომელსაც საქართველოდან მოუწია ევროპის ქვეყანაში წასვლა, აღწერა რე-
ფერირების ეფექტური სისტემა, მისი თქმით, „ნახევარი საათითაც კი არ დაუგვიანდა პრეპარატის
მიღება“. (რესპონდენტი №9, კაცი, 50 წლის).

6.3. ორთ პროგრამაში ყოფნასთან დაკავშირებული გამოცდილებები

ჩართვის პროცესის ალგორითმი

რაც შეეხება პროგრამაში ჩართვასთან დაკავშირებულ პროცედურებს, რესპონდენტებმა შემდეგი სქემა გაგვიზიარეს: თავდაპირველად, საჭიროა, წარადგინონ ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ პოლიკლინიკიდან (ფორმა 100), შემდეგ უკვე უშუალოდ ჩანაცვლებითი თერაპიის კლინიკაში ესაუბრებიან ექიმ-ნარკოლოგს მოხმარების ისტორიის შესახებ, აბარებენ შარდს ანალიზისთვის, რის შემდეგაც თითოეულისთვის განისაზღვრება ჩანაცვლებელი მედიკამენტის დოზა, რომელიც პირველი რამდენიმე დღე რეგულირდება პაციენტისთვის ოპტიმალური მდგომარეობის მისაღწევად. მკურნალობის სანყისი ნაბიჯების გავლის, დოზის შეჩერებისა და პაციენტის მდგომარეობის დასტაბილურების შემდგომ, ჩანაცვლებელი პრეპარატის მიღების პროცედურა საკმაოდ მარტივდება – აქ საკმარისია შემდეგი ნაბიჯები: კლინიკაში მისვლა, ექიმთან შეხვედრა მედიკამენტის გამოსაწერად, პრეპარატის მიღება.

მკურნალობის შესახებ პაციენტების ინფორმირება დაწესებულებაში

ხშირ შემთხვევაში, ჩანაცვლებითი თერაპიის განმახორციელებელ დაწესებულებაში ექიმთან პირველი შეხვედრის დროს, პაციენტი შეიძლება აღკვეთის მდგომარეობაში იმყოფებოდეს, ან იყოს ფსიქოპათიური ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ, რაც ართულებს მისთვის თერაპიის შესახებ სათანადო ინფორმაციის მიწოდებას (და აღქმას) მკურნალობის დაწყებამდე. ამავდროულად, რესპონდენტებს უჭირდათ პასუხის გაცემა კითხვაზე, თუ კონკრეტულად რომელი სპეციალიზაციის ექიმებს გაესაუბრნენ და რა შეკითხვებს გასცეს პასუხი, მიიღეს თუ არა ინფორმაცია მკურნალობის შესახებ:

„რა ვიცი, იმდენი ექიმი იყო... ცოტა გაბრუებული ვიყავი, არ მახსოვს კარგად, რა კითხვები იყო“. (რესპონდენტი №10, ქალი, 51 წლის).

„წინასწარ, კი, იქ ექიმი ხომ გესაუბრება, რომ ეს არის ჩანაცვლებითი პროგრამა, შეგიძლია იმკურნალო, შეგიძლია გახვიდე, შეგიძლია გააგრძელო... მე რაც მაინტერესებდა – ეს ერთი თვითაა, ორი თვითაა, რასაც ვკითხულობდი [მპასუხობდნენ]“. (რესპონდენტი №8, კაცი, 43 წლის).

კვლევის რესპონდენტების ნაწილმა (ორმა რესპონდენტმა) აღნიშნა, რომ არც მოგვიანებით მიუღია პროგრამის თანამშრომლებისგან საკმარისი ინფორმაცია ჩანაცვლებითი თერაპიის შესახებ. დანარჩენმა რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ შემდგომში ინფორმაცია მკურნალობის მიმდინარეობაზე, სხვადასხვა ვარიანტებზე (შემანარჩუნებელი თერაპია, დეტოქსიკაცია), შესაძლო შედეგებსა და გამოსავლებზე მიიღეს პროგრამის თანამშრომლებისგან. მკურნალობის პროცესზე ინფორმაციის წყარო შეიძლებოდა, ასევე, ყოფილიყო ზიანის შემცირების პროგრამის განმახორციელებელი ცენტრი, პროგრამაში ჩართული ნათესავი, ან საზღვარგარეთ მკურნალობისას მიღებული ინფორმაცია.

პროგრამაში მომუშავე პერსონალის დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ

რესპონდენტები უმეტესად აღნიშნავენ პროგრამის თანამშრომლების დადებით დამოკიდებულებას პაციენტების მიმართ.

„აღამიანურად გველაპარაკებოდნენ, გულთან მიჰქონდათ გაჭირვება... მადლობის მეტი არაფერი მეთქმის“. (რესპონდენტი №9, კაცი, 50 წლის).

„გეხმარება ხალხი, გივლიან, კარგად გხვდებიან და უკმაყოფილო რატომ უნდა იყო“. (რესპონდენტი №2, კაცი, 39 წლის).

გაიჟღერა თბილისსა და რეგიონებში განსხვავებული დამოკიდებულების გამოცდილებამ – რესპონდენტების გადმოცემით, თბილისში დამოკიდებულება უფრო ჰუმანური, მზრუნველი და პატივისცემით გამსჭვალულია. ხოლო რეგიონებში ისინი წაწყდომიან არასათანადო დამოკიდებულებას და წინასწარგანწყობებს მომხმარებელთა თემის მიმართ:

„მათთან [საუბარია კლინიკის წარმომადგენელზე] კიდევ ვერ დავიდა ის, რომ [მომხმარებლებს] არა როგორც დამნაშავეებს უყუროს, არამედ როგორც ავადმყოფებს, ეს მის შეგნებამდე ვერ მივიდა და ვერ მივა ვერასდროს... [მომსახურება] უფრო მეტად იყოს ორიენტირებული პაციენტზე და არა პაციენტი უფროსის ხუმტურებზე“. (რესპონდენტი №7, კაცი, 57 წლის).

პრეპარატი კმაყოფილების დონე

რესპონდენტები, ზოგადად, კმაყოფილი არიან ჩამანაცვლებელი პრეპარატი და არ აქვთ პრეპარატის შეცვლის სურვილი. ერთ-ერთი რესპონდენტი თვლის, რომ პრეპარატ მეთადონის ხარისხი უკეთესია საქართველოში, ვიდრე სხვა ქვეყანაში, სადაც ის იმავე სერვისს იღებდა.

„ათენში მივიღე ინფორმაცია ამ პროგრამის შესახებ და ათენს სჯობია ქუთაისში. იქ [ათენში] სულ ნაკლებია [პრეპარატი]“. (რესპონდენტი №2, კაცი, 39 წლის).

ერთ-ერთმა რესპონდენტმა მიუთითა პრეპარატის მოქმედების ეფექტურობის ერთგვარ ნეგატიურ დინამიკაზე თვის დასაწყისიდან თვის ბოლომდე – მისი თქმით, ყოველი თვის დასაწყისში პრეპარატის მოქმედება უფრო ეფექტურია და ყოველი თვის ბოლოსთვის – ნაკლებად. მან გამოთქვა ვარაუდი, რომ შესაძლოა დაწესებულება არ იცავს პრეპარატის შენახვის წესებს:

„არის შემთხვევები, ბევრი ამბობს კიდევ, რომ „ხომ არ უფუჭდებათ წამალი ამათ?!“ აშკარად განსხვავდება – არის კარგი, ჩვეულებრივი, საშუალო და ცუდი. შენახვის წესი ხომ არის კარგად დაცული და ხომ არ ფუჭდება?... თვის ბოლოს იგრძნობა უფრო, უკმარისობის შეგრძნება გაქვს, განსხვავებას ამჩნევ“. (რესპონდენტი №5, კაცი, 51 წლის).

რესპონდენტებმა, ასევე, გააკეთეს კომენტარები მეთადონისა და სუბოქსონის ჩამანაცვლებელი პრეპარატების სხვაობაზე, თუ რამდენად განსხვავებული შეიძლება იყოს ამ მედიკამენტებზე პაციენტის ფიზიოლოგიური რეაქცია. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მეთადონის პროგრამიდან სუბოქსონის პროგრამაზე გადასული პაციენტები რამდენიმე თვეში ბრუნდებიან უკან. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც პროგრამის მომავალი პაციენტები ამა თუ იმ პროგრამას ირჩევდნენ წარსული გამოცდილების (უარყოფითი რეაქცია ქუჩის მეთადონზე ან სუბოქსონზე) საფუძველზე:

„საფრანგეთში შეხება მქონდა მეთადონთან (ქუჩის) და ეს არ არის ისეთი პრეპარატი, რომ მოვიხმარო მე და ვერიდები“. (რესპონდენტი №4, კაცი, 43 წლის).

„რუსეთში გავსინჯე ქუჩის მეთადონი და ცუდი რეაქცია მქონდა“. (რესპონდენტი №5, კაცი, 51 წლის).

ერთ-ერთმა რესპონდენტმა გაგვიზიარა საკუთარი მოსაზრება, რომ უმჯობესია ჩამანაცვლებელ პრეპარატად ბუნებრივი წარმოშობის ფსიქოაქტიური საშუალებები გამოიყენებოდეს, რადგან მათ, მისი აზრით, ბევრად ნაკლები უკუჩვენება აქვთ, ვიდრე ხელოვნურად სინთეზირებულ პრეპარატებს:

„თუ არის შესაძლებელი ბუნებრივი ნარკოტიკებით რომ მოხდეს ჩანაცვლება, არ იყოს ასე ხელოვნური ნარკოტიკებით. მაინც მავნებელია ის ჯანმრთელობისთვის. ოპიატის ჯგუფი იმდენად არაა მავნებელი. მეთადონს ბევრი უარყოფითი აქვს. უარყოფითად მოქმედებს თირკმლებზე“. (რესპონდენტი №5, კაცი, 51 წლის).

შერჩეული დოზით კმაყოფილება

რესპონდენტები, ზოგადად, მკურნალობის პროცესში შერჩეული დოზით კმაყოფილებას გამოხატავენ; მათი თქმით, დოზის შერჩევა ხდება სათანადო დაკვირვების საფუძველზე, რის შედეგადაც, პრეპარატის მიღების შემდეგ, შეუფერხებლად ერთგვრიან ყოველდღიურ საქმიანობებში.

„20 მგ (შევარჩიეთ) თავიდან, მაინც არ დამამშვიდა, უძილობები მქონდა, ოფლიანობები. მერე, პატარა ხნის მერე მოვამატებინე... რომ დამაძინა და ეს შფოთვები მომიხსნა, რისთვისაც შევედი, დავჯექი იმ დოზაზე. მომეხმარნენ მაგამი... ექიმებმა ყურადღებით

ნახეო ერთი-ორი დღე და რომ არ მეყო, მერე 40-ზე გავჩერდი“. (რესპონდენტი №1, კაცი, 43 წლის).

„პრეპარატის დოზა ჩემით, ჩემთან შეთანხმებით დავადგინეთ, მომიმატა, მომიმატა და რომ დავლიე 60 მგ, აღარ მინდა მეთქი-მეტი, ნორმალურია“. (რესპონდენტი №2, კაცი, 39 წლის).

თუმცა, იყო ასევე შემთხვევები, როდესაც პაციენტები ჩამანაცვლებელი პრეპარატის გარდა სხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებსაც მოიხმარდნენ, დღის განმავლობაში ოპტიმალური მდგომარეობის მისაღწევად; თუმცა, ამ საკითხის შესახებ ექიმთან კომუნიკაცია არ ჰქონიათ:

„მომაბეზრებელია ერთსა და იმავე მდგომარეობაში ყოფნა. დღის მეორე ნახევარში უკვე ხარ მოწყვეტილი, მიგდებული, არაფრის გაკეთების თავი აღარ გაქვს“; . ექიმთან ამ საკითხზე არ მისაუბრია, იმიტომ, რომ ვერაფერს შემომთავაზებს, ვიცი, ტყუილად რა აზრი აქვს... ბევრ პაციენტს აქვს მსგავსი პრობლემა, ამიტომ ზოგი კონიაკს სვამს, ზოგი ლუდს დილიდან საღამომდე“. (რესპონდენტი №7, კაცი, 57 წლის).

პროგრამაში არსებული სხვა მომსახურებებით სარგებლობა

რესპონდენტებმა განაცხადეს, რომ მათთვის ცნობილია სამედიცინო და ფსიქოსოციალური სახის სხვა საჭიროებების დაკმაყოფილების შესაძლებლობების თაობაზე როგორც ორთხე პროგრამაში, ასევე რეფერალის გზით – მაგ., C ჰეპატიტის პროგრამაში სამკურნალოდ გადამისამართება, სამსახურის მოძიებაში დახმარება და ა.შ.:

„თანამშრომლები გეხმარებიან, ბევრ რამეს გეკითხებიან, რამე ხომ არ გინდა, გასწავლიან, რომ არის დაწესებულება, აიღე ანალიზი C ჰეპატიტზე, უფასოდ მკურნალობენ“ (რესპონდენტი №2, კაცი, 39 წლის).

რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ მეტ-ნაკლები რეგულარობით ხვდება ფსიქოლოგს და სოციალურ მუშაკს (დაახლოებით, თვეში 2-ჯერ; კონკრეტულ შემთხვევებში, კლინიკაში ყოველ ვიზიტზეც კი) და, ზოგადი ჯანმრთელობის მონიტორინგისთვის, კლინიკის ბაზაზე იტარებს სხვადასხვა გამოკვლევას.

ზოგიერთი რესპონდენტი კი უკმაყოფილებას გამოთქვამს დამატებით მომსახურებაზე ინფორმაციის უქონლობის გამო – მაგ., ისინი არ ფლობენ ინფორმაციას პროგრამაში ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაკის მომსახურების შესახებ მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამასა და სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამაში ქუთაისში:

„არც არაფერი შემომთავაზებდა ყოფილა. არც ფსიქოლოგი, არც რამე. ერთადერთი მივდივარ და ვიღებ პრეპარატს, ეს არის და ეს“. (რესპონდენტი №4, კაცი, 43 წლის).

„მასეთი დახმარება არც მიგრძენია (ფსიქოლოგის, სოც. მუშაკის მომსახურება) და არც მინახავს, ვინმეს შემოეთავაზებინოს“. (რესპონდენტი №3, კაცი, 39 წლის).

წლების მანძილზე, საქართველოში მოქმედი რეგულაციებით, გამონაკლისი შემთხვევების გარდა, არ იყო დაშვებული ჩამანაცვლებელი პრეპარატის რამდენიმე დღის დოზის პროგრამების მოსარგებლეებისთვის სახლში გატანება (ისეთი გამონაკლისების გარდა, როგორიცაა, მაგ., დოკუმენტურად დადასტურებული სამსახურეობრივი მივლინება, ოჯახის წევრის გარდაცვალება, ან პაციენტის ავადმყოფობა და წოლითი რეჟიმი; დეტალური ინფორმაცია მოცემულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 3 ივლისის №01-41/ნ ბრძანებაში ნარკომანიის ჩანაცვლებითი სპეციალური პროგრამით მკურნალობის განხორციელების შესახებ). 2020 წლის 19 მარტიდან, COVID-19 პანდემიის პირობებში, ჩამანაცვლებელი თერაპიის პაციენტები კლინიკაში ადგილზე იღებენ ერთი დღის დოზას, ხოლო 5 დღის მედიკამენტი სახლში მიაქვთ. ამ ცვლილებას კვლევის რესპონდენტები დადებითად აფასებენ, ვინაიდან ეს მათ მეტ თავისუფლებას აძლევს – არ უწევთ ყოველდღიური ვიზიტის განხორციელება კლინიკაში. თუმცა, აზრთა სხვადასხვაობა დაფიქსირდა სახლში წასაღები დოზის ოდენობასთან დაკავშირებით. რესპონდენტების ნაწილი გამოთქვამს სურვილს (2 რესპონდენტი), რომ პროგრამის მოსარგებლეებს 5 დღეზე ნაკლები დოზის გატანის შესაძლებლობა ჰქონდეთ, რადგან დოზირების დაცვა და პრეპარატის 5 დღეზე სათანადოდ გადანაწილება ყველასთვის

მარტივი არ არის (ჯანდაცვის მინისტრის №01-27/6 ბრძანების მიხედვით, პანდემიის პირობებში თან წასაღები დოზა განსაზღვრულია მაქსიმუმ 5 დღის ოდენობით; 7 დღის ოდენობით პაციენტის კარანტინში ყოფნის ან თვითიზოლაციის შემთხვევაში, თუმცა, როგორც ჩანს, 5 დღეზე ნაკლები დოზის გატანების პრაქტიკა არ ტარდება⁹):

„3 დღიანი დოზის ნამოღება მინდოდა და უარს მეუბნებოდნენ, მაინც და მაინც 5 დღე, იძახიან ამას... ნაკლებს გთხოვ, ბევრს ხომ არა – მინდოდა უბრალოდ, ცუდად რომ არ დავრჩე, ამის გამო. უფრო ვაკონტროლებდი 3 დღისას“. (რესპონდენტი №3, კაცი, 39 წლის).

„3 დღის დოზას რომ ატანდნენ კარგი იქნება. 5 დღისას გაძლევენ რომ გაიტანო და რომ იყოს 3 დღის, კარგი იქნებოდა. მე მეგობრები მყავს და ვერ აკონტროლებენ დოზას, ერთბაშად იღებენ – 5 დღის დოზას იღებენ 3 დღეში და 2 დღე ცუდად არიან, რაც საშინელებაა. ჯობია პროგრამაში იარონ და 3 დღის გამოიტანონ, უფრო გააკონტროლებენ. თუ ახლოს ცხოვრობენ, იარონ და თუ შორს ცხოვრობენ, მაგათთვის კარგია“. (რესპონდენტი №2, კაცი, 39 წლის).

კვლევის ერთმა რესპონდენტმა გამოთქვა სურვილი, პრეპარატის დასაშვები თან წასაღები რაოდენობა, 5 დღეზე მეტი იყოს, მაგალითად, 1 კვირის დოზა:

„1 კვირა ხომ მიდიხარ დასასვენებლად, მაგალითად, მე-5 დღეს უნდა წამოხვიდე, 2 დღით ადრე, ამას ვამბობ მე და, ასე თუ გამოსწორდება, ადამიანს თუ უნდა ამ ერთ კვირაში, გინდა 3 დღის გაიტანოს ან 1 კვირის, რატომ უნდა იყოს პრობლემა, ვერ ვგებულობ... ახლა 1 თვის კი არ უნდა გაატანონ, მაგრამ 1 კვირის მაგალითად. (რესპონდენტი №1, კაცი, 43 წლის).

ოჩით შეწყვეტის, სხვა მკურნალობაში ჩართვის სურვილი და გამოცდილება

ზოგიერთ რესპონდენტს ჰქონია ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში მონაწილეობის შეწყვეტის სურვილი (2 რესპონდენტი). ერთ-ერთს ჰქონია მკურნალობის თვითნებური დატოვების გამოცდილება, რის შემდეგაც, მოკლე დროითი პერიოდის შემდეგ, ცუდად ყოფნის მიზეზით, კვლავ დაბრუნებულია პროგრამაში.

ერთ-ერთი რესპონდენტის თქმით, მას სურდა აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პროგრამით სარგებლობა, რაც ვერ განახორციელა პროგრამაში ჩართვამდე ლოდინის ხანგრძლივობის გამო; ამ რესპონდენტმა შემდგომში ჩანაცვლებით პროგრამაში გადაწყვიტა ჩართვა:

„მინდოდა ლომკის გადაგდება, მაგრამ მანდ ისეთი რაღაცები მითხრეს, 2 კვირის მერე მიგიღებთო და 2 კვირის მერე რაღად მინდოდა მაგათი მკურნალობა... 2 კვირა ჩემთვის დიდი დრო იყო და ამიტომ შევედი ამ პროგრამაზე (ოჩით)“. (რესპონდენტი №4, 43 წლის).

მეორე რესპონდენტის თქმით, ჩანაცვლებითი თერაპიიდან აბსტინენციაზე ორიენტირებულ მკურნალობაში გადანაცვლებისთვის საჭირო პროცედურების მიზეზით (დოზის თანდათანობით კლება, რაც გარკვეულ დროს მოითხოვს, შემთხვევის მიხედვით), მყისიერად ვერ შეცვლიდა მკურნალობის ფორმას, ამიტომაც გადაიფიქრა ამგვარი ცვლილება.

„ერთხელაც ლომკის გადაგდება ვიფიქრე, ლოდინმა მომიწია დიდხანს და გადავიფიქრე მერე. ძაან დიდხანს მალოდინეს, თითქმის 3 თვე... დოზა დანიეო მეუბნებოდნენ – 50 მგ-ით ვიყავი და 50 მგ-ზე ვერ დაგანვენთო. 10 მგ-ზე თუ ჩამოვედი, 10-ზე სახლშიც კი გადავაგდე, ჩემით“. (რესპონდენტი №3, კაცი, 39 წლის).

კლინიკაში მოქმედი წესები და მათი დარღვევის შემთხვევები

ჩანაცვლებითი თერაპიის დაწესებულებაში მოქმედი ფორმალური წესებიდან რესპონდენტებმა ჩამოთვალეს: პრეპარატის კლინიკიდან მალულად გატანის აკრძალვა; ტელეფონზე საუბრის შეზღუდვა კლინიკაში ყოფნის დროს; ვიზიტის სამჯერ გაცდენის უფლების არქონა (ჯანდაცვის მინისტრის №01-41/6 ბრძანების მიხედვით პროგრამიდან გარიცხვის საფუძველი ოფიციალურად

9 უნდა აღინიშნოს, რომ კანონი 5 დღის დოზაზე ნაკლები რაოდენობის გატანების საშუალებას იძლევა, უბრალოდ, ეს დამატებით ადმინისტრაციულ საქმესთან არის დაკავშირებული. კვლევის რესპონდენტების პასუხები გვაფიქრებინებს, რომ ისინი საკითხის შესახებ ინფორმირებულები არ იყვნენ.

თვეში 5 არასაპატიო გაცდენა); ჩამანაცვლებელი პრეპარატით მკურნალობისას სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების (მათ შორის, ალკოჰოლის) მოხმარების უფლების არქონა; ყოველთვიური სავალდებულო შემონმება/ტესტირების გავლა; მართვის მონმობის ალებისა და ავტომობილის მართვის შეზღუდვა თერაპიაში ყოფნის პერიოდში. ნაწილმა აღნიშნა (4 რესპონდენტი), რომ კლინიკის თანამშრომლებმა მათ გააცნეს პროგრამაში მოქმედი წესები, და რომ წესების ჩამონათვალს დაწესებულებაში კედელზე გამოკრულსაც ხვდებიან; დანარჩენმა რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მათთვის არ წარუდგენიათ წესების ფორმალური ჩამონათვალი.

წესების დარღვევის მცდელობას პაციენტების მხრიდან ერთ-ერთი რესპონდენტი აღნიშნავს (პრეპარატის თვითნებურად გატანის მცდელობა პროგრამიდან):

„მოხმარებლები ათას რამეს აკეთებენ. ფიქრობს, წავიღებ ამას (ჩამანაცვლებელ პრეპარატს) და ჩემს ჭკუაზე მოვიხმარ...ყოფილა შემთხვევა, ხელზე დაუყრიათ ფხვნილი, რაზეც მძაფრი რეაქცია ჰქონდა პერსონალს – ხელზე დაიყარა, რაც უნდა დაეღია და კინალამ გარიცხეს პროგრამიდან“. (რესპონდენტი №4, კაცი, 43 წლის).

რესპონდენტებმა, ასევე, ჩამოთვალეს COVID-19 პანდემიასთან დაკავშირებული რეგულაციები (დისტანციის დაცვა, პირბადის ტარება; პირბადის მოხსნა პირის იდენტიფიცირებისთვის, მედიკამენტის მისაღებად).

წესების დარღვევას სანქციის სახით შესაძლოა პაციენტის იძულებით დეტოქსზე გადასვლა და პროგრამიდან გარიცხვა მოყვეს, რის შემდეგაც მას ეკრძალება პროგრამაში განმეორებით ჩართვა ექვსი თვის განმავლობაში.

რესპონდენტები ვერ ასახელებენ, კონკრეტულად რა წესების დაცვა ევალება სამედიცინო პერსონალს. თუმცა, პროგრამის სამედიცინო პერსონალის მხრიდან მოსარგებლეების უფლებების უხეში დარღვევის შემთხვევას რესპონდენტთაგან ვერაზინ იხსენებს. ეს შეიძლება აიხსნას ადამიანის უფლებებთან დაკავშირებით მათი დაბალი ცნობიერებით.

ოჯახის/ახლობლების ინფორმირებულობა და დამოკიდებულება რესპონდენტების ორთ პროგრამაში მონაწილეობასთან დაკავშირებით

თავად რესპონდენტების დამოკიდებულება მათი ორთ პროგრამაში ჩართულობაზე ოჯახისა და სხვა ახლობლების ინფორმირებულობის მიმართ განსხვავებული იყო. ნაწილისთვის ეს პრობლემურ საკითხს არ წარმოადგენდა, რამდენადაც მათი ოჯახი ინფორმირებული იყო და მხარს უჭერდა რესპონდენტის პროგრამაში ყოფნას. ოჯახის იმ წევრებსაც კი, რომლებიც ამას აქტიურად არ უჭერდნენ მხარს, კვლავ ერჩივნათ, რესპონდენტს მონაწილეობა მიეღო პროგრამაში, ვიდრე არა-ლეგალური ნივთიერებების მოხმარების რისკი გაენია. რესპონდენტების ნაწილი კი ამჯობინებდა მოხმარების ისტორია და პროგრამაში ყოფნის ამბავი არავისთვის ყოფილიყო ცნობილი:

„50-50- ზე იყო, არ მოსწონდათ, მაგრამ რომ იცოდნენ ჩემი ამბავი... აღფრთოვანებული არ იყვნენ... იყო ლაპარაკი იმაზე, რომ ძნელია მერე იქიდან გამოსვლა...“ (რესპონდენტი №6, კაცი, 56 წლის).

