

თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებულ
ინტერვენციაში მონაწილე ბენეფიციართა შორის
ჩატარებული რაოდენობრივი კვლევის მონაცემთა
ანალიზის შედეგები

კვლევის ანგარიში

*ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი
თბილისი
2019*

მადლობის გამოხატვა

წარმოდგენილი კვლევის ანგარიში არის მრავალი ორგანიზაციის ერთობლივი ძალისხმევის შედეგი და, რომ არა მათი აქტიური ჩართულობა და მხარდაჭერა, შეუძლებელი გახდებოდა კვლევის შედეგების გაცნობა.

მადლობა შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდს (გლობალური ფონდის) და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრს (დკსჯეც) კვლევის ფინანსური მხარდაჭერისთვის.

მადლობა ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის სერვის ცენტრებს, კვლევისთვის ჩატარებული საველე სამუშაოებისთვის, კერძოდ კი, პირისპირ ინტერვიუების ჩატარებისა და შემდგომ მონაცემთა შეყვანისთვის:

- ფსიქო-სოციალური ინფორმაციისა და კონსულტაციის ცენტრი ახალი გზა - ნატალია ჩირიკაშვილი (თბილისი); დავით ფორჩხიძე (ქუთაისი); ნესტორ მაისაძე (სამტრედია)
- კავშირი „ახალი ვექტორი“- მანანა ხიხაძე, დიმიტრი წიკლაური (თბილისი), ელენე ქაჯაია (რუსთავი)
- კავშირი იმედი - თამუნა ესებუა (ბათუმი)
- კავშირი „ნაბიჯი მომავლისკენ - ნინო ბერუაშვილი (ბორჯომი) მარიამ ბაინდურაშვილი, ნინო თაბუაშვილი (გორი), ნინო შავგულიძე (თელავი)
- განათლების ეროვნული განვითარების, სოციალური რეაბილიტაციის და ისტორიული ღირებულებების დაცვის ასოციაცია ორდუ - ლიანა თოფურია, ლელა ყურაშვილი (ფოთი)
- ახალგაზრდა ფსიქოლოგთა და ექიმთა ასოციაცია ქსენონი - ცირა ეგუტია, მედეა ჩილაჩავა (ზუგდიდი)
- ჰეპა პლიუსი - მაკა რევიშვილი, თამუნა კილაძე (თბილისი), ლია წიქარიშვილი (ახალციხე)
- საერთაშორისო ორგანიზაცია ქალებისათვის აკესო - ირინა, ფაცაცია, გელა ლაშხია (თბილისი)
- ფენიქსი-2009 - ენრი მამინაშვილი (ოზურგეთი).

მადლობა, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მართვის ადმინისტრაციულ ერთეულს ონლაინ მონაცემთა მონიტორინგისა და ხარისხის კონტროლისთვის (ხათუნა ქუთათელაძე, გურანდა ჯიქია, მარინე გოგია).

განსაკუთრებული მადლობა ყველა იმ რესპონდენტს, ვინც მიიღო მონაწილეობა თანასწორტა ინტერვენციაში და დათანხმდა კვლევაში მონაწილეობას. თითოეული რესპონდენტის ნდობისა და შეტანილი წვლილის გარეშე წინამდებარე კვლევის განხორციელება შეუძლებელი იქნებოდა.

კვლევის ანგარიში მოამზადა ილიას უნივერსიტეტის ადიქციის კვლევების პროფესორმა ირმა კირთაძემ.

სარჩევი

გამოყენებული შემოკლებები	2
შესავალი	3
თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენცია საქართველოში	3
კვლევის მიზანი	4
კვლევის ამოცანები	5
მეთოდოლოგია	5
კვლევის დიზაინი	5
კვლევის ეთიკის საკითხი	7
ინსტრუმენტი	7
შერჩევა	8
მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი	10
კვლევის შეზღუდვა	11
კვლევის შედეგები	12
კვლევის რეკრუტირების ჯაჭვი	12
დემოგრაფიული მონაცემები	12
ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრაქტიკა	17
რისკის შეფასების ბატარეა	22
აივ-ინფექციის გადაცემის შესახებ ცოდნის შეფასება	30
C ჰეპატიტის გადაცემის შესახებ ცოდნის და პრაქტიკის შეფასება	31
ძირითადი მიგნებები და რეკომენდაციები	34
ბიბლიოგრაფია	38
დანართები	41
დანართი N1. ეთიკის კომისიის დასკვნა	41
დანართი N2. საკვლევი კითხვარი	41
დანართი N3. ინფორმირებული თანხმობა	41
დანართი N4. თთპდ ინტერვენციის რეკრუტირების ჯაჭვი ქალაქების მიხედვით	41

გამოყენებული შემოკლებები

თთპდი	თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენცია
ნიმ	ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი
აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
ოჩთ	ოპიოიდებით ჩანაცვლების თერაპია
შნპ	შპრიცების და ნემსების პროგრამა
შიდსი	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ნკტ	ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება
ჯანმო	ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია
ზშსქ	ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი
RDSAT	რესპონდენტთა მიერ მართული შერჩევის ანალიზის ინსტრუმენტი
NetDraw	ქსელის გრაფიკული გამოსახულების ინსტრუმენტი
SPSS	სტატისტიკური პაკეტი სოციალური მეცნიერებებისათვის
სგგი	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები
CI	სარწმუნოების ინტერვალი
SD	სტანდარტული გადახრა

შესავალი

თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენცია საქართველოში

აივ-შიდსის პრევენციის მიზნით შექმნილი, თანასწორთა მიერ მართული - თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენცია (თთპდი), შემუშავდა მე-20 საუკუნის 90-იან წლებში რობერტ ბროდჰედისა და დუგლას ჰაკათორნის მიერ, კონექტიკუტის უნივერსიტეტში, აშშ-ს ეროვნული წამალდამოკიდებულების ინსტიტუტის ხელშეწყობით (Broadhead et al., 1998). ინტერვენციის მიზანია თანასწორთა განათლების გზით გაიზარდოს ნიმ-ების პოპულაციაში ცოდნა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებით (მათ შორის კომბინირებული ფსიქოაქტიურ საშუალებების, ალკოჰოლის და სხვა პრეპარატების) გამოწვეული ზიანის შესახებ; ცოდნა ზედოზირების, სარისკო საინექციო და სქესობრივი ქცევის, B და C ჰეპატიტის, სიფილისის, ინფექციების პრევენციის და ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული რისკების შემცირება.

ქცევითი ინტერვენციები, მათ შორის თანასწორი-თანასწორს პრინციპზე დაფუძნებული ინტერვენციები, ხელს უწყობს უსაფრთხო ქცევას, ამცირებს აივ-ისა და C ჰეპატიტის გადაცემის რისკს და ზრდის ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას (Garfein et al., 2007; Latka et al., 2008); ხარჯთ-სარგებლის მოდელირების შედეგები სავსე ინტერვენციების ხარჯთ-ეფექტურობას ადასტურებს (Ritter & Cameron, 2005).

თთპდ მეთოდოლოგია ემყარება იმ დაშვებას, რომ ტრადიციულ, აივ პრევენციის პროგრამების ანაზღაურებად აუთორიზ მუშაკებთან შედარებით, ნიმ-ებს აქვთ ერთმანეთთან უფრო მეტი წვდომის, კომუნიკაციის და ცოდნის გაზიარების უნარი¹: ახდენენ თანასწორთა განათლებას აივ პრევენციის საკითხებზე, ახორციელებენ მათ მოზიდვას/რეკრუტირებას აივ პრევენციის სერვისებში, სადაც მათ სთავაზობენ აივ-ზე კონსულტირებასა და ტესტირებას, ჯანმრთელობის და რისკის შეფასებას, სტერილური საინექციო საშუალებების, კონდომების და საგანმანათლებლო საშუალებების მიწოდებას.

საქართველოში, თთპდ ინტერვენცია, დაინერგა ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელის მიერ 2010 წელს და მას შემდეგ, თითქმის უწყვეტად - ყოველწლიურად, ხორციელდება ზიანის შემცირების სერვის-ცენტრებში. აღნიშულისთვის შემუშავდა 8 საგანმანათლებლო მოდული (საკვანძო მნიშვნელობის მქონე ინფორმაცია, რომელიც აუცილებელია გავრცელდეს ნიმ პოპულაციაში; მაგ: აივ-ის და B/C ჰეპატიტის გადაცემის გზები, კუსტარული სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული ზიანი, ზედოზირების ნიშნები, პირველადი დახმარება ოპიოიდებით ზედოზირების შემთხვევისას და ა.შ.) რომელიც მნიშვნელობის და საჭიროების შესაბამისად პერიოდულად განახლდება ზიანის შემცირების პროგრამების მიერ. მისი დანერგვის ძირითადი მოტივაცია იყო რთულად მისაწვდომი სუბპოპულაციების - ქალების და ახალგაზრდების (18-24 წლის) - ზიანის

¹ Extensions of Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Injection Drug Users Aged 18–25, Douglas D. Heckathorn, Salaam Semaan, Robert S. Broadhead, and James J. Hughes, AIDS and Behavior, Vol. 6, No. 1, March 2002

შემცირების სერვისებში მოზიდვა, ასევე იმ პირთა ჩართვა, რომლებსაც არასდროს ჰქონიათ შეხება შიდსის პრევენციის პროგრამებთან. აღნიშნული ინტერვენციით შესაძლებელი გახდა დასახული მიზნის მიღწევა და რაოდენობრივი მოცვის გაფართოვება² (ცხრილი 1). იგი წარმატებით გამოიყენება სხვადასხვა ჯგუფის ნარკოტიკული საშუალებების (მაგ.: სტიმულატორების) მომხმარებელთა დიდი ზომის მოსაცავად³. თანასწორები, რომლებიც ჩართულები არიან თთბდ ინტერვენციაში, ხელს უწყობენ თანასწორებში აივ-შიდსის პრევენციის და ნარკოტიკების უსაფრთხო მოხმარების შესახებ განათლების სწრაფ გავრცელებას.

ცხრილი 1. თთბდ ინტერვენციით მოცულ ნიშნა რაოდენობა

წლები	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018-19
თთბდი მოცვა	781	106	2,356	3,755	4,032	1,940	384	746	1990

თთბდი-ის სარგებელი, გარდა სწრაფად და ეფექტურად საჭირო ინფორმაციის გავრცელებისა არის ახალი მიუწვდომელი პოპულაციის აღმოჩენა და მათთვის ზიანის შემცირების სერვისების შეთავაზება, სერვისებში ჩართვა. ინტერვენცია და ამ ინტერვენციაში მონაწილეთა კვლევა პარალელურად მიმდინარეობს და ეფუძნება შესაბამის პროტოკოლს, რომელიც შემუშავებული იქნა 2010 წელს ზიანის შემცირების ქსელის მიერ და ყოველ წელს ხდება მისი გადახედვა და განახლება.

კვლევის მიზანი

თითქმის ყოველწლიურად, 2010 წლიდან, ტარდება თთბდ ინტერვენცია, რომელსაც თან სდევს მონაცემთა შეგროვება. თავად ინტერვენცია არის ძალიან სტრუქტურირებული და იოლია მის ფარგლებში მონაცემების შეგროვების ორგანიზება, მეტი - რეკომენდებულიც კი არის, რათა მოხდეს საბაზისო ინფორმაციის შეგროვება იმ პოპულაციის შესახებ, რომელთა რეკრუტირება ხდება თანასწორთა ძალებით ზიანის შემცირების სერვისებში. შესაბამისად ფასდება ამჟამინდელი მდგომარეობა და ვლინდება საჭიროებები, რომლებიც შესაძლოა გათვალისწინებული იქნას სამომავლო პროგრამირებისთვის.

მოცემული კვლევის მიზანია, ნიმ პოპულაციისთვის მიწოდებული ინტერვენციის ფარგლებში, შეისწავლოს ინტერვენციის მონაწილე ბენეფიციართა ნარკოტიკების

² Lile Batselashvili, M Sinjikashvili, M Chelidze, I Kirtadze, N Topuria (2012). Results of piloting peer driven intervention – did we reach targeted population? Addiction Research Center, Alternative Georgia, Tbilisi, Georgia. http://hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202012/HiEConf2012_Programme.pdf

³ Broadhead, R.S., Heckathorn, D.D., Weakliem, D.L., Anthony D.L., Madray, H., Mills, R.J., Hughes, J. (1998), Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention, Public Health Reports, 113 (Suppl. 1), pp. 42–57. Page 21

ინექციურ მოხმარებასთან დაკავშირებული ქცევა, აივ-შიდსის და C ჰეპატიტის შესახებ ცოდნის დონე ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებლებში და შეაფასოს სქესობრივი და საინექციო რისკის შემცველი ქცევები. აღნიშნული კვლევის შედეგები საშუალებას მოგვცემს გამოვავლინოთ საჭიროებები და შესაბამისად ვუპასუხოთ მათ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მონაცემების გათვალისწინებით. ასევე გამოვლენილი საჭიროების მიხედვით ადაპტირდეს და განახლდეს საგანამანათლებლო მოდულები, რომელიც არის საბაზისო ელემენტი თთპდ ინტერვენციისთვის.

კვლევის ამოცანები

კვლევის ამოცანებია:

- შევისწავლოთ თთპდ ინტერვენციაში მონაწილე ბენეფიციართა საინექციო და სქესობრივი სარისკო ქცევები;
- შევისწავლოთ მოხმარებელთა სოციალურ-ეკონომიკური დონე;
- შევისწავლოთ აივ-შიდსის და C ჰეპატიტის შესახებ ცოდნის დონე;
- შევისწავლოთ ზედოზირებასთან დაკავშირებული ქცევები;
- შევისწავლოთ საჭიროებები, სხვადასხვა სასურველი სერვისების სახით.

მეთოდოლოგია

კვლევის დიზაინი

ჯვარედინ-სექციური⁴ კვლევის ფარგლებში ჩატარდა თთპდ ინტერვენციაში მონაწილეთა პირისპირ გამოკითხვა საქართველოს 11 ქალაქში (თბილისი, ბათუმი, ახალციხე, რუსთავი, ქუთაისი, ზუგდიდი, თელავი, ოზურგეთი, სამტრედია, ფოთი, ბორჯომი), ზიანის შემცირების 9 სერვის-ორგანიზაციის მიერ. მოცემული ინტერვენცია და შესაბამისად კვლევაც პირველად ჩატარდა ბორჯომსა და ახალციხეში. გამოკითხვას ატარებდა ტრენინგებული ნებაყოფლობითი კონსულტირება-ტესტირების კონსულტანტი. გამოკითხვა ჩატარდა 2018 წლის ოქტომბრიდან 2019 წლის ივნისის (9 თვე) პერიოდში. კვლევისთვის სამიზნე პოპულაციას წარმოადგენდა თთპდ ინტერვენციაში მონაწილე 2030 ნიმ-ი, რომელიც რეკრუტირებული (მოზიდული) იყო ამავე ინტერვენციაში მონაწილე თანასწორის (რეკრუტერის) მიერ. თთპდ ინტერვენციაში მონაწილეობის დასრულებისთანავე პირს სთავაზობდნენ მონაწილეობას კვლევაში და თანხმობის შემთხვევაში ინტერვიუერი ატარებდა გამოკითხვას, კვლევისა და ინტერვენციის

⁴ Setia, M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264. <http://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

პროცედურის ყველა წესის დაცვით (სურ. 1). რესპონდენტებისთვის, კვლევასა და ინტერვენციაში მონაწილეობისთვის, ასევე სხვა თანასწორთა რეკრუტირებისთვის გათვალისწინებული იყო დახარჯული დროის და გზის თანხების საკომპენსაციოდ ფულადი ინსენტივები. ინტერვენციის თანახმად, თუ რეკრუტირება/კვლევაში მონაწილემ შეძლო და თანასწორს ასწავლა ის, რაც მან ისწავლა ინტერვენციის ფარგლებში, მას შრომა უნაზღაურდება. თავის მხრივ, ანაზღაურება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენ შეკითხვას გასცემს სწორად პასუხს მისგან რეკრუტირებული/განსწავლული პირი. რეკრუტირებულის ყოველი სწორი პასუხისთვის რეკრუტიერი იღებს 1 ლარს, თუ უპასუხებს 7 კითხვაზე სწორად- მიიღებს 8 (რვა) ლარს, თუ უპასუხებს სწორად 8 შეკითხვას - მიიღებს 10 (ათი) ლარს. თუ რეკრუტირებული პასუხს ვერ გასცემს ვერც ერთ შეკითხვას, რეკრუტიერს თანხა და კუპონები შემდგომი რეკრუტირებისთვის არ მიეცემა, თუმცა კონსულტანტი დამატებით ატარებს საგანამანათლებლო ინტერვენციას, რათა არ დატოვოს სერვის-ცენტრი მონაწილემ საინფორმაციო ინტერვენციის გარეშე. აღნიშნულის შესაბამისად, სხვადასხვა კლიენტი მათ მიერ გაწეული სამუშაოს შესაბამისად იღებს განსხვავებულ ანაზღაურებას, ე.ი. ყოველ რესპონდენტს, რომელიც მოიზიდავს ინტერვენციაში/კვლევაში პოტენციურ თანასწორს და გადასცემს ინტერვენციით მიღებულ ცოდნას, პოტენციურად 30 ლარის გამომუშავების შესაძლებლობა ეძლევა, რადგან მას ეძლევა 3 კუპონი უნიკალური სერიული ნომრით. ამ შემთხვევაში ინტერვენციით მიღებული ცოდნის გავრცელება მოტივაციაა უკეთესი კომპენსაციის მისაღებად, რაც აღნიშნული ინტერვენციის თეორიული საფუძველია - სოციალური კონტროლი ჯგუფური-შუამავლობით (Heckathorn & Douglas, 1990). დამატებითი წამახალისებელი (ბონუსი) ანაზღაურება იყო გათვალისწინებული ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი ქალების და ახალგაზრდა (18-25 წლამდე) ნიმ-ების რეკრუტირებისთვის, რაც ასევე განაპირობებს ინტერვენციისთვის სამიზნე სუბპოპულაციის უფრო მეტად მოზიდვას.

სურათი 1. თოპდ ინტერვენციის და კვლევის ეტაპები



კვლევის ეთიკის საკითხი

კვლევის პროტოკოლი დიდ წილად ეფუძნება თავად ინტერვენციის პროტოკოლს, ხოლო კითხვარი (ინტერვიუერის მიერ ადმინისტრირებადი) გამოიყენება იგივე, რაც შნპ-ში მონაწილეთა ქცევის შემსწავლელ კვლევაში. მოცემულ ინტერვენციას ახლავს ორი ტიპის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა (თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე და სხვა თანასწორთა რეკრუტირებაზე), რომელიც კვლევაში მონაწილეთა უფლებების განხილვის მიზნით წარედგინა კვლევის ბიოეთიკის საკითხების კომისიას - ჯანმრთელობის კვლევის კავშირს (HRU-Health Research Union IRB#2018-08, IRB 00009520; მის.: თბილისი, ტაშკენტის ქ. 47). ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის ეთიკის კომისია რეგისტრირებულია აშშ-ს კვლევაში მონაწილე ადამიანთა უფლებების დამცველ ეთიკის კომისიათა რეესტრში⁵. ეთიკის კომისიამ წარდგენილი კვლევის განაცხადი განიხილა და ყველა წესის შესაბამისად გასცა კვლევის ჩატარების უფლება (იხ. დანართი N 1).

ინსტრუმენტი

გამოყენებული იქნა სტრუქტურირებული კითხვარი, რომელიც წინა წლებში გამოიყენებოდა ზიანის შემცირების ქსელის მიერ მონაცემთა შეგროვებისთვის, ასევე გამოყენებული იქნა სტანდარტიზებული რისკის შეფასების ბატარეა⁶, რომელიც კარგად არის ადაპტირებული ამ პოპულაციაში კვლევის ჩასატარებლად საქართველოში⁷ და

⁵ <http://ohrp.cit.nih.gov/search/irbsearch.aspx>

⁶ Metzger DS, et al. The Risk Assessment Battery: Validity and Reliability; Paper presented at the 6th Annual Meeting of National Cooperative Vaccine Development Group for AIDS. Nov, 1993.

