



ზიანის შემცირების მომსახურების მიმწოდებლების კვლევა საქართველოში

ზურაბ ტატანაშვილი*

დოქტორანტი, სოციოლოგიისა და სოციალური მუშაობის მიმართულება, სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ლელა სერებრიაკოვა (თანაავტორი)

მაგისტრი, პროექტის მენეჯერი, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი

რეზიუმე

უკანასკნელი შეფასების მიხედვით, საქართველოში ნარკოტიკების 45 ათასი ინექციური მომხმარებელია (Sirbiladze & Tavzarashvili, 2012), თუმცა რამდენიმე ექსპერტული შეფასებით, ეს ციფრი მნიშვნელოვნად მაღალია. შესაბამისად, ნარკოტიკებით გამოწვეული ზიანის შემცირება ქვეყნისთვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა.

ზიანის შემცირება წარმოადგენს ინტერვენციების, პროგრამებისა და პოლიტიკის ერთობლიობას, რომელიც მიმართულია ინდივიდების, თემისა და საზოგადოების დონეზე ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული ჯანმრთელობის, სოციალური და ეკონომიკური ზიანის შემცირებისკენ (Rhodes & Hedrich, 2010). ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებისა და ზიანის შემცირების ღონისძიებების განხორციელების ერთ-ერთი ყოვლისმომცველი მოდელი ბიოფსიქოსოციალური მოდელია. ეს მოდელი 1977 წელს აღწერა პირველად ჯორჯ ენგელმა (Engel, 1978) და წარმოადგენს მიდგომას, სადაც ინდივიდის ჯანმრთელობა განპირობებულია როგორც ბიოლოგიური, ისე პიროვნული და სოციალური ფაქტორებით. მსგავსი ხედვა გამოყენებულია ნარკოტიკული ნივთიერებების მიმართ დამოკიდებულების აღწერის დროსაც (Ogborne, 2004) (Kumpfer, Trunnell, & Whiteside, 1990).

საქართველოში ხელმისაწვდომია ზიანის შემცირების რიგი მომსახურება, მათ შორის, ნაწილი უსასყიდლოდ და ნაწილი - სახელმწიფოს მიერ თანადაფინანსების, ან პაციენტის მიერ ანაზღაურების საფუძველზე. საერთო ჯამში, მომხმარებლებს შეუძლიათ ისარგებლონ როგორც დეტოქსიკაციის მომსახურებით (რომელიც ფიზიკური დამოკიდებულების, აბსტინენციის სინდრომის მოხსნას უზრუნველყოფს), ისე ჩანაცვლებითი თერაპიით (მეთადონი და ბუპრენორფინი). ასევე, უსასყიდლოა ზიანის შემცირების პროგრამების ფარგლებში (ან სხვა საარსიკო ქვეყნის მქონე ადამიანებისთვის) აივონფექცია/შიდსზე გამოკვლევა (და მკურნალობა), ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამები, რიგი სამედიცინო და არასამედიცინო სახის საკონსულტაციო და საინფორმაციო/საგანმანათლებლო მომსახურება.

წარმოდგენილი კვლევა არის იმ სამუშაოს ერთ-ერთი კომპონენტი, რომელიც ხორციელდება ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის ზიანის შემცირების მომსახურების სტანდარტის შემუშავების პროცესში. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში უკვე რამდენიმე წელია ხორციელდება ზიანის შემცირების მომსახურებები, ქვეყნას არ აქვს ერთიანი სტანდარტიზებული მიდგომა ამ მომსახურებების უზრუნველყოფისადმი. შესაბამისად, მარეგულირებელი პრინციპები და დოკუმენტები გაბნეულია სხვადასხვა დონორის მიერ დაფინანსებული ინიციატივების ფარგლებში. რეგულაციების ნაწილი კი განპირობებულია ცალკეული ორგანიზაციების შიდა პოლიტიკით. თუმცა ეს რეგულაციები მხოლოდ ამ ორგანიზაციის მიერ

* ელფოსტა: zurabtat@gmail.com

განხორციელებულ პროექტებში აისახება.

ქვეყანაში ზიანის შემცირების სტანდარტის შემუშავება, ხელს შეუწყობს არსებული პრაქტიკის „კარგი გამოცდილების“ ინტეგრაციას ქვეყნის დონეზე და დანერგავს ერთიან მიდგომას (სტანდარტს) მომსახურებების უზრუნველყოფის კუთხით როგორც რაოდენობრივი, ისე ხარისხობრივი მაჩვენებლებით.

საკანძო სიტყვები: ზიანის შემცირება, სერვისების სტანდარტიზაცია, ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება

Abstract

According to the latest estimations there are 45,000 intravenous drug users (IDU) in Georgia. (Sirbiladze & Tavzarashvili, 2012). However, some experts in the field think that this number is underestimated. Due to high prevalence of the behaviour, harm reduction is important for the country.

Harm reduction is combination of interventions, programs and policies targeting health, social and economic harm caused by drug use on individual, community and social levels (Rhodes & Hedrich, 2010). Harm reduction is one of the holistic approaches targeting bio-psycho-social results of drug use. The bio-psycho-social model was first introduced by George Engel in 1977 (Engel, 1978). According to the theory, health condition is the result of biological, psychological and social factors. Similar ideas are emphasised to describe drug addiction (Ogborne, 2004) (Kumpfer, Trunnell, & Whiteside, 1990).

There are number of harm reduction services available in Georgia; some are free of charge, some subsidised by the government and some paid by patients. IDU population can use detoxication service (treating abstinence syndrom caused by physical dependence) and substitution therapy. Screening on HIV, syringe exchange and medical and other consultancy, as well as educational services are also provided.

Presented study is the stage of the project aiming to develop harm reduction standards for services provided in Georgia. Despite the fact, that Georgia has several years of experience of harm reduction provision, there are no unified standards in the country. Therefore, regulatory mechanisms are set up by separate donors and/or service provider organisations. Thus the regulations are only implemented by the authors and their contractors.

Harm reduction standards will promote replication of best practices in the country and unify service framework in qualitative and quantitative measures.

Key words: harm reduction, service standardisation, injecting drug use.

შესავალი

ზიანის შემცირების მიდგომა, სხვადასხვა მიმართულებას მოიცავს და ძირითადად მიზნად ისახავს ბიოფსიქო-სოციალური ნეგატიური შედეგების შემცირებას ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში ზიანის შემცირების სერვისები 2001 წლიდან არსებობს, ეს სფერო არ არის რეგულირებული და მისი რაოდენობრივი და ხარისხობრივი მაჩვენებლები ძირითადად დამოკიდებულია სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციის და დონორის მოთხოვნებზე.

წარმოდგენილი კვლევის მიზანია, საქართველოში, ზიანის შემცირების არსებული მომსახურების მოცულობისა და მიწოდების რაოდენობრივი და თვისებრივი მაჩვენებლების განსაზღვრა.

კვლევის მეთოდებად გამოვიყენეთ ტრიანგულაცია: ლიტერატურული მიმოხილვა, გამჟღავნებული დაკვირვება, ჩაღრმავებული ინტერვიუ და ფოკუს-ჯგუფები.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ მიუხედავად ნარკოსტრუქტურის რეგიონალური თავისებურებებისა, მაინც საჭიროა განისაზღვროს მომსახურების სტანდარტები, რომელიც დაეფუძნება საერთაშორისო გამოცდილებას შესაბამისი თვისებრივი და რაოდენობრივი მაჩვენებლებით.

კვლევა განხორციელდა ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელში პროექტის „**Более высокое качество обслуживания для лучшей жизни – стандартизация услуг по снижению вреда в Грузии**“ ფარგლებში ევროკავშირისა და „**Международный Альянс с ВИЧ/СПИД в Украине**“ ფინანსური მხარდაჭერით.

1. ლიტერატურის მიმოხილვა

პირველ რიგში მიმოვიხილავთ ზიანის შემცირების პროგრამებში განვითარებული ქვეყნების გამოცდილებას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2014 წელს შემუშავებული დოკუმენტი „ძირითად პოპულაციაში აივ ინფექციის პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და ზრუნვის გაერთიანებული სახელმძღვანელო“ („**Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations**“) წარმოადგენს განახლებულ და კონსოლიდირებულ მიდგომას ზიანის შემცირების მომსახურების უზრუნველყოფისთვის (World Health Organization, 2014). ეს დოკუმენტი და „**WHO, UNAIDS, UNODC technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users**“ (World Health Organization, 2012) ერთობლივად წარმოადგენენ საერთაშორისოდ აღიარებულ პრინციპებს ზიანის შემცირების მომსახურების განხორციელებასთან მიმართებაში. ეს პრინციპები კი ასევე აღიარებულია და ინერგება გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით განხორციელებულ პროგრამებში და აქტივობებში (World Health Organization, 2012).

ამ დოკუმენტების თანახმად, **ზიანის შემცირების მომსახურების სრული პაკეტი** მოიცავს:

1. ნემსებისა და შპრიცების პროგრამებს;
2. ჩანაცვლებით თერაპიასა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სხვა მიდგომებს წამალდამოკიდებულის მკურნალობის მიმართ;
3. აივ ტექტირებასა და კონსულტირებას;
4. ანტირეტროვირუსულ თერაპიას;
5. სქესობრივი გზით გადადები ინფექციების პრევენციასა და მკურნალობას;
6. კონდომების პროგრამებს ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა და მათი სქესობრივი პარტნიორებისთვის;
7. მიზნობრივ საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო ღონისძიებებს ნარკოტიკების

ინექციური მომხმარებლებისა და მათი სქესობრივი პარტნიორებისთვის

8. ვირუსული ჰეპატიტის პრევენციას, ვაქცინაციას, დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას;

9. ტუბერკულოზის პრევენციას, დიაგნოსტიკას და მკურნალობას.

საქართველოში ხელმისაწვდომია ზიანის შემცირების რიგი მომსახურება, მათ შორის, ნაწილი დონორი ორგანიზაციების დაფინანსებით და ნაწილი – სახელმწიფოს თანადაფინანსების, ან პაციენტის მიერ ანაზღაურების საფუძველზე. დაფინანსებით, სხვადასხვა წყაროს გამოყენებით, მომხმარებლებს შეუძლიათ ისარგებლონ დეტოქსიკაციის, ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებით, უფასო დიაგნოსტიკით აივ ინფექცია/შიდსზე და სხვა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე, ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამებით და სხვა სამედიცინო და არასამედიცინო სერვისებით.

ზიანის შემცირების მომსახურებების დანერგვა საქართველოში 1999-2000 წლებში ფონდ „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ მხარდაჭერით განხორციელდა. პროგრამის პირველი სერვის ცენტრები თბილისსა და ბათუმში 2001 წელს გაიხსნა. მომსახურებას ახორციელებდნენ ა/ო „სასოება“ (თბილისი) და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი. 2002 წლიდან გაიხსნა ზიანის შემცირების ცენტრები სხვა ქალაქებშიც (გორი, ზუგდიდი, ბათუმი). გარდა ამისა, თბილისში დამატებითი კიდევ ფუნქციონირებდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტთან ასოცირებული მომსახურების ცენტრიც (Georgian Harm Reduction Network, 2012).