„საერთოდ არ მინდა ვინმემ იცოდეს, დიდი ბიჭი მყავს და არ მინდა მის ყურამდე მივიდეს, პროგრამაზე რომ ვზივარ, არ არის საჭირო. რომელ შვილს ესიამოვნება დედა პროგრამაზე რომ ზის, რაც იყო ჩემ ცხოვრებაში, ისიც საკმარისია“. (რესპონდენტი №10, ქალი, 51 წლის).

კვლევის რესპონდენტებსა და მათ ახლობლებს საკმაოდ მწირი ინფორმაცია ჰქონდათ პროგრამის შესახებ მასში ჩართვამდე; თავდაპირველად ისინი, მეტწილად სკეპტიკურად იყვნენ განწყობილი მკურნალობის ამ ფორმის მიმართ, არ იცოდნენ, რა მოლოდინი შეიძლებოდა ჰქონოდათ; თუმცა, პირადი გამოცდილების საფუძველზე, ეს დამოკიდებულება უმეტესად დადებითისკენ იცვლებოდა. რესპონდენტებს, რომლებიც ფლობდნენ ინფორმაციას პროგრამის შესახებ, სამუშაო გამოცდილებიდან (მაგ., ზიანის შემცირების დაბალზღურბლოვანი ცენტრის თანამშრომელი), ან პროგრამით მოსარგებლე ოჯახის წევრისგან, დამოკიდებულება დადებითი ჰქონდათ მკურნალობის დაწყებამდეც. მაგალითისთვის, ჩვენი ერთ-ერთი რესპონდენტის პროგრამაში ჩართვაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა მისმა მეუღლემ, რომელიც ზიანის შემცირების ცენტრის თანამშრომელი იყო და, შესაბამისად, რელევანტურ ინფორმაციას ფლობდა პროგრამის შესახებ.

6.4. ოჩო-ის შედეგებით კმაყოფილება

მკურნალობის დადებითი შედეგები

კვლევის რესპონდენტები, საერთო ჯამში, დადებითად აფასებენ პროგრამაში ყოფნის გამოცდილებას და მკურნალობის შედეგებს, რომლებიდანაც, დასახელდა შემდეგი:

- არასასურველი გამოცდილების პრევენცია (არაღელვალური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მიზეზით პათიმრობაში ყოფნა, ზედოზირება);
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მუდმივი ძებნისა და მოპოვების აუცილებლობის მოხსნა;
- ალკვების მდგომარეობის მოხსნა;
- ფინანსური ხელმისაწვდომობა მკურნალობაზე (უფასო სახელმწიფო ოჩო პროგრამები);
- მდგომარეობის სტაბილიზაცია;
- ყოველდღიური რუტინის შესრულების გაადვილება;
- ოჯახში ურთიერთობების მონესრიგება.

„შეიძლება ჩემი თავი ციხეს გადავარჩინე, შეიძლება სიკვდილს“. (რესპონდენტი №8, კაცი, 43 წლის).

„რომ არ დაკმაყოფილებულიყო (ჩემი საჭიროებები), აღარ გავაგრძელებდი. არ გტკივა არაფერი, კარგ ხასიათზე ხარ და აკეთებ იმას, რისი გაკეთებაც გინდა. არანაირი სიმთვრალე ან რამე, ჩვეულებრივად, პასუხისმგებლობით ყველაფერი“. (რესპონდენტი №2, კაცი, 39 წლის).

„ორი მეგობარი მყავს [პროგრამაში], ისინიც არ ფიქრობენ ქუჩის ნარკოტიკებზე და ამბობენ, რომ თავის საქმეს აკეთებენ. პრობლემები არა აქვთ ოჯახში. აღარ არის ეს ჩხუბი, გაშორება, გაბუტვები, ნარკოტიკი“. (რესპონდენტი №1, კაცი, 43 წლის).

6.5. სასურველი ცვლილებები პროგრამაში

რესპონდენტები ერთხმად აცხადებენ, რომ ჩამანაცვლებელი პრეპარატის შინ წაღების პრაქტიკა სასურველია პანდემიის შემდგომ პერიოდშიც გაგრძელდეს და სამედიცინო პერსონალი სათანადო ყურადღებით მოეკიდოს მათ ინდივიდუალურ საჭიროებებსა და თხოვნას თან წასაღები დოზის რაოდენობის შესახებ (ზოგიერთი მოსარგებლისთვის 5 დღის ნაცვლად 3 დღე, როგორც ზემოთ ვახსენეთ, და ა.შ.).

სასურველ ცვლილებად დასახელდა, ასევე, ჩანაცვლებითი მკურნალობის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა – რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ დამატებითი ცენტრების გახსნა რეგიონებში მოაგვარებს თერაპიის ხელმისაწვდომობის პრობლემას და პაციენტებს მგზავრობის ხარჯებსა და დროის ხარჯვას აარიდებს თავიდან.

დამატებითი ცენტრები მოხსნის არსებულ კლინიკებში დიდი რიგების პრობლემასაც (რესპონდენტების თანახმად, პანდემიამდელ პერიოდში ან ტურისტულ სეზონზე საკურორტო ქალაქებში რიგში ყოფნა შეიძლება ნახევარი საათი ან მეტიც კი მოუწიოთ). რიგების პრობლემის მოსაგვარებლად ერთ-ერთი რესპონდენტი ოპტიმალურ გადანყვეტილებად მიიჩნევს ცოცხალი რიგის ნაცვლად ყოველი მოსარგებლისთვის კონკრეტული ვიზიტის დროის განსაზღვრას. მისივე აზრით, ამგვარად, რიგებში დგომით გამოწვეული კონფიდენციალობის დარღვევის პრობლემაც მოიხსნება.

გარკვეულ შემთხვევებში, ოჩო დაწესებულების მუშაობასთან დაკავშირებული ცვლილების შესახებ მოსარგებლების მოთხოვნა დაკმაყოფილდა კიდევ: დასავლეთში მოქმედი ერთ-ერთი ცენტრალური კლინიკის მოსარგებლებმა მოითხოვეს სამუშაო საათების გაზრდა (დილით გახსნა 08:30 ნაცვლად 10 საათისა), სამუშაო საათების განაწილებისა და დღის განმავლობაში საქმიანო-

ბის თავისუფლად დაგეგმვის შესაძლებლობისთვის; მათი მოთხოვნა გარკვეული დროის შემდეგ დაკმაყოფილდა.

რესპონდენტებმა ასევე აღნიშნეს, რომ, სასურველი იქნებოდა, ჩამანაცვლებელი პრეპარატი აფთიაქებში შესაბამისი რეცეპტის წარდგენით იყიდებოდა, რაც, ასევე, ნაწილობრივ მოხსნიდა კლინიკაში რიგში დგომისა და მგზავრობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

რესპონდენტები გამოთქვამენ სურვილს, შეიცვალოს პროგრამის მოსარგებლეების მიმართ დაწესებული შეზღუდვები, როგორცაა, მაგ., საჯარო სამსახურში დასაქმებისა¹⁰ და ავტომობილის მართვის უფლებების შეზღუდვა („ჩვენარი ხალხი გარიყულია“).

ორმა მონაწილემ წამოჭრა კლინიკაში ვიდეოთვალთ კონტროლთან დაკავშირებული პრობლემები: როგორც ერთ-ერთი მათგანი აცხადებს, კლინიკაში ყოფნისას, ჰქონია შესაძლებლობა, სათვალთვლო კამერის ეკრანზე დაენახა, მაგალითად, დაწესებულებაში მოსული სხვა მოსარგებლე, რაც არღვევს კონფიდენციალობას. ერთ-ერთ დაწესებულებაში, კამერები დამონტაჟებული იყო მოსარგებლეებისთვის განკუთვნილ სველ წერტილებში, რაც, რესპონდენტის თქმით, ლაზავს ადამიანურ ღირსებას.

რესპონდენტებმა ისაუბრეს პროგრამიდან გარიცხვის/დასჯის მეთოდზე; როგორც აღნიშნეთ, რესპონდენტებისთვის ცნობილია, რომ პროგრამიდან უპირობოდ ირიცხება ის მოსარგებლე (და მომდევნო ექვსი თვე ეკრძალება პროგრამაში განმეორებით ჩართვა), რომელიც კლინიკიდან მალულად გაიტანს პრეპარატს, ან შემჩნეული იქნება სხვა ნივთიერებების მოხმარებაში (სრული ჩამონათვალი მოყვანილია მინისტრის №01-41/ნ ბრძანებაში). ერთ-ერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ასეთი მკაცრი ზომების გატარება ყველა შემთხვევაში საჭირო არ არის, რომ აჯობებს „ურჩ“ პაციენტზე უბრალოდ უფრო მკაცრი კონტროლი დაწესდეს, ვინაიდან პროგრამიდან გარიცხვა ყველა შემთხვევაში უარყოფითად აისახება მის ჯანმრთელობაზე. მეორე რესპონდენტმა აღნიშნული სანქციის მოხსნის საჭიროებას გაუსვა ხაზი – მისი აზრით, უფრო ეფექტური იქნება ასეთი დარღვევების შემთხვევაში მოსარგებლეს აუხსნან წესების დაცვის მნიშვნელობა და სარგებელი.

6.6. დასკვნები

საერთო ჯამში, ჩანაცვლებით თერაპიაში ყოფნის გამოცდილებას კვლევის რესპონდენტები დადებითად აფასებენ და აღნიშნავენ, რომ ორთ-მ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა მათი ცხოვრების ხარისხი. თუმცა, კვლევის პროცესში გამოვლინდა მოსარგებლეებს შორის პროგრამის შესახებ არასწორი ინფორმაციის გავრცელების შემთხვევები. კვლევის რესპონდენტების განცხადებებიდან ჩანს, რომ საქართველოში ორთ პროგრამის დანერგვის საწყის ეტაპზე ზოგადი პოპულაციისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა ცნობიერება აღნიშნული პროგრამის შესახებ საკმაოდ დაბალი იყო. მიუხედავად იმისა, რომ მას შემდეგ გაიზარდა ინფორმირებულობა აღნიშნულთან დაკავშირებით, სრული ინფორმაცია ჩანაცვლებითი თერაპიის რაობისა და მიზნების, შესაძლო გამოსავლების, მკურნალობის კურსის, სავარაუდო დროისა და სხვადასხვა მახასიათებლის შესახებ მკურნალობის დაწყებამდე პოტენციური პაციენტებისა და მათი ახლობლებისთვის ხშირად არ არსებობს, რაც ხშირად ხელს უშლის ოპიოიდების მომხმარებლებს მკურნალობის დაწყებაში. მაგალითად, თუ პოტენციური მოსარგებლეები თვლიან, რომ ისინი, თერაპიაში ჩართვის შემდეგ მუდმივად ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში იქნებიან, ან რომ მკურნალობის პროცესი ხელს შეუშლის მათ ოჯახთან თუ სამსახურთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობების შესრულებაში, ეს შეიძლება მათ სურვილებს არ შეესაბამებოდეს და უარი თქვან პროგრამაში ჩართვაზე.

ოპიოიდებით ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართვის კრიტერიუმებთან და პრაქტიკასთან დაკავშირებით რესპონდენტებს შორის და მათ სოციალურ გარემოში არაზუსტი (მითოლოგიზებული) ინფორმაცია გავრცელებული (მაგ., რწმენა, რომ ორთ-ში ერთვებიან ალკოჰოლზე დამოკიდებული პირები, რის გამოც „ადგილი აღარ რჩება“ ოპიოიდებზე დამოკიდებული ადამიანებისთვის; ან რომ პროგრამაში იღებენ ახალბედა მომხმარებლებს, რომელთაც დამოკიდებულების მდგომარეობა, შესაძლოა, ჩამოყალიბებული არც აქვთ და თერაპიაში თრობისთვის მიდის).

10 დღეს არსებული კანონმდებლობის შესაბამისად, პროგრამის მოსარგებლეებს არ აქვთ უფლება, დასაქმდნენ, როგორც საჯარო მოხელეები.

კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა პროგრამის სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტების უმოქმედოება სხვადასხვა საკითხში, როგორებიცაა მკურნალობის კურსისა და შესაძლო გადაწყვეტილებების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება/მოთხოვნა; არსებული დოზით კმაყოფილების განხილვა; მკურნალობის სხვადასხვა ვარიანტზე ინფორმაციის მიწოდება/მოთხოვნა; დამატებითი სამედიცინო სერვისების შეთავაზება/მიღება; ფსიქოლოგისა და სოციალური მუშაკის მომსახურების გამოყენება. როგორც ჩანს, მკურნალობის შესახებ პაციენტებისთვის ინფორმაციის მიწოდების პრაქტიკა განსხვავებულია დაწესებულებებს შორის ან კონკრეტული ექიმების პრაქტიკაში, ვინაიდან, ჩვენს რესპონდენტებს შორის იყვნენ პირები, რომლებიც ფლობდნენ ამგვარ ინფორმაციას და იყვნენ ისეთებიც, ვისაც ეს ინფორმაცია სამედიცინო პერსონალისგან არ მიუღია.

კვლევის მონაწილეების გამოცდილება განსხვავდება ისეთ შემთხვევებში, როდესაც ისინი პროგრამაში ჩასართავად ჩამოდიან დასავლეთის ქვეყნებიდან საქართველოში და როდესაც საქართველოდან დასავლეთის ქვეყნებში მიემგზავრებიან. არიან მოსარგებლები, რომლებიც სხვა ქვეყნის პროგრამას შეუერთდნენ რაიმე სირთულის გარეშე ორივე შემთხვევაში – საქართველოში ჩამოსვლისას და საქართველოდან გამგზავრების შემდგომ. თუმცა, გამოვლინდა შემთხვევებიც, როდესაც პირის პროგრამაში ჩართვა დაგვიანდა. აღნიშნული მონაცემები უკავშირდება საკმაოდ ურთიერთგანსხვავებულ დროით პერიოდებს, რაც მიანიშნებს იმაზე, რომ მოგზაურობასთან დაკავშირებით არსებული ბარიერი შეიძლება დროთა განმავლობაში და პროგრამის დახვეწასთან ერთად აღმოიფხვრა, თუმცა, რაოდენობრივი კვლევის გარეშე, ამაში დარწმუნება ძნელია.

კვლევის რესპონდენტების მიერ დადებითად ფასდება ცვლილება დაკავშირებული COVID-19 პანდემიასთან, რომლის მეოხებით მათ საშუალება აქვთ ორთ საიტიდან თან წაიღონ პრეპარატის 5 დღემდე დოზა. ისინი აღნიშნავენ, რომ სასურველია, ეს ცვლილება ძალაში დარჩეს პანდემიასთან დაკავშირებული შეზღუდვების მოხსნის შემდგომაც.

მოცემულმა კვლევამ დაადგინა, რომ სამედიცინო პერსონალი იშვიათად უწევს რეკომენდაციას ფსიქოსოციალური სერვისების გამოყენებას და არ ესაუბრება პაციენტებს აღნიშნული სერვისების საჭიროებისა და მათი სარგებლიანობის შესახებ, რაც შესაძლოა იმის მანიშნებელი იყოს, რომ სამედიცინო პერსონალი თავად არ არის საკმარისად გათვითცნობიერებული ამგვარი სერვისების სარგებლიანობის თაობაზე.

ჩვენი კვლევის არცერთ რესპონდენტს არ ჰქონია თერაპიაში ჩართულობის პროცესთან დაკავშირებით მნიშვნელოვანი წინააღმდეგობის განცეის გამოცდილება (ევროპული ქვეყნიდან რეფერირების შემთხვევის გარდა) ან სამედიცინო პერსონალის მიერ მათი უფლებების უხეში დარღვევის შემთხვევები.

ზოგიერთმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ჩანაცვლებითი პრეპარატის დოზა მათთვის საკმარისი არ არის და დისკომფორტის თავიდან ასაცილებლად, სახლში ყოფნისას, ისინი დამატებით იღებენ სხვადასხვა ფსიქიაქტიურ ნივთიერებებს, ამის შესახებ ექიმის ინფორმირების გარეშე (პროგრამიდან გათავისუფლების შიშის გამო).

გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის საკითხი ქვეყანაში კვლავ პრობლემად რჩება და ცხადყოფს ორთ სერვისების შემდგომი გამრავლების აუცილებლობას ქვეყნის რეგიონებში.

უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევაში მხოლოდ ერთი ქალი რესპონდენტი მონაწილეობდა, რაც არ გვაძლევს შესაძლებლობას, ვისაუბროთ ამ ჯგუფის სპეციალური საჭიროებების ან პროგრამაში მათი ჩართვის სირთულეების შესახებ. მაგალითად, ჩვენი რესპონდენტი არჩევდა კლინიკაში მისვლას იმ დროს, როდესაც შედარებით ცოტა ხალხი იქნებოდა ადგილზე, რადგან ამჯობინებდა, რომ მის ახლობლებს არ სცოდნოდათ მისი პროგრამაში მონაწილეობის შესახებ. ისეთი საკითხები, როგორებიცაა სტიგმა, რომელიც ასოცირდება ქალ მომხმარებლებთან, სამედიცინო ან სოციალური სახის სპეციალური საჭიროებები, შეიძლება გახდეს მნიშვნელოვანი ბარიერი ამ ჯგუფის მკურნალობასთან წვდომის თვალსაზრისით.

7. კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის შედეგები

7.1. მთლიანი შერჩევის ზოგადი მახასიათებლები

მთლიანი შერჩევის, 64% (441) სახელმწიფო, ხოლო 36% (247) კერძო ორთ პროგრამაში იყო ჩართული. ორთ სერვისის მიღების ადგილების/ქალაქების პროპორცია შემდეგნაირად გადანაწილდა: 31.5% ბათუმში, 30.7% ქუთაისში, 11.9% ზესტაფონში, 10.2% სენაკში, 10% ზუგდიდში, ხოლო ყველაზე მცირე, 5.7% საჩხერეში იღებდა ორთ სერვისს.

კვლევის მონაწილეთა მედიანური ასაკი იყო 43 წელი, მათი უმრავლესობა (99.7%) იყო კაცი, ნახევარზე მეტი (58.1%) იმყოფებოდა ქორწინებაში, 42.5%-ის განათლების დონე იყო საშუალო.

შერჩეული რესპონდენტების მესამედზე მეტმა (38.4%) აღნიშნა, რომ მათი შემოსავალი იყო 300 ლარამდე, თითქმის იგივე პროპორციამ (37.3%) კი აღნიშნა, რომ მათი შემოსავალი იყო 300 დან-1000 ლარამდე. დაახლოებით ნახევარი იყო უმუშევარი (48%), ხოლო 5.2% იღებდა პენსიას ინვალიდობის გამო.

ორთ საიტზე პრეპარატის 5-დღიანი ულუფის მისაღებად 5 დღეში ერთხელ კვლევის მონაწილეთა 72.7% დადიოდა, ხოლო 27.3% დადიოდა ყოველდღე დღიური ულუფის მისაღებად. მათგან თითქმის ორი მესამედი ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის იღებდა მეტადონს, დანარჩენი რესპონდენტები (37.2%) კი ბუპრენორფინს. აივ ინფექციასა და C ჰეპატიტზე ტესტირებული იყო შერჩევის 85%, მათგან მხოლოდ 6 რესპონდენტი იყო აივ-დადებითი და მხოლოდ 1 არ იმყოფებოდა ანტი-რეტროვირუსულ (არვ) თერაპიაზე. C ჰეპატიტის გავრცელება კი ტესტირებულ რესპონდენტებში იყო 59.8%, მათგან 17%-ს არასოდეს უმკურნალია, 3.9% კი კვლევის ჩატარების პერიოდში მკურნალობდა C ჰეპატიტზე. ასევე, რესპონდენტთა მხოლოდ მესამედმა აღნიშნა, რომ იმყოფებოდა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, დროებითი დაკავების ჩათვლით, რომელთა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში გატარებული თვეების მედიანური რაოდენობა იყო 36 თვე. ბოლო თვეში, რესპონდენტთა 39%-ს ჰქონდა მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკული საშუალება (იხ. ცხრილი 2).

7.2. რესპონდენტთა მახასიათებლები ორთ საიტის ტიპების მიხედვით

კვლევის მონაცემთა ანალიზმა გამოავლინა, რომ სახელმწიფო ორთ პროგრამაში ჩართული რესპონდენტების მედიანური ასაკი იყო 44 წელი, კერძო ორთ პროგრამის მოსარგებლეთა ასაკი კი – 42 წელი ($p\text{ value}<0,01$). სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ უმუშევარ რესპონდენტთა პროპორცია დაახლოებით ორჯერ აღემატება კერძო ორთ პროგრამაში ჩართულთა იმავე პროპორციას (57.4% და 31.2%; $p\text{ value}<0,01$). სახელმწიფო ორთ პროგრამაში ჩართულ რესპონდენტთა ნახევარზე ოდნავ მეტმა აღნიშნა, რომ მათი შემოსავალი იყო 300 ლარზე ნაკლები (51.8%), ხოლო კერძო პროგრამის მონაწილეთა მხოლოდ 14.6%-მა აღნიშნა შემოსავლის იგივე მოცულობა ($p\text{ value}<0,01$).

კვლევამ ასევე გამოავლინა იმ რესპონდენტთა სტატისტიკურად განსხვავებული პროპორცია, ვინც ბოლო ერთი თვის მანძილზე მოიხმარდა ნარკოტიკულ საშუალებას ინექციური გზით და მათი პროპორცია სახელმწიფო ორთ პროგრამის მოსარგებლეთა 42.6% შეადგენდა, რაც 10%-ით აღემატებოდა კერძო ორთ მოსარგებლეების პროპორციას ($p\text{ value}<0,01$). სახელმწიფო ორთ პროგრამის მონაწილეთა უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ მკურნალობას იტარებდნენ მეთადონით, ხოლო კერძო პროგრამის ყველა მონაწილე იტარებდა მკურნალობას ბუპრენორფინით და ეს სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნო იყო (98% და 100%; $p\text{ value}<0,01$, იხ. ცხრილი 2).