⁷ Otiashvili, D., Piralishvili, G., Sikharulidze, Z., Kamkamidze, G., Poole, S., & Woody, G. E. (2013). Methadone and buprenorphine-naloxone are effective in reducing illicit buprenorphine and other opioid use,

დამატებით გამოყენებული იქნა კითხვები ცე ჰეპატიტის გადაცემის შესახებ. საბოლოო ინსტრუმენტი შედგება შემდეგი სექციებისგან: დემოგრაფიული მონაცემები (17 კითხვა), ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრაქტიკა (28 კითხვა), რისკის შეფასების ბატარეა (29 კითხვა), სერვისების შეფასება (3 კითხვა), აივ-ინფექციის გადაცემის შესახებ ცოდნის შემოწმება (5 კითხვა), C ჰეპატიტის შესახებ (19 კითხვა). კითხვათა უმეტესობა მარტივია, მოცემული პასუხებიდან ერთის არჩევის შესაძლებლობით, თუმცა მოცემულია კითხვები მრავლობითი პასუხის არჩევის შესაძლებლობით და პასუხების რანგული თანმიმდევრობის არჩევის შესაძლებლობით (იხ. დანართი N 2).

რესპონდენტების გამოკითხვა ხდებოდა მათი თთვდ ინტერვენციაში მონაწილეობის დროს, თუ კი გამოთქვამდნენ კვლევაში ნებაყოფლობით მონაწილეობის სურვილს. კვლევაში მონაწილეთა კონფიდენციალურობა იყო დაცული (სახელი, გვარი, პირადი ნომერი არსად არ ფიქსირდებოდა), გამოყენებული იქნა მხოლოდ თხუთმეტნიშნა კოდები (რომლებიც გამოიყენება ზიანის შემცირების პროგრამების ადმინისტრირებისას) და კუპონთა სერიული ნომრები (მიღებული და გაცემული კუპონების საკონტროლოდ).

შერჩევა

თთვდი ეფუძნება რესპონდენტთა მიერ მართული შერჩევის (Respondent Driven Sampling) მიდგომას, რომელიც თავისთავად არის, კომბინირებული არაალბათური თოვლის გუნდის შერჩევა მათემატიკურ მოდელთან ერთად, რომელიც შერჩევის შეწონვის გზით ცდილობს დააბალანსოს შერჩევის არაალბათური ფაქტორი; ამისათვის, აუცილებელია კვლევისას შეგროვდეს შემდეგი მონაცემები: პერსონალური ქსელის ზომის ცვლადი (Degree, ადამიანთა რაოდენობა, რომელსაც იცნობს რესპონდენტი სამიზნე პოპულაციიდან), რესპონდენტის სერიული ნომერი (კუპონის ნომერი, რომლითაც რესპონდენტი იქნა კვლევაში რეკრუტირებული) და რესპონდენტთა რეკრუტირების სერიული ნომრები (რესპონდენტისთვის, სხვათა რეკრუტირებისთვის გაცემული კუპონების ნომრები)⁸.

ზიანის შემცირების ცენტრში რეკრუტირებულ თითოეულ ნიმ-ს უტარდებოდა სკრინინგი და ინტერვენციაში მონაწილეობის შემდეგ, კვლევაში მონაწილეობაზე და რეკრუტირებაზე თანხმობის გაცხადების შემთხვევაში (იხ. დანართი N3) გადაეცემოდა 3 კუპონი შემდგომი რეკრუტირებისთვის, თითოეულ რეკრუტირებულს კიდეც 3 და ა.შ.; შედეგად თთვდ ინტერვენციის რეკრუტირების პროცესი იზრდება გეომეტრიული პროგრესიით⁹.

ინტერვენცია მიმდინარეობდა მანამ, სანამ არ ამოიწურა არსებული ფულადი რესურსი და შედეგად მივიღეთ თთვდ ინტერვენციაში მონაწილე **2030 რესპონდენტი** (დიაგრამა 1). თუმცა კვლევისთვის საჭირო შერჩევის ის რაოდენობა, რომელიც მოგვცემდა

and reducing HIV risk behavior – Outcomes of a Randomized Trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 10.1016/j.drugalcdep.2013.06.024. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.06.024>

⁸ Heckathorn, Douglas D. 1997. "Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations." *Social Problems*.

⁹ Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling, Lisa G. Johnstona and Keith Sabinb, University of California, World Health Organisation, Methodological Innovations Online (2010) 5(2) 38-48

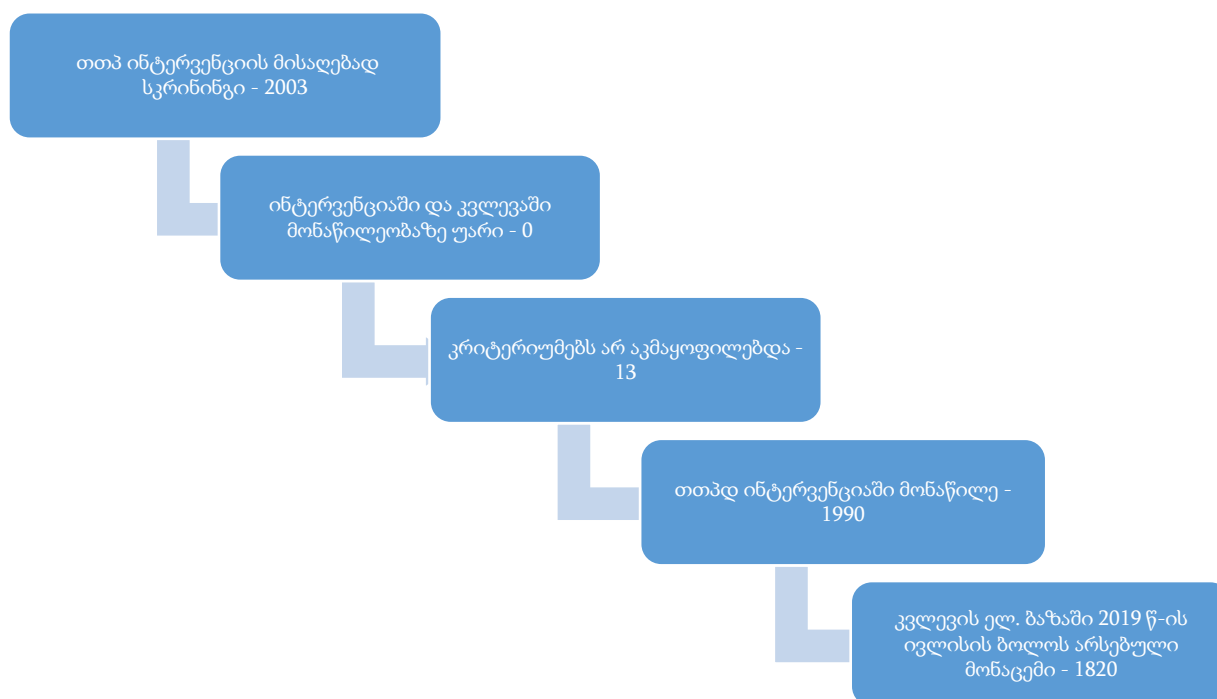
თითოეული ქალაქისთვის მიღებული შედეგების განზოგადების საშუალებას (პარამეტრების გათვალისწინებით: CI - 95%; margine of error – 2%, სამიზნე პოპულაციის ზომა - საქართველოში 2016 წელს, დემოგრაფიული ინდიკატორის და პრევალენტობის კოეფიციენტის გამოყენებით (მოსახლეობის სიმჭიდროვე) ნიმ რაოდენობის საშუალო არითმეტიკული), მხოლოდ ახალციხის შემთხვევაში იქნა მიღწეული. თუმცა ბორჯომის და თბილისის შემთხვევაში მიღწეული იქნა 4 -დან 5% მდე ცდომილების ფარგლებში. სხვა ქალაქებში მიღებული შერჩევა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება განზოგადებადი შერჩევის რაოდენობისთვის საჭირო მინიმუმს.

თთვდ ინტერვენციის მონაწილეს კონსულტანტის მიერ უტარდებოდა სწავლება საგანმანათლებლო მოდულის მიხედვით და გადაეცემოდა რეკრუტირების სამი კუპონი უნიკალური კოდით, შემდეგი პოტენციური მონაწილეების რეკრუტირებისთვის.

კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებად განსაზღვრული იყო შემდეგი:

- მონაწილე უნდა ყოფილიყო სრულწლოვანი (18 წლის და მეტი);
- კვლევაში მონაწილეობა უნდა ყოფილიყო ნებაყოფლობითი;
- პოტენციურ მონაწილეს არ უნდა ჰქონოდა მონაწილეობა მიღებული აივ-პრევენციულ პროგრამებში, მათ შორის შნპ და ნკტ-სერვისებში, ბოლო 12 თვის მანძილზე.
- კვლევაში ჩართვისთვის აუცილებელი პირობა იყო თთვდ ინტერვენციაში მონაწილეობა;
- უნდა ჰქონოდა ინექციის კვალი;
- კვლევის მონაწილეს არ უნდა ჰქონოდა ფსიქიკური, აზროვნებისა და მეტყველების გამობატული პრობლემები, რომელიც კვლევაში მის სრულყოფილ მონაწილეობას ხელს შეუშლიდა;

დიაგრამა 1. კვლევის მიმდინარეობის პროცესი



მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი

მონაცემთა შეგროვება მოხდა კითხვარების და კუპონების გამოყენებით, რომელიც შეჰყავდა ინტერვიუერს JotForm® ონლაინ პლატფორმაზე. მისი საშუალებით მინიმუმამდე იყო დაყვანილი შეცდომით შეყვანის ალბათობა და გამოყენებული იყო არარელევანტური კითხვების გამოტოვების ფუნქცია (ე.წ. skip patterns). ონლაინ ბაზა იმპორტირდა CSV ფაილებად ექსელში, შემდგომი ექსპორტით სოციალური მეცნიერებებისთვის სტატისტიკურ პაკეტა პროგრამაში (Statistical Package for the Social Science v.21)¹⁰, სადაც გადამოწმდა მთელი ბაზა მონაცემთა სიზშირეებისა და ქროს-ტაბულაციების გამოყენებით.

კუპონებისთვის ცალკე იყო შედგენილი ბაზა ექსელში, რომელიც ახდენდა უკვე გაცემული კუპონის ან გაუცემელი კუპონის და რეკრუტირების ჯაჭვის იდენტიფიკაციას, შესაბამისი (wait if) ფუნქციების გამოყენებით თავიდან იყო აცილებული კუპონების დუბლირება და გამოირიცხებოდა ამ მიზეზით რაიმე შეცდომის დაშვების ალბათობა. შესაბამისად კუპონების ჯაჭვური რეკრუტირების ბაზის გაანალიზებით მიიღება თითოეული ქალაქისთვის გამოკითხულ რესპონდენტთა ქსელური სურათი.

¹⁰ Dembe, A. E., Partridge, J. S., & Geist, L. C. (2011). Statistical software applications used in health services research: analysis of published studies in the U.S. *BMC Health Services Research*, 11, 252. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-11-252>

აღნიშნულისთვის გამოიყენება სტატისტიკური პროგრამა RDSAT v7.1¹¹ და რეკრუტირების ჯაჭვის (ქსელის) ვიზუალური გამოსახულების მისაღებად NETDraw¹². გაერთიანებულ ბაზაზე SPSS-ის გამოყენებით სრულყოფილად ჩატარდა უნივარიაციული ანალიზი - ცენტრალური ტენდენციები, ბი და მულტივარიაციული ანალიზი (კატეგორიულ ცვლადთა კროსტაბულაცია, საშუალოთა შედარება, t-test, ANOVA) და მოხდა ცვლადებს შორის ურთიერთკავშირების (განსხვავებების, ასოციაციების და კორელაციების) გამოვლენა.

კვლევის შეზღუდვა

კვლევა ეფუძნება თთპდ ინტერვენციით მოსარგებლე ბენეფიციართა მოსაზრებების შეკრებას. აღნიშნულმა კვლევამ შეგვიქმნა საერთო სურათი შიდსის პრევენციული პროგრამებით მოუცველი ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა საინექციო და სქესობრივ სარისკო ქცევათა მაგალითებზე. მოცემული კვლევის შეზღუდვად შეიძლება აღინიშნოს გამოყენებული არაალბათური მიდგომა და თავად მეთოდი, მიუხედავად იმისა, რომ მოწოდებულია ფარულ პოპულაციასთან სამუშაოდ, მაინც არ არის საუკეთესო, ვინაიდან სემიკმა და კოლეგებმა (Simic et al., 2006) აღმოაჩინეს სექს-მუშაკთა შორის სუსტი სოციალური ქსელები რუსეთსა და ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში. თუმცა სხვა ვერცერთი მეთოდი ვერ გვთავაზობს უკეთესს, ვიდრე მოცემული მიდგომა. პლატის და კოლეგების თანახმად (Platt et al., 2006) მოცემული მეთოდი უსაფრთხოა, ფარულ პოპულაციაზე კარგი წვდომით, მაგრამ საკმაოდ ძვირი. ჩვენს შემთხვევაშიც თავად თთპდ ინტერვენცია რჩება ფარულ პოპულაციაში ინფორმაციის გავრცელების სწრაფ და ეფექტურ მიდგომად, რომელიც ხორციელდება შიდსის პრევენციის პროგრამის ფარგლებში და კვლევისთვის, მონაცემთა შეგროვებაზე, დამატებითი ფინანსური რესურსი არ დახარჯულა. თუმცა ფინანსურმა შესაძლებლობებმა თავისი წვლილი შეიტანა კვლევის საბოლოო შერჩევის ჩამოყალიბებაში და შერჩევა, რომელიც განზოგადების საშუალებას მოგვცემდა, მიღწეული არ იქნა. ამ გარემოებების გათვალისწინებით გარკვეულწილად გვეზღუდება მიგნებების სრულად განზოგადების შესაძლებლობა შიდსის პრევენციის მიღმა დარჩენილ ნიმ პოპულაციაზე, მაგრამ გვეძლევა გარკვეული წარმოდგენა ამ პოპულაციაში გავრცელებულ ქცევათა ტენდენციებზე.

¹¹ Volz, E.; Wejnert, C.; Cameron, C.; Spiller, M.; Barash, V.; Degani, I.; and Heckathorn, D.D. 2012. Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 7.1. Ithaca, NY: Cornell University

¹² Ibid

კვლევის შედეგები

კვლევის რეკრუტირების ჯაჭვი

კვლევისთვის, თითოეული ცენტრის მიერ მოძიებული იქნა საშუალოდ 4 საწყისი “მარცვალი” (მინიმუმ 2 და მაქსიმუმ 9), რამაც მთლიანად შერჩევისთვის 54 საწყისი მარცვალი (მათ შორის მხოლოდ 2 ქალი) შეადგინა, რომლითაც დაიწყო კვლევაში რესპონდენტების რეკრუტირება, მაგრამ აქტიურ რეკრუტირებას განაგრძობდა საშუალოდ 2 მარცვალი; მათგან კი ყველაზე გრძელი რეკრუტირების ჯაჭვის (ტალღის) მაჩვენებელმა 12-ს მიაღწია. ზიანის შემცირების ქსელის მიერ მოწოდებულ კუპონების მიდევნების ექსელის ბაზაში ფიქსირდება 5,988 კუპონის გაცემა და მათგან 1,990 კუპონის (33%) დაბრუნება, რაც თავისთავად ამდენივე ინტერვენციაში მონაწილეს ნიშნავს, თუმცა ონლაინ ბაზაში 2019 წლის ივლისის ბოლოსთვის ფიქსირდება 1,820 რესპონდენტის მონაცემი. აღნიშნული მიუთითებს, რომ ცენტრების მიერ ვერ მოხდა დანარჩენი მონაცემის დროულად შეყვანა. რეკრუტირების დეტალები მოცემულია ცხრილში 2 და დანართში 4.

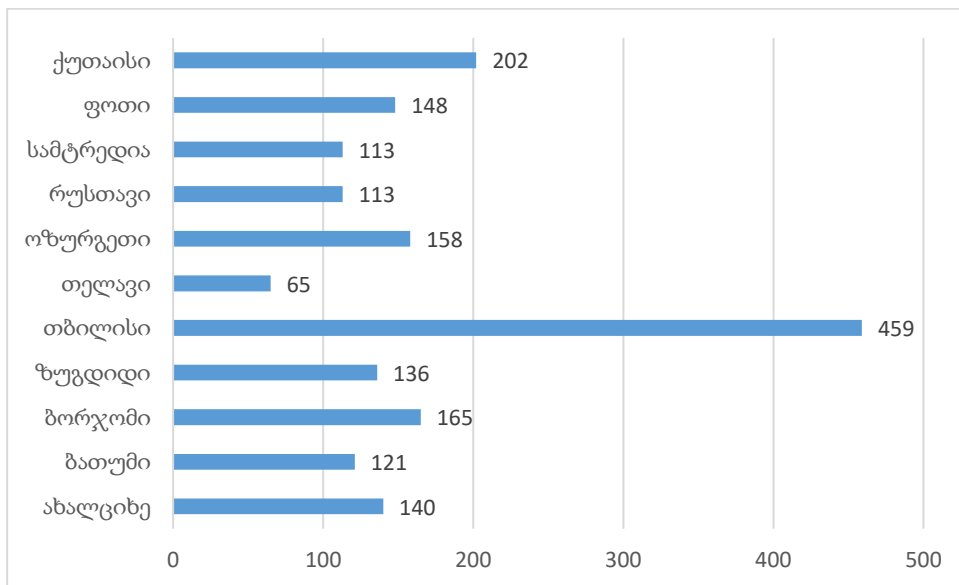
ცხრილი 2. თბილისი-ის რეკრუტირების ჯაჭვი

ქალაქი	მარცვლ #	კუპონები რაოდენობა		მოძიებული პირველადი მარცვლებიდან მოზიდულ მონაწილეთა რაოდენობა									
		გაცემ	დაბრ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
თბილისი-აკესო	4	411	133	68	40	9	16						
თბილისი- ახ.ვექტორი	6	459	147	32	39	34	17	13	12				
თბილისი-ახალი გზა	9	501	158	54	24	36	2	3	7	12	19	1	
ბათუმი	4	276	137	17	13	22	85						
ოზურგეთი	3	558	183	62	5	116							
ქუთაისი	2	600	198	108	90								
სამტრედია	4	345	111	25	19	39	28						
თელავი	2	195	63	57	6								
ფოთი	7	435	138	3	18	20	12	30	38	17			
ზუგდიდი-ქსენონი	4	408	132	3	3	13	113						
ახალციხე	3	531	173	49	90	33							
ბორჯომი	2	729	241	190	51								
რუსთავი	4	540	176	60	11	51	54						

დემოგრაფიული მონაცემები

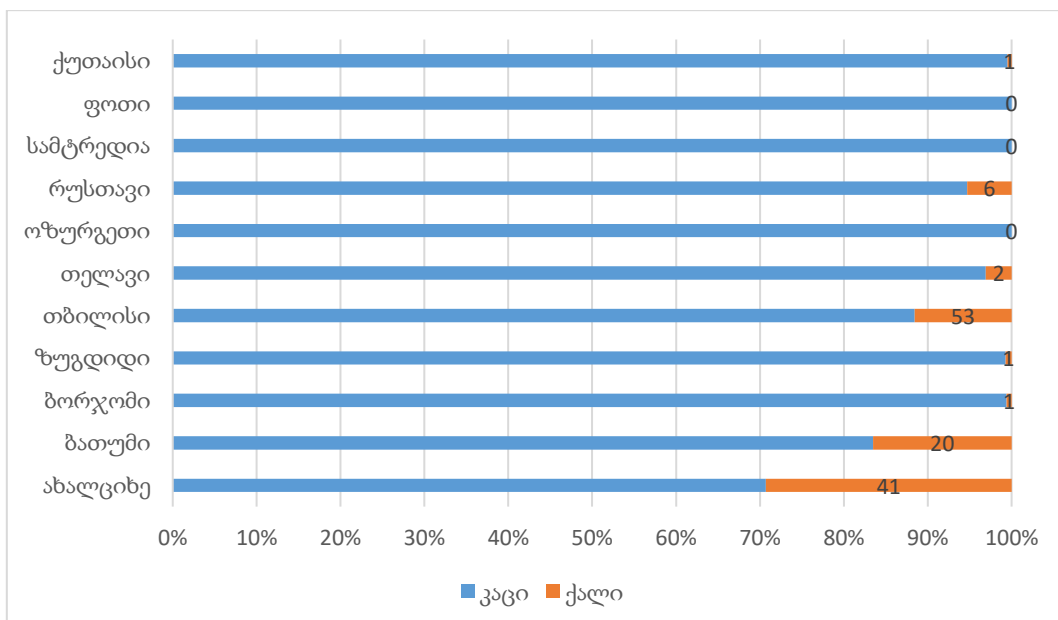
გამოკითხულ რესპონდენტთა ყველაზე მეტი რაოდენობა თბილისშია იმის გამო, რომ 3 სერვის ცენტრიდან შეგროვდა მონაცემები (25.2%; 459 რესპონდენტი), (იხილეთ დიაგრამა 2). კვლევაში მონაწილეთა უმეტესობა მამაკაცია (1,695 რესპონდენტი; 93.1%), ქალები მხოლოდ მცირე ნაწილს შეადგენენ (125 რესპონდენტი; 6.9%). კითხვაზე, როგორ აღწერდით საკუთარ თავს 1 მამაკაცი აღნიშნავს რომ ბისექსუალია, 4 - გეი ან ჰომოსექსუალი, ხოლო დანარჩენი - ჰეტეროსექსუალი (1,690 გამოკითხული მამაკაცი).

