

შორენა სპაბლიშვილი, ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი
თეონა გოცირიძე, ქეთევან ლეკიშვილი

ქურასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები

ეთიკური კვლევა და ანალიტიკა



ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი
თბილისი 2020 წელი

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები
ეთიკური კვლევა და ანალიტიკა



მომზადდა სსიპ შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ფუნდამენტური კვლევებისათვის სახელმწიფო სამეცნიერო გრანტის ფარგლებში (#FR17_31).

ავტორები: პროფესორი შორენა საძაგლიშვილი
პროფესორი ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი

პროექტის
კოორდინატორი: თეონა გოცირიძე
მკვლევარი: ქეთევან ლეკიშვილი
დამკაბადონებელი: ქეთევან გოგავა
ყდის დიზაინი
და ილუსტრაციები: ლელა საძაგლიშვილი

**STREET CONNECTED YOUTH:
ETHICAL RESEARCH AND ANALYTICS**

Monograph

Professor **Shorena Sadzaglishvili**
Professor **Darejan Javakhishvili**
Project Coordinator: **Teona Gotsiridze**
Researcher: **Ketevan Lekishvili**

ISBN 978-9941-18-361-4

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა
ქაქუცა ჩოლოყაშვილის 3/5, თბილისი, 0162, საქართველო

ILIA STATE UNIVERSITY PRESS
3/5 Cholokashvili Ave, Tbilisi, 0162, Georgia

ავტორების შესახებ

შორენა საძაგლიშვილი არის პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (№ FR17_31) სამეცნიერო ხელმძღვანელი. იგი არის ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი სოციალური მუშაობის მიმართულებით. შ. საძაგლიშვილი ფლობს ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორის ხარისხს (2005 წ, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის დიმიტრი უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტი) და ასევე, სოციალური მუშაობის მაგისტრის ხარისხს (2003 წ, აშშ, კოლუმბიის უნივერსიტეტი). შორენა საძაგლიშვილი ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში ხელმძღვანელობს სოციალური მომსახურებებისა და ინტერვენციების მეცნიერული განვითარების კვლევით ცენტრს, რომელიც დაარსდა პროექტის ხელშეწყობით. შორენა საძაგლიშვილი სოციალური მუშაობის პირველი სამაგისტრო პროგრამის დამფუძნებელია საქართველოში. ამჟამად, ხელმძღვანელობს სოციალური მუშაობის სამაგისტრო და სადოქტორო პროგრამებს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში და ამავდროულად, იგი არის საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაციის მოქმედი თავჯდომარე 2019 წლიდან. მისი კვლევითი ინტერესები ეხება სხვადასხვა ადიქციას, ტრავმული გამოცდილებების გავლენას ადამიანისა და საზოგადოების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე.

ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი არის პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (№ FR17_31) თანა-ხელმძღვანელი. იგი არის ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, ადიქციის კვლევების ინსტიტუტისა და ადიქციის კვლევების სამაგისტრო პროგრამის თანადამფუძნებელი და ხელმძღვანელი. 2019 წლის იანვრიდან, ორი წლის ვადით, იგი არჩეულ იქნა ევროპის ფსიქოტრავმის კვლევის საზოგადოების (ESTSS) პრეზიდენტად. 2017 წლიდან იგი ევროპის ფსიქოტრავმატოლოგიური ჟურნალის (EJPT) რედაქტორთა საბჭოს წევრია. მისი კვლევითი ინტერესები ეხება სხვადასხვა ადიქციას, და ტრავმული გამოცდილებების გავლენას ადამიანისა და საზოგადოების ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ფსიქოსოციალურ კეთილდღეობაზე.

თონა გოცირიძე არის პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (№ FR17_31) კოორდინატორი. იგი არის ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალური მუშაობის სადოქტორო პროგრამის დოქტორანტი და მოწვეული ლექტორი. ასევე, იგი არის კვლევის კოორდინატორი „სოციალური მომსახურებებისა და ინტერვენციების მეცნიერული განვითარე-

ბის კვლევითი ცენტრი“-ში. იგი ფლობს სოციალურ მუშაობაში მაგისტრის ხარისხს (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი). მას აქვს, 8 წლიანი პრაქტიკული გამოცდილება სოციალურ მუშაობის კვლევების მიმართულებით. მუშაობდა სოციალურ მუშაკთა ასოციაციაში სხვადასხვა პოზიციებზე. მისი კვლევითი ინტერესებია: მშობელთა მზრუნველობის გარეშე დარჩენილი ბავშვები, რისკის ქვეშ მყოფ ბავშვთა უფლებები, სოციალური კეთილდღეობის პოლიტიკა და ა.შ. თეონა გოცირიძე არის სხვადასხვა საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციების მონაწილე. მისი სადისერტაციო ნაშრომი ეხება ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სოციალური ქსელების შესწავლას და მის ზეგავლენას ახალგაზრდების სარისკო ქცევებზე.

ქეთევან ლეკიშვილი არის პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (№ FR17_31) მკვლევარი. მან ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტისაგან მიიღო სოციალური მუშაობის მაგისტრის ხარისხი. ასევე, მას მინიჭებული აქვს სოციალური მეცნიერებების ბაკალავრის ხარისხი სოციოლოგიაში (ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი). ქეთევანი არის „სოციალური მომსახურებებისა და ინტერვენციების მეცნიერული განვითარების კვლევითი ცენტრის“ ასოცირებული მკვლევარი. მას აქვს არასრულწლოვნებთან მუშაობის 5 წლიანი პრაქტიკული გამოცდილება. მისი კვლევითი ინტერესებია: ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები, კანონთან კონფლიქტში მყოფი არასრულწლოვნები, ბავშვთა კეთილდღეობა, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ახალგაზრდები და ზრდასრულები და ა.შ. ქეთევანი აქტიურად მონაწილეობდა სხვადასხვა ადგილობრივ და საერთაშორისო კონფერენციებზე და ღონისძიებებში.

წინასიტყვაობა

მონოგრაფია „ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები: ეთიკური კვლევა და ანალიტიკა“ მომზადდა სსიპ შოთა რუსთაველის ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ფუნდამენტური კვლევებისათვის სახელმწიფო სამეცნიერო გრანტის ფარგლებში. ეს გრანტი სოციალური მუშაობის მიმართულებით პირველია.

უნდა ითქვას, რომ სოციალური მუშაობის მიმართულებით კვლევას აქვს განსაკუთრებული მნიშვნელობა, რადგან საქმე გვაქვს რთულ, კომპლექსურ სოციალურ მოვლენებთან, რომელთა გადაჭრასაც სჭირდება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის გამოყენება. ამიტომ, კვლევის გარეშე შეუძლებელია მოვიპოვოთ უკეთესი პრაქტიკის განხორციელების მტკიცებულებები, განვივითაროთ ეფექტური ინტერვენციები და სოციალური პოლიტიკა. ამასთან, სოციალური მუშაობის კვლევის ერთ-ერთი მახასიათებელია კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით სამიზნე ჯგუფის ინტერესების და/ან სოციალური პრობლემის დაძლევისაკენ მიმართული სოციალური ადვოკატობა. იმედია, მოხდება წინამდებარე კვლევის შედეგების გამოყენება ამ მიზნის მიღწევისათვის.

ავტორებმა ჩაატარეს სიღმისეული კვლევა, რომლის მიზანიცაა ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ახალგაზრდების სექსუალურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევების შესწავლა და იმ ფაქტორების გამოვლენა, რომლებიც აფორმირებენ ახალგაზრდების სარისკო სექსუალურ ქცევებს. საბოლოოდ, კვლევის მიზანია ეფექტური ინტერვენციის განვითარება, რომელიც გააუმჯობესებს ახალგაზრდების ყოველდღიურ ცხოვრებას, შეცვლის საზოგადოების მათდამი დამოკიდებულებას, შეუქმნის მათ უკეთესი მომავლის შესაძლებლობას და ამასთან, დაიცავს მათ საუკეთესო ინტერესებს და თავისუფლებას. კვლევა განსაკუთრებულ აქცენტებს აკეთებს ახალგაზრდების ფსიქიკური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე, რაც მოცემულ თემაზე საქართველოში ჩატარებულ კვლევებში ნაკლებად გვხვდება და ამდენად, ინოვაციაა.

ავტორებმა ჩაატარეს თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევები და მოიცვეს ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების თითქმის მესამედი (400-ზე მეტი ახალგაზრდა) და მონაცემების ტრიანგულაციის საშუალებით საინტერესო შედეგები შემოგვთავაზეს. ნაშრომში განხილულია ისეთი საკითხები, როგორიცაა თანამედროვე ეთიკური კვლევის ჩატარების მეთოდოლოგიური თავისებურებები, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ქუჩაში გამოსვლის მიზეზები, მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების საკითხები, მათი

სარისკო სექსუალური ქცევები და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რისკები.

ნაშრომში კვლევის შედეგები განხილულია მოცემულ თემაზე არსებული ადგილობრივი და საერთაშორისო კვლევების შედეგების და დისკურსების ქრილში, რაც კიდევ უფრო საინტერესოს და სასარგებლოს ხდის მათ ნააზრევს.

მოცემული კვლევა მიმდინარეობდა თითქმის სამი წლის მანძილზე და ავტორებმა უდიდესი შრომა ჩადეს კვლევის მონაცემების შეგროვებასა და ანალიზში. ვფიქრობ, მოცემული მონოგრაფია საინტერესო იქნება დაინტერესებული პროფესიული ჯგუფებისთვის, რომლებიც ახორციელებენ პრაქტიკას და პოლიტიკას ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროში. ამასთან, კვლევა ოპტიმიზმის საფუძველს ქმნის, რომ მიუსაფარი ბავშვებისთვის განკუთვნილი მომსახურებები, რომლებიც დიდ სივრცეს ტოვებს განვითარებისთვის, გასცდება იდენტიფიკაციის ფაზას, მოგცემს მომსახურებების დიზაინის დახვეწის საშუალებას. ეს კი ნიშნავს, რომ ბავშვთა დაცვის სისტემა განდება ბავშვზე მეტად ორიენტირებული და მის საუკეთესო ინტერესებზე მეტად მორგებული. ის ამ ბავშვების ოჯახებთან მუშაობის სტრატეგიის შემუშავების საშუალებასაც მოგცემს. მით უფრო, რომ ოჯახის მიტოვებისა და ქუჩაში გამოსვლის მიზეზთა შორის კვლევამ გამოავლინა ოჯახში კონფლიქტი და ძალადობის სხვადასხვა ფორმა. კრიტიკულია, რომ რეფორმები დაეფუძნოს კვლევის შედეგად მიღებულ მტკიცებულებებს, მეტად მოერგოს საქართველოს მიუსაფარი ბავშვების საჭიროებებსა და პასუხობდეს ჯანმრთელობის კუთხით გამოვლენილ მათ პრობლემებს.

ნინო შატბერაშვილი

ასოცირებული პროფესორი

სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამის ხელმძღვანელი

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

29 ივნისი 2020 წელი

ავტორების წინათქმა და მადლიერება

მონოგრაფია მომზადდა სსიპ შოთა რუსთაველის საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ფუნდამენტური კვლევებისათვის სახელმწიფო სამეცნიერო გრანტების პროგრამით მხარდაჭერილი კვლევითი პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (№ FR17_31) ფარგლებში. პროექტმა შესაძლებელი გახადა ჩატარებულიყო უალრესად მნიშვნელოვანი კვლევა, რომლის ფარგლებშიც შესწავლილ იქნა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების – ჩვენს ქვეყანაში მცხოვრები ერთ-ერთი ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფის – რეპროდუქციულ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები. კვლევის შედეგები იძლევა ორიენტირებს პრევენციული ინტერვენციის საწყისი მონახაზის განვითარებისთვის. პროექტის ფარგლებში, შოთა რუსთაველის საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მხარდაჭერით, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში დაფუძნდა საქართველოში პირველი სოციალური მუშაობის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი. ცენტრმა განახორციელა პროექტი „დაინახე მომავალი ჩვენში“, რომლის ფარგლებშიც დაიწყო ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისა და მათთან დაკავშირებული სოციალური სისტემების გაძლიერება და ასევე, საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ჯგუფებში აივ-შიდსის პრევენციის საჭიროებებზე.

გვინდა მადლიერება გამოვუხატოთ პროექტის კვლევით გუნდს, რომელშიც გაერთიანებულნი იყვნენ საქმის ერთგული პროფესიონალები: კონსულტანტი, ჩიკაგოს უნივერსიტეტის პროფესორი ალიდა ბურისი; მკვლევარი, სოციალური მუშაობის მაგისტრი და დოქტორანტი თეონა მამუკიშვილი; ფსიქოლოგი თამუნა ცუცქერიძე, სოციალური მუშაკი ეკა ევსტაფიშვილი და ოთარ შავაძე, რომელიც ზრუნავდა გუნდის სავსე უსაფრთხოებაზე. მათ გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა ამ კვლევის ჩატარება!

განსაკუთრებულ მადლობას ვუხდით ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ადმინისტრაციას, ამ პროექტის მხარდაჭერისთვის.

ასევე, დიდი მადლობა კვლევის მრჩეველთა საბჭოს წევრებს, რომლებიც წარმოადგენდნენ იმ ორგანიზაციებს, სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორს, რომლებიც სხვადასხვა მიმართულებით მუშაობენ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან. მუდმივ მხარდაჭერას ვგრძნობდით სოციალური მომსახურების სააგენტოს ბავშვთა და ოჯახში ძალადობის ადმინისტრირების სამმართველოსგან, გაეროს ბავშვთა ფონდისგან, საქველმოქმედო ფონდ „კარიტასისგან“, „ვორლდ ვიჟენ საქართველოსგან“, არასამთავრობო

ორგანიზაციისგან „ბავშვი და გარემო“ და „დანაშაულის პრევენციის, არასაპატიმრო სასჯელთა აღსრულებისა და პრობაციის ეროვნული სააგენტოსგან“ რაც გვაძლევდა კვლევის განხორციელების შესაძლებლობას და მხარს გვიჭრდა სირთულეების გადალახვაში, რომელიც კვლევის ყველა ეტაპზე მრავლად იყო.

განსაკუთრებით თბილი და მყარი ურთიერთობა შედგა საინფორმაციო-სამედიცინო ფსიქოლოგიურ ცენტრთან – „თანადგომა“: უღრმესი მადლობა მის დირექტორს ქალბატონ ნინო წერეთელს და თანამშრომლებს – ბატონ არჩილ რეხვიაშვილს და ქალბატონ ირინა ბრეგვაძეს, უაღრესად სასარგებლო ტრენინგის „ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ/შიდსზე – ნკტ“ დაგვემცისა და უზრუნველყოფისთვის, რომლის ფარგლებშიც პროექტის კვლევითი გუნდი აღიჭურვა ახალი ცოდნით და უნარ-ჩვევებით. დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას, რომ უდიდესია ამ ორგანიზაციის წვლილი პროექტის ყველაზე რთული და საკამათო ნაწილის – ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების აივ-ინფექციაზე ტესტირების – წარმატებით განხორციელებაში.

ფასადაუდებელია სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამის კურსდამთავრებულების და მოქმედი სტუდენტების წვლილიც. დიდი მადლობა ნინო ბაშარულს, მარიკა ახვლედიანს, მარიამ გოჩაშვილს, ანა ლომთაძეს, ანა სეხნიაშვილს, ეკატერინე ბოლქვაძეს, თინათინ ფხაკაძეს, თეონა ბრეგვაძეს, ნინო ხვედელიძეს, მარიამ ბედელაძეს, თინათინ ფარეიშვილს, ნათია ლომთაძეს, ლევან ჩიგოვიძეს, რუსუდან კვიციანს, სალომე ტალახაძეს, ნინო წეველიძეს, ნინო კაციტაძეს, დავით ქევხიშვილს და მართა სვანიძეს, სოციოლოგიის სამაგისტრო პროგრამის კურსდამთავრებულს ხატია გოგალაძეს, რომლებიც პრაქტიკას გადიოდნენ სოციალური მომსახურებისა და ინტერვენციების მეცნიერული განვითარების კვლევით ცენტრში და კვლევის სხვადასხვა ეტაპებზე აქტიურად იყვნენ ჩართულნი მონაცემების შეგროვების, ანალიზის და ინტერვენციის პროცესებში.

ასევე, უნდა აღინიშნოს ფონდი „არძას“ მხარდაჭერა, რომლის დახმარებითაც დროულად იქნა უზრუნველყოფილი მკვლევართა ტრანსპორტირების ხარჯები, რაც კვლევის დაგეგმვის პროცესში არ იყო გათვალისწინებული, და რის გარეშეც გაჭირდებოდა საველე სამუშაოების სრულყოფილად და ეფექტურად ჩატარება. ამ ფონდის დახმარებით, კვლევითი ცენტრის თანამშრომლებმა და პრაქტიკანტებმა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის, მათი ოჯახებისა და მთლიანად, თემისთვის დაგეგმეს და განახორციელეს მთელი რიგი სოციალური ინტერვენციები.

უღრმესი მადლობა გვსურს გადავუხადოთ კომპანია „ვენდისს“, პროექტში ჩართული ბავშვების ყოფის გახალისებისა და გალამაზე-

ბისტვის, მათი მოტივაციის ამაღლებისთვის კვლევაში მონაწილეობის მისაღებად.

და ბოლოს – განსაკუთრებული მადლობა ჩვენი პროექტის სამიზნე ჯგუფს – ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს, მათ ოჯახებსა და მთლიანად თემს – პროექტის ფარგლებში ღია და გულწრფელი თანამშრომლობისთვის!

შორენა საძაგლიშვილი,
ჯანა (დარეჯან) ჯავახიშვილი,
თეონა გოცირიძე და ქეთევან ლეკიშვილი

შინაარსი

შესავალი	13
თავი 1	
ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები: თანამედროვე კვლევის ფოკუსი	15
თავი 2	
ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების გავრცელება საქართველოში და მსოფლიოში: ეთნიკური და სხვა დემოგრაფიული მახასიათებლები, ქუჩაში გამოსვლის მიზეზები	27
თავი 3	
ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ეთნიკური კვლევის მეთოდოლოგიური სირთულეები, კვლევის „ნივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ მაგალითზე	40
თავი 4	
ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ფსიქიკური ჯანმრთელობა	122
თავი 5	
ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში	143
თავი 6	
ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სექსუალურად სარიისკო ქცევები და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა	176
დანართები	238

შესავალი

წინამდებარე მონოგრაფიის მიზანია მსჯელობა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების რეპროდუქციულ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე, და ამ საკითხების კვლევის სპეციფიკაზე. მსჯელობა იშლება არსებული ლიტერატურისა და კვლევების მიმოხილვის საფუძველზე; მათ შორის იმ კვლევებისა, რომელიც ჩატარდა საქართველოში, 2007-2020 წლებში.

მონოგრაფია მომზადდა შოთა რუსთაველის ფუნდამენტური კვლევებისათვის სახელმწიფო სამეცნიერო საგრანტო პროგრამით მხარდაჭერილი კვლევითი პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (#FR17_31) ფარგლებში. პროექტი ეხება როგორც მსოფლიოში, ასევე საქართველოში საზოგადოების ერთ-ერთ ყველაზე მოწყვლად და ნაკლებად შესწავლილ ჯგუფს – ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს.

კვლევის მონაცემების ანალიზი კვლავ მიმდინარეობს და ამდენად, მოცემული ნაშრომი – კვლევის შუალედური პროდუქტია. ის მკითხველს სთავაზობს კვლევის საწყის ეტაპზე მოპოვებულ პირველად აღწერით მონაცემებს, საკითხის გარშემო არსებული ლიტერატურის მოცულობით მიმოხილვას, კვლევის განხორციელების გზაზე არსებული გამოწვევების ანალიზსა და ამ გამოწვევებთან გამკლავების გამოცდილების გაზიარებას.

ნაშრომის შედგენაში მონაწილეობა მიიღეს ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის, სოციალური მომსახურებებისა და ინტერვენციების მეცნიერული განვითარების კვლევითი ცენტრის მკვლევრებმა, ექსპერტებმა და, სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამის სტუდენტებმა, სასწავლო პრაქტიკის ფარგლებში.

მონოგრაფია შედგება შემდეგი ექვსი თავისგან:

პირველ თავში, რომელიც დაწერილია შორენა საძაგლიშვილის მიერ, გადმოცემულია ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვისა და ახალგაზრდის განსაზღვრება, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების/ახალგაზრდების კვლევის თანამედროვე ტენდენციები და ამ სამიზნე ჯგუფის უფლებების დაცვაზე მიმართული საერთაშორისო მექანიზმები;

მეორე თავში, რომელიც დაწერილია შორენა საძაგლიშვილის მიერ, განხილულია ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების გავრცელება საქართველოში და მსოფლიოში, მათი ეთნიკური და სხვა დემოგრაფიული მახასიათებლები, ქუჩაში გამოსვლის მიზეზები;

მესამე თავი, რომელიც დაწერილია შორენა საძაგლიშვილის, ქეთევან ლეკიშვილისა და თეონა გოცირიძის მიერ, ეთმობა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების კვლევის ეთიკური, ტექნიკური და მეთოდოლოგიური გამოწვევების ანალიზს;

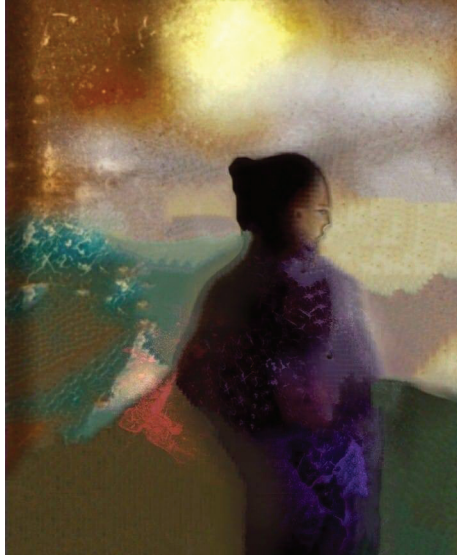
მეოთხე თავში, რომელიც დაწერილია ჯანა ჯავახიშვილის მიერ, მიმოხილულია ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის რისკ-ფაქტორები, სტრესის მიმართ მედეგობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გავრცელება და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ზრუნვის შესაბამისი ფორმები;

მეხუთე თავში, რომელიც დაწერილია ჯანა ჯავახიშვილის მიერ, გადმოცემულია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკისა და დამცავი ფაქტორების, ადიქციის ახსნითი მოდელი, მოხმარების გავრცელება და პრევენციის მტკიცებულებითი მიდგომები;

და ბოლოს, მეექვსე თავში, რომელიც დაწერილია შორენა საძაგლიშვილის მიერ, განხილულია ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სარისკო სექსუალური ქცევები და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხები.

ნაშრომი ეხება 10-დან 19 წლის ჩათვლით ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს. ამ სამიზნე ჯგუფის აღსანიშნავად, სხვადასხვა ლიტერატურაში სხვადასხვა ტერმინს ანიჭებენ უპირატესობას: ხშირად იხმარება „ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები“; არანაკლებ ხშირად გამოიყენება „ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები“ და ა.შ. ჩვენს ტექსტში, სიმარტივისთვის, უფრო ხშირად „ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს“ ვიყენებთ; თუმცა, ამავე დროს, ვიყენებთ „ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებსაც“ და „ქუჩასთან დაკავშირებულ მოზარდებს“; რამდენადაც ლიტერატურის მიმოხილვის ნაწილში არ ვცვლით იმ ტერმინოლოგიას, რომელსაც იყენებენ კონკრეტული კვლევების ავტორები.

წიგნი განკუთვნილია პროფესიონალთა ფართო წრისთვის – მათთვის, ვინც იკვლევს, აპირებს კვლევას და/ან მუშაობს ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან და/ან მათ საკითხებზე.



თავი 1

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები: თანამედროვე კვლევის ფოკუსი

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების განმარტება არაერთგვაროვნად გვხვდება სამეცნიერო და პოლიტიკურ ლიტერატურაში. ტერმინი „ქუჩის ბავშვი“ პირველად გამოჩნდა 1980 წელს. მსოფლიოს მასშტაბით ქუჩის ბავშვების განსაზღვრების შესახებ დღესაც მიმდინარეობს დებატები. ხშირად ქუჩის ბავშვებს ჰყოფენ ქუჩაში მყოფ ბავშვებად ან ქუჩის ბავშვებად (Singh and Purohit, 2011). პირველ მათგანში იგულისხმებიან ის ბავშვები, რომლებიც მთელ დღეს ქუჩაში ატარებენ, რათა გამოიმუშაონ თანხა და მოგვიანებით სახლში ბრუნდებიან და ოჯახთან კონტაქტს ინარჩუნებენ, ხოლო მეორეში იგულისხმებიან, ის ბავშვები, რომლებიც მუდმივად ცხოვრობენ ქუჩაში ან ოჯახის წევრებთან კონტაქტი საერთოდ არ აქვთ ან მხოლოდ მინიმალურად აქვთ. მათი დამოკიდებულება ოჯახის მიმართ არის ინდიფერენტული ან უარყოფითი.

ქუჩის ბავშვების ან ახალგაზრდების ყველაზე გავრცელებული განმარტების მიხედვით, „ქუჩის ბავშვად განიხილება ნებისმიერი გოგო ან ბიჭი, რომელსაც არ მიუღწევია სრულწლოვანების ასაკისთვის, ვისთვისაც ქუჩა არის ჩვეულებრივი საცხოვრებელი და/ან საარსებო წყარო და ის, ვინც არის არაადეკვატურად დაცული და არ არის პასუხისმგებელი პირების მეთვალყურეობის ქვეშ“. ეს განსაზღვრება ჩამოყალიბდა 1983 წელს შვეიცარიაში არასამთავრობო

ორგანიზაციების მიერ და 1994 წელს მიღებულ იქნა გაეროს ადამიანის უფლებათა კომიტეტის მიერ (გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის ოფისი, 2012, გვ. 9).

1990-იან წლებში ტერმინი „ქუჩის ბავშვები“ კიდევ უფრო დაზუსტდა და დაკონკრეტდა, რათა უკეთ გადმოეცა ბავშვების უკიდურესად მრავალფეროვანი სიტუაციები და ცხოვრებისეული გარემოებები.

ადამიანის უფლებათა საბჭოს №16/12 რეზოლუციაში გამოყენებულია ტერმინი „ქუჩაში მომუშავე და/ან მცხოვრები ბავშვები“; ხოლო „ბავშვის უფლებათა კომიტეტმა გამოიყენა ტერმინი „ქუჩის სიტუაციაში მყოფი ბავშვები“ იმ ფაქტის აღიარების მიზნით, რომ ქუჩაში ბავშვები მრავალ სხვადასხვა საქმიანობას ეწევიან და თუ საქმე გვაქვს „პრობლემასთან“, ეს ბავშვის ბრალი კი არ არის, არამედ იმ სიტუაციის შედეგია, რომელშიც ბავშვი აღმოჩნდა (გაეროს ადამიანის უფლებათა უმაღლესი კომისრის ოფისი, 2012, გვ.10).

დღემდე მიმდინარეობს დავა იმის თაობაზე, რომ ტერმინი „ქუჩის ბავშვები“ არის ბუნდოვანი, დისკრიმინაციული და განსხვავებული მახასიათებლების და საჭიროებების მქონე ბავშვთა დიდ ჯგუფს აერთიანებს.

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, 2016 წლიდან ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვს შეესაბამება ტერმინი „მიუსაფარი ბავშვი“¹. კერძოდ, მიუსაფარი ბავშვი განიმარტება, როგორც 18 წლამდე ქუჩაში მცხოვრები/მომუშავე პირი, რომელიც ირიცხება სახელმწიფო სააღმზრდელო დაწესებულებაში, თავშესაფარში. თუმცა ახალგაზრდების უმეტესობას ყავთ ოჯახები, აქვთ საკუთარი საცხოვრებელი ფართი, მაგრამ მათ დროის უმეტესი ნაწილის გატარება უწევთ ქუჩაში და ჩართულები არიან ბავშვთა შრომაში“.

საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში მწვავედ დგას „ქუჩის ბავშვების“ საკითხი. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, საქართველოში მძიმე ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე ამ პრობლემამ განსაკუთრებული სიმწვავეით იჩინა თავი, რადგან ამ პერიოდში ბევრი ბავშვი დარჩა სათანადო ყურადღების მიღმა (საძაგლიშვილი, 2016). პრობლემა დღემდე აქტუალურია, რადგან ქვეყანაში არსებული მძიმე სოციალური და ეკონომიკური ვითარების, ძალადობისა და ოჯახური კონფლიქტების გამო, საკმაოდ ბევრი ბავშვი რჩება ქუჩაში. მათი საშუალო ასაკი მერყეობს ხუთიდან ცხრამეტ წლამდე. ბავშვებზე ძალიან მძიმედ მოქმედებს ქუჩაში ცხოვრება. ისინი მუდმივად არიან ძალადობის, უგულვებელყოფის და ექსპლუატაციის მსხვერპლნი.

1 საქართველოს მთავრობის დადგენილება №437 „ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურების დამტკიცების შესახებ. 2016 წლის 12 სექტემბერი.

მოკლებულნი არიან ოჯახურ სიტბოს და მზრუნველობას. არაადეკვატური საცხოვრებელი პირობების, ცხოვრების არასტაბილური წესის, მათი ასაკისათვის შეუფერებელი ცხოვრებისეული გამოცდილების და სხვა მიზეზთა გამო, მიუსაფარი ბავშვები წარმოადგენენ საზოგადოების ერთ-ერთ ყველაზე დაუცველ ჯგუფს.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ქუჩაში მცხოვრები ახალგაზრდები წარმოადგენენ საერთო პრობლემას როგორც განვითარებადი, ასევე განვითარებული ქვეყნებისათვის. მათი საერთო რაოდენობის დადგენა რთულია მათი ტრანზიტული ცხოვრებიდან გამომდინარე (Thomas de Benitez, 2011). მსოფლიო მასშტაბით 100 მილიონი ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვია და მათი უმრავლესობა განვითარებად ქვეყნებშია (Unicef, 2002). ასევე, საინტერესოა, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების რაოდენობა იცვლება იმის მიხედვით, თუ ვინ ახდენს ამის შეფასებას, სამთავრობო თუ არასამთავრობო ორგანიზაციები.

ამრიგად, გაეროს ბავშვთა ორგანიზაციის (UNICEF) განმარტებით, „ქუჩის ბავშვები ('Children of the street') არიან უსახლკარო ბავშვები, ისინი ცხოვრობენ ქუჩებში, მათ სძინავთ ქუჩებში ძირითადად ურბანულ ადგილებში, ცხოვრობენ სხვა ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებთან, ახალგაზრდებთან და უსახლკარო უფროსებთან. ბავშვები ქუჩაში ('Children on the street') მუშაობენ სასიცოცხლო ლუკმა-პურის საშოვნელად ან ითხოვენ მოწყალებას ქუჩაში და ბრუნდებიან ღამით სახლში და ინარჩუნებენ კონტაქტს თავიანთ ოჯახებთან. ასეთ განსაზღვრებაში შედიან მიგრანტი ბავშვებიც, რომელთაც ჰყავთ ან არ ჰყავთ ოჯახები. ტერმინი „ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და ახალგაზრდები“ იკვეთება ისეთ კატეგორიებთან, როგორებიცაა ოჯახებიდან გაქცეული და უსახლკარო ახალგაზრდები და ტრეფიკინგის მსხვერპლი ახალგაზრდები, მომუშავე ბავშვები, ქონმახებში მცხოვრები ბავშვები და ბავშვები, რომლებიც ცხოვრობენ ინსტიტუციებში (Ennew, 2003; UNICEF, 2005). ავტორები აღნიშნავენ, რომ ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვების და ღატაკ ოჯახებში მცხოვრები ბავშვების პრობლემები თითქმის იდენტურია (Panter-Brick 2002; Thomas de Benitez 2011). თუმცა, ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებთან მიმართებაში განსაკუთრებულად ხაზგასმულია მათი მედეგობა (Beazley 2003; Van Blerk, 2006). მედეგობა არის ის უნარი, რითაც ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და ახალგაზრდები ახერხებენ საკუთარი საბაზისო მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებას, ეყრდნობიან რა სოციალური მხარდაჭერის ქსელებს და ეძებენ გზებს და რესურსებს, რომ მიაღწიონ პიროვნულ მიზნებს (Theron, 2010).

მოცემული ნაშრომი კონცენტრირდება ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებზე და ახალგაზრდებზე, რომლებიც განიცდიან მრავალმხრივ

დეპრივაციას და ამასთან, დაკავშირებული არიან ქუჩასთან. ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ ქუჩაში ან საჯარო სივრცეებში, მუშაობენ ქუჩებში და ბრუნდებიან სახლებში, ქობმახებში ან დროებით საცხოვრებლებში ან არ აქვთ სათანადო ზედამხედველობა პასუხისმგებლობის მქონე უფროსებისაგან. ეს მოიცავს ისეთ კატეგორიებს, როგორზეც მიუთითებს გაეროს ბავშვთა ორგანიზაცია, კერძოდ, ბავშვები ქუჩებში ('on the street') და ქუჩის ბავშვები ('in the street'), რომელთა ცხოვრებაშიც ქუჩას აქვს ყველაზე მთავარი და კრიტიკული როლი (Redes Rio Crianca, 2007; Thomas de Benitez 2011; Coren E, Hossain R, Pardo Pardo J, Veras MMS, Chakraborty K, Harris H, Martin AJ, 2013).

ეს განსაზღვრება გაცილებით ფართეა და იძლევა შესაძლებლობას მასში შევიდეს ქუჩასთან „ტრანზიციამი“ (გარდამავალ მდგომარეობაში) მყოფი მრავალი ბავშვი და ახალგაზრდა, რომელთა მდგომარეობა არ არის ფიქსირებული. კერძოდ, ისეთი ახალგაზრდებიც შევლენ, რომლებიც ცხოვრობენ ქობმახებში, დროებით საცხოვრებლებში, შეჭრილები არიან უკანონო დასახლებებში და ა.შ., და სხვადასხვა პერიოდულობით მუშაობენ ქუჩებში.

ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და ახალგაზრდები არიან ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სექსუალური ექსპლუატაციის, ძალადობის, ეკონომიკური ექსპლუატაციის, სოციალური ექსკლუზიის (გარიყულობის), სამუშაო ტრეფიკინგის, ნარკოტიკების და ალკოჰოლის ავადმომხმარებლის, წამალდამოკიდებულების და აივ-შიდსის რისკების ქვეშ (Ennew, 2000; West, 2003).

ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და ახალგაზრდები განიცდიან ჯანმრთელობის პრობლემებს, იძულებას, და კონტროლს უფროსებისგან, კრიმინალური დაჯგუფებებისაგან. ისინი ასევე ვერ იღებენ განათლებას და ამ მხრივ, მათი უფლებები შეზღუდულია (West, 2003).

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და ახალგაზრდები არ არიან ჰომოგენური ჯგუფი. მაგალითად, კვლევების მიხედვით, გოგონები და ახალგაზრდა ქალები განიცდიან განსხვავებულ რისკებს ბიჭებთან და ახალგაზრდა მამაკაცებთან შედარებით (Beazley, 2003; Van Blerk, 2006).

სხვა ჯგუფები, როგორცაა მაგალითად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები და ახალგაზრდები და ეთნიკური ჯგუფები ხასიათდებიან განსხვავებული გამოცდილებებით. ამრიგად, ბავშვები და ახალგაზრდები ცხოვრობენ და მუშაობენ ქუჩებში სხვადასხვა გზებით და სხვადასხვა მიზნებით (UNICEF, 2005).

ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და ახალგაზრდები ძირითადად არ არიან ობლები და კონტაქტს ინარჩუნებენ თავიანთ ოჯახებთან და ხშირ შემთხვევაში, მუშაობენ საკუთარი ოჯახის ეკონომიკური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად (UNICEF, 2005).

თანამედროვე კვლევები ასევე ხაზს უსვამენ ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების და ახალგაზრდების მედეგობის უნარს და იმ ფაქტს, რომ მათ აქვთ უფლება იყვნენ ისეთები, როგორებიც არიან, იყვნენ სრულყოფილი მოქალაქეები და მიიღონ საკუთარი გადაწყვეტილებები (Panter-Brick, 2002; Thomas de Benitez, 2011).

ამრიგად, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების და ახალგაზრდების პრობლემა არის ემოციურად შეფერილი საჯარო პრობლემა, რომელიც ეროვნული და საერთაშორისო ბავშვთა კეთილდღეობის ორგანიზაციების პრიორიტეტად განიხილება. ამ თემაზე გამოცემული სამეცნიერო და ბავშვთა კეთილდღეობის სფეროში არსებული ლიტერატურა ძირითად აქცენტს აკეთებს ამ ფენომენის წარმოშობის საფუძვლებზე, ამ პოპულაციის იდენტიფიკაციის საკითხებზე, მათ გავრცელებაზე. გარკვეული აქცენტი გაკეთებული იმაზეც, თუ რა ზეგავლენას ახდენს ქუჩაში ცხოვრება ბავშვების ჯანმრთელობაზე და განვითარებაზე.

ოცდამეერთე საუკუნეში ფოკუსი შეიცვალა. ტერმინი „ქუჩის ბავშვები“ თითქმის გაქრა ბავშვთა კეთილდღეობის შესახებ ანალიტიკური ლიტერატურიდან. მართალია, ეს პრობლემა არ გადაჭრილა და ქუჩის ბავშვები კვლავ ხილვადნი არიან ურბანულ ცენტრებში, მაგრამ მათი განხილვა ხდება უფრო ფართე ჩრილში, კერძოდ, ისინი განიხილებიან როგორც „ურბანული რისკის ქვეშ მყოფი ახალგაზრდები“, რომლებიც საჭიროებენ დროულ ყურადღებას და ჩარევას (Kapadia, 1997; Boyden & Mann, 2000). მათი პრობლემები განიხილება სიღარიბის, სოციალური გარიყულობის, გამკლავების მექანიზმების, მოწყვლადობის და მედეგობის კონტექსტში.

ადამიანის უფლებების მიდგომა, რომელიც ეყრდნობა ბავშვის უფლებების გაეროს კონვენციის სამართლებრივ და კონცეპტუალურ ჩარჩოს, გამოყოფს კვლევას, რომელიც ფოკუსირებულია ბავშვების რთულ და გამოუვალ ვითარებებში გამკლავების მექანიზმებზე, ასევე, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების და ახალგაზრდების ჯანმრთელობის რისკებზე, რომელიც განპირობებულია მათი ქუჩაში ცხოვრებით და მუშაობით. მთავარი აქცენტი კეთდება იმაზე, თუ რამდენად არის დაცული მათი უფლებები და თუ რა რისკების წინაშე აყენებს მათ ქუჩის კონტექსტი (Panter-Brick, 2002).

გაეროს ბავშვის უფლებათა კონვენცია (1990) გამოყოფს ბავშვების კრიტიკულ უფლებებს, ამ უფლებების განხორციელების საბაზისო პრინციპებს და ამავდროულად, სამართლებრივ ნორმებს, რომელიც ავალდებულებს ქვეყნებს პრაქტიკაში აამოქმედონ ეს უფლებები და პრინციპები. ეს აღარ არის ჰუმანიტარული და საქველმოქმედო ორგანიზაციების ამოცანა, არამედ ეს არის სახელმწიფოებისა და მთავრობების სამართლებრივი პასუხისმგებლობა. კონვენცია გამოკვეთს იმ სფეროებს, სადაც ბავშვის უფლებები და

ინტერესები უნდა იყოს გათვალისწინებული. მაგალითად, მშობლებსა და განცალკევება, გამონატვის თავისუფლება, ჯანმრთელობა, განათლება, დასაქმება და ა.შ., სადაც მთავარი პრინციპია „ბავშვის საუკეთესო ინტერესის“ გათვალისწინება (მუხლი 3.1). ეს უნივერსალური პრინციპი იმ მიზნით ჩამოყალიბდა, რომ მეტი უფლებამოსილება მიანიჭოს სწორი და მოქნილი გადაწყვეტილებების მიღებას კულტურული კონტექსტის/ინტერპრეტაციების გათვალისწინებით (Alston 1994, Van Bueren, 1998; Panter-Brick, 2000).

ამდენად, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების და ახალგაზრდების საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინებას, როგორც ეს არის ადვოკატირებული კონვენციით. ზოგიერთი მკვლევარი და ბავშვების ადვოკატი ორგანიზაცია (The Consortium for Street Children) ამატებს ბავშვების ახალ უფლებებსაც, როგორცაა, (1) ბავშვის უფლება არ იყოს სტიგმატიზებული; (2) ბავშვის უფლება, რომ მასზე ჩატარდეს კორექტული კვლევა – განხორციელდეს ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების ადეკვატური დათვლა; (3) ბავშვის უფლება მუშაობდეს და ჰყავდეს მხარდამჭერი სისტემა (ქსელი); (4) მისი პრივატობის უფლება და სხვების მხრიდან მისი ინდივიდუალობის (სექსუალობის ჩათვლით) პატივისცემის უფლება, და (5) ბავშვის უფლება იყოს დაცული მედიის, აქტივისტების, დონორების ზედმეტი, არასათანადო ყურდლებისაგან, როდესაც ეს სისტემები შერჩევითად უსვამენ ხაზს მის სისუსტეებსა და მოწყვლადობას (Ennew, 1995; Byrne, 1998).

აქცენტმა გადაინაცვლა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისა და ახალგაზრდების საჭიროებებიდან უფლებებზე, რადგან ისინი არიან მოქალაქეები (Earls & Carlson, 1999). ბავშვებს, როგორც მოქალაქეებს აქვთ რესურსების ქონის უფლება, რითაც შეძლებენ გადარჩენას და განვითარებას. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისა და ახალგაზრდების სოციალური გარიყულობა იწყება დაბადების მოწმობისა და სარეგისტრაციო დოკუმენტების უქონლობით, საცხოვრებელი ადგილის არასტაბილურობით, შესაბამისი განათლებისა და ჯანდაცვის სერვისების არქონით. შესაბამისად, მათი მოქალაქეობრივი უფლებები შეზღუდულია. ამდენად, საჭიროა ასეთი ბავშვების უფლებების ლობირება ეროვნულ და მსოფლიო დონეზე (Woodhead, 1990).

ტრადიციულად, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების საკითხები არ განიხილებოდა სოციალურ და სტრუქტურულ პრობლემად. მეტიც, ბავშვები იმთავითვე განიხილებოდნენ, „როგორც პათოლოგიური ოჯახების შვილები“ და „დეფექტურები“, რომელთაც აქვთ საჭიროებები და არიან ჰუმანიტარული დახმარების ობიექტები და არა უფლებების მქონე სუბიექტები (Moss et al., 2000). ამის საწინააღმდეგოდ, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების განხილვა მათი უფლე-

ბების ჭრილში – რევოლუციური მიდგომაა. ამ მიდგომის მიხედვით, ბავშვის უფლებები მჭიდროდ განიხილება თემის და ოჯახის უფლებებთან ერთად, სადაც ბავშვებს აქვთ ოჯახის უფროსების მიმართ მოვალეობები და პასუხისმგებლობები. მსგავსი მიდგომები დამახასიათებელია ბევრი არაევროპული კულტურებისათვის (Alston, 1994, Goonesekere, 1998, Montgomery, 2001). მეორეს მხრივ, ბავშვებს აქვთ უფლებები, რომლებიც მჭიდროდ უკავშირდება მათი განვითარების და სოციალური მოწიფულობის საკითხებს.

ამ ჭრილში დაისმის შემდეგი კითხვები: (1) რამდენად აქვს ბავშვს უფლება იცხოვროს ქუჩაში; (2) გაიზარდოს თანატოლებთან ერთად ქუჩაში და არა ოჯახში; (3) გამოიმუშავოს ფული და ა.შ. ეს მორალური საკითხებია.

მორალური ასპექტების გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ბავშვის საუკეთესო ინტერესების განსაზღვრა. კერძოდ, რა შესაძლებლობები, ინდივიდუალური თავისებურებები, კომპეტენციები აქვს ბავშვს და რამდენად მოწიფულია იგი. დაისმის ლეგიტიმური კითხვა: ამგვარი ქცევების განხორციელების პირობებში, როგორი იქნება მისი ცხოვრების ხარისხი? მისი ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობა? რამდენად შეძლებს ბავშვი საკუთარი თავის რეალიზებას მომავალში, საბაზო განათლების არქონის პირობებში? და ა.შ. (Freeman, 1996).

გაეროს ბავშვთა კონვენციის მიხედვით, ბავშვის საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინება არის არა მხოლოდ მათი დაცვა და საჭიროებების დაკმაყოფილება, არამედ მათი მოსმენა და მონაწილეობის ხელშეწყობა. მნიშვნელოვანია, უფლებათა სამ კატეგორიას (დაცვა, უზრუნველყოფა და მონაწილეობა) შორის ბალანსის დაცვა. ბავშვის მონაწილეობის უფლების მიხედვით, ბავშვი არის „საკუთარი ცხოვრების ცვლილების აგენტი“ (Myers, 1988, p. 137). ბავშვის ამ უფლების დაკმაყოფილება მოითხოვს, რომ უფროსებმა აღიარონ, რომ ბავშვებს აქვთ სოციალური კომპეტენციები. ამდენად, ქუჩის ბავშვების განხილვა მხოლოდ „მოწყვლად, არაკომპეტენტურ, უფლებოდ“ ძალიან პრობლემატურია (Morrow & Richards, 1996, p. 90), მაშინ როცა ამ ბავშვებს აქვთ რთულ ცხოვრებასთან გამკლავების უნარები (Ennew 1994, Panter-Brick 2001a). ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია იმ ფაქტორების გამოკვეთა, რომლებიც ეხმარება ბავშვს რთულ სიტუაციებთან გამკლავებაში (Felsman, 1989, Engle et al., 1996, Boyden et al., 1998). ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, როგორც მსხვერპლების, დევნიანების და დამნაშავეების იდენტიფიცირება ზეგავლენას ახდენს მათ მიმართ განხორციელებული სტრატეგიებისა და შესაბამისი ინტერვენციების ტიპზე (Ennew 1994). მაგალითად, ინტერვენციები, რომლებიც ფოკუსირებულია „ქუჩის ბავშვების გადარჩენაზე“, მიმართულია ამ ბავშვების სკოლაში დაბრუნებაზე, ან

ოჯახთან დაკავშირებულ ინტერვენციებზე. როგორც Ennew (1994, p. 35) თავის ნაშრომში აღნიშნავს, „ისინი არიან მოწყვლადები, მაგრამ არა უუნარონი. მათ სჭირდებათ პატივისცემა და არა შეცოდება“. შესაბამისად, კვლევა ორიენტირებული უნდა იყოს ამ ბავშვებთან ერთად მუშაობაზე და არა მათთვის რაიმეს კეთებაზე, ანუ მთავარი აქცენტები კეთდება ბავშვის თანამონაწილეობაზე.

ინტერაქტიული და თანამონაწილეობითი მეთოდების გამოყენება ეფუძნება იმ მთავარ კონცეფციას, რომ ბავშვებს აქვთ თავიანთი „ქმედითი მე“, „სოციალური კომპეტენციები“ და შეუძლიათ ინფორმირებული გადაწყვეტილებების მიღება საკუთარი ცხოვრების შესახებ. მათ შეუძლიათ საკუთარი შეხედულებების და მოსაზრებების გამოხატვა, რომლებიც შესაძლოა განსხვავდებოდეს უფროსების შეხედულებებისაგან (Ennew, 1994; Johnson, et al. 1995, 1998; Hutchby & Moran-Ellis, 1998). ასეთი კვლევა უპირატესობას ანიჭებს ამ ბავშვების პერსპექტივას და ბავშვების თანამონაწილეობას კვლევის მიზნების ჩამოყალიბებაში და განხორციელებაში (Connolly & Ennew, 1996, Johnson et al., 1998). კონკრეტულად, ეს გულისხმობს ახალგაზრდების მონაწილეობას კვლევის პროცესში. ახალგაზრდები განიხილებიან მკვლევრებთან და არა უბრალოდ ინფორმაციის გამცემებად, რესპონდენტებად. ამ ტიპის კვლევაში ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა თავად ატარებს ინტერვიუს თავის თანატოლებთან, იღებს ფოტოებს და ვიდეოს საკუთარი ცხოვრების და ქუჩის მეგობრების შესახებ. ასეთ მიდგომას მივყავართ ადვოკატობის ახალ ფორმებამდე, ქუჩაში მომუშავე და მცხოვრები ბავშვების სოციალურ მობილიზაციამდე, ხელს უწყობს მათ მონაწილეობას ეროვნულ და საერთაშორისო ფორუმებში, სადაც განიხილება მათ უფლებებთან დაკავშირებული საკითხები (Swift, 1997). ბავშვზე ცენტრირებული მიდგომების გამოყენება არ ამარტივებს ეთიკურ საკითხებს. კერძოდ, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების არა როგორც კვლევის ობიექტებად, არამედ მათი მკვლევრებად მონაწილეობა წარმოშობს მთელ რიგ, განსხვავებული ტიპის ეთიკურ პრობლემებს. კერძოდ, ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია არა მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის საკითხები და ბავშვების აზრების/შეხედულებების პატივისცემა, არამედ მონაცემების შეგროვების, ინტერპრეტაციის, და კვლევის შედეგების დამახინჯების გარეშე გავრცელების საკითხები. აქ შემოდის უფროსებსა და ბავშვებს შორის ძალთა არათანაბარი განაწილებისა და ასაკობრივი სხვაობის საკითხებიც (Morrow & Richards, 1996).

ამრიგად, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების კვლევა მოითხოვს მკვლევრების მიერ ახალი მიდგომების გამოყენებას, რაც გულისხმობს ბავშვის საუკეთესო ინტერესების გათვალისწინებით კვლევის ჩატარებას.

ბიბლიოგრაფია:

1. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 2016. საქართველოს მთვარობის დადგენილება №437 „ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურების დამტკიცების შესახებ.“ თბილისი.
2. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. 1990. კონვენცია ბავშვის უფლებების შესახებ – „ბავშვის საუკეთესო ინტერესის“ გათვალისწინება (მუხლი 3.1) <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1399901?publication=0>
3. Abhinav Singh and Bharathi Purohit. 2011. Street Children as a Public Health Fiasco. A Journal of Social Justice. Volume 23 (1). Pg.102. (26 Feb)
4. Alston, Philip. 1994. The best interests principle: towards a reconciliation of culture and human rights. In *The Best Interests of the Child*, ed. P Alston, pp. 1–25. Oxford: Clarendon
5. Beazley, Harriot. 2003. Voices from the margins: street children's subcultures in Indonesia. *Children's Geographies* 2003; 1(2): 181-20
6. Boyden, Jo and Gillian, Mann. 2000. Children's risk, resilience and coping in extreme situations. Oxford, UK Background paper to the Consultation on Children in Adversity. 9–12 September 2000.
7. Boyden, J., B. Ling and W. Myers. 1998. *What Works for Working Children*. London: Kingsley
8. Byrne, Iain. 1998. *The Human Rights of Street and Working Children*. London: Intermediate Technol. Publ.
9. Coren, E., R. Hossain, J. Pardo Pardo, Veras MMS, K. Chakraborty, H. Harris and AJ. Martin. 2013. Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people (Review). This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2013, Issue 2.
10. <http://www.thecochranelibrary.com/>
11. Connolly, M and Judith Ennew. 1996. Childhood—A Global J. Introduction— Children out of place. *Child Res.* 32:131–45
12. Earls Felton and Maya Carlson. 1999. Children at the margin of society: research and practice. *New Dir. Child Adoles. Dev.* 85(Fall)
13. Engle P., S. Castle and P. Menon. 1996. *Child development: vulnerability and resilience*. Published by Elsevier Ltd. *Soc. Sci. Med.* 43(5):621–35
14. Ennew, Judith. 1994. *Street and Working Children— A Guide to Planning*. London: Save the Children
15. Ennew, Judith. 1995. Outside childhood: street children's rights. In *The*

- Handbook of Children's Rights: Comparative Policy and Practice. ed. Bob Franklin, pp. 201–14. London/New York: Routledge
16. Ennew, Judith. 2000. Why the Convention is not about street children. *Revisiting Children's Rights: 10 Years of the UN Convention on the Rights of the Child*, ed. D Fottrell, pp. 169– 82. The Hague/Boston: Kluwer Law Int.
 17. Ennew, Judith and Jill Swart-Kruger. 2003. *Children, Youth and Environments 2003. Introduction: homes, places and spaces in the construction of street children and street youth*. 13(1):1–2. Published by: University of Cincinnati
 18. Felsman, KJ. 1989. Resiliency in context: children coping in extreme circumstances. In *The Child in Our Times: Studies in the Development of Resiliency*. ed. Timothy Dugan and Robert Coles, pp. 56–80. New York: Brunner/Mazel
 19. Freeman, Michael. 1996. The moral status of children. In *Understanding Children's Rights*. ed. Eugeen Verhellen, pp. 9–23. Belgium: Univ. Ghent
 20. Goonesekere, Savitri. 1998. *Children, law and justice: a south Asian perspective*. New Dehli: Sage
 21. Hutchby, Ian. 1998. *Children and Social Competence: Arenas of Action*. eds. Jo Moran-Ellis. London: Falmer
 22. Johnson, V., J. Hill and E. Ivan-Smith. 1995. *Listening to Smaller Voices: Children in an Environment of Change*. London: Actionaid
 23. Johnson, V., E. Ivan-Smith, G. Gordon, P. Pridmore and P. Scott. 1998. *Stepping Forward: Children and Young People's Participation in the Development Process*. London: Intermediate Technol.
 24. Kapadia, Kiran. 1997. *Children at risk in urban areas in India: a review*. SCARO Briefing paper No.6. Kathmandu: Save the Children (UK) South and Central Asia Reg. Office
 25. Montgomery, Heather. 2001. Imposing rights? A case study of child prostitution in Thailand. In *Culture and Rights: Anthropological Perspectives*. ed. Cowan, J., M. Dembour and R. Wilson, pp. 80–101. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press
 26. Morrow, Virginia and Martin Richards. 1996. The ethics of social research with children: an overview. *Children Soc.* 10:90–105
 27. Moss, P., J. Dillon and J. Statham. 2000. The 'child in need' and 'the rich child': discourses, constructions and practice. *Crit. Soc. Policy* 20(2):233–54
 28. Myers, William E. 1988. Alternative services for street children: the Brazilian approach. In *Combating Child Labour*. eds. Assefa Bequele

- and Jo Boyden, pp. 125–43. Geneva, Switzerland: Int. Labour Org.
29. Panter-Brick, Catherine. 2000. Nobody's children? A reconsideration of child abandonment. In *Abandoned Children*. eds. Catherine Panter-Brick and Malcolm T Smith, pp. 1–26. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press
 30. Panter-Brick, Catherine. 2001a. Street children: cultural concerns. In *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. ed. Neil J. Smelser and Paul B. Baltes, 22:15154–57. Oxford: Elsevier
 31. Panter-Brick, Catherine. 2002. Street children, human rights, and public health: a critique and future directions. *Annual Review of Anthropology* 2002;31:147–71
 32. Redes Rio Crianca. 2007. Crianca, Rua e ONGs: Quem Faz o que faz? Mapeamento de Acoes Das ONGs Junto as Crianças e adolescentes em situacao de rua no municipio do RJ [Childhood, Street and NGOs: Who are they and what do they do? Mapping of NGO Activities Working with Children and Adolescents in Street Situations in the Municipality of Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro: Criacao Grafica.
 33. Sadzaglishvili, Sh. (2016). Reconstructing Social Welfare Institutions and Building a Professional Social Work Workforce in Post-Soviet Georgia: An Ecological Systems Framework, *International Social Work*, 2016. DOI: 10.1177/0020872816674790
 34. Swift, Anthony. 1997. *Children for Social Change— Education for Citizenship of Street and Working Children in Brazil*. Nottingham, UK: Educ. Heretics Press
 35. Thomas de Benitez, Sarah. 2011. *State of the World Street Children: Research*. London: CSC.
 36. Theron, Linda Carol and Macalane Junel Malindi. 2010. Resilient street youth: aqualitative South African study. *Journal of Youth Studies* 2010;13(6): 717–36
 37. The United Nations Children's Fund (UNICEF). 2002. *The State of the World's Children 2003*. New York – UNICEF.
 38. <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World%27s%20Children%202003.pdf>
 39. The United Nations Children's Fund (UNICEF). 2005. *The State of the World's Children 2006*. New York – UNICEF.
 40. <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World%27s%20Children%202006.pdf>
 41. Van Blerk, Lorraine. 2006. Diversity and difference in the everyday lives of Ugandan street children: the significance of age and gender for understanding the use of space. *Social Dynamics* 2006; 32(1):47–74.

42. Van Bueren, Geraldine. 1998. Children's rights: balancing traditional values and cultural plurality. In *Children's Rights and Traditional Values*. ed. Gillian Douglas and Leslie Sebba, pp. 15–30. Aldershot, UK: Dartmouth
43. West, Andrew. 2003. *At the margins: street children in Asia and the Pacific*. the Asian Development Bank. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/29163/margins.pdf>
44. Woodhead, Martin. 1990. Psychology and the cultural construction of children's needs. In *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. ed. Allison James and Alan Prout, pp. 60–77. London: Falmer



თავი 2

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების გავრცელება საქართველოში და მსოფლიოში: ეთნიკური და სხვა დემოგრაფიული მახასიათებლები, ქუჩაში გამოსვლის მიზეზები

2.1. გავრცელება და ხილვადობა

მსოფლიოს მასშტაბით ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების ზუსტი რაოდენობა უცნობია. თუმცა, გაეროს ბავშვთა ფონდის შეფასებით დღეს მსოფლიოში დაახლოებით 100 მილიონი ბავშვი ცხოვრობს და/ან მუშაობს ქუჩაში (Thomas de Benítez, 2007).

ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების პრობლემა მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყნისთვისაა ნაცნობი. მაგალითად, გაეროს მონაცემების თანახმად ლათინურ ამერიკაში 40 მილიონი ბავშვი ცხოვრობს ქუჩაში, 30 მილიონი ცხოვრობს აზიაში, 10 მილიონი ცხოვრობს აფრიკაში, დარჩენილი 20 მილიონი კი ცხოვრობს ევროპაში, აშშ-ში, კანადაში და ავსტრალიაში. ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვები ძირითადად ლოკალიზებული არიან დიდ ქალაქებში.

გაეროს ბავშვთა ორგანიზაციის მიერ შეფასებულია სხვადასხვა ქვეყნებში ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ხილვადობის დონის მიხედვით (UNICEF, 2005). ხილვადობის დონე ასახავს საზოგადოების ცნობიერებას ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების შე-

სახე. ეს საზომი აფასებს საზოგადოების დაინტერესებას ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებით, თუმცა არ იკვლევს ამ ინტერესის გამომწვევ მიზეზებს, რომელიც შეიძლება იყოს რეპრესიული, კეთილდღეობის პოლიტიკით გამოწვეული, ან ფოკუსირდებოდეს ბავშვების უფლებების დაცვაზე. ავტორებმა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების ხილვადობა გამოითვალეს ისეთი ცვლადების დაჯამებით, როგორცაა „ამ თემაზე მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციების არსებობა“; „სამთავრობო პროგრამები ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისათვის“; „მედია ანგარიშები“ და „აკადემიური კვლევები“. მაღალი ხილვადობა ნიშნავს, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და ახალგაზრდები არიან საკმარისად წარმოდგენილი მოცემულ ქვეყნებში, რის გამოც მათზე ყურადღება აქვთ მიპრობილი სამთავრობო, არასამთავრობო ორგანიზაციებს, მედიას და მკვლევრებს. დაბალი ხილვადობა ნიშნავს, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები არასაკმარისად არიან წარმოდგენილი მოცემულ ქვეყნებში და არ იპყრობენ სამთავრობო, არასამთავრობო ორგანიზაციების, მედიის და მკვლევრების ყურადღებას.

ამ საზომის მიხედვით, განასხვავებენ ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების მიხედვით მაღალი, საშუალო და დაბალი ხილვადობის ქვეყნებს. მაღალი ხილვადობა ნიშნავს, რომ ბავშვები არიან ქუჩებში საკმაო რაოდენობით და ხანგრძლივობით, რომ მიიპყრეს სხვადასხვა ინტერესთა ჯგუფების ყურადღება. 69 ქვეყნის მონაცემების შეჯამების შედეგად გამოიკვეთა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მიხედვით მაღალი ხილვადობის ქვეყნები: ანგოლა, ბრაზილია, ბურუნდი, კამბოჯა, კამერუნი, ჩადი, კოლუმბია, კონგოს დემოკრატიული რესპუბლიკა, ეკვატორი, ეგვიპტე, ეთიოპია, გვატემალა, ჰონდურასი, ინდოეთი, ინდონეზია, იამაიკა, კენია, მექსიკა, ნიკარაგუა, ფილიპინები, რუსეთის ფედერაცია, რვანდა, სიერა-ლეონე, სამხრეთ აფრიკა, სუდანი, ტანზანიის გაერთიანებული რესპუბლიკა, თურქეთი, უკრაინა, ვენესუელა, ვიეტნამი და ზიმბაბვე. ამ კლასიფიკაციაში საქართველოს არც დაბალი ხილვადობის დონე აქვს მინიჭებული არასაკმარისი მონაცემების გამო (Sadzaglishvili, 2018).

2.2. ვინ არიან ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები სხვადასხვა ქვეყანაში

კულტურული შედარება იმ ქვეყნებს შორის, სადაც ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები არიან, აჩვენებს, რომ განვითარებად ქვეყნებში ასეთი ბავშვების 90%-ს აქვთ სამშობლო, ჰყავთ მშობლები და არ არიან უსახკლარონი. ისინი არიან მომუშავე ბავშვები, რომლებმაც ადრეულ ასაკში დაიწყეს მუშაობა ოჯახის სოციალურ-

ეკონომიკური მდგომარეობის გამო და იძულებულნი გახდნენ დახმარებოდნენ ოჯახს (Aptekar & Stoecklin, 2014). ამ ბავშვებიდან ზოგი თანდათან სრულად ქუჩაში ხვდება. ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების ნაწილი ქუჩაშია იმ მიზეზით, რომ მისი ოჯახის წევრები, მუდმივად ფიზიკურად და ფსიქიკურად ძალადობენ მასზე. კროს-კულტურული შედარებები აჩვენებს, რომ ძალადობა უფრო მეტად მართლაც დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე ოჯახებში ხდება (Aptekar, 2005).

განვითარებადი ქვეყნებისაგან განსხვავებით, ამერიკის შეერთებულ შტატებში 90-იან წლებში განსაკუთრებული აქცენტი უსახლკარო ახალგაზრდების ჯგუფებზე კეთდებოდა. 1999 წელს, უსახლკაროთა ეროვნულმა კოალიციამ (1999) შეაფასა, რომ 700,000 ადამიანი ღამეს ქუჩაში ათენებდა და მათგან 25% იყო (175,000) 18 წლამდე. იგივე ორგანიზაციის მიხედვით, 90-იან წლებში აშშ-ში 500,000-მდე უსახლკარო მოზარდი იყო ქუჩასთან დაკავშირებული (Van der Ploeg & Scholte, 1997). ამ ახალგაზრდებმა მიატოვეს საკუთარი სახლები სხვადასხვა მიზეზების გამო (ე.წ. სახლიდან გამოქცეული ახალგაზრდები), როგორცაა კონფლიქტი და კომუნიკაციის პრობლემები, ოჯახში უფროსების მიერ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების ავად მოხმარება და ფიზიკური, სექსუალური და ფსიქოლოგიური ძალადობა (Janus, McCormack, Burgess, & Hartman, 1995). უსახლკარო ახალგაზრდების 60% აღწერს ფიზიკური ძალადობის ისტორიებს (Powers, Eckenrode, Jaklitch, 1990). 33% აღწერს სექსუალური ძალადობის ისტორიებს (Simons & Whitbeck, 1991) და ემოციურ ძალადობას 41% (Powers, et al, 1990).

ახალგაზრდების ნაწილი არ გაქცეულა ოჯახიდან საკუთარი სურვილით, მაგრამ მზრუნველებმა/მშობლებმა გააგდეს სახლიდან. ასეთ ახალგაზრდებს უწოდებენ „ოჯახიდან გაგდებულებს“ და განიცდიან უგულვებელყოფის ყველაზე უკიდურეს დონეს (Powers, et al, 1990; Kufeldt, Dureiux, Nimmo, & McDonald, 1992).

ასეთი ახალგაზრდები თავს ვერ აღწევენ ძალადობას, რადგან ქუჩაში ცხოვრება განსაკუთრებით საშიშია ამ მხრივ. ქუჩაში გრძელდება ოჯახში დაწყებული ძალადობა, რადგან ქუჩაში ცხოვრება მაღალი სტრესის შემცველია. ბავშვებს მუდმივად უწევთ საკვების და საცხოვრებლის ძიება (Kipke, Simon, Montgomery, Unger, & Iversen, 1997; McCarthy & Hagan, 1992). საბოლოოდ, ახალგაზრდები ქუჩაში ხდებიან ძალადობის მსხვერპლები, ან ერთგებიან კრიმინალურ აქტივობებში (McCarthy & Hagan, 1992). უსახლკარო ახალგაზრდები ფულის საშოვნელად იყენებენ მრავალფეროვან კანონიერ და უკანონო საშუალებებს. შესაძლოა, ისინი ჩაერთონ პროსტიტუციაში და ნარკოტიკების ბიზნესშიც (Kipke, et al, 1997). ახალგაზრდები არიან აივ-შიდსის მაღალი რისკის ქვეშ. ახალგაზრდების

მხოლოდ მცირე ნაწილი იყენებს კონდომს თანმიმდევრულად, მაშინ როცა ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ახალგაზრდების უმრავლესობა სექსუალურად აქტიურია (Rotheram-Borus, Mahler, Koopman, & Langabeer, 1991). გარდა ამისა, მაღალია ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება. რაც უფრო მეტ დროს ატარებს ახალგაზრდა ქუჩაში, მით უფრო მაღალია ალბათობა იმისა, რომ იგი გაეხვევა კრიმინალურ აქტივობებში (Baron & Hartnagel, 1997), რაც კიდევ უფრო გაზრდის აივ-შიდსით დაინფიცირების რისკს (Johnson, Aschkenasy, Herbers & Gillenwaer, 1996).

2.3. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები საქართველოში

90-იან წლებში საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ, საქართველოში ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების რიცხვმა საგრძნობლად იმატა. უკანასკნელ წლებში ამ ფაქტს ხელი შეუწყო აზერბაიჯანში მოწყალეების თხოვნის კანონის აკრძალვამაც, რასაც შედეგად მოჰყვა ეთნიკურად ქურთი-აზერბაიჯანელების საქართველოს ტერიტორიაზე მასიურად შემოსვლა.

საქართველოში პირველი სრულმასშტაბიანი ურბანული კვლევა ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებზე, სახელწოდებით „ნუ მიწოდებთ ქუჩის ბავშვს“ ჩატარდა 2007 წელს, ფედერაცია „გადავარჩინოთ ბავშვების“ მიერ, ამერიკის შეერთებული შტატების (აშშ) საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა და გაეროს ბავშვთა ფონდის მხარდაჭერით. ეს იყო პირველი კვლევა საქართველოში, რომელიც მრავალმხრივ შეისწავლიდა ქუჩის ბავშვების ცხოვრებას, წეს-ჩვეულებებს და თავისებურებებს. კვლევა მიზნად ისახავდა საქართველოს ოთხ დიდ ქალაქში, თბილისში, ქუთაისში, რუსთავსა და ბათუმში ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების მიახლოებითი რაოდენობის განსაზღვრას და მათი თავისებურებების აღწერას.

აღნიშნული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ საქართველოს ოთხ დიდ ქალაქში ქუჩაში მცხოვრები ბავშვების რიცხვი 2007 წელს იყო 1,049 ბავშვი, ხოლო საქართველოს მასშტაბით მათი მიახლოებითი მაქსიმალური რაოდენობა შეადგენდა 1,600 ბავშვს. ეს არის ის ბოლო ოფიციალური მონაცემები, რაც არსებობს საქართველოში ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების რაოდენობის შესახებ.

თითქმის 11 წლის შემდეგ, 2018 წელს ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებზე მეორე მნიშვნელოვანი კვლევა ჩატარდა. კერძოდ, 2018 წელს გაეროს ბავშვთა ფონდმა, პარტნიორ ორგანიზაციებთან ერთად, ჩაატარა კვლევა „ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში“ (Unicef, 2018).

2.3.1. Unicef-ის კვლევის შედეგები

კვლევაში განხილულია ისეთი საკითხები, როგორცაა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების მოზარდებისა და ახალგაზრდების ეთნიკური შემადგენლობა, ენობრივი უნარები, წერა-კითხვის ცოდნის დონე, ქუჩაში გამოსვლის მიზეზები, ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან, ახლო ნათესავებთან, წრე ვისთანაც აქვთ მათ ხშირი ურთიერთობა და ის არსებული სირთულეები და პრობლემები რისი გადალახვაც უწევთ მათ ყოველდღიურად გადარჩენისათვის. ასევე, განხილულია ქუჩაში მცხოვრებ და/ან მომუშავე ბავშვებს შორის არსებული ურთიერთობები და დამოკიდებულებები ერთმანეთის მიმართ, ქსელები, იერარქიები, დაგროვილი ვალები და ფულის შოვნის სხვადასხვა გზები. ძალადობა, როგორც გარშემომყოფთა მხრიდან, ასევე, ერთმანეთის მხრიდან და ძალადობა ოჯახში, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებთა მოხმარება და ა.შ. ქვევით უფრო დაწვრილებით შევჩერდებით კვლევის მიგნებებზე:

ეთნიკური შემადგენლობა და ენები

საქართველოში ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების პოპულაცია მრავალეროვანია, როგორც ეთნიკური, ასევე ლინგვისტური თვალსაზრისით. საქართველოში ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების უმეტესობა არიან ეთნიკურად ქართველები, შემდეგ მოდიან „მოლდოველი ბოშები“, ბოშები (ე.წ. „დომარ“-ები, „ლომ“-ები) და აზერბაიჯანელი ქურთები (მათ აზერბაიჯანში უწოდებენ „ყარაჩს“, რომელიც „ციგნის“ (ბოშის) სინონიმია და უმრავლესობა თვლის, რომ ყარაჩებიც სხვა ციგნების ან ბოშების მსგავსი ხალხია, თუმცა ისინი არიან მუსლიმები).

აზერბაიჯანელი ქურთების სალაპარაკო ენა მკვეთრად განსხვავდება საქართველოში მცხოვრები როგორც „მოლდაველი ბოშების“, ასევე „ლომის“ ენებისაგან და ის ქურთულ ენასთან უფრო ახლოსაა, ვიდრე ბოშურთან. ამ ენაზე მოსაუბრე ჯგუფის ლინგვისტური კვლევა ძალიან მწირია. მათი ენა განსხვავებულია ბოშური ან დომარული დიალექტებისაგან, რომლებზეც რუსეთში, ბალკანეთსა და ახლო აღმოსავლეთში ლაპარაკობენ .

ბავშვების კატეგორიები

მკვლევრებმა საქართველოში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების ჯგუფი დაყვეს ოთხ ქვეკატეგორიად, იმის მიხედვით აქვთ თუ არა მათ მშობლებთან კონტაქტი და ქუჩაში მშობლებთან ერთად გამოდიან, თუ მარტო. ეს ქვეკატეგორიებია:

- „უსახლკარო (ქუჩაში მცხოვრები) ბავშვები და მოზარდები“;
- „ბავშვები, რომლებიც ქუჩაში მშობლების გარეშე არიან,

- მაგრამ დასაძინებლად სახლში მიდიან“;
- „ქუჩის მობილური ოჯახების ბავშვები“; (ბავშვები, რომლებიც ქუჩაში მომუშავე უფროსის თანხლებით არიან, ქუჩაში მუშაობენ, მაგრამ იქ არ სძინავთ).
 - „უსახლკარო ოჯახების ბავშვები“ (უსახლკარო ოჯახების ბავშვები ღამით სახლში არ ბრუნდებიან, რადგან სახლ-კარი არ აქვთ).

ქუჩაში გამოსვლის მიზეზები

კვლევის პროცესში, ასევე შესწავლილი იყო ის ძირითადი მიზეზები, რის გამოც გამოდიან ბავშვები ქუჩაში. ეს მიზეზებია:

- სიღარიბე, რომლის გამოც ბავშვები იძულებულნი არიან მშობლების თხოვნით ან საკუთარი სურვილით გამოვიდნენ ქუჩაში და წვლილი შეიტანონ ოჯახის რჩენაში. არის შემთხვევები, როდესაც ბავშვებს აიძულებენ კიდევ ქუჩაში გამოსვლას ოჯახის წევრები ან ნათესავები თანხის საშოვნელად.
- მიგრაცია, რომელიც გამოწვეულია, ხშირ შემთხვევაში, იძულებით. იძულებითი მიგრაცია ცუდად აისახება ოჯახის მატერიალურ მდგომარეობაზე და ბავშვებიც იძულებულნი ხდებიან ჩაებან ოჯახის რჩენისათვის საჭირო საქმიანობაში.
- რომელიმე მშობლის ან მშობლების გარდაცვალება, ასევე ალკოჰოლზე, მავნე ნივთიერებებზე დამოკიდებულება, დაპატიმრება ან ავადმყოფობა. ასეთ დროს ბავშვები იძულებულნი ხდებიან დამოუკიდებლად იზრუნონ საკუთარ თავზე და დაიკმაყოფილონ პირველადი საჭიროებები.
- მოძალადე მშობლები, რომლებიც ხშირად ფიზიკურად ან ფსიქოლოგიურად ძალადობენ ბავშვებზე, ამიტომ ბავშვები ქუჩაში ცხოვრებას ამჯობინებენ ოჯახში ყოფნას.
- ზედმეტად მკაცრი დამოკიდებულება ოჯახში, სარეაბილიტაციო ან მომსახურების დაწესებულებებში, არასრულწლოვანთა დახურულ სკოლებში ან მინდობით აღმზრდელ ოჯახებში საფუძველი ხდება იმისა, რომ ბავშვები გამოიქცნენ, მიატოვონ თავიანთი საცხოვრებელი გარემო და დაიწყონ ქუჩაში ცხოვრება. მოზარდებისთვის, როცა ისინი გარდატეხის ასაკში იმყოფებიან და ცდილობენ საკუთარი თავის პოვნას და პროტესტი აქვთ ყველას და ყველაფრის მიმართ, განსაკუთრებით რთულია ზედმეტად მკაცრი წესების დამორჩილება, ამიტომ ისინი გამოსავალს გაქცევაში და დამოუკიდებლად ცხოვრების დაწყებაში პოულობენ.
- სამეგობრო წრე, ვისთანაც მათ უწევთ ყოველდღიური ურთიერთობა. თუ ბავშვს ჰყავს ისეთი სამეგობრო წრე, რომ-

ლის წევრებიც დროის უმეტეს ნაწილს ქურაში ატარებენ, დროთა განმავლობაში თვითონაც პოულობს იდენტობას ქურასთან და სულ უფრო ნაკლებ დროს ატარებს ოჯახში.

ასევე, საინტერესოა, თუ რას საქმიანობენ ბავშვები ქურაში და რა გარემოებები განსაზღვრავს მათი საქმიანობის სტილს. ის ბავშვები, რომლებიც ქურაში მოწყალებას ითხოვენ, წვრილმან ნივთებს ყიდიან ან შუქნიშნებთან მინის გაწმენდას სთავაზობენ მძლოლებს – საზოგადოების მხედველობის არეში არიან. მაგრამ, არის ისეთი საქმიანობაც, რასაც ეს ბავშვები ეწევიან, რომელიც თვალსაჩინო არ არის ფართო საზოგადოებისათვის. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ საქმიანობის ფორმას მეტწილად განსაზღვრავს, ბავშვის ასაკი, ეროვნება, სქესი, წელიწადის დრო და საცხოვრებელი ადგილი (Unicef, 2018).

საქმიანობა

კვლევამ გამოავლინა, რომ ქურაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები დიდ ქალაქებში მეტწილად ეწევიან ისეთ საქმიანობას, როგორცაა ყვავილების, სანთლების, ხატების ან ხელსახოცების გაყიდვა. წვრილმანი ვაჭრობა უფრო ხშირად დამახასიათებელია უმცროსი ასაკის გოგონებისათვის, ისინი ვაჭრობენ მეტროს სადგურებში, გზაჯვარედინებზე, რკინიგზის სადგურებზე ან ხალხმრავალ ადგილებში; ფულის შოვნის გავრცელებული საქმიანობაა, ასევე, მოწყალების თხოვნა – ე. წ. „მათხოვრობა“. უმცროსი ასაკის გოგონები მოწყალებას ითხოვენ მეტროებში, რესტორნებისა და სასტუმროების მიმდებარე ტერიტორიებთან, ტურისტულ, ხალხმრავალ ადგილებში და სხვა. ბიჭებისათვის უფრო დამახასიათებელია ბაზრობებზე მუშაობა, ხშირ შემთხვევაში ისინი ეხმარებიან მშობლებს წვრილ ვაჭრობაში ან სხვადასხვა საქონლის გადაზიდვაში. ასაკით შედარებით უფროს ბიჭებში კი გავრცელებული საქმიანობაა ჯართის შეგროვება, მარტო ან ოჯახის წევრებთან ერთად (Unicef, 2018).