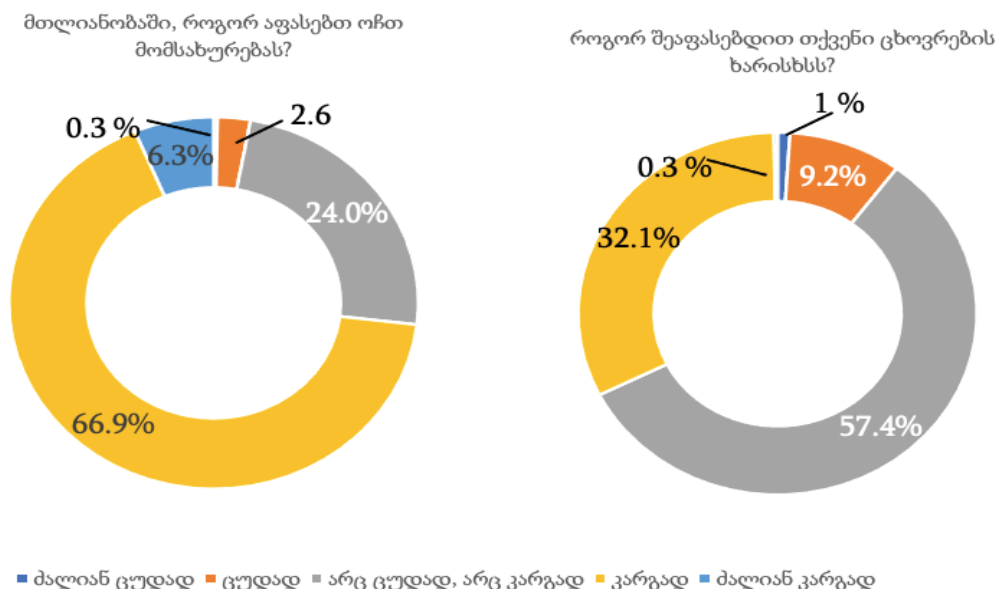
ცხრილი 2 : კვლევის მონაწილეთა (შერჩევის) მახასიათებლები ორ პროგრამის საიტების ტიპების ჯგუფში

მახასიათებლები	მთლიანი შერჩევა		სახელმწიფო ორ პროგრამა		კერძო ორ პროგრამა		P value
	№	%	№	%	№	%	
	688	100	441	100	247	100	
სოცო-დემოგრაფიული მახასიათებლები							
მედიანური ასაკი (25% 75%)	43	37-50	44	38-51	42	36-49	0.00
კაცი	686	99.7	440	99.8	246	99.6	0.68
უმუშევარი	330	48	253	57.4	77	31.2	0.00
იღებს პენსიას ინვალიდობის გამო	36	5.2	26	5.9	10	4	0.29
განათლება (საშუალო)	291	42.5	199	45.4	92	37.2	0.18
შემოსავალი							0.00
300 ლარზე ნაკლები	263	38.4	227	51.8	36	14.6	
300 და 1000 ლარს შორის	258	37.3	141	32.2	117	47.4	
1000 ლარი	86	12.6	39	8.9	47	19	
1000-დან 3000 ლარამდე	73	10.7	30	6.8	43	17.4	
3000 ლარზე მეტი	5	0.7	1	0.2	4	1.6	
ქორწინების სტატუსი (დაქორწინებული)	398	58.1	255	58.2	143	57.9	0.22
ორ პროგრამაში მონაწილეობა							
ორ სერვისის მიღების საიტი							0.00
ქუთაისი	211	30.7	121	27.4	90	36.4	
ზუგდიდი	69	10	69	15.6	0	0	
სენაკი	70	10.2	0	0	70	28.3	
ბათუმი	217	31.5	130	29.5	87	35.2	
ზესტაფონი	82	11.9	82	18.6	0	0	
საჩხერე	39	5.7	39	8.8	0	0	
ჩამანაცვლებელი პრეპარატის მისაღებად საიტზე მისვლის სიხშირე							0.79
საიტზე მიდის ყოველდღე	188	27.3	122	27.7	66	26.7	
საიტზე მიდის 5 დღეში ერთხელ	500	72.7	319	72.3	181	73.3	
ორ პრეპარატი							0.00
მეტადონი	432	62.8	432	98	0	0	
ბუპრენორფინი	256	37.2	9	2	247	100	
ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება							
ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური გზით მოხმარება ბოლო ერთი თვის მანძილზე	268	39.1	187	42.6	81	32.8	0.01
ოპიატების პირველი არაინექციური გზით მოხმარების მედიანური ასაკი	19	17-22	19	17-22	20	17-22	0.59
აივ/შიდსი და C ჰეპატიტი							
ტესტირებული აივ/შიდსზე	583	85	374	85.2	209	84.6	0.78
აივ დადებითი	6	1	5	1.3	1	0.5	0.28
იმყოფება არც მკურნალობაზე	5	83.3	4	80	1	100	0.62
ტესტირებული C ჰეპატიტზე	584	85.1	378	86.1	206	83.4	0.53
დადებითი C ჰეპატიტზე	349	59.8	244	64.6	105	51	0.00
C ჰეპატიტზე მკურნალობა							0.01
ამჟამად მკურნალობს C ჰეპატიტზე	23	3.9	14	3.7	9	4.4	
არასოდეს უმკურნალობია C ჰეპატიტზე	99	17	69	18.3	30	14.6	
გამოცდილება თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში							
იმყოფებოდა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, (დროებითი დაკავების ჩათვლით)	215	31.3	143	32.6	72	29.1	0.57
გატარებული თვეების მედიანური რაოდენობა (25% 75%)	36	12-52	36	12-52	30.5	12-51.5	0.93

7.3. ოპიოდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისით საერთო კმაყოფილების, სამედიცინო მომსახურების საჭიროებების და ცხოვრების ხარისხის შეფასება

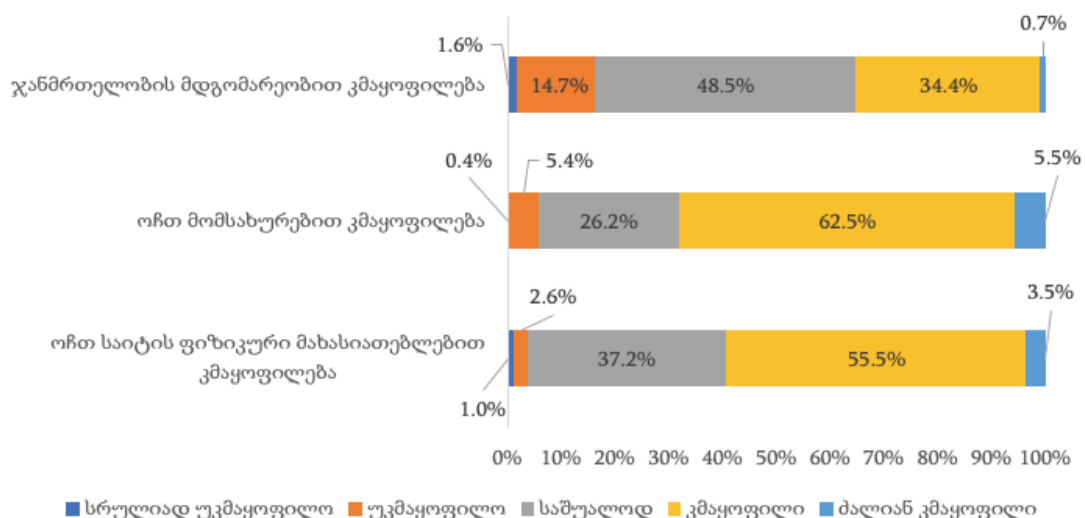
კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობამ აღნიშნა ოპიოდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებით კმაყოფილება, 73.2%-მა ორ სერვისზე შეაფასა, როგორც კარგი ან ძალიან კარგი. ამავე დროს, რესპონდენტთა მხოლოდ დაახლოებით მესამედმა შეაფასა საკუთარი ცხოვრების ხარისხი როგორც კარგი ან ძალიან კარგი, 32.1% და 0.3% შესაბამისად. მონაცემების განაწილება წარმოდგენილია დიაგრამა 7-ზე:

დიაგრამა 7: ორ სერვისის და რესპონდენტთა ცხოვრების ხარისხის შეფასება



კვლევის რესპონდენტთა მესამედზე ოდნავ მეტმა აღნიშნა, რომ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილი იყო (35.1%). თუმცა, ორ სერვისის მომსახურებით და მისი ფიზიკური მახასიათებლებით კმაყოფილი რესპონდენტების რაოდენობა უფრო მაღალი იყო. (68% და 59%, იხ. დიაგრამა 8).

დიაგრამა 8: ორ საიტების ფიზიკური მახასიათებლებით, ორ მომსახურებით და რესპონდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება

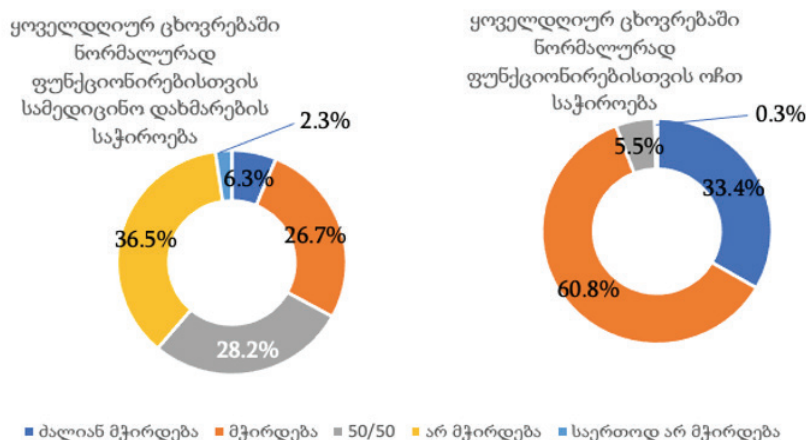


კვლევის ფარგლებში შეფასდა რესპონდენტთა მოსაზრებები ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალურად ფუნქციონირებისთვის ორ და სხვა სამედიცინო სერვისების საჭიროების შესახებ, რაც წარმოდგენილია დიაგრამა 8-ზე.

რესპონდენტთა უმრავლესობამ (94.2%) აღნიშნა, რომ ორ სერვისი ესაჭიროებოდათ მაშინ,

როდესაც მხოლოდ მესამედზე ოდნავ მეტმა (33%) დაასახელა, რომ ესაჭიროებოდათ სხვა სამედიცინო სერვისები (იხ. დიაგრამა 9).

დიაგრამა 9 : სამედიცინო დახმარებისა და ორთ საჭიროების შეფასება

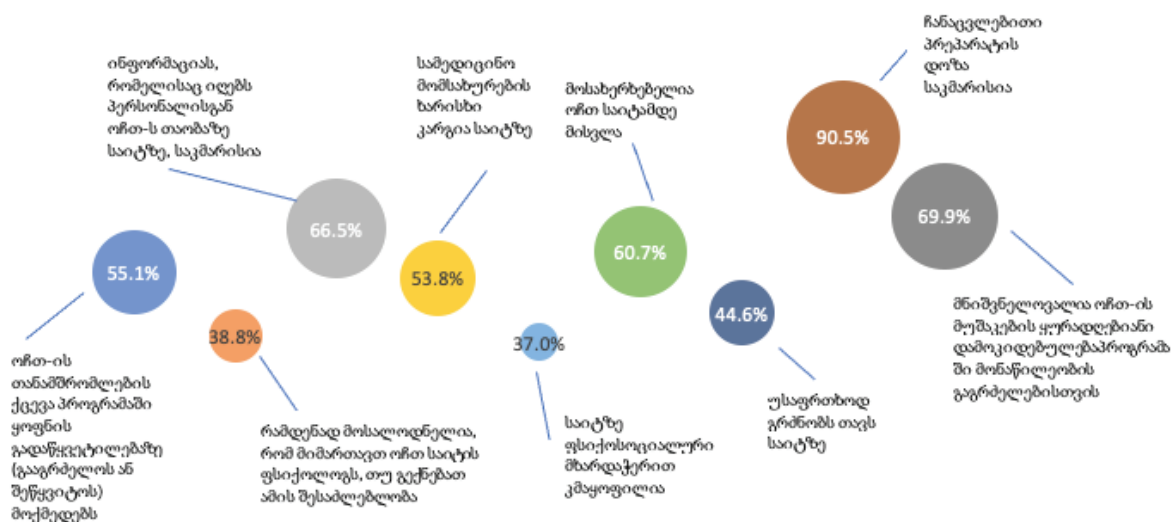


7.4. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისების შეფასება

კვლევის მონაწილეებმა შეაფასეს ორთ სერვისები სხვადასხვა კრიტერიუმებით. რესპონდენტთა ნახევარზე მეტმა აღნიშნა, რომ მოსახერხებელია როგორც ორთ საიტამდე მისვლა (60.7%), ასევე ორთ საიტზე კარგია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი (53.8%) და ინფორმაცია, რომელსაც იღებს საიტზე პერსონალისგან, საკმარისია (66.5%). შესაბამისად – რესპონდენტთა თითქმის 40% აღნიშნავს, რომ არ არის მოსახერხებელი ორთ დაწესებულებამდე მისვლა (39.3%), 46.2% არ არის კმაყოფილი ორთ დაწესებულების სამედიცინო ხარისხით და 33.5% თვლის, რომ დაწესებულების პერსონალისგან მიღებული ინფორმაცია საკმარისი არ არის.

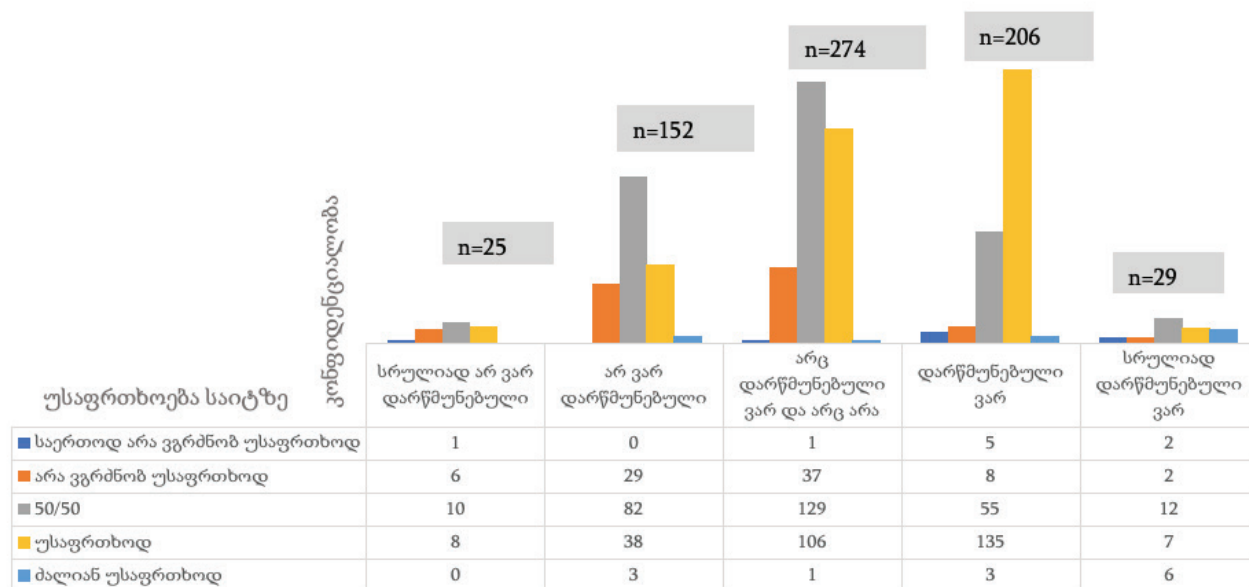
კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობამ ჩანაცვლებითი პრეპარატის დოზა შეაფასა საკმარისად (90.5%), ასევე, აღნიშნა, რომ ორთ მუშაკების ყურადღებიანი დამოკიდებულება მნიშვნელოვანია პროგრამაში მონაწილეობის გაგრძელებისთვის (69.9%), ხოლო 55.1% მა აღნიშნა, რომ ორთ სერვისის თანამშრომლების ქცევა მოქმედებს მათ გადანაცვლებებზე გააგრძელონ თუ შეწყვიტონ პროგრამაში ყოფნა. კვლევის მონაწილეთა თითქმის ნახევარი უსაფრთხოდ გრძნობდა თავს ორთ საიტზე (44.6%), მაშინ, როდესაც ნახევარზე მეტი (55.4%) არ გრძნობდა თავს უსაფრთხოდ. კიდევ უფრო ნაკლები, კმაყოფილი იყო საიტზე ფსიქოსოციალური მხარდაჭერით (37%) და ამავე დროს 38.8% მა დაასახელა, რომ მოსალოდნელი იყო, მიემართათ ფსიქოლოგის სერვისისთვის საიტზე (იხ. დიაგრამა 10).

დიაგრამა 10 : ორთ პროგრამებთან დაკავშირებული შემაჯამებელი მონაცემები



დიაგრამა 11-ზე, სადაც მონაცემები უსაფრთხოებასა და კონფიდენციალობის ქრილშია წარმოდგენილი, ჩანს, რომ 274 რესპონდენტი იყო ნახევრად დარწმუნებული და 206 რესპონდენტი კი – დარწმუნებული კონფიდენციალობაში. კონფიდენციალობასა და უსაფრთხოების მონაცემებს შორის პოზიტიური დამოკიდებულება სტატისტიკურად სარწმუნო იყო ($p \text{ value} < 0,01$).

დიაგრამა 11: კონფიდენციალობის და უსაფრთხოების აღქმა ორ საიტზე



7.5. ორ საიტების მახასიათებლები სახელმწიფო და კერძო ორ პროგრამების ქრილში

კვლევის მონაცემები გაანალიზდა სახელმწიფო და კერძო ორ პროგრამების ქრილში. ანალიზით გამოვლინდა, რომ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული რესპონდენტების უფრო ნაკლებ პროპორციას გააცნეს პროგრამის წესები ჩართვისას (72.6% და 85.8%), ასევე ნაკლებად იცოდნენ მათ პროგრამიდან გასვლის წესები კერძო პროგრამის მოსარგებლებთან შედარებით (76.4% და 91.1%) და აღნიშნული განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნო იყო ($p \text{ value} < 0,01$). პროგრამიდან გასვლის მცდელობისთვის სამედიცინო პერსონალის მხრიდან წინააღმდეგობის განევა დაასახელა მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამის ბანეფიციარების 1%-მა, რაც, ასევე, სტატისტიკურად სარწმუნო იყო ($p \text{ value} < 0,01$) (იხ. ცხრილი 3).

უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევის მონაწილეთა თითქმის ორ მესამედს (62.2%) არასოდეს მიუმართავს სოციალური მუშაკისთვის დასახმარებლად და ასევე სამ მეოთხედს (75.6%) არასოდეს მიუმართავს ფსიქოლოგის დახმარებისთვის ბოლო 6 თვის განმავლობაში. რესპონდენტთა დაახლოებით 8 %-მა აღნიშნა რომ არ იყო ინფორმირებული არც ფსიქოლოგის და არც სოციალური მუშაკის მომსახურების შესაძლებლობის შესახებ საიტზე. კვლევის მონაწილეთა დაახლოებით 26%-მა მიმართა სოციალურ მუშაკს დახმარებისთვის ერთიდან სამ ჯერამდე, მაშინ, როდესაც, სისტემატურად მხოლოდ 3.6% მიმართავდა ბოლო 6 თვის განმავლობაში. ასევე, დაბალმა პროპორციამ (15%) დაასახელა, რომ ერთიდან სამ ჯერამდე მიმართა ფსიქოლოგს ბოლო 6 თვის მანძილზე, ხოლო სისტემატურად მიმართავდა ფსიქოლოგის მომსახურების სერვისს ბოლო 6 თვის მანძილზე მხოლოდ 1.5%. სახელმწიფო და კერძო ორ საიტების ქრილში სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა ამ თვალსაზრისით არ გამოვლინდა (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 3: ორთ პროგრამის საიტების მახასიათებლები ტიპების ჭრილში

მახასიათებლები	მთლიანი შერჩევა		სახელმწიფო ორთ პროგრამა		კერძო ორთ პროგრამა		P value
	N	%	N	%	N	%	
	688	100	441	100	247	100	
ორთ პროგრამაში ჩართვისას გააცნეს პროგრამის წესები	532	77.3	320	72.6	212	85.8	0.00
იცის პროგრამიდან გასვლის წესები	562	81.7	337	76.4	225	91.1	0.00
სამედიცინო პერსონალის წინააღმდეგობა პროგრამიდან გასვლის მცდელობისთვის	4	0.6	4	0.9	0	0.0	0.00
მკურნალობის ხანგრძლივობით კმაყოფილი მოსარგებლე	567	82.4	372	84.4	195	78.9	0.09
საჩივრის დაწერის ალბათობა მომავალში							0.17
ძალიან ნაკლებად მოსალოდნელი	175	25.4	103	23.4	72	29.1	
მცირე ალბათობა	317	46.1	199	45.1	118	47.8	
50/50	65	9.4	48	10.9	17	6.9	
შესაძლებელი	110	16	75	17	35	14.2	
ფრიად შესაძლებელი	19	2.8	14	3.2	5	2	
სოციალური მუშაკის დახმარება ბოლო 6 თვის განმავლობაში							0.06
არ არის ინფორმირებული მომსახურების შესაძლებლობის შესახებ	52	7.6	40	9.1	12	4.9	
საიტზე სოცმუშაკი არ არის	2	0.3	2	0.5	0	0	
არასდროს მიუმართავს	428	62.2	281	63.7	147	59.5	
მიმართა ერთიდან სამ ჯერამდე	180	26.2	101	22.9	79	32	
სისტემატურად მივმართავს	25	3.6	16	3.6	9	3.6	
ფსიქოლოგის დახმარება ბოლო 6 თვის განმავლობაში							0.11
არ არის ინფორმირებული მომსახურების შესაძლებლობის შესახებ	53	7.7	41	9.3	12	4.9	
საიტზე ფსიქოლოგი არ არის	1	0.1	1	0.2	0	0	
არასდროს მიუმართავს	520	75.6	326	73.9	194	78.5	
მიმართა ერთიდან სამ ჯერამდე	103	15	63	14.3	40	16.2	
სისტემატურად მივმართავს	10	1.5	9	2	1	0.4	

ორთ საიტების ჭრილში, ასევე, გაანალიზდა შფოთვისთან და დეპრესიასთან დაკავშირებული მონაცემები. სახელმწიფო ორთ პროგრამაში ჩართული რესპონდენტების 52.7%-მა აღნიშნა, რომ ვერ ახერხებდა შეეჩერებინა ან გაეკონტროლებინა შფოთვისთან დაკავშირებული ნუხილი ბოლო ორი კვირის მანძილზე. კვლევის მონაწილეთა 70.1% მა დაასახელა, რომ მწირი ინტერესი ქონდა რაღაცების კეთების ბოლო ორი კვირის განმავლობაში მაშინ, როდესაც კერძო პროგრამის მონაწილთა პროპორცია დაახლოებით 18% და 16%-ით ნაკლები იყო ორივე შემთხვევაში შესაბამისად ($p\text{ value}<0,01$).

სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება დაფიქსირდა, ასევე, თვითშეფასებით, დეპრესიასთან დაკავშირებით. სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა 72.1%-მა აღნიშნა, რომ თავს გრძნობდა უგუნებოდ, უიმედოდ ან დეპრესიულად ბოლო ორი კვირის მანძილზე, ხოლო კერძო პროგრამის მონაწილეთა პროპორცია, ამ შემთხვევაშიც შედარებით უფრო დაბალი იყო და შეადგენდა 62.7%-ს ($p\text{ value}<0,05$, იხ. ცხრილი 4).

ანალიზმა გამოავლინა საიტზე და სხვადასხვა სპეციალისტთან ყოფნისას შფოთვისა და დეპრესიის თვითშეფასების სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება კერძო და სახელმწიფო ორთ საიტების ბენეფიციარებში ($p\text{ value}<0,01$). კერძო ორთ პროგრამის მონაწილეები იყვნენ უფრო მშვიდი როგორც საიტზე ყოფნისას (65% და 80%, შესაბამისად), ასევე ექიმთან (63.5% და 80%, შესაბამისად) და ექთანთან კომუნიკაციისას (65% და 78%, შესაბამისად, $p\text{ value}<0,01$, იხ. ცხრილი 4.).

ცხრილი 4: შფოთვისა და დეპრესიასთან დაკავშირებული პრობლემები

მახასიათებლები	მთლიანი შერჩევა		სახელმწიფო ორთ პროგრამა		კერძო ორთ პროგრამა		P value
	N	%	N	%	N	%	
	685	100	438	100	247	100	
ვგრძნობდა ნერვიულობას, შფოთვის, ან იმას რომ უკიდურესობამდე იყო მისული ბოლო 2 კვირის მანძილზე							0.20
საერთოდ არა	240	34.9	149	33.8	91	36.8	
რამდენიმე დღე	390	56.7	249	56.5	141	57.1	
დღეების ნახევარზე მეტი	39	5.7	26	5.9	13	5.3	
თითქმის ყოველდღიურად	16	2.3	14	3.2	2	0.8	
ვერ ახერხებდა შემეჩერებინა ან გამეკონტროლებინა წუხილი ბოლო 2 კვირის მანძილზე							0.00
საერთოდ არა	366	53.2	206	46.7	160	64.8	
რამდენიმე დღე	292	42.4	208	47.2	84	34	
დღეების ნახევარზე მეტი	21	3.1	18	4.1	3	1.2	
თითქმის ყოველდღიურად	6	0.9	6	1.4	0	0	
თავს გრძნობდა უგუნებოდ, დეპრესიულად, უიმედოდ ბოლო 2 კვირის მანძილზე							0.03
საერთოდ არა	212	30.8	120	27.2	92	37.2	
რამდენიმე დღე	419	60.9	277	62.8	142	57.5	
დღეების ნახევარზე მეტი	34	4.9	26	5.9	8	3.2	
თითქმის ყოველდღიურად	20	2.9	15	3.4	5	2	
მწირი ინტერესი ქონდა/მწირ სიამოვნებას იღებდა რაღაცეების კეთებისას ბოლო 2 კვირის მანძილზე							0.00
საერთოდ არა	243	35.3	129	29.3	114	46.2	
რამდენიმე დღე	365	53.1	253	57.4	112	45.3	
დღეების ნახევარზე მეტი	56	8.1	40	9.1	16	6.5	
თითქმის ყოველდღიურად	21	3.1	16	3.6	5	2	
შინაგანი მდგომარეობის მედიანური ქულა ორთ საიტზე ყოფნისას (სკალაზე 1-დან = „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“ 100-მდე= „რელაქსირებული/მშვიდი“) (N=687, Nსახ=440, Nკერძ=247)	70	55-89	65	50-83.75	80	61-93	0.00
შინაგანი მდგომარეობის მედიანური ქულა ორთ საიტზე ექთანთან კომუნიკაციისას (სკალაზე 1-დან = „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“ 100-მდე= „რელაქსირებული/მშვიდი“) (N=687, Nსახ=440, Nკერძ=247)	70	56-88	65	52.25-85	78	61-90	0.00
შინაგანი მდგომარეობის მედიანური ქულა ორთ საიტზე ექიმთან კონსულტაციისას (სკალაზე 1-დან = „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“ 100-მდე= „რელაქსირებული/მშვიდი“) (N=687, Nსახ=440, Nკერძ=247)	70	50-90	63.5	50-85	80	60-94	0.00
შინაგანი მდგომარეობის მედიანური ქულა ორთ საიტზე სოც მუშაკთან კონსულტაციისას (სკალაზე 1-დან = „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“ 100-მდე= „რელაქსირებული/მშვიდი“) (N=251, Nსახ=154, Nკერძ=97)	75	60-95	72.5	60-92.25	79	66-100	0.17
შინაგანი მდგომარეობის მედიანური ქულა ორთ საიტზე ფსიქოლოგთან კონსულტაციისას (სკალაზე 1-დან = „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“ 100-მდე= „რელაქსირებული/მშვიდი“) (N=128, Nსახ=80, Nკერძ=48)	83	70-98	84.5	69.5-98.75	77.5	70-98	0.27

ცხრილი 5 წარმოგვიდგენს შფოთვისა და დეპრესიასთან დაკავშირებულ სიმპტომებს ბოლო 2 კვირის მანძილზე, ასევე ფსიქოლოგისთვის მიმართვის პრაქტიკას ბოლო 6 თვის განმავლობაში. ანალიზმა გამოავლინა, რომ რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარი და მეტი, ვისაც არასოდეს მიუმართავს ფსიქოლოგისთვის ბოლო 6 თვის განმავლობაში, რამდენიმე დღე მაინც გრძნობდა როგორც ნერვიულობასა და შფოთვის (57.9%), ასევე, ვერ ახერხებდა წუხილის გაკონტროლებას

(43.3%), თავს გრძნობდა დეპრესიულად (61.7%) და მწირი ინტერესი ქონდა რაღაცების კეთების (48.5%) ბოლო 2 კვირის მანძილზე. ამასთანავე, კვლევის მონაწილეთა შორის, ვინც ფსიქოლოგს დახმარებისთვის მიმართა ერთიდან სამ ჯერამდე ბოლო 6 თვის განმავლობაში, ნახევარს და მეტს (47.6%-დან 60.2%-მდე) რამდენიმე დღე აღენიშნებოდათ შფოთვისა და დეპრესიასთან დაკავშირებული პრობლემები ბოლო 2 კვირის მანძილზე. (დეტალებისთვის იხ. ცხრილი 5).