დიაგრამა 2. კვლევაში მონაწილეთა რაოდენობის განაწილება ქალაქების მიხედვით



ფოთსა და სამტრედიაში ქალი რესპონდენტები საერთოდ არ იქნა ჩართული ინტერვენციაში და შესაბამისად არც კვლევაში. ოთხ ქალაქში ქალები მხოლოდ ერთეული რაოდენობით არის წარმოდგენილი; რუსთავში მათი რაოდენობა 6 (5.3%), ბათუმში - 20 (16.5%), ხოლო ყველაზე მეტი რაოდენობით ქალი თბილისის შერჩევაშია წარმოდგენილი (53 ქალი; 11.5%), მაგრამ ახალციხის შერჩევაში მათი წილი (41 ქალი, 29.3%), სხვა ქალაქებში ქალების წილთან შედარებით ყველაზე მაღალია (იხ. დიაგრამა 3).

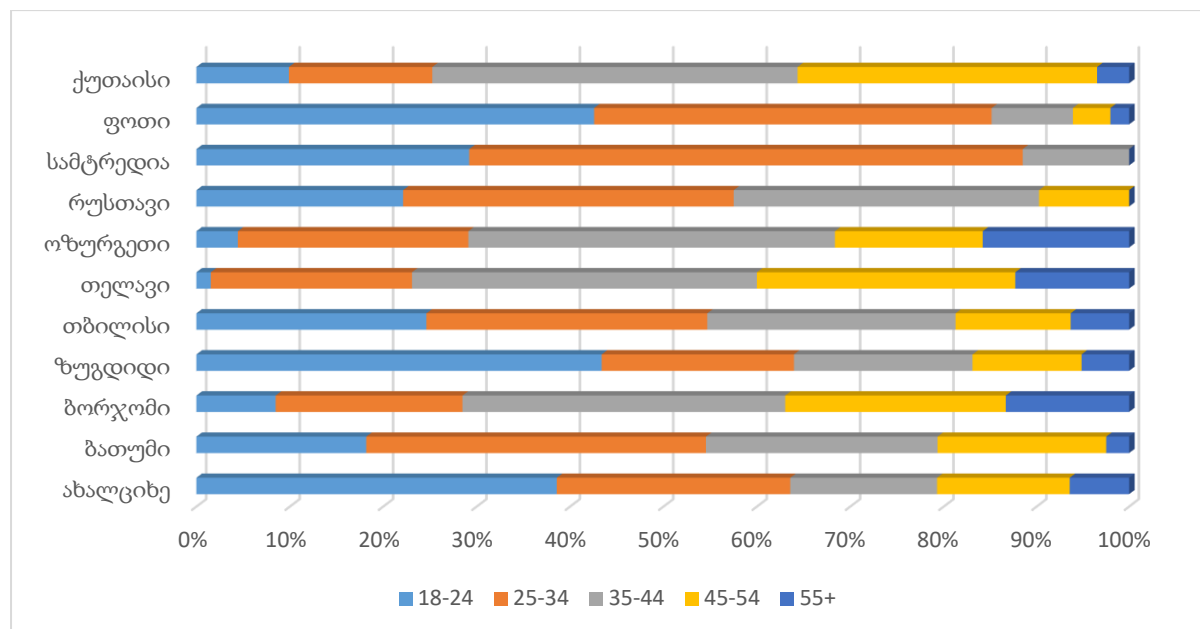
დიაგრამა 3. სქესის განაწილება ქალაქების მიხედვით



კვლევაში მონაწილეთა საშუალო ასაკია 35.3 წელი, მედიანური 34 (SD 10.95), მინიმუმ 18 და მაქსიმუმ 73 წელი. მეტადაა წარმოდგენილი 34 წლამდე ახალგაზრდა რესპონდენტთა რაოდენობა; ფოთში, ზუგდიდსა და ახალციხეში 18-24 წლის, ასევე ფოთსა და

სამტრედიაში კი 34 წლამდე ახალგაზრდები, სხვა ქალაქებთან შედარებით მეტი წილითაა წარმოდგენილი, განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(40)=427.540$, $p=0.000$ (დიაგრამა 4).

დიაგრამა 4. რესპონდენტთა ასაკობრივი განაწილება ქალაქების ჭრილში



რესპონდენტ ქალთა საშუალო ასაკი 34.90 წელია (CI 95% 32.93 – 36.87, SD 11.13), მონაწილეთა მინიმალური ასაკით 19 და მაქსიმალურით - 60 წელი, ხოლო მამაკაცების საშუალო ასაკმა შეადგინა 35.31 წელი (CI 95% 34.79 – 35.83, SD 10.95), მინიმალური ასაკით 18 წელი და მაქსიმალურით - 73 წელი; ასაკობრივი განსხვავება სქესთან მიმართებაში სტატისტიკურად სარწმუნო არ არის.

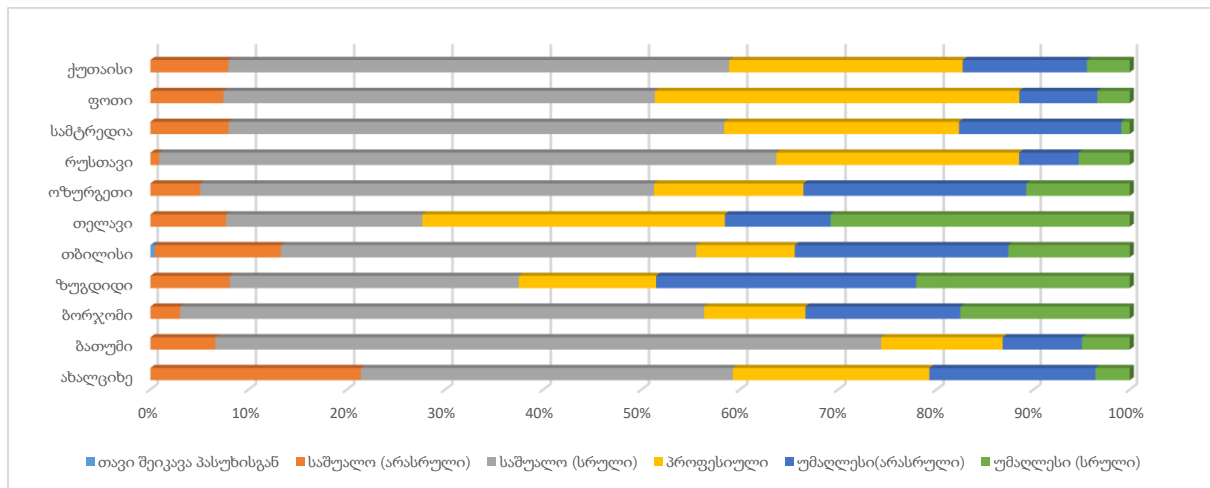
მთელი შერჩევის უმეტესობას აქვს სრული საშუალო განათლება მიღებული (46.1%), სრული უმაღლესი განათლება მიღებული აქვს 10.2%, არასრული უმაღლესი განათლება - 16.6%-ს, არასრული საშუალო 9% და პროფესიული განათლება -18%-ს. აღსანიშნავია, რომ რესპონდენტების განათლების დონე სქესის ჭრილში არ განსხვავდება, თუმცა რესპონდენტთა განათლების დონე ქალაქების მიხედვით მნიშვნელოვნად განსხვავდება, თელავსა და ზუგდიდში უფრო მეტადაა წარმოდგენილი საშუალოზე მაღალი განათლების მქონე რესპონდენტები $\chi^2(50) = 305.01$, $p=0.000$ (დიაგრამა 5).

მთლიან შერჩევაში მაღალია უმუშევრობის დონე (60.7%), რომელიც მნიშვნელოვნად აღემატება თვითდასაქმებულ (21.8%), სრულ განაკვეთზე მომუშავე (5.1%) და დროებით დასაქმებულთა (11.1%) რაოდენობას ერთად. დასაქმების მაჩვენებელი ქალაქის ჭრილში სტატისტიკურად განსხვავდება, რუსთავში, სამტრედიასა და ბორჯომში შედარებით მეტად ნაკლებია უმუშევართა წილი (დიაგრამა 6) ვიდრე სხვა ქალაქებში ($\chi^2(50) = 421.199$, $p=0.000$).

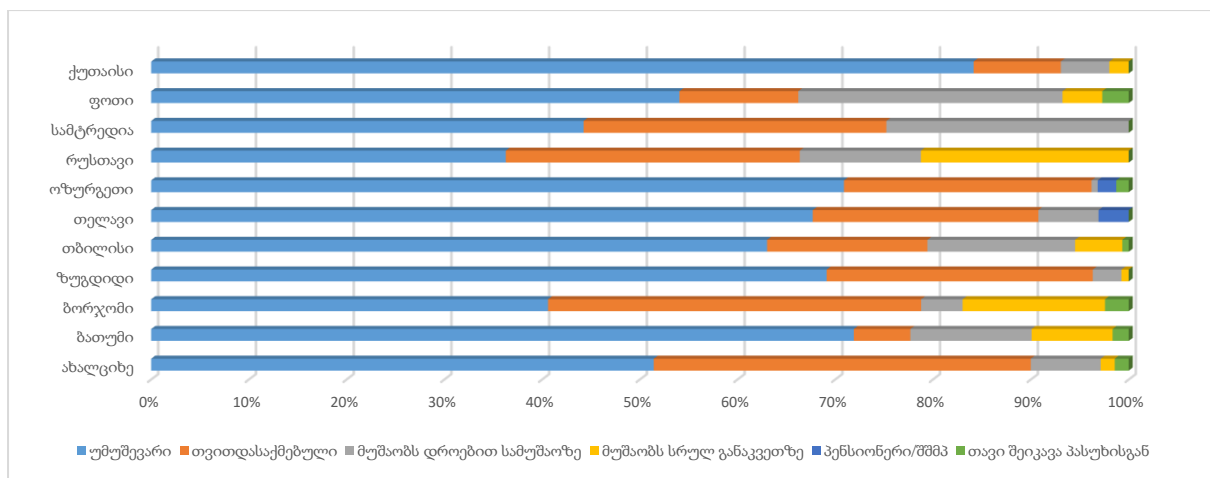
კითხვაზე, რა იყო ბოლო თვეში პირადი შემოსავლის ძირითადი წყარო, რესპონდენტების პასუხებში მეტი წილით გამოიკვეთა დასაქმება (33.5%), თუმცა ასევე მაღალია იმ რესპონდენტების რაოდენობა (29.6%), რომლებიც მიუთითებენ, რომ

მეგობრების, ნათესავების ან პარტნიორისგან იღებენ თანხებს ან სესხულობენ. რესპონდენტების 14.8% რაიმეს გაქირავება, გაყიდვიდან იღებს შემოსავალს, 4.1% სოციალურ დახმარებას მიუთითებს, ხოლო 2% - არალეგალურ შემოსავალს აღნიშნავს და 7.8% კაზინოდან, ტოტალიზატორიდან მოგებულ თანას მიუთითებს, გამოკითხულთა 8.2% -მა თავი შეიკავა პასუხის გაცემისგან. მამაკაცებში ძირითადი შემოსავლის წყაროს წარმოადგენს, მაღალი წილით, ქალებთან შედარებით, რაიმეს გაქირავება-გაყიდვა და კაზინოში მოგებული ფული, მაშინ როდესაც ქალებისთვის, შემოსავლების ძირითადი წყაროა სხვადასხვა (მეგობრები/ნათესავები, ნასესხები ფული, სოციალური) დახმარებით მიღებული თანხები ($\chi^2(5) = 25.735, p=0.000$). ასევე სტატისტიკურად სარწმუნოა განსხვავება ქალაქებს შორის, კერძოდ კი სამტრედიამი ყველაზე მეტი წილითაა წარმოდგენილი რაიმეს გაყიდვა-გაქირავებით მიღებული შემოსავლები და ზუგდიდში ყველაზე მაღალი წილით კაზინო-ტოტალიზატორში მოგებული ფული, ვიდრე ეს მაჩვენებლები სხვა ქალაქებშია $\chi^2(50) = 1031.203, p=0.000$ (**Error! Reference source not found.**).

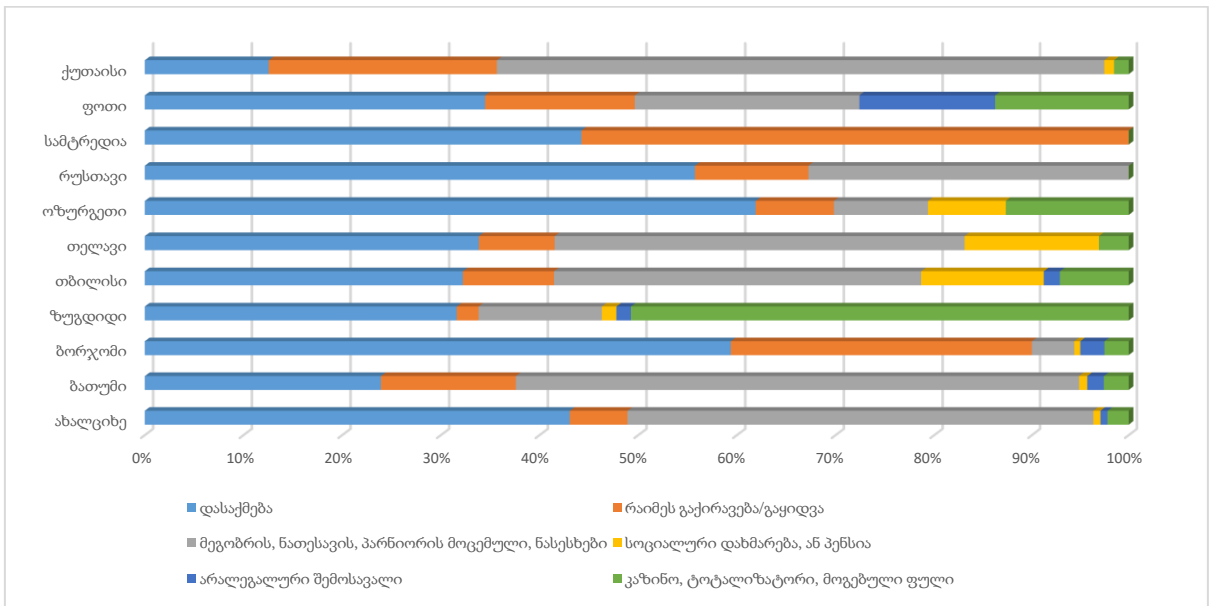
დიაგრამა 5. განათლების დონე ქალაქების კრილში



დიაგრამა 6 რესპონდენტებს შორის დასაქმების მაჩვენებელი

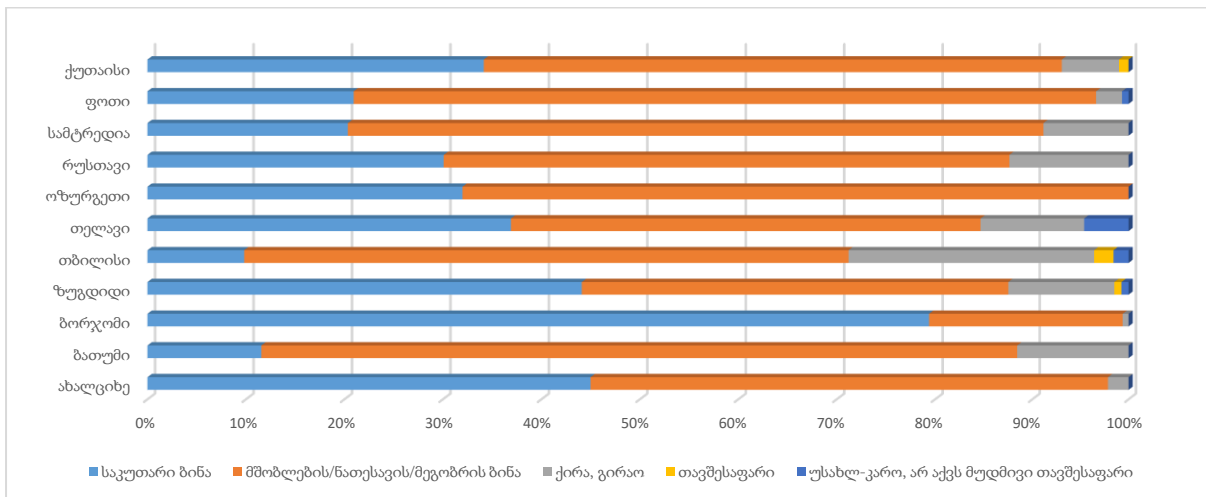


დიაგრამა 7. ბოლო 30 დღეში შემოსავლის ძირითადი წყაროს განაწილება



გამოკითხულთა უმეტესობა ტრადიციულად მშობლებთან, ნათესავებთან ან მეგობრებთან ცხოვრობს (1043 რესპონდენტი, 57%), თუმცა უფრო მეტ მამაკაცს აქვს საკუთარი საცხოვრებელი ვიდრე ქალს, უფრო მეტი ქალი ცხოვრობს ქირით ვიდრე მამაკაცი და თავშეფარში ცხოვრებასაც მეტი ქალი აღნიშნავს, ვიდრე მამაკაცი ($\chi^2(4) = 15.377, p=0.004$). ქალაქების ჭრილშიც მნიშვნელოვანი განსხვავებები იკვეთება, კერძოდ კი ახალციხეში, ბორჯომსა და ოზურგეთში თითქმის არავინ ცხოვრობს ნაქირავებ სახლში, ყველა საკუთარ ან მშობლების, ნათესავების ან მეგობრების სახლში ცხოვრებას მიუთითებს ($\chi^2(40) = 497.825, p=0.004$), იხილეთ (დიაგრამა 8).

დიაგრამა 8. რესპონდენტთა საცხოვრებელი პირობები

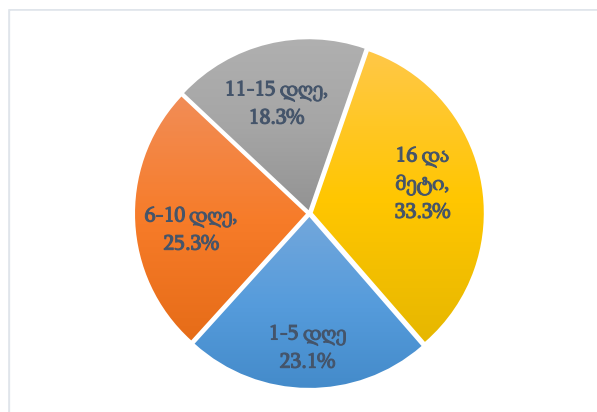


ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების პრაქტიკა

გამოკითხულ რესპონდენტთა უმრავლესობა (1339; 73.6%) ნარკოტიკის პირველად ინექციურ მოხმარებას 20 წლამდე ასაკში აღნიშნავს. ნარკოტიკების რეგულარულად (კვირაში სამჯერ მაინც) ინექციურად მოხმარების ჯამურმა წლებმა მთლიანი შერჩევითვის საშუალოდ 9 წელი (მინიმუმ 0 და მაქსიმუმ 40 წელი) შეადგინა; მამაკაცებისთვის საშუალოდ 9.18 წ (SEM 0.187; CI 95% 8.81-9.55) და ქალებისთვის - 6.83 წელს შეადგენს (SEM 0.68; CI 95% 5.49-8.18; min 0 და max 30 წელი). ეს განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა $F(1, 591.794)=10.201, p>0.001$.