ნიშანდობლივია, რომ საწყის ეტაპზე (2010 წლამდე) შპრიცების გაცვლის ცენტრები (შპგ) და ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების (ნკტ) ცენტრები ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად ფუნქციონირებდა, რაც ქმნიდა რისკს, რომ სერვისის ბენეფიციარების ნაწილი ერთი სერვისიდან მეორეში გადასვლის პროცესს აღარ მიყვებოდა და მხოლოდ ერთ სერვისს მიიღებდა. დღეს ეს მომსახურებები გაერთიანებულია (Georgian Harm Reduction Network, 2012).

ქვეყანაში ნარკოპოლიტიკის ცვლილებების საადვოკაციოდ, ზიანის შემცირების პროგრამების ხარისხიანი განხორციელებისთვის და ნარკოტიკების მომხმარებელთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, ფონდ „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ მხარდაჭერით, 2006 წელს რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაციამ ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი შექმნა (Georgian Harm Reduction Network, 2014).

2008 წლიდან ქსელი გახდა შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის „ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლების მოცვის გაფართოება აივ/შიდსზე პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერების გზით“ გრანტის სუბრეციპიენტი (Georgian Harm Reduction Network, 2012).

დღეს ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი მართავს ზიანის შემცირების პროგრამას ქვეყნის 11 ქალაქში: თბილისი, თელავი, რუსთავი, გორი, ფოთი, ქუთაისი, სამტრედია, ოზურგეთი, ბათუმი, ზუგდიდი და მათ შორის, სოხუმი. იგი უზრუნველყოფს აივ/შიდსის პრევენციით ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების მნიშვნელოვანი ნაწილის მოცვას (ყოველთვიურად დაახლოებით 3500-4000 ბენეფიციარი) სხვადასხვა სერვისით (Georgian Harm Reduction Network, 2014).

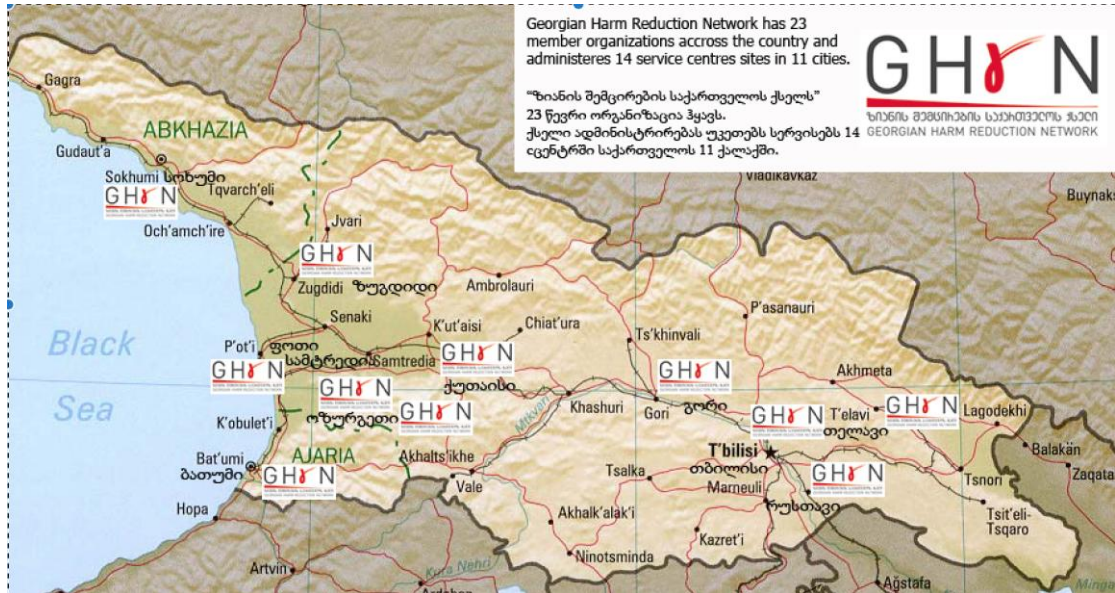
მიწოდებული სერვისების სპექტრი მოიცავს შემდეგს:

- სტერილური საინექციო აღჭურვილობისა (უმეტესად ნემსებისა და შპრიცების სახით) და სპირტიანი ტამპონების დარიგებას (რიგდება როგორც სავლელ სოციალური სამუშაოს (აუთრიჩის) დროს, ისე სტაციონარულად, ცენტრებიდან);

- კონდომებისა და საინფორმაციო საგანმანათლებლო მასალების გავრცელებას;
- უფასო, ანონიმურ ტესტირებას აივ-ინფექციაზე, B/C ჰეპატიტებსა და სიფილისზე;
- სკრინინგი ტუბერკულოზზე და რეფერალი სპეცილიზირებულ დაწესებულებებში;
- სხვადასხვა პროფილის სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ და იურიდიულ კონსულტაციას;
- თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დამყარებულ ინტერვენციას;
- ზედოზირების პრევენციას, პირველადი დახმარების ტრენინგებითა და პრეპარატ ნალოქსონის

გავრცელებით;

- შემთხვევის ინდივიდუალურ მიდგომას და მართვას.



რუკა 1: შპრიცების გაცვლის სერვისების განაწილება ქალაქების მიხედვით.

ჯამურად, საქართველოში 14 მომსახურების ცენტრი ფუნქციონირებს:

საქართველოში რამდენიმე კვლევაა ჩატარებული, რომელიც ასახავს სისტემურ ინფორმაციას ნარკოტიკების მომხმარებლებისთვის შესაბამისი სერვისების მიწოდებისა და მათი მოხმარების სფეროში არსებულ ბარიერებს.

Kirtadze et al. კვლევაში ასახულია სერვისის მიმწოდებელთა შეფასებები ქალი მომხმარებლების წინაშე მდგარი ბარიერების შესახებ (Kirtadze I, 2013). შეფასდა ხელმისაწვდომობის ბარიერების ისეთ პარამეტრები, როგორცაა (1) მომსახურების მიღების/მკურნალობის ბარიერები, (2) წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებლები, (3) პროვაიდერების განსხვავებული დამოკიდებულება ქალი და მამაკაცი მომხმარებლების მიმართ, (4) ქალი მომხმარებლების დამოკიდებულებითი მდგომარეობა, მათ მამაკაც პარტნიორთან, (5) ძალადობის მაღალი მაჩვენებელი, (6) სტიგმა, (7) პროვაიდერების ცოდნის ნაკლებობა/კვალიფიკაცია ქალ მომხმარებლებთან მიმართებაში, მათ შორის ორსულობის, მშობიარობისა და ბავშვზე ზრუნვის/ახალშობის მოვლის საკითხებთან მიმართებაში დაბოლოს, (8) ინფრასტრუქტურული და ტერიტორიული საჭიროებების ქალი მომხმარებლებისთვის მომსახურების ეფექტურად მიწოდებისთვის. ამ მონაცემების შედეგად, მნიშვნელოვნად ჩაითვა, რომ კვლევის ინსტრუმენტის ფარგლებში შეფასებული ქალ მომხმარებლებისთვის მომსახურების მიწოდების სპეციფიური ასპექტებიც.

საერთაშორისო ფონდ „კურაცოსა“ და საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ მიერ ჩატარებული ქცევითი და ბიომარკერული კვლევის ფარგლებში 2012 და 2009 წლებში, საქართველოს რამდენიმე ქალაქში შესწავლილ იქნა მომხმარებელთა სოციალურ დემოგრაფიული პროფილი, ნარკო სცენა და კონტექსტი; აივონფექციის შესახებ ცოდნა და რელევანტური ქცევა; ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება; სქესობრივი ქცევა და ზიანის შემცირების მომსახურებებით მოცვა.

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ მომხმარებლები ძირითადად დაბალი

სოციო-ეკონომიკური სტატუსის მქონე პირები არიან. ამასთან, არაინექციური ნარკოტიკების მოხმარების დაწყების საშუალო ასაკი 15-16 წელია, ხოლო ინექციურისა – 18-20 წელი.

ყველაზე ფართოდ გავრცელებულია არაინექციური ფორმის საშუალებების მოხმარება, როგორცაა მარიხუანა და ცნს-ის დამთრგუნველი საშუალებები. ასევე, ფართოდაა გავრცელებული თვითნაკეთი საინექციო საშუალებების მოხმარება, როგორცაა დეზომოფინი. ასევე გაზრდილია თვითნაკეთი ამფეტამინის ჯგუფის პრეპარატების მოხმარება. თვალსაჩინოა, რომ კვლევის ფარგლებში, თვითნაკეთი პრეპარატების ძირითადი წყარო ე.წ. "სააფთიაქო ნარკომანიაა", რაც სავარაუდოდ შემცირდებოდა 2013 წელს, რეცეპტის საფუძველზე გასაცემი მედიკამენტების კონტროლის გამკაცრების პარალელურად.

ჰეროინის ინექციური მოხმარების მაღალი მაჩვენებელი მხოლოდ დასავლეთ საქართველოშია, რაც სავარაუდოდ ასოცირებულია ამ მოსახლეობის გაზრდილ მობილობასთან თურქეთის ტერიტორიაზე.

პოზიტიური ცვლილებების მხრივ აღსანიშნავია, რომ შემცირებულია ქუჩაში/საჯარო ადგილებში ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება. ასევე, მაღალია სტერილური საინექციო საშუალებების მოხმარება და ამ საშუალებების ხელმისაწვდომობა. გაზრდილია ცოდნის დონე აივ/ინფექციაშიდსთან მიმართებაში და ტესტირების რაოდენობა, თუმცა ეს უკანასკნელი მაინც საკმაოდ დაბალია.

აღსანიშნავია, რომ პრობლემური რჩება უსაფრთხო სექსის შესახებ ინფორმირებულობისა და პრაქტიკაში გამოყენების მაჩვენებელი. გამოკითხულთა მხოლოდ 40%-ს ჰქონდა გამოყენებული კონდომი უკანასკნელი სექსობრივი კავშირის დროს.

მნიშვნელოვანია, რომ კვლავ დაბალი რჩება ზიანის შემცირების პროგრამების შესახებ ინფორმირებულობა და მათი მოხმარების მაჩვენებელი. გამოკითხულ პირთა უმრავლესობას არ უმკურნალია წამლდამოკიდებულებაზე, ხოლო პრევენციული მომსახურებების შესახებ ცოდნის დონე და გამოყენება ასევე დაბალია.

