

# სამკურნალო დაწესებულებათა კვლევის ანგარიში

---

*ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი*

*დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი  
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი*

*2021 წელი*

კვლევის ანგარიში მომზადებულია ევროკავშირის ფინანსური მხარდაჭერით. დოკუმენტში გამოთქმული შეხედულებები არანაირად არ შეიძლება ჩაითვალოს ევროკავშირის ოფიციალურ მოსაზრებად.

**EU4MD**



Funded by the  
European Union

## სარჩევი

1	შესავალი.....	1
2	სიტუაციის მიმოხილვა.....	1
2.1	ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მახასიათებლები.....	1
2.2	ქვეყანაში არსებული სამკურნალო სისტემის აღწერა.....	3
3	მეთოდოლოგია.....	7
3.1	კვლევის აღწერა.....	7
3.2	შერჩევა.....	7
3.3	მონაცემების შეგროვების პროცესი.....	9
3.4	მონაცემების შეგროვების მეთოდი.....	10
3.5	სამართლებრივი და ეთიკური საკითხები.....	10
3.6	კვლევის პროცესში წარმოქმნილი წინააღმდეგობები.....	11
4	შედეგები.....	12
4.1	გეოგრაფიული და ადმინისტრაციული მახასიათებლები.....	12
4.2	სამიზნე ჯგუფები და კლიენტები.....	15
4.2.1	სპეციალიზირებული ამბულატორიული და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებები.....	15
4.2.2	დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებები.....	19
4.2.3	დაწესებულებების სამიზნე ჯგუფები.....	20
4.3	პერსონალი და ხარისხის მართვა.....	21
4.4	სერვისების მიწოდება.....	23
4.5	კოვიდ-19-ის გავლენა სერვისების ფუნქციონირებაზე.....	27
5	დასკვნა.....	30
6	დანართები.....	33
	აკრონიმები.....	49
	ბიბლიოგრაფია.....	50

## დიაგრამები

დიაგრამა 1: 2019 წელს სპეციალური ამბულატორიული და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებების მკურნალობის ეპიზოდების რაოდენობა .....	16
დიაგრამა 2: 2019 წელს მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება რეგიონების მიხედვით .....	16
დიაგრამა 3: მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება ძირითადი პრობლემის მიხედვით, რის გამოც მიმართეს სპეციალიზირებულ ამბულატორიულ და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებას .....	17
დიაგრამა 4: მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება ძირითადი პრობლემის მიხედვით, რის გამოც მიმართეს სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებს .....	18
დიაგრამა 5: მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება ძირითადი პრობლემური ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიხედვით .....	19
დიაგრამა 6: კლიენტების განაწილება ძირითადი პრობლემის მიხედვით, რის გამოც მიმართეს დაბალზღვრბლოვანი სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებას .....	20
დიაგრამა 7: თანამშრომელთა განაწილება დაწესებულებებში პროფესიების მიხედვით .....	22
დიაგრამა 8: 2019 წელს ოპიოიდებით ჩანაცვლებით თერაპიის პროგრამებში მკურნალობის ეპიზოდების რაოდენობის განაწილება რეგიონების მიხედვით .....	24
დიაგრამა 9: დაწესებულებების პროცენტული განაწილება, სადაც შესაძლებელია სისხლის გზით გადამდებ ინფექციებზე, აივ/შიდსზე, B და C ჰეპატიტზე ტესტირება .....	25
დიაგრამა 10: ორგანიზაციების პროცენტული განაწილება, სადაც ხორციელდება კონსულტირებისა და ფსიქოთერაპიის სერვისები .....	26
დიაგრამა 11: კოვიდ-19-ის გავლენა დაწესებულებებზე, რაოდენობის მიხედვით .....	28
დიაგრამა 12: კოვიდ-19-ის გავლენა დაწესებულებებზე, მათი ტიპის მიხედვით .....	29

## ცხრილები

ცხრილი 1: ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება რეგიონების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით) .....	4
ცხრილი 2: აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება ქალაქების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით) .	5
ცხრილი 3: ზიანის შემცირების პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების განაწილება ქალაქების მიხედვით .....	6
ცხრილი 4: შერჩევის ჩარჩო .....	9
ცხრილი 5: სამკურნალო დაწესებულებების ტიპი .....	12
ცხრილი 6: დაწესებულებების განაწილება რეგიონებისა და დაწესებულებების ტიპის მიხედვით .....	13
ცხრილი 7: დაწესებულებების განაწილება ტიპების მიხედვით .....	33
ცხრილი 8: დაწესებულებების განაწილება ტიპისა და სამუშაო დღეების მიხედვით .....	33
ცხრილი 9: სტაციონარის ტიპის დაწესებულებების მოცულობა და საწოლების რაოდენობა .....	34
ცხრილი 10: საანგარიშო პერიოდში მკურნალობის ეპიზოდებისა და კლიენტების საერთო რაოდენობა ორგანიზაციის ტიპების მიხედვით .....	35
ცხრილი 11: სერვისები, რომლებიც ხშირად ან ყოველთვის ემსახურებიან სპეციფიკურ ჯგუფებს, %.	35
ცხრილი 12: სპეციფიკური ჯგუფებისთვის შექმნილი პროგრამების განხორციელება .....	36
ცხრილი 13: აკრედიტაციის მქონე დაწესებულებების რაოდენობა .....	36
ცხრილი 14: ხარისხის კონტროლის შიდა მექანიზმის მქონე დაწესებულებების რაოდენობა .....	37
ცხრილი 15: ორთ პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით .....	38
ცხრილი 16: აბსტინენციაზე ორიენტირებული (დეტოქსიკაციის) პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების რაოდენობა .....	39
ცხრილი 17: სოციალური რეინტეგრაციის სერვისების განხორციელება, % .....	40
ცხრილი 18: დაწესებულებები, რომლებიც თანამშრომლობენ სხვა ინსტიტუციებთან .....	40

ცხრილი 19: დაწესებულებები, რომლებზეც კოვიდ-19-ის პანდემიის საწინააღმდეგოდ საგანგებო მდგომარეობის (კარანტინი) დაწესებამ გავლენა მოახდინა.....	41
ცხრილი 20: დაწესებულებებზე კოვიდ-19-ის ეპიდემიის გავლენა საგანგებო მდგომარეობის (კარანტინი) გაუქმების შემდეგ.....	42
ცხრილი 21: 2020 წელს SARS-CoV-2-ით (PCR-ით დადასტურებული შემთხვევები) ინფიცირებული ადამიანების რაოდენობა დაწესებულებების ტიპის მიხედვით.....	43

## რუკები

რუკა 1: ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება რეგიონების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით).....	45
რუკა 2: აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება ქალაქების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით).....	46
რუკა 3: ზიანის შემცირების პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების განაწილება ქალაქების მიხედვით.....	47
რუკა 4: შერჩევის ჩარჩო.....	48

# 1 შესავალი

ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) პროექტის „EU4 Monitoring Drugs“ (EU4MD) მხარდაჭერით 2021 წელს ჩატარდა სამედიცინო დაწესებულებათა ევროპული კვლევა, რომლის საბოლოო ანგარიშში განხილულია კვლევის შედეგები და მიგნებები. აღნიშნული პროექტი, ევროპის სამეზობლო პოლიტიკის (ENP) ფარგლებში, მხარს უჭერს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის საფრთხეების იდენტიფიცირებას და საპასუხო ზომების გაძლიერებას ეროვნულ და რეგიონულ დონეზე, ასევე აძლიერებს ქვეყნების შესაძლებლობებს, რათა გააუმჯობესონ ნარკოვიტარების მონიტორინგი. პროექტში ჩართულნი არიან: ალჟირი, აზერბაიჯანი, ბელარუსი, ისრაელი, იორდანია, ლიბანი, ლიბია, მოლდოვა, მაროკო, პალესტინა<sup>1</sup>, საქართველო, სომხეთი, ტუნისი და უკრაინა.

კვლევა ჩატარდა იმ დაწესებულებების შესწავლის მიზნით, რომლებიც ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებს და ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პირებს აწვდიან მათთვის სპეციფიკურ სერვისებს. მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტად გამოყენებულ იქნა დაწესებულებათა ევროპული კვლევის კითხვარის (EFSQ) ადაპტირებული ვერსია. კვლევის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სამკურნალო/სარეაბილიტაციო და ზიანის შემცირების დაწესებულებებიდან მათი მახასიათებლების, სამიზნე ჯგუფების, პერსონალის, ხარისხის მართვის და მიწოდებული სერვისების მრავალფეროვნების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება. კითხვარი წარმოადგენს EMCDDA-ის ერთ-ერთი დამატებით სტანდარტიზებულ ინსტრუმენტს, რომლის საშუალებით ხდება მონაცემების შეგროვება სამკურნალო სისტემების და მკურნალობაში ჩართული ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლების შესახებ. კვლევის ფარგლებში შეგროვებულ მონაცემებს, სხვა ინსტრუმენტებით მიღებულ ინფორმაციასთან ერთად, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ინტერვენციების ზოგადი დაგეგმარების, მათი საჭიროებების შეფასებისა და ფინანსირების მხარდასაჭერად.

დაწესებულებათა ევროპული კვლევის კითხვარი (EFSQ) შემუშავებულია EMCDDA-ის მიერ ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების საინფორმაციო ქსელთან (REITOX), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან (WHO) და გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ოფისთან (UNODC) თანამშრომლობით.

EU4MD პროექტის ფარგლებში დაწესებულებათა ევროპული კვლევა ჩატარდა შემდეგ ქვეყნებში: ბელარუსი, ისრაელი, იორდანია, ლიბანი, მაროკო, პალესტინა<sup>1</sup>, საქართველო, სომხეთი, ტუნისი და უკრაინა.

---

<sup>1</sup> ჩანაწერი არ განიმარტება, როგორც პალესტინის სახელმწიფოს აღიარებად და ზიანს არ აყენებს წევრი სახელმწიფოების ინდივიდუალურ პოზიციას ამ საკითხთან დაკავშირებით.

## 2 სიტუაციის მიმოხილვა

### 2.1 ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მახასიათებლები

საქართველოში, როგორც მთელს მსოფლიოში, ნარკოტიკული საშუალებები საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვან რისკსა და ზიანს ქმნის. ბოლო რამდენიმე ათეული წლის განმავლობაში საქართველოში აქტიურად მოიხმარენ სხვადასხვა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს, რაც დასტურდება თემატური კვლევებით, შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ არალეგალური ბრუნვიდან ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებებით, სამკურნალო/სარეაბილიტაციო დაწესებულებებში მიმართვიანობით, ზიანის შემცირების პროგრამების ანგარიშებით და სხვა წყაროებით (ნარკოვიტარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი, 2021).

ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის მიერ ზოგად მოსახლეობაში ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების გავრცელების შესწავლის მიზნით გამოიყენება „ზოგადი მოსახლეობის კვლევა“ (GPS). აღნიშნული კვლევა საქართველოში ერთხელ, 2015 წელს ჩატარდა. კვლევის მონაცემები მოძველებულია და ვერ უზრუნველყოფს 2021 წლის მდგომარეობის სრულყოფილად ასახვას. შესაბამისად უცნობია ამჟამად რამდენი ადამიანი მოიხმარს ნარკოტიკულ საშუალებას ჩვენს ქვეყანაში. აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ ნარკოტიკების მოხმარების მახასიათებლების შესასწავლად დამატებით გამოიყენება ისეთი კვლევები, როგორც არის ევროპული ვებ გამოკითხვა ნარკოტიკებზე და საკანალიზაციო წყლების ანალიზი, აღნიშნული კვლევები ინიცირებულია EMCDDA-ს მიერ და ხორციელდება ნარკოვიტარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის მიერ პარტნიორ ეროვნულ თუ საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და უწყებებთან ერთად. აღნიშნული კვლევების ანგარიშები მომზადდება 2021 წლის მეოთხე კვარტალში, რაც უზრუნველყოფს ქვეყანაში ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მახასიათებლებზე დამატებითი მონაცემების ხელმისაწვდომობას.

სკოლის მოსწავლეებში ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების თავისებურებების შესასწავლად გამოიყენება „ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასკოლო კვლევა“ (ESPAD). აღნიშნული კვლევა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ ჩატარდა ორჯერ 2015 და 2019 წლებში. კვლევის მონაცემები რეპრეზენტატულია ქვეყნის დონეზე, რაც იძლევა, ერთი მხრივ, მონაცემების განზოგადების შესაძლებლობას ქვეყნის მასშტაბით და სხვა ქვეყნებთან შედარებას და მეორე მხრივ, ტენდენციების გამოვლენის საშუალებას, რაც მნიშვნელოვანია ქვეყანაში არსებული ნარკოვიტარების ანალიზისთვის. ESPAD-ის 2019 წლის ანგარიშის შედეგების მიხედვით მოსწავლეების 36%-ს სიცოცხლის მანძილზე ერთხელ მაინც მოუხმარია თამბაქო, მათგან 7% რეგულარული მომხმარებელია (40-ჯერ ან მეტჯერ მოუწევია სიგარეტი სიცოცხლის განმავლობაში). ალკოჰოლი სიცოცხლის მანძილზე ერთხელ მაინც მოიხმარა რესპონდენტების 85%-მა, ხოლო ბოლო 30 დღის მანძილზე 46%-მა. 2015 წელთან შედარებით 2019 წელს მოსწავლეების მიერ აღქმული ხელმისაწვდომობა კანაფსა და მის პროდუქტებზე გაზრდილია 21%-დან 25%-მდე, ასევე გაზრდილია სიცოცხლის მანძილზე (11%-დან 14%-მდე) და ბოლო 30 დღის მანძილზე მოხმარება (4%-დან 9%-მდე). შემცირებულია ტრანკვილიზატორების (12%-დან 5%-მდე) და ექსტაზის (4%-დან 2%-მდე) სიცოცხლის მანძილზე მოხმარების მაჩვენებელი. 2019 წელს ამფეტამინი/მეტამფეტამინი/კოკაინი

სიცოცხლის მანძილზე მოიხმარა გამოკითხულთა 1%-მა. ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები სიცოცხლის მანძილზე მოიხმარა მოსწავლეთა 2.8%-მა, ხოლო ბოლო 12 თვის მანძილზე მოსწავლეთა 1.8%-მა.

2016 წლის შემდგომ ქვეყანაში არ ჩატარებული ნარკოტიკების მაღალი რისკის მომხმარებლების ზომის შეფასების კვლევა. თუმცა, არსებობს გარკვეული ინფორმაცია ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებთან დაკავშირებით; კერძოდ, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი პერიოდულად ატარებს თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული (თთპდ) ინტერვენციის და შპრიცებისა და ნემსების (შნპ) პროგრამის ბენეფიციარების ქცევის შეფასების კვლევებს. აღნიშნული კვლევების შედეგებიდან ცნობილია, რომ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის ყველაზე გავრცელებული ნარკოტიკული საშუალება ჰეროინი/სირეცია, შემდგომ ქუჩის სუბოტექსი, ბუპრენორფინი და კუსტარულად დამზადებული ვინტი. თთპდ ინტერვენციის შეფასების კვლევის<sup>2</sup> მონაწილეებს აქვთ შედარებით მაღალი სარიისკო ქცევები, ვიდრე შნპ ბენეფიციარების ქცევის შეფასების კვლევის რესპონდენტებს. თთპდ ინტერვენციის მონაწილეებიდან ბოლო 30 დღეში ზედოზირების შემთხვევას აღნიშნავს 6.3%, ნალოქსონის გამოყენებას 42%, ხოლო ბოლო 6 თვეში საინექციო ინსტრუმენტების გაზიარებას 34% (საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი, 2019a). შნპ ბენეფიციარების ქცევის შეფასების კვლევის რესპონდენტებიდან ბოლო 30 დღეში ზედოზირებას აღნიშნავს 3.5%, ნალოქსონის გამოყენებას 75%, ხოლო ბოლო 6 თვეში საინექციო ინსტრუმენტების გაზიარებას 15.2% (საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი, 2019b). აღსანიშნავია, რომ 2020 წელს ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი მოემსახურა<sup>3</sup> 32 607 ნიმ-ს, რაც 18-64 წლის მოსახლეობაზე გადათვლით 1.43% შეადგენს.

ბოლო პერიოდში, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით, შეინიშნება ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გავრცელების დადებითი ტენდენცია (UNODC, 2021). საქართველოშიც შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ ყოველწლიურად გროვდება უკანონო ბრუნვიდან ამოღებული ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (აფნ) სია და ოდენობები. 2019 წელს ქვეყნის ტერიტორიაზე შსს-ს მიერ უკანონო ბრუნვიდან ამოღების შედეგად, პირველად, დაფიქსირდა კარფენტანილი (CARFENTANYL), 5 ფლურო-მდმბ-ბუტინაქა (5 FLURO-MDMB-BUTINACA) და 5 ფლურო-მდმბ-ფიცა (5FLURO-MDMB-PICA). საქართველოში ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გავრცელება შესწავლილი არ არის. შესაბამისად, უცნობია თუ რამდენი ადამიანი მოიხმარს აფნ-ებს. ქვეყანაში მწირია ინფორმაცია აფნ-ების მოხმარების მახასიათებლებთან დაკავშირებითაც (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი, 2021)

ვინაიდან ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ქმნის უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის საფრთხეებს, ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის მიერ EMCDDA-ის მხარდაჭერით იქმნება ადრეული გაფრთხილების სისტემა (EWS), რომელიც უზრუნველყოფს აფნ-ების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენას და ეფექტიანი საპასუხო ზომების გატარებას.

2 თთპდ ინტერვენციის შეფასების კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმების თანახმად, კვლევაში ჩაერთვნენ მხოლოდ ის პირები, რომლებსაც აივ პრევენციული პროგრამებით, მათ შორის, შნპ და ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისებით არ უსარგებლიათ ბოლო 12 თვის მანძილზე.

3 მომსახურება გულისხმობს მინიმუმ ორი სერვისის მიწოდებას, რომელთაგან ერთ-ერთი აუცილებლად იყო სტერილური საინექციო საშუალება(შპრიცი/ნემსი/პეპელა).

## 2.2 ქვეყანაში არსებული სამკურნალო სისტემის აღწერა

საქართველოში ნარკოლოგიური დახმარების<sup>4</sup> პრინციპებს განსაზღვრავს საქართველოს კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, 2012). ქვეყანაში ნარკოპოლიტიკის დაგეგმვისა და სტრატეგიული მიდგომების განმსაზღვრელ მთავარ რგოლს წარმოადგენს ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო (შემდგომში - საბჭო), რომელსაც ხელმძღვანელობს იუსტიციის მინისტრი, ხოლო საბჭოს თანათავმჯდომარე უწყება არის საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. სწორედ ჯანდაცვის სამინისტრო და მის ქვეშ არსებული რელევანტური ინსტიტუციები გასცემენ ლიცენზიებს ნარკოლოგიური სერვისების განხორციელების თაობაზე, ადგენენ პროტოკოლებს და სამკურნალო სახელმძღვანელოებს და ასე შემდეგ.

დღეისათვის ქვეყანაში ხორციელდება სხვადასხვა ტიპის სამკურნალო/სარეაბილიტაციო და ზიანის შემცირების პროგრამები. სულ ფუნქციონირებს 11 ამბულატორიული და სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება, რომლებიც ახორციელებენ სხვადასხვა ნარკოლოგიურ სერვისებს, მათ შორის ოპიოიდებით ჩანაცვლებით თერაპიისა და აბსტინენციაზე ორიენტირებულ (დეტოქსიკაციის) სამკურნალო პროგრამებს. აღნიშნულ სამედიცინო დაწესებულებების ნაწილს აქვს როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული განყოფილებები/ფილიალები.