შერჩევაში, ბოლო 30 დღის განმავლობაში ნარკოტიკის ინექციურად მოხმარების დღეების რაოდენობის საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 13.76 დღე (მინ. 1 და მაქს. 30; $SD=8.67$), დღეში საშუალოდ 1.27 ჯერ ინექციით (დიაგრამა 9). 57 (3%) რესპონდენტი შეკითხვას, ბოლო 30 დღის განმავლობაში დღეში რამდენჯერ მოიხმარ ინექციურად ნარკოტიკს, არ პასუხობს. თუმცა, ვინც უპასუხა, მათგან უმეტესობა (1,357; 77%) დღეში ერთხელ ინექციას აღნიშნავს, ორჯერ ინექციას 370 (21%) რესპონდენტი, დღეში სამ და მეტ ინექციას 36 რესპონდენტი (2%).

დიაგრამა 9. ბოლო 30 დღეში განხორციელებული ინექციების დღეების რაოდენობა

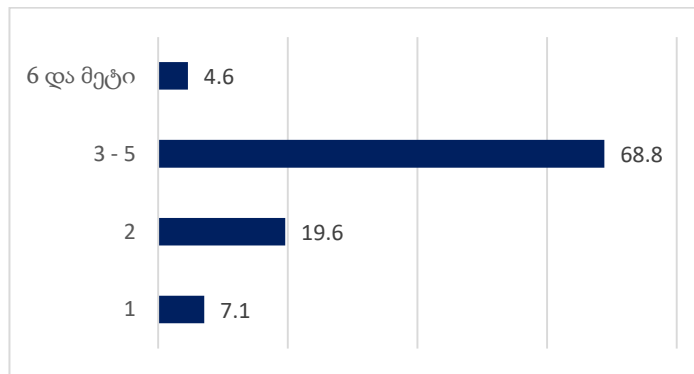


ერთ ჯერზე ინექციური მოხმარებისას, ბოლო 30 დღის განმავლობაში, ჯგუფის წევრების ყველაზე დიდი რაოდენობა, მთლიანი შერჩევითვის, შეადგენს საშუალოდ 3.31-ს ($SD=1.471$; min=0, max=21), დეტალები იხილეთ დიაგრამა 10. ტრადიციულად, მამაკაცები (საშ. 14 დღე) უფრო ხშირად მოიხმარენ თვის განმავლობაში ნარკოტიკს, ვიდრე ქალები (საშ. 10 დღე) ($p=0.000$), თუმცა ერთ დღეში ინექციურად მოხმარების რაოდენობაში განსხვავება არ არის ($p=0.282$), ასევე მამაკაცები (3.34 წევრიანი) უფრო დიდ ჯგუფებში ინექციას აღნიშნავენ, ვიდრე ქალები (2.85 წევრიანი) ($p=0.000$).

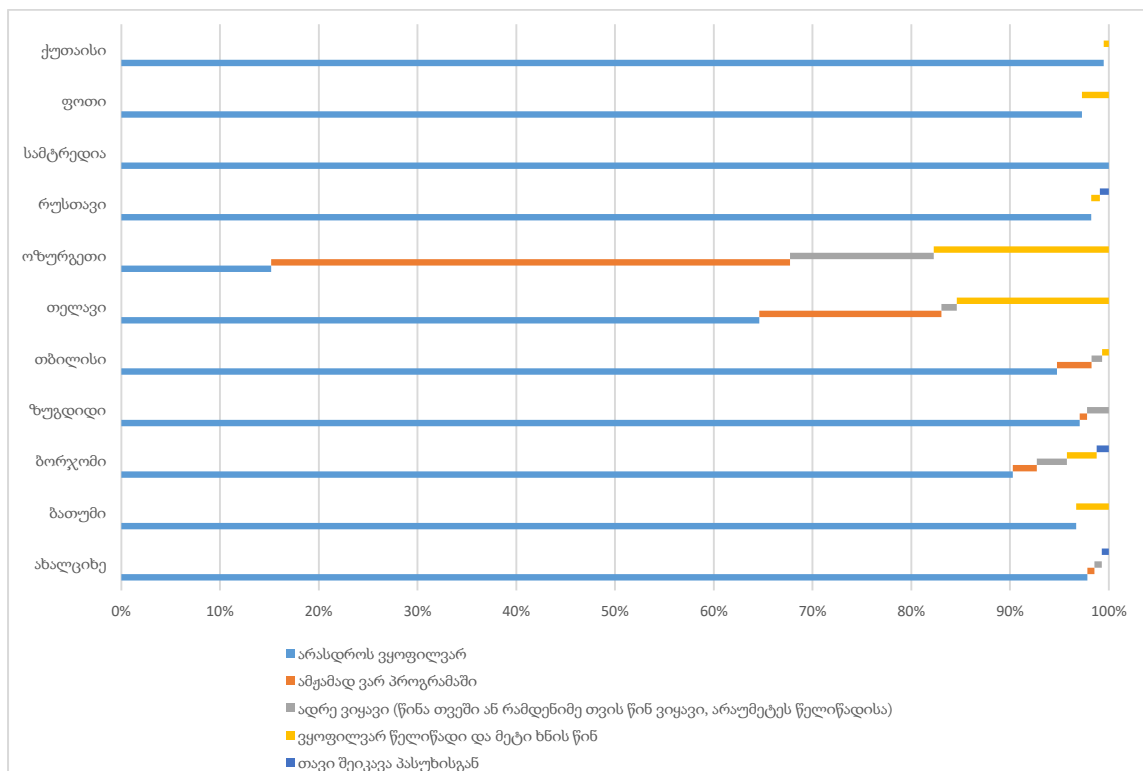
რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა ($n=1,605$, 88.2%) არასდროს ყოფილა მეთადონის/სუბუქსონის ჩანაცვლებით თერაპიაში (ოჩთ). ქალაქების ჭრილში ანალიზი აჩვენებს, რომ ყველა ქალაქში, გარდა ოზურგეთისა და თელავისა, გამოკითხულთა 90%-ზე მეტი მიუთითებს, რომ არასდროს ყოფილა ოჩთ-ში. ოზურგეთის რესპონდენტთა 52.5% და თელავის - 18.5%, აღნიშნავენ, რომ ამჟამად (კვლევაში მონაწილეობის მომენტისთვის) იყვნენ ჩართული ოჩთ-ში ($\chi^2(40) = 1038.981, p=0.000$). ასევე, მამაკაცებს (12%) უფრო აქვთ

ოჩთ-ში მკურნალობის გამოცდილება, ვიდრე ქალებს (2%), რაც სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2(4) = 12.541, p=0.014$).

დიაგრამა 10. ბოლო 30 დღეში ერთ ჯერზე ინექციისას ყველაზე დიდი ჯგუფის წევრთა რაოდენობის განაწილება



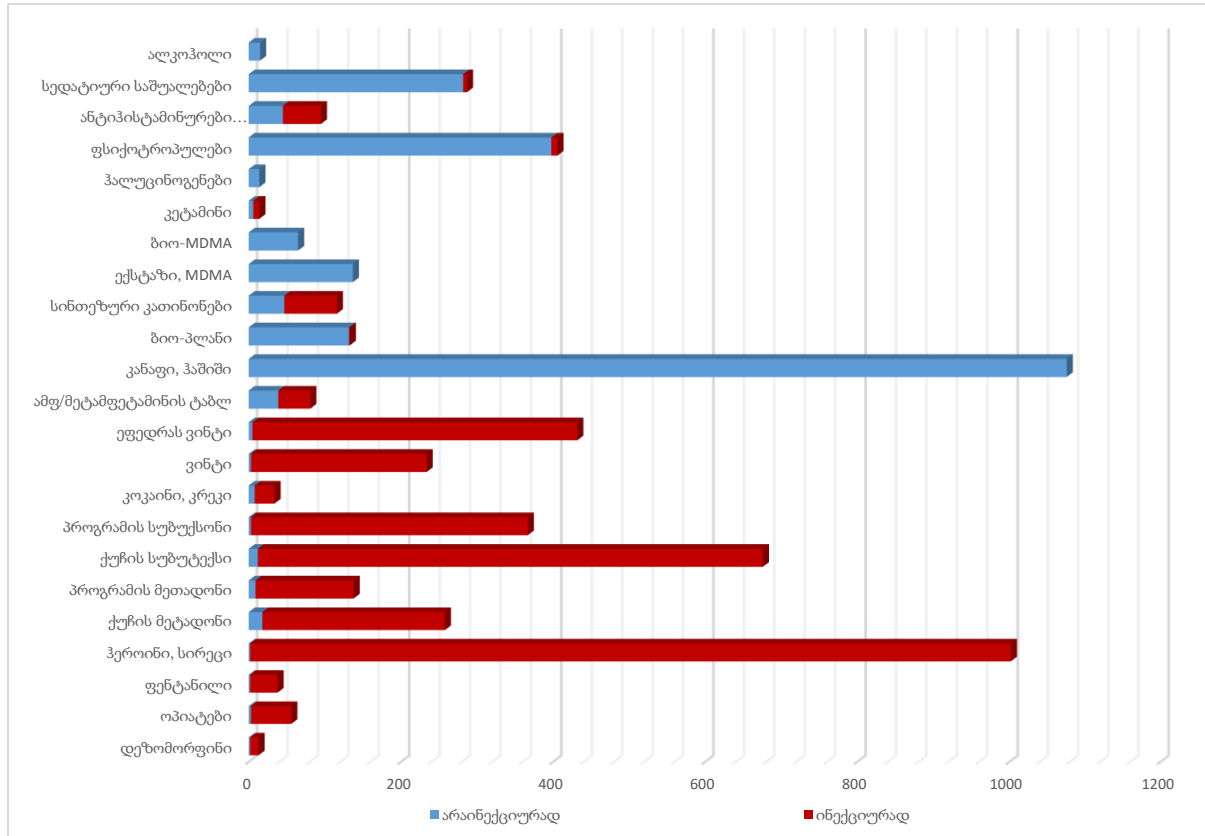
დიაგრამა 11. ოჩთ პროგრამაში მკურნალობის გამოცდილება



ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების სურათის თანახმად გამოკითხულთა უმეტესობა ინექციურად მოიხმარს ჰეროინს, სირეცს (1000, 55%), ხოლო არაინექციურად კანაფს, ჰაშიშს (1076, 59%). შემდეგი უპირატესად მოხმარებული ნარკოტიკების რიგში ქუჩის სუბუტექსი (664, 36%) და მეთადონია (240, 13%). პროგრამიდან გამოტანილი სუბუქსონის (364, 20%) მოხმარება სჭარბობს პროგრამიდან გამოტანილი მეთადონის (129, 7%) მოხმარებას. ინექციურად ხშირად მოხმარებული ნარკოტიკების

რიგშია კუსტარულად დამზადებული ვინტი (231, 13%) და ეფედრას ვინტი (427, 23%) (დიაგრამა 12).

დიაგრამა 12. ბოლო 30 დღეში მოხმარებული ფსიქოაქტიური საშუალებები



ქალაქების ჭრილში, ბოლო 30 დღეში ინექციურად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების მიხედვით იკვეთება განსხვავებები ყველა ნარკოტიკთან მიმართებაში, რაც სტატისტიკურად სარწმუნოა $p = 0.000$ დონეზე (დიაგრამა 13). კერძოდ კი, **დეზომორფინის** მოხმარება აღინიშნა მხოლოდ 6 ქალაქში, აქედან ახალციხეში (2.1%) და სამტრედიაში (2.7%) ყველაზე მეტი მაჩვენებლით, ვიდრე ბორჯომში, ზუგდიდსა და ქუთაისში, სადაც მხოლოდ ერთეული შემთხვევები დაფიქსირდა. სხვა ქალაქებში დეზომორფინის ინექციური მოხმარება საერთოდ არ იქნა აღნიშნული.

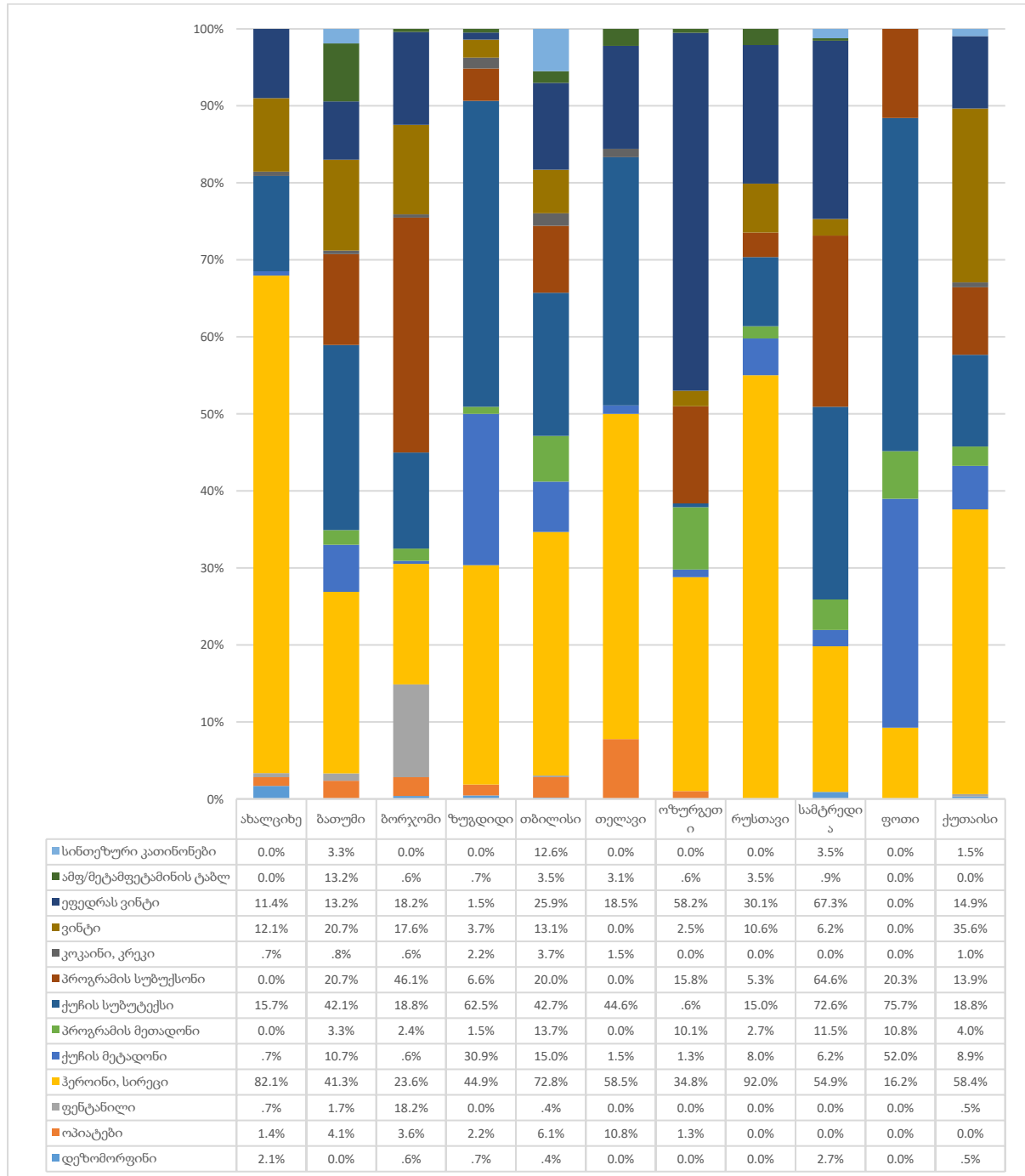
ოპიატების, როგორცაა მორფინი, კოდეინი, ტრამალი, ოპიუმი, შავი - მოხმარება ბოლო 30 დღეში ყველაზე მარალი მაჩვენებლით თბილისში გამოკითხულთა 6.1% და თელავში - 10.8% აღნიშნავს, ხოლო 1.3%-დან 4.1% მერყეობს ახალციხეში, ბათუმში, ბორჯომში, ზუგდიდსა და ოზურგეთში გამოკითხულთა მაჩვენებლები.

ახალციხეში, ქუთაისსა და თბილისში **ფენტანილის** ერთეული შემთხვევები დაფიქსირდა, თუმცა ბორჯომში გამოკითხულთა 18.2% აღნიშნავს მის მოხმარებას, დანარჩენ ქალაქებში მოხმარება არ აღინიშნა.

ჰეროინი ყველაზე მეტად მოხმარებული ნარკოტიკია ბოლო 30 დღეში, რომელიც ყველაზე დაბალი მაჩვენებლით (16.2%) სამტრედიაში დაფიქსირდა, რაც ახალციხეში, თბილისსა და

რუსთავში გამოკითხულთა 70%-ზე მეტმა აღნიშნა, სხვა ქალაქებში მოხმარების მაჩვენებელი მერყეობს 23.6%-დან 58.5%-მდე.

დიაგრამა 13. ბოლო 30 დღეში ინექციურად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებები, ქალაქების კრილში



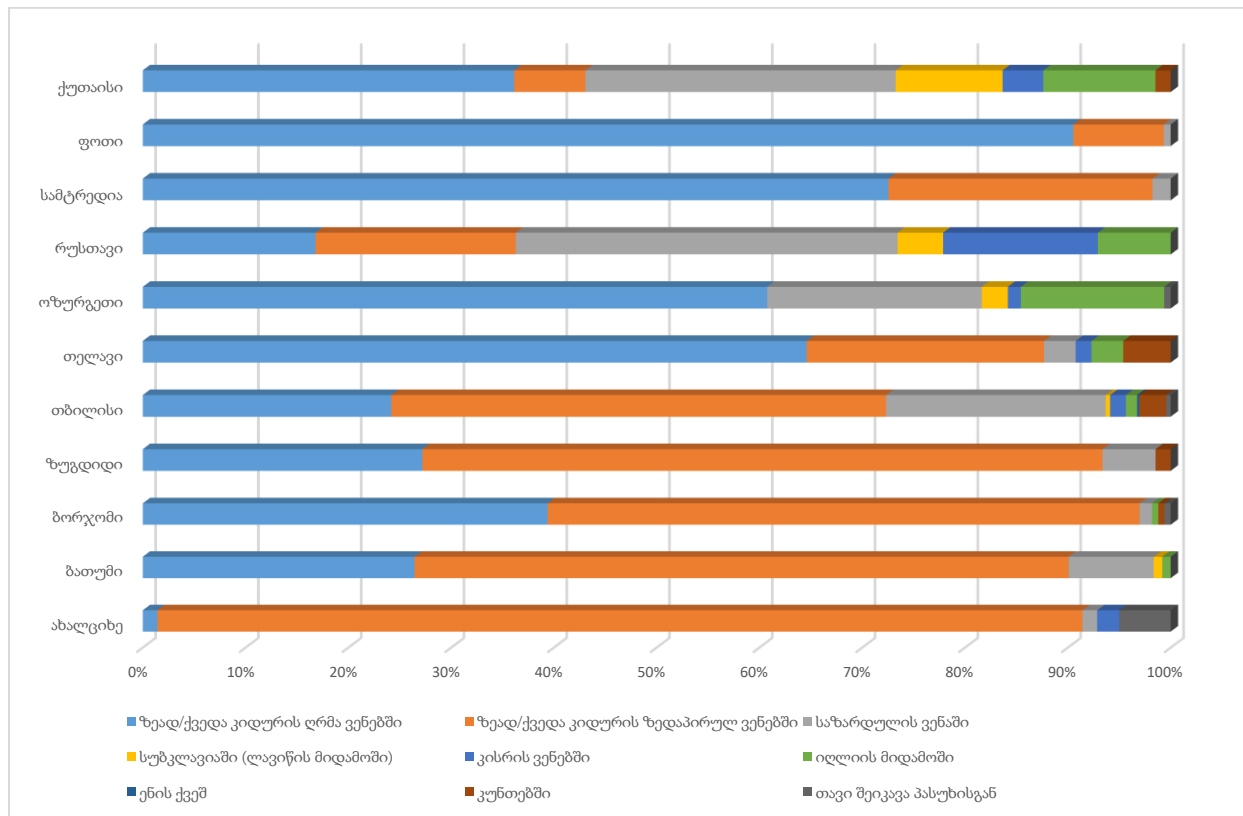
ბოლო 30 დღეში ვინტის მოხმარებას, ქუთაისში (35.6%), ბორჯომში (17.6%) და ბათუმში (20.7%) ყველა სხვა ქალაქებთან შედარებით მეტი რესპონდენტი აღნიშნავს, რასაც საერთოდ არ აღნიშნავენ ფოთის და თელავის რესპონდენტები. ეფედრას ბუჩქისგან კუსტარულად მომზადებული ვინტის მოხმარება ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით

აღნიშნება სამტრედიასა (67.3%) და ოზურგეთში (58.2%), აღნიშნა თელავშიც (18.5%), სადაც ვინტის მოხმარება არ დაფიქსირებულა.

