

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების
პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში
2014

კვლევის ანგარიში

ივლისი, 2015

მომზადებულია:

საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ და

საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ



CURATIO
INTERNATIONAL
FOUNDATION



მადლიერების გამოხატვა

საზოგადოებრივი გაერთიანება “ბემონი” და საერთაშორისო ფონდი კურაციო მადლობას უხდის შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის პროექტს ფინანსური მხარდაჭერისათვის, რამაც შესაძლებელი გახადა წინამდებარე, მეტად მნიშვნელოვანი კვლევის ჩატარება.

კვლევის ანგარიში მოამზადეს თამარ სირბილაძემ, ლელა თავზარაშვილმა (საზოგადოებრივი გაერთიანება “ბემონი”), ივლით ჩიქოვანმა, ნათია შენგელიამ და ლელა სულაბერიძემ (საერთაშორისო ფონდი კურაციო, CIF).

განსაკუთრებულ მადლიერებას გამოვხატავთ საერთაშორისო კონსულტანტის – ალი მირზაზადეს (მედიცინის დოქტორი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი, ფილოსოფიის დოქტორი, პოსტ-დოქტორანტი, კალიფორნიის უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის პოლიტიკის კვლევისა და გლობალური ჯანმრთელობის მეცნიერების სან ფრანცისკოს ინსტიტუტი) მიმართ, მისი ღირებული წვლილისათვის ქსელის ზომის განსაზღვრის კვლევის მომზადებაში, პროტოკოლისა და კვლევის ინსტრუმენტის შექმნასა და მონაცემთა ანალიზში.

ავტორები მადლობას უხდიან იმ უწყებებისა და ორგანიზაციების წარმომადგენლებს, რომელთა დახმარების გარეშე მოცემული კვლევა ვერ ჩატარდებოდა. ესენია: საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი.

ავტორები სათანადოდ აფასებენ პროექტის თანამშრომლების წვლილს - მათი შრომისმოყვარეობისა და ერთგულების წყალობით მოხერხდა კვლევის დროულად ჩატარება. ასევე გვსურს, ხაზი გავუსვათ რეგიონებში ჩვენი პარტნიორი არასამთავრობო ორგანიზაციების ძალისხმევას საველე სამუშაოების ორგანიზებაში.

მკვლევართა გუნდი მადლობას უცხადებს ყველა ორგანიზაციას თუ ცალკეულ პიროვნებას, ვინც დახმარება გაგვიწია კვლევის სხვადასხვა ეტაპზე.

სარჩევი

მადლიერების გამოხატვა.....	i
შემოკლებები.....	iii
რეზიუმე.....	1
1. შესავალი.....	3
2. მეთოდოლოგია.....	4
2.1 კვლევის ამოცანები.....	4
2.2 სამიზნე პოპულაციის განსაზღვრა.....	4
2.3 მეთოდები.....	5
მეთოდი 1: ქსელის ზომის განსაზღვრა.....	5
მეთოდი 2: ჩაჭერა-უკუჩაჭერა.....	10
მეთოდი 3: კოეფიციენტების ტექნოლოგია.....	12
საბაზისო მონაცემები.....	15
მონაცემების ექსტრაპოლირება - ინმ სავარაუდო რაოდენობისა და პრევალენტობის გაანგარიშება ქვეყნის მასშტაბით.....	19
მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდის აღწერა.....	22
3. შედეგები.....	24
3.1 გაანგარიშება ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდით.....	24
3.2 გაანგარიშება ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მეთოდით.....	24
3.3 გაანგარიშება კოეფიციენტების ტექნოლოგიის გამოყენებით.....	25
ინმ პრევალენტობის გაანგარიშება.....	31
ინმ ნაციონალური პრევალენტობის გაანგარიშების შედეგები.....	35
4. მონაცემების ტრიანგულაცია და კონსენსუსით მიღებული საბოლოო შეფასება.....	41
5. კვლევის შეზღუდვები.....	42
6. დასკვნა და რეკომენდაციები.....	44
დანართები.....	48
1. ქსელის ზომის განსაზღვრის კითხვარი.....	48
2. ჩაჭერა-უკუჩაჭერის კვლევის კითხვარი.....	50
3. კითხვარი ნომინაციური მეთოდისათვის.....	52

შემოკლებები

აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
დესჯეც	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
ინმ	ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელი
ნკტ	ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება
სგგი	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია
ცნს	ცენტრალური ნერვული სისტემა
შიდსი	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
AOR	შეთანასწორებული შანსების თანაფარდობა
BSS	ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა
CI	სარწმუნოების ინტერვალი
CIF	საერთაშორისო ფონდი კურაციო
CRC	ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მეთოდი
EMCDDA	ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის საკითხებზე ევროპის მონიტორინგის ცენტრი
ICD-10	დაავადებათა საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაცია, მეათე გადასინჯვა
NSU	ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი
RDS	რესპონდენტებზე ორიენტირებული შერჩევა
RDSAT	რესპონდენტებზე ორიენტირებული შერჩევის ანალიზის ინსტრუმენტი
SPSS	სტატისტიკური პაკეტი სოციალური მეცნიერებისათვის
UNODC	ნარკოტიკებთან და დანაშაულთან ბრძოლის გაეროს ოფისი

რეზიუმე

ნარკოტიკების არალეგალური მოხმარების მასშტაბების შეფასება ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია. ასეთი ინფორმაცია ფასეულია, ერთი მხრივ, ადგილობრივ და ეროვნულ დონეზე ნარკოტიკების მოხმარების შედეგების მონიტორინგისათვის, ხოლო, მეორე მხრივ, პრევენციული ღონისძიებების ეფექტურობის შეფასების თვალსაზრისით. ნარკოტიკების მომხმარებლების ზუსტი რაოდენობის დადგენა შეუძლებელია. შესაბამისად, ხდება მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობის შეფასება, რაც ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების რეალობასთან მიახლოებულ სურათს იძლევა. ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ არც ერთი ცალკე აღებული შეფასების მეთოდი არ გვაძლევს ჭეშმარიტ სურათს და, დამაჯერებელი შედეგების მისაღებად, სასურველია ერთდროულად რამოდენიმე მეთოდის გამოყენება.

წინამდებარე კვლევა მიზნად ისახავდა 2014 წელს საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის შეფასებას, შეფასების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენებით და შედეგების ტრიანგულაციას ამ სარისკო პოპულაციის ყველაზე მეტად დამაჯერებელი სავარაუდო რაოდენობის მისაღებად. მოცემული კვლევის მიზნებისათვის, ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლად ითვლება მამრობითი და მდედრობითი სქესის 18 წელს მიღწეული პირი, ვინც იკეთებს ნარკოტიკის ინექციას კუნთში ან ვენაში ინტოქსიკაციის მიზნით, ექიმის დანიშნულების გარეშე. კვლევა განხორციელდა საერთაშორისო ფონდ კურაციოსა და საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ მიერ, აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროექტის "აივ/შიდსის გავრცელების მხრივ მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებში სარისკო ქცევის ცვლილებასა და განხორციელებული პრევენციული ღონისძიებების ეფექტურობის შესახებ სარწმუნო ინფორმაციის გენერირება" ფარგლებში.

ქვეყნის მასშტაბით ინმ სავარაუდო რაოდენობისა და პრევალენტობის გადათვლა მოხდა ქსელის ზომის განსაზღვრისა (Network Scale-up, NSU) და კოეფიციენტების ტექნოლოგიის (multiplier-benchmark method) გამოყენებით.

ზემოაღნიშნული მეთოდების გამოყენებით მივიღეთ შემდეგი ციფრები:

1. ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდით საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობა 2014 წელს იყო 43,800, ხოლო პრევალენტობა - 1,7%-2,05%

2. კოეფიციენტების ტექნოლოგია - ჯერ შეფასდა ინმ სავარაუდო რაოდენობა და პრევალენტობა საქართველოს 7 ქალაქში, ხოლო შემდეგ, ამ მონაცემების გამოყენებით, ნაციონალური პრევალენტობა გაანგარიშდა საქართველოს 64 ქალაქში, მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდის (Multivariate Indicator Method, (MIM) მეშვეობით. ინმ რაოდენობის და პრევალენტობის გადათვლა მოხდა ორი განსხვავებული მეთოდით: თითოეულ ქალაქში დემოგრაფიული ინდიკატორის (მოსახლეობის სიმჭიდროვე) და ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელებადობის კოეფიციენტის გამოყენებით. კვლევის შედეგად შემდეგი მონაცემები დაფიქსირდა: გაანგარიშების მეთოდი N1. დემოგრაფიული ინდიკატორის გამოყენებით (მოსახლეობის სიმჭიდროვე) – 2,15% (ინმ სავარაუდო რაოდენობა = 52,903); გაანგარიშების მეთოდი N2. პრევალენტობის კოეფიციენტის გამოყენებით - 2,11% (ინმ სავარაუდო რაოდენობა = 52,494).

საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობაზე კონსენსუსის მისაღწევად, გლობალური ფონდის პროექტისა და დკსჯეც-ის მხარდაჭერით, ჩატარდა ექსპერტთა კონსენსუსის შეხვედრა. ხანგრძლივი დისკუსიის შემდეგ გადაწყდა, რომ გაანგარიშების სამივე მეთოდით მიღებული სავარაუდო რაოდენობების საშუალო მაჩვენებელი მიჩნეულიყო ქვეყანაში ინმ პოპულაციის სავარაუდო ზომად.

ამგვარად, ექსპერტთა შეთანხმების თანახმად, 2014 წელს საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა იყო **49,700** (49,208 – 50,192), ხოლო პრევალენტობა - **2,02%** (2,00% - 2,04%), 18-64 წლის მოსახლეობაზე გადათვლით და **1,33%** (1,32% - 1,35%) ზოგად პოპულაციაზე გადათვლით.

1. შესავალი

ნარკოტიკების არალეგალური მოხმარების მასშტაბების შეფასება ძალიან მნიშვნელოვანი საკითხია. ასეთი ინფორმაცია ფასეულია, ერთი მხრივ, ადგილობრივ და ეროვნულ დონეზე ნარკოტიკების მოხმარების შედეგების მონიტორინგისათვის, ხოლო, მეორე მხრივ, პრევენციული ღონისძიებების ეფექტურობის შეფასების თვალსაზრისით. ნარკოტიკების მომხმარებლების ზუსტი რაოდენობის დადგენა შეუძლებელია. შესაბამისად, ხდება მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობის შეფასება, რაც ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების რეალობასთან მიახლოებულ სურათს იძლევა. ექსპერტები მიიჩნევენ, რომ არც ერთი ცალკე აღებული შეფასების მეთოდი არ გვაძლევს ჭეშმარიტ სურათს და, დამაჯერებელი შედეგების მისაღებად, სასურველია ერთდროულად რამოდენიმე მეთოდის გამოყენება. წინამდებარე კვლევაში გამოყენებული იყო ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა (ინმ) პოპულაციის ზომის შეფასების რამდენიმე მეთოდი.

ყოველთვის მიზანშეწონილია, რომ საკვანძო პოპულაციების ზომის განსაზღვრის კვლევა განხორციელდეს სხვა, უფრო დიდი, განსხვავებული მიზნების მქონე კვლევის (მაგალითად, მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების ქცევის მონიტორინგი) ფარგლებში, თუკი ამის შესაძლებლობა არსებობს - ამ შემთხვევაში დიდი კვლევის კითხვარს ემატება საკვანძო პოპულაციის ზომის შეფასების კითხვარი. ასეთი მიდგომა დროისა და ძალისხმევის დაზოგვის საშუალებას იძლევა.

წინამდებარე კვლევა განხორციელდა საერთაშორისო ფონდ კურაციოსა და საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ მიერ, აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროექტის "აივ/შიდსის გავრცელების მხრივ მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებში სარისკო ქცევის ცვლილებასა და განხორციელებული პრევენციული ღონისძიებების ეფექტურობის შესახებ სარწმუნო ინფორმაციის გენერირება" ფარგლებში. პროექტი ითვალისწინებს ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის ჩატარებას საქართველოს 7 ქალაქში, რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდოლოგიის გამოყენებით. ინმ სავარაუდო რაოდენობის შესაფასებელი კითხვარები დაემატა ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის ინსტრუმენტს.

2. მეთოდოლოგია

2.1 კვლევის ამოცანები

წარმოდგენილი კვლევის ამოცანა იყო 2014 წელს საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა პოპულაციის ზომის შეფასება რამდენიმე მეთოდის გამოყენებით და შედეგების ტრიანგულაცია ამ სარისკო პოპულაციის ყველაზე მეტად დამაჯერებელი სავარაუდო რაოდენობის მისაღებად.

2.2 სამიზნე პოპულაციის განსაზღვრა

მოცემული კვლევის მიზნებისათვის, ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლად ითვლება მამრობითი და მდედრობითი სქესის პირი, ვინც იკეთებს ნარკოტიკის ინექციას კუნთში ან ვენაში ინტოქსიკაციის მიზნით, ექიმის დანიშნულების გარეშე.

კვლევაში ჩასართავად გამოყენებულ იქნა შემდეგი კრიტერიუმები:

1. ასაკი - 18 წელი და მეტი,
2. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში,
3. კვლევის განსახორციელებლად შერჩეულ ქალაქში ცხოვრება,
4. ქართულ ენაზე შედგენილ კითხვარზე პასუხის გაცემის უნარი,
5. კვლევაში მონაწილეს თან აქვს კუპონი,
6. მიმდინარე კვლევაში პირველად იღებს მონაწილეობას,
7. ნარკოტიკის ინექციის ადგილები სხეულზე თვალთ შესამჩნევია, ამასთანავე აქვს ინფორმაცია ნარკოტიკული საშუალებების ფასებზე, მომზადების ტექნიკაზე და ა.შ.

2.3 მეთოდები

არალეგალური ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების პრევალენტობის შეფასების მრავალგვარი მეთოდი არსებობს. მაგალითად: ხილული მომხმარებლების აღრიცხვა და დათვლა; ზოგადი პოპულაციის კვლევები (თუმცა, ასეთი კვლევები ნაკლებად სარწმუნოა ნარკოტიკების მოხმარების განსაკუთრებით სტიგმატიზებული და ფარული მახასიათებლების შესწავლის თვალსაზრისით); ჩაჭერა-უკუჩაჭერის (მარკირება-განმეორებითი ჩაჭერა) მეთოდი; კოეფიციენტების ტენოლოგია; დასახელების (ნომინაციის) მეთოდი; ქსელის ანალიზი (ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი); სინთეზური შეფასება, რომელიც დაფუძნებულია სოციალური ან დემოგრაფიული ცვლადების კორელაციაზე ნარკოტიკების მოხმარების პრევალენტობასთან; და სხვა უფრო რთული სტატისტიკური მოდელირების მეთოდები.

საქართველოში ინმ პოპულაციის ზომის განსაზღვრისათვის ჩვენ გამოვიყენეთ ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი (Network Scale-Up, NSU), მოდიფიცირებული ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მეთოდი (Capture-recapture, CRC) და კოეფიციენტების ტენოლოგია (Multiplier-Benchmark method).

მეთოდი 1: ქსელის ზომის განსაზღვრა

ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი ემყარება ზოგად კონცეფციას, რომლის მიხედვითაც ინდივიდის სოციალური ქსელი რეპრეზენტატიულია სრული პოპულაციისა. ეს ნიშნავს, რომ ერთი ადამიანის მეგობრების წრე გარკვეულწილად ასახავს მთელი საზოგადოების (თემის) მახასიათებლებს. როდესაც რესპონდენტს შეკითხვებს ვუსვამთ მათი ნაცნობების შესახებ და არა თავად მათ შესახებ, ასეთი მიდგომა უზრუნველყოფს ანონიმურობის გარკვეულ დონეს, რაც საშუალებას იძლევა, რომ მიღებული პასუხები იყოს გულწრფელი და თავისუფალი სტიგმისგან, ან იმ სხვა ნეგატიური შედეგებისგან, რაც შეიძლება შეეხოს თავად რესპონდენტს ან მის მეგობრებს.^{1,2}

¹ Network Scale-up Method Workshop Manual. WHO, Regional Knowledge Hub for HIV/AIDS Surveillance, & Kerman University of Medical Sciences, K.I. 2013.

² Report from the consultation on network scale-up & other size estimation methods from general population surveys New York City. UNAIDS & The US Office of the Global AIDS Coordinator, 2012

ქსელის ზომისა და ინმ პოპულაციის ზომის შესაფასებლად, შინამეურნეობების კვლევისას, კლასტერული რანდომული შერჩევის მეშვეობით, თბილისში მოხდა 1015 ზრდასრული (18 წელზე მეტი ასაკის) პირის რეკრუტირება. კვლევა ჩატარდა 2014 წელს აპრილი-ივნისის პერიოდში. პირისპირ ანონიმური გამოკითხვის დროს, კვლევის სუბიექტებს ვეკითხებოდით, გასულ წელს რამდენ ადამიანს იცნობდა, ვინც ინექციური გზით მოიხმარდა ნარკოტიკს. ინტერვიუერი რესპონდენტს წინასწარ აძლევდა განმარტებას, რომ „ნაცნობობაში“ იგულისხმება შემდეგი: ასეთ ადამიანს უნდა იცნობდეთ სახეზე და სახელით, და ისიც უნდა გიცნობდეთ სახეზე და იცოდეს თქვენი სახელი; და ასეთ ადამიანთან ურთიერთობა გქონიათ ბოლო 2 წლის მანძილზე პირადად, ტელეფონით ან ინტერნეტით (მაგ. ელ.ფოსტის საშუალებით, სკაიპით, მიმოწერა სოციალური ქსელით). ამავე დროს, სოციალური ქსელის ზომის განსაზღვრის მიზნით, რესპონდენტებს ვუსვამდით შეკითხვებს, რამდენ ადამიანს იცნობდა თითოეული მათგანი „ცნობილი ზომის“ პოპულაციების 24 ჯგუფიდან (დეტალები იხილეთ ქვემოთ).

ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდის გამოყენების დროს, სამიზნე ჯგუფის ზომის შესაფასებლად გვჭირდება სამი პარამეტრი:

- რესპონდენტის პირადი სოციალური ქსელის ზომა $i = c_i$
- სამიზნე ჯგუფის წარმომადგენელთა ის რაოდენობა, რომელთაც იცნობს რესპონდენტი $i = m_i$
- თბილისის ზრდასრული (>18 წელზე) მოსახლეობის რაოდენობა = t

Killworth-ის (Killworth PD, 1998), მიერ მოწოდებული ფორმულა გვაძლევს შემდეგ მაქსიმალური ალბათობის მქონე შეფასებას:

$$\text{პოპულაციის ზომა} = e = \frac{\sum_i m_i}{\sum_i c_i} t \quad (\text{ფორმულა 1})$$

რესპონდენტის პირადი სოციალური ქსელის ზომის შეფასებისათვის გამოვიყენეთ “ცნობილი ზომის პოპულაციების” მიდგომა. პროცესი იწყება 24 ცნობილი პოპულაციის ($j=24$) ზომის შესახებ ინფორმაციის მიღებით, სრულდება სოციალური ქსელის საშუალო ზომის გამოთვლით და ხორციელდება 5 ეტაპად:

1. ფორმულა 1-დან გამომდინარეობს, რომ თითოეული რესპონდენტის ქსელის ზომის შეფასება (i) ხდება ყველა ხელმისაწვდომი ცნობილი პოპულაციის ზომის (j) გამოყენებით:

$$c_i = \frac{\sum_{ij} m_{ij}}{\sum_j e_j} t$$

2. შემდეგ საფეხურზე ხდება C_i -ს მონაცემთა გასაშუალოება და ყველა პოპულაციის ზომის უკან გადათვლა შემდეგი ფორმულის მიხედვით:

$$e_j = \frac{\sum_{ij} m_{ij}}{\sum_i \hat{c}_i} t$$

3. ცდომილების ფაქტორის განსაზღვრის მიზნით ხდება 24 ცნობილი პოპულაციის თითოეული ჯგუფისთვის უკვე ცნობილი რაოდენობის (E) (ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემები ამ პოპულაციაზე) შეფარდება ანალიზის შედეგად მიღებულ მათ სავარაუდო რაოდენობაზე (e):

$$\text{Bias factor}_i = \frac{E_i}{e_i}$$

4. თუკი ცდომილების ფაქტორი რომელიმე შემთხვევაში აღმოჩნდება 1.5-ზე მეტი ან 0.5-ზე ნაკლები, აღნიშნული პოპულაცია გავარდება და არ მიიღებს მონაწილეობას საბოლოო ანალიზში. ასეთ შემთხვევაში, ვუბრუნდებით პირველ ნაბიჯს და თავიდან ვიმეორებთ პროცესს.
5. პროცესი სრულდება მაშინ, როდესაც ცდომილების ყველა ფაქტორი აღმოჩნდება 0.5-სა და 1.5-ს შორის შუალედში და ფიქსირდება სოციალური ქსელის საშუალო ზომა.

აღნიშნული პროცესის დასრულების შემდეგ, ჩვენ საბოლოოდ დაგვრჩა 21 ცნობილი პოპულაცია. საქართველოში მცხოვრები ადამიანების სოციალური ქსელის სავარაუდო ზომა აღმოჩნდა 355 (95%CI, 342-366).

საბოლოოდ, ფორმულა 1-ში შევიტანეთ ყველა პარამეტრი და გამოვითვალეთ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა პოპულაციის ზომა. პოპულაციის სავარაუდო ზომის გადახრა გამოვითვალეთ ჩატვირთვის მოდელირების (bootstrap simulation) მეშვეობით.

ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდს აქვს შემდეგი ცდომილებები: “ინფორმაციის გადაცემის ეფექტი ანუ ტრანსმისიის ცდომილება“ (შესაძლოა, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები ღიად არ საუბრობდნენ თავიანთ მავნე ჩვევაზე) და “ქსელის შეფარდებითი ზომა” ანუ “პოპულარობის ინდექსი“ (ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებს შეიძლება ჰქონდეთ ზოგადი მოსახლეობის წარმომადგენლებზე უფრო მცირე პირადი ქსელის ზომა). ამ ცდომილებების გასწორების მიზნით, გამოკითხული იქნა რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდით ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევაში ჩართული ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები. მთლიანად, საქართველოს 7 ქალაქში, კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 2037-მა რესპონდენტმა. გამოკითხვა ტარდებოდა 2014 წლის ნოემბრიდან 2015 წლის მაისის ჩათვლით. რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდოლოგიის დეტალური აღწერა მოცემულია ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის 2015 წლის ანგარიშში.

ჩვენ გამოვიყენეთ ე.წ. „კონტაქტების თამაშის“ მეთოდი³ შემოკლებული ვარიანტი, რომელიც გულისხმობს შემდეგს: რესპონდენტებს ვეკითხებოდით, რამდენ ადამიანს იცნობდნენ „ცნობილი ზომის პოპულაციების“ 16 ჯგუფიდან. ეს 16 ჯგუფი არჩეული იყო ცნობილი პოპულაციების 21 ჯგუფიდან. შემდეგ ვუსვამდით შეკითხვებს, თითოეული ცნობილი პოპულაციიდან რამდენმა იცოდა იმის შესახებ, რომ რესპონდენტი ინექციურ ნარკოტიკებს მოიხმარს.

ეს ინფორმაცია გამოყენებული იყო ტრანსმისიის ცდომილებისა და პოპულარობის ინდექსის გამოსათვლელად, რათა შეგვესწორებინა ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდის 2 ზემოთ აღნიშნული ცდომილება. ტრანსმისიისა და პოპულარობის ინდექსის ცდომილებები დავითვალეთ ყველა ქალაქისათვის, სადაც ჩატარდა კვლევა (იხ. ცხრილი 1):

³ Salganik, M.J., Mello, M.B., Abdo, A.H., Bertoni, N., Fazito, D., & Bastos, F.I. The Game of Contacts: Estimating the Social Visibility of Groups. Soc.Networks., 2011. 33, (1) 70-78 available from: PM:21318126

ცხრილი 1 - ტრანსმისიის თანაფადრობა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში საქართველოში, 2015

ქალაქი	ტრანსმისია	პოპულარობა
თბილისი	%46.2 (41.0-51.4)	%140.03 (132.22-147.84)
გორი	%34.8 (29.3-40.2)	%152.77 (143.02-%162.52)
თელავი	%32.0 (26.6-37.4)	%197.64 (185.12-210.17)
ზუგდიდი	%46.1 (40.3-51.9)	%192.63 (180.68-204.58)
ბათუმი	%45.4 (39.5-51.3)	%128.08 (119.07-137.09)
ქუთაისი	%44.4 (38.6-50.1)	%174.65 (164.08-185.22)
რუსთავი	%34.5 (28.6-40.4)	%146.74 (137.17-156.31)
საქართველო	%40.5 (38.3-42.6)	%164.05 (160.01-168.09)

ტრანსმისიის ცდომილება ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის იყო 40.5%, რაც იმას ნიშნავს, რომ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ნაცნობების მხოლოდ ~40%-მა იცის იმის შესახებ, რომ ისინი ნარკოტიკებს მოიხმარენ. რაც შეეხება პოპულარობის ინდექსს, მოულოდნელად აღმოჩნდა, რომ ჩვენი შეფასებები ნაციონალურ და სუბნაციონალურ დონეზე ყველა 100%-ზე მეტია (ცხრილი 1). ეს კი იმას ნიშნავს, რომ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სოციალური ქსელის ზომა დაახლოებით 164.05% -ით მეტია, ვიდრე ზოგადი მოსახლეობისა, რაც კითხვის ნიშნებს აჩენს. ლიტერატურაში არსებულ ინფორმაციაზე და ექსპერტთა მოსაზრებებზე დაყრდნობით, გადავწყვიტეთ, აგველო ადგილობრივი შეფასების (100% - ექსპერტთა მოსაზრება) და ლიტერატურაში მოძიებული მონაცემების (70% - ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის) საშუალო მაჩვენებელი - 80% (ცხრილი 2).

ცხრილი 2 - ტრანსმისიისა და პოპულარობის ინდექსი ლიტერატურაში

ტრანსმისია	პოპულარობა	სტატიის სახელწოდება	ავტორები	ჟურნალი, გამოცემის წელი
75%	0.69	Assessing Network Scale-up Estimates for Groups Most at Risk of HIV/AIDS: Evidence From a Multiple-Method Study of Heavy Drug Users in Curitiba, Brazil	Matthew J. Salganik, Dimitri Fazito, Neilane Bertoni, Alexandre H. Abdo, Maeve B. Mello, and Francisco I. Bastos	American Journal of Epidemiology, 2011

ტრანსმისია	პოპულარობა	სტატიის სახელწოდება	ავტორები	ჟურნალი, გამოცემის წელი
54%	0.69	Network Scale-Up Correction Factors for Population Size Estimation of People Who Inject Drugs and Female Sex Workers in Iran	Ahmad Maghsoudi, Mohammad Reza Baneshi, Mojtaba Neydavoodi, AliAkbar Haghdoost	PLOS One, 2014
54%	0.7	Size Estimation of Most-at-Risk Groups of HIV/AIDS Using Network Scale-up in Tabriz, Iran	Ali Jafari Khounigh, Ali Akbar Haghdoost, Shaker Salari Lak, Ali Hossein Zeinalzadeh, Reza Yousef Farkhade, Mehdi Mohammadzadeh, Kourosh Holakouie Naieni	Journal of Clinical Research & Governance, 2014
76%	არ არის	The Game of Contacts: Estimating the Social Visibility of Groups	Matthew J. Salganik, Maeve B. Mello, Alexandre H. Abdo, Neilane Bertoni, Dimitri Fazito, and Francisco I. Bastos	Soc Networks, 2011
57%	არ არის	Estimating the Size of Populations with High Risk for HIV Using the Network Scale-up Method	Volodymyr Paniotto, Tetyana Petrenko, Volodymyr Kupriyano, Olha Pakhok	2009

მეთოდი 2: ჩაჭერა-უკუჩაჭერა

მეორე მეთოდი, რომლის ინტეგრირებაც მოხდა ქვევანა ზედამხედველობის კვლევაში, არის დომბროვსკის მიერ მოწოდებული ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მოდიფიცირებული მეთოდი⁴. ამ მეთოდის მიხედვით, რესპონდენტებს ვთხოვდით, მოეწოდებინათ ინფორმაცია საკუთარი თავის შესახებ (სიმაღლე, დაახლოებითი წონა, თმის ფერი, ეროვნება) და ფიქსირდებოდა სპეციალური სატელეფონო კოდი (“telefunken code”) - მათი მობილური ტელეფონების ბოლო 4 ციფრის მიხედვით (ხდებოდა ბოლო 4 ციფრიდან თითოეულის კოდირება, როგორც კენტი-ლუწის და დაბალის (0-4) ან მაღალის (5-9).

⁴ Dombrowski K, Khan B, Wendel T, McLean K, Misshula E, Curtis R. Estimating the Size of the Methamphetamine-Using Population in New York City Using Network Sampling Techniques. *Advances in Applied Sociology*. 2012 Dec 1;2(4):245-252.

რესპონდენტებს ვთხოვდით, რანდომულად შეერჩიათ თავიანთი მობილური ტელეფონების კონტაქტების სიიდან 5 ადამიანი, რომლებიც ინექციურად მოიხმარენ ნარკოტიკს. ამის შემდეგ თითოეულ შერჩეულ ადამიანზე ვიღებდით ინფორმაციას მათი პიროვნული მახასიათებლების (სიმაღლე, წონა, თმის ფერი, ეროვნება) და სატელეფონო კოდის შესახებ. უმრავლეს შემთხვევებში, კოდირებული ტელეფონის ნომერი (telefunken), სიმაღლესთან, წონასთან, თმის ფერთან და ეროვნებასთან ერთად, გვაძლევს უნიკალურ ანონიმურ კოდს თითოეული რესპონდენტისათვის.

პოპულაციის ზომის შეფასების მიზნებისათვის, კვლევის მონაწილეები განიხილებოდნენ, როგორც „ჩაჭერის“ პოპულაცია, ხოლო გამოკითხვის დროს მათ მიერ დასახელებული ყველა კონტაქტი წარმოადგენს „უკუჩაჭერის“, ანუ განმეორებითი ჩაჭერის სუბიექტებს. პოპულაციის ზომის გამოთვლა ხდებოდა შემდეგნაირად:

- მოქმედი სატელეფონო კოდების (telefunken codes) მქონე ინმ-ების რაოდენობა, რომელთა ჩაჭერა მოხდა კვლევაში = n
- მოქმედი სატელეფონო კოდების (telefunken codes) მქონე ინმ-ების რაოდენობა, რომლებიც დასახელდა კვლევის პროცესში = s
- ცრუ დამთხვევების გამორიცხვა, ინმ-ების სატელეფონო კოდების რაოდენობა, რაც დასახელეს სხვა რესპონდენტებმა = r

ქვემოთ მოცემული ფორმულის მეშვეობით მოვახდინეთ ინმ სავარაუდო რაოდენობის გამოთვლა:

$$\text{პოპულაციის ზომა} = e = \frac{n \times s}{r} \quad (\text{ფორმულა 3})$$

შემდეგი ფორმულის გამოყენებით მოვახდინეთ პოპულაციის ზომის სტანდარტული ცდომილების გამოთვლა თითოეული ქალაქისათვის, სადაც ჩატარდა კვლევა და გავიანგარიშეთ პოპულაციის სავარაუდო ზომის სარწმუნოების ზღვარი:

$$SE_e = \sqrt{\frac{n \times s \times (n - r) \times (s - r)}{r^3}}$$

ამის შემდეგ მოვახდინეთ თითოეულ ქალაქში ინმ სავარაუდო პრევალენტობის გადათვლა.

მეთოდი 3: კოეფიციენტების ტექნოლოგია

კოეფიციენტების ტექნოლოგია ფარული პოპულაციის ზომის შეფასების არაპირდაპირ მეთოდებს შორის ყველაზე მოქნილ, ადვილად ჩასატარებელ და ხანგრძლივი ისტორიის მქონე მეთოდს წარმოადგენს.

მეთოდი დაფუძნებულია ინფორმაციის მოძიებაზე 2 სხვადასხვა წყაროდან, რომლებიც გარკვეულწილად გადაფარავენ ერთმანეთს: 1. დაწესებულება ან სერვისი, რომელთანაც კონტაქტი აქვს ფარული პოპულაციის წარმომადგენელს, მაგ., კონკრეტული დროის მონაკვეთში პოლიციის მიერ რეგისტრირებულ ნარკოტიკის მომხმარებელთა რაოდენობა, მოწოდებული შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ (რუტინული ინფორმაციის წყაროები); 2. თავად ფარული პოპულაციის წევრებისგან მიღებული ინფორმაცია, მაგალითად, დროის იმავე მონაკვეთში პოლიციის მიერ რეგისტრირებულ ნარკოტიკის მომხმარებელთა რაოდენობა, დასახელებული ნარკოტიკების მომხმარებელთა მიერ, რომლითაც ხდება კოეფიციენტის გამოყვანა.

ინმ სავარაუდო რაოდენობის გაანგარიშების შემდეგი პროცესი იყო გამოყენებული კვლევისთვის შერჩეული 7 ქალაქიდან თითოეულისთვის:

1. ინმ-ებთან დაკავშირებული საბაზისო ინფორმაციის შეკრება რუტინული ინფორმაციის წყაროებიდან (**Benchmarks, B**) - შესწავლილი იყო საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შესახებ 2014 წლისთვის ხელმისაწვდომი ყველა სახის ინფორმაცია (დეტალები იხ. ქვემოთ, ქვეთავში „რუტინული ინფორმაციის შეგროვება“).

2. ინმ-ების გამოკითხვა სპეციალური კითხვარით - თითოეული ინდიკატორის (მაგ., მკურნალობის, პოლიციის და სხვ) მიხედვით სამიზნე პოპულაციის პროპორციის დადგენა ხდებოდა ნომინაციური (დასახელების) ტექნიკის გამოყენებით - ჩატარდა კვლევა საქართველოს 7 ქალაქში.