3. კვლევის მეთოდოლოგია

ინფორმაციის მოძებნისთვის გამოყენებული იყო PubMed-ის მონაცემთა ბაზა და საძიებო ტერმინები: "Harm Reduction Standards", "Harm Reduction Guideline", "Needle Exchange Standards", "Needle Exchange Guidelines". მიღებული შედეგების საფუძველზე, იდენტიფიცირდა ორი ძირითადი კვლევა, რომელიც შემდეგ გამოყენებულ იქნა ინსტრუმენტის შექმნისას. ეს კვლევებია:

1. McCutcheon JM, Morrison MA. Injecting on the Island: a qualitative exploration of the service needs of persons who inject drugs in Prince Edward Island, Canada. *Harm Reduct J.* 2014 Mar 4;11:10. doi: 10.1186/1477-7517-11-10. PubMed PMID: 24593319; PubMed Central PMCID: PMC3975878
კვლევის ფარგლებში იდენტიფიცირებულია სერვისის ისეთი მახასიათებლები, როგორცაა:

1. შპრიცების არასაკმარის რაოდენობა;
2. ხანგრძლივი მოცდის პერიოდი;
3. პერსონალის ნაკლებობა;
4. პერსონალის ნეგატიური დამოკიდებულება ნივთიერებაზე დამოკიდებულ პირთა მიმართ;
5. პერსონალის დაბალი კვალიფიკაცია.

2. Iversen J, Topp L, Wand H, Maher L. Individual-level syringe coverage among Needle and Syringe Program attendees in Australia. *Drug Alcohol Depend.* 2012 May 1;122(3):195-200. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.030. Epub 2011 Nov 8. PubMed PMID: 22071120.

კვლევის ფარგლებში ჩამოყალიბებულია ის ძირითადი პარამეტრები, რაც განაპირობებს ზიანის შემცირების მომსახურებებით მოცვის მაღალ მაჩვენებელს:

1. მომსახურების პრინციპების კონტექსტისთვის შესაბამისობა;
2. ადვოკაციის წარმატებულობა;
3. ადგილობრივი მოსახლეობის მხარდაჭერა;
4. სამართალდამცავების კეთილგანწყობა;

5. მომსახურების გაფართოებისთვის დაფინანსების არსებობა;
6. დაფინანსების მდგრადობა;
7. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა;
8. ბენეფიციართა მოძიებისთვის გამოყენებული მიდგომების კონტექსტთან ადეკვატურობა;
9. თემის წარმომადგენლების ჩართულობა;
10. მართვის სტრუქტურების გამართულობა;
11. გამოცდილების გათვალისწინება მომავალ პრაქტიკაში.

განვითარებულ ქვეყნებში (რომელთა მონაცემებიც მეტად არის ხელმისაწვდომი ინტერნეტში) რუტინულად ტარდება ზიანის შემცირების პროგრამების შეფასება. ასეთი მასალა მოძიებული იყო დიდი ბრიტანეთის, ავსტრალიისა და კანადის მაგალითზე.

გარდა ზემოხსენებული მონაცემებისა, ფოკუს-ჯგუფების სადისკუსიო გეგმის და სიღრმისეული ინტერვიუს სახელმძღვანელოს შემუშავების პროცესში, მნიშვნელოვნად ჩაითვალა, რომ გამოყენებული ყოფილიყო:

1. Guide to starting and managing needle and syringe programmes (WHO, UNAIDS, UNODC, 2007)

2. European Minimum Quality Standards (EQUUS, 2012)

3. საქართველოში გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში გამოყენებული შეფასების ფორმები.

4. პრევენციული ინტერვენციის სახელმძღვანელო აივ ინფიცირების თვალსაზრისით მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებთან სამუშაოდ;

5. აივონფექცია/შიდსის სტრატეგიული გეგმა.

კვლევის ინსტრუმენტის სტრუქტურირება განხორციელდა ზიანის შემცირების სერვისების მინიმალური ხარისხის სტანდარტებით განსაზღვრული ბლოკების მიხედვით, რომელიც აფასებს როგორც სტრუქტურულ, ისე ოპერაციონალურ (operational) ხარისხს.

გავანალიზეთ სხვა ქვეყნებში განხორციელებული შეფასებების ძირითადი ბლოკები და ფოკუს-ჯგუფების და სიღრმისეული ინტერვიუს ინსტრუმენტის ფარგლები გამოიყო რვა ძირითადი მიმართულება.

კვლევის მეთოდებად განისაზღვრა მონაცემთა ტრიანგულაცია: ლიტერატურული მიმოხილვა, გამჟღავნებული დაკვირვება, ჩაღრმავებული ინტერვიუ და ფოკუს-ჯგუფები. გამოსაკითხად შეირჩინნ ისეთი ორგანიზაციების ხელმძღვანელები და თანამშრომლები, რომლებიც:

- მომსახურებას აწოდებენ 1 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში;
- გამოირიცხა მომსახურების მიმწოდებელი, რომელიც მდებარეობს ოკუპირებულ ტერიტორიაზე.

კვლევის ფარგლებში შერჩეულ სერვისის მიწოდების ადგილებზე განხორციელდა ვიზიტები, შეფასდა არსებული გარემო. მომსახურების იმ მიმწოდებლებთან სადაც ეთიკური საკითხები განსაკუთრებით სენსიტიური იყო, გამოვიყენეთ ჩაღრმავებული ინტერვიუ, ხოლო სადაც პრიორიტეტულად მივიჩნიეთ სერვისში ჩართულ სხვა თანამშრომელთა მოსაზრებები, ადმინისტრირება გავუწიეთ ფოკუს-ჯგუფებს.

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა შვიდი ფოკუს-ჯგუფი და ოთხი ჩაღრმავებული ინტერვიუ. ყველა ფოკუს-ჯგუფში მონაწილეობას იღებდა ცენტრის ხელმძღვანელი პირი და რამდენიმე თანამშრომელი: სოციალური მუშაკი, პროგრამის კოორდინატორი, ლაბორანტი და სხვა პერსონალი, რომელსაც სიღრმისეული ინფორმაცია ჰქონდა სერვისის სხვადასხვა მიმართულებაზე. კვლევის ფარგლებში თითოეული ფოკუს-ჯგუფის მონაწილეთა რაოდენობა მნიშვნელოვნად ვარიირებდა (2 – 10 - მდე). ძირითად ეს ვარიაცია ორგანიზაციის ზომაზე იყო დამოკიდებული. ფოკუს-ჯგუფები თანამშრომლებთან ჩატარდა შვიდ ორგანიზაციაში და ჩაღრმავებული ინტერვიუ – ოთხ ხელმძღვანელთან. გამჟღავნებული დაკვირვება ხორციელდებოდა მომსახურების გარემოს შესწავლის მიზნით.

კვლევის ფარგლებში მონაწილე პირებისგან მოპოვებული იქნა წერილობითი თანხმობა კვლევაში მონაწილეობისთვის და აუდიო ჩაწერისთვის. კვლევის განხორციელებასზე მოძიებულ იქნა ეთიკური კომისიის დასკვნა (Health Research Union IRB: 2015-02).

4. კვლევის შედეგები მომსახურებები

ყველა ორგანიზაციის მიერ უზრუნველყოფილია ზიანის შემცირების პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებები. მცირედი განსხვავება აღინიშნება სამედიცინო და არასამედიცინო დამატებითი კონსულტაციების მხრივ: რიგ შემთხვევებში, აქცენტი სწორედ სამედიცინო ხასიათის კონსულტაციებზე კეთდება (მაგ., ქირურგი) და ეს საჭიროება არსებული ნარკოსების სპეციფიურობითაც იხსნება, ხოლო რიგ შემთხვევებში უზრუნველყოფილია იურიდიული სახის დახმარებაც. აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ ორგანიზაციაში არსებული კადრი თავად არის სამედიცინო პროფილის, ან გარკვეულწილად, შეუძლია იურიდიული დახმარების აღმოჩენაც. ამ შემთხვევაში გაწეული მომსახურებების ჩამონათვალში ეს სერვისი აღარ ხვდება.

მობილური სერვისის არსებობა გარკვეულწილად პრობლემურია. თავისი შინაარსით, საქართველოში არსებული პროგრამები ყველა საინექციო საშუალებების მობილურ მიწოდებაზეა ორიენტირებული. დაწესებულებებს სტაციონარულად ამ მასალის წასაღებად მხოლოდ ერთეული პირები აკითხავენ („ზოგ კლიენტს ურჩევნია, რომ თვითონ მოვიდეს და წაიღოს, ვიდრე ვინმემ ჩვენს სოციალურ მუშაკთან ერთად დაინახოს“).

აღსანიშნავია, რომ გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში ყველა ცენტრი უზრუნველყოფილია ავტოსატრანსპორტო საშუალებით; ან საკუთარი ან დაქირავებული მანქანით. თუმცა, იმის გათვალისწინებით, რომ რიგ შემთხვევაში დაწესებულება მთელ რეგიონს მოიცავს, ერთი სატრანსპორტო საშუალება აღარ არის საკმარისი მომსახურების ჯეროვნად უზრუნველყოფისთვის.

სხვა მომსახურებები, როგორცაა გამოკვლევა აივონფექცია, B და C ჰეპატიტებსა და სიფილისზე დაწესებულებებში განსხვავებული პრინციპით ხორციელდება. რიგ შემთხვევებში ორგანიზაციები ახორციელებენ კლიენტების ტესტირებას სტაციონარულად. სოციალური მუშაკის ფუნქცია ასეთ შემთხვევაში პირის მოტივირება და ოფისში ტესტირებისთვის მიყვანაა. გარდა ამისა, ხორციელდება „გასვლითი“ ტესტირებებიც. მიმწოდებლების თქმით, ველზე, ძალიან ცუდი პირობებია, როგორც ტესტირების გასაკეთებლად, ისე გამოკვლევის შედეგების პირისთვის კონფიდენციალურად მიწოდებისთვის. როგორც წესი, მსგავსი ტესტირებები ჯგუფურად ტარდება. საქმიანობა ხანდახან ხორციელდება ავტოსადგომში, მოფარებულ ადგილას ან საუკეთესო შემთხვევაში რომელიმე ბენეფიციარის საცხოვრებელ სახლში.

2014 წლიდან გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული მობილური ამბულატორიის შესყიდვა. ეს არის სპეციფიურად აღჭურვილი ავტოსატრანსპორტო საშუალება, რომელიც საშუალებას მისცემს მიმწოდებლებს მობილურად განახორციელონ ტესტირება. რამდენიმე (2-3) ცენტრს მოუწევს ერთი სატრანსპორტო საშუალების გაზიარება.

მომსახურების ყველა ცენტრში, თანამშრომლები მობილური ამბულატორიისთვის უკვე მუშაობენ, თუმცა თავად მობილური ამბულატორია შესყიდული არ არის. ამიტომ მათ ჩვეულებრივი მანქანებით გადაადგილება და სტანდარტებისთვის შეუსაბამო პირობებში უწევთ მომსახურების კლიენტებისთვის გაწევა.