ცხრილი 5: შფოთვისა და დეპრესიასთან დაკავშირებული პრობლემები ბოლო 2 კვირის მანძილზე და ფსიქოლოგის დახმარება ბოლო 6 თვის განმავლობაში

მახასიათებლები	ფსიქოლოგის დახმარება ბოლო 6 თვის განმავლობაში				
	არ არის ინფორმირებული მომსახურების შესაძლებლობის შესახებ	საიტზე ფსიქოლოგი არ არის	არასდროს მიუმართავს	მიმართა ერთიდან სამ ჯერამდე	სისტემატურად მიუმართავს
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
გრძნობდა ნერვიულობას, შფოთვის, ან იმას რომ უკიდურესობამდე იყო მისული ბოლო 2 კვირის მანძილზე					
საერთოდ არა	25 (47.2)	0 (0)	186 (35.8)	25 (24.3)	4 (40)
რამდენიმე დღე	20 (37.7)	1 (100)	301 (57.9)	62 (60.2)	6 (60)
დღეების ნახევარზე მეტი	1 (1.9)	0 (0)	26 (5)	12 (11.7)	0 (0)
თითქმის ყოველდღიურად	7 (13.2)	0 (0)	5 (1)	4 (3.9)	0 (0)
ვერ ახერხებდა შეეჩერებინა ან გაეკონტროლებინა წუხილი ბოლო 2 კვირის მანძილზე					
საერთოდ არა	37 (69.8)	1 (100)	278 (53.5)	46 (44.7)	4 (40)
რამდენიმე დღე	12 (22.6)	0 (0)	225 (43.3)	49 (47.6)	6 (60)
დღეების ნახევარზე მეტი	0 (0)	0 (0)	14 (2.7)	7 (6.8)	0 (0)
თითქმის ყოველდღიურად	4 (7.5)	0 (0)	1 (0.2)	1 (1)	0 (0)
თავს გრძნობდა უაზრებოდ, დეპრესიულად, უიმედოდ ბოლო 2 კვირის მანძილზე					
საერთოდ არა	17 (32.1)	0 (0)	164 (31.5)	27 (26.2)	4 (40)
რამდენიმე დღე	29 (54.7)	1 (100)	321 (61.7)	62 (60.2)	6 (60)
დღეების ნახევარზე მეტი	0 (0)	0 (0)	23 (4.4)	11 (10.7)	0 (0)
თითქმის ყოველდღიურად	7 (13.2)	0 (0)	10 (1.9)	3 (2.9)	0 (0)
მწირი ინტერესი ქონდა/მწირი სიამოვნებას იღებდა რაღაცების კეთებისას ბოლო 2 კვირის მანძილზე					
საერთოდ არა	26 (49.1)	0 (0)	174 (33.5)	38 (36.9)	5 (50)
რამდენიმე დღე	20 (37.7)	1 (100)	289 (55.6)	50 (48.5)	5 (50)
დღეების ნახევარზე მეტი	1 (1.9)	0 (0)	46 (8.8)	9 (8.7)	0 (0)
თითქმის ყოველდღიურად	6 (11.3)	0 (0)	9 (1.7)	6 (5.8)	0 (0)

7.6. ცხოვრების ხარისხის შეფასება – WHOQOL-Bref მაჩვენებლები კვლევის მონაწილეთა სხვადასხვა მახასიათებლის ჭრილში

მონაცემთა ანალიზით გამოვლინდა, რომ რესპონდენტთა ასაკს, მუშაობის სტატუსს, ინვალიდობის გამო პენსიის მიღებას, აივ-პოზიტიურ სტატუსსა და C ჰეპატიტის არსებობას სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი ქონდა ცხოვრების ხარისხის დომენის მაჩვენებლებთან. კერძოდ, უფროსი ასაკის რესპონდენტებმა საკუთარი ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და გარემო ცხოვრების ხარისხი უფრო დაბალ ქულად შეაფასეს, ვიდრე ახალგაზრდებმა. მსგავსად ასაკისა, ოთხივე დომენის საშუალო ქულა უფრო დაბალი იყო იმ რესპონდენტებში, რომლებსაც არ ქონდათ სამუშაო, ხოლო რესპონდენტებმა, რომლებმაც დაასახელეს, რომ იღებდნენ პენსიას ინვალიდობის გამო, მხოლოდ ფიზიკური ცხოვრების ხარისხს ქონდა სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი და საშუალო ქულა იყო უფრო დაბალი. აივ-დადებით რესპონდენტებს ასევე დაბალი ქონდათ ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ცხოვრების ხარისხი, რომელიც, ასევე, სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირში იყო აღნიშნულ დომენებთან. C ჰეპატიტის არსებობას კი მხოლოდ ცხოვრების სოციალურ ხარისხთან ქონდა სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი და მათი ხარისხიც იყო დაბალი (იხ. ცხრილი 6).

კვლევის მონაწილეთა ცხოვრების ხარისხი სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირში აღმოჩნდა

ორთ დაწესებულების (სახელმწიფო ან კერძო) ტიპთან, პრეპარატის სახეობასთან (მეთადონი თუ სუბოქსონი) და ორთ დაწესებულებაში პრეპარატის მისაღებად მისვლის სიხშირესთან (ყოველ-დღიურად თუ 5 დღეში ერთხელ მისვლა). კერძოდ:

- სახელმწიფო ორთ საიტების მოსარგებლეებში ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ცხოვრების ხარისხის თვითშეფასებაში საშუალო ქულები უფრო დაბალი იყო, ვიდრე კერძო ორთ სერვისით მოსარგებლეებში.
- მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფ კვლევის მონაწილეებს როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოლოგიურ და სოციალური ცხოვრების ხარისხის თვითშეფასებაში უფრო დაბალი ქონდათ საშუალო ქულები, ვიდრე სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის მონაწილეებს,
- და ბოლოს, ორთ საიტზე ჩამანაცვლებელი პრეპარატის მისაღებად ნაკლები სიხშირით სიარულს ჰქონდა სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი რესპონდენტების ფსიქოლოგიური ცხოვრების ხარისხის დაბალ დონესთან. (იხ.ცხრილი 6).

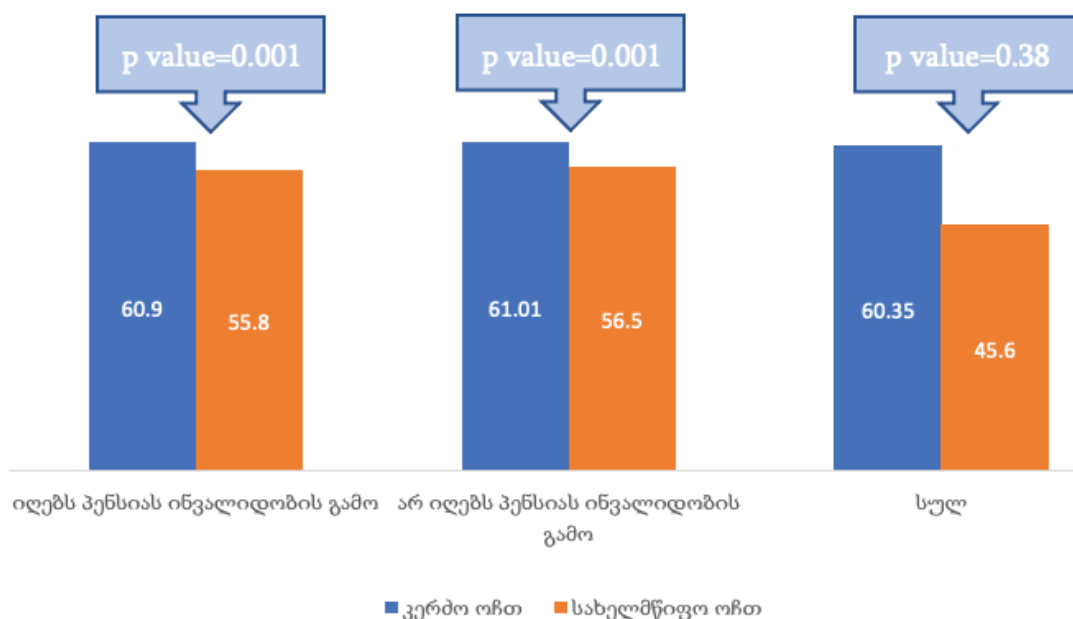
ცხრილი 6: ცხოვრების ხარისხის შეფასების საშუალო ქულები და სტანდარტული გადახრა სხვადასხვა მახასიათებლების ჭრილში (WHOQOL-Bref, 0-100 scale)

მახასიათებლები	ფიზიკური	ფსიქოლოგიური	სოციალური	გარემო
ასაკი				
<43	60.93 (14.83)***	59.51 (10.25)***	70.25 (14.63)***	54.82 (11.85)***
≥43	54.88 (16.21)***	55.93 (10.63)***	65.3 (16.12)***	50.98 (12.34)***
სქესი				
კაცი	57.68 (15.87)	57.59 (10.59)	67.59 (15.62)	52.78 (12.27)
ქალი	66.07 (12.63)	62.5 (17.68)	75 (23.57)	50 (0)
უმუშევარი				
კი	53.98 (15.62)***	56.05 (10.54)**	65.03 (15.4)***	51.17 (12.86)**
არა	61.14 (15.31)***	59.05 (10.46)**	70 (15.48)***	54.25 (11.49)**
იღებს პენსიას ინვალიდობის გამო				
კი	49.7 (18.83)*	54.4 (13.69)	64.12 (18.67)	50 (13.61)
არა	58.15 (15.57)*	57.78 (10.39)	67.81 (15.44)	52.93 (12.17)
საიტის ტიპი				
სახელმწიფო	55.87 (16.78)**	56.73 (11.28)*	66.35 (16.56)**	52.03 (13.06)
კერძო	60.99 (13.46)**	59.18 (9.07)*	69.88 (13.53)**	54.12 (10.56)
პრეპარატი				
მეთადონი	55.53 (16.75)**	56.52 (11.24)*	66.05 (16.59)**	51.86 (13.14)*
ბუპრენორფინი	61.39 (13.47)**	59.44 (9.15)*	70.26 (13.48)**	54.33 (10.44)*
იღებს პრეპარატს საიტიდან ყოველდღე				
კი	58.95 (14.82)	59.11 (10.12)**	68.93 (14.51)	53.51 (11.9)
არა	57.24 (16.22)	57.04 (10.73)**	67.12 (16.02)	52.5 (12.39)
HIV დადებითი				
კი	42.86 (10.1)*	47.92 (9.41)*	63.89 (16.39)	44.79 (8.54)
არა/არ იცის/უარი პასუხზე/არ არის ტესტირებული	57.84 (15.84)*	57.69 (10.58)*	67.65 (15.63)	52.85 (12.27)
C ჰეპატიტი				
კი	55.82 (16.42)	56.71 (10.6)	65.85 (16.62)*	51.66 (12.01)
არა/არ იცის/უარი პასუხზე/არ არის ტესტირებული	59.64 (15.03)	58.53 (10.54)	69.42 (14.34)*	53.92 (12.42)
*** P value<0.01	** P value<0.05	*P value<0.1		

სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა გამოვლინდა ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური დომენის საშუალო ქულების მხრივ კერძო და სახელმწიფო საიტების მომხმარებლებში ინვალიდობის პენსიის მიღების ქრილში (იხ. დიაგრამა 12).

კერძო ორთ პროგრამის მონაწილეების ცხოვრების ფიზიკური ხარისხის დომენი აღემატებოდა სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ რესპონდენტთა საშუალო ქულას. მსგავსი ტენდენცია გამოვლინდა, როგორც მთლიან შერჩევაში, ასევე, იმ რესპონდენტებში, ვინც იღებდა და არ იღებდა პენსიას ინვალიდობის გამო. ასევე, უნდა აღინიშნოს, რომ ამ უკანასკნელი ჯგუფის ცხოვრების ფიზიკური ხარისხი ოდნავ უკეთესი იყო ორივე ტიპის ორთ სერვისით მოსარგებლეებში, ვიდრე მათი, ვინც იღებდა პენსიას ინვალიდობის გამო.

დიაგრამა 12: ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური დომენი ინვალიდობის პენსიის მიღებისა და ორთ საიტის ტიპის მიხედვით



როგორც წარმოდგენილია ცხრილი 3-ში, ზევით, კვლევის მონაწილეთა 64%-დან 70%-მდე გრძნობდა ნერვიულობას, შფოთვისას, ან იმას, რომ უკიდურესობამდე იყო მისული; თავს აღიქვამდა უიმედოდ, უგუნებოდ, დეპრესიულად; ქონდა მწირი ინტერესი რაღაცეების კეთების ბოლო 2 კვირის მანძილზე. ასევე, რესპონდენტთა დაახლოებით ნახევარმა აღნიშნა, რომ ვერ ახერხებდა შეეჩერებინა ან გაეკონტროლებინა ნუხილი იმავე პერიოდში. დავინტერესდით, ხომ არ ქონდა აღნიშნულ ფაქტორებს კავშირი ცხოვრების ხარისხის თვითშეფასების ქულებთან. ანალიზმა აჩვენა, რომ აღნიშნული ოთხივე ფაქტორი სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირშია ცხოვრების ხარისხის როგორც ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და გარემოს დომენების უფრო დაბალ ქულებთან (იხ. ცხრილი 7).

ცხრილი 7: ცხოვრების ხარისხის შეფასების საშუალო ქულები და სტანდარტული გადახრა შფოთვისა და დეპრესიის მაჩვენებლების ჭრილში (WHOQOL-Bref, 0-100 scale)

მახასიათებლები (ბოლო 2 კვირის მანძილზე)	ფიზიკური***	ფსიქოლოგიური***	სოციალური***	გარემო***
გრძნობდა შფოთვისას				
კი	54.63 (15.56)	56.36 (10.57)	65.88 (16.33)	50.35 (11.85)
არა	63.63 (14.66)	60.08 (10.2)	71.2 (13.25)	57.44 (11.62)
ვერ ახერხებდა გაეკონტროლებინა ნუხილი				
კი	52.49 (15.54)	55.41 (11.01)	65.36 (16.89)	49.58 (11.91)
არა	62.4 (14.61)	59.62 (9.8)	69.82 (13.91)	55.67 (11.83)
თავს გრძნობდა დეპრესიულად				
კი	54.95 (15.8)	56.21 (10.54)	66.23 (15.99)	50.4 (11.79)
არა	64.07 (14.01)	60.89 (9.99)	71.11 (13.87)	58.24 (11.5)
ქონდა მწირი ინტერესი რაღაცეების გაკეთების				
კი	54.61 (15.82)	56.15 (10.87)	66.01 (16.27)	50.2 (11.73)
არა	63.55 (14.15)	60.42 (9.46)	70.9 (13.52)	57.63 (11.71)
*** P value<0.01				

ბოლო 2 კვირის მანძილზე რესპონდენტების მიერ დასახელებული შფოთვისა და დეპრესიის ჩივილები შევისწავლეთ, როგორც ორ სერვისით კმაყოფილების განმაპირობებელი ფაქტორები. ბივარიაციულმა რეგრესიულმა ანალიზმა გამოავლინა, რომ თითოეული მათგანი მოქმედებდა კმაყოფილებაზე და აღნიშნული სტატისტიკურად სარწმუნო იყო.

კერძოდ, იმ რესპონდენტებში, რომლებიც გრძნობდნენ თავს შფოთვისა და დეპრესიისთვის დამახასიათებელი ნიშნებით, მათი ალბათობა, რომ კმაყოფილი ყოფილიყვნენ ორ სერვისებით უფრო დაბალი იყო, ვიდრე მათი, ვინც არ გრძნობდა შფოთვისა და დეპრესიისთვის დამახასიათებელ ნიშნებს (იხ.ცხრილი 8).

ცხრილი 8: ორ სერვისით კმაყოფილების განმაპირობებელი ფაქტორები

ფაქტორები		Odds Ratio (95% CI)	P value<0.01***
გრძნობდა შფოთვისას			
კი (რეფერენსი)	არა	0.42(0.29-0.61)***	0.00
ვერ ახერხებდა გაეკონტროლებინა ნუხილი			
კი (რეფერენსი)	არა	0.42(0.3-0.58)***	0.00
თავს გრძნობდა დეპრესიულად			
კი (რეფერენსი)	არა	0.23(0.15-0.35)***	0.00
ქონდა მწირი ინტერესი რაღაცეების გაკეთების			
კი (რეფერენსი)	არა	0.44(0.31-0.64)***	0.00

8. დისკუსია

8.1. გამოვლენილი პარადოქსები

კვლევამ გამოავლინა ერთგვარი პარადოქსი: ერთი მხრივ, ორთხ პროგრამებით კმაყოფილია რესპონდენტების დაახლოებით ორი მესამედი, მაშინ, როცა საკუთარი ცხოვრების ხარისხითა და ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილია რესპონდენტთა დაახლოებით ერთი მესამედი. კერძოდ, რესპონდენტთა 73.2%-მა ორთხ სერვიები შეაფასა, როგორც „კარგი“ ან „ძალიან კარგი“, მაშინ, როცა საკუთარი ცხოვრების ხარისხი, როგორც „კარგი“, შეაფასა რესპონდენტთა მხოლოდ 32.1%-მა, ხოლო როგორც „ძალიან კარგი“ – 0.3%-მა; საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება („კმაყოფილი“ და „ძალიან კმაყოფილი“ სახის შეფასებებით) გამოავლინა გამოკითხულთა 35.1%-მა.

ამგვარი განსვლა პროგრამით ზოგად კმაყოფილებასა და საკუთარი ცხოვრების ხარისხითა და ჯანმრთელობით კმაყოფილებას შორის, შესაძლოა, განპირობებული იყოს იმით, რომ ორთხ პროგრამების პაციენტები დასავლეთ საქართველოში არ ელოდებიან პროგრამისგან ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. ან, შესაძლოა, ამგვარი განსვლა იმის მანიშნებელი იყოს, რომ პროგრამის პერსონალსა და მოსარგებლებებს შორის არ მიმდინარეობს ექსპლიციტური კომუნიკაცია პროგრამის/მკურნალობის მოსალოდნელ შედეგებსა და შედეგიანობის ინდიკატორებზე. ეს უკანასკნელი ვითარება მსგავსია მოცემული ანგარიშის მე-4 თავში აღწერილი, საქართველოში 2006-2007 წლებში ჩატარებულ ორ კვლევაში გამოვლენილი განსვლისა მკურნალობის მიმართ მოსარგებლის მოლოდინებსა და მედპერსონალის მიერ დასახულ მკურნალობის მიზნებს შორის (ჩი-რიკაშვილი, 2007; Todadze and Lezhava, 2008).

ზემოთ აღნიშნული პარადოქსი შესაძლოა იმითაც აიხსნას, რომ მოსარგებლეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ცხოვრების ხარისხი იყო კიდევ უფრო უარესი პროგრამაში ჩართვამდე. კვლევის დიზაინიდან გამომდინარე, ჩვენ არ გვქონდა საშუალება რესპონდენტების ცხოვრების ხარისხითა და ჯანმრთელობით კმაყოფილების დონე გაგვეზომა და შეგვედარებინა მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპებზე (მაგალითად, მკურნალობის დაწყებამდე, ნახევარი წლის, ერთი წლის შემდეგ), რაც საშუალებას მოგვცემდა შეგვეფასებინა ცვლილებები ამ მაჩვენებლებში, როგორც ეს არის განხორციელებული, მაგ., პროსპექტული დიზაინის კვლევაში „ჩანაცვლებითი თერაპიის მიმდინარეობა სხვადასხვა სახის ოპიოიდების მომხმარებლებში“, რომელმაც დადებითი დინამიკა გამოავლინა კვლევის მონაწილეთა, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ასევე, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მხრივ (Todadze & Mosia, 2016). თუმცა, ჩვენი კვლევის შედეგები გვაძლევს საკმარის საფუძველს გავაკეთოთ დასკვნა იმის თაობაზე, რომ კვლევის მონაწილეთა ცხოვრებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების უფრო მაღალი ხარისხის მისაღწევად, მოსარგებლებები საჭიროებენ დამატებით მომსახურებებს (მაგ., მეტად ინტენსიურ ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას).

მსგავსად ჩვენი კვლევის შედეგებისა, განსვლა, ერთი მხრივ, პროგრამით კმაყოფილებასა და, მეორე მხრივ, ცხოვრების ხარისხსა და ჯანმრთელობით კმაყოფილებას შორის გამოავლინა უკრაინაში 2019 წელს ჩატარებულმა ანალოგიურმა კვლევამაც. კერძოდ, პროგრამით ზოგადად კმაყოფილი იყო გამოკითხულ უკრაინელ რესპონდენტთა 72% მაშინ, როცა საკუთარი ცხოვრების ხარისხი, როგორც „კარგი“ შეაფასა 36%-მა, როგორც „ძალიან კარგი“ – 2%-მა, ხოლო საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილი იყო სულ 35% (EHRA, 2020).

კიდევ ერთი პარადოქსი, რაც კვლევამ გამოავლინა, არის ის, რომ რესპონდენტთა 90.5%-მა მიუთითა, რომ ჩანაცვლებითი პრეპარატის დოზა მათთვის საკმარისია (ეს არ გამოვლენილა კვლევის თვისებრივ კომპონენტში, სადაც რესპონდენტთა ნაწილმა განაცხადა, რომ ჩანაცვლებითი პრეპარატის დოზა არ არის საკმარისი მათთვის). ამავე დროს, რესპონდენტთა 39%-მა აღნიშნა, რომ მათ, ჩანაცვლებითი პრეპარატის პარალელურად, ბოლო 30 დღეში გამოიყენეს არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებები. ეს, შესაძლოა, ერთი მხრივ, იმის მანიშნებელი იყოს, რომ მათთვის არ არის საკმარისი ჩანაცვლებითი პრეპარატის დანიშნული დოზა, მაგრამ ისინი ვერ აცნობიერებენ ამას – რაც მათთან ამ საკითხზე დამატებითი კომუნიკაციის საჭიროებას ავლენს მკურნალი ექიმების მხრიდან. მეორე მხრივ, მოცემული პარადოქსის ასახსნელად შესაძლოა ვივარაუდოთ,

რომ მოსარგებლეთა პროგრამაში ყოფნის მოტივაცია არ წარმოადგენს არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებისგან თავის შეკავებას. ამ შემთხვევაში, დასჯისა და პროგრამიდან გარიცხვის¹¹ ნაცვლად, სასურველია მათთან მუშაობა არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების შეწყვეტის მოტივაციის გაზრდის მიმართულებით – რაც, ძირითადად, ფსიქოლოგიისა და სოციალური მუშაკის კომპეტენციაა. ამ მხრივ საინტერესო შედეგი დაფიქსირდა პარტნიორობა ჯანმრთელობის კვლევისა და განვითარებისთვის მიერ 2017 წელს ჩატარებულ კვლევაში „ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების (მ.შ. ქალი მომხმარებლების) ზიანის შემცირების სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შეფასება, ბარიერების ოპერაციული კვლევა“, სადაც პროგრამებით მოსარგებლეთა უკმაყოფილების ერთ-ერთ მიზეზად პროვაიდერების მიერ დასახელდა პრეპარატის დოზის ნაკლებობა (პარტნიორობა ჯანმრთელობის კვლევისა და განვითარებისთვის, 2017).

კიდევ ერთი პარადოქსი, რაც კვლევამ გამოავლინა, შემდეგში მდგომარეობს: როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ჩამანაცვლებელი პრეპარატის დოზით კმაყოფილია რესპონდენტთა 90.5%. ამავე დროს, რესპონდენტთა მხოლოდ 35.1%-მა აღნიშნა, რომ საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილი, ან ძალიან კმაყოფილი იყო. შესაძლოა, ეს განსვლა მიგვიჩვენებს სხვა სახის სამედიცინო პრობლემებზე და შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების (სხვადასხვა სახის გამოკვლევების; საჭიროებისამებრ, სამკურნალოდ სხვა პროგრამებში გადამისამართების და ა.შ.) პროაქტიულად შეთავაზების საჭიროებაზე.

ასევე, მოულოდნელი იყო კვლევის შემდეგი შედეგი: აღმოჩნდა, რომ ის რესპონდენტები, რომლებიც ყოველდღიურად მიდიოდნენ ჩანაცვლებითი პრეპარატის მისაღებად საიტზე, ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიურ დომენს უფრო მაღალი ქულებით აფასებდნენ, ვიდრე ისინი, ვინც 5 დღეში ერთხელ მიდიოდა. თვისებრივ კვლევაში რესპონდენტების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ ჩანაცვლებითი პრეპარატის რამდენიმე დღით გატანის პრაქტიკა, რაც პანდემიის პირობებში დაინერგა, დადებითად შეაფასა; ამავე დროს, მათ აღნიშნეს, რომ ზოგიერთ მოსარგებლეს ურჩევნია მხოლოდ სამი დღის ულუფის გატანა, რამდენადაც მცირე ულუფის მართვა უფრო უადვილდება. თუმცა, არც ერთ რესპონდენტს არ უთქვამს, რომ ყოველდღიურად მისვლა საიტზე ურჩევნია რამდენიმე დღის ულუფის გატანას. რაოდენობრივი კვლევის შედეგების თანახმად, ყოველდღიური მისვლა მოსარგებლეებს გარკვეულ ფსიქოლოგიურ კომფორტს ანიჭებს. ეს, შესაძლოა, იყოს დაკავშირებული თანამოსარგებლებთან კომუნიკაციის/სოციალიზაციის დადებით გამოცდილებასთან, და კვლავ მიუთითებდეს ჯგუფური ფსიქოსოციალური აქტივობების დანერგვის საჭიროებაზე, ან შესაძლოა მიანიშნებდეს პროგრამის მოსარგებლეებში ჩანაცვლებითი პრეპარატის დოზის 5 დღეზე სათანადოდ განაწილების სირთულეზე.