საქართველოში ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში გამოიყენება ორი პრეპარატი - მეთადონი და სუბოქსონი (ბუპრენორფინი + ნალოქსონი). 2017 წლიდან მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა სრულად ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ და ახორციელებს მხოლოდ შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“, რომელსაც 22 ფილიალი (განყოფილება/კაბინეტი) აქვს ქვეყნის მასშტაბით, მათგან ორი ფილიალი ფუნქციონირებს თბილისსა და ქუთაისში მდებარე პენიტენციურ დაწესებულებებში (N8 და N2 პენიტენციური დაწესებულებები). აღსანიშნავია, რომ პენიტენციურ სისტემაში ხელმისაწვდომია მხოლოდ ჩამანაცვლებელი პრეპარატით დეტოქსიკაციის პროგრამა, რომელიც გრძელდება არ უმეტეს 9 თვისა. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის 3 ფილიალში ხელმისაწვდომია სუბოქსონის ჩანაცვლებითი თერაპიის უფასო პროგრამაც, რომელიც ასევე სრულად ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ. გარდა სახელმწიფოს დაფინანსებისა, ქვეყანაში ფუნქციონირებს სუბოქსონის (ბუპრენორფინი + ნალოქსონი) ჩანაცვლებითი თერაპიის ფასიანი პროგრამაც, რომელსაც ახორციელებს 4 კერძო სამედიცინო დაწესებულება. სულ ჩანაცვლებითი თერაპიის როგორც ფასიან, ასევე უფასო პროგრამებს ახორციელებს 5 დაწესებულება, რომლებსაც ჯამში 33 ფილიალი აქვთ ქვეყნის მასშტაბით. დაწესებულებები და მათი ფილიალები იხილეთ ცხრილი 1, რუკა 1.

---

<sup>4</sup> სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისი, რომელიც განკუთვნილია ადამინისთვის რომელიც მოიხმარს ნარკოტიკს და აქვს ნარკოტიკული საშუალების მოხმარებით გამოწვეული დაავადება.



ცხრილი 1: ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება რეგიონების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით)

რეგიონი	ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი	სამედიცინო ცენტრი „ურანტი“	საქართველოს ადიქტოლოგიის სამედიცინო კორპორაცია	„ბ და გ“	დამოკიდებულების სამედიცინო მართვის ცენტრი
თბილისი	10	2		1	1
იმერეთი	4		1		
აჭარა ა.რ.	2	1		1	
შიდა ქართლი	1		1		
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	2		1		
კახეთი	1			1	
გურია	1				
ქვემო ქართლი			1		
სამცხე-ჯავახეთი	1				
აფხაზეთი ა.რ.					
მცხეთა-მთიანეთი					
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი					
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

ქვეყნის მასშტაბით აბსტინენციაზე ორიენტირებულ (დეტოქსიკაციის) პროგრამებს ახორციელებს 9 სამედიცინო დაწესებულება, მათგან ორკვირიანი სტაციონარული დეტოქსიკაცია, შემდგომ ორკვირიან სარეაბილიტაციო კურსთან ერთად, ხორციელდება 8 სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო დეტოქსიკაციის პროგრამას მხოლოდ ამბულატორულად ახორციელებს ერთი ნარკოლოგიური კლინიკა.

სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება არათანაბარია რეგიონების მიხედვით. ნარკოლოგიური კლინიკები, ძირითადად, თავმოყრილია თბილისში. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ თბილისში მდებარე კლინიკებს ფილიალები აქვთ საქართველოს სხვა რეგიონებში (იხ.ცხრილი 2, რუკა 2).

**ცხრილი 2: აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება ქალაქების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით)**

სამედიცინო დაწესებულებები	თბილისი	ბათუმი	ქუთაისი	ხონი
1. ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი	1			
2. სამედიცინო ცენტრი ურანტი	1			
3. საქართველოს ადიქტოლოგიის სამედიცინო კორპორაცია			1	
4. შპს „ნიშატი“	1			
5. ნარკოლოგიური კლინიკა „ნეოგენი“	1			
6. შპს ბ.ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი				1
7. ჯონი ჭანტურიას სახელობის სამედიცინო ცენტრი	1			
8. ბათუმის სამედიცინო მართვის ცენტრი		1		
9. გერმანულ ქართული კლინიკა	1			
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

საქართველოში შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდისა და სახელმწიფოს თანადაფინანსებით ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი ახორციელებს ზიანის შემცირების პროგრამებს, რომლებსაც ზედამხედველობას უწევს სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ზიანის შემცირების პროგრამებს ახორციელებს 10 ქვე-კონტრაქტორი ორგანიზაცია, რომლებიც, 14 სერვის ცენტრის მეშვეობით, აწვდიან სერვისებს საქართველოს 11 ქალაქში (იხ. ცხრილი 3, რუკა 3). პროგრამის ხელმისაწვდომობის და გეოგრაფიული მოცვის გაზრდის მიზნით ორგანიზაციები იყენებენ 9 მობილურ ამბულატორიას; შედეგად, ფარავენ საქართველოს 10 რეგიონს (თბილისი და მისი შემოგარენი, ქვემო ქართლი, შიდა ქართლი, სამცხე-ჯავახეთი, კახეთი, იმერეთი, რაჭა-ლეჩხუმი, სამეგრელო, გურია და აჭარა).

ზიანის შემცირების პროგრამები მოიცავს შემდეგი ტიპის მომსახურებას:

- ნებაყოფლობით კონსულტირებასა და სკრინინგს აივ/შიდსზე, B და C ჰეპატიტზე, სიფილისსა და ტუბერკულოზზე;
- საგანმანათლებლო, სტერილური საინექციო და სხვა მიზნობრივი სახარჯი მასალის დარიგებას;
- ზედოზირების პრევენციას და ნალოქსონის დარიგებას;
- დამხმარე სერვისების მიწოდებას - შემთხვევის მართვა, ქალ ნიმ-ებზე ორიენტირებული მიდგომები, სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და იურიდიული კონსულტაციები.
- C ჰეპატიტის მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ინტეგრაციას ზიანის შემცირების ცენტრებში;
- თანასწორთათვის საინფორმაციო-საგანმანათლებლო შეხვედრებს.

გარდა ზიანის შემცირების ქსელში შემავალი ორგანიზაციებისა, თბილისში ფუნქციონირებს სათემო ორგანიზაცია მანდალა, რომელიც ზიანის შემცირების სერვისებს

აწვდის ნარკომომხმარებლებს. ორგანიზაციის ძირითად სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენენ ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისა და კლუბური ნარკოტიკების მომხმარებლები, რომლებსაც ორგანიზაცია სთავაზობს მათს საჭიროებებზე მორგებულ სპეფიციკურ სერვისებს.

**ცხრილი 3: ზიანის შემცირების პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების განაწილება ქალაქების მიხედვით.**

N	ორგანიზაცია	ქალაქი
1.	ა(ა)იპ "ნაბიჯი მომავლისკენ"	გორი თელავი
2.	ა(ა)იპ "ახალი ვექტორი"	თბილისი რუსთავი
3.	ა(ა)იპ ახალგაზრდა ფსიქოლოგთა და ექიმთა ასოციაცია "ქსენონი"	ზუგდიდი
4.	ა(ა)იპ "ფენიქსი-2009"	ოზურგეთი
5.	ა(ა)იპ "საერთაშორისო ორგანიზაცია ქალებისთვის "აკესო"	თბილისი
6.	ა(ა)იპ "ჰეპა პლიუსი"	თბილისი
7.	ა(ა)იპ განათლების ეროვნული განვითარების, სოციალური რეაბილიტაციისა და ისტორიული ღირებულებების დაცვის ასოციაცია „ორდუ“	ფოთი
8.	ა(ა)იპ კავშირი "იმედი"	ბათუმი
9.	ა(ა)იპ "ახალი გზა"	თბილისი ქუთაისი სამტრედია
10.	ა(ა)იპ ზ. დანელიას სახელობის კავშირი თანადგომა	სოხუმი
11.	ა(ა)იპ სათემო ორგანიზაცია „მანდალა“	თბილისი

### 3 მეთოდოლოგია

#### 3.1 კვლევის აღწერა

EMCDDA-მ, როგორც საერთაშორისო კოორდინატორმა, პროცესი უზრუნველყო კვლევის განხორციელებისათვის საჭირო მეთოდოლოგიური სახელმძღვანელოებითა და კვლევის ყველა ეტაპზე თემატური სამუშაო შეხვედრა-ტრენინგებით. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მხრიდან კვლევის განხორციელების პროცესში ჩართული იყო არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტი, ხოლო ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის მხრიდან კვლევის მეთოდოლოგიის ადაპტირების პროცესში ცენტრის როგორც კვლევითი, ასევე - საკონსულტაციო დანაყოფი. მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი განხორციელებულია ცენტრის კვლევითი დანაყოფის მიერ.

კვლევის დაწყებამდე, მოსამზადებელი სამუშაოების ფარგლებში, შედგა რამდენიმე სამუშაო შეხვედრა კვლევის განმახორციელებელ ორგანიზაციებს შორის. განისაზღვრა დაწესებულებათა კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები, კვლევის შესრულებისათვის საჭირო რესურსი და დროის ჩარჩო, რის შემდეგაც მომზადდა ქვეყანაში კვლევის შესრულების გეგმა.

კვლევის კითხვარი დაწესებულებებს დაეგზავნათ ელექტრონულ ფორმატში, საკონტაქტო ელ. ფოსტის მისამართებზე. მონაცემთა შეგროვების პროცესი მიმდინარეობდა ხუთი თვის განმავლობაში. მიღებული პასუხები აისახა ერთიან ბაზაში და სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა სტატისტიკური პროგრამა SPSS-ისა და Microsoft excel-ის მეშვეობით, აღწერითი სტატისტიკის მეთოდების გამოყენებით.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევის ფარგლებში „დაწესებულებად“ (unit) ითვლება და ამ ტერმინის ქვეშ იგულისხმება ერთი დამოუკიდებელი ორგანიზაცია ან განცალკევებული ორგანიზაციული ერთეული (სამედიცინო ცენტრი, ფილიალი, განყოფილება, პროგრამა და ა.შ.), რომელსაც აქვს საკუთარი განსაზღვრული მიზანი, პროცედურები, წესები, კონკრეტული სერვისისა და ჩარევების სფერო, ჰყავს საკუთარი სამიზნე ჯგუფი ან ჯგუფები, ჰყავს საკუთარი პერსონალი და ხელმძღვანელი (ან ჯგუფის ლიდერი). შესაბამისად, ანგარიშის კვლევის შედეგების თავში გამოყენებული ეს ტერმინი ატარებს მხოლოდ და მხოლოდ ამ მნიშვნელობას.

#### 3.2 შერჩევა

შერჩევის ჩარჩოდ განისაზღვრა საქართველოს კონტროლირებად ტერიტორიაზე არსებული ყველა სამედიცინო და ზიანის შემცირების სერვისების მიმწოდებელი დაწესებულება. სამკურნალო დაწესებულებათა ევროპული კვლევა არ მოიცავს საქართველოს არაკონტროლირებად (რუსეთის მიერ ოკუპირებულ) ტერიტორიებზე ცხინვალისა და აფხაზეთის რეგიონებში არსებულ მდგომარეობას, გარდა ერთი შემთხვევისა; კერძოდ, კვლევამ მოიცვა ზ. დანელიას სახელობის კავშირის „თანადგომა“ მონაცემები, რომლებიც ზიანის შემცირების პროგრამებს ახორციელებს სოხუმში (აფხაზეთი); თუმცა, ორგანიზაციის სათაო ოფისი მდებარეობს თბილისში.

მკვლევართა ჯგუფის მიერ შერჩევის ჩარჩოს განსაზღვრის მიზნით, დაწესებულებათა სიის შედგენისას, გამოყენებული იქნა ინფორმაციის მიღების შემდეგი წყაროები:

1. ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის მონაცემთა ბაზა, რომელიც მოიცავს ქვეყანაში არსებული სერვისების მიმწოდებელ დაწესებულებათა მონაცემებს;
2. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს რეესტრში არსებულ ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულების მქონე პირებისათვის სამკურნალოდ ლიცენზირებულ დაწესებულებათა სია;
3. ლ. საყვარელიძის სახეობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემთა ბაზა, სადაც თავმოყრილია იმ დაწესებულებათა ჩამონათვალი, რომლებიც ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებს აწვდიან სამკურნალო ან/და რეაბილიტაციის სერვისებს;
4. საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელში შემავალი დაბალზღურბლოვანი სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციები.

გაერთიანდა ზემოთ აღნიშნული ოთხივე წყაროს მონაცემები და, დუბლირებული ჩანაწერების აღმოფხვრის მიზნით, დაზუსტდა დაწესებულებათა მოქმედი სტატუსი და შედგა დაწესებულებათა ერთიანი სრული სია. ამასთან, ვინაიდან კვლევის ინტერესს 2019 წლის მონაცემები წარმოადგენდა, ერთიანი სიიდან გამოირიცხა ის დაწესებულებები, რომლებიც აღარ არსებობდა ან სერვისს აღარ აწვდიდა 2019 წლის განმავლობაში.

მეთოდოლოგიის შესაბამისად, კვლევაში ჩართული ორგანიზაციები აკმაყოფილებენ შემდეგ კრიტერიუმებს (EMCDDA, 2017):

1. ადიქციის სერვისებს აწვდის ლეგალური და არალეგალური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლებს; ასევე, არა-ქიმიური ადიქციის მქონე პირებს (მაგ.: აზარტულ თამაშებზე დამოკიდებულ პირებს.)
2. დაწესებულება წარმოადგენს დამოუკიდებელ ორგანიზაციას ან განცალკევებულ ორგანიზაციულ ერთეულს (სამედიცინო ცენტრი, ფილიალი, განყოფილება, პროგრამა და ა.შ.), რომელსაც აქვს საქმიანობის საკუთარი განსაზღვრული მიზანი, პროცედურები, წესები, კონკრეტული სერვისისა და ჩარევების სფერო, ჰყავს საკუთარი სამიზნე ჯგუფი ან ჯგუფები, ჰყავს საკუთარი პერსონალი და ხელმძღვანელი (ან ჯგუფის ლიდერი);
3. მიეკუთვნება ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი ტიპის დაწესებულებას:
  - ამბულატორიული დაწესებულება;
  - სტაციონარული დაწესებულება.
4. ფუნქციონირებდა და ემსახურებოდა ბენეფიციარებს 2019 წელს.

საბოლოოდ, შერჩევის ჩარჩომ მოიცა:

- 1 სახელმწიფო სამკურნალო პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაცია 24 დაწესებულებით (განყოფილებით ან/და კაბინეტით);
- 7 კერძო სამედიცინო კლინიკა, ჯამში 15 დაწესებულება (ფილიალით ან/და განყოფილებით);
- 11 ზიანის შემცირების არასამთავრობო ორგანიზაცია, ჯამში 15 ზიანის შემცირების დაწესებულება;
- 1 რეზიდენტული ტიპის დაწესებულება.



შერჩევის ზომამ (დაწესებულებათა საერთო რაოდენობა) შეადგინა 55, ხოლო კვლევაში ჩართვის სურვილი და კითხვარის შევსებაზე თანხმობა განაცხადა დაწესებულებათა 83,63% (46). დაწესებულებების განაწილება იხ. ცხრილი 4, რუკა 4.

**ცხრილი 4: შერჩევის ჩარჩო**

სამკურნალო დაწესებულების ტიპი	აღწერა	კვლევისთვის შერჩეული დაწესებულებების რაოდენობა	კვლევაში ჩართული დაწესებულებების რაოდენობა <sup>5</sup>
<b>ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებები</b>			
სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება	ამბულატორიულად ნარკოლოგიური სერვისების მიწოდება, მათ შორის, ოჩთ პროგრამების განხორციელება	35	32
დაბალზღვრბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	ზიანის შემცირების პროგრამების განმახორციელებელი დაწესებულებები	15	10
<b>სტაციონარული ტიპის დაწესებულებები</b>			
სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	აბსტინენციაზე ორიენტირებული სერვისების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებები	4	3
სხვა სახის სტაციონარული დაწესებულება (მიუთითეთ)	რეზიდენტული ტიპის დაწესებულება	1	1
<b>ჯამი</b>		<b>55</b>	<b>46</b>

### 3.3 მონაცემების შეგროვების პროცესი

მონაცემთა შეგროვების პროცესი დაიწყო 2020 წლის 13 ოქტომბერს და დასრულდა 2021 წლის 8 მარტს. კვლევის თავდაპირველი გეგმის მიხედვით, მონაცემების შეგროვების ეტაპი განსაზღვრული იყო 2020 წლის 13 ოქტომბრიდან 12 ნოემბრამდე, თუმცა კოვიდ-19-ის პანდემიამ და მის შესაჩერებლად გატარებულმა ღონისძიებებმა, როგორც ყველა სხვა მიმართულებით, სამედიცინო დაწესებულებათა ევროპული კვლევის მიმდინარეობასა და მონაცემთა შეგროვების პროცესებზეც იქონია გავლენა.

კითხვარის გავრცელების მიზნით გამოყენებულ იქნა დაწესებულებების საკონტაქტო ელ. ფოსტის მისამართები. MS Word-ის ფორმატში მომზადდა კვლევის კითხვარის ელექტრონული ვერსია, რომელიც გაეგზავნათ იმ დაწესებულებებს, რომლებიც აკმაყოფილებდნენ კვლევის კრიტერიუმებს. კითხვარების გაზიარების შემდეგ

<sup>5</sup> დაწესებულებები, რომლებმაც განაცხადეს თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე და შეავსეს კვლევის კითხვარი.

დაწესებულებების მხრიდან სატელეფონო კომუნიკაციით დადასტურდა კითხვარების მიღება.

მონაცემთა შეგროვების პროცესი პირობითად შეიძლება დაიყოს სამ ტალდად. პირველი „ტალდა“ დაიწყო 2020 წლის 13 ოქტომბერს და გაგრძელდა ამავე წლის 12 ნოემბრამდე; მეორე „ტალდა“ 2020 წლის 13 ნოემბრიდან – 2020 წლის 25 დეკემბრამდე და მესამე „ტალდა“ 2020 წლის 26 დეკემბრიდან – 2021 წლის 8 მარტამდე. მონაცემთა შეგროვების პროცესის დასრულების შემდგომ დაიწყო მიღებული მონაცემების გაწმენდის (cleaning) ეტაპი, რომელიც გაგრძელდა 8 მარტიდან 10 აგვისტომდე. მკვლევართა ჯგუფს შეკითხვების შინაარსთან და შევსების ტექნიკასთან დაკავშირებით წარმოქმნილი შესაძლო ბუნდოვანებების აღმოფხვრის მიზნით ინტენსიური კომუნიკაცია ჰქონდა კვლევაში მონაწილე თითოეულ დაწესებულებასთან.

### **3.4 მონაცემების შეგროვების მეთოდი**

ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის მიერ გაზიარებული კვლევის ორიგინალი ინგლისურენოვანი კითხვარი მკვლევართა ჯგუფის მიერ ითარგმნა ქართულად და ადაპტირდა ადგილობრივი საჭიროებების შესაბამისად (ტერმინთა განმარტება, ქართულენოვან ტერმინოლოგიაზე მორგება და სხვ.).

თარგმნის პროცესის დასრულების შემდეგ ჩატარდა კოგნიტური ტესტირება ქართულენოვანი კითხვარით. ამისათვის შეირჩა ფოკუს ჯგუფი (ჯგუფი შედგებოდა 6 მონაწილისგან), რომელიც დაკომპლექტებული იყო სამკურნალო და ზიანის შემცირების სერვისებში მომუშავე ადამიანებისაგან, რომელთა მონაწილეობითაც დეტალურად შემოწმდა კითხვარი. შედეგად, მომზადდა კითხვარის საბოლოო ადაპტირებული ვერსია.

კითხვარის თარგმნისა და ადაპტაციის დასრულების შემდეგ მოხდა ქართული ვერსიის უკუთარგმნა ინგლისურ ენაზე, რათა შედარებულ ყოფილიყო ნათარგმნი კითხვარი ორიგინალთან და გამორიცხული ყოფილიყო ორიგინალი ტექსტის შინაარსის არასწორი ინტერპრეტირება.

პილოტირების პროცესში კვლავ შემოწმდა კითხვარის ქართული ვერსიის აღქმადობა. დაზუსტდა კვლევაში ჩართული დაწესებულებების მზაობა და საკონტაქტო ინფორმაცია.