ქურაში მცხოვრებ და/ან მომუშავე ბავშვებში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული საქმიანობაა წვრილმანი ქურდობა. აღნიშნული საქმიანობა ყოველდღიური ცხოვრების ნაწილს წარმოადგენს, როგორც ბიჭებისთვის, ასევე გოგონებისთვის. კვლევამ გამოავლინა, რომ აღწერილი დანაშაულებრივი ქმედებებიდან ყველაზე გავრცელებულია „ჯიბის ქურდობა“, მობილური ტელეფონების მოპარვა (განსაკუთრებით პლაჟზე), წვრილმანი ქურდობა მაღაზიებში და დახლებზე. აგრეთვე, მანქანებში და ბინებში შეჭრა და ძვირფასეულობის მოპარვა. მძლოლების და მგზავრების დაყარალება მანქანებში, ქურბებში არსებული საცობების დროს, როცა ბავშვები აიძულებენ მსხვერპლს, გადასცეს მათ ფული და ტელეფონები ძალადობის მუქარით (Unicef, 2018).

ძალადობა და მისგან თავის დაცვა და დაუცველობა

კვლევის მიხედვით, მომსახურების გამწევი თანამშრომლები საუბრობდნენ ქუჩასთან დაკავშირებული, პროსტიტუციაში ჩართული ბავშვებისთვის კონსულტაციების შესახებ და აღნიშნავდნენ, რომ მეურვეების გარეშე უფროსი გოგონები განსაკუთრებით დაუცველნი არიან სექსუალური ძალადობის მიმართ. ბავშვების და მომსახურე პერსონალის მიერ ასევე აღინიშნა ძალადობით მიყენებული ფსიქოლოგიური ტრავმა და ნარკოტიკების მოხმარებაც (Unicef, 2018).

უმეტეს შემთხვევაში, „ბავშვები თანმზღების გარეშე“ დაშორებულები არიან ოჯახებისგან. მათ საკუთარ თავზე გამოსცადეს ავადმყოფობა, მშობლის სიკვდილი და/ან ოჯახში ძალადობა. ოჯახში ბავშვები განიცდიან როგორც ფიზიკურ, ისე ფსიქოლოგიურ ძალადობას, რის გამოც სახლის გარეთ ცხოვრებას ამჯობინებენ.

კვლევის მიხედვით, უფროსი ასაკის ბავშვები ქცევის განსაკუთრებულ წესებს ქმნიან, რაც აყალიბებს მათ შორის გარკვეული ტიპის ქსელებს. ასეთი ტიპის ქსელები მათ თავდაცვაში ეხმარებათ. ასეთი ტიპის კავშირები ბავშვს სამუდამოდ ქუჩის ცხოვრებასთან აკავშირებს, რთავს რა მას კრიმინალურ აქტივობებში და გარკვეული ტიპის ძალადობრივ ქცევებში. სხვა სიტყვებით, ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ახალგაზრდები ქმნიან დაჯგუფებებს, ე.წ. ბანდებს და გაერთიანებებს, რომლის მიზანიც ნაწილობრივ ურთიერთდახმარება და მხარდაჭერაა. მაგალითად, ბავშვები შეიძლება ერთად შეიკრან და იმოძრაონ ერთმანეთის დასაცავად, ღამის გასათევი ადგილი იპოვონ, დასვენებისა და გართობის სივრცეები შეიქმნან, დაამყარონ მეგობრული ურთიერთობები და ითანამშრომლონ/ჩაერთონ ეკონომიკურ აქტივობებში, მაგალითად, წვრილმან ვაჭრობასა და ქუჩაში მოწყალეების მიღებაში, ასევე წვრილმან დანაშაულში (Unicef, 2018).

ჯგუფის შიდა სტრუქტურა განაპირობებს იმას, რომ ბავშვებს ერთმანეთის ან გარეშე პირების მიმართ დიდი ვალეები უგროვდებათ, რის გამოც ისინი იძულებულნი არიან ქუჩაში დარჩნენ და საარსებო საშუალებები ქუჩაში მოიპოვონ.

ჯგუფების შიდა სტრუქტურის მიხედვით, ბავშვები იყოფიან უპირატესი სტატუსის მქონე ბავშვებად და დაქვემდებარებულ ბავშვებად. მაღალი სტატუსის მქონე ბავშვები დაქვემდებარებულ ბავშვებს დანაშაულის ჩადენას აიძულებენ და ამ გზით მიღებულ შემოსავალს ართმევენ. მაგალითად, ხშირია შემთხვევები, როდესაც დანაშაულს (როგორცაა, მაგალითად, მაღაზიაში ქურდობა, მანქანების გატყუება და იქიდან ნივთების მოპარვა) უმცროსი ასაკის ბავშვები ჩადიან, ხოლო უფროსი ბავშვები სადარაჯოზე დგანან და უმცროსებს მათთვის ნაძარცვი მოაქვთ. ასეთი პრაქტიკა იმ გარემოებას

უკავშირდება, რომ საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად 14 წლამდე ასაკის ბავშვთა მიმართ სისხლისსამართლებრივი დევნა არ გამოიყენება. ეს კი ასტიმულირებს უფროსი ასაკის ბავშვებს, რომ კრიმინალური მიზნებისთვის უმცროსი ასაკის ბავშვები გამოიყენონ. ხშირ შემთხვევაში, პოლიციაც აიძულებს უმცროსი ასაკის ბავშვებს დანაშაულის საკუთარ თავზე აღებას, „რითაც ცდილობს დოკუმენტაციის გაფორმებასთან და ბავშვების პასუხისგებაში მიცემასთან დაკავშირებულ შემდგომი სამუშაოების თავიდან აცილებას“ (Unicef, 2018, გვ.61).

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება

კვლევამ გამოავლინა, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები მოიხმარენ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს. კვლევის ანგარიშში ნათქვამია, რომ ქუჩაში არსებობს ე.წ. „ჩარჩენილები“ ჯგუფი, რომელში გაწევრიანებული ბიჭებიც და გოგონებიც მოიხმარენ „ნარკოტიკებს და ფსიქოტროპულ ნივთიერებებს კაიფისათვის“. განსაკუთრებით, „ამ წრეში მყოფი გოგონები ყველაფერს აკეთებენ ნარკოტიკების ან აბების საშოვნელად და გამუდმებით იმაზე ფიქრობენ, თუ როგორ იშოვნონ ფული მათ შესაძენად“ (Unicef, 2018, გვ.43).

ასევე, აღმოჩნდა, რომ ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები ძირითადად მოიხმარენ მარიხუანას, რადგან მისი შოვნა იოლია. ვინც აღიარა ნარკოტიკების მოხმარება აღმოჩნდა, რომ ყველაზე ხშირად მოიხმარენ ციკლადოლს. ზოგიერთმა ბავშვმა აღნიშნა, რომ კაიფის მისაღწევად იღებენ აბებს, გარდა ამისა გამოვლინდა ალკოჰოლის მოხმარების შემთხვევებიც .

Unicef-ის კვლევამ გამოავლინა ზემოთ დასახელებული ზოგიერთი პრობლემის უფრო ღრმა და საფუძვლიანი შესწავლის საჭიროება. მაგალითად, ასეთი პრობლემებია: ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების მავნე ნივთიერებებზე, ალკოჰოლზე, სოციალურ მედიაზე და აზარტულ თამაშებზე დამოკიდებულება; აგრეთვე, სარისკო სექსუალური ქცევა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა, აივ ინფექციების გავრცელების რისკები აღნიშნულ ჯგუფში და მათი გაცნობიერებულობის დონე, რომელიც შეეხება ინფექციების გადადების გზების ან თავდაცვის საშუალებების შესახებ ცოდნას (Unicef, 2018).

2.3.2. პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ ფარგლებში ჩატარებული კვლევის შედეგები

სსიპ შოთა რუსთაველის საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის ფუნდამენტური კვლევებისათვის სახელმწიფო სამეცნიერო საგრანტო პროგრამით მხარდაჭერილი კვლევითი პროექტის „აივ

ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (#FR17_31) ფარგლებში გამოკვლეულ იქნა საქართველოს სამ ქალაქში ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების დამოგრაფიული მონაცემები, წერა-კითხვისა და ენის ცოდნა და ქუჩაში გასვლის მიზეზები. ქვემოთ გთავაზობთ კვლევის ამ სეგმენტის შედეგებს (ალწერით სტატისტიკას).

თბილისში, რუსთავსა და ბათუმში, დროისა და ადგილმდებარეობის შერჩევის მეთოდით. მონაწილეების რეკრუტირების დროს გამოკითხულ იქნა 398 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა 6-დან 28 წლამდე ასაკობრივ ინტერვალში, 53% მამრობითი სქესის და 47% კი მდედრობითი სქესის. მათგან ქართველი იყო 46.2%, „მოლოდოველი ბომა“ 25.4%, აზერბაიჯანელი ქურთი – 16%, სომეხი 4.1%, იეზიდი 1%, რუსი 0.5%, უკრაინელი 0.3%, ებრაელი 0.3%, აისორი – 0.3%, აზერბაიჯანელი – 0.3%, ხოლო დანარჩენი კი შერეული ეროვნების იყვნენ. მათ შორის ყველაზე მაღალი წილი ჰქონდათ ქართველ-სომხებს – 1.3%.

ეს ახალგაზრდები სხვადასხვა საქმიანობაში არიან ჩართულნი: 68.3% (272) ყოველდღიურად ჩართულია შრომაში (ქუჩის სამუშაო), 36.7% (146) ითხოვს მოწყალეობას. ზოგადად, ახალგაზრდების 83.4% (332) ქუჩის სხვადასხვა აქტივობაშია (მოწყალეობა, ქუჩაში ყოფნა, მუშაობა და სხვ.) ჩართული. სკოლის ასაკის ბავშვებიდან დაახლოებით 17%-ი აღარ დადის სკოლაში, ხოლო 37%-ს კი არასოდეს ან ძალიან მოკლე პერიოდით უვლია სკოლაში. ამ ეტაპზე, გამოკითხული ახალგაზრდებიდან დაახლოებით 32%-ი ამბობს, რომ დადის სკოლაში და ხშირად აცდენს. გამოკითხული ახალგაზრდებიდან, 60%-ს არასოდეს უსარგებლია რომელიმე დღის ცენტრის მომსახურებით.

გამოკითხული ახალგაზრდების დიდ უმრავლესობას (84%) აქვს საქართველოს მოქალაქეობა და 91%-ი კი საუბრობს ქართულ ენაზე.

პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (#FR17_31) კვლევის ძირითადი რაოდენობრივი კომპონენტის შედეგების მიხედვით, რომელშიც მონაწილეობდა 10-19 წლის 300 ახალგაზრდა, 93.7%-ის (281) დაბადების ადგილი არის საქართველო, 4.7% (14) დაიბადა აზერბაიჯანში, 1% – რუსეთში (3), ხოლო 0.7%-ი კი უკრაინაში. მათგან, ქართულად წერა იცის 29.7%-მა (89) და კითხვა იცის 70.3%-მა (211), მშობლიურ ენაზე წერა და კითხვა იცის 60.3%-მა (181).

გამოკითხული ახალგაზრდებიდან 54%-მა ქუჩაში ცხოვრება/მუშაობა დაიწყო 10 წლის ასაკში. მათ მიერ დასახელდა ქუჩაში გამოსვლის მრავალფეროვანი და კომპლექსური მიზეზები. ცხადია, ბავშვის ქუჩაში გამოსვლა მხოლოდ ერთი მიზეზით ვერ იქნება განპირობებული. ამიტომ, ერთი და იგივე ბავშვი ასახელებდა ქუჩაში გამოსვლის რამდენიმე მიზეზს. გამოკითხული ახალგაზრდების 48% ქუჩაში

მოხვდა იმ მიზეზით, რომ უნდოდა ოჯახს დახმარებოდა და ახლაც აქტიურად ეხმარება ოჯახს; 47%-ი სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების გამო გამოვიდა ქუჩაში; 42%-მა განაცხადა, რომ უნდოდა საკუთარი ფული ჰქონოდა; 20.7%-ს უნდოდა თავისუფლება და სიახლეების ძიება; 16.3% აღნიშნა, რომ ქუჩაში ცხოვრება/მუშაობა მისი ოჯახური ტრადიციაა (ნორმაა); 10.3%-ი მეგობრების ზეგავლენით გამოვიდა ქუჩაში, გართობის მიზნით; 8.7% ქუჩაში გამოვიდა ოჯახში ძალადობის გამო, ხოლო გამოკითხული ახალგაზრდების 5.3% გამოიქცა ოჯახიდან; 4.3% მშობელი გარდაიცვალა ან გახდა ავად; 1,7% გამოაგდეს სახლიდან; 1.7%-ის ოჯახი უსახლკაროა და სხვაგან არსად ჰქონდა წასასვლელი; 1% მშობლის მოუცლელობის გამო; 1% ქუჩაში აღმოჩნდა მიგრაციის გამო; 0.7%-ის მშობელი/მზრუნველი მოხვდა სასჯელალსრულების დაწესებულებაში; 0.3% ადრე დაქორწინების გამო გამოიქცა ოჯახიდან და 0.3% ემოციური პრობლემების გამო.

ამრიგად, საქართველოში ქუჩაში გამოსვლის ძირითადი მიზეზია ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაცია, რაც განვითარებად ქვეყნებში ბავშვების ქუჩაში გამოსვლის მიზეზების ანალოგიურია. თუმცა, საქართველოსთვის უნიკალურია ისეთი მიზეზები, როგორცაა ეთნიკური უმცირესობების (მოლოდოველი ბომები და ქურთი-აზერბაიჯანელები) ნორმები და ტრადიციები. ასევე, იკვეთება განვითარებული ქვეყნებისთვის დამახასიათებელი მიზეზები, როგორცაა ოჯახიდან გამოქცევა ოჯახში კონფლიქტის და ძალადობის სხვადასხვა ფორმების გამო.

ბიბლიოგრაფია:

1. გაეროს ბავშვთა ფონდი. 2018. ქუჩაში მცხოვრები და ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში. თბილისი.
2. ვარგანი, კატარჟინა და ლარი დერშემი. 2008. ACT-ს კვლევა „ნუ მიწოდებთ ქუჩის ბავშვს.“ გაეროს ბავშვთა ფონდი (იუნისეფი). თბილისი.
3. Aptekar, Lewis and Daniel Stoecklin. 2014. Street Children and Homeless Youth. Springer Netherlands.
4. Aptekar, L., J. McAdam-Crisp and W. Kironyo. 2005. *The Theory of Resilience and its Application to Street Children in the Minority and Majority World*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
5. Baron, Stephen W. and Timothy F. Hartnagel, 1997. Street Youth and Criminal Violence. *American Sociological Review* 31:736-749. <https://doi.org/10.1177/0022427898035002003>

6. Emblach H. 1993. *A one – way street? : a report on phase 1 of the street children project*. Geneva, SUI: World Health Organization. Available at: [http:// www.who.int/ iris/ handle/ 10665/ 62396](http://www.who.int/iris/handle/10665/62396)
7. Janus, M.D., A. McCormak, A.W. Burgess and C. Hartman. 1995. *Adolescent Runaways: Causes and Consequences*. Lexington, MA: Lexington Books.
8. Johnson, T. P., J. R. Aschkenasy, M. R. Herbers & S. A. Gillenwaer. 1996. *Self-reported risk factors for AIDS among homeless youth*. AIDS Education and Prevention, 8(4), 308–322.
9. Kipke, MD., TR. Simon, SB. Montgomery, JB. Unger and EF. Iversen. 1997. Homeless youth and their exposure to and involvement in violence while living on the streets. Division of Adolescent Medicine, Children's Hospital Los Angeles 90054-0700, USA.
10. Kufeldt K., M. Durieux , M. Nimmo and M. McDonald. 1992. *Providing shelter for street youth: Are we reaching those in need?.* University of Calgary, Canada.
11. McCarthy, Bill and John Hagan. 1992. *Surviving on the Street The Experiences of Homeless Youth*. Journal of Adolescent Research 7(4):412-430
12. Powers, JL., J. Eckenrode and B. Jaklitsch. 1990. Maltreatment among runaway and homeless youth. Cornell University, USA
13. Rotheram-Borus, M.J., K.A. Mahler, C. Koopman and K. Langabeer. 1991. Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. American Journal of Orthopsychiatry 66(3):390 – 400
14. Sadzaglishvili, Shorena. „Street-Connected Youth: A Priority for Global HIV Prevention.“Journal of Health Care for the Poor and Underserved, vol. 29 no. 2, 2018, pp. 633-644. Project MUSE, doi:10.1353/hpu.2018.0047
15. Simons, Ronald L. and Les B. Whitbeck, 1991. *Sexual abuse as a precursor to prostitution and victimization among adolescent and adult homeless women*. Journal of Family Issues, 12(3), 361-379.
16. The International Child and Youth Care Network (CYC-Net). 2004. *Street children and homelessness*. Edited by: Amod K. Kanth, Bruce Harris and Casa Alianza. SEPTEMBER 2004. <https://www.cyc-net.org/cyc-online/cycol-0904-Homelessness.html>

17. The United Nations Children's Fund (UNICEF). 2005. *The State of the World's Children 2006*. New York – UNICEF. <https://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World%27s%20Children%202006.pdf>
18. Thomas De Benitez S. 2007. *State of the world street children: violence*. London, UK: Consortium for Street Children. Available at: <https://www.stretchchildrenresources.org/wp-content/uploads/2013/02/state-of-the-world-violence.pdf>
19. Van der Ploeg, Jan and Evert Scholte. 1997. *Working with children and adolescents. Homeless youth*. Sage Publications, Inc.



თავი 3

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ეთიკური კვლევის მეთოდოლოგიური სირთულეები, კვლევის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ მაგალითზე

3.1. კვლევის მოკლე აღწერა

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები აივ ინფექციის განსაკუთრებული რისკის ჯგუფია, რადგანაც ისინი თვითგადარჩენისა და შეგუებისთვის მრავალ სარისკო ქცევაში არიან ჩართული. შესაბამისად, მოცემული კვლევა მოტივირებულია აივ ინფექციის ზრდის საპასუხოდ, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების საჭიროებებზე მორგებული ეფექტური ღონისძიებების შემუშავება-განხორციელების დაჩქარების აუცილებლობით, რაც აივ ინფექციასთან ბრძოლის გლობალურ გეგმას შეესაბამება.

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში HIV სარისკო ქცევების აღწერა (სქესობრივი კავშირები, ფსიქოაქტიური საშაულებებისა და ალკოჰოლის მოხმარება), და სარისკო ქცევებზე მოქმედი მიკრო და მაკრო დონის ფაქტორების გამოვლენა.

კვლევის კონცეპტუალური ჩარჩო ეყრდნობა, ერთი მხრივ, სოციალური ქსელის მოდელს (McCarty, 2002; Granovetter, 1983; Coleman, 1988), და მეორე მხრივ, ქცევის ცვლილებების/ფორმირების გაერთიანებულ თეორიას (Fishbein, 2001).

სოციალური ქსელის მოდელის მიხედვით, სოციალური ქსელები ქმნის იმ სოციალურ კონტექსტს, სადაც ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები იღებენ გადაწყვეტილებებს ამა თუ იმ სარისკო ქცევის განხორციელება-არგანხორციელების თაობაზე და რომელიც, შესაბამისად, ზეგავლენას ახდენს ამ სარისკო ქცევებზე. აქ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სოციალური ქსელების მახასიათებლების ოთხი ძირითადი კლასი (McCarty, 2002; Granovetter, 1983; Coleman, 1988):

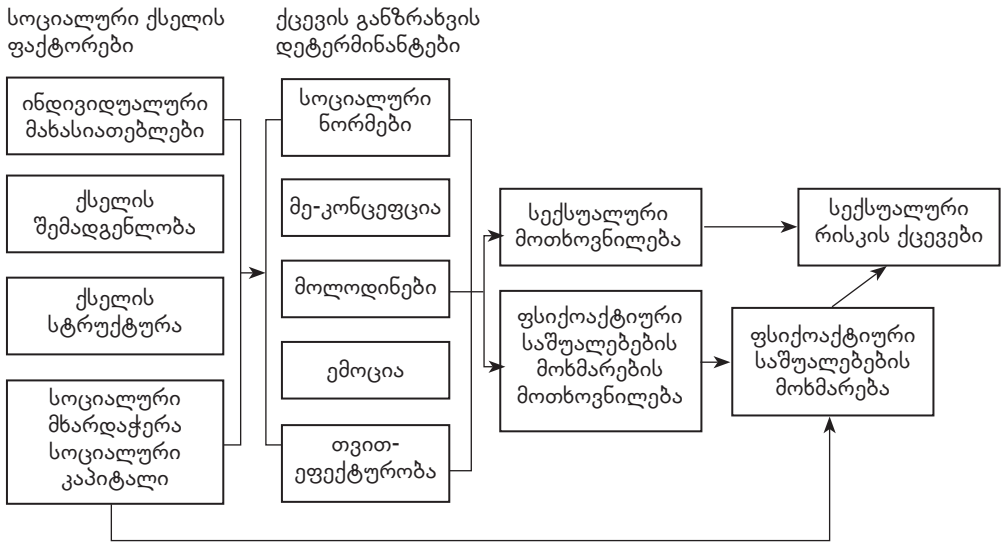
- ახალგაზრდების ინდივიდუალური მახასიათებლები: გენდერი, ასაკი, და სხვ.;
- ქსელის შემადგენლობა: მეგობარი, ოჯახის წევრი, სოციალური მუშაკი და სხვ., და ამ შემადგენლობაში პროცენტი მათი, ვინც ესაუბრება ჯანმრთელობის საკითხებზე და რთავს ქუჩის კონტექსტისგან განსხვავებულ ალტერნატიულ ურთიერთობებში;
- ქსელის სტრუქტურა: ურთიერთობის პატერნები ქსელის წევრთა შორის;
- მოზარდის სოციალური მხარდაჭერა/სოციალური კაპიტალი: ისეთი სოციალური ინტერაქციები, რომელიც ახალგაზრდებისთვის მნიშვნელოვანი რესურსების წვდომის საშუალებას იძლევა.

ქცევის ცვლილების/ფორმირების გაერთიანებული თეორიის მიხედვით, არსებობს ცვლადების ხუთი კლასი, რომელიც წარმოადგენს ქცევის განზრახვის უშუალო სოციალურ და ფსიქოლოგიურ დეტერმინანტებს, ესენია (Fishbein, 2001): (1) ქცევის მიმართ მოლოდინები; (2) ნორმატიული რწმენები; (3) მე-კონცეფცია/ მე-იმიჯი; (4) აფექტი/ემოცია; (5) თვით-ეფექტურობა.

არაერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ზევით ჩამოთვლილი კონსტრუქტების გამოყენება ეფექტურია აივ პრევენციის თალსაზრისით. თუმცა, ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში აივ ინფექციის ქცევების ასახსნელად სოციალური ქსელის მოდელთან ამ ფაქტორების გაერთიანების მცდელობა თითქმის არ გვხვდება. ამრიგად, ჩვენი კვლევის მიდგომა ეყრდნობა როგორც ფსიქოლოგიის, ასევე სოციოლოგიის მიდგომებს და შესაბამისად, გვთავაზობს მრავალდონიან მრავალგანზომილებიან მოდელს, რომელიც აერთიანებს ქცევის ინდივიდუალური და სოციალური დონის დეტერმინანტებს. მოდელი გვაძლევს საშუალებას გავიგოთ, თუ როგორ ზემოქმედებენ სოციალური ქსელების პარამეტრები ინდივიდუალურ დონეზე გადაწყ-

ვეტილებების მიღების პროცესში და რა ზეგავლენას ახდენენ აივ-ის თვალსაზრისით სარისკო ქცევის განხორციელება-არგანხორციელებაზე (კონდომის სწორი ან არასწორი ხმარება, ალკოჰოლის/ნარკოტიკის მოხმარება ან მათზე უარის თქმა და სხვ.). ქვემოთ მოცემულია მოდელის გრაფიკული გამოსახულება:

სქემა №1 მრავალდონიანი მოდელი: აივ/შიდსის რისკის ქცევებზე მოქმედი მიკრო და მაკრო დონის ფაქტორები



კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევა მოიცავს სამ ძირითად კომპონენტს: თვისებრივს (სიღრმისეული ინტერვიუები), რაოდენობრივს (კროს-სექციური გამოკითხვა) და აივ-ზე სკრინინგს/ტესტირებას.

კვლევის პირველი (თვისებრივი) კომპონენტი განხორციელდა ორ ეტაპად, კერძოდ, (1) ჩაღრმავებული ინტერვიუები/საექსპერტო გამოკითხვა სფეროს წარმომადგენლებთან და (2) ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სიღრმისეული ინტერვიუები.

კვლევის მეორე კომპონენტის ფარგლებში განხორციელდა კროს-სექციური რაოდენობრივი კვლევა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მონაწილეობით. კვლევის ეს კომპონენტიც შესრულდა ორ ეტაპად: პირველ ეტაპზე ჩატარდა კოგნიტიური ინტერვიუები ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან – ეს, ფაქტობრივად, იყო კვლევის საპილოტე ეტაპი, რათა გაგვეჩვენებინა, თუ რამ-

დენად შესწევთ ახალგაზრდებს კვლევის კითხვარის გაგების უნარი, გამომდინარე იმ ბარიერებიდან, რასაც ქმნიდა ქართული ენის ცოდნისა და აკადემიური განვითარების განსხვავებული დონე. კვლევის მეორე ეტაპზე, კოგნიტური ინტერვიუების შედეგების გათვალისწინებით, ჩატარდა რაოდენობრივი გამოკითხვის ძირითადი ნაწილი.

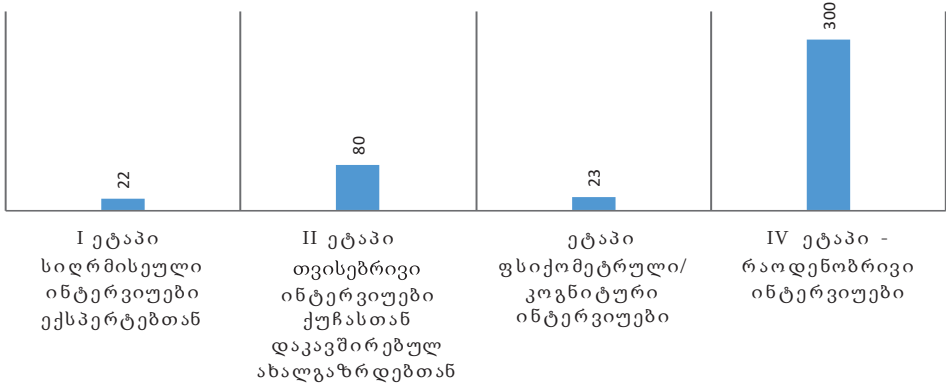
კვლევის მესამე კომპონენტის ფარგლებში განხორციელდა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ნებაყოფლობითი ტესტირება-კონსულტირება აივ/შიდსზე. გამოყენებული იყო აივ ინფექციის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის პირველადი ანუ სკრინინგული მეთოდი. კერძოდ, აივ-ზე ანტისხეულების გამოვლენის სწრაფი მარტივი ტესტი, რომლის დროსაც ანალიზისთვის ხდება სისხლის წვეთის აღება თითიდან. ტესტის პასუხის მიღება შესაძლებელია სწრაფად, 10-15 წუთში. აღნიშნული მეთოდიკა გამოირჩევა მაღალი მგრძობელობითა და სპეციფიურობით, ამიტომ უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში კონფირმაციული ტესტის ჩატარება საჭირო აღარ არის. სკრინინგული ტესტის დადებითი შედეგის შემთხვევაში კვლევა გრძელდება დამადადასტურებელი, ანუ კონფირმაციული მეთოდით, რომელიც უკვე დანამდვილებით ადგენს, არის თუ არა ადამიანი აივ ინფიცირებული. თუ კონფირმაციულმა ანალიზმა აჩვენა დადებითი პასუხი, მაშინ დაზუსტებით შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანი არის აივ ინფიცირებული, ანუ მას აქვს აივ ინფექცია. თუ კონფირმაციულმა ანალიზმა აჩვენა უარყოფითი პასუხი, მაშინ დაზუსტებით შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანი არ არის აივ ინფიცირებული, ანუ მას არ აქვს აივ ინფექცია.

ტესტირების კომპონენტი გასდევდა კვლევას დაწყების მომენტიდან ბოლომდე – როგორც კვლევის თვისებრივ, ასევე რაოდენობრივ ეტაპზე. ტესტირება ჩაიტარა 155-მა მონაწილემ, ხოლო ტესტირების ჩატარებაზე უარი თქვა 71-მა მონაწილემ, რაც დაახლოებით შეადგენდა 14-19 წლის ასაკის მონაწილეების, რომელთათვისაც განკუთვნილი იყო აივ-შიდსზე ტესტირება, მესამედს (31%).

ქვემოთ მოცემულ გრაფიკზე წარმოდგენილია კვლევის თითოეული კომპონენტის ფარგლებში განხორციელებული სავსე სამუშაოები და მონაწილეთა რაოდენობა.

გრაფიკი №1: განხორციელებული საველე სამუშაოები და მონაწილეების რაოდენობა

განხორციელებული საველე სამუშაოები



კვლევის ძირითად მიზნობრივ ჯგუფს შეადგენდნენ 10-19 წლის ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდები, და ამასთან დაკავშირებით, კვლევის ეთიკური ნებართვის მოპოვების პროცესში მკვლევართა გუნდს მოუწია მთელი რიგი ეთიკური დილემების გათვალისწინება და ბავშვის საუკეთესო ინსტერესიდან, საქართველოს კანონმდებლობიდან და შესაბამისი საერთაშორისო ეთიკური სტანდარტებიდან გამომდინარე გადაწყვეტილებების მიღება, რასაც შემდგომ ქვეთავში განვიხილავთ.

კვლევის მონაწილეები აკმაყოფილებდნენ შემდეგ კრიტერიუმებს:

- (1) მუშაობდნენ ქუჩაში ყოველდღიურად;
- (2) ცხოვრობდნენ და დახმარებას ითხოვდნენ მარტო, ან ოჯახთან ერთად, ქუჩაში;
- (3) თავიანთ თავს უწოდებდნენ „ქუჩის ბავშვს“ ან „ქუჩის ახალგაზრდას“ და დროის უმეტესი ნაწილი „ქუჩასთან“ იყვნენ დაკავშირებული: მათხოვრობდნენ, მუშაობდნენ, არ ქონდათ ბინა და/ან მოუწიათ ქუჩაში ცხოვრება თვეში სულ მცირე ერთხელ მაინც, იშვიათად დადიოდნენ სკოლაში, ან საერთოდ არ დადიოდნენ.

შერჩევა ითვალისწინებდა ორი ასაკობრივი ჯგუფის (10-13 და 14-19), და სქესის (გოგო და ბიჭი) მიხედვით კვლევის მონაწილეების პროპორციულ შერჩევას.

კვლევის შერჩევის მეთოდი იყო დროისა და ადგილის მიხედვით შერჩევა, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების შემთხვევაში, და მიზნობრივი შერჩევა მათთან მომუშავე პერსონალის შემთხვევაში.

კვლევის პირველ (თვისებრივ) ეტაპზე, საექსპერტო ინტერვიუებში მონაწილეობა მიიღო, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მომსახურების სფეროში დასაქმებულმა 22-მა მუშაკმა, რომლებიც მუშაობენ ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების მომსახურების სფეროში და შესაბამისად, აქვთ საექსპერტო ცოდნა მათ შესახებ.

კვლევის მეორე ეტაპზე სიღრმისეული ინტერვიუები განხორციელდა 80 ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდასთან, 10 დან 19 წლის ჩათვლით ასაკობრივ ინტერვალში, თბილისისა და რუსთავის 24-საათიან თავშესაფრებში და დღის ცენტრებში. სიღრმისეულ ინტერვიუებში გამოკითხულ იქნა 35 გოგო და 45 ბიჭი. თანაბარი რაოდენობით იყვენენ წარმოდგენილი 10-13 წლის გოგოები და ბიჭები (20-20) და 14-19 წლის გოგოები და ბიჭები (კვლავ 20-20). მაქსიმალურად შევეცადეთ გენდერული ბალანსის დაცვას, თუმცა ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენების კვლევაში მონაწილეობა მიიღო მეტმა ბიჭმა (25) ვიდრე გოგომ (15), რაც გამოწვეული იყო ცენტრში მყოფი ახალგაზრდების გენდერული განაწილებით.

რაოდენობრივ კვლევაში ჩართული იყო 10-დან 19 წლის ჩათვლით ასაკის 300 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა. რაოდენობრივი მონაცემები შეგროვდა თბილისში, რუსთავში და ბათუმში. რაოდენობრივ კვლევაში გამოიკითხა მამრობითი სქესის მეტი რაოდენობა (162), ვიდრე მდედრობითის (138), რაც განპირობებულია იმით, რომ ქუჩაში უმეტესად გვხვდებიან მამრობითი სქესის 10-19 წლის ახალგაზრდები. თუმცა, როგორც სკრინინგმა აჩვენა, მზაობა კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე თითქმის თანაბარი იყო გოგოებსა და ბიჭებში. კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა 33 ბიჭმა და 34 გოგომ.

ქუჩაში უფრო მეტი გვხვდებოდა 14-19 წლის ახალგაზრდები და 10 წლის ქვემოთ ბავშვები. ამიტომ, 10-13 წლის ასაკობრივ ინტერვალში გამოიკითხა 114 მონაწილე, ხოლო 14-19 წლის ასაკობრივ ინტერვალში - 186 მონაწილე. უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ 14-19 წელი უფრო დიდი ასაკობრივი ინტერვალისა და შესაბამისად, უფრო მეტი ახალგაზრდა გამოიკითხა.

ზემოთ აღწერილ ასაკობრივ განაწილებას ამყარებს საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატი)¹ 2019 წლის 1 იანვრის მონაცემები, რომლის მიხედვითაც საქართველოში ცხოვრობს 10-დან 14 წლამდე ასაკის 116 ათასი ბიჭი და 103 ათასი

1 საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. „მოსახლეობა - მოსახლეობის რიცხოვნობა ასაკისა და სქესის მიხედვით, 1 იანვრის მდგომარეობით“: საქსტატი. 2019. <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/41/mosakhleoba#> (გამოყენების დრო – 29.11.2019)

გოგო, 15-დან 19 წლამდე ასაკის 109 ათასი ბიჭი და 97 ათასი გოგო და 0-დან 9 წლამდე ასაკის 278 ათასი ბიჭი და 258 ათასი გოგო (იხ. ცხრილი №1).

ცხრილი №1: ბიჭებისა და გოგოების ასაკობრივი განაწილება (საქსტატი, 2019)

	ასაკი	ბიჭი	გოგო
2019 I იავარის მონაცემები	10-14	116 000	103 000
	15-19	109 000	97 000
	0-9	278 000	258 000

მონაცემების შეგროვება განხორციელდა ოთხ ეტაპად. კერძოდ, თვისებრივი საექსპერტო ინტერვიუები ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მომსახურების სფეროში დასაქმებულ მუშაკებთან დაიწყო 2018 წლის თებერვლიდან და დასრულდა 2018 წლის მარტის ბოლოს. ამის შემდეგ, მოხდა მოპოვებული მონაცემების დამუშავება და, მიღებულ შედეგებზე დაყრდნობით, 2018 წლის ივლისიდან დაიწყო ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან სავლელ მუშაობა, თვისებრივი კვლევის მიზნით. თვისებრივი მონაცემების შეგროვება მიმდინარეობდა ოთხი თვის განმავლობაში (ივლისი, აგვისტო, სექტემბერი, ოქტომბერი). კოგნიტიური ინტერვიუები ჩატარდა მარტის თვეში. რაც შეეხება რაოდენობრივი მონაცემების შეგროვებას, სავლელ მუშაობა დაიწყო 2019 წლის აპრილის დასაწყისში და დასრულდა ივლისის ბოლოს. ამრიგად, კვლევის სავლელ მუშაობა მიმდინარეობდა 18 თვის მანძილზე – დაიწყო 2018 წლის თებერვლიდან და დასრულდა 2019 წლის ივლისის ბოლოს.

კვლევის თითოეულ ეტაპზე მკვლევართა გუნდს შეხვდა გარკვეული გამოწვევები, რომელთაც შემდგომ თავში განვიხილავთ.

3.2. კვლევის პროცესის დეტალური აღწერა, მუალედური შედეგები და კვლევის პროცესში აღმოცენებულ გამოწვევებთან გამკლავების გამოცდილება

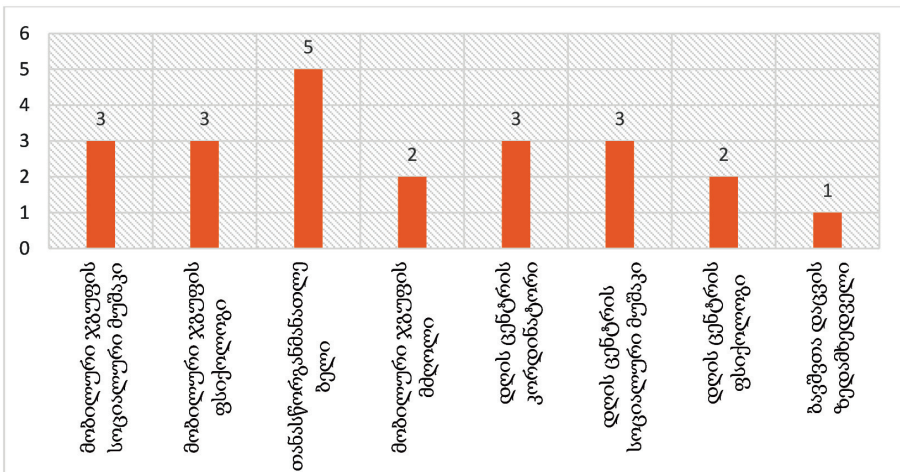
3.2.1. ექსპერტების გამოკითხვა

პირველ ეტაპზე ჩატარდა 22 სიღრმისეული ინტერვიუ სფეროს ექსპერტებთან, რომლებიც წარმოადგენდნენ ადგილობრივ და სახელმწიფო/არასამთავრობო ორგანიზაციებს. სფეროს ექსპერტებში მოიაზრებოდა ყველა ის ადამიანი, ვინც უშუალოდაა ჩართული სერვისის მიწოდებაში ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის. შესაბამისად, იცნობს ახალგაზრდების ყოველდღიურ საჭიროებებს,

გადაადგილების ტრაექტორიებს, გამოცდილებას და ა.შ. ამდენად, კვლევისთვის შერჩეული ექსპერტები იყვნენ „მიუსაფარ ბავშვთა“ სახელმწიფო ზრუნვის ქვე-პროგრამის ფარგლებში მომუშავე ორგანიზაციების („საქართველოს კარიტასი“, „ბავშვი და გარემო“, „ველდ ვიჟენ საქართველო“) და სახელმწიფოს მიერ დაქირავებული მობილური ჯგუფის თანამშრომლები.

კერძოდ, გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღეს „ვორლდ ვიჟენ საქართველოს“ და „საქართველოს კარიტასის“, როგორც თბილისის, ასევე რუსთავის ცენტრის სამმა მობილური ჯგუფის სოციალურმა მუშაკმა, მობილური ჯგუფის სამივე ფსიქოლოგმა, მობილური ჯგუფის ხუთმა თანასწორგანმანათლებელმა, მობილური ჯგუფის ორმა მძღოლმა, დღის ცენტრების სამმა კორდინატორმა, დღის ცენტრის სამმა სოციალურმა მუშაკმა, დღის ცენტრის ორმა ფსიქოლოგმა და ერთმა ბავშვთა დაცვის მომსახურების ზედამხედველმა.

გრაფიკი №2: გამოკითხული სფეროს ექსპერტები, საქმიანობის მიხედვით



სფეროს ექსპერტებთან ინტერვიუები საკმაოდ მოცულობითი (90 წთ – 120 წთ) იყო (იხ. დანართი_1_ექსპერტთა კთხვარი). სიღრმისეული ინტერვიუები შედგებოდა შემდეგი ბლოკებისაგან:

- ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის ინდივიდუალური მახასიათებლების დადგენა – კერძოდ, გენდერული განაწილება, სექსუალური ორიენტაცია, ეთნიკური წარმომავლობა, საქმიანობა, აქტივობების ნაირსახეობა, ქუჩის საქმიანობები და ა.შ.
- ქვეყნის მასშტაბით ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისათვის არსებული მომსახურებების დახასიათება, მომსახურებების მისაწვდომობა და ჩართვის სირთულეები.

- ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის სოციალური ქსელის მახასიათებლები – სოციალურ ქსელის სიდიდე, ეთნიკური შემადგენლობა, გენდერული შემადგენლობა, ქსელის წევრებთან სიახლოვე, ემოციური და სოციალური მხარდაჭერა და სხვ.
- საზოგადოებისა და ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ურთიერთაღქმები და სტერეოტიპები – ერთი მხრივ, საზოგადოების დამოკიდებულება ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მიმართ და მეორე მხრივ, ახალგაზრდების დამოკიდებულება საზოგადოების მიმართ.
- აივ ინფექციის გავრცელების რისკები ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში, კერძოდ, ახალგაზრდების მიერ აივ/შიდსთან დაკავშირებული რისკების გაცნობიერება. ცენტრებში აივ-თან დაკავშირებული ტესტირებების არსებობა, ბავშვების დაინფიცირების შემთხვევები.
- სოციალური ქსელების ჰეტეროგენულობა და ჰომოგენულობა – სოციალური ქსელებში შემავალი წევრების მსგავსება/ განსხვავება სხვადასხვა მახასიათებლის მიხედვით.
- ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს შორის ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენება და სარისკო სექსუალური ქცევა. „ფსიქოაქტიური საშუალებების“ და მათ შორის, ალკოჰოლის მოხმარების გამომწვევი მიზეზები, კავშირი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასა და სარისკო სექსუალურ ქცევებში ჩართულობას შორის (მაგ. კომერციული სექსის შემთხვევაში და ა.შ.).
- ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სამყოფელის შესახებ ინფორმაცია, უსაფრთხოების საკითხები და რეკომენდაციები.

სფეროს ექსპერტებისთვის შემუშავებული იქნა ინფორმირებული თანხმობის ფორმა. თითოეული მონაწილე ეცნობოდა კვლევის მიზნებს და საჭიროებებს, რის შემდეგაც ხელმოწერით ადასტურებდნენ კვლევაში ჩართულობას (*იხ. დანართი_2_ სფეროს ექსპერტების ინფორმირებული თანხმობის ფორმა*).

ჩატარებული 22 სიღრმისეული ინტერვიუს ანალიზის და ექსპერტებისაგან მიღებული რეკომენდაციების შედეგად კვლევის მომდევნო ეტაპზე დაიგეგმა შემდეგი:

- შერჩეულ იქნა ადგილები (venue), სადაც ყველზე მეტ დროს ატარებდნენ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები;
- ახალგაზრდების მოტივაციის გაზრდის და კვლევაში ჩართვის მიზნით შეირჩა ვენდისის სასაჩუქრე ბარათები.
- დაიგეგმა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ინ-

ტერვიუს ხანგრძლივობა. ინტერვიუს ხანგრძლივობის ოპტიმალურ დრო განისაზღვრა 30 წუთზე ნაკლები.

- კითხვარის ხანგრძლივობის შესამცირებლად კითხვარი დაიყო ოთხ ნაწილად;
- გადაწყდა 80 ინტერვიუს ჩატარება 20 ის ნაცვლად, რომელიც შეეხებოდა სოციალურ ქსელს, ალკოჰოლ დამოკიდებულებას, წამალდამოკიდებულებას და სარისკო სექსუალურ ქცევას. თითოეულ ნაწილში უნდა გამოკითხულიყო 20-20 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა, სადაც გოგონები და ბიჭები შეირჩეოდნენ თანაბარი რაოდენობით;
- გადაწყდა ქუჩაში მცხოვრები ახალგაზრდების თვისებრივი კვლევა ჩატარებულიყო მიზნობრივი შერჩევის (და არა ადგილისა და სივრცის შერჩევის) გამოყენებით, დღის და ღამის ყველა თავშესაფარში;
- ველზე მუშაობის პროცესისთვის განისაზღვრა უსაფრთხოების წესები. მინიმუმ ორი ადამიანის ყოფნა ველზე მუშაობისას;
- ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მშობლებისგან ინფორმირებული ნებართვის აღება გამოირიცხა, რადგან მონაწილეთა უმრავლესობა სწორედ მშობლების მხრიდან განიცდიდნენ ძალადობას და მოსალოდნელი იყო, რომ მშობლები ბავშვის მიერ მიღებულ საჩუქარს საკუთარი მიზნებისთვის გამოიყენებდნენ და ასევე, ბავშვზე უარყოფით ზეგავლენას მოახდენდნენ;
- ასევე, თუ მონაწილეებს ექნებოდათ ინფორმაცია, რომ მათმა მშობლებმა/კანონიერმა წარმომადგენლებმა იცოდნენ, რომ იღებდნენ კვლევაში მონაწილეობას, თავს დაცულებად ვერ იგრძნობდნენ და/ან არ ექნებოდათ კვლევაში მონაწილეობის სურვილი, ან გულწრფელები არ იქნებოდნენ. საფრთხე შეექმნებოდა კონფიდენციალურობის დაცვის პრინციპებს.

სფეროს ექსპერტების გამოკითხვის პარალელურად შეიქმნა მრჩეველთა საბჭო, სადაც ყველა ის ორგანიზაცია, სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორი იყო წარმოდგენილი, რომლებიც მუშაობენ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან². მრჩეველთა

2 ეს ორგანიზაციებია: სოციალური მომსახურების სააგენტო; დანაშაულის პრევენციის ცენტრი; გაეროს ბავშვთა ფონდი; გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში; საერთაშორისო ფონდი – გადავარჩინოთ ბავშვები; საქველმოქმედო ფონდი კარიტასი; „ველდ ვიჟენ საქართველო; საინფორმაციო-სამედიცინო ფსიქოლოგიური ცენტრი – „თანადგომა“; არასამთავრობო ორგანიზაცია „საქართველოს სოციალურ მუშაკთა ასოციაცია“; არასამთავრობო ორგანიზაცია „ინიციატივა სოციალური ცვლილებებისთვის“; არასამთავრობო ორგანიზაცია

საბჭოს შეხვედრების საფუძველზე მომზადდა შემდეგი რეკომენდაციები:

- ინფორმირებული თანხმობის აღება და თანხმობის ფორმები გამოყენებულიყო მხოლოდ 24 საათიან თავშესაფარში მცხოვრები ახალგაზრდების კანონიერი წარმომადგენლებთან (სახელმწიფო სოციალური მუშაკი) (იხ. დანართი_3_კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა), რადგან ეს ახალგაზრდები იმყოფებოდნენ კანონიერი წარმომადგენლების ზედამხედველობის ქვეშ და კანონმდებლობის გათვალისწინებით საჭიროა მათგან ნებართვის აღება. კანონიერ წარმომადგენლად, სახელმწიფო ზრუნვის სისტემაში ითვლება სახელმწიფო სოციალური მუშაკი.
- 16-დან 19 წლამდე ახალგაზრდებს კანონმდებლობის საფუძველზე აქვთ შესაძლებლობა მშობლის/მზრუნველის თანხმობის გარეშე მიიღონ კვლევაში მონაწილეობა.³ შესაბამისად, კვლევაში მათი მონაწილეობა შესაძლებელი იყო მშობლის თანხმობის გარეშე.
- ამასთანავე, საქართველოს შვილად აყვანისა და მინდობით აღზრდის შესახებ კანონის⁴ მიხედვით, 10 წლის და 10 წელზე მეტი ასაკის ბავშვის შვილად აყვანისთვის აუცილებელია მისი ინფორმირებული წერილობითი თანხმობა. 10 წელი კი ითვლება ბავშვის სიმწიფის ასაკად და მისი აზრი გათვალისწინებულია. ამდენად, 10 წლის ბავშვების მონაწილეობა მიზანშეწონილად განისაზღვრა, რადგანაც სხვა კანონით ამ ასაკის ბავშვს ენიჭება მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღების უფლება.
- გამომდინარე იქიდან, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების დიდი ნაწილი სწორედ მშობლებისგან განიცდის ძალადობას გადაწყდა, რომ 10 დან 16 წლამდე ბავშვები, რომლებიც დადიოდნენ დღის ცენტრში და ჰყავდათ მზრუნველი/მშობელი ან რეკრუტირებულნი იყვნენ ქუჩაში, როგორც ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდები, შეავსებდ-

„ბავშვი და გარემო“; არასამთავრობო ორგანიზაცია „სამოქალაქო საზოგადოების განვითარების ცენტრი“; „ბავშვებისა და ახალგაზრდების ეროვნული ცენტრი“; სასჯელაღსრულების დეპარტამენტი; სახალხო დამცველის აპარატი; ადამიანთა ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლის, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდი, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო; შინაგან საქმეთა სამინისტრო; საქართველოს საპატრიარქო.

3 საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი – პაციენტის უფლებების შესახებ. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978>

4 საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი-შვილად აყვანისა და მინდობით აღზრდის შესახებ. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3665080>

ნენ ინფორმირებული თანხმობის ფორმას და მათი მშობლები არ იქნებოდნენ ინფორმირებულები მათი კვლევაში მონაწილეობის შესახებ. ეს იყო ეთიკური დილემა, რადგანაც ასეთი გადაწყვეტილება კანონთან გარკვეულწილად კონფლიქტში მოდის, მაგრამ საბჭოს რეკომენდაციით და ბავშვის საუკეთესო ინტერესის პრინციპის გათვალისწინებით მიღებულ იქნა შესაბამისი გადაწყვეტილება. ქვემოთ ქვეთავში უფრო დეტალურად არის განხილული ეს საკითხები.

3.2.2. კვლევასთან დაკავშირებული ეთიკური დილემები და მათი გადაჭრა

ექსპერტების გამოკითხვით, პროექტის მრჩეველთა საბჭოს რეკომენდაციით და გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ ჩატარებული კვლევის მეთოდოლოგიის გათვალისწინებით⁵ გამოირიცხა მშობლებისგან ნებართვის აღება 16 წლამდე არასრულწლოვნების კვლევაში მონაწილეობაზე. კვლევაში მონაწილეობენ მაღალი რისკის (ქურაში მცხოვრები და მომუშავე ახალგაზრდები, რომლებიც შესაძლოა განიცდიან ძალადობას თავიანთი ოჯახებისაგან) მოწყვლადი ახალგაზრდები, ამიტომ გავითვალისწინეთ საერთაშორისო დოკუმენტი, „ეთიკური კვლევა, რომელიც მოიცავს ბავშვების (ERIC) პროექტს, 2013“⁶ და განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა ეთიკურ გამოწვევებს, რომელიც აქტუალური ხდება, როდესაც კვლევაში მონაწილეობენ განსაკუთრებით მოწყვლადი არასრულწლოვანთა ჯგუფები, მაგ. ქურაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვები. ამ შემთხვევაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მკვლევრების და პროვაიდერი ორგანიზაციების როლებს და პასუხისმგებლობებს. კერძოდ, იმას, რომ მოპოვებულ იქნას ინფორმირებული თანხმობა და ამავდროულად, შენარჩუნებულ იქნას რესპონდენტების პრივატობა და კონფიდენციალურობა.

ქურაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების მშობლისგან ნებართვის აღება არაა რეალისტური, რადგან ბავშვების უმრავლესობა გამოქცეულია ოჯახებიდან ან მათი მშობლების/ნათესავებისგან ტრეფიკინგის მსხვერპლია. ამასთანავე, მშობლები ნაკლებად ასრულებენ ბავშვის მზრუნველის როლს, ხშირ შემთხვევაში ძალადობენ კიდევ თავიანთ შვილებზე, ამიტომ არარელეგანტურია მათგან ნებართვის აღება და გამომდინარე აქედან, გამოირიცხა ნებართვის აღება. ის ზიანი, რაც ამ შემთხვევაში ბავშვს მიადგება თავისი ე.წ. მზრუნველისგან, გაცილებით მაღალია, ვიდრე ის პოტენციური ზი-

5 ქურაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვები, 2018. გაეროს ბავშვთა ფონდი. <https://www.unicef.org/georgia/media/1251>

6 Ethical Research Involving Children (ERIC project), <https://childethics.com>

ანი, რომელიც შესაძლოა მიიღოს კვლევაში მონაწილეობისაგან, მშობლის თანხმობის გარეშე. გარდა ამისა, კვლევის შედეგები გამოყენებული იქნება ამ რისკ ჯგუფისთვის (ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვები) პოლიტიკის და მომსახურებების დასახვეწად, ანუ კვლევაში მონაწილეობის სარგებელი მაღალია, ხოლო რისკები კი მინიმალური.

ამასთან, კვლევის მონაწილეების შესახებ ინფორმაციის მოგროვება იყო ანონიმური და მონაწილეების სახელი, გვარი, ზედმეტი სახელი არ იყო გამოყენებული მათი იდენტიფიკაციისათვის. გარდა ამისა, ძალადობის ფაქტების გამოვლენის შემთხვევაში დაიგეგმა რეფერირების პროცედურების⁷ ამოქმედება, რაც გულისხმობს ბავშვის გადამისამართებას სახელმწიფო მოხილურ ჯგუფთან, რის შესახებაც ინფორმაცია თითოეულ მონაწილეს მიეწოდებოდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმის შევსების დროს. რესპონდენტების მინიმალური ასაკი შეადგენდა 10 წელს. კვლევის განმარტებული ჯგუფი ხელს აწერდა კონფიდენციალურობის შეთანხმებას, რაც გულისხმობს კვლევაში მოპოვებული ინფორმაციის დაცულობას და უცხო პირებისთვის გაუცემლობას, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა, რომელიც ეხებოდა ძალადობის შემცველი ფაქტების გამოვლენას და რაზეც კვლევის პირველივე ეტაპზე ინფორმირებულები იყვნენ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები.

ასევე, ბავშვებს, მოზარდებს და ახალგაზრდებს მაქსიმალურად მიეწოდათ ინფორმაცია მათთვის გასაგებად, რომ კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითია და მათ შეუძლიათ კვლევაზე უარი თქვან ნებისმიერ დროს რაიმე სანქციის გარეშე. კვლევაში გათვალისწინებულ იქნა ფაქტი, რომ ყველა ბავშვს არ აქვს იმის უნარი, რომ კომპეტენტურად გამოხატოს თავისი თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე არა მხოლოდ თავისი ასაკის, არამედ სხვა მიზეზების გამოც (მაგ. სოციალური ჩამორჩენა, ენის ბარიერი, ალკოჰოლიზმი და სხვა).

იმის გათვალისწინებით, რომ კვლევაში მონაწილეობენ არასრულწლოვნები, და არ არსებობს მშობლებისგან კვლევაში მათ მონაწილეობაზე ნებართვის მიღების შესაძლებლობა, რაც კანონით არის გათვალისწინებული, ამ დანაკლისის კომპენსირების მექანიზმად გამოყენებულ იქნა სპეციალური კითხვარი, რომელიც გამოიყენება მსგავს შემთხვევებში, როდესაც კვლევაში მონაწილეობენ მსგავსი მაღალი რისკის ჯგუფის არასრულწლოვნები⁸ და მნიშვნე-

7 საქართველოს მთავრობის დადგენილება ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურების დამტკიცების თაობაზე <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3394478>

8 Hein et al. Assessing children's competence to consent in research by a standardized tool: a validity study, Hein et al. BMC Pediatrics 2012, 12:156, <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/156>

ნელოვანია მათგან თანხმობის მოპოვება. ამრიგად, კვლევაში გამოყენებული იქნა MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR)⁹ ადაპტირებული ვარიანტი, რითაც გაიზომა ბავშვების კომპეტენტურობა გამობატონ თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე. აღნიშნული ინსტრუმენტი შერჩეული იქნა კვლევაში გამოსაყენებლად, რადგან აქვს ძლიერი ფსიქომეტრული პარამეტრები. ამრიგად, კვლევაში მხოლოდ ის ბავშვები იღებდნენ მონაწილეობას, რომლებიც გამოავლენდნენ კომპეტენტურობას. თავად ინფორმირებული თანხმობის ფორმაში ჩაშენებული იყო კითხვები, რომელიც ამოწმებდა ახალგაზრდის გაგების და გადაწყვეტილების მიღების კომპეტენტურობის და შესაძლებლობის დონეს (იხ. დანართები_4_ინფორმირებული თანხმობის ფორმა თვისებრივ კვლევაში და 5_ინფორმირებული თანხმობის ფორმა რაოდენობრივ კვლევაში). ქვემოთ დეტალურადაა განხილული თუ როგორ ხდებოდა მონაწილეების რეკრუტირება და შემდგომ ინფორმირებული თანხმობის აღება ახალგაზრდებთან უშუალოდ ინტერვიუს აღებამდე.

კვლევის პროცედურების დოკუმენტი (მათ შორის ინფორმირებული თანხმობები) (იხ. დანართები-4 და 5) და ინსტრუმენტები (თვისებრივი და რაოდენობრივი კითხვარები (იხ. დანართები_6 და 7) გაიგზავნა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეთიკის კომიტეტში¹⁰. კომიტეტის გადაწყვეტილებით შესაძლებელი გახდა კვლევის ჩატარება შემდეგი რეკომენდაციების გათვალისწინებით:

- როგორც აღინიშნა, კვლევის ერთ-ერთი მიზანი იყო აივ/შიდსზე ტესტირების ჩატარება 400 მონაწილესთან, 10 დან 19 წლამდე, რომლებიც სურვილს გამოთქვამდნენ. თუმცა, ტესტირების ჩატარება რეკომენდაციის გათვალისწინებით გადაწყდა მხოლოდ 14 წლის და 14 წლის ზემოთ მყოფი ახალგაზრდებისთვის, რადგანაც საქართველოს კანონმდებლობით¹¹ 10-დან 13 წლამდე ბავშვთან ტესტირების ჩატარება არაა რეკომენდირებული და ეთიკურად სწორი. 14 წლის და 14 წლის ზევით ასაკის ახალგაზრდებს კანონმდებლობის შესაბამისად შეუძლიათ მშობლის/მეურვის გარეშე ჩაიტარონ ტესტირება და მკურნალობა აივ ინფექციაზე. შესაბამისად, 14 წლის ზემოთ მყოფი მონაწილეები

9 Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, van Goudoever JB, Lindauer RJL. Accuracy of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) for Measuring Children's Competence to Consent to Clinical Research. JAMA Pediatr. 2014; 168(12): 1147-1153

10 ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის კვლევითი პროექტების ეთიკურობის დამდგენი კომისიის დასკვნა № R/ 333-18, 26.06. 2018

11 საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი – აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90088>

- სურვილის შემთხვევაში იტარებდნენ უფასოდ ტესტირებას; კვლევაში მონაწილე ახალგაზრდების კვლევაში მონაწილეობის მამოტივირებელი საჩუქრები იქნა კატეგორიზირებული. მაგალითად, 10-13 წლის ახალგაზრდები კვლევაში მონაწილეობისთვის (ინტერვიუში მონაწილეობა) იღებდნენ ვენდის საბავშვო მენიუს. 14-19 წლის ახალგაზრდები ინტერვიუში მონაწილეობისთვის იღებდნენ ვენდის კვატრო მენიუს, ხოლო თუ აივ-ტესტირებასაც ჩაიტარებდნენ (14-19 წლის) – იღებდნენ დამატებით საბავშვო მენიუსაც. ამრიგად, ტესტირების ჩატარების მოტივირების მიზნით კვლევაში მონაწილე ახალგაზრდებს დამატებით გადაეცემოდათ საჩუქარი;
- გარდა ამისა, არც ერთი ბავშვი, რომელთანაც მყარდებოდა კონტაქტი არ რჩებოდა უსაჩუქროდ. ვინც სხვადასხვა მიზეზის გამო მონაწილეობას ვერ ან არ იღებდა კვლევაში, მათ ურიგდებოდათ ტკბილეული.

3.2.3. კვლევის საწყისი ეტაპის გამოწვევები და მათი გადაჭრის გზები: რეკრუტირების სირთულეები და ინფორმირებული თანხმობის პროცესი

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების თვისებრივი კვლევის ჩატარებასთან დაკავშირებული გამოწვევები და მათთან გამკლავება

ექსპერტებთან ჩატარებული გამოკითხვის ანალიზის შედეგად, გამოვლინდა გარკვეული რისკები, რომელიც ხელს შეუშლიდა სიღრმისეული ინტერვიუების ჩატარებას ველზე დროისა და ადგილის შერჩევის მეთოდის გამოყენებით, როგორც თავდაპირველად იგეგმებოდა. პირველი ეს იყო სიღრმისეული ინტერვიუების ხანგრძლივობა, რომელიც შეადგენდა 90-100 წუთს და მოითხოვდა ახალგაზრდა მონაწილის მაქსიმალურ ჩართულობას, რაც მათთვის შეუძლებელი იყო. მეორე მნიშვნელოვანი გამოწვევა, რისკ ფაქტორი იყო ქუჩა, სადაც უამრავი ხელისშემშლელი ფაქტორია, რომელსაც ზეგავლენა ექნებოდა და ხელს შეუშლიდა ინტერვიუს ჩატარებას. გამომდინარე აქედან, კითხვარი დაიყო 4 ნაწილად (სოციალურ ქსელის კითხვარი, ალკოჰოლზე დამოკიდებულების, წამალდამოკიდებულების და სარისკო სექსუალური ქცევის), რათა მაქსიმალურად შემცირებულიყო ინტერვიუს ხანგრძლივობა (*იხ. დანართი_6_თვისებრივი კვლევის კითხვარი*). ხოლო თვისებრივი ინტერვიუები ნაცვლად ქუჩისა ჩატარდა დღის ცენტრებში და 24-საათიან თავშესაფრებში. შესაბამისად, თვისებრივი კვლევის დროს კვლევის მონაწილეთა რეკრუტირების ცალკე ლოკუმენტი არ შემუშავებულა.

ამრიგად, თვისებრივი კვლევის დროს გამოყენებულ იქნა მონაწილეთა მიზნობრივი შერჩევა. კერძოდ, 80 მონაწილის შერჩევა (N=80) მოხდა 10 სხვადასხვა ტიპის ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების მომსახურების ცენტრებში (იხ. ცხრილი № 2).

ცხრილი №2 ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვებისთვის მომსახურებების ჩამონათვალი

BNT	ბავშვი და გარემო 24 საათიანი ცენტრი თბილისი
BDT	ბავშვი და გარემო დღის ცენტრი თბილისი
WNC	ველდ ვიუენი 24 საათიანი ცენტრი (ჩიქობავა) თბილისი
WDC	ველდ ვიუენი დღის ცენტრი (ჩიქობავა) თბილისი
WDG	ველდ ვიუენი 24 საათიანი ცენტრი (გლდანი) თბილისი
WDG	ველდ ვიუენი დღის ცენტრი (გლდანი) თბილისი
CNR	კარიტასი 24 საათიანი ცენტრი რუსთავი
CDR	კარიტასი დღის ცენტრი რუსთავი
CNT	კარიტასი 24 საათიანი ცენტრი თბილისი
CDT	კარიტასი დღის ცენტრი თბილისი

მონაწილეთა შერჩევა თითოეული ადგილზე ხდებოდა გარკვეული პრინციპების დაცვით და მონაწილეთა თანაბარი რაოდენობის ჩართვის უზრუნველსაყოფად შედგებოდა რამდენიმე ეტაპისგან:

ინტერვიუერები ვიზიტებს ახორციელებდნენ სერვისებში კვირის როგორც სამუშაო, ისე არასამუშაო დღეებში;

დაცული იყო დროის ფაქტორი. თვისებრივი კვლევის დროს დღე დაყოფილი იყო 3 ნაწილად: A (11 დან 15 საათამდე) B (15 დან 19 საათამდე) და C (19 დან 23 საათამდე). შესაბამისად ხდებოდა დროის სამივე ფაზაში ინტერვიუერთა ვიზიტები და მონაწილეთა შერჩევა შემთხვევითი სიის მიხედვით. იმის მიხედვით, ვინც იმ დროისათვის იმყოფებოდა ცენტრში. ცენტრებში ხორციელდებოდა ვიზიტები მანამ, სანამ არ მოხდა საკმარისი რაოდენობის რესპონდენტების ჩართვა კვლევაში. თვისებრივი კვლევა დაიწყო 2018 წლის ივლისში და დასრულდა ოქტომბრის ბოლოს.

მონაწილეთათვის ხდებოდა ინდივიდუალური კოდების მინიჭება ადგილის, დროის, ასაკის და რეგიონობის მიხედვით, რათა არ მომხდარიყო მონაწილეთა იდენტიფიცირება. კვლევის დამადასტურებელ არცერთი დოკუმენტი არ შეიცავდა მონაწილეების პირად მაიდენტიფიცირებელ რაიმე ტიპის მონაცემს. მონაწილეებს ჯერ

ენიჭებოდათ ლოკაციის კოდი, შემდეგ აღირიცხებოდა ასაკი, შემდეგ დროის კოდი, და ბოლოს ახალგაზრდის კოდი ინტერვიუს რიგითობის მიხედვით. მაგ: CDT – კარიტასი დღის ცენტრი თბილისი, ასაკი – 14, B (დროის კოდი), მე-15 რესპოდენტი = CDT14B15. საბოლოოდ კითხვარზე ხდებოდა ამ კოდების დაწერა, სადაც მონაწილის იდენტიფიცირება სრულიად შეუძლებელია.

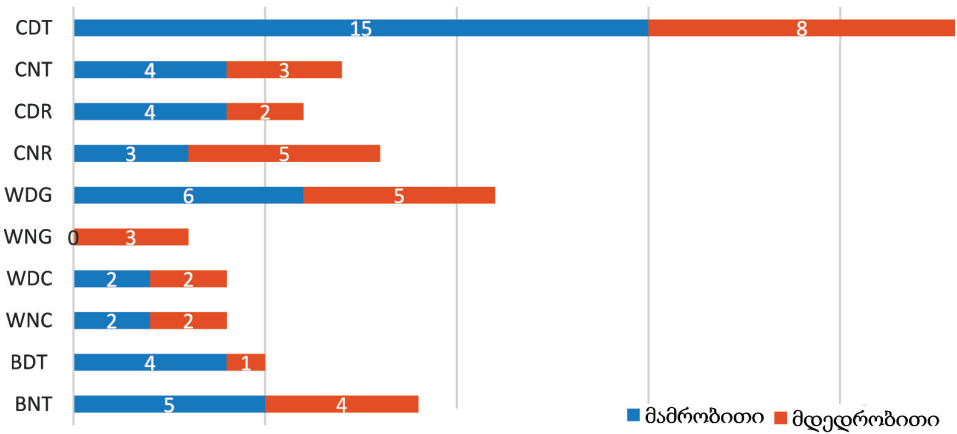
კვლევაში მონაწილე პირები აღნიშნული კოდის გასწვრივ ხელმოწერით ადასტურებდნენ კვლევითი სარგებლის გადაცემას.

შესაბამისად, ლოკაციებიდან სხვადასხვა რაოდენობის და სქესის რესპოდენტები გამოკითხნენ. მთლიანად თვისებრივ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 35-მა გოგომ და 45 ბიჭმა. ასევე, თითოეული კითხვარის შევსების მიხედვითაც გაკონტროლდა სქესი (იხილეთ, ქვემოთ მოცემული ცხრილები).

ცხრილი №3 ადგილები, კითხვარის ტიპები და მონაწილეთა რაოდენობა.

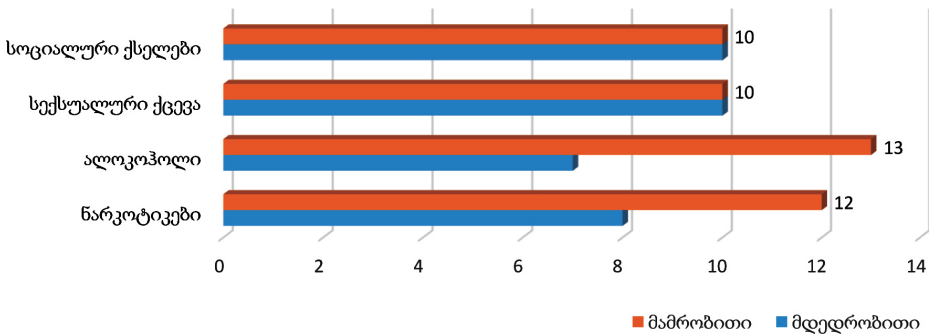
	ლოკაციები										სულ
	კარიტასის დღის ცენტრი, თბილისი	კარიტასის 24 საათიანი ცენტრი, თბილისი	კარიტასის დღის ცენტრი, რუსთავი	კარიტასის 24 საათიანი ცენტრი, რუსთავი	ველდ ვოფენი, დღის ცენტრი, გლდანის (თბილისი)	ველდ ვოფენი, 24 საათიანი ცენტრი, გლდანის (თბილისი)	ველდ ვოფენი, დღის ცენტრი, ჩიქობავა (თბილისი)	ველდ ვოფენი, 24 საათიანი ცენტრი, ჩიქობავა, (თბილისი)	ბავშვი და გარემოს დღის ცენტრი, თბილისი	ბავშვი და გარემოს 24საათიანი ცენტრი, თბილისი	
ალკოჰოლის გამოყენება	3	2	2	3	3	1	1	0	3	2	20
ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენება	6	1	2	1	4	1	0	1	1	3	20
სოციალური ქსელი	6	1	2	2	3	0	2	2	1	1	20
სექსუალური ქცევა	8	3	0	2	2	1	0	1	0	3	20
სულ	23	7	6	8	12	3	3	4	5	9	80

გრაფიკი №3: მონაწილეების განაწილება ადგილებზე სქესის მიხედვით:



გრაფიკი №4: მონაწილეების განაწილება კითხვარის ტიპისა და სქესის მიხედვით

მონაწილეთა გადანაწილება კითხვარის ტიპისა და სქესის მიხედვით



თვისებრივი კვლევის შემდეგ, გამოიკვეთა, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები საკუთარი თავის იდენტიფიკაციას არ ახდენდნენ, როგორც ქუჩის ბავშვების, შესაბამისად, შერჩევის ეს კრიტერიუმი, გამოირიცხა და დარჩა, მხოლოდ დროის უმეტესი ნაწილის ქუჩის აქტივობებში ჩართვა ან/და ყოველდღიურად ქუჩაში მუშაობა, სკოლის ხშირი გაცდენა და ასაკი (10-19 წლის).

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების რაოდენობრივი (კროს-სექციური) კვლევის ჩატარებასთან დაკავშირებული გამოწვევები და მათთან გამკლავება

რეკრუტირების/სკრინინგის პროცედურები

კროს-სექციური კვლევის პირველ ეტაპზე ხდებოდა მონაწილეთა რეკრუტირება. მას შემდეგ, რაც ინტერვიუერი წარუდგინდა პოტენციურ კვლევის მონაწილეს საკუთარ თავს, მიაწოდებდა ინტერვიუს შესახებ ინფორმაციას და ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა გამონატავდა თანხმობას კვლევაში მონაწილეობაზე, ხდებოდა რეკრუტირების/სკრინინგის დოკუმენტის შევსება (*იხ. დანართი_8_რეკრუტირების დოკუმენტი*).

იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი/მოზარდი/ახალგაზრდა უარს ამბობდა, მას უნდა დაესახელებინა მიზეზი თუ, რატომ არ სურდა კვლევაში მონაწილეობის მიღება, რასაც ინტერვიუერი ჩაინიშნავდა. ამ ეტაპზე სრულდებოდა მასთან კომუნიკაცია.

რეკრუტირების ფორმაში რესპონდენტის შესახებ შემდეგი ინფორმაცია გროვდებოდა: პირველ რიგში – ასაკი, შემდეგ ეროვნება, სქესი, საქმიანობა – მუშობდა თუ არა ქუჩაში, ითხოვდა თუ არა მოწყალეობას მართო ან ოჯახთან ერთად, ატარებდა თუ არა დროის უმეტეს ნაწილს ქუჩაში, ჩართული იყო თუ არა ქუჩის აქტივობებში: მაგ., ყიდდა თუ არა ნივთებს და ა.შ. აგრეთვე, გროვდებოდა ინფორმაცია იმის შესახებ, დადიოდა თუ არა სკოლაში და იყო თუ არა საქართველოს მოქალაქე.

რეკრუტირების შემაჯამებელ ნაწილს უშუალოდ ინტერვიუერი ავსებდა და განსაზღვრავდა, თუ რამდენად აკმაყოფილებდა კვლევის პოტენციური მონაწილე კვლევის სამიზნე ჯგუფის შერჩევის 4 კრიტერიუმს: ასაკი (10-19 წლის), ჩართულია ქუჩის საქმიანობებში, ხშირად აცდენს სკოლას, მუშაობს ქუჩაში ყოველდღიურად.

იყო შემთხვევები, როდესაც მონაწილეები აკმაყოფილებდნენ ყველა იმ კრიტერიუმს, რომელიც საჭირო იყო კვლევაში მონაწილეობისთვის, მაგრამ მათ უარი ეთქვათ კვლევაში ჩართვაზე არაფხიზელ მდგომარეობაში ყოფნის, ან ენობრივი ბარიერის გამო.

ინფორმირებულ თანხმობის ფორმას ავსებდნენ ის მონაწილეები, რომლებმაც, ერთი მხრივ, დააკმაყოფილეს კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმები, და მეორე მხრივ, შეეძლოთ სრულფასოვანი მონაწილეობა კვლევაში. ამ უკანასკნელზე დასკვნას აკეთებდა მკვლევარი შემდეგის საფუძველზე: ქართული ენის საკმარისი ცოდნა, ფხიზელ მდგომარეობაში ყოფნა, თვალში საცემი ფსიქიკური პრობლემების არქონა და ა.შ. (*იხ. დანართი_8_რეკრუტირების დოკუმენტი*).

ზემოთ ჩამოთვლილი ყველა პროცედურის შემდეგ, რომელსაც სჭირდებოდა დაახლოებით 5-10 წუთი, მკვლევრები კიდევ ერთ-

ხელ ეკითხებოდნენ რესპონდენტებს და აზუსტებდნენ, თუ სურდათ კვლევაში მონაწილეობის მიღება. დადებითი პასუხის შემთხვევაში ხდებოდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმის შევსების დეტალური პროცესი (*ინხილეთ, დანართი_5_ ინფორმირებული თანხმობის ფორმა რაოდენობრივი კვლევისთვის*) და მხოლოდ ამის შემდეგ იწყებოდა ინტერვიუ (*ინ. დანართი_7_ რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი*).

კროს-სექციური მონაცემების შეგროვება

რაოდენობრივი კვლევისათვის გამოვიყენეთ დროის და ადგილმდებარეობის შერჩევის მეთოდი ქუჩის ახალგაზრდების შერჩევის მიზნით. ტერიტორიები შერჩეული იქნა ადგილობრივი ექსპერტებისგან და სტუდენტებისგან მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, რაც აღწერილია MacKellar et al.¹² კვლევის მეთოდოლოგიის მიხედვით. ამ მეთოდით შერჩენენ ახალგაზრდები კვლევის რაოდენობრივი ეტაპისთვის.

კროს-სექციური მონაცემების შეგროვება განხორციელდა თბილისში, რუსთავეში და ბათუმში (N=300).

შერჩევა მოხდა დროისა და მდებარეობის სტრატეგიის (TLS) მიხედვით.^{13 14} მონაწილეთა შერჩევა განხორციელდა იმ ადგილებიდან, სადაც ტიპიურად იკრიბებოდნენ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები და დადგინდა მათი ქუჩაში ყოფნის საკვანძო პერიოდები. ეს პერიოდებია: A (14 საათიდან – 18 მდე), B (18-დან – 21-მდე) და C (21 დან ღამის 12 საათამდე).

მონაწილეთა რეკრუტირების ყოველთვიური კალენდრის შესაქმნელად წინასწარ განხორციელდა ადგილებზე (ექსპერტების და სტუდენტების მიერ რეკომენდებული) ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ახალგაზრდების ენუმერაცია (დათვლა) შერჩეული კრიტერიუმების მიხედვით (*ინ. ზემოთ „ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების შერჩევის კრიტერიუმები“*). შერჩეულ იქნა პიკის საათი და სხვა დროც, როდესაც იკრიბებოდნენ ქუჩაში მცხოვრები ბავშვები. შერჩა კვირის ყველა დღე, შაბათ-კვირის ჩათვლით. ქუ-

12 MacKellar D, Valleroy L, Karon J, Lemp G, Janssen R. The Young Men's Survey: methods for estimating HIV seroprevalence and risk factors among young men who have sex with men. *Public Health Rep.* 1996; 111 Suppl 1:138 . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1382056/>

13 Fritz KE, Woelk GB, Bassett MT, et al. Association between alcohol use, sexual risk behavior, and HIV infection among men attending beerhalls in Harare, Zimbabwe. *AIDS and Behavior.* 2002;6(3):221-228.

14 MacKellar D, Valleroy L, Karon J, Lemp G, Janssen R. The young men's survey: Methods for estimating HIV seroprevalence and risk factors among young men who have sex with men. *Public Health Reports.* 1996;111:S138-S144.

ჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების სიმწირის გამო, გადაწყდა ყველა ბავშვის ჩართვა კვლევაში, ვინც მოცემულ ადგილას იმყოფებოდა მოცემული დღის მონაკვეთში და ამასთან, შეესაბამებოდა კვლევაში ქუჩის ბავშვის განმარტების კრიტერიუმს. ასევე, გათავლისწინებულ იქნა თანასწორობის და სამართლიანობის პრინციპი და სურვილის შემთხვევაში ყველა ახალგაზრდას, რომელიც აკამყოფილებდა კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს, მიეცათ მონაწილეობის შესაძლებლობა.