8.2. უსაფრთხოების განცდის დეფიციტი

კვლევამ გამოავლინა, რომ უსაფრთხოდ ორთ საიტზე თავს გრძნობს რესპონდენტების ნახევარზე ნაკლები – 44.6%. უკრაინელი რესპონდენტების შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი შედარებით მაღალი იყო (65%) (EHRA, 2020). აქ მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მონაცემთა დაცვისა და კონფიდენციალობის უზრუნველყოფის საკითხი. საყურადღებოა, რომ ჩვენი კვლევის მონაწილეთა მხოლოდ მესამედი იყო დარწმუნებული კონფიდენციალობაში (206 რესპონდენტი „დარწმუნებულია“ და 29 რესპონდენტი – „სრულიად დარწმუნებულია“). ქართველი რესპონდენტები, როგორც ჩანს, საჭიროებენ მეტ კომუნიკაციასა და ინფორმირებას პროგრამების პერსონალისა და მენეჯმენტის მხრიდან კონფიდენციალობის დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებზე, შესაძლო რისკებზე და რისკების შემცირების სტრატეგიებზე.

8.3. სხვადასხვა მომსახურებით კმაყოფილების დაბალი ხარისხი

რესპონდენტების მხრიდან, საერთო ჯამში, შედარებით მაღალი შეფასება მიიღო ორთ პროგრამის შემდეგმა მახასიათებლებმა: ზოგადად მომსახურების ხარისხი (68%), საიტების ფიზიკური მა-

11 არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების გამოვლენის შემთხვევაში, ასეთ სიტუაციას ამჟამად ორთ პროგრამებში წყვეტენ დასჯის მეთოდით – პირველ შემთხვევაზე გაფრთხილება, მეორეზე პროგრამიდან გარიცხვა.

ხასიათებლები (59%), ორთ საიტამდე მისვლის მოსახერხებლობა (60.7%), ორთ საიტზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხი (53.8%), საიტზე პერსონალისგან მიღებული ინფორმაციის საკმარისი დონე (66.5%), ჩანაცვლებითი პრეპარატის დოზის საკმარისი დონე (90.5%). როგორც ზევით აღწერილმა პარადოქსებმა გამოვლინა, შესაძლოა, ამა თუ იმ მახასიათებლის მაღალი შეფასება არ ასახავდეს ამ მახასიათებლის ობიექტურ მდგომარეობას და წარმოადგენდეს ამ მახასიათებლის მიმართ რესპონდენტების დაბალი მოლოდინის ფუნქციას.

შედარებით ნაკლები რესპონდენტია კმაყოფილი საიტზე ფსიქოსოციალური მომსახურებით – 37%; რესპონდენტთა მხოლოდ 38.8%-მა მიუთითა, რომ საჭიროების შემთხვევაში მოსალოდნელია დახმარებისთვის მიმართოს საიტის ფსიქოლოგს (უკრაინული კვლევის რესპონდენტებისთვის ანალოგიური მაჩვენებელი იყო 44%). კვლევამ გამოავლინა შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომების მაღალი გავრცელება გამოკითხულ პოპულაციაში (სრული შერჩევის 64.7% გრძნობდა შფოთვას, 46.4% ვერ ახერხებდა წუხილის მართვას, თავს გრძნობდა უგუნებოდ 68.7%, მწირი ინტერესი ჰქონდა საქმიანობისას 62.5%-ს). ამავე დროს, კვლევის მონაწილეთა თითქმის სამ მეოთხედს (75.6%) არასდროს მიუმართავს პროგრამის ფსიქოლოგისთვის დასახმარებლად უკანასკნელი 6 თვის მანძილზე. სისტემატურ დახმარებას ამავე პერიოდში იღებდა ფსიქოლოგისგან რესპონდენტთა მხოლოდ 1.5%, ხოლო ერთიდან სამჯერამდე კონსულტაცია მიიღო 15%-მა. რესპონდენტთა 8% არ იყო ინფორმირებული არც ფსიქოლოგის, არც სოციალური მუშაკის მომსახურების შესაძლებლობაზე საიტზე. საქმის ამგვარი ვითარება მიუთითებს იმაზე, რომ მაშინაც კი, როდესაც მოსარგებლებებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აწუხებთ, ისინი არ მიმართავენ შესაბამის დახმარებას. როგორც გამოვლინდა, ნაწილმა (8%-მა) არ იცის ამგვარი დახმარების შესაძლებლობის შესახებ. ნაწილი, შესაძლოა, არ აკითხავდეს სპეციალისტს სტიგმის გამო, ან იმის გამო, რომ არა აქვს ხარისიანი მომსახურების მიღების გამოცდილება. ხოლო ნაწილი, შესაძლოა ვერ აცნობიერებდეს საკუთარი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს. ანალოგიური პრობლემა გამოვლინდა საქართველოში ჩატარებულ საზოგადოებრივი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში ერთ-ერთ მარგინალიზებულ ჯგუფში – ომით დაზარალებულ მოსახლეობაში. ამ ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ გამოავლინა, რომ რესპონდენტების წარმომადგენლობით შერჩევაში იმ პირებიდან, ვისაც გამოუვლინდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, მხოლოდ 24.8% მიმართავდა შესაბამის მომსახურებას; 19.6% აცნობიერებდა, რომ ჰქონდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები მაგრამ არ მიმართავდა დახმარებას ამა თუ იმ მიზეზით; 54.8%-ს ჰქონდა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოხატული პრობლემები, მაგრამ ვერ აცნობიერებდა ამას (Chikovani et al., 2015).

შფოთვისა და დეპრესიის მაღალი მაჩვენებლები სტატისტიკურად სანდო კავშირშია ორთ სერვისით კმაყოფილების უფრო დაბალ დონესთან, რაც მეტყველებს ორთ პროგრამების პაციენტებში სრულფასოვანი ფსიქოლოგიური მომსახურების საჭიროებაზე. სრულყოფილი ფსიქოლოგიური მომსახურების მაღალ შედეგიანობაზე მიაწინებს ადრინდელი კვლევა „მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპია აივ-დადებით პაციენტებს შორის საქართველოში“, რომლის შედეგების თანხმაც აივ-დადებითი ორთ მოსარგებლებებისთვის, ფსიქოკონსულტირების ინტენსიური კურსის უზრუნველყოფის ფონზე, მნიშვნელოვნად შემცირდა დეპრესიისა და შფოთვის მაჩვენებლები, და გაუმჯობესდა ცხოვრების ხარისხის თვითშეფასება. ავტორები ასკვნიან, რომ მით-ს, არვ-ს და ფსიქოკონსულტირების კომბინაცია მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს აივ დადებითი სტატუსის მქონე ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური მომხმარებლების ფიზიკურ და ფსიქოსოციალურ სტატუსს, ცხოვრების ხარისხს და მკურნალობისადმი დამყოლობას (Todadze and Kavtiashvili, 2012). მსგავსი შედეგებია მიღებული ერთ-ერთ ადრეულ კვლევაში, რომელიც მიეძღვნა მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის საპილოტე პროგრამების ეფექტურობის შესწავლას საქართველოში, იმ პაციენტებს შორის, რომლებიც იღებდნენ მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიასა და ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას. კვლევის შედეგებმა გამოავლინა პაციენტთა ფსიქოსოციალური მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება, კერძოდ კი: დეპრესიისა და შფოთვის დონის შემცირება, და ცხოვრების ხარისხის ზრდა პროგრამაში ჩართვამდე გაზომილ მაჩვენებლებთან შედარებით (Todadze and Lezhava, 2008).

8.4. სახელმწიფო და კერძო ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა მდგომარეობის შედარება

რაოდენობრივი კვლევის მონაცემების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ სახელმწიფო და კერძო პროგრამების მოსარგებლეებს შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებები დაფიქსირდა რიგ მნიშვნელოვან საკითხებში:

კვლევამ გამოავლინა, რომ სახელმწიფო პროგრამებით მოსარგებლე მოსარგებლეებში უფრო დაბალი სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობაა (შემოსავლისა და დასაქმების სტატუსის დაბალი მაჩვენებლები), ვიდრე კერძო პროგრამების პაციენტებში. ასევე, სახელმწიფო ორთ სერვისების მოსარგებლეთა საშუალო ქულები ცხოვრების ხარისხის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მაჩვენებლებზე უფრო დაბალი იყო, ვიდრე კერძო ორთ სერვისების მოსარგებლეთა ქულები. ასევე, სახელმწიფო ორთ სერვისების მოსარგებლეთა შორის უფრო მაღალი იყო დეპრესიისა (თავს გრძნობდა უგუნებოდ 72.1%, მწირი ინტერესი საქმიანობისას 70.1%) და შფოთვის (65.6% გრძნობდა შფოთვის, ვერ ახერხებდა ნუხილის მართვას 52.7%) სიმპტომები, ვიდრე კერძო ორთ სერვისების მოსარგებლეთა შორის (62.7%, 53.8% და 63.2%, 35.2%, შესაბამისად). ასევე, სანდო სტატისტიკური განსხვავებით, სახელმწიფო ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა შორის უფრო მაღალი იყო ფსიქოპათიური ნივთიერებების ინექციურად მოხმარების გავრცელება (42.6% და 32.8%, შესაბამისად).

ვინაიდან სახელმწიფო პროგრამა უფასოა მოსარგებლეებისთვის, შეგვიძლია დავუშვათ, რომ ამ მომსახურებით მოსარგებლე პირების სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობა და, აქედან გამომდინარე, ცხოვრების ხარისხი და შესაბამისად – ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, პროგრამაში ჩართვამდე უარესი იყო, ვიდრე კერძო ორთ მომსახურების მიმღები პირებისა. ეს მაჩვენებლები, შესაძლოა, უფრო დაბალიც კი იყო პროგრამაში ჩართვამდე. უნდა აღინიშნოს, რომ ნარკოვითარების მსოფლიო ანგარიშის თანახმად, დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი დაკავშირებულია ნივთიერებების ავადმომხმარებლასა და მოხმარებასთან დაკავშირებულ აშლილობებთან (UNODC, 2020). ეს მიუთითებს სოციალური მუშაკის როლის გააქტიურების აუცილებლობაზე და ფსიქოსოციალური ადაპტაცია-აბილიტაცია-რეაბილიტაციის პროგრამებისა და, კერძოდ, დასაქმების ხელშეწყობის მაღალ საჭიროებაზე სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა შორის.

9. დასკვნები და რეკომენდაციები

- კვლევამ გამოავლინა ლიობი, ერთი მხრივ, ორთა პროგრამების მოსარგებლეთა პროგრამებით ზოგადი კმაყოფილების დონესა და მეორე მხრივ, საკუთარი ცხოვრების ხარისხითა და საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილების დონეს შორის. ჩვენი რეკომენდაციაა, ორთა პროგრამების განმახორციელებელმა უწყებამ (ჩვენს შემთხვევაში, საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ), და პროგრამების განმახორციელებელმა როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სამკურნალო დაწესებულებებმა, ამ ლიობის შესავსებად, გადადგან შემდეგი ნაბიჯები:
 - განიხილონ პროგრამის მოსარგებლეთა ცხოვრების ხარისხი, როგორც პროგრამის ეფექტიანობის ერთ-ერთი საკვანძო მაჩვენებელი, და წარმართონ მუშაობა ამ მაჩვენებლის გაუმჯობესებაზე, თითოეული მოსარგებლისთვის მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისი ამოცანების დასახვის, ამ ამოცანების მიღწევაზე შესაბამისი მუშაობის განხორციელებისა და მიღწევის მონიტორინგის გზით;
 - ითანამშრომლონ პროგრამის მოსარგებლებთან ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მოლოდინის, როგორც პროგრამის მიმართ ერთ-ერთი საკვანძო მოლოდინის ჩამოყალიბებაზე. ამისთვის, განახორციელონ მოსარგებლების სათანადო ინფორმირება და მათთან ინფორმაციის რეგულარული ურთიერთგაცვლა, კომუნიკაციის ეფექტური მეთოდების გამოყენებით;
 - დაინერგოს პროგრამის მონაწილეთა ცხოვრების ხარისხის რუტინული გაზომვის პრაქტიკა პროგრამაში ჩართვის სხვადასხვა ეტაპზე: პროგრამაში ჩართვამდე, საწყის ეტაპზე და შემდგომ უკვე – რუტინულად, ექვს თვეში ერთხელ.
- არსებობს განსვლა/ლიობი, ერთი მხრივ, რესპონდენტების ჩამანაცვლებელი პრეპარატის დოზით კმაყოფილების დონესა და მეორე მხრივ, საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილებას შორის. ეს განსვლა შესაძლოა იმაზე მიუთითებდეს, რომ ორთა პროგრამების მოსარგებლები ვერ ხედავენ კავშირს პრეპარატის დოზასა და საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის და/ან საჭიროებენ სხვა ბიოფსიქოსოციალურ მომსახურებას, რომლის თაობაზეც დაბალი ცნობიერება აქვთ და, შესაბამისად, მოთხოვნა არ აქვთ. ამ ლიობის შესავსებად, გვაქვს შემდეგი რეკომენდაციები:
 - სასურველია, საიტის პერსონალმა აწარმოოს უფრო აქტიური კომუნიკაცია მოსარგებლებთან ჩამანაცვლებელი პრეპარატის დოზასა და მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას შორის კავშირის თაობაზე, კომუნიკაციის ეფექტური მეთოდების გამოყენებით;
 - სასურველია, საიტის პერსონალმა პროაქტიურად შესთავაზოს მოსარგებლებს ბიოფსიქოსოციალური მომსახურება და/ან გადამისამართება გამოვლენილი ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებების შესაბამისი სერვისების მისაღებად, რაც გააუმჯობესებს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ცხოვრების ხარისხს.
- რესპონდენტების დიდი ნაწილი (სრული შერჩევის 39.1%) აღნიშნავს არალეგალური ინექციური ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას, რაც, შესაძლოა, მიუთითებდეს არალეგალური საშუალებების მოხმარების მიტოვების დაბალ მოტივაციაზე (ა) ან/და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე, რომლებიც შესაბამის ზრუნვას საჭიროებს (ბ). ეს უკანასკნელი ახსნა სარწმუნოდ მიგვაჩნია, რამდენადაც რესპონდენტთა დაახლოებით ორ მესამედს სახელმწიფო სერვისებში და ორ მესამედზე ცოტა ნაკლებს კერძო სერვისებში აღნიშნებათ დეპრესიისა და შფოთვის სიმპტომები. ამ პრობლემის მოსაგვლელად ორთა პროგრამების განმახორციელებელ სამკურნალო დაწესებულებებს ვთავაზობთ შემდეგ რეკომენდაციებს:

- ყურადღების გამახვილებას მოსარგებლეთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე: გავრცელებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების – დეპრესიის, შფოთვის პოსტტრავმული სტრესული აშლილობების რუტინულ სკრინინგსა და, საჭიროების გამოვლენის შემთხვევაში, შესაბამისი მომსახურების პროაქტიურად შეთავაზებას პროგრამის პერსონალის მხრიდან – მის საჭიროებაში მოსარგებლეთა დარწმუნებას, მკურნალობის ინდივიდუალურ გეგმაში შესაბამისი ჩარევების დაგეგმვა-შეტანასა და განხორციელებას (ან გადამისამართებას);
 - ფსიქოლოგების მუშაობის ხარისხის უზრუნველყოფაზე ზრუნვას: ფსიქოლოგების უზრუნველყოფას პროფესიული დახელოვნების შესაძლებლობით ადიცეობთან მუშაობის მტკიცებულებით მეთოდებსა და შესაბამის მოდულებში; ასევე, ფსიქოლოგების უზრუნველყოფას პროფესიული სუპერვიზიით;
 - მოტივაციური ინტერვიუს მეთოდის გამოყენებით, მოსარგებლებთან არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების თავის დაწებების მოტივაციის გაზრდაზე მუშაობას ფსიქოლოგებისა და სოციალური მუშაკების მხრიდან. ამისთვის, სასურველია, მოხდეს მათი უზრუნველყოფა პროფესიული დახელოვნების შესაძლებლობით მოტივაციური ინტერვიუების მტკიცებულებით მოდულებში (SAMHSA, 2018);
 - მოსარგებლეთა ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებების დიაგნოსტიკა და ინდივიდუალურ გეგმაში მათ დაკმაყოფილებაზე მიმართული შესაბამისი ღონისძიებების ასახვა, განხორციელება და განხორციელების მონიტორინგი.
- პროგრამის რესპონდენტების დიდი ნაწილი (55.4%) ვერ გრძნობს თავს უსაფრთხოდ საიტზე და არ არის დარწმუნებული იმაში, რომ მათი პირადი ინფორმაცია იქნება კონფიდენციალურად დაცული (კონფიდენციალობაში სრულად არის დარწმუნებული რესპონდენტთა მხოლოდ 29.9%, ნახევრად დარწმუნებულია – 39.8%). ამასთან დაკავშირებით, გვექნება შემდეგი რეკომენდაცია:
 - სასურველია, რომ კონფიდენციალობის დაცვაზე მოხდეს პროგრამების მოსარგებლეთა პროაქტიური ექსპლიციტური ინფორმირება, ჯერ პროგრამაში ჩართვის ეტაპზე – პროგრამის ხელმძღვანელობისა და მკურნალი ექიმის მხრიდან, და, ასევე, მკურნალობის შემდგომ ეტაპებზეც – სოციალური მუშაკის მხრიდან, კომუნიკაციის ეფექტური მეთოდების გამოყენებით, რეგულარულად;
 - სასურველია, რომ სოციალურმა მუშაკმა აამაღლოს მოსარგებლეთა ცნობიერება, ასევე, საკუთარი (პაციენტთა) უფლებების დაცვის კუთხით, კომუნიკაციის ეფექტური მეთოდების გამოყენებით. ეს მოსარგებლებს დაწესებულების მიმართ ნდობის შენებაში დაეხმარება. ამისთვის, სასურველია, მოხდეს სოციალური მუშაკების კვალიფიკაციის სათანადო ამაღლება.
 - კვლევამ გამოავლინა მნიშვნელოვანი მონყვლადობა სახელმწიფო ორთ პროგრამებში ჩართული მოსარგებლებისა კერძო პროგრამებში ჩართულ მოსარგებლებთან შედარებით. ეს ეხება შემოსავლის ოდენობასა და დასაქმების სტატუსს, ასევე, ცხოვრების ხარისხს, ჯანმრთელობის (მათ შორის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის) მდგომარეობასა და არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას. ასევე, კვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ პროგრამის მოსარგებლები იშვიათად სარგებლობენ უშუალოდ ჩამანაცვლებელი მედიკამენტის მიღების გარდა სხვა მომსახურებით, მაგალითად, როგორიცაა სოციალურ მუშაკთან კონსულტაცია სამედიცინო საჭიროებების მიღმა სხვა მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების მიზნით, მიუხედავად იმისა, რომ შედეგებში ნათლად ჩანს ეს საჭიროებები, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ასევე სოციალური კუთხით (შფოთვისა და დათრგუნული გუნება-განწყობილების მაჩვენებლები, უმუშევრობა თუ დაბალი შემოსავალი). ფსიქოსოციალური კომპონენტის წინ წამოწევა და გააქტიურება დადებით გავლენას იქონიებს პროგრამის უშუალო მიზნებზე და ზოგადად ცხოვრების ხარისხზე, მითუმეტეს, რომ ეს იქნება შესაბამისობაში ქვეყნის კანონმდებლობასთან, რომლის თანახმადაც, სხვა ამოცანებთან ერთად, „ჩანაცვლე-

ბითი თერაპია მოწოდებულია გააუმჯობესოს ოპიოიდური დამოკიდებულებით დაავადებულ პირთა სომატური და ფსიქიკური მდგომარეობა, ხელი შეუწყოს მათ სოციალურ ადაპტაციას, საზოგადოებაში რეინტეგრაციას“ (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014). მოცემული საკანონმდებლო რეგულაციის აღსრულების მექანიზმების დახვეწის თვალსაზრისით, გვექნება შემდეგი რეკომენდაცია სახელმწიფო ორგანოების განმახორციელებელი ორგანიზაციების მიმართ:

- მაქსიმალური ორიენტაცია ბიოფსიქოსოციალურ, ჰოლისტურ მულტიდისციპლინურ მიდგომაზე, შემდეგი გზით: *შემთხვევის მართვის (Case Management)* მეთოდის პრაქტიკაში რეალური დანერგვა, რათა გათვალისწინებული იყოს პროგრამის მოსარგებლეთა არა მარტო სამედიცინო-ბიოლოგიური, არამედ ფსიქოლოგიური და განსაკუთრებით კი – სოციალური საჭიროებები;
- პროგრამის მოსარგებლეთა დასაქმების ხელშესაწყობად, აუცილებელია, ვიფიქროთ მათთვის სამუშაო ადგილების ადვოკატირებაზე – როგორც საკანონმდებლო რეგულაციების, ასევე არსებული პრაქტიკების დონეზე. ეს უნდა მოხდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა სათემო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის გზით.
- კვლევამ გამოავლინა, რომ აივ ინფექციასა და C ჰეპატიტზე ტესტირებული იყო შერჩევის 85%, მათგან მხოლოდ 6 რესპონდენტი იყო აივ-დადებითი და მხოლოდ 1 არ იმყოფებოდა ანტირეტროვირუსულ (არვ) თერაპიაზე. C ჰეპატიტის გავრცელება ტესტირებულ რესპონდენტებში იყო 59.8%, მათგან 17%-ს არასოდეს უმკურნალია. რესპონდენტთა უმრავლესობამ (94.2%) აღნიშნა, რომ ორ სერვისს ესაჭიროებოდათ, მაშინ, როდესაც, მხოლოდ მესამედზე ოდნავ მეტმა (33%) დაასახელა, რომ ესაჭიროებოდათ სხვა სამედიცინო სერვისები, რაც მიანიშნებს საკუთარი მკურნალობის საჭიროებების შესახებ მათ დაბალ ცნობიერებაზე. ამავე დროს, კვლევამ გამოავლინა, რომ ვირუსული დაავადებების ქონა სტატისტიკურად სანდო კავშირში იყო რესპონდენტების ცხოვრების ხარისხით დაბალი კმაყოფილების დონესთან. ამასთან დაკავშირებით ორ-ს განმახორციელებელი სამკურნალო ინსტიტუციებისთვის გვაქვს შემდეგი რეკომენდაციები:
 - სასურველია შენარჩუნდეს პროაქტიური კომუნიკაცია ორტ პროგრამების იმ პაციენტებთან, რომლებიც ამ დრომდე არ ყოფილან გამოკვლეული ვირუსულ დაავადებებზე, რომ აუმაღლდეთ მოტივაცია ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირებისთვის (ნკტ), რათა ვირუსული დაავადებების იდენტიფიკაცია და მართვა მოხერხდეს ორტ მოსარგებლეთა მთელ კოჰორტაში;
 - სასურველია აივ-ისა და C ჰეპატიტის დადებითი სტატუსის მქონე პაციენტებისთვის, რომლებიც არ არიან ჩართული მკურნალობაში, შესაბამისი მკურნალობის პროაქტიური შეთავაზება და რეფერირება, ასევე, აქტიური კომუნიკაცია მათთან მკურნალობის შედეგიანობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების პერსპექტივის თაობაზე.
- რესპონდენტთა მესამედმა აღნიშნა, რომ იმყოფებოდა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში, დროებითი დაკავების ჩათვლით; მათ მიერ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში გატარებული თვეების მედიანური რაოდენობა იყო 36 თვე. საქმის ამგვარი ვითარება დასჯაზე ორიენტირებული ნარკოპოლიტიკის ინდიკატორია და მიუთითებს ნარკოკანონმდებლობის რეფორმის აუცილებლობაზე.
- კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის რესპონდენტების თანახმად, სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული რესპონდენტების უფრო ნაკლებ პროპორციას გააძნეეს პროგრამის წესები ჩართვისას (72.6% და 85.8%), ასევე, ნაკლებმა პროცენტმა იცოდა პროგრამიდან გასვლის წესები, ვიდრე კერძო პროგრამაში (76.4% და 91.1%). ხოლო კვლევის თვისებრივ კომპონენტში რესპონდენტები საუბრობდნენ იმაზე, რომ როდესაც წამალდამოკიდებული ადამიანი ერთვება პროგრამაში, ის არ არის სათანადო ფორმირებული, რომ აღიქვას, გაიგოს და დაიხსომოს ის წესები, რომელთაც მას უზიარებენ. საქმის ამგვარი ვითარება ავლენს, რომ პროგრამის

წესებზე კომუნიკაცია უნდა იყოს არა ერთხელობრივი, არამედ რეგულარული, განსაკუთრებით მას მერე, რაც მოსარგებლე იმდენად მომჯობინდება ორთ მკურნალობის ფონზე, რომ შეძლებს სრულფასოვნად აღიქვას საუბრის შინაარსი.