### **3.5 სამართლებრივი და ეთიკური საკითხები**

დაწესებულებათა ევროპული კვლევა, შინაარსიდან გამომდინარე, არ აგროვებს სამკურნალო დაწესებულებებში არსებულ პერსონალურ ან რაიმე სახის სენსიტიურ მონაცემებს, რომლითაც შესაძლებელია კონკრეტული ადამიანების იდენტიფიცირება და რაიმე სახით მათთვის ზიანის მიყენება.

დაწესებულებებისათვის კვლევაში ჩართვა, ასევე, კითხვარში შემავალ კითხვებზე პასუხის გაცემა ნებაყოფლობითი იყო. მონაწილეობა, ასევე, არ ითვალისწინებდა ფულად ანაზღაურებას.

კვლევის დაწყებამდე თითოეული დაწესებულების ხელმძღვანელისგან მიღებულ იქნა ზეპირსიტყვიერი ინფორმირებული თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე.

### 3.6 კვლევის პროცესში წარმოქმნილი წინააღმდეგობები

ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სირთულეს მონაცემთა შეგროვების ეტაპის გახანგრძლივება წარმოადგენდა. მონაცემთა შეგროვება მიმდინარეობდა ხუთი თვის განმავლობაში, ნაცვლად წინასწარ დაგეგმილი ერთი თვისა. ამის მიზეზი, ერთი მხრივ, განპირობებული იყო განვითარებული კოვიდ-19 პანდემიით და მის შესაჩერებლად გატარებული ღონისძიებების გავლენით კვლევის პროცესზე; კერძოდ, დაწესებულებების თანამშრომელთა ინფიცირებამ, პაციენტთა მიმართვიანობის გაზრდამ, ქვეყნის ტერიტორიაზე ადამიანთა მობილობის შესამცირებლად გატარებულმა ღონისძიებებმა და საგანგებო ვითარებიდან გამომდინარე რეგულაციებმა, რომლებიც, მათ შორის, ეხებოდა ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის მიმწოდებელ დაწესებულებებს, გამოიწვია სისტემის დატვირთვა (ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი, 2021). დაწესებულებათა ადმინისტრაციას მოუწია შიდა რეგულაციებით შესასრულებელი სამუშაოს პრიორიტეტებად დაყოფა, რათა არ მომხდარიყო სისტემის კრიტიკული დატვირთვა და სერვისების მიწოდების შეწყვეტა.

მეორე მხრივ, ხშირია შემთხვევები, როდესაც მსგავს კვლევებში ჩართვისას დაწესებულებებისათვის დამატებითი ადამიანური რესურსის მობილიზება, დამატებითი სამუშაოს გაწევა, მონაცემთა დამუშავება და კითხვარებზე პასუხების მომზადება ხდება საჭირო. შესაბამისად, ნაკლებია დაწესებულებების მხრიდან მსგავს კვლევებში ჩართულობის ინტერესი, რაც თავისთავად ინფორმაციის მოძიების პროცესს ახანგრძლივებს, ან არასრული და არაზუსტი მონაცემების მიღების საფრთეს ქმნის.

ზემოთხსენებული პირობებიდან გამომდინარე, მკვლევართა ჯგუფმა მიიღო მონაცემთა შეგროვების ეტაპის გახანგრძლივების გადაწყვეტილება.



## 4 შედეგები

კვლევის შედეგები ეფუძნება იმ დაწესებულებების მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას, რომლებმაც თანხმობა განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობაზე. კვლევის კრიტერიუმების გათვალისწინებით სულ იდენტიფიცირდა 20 ორგანიზაცია, რომლებიც კვლევის მეთოდოლოგიის შესაბამისად, დაიყო 55 დაწესებულებად და ინდივიდუალურად გაეგზავნათ კვლევის კითხვარი. მათგან კითხვარი შეავსო 15 ორგანიზაციის 46-მა დაწესებულებამ, რაც ქვეყნის მასშტაბით მთლიანი შერჩევის 83,63%-ს წარმოადგენს.

### 4.1 გეოგრაფიული და ადმინისტრაციული მახასიათებლები

მონაცემთა ანალიზის შედეგად დაწესებულებები დაიყო ამბულატორიის და სტაციონარის ტიპებად. კვლევაში მონაწილე 46 დაწესებულებიდან 42 დაწესებულება არის ამბულატორიული ტიპის (91.3%), რომლებიც, თავის მხრივ, იყოფა ორი ტიპის დაწესებულებად, სპეციალიზირებულ ამბულატორიულ და დაბალზღურბლოვან დაწესებულებებად. სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებების რაოდენობაა 32, მათგან 31 ახორციელებს ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიას, ხოლო 1 აბსტინენციაზე ორიენტირებული (დეტოქსიკაციის) მკურნალობის პროგრამას. 31-დან 2 დაწესებულება, მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიის პროგრამის ფარგლებში, ახორციელებს ჩამანაცვლებელი პრეპარატით მხოლოდ ხანმოკლე და გრძელვადიან დეტოქსიკაციას თბილისის N8 და ქუთაისის N2 პენიტენციურ დაწესებულებაში.

კვლევაში ჩართული 10-ვე დაბალზღურბლოვანი დაწესებულება ახორციელებს ზიანის შემცირების პროგრამებს.

რაც შეეხება სტაციონარული ტიპის დაწესებულებებს, კვლევაში ჩაერთო იდენტიფიცირებული 5 დაწესებულებიდან 4 (ყველა ტიპის დაწესებულების 8.7%), მათგან 3 არის სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება, ხოლო 1 რეზიდენტული სარეაბილიტაციო დაწესებულება (იხ. ცხრილი 5).

ცხრილი 5: სამკურნალო დაწესებულებების ტიპი

სამკურნალო დაწესებულებების ტიპი	დაწესებულებების რაოდენობა	%
<b>ამბულატორიული დაწესებულებები:</b>		
სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულება	32	69.6%
დაბალზღურბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	10	21.7%
ზოგადი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულება	0	0%
პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება	0	0%
სხვა ამბულატორიული დაწესებულება (მიუთითეთ)	0	0%
<b>სტაციონარის ტიპის დაწესებულებები:</b>		

სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	3	6.5%
არასამედიცინო ტიპის სტაციონარული დაწესებულება	0	0%
თერაპიული კომუნა	0	0%
რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	1	2.2%
სპეციალიზებული სოციალური რეინტეგრაციის/რეაბილიტაციის დაწესებულება	0	0%
სხვა (მიუთითეთ)	0	0%
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

რეგიონების მიხედვით ყველა ტიპის დაწესებულების განაწილება არათანაბარია. დაწესებულებების 50% ფუნქციონირებს თბილისში, 10.9% იმერეთში, 8.7% აჭარაში, 6.5% შიდა ქართლში, 6.5% სამეგრელო-ზემო სვანეთში, 6.5%, კახეთში, 4.3% გურიაში. ქვემო ქართლსა და სამცხე ჯავახეთში ფუნქციონირებს თითო-თითო დაწესებულება. მცხეთა-მთიანეთსა და რაჭა-ლეჩხუმში არ ფუნქციონირებს არც ერთი ტიპის დაწესებულება. აფხაზეთის ოკუპირებულ ტერიტორიაზე ზიანის შემცირების პროგრამას ახორციელებს ორგანიზაცია, რომლის სათაო ოფისი თბილისში მდებარეობს.

დაბალზღვრულნი დაწესებულებები, მეტნაკლებად, თანაბრად არის გადანაწილებული რეგიონების მიხედვით. კერძოდ, 10 დაწესებულება ფუნქციონირებს 8 რეგიონში (თბილისი, აჭარის ა.რ., შიდა ქართლი, სამეგრელო-ზემო სვანეთი, კახეთი, გურია, ქვემო ქართლი, აფხაზეთის ა.რ.), რასაც ვერ ვიტყვით სხვა ტიპის დაწესებულებებზე, სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებების 53% მდებარეობს თბილისში, ხოლო დანარჩენი 47% ნაწილდება ქვეყნის 7 რეგიონზე (იმერეთი, აჭარა ა.რ., შიდა ქართლი, სამეგრელო-ზემო სვანეთი, კახეთი, გურია). სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებები ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისში, ხოლო რეზიდენტული სარეაბილიტაციო დაწესებულება მხოლოდ კახეთში (იხ. ცხრილი 6). ქვეყნის ზოგიერთ რეგიონში არ ფიქსირდება არც ერთი სახის დაწესებულება, რაც გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით გარკვეულ ბარიერებს ქმნის.

**ცხრილი 6: დაწესებულებების განაწილება რეგიონებისა და დაწესებულებების ტიპის მიხედვით**

რეგიონი	დაბალზღვრულნი ოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებები	სტაციონარის მქონე საავადმყოფოები	რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	საერთო რაოდენობა	%
თბილისი	3	17	3	0	23	50%
იმერეთი	0	5	0	0	5	10.9%
აჭარა ა.რ.	1	3	0	0	4	8.7%
შიდა ქართლი	1	2	0	0	3	6.5%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	1	2	0	0	3	6.5%
კახეთი	1	1	0	1	3	6.5%

გურია	1	1	0	0	2	4.3%
ქვემო ქართლი	1		0	0	1	2.2%
სამცხე-ჯავახეთი	0	1	0	0	1	2.2%
აფხაზეთი ა.რ.	1		0	0	1	2.2%
მცხეთა-მთიანეთი	0	0	0	0	0	0%
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	0	0	0	0	0	0%
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

ქვეყანაში ფუნქციონირებს როგორც სახელმწიფო, ასევე არასამთავრობო და კერძო სპეციალიზირებული ამბულატორიული და სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებები. დაბალზღვრბლოვან და რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო სერვისებს აწვდიან მხოლოდ არასამთავრობო ორგანიზაციები. აღსანიშნავია, რომ 24 დაწესებულება, რომელიც მითითებულია ცხრილი 7-ში, ეკუთვნის ფსიქიკური ჯანრმთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრს, რომლის იურიდიული სტატუსი არის შპს, თუმცა წარმოადგენს სახელმწიფო ორგანიზაციას, ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ და ახორციელებს ნარკოლოგიურ და ფსიქიატრიულ სახელმწიფო პროგრამებს.

დაწესებულებების სერვისებზე ხელმისაწვდომობა სხვადასხვაგვარად ნაწილდება სამუშაო დღეებთან მიმართებით. კერძოდ, კვლევაში ჩართული დაწესებულებებიდან:

- 6 (13%) მუშაობს ყოველდღე როგორც დღის, ასევე, ღამის ცვლაში;
- 26 (57%) კვირაში 7 დღის მანძილზე, მხოლოდ დღის საათებში;
- 13 (28%) კლიენტებს ემსახურება დღის სამუშაო საათებში შაბათ-კვირის გარდა;
- 1 (2%) მუშაობს ორშაბათიდან შაბათის ჩათვლით.

დაწესებულებების ტიპების მიხედვით, სტაციონარის ტიპის სამედიცინო და რეზიდენტული სარეაბილიტაციო დაწესებულებები ფუნქციონირებს ყოველდღე როგორც დღისით, ასევე, ღამის საათებში, ხოლო სპეციალიზირებული ამბულატორიული და დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებების სრული უმრავლესობა ფუნქციონირებს დღის საათებში, კერძოდ:

- სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებებიდან:
  - 26 (81%) კლიენტებს ემსახურება კვირაში 7 დღის განმავლობაში;
  - 4 (13%) - კვირაში 5 დღე, ორშაბათიდან პარასკევის ჩათვლით;
  - 1 (3%) - კვირაში 6 დღე, კვირა დღის გარდა;
  - 1 (3%) - კვირაში 7 დღის განმავლობაში როგორც დღის, ასევე ღამის საათებში.
- დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებებიდან:
  - 9 (90%) მუშაობს კვირის სამუშაო დღეებში, ორშაბათიდან პარასკევამდე;
  - 1 (10%) ფუნქციონირებს 24/7-ზე. აღსანიშნავია რომ ეს დაწესებულება მდებარეობს სოხუმში არსებულ სტაციონარის ტიპის ნარკოლოგიურ კლინიკაში და თანხვედრაში მოდის ამ კლინიკის სამუშაო საათებთან (იხ. ცხრილი 8).

კვლევის შედეგად ვიგებთ, რომ ყველაზე მეტად ხელმისაწვდომია სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებები (32; 69.6%), რომელთა სრული უმრავლესობა 97% ახორციელებს ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებს. ყველაზე დიდ გამოწვევას წარმოადგენს სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებები და რეზიდენტული ტიპის გრძელვადიანი სარეაბილიტაციო დაწესებულებები, რომლებიც ყველა ტიპის დაწესებულებების 8.7% შეადგენენ და გეოგრაფიულად ნაკლებად ხელმისაწვდომია. რაც შეეხება დაფინანსების წყაროს, სახელმწიფოს მიერ ფინანსდება ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამები, ორკვირიანი სტაციონარული დეტოქსიკაცია და შემდგომ ორკვირიანი სარეაბილიტაციო კურსი; ასევე, შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდთან ერთად სახელმწიფო აფინანსებს ზიანის შემცირების პროგრამებს. სახელმწიფოს მიერ არ ფინანსდება ამბულატორიული დეტოქსიკაციის და რეზიდენტული ტიპის გრძელვადიანი სარეაბილიტაციო პროგრამები.

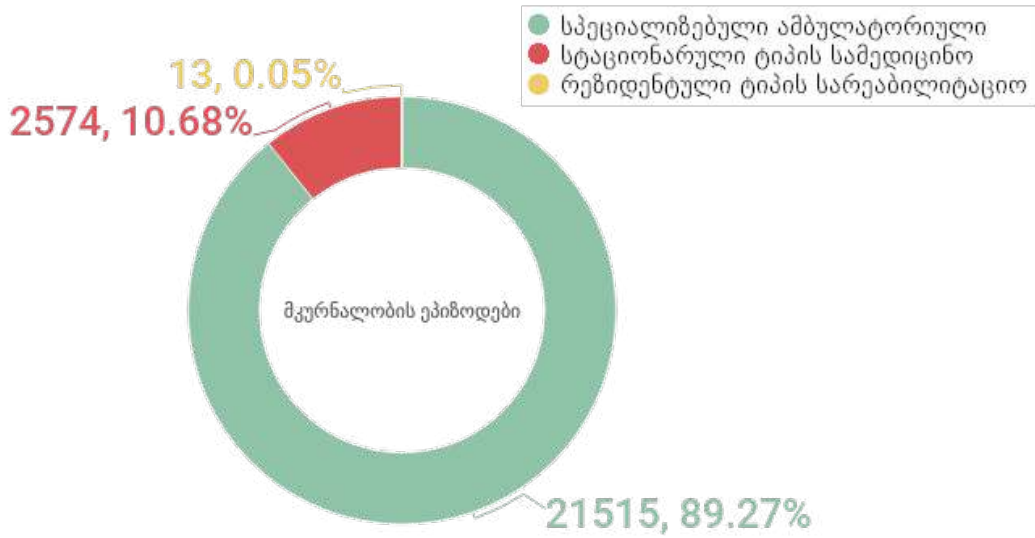
## **4.2 სამიზნე ჯგუფები და კლიენტები**

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ კლიენტების რაოდენობის განსაზღვრა გარკვეულ სირთულეებთან არის დაკავშირებული ყველა ტიპის სამედიცინო დაწესებულებისთვის. სპეციალიზირებული ამბულატორიული და სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ხდება მკურნალობის ეპიზოდების აღრიცხვა, როგორც საერთო რაოდენობის, ასევე, მთავარი/წამყვანი ნარკოტიკული საშუალების მიხედვით, რის გამოც ადამიანების მიმართვიანობისას ვერ ხერხდება კლიენტების უნიკალური რაოდენობის განსაზღვრა. დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებებში შესაძლებელია კლიენტების უნიკალური რაოდენობის აღრიცხვა, თუმცა არ ხდება წამყვანი ნარკოტიკული საშუალებების მიხედვით სტატისტიკური მონაცემების წარმოება. აღნიშნული მდგომარეობის გათვალისწინებით, ვერ განისაზღვრა ყველა ტიპის დაწესებულების მიერ მოცული კლიენტების უნიკალური რაოდენობა. მიუხედავად ამისა, გაანალიზდა ერთი მხრივ 2019 წლის მანძილზე 36 სპეციალიზირებული ამბულატორიული და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებებიდან მკურნალობის ეპიზოდების ინფორმაცია, ხოლო, მეორე მხრივ, 10 დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებებიდან კლიენტების უნიკალური რაოდენობა. მიღებული შედეგები იძლევა შესაძლებლობას განვსაზღვროთ არსებული გამოწვევები და გრძელვადიან პერიოდში, კვლევის პერიოდულად ჩატარების შემთხვევაში, გამოიკვეთოს ტენდენციები.

### **4.2.1 სპეციალიზირებული ამბულატორიული და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებები**

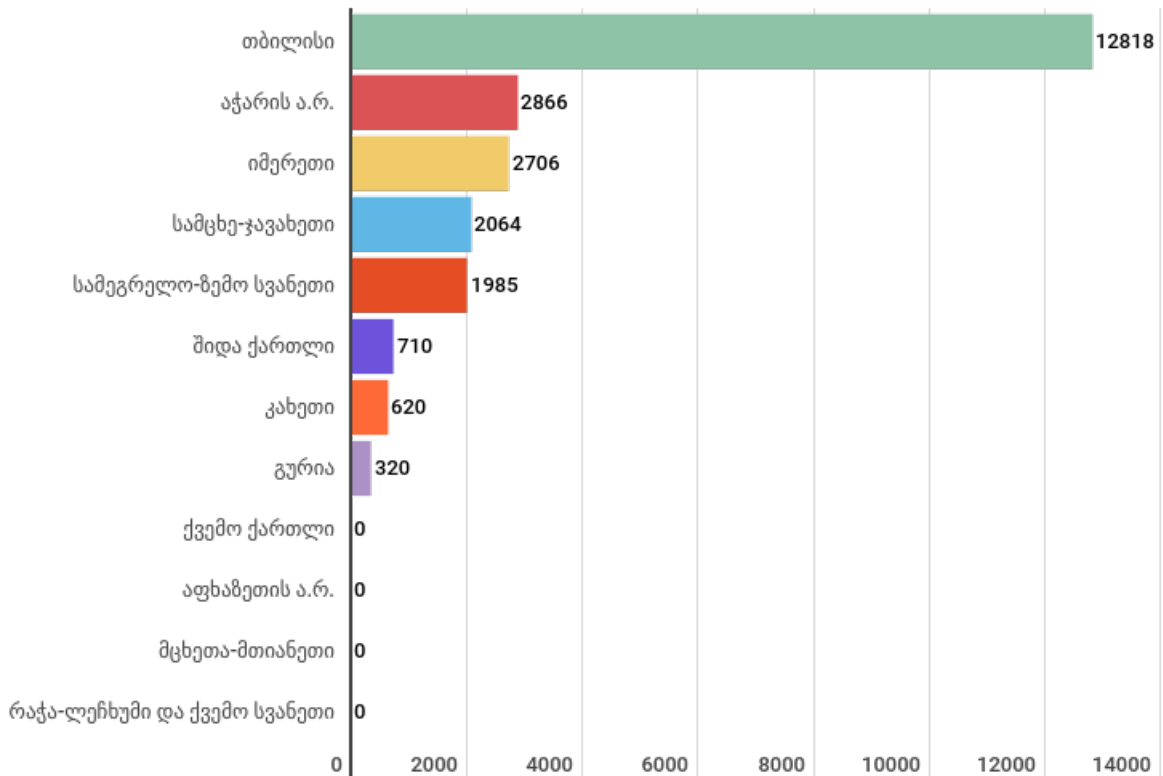
2019 წლის განმავლობაში 32 სპეციალიზირებული ამბულატორიული, 3 სტაციონარის ტიპის სამედიცინო და 1 რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულების მიერ აღირიცხა 24 130 მკურნალობის ეპიზოდი, მათგან 89.28% მოდის სპეციალიზირებულ ამბულატორიულ დაწესებულებებზე, 10.67% სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებზე, ხოლო 0.05% ანუ 13 შემთხვევა რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულებაზე (იხ. დიაგრამა 1).