სინთეზური კათინონების (აბაზანის მარილები, ბიო-ამფეტამინები, PVP, მეფედრონი და სხვ. მსგავსი) მოხმარების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი თბილისში დაფიქსირდა 12.6%; ბათუმში, სამტრედიასა და ქუთაისში მოხმარების მაჩვენებელი მერყეობს 1.5%-დან 3.5%-მდე, სხვა ქალაქებში არ აღინიშნა.

რესპონდენტები, ბოლო ინექციის ადგილად ზედა და ქვედა კიდურის ღრმა (702, 38.6%) და ზედაპირულ (693, 38.1%) ვენებს მიუთითებენ. საზარდულის ვენაში ბოლო ინექციები ფიქსირდება გამოკითხულთა 14.3%-ში. ქალაქების ჭრილში ანალიზისას იკვეთება სამი ქალაქის რესპონდენტები (ოზურგეთი, რუსთავი და ქუთაისი), რომლებიც სხვა ქალაქის რესპონდენტებისგან განსხვავებით მიმართავენ მნიშვნელოვნად სარისკო ადგილებში ინექციას, როგორცაა ილიის, ლავიწის, საზარდულის მიდამო და კისრის ვენები ($\chi^2(90) = 1224.527, p = 0.000$).

დიაგრამა 14. ბოლო ინექციის ადგილი ქალაქების ჭრილში



ბოლო 30 დღის განმავლობაში ზედოზირების თუნდაც ერთი შემთხვევა გამოკითხულთა მთლიანი შერჩევიდან 6.3%-მა (115 რესპონდენტი) აღნიშნა. მათგან აბსოლუტური უმრავლესობა ერთხელ ზედოზირების შემთხვევას აღნიშნავს (98%). ზედოზირების შემთხვევათა უმეტესობა (94; 76%) ჰეროინის შედეგად განვითარდა ($\chi^2(9) = 35.264, p = 0.000$). ზედოზირების შესაძლო მიზეზებს შორის სჭარბობს ჰეროინის დოზირების პრობლემა (59 შემთხვევა), ალკოჰოლთან (18 შემთხვევა) შერევა და სხვა

ნარკოტიკთან (10 შემთხვევა) შერევა, რაც სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2(32) = 85.530, p = 0.000$).

ზედოზირების მდგომარეობიდან გამოსვლის შესახებ კითხვაზე 115 რესპონდენტიდან (მათგან ვისაც ჰქონია ზედოზირება) ნახევარი პასუხობს, რომ ნალოქსონი იქნა გამოყენებული, 42% - სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებას მიუთითებს, ძალიან ცოტაა (3 რესპონდენტი),

ვინც მარილიანი წყლის ინექციას აღნიშნავს ან ხელოვნური სუნთქვის ჩატარებას (1 შემთხვევა), სამმა რესპონდენტმა პასუხისგან თავი შეიკავა.

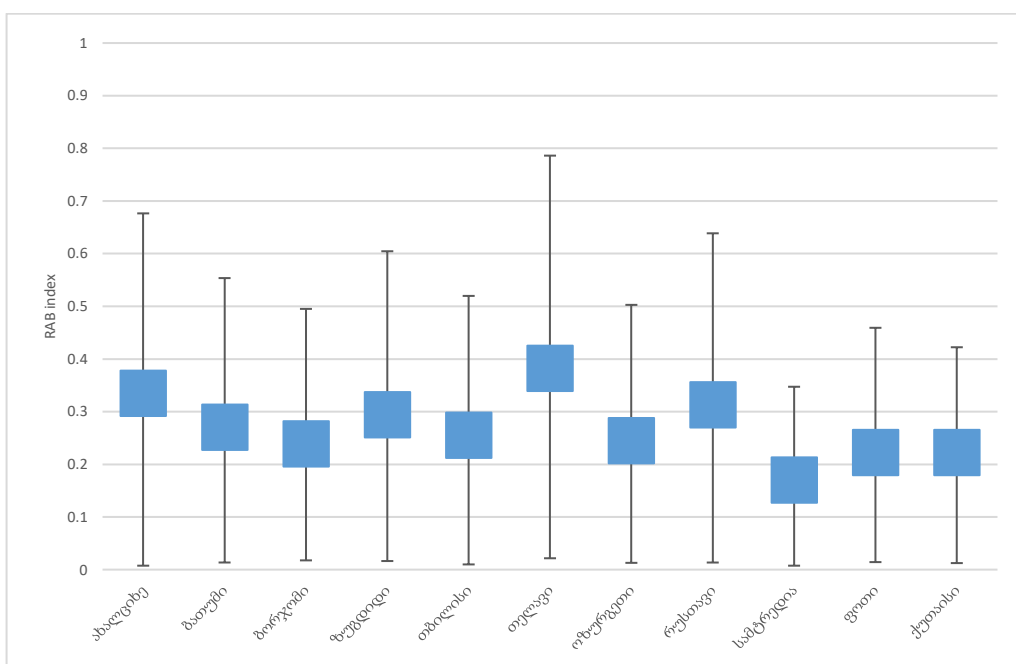
რისკის შეფასების ბატარეა

სარისკო ქცევის შეფასებისთვის გამოყენებული იქნა რისკის შეფასების ბატარეა, რომელიც სტანდარტიზებული ინსტრუმენტია და აფასებს სქესობრივ და საინექციო ქცევებს რისკის შემცველობის მიხედვით, კონკრეტულ სარისკო ქცევაზე შესაბამისი რეიტინგული ქულების მინიჭებით. ინსტრუმენტის საბოლოო შედეგი - სარისკო ქცევის ინდექსი (RAB index) 0-დან 1-მდეა და მიუთითებს აივ-ინფიცირების რისკის სიდიდეზე, ის რაც უფრო ახლოსაა 1-თან, მით უფრო მაღალია სქესობრივი და საინექციო სარისკო ქცევები და შესაბამისად სისხლით გადამდები ინფექციებით ინფიცირების რისკი.

შერჩევაში RAB index-ის საშუალო მაჩვენებელია 0.259 (მინ=0.5; მაქს=0.60; SD 0.100), თუმცა ქალების სარისკო ქცევის ინდექსი (CI 95% 0.2478-0.2826, Mean 0.0087, SEM 0.00877) მცირედით აღემატება მამაკაცებისას (CI 95% 0.2540-0.2636, Mean 0.0024, SEM 0.00245), რაც სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებაა.

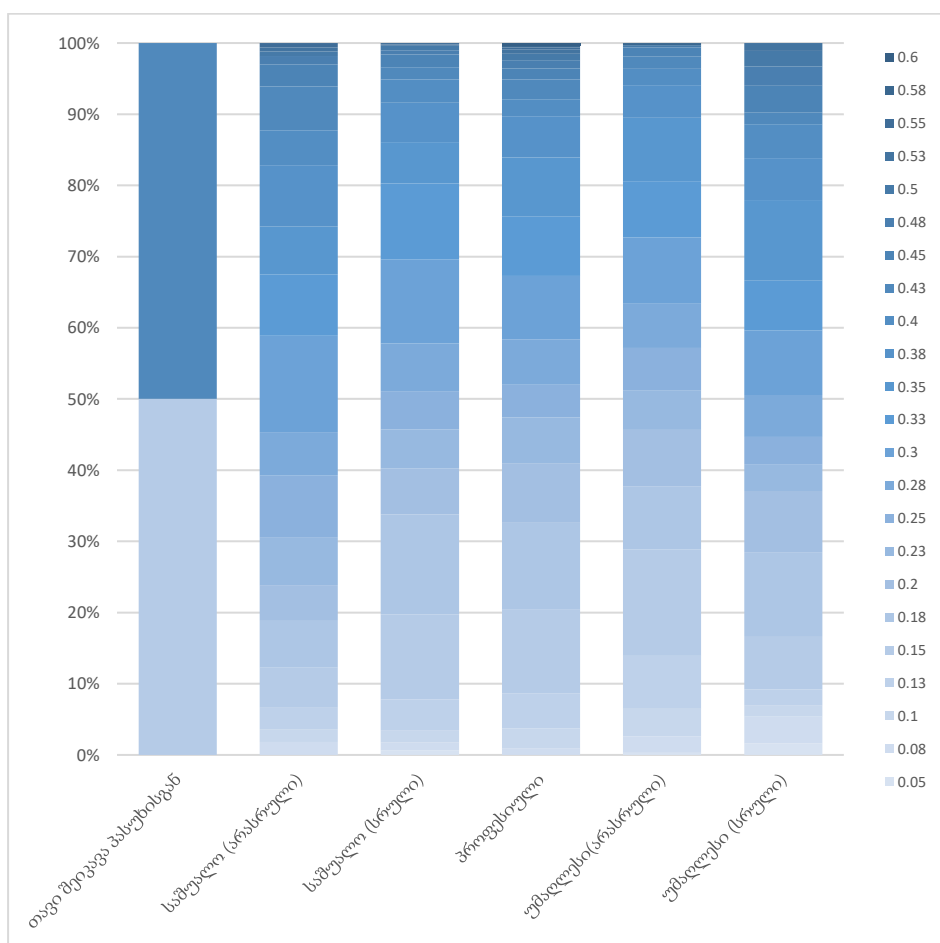
RAB index-ის ქალაქების ჭრილში შესწავლისას ვლინდება მეტ-ნაკლებად მაღალი ინდექსის მქონე ქალაქები - თელავი, ახალციხე და რუსთავი (დიაგრამა 15). ყველაზე დაბალი სარისკო ქცევის ინდექსით გამოირჩევა სამტრედია.

დიაგრამა 15. სარისკო ქცევის ინდექსის განაწილება ქალაქების ჭრილში



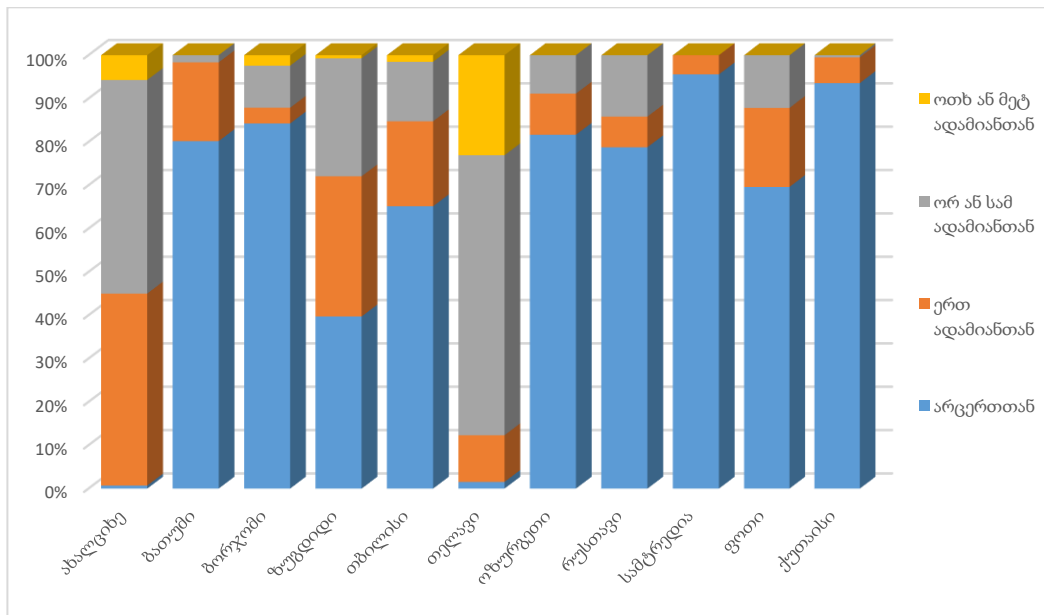
გამოვლინდა ასოციაციური კავშირი განათლების დონესა და RAB index-ს შორის, კერძოდ საშუალო და პროფესიული განათლების მქონე უფრო მეტი რესპონდენტი გამოირჩევიან შედარებით მაღალი სარისკო ქცევის ინდექსით უმაღლესი განათლების მქონე რესპონდენტებისგან (დიაგრამა 16) სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებით ($\chi^2(110) = 157.268, p = 0.002$). მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ სარისკო ქცევის ინდექსი 0.5 მდე მთელი შერჩევის 99.2%-თვისაა დამახასიათებელი, ძალიან მცირეა იმ რესპონდენტთა წილი (0.8%, 14 რესპონდენტი), რომელთა სარისკო ქცევის ინდექსი 0.5-ზე მეტია.

დიაგრამა 16. სარისკო ქცევის ინდექსი განათლების ჭრილში.



რისკის შეფასების ბატარეის შემადგენელი, სარისკო ქცევასთან დაკავშირებული, ცვლადების ანალიზმა ცხადჰყო, რომ მთლიანი შერჩევის 34% (611 რესპონდენტი) აღნიშნავს ბოლო 6 თვეში შპრიცის, ნემსის ან სხვა საინექციო ინსტრუმენტის გაზიარების პრაქტიკას სხვადასხვა რაოდენობის ადამიანებთან. აქვე მნიშვნელოვანია, რომ ქალაქებს შორის განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2(30) = 818.401, p = 0.000$) და გაზიარების პრაქტიკის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა ქალაქებში: თელავი, ახალციხე და ზუგდიდი (დიაგრამა 17).

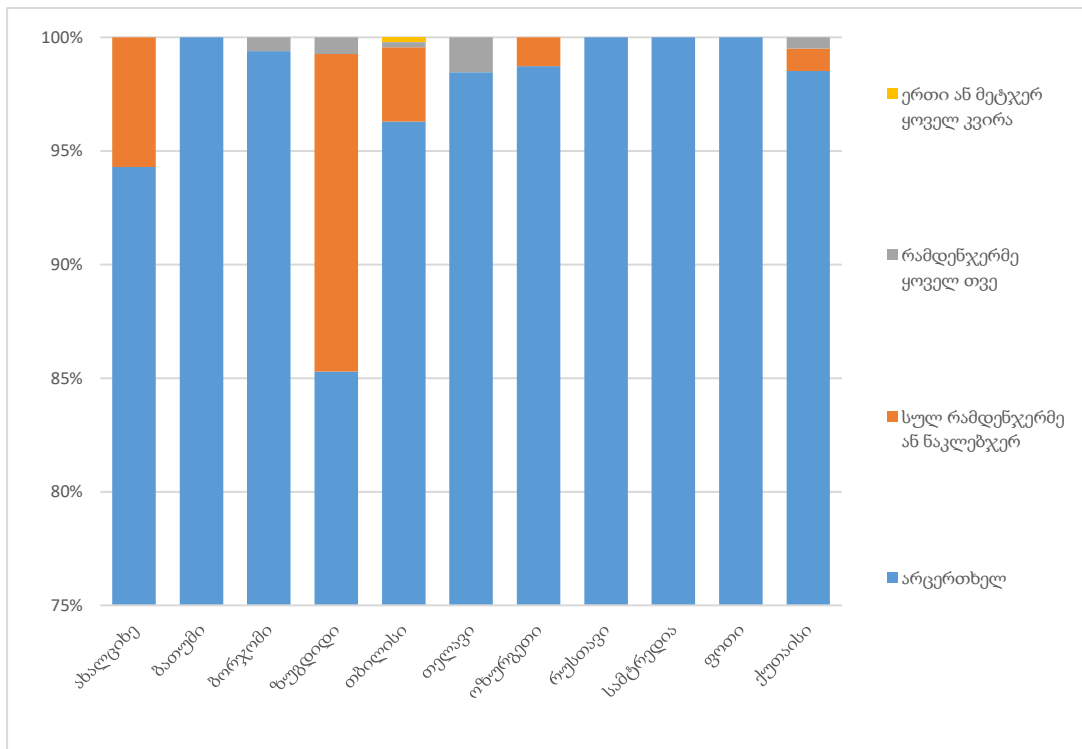
დიაგრამა 17. ბოლო 6 თვეში შპრიცის, ნემსის ან სხვა საინექციო ინსტრუმენტის სხვასთან გაზიარების განაწილება ქალაქების ჭრილში



კითხვაზე, ბოლო 6 თვის მანძილზე, რამდენად ხშირად გაგიზიარებიათ შპრიცი პიროვნებასთან, რომელიც თქვენ იცოდით ან მოგვიანებით გაიგეთ, რომ იყო დაავადებული შიდსით ან ინფიცირებული აივ-ით, რესპონდენტთა უმრავლესობა (1768; 97.1%) უარყოფითად პასუხობს, თუმცა 52 რესპონდენტი (2.9%), სხვადასხვა სიხშირით გაზიარების პრაქტიკას აღნიშნავს, რაც მეტ წილად ვლინდება ზუგდიდში, ახალციხესა და თბილისში. ქალაქებს შორის მოცემული განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(30) = 112.043, p = 0.000$ (დიაგრამა 18). აქვე მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ არცერთი ამ 52 რესპონდენტთან არ არის აივ-ით ინფიცირებული.

რესპონდენტებისთვის, შპრიცების და ნემსების ძირითადი წყაროა აფთიაქი (80%, 1454 რესპონდენტი) და ან ბინები (ადგილები), სადაც იკრიბებიან ინექციისთვის (33% 605 რესპონდენტი). თუმცა, ბოლო 6 თვის მანძილზე, სულ 11 რესპონდენტმა აღნიშნა ქუჩაში დაგდებული შპრიცით სარგებლობის პრაქტიკა, რაც ძალიან სარისკო ქცევაა. აღნიშვნის ღირსია შპრიცების და ნემსების პროგრამიდან, ბოლო 6 თვეში, შპრიცების მიღების პრაქტიკა (295 რესპონდენტი, 16%), რომელსაც შეადგენენ უმეტეს წილად ოზურგეთის რესპონდენტები (127 რესპონდენტი) და რესპონდენტები ფოთიდან (13 რესპონდენტი) და ქუთაისიდან (5 რესპონდენტი). ნარკოტიკების მოხმარებისთვის სხვადასხვა ადგილებში (ბინები, სპეციფიკური ადგილები, სახარშავი) შეკრებას რესპონდენტთა დიდი ნაწილი მიუთითებს (1576, 86.6%), რაც ყველა ქალაქში რესპონდენტთა 80%-ზე მეტმა აღნიშნა, გარდა ქუთაისის რესპონდენტებისა, სადაც მსგავს პრაქტიკას ბოლო 6 თვის განმავლობაში რესპონდენტთა 58%-აღნიშნავს. განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(30) = 682.529, p = 0.000$ დონეზე.

დიაგრამა 18. ბოლო 6 თვის მანძილზე რამდენად ხშირად გაგიზიარებიათ შპრიცი პიროვნებასთან, რომელიც თქვენ იცოდით ან მოგვიანებით გაიგეთ, რომ იყო ინფიცირებული ი აივ-ით, დაავადებული შიდ სით?