- მკურნალობის პროცესში სასურველია მეტი აქცენტი ინდივიდუალური მიდგომის გნხორციელებაზე, რათა მოსარგებლეთა საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად ოპტიმალური პირობები შეიქმნას. მაგალითად, პანდემიის დაწყებამდე, მოსარგებლეები ყოველდღიურად დადიოდნენ სამკურნალო დაწესებულებებში და სახლში პრეპარატის გატანება ნებადართული არ იყო. პანდემიის პერიოდში წესები შეიცვალა და მოსარგებლეთა უმრავლესობას ეძლევა პრეპარატის 5 დღის სამყოფი დოზა სახლში წასაღებად. ამავე დროს, ზოგიერთმა რესპონდენტმა, კვლევის თვისებრივ კომპონენტში, აღნიშნა, რომ ამჯობინებდა სახლში 5 დღეზე ნაკლები დოზის წაღებას (მაგ. 3 დღის დოზის), რამდენადაც უჭირს ამ ოდენობის პრეპარატის მენეჯმენტი. სასურველია, პრეპარატის სახლში წასაღები დოზის განსაზღვრისას, გათვალისწინებული იყოს მოსარგებლეთა შესაბამისი საჭიროებები.
- კვლევის თვისებრივმა კომპონენტმა გამოავლინა, რომ ორთ პროგრამების მოსარგებლეებში გავრცელებულია სხვადასხვა მითი (არასწორი ინფორმაცია) პროგრამების მთელი რიგი ასპექტების თაობაზე (მაგ., ჩართვის ასაკზე, კრიტერიუმებზე და ა.შ.). მითების ნაწილი მათ ზოგადი მოსახლეობისგან აქვთ მოსმენილი, რაც მიუთითებს ორთ-ს თაობაზე როგორც მხოლოდ პროგრამების მოსარგებლეების, ასევე საზოგადოების ინფორმირებულობის დაბალ დონეზე. ამ პრობლემის საპასუხოდ, აუცილებელია, კომუნიკაციის შესაბამისი სტრატეგიის დაგეგმვა, რომელიც მიმართული იქნება ორთ-სთან დაკავშირებით ცნობიერების ამაღლებაზე როგორც მოსარგებლეებში, ასევე ზოგად პოპულაციაში; ამ უკანასკნელთან – PR აქტივობების გამოყენებით, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს პროგრამის მოსარგებლეებთან დაკავშირებით არსებულ სტიგმასთან და დისკრიმინაციასთან გამკლავებას.

10. კვლევის ძლიერი მხარეები და შეზღუდვები

კვლევის ძლიერი მხარეა, რომ ის იყენებს თემზე დაფუძნებულ მონაწილეობით მიდგომას. კვლევის თვისებრივი კომპონენტისთვის მონაწილეთა რეკრუტირებას და კვლევის რაოდენობრივ კომპონენტს ატარებდნენ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა თემის (სათემო ორგანიზაციის) წარმომადგენლები და ნდობის ხარისხი რესპონდენტების მხრიდან იყო მაღალი. ეს იქიდანაც გამომდინარეობდა, რომ რესპონდენტების მნიშვნელოვან ნაწილს არ მოეწონებოდა ელიარებინა, რომ გასული ერთი თვის მანძილზე მოიხმარა არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალება. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა თემმა, ასევე, უზრუნველყო ღირებული უკუკავშირის მონოდება კვლევის კითხვართან და საბოლოო ანგარიშთან დაკავშირებით, და მიიღო მონაწილეობა კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით რეკომენდაციების შემუშავებაში.

კვლევის ძლიერი მხარეა, ასევე, ის, რომ მონაცემთა შეგროვება ხდებოდა RedCap პლატფორმის საშუალებით, რაც თითოეული კითხვარის შევსების ხარისხის მონიტორინგის, დაუყოვნებლივი შეფასებისა და ინტერვიუებისთვის უკუკავშირის მიცემის, და შესაბამისად – მათი საქმიანობის დახვეწის საშუალებას იძლეოდა.

კვლევის ძლიერი მხარეა, აგრეთვე, ის, რომ კვლევის ფარგლებში მოხერხდა დასავლეთ საქართველოში ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა რეპრეზენტაციული შერჩევის შესწავლა და, შესაბამისად, კვლევის შედეგები ექვემდებარება განზოგადებას დასავლეთ საქართველოს რეგიონის ორთ პროგრამების მოსარგებლებზე.

კვლევის ძლიერი მხარეა ის, რომ პარალელურად ორთ მომსახურებით კმაყოფილებისა და ცხოვრების ხარისხისა, ჩვენ შევისწავლეთ რესპონდენტების ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი გავრცელებული პრობლემები, როგორიცაა შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომები. ამან მოგვცა საშუალება, კვლევის შედეგები გაგვეაზრებინა ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებების პრიზმაში, და დაგვეჩვენა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი კავშირი ორთ პროგრამის მომსახურებით კმაყოფილების დაბალ დონესა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების გამოხატულების მაღალ დონეს შორის. ეს იძლევა ორთ მომსახურების გაუმჯობესების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულების მკაფიო ხედვას. კერძოდ, მეტი ყურადღება უნდა დაეთმოს მოსარგებელთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის მართვას და ფსიქოსოციალური მხარდაჭერისა და მულტიდისციპლინური ზრუნვის გაძლიერებას.

კვლევის შეზღუდვების თვალსაზრისით შეგვიძლია აღვნიშნოთ შემდეგი მომენტები:

კვლევის რესპონდენტები ფარულ (ე.წ. „მარგინალიზებულ“) პოპულაციას წარმოადგენენ და განსაკუთრებით გაჭირდა კვლევაში ქალი რესპონდენტების მოზიდვა. არსებობს კვლევები, რომელთა შედეგებიც ადასტურებს, რომ ქალები ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული შედეგების სამკურნალოდ შესაბამის პროგრამებს ნაკლებად მიმართავენ, რაც სტიგმით შეიძლება აიხსნას. ამავე დროს, არსებობს სხვა სახის საინტერესო შედეგებიც: ქალები უფრო მეტი ალბათობით მიმართავენ მკურნალობას მაშინ, როდესაც არსებობს სპეციფიურად ამ ჯგუფზე მორგებული მომსახურება (EMCDDA, 2006), რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს ამ პოპულაციაზე მორგებული სერვისების აუცილებლობაზე. ჩვენი კვლევის რაოდენობრივი ნაწილის ფარგლებში, გამოკითხული რესპონდენტების მხოლოდ 0.3% იყო ქალი (სულ 2 რესპონდენტი). ამის გამო, შედეგები ვერ ასახავს ქალი მოსარგებლების საჭიროებებსა და ჩამანაცვლებელ თერაპიაში ყოფნის გამოცდილებას. ქალი მოსარგებლების კმაყოფილების ხარისხის შესწავლა ცალკე კვლევას საჭიროებს და უახლოეს ამოცანად უნდა იყოს დასახული.

კიდევ ერთი შეზღუდვა, რაც ჩვენს კვლევას აქვს, შემდეგია: კვლევის დიზაინი და შერჩევის მეთოდოლოგია მოითხოვდა 5 დღის მანძილზე სამიზნე საიტზე მისული ყოველი მეორე მოსარგებლის რეკრუტირებას; თუმცა, რამდენად დაცული იყო რეკრუტირების ეს სტრატეგია, ამის მონიტორინგი ვერ მოხერხდა. კვლევის მონიტორინგის შესაძლებლობები შეზღუდული იყო. ჩვეული რუტინული მონიტორინგი, როგორიცაა, მაგ., რესპონდენტების ტელეფონების ნომრების გამორთმევა და რანდომული ზარები, ვერ მოხერხდა, რამდენადაც ეს დააბრკოლებდა ფარული პოპულაციის მონაწილეობას გამოკითხვაში. პანდემიის გამო, შეუძლებელი გახდა სავსე მონიტორინგის ჩატარებაც.

უნდა აღინიშნოს, ასევე, კვლევის თვისებრივი კომპონენტის შემდეგი შეზღუდვა: ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელთა სათემო ორგანიზაციის წარმომადგენლებმა მოახდინეს რესპონდენტების რეკრუტირება კვლევის თვისებრივი კომპონენტისთვის (დასავლეთ საქართველოს სხვადასხვა ქალაქებიდან/ოჩთ საიტებიდან), რამაც გააადვილა მათთან კონტაქტის დამყარება; თუმცა, ამავე დროს, ამგვარი რეკრუტირება ფარული პოპულაციის (ე.წ. „მარგინალიზებული“ ჯგუფების) რეკრუტირებისა და ინტერვიუებისთვის სპეციფიკური ცდომილებების თავიდან აცილების საშუალებას არ იძლეოდა (EHRA, 2020). გარდა ამისა, თვისებრივი ინტერვიუები, პანდემიის გამო, ჩატარდა ონლაინ ფორმატში – რაც ინტერვიუების პროცესში ართულებდა ისეთი ნიუანსების შემჩნევას, როგორიცაა სხეულის ენა, ინტონაცია და ა.შ., შესაბამისად, რთული იყო შეფასება რესპონდენტის გულწრფელობის, ღიაობისა და ავთენტური ინფორმაციის გაზიარების ხარისხისა.

11. გამოყენებული წყაროები

- Chikovani, I., N. Makhashvili, G. Gotsadze, V. Patel, M. McKee, M. Uchaneishvili, N. Rukhadze, and B. Roberts. 2015. "Health Service Utilization for Mental, Behavioural and Emotional Problems among Conflict-Affected Population in Georgia: A Cross-Sectional Study." *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122673>.
- EHRA. 2020. "Survey of Client Satisfaction with OMT Services Among Participants in Kyiv and the Kyiv Oblast Region: A Pilot Study Report." Vilnius.
- EMCDDA. 2006. "A Gender Perspective on Drug Use and Responding to Drug Problems." *EMCDDA Selected Issues*.
- Gamkrelidze, Akaki; Darejan; Javakhishvili, David; Kariauli, Gela; Lejava, Ketevan; Stvilia, Khatuna; Todadze, and Maya; Tsintsadze. 2003. "The Drug Situation in Georgia."
- IA & FDHR. 2003. "Basic Human Needs and Institutional Development in Georgia." In *Georgian Regions Project, Eurasia Program, International Alert, UK and Foundation for Development of Human Resources*. Tbilisi.
- Israel, Barbara A., Amy J. Schulz, Edith A. Parker, and Adam B. Becker. 1998. "Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health." *Annual Review of Public Health*. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>.
- Javakhishvili, D., and N. Sarjveladze. 2007. *Managing Inter Ethnic Relationships: Manual*. Tbilisi: Nekeri Publishing House.
- Kirtadze, I., V. Menon, K. Beardsley, S. Forsythe, and R. Godbole. 2012. "Assessing the Costs of Medication-Assisted Treatment for HIV Prevention in Georgia." Washington, DC.
- Kirtadze, I., D. Otiaashvili, and M. Tabatadze. 2016. "Cost-Benefit Analysis of Medication Assisted Treatment and Needle-Syringe Programs in Georgia." Tbilisi.
- Mabileau, G., M. Tsereteli, K. Todadze, N. Chkhartishvili, P. Sabelashvili, and et al. Kikvidze T. 2005. "Intervention Packages against HIV and HCV Infections Among People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost-Effectiveness Study. Results on Cost-Effectiveness Analysis: Georgia." Tbilisi.
- NIDA. 2018. "Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)." *National Institute On Drug Abuse*.
- SAMHSA. 2018. "Empowering Change: Motivational Interviewing." Retrieved from <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/empowering-change>. 2018. <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/empowering-change>.
- Todadze, K., and E. Kavtashvili. 2012. "MMT of HIV Positive Patients in Georgia." *Retrovirology* 9 (S1). <https://doi.org/10.1186/1742-4690-9-s1-p76>.
- Todadze, K., and G. Lezhava. 2008. "Implementation of Drug Substitution Therapy in Georgia." *Central European Journal of Public Health* 16 (3): 121–23. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3465>.
- Todadze, K., and S. Mosia. 2016. "Dynamics of Opioid Substitution Treatment Different Initial Substance User Opioid Dependent Patients." *Georgian Medical News* 5 (1512–0112).
- UNODC. 2020. "World Drug Report."
- WHO. 2009. "Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence."

WHO. 2014. "How to Improve Opioid Substitution Therapy Implementation _ Experiences from EU Countries, Part of a Joint EAHC-WHO Project Involving Bulgaria, Estonia, Germany, Latvia, Lithuania, Poland, Portugal and Romania." Regional Office for Europe.

WHO, UNODC, and UNAIDS. 2012. "Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users." Geneva: WHO Document Production Services.

beseliaa., gegenavav., kirTaZei., mRebriSviliT., oTiaSvilid., razmaZem., stefaniSvin., sturual., quTelial., and javaxiSvilid. 2018. "narkoviTareba saqarTveloSi, 2016-2017."

beseliaada, kirTaZeirma, mRebriSviliTamar, oTiaSvilidaviT, razmaZemariam, sixaruliZegeTevan, and javaxiSvilidarejan. 2019. "opioidebiT CanacvlebiTi mkurnalobis xelmisawvdomoba saqarTvelos penitenciur sistemaSi."

zianis Semcirebis saqarTvelos qseli. 2019. "Spricebisa da nemsebis programis mosargebleTa Soris Catarebuli raodenobrivi kvlevis monacemTa analizis Sedegebi."

narkoviTarebis monitoringis erovnuli centri; fsiqikuri janrTelobisa da narkomaniis prevenciis centri. 2020. "oCT programebi _ 2019 wlis statistika."

partnioroba janmrTelobis kvlevisa da ganviTarebisTvis. 2017. "narkotikebis ineqciuri momxmareblebis (m.S. qali momxmareblebis) zianis Semcirebis servisebze xelmisawvdomobis Sefaseba, barierebis operaciuli kvleva."

saqarTvelos mTavroba. 2019. *2020 wlis janmrTelobis dacvis saxelmwifo programebis damtkicebis Sesaxeb.*

saqarTvelos okupirebul teritoriebidan devnilTa, SromisjanmrTelobisa da socialuri dacvis saministro. 2014. narkomaniis CanacvlebiTi specialuri programiT mkurnalobis ganxorcielebis Sesaxeb.

saqarTvelos okupirebuli teritoriebidan devnilTa, SromisjanmrTelobisa da socialuri dacvis saministro. 2012. narkomaniis CanacvlebiTi specialuri programiT mkurnalobis ganxorcielebis Sesaxeb.

saqarTvelos parlamenti. 2012. kanoni narkotikuli saSualebebis, fsiqotropuli nivTierebebis, prekursorebisa da narkologiuri daxmarebis Sesaxeb.

sixaruliZeq. 2020. "personaluri komunikacia."

ssip janmrTelobis erovnuli saagento. 2020. "oCT programebi _ 2019 wlis statistika."

12. ცხრილებისა და დიაგრამების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1: ორთ პაციენტების რაოდენობა წლების მიხედვით.....	16
დიაგრამა 2: ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელებისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხები, 2006-2020 წლები (ათასი ლარი)	17
დიაგრამა 3: მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამის პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება საქართველოში 2019 წელს (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)	19
დიაგრამა 4: „დამოკიდებულების ცენტრის“ (სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის) პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება (ნარკოვითარების მონიტორინგი ეროვნული ცენტრი, 2020)	20
დიაგრამა 5: 2019 წელს საქართველოში მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)	21
დიაგრამა 6: 2019 წელს საქართველოში სუბოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის პაციენტთა ასაკობრივი განაწილება მკურნალობის ეპიზოდების მიხედვით (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)	21
დიაგრამა 7: ორთ სერვისის და რესპონდენტთა ცხოვრების ხარისხის შეფასება	41
დიაგრამა 8: ორთ საიტების ფიზიკური მახასიათებლებით, ორთ მომსახურებით და რესპონდენტთა ჯანმრთელობის მდგომარეობით კმაყოფილება	41
დიაგრამა 9 : სამედიცინო დახმარებისა და ორთ საჭიროების შეფასება	42
დიაგრამა 10 : ორთ პროგრამებთან დაკავშირებული შემაჯამებელი მონაცემები	42
დიაგრამა 11: კონფიდენციალობის და უსაფრთხოების აღქმა ორთ საიტზე.....	43
დიაგრამა 12: ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური დომენი ინვალიდობის პენსიის მიღებისა და ორთ საიტის ტიპის მიხედვით.....	48
ცხრილი 1: 2019 წელს საქართველოში მოქმედ ორთ სახელმწიფო პროგრამებში ჩართული პაციენტები (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი; ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, 2020)	19
ცხრილი 2 : კვლევის მონაწილეთა (შერჩევის) მახასიათებლები ორთ პროგრამის საიტების ტიპების ჭრილში	40
ცხრილი 3: ორთ პროგრამის საიტების მახასიათებლები ტიპების ჭრილში	44
ცხრილი 4: შფოთვისა და დეპრესიასთან დაკავშირებული პრობლემები	45

ცხრილი 5: შფოთვისა და დეპრესიასთან დაკავშირებული პრობლემები ბოლო 2 კვირის მანძილზე და ფსიქოლოგის დახმარება ბოლო 6 თვის განმავლობაში.....	46
ცხრილი 6: ცხოვრების ხარისხის შეფასების საშუალო ქულები და სტანდარტული გადახრა სხვადასხვა მახასიათებლების ქრილში (WHOQOL-Bref, 0-100 scale)	47
ცხრილი 7: ცხოვრების ხარისხის შეფასების საშუალო ქულები და სტანდარტული გადახრა შფოთვისა და დეპრესიის მაჩვენებლების ქრილში (WHOQOL-Bref, 0-100 scale)	49
ცხრილი 8: ორთ სერვისით კმაყოფილების განმეპირობებელი ფაქტორები.....	49

13. დანართები

დანართი I: კვლევის მიზანი, ამოცანები და შეკითხვები

კვლევის მიზანი იყო დასავლეთ საქართველოში მოქმედი ორთ პროგრამების მოსარგებლე წამალდამოკიდებულ პირთა პროგრამებით კმაყოფილების, მათი ცხოვრების ხარისხისა და კმაყოფილებასა და ცხოვრების ხარისხზე მოქმედი ფაქტორების შესწავლა, და ამის საფუძველზე, პროგრამების დახვეწაზე მიმართული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის ამოცანები და შეკითხვები შემდეგში მდგომარეობდა:

- **ამოცანა:** დასავლეთ საქართველოში ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა შორის ორთ მომსახურებით კმაყოფილების შეფასება.

კვლევის შესაბამისი შეკითხვები:

- რამდენად კმაყოფილი არიან მოსარგებლეები ზოგადად ორთ მომსახურებით?
- რამდენად კმაყოფილი არიან მოსარგებლეები სამედიცინო მომსახურებით?
- რამდენად კმაყოფილი არიან მოსარგებლეები ფსიქოსოციალური მომსახურებით?
- რამდენად კმაყოფილი არიან მოსარგებლეები პროგრამის ფიზიკური პირობებით?
- რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობენ მოსარგებლეები თავს პროგრამაში?
- რა ფაქტორები არის დაკავშირებული ორთ პროგრამით კმაყოფილებასთან?
- რამდენად განსხვავდებიან ამ თვალსაზრისით სახელმწიფო და კერძო ორთ პროგრამების მოსარგებლეები?

- **ამოცანა:** დასავლეთ საქართველოში ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა შორის პროგრამაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული ბიოფსიქოსოციალური საჭიროებებისა და მათი დაკმაყოფილების დონის გამოვლენა.

კვლევის შესაბამისი შეკითხვები:

- როგორია მოსარგებლეთა საინფორმაციო საჭიროებები და რამდენადაა დაკმაყოფილებული?
- როგორია მოსარგებლეთა სამედიცინო საჭიროებები და რამდენადაა დაკმაყოფილებული?
- როგორია მოსარგებლეთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის საჭიროებები და რამდენადაა დაკმაყოფილებული?
- როგორია სოციალურ დახმარებასთან დაკავშირებული საჭიროებები და რამდენადაა დაკმაყოფილებული?
- რა განსხვავებაა ამ თვალსაზრისით სახელმწიფო და კერძო ორთ პროგრამების მოსარგებლებს შორის?

- **ამოცანა:** დასავლეთ საქართველოში ორთ პროგრამების მოსარგებლეთა შორის ცხოვრების ხარისხით სუბიექტური კმაყოფილების დონის განსაზღვრა.

კვლევის შესაბამისი შეკითხვები:

- როგორია მოსარგებლებებს შორის ცხოვრების ხარისხით სუბიექტური კმაყოფილების დონე?
- როგორია ცხოვრების ხარისხის ფიზიკური დომენით კმაყოფილების დონე?
- როგორია ცხოვრების ხარისხის ფსიქოლოგიური დომენით კმაყოფილების დონე?
- როგორია ცხოვრების ხარისხის სოციალური დომენით კმაყოფილების დონე?
- რა განსხვავებაა ამ თვალსაზრისით სახელმწიფო და კერძო ორთა პროგრამების მოსარგებლებებს შორის?

დანართი II: კვლევის საგზაო რუკა

ზემოთ ჩამოთვლილი ამოცანების შესასრულებლად, კვლევითი პროექტის ფარგლებში დავსახეთ შემდეგი „საგზაო რუკა“ (გეგმა), რომელსაც გავყევით მისი განხორციელების პროცესში:

- მონაწილეობითი საპარტნიორო გუნდის ჩამოყალიბება, ფასეულობებზე შეთანხმება, ნდობის აშენება, კვლევის ჩატარებისთვის აუცილებელი უნარ-ჩვევების ტრენინგი (მაგ., კვლევის ეთიკის საკითხებში, ინტერვიუებაში და ა.შ.).
- დაინტერესებული სუბიექტების უფრო ფართო წრესთან თანამშრომლობის ინიცირება კვლევითი პროექტის განხორციელების პროცესში მათი მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად.
- კვლევის დიზაინისა და შესაბამისი პროტოკოლის შემუშავება, პარტნიორებთან განხილვა და ამის საფუძველზე – დახვეწა, დახვეწილი კვლევითი განაცხადის წარდგენა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტის ეთიკურ საბჭოზე და ეთიკური ნებართვის მოპოვება.
- კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ჩატარება ორთა პროგრამების მოსარგებლებებში (რესპონდენტთა რეკრუტირება, მონაცემთა შეგროვება, შედეგების დამუშავება/ანალიზი და ინტერპრეტაცია), და ამის საფუძველზე კვლევის რაოდენობრივი კითხვარის დახვეწა.
- კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის ჩატარება (მონაწილეთა რეკრუტირება, ინტერვიუება, მონაცემთა დამუშავება, ანალიზი და ინტერპრეტაცია).
- კვლევის ანგარიშის დაწერა და დასავლეთ საქართველოში ორთა პროგრამების დახვეწაზე მიმართული რეკომენდაციების პაკეტის შემუშავება.
- კვლევის შედეგად შემუშავებულ იქნა რეკომენდაციების პაკეტი, რომელიც მიმართულია დასავლეთ საქართველოში მოქმედი ორთა პროგრამების მომსახურების დახვეწაზე იმგვარად, რომ პროგრამებმა მაქსიმალურად გაითვალისწინონ ადგილობრივი კონტექსტი და მაქსიმალურად მოერგონ მოსარგებლეთა ბიოფსიქოსოციალურ საჭიროებებს.
- კვლევითი პროექტის განმახორციელებელი გუნდი იმედოვნებს, რომ კვლევის ეს შედეგები იქნება გამოყენებული შესაბამის სათემო და სხვა საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან ერთად, რეკომენდებული ცვლილებების ადვოკატირებისთვის.

დანართი III: კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

მოგესალმებით, გთხოვთ მიიღოთ მონაწილეობა კვლევაში „ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებით კმაყოფილების კვლევა დასავლეთ საქართველოში“.

კვლევის მიზანია შევაფასოთ ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ორთა) პროგრამებში ჩართულ პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხი ორთა სერვისებით დასავლეთ საქართველოში.

კვლევას ატარებს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადგიტოლოგიის ინსტიტუტი, ფონდთან გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი და სათემო ორგანიზაციასთან რუბიკონი თანამშრომლობით, ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაციის მხარდაჭერით.

კვლევა გულისხმობს ორ ეტაპს: პირველ ეტაპზე ტარდება ინტერვიუები ორთა პროგრამის მოსარგებლებთან, რათა გაირკვეს ის საკითხები, რომლებიც თამაშობს როლს ორთა პროგრამით მათ კმაყოფილებაში. კვლევის ამ პირველი კომპონენტის საფუძველზე დახვეწილი რაოდენობრივი კითხვარი ჩატარდება ორთა პროგრამების მოსარგებლებების უფრო დიდ რაოდენობაში, უფრო დეტალური ინფორმაციის მოსაპოვებლად.

ჩვენ თქვენ კვლევის პირველ ეტაპზე მონაწილეობის მისაღებად გეპატიჟებით. იგი გულისხმობს ონლაინ ინტერვიუს (სკაიპის ფორმატში), რომელსაც ჩატარებს კვლევითი გუნდის წევრი, სერვისით კმაყოფილების საკითხებზე. კერძოდ, იქნება დასმული შეკითხვები ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა: როდიდან ჩაერთეთ ორთა პროგრამაში; რა შეიცვალა პროგრამაში ჩართვის შემდგომ თქვენს ცხოვრებაში; რამდენად კმაყოფილი ხართ ამ პროგრამაში მონაწილეობით; რითი კონკრეტულად; რა შეიძლება გაუმჯობესდეს და ა.შ. ინტერვიუს ხანგრძლივობა იქნება დაახლოებით საათი და ოცდაათი წუთი. კვლევაში ჩასართავად რესპონდენტი უნდა იყოს დასავლეთ საქართველოში ორთა პროგრამის მოსარგებლე, და უნდა ჰქონდეს სურვილი, რომ ჩაერთოს კვლევაში.

ნებაყოფლობითობა: კვლევაში მონაწილეობა არის სრულიად ნებაყოფლობითი და თქვენ ნებისმიერ დროს – კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე – შეგიძლიათ დატოვოთ კვლევა. ამით თქვენ არ შეგექმნებათ რაიმე პრობლემა.

ანონიმურობა, კონფიდენციალობა და მონაცემთა დაცვა: კვლევის ფარგლებში არ შეგროვდება კონკრეტული პირის შესახებ პირადი ინფორმაცია (სახელი, გვარი, პირადი ნომერი და ა.შ.), ასე რომ, კონკრეტული პასუხის მიხედვით გამოირიცხება პირის იდენტიფიცირება. მეტიც: თუ ონლაინ ინტერვიუში თქვენ გირჩევენიათ, რომ თქვენი სახე დაფარული იყოს, არის ამის შესაძლებლობაც. კვლევის პროცესში გაკეთდება აუდიოჩანაწერი, რათა მკვლევარს არ გამოორჩეს მონაწილეების მიერ ნათქვამი მნიშვნელოვანი გზავნილები. მონაცემები (აუდიოჩანაწერი და მისი ტრანსკრიპტი) დაცული იქნება უსაფრთხო მონაცემთა ბაზაში და მასზე არავის ექნება წვდომა, გარდა მკვლევართა გუნდისა. ანონიმური მონაცემები კვლევის დასრულებიდან ერთ წელიწადში განადგურდება.