ქალ მომხმარებლებზე ორიენტირებული მომსახურება

ქალი მომხმარებლების მოზიდვა და შენარჩუნება განსაკუთრებული გამოწვევაა ზიანის შემცირების მომსახურებების მიმწოდებლებისთვის. საქართველოში, კერძოდ თბილისში, არსებობს მიმწოდებელი, რომელიც ექსკლუზიურად ქალ მომხმარებლებთან მუშაობს. თუმცა ყველა ცენტრს ჰყავს ქალი ბენეფიციარები.

ქალ მომხმარებლებთან მუშაობის შესახებ თანამშრომელთა კვალიფიკაცია საკმაოდ ლიმიტირებულია. როგორც მიმწოდებელი ცენტრები აღნიშნავენ, ჩატარებული იყო ერთი ტრენინგი ქალ მომხმარებლებთან მუშაობის სპეციფიკის შესახებ და სერვისცენტრების თანამშრომლების ნაწილმა ეს ტრენინგი გაიარა. ორგანიზაციის შიდა რაიმი რეგულაცია ან პროექტის რაიმი დოკუმენტი მათთან მუშაობის შესახებ არ არსებობს. თუმცა, ორგანიზაციებისა და დონორების მხრიდან მუდმივად ხდება აქტირება ქალ მომხმარებლებთან მუშაობის მნიშვნელოვნების შესახებ.

გლობალური ფონდის პროგრამის და ასევე სხვადასხვა დონორული პროექტის ფარგლებში ქალი მომხმარებლებისთვის გათვალისწინებული იყო სასაჩუქრე პაკეტები. როგორც მიმწოდებლები აღნიშნავენ, დღეს ამ პაკეტების სრული მოცულობით შესყიდვის საშუალება მათ აღარ აქვთ.

რამდენიმე ცენტრში ქალებისთვის დამატებით ფუნქციონირებს ჭრა-კერვის კურსები. როგორც მიმწოდებლები აღნიშნავენ, ეს პროგრამები განსაკუთრებით მოთხოვნით სარგებლობენ პრობაციონერებს შორის. მიმწოდებლების უმრავლესობას აქვს შესაძლებლობა საჭიროებების შემთხვევაში უზრუნველყოს გინეკოლოგის კონსულტაცია.

რამდენიმე დაწესებულებას ცალკე დღე აქვს დაწესებული ქალი კლიენტებისთვის. მათი განმარტებით, ეს იმიტომ, რომ ქალებს პრობლემა/უხერხულობა არ შეექმნათ, თუკი ცენტრში იმ დროს მამაკაცებიც იქნებიან. ეს აქტუალურია რადგან ქალი მომხმარებლები, მამაკაცი მომხმარებლების მხრიდან ხშირად ნეგატიურ დისკრიმინაციას აწყდებიან.

აღსანიშნავია, რომ ცენტრებს არაერთგვაროვანი დამოკიდებულება აქვს იმ საკითხთან დაკავშირებით, უნდა ემსახურობდეს თუ არა ქალ კლიენტებს ასევე ქალი სოციალური მუშაკები და კონსულტანტები. ერთ-ერთ დაწესებულებაში, მოწყობა ასეთია, და ცენტრის განმარტებით, ქალი კლიენტებისთვის ქალ სოციალურ მუშაკთან ურთიერთობა უფრო მისაღებია და თუ სოციალური მუშაკი მამაკაცია, ეს შეიძლება გახდეს შემაფერხებელი ფაქტორი. თუმცა დაწესებულებების უმეტესობაში ასეთი გამიჯვნა არ აღინიშნება. მათ უმეტესობას ჰყავთ მდედრობითი სქესის სოციალური მუშაკიც, მაგრამ ჯერ არ ყოფილა შემთხვევა, რომ რომელიმე კლიენტს სპეციფიურად მოეთხოვა ქალი სოციალური მუშაკი.

ასევე აღსანიშნავია, რომ ქალი კლიენტი რჩება იმ სოციალურ მუშაკთან, რომელმაც ის მიიზიდა, მიუხედავად სქესისა. მიმწოდებლები აღნიშნავენ, რომ მდედრობითი სქესის სოციალური მუშაკები, განსაკუთრებით მოხმარების ისტორიით, უფრო ეფექტურად ახერხებენ ქალი კლიენტების მოზიდვას.

ქალ მომხმარებლებთან ქალი სოციალური მუშაკების მუშაობის უპირატესობის შესახებ, მიმწოდებელთა პოზიციები რადიკალურად დაიყო. მიმწოდებელთა მცირე ნაწილი თვლის, რომ თუ კლიენტს იმავე სქესის სოციალურ მუშაკთან აქვს ურთიერთობა, ეს უფრო მისაღებია, თუმცა რამდენიმე მიმწოდებელი თვლის, რომ ქალ მომხმარებლებს პირიქით ურჩევნიათ მამაკაც სოციალურ მუშაკთან ურთიერთობა. ამ პოზიციას ხსნიან იმით, რომ ნარკოტიკების მოხმარების ქცევა ქალებში ხშირად დაკავშირებულია მამაკაც პარტნიორებთან. ასევე, იმასთან რომ ნივთიერებაზე დამოკიდებულთა თემში, ქალებს ხშირად ადანაშაულებენ ძალოვან სტრუქტურებთან ფარულ თანამშრომლობაში.

ორგანიზაციული მახასიათებლები

აღსანიშნავია, რომ მომსახურების მიმწოდებლებს შორის არსებობს მნიშვნელოვანი ორგანიზაციული გასხვავებები. მათი რანჟირება რამდენიმე კატეგორიის მიხედვით არის შესაძლებელი:

- სფეროში მუშაობის გამოცდილება: მომსახურების მიწოდებაში ჩართული ორგანიზაციები სხვადასხვა „ისტორიული“ გამოცდილებით ხასიათდებიან. არსებობს ორგანიზაციები, რომლებიც 14 წელზე მეტია წამალდამოკიდებულ პირებთან ან აივ/შიდსის პრევენციის საკითხებზე მუშაობენ, ისევე როგორც არის ორგანიზაციები, რომლებმაც სულ რამდენიმე წელია რაც დაიწყეს მომსახურების მიწოდება;

- **ორგანიზაციის ტიპი:** ორგანიზაციები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან მისიითა და ფორმით. მიმწოდებლებს შორის არის როგორც სათემო/პაციენტთა ჯგუფების თვითორგანიზაციები, ისე ორგანიზაციები, რომლებიც პრევენციის სფეროში მუშაობენ.

როგორც საერთაშორისო კვლევები მიუთითებს, თვით ორგანიზაციები უნდა გამოირჩეოდნენ სამიზნე ჯგუფთან უკეთესი კონტაქტის ხარისხით, თუმცა აღნიშნული ფაქტი კვლევის ფარგლებში არ დაფიქსირებულა; ყველა მიმწოდებელი დაწესებულების თანამშრომელთა შორის დასაქმებულნი არიან მომხმარებელთა თემის წარმომადგენელი პირები, რაც წარმოადგენს გარანტს თემთან ახლო ურთიერთობისთვის.

- **მომსახურებების დივერსიფიკაცია:** ორგანიზაციები მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან შეთავაზებული მომსახურებების დივერსიფიკაციის კუთხით. აღსანიშნავია, რომ კვლევის ფარგლებში არ დაფიქსირებულა შემთხვევა, როდესაც რომელიმე ორგანიზაციაში წარმოდგენილი არ იყო ზიანის შემცირების პროგრამით გათვალისწინებული რომელიმე სერვისი. თუმცა ორგანიზაციების პროფილიდან გამომდინარე, რიგი მიმწოდებლები კლიენტებს დამატებით სთავაზობენ როგორც გაფართოვებულ სამედიცინო მომსახურებათა პაკეტს, ისე ფსიქო-სოციალური დახმარების დამატებით სერვისებსა და პაციენტთა სკოლებს. სავარაუდოდ, ეს პოზიტიურად აისახება კლიენტთა დაინტერესებისა და შენარჩუნების მახასიათებლებზე.

მომსახურებათა დივერსიფიკაცია (ზიანის შემცირების სერვისების მიღმა) ასევე პოზიტიურად აისახება ორგანიზაციის ფინანსურ მდგრადობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ყველა მიმწოდებელ დაწესებულებაში აღნიშნული იქნა ფინანსური პრობლემები და დაფინანსების არასაკმარისი გადანაწილება, ორგანიზაციებს, რომლებიც დაფინანსებას რამდენიმე წყაროდან იღებენ მეტი რესურსი აქვთ ორგანიზაციული სტრუქტურის მდგრადობის შენარჩუნების კუთხით.

ფინანსურ საკითხებთან მიმართებაში ასევე აღსანიშნავია რამდენიმე მნიშვნელოვანი ასპექტი:

- **ფინანსური რესურსის არასაკმარისობა:** ყველა დაწესებულება აღნიშნავს, რომ პროგრამის ფარგლებში მიღებული ფინანსური რესურსი არ არის საკმარისი. განსაკუთრებით, დაწესებულები აღნიშნავენ რესურსის სიმწირეს სამედიცინო მომსახურებების (მათ შორის, ექიმთან კონსულტაციის შემდეგი მკურნალობის პროცესის დაფინანსების კუთხით), სოციალური სერვისების (მაგალითად, საცხოვრებელი პირობები ან სხვა სოციალური სერვისები) და ასევე პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების გაფართოვების (მაგალითად, ქეისების რაოდენობა) დაფინანსების კუთხით.

- **ფინანსური რესურსის გადანაწილების შესაძლებლობის შეზღუდვა:** პროგრამების ფარგლებში მიმწოდებელ დაწესებულებებს პრაქტიკულად არ აქვთ უფლებამოსილება რომ დამოუკიდებლად შეისყიდონ და განსაზღვრონ სერვისებისა და საქონლის რაოდენობა. ასევე, ლიმიტირებულია მათი შესაძლებლობები, განსაზღვრონ და შეხედულებისამებრ გადაანაწილონ.

პროგრამის მიმდინარეობასთან არსებულ ხარვეზებთან დაკავშირებით, მიმწოდებელი დაწესებულებები აღნიშნავენ:

- **ანგარიშგების სირთულეებს:** პროგრამის ფარგლებში არსებული ხისტი ანგარიშგების მოთხოვნები, ხშირ შემთხვევებში მძიმე ადმინისტრაციულ ტვირთად აწევს ცალკეულ ორგანიზაციას. ყველა მიმწოდებელი აღნიშნავს ანგარიშგების ფორმების სრულყოფილად წარმოებისთვის საჭირო დროის სიმცირეს;

- **მომარაგების წყვეტას:** ორგანიზაციები უჩივიან ცალკეული სახეობის საინექციო საშუალებების ნაკლებობასა და ხშირ წყვეტას, რაც ნეგატიურად აისახება მოზიდული კლიენტების შენარჩუნების შესაძლებლობაზე;

- **შესყიდული მასალების დაბალ ხარისხს:** მიმწოდებელი დაწესებულებები უჩივიან როგორც საინექციო საშუალებების ხარისხს, ისე ტესტ-სისტემებისას. ეს გამოიხატება როგორც ცრუ დადებითი შემთხვევების მაღალი მაჩვენებლით, ისე რიგ შემთხვევებში, ცრუ უარყოფითი შედეგებით.