კვლევის ექსპერტების (ექსპერტების გამოკითხვა) მიერ მოწოდებული ინფორმაცია ადგილების (venue) შესახებ გადამოწმებული იქნა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამის მეორე კურსის სტუდენტების მიერ. პრაქტიკანტები აწარმოებდნენ ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვების დათვლას კონკრეტულ ადგილებში, ერთი თვის მანძილზე. კერძოდ, ყოველ დღე მიდიოდნენ ექსპერტების მიერ დასახელებულ ადგილებში და ახდენდნენ დაკვირვებას, თუ რამდენი ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვი/ახალგაზრდა იყო დაკავებული სხვადასხვა აქტივობით ქუჩაში (ითხოვდა მოწყალებას, ყიდდა სხვადასხვა ნივთებს, მუშაობა და ატარებდა დროს ქუჩაში და ა.შ), შეესაბამებოდა თუ არა მათი ასაკი იმ ასაკობრივ კატეგორიებს, რომელებზეც უნდა ჩატარებულიყო კვლევა და ა.შ. ყოველი გასვლითი დღის ბოლოს კეთდებოდა შემაჯამებელი ცხრილები, რის საშუალებითაც კეთდებოდა ანალიზი დროის და ადგილის შესახებ.

რაოდენობრივი კვლევის დაწყებისას წინასწარ, შემთხვევითი შერჩევის მეთოდის გამოყენებით შერჩეული იყო ის ადგილები, სადაც გადიოდნენ მკვლევრები ველზე მუშაობისას. გარდა იმის, რომ წინასწარ იყო განსაზღვრული ადგილები, თუ სად უნდა მისულიყვნენ, ასევე წინასწარ იყო დაყოფილი დროის რომელ მონაკვეთზე უნდა ყოფილიყვნენ მკვლევრები შერჩეულ ადგილებში. ამასთანავე, მკვლევრები ისე იყვნენ გადანაწილებული, რომ ნებისმიერ ადგილზე გასვლა მომხდარიყო სამივე დროს. გამომდინარე იქიდან, რომ ლოკაციები არც თუ ისე ბევრი იყო, სულ 14 ტერიტორიული დაჯგუფება. ხდებოდა რამდენჯერმე ერთი და იგივე ლოკაციაზე გასვლა სხვადასხვა დროს, რომელიც შემთხვევითად შეირჩეოდა.

თბილისსა და რუსთავეში კვლევის ადგილებზე გადაადგილება ხდებოდა როგორც ავტომობილით, ასევე ფეხით; ხოლო ბათუმში – მხოლოდ ფეხით. მას შემდეგ, რაც მოხდებოდა ადგილებზე შემჩნევა ბავშვისა, რომელიც სხვადასხვა აქტივობით იყო დაკავებული, ინტერვიუერები მიდიოდნენ, წარუდგენდნენ თავიანთ თავს და სთავაზობდნენ კვლევაში მონაწილეობის მიღებას. იყო ისეთი შემთხვევები, როდესაც მთელი დღის განმავლობაში შერჩეულ ადგილებზე არ იმყოფებოდნენ ბავშვები.

ცხრილი №4 ადგილების გამოვლენა კვლევის სხვადასხვა ეტაპებზე

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა სავლეე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)				მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)	
		დრო					დრო				
		14:00 – 18:00	18:00-21:00	21:00-00:00			14:00 – 18:00	18:00-21:00	21:00-00:00		
M1	ვარკეთილი	2			M1	ვარკეთილი					
	დაემატა				D9	ნავთლულის ბაზარი				1	
M2	სამგორი		2		M2	მეტრო სამგორი		2		2	2
M3	ისანი		2	2	M3	ისანი – შუქნიშნები	2	1		4	3
M4	300 არაგველის მეტრო		1		M4	300 არაგველის მეტრო		1		1	1
H1	გუდარეხის ქუჩა		2		H1	გუდარეხის ქუჩა		6	1	15	7
H2	აფრიკის დასახლება		1		H2	აფრიკის დასახლება	2	2		6	4
T2	სამების ეკლესია		3		T2	სამების ეკლესია	1			6	1
M5	დაემატა				M5	ავლაბარი M				1	
M4	თავისუფლება		3		M4	თავისუფლება		1		3	1
P3	პუშკინის ბაღი		2		P3	პუშკინის ბაღი			2	3	2
T3	ქაშუეთი	1			T3	ქაშუეთი				2	

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა საველე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)					მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)
S1	ლესელიძე/ერეკლე 2 პარკი		2		S1	ლესელიძე/ერეკლე 2 პარკი	1	9	2	19	12
T1	სიონი	1			T1	სიონი					
B4	შარდენი			3	B4	შარდენი					
B3	აბანოთუბანი/მეიდან		3	2	B3	აბანოთუბანი/მეიდან		2	1	7	3
R5	დიღმის საცხოზი/საავადმყოფო		1		R5	დიღმის საცხოზი/საავადმყოფო				1	
O3	ამერიკის საელჩო/შუქნიანი/MC		1		O3	ამერიკის საელჩო/შუქნიანი/MC					
M12	დიღუბე	1			M12	დიღუბე	2	7	3	13	12
D2	თბილისი მოლი		1		D2	თბილისი მოლი					
S7	პეკინის ქუჩა/დანური სახლი		5	1	S7	პეკინის ქუჩა/დანური სახლი		10		12	10
B7	სპორტის სასახლეს მიმდებარე		1		B7	სპორტის სასახლეს მიმდებარე					
B6	ცირკი			2	B6	ცირკი					
M15	ტექნიკური უნივერ.			1	M15	ტექნიკური უნივერ.					
S8	გაგარინის მოედანი			1	S8	გაგარინის მოედანი				2	

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა საველე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)				მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)	
	დაემატა				S12	ყაზბეგი				1	
M16	სამედიცინო M			1	M16	სამედიცინო M				1	
M17	დელისი M მიმდებარე/შუქნიშანი			2	M17	დელისი M მიმდებარე/შუქნიშანი		1		1	1
	დაემატა				D8	ვაჟა-ფშაველა M/ფრესკოს მალაზია					
M13	გლდანის M მიმდებარე/		3		M13	გლდანის M მიმდებარე	9	7		19	16
D4	გლდანი მოლი		2		D4	გლდანი მოლი	4	1		5	5
R2	საშაურმეები					ამოვიღეთ					
D5	გლდანში ფრესკოს მალაზიასთან		1		D5	გლდანში ფრესკოს მალაზიასთან				4	
S4	შეშელიძის ქუჩა/გლდანი/მუხიანის გადმოსასვლელი			1	S4	შეშელიძის ქუჩა/გლდანი/მუხიანის გადმოსასვლელი					
	დაემატა				D6	თემქა/ორი ნაბიჯის მალაზია					

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა საველე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)				მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)	
K6	ორთაჭალის ავტოსადგომი/ორთაჭ. დიდი შუქნიშანი/ორთაჭალის პესი		2	2	K6	ორთაჭალის ავტოსადგომი/ორთაჭ. დიდი შუქნიშანი/ორთაჭალის პესი		1		4	1
	დაემატა				K7	პეტრე ბაგრატიონის ძეგლი					
	დაემატა				D10	ლილოს ბაზრობა		1		2	1
M8	მარჯანიშვილი		2	3	M8	მარჯანიშვილი	6	11	2	20	19
B5	ასალი აღმაშენებელი	3	3		B5	ასალი აღმაშენებელი		5		8	5
B1	ქიაჩელი-პეროვსკაია		1		B1	ქიაჩელი-პეროვსკაია					
K2	რამიშვილის ქუჩის კვეთა		3		K2	რამიშვილის ქუჩის კვეთა					
K1	უნივერსიტეტისა და თამარაშვილის კვეთა		1		K1	უნივერსიტეტისა და თამარაშვილის კვეთა					

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა საველე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)				მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)	
D7	ვაკის გუდვილი/ პიქსელის შენობა	2	3		D7	ვაკის გუდვილი/ პიქსელის შენობა					
K3	ვაკე-საბურთალოს გადასასვლელი			1	K3	ვაკე-საბურთალოს გადასასვლელი	2		2	2	
	დაემატა				H3	ლოტკინი	16	8	4	30	28
M7	რუსთაველი		4		M7	რუსთაველი	1		1	4	2
B2	მორგის ტერიტორია /ელბაქიძე			4	B2	მორგის ტერიტორია / ელბაქიძე		1		1	1
P1	დედაენის ძეგლთან / ბალი		2		P1	დედაენის ძეგლთან / ბალი					
P4	ვარდების მოედანი		1		P4	ვარდების მოედანი					
D1	ისტ ფინთის მიმდებარე ტერი.			2	D1	ისტ ფინთის მიმდებარე ტერი.					
O2	აეროპორტის მიმდებარე – N 37 ავტ.			2	O2	აეროპორტის მიმდებარე – N 37 ავტ.					
P2	კიკვიძის ბალი		1		P2	კიკვიძის ბალი					
M9	ვაგზალი		5	4	M9	ვაგზალი	14	5		24	19
S5	თამარ მეფის გამზირი		1		S5	თამარ მეფის გამზირი					
D3	ქარვასლა		1		D3	ქარვასლა				2	

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა სავსე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)				მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)	
	დაემატა				R4	წრეთელის მაკლონალსი და მისი მიმდებარე					
M14	წრეთელი			7	M14	წრეთელი		1		1	1
	დაემატა				M10	ნაძალადევის მეტრო	32	9	1	48	42
	დაემატა				05	თბილისის ზღვა	6	4		13	10
S3	ფაბრიკანო-ნეშვილი					ამოვიღეთ					
P5	რუსთავის პარკი		3	1	P5	რუსთავის პარკი	8			10	8
R6	რუსთავის მერიის წინ		1		R6	რუსთავის მერიის წინ					
R8	რუსთავის კარითასის მიმდებარეთ/მერანი		4		R8	რუსთავის კარითასის მიმდებარეთ/მერანი	2			2	2
R9	რუსთავის მაკლონალსი		3		R9	რუსთავის მაკლონალსი					
O4	“ავტობუსის“ ადგილი	2			O4	“ავტობუსის“ ადგილი		11	1	14	12
D12	მე-12 ბაზარი/მარკეტი			1	D12	მე-12 ბაზარი/მარკეტი	1			1	1

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა საველე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)					მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)
S10	მეგობრობის გამზირი			1	S10	მეგობრობის გამზირი					
R7	“მადაგონი“ სუპერ-მარკეტი		3	1	R7	“მადაგონი“ სუპერ-მარკეტი					
ბათუმში (არ მომხდარა წინასწარი ენუმერაცია)											
					B10	ბათუმის ბულვარი	4	5	3	19	12
					B11	ალი & ნინოს ძეგლი	1	4		9	5
					B12	ეშმაკის ბორბალი	6	3	2	13	11
					B13	სანაპირო	4			4	4
					B14	ცენტრალური ბულვარი		6	1	8	7
					B15	პორტი	6		3	9	9
					B16	გამსახურდიას გამზირი (ბათუმი)	5	4		13	9
					B17	პოსეიდონის პარკი (ბათუმი)	2	1		3	3
					B19	მომღერალი შადრევანი (ბათუმი)	2			2	2

ექსპერტების მიერ მოწოდებული ადგილები და სტუდენტების შეგროვებული ინფორმაცია (რეკრუტირების წინა სავლე გადამოწმებული 137)					გამოკითხული რესპონდენტები ადგილების და დროის მიხედვით (რაოდენობრივი მონაცემები სულ 300)				მონაწილეთ რეკრუტირება ლოკაციების მიხედვით (398)	სულ გამოკითხული (300)	
					B20	გორგილადის ქუჩა (ბათუმი)		1		1	1
					B21	სასტუმრო ჰილტონის მიმდებარე (ბათუმი)	2			2	2
					B22	აბუსერიძის შუქნიშანი (ბათუმი)	1			4	1
					B23	აბაშის პარკი (ბათუმი)				2	
		12	80	45			142	131	27	398	300

- დაკვირვების შედეგად გამოიკვეთა, რომ ექსპერტების მიერ დასახელებულ ნაწილ ადგილებზე, რაც თვისებრივი კვლევის დროს დაასახელეს ბავშვები არ არიან ან ძალიან იშვიათად იმყოფებიან. კერძოდ, 5-მა პრაქტიკანტმა ერთი თვის განმავლობაში ექსპერტების მიერ დასახელებულ ადგილებზე ვერ ნახეს ვერც ერთი ბავშვი. შესაბამისად, მოცემულ ადგილები, სადაც არ ფიქსირდებოდა ქურასთან დაკავშირებული ბავშვი, სავლე სამუშაოს დაწყების პირველივე ეტაპზე იქნა ამოღებული. ხოლო ის ადგილები, სადაც ბავშვების მცირე აქტივობაც კი ფიქსირდებოდა, შენარჩუნებულ იქნა სავლე მუშაობისთვის.
- ასევე, სავლე მუშაობის დროს გამოვლინდა ახალი ადგილები, რომლებიც წინასწარ არ იყო მოცემული, რადგან ექსპერტებს არ დაუსახელებიათ. ეს ადგილები გამოვლინდა ქურასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების თვისებრივი კვლევის შედეგად. ამრიგად, სავლე მუშაობის პროცესში ადგილები და ახალგაზრდების გადაადგილება საგრძნობლად განსხვავ-

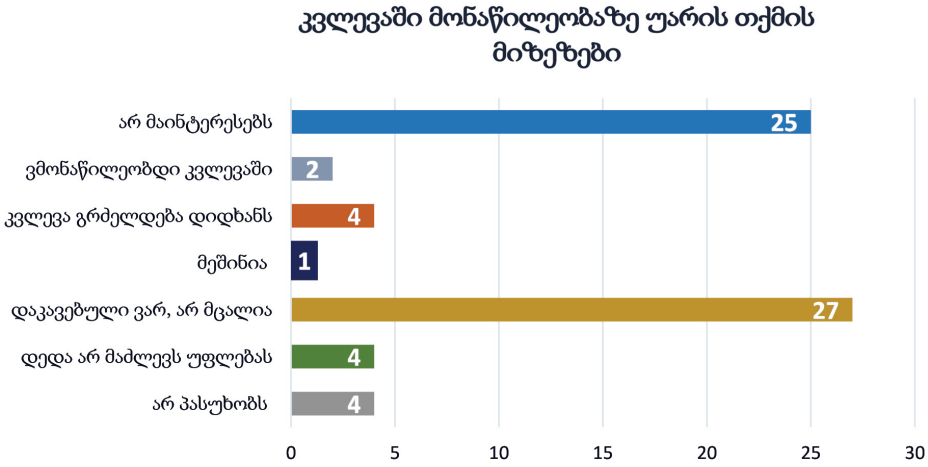
ვებულის იყო წინასწარი ინფორმაციისგან, რომელსაც ფლობდნენ სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების თანამშრომლები და მობილური ჯგუფის წევრები (სახელმწიფო სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, თანასწორგანმანათლებელი, მძღოლი), რომლებიც ყოველდღიურად აწარმოებენ მონიტორინგს ქუჩაში.

- გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო რეკრუტირებულების 75%-მა. ქვემოთ მოცემულია მიზეზები, თუ რატომ არ მოხდა ყველა რეკრუტირებულის გამოკითხვა (იხ. **რეკრუტირების/სკრინინგის შედეგები**).

რეკრუტირების/სკრინინგის შედეგები და ახალგაზრდების დახასიათება დემოგრაფიული მონაცემების მიხედვით

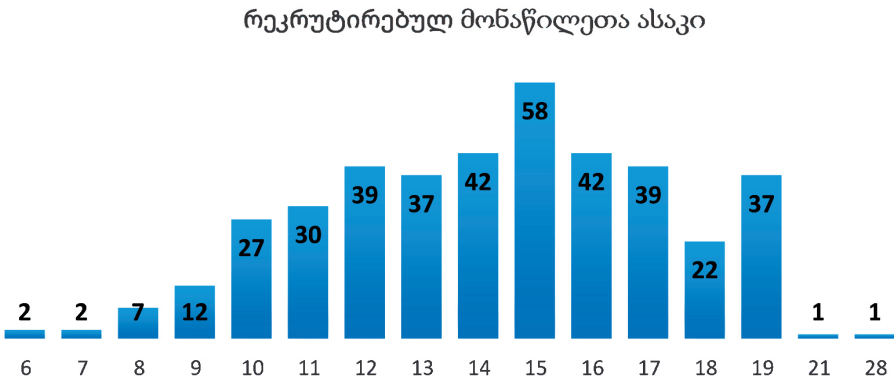
მოკლედ მიმოვიხილოთ რეკრუტირების შედეგად მიღებული ინფორმაცია. რეკრუტირებაში მონაწილეობა მიიღო 398 ქუჩასთან დაკავშირებულმა ახალგაზრდამ. აქედან გამოიკითხა მხოლოდ 300 ახალგაზრდა. ამ ნაწილში განხილულია 398 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდისგანი მიღებული მონაცემები. განსხვავებული იყო მიზეზები თუ რატომ არ მიიღო მონაწილეობა 98 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდამ კვლევაში. უნდა ითქვას, რომ თავისი სურვილით მონაწილეობაზე უარი განაცხადა 67 ახალგაზრდამ. უმეტესწილად, მიზეზად დასახელდა მათი მოუცლევლობა და ინტერესის არ ქონა. მხოლოდ ერთმა ახალგაზრდამ განაცხადა, რომ მონაწილეობის მიღების ემინოდა, რომ არ გამოვლენოდა აივ-შიდსი.

გრაფიკი №5: მიზეზები, თუ რატომ არ მიიღეს რეკრუტირებულებმა მონაწილეობა კვლევაში მონაწილეობა

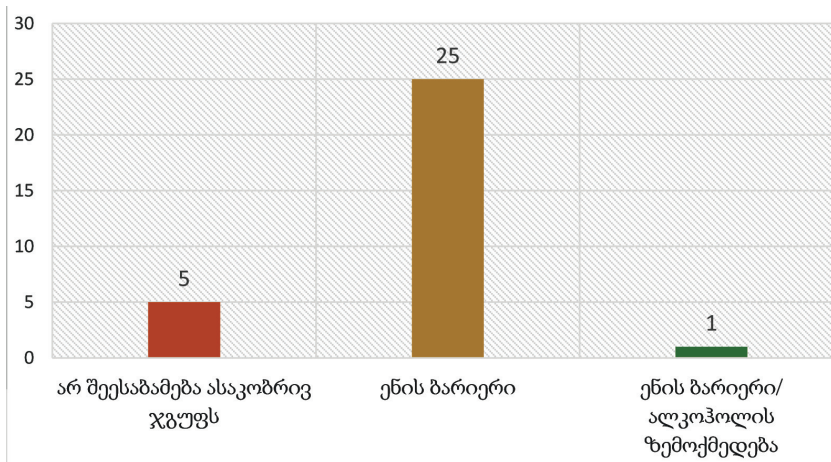


როგორც ზემოთ აღინიშნა, 67 ახალგაზრდამ სხვადასხვა მიზეზით თქვა უარი მონაწილეობაზე, ხოლო 31 პოტენციურ მონაწილეს ინტერვიუებების მიერ ეთქვათ უარი კვლევაში მონაწილეობაზე ამა თუ იმ მიზეზით, რომელიც კვლევიდან გამორიცხვის კრიტერიუმს შეესაბამებოდა. კერძოდ, 25 ახალგაზრდა არ ჯდებოდა კვლევის სამიზნე ჯგუფის ასაკობრივ კატეგორიაში (იხ. გრაფიკი №6), ხოლო 6-ს არასაკმარისად ესმოდა ქართული ენა, აქედან ერთი ახალგაზრდა ასევე იმყოფებოდა ალკოჰოლური ზემოქმედების ქვეშ. მთლიანად, ყველა რეკრუტირებული მონაწილეებიდან 30-ს არ ესმოდა ქართული ენა ისე, რომ კვლევაში მიეღოთ მონაწილეობა და ამასთანავე, მათგან 24 მონაწილემ ზემოთ განხილული მიზეზების გამო თავადაც განაცხადა მონაწილეობაზე უარი.

გრაფიკი №6: რეკრუტირებულ მონაწილეთა ასაკობრივი ჯგუფები

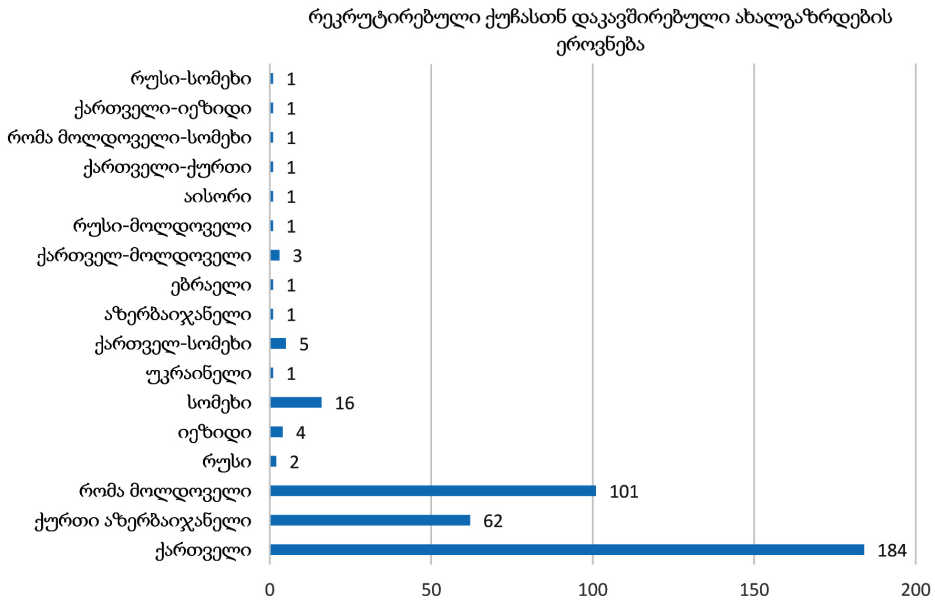


გრაფიკი №7: ინტერვიუების მიერ რეკრუტირებულ მონაწილეთათვის კვლევაში მონაწილეობაზე უარის თქმის მიზეზები



სქესის მიხედვით, სულ რეკრუტირებული იყო 209 (53%) მამრობითი სქესის და 186 (47%) მდედრობითი სქესის ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა (3 შემთხვევაში არ მოხდა სქესის მითითება); კვლევაში მონაწილეობაზე უარი განაცხადა ეთნიკურად ქართველმა 24-მა ქუჩასთან დაკავშირებულმა ახალგაზრდამ, 22-მა ქურთმა აზერბაიჯანელმა, 13-მა ბოშა მოლდოველმა და 3-მა სომეხმა. სულ, რეკრუტირებული იყო ეთნიკურად ქართველი 184 (46.2%), ქურთი-აზერბაიჯანელი 62 (16%), ბოშა მოლდოველი 101 (25.5%) და ა.შ. ეროვნება/ეთნიკურობა არ მიუთითა 12.-მა მონაწილემ. ქვემოთ, წარმოდგენილ დიაგრამაზე ნაჩვენებია 386 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის მონაცემები ეროვნების/ეთნიკურობის მიხედვით.

გრაფიკი №8: რეკრუტირებული ახალგაზრდების ეროვნება

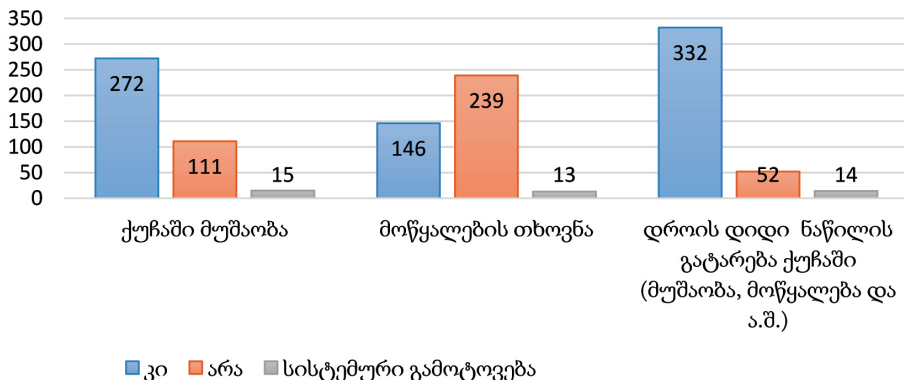


როგორც პირველ ეტაპზე რეკრუტირებამ აჩვენა, 398 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდიდან სკოლაში არ დადიოდა 68 (17.1%). ხოლო არასდროს უვლია 146 (36.7%)-ს. ქუჩასთან დაკავშირებულ 322 ახალგაზრდა, მათი თქმით იყო საქართველოს მოქალაქე და ჰქონდათ ოფიციალური საბუთი, ხოლო 56-მა აღნიშნა, რომ არ იყო საქართველოს მოქალაქე.

რეკრუტირების შედეგებზე დაყრდნობით, 398 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა ყოველდღიურად დაკავებულია ქუჩაში სხვადასხვა ტიპის აქტივობებით, საიდანაც უმეტესობა მუშაობს ქუჩაში და მუშაობის პარალელურად ითხოვს მოწყალეობას.

გრაფიკი №9: ქუჩასთან დაკავშირებული რეკრუტირებული ახალგაზრდების ძირითადი აქტივობები

ქუჩასთან დაკავშირებული აქტივობები



ცხრილი №5 რეკრუტირებული ახალგაზრდები ლოკაციების/ადგილების მიხედვით

ლოკაციები/ადგილები სკრინინგის მიხედვით	მონაწილეთ თანხმობა ინტერვიუში მონაწილეობაზე, ლოკაციების მიხედვით	
	არა	კი
M3 – ისანი – შუქნიშნები	1	3
D9 – ნავთლუღის ბაზარი	1	0
M2 – მეტრო სამგორი	0	2
M4 – 300 არაგველის მეტრო	0	1
H1 – გუდარენის ქუჩა	8	7
T2 – სამების ეკლესია	0	6
M5 – ავლაბრის მეტრო	1	0
P3 – პუშკინის პარკი	1	2
M6 – თავისუფლების მოედანი	2	1
T3 – ქაშუეთის ეკლესია	2	0
S1 – ლესელიძე/ერეკლე 2 პარკი	6	13
B3 – აბანოთ უბანი/მედიდანი	4	3
R5 – დიღმის საცხოვრებელი/სავაჭრო-ყოფილები	1	0
M12 – დიდუბის მეტრო	0	13

S7 – პეკინის ქუჩა/დანიური სახლი	1	11
S8 – გაგარინის მოედანი	2	0
S12 – ყაზბეგის ქუჩა	1	0
M16 – მეტრო სამედიცინო	0	1
S17 – დელისის მეტრო/შუქნიშანი	0	1
M13 – გლდანის მეტრო/შაურმა	0	19
D4 – გლდანი მოლი	0	5
D5 – გლდანის ფრესკო	4	0
K6 – ორთაჭალის ავტოსადგური	0	4
D10 – ლილოს ბაზრობა	0	2
M8 – მარჯანიშვილის მეტრო	1	19
B5 – ახალი აღმაშენებელი	3	5
K3 – ვაკე-საბურთალოს კვეთა	0	2
H3 – ლოტკინი	0	30
M7 – რუსთაველის მეტრო/მაკლო-ნალდსი	0	4
B2 – ელბაქიდის მოედანი (მორგი)	0	1
M9 – ვაგზლის მოედანი	4	20
D3 – ქარვასლა	2	0
R4 – წერეთელი	0	1
M10 – ნაძალადევის მეტრო	3	45
O5 – თბილისის ზღვა	3	10
P5 – რუსთავის პარკი	0	10
R8 – რუსთავის კარიტასის მიმდებარედ	0	2
O4 – ავტობუსების გაჩერება რუსთავში	1	13
D12 – 12 რუსთავის მარკეტი	0	1
B10 – ბათუმის ბულვარი	7	12
B11 – ალი & ნინოს ძეგლი	3	6
B12 – ეშმაკის ბორბალი	0	13
B13 – სანაპირო	0	4
B14 – ცენტრალური ბულვარი	1	7

B15 – პორტი	0	9
B16 – გამსახურდიას გამზირი (ბათუმი)	2	11
B17 – პოსეიდონის პარკი (ბათუმი)	0	3
B19 – მომღერალი შადრევანი (ბათუმი)	0	2
B20 – გორგილადის ქუჩა (ბათუმი)	0	1
B21 – სასტუმრო ჰილტონის მიმდებარე (ბათუმი)	0	2
B22 – აბუსერიძის შუქნიშანი (ბათუმი)	1	3
B23 – აბაშიძის პარკი	1	1

**კვლევის მონაწილეების კონფიდენციალურობის /
ანონიმურობის დაცვის საკითხები: ინფორმირებული
თანხმობის პროცესი**

კვლევის მთავარი ეტაპის დაწყებამდე, როგორც თვისებრივი კვლევის, აგრეთვე, რაოდენობრივი კვლევის დროს თითოეული მონაწილე ეცნობოდა დეტალურ წერილობით თანხმობის ფორმას და ზეპირ ახსნა-განმარტებას, თუ რას ემსახურებოდა კვლევის მიზანი. დეტალურად ეცნობოდნენ კვლევის პროცედურებს, შესაძლო რისკებს და სარგებელს. როგორც ზემოთ აღინიშნა, კვლევისთვის შემუშავდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმა ისე, რომ გასაგები ყოფილიყო მეორე კლასის მოსწავლისთვის. გამომდინარე იქიდან, რომ კვლევის სამიზნე ჯგუფის დიდ ნაწილს საერთოდ არ უვლია სკოლაში და არ იცოდნენ წერა-კითხვა. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა იყო მაქსიმალურად გასაგები და მარტივი კვლევაში მონაწილე ყველა პირისთვის. ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტი სრულიად აკმაყოფილებდა Ethical Research Involving Children. Florence [taylor,2013]¹⁵-ის სტანდარტებს (იხ. დანართი_4_ინფორმირებული თანხმობა თვისებრივ კვლევაში და დანართი_5_ინფორმირებული თანხმობა რაოდენობრივ კვლევაში).

გარდა ამისა, ინფორმირებულ თანხმობის ფორმაში ჩაშენებულ იქნა MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR)¹⁶ მეთოდი, რომლის დროსაც მოწმდებოდა თუ რამდენ-

15 Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. & Fitzgerald, R. (2013). Ethical Research Involving Children. Florence: UNICEF Office of Research – Innocenti. United Nations Children’s Fund (UNICEF)

16 Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, van Goudoever JB, Lindauer RJL. 2014. Accuracy of the MacArthur Competence Assessment Tool for

ნად კარგად გაიგეს მონაწილეებმა კვლევის შესახებ, კერძოდ, თუ რაზე იყო კვლევა, მოხდებოდა თუ არა ჩანაწერის გაკეთება, მათი სახელი ან გვარი დაფიქსირდებოდა თუ არა, ინტერვიუში მონაწილეობისთვის მიიღებდნენ თუ არა რაიმე ტიპის სარგებელს და ა.შ.

ინფორმირებული თანხმობის ფორმით ახალგაზრდები იღებდნენ ინფორმაციას, რომ კვლევაში მონაწილეობის მიღება იყო სრულიად ნებაყოფლობითი, ანუ, მათ სურვილზე იყო დამოკიდებული, ჩაერთვებოდნენ თუ არა ამ პროცესში. აგრეთვე, მათ ეუბნებოდნენ, რომ ნებისმიერ დროს შეეძლოთ ინტერვიუს შეწყვეტა, უარის თქმა ყოველგვარი დაბრკოლების/საჩივრების გარეშე. რესპონდენტებს ეუბნებოდნენ, რომ მათი მონაწილეობა კონფიდენციალური/ანონიმური იყო. ხოლო თუ რომელიმე კითხვაზე არ ისურვებდნენ პასუხის გაცემას და ქონდათ რაიმე ტიპის დისკომფორტი ან მათთვის სენსიტიურ/მგრძობიარე საკითხს შეეხებოდა შეკითხვა, რაზეც საუბარი არ სურდათ, ნებისმიერ დროს შეეძლოთ ნებისმიერი კითხვის გამოტოვება.

ამასთანავე, ანონიმურობას/კონფიდენციალურობის დაცვასთან ერთად, კვლევაში გათავლისწინებული იყო პროცედურები, თუ როგორ უნდა გამოვლენილიყო რაიმე ტიპის ძალადობის, ან საფრთხის შემცველი შემთხვევები. კერძოდ, კონფიდენციალურობის საკითხის გაცნობის პარალელურად ინტერვიუერები განუმარტავდნენ თითოეულ მონაწილეს, თუ რა შემთხვევაში შეიძლებოდა მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციის გამჟღავნება. „თუმცა არის გამონაკლისი, როდესაც საქმე ეხება შენი და სხვა ადამიანის უსაფრთხოებას (ძალადობა, მუქარა, თვითდაზიანება და სხვა). ამ შემთხვევაში მივმართავ შესაბამის პასუხისმგებელ პირებს“. ბავშვები/ახალგაზრდები თავიანთ სურვილს მონაწილეობის მიღებაზე აფიქსირებდნენ ინფორმირებულ თანხმობაზე ხელის მოწერით (იხ. დანართი_4 და დანართი_5 _ინფორმირებული თანხმობა).

ინფორმირებული თანხმობის ფორმა დაყოფილი იყო ასაკის მიხედვით – 10-დან 13 წლამდე ახალგაზრდებისთვის და 14-დან 19 წლამდე. როგორც თვისებრივ, ასევე რაოდენობრივ კვლევაში განსხვავება იყო მხოლოდ ის, რომ 14-დან 19 წლამდე ახალგაზრდების თანხმობის ფორმას დამატებული ჰქონდა აივ ინფექციის ტესტირებასთან დაკავშირებული ყველა საჭირო ინფორმაცია და თანხმობა, რომ ნამდვილად თავისი სურვილით იტარებდა ტესტირებას (იხ. დანართი_4 და დანართი_5 _ინფორმირებული თანხმობა).

ამასთანავე, ინფორმირებული თანხმობის ფორმა თვისებრივი კვლევის დროს განსხვავდებოდა კითხვარის ტიპის მიხედვით. რაც გულისხმობს, რომ თუ ხდებოდა სოციალური ქსელის კითხვარის შევსება მხოლოდ ერთი ნაწილი, რომელიც სოციალურ ქსელებს ეხე-

Clinical Research (MacCAT-CR) for Measuring Children's Competence to Consent to Clinical Research. JAMA Pediatr. American Medical Association. 168(12): 1147-1153

ბოდა იყო განსხვავებული, თუ ივსებოდა ალკოჰოლ დამოკიდებულების კითხვარი ეს ნაწილი ეხებოდა ალკოჰოლ დამოკიდებულებას და ა.შ. მაგ: ალკოჰოლის კითხვარის შემთხვევაში დამატებით ეცნობოდა: „თუ თანახმა ხარ მიიღო კვლევაში მონაწილეობა:

1. გთხოვ, გვიამბო ბავშვებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ და თავის თავს „ქუჩის ბავშვებს“ უწოდებენ.
2. ასევე, მაინტერესებს, როგორ ცხოვრებენ ასეთი ბავშვები. მაგალითად, უყვართ თუ არა დალევა, ეწევიან თუ არა სიგარეტს, მოიხამრენ თუ არა წამალს და აშ.“ (იხ. დანართი_4_ინფორმირებული თანხმობის ფორმა თვისებრივ კვლევაში)

როგორ ხდებოდა შემოწმება თუ რამდენად გაიგეს რესპონდენტებმა ინტერვიუერების მიერ მიწოდებული ინფორმაცია?

როგორც ზემოთ აღინიშნა, იმის გასაგებად, თუ რამდენად გაიგეს მონაწილეებმა ინტერვიუერების მიერ მიწოდებული ინფორმაცია, ინფორმირებული თანხმობის ფორმაში გამოყენებული იყო MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) – ის მიერ არასრულწლოვანი ახალგაზრდის კომპეტენტურობის დონე, გაიგო თუ რა წერია ინფორმირებული თანხმობის ფორმაში. კერძოდ, გამოყენებულ იქნა ქულების დაგროვების სისტემა. ეტაპობრივად ინტერვიუერი უკითხავდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმას და თითოეული ბლოკის ქვეშ იყო რამდენიმე კითხვა, რათა ინტერვიუერი დარწმუნებულიყო რამდენად გაიგო მონაწილემ მიწოდებული ინფორმაცია.

მონაწილეები ფასდებოდნენ 0, 1, 2 ქულით. იმ შემთხვევაში, თუ მონაწილე ვერც ერთ კითხვას ვერ გასცემდა პასუხს ეწერებოდა 0 ქულა, თუ ორ კითხვას მაინც გასცემდა პასუხს 1 ქულა და ყველა პასუხის შემთხვევაში 2 ქულა. ის მონაწილეები, რომლებიც დააგროვებდნენ 6-დან 12 ქულამდე მიიღებდნენ მონაწილეობას კვლევაში, რადგან ამ შემთხვევაში ითვლებოდა, რომ მონაწილემ გაიგო ინტერვიუერის მიერ მიწოდებული ინფორმაცია და თავისი სურვილით იღებდა კვლევაში მონაწილეობას, რასაც ადასტურებდა ხელმოწერით. თუ დააგროვებდა 0-დან 5 ქულის ჩათვლით ინტერვიუერი წყვეტდა მონაწილესთან გამოკითხვის პროცესს, რადგან ამ შემთხვევაში ითვლებოდა, რომ მონაწილემ ვერ გაიგო კვლევის შესახებ ან არ ესმოდა კარგად ინტერვიუერის მიერ მიწოდებული ინფორმაცია. ინტერვიუერი გადაუხდიდა მაღლობას დროის დათმობისთვის და დაემშვიდობებოდა. ინფორმირებულ თანხმობის ფორმაში მსგავსი შემთხვევა არ ყოფილა, გამომდინარე იქიდან, რომ რეკრუტირებაში თუ რომელიმე მონაწილეს უჭირდა გაგება სხვადასხვა მიზეზის გამო, რისი განხილვაც მოხდა ზემოთ, ინტერვიუერი რეკრუტირე-

ბის დროს არ რთავდა კვლევაში და შესაბამისად აღარ ხდებოდა ინფორმირებული თანხმობის ფორმის შევსება.

ეთიკურ საკითხებთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ თითოეული ინტერვიუერი გადამზადებული იყო ეთიკური საკითხების დაცვაში, ჩაუტარდათ შესაბამისი ტრენინგები და ასევე, გაიარეს სპეციალური ონლაინ კურსები, სადაც მიიღეს შესაბამისი სერტიფიკატები. ინტერვიუერებმა გაიარეს The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research¹⁷ სასერთიფიკატო ონლაინ კურსი, რომლის გავლის შემდეგ გადაეცათ სერთიფიკატები. აღნიშნული კურსი ეხებოდა შემდეგ საკითხებს (*იხ. დანართი_9_ ეთიკური საკითხების მოდული*):

- ეთიკური საკითხები კვლევის განხორციელებისას – რომელიც შედგება სამი ძირითადი კომპონენტისგან: (1) ადამიანის პატივისცემა (2) კვლევის სარგებელი (3) სამართლიანობა;
- ეთიკური საკითხების 5 სტრატეგია სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებთან – სტრატეგია A (1) ეხება ნებისმიერ კვლევას, სადაც მონაწილეობას იღებენ ადამიანები და სადაც დაცული უნდა იყოს ყველა ეთიკური საკითხი; სტრატეგია B (2)-ის თანხმად დამატებითი პროტოკოლის ფორმა გამოყენებული უნდა იყოს კვლევაში, სადაც მონაწილეობას იღებენ ორსული ქალები, მუცლად მყოფი ნაყოფი და ახალშობილები; სტრატეგია C (3) ეხება ადამიანზე სამედიცინო ან ქცევითი დაკვირვების დროს საჭირო დამატებითი ეთიკური საკითხების დაცვას; სტრატეგია D (4) ეხება ბავშვებს, რომლებიც კვლევის მთავარი სამიზნე ჯგუფები არიან, და დამატებით რა ეთიკური საკითხები უნდა იყოს დაცული და სტრატეგია E (5) ეხება ეთიკური საბჭოების შექმნას, რომლებმაც ზედამხედველობა უნდა გაუწიონ ამა თუ იმ კვლევის ეთიკურ საკითხებს;
- კვლევაში ჩართული მონაწილეების დამატებითი დაცვითი მექანიზმები – კვლევაში დამატებითი დაცვითი მექანიზმები მოიცავს კვლევის ეთიკურობის პრინციპების დამატებით დაცვას, რომელის გამოყენება შეიძლება საჭირო იყოს კვლევის სპეციფიკურობიდან გამომდინარე და ასევე, კვლევის მონაწილის საჭიროებიდან გამომდინარე;
- ინფორმირებული თანხმობის პროცესი – რაც მოიცავს სამნიშვნელოვან ასპექტს: ნებაყოფლობითობა, გააზრება/გა-

17 The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research. 2018. "Protecting Human Research Participants". [https://grants.nih.gov/grants/glossary.htm?fbclid=IwAR0ir18dHm4fCtBW_22IEYM86c4CJqV99WUcaMq8nQt6n8JGfPEABJHS2UsNeInstitutionalReviewBoard\(IRB\)](https://grants.nih.gov/grants/glossary.htm?fbclid=IwAR0ir18dHm4fCtBW_22IEYM86c4CJqV99WUcaMq8nQt6n8JGfPEABJHS2UsNeInstitutionalReviewBoard(IRB))

გება (Comprehension), გახსნა/გულწრფელობა (Disclosure). მნიშვნელოვანია დაცული იყოს სამივე პირობა;

- ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტაციის მოთხოვნები – რეგულაციები მოითხოვს, რომ მკვლევარმა გამოიყენოს კვლევაში ეფექტური ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, რომელსაც ექნება იურიდიული ძალა და მისცემს მონაწილეს საშუალებას გადაწყვიტოს ჩაერთვება თუ არა კვლევაში, რაც ამცირებს იძულებას და არასასურველ გავლენას;
- კვლევის ჩატარება ინფორმირებული თანხმობის გარეშე – არსებული ეთიკური საკითხების რეგულაციები საშუალებას იძლევა მოხდეს ინფორმირებული თანხმობის შეცვლა ან მოიხსნას ზოგიერთ ან ყველა შემთხვევაში, თუ დაკმაყოფილებულია იქნება შემდეგი: კვლევა მოიცავს მინიმალურ რისკებს ინდივიდების მიმართ; უარის თქმა ან შეცვლა უარყოფით გავლენას არ მოახდენს ადამიანის კეთილდღეობაზე და უფლებებზე; კვლევაში მონაწილეობის დამადასტურებელი ერთადერთი საბუთი იქნება ინფორმირებული თანხმობის ფორმა და მონაწილეებისთვის მთავარი რისკს წარმოადგენს კონფიდენციალობის შესაძლო დარღვევა და ა.შ.

3.2.4. კვლევის რაოდენობრივი ინსტრუმენტის დახვეწის პროცესი

კროს-სექციური კვლევის ინსტრუმენტის განვითარების საფეხურები და ჩატარება

თვისებრივი კვლევა – ახალგაზრდებთან სიღრმისეული ინტერვიუები

ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან გამოყენებულ იქნა ნახევრად სტრუქტურირებული ინტერვიუს მეთოდი. ინტერვიუს კითხვარის მოცულობიდან გამომდინარე და კვლევის კონსულტანტის რჩევით, რომელიც აქტიურად მონაწილეობდა კითხვარის განვითარებაში, გადაწყდა, რომ კითხვარები დაყოფილიყო 4 ნაწილად და რესპონდენტთა სხვადასხვა ჯგუფზე ჩატარებულიყო. ამავდროულად კითხვარებს ამომწურავად უნდა ეპასუხა ზემოთ განხილული ინტეგრირებული მოდელისთვის, რომელის თითოეული კომპონენტს მოიცავდა კითხვარები (სოციალური ქსელის კითხვარი, სარისკო სექსუალური ქცევის კითხვარი, ალკოჰოლ და წამალ დამოკიდებულების კითხვარი).

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების კითხვარები (იხ. დანართი_6_თვისებრივი კვლევის კითხვარი) შედგებოდა შემდეგი ბლოკებისგან/ნაწილებისგან:

- დემოგრაფიული ინფორმაცია (D): – მოიცავდა მონაწილეების ასაკს, სქესს, ეროვნებას, მათ სკოლაში სიარულის გამოცდილებას, ყავდათ თუ არა შეყვარებული, სად ეძინათ ბოლო 30 დღის/თვის განმავლობაში, და ა.შ ეს ნაწილი იყო ოთხივე კითხვარში და ყველა კითხვა იყო დახურული.
- დამოკიდებულებები – Addiction (A) ჩამოთვლილი იყო სხვადასხვა ფსიქოაქტიური საშუალებები და მონაწილეებს უნდა დაესახელებინათ გამოუყენებიათ თუ არა რომელიმე, ცხოვრებაში ერთხელ მაინც. შემდეგი კითხვები ეხებოდა ბოლო ერთი თვის განმავლობაში რამდენჯერ დალიეს ალკოჰოლური სასმელები, გამოიყენეს თუ არა ნარკოტიკული საშუალებები, შეექმანათ თუ არა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები და ა.შ.
- ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილება – Street experience (SE) – ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილებაზე საუბრისას იწყებოდა აუდიო ჩანაწერის გაკეთება, რადგან მონაწილეები ვრცლად საუბრობდნენ თავიანთი ცხოვრების შესახებ. როდიდან დაიწყეს ქუჩაში ცხოვრება, რამდენ დროს ატარებდნენ, ვისთან ერთად გამოვიდნენ პირველად ქუჩაშ და ა.შ; აუდიო ჩანაწერის გაკეთება იწყებოდა ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილებიდან და გრძელდებოდა ტესტირების ნაწილამდე.
- რუკა – mapping – გამოყენებული იყო რუკა კითხვარის თითოეულ ნაწილში, რომ მომხდარიყო დადგენა უშუალოდ ბავშვებისგან, მთელი დღე-ღამის ციკლის აღწერილობისა და გადაადგილების ტრაექტორიის. კერძოდ, მომსახურების მიღების ადგილები, მნიშვნელოვანი ადგილები, უსაფრთხო და საფრთხის შემცველი ადგილები. სად იყვნენ მთელი დღის განმავლობაში, სად იღებდნენ ამა თუ იმ მომსახურებებს, სად იყვნენ ძირითადად: სახლში, ცენტრში თუ მეგობრებთან. ასევე, როგორი იყო მათთვის მნიშვნელოვანი ადგილები, სად უყვარდათ ყოფნა და იყო თუ არა ისეთი ადგილი, სადაც არ მოსწონდათ ყოფნა და რატომ. რუკის ნაწილში იყო რამდენიმე მნიშვნელოვანი კითხვა, რომელიც ეხებოდა იმ ადგილებს, სადაც ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები მოიხმარდნენ ალკოჰოლს, ნარკოტიკულ/ფსიქოაქტიურ საშუალებებს და ჰქონდათ სექსუალური კავშირი ან უბრალოდ იცოდნენ ის ადგილები, სადაც დაკავდებოდნენ ზემოთ ჩამოთვლილი აქტივობებით (იხ. დანართი_12_რუკა).
- სექსუალური ქცევები – Sex Behavior (SB) – სარისკო სექსუალური ქცევის და სოციალური ქსელის კითხვარში იყო დამატებითი ბლოკი, რომელიც ეხებოდა მონაწილეების სექსუალურ გამოცდილებას. იმ შემთხვევაში თუ მონაწილე

განაცხადებდა, რომ ჰქონდა სექსი მხოლოდ ამ შემთხვევაში ხდებოდა ამ ბლოკის შევსება. მხოლოდ სოციალურ ქსელში ქონდა ამ ბლოკს დამატებული რამდენიმე კითხვა, რომელიც ეხებოდა კონდომის გამოყენებას და იმას, თუ აივ/შიდსთან დაკავშირებით რა ინფორმაციას ფლობდნენ;

- სოციალური ქსელი – Social Network (SN) – სოციალური ქსელის ნაწილში მონაწილეები ასახელებდნენ მათთვის მნიშვნელოვან ადამიანებს და შემდეგ საუბრობდნენ, თუ ვინ იყვნენ ეს ადამიანები, რამდენი ხანია რაც იცნობდნენ, რამდენად ახლოს არიან მათთან, რას საქმიანობენ, მოიხმარენ თუ არა ალკოჰოლს ან ნარკოტიკულ საშუალებებს, რა ნორმებია მათ ქსელში გავრცელებული და ა.შ.
- ალკოჰოლის გამოყენება – Alcohol Use (AU) – მხოლოდ ალკოჰოლთან დაკავშირებულ კითხვარს ჰქონდა დამატებითი ბლოკი, რომელიც ეხებოდა მონაწილეების შეხედულებას, თუ რა მიზეზებით ხდებოდა ქუჩასთან დაკავშირებულ გოგოებში და ბიჭებში ალკოჰოლის მოხმარება. აფასებდნენ რა დადებითი და რა უარყოფითი მხარეები ჰქონდა ალკოჰოლის მოხმარებას. ასევე, მის სამეგობროში/სანაცნობროში რა წესები და ნორმები არსებობდა ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებით და რა ხდებოდა როცა ამ წესებს ვინმე არღვევდა და ა.შ.
- რომანტიკული ურთიერთობები და სექსი – Romantic Relationships & Sex (RRS) – რომანტიკული ურთიერთობები გვხვდებოდა მხოლოდ სარიცხო სექსუალური ქცევის კითხვარში. მონაწილეები საუბრობდნენ ქუჩასთან დაკავშირებულ ბიჭებში და გოგონებში, როგორ ხდებოდა შეყვარებულის გაჩენა, რას აკეთებდნენ ერთად, რა დადებითი და უარყოფითი შედეგები ჰქონდა სექსის ქონას. ასევე, საუბრობდნენ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში ფულის სანაცვლოდ სექსის ქონის მიზეზებზე. საუბრობდნენ იმ წესებზე და ნორმებზე, რაც ეხებოდა სანაცნობროში/სამეგობროში ფულის სანაცვლოდ ან სხვა რაიმე ღირებულის სანაცვლოდ სექსის ქონას, რა გრძნობები და ემოციები უჩნდებოდათ ამ დროს, როგორ აფასებდნენ, იყენებდნენ თუ არა კონდომს და ა.შ.
- ნარკოტიკის/ფსიქოაქტიური საშუალების გამოყენება – Drug Use (DU) – ფსიქოაქტიური საშუალების გამოყენების ბლოკი გვხვდებოდა წამალდამოკიდებულების კითხვარში, რომელიც ასევე ეხებოდა იმ მიზეზების დადგენას, თუ რატომ იწყებდნენ ქუჩასთან დაკავშირებული გოგოები და ბიჭები ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენებას.

რა მიზეზი იყო გოგოებში და რა ბიჭებში, რა დადებითი და უარყოფითი მხარეები ჰქონდა მის გამოყენებას და რა წესები და ნორმები არსებობდა სამეგობრო/სანაცნობროში ფსიქოაქტიური საშუალების გამოყენებასთან დაკავშირებით და ა.შ.

- ტესტირება – Testing (T) – 14 წლიდან 19 წლამდე ახალგაზრდების კითხვარებში ყველგან იყო აივ /შიდსის ტესტირებასთან დაკავშირებული ბლოკი. თუმცა, სანამ უშუალოდ მონაწილეებს გაეწეოდა კონსულტაცია აივთან დაკავშირებით, მანამდე ვიგებდით ოდესმე ტესტირება თუ ჩაუტარებიათ, სად ჩაიტარეს, როდის და რა პასუხი მიიღეს. მხოლოდ ამის შემდეგ ხდებოდა კონსულტაცია აივ ინფექციასთან დაკავშირებით და მონაწილეები იღებდნენ გადაწყვეტილებას, ჩაიტარებდნენ თუ არა ტესტირებას.
- ტრავმული გამოცდილება¹⁸ – Trauma Experience (TE) – ყველა კითხვარს ბოლოში ჰქონდა ტრამეასთან დაკავშირებული კითხვები. მონაწილეები პასუხობდნენ თუ ოდესმე მათ ცხოვრებაში ყოფილა მსგავსი შემთხვევა. მაგალითად, მშობელს ან სხვა უფროს თავის სახლში დაურტყავს თუ არა მისთვის, შეურაცხოვა მიუყენებია თუ არა, სექსუალურად შეხებია თუ არა, ან რომელიმე ოჯახის წევრი ციხეში თუ მჯდარა და ა.შ. ტრავმული გამოცდილების ბოლოს იყო რამდენიმე შეკითხვა რომლითაც მოწმდებოდა მონაწილეების მედეგობა. მაგალითად უნდა დაესახელებინათ რამდენად ეთანხმებოდნენ დებულებას „ყოველთვის ვახერხებ შევინარჩუნო კარგი განწყობა, მაშინაც კი, როცა გარშემო ყველაფერი ცუდად მიდის.“¹⁹

18 იგივე, ბავშვობის მძიმე გამოცდილება – Adverse Childhood Experiences ACE

19 გამოყენებულ იქნა The Connor-Davidson Resilience Scale მედეგობის და თვით შეფასების გასაზომად Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113; ტრავმული გამოცდილება გაიზომა Adverse Childhood Experience (ACE) გამოყენებით, რომელიც ზომავდა პიროვნების მიერ განცდილ ფიზიკურ, ვერბალურ და სექსუალურ ძალადობას და სხვა ოჯახის წევრის ტრავმულ გამოცდილებას (ალკოჰოლიზმი და საპატიმროში ყოფნა); Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70-75. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.420, ხოლო ფსიქიკური ჯანმრთელობის კითხვარი ადაპტირდა The Drug Use Screening Inventory-დან. Tarter, RE & Hegedu, AM (1991).: Its applications in the evaluation of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15 (1), 65-75.

ცხრილი №6: გრაფიკზე წარმოდგენილია კითხვარები თუ, რომელ ბლოკების /თავების მოიცავდა და რა თანმიმდევრობით

სოციალური ქსელის კითხვარი	ალკოჰოლ დამოკიდებულების კითხვარი	წამალდამოკიდებულების კითხვარი	სარისკო სექსუალური ქცევა
დემოგრაფიული ინფორმაცია (D):	დემოგრაფიული ინფორმაცია (D):	დემოგრაფიული ინფორმაცია (D):	დემოგრაფიული ინფორმაცია (D):
ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილება – Street experience (SE)	დამოკიდებულებები – Addiction (A)	დამოკიდებულებები – Addiction (A)	დამოკიდებულებები – Addiction (A)
რუკა – mapping	ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილება – Street experience (SE)	ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილება – Street experience (SE)	სექსუალური ქცევები – Sex Behavior (SB)
სოციალური ქსელი – Social Network (SN)	რუკა – mapping	რუკა – mapping	ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილება – Street experience (SE)
დამოკიდებულებები - Addiction (A)	ალკოჰოლის გამოყენება – Alcohol Use (AU)	ნარკოტიკის/ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენება – Drug Use (DU)	რუკა – mapping
სექსუალური ქცევები - Sex Behavior (SB)	ტესტირება – Testing (T) – 14-19 წლის ახალგაზრდებთან	ტესტირება – Testing (T) – 14-19 წლის ახალგაზრდებთან	რომანტიკული ურთიერთობები და სექსი – Romantic Relationships & Sex
ტესტირება – Testing (T) – 14-19 წლის ახალგაზრდებთან	ტრავმული გამოცდილება – Trauma Experience (TE)	ტრავმული გამოცდილება – Trauma Experience (TE)	ტესტირება – Testing (T) – 14-19 წლის ახალგაზრდებთან
ტრავმული გამოცდილება – Trauma Experience (TE)			ტრავმული გამოცდილება – Trauma Experience (TE)

ამრიგად, თითოეული ნაწილის მიხედვით გამოკითხული იყო 20-20 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა, როგორც თბილისის ასევე, რუსთავის დღის ცენტრის და 24 საათიანი თავშესაფრის მომსახურების ცენტრებში, სულ 80 ბავშვი/ მოზარდი/ახალგაზრდა. ოთხივე ნაწილში გამოიკითხა 45 ბიჭი და 35 გოგო. დაცული იყო ასაკობრივი ჭრილი, გამოკითხა ორმოცი 10-დან 13 წლამდე ახალგაზ-

რდა და ორმოცი 14-19 წლამდე. მაგალითად, სოციალური ქსელის კითხვარში მონაწილეობა მიიღო 20მა ქუჩასთან დაკავშირებულმა ახალგაზრდამ, 10 გოგომ და 10 ბიჭმა. აქედან 10 (5 გოგო და 5 ბიჭი) მონაწილე იყო 10-დან 14 წლამდე და 10 (5 გოგო და 5 ბიჭი) იყო 14 დან 19 წლამდე.

თბილისსა და რუსთავში ჩატარებულ 80 სიღრმისეულ ინტერვიუში გამოყენებული იყო თბილისის რუკა (*იხ. დანართი_12_რუკა*), რომელიც სპეციალურად შეიქმნა თვისებრივი ინტერვიუებისთვის და სადაც დატანილი იყო ის ადგილები, რომლებიც ექსპერტების გამოკითხვის და სტუდენტების შეგროვებული მონაცემების შედეგად დადგინდა. რუკის ვიზუალური მხარე მაქსიმალურად ადაპტირებული და გასაგები იყო თითოეული მონაწილისთვის.

რაოდენობრივი კითხვარის პილოტირება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან

კვლევის მეორე ეტაპს წარმოადგენდა 360 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის რაოდენობრივი კვლევა. აქედან 60 ახალგაზრდასთან იგეგმებოდა ფსიქომეტრული კვლევა, რათა მომხდარიყო რაოდენობრივი კითხვარის ადაპტირება ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ახალგაზრდებისთვის.

უნდა ითქვას, რომ თავდაპირველად ფსიქომეტრული კვლევის ფარგლებში იგეგმებოდა ჩატარებულყო 10 კოგნიტური ინტერვიუ, კითხვარის პუნქტების გასამართად და 50 ტესტ-რეტესტი, თუმცა გამომდინარე იქიდან, რომ ამ ახალგაზრდების ნახვა შემდეგ ჯერზე შეუძლებელი იყო ამოღებულ იქნა კვლევიდან ტესტ-რეტესტის მეთოდი და ჩატარდა მხოლოდ კოგნიტური ინტერვიუები.

ჩატარებული 80 ნახევრად სტრუქტურირებული სიღრმისეული ინტერვიუს ანალიზის შედეგად შემუშავდა რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი. ამ კითხვარის ვალიდაციისთვის კი ჩატარდა 23 კოგნიტური ინტერვიუ. კოგნიტური ინტერვიუები მიმდინარეობდა 2-3 კვირის განმავლობაში.

დღეში ტარდებოდა მინიმუმ ერთი ინტერვიუ და ყოველდღიურად ვითარდებოდა და იხვეწებოდა კითხვარი. ამ პროცესში მონაწილეობდა ჩიკაგოს უნივერსიტეტის პროფესორი და კვლევის საერთაშორის კონსულტანტი ალიდა ბურისი. 2019 წლის 8 აპრილიდან – 12 აპრილამდე, იგი მკვლევრებთან ერთად იმყოფებოდა ველზე და აკვირდებოდა კვლევის მიმდინარეობის პროცესს, რომელიც შემდგომ აქტიურად განიხილებოდა კითხვარის მუშაობის პროცესზე.

კოგნიტური ინტერვიუებით შესაძლებელი იყო იმაზე დაკვირვება, თუ როგორ ესმოდათ და რა დამოკიდებულება ჰქონდათ კითხვებზე ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს. კოგნიტური ინტერვიუების მთავარი მიზანი იყო იმის გაგება, თუ მონაწილეებს,

როგორ ესმოდათ კითხვის შინაარსი (გაგება), შეეძლოთ თუ არა გახსენება ამა თუ იმ საკითხის (გაეხსენებინათ შესაბამისი ინფორმაცია), ჰქონდათ თუ არა ანალიზის/შეფასების შესაძლებლობა/უნარი (გადაწყვეტილების მიღება) და შეეძლოთ თუ არა კითხვებზე პასუხის გაცემა (რეაგირება). აღნიშნული მეთოდის გამოყენება შესაძლებელია ნებისმიერ გარემოებაში. კოგნიტიური ინტერვიუს დროს მთავარია, რომ კითხვარები მოიცავდეს ზემოთ ჩამოთვლილ ოთხივე საფეხურს.²⁰

ამ მეთოდით კითხვარმა გაიარა მთელი რიგი ცვლილებები საბოლოო ფორმის მიღებამდე. კერძოდ, კითხვარმა გაიარა გადამუშავების 4 სხვადასხვა ეტაპი. კითხვები მაქსიმალურად გამარტივდა და გახდა ქუჩაში მცხოვრებ ბავშვებზე მორგებული. ამოღებულ იქნა რამდენიმე ბლოკი, შეიცვალა კითხვების ფორმულირება, შეიცვალა პასუხების ფორმულირება და საჭიროებიდან გამომდინარე, დაემატა ახალი კითხვები. დეტალების შესახებ მოთხრობლია ქვემოთ.

კროს-სექციური კვლევის ინსტრუმენტი – კითხვარი

ფსიქომეტრული კვლევის შედეგად შემუშავდა კროს-სექციური კვლევისთვის საბოლოო კითხვარი (*იხ. დანართი_7_რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი*), რომელიც ჩატარდა აპრილიდან ივლისის განმავლობაში თბილისში, რუსთავში და ბათუმში. სულ გამოკითხული იქნა 300 (10-19 წლის) ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა.

კროს-სექციური კვლევის მეთოდის გამოყენებით მოხდა იმ სოციალურ-სტრუქტურული და ინდივიდუალური მახასიათებლების იდენტიფიცირება, რომელიც უკავშირდება ნარკოტიკული საშუალებების, ალკოჰოლის მოხმარებით და სექსუალური ქცევებით გამოწვეულ აივ-შიდსის რისკებს.

კითხვარი შედგებოდა (*იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი*) შემდეგი ბლოკებისგან/ნაწილებისგან:

- დემოგრაფიული ინფორმაცია: – რომელიც მოიცავდა მონაწილეების ასაკს, გენდერს, ეროვნებას, მათ სკოლაში სიარულის გამოცდილებას, ყავდათ თუ არა შეყვარებული, სად ეძინათ ბოლო 30 დღის/თვის განმავლობაში, და ა.შ
- თვითშეფასება/ მომავალზე ორიენტაცია – ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები აფასებდნენ თვინათ მდგომარეობას. რამდენად შეეძლოთ სირთულეების გამკლავება, რამდენად იყვნენ თვინათ თავში დარწმუნებულები, რამდენად მაღალი ჰქონდათ თვით შეფასება და ა.შ.

20 Hanno, Dietrich and Ehrlenspiel, Felix. 2010. Cognitive Interviewing: A Qualitative Tool for Improving Questionnaires in Sport Science, Measurement in Physical Education and Exercise Science, 14:1, 51-60 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10913670903455025>

- დემოგრაფიული მონაცემები, ACE (Adverse Childhood Experience), მედეგობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობა²¹ – ამ ნაწილში გაერთიანებული იყო ქურაში გამოსვლის მიზეზები, ძალადობის საკითხები, მედეგობა, ტრავმული გამოცდილება, ფსიქიკურ ჯანმრთელობა, რამდენად კარგდა გრძნობდნენ თავს, რაიმე შფოთვები თუ ჰქონდათ და ა.შ.
- სტიგმა/Stigma – საბოლოო კითხვარში დაემატა სტიგმის ნაწილი, სადაც მონაწილეები საუბრობდნენ, თუ ოდესმე მომხდარა ქურაში ესა თუ ის შემთხვევა, რომელიც უკავშირდებოდა მათ სტიმაგიტზაციას.
- სოციალური ქსელი – Social Network (SN) – მონაწილეები ასახელებდნენ მათთვის მნიშვნელოვან ადამიანებს და საუბრობდნენ, თუ ვინ იყვნენ ეს ადამიანები, რამდენი ხანია რაც იცნობდნენ, რამდენად ახლოს არიან მათთან, რას საქმიანობენ, მოიხმარენ თუ არა ალკოჰოლს ან ნარკოტიკულ საშუალებებს და ა.შ.
- ალკოჰოლი და ნარკოტიკი/ფსიქოაქტიური საშუალებები – მონაწილეები საუბრობდნენ თავიანთი გამოცდილების შესახებ ალკოჰოლის მოხმარებაზე. დაუღვევიათ თუ არა, შექმნიათ თუ არა პრობლემები და ა.შ. ხოლო ნარკოტიკული საშუალებების ნაწილში მხოლოდ აღნიშნავდნენ რომელს მოიხმარდნენ ან მოუხმარიან.
- მე-კონცეფცია და ატიტუდები – მე კონცეფციის ნაწილი ეხებოდა ზოგადად სექსთან დაკავშირებით, რა შეხედულებები და მოსაზრებები ჰქონდათ ქურასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს თანატოლ გოგოებზე/ბიჭებზე.
- მოლოდინები, თვით-ეფექტურობა, განზრახვა – ამ შემთხვევაში უკვე მონაწილეები საუბრობდნენ, თუ რა ზეგავლენა ექნებოდა სექსუალურ ცხოვრებას ანუ სექსი ქონას მათზე.
- სექსი რაიმეს სანაცვლოდ – მონაწილეები განიხილავდნენ თავიანთ შეხედულებებს ფულის ან რაიმე ღირებულის

21 გამოყენებულ იქნა The Connor-Davidson Resilience Scale მედეგობის და თვით შეფასების გასაზომად Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113; ტრავმული გამოცდილება გაიზომა Adverse Childhood Experience (ACE) გამოყენებით, რომელიც ზომავდა პიროვნების მიერ განცდილ ფიზიკურ, ვერბალურ და სექსუალურ ძალადობას და სხვა ოჯახის წევრის ტრავმულ გამოცდილებას (ალკოჰოლიზმი და საპატიმროში ყოფნა); Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70-75. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.420, ხოლო ფსიქიკური ჯანმრთელობის კითხვარი ადაპტირდა The Drug Use Screening Inventory-დან. Tarter, RE & Hegedu, AM (1991).: Its applications in the evaluation of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15 (1), 65-75.

სანაცვლოდ სექსის ქონაზე. რამდენად მისაღები იყო მათთვის, რამდენად იყო შესაძლებელი გამხდარიყვნენ ძალადობის მსხვერპლნი და ა.შ.

- სექსუალური ქცევა – კითხვარის ბოლოსკენ მონაწილეები საუბრობდნენ თავიანთ სექსუალურ გამოცდილებაზე. ჰქონიათ თუ არა სექსი. იმ შემთხვევაში, თუ ჰქონდათ სექსი, ხდებოდა მთლიანად ე.წ. „სექსის ბლოკის“ შევსება, რომელიც შედგებოდა დახურული კითხვებისგან და ეხებოდა, თუ რა ტიპის სექსუალური ურთიერთობა ჰქონიათ, რამდენი პარტნიორთან დაამყარეს კონტაქტი, გამოიყენეს თუ არა კონდომი და თუ არა, რა მიზეზით და ა.შ.
- ტესტირება – Testing (T) – 14 წლიდან 19 წლამდე ახალგაზრდები დამატებით ავსებდნენ აივ /შიდსის ტესტირებასთან დაკავშირებულ ბლოკს. აივ/ინფექციაზე კონსულტაციამდე ხდებოდა რამდენიმე საკითხის გარკვევა. ინტერვიუერები ეკითხებოდნენ, ოდესმე ტესტირება თუ ჩაუტარებიათ, სად ჩაიტარეს, როდის და რა პასუხი მიიღეს. მხოლოდ ამის შემდეგ ხდებოდა კონსულტაცია და მონაწილეები იღებდნენ გადაწყვეტილებას ტესტირების ჩატარებაზე.

კითხვარის კითხვების გაგებასთან დაკავშირებული სირთულეები და მათი გადაჭრა

კოგნიტიური ინტერვიუების მთავარი მიზანი იყო იმის გაგება, თუ რამდენად ესმოდათ მონაწილეებს დასმული შეკითხვები. კოგნიტიური კვლევის შედეგად გამოჩნდა, რომ მონაწილეებს უჭირდათ მთელი რიგი კითხვების გაგება, იყო წიგნიერების დაბალი დონე, არ ჰქონდათ რეფერენტული ჯგუფი, უჭირდათ დროის აღქმა, არ შეეძლოთ ანალიზი და შეჯამება, უჭირდათ წარსულის გახსენება.

შესაბამისად საჭირო გახდა კითხვარის გამარტივება. შეიცვალა კითხვების ფორმულირება. კერძოდ კი შეიცვალა:

სასაუბრო ენა

მონაწილეებს უჭირდათ გაეგოთ, თუ რა იგულისხმებოდა კითხვაში „თქვენს მეგობრებთან ძირითადად რა ენაზე საუბრობთ?“ და ამავდროულად იმის განსხვავება, თუ ეს კითხვა რომელ ჯგუფთან მიმართებაში იყო დასმული. მონაწილეების თქმით, აღმოჩნდა რომ სხვადასხვა ეთნიკური წარმოშობის ოჯახებში, სახლში სხვა ენაზე საუბრობდნენ (აზერბაიჯანული, ქურთული და ა.შ) და მეგობრებთან სხვა ენაზე (ხშირ შემთხვევაში ქართულად) შესაბამისად მოხდა აღნიშნული ერთი კითხვის ორ ნაწილად ჩაშლა: (ოჯახზე და მეგობრებზე) და კითხვა ფორმულირდა შემდეგნაირად:

რა ენაზე საუბრობ ძირითადად ოჯახთან/მეგობრებთან?	
მეგობარი	ოჯახი
① ქართული	① ქართული
② ქურთული ენის დიალექტი	② ქურთული ენის დიალექტი
③ დომარი/ყარაჩი	③ დომარი/ყარაჩი
④ ბოშური (მოლდაველი ბოშა)	④ ბოშური (მოლდაველი ბოშა)
⑤ ბოშური (ლომი)	⑤ ბოშური (ლომი)
⑥ რუსული	⑥ რუსული
⑦ სომხური	⑦ სომხური
⑧ იეზიდური	⑧ იეზიდური
⑨ აზერბაიჯანული	⑨ აზერბაიჯანული
⑩ უკრაინული	⑩ უკრაინული
⑪ ქაჯური	⑪ ქაჯური
სხვა-----	სხვა-----
- 98 არ ვიცი	- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს	- 99 არ პასუხობს

რესპონდენტებთან მიმართვის ფორმა

კითხვარში შეიცვალა სიტყვა „თქვენ“ „შენით“, რადგან როცა მონაწილისთვის თქვენობით ხდებოდა მიმართვა თვლიდნენ, რომ უცხო ადამიანთნ უხდებოდათ საუბარი და ნდობაც ნაკლები იყო. როგორც კი ხდებოდა მათთან შენობით მიმართვა, მეტი ნდობა უჩნდებოდათ ინტერვიუერების მიმართ და მეტად გულახდილად საუბრობდნენ ამა თუ იმ საკითხზე. მაგალითად „რა სქესისაა თქვენი შეყვარებული?“ შეიცვალა „რა სქესისაა შენი შეყვარებული?“

რა სქესისაა შენი შეყვარებული?
① მამრობითი ② მდედრობითი სხვა _____ -98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

სქესი

დემოგრაფილ ნაწილში მონაწილეებს ვეკითხებოდით მათი გენდერის შესახებ, „როგორია თქვენი გენდერი (სქესი)?“ მონაწილეები ვერ იგებდნენ რას ნიშნავდა გენდერი და განმარტების შემდეგ „ღიზიანდებოდნენ“, თუ რატომ ხდებოდა ამ კითხვის დასმა. თვლიდნენ,

რომ ყველასთვის ცხადი და გასაგები იყო, ისედაც გოგო იყო თუ ბიჭი. შესაბამისად ეს კითხვა ფორმულირდა – „შენი სქესი“:

თავდაპირველი ვარიანტი	საბოლოო ვარიანტი
როგორია თქვენი გენდერი (სქესი)? ① ბიჭი ② გოგო სხვა, დააზუსტე: _____ -98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს	შენი სქესი? ① ბიჭი ② გოგო სხვა _____ -98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

ეთნიკურობა

მონაწილეებს უჭირდათ სიტყვა „ეთნიკურობის“ გაგება. ინტერ-ვიუერებს ყოველთვის უხდებოდათ განემარტათ და დახმარებოდნენ სავარაუდო პასუხების წაკითხვით, ამიტომ შეიცვალა კითხვარში ეთნიკურობა ეროვნებით. მათთვის უფრო მეტად გასაგები იყო ეროვნება, ვიდრე ეთნიკურობა. „რომელი აღწერს შენს ეროვნებას? (აღნიშნე შესაბამისი პასუხები)“:

რომელი აღწერს შენს ეროვნებას? (აღნიშნე შესაბამისი პასუხები)	
① ქართველი	⑥ იეზიდი
② ქურთი-აზერბაიჯანელი	⑦ სომეხი
③ ბოშა მოლდაველი	⑧ უკრაინელი
④ ბოშა-ლომი სხვა	
⑤ რუსი	- 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

რელიგია

ეროვნების გაგების პარალელურად აქტუალური გახდა რელიგიურობის საკითხი. ხშირად თვითონ მონაწილეები ამბობდნენ ქართველი ვარ, მაგრამ ეკლესიაში არ დავდივარ, ან სხვა რელიგიის წარმომადგენლები იყვნენ. ამიტომ დაემატა კითხვები „რა არის შენი რელიგია?“ და „რამდენად მნიშვნელოვანია შენთვის რელიგია?“:

3. a. რა არის შენი რელიგია?
① მართლმადიდებელი ქრისტიანი ② კათოლიკე ქრისტიანი ③ მუსულმანი სხვა _____ – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს
3. b. რამდენად მნიშვნელოვანია შენთვის რელიგია? (ბარათი A)
① უმნიშვნელოა ② საშუალოდ მნიშვნელოვანია ③ ძალიან მნიშვნელოვანია – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

ფენმძიმობა

კოგნიტიური ინტერვიუების პირველ ეტაპზე მონაწილეებს ეკითხებოდნენ, ოდესმე დაფენმძიმებულან თუ არა, ან თუ ვინმე დაუფენმძიმებიათ, რაც ყოველთვის იწვევდა ერთგვარ გაუგებრობას. ერთის მხრივ, ის მონაწილეები, რომლებსაც ჰყავდათ მეუღლე, უკვირდათ, რა საჭირო იყო მსგავსი კითხვის დასმა, „ისედაც ხომ ცხადი იყო“, და მეორეს მხრივ, ვინც არ იყო დაოჯახებული, უმეტესად არ პასუხობდნენ და ვერც იგებდნენ შეკითხვას. საჭირო იყო კითხვის რამდენიმეჯერ გამეორება, რადგან ამბობდნენ რომ შვილი არ ჰყავდათ და საჭირო იყო ახსნა, რომ შეიძლება ორსულად ყოფილა ან მოეშალა, ან მოუკვდა და ა.შ. ინტერვიუებში გოგონებს დამატებით ეკითხებოდნენ, ამჟამად იყვნენ თუ არა ფენმძიმედ. ეს კითხვა სრულიად შეიცვალა და დაემატა კითხვა, პირველ რიგში, იყვნენ თუ არა დაოჯახებულები, შემდეგ, ყავდათ თუ არა შვილები და სავარაუდო პასუხებში იყო „კი“, „არა“, „მომეშალა/მომიკვდა“. ამრიგად, საბოლოოდ შემდეგნაირად ფორმულირდა კითხვა: „ხარ დაოჯახებული?“, „გყავს შვილები?“. ამასთან, „გყავს შვილები?“ დასმული იყო იმ შემთხვევაშიც, როცა რესპონდენტი ამბობდა, რომ არ იყო დაოჯახებული.

თავდაპირველი	საბოლოო კითხვა
9. ოდესმე ყოფილხართ თუ არა დაოჯახებული?	9. ხარ დაოჯახებული?
<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> გაშორებული	① დიახ ② არა ③ გაშორებული სხვა _____ – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს
11. გყავს თუ არა შვილები?	11. გყავს შვილები?
<input type="checkbox"/> დიახ _____	① დიახ ② არა ③ მომეშალა/მომიკვდა
11a-ზე თუ დიახ, რამდენი? _____ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> მომეშალა/მომიკვდა <input type="checkbox"/> სხვა _____ – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს	11a-ზე თუ დიახ, რამდენი? _____ სხვა _____ – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

მიგრაცია

სიღრმისეული ინტერვიუების ჩატარების დროს და კოგნიტური კვლევის დაწყებისას გამოიკვეთა, რომ მონაწილეები ხშირად გადაადგილდებოდნენ არა მხოლოდ ქვეყნის (საქართველოს) შიგნით, არამედ ხშირად კვეთდნენ საზღვარს და გადადიოდნენ აზერბაიჯანის ტერიტორიაზე. ამიტომ, საჭირო გახდა კითხვების დამატება ემიგრაციასთან დაკავშირებით. კერძოდ, დაემატა შემდეგი კითხვები: „სად დაიბადე?“, „არის თუ არა თბილისის გარდა სხვა ადგილი, სადაც მიღიხარ სამუშაოდ?“.