3. კოეფიციენტების გამოთვლა - ეს ეტაპი 2 ფაზას მოიცავს: ა) მეორე ეტაპზე გამოკითხვის შედეგად დასახელებული ინმ-ების პროცენტული მაჩვენებლების (**percentage, P**) გამოყვანა თითოეული ინდიკატორის მიხედვით და ბ) კოეფიციენტის (**Multiplier, M**) გამოთვლა ფორმულით: $M = 100/P$

4. ინმ სავარაუდო რაოდენობის (**Estimation, E**) გამოთვლა - თითოეული ინდიკატორის ინმ სავარაუდო რაოდენობის გაანგარიშება ხდებოდა რუტინული ინფორმაციის წყაროდან მიღებული რაოდენობის გამრავლებით შესაბამის კოეფიციენტზე **E=BXM**

5. ინმ პრევალენტობის შეფასება თითოეულ ქალაქში - კვლევის შვიდივე არეალში მიღებული ინმ სავარაუდო რაოდენობების მიხედვით მოვახდინეთ ამ ქალაქებში ინმ პრევალენტობის გაანგარიშება. 18-65 წლის მოსახლეობის რაოდენობის შესახებ ინფორმაცია მოპოვებული იქნა სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტიდან.

ნომინაციური კითხვარის შემუშავება

ნომინაციური კითხვარის საწყისი ვერსია შემუშავდა 2008 წელს, ინმ პოპულაციის სავარაუდო ზომის შეფასების კვლევის პირველი რაუნდის ჩატარების დროს. კითხვარის საბოლოო ვერსიაში, რომელიც მოცემულ კვლევაში იყო გამოყენებული, დაემატა ერთი კითხვა, შემდეგ მოხდა კითხვარის პრე-ტესტირება.

რუტინული ინფორმაციის შეგროვება

კვლევისთვის საჭირო რუტინული ინფორმაცია შეგროვდა შემდეგი ხელმისაწვდომი წყაროებიდან:

1. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დკსჯეც) მონაცემები დეტოქსიკაციურ მკურნალობასთან დაკავშირებით - მონაცემთა ამ ბაზაში არსებობს ანონიმური ინფორმაცია იმ პირების შესახებ, ვისაც კონტაქტი ჰქონდა ნარკოლოგიურ სამსახურებთან. 2014 წელს საქართველოში წამალდამოკიდებულთა სიფხიზლეზე ორიენტირებულ (დეტოქსიკაციურ) მკურნალობას ახორციელებდა 6 კლინიკა (მათგან 5 განთავსებულია თბილისში, ხოლო 1 - ბათუმში). 2014 წელს სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსდა დაახლოებით 300 პაციენტის მკურნალობა. ამ პროგრამით თითოეული პაციენტისთვის გამოყოფილი მკურნალობის საშუალო საფასური შეადგენდა 2000 ლარს; წამალდამოკიდებულთა დიდ ნაწილს თავად უხდებოდა მკურნალობის საფასურის გადახდა; სიძვირის გამო,

ბევრისთვის ამ თანხის მოძიება შეუძლებელი იყო. შესაბამისად, ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობა არ ასახავს მკურნალობაზე რეალურ მოთხოვნას.

2. **დესჯეც მონაცემთა ბაზა აივ ტესტირებასთან დაკავშირებით** - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი წარმოადგენს აივ/შიდსზე ეპიდზედამხედველობის კოორდინაციის განმახორციელებელ წამყვან ეროვნულ სააგენტოს. 2010 წლიდან ცენტრში ფუნქციონირებს გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში საერთაშორისო ფონდ კურაციოს მიერ შექმნილი ეპიდემიოლოგიური რეესტრი.
3. **ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის მონაცემთა ბაზა ოპიოიდურ ჩანაცვლებით მკურნალობასთან დაკავშირებით** - ჩანაცვლებითი თერაპიის პირველი პროგრამა საქართველოში 2005 წელს ამოქმედდა. ამჟამად ქვეყანაში ფუნქციონირებს ოპიოიდური ჩანაცვლებითი პროგრამების 3 ტიპი: გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში მომუშავე მეთადონური ჩანაცვლების პროგრამა, ჩანაცვლებითი თერაპიის სახელმწიფო პროგრამა და კერძო დაწესებულებებში მოქმედი ჩანაცვლებითი პროგრამები. ძირითადად, ჩანაცვლება ხდება 2 პრეპარატით: მეთადონით და სუბოქსონით (Suboxone®, ბუპრენორფინისა და ნალოქსონის კომბინაცია). 2014 წელს, გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში მუშაობდა ჩანაცვლებითი თერაპიის 5 ცენტრი (3 თბილისში, თითო ბათუმსა და გორში); სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში - 12 ცენტრი (6 თბილისში და თითო თელავში, ქუთაისში, ზუგდიდში, პოთში, ოზურგეთსა და ქობულეთში). სუბოქსონით ჩანაცვლების პროგრამა ამოქმედდა 2012 წელს.
4. **შინაგან საქმეთა სამინისტროს მონაცემთა ბაზა ნარკომომხმარებლების შესახებ** - პოლიციის მიერ რეგისტრირებული ნარკოტიკების მომხმარებელთა შესახებ ინფორმაციის მოპოვება შესაძლებელია შინაგან საქმეთა სამინისტროსგან სპეციალური მოთხოვნის წარდგენის შემდეგ. მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად, წლის განმავლობაში სამედიცინო დანიშნულების გარეშე ნარკოტიკების მოხმარების პირველი შემთხვევა და/ან ნარკოტიკული საშუალების პირადი მოხმარებისათვის მცირე რაოდენობით ფლობა ისჯება ჯარიმით ან ადმინისტრაციული პატიმრობით (ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსი, მუხლი 45). იმავე წელს

განმეორებით ჩადენილი მსგავსი ქმედება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობას ექვემდებარება (სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 273). კანონმდებლობის თანახმად, საფუძვლიანი ეჭვის არსებობისას, რომ პირი იმყოფება ნარკოტიკული თრობის მდგომარეობაში, სამართალდამცავი ორგანოების წარმომადგენელს უფლება აქვს, პირს მოსთხოვოს, გაიაროს შემოწმება აღნიშნული ნივთიერების მიღების ფაქტის ან თრობის მდგომარეობის დასადგენად. ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარების ფაქტი დგინდება ლაბორატორიის მიერ სწრაფი ტესტირებით ან/და კლინიკური შემოწმებით. ინფორმაცია არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების ექიმის დანიშნულების გარეშე მომარების შესახებ ფიქსირდება შსს საინფორმაციო-ანალიტიკური დეპარტამენტის მონაცემთა ბაზაში.

5. **ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მონაცემთა ბაზა ნემსების/შპრიცების პროგრამაში და სხვა დაბალზღვრბლოვან პროგრამებში ჩართული ინმ-ების შესახებ** - ეს პროგრამები მუშაობს გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში კვლევაში ჩართულ შვიდივე ქალაქში. ამ მომსახურების მიმწოდებელ ყველა დაწესებულებაში არსებობს კომპიუტერული მონაცემთა ბაზა, სადაც ფიქსირდება პირველადი და განმეორებითი კლიენტების რაოდენობა, ინფორმაცია კლიენტების რისკის შემცველი ქცევის შესახებ, გაწეული მომსახურებისა და გავრცელებული პრევენციული მასალების შესახებ. დაბალზღვრბლოვანი პროგრამების მომსახურება უფასოა და ანონიმური და გაცილებით ხელმისაწვდომია ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის. ნემსების/შპრიცების პროგრამა კლიენტებს მუდმივად აწვდის პრევენციულ მასალას (ერთჯერადი შპრიცები, კონდომები, სხვ.), ინფორმაციას, საინფორმაციო მასალას, სთავაზობს უფასო, კონფიდენციალურ კონსულტირებასა და ტესტირებას აივ-ზე, ვირუსულ ჰეპატიტებზე.

საბაზისო მონაცემები

თითოეული ნარკოტიკის მომხმარებელი შეიძლება წლის განმავლობაში იყოს კონტაქტში სხვადასხვა დაწესებულებასთან და, შესაბამისად, ფიგურირებდეს რუტინული ინფორმაციის სხვადასხვა წყაროში. ასეთი გადაფარვები ზოგჯერ კომპლექსურ ხასიათს ატარებდეს.

1. ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინდიკატორები

⇒ ინმ-ები, რომლებმაც თავშეკავებაზე ორიენტირებული მკურნალობა გაიარეს 2014 წელს

ინფორმაციის წყარო: დკსჯეც, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი

ცხრილი 3 დეტოქსიკაციურ მკურნალობასთან დაკავშირებული საბაზისო მონაცემები

ქალაქი	სამკურნალო დაწესებულება	ნამკურნალები ინმ-ების რ-ბა		ჯამური რ-ბა
		მამრ	მდედრ	
თბილისი	სახელმწიფო პროგრამა	363	8	371
	შინაგანი სტანდარტი	251	15	266
ბათუმი	სახელმწიფო პროგრამა	30	0	30
	შინაგანი სტანდარტი	60	1	61
სულ		704	24	728

განმარტება: გამორიცხული არ არის მონაცემთა დუბლირება, რადგან არსებობს ალბათობა, რომ ერთმა და იგივე პიროვნებამ წლის განმავლობაში სხვადასხვა დეტოქსიკაციურ კლინიკას მიმართა სამკურნალოდ. უნიკალური პერსონალური საიდენტიფიკაციო კოდები, რაც შემთხვევათა დუბლირების თავიდან აცილების საშუალებას მოგვცემდა, საქართველოში ჯერ-ჯერობით არ დანერგილა.

⇒ ინმ-ები, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში 2014 წელს

ინფორმაციის წყარო: ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ოპიოიდური ჩანაცვლებითი პროგრამების მონაცემთა ბაზა

ცხრილი 4 ოპიოიდურ ჩანაცვლებით თერაპიასთან დაკავშირებული საბაზისო მონაცემები

ქალაქი	სამკურნალო დაწესებულება	მამრობითი ინმ-ების რ-ბა	მდედრობითი ინმ-ების რ-ბა	ჯამური რ-ბა
თბილისი	გლობალური ფონდის ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრი	471	27	498
	სახელმწიფო მეთადონური პროგრამა	1165	2	1187
	სახელმწიფო სუბოქსონის პროგრამა	1031	19	1050

ბათუმი	გლობალური ფონდის ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრი	184	1	185
თელავი	სახელმწიფო პროგრამა	93	0	93
გორი	გლობალური ფონდის ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრი	124	0	124
ქუთაისი	სახელმწიფო პროგრამა	341	0	341
ზუგდიდი	სახელმწიფო პროგრამა	206	0	206
სულ		3633	51	3684

⇒ 2014 წელს ნემსების/შპრიცების და სხვა დაბალზღურბლოვან პროგრამებში ჩართული ინექციური ნარკოტიკების მომმარებლები

ინფორმაციის წყარო: დაბალზღურბლოვანი პროგრამების მონიტორინგის კომპიუტერული სისტემა

ცხრილი 5 შპრიცების/ნემსების და სხვა დაბალზღურბლოვან პროგრამებში ჩართული ინმ-ების რაოდენობა

ქალაქი	მოცული ინმ-ების რ-ბა
თბილისი	10957
გორი	2426
თელავი	1035
ზუგდიდი	1967
ბათუმი	2627
ქუთაისი	3262
რუსთავი	1495
სულ	23769

განმარტება: საქართველოში ზიანის შემცირების პროგრამის ფარგლებში კლიენტებს ძირითადად შემდეგი სახის მომსახურება მიეწოდება: აივ კონსულტირება და ტესტირება, კონსულტირება და ტესტირება B და C ჰეპატიტებზე, კონსულტირება ტუბერკულოზზე, ზედოზირების პრევენცია, ნემსების/შპრიცების პროგრამა. სხვადასხვა ორგანიზაციას სხვადასხვა მონაცემთა ბაზა გააჩნია. ცხრილში ზემოთ წარმოდგენილია აგრეგირებული მონაცემები.

⇒ აივ-ტესტირებული ინმ-ები 2014 წელს

ინფორმაციის წყარო: დესჯეც-ის აივ/შიდსის ეპიდემიოლოგიური რეესტრი

ცხრილი 6 აივ ტესტირებასთან დაკავშირებული საბაზისო მონაცემები

ქალაქი	აივ ტესტირებული ინმ-ების რ-ბა	აივ პოზიტიური ინმ-ების რ-ბა
თბილისი	4878	15
გორი	872	1
თელავი	766	1
ზუგდიდი	1465	6
ბათუმი	1741	7
ქუთაისი	1256	7
რუსთავი	97	3
სულ	11075	40

განმარტება: რეგისტრირდება რუტინული ზედამხედველობის მონაცემები, რომლებსაც ცენტრს აწვდიან ქვეყნის მასშტაბით არსებული აივ დიაგნოსტიკური ლაბორატორიები.

დანაშაულთან დაკავშირებული ინდიკატორები

⇒ პოლიციის მიერ რეგისტრირებული ინმ-ები, რომელთაც დაუდგინდათ ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარების ფაქტი 2014 წელს

ინფორმაციის წყარო: შინაგან საქმეთა სამინისტრო

ცხრილი 7 პოლიციასთან კონტაქტში მყოფი ინმ-ბის რაოდენობა

ქალაქი	ნარკოტესტირებით დადებითი შედეგის მქონე რეგისტრირებულ მომხმარებელთა რაოდენობა	მათ შორის, რეგისტრირებული ინმ-ების რაოდენობა
თბილისი	6152	3687
გორი	600	163
თელავი	382	56
ზუგდიდი	1266	482
ბათუმი	1900	1294

ქუთაისი	1561	578
რუსთავი	705	236
სულ	12566	6496

განმარტება: იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოს ნარკოკანონმდებლობა არ იძლევა საშუალებას, რომ გაიმიჯნოს პირები, რომლებიც დააკავეს მხოლოდ ნარკოტიკის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნისათვის იმ პირებისაგან, ვინც დაკავებული იყო ნარკოტიკის ფლობისთვის, კვლევაში გამოყენებულია მონაცემები იმ პირების შესახებ, ვისაც ნარკოტესტირებით დაუდგინდა ნარკოტიკული ნივთიერების მოხმარების ფაქტი.

მონაცემების ექსტრაპოლირება – ინმ სავარაუდო რაოდენობისა და პრევალენტობის გაანგარიშება ქვეყნის მასშტაბით

კოეფიციენტების ტექნოლოგიის გამოყენებით ინმ პოპულაციის ზომის გაანგარიშება ადგილობრივ დონეზე (მაგ., კონკრეტულ ქალაქში) მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაძლევს ნარკომანიის პრობლემის გავრცელებისა და სიმწვავის შესახებ, თუმცა ხშირად დგება იმის საჭიროება, რომ მოხდეს ამ პოპულაციის ზომის მთელი ქვეყნის მასშტაბით განსაზღვრა. ამისათვის უნდა მოხდეს ლოკალური მონაცემების ექსტრაპოლაცია, რათა სრული სურათი მივიღოთ. თავისთავად, ექსტრაპოლაციის მეთოდები პოპულაციის სავარაუდო ზომის განსაზღვრის სპეციფიკურ მეთოდებს არ მიეკუთვნება, მაგრამ როდესაც ხელთ გვაქვს მონაცემები ცალკეულ გეოგრაფიულ არეალებში (ქალაქი, რეგიონი) პოპულაციის ზომის შესახებ, შესაძლებელი ხდება ამ მონაცემების განვრცობა სხვა, იმ გეოგრაფიულ არეალებზე, რომელთათვისაც მსგავსი ინფორმაცია არ გაგვაჩნია. ექსტრაპოლაციის მეთოდები დაფუძნებულია სტატისტიკური რეგრესიის ტექნიკაზე. ქვემოთ აღწერილი მეთოდი ცნობილია სხვადასხვა სახელწოდებით: *მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდი (მიმ)* ⁵, სინთეტური გაანგარიშება, მრავალინდიკატორული მეთოდი, ძირითადი კომპონენტების რეგრესია.

⁵ Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use, EMCDDA, 2004

მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდით (მიმ) ხდება გარკვეული ცვლადის შესახებ ინფორმაციის გადატანა პოპულაციიდან, რომელზე დაკვირვებაც შესაძლებელია - კალიბრაციული პოპულაცია/საყრდენი წერტილი (calibration population/anchor point), სამიზნე პოპულაციაზე, რომელსაც ვერ ვაკვირდებით. ამ მეთოდის მიზანს წარმოადგენს ინმ მთელი პოპულაციის სავარაუდო ზომისა და პრევალენტობის განსაზღვრა რამდენიმე რეგიონში/ქალაქში პრევალენტობის შესახებ უკვე მოპოვებული ინფორმაციის კომბინირებით იმ ინდიკატორებთან, ანუ ნარკოტიკების მოხმარების პრედიქტორებთან, რომლებიც ხელმისაწვდომია სხვა რეგიონებში, სადაც კვლევა არ ჩატარებულა. ინდიკატორები შეიძლება პირდაპირ იყოს დაკავშირებული ნარკოტიკების მოხმარებასთან (მაგ., მოკვდაობა, ავადობა, დაპატიმრება), ან იყოს არაპირდაპირ კავშირში (მაგ., მოსახლეობის სიმჭიდროვე, უმუშევრობის დონე და სხვ.).

მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდის 2 ძირითადი ვარიანტი არსებობს. ერთი გზა მდგომარეობს იმაში, რომ წრფივი რეგრესიის გამოყენებით გაანგარიშდეს ნარკოტიკების მოხმარების ინდიკატორებსა და საყრდენ წერტილებში პოპულაციის ზომას შორის ურთიერთდამოკიდებულება და რეგრესიის კოეფიციენტები მიესადაგოს ნარკოტიკების მოხმარების კოეფიციენტებს სამიზნე პოპულაციაში. ეს მოგვცემს საშუალებას, გამოვიანგარიშოთ ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა და პრევალენტობა იმ გეოგრაფიულ რეგიონებში, რომლებსაც ვერ ვაკვირდებით. ყველა გეოგრაფიული არეალის პრევალენტობის ჯამი იქნება ნაციონალური პრევალენტობა. ასეთი მეთოდით გაანგარიშებული იყო ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების ლოკალური და ნაციონალური პრევალენტობა ნიდერლანდებში (Smit and colleagues, 2003), სადაც ინდიკატორად (პრედიქტორად) გამოიყენეს მოსახლეობის სიმჭიდროვე და საცხოვრებელი სივრცის სიმჭიდროვე.

მეთოდს საფუძვლად უდევს დაშვება, რომ კალიბრაციულ პოპულაციაში პრევალენტობასა (დამოკიდებული ცვლადი) და პრედიქტორებს (დამოუკიდებელი ცვლადები) შორის ურთიერთდამოკიდებულება ისეთივეა, როგორც იმ რეგიონებში, სადაც უნდა მოხდეს არსებული მონაცემების ექსტრაპოლირება.

მიმ-ის გამოყენება მოითხოვს, რომ ქვეყნის ტერიტორია დაყოფილი იყოს ერთეულებად (რეგიონი, პროვინცია, ქალაქი) და ნარკოტიკების მოხმარების ინდიკატორები

(პრედიქტორები) ხელმისაწვდომი იყოს ქვეყნის ყველა გეოგრაფიულ ერთეულში დროის ერთსა და იმავე მონაკვეთში. ჩვენს კვლევაში ნაციონალური პრევალენტობის გაანგარიშება მოხდა ქალაქებში პრევალენტობის მონაცემების ექსტრაპოლირებით. იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში ინექციური ნარკოტიკები ხელმისაწვდომია მხოლოდ ქალაქებში და სოფლებში ძირითადად ხდება ადგილობრივად კულტივირებული კანაფის პრეპარატების მოხმარება, სოფლის მოსახლეობაში ძალიან მცირეა იმ ადამიანების რაოდენობა, ვინც ნარკოტიკს ინექციური გზით მოიხმარს. თუმცა, მაინც არ უნდა გამოვრიცხოთ ის ფაქტი, რომ, შესაძლოა, კვლევაში ამ კონტინგენტის არ გათვალისწინებით გარკვეული ცდომილება მივიღოთ.

ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ნაციონალური პრევალენტობის შეფასება მოხდა გაანგარიშების 2 მეთოდით:

გაანგარიშება N1. რეკომენდებულია, რომ მოცემული რეგრესიული მოდელისთვის პრედიქტორებად გამოყენებული იყოს ნარკოტიკთან დაკავშირებული ინდიკატორები, როგორცაა, მაგალითად, ნარკოტიკთან დაკავშირებულ მოკვდაობა, ნამკურნალევი ინმ-ების რაოდენობა, დაპატიმრებული ინმ-ების რაოდენობა და ა.შ. (EMCDDA, 1999), მაგრამ სამწუხაროდ, ასეთი სტატისტიკა ჩვენს ქვეყანაში ყველა ქალაქისათვის არ არსებობს. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული შესაბამისი ინდიკატორების არარსებობის გამო, ჰოლანდიელი მკვლევარების ჯგუფმა გამოიყენა ალტერნატიული მოდელი სოციალური ინდიკატორების სახით, როგორცაა, მაგ., მოსახლეობის სიმჭიდროვე და საცხოვრებელი სივრცის სიმჭიდროვე⁶. ასევე, რადგან საქართველოში ნარკოტიკთან დაკავშირებული არც ერთი ინდიკატორი და საცხოვრებელი სივრცის სიმჭიდროვეც არ არის ყველა ქალაქისათვის ხელმისაწვდომი, ნაციონალური პრევალენტობა გაანგარიშდა პრედიქტორად **დემოგრაფიული ინდიკატორის - მოსახლეობის სიმჭიდროვის** გამოყენებით.

გაანგარიშება N2. მეორე მეთოდით პრედიქტორად გამოვიყენეთ **ინექციური ნარკოტიკის მოხმარების პრევალენტობის დონის განმსაზღვრელი კოეფიციენტი** (ელიზაბეთ პიზანის⁷ მიერ მოწოდებული მეთოდის მოდიფიცირებული ვარიანტი). ადიქტოლოგიის ექსპერტებმა

⁶ Estimating Local and National Problem Drug Use prevalence from Demographics, Filip Smit et al., Addiction Research and Theory, 2003, Vol. 11, N6

⁷ Estimating the number of drug injectors in Indonesia. Elizabeth Pisani, International Journal of Drug Policy N 17, 2006

მოახდინეს საქართველოს 64 ქალაქიდან თითოეულისათვის პრევალენტობის დონის კოეფიციენტის განსაზღვრა. არჩეული იყო პრევალენტობის დონის კოეფიციენტის 5 კატეგორია და თითოეულ ქალაქს მიენიჭა შესაბამისი კატეგორია:

პრევალენტობის დონე	ძალიან მაღალი	მაღალი	საშუალო	დაბალი	ძალიან დაბალი
კოეფიციენტი	8	5	2	1,0	0,5

მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდის აღწერა⁸

ნაბიჯი 1. ქალაქებისათვის შემდეგი ცვლადები იყო გამოყენებული ინდიკატორების სახით:

- A – პოლიციის მიერ რეგისტრირებულ ინმ-თა რაოდენობა
- B – აივ ტესტირებულ ინმ-თა რაოდენობა
- C – სამკურნალო პროგრამებით მოცულ ინმ-თა რაოდენობა
- D – დაბალზღვრბლოვანი პროგრამებით მოცულ ინმ-თა რაოდენობა
- E – მოსახლეობის სიმჭიდროვე (ვარიანტი 1) და პრევალენტობის კოეფიციენტი (ვარიანტი 2)

ნაბიჯი 2. სტატისტიკის დეპარტამენტიდან მოპოვებული იყო 18-64 წწ მოსახლეობის რაოდენობა (F) საქართველოს 64 ქალაქისათვის

ნაბიჯი 3. შერჩეული 7 ქალაქისათვის (ე.წ. საყრდენი წერტილები) შესაბამისი დამოუკიდებელი ცვლადები (G) არსებობს ჩატარებული კვლევის შედეგად (ინმ სავარაუდო რაოდენობა)

ნაბიჯი 4. თითოეული ცვლადისთვის, A-დან E-მდე, G-თვის და თითოეული ქალაქისათვის მაჩვენებლები ითვლება 100,000 მოსახლეზე გადათვლით შემდეგი ფორმულების თანახმად:

$$AF=A*100,000/F$$

$$GF=G*100,000/F$$

⁸ Prevalence of problem drug use at the national level, EMCDDA, 2002

ნაბიჯი 5. ძირითადი კომპონენტების ანალიზი მოითხოვს AF-დან GF-ის ჩათვლით ცვლადების სტანდარტიზებას და შემდეგ ხდება პირველადი ფაქტორის გამოყოფა.

ნაბიჯი 6. წრფივი რეგრესიის (დამოკიდებული ცვლადი: GF, დამოუკიდებელი ცვლადი: პირველადი ფაქტორის კოეფიციენტები) საშუალებით ხდება 100,000 სულ მოსახლეზე პრევალენტობის სავარუდო მაჩვენებლების გამოთვლა.

დაბოლოს, ეს მონაცემები ტრანსფორმირდება პრევალენტობის მაჩვენებლებად ქალაქების მიხედვით (F-ზე გამრავლებით და 100,000-ზე გაყოფით). ყველა ქალაქის ჯამი გვამლევს ნაციონალური პრევალენტობის მაჩვენებელს.

აღწერილი მეთოდოლოგიის მიხედვით SPSS-ში შეიქმნა სინტაქსი, ყველა მონაცემი იქნა შეყვანილი და მულტივარიაციული ანალიზის გამოყენებით მოხდა ინმ სავარაუდო რაოდენობისა და პრევალენტობის გაანგარიშება მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

3. შედეგები

3.1 გაანგარიშება ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდით

ინმ პოპულაციის სავარაუდო ზომა სხვადასხვა ქალაქში და ქვეყნის მასშტაბით მოცემულია ცხრილში 8. ინმ სავარაუდო რაოდენობა თბილისში აღმოჩნდა 11,500 (95%CI, 10,000 - 13,500). სხვა ქალაქებში ეს რაოდენობა ვარირებს 900-დან 1,700-მდე. ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ყველაზე მაღალი სავარაუდო პრევალენტობა დაფიქსირდა თელავში 1.54% (95%CI, 1.20-1.88).

ცხრილი 8 - ინმ პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდის გამოყენებით

ქალაქი	ტრანსმისიის		ინმ პოპულაციის ზომა	ინმ პრევალენტობა
	ინდექსი	მოსახლეობა		
თბილისი	%46.2 (41.0-51.4)	1,118,300	11,500 (10,000-13,500)	%1.03 (0.89-1.21)
გორი	%34.8 (29.3-40.2)	126,500	1,700 (1,500-2,100)	%1.34 (1.19-1.66)
თელავი	%32.0 (26.6-37.4)	58,400	900 (700-1,100)	%1.54 (1.20-1.88)
ზუგდიდი	%46.1 (40.3-51.9)	105,500	1,100 (900-1,300)	%1.04 (0.85-1.23)
ბათუმი	%45.4 (39.5-51.3)	154,100	1,600 (1,400-1,900)	%1.04 (0.91-1.23)
ქუთაისი	%44.4 (38.6-50.1)	149,100	1,600 (1,400-1,900)	%1.07 (0.94-1.27)
რუსთავი	%34.5 (28.6-40.4)	125,000	1,700 (1,400-2,200)	%1.36 (1.12-1.76)

* 2014 წელს ჩატარებული ქსელის ანალიზის თანახმად, სოციალური ქსელის ზომა, რომელიც გამოყენებული იყო გაანგარიშებისთვის, 355-ს უდრის (95%CI 342-366).

** პოპულარობის ინდექსად აღებული იყო 85.0%, ადგილობრივი შეფასების (100% - ექსპერტთა მოსაზრება) და ლიტერატურაში მოძიებული მონაცემების (70%) საშუალო მაჩვენებელი.

3.2 გაანგარიშება ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მეთოდით

როგორც ცხრილი 9 გვიჩვენებს, 6 მაიდენტიფიცირებელი ცვლადისა და სპეციალური სატელეფონო კოდის გამოყენებით, ჩვენ დავაფიქსირეთ დამთხვევათა რაოდენობა 2 რაუნდს შორის (ჩაჭერა და უკუ-ჩაჭერა). შედეგად მივიღეთ თბილისში ინმ-პოპულაციის სავარაუდო ზომა 3,300 (CI95% 3,000-3,700), ხოლო პრევალენტობა - %0.30 (95%CI 0.27-0.33). პრევალენტობის მაქსიმალური მაჩვენებელი 9.93% (95%CI, 7.36-12.67) კვლავ თელავში

დაფიქსირდა. 7 შერჩეულ ქალაქს შორის ყველაზე მცირე ინმ სავარაუდო რაოდენობა აღმოჩნდა ბათუმში - 2,700 (95%CI 2,200-3,300).

ცხრილი 9 - ინმ პოპულაციის ზომის შეფასება საქართველოში ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მეთოდის გამოყენებით

ქალაქი	ჩაჭერის რ-ბა	უკუჩაჭერის რ-ბა	დამთხვევა	ჭეშმარიტი დამთხვევა	ინმ პოპულაციის ზომა	ინმ პრევალენტობა
თბილისი	349	1432	189	155	3,300 (3,000-3,700)	%0.30 (0.27-0.33)
გორი	275	1077	83	62	4,800 (3,800-5,900)	%3.79 (3.00-4.66)
თელავი	275	905	91	44	5,800 (4,300-7,400)	%9.93 (7.36-12.67)
ზუგდიდი	275	708	69	63	3,100 (2,500-3,800)	%2.94 (2.37-3.6)
ბათუმი	262	675	76	68	2,700 (2,200-3,300)	%1.75 (1.43-2.14)
ქუთაისი	277	881	84	73	3,400 (2,800-4,100)	%2.28 (1.88-2.75)
რუსთავი	238	920	77	65	3,400 (2,800-4,100)	%2.72 (2.24-3.28)

* ჭეშმარიტი დამთხვევების გამოსათვლელად, კვლევის მონაწილეებისთვის უნიკალური კოდის შესაქმნელად გამოყენებული 5 ცვლადისაგან შედგენილ ერთიან ალბათობის მატრიცაში დამთხვევათა მთლიან რაოდენობას გამოაკლდა ცრუ დამთხვევების რაოდენობა.

3.3 გაანგარიშება კოეფიციენტების ტექნოლოგიის გამოყენებით

7 საკვლევ ქალაქში ინმ სავარაუდო რაოდენობის გამოთვლის შედეგად შემდეგი სურათი მივიღეთ (საშუალო მაჩვენებლები):

ცხრილი 10 ინმ სავარაუდო რაოდენობა საქართველოს 7 ქალაქში 2014 წელს

ქალაქი	სავარაუდო რაოდენობა	95% საწრმუნობის ინტერვალი	
თბილისი	40,166	33,985	48,035
გორი	4,646	4,133	5,259
თელავი	3,209	2,720	3,828
ზუგდიდი	5,277	4,537	6,206
ბათუმი	6,804	5,633	8,424
ქუთაისი	9,803	8,223	11,843
რუსთავი	3,057	2,628	3,597

კოეფიციენტების გამოთვლა მოხდა ინმ კვლევის შედეგად - შერჩეულ 7 ქალაქში რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდის გამოყენებით მოხდა 2037 ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლის რეკრუტირება. სულ კვლევის მონაწილეებმა დაასახელეს 7422

ინმ. მონაწილეთა მიერ ნომინაციურ კითხვარზე გაცემული პასუხების მიხედვით მოხდა საკვლევ ქალაქებში ინმ სავარაუდო რაოდენობების გაანგარიშება.

ქვემოთ წარმოგიდგენთ სპეციფიკურ გაანგარიშებებს თითოეული ქალაქისათვის. სხვადასხვა ქალაქში განსხვავებული რაოდენობის ინდიკატორები იყო ხელმისაწვდომი. თბილისსა და ბათუმში ინმ სავარაუდო რაოდენობის საშუალო მაჩვენებელი გამოვთვალეთ 5 ინდიკატორით მიღებული მონაცემების მიხედვით, გორში, ზუგდიდსა და ქუთაისში - 4 ინდიკატორის მიხედვით, ხოლო რუსთავში - 3 ინდიკატორის მიხედვით. თითოეული მაჩვენებლისათვის გამოთვლილია სტატისტიკური სარწმუნოობის ზედა და ქვედა ზღვარი (95%-იანი სარწმუნოობის ინტერვალი).