დიაგრამა 1: 2019 წელს სპეციალური ამბულატორიული და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებების მკურნალობის ეპიზოდების რაოდენობა



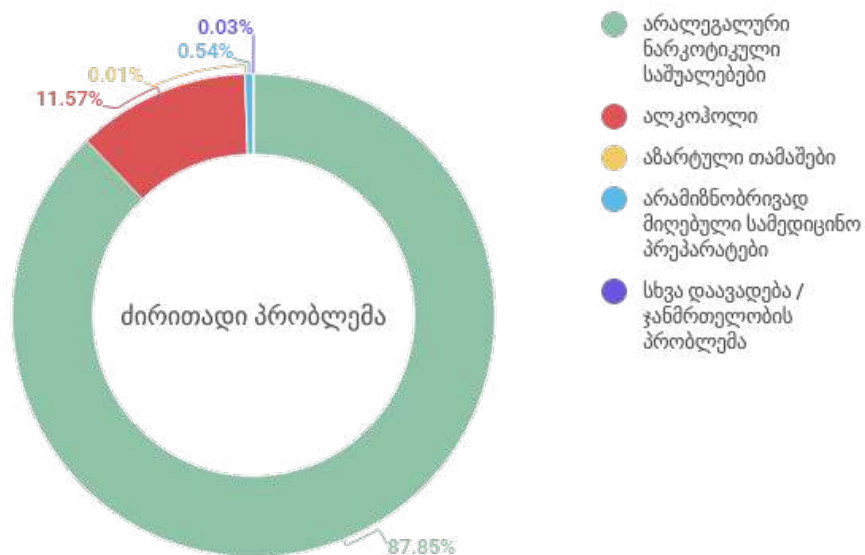
რეგიონების მიხედვით მკურნალობის ეპიზოდის გადანაწილება არათანაბარია, კერძოდ მთლიანი რაოდენობის ნახევარზე მეტი 53.2% მოდის თბილისზე, 11.9% აჭარაზე, 11.2% იმერეთზე, 8.6% სამცხე-ჯავახეთზე, 8.2% სამეგრელო-ზემო სვანეთზე, 6.8% შიდა ქართლზე, კახეთსა და გურიაზე ერთად, მკურნალობის არცერთი ეპიზოდი არ ფიქსირდება ქვემო ქართლში, აფხაზეთში, მცხეთა-მთიანეთსა და რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთში (იხ. დიაგრამა 2)

დიაგრამა 2: 2019 წელს მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება რეგიონების მიხედვით



კლიენტების მიერ დაფიქსირებული ან სამედიცინო პერსონალის მიერ შეფასებული ძირითადი პრობლემა, რის გამოც მიმართეს სპეციალიზირებულ ამბულატორიულ და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებას, უმრავლეს შემთხვევაში იყო არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებები (87.85%), შემდგომ ალკოჰოლი (11.57%), ხოლო აზარტული თამაშები, არამიზნობრივად მიღებული პრეპარატები და სხვა დაავადებები/ჯანმრთელობის პრობლემები ერთად არ აღემატებოდა 1%-ს (იხ. დიაგრამა 3).

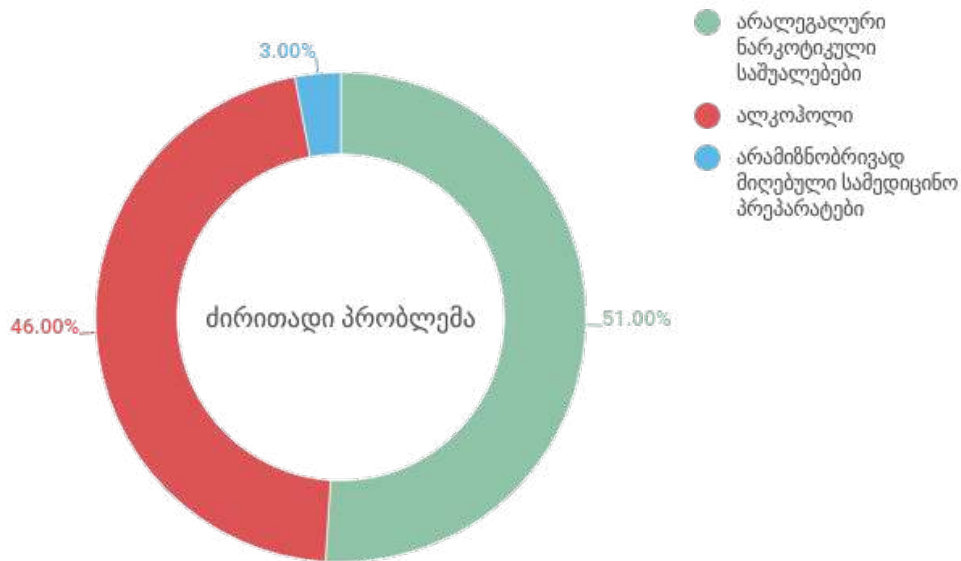
**დიაგრამა 3: მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება ძირითადი პრობლემის მიხედვით, რის გამოც მიმართეს სპეციალიზირებულ ამბულატორიულ და სტაციონარის ტიპის დაწესებულებას**



სამივე სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულების საწოლების 100% (სულ 81 საწოლი) განკუთვნილია ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებისთვის. 2019 წლის 1 იანვრიდან 31 დეკემბრამდე ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მათ შორის, ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემის მქონე პაციენტების მიერ საწოლდღეების დაკავების საშუალო პროცენტული მაჩვენებელი იყო 57% (იხ. ცხრილი 9). აღნიშნული პერიოდის განმავლობაში სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებში დაფიქსირდა 2 574 მკურნალობის ეპიზოდი, მათგან 51%-ის ძირითადი პრობლემა იყო არალეგალური ნარკოტიკული საშუალება, 46%-ის ალკოჰოლი, ხოლო 3%-ის არამიზნობრივად მიღებული სამედიცინო პრეპარატი. 2019 წელს რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულებას ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლებისთვის განკუთვნილი ჰქონდა 10 საწოლი, ხოლო საწოლდღეების დაკავება 15%-ს შეადგენდა. საანგარიშო პერიოდში დაწესებულება მოემსახურა 13 ბენეფიციარს, მათგან 1 ადამიანის ძირითადი პრობლემა იყო ალკოჰოლი, დანარჩენ 12 შემთხვევაში არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებები (იხ. დიაგრამა 4).

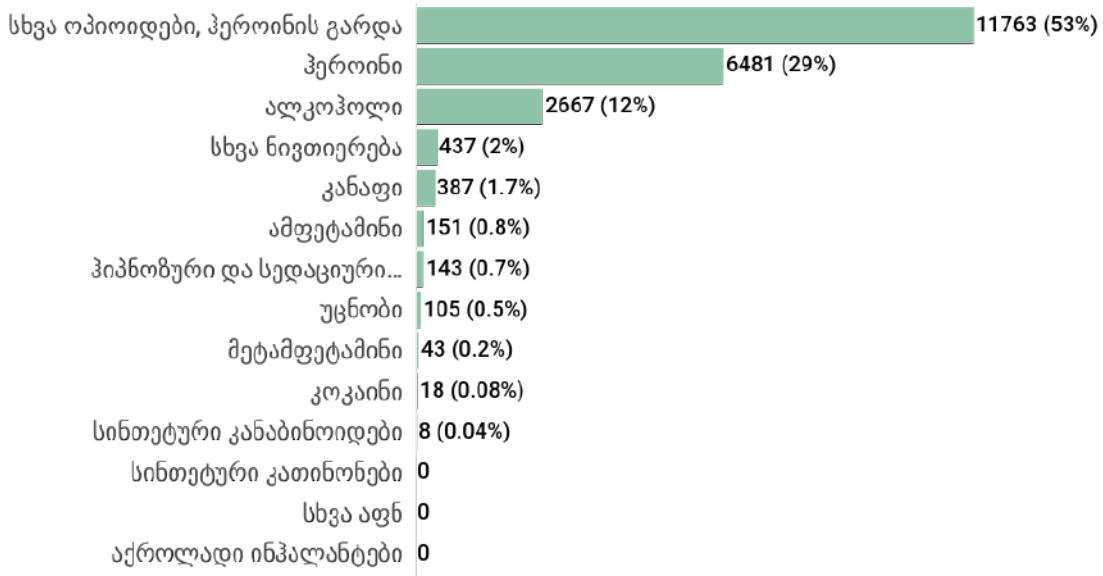


დიაგრამა 4: მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება ძირითადი პრობლემის მიხედვით, რის გამოც მიმართეს სტაციონარის ტიპის სამედიცინო დაწესებულებებს



მკურნალობის ეპიზოდები დაიყო ძირითადი პრობლემური ნარკოტიკული საშუალებებისა და ალკოჰოლის მიხედვით; შედეგად გამოვლინა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებს ყველაზე ხშირად ოპიოიდების, მათ შორის ჰეროინის მოხმარების გამო მიმართავენ (მკურნალობის ეპიზოდების 82%), მეორე ადგილზეა ალკოჰოლი 12.48%), მესამე ადგილზე კი კანაფი (1.7%), დანარჩენი იდენტიფიცირებული ნარკოტიკული საშუალებები არ აღემატება 4%-ს. მკურნალობის არცერთი ეპიზოდი არ ფიქსირდება აქროლადი ინჰალანტებსა და სინთეტურ კათინონებზე ან სხვა ახალი ფსიქოაქტიური ნივთიერებებზე. აღსანიშნავია, რომ 0.5%-ში ვერ მოხერხდა ძირითადი პრობლემური ნარკოტიკული ნივთიერების განსაზღვრა (იხ. დიაგრამა 5).

**დიაგრამა 5: მკურნალობის ეპიზოდების განაწილება ძირითადი პრობლემური ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიხედვით**



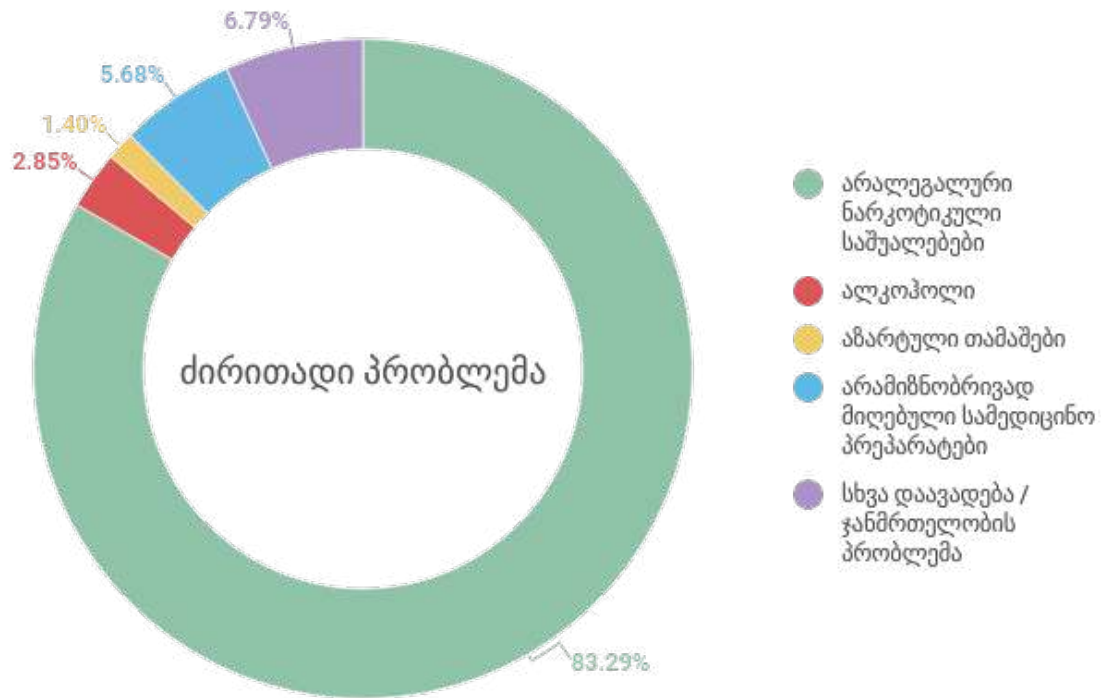
**4.2.2 დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებები**

დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებები აღრიცხავენ კლიენტების უნიკალურ რაოდენობას. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ არსებობს რიგი შემთხვევები, როდესაც ვერ ხერხდება ყველა კლიენტის აღრიცხვა. აქედან გამომდინარე, ზოგიერთმა დაწესებულებამ სრული სიზუსტით ვერ წარმოადგინა ბენეფიციარების რაოდენობა. შესაბამისად, კვლევის შედეგად წარმოდგენილი მონაცემები 100%-იანი სიზუსტით ვერ ასახავს დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებების კლიენტების უნიკალურ რაოდენობას.

10 დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებიდან მონაცემების შეგროვების შედეგად გამოვლინდა, რომ 2019 წლის განმავლობაში დაწესებულებები მოემსახურნენ 21 499 ადამიანს (იხ. ცხრილი 10). კლიენტების 83.29%-ის ძირითადი პრობლემა იყო არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებები, 5.68%-ის - არამიზნობრივად მიღებული სამედიცინო პრეპარატები, 2.85%-ის - ალკოჰოლი, 1.4%-ის - აზარტული თამაშები, ხოლო სხვა დაავადებები ან ჯანმრთელობის პრობლემა, როგორც ძირითადი პრობლემა, დაფიქსირდა კლიენტების 6.79%-ში. კვლევის შედეგად იდენტიფიცირდა, რომ დაბალზღვრბლოვანი დაწესებულებები არ აწარმოებენ სტატისტიკურ ინფორმაციას ძირითად პრობლემურ ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე (იხ. დიაგრამა 6).



დიაგრამა 6: კლიენტების განაწილება ძირითადი პრობლემის მიხედვით, რის გამოც მიმართეს დაბალზღურბლოვანი სერვისების მიწოდებულ დაწესებულებას



#### 4.2.3 დაწესებულებების სამიზნე ჯგუფები

კვლევის ფარგლებში დაწესებულებებისგან მიღებული ინფორმაციით ცნობილი ხდება, თუ რომელ სამიზნე ჯგუფებს და რა სიხშირით აწვდიან მათზე მორგებულ სპეციფიკურ სერვისებს. 40-მა დაწესებულებამ სხვადასხვა პროპორციით გასცა პასუხი 10 სამიზნე ჯგუფის კატეგორიას. ზოგიერთმა მათგანმა თავი შეიკავა კითხვაზე პასუხის გაცემისგან, თუმცა დაწესებულებათა უმრავლესობამ დააფიქსირა კითხვაზე პასუხი. შედეგად გამოჩნდა, რომ 5 ტიპის სიხშირიდან (არასდროს, იშვიათად, ხანდახან, ხშირად და ყოველთვის) „ხშირად“ ან „ყოველთვის“ 27 დაწესებულება ემსახურება ორმაგი დიაგნოზის მქონე კლიენტებს, პრობაციონერებს ემსახურება 22 დაწესებულება, ხანდაზმულებს - 21 დაწესებულება, ეთნიკურ და სხვა უმცირესობათა ჯგუფებს, მიგრანტებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებსა და ლტოლვილებს - 20 დაწესებულება, ქალებს, მათ შორის ორსულებს და მელოგინე ქალებს - 17 დაწესებულება, კლიენტების ნათესავებსა და ახლო მეგობრებს - 6 დაწესებულება, სექს მუშაკებსა და უსახლკაროებს - 5-5 დაწესებულება, ლესბოსელებს, გეებს, ბისექსუალებს და ტრანსგენდერ ადამიანებს - 3 დაწესებულება. კვლევის შედეგად გამოიკვეთა, რომ აღნიშნული სიხშირით არცერთი დაწესებულება არ ემსახურება ბავშვებს და მოზარდებს (იხ. ცხრილი 11).

კვლევის ფარგლებში ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლები დაიყვნენ 10 სამიზნე ჯგუფად, რათა შესაძლებელი გამხდარიყო იმის იდენტიფიცირება აწვდიან თუ არა დაწესებულებები კლიენტებზე მორგებულ სპეციფიკურ სერვისებს. მონაცემების ანალიზის

შედეგად გამოიკვეთა სპეციალური პროგრამების საჭიროება სპეციფიკური ჯგუფებისთვის, რომლებიც რეგიონების მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება:

- აჭარაში პრობაციონერებისთვის და ხანდაზმულებისთვის / მოხუცებისთვის (>50).
- კახეთსა და ქვემო ქართლში უსახლკარო პირებისთვის;
- იმერეთში ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირებისთვის;
- აფხაზეთის ოკუპირებულ რეგიონში ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი და ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის;
- თბილისში ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირებისთვის, პრობაციონერებისთვის, სექსმუშაკებისთვის, ეთნიკური და სხვა უმცირესობათა ჯგუფებისთვის (მიგრანტები, იძულებით გადაადგილებული პირები და ლტოლვილები) უსახლკარო ადამიანებისთვის და ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი და ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის.

აღსანიშნავია, რომ ქვეყანაში არც ერთი დაწესებულების მიერ არ ხორციელდება ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის სპეციფიკური სერვისები, რომლებიც მათზე იქნება მორგებული, მიუხედავად იმისა, რომ კვლევაში ჩართული დაწესებულებების 20% მიუთითებს აღნიშნული სერვისების თვალსაჩინო საჭიროებას. დეტალური ინფორმაციისთვის იხილეთ ცხრილი 12.

### 4.3 პერსონალი და ხარისხის მართვა

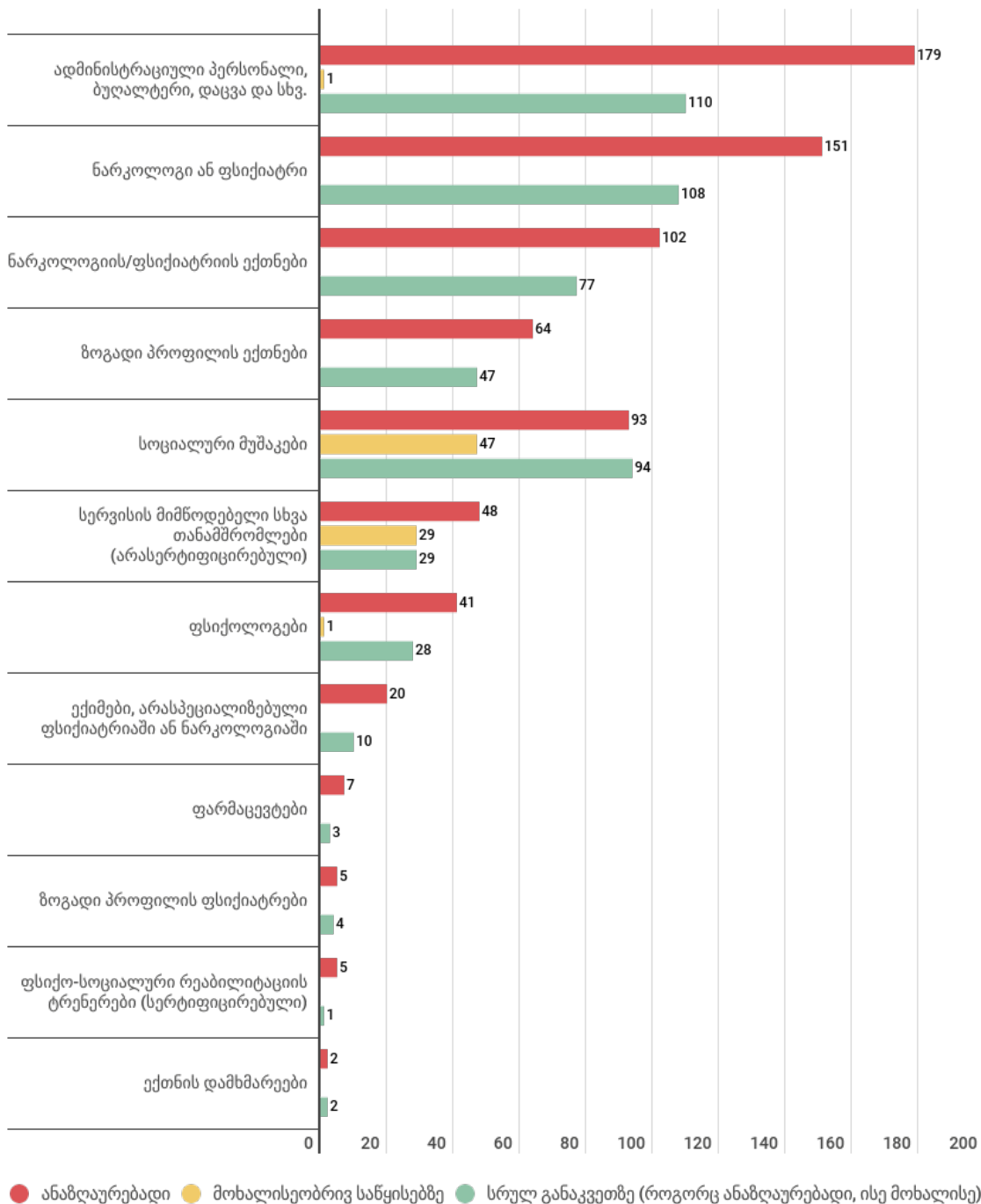
კითხვებზე პასუხის გაცემისაგან, რომელიც შეეხებოდა დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალსა და მკურნალობის ხარისხის მართვას, კვლევაში ჩართული 46 დაწესებულებიდან თავი შეიკავა ერთმა დაწესებულებამ. დანარჩენ 45 დაწესებულებაში კი დასაქმებულია 791 ადამიანი, აქედან 713 ანაზღაურებად, ხოლო 78 ადამიანი არაანაზღაურებად, მოხალისეობრივ საწყისებზე. ასევე, შესწავლილ იქნა სრულ განაკვეთზე მომუშავე თანამშრომელთა რაოდენობაც (EUROSTAT, 2021). შედეგების მიხედვით კვლევაში ჩართულ დაწესებულებაში სრულ განაკვეთზე მუშაობს 497 ადამიანი, მათ შორის, 467 ანაზღაურებად, ხოლო 30 არაანაზღაურებად, მოხალისეობრივ საწყისებზე.