4 .a. სად დაიბადე:
① საქართველო ② აზერბაიჯანი სხვა _____ -98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს
4.ბ.არის თუ არა თბილისის გარდა სხვა ადგილი სადაც მიღიხარ ხოლმე სამუშაოდ?
① თუ კი სად: _____ ② არა – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

მედევობა და თვითშეფასება

კოგნიტური ინტერვიუების დროს საჭირო გახდა კითხვარის კიდევ უფრო შემცირება და შემოკლება, რის შედეგადაც გაერთიანდა რამდენიმე პუნქტი/ნაწილი, ხოლო ზოგი სრულიად იქნა ამოღებული. The Connor-Davidson Resilience Scale²² მედეგობის და თვით შეფასების კითხვარის სკალები ადაპტირდა. კერძოდ, კოგნიტური ინტერვიუების დროს გაერთიანდა თვითშეფასების და მედეგობის ნაწილები (ნაწილი 1a და ნაწილი 1b). თვითშეფასების ნაწილიდან დარჩა მხოლოდ 4 კითხვა 7 კითხვიდან, ხოლო მედეგობის ნაწილში დარჩა 3 კითხვა 10-დან. თვითშეფასების ნაწილიდან ამოღებული იყო 2 კითხვა ეთნიკურ კუთვნილებასთან დაკავშირებით, რომელსაც მონაწილეები ვერ იგებდნენ და ერთი კითხვა მათ სიამაყესთან დაკავშირებული, რაც სრულიად გაუგებარი იყო მათთვის. ეს კითხვებია: „ვამაყობ ჩემი ეთნიკური ჯგუფით“, „მაქვს იმ თემთან მიკუთვნიებულობა, სადაც ვცხოვრობ“, „ბევრი რამე მაქვს საამაყო“. ხოლო მედეგობის ნაწილში დარჩა სამი კითხვა: „როცა რაღაცა არ გამომდის,

22 The Connor-Davidson Resilience Scale was adapted to measure resilience and a self – esteem questionnaire including 3 likert style questions was developed to measure self-esteem.

არ ვნებდები“; „ვფიქრობ ძლიერი პიროვნება ვარ“ და „როცა პრობლემები მაქვს, ვიცი, სად მივიღო დახმარება“: ახალგაზრდებს არ ესმოდათ: „არ ვყრი ფარხმალს, როდესაც შეცდომას ვუშვებ“; „შემიძლია მიზანზე ორიენტირება, მაშინაც კი როცა ზეწოლას განვიცდი“; „წინააღმდეგობის მიუხედავად, შემიძლია მიზანზე ორიენტირება“; „რთულ სიტუაციებშიც კი შემიძლია გასართობი რალაცეების დანახვა“; „შემიძლია უსიამოვნო გრძნობებთან გამკლავება“; „თავს ვართმევ ყველა სირთულეს, რაც გზაზე მხვდება“; „შემიძლია ცვლილებებისადმი შეგუება“ და „სტრესთან გამკლავება უფრო ძლიერს მხდის“. ამ გაერთიანებით მონაწილეებს გაუადვილდათ ამ ნაწილის შევსება და ყველა კითხვა მათთვის გასაგები გახდა (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

① ვფიქრობ კარგი მომავალი მაქვს
② ბევრი კარგი თვისება მაქვს
③ მომწონს ჩემი თავი, როგორც ვარ
④ ვფიქრობ ყველაფერს სწორად ვაკეთებ
⑤ როცა პრობლემები მაქვს, ვიცი სად მივიღო დახმარება (R)
⑥ როცა რალაცა არ გამომდის, არ ვნებდები (R)
⑦ ვფიქრობ, ძლიერი პიროვნება ვარ (R)

პასუხების სკალა

მედევობის ნაწილში სირთულეს წარმოადგენდა, ასევე, პასუხების გაგება. ამ შემთხვევაში მონაწილეებს უნდა გაეანალიზებინათ არა მხოლოდ კითხვა, არამედ პასუხებიც, რამდენად შეესაბამებოდა ან არ შეესაბამებოდა სიმართლეს. მაგალითად, კითხვაში „ადვილად ეგუები ცვლილებებს“ უჭირდათ ანალიზი. პირველი, მათ ცხოვრებაში შეიძლება ითქვას, რომ ყოველი დღე ცვლილებებია და რადიკალურადაც კი იცვლება მათი ცხოვრება. მათთვის მარტივი იქნებოდა პასუხი გაეცათ მხოლოდ სიმართლეა თუ არა, მაგრამ როცა უნდა გაეანალიზებინათ, რამდენად შეესაბამებოდა სიმართლეს, მათ ეს უკვე აღარ შეეძლოთ. ასე, რომ პასუხები ფორმულირდა შემდეგნაირად: არ ვეთანხმები, საშუალოდ ვეთანხმები, სრულიად ვეთანხმები. (იხ. დანართი_13_ბარათი A).

თავდაპირველი სკალა	საბოლოო სკალა
საერთოდ არ შეესაბამება სიმართლეს იშვიათად შეესაბამება სიმართლეს ზოგჯერ შეესაბამება სიმართლეს ხშირად შეესაბამება სიმართლეს თითქმის ყოველთვის შეესაბამება სიმართლეს – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს	არ ვეთანხმები საშუალოდ ვეთანხმები სრულიად ვეთანხმები – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

თითქმის უცვლელი დარჩა ACE სკალის²³ კითხვების ფორმულირება, რომლებსაც დაემატა მხოლოდ „ოდესმე მომხდარა თუ არა“ აღნიშნული ფაქტი მათ ოჯახში. მაგალითად, „ოდესმე, შენს მშობელს ან სხვა უფროს შენს სახლში, ხშირად შეუფინებია, შეურაცხოფა მოუყენებია ან დაუმცირებია?“ შეიცვალა მხოლოდ კითხვის ფორმულირება, რამაც ერთგვარი გავლენა იქონია მონაწილეების გულწრფელ პასუხებზე. მანამდე თუ დასმულ კითხვას პასუხობდნენ: „არა“; როგორც კი დაემატა ოდესმე თუ მომხდარა, აღნიშნავდნენ „დიახ“ (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა უფროს შენს სახლში, ხშირად შეუფინებია, შეურაცხოფა მოუყენებია ან დაუმცირებია? ① დიახ ② არა – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს
ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა უფროს შენს სახლში ხშირად დაურტყამს, ისე მაგრად, რომ გქონია დაღურჯებები? ① დიახ. ② არა – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს
შენი მშობელი ან სხვა უფროსი შენს სახლში ოდესმე თუ შეგხებია სექსუალურად ან შენ შეეხე მის სხეულს სექსუალურად? ① დიახ. ② არა – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს
ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა მოზრდილს შენს სახლში, ჰქონდა თუ არა ალკოჰოლზე ან წამალზე დამოკიდებულების პრობლემა? ① დიახ. ② არა – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს
ოდესმე, შენი მშობელი ან სხვა უფროსი შენს სახლში, მჯდარა ციხეში, ან ყოფილა დაპატიმრებული? ① დიახ. ② არა – 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს

23 Traumatic experience was measured using adapted version of Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire for Street Connected Youth. The adapted ACE measured 3 personal (physical abuse, verbal abuse, sexual abuse) and 2 related to other family members' abuse (a parent who's an alcoholic and a family member in jail).

დროის ფორმულირება

მონაწილეებს უჭირდათ, არ შეეძლოთ დროის აღქმა. განსაკუთრებით მათ ვისაც არასდროს უვლია სკოლაში, დღის ცენტრში და არ მიუღია არანაირი აკადემიური/სასკოლო განათლება. დროსთან დაკავშირებული ყველა კითხვა ისე ფორმულირდა, რომ არ იყო დაკავშირებული კონკრეტულ დროსთან. მონაწილეებს არ უხდებოდათ დროის გახსენება, თუ როდის მოხდა ან რამდენი ხნის წინ მოხდა აღნიშნული ფაქტი მათ ცხოვრებაში.

შეიცვალა დროსთან დაკავშირებული კითხვის პასუხები, საიდანაც მონაწილეები ირჩევდნენ შესაბამის პასუხს. პასუხების სირთულე პირველ ეტაპზე მდგომარეობდა იმაში, რომ მონაწილეებს უნდა გაერჩიათ ერთმანეთისგან თითქმის ყოველთვის, კვირაში 3-4 ჯერ, 1-2 ჯერ, 1-3 ჯერ თვეში და თითქმის არასდროს, რაც მათთვის სრულიად გაუგებარი და რთული იყო. გამომდინარე იქიდან, რომ არ ჰქონდათ დროის შეგრძნება, არ იცოდნენ თვეების, სეზონების დასახელება და ერთმანეთისგან გარჩევა, არ იცოდნენ საათის ცნობა. შესაბამისად, ვერ პასუხობდნენ კითხვებს. მაგალითად, ვერ პასუხობდნენ როდის მოხდა რაიმე ფაქტი მათ ცხოვრებაში, კვირაში რამდენჯერ ნახულობს ან ესაუბრება თავის ოჯახის წევრს და ა.შ. ხშირ შემთხვევაში ვერც იხსენებდნენ პერიოდს, როცა ესა თუ ის მოვლენა მოხდა მათ ცხოვრებაში. იყო შემთხვევები, როდესაც მონაწილეებმა თავიანთი ასაკი ზუსტად არ იცოდნენ. როდესაც ამბობდნენ, რომ სამუშაოდ იყვნენ სხვა ქალაქში, ვერ ასახელებდნენ რომელი სეზონი იყო (ზაფხული, ზამთარი შემოდგომა თუ გაზაფხული), როდის დაბრუნდნენ თბილისში ან ბათუმში და ა.შ.

გარდა იმისა, რომ მოხდა დროსთან დაკავშირებული კითხვების რეფორმულირება, შეიცვალა პასუხების ფორმულირებაც და დაყვანილი იქნა 5 ბალიანი სკალიდან 3 ბალიანზე. ასევე, კითხვარის ყველა ნაწილში სავარაუდო პასუხები დაყვანილ იქნა 3 ბალიან სკალაზე.

თავდაპირველი სკალა	საბოლოო სკალა
თითქმის ყოველდღე	① არასდროს
3-4ჯერ კვირაში	② ხანდახან
1-2 ჯერ კვირაში	③ ყოველთვის
1-3 ჯერ თვეში	
თითქმის არასდროს	
– 98 არ ვიცი – 99 არ პასუხობს	

დროსთან დაკავშირებით პასუხები შეიცვალა შემდეგნაირად: არასდროს, ხანდახან, ყოველთვის. ხოლო დებულებებთან, რაც მოითხოვდა გაგებას/ანალიზს ფორმულირდა შემდეგნაირად: არ ვეთანხმები, საშუალოდ ვეთანხმები, სრულიად ვეთანხმები. (იხ. და-

ნართი_14_ბარათი B და დანართი_15_ბარათი C). გარდა იმისა, რომ შეიცვალა პასუხების ფორმულირება, საერთოდ ამოღებული იქნა ისეთი პასუხები, რომლებიც მონაწილეებისაგან მოითხოვდა გაგებას, ანალიზს ან შეჯამებას. მაგალითად, როგორც ზევით აღვნიშნეთ, პირველ ეტაპზე იყო დებულებები, რომლებიც მონაწილეებს უნდა შეეფასებინათ, თუ რამდენად იყო სიმართლე. მონაწილეები პასუხებიდან ირჩევდნენ: საერთოდ არ შეესაბამებოდა სიმართლეს, იშვიათად შეესაბამებოდა, ზოგჯერ, ხშირად თუ თითქმის ყოველთვის, რაც მათთვის დიდ სირთულეს წარმოადგენდა და, შესაბამისად, ან არ პასუხობდნენ ან გადადიოდნენ შემდეგ კითხვაზე (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

როგორც თვისებრივმა კვლევამ, ასევე კოგნიტიურმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ მონაწილეებს უჭირდათ დროის აღქმა და წარსულის კონკრეტული დროის გახსენება. კითხვარში შეიცვალა ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ბოლო კითხვა (განიცადეთ თუ არა შემდეგი ბოლო 12 თვის მანძილზე?), თავისი დებულებებით, რომელიც დროსთან მიმართებაში იყო დასმული. კერძოდ, კითხვის გაგების სირთულეს მონაწილეებისთვის წარმოადგენდა ის, რომ მათ უნდა გაეხსენებინათ ბოლო 12 თვის განმავლობაში მოხდა თუ არა მსგავსი ფაქტი მათ ცხოვრებაში (დაყარალება, სუიციდის მცდელობა და სხვ.).

გამომდინარე იქიდან, რომ მათ დროის გაგება უჭირდათ, მათ შორის დღის ცენტრის და 24 საათიანი თავშესაფრის მონაწილეებსაც, მოხდა ამ ნაწილს სრული რეფორმულირება. დარჩა მხოლოდ 4 კითხვა, რომელიც ეხებოდა მათ ფსიქიკურ მდგომარეობას: კერძოდ, რეფორმულირდა: განვიცდია თუ არა შემდეგი: (დიახ/არა)

① დაყარალების და ძარცვის მსხვერპლი გამხდარხარ?
② საკუთარ თავსთვის განზრახ მიგიყენებია ზიანი?
③ გიფიქრია თავის მოკვლაზე?
④ გქონდა თავის მოკვლის მცდელობა?

ამრიგად, კითხვები შეიცვალა შემდეგნაირად, ზოგადად თუ უფიქრიათ თავის მოკვლაზე, ან თავის მოკვლის მცდელობა ჰქონიათ თუ არა, დაყარალების მსხვერპლნი გამხდარან თუ არა, და საკუთარი თავისთვის თუ მიუყენებიათ განზრახ დაზიანება. რაც მთავარია, აღარ იყო დასმული კითხვები, მათ ცხოვრებაში რამდენი ხნის წინ მოხდა ეს თუ ის ფაქტი. აღარ ხდებოდა დროის დაზუსტება, რადგან მათთვის ყველაფერი ხდებოდა „აქ და ამჟამად“.

ამ ნაწილს ასევე დაემატა კითხვები ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით. მაგალითად კითხვები როგორიცაა: „ნერვიული აღამიანი ხარ?“, „ადვილია შენი შეშინება?“, „გაწუხებს აკვიატებული და ამოჩემებული აზრები?“ და ა.შ. (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი). ეს კითხვები ადაპტირებულია Tarter, RE & Hegedu, AM (1991) კითხავრისაგან (The Drug Use Screening Inventory), რომელიც გამოყენებული იყო უსახლკაროებთან ჩატარებულ ერთ-ერთ კვლევაში 2015 წელს საქართველოში (Sadzaglishvili & Kalandadze, 2018).

სტიგმასთან დაკავშირებული კითხვები

რაოდენობრივი კვლევის დროს კითხვარს დაემატა ახალი, სტიგმასთან დაკავშირებული ნაწილი, რომელიც არ იყო შეტანილი თვისებრივ კვლევაში სტიგმასთან დაკავშირებული კითხვების დამატება საჭირო გახდა თვისებრივ კვლევაში მიღებული ინფორმაციის დამუშავების შედეგად. თუმცა, თავდაპირველად ეს კითხვები შეტანილი იყო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაწილში. მას შემდეგ, რაც მოხდა კითხვარის პილოტირების სამუშაოები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაწილი გაიყო ორად: სტიგმის ნაწილად და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაწილად.

სტიგმის ნაწილში შეტანილ იქნა კითხვების ნაწილი, რაც ამოღებული იქნა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაწილიდან, რადგან მოიცავდა ერთგვარ სტიგმატიზაციას მსგავსი კითხვების დასმა. შესაბამისად, გადმოტანილი იქნა ახალ ნაწილში და საბოლოოდ მიღებულ იქნა ორი დამოუკიდებელი კითხვარის ბლოკი. ამასთანავე, კითხვების ფორმულირება სრულიად შეიცვალა. მაგალითად სტიგმის ნაწილში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ბოლო ნაწილიდან დებულებები „სერიოზულად დავუპირისპირდი სხვას, ვიკამათე“, „პოლიციასთან შემექმნა პრობლემები“, „ფიზიკური ჩხუბი“ ფორმულირდა შემდეგნაირად „ქუჩაში ყოფნის დროს იძულებული ვარ ყველას შევეწინააღმდეგო“, „რადგან ქუჩაში ვარ, პოლიცია ძალიან მაწუხებს“, „რადგან ქუჩაში ვარ, გამვლელები შეურაცხყოფას მაყენებენ“.

მონაწილეები პასუხობდნენ, იყვნენ თუ არა ქუჩაში სხვადასხვა ტიპის ძალადობის, სტიგმის მსხვერპლები. ჩამოთვლილი იყო 11 დებულება, რასაც მონაწილეები ან ეთანხმებოდნენ, ან საშუალოდ ეთანხმებოდნენ, ან არ ეთანხმებოდნენ. ამ ნაწილის გაგება ყველაზე მეტად უადვილდებოდათ, რადგან კითხვები ისე იყო ფორმულირებული, რომ მათთვის სრულიად გასაგები იყო და არ მოითხოვდა რაიმე ტიპის ანალიზს. მათ არ სჭირდებოდათ გაეხსენებინათ წარსულის კონკრეტული დრო, როდესაც ესა თუ ის ფაქტი მოხდა მათ ცხოვრებაში (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

სტიგმა Stigma შემდეგი შეკითხვები შეეხება, შენს გამოცდილებას ქუჩაში, თუ როგორ გექცევიან ადამიანები. (ბარათი B)	არ ვე- თანხ- მები ①	საშუ- ალოდ ვეთან- ხმები ②	სრუ- ლიად ვეთან- ხმები ③	არ ვიცი – 98	არ პა- სუხობს – 99
① ქუჩაში როგორც მექცევიან, ძალიან მწყინს.					
② რადგან ქუჩაში ვარ, სხვებივით კარგი არ ვარ.					
③ რადგან ქუჩაში ვარ, მე დამნაშა- ვედ და შერცხვნილად ვგრძნობ თავს.					
④ რადგან ქუჩაში ვარ ადამიანებს ჩემი ეშინიათ.					
⑤ რადგან ქუჩაში ვარ, ხალხს გონია ჩემი ბრალია.					
⑥ რადგან ქუჩაში ვარ, ხალხი მექცევა როგორ უპატრონოს.					
⑦ რადგან ქუჩაში ვარ, სხვა ადა- მიანები ჩემში მხოლოდ ცუდ რალაცებს ხედავენ					
⑧ რადგან ქუჩაში ვარ, გამვლელე- ბი შეურაცხყოფას მაცენებენ.					
⑨ რადგან ქუჩაში ვარ, ხალხი ფიქ- რობს რომ ზარმაცი და საზიზ- ღარი ვარ.					
⑩ ქუჩაში ყოფნის დროს იძულებ- ული ვარ ყველას შევეწინააღმ- დეგო.					
⑪ რადგან ქუჩაში ვარ, პოლიცია ძალიან მაწუხებს.					

ალკოჰოლის და ნარკოტიკების/ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენება

კოგნიტური კვლევის დროს შეიცვალა ნაწილი III – ალკოჰოლის და ნარკოტიკის მოხმარება. პირველ რიგში შეიცვალა დროსთან დაკავშირებით კითხვები, როგორიც იყო ბოლო 30 დღის განმავლობაში, კვირაში ერთხელ, 3-5 ჯერ და ა.შ. აგრეთვე, ამ ნაწილში

კითხვები შემცირდა და ფორმულირდა ზოგადად თუ მოიხმარს ალკოჰოლურ სასმელებს, თუ 5 ჭიქაზე მეტი დაუღევია და მოწამლულა თუ არა ალკოჰოლის გამოყენებით. პასუხების ნაწილში მონაწილეები პასუხობდნენ მხოლოდ „დიახ“ ან „არა“-ს, რაც მანამდე მათთვის სირთულე იყო, რადგან უნდა ეპასუხათ 1-2 ჯერ, 3-5 ჯერ და ასე შემდეგ. კოგნიტურმა კვლევა აჩვენა, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების კითხვარები არ უნდა ეხებოდეს დროს და რაოდენობას, წინააღმდეგ შემთხვევაში ვერ მოხდებოდა შესაბამისი პასუხის მიღება.

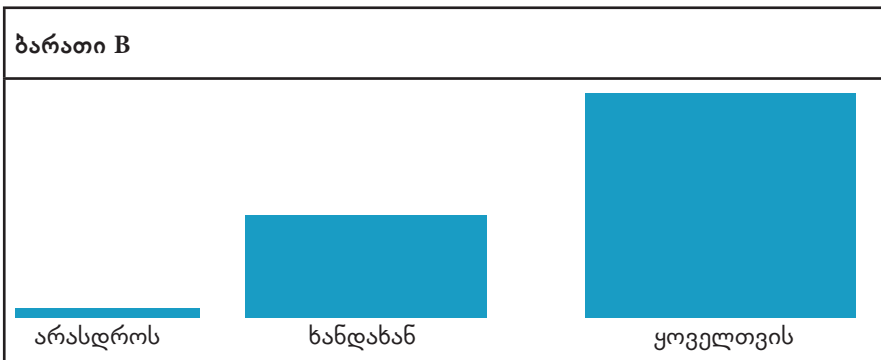
ნარკოტიკული საშუალებების ნაწილში საჭირო გახდა დამატებითი კონსულტაციის გავლა თანასწორ განმანათლებლებთან და რამდენიმე 24 საათიანი თავშესაფრის სერვისით მოსარგებლე ახალგაზრდასთან. რადგან ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის დასახელებული ნარკოტიკის ოფიციალური სახელები სრულიად უცხო და გაუგებარი იყო. ახალგაზრდებთან კონსულტაციის გავლის შემდეგ კი, დასახელებები შეიცვალა იმის მიხედვით, თუ რა ტიპის ნარკოტიკული საშუალებებია გავრცელებული მოხმარებისთვის ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში და რა სახელწოდებით იცნობდნენ ამ საშუალებებს. შესაბამისად, ნარკოტიკული/ფსიქოაქტიური საშუალებების სია შეიცვალა და დაყვანილი იყო იმ რაოდენობაზე, იმ სახეობებზე და სახელწოდებებზე, რომლებიც მათთანაა გავრცელებული ან რომლებიც გაუგიათ (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი ტიპის ნარკოტიკი გამოგიყენებია? შეგიძლია უპასუხოთ “დიახ” ან “არა”. ინტერვიუერი: მითხარი, თუ მოგიხმარია შემდეგი ნარკოტიკი/წამალი? (წაუკითხე ყველა პასუხი და მიუთითე ყველა შესაბამისი პასუხები)	
კოგნიტური ინტერვიუს დროს	საბოლოო
1. სედატიური საშუალებები ე.წ. ტრანკვილიზატორები (დამამშვიდებელი ან საძილე წამლები ექიმის დანიშნულების გარეშე)	1. ინჰალატორები (წებო/გაზი/ბენზინი/საღებავები)
2. ელ-ეს-დე (LSD) და სხვა ჰალუცინოგენები	2. მარიხუანა (პლანი, ჰაშიში)
რელევინი	3. „ხიმია“ (მოსაწვევისგან, ბულბულატორით, ბოთლით)
ჰერონი	4. სედატიური/საძილე წამლები/ტკივილგამაყუჩებლები /ფსიქოტროპული (დიმედროლი/ დიაზეპამი/ ბაკლოსანი/ ლირიკა/ციკლალოლი/გაბა-გამა)
„მაგიური სოკოები“	5. ბიო (შოკოლადი, თეთრი, შავი, კრისტალები)
გამაჰიდროქსიბუტირატი (GHB)	6. კოკაინი (კრეკი)
ანაბოლიური სტეროიდები	7. სტიმულატორები/ ამფეტამინები (MDMA (ექსტაზი))

ნარკოტიკები ინექციური გზით (შპრიცით), როგორცაა ჰეროინი, კოკაინი, ამფეტამინი.	8. ოპიოიდები (ჰეროინი, მორფინი, მეტადონი, კოდეინი და ა.შ.)
9. გასინჯეთ ტაბლეტები(მედიაკამენტები) ალკოჰოლურ სასმელებთან ერთად „კაიფის“ მისაღწევად	9. ჰალუცინოგენები (LSD, წვეთები, ტაბლეტი,სოკოები, მჟავები)
10. ტკივილგამაყუჩებლები „კაიფის“ მისაღწევად	10. მივიღიათ ნარკოტიკი ინექციით (ნემსით)
ბიო (სპაისი)	11. სხვა _____
მარიჟუნა და ჰაშიში (cannabis)	
ექსტაზი	
სხვა * დააზუსტე-----	

პასუხების ვიზუალური აღქმა

როგორც კოგნიტიურ ინტერვიუში გამოჩნდა, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს უფრო უადვილდებოდათ ვიზუალური აღქმა. როცა ხედავენ ვიზუალურად პასუხების ჩამონათვალს, უადვილდებათ პასუხის გაცემა და გარჩევა ერთმანეთისაგან. ამიტომ, საჭირო გახდა გაკეთებულიყო პასუხების ვიზუალიზაცია. ყველა ნაწილში, სადაც პასუხები არ იყო „დიახ“ და „არა“ შემუშავდა ბარათები, რომელზეც ნაჩვენებია იყო დიაგრამის სახით როგორი იყო არასდროს (ერთი სწორი ხაზი), ხანდახან (ნახევრად შევსებული გრაფა) და ყოველთვის (სრულიად გაფერადებული გრაფა). ინტერვიუს დროს ინტერვიუერები იყენებდნენ აღნიშნულ ბარათებს, რომ მონაწილეებს შეძლებოდათ კარგად აღქმა/გაცემა. მონაწილეები თითოთი აღნიშნავდნენ შესაბამის პასუხს, არასდროს იყო, ყოველთვის, თუ საშუალოდ. (იხ. დანართი_14_ბარათი B)



ასეთივე ბარათები იყო გამოყენებული დებულებების დროს, როდესაც მონაწილეებს უნდა ეპასუხათ: არ ეთანხმებოდნენ, საშუ-

ალოდ ეთანხმებოდნენ თუ სრულიად ეთანხმებოდნენ. (იხ. დანართი_15_ბარათი C)

აგრეთვე, სოციალური ქსელის ნაწილში იქნა ბარათები გამოყენებული, რადგან მონაწილეებს უჭირდათ დაესახელებინათ რამდენად ახლოს იყვნენ თავიანთ დასახელებულ ადამიანებთან (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი და დანართი_16_ბარათი D)

ბარათი C			
არ არის სიახლოვე	მცირე სიახლოვე	სიახლოვე	ძალიან სიახლოვე

წიგნიერების დაბალი დონე

კოგნიტურმა ინტერვიუებმა გამოავლინეს, რომ მონაწილეებს ჰქონდათ/აქვთ წიგნიერების დაბალი დონე, აკადემიური ჩამორჩენა. მათ უმრავლესობას საერთოდ არ უვლია სკოლაში. თუმცა, იყვნენ ისეთი მონაწილეებიც, რომლებიც ირიცხებოდნენ სკოლებში, მაგრამ ფაქტიურად არ დადიოდნენ. რაც შეეხება მოლდოველებს და ქურთ აზერბაიჯანელებს, მათ დიდ უმრავლესობას არასდროს უვლია სკოლაში ან ახალი ჩარიცხულები იყვნენ და წერა-კითხვა თითქმის არავინ იცოდა.

კითხვას სკოლაში სიარულის შესახებ დაემატა ორი კითხვა, ესენია: იცი წერა? იცი კითხვა? ხოლო დაზუსტების მიზნით დაემატა ქართულ ენაზე იცოდნენ წერა-კითხვა, თუ მშობლიურ ენაზე. გამომდინარე იქიდან, რომ კვლევაში მონაწილეობას იღებდა ყველა ეთნიკური ჯგუფის წარმომადგენელი, საჭირო გახდა დაზუსტება, რომელ ენაზე იცოდნენ წერა-კითხვა (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

7a. იცი წერა? ქართული ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	7b. იცი კითხვა? ქართული ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
მშობლიური ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	მშობლიური ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს

ნორმის დადგენის შეუძლებლობა

კვლევამ აჩვენა, რომ მონაწილეებს თითქმის არ ჰყავთ რეფერენტული ჯგუფი და ყოველდღიურად უამრავ ადამიანთან აქვთ

ურთიერთობა სხვადასხვა ადგილებში, ეს იქნება ქუჩა, ცენტრი, რაიმე დაწესებულება, სამეგობრო, სანაცნობო და ა.შ. შესაბამისად, მათ უჭირდათ იმის გაგება, თუ რა იყო ნორმა. როდესაც ინტერვიუერი ეკითხებოდა, „თქვენს გარშემო რამდენი ადამიანისთვისაა მისაღები, რომ შენ მოიხმარ ნარკოტიკს, ალკოჰოლს?“, „გაქვს სექსი ცხოვრების ამ ეტაპზე“, „გაქვს სექსი „პრეზერვატივს“ გარეშე“, მათ უჭირდათ ამ შეკითხვაზე პასუხის გაცემა და გააზრება, კერძოდ, ის, თუ მის სანაცნობოში რა იყო ნორმა, ვისთვის იყო მისაღები მოცემული ქცევა და ვისთვის არა და ა.შ. უფრო მეტიც, გამოიკვეთა, რომ მონაწილეები არ საუბრობდნენ და თავს იკავებდნენ ესაუბრათ სხვებზე, თუ სხვები რას და როგორ აკეთებდნენ და ა.შ.

იმ შემთხვევაშიც, როდესაც პასუხი უნდა გავცათ, თუ რამდენი ადამიანი იქცეოდა გარკვეული სახით (არცერთი, ზოგიერთი, ნახევარი და ყველა), მონაწილეებს უჭირდათ პასუხის გაცემა. ამ ნაწილშიც კარგად ჩანდა, რომ ჰქონდათ რაოდენობრივი წიგნიერების დაბალი დონე, რადგან ვერ იგებდნენ, თუ რამდენი იყო ზოგიერთი, ნახევარი, უმრავლესობა, ყველა. მათთვის საკმაოდ რთული იყო კითხვების გააზრება, ხოლო შემდეგ ამ კითხვის მოცემულ არჩევით პასუხებთან დაკავშირება. ძირითადი მიზეზი იყო ის, რომ ჰყავთ საკმაოდ დიდი და განსხვავებული შემადგენლობის სანაცნობო წრე. ამიტომ, გაერთიანებული თეორიის ერთ-ერთი კონსტრუქტი – სოციალური ნორმა – საერთოდ ამოღებულ იქნა საბოლოო კითხვარიდან.

ანალიზი და საკითხის შეჯამება

კითხვარის შემადგენელი ბლოკები როგორც იყო: (1) *IVa – მეკონცეფცია და ატიტუდები*, (2) *IVb – მოლოდინები, თვით-ეფექტურობა* და (3) *IVc – სექსი რაიმეს სანაცვლოდ ნაწილებს ჰქონდათ ბოლო შემაჯამებელი ერთი ან ორი კითხვა*, სადაც მონაწილეები აჯამებდნენ თავიანთ დამოკიდებულებებს აღნიშნულ თემებზე. მათ შეჯამების სახით უნდა ეთქვათ, თუ რამდენად ნეგატიურად ან დადებითად აფასებდნენ განხილულ საკითხებს. მაგალითად მეკონცეფცია და ატიტუდების ნაწილში იყო შემდეგი შემაჯამებელი კითხვა: „ზოგადად, ჩემი შეხედულება გოგონების/ბიჭების შესახებ, რომელთაც აქვთ სექსუალური კავშირი არის“, უნდა შეეფასებინათ თავიანთი დამოკიდებულებები განხილულ საკითხებზე და გაეკეთებინათ ანალიზი და ჩამოთვლილი სავარაუდო პასუხები აერჩიათ: ძალიან ნეგატიური იყო მათი დამოკიდებულება, საშუალოდ ნეგატიური, საშუალოდ პოზიტიური, თუ ძალიან პოზიტიური. გაუჭირდათ, რადგან არ შეეძლოთ ამა თუ იმ საკითხის შეჯამება და ანალიზი. შესაბამისად, ის კითხვები, რომლებიც მოითხოვდა რაიმე სახის შეჯამებას, კითხვარიდან იქნა ამოღებული.

შემაჯამებელი სკალა

- ძალიან ნეგატიური
 - საშუალოდ ნეგატიური
 - საშუალოდ პოზიტიური
 - ძალიან პოზიტიური
- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს

იმის გარდა, რომ არ შეეძლოთ საკითხის შეფასება და ანალიზი, ასევე გაუჭირდათ სავარაუდო პასუხების გაგება, თუ რას ნიშნავდა ძალიან ნეგატიური, საშუალოდ ნეგატიური, საშუალოდ პოზიტიური და ძალიან პოზიტიური (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

სოციალურ ქსელი

სოციალურ ქსელში მონაწილეებს უჭირდათ იმ ადამიანების დასახელება, რომლებიც მათთვის მნიშვნელოვანნი არიან. მიუხედავად იმისა, რომ ჰყავთ დიდი სანაცნობო წრე ხშირად ვერ ასახელებდნენ მათთვის მნიშვნელოვან 5 ადამიანს. უჭირდათ მათი დასახელება და უმეტესად ასახელებდნენ ოჯახის წევრებს, რომლებთანაც არც თუ ისე ახლო ურთიერთობა ჰქონდათ. შეიძლება ითქვას, რომ უჭირდათ მეგობრების დასახელება.

სოციალურ ქსელში პირველი ნაწილი (9 შეკითხვა), რომელიც ეხებოდა დასახელებულ პიროვნებებს, ვინ იყვნენ, რამდენი წლის იყვნენ, მათ სქესს, რამდენი ხანია რაც იცნობენ ერთმანეთს, რა ეროვნების არიან, დადიან თუ არა სკოლაში, რას საქმიანობენ, თავიანთი დროის უდიდეს ნაწილს ატარებენ თუ არა ქუჩაში ეს ადამიანები და რამდენად ახლოს არიან მათთან უცვლელი დარჩა.

სოციალური ქსელის მეორე ნაწილი, რომელიც ეხებოდა აქტივობებს, თუ რას აკეთებდნენ და რამდენად ახლოს იყვნენ ერთად დასახელებულ 5 ადამიანთან, სრულიად შეიცვალა, როგორც კითხვების ფორმულირება, ასევე პასუხების.

თითოეული კითხვა ეხებოდა გასული თვის განმავლობაში მოხდა თუ არა, გასული თვის განმავლობაში გააკეთეს თუ არა, გასული თვის განმავლობაში ისაუბრეს თუ არა და ა.შ. რაც შეიცვალა იმის გამო, რომ არ ესმოდათ და ვერ პასუხობდნენ. როგორც არა ერთხელ აღინიშნა მონაწილეებს არ ჰქონდათ დროის აღქმის უნარი, ვერ არჩევდნენ თვეებს, კვირებს, დღეებს. არ იციან კვირაში, თვეში რამდენი დღეა, როდის იწყება ახალი კვირა, როდის მთავრდება თვე და

ა.შ. შესაბამისად, კითხვების ამგვარი ფორმულირება სრულიად არ შეესაბამებოდა მათ ცოდნას და არ შეეძლოთ გაგება. თითოეული კითხვა გახდა ზოგადი და ფორმულირდა შემდეგნაირად: რამდენად ხშირად საუბრობ, რა სიხშირით გეხმარება, რა სიხშირით მხიარულობთ ერთად, რამდენად ხშირად გაძლევს რჩევას და ა.შ. რაც თითოეული მონაწილისთვის გასაგები იყო და ამასთანავე გაგებაში ეხმარებოდათ ბარათების გამოყენება (იხ. დანართი_14_ბარათი B). შეიძლება ვერ დაესახელებინა როდის დაეხმარნენ მატერიალურად, მაგრამ აუცილებლად იტყოდა, არასდროს დახმარებია, ხანდახან ეხმარება, თუ ყოველთვის.

პასუხებიც ამ ნაწილში სრულიად შეიცვალა. 5 ბალიანი სკალიდან ჩამოვიდა 3 ბალიანზე და სრულიად ამოღებული იქნა რამდენჯერ ხდებოდა თვის განმავლობაში ესა თუ ის ქმედება მათ ცხოვრებაში, ეს იყო თითქმის ყოველთვის, 3-4 ჯერ კვირაში და ა.შ. პასუხები შეიცვალა შემდეგნაირად: არასდროს, ხანდახან, ყოველთვის (იხ. დანართი_14_ბარათი B). მაგალითად რა სიხშირით ისაუბრეთ? პასუხობდა მონაწილე არასდროს საუბრობს ამ პიროვნებასთან, ხანდახან საუბრობს, თუ ყოველთვის.

სოციალური ქსელის შემდეგი ნაწილი ეხებოდა დასახელებული პიროვნებების შესახებ ზოგად კითხვებს. ნაწილი ამ კითხვების უშუალოდ ეხებოდა ამ ადამიანებს, ნაწილი კი მათ გავლენას კვლევაში მონაწილეზე/რესპონდენტზე.

კითხვები, რომლებიც ეხებოდა ამ პიროვნებების გავლენას რესპონდენტზე, გამარტივდა და ინტერვიუერები შემდეგნაირად ეკითხებოდნენ: გეუბნება რომ არ დალიო ალკოჰოლი? არ მოიხმარო ნარკოტიკი? არ გქონდეს სექსი? რომ გამოიყენო სექსის დროს პრეზერვატივი? და ა.შ. ასეთი რეფორმულირება თითოეული მონაწილისთვის სრულიად გასაგები იყო და პასუხობდნენ მარტივად „დიახ“, „არა“ (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

მე კონცეფცია და განწყობები

მე კონცეფციის ნაწილში მოხდა კითხვების გამარტივება და რეფორმულირება. კითხვები აღარ იყო დასმული ცალ-ცალკე გოგობზე და ბიჭებზე. გადაწყდა, რომ თუ რესპონდენტი იყო გოგო, კითხვები ეხებოდა გოგობს, თუ ბიჭი – ბიჭებს. მაგალითად კითხვა „გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსუალური კავშირი, უნდათ რომ იგრძნონ სიახლოვე თავიანთ პარტნიორთან“; შეიცვალა შემდეგნაირად „გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, უნდათ რომ უყვარდეთ.“ ასევე, ამოღებული იქნა კითხვა პასუხისმგებლობის შესახებ, რადგან ვერ აკავშირებდნენ ერთმანეთთან თუ ვის მიმართ უნდა ყოფილიყვნენ პასუხისმგებლები ან უპასუხისმგებლები – „გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსუალური კავშირი,

არიან უპასუხისმგებლოები თანატოლებთან შედარებით“ შეიცვალა კითხვა პოპულარულობასთან დაკავშირებით. თუ მანამდე ვეკითხებოდით ცალ-ცალკე გოგონებზე და ბიჭებზე, ასევე ცალკე ვეკითხებოდით თავისივე სექსის წარმომადგენლებში იყვნენ პოპულარულები და ცალკე საწინააღმდეგო სექსის („გოგონებს, რომელთაც აქვთ სექსუალური კავშირი, არიან პოპულარულები თავისივე სექსის თანატოლების თვალში“ და „გოგონებს, რომელთაც აქვთ სექსუალური კავშირი, არიან პოპულარულები საწინააღმდეგო სექსის თანატოლებში.“), შეიცვალა და ზოგადად ვეკითხებოდით „გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, არიან პოპულარულები“.

საბოლოოდ, დარჩა შემდეგი ფორმულირებები:

1. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, უნდათ რომ უყვარდეთ;
2. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, მოსწონთ სექსი;
3. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, ამას აკეთებენ ალკოჰოლის და ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ;
4. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი უარს ვერ ამბობენ;
5. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, არიან პოპულარულები;

მონაწილეებმა არ იცოდნენ რას ნიშნავდა სექსუალური მომწიფება, რადგან მათ არ აქვთ სექსუალური განათლება და მათთვის, არავის მიუწოდებია ინფორმაცია ამ საკითხებთან დაკავშირებით. შესაბამისად, ვერ იგებდნენ რა იგულისხმებოდა სექსუალურ მომწიფებაში და საბოლოოდ მოხდა ამ დებულების ამოღება (გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსუალური კავშირი, არიან მომწიფებულები თანატოლებთან შედარებით). (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი).

მოლოდინები, თვით-ეფექტურობა, განზრახვა

მოლოდინების, თვით-ეფექტურობის ნაწილი ეხებოდა მონაწილის მოლოდინებს, თვით-ეფექტურობას და განზრახვას. ყველა კითხვა უშუალოდ დასმული იყო მონაწილეზე: „მე რომ მქონდეს...“ ეს ნაწილი იყო საკმაოდ დიდი, შედგებოდა 13 კითხვისგან, საიდანაც დარჩა მხოლოდ 8.

1. მე რომ მქონდეს სექსი, დავფხმძიმებოდი ან სხვას დავაფხმძიმებდი.
2. მე რომ მქონდეს სექსი, გადამეღებოდა დაავადება, მათ შორის აივ-შიდსი.
3. მე რომ მქონდეს სექსი, ვიგრძნობდი, რომ შეყვარებულს ვუყვარვარ.

4. მე რომ მქონდეს სექსი, ჩემს ოჯახს/ახლობლებს შევარცხვინდი.
5. მე რომ მქონდეს სექსი, „მაგარი ტიპი ვიქნებოდი“.
6. მე რომ მქონდეს სექსი, ბევრი შვილი მეყოლებოდა და მეტი შემოსავალი მექნებოდა
7. მე რომ მქონდეს სექსი შეყვარებულთან, ადვილად გამოვიყენებდი პრეზერვატივს.
8. შეყვარებული რომ მყავდეს მექნებოდა სექსი

პირველ რიგში კითხვარიდან ამოღებულ იქნა ცხოვრების ამ ეტაპზე გააკეთებდნენ თუ არა რაიმეს. მაგ: „მე რომ მქონდეს სექსუალური კავშირი ჩემი ცხოვრების ამ ეტაპზე, მე დავფხმძიმდებოდი ან სხვას დავაფხმძიმებდი“; შეიცვალა შემდეგნაირად „მე რომ მქონდეს სექსი, დავფხმძიმდებოდი ან სხვას დავაფხმძიმებდი“; საბოლოო კითხვარში კითხვები პირდაპირ იყო დასმული და უნდა ეპასუხათ, ამ წინადადებას, რამდენად ეთანხმებოდნენ: არ ვეთანხმები, საშუალო ვეთანხმები და სრულიად ვეთანხმები.

ყველა დებულებაში სექსუალური კავშირი შეიცვალა სექსით, რადგან მონაწილეები იბნეოდნენ და უჭირდათ გაგება რა იყო კავშირი. მონაწილეები ვერ იგებდნენ, ასევე რა იყო სასურველი და შეიცვალა კითხვაში თავს ვიგრძნობდი სასურველად შემდეგნაირად: „ვიგრძნობდი, რომ შეყვარებულს ვუყვარვარ“.

პრეზერვატივის გამოყენება – არ გამოყენებასთან დაკავშირებით შეიცვალა კითხვის ფორმულირება, რადგან მონაწილეებს არ ესმოდათ, თუ თავს რატომ ან ვერ დაიცავდნენ. ხშირ შემთხვევაში დაცვას უკავშირებდნენ ფიზიკურად თავის დაცვას და არა პრეზერვატივის გამოყენებას. ამიტომ, კითხვიდან ამოღებულ იქნა „თავს ვერ დავიცავდი“ და შეიცვალა „ადვილად გამოვიყენებდი პრეზერვატივს“ და ხაზი სწორედ ადვილად გამოყენებას ესმოდა. „მე რომ მქონდეს სექსუალური კავშირი ჩემი ცხოვრების ამ ეტაპზე, თავს ვერ დავიცავდი (პრეზერვატივს არ გამოვიყენებდი)“; შეიცვალა შემდეგნაირად „მე რომ მქონდეს სექსი შეყვარებულთან, ადვილად გამოვიყენებდი პრეზერვატივს“.

რადგან ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს არ შეუძლიათ დროის აღქმა, ამიტომ ამ ნაწილიდანაც ამოღებულ იქნა კითხვები, რომლებიც დაკავშირებული იყო დროსთან. მაგალითად, 6 თვის მანძილზე გეგმავდა თუ არა სექსს, ან მოიცადოს და არ ჰქონდეს ქორწინებამდე სექსი, ესეც დროსთან კავშირშია და მათ ქორწინება შეიძლება ნებისმიერ ერთჯერად ურთიერთობას დაარქვან, გამოდინარე აქედან საბოლოო კითხვარიდან ამოღებულ იქნა კითხვები: „მე ვგეგმავ მქოდეს სექსუალური კავშირი მომავალი 6 თვის მანძილზე“; „მე ვგეგმავ მოვიცადო და არ მქოდეს სექსუალური კავშირი დაქორწინებამდე“ და ა.შ. (იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი)

სექსი რაიმეს სანაცვლოდ

სექსი რაიმეს სანაცვლოდ უფრო მეტად იყო გასაგები ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში, რადგან ეხებოდა მათ შეხედულებებს სექსის შესახებ და არა იმას რეალურად ფულის ან რაიმე ღირებულის სანაცვლოდ ჰქონიათ თუ არა. მოხდა რამდენიმე კითხვის გამარტივება. მაგალითად „მე რომ მქონდეს სექსუალური კავშირი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ), მე თავს ვერ დავიცავდი, არ გამოვიყენებდი პრეზერვატივს;“ შეიცვალა შემდეგნაირად „მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ), მე ადვილად გამოვიყენებდი პრეზერვატივს.“ აქაც, როგორც სხვა დანარჩენ ნაწილში, სექსუალური კავშირი შეიცვალა სექსით. ამოღებული იქნა შეკითხვა თავშესაფრის შესახებ „მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ მექნებოდა თავშესაფარი;“ რადგან ისედაც იგულისხმებოდა თავშესაფარი რაიმე ღირებულში, ამიტომ დროის სიმცირის გამო მოხდა კითხვარიდან ამოღება. აგრეთვე, ამოღებული იყო კითხვის ფორმულირებიდან ცხოვრების ამ ეტაპზე (მე რომ მქონდეს სექსუალური კავშირი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ) ცხოვრების მოცემულ ეტაპზე, მე ბევრ ფულს ვიშოვიდი) და პირდაპირ ხდებოდა კითხვის დასმა „მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ), მე ბევრ ფულს ვიშოვიდი“. საბოლოოდ, დარჩა შემდეგი ფორმულირებები:

1. მისაღებია, რომ ბიჭი/გოგო ჩაერთოს სექსში რაიმეს სანაცვლოდ, როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ?
2. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ), მე გავხდებოდი ძალადობის მსხვერპლი.
3. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ), მე გადამედებოდა დაავადება, მათ შორის აივ-შიდსი.
4. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ), მე ადვილად გამოვიყენებდი პრეზერვატივს.
5. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებული რამ), მე ბევრ ფულს ვიშოვიდი.
6. სექსი მექნებოდა თუ ვინმე მომცემდა ფულს, წამალს, საკვებს, თავშესაფარს ან სხვა რამეს, რაც მენდომებოდა.
(იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი)

სექსუალური ქცევა

კითხვარის ბოლო ნაწილი ეხებოდა მონაწილეების სექსუალურ გამოცდილებას. ამ ნაწილშიც სრულიად შეიცვალა კითხვები და მათი თანმიმდევრობა. პირველ რიგში, საჭირო იყო გაგება ოდესმე ჰქონიათ თუ არა სექსი. იმ შემთხვევაში, თუ მონაწილეებს არ ჰქონდათ სექსი და იყვნენ 10-დან 13 წლამდე მონაწილეები, ხდებოდა ამ საკითხებზე ინტერვიუს დასრულება, ხოლო თუ იყვნენ 14 წლის და ზევით ინტერვიუერი გადადიოდა ტესტირების ნაწილზე. იმ შემთხვევაში, თუ მათ ჰქონდათ სექსი გრძელდებოდა ინტერვიუ.

ამოღებული იქნა, დროსთან დაკავშირებული კითხვები რომანტიკული ურთიერთობების ხანგრძლივობაზე, ბოლო ერთი თვის/30 დღის განმავლობაში რამდენჯერ ჰქონდათ, 12 თვის განმავლობაში რამდენი პარტნიორი ყავდათ, რამდენად ხშირად გამოიყენეს პრეზერვატივი 12 თვის მანძილზე („რა სიხშირით გქონდათ სექსუალური კავშირი გასული თვის/30 დღის მანძილზე?“, „გასული 12 თვის მანძილზე, რამდენ პარტნიორთან გქონდა სექსუალური ურთიერთობა?“). იმ მონაწილეებთან, რომელთაც მიუთითეს, რომ ჰქონდათ სექსი, ხდებოდა დაზუსტება, პირველად როდის ჰქონდათ, ვისთან ჰქონდათ, რამდენი პარტნიორი ყავდათ.

ჰქონდათ თუ არა ანალური, ორალური, ვაგინალური და ჯგუფური სექსი ამ ნაწილში ყველა კითხვა უცვლელი დარჩა. ამოვიღეთ მხოლოდ ის კითხვები, რომელებიც ეხებოდა დროს, ანუ 12 თვის მანძილზე ჰქონიათ თუ არა ან ანალური, ან ორალური და ა.შ. ამ ნაწილის სირთულეს წარმოადგენდა ის, რომ მონაწილეებმა არ იცოდნენ რა იყო ანალური, ორალური და ვაგინალური სექსი და ხშირად რცხვენოდათ ხმამაღლა ამის თქმა, რომ ჰქონდათ მაგალითად, ორალური სექსი. ამიტომ, საჭირო გახდა ამ ნაწილშიც შეგვემუშავებინა ვიზუალური ბარათები, სადაც ნაჩვენები იყო აღნიშნული სექსუალური პოზები და მონაწილეები ხელს ადებდნენ იმ ნახატს, რომელიც ოდესმე ჰქონიათ (*იხ. დანართი_17_ბარათი E*)

სექსუალური ქცევის ნაწილში დაემატა კითხვა „დაუძალებიათ თუ არა სექსი ვინმეს?“ ამ კითხვის დამატება საჭირო გახდა რადგან რამდენიმე მონაწილემ აღნიშნეს, რომ არ ჰქონიათ, მაგრამ დაუძალებიათ (*იხ. დანართი_7_საბოლოო კითხვარი*).

ტესტირება

ტესტირების ნაწილში არ მომხდარა არანირი ცვლილებები. მონაწილეებისთვის დასმული კითხვები და აივთან დაკავშირებით, მიწოდებული ინფორმაცია მათთვის სრულიად გასაგები იყო (*იხ. დანართი_10_ნებაყოფლობითი კონსულტაცია აივ/შიდსთან დაკავშირებით*). თუმცა, იყო გარკვეული სახის სირთულეები, რაც უკავ-

შირდებოდა მონაწილეების მზაობას, ჩაეტარებინათ თუ არა ტესტირება.

თბილისსა და რუსთავში სიტუაცია გაცილებით უკეთესი იყო, რადგან თითქმის სრულმა უმრავლესობამ ამ ქალაქებში ჩაიტარეს ტესტირება. იყვნენ ისეთებიც, რომლებმაც გაიგეს აივის შესახებ ყველა საჭირო ინფორმაცია, მაგრამ უარი თქვეს ტესტირების ჩატარებაზე. ძირითადად ასეთ შემთხვევებში იყო შიშის ფაქტორი, რომ არ აღმოჩენილიყვნენ აივ დადებითები, ან იცოდნენ უკვე თავიანთი სტატუსი აივ/შიდსის შესახებ და არ თვლიდნენ საჭიროდ ტესტირებას. თუმცა, იყო ისეთი შემთხვევა, რომ მონაწილემ მხოლოდ იმიტომ გადაწყვიტა კვლევაში მონაწილეობა, რომ გაეკეთებინა ტესტირება აივ/შიდსზე.

ტესტირების ჩატარება სირთულეებთან იყო დაკავშირებული ბათუმში. კერძოდ, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები არ იტარებდნენ ტესტირებას. მიუხედავად იმისა, რომ მიწოდებული ინფორმაცია მათთვის გასაგები იყო და სურდათ დამატებითი საჩუქარი, მაინც უარს ამბობდნენ ტესტირების ჩატარებაზე. ერთი მხრივ, ეს გამოწვეული იყო იმით, რომ მათ გარშემო იყვნენ უფროსები, რომლებიც არ აძლევდნენ კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე უფლებას და მითუმეტეს, ტესტირების ჩატარებაზე და თვალყურს ადევნებდნენ შორიდან, თუ რას აკეთებდნენ. ხოლო მეორე მხრივ, მონაწილეებს არ სურდათ ქუჩაში, ღიად ჩაეტარებინათ ტესტირება, რადგან გარშემო უამრავი ადამიანი იმყოფებოდა. შესაბამისად, ბათუმში ტესტირება ყველაზე ცოტა რაოდენობამ ჩაიტარა.

3.3. ინტერვიუების პროცესის ბარიერები და მათთან გამკლავება

მონაცემების შეგროვება ხდებოდა რამდენიმე ეტაპად. პირველ ეტაპზე ხდებოდა პოტენციური მონაწილეების გაცნობა. ინტერვიუები აცნობდნენ თვიანთ თავს, უხსნიდნენ ვინ იყვნენ და საიდან, რა სურდათ მისგან და ეკითხებოდნენ, ჰქონდა თუ არა 15-20 წუთი, რომ დაეთმოთ მათთვის. როდესაც ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა გამოხატავდა დაინტერესებას მონაწილეობის მიღებაზე, ინტერვიუერი ან პრაქტიკანტი სტუდენტები, რომლებიც კვლევის დროს ინტერვიუებთან ერთად იმყოფებოდნენ, იწყებდნენ რეკრუტირების ფორმის შევსებას.

რეკრუტირების ფორმის შევსების შემდეგ, ხდებოდა მონაწილეებისგან ინფორმირებული თანხმობის ფორმის მოპოვება, სადაც დეტალურად ეცნობოდნენ კვლევის შესახებ ინფორმაციას. თანხმობის ფორმაზე ხელის მოწერის შემდეგ იწყებოდა ინტერვიუს პროცესი, რომელიც გრძელდებოდა მაქსიმუმ 20 წუთი.

იმ შემთხვევაში, როდესაც მონაწილე იყო 14 წლის და ზევით, დამატებით საჭირო იყო 5 წუთი, რადგან ინტერვიუერს გაეგო ინფორმაცია, თუ მონაწილემ რა იცოდა აივ ინფექციასთან დაკავშირებით, რა ტიპის ინფორმაციას ფლობდა და ოდესმე ჩაუტარებია თუ არა ტესტირება. ამ ინფორმაციის მიღების შემდეგ, ხდებოდა მონაწილეებისთვის კონსულტაციის გაწევა აივ ინფექციის შესახებ (იხ. დანართი_10_ნკტ), თუ როგორ ხდებოდა აივ/შიდსის მოხვედრა ორგანიზმში და რა უპირატესობა ჰქონდა ვირუსის დროულ აღმოჩენას. დეტალურად იღებდნენ ინფორმაციას ტესტირებასთან დაკავშირებულ ყველა საკითხზე. მონაწილეების მზადყოფნის შემთხვევაში, მათ უტარდებოდათ აივ ტესტირება. პასუხის გაგების შემდეგ სრულდებოდა ინტერვიუს პროცესი. მათ გადაეცემოდათ კვლევაში მონაწილეობისთვის განსაზღვრული საჩუქარი, ურიგდებოდათ საინფორმაციო ბროშურები კვლევის (იხ. დანართი_18_ბროშურა კვლევის შესახებ) და აივ/შიდსის გავრცელების შესახებ (იხ. დანართი_11_ბროშურა აივ/შიდსი) და ამის შემდეგ, ინტერვიუერები ემშვიდობებოდნენ კვლევის მონაწილეს.

აგრეთვე, უნდა აღინიშნოს, რომ ინტერვიუში მონაწილეობის სანაცვლოდ მიღებული საჩუქარი ახალგაზრდას უზრდიდა მოტივაციას. ასევე, მოიტივატორი იყო თანასწორგანმანათლებლის და ყოფილი მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკის ჩართულობა კვლევის საველე მუშაობაში. უნდა აღინიშნოს, რომ თანასწორ განმანათლებელი და სოციალურ მუშაკი ქუჩასთან დაკავშირებულ თითქმის ყველა ახალგაზრდას იცნობდნენ. ეს აადვილებდა ნდობის მოპოვების პროცესს და ახალგაზრდების თანხმობას კვლევაში მონაწილეობაზე.

ველზე ყოველთვის გადიოდა მინიმუმ 2 ინტერვიუერი. ჩვეულებრივ, თბილისსა და რუსთავში ველზე გადიოდნენ ინტერვიუერები, მძლოლი (ამავდროულად იყო თანასწორგანმანათლებელი) და პრაქტიკანტი სტუდენტები (სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამის პირველი და მეორე კურსელები, 2018-2019 წელი), რომლებიც ახდენდნენ ახალგაზრდების რეკრუტირებას სპეციალური ფორმის გამოყენებით. გარდა ამისა, სტუდენტები ახორციელებდნენ შემეცნებით-გასართობ აქტივობებს ახალგაზრდებისთვის (ხატვა, გაფერადება, საუბარი სხვადასხვა საკითხებზე, და ა.შ.), რომლებიც თავიანთ რიგს ელოდებოდნენ მონაწილეობისთვის. ასევე, აქტივობებს ახორციელებდნენ იმ ბავშვებისთვის, რომლებიც ასაკობრივ ჯგუფში ვერ ჯდებოდნენ და თავიანთ უფროს დაძმას ელოდებოდნენ. სტუდენტების აქტიური ჩართულობა ამარტივებდა საველე სამუშაოებს და ზრდიდა ახალგაზრდების ჩართვის მოტივაციას და ზოგადად, უზრუნველყოფდა კვლევის უსაფრთხოდ განხორციელებას.

3.3.1. კვლევის აივ/შიდსზე ტესტირების კომპონენტის სირთულეები და მათთან გამკლავება

აივ/შიდსზე ტესტირება შეთავაზებული იქნა 14-დან 19 წლის ჩათვლით ახალგაზრდებისთვის კვლევის ბოლო ეტაპზე. ინტერვიუს ბოლოს მონაწილეებს შეეძლოთ გაეკეთებინათ აივ/შიდსის უფასო ტესტი ან უარი ეთქვათ (რეკომენდაციის სახით იყო შეთავაზებული ტესტირება). უარის შემთხვევაში მათთან სრულდებოდა ინტერვიუ და გადაეცემოდა საჩუქარი ინტერვიუში მონაწილეობისთვის. იმ შემთხვევაში კი, თუ ტესტირებასაც ჩაიტარებდნენ გადაეცემოდა დამატებით ტესტირებისთვის განკუთვნილი საჩუქარი.

საველე სამუშაოების დროს აივ შიდსზე ტესტირებას ატარებდნენ საინფორმაციო სამედიცინო ფსიქოლოგიური ცენტრ „თანადგომის“ მიერ გადამზადებული ინტერვიუერები. 2018 წლის 24 მაისს, ორგანიზაცია „თანადგომამ“ ტრენინგი, სახელწოდებით „ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ/შიდსზე (ნკტ)“ ჩაუტარა კვლევის ინტერვიუერებს, რა დროსაც გაეცნენ ყველა საჭირო მასალას და ტესტის ჩატარების პროცედურებს. ასევე, პროექტის ფარგლებში შეიქმნა სპეციალური მულტიმედია-პლატფორმა ერთი პროფესიონალი კლინიკური ფსიქოლოგის, სოციალური მუშაკის და ადიქტოლოგის შემადგენლობით. ინტერვიუერები, საჭიროების შემთხვევაში, ახდენდნენ რესპონდენტის ამ ჯგუფთან გადამისამართებას, როდესაც ჩათვლიდნენ, რომ რესპონდენტის პასუხის გამჟღავნებასთან დაკავშირებული ინდივიდუალური შიშები და შესაძლო რისკები საკმაოდ მაღალია. გარდა ამისა, ეს ჯგუფი მუშაობდა იმ რესპონდენტებთანაც, რომლებსაც ამოუტივტივდებოდათ ხოლმე ძალადობის მსხვერპლობის შფოთვები და საჭიროებდნენ ინდივიდუალურ ფსიქო-სოციალურ ჩარევებს, ან შესაძლოა მათ სჭირდებოდათ დახმარება ადიქციის ქცევების დაძლევაში და ა.შ.

მშობლებთან დაკავშირება იგეგმებოდა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც 10-დან 13 წლამდე ასაკის ბავშვს ექნებოდა სურვილი აივ/შიდსზე ტესტირების ჩატარებაზე. ჩვეულებრივ კი 10-დან 13 წლამდე ახალგაზრდებთან ტარდებოდა მხოლოდ ინტერვიუები და ივსებოდა კითხვარები. თუმცა, 10-13 წლამდე არცერთმა ახალგაზრდამ არ ისურვა ტესტის ჩატარება. რაც შეეხებათ 14 წლის და 14 წლის ზევით ასაკის ახალგაზრდებს კანონმდებლობის შესაბამისად შეეძლოთ მშობლის/მეურვის გარეშე ტესტირების ჩატარება და მკურნალობა აივ ინფექციაზე²⁴. იმ შემთხვევაში, თუ მონაწილეები სურვილს გამოთქვამდნენ ტესტირების ჩატარებაზე უტარ-

24 საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი – აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90088>

დებოდათ ადგილზე. ამასთან, აივ ტესტირებისათვის განკუთვნილ ინფორმირებული თანხმობის ფორმაში ახალგაზრდა ხელს აწერდა შემდეგს:

„მესმის, რომ საქართველოს კანონმდებლობით საჭიროა მოხდეს ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაზიარება კანონიერ წარმომადგენელთან, თუ უარს ვაცხადებ მკურნალობაზე, აივ დადებითი პასუხის აღმოჩენის შემთხვევაში. ხოლო მკურნალობის სურვილის შემთხვევაში, მზად ვარ ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია მიეწოდოს იმ სტურუქტურებს, რომლებიც გამიწევენ სათანადო კონსულტირებას და ჩამრთავენ ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის სახელმწიფო პროგრამაში.“²⁵ ამ მექანიზმით მეშვეობით, გარანტირებული იყო რომ აივ-შიდსის აღმოჩენის შემთხვევაში, ახალგაზრდა არ დარჩებოდა მკურნალობის გარეშე (იხ. დანართი_4 და 5 ინფორმირებული თანხმობის ფორმა).

ამრიგად, აივ/შიდსის ტესტირების ჩატარებამდე ხდებოდა მონაწილეებისთვის კონსულტირება აივ/შიდსთან დაკავშირებით (იხ. დანართი_10_ნებაყოფლობითი კონსულტირება აივ/შიდსზე) მონაწილეები იღებდნენ ინფორმაციას ინფექციის შესახებ, როგორც წერილობით, ასევე ზეპირ სიტყვიერად. ამასთანავე ინტერვიუერები იგებდნენ მონაწილეებისგან:

- რა იცოდა კვლევის მონაწილემ აივ/შიდსზე;
- როგორია მისი ცოდნა აივ ინფექციისა და მისი გადაცემის გზების შესახებ;
- იცნობს თუ არა ვინმეს ვისაც ქონია აივ ინფექცია;
- აღრე ჩაუტარებია თუ არა აივ ინფექციაზე გამოკვლევა; თუ ჩაუტარებია, როდის და სად? როგორი იყო ტესტის შედეგი?
- ვინ ახდენს მის ემოციურ და სოციალურ მხარდაჭერას (ოჯახი, მეგობრები და ა.შ.);
- უფიქრია თუ არა იმის შესახებ, თუ როგორი იქნებოდა მისი რეაქცია გამოკვლევის უარყოფითი ან დადებითი შედეგის შემთხვევაში;

კონსულტირების დროს მონაწილებს ჰქონდათ ინფორმაცია, რომ გამოკვლევის შედეგები აბსოლუტურად უტყუარი არ არის. შესაძლოა არსებობდეს როგორც ცრუ დადებითი, ასევე ცრუ უარყოფითი შედეგი. თუმცა, არსებობს დამადასტურებელი მეთოდი, რომელიც პირველადი გამოკვლევით მიღებულ დადებით შედეგს

25 „არასრულწლოვანი მონაწილის განაცხადი პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მესამე პირისთვის (საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის მობილური ჯგუფის წარმომადგენლისთვის) ინფორმაციის გამჟღავნების შესახებ“

დაადასტურებს, ან გამორიცხავს და ეს მეთოდი აბსოლუტურად სანდოა. ასევე, ინტერვიუერები აწვდიდნენ ინფორმაციას ე.წ. „ფანჯრის პერიოდის“ შესახებ, როდესაც პიროვნება ინფიცირებულია, მაგრამ ანტისხეულების გამოქმუშავება მისმა ორგანიზმმა ჯერ ვერ მოასწრო, რის გამოც გამოკვლევის შედეგები უარყოფითია. ეს შეიძლება გრძელდებოდეს ინფიცირებიდან 6-8 კვირის მანძილზე.

კვლევის მონაწილე იღებდა ინფორმაციას ტესტირების სარგებელიანობის (ადრეული დიაგნოსტიკის უპირატესობა, მკურნალობის ხელმისაწვდომობა, დისპანსერული მეთვალყურეობა) შესახებ. ტესტირება ტარდებოდა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც მკვლევრები დარწმუნებულები იყვნენ, რომ ახალგაზრდა მზად იყო ტესტირების ჩატარებისთვის და ტესტირების ნაწილისთვის განკუთვნილ ინფორმირებულ თანხმობის ფორმაში დააგროვა შესაბამისი ქულა.

აივ ტესტირების, როგორც უარყოფითი ასევე, დადებითი პასუხის შემთხვევაში კვლევის მონაწილეს პასუხი გადაეცემოდათ ანონიმურად, კონვერტში ჩადებული და უტარდებოდათ ტესტის შემდგომი კონსულტირება.

მონაწილეებს ურიგდებოდათ საინფორმაციო ბროშურები აივ/შიდსთან დაკავშირებით (იხ. დანართი_11_ აივ/შიდსის ბროშურა), რომელიც სპეციალურად დამზადდა კვლევის საქმიანობებიდან გამომდინარე, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში. როგორც ზემოთ აღინიშნა, იმ შემთხვევაში, თუ აღმოჩნდებოდა აივ შიდსზე დადებითი პასუხი მისი რეფერირება იგეგმებოდა საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიუსაფარი ბავშვების ქვე პროგრამის მობილურ ჯგუფთან. აქვე მნიშვნელოვანია ითქვას, რომ კვლევის შედეგად არ გამოვლენილა არცერთი აივ-შიდსით ინფიცირებული ახალგაზრდა.

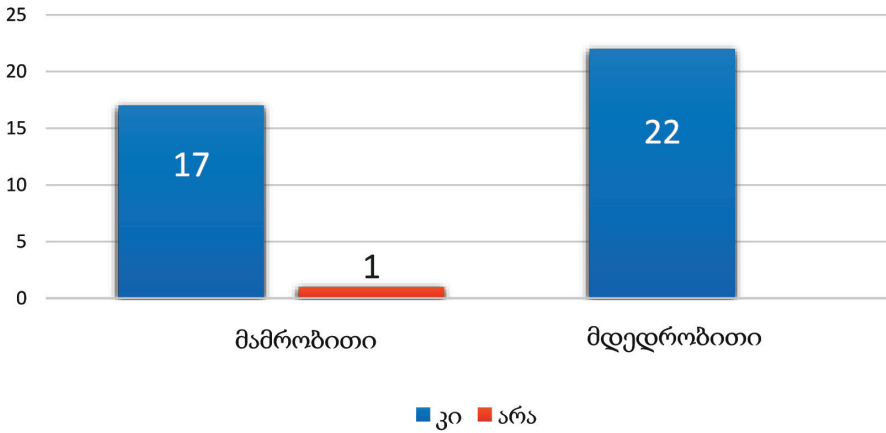
3.4. ტესტირების შედეგები

აივ-ინფექციაზე ტესტირებამ არცერთი აივ-შიდსზე დადებითი რესპონდენტი არ გამოავლინა. სხვა სიტყვებით, აივ-ზე ტესტირებულმა ყველა რესპონდენტმა აჩვენა ნეგატიური ანუ უარყოფითი პასუხი, რაც ნიშნავს იმას, რომ პიროვნება არ არის აივ ინფიცირებული, ან ინფიცირების მომენტიდან ჯერ არ გასულა 3 თვე და ადამიანი იმყოფება „ფანჯრის პერიოდში“. შესაბამისად, თუ ადამიანს სარისკო ქცევა ჰქონდა (როგორცაა ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება ან დაუცველი სქესობრივი კავშირი), მიზანშეწონილია განმეორებითი ტესტირება 3 თვის შემდეგ.

თვისებრივი ინტერვიუს დროს ტესტირება აივ ინფექციასთან დაკავშირებით სულ ჩაიტარა 39 მონაწილემ 40 დან. მხოლოდ ერთმა, მამრობითი სქესის მონაწილემ განაცხადა უარი ტესტირებაზე,

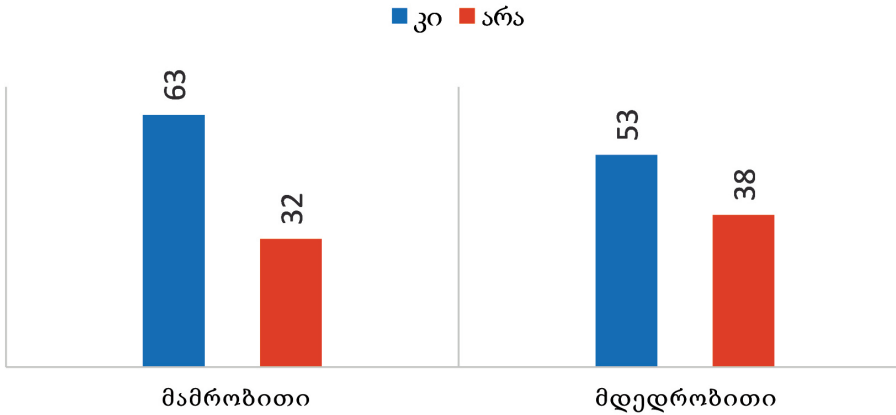
რადგან ბოლომდე არ იყო დარწმუნებული მიღებულ შედეგზე და როგორც განაცხადა, ეშინოდა არ ყოფილიყო დადებითი პასუხი.

გრაფიკი №10: თვისებრივი ინტერვიუს დროს ჩატარებული აივ ინტერვიუს ტესტირება, გენდერის მიხედვით



რაოდენობრივი კვლევის დროს, ტესტირება სულ ჩაიტარა 116 მონაწილემ, აქედან 63 იყო მამრობითი სქესის და 53 მდედრობითი სქესის ახალგაზრდა. უარი განაცხადა 70-მა ქუჩასთან დაკავშირებულმა ახალგაზრდამ, საიდანაც 32 იყო ბიჭი და 38 გოგო. მონაწილეებმა ტესტირებაზე უარი განაცხადეს სხვადასხვა მიზეზით და ხშირად ერთი მონაწილე რამდენიმე მიზეზს ასახელებდა. მიზეზებად დასახელდა გარემო, სადაც ტარდებოდა ტესტირება (50-ჯერ დასახელდა რესპონდენტების მიერ), რადგან თავს კომფორტულად არ გრძობდნენ იქ თანატოლების/ნაცნობების ყოფნის გამო. რესპონდენტებმა ასევე დაასახელეს, რომ მათ არ სჭირდებოდათ ტესტირება, რადგან დარწმუნებულები იყვნენ თავიანთ აივ სტატუსში (35-ჯერ დასახელდა), მონაწილეების ნაწილმა დაასახელა, რომ ეშინოდა ტესტირების ჩატარების (14-ჯერ დასახელდა ეს მიზეზი), ზოგი მზად არი იყო ტესტირების ჩასატარებლად (4-ჯერ დასახელდა). ამასთანავე, ტესტირებაზე უარის თქმის მიზეზად დასახელდა დროის არ ქონა (7-ჯერ დასახელდა), ზოგი უპირატესობას ანიჭებდა სხვა ტიპის ტესტს (2-ჯერ დასახელდა) და ზოგს კი ახალი ჩატარებული ჰქონდა აივ/შიდსზე ტესტირება (3-ჯერ დასახელდა).

გრაფიკი №11: რაოდენობრივი კვლევის დროს ჩატარებული აივ ინფექციის ტესტირება, სქესის მიხედვით



3.5. საველე მუშაობის გამოწვევები – შეჯამება

საველე მუშაობის პროცესში იყო სხვადასხვა სახის გამოწვევები:

- **ნდობა** – რესპონდენტის დათანხმება კვლევაში მონაწილეობაზე საკმაოდ რთული იყო, რაც გამოწვეული იყო ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებში მყარად გამჯდარი უნდობლობის და უცხოობის გამო. გარკვეულწილად, უნდობლობას იწვევდა ის, რომ ქუჩაში მცხოვრებ და/ან მომუშავე ახალგაზრდებს ეგონათ, რომ კვლევის ჯგუფი რალაცნაირად დაკავშირებული იყო სახელმწიფო სტრუქტურებთან. ხოლო სახელმწიფო სტრუქტურების მიმართ მათ ჰქონდათ არაერთგვაროვანი დამოკიდებულება. ბავშვების ნაწილს ხშირად ეგონა, რომ სახელმწიფო მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკებს ბავშვები სახელმწიფო ზრუნვაში გადაჰყავდათ ქუჩაში ყოფნის გამო. შესაბამისად, ბავშვები ხშირად ფრთხილობდნენ და კიდევ უფრო მეტ სიფრთხილეს იჩენდნენ მათი მშობლები (თუ მშობელი/მზრუნველი ბავშვთან ახლოს იყო ინტერვიუს პროცესში). ნდობის მოსაპოვებლად ზოგიერთ შემთხვევაში საჭირო იყო რამდენიმე ვიზიტი კონკრეტულ ადგილებზე, რათა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები დარწმუნებულიყვნენ კვლევაში მონაწილეობის უსაფრთხოებაზე. იყო შემთხვევები, როდესაც ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ეხმარებოდნენ მკვლევართა ჯგუფს სხვა ახალგაზრდებთან კომუნიკაციაში და მათი რჩევით, რეკომენდაციით თანხმდებოდნენ ინტერვიუში მონაწილეობაზე.

- **ენის ბარიერი** – მეორე მთავარ სირთულეს წარმოადგენდა ენის ბარიერი. იყვნენ მონაწილეები, რომლებმაც არ იცოდნენ ქართული და უჭირდათ კომუნიკაცია. ენის ბარიერი ავტომატურად ხდებოდა მათი კვლევაში ჩაურთველობის მიზეზი. ძირითადად, ესენი იყვნენ ქურთი-აზერბაიჯანლები და მოლდოველები, რომელთაც უჭირდათ ქართულ ენაზე საუბარი და მეტყველების გაგება. კროს-სექციური, რაოდენობრივი კვლევის სავსე მუშაობის პროცესში მოხდა 398 ახალგაზრდის რეკრუტირება, საიდანაც კვლევაში ჩაერთო 300. იმ 98 ახალგაზრდიდან, ვინც არ მიიღო მონაწილეობა კვლევაში, 30 (დაახ. 36%) სწორედ ენობრივი ბარიერის გამო ვერ ჩაერთო.
- **გამკაცრებელი ზედამხედველობა** – ტურისტულ ადგილებში შეიძლება ითქვას, რომ ფაქტიურად შეუძლებელი გახდა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მოძიება, რადგან სწორედ 2019 წლის აპრილ-მაისის თვეში სახელმწიფომ და შინაგან საქმეთა სამინისტრომ დაიწყეს გაძლიერებული ზედამხედველობა, არ აძლევდნენ ქუჩის ახალგაზრდებს იქ ყოფნის უფლებას და როგორც კი გამოჩნდებოდნენ, პოლიცია ცდილობდა მათ გაყვანას იმ ადგილებიდან. *მაგალითად, ასეთი ადგილები იყო აბანოთ უბანი, კოტე აფხაზის ქუჩა (ლესელიძე), შარდენი.* ხდებოდა ქურთი-აზერბაიჯანელი ახალგაზრდების დეპორტირება აზერბაიჯანში, იმ შემთხვევაში, თუ რაიმე დანაშაულს ჩაიდენდნენ. თუ ინტერვიუს ჩატარება ხდებოდა ტურისტულ ადგილებში, საჭირო იყო პოლიციისთვის ახსნა-განმარტება იმის შესახებ, თუ რა ტიპის კვლევა იყო, ვინ ახორციელებდა და ა.შ. ამ პროცესებმა სერიოზული გავლენა იქონია კვლევის მიმდინარეობაზე, რადგან მოხდა ეთნიკრად ქურთი-აზერბაიჯანელი ახალგაზრდების დეპორტაცია და გარკვეულ ადგილებში ახალგაზრდები აღარ იმყოფებოდნენ. ამასთანავე, მეტი დრო დასჭირდა სავსე სამუშაოს.
- **მიგრაცია** – მაისიდან ქუჩასთან დაკავშირებულმა ახალგაზრდებმა დაიწყეს მიგრირება ტურისტულ, ზღვისპირა ქალაქებში, ხოლო ეთნიკურად ქურთი-აზერბაიჯანელების უმეტესობამ – აზერბაიჯანში. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების/ ახალგაზრდების არყოფნამ თბილისში საკმაოდ გაართულა რესპონდენტების მოძიების საკითხი.
- **მეგობრების ზეგავლენა** – იმ შემთხვევაში, როდესაც მონაწილე მზად იყო კვლევაში მონაწილეობაზე, სირთულეებს ქმნიდნენ მისი თანმხლები პირები – ის მეგობრები/ნათესავები/და-ძმები, რომლებიც არ იღებდნენ მონაწილეობას

კვლევაში, ან უკვე ჰქონდათ მონაწილეობა მიღებული. ძირითადი სირთულე მდგომარეობდა იმაში, რომ ინტერვიუს მიმდინარეობის პროცესში, მოულოდნელად, თანმხლები პირი, რომელიც მოშორებით ელოდებოდა, იტყოდა – „მე მივდივარ“ და მონაწილედ უკვე უარს ამბობდა მონაწილეობაზე, რომ მასთან ერთად წასულიყო. ამ შემთხვევაში ხდებოდა თანმხლები პირის დარწმუნება, რომ დარჩენილიყო და დალოდებოდა რამდენიმე წუთი მონაწილეს, სანამ დაასრულებდა ინტერვიუს. ასევე, იყო შემთხვევები, როცა რესპონდენტთან ერთად მყოფი პირები ერთვებოდნენ ინტერვიუს პროცესში და არ ტოვებდნენ რესპონდენტს მართო ინტერვიუერთან. ამ შემთხვევაშიც საჭირო იყო მეორე ადამიანი, რომელიც მიიქცევდა მის ყურედღებას, რათა მშვიდ გარემოში ჩატარებულიყო ინტერვიუ და პასუხებზე არაფერს მოეხდინა გავლენა. ამ პრობლემების თავის არიდების მიზნით ხდებოდა რესპონდენტის თანმხლები პირების ჩართვა სხვადასხვა საგანმანათლებლო-გასართობ აქტივობებში, რომელსაც სოციალური მუშაობის სამაგისტრო პროგრამის პრაქტიკანტები ახორციელებდნენ.