- *არარეალისტურ სამიზნეებს:* რიგი მიმწოდებელი დაწესებულებები აღნიშნავენ, რომ პროგრამის ფარგლებში ხშირად დასახულია არარეალისტური სამიზნეები ტესტირებასთან დაკავშირებით. ასევე აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთი ცენტრი არ არის ჯეროვნად აღჭურვილი აუცილებელი საოფისე და სამედიცინო ინვენტარით, რაც ასევე დაფინანსების სიმწირეს უკავშირდება.

მომსახურების ხელმისაწვდომობა

ყველა ცენტრი 10-დან 18 საათამდე მუშაობს, კვირაში 5 დღე. ცენტრების უმეტესობა აღნიშნავს, რომ სოციალურ მუშაკებს ხშირად უწევთ არასამუშაო დროსაც მუშაობა. ბენეფიციარებს აქვთ მათი საკონტაქტო ინფორმაცია და ზედოზირების შემთხვევაში, შეიძლება დაუკავშირდნენ და ნალოქონის მიწოდება სწორედ მათ უზრუნველყონ. მხოლოდ თბილისში არსებულ ცენტრში აღინიშნა, რომ ცენტრის შიდა პოლიტიკის თანახმად, სოციალური მუშაკი ბენეფიციარებს არ აძლევს საკონტაქტო ნომერს, რაც თანამშრომლების რისკების მინიმიზაციის მიზნით ხორციელდება.

ცენტრების უმრავლესობა, როგორც თანამშრომლების, ისე ინტერვიუერების შეფასებით, ადვილად ხელმისაწვდომ ადგილზე მდებარეობს. თუმცა, ინტერვიუერების შეფასება, ამ შემთხვევაში, შესაძლოა არ იყოს ვალიდური.

აღსანიშნავია, რომ თვითონ სერვის ცენტრები ერთმანეთისგან მნიშვნელოვნად განსხვავდებიან როგორც შიდა ინფრასტრუქტურით, ისე ადგილმდებარეობით.

რიგ შემთხვევებში, ცენტრების მდებარეობა არის ცალკე მდგომი, მოშორებული შენობა (მაგ., თელავი). ასეთი მდებარეობა, ცენტრის თანამშრომლების აზრით, სასურველია, რადგან კლიენტებს მოსვლის შიში ნაკლებად აქვს. მიუხედავად ამისა, არა ერთი ცენტრი მდებარეობს საცხოვრებელ კორპუსში და ამ შემთხვევაშიც, მიმწოდებლები თვლიან, რომ ეს ხელს უწყობს ბენეფიციარების მიერ მომსახურების კონფიდენციალურად მიღებას.

იმის გათვალისწინებით, რომ ხელმისაწვდომობის შესახებ საერთაშორისო რეკომენდაციებიც მხოლოდ "ადვილს"/სიახლოვეს და კონფიდენციალურობის ასპექტს უსვამს ხაზს, სავარაუდოდ, იმ პირობებში, სადაც არსებობს რამდენიმე მიმწოდებელი, ბენეფიციარს ეძლევა შესაძლებლობა, თავად აარჩიოს მომსახურების მიღების მისთვის სასურველი ფორმატი. გარდა ამისა, თითოეული ცენტრი მომსახურებების ნაწილს სთავაზობს როგორც ცენტრში ისე ველზე.

ისიც აღსანიშნავია, რომ მომსახურების მიწოდების მოწყობიდან გამომდინარე, კლიენტთა უმეტესობა პრაქტიკულად არ ხვდება უშუალოდ მომსახურების მიწოდების ცენტრში, რადგან შპრიცებისა და საინექციო საშუალებების დარიგებას ადგილზე სოციალური მუშაკები ახორციელებენ. შესაბამისად, ცენტრში კლიენტები მხოლოდ იშვიათად, მაგალითად, სამედიცინო კონსულტაციისთვის შეიძლება მივიდეს.

გარდა ადგილმდებარეობისა, ცენტრების შიდა ინფრასტრუქტურაც განსხვავდება.

პირველი განსხვავება არის ცენტრების მატერიალურ-ტექნიკური აღჭურვილობა. აღსანიშნავია, რომ ცენტრების ნაწილი დაარსებულია გლობალური ფონდის პროგრამის ფარგლებში და მათ საოფისე ავეჯი და მოწყობილობები პროგრამის ფარგლებში მიეწოდათ. თუმცა, უკანასკნელი წლების განმავლობაში შექმნილ ცენტრებს მგავსი დახმარება ან საერთოდ არ მიუღიათ, ან მხოლოდ ნაწილობრივ. შესაბამისად, როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში აღნიშნავენ, რომ მათ ავეჯის და კომპიუტერების მოტანა მოუწიათ სახლიდან. ამის ფონზე, რიგი ცენტრები ნაკლებ პრეზენტაბელურად გამოიყურებიან.

მეორე მნიშვნელოვანი განსხვავება, შიდა ინფრასტრუქტურასთან მიმართებაში, გამომდინარეობს თვითონ ცენტრების განლაგების თავისებურებიდან – ზოგი მათგანი კერძო სახლშია განთავსებული (მაგ.,

ზუგდიდი, თელავი, ოზურგეთი), ხოლო ზოგი მათგანი საცხოვრებელ ბინაში. შესაბამისად, სივრცე და არქიტექტურა განსხვავებულია.

შიდა ინფრასტრუქტურასთან დაკავშირებით ორ მნიშვნელოვან პარამეტრს გამოვყოფთ:

1. კონფიდენციალობა: პაციენტისთვის მომსახურების მიწოდების პროცესში გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ ამ პროცესს მხოლოდ ექიმი/კონსულტანტი (ან სოციალური მუშაკი) და პაციენტი დაესწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც არსებობს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა სხვა პირების დასწრებასთან დაკავშირებით.

რიგ სერვისის ცენტრებში კონსულტანტთა ოთახს იკავებს ერთზე მეტი კონსულტანტი, რაც ფართის შეზღუდვით არის გამოწვეული. ხოლო ორგანიზაციებს არ გააჩნით მკაცრი პოლიტიკა, რომ მეორე (ან მესამე) კონსულტანტი, რომელიც იმავე ოთახში იმყოფება, უნდა გამოვიდეს კონსულტაციის პროცესის დროს.

2. ინფექციის კონტროლი: ორგანიზაციები არ არიან ადეკვატურად აღჭურვილები, რათა დაწესებულების შიგნით უზრუნველყონ ინფექციების კონტროლის საჭირო ზომები. მაგალითად, ულტრაიისფერი ნათურები. გარდა ამისა, მნიშვნელოვან ასპექტად ჩნდება, ზოგადად ცოდნისა და ინფორმაციის ნაკლებობა ამ ინფექციების კონტროლის შესახებ.

ნალოქსონი და ზედოზირების პრევენცია

მიმწოდებლები აღნიშნავენ, რომ ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტი, არის ნალოქსონის¹ ხელმისაწვდომობა, და ნალოქსონისთვის შესაძლოა ოფისში არასამუშაო დროსაც მოაკითხონ.

მიუხედავად ამისა, ყველა დაწესებულებაში არსებობს შემუშავებული სქემა, ნალოქსონის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისთვის, რაც მოიცავს:

- რამდენიმე ფლაკონი ნალოქსონი მუდმივად აქვს სოციალურ მუშაკს. თვითონ სოციალური მუშაკები აღნიშნავენ, რომ მათ ღამის განმავლობაშიც კი დაკავშირებიან კლიენტები ნალოქსონისთვის და განუხორციელებია მიწოდება;

- ნალოქსონის დისტრიბუცია „თემის პოპულარული ლიდერების“ გზით – ინტერვიუების ფარგლებში არაერთხელ იქნა აღნიშნული, რომ ნალოქსონის გარკვეულ მარაგს უტოვებენ ე.წ. ლიდერს, ან ისეთ პირს, რომელიც ნდობით აღჭურვილია კლიენტებს შორის და ის ახორციელებს საჭიროების შემთხვევაში ე.წ. „მეორად დისტრიბუციას“

- ნალოქსონის „სამალავები“ - ერთ შემთხვევაში აღწერილი იყო სიტუაცია, როდესაც ნალოქსონის რამდენიმე ფლაკონი მუდმივად ინახებოდა „უბანში“ შეთანხმებულ ადგილას. საჭიროების შემთხვევაში, ხდებოდა მისი გამოყენება და სოციალური მუშაკი შემდგომში ავსებდა გახარჯულ ან გაუვარდისებულ ფლაკონებს.

- ერთ-ერთმა მიმწოდებელმა აღნიშნა, რომ მან ტრენინგი ჩაუტარა პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ნალოქსონის გამოყენების შესახებ და ასევე მიაწოდა მათ რამდენიმე ფლაკონი ნალოქსონი. წარმოდგენილი ინიციატივა, განსაკუთრებით ე.წ. სოფლის ექიმების ჩართვით, რომელიც გეოგრაფიულად დაშორებული სოფლების მოცვის საშუალებას იძლევა, შესაძლოა საკმაოდ ეფექტური იყოს. გეოგრაფიული დაშორების გამო, ადგილზე ნალოქსონის მიწოდება ზიანის შემცირების მომსახურების მიმწოდებლის მიერ, ან თუნდაც სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ, შესაძლოა დაგვიანებული აღმოჩნდეს. ექიმების მზაობა, იქონიონ და გამოიყენონ ნალოქსონი ზედოზირების შემთხვევებისას, პოზიტიური იქნება მსგავსი შემთხვევების დროს, რაც ზედოზირებით სიკვდილობის შემცირებას გამოიწვევს. ამ ეტაპისთვის რაიმე სახის შედეგები არ არის ხელმისაწვდომი.

¹ნალოქსონი, იგივე ნარკანი, მოქმედებს როგორც ოპიატების (მაგ. ჰეროინის, მორფინის) ანტიდოტი, ანეიტრალებს მათ მოქმედებას და შედეგად ააქტიურებს სუნთქვის ცენტრს.

ადამიანური რესურსები და კვალიფიკაცია

ზიანის შემცირება, როგორც ერთ-ერთი სათემო სერვისი დიდწილად სწორედ თემის წარმომადგენელთა აქტიურ ჩართულობაზეა დამოკიდებული. საქართველოში არსებული მოწყობის გათვალისწინებით, მომსახურების მიწოდების პროცესში ხშირად სწორედ თემის წარმომადგენლები არიან ჩართულები. ბუნებრივია, რომ ამის გამო მნიშვნელოვნად შეზღუდულია რაიმე ფორმალური კვალიფიკაციის არსებობა.

თემის წარმომადგენლები, როგორც წესი, დასაქმებული არიან სოციალური/აუთორი მუშაკის პოზიციაზე, თუმცა სათემო ორგანიზაციებში მათ ადმინისტრაციულ/მენეჯერული ფუნქციებიც აქვთ შეთავსებული. გამონაკლისს ამ მხრივ მხოლოდ სამედიცინო და ნკტ² კონსულტანტები/თანამშრომლები წარმოადგენენ.