ცხრილი 11 ინმ სავარაუდო რაოდენობა თბილისში 2014 წელს

თბილისი	საბაზისო მონაცემები	კოეფიციენტი	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	3,687	3.79	3.45	4.19	13,987	12,723	15,459
აივ ტესტირება	4,878	6.42	5.62	7.38	31,309	27,435	36,000
მკურნალობა	637	20.49	16.00	26.81	13,053	10,192	17,078
ჩანაცვლებითი თერაპია	2,713	7.34	6.37	8.54	19,919	17,269	23,168
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	10,957	11.19	9.34	13.55	122,562	102,306	148,469
<i>საშუალო</i>					40,166	33,985	48,035
<i>მედიანა</i>					19,919	17,269	23,168

ცხრილი 12 ინმ სავარაუდო რაოდენობა თბილისში 2011 და 2014 წელს

თბილისი	2011			2014			
	სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		
პოლიცია	14,019	14,019	14,019	13,987	12,723	15,459	
აივ ტესტირება	35,472	35,472	35,472	31,309	27,435	36,000	
მკურნალობა	14,119	14,119	14,119	13,053	10,192	17,078	
ჩანაცვლებითი თერაპია	17,793	17,793	17,793	19,919	17,269	23,168	
ნემსების/შპრიცების პროგრამები				122,562	102,306	148,469	
<i>საშუალო</i>		38,445	29,686	51,391	40,166	33,985	48,035
<i>მედიანა</i>		17,793	14,727	21,775	19,919	17,269	23,168

ცხრილი 13 ინმ სავარაუდო რაოდენობა გორში 2014 წელს

გორი	საბაზისო მონაცემები	კოეფიციენტი	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		
პოლიცია	163	5.69	5.04	6.47	928	821	1,054	
აივ ტესტირება	872	4.47	4.03	5.00	3,902	3,513	4,358	
ჩანაცვლებითი თერაპია	124	11.25	9.41	13.62	1,395	1,167	1,689	
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	2,426	5.09	4.55	5.74	12,359	11,032	13,935	
					<i>საშუალო</i>	4,646	4,133	5,259
					<i>მედიანა</i>	4,600	4,096	5,202

ცხრილი 14 ინმ სავარაუდო რაოდენობა გორში 2011 და 2014 წელს

გორი	2011			2014			
	სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		
პოლიცია	835	835	835	928	821	1,054	
აივ ტესტირება	813	813	813	3,902	3,513	4,358	
ჩანაცვლებითი თერაპია	803	803	803	1,395	1,167	1,689	
ნემსების/შპრიცების პროგრამები				12,359	11,032	13,935	
<i>საშუალო</i>		2,989	1,491	1,491	4,646	4,133	5,259
<i>მედიანა</i>		3,540	824	824	4,600	4,096	5,202

ცხრილი 15 ინმ სავარაუდო რაოდენობა თელავში 2014 წელს

თელავი	საბაზისო მონაცემები	კოეფიციენტი	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		
პოლიცია	56	4.01	3.55	4.56	224	199	255	
აივ ტესტირება	766	6.49	5.51	7.72	4,968	4,218	5,915	
ჩანაცვლებითი თერაპია	93	7.00	5.90	8.40	651	549	782	
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	1,035	6.76	5.71	8.08	6,993	5,914	8,360	
					<i>საშუალო</i>	3,209	2,720	3,828
					<i>მედიანა</i>	2,809	2,384	3,348

ცხრილი 16 ინმ სავარაუდო რაოდენობა თელავში 2011 და 2014 წელს

თელავი	2011			2014		
	სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	1,042	1,042	1,042	224	199	255
აივ ტესტირება	405	405	405	4,968	4,218	5,915
ჩანაცვლებითი თერაპია	344	344	344	651	549	782
ნემსების/შპრიცების პროგრამები				6,993	5,914	8,360
საშუალო	557	3,076	3,076	3,209	2,720	3,828
მედიანა	557	723	723	2,809	2,384	3,348

ცხრილი 17 ინმ სავარაუდო რაოდენობა ზუგდიდში 2014 წელს

ზუგდიდი	საბაზისო მონაცემები	კოეფიციენტი	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	482	3.82	3.38	4.36	1,841	1,628	2,101
აივ ტესტირება	1,465	4.27	3.74	4.92	6,255	5,477	7,210
ჩანაცვლებითი თერაპია	206	6.97	5.83	8.45	1,436	1,200	1,740
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	1,967	5.89	5.01	7.00	11,577	9,845	13,775
				საშუალო	5,277	4,537	6,206
				მედიანა	4,048	3,552	4,655

ცხრილი 18 ინმ სავარაუდო რაოდენობა ზუგდიდში 2011 და 2014 წელს

ზუგდიდი	2011			2014		
	სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	3,168	2,824	3,576	1,841	1,628	2,101
აივ ტესტირება	2,472	2,128	2,898	6,255	5,477	7,210
ჩანაცვლებითი თერაპია	1,206	992	1,487	1,436	1,200	1,740
ნემსების/შპრიცების პროგრამები				11,577	9,845	13,775
საშუალო	6,133	6,133	4,891	7,863	5,277	4,537
მედიანა	2,820	2,820	2,476	3,237	4,048	3,552

ცხრილი 19 ინმ სავარაუდო რაოდენობა ბათუმში 2014 წელს

ბათუმი	საბაზისო მონაცემები	კოეფიციენტი	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		
პოლიცია	1,294	3.25	2.89	3.70	4,211	3,734	4,793	
აივ ტესტირება	1,741	5.61	4.72	6.75	9,764	8,224	11,748	
მკურნალობა	91	31.65	20.62	51.81	2,880	1,876	4,715	
ჩანაცვლებითი თერაპია	185	5.06	4.31	6.02	937	797	1,114	
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	2,627	6.18	5.15	7.52	16,226	13,534	19,752	
					<i>საშუალო</i>	6,804	5,633	8,424
					<i>მედიანა</i>	4,211	3,734	4,793

ცხრილი 20 ინმ სავარაუდო რაოდენობა ბათუმში 2011 და 2014 წელს

ბათუმი	2012			2014			
	სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		
პოლიცია	1,557	1,557	1,557	4,211	3,734	4,793	
აივ ტესტირება	1,826	1,826	1,826	9,764	8,224	11,748	
მკურნალობა	259	259	259	2,880	1,876	4,715	
ჩანაცვლებითი თერაპია	1,015	1,015	1,015	937	797	1,114	
ნემსების/შპრიცების პროგრამები				16,226	13,534	19,752	
<i>საშუალო</i>		5,937	5,937	5,361	5,361	6,804	5,633
<i>მედიანა</i>		2,243	2,243	1,557	1,557	4,211	3,734

ცხრილი 21 ინმ სავარაუდო რაოდენობა ქუთაისში 2014 წელს

ქუთაისი	საბაზისო მონაცემები	კოეფიციენტი	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		
პოლიცია	578	3.73	3.34	4.21	2,158	1,929	2,432	
აივ ტესტირება	1,256	4.06	3.60	4.61	5,099	4,528	5,785	
ჩანაცვლებითი თერაპია	341	8.60	7.13	10.50	2,932	2,432	3,582	
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	3,262	8.90	7.36	10.91	28,021	24,003	35,573	
					<i>საშუალო</i>	9,803	8,223	11,843
					<i>მედიანა</i>	4,015	3,480	4,684

ცხრილი 22 ინმ სავარაუდო რაოდენობა ქუთაისში 2011 და 2014 წელს

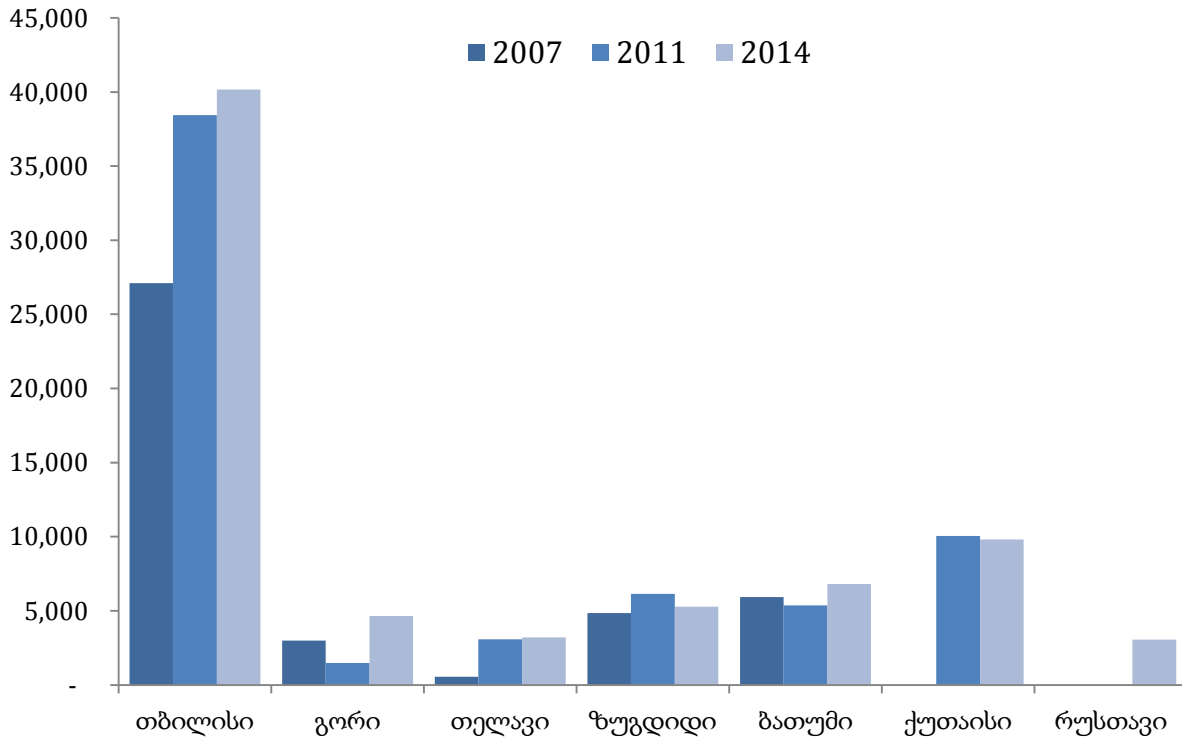
ქუთაისი	2011			2014		
	სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	4,312	3,873	4,834	2,158	1,929	2,432
აივ ტესტირება	2,700	2,263	3,263	5,099	4,528	5,785
ჩანაცვლებითი თერაპია	1,782	1,438	2,245	2,932	2,432	3,582
ნემსების/შპრიცების პროგრამები				28,021	24,003	35,573
<i>საშუალო</i>	10,052	7,514	13,962	9,803	8,223	11,843
<i>მედიანა</i>	3,506	3,068	4,049	4,015	3,480	4,684

ცხრილი 23 ინმ სავარაუდო რაოდენობა რუსთავში 2014 წელს

რუსთავი	საბაზისო მონაცემები	კოეფიციენტი	95% სარწმ. ინტერვალი		სავარაუდო რ-ბა	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	236	3.20	2.87	3.60	756	677	851
აივ ტესტირება	97	8.40	6.87	10.45	815	667	1,014
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	1,495	5.08	4.37	5.97	7,600	6,540	8,925
			<i>საშუალო</i>		3,057	2,628	3,597
			<i>მედიანა</i>		815	667	1,014

გრაფიკი 1 გვიჩვენებს კოეფიციენტების ტექნოლოგიით გამოთვლილ ინმ პოპულაციის სავარაუდო ზომის საშუალო მაჩვენებლებს საქართველოს 7 ქალაქში და სავარაუდო რაოდენობებს 2007, 2011 და 2014 წლებში.

გრაფიკი 1. ინმ სავარაუდო რაოდენობა 7 ქალაქში 2007, 2011 და 2014 წელს



ინმ პრევალენტობის გაანგარიშება

ინმ პრევალენტობა შეფასდა საქართველოს 7 ქალაქში სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებზე დაყრდნობით (18-64 წლის მოსახლეობის რაოდენობა შესაბამის ქალაქებში; მონაცემები ეყრდნობა 2014 წლის საყოველთაო აღწერის 2014 წლის 5 ნოემბრისთვის დაფიქსირებულ შედეგებს და 2014 წლის ბოლო 2 თვის ბუნებრივ და მიგრაციულ ბალანსს). გადაითვალა ზემოთ ნაჩვენები ინმ სავარაუდო რაოდენობა თითოეულ ქალაქში მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით და განისაზღვრა პრევალენტობის კოეფიციენტები პროცენტებში. მინიმალური და მაქსიმალური მერყეობის (ქვედა და ზედა სტატისტიკური ზღვარი) ასახვის მიზნით, გამოყენებული იყო 95%-იანი სარწმუნოების ინტერვალი.

ინმ სავარაუდო პრევალენტობა პროცენტებში შერჩეული ქალაქების მიხედვით მოცემულია ცხრილში (საშუალო მაჩვენებლები):

ცხრილი 24 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა (%) საქართველოს 7 ქალაქში 2014 წელს

ქალაქი	ინმ სავარაუდო პრევალენტობა	95% სარწმუნოების ინტერვალი	
თბილისი	5.44	4.60	6.51
გორი	5.56	4.95	6.30
თელავი	8.33	7.06	9.93
ზუგდიდი	7.58	6.52	8.91
ბათუმი	6.69	5.54	8.28
ქუთაისი	9.96	8.36	12.03
რუსთავი	3.71	3.19	4.36

ქვემოთ წარმოდგენილი ცხრილები (25-32) გვიჩვენებს სხვადასხვა წყაროებიდან მიღებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით გადაანგარიშებულ ინმ პრევალენტობას (%) საქართველოს 7 ქალაქისთვის, საშუალო და მედიანურ მაჩვენებლებთან ერთად.

ცხრილი 25 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა თბილისში 2014 წელს

	თბილისი			ზრდასრული მოსახლეობა (18-64) 738078		
	სავარაუდო რაოდენობა	95% სარწმ. ინტერვალი		ინმ პრევალენტობა (%)	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	13,987	12,723	15,459	1.90	1.72	2.09
აივ ტესტირება	31,309	27,435	36,000	4.24	3.72	4.88
მკურნალობა	13,053	10,192	17,078	1.77	1.38	2.31
ჩანაცვლებითი თერაპია	19,919	17,269	23,168	2.70	2.32	3.14
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	122,562	102,306	148,469	16.61	13.86	20.12
საშუალო	40,166	33,985	48,035	5.44	4.60	6.51
მედიანა	19,919	17,269	23,168	2.70	2.32	3.14

ცხრილი 26 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა გორში 2014 წელს

	გორი			ზრდასრული მოსახლეობა (18-64) 83490		
	სავარაუდო რაოდენობა	95% სარწმ. ინტერვალი		ინმ პრევალენტობა (%)	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	928	821	1,054	1.11	0.98	1.26
აივ ტესტირება	3,902	3,513	4,358	4.67	4.21	5.22
ჩანაცვლებითი თერაპია	1,395	1,167	1,689	1.67	1.40	2.02
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	12,359	11,032	13,935	14.80	13.21	16.69
საშუალო	4,646	4,133	5,259	5.56	4.95	6.30
მედიანა	4,600	4,096	5,202	3.17	2.81	3.62

ცხრილი 27 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა თელავში 2014 წელს

	თელავი			ზრდასრული მოსახლეობა (18-64) 38544		
	სავარაუდო რაოდენობა	95% სარწმ. ინტერვალი		ინმ პრევალენტობა (%)	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	224	199	255	0.58	0.52	0.66
აივ ტესტირება	4,968	4,218	5,915	12.89	10.94	15.35
ჩანაცვლებითი თერაპია	651	549	782	1.69	1.42	2.03
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	6,993	5,914	8,360	18.14	15.34	21.69
<i>საშუალო</i>	3,209	2,720	3,828	8.33	7.06	9.93
<i>მედიანა</i>	2,809	2,384	3,348	7.29	6.19	8.69

ცხრილი 28 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა ზუგდიდში 2014 წელს

	ზუგდიდი			ზრდასრული მოსახლეობა (18-64) 69630		
	სავარაუდო რაოდენობა	95% სარწმ. ინტერვალი		ინმ პრევალენტობა (%)	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	1,841	1,628	2,101	2.64	2.34	3.02
აივ ტესტირება	6,255	5,477	7,210	8.98	7.87	10.35
ჩანაცვლებითი თერაპია	1,436	1,200	1,740	2.06	1.72	2.50
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	11,577	9,845	13,775	16.63	14.14	19.78
<i>საშუალო</i>	5,277	4,537	6,206	7.58	6.52	8.91
<i>მედიანა</i>	4,048	3,552	4,655	5.81	5.10	6.69

ცხრილი 29 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა ბათუმში 2014 წელს

	ბათუმი			ზრდასრული მოსახლეობა (18-64) 101706		
	სავარაუდო რაოდენობა	95% სარწმ. ინტერვალი		ინმ პრევალენტობა (%)	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	4,211	3,734	4,793	4.14	3.67	4.71
აივ ტესტირება	9,764	8,224	11,748	9.60	8.09	11.55
მკურნალობა	2,880	1,876	4,715	2.83	1.84	4.64
ჩანაცვლებითი თერაპია	937	797	1,114	0.92	0.78	1.10
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	16,226	13,534	19,752	15.95	13.31	19.42
<i>საშუალო</i>	6,804	5,633	8,424	6.69	5.54	8.28

<i>მედიანა</i>	<i>4,211</i>	<i>3,734</i>	<i>4,793</i>	<i>4.14</i>	<i>3.67</i>	<i>4.71</i>
----------------	--------------	--------------	--------------	-------------	-------------	-------------

ცხრილი 30 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა ქუთაისში 2014 წელს

	ქუთაისი			ზრდასრული მოსახლეობა (18-64) 98406		
	სავარაუდო რაოდენობა	95% სარწმ. ინტერვალი		ინმ პრევალენტობა (%)	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	2,158	1,929	2,432	2.19	1.96	2.47
აივ ტესტირება	5,099	4,528	5,785	5.18	4.60	5.88
ჩანაცვლებითი თერაპია	2,932	2,432	3,582	2.98	2.47	3.64
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	28,021	24,003	35,573	29.49	24.39	36.15
<i>საშუალო</i>	<i>9,803</i>	<i>8,223</i>	<i>11,843</i>	<i>9.86</i>	<i>8.36</i>	<i>12.03</i>
<i>მედიანა</i>	<i>4,015</i>	<i>3,480</i>	<i>4,684</i>	<i>4.08</i>	<i>3.54</i>	<i>4.76</i>