- **მშობლების/ზედამხედველების გავლენა და მათთან ერთად ყოფნა** – ერთ-ერთ სირთულეს წარმოადგენდნენ ბავშვების/ახალგაზრდების მშობლები ან უფროსები. პირველ რიგში, საჭირო იყო ბავშვთან ერთად მყოფი უფროსის/მშობლის დათანხმება და დაინტერესება, რომ მისთვის მონაწილეობის უფლება მიეცა. თუ დათანხმდებოდნენ და ნებას დართავდნენ კვლევაში მონაწილეობაზე, მაინც უჭირდათ ნდობა, და ჰქონდათ ბავშვის დაკარგვის შიში. გარდა ამისა, ინტერესდებოდნენ იმით, თუ რა ტიპის კითხვები იყო. რამდენიმე შემთხვევა იყო, როდესაც უფროსებმა იცოდნენ სხვა მონაწილეებისგან სექსუალურ ურთიერთობებთან დაკავშირებული კითხვების შესახებ და ინტერვიუერები გააფრთხილეს არ დაესვათ მსგავსი კითხვები მათი შვილებისთვის, წინააღმდეგ შემთხვევაში არ დართავდნენ მონაწილეობის მიღების უფლებას. ასევე, ბათუმში იყო შემთხვევები, როდესაც უფროსებმა არ დართეს ნებართვა 12-13 წლის გოგონებს კვლევაში მონაწილეობაზე. ხოლო დანარჩენებს ახლოს ელოდებოდნენ და აინტერესებდათ გაეგოთ, თუ რა კითხვებს პასუხობდნენ.
- **ბარათების გამოყენება** – ინტერვიუს ბოლო ნაწილში, რომელიც ეხებოდა მონაწილეების სექსუალურ გამოცდილებას, ხდებოდა ბარათების გამოყენება, რომელზეც ნაჩვენები იყო სექსუალური პოზები (იხ. დანართი_17_ბარათი E). ამ ბარათების გამოყენება საჭირო გახდა, რადგან მონაწილეებმა

ან არ იცოდნენ დასახელებები, ან ეუბნებოდნენ ამ თემაზე საუბარი. ბარათების გამოყენებით მათ მხოლოდ უნდა ეჩვენებინათ, რომელიმე სექსუალური აქტი ჰქონდათ თუ არა. სირთულე ბიჭების შემთხვევაში იყო ის, რომ ამაზე ერთობოდნენ და ვეღარ კონცენტრირდებოდნენ ინტერვიუს პროცესში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც პარალელურად, იქვე მოშორებით მიმდინარეონდა სხვა ინტერვიუები. ახალგაზრდები ერთმანეთს დასცინოდნენ და გადასძახებდნენ რაიმეს ამ საკითხთან დაკავშირებით, რაც იწვევდა ან სიცილს, ან ჩხუბს ერთმანეთში. ხოლო თუ რომელიმე პირველმა მიიღო მონაწილეობა და უკვე იცოდა ამ ბარათების შესახებ, ეუბნებოდა სხვა მონაწილეებს და ამ საკითხებზე ხუმრობდნენ. გოგონების შემთხვევაში სირთულეს წარმოადგენდნენ მათთან ერთად მყოფი ბიჭები, რომლებიც კატეგორიულად მოითხოვდნენ გოგონებისთვის არ მომხდარიყო ამ ბარათების ჩვენება და გამოყენება. იყო რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც გოგონებთან ინტერვიუს დასრულების შემდეგ, მათთან მყოფებმა კითხეს ინტერვიუს შესახებ და გოგონებმა უთხრეს ამ ბარათების შესახებ, რასაც მოჰყვა მცირე უთანხმოება. საბოლოოდ, შეწყდა ამ ბარათის გამოყენება, როდესაც მონაწილე იმყოფებოდა სხვებთან ერთად, რაც გარკვეულწილად ქმნიდა კითხვარის პასუხებზე გაურკვევლობას და ზრდიდა არასწორი პასუხების გაცემის რისკს.

- **ბროშურების დარიგება აივ/შიდსის შესახებ** – თითოეულ მონაწილეს ინტერვიუს ბოლოს ეძლეოდა კვლევასთან დაკავშირებული ბროშურები და აივ/შიდსის შესახებ საინფორმაციო ბუკლეტები. ბუკლეტზე დატანილი იყო ის მიზეზები, რომლითაც შეიძლება ვირუსი მოხვედრილიყო ადამიანის ორგანიზმში და ამასთანავე, როგორ უნდა დაეცვათ თავი. ბუკლეტებზე დატანილი მინიატურები ბავშვებში ხდებოდა გართობის და ერთმანეთისთვის დამცინავი კომენტარების გაკეთების მიზეზი. დაცინვა ძირითადად ხდებოდა ერთმანეთისთვის დაძახება „შენ შიდსიანიო“, „აი ამას აქვს შიდსი“ და ა.შ. იყო შემთხვევა, როდესაც დღის ცენტრში უფროსი ბავშვების დატოვებული/ გადაყრილი ბუკლეტები დღის ცენტრის პატარა ბავშვებმა აიღეს და წაიღეს სახლში, რაც გახდა მშობლების უკმაყოფილების მიზეზი (*იხ. დანართი_11_ბროშურა აივ/შიდსის*).
- **სენსიტიური საკითხები** – იყო სხვადასხვა საკითხები, რომლებიც მონაწილეებისთვის საკმაოდ სენსიტიური/მგრძობიარე იყო. ის საკითხები, რომლებიც მონაწილეებისთვის

იყო საკმაოდ მძიმე გასახსენებელი, შეიძლება ითქვას, რომ მასზე არ საუბრობდნენ და ტოვებდნენ ამ კითხვებს. მაგალითად, დემოგრაფიული მონაცემების და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ნაწილში ან მე კონცეფცია და ატიტუდები არ საუბრობდნენ ხანდახან მონაწილეები და პასუხობდნენ „არ ვიცი“, ან ამბობდნენ, რომ ამ საკითხებზე არ სურდათ ლაპარაკი.

- **ტესტირებასთან დაკავშირებული სირთულეები (რეგიონი)** – მონაწილეებს ეშინოდათ უმეტესად ტესტირების ჩატარების. აინტერესებდათ რამდენად ეტიკნებოდათ, თუ დადებითი პასუხი იქნებოდა, როგორ მოხდებოდა მათი მკურნალობა. ბიჭების ნაწილს აინტერესებდა, სად ხვდებოდა შემდეგ აღებული სისხლის ნარჩენები. ყველაფერზე იღებდნენ დეტალურ ინფორმაციას და შემდეგ თანხმდებოდნენ ტესტის ჩატარებაზე. თუმცა, იყო ისეთი შემთხვევებიც, როცა უარს ამბობდნენ და არ იკეთებდნენ ტესტირებას. აგრეთვე, ტესტირებას არ იკეთებდნენ გარშემომყოფების გამო, როდესაც მეგობრებთან ერთად იყვნენ და არ უნდოდათ მათთვისაც ეთქვათ პასუხი, რაც არ უნდა დაფარულად მომხდარიყო პასუხების გადაცემა. ასევე, სირთულე იყო ხალხის ინტერესი, როდესაც ქუჩაში ტარდებოდა ტესტირება და არ იყო შედარებით მოფარებული ადგილი, ხდებოდა გამვლელების დაინტერესება. განსაკუთრებით სირთულეს წარმოადგენდა ბათუმში, როდესაც ვერ ხდებოდა ისეთ ადგილის მოძიება, სადაც ვერავინ დაინახავდა, თუ რა კეთდებოდა. ამიტომ, ბათუმში ხშირად ამბობდნენ უარს მონაწილეები ტესტირებაზე, შეიძლება პირდაპირ არ ეთქვათ ეს, მაგრამ პასუხობდნენ, რომ დაკავებულები არიან.
- **შიში ხელის მოწერის** – იყო რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც ინფორმირებულ თანხმობის ფორმაზე ბიჭები უარს აცხადებდნენ ხელის მოწერაზე და ჰქონდათ შიში შემდეგ პოლიციაში ან სადმე არ აღმოჩენილიყო მათი ხელმოწერა. ამიტომ, რამდენიმე მონაწილემ ხელის მოწერის ნაცვლად, ინფორმირებულ თანხმობის ფორმაზე გააკეთა მხოლოდ აღნიშვნა და დასვა პლიუსი.
- **წვიმიანი დღეები** – სავლელე მუშაობის დროს თბილისში და განსაკუთრებით ბათუმში ყოფნის პერიოდში, ხშირად იყო წვიმიანი ამინდები, რაც საკმაოდ დიდ პრობლემას ქმნიდა. წვიმიან ამინდებში ქუჩაში არც ერთი ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა არ გამოდიოდა და შეუძლებელი იყო ცუდ ამინდში რომელიმე ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდასთან ინტერვიუს ჩატარება.

- **დღესასწაულები** – სირთულე იყო დღესასწაულებში ბავშვების დათანხმება და მათი ჩართვა კვლევაში. ხშირ შემთხვევაში ამ დროს იმყოფებოდნენ მშობლებთან ერთად, რომლებიც არ აძლევდნენ უფლებას, რადგან უნდა დახმარებოდნენ მათ და გასაყიდი ჰქონდათ სანთლები, ყვავილები და ა.შ. მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდები გამოთქვამდნენ სურვილს მონაწილეობაზე, უარს ამბობდნენ იმის გამო, რომ მათ არ ჰქონდათ დრო და დაკავებულები იყვნენ.

ბიბლიოგრაფია:

1. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი – პაციენტის უფლებების შესახებ. საკანონმდებლო მაცნე. ვებ-გვერდი: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/16978>
2. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი-შვილად აყვანისა და მინდობით აღზრდის შესახებ. საკანონმდებლო მაცნე. ვებ-გვერდი: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3665080>
3. საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს კანონი – აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ. ვებ-გვერდი <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90088>
4. საქართველოს მთავრობის დადგენილება ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) პროცედურების დამტკიცების თაობაზე. ვებ-გვერდი <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/3394478>
5. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. „მოსახლეობა – მოსახლეობის რიცხოვნობა ასაკისა და სქესის მიხედვით, 1 იანვრის მდგომარეობით“. საქსტატი. 2019. ვებ-გვერდი: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/41/mosakhleoba№>
6. ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ბავშვები, 2018. გაეროს ბავშვთა ფონდი. ვებ-გვერდი: <https://www.unicef.org/georgia/media/1251>
7. Bouris, A., Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Ballan, M., Lesesne, C. A., & Gonzalez, B. (2012). Early adolescent romantic relationships and maternal approval among inner city Latino families. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1570-1583.
8. Bouris, A., Guilamo-Ramos, V., *Pickard, A., *Shiu, C., Loosier, P. S., Dittus, P., Gloppen, K., & Waldmiller, J. M. (2010). A systematic review

- of parental influences on the health and well-being of lesbian, gay, and bisexual youth: Time for a new public health research and practice agenda. *Journal of Primary Prevention*, 31(5-6), 273-309.
9. Bouris, A., Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., McCoy, W., Aranda, D., *Pickard, A., & Boyer, C. B. (2010). The feasibility of a clinic-based parent intervention to prevent HIV, sexually transmitted infections, and unintended pregnancies among Latino and African American adolescents. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(6), 381-387.
 10. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology*. 1988; 94 (Supplement): 94-120
 11. Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113;
 12. McCarty C. Measuring structure in personal networks. *Journal of Social Structure*. 2002
 13. Ethical Research Involving Children (ERIC project), <https://childethics.com>
 14. Fishbein M, Triandis H, Kanfer F, Becker M, Middlestadt S, Eichler A, eds. Factors influencing behavior and behavior change. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.) *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Erlbaum.; 2001
 15. Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70–75. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.420
 16. Fritz KE, Woelk GB, Bassett MT, et al. Association between alcohol use, sexual risk behavior, and HIV infection among men attending beerhalls in Harare, Zimbabwe. *AIDS and Behavior*. 2002;6(3):221-228.
 17. Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D. & Fitzgerald, R. (2013). *Ethical Research Involving Children*. Florence: UNICEF Office of Research – Innocenti. United Nations Children’s Fund (UNICEF). <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/eric-compendium-approved-digital-web.pdf>
 18. Granovetter M. The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited. *Sociological Theory*. 1983; 1 (1): 201-233
 19. Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., *Lee, J., *McCarthy, K., Dittus, P., Michael, S., & Pitt-Barnes, S. (2012). Paternal influences on adolescent sexual risk behaviors: A structured literature review. *Pediatrics*, 130(5), e1313-e1325.
 20. Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Jaccard, J., Gonzalez, B., McCoy, W., & Aranda, D. (2011). *A parent-based intervention to reduce sexual risk*

behavior in early adolescence: Building alliances between physicians, social workers, and parents. Journal of Adolescent Health, 48(2), 159-163.

21. Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., Bouris, A., Gonzalez, B., Casillas, E., & Banspach, S. (2011). A comparative study of interventions for delaying the initiation of sexual intercourse among Latino and Black youth. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(4), 247-254.
22. Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Jaccard, J., Lesesne, C., & Ballan, M. (2009). Familial and cultural influences on sexual risk behaviors among Mexican, Puerto Rican, and Dominican youth. *AIDS Education and Prevention*, 21(5 Suppl), 61-79.
23. Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Jaccard, J., Lesesne, C., Gonzalez, B., & Kalogerogiannis, K. (2009). Family mediators of acculturation and adolescent sexual behavior among Latino youth. *Journal of Primary Prevention*, 30(3-4), 395-419.
24. Hanno, Dietrich and Ehrlenspiel, Felix. 2010. Cognitive Interviewing: A Qualitative Tool for Improving Questionnaires in Sport Science, Measurement in Physical Education and Exercise Science, 14:1, 51-60
25. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10913670903455025>
26. Hein et al. Assessing children's competence to consent in research by a standardized tool: a validity study, Hein et al. BMC Pediatrics 2012, 12:156, <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/156>
27. Hein IM, Troost PW, Lindeboom R, Benninga MA, Zwaan CM, van Goudoever JB, Lindauer RJL. 2014. Accuracy of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research (MacCAT-CR) for Measuring Children's Competence to Consent to Clinical Research. JAMA Pediatr. American Medical Association. 168(12): 1147-1153
28. MacKellar D, Valleroy L, Karon J, Lemp G, Janssen R. The Young Men's Survey: methods for estimating HIV seroprevalence and risk factors among young men who have sex with men. Public Health Rep. 1996; 111 Suppl 1:138-143. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1382056/>
29. Padilla, M. B., Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., & Matiz Reyes, A. (2010). HIV/AIDS and tourism in the Caribbean: An ecological systems perspective. *American Journal of Public Health*, 100(1), 70-77.
30. Sadzaglishvili, Sh. & Kalandadze, T. The Pathways to homelessness in the post soviet context. Journal of Social Service Research. (2018). ID: 1487361 DOI:10.1080/01488376.2018.1487361
31. Tarter, RE & Hegedu, AM (1991): Its applications in the evaluation of alcohol and other drug abuse. Alcohol Health and Research World, 15 (1), 65-75.

32. The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research. 2018. „Protecting Human Research Participants“. [https://grants.nih.gov/grants/glossary.htm?fbclid=IwAR0ir18dHm4fCtBW_22lEYM86c4CJqV99WUcaMq8nQt6n8JGfPEABJHS2UsNqInstitutionalReviewBoard\(IRB\)](https://grants.nih.gov/grants/glossary.htm?fbclid=IwAR0ir18dHm4fCtBW_22lEYM86c4CJqV99WUcaMq8nQt6n8JGfPEABJHS2UsNqInstitutionalReviewBoard(IRB))

დანართები

დანართი – 1 – სფეროს ექსპერტების კითხვარი	238
დანართი – 2 – სფეროს ექსპერტების თანხმობის ფორმა	248
დანართი – 3 – კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა	249
დანართი – 4 – ინფორმირებული თანხმობის ფორმა თვისებრივ კვლევაში	252
დანართი – 5 – ინფორმირებული თანხმობის ფორმა – რაოდენობრივი გამოკითხვის	259
დანართი – 6 – თვისებრივი კვლევის კითხვარი	266
დანართი – 7 – რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი	307
დანართი – 8 – რეკრუტირების დოკუმენტი	323
დანართი – 9 – მოდული ეთიკის პრინციპები	326
დანართი – 10 – ნებაყოფლობით კონსულტირება აივ/შიდსზე	335
დანართი – 11 – ბროშურა აივ/შიდსის	338
დანართი – 12 – რუკა	339
დანართი – 13 – ბარათი A	339
დანართი – 14 – ბარათი B	340
დანართი – 15 – ბარათი C	340
დანართი – 16 – ბარათი D	341
დანართი – 17 – ბარათი E	341
დანართი – 18 – ბროშურა კვლევის შესახებ	341



თავი 4

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ფსიქიკური ჯანმრთელობა

4.1. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის დეტერმინანტები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) განმარტებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობა არის „კეთილდღეობის ისეთი მდგომარეობა, რომლის დროსაც თითოეულ ინდივიდს შეუძლია თავისი პოტენციალის რეალიზაცია, შეუძლია გაუმკლავდეს ჩვეულებრივ ცხოვრებისეულ სტრესებს, იმუშაოს პროდუქტიულად და ნაყოფიერად, და შეუძლია წვლილი შეიტანოს თავისი თემის/საზოგადოების ცხოვრებაში“ (WHO, 2018). ჯანმო გამოყოფს მთელ რიგ ბიოლოგიურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ დეტერმინანტებს, რომლებიც მოქმედებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე. მაგალითად, მტკიცებულების თანახმად, ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა ძალადობა და განსაკუთრებით სექსუალური ძალადობა, სიღარიბე, გენდერული დისკრიმინაცია, ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, სოციალური გარიყვა და იზოლაცია, ადამიანის უფლებების შეზღუდვა – ზრდის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და აშლილობების განვითარების რისკს (WHO, 2014).

ფსიქიკური აშლილობები წარმოადგენს „აზრების, ემოციები-სა და ქცევის მიმდინარე დისფუნქციურ სტერეოტიპებს, რაც იწვევს მნიშვნელოვან დისტრესს და ადამიანის კულტურულ/სოციალურ გარემოცვაში განხილულია, როგორც ნორმიდან გადახვევა“ (Butcher et al., 2007). ფსიქიკური აშლილობის მიზეზობრივ ფაქტორებს ფსიქოლოგიასა და ფსიქიატრიაში განიხილავენ ბიოფსიქოსოციალური მოდელის საფუძველზე (Engel, 1977). ბიოლოგიურ ფაქტორებში იგულისხმება გენეტიკური მემკვიდრეობა, ტვინის სტრუქტურა და ნეიროგადამცემები, იმუნიტეტი, ფიზიოლოგიური რეაქტიულობა, გარემოდან ზემოქმედი ტოქსინები და ა.შ. ფსიქოლოგიურ ფაქტორებში იგულისხმება სტრესთან გამკლავების სტრატეგიები, საბაზო რწმენები სოციალური გარემოს და საკუთარი თავის შესახებ, მოლოდინები, კონტორლის ლოკუსი, და ა.შ. სოციალურ ფაქტორებში იგულისხმება სოციო-ეკონომიკური პირობები, პოლიტიკური კონტექსტი, კულტურული გარემო, სოციალური სისტემების (ოჯახი, სკოლა, თემი, საზოგადოება, სახელმწიფო) ფუნქციურობა-დისფუნქცია, სტიგმა, წინარესჯა, დისკრიმინაცია და ა.შ. (Borrell-Carrió et al, 2004).

ბიოფსიქოსოციალურ მიდგომაზე დაყრდნობით, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობას განიხილავს სამ – მაკრო, მეზო და მიკრო დონეზე სიცოცხლის მანძილზე მოქმედი ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური რისკისა და დამცავი ფაქტორების ურთიერთქმედების ფონზე. აქედან გამომდინარე, მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები ბევრად უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან ფსიქიკური აშლილობის განვითარების თვალსაზრისით, რამდენადაც უფრო მეტად ექვემდებარებიან ამა თუ იმ არასახარბიელო სოციალურ, ეკონომიკურ და სხვა რისკის ფაქტორების გავლენას (WHO, 2014). ამგვარი არაკეთილსაიმედო ფაქტორების ზემოქმედება ადამიანის ცხოვრებაზე იწყება ჯერ კიდევ დაბადებამდე და კუმულირდება ადამიანის ცხოვრების ციკლის განმავლობაში. ამ მოწყვლად ჯგუფებს შორის არიან ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები.

არსებობს სოლიდური მტკიცებულება, რომლის თანახმადაც დაბალი და საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნების ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარების მხრივ, ერთერთი ყველაზე უფრო მაღალი რისკის ჯგუფია (UNICEF, 2013; Watters, 2017). ამის მიზეზი ის კომპლექსური რისკის ფაქტორებია, და ამავე დროს, დაცვითი ფაქტორების დეფიციტი, რომელსაც ეს ჯგუფი ექვემდებარება. მაგალითად, საქართველოში გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ 2018 წელს განხორციელებული კვლევის მიხედვით, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები, გარდა ოჯახებში მიღებული მძიმე გამოცდილებებისა, ქუჩაში

ცხოვრებისთვის სპეციფიკურ სტრესორთა მთელ რიგს ექვემდებარებიან. მათ შორისაა: ქუჩის სოციალური ქსელის სტრუქტურულიდან ამა თუ იმ წევრთან ვალში ყოფნა და ამ ვალის დაფარვის მიზნით ქუჩაში ხანგრძლივი მუშაობის აუცილებლობა, თავად ქსელის დიფერენციაცია უფრო მაღალი და უფრო დაბალი სტატუსის ბავშვებად და მოზარდებად და უფრო მაღალი სტატუსის მოზარდების მხრიდან უფრო დაბალი სტატუსის ბავშვთა ექსპლოატაცია, უფრო პატარა ასაკის ბავშვების უფროსი ბავშვების მიერ განხორციელებული კანონთან კონფლიქტში შესული ქცევის „ფარად აფარება“ (14 წლის ასაკიდან მოზარდები ექვემდებარებიან სამართლებრივ პასუხისმგებლობას და ცდილობენ, უმცროსი ასაკის ბავშვების გამოყენებით, ამის თავიდან აცილებას), ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისა და ახალგაზრდების მიერ ბანდის ტიპის ფორმირების შექმნა და ასეთ შემთხვევებში დაჯგუფებებს შორის ჩხუბის დროს ძალადობაში მონაწილეობა და ძალადობას დაქვემდებარება, ასევე, ძალადობას დაქვემდებარება ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა ლიდერების მხრიდან, სექსუალური ძალადობის ჩათვლით (UNICEF, 2018).

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში შეჯამებულია სხვადასხვა კვლევაში გამოვლენილი იმ რისკის ფაქტორების ჩამონათვალი, რომელსაც ექვემდებარებიან ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები (Ali, 2014; Aptekar & Stoecklin, 2014; Aufseeser, 2017; Bourdillon, 2006; Herrera et al., 2009; Jones et al., 2007; NHCHC, 2019; UNICEF, 2018; Rafellia et al., 2018, Wells & Mongtomey, 2014):

ცხრილი №7: ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებზე მოქმედი რისკის ფაქტორები

	ბიოლოგიური	ფსიქოლოგიური	სოციალური
ოჯახი	-დატვირთული მემკვიდრეობა (შესაძლოა იმის გამო, რომ მშობლები მოიხმარენ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს, ან აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის (ფჯ) პრობლემები); -არასაკმარისი კვება/შიმილი; -ცუდი საყოფაცხოვრებო პირობების გამო გავრცელებული ჯანმრთელობის პრობლემები: ინფექციური, კანის, პარაზიტარული დაავადებები და სხვ.	-განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემები; -მიჯაჭვულობის პრობლემები; -ბავშვობის მძიმე გამოცდილებებთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური პრობლემები; -სწავლის სირთულეები და ა.შ.	-დისფუნქციური ოჯახი; -ოჯახური ძალადობა; -უკულებელყოფა; -მშობლების დაცილება; -გაშვილება; -მინდობით აღზრდა; -უკიდურესი სიღარიბე და ოჯახში განმავითარებელი გარემოს არქონა; -ოჯახის წევრის მიერ ფსიქოაქტიურ საშუალებათა ავადმომზარება; -ოჯახის წევრის ფჯ პრობლემები (დეპრესია, სუიციდი და სხვ.).

სამეზობლო თემი	<p>-სილატაკე, ჯანმრთელობის დაცვის ინფრასტრუქტურის განუვითარებლობა;</p> <p>-ჯანსაღი და საკმარისი კვების რესურსების სიმწირე;</p> <p>-ძალადობის გამო სხეულის დაზიანებები;</p> <p>-ადრეული ასაკიდან სექსუალური ცხოვრების, ან/და სექსუალური ძალადობის გამო შესაძლო ნაადრევი ფეხმძიმობა, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემები.</p>	<p>-უიმედობა, დეპრესია, ნიჰილიზმი;</p> <p>-წინარესჯა;</p> <p>-ძალადობრივი კულტურა როგორც თემში, ასევე ქუჩასთან დაკავშირებულ სოციალურ სტრუქტურებში;</p> <p>-უნდობლობა;</p> <p>-დაუცველობის ატმოსფერო.</p>	<p>-ღარიბი სოციალური ინფასტრუქტურა და განმავითარებელი გარემოს არქონა;</p> <p>-სათემო ძალადობა და ბულინგი;</p> <p>-ძალადობა ქუჩასთან დაკავშირებული სტრუქტურებში;</p> <p>-ტრეფიკინგი;</p> <p>-ექსპლოატაცია, სექსუალური ექსპლოატაციის ჩათვლით;</p> <p>-სტიგმა და დისკრიმინაცია.</p>
სკოლა	<p>-ჯანმრთელობაზე ზრუნვის სისტემის არქონა;</p> <p>-განსაკუთრებით მოწყვლად მოსწავლეთა კვებაზე ზრუნვის სისტემის არქონა.</p>	<p>-ბავშვზე არაცენტრირებული, დასჯაზე ორიენტირებული კულტურა;</p> <p>-არამხარდამჭერი, არაინკლუზიური სტრატეგიები.</p>	<p>-ბულინგი;</p> <p>-სტიგმა, დისკრიმინაცია, გარიყვა;</p> <p>-ალზრდის დამსჯელობითი სტრატეგიები.</p>
საზოგადოება	<p>-ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხელმიუწვდომლობა;</p> <p>ფსიქოაქტიური საშუალებებისა და ჯანმრთელობისთვის სარისკო სხვა საშუალებების მაღალი ხელმისაწვდომობა.</p>	<p>-განურჩევლობა;</p> <p>-წინარესჯა და სტიგმა;</p> <p>-შეუწყნარებლობის კულტურა.</p>	<p>-განურჩევლობა;</p> <p>-დისკრიმინაცია და მარგინალიზება;</p> <p>-სოციალური იზოლაცია და გარიყვა.</p>
სახელმწიფო	<p>-ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების ასაკობრივი, გეოგრაფიული, ფინანსური ხელმიუწვდომლობა;</p> <p>-შესაძლო შეიარაღებული კონფლიქტები და სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისთვის სარისკო სიტუაციები;</p> <p>-სიღარიბესთან ბრძოლის არაეფექტური სტრატეგიები და შესაბამისად, არასაკმარისი კვება.</p>	<p>-განსაკუთრებული საჭიროებების უგულვებელყოფა;</p> <p>-არაინკლუზიური, დამსჯელობითი, არამზრუნველი დამოკიდებულება.</p>	<p>-ბავშვების წინააღმდეგ ძალადობის გამოვლენისა და რეაგირების არაეფექტური სტრატეგიები;</p> <p>-ძალადობა პოლიციის მხრიდან;</p> <p>-პრევენციის ინსტიტუციური მექანიზმების განუვითარებლობა;</p> <p>-დასჯაზე ორიენტირებული მიდგომები.</p>

4.2. ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ბავშვობის მძიმე გამოცდილებები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები

„ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების“ ცნება უკავშირდება ამერიკელი ექიმის, Vincent Felitti-ს სახელს, რომელმაც პირველმა შენიშნა ბავშვობაში გადატანილი ძალადობისა და სხვა ნეგატიური გამოცდილებების ზეგავლენა ადამიანის ჯანმრთელობაზე და კვლევებთან ერთად დაიწყო საკითხის სამეცნიერო შესწავლა, გასული საუკუნის ოთხმოცდაათიანი წლების დასაწყისიდან. Felitti-მ კვლევის მიზნით გამოყო ბავშვობის შემდეგი 10 მძიმე გამოცდილება: ბავშვის მიმართ ფიზიკური ძალადობა (1), ემოციური ძალადობა (2), სექსუალური ძალადობა (3), ფიზიკური უგულვებელყოფა (4), ემოციური უგულვებელყოფა (5), პატიმრობაში მყოფი ოჯახის წევრი (6), არალეგალური ნარკოტიკული საშუალებების ავადმომხმარება ოჯახის წევრის მიერ (7), ალკოჰოლის ავადმომხმარება ოჯახის წევრის მიერ (8), დეპრესიული ან სუიციდური განწყობის მქონე ოჯახის წევრი (9), ოჯახური ძალადობა დედის მიმართ (10) (Felitti, 2002). მოგვიანებით, ამ 10 ძირითად გამოცდილებას დაემატა, ასევე, სხვა გამოცდილებები, მაგ., მშობლების გაცილება, ფინანსური პრობლემები ოჯახში, არასაკმარისი კვება, უსახლკარობა, მშობლების არყოფნა, თანატოლების მიერ ვიქტიმიზება, მშობლ(ებ)ის, დის ან ძმის სიკვდილი, ძალადობრივი დანაშაულის მსხვერპლობა (Mersky et al., 2016).

Vincent Felitti-ს, David Williamson-ისა და Robert Anda-ს თაოსნობით განხორციელებულმა ლონგიტუდურმა კვლევამ, რომელიც წლების მანძილზე მიმდინარეობდა ამერიკის ზოგად მოსახლეობაში, გამოავლინა, რომ ბავშვობის მძიმე გამოცდილებები მნიშვნელოვნად ზრდის ადამიანებში როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების – დეპრესიის, შფოთვის, პოსტ ტრავმული სტრესული აშლილობების, ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარების, სუიციდის და სხვ., ასევე სომატური დაავადებების განვითარების ალბათობას; უფრო მეტიც – აღმოჩნდა, რომ ბავშვობის მძიმე გამოცდილებები ზრდის კანონთან კონფლიქტში შესვლის, კრიმინალური კარიერისა და ნაადრევი სიკვდილის რისკს. ლონგიტუდური კვლევის საფუძველზე შემუშავებულ იქნა ე.წ. ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების პირამიდა, რომელიც ასახავს იმ მექანიზმებს, რომელთა საშუალებითაც ბავშვობის მძიმე გამოცდილებები ზემოქმედებს ადამიანზე, მისი ცხოვრების მანძილზე (იხ. სქემა №2).

სქემა №2: ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების ზემოქმედების მექანიზმები



ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისა და მოზარდების ბავშვობის მძიმე გამოცდილებებს დაქვემდებარების მსოფლიო სტატისტიკა არ მოიპოვება, თუმცა ცალკეული კვლევები ცალკე აღებულ ქვეყნებში ავლენს პრობლემის მასშტაბს. მაგალითად, ბრაზილიაში ჩატარებული ლონგიტუდური გამოკვლევის ფარგლებში შესწავლილი იყო ქუჩასთან დაკავშირებულ 9-დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში ბავშვობის 7 მძიმე გამოცდილების გავრცელება. ეს გამოცდილებები იყო: ოჯახური დისფუნქცია (ოჯახის წევრის ფსიქიკური აშლილობა, ან ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარება, ან სერიოზული კონფლიქტები); ოჯახის დაშლა (მშობლების დაცილება, დის და/ან ძმის მიერ ოჯახის დატოვება და ქუჩაში საცხოვრებლად გადასვლა); ახლობლის გარდაცვალება (მეგობრის, დედის, მამის, დის ან ძმის სიკვდილი); ოჯახის სიღარიბე (საჭმლის ნაკლებობა, ოჯახის წევრთა უმუშევრობა, არაადეკვატური საცხოვრებელი პირობები); ოჯახის წევრის დაპატიმრება (მამა, დედა, და, ან ძმა); ფიზიკური ძალადობა (ოჯახის წევრის მიერ, სხვის მიერ); სექსუალური ძალადობა (ოჯახის წევრის მიერ, სხვის მიერ). კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ კვლევის თითქმის ყველა მონაწილეს (93%) ჰქონდა გამოცდილი ოჯახური დისფუნქცია (მშობლების მიერ ფსიქოპათიური საშუალებების მოხმარება დისფუნქციის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი იყო), ოჯახის დაშლა (მშობლების გაცილება); კვლევის მონაწილეთა ოთხ მეხუთედს ჰქონდა გამოცდილი მამის და/ან მეგობრის სიკვდი-

ლი, სამ მეოთხედს – სიღარიბე (უფრო ხშირად – საკვების ნაკლებობა), ასევე სამ მეოთხედს – ფიზიკური ძალადობა. რესპონდენტების 50%-მა მიუთითა, რომ მათი ოჯახის წევრი დაპატიმრებული იყო, ხოლო 37%-მა მიუთითა, რომ ეს ოჯახის წევრი იყო მამა ან დედა, ან ორივე. კვლევამ საბოლოოდ გამოავლინა, რომ ზევით ჩამოთვლილი შვიდი მძიმე გამოცდილებიდან, კვლევის მონაწილეებს გამოცდილი ჰქონდათ საშუალოდ ხუთი. კვლევის ავტორებმა, ასევე, კვლევის შედეგები შეადარეს ბრაზილიის ზოგადი მოსახლეობის კვლევაში ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების სტატისტიკას და გამოავლინეს, რომ ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში მძიმე გამოცდილებების მაჩვენებლები საგრძნობლად აღემატებოდა ზოგადი მოსახლეობის იგივე მაჩვენებლებს. მაგალითად, თუ ზოგად მოსახლეობაში ფიზიკური ძალადობის მაჩვენებელი იყო 6.9%, ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში იგივე მაჩვენებელი უდრიდა 75.2%-ს; თუ სექსუალური ძალადობის მაჩვენებელი ზოგად მოსახლეობაში იყო 1.6%, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების შემთხვევაში ის უდრიდა 16.8%-ს; თუ მშობლების გაცილების მაჩვენებელი ზოგად მოსახლეობაში იყო 43.2%, აქ იყო 73.6% და ა.შ. საშუალოდ, კვლევის მონაწილეებს ჰქონდათ განცდილი შვიდი შესწავლილი მძიმე გამოცდილებიდან ხუთ გამოცდილებამდე (Rafaetli et al., 2018).

ამგვარად, ქუჩასთან დაკავშირება, ერთი მხრივ, სწორედ ამ მძიმე გამოცდილებების (ოჯახური ძალადობა, უგულვებელყოფა, უკიდურესი სიღარიბე და ა.შ.) ერთერთი შედეგია; მეორე მხრივ კი, სწორედ ქუჩასთან დაკავშირება ხდება ხოლმე ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების მიღების მიზეზი. ამგვარი ჩაკეტილი წრე, თავის მხრივ, მნიშვნელოვანწილად ზრდის ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში ისეთი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების წარმოშობის რისკს, როგორცაა დეპრესია, შფოთვითი აშლილობები, სერიოზული ემოციური და ქცევითი პრობლემები, სტრესთან და ტრავმასთან დაკავშირებული აშლილობები, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, თვითდაზიანების ქცევა სუიციდი და სხვა ფსიქიატრიული კონდიციები (Bellis, et al., 2014; Jones et al., 2007; Mersky et al., 2013; Myburgh et al., 2015).

ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მათზე მოქმედ სტრესორთა და ბავშვობის მძიმე გამოცდილებათა სისტემასთან შედარებით, კიდევ უფრო მწირია კვლევები ამ სტრესორებითა და გამოცდილებებით გამოწვეული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და ფსიქიკური აშლილობების გავრცელებაზე. თუმცა, პრობლემის მასშტაბზე კვლავ შესაძლებელია ვიმსჯელოთ ცალკეულ ქვეყნებში და დიდ ქალაქებში ჩატარებული იშვიათი ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების მიხედვით. მაგალითად, 2007 წელს ჩატარებულ კვლევაში, რომელის ფარგლებშიც ნიუ იორკის პედიატრიულ სამსახურში

0-დან 19 წლამდე უსახლკარო ბავშვების რეპრეზენტაციული შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით ამოკრეფილი ჯანმრთელობის მონაცემები იქნა გაანალიზებული, გამოვლინდა, რომ განვითარების პრობლემები ჰქონდა შესწავლილი პოპულაციის 33%-ს, ხოლო ფსიქიატრიული კონდიცია – 44%-ს. ფსიქიატრიულ კონდიციებს შორის იყო დეპრესია, ადაპტაციური აშლილობა, პოსტ ტრავმული სტრესული აშლილობა; ეს უკანასკნელი, მაგალითად, 3-დან 4 წლამდე ბავშვების 6%-ს, 5-დან 12 წლამდე ბავშვების 11%-ს და 12-დან 19 წლამდე მოზარდების 25%-ს აწუხებდა (Grant et al., 2007). მძიმე პოსტ ტრავმული სტრესული აშლილობები გამოუვლინდა ჰაიტიში ჩატარებული კვლევით ქუჩასთან დაკავშირებული 7-დან 19 წლამდე ქუჩასთან დაკავშირებული შერჩევის 14.20%-ს (Cénata et al., 2018). რიგი მკვლევარებისა ამხვილებს, ასევე, ყურადღებას თვითდაზიანებისა და სუიციდის მაღალ რისკზე (Jones, Herrera, & Benitez, 2007; Myburgh et al., 2015). ზამბიაში ჩატარებული კვლევის საფუძველზე, რომლის სამიზნე ჯგუფი რეზიდენტულ ინსტიტუციებში მცხოვრები ქუჩასთან დაკავშირებული 7-დან 17 წლამდე ასაკის ბავშვები იყვნენ, გამოვლინდა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აწუხებდა გამოკითხულ მოზარდთა 74%-ს; ფსიქიკური ჯანმრთელობის სულ ცოტა ერთი კონდიცია ჰქონდათ გამოკითხულთა 41%-ს, ხოლო ერთზე მეტი – 35%-ს. მკვლევარებმა, ასევე, გამოთვალეს ამა თუ იმ ფსიქიკური აშლილობის განვითარების რისკები სამიზნე პოპულაციაში და დაასკვნეს, რომ ქცევითი აშლილობის განვითარების საშუალო რისკის წინაშე იდგა გამოკითხულთა 30%, ხოლო მაღალი რისკის წინაშე – 10% (Imasiku & Banda, 2015). ეს საკმაოდ მაღალი მონაცემებია, თუ განვიხილავთ, მაგალითად, 2016 წელს ჩატარებულ მეტა-ანალიზს, რომლის ფარგლებშიც გაანალიზებულ იქნა 1985 წლიდან 2012 წლამდე 27 სხვადასხვა ქვეყანაში ბავშვებისა და მოზარდების ფსიქიკური აშლილობების პრევალენტობის კვლევები, და რომლის თანახმადაც მსოფლიოში ბავშვებსა და მოზარდებში ფსიქიკურ აშლილობათა გავრცელების საერთო მაჩვენებელია 13.4%, შფოთვითი აშლილობების გავრცელებისა – 6.5%, დეპრესიული აშლილობებისა – 2.6%, ქცევითი აშლილობისა კი – 2.1% (Polanczyk et al., 2016).

საქართველოში, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების ცხოვრებაში მძიმე გამოცდილებების კვლევა ჩატარებულ იქნა 2019 წელს, პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებთან“ ფარგლებში (საძაგლიშვილი და სხვ., 2020). კვლევა ჩატარდა რაოდენობრივი მიდგომით, მასში მონაწილეობდა, 10-დან 19 წლის ჩათვლით ასაკობრივ ინტერვალში, 300 ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვი, მოზარდი და ახალგაზრდა, მათგან 162 ბიჭი და 138 გოგო. კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებულ იქნა Felitti-ს ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების მოდიფიცირებული კითხვარი (Finkelhor

et al., 2013). კითხვარი მოიცავს ხუთ ფორმულირებას, რომელთაგან 3 ეხება ოჯახში განცდილ ძალადობას (სიტყვიერი ძალადობა, ფიზიკური ძალადობა და სექსუალური ძალადობა ოჯახის წევრ(ებ)ის მხრიდან), ერთი – ოჯახის წევრ(ებ)ის მიერ ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხამრებას, და ერთი – ოჯახის წევრ(ებ)ის პატიმრობას.

კვლევამ გამოავლინა, რომ გამოკითხული ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს, 5 შესწავლილი გამოცდილებიდან, საშუალოდ განუცდიათ 3 ბავშვობის მძიმე გამოცდილება. გამოკითხულთა 26%-ს განუცდია სიტყვიერი შეურაცხყოფა სახლში, მშობლისგან ან სხვა უფროსი ადამიანისგან; 16.7%-ს განუცდია ფიზიკური შეურაცხყოფა ასევე მშობლისგან ან სხვა უფროსი ადამიანისგან სახლში. დაბალი აღმოჩნდა (1%) მშობლისა თუ სხვა უფროსი ადამიანისგან სახლში სექსუალური ძალადობის გამოცდილება. გამოკითხულთა 21%-ის მშობელს ან სხვა უფროს ოჯახის წევრს ჰქონდათ ალკოჰოლზე დამოკიდებულების პრობლემები, ხოლო 36.7%-ს კი მშობელი ან ოჯახის სხვა უფროსი წევრი ოდესმე ჰყოლია ციხეში (იხ. ცხრილი № 8).

ცხრილი №8 : ბავშვობის მძიმე გამოცდილებები საქართველოს ქუჩასთან დაკავშირებულ 10-დან 19 წლამდე ბავშვებში, მიზარდებსა და ახალგაზრდებში

1. ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა უფროსს შენს სახლში, ხშირად შეუგინებია, შეურაცხყოფა მოუყენებია ან დაუმცირებია?	26% (78)
2. ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა უფროსს შენს სახლში ხშირად დაურტყამს, ისე მაგრად, რომ გქონია დაღურჯებები?	16.7% (50)
3. შენი მშობელი ან სხვა უფროსი შენს სახლში ოდესმე თუ შეგხებია სექსუალურად ან შენ შეეხე მის სხეულს სექსუალურად?	1% (3)
4. ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა მოზრდილს შენს სახლში, ჰქონდა თუ არა ალკოჰოლზე ან წამალზე დამოკიდებულების პრობლემა?	21% (63)
5. ოდესმე, შენი მშობელი ან სხვა უფროსი შენს სახლში, მჯდარა ციხეში, ან ყოფილა დაპატიმრებული?	31.7% (35)

ამავე კვლევის ფარგლებში, იგივე შერჩევაში, შესწავლილი იყო ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გავრცელება. კვლევის მიდგომა იყო რაოდენობრივი, კვლევის ინსტრუმენტად გამოყენებული იყო ფსიქიკური ჯანმ-

რთელობის კითხვარი, რომელიც ადაპტირებულ იქნა The Drug Use Screening Inventory (DUSI)-დან (Tarter & Hegedu, 1991). ეს კითხვარი პილოტირებული იყო საქართველოში უსახლკარო მოსახლეობის გამოკვლევაში (Sadzaglishvili & Kalandadze, 2018). კვლევის შედეგებმა გამოავლინა, რომ შფოთვის სიმპტომები გავრცელებულია ნაკვლევი ბავშვების/მოზარდების/ახალგაზრდების 74%-ში, დეპრესიის სიმპტომები – 39.1%-ში, ხოლო ქცევითი აშლილობების სიმპტომები 53.7%-ში; სუიციდური აზრები აწუხებდა 18.3%-ს, სუიციდის მცდელობა 9.7%-ს, ხოლო საკუთარი თავი განზრახ დაუზიანებია ყოველ მეოთხეს.

4.3. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების მედეგობა

მიუხედავად იმისა, რომ სტრესორთა ზევით აღწერილ კომპლექსურ სისტემას ექვემდებარებიან, ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების ჩათვლით, დღეისთვის უკუგდებულია ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების განხილვა დიხოტომიის „ძალადობის მსხვერპლი ან თავად მოძალადე დელინქენტი“ ჩარჩოში/ლიმიტებში. ამ დიხოტომიის წარმოშობას რიგი მკვლევარებისა ხსნიან დისკურსით, რომელიც არ განიხილავს ბავშვს ოჯახისა და სკოლის გარემოს გარეთ, და იმ შემთხვევაში, თუ განიხილავს – ამას ბავშვის უფლებების შელახვის კვალიფიკაციას აძლევს (Ennew & Swart-Kruger, 2003). ამავე დროს, რიგი მკვლევარებისა მოგვიწოდებს ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების მდგომარეობა განვიხილოთ მათი არსებობის კონტექსტის გათვალისწინებით და არა მის გარეშე (Aptekar & Stoecklin, 2014; Aufseeser, 2017). ხშირ შემთხვევაში, ქუჩასთან დაკავშირება სწორედ ძალადობისგან თავის არიდების სტრატეგიაა და შესაძლოა საუკეთესო გამოსავალი იყოს იმ სიტუაციაში, რომელშიც იმყოფება ბავშვი, რამდენადაც ქუჩა იძლევა სოციალურ ქსელებში გაერთიანების, საკუთარი სუბკულტურის შექმნის, სოციალიზაციისა და იდენტობის ჩამოყალიბების საშუალებას (Beazley, 2003; Davies, 2008; Conticinie & Hulme, 2007; Herrera et al., 2009). ასევე, ქუჩა სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების შვილებს აძლევს წვდომას საკვებზე, მატერიალურ და ფინანსურ რესურსებზე, რომელიც მათ გადარჩენაში ეხმარება, და რაც მათთვის მიუწვდომელი იქნებოდა სახლში დარჩენის შემთხვევაში (Aptekar & Stoecklin, 2014). ამას ადასტურებს ზოგიერთ ქვეყანაში ჩატარებული კვლევები, სადაც ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების მოზარდებისა და ახალგაზრდების კეთილდღეობის დონე შედარებულია მათ სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფ ოჯახებში დარჩენილი და-ძმისა და თანატოლთა კეთილდღეობას და გამოვლენილია, რომ ეს უკანასკნელები უფრო მძიმე მდგომარეობაში არიან (Davies, 2008).

აღწერილი საერთაშორისო კვლევების შედეგებს ეხმიანება საქართველოში, ღია საზოგადოების ინსტიტუტის მხარდაჭერით,

1998-1999 წლებში განხორციელებული კვლევა ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს შორის, სადაც შესწავლილ იქნა მთელი რიგი შემთხვევები ბავშვების ქუჩაში გასვლაზე გადაწყვეტილების მიღების თაობაზე (ჯავახიშვილი ე. და სხვ., 1999):

ერთ-ერთი ტიპური შემთხვევა ებოდა სამ ქუჩასთან დაკავშირებულ სხვადასხვა ასაკის ბავშვს (9, 10 და 14 წლის), რომლებიც სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი სხვადასხვა ოჯახიდან იყვნენ, მაგრამ ძალიან მეგობრობდნენ და ერთმანეთზე ზრუნავდნენ. იმ სამეზობლოში, სადაც ბავშვები მოწყალეობას ითხოვდნენ, ერთერთმა ოჯახმა გადაწყვიტა მათი შეფარება, მიიყვანა სახლში, შეეცადა შეექმნა კარგი პირობები – ჰიგიენისა და კვების მხრივ; ასევე, გადაწყვიტა მიეხედა მათი განათლებისთვის და ცდილობდა რეგულარულად ემეცადინებინა. ოჯახის ფინანსური შესაძლებლობები მოკრძალებული იყო: ისინი ვერ ყიდულობდნენ ბავშვებისთვის ტკბილეულს და ა.შ., თუმცა, შესაძლებლობის ფარგლებში მაქსიმალურად ზრუნავდნენ მათზე. მიუხედავად ამისა, რამდენიმე კვირის შემდგომ ბავშვები გაიპარნენ სახლიდან. როცა ოჯახმა მონახა ისინი ქუჩაში და სთხოვა დაბრუნება, მათ უარი თქვეს და უპასუხეს, რომ ქუჩაში ცხოვრება ურჩევნიათ (იქ არავინ ავალებს მეცადინეობას, მოგზაურობენ ზღვისპირა ქალაქებში და ა.შ.). ამავ დროს, ბავშვები პერიოდულად სტუმრად მიდიოდნენ ხოლმე ოჯახში – მოსაკითხად და, ტკბილეული მიჰქონდათ მადლიერებისა და კეთილგანწყობის ნიშნად.

მიუხედავად კვლევებით დადასტურებული გაზრდილი წვდომისა შესაბამის რესურსებზე, ქუჩა მოიცავს ძალადობას დაქვემდებარების მაღალ რისკებს. რიგი კვლევებისა შეისწავლის, თუ ამ გამოწვევებზე საპასუხოდ, როგორ ქმნიან ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები მხარდამჭერ ქსელებს, რომლებიც მოწოდებულია დაიცვან ისინი ძალადობისგან (Benitez, 2007).

აღწერილი კომპლექსური სურათის ფონზე, დღეს მთელი რიგი მკვლევარებისა საუბრობენ ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების უნარზე დამოუკიდებლად იმოქმედონ, გააკეთონ თავისუფალი არჩევანი და ხაზს უსვამენ მათ მედეგობას. ხოლო ამ რესურსების არდანახვას განიხილავენ, როგორც ერთი მხრივ, მათ მიმართ არსებული წინარესჯის ინდიკატორს, და მეორე მხრივ, წინარესჯისა და დისკრიმინაციული დისკურსის განვითარების ხელშემწყობ ფაქტორს (Aufseeser, 2017; Young, 2004).

სიტყვით მედეგობა აღვნიშნავთ ფენომენს, რომელიც გულისხმობს ადამიანის ეფექტურ ადაპტაციას რთულ ცხოვრებისეულ გარემოებებთან. ინგლისური შესატყვისი ამ ტერმინისა არის სიტყვა Resilience, რომელიც მნიშვნელობების მთელ რიგს მოიცავს: მედე-

გობა, ალდგენისუნარიანობა, „უკან ამოხტომა“, ადაპტაციისუნარიანობა და ა.შ. ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის განმარტებით, მედეგობა არის „კარგი ადაპტაციის პროცესი უბედურების, ტრავმის, ტრაგედიის, საფრთხეების, ან სტრესის მნიშვნელოვანი წყაროს – ოჯახური თუ ურთიერთობებთან დაკავშირებული პრობლემების, ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემების, სამსახურებრივი თუ ფინანსური სტრესორების დროს. ის გულისხმობს რთული გამოცდილებიდან „უკან ამოხტომას“ (APA, 2020, გვ.1). კვლევათა სოლიდური მასივის შეჯამების საფუძველზე, ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია მედეგობის ხუთ საკვანძო კომპონენტს (და შესაბამისად, მისი განვითარების გზას) გამოყოფს: 1) კავშირების დამყარება, რაც გულისხმობს ისეთ ადამიანებთან ურთიერთობაში ჩართვას, ვისაც შეუძლიათ გულშემატკივრობა და გაგება, როგორც ორმხრივ ურთიერთობებში, ასევე ჯგუფში სადაც სოციალური მხარდაჭერის მიღების შესაძლებლობაა; 2) ფიზიკურად კარგად ყოფნაზე ზრუნვა: სწორი კვება, ფიზიკური ვარჯიში, ჯანსაღი რეჟიმი; ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებებისგან თავის არიდება; 3) მიზნის დასახვა და მიღწევა – სხვისი დახმარების, პირადი მიზნების დასახვის და განხორციელების, არსებული პრობლემების ნაბიჯ-ნაბიჯ ცვლილების დაგეგმვისა და განხორციელების გზით; 4) ჯანსაღი აზრების წახალისება: საკუთარი თავის როგორც დადებითის ხედვის წახალისება; ცვლილებების, როგორც მოცემულობის – მიღება; წარსულიდან გაკვეთილების გამოტანა; იმედის შენარჩუნება რთულ ვითარებაში, მოვლენების პერსპექტივაში განხილვა და არა ვიწრო ფოკუსით მხოლოდ წარსულზე ან მხოლოდ მომავალზე ან მხოლოდ აწმყოზე; 5) დახმარების ძიება და მიღება როცა გიჭირს. მთელი რიგი მკვლევარებისა ალდგენისუნარიანობა ახასიათებს, როგორც დინამიურ ფენომენს, რომელიც გულისხმობს ურთიერთქმედებას ადამიანსა და მის გარემოში არსებულ სოციალურ მხარდაჭერას შორის (Ungar, 2011; Maerker & Hecker, 2016; Sleijpen et al, 2017). სწორედ ამიტომ, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების მედეგობის ანალიზისას, მნიშვნელოვანია მათი საარსებო გარემოსა და სოციალური კონტექსტის გათვალისწინება.

ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების კვლევა ადასტურებს მათში მედეგობის საკმაოდ მაღალ მაჩვენებლებს. მაგალითად, ჰაიტიში ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა, რომ შესწავლილი 7-დან 19 წლამდე ქუჩასთან დაკავშირებული ასაკობრივი ჯგუფის რესპონდენტების ნახევარზე მეტს (55.1%) აღმოაჩნდა მედეგობის ზომიერად მაღალი და ძალიან მაღალი მაჩვენებლები. კვლევის შედეგების თანახმად, ასაკთან ერთად მედეგობა იმატებდა: მაგალითად, მედეგობის ზომიერად მაღალი და ძალიან მაღალი მაჩვენებელი გამოუვლინდა 7-დან 14 წლამდე ასა-

კობრივი ჯგუფის 46%, 41%-ს, ხოლო 14-დან 19 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფის კი 67.02%-ს (Cénata et al., 2018).

საქართველოში, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების მედეგობის კვლევა იყო ზევით აღწერილი კვლევითი პროექტის – „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებთან“ ერთერთი კომპონენტი (საძაგლიშვილი და სხვ., 2020). მედეგობა ნაკვლევი იქნა Connor-Davidson-ის მედეგობის კვლევის კითხვარის მოდიფიცირებული ვერსიით (Connor & Davidson, 2003), რომელიც შეისწავლიდა რესპონდენტების შეხედულებებს საკუთარი თავისა და მომავლის შესახებ, ასერტიულობას მიზნის მიღწევაში და დახმარების მიღების შესაძლებლობების აღქმას. მედეგობის მაღალი დონე გამოუვლინდა შესწავლილი შერჩევის 63%-ს. რესპონდენტთა 89% განიხილავს თავს, როგორც ძლიერ პიროვნებას, 87.7%-ს დადებითი დამოკიდებულება აქვს საკუთარი თავის მიმართ, 89% თვლის, რომ შეუძლია დასახული მიზნის მიღწევა და 83%-მა იცის, თუ სად და ვის მიმართოს დახმარებისთვის.

4.4. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების საჭიროებები და სერვისები

გამომდინარე ზევით აღწერილი პრობლემებიდან, ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს ესაჭიროებათ სერვისები, რომელიც მათ დაეხმარება ბავშვობის მძიმე გამოცდილებისგან თავის დაცვაში და ასევე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორების შემცირებაში, დაცვითი ფაქტორების გაძლიერებაში, და ზოგადად ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მოგვარებაში. ეს კი მიგვითითებს ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვისა და ფსიქოსოციალური სერვისების აუცილებლობაზე. დღეისათვის არ მოიპოვება საკმარისი მტკიცებულება იმის თაობაზე, თუ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქოსოციალური მომსახურების რა ფორმებია ყველაზე ეფექტური ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის საშუალო და დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში. თუმცა, სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული კვლევების საფუძველზე, არსებობს მოკრძალებული მტკიცებულება, რომლის თანახმადაც იმედის მომცემია ისეთი ინტერვენციები, როგორიცაა რეზიდენტული საცხოვრისის (თავშესაფრის) პროგრამები, დღის ცენტრები და სკოლაზე დაფუძნებული პროგრამები (Dousti et al., 2014; Harris et al., 2011; Moshtaghi et al., 2014; Souza et al., 2010; Watters, 2017).

რეზიდენტული საცხოვრისის ფარგლებში შესაძლებელია ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების უზრუნველყოფა თავშესაფრით, კვებით, ტანსაცმლით, ჰიგიენის

დაცვის საშუალებებით. მომსახურების ამ ფორმატში, ასევე, ხელმისაწვდომია მომსახურება, რომელიც სთავაზობს დახმარებას (1) პირადი პრობლემების გადაჭრაში, (2) საგანმანათლებლო აქტივობებსა და (3) სხვადასხვა ფორმატის ფსიქოლოგიურ თერაპიებს. დახმარების პროცესში ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს სთავაზობენ საკუთარ ოჯახებში (იმ შემთხვევაში, თუ აქვთ) დაბრუნების პერსპექტივის განხილვასა და გადაწყვეტილების მიღებას. მათ, ვისთვისაც რეზიდენტული ფორმატი არ მუშაობს, შეუძლიათ ისარგებლონ დღის ცენტრებით, სადაც, ასევე, ეძლევათ ჰიგიენის დაცვის, კვების, შემოსვის, დაძინების, განათლებისა და ფსიქოლოგიური მომსახურების მიღების შესაძლებლობები – ეს ყველაფერი, დღის განმავლობაში. რაც შეეხება სკოლაზე დაფუძნებულ პროგრამებს, ისინი მიმდინარეობს სასკოლო ექსტრაკურსულური აქტივობების ფორმატში, მიმართულია ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების განვითარებაზე, და განკუთვნილია იმ ბავშვებისთვის, ვინც არ მოწყდა სკოლას.

საქართველოში მცხოვრები ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის გაეროს ბავშვთა ფონდმა ჩაატარა კვლევა, რომლითაც გამოავლინა მათი საჭიროებები ფსიქოსოციალური სერვისების თვალსაზრისით (UNICEF, 2018). ეს საჭიროებები დახარისხებულია ბავშვების კატეგორიების მიხედვით. მაგალითად, იმ ბავშვების შემთხვევაში, რომლებიც დროის უმეტეს ნაწილს ქუჩაში ატარებენ და სახლში დასაძინებლად მიდიან, ან მობილურად ოჯახთან ერთად ქუჩაში ცხოვრობენ, მნიშვნელოვანია სოციალური მომსახურება, რომელიც შეაფასებს ოჯახებში ძალადობის რისკსა და პრაქტიკას, და ძალადობის შემთხვევაში იზრუნებს ბავშვის დაცვაზე. ასევე, მნიშვნელოვანია სიღარიბის დონის შეფასება, რადგანაც ბავშვების ქუჩაში მუშაობის ერთერთი ხშირი მიზეზი ოჯახის რჩენაა (ზოგ შემთხვევაში, ნებაყოფლობითი, ზოგში – ოჯახის წევრებისგან დაძალეული). სოციალური მომსახურება უნდა ეხმარებოდეს მშობლებს გრძელვადიან დასაქმებაში, რათა სიღარიბესთან დაკავშირებული ბავშობის მძიმე გამოცდილებების პრევენციას შეუწყოს ხელი. ბავშვობის მძიმე გამოცდილებების პრევენციაზე და აღმოფხვრაზე მიმართული სერვისების პარალელურად, დიდია ამ გამოცდილებებით გამოწვეულ ფსიქოლოგიურ პრობლემებზე ზრუნვის სერვისის საჭიროება. გარდა ამისა, პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ ფარგლებში ჩატარებული კვლევის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს არა აქვთ საკმარისად განვითარებული ენობრივი უნარ-ჩვევები, აბსტრაქტული ცნებითი აზროვნების უნარ-ჩვევები, დროის განცდა და გაგება – ეს ყველაფერი მნიშვნელოვან პედაგოგიურ ჩამორჩენაზე მიუთითებს და ავლენს განათლების მოქნილი

მექანიზმების შემუშავებისა და სპეციალური საგანანმანათლებლო პროგრამების ინიცირების საჭიროებას, პროფესიული განათლების ჩათვლით (საძაგლიშვილი და სხვ., 2020).

ზემოთ ჩამოთვლილი საჭიროებების საპასუხოდ, საქართველოში ხორციელდება ოკუპირებულ ტერიტორიებიდან დევნილთა, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ქვეპროგრამა – 18 წლამდე ასაკის მოწყვლად ბავშვთა ფსიქოსოციალური რეაბილიტაციისა და რეინტეგრაციის, რომელიც ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს სთავაზობს შემდეგი სამი ტიპის მომსახურებას (UNICEF, 2018; ლომთაძე ნ., 2019):

დღის ცენტრები. აქ ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს შეუძლიათ მიიღონ ისეთი სხვადასხვა მომსახურება, როგორიცაა: ორჯერადი საკვები, პირადი ჰიგიენის დაცვასი დახმარება, საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო თუ ფსიქოლოგიური დახმარება, აკადემიური საჭიროებების გამოვლენა და მათ დაკმაყოფილებაზე შეძლებისდაგვარად ზრუნვა, ცხოვრებისეულად მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევების განვითარებაზე ზრუნვა, სპორტულ და სხვა აქტივობებში ჩართვის გზით.

24-საათიანი თავშესაფრები. აქ მოსარგებლებს ეძლევათ ღამის გათევისა და საკვების მიღების საშუალება. გარდა ამისა, ხდება ბავშვების უზრუნველყოფა სეზონის შესაბამისი ტანსაცმლითა და პირადი ჰიგიენის ნივთებით, ზრუნვა მათი ყოფითი უნარ-ჩვევების განვითარებაზე, საჭიროების შემთხვევაში – ფსიქოლოგიური დახმარება, პროფესიულ განათლებაში ჩართვაზე ზრუნვა და ა.შ.

მობილური გუნდები. ისინი შედგება ფსიქოლოგის, მძღოლისა და თანასწორგანმანათლებლისგან. ჯანდაცვის სამინისტროს სოციალური სააგენტოს მხრიდან გუნდებს აკოორდინირებენ სოციალური მუშაკები. გუნდი ყოველდღიურად ახორციელებს სავლელ სამუშაოებს: გადის ბავშვების თავშეყრის ადგილებზე, ეცნობა და ნდობაზე დაფუძნებულ კონტაქტს ამყარებს მათთან, აფასებს საჭიროებებს, უწევს შესაბამის დამხარებას (ფსიქოლოგიურ კონსულტაციას, საბუთების მოძიებაში დახმარებას, ბიოლოგიურ მშობლებთან დაკავშირებას და ა.შ.). ჩარევის აუცილებლობაზე შეტყობინების მიღების შემთხვევაში გადის ადგილზე და მუშაობს სიტუაციის დასარეგულირებლად.

გარდა ზემოთ ჩამოთვლილისა, ქვეყანაში მოქმედებს სოციალური დახმარების პროგრამა დაბალშემოსავლიანი ოჯახებისთვის, თუმცა დახმარება უკიდურესად მწირია. ასევე, განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო ახორციელებს განსაკუთრებით მოწყვლადი ბავშვების დახმარების პროგრამას, რომლის ფარგლებშიც სკოლებიდან გარიცხულ ბავშვებს სთავაზობს „განათლების მეორე შანსს“ დღის ცენტრებთან თანამშრომლობით (UNICEF, 2018).

პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ ფარგლებში ჩატარებული კვლევის საფუძველზე გამოვლინდა, რომ საქართველოში ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს შორის არიან შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე (შშმ) პირებიც – როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქოლოგიური მიზეზით. კერძოდ, კვლევის თვისებრივი კომპონენტის ფარგლებში ჩატარდა ჩალრმავებული ინტერვიუების სერია დღის ცენტრებში, თავშესაფრებსა და მობილურ გუნდებში მომუშავე სპეციალისტებთან. სხვა საკითხებს შორის, რესპონდენტებმა იმსჯელეს შეზღუდული შესაძლებლობების გავრცელებაზე მათ მოსარგებლეებში და იმ სტრატეგიების თაობაზე, რომელსაც ისინი მიმართავენ ქუჩასთან დაკავშირებული შშმ ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების მომსახურებისას (გოჩაშვილი, 2018). კვლევის მონაწილეთა მიერ მოწოდებული ინფორმაციის თანახმად, მათ მოსარგებლეების ნაწილს აქვს გონებრივი, ხოლო უმრავლესობას – აკადემიური და სოციალური ჩამორჩენა; მოსარგებლეთა შორის არიან აუტისტური სპექტრის, ასევე, დაუნის სინდრომის მქონენიც, გარდა ამისა, პერიოდულად, მწვავე ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები. რესპონდენტების თვალსაზრისით, ქვეყანაში არსებულ სერვისებში ვერ ხორციელდება ადექვატური დახმარების გაწევა ქუჩასთან დაკავშირებული შშმ პირებისთვის; ეს განსაკუთრებით ეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან დაკავშირებული შეზღუდული შესაძლებლობების შემთხვევებს: სასერვისო დაწესებულებებში არ არსებობს ფსიქიკური მიზეზით შეზღუდული შესაძლებლობების ბავშვებისთვის მომსახურების გაწევის შესაბამისი ექსპერტიზა და კომპეტენცია: არ ხდება ზუსტი დიფერენციალური დიაგნოსტიკა, რამდენადაც არც ერთ სასერვისო დაწესებულებაში არ არიან შესაბამისი სპეციალისტები – ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიატრები, კლინიკური ფსიქოლოგები, მეტყველების თერაპევტები; არ არსებობს ფსიქოლოგიური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა – მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში ხდება მედიკამენტოზური ჩარევა; არ არსებობს გადამისამართების ეფექტური მექანიზმები; უკიდურესად მწვავე შემთხვევაში ბავშვებს აწვენენ 20 დღით კლინიკაში, მაგრამ რესპუბლიკაში ბავშვთა ფსიქიატრიული საავადმყოფო (ან განყოფილება) არ არსებობს და ისინი, ფაქტობრივად, ზრდასრულთა განყოფილებაში ხვდებიან, რომლიდან გაწერის შემოდგომაც კვლავ დღის სტაციონარებში ბრუნდებიან და ვერ გადიან შესაბამის რეაბილიტაციას. სირთულეს წარმოადგენს, ასევე, მშობლის არსებობის შემთხვევაში – მისი უკრიტიკო დამოკიდებულება ბავშვის მდგომარეობის მიმართ, და მკურნალობის აუცილებლობაში დარწმუნების საჭიროება, რამაც შესაძლოა დიდი დრო წაიღოს და დახმარების გა-

წევა დაუგვიანოს ბავშვს. ასევე, სირთულეს წარმოადგენს მედიკამენტის რეგულარული მიღების საჭიროების შემთხვევაში ბავშვების დროებითი გაუჩინარება დღის სტაციონარიდან, რაც მედიკამენტის მიღების კონტროლს შეუძლებელს ხდის. მთლიანობაში, ფსიქიკური ჯანმრთელობის განსაკუთრებული საჭიროებების მქონე ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების მომსახურების სტრატეგიები და ტრეკტორიები დასახვეწია.

ბიბლიოგრაფია:

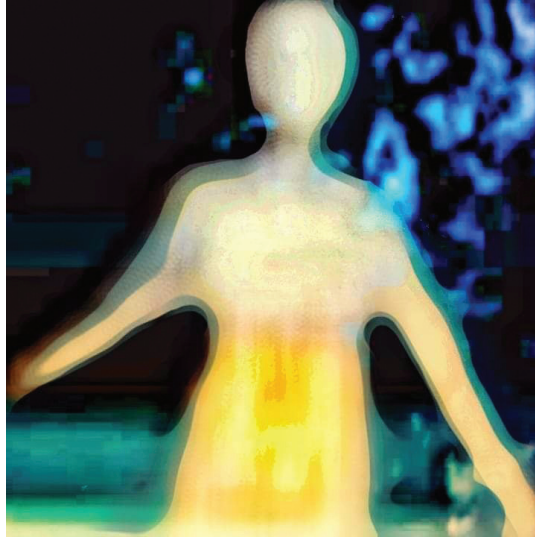
1. გორაშვილი, მ. (2018). შეზღუდული შესაძლებლობების და სოციალური ჩამორჩენის იდენტიფიცირების თავისებურებები ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში (სამაგისტრო ნაშრომი, ხელმძღვანელი – შ. საძაგლიშვილი)
2. ჯავახიშვილი, ე., ალაპიშვილი, ნ., კაპანაძე, ქ., სარჯველაძე, ნ., საძაგლიშვილი, შ., ჯავახიშვილი, ჯ. (1999). ქუჩის ბავშვები საქართველოში, პროექტის ანგარიში. პროექტის მხარდაჭერა: Research Support Scheme, OSI
3. Ali, N. (2014). The pervasive nature of violence in the day-to-day lives of street children. In K. Wells, E. Burman, H. Montgomery, & A. Watson (Eds.), *Childhood, youth and violence in global contexts* (pp. 47–64). Hampshire: Palgrave Macmillan
4. APA (2020). Building Your Resilience. <https://www.apa.org/topics/resilience>
5. Aptekar, L., & Stoecklin, D. (2014). *Street children and homeless youth*. New York: Springer
6. Aufseeser, D. (2017). Street Children and Everyday Violence. In: C. Harker et al. (eds.), *Conflict, Violence and Peace, Geographies of Children and Young People 11*, DOI 10.1007/978-981-287-038-4_31
7. Beazley, H. (2003). The construction and protection of individual and collective identities by street children and youth in Indonesia. *Children Youth and Environments*, 13(1), 105–133.
8. Bellis, M., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, B., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirjako, G., Ulukol, B., Raleva, R., Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92:641-655. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.129247>
9. Benitez, T. (2007). *State of the world's street children: Violence*. London: Consortium for Street Children

10. Benitez, T. (2011). *State of the world's street children: Research*. London: Consortium for Street Children
11. Borrell-Carrió, F., Suchman, A., Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2 (6): 576–582. doi:10.1370/afm.245
12. Bourdillon, M. (2006). Children and work: A review of current literature and debates. *Development and Change*, 37 (6): 1201–1226
13. Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Abnormal psychology and modern life* (13th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
14. Cénata, J.M., Derivoisb, D., Héberta, M., Amédéea, L.M., Karrayc, A. (2018). Multiple traumas and resilience among street children in Haiti: Psychopathology of survival. In: *Child Abuse & Neglect*, 79: 85-97.
15. Conticini, A., & Hulme, D. (2007). Escaping violence, seeking freedom: Why children in Bangladesh migrate to the street. *Development and Change*, 38(2), 201–227
16. Connor, K.M., & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113
17. Davies, M. (2008). A childish culture? Shared understandings, agency and intervention: An anthropological study of street children in north-west Kenya. *Childhood*, 15(3), 309–330
18. Dousti, M., Pourmohamadreza-Tajrishi, M., & Ghobari bonab, B. (2014). Comparison of the effectiveness of resiliency training on psychological well-being of female and male street children with externalizing disorders. *Reef Resources Assessment and Management Technical Paper*, 40, 242–252
19. Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129. doi:10.1126/science.847460
20. Ennew, J., & Swart-Kruger, J. (2003). Introduction: Homes, spaces, and places in the construction of street children and street youth. *Children, Youth and, Environments*, 13(1), 81–104
21. Felitti, V. (2002). *The Permanente Journal*, 6:1 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220625/pdf/permj-6-1-44.pdf>
22. Felitti, V. J., R. F. Anda, D. Nordenberg, D. F. Williamson, A. M. Spitz, V. Edwards, M. P. Koss, and J. S. Marks. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *American Journal of Preventive Medicine* 14 (4): 245–58.
23. Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). *Improving*

- the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70–75. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.420
24. Herrera, E., Jones, G., & Thomas de Benitez, S. (2009). Bodies on the line: Identity markers among Mexican youth. *Children's Geographies*, 7(1), 67–81
 25. Harris, M.S., Johnson, K., Young, L., & Edwards, J. (2011). Community reinsertion success of street children programs in Brazil and Peru. *Children and Youth Services Review*, 33: 723–731
 26. Jones, G., Herrera, E., & Benitez, T. (2007). Tears, trauma and suicide: Everyday violence among street youth in Puebla, Mexico. *Bulletin of Latin American Research*, 26(4), 462–479
 27. Imasiku, L.M. & Banda, S. (2015). Mental Health Problems of Street Children in Residential Care in Zambia: Special Focus on Prediction of Psychiatric Conditions in Street Children. In: *Journal of Clinical Medicine and Research*. 7 (2), 1-6.
 28. Grant, R., Shapiro, A., Joseph, Sh., Goldsmith, S., Rigual-Lynch, L., Redlener, I. The Health of Homeless Children Revisited. In: *Advances in Pediatrics*, 54, 173-187. file:///C:/Users/HP/Downloads/HealthStatusof-HomelessChildrenRevisited.pdf
 29. Maercker, A., Hecker, T. (2016). Broadening perspectives on trauma and recovery: a socio-interpersonal view of PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol.7(1), 29303, Pp: 1-9
 30. Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse & Neglect*, 37, 917–925. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.011>.
 31. Mersky, J., Janczewski, C., Topitzes, J. (2016). Rethinking the Measurements of Adversity: Moving Towards Second-Generation Research on Adverse Childhood Experiences. PubMed. <https://doi.org/10.1177/1077559516679513>
 32. Moshtaghi, S., Zarebaramabadi, M., & Zaharakar, K. (2014). Examining the effectiveness of psychodrama approach on increasing emotion regulation in fourteen to eighteen years old street children in Karaj city. *Reef Resources Assessment and Management Technical Paper*, 40
 33. Myburgh, C., Moolla, A. & Poggenpoel, M., 2015, The lived experiences of children living on the streets of Hillbrow. *Curationis* 38(1), Art. 1274, 8 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1274>
 34. Mwiya L.I & Banda, S. (2015). Mental health problems of street chil-

- dren in residential care in Zambia: Special focus on the prediction of psychiatric conditions in street children. *Journal of Clinical Medicine and Research*, Vol. 7 (1), PP1-6
35. Myburgh, C., Moolla, A., & Poggenpoel, M. (2015). The lived experiences of children living on the streets of Hillbrow. *Curationis*, 38, 1274–1281
 36. NHCHC (2019). Adverse Childhood Experiences and Homelessness. Facts Sheet of The National Health Care for the Homeless Council. <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/aces-fact-sheet.pdf>
 37. Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, S., Caye, A., Rohde, L. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.12381
 38. Raffaelli, M., Santana, J.P., Morais, N., Nieto, C., Koller, S. (2018). Adverse childhood experiences and adjustment: A longitudinal study of street-involved youth in Brazil. In: *Child Abuse & Neglect*, 85 (91-100).
 39. Sadzaglishvili, Sh. & Kalandadze, T. (2018). The Pathways to homelessness in the post soviet context. *Journal of Social Service Research*. ID: 1487361 DOI:10.1080/01488376.2018.1487361
 40. Souza, R., Porten, K., Nicholas, S., Grais, R., & the Medecins Sans Frontieres-Honduras team (2010). Outcomes for street children and youth under multidisciplinary care in a drop-in centre in Tegucigalpa, Honduras. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 619–626
 41. Savarkar, T. & Das, Sh. (2019). Mental Health Problems among Street Children: The Case of India. In: *Current Research Journal of Social Sciences*. 2 (1), 39-46. https://www.researchgate.net/publication/334539942_Mental_Health_Problems_among_Street_Children_The_Case_of_India [accessed Jun 12 2020]
 42. Sleijpen, M., Mooren, T., Kleber, R., Boijje, R.H. (2017). Lives on Hold: A Qualitative Study of Young Refugees' Resilience Strategies. In: *Childhood*. Pp: 348-365
 43. Tarter, R.E. & Hegedus, A.M. (1991). The Drug Use Screening Inventory and Its applications in the evaluation of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15 (1), 65-75
 44. UN (2013). *Social Inclusion of Youth with Mental Health Conditions*. New York: UNITED NATION.
 45. UNICEF (2018). ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში. კვლევითი ანგარიში <https://www.unicef.org/georgia/media/1251/>
 46. Ungar, M. (2011). *The social ecology of resilience: Addressing context-*

- tual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol.81(1), Pp: 1-17
47. Watters, C. (2017). Editorial Perspective: Effective mental health and psychosocial interventions for children and adolescents in street situations *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58:2 (2017), pp 215–217
 48. Wells, K., & Montgomery, H. (2014). Everyday violence and social recognition. In K. Wells, E. Burman, H. Montgomery, & A. Watson (Eds.), *Childhood, youth and violence in global contexts* (pp. 1–15). Hampshire: Palgrave Macmillan
 49. Who (2018). Facts about mental health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 50. WHO (2014). Social Determinants of Mental Health https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=AB41DAE60D68530C7634DE2E41268328?sequence=1



თავი 5

ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში

5.1. ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკისა და დამცავი ფაქტორები ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებაში, და მათზე დამოკიდებული ანუ ადიქციური ქცევის ჩამოყალიბებაში კრიტიკულად მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მოხმარების რისკისა და მოხმარებისგან დამცავი ფაქტორების ზემოქმედება. ეს ფაქტორები არსებობს ინდივიდისა და მისი გარემომცველი სინამდვილის სხვადასხვა დონეზე. ამავე დროს, რისკის ფაქტორების არსებობა და დამცავი ფაქტორების სიმწირე ერთმნიშვნელოვნად არ განაპირობებს მოხმარების დაწყებას; აქ დიდი როლი მიუძღვის მათ ურთიერთქმედებას (NIDA, 2003).