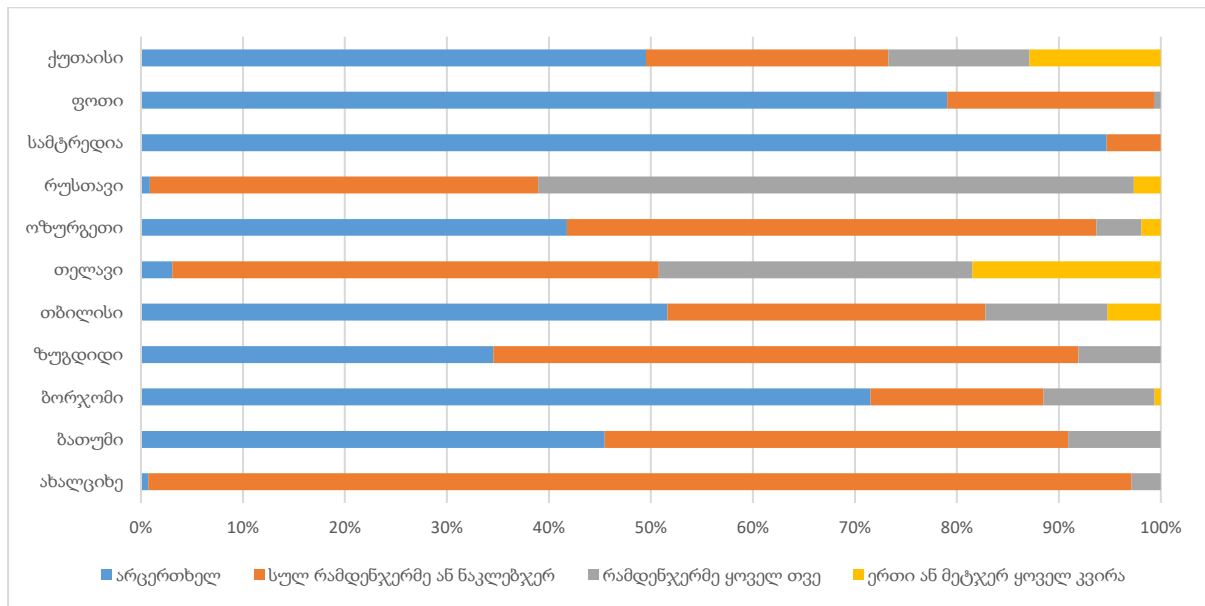


კითხვაზე, როგორ ასუფთავებდით შპრიცს ბოლო 6 თვის მანძილზე, რესპონდენტთა 70% აღნიშნავს ყოველთვის ახალი შპრიცის გამოყენებას, დანარჩენი (540, 30%) კი მიუთითებს გასუფთავების სხვადასხვა წესის გამოყენებაზე. მათ შორის აღსანიშნავია მდუღარე წყლის (310, 57%) და წყლის ან საპნიანი წყლის გამოყენება (145, 27%), ერთეული შემთხვევები ქლორის, ალკოჰოლი/სპირტის, სოდის და შარდის გამოყენების. შპრიცის მდუღარე წყლით გასუფთავების პრაქტიკა დამახასიათებელია უპირატესად ახალციხის რესპონდენტთა 95%-სთვის, ზუგდიდის - 48% და ფოთის 21% რესპონდენტებისთვის, რაც სტატისტიკურად მნიშვნელოვან განსხვავებას ($\chi^2(260) = 1572.384, p = 0.000$) იძლევა სხვა დანარჩენ ქალაქებთან შედარებით.

ბოლო 6 თვეში, შპრიცის გამოსარეცხი წყლის სხვადასხვა სიხშირით გაზიარების პრაქტიკა განსაკუთრებით მნიშვნელოვნადაა გამოხატული: ახალციხეში (99%) და ზუგდიდში (58%), რაც სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ($\chi^2(30) = 905.544, p = 0.000$), დანარჩენ ქალაქებში აღნიშნული პრაქტიკა 2%-25% მერყეობს.

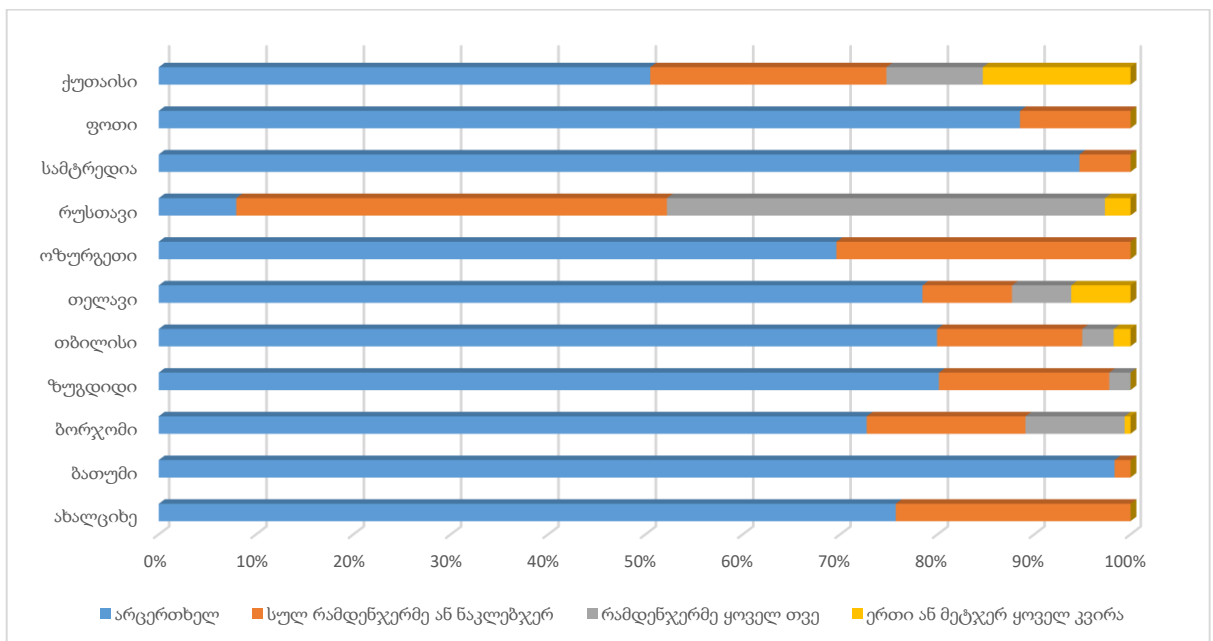
ბოლო 6 თვის მანძილზე, ინსტრუმენტების (მოსახარში თასი, კოვზი და სხვა) სხვადასხვა სიხშირით გაზიარების პრაქტიკა საკმაოდ გავრცელებულია, რესპონდენტთა 53.2% (969 რესპოდენტი), თუმცა ქალაქებს შორის განსხვავება სატატისტიკურად მნიშვნელოვანია ($\chi^2(30) = 876.410, p = 0.000$) და ახალციხის, თელავის და რუსთავის რესპონდენტთა აბსოლუტური უმრავლესობა (97%-99%) აღნიშნულ პრაქტიკას აღნიშნავს (დიაგრამა 19).

დიაგრამა 19. ბოლო 6 თვის განმავლობაში სხვადასხვა ინსტრუმენტების (მოსახარში თასი, კოვზი და სხვ.) სხვასთან გაზიარების პრაქტიკა



ასევე მნიშვნელოვანია არასაინექციო ინსტრუმენტებიდან ბამბის გაზიარების პრაქტიკა (489,26.9%), რომელიც ბათუმსა და სამტრედიაში ყველაზე ნაკლებადაა გამოხატული (2%-5%) და განსაკუთრებით მაღალია რუსთავში, სადაც რესპონდენტთა 92% აღნიშნავს ბამბის გაზიარების პრაქტიკას (დიაგრამა 20). ეს განსხვავება ქალაქებს შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია $\chi^2(30) = 707.696, p = 0.000$.

დიაგრამა 20. ბოლო 6 თვეში ბამბის გაზიარების პრაქტიკა

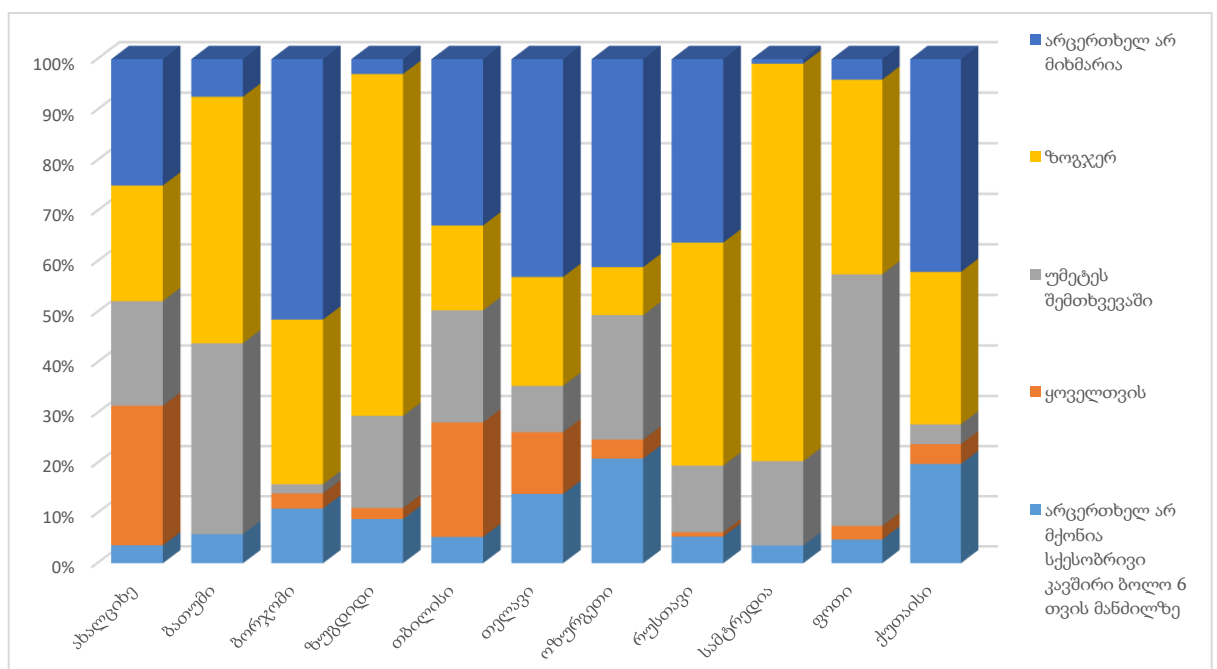


შპრიციდან შპრიცში გადასხმაც გავრცელებული პრაქტიკაა, რომელსაც მთლიანი შერჩევის 61% (1117 რესპონდენტი) აღნიშნავს, ქალაქებს შორის განსხვავებაა და ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები თელავში (95%), ახალციხეში (99%) და რუსთავში (100%) ვლინდება. თუმცა დანარჩენ ქალაქებშიც ეს მაჩვენებელი გამოკითხულთა 43%-82%-ში ფიქსირდება, გამონაკლისია ბორჯომი (16%) და ფოთი (18%); $\chi^2(30) = 1180.339, p = 0.000$.

ბოლო 6 თვის მანძილზე, ნარკოტიკის მიღების სანაცვლოდ სქესობრივი კავშირის დამყარების პრაქტიკა, მთლიან შერჩევაში, დაბალია და არ აღემატება 1.6%-ს (30 რესპონდენტი). არც ნარკოტიკის მიცემის (1.6%; 32) და ან ფულის მიღების სანაცვლოდ სქესობრივი კავშირის დამყარების (0.9%; 17) პრაქტიკაა მაღალი. თუმცა ამ მაჩვენებლებთან შედარებით მაღალია (6.9%; 125) ფულის გადახდის სანაცვლოდ სქესობრივი კავშირის დამყარების პრაქტიკა, რომელიც უპირატესად რუსთავშია გამოხატული, ვიდრე სხვა ქალაქებში $\chi^2(30) = 331.286, p = 0.000$.

ბოლო 6 თვის მანძილზე, კონდომის ყოველთვის და უმეტესად გამოყენების მაჩვენებელმა, მთლიან შერჩევაში, შეადგინა 30%, დანარჩენ შემთხვევაში ფიქსირდება სხვადასხვა სიხშირით მისი გამოყენების მაჩვენებელი. ამ მხრივ, ბათუმში, ფოთში, ზუგდიდსა და სამტრედიაში ყველაზე ცოტა რესპონდენტი აღნიშნავს კონდომის გამოყენებლობას, სხვა ქალაქებთან შედარებით. გამოყენების (ყოველთვის ვიხმარე) მაჩვენებლით გამოირჩევა ახალციხე და თბილისი (დიაგრამა 21). ორზე მეტ პარტნიორთან სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში გამოკითხულთა 24.7% მიუთითებს რომ ზოგჯერ ან საერთოდ არ გამოუყენებია კონდომი. ქალაქებს შორის განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა $\chi^2(40) = 802.126, p = 0.000$.

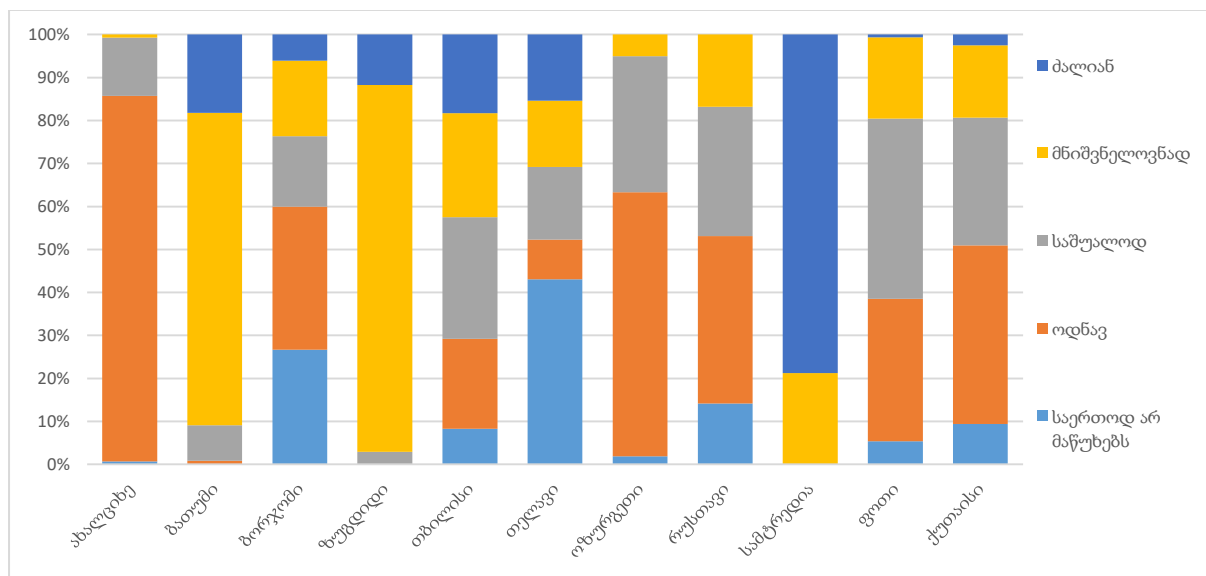
დიაგრამა 21. ბოლო 6 თვის მანძილზე კონდომის გამოყენების პრაქტიკა ქალაქების მიხედვით



კითხვაზე, ბოლო 6 თვის მანძილზე რამდენჯერ გქონიათ სქესობრივი კავშირი ადამიანთან, რომელსაც იცოდით ან მოგვიანებით შეიტყვეთ, რომ იყო აივ-ინფიცირებული, სულ 11 დადებითი (5-თბილისი, 2 ქუთაისი და ერთეული შემთხვევები ახალციხეში, თელავსა და რუსთავში) პასუხი ფიქსირდება, საიდანაც 10 სულ რამდენჯერმე ან ნაკლებჯერ კონტაქტზე მოდის და ერთი შემთხვევაც შედარებით რეგულარულ კონტაქტზე (ერთი ან ორჯერ ყოველ კვირა). თუმცა ქალაქებს შორის განსხვავება არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო, რაც იმას მიუთითებს, რომ არ არის გამოკვეთილი თუნდაც ერთი ქალაქი, რომლისთვისაც დამახასიათებელი იქნებოდა აღნიშნული ტიპის ქცევა.

კითხვაზე რამდენად შეწუხებული ხართ აივ/შიდსით დაავადების საშიშროების გამო: საერთოდ არ აწუხებს გამოკითხულთა 8.6% (157 რესპონდენტი) და საერთოდ არაა შეწუხებული იმით, რომ უკვე ინფიცირებული შეიძლება იყოს 17.5% (319 რესპონდენტი). თუმცა, აივ-ით ინფიცირების საშიშროება, მნიშვნელოვნად და ძალიან აწუხებს ბათუმის, ზუგდიდის და სამტრედიის რესპონდენტებს (დიაგრამა 22). ამ მხრივ განსხვავება ქალაქებს შორის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია $\chi^2(40) = 1510.516, p=0.000$.

დიაგრამა 22. რამდენად შეწუხებული ხართ აივ-ინფიცირების საშიშროების გამო?

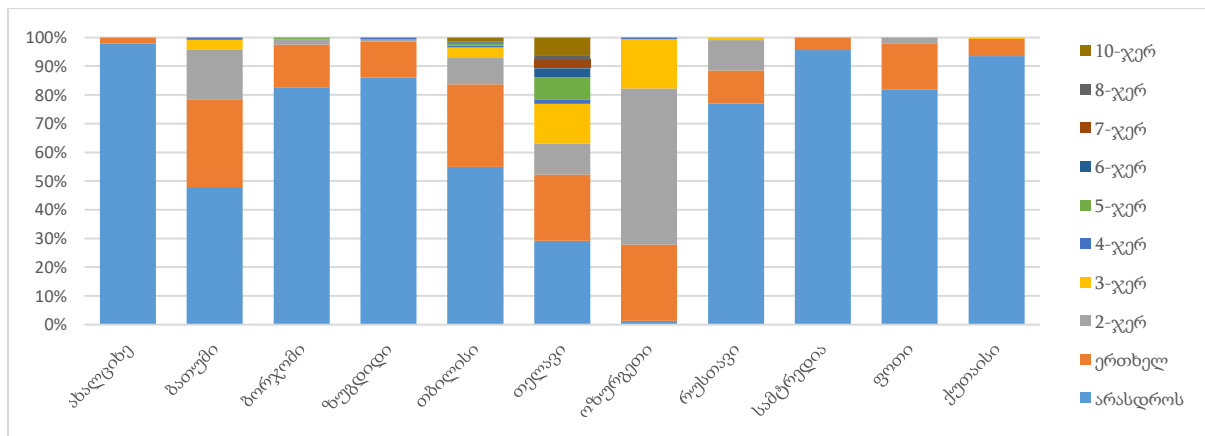


ძალიან შერჩევად, აივ-ინფექციაზე ტესტირება არასდროს ჩაუტარებია 1,220 (67%) რესპონდენტს. მცირეა მათი წილი, ვინც ბოლო 1 თვის მანძილზე ჩაიტარა ტესტირება (51; 2.8%) ან ბოლო 6 თვის განმავლობაში (175; 9.6%). წელიწადი და მეტი ხნის წინ ტესტირებას აფიქსირებს გამოკითხულთა მეხუთედი (374; 20.5%). მნიშვნელოვანია, რომ რესპონდენტთა იმ ნაწილს, რომელსაც ოდესმე მაინც ჩაუტარებია ტესტირება, ყველა მათგანმა იცის საკუთარი სტატუსი. ტესტირება მეტ-ნაკლებად ჩატარებული აქვთ ოზურგეთის და თელავის რესპონდენტებს, მაგრამ ახალციხეში, სამტრედიასა და ქუთაისში რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა არასდროს ყოფილა აივ-ზე ტესტირებული. ტესტირების პრაქტიკა განსხვავდება ქალაქებს შორის (ცხრილი 3, დიაგრამა 23), რაც სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავებაა ($p = 0.000$).