თანამშრომლის სამსახურში აყვანისას, ყველა ორგანიზაცია უზრუნველყოფს მათთვის შიდა ტრენინგს, თუმცა პროცესი არ არის ფორმალიზებული და არ არის განსაზღვრული კონკრეტულად რა ცოდნა და უნარჩვევებია საჭირო, მაგალითად, **აუთორი** სამუშაოს ჩატარებისთვის.

ასევე აღსანიშნავია, რომ ორგანიზაციის ხელმძღვანელი პირები ცდილობენ, რომ თუ რაიმე თემატური ტრენინგი ტარდება, სწორედ იმ ადამიანებს მისცენ შესაძლებლობა ამ ტრენინგებში მიიღონ მონაწილეობა, რომლებსაც ჯერ ეს ტრენინგები არ გაუვლიათ.

აკადემიური კვალიფიკაციის მქონე სოციალური მუშაკი დღეს-დღეობით მხოლოდ ერთ ორგანიზაციაში დასაქმებული. ამ ნაკლოვანებას, ყველა რესპონდენტი ასახელებს და თვლიან, რომ მიზანშეწონილია, რომ არსებობოდეს რაიმე, თუნდაც მოკლევადიანი კურსი, რომლის გავლაც სავალადებულო/წინაპირობა უნდა იყოს პირის დასაქმებისთვის.

ტრენინგებთან აღსანიშნავია, რომ დაწესებულებების ბევრ თანამშრომელს აქვს გავლილი სხვადასხვა ტრენინგი. წარმოდგენილი ინფორმაცია და სერტიფიკატები ინახება დაწესებულებებში.

საშუალოდ, თითოეულ თანამშრომელს 10-15 ტრენინგ-დღე მაინც აქვს გავლილი, თუმცა ზოგიერთი თანამშრომლის შემთხვევაში, ეს 30-40 ტრენინგ-დღეს აჭარბებს უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში. 10 წლის განმავლობაში, სტაბილურად მომუშავე სოციალური მუშაკი 60-მდე სერტიფიკატს ფლობს, რაც ნიშნავს, რომ 180 ტრენინგ-დღე მაინც აქვს გავლილი.

ტრენინგზე წასული თანამშრომელი დაბრუნების შემდეგ ატარებს პრეზენტაციას და ითვლება, რომ მსგავსი სახით, კარგად ხდება ინფორმაციის გაზიარება, თუმცა შესაბამისი ფორმალიზებული პროცესი არ არსებობს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ კვლევის პროცესში განსაკუთრებული აქცენტი სამედიცინო პროფილისა და ნკტ კონსულტანტების კვალიფიკაციის შეფასებაზე არ გაკეთებულა, თუმცა კომპეტენციების თვალსაზრისით ნათლად გამოიკვეთა, რომ:

- სამედიცინო პროფილის თანამშრომელთა/კონსულტანთა უმრავლესობას არ აქვს რაიმე სახის სპეციფიური გადამზადება გავლილი წამალდამოკიდებულ პირებთან მუშაობისთვის;
- ხშირ შემთხვევაში, თანამშრომლებისთვის არ არის უზრუნველყოფილი საბაზისო ტრენინგები ისეთ თემებზე როგორცაა ინფექციის კონტორილი და დასუფთავების/ სამედიცინო ნარჩენების მართვის საკითხები. ეს საკითხები არ არის სტანდარტიზებული და ყველა დაწესებულება შეხედულებისამებრ საზღვრავს;
- აქტუალურად გამოიკვეთა პროგრამის ფარგლებში შესყიდული ტესტ-სისტემების გამოყენების შესახებ ინფორმაციის საჭიროება. მიუხედავად იმისა, რომ მსგავსი ტრენინგები ხორციელდება,

² ნკტ - ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება.

რამდენადაც ჩანს, ეს ტრენინგი ან დაგვიანებულად ტარდება, ან ყველა ლაბორანტისთვის არ არის ხელმისაწვდომი. შესაბამისად, დაწესებულებები აღნიშნავენ, რომ ისინი ტესტ-სისტემის ინსტრუქციის ანაბარად არიან დარჩენილნი, რომელიც ხშირ შემთხვევაში, ქართულ ენაზე არ არის. მაგალითისთვის, ამ ინფორმაციის ნაკლებობის გამო, მიმდინარე პერიოდში ხდებოდა სისხლის შრატზე დაფუძნებული ტესტ-სისტემების გამოყენება უშუალოდ სისხლით, რაც ბევრ მცდარ პასუხს იძლეოდა.

სოციალური მუშაკის საშუალო დატვირთვის მაჩვენებელი როგორც რეგიონებში, ისე თბილისში 100-150 ბენეფიციარია. წარმოდგენილ მაჩვენებელთან დაკავშირებით, რეგიონებში არსებული ყველა დაწესებულება აღნიშნავს, რომ ეს დატვირთვა ძალიან მაღალია.

აღსანიშნავია, რომ არსებობს თვისებრივი განსხვავება რეგიონებსა და თბილისის შორის, მიუხედავად პირობითად მსგავსი სამუშაო დატვირთვისა.

თბილისში არსებული სერვის ცენტრები მხოლოდ თბილისის ფარგლებში ახორციელებენ მომსახურების მიწოდებას, ხოლო რეგიონში არსებული ცენტრები – ხშირად მთელი რეგიონის მოცვას ცდილობენ. შესაბამისად, მომსახურების მიწოდების ერთეულები მნიშვნელოვნად არის დაშორებული ტერიტორიულად, რაც სამუშაო დროს მნიშვნელოვნად ზრდის.

ინტერვიუების პროცესში აღნიშნული იქნა, რომ დაწესებულებებში დიდია პერსონალის გადინება/ცვლა, განსაკუთრებით ეს ეხება თბილისს და აუთრიჩ/სოციალურ მუშაკებს.

გადინების ძირითადი მიზეზი ორგანიზაციის შინაგანაწესის დარღვევაა. დაწესებულებებში არსებული შიდა პრაქტიკით, გარდა ძალიან გამოცდილი თანამშრომლებისა, ყველას 1-3 თვიანი ხელშეკრულება, განსაკუთრებით თემის წარმომადგენელ მომხმარებლებზე ვრცელდება. მოკლევადიანი ხელშეკრულება, დაწესებულების მენეჯმენტს საშუალებას აძლევს პირის სამსახურიდან გათავისუფლების პროცედურა გაამარტივოს.

ანაზღაურების თვალსაზრისით, დაწესებულებებში დასაქმებული პირების ანაზღაურება პროგრამული შტატისთვის (სოციალური მუშაკები, ნეტ კონსულტანტები, PDI კონსულტანტი) და მენეჯერული პოზიციებისთვის ანაზღაურება საქართველოში არსებული საშუალო ნომინალური ხელფასის ტოლფასია (ნომინალური ხელფასი 2013: 773 ლარი (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, 2013)) და 700-800 ლარის ფარგლებში მერყეობს (ერთ თვეზე გათვლით). თუმცა გარკვეულწილად, გამონაკლისს წარმოადგენენ სამედიცინო პროფილის მქონე თანამშრომლები, როგორცაა TB კონსულტანტი და ლაბორანტი. მათი ანაზღაურება საშუალო ნომინალურ ხელფასზე დაბალია. აქვე აღსანიშნავია, რომ დასაქმების სფეროს მიხედვით, სამედიცინო პერსონალის ნომინალური ანაზღაურება 15%-ით ჩამორჩება სხვა დარგებს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურების ოდენობა პრაქტიკულად ფიქსირებულია. შესაბამისად, დაწესებულების მენეჯერი მოკლებულია შესაძლებლობას, რომ რომელიმე თანამშრომლის წახალისების მიზნით ანაზღაურება სხვა ფორმით გადაანაწილოს.

თანამშრომლობა სხვა სექტორებთან

ინტერვიუების დროს თანამშრომლების კუთხით არაერთი „კარგი პრაქტიკის“ მაგალითი იყო მოყვანილი დაწესებულებების თანამშრომლებიც მხრიდან. პრაქტიკულად სულ რამდენიმე შემთხვევა იყო დაფიქსირებული, როდესაც ადგილი ჰქონდა ან მეზობლების უკმაყოფილებას, ან პრობლემებს სამართალდამცავ ორგანოებთან. პოზიტიური თანამშრომლებიც კუთხით, უნდა აღინიშნოს, თანამშრომლობის მაგალითები სამართალდამცავ ორგანოებთან და ადგილობრივ თვითმმართველობასთან.

რამდენიმე ორგანიზაცია, რეგულარულად ატარებს შეხვედრებს როგორც სამართალდამცავ პირებთან, ისე ადგილობრივ ხელისუფლებასთან. ეს მოიცავს, მაღალ თანამდებობებზე მყოფი პირების

შეცვლის შემთხვევაში გაცნობით ვიზიტებს და თანამშრომლებს მიმდინარე საკითხებთან მიმართებაში.

ამ თვალსაზრით გამოირჩევიან ორგანიზაციები რევიონებში, რომლებიც პარალელურად გაერთიანებული არიან სხვადასხვა არასამთავრობო ქსელურ ორგანიზაციებში, რაც მათი ინტერაქციის მანდატს აფართოებს.

რამდენიმე სათემო ორგანიზაცია ასევე აქტიურად მუშაობს როგორც ადგილობრივ, ისე ცენტრალურ ხელისუფლებასაც, რასაც განაპირობებს მათი, როგორც თემის წარმომადგენელთა, ადვოკატირების ღონისძიებები.

პოზიტიური თანამშრომლების მაგალითად ასევე უნდა განვიხილოთ ის ფაქტი, რომ ერთ-ერთმა მიმწოდებელმა ადგილობრივი ხელისუფლებისგან კლიენტებისთვის საჭირო სადიაგნოსტიკო კვლევების (C ჰეპატიტი) ჩასატარებლად თანხის გამოყოფის შესახებ შეთანხმების მიღწევაც მოახერხა. ეს საკმაოდ მნიშვნელოვანი ფინანსური დახმარება და მოტივატორია, პირებისთვის შესაბამის სამკურნალო პროგრამაში ჩართვისთვის.

ხაზგასმით უნდა იქნას აღნიშნული, რომ ცენტრების უმრავლესობა აქტიურობის მაღალი ხარისხით გამოირჩევა, განსაკუთრებით ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებში დამატებითი დაფინანსების მიღების ლობირების კუთხით. უნდა ითქვას, რომ ჩვენი კვლევის ფარგლებში მხოლოდ ერთეული შემთხვევების შესახებ მივიღეთ ინფორმაცია, რომ ეს ღონისძიებები წარმატებით დასრულდა; ისიც, როგორც წესი, მიმართული იყო რომელიმე კლიენტის საჭიროებების დაფინანსებაზე და არა უშუალოდ ზიანის შემცირების მომსახურებების დაფინანსებაზე. თუმცა, ეს უკვე მნიშვნელოვანი წარმატებაა.