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დაწყების შემთხვევების უმრავლესობა მოდის მოზარდობის ასაკზე, თუმცა, მოხმარების რისკის ფაქტორები თავს იჩენს ბევრად უფრო ადრე – ფაქ-

ტობრივად, ბავშვის დაბადებამდე, ჩასახვისა და მუცლად ყოფნის პერიოდებიდან (UNODC, 2015).

დღეისათვის, კვლევის საფუძველზე, ცნობილია სხვადასხვა დონეზე მოქმედი რისკისა და დამცავი ფაქტორები, რომლებიც ზემოქმედებას ახდენს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ქცევასა და ადიქციის ჩამოყალიბებაზე (NIDA, 2003; D'Amico et al., 2008; D'Amico & McCarthy, 2006; Hamburger et al., 2008; Kilpatrick et al., 2000; Moran et al., 2004; Simantov et al., 2000; Singh et al., 2011; Taylor, 2011; Wall & Kohl, 2007; Whitesell et al., 2013). ქვემოთ მოცემულ ცხრილში მათ დაჯამებული სახით წარმოგიდგენთ (იხ. ცხრილი №9):

ცხრილი №9: ინდივიდის, ოჯახის, თანატოლთა, სკოლისა და თემის დონეზე მოქმედი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკისა და დამცავი ფაქტორები

რისკის ფაქტორები	დონე	დამცავი ფაქტორები
<p>აგრესიული ქცევა (როგორც ადრეულ ასაკში გამოვლენილი, ასევე – შემდგომ), მწირი სოციალური უნარები, აკადემიური წარუმატებლობა, სკოლის გაცდენები, სკოლის მიტოვება, ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის აშლილობა, დეპრესია, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, ასაკი (მტკიცებულების თანახმად, 10-დან 17 წლამდე მოხმარების რისკი იზრდება ყოველწლიურად)</p>	<p>ინდივიდი</p>	<p>იმპულსების კონტროლის უნარი, ემოციური წიგნიერება, სოციალური პრობლემების გადაჭრის უნარ-ჩვევები, კომუნიკაციის უნარ-ჩვევები, აკადემიური წარმატება, ასერტიული ქცევა, ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკების ცოდნა, საკმარისად კარგი ფსიქიკური ჯანმრთელობა</p>

<p>მშობლობის უნარ-ჩვევების დეფიციტი, ყურადღების ნაკლებობა მშობლების მხრიდან, ალბრდის ავტორიტარული სტილი, დისფუნქციური ოჯახი, ოჯახური ძალადობა და ბავშვობის სხვა მძიმე გამოცდილებები, ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება მშობლების მხრიდან, სიღარიბე, აღქმა იმისა, რომ მშობლები მოხმარების ქცევას დადებითად აფასებენ</p>	<p>ოჯახი</p>	<p>პოზიტიური მშობლობის უნარ-ჩვევები („საკმარისად კარგი“ მშობელი), მშობელი-შვილის პოზიტიური ურთიერთობა, დაცული მიჯაჭვულობა, ყურადღება მშობლების მხრიდან, დანმარება წერა-კითხვის ათვისებასა და აკადემიური წარმატების მიღწევაში, ფუნქციური ოჯახი, მშობლების განათლებულობა</p>
<p>ნივთიერებების მოხმარება, ძალადობრივი კულტურა და ბულინგი (ბულინგის როგორც ჩადენა, ასევე მსხვერპლობა), კრიმინალური სუბკულტურა, არასტრუქტურირებული დრო, ქუჩასთან კავშირი, თანატოლთა მხრიდან ზეწოლა, მოხმარების ნორმალიზება და ალქმული პოპულარობა</p>	<p>თანატოლები</p>	<p>აკადემიური მოსწრება, პროსოციალური ინტერესები, სტრუქტურირებული დრო, კონსტრუქციულ აქტივობებში ჩართულობა, კონსტრუქციული (არაძალადობრივი, ურთიერთპატივისცემაზე დაფუძნებული) ურთიერთობები, მოხმარების ალქმული არაპოპულარობა</p>

<p>ფსიქოაქტიური საშუალებების ხელმისაწვდომობა, დასჯაზე და გარიყვაზე (გარიცხვაზე) ორიენტირებული სტრატეგიები, მონმარების ნორმალიზება სასკოლო თემში</p>	<p>სკოლა</p>	<p>ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების საწინააღმდეგო სკოლის პოლიტიკა, ინკლუზიური და ზრუნვაზე ორიენტირებული კულტურა, განმავითარებელი ატმოსფერო</p>
<p>სიღარიბე, უმუშევრობა, ძალადობა, ფსიქოაქტიური საშუალებების ასაკობრივი, გეოგრაფიული და ეკონომიკური ხელმისაწვდომობა, ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების რეკლამირება, ლეგალური და არალეგალური საშუალებების მოხმარების ნორმალიზება</p>	<p>თემი</p>	<p>ზრუნვაზე ორიენტირებული კულტურა, სამუშაო ადგილები და დასაქმება, კეთილდღეობის საკმარისად კარგი დონე, ფსიქოაქტიური საშუალებების ასაკობრივი, გეოგრაფიული და ეკონომიკური ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა</p>

ცხრილში მოყვანილი მთელი რიგი რისკის ფაქტორებისა მოქმედებს ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ცხოვრებაზე: სიღარიბე, დისფუნქციური ოჯახი, ბავშვობის მძიმე გამოცდილებები, სკოლის მიტოვება, ძალადობის გამოცდილება, თანატოლთა ზეწოლა, კრიმინალურ დაჯგუფებებში გაერთიანება, ფსიქიკური აშლილობების მაღალი გავრცელება (იხ. თავი „ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ფსიქიკური ჯანმრთელობა“).

კვლევები, რომელიც ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებაზეა ფოკუსირებული, მართლაც, ადასტურებს მათ განსაკუთრებულ მოწყვლადობას ფსიქოაქტიური საშუალებების მიმართ. სხვადასხვა კვლევის თანახმად, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების მოხმარების მოტივაცია უკავშირდება ქუჩის ცხოვრებაში არსებულ სირთულეებს. შესაბამისად, მოხმარების ქცევა წარმოადგენს ამ სირთულეებთან/მათთან

დაკავშირებულ სტრესთან გამკლავების არაკონსტრუქციულ სტრატეგიას. სირთულეებისა და მოტივაციის კავშირი შეჯამებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმოს) მიერ შედგენილ ცხრილში:

ცხრილი №10: ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების მოტივაცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში (WHO, 2000, გვ.17)

ქუჩის პრობლემები	მოხმარების მოტივაცია
შიმშილი	ამცირებს შიმშილის განცდას
მოწყენილობა	აღვიძებს დადებით ემოციებს
შიში	მატებს გამბედაობას
სირცხვილის, უიმედობის განცდები	ავიწყებს ამ განცდებს
სამედიცინო ზრუნვის დეფიციტი	თვით-მკურნალობა
ძილის სირთულეები, დაკავშირებული ხმაურთან, სიმჭიდროვესთან, სიცივესთან, სიცხესთან, მწერების კბენასთან	ძილიანობის გამოსაწვევად
დაღლილობა ძილის ნაკლებობის გამო	ენერჯის მომცემია რათა იმუშავოს
თავდასხმისა და ძალადობის რისკი	ფხიზლად ყოფნისთვის
გართობის საშუალებების არქონა	გასართობად
იზოლაციის განცდა	სხვა მომხმარებლებთან ერთობის განცდისთვის
მარტოობა	ურთიერთობისთვის სხვა მომხმარებლებთან
ფიზიკური ტკივილი	დაამებისთვის
ფულის არქონა საკვების საყიდლად	აადვილებს მოპარვას

5.2. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების მიერ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ახსნითი მოდელი

ფსიქოაქტიური საშუალებების მიმართ ადიქცია განიმარტება, როგორც „ქცევა, რომლის მიღმა დგას ძლიერი მოტივაცია მოხმა-

რების აქტივობაში ჩართვის, გულისხმობს განმეორებად ჩართვას ამ აქტივობაში, ეს აქტივობა ეწინააღმდეგება თვითგადარჩენის ინსტინქტს, და ზიანის მნიშვნელოვან პოტენციალის შეიცავს“ (EMCDDA, 2013, გვ. 11). ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება არ ნიშნავს მექანიკურად მათზე დამოკიდებულებასა და ადიქციას, თუმცა მოხმარება ზრდის ადიქციის განვითარების რისკს. განასხვავებენ მოხმარების მთელ რიგ ფორმებს, რაც არ წარმოადგენს ადიქციას. ეს ფორმებია (ჯავახიშვილი, 2017; AACAP, 2018; Albesrton, 2014; EMCDDA, 2003; NIDA, 2011; Schane et al., 2009):

პასუხისმგებლობით მოხმარება, რომლის დროსაც ზიანი არ ადგება ადამიანის სიცოცხლის არც ერთ ასპექტს (ჯანმრთელობა, ფსიქოლოგიური და სოციალური კეთილდღეობა). პასუხისმგებლობით მოხმარება გამორიცხულია არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების შემთხვევაში (რამდენადაც ეწინააღმდეგება კანონს) და როგორც წესი, მოიაზრება ალკოჰოლის ზომიერი მიღების კონტექსტში. არასრულწლოვანთა შემთხვევაში პასუხისმგებლობით მოხმარება გამორიცხულია, ლეგალური ნივთიერების ზომიერი მოხმარების შემთხვევაშიც, მათი ასაკის გამო;

რეკრეაციული მოხმარება გულისხმობს ღამის ცხოვრების დაწესებულებებში (მაგ., კლუბები) გართობის მიზნით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებას. ქუჩის ბავშვები ამგვარ მოხმარებაში ნაკლებად არიან ჩართული, რამდენადაც არ მიუწვდებთ ხელი ღამის კლუბურ ცხოვრებაზე და შესაბამის სუბკულტურაზე;

ექსპერიმენტული მოხმარება გულისხმობს ამა თუ იმ ლეგალური (ალკოჰოლი, თამბაქო, დამამშვიდებელი და საძილე საშუალებები) ექიმის დანიშნულების გარეშე, აქროლადი გამხსნელები – მაგ., წებო, და ა.შ.) თუ არალეგალური (მარიხუანა, სხვადასხვა სტიმულატორი, ესა თუ ის ჰალუსინოგენი და სხვ.) საშუალებების მოხმარებას გასინჯვის, ეფექტის გამოცდისა თუ გართობის მიზნით, რომელიც გავრცელებულია მოზარდობის პერიოდში. ნაწილი მოზარდებისა უკვალოდ ტოვებს ექსპერიმენტირებას, ნაწილი კი (ისინი, ვინც უფრო მოწყვლადია) გადადის მოხმარების უფრო დამაზიანებელ ფორმებზე და ხდება დამოკიდებული. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები ადიქციაზე გადასვლის უფრო მაღალი რისკების წინაშე დგანან, გამომდინარე მათ ცხოვრებაში არსებული რისკის ფაქტორების სიუხვიდან და დაცვითი ფაქტორების სიმწირიდან;

სოციალური მოხმარება გულისხმობს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას სოციალურ სიტუაციებში, სოციალიზაციის მოტივით, რის გამოც მოხმარების ეს ფორმა გარკვეულ დრომდე განხილული იყო, როგორც არაასტაბილური, გარდამავალი; თუმ-

ცა, თამბაქოს სოციალური მოხმარების კვლევამ დაადასტურა, რომ ეს არის მოხმარების დროში გამძლე, სტაბილური პატერნი, რომელიც საჭიროებს მიზანმიმართულ პრევენციულ ჩარევას. სხვადასხვა კვლევის თანახმად, სოციალური მოხმარება ერთ-ერთი ფართოდ გავრცელებული მოხმარების ფორმაა ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში;

ავადმონმარება ფსიქოაქტიური საშუალებებისა გულისხმობს ამა თუ იმ ნივთიერების არასამედიცინო მიზნით მოხმარებას, მიუხედავად იმისა, რომ ის იწვევს პრობლემებს ინდივიდუალურ (ფიზიკურ/სხეულებრივ, ფსიქოლოგიურ) და სოციალურ (ეკონომიკურ, სამართლებრივ, ინტერპერსონალურ) დონეზე. აქ დამოკიდებულების სინდრომი ჯერ ჩამოყალიბებული არ არის, თუმცა მისი ჩამოყალიბების რისკი მაღალია. ქუჩის ბავშვებში მოხმარების ეს ფორმა გავრცელებულია;

მაღალი რისკის მოხმარება გულისხმობს მოხმარების ისეთ ფორმას, რომელიც დაკავშირებულია სისხლის გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების მაღალ რისკთან (მაგალითად, ინექციური მოხმარება), ან ინტოქსიკაციით სიკვდილის რისკთან (ზედოზირებით გარდაცვალება). ინტოქსიკაციის გამო სიკვდილის რისკი განსაკუთრებით მაღალია ოპიოიდების, სტიმულატორებისა და ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების შემთხვევაში. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში – იმასთან დაკავშირებით, რომ მათი ქიმიური შემადგენლობა მუდმივად ცვალებადობს და როგორც წესი, არ არის ცნობილი არც გამსაღებლისთვის და არც მომხმარებლისთვის. აქროლადი გამსხნელების (წებო, ბენზინი და ა.შ.) მოხმარება, ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ეროვნული ცენტრის (EMCDDA) მიერ, არ არის განსაზღვრული, როგორც მაღალი რისკის მოხმარება, თუმცა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების შემთხვევაში აქროლადი გამსხნელები განსაკუთრებულ რისკს წარმოადგენს. მათი მოხმარება კორელაციაშია სიღარიბესთან, ძალადობის გამოცდილებასთან, დაბალ აკადემიურ მოსწრებასთან და სკოლის მიტოვებასთან. რამდენადაც აქროლადი გამსხნელები ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისთვის ერთ-ერთი ყველაზე ხელმისაწვდომი ფსიქოაქტიური საშუალებებია (ალკოჰოლისა და თამბაქოს შემდეგ) და მათი ერთხელობრივი მოხმარებაც კი დაკავშირებულია სიცოცხლისთვის საშიშ რისკებთან (მაგ., გულის გაჩერება), ხოლო რეგულარული მოხმარება კი ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის შეუქცევად ცვლილებებთან, შეგვიძლია ვილაპარაკოთ ამ საშუალებების მაღალი რისკის მოხმარებაზე ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების შემთხვევაში. ამ მხრივ საინტერესოა საქართველოში 1998 წელს

ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში აქროლადი გამხსნელების მოხმარების კვლევა, რომელმაც გამოავლინა აქროლადი გამხსნელების მოხმარების საზიანო ეფექტი მათ ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. კვლევამ, ასევე, გამოავლინა აქროლადი გამხსნელების მოტივატორი ბავშვებისთვის – ეს იყო ე.წ. „მულტფილმების ნახვა“; რაც მათთვის სხვანაირად მიუწვდომელი იყო, რამდენადაც იმხანად არ ჰქონდათ საშუალება ეყურებინათ ტელევიზორისა თუ სხვა ელექტრონული გასართობი საშუალებებისთვის (თოდაძე, 1998);

ადიქცია, ანუ წამალდამოკიდებულება წარმოადგენს დაავადებას, შესაბამისად – სინდრომს, რომელსაც ახასიათებს როგორც ფიზიკური დამოკიდებულება ამა თუ იმ ფსიქოაქტიურ საშუალებაზე, ასევე ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება, რაც თავს იჩენს ამ საშუალების/ნივთიერების მოხმარების აკვიატებული სურვილის სახით. ამ შემთხვევაში ადამიანი მოიხმარს საშუალებას არა სიამოვნებისა თუ სხვა რაიმე პოზიტიური მოტივით, არამედ ისე, როგორც „წამალს“ – იმისთვის, რომ თავი აარიდოს ალკვეთის მდგომარეობას და შეძლოს ფუნქციობა.

არსებობს ადიქციის ახსნითი სხვადასხვა სამედიცინო/ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციოლოგიური თეორია და მოდელი. თეორიები და მოდელები მნიშვნელოვანწილად განსხვავდება ერთმანეთისგან, რამდენადაც თითოეული მათგანი ამახვილებს ყურადღებას ადიქციის ამა თუ იმ ასექტზე, ამიტომ, რთულია მათი კლასიფიცირების ერთიანი პრინციპის გამონახვა. თუმცა, უკეთესად გააზრებისა და ინტეგრაციული ხედვის შესამუშავებლად, ევროპის ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ცენტრის (EMCDDA) ექსპერტთა ჯგუფმა სცადა მათი დაჯგუფება იმის მიხედვით, თუ რაზეა ფოკუსირებული ესა თუ ის თეორია თუ მოდელი: ინდივიდზე თუ სოციუმზე. შესაბამისად, გამოიყო თეორიათა/მოდელების ორი მსხვილი კლასი, და თითოეულში მოაზრებულია მთელი რიგი ქვეკლასებისა (EMCDDA, 2013):

ცხრილი №11: ადიქციის თეორიებისა და მოდელების
კლასიფიკაცია

ინდივიდზე ფოკუსირებული	სოციალურზე ფოკუსირებული
<p>ავტომატური გადამშვავების თეორიები ადიქციას ხსნიან ისეთი ავტომატური პროცესებით, რაც არ მოითხოვს/არ გულისხმობს რეფლექსიას. მაგ.:</p> <ul style="list-style-type: none"> -დასწავლის თეორიები, რომელთა თანახმად ადიქციური ქცევა დაისწავლება ასოციაციურად, ამ ქცევის დამაჯილდოვებელი ეფექტის გავლენით (Ahmed, 2011; Hyman, 2006; Mook, 1995; Tiffany, 1990); -ინიბიციის დისფუნქციის თეორიების თანახმად, ადიქცია წარმოადგენს იმპულსების კონტროლის უნარის დაქვეითებას (Perry & Carroll, 2008; Goldstein & Volkow, 2002); -ე.წ. იმიტაციის თეორიების თანახმად, ადიქციური ქცევა სოციალურად დაისწავლება (Anderson et al., 2009; Kandel and Andrews, 1987; Lovato et al., 2011) და ა.შ. 	<p>სოციალური ქსელების თეორიები ადიქციას განიხილავენ, როგორც ფუნქციას იმ ადამიანებს შორის კავშირებისა/ ურთიერთობისა, რომლებიც მისდევენ ან არ მისდევენ ადიქციურ ქცევას. ადამიანთა შორის კავშირები და ურთიერთქმედება განაპირობებს ადიქციის გავრცელებას სხვადასხვა პოპულაციაში, ქვეპოპულაციასა და ჯგუფში. სოციალური ქსელების თეორიების მიხედვით, ადიქციის გავრცელება ემსგავსება ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების კანონზომიერებას: ის ვრცელდება კლასტერებად, ოჯახებიდან – გარეთ, ადგილობრივი გეოგრაფიული არეალის ჯგუფებში, შემდგომ – ქვეჯგუფებსა და სუბკულტურებში, დაბოლოს – მთლიან პოპულაციაში (Christakis & Fowler, 2008; Rosenquist et al., 2010; Valente et al., 2003).</p>
<p>რეფლექსურ პროცესზე დაფუძნებული თეორიები ადიქციას ხსნიან, როგორც გაცნობიერებულ არჩევანს, რომელიც დაფუძნებულია ქცევის კონკრეტული კურსის პოტენციური მოგებისა და ხარჯის შედარება-შეფასებაზე. მაგ.:</p> <ul style="list-style-type: none"> -რაციონალური არჩევანის თეორია ადიქციური ქცევის მიღმა სხვადასხვა ალტერნატივის ანალიზის საფუძველზე განხორციელებულ არჩევანს ხედავს (Davies, 1997; Lussier et al., 2006); -ცთომილი არჩევანის თეორია ადიქციის მიღმა ემოციებსა და მცდარ კოგნიციებზე დაფუძნებულ არჩევანს ხედავს (Andreou, 2008; Pfister and Bohm, 2008; Skog, 2000). 	<p>ქცევის ეკონომიკური მოდელი გულისხმობს, რომ ადიქციური ქცევის პრევალენტობა შესაძლებელია ვიწინასწარმეტყველოთ ეკონომიკური კანონოვებით, გამომდინარე ადიქციური ქცევისა და მისი ალტერნატიული ქცევების ფასიდან (და ფასთან შორის სხვაობიდან). ერთ-ერთი ეკონომიკური მახასიათებელია, მაგ., ფასის ელასტიურობა, რაც გულისხმობს, რომ პროდუქტზე მოთხოვნა იკლდება მისი ფასის ზრდასთან ერთად, რაც დასტურდება როგორც ლეგალური (მაგ., თამბაქოსა და ალკოჰოლის), ასევე არალეგალური საშუალებების შემთხვევაში (Liu et al., 1999).</p>

<p>მიზანზე დაფუძნებული თეორიები ადიქციას ხსნიან, როგორც გარკვეული მიზნის მიღწევაზე ორიენტირებულ ქცევას. მაგ.:</p> <p>-ე.წ. პოზიტიური განმტკიცების თეორია ადიქციას განიხილავს, როგორც პოზიტიური განმტკიცების ანუ ჯილდოს მიღებაზე ორიენტირებულ ქცევას (Cawley et al., 2004; Kelley and Berridge, 2002; Koob & Le Moal, 2005; Wise and Bozarth, 1987);</p> <p>-ე.წ. საჭიროებების თეორიები ადიქციურ ქცევას უყურებენ, როგორც ამა თუ იმ საჭიროების დაკმაყოფილებაზე (მაგ., დეპრესიის, ან სტრესის გამო არსებულ ნეგატიურ ემოციებთან გაგამკლავებაზე) მიმართულ ქცევას (Jane-Llopis & Matytsina, 2006) და ა.შ.</p>	<p>კომუნიკაციური/მარკეტინგის მოდელის თანახმად, ადიქციის განვითარება და ასევე, შეწყვეტა, დამოკიდებულია მარკეტინგულ კომუნიკაციაზე – დაწყებული ლეგალური და არალეგალური ნივთიერებების მარკეტინგით, დამთავრებული მათი მოხმარების საწინააღმდეგო სოციალური მარკეტინგითა და კომუნიკაციით. მაგალითად, არსებობს მტკიცებულება, რომლის თანახმადაც ალკოჰოლისა და თამბაქოს მარკეტინგი ზრდის მათ გაყიდვებს (Gordon et al., 2011). ასევე, არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ მათ წინააღმდეგ მიმართული სოციალური მარკეტინგი ამცირებს მათ გაყიდვებს (Stead et al., 2007).</p>
<p>ინტეგრაციული თეორიები ადიქციურ ქცევას ხსნიან, როგორც ავტომატური, ასევე რეფლექტიური პროცესების კომბინაციით. მაგ.:</p> <p>-ე.წ. თვითრეგულაციის თეორიების თანახმად, ადიქცია არის როგორც იმპულსის კონტროლის, ასევე ცნობიერად დაგეგმილი გადაწყვეტილების განხორციელების უნარის დაქვეითება (Hustad et al., 2009; Smith and Marshall, 2007; Tangney et al., 2004).</p>	<p>სისტემური თეორია ადიქციას განიხილავს სისტემების თეორიის შუქზე, ამიტომ, ხაზს უსვამს სისტემის სხვადასხვა კომპონენტს შორის ურთიერთმიმართებას. ამ თეორიის თანახმად, ადიქციური ქცევა არის კომპლექსური სოციალური სისტემის კომპონენტებს შორის (ხელისუფლება, ადიქციის საშუალებების სხვადასხვა ინდუსტრია, საზოგადოება) ურთიერთქმედების ფუნქცია (Ahn et al., 2006; de Savigni, 2009). ამის მაგალითია თამბაქოს რეგულირება (მისი რეკლამირების შეზღუდვა, ფასი, სოციალური მარკეტინგი, საზოგადოების დამოკიდებულება, და ა.შ.) და ის წარმატება, რომელსაც მიაღწიეს ამგვარი რეგულირების საშუალებით მსოფლიოს რიგ ქვეყნებში თამბაქოს მოხმარების კლების თალსაზრისით (Borland et al., 2006).</p>
<p>ცვლილებაზე ფოკუსირებული თეორიები ადიქციის ფენომენს განიხილავენ ცვლილების ციკლის ფაზების მონაცვლეობის შუქზე (Prochaska and DiClemente, 1983, 1984; Prochaska et al., 1992)</p>	
<p>ბიოლოგიური თეორიები ადიქციას ხსნიან ნეირომექანიზმებიდან გამომდინარე (Brewer & Potenza, 2008).</p>	

ურბანულ გარემოში მოზარდების ადიქციური ქცევის ასახსნელად შეიქმნა ე.წ. სოციალური სტრესის მოდელი – ინტეგრაციული

მიდგომა, რომელიც ზევით მოყვანილ ცხრილში გადმოცემულ თეორიათა და მოდელების რიგს აერთიანებს. კერძოდ, სოციალური სტრესის მოდელი აერთიანებს, ერთი მხრივ, ინდივიდზე ორიენტირებულ მიდგომებს (სტრესთან გამკლავება – მიზანზე ორიენტირებული თეორიები, კომპეტენციები და უნარ-ჩვევები – ინტეგრაციული თეორიები, ოჯახური სისტემის ცვლადები და სოციალური დასწავლა – იმიტაციის თეორიები), და მეორე მხრივ, სოციალური ქსელის, ეკონომიკური ქცევის, მარკეტინგისა და სისტემურ მიდგომებს, განსაკუთრებული აქცენტით ოჯახისა და თანატოლთა გავლენებზე. ადიქციის ქცევის ჩამოყალიბებას სოციალური სტრესის მოდელი ამ ფაქტორთა ურთიერთქმედების ფუნქციად ხედავს (Rhodes & Jason, 1988). რამდენადაც მოდელი ინტეგრალურია, ის ითვალისწინებს იმ სხვადასხვა დონეზე მოქმედ მოხმარების რისკისა და დამცავ ფაქტორებს, რომელზეც ვისაუბრეთ ზედა ქვეთავში. მოდელში, ჩვეულებრივ, გამოყოფენ შემდეგ ოთხ კონსტრუქტს: სტრესი, სოციალური ქსელი, სოციალური კომპეტენციები და რესურსები (Lindenberg et al., 1993). სტრესი შესაძლოა გამოწვეული იყოს ოჯახური, სკოლის, თანატოლთა, თუ სათემო რისკის ფაქტორების ზეგავლენით. იმის მიხედვით, თუ რა ინტერპრეტაციას უკეთებს სტრესს მოზარდი, და როგორ უმკლავდება მას, მისი წვდომა ამა თუ იმ რესურსზე განსხვავებულია. იმ მოზარდებს, რომელთა გარემოცვაშიც მეტი დაცვითი ფაქტორი მოქმედებს (პოზიტიური სოციალური ქსელი, ოჯახური კავშირები, სათემო შეჭიდულობა და ა.შ.), მეტი შესაძლებლობა აქვთ სტრესთან გამკლავების და შესაბამისად, სტრესის მიმართ მედეგობის უფრო მაღალი პოტენციალი. ხოლო იმ მოზარდებმა, რომელთა გარემოცვაში დაცვითი ფაქტორები ნაკლებადაა წარმოდგენილი და შესაბამისად, მეტად ექვემდებარებიან სტრესს, შესაძლოა დაიწონ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება ისეთი რისკის ფაქტორების გავლენით, როგორცაა ზეწოლა თანატოლთა მხრიდან, ფსიქოაქტიური საშუალებების ხელმისაწვდომობა და ა.შ.; ეს დროებით აქვეითებს მათ სტრესს და თავის მხრივ, განამტკიცებს მოხმარების ქცევას.

ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ქცევისა და ადიქციების ასახსნელად ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია გვთავაზობს სოციალური სტრესის მოდელის მოდიფიცირებულ ვერსიას, სადაც განსაკუთრებული როლი ენიჭება მოხმარების სოციალურ დეტერმინანტებს (WHO, 2000). უკანასკნელ წლებში შეგროვდა სოლიდური მტკიცებულება ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების სოციალურ ფაქტორებზე და ინდივიდუალური და სოციალური ფაქტორების ურთიერთქმედებაზე (Strickland & Smith, 2014), რაც მოდელს მეტ წონას სძენს.

სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელის საბაზო პოსტულატი მდგომარეობს შემდეგში: რაც მეტი რისკის ფაქტორი ზემოქმედებს მოზარდზე, და რაც ნაკლები დამცავი ფაქტორია მის გარემოცვაში, მით მეტად მოწყვლადია იგი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დაწყებისა და გაგრძელების თვალსაზრისით. ეს პოსტულატი, ფაქტობრივად, თანამედროვე პრევენციული პროგრამების საბაზო ორიენტირია (NIDA, 2011a; EMCDDA, 2011; EMCDDA, 2019; EUDAP, 2011).

სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელი შედგება შემდეგი კომპონენტებისგან და გულისხმობს მათ ურთიერთქმედებას: სტრესორთა სისტემა რომელსაც განიცდიან მოზარდები (1), ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ქცევისა და სიტუაციების ნორმალიზება მათ სოციალურ გარემოცვაში (2), უშუალო ეფექტი, რომელსაც ახდენს მოხმარება მოხმარებელზე (3), მიჯაჭვულობის ტიპი (4), უნარ-ჩვევები და კომპონენტენციები (5), დაბოლოს – რესურსები არსებული მათ სოციალურ გარემოცვაში (6). ქვევით დავახასიათებთ თითოეულ ამ კონსტრუქტს.

სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელი სტრესს ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ცხოვრებაში განიხილავს სტრესორთა კლასიფიკაციის პრიზმაში, რომელიც შევაჯამეთ ცხრილ №12-ში (Rhodes & Jason, 1988; WHO, 2000):

ცხრილი №12: სოციალური სტრესორების სისტემა, როგორც ფსიქოქტიური საშუალებების მოხმარების რისკ-ფაქტორები, რომელიც ზემოქმედებს ქუჩის ბავშვებზე

სტრესის კატეგორია	განმარტება
დიდი მასშტაბის ცხოვრებისეული სტრესორები	მშობლ(ებ)ის გარდაცვალება, მიტოვება, იძულებითი ადგილნაცვალობა, სერიოზული უბედური შემთხვევები, ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა, სტიქიური უბედურება და ა.შ.
მიმდინარე ცხოვრებისეული სირთულეები	სიღარიბე, ადამიანის უფლებათა დარღვევები, განათლებისა და განვითარების პირობების სიმწირე, ბრალეულობის გრძნობა კომერციული სექსის გამო და ა.შ.

<p>ყოველდღიური საზრუნავი</p>	<p>საკვებისა და ტანსაცმლის მოპოვება, ღამის გასათევის მოძიება, ძალადობისგან და პოლიციისგან თავის დაცვა, კონფლიქტების პრევენცია და მოგვარება (სხვა ქუჩის ბავშვებთან, მათ ლიდერებთან ანუ ე.წ. „ავტორიტეტებთან“ და ა.შ.).</p>
<p>ცხოვრებისეული ცვლილებები</p>	<p>გეოგრაფიული ტერიტორიის ცვლილება, სოციალური ქსელის/ჯგუფის ცვლილება, შეყვარებულის გაჩენა და ცხოვრების წესის ცვლილება – ყველაფერი, რაც ქცევის ცვლილებას მოითხოვს.</p>
<p>ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები</p>	<p>მოზარდობის ასაკს ახლავს ცვლილებების მთელი რიგი: ფსიქოსექსუალური, ფიზიკური, აზროვნების, ემოციური, სოციალური როლის და ა.შ., რაც თავისთავად იწვევს სტრესს.</p>

რაც შეეხება ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ნორმალიზების კონსტრუქტს, მოდელის თანახმად, თუ მოხმარების ქცევა და სიტუაცია აღიქმება სოციალურ ქსელში როგორც ნორმა, ეს ქმნის ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში მოხმარების და შესაბამისად, ადიქციური ქცევის გაგრძელების რისკს (Anderson et al., 2009; Christakis & Fowler, 2008; Gordon et al., 2011; Kandel and Andrews, 1987; Liu et al., 1999; Lovato et al., 2011; Rosenquist et al., 2010; Valente et al., 2003). მოხმარების ქცევისა და სიტუაციის ნორმად აღქმას (ნორმალიზებას) ხელს უწყობს შემდეგი ფაქტორები:

ცხრილი №13: ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ნორმალიზების (ნორმად აღქმის) სოციალური ფაქტორები

მოხმარების ნორმად აღქმის ფაქტორები	განმარტება
ლეგალურობა, სამართლებრივი რეგულაციები, პრაქტიკები	თუ საშუალება ლეგალურია, ის უფრო მისაღებია მთალიანად საზოგადოებისა და კონკრეტულად, ქუჩასთან დაკავშირებული თემისთვის. ასევე, ქუჩასთან დაკავშირებული თემისთვის მისაღები ხდება ის საშუალებები, რომელიც არალეგალურია, მაგრამ რომლის მოხმარებაზეც ძალიან სტრუქტურები თვალს ხუჭავენ.
გეოგრაფიული და ასაკობრივი ხელმისაწვდომობა	რაც უფრო ადვილი ხელმისაწვდომია ესა თუ ის ფსიქოაქტიური საშუალება (მაგ., თამბაქო რომელსაც ღერა-ღერა ყიდიან, ალკოჰოლი, რომელსაც ჭიქა-ჭიქა ყიდიან მყიდველის ასაკის მიუხედავად) და აქროლადი გამხსნელები (მაგ., წებო, ნებზინი) – მით უფრო ნორმალიზებულია მისი მოხმარების აღქმა.
ფასი (ეკონომიკური ხელმისაწვდომობა)	რაც უფრო იაფია ფსიქოაქტიური საშუალება, მით უფრო ნორმალიზებულია მისი აღქმა და მით უფრო ფართოა მისი გავრცელება.
რეკლამირება, სპონსორობა	რეკლამირება (მაგ., ალკოჰოლის) იწვევს მისი მოხმარების ნორმალიზებას; ასევე, სხვადასხვა ინდუსტრიები (მაგ., ალკოჰოლის, თამაშის) ასპონსორებენ ამა თუ იმ ჯანსაღი ცხოვრების ღონისძიებას, ან მკურნალობას, და ესეც ანორმალიზებს ამ ინდუსტრიების პროდუქტის მოხმარებას და ხელს უწყობს მოხმარების ფართოდ გავრცელებას.

პრეზენტაცია მედიაში	სხვადასხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ჩვენება მედიაში სახალისო, სახიფათო, თუ სექსუალურ ატმოსფეროში ასევე ანორმალიზებს მათ მოხმარებას. ქუჩის ბავშვები, რომელთაც უფრო ხშირად არა აქვთ ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე ალტერნატიული ინფორმაციის მიღების საშუალება, უფრო ადვილად ექცევიან მედიის გავლენის ქვეშ.
მიმღებლობა თემის მიერ	თუ ფსიქოაქტიური საშუალების გასაღებას მნიშვნელოვანი შემოსავალი მოაქვს კონკრეტული თემისთვის (მაგ., ქუჩასთან დაკავშირებული თემისთვის), მოცემულ თემში ამ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება ნორმალიზებულია.
კულტურის როლი	ნორმალიზებულია, ასევე, იმ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება, რომლებიც ამა თუ იმ ჯგუფის კულტურის ნაწილია (მაგ., ოპიუმი აზიაში, ღვინო საქართველოში, მარიხუანა აფრიკასა და ლათინურ ამერიკაში და ა.შ.).

სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელის თანახმად, ასევე, მნიშვნელოვან ფაქტორს წარმოადგენს მოხმარების შედეგი/ ეფექტი – თუ ის აკმაყოფილებს მომხმარებლის ამა თუ იმ საჭიროებას, ეს განამტკიცებს მოხმარების ქცევას. ეს კვლევითაც დასტურდება (Cawley et al., 2004; Jane-Llopis & Matytsina, 2006; Kelley and Berridge, 2002; Koob & Le Moal, 2005). ეს ეფექტი დამოკიდებულია სამი რიგის ფაქტორებზე: ინდივიდთან დაკავშირებულ ფაქტორებზე (მისი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჯანრმთელობის მდგომარეობა, გუნება-განწყობილება მოხმარებამდე, მოხმარების გამოცდილება, მოლოდინი მოხმარების ეფექტის მიმართ და ა.შ.), ნივთიერებასთან დაკავშირებულ ფაქტორებზე (ნივთიერების სახეობა, შემადგენლობა, მოხმარების გზა და ა.შ.), და ასევე, ვითარებაზე, რომელშიც ხდება მოხმარება (ფიზიკური გარემო, ჯგუფური ატმოსფერო და მოლოდინები – თუ ჯგუფში მოიხმარება, და ა.შ.).

სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელის შემდგომი მნიშვნელოვანი კონსტრუქტია მიჯაჭვულობა, რომელსაც მოდე-

ლის ავტორები განიხილავენ ფართოდ – როგორც ადამიანებთან, ადამიანთა ჯგუფებთან, ცხოველებთან, ინსტიტუციებთან ბმას, დაფუძნებულს მიმღებლობაზე. მოდელის ავტორები ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების შემთხვევაში განიხილავენ ორი ტიპის მიჯაჭვულობას. ეს არის: „პოზიტიური მიჯაჭვულობა“, რომელიც გულისხმობს ბმას ისეთ ადამიანებთან, რომლებიც ხელს უწყობენ ჯანსაღი გადაწყვეტილებების მიღებას ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე (და შესაბამისად, არ არიან დაკავშირებული ფსიქოაქტიური საშუალებების გასაღებასა თუ მიღებასთან) და, „ნეგატიური მიჯაჭვულობა“, რომელიც გულისხმობს ბმას ისეთ ადამიანებთან, რომლებიც უბიძგებენ არაჯანსაღი გადაწყვეტილებების მიღებისკენ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე (და შესაბამისად, დაკავშირებული არიან ფსიქოაქტიური საშუალებების გასაღებასა თუ მოხმარებასთან). „ნეგატიური მიჯაჭვულობა“ მნიშვნელოვანწილად ზრდის ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების რისკს, რაც კვლევით დასტურდება (Kawachi et al., 2008; Green, 2010).

სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელის თანახმად, ასევე, მნიშვნელოვან კონსტრუქტს წარმოადგენს ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევები და შინაგანი რესურსები. აქ იგულისხმება ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ფსიქოსოციალური, მორალური და ამა თუ იმ პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებული კომპეტენციები. ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების თავიდან აცილების თვალსაზრისით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სამ ძირითად კლასს (Botvin, G. & Griffin, K., 2014): (1) ზოგადი სოციალური კომპეტენციები (ეფექტური კომუნიკაცია, კონფლიქტის მართვა, ასერტიულობა და ა.შ.); (2) თვითმართვის უნარები (ემოციური თვითრეგულაცია, პრობლემების გადაჭრა, მიზნების დასახვა, მათი მიღწევის დაგეგმვა და განხორციელება და ა.შ.); (3) ფსიქოაქტიური საშუალებების მიმართ წინააღმდეგობის გაწევის უნარი („არა“-ს თქმა ზეწოლის სიტუაციებში და ა.შ.).

დაბოლოს, *სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელის* კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი კონსტრუქტი – გარემოში არსებული სოციალური რესურსებია. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის ეს არის ურთიერთმხარდაჭერის ქსელები, ჯანმრთელობისა და სოციალური ზრუნვის ინფრასტრუქტურა, და ა.შ. კვლევათა მთელი მასივი იძლევა მტკიცებულებას იმის თაობაზე, რომ სოციალურ გარემოში არსებული რესურსები ეხმარება ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს გაიუმჯობესონ ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობა – მაგალითად, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული

სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მოპოვების გზით, მიიღონ ფიზიკური, მატერიალური, ემოციური მხარდაჭერა, ეძიონ დახმარება და თავადაც დაეხმარონ თანატოლებს, და ა.შ., ხოლო ეს ყველაფერი თამაშობს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებისგან დამცავი ფაქტორების როლს (Amoah & Jørgensen, 2014; Boyden & Mann, 2005; Fergus & Zimmerman, 2005).

5.3. ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში

ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში ფსიქოაქტიურ საშუალებათა მოხმარების ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევების სისტემურმა მიმოხილვამ, რომლის ფარგლებშიც 50 სხვადასხვა კვლევა იყო განალიზებული, გამოავლინა, რომ 27 ქვეყნისთვის ნებისმიერი ფსიქოაქტიური საშუალების ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარების გავრცელება იყო გამოკითხულთა 60%; 14 ქვეყნისთვის, აქროლადი გამსხნელების მოხმარების გავრცელება ცხოვრებაში ერთხელ მაინც იყო გამოკითხულთა 47%-ში. ამავე კვლევის თანახმად, ყველაზე ფართოდ გავრცელებული იყო აქროლადი გამსხნელების მოხმარება, შემდგომ თამბაქოსი, ალკოჰოლისა და მარიხუანის (Embleton et al., 2013). ამავე კვლევის ავტორები მიუთითებენ მნიშვნელოვან ღიობებზე ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში ფსიქოაქტიური საშუალებების კვლევის თვალსაზრისით: გამოკვლევების უმრავლესობა არის დესკრიპტული ხასიათის, შესრულებული კროს-სექციული მეთოდოლოგიით, რაც არ იძლევა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების ლონგიტუდური გადევნების საშუალებას.

საინტერესოა ცალკეულ ქვეყნებში ჩატარებულ კვლევათა შედეგებიც. მაგალითად, ბრაზილიაში ჩატარებულ გამოკვლევაში, რომლის ფარგლებშიც შესწავლილ იქნა ქვეყნის 27 შტატში მცხოვრები 10-დან 18 წლამდე 2,807 ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვი, მოზარდი და ახალგაზრდა (რომელთაგან ნაწილი ქუჩაში ცხოვრობდა, ხოლო ნაწილი დღის გარკვეულ ნაწილს ატარებდა იქ), ფსიქოაქტიური საშუალებების ხშირი და მძიმე (უფრო დიდი დოზებით) მოხმარება გამოვლინდა 47.7%-თან; თამბაქოს მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 37.9%-მა, აქროლადი გამსხნელებისა – 23.3%-მა, ალკოჰოლისა – 22%-მა, მარიხუანას მოხმარება – 19.5%-მა. გამოკითხულთა 74.2%-მა მიუთითა ერთზე მეტი ფსიქოაქტიური საშუალების მოხმარება გასული წლის მანძილზე. დამცავი ფაქტორების როლში აქ მოგვევლინა: სკოლაში სიარული, ქუჩაში ნაკლები დროის გატარება (მაგალითად, მოხმარება ნაკლები იყო იმ ბავშვებში, ვინც

ქუჩაში ერთ წელზე ნაკლები ხნის წინ გადავიდა საცხოვრებლად, ასევე მათ შორის, ვისაც ქუჩაში არ ეძინა), ოჯახური კავშირები, და ოჯახური ძალადობის გამოცდილების არქონა (Moura et al., 2012).

თვისებრივ გამოკვლევაში, რომელიც გამბიაში ჩატარდა, მკვლევარი შეეცადა ეკვლია 7-17 წლის ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებსა და მოზარდებში (40 რესპონდენტთან) ცნობიერების დონე ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე, დამოკიდებულება ფსიქოაქტიური საშუალებების მიმართ, წარმოდგენები მოხმარების მიზეზებზე, ცოდნა დახმარების საშუალებებზე და დახმარების ძიების ქცევა. კვლევამ გამოავლინა, რომ ბავშვებსა და მოზარდებს აქვთ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე ცნობიერების მაღალი დონე, ამავდროულად მათ აქვთ შერეული გრძობები/დამოკიდებულება მოხმარების მიმართ: ერთი მხრივ, იციან რისკები, მეორე მხრივ მოხმარება მათ ბევრ დადებით „განმტკიცებას“ აძლევს: სტრესისგან განთავისუფლებას, აღიარებასა და ნდობას თანატოლებისგან და ა.შ. კვლევამ ასევე აჩვენა, რომ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოსაპოვებლად ბავშვები მიმართავენ სარისკო ქცევას (მაგ., ქურდობას, სექსს და ა.შ.). კვლევის შედეგების თანახმად, მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვები კარგად არიან გათვითცნობიერებული, თუ რა დაწესებულებებს შეუძლიათ მიმართონ ფსიქოაქტიურ საშუალებებზე დამოკიდებულების პრობლემის სამკურნალოდ, ისინი არ მიმართავენ ამ დაწესებულებებს, რადგანაც აქვთ სტიგმატიზებისა და დისკრიმინაციის შიში როგორც საკუთარი წრის, ასევე სამედიცინო პერსონალის მხრიდან (Bah, 2018).

ირანში ჩატარებულმა თვისებრივმა გამოკვლევამ 7-დან 18 წლამდე ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებსა და მოზარდებში გამოავლინა, რომ ის ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები და მოზარდები, რომელთა ოჯახებშიც იყო დამოკიდებულებასთან დაკავშირებული პრობლემები, უფრო ადრე იწყებდნენ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას, ხოლო მოხმარების ქცევის დაწყება დაკავშირებულია ქუჩის ფსიქოაქტიურ საშუალებათა ბიზნესში ჩართულ პირთა ზეწოლასთან და ასევე, დამოკიდებულია თანატოლთაგან მიღებულ ინფორმაციაზე ფსიქოაქტიური საშუალებების სასურველი ეფექტების თაობაზე (Dejman, et al., 2015). ოჯახის წევრების, განსაკუთრებით, დედებისა და დაძმების გავლენა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დაწყებასა და განგრძობაზე (და ასევე, შეწყვეტაზე) დაადასტურა ეთიოპიის ერთერთ ქალაქში ჩატარებულმა კროს-სექციულმა გამოკვლევამ (Ayenew et al., 2019).

საქართველოში, გაეროს ბავშვთა ფონდის მიერ 2018 წელს ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების კვლევის ფარგლებში, სხვა პრობლემათა შორის, გამოვლინდა

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება. კერძოდ, კვლევის თვისებრივ ნაწილში რესპონდენტებმა ისაუბრეს ე.წ. „ჩარჩენილ ბავშვებზე“, რომლებიც ნარკოტიკებს მოიხმარენ, დაქვეითებული აქვთ ინტერესები სხვა მოვლენების მიმართ, და ამის გამო სკოლაში ერთსა და იგივე კლასში რჩებიან (გაეროს ბავშვთა ფონდი, 2018).

საქართველოს ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების უფრო დეტალური კვლევა ჩატარებულ იქნა 2019 წელს, პროექტის „აივ ინფექციის პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებთან“ ფარგლებში. კვლევა ჩატარდა შერეული – თვისებრივი და რაოდენობრივი მიდგომით. თვისებრივ კვლევაში იყო ორი კომპონენტი: 1) ჩაღრმავებული ინტერვიუები ექსპერტებთან, რომლებმაც მოიაზრებოდნენ ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებთან, მოზარდებთან და ახალგაზრდებთან მომუშავე სხვადასხვა პროფესიის წარმომადგენლები: სოციალური მუშაკები, ფსიქოლოგები, თანასწორგანმანათლებლები, მძღოლები და ა.შ., სულ 22 რესპონდენტი; 2) ჩაღრმავებული ინტერვიუები 10-19 წლის 80 ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვთან, მოზარდსა და ახალგაზრდასთან. კვლევის რაოდენობრივ ნაწილში მონაწილეობდა 10-19 წლის 300 ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვი, მოზარდი და ახალგაზრდა, მათგან – 162 ბიჭი და 138 გოგო. მათ მიერ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება შესწავლილ იქნა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების სკრინინგ-კითხვარით, რომელიც შემუშავებულ იქნა პროექტის ფარგლებში.

ჩაღრმავებულმა ინტერვიუებმა ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებთან, მოზარდებთან და ახალგაზრდებთან გამოავლინა, რომ ისინი გათვითცნობიერებულები არიან ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე, თუმცა მარინუანას სხვა ფსიქოაქტიურ საშუალებებთან (თამბაქოსთან, „ბიო“-სთან) შედარებით უწყინარად მიიჩნევენ. მოხმარების მიზეზებად დასახელდა სტრესი („ნერვიულობის გამო“), გართობის სურვილი, მიმბაძველობა („იმის გამო რომ ოჯახის წევრები მოიხმარენ“), მოწონება („გამასინჯეს და მომეწონა“), პრესტიჟულობა/პოპულარობა („კარგი ბიჭი რომ გამოჩნდე“). რესპონდენტებმა ხაზგასმით აღნიშნეს, რომ მათ არავინ აძალეხს ნარკოტიკული საშუალებების მიღებას, თუმცა აქროლადი გამხსნელები (კერძოდ, წებო) შემოუთავაზებიათ. რაც შეეხება ალკოჰოლს, გამოკითხული მოზარდები ალკოჰოლის დაძალევაზე საუბრობდნენ, უფროსების (ოჯახის წევრების) მხრიდან და ამავე დროს აღნიშნავდნენ, რომ ქუჩაში მათ დალევას არ აძალეხენ. გამოკითხულმა სერვისის მიმწოდებლებმა აღნიშნეს, რომ ბევრი მშობელი დამოკიდებულია ალკოჰოლზე, თუმცა არა აქვს კრიტიკა და ვერ აცნობიერებს დამოკიდებულებას. რაც შეეხება ალკოჰოლის დალევის მოტივაციას, მოზარდები საუბრობდნენ კვლავ სტრესის-

გან („ნერვიულობისგან“) განთავისუფლებაზე, იმიჯზე თანატოლთა წრეში („კარგი ბიჭი რომ გამოჩნდეს“), მიზაძვაზე, სასმელის სიყვარულზე („უბრალოდ მომწონს“), სინამდვილიდან გაქცევის მოტივზე („გბეზრდება სულ ერთი და იგივე და წასვლა გინდა“), ოჯახური პრობლემებისგან გამოწვეული სტრესის დაქვეითებაზე („ჩემი ამხანაგები ოჯახურ პრობლემებს ველარ უძლებენ, გამოდიან ქუჩაში და ალკოჰოლსაც და ნარკოტიკებსაც ამიტომ იღებენ“).

რამდენადაც კვლევის მონაწილე ბავშვებს, მოზარდებსა და ახალგაზრდებს უჭირდათ დროში ორიენტაცია (იხ. მოცემული წიგნის მესამე თავი), რაოდენობრივ კვლევაში მოხერხდა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების გამოკითხვა მხოლოდ უკანასკნელი 30 დღის მანძილზე. შედეგებმა გამოავლინა შემდეგი სურათი:

ალკოჰოლს მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 46.7%-მა; აქედან, ბიჭები იყვნენ 67.2%. ერთ ჯერზე 5 და მეტი ჭიქის (ანუ, ჭარბი) სმა მიუთითა ამ 46.7%-ის 30%-მა; ბიჭებსა და გოგოებს შორის განსხვავება აქ არ გამოვლინდა, მაგრამ გამოვლინდა განსხვავება ასაკობრივ ჯგუფებში: ჭარბი სმა აღინიშნებოდა 14-19 წლის მოზარდებში და არა მანამდე. ალკოჰოლის მოხმარების გამო ინტოქსიკაცია/დათრობა და ისეთი პრობლემები როგორცაა – მოწამვლა, სიარულის არევა, ენის დაბმა, დავიწყება იმისა თუ რა ხდებოდა და ა.შ. აღნიშნა მომხმარებელთა 18.3%-მა, და აქ არ გამოვლინდა არც ასაკობრივი, არც სქესთა შორის სხვაობა;

აქროლადი გამხსნელების (წებო, ბენზინი, გაზი, საღებავი) მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 7.3%-მა; არც ასაკობრივი სხვაობა, არც განსხვავება გოგოებსა და ბიჭებს შორის აქ სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ ყოფილა;

კანაბისის (მარიხუანა, „პლანი“, ჰაშიში) მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 27.3%-მა, აქედან ბიჭი იყო 72.2%. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ასაკობრივი სხვაობა აქ არ გამოვლინდა;

„ხიმის“ (ბოთლით მოსაწევი) მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 16%-მა, აქედან 75%-ი ბიჭია; ასაკობრივი სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი სხვაობა არ გამოვლინდა;

საძილე და დამამშვიდებელი საშუალებების გამოყენება მიუთითა გამოკითხულთა 9.3%-მა. სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავება სქესთა შორის ან ასაკობრივ ჯგუფებს შორის აქ არ გამოვლინდა;

ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების („ბიო“) მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 13%-მა, რომელთა 76.9% არიან ბიჭები. ასაკობრივი განსხვავებები აქ არ დადასტურდა;

ჰალუცინოგენების (LSD, სოკოები, მჟავები და ა.შ.) მოხმარება მიუთითა 3.3%-მა, ასაკობრივი სხვაობა და განსხვავება ბიჭებსა და გოგოებს შორის აქ არ გამოვლინდა;

სტიმულატორების (ამფეტამინები, ექსტაზი) მოხმარება მიუთითა გამოკითხულთა 2.2%-მა, ასაკობრივი და სქესთა შორის სხვაობები არ გამოვლენილა;

კოკაინის (კრეკის) მოხმარება მიუთითა კვლევის ორმა, ხოლო ინექციური გზით მოხმარება – სამმა მონაწილემ.

იმისთვის, რომ კვლევის შედეგები შედარებადი ყოფილიყო საქართველოში ეროვნული მასშტაბით ჩატარებულ ევროპის სასკოლო გამოკითხვის¹ შედეგებთან (სტურუა, 2016), რომელიც 16 წლის მოზარდებთან ტარდება ხოლმე, ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების კვლევიდან ცალკე მოხდა დამუშავება მხოლოდ 16 წლის მონაწილეთა შედეგების. კერძოდ, დათვლილ იქნა ალკოჰოლის შედეგები, რამდენადაც ეროვნული მასშტაბის გამოკითხვაში ალკოჰოლისა და თამბაქოს გარდა ყველა სხვა ნივთიერებების მოხმარება დათვლილია ცხოვრების მანძილზე. შედარებამ გამოავლინა, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული 16 წლის მოზარდების მიერ ალკოჰოლის მოხმარება უკანასკნელი 30 დღის მანძილზე არის 69%, რაც მნიშვნელოვანწილად აღემატება 16 წლის მოზარდების საშუალო ეროვნულ მონაცემს – 43%-ს (სტურუა, 2016), ისევე, როგორც საშუალო ევროპულ მონაცემს – 48% (ESPAD, 2015); ამავე დროს, დათრობა უკანასკნელი 30 დღის განმავლობაში მიუთითა ქუჩასთან დაკავშირებული 16 წლის მოზარდების 24.1%-მა, მაშინ როცა საქართველოს 16 წლის მოზარდებში ანალოგიური ეროვნული მასშტაბის მაჩვენებელია 41% (სტურუა, 2016), ხოლო საშუალო ევროპული – 35% (ESPAD, 2015).

საქართველოში ჩატარებული ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების კვლევის შედეგებს, ასევე, ვერ ვადარებთ მოცემული თავის დასაწყისში მოყვანილ სისტემურ მიმოხილვას, რამდენადაც იქაც მონაცემები გადმოცემულია ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარების თვალსაზრისით.

5.4. ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში

ქუჩასთან დაკავშირებულ ბავშვებში, მოზარდებსა და ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენციული მიმართულებები შეგვიძლია პირობითად სამ სტრატეგიულ ხაზად დავაჯგუფოთ, ესენია: (1) ქუჩაში გასვლის პრევენცია, (2) ოჯახში დაბრუნებაზე ზრუნვა, (3) ქუჩის პირობებში ჯანსაღი არჩევანის გაკეთების ხელშეწყობა. ეს მიმართულებები არ არის ერთმანეთის ალტერნატიული და შესაძლოა პარალელურად ხორციელდებოდეს – იმ

1 European School Survey on Alcohol and other Drugs – ESPAD

ფაქტის გათვალისწინებით, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები არ წარმოადგენენ სტატიკურ კატეგორიას და პერიოდულად იცვლიან ცხოვრების ფორმატს. ქვევით მიმოვიხილავთ თითოეულ სტრატეგიულ მიმართულებას.

ქუჩაში გასვლის პრევენციაზე ზრუნვა

რამდენადაც ქუჩაში ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების მაღალი რისკის წინაშე დგებიან, მათი ქუჩასთან დაკავშირების თავიდან აცილებაზე ზრუნვა, ფაქტობრივად, ფსიქოაქტიური საშუალებების პრევენციასაც ახდენს. ხშირად ახალგაზრდები, მოზარდები და ბავშვები ქუჩაში იმიტომ გადიან, რომ ოჯახთან ცხოვრება (ძალადობისა თუ ეკონომიკური სიდუხჭრის გამო) მათთვის გაუსაძლისი ხდება (Aufseeser, 2017). შესაბამისად, პრევენციული ჩარევების მთელი რიგი მიმართულია სწორედ ოჯახის ფუნქციონის ამაღლებაზე, სიღარიბესთან გამკლავებაზე და შესაბამისად, ქუჩაში გასვლის თავიდან აცილებაზე. ასევე, მიდის მუშაობა სკოლის ინკლუზიური კლიმატის ხელშეწყობაზე, რამდენადაც კვლევების დიდი მასივი ადასტურებს, რომ სკოლაში „დამაგრება“ მნიშვნელოვანი დაცვითი ფაქტორია ზოგადად არასრულწლოვანთა დელიქვენტობის და კონკრეტულად ქუჩაში გასვლისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენციისთვის (UNODC, 2018; UNODC, 2015; ჯავახიშვილი და მახაშვილი, 2011; მახაშვილი და ჯავახიშვილი, 2011). შესაბამისად, მტკიცებულებითი პრევენციული პროგრამების სამიზნეები აქ შემდეგნაირად გამოიყურება:

მშობლების აღჭურვა იმ უნარ-ჩვევებით, რაც მათ ფუნქციური ოჯახური ურთიერთობებისა და პოზიტიური მშობლობის შესაძლებლობებს გაუზრდის. ამგავრი პროგრამების ერთ-ერთ მაგალითს წარმოადგენს მტკიცებულებითი პროგრამა „ოჯახისა და ექთნის პარტნიორობა“ (Olds et al., 1998), რომლის ფარგლებშიც ეკონომიკურად და სოციალურად შეჭირვებულ ფენბშიძიმე ქალებთან (პირველი ფენბშიძიმობის შემთხვევაში) დადიან ექთნები, რომლებიც „აცილებენ“ ქალს ფენბშიძიმობის პროცესში და ბავშვის ცხოვრების პირველი ორი წლის მანძილზე, და ხელს უწყობენ ბავშვის განვითარებისთვის შეძლებისდაგვარად დაცული და კონსტრუქციული გარემოს შექმნას. ახალგაზრდა დედასთან მუშაობა იწყება ჯერ კიდევ ბავშვის დაბადებამდე – აქ ხდება პოზიტიური მშობლობის უნარ-ჩვევების გამომუშავება, თავად დედების მიერ ჯანმრთელობის სასარგებლოდ ქცევის არჩევანის ხელშეწყობა, ძალადობისა და უგულვებელყოფის რისკების შემცირება, ყოფითი და ეკონომიკური პრობლემების მოგვარებაზე ზრუნვა და ა.შ. პროგრამა მტკიცებულებითია და იძლევა მყარ რეზულტატს ქცევითი პრობლემებისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენციის თვალსაზრისით (Olds, 2007);

სკოლის (ადმინისტრაციისა და პედაგოგების) აღჭურვა იმ უნარ-ჩვევებით, რომელიც სკოლას ქცევითი და ემოციური პრობლემების მქონე ბავშვების ინკლუზიის შესაძლებლობებს გაუზრდის და ზოგადად, სკოლის კლიმატს გააუმჯობესებს. ეს გულისხმობს სკოლაში ინკლუზიური, არაძალადობრივი, ზრუნვაზე ორიენტირებული პოლიტიკის დანერგვა-განვითარების ხელშეწყობას, პედაგოგების მომზადებას კლასის უკეთესად სამართავად, სკოლაში ბუღინგის პრევენციაზე მუშაობას და ა.შ. უნდა აღინიშნოს, რომ მთელ რიგ ქვეყნებში, ეყრდნობიან რა ზევით აღნიშნულ მტკიცებულებას, რომლის თანახმადაც აკადემიური მოსწრება და სკოლაში გაკვეთილებზე დასწრება მნიშვნელოვანი დამცავი ფაქტორია, ცდილობენ სკოლაში სიარულისთვის ინსენტივების დამატებითი სისტემის შემოღებას. ერთ-ერთი ამგვარი ინსენტივია, მაგალითად, სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების შვილების უზრუნველყოფა სკოლაში კვების უფასო ვაუჩერებით (UNODC, 2015).

ბავშვებისა და მოზარდების აღჭურვა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევებით, მათი გაძლიერება, ასევე, პრევენციული სამიზნეა. უპირველეს ყოვლისა, აქ მიდის მუშაობა აკადემიური მოსწრების ხელშეწყობაზე, რამდენადაც აკადემიური ჩამორჩენა სკოლის მიტოვების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. გარდა ამისა, ასაკის შესაბამისად, ხორციელდება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი უნარ-ჩვევებისა და სოციალური კომპეტენციების განვითარების პროგრამები, ძირითადად – სასკოლო გარემოში, ექსტრაკურსულური აქტივობების სახით. შედეგად, ბავშვებს უუმჯობესდებათ ემოციური რეგულაციის, პრობლემებთან გამკლავების, თანატოლებთან და ზოგადად სხვა ადამიანებთან ურთიერთიერთობის, ასერტიულობის, ჯანმრთელობის სასარგებლოდ არჩევანის გაკეთების უნარ-ჩვევები. ადრეულ მოზარდობაში ამგვარი პროგრამების ფარგლებში მათ აწოდებენ ინფორმაციას ლეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზე; შუა მოზარდობის ასაკიდან, აგრეთვე, არალეგალური ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებზეც. ამგვარი პროგრამები დროში განვრცობილია და ვარიირებს ხანგრძლივობით ერთი სასკოლო სემესტრიდან 3 წლამდე. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მათი განხორციელების ხარისხს (Botvin, 1998; Botvin & Griffin, 2004; Botvin & Griffin, 2014; Mihalic et al., 2008; EUDAP, 2011).

განსაკუთრებით მოწყვლადი ოჯახებისა და ბავშვების შემთხვევაში, რაც ქუჩასთან დაკავშირების რისკს ზრდის, ყველაზე ეფექტურია სამივე ზევით აღწერილი მიმართულების (ოჯახის/მშობლების, შვილებისა და პედაგოგების/სკოლის აღჭურვა) კომბინაცია. ამგვარი კომპლექსური პროგრამის ერთ-ერთი მაგალითია მტკიცებულებითი პროგრამა „განსაკუთრებული წლების სერია“ (Webster-Stratton,

2005). პროგრამის სამიზნე ჯგუფია 2-დან 10 წლამდე ბავშვები, რომელთაც ქცევითი პრობლემები აწუხებთ, ან ქცევითი პრობლემების განვითარების მაღალი რისკის წინაშე არიან. პრობლემების ქვეშ აქ იგულისხმება იმპულსების კონტროლის დაბალი დონე, ოპოზიციური ქცევა, აგრესიულობა და ა.შ. პროგრამის ფარგლებში ხდება მუშაობა როგორც ბავშვებთან, ასევე მათ ოჯახებთან და პედაგოგებთან. ბავშვებთან, მათი ასაკის შესაბამისად, ხდება განვითარების ამოცანების მიღწევის ხელშეწყობა, მშობლებთან/მზრუნველებთან – მუშაობა პოზიტიური მშობლობის უნარ-ჩვევების განვითარებასა და ოჯახის ფუნქციობის გაუმჯობესებაზე. ეს ხდება როგორც ტრენინგის, ასევე კონსულტირებისა და ოჯახური თერაპიის გზით. პედაგოგებთან ხდება ბავშვის საჭიროებების მიმართ მგრძობიარობის ამაღლებაზე და შესაბამისი პროფესიული უნარ-ჩვევების განვითარებაზე მუშაობა. პროგრამა ძალიან მოქნილია – მოსარგებლეების საჭიროებების შესაბამისად, შესაძლოა მისი კომპონენტების ხვედრითი წილისა და კომპოზიციის ცვლა. პროგრამა შედეგიანია როგორც ქცევითი პრობლემების მართვის, ასევე ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრევენციის თვალსაზრისით (Webster-Stratton & Bywater, 2019).

ოჯახში დაბრუნებაზე ზრუნვა

თუ ბავშვი, მოზარდი ან ახალგაზრდა წამოსულია ოჯახიდან ქუჩაში, მაგრამ მას ყავს ოჯახი, რომელშიც არ არის ძალადობა, და სადაც არის პოტენციალი, რომ ბავშვს განვითარებისთვის ადექვატური პირობები შეუქმნან, ხდება მუშაობა, ერთი მხრივ, ბავშვთან, რათა მას ოჯახში დაბრუნების მოტივაცია გაუჩნდეს, და მეორე მხრივ – ოჯახის წევრებთან – რათა ისინი ბავშვს მომზადებული შეხვედნენ. აქ მუშაობა მიდის ოჯახზე ყოველმხრივი (მულტიდისციპლინური) ზრუნვის პრინციპით – დაწყებული მშობლობის უნარ-ჩვევების ტრენინგით, დამთავრებული დასაქმების პროგრამებით. იმ შემთხვევაში როცა ბავშვს არა ყავს ოჯახი, ან ოჯახში დაბრუნება არ შეესაბამება ბავშვის საუკეთესო ინტერესს, კიდევ ერთი არჩევანია ბავშვის უზრუნველყოფა მიმღები ოჯახით. ამ შემთხვევაში მტკიცებულება გვიჩვენებს, რომ ეფექტურია მიმღები ოჯახების აღჭურვა იმ უნარ-ჩვევებით, რომელიც ბავშვზე ზრუნვის შესაძლებლობებს გაუზრდის. ამგვარი მტკიცებულებითი პროგრამის ერთ-ერთი მაგალითია „მრავალგანზომილებიანი ზრუნვის პროგრამა“ (Chamberlain & Smith, 2003), რომლის სამიზნე ჯგუფია ქრონიკული და მძიმე დანაშაულებრივი ქცევისა და ასევე, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე მოზარდები. პროგრამის ფარგლებში ხდება თემში ოჯახების რეკრუტირება და მომზადება იმისთვის, რომ პროგრამაში ჩართული მოზარდი მიიღონ, საცხოვრებლად და აღსაზრდელად. მიღების შემ-

დგომ, ოჯახი მრავალმხრივ ზრუნავს მოზარდზე – საოჯახო, სასკოლო, სათემო კავშირების გამყარებისა და ბავშვის განვითარებისთვის ადექვატური გარემოს უზრუნველსაყოფად. ბავშვის მიღების წინ ოჯახი გადის შესაბამის ტრენინგს, ხოლო მიღების შემდგომ – სუპერვიზიას გამოცდილ პროფესიონალებთან. მტკიცებულების თანამად, პროგრამაში ჩართვა ამცირებს სამართალდამცავთა მიერ მოზარდის დაკავების შემთხვევებს, და ასევე, ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას (Ficher & Gilliam, 2012).

ჯანსაღი არჩევანის გაკეთებაზე ზრუნვა ქუჩის პირობებში

ქუჩის პირობებში პრევენციული ჩარევის ალგორითმი იკვეთება *სოციალური სტრესის მოდიფიცირებული მოდელიდან*, რომელიც ზევით განვიხილეთ. მეოთხე თავში აღწერილი სერვისების (თავშესაფრები, დღის ცენტრები, მობილური გუნდების მომსახურება და ა.შ.) საშუალებით, აქ ხდება ზრუნვა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისთვის, მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის ქუჩის ალტერნატიული ურთიერთობების ქსელებში ჩართვის შესაძლებლობების შექმნაზე; ხელშეწყობა ურთიერთობისა ისეთ ადამიანებთან (თანასწორგანმანათლებლები, სოციალური მუშაკები, ფსიქოლოგები, მოხალისეები და სხვ.), ვისაც შეუძლია იყვნენ როლური მოდელები ჯანსაღი არჩევანის გაკეთების თვალსაზრისით; ხდება მუშაობა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების სოციალური კაპიტალის ზრდასა და ჯანსაღი (ე.წ. პოზიტიური) მიჯაჭვულობების ჩამოყალიბებაზე. ეს ყველაფერი ქმნის იმის საშუალებას, რომ მოხდეს ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ინფორმირება ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ ზიანსა და რისკებზე. ამავდროს, აუცილებელია უკვე არსებული სოციალური კაპიტალისა და სოციალური ქსელების გამოყენება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რისკებზე ინფორმაციის გასავრცელებლად, რამდენადაც კვლევა უჩვენებს, რომ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს ერთმანეთზე გავლენის დიდი პოტენციალი აქვთ (Schneider, 2004). გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია ზრუნვა სოციალური სტრესორების (ძალადობა, ეკონომიკური სიდუხჭირე და ა.შ.) სისტემასთან გამკლავების ხელშეწყობაზე, ერთი მხრივ, მატერიალური, სამედიცინო, ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენის გზით, რაც ხელს უწყობს კეთილდღეობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, და მეორე მხრივ, ცხოვრებისეულად მნიშვნელოვანი კომპეტენციებისა და უნარ-ჩვევების განვითარებაზე მუშაობის გზით. აღწერილ ფსიქოსოციალურ და, საჭიროების შემთხვევაში, სამედიცინო სამუშაოს ფონად უნდა გასდევდეს მუშაობა ქუჩაში ფსიქოაქტიური საშუალებების ხელმისაწვდომობის შემცირებაზე. რიგი მკვლევარებისა, მტკიცებულებაზე დაყრდნობით,

ხაზს უსვამენ სოციალური მარკეტინგის მიდგომის განხორციელების საჭიროებას – საგანმანათლებლო, ეკონომიკური და სამართლებრივი კომპონენტებით (Amoah & Jørgensen, 2014; Green, 2010). პარალელურად პირველადი და მეორეული პრევენციის ღონისძიებებისა, აქ მნიშვნელოვანია ზიანის შემცირების სერვისების მიწოდება და ასევე, მკურნალობის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების, მოზარდებისა და ახალგაზრდების ნაწილი დამოკიდებულია ამა თუ იმ ფსიქოაქტიურ საშუალებაზე, და მათ შესაბამისი პროფესიული დახმარების აღმოჩენა ესაჭიროებათ. ყოველივე აღწერილი კომპლექსური უწყვეტი სამუშაოა და შესაბამისად, ზრუნვის უწყვეტი ჯაჭვის (პრევენცია-მკურნალობა-ზიანის შემცირება) უზრუნველყოფას გულისხმობს.