პირადი სარგებელი: ჩვენ ვიცით, რომ მონაწილის დროს ძვირად ფასობს, ამიტომ კვლევაში მონაწილეობისთვის პირადი სარგებლის სახით გათვალისწინებულია სიმბოლური საჩუქარი: 12.60 ლარი, რომელსაც გადმოგცემთ კვლევის კოორდინატორი, არასამთავრობო ორგანიზაცია „რუბიკონის“ წარმომადგენელი.

სოციალური სარგებელი: კვლევის შედეგები, ასევე, სასარგებლო იქნება ორთა პროგრამების მოსარგებლეთათვის, რამდენადაც დაგვეხმარება, უკეთ გავიგოთ პროგრამის მოსარგებლეთა საჭიროებები და მივანოდოთ ეს ინფორმაცია გადაწყვეტილებების მიმღებ პირებს, რათა მაქსიმალურად დაიხვეწოს არსებული სერვისები.

თქვენი უფლებები: კვლევაში მონაწილეობა თქვენ არ გიზღუდავთ რაიმე უფლებას. კვლევამ გაიარა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტის ეთიკის საბჭოს კომისია. თქვენ გაქვთ უფლება, მოითხოვოთ ინფორმაცია, რომელიც დაგეხმარებათ კვლევის არსის გაგებაში. თუ რაიმემ დაგაეჭვათ კვლევის პროცესში, თქვენი უფლებების დაცვის თვალსაზრისით, შეგიძლიათ მიმართოთ მთავარ მკვლევარს – ჯანა ჯავახიშვილს (საკონტაქტო იმეილი იხ. ქვევით).

მოსალოდნელი რისკი: რისკები იმისა, რომ კვლევის დროს შეგროვებული ინფორმაცია კვლევის გარეთ გაჟონავს, არის მინიმალური, რამდენადაც კვლევის მონაცემებს ვინახავთ პაროლებით დაცულ კომპიუტერებში და მათზე ხელი არ მიუწვდება მკვლევართა გუნდის გარეთ არავის (იხ. ზევით მონაცემთა შენახვასა და კონფიდენციალობაზე).

ალბათობა იმისა, რომ კითხვებზე პასუხის გაცემა თქვენში გამოიწვევს რაიმე ემოციურ დისკომფორტს, არის მინიმალური. თუ კითხვარის შევსების მომენტში გაცნობიერებთ, რომ გაქვთ სურვილი მიმართოთ დახმარებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფასო ცხელ ხაზს, კითხვარის ბოლოში მოცემულია შესაბამისი საკონტაქტო ინფორმაცია.

მკვლევართა გუნდთან დაკავშირება: მომავალში, თუ გექნებათ რაიმე კითხვა კვლევასთან დაკავშირებით, ან თუ გსურთ შეიტყოთ დამატებითი ინფორმაცია, შეგიძლიათ, დაგვიკავშირდეთ შემდეგ ელ-ფოსტის მისამართებზე:

მკვლევარი: addictology@iliauni.edu.ge

მთავარი მკვლევარი: darejan.javakhishvili.1@iliauni.edu.ge

ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფასო სერვისი:

ცხელი ხაზი: 2 911 000

დიდი მადლობა მონაწილეობისთვის!

ჩემი თანხმობა

- კვლევა აღწერილი იყო ჩემთვის გასაგებ ენაზე
☐ დიახ ☐ არა
- მესმის, რას ნიშნავს კვლევაში მონაწილეობა და ნებაყოფლობით ვთანხმდები, რომ მონაწილეობა მივიღო კვლევაში
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს, რომ ინტერვიუში მონაწილეობა დამოკიდებულია მხოლოდ ჩემს სურვილზე და მისაღები იქნება, თუ გადავიფიქრებ კვლევაში მონაწილეობას ნებისმიერ დროს
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს რომ ამ კვლევაში ჩემს იდენტობას, ვინაობას არავის გაუმხელენ – ინტერვიუ კონფიდენციალურია
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს, რომ ჩემ მიერ კვლევისთვის მიწოდებული ნებისმიერი პირადი ინფორმაცია კონფიდენციალურად იქნება დაცული
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს, რომ ამ კვლევასთან დაკავშირებით ნებისმიერ დროს შემიძლია დაუკავშირდე და ნებისმიერი კითხვა დაუუსვა მკვლევარს
☐ დიახ ☐ არა

მე თანახმა ვარ, მონაწილეობა მივიღო ამ კვლევაში

რესპონდენტის ხელმოწერა: (დანერეთ თქვენი ინიციალები)

თანხმობის მიმღები პირის ხელმოწერა:

თარიღი...../...../.....

დანართი IV: კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ინტერვიუს გზამკვლევი

მოგვიყევით თქვენს შესახებ, თქვენს ოჯახზე, რას საქმიანობთ, სად მუშაობთ, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების გამოცდილებაზე...

რამდენი ხანია რაც ორთ-ში ხართ?

1. საჭიროებები და მოლოდინები მკურნალობასთან დაკავშირებით

მოყვებით, თუ როგორ დაიწყეთ მკურნალობა ორთ-ში. რა ხდებოდა იმ მომენტში თქვენს ცხოვრებაში; როგორ გაიგეთ ჩანაცვლებითი თერაპიის შესახებ; გქონდათ თუ არა იმ მომენტისთვის სამედიცინო პრეპარატების მიღების გამოცდილება, ან ჩამანაცვლებელი პრეპარატის არასამედიცინო მიზნით გამოყენების გამოცდილება, სანამ პროგრამაში მოხვდებოდით?

გქონდათ თუ არა გარდა ორთ-სი, რაიმე სხვა მკურნალობის საჭიროება და გამოცდილება მანამდე ან პარალელურად?

უფრო დაწვრილებით მოყვებით, თუ როგორ ხდებოდა თქვენი ჩართვა პროგრამაში. ვინმე თუ გეხმარებოდათ (ნათესავები, მეგობრები, ნაცნობები, სოციალური მუშაკები, სამედიცინო მუშაკები და ა.შ.).

როგორი იყო თქვენი პირველი შთაბეჭდილებები, რა სირთულეები შეგხვდათ, რაიმე ხომ არ მოხდა ისეთი, რასაც არ ელდობოდით (სულერთია კარგი თუ ცუდი)?

იცოდნენ თუ არა თქვენმა ახლობელმა, რომ პროგრამაში ერთვებოდით? როგორ ეკიდებოდნენ თქვენი ახლობლები თქვენს ორთ-შ ჩართვას – მხარს გიჭერდნენ თუ ცდილობდნენ, რომ გადაერწმუნებინეთ?

ახლა იციან თუ არა? თუ იციან – როგორი დამოკიდებულება აქვთ?

გქონდათ თუ არა მოლოდინები, რომ თქვენი ცხოვრება შეიცვლებოდა და კონკრეტულად როგორ? მაგ., შრომით მონყობასთან დაკავშირებული მოლოდინები; განათლების მიღების მოლოდინები; დამატებითი კვალიფიკაციის მიღების მოლოდინები?

რა შეიცვალა კონკრეტულად თქვენს ცხოვრებაში პროგრამაში ჩართვის მერე?

2. საიტის თანამშრომლებთან და სხვა პაციენტებთან ურთიერთობა

მოყვებით დეტალურად, თუ როგორ იღებთ პრეპარატს; როგორ მიდიხართ საიტზე; როგორ ურთიერთობთ საიტის თანამშრომლებთან და სხვა პაციენტებთან (მედიკოსებთან, სოცმუშაკთან, სხვა პაციენტებთან); რას აკეთებთ ხოლმე პრეპარატის მიღების მერე, და რა გინდათ, რომ გააკეთოთ პრეპარატის მიღების მერე.

მოყვებით უფრო დეტალურად, თუ როგორ ურთიერთობთ მედდებთან, ექიმებთან, სოცმუშაკებთან, ფსიქოლოგებთან საიტზე. პრეპარატის გარდა, იღებთ თუ არა რაიმე სხვა მომსახურებას საიტზე?

მიგიმართავთ თუ არა რაიმე დამატებითი მოთხოვნებით/შეკვეთით საიტის მუშაკებისთვის; სოციალური მუშაკებისთვის? რისთვის კონკრეტულად? გაგიგიათ იმის თაობაზე, რომ პაციენტებიდან ვინმეს მიუმართავს მათთვის რაიმე დამატებითი მომსახურებისთვის? რა იყო ეს კონკრეტულად? რა სახის რეაქციები ჰქონდათ საიტის თანამშრომლებს?

მოგვიყვებით, თუ როგორ გესმით ორთ მკურნალობის პროცესი. ვინმეს მოუყოლია თქვენთვის, თუ როგორ წარიმართება მკურნალობის პროცესი? რა პერსპექტივები გაქვთ და სავარაუდო ვადები დასრულებისა? რა ვარიანტები არსებობს მკურნალობის ნებაყოფლობითი დატოვებისა; სხვა პროგრამებში გადამისამართებისა? რა იცით სხვა პროგრამების შესახებ?

3. მკურნალობის პროცესში კმაყოფილება/დაუკმაყოფილებლობა

რამდენად კმაყოფილი ხართ ორთ-ში ყოფნით? კონკრეტულად რითი ხართ კმაყოფილი? კონკრეტულად რითი ხართ უკმაყოფილო – რა საჭიროებს გაუმჯობესებას?

მოგვიყევით, როგორ შეგიჩინეს პრეპარატის დოზა. თქვენი აზრით, რამდენად დამაკმაყოფილებელი იყო ის მაშინ? ახლა რამდენად დამაკმაყოფილებელია? გქონდათ თუ არა სურვილი, შეგეცვალათ პრეპარატი, ან მისი მიღების ფორმა? თუ ამგვარი თხოვნით მიგიმართავთ საიტის თანამშრომლებისთვის – მოგვიყევით უფრო დეტალურად. თუ არ დაგიკმაყოფილეს ამგვარი მოთხოვნა, როგორ ფიქრობთ – რატომ? როგორ გადაჭერით ის პრობლემა თავად; როგორ ჭრიან მსგავს პრობლემებს სხვა პაციენტები?

მოგვიყევით, თუ როგორ აკონტროლებენ პაციენტების ქცევას საიტებზე; რამდენად რთულია თუ ადვილი არსებული წესების შესრულება. რატომ? გქონდათ თუ არა წესების დარღვევის შემთხვევები? მოგვიყევით უფრო დეტალურად. არსებობს თუ არა წესების ფორმალური ჩამონათვალი? და არაფორმალური ჩამონათვალი?

თქვენი აზრით, საიტის თანამშრომლები არღვევენ რაიმე წესებს? გქონიათ შესაძლებლობა, გარეშე დახმარებისთვის მიგემართათ საიტზე თქვენი პრობლემების მოსაგვარებლად? უფრო დეტალურად მოგვიყევით.

4. ორთ-ს კონკრეტულ პროგრამებში მონაწილეობის ან მათზე უარის თქმის გამოცდილება

თუ ეს არ არის თქვენი პირველი ორთ პროგრამაში ჩართვის გამოცდილება, მოყევით თქვენს გამოცდილებაზე ორთ-ს მომსახურების შეწყვეტისა. ეს თქვენი საკუთარი გადაწყვეტილება იყო თუ საიტის თანამშრომლის/მენეჯმენტის გადაწყვეტილება იყო? მოყევით, თუ როგორ მოხდა ეს. რა ხდებოდა მერე: დაუბრუნდით ქუჩის ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებას, შეწყვიტეთ მოხმარება გარკვეული ხნით, გაიარეთ რეაბილიტაცია, კვლავ დაუბრუნდით ორთ-ს? როგორ ფიქრობთ, თქვენი ეს გამოცდილება უნიკალურია თუ ტიპური და ბევრი ადამიანი ეჯახება იგივე პრობლემებს?

5. დროის მსვლელობასთან ერთად ორთ პროგრამებში მონაწილეობასთან დაკავშირებული წარმოდგენების, მოლოდინების, საჭიროებების ცვლილება

როგორ დაახასიათებდით მთლიანობაში, რამდენად შეესაბამება თქვენი ორთ-ში ყოფნა თქვენს თავდაპირველ მოლოდინებს? გამოვიდა თუ არა იმ საჭიროებების დაკმაყოფილება, რომლებიც გქონდათ მაშინ, როცა ერთვებოდით პროგრამაში? რომლის დაკმაყოფილება გამოგივიდათ და რომლის არა? ახალი საჭიროებები რა გაჩნდა? როგორ ფიქრობთ, სხვა პაციენტებთან იგივე ამბავია თუ სხვანაირად მიდის საქმე? თუ სხვანაირად – როგორ?

რისი ცვლილება გასურთ პროგრამაში? რა სერვისებს დაამატებდით თქვენთვის და სხვა პაციენტებისთვის?

გაუწევდით რეკომენდაციას გამხდარიყვნენ ორთ პროგრამის პაციენტები იმ თქვენს ნაცნობებს, მეგობრებს, ნათესავებს, რომლებიც ოპოიდეებს მოიხმარენ? რატომ? ვის ურჩევდით და ვის არა?

დანართი V: კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

მოგესალმებით, გთხოვთ მიიღოთ მონაწილეობა კვლევაში „ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებით კმაყოფილების კვლევა დასავლეთ საქართველოში“. კვლევის მიზანია, შევაფასოთ ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ოჩთ) პროგრამებში ჩართულ პაციენტთა კმაყოფილების ხარისხი ოჩთ სერვისებით დასავლეთ საქართველოში.

კვლევას ატარებს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადიქტოლოგიის ინსტიტუტი, ფონდთან გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში – თბილისი, არასამთავრობო ორგანიზაცია რუბიკონთან თანამშრომლობით, ევრაზიის ზიანის შემცირების ასოციაციის მხარდაჭერით.

კვლევა გულისხმობს ორ ეტაპს: პირველ ეტაპზე ჩატარდა ინტერვიუები ოჩთ პროგრამის მოსარგებლებთან, რათა გარკვეულიყო ის საკითხები, რომლებიც თამაშობს როლს ოჩთ პროგრამით მათ კმაყოფილებაში. კვლევის პირველი კომპონენტის საფუძველზე დახვეწილი რაოდენობრივი კითხვარი ტარდება ოჩთ პროგრამების მოსარგებლების უფრო დიდ რაოდენობაში, უფრო დეტალური ინფორმაციის მოსაპოვებლად.

კვლევის მეორე კომპონენტი გულისხმობს მოცემულ გამოკითხვას, კითხვარის შევსებას ამისთვის სპეციალურად გამოყოფილ პლანშეტზე, ჩვენი მკვლევართა გუნდის დახმარებით. ინფორმირებული თანხმობის ამ ფორმით ჩვენ სწორედ მასში მონაწილეობის მისაღებად გეპატიჟებით.

კითხვარში იქნება დასმული შეკითხვები ისეთ საკითხებზე, როგორებიცაა: თქვენი დემოგრაფიული მონაცემები – ასაკი, შემოსავალი და ა.შ., რამდენი ხანია, რაც მოიხმართ ნარკოტიკულ საშუალებებს, რამდენი ხანია, რაც ოჩთ პროგრამაში ხართ ჩართული, რამდენად კმაყოფილი ხართ პროგრამაში მონაწილეობით და მისი კონკრეტული კომპონენტებით: სამედიცინო მომსახურებით, რეჟიმით, ფსიქოლოგიის მომსახურებით, სოციალური მუშაკის მომსახურებით, და ა.შ. იქნება ასევე შეკითხვები თქვენი ცხოვრების ხარისხზე – თუ რამდენად კარგად გრძნობთ თავს ფიზიკურად, ფსიქოლოგიურად, და ა.შ. ინტერვიუს ხანგრძლივობა იქნება დაახლოებით საათი და ოცდაათი წუთი. კვლევაში ჩასართავად რესპონდენტი უნდა იყოს დასავლეთ საქართველოში ოჩთ პროგრამის მოსარგებლე, და უნდა ჰქონდეს სურვილი, რომ ჩაერთოს კვლევაში.

კონფიდენციალობა და მონაცემთა დაცვა: კვლევის ფარგლებში არ შეგროვდება კონკრეტული პირის შესახებ პირადი ინფორმაცია (სახელი, გვარი, პირადი ნომერი და ა.შ.). ამის მაგვირად, თითოეულ გამოკითხულს მიენიჭება კოდი, რათა არ მოხდეს მონაცემთა დუბლირება. ასე რომ, კონკრეტული პასუხის მიხედვით გამოირიცხება პირის იდენტიფიცირება. მონაცემები შეგროვდება უსაფრთხო მონაცემთა ბაზაში RedCap, რომელიც ემორჩილება კვლევის პროცესში შეგროვებული პირადი ინფორმაციის დაცვის ეთიკურ წესებს. შეგროვებული მონაცემები დაცული იქნება მკვლევართა გუნდის კომპიუტერებში და მათზე არავის ექმნება წვდომა, გარდა მკვლევართა გუნდისა. ანონიმური მონაცემები კვლევის დასრულებიდან ერთ წელიწადში გადანდგურდება.

მოსალოდნელი სარგებელი: ეს კვლევა გაძლევთ უშუალო სიმბოლურ სარგებელს: 9.45 ლარს, რომელსაც გადმოგცემთ კვლევის კოორდინატორი, არასამთავრობო ორგანიზაცია „რუბიკონის“ წარმომადგენელი.

კვლევის შედეგები სასარგებლო იქნება ოჩთ პროგრამების მოსარგებლეთათვის, რამდენადაც დაგვეხმარება, უკეთ გავიგოთ პროგრამის მოსარგებლეთა საჭიროებები და მივანოდოთ ეს ინფორმაცია გადწყვეტილებების მიმღებ პირებს, რათა მაქსიმალურად დაიხვეწოს არსებული სერვისები.

ნებაყოფლობითობა: კვლევაში მონაწილეობა არის სრულიად ნებაყოფლობითი და თქვენ ნებისმიერ მომენტში – კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე – შეგიძლიათ დატოვოთ კვლევა, ეს არ მოგიტანთ რაიმე პრობლემას.

თქვენი უფლებები: კვლევაში მონაწილეობა თქვენ არ გიზღუდავთ რაიმე უფლებას. კვლევამ გაიარა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტის ეთიკის საბჭოს კომისია. თქვენ გაქვთ უფლება მოითხოვოთ ინფორმაცია, რომელიც დაგეხმარებათ კვლევის არსის გაგებაში. თუ რაიმემ დაგაეჭვათ კვლევის პროცესში, თქვენი უფლებების დაცვის

თვალსაზრისით, შეგიძლიათ, მიმართოთ მთავარ მკვლევარს – ჯანა ჯავახიშვილს (საკონტაქტო იმეილი იხ. ქვევით).

მოსალოდნელი რისკი: რისკები იმისა, რომ კვლევის დროს აკრეფილი ინფორმაცია კვლევის გარეთ გაჟონავს, არის მინიმალური, რამდენადაც კვლევის მონაცემებს ვინახავთ პაროლებით დაცულ კომპიუტერებში და მათზე ხელი არ მიუწვდება მკვლევართა გუნდის გარეთ არავის (იხ. ზედა პარაგრაფი).

რამდენადაც კითხვარი ეხება სენსიტიურ თემებს, არსებობს მცირედი ალბათობა იმისა, რომ კითხვებზე პასუხის გაცემა თქვენში გამოიწვევს რაიმე ემოციურ დისკომფორტს, თუმცა, ეს ალბათობა არის მინიმალური. თუ კითხვარის შევსების მომენტში გააცნობიერებთ, რომ გაქვთ სურვილი მიმართოთ დახმარებისთვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფასო ცხელ ხაზს, კითხვარის ბოლოში მოცემულია შესაბამისი საკონტაქტო ინფორმაცია.

მკვლევართა გუნდთან დაკავშირება: მომავალში, თუ გექნებათ რაიმე კითხვა კვლევასთან დაკავშირებით, ან თუ გსურთ შეიტყოთ დამატებითი ინფორმაცია, შეგიძლიათ, დაგვიკავშირდეთ შემდეგ იმეილზე:

მკვლევარი: addictology@iliauni.edu.ge

მთავარი მკვლევარი: darejan.javakhishvili.1@iliauni.edu.ge

ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფასო სერვისი:

ცხელი ხაზი: 2 911 000

დიდი მადლობა მონაწილეობისთვის!

ჩემი თანხმობა

- კვლევა აღწერილი იყო ჩემთვის გასაგებ ენაზე
☐ დიახ ☐ არა
- მესმის, რას ნიშნავს კვლევაში მონაწილეობა და ნებაყოფლობით ვთანხმდები, რომ მონაწილეობა მივიღო კვლევაში
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს, რომ კითხვარის შევსება დამოკიდებულია მხოლოდ ჩემს სურვილზე და მისაღები იქნება, თუ გადავიფიქრებ კვლევაში მონაწილეობას ნებისმიერ დროს
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს რომ ამ კვლევაში ჩემს იდენტობას, ვინაობას არავის გაუმხელენ – კითხვარი კონფიდენციალურია
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს, რომ ჩემ მიერ კვლევისთვის მიწოდებული ნებისმიერი პირადი ინფორმაცია კონფიდენციალურად იქნება დაცული
☐ დიახ ☐ არა
- გაცნობიერებული მაქვს, რომ ამ კვლევასთან დაკავშირებით ნებისმიერ დროს შემიძლია დავუკავშირდე და ნებისმიერი კითხვა დავუსვა მკვლევარს
☐ დიახ ☐ არა

მე თანახმა ვარ მონაწილეობა მივიღო ამ კვლევაში: *რესპონდენტის ინდივიდუალური კოდი*

ხელმოწერა თანამშრომლისა, რომელმაც ჩაატარა ინტერვიუ:

(დანერეთ თქვენი სახელი და გვარი და დასვით ხელმოწერა მის გასწვრივ)

(დასვით თქვენი ინიციალები)

თარიღი...../...../.....

დანართი VI: კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის კითხვარი¹²

თარიღი:

ID: რესპონდენტის კოდი: რესპონდენტის დედის სახელის პირველი 2 ასო, რესპონდენტის გვარის პირველი 2 ასო, და რესპონდენტის დაბადების რიცხვი (დღე).

Site: ინტერვიუერს: გთხოვთ, მონიშნოთ საიტის ადგილმდებარეობა, სადაც კვლევის მონაწილე იღებს ორთ სერვისს:

1. ქუთაისი
2. ზუგდიდი
3. სენაკი
4. ბათუმი
5. ზესტაფონი
6. საჩხერე

D6. პროგრამის ტიპი ამჟამად:

7. სახელმწიფო
8. კერძო

D7. ჩამანაცვლებელი პრეპარატის მისაღებად საიტზე მისვლის სიხშირე:

1. საიტზე მივდივარ ყოველდღიურად
2. საიტზე მივდივარ 5 დღეში ერთხელ
3. სხვა (მიუთითეთ):

D8. ორთ პრეპარატი:

1. მეთადონი
2. ბუპრენორფინი

D1. თქვენი სქესი?

- ქალი
- კაცი
- სხვა _____

D2. რამდენი (სრული) წლის ხართ?

D3. რამდენჯერ იყავით ორთ პროგრამების მონაწილე (ახლანდელის გარდა)?

შემდეგი რამდენიმე კითხვა თქვენს ჯანმრთელობას და ორთ პროგრამას შეეხება. გთხოვთ, აარჩიოთ ის პასუხი, რომელიც ინტერვიუს დროისთვის თქვენს შეგრძნებებს შეესაბამება:

W1. როგორ შეაფასებდით თქვენი ცხოვრების ხარისხს?

1. ძალიან ცუდად
2. ცუდად
3. არც ცუდად, არც კარგად
4. კარგად
5. ძალიან კარგად

O1. მთლიანობაში, როგორ აფასებთ ორთ მომსახურებას?

1. ძალიან ცუდად
2. ცუდად
3. არც ცუდად, არც კარგად
4. კარგად
5. ძალიან კარგად

12 შენიშვნა: კითხვების აღნიშვნა/ნუმერაცია მიყვება მინიჭებულ კოდებს და არა რიგით ნომრებს.

W2. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობით?

1. ძალიან უკმაყოფილო
2. უკმაყოფილო
3. არც კი არც არა
4. კმაყოფილი
5. ძალიან კმაყოფილი

O2. რამდენად კმაყოფილი ხართ ორთ-ს იმ მომსახურებით რომელსაც იღებთ?

1. ძალიან უკმაყოფილო
2. უკმაყოფილო
3. არც კი არც არა
4. კმაყოფილი
5. ძალიან კმაყოფილი

W3. რამდენად გიშლით თქვენი ფიზიკური მდგომარეობა შეასრულოთ დღის მანძილზე თქვენი მოვალეობები?

1. ძალიან მიშლის
2. მიშლის
3. 50/50
4. არ მიშლის
5. სულ არ მიშლის

O3. რამდენად გჭირდებათ ორთ ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალურად ფუნქციონირებისთვის?

1. ძალიან მჭირდება
2. მჭირდება
3. 50/50
4. არ მჭირდება
5. საერთოდ არ მჭირდება

W4. რა ხარისხით გჭირდებათ ესა თუ ის სამედიცინო დახმარება (ორთ-ის გარდა) ყოველდღიურ ცხოვრებაში ნორმალურად ფუნქციონირებისთვის?

1. ძალიან მჭირდება
2. მჭირდება
3. 50/50
4. არ მჭირდება
5. საერთოდ არ მჭირდება

W5. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენი ცხოვრებით?