მიუხედავად ამისა, არსებობს თანამშრომლობის ნეგატიური გამოცდილებაც:

- ერთი დაწესებულების შემთხვევაში, მათ მოუწიათ ოფისის გამოცვლა სამეზობლოსთან არსებული კონფლიქტის გამო;

- რამდენიმე დაწესებულება იხსენებს სამართალდამცავი ორგანოების მხრიდან მომსახურების ცენტრზე გარკვეული ზეწოლის განხორციელების ფაქტს (მაგალითად, ოფისში "შევარდნა", ან მოთხოვნა, რომ კლიენტების შესახებ ინფორმაცია მიიღონ). კვლევის პერიოდის განმავლობაში, ერთ-ერთ საიტზე სწორედ მსგავსი რეიდი განხორციელდა. უფრო ვავრცელებული ფორმაა, სამართალდამცავი ორგანოების მიერ ცენტრში შესულ პირებზე თვალთვალი. ერთ-ერთი დაწესებულების ხელმძღვანელმა ისიც განგვიცხადა, რომ ძალიან კარგია, რომ "ოფისი ქალაქის განაპირას, სასაფლაოსთან მდებარეობს, რადგან ცენტრიდან გამოსულ კლიენტს თუ დახვდა სამართალდამცავი, ის მარტივად შესძლებს სასაფლაოზე მიმალვას"

გაფართოების შესაძლებლობები

გამოკითხულ პირთა უმრავლესობა აღნიშნავს, მზაობას და საჭიროებას, რომ მათ მიერ შეთავაზებული მომსახურებები გაფართოვდეს როგორც უშუალოდ პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებების ნაწილში, ისე პროგრამის ფარგლებს გარეთ სოციალური დაცვისა და უზრუნველყოფის მიმართულებით.

პროგრამული მომსახურებების გაფართოების საჭიროებები:

- სამედიცინო მომსახურებები: კონსულტაციების რაოდენობა დაწესებულებებისთვის პროგრამის ფარგლებში შეზღუდულია. შესაბამისად, დაწესებულებები გარკვეულ რიგს აკეთებენ კლიენტებისთვის. განსაკუთრებით პრობლემატურია, ექიმის კონსულტაციის შემდგომი ღონისძიებების დაფინანსება, რასაც პროგრამის ფარგლებში უკვე ვეღარ ანაზღაურებენ.

- ქეისები: ქეისების რაოდენობა შეზღუდულია, ისევე როგორც ცალკეული ქეისისთვის გამოყოფილი ფინანსური რესურსი. ორგანიზაციები მსგავს დახმარებას დამატებით კიდევ უწევენ ბენეფიციარებს, თუმცა ეს როგორც ქეისი არ აღირიცხება.
- იურიდიული დახმარება: იურიდიული კონსულტაცია ძალიან საჭირო კომპონენტია, თუმცა ასევე შეზღუდულია. მიმწოდებელთა აზრით, მნიშვნელოვანია, რომ არსებობდეს გაფართოვებული მომსახურება, მაგალითად, ადვოკატის დახმარება უშუალოდ პროცესის მსვლელობისას.

5. დისკუსია

მიუხედავად იმისა, რომ ზიანის შემცირების იდეა, მოიცავს ჯორჯ ელ ენჯელის მიერ შემუშავებულ ბიო-ფსიქო-სოციალურ თეორიაზე დამყარებული რისკებისა და ზიანის მინიმიზაციას (Canadian Pediatric Society, 2008), სხვადასხვა საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციის მიერ, ძირითადი აქცენტი სერვისებში მაინც ბიოლოგიურ ნაწილზე კეთდება. ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს იმ ფაქტორით, რომ ზიანის შემცირების მიდგომების წარმოშობას ძირითადი ბიძგი მისცა აივონფექციის ეპიდემიამ და იმის გააზრებამ, რომ თავშეკავებაზე დაფუძნებული მიდგომები ედიქტური ქცევის შემთხვევაში არაეფექტურია. აქედან გამომდინარე, ზიანის შემცირების ძირითად მიზნად რჩება აივონფექციისა და სხვა სისხლით გადადები ინფექციების პრევენცია. გაცილებით ნაკლები ყურადღება ექცევა ოჯახებთან მუშაობას ან სხვა ფსიქო-სოციალური მიმართულების სერვისებს. კონსულტაციების და ინფორმაციის მიწოდების სხვა მეთოდების დიდი ნაწილის გამოყენება სწორედ ამ მიმართულებით ხდება, რაც ქცევის ცვლილების თვალსაზრისით ნაკლებად ეფექტურია.

ზიანის შემცირების პროგრამა ხშირად გვევლინება პირველ სერვისად, რომელთანაც შეხება უწევთ ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლებს. სწორედ ეს არის მიზეზი, თუ რატომ არიან თემის წევრები აქტიურად არიან ჩართულები ახალი კლიენტების მოძიებისა და რეკრუტირების პროცესში. აქედან გამომდინარე, გადამისამართების ძლიერი სისტემის განვითარება უმნიშვნელოვანესია, რათა მოხდეს ყველა საჭირო სერვისის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. ნეილ ბორდენის მიერ 1953 წელს შექმნილი მარკეტინგის მიქსის მიხედვით პროდუქტის თუ სერვისის წარმატებას განსაზღვრავს პრომოციის, დროის და ადგილის ფაქტორი. ამ მხრივ რეკომენდებულია, რომ როგორც სერვისის მახასიათებლები, მიწოდების ადგილი, პროდუქტის შესახებ ინფორმაცია და მისი ღირებულება შესაბამისობაში იყოს მომხმარებლის საჭიროებებთან. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, საქართველოში ზიანის შემცირების სერვისის მრავალფეროვნება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა პროფესიის ადამიანები არიან დასაქმებულები ამა თუ იმ სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციაში, სხვადასხვა პოზიციაზე. ეს კი ზრდის არაფორმალური მიმსახურების რაოდენობას, რომელიც არც რეგულაციებს და სტანდარტებს ექვემდებარება და არც ანგარიშებში აისახება. ეს კი თავის მხრივ, დამატებით რისკებს უქმნის სერვისის როგორც პროვაიდერ ორგანიზაციას, ისე მომხმარებელს.

მიწოდების ადგილის მხრივ ასევე აღსანიშნავია მობილური სერვისების მრავალფეროვნების ნაკლებობა. მომსახურების ეს ტიპი, მოწოდებულია წამალდამოკიდებულების იმ კატეგორიისთვის, რომელიც არსებული ზოგადი სოციალური და საკანონმდებლო ნეგატიური კონტექსტიდან გამომდინარე ერიდებიან ზიანის შემცირებისა და ზოგადად, სერვისში მისვლას. მობილური სერვისის მრავალფეროვნების გაუმჯობესება (ტესტირება ველზე, სამედიცინო კონსულტაციები) მნიშვნელოვნად გაზრდის სერვისებით მომხმარებელთა მოცვას, რაც ინფექციების დროული დიაგნოსტიკის და მკურნაობის, ისევე როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ზოგადი გაუმჯობესების წინაპირობას ქმნის. უნდა აღინიშნოს, რომ მსგავსი მიმართულებით აქტივობები უკვე მიმდინარეობს მიმწოდებელი ორგანიზაციების მიერ.

ქალი მომხმარებლების მოცვის გაზრდისთვის და მათი საჭიროებების დაკმაყოფილებისათვის აუცილებელია გავითვალისწინოთ ის ფაქტორები, რომელიც მნიშვნელოვან ბარიერს წარმოადგენს მათი სერვისებში ჩართვისათვის. როგორც ალბერტ ბანდურას მიერ შექმნილ სოციალურ კოგნიტიურ თეორიაშია

აღნიშნული, ადამიანის ქცევა დამოკიდებულია გარემო და პიროვნულ ფაქტორებზე, რომლებიც მუდმივ ურთიერთქმედებაშია და ზეგავლენას ახდენენ ერთმანეთზე. გარემოში არსებულ ბარიერებს შორის აღსანიშნავია სტიგმა-დისკრიმინაცია, როგორც ზოგადად სოციუმის ისე წამალდამოკიდებული მამაკაცების მხრიდან, საკანონმდებლო ბაზა, ქალების საჭიროებებზე მორგებული სერვისების დეფიციტი ზიანის შემცირების პროგრამებში და ადაპტირებული სერვისების გამოცდილების ნაკლებობა. პიროვნული ფაქტორებიდან ყველაზე მნიშვნელოვან პრობლემად თვითსტიგმატიზაცია გვევლინება, რომელიც ხელს უშლის წამალდამოკიდებულ ქალებს ეძიონ როგორც ზიანის შემცირების ისე სამედიცინო სერვისები. იმ პირობებშიც კი, როდესაც სერვისი ანონიმურია წამალდამოკიდებული ქალები მაინც თავს არიდებენ პროგრამებში ჩართვას.

უნდა აღინიშნოს, რომ სერვისის მიმწოდებლები არ აწარმოებენ კლიენტის კმაყოფილების რუტინულ გამოკითხვას და მხოლოდ ზეპირსიტყვიერი უკუკავშირით შემოიფარგლებიან, რაც ინფორმაციას ცალმხრივს და არასისტემურს ხდის. ამ ტენდენციას ნაწილობრივ ხელს უწყობს პროექტის ის შიდა რეგულაციები და პროცესები, რომელსაც დონორი ორგანიზაცია აწესებს. მათ შორის აღსანიშნავია, პროექტის მიერ კლიენტების მოცვის რაოდენობრივი მაჩვენებლის მაღალი მოთხოვნა, რაც რისკებს უქმნის სერვისის ხარისხს, პარალელურად ორგანიზაციის რესურსების ზრდის/გაუმჯობესების გარეშე.

სერვისების დივერსიფიკაციის ხარისხი განსხვავებულია ორგანიზაციებს შორის. შედარებით მდგრად ორგანიზაციებს, რომლებსაც დაფინანსების წყარო აქვს სხვადასხვა, საშუალება აქვთ უფრო მრავალფეროვანი მომსახურება შესთავაზონ მომხმარებლებს, რადგან ზიანის შემცირების ძირითად პროგრამაში შექმნილი საჭიროებების/დეფიციტის შევსება შეუძლიათ სხვა რესურსებიდან. შესაბამისად, ორგანიზაციებისთვის რეკომენდებულია დაფინანსების დივერსიფიკაცია და თავისუფალი სახსრების³ მოზიდვა.

სერვისების მიმწოდებლების პრობლემები ასევე მიუთითებენ დონორ ორგანიზაციასთან ორმხრივი კომუნიკაციის დეფიციტზე, ვინაიდან არასრულყოფილად ხდება კლიენტების საჭიროებების გათვალისწინება დაგეგმვის და განხორციელების პროცესში.

ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით აღსანიშნავია, რომ ზიანის შემცირების პროგრამები საქართველოს სრულად ვერ მოიცავს. მაგალითად, კახეთში ჯერჯერობით მხოლოდ თელავშია ასეთი სერვისი ხელმისაწვდომი. მიუხედავად იმისა, რომ ადგილმდებარეობების დაგეგმვა მოხდა ნაკოსცენის გათვალისწინებით, წამალდამოკიდებულთა ნაწილს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრობლემა აქვთ.