კვლევამ აჩვენა, რომ პროფესიების მიხედვით ყველა ტიპის დაწესებულებაში ანაზღაურებად პოზიციებზე დასაქმებულთა შორის ყველაზე დიდი წილი, ვისაც უშუალოდ პაციენტთან/კლიენტთან აქვს შეხება (სამედიცინო პერსონალი), მოდის ექთნებზე - 23.16% (14.23% ნარკოლოგიის/ფსიქიატრიის ექთნები + 8.93% ზოგადი პროფილის ექთნები). შემდეგ მოდიან ექიმები, რომლებიც მკურნალობენ წამალდამოკიდებულებას (ნარკოლოგი ან ფსიქიატრი) - 21.06% და სოციალური მუშაკები - 12.97%. სამედიცინო მიმართულების დაწესებულებებში საშუალოდ დასაქმებულია 4 ექიმი ნარკოლოგი, 4 ექთანი, 1 ფსიქოლოგი და 2 სოციალური მუშაკი. 30 სამედიცინო დაწესებულებიდან 6 დაწესებულებამ აღნიშნა, რომ მათთან დასაქმებულია საშუალოდ 1 ფარმაცევტი. რაც შეეხება ზიანის შემცირების დაწესებულებებს, ანაზღაურებად პოზიციებზე თითოეულ მათგანში დასაქმებულია საშუალოდ 9 სოციალური მუშაკი და 2 ფსიქოლოგი. სხვა პროფესიის პერსონალი, როგორც არიან ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის განმანათლებლები/ტრენერები (სერტიფიცირებული), არასერტიფიცირებული თანასწორგანმანათლებლები და ყოფილი პაციენტები. ასევე

ზოგიერთ დაწესებულებაში გვხვდება ექიმი ფსიქიატრი/ნარკოლოგი, სხვა სპეციალობის ექიმები და ექთნები, თუმცა ეს სპეციალობები ერთეული შემთხვევაა.

ყველა დაწესებულების თანამშრომელთა სრული ჩამონათვალი და რაოდენობა როგორც ანაზღაურებად, ისე - მოხალისეობრივ საწყისებზე იხ. **დიაგრამა 7-ზე**.

**დიაგრამა 7: თანამშრომელთა განაწილება დაწესებულებებში პროფესიების მიხედვით**



ყველა დაწესებულება, რომელიც არის რაიმე ტიპის სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელი, ვალდებულია, გაიაროს ლიცენზირება საქართველოს ოპუკირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში და აილოს შესაბამის სფეროში საქმიანობის ლიცენზია. შესაბამისად, კვლევაში მონაწილე ყველა სამედიცინო დაწესებულება და, ასევე, ზიანის შემცირების ორგანიზაცია, სადაც ხელმისაწვდომია სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო სერვისები, ფლობს აღნიშნულ ლიცენზიას (იხ. ცხრილი 13).

რაც შეეხება დაწესებულებათა ხარისხის კონტროლის მექანიზმებს (როგორც ეროვნულს, ასევე შიდა, დაწესებულების, დონეზე), კვლევაში მონაწილეთა 93.5% აღნიშნავს, რომ მუშაობაში იყენებს პროცედურების ან პროგრამის სახელმძღვანელოს (გაიდლაინს); დაწესებულებათა 82.6%-ში არსებობს და ტარდება თანამშრომელთა შიდა ზედამხედველობა; 54.3%-ში არსებობს და ტარდება თანამშრომელთა გარე ზედამხედველობა; გუნდის რეგულარული შეხვედრები წარმოებს დაწესებულებათა 87%-ში; კლიენტთა კმაყოფილების უკუკავშირს აგროვებს და აღრიცხავს 52.2% და დაწესებულებათა 71.7% ატარებს თანამშრომელთა უწყვეტი განათლებისა და ცოდნის ამაღლების აქტივობებს (იხ. ცხრილი 14).

#### 4.4 სერვისების მიწოდება

კვლევაში მონაწილე 46 დაწესებულებიდან 29 სპეციალიზირებული ტიპის ამბულატორიული დაწესებულება ახორციელებს ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის (ოჩთ) პროგრამას. სერვისის სრულად უზრუნველყოფის მიზნით, ყველა დაწესებულება თავად ადგენს ოდენობას (რეცეპტის გამოწერა) და გასცემენ ჩანაცვლებით პრეპარატს კლიენტებისთვის. ასევე, უნდა აღინიშნოს, რომ არ აწარმოებენ მომლოდინეთა სიას, რადგან არ არსებობს რაოდენობრივი შეზღუდვა, ამასთან დაწესებულებები მყისიერად ემსახურებიან მკურნალობაში ჩართვის სურვილის მქონე პირებს, შედეგად შესაძლებელია ერთი დღის ვადაში მოხდეს ახალი კლიენტის დარეგისტრირება და ჩანაცვლებითი მედიკამენტის მიწოდება.

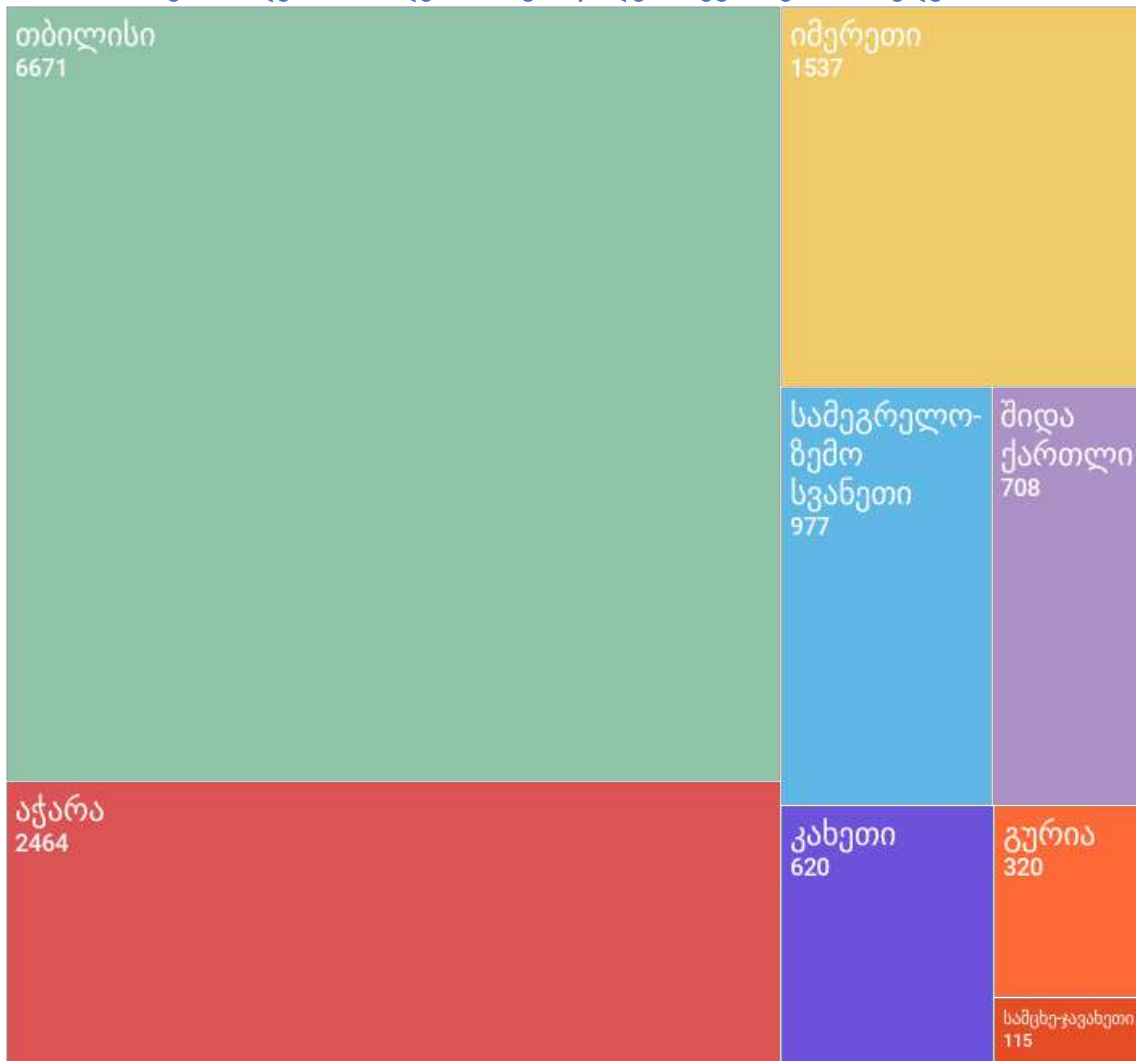
რეგიონების მიხედვით ოჩთ პროგრამების განმახორციელებელი დაწესებულებების განაწილება არათანაბარია, კერძოდ 14 (48.3%) მდებარეობს თბილისში, 5 (17.2%) - იმერეთში, 3 (10.3%) - აჭარის ა.რ-ში, 2-2 - შიდა ქართლსა და სამეგრელო-ზემო სვანეთში, თითო-თითო - კახეთში, გურიასა და სამცხე-ჯავახეთში. დაწესებულებები არ ფიქსირდება ქვემო ქართლში, აფხაზეთში, მცხეთა-მთიანეთში, რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში. დაწესებულებებიდან 2 ფუნქციონირებს პენიტენციურ დაწესებულებებში (თბილისსა და ქუთაისში), სადაც ხელმისაწვდომია მხოლოდ ჩანაცვლებითი პრეპარატით დეტოქსიკაციის პროგრამა (იხ. ცხრილი 15).

საკვლევ პერიოდში ოჩთ-ს მედიკამენტის დანიშვნის 13 412 ეპიზოდი დაფიქსირდა. ეპიზოდების აბსოლუტური უმრავლესობა მოდის სამოქალაქო სექტორის ოჩთ დაწესებულებებზე. პენიტენციურ სისტემაში არსებული დაწესებულებების მიერ დაფიქსირდა ოჩთ მედიკამენტის დანიშვნის 320 ეპიზოდი, ხოლო საერთო ჯამში მომსახურების 890 ეპიზოდი.

ოჩთ-ს სერვისის მიწოდების სიხშირე ეპიზოდების მიხედვით, ყველაზე მაღალია თბილისში და ის შეადგენს 49.74 %-ს (6 671), მეორე ადგილი უჭირავს აჭარას – 18.37% (2

464), მესამე - იმერეთს 11.46 % (1 537). მოცვის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი გვხვდება გურიაში 2.39 % (320) და სამცხე-ჯავახეთში 0.86 % (115) (იხ. დიაგრამა 8).

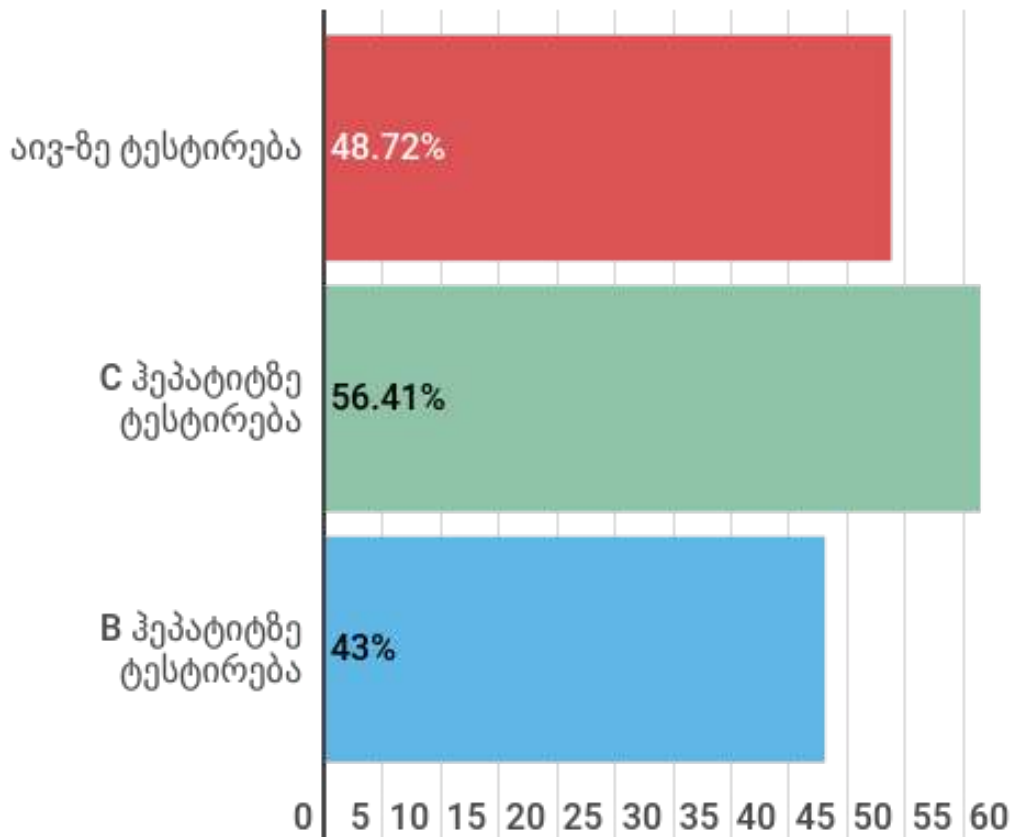
**დიაგრამა 8: 2019 წელს ოპოიდებით ჩანაცვლებით თერაპიის პროგრამებში მკურნალობის ეპიზოდების რაოდენობის განაწილება რეგიონების მიხედვით**



7 დაწესებულებას (4 სპეციალიზირებული ტიპის ამბულატორია და 3 სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება) აქვს აღკვეთის მდგომარეობის მართვის მედიკამენტოზური (დეტოქსიკაცია) პროგრამა. აღსანიშნავია, რომ ყველა ეს დაწესებულება მდებარეობს თბილისში (იხ. ცხრილი 16).

39 დაწესებულებებდან 41.3% “ხშირად” ან “ყოველთვის” აწვდის აივ ინფექციაზე ტესტირების სერვისს. პასუხების იგივე ვარიანტი, C ჰეპატიტის ტესტირებაზე “ხშირად” ან “ყოველთვის” აღნიშნა დაწესებულებათა 47.9%-მა, ხოლო B ჰეპატიტზე ტესტირების სერვისს აწვდის დაწესებულებათა 37% (იხ. დიაგრამა 9).

დიაგრამა 9: დაწესებულებების პროცენტული განაწილება, სადაც შესაძლებელია სისხლის გზით გადამდებ ინფექციებზე, აივ/შიდსზე, B და C ჰეპატიტზე ტესტირება

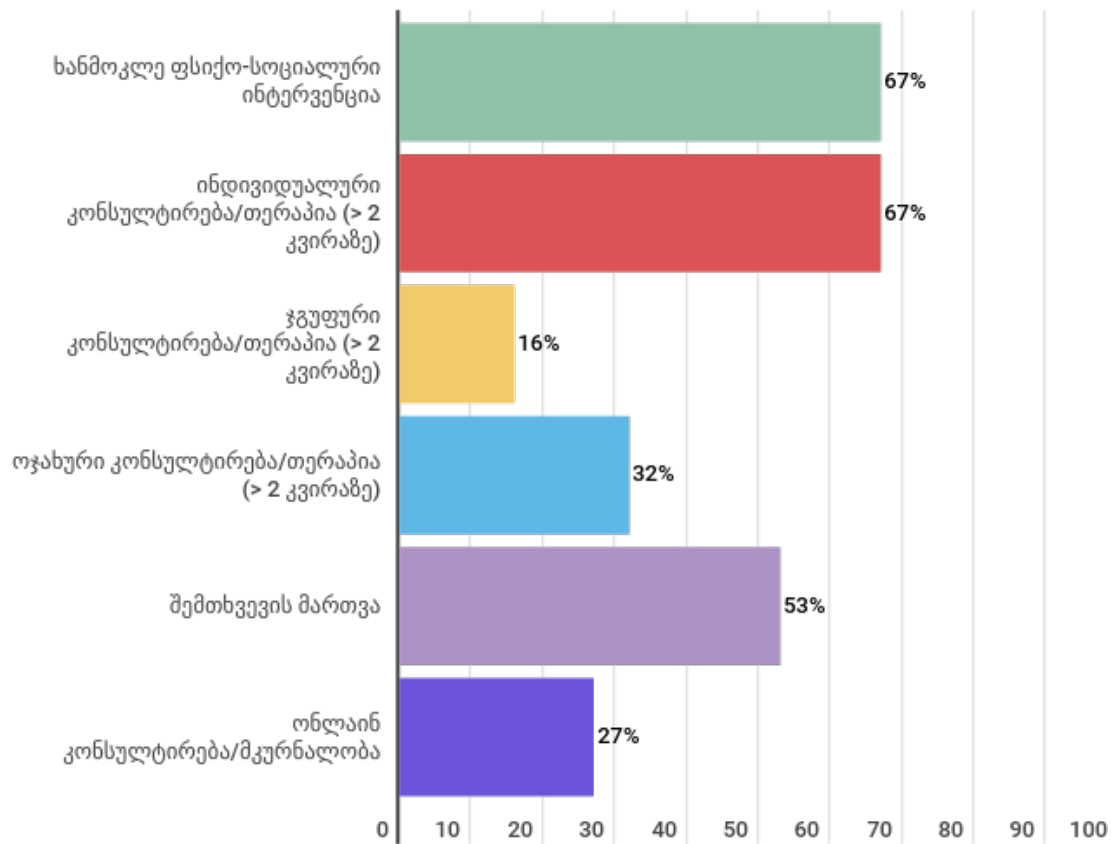


რაც შეეხება ადგილზე მკურნალობას, C ჰეპატიტის მკურნალობის სერვისს “ხშირად” ან “ყოველთვის” აწვდის მხოლოდ 4 დაწესებულება, ხოლო აივ/შიდსის სამკურნალო სერვისს მხოლოდ ერთი დაწესებულება, კერძოდ სოხუმში ზიანის შემცირების განმახორციელებელი დაწესებულება ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის მიერ პაციენტებისთვის დანიშნულ მედიკამენტებს აწვდის საქართველოს არაკონტროლირებად (ოკუპირებულ) ტერიტორიაზე მყოფ ნარკომომხარებლებს, რომლებიც არიან აივ ინფიცირებულები. B ჰეპატიტის ვაქცინაციის სერვისი არც ერთ დაწესებულებაში არ არის ხელმისაწვდომი.