ცხრილი 3. რამდენჯერ ჩაგიტარებიათ სისხლს გამოკვლევას აივ-ინფექციის აღმოსაჩენად

ქალაქი	N	საშ.	SEM	95% სარწმუნოების ინტერვალი			
				ქვედა ზღვარი	ზედა ზღვარი	მინიმუმ	მაქსიმუმ
ახალციხე	140	0.2	0.012	0.00	0.05	0	1
ბათუმი	121	0.79	0.082	0.62	0.95	0	4
ბორჯომი	165	0.22	0.045	0.13	0.31	0	5
ზუგდიდი	136	0.17	0.042	0.09	0.25	0	4
თბილისი	459	0.83	0.071	0.69	0.97	0	10
თელავი	65	2.45	0.350	1.75	3.15	0	10
ოზურგეთი	158	1.89	0.056	1.78	2.0	0	4
რუსთავი	113	0.35	0.066	0.22	0.49	0	3
სამტრედია	113	0.04	0.019	0.01	0.08	0	1
ფოთი	148	0.20	0.037	0.13	0.28	0	2
ქუთაისი	202	0.07	0.022	0.03	0.12	0	3

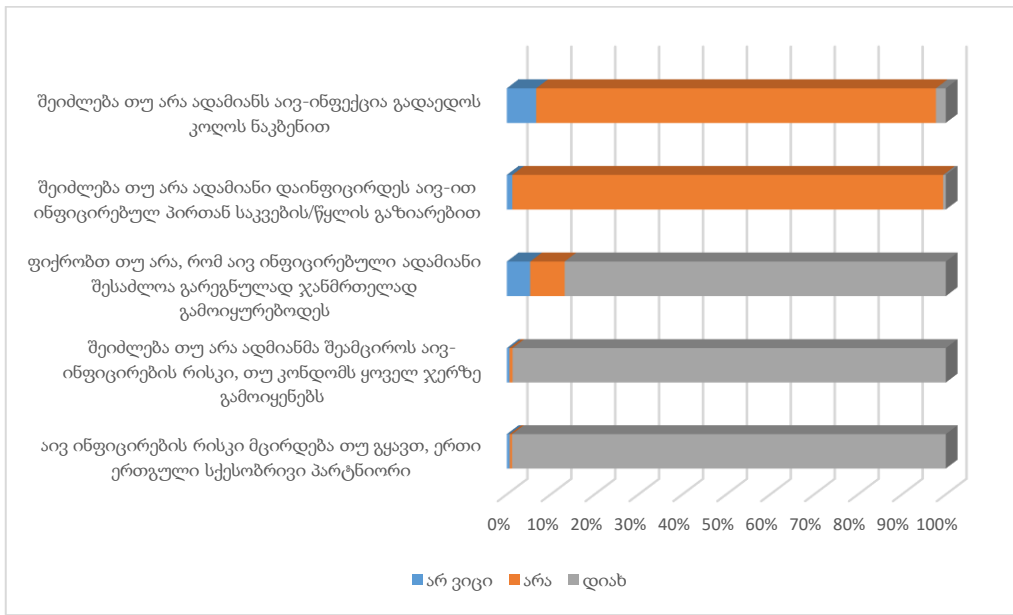
დიაგრამა 23. აივ-ინფექციაზე ოდესმე ჩატარებული ტესტირების განაწილება ქალაქების მიხედვით



აივ-ინფექციის გად აცემის შესახებ ცოდნის შეფასება

აივ-ინფექციის გადაცემის შესახებ რესპონდენტთა უმეტესობა (1474, 81%) ყველა კითხვას (სულ 5 შეკითხვა) სწორად პასუხობს, დეტალური კითხვები და პასუხები იხ. დიაგრამა 24.

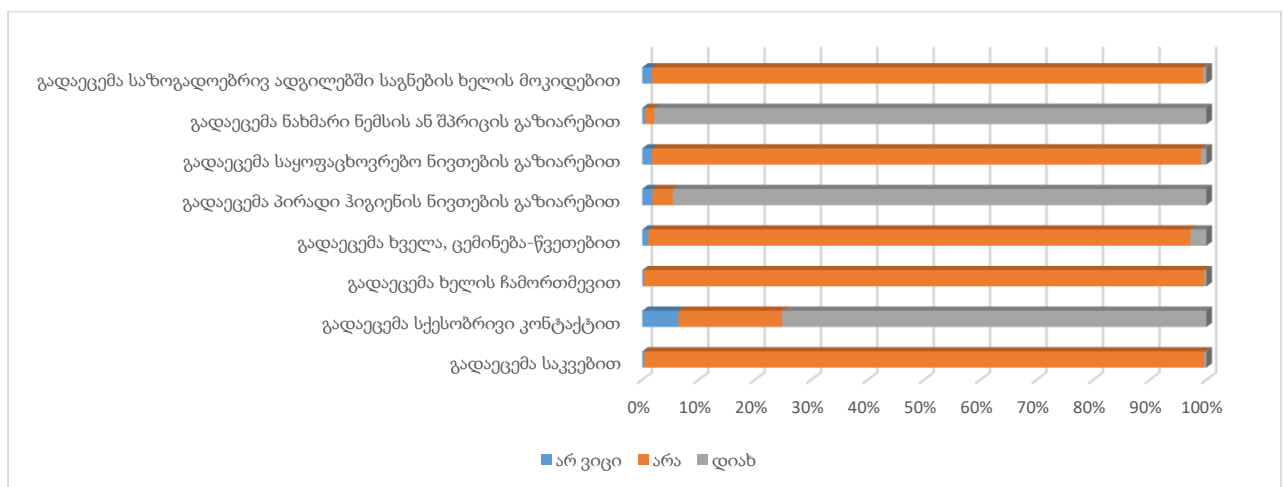
დიაგრამა 24. აივ-ინფექციის გადაცემის შესახებ პასუხების გნაწილება



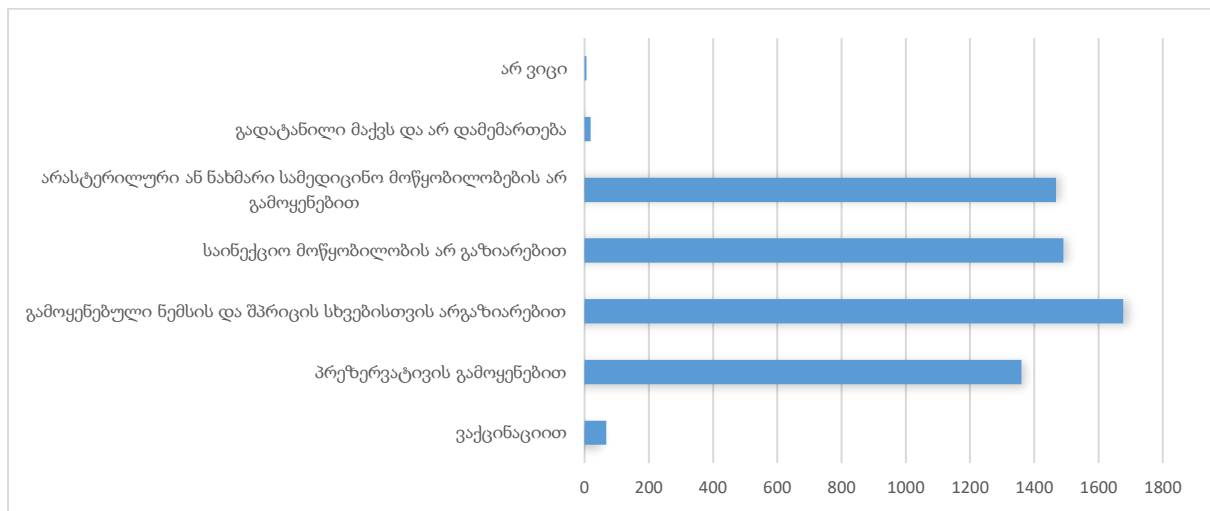
C ჰეპატიტის გადაცემის შესახებ ცოდნის და პრაქტიკის შეფასება

C ჰეპატიტის გადაცემის შესახებ ინფორმატიულობის დონე ძალიან მაღალია, რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი (1,228, 67.5%) ყველა კითხვას სწორად პასუხობს (დიაგრამა 25). გამოკითხულთა მეოთხედმა (452; 25%) არ იცის ან არასწორად პასუხობს კითხვას - გადაეცემა თუ არა C ჰეპატიტი სქესობრივი გზით. კითხვები C ჰეპატიტით დაინფიცირების რისკების შესახებ რესპონდენტთა უმრავლესობის მიერ მეტ-ნაკლებად სწორად იქნა ნაპასუხები (დიაგრამა 26).

დიაგრამა 25. C ჰეპატიტის გადაცემის შესახებ პასუხების განაწილება



დიაგრამა 26. C ჰეპატიტით დაინფიცირების რისკების შესახებ პასუხების განაწილება



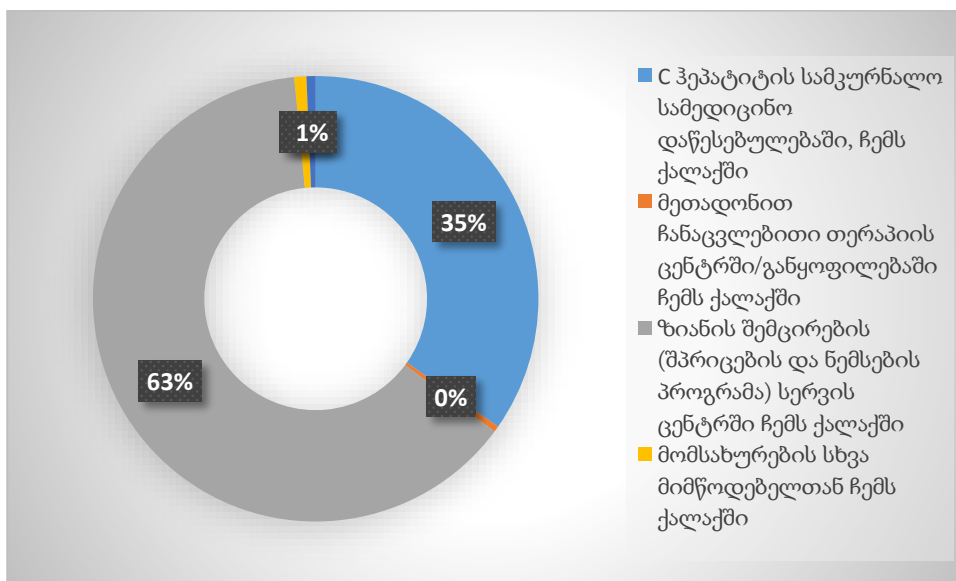
გამოკითხულთა 21.5% (391 რესპოდენტი) პასუხობს, რომ შეუძლებელია გქონდეს C ჰეპატიტი, მაგრამ არ გქონდეს სიმპტომები ან არ იცის შეიძლება თუ არა გქონდეს სიმპტომები. ასევე არ იცის გამოკითხულთა 11.1% (201 რესპოდენტი) სად ჩაიტაროს ტესტირება C ჰეპატიტზე.

თუმცა 483 (16.5%) რესპოდენტი ტესტირების ჩატარებას 1 წლამდე პერიოდში აღნიშნავს, მცირეა მათი წილი ვინც 2-დან 5 წლამდე პერიოდში (90, 4/9%) ჩაიტარა C ჰეპატიტზე ტესტირება, უმეტესობა კი მიუთითებს, რომ არასდროს ჩაუტარებია ტესტირება (1 194 რესპოდენტი, 65.5%). მათგან ყველაზე მეტი რესპოდენტი, ვისაც არასდროს ჩაუტარებია ტესტირება არის ოზურგეთიდან (123; 77.8%) და ბათუმიდან (71; 58.7%), სხვა ქალაქებში ეს მაჩვენებელი მერყეობს 1.4%-41.5%-მდე. ქალაქებს შორის განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p=0.000$).

C ჰეპატიტზე ტესტირების ჩაუტარებლობის მიზეზებიდან, იმ რესპოდენტთა 7.3% (133 რესპოდენტი), რომელიც არასდროს ყოფილა ტესტირებული, პასუხობს, რომ ემინია დადებითი პასუხის, ან არ სურს, რომ გახმაურდეს ანალიზის შედეგი, რადგან მიხვდებიან, რომ ნარკოტიკის მომხმარებელია და ამიტომაც ურჩევნია არ ჩაიტაროს ტესტირება. თუმცა საკმაოდ მაღალია მათი რიცხვი, ვინც თვლის, რომ არ სჭირდება ტესტირების ჩატარება (359; 19.7%).

მთლიანი შერჩევიდან მხოლოდ 7 რესპოდენტი მიუთითებს, რომ ამჟამად მკურნალობს C ჰეპატიტზე, 3-მა რესპოდენტმა მიუთითა, რომ მკურნალობა ნაადრევად - დასრულებამდე შეწყვიტა და 116-მა დაასრულა მკურნალობის კურსი. სამივე რესპოდენტი მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზად ასახელებენ მკურნალობის გვერდით მოვლენებს. ნამკურნალევი რესპოდენტების უმრავლესობა (103 რესპოდენტი) აღნიშნავს, რომ მკურნალობა წარმატებული იყო და არცერთი პასუხი, რომ ვირუსი დაბრუნდა - არ ფიქსირდება. მკურნალობის პერიოდში ინექციურად ნარკოტიკების მოხმარებას განაგრძობდა 93 რესპოდენტი, 35-მა შეწყვიტა, თუმცა ნარკოტიკების მოხმარება არ განაახლა მკურნალობის დასრულების შემდეგ მხოლოდ 2-მა რესპოდენტმა.

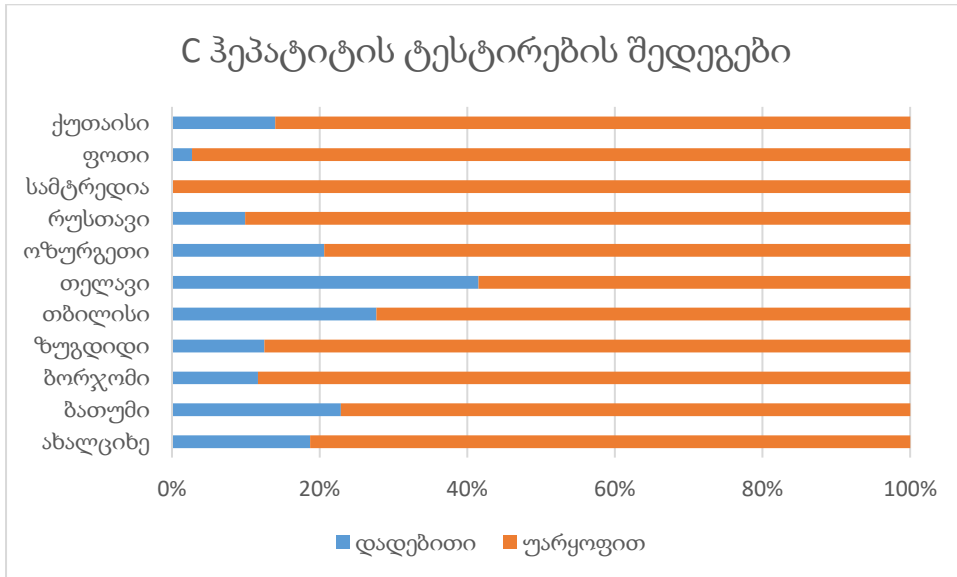
დიაგრამა 27. C ჰეპატიტზე მკურნალობის სასურველი ადგილი



კითხვაზე სად არის მეტად სასურველი C ჰეპატიტზე ტესტირება, კონფირმაცია, მკურნალობის სერვისის მიღება, რესპონდენტების უმეტესობა (1,152; 63.3%) ზიანის შემცირების ცენტრს და C ჰეპატიტის სამკურნალო დაწესებულებას (632; 34.7) ასახელებს (დიაგრამა 27).

კითხვარებში შეტანილ იქნა რესპონდენტთა აივ-ტესტირების და C ჰეპატიტის სკრინინგის შედეგები. სამტრედის არცერთ რესპონდენტს არ აღმოაჩნდა Anti-HCV დადებითი, ყველაზე მაღალი დაფიქსირდა თელავში (რესპონდენტთა 47% HCV დადებითია), ქალაქებს შორის განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($p=0.000$). აივ-ინფექციაზე სკრინინგისას დაფიქსირდა 7 დადებითი შემთხვევა, საიდანაც 2 კო-ინფექცია დაფიქსირდა C ჰეპატიტთან, ხოლო C ჰეპატიტის მონოინფექცია დაფიქსირდა ერთაირად, როგორც კაცებში ასევე ქალებში, განსხვავების გარეშე. ინფექციის განაწილება სქესის მიხედვით იხ. ცხრილში 4. სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება სქესსა და C ჰეპატიტს და აივ-ინფექციას შორის არ ვლინდება.

ცხრილი 4. აივზე და C ჰეპატიტზე ტესტირების შედეგების განაწილება



შენიშვნა: კვლევის ეტაპზე HCV ტესტირება არ ჩატარებია შერჩევის 3.6%-ს (66 რესპ).

	აივ დადებითი	აივ უარყოფითი
ახალციხე	2	138
ბათუმი	0	121
ბორჯომი	0	165
ზუგდიდი	0	136
თბილისი	3	456
თელავი	0	65
ოზურგეთი	0	158
რუსთავი	0	113
სამტრედია	0	113
ფოთი	0	148
ქუთაისი	2	200

ძირითადი მიგნებები და რეკომენდ აციები

მიუხედავად არსებული მეთოდოლოგიური შეზღუდვებისა, კვლევის შედეგების თანახმად, თთვდ ინტერვენციით, იკვეთება ნიმ პოპულაციის იმ ნაწილის მოზიდვის შესაძლებლობა, უმეტესი წილით, რომელსაც ბოლო 12 თვის მანძილზე არ ჰქონია კავშირი აივ-პრევენციის სერვისებთან.

კვლევაში მონაწილე ზოგიერთ ქალაქში არ იქნა ჩართული ქალი რესპონდენტები, რაც გარკვეულწილად შეიძლება განაპირობა ქალების სიმწირემ საწყისი მარცვლების რიგებში. თუმცა, მიუხედავად ამისა, ზოგიერთ ქალაქში ქალები კვლევაში მოზიდული

იქნა მამაკაცების დახმარებით, რაც შესაძლოა ქალების მოზიდვაზე დაწესებული წამახალისებელი ფულადი სტიმულის შედეგებიც იყოს. თუმცა, კვლევებში ქალების დაბალი ჩართულობა, შესაძლებელია სტიგმატიზაციის მაღალი ხარისხით იყოს განპირობებული (D. Otiashvili, Kirtadze, Vardanashvili, Tabatadze, & Ober, 2019) (Kirtadze et al., 2013)

კვლევაში მონაწილეთა საშუალო ასაკია 35.3 წელი, მედიანური 34 (SD 10.95), მეტადაა წარმოდგენილი 34 წლამდე ახალგაზრდა რესპონდენტები: ფოთში, ზუგდიდში, ახალციხესა და სამტრედიისში. მთლიან შერჩევაში მაღალია უმუშევრობის დონე, რომელიც მნიშვნელოვნად აღემატება თვითდასაქმებულ, სრულ განაკვეთზე მომუშავე და დროებით დასაქმებულთა რაოდენობას ერთად. დასაქმების მაჩვენებელი ქალაქის ჭრილში სტატისტიკურად განსხვავდება და ყველაზე მეტი უმუშევარი ქუთაისშია წარმოდგენილი. მთელი შერჩევის მესამედისთვის, ბოლო თვეში პირადი შემოსავლის ძირითადი წყარო, მეგობარი, ნათესავი, მშობლები თუ პარტნიორია. მამაკაცებში ძირითადი შემოსავლის წყაროს წარმოადგენს, მაღალი წილით, ქალებთან შედარებით, რაიმეს გაქირავება-გაყიდვა და კაზინოში მოგებული ფული, მაშინ როდესაც ქალებისთვის, შემოსავლების ძირითადი წყაროა სხვადასხვა (მეგობრები/ნათესავები, ნასესხები ფული, სოციალური) დახმარებით მიღებული თანხები. კაზინო-ტოტალიზატორი მნიშვნელოვნად წარმოდგენილია ზუგდიდსა და ფოთში, სხვა ქალაქებთან შედარებით.

უფრო მეტ მამაკაცს აქვს საკუთარი საცხოვრებელი ვიდრე ქალს, უფრო მეტი ქალი ცხოვრობს ქირით ვიდრე მამაკაცი და თავშემფარში ცხოვრებასაც მეტი ქალი აღნიშნავს ვიდრე მამაკაცი. აღნიშნული ცხადჰყოფს, ქალი ნიშების მხარდაჭერის საჭიროებებს, მათ ეკონომიკურ დამოკიდებულებას ახლობლებსა და პარტნიორებზე. შესაბამისად ზიანის შემცირების სერვისების ქალებისთვის ორგანიზებისას გასათვალისწინებელია მათი საჭიროებები, რათა მათ საჭიროებაზე მორგებული სერვისების შეთავაზება მოხდეს ან გადამისამართება შესაბამის დაწესებულებებში.

გამოიკვეთა ტენდენცია, რომ მამაკაცები უფრო ადრე იწყებენ და გაცილებით მეტი წლები მოიხმარენ ნარკოტიკებს ინექციურად, ვიდრე ქალები. ასევე, მამაკაცები (საშ. 14 დღე) უფრო ხშირად მოიხმარენ თვის განმავლობაში ნარკოტიკს, ვიდრე ქალები (საშ. 10 დღე), თუმცა ერთ დღეში ინექციურად მოხმარების რაოდენობაში განსხვავება არ არის. ასევე მამაკაცები უფრო დიდ ჯგუფებში ინექციას აღნიშნავენ ვიდრე ქალები. აღნიშნული გასათვალისწინებელია საგანამანათლებლო საქმიანობის დროს, რათა კარგად იქნას გაცნობიერებული თუ რა შესაძლო რისკები ახლავს მრავალწევრიან ჯგუფებში ინექციის განხორციელებას.

რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა არასდროს ყოფილა ოჩთ მკურნალობაში ჩართული. ქალაქების ჭრილში ანალიზი აჩვენებს, რომ ყველა ქალაქში გარდა ოზურგეთისა და თელავისა, გამოკითხულთა 90%-ზე მეტი მიუთითებს, რომ არასდროს ყოფილა ოჩთ-ში. თუმცა აქვე შეზღუდვად შეიძლება ჩაითვალოს ოზურგეთის ინფორმაცია, რადგან შერჩევის ნახევარზე ოდნავ მეტი კვლევის მომენტისთვის ოჩთ-ში იყო ჩართული, რაც არღვევს კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმს (ბოლო 12 თვის განმავლობაში, აივ-პრევენციულ პროგრამებთან კონტაქტი არ ქონია). სქესის ჭრილში ოჩთ მკურნალობაში ჩართულობის განსხვავება მკვეთრია, მამაკაცებს უფრო აქვთ ოჩთ-ში

მკურნალობის გამოცდილება ვიდრე ქალებს. სავარაუდოა, რომ ისევდასევე სტიგმატიზაციის გამო ნაკლებად აკითხავენ სამკურნალო დაწესებულებებს და მოსალოდნელია, რომ მათი (D Otiashvili et al., 2015; David Otiashvili et al., 2013) ბოლო 30 დღეში ინექციურად მოხმარებული ნარკოტიკული საშუალებების სურათის თანახმად გამოკითხულთა უმეტესობა მოიხმარს ჰეროინს, სირეცს, რომლსაც მოსდევს ქუჩის სუბუტექსი და მეთადონი. თუმცა, აღსანიშნავია, კუსტარულად დამზადებული ვინტის მოხმარებაც აქტუალურია, განსაკუთრებით კი ეფედრას ვინტის. დეზომორფინის მოხმარება ძალიან დაბალია და კვლევაში მონაწილე ქალაქებში მისი მოხმარება არ აღემატება 2%-ს. დაახლოებით იგივე მაჩვენებლით ფიქსირდება სინთეზური კათინონების (აბაზანის მარილები, ბიო-ამფეტამინები, PVP, მეფედრონი და სხვ. მსგავსი) ინექციური მოხმარებაც.

საზარდულის ვენაში ბოლო ინექციები ფიქსირდება გამოკითხულთა 14.3%-ში. ქალაქების ჭრილში ანალიზისას იკვეთება სამი ქალაქის რესპონდენტები (ოზურგეთი, რუსთავი და ქუთაისი), რომლებიც სხვა ქალაქის რესპონდენტებისგან განსხვავებით მიმართავენ მნიშვნელოვნად სარისკო ადგილებში ინექციას, როგორცაა ილიის, ლავიწის, საზარდულის მიდამო და კისრის ვენები.

ბოლო 30 დღის განმავლობაში განვითარებული ზედოზირების შემთხვევათა შესაძლო მიზეზებს შორის სჭარბობს ჰეროინის დოზირების პრობლემა, ალკოჰოლთან შერევა და სხვა ნარკოტიკთან შერევა. მათ შორის, მდგომარეობიდან გამოსვლის შესახებ ნახევარი პასუხობს, რომ ნალოქსონი იქნა გამოყენებული, და/ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებას მიუთითებს, ძალიან ცოტაა (3 რესპონდენტი) ვინც მარილიანი წყლის ინექციას აღნიშნავს ან ხელოვნური სუნთქვის ჩატარებას (1 შემთხვევა).

შერჩევაში სარისკო ქცევის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი არ არის მაღალი, თუმცა ქალების სარისკო ქცევის ინდექსი მცირედით აღემატება მამაკაცებისას; ქალაქების ჭრილში შესწავლისას კი ვლინდება, რომ სარისკო ქცევის შედარებით მაღალი ინდექსით ხასიათდებიან თელავის, ახალციხის და რუსთავის რესპონდენტები. ყველაზე დაბალი სარისკო ქცევის ინდექსით გამოირჩევა სამტრედია. თუმცა სარისკო ქცევის შემადგენელი ცვლადების ანალიზით ვლინება, რომ:

- შპრიცების და ნემსების გაზიარების პრაქტიკის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა ქალაქებში თელავი, ახალციხე და ზუგდიდი. რაც მნიშვნელოვან დატვირთვას იძენს ამ ქალაქებში ნიმებთან გასატარებელი საგანამანათლებლო სამუშაოების თვალსაზრისით.
- ამასთანავე, იკვეთება, რომ საშუალო და პროფესიული განათლების მქონე უფრო მეტი რესპონდენტი გამოირჩევა შედარებით მაღალი სარისკო ქცევის ინდექსით უმაღლესი განათლების მქონე რესპონდენტებისგან.
- საყურადღებოა ნახმარი შპრიცის გასუფთავების პრაქტიკა, რომელსაც გამოკითხულ რესპონდენტთა მესამედი მიმართავს, მათი ნახევარი კი გამოსარეცხად იყენებს მდულარე წყალს, რაც შპრიცის გასუფთავების სწორი ტექნიკა არ არის. ეს პრაქტიკა უპირატესად დამახასიათებელია ახალციხის, ზუგდიდის და ფოთის რესპონდენტებისთვის, სხვა ქალაქების რესპონდენტებთან შედარებით.

- ასევე ახალციხის და ზუგდიდის რესპონდენტებისთვის გამორჩეულად, დამახასიათებელია შპრიცის გამოსარეცხი წყლის გაზიარება.
- სხვადასხვა სიხშირით, ფიქსირდება გამოსარეცხად ქლორის, ალკოჰოლი/სპირტის, სოდის და შარდის გამოყენების ერთეული შემთხვევები.
- არასაინექციო ინსტრუმენტებიდან აღსანიშნავია ბამბის გაზიარების პრაქტიკა, რომელსაც გამოკითხულთა მეოთხედი მიმართავს და განსაკუთრებით მაღალია რუსთავში, სადაც რესპონდენტთა 92% აღნიშნავს ბამბის გაზიარების პრაქტიკას.
- სქესობრივი, რისკის შემცველი ქცევებიდან, კონდომის გამოყენება ბოლო 6 თვის მანძილზე, დაბალია და გამოკითხულთა მხოლოდ მესამედი აღნიშნავს კონდომის გამოყენებას ყოველთვის ან უმეტესად მიუთითებს. ორზე მეტ პარტნიორთან სქესობრივი კავშირის შემთხვევაში გამოკითხულთა მეოთხედი მიუთითებს, რომ ზოგჯერ გამოიყენა ან საერთოდ არ გამოუყენებია კონდომი.
- აივ-ით ინფიცირების საშიშროებით ძალიან შეწუხებული/შემფოთებულია განსაკუთრებით სამტრედიის, ზუგდიდის და ბათუმის რესპონდენტები.
- ტესტირება მეტ-ნაკლებად ჩატარებული აქვთ ოზურგეთის და თელავის რესპონდენტებს, მაგრამ ახალციხეში, სამტრედიასა და ქუთაისში რესპონდენტების აბსოლუტური უმრავლესობა არასდროს ყოფილა აივ-ზე ტესტირებული.
- აივ-ინფექციის გადაცემის შესახებ ცოდნის დონე დამაკმაყოფილებელია, 80%-ზე მეტი ყველა კითხვას (სულ 5 შეკითხვა) სწორად პასუხობს. ასევე დამაკმაყოფილებელია C ჰეპატიტის გადაცემის შესახებ ინფორმაციულობის დონე, რესპონდენტთა ორ მესამედზე მეტი ყველა კითხვას სწორად პასუხობს. პრობლემურია კითხვა გადაეცემა თუ არა C ჰეპატიტი სქესობრივი გზით, რადგან გამოკითხულთა მეოთხედმა არ იცის ან არასწორად პასუხობს კითხვას. ასევე გამოკითხულთა მეხუთედმა არ იცის შეიძლება თუ არა გქონდეს სიმპტომები C ჰეპატიტით ინფიცირების შემთხვევაში.
- მცირეა ოდესმე C ჰეპატიტზე ტესტირებულთა რაოდენობა, ორ მესამედზე მეტი აღნიშნავს, რომ არასდროს ჩაუტარებია, რასაც დიდი წილით ბათუმის და ოზურგეთის რესპონდენტები მიუთითებენ. C ჰეპატიტზე ტესტირების ჩაუტარებლობის მიზეზებიდან ხშირია დადებითი პასუხის შიში, ან უბრალოდ არ სურთ, რომ გახმაურდეს ანალიზის შედეგი, რადგან მიხვდებიან, რომ ნარკოტიკის მომხმარებელია და ამიტომაც ურჩევნიათ არ ჩაიტაროთ ტესტირება.

კვლევის რესპონდენტებში აივ-ინფექციაზე, ინფექციურ ჰეპატიტებზე ტესტირების მნიშვნელოვნად დაბალი მაჩვენებელი და დაბალი C ჰეპატიტის თუ ორთ მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის მაჩვენებელი, შესაძლოა გამოწვეული იყოს ამ პოპულაციაში გარკვეული, სპეციფიკური ინფორმაციის დეფიციტი. კერძოდ კი, ეს პოპულაცია არ ფლობს ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რატომ უნდა ჩაიტაროს ტესტირება აივ-

ინფექციაზე ან ვირუსულ ჰეპატიტებზე, რა სარგებლის მომტანია მისთვის ტესტირების პასუხის ცოდნა, მიუხედავად იმისა, რომ კარგად იცის გადაცემის გზები და ასოცირებული რისკები, თუმცა გარკვეულმა ნაწილმა არ იცის, სად ჩაიტაროს C ჰეპატიტზე ტესტირება; არ ფლობს ინფორმაციას წამალდამოკიდებულების მკურნალობის უპირატესობების შესახებ.

სასურველია, რისკის შემცირების კონსულტირებები თუ მომზადებული საინფორმაციო მასალა განათლების ნებისმიერი დონის ადამიანებისთვის გასაგები იყოს ერთნაირად. ასევე ყურადღება მიექცეს სტერილური საინექციო ინსტრუმენტების გამოყენების პრაქტიკას და გავრცელებული გამორეცხვის პრაქტიკის უარყოფითი მხარეების განხილვას. რეკომენდებულია, უშუალო საგანმანათლებლო საუბრების, კონსულტაციების ან საჩვენებელი პრაქტიკული მაგალითებით გამოსარეცხი წყლის გაზიარების რისკის შემცველი პრაქტიკის დემონსტრირება, თუ რა სახით არის იგი საფრთხის შემცველი. ასევე მნიშვნელოვანია შპრიცის ცხელი წყლით თუ ალკოჰოლით გამორეცხვის პრაქტიკის უარყოფითი შედეგების სწავლება და სწორად გასუფთავების წესების დემონსტრირება.

სასურველია C ჰეპატიტის გადაცემის და რისკის შემცველი ქცევების შესახებ ზოგიერთ კითხვაზე სწორი პასუხის მაჩვენებელი ბევრად მეტი იყოს ვიდრე დაფიქსირდა კვლევით. ასე მაგალითად, ამ პოპულაციისთვის, მნიშვნელოვანია ფართოდ იყოს გავრცელებული ინფორმაცია და ყველამ იცოდეს, რომ C ჰეპატიტის გადატანა არ ნიშნავს იმუნიტეტს და რომ რეინფექციის ალბათობა მაღალია სარისკო საინექციო ქცევების შენარჩუნების შემთხვევაში, თუნდაც არასტერილური ინექციის ან შპრიცის და ნემსის გაზიარების შემთხვევაში ან დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის შემთხვევაში, რასაც ინფექციური ჰეპატიტების გავრცელებაში^{13 14} დიდი წვლილი მიუძღვის.

რესპონდენტების უმეტესობა უპირატესობას ანიჭებს C ჰეპატიტის ტესტირება, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სერვისის მიღებას ზიანის შემცირების სერვის ცენტრში (63%), ხოლო სპეციალიზებულ სამკურნალო-სამედიცინო დაწესებულებაში, 35.6% აღნიშნავს.

ბიბლ იოგრაფია

Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Weakliem, D. L., Anthony, D. L., Madray, H., Mills, R. J., ... Are, H. (1998). Harnessing Peer Networks as an Instrument for AIDS Prevention: Results from a Peer-Driven Intervention, 113. Retrieved from <http://chipcontent.chip.uconn.edu/chipweb/pdfs/Broadhead et al., 1998.PDF>

¹³ Maher, L., Jalaludin, B., Chant, K. G., Jayasuriya, R., Sladden, T., Kaldor, J. M. and Sargent, P. L. (2006), Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia. *Addiction*, 101: 1499–1508. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01543.x

¹⁴ Cook, P. A., McVeigh, J., Syed, Q., Mutton, K. and Bellis, M. A. (2001), Predictors of hepatitis B and C infection in injecting drug users both in and out of drug treatment. *Addiction*, 96: 1787–1797. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.961217878.x

- Batselashvili L., Sinjakashvili M., Chelidze M., Kirtadze I., Topuria N. (2012). Results of piloting peer driven intervention – did we reach targeted population? Addiction Research Center, Alternative Georgia, Tbilisi, Georgia. Conference proceedings, retrieved from: http://hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202012/HiEConf2012_Programme.pdf
- Broadhead, R. S., Hammett, T. M., Kling, R., Ngu, D., Liu, W., Chen, Y., ... Des Jarlais, D. C. (2009). PEER-DRIVEN INTERVENTIONS IN VIETNAM AND CHINA TO PREVENT HIV: A PILOT STUDY TARGETING INJECTION DRUG USERS. Retrieved from <http://chipcontent.chip.uconn.edu/chipweb/pdfs/Broadhead et al., 2009.PDF>
- Broadhead, R. S., Heckathorn, D. D., Altice, F. L., E El Van Hulst, Y., Carbone, M., Friedland, G. H., ... Selwyn, P. A. (2002). Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Social Science & Medicine*, 55, 235–246. Retrieved from <http://chipcontent.chip.uconn.edu/chipweb/pdfs/Broadhead et al., 2002.PDF>
- Broadhead, R. S., Volkanovsky, V. L., Rydanova, T., Ryabkova, M., Borch, C., Van Hulst, Y., ... Heckathorn, D. D. (2006). Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. *International Journal of Drug Policy*, 17, 379–392. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.06.001>
- Cook, P. A., McVeigh, J., Syed, Q., Mutton, K. and Bellis, M. A. (2001), Predictors of hepatitis B and C infection in injecting drug users both in and out of drug treatment. *Addiction*, 96: 1787–1797. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.96121787.x
- Datsenko, O., Smyrnov, P., & Broadhead, R. (2012). Relying on injection drug users to prevent HIV in Ukraine-follow-up results of peer-driven interventions. *Retrovirology*, 9. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L71964859>
- Garfein, R. S., Golub, E. T., Greenberg, A. E., Hagan, H., Hanson, D. L., Hudson, S. M., . . . for the, D. S. T. (2007). A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *Aids*, 21(14), 1923-1932. doi:10.1097/QAD.0b013e32823f9066
- Heckathorn, & Douglas. (1990). Collective Sanctions and Compliance Norms: A Formal Theory of Group-Mediated. *American Sociological Review Jun*, 55(3). Retrieved from <http://chipcontent.chip.uconn.edu/chipweb/pdfs/Heckathorn, 1990.PDF>
- Jain, B., Krishnan, S., Ramesh, S., Sabarwal, S., Garg, V., & Dhingra, N. (2014). Effect of peer-led outreach activities on injecting risk behavior among male drug users in Haryana, India. *Harm Reduction Journal*, 11, 3-3. doi:10.1186/1477-7517-11-3
- Kirtadze, I., Otiashvili, D., O'Grady, K. E., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W. M., & Jones, H. E. (2013). Twice stigmatized: provider's perspectives on drug-using women in the Republic of Georgia. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/02791072.2013.763554>
- Latka, M. H., Hagan, H., Kapadia, F., Golub, E. T., Bonner, S., Campbell, J. V., . . . Strathdee, S. A. (2008). A Randomized Intervention Trial to Reduce the Lending of Used Injection Equipment Among Injection Drug Users Infected With Hepatitis C. *American Journal of Public Health*, 98(5), 853-861. doi:10.2105/AJPH.2007.113415
- Latkin, C. A., Donnell, D., Metzger, D., Sherman, S., Aramrattna, A., Davis-Vogel, A., . . . Celentano, D. D. (2009). The efficacy of a network intervention to reduce HIV risk behaviors among drug users and risk partners in Chiang Mai, Thailand and Philadelphia, USA. *Social science & medicine*, 68(4), 740-748. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.019
- Macarthur, G. J., Van Velzen, E., Palmateer, N., Kimber, J., Pharris, A., Hope, V., ... Macarthur, G. J. (2014). Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness. *International Journal of Drug Policy*,

- 25, 34–52. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.07.001>
- Maher, L., Jalaludin, B., Chant, K. G., Jayasuriya, R., Sladden, T., Kaldor, J. M. and Sargent, P. L. (2006), Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in injecting drug users in Australia. *Addiction*, 101: 1499–1508. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01543.x
- Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS education and prevention : official publication of the International Society for AIDS Education*, 21(3), 181–206. doi:10.1521/aeap.2009.21.3.181
- Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., & Sweat, M. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, 21, 181–206.
- Moskovchenko, N., Shulga PhD, L., Varban, M., Debelyuk, M., & Zharuk, I. (2014). Peer-driven intervention (PDI) for men having sex with men (MSM) in Ukraine. 20th International AIDS Conference, July 20-25, 2014, Melbourne, Australia.
- Otiashvili, D, Kirtadze, I., Ogrady, K. E., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W. M., & Jones, H. E. (2015). Comprehensive women-centered treatment for substance use disorders in Georgia: Current status and future directions. *Journal of Substance Use*, 20(5). <https://doi.org/10.3109/14659891.2014.923052>
- Otiashvili, D., Kirtadze, I., Vardanashvili, I., Tabatadze, M., & Ober, A. J. (2019). Perceived acceptability of and willingness to use syringe vending machines: Results of a cross-sectional survey of out-of-service people who inject drugs in Tbilisi, Georgia. *Harm Reduction Journal*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0292-8>
- Otiashvili, David, Kirtadze, I., O'Grady, K. E., Zule, W., Krupitsky, E., Wechsberg, W. M., & Jones, H. E. (2013). Access to treatment for substance-using women in the Republic of Georgia: Socio-cultural and structural barriers. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 566–572. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.05.004>
- Platt, L., Wall, M., Rhodes, T., Judd, A., Hickman, M., Johnston, L. G., ... Sarang, A. (2006). Methods to recruit hard-to-reach groups: Comparing two chain referral sampling methods of recruiting injecting drug users across nine studies in Russia and Estonia. *Journal of Urban Health*, 83(7 SUPPL.), 39–53. <http://doi.org/10.1007/s11524-006-9101-2>
- Ritter, A., & Cameron, J. (2005), Monograph no. 06: a systematic review of harm reduction, DPMP Monograph Series, Turning Point Alcohol and Drug Centre. Fitzroy
- Simic, M., Johnston, L. G., Platt, L., Baros, S., Andjelkovic, V., Novotny, T., & Rhodes, T. (2006). Exploring Barriers to 'respondent driven sampling' in sex worker and drug-injecting sex worker populations in Eastern Europe. *Journal of Urban Health*, 83(7 SUPPL.), 6–15. <http://doi.org/10.1007/s11524-006-9098-6>
- Tinsman, P. D., Bullman, S., Chen, X., Burgdorf, K., & Herrell, J. M. (2001). Factors affecting client response to HIV outreach efforts. *J Subst Abuse*, 13(1-2), 201–214.
- Tobin, K. E., Sherman, S., Beilenson, P., Welsh, C. and Latkin, C. A. (2009), 'Evaluation of the Staying Alive programme: training injection drug users to properly administer naloxone and save lives', *International Journal of Drug Policy* 20 (2), pp. 131–6)

დანართები

დანართი N1. ეთიკის კომისიის დასკვნა

დანართი N2. საკვლევი კითხვარი

დანართი N3. ინფორმირებული თანხმობა

დანართი N4. თთჰდ ინტერვენციის რეკრუტირების ჯაჭვი ქალ აქების მიხედვით