1. სრულიად უკმაყოფილო
2. უკმაყოფილო
3. საშუალოდ
4. კმაყოფილი
5. ძალიან კმაყოფილი

W6. რამდენად აზრიანია, თქვენი შეფასებით, თქვენი ცხოვრება?

1. მაქსიმალურად აზრიანია
2. აზრიანია
3. 50/50
4. არ არის აზრიანი
5. სრულიად უაზროა

O4. რამდენად მოქმედებს თქვენს გადაწყვეტილებაზე გააგრძელოთ ან შეწყვიტოთ პროგრამაში ყოფნა ის, თუ როგორ გექცევიან ორთ-ის თანამშრომლები?

1. ძლიერად მოქმედებს
2. მოქმედებს
3. 50/50
4. არ მოქმედებს
5. საერთოდ არ მოქმედებს

O5. თქვენთვის რამდენად მნიშვნელოვანია ორთ-ის მუშაკების ყურადღებიანი დამოკიდებულება იმისთვის, რომ განაგრძოთ პროგრამაში მონაწილეობა?

1. ძალიან მნიშვნელოვანია
2. მნიშვნელოვანია
3. 50/50
4. არ არის მნიშვნელოვანი
5. საერთოდ არ არის მნიშვნელოვანი

W7. რამდენად კარგად შეგიძლიათ ყურადღების კონცენტრაცია?

1. საერთოდ არ შემიძლია
2. ცოტათი
3. საშუალოდ
4. ძირითადად, შემიძლია
5. ყოველთვის შემიძლია

O6. ის ინფორმაცია, რომელსაც იღებთ პერსონალისგან ორთ-ის თაობაზე საიტზე, რამდენად საკმარისია თქვენთვის?

5. სრულიად საკმარისია
4. საკმარისია
3. 50/50
2. არ არის საკმარისი
1. საერთოდ არ არის საკმარისი

W8. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ყოველდღიურ ცხოვრებაში?

5. ძალიან უსაფრთხოდ
4. უსაფრთხოდ
3. 50/50
2. არა ვგრძნობ უსაფრთხოდ
1. საერთოდ არა ვგრძნობდ უსაფრთხოდ

O7. რამდენად უსაფრთხოდ გრძნობთ თავს ორთ საიტზე?

5. ძალიან უსაფრთხოდ
4. უსაფრთხოდ
3. 50/50
2. არა ვგრძნობ უსაფრთხოდ
1. საერთოდ არა ვგრძნობ უსაფრთხოდ

რამდენად ეთანხმებით ქვემოთ მოყვანილ დებულებებს ორთ-ის იმ საიტის თაობაზე, სადაც თქვენ დადიხართ/ხართ მიმაგრებული:

O8. საიტის სივრცე (ოთახები) საკმარისად ტევადია

5. სრულიად ვეთანხმები
4. ძირითადად, ვეთანხმები
3. მთლად არ ვეთანხმები
2. უფრო არ ვეთანხმები

1. არ ვეთანხმები

O10. საიტის სივრცე სუფთაა:

5. სრულიად ვეთანხმები
4. ძირითადად, ვეთანხმები
3. მთლად არ ვეთანხმები
2. უფრო არ ვეთანხმები
1. არ ვეთანხმები

O11. იმ შენობაში/სივრცეში სადაც მე ვიღებ პრეპარატს, არის ადგილი, სადაც შემოიძლია ჩამოვჯდე ექიმთან საკონსულტაციოდ და ისე დაველაპარაკო ჯანმრთელობის პირად პრობლემებზე, რომ არავინ შემიშალოს ხელი (არავინ დაესწროს):

5. სრულიად ვეთანხმები
4. ძირითადად, ვეთანხმები
3. მთლად არ ვეთანხმები
2. უფრო არ ვეთანხმები
1. არ ვეთანხმები

O9. პაციენტებისთვის განკუთვნილი ტუალეტი საიტზე იხურება:

1. დიახ
2. არა
98. არ ვიცი

O9-1. არის თუ არა თქვენს საიტზე დამონტაჟებული ვიდეოთვალი?

1. დიახ
2. არა
98. არ ვიცი

O9-2. თუ ტუალეტში არის ვიდეოთვალი, რამდენად გიქმნით დისკომფორტს?

0. არ მეხება (არ არის ტუალეტში ვიდეოთვალი)
5. ძლიერ დისკომფორტს მიქმნის
4. დისკომფორტს მიქმნის
3. 50-50
2. არ მიქმნის დისკომფორტს
1. საერთოდ არ მიქმნის დისკომფორტს

O12. მთლიანობაში, რამდენად გაკმაყოფილებთ საიტის ფიზიკური მახასიათებლები (შენობის/ოთახის ზომა, ტუალეტის კარის დაკეტვის საშუალება, სათვალთვალო კამერის არსებობა, მოსაცდელი ადგილი და ა.შ.)?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კი, არც არა
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W9. როგორ ფიქრობთ, მთლიანობაში, რამდენად ჯანსაღია გარემო, რომელშიც თქვენ ცხოვრობთ (მაგ., შენობები, გზები, პარკები)?

5. ძალიან ჯანსაღი
4. ჯანსაღი
3. 50/50
2. არაჯანსაღი
1. სრულიად არაჯანსაღი

კითხვების შემდეგი ნაწილი ეხება თქვენს თვითშეგრძნებას და გარკვეული ფუნქციების შესრულების უნარს უკანასკნელი 4 კვირის მანძილზე:

W10. საკმარისი ენერგია გაქვთ ყოველდღიური ცხოვრებისთვის?

5. სრულიად საკმარისი
4. საკმარისი
3. 50/50
2. არასაკმარისი
1. სრულიად არასაკმარისი

W11. გაკმაყოფილებით თქვენი გარეგნობა?

5. სრულიად
4. ძირითადად კი
3. 50/50
2. უფრო არა
1. არა

W12. საკმარისი ფული გაქვთ სხვადასხვა საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად?

5. სრულიად საკმარისი
4. საკმარისი
3. 50/50
2. არასაკმარისი
1. სრულიად არასაკმარისი

W13. რამდენად ხელმისაწვდომია თქვენთვის ინფორმაცია, რომელიც ყოველდღიურ ცხოვრებაში გჭირდებათ? (საუბარია ნებისმიერ თქვენთვის საჭირო ინფორმაციაზე)

5. ადვილად ხელმისაწვდომია
4. საკმარისად ხელმისაწვდომია
3. 50/50
2. არასაკმარისად ხელმისაწვდომია
1. სრულიად ხელმიუწვდომელია

W14. რამდენად საკმარისად გაქვთ დასვენებისა და გართობის საშუალება?

5. სრულიად საკმარისად
4. საკმარისად
3. 50/50
2. არასაკმარისად
1. სრულიად არასაკმარისად

O13. საკმარისია თქვენთვის ჩანაცვლებითი პრეპარატის ის დოზა, რომელსაც იღებთ?

5. სრულიად საკმარისად
4. საკმარისად
3. 50/50
2. არასაკმარისად
1. სრულიად არასაკმარისად

W15. რამდენად ადვილად შეგიძლიათ მიაღწიოთ თქვენთვის საჭირო ადგილებამდე?

5. ძალიან ადვილად
4. ადვილად
3. 50/50
2. რთულად
1. ძალიან რთულად

O14. რამდენად მოსახერხებელია თქვენთვის ორთ საიტამდე მისვლა?

5. ძალიან მოსახერხებელია
4. მოსახერხებელია
3. 50/50
2. მოუხერხებელია
1. სრულიად მოუხერხებელია

O15. როგორ აფასებთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხს საიტზე?

1. ძალიან ცუდია
2. ცუდია
3. არც ცუდი, არც კარგი
4. კარგია
5. ძალიან კარგია

O16. რამდენად ხშირად მიმართეთ ორთ საიტის სოციალურ მუშაკს დახმარებისთვის უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში?

98. არ ვარ ინფორმირებული მსგავსი მომსახურების შესაძლებლობის საკითხზე
97. საიტზე სოც. მუშაკი არ არის
0. არასდროს მიმიმართავს
1. ერთიდან სამ ჯერამდე მივმართე
2. სისტემატურად მივმართავ ხოლმე

O16-1. რამდენად ხშირად მიმართეთ ორთ საიტის ფსიქოლოგს დახმარებისთვის უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში?

98. არ ვარ ინფორმირებული მსგავსი მომსახურების შესაძლებლობის საკითხზე
97. საიტზე ფსიქოლოგი არ არის
0. არასდროს მიმიმართავს
1. ერთიდან სამ ჯერამდე მივმართე
2. სისტემატურად მივმართავ ხოლმე

O17. რამდენად კმაყოფილი ხართ ფსიქოსოციალური მხარდაჭერით რომელსაც საიტზე იღებთ?

1. საერთოდ არა ვარ კმაყოფილი
2. უკმაყოფილ ვარ
3. არც კმაყოფილი, არც უკმაყოფილო
4. კმაყოფილი
5. ძალიან კმაყოფილი

შეგახსენებთ, შემდეგი კითხვები შეეხება ბოლო ოთხი კვირის განმავლობაში თქვენს კმაყოფილებას თქვენი ცხოვრების სხვადასხვა ასპექტით:

W16. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი ძილი?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. კმაყოფილი ვარ
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W17. როგორ შეაფასებთ თქვენს ყოველდღიურ მოვალეობებთან გამკლავების უნარებს?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W18. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი შრომის ნაყოფიერება?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W19. რამდენად კმაყოფილი ხართ საკუთარი თავით?

1. სრულიად უკმაყოფილო
2. უკმაყოფილო
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. კმაყოფილი
5. სრულიად კმაყოფილი

შეგახსენებთ, შემდეგი კითხვები შეეხება ბოლო ოთხი კვირის მანძილზე სხვა ადამიანებთან ურთიერთობით თქვენს კმაყოფილებას:

W20. რამდენად გაკმაყოფილებთ ურთიერთობები, რომლებიც გაქვთ?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W21. რამდენად გაკმაყოფილებთ თქვენი სექსუალური ცხოვრება?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W22. რამდენად გაკმაყოფილებთ მხარდაჭერა, რომელსაც იღებთ ნაცნობ-მეგობრებისგან?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

O19. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენს ახლობლებთან ურთიერთობით?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

O18. თქვენი ახლობლები რამდენად კმაყოფილი არიან თქვენი ორთა-ში მონაწილეობით?

1. სრულიად უკმაყოფილო
2. უკმაყოფილო
3. არც კმაყოფილი, არც უკმაყოფილო
4. კმაყოფილი
5. სრულიად კმაყოფილი

შეგახსენებთ, შემდეგი კითხვები შეეხება იმას, ბოლო ოთხი კვირის მანძილზე რამდენად კმაყოფილი ხართ ინფრასტრუქტურითა და სერვისების ხელმისაწვდომობით:

W23. რამდენად გაკმაყოფილებთ ცხოვრების პირობები იქ, სადაც ახლა ცხოვრობთ?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W24. რამდენად კმაყოფილი ხართ თქვენთვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობით?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

W25. რამდენად გაკმაყოფილებთ ტრანსპორტი, რომლითაც სარგებლობთ?

1. სრულიად არ მაკმაყოფილებს
2. არ მაკმაყოფილებს
3. არც კმაყოფილი ვარ, არც უკმაყოფილო
4. მაკმაყოფილებს
5. სრულიად მაკმაყოფილებს

O20. სკალაზე 1-დან 10-მდე, სადაც 1 ნიშნავს „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“, ხოლო 10 ნიშნავს „რელაქსირებული/მშვიდი“, რომელი ქულა აღწერს ყველაზე მეტად თქვენს შინაგან მდგომარეობას ორთ საიტზე ყოფნისას?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O21. სკალაზე 1-დან 10-მდე, სადაც 1 ნიშნავს „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“, ხოლო 10 ნიშნავს „რელაქსირებული/მშვიდი“, რომელი ქულა აღწერს ყველაზე მეტად თქვენს შინაგან მდგომარეობას ორთ საიტზე ექთანთან კომუნიკაციის დროს?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O22. სკალაზე 1-დან 10-მდე, სადაც 1 ნიშნავს „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“, ხოლო 10 ნიშნავს „რელაქსირებული/მშვიდი“, რომელი ქულა აღწერს ყველაზე მეტად თქვენს შინაგან მდგომარეობას ორთ საიტზე ექიმთან კონსულტაციის გავლისას?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O23–sw. არის თქვენს საიტზე სოციალური მუშაკი?

1. დიახ და მიმიმართავს
1. დიახ, მაგრამ არ მიმიმართავს
0. არა
98. არ ვიცი

O23. სკალაზე 1-დან 10-მდე, სადაც 1 ნიშნავს „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“, ხოლო 10 ნიშნავს „რელაქსირებული/მშვიდი“, რომელი ქულა აღწერს ყველაზე მეტად თქვენს შინაგან მდგომარეობას ორთ საიტზე სოციალურ მუშაკთან კონსულტაციის გავლისას?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

O23–1–psy. არის თქვენს საიტზე ფსიქოლოგი?

2. დიახ და მიმიმართავს
1. დიახ, მაგრამ არ მიმიმართავს
0. არა
98. არ ვიცი

023–1. სკალაზე 1-დან 10-მდე, სადაც 1 ნიშნავს „დაძაბული, სტრესის/შფოთვის მდგომარეობაში“, ხოლო 10 ნიშნავს „რელაქსირებული/მშვიდი“, რომელი ქულა აღწერს ყველაზე მეტად თქვენს შინაგან მდგომარეობას ორთ საიტზე ფსიქოლოგთან კონსულტაციის გავლისას?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

შემდეგი კითხვები შეეხება იმას, ბოლო ოთხი კვირის განმავლობაში, რამდენად ხშირად იყავით ამა თუ იმ მდგომარეობაში:

W26. უკანასკნელი 4 კვირის მანძილზე, რამდენად ხშირად გქონდათ ნეგატიური განცდები, მაგ., ცუდი გუნება, სასონარკვეთილება, შფოთვა, დეპრესია?

1. არასდროს
2. ზოგჯერ
3. საკმაოდ ხშირად
4. ძალიან ხშირად
5. ყოველთვის

024. რამდენად მოსალოდნელია, რომ მიმართავთ ორთ საიტის ფსიქოლოგს, თუ გექნებათ ამის შესაძლებლობა?

1. ძალიან ნაკლებად არის მოსალოდნელი
2. მცირე ალბათობაა
3. 50/50
4. შესაძლებელია
5. ფრიად შესაძლებელია

025–1. ხართ თუ არა ინფორმირებული ჩივილის შესაძლებლობაზე იმ შემთხვევაში, თუ არ ხართ მომსახურებით კმაყოფილი?

1. დიახ
0. არა

026. საჭიროების შემთხვევაში, რამდენად მოსალოდნელია, რომ საჩივარი დაწეროთ?

1. ძალიან ნაკლებად არის მოსალოდნელი
2. მცირე ალბათობაა
3. 50/50
4. შესაძლებელია
5. ფრიად შესაძლებელია

025. როდესმე ოფიციალურად თუ გიჩივლიათ ორთ საიტისთვის (მაგ., ოფიციალური საჩივარი დაწერეთ ან სხვა ფორმით)?

1. დიახ
0. არა

027. როდესაც ბოლოჯერ ახვედით ორთ პროგრამის აღრიცხვაზე, ჩაგაყენეს თუ არა საქმის კურსში პროგრამის წესების თაობაზე? იმ შემთხვევაშიც, თუკი ეს თქვენი პირველი ჩართვაა პროგრამაში:

1. დიახ
0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხის გაცემაზე

028. თუ ერთ ჯერზე მეტჯერ იყავით ორთ პროგრამების მოსარგებლე, პროგრამის დატოვება ერთხელ მაინც მოხდა თქვენი გადაწყვეტილებით?

1. დიახ
0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხის გაცემაზე

029. თუ ერთ ჯერზე მეტჯერ იყავით ორთ პროგრამების მოსარგებლე, პროგრამის დატოვება ერთხელ მაინც მოხდა პროგრამის მუშაკის მოთხოვნით/გადაწყვეტილებით?

1. დიახ

0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხის გაცემაზე

030. ხართ კმაყოფილი ორთ პროგრამაში მკურნალობის ხანგრძლივობით?

1. დიახ

0. არა

030-1. თუ არ ხართ კმაყოფილი, რა უფრო გირჩევნიათ – მკურნალობის მიღება უფრო ხანმოკლე თუ უფრო ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე?

1. უფრო ხანმოკლე

2. უფრო ხანგრძლივი პერიოდი

031. იცნობთ თუ არა ორთ პროგრამიდან გასვლის წესებს?

1. დიახ

0. არა

032. თუ გქონიათ პროგრამიდან გასვლის მცდელობა, გაუწევიათ თუ არა სამედიცინო მუშაკებს თქვენთვის წინააღმდეგობა ამაში?

1. დიახ

0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხზე

033. რამდენად ხართ დარწმუნებული, რომ პირადი ინფორმაცია, რომელსაც ორთ მუშაკებს უმუშავენთ, კონფიდენციალურად არის დაცული (არ გადაეცემა მესამე პირს)?

1. სრულიად არ ვარ დარწმუნებული

2. არ ვარ დარწმუნებული

3. არც დარწმუნებული ვარ და არც არა

4. დარწმუნებული ვარ

5. სრულიად დარწმუნებული ვარ

033-1. ჩამოთვლილთაგან რომელ მუშაკებს ენდობით რა ხარისხით შკალაზე 1-დან 10-მდე?

1. ექთანი

2. ლაბორანტი

3. დაცვა

4. დანესებულების ხელმძღვანელი

5. სოციალური მუშაკი

6. ფსიქოლოგი

D4. დაახლოებით რამდენი წლის იყავით, როდესაც პირველად მიიღეთ ოპიატები/ოპიოიდები (არაინექციურად ან ინექციით). მიუთითეთ წელი.

D5. როდის ჩაერთეთ ორთ პროგრამაში უკანასკნელად (გინდაც ეს თქვენი პირველი ჩართვა იყოს)? თუ ზუსტი თარიღი არ გახსოვთ, მიუთითეთ დაახლოებით.

D6-2. რა გიჯდებათ ორთ პროგრამაში მონაწილეობა თვიურად (ტესტების ყიდვის, ჭიქების ყიდვის და ა.შ. ჩათვლით, ტრანსპორტის ხარჯების გარეშე) (ლარი)?

D5-1. რა ხანი დაიკავა პროცესმა პირველი ვიზიტიდან დოზის შერჩევის დაწყებამდე (მოლოდინის სიაში ყოფნის, ანალიზების ჩაბარების და საექიმო კონსულტაციების ჩათვლით)? მიუთითეთ დღეების რაოდენობა, მაგალითად, 1 თვეში საშუალოდ 30 დღეა, 2 თვეში – 60 და ა.შ.

D8–1. რა ოდენობას იღებთ ამჟამად (მგ)?

D9. იღებთ თუ არა რაიმე დამატებით პრეპარატებს **ექიმის დანიშნულებით** (ფსიქიატრის, ნარკოლოგის)?

1. დიახ

0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხზე

D9–1. თუ კი, მიუთითეთ, რომელს:

1. ანტიდეპრესანტი

2. საძილე

3. ტკივილგამაყუჩებელი

4. დამამშვიდებელი

5. სხვა

D9–1–other. თუ სხვა, მიუთითეთ:

D10. როდესმე აივ/შიდსზე ტესტი გაგიკეთებიათ?

1. დიახ

0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხზე

D11. როგორი იყო ტესტის შედეგი?

0. მითხრეს, რომ აივ/შიდსი არ მაქვს

1. მითხრეს რომ აივ/შიდსი მაქვს

2. მითხრეს, რომ შედეგი გაურკვეველია

3. არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხზე

D12. პირველად რომელ წელს შეიტყვეთ აივ/შიდსი დიაგნოზის შესახებ? თუ ზუსტი თარიღი არ გახსოვთ, მიუთითეთ დაახლოებით.

D13. გადიხართ თუ არა ამჟამად ანტირეტროვირუსულ (შიდსის პრეპარატები) მეურნეობას?

1. დიახ

0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხზე

D14–1. იცით, როგორი ვირუსული დატვირთვა გაქვთ?

1. დიახ

0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხზე

გთხოვთ, მიუთითეთ ვირუსის ასლები სისხლში 1 მილილიტრზე:

D15. C ჰეპატიტის ტესტი როდესმე ჩაგიტარებიათ?

1. დიახ

0. არა / არ ვიცი

98. უარს ვამბობ პასუხზე

D16. როგორი იყო შედეგი?

0. მითხრეს, რომ არ მაქვს C

1. მითხრეს რომ მაქვს C

2. მითხრეს, რომ გაურკვეველი შედეგია

3. არ ვიცი
98. უარს ვამბობ პასუხზე

D17. ოდესმე თუ მიგიღათ მედიკამენტები C ჰეპატიტის სამკურნალოდ?

0. არ მეხება (არ ვმკურნალობ)
1. დიახ, ამჟამად ვმკურნალობ
2. დიახ, უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე
3. დიახ, ვიღებდი მკურნალობას 3 წელზე მეტი ხნის წინ
97. არა, არასდროს მიმიღია C ჰეპატიტის სამკურნალოდ მედიკამენტები
4. არ ვიცი
98. უარს ვამბობ პასუხზე

D18. ჩამოთვლილი მდგომარეობებიდან რომელი შეგესაბამებათ ამჟამად (ამოარჩიეთ ყველა შესაბამისი ვარიანტი):

1. ჰეპატიტი B
2. ტუბერკულოზი
3. პანკრეატიტი
4. კუჭის/ნაწლავების წყლული
5. კბილების პრობლემა
6. ვენების პრობლემა
7. თავის ძლიერი ტკივილები
8. დიაბეტი
9. არც ერთი

D19. რომელი პასუხი შეესაბამება (აირჩიეთ ყველა შესაბამისი) თქვენი დასაქმების დღევანდელ მდგომარეობას?

1. მუდმივი სამუშაო, სრული დღე (40 ან მეტი საათი კვირაში)
2. მუდმივი სამუშაო, არასრული სამუშაო დღე
3. პერიოდული ან სეზონური სამუშაო (მოიცავს დღიურ შრომას და მოლოდინის რეჟიმს)
4. უმუშევარი
5. არ შემიძლია მუშაობა (ინვალიდობა)
6. დიასახლისი/მამასახლისი (ვუვლი ბავშვებსა და/ან ოჯახის სხვა წევრებს)
7. სტუდენტი
8. პენსიონერი
9. სხვა
98. უარს ვამბობ პასუხზე

D19–1. თუ სხვა, მიუთითეთ:

D20. იღებთ თუ არა ინვალიდობის პენსიას?

1. დიახ
0. არა

D21. ოდესმე თუ ყოფილხართ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში (დროებითი დაკავების ჩათვლით)?

1. დიახ
0. არა
98. უარი პასუხზე

D22. რამდენი წლის იყავით, როდესაც პირველად მოხვდით თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში (დროებითი დაკავების ჩათვლით)?

D23. დაახლოებით რამდენჯერ ყოფილხართ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში (დროებითი დაკავების ჩათვლით)?

D24. მთლიანობაში, რამდენი ხანი გაატარეთ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში (დროებითი დაკავების ჩათვლით)? გთხოვთ, მიუთითოთ თვეების რაოდენობა. მაგალითად: 1 წელი=12 თვეს, 2 წელი=24, 10 წელი=120 და ა.შ.

D25. უკანასკნელად როდის გათავისუფლდით? თუ არ გახსოვთ, მიუთითეთ დაახლოებითი თარიღი.

D26. უკანასკნელ თვეში რამდენი დღე მოიხმარდით რომელიმე არალეგალურ ნარკოტიკის ინექციური გზით?

D27. იღებთ თუ არა რაიმე დამატებით პრეპარატებს **ექიმის დანიშნულების გარეშე?**

1. დიახ
0. არა

D28. თუ კი, მიუთითეთ:

1. ანტიდეპრესანტი
2. საძილე
3. ტკივილგამაყუჩებელი
4. დამამშვიდებელი
5. სხვა:

D28–other. თუ სხვა, მიუთითეთ:

D29. განათლება:

1. არასრული საშუალო
2. საშუალო
3. სპეციალური
4. არასრული უმაღლესი
5. უმაღლესი

D 30. როგორია თქვენი შემოსავალი:

1. 300 ლარზე ნაკლები
2. 300 და 1000 ლარს შორის
3. 1000 ლარი
4. 1000-დან 3000 ლარამდე
5. 3000 ლარზე მეტი

D 31. ქორწინების სტატუსი:

1. ვარ ქორწინებაში
2. ვარ გაცილებული
3. არ ვარ ქორწინებაში, მაგრამ მყავს პარტნიორი
4. არ ვარ ქორწინებაში, არ მყავს პარტნიორი

უკანასკნელი 2 კვირის მანძილზე, რამდენად ხშირად განუხებდათ შემდეგი პრობლემები:

PHQ–1. ვგრძნობდი ნერვიულობას, შფოთვის, ან იმას რომ უკიდურესობამდე ვარ მისული

0. საერთოდ არა
1. რამდენიმე დღე
2. დღეების ნახევარზე მეტი
3. თითქმის ყოველდღიურად

PHQ–2. ვერ ვახერხებდი შემეჩერებინა ან გამეკონტროლებინა ჩემი ნუხილი

0. საერთოდ არა

1. რამდენიმე დღე
2. დღეების ნახევარზე მეტი
3. თითქმის ყოველდღიურად

PHQ-3. ვგრძნობდი თავს უგუნებოდ, დეპრესიულად, უიმედოდ

0. საერთოდ არა
1. რამდენიმე დღე
2. დღეების ნახევარზე მეტი
3. თითქმის ყოველდღიურად

PHQ-4. მწირი ინტერესი მქონდა/მწირ სიამოვნებას ვიღებდი რაღაცეების კეთებისას

0. საერთოდ არა
1. რამდენიმე დღე
2. დღეების ნახევარზე მეტი
3. თითქმის ყოველდღიურად