კონსულტაციისა და ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისების მიწოდება 43 დაწესებულებების მიერ სხვადასხვა სიხშირით ხორციელდება. მოყვანილია დაწესებულებათა ის რაოდენობა, რომლებმაც კონსულტაციისა და ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისის მიწოდება აღნიშნეს პასუხით „ხშირად“ ან „ყოველთვის“.

ყველაზე მეტად ხელმისაწვდომია ინდივიდუალური კონსულტირება/თერაპიის (>2 კვირა) სერვისი (დაწესებულებათა 67%-ში) და ხანმოკლე ფსიქო-სოციალური ინტერვენცია (დაწესებულებათა 67%-ში). დაწესებულებების 54%-ს აქვს შემთხვევის მართვის კომპონენტი. აღსანიშნავია, რომ ყველაზე ნაკლებად ხელმისაწვდომია ჯგუფური კონსულტირება/თერაპიის (>2 კვირა) სერვისი, რადგან აღნიშნული სერვისი ხელმისაწვდომია მხოლოდ 16%-ში (იხ. დიაგრამა 10).

დიაგრამა 10: ორგანიზაციების პროცენტული განაწილება, სადაც ხორციელდება კონსულტირებისა და ფსიქოთერაპიის სერვისები



დაბალზღვრბლოვანი სერვისები, როგორც არის ქუჩის საველე მუშაობა; შპრიცების, ნემსებისა და ინექციისთვის საჭირო სხვა ნივთების გავრცელება; კონდომებისა და ლუბრიკანტების გავრცელება; საინფორმაციო მასალების გავრცელება ნარკოტიკების უსაფრთხო მოხმარებისა და ზედოზირების პრევენციის შესახებ; პროგრამა „წაიღე სახლში ნალოქსონი“ და საინფორმაციო მასალის გავრცელება, რომელთა სამიზნე ნარკოტიკების რეკრეაციული მომხმარებლები არიან, „ყოველთვის“ ან „ხშირად“ ხელმისაწვდომია ზიანის შემცირების სერვისის მიმწოდებელ ყველა დაწესებულებაში.

სოციალურ რეინტეგრაციასთან დაკავშირებით კითხვარი მოიცავდა ისეთ სერვისებს, როგორც არის დასაქმების ხელშეწყობა, საცხოვრისით უზრუნველყოფა, განათლება და პროფესიული გადამზადება. 33 დაწესებულების მონაცემების ანალიზის შედეგად, გამოვლინდა, რომ აღნიშნული სერვისების განხორციელება გარკვეულ გამოწვევას წარმოადგენს კვლევაში ჩართული დაწესებულებებისთვის. დასაქმების ხელშეწყობის სერვისის მიწოდების სიხშირედ „ხშირად“ ან „ყოველთვის“ პასუხი დააფიქსირა 10.9%-მა, ხოლო 26.1%-მა აღნიშნავს, რომ არ ახორციელებს დასაქმების სერვისებს, თუმცა მიუთითებს მათ თვალსაჩინო საჭიროებაზე. რაც შეეხება განათლებასა და პროფესიულ გადამზადების სერვისებს, დაწესებულებების 4.6% ახორციელებს „ხშირად“ ან „ყოველთვის“ სიხშირით, ხოლო დაწესებულებების 23.9% არ ახორციელებს დასაქმების სერვისებს, თუმცა მიუთითებს მათ თვალსაჩინო საჭიროებაზე.



კვლევის ერთ-ერთ მიგნებას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ საცხოვრისით, მათ შორის, ღამის გასათევი ადგილით ან თავშესაფრით უზრუნველყოფა დაწესებულებების მიერ არ ხდება, მიუხედავად იმისა, რომ დაწესებულებების 17.4% აღნიშნავს ამ სერვისების თვალსაჩინო საჭიროებას (იხ. ცხრილი 17).

იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა კლიენტთა/პაციენტთა გადამისამართება სხვა ტიპის ინსტიტუციაში, 33 დაწესებულებიდან, რომლებმაც უფასუხეს კითხვას 69.6%-მა აღნიშნა, რომ თანამშრომლობს ზოგადად ჯანდაცვის სექტორთან (მაგ. სხვა საავადმყოფო, ოჯახის ექიმი); 63% - სხვა წამალ და ალკოჰოლდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან (ამბულატორიული და სტაციონარული); 30.4% - პენიტენციური და პრობაციის სერვისების მიმწოდებელთან; 17.7% სხვა სოციალური სერვისების მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან (მაგ. თავშესაფარის/განათლების მიმწოდებელი) და 15.2% - დასაქმების სერვისებთან (იხ. ცხრილი 18).

#### 4.5 კოვიდ-19-ის გავლენა სერვისების ფუნქციონირებაზე

სამკურნალო დაწესებულებათა ევროპული კვლევის ფარგლებში დაწესებულებებიდან ინფორმაცია შეგროვდა 2019 წლის მდგომარეობით, თუმცა ვინაიდან კვლევის ჩატარების პერიოდი დაემთხვა კოვიდ-19-ის პანდემიას, კითხვარს დაემატა სპეციალური ნაწილი, რომლის მიზანიც იყო შეესწავლა კოვიდ-19-ის ეპიდემიასა და მის შესაჩერებლად გატარებული ღონისძიებების გავლენა სამკურნალო დაწესებულებებზე, მიწოდებულ სერვისებზე, დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალსა და კლიენტებზე.

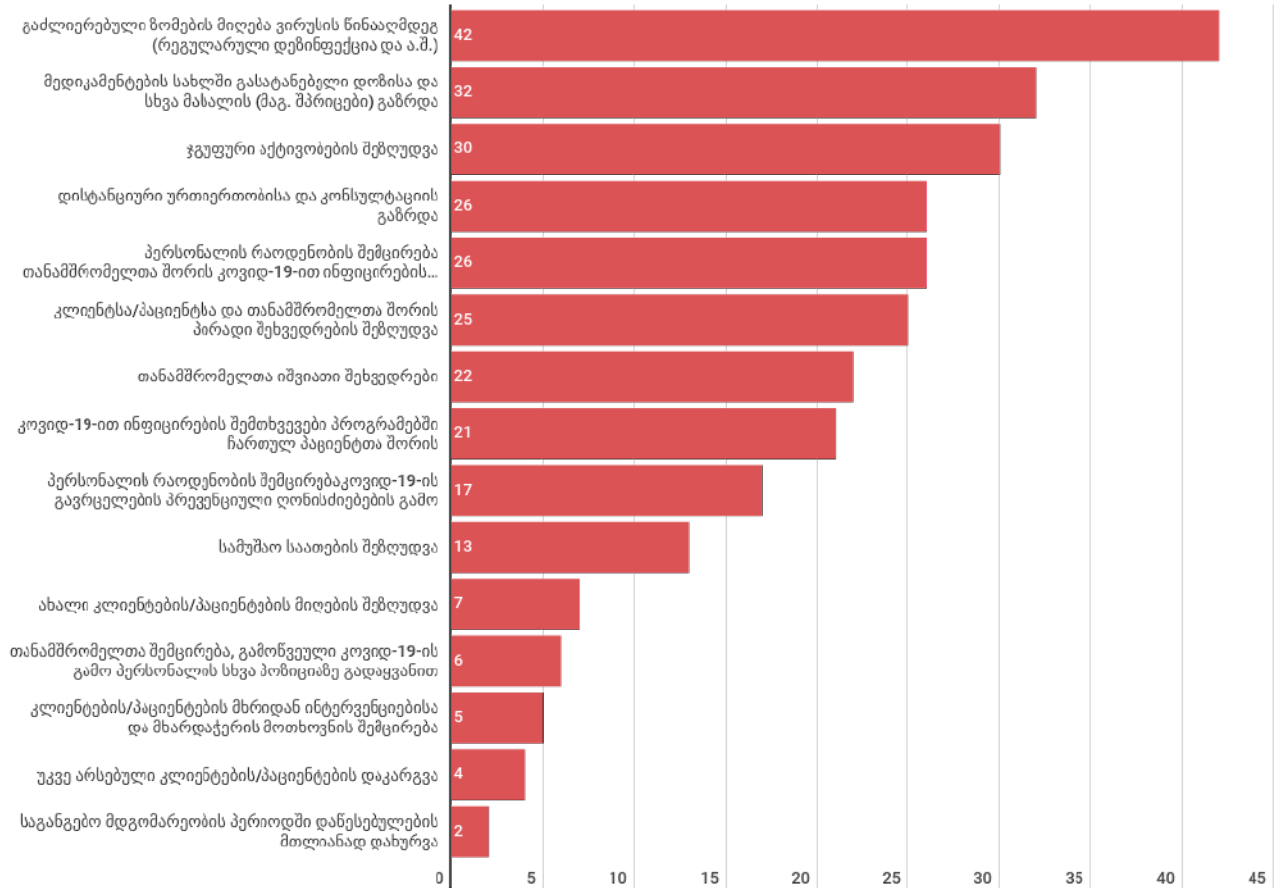
კითხვარის ამ ნაწილზე პასუხისგან თავი შეიკავა ერთმა დაწესებულებამ, 45 დაწესებულებამ კი სრულად წარმოადგინა მონაცემები.

კვლევაში ჩართულმა ყველა დაწესებულებამ აღნიშნა, რომ კოვიდ-19-ის წინააღმდეგ გატარებულმა ღონისძიებებმა იმოქმედა მათ სამუშაო პროცესზე, მაგრამ სხვადასხვა ინტენსივობით. აბსოლუტურმა უმრავლესობამ (93.3%) აღნიშნა, რომ მიიღეს ვირუსის წინააღმდეგ გაძლიერებული თავდაცვითი ზომები (რეგულარული დეზინფექცია, პერსონალური დაცვის საშუალებების ტარება და ა.შ.). სახლში გასატანებელი მედიკამენტების დოზისა და სხვა მასალის (მაგ. შპრიცების) გაზრდა აღნიშნა 71.1%-მა. აღნიშნული პასუხი ლოგიკურია, რადგან კვლევაში მონაწილე დაწესებულებათა უმეტესობა ორთ სერვისის მიმწოდებელია; ჯგუფური აქტივობა შეზღუდა დაწესებულებათა 66.7%-მა; დისტანციური კონსულტაცია და კომუნიკაციის ფორმებზე გადასვლა მოუწია დაწესებულებათა 57.8%-ს; ასევე, ნახევარზე მეტ შემთხვევაში (57.8%) აღნიშნეს, რომ დაწესებულებაში შემცირდა პერსონალის რაოდენობა კოვიდ-19-ით ინფიცირების შემთხვევების ან კარანტინის/თვითიზოლაციის გამო; კლიენტსა/პაციენტსა და თანამშრომელთა შორის პირადი შეხვედრების შეზღუდვების დაწესება მოუწია დაწესებულებათა 55.6%-ს; თანამშრომელთა შორის შეხვედრების შემცირება მოუწია დაწესებულებათა – 48.9%-ს; კოვიდ-19-ით ინფიცირების შემთხვევები პროგრამებში ჩართულ კლიენტთა/პაციენტთა შორის აღნიშნა – 46.7%-მა, ხოლო იგივე მიზეზით პერსონალის რაოდენობის შემცირება – 37.8%-მა; სამუშაო საათების შემცირება მოუწია დაწესებულებათა – 28.9%-ს; ახალი კლიენტების/პაციენტების მიღების შეზღუდვა – 15.6%-ს; თანამშრომელთა შემცირება რომელიც გამოწვეული იყო კოვიდ-19-ის გამო პერსონალის სხვა პოზიციაზე გადაყვანით – 13.3%-ს; კლიენტების/პაციენტების მხრიდან



ინტერვენციებისა და მხარდაჭერის მოთხოვნის შემცირება – 11.1%-ს; უკვე არსებული კლიენტების/პაციენტების დაკარგვა – 8.9%-ს და საგანგებო მდგომარეობის პერიოდში დაწესებულების მთლიანად დახურვა – 4.4%-ს (2 დაწესებულება) (იხ. დიაგრამა 11).

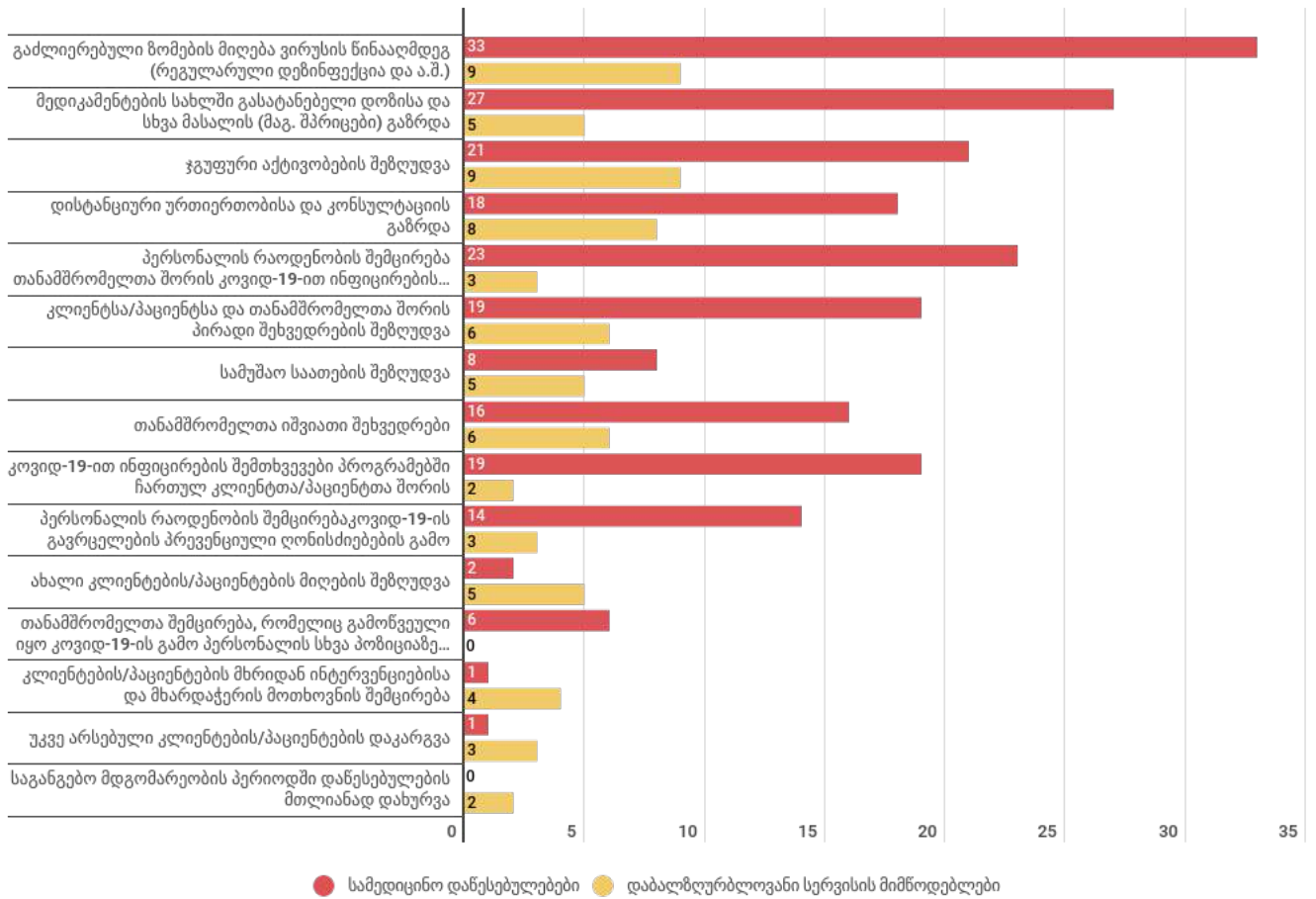
**დიაგრამა 11: კოვიდ-19-ის გავლენა დაწესებულებებზე, რაოდენობის მიხედვით**



საერთო ჯამში, ყველა დაწესებულებაში, დაფიქსირდა SARS-CoV-2-ის ვირუსით ინფიცირების (PCR კვლევით დადასტურებული) 199 შემთხვევა პაციენტთა/კლიენტთა შორის და 109 შემთხვევა პერსონალთა შორის, რომელიც საერთო ჯამში დაწესებულებებში დასაქმებულთა 13.78%-ს შეადგენს.

ხოლო დაწესებულებების ტიპის მიხედვით, სამკურნალო და ზიანის შემცირების სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების შედეგები გადანაწილდა შემდეგნაირად (იხ. დიაგრამა 12, ცხრილი 21).

დიაგრამა 12: კოვიდ-19-ის გავლენა დაწესებულებებზე, მათი ტიპის მიხედვით



## 5 დასკვნა

დაწესებულებათა ევროპული კვლევის კითხვარის გამოყენება საქართველოში არსებული დაწესებულებების შესასწავლად, რომლებიც აწვდიან სერვისებს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებლებსა და მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პირებს, მოხდა პირველად. ასევე აღსანიშნავია, რომ საკვლევ პერიოდში ჯერ კიდევ არ იყო დანერგილი საქართველოში მკურნალობაზე მოთხოვნის ინდიკატორი (TDI) და, შესაბამისად, ინფორმაცია, რომელიც შეგროვდა დაწესებულებებიდან, არ იყო სრულად თავსებადი EMCDDA-ს სტანდარტებთან.

ასევე, ზოგიერთმა ორგანიზაციამ თავი შეიკავა ამა თუ იმ კითხვაზე პასუხის გაცემისაგან. ეს შეიძლება აიხსნას ადგილობრივი კულტურული, ანთროპოლოგიური და სოციოლოგიური ფაქტორებით. იმის მიუხედავად, რომ კვლევის დაწყებამდე მკვლევართა ჯგუფის მიერ ნათლად განიმარტა კვლევის კონფიდენციალურობის საკითხი და, ასევე, კითხვარის შესავალშიც აღნიშნული იყო კვლევის ეთიკური საკითხები, ზოგიერთმა დაწესებულებამ რიგ შეკითხვებზე პასუხის გაცემისგან თავი შეიკავა. თუმცა, უპასუხოდ დატოვებული შეკითხვების რიცხვი იყო უმნიშვნელო და საერთო სურათის შეფასებაზე გავლენა არ მოუხდენია. ასეთი შემთხვევები ჩაითვალა როგორც უარყოფითი პასუხი კითხვაზე. მაგ. შეკითხვები, რომლებიც ეხებოდა ინფექციურ დაავადებების ტესტირების მიწოდების სერვისებს, ზოგიერთმა სამედიცინო დაწესებულებამ პასუხის გაცემისაგან თავი შეიკავა.

კვლევის ჩატარებისთვის, ასევე, სერიოზული გამოწვევა აღმოჩნდა კოვიდ-19-ის პანდემია, რომელიც დაემთხვა მონაცემთა შეგროვების პერიოდს და გამოიწვია კვლევის პროცესის გახანგრძლივება.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი, რაც გამოვლინდა კვლევის ჩატარების დროს და ამავდროულად შეიძლება ჩაითვალოს შედეგების ცდომილებადაც, არის სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა უნიკალური რაოდენობის განსაზღვრის შეუძლებლობა. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის იდენტიფიცირება სამკურნალო დაწესებულებაში ხდება პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის (პირადი ნომრის, ID) საფუძველზე, სტატისტიკურ დოკუმენტაციაში ინახება მკურნალობის ეპიზოდების რაოდენობა და საანგარიშო წლის ბოლოს შეუძლებელია განისაზღვროს თუ რამდენ პაციენტს გაეწია სამედიცინო დახმარება. ეს განსაკუთრებით შესამჩნევ ცდომილებას იძლევა ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში.

აღნიშნული საკითხი წარმოადგენს გამოწვევას, რომელიც უნდა აღმოიფხვრას ან მსგავსი ცდომილება მინიმუმამდე დაიყვანოს მკურნალობაზე მოთხოვნის ინდიკატორის დანერგვამ საქართველოში<sup>6</sup>.

კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ დაწესებულებები არათანაბრად არის გადანაწილებული გეოგრაფიულად. დაწესებულებათა 50% თავმოყრილია დედაქალაქში, ხოლო დანარჩენი გადანაწილებულია სხვადასხვა რეგიონში. ასევე, არის რეგიონები - მცხეთა-მთიანეთი და რაჭა-ლეჩხუმი, სადაც არ ფუნქციონირებს არც ერთი ტიპის დაწესებულება. თბილისის

<sup>6</sup> მკურნალობის ინდიკატორი საქართველოში დაინერგა 2021 წლიდან.

გარდა, სხვა რეგიონებში ხელმისაწვდომია მხოლოდ სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებების სერვისები, როგორც არის ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია, ტესტირება სხვადასხვა ინფექციებზე და ფსიქო-სოციალური დახმარება. რაც შეეხება აღკვეთის მდგომარეობის მართვის მედიკამენტოზურ (დეტოქსიკაცია) პროგრამებს, ის ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისში.

სამკურნალო სერვისები ფარავს ყველა სამიზნე ჯგუფს, გარდა ბავშვებისა და მოზარდებისა. კვლევამ აჩვენა, რომ ქვეყანაში არც ერთი დაწესებულება არ აწვდის ბავშვებისა და მოზარდების სპეციფიურ სერვისებს. თუმცა, კვლევაში ჩართული დაწესებულებების 20% აღნიშნავს ამ სერვისების თვალსაჩინო საჭიროებას.

ასევე აღსანიშნავია შემდეგი მიგნებები:

- სამკურნალო დაწესებულებებში მიმართვიანობის ძირითად მიზეზად გამოიკვეთა არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებები და, მათ შორის, უმრავლეს შემთხვევაში ოპიოიდები;
- სამკურნალო დაწესებულებების მიერ მიწოდებული სერვისების ძირითადი წილი მოდის ოპიოიდებით ჩანაცვლებით თერაპიაზე;
- ინფექციებზე (აივ, B და C ჰეპატიტი) ტესტირება ტარდება დაწესებულებათა 50%-ზე ნაკლებ რაოდენობაში;
- C ჰეპატიტის სამკურნალო სერვისს ადგილზე აწვდის მხოლოდ ოთხი დაწესებულება, ხოლო აივ/შიდსის სამკურნალო სერვისს მხოლოდ ერთი;
- B ჰეპატიტზე ვაქცინაცია არ არის ხელმისაწვდომი არც ერთ დაწესებულებაში<sup>7</sup>;
- საცხოვრისით უზრუნველყოფის სერვისს არ ახორციელებს არც ერთი დაწესებულება, მიუხედავად იმისა, რომ მათი 17.2% მიუთითებს აღნიშნული სერვისის არსებობის საჭიროებაზე.

აღნიშნული ფაქტორების ერთობლიობა და კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები არ გვამღებთ საშუალებას შედეგები განვაზოგადოთ ქვეყნის მასშტაბით მომუშავე დაწესებულებათა აბსოლუტურ უმრავლესობაზე. თუმცა, აღნიშნული კვლევის მიზანი არ ყოფილა სამკურნალო დაწესებულებების დეტალური შესწავლა და მიწოდებული სერვისების ხარისხის დადებითი თუ უარყოფითი მხარეების შეფასება. სამკურნალო დაწესებულებების კვლევა საშუალებას იძლევა გამოვავლინოთ ქვეყნის სამკურნალო სისტემაში არსებული ტენდენციები, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც კვლევა ტარდება პერმანენტულად, გარკვეული დროის ინტერვალის დაცვით. ამასთან, პირველი კვლევის შედეგები კარს ხსნის შემდგომი დისკუსიისათვის და მიგნებების გათვალისწინებით, შესაძლებელია მსჯელობა საქართველოში არსებულ დაწესებულებებზე, რომლებიც

---

<sup>7</sup> საქართველოს მოქალაქეებისათვის, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდარის მიხედვით B ჰეპატიტზე ვაქცინაცია ტარდება ახალშობილებში (დაბადებიდან 0-12 სთ.-ში), შემდეგ კი 2, 3 და 4 თვის ასაკში. ზრდასრულთათვის B ჰეპატიტის ვაქცინაცია ხელმისაწვდომია ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში, წინასწარ განსაზღვრული კონტიგენტისთვის (აივ ინფიცირებული, C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში ჩართული პირი, მსმ პირი, პირები, რომლებიც მოიხმარებენ საზიარო ნემსებს/შპრიცებს და სხვ.) ვაქცინაცია ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან (საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2017)

აწვდიან სერვისებს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებლებსა და ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პირებს.

ამასთან, შესაძლებლობას იძლევა, დროული და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია მიეწოდოს გადაწყვეტილების მიმღებ პირებსა და დარგის ექსპერტებს, რათა გამოვლენილი გამოწვევებისა თუ ღიობების აღმოფხვრის მიზნით დაიგეგმოს დროული და გრძელვადიანი ინტერვენციები. ამასთან, კვლევის საფუძველზე მიღებული ინფორმაცია დამატებითი საშუალება ზოგადი მოსახლეობის ინფორმირებისა და სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულებების თაობაზე ცნობიერების გაზრდისათვისათვის.

კვლევის მეთოდოლოგიიდან გამომდინარე, დაწესებულებათა ევროპული კვლევის შედეგების ღირებულება იზრდება იმ შემთხვევაში, თუ ის ტარდება გარკვეული პერიოდულობით და განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც არის შესაძლებლობა, კვლევიდან მიღებული შედეგები შევადაროთ მკურნალობის ინდიკატორიდან მიღებულ მონაცემებს. ამიტომ, რეკომენდებულია კვლევის განმეორებით ჩატარება მას შემდეგ, რაც ხელმისაწვდომი იქნება მკურნალობის ინდიკატორიდან მიღებული მონაცემები.

## 6 დანართები

ცხრილი 7: დაწესებულებების განაწილება ტიპების მიხედვით.

რეგიონი	დაბალზღვრბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებები	სტაციონარის მქონე საავადმყოფოები	რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	საერთო რაოდენობა
საჯარო/სახელმწიფო ორგანიზაცია	0	23	1	0	24
არასამთავრობო არამომგებიანი ორგანიზაცია	10	0	0	1	11
არასამთავრობო, მომგებიანი (მათ შორის, კერძო) ორგანიზაცია	0	9	2	0	11
სხვა (მიუთითეთ)	0	0	0	0	0
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>46</b>

ცხრილი 8: დაწესებულებების განაწილება ტიპისა და სამუშაო დღეების მიხედვით.

დაწესებულების ტიპი	24/7	7/7, მაგრამ არა ღამის საათებში	კვირაში 6 დღე	კვირაში 5 დღე	კვირაში 5 დღეზე ნაკლები
სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება	1	26	1	4	0
დაბალზღვრბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	1	0	0	9	0
სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	3	0	0	0	0
სხვა სახის სტაციონარული დაწესებულება (მიუთითეთ)	1	0	0	0	0
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>0</b>

ცხრილი 9: სტაციონარის ტიპის დაწესებულებების მოცულობა და საწოლების რაოდენობა.

დაწესებულებების ტიპი	საწოლები ს საერთო რაოდენობა	საწოლების რაოდენობა, რომელიც გამოყოფილია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელი პაციენტებისთვის	ფსიქოაქტიური ნივთიერებების (მოიცავს ალკოჰოლსაც) მოხმარების პრობლემის მქონე პაციენტების მიერ დაკავებული საწოლდღეების მაჩვენებელი	არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებლებისთვის დაკავებული საწოლდღეების მაჩვენებელი
სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	81	81	57%	95 <sup>8</sup>
არასამედიცინო ტიპის სტაციონარული დაწესებულება	0	0	0	0
თერაპიული კომუნა	0	0	0	0
სხვა სახის სტაციონარული დაწესებულება - რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	10	10	15%	92%
სპეციალიზებული სოციალური რეინტეგრაციის/რეაბილიტაციის დაწესებულება	0	0	0	0
სხვა (მიუთითეთ)	0	0	0	0

<sup>8</sup> არ მოიცავს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მონაცემს, შესაბამისად ასახულია, მხოლოდ 3-დან 2 დაწესებულების დაკავებული საწოლდღეების პროცენტულ მაჩვენებელს.

ცხრილი 10: საანგარიშო პერიოდში მკურნალობის ეპიზოდებისა და კლიენტების საერთო რაოდენობა ორგანიზაციის ტიპების მიხედვით.

სამკურნალო დაწესებულებების ტიპი	მკურნალობის ეპიზოდები; %	კლიენტების რაოდენობა; %
<b>ამბულატორიული დაწესებულებები</b>		
სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება	21 543 89.28%	
დაბალზღვრბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება		21 499 100%
<b>სტაციონარის ტიპის დაწესებულებები</b>		
სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	2 574 10.67%	
რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	13 0.05%	
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>24 130 100%</b>	<b>21 499 100%</b>

ცხრილი 11: სერვისები, რომლებიც ხშირად ან ყოველთვის ემსახურებიან სპეციფიკურ ჯგუფებს, %.

სამიზნე ჯგუფი	დაწესებულებების რაოდენობა	„ხშირად“ ან „ყოველთვის“ (%)
ბავშვები და მოზარდები	0	0%
კლიენტები/პაციენტები ორმაგი დიაგნოზით, ერთდროულად ფსიქიკური და წამალდამოკიდებულების (ალკოჰოლი ან/და ნარკოტიკები) პრობლემებით	27	68%
ხანდაზმულები და მოხუცები (>50 წ.)	21	53%
ქალები, ორსული და მელოგინე ქალები	17	43%
პრობაციონერები	22	55%
სექს მუშაკები	5	13%



ეთნიკური და სხვა უმცირესობათა ჯგუფები, მიგრანტები, იძულებით გადაადგილებული პირები და ლტოლვილები	20	50%
უსახლკარო ადამიანები	5	13%
ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი და ტრანსგენდერი ადამიანები	3	8%
ნათესავები და დაწესებულების კლიენტთა ახლო მეგობრები	6	15%

ცხრილი 12: სპეციფიკური ჯგუფებისთვის შექმნილი პროგრამების განხორციელება.

სამიზნე ჯგუფები	დიახ	არა, საჭირო არ არის	არა, მიუხედავად თვალსაჩინო საჭიროებისა
ბავშვები და მოზარდები	0	26	9
კლიენტები/პაციენტები ორმაგი დიაგნოზით, ერთდროულად ფსიქიკური და წამალდამოკიდებულების (ალკოჰოლი ან/და ნარკოტიკები) პრობლემებით	24	9	2
ხანდაზმულები და მოხუცები (>50 წ.)	19	15	1
ქალები, ორსული და მელოგინე ქალები	20	15	0
პრობაციონერები	19	14	2
სექს მუშაკები	15	18	2
ეთნიკური და სხვა უმცირესობათა ჯგუფები, მიგრანტები, იძულებით გადაადგილებული პირები და ლტოლვილები	20	14	1
უსახლკარო ადამიანები	14	17	4
ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი და ტრანსგენდერი ადამიანები	13	20	2
ნათესავები და დაწესებულების კლიენტთა ახლო მეგობრები	17	18	0

ცხრილი 13: აკრედიტაციის მქონე დაწესებულებების რაოდენობა.

სამკურნალო დაწესებულებების ტიპი	აკრედიტაციის მქონე დაწესებულებების რაოდენობა	(%)	აკრედიტაციის არ მქონე დაწესებულებების რაოდენობა	(%)
<b>ამბულატორიული დაწესებულებები</b>				
სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება	32	84%		
დაბალზღვრბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	3	8%	7	87.5%
<b>სტაციონარის ტიპის დაწესებულებები</b>				
სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	3	8%		
რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება			1	12.5%
<b>საერთო რაოდენობა</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

ცხრილი 14: ხარისხის კონტროლის შიდა მექანიზმის მქონე დაწესებულებების რაოდენობა.

რეგიონები	დაბალზღვრბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებები	სტაციონარის მქონე საავადმყოფოები	რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	საერთო რაოდენობა
პროცედურების სახელმძღვანელო ან პროგრამის სახელმძღვანელო პრინციპები/გაიდლაინი	8	32	2	1	43
არსებობს და ტარდება თანამშრომელთა შიდა ზედამხედველობა	6	27	3	1	38
არსებობს და ტარდება თანამშრომელთა გარე ზედამხედველობა	7	17	1	0	25
გუნდის რეგულარული შეხვედრები	8	28	3	1	40
გროვდება და აღირიცხება კლიენტთა კმაყოფილების უკუკავშირი	5	17	2	0	24
თანამშრომელთა უწყვეტი განათლება და ცოდნის ამაღლების აქტივობები	8	22	2	1	33

სხვა (მიუთითეთ)					
-----------------	--	--	--	--	--

ცხრილი 15: ორთ პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების რაოდენობა რეგიონების მიხედვით

სამკურნალო დაწესებულებების ტიპი	ორთ პროგრამების განმახორციელებელი დაწესებულებების რაოდენობა	(%)
თბილისი	14	48.3%
იმერეთი	5	17.2%
აჭარა ა.რ.	3	10.3%
შიდა ქართლი	2	6.9%
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	2	6.9%
კახეთი	1	3.4%
გურია	1	3.4%
სამცხე-ჯავახეთი	1	3.4%
ქვემო ქართლი	0	0%
აფხაზეთი ა.რ.	0	0%
მცხეთა-მთიანეთი	0	0%
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	0	0%
<b>საერთო რაოდენობა</b>		<b>100%</b>

ცხრილი 16: აბსტინენციაზე ორიენტირებული (დეტოქსიკაციის) პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების რაოდენობა

სამკურნალო დაწესებულებების ტიპი	დაწესებულებების რაოდენობა	პროპორცია (%)
<b>ამბულატორიული დაწესებულებები</b>		
სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება	4	57%
დაბალზღურბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	0	0%
ზოგადი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულება	0	0%
პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულება	0	0%
სხვა ამბულატორიული დაწესებულება (მიუთითეთ)	0	0%
<b>სტაციონარის ტიპის დაწესებულებებო</b>		
სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	3	43%
არასამედიცინო ტიპის სტაციონარული დაწესებულება	0	0%
თერაპიული კომუნა	0	0%
რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	0	0%
სპეციალიზებული სოციალური რეინტეგრაციის/რეაბილიტაციის დაწესებულება	0	0%
სხვა (მიუთითეთ)	0	0%

საერთო რაოდენობა	7	100
------------------	---	-----

ცხრილი 17: სოციალური რეინტეგრაციის სერვისების განხორციელება, %

სერვისი	არასდროს, საჭიროება არ არის	არასდროს, მიუხედავად თვალსაჩინო საჭიროებისა	იშვიათად	ზოგჯერ	ხშირად	ყოველთვის
დასაქმების ხელშეწყობა (მაგ. სამუშაო ადგილის მოძიების პროგრამა)	13%	26.1%	15.2%	6.5%	0	10.9%
საცხოვრისით უზრუნველყოფა (ღამის გასათევია ადგილი, თავშესაფარი)	34.8%	23.9%	6.5%	6.5%	0	0
განათლება და პროფესიული მომზადების პროგრამები	37%	17.4%	8.7%	4.3%	4.3%	0

ცხრილი 18: დაწესებულებები, რომლებიც თანამშრომლობენ სხვა ინსტიტუციებთან

ინსტიტუციებთან თანამშრომლობის ტიპები	დაბალზღვრულთა სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	სპეციალიზირებული ამბულატორიული დაწესებულებები	სტაციონარის მქონე საავადმყოფოები	რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	საერთო რაოდენობა
ჯანდაცვის სექტორი (მაგ. საავადმყოფო, ოჯახის ექიმი)	10	19	2	1	32
სოციალური სერვისები (მაგ.	2	5	0	1	8

თავშესაფარის/განათლების მიმწოდებელი)					
პენიტენციური და პრობაციის სერვისები	5	7	1	1	14
სხვა წამალ და ალკოჰოლდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების მიმწოდებელი (ამბულატორიული და სტაციონარული)	7	20	1	1	29
დასაქმების სერვისები	3	4	0	0	7

ცხრილი 19: დაწესებულებები, რომლებზეც კოვიდ-19-ის პანდემიის საწინააღმდეგოდ საგანგებო მდგომარეობის (კარანტინი) დაწესებამ გავლენა მოახდინა

ცვლილების ტიპი	შენარჩევში დაწესებულებების საერთო რაოდენობა	დაწესებულებების რაოდენობა	%
1. სამუშაო საათების შეზღუდვა	45	13	28.89%
2. საგანგებო მდგომარეობის პერიოდში დაწესებულების მთლიანად დახურვა	45	2	4.44%
3. თანამშრომელთა იშვიათი შეხვედრები	45	22	48.89%
4. კლიენტსა/პაციენტსა და თანამშრომელთა შორის პირადი შეხვედრების შეზღუდვა	45	25	55.56%
5. ჯგუფური აქტივობების შეზღუდვა	45	30	66.67%
6. დისტანციური ურთიერთობისა და კონსულტაციის გაზრდა	45	26	57.78%
7. მედიკამენტების სახლში გასატანებელი დოზისა და სხვა მასალის (მაგ. შპრიცები) გაზრდა	45	32	71.11%
8. ახალი კლიენტების/პაციენტების მიღების შეზღუდვა	45	7	15.56%

9. კლიენტების/პაციენტების მხრიდან ინტერვენციებისა და მხარდაჭერის მოთხოვნის შემცირება	45	5	11.11%
10. უკვე არსებული კლიენტების/პაციენტების დაკარგვა	45	4	8.89%
11. გაძლიერებული ზომების მიღება ვირუსის წინააღმდეგ (რეგულარული დეზინფექცია, პერსონალური დაცვის საშუალებების ტარება და ა.შ.)	45	42	93.33%
12. პერსონალის რაოდენობის შემცირებაკოვიდ-19-ის გავრცელების პრევენციული ღონისძიებების გამო	45	17	37.78%
13. პერსონალის რაოდენობის შემცირება თანამშრომელთა შორის კოვიდ-19-ით ინფიცირების შემთხვევების ან კარანტინის/თვითიზოლაციის გამო	45	26	57.78%
14. თანამშრომელთა შემცირება, რომელიც გამოწვეული იყო კოვიდ-19-ის გამო პერსონალის სხვა პოზიციაზე გადაყვანით	45	6	13.33%
15. კოვიდ-19-ით ინფიცირების შემთხვევები პროგრამებში ჩართულ კლიენტთა/პაციენტთა შორის	45	21	46.67%
16. სხვა, გთხოვთ აღწეროთ	45	2	4.44%

ცხრილი 20: დაწესებულებებზე კოვიდ-19-ის ეპიდემიის გავლენა საგანგებო მდგომარეობის (კარანტინი) გაუქმების შემდეგ.