ბიბლიოგრაფია:

1. გაეროს ბავშვთა ფონდი (2018). ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვები საქართველოში. კვლევითი ანგარიში [https://www.unicef.org/georgia/media/1251/თოდაძე_ბ._\(1998\).აქროლადი_გამხსნელების_მოხმარება_ქუჩაში_მცხოვრები_და/ან_მომუშავე_ბავშვების_მიერ_საქართველოში._კვლევის_ანგარიში](https://www.unicef.org/georgia/media/1251/თოდაძე_ბ._(1998).აქროლადი_გამხსნელების_მოხმარება_ქუჩაში_მცხოვრები_და/ან_მომუშავე_ბავშვების_მიერ_საქართველოში._კვლევის_ანგარიში)
2. თოდაძე, ბ. (1998). აქროლადი გამხსნელების მოხმარება ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე ბავშვების მიერ საქართველოში. კვლევის ანგარიში
3. მახაშვილი, ნ., ჯავახიშვილი, ჯ. (2011). არასრულწლოვანთა დელინქენტობის პრევენცია: საერთაშორისო გამოცდილება. თბილისი: გამომცემლობა ნეკერი
4. სტურუა, ლ. (2016). ევროპის ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების გამოკითხვა საქართველოში, ანგარიში <https://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=1f6bb777-0831-4e1e-af4b-ab0bd7821dd4>
5. ჯავახიშვილი, ე., ალაპიშვილი, ნ., კაპანაძე, ქ., სარჯველაძე, ნ., საძაგლიშვილი, შ., ჯავახიშვილი, ჯ. (1999). ქუჩის ბავშვები საქართველოში, პროექტის ანგარიში. პროექტის მხარდაჭერა: Research Support Scheme, OSI
6. ჯავახიშვილი, ჯ., მახაშვილი, ნ. (2011). არასრულწლოვანთა დელინქენტობის პრევენცია: ფსიქოსოციალური სერვისის გამოცდილება. თბილისი, გამომცემლობა ნეკერი
7. ჯავახიშვილი, ჯ. (2017). ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენცია. თბილისი, ნეკერი
8. AACAP (2018). Teens: Alcohol and Other Drugs. American Academy of Child and Adolescents Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Teens-Alcohol-And-Other-Drugs-003.aspx
9. Ahmed, S. H. (2011). The science of making drug-addicted animals. *Neuroscience* 211, pp. 107–125
10. Ahn, A., Tewari, M., Poon, C., Phillips, R. (2006). The clinical applications of a systems approach. *PLoS Medicine* 3: e209
11. Albesrton, T. (2014). Recreation Drugs of Abuse. In: *Clinical Review in Allergy and Immunology*. 46(1): 1-2. DOI: 10.1007/s12016-013-8382-y
12. Amoah, P.A. & Jørgensen, S.H. (2014). Social Capital, Health and

- Health Care among Street Children: A Case Study of Street Children in Kumasi Metropolitan Area, Ghana. In: *Developing Countries Studies*, 4(4): 119-132
13. Anderson, P., de Bruijn, A., Angus, K., Gordon, R. and Hastings, G. (2009). Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism* 44: 229–243
 14. Andreou, C. (2008). Making a clean break: addiction and Ulysses Contracts. *Bioethics* 22: 25–31
 15. Aufseeser, D. (2017). Street Children and Everyday Violence. In: C. Harker et al. (eds.), *Conflict, Violence and Peace, Geographies of Children and Young People* 11, DOI 10.1007/978-981-287-038-4_31
 16. Ayenew, M., Kabeta, T., Woldemichael, K. (2019). Prevalence and Factors Associated with Substance Use Among Street Children in Kimma Town, Oromiya National Regional State, Ethiopia: A Community Based Cross-Sectional Study. In: *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. DOI: 10.21203/rs.2.22733/v1
 17. Bah, R.A. (2018). Drug Abuse among Street Children. In: *Journal of Scientific and Technical Research*, vol. 10 (4): DOI: 10.26717/BJSTR.2018.10.001982
 18. Borland, R., Young, D., Coghill, K., Zhang, J. (2010). The tobacco use management system: analyzing tobacco control from a systems perspective. *American Journal of Public Health*, 100: 1229–1236
 19. Botvin, G. & Griffin, K. (2014). Life Skills Training: Preventing Substance Misuse by Enhancing Individual and Social Competence. *Journal of New Directions for Youth Development*. 141(11): 57-65. DOI: 10.1002/yd.20086
 20. Botvin, G. & Griffin, K. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*. 25(2):211-232 doi: 10.1023/B:JOPP.0000042391.58573.5b
 21. Botvin (1998). Preventing Adolescent Drug Abuse through Life Skills Training: Theory, Evidence of Effectiveness, and Implementation Issues https://www.researchgate.net/publication/239856461_Preventing_Adolescent_Drug_Abuse_through_Life_Skills_Training_Theory_Evidence_of_Effectiveness_and_Implementation_Issues
 22. Boyden, J., & Mann, G. (2005). Children's risk, resilience, and coping in extreme situations. In Ungar, M. (Ed.), *Handbook for Working with Children and Youth: Pathways to resilience across Cultures and Contexts*. London: Sage Publications
 23. Brewer, J. & Potenza, M. (2008). The neurobiology and genetics of

- impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology* 75: 63–75
24. Cawley, J., Markowitz, S., Tauras, J. (2004). Lighting up and slimming down: the effects of body weight and cigarette prices on adolescent smoking initiation. *Journal of Health Economics* 23: 293–311
 25. Chamberlain P. & Smith DK. (2003). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon multidimensional treatment foster care model. In: Kazdin AE, Weisz JR, editors. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press; 2003. pp. 282–300
 26. Christakis, N. & Fowler, J. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine* 358: 2249–2258
 27. D'Amico, E., Edelen, M., Miles, J., Morral, A. (2008). The Longitudinal Association between Substance Use and Delinquency among High risk Youth. In: *Drug and Alcohol Dependence, An International Journal on Biomedical and Psychosocial Approaches*, 93 (1-2): 85-92
 28. D'Amico, E. & McCarthy, D. (2006). Escalation and Initiation of Younger Adolescents' Substance Use: the Impact of Perceived Peer Use. In: *Journal of Adolescents Health*. October 2006, 39: 481-487
 29. Davis, W., Campbell, L., Tax, J., Lieber, C. (2002). A trial of „standard“ outpatient alcoholism treatment vs. a minimal treatment control. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23: 9–19
 30. Davies, J. (1997). *The myth of addiction*, 2nd edition, Harwood Academic, Amsterdam
 31. Dejman, M., Vamegh, M., Rochanfek, P., Dejman, F., Rafiey, H., Forouzan, A., Assari, Sh., Bass, J., Johnson, R. (2015). Drug Use Among Street Children in Tehran: A Qualitative Study. In: *Frontline Public Health*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00279>
 32. De Savigny, D. & Adam, T. (2009). *Systems thinking for health systems*. World Health Organization, Geneva
 33. Embleton, L., Mwangi, A., Vreeman, R., Ayuku, D., Brantstein, P. (2013). The Epidemiology of Substance Use Among Street Children in Resource-constrained Settings: a Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Addiction*. 2013 Oct; 108(10): DOI: 10.1111/add.12252
 34. EMCDDA (2003). *Recreational Drug Use: Major EU Challenge*. In: *Drugs in Focus* https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/211/Dif06en_63529.pdf
 35. EMCDDA (2011). *European Drug Prevention Quality Standards*, Publications Office of the European Union, Luxembourg

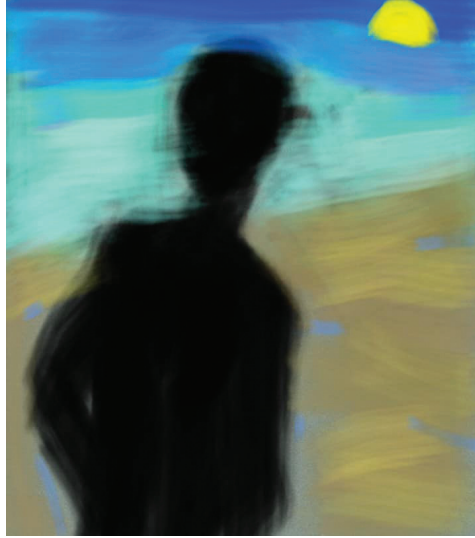
36. EMCDDA (2013). Insights: Models of Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/728/TDXD13014ENN_443320.pdf
37. EMCDDA (2019). Drug prevention: exploring a systems perspective, Technical report, Publications Office of the European Union, Luxembourg
38. ESPAD (2015). Espad Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3074/ESPAD_report_2015.pdf
39. EUDAP (2011). Comprehensive Social Influence Program. European Drug and Alcohol Prevention Trial http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=HR-04&tab=overview
40. Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 399-419
41. Fisher, Ph. Gilliam, K. (2012). Multidimensional Treatment Foster Care: An Alternative to Residential Treatment for High Risk Children and Adolescents. *Psychosocial Intervention*, 21(2):195-203
42. Goldstein, R. & Volkow, N. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159: 1642–1652
43. Green, J. (2010). *Health Promotion: Planning and Strategies*. London: SAGE Publications
44. Hamburger, M., Leeb, R. & Swahn, M. (2008). Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. vol. 69, no. 2: 291–295
45. Hustad, J., Carey, K., Carey, M., Maisto, S. (2009). Self-regulation, alcohol consumption, and consequences in college student heavy drinkers: a simultaneous latent growth analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 70: 373–382
46. Hyman, S. E., Malenka, R. C. and Nestler, E. J. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annual Review of Neuroscience* 29, pp. 565–598
47. Jane-Llopis, E. & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review* 25: 515–536
48. Kandel, D. & Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions* 22: 319–342

49. Kawachi, I., Subramanian, S., Kim, D. (2008). *Social Capital and Health*. Boston: Springer
50. Kelley, A. & Berridge, K. (2002). The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. *Journal of Neuroscience* 22: 3306–3311
51. Kilpatrick, D., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H., Best, C., Schnurr, P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, no. 1: 19–30
52. Koob, G. & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*. 59: 29–53
53. Koob, G. & Le Moal, M. (2005). Plasticity of reward neurocircuitry and the „dark side“ of drug addiction. *Nature Neuroscience* 8: 1442–1444
54. Kovacic, P. (2005). Unifying mechanism for addiction and toxicity of abused drugs with application to dopamine and glutamate mediators: electron transfer and reactive oxygen species. *Medical Hypotheses* 65: 90–96
55. Lindenberg, C., Gendrop, S., Reiskin, H. (1993). Empirical Evidence for the Social Strss Model for Substance Abuse. *Research in Nursing & Health*, 16: 351 – 362
56. Lingford-Hughes, A., Welch, S., Nutt, D. (2004). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 18: 293–335
57. Liu, J., Liu, J., Hammitt, J., Chou, S. (1999). The price elasticity of opium in Taiwan, 1914–1942. *Journal of Health Economics* 18: 795–810
58. Lovato, C., Watts, A. and Stead, L. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10: CD003439
59. Lussier, J., Heil, S., Mongeon, J., Badger, G., Higgins, S. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 101: 192–203
60. Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse & Neglect*, 37, 917–925. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.011>
61. 33. Mihalic, Sh., Fagan, A., Argamaso, S. (2008). Implementing the LifeSkills Training Drug Prevention Program: Factors Related to

- implementation Fidelity. *Implementation Science*, 3:5. doi:10.1186/1748-5908-3-5
62. Mook, D. (1995), *Motivation: the organization of action*, Norton, London
 63. Moran, P., Vuchinich, S. & Hall, N. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse and Neglect*, vol. 28, no. 5: 565–574
 64. Moura, Y., Sanchez, Z., Opaleye, E., Neiva-Silva, L., Koller, S., Noto, A. (2012). Drug Use Among Street Children: What Helps? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(7):1371-1380
 65. NIDA (2011a). Preventing Drug Abuse Among Children and Adolescents. A Research-Based Guide. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute of Health. National Institute on Drug Abuse. Bethesda, Maryland <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors/what-are-risk-factors>
 66. NIDA (2011b). Research Report Series. Inhalants. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/inhalantsrrs.pdf>
 67. Olds, D., Henderson, C.R. Jr, Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA*, 280(14): 1238-44
 68. Olds, D. (2007). The Nurse Family Partnership: from Trials to Practice. Federal Reserve Paper
 69. https://www.researchgate.net/publication/253461153_The_Nurse-Family_Partnership_From_Trials_to_Practice
 70. Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction* 96: 15–31
 71. Pfister, H. & Bohm, G. (2008). The multiplicity of emotions: a framework of emotional functions in decision making. *Judgment and Decision Making Journal* 3: 5–17
 72. Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390–395
 73. Prochaska, J. & DiClemente, C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Progress in Clinical and Biological Research* 156: 131–140
 74. Prochaska, J., DiClemente, C., Norcross, J. (1992). In search of how people change – applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47: 1102–1114

75. 44. Rosenquist, J., Murabito, J., Fowler, J., Christakis, N. (2010). The spread of alcohol consumption behavior in a large social network. *Annals of Internal Medicine* 152: 426–433
76. Schane, R., Stanton, G., Ling, P. (2009). Social Smoking. Implications for Public Health, Clinical Practice and Intervention Research. In: *American Journal of Preventive Medicine*, 37(2): 121-134 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2771192/>
77. Schneider, J. (2004). *The Role of Social Capital in Building Healthy Communities*. Baltimore: Annie E. Casey Foundation
78. Skog, O. (2000). Addicts' choice. *Addiction* 95: 1309–1314
79. Shiffman, S. (2000). Comments on craving. *Addiction* 95, Suppl. 2: S171–S175
80. Simantov, E., Schoen, C. & Klein, J. (2000). Health-compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors,“ *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 154, no. 10: 1025–1033
81. Singh, V.S., Thornton, T. & Tonmyr, L. (2011). Determinants of substance abuse in a population of children and adolescents involved with the child welfare system. *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 9, no. 4: 382–397
82. Stead, M., Gordon, R., Angus, K., McDermott, L. (2007). A systematic review of social marketing effectiveness. *Health Education*, 107: 126–191
83. Strickland, J. & Smith, M. (2014). The Effects of Social Contact on Drug Use: behavioral Mechanisms Controlling Drug Intake. In: *Journal of Experimental Clinical Psychopharmacology*. 22(1): 23-24 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3926100/>
84. Perry, J. & Carroll, M. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology (Berlin)* 200: 1–26
85. Tarter, R.E. & Hegedu, A.M. (1991). Its applications in the evaluation of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15 (1): 65-75
86. Taylor, D. (2011). Adolescent depression as a contributing factor to the development of substance use disorders. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 21, no. 6: 696–710
87. Tarter, RE & Hegedu, AM. (1991). The Drug Use Screening Inventory and Its applications in the evaluation of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15 (1), 65-75
88. Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review* 97, pp. 147–168

89. UNODC (2015), International Standards on Drug Use Prevention, United Nations https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf
90. UNODC (2018). International Standards on Drug Use Prevention, United Nations. The Second Edition https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf
91. Valente, T., Hoffman, B., Ritt-Olson, A., Lichtman, K., Johnson, C. (2003). Effects of a social-network method for group assignment strategies on peerled tobacco prevention programs in schools. *American Journal of Public Health* 93: 1837–1843
92. Wall, A.E. & Kohl, P.L. (2007). Substance use in maltreated youth: findings from the national survey of child and adolescent well-being. *Child Maltreatment*, vol. 12, no. 1: 20–30
93. Webster-Stratton, C. & Bywater, T. (2019). The Incredible Years Series: The Internationally Evidences Multimodal Approach to Enhancing Child Outcomes. *APA Handbook of Contmeporary Family Psychology*, Vol.3, Family Therapy and Training, Fiese, B (editor-in-chief). American Psychological Association, pp: 343-359
94. Webster-Stratton, C. (2005). *The Incredible Years: A trouble-shooting guide for parents of children ages 2-8 years*. Seattle: Incredible Years Press
95. West, R. (2006). *Theory of addiction*. Wiley-Blackwell, Oxford
96. West, R. & Gossop, M. (1994). Overview: a comparison of withdrawal symptoms from different drug classes. *Addiction* 89: 1483–1489
97. Wise, R. & Bozarth, M. (1987). A psychomotor stimulant theory of addiction. *Psychological Review* 94: 469–492
98. Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J. and Brown, M. (2013). Familial, Social, and Individual Factors Contributing to Risk for Adolescent Substance Use. Review Article. In: *Journal of Addiction*, Vol. 2013, Article ID 579310, 9 pages <https://www.hindawi.com/journals/jad/2013/579310/>
99. WHO (2013). *Working with Street Children. Module 3: Understanding Substance Use Among Street Children*. WHO/MSD/MDP 0-14. Department of Mental Health and Substance Dependence Geneva, Switzerland https://www.unodc.org/pdf/youthnet/who_street_children_module3.PDF
100. Yeomans, M. R. (2010). Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor for obesity? *Physiology & Behavior* 100: 82–89



თავი 6

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სექსუალურად სარისკო ქცევები და რეპროდუქციული ჯანმრთელობა

6.1. სექსუალური/რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და სარისკო სექსუალური ქცევა

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განმარტებით, რეპროდუქციული ჯანმრთელობა არ წარმოადგენს მხოლოდ რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციონირებას, დაავადებებსა და ინფექციების არარსებობას, არამედ ეს არის ფიზიკური, მენტალური და სოციალური კეთილდღეობის მდგომარეობა. ნორმალური, ადეკვატური რეპროდუქციული და სექსუალური უნარის მქონე ადამიანებს აქვთ დამაკმაყოფილებელი, ჯანსაღი და უსაფრთხო სექსუალური ცხოვრება, რომელთაც შეუძლიათ ჰყავდეთ შვილები და თავად მიიღონ გადაწყვეტილება შვილების ყოლაზე (WHO (a,b), 2014).

სექსუალური ჯანმრთელობა არის სექსუალური კეთილდღეობის პირადი აღქმა. სექსუალური ჯანმრთელობა მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორც არის თვითშეფასება, თვითგამოხატვა, სხვებზე ზრუნვა და კულტურული ფასეულობები. სექსუალური ჯანმრთელობა შეიძლება აღვწეროთ, როგორც პიროვნების ფიზიკური, ემოციური, ინტელექტუალური და სოციალური ასპექტების ჯანსაღი

გაერთიანება. სექსუალური ქცევები ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ფიქრებზე, გრძნობებზე, ქმედებებზე და ადამიანებთან ურთიერთობებზე. ასევე, ამოტივირებს ადამიანს, იპოვოს სიყვარული, სიტბო, ინტიმურობა და კონტაქტი სხვა ადამიანთან. სექსუალური ქცევა შეიძლება სხვადასხვანაირად გამოიხატებოდეს და მჭიდროდ იყოს დაკავშირებული იმ გარემოსთან, რომელშიც ადამიანს უწევს ყოფნა. ამ გარემომ შეიძლება შეაფერხოს ან ხელი შეუწყოს სექსუალური ქცევების გამოვლენას. შესაბამისად, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის გარემო ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია ფაქტორია (WHO (a,b), 2014).

მოზარდები, სხვა ასაკობრივ ჯგუფთან შედარებით, უფრო მაღალი რისკის ქვეშ დგანან სარისკო სექსუალური ქცევებით, რომ ავნონ საკუთარ სექსუალურ და რეპროდუქციულ უნარებს. პუბერტატულ პერიოდში მოზარდი განიცდის უამრავ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ცვლილებას, რაც გულისხმობს სწრაფ ფიზიკურ ზრდასა და განვითარებას, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ მოწიფულობას, რასაც თან სდევს უდიდესი სოციალური და ფსიქოლოგიური ზეწოლა მოზარდზე. ახალგაზრდები, განსაკუთრებით ბიჭები განიცდიან ზეწოლას თანატოლებისგან, რომ დაამყარონ სექსუალური კონტაქტი, რადგან სექსუალური გამოცდილება მიიჩნევა, როგორც მიღწევა და მნიშვნელოვანი კომპეტენციის დემონსტრირება. მართალია, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისა და ბავშვების ასაკი განსხვავდება ერთმანეთისგან, მაგრამ ასაკობრივი ზღვარი რა თქმა უნდა მოიცავს მოზარდობის პერიოდს (პუბერტატული პერიოდი). ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები კიდევ უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არიან, რადგან ყოველდღიურად დგანან სარისკო სიტუაციების წინაშე, რომლებმაც შეიძლება საფრთხე შეუქმნან მათ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. მათი მოწყვლადობა ასეთ სიტუაციებში კიდევ უფრო იზრდება, რაც განპირობებულია მოზარდობის დროს ცვლილებების შესახებ ნაკლებ ინფორმირებულობით. ახალგაზრდებს არ გააჩნიათ სათანადო ცოდნა და უნარი ჯანსაღი და სწორი გადაწყვეტილების მისაღებად. მეტიც, ბევრს არა აქვს წვდომა შესაბამის სერვისებთან.

საქსუალურ ქცევას ადამიანები სხვადასხვა მნიშვნელობას ანიჭებენ. რაც გამომდინარეობს ინდივიდუალური და ინტერპერსონალური გამოცდილებიდან და მოლოდინებიდან. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული მოდულის მიხედვით, სექსუალურ ქცევას აქვს სხვადასხვა დატვირთვა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის (WHO (c), 2014). ესენია:

სექსი კომფორტისთვის – ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის ხშირად აუცილებელია შეავსონ ის სიცარიელე, რომელიც დაუტოვა ნორმალური ურთიერთობების არქონამ, რადგან უმ-

რავლესობამ დატოვა სახლი და ოჯახი ან საერთოდ არ ჰყავს ოჯახი. ბიჭები სექსს ხშირად აღწერენ როგორც, „თამაშს მეგობრებს შორის „. სექსი კომფორტისთვის ხშირად ექსპლუატაციური ხასიათის მატარებელია. თუმცა, მსგავსი სექსუალური ურთიერთობები მოზარდისთვის უზრუნველყოფენ თავშესაფარს, პირველადი საჭიროების ნივთებსა და დაცვას (WHO (c), 2014).

სექსი ძალაუფლებისთვის – ზოგჯერ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები იყენებენ სექსუალურ კავშირებს, როგორც ფიზიკური ძალის დემონსტრირებას. უფრო პატარები კი ნებდებიან იმის შიშით, რომ არ სცემონ, არ იძალადონ მათზე. ზოგს აქვს სექსუალური ურთიერთობა სექს მუშაკებთან, რადგან ეს არის სიძლიერის სიმბოლო და სურთ დაანახონ ყველას, რომ „ნამდვილი კაცები“ არიან და სიტუაციის კონტროლი შეუძლიათ. შესაბამისად, სექსი გამოიყენება, როგორც სხვა მოზარდებზე კონტროლის საშუალება და აიძულებენ დანარჩენებს, რომ პატივი სცენ ქუჩის „იერარქიას“ (WHO (c), 2014).

სექსი დაფუძნებისთვის – მსგავსი ტიპის სექსუალური კავშირები მყარდება, როდესაც ჯგუფში იღებენ ახალ წევრს. როგორც წესი, მათ ემუქრებიან ძალადობით, თუ არ დათანხმდებიან. ახალგაზრდების უმეტესობა მსგავს სექსუალურ გამოცდილებას აღიქვამს, როგორც გარდაუვალ მოვლენას (WHO (c), 2014).

სექსი, როგორც დასჯა – როდესაც ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა არ ემორჩილება ჯგუფის წესებს, ის ამისთვის შეიძლება დაისაჯოს. სექსუალური ძალადობა დასჯის ერთ-ერთი ფორმაა ქუჩაში (WHO (c), 2014).

სარისკო სექსუალური ურთიერთობა ზიანს აყენებს სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. ეს შეიძლება იყოს არასასურველი ორსულობა, საფრთხის შემცველი აბორტი, აივ ინფექცია/შიდსი და სექსუალური გზით გადამდები სხვა ინფექციები. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გამარტებით, სარისკო სექსუალურ ქცევებს მიეკუთვნება სექსუალური კავშირის დამყარება ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ – რა დროსაც სხვადასხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებამ შეიძლება გავლენა იქონიოს სექსუალურ ქცევაზე და გაზარდოს აივ ინფექციისა და სხვა სექსობრივი გზით გადამდები ინფექციების წარმოშობისა და განვითარების რისკი. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის გადაწყვეტილება, დაამყაროს თუ არა სექსუალური კავშირი მეორე ადამიანთან მოლაპარაკების გზით, თუ ძალის (გაუპატიურება) გამოყენებით, ასევე ჰქონდეს თუ არა უსაფრთხო სექსუალური კავშირი ანუ გამოიყენოს თუ არა თავდაცვის საშუალება, დამოკიდებულია ინტოქსიკაციის დონეზე. როგორც წესი, ალკოჰოლისა და სხვა ნივთიერებების მოხმარება ხშირად თან სდევს ადრეულ სექსუალურ გამოცდილებას, განსაკუთრებით ბიჭებში (WHO (c), 2014). ჯანდაცვის მსოფლიო

ორგანიზაციის მონაცემებით ავსტრალიასა და კანადაში ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ერთვებიან კომერციულ სექსში, რადგან მათი თქმით ეს ეხმარება დაივიწყონ ის, თუ რას აკეთებენ (WHO (c), 2014).

სქესობრივი კავშირის დამყარება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებლებთან – დაუცველი სექსუალური ურთიერთობის ქონა ნივთიერებების მომხმარებელთან წარმოადგენს რისკს სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობისთვის, რადგან ასეთ ადამიანებს თავად ძალიან ხშირად აქვთ სარისკო სექსუალურ კავშირები. ასეთი სახის ურთიერთობის ქონის დროს, განსაკუთრებით მაღალია აივ ინფექციის შეძენის/გადადების რისკი (WHO (c), 2014).

დაუცველი სქესობრივი კავშირი – დაუცველი სქესობრივი კავშირი ფართოდაა გავრცელებული ქუჩასთან დაკავშირებულ მოზარდებში და იწვევს ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემებს. ახალგაზრდები ბევრ დროს ატარებენ ისეთ ადგილებში, სადაც მაღალია სექსუალური ურთიერთობების დამყარების ალბათობა (მაგ: იმ ბარებში და ადგილებში, სადაც ხდება ნარკოტიკების მოხმარება). მაღალია სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გადაცემის რისკი, როგორცაა აივ ინფექცია, სიფილისი და ა.შ. რადგან ადგილი აქვს დაუცველი სქესობრივი კავშირების დამყარებას მაღალი რისკის მქონე ადამიანებთან, რომლებსაც რამდენიმე პარტნიორი ჰყავთ ან ინტრავენურად მოიხმარენ ნარკოტიკებს, ხდება წამლის მოხმარებისთვის საჭირო ნივთების გაზიარება და ა.შ. (WHO (c), 2014).

კომერციული სექსი, სექსი გადარჩენისთვის/პროსტიტუცია/სექსი რაიმეს სანაცვლოდ – ზოგჯერ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ერთვებიან კომერციულ სექსუალურ კავშირებში, რადგან სჭირდებათ საკვები, თავშესაფარი, ან სჭირდებათ ფული ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისთვის, ან იძულებულები არიან არჩინონ ოჯახები (WHO (c), 2014).

სქესობრივი კავშირი თავისივე სქესის წარმომადგენელთან – ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ხშირად ამყარებენ სქესობრივ კავშირს თავისივე სქესის თანატოლებთან, განსაკუთრებით ხშირია ეს ბიჭებში. ასევე, ბიჭები ხშირად ხდებიან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლნი უფროსი მამაკაცების მხრიდან (WHO (c), 2014).

სექსუალური ძალადობა – სექსუალური ძალადობა საკმაოდ გავრცელებულია ქუჩაში. გოგოებიც და ბიჭებიც, ორივე თანაბარი რისკის ქვეშ არიან. მოძალადე შეიძლება იყოს როგორც უცნობი, ისე მათთვის ნაცნობი ადამიანი, შეიძლება იყოს ოჯახის წევრი, მაგალითად მამინაცვალი. ასეთი სახის სექსუალური კავშირი უმეტეს შემთხვევაში არის დაუცველი, ამიტომ მაღალია სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების რისკი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემები (WHO (c), 2014).

6.1.1. სარისკო სექსუალური ქცევის შედეგები, დამცავი და რისკ ფაქტორები

როგორც წესი, მშობლები, მასწავლებლები და სხვა პასუხისმგებლობის მქონე ზრდასრულები ეხმარებიან მოზარდებს გადაწყვეტილების მიღებაში და ამ უნარების გამომუშავებაში. შემდგომში, ისინი იღებენ გადაწყვეტილებას, თუ სად და როგორ იცხოვრონ. ის ფაქტი, რომ ახალგაზრდების გადაწყვეტილების მიღებისა და პრობლემების მოგვარების უნარები ჯერ არ არის ბოლომდე განვითარებული, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები არასწორი გადაწყვეტილებების მიღების და სარისკო სიტუაციებში მოხვედრის საშიშროების ქვეშ დგანან თავიანთ თანატოლებთან შედარებით, რომლებსაც არ აქვთ კავშირი ქუჩასთან.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, გამოყოფენ სარისკო სექსუალური ქცევის სამ ძირითად შედეგს, ეს შედეგებია: (1) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები – მათ შორის აივ/შიდსი, (2) ადრეული და (3) არასასურველი ორსულობა და საფრთხის შემცველი აბორტი (WHO (c), 2014).

(1) სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები, აივ/შიდსი

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები და აივ ინფექცია დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობების შედეგია. დაავადებების რისკი იზრდება, თუ მოზარდს ერთზე მეტი პარტნიორი ჰყავს ან ჰყავს ერთი პარტნიორი (მათ შორის სექსმუშაკებიც), რომელსაც თავად ჰყავს რამოდენიმე სექსუალური პარტნიორი (WHO (c), 2014).

სექსუალური ძალადობის გამოცდილება ქუჩასთან დაკავშირებულ მოზარდებში სარისკო სექსუალური ქცევების წინაპირობაა, როგორც არის ნაადრები სქესობრივი ცხოვრება, მრავალი პარტნიორის ყოლა, დაუცველი სქესობრივი კავშირების დამყარება და ა.შ. მეტიც, ნაადრევი სქესობრივი კავშირი (13 წლამდე) დაკავშირებულია მრავალი პარტნიორის ყოლასთან, რაც ზრდის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგვი) რისკს, მათ შორის აივ ინფექციის (Rew, 2001).

სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები ჯანმრთელობის ჩვეული პრობლემაა ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდებისთვის, მათი სარისკო სექსუალური ქცევებიდან გამომდინარე. მოზარდებს ჰყავთ რამდენიმე პარტნიორი, აქვთ დაუცველი სქესობრივი კავშირები, ჩართულები არიან პროსტიტუციაში და მიმართავენ სექსს, როგორც ქუჩაში გადარჩენის საშუალებას. სარისკო სექსუალური ქცევების ერთ-ერთ მიზეზს წარმოადგენს ნაადრევი სქესობრივი კავშირი. ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდები სქესობრივ ცხოვრებას იწყებენ ჩვეულებრივ 2-3 წლით ადრე, 12-13 წლის ასაკში,

ვიდრე ის მოზარდები, რომლებიც არ არიან ქუჩასთან დაკავშირებული (Edidin, et al., 2011). შესაბამისად, უფრო მაღალია რისკი, რადგან ისინი ჯერ არ არიან მზად ამისთვის, არც ემოციურად, არც გონებრივად და არც ფიზიკურად.

სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელება განსხვავდება გენდერის მიხედვით. 2007 წელს აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სგვი გვხვდება მამრობითი სქესის 11.3% და მდედრობითი სქესის 62.7%. ამასთანავე სარისკო სექსუალური ქცევა გოგონებში დაკავშირებულია დაბალ თვითმეფასებასთან და ბიჭებში გადაწყვეტილების მიღების დაბალ უნართან (Edidin, et al., 2011).

აგრეთვე, კვლევამ აჩვენა, რომ არატრადიციული ურთიერთობები წარმოადგენს ერთ-ერთ რისკ ფაქტორს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისა და ინფექციებისთვის. 2006 წელს აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდების 20%-დან 40%-მდე საკუთარი თავის იდენტიფიცირებას ახდენენ როგორც ლგბტ (ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი ან ტრანსგენდერი) თემის წევრებად (Ray, 2016). ლგბტ თემის წარმომადგენელი მოზარდები უსახლკარობის მაღალი რისკის ქვეშ დგანან. ასეთ შემთხვევაში ოჯახური კონფლიქტი ოჯახიდან წამოსვლის და უსახლკარობის მთავარი მიზეზია. მოზარდის მხრიდან საკუთარი სექსუალური ორიენტაციის ოჯახისთვის გამხელას თან სდევს ოჯახის წევრების ნეგატიური დამოკიდებულება, რის შედეგადაც მოზარდი ტოვებს სახლს თავისი გადაწყვეტილებით ან თავად ოჯახი აიძულებს სახლიდან წასვლას (Edidin, et al., 2011).

აშშ-ში დაახლოებით 1.6 მილიონი ახალგაზრდა ადამიანი არის უსახლკაროდ დარჩენილი. 2012 წელს აშშ-ში ჩატარებული კვლევის (Durso and Gates, 2012) მიხედვით საშუალოდ მათგან 30% საკუთარი თავის იდენტიფიცირებას ახდენს ლგბტ თემის წარმომადგენლად. რესპოდენტების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ ტრანსგენდერი ახალგაზრდების როგორც ფიზიკური, ისე მენტალური ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაცილებით უარესს მდგომარეობაშია, ვიდრე სხვა დანარჩენი ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების. ლგბტ მოზარდებისთვის უსახლკარობა და ქუჩაში ცხოვრება დაკავშირებულია ოჯახის მხრიდან უარყოფასთან და ძალადობასთან. როგორც აღინიშნა, ოჯახის მხრიდან უარყოფა სახლიდან ნებაყოფლობითი ან იძულებითი წამოსვლის ერთი-ერთი მთავარი მიზეზია ლგბტ მოზარდებში. უარყოფასთან ერთად ისინი განიცდიან ფიზიკურ, ემოციურ და სექსუალურ ძალადობას ოჯახისგან.

აგრეთვე, აშშ-ში 10-დან 7 ლგბტ მოზარდი უარყოფილია ოჯახისგან და ნახევარზე მეტი (54%) არის ძალადობის მსხვერპლი სწორედ ოჯახის მხრიდან. ამასთან ლგბტ მოზარდების დაახლოებით 2/3 (65%) აღენიშნება ფსიქოლოგიური პრობლემები და ნახევარზე მეტი

(53%) არის ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული/ფსიქოაქტიური საშუალებების მომხმარებელი (Durso and Gates, 2012).

ლგბტ მოზარდებში გამოყოფენ დაუცველ ანალურ სექსს ერთ-ერთ სარისკო სექსუალური ქცევად, რაც ზრდის აივ ინფექციის და სხვა სგვი-ის რისკს. ამასთან ერთად, ისინი ხშირად ხდებიან ძალადობის მსხვერპლნი არა მხოლოდ ოჯახის მხრიდან, არამედ დანარჩენი საზოგადოების მხრიდან, ვიდრე ჰეტეროსექსუალი ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები. ლგბტ ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდები სქესობრივ კავშირს ხშირად იყენებენ, როგორც საჭიროებების დაკმაყოფილების საშუალებას, განსაკუთრებით კი ტრანსგენდერი ქალები (Ventimiglia, 2012). განსხვავებული სექსუალური ორიენტაციის მოზარდებს ცხოვრების განმავლობაში უფრო მეტი პარტნიორი ჰყავთ, ვიდრე ჰეტეროსექსუალებს და ამასთან ერთად, დაუცველი სექსის შემთხვევებიც უფრო მაღალია, რაც ამ ჯგუფს დაავადებების მაღალი რისკის წინაშე აყენებს (Cochran, et al., 2002).

კვლევების მიხედვით, ლგბტ ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდები უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი ფსიქოლოგიური პრობლემებისადმი, როგორც არის კლინიკური დეპრესია, დეპრესიის სიმპტომები და სხვა ფსიქიკური დაავადებები, ვიდრე მათი ჰეტეროსექსუალი თანატოლები. 2006 წელს აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით ლგბტ ქუჩაში მცხოვრები მოზარდების 62%-მა სცადა თვითმკვლელობა, რაც სხვა მოზარდებთან შედარებით 29% – ია (Van Laauwen, et al., 2006). განსხვავებული სექსუალური ორიენტაციის მქონე მოზარდებში 8.4-ჯერ უფრო მაღალია თვითმკვლელობის რისკი, თუ ისინი უარყო ოჯახმა.

(2) ადრეული და არასასურველი ორსულობა

ქუჩასთან დაკავშირებული გოგონები შეიძლება დაორსულდნენ დაუცველი სექსუალური კავშირის შედეგად. გამომდინარე იქიდან, რომ მათი რეპროდუქციული სისტემა არ არის ბოლომდე ჩამოყალიბებული. მათ ხშირად უჩნდებათ ორსულობასთან და მშობიარობასთან დაკავშირებული პრობლემები, როგორც არის ვადაზე ადრე მშობიარობა. ამან შეიძლება დააზიანოს დედისა და ბავშვის ჯანმრთელობა ან ყველაზე რთულ შემთხვევაში გამოიწვიოს ორივეს სიკვდილი. ქუჩაში მცხოვრები მშობლების შვილები ხშირად იბადებიან დაბალი წონით და სხვადასხვა ინფექციებითა, თუ დაავადებებით. ასევე, შემდგომში ბავშვის საჭიროებების დაკმაყოფილება ძნელია ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე გოგონებისთვის (WHO (c), 2014).

2005 წელს აშშ-ში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სიეტლში 3 ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდიდან (13-დან 21 წლამდე) 1 მოზარდი ყოფილა ორსულად, რაც ძირითადად 14-15 წლის ასაკში ხდება პირველად (Cauce, Stewart and Hoyt 2005), ხოლო 2004 წელს

კანადაში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, მონრეალში 14-დან 19 წლამდე მოზარდებში ფენმძიმობის შემთხვევები 42% იყო (Haley, et al., 2004).

ნებაყოფლობითი სქესობრივი კავშირის საშუალო ასაკი, ქუჩასთან დაკავშირებული 14-დან 19-წლამდე გოგონებს შორის 13.7 წელია (Haley, et al., 2004). სახლიდან გამოქცეული გოგონების 20% აღნიშნავს სქესობრივ კავშირს ქონას 10 წლამდე, რაც 2%-ის ტოლია იმ გოგონებში, რომლებიც არ არიან სახლიდან გამოქცეულები (Thrane and Chen, 2012).

კვლევები აჩვენებს, რომ ორსულობის დაბალი რისკია იმ მოზარდებში, რომლებიც 6 თვეზე ნაკლებს ატარებენ ქუჩაში, უსახლკარო მდგომარეობაში. გოგონები, რომლებსაც გამოუცდიათ ორსულობა ხასიათდებიან იმით, რომ უფრო ადრეულ ასაკში გამოიქცნენ სახლიდან და ადრეული ასაკიდან მოუწიათ ქუჩაში ყოფნა და ცხოვრება, განსხვავებით იმ გოგონებისგან რომლებიც არასდროს ყოფილან ორსულად (Lacoursiere and Fontenot, 2012). ამასთან ერთად, ორსულად მყოფი გოგონები საშუალოდ 1 წლით მეტ ხანს ატარებენ ქუჩაში (Haley, et al., 2004). ასევე, თავშესაფრებში მყოფი ორსული გოგონები უფრო მეტ დროს ატარებენ ოჯახისგან შორს, ვიდრე არაორსული გოგონები (Thompson, et al., 2008). თუმცა, ორსულობის გამოცდილების მქონე და არ მქონე გოგონები (14-19 წელი) ერთნაირად აღნიშნავენ ხუთზე მეტი რეგულარული პარტნიორის და ათზე მეტი შემთხვევითი პარტნიორის ყოლას, მაგრამ ორსულად მყოფი გოგონების პროპორციულად, უფრო დიდი ნაწილი აღნიშნავს, 50-ზე მეტი მამაკაცი კლიენტის ყოლას და სქესობრივი კავშირის გამოყენებას თვითგადარჩენისთვის (Haley, et al., 2004). ერთდროულად მრავალი პარტნიორის ყოლა, ადრეული სქესობრივი კავშირი, სგგი და კონდომის არარეგულარული გამოყენება, ყველაფერი ეს დაკავშირებულია ადრეულ და არასასურველ ორსულობასთან ქუჩასთან დაკავშირებულ გოგონებში (Thrane and Chen, 2012).

ოჯახის ფაქტორი ძალიან დიდ როლს თამაშობს ორსულობის შედეგებზე. 12-დან 18 წლამდე გოგონებს შორის, რომლებიც ცხოვრობენ თავშესაფარში და არ არიან ფენმძიმედ, ძირითადად არიან ის გოგონები, რომლებიც ცხოვრობდნენ მშობლების სახლში თავშესაფარში მოხვედრამდე, ხოლო ფენმძიმე გოგონები ძირითადად არ ცხოვრობდნენ თავიანთ მშობლებთან (Thompson, et al., 2008).

ამასთან ერთად, 3-დან 2 გოგონა აღნიშნავს, რომ სახლის და ოჯახის დატოვება სწორედ ორსულობის გამო მოუწიათ და სქესობრივ ცხოვრებაც ძირითადად 14 წლის ასაკში დაიწყეს. 4-დან 1 გოგონა აღნიშნავს, რომ პირველი ორსულობა არაუგვიანეს 14 წლის ასაკში ჰქონდა და ამ გოგონების 43%-ს მოუწიათ იძულებით დაეტოვებინათ ოჯახი (Whitbeck, 2009).

შესაბამისად, შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ადრეული სქესობრივი კავშირი ხელს უწყობს ორსულობას გოგონებში, რაც შემდგომში მათ ქუჩაში აღმოჩენის რისკის წინაშე აყენებს. ამასთან ერთად, ნაადრევი ორსულობის რისკ ფაქტორს წარმოადგენს ოჯახში ძალადობა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები. გოგონებს, რომლებიც ნაადრევად ორსულდებიან, ოჯახში აღენიშნებოდათ ძალადობა ორივე მშობლის მხრიდან. ფიზიკური ძალადობა მამის მხრიდან, ემოციური ძალადობა დედის მხრიდან და უარყოფა ორივე მშობლისგან. ასეთ გოგონებს აღენიშნებათ დეპრესია, სუიციდის მცდელობები და სხვადასხვა ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება (Thrane and Chen, 2012).

ამასთანავე, მოზარდობის ასაკში ორსულობის მაღალი რისკი დაკავშირებულია მშობლის მხრიდან ყურადღების, სიტბოსა და მხარდაჭერის ნაკლებობასთან და ისეთ ოჯახში ცხოვრებასთან/გაზრდასთან, სადაც მხოლოდ ერთი მშობელია. ასევე, სახლიდან გამოქცეულ მოზარდებში უფრო ხშირია ორსულობის შემთხვევები, რადგან ნაწილობრივ სახლიდან გამოქცევა დაკავშირებულია ადრეულ ასაკში სექსუალურ ძალადობასთან. ამას გარდა, სასკოლო პროცესიდან გამოთიშვა ხშირად დაკავშირებულია ადრეულ ორსულობასთან, რადგან სკოლა არის დამცავი ფაქტორი, რომელიც აძლიერებს აკადემიურ მხარეს და ოჯახის ჩართულობას მოზარდის ცხოვრებაში (Thrane and Chen, 2012).

(3) საფრთხის შემცველი აბორტი

ორსული გოგონები ხშირად მიმართავენ ორსულობის შეწყვეტას სხვადასხვა მეთოდებს. ხშირ შემთხვევაში მათ არ ჰყავთ მხარდაჭერი და რჩევის მიმცემი. ასევე, ხშირად ხელი არ მიუწვდებათ ჯანდაცვის სერვისებზე, რათა უსაფრთხო გზით შეწყვიტონ ორსულობა. აქედან გამომდინარე დანმარებისთვის შეიძლება მიმართონ არაკვალიფიცირებულ ადამიანს ან თავად სცადონ ორსულობის შეწყვეტა. საფრთხის შემცველი აბორტი იწვევს ინფექციებს, სისხლდენას, რამაც შეიძლება სიკვდილიც კი გამოიწვიოს. რეპროდუქციული სისტემის დაზიანება ხშირად უშვილობის მიზეზი ხდება. განცდილისგან მიღებული სტრესი კი ხდება მიზეზი ფსიქოლოგიური პრობლემების, მაგალითად, როგორც არის დეპრესია (WHO (c), 2014).

მიუხედავად იმისა, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდები ხშირად აწყდებიან ჯანმრთელობის პრობლემებს და სარისკო ჯგუფს წარმოადგენენ, ისინი მაინც ხშირად რჩებიან ჯანდაცვის სერვისებს მიღმა. ხშირ შემთხვევაში მათ არ მიუწვდებათ ხელი სათანადო სერვისებზე. მიუხედავად იმისა, რომ კანადაში მსგავსი მომსახურება უფასოა, ქუჩასთან დაკავშირებული ადამიანებისთვის

ვის მაინც ვერ ხერხდება სათანადო წვდომა ჯანდაცვის სერვისებზე, პირადი და სოციალური ბარიერების გამო (Boivin, et al. 2005). სხვადასხვა მიზეზებით, რომლებიც განსხვავდება ქვეყნების, რეგიონების, კულტურული ფაქტორების მიხედვით, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ხშირად არ მიმართავენ სათანადო ჯანდაცვის სერვისებს, რაც თავის მხრივ, ზრდის დაავადებების გავრცელების რისკს და საფრთხეს უქმნის მათ სიცოცხლეს (Edidin, et al., 2011).

მრავალი ფაქტორი განსაზღვრავს სერვისებისგან თავის არიდებას, როგორც შეიძლება იყოს ფინანსური პრობლემები, სტრუქტურული ან პირადი ბარიერები. ფინანსურ პრობლემებში მოიაზრება ჯანმრთელობის დაზღვევის არ ქონა, ფინანსების არ ქონა ტრანსპორტირებისთვის და ა.შ. იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც ჯანდაცვის სერვისები უფასოდ მიეწოდებათ ახალგაზრდებს, ისინი მაინც აწყდებიან სტრუქტურულ ბარიერებს, როგორც არის პირადობის დამადასტურებელი საბუთის, დაბადების მოწმობისა და/ან ფიქსირებული საცხოვრებელი ადგილის არქონა. ასევე, არსებობს სხვა სტრუქტურული ბარიერებიც, როგორც არის კლინიკების სიმწირე, პროცედურული სირთულეები ჯანდაცვის სისტემაში, კოორდინაციის ნაკლებობა პროვაიდერებს შორის, მოზარდებისთვის გამოყოფილი კონკრეტული საათების სიმწირე და მომლოდინეთა გრძელი სია (Edidin, et al., 2011).

ამის გარდა, არსებობს პირადი მიზეზები, თუ რატომაც შეიძლება მოზარდებს არ სურდეთ მიმართონ ჯანდაცვის სისტემას. ეს არის სირცხვილი და ცოდნის ნაკლებობა. ამის საპირისპიროდ, მოზარდები 14-დან 24 წლამდე, დახმარებისთვის მიმართავენ თანატოლ ქუჩასთან დაკავშირებულ მოზარდებს, რასაც მოყვება თვითმკურნალობა და თუ თვითმკურნალობის შედეგად მოზარდს ექმნება პრობლემები, მაშინ მან შესაძლოა მიმართოს კლინიკას. მოზარდები შიშობენ, რომ იმ შემთხვევაში, თუ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს, წააწყდებიან ნეგატიურ და დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებას სამედიცინო პერსონალის მხრიდან. კიდევ ერთი მიზეზი, რის გამოც მოზარდები თავს არიდებენ დახმარების მიღებას, არის ის რომ, მათ სჯერათ, რომ პრობლემა არ არსებობს და მათ დახმარება არ სჭირდებათ. ასეთი დამოკიდებულება ძირითადად ნივთიერებაზე დამოკიდებულ მოზარდებს აქვთ (Edidin, et al., 2011).

აგრეთვე, არსებობს პრიორიტეტების მინიჭების პრაქტიკა, მაგალითად, მოზარდები აღნიშნავენ რომ, ბიპოლარული აშლილობის დროს სერვისის მიწოდება და რეაგირება ხდება უფრო სწრაფად და ადეკვატურად, ვიდრე სხვა უფრო ნაკლებად კრიტიკული და ნაკლებად საშიში სიმპტომების დროს (Edidin, et al., 2011).

იმ აზრის საპირისპიროდ, რომ მოზარდები თავს არიდებენ სერვისების მიღებას, მაშინაც კი თუ სერვისი ხელმისაწვდომია, არსე-

ბობს განსხვავებული მოსაზრება, რომ მოზარდი მიმართავს ასეთ სერვისებს მაშინ, როცა მას ამის საჭიროება დაუდგება. ეს მოსაზრება ნაწილობრივ სწორია, გამოცდილი მოზარდებისთვის. მოზარდები დახმარებისთვის მიმართავენ ორსულობის, ფსიქიკური პრობლემების, ტრავმის, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების დროს, ასევე ქრონიკული დაავადებებისა და სტომატოლოგიური პრობლემების დროს. გამომდინარე იქიდან, რომ მოზარდები ხშირ შემთხვევაში დახმარებას გვიან მიმართავენ, ჯანმრთელობის გაუარესებისა და გადაუდებელი მდგომარეობისას, რისკი უფრო მაღალია. დამატებით ოჯახის, მეგობრების და სხვა ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდების მხარდაჭერა საგრძნობლად ამალღებს მოზარდების მიმართვიანობას. სერვისების ადვილად ხელმისაწვდომობა და ბარიერების შემცირება, საბოლოოდ ხელს უწყობს ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას (Edidin, et al., 2011).

6.1.2. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის ჩართვა კომერციულ სექსში/პროსტიტუციაში

პროსტიტუცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში ჩვეული მოვლენაა. პროსტიტუციის დეფინიცია შეიძლება განსხვავდებოდეს, ეს შეიძლება განიხილებოდეს როგორც სექსი ფულის სანაცვლოდ, ან სექსი თავშესაფრის, საკვებისა და უსაფრთხოების სანაცვლოდ, რასაც ხშირად უწოდებენ სექსს „თვით გადარჩენისთვის“. კანადაში ჩატარებული კვლევის (Tarasuk, et al., 2009) მიხედვით, მამრობითი სექსის 11%-მა და მდედრობითი სექსის 23%-მა კვლევის 30 დღის განმავლობაში მიმართა კომერციულ სექსს, როგორც საკვების მოპოვებისა ან საკვებისთვის საჭირო ფულის შოვნის/გამომუშავების საშუალებას. თუმცა, საკვების უზრუნველყოფისთვის, ამ სტრატეგიის ხშირი და გრძელვადიანი გამოყენება შეინიშნება მხოლოდ მდედრობით სექსში (Tarasuk, et al., 2009).

უნდა ითქვას, რომ მოზარდების რაოდენობა, რომლებიც ჩაბმულები არიან კომერციულ სექსში და მსგავსს აქტივობებში საკმაოდ მაღალია. მაგალითად, აშშ-ში პროსტიტუციაში ჩაბმული ახალგაზრდების ზღვარი მერყეობს 10%-დან 50%-მდე, კანადაში 12%-დან 32%-მდე (Weber, et al., 2002).

სარისკო სექსუალური ქცევის ერთ-ერთი უმთავრესი გამოწვევა არის სექსუალური გზით გადამდები ინფექციები და განსაკუთრებით, აივ ინფექცია. სტატიაში (Weber, et al., 2002) განხილულ კვლევის მიზანს წარმოადგენდა აივ ინფექციის რისკ ფაქტორების შედარება ქუჩასთან დაკავშირებულ გოგონებში, რომლებიც დაკავებულნი არიან პროსტიტუციით და რომლებსაც არ აქვთ მსგავსი ქცევის

გამოცდილება (Weber, et al., 2002). პროსტიტუციაში ჩაბმული გოგონები აივ ინფექციის მაღალი რისკის წინაშე დგანან. პროსტიტუციაში ჩაბმა აიხსნება იმით, რომ როგორც წესი, მათ არ აქვთ ღამის გასათევი, ასევე გამოქცეულნი არიან სახლიდან ან გამოგდებულნი. უსახლკარო მოზარდები განსაკუთრებულად მოწყვლადი ჯგუფია, რადგან უსახლკარო მდგომარეობის ხანგრძლივობა განსაზღვრავს ისეთ აქტივობებში ჩაბმას, რაც გულისხმობს აივ ინფექციის მაღალ რისკს. რაც უფრო მეტ დროს ატარებს მოზარდი ქუჩაში, რაც უფრო დიდი ხანი არის უსახლკაროდ და საჭიროებს თავშესაფარს, საკვებს, ფულს და ა.შ. უფრო მაღალია და იზრდება რისკები, რომ ის ჩაებმევა სარისკო სექსუალურ ქცევებში და ამით საფრთხეს შეუქმნის პირველ რიგში თავის ჯანმრთელობას (Cheng, et al., 2016). ასევე, გოგონებს, რომლებიც დაკავებულნი არიან პროსტიტუციით, ხშირად აქვთ დამატებითი შემოსავალი სხვა არალეგალური წყაროებიდან, როგორც არის ქურდობა და ნარკოტიკების რეალიზაცია. ასევე, მათში უფრო ხშირია მოწყალეების თხოვნა, როგორც შემოსავლის მიღების საშუალება, ვიდრე იმ გოგონებში, რომლებიც არ არიან დაკავებულნი პროსტიტუციით. ასეთი მახასიათებლები მოწმობს იმას, რომ პროსტიტუციაში ჩაბმული გოგონები უფრო მეტად არიან დამოკიდებულნი ქუჩიდან მიღებულ შემოსავალზე და შესაბამისად, ისინი უფრო მეტად ერთვებიან ისეთ აქტივობებში, რომლებიც მათ აივ ინფექციისა და სხვა დაავადებების ან პრობლემების რისკის წინაშე აყენებს (Weber, et al., 2002).

ამასთანავე, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულება ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდების ცხოვრების ნაწილია და მათ შორის გოგონების, რომლებიც დაკავებულნი არიან პროსტიტუციით. მათი უმეტესობა სექსუალურ კავშირებს ამყარებს ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ (Cheng, et al., 2016). სხვადასხვა ნივთიერებების მოხმარება ზრდის ჯანმრთელობის დაზიანების რისკს, რადგან ზემოქმედების ქვეშ მცირდება საფრთხის აღქმის უნარი და შესაბამისად სექსუალური აქტი შეიძლება იყოს სპონტანური და დაუცველი (Weber, et al., 2002).

პროსტიტუციაში ჩაბმული გოგონებისთვის უფრო დამახასიათებელია ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარება და ნარკოტიკების მოხმარებისთვის საჭირო ნივთების გაზიარება ერთმანეთში, რაც ზრდის აივ ინფექციისა და სხვა დაავადებების გავრცელების/ გადადების რისკებს. თუმცა, მაღალი რისკის ქვეშ არიან ის გოგონებიც, რომლებიც არ არიან დაკავებულნი პროსტიტუციით, მაგრამ მოიხმარენ ინტრავენურ ნარკოტიკებს და მოხმარებისთვის იყენებენ საზიარო ნივთებს, რაც აიხსნება მათი არასტაბილური ცხოვრების წესით, ორივე კატეგორიის გოგონებისთვის (Weber, et al., 2002).

ბუნებრივია, ორივე ჯგუფის გოგონებს ცხოვრების მანძილზე გამოუცდიათ სხვადასხვა ტიპის სექსუალური აქტივობა, თუმცა პროსტიტუციაში ჩაბმული გოგონების პროპორციული რაოდენობა, რომლებიც განიცდიან სექსუალურ ძალადობას უფრო მაღალია. ბავშვობაში განცდილი სექსუალური ძალადობა აისახება მათ შემდგომ სექსუალურ ცხოვრებაზე და უფრო მეტად განაპირობებს პროსტიტუციაში და სხვა სარისკო აქტივობებში ჩაბმას და შესაბამისად, რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის პრობლემებს (Weber, et al., 2002).

ის გოგონები, რომლებიც სქესობრივ ცხოვრებას იწყებენ ადრეული ასაკიდან უფრო მეტად ერთვებიან პროსტიტუციაში და ახორციელებენ სარისკო სექსუალურ ქცევებს, როგორც არის მრავალი პარტნიორის ყოლა, მათ შორის სარისკო პარტნიორების ყოლა – ბისექსუალი მამაკაცი, ნივთიერების მომხმარებელი და აივ ინფექციის მატარებელი (Cheng, et al., 2016). საბოლოო ჯამში, ადრეულ ასაკში დაწყებული სქესობრივი ცხოვრება წარმოადგენს რისკ ფაქტორს ყველა მოზარდი გოგონასთვის და აყენებს მათ აივ ინფექციის, სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, არასასურველი ორსულობისა და მასთან დაკავშირებული პრობლემების წინაშე, რაც საფრთხეს უქმნის მოზარდის ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას (Weber, et al., 2002).

უნდა აღინიშნოს, რომ პროსტიტუციით დაკავებული გოგონების დიდ რაოდენობას აქვს ანალური სექსი. ჰომოსექსუალ და ბისექსუალ მამაკაცებს შორის, ანალური სექსი მიჩნეულია, როგორც აივ ინფექციის გავრცელების რისკ ფაქტორად. კონდომის გამოყენების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი გოგონების ორივე ჯგუფისთვის (სექსმუშაკი და არა სექსმუშაკი გოგონები), სწორედ ანალური სექსის დროს ფიქსირდება. გოგონების ერთ მესამედზე ნაკლები იყენებს კონდომს რეგულარულად ანალური სექსის დროს. ეს მოწმობს იმას, რომ პრევენციული მესიჯები უნდა იგზავნებოდეს და დამცავი საშუალებები უნდა გამოიყენებოდეს ნებისმიერი სექსუალური აქტის დროს. როგორც უკვე ზემოთ აღვნიშნეთ ალკოჰოლისა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება ზრდის დაუცველი სექსუალური კავშირების რისკებს (Weber, et al., 2002).

მნიშვნელოვანია, გამოვყოთ სოციალური ქსელების ზეგავლენა სარისკო სექსუალურ ქცევებზე. თუ ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდის სოციალურ ქსელში შედიან ისეთი ადამიანები, რომლებიც დადიან სკოლაში, აქვთ სამსახური, კარგი ურთიერთობა აქვთ მშობლებთან და ასეთი ადამიანების რიცხვი შედარებით მაღალია, მაშინ სარისკო სექსუალური ქცევების რისკი იკლებს, შესაბამისად ასეთი ურთიერთობები წარმოადგენენ დამცავ ფაქტორებს (Rice, 2010). თუმცა, მხოლოდ პრობლემური სოციალური ქსელიც არ უწ-

ყოფს ხელს სარისკო სექსუალურ ქცევებს. ამის დასადაგენად შესწავლილი იქნა სოციალური ქსელის სხვა ასპექტი – ინტერნეტი. რის შედეგადაც დადგინდა, რომ მოზარდები, რომლებიც იყენებენ ინტერნეტს თავიანთ ქუჩის მეგობრებთან დასაკავშირებლად, ხშირად ერთვებიან კომერციულ სექსუალურ ურთიერთობებში და პარტნიორებსაც ქსელში ეძებენ. ამის საპირისპიროდ, თუ მოზარდი იყენებს ინტერნეტს ოჯახთან ურთიერთობისთვის უფრო ნაკლები რისკის ქვეშ დგას, ანუ თუ მას აქვს ურთიერთობა ოჯახის წევრებთან, ნაკლებად ეძებს პარტნიორებს ქსელში იმისთვის, რომ მიიღოს მისთვის საჭირო რამ სექსის სანაცვლოდ. საბოლოო ჯამში, სოციალური ქსელი ძალიან მრავალფეროვანია და ონლაინ ურთიერთობა ხელს უწყობს სარისკო სექსუალურ ქცევას და სგვი-ის განვითარება/გავრცელებას (Rice, 2010).

6.1.3. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინტერვენციების ზოგადი მიმოხილვა

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ახალგაზრდების ჯანმრთელი განვითარების ხელშესაწყობად აუცილებელია რამოდენიმე ფაქტორის კომბინაცია: უსაფრთხო და მხარდამჭერი გარემოს შექმნა, ინფორმაციის მიწოდება, უნარ-ჩვევების გამომუშავება, კონსულტირება და სერვისების გაუმჯობესება. ყველა ეს ქმედება აუცილებელია ხორციელდებოდეს სისტემურად, იმისთვის რომ ინტერვენციას ჰქონდეს შედეგი (WHO (d), 2014).

უსაფრთხო გარემოს შექმნა

გარემო ეს არის ყველაფერი ის, რასთან შეხებაც უწევს ბავშვს ყოველდღიურ ცხოვრებაში. ეს არის ბავშვის ცხოვრების პოლიტიკური, იურიდიული, ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული კონტექსტი, როგორც არის განათლების მიღების შესაძლებლობა, ცხოვრებისეული უნარების გამომუშავება, პოზიტიური ურთიერთობების დამყარება სხვა ადამიანებთან. გარემო განსაზღვრავს ბავშვის არჩევანს, თუ როგორ მოიქცეს. უსაფრთხო და მხარდამჭერი გარემოს შექმნის მიზანია პოზიტიური ურთიერთობების დამყარება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან (WHO (d), 2014).

გარემო ფაქტორები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ ბავშვის ცხოვრებაზე, მოიცავენ მიჯაჭვულობას. ეს შეიძლება იყოს მზრუნველი ოჯახი, მეგობარი ან სხვა ზრდასრული ადამიანი; სოციალურ ნორმებს, როგორც არის დამოკიდებულება სხვა ბავშვების მიმართ, დამოკიდებულება სექსუალური ქცევის მიმართ; რესურსებს, რაშიც მოიაზრება სასწავლო პროცესში ჩართვა, ისეთი ადგილის არსებობა, სადაც ბავშვს შეუძლია რომ ითამაშოს, გამოიმუშავოს სასიცოცხლო

უნარები და მომავალში მიიღოს ანაზღაურებადი სამსახური; პოლიტიკას, რაც გულისხმობს ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომას და კანონის არსებობდა, რომელიც იცავს ბავშვის უფლებებს (WHO (d), 2014).

თითოეულ დონეზე შესაძლო ინტერვენციებია:

მიჯაჭვულობის ჩამოყალიბება/აღდგენა

მნიშვნელოვანია ბავშვისა და ოჯახის კავშირის აღდგენა და გამყარება, ოჯახთან მუშაობა იმისთვის, რომ ერთმანეთთან კომუნიკაციის უნარები გახდეს უფრო ეფექტური და მშობლებმა შეძლონ პოზიტიური ურთიერთობების დამყარება შვილებთან, ან ოჯახთან დაახლოებული ჯგუფების შექმნა, რომელიც დაეხმარება ბავშვს საჭიროებების დაკმაყოფილებაში. მაგალითად, დღის ცენტრმა, სადაც ბავშვი ატარებს დროს გარკვეულ ნაწილს, შეიძლება ჩაანაცვლოს სახლი და ოჯახი, სადაც ის იგრძნობს სითბოს და მხარდაჭერას (WHO (d), 2014.).

სოციალური ნორმები – სექსუალურ ქცევებზე ღიად საუბრის მიმდებლობა. ჯგუფური განხილვები იმის შესახებ, თუ რა არის სარისკო სექსუალური ქცევა, რა არის აივ ინფექცია, რა პრევენციის გზები არსებობს და სხვ (WHO (d), 2014).

რესურსები და სერვისის მიწოდება

აუცილებელია ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა, სკრინინგი და მკურნალობა სექსუალური და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობის დროს, მათ შორის აივ/შიდსის. კონტრაცეფციული საშუალებების (მაგ: კონდომი) ხელმისაწვდომობა სხვადასხვა დაწესებულებებში, სადაც მოზარდებს შესაძლებლობა აქვთ/ეწევათ თავისუფლად ისარგებლონ შეთავაზებული რესურსებით. იმის უზრუნველყოფა, რომ რესურსები ხელმისაწვდომია და არ არის დაკავშირებული მრავალ ბარიერთან (WHO (d), 2014). როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სკოლა არის დამცავი ფაქტორი ახალგაზრდების ცხოვრებაში, რაც ასევე იცავს მათ სარისკო სექსუალური ქცევისგან. ამიტომ ადგილობრივ სკოლებთან მუშაობა და ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვებისთვის საგანმანათლებლო პროცესის გაადვილება და სასკოლო პროცესის მიმზიდველად წარმოჩენა მათთვის მნიშვნელოვან როლს თამაშობს (WHO (d), 2014).

პოლიტიკა და ადვოკატირება

პირველ რიგში ეს ეხება პროსტიტუციას და რეაგირებას შესაბამისი უწყებებიდან, რადგან ფაქტები არსებობს, მაგრამ, ხშირ შემთხვევაში არ არის გამოკვლეული და სახელმწიფო თავს არიდებს მსგავსი ფაქტების წარმოჩენას (WHO (d), 2014).

ინფორმაციის მიწოდება

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ინფორმირება იმ საკითხებზე, რომლებიც მათზე ზეგავლენას ახდენენ, უფრო იოლს ხდის პოზიტიური რეაგირების შესაძლებლობას მსგავს სიტუაციებში (WHO (d), 2014). შესაბამისად, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს უნდა მიეწოდებოდეთ ინფორმაცია ზრდისა და განვითარების შესახებ, სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, დაავადებებისა და ინფექციების პრევენციაზე, ჯანმრთელობის შენარჩუნების ხელშეწყობ ფაქტორებზე. ასევე, ისეთ თემებზე, როგორც არის უფლებები, კანონი და ინფორმაცია თემში არსებული რესურსებისა და სერვისების შესახებ. გარდა იმისა, რომ ინფორმაციის მიწოდებას უნდა ჰქონდეს სისტემური ხასიათი, მოზარდთან ნებისმიერი კონტაქტის დროს კრიტიკულია პრევენციული მესიჯების მიწოდება (WHO (d), 2014). თუმცა ყველას უნდა ახსოვდეს, რომ შესაძლებელია ინფორმაციის მიწოდებას ჰქონდეს ნეგატიური შედეგი. ამისთვის უნდა მოხდეს ინფორმაციის სწორი ფორმულირება (WHO (d), 2014). ინფორმაციის მიწოდების დროს დაუშვებელია:

- ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვების დადანაშაულება, რომ მოიხმარენ ნივთიერებებს და აქვთ სქესობრივი ურთიერთობა. ამის შედეგად, მოზარდმა შესაძლოა უგულვებელყოფს და არ მიაქციოს ყურადღება მიწოდებულ ინფორმაციას.
- ასევე, გადაჭარბებული და შემაშინებელი ფორმით ინფორმაციის მიწოდება.

ინფორმაციის მიწოდების ეფექტურობა დამოკიდებულია მის სისტემურ ხასიათზე. ინფორმაციის მიწოდებელი პირი კი უნდა იყოს სანდო, თემას ძირეულად იცნობდეს და ჰქონდეს ახალგაზრდისთვის ინფორმაციის სწორად მიწოდების უნარი (WHO (d), 2014).

უნარების გამომუშავება

იმისთვის, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები გაუმკლავდნენ ყოველდღიურ ცხოვრებას რისკის გარეშე, საჭიროა ჯანსაღი და კონსტრუქტიული სტრატეგიების განვითარება (WHO (d), 2014).

უნარების გამომუშავება შესაძლებელია სხვადასხვა სტრუქტურული აქტივობებით. ასეთ უნარებს, რომლებიც ეხმარებიან ახალგაზრდებს მიიღონ ჯანსაღი და საპასუხისმგებლო გადაწყვეტილებები, მიეკუთვნება სასიცოცხლო უნარების გამომუშავება ახალგაზრდებში (WHO (d), 2014).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, სასიცოცხლო უნარი ეს არის პოზიტიური ქცევა, რომელიც ადამიანს ეხმარება გაუმკლავდეს ყოველდღიური ცხოვრებისეულ საჭიროებებსა და

გამოწვევებს. სასიცოცხლო უნარებს განეკუთვნება გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ინტერპერსონალური უნარი, კრეატიული და კრიტიკული აზროვნება, ემპათია და თვითშემეცნება, სტრესთან და ემოციებთან გამკლავება (WHO (d), 2014). ამ უნარების გამო-მუშავება დაეხმარება ახალგაზრდებს სხვა გზებით გაუმკლავდნენ სტრესს და ზეწოლას მათ ცხოვრებაში, ნაკლებად ჩაერთონ სარის-კო ქცევებში და მიიღონ ჯანსაღი გადაწყვეტილებები, რადგან სა-სიცოცხლო უნარების გამომუშავება ახალგაზრდას გახდის უფრო ასერტიულს და ხელსშეუწყობს მისი მედეგობის განვითარებას, რაც დაეხმარება სოციალურ ზეწოლის გაძლებაში. მაგალითად, თქვას უარი სარისკო სექსზე ან ნივთიერებაზე, დაითანხმოს მეორე პირი სქესობრივი კავშირის დროს დამცავი საშუალების გამოყენებაში. ასევე, დაეხმარება დაინახოს საფრთხე სპონტანურ სქესობრივ კავ-შირში და ასაწავლის, რომ შესაძლებელია სტრესთან ალტერნატი-ული გზებით გამკლავება, თუ როგორ გაიჩინოს ნამდვილი მეგობ-რები, მხარდაჭერი ადამიანები და სისტემები და მათგან მიიღოს მხარდაჭერა (WHO (d), 2014).

აგრეთვე, სარისკო სექსუალური ქცევებისგან თავის არიდებაში ახალგაზრდებს ეხმარებათ პრაქტიკული უნარები, მაგალითად რო-გორ გამოიყენონ კონდომი და სხვა დამცავი საშუალებები. როგორ ითამაშონ გარკვეული თამაშები და სპორტი, გამომდინარე იქიდან, რომ რეკრეაციული აქტივობები იცავს ახალგაზრდებს სარისკო ქცევებისგან და სტრესის დროს ხდება სარისკო ქცევის ჩანაცვლება მსგავსი ტიპის აქტივობებით. განსაკუთრებით მაშინ, თუ ახალგაზ-რდას აქვს გამოკვეთილი ნიჭი და/ან ავლენს გარკვეული აქტივობის მიმართ ინტერესს (WHO (d), 2014).

ამასთან ერთად, ახალგაზრდა სასურველია იღებდეს ინფორ-მაციას იმაზე, თუ როგორ უზრუნველყოს ცხოვრება კანონიერი და მისაღები გზებით. ეს მოიცავს ინფორმაციას მომავალი პროფესიის შესახებ და ა.შ. ასეთი უნარი ამცირებს სექსზე, როგორც შემოსავ-ლის წყაროზე დამოკიდებულებას (WHO, 2014).

6.2. საქართველოში ჩატარებული კვლევების შედეგები

ქვემოთ მოკლედაა განხილული „აივ ინფექციის პრევენცია ქუ-ჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან“ (№FR17_31) კვლევის ფარგლებში ჩატარებული თვისებრივი ინტერვიუების შედეგები, გა-მოკითხულ 22 ექსპერტთან (მომსახურების მიმწოდებელი ორგანი-ზაციების წარმომადგენლები) და 20 ქუჩათან დაკავშირებულ ახალ-გაზრდასთან (10-19 წლის), რომლებიც გამოიკითხნენ სექსუალურ ქცევასთან დაკავშირებით და აგრეთვე, რაოდენობრივი კვლევის შედეგები, რომელიც ჩატარდა 10-19 წლის ახალგაზრდებზე.

6.2.1. სექსუალური ცხოვრების დაწყება

რაოდენობრივმა კვლევამ გამოავლინა, რომ ახალგაზრდების 30%-ი ჰქონდა სექსუალური ურთიერთობა. ამ ახალგაზრდებიდან 10%-მა პირველი სექსუალური გამოცდილება მიიღო 6-დან 10 წლის ჩათვლით ასაკში. დანარჩენებმა კი 11 წლიდან 18 წლის ასაკში. ამ ახალგაზრდებიდან 35.9%-ს სექსი ჰქონდა ერთ პარტნიორთან, ხოლო დანარჩენებს 2-დან 15-მდე პარტნიორთან. ამასთან, გოგონებიდან, ვისაც სექსი ჰქონდათ, 62.1% (18 გოგო 29 დან) – ს ჰყავდა ან ჰყავს მხოლოდ ერთი პარტნიორი, მაშინ როცა სექსუალური გამოცდილების მქონე ბიჭების მხოლოდ 23.8%-ს (15 ბიჭი 61-დან) ჰყავს ერთი პარტნიორი. ამასთან, გოგონების 3.4%-ს (1 რესპონდენტი) და ბიჭების 27% (17 რესპონდენტი) ბიჭს ჰყავდა ძალიან ბევრი პარტნიორი. ზოგადად, გოგონების 96.6% – ს არ ჰყოლია 4 ზე მეტი პარტნიორი.

ამრიგად, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა გოგონებსა და ბიჭებს შორის პარტნიორების რაოდენობის მიხედვით. გოგონებს უფრო ახასიათებთ ნაკლები პარტნიორის ყოლა, ვიდრე ბიჭებს, რომლებიც ხასიათდებიან მრავალ პარტნიორობით (*Pearson Chi-Square= 23.946, p=.008*).

300-დან 90 ახალგაზრდის (ვისაც ჰქონდა სექსუალური კონტაქტი) ასაკი და გენდერი შემდეგნაირად გადანაწილდა (იხილეთ ცხრილი №14)

ცხრილი №14: სექსუალური გამოცდილების მქონე ახალგაზრდების განაწილება ასაკის მიხედვით.

ასაკი	რაოდენობა
10	1
11	3
12	3
13	9
14	5
15	11
16	13
17	11
18	9
19	25
სულ	90

ცხრილი №15: სექსუალური გამოცდილების მქონე ახალგაზრდების განაწილება გენდერის მიხედვით.

გენდერი	ბიჭი	გოგო
რაოდენობა	61	29
%	67.8%	32.2%

სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა გენდერის მიხედვით სექსუალური გამოცდილების ქონას შორის. კერძოდ, ამ მხრივ ბიჭების რაოდენობა სტატისტიკურად უფრო მაღალია, ვიდრე გოგონების ($Pearson\ Chi-Square = 9.578\ p=0.02$).

ახალგაზრდებთან ჩატარებული თვისებრივი კვლევის მიხედვით, ქუჩაში მცხოვრები და/ან მომუშავე გამოკითხული ბავშვების, ახალგაზრდების უმრავლესობამ გულწრფელად ისაუბრა სექსუალური ცხოვრებაზე, რომელიც უმეტესად იწყება 12-13 წლიდან. თუმცა, ზემოთ მოცემული სტატისტიკური მონაცემები მიუთითებს, რომ ზოგიერთი მათგანის სექსუალური გამოცდილება გაცილებით ადრე დაიწყო, რაც ცალსახად მიუთითებს მათ სექსუალური ძალადობის მსხვერპლობაზე. თვისებრივი კვლევის დროს 20 რესპონდენტიდან რვამ დაასახელა, რომ ჰქონიათ სექსი და აქედან ყველაზე პატარა იყო 12 წლის.

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით, 1 % (3 რესპონდენტი) აღნიშნავს, რომ მის სხეულს მშობელი ან სხვა უფროსი შეხებია სექსუალურად ან პირიქით. ამ რესპონდენტებიდან 2 აღნიშნავს, რომ ამჟამად აქვს სექსუალური კონტაქტები.

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები სექსუალური ქცევის დაწყების მიზეზად მოზარდობის პერიოდში ჰორმონალური ცვლილებებს მიიჩნევენ. ახალგაზრდებისთვის „სექსი სასიამოვნოა და ამიტომ აქვთ“:

„არ ვიცი... არ ვიცი. რავი მინდოდა პროსტა და სხვები არ ვიცი“ (14 წლის ბიჭი, ქართველი).

„გოგონებში ესეთი რაღაცაა რა, ძაან უნდათ შეყვარებული და რაღაცეებს აკეთებენ და მე არ მსიამოვნებს. ჩემი მეგობრებიც აკეთებენ, მოკლე კაბებს იცმევენ, ტოპიკებს, რომ შეყვარებული გაიჩინონ. ბიჭები არ ვიცი... ზიან და გოგოებს კერავენ, როგორც ჩემი ძმა. 14 წლისაა, 15ის ეხლა ხდება და ისიც აქაა. ეხლა სახლშია. მამა ერხუბა. გაიპარნენ აქედან. 3 დღე არ იყო აქ და წაიყვანა სახლში. აქ ერთ გოგოს გაუკეთა „სასოსი“. წითელი რაღაცაა და გაიგეს და მამამ ერხუბა, წაიყვანა და სკოლა სანამ არ დაიწყება, არ მოიყვანს“ (12 წლის გოგო, ბოშა).

„როდესაც გოგო იზრდება ან ბიჭი, მასში რაღაც ჰორმონებია... ჰო და მერე, გოგო უნდება, გოგოს კიდე ბიჭი უნდება და ... ანუ რა

ქვია?... რავი ძალადობებიც ხდება ხოლმე“ (16 წლის გოგო, ქართველი-სომეხი).

ბიჭებისგან განსხვავებით, გოგონებში სექსუალური ცხოვრების დაწყება მრავალმა ფაქტორმა შეიძლება განაპირობოს. გარდა იმისა, რომ სიამოვნების მიღების სურვილი აქვთ, გოგონებს „შეყვარებულების განაწყენება არ სურთ და უარს ვერ ეუბნებიან“, „არ უნდათ რომ ბიჭებმა ამის გამო მიატოვონ“. გვხვდება ძალადობის ფაქტებიც. ასევე, დიდ გავლენას ახდენს გარემო. თუ გარკვეული ტიპის საზოგადოებაში სურთ თავის დამკვიდრება, მათ უნდა „ჰქონდეთ სექსი“. ასევე, გადამწყვეტ როლს თამაშობს ახალგაზრდის არასახარბიელო მატერიალური მდგომარეობა და მხარდამჭერი ოჯახის და მეგობრების არ არსებობა.

„გოგონებში არ ვიცი, ალბათ გაჭირვება ან სხვა რაიმე პრობლემები, არ ვიცი“ (14 წლის გოგო, ქართველი).

„გაჭირვების გამო აქვთ სექსი. რა ვიცი... ბიჭების შემთხვევაში, ეხლა არ ვიცი... აი, რაც არ უნდ გაჭირვებული ვიყო, მასე მაინც არ მოვიქცევი, მარა ნუ რა ვიცი, ალბათ, ეგეთ გარემოცვაში არიან და ისინიც მასე იქცევიან“ (16 წლის გოგო, ქართველი)

„გოგონებს ხანდახან შეიძლება აძალებენ. ... კაცები, ნათესავი კაცები. იმათ [ბიჭებს, ავტ.] თვითონ უნდათ“ (14 წლის გოგო, ქართველ-რუსი).

„ალბათ მათი სამეგობრო წრე ესეთია. სულ უყურებენ ერთმანეთს, რადგან მეგობრები არიან, ერთმანეთს უნდა მიბაძონ. ის რახან აკეთებს, მეც უნდა გავაკეთო. ... მაგრამ ბიჭებში ძირითადად გოგონების გამოყენებაა. ბევრი ბიჭი იყენებს გოგონებს. და მერე ჩვეულებრივად აგდებენ“ (13 წლის გოგო, ქართველი).

„რავი მიყვარდა და ... გოგოს შემთხვევაში ბევრჯერ გამიგია, არ მინდოდა ბიჭი განაწყენებული დამეტოვაო, თუ რალაც ეგეთი. ბიჭებს აქვთ ეგ მოთხოვნილება და მაგიტომ შეიძლება“ (16 წლის გოგო, ქართველი).

პროვაიდერებიც აღნიშნავენ, რომ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს უფრო ადრე ეწყებათ პუბერტატული პერიოდი და უფრო ადრე მწიფდებიან, ვიდრე მათი თანატოლები. 13-14 წლის მოზარდებს უფრო დიდი ფიზიკური შესახედაობა აქვთ და ესეც ერთ-ერთი რისკ ფაქტორია კომერციულ სექსში ჩაბმის. პროვაიდერები, ახალგაზრდების მსგავსად, გოგონების გამომწვევად ჩაცმას რისკ ფაქტორად განიხილავენ.

„ბოგადად, ესენი უფრო მალე მწიფდებიან, უფრო მალე..., რომ შეხედავ ბავშვს იტყვი, რომ ეს არ არის 13-14 წლის და უფრო დიდი ასაკის არის. მერე ჩაცმულობის სტილიც უფრო სხვანაირი აქვთ, უფრო უყვართ თავისუფალი ჩაცმულობა. ხშირად იღებავენ თმას, რალაც ესეთი ან ვილაცა მოსწონს ეგეთი და იმას ბაძავენ და ესეც

ხდება ხოლმე. ისიც ხვდება, თუ ეს ბავში მოხვდა იქ [სადაც კომერციული სექსით კავდებიან. ავტ.] და გაიარა სადმე და მიხვდა, რომ ამით ფული იშოვება, დადგება, რატომაც არა, რას აშავებს, ჩემია ყველაფერი, რასაც მინდა იმას ვიზამ“ – ცენტრის კოორდინატორი.

ოჯახთან კავშირის ნაკლებობა ან არარსებობა, თანადგომის ქსელის არქონა, ოჯახის მხრიდან ყურადღების დეფიციტი, უგულვებელყოფა, ასევე, ზრდის ადრეულ სექსუალურ ცხოვრებაში ჩართვის რისკს.

„კიდევ ფაქტორი არის ის, რომ ოჯახთან აქვთ ნაკლები კავშირი, და ამიტომაც

უფრო მეტად შეუძლიათ, რომ ეს გააკეთოს, რა ფაქტორები არის კიდევ... არ ყავს თანადგომის ქსელი და იძულებულია ეს გააკეთოს ან არის სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი და მისთვის სულ ერთია დანარჩენი როგორ ექნება, ამაში ფულს აიღებს...“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

ამის საპირისპიროდ ახლო ადამიანის ყოლა, ოჯახის წევრებთან კავშირი იცავს მოზარდებს. მაგალითად, ეს შეიძლება იყოს შეყვარებულიც, მუდმივი პარტნიორი, ასეთი მოზარდები ნაკლებად კავდებიან კომერციული სექსით.

„შეყვარებული არის დამცავი ფაქტორი. აი თუ ყავს შეყვარებული, მუდმივი პარტნიორი, ეს არის ხოლმე“ – სოციალური მუშაკი.

უნდა აღნიშნოს, რომ პროვაიდერების ინფორმაცია და გამოცდილება სარისკო სექსუალური ქცევის შესახებ განსხვავებულია. მათი პასუხები არის არაერთგვაროვანი. ზოგი მათგანი აღნიშნავს, რომ არ აქვს ინფორმაცია, თუ რა სახის სარისკო სექსუალურ ქცევებში არიან ახალგაზრდები ჩართულები ან იციან, მაგრამ არ აქვთ დეტალური ინფორმაცია. პროვაიდერების უმრავლესობას უჭირს კონკრეტული პასუხის გაცემა, რადგან აღნიშნავენ, რომ თავად მოზარდები ძალიან იშვიათად საუბრობენ ამ თემაზე.

„წარმოდგენა არ მაქვს ამასთან დაკავშირებით იმიტომ, რომ დიდად არ საუბრობენ ბავშვები ჩვენთან და ამის შესახებ ჩვენ არ ვიცით, ინფორმაცია არ გვაქვს“ – სოციალური მუშაკი.

„ვერ გეტყვით ამაზე. მე არ მაქვს ინფორმაცია. თუმცა, მე ვერ გამოვრიცხავ, ვერც ერთ მათგანს. ზოგადად, იმდენად არაჯანსაღია მათი ეს ურთიერთობა... კონკრეტულად, ვერც გამოვრიცხავ და ვერც იტყვი, ამიტომ მე არ შემიძლია ვუპასუხო კონკრეტულად“ – ფსიქოლოგი.

თუმცა, პროვაიდერების ნაწილი აღნიშნავს, რომ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ჩართულნი არიან ყველანაირ სარისკო სექსუალურ ქცევაში, ამყარებენ ყველანაირ სარისკო სექსობრივ კავშირებს და ხშირად ვერ ხვდებიან მათ მნიშვნელობას. პროვაიდერების ის ნაწილი, ვინც კონკრეტული პასუხი გასცა ან აღნიშნა,

რომ ყველანაირი ტიპის სარისკო სქესობრივ კავშირებს ამყარებენ, არიან ფსიქოლოგები. ერთ-ერთი პროვაიდერი აღნიშნავს, რომ შესაძლოა ფსიქოლოგებთან უფრო იხსნებიან, განსაკუთრებით ბიჭებს უფრო უადვილდებათ ამ თემებზე საუბარი.