ორგანიზაციის რესურსებზეა ასევე დამოკიდებული, თუ რამდენად გამართულია ინფრასტრუქტურა იმისათვის, რომ დააკმაყოფილოს სერვისის მიმღებთა მოთხოვნები. ცენტრების ნაწილს არ აქვს ცალკე ოთახების საკმარისი რაოდენობა კონფიდენციალური კონსულტაციების გაწევისთვის. შესაბამისად ორგანიზაციას არ აქვს მკაცრი პოლიტიკა ამ საკითხის რეგულირებისთვის. მიზნობრივი ჯგუფის მარგინალიზაციის ხარისხიდან გამომდინარე, შესაძლოა ამან მომხმარებლებში უსაფრთხოების შეგრძნება შეამციროს.

ინფრასტრუქტურისა და ფიზიკური გარემოს მოთხოვნების მხრივ კიდევ ერთი პრობლემა არის ინფექციების კონტროლი. ვინაიდან ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში ტუბერკულოზის რისკი მაღალია და არის შემთხვევები როდესაც თანამშრომლები ტუბერკულოზის აქტიური ფორმით დაავადებულ პირებს კონსულტაციას უწევენ შენობაში, დღის წესრიგში დგება ვენტილაციისა და სპეციალური ანტი-ბაქტერიული ნათურების დაყენების საკითხი.

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ ნალოქსონი, რომელიც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ოპიატებით

³ რესურსი, რომელსაც ორგანიზაცია განკარგავს თავისი მოსაზრებების მიხედვით. არ არის პროგრამაზე/პროექტზე მიბმული.

ზედოზირებისას, სერვისის მიმწოდებლების თქმით ყოველთვის ხელმისაწვდომია სხვადასხვა ფორმით. უნდა აღინიშნოს, რომ 2011-2012 წლებში ნალოქსონის მნიშვნელოვანი დეფიციტი იყო სერვისის მიმწოდებლებში რაც ამ კვლევის მონაცემებით აღარ დასტურდება.

ადამიანური რესურსების მხრივ, მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სათემო ჯგუფებს (ნარკოტიკების ყოფილ მომხმარებლებს) და სამედიცინო კვალიფიკაციის პერსონალს. აკადემიური ხარისხის მქონე სოციალური მუშაკების მნიშვნელოვანი დეფიციტი შეიმჩნევა. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მხოლოდ ერთ ორგანიზაციას ჰყავს დასაქმებული აკადემიური სოციალური მუშაკი. უნდა აღინიშნოს ის, რომ ორგანიზაციების დიდ ნაწილს გავლილი აქვს ტრენინგები ზიანის შემცირების სხვადასხვა საკითხის მიმართულებით, თუმცა სოციალური მუშაობის უნარები მაინც დეფიციტური რჩება. კლიენტების რაოდენობის მოცვის თვალსაზრისით სათემო ჯგუფების დასაქმება მიღებული პრაქტიკაა აივ ინფექციის პრევენციის სფეროში. ეს ტენდენცია საქართველოშიც ნათლად ჩანს. სერვისების მსგავსი განვითარება და პროფესიონალი სოციალური მუშაკების ნაკლებობა გარკვეულწილად განაპირობა, კლიენტების ფსიქო-სოციალურ ასპექტებზე სერვისის არასაკმარისმა ყურადღებამ და დამფინანსებელი ორგანიზაციის მოთხოვნის – კლიენტების მოცვის მაჩვენებლის ზრდამ. ამ უკანასკნელმა კი გაზარდა ახალი მომხმარებლების რეკრუტირების პროცესში თემის წევრების ჩართულობის აუცილებლობა.

აღსანიშნავია, რომ ზიანის შემცირების პროგრამების ფარგლებში ხდება შემთხვევების მართვა (ქეის მენეჯმენტი). თუმცა ინტერვენციის ეს ფორმა არ მიჰყვება ზოგადი ინტერვენციის მოდელს და იშვიათად არის მიმართული კლიენტის გაძლიერებისკენ, რაც შედეგების მდგრადობას რისკის ქვეშ აყენებს.

მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის ფარგლებში თანამშრომლებთან სერვისის მიმწოდებელი ორგანიზაციების მოკლევადიანი სამუშაო ხელშეკრულებების საკითხის დეტალური კვლევა ვერ განხორციელდა, უსაფრთხოების შეგრძნების ნაკლებობა სავარაუდოდ ნეგატიურად აისახება ამ პირების მოტივაციაზე. მასლოუს მოთხოვნილებათა იერარქიიდან კი ჩანს, რამდენად მნიშვნელოვანია უსაფრთხოების მოთხოვნილება, რომელიც ფიზიოლოგიური/ბაზისური მოთხოვნილების შემდეგ საფეხურზე დგას.

კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ პერიოდულად ხდება სახარჯი მასალებით მომარაგების წყვეტა, რაც სერვისის მიმწოდებლის იმიჯზე ნეგატიურად აისახება და სოციალურ მუშაკებს მარაგების განახლების შემდეგ უწევთ კლიენტების ხელახლა მოზიდვა სერვისში. ეს კი სერვისის ეფექტურობას მნიშვნელოვნად აზარალებს.

ზიანის შემცირების სერვისების არსებობა ფაქტიურად წარმოუდგენელია იმ გარემოში, სადაც სამართალდამცავი ორგანოები აქტიურად ავიწროებენ მომხმარებლებს, რომლებიც სერვისებში ერთვებიან. მიუხედავად იმისა, რომ ძირითადად, ეს მსგავსი პრობლემების გარეშე მიმდინარეობს, იყო რამდენიმე შემთხვევა, რომელმაც რისკის ქვეშ დააყენა სერვისის მიმწოდებლის რეპუტაცია. მსგავსი პრობლემები მნიშვნელოვან ბარიერებს აჩენს სერვისის ხელმისაწვდომობის მხრივ, რაც საბოლოო ჯამში ზიანის შემცირების შედეგების მინიმიზაციას და ზოგადად, საზოგადოებაში სხვადასხვა სტატისტიკურ-ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლის გაუარესებას იწვევს.

განვითარებული ქვეყნების ნაწილში, ზიანის შემცირების მომსახურებები წამალდამოკიდებულ პირთა უფრო ფართო და ყოველსმომცველი პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურებების ნაკრებია. მაგალითისთვის, დიდი ბრიტანეთი ახორციელებს სოციალური საცხოვრისის პროგრამას, რომლის ერთ-ერთი კომპონენტით არის ნემსებისა და შპრიცების პროგრამები და წამალდამოკიდებულების მკურნალობის პროგრამები. საქართველოში მსგავსი მოწყობა არ არსებობს და შესაბამისად, ძალიან პრობლემურ საკითხად რჩება კლიენტებისთვის სოციალური სერვისების შეთავაზების საკითხი.

კლიენტთა ნაწილს არ აქვს სტაბილური საცხოვრისი და შემოსავალი. შესაბამისად, მათთვის ძალიან მნიშვნელოვანია კვებით უზრუნველყოფა, ან სამუშაოებისა და სამრეცხაო ინფრასტრუქტურის შეთავაზება. არსებულ სოციალურ საცხოვრისებში, რომელსაც ადგილობრივი მუნიციპალიტეტები მართავენ, არ არის საკმარისი ადაპტირებული სერვისები წამალდამოკიდებულთათვის, რომ ამ კონკრეტულ თემს გაუწიონ

შესაბამისი დახმარება.

6. დასკვნა

დასკვნის სახით, აღსანიშნავია, რომ პროგრამის ყველა მიმწოდებელის მიერ ბენეფიციარებისთვის შეთავაზებული სერვისების პარამეტრების ერთადერთი მარეგულირებელი ჩარჩო არის დონორის მიერ განსაზღვრული, რაც პოზიტიურად აისახება მომსახურებების მოცულობის ერთგვაროვნებაზე.

თუმცა არსებობს გარკვეული ვარიაცია დაწესებულების პროფილისა და მდებარეობის მიხედვით.

მნიშვნელოვან გამოწვევებს შორის აღსანიშნავია პერსონალის კვალიფიკაციის უზრუნველყოფის შესაძლებლობები და სტანდარტები. არ არის განსაზღვრული ძირითადი კომპეტენციების ჩარჩო და არც შესაბამისი პროგრამები არსებობს. ასევე პრობლემურია დაწესებულებების ფინანსური დამოუკიდებლობისა და მდგრადობის საკითხი. არსებული დაფინანსების სქემის ფარგლებში, დაწესებულებებს პრაქტიკულად არ აქვთ შესაძლებლობა, რომ სერვისები მოარგონ ადგილობრივ საჭიროებებს, ხოლო მათი შემოსავლის ძირითადი და ხშირად ერთდაერთი წყარო მხოლოდ პროგრამული დაფინანსებაა.

ბიბლიოგრაფია

Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstream. T. Rhodes, & D. Hedrich (რედ.)-ში, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (ხმა European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 10, გვ. 19-33). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Atun, R., & Kazatchine, M. (2010). Translating evidence into action — challenges to scaling up harm reduction programmes in Europe and Central Asia. E. M. Addiction, R. Tim, & H. Dagmar (რედ.)-ში, *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (გვ. 94-99). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Canadian Pediatric Society. (2008 წლის January). Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. *Paediatrics & Child Health*, გვ. 53–56.

Engel, G. L. (1978). THE BIOPSYCHOSOCIAL MODEL AND THE EDUCATION OF HEALTH PROFESSIONALS. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 169–181.

Georgian Harm Reduction Network. (2012). *Annual Report*. Tbilisi.

Georgian Harm Reduction Network. (2014). *Annual Report 2014*. Tbilisi.

Kirtadze I, O. D. (2013). wice Stigmatized: Provider's Perspectives on Drug-Using Women in the Republic of Georgia. *J Psychoactive Drugs*(45), 1-9.

Kumpfer, K., Trunnell, E., & Whiteside, H. O. (1990). The Biopsychosocial Model: Application to the Addiction Field. R. C. Eng (რედ.)-ში, *Controversies in the Addition Field*. Dubuque, Iowa: Kendal-Hunt.

Ogborne, A. C. (2004). Theories of Addiction and Implications for Counselling. S. Carver, & V. Harrison (რედ.)-ში, *Alcohol & Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors* (გვ. 3-21). Addiction Research Foundation, 3rd ed. .

Sirbiladze, T., & Tavzarashvili, L. (2012). *Estimating the Prevalence of Injection Drug Use in Georgia*. Tbilisi: Bemoni Public Union.

World Health Organization. (2012). *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Layout L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Switzerland: WHO Press.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. (2013). *ხელფასები*. დაბრუნებული 2015 წლის 24 06, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის კორპორატიული ვებ-გვერდი: http://geostat.ge/?action=page&p_id=148&lang=geo ლან