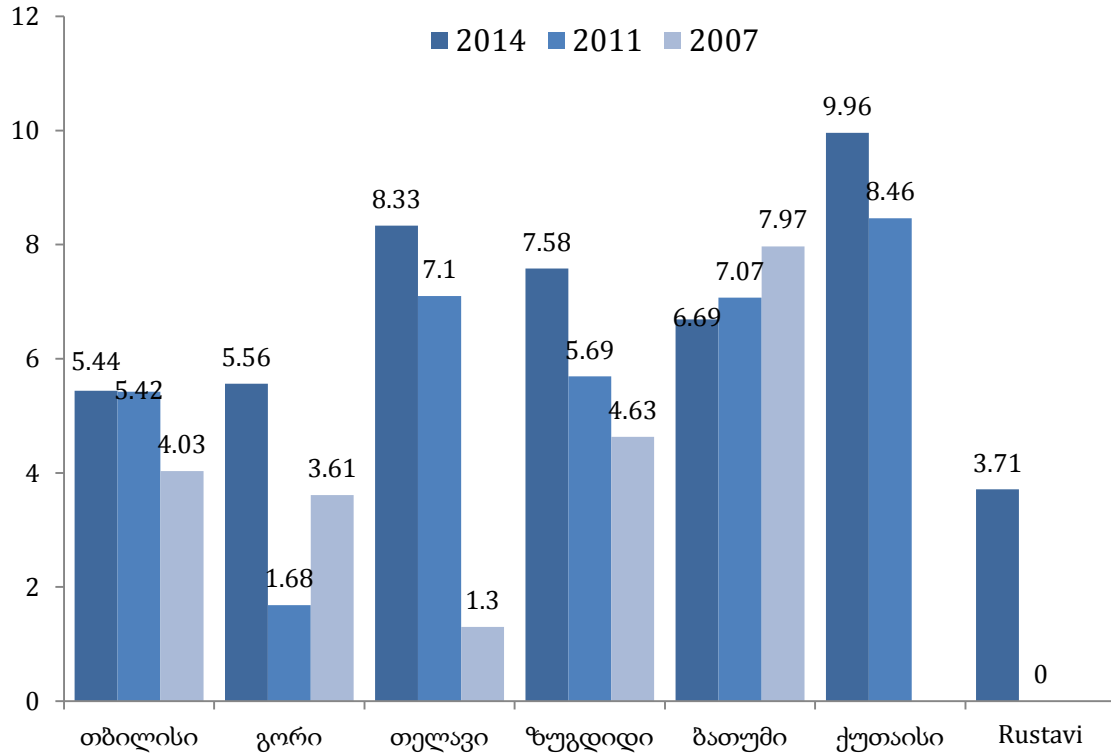
ცხრილი 31 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა რუსთავეში 2014 წელს

	რუსთავი			ზრდასრული მოსახლეობა (18-64) 82500		
	სავარაუდო რაოდენობა	95% სარწმ. ინტერვალი		ინმ პრევალენტობა (%)	95% სარწმ. ინტერვალი	
პოლიცია	756	677	851	0.92	0.82	1.03
აივ ტესტირება	815	667	1,014	0.99	0.81	1.23
ნემსების/შპრიცების პროგრამები	7,600	6,540	8,925	9.21	7.93	10.82
<i>საშუალო</i>	<i>3,057</i>	<i>2,628</i>	<i>3,597</i>	<i>3.71</i>	<i>3.19</i>	<i>4.36</i>
<i>მედიანა</i>	<i>815</i>	<i>667</i>	<i>1,014</i>	<i>0.99</i>	<i>0.81</i>	<i>1.23</i>

ცხრილი 32 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა საქართველოს 7 ქალაქში 2011 და 2014 წელს

ქალაქი	2011		2014	
	მოსახლეობს (18-64 წლის)	სავარაუდო პრევალენტობა	მოსახლეობს (18-64 წლის)	სავარაუდო პრევალენტობა
თბილისი	709,100	5.42	738,078	5.44
გორი	88,600	1.68	83,490	5.56
თელავი	43,300	7.1	38,544	8.33
ზუგდიდი	107,700	5.69	69,630	7.58
ბათუმი	75,800	7.07	101,706	6.69
ქუთაისი	118,800	8.46	98,406	9.96
რუსთავი			82,500	3.71

გრაფიკი 2 ინმ სავარაუდო პრევალენტობა 7 ქალაქში 1007, 2011 და 2014 წლებში



ინმ ნაციონალური პრევალენტობის გაანგარიშების შედეგები

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის ნაციონალური პრევალენტობის გაანგარიშება მოხდა საქართველოს 64 ქალაქში. თითოეული ქალაქის 18-64 წლის ზრდასრული მოსახლეობის რაოდენობა განისაზღვრა სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებზე დაყრდნობით (მონაცემები ასახავს მოსახლეობის უკანასკნელი საყოველთაო აღწერის შედეგებს 2014 წლის 5 ნოემბრის მდგომარეობით 2014 წლის ბოლო 2 თვის ბუნებრივ და მიგრაციულ ბალანსს). ინმ ნაციონალური პრევალენტობის გაანგარიშების შედეგად მივიღეთ შემდეგი მაჩვენებლები:

1. გაანგარიშების მეთოდი 1. დემოგრაფიული ინდიკატორის გამოყენებით (მოსახლეობის სიმჭიდროვე) – **2,15%** (სავარაუდო რაოდენობა **52,903**);
2. გაანგარიშების მეთოდი 2. პრევალენტობის კოეფიციენტის გამოყენებით – **2,13%** (ინმ რაოდენობა - **52,494**).

ცხრილები 33 და 34 წარმოგვიდგენს იმ ნაციონალურ სავარაუდო რაოდენობას და პრევალენტობას (%) ნარკოტიკების მოხმარების 2 სხვადასხვა ინდიკატორის მიხედვით:

ცხრილი 33 იმ რაოდენობა და პრევალენტობა საქართველოში 2014 წელს, დემოგრაფიული ინდიკატორის გამოყენებით (მოსახლეობის სიმჭიდროვე)

ქალაქი	18-64 წლის მოსახლეობა	მოსახლეობის სიმჭიდროვე 1 კვ. კმ-ზე	პრევალენტობა 100,000 მოსახლეზე	პრევალენტობა %	სავარაუდო რაოდენობა
თბილისი	738078	4425,8	3431,66	3,43	25328,33
ბათუმი	101706	7293,8	8695,68	8,70	8844,03
ქედა	11154	44,3	-64,1088	-0,06	-7,15
ქობულეთი	49632	122,3	1849,201	1,85	917,8
შუახევი	10032	37,2	-67,7821	-0,07	-6,8
ხელვაჩაური	34056	219,8	108,5981	0,11	36,98
ხულო	15510	47,1	-89,8145	-0,09	-13,93
ლანჩხუთი	20724	76	48,38733	0,05	10,03
ოზურგეთი	41316	144,4	2161,008	2,16	892,84
ჩოხატაური	12606	29,2	60,71992	0,06	7,65
ქუთაისი	98406	2746,9	5202,94	5,20	5120,01
ბაღდათი	14322	35,9	1467,76	1,47	210,21
ვანი	16170	61,9	118,2092	0,12	19,11
ზესტაფონი	38016	180,2	66,291	0,07	25,2
თერჯოლა	23496	127,4	12,98326	0,01	3,05
სამტრედია	32076	166	1773,156	1,77	568,76
საჩხერე	25014	48,1	174,6181	0,17	43,68
ტყიბული	13662	65	22,48564	0,02	3,07
წყალტუბო	37686	116,9	86,60637	0,09	32,64
ჭიათურა	26268	184	135,1867	0,14	35,51
ხარაგაული	12870	30,5	-97,4862	-0,10	-12,55
ხონი	15576	74,1	577,4605	0,58	89,95
ახმეტა	20658	18,9	11,13325	0,01	2,3
გურჯაანი	35706	85,8	530,4614	0,53	189,41
დედოფლისწყარო	13926	12,2	-133,447	-0,13	-18,58
თელავი	38544	84,4	3474,111	3,47	1339,06
ლაგოდეხი	27522	57,4	20,71952	0,02	5,7
საგარეჯო	34848	39,7	-131,591	-0,13	-45,86
სიღნაღი	19602	34,8	-91,8348	-0,09	-18
ყვარელი	19668	37,7	-82,6714	-0,08	-16,26
დუშეთი	16896	11,3	787,1218	0,79	132,99

ქალაქი	18-64 წლის მოსახლეობა	მოსახლეობის სიმჭიდროვე 1 კვ. კმ-ზე	პრევალენტობა 100,000 მოსახლეზე	პრევალენტობა %	სავარაუდო რაოდენობა
თიანეთი	6138	15,5	-50,2185	-0,05	-3,08
მცხეთა	36762	90,1	1136,009	1,14	417,62
ყაზბეგი	2442	4,9	-150,304	-0,15	-3,67
ამბროლაური	7260	16,3	-41,802	-0,04	-3,03
ლენტეხი	2904	6,7	-82,633	-0,08	-2,4
ონი	4026	5,4	-120,533	-0,12	-4,85
ცაგერი	6798	22	-49,8159	-0,05	-3,39
ფოთი	27522	716,6	6061,064	6,06	1668,13
აბაშა	14586	89	288,809	0,29	42,13
ზუგდიდი	69630	346,9	4833,848	4,83	3365,81
მარტვილი	22044	50,7	-112,313	-0,11	-24,76
მესტია	6138	4,7	-24,2841	-0,02	-1,49
სენაკი	26334	100,1	-20,5161	-0,02	-5,4
ჩხოროწყუ	14652	48,6	4,36347	0,00	0,64
წალენჯიხა	17358	62,1	1048,419	1,05	181,98
ხობი	20130	62,6	895,3131	0,90	180,23
ადიგენი	10824	25,9	-89,5067	-0,09	-9,69
ასპინძა	6864	15,8	-114,299	-0,11	-7,85
ახალქალაქი	29634	49,4	-162,527	-0,16	-48,16
ახალციხე	25740	63,9	-25,035	-0,03	-6,44
ბორჯომი	16566	27,2	62,72306	0,06	10,39
ნინოწმინდა	16170	25,3	-164,795	-0,16	-26,65
რუსთავი	82500	1920,5	1983,306	1,98	1636,23
ბოლნისი	35640	92,4	-84,6428	-0,08	-30,17
გარდაბანი	54252	87,7	-123,698	-0,12	-67,11
დმანისი	12540	23,4	-124,923	-0,12	-15,67
თეთრი წყარო	13860	21,6	-135,711	-0,14	-18,81
მარნეული	69234	126,4	-135,383	-0,14	-93,73
წალკა	12474	19,8	-149,667	-0,15	-18,67
გორი	83490	146,7	2257,54	2,26	1884,82
კასპი	28908	65	307,4236	0,31	88,87
ქარელი	27258	46,2	8,33385	0,01	2,27
ხაშური	35046	107,1	285,7014	0,29	100,13

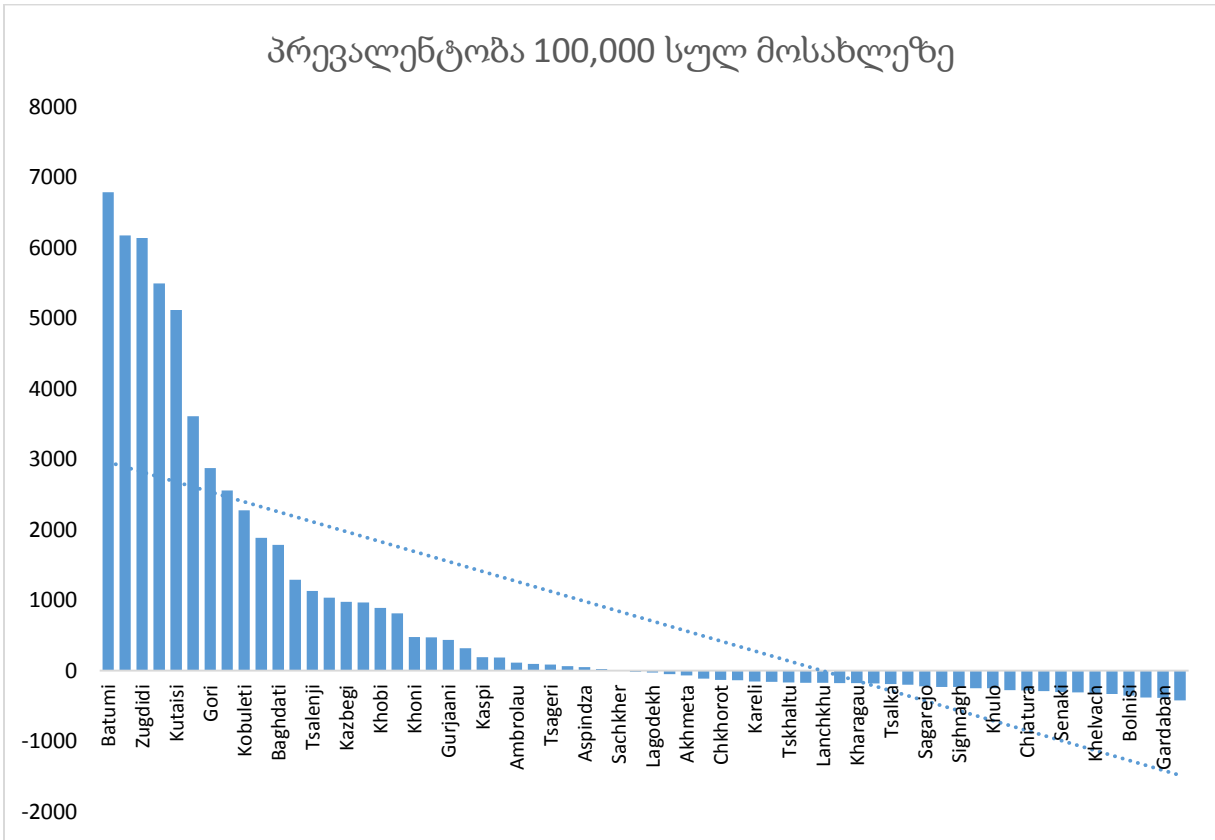
ცხრილი 34 ინმ რაოდენობა და პრევალენტობა საქართველოში 2014 წელს, პრევალენტობის კოეფიციენტის გამოყენებით

პრევალენტობის კატეგორიები: VH - ძალიან მაღალი H - მაღალი M - საშუალო L - დაბალი VL - ძალიან დაბალი

ქალაქი	18-64 წლის მოსახლეობა	კატეგორია	პრევალენტობის კოეფიციენტი	პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	პრევალენტობა %	სავარაუდო რაოდენობა
თბილისი	738078	H	5	3608,886	3,61	26636,39
ბათუმი	101706	VH	8	6790,851	6,79	6906,7
ქედა	11154	VL	0,5	-178,624	-0,18	-19,92
ქობულეთი	49632	M	2	2276,808	2,28	1130,03
შუახევი	10032	VL	0,5	-132,19	-0,13	-13,26
ხელვაჩაური	34056	VL	0,5	-317,901	-0,32	-108,26
ხულო	15510	VL	0,5	-250,173	-0,25	-38,8
ლანჩხუთი	20724	VL	0,5	-172,989	-0,17	-35,85
ოზურგეთი	41316	M	2	2556,608	2,56	1056,29
ჩოხატაური	12606	VL	0,5	25,49604	0,03	3,21
ქუთაისი	98406	VH	8	5119,295	5,12	5037,69
ზაღდათი	14322	VL	0,5	1785,74	1,79	255,75
ვანი	16170	VL	0,5	-48,3764	-0,05	-7,82
ზესტაფონი	38016	VL	0,5	-287,421	-0,29	-109,27
თერჯოლა	23496	VL	0,5	-331,89	-0,33	-77,98
სამტრედია	32076	L	1	1886,362	1,89	605,07
საჩხერე	25014	VL	0,5	2,87242	0,00	0,72
ტყიბული	13662	VL	0,5	-171,342	-0,17	-23,41
წყალტუბო	37686	VL	0,5	-168,093	-0,17	-63,35
ჭიათურა	26268	VL	0,5	-280,404	-0,28	-73,66
ხარაგაული	12870	VL	0,5	-174,581	-0,17	-22,47
ხონი	15576	VL	0,5	479,6487	0,48	74,71
ახმეტა	20658	VL	0,5	-66,9428	-0,07	-13,83
გურჯაანი	35706	L	1	437,7383	0,44	156,3
დედოფლისწყარო	13926	VL	0,5	-159,118	-0,16	-22,16
თელავი	38544	VH	8	5495,698	5,50	2118,26
ლაგოდეხი	27522	L	1	-26,4369	-0,03	-7,28
საგარეჯო	34848	L	1	-222,621	-0,22	-77,58
სიღნაღი	19602	VL	0,5	-230,5	-0,23	-45,18
ყვარელი	19668	VL	0,5	-228,757	-0,23	-44,99
დუშეთი	16896	VL	0,5	966,8814	0,97	163,36
თიანეთი	6138	VL	0,5	185,9598	0,19	11,41
მცხეთა	36762	L	1	1290,383	1,29	474,37

ქალაქი	18-64 წლის მოსახლეობა	კატეგორია	პრევალენტობის კოეფიციენტი	პრევალენტობა 100000 მოსახლეზე	პრევალენტობა %	სავარაუდო რაოდენობა
ყაზბეგი	2442	VL	0,5	979,7098	0,98	23,92
ამბროლაური	7260	VL	0,5	114,4163	0,11	8,31
ლენტეხი	2904	VL	0,5	813,7014	0,81	23,63
ონი	4026	VL	0,5	471,8852	0,47	19
ცაგერი	6798	VL	0,5	89,16904	0,09	6,06
ფოთი	27522	M	2	6175,092	6,18	1699,51
აბაშა	14586	VL	0,5	63,16169	0,06	9,21
ზუგდიდი	69630	VH	8	6139,322	6,14	4274,81
მარტვილი	22044	VL	0,5	-306,781	-0,31	-67,63
მესტია	6138	VL	0,5	318,2935	0,32	19,54
სენაკი	26334	VL	0,5	-300,241	-0,30	-79,07
ჩხოროწყუ	14652	VL	0,5	-131,405	-0,13	-19,25
წალენჯიხა	17358	VL	0,5	1132,007	1,13	196,49
ხობი	20130	VL	0,5	890,241	0,89	179,21
ადიგენი	10824	VL	0,5	-112,443	-0,11	-12,17
ასპინძა	6864	VL	0,5	53,88791	0,05	3,7
ახალქალაქი	29634	VL	0,5	-377,674	-0,38	-111,92
ახალციხე	25740	VL	0,5	-248,173	-0,25	-63,88
ბორჯომი	16566	VL	0,5	-16,2709	-0,02	-2,7
ნინოწმინდა	16170	VL	0,5	-273,064	-0,27	-44,15
რუსთავი	82500	M	2	1037,322	1,04	855,79
ბოლნისი	35640	VL	0,5	-350,415	-0,35	-124,89
გარდაბანი	54252	VL	0,5	-382,076	-0,38	-207,28
დმანისი	12540	VL	0,5	-174,027	-0,17	-21,82
თეთრი წყარო	13860	VL	0,5	-198,061	-0,20	-27,45
მარნეული	69234	VL	0,5	-421,67	-0,42	-291,94
წალკა	12474	VL	0,5	-188,564	-0,19	-23,52
გორი	83490	H	5	2874,922	2,87	2400,27
კასპი	28908	VL	0,5	192,8735	0,19	55,76
ქარელი	27258	VL	0,5	-153,7	-0,15	-41,9
ხაშური	35046	VL	0,5	95,69956	0,10	33,54

გრაფიკი 3 წრფივი რეგრესიის წირი გაზნევის დიაგრამასთან ერთად (პრევალენტობის კოეფიციენტის გამოყენებით, 2014)



4. მონაცემების ტრიანგულაცია და კონსენსუსით მიღებული საბოლოო შეფასება

საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობაზე კონსენსუსის მისაღწევად, გლობალური ფონდის პროექტისა და დკსჯეც-ის მხარდაჭერით, 2015 წლის ივლისში ჩატარდა ექსპერტთა კონსენსუსის შეხვედრა.

შეფასების სამი განსხვავებული მეთოდით მიღებული მონაცემები იყო წარდგენილი განსახილველად ექსპერტთა კონსენსუსის შეხვედრაზე:

ცხრილი 35 ინმ პოპულაციის სავარაუდო ზომის შეფასება საქართველოში 2015 წელს ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდისა და კოეფიციენტების ტექნოლოგიის გამოყენებით

შეფასების მეთოდი	2014
	ინმ სავარაუდო რაოდენობა
N 1, ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდის გამოყენებით	43,800
N 2, კოეფიციენტებისა და მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდის (მოსახლეობის სიმჭიდროვე) გამოყენებით	52,903
N 3, კოეფიციენტებისა და მულტივარიაციული ინდიკატორების მეთოდის (პრევალენტობის კოეფიციენტი) გამოყენებით	52,494

ხანგრძლივი დისკუსიის შემდეგ გადაწყდა, რომ გაანგარიშების სამივე მეთოდით მიღებული სავარაუდო რაოდენობების საშუალო მაჩვენებელი მიჩნეულიყო ქვეყანაში ინმ პოპულაციის სავარაუდო ზომად.

ამგვარად, ექსპერტთა შეთანხმების თანახმად,

2014 წელს საქართველოში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სავარაუდო რაოდენობა იყო **49,700** (49,208 – 50,192),

ხოლო ნაციონალური პრევალენტობა - **2,02%** (2,00% - 2,04%), 18-64 წლის მოსახლეობაზე გადათვლით და **1,33%** (1,32% - 1,35%) ზოგად პოპულაციაზე გადათვლით.

5. კვლევის შეზღუდვები

მიუხედავად იმისა, თუ რომელ მეთოდს გამოვიყენებთ, ყოველთვის არსებობს იმის ალბათობა, რომ კვლევის შედეგები გარკვეულ ცდომილებებს ექვემდებარებოდეს, რაც შეიძლება სხვადასხვა მიზეზით იყოს გამოწვეული. ქსელის ანალიზის მეთოდთან ასოცირებული შეზღუდვები დაკავშირებულია იმ დაშვებებთან, რომლებსაც ეს მეთოდი ეფუძნება, კერძოდ:

- შესაძლოა, რესპონდენტს არ ჰქონდეთ ინფორმაცია მათი ნაცნობების ქცევის შესახებ, რადგან ფარული პოპულაციის (ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა) წევრები ხშირად ღიად არ საუბრობენ თავიანთ ქცევაზე - ეს არის ინფორმაციის ტრანსმისიის ცდომილება. ამ ცდომილების გასასწორებლად ჩვენ გამოვიყენეთ ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის (მოვახდინეთ რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეთოდით რეკრუტირებული ინმ-ების გამოკითხვა სპეციალური კითხვარით, რომელიც ჩართული იყო ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევის ძირითად კითხვარში).
- ფარული პოპულაციის წევრს შეიძლება ჰქონდეს უფრო მცირე სანაცნობო წრე, ვიდრე ზოგადი პოპულაციის წარმომადგენელს. აქედან გამომდინარე, შემოტანილია პოპულარობის ინდექსის ცნება - მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლის სანაცნობო წრის ზომის შეფარდება ზოგად მოსახლეობასთან მიმართებაში. პოპულარობის ინდექსიც ასევე გასწორდა მოცემულ კვლევაში, ექსპერტთა მოსაზრებებისა და ლიტერატურული მონაცემების გათვალისწინებით.

ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მოდიფიცირებული მეთოდი ანალიზისათვის მხოლოდ ერთ წყაროს იყენებს, რაც მას უფრო ადვილად ჩასატარებელს ხდის ტრადიციულ ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მეთოდთან შედარებით. მაგრამ ამის მიუხედავად, ძალიან რთულია (რეალურად, შეუძლებელია) ნაციონალურ დონეზე ამ კვლევის შედეგების გენერალიზება, რადგან რესპონდენტზე ორიენტირებული შერჩევის მეშვეობით რეკრუტირებული რესპონდენტები ცხოვრობენ კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში (ქალაქში) და ვერ ხერხდება ნაცნობ-მეგობრების შესახებ მათი პასუხების განვრცობა მთელი ქვეყნის მასშტაბით. დაბოლოს, ჩაჭერა-უკუჩაჭერის მეთოდით მიღებული შედეგების სიზუსტე მნიშვნელოვნად არის

დამოკიდებული კვლევის მონაწილეთა პასუხების სიზუსტეზე. ნაწილობრივ, ეს გამოჩნდა ცრუ დამთხვევების რაოდენობის მაღალი მაჩვენებლით ჩვენს შერჩევაში.

კოეფიციენტების ტექნოლოგიის გამოყენება მიზანშეწონილია, მაგრამ შედეგების სიზუსტე დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად სწორად და აკურატულად ხდება მონაცემების დაფიქსირება სხვადასხვა ორგანიზაციისა თუ დაწესებულების მიერ (რუტინული ინფორმაციის წყაროები). ამ მეთოდის ყველაზე დიდი სირთულე სწორედ სხვადასხვა ორგანიზაციიდან და თავად ფარული პოპულაციის წევრებისაგან ინფორმაციის სწორად მოპოვებაა.

შეფასებისთვის გამოყენებულმა ინფორმაციის წყაროებმა შეიძლება შეზღუდოს საბოლოო შედეგების განვრცობის შესაძლებლობები. მაგალითად: (1) წამალდამოკიდებულთა მკურნალობის პროგრამების მონაცემებში ძირითადად აისახება მოხმარების ხანგრძლივი ისტორიისა და დამოკიდებულების დაავადების მქონე პირები, მაგრამ ნაკლებად მოიცავს დამწყებ ნარკომომხმარებლებს. (2) მეთადონური პროგრამებით ხდება მხოლოდ ოპიოიდების მომხმარებელთა მოცვა, კერძო პროგრამების მონაცემები მხოლოდ გადამხდელუნარიან პირებს ასახავს. (3) სამართალდამცავი ორგანოების მიერ დაფიქსირებული ინფორმაცია არ მოიცავს იმ მომხმარებლებს, რომლებიც თავად არ მონაწილეობენ ნარკოტიკების მოპოვების პროცესში და ა.შ.

მოცემული კვლევით მირებულ შედეგებს სიფრთხილით უნდა მოვეპყროთ, რადგან გასათვალისწინებელია რიგი მნიშვნელოვანი ფაქტორებისა:

- დაბალზღურბლოვანი პროგრამებით მოწოდებულ მონაცემებზე დაყრდნობით გაანგარიშებული პოპულაციის ზომის დამაჯერებლობა ნაკლებია: ამ ინდიკატორის გამოყენებით მიღებული ინმ სავარაუდო რაოდენობა საკვლევ ქალაქებში ბევრად მაღალია სხვა ინდიკატორების (მაგ., მკურნალობის, პოლიციის) გამოყენებით მიღებულ რაოდენობასთან შედარებით. მეორე მხრივ, სახელმწიფოს მიერ C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის დაწყების შემდეგ მკვეთრად გაიზარდა C ჰეპატიტის ვირუსზე ტესტირების მოთხოვნილება ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებს

- ამ კვლევის ჩასატარებლად სასურველია, რომ რუტინული ინფორმაციის რაც შეიძლება მეტი წყაროდან იყოს მოპოვებული მონაცემები მრავალრიცხოვანი საბაზისო მონაცემების (და, შესაბამისად, მრავალრიცხოვანი კოეფიციენტების) გამოსაყენებლად. სამწუხაროდ, სხვადასხვა ქალაქში ინფორმაციის წყაროების ხელმისაწვდომობა და კოეფიციენტების რაოდენობა განსხვავებულია.
- ინფორმაციის მოწოდების ცდომილება - რესპონდენტებმა შეიძლება მკვლევარებს მიაწოდონ არასწორი ინფორმაცია, რაღაც დამალონ ან, პირიქით, გააზვიადონ, რისი გადამოწმებაც შეუძლებელია.

6. დასკვნა და რეკომენდაციები

წარმოდგენილი კვლევა ინმ სავარაუდო რაოდენობის შეფასების მომდევნო ეტაპს წარმოადგენს. კვლევის წინა რაუნდი კოეფიციენტების ტექნოლოგიის გამოყენებით ჩატარდა 2012 წელს (ინმ სავარაუდო რაოდენობა იყო 45,000) და მოცული იყო 6 ქალაქი (თბილისი, ბათუმი, ზუგდიდი, გორი, ქუთაისი, თელავი); ამჟამად, საკვლევ ქალაქებს დაემატა კიდევ ერთი ქალაქი - რუსთავი.

როგორც წინა შემთხვევებში, მოცემულ შეფასებასაც სიფრთხილით უნდა მივუდგეთ და გავითვალისწინოთ, რომ ინმ პოპულაციის სავარაუდო რაოდენობის გაანგარიშების შედეგები მიახლოებით ხასიათს ატარებს. მეორე, მხრივ, ამ კვლევაში გამოყენებულ კოეფიციენტების ტექნოლოგიას გარკვეული უპირატესობები გააჩნია. პირველი, ამ მეთოდის კომბინირება ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევასთან მოსახერხებელია და ხარჯთ-ეფექტური - მარტივად ხდება გაანგარიშებისათვის საჭირო ინფორმაციის მოპოვება ფარული პოპულაციის წევრებისაგან. მეორე, ამ მეთოდის ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევასთან კომბინირება განაპირობებს მის მოქცევას ეროვნული ეპიდზედამხედველობის სისტემის ჩარჩოში და უზრუნველყოფს მისი ჩატარების რეგულარობას. ამას გარდა, შესაძლებელია ამ მეთოდით მოპოვებული მონაცემების გენერალიზება უფრო ფართო გეოგრაფიულ არეალზე და ინმ ნაციონალური პრევალენტობის გაანგარიშება.

კვლევის შეზღუდვებმა შესაძლოა, გარკვეული გავლენა იქონიოს საბოლოო შედეგებზე. კვლევაში ქალების მინიმალური რაოდენობით მონაწილეობა შეიძლება მიუთითებდეს მათ სურვილზე, დარჩნენ ფარულად, ან მიუთითებდეს რეკრუტირების ნაკლოვანებებზე, ანდა ზოგადად, ქვეყანაში ნარკოტიკების მომხმარებელი ქალების სიმცირეზე. გასათვალისწინებელია, ასევე ცდომილება რესპონდენტების მიერ ზუსტი ინფორმაციის მოწოდებასთან დაკავშირებით: ნებისმიერი პირისპირ ინტერვიუების დროს, არსებობს იმის ალბათობა, რომ რესპონდენტმა სწორად ვერ გაიგოს დასმული შეკითხვა, ან შეგნებულად არ გასცეს სწორი პასუხი ზოგიერთ სენსიტიურ კითხვას.

მიუხედავად იმისა, რომ დაბალზღვრბლოვანი პროგრამებიდან მოპოვებული საბაზისო მონაცემების გამოყენებით წარმოებული ინმ სავარაუდო რაოდენობის გაანგარიშება გარკვეულ კითხვის ნიშნებს აჩენს, კონსენსუსის შეხვედრაზე ექსპერტები შეთანხმდნენ, რომ სასურველია ამ ინდიკატორის დატოვება, რადგან ამ ტიპის მომსახურება ყველაზე ხელმისაწვდომია ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის სხვადასხვა ქალაქში.

კვლევის წინა რაუნდთან (2012) შედარებით, გაიზარდა ქვეყანაში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა პოპულაციის სავარაუდო ზომა. 2012 წლის შემდეგ ნარკოსცენა შეიცვალა. კერძოდ, კვლავ ადვილად ხელმისაწვდომი გახდა არალეგალური ბაზრის ისეთი ტრადიციული წარმომადგენლები, როგორცაა ჰეროინი (კერძოდ, შედარებით იაფფასიანი ე.წ. „ქუჩის ჰეროინი“, ანუ „სირეცი“) და ბუპრენორფინი (სუბუტექსი). ფსიქოტროპული ნივთიერებების (ტრანკვილიზატორები, ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტები) ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარება მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა, მაგრამ შესაბამისი საკანონმდებლო ცვლილებების შემდეგ მნიშვნელოვნად შემცირდა კუსტარულად დამზადებული ამფეტამინის ტიპის სტიმულანტების - ეფედრონის („ვინტის“) და მეთკათინონის („ჯეფი“), ასევე თვითნაკეთი ოპიოიდის - დეზომორფინის („ნიანგი“) ინექციური გზით მოხმარება. ეკონომიკური სიდუხჭირე და უმუშევრობის მაღალი დონე იწვევს მასობრივ შრომით მიგრაციას, განსაკუთრებით, თურქეთში, სადაც შესაძლებელია არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება. მეორე მხრივ, გაიზარდა იმ ადამიანების რაოდენობა, ვინც მეზობელ ქვეყნებს (თურქეთს, აზერბაიჯანს) მხოლოდ ნარკოტიკების მოხმარების მიზნით სტუმრობს. თურქეთში ნარკოტიკები გაცილებით იაფი და იოლად ხელმისაწვდომია, ნარკოტიკების მოხმარებისათვის სასჯელი არ არის, თანაც საქართველოს

მოქალაქეებს თურქეთის საზღვრის გადაკვეთა შეუძლიათ პირადობის მოწმობებით. ქვეყანაზე ზედამხედველობის ბოლო (2014-2015) კვლევის თანახმად, რესპონდენტთა თითქმის ნახევარმა დაადასტურა, რომ მოიხმარეს ინექციური ნარკოტიკი საზღვარგარეთ ბოლო წლის განმავლობაში. 2013 წლის საყოველთაო ამნისტიის შედეგად, პატიმრობიდან განთავისუფლდა ნარკოტიკების მომხმარებელთა დიდი რაოდენობა. ამავე დროს, აღსანიშნავია, რომ წინა წლებთან შედარებით შეიცვალა ნარკოტიკის მოხმარების სიხშირე: გაიზარდა იმ ინმ-ების რაოდენობა, ვინც ინექციურ ნარკოტიკებს პერიოდულად (თვეში რამოდენიმეჯერ) მოიხმარს და შემცირდა ნარკოტიკების რეგულარულად (კვირაში ორჯერ, კვირაში რამოდენიმეჯერ, ყოველდღე) მომხმარებელთა რაოდენობა. კვლევის მონაწილეთა მხოლოდ 40%-მა აღნიშნა, რომ გასულ წელს ჰქონდა ოპიუმის ჯგუფის ნარკოტიკის/ების რეგულარულად, რამოდენიმე დღის განმავლობაში გადაბმულად მოხმარების პერიოდები შემდგომი აღკვეთის მდგომარეობითურთ. ეს შედეგები ნათლად მიუთითებს იმაზე, რომ ინმ პოპულაციაში უმრავლესობა ნარკოტიკის ეპიზოდური მომხმარებელია და ამჟამად არ აღინიშნება აქტიური დამოკიდებულება.

ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელებადობის დინამიკის შესწავლა, ერთი მხრივ, ამ პრობლემის ზემოქმედებით მიღებული შედეგების შეფასების საშუალებას გვაძლევს, ხოლო, მეორე მხრივ, გვიჩვენებს, რამდენად ეფექტურია ქვეყანაში პრობლემის საპასუხო ღონისძიებები. თუმცა ასეთი კვლევების ჩატარების საჭიროება ყველასათვის ნათელია, რეალურ პრაქტიკაში მონაცემების მოპოვება საკმაოდ რთულია.

სასურველია, გამოყენებული იყოს ფარული პოპულაციის სავარაუდო ზომის შეფასების რაც შეიძლება მეტი განსხვავებული მეთოდი, რათა საბოლოო შეფასებამ დამაკმაყოფილებელი, რეალობასთან მაქსიმალურად მიახლოებული შედეგები მოგვცეს. ჩვენ შეგვიძლია, ერთდროულად გამოვიყენოთ ქსელის ზომის განსაზღვრის მეთოდი და კოეფიციენტების ტექნოლოგია.

კვლევის შედეგად გამოჩნდა, რომ საქართველოს ბევრ ქალაქში არ არსებობს ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის განკუთვნილი სერვისები, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ქალაქებში არის ნარკომომხმარებლების საკმაო რაოდენობა. კვლევის მონაცემების გამოყენებით, შესაძლებელია, მოხდეს ადეკვატური დაგეგმვა სამომავლოდ რესურსების განაწილებისა და პრევენციული სამსახურების გაფართოების თვალსაზრისით. ასევე, სამომავლოდ,

სასურველია, მსგავსი კვლევები დამატებით ჩატარდეს იმ ქალაქებშიც, სადაც ჯერჯერობით კვლევა არ ჩატარებულა, მაგრამ ამჟამინდელმა შეფასებამ პრევალენტობის მაღალი მაჩვენებლები გამოავლინა.

უნდა გაუმჯობესდეს ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ინფორმაციის დაფიქსირება. მკურნალობის მონიტორინგის სისტემა არა მხოლოდ უნდა გვაწვდიდეს ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რამდენმა პაციენტმა ჩაიტარა მკურნალობა დროის გარკვეულ მონაკვეთში და რა ტიპის ნარკოტიკზე იყვნენ ეს ადამიანები დამოკიდებულნი, არამედ მონაცემების დუბლირების თავიდან აცილების საშუალებასაც უნდა იძლეოდეს. აუცილებელია უნიკალური საიდენტიფიკაციო კოდის შემოღება და დანერგვა ნარკომომხმარებლებისათვის, რაც კლიენტთა ანონიმური სარეგისტრაციო ბაზების შექმნის საშუალებას მოგვცემს ყველა იმ დაწესებულებაში, რომელთანაც შეხება აქვთ ნარკომომხმარებლებს. ასეთი სისტემა მნიშვნელოვნად გააადვილებს ინმ სავარაუდო რაოდენობისა და პრევალენტობის შეფასების კვლევების ჩატარებას.

ინმ ნაციონალური პრევალენტობის შეფასების წარმოდგენილი მეთოდები ხარჯთ-ეფექტურია, რადგან სინთეტური გაანგარიშება არ მოითხოვს დამატებითი მონაცემების შეგროვებას მას შემდეგ, რაც დაითვლება ინმ რაოდენობა კალიბრაციულ პოპულაციაში/საყრდენ წერტილებში. გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ საყრდენი წერტილების რაოდენობის ზრდა უფრო სტაბილურს ხდის რეგრესიას.

რადგან ეპიდემიის გავრცელების დინამიკა მუდმივად იცვლება, ასეთი ტიპის კვლევები უნდა ტარდებოდეს რეგულარულად, უმჯობესია, 2 წელიწადში ერთხელ, რათა დაფიქსირდეს ინმ პოპულაციის ზომის ცვლილებები და ახალი ტენდენციები ნარკომომხმარებელთა ქცევაში. ინმ სავარაუდო რაოდენობის შეფასების კვლევების სამმა რაუნდმა (2008-2009, 20012 და 2014) გვიჩვენა, რომ ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული სიტუაცია შეიძლება ქვეყანაში ძალიან სწრაფად შეიცვალოს და საჭიროა, არსებობდეს ჩამოყალიბებული, განგრძობითი მონიტორინგის სისტემა.

დანართები

1. ქსელის ზომის განსაზღვრის კითხვარი

N.1 ადამიანების რაოდენობა, რომელთაც იცნობთ კონკრეტული სახელით

ახლა მინდა, რომ გაიხსენოთ ისეთი ადამიანები, რომლებსაც იცნობთ კონკრეტული სახელით და დამიწეროთ მათი რაოდენობა. ამასთან გთხოვთ, გაითვალისწინოთ, რომ

- ასეთ ადამიანს უნდა იცნობდეთ სახეზე და სახელით, და ისიც უნდა გიცნობდეთ სახეზე და იცოდეს თქვენი სახელი;

და

- ასეთ ადამიანთან ურთიერთობა გქონიათ ბოლო 2 წლის მანძილზე პირადად, ტელეფონით ან ინტერნეტით (მაგ. ელ.ფოსტის საშუალებით, სკაიპით, მიმოწერა სოციალური ქსელით);

და

- ასეთი ადამიანი არის ნებისმიერი ასაკის და უნდა ცხოვრობდეს საქართველოში.

მაგალითად: წარმოიდგინეთ, რომ გთხოვთ იმ ადამიანთა რიცხვის გახსენებას, ვისი სახელიცაა „მანანა“. მოდით გაიხსენეთ საერთო რიცხვი იმ ადამიანებისა ვისაც სახელად ჰქვია „მანანა“. ვთქვათ გაიხსენეთ და დაითვალეთ ასეთი 11 ადამიანი. შესანიშნავია! მოდით ახლა მათგან გამოვრიცხოთ იმ ადამიანთა რიცხვი ვისაც თქვენ იცნობთ, თუმცა ისინი არ გიცნობენ თქვენ (ვთქვათ ასეთი არის 1 ადამიანი). შემდეგ გამოვრიცხეთ ყველა მანანა ვინც არ ცხოვრობს საქართველოში (ამ შემთხვევაში ჩავთვალოთ რომ ყველა თქვენი ნაცნობი მანანა საქართველოში ცხოვრობს). აგრეთვე, გამოვრიცხეთ ყველა ისეთი მანანა, ვისთანაც ბოლო 2 წლის მანძილზე ურთიერთობა არ გქონიათ არც პირადად, არც ტელეფონით და არც ინტერნეტის საშუალებით (ვთქვათ 3 ადამიანი). მაშასადამე, თქვენი ნაცნობი „მანანების“ რაოდენობა გამოდის $11 - 1 - 3 = 7$ ადამიანი.

ვიციტ, რომ ეს არ არის მარტივი ამოცანა. გთხოვთ, მაქსიმალურად შეეცადოთ და გაიხსენოთ.

საბოლოოდ, თუ თქვენ ვერ შეძელით კონკრეტული ჯგუფიდან ნაცნობი ადამიანის გახსენება. გთხოვთ ჩაწეროთ - 0.

აღწერილობა	პასუხები	რამდენმა მათგანმა იცის, რომ თქვენ ინექციური გზით იკეთებთ ნარკოტიკს?
1 რამდენ „მამუკას“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
2 რამდენ „ლუკას“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
3 რამდენ „ზურაბს“, „ზურას“, „ზუკას“ „ზურიკოს“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
4 რამდენ „ვაჟას“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
5 რამდენ „სოფიკოს“, „სოფიო“, „სოფოს“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
6 რამდენ „მანანას“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
7 რამდენ „შორენას“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
8 რამდენ „ნინოს“, „ნინიკოს“, „ნინას“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
9 რამდენ „მაიას“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი

10 რამდენ „დავითს“, „დათოს“, „დათუნას“, „დათიკოს“ იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი
---	----------------	----------------

N.2 ნაცნობი ადამიანების რაოდენობა ჯგუფების მიხედვით

ახლა დაგისვამთ კითხვებს სხვა ნაცნობი ადამიანების შესახებ. კიდევ ერთხელ განვმეორდები და შეგახსენებთ, რომ

- ასეთ ადამიანს უნდა იცნობდეთ სახეზე და სახელით, და ისიც უნდა გიცნობდეთ სახეზე და იცოდეს თქვენი სახელი;

და

- ასეთ ადამიანთან ურთიერთობა გქონიათ ბოლო 2 წლის მანძილზე პირადად, ტელეფონით ან ინტერნეტით (მაგ. ელ.ფოსტის საშუალებით, სკაიპით, მიმოწერა სოციალური ქსელით);

და

- ასეთი ადამიანი არის ნებისმიერი ასაკის და უნდა ცხოვრობდეს საქართველოში.

კითხვა	სულ	რამდენმა მათგანმა იცის, რომ თქვენ ინექციური ნარკოტიკის გზით მომხმარებელი ხართ?	მხოლოდ მამაკაცი	რამდენმა მათგანმა იცის, რომ თქვენ ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელი ხართ?
1 რამდენ ადამიანს იცნობთ, რომელიც დაქორწინდა 2014 წელს?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი	_____ მამაკაცი	_____ მამაკაცი
2 რამდენ სკოლის მასწავლებელს იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი	_____ მამაკაცი	_____ მამაკაცი
3 რამდენ ადამიანს იცნობთ, ვინც გარდაიცვალა 2014 წელს?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი	_____ მამაკაცი	_____ მამაკაცი
4 რამდენ ადამიანს იცნობთ, ვინც სიმსივნით გარდაიცვალა 2014 წელს?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი	_____ მამაკაცი	_____ მამაკაცი
5 რამდენ ადამიანს იცნობთ, ვინც დაშავდა ან გარდაიცვალა საგზაო შემთხვევის გამო 2014 წელს?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი	_____ მამაკაცი	_____ მამაკაცი
6 უმაღლესი სასწავლებლის რამდენ სტუდენტს იცნობთ?	_____ ადამიანი	_____ ადამიანი	_____ მამაკაცი	_____ მამაკაცი

2. ჩაჭერა-უკუჩაჭერის კვლევის კითხვარი

ახლა დაგისვამთ კითხვებს თქვენს ეროვნებაზე და გარეგნულ მონაცემებზე, როგორცაა, სიმაღლე, წონა, თმის ფერი. ასევე შეგეკითხებით თქვენი ტელეფონის ნომრის ბოლო ოთხ ციფრს 0; 1; 2; 3; 4 არის დაბალი ციფრი და მიაწიქეთ ასო-”დ”, 5; 6; 7; 8; 9 არის მაღალი ციფრი და მიაწიქეთ ასო ”მ”, ამასთანავე 0; 2; 4; 6; 8 არის ლუწი რიცხვი და უნდა მიენიჭოს- ”ლ”, 1; 3; 5; 7; 9 არის კენტი და მიაწიქეთ ”კ”.

მაგალითი: ვთქვათ, ტელეფონის ნომერი მთავრდება 1805- უნდა მიენიჭოს კოდი- დ-მ-დ-მ-კ-ლ-ლ-კ. სადაც პირველი ასო ”დ” აღნიშნავს დაბალს და შეესაბამება 1-ს, მეორე ასო ”მ”- აღნიშნავს მაღალს და შეესაბამება 8-ს, მესამე ასო ”დ” აღნიშნავს დაბალს და შეესაბამება 0-ს, მეოთხე ასო ”მ” აღნიშნავს მაღალს და შეესაბამება 5-ს. შემდეგ ვიწყებთ აღწერას კენტი-ლუწის ნიხედვით, მეხუთე ასო ”კ” აღნიშნავს კენტს და შეესაბამება 1-ს, მეექვსე ასო ”ლ” აღნიშნავს ლუწს და შეესაბამება 8-ს, მეშვიდე ასო ”ლ” აღნიშნავს ლუწს და შეესაბამება 0-ს და მერვე ასო ”კ” აღნიშნავს კენტს და შეესაბამება 5-ს.

ცვლადები	კოდები	რესპონდენტის პასუხები
სატელეფონო კოდი	0; 1; 2; 3; 4 დ 5; 6; 7; 8; 9 მ 0; 2; 4; 6; 8 ლ 1; 3; 5; 7; 9 კ	
დაახლოებითი სიმაღლე	მაღალი..... მ საშუალო ს დაბალი დ	
დაახლოებითი წონა	მსუქანი მ საშუალო..... ს გამხდარი გ	
თმის ფერი	მუქი მ ღია..... ღ წითური წ უთმო/მელოტი .. უ	
ეროვნება	ქართველი ქ აზერბაიჯანელი.. ა სომეხი ს სხვა სხ	

ახლა იგივეს შეგეკითხებით თქვენს 5 მეგობარზე.

გთხოვთ ამოიღოთ ერთი „ასო“.ახლა მოძებნეთ თქვენს სატელეფონო კონტაქტებში ამ ასოთი ჩაწერილი პირველი ადამიანი, რომელიც მიეკუთვნება თქვენს ჯგუფს (ნარკოტიკის ინექციური გზით მომხმარებლებს) და მიაჩნთ კოდები ზემოაღნიშნული ინსტრუქციის მიხედვით. (თუ ამ ასოთი ჩაწერილი არავინ გყავთ , ამოიღეთ სხვა ასო და ასე მიჰყევით, მანამ, სანამ არ შეარჩევთ იმ ასოს, რომელზეც ჩაწერილი გყავთ (ნარკოტიკის ინექციური გზით მომხმარებელი).

შემდეგ ჩაჰყევით თქვენი კონტაქტების სიას და ამოარჩიეთ ყოველი მეორე შემხვედრი კონტაქტი, რომელიც თქვენი ჯგუფის წევრია და მასაც მიაჩნთ კოდები, ასე ამოარჩიეთ სულ 5 ადამიანი.

ცვლადები	კოდები	1. საკონტაქტო პირი 1	2. საკონტაქტო პირი 2	3. საკონტაქტო პირი 3	4. საკონტაქტო პირი 4	5. საკონტაქტო პირი 5
სატელეფონო კოდი	0; 1; 2; 3; 4 დ 5; 6; 7; 8; 9 მ 0; 2; 4; 6; 8 ლ 1; 3; 5; 7; 9 კ					
დაახლოებითი სიმაღლე	მაღალი..... მ საშუალო ს დაბალი დ					
დაახლოებითი წონა	მსუქანი მ საშუალოს გამხდარი გ					
თმის ფერი	მუქი მ ღია..... ღ წითური წ უთმო/მელოტი .. უ					
ეროვნება	ქართველი ქ აზერბაიჯანელი.. ა სომეხი ს სხვა სხ					

3. კითხვარი ნომინაციური მეთოდისათვის

კითხვარის საიდენტიფიკაციო ნომერი:

კუპონის ნომერი:

1. უკანასკნელი წლის განმავლობაში რამდენ თქვენს ახლო მეგობართან ერთად მოიხმარდით (იკეთებდით) ნარკოტიკს? (ან ვინც დარწმუნებული ხართ, რომ მოიხმარს/მოიხმარდა (იკეთებს/იკეთებდა) ნარკოტიკს, მათ შორის ნარკოტიკის გადაჭარბებული დოზის ან ნებისმიერი სხვა მიზეზის გამო გარდაცვლილთანაც, მათ შორის, თუ არის ქალი, რომელთან ერთადაც გაგიკეთებიათ)

სულ — მათ შორის ქალი —

2. დარწმუნებული ხართ? გთხოვთ, კიდევ ერთხელ დაფიქრდით. მეჩვენება, რომ (ძალიან ბევრია/ცოტაა/სწრაფად მითხარით/დაამრგვალეთ). თუ შეიძლება ჩამოთვალეთ მათი სახელები (თუნდაც არასწორი, გამოგონილი) და ერთად დავთვალოთ, თუ არის ქალი, აუცილებლად დაასახელეთ. გთხოვთ, გვითხრათ, რომელია ქალი? ინტერვიუერს: შემოხაზეთ ქალის აღმნიშვნელი კოდი.

სახელები:

I	VI
II	VII
III	VIII
IV	IX
V	X

კითხვები: ამ 1 წლის განმავლობაში	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
3. ხომ არ დაუკავებია პოლიციას ნარკოტიკების მოხმარების გამო?										
4. ხომ არ ჩაუტარებია აივ/შიდსზე ტესტირება?										
5. ხომ არ ჩაუტარებია აბსტინენციის (“ლომკის”) საწინააღმდეგო სტაციონარული მკურნალობა? (დაახ, გადადით 8-ზე)										
6. ხომ არ აპირებდა აბსტინენციის (“ლომკის”) საწინააღმდეგო სტაციონარული მკურნალობის ჩატარებას, მაგრამ არ ჩაუტარებია? (არა, გადადით 8-ზე)										
7. რატომ არ ჩაუტარებია?										
8. ხომ არ მონაწილეობდა ჩანაცვლებით (მეტადონის) პროგრამაში?										

9. ხომ არ მიუღია მონაწილეობა პრევენციის უფასო პროგრამებში, როგორცაა:										
9.a “შპრიცების და ნემსების პროგრამა” (სადაც ხორციელდება სტერილური საინექციო მასალების გაცემა)										
9.b B, C ჰეპატიტზე, აივ/შიდსზე, სიფილისზე ექიმებთან და ფსიქოლოგებთან ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება?										
10. ხომ არ გარდაცვლილა ნარკოტიკის ზედოზირების შედეგად?										