„არ ვიცი, მართალი გითხრათ, ბიჭებს უფრო უადვილდებათ გახსნა ჩემთან და საუბარი, ჩალიჩთან და პახაობასთან დაკავშირებით. ესე გოგონებიც არ გვყავს, საბედნიეროდ, და რომც იყვნენ, ისე უჭირთ ხოლმე საუბარი ამ თემაზე. შეიძლება, ფსიქოლოგთან ან ვილაცასთან ვაიხსნან, მაგრამ არც არიან, კარგია რომ ბევრი არაა ესე“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

ამრიგად, რაოდენობრივი კვლევის მონაცემების მიხედვით, კვლევაში მონაწილე 300 ახალგაზრდიდან, რომელთა ასაკიც მოიცავდა 10-დან 19 წელს, სექსუალური ურთიერთობა ჰქონდა 90 ახალგაზრდას (30%) და მათი საშუალო ასაკი იყო 16 წელი (Mean =16.39, Median=17, Mode=17, Std. Deviation=2.66). ხოლო თავად ახალგაზრდების მიერ დასახელებული სექსუალური ცხოვრების დაწყების საშუალო ასაკი არის 13-14 წელი (Mean =13.83, Median=14, Mode=15, Std. Deviation=2.48, მინიმალური ასაკი 6 და მაქსიმალური 18). ასევე, იგივე კვლევით დასტურდება, რომ ახალგაზრდების 19.6%-ს (18 ახალგაზრდა: 17 ბიჭი და 1 გოგო) ჰყავს ძალიან ბევრი პარტნიორი (დასახელდა 100).

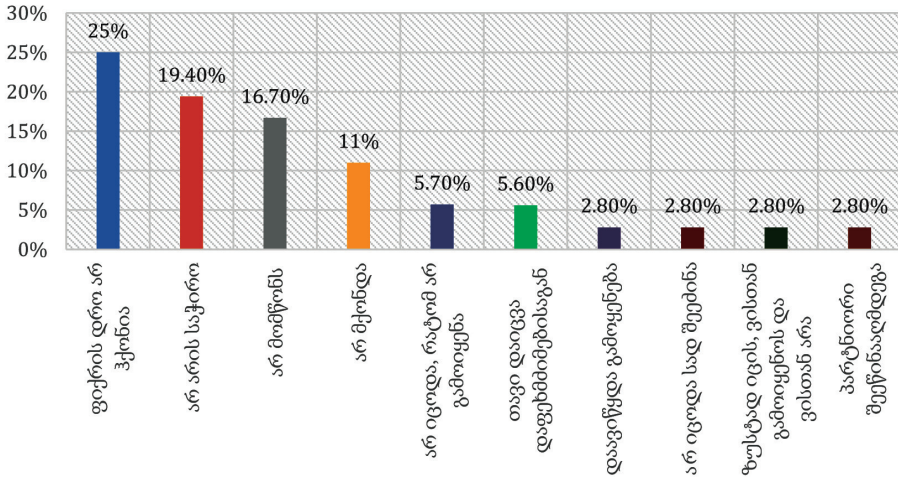
აღნიშნული კვლევის მონაცემები შეესაბამება საერთაშორისო კვლევის მონაცემებს, რომლის მიხედვითაც ქუჩაში სექსუალური ცხოვრების დაწყების საშუალო ასაკია 12-13 წელი (Edidin, et al., 2011), ხოლო 14-დან 19-წლამდე გოგონებს შორის ნებაყოფლობითი სქესობრივი კავშირის საშუალო ასაკია 13.7 წელია (Haley, et al., 2004). ამასთან ნაადრევი სქესობრივი კავშირი დაკავშირებულია მრავალი პარტნიორის ყოლასთან (Rew, 2001), რაც ზრდის სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) რისკებს.

6.2.2. დაუცველი, რისკის შემცველი სექსი

რაოდენობრივი კვლევა მიუთითებს, რომ ახალგაზრდების 36.7%-მა ბოლო სექსუალური კონტაქტის დროს არ გამოიყენა კონდომი. კონდომის გამოუყენებლობის მიზეზებად დასახელდა შემდეგი: 25%-ს ამაზე ფიქრის დრო არ ჰქონია, 19.4%-ი თვლის, რომ არ არის საჭირო, 16.7% – ს არ მოსწონს კოდომის გამოყენება, 11%-მა არ ჰქონდა, 5.7%-მა არ იცოდა, რატომ არ გამოიყენა, 5.6%-მა თავი დაიცვა დაფეხმძიმებისაგან, 2.8%-ს დაავიწყდა გამოყენება, 2.8%-მა არ იცოდა სად შეეძინა კონდომი, 2.8%-მა ზუსტად იცის, ვისთან გამოიყენოს და ვისთან არა და 2.8% – პარტნიორი შეეწინააღმდეგა. სექსუალური გამოცდილების მქონე ახალგაზრდების 83.9%-მა არ იცის სად იშოვოს კონდომი. ახალგაზრდების 22.3%-მა (21 ახალგაზ-

რდა) მიიღო ალკოჰოლი ან ნარკოტიკი სექსუალური კონტაქტის დამყარების წინ მეტი სიამოვნების მიღებისთვის.

გრაფიკი №12: ბოლო სექსუალური კონტაქტის დროს კონდომის არ გამოყენების მიზეზები



საერთაშორისო კვლევების მიხედვით, განსაკუთრებით რისკის შემცველია ანალური სექსის დროს კონდომის გამოუყენებლობა, რადგან ამ დროს მაღალია აივ-შიდსის გადადების რისკი. ანალური სექსის დროს კონდომი არ გამოიყენა ახალგაზრდების 26.7%-მა (12), ხოლო ორალური სექსის დროს კონდომი არ გამოიყენა ახალგაზრდების 52.4% (22). ჯგუფური სექსის დროს კონდომი არ გამოიყენა 40%-მა (2 ახალგაზრდა) და 60%-მა გამოიყენა (3 ახალგაზრდა).

თვისებრივ კვლევაშიც მოზარდები საუბრობდნენ თავიანთი სექსუალურ გამოცდილებების შესახებ, საიდანაც დასტურდება ზემოთ მოყვანილი სტატისტიკა. კერძოდ, ის, რომ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში მაღალია დაუცველი სექსუალური ქცევები. ასევე, ხშირია სექსის ქონა ნარკოტიკის და ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ.

„აქ გამიგია, როდესაც დაგეგმილი აქვთ, დროსაც ნიშნავენ, როდის ექნებათ სექსი. მანამდე პლანს ეწევიან. მაგის მერე, ხო, კაიფში არიან და მერე, მაგის მერე, რავი რას აღარ აკეთებენ. ეს წესები ერთნაირია. მე როგორც გამიგია ბიჭებშიც და გოგონებშიც“ (13 წლის გოგო, ქართველი).

პროვაიდერების კვლევაც იგივეს ადასტურებს. პროვაიდერების აზრით, ქუჩაში მცხოვრებ ახალგაზრდებში დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობა ფართოდ არის გავრცელებული, როგორც ერთ-ერთი სარისკო ქცევა. იმის მიუხედავად, რომ ცენტრში ხელმისაწვდომია კონდომები, მოზარდები მაინც არ იყენებენ დაცვის საშუალებებს.

პროვადერები ასევე აღნიშნავენ, რომ ხშირია სქესობრივი კავშირის დამყარება არასრულწლოვან გოგოსა და სრულწლოვან, უფროს მამაკაცს შორის.

„დეტალური ინფორმაცია არ მაქვს, მაგრამ ძირითადად აქვთ დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობა. ბავშვები, რომლებსაც აქვთ აქტიური სქესობრივი კავშირი, ვატანთ კონდომებს, მაგრამ არ იყენებენ. ყოფილა შემთხვევა, რომ გადამდები დაავადებები გადასდებიან, მაშინ, როცა უფროსებთან აქვთ კონტაქტი. რისკი ყოველთვის არის...“ – სოციალური მუშაკი.

„ვაიძე, კი, სამწუხაროდ გვსმენია და სამწუხაროდ, აი ამაში უფრო სრულწლოვანი მამაკაცები არიან ჩართულები, უმეტესწილად... მაგალითად, 40 წლის კაცი.“ – ცენტრის კოორდინატორი.

პროვადერები ძირითადად აღნიშნავენ, რომ სექსუალური აქტის წინ ალკოჰოლის ან ნივთიერების გამოყენებაზე და სარისკო სექსუალ ქცევაზე მისი ზეგავლენის შესახებ არ სმენიათ.

„სექსუალური ცხოვრების ამბები არ ვიცი ამათი“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„არ ვიცი, არ მაქვს ინფორმაცია. თვითონ ამის შესახებ არ ყვებიან და არ ახსენებენ“ – სოციალური მუშაკი.

„არ ვიცი, ამაზე ინფორმაცია არ მაქვს. ვერ გეტყვით“ – ფსიქოლოგი.

რამოდენიმე პროვადერმა აღნიშნა, რომ სექსის ქონა ჩვეული მოვლენაა, მაგრამ ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარების გარეშეც ამყარებენ სარისკო სქესობრივ კავშირებს.

„შეიძლება, სექსის ქონა [ქუჩაში მცხოვრები ბავშვებისათვის, ავტ.] სრულიად ნორმალური მდგომარეობა არის“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„შესაძლებელია, ისე ჰქონდეთ სექსუალური აქტივობა, რომ არც ერთი არ ჰქონდეს გამოყენებული [ნარკოტიკები, ალკოჰოლი, ავტ.]. მაგრამ, უმეტეს შემთხვევაში იყენებენ ეს ბავშვები“ – ცენტრის ფსიქოლოგი.

ამ ბავშვებში ხშირია ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარება აბების სახით, ფსიქოტროპული და წნევის მარეგულირებელი პრეპარატების გამოყენება, რაც თავისთავად ზრდის სპონტანური და დაუცველი სქესობრივი კავშირების რისკს.

„დაუცველი სექსი აქვთ უმეტესად, არავენ არ იცავს იქ თავს. ნარკოტიკს მოიხმარენ. ძირითადად, აბების სახით იღებენ ნარკოტიკს, ფსიქოტროპულ პრეპარატებს ან ზოგჯერ არის წნევის დამარეგულირებელი, რომელსაც ხმარობენ ეიფორიის მისაღებად და კიდევ რას შევბიან?! გაზს, იმას, სანთებელის გაზს სუნთქავენ, ალკოჰოლსაც იღებენ“ – ცენტრის ფსიქოლოგი.

ამრიგად, ჩვენს მიერ ჩატარებული თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევები ეთანხმება საერთაშორისო კვლევების შედეგებს, რომლის მიხედვითაც ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში განსაკუთრებით მაღალია დაუცველი სექსობრივი კავშირების ქონა. ამასთან, განსაკუთრებით დამახასიათებელია არატრადიციული სექსუალური კავშირების (ანალური, ორალური და ჯგუფური სექსი) დროს კონდომის გამოუყენებლობა, რომლის დროსაც გაცილებით მაღალია აივ-შიდსის გადადების რისკი.

6.2.3. ახალგაზრდების მიერ სექსუალური ქცევის დადებითი და უარყოფითი მხარეების გაცნობიერება

სექსუალურ ქცევის უარყოფით და დადებით შედეგებს მეტნაკლებად აცნობიერებენ ახალგაზრდები. კერძოდ, ძირითადად საუბრობენ უარყოფით შედეგებზე. დადებით შედეგებში მოიხსენიებენ სიამოვნების მიღებას. ამაზე ძირითადად ბიჭები საუბრობდნენ, გოგონების უმრავლესობას უჭირდა დადებით მხარეებზე საუბარი.

„კაი სიამოვნებაა. რა დადებითი მხარე აქ სხვა არ ვიცი და სასიამოვნო როა, ეგ კი“ (14 წლის ბიჭი, ქართველი).

„რავი, [სექსზე] ტანში მაჟრიალებს“ (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

„მე პირადად ძალიან მაგარი გრძნობები მიჩნდება. მე მიჩნდება რავი, აი რალაც განსხვავებული გრძნობა, აი, ძან მაგარი გრძნობაა, რავი, როცა ორივეს უნდა რომ ერთმანეთს ასიამოვნოს, ვთქვათ. ანუ სიამოვნების განცდა მეუფლება“ (15 წლის გოგო, ქართველი).

სექსის ცუდი მხარეებში თითქმის ყველამ (ძირითადად, ეთნიკურად ქართველელმა ახალგაზრდამ) ნაადრევი/არასასურველი ორსულობა დაასახელა. ასევე, დასახელდა, სექსუალური გზით გადამდები დაავადებები, მათ შორის – აივ ინფექცია/შიდსი.

„დაორსულება ნაადრევი... მეტი არ ვიცი“ (15 წლის გოგო, ქართველი).

„ის რა ქვია, ცხოვრებას ინგრევს, შეიძლება დაორსულდე და ბავშვი, ვერ მოუარო და მაგდენი საშუალება არ გქონდეს“ (16 წლის გოგო, ქართველი-სომეხი).

„უარყოფითი რა ვიცი... შეიძლება პრეზერვატივს თუ არ მოიხმარ, შეიძლება ორსულადაც დარჩე, მაგრამ ისინი არ იკეთებენ, ქუჩაში ვინც არის“ (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

„უარყოფითი ის აქვს, რო ცხოვრებას გაიფუჭებ, რალაცას აიკიდებ და დაინგრევ ცხოვრებას“ (16 წლის გოგო, ქართველი-სომეხი).

„გაბოზება, გაბოროტება, რა ვიცი, შეიძლება... რა ვიცი... ბავშვს გააჩენს და მერე ქუჩაში დაიწყებს მათხოვრობას. ეგ მოყვება ამ ყველაფერს, მართლა გეუბნებით. ეგ მოყვება ამ ყველაფერს“ (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

ფულის, ნივთების, წამლის, ღამის გასათევის სანაცვლოდ სექსის ქონა ძირითადად უარყოფითად შეფასდა. გოგოების აზრით, დადებითი შედეგი მხოლოდ ის არის, რის „სანაცვლოდაც ამას აკეთებენ ადამიანები“ (მაგალითად, ეს შეიძლება იყოს ნარკოტიკი). მაგრამ უმრავლესობა ფიქრობდა, რომ ეს დადებითი შედეგი არ არის.

„ალბათ იღებენ იმ ყველაფერს, რის სანაცვლოდაც აკეთებენ ამ ყველაფერს“ (16 წლის გოგო, ქართველი).

„არ ვიცი... კარგი შედეგი არა მგონია მოყვებოდეს. თან მითუმეტეს თუ პრეზერვატივს არ მოიხმარ. მაშინ, ხო უფრო, მთლად უარესია“ (13 წლის გოგო, ქართველი).

„სხვებისთვის კი... რო დაიძინონ ღამე [ანუ ღამის გასათევი ჰქონდეთ, ავტ.]“ (12 წლის გოგო, ბოშა).

„ჩემი აზრით, არანაირი დადებითი არა აქვს“ (16 წლის გოგო, ქართველი-სომეხი). „რა ვიცი, არა მგონია, რატომ უნდა გქონდეს... შენ სექსუალური ურთიერთობა ფულის გამო, როცა შეგიძლია შენ იმუშაო და გამოიმუშაო შენ, შენი შრომა ჩადო და გამოიმუშაო ფული... ჩემი შეყვარებულისთვის არასოდეს მითქვამს, აი ფული მომეცი, ან ეს მიყიდე, ან ის მიყიდე, როცა შემიძლია მე და ჩემით ვიშოვო“ (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

„კარგი არც ერთი არ მოყვება.. რავი ჩემთვის არ მოყვება კარგი შედეგი, ღამის გასათევად უცხო პირთან სექსი რომ გაქვს“ (15 წლის გოგო, ქართველი,)

ბიჭები აღნიშნავდნენ ცუდი მხარეების შესახებ, ძირითადად, საუბრობდნენ შიშებზე, რისკებზე, მათ შორის დაპატიმრების რისკებზე.

„არა, იმიტომ რომ ღამეა და მითუმეტეს არ იცნობ და რავი. შეიძლება, გააჩნია ეხლა ადამიანს. სუსტი რომელიცაა, სუსტი გულის, იმათ ვინც ეუბნება, აი ამ ადამიანისგან შეხედულებით, ვინც ეუბნება ამას, წამოდი და რაღაცა, თავისი მთლიანი შეხედულებით შეიძლება არ მოეწონოს და შეეშინდეს, რა ამდაგვარი“ (13 წლის ბიჭი, ქართველი).

„კარგი შედეგები შეიძლება ის აღმოჩნდეს, რომ ამით შენ კაიფობ, ერთობი, მარა ცუდი მხარეები ის აქვს, რომ შეიძლება პატრული დაგაღდეს ან ვიღაცა დაგაღდეს და ჩაგიშვას და დაგიჭირონ... ანუ დადებითი მხარეც აქვს და უარყოფითიც, ასე რომ ვთქვათ“ (18 წლის ბიჭი, ქართველი).

„ესეც არ ვიცი. ხანდახან ფული, ხანდახან წამალი რავი. ანუ დადებითი შედეგი აქვს, კი“ (13 წლის ბიჭი, ბოშა).

უნდა აღნიშნოს, რომ გოგონები ნეგატიურად აფასებდნენ სექსის სანაცვლოდ რაიმე ტიპის სარგებელს, რასაც თვით დაზიანების და ძალადობის მეტი არაფერი მოჰყვება.

„ის რომ შენ დაგაზიანოს, ვთქვათ იძალადოს. შესაძლებელია.

გამორიცხული არ არის. შეიძლება რამე დაგაღვიწიოს ისეთი, რომ ვერ გაიგო რა მოხდა, როგორ მოხდა და რალაც ეგეთი“ (15 წლის გოგო, ქართველი).

ერთი შეხედვით, ახალგაზრდებთან თვისებრივი კვლევის შედეგები აჩვენებს, რომ ახალგაზრდები გარკვეულწილად აცნობიერებენ სექსუალური ქცევის დადებით და უარყოფით შედეგებს, მაგრამ ეს უფრო ატარებს ზედაპირულ ხასიათს, თითქოს, ეს მათ არ ეხებათ და საუბრობენ სხვებზე. ჩანს, რომ იყენებენ დაცვის მექანიზმებს, რთავენ რა „სუპერ ეგოს“ და გაურბიან რეალურ პრობლემებზე სიღრმისეულ საუბარს.

6.2.4. სექსუალური გზით გადამდები ინფექციებისა და აივ ინფექციის გავრცელების შემთხვევები და რისკები

300 ბავშვზე ჩატარებული რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით, 52.7%-ს არ გაუგია აივ-შიდსის შესახებ. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 186 ახალგაზრდიდან, რომლებთანაც ასაკობრივად გათვალისწინებული იყო აივ-შიდსზე ტესტირება, 116-მა (62.4%) ახალგაზრდამ ჩაიტარა ტესტირება და პასუხი აღმოჩნდა ნეგატიური. ამასთან, 70-მა ახალგაზრდამ (37.6%) უარი განაცხადა ტესტირებაზე. ძირითადი მიზეზი იყო, ტესტის ქუჩაში ჩატარების არაკომფორტულობა (60%). (ტესტირებაზე უარის თქმის მიზეზები დეტალურად იხილეთ მე-3 თავში). საინტერესოა, რომ ახალგაზრდების დაახლოებით 5% (16 რესპონდენტი) აღნიშნავდა, რომ ისინი იცნობდნენ ადამიანს, რომელსაც ჰქონდა შიდსი და გარდაიცვალა. თვისებრივ კვლევაში 39 მონაწილემ ჩაიტარა ტესტირება და მხოლოდ ერთმა თქვა უარი.

თვისებრივ კვლევაში გამოკითხული მოზარდების დიდი ნაწილი აღნიშნავდა, რომ სმენიათ შიდსის შესახებ. მათ იციან, რომ შიდსი სექსუალური გზით გადადის ერთი ადამიანიდან მეორეზე. სხვადასხვა ინფექციებიდან, მათ შორის აივ ინფექციიდან თავის დასაცავად საჭიროა კონდომის გამოყენება სექსის დროს. ახალგაზრდები ამბობდნენ, რომ მოიხმარდნენ კონდომს, მაგრამ „არაფხიზელ მდგომარეობაში პრეზერვატივი და საშიში ინფექციები არავის ახსენდება.“ სექსუალური ცხოვრების უარყოფით შედეგებში, არასასურველ ორსულობასთან ერთად დაასახელეს სექსუალური გზით გადამდები დავაადებები. გამომდინარე იქიდან, რომ ბევრი არაფერი იციან და არ ფლობენ ინფორმაციას თვითონ აივის შესახებ, სწორედ ამიტომ დაავადების მძიმე შედეგებს კარგად ვერ იაზრებენ.

„ვიცი რომ სექსუალური ურთიერთობით გადადის, სისხლით გადადის, როცა შპრიცით, თუ რა ქვია... ნემსით. სისხლის კონტაქტით გადადის... რა ვიცი, კოცნით არა და ტანსაცმლის ჩაცმითაც არ გადადის...“ (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

„როგორ გახდა და ვილაცამ გადადო რა თქმა უნდა, ანუ ასე რომ ვთქვათ სექსის დროს, ბოლიში კიდევ ერთხელ“ (18 წლის ბიჭი, ქართველი).

„ვილაცა ისეთია, ხო არ ეკითხები შიდსი გაქვს და რაღაც, და შეიძლება იმდენი ქონდეს მოწეული, არც ახსოვდეს პრეზერვატივი გამოიყენა თუ არა“ (13 წლის გოგო, ქართველი).

პროვაიდერების მიხედვით, აივ ინფექციის ტესტირება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს არ უტარდებათ, არც დღის ცენტრში შესვლის დროს და არც 24 საათიან თავშესაფრებში. იმისთვის, რომ მოზარდს ჩაუტარდეს აივ ტესტი, უნდა არსებობდეს ამის მიზეზი, ეჭვი. მაგალითად, თუ მოზარდს აქვს ხშირი სპონტანური ურთიერთობა უბრალო გამვლელებთან, ტაქსის მძღოლებთან, თუ თავად მოზარდმა მიმართა სერვისის მიმწოდებლებს გარკვეული პრობლემით ან თუ არსებობს სხვა რისკი.

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სერვისში ჩარიცხვისას სავალდებულო არ არის ტესტის ჩატარება. სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციაში მას უტარდება მხოლოდ პროფილაქტიკური სამედიცინო გამოკვლევა, რომელიც მოიცავს სისხლის საერთო ანალიზს, სხვადასხვა გამოკვლევებს ანთებაზე და სოკოზე, მაგრამ არა აივ ინფექციაზე. ასევე, პროვაიდერები იხსენებენ შემთხვევას, როდესაც ერთ-ერთმა ორგანიზაციამ გამოიჩინა ინიციატივა ჩატარებინა ტესტირება აივ ინფექციაზე, მაგრამ ბევრმა ახალგაზრდამ განაცხადა უარი, ამიტომ მნიშვნელოვანია ინფორმაციის მიწოდების სახე და მიდგომები. მაშინ როცა, ჩვენს მიერ ორგანიზებული თვისებრივი კვლევის დროს, რომელიც მიმდინარეობდა სერვისის ცენტრებში, 40-დან 39-მა ჩაიტარა ტესტირება.

„როცა შემოდიან აივის ტესტირება არ უტარდებათ, არც 24 საათიან თავშესაფრებში და არც დღის ცენტრებში.“-მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„ესე ცალკე ამის გამოკვლევა არ ხდება, რაღაც მიზეზი უნდა არსებობდეს, რომ ეს ტესტირება ჩაუტარდეს.“- მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„სხვა დაავადებები კი ბატონო, მაგრამ აივ ინფიცირება არა. ჩვენ რომ რაღაც რისკი დავინახეთ, ყველა ბავშვი წავიყვანეთ და შევამოწმეთ, მაგრამ ყოველდღე ვერ ვამოწმებთ და თან 6 თვიანი ფანჯარაც რომაა“ - ცენტრის კოორდინატორი.

როგორც არა ერთხელ აღინიშნა, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში აივ ინფექციის გავრცელების რისკს ზრდის დაუცველი, სპონტანური და ნაადრევი სქესობრივი კავშირები, ასევე მრავალი პარტნიორის ყოლა და პროსტიტუციაში ჩაბმა. თუმცა, ახალგაზრდებს ეს რისკები გაცნობიერებული არ აქვთ. თუ აქვთ ინფორმაცია მათთვის ეს უბრალოდ დაავადებაა და საკუთარ ქმედებებთან

ვერ აკავშირებენ, ჰგონიათ რომ მათ ეს არასდროს შეეხებათ და არა მარტო აივ ინფექცია, არამედ სხვა სექსუალური გზით გადამდები დაავადებები და ინფექციებიც არ გადაედებათ.

„არ აქვთ საერთოდ გაცნობიერებული. იმდენად ხშირია დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობა, რომ უმეტეს შემთხვევაში ესეა. და არის რისკი, რომ რომელიმე ამ ბავშვებიდან იყოს აივ ინფექციის მატარებლები. მითუმეტეს უკვე 12 წლიდან პროსტიტუციაში თუ არა თავისუფალ სექსუალურ ურთიერთობებში ერთვებიან“-მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„საერთოდ არ აქვთ გაცნობიერებული. აქ მარტო აივი არაა, აქ არის ათასნაირი დაავადება, დაწყებული უმარტივესი სოკოს დაავადებით დამთავრებული... რა გინდათ, რომ არ შეხვდეთ“-ცენტრის კოორდინატორი.

„ზოგადად რისკს ნაკლებად ხვდებიან“-ცენტრის კოორდინატორი.

„გაცნობიერებულობაზე ცოტა არ იყოს რთულია საუბარი. არამგონია, ამ ბავშვებს ჰქონდეთ გაცნობიერებული რა შედეგი შეიძლება მიიღონ იმ ყველაფრისგან“-ფსიქოლოგი.

მართალია, პროვაიდერები ფიქობენ, რომ აივ-შიდსის შესახებ ახალგაზრდებს არ აქვთ სრული ინფორმაცია, თუმცა ახალგაზრდების კვლევამ გამოვლინა, რომ მათი ნაწილი ფლობს გარკვეულ ცოდნას. მაგალითად, თუ მოზარდმა იცის თავისი პარტნიორის ინფიცირების შესახებ, მაშინ თავს იკავებს ურთიერთობისგან. ემინია დაინფიცირების. ასევე, არ სურს თავის ოჯახის წევრების დაინფიცირება.

„აუ, ერთს ჰქონდა, გოგოს, მთავაზობდა მარა, არ მივედი. მეთქი რომ გადამედოს და დაავადდე არ მაწყობს მეთქი, მერე ოჯახის წევრებსაც გადადე. იმას გადადე, იმას გადადე და მერე ხომ ხვდები... და არ მივედი (18 წლის ბიჭი, ქართველი).

„ვიცი, რომ საშიში დაავადება არის და გადადის სექსუალური გზით“(17 წლის გოგო, ქართველ-გერმანელი).

პროვაიდერები აღნიშნავენ, გამომდინარე იქიდან, რომ ძალიან ხშირია დაუცველი სქესობრივი კავშირები და განსაკუთრებით მოზარდებში, რომლებიც არ არიან ჩართულები სერვისში და არ მიეწოდებათ ინფორმაცია, შესაბამისად, დარწმუნებულები არიან, რომ მაღალია აივ ინფიცირების შემთხვევები. ხშირია სხვა სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების შემთხვევები, ძირითადად კი გოგონებში, ვიდრე ბიჭებში. სერვისში ჩართულ ბავშვებს/ახალგაზრდებს ხელი მიუწვდებათ ჯანდაცვის სერვისებზე, ისინი გადაიან ექიმის კონსულტაციას და შემდგომ მკურნალობას.

„იქიდან გამომდინარე, რომ დაცული სექსი ამ ბავშვებისთვის არის ყოველად წარმოუდგენელი რალაცა, აბსოლიტურად დარწმუნე-

ბული ვარ, რომ ძალიან ბევრია ინფიცირებული“-ცენტრის კოორდინატორი.

„ცენტრში არ ყოფილა ამის შემთხვევა. თუმცა, ქუჩაში, ბუნბრივია, ძალიან ბევრი იქნებოდა ესეთი შემთხვევები“-ფსიქოლოგი.

„ძირითადად, გოგონებს აქვთ მსგავსი პრობლემები ჩვენთან, ბიჭებს ნაკლებად“- სოციალური მუშაკი.

ახალგაზრდებში ხშირია ტატუს გაკეთება, რაც ასევე წარმოადგენს რისკ ფაქტორს, თუმცა დღესდღეობით მოზარდები ტატუს სალონებში იკეთებენ, რაც მეტ-ნაკლებად უსაფრთხოა, თუმცა რისკები მაინც არსებობს.

„არის შემთხვევები. შიღის გამიგია ერთ, ბიჭზეც და გოგოზეც, ტატუს გაკეთების შედეგად, ძველი თაობა... ხო იყო რისკი... მაგრამ, ახლები ძირითადად სულ სალონებში იკეთებენ. ქუჩაში არ იკეთებენ და უსაფრთხოა“- თანასწორ განმანათლებელი.

რაც შეეხება ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარებას, როგორც რისკ ფაქტორს, შედარებით დაბალია, რადგან ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს უბრალოდ არ აქვთ მატერიალური საშუალება მოიხმარონ ინტრავენური ნარკოტიკები. ძირითადად, ღებულობენ აბებს და მოსაწევ საშუალებებს.

„ინფიცირების რისკი რადგან არის დიდი, ესე იგი არის დაინფიცირებული ახალგაზრდები. ვინც ძირითადად სექსუალური... სექს მუშაკები. ჰერონი და მსგავსი „ბედნიერების“ საშუალება არ აქვთ. ძირითადად კმაყოფილებიან თრიაქით – „პლანით“, წამლების ყლაპვით“- მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

თუმცა, ახალგაზრდების პასუხებიდან დგინდება, რომ ყოფილა ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევაც.

„არ ვიცი. ვილაცამ მითხრა წამალი მომცესო და რალაცა გაუკეთეს იმ წამლით“ (12 წლის გოგო, ბოშა).

პროვაიდერების უმრავლესობას თავის პრაქტიკაში აივ/შიდსის შემთხვევები არ ჰქონიათ. მხოლოდ ერთმა პროვაიდერმა გაიხსენა აივ ინფექციის შემთხვევა, რა დროსაც მოზარდი გადაიყვანეს კლინიკაში და დროულად მოხდა რეაგირება.

„მე მსგავსი დაავადების მქონე მოზარდები არ შემხვედრიან“- მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„საერთოდ არ გამიგია მე, ეგ რო ვინმეს ჰქონოდა“- ფსიქოლოგი.

„მსგავსი რამ არ მინახავს, მაგრამ რისკები გააზრებული, მეტ-ნაკლებად“- თანასწორ განმანათლებელი.

„ინფორმაცია მაგაზე არაა მაქ, ვინც ქუჩაში ცხოვრობს. იმიტო, რომ ქუჩაში მაგათ არავინ ამოწმებს. აივ ინფექცია, აი ცენტრში ვინც მოგვიყვანია და ისა, არავის არ ჰქონია. ნუ, ინფორმაცია არ მაქვს რა, ყოველ შემთხვევაში არ გამიგია ეგეთი რამ“- მობილური ჯგუფის მძღოლი.

„ჩვენ ერთი შემთხვევა გვქონდა, ვიცოდით რომ ბავშვს ნამდვილად ეს დაავადება სჭირდა და მერე უკვე კლინიკაში, თავისთავად გადაიყვანეს და დროზე მოხდა რეაგირება“-ცენტრის კოორდინატორი.

ამრიგად, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან ტესტირებამ არ გამოავლინა აივ ინფიცირებული ახალგაზრდა, მაგრამ თვისებრივი და რაოდენობრივი კვლევის მონაცემები მიუთითებს, რომ ძალიან მაღალია აივ-შიდსის რისკები. ასევე, მაღალია სხვა სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების შემთხვევები, ძირითადად კი გოგონებში, ვიდრე ბიჭებში. ეს ეთანხმება 2007 წელს აშშ-ში ჩატარებული კვლევის შედეგებს, სადაც სგვი გვხვდება მამრობითი სქესის 11.3% და მდედრობითი სქესის 62.7% (Edidin, et al., 2011).

6.2.5. მომსახურებებში აივ შიდსის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება

პროვაიდერების ინფორმაციით, სხვადასხვა დღის ცენტრებში და თავშესაფრებში, სერვისებში მყოფ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს მუდმივად უტარებენ ტრენინგებს, აწვდიან ინფორმაციას სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების შესახებ, თავდაცვის საშუალებების მოხმარების აუცილებლობის შესახებ, იმაზე, თუ რა რისკების წინაშე დგანან და რატომ არის მნიშვნელოვანი ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვა. ახალგაზრდები ინფორმაციას იღებენ, როგორც სერვისის მიმწოდებლებისგან, ასევე თანასწორ განმანათლებლებისგან და თანატოლებისგან.

პროვაიდერების ინფორმაციის მიხედვით, მოზარდებს ხელი მიუწვდებათ კონდომებზე, რომლებსაც ცენტრი მათთვის ყიდულობს. თუმცა, ზოგ დაწესებულებაში ასეთი საშუალებები არ არის ხელმისაწვდომი.

„ინფორმაციის მიწოდებასთან ერთად ალბათ უკეთესია თავდაცვის საშუალებების ხელმისაწვდომობა“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

უნდა ითქვას, რომ ინფორმაციის მიწოდების არსებული მეთოდებიდან ყველაზე ეფექტური არის ვიდეო რგოლის ჩვენება, რადგან ახალგაზრდებს უჭირთ მხოლოდ ვერბალურად მიწოდებული ინფორმაციის აღქმა. ხოლო არაეფექტურია ბროშურის მიწოდება, რადგან არც ნახულობენ და არც კითხულობენ, გამომდინარე იქიდან, რომ გარკვეულმა ნაწილმა არ იცის კითხვა, ხოლო დანარჩენები არ ინტერესდებიან.

დიდა იმის რისკი, რომ მიწოდებული ინფორმაცია შესაძლოა სხვანაირად გაიგონ. ამიტომ, მნიშვნელოვანია მიდგომების ცოდნა, რომ არ მოხდეს სარისკო ქცევის წახალისება და პირიქით, დაინტერესება. ასევე, პროვაიდერების აზრით მნიშვნელოვანია, რომ მოზარდს ჰქონდეს ნდობა იმ ადამიანის ვინც აწვდის მას ინფორმაციას,

რათა მან არა მხოლოდ მოისმინოს, არამედ მიიღოს ეს ინფორმაცია და დაიჯეროს.

„ეფექტური შედეგის მიმღები იქნება, როცა მიაწვდი ინფორმაციას სწორად, ის ხალხი ვინც მასთან მუშაობს“ – ფსიქოლოგი.

„ისევ ურთიერთობით რა, თუ ბავშვთან ურთიერთობა არა გაქვს და არ იცნობ როგორ მიაწვდი, ვილაცამ ხო უნდა მიაწოდოს, ისევ მეგობრულად და ისე თუ მიაწვდი, თორე ისე არც მოგისმენს და რომც მოგისმინოს არ დაგიჯერებს.“ – მობილური ჯგუფის მძღოლი.

მიუხედავად მიწოდებული ინფორმაციისა, ტრენინგების შედეგი მაინც არ არის ეფექტური. ახალგაზრდები ხშირად უგულვებელყოფენ რისკებს, ზოგი მოზარდი საერთოდ ვერ აცნობიერებს, რა შედეგი შეიძლება მიიღოს, თუ რა გავლენას ახდენს სარისკო ქცევა ჯანმრთელობაზე, შესაძლებელია ინფორმაცია აქვთ თეორიულ დონეზე, მაგრამ ვერ აკავშირებს საკუთარ ქმედებებთან. პროვაიდერების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ მიწოდებული ინფორმაციის მიუხედავად, ახალგაზრდები მაინც აგრძელებენ სარისკო სექსუალურ ქცევებს, შეიძლება მოისმინონ მიწოდებული ინფორმაცია, გაიგონ, მაგრამ იგივე გააკეთონ. მიღებული ინფორმაცია არ იცავს მათ დაუცველი სქესობრივი კავშირებისგან.

„ეს ცოდნა არ აჩერებს. არავინ არ დაიწყებს იმ მომენტში ფიქრს, მოდი თავი დავიცვა და ისე მქონდეს ურთიერთობა“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„ძალიან მწირი აქვთ ეს ინფორმაცია, ან შეიძლება იციან და საერთოდ ვერ აკავშირებენ იმასთან რასაც აკეთებენ და გონიათ რომ ის სხვა არის და ეს სხვა“ – სოციალური მუშაკი.

„იციან, მაგრამ თავს არ იცავენ“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„ზოგადად, რომ კითხო ამ ბავშვებს გაგცემს პასუხს, რომ იცის, მაგრამ რამდენად კარგად იცის და რამდენად ჯანსაღად იცის ეს უკვე სხვა თემა“ – ფსიქოლოგი.

„ამ მიმართულებით ტარდება ძალიან ბევრი ტრენინგი, ბევრი ინდივიდუალური საუბარი, როგორც ჩემი მხრიდან ისე სხვა თანამშრომლებისა და სპეციალისტების მხრიდან. ზოგი იჯერებს ზოგი არა. ზოგი საერთოდ ვერ აცნობიერებს რა შედეგი შეიძლება მოყვეს ამ ყველაფერს. დაუღეჭავ, თავში ჩაუდებ მაგრამ მაინც... უშედეგო“ – თანასწორ განმანათლებელი

მოზარდებმა იციან, მაგრამ ნაკლებად აცნობიერებენ რისკებს, თუ რა შეიძლება მოჰყვეს სარისკო სექსუალურ ქცევას, მითუმეტეს, ნაკლებად არიან ინფორმირებულები აივ/შიდსზე და ვერ აცნობიერებენ შედეგებს, ფიქრობენ, რომ ეს მათ არ დაემართებათ. ეს კარგად გამოჩნდა სერვისით მოსარგებლე ქუჩისთან დაკავშირებული ახალგაზრდების თვისებრივი კვლევის დროს, როდესაც გამოკითხუ-

ლი 20 რესპონდენტიდან უმეტესობამ არ იცოდა რა იყო აივ-შიდსი. კერძოდ, ამ ახალგაზრდებთან გაიზომა მათი ინფორმირებულობის/ ცოდნის დონე აივ-შიდსთან დაკავშირებით. ცოდნა შეეხებოდა შემდეგ საკითხებს:

- 1) აივ ინფექციისგან თავის დაცვის ერთ-ერთი საშუალება ერთი მუდმივი და უსაფრთხო სექსუალური პარტნიორის ყოლაა;
- 2) სექსუალური კავშირისას, თავის დაცვის საშუალებას წარმოადგენს პრეზერვატივი, რომლის გამოყენება სექსუალური კონტაქტის დროს დაიცავს ახალგაზრდას აივ ინფექციისგან;
- 3) ადამინი, რომელიც შეიძლება ჯანმრთლად გამოიყურებოდეს, შესაძლოა იყოს აივ ინფიცირებული;
- 4) ერთ-ერთი გზა აივ ინფექციის გავრცელების არის, თუ არა კოლოს ნაკბენი;
- 5) აივ ინფექციით დაინფიცირება შესაძლებელია აივ დადებითი ადამინის მიერ მიწოდებული საკვებით ან სასმელით;
- 6) ადამიანი აივ ინფექციით შესაძლოა სხვის მიერ გამოყენებული ნემსის გამოყენებით დაინფიცირდეს;
- 7) აივ ინფექციით დაინფიცირების ერთ-ერთ რისკ ფაქტორს წარმოადგენს A სისხლის ჯგუფის ქონა;
- 8) აივ ინფიცირებულმა ქალმა, ინფექცია შესაძლოა გადასცეს ჩანასახს ან შვილს.

ახალგაზრდებმა დააგროვეს საშუალოდ 9 ქულა (16 დან), ხოლო სტანდარტული გადახრა იყო 1.68, მინიმალური ქულა იყო 8, ხოლო მაქსიმალური 13. შეიძლება ითქვას, რომ 20 ახალგაზრდიდან არც ერთი არ ფლობდა სრულ ინფორმაციას აივ-შიდსის გადადების გზების შესახებ.

ხოლო, რაც შეეხება იმ ახალგაზრდებს, რომლებიც არ არიან სერვისებში ჩართულები, მათი ინფორმირებულობის დონე განსაკუთრებით დაბალია. 186 რესპონდენტიდან (14 დან 19 წლამდე) 98-ს არასდროს სმენია აივ/შიდსის შესახებ, ხოლო 88-ს სმენია და მათგან მხოლოდ 16-ს გაუგია, რომ ვილაცას ჰქონია.

პროვაიდერები სკოლას მიიჩნევენ, როგორც დამცავ ფაქტორს. ის მოზარდები, რომლებიც დადიან სკოლაში, უფრო ნაკლები რისკის წინაშე დგანან, რადგან უფრო კარგად ესმით მიღებული ინფორმაცია და უფრო მეტად აცნობიერებენ და ითვალისწინებენ, ვიდრე ის ბავშვები, რომლებიც მთელ დროს ქუჩაში ატარებენ.

„ეს ცოტა უფრო სხვა კატეგორია არის. აი, რომელსაც სკოლაში უვლია, რაღაცა უფრო მეტი ესმის და ძირითად ნაწილს, რომელიც

ქუჩაშია, ასე ვთქვათ, არანაირი ინფორმაცია არა აქვთ.“-მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„სანამ ბავშვები ცენტრში საერთოდ არ ყოფილან, ეჭვი მეპარება, რომ მათ ჰქონდეთ რაიმე ინფორმაცია და აცნობიერებდნენ.“-ფსიქოლოგი.

ქუჩაში რთულია ახალგაზრდებთან საუბარი, რადგან ქუჩა მათი შემოსავლის წყაროა და ქუჩაში ისინი მუშაობენ, თუმცა არც ერთი შესაძლებლობა არ უნდა დაიკარგოს და რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია უნდა მიეწოდოთ ახალგაზრდებს, მითუმეტეს მათ ვინც არ არის სერვისში ჩართული. მაგრამ, ქუჩაში ამ ინფორმაციის მიწოდება მაინც არ ხდება.

„აქაურმა ბავშვებმა ეს იციან, ჩვენთან ვილაცამ ფეხი თუ შემოუდგამა და რამოდენიმეჯერ მოვიდა, ამ ინფორმაციებს ვაწვდით, თუმცა, ქუჩაში ეს არ იციან. ჩვენ ესე მობილური ჯგუფი ამ ინფორმაციას, ზოგადად ამის შესახებ არ ვაწვდით“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„წელანაც ვთქვი, რომ ვისაც ჩვენთან აქვს ურთიერთობა, მეტნაკლებობით ხდება ინფორმირება, რადმენად იღებენ ამ ინფორმაციას და რამდენად თვლიან, რომ შეიძლება რეალურად გახდეს მიზეზი, ეს კიდევ ცალკე საკითხია და ქუჩაში მაცხოვრებლები ნაკლებად იმიტომ, რომ ისინი ტელევიზორს არ უყურებენ, ინფორმაციას არსაიდან არ იღებენ და აქედან გამომდინარე, ალბათ, უფრო ნაკლებად“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

პროვაიდერები თვლიან, რომ ქუჩასთან დაკავშირებულმა ახალგაზრდებმა სასურველია და ბევრად ეფექტურია, თუ სექსუალურ ქცევებზე ინფორმაციას მიიღებენ თავიანთი სოციალური ქსელიდან. ეს შეიძლება იყოს სერვისის მიმწოდებელი პირი, ოჯახი, მეგობარი, თანატოლი, ის ადამიანი ვისი ნდობაც აქვთ. ასევე, აღნიშნავენ, რომ ინფორმაციის მიწოდება უმჯობესია მეგობრულ, არაფორმალურ გარემოში მოხდეს.

„მე ვფიქრობ, რომ უფრო თავისივე სოციალური ქსელიდან თუ მიიღებენ ამას, უფრო მეტი გავლენა ექნება ბავშვზე, ვიდრე, ვთქვათ, რომელიმე სხვა პირისგან“ – სოციალური მუშაკი.

„არაფორმალურ გარემოში მიწოდებული ინფორმაცია უფრო მეტად ეფექტურია“ – სოციალური მუშაკი.

მათი თქმით, დაგეგმილ ტრენინგზე, რომელსაც ატარებს უცხო პირი, შესაძლოა გაუჭირდეთ გაჩერება, მოსმენა, გაეფანტოთ ყურადღება ან მოისმინონ, მაგრამ არ გაითვალისწინონ. თუმცა, ზოგ მოზარდს ინფორმაციის მიწოდება ურჩევნია ჯგუფურად, რადგან შესაძლოა ინდივიდუალური საუბრის დროს განიცდიდეს დისკომფორტს, ზოგი კი პირიქით, უპირატესობას ანიჭებს ინდივიდუალურ საუბრებს ნდობით აღჭურვილ პირთან. ტრენინგი სასურველია იყოს

ინფორმატიული, მაგრამ სახალისო, იმისთვის რომ მოხდეს მოზარდების დაინტერესება, მათ უყვართ ტრენინგები, სადაც ერთობიან სხვადასხვა აქტივობებით.

„*შეიძლება ზოგს ძალიან მოერიდოს და ინდივიდუალური ერჩივნოს, ზოგმა შეიძლება ჯგუფში უფრო მეტად მოუსმინოს, არც დასვას შეკითხვა, არც მიიღოს მონაწილეობა აქტიურად ჯგუფში, მაგრამ ურჩევნიათ, რომ ასე მიიღონ ეს ინფორმაცია, ასეთი სახით*“ – სოციალური მუშაკი.

„*შენ რომ 10 ბავშვი დასვა ტრენინგებზე, არ მოისმენენ თუ არ გაერთნენ, ტრენინგებზე უფრო ერთობიან და ინტერესია და ა.შ.*“ – თანასწორ განმანათლებელი.

„*იმ ტრენინგებზე შეიძლება გაუჭირდეს დაჯდომა და იქ სხვა რაიმე აქტივობებით იყოს დაკავებული და ყურადღება გაეფანტოს, რადგან მათ ნებელობის და სხვა მრავალი პრობლემა აქვთ*“ – სოციალური მუშაკი.

როგორც უკვე ითქვა, ბროშურის სახით ინფორმაციის მიწოდება არაეფექტურია, რადგან უმრავლესობამ არ იცის წერა-კითხვა ან შესაძლოა უბრალოდ არ დაინტერესდეს და გადააგდოს ბროშურა. ქუჩაში ინფორმაციის მიწოდების ერთ-ერთ გზად პროვაიდერები ასახელებენ მობილური ჯგუფის მიერ პატარა ანიმაციური ვიდეოების ჩვენებას. პროვაიდერები აღნიშნავენ, რომ ბავშვებს, პირველ რიგში, აქვთ ოჯახისგან მხარდაჭერის მოთხოვნილება. შესაბამისად, სასურველია, რომ ამ ინფორმაციას მათ აწვდიდეს მშობელი, ოჯახის წევრი, მაგრამ, სამწუხაროდ, ასე არ ხდება. ასევე, მეგობრისგან და თანატოლისგან მიღებულ ინფორმაცია, შესაძლოა უფრო გაითვალისწინონ.

„*სასურველია თავის ოჯახის წევრმა თუ იცის და ის ეტყვის. უცხომ, ეხლა რომ დაუწყოს მაგაზე საუბარი, დარწმუნებული ვარ არავინ გაუჩერდება.*“ – თანასწორ განმანათლებელი.

„*პირველ რიგში, კაი იქნება მშობელს რო ეთქვა, მაგრამ ამ შემთხვევაში ვისთანაც მეგობრობენ იმ ადამიანისგან*“ – მობილური ჯგუფის მძღოლი.

„*ბავშვი, პირველ რიგში ოჯახისგან ითხოვს მხარდაჭერას. ემოციური იქნება ეს, ფიზიკური, მეგობრული დამოკიდებულება. პირველ რიგში, ამას ითხოვს ბავშვი. მათი სურვილი ზოგადად, მე თუ მკითხავთ, იქნებოდა ოჯახისგან მიეღოთ და შემდეგ დანარჩენი სამსახურებისგან და მეგობრებისგან, რომელიც დღეს დღეისობით შესაძლებელია, რომ ბავშვმა მიიღოს ინფორმაცია*“ – ფსიქოლოგი.

ერთ-ერთი პროვაიდერი აღნიშნავს, რომ კარგად მუშაობს, როდესაც ინფორმაციას აწვდის პროფესიონალი, მაგალითად ექიმი. ადამიანი, რომელიც ბავშვებს კარგად და დეტალურად უხსნის საკითხს და მათ შეუძლიათ დაუსვან შეკითხვები.

„უფრო ექიმისგან, ექიმი რომ ეტყვის თავისი იმეებით, აჩვენებს რალაცა ფოტოებით, სლაიდებით, უფრო დელატებში, რომ იჭრება და იციან, რომ ეს არის პროფესიონალი, უფრო კარგად იცის ეს საკითხი და შეუძლიათ შეკითხვებიც დასვან, უფრო რალაცა კარგად მუშაობს ხოლმე ეს“ – ცენტრის კოორდინატორი.

პროვაიდერების აზრით, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია კონფიდენციალობის საკითხი, რადგან მათ საკუთარი სტერეოტიპები აქვთ, მაგალითად, გოგონას, რომელსაც აქვს სექსი ითვლება, რომ არის „ცუდი“ და ა.შ. შესაბამისად, ინფორმაციის მიმწოდებელი პირი და ის ადამიანი, ვისაც გაუზიარებენ საკუთარ აზრებს და გამოცდილებას სასურველია, იყოს მათი სოციალური ქსელიდან, მათი მეგობარი ან ახლო ადამიანი, რომელსაც ენდობიან და მისგან მიღებულ ინფორმაციას და რჩევას გაითვალისწინებენ.

„...არ უნდა გაამუღავნოს დამოკიდებულება, ...ნუ ცუდი გოგო ხარ, თუ სექსი გაქვს“ – ზედამხედველი.

„მე ვფიქრობ ეს ინფორმაცია უნდა მიიღონ იმ ადამიანისგან, ვისთანაც უფრო ახლო ურთიერთობა აქვს, მეტ-ნაკლები ნდობა აქვთ და ექნებათ იმედი, რომ არ გაუღერდება, როდესაც ამაზე ექნებათ საუბარი. კონფიდენციალობა მათთვის არის როგორი მნიშვნელოვანი, არ ვიცი, ვერ გეტყვით“ – ფსიქოლოგი.

ამრიგად, დღევანდელი მდგომარეობით, სოციალური მომსახურებების მიმწოდებელი ორგანიზაციები ვერ აწვდიან ახალგაზრდებს აივ-შიდსის და სხვა სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების შესახებ ინფორმაციას ეფექტურად და პროაქტიულად, რაც კიდევ უფრო ზრდის აივ-შიდსის რისკებს ამ ახალგაზრდებში. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ახალგაზრდების ჯანმრთელი განვითარების ხელშესაწყობად აუცილებლად მიიჩნევს კომპლექსურ, სისტემურ ჩარევებს, რაც სამწუხაროდ, საქართველოში ჯერ ვერ ხორციელდება. მნიშვნელოვანია, ამ ბავშვებისთვის უსაფრთხო და მხარდამჭერი გარემოს შექმნა, ინფორმაციის მიწოდება, უნარ-ჩვევების გამომუშავება, კონსულტირება და სერვისების გაუმჯობესება. შესაბამისად, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს უნდა მიეწოდებოდეთ მრავალმხრივი ინფორმაცია სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობაზე, დაავადებებისა და ინფექციების პრევენციაზე, ჯანმრთელობის შენარჩუნების ხელშემწყობ ფაქტორებზე და ა.შ. ასევე, ისეთ თემებზე, როგორც არის ბავშვის უფლებები და კანონმდებლობა (WHO, 2014). მნიშვნელოვანია, აღინიშნოს, რომ ადგილობრივ სერვისების მიმწოდებლებს კარგად ესმით, რომ ინფორმაციის მიმწოდებელი პირი უნდა იყოს სანდო, ფლობდეს ექსპერტულ ცოდნას მოცემულ საკითხზე და იყენებდეს ინფორმაციის მიწოდების ეფექტურ და თანამედროვე მეთოდებს.

6.2.6. გაუპატიურება და ძალადობა

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით, ახალგაზრდების თითქმის 15%-ს დააძალეს სექსის ქონა ანუ იძალადეს. სექსუალური ძალადობა მოხდა 8 ბიჭთან (66.7%) და 4 გოგონასთან (33.3%). ხოლო 3 გოგონა უარს ამბობს პასუხზე. ამრიგად, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა გაუპატიურებას შორის გენდერის მიხედვით. კერძოდ, ბიჭებისთვის მეტად არის დამახასიათებელი გაუპატიურება, ვიდრე გოგონებისთვის (Pearson Chi-Square=7.093 p=.029).

ასევე, სამმა ახალგაზრდამ, რომელთაგან ორი გოგონაა და ერთი ბიჭია, გაიხსენა, რომ მშობელმა ან სხვა უფროსმა ადრეულ ბავშვობაში მასზე სექსუალურად იძალადა. სექსუალურ ძალადობა განცდილი ორი ბავშვი დღესაც არის სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი სხვა ურთიერთობებში (მათთვის დაუძალეობით სექსი) და ეს განსხვავება არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი (Pearson Chi-Square=13.964 p=.001).

ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში სექსუალური ძალადობის შემთხვევების არსებობას ადასტურებს თვისებრივი კვლევის შედეგებიც, თუმცა, თვისებრივ ნაწილში ნაკლები აქცენტებია დასმული ბიჭის გაუპატიურებაზე.

კერძოდ, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს სექსუალური ქცევა არამარტო თავისი სურვილით, იძულებით ან რაიმეს სანაცვლოდ აქვთ. არსებობს შემთხვევები, როცა უცნობი და/ან ნაცნობი ადამიანი „ჩუმად ნარკოტიკულ ნივთიერებას აპარებს და ისე კავდება მასთან სექსით“. ასეთ დროს მინიმუმადეა დაყვანილი თავდაცვის საშუალებების გამოყენების ალბათობა.

„შეიძლება წამალი ჩაუყარონ ჭიქაში და ისე დააძინონ და ისე გაუკეთონ. ამას უფრო ბიჭები უკეთებენ გოგოებს“ (14 წლის გოგო, ქართველ-რუსი).

„ის რომ შენ დაგაზიანოს, ვთქვათ იძალადოს. შესაძლებელია. გამორიცხული არ არის. შეიძლება რამე დაგაღვეინოს ისეთი, რომ ვერ გაიგო რა მოხდა, როგორ მოხდა და რაღაც ეგეთი“ (15 წლის გოგო, ქართველი).

ქუჩაში ხშირია გაუპატიურების ფაქტები. უმეტესად გოგონებს ადანაშაულებენ გამომწვევად ჩაცმის გამო, რაც შეიძლება გახდეს გაუპატიურების მიზეზი.

„რავი... აი მაგალითად მოვიყვან... ნებისმიერ გოგო თუ... აი ზოგი, პირდაპირ მიდის და პირში ეუბნება, ეარშიყება და მომწონხარ და რაღაც. რავი ეხლა ქუჩაში არასდროს არ გამიჩენია შეყვარებული... ზოგს ისე აცვია შეიძლება შეყვარებული კი არა... ისე შეხედონ რო წაიყვანონ, ხელი მოკიდონ და გააუპატიურონ. ცუდი რაღაცეები გაუკეთონ. ჩემს მიმართ არ ყოფილა ცუდი რაღაცეები. ჩემს გარშე-

მო ბევრია, ბევრჯერ დამინახავს, ბევრჯერ გამიგია, ბევრჯერაც დამირეკია პოლიციაში მავის გამო, რო აუპატიურებდნენ და მე არა, ჩემს მეგობრებს. ჩემს ძმაკაცებსაც ბევრჯერ უცემიათ ისინი, ვინც მასეთ რალაცას აკეთებდნენ. მაგრამ, მერე გოგოსთვისაც მიგვიცია შენიშვნა და დაგვირიგებია კიდევ, ვერე არ უნდა ჩაიცვას და თავისი ბრალია, იმიტომ რომ აქამდე რო კაბას ჩაიცმევ (ძან მოკლეს) ამოყრი ყველაფერს იფიქრებენ ეხლა აბა და თან რო იდგები შუა გზაზე... იფიქრებენ აბა რას იზავენ“ (16 წლის გოგო, ქართველი).

პროვადიდერების აზრით, სექსუალური ძალადობის მსხვერპლობა ერთ-ერთი მთავარი რისკ ფაქტორია და ფსიქოლოგიურად განაპირობებს მოზარდის სარისკო სექსუალურ ქცევებში ჩართვას.

„ძალადობის მსხვერპლი გოგონები, როგორც წესი, ისინი ერთგებიან. ანუ ჯერ შეიძლება არ არიან კომერციულ საქმიანობებში ჩართულები, მაგრამ ისე აქვთ არეული ეს სქესობრივი კავშირები. ერთ-ერთი გამოვლინებაა ამ ძალადობის. მერე ადრე თუ გვიან ვილაცა რალაცას სთავაზობს და ა.შ. ერთ-ერთი ყველაზე რთული საკითხია სამუშაოდ ამ ბავშვებთან“ – ცენტრის კოორდინატორი.

ეკონომიკური პრობლემების გამო მოზარდი შესაძლოა იძულებით ჩაებას ამ საქმიანობაში. სოციალური ქსელის ზეგავლენა არანაკლებ მნიშვნელოვანია, მოზარდი შესაძლოა დაკავდეს პროსტიტუციით, თუ მისი ოჯახის წევრი ეწევა პროსტიტუციას ან მეგობარი.

„მიზეზი არ ვიცი, უკვე ვთქვი, რომ მეგობარი შეიძლება აღმოჩნდეს ვისაც მიბაძავს“ – მობილური ჯგუფის მძღოლი

„ეკონომიკური მხარე, ერთხელ, ასე ვთქვათ, აიძულეს და ჩართეს, მაგ პერიოდში ან ძალადობის მსხვერპლი იყო და მაგ პერიოდში ან ოჯახის წევრი არის ჩართლი კომერციულ, ასე ვთქვათ, სექს მუშაკობაში... ფულის მარტივი მიღების საშუალებაა“ – ფსიქოლოგი.

პროვადიდერების უმრავლესობა სპონტანურ სექსუალურ აქტივობას უფრო ხშირ მოვლენად მიიჩნევს ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს შორის, ვიდრე კომერციულ სექსუალურ აქტივობას, თუმცა დანამდვილებით ვერ ამბობენ, რადგან კომერციული სექსის ფაქტები არ არის დადასტურებული, ინფორმაციის სიმწირეა და პასუხებიც არაერთგვაროვანია.

„სპონტანური უფრო გაცილებით მეტია. კომერციულ საქმიანობაზე, ვინაიდან ჩვენ ესე დანამდვილებული მონაცემები, სტატისტიკა არ გვაქვს და ესე ხელი არ მიგვიწვდება. ესე ვერ ვილაპარაკებ, იმიტომ, რომ ეს ეჭვის დონეზეა. დაუდასტურებელი ფაქტებია“ – სოციალური მუშაკი.

„უფრო სპონტანურია“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„სპონტანური, ვიდრე კომერციული“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

თუმცა, მობილური ჯგუფის თანასწორ განმანათლებლის თქმით გასართობად ამას არავინ აკეთებს, თუ არ ჰყავს მეგობარი ბიჭი ან გოგო, სქესობრივ კავშირებში ერთგებიან უფრო ფულის ან სხვა სარგებლის გამო.

„გასართობად არავინ არ იზავს იმას. ნუ თავის მეგობარ ბიჭთან კი მარა, როგორც ასეთი ფულის შოვნის საშუალებაა“ – თანასწორ განმანათლებელი.

ზოგი კი თვლის, რომ თანაბრად არის გავრცელებული. სპონტანურ სქესობრივ ურთიერთობას ხელს უწყობს ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნა, რადგან მცირდება საფრთხის აღქმის უნარი, და რისკიც შესაბამისად უფრო მაღალია.

„სექსუალური აქტივობები არ შემხვედრია, სპონტანური აქტივობები კი. რა თქმა უნდა ბავშვი, რომელიც არის გარკვეული ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ, არის სხვანაირი...“ – ცენტრის კოორდინატორი.

„თუ ვთქვათ, დაათრობს იმდენად, რომ აბსოლუტურად დაკარგავს კონტროლს, ეს ადამიანი ან შეიძლება ცნობიერებაც დაბინდული ჰქონდეს ნუ შეიძლება, ალბათ, უფრო დიდი შანსია, ვიდრე რაღაცა სქესობრივი აქტი შედგეს, ვიდრე ვთქვათ სხვა“ – ზედამხედველი.

ამრიგად, სექსუალური ძალადობა საკმაოდ გავრცელებული მოვლენაა. გოგოებიც და ბიჭებიც, ორივე თანაბარი რისკის ქვეშ არიან (WHO, 2014). თუმცა, ჩვენს კვლევაში ბიჭებისთვის ეს მეტად არის დამახასიათებელი. ასევე, ბავშვობაში სექსუალური ძალადობის გადატანა აისახება ახალგაზრდების შემდგომ სექსუალურ ცხოვრებაზე და უფრო მეტად განაპირობებს მათ პროსტიტუციაში და სხვა სარისკო აქტივობებში ჩაბმას (Weber, et al., 2002), რასაც ეთანხმება ჩვენი შედეგებიც. ამრიგად, ბავშვობაში ძალადობა განცდილ ბავშვებში მაღალია ადრეულ სექსუალურ ცხოვრებაში ჩართვის რისკი და თანმდევი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემები.

6.2.7. ქუჩაში ცხოვრება და ე.წ. შეყვარებული: ქუჩის რომანტიკული ურთიერთობები

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით, გამოკითხული ახალგაზრდებიდან 34.3% ჰყავს შეყვარებული (103 ახალგაზრდა), ხოლო 8%-მა (24 ახალგაზრდა) აღნიშნა, რომ იყო დაოჯახებული. უმრავლესობას ჰყავს საწინააღმდეგო სქესის შეყვარებული, მხოლოდ ერთ მამრობითი სქესის რესპონდენტს ყავს მამრობითი სქესის შეყვარებული, ერთ მდედრობითი სქესის რესპონდენტს ჰყავს მდედრობითი სქესის

შეყვარებული, ხოლო ერთს კი აქვს ბისექსუალური ურთიერთობები ანუ ჰყავს ორივე სქესის შეყვარებული.

თვისებრივ ინტერვიუებში ბავშვები თავიანთ სექსუალურ პარტნიორს ხშირად „შეყვარებულთან“ აიგივებენ. თუმცა, საინტერესოა, რომ ახალგაზრდები „უბრალოდ სექსის ქონასა“ და შეყვარებულთან ურთიერთობას შორის გარკვეულ სხვაობასაც ხედავენ და შეყვარებულთან ნებისმიერი კავშირი უფრო წრფელ გრძნობებზე გადის. ე.წ. „შეყვარებულს“ განსაკუთრებით გოგონების ყოველდღიურ ცხოვრებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს.

„შეყვარებულები საუბრობენ, ერთმანეთზე ზრუნავენ, ერთმანეთს ეუბნებიან მე შენ მიყვარხარ, ერთმანეთის ხელი უჭირავთ... ერთად ჭამენ, ერთად ეწევიან, კოცნიან, აქვთ სექსი... კონდომით... რა ვიცი „(16 წლის გოგო, ქართველი).

„მიყვარხარს“ ეუბნებიან, ხელი უჭირავთ... რავი გოგო რის უფლებასაც მისცემს... ეუბნებიან მიყვარხარო, ერთად სვავენ, ჭამენ. ნარკოტიკს არ მოვიხმართ, არც მე და არც ჩემი შეყვარებული, მოსაწევი კი. ერთად ვეწევი. კი (18 წლის ბიჭი, ქართველი).

„ეუბნებიან „მე შენ მიყვარხარ“; საუბრობენ, ნარკოტიკს ეწევიან ერთად და კოცნიან ერთმანეთს. აქვთ სექსი ყველანაირი, პრეზერვატივის გარეშე.“

(15 წლის გოგო, ქართველი).

ამრიგად, ახალგაზრდებს „შეყვარებულებთან“ აქვთ რომანტიკული ურთიერთობები: მათთან ერთად სეირნობენ, ჭამენ, მოწყალებას ითხოვენ ან მუშაობენ, ღამეებს ქუჩაში ათენებენ და ეწევიან ერთად. თუ მოსაწევი არ აქვთ, მაშინ იღებენ ალკოჰოლს. გარდა ამისა, მათ აქვთ სექსი შეყვარებულთან, ზოგჯერ კონდომის გამოყენებით, ან მის გარეშე, განსაკუთრებით მაშინ, თუ რაიმე ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ არიან.

ქვემოთ მოცემული ცხრილიდან №16 ირკვევა, რომ რომანტიკული ურთიერთობები და კომერციული სექსუალური ურთიერთობები ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან იმით განსხვავდება, რომ შეყვარებულთან ურთიერთობას მეტად ახასიათებს ხელების დაჭერა, ურთიერთზრუნვა და სიყვარულის ახსნა, ხოლო კომერციულ სექსს კი კონდომის გარეშე ვაგინალური სექსუალური კონტაქტის დამყარება და ეს განსხვავებები სტატისტიკურად მნიშვნელოვანია.

ცხრილი №16 ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ქცევითი მოლოდინები შეყვარებულთან და სექსუალურ პარტნიორთან	შეყვარებული	კომერციული სექსი სექსუალური პარტნიორი	McNemar's p
ერთმანეთთან საუბარი	90%	50%	0.039
ერთად ჭამა	80%	45%	0.039
ხელების დაჭერა	80%	35%	0.004
ერთმანეთზე ზრუნვა	75%	30%	0.022
თქმა, რომ მე შენ მიყვარხარ	80%	35%	0.012
ქუჩაში ერთად მუშაობა	45%	25%	0.289
სიგარეტის ერთად მოწევა	55%	55%	1
ალკოჰოლის ერთად მოხმარება	55%	60%	1
ნარკოტიკების ერთად მოხმარება	30%	55%	0.125
კოცნა	80%	50%	0.109
ორალური სექსის ქონა	35%	45%	0.687
ვაგინალური სექსი კონდომით	31.60%	55%	0.18
ვაგინალური სექსი კონდომის გარეშე	25%	60%	0.016
ანალური სექსი კონდომით	20%	50%	0.109
ანალური სექსი კონდომის გარეშე	20%	50%	0.07
ჯგუფური სექსი	10%	40%	0.07

ქვემოთ ცხრილი №17 – დან ჩანს, რომ გენდერის მიხედვით არის განსხვავებები. კერძოდ, კომერციული სექსის დროს ბიჭებისთვის დამახასიათებელია საუბარი პარტნიორთან, ხელების დაჭერა, ხოლო გოგონებისთვის კი ქუჩაში ერთად მუშაობა და ანალური სექსი კონდომით და ეს განსხვავებები არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი. იხ. ქვემოთ მოცემული ცხრილი №17

ცხრილი №:17 გენდერული განსხვავებები ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების აღქმებში იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორი ქცევებია მისაღები შეყვარებულთან და კომერციული სექსის დროს.	შეყვარებული % (n)			კომერციული სექსი % (n)		
	ბიჭი	გოგო	p	ბიჭი	გოგო	p
ერთმანეთთან საუბარი	80%	100%	0.474	80%	20%	0.023
ერთად ჭამა	80%	70%	1	50%	10%	0.141
ხელების დაჭერა	80%	80%	1	70%	0%	0.003
ერთმანეთზე ზრუნვა	80%	80%	1	50%	20%	0.35
თქმა, რომ მე შენ მიყვარხარ	60%	50%	1	60%	60%	1
ქუჩაში ერთად მუშაობა	10%	50%	0.141	20%	90%	0.005
სიგარეტის ერთად მოწევა	80%	80%	1	60%	20%	0.37
ალკოჰოლის ერთად მოხმარება	50%	60%	1	50%	60%	1
ნარკოტიკების ერთად მოხმარება	40%	50%	1	20%	30%	1
კოცნა	80%	80%	1	40%	60%	0.656
ორალური სექსის ქონა	20%	40%	1	20%	70%	0.07
ვაგინალური სექსი კონდომით	30%	30%	1	30%	80%	0.07
ვაგინალური სექსი კონდომის გარეშე	10%	40%	0.303	50%	70%	0.65
ანალური სექსი კონდომით	20%	20%	1	20%	80%	0.023
ანალური სექსი კონდომის გარეშე	10%	30%	0.582	30%	70%	0.179
ჯგუფური სექსი	0%	20%	0.474	30%	50%	0.65

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები შეყვარებულს სხვადასხვა მეთოდით იჩენენ. ზოგი ქუჩაში „ბირჟაობისას“, ზოგი სოციალურ ქსელში და ა.შ.

„ბირჟას რომ ეძახიან ... ქუჩაში ბირჟაზე ატარებენ დროს და ესე იჩენენ იქ შეყვარებულს. გოგოებიც ბევრია რო ეწევიან ქუჩაში. არიან, ღამეს ათევენ. გადამეტებული მოსაწევი და რალაცეები რომ აქვთ, მერე სხვა რალაცეებში გადასდით. ... აი თუნდაც ერთმანეთთან სექსუალური კავშირი აქვთ“ (13 წლის გოგო, ქართველი):

„ქუჩაში მე არ მომიძებნია შეყვარებული არ ვიცი. ... ანუ მე როცა ვცხოვრობდი ქუჩაში, რუსთაველის მეტროში ვიყავი, სადაც მივდიოდი არ მახსოვს და შიგ მეტროში, რომ ჩავედი მანდ შემხვდა ჩემი შეყვარებული. მთხოვა დახმარება, როგორც ადამიანი ადამიანს სთხოვს დახმარებას. მთხოვა კი არა შემომთავაზა, დავეხმარებო, ჰო“ (15 წლის გოგო, ქართველი).

„რავი ყავა, ისა ესა. რავი ხანდახან ვკერავთ, ხან რა. ხო გითხარით, სად ვკერავ ... კი იქ დგანან. ხანდახან ქართველები არიან, ხანდახან რუსები არიან. ეწევიან ხოლმე. სპეციალურად დგანან გოგონები, რო გაიცნო. ვაგზლის მეტროსთან, კიდე მარჯვანიშვილზე მეტროსთან იჩითებიან ხოლმე“ (13 წლის ბიჭი, ბოშა).

ამრიგად, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ცხოვრებაში რომანტიკას დიდი ადგილი აქვს დათმობილი და ის განსხვავდება კომერციული სექსისგან. განსაკუთრებით, გოგონები ძალიან მოწყვალდები არიან რომანტიკულ ურთიერთობებში. გოგონები იძულებულები არიან „ბიჭს არ აწყენინონ“ და „ყველაფერზე მიდიან“. მეტიც, ბიჭები აღწერენ ადგილებს ე.წ. „ბირჟებს“, სადაც გოგონები დგანან და ელიან ე.წ. „შეყვარებულებს“. ამ ადგილებს გოგონებისთვის უფრო შეყვარებულის გაცნობის დანიშნულება აქვს, ხოლო ბიჭებისთვის კი უფრო მეტად არის ადგილი, სადაც შეიძლება ჰქონდეთ სექსი („დაკერონ“ ან „შეაბან“ გოგო). ზოგადად უნდა ითქვას, რომ მკვლევრებისთვის ნათელი გახდა, რომ ახალგაზრდებს უჭირდათ განსხვავების მონახვა შეყვარებულთან სექსის ქონასა და შემთხვევით (თუნდაც რაიმეს სანაცვლოდ) სექსუალურ ურთიერთობას შორის. კერძოდ, როდესაც მკვლევრები შეკითხვას სვამდნენ სექსზე, ახალგაზრდები პასუხს სცემდნენ კომერციული სექსის კუთხით. მონაცემები მიუთითებს, რომ კომერციულ სექსუალურ ურთიერთობებში ბიჭები ეძებენ რომანტიკას. მსგავსი მოლოდინები გოგონებს არ აქვთ, ისინი უფრო მოელიან, რომ ექნებათ ანალური სექსი კონდომის გარეშე. იკვეთება ტენდენცია, რომ „შეყვარებულის ყოლა“ გოგონებთან უფრო ხაზგასმულია და მათთვის უფრო „ღირებული“ საკითხია. „სექსი რაიმეს სანაცვლოდ“ დეტალურად არის ქვემოთ განხილული.

6.2.8. სექსუალური ცხოვრების მრავალფეროვნება ქუჩაში მცხოვრებ ახალგაზრდებთან

რაოდენობრივმა კვლევამ გამოავლინა სექსუალური გამოცდილების მქონე ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ახალგაზრდების სექსუალური ცხოვრების მრავალფეროვნება. კერძოდ, ანალური სექსი ჰქონდა 41 ბიჭს (91.1%) და 4 გოგონას (8.9%), 3-მა გოგონამ უარი განაცხადა პასუხის გაცემაზე. ამრიგად, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ანალური სექსის ქონას შორის გენდერის მიხედვით. კერძოდ, ბიჭებისთვის მეტად არის დამახასიათებელი ანალური სექსის ქონა, ვიდრე გოგონებისთვის (Pearson Chi-Square=21.811 $p=.000$).

ორალური სექსი აქვს 38 ბიჭს (90.5%) და 4 გოგოს (9.5%), 3-მა გოგონამ უარი განაცხადა პასუხის გაცემაზე. ამრიგად, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ორალური სექსის ქონას შორის გენდერის მიხედვით. კერძოდ, ბიჭებისთვის მეტად არის დამახასიათებელი ორალური სექსის ქონა, ვიდრე გოგონებისთვის (Pearson Chi-Square=18.946 $p=.000$).

ჯგუფურ სექსში მონაწილეობდა სექსუალური გამოცდილების მქონე ბიჭების 15% (9 ბიჭი), ხოლო 2-მა გოგონამ უარი განაცხადა პასუხის გაცემაზე. ამრიგად, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ჯგუფური სექსის ქონას შორის გენდერის მიხედვით. კერძოდ, ბიჭებისთვის მეტად არის დამახასიათებელი ჯგუფური სექსის ქონა, ვიდრე გოგონებისთვის (Pearson Chi-Square=8.626 $p=.013$). საინტერესოა, რომ ჯგუფური სექსის დროს ჯგუფი შეიძლება იყოს მხოლოდ გოგონებისგან შედგენილი (2 რესპონდენტი), შერეული (3 რესპონდენტი) და მხოლოდ ბიჭებისგან შედგენილი (1 რესპონდენტი).

ახალგაზრდებთან თვისებრივი ინტერვიუებიდანაც დადასტურდა, რომ ჩართულნი არიან მრავალფეროვან სექსუალურ აქტივობებში (ორალური, ანალური, ჯგუფური სექსი). ახალგაზრდების უმეტესობას აქვს შემდეგი პასუხი: „რავი, გოგო რის უფლებასაც მისცემს.“ მეტწილად ახალგაზრდების სექსუალური გამოცდილების მრავალფეროვნება განპირობებულია ყველანაირი სიახლის მიმართ ინტერესით.

„ანალური სექსი აქვთ, ყველანაირი სექსუალური ფორმა შეიძლება ჰქონდეთ, კი, ეს ხომ ქუჩაა. ჯგუფური სექსიც აქვთ. კი. ვიცნობ ეგეთ ადამიანს, ვისაც მართლა აქვს“ (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

„თუ უცხოა, შეიძლება ჯგუფური სექსიც ჰქონდეთ, ანალურიც შეიძლება ჰქონდეთ, ზოგს პრეზერვატივით, ზოგს პრეზერვატივის გარეშე. მოიხმარენ ნარკოტიკს“ (15 წლის გოგო, ქართველი).

„სხვა ეროვნების ხალხში არის მიღებული, აზერებში. შეიძლება სამი ცოლი ისე, ან ოთხი ერთად გყავდეს და ოთხივესთან ერთად

იწვეს. მეც აზერებმა მომიყვეს და ესეთი ვიყავი, პირი დავაღე“ (16 წლის გოგო, ქართველი-სომეხი).

ინტერვიუების დროს, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ახსენებენ ლგბტ თემის წარმომადგენლებს. ამბობენ, რომ იცნობენ კონკრეტულ თანატოლებს, რომლებიც ჰომოსექსუალები არიან. როგორც გამოიკვეთა, ლგბტ მოზარდები კლუბში იცნობენ ერთმანეთს და კავდებიან სექსით. მათ აქვთ ორალური და ანალური სექსი, რომლის დროსაც არ იყენებენ კონდომს.

„არ ვიცი, ანუ გოგოებს რატომ მოსწონთ ერთმანეთი საერთოდ... რა სიამოვნებას იღებენ იქიდან, არ მესმის... უბრალოდ... კარგი, ბიჭს ბიჭთან შეიძლება სექსი გქონდეს და... გოგოს გოგოსთან? ვერ ვხვდები, რანაირად რავი (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

ასევე, გამოიკვეთა, რომ ჰომოსექსუალურ ურთიერთობაზე ქუჩაში მცხოვრები ახალგაზრდა მხოლოდ თავშესაფრისა და საკვების გამოც შეიძლება დათანხმდეს, ან იმის გამო, რომ საწინააღმდეგო სქესის პარტნიორი არ ყავს.

„ვისაც არ აქვს სახლი, იმათ აქვთ [ჰომოსექსუალური ურთიერთობა]. ბიჭებს თუ არავინ არ ჰყავთ, ზოგჯერ კაცებთანაც კი არიან“ (17 წლის გოგო, ქართველ-გერმანელი).

პროვაიდერების აზრითაც, გავრცელებულია ანალური სექსიც და ორალურიც. ძირითადად აქვთ დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობები და ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, მაინც არ იყენებენ კონდომს, ეწევიან პროსტიტუციას. მათი სქესობრივი ურთიერთობა არის არაჯანსაღი