ცვლილების ტიპი	შენარჩევში დაწესებულებების საერთო რაოდენობა	დაწესებულებების რაოდენობა	%
1. სამუშაო საათების შეზღუდვა	45	4	8.89%
2. საგანგებო მდგომარეობის პერიოდში დაწესებულების მთლიანად დახურვა	45	0	0.00%
3. თანამშრომელთა იშვიათი შეხვედრები	45	13	28.89%
4. კლიენტსა/პაციენტსა და თანამშრომელთა შორის პირადი შეხვედრების შეზღუდვა	45	25	55.56%
5. ჯგუფური აქტივობების შეზღუდვა	45	25	55.56%
6. დისტანციური ურთიერთობისა და კონსულტაციის გაზრდა	45	23	51.11%
7. მედიკამენტების სახლში გასატანებელი დოზისა და სხვა მასალის (მაგ. შპრიცები) გაზრდა	45	24	53.33%

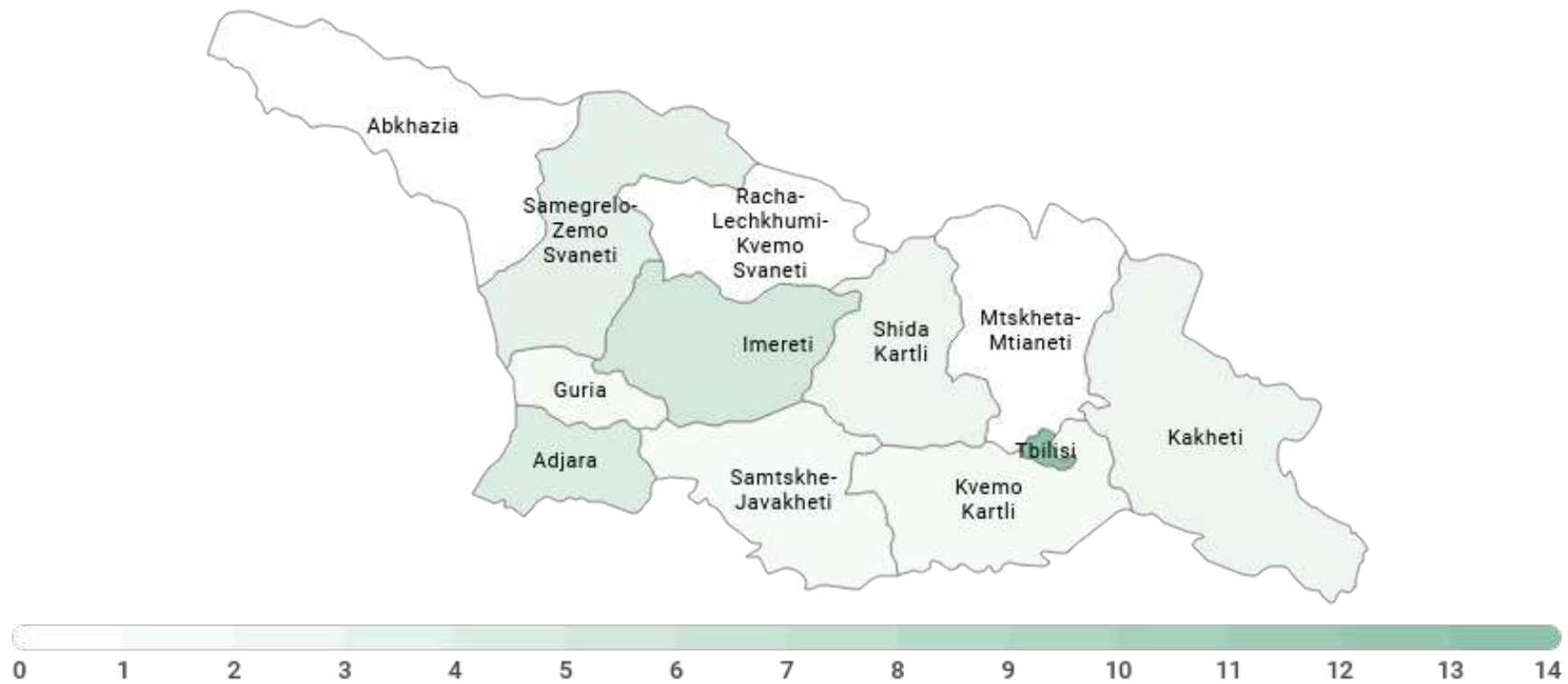
8. ახალი კლიენტების/პაციენტების მიღების შეზღუდვა	45	2	4.44%
9. კლიენტების/პაციენტების მხრიდან ინტერვენციებისა და მხარდაჭერის მოთხოვნის შემცირება	45	2	4.44%
10. უკვე არსებული კლიენტების/პაციენტების დაკარგვა	45	1	2.22%
11. გაძლიერებული ზომების მიღება ვირუსის წინააღმდეგ (რეგულარული დეზინფექცია, პერსონალური დაცვის საშუალებების ტარება და ა.შ.)	45	42	93.33%
12. პერსონალის რაოდენობის შემცირება კოვიდ-19-ის გავრცელების პრევენციული ღონისძიებების გამო	45	13	28.89%
13. პერსონალის რაოდენობის შემცირება თანამშრომელთა შორის კოვიდ-19-ით ინფიცირების შემთხვევების ან კარანტინის/თვითიზოლაციის გამო	45	19	42.22%
14. თანამშრომელთა შემცირება, რომელიც გამოწვეული იყო კოვიდ-19-ის გამო პერსონალის სხვა პოზიციაზე გადაყვანით	45	4	8.89%
15. კოვიდ-19-ით ინფიცირების შემთხვევები პროგრამებში ჩართულ კლიენტთა/პაციენტთა შორის	45	17	37.78%
16. სხვა, გთხოვთ აღწეროთ	45	0	0.00%

ცხრილი 21: 2020 წელს SARS-CoV-2-ით (PCR-ით დადასტურებული შემთხვევები) ინფიცირებული ადამიანების რაოდენობა დაწესებულებების ტიპის მიხედვით.

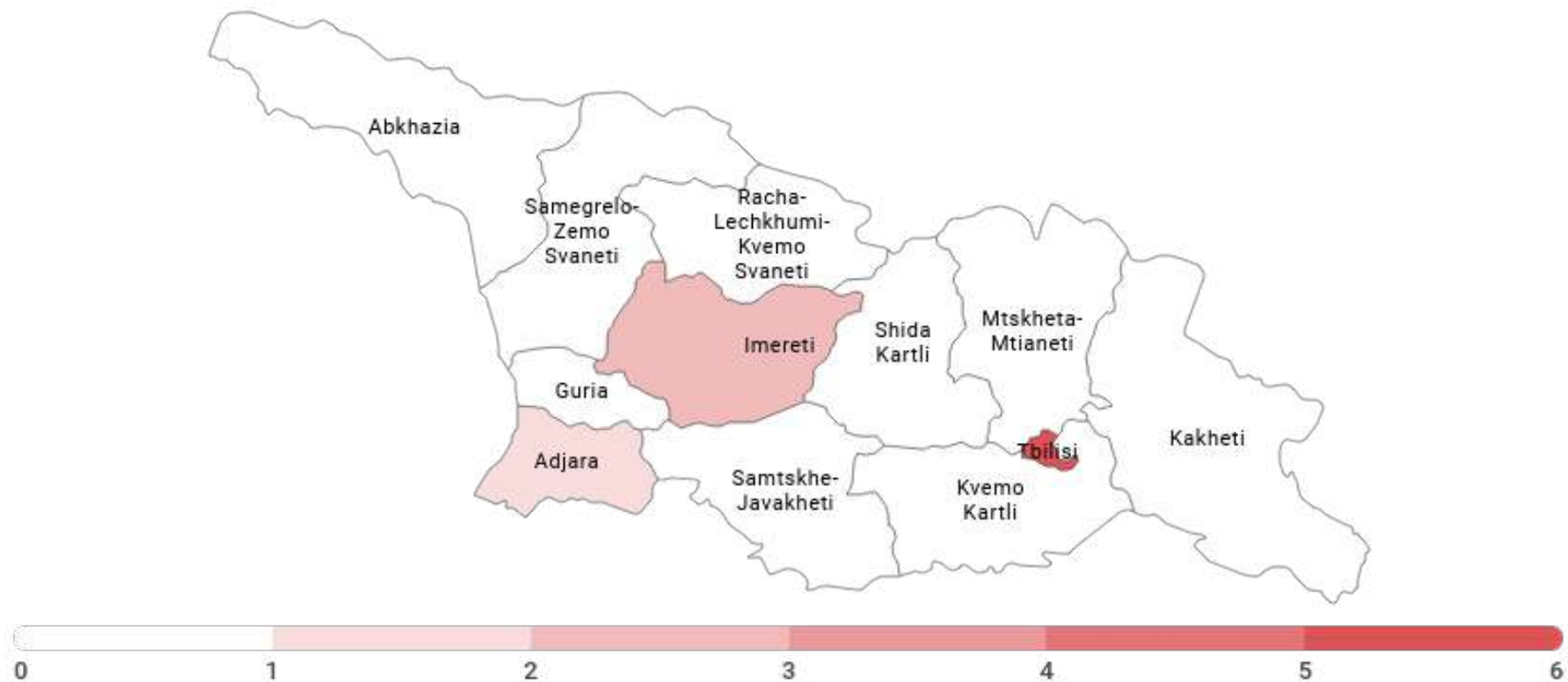
სამედიცინო დაწესებულებების ტიპი	პაციენტების რაოდენობა	პროცენტული მაჩვენებელი 2019 წლის პაციენტებს შორის.	პერსონალის რაოდენობა	პროცენტული მაჩვენებელი 2019 წლის პერსონალს შორის.
<b>ამბულატორიული დაწესებულებები</b>				
სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულება	155	0.7%	69	7.7%
დაბალზღვრბლოვანი სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება	39	0.2%	17	9.1%
<b>სტაციონარის ტიპის დაწესებულებები</b>				
სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულება	5	0.47%	23	24.7%
რეზიდენტული ტიპის სარეაბილიტაციო დაწესებულება	0	0%	0	0%



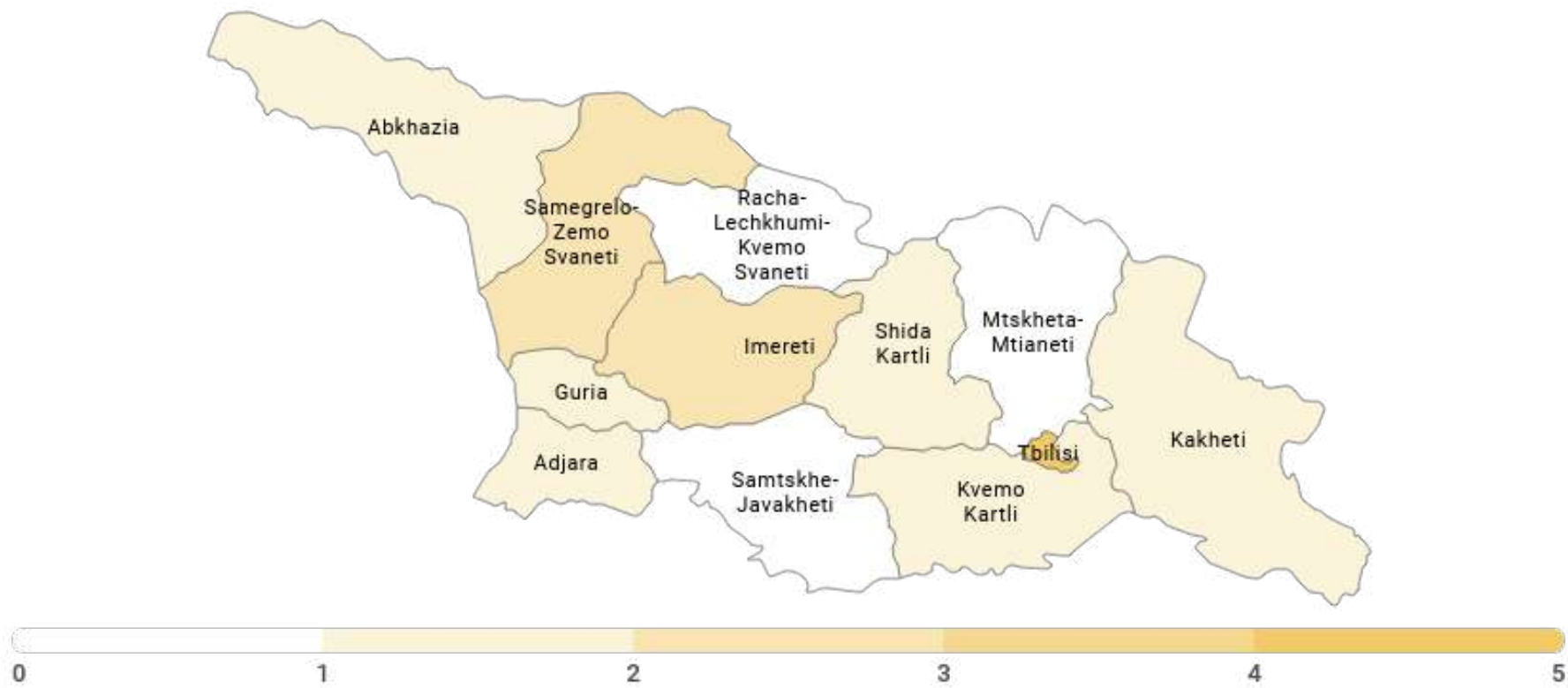
საერთო რაოდენობა				
------------------	--	--	--	--



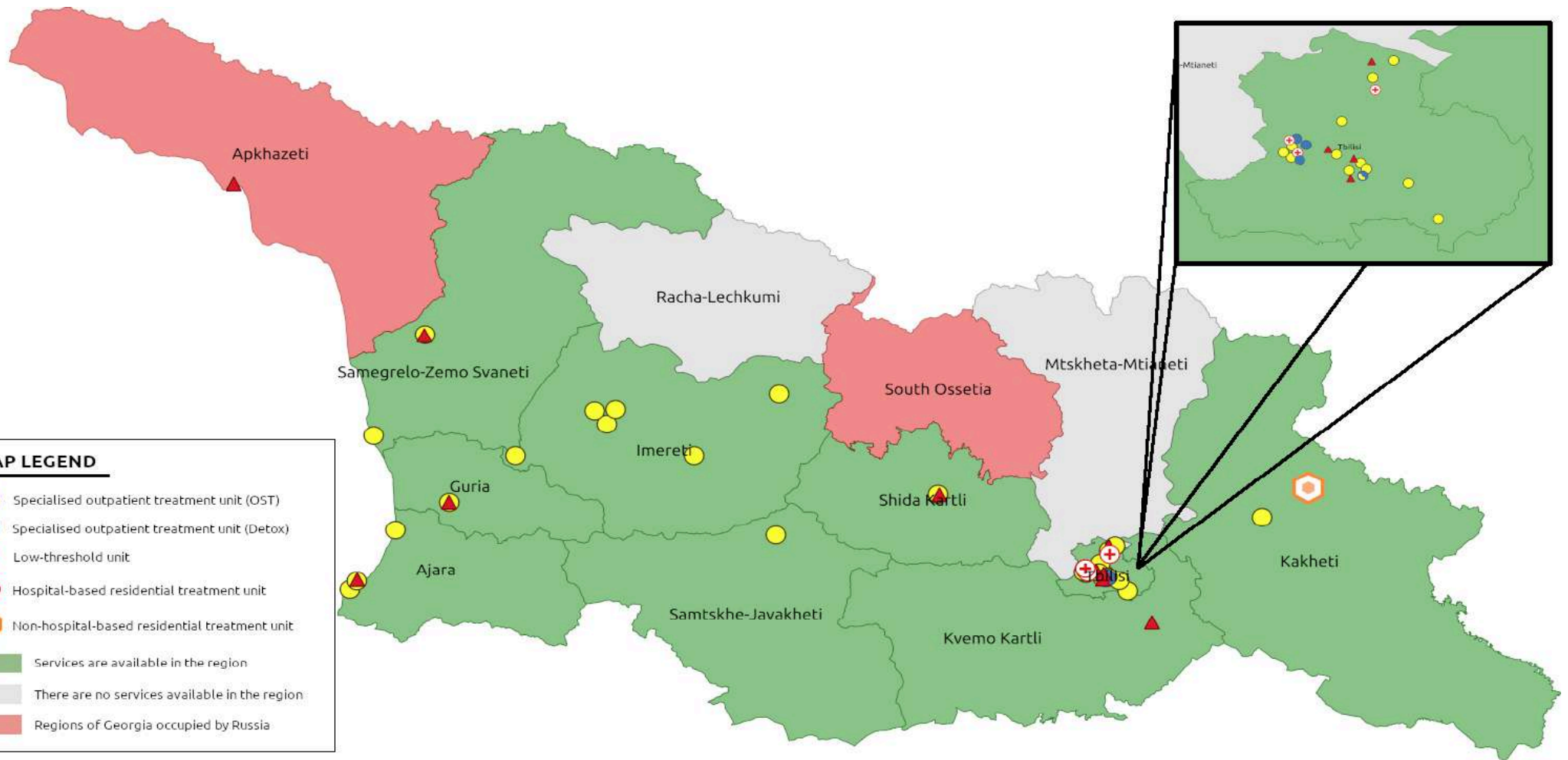
რუკა 1: ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება რეგიონების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით)



რუკა 2: აბსტინენციაზე ორიენტირებული მკურნალობის პროგრამების განმახორციელებელი სამედიცინო დაწესებულებების განაწილება ქალაქების მიხედვით (2020 წლის მდგომარეობით)



რუკა 3: ზიანის შემცირების პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციების განაწილება ქალაქების მიხედვით.



რუკა 4: შერჩევის ჩარჩო

## აკრონიმები

**აივ** - ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი

**ოჩთ** - ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია

**შიდსი** - შექენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი

**თთპდი** - თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენცია

**შნპ** - შპრიცებისა და ნემსების პროგრამა

**EMCDDA** – European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction; ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრი

**ESPAD** - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ალკოჰოლის, თამბაქოსა და სხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შემსწავლელი ევროპის სასკოლო კვლევა

**EU4MD** – European union for Monitoring Drugs ევროკავშირი ნარკოვიტარების მონიტორინგისთვის

**ENP** - European Neighbourhood Policy Countries -ევროპის სამეზობლო პოლიტიკის ქვეყნები

**EWS** – Early Warning System ადრეული გაფრთხილების სისტემა

**GPS** – General Population Survey - ზოგადი მოსახლეობის კვლევა

**REITOX** - Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies; ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების საინფორმაციო ქსელი

**UNODC** - United Nations Office on Drugs and Crime; გაეროს ნარკოტიკებისა და დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის ბიურო

**WHO** – World Health Organization; ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

## ბიბლიოგრაფია

EMCDDA (2017) *Manual for carrying out facility surveys using the European Facility Survey Questionnaire (EFSQ)*. Available at: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/european-facility-survey-questionnaire-efsq\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/european-facility-survey-questionnaire-efsq_en) (Accessed: 22 September 2021).

UNODC (2021) *Early Warning Advisory on New Psychoactive Substances*. Available at: <https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>.

ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი (2020) *COVID-19-ის გავლენა ნარკობაზარზე, ნარკოტიკების მოხმარებაზე, ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ ზიანსა და საპასუხო ზომებზე „ევროპული სამეზობლო პოლიტიკის“ (ENP) აღმოსავლეთ ქვეყნებში*. თბილისი. Available at: [https://justice.gov.ge/Multimedia/Files/antinarkotikuli-politika/EU4MD\\_Trendspotter-East\\_ENP\\_Summary\\_KA\\_FINAL.pdf](https://justice.gov.ge/Multimedia/Files/antinarkotikuli-politika/EU4MD_Trendspotter-East_ENP_Summary_KA_FINAL.pdf) (Accessed: 23 September 2021).

ნარკოვითარების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრი (2021) *ნარკოვითარების წლიური ანგარიში 2019*. თბილისი. Available at: [https://justice.gov.ge/Multimedia/Files/antinarkotikuli-politika/ნარკოვითარების\\_2019\\_წლის\\_ანგარიში.pdf](https://justice.gov.ge/Multimedia/Files/antinarkotikuli-politika/ნარკოვითარების_2019_წლის_ანგარიში.pdf).

საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი (2019a) *თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებულ ინტერვენციაში მონაწილე ბენეფიციართა შორის ჩატარებული რაოდენობრივი კვლევის მონაცემთა ანალიზის შედეგები*. თბილისი. Available at: <https://ghrn.ge/img/file/ანგარიში-თთპდი-2019.pdf>.

საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი (2019b) *შპრიცებისა და ნემსების პროგრამის ბენეფიციართა შორის ჩატარებული რაოდენობრივი კვლევის მონაცემთა ანალიზის შედეგები კვლევის ანგარიში*. თბილისი. Available at: <https://ghrn.ge/img/file/ანგარიში-შპპ-2019.pdf>.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2017) *B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩატარების წესები ზრდასრულებში*. Available at: [https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01\\_GEO/jann\\_sistema/higienuri-Norm/metod-rekomend/B-hepatit.pdf](https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01_GEO/jann_sistema/higienuri-Norm/metod-rekomend/B-hepatit.pdf).

საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე (2012) *ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ*. Available at: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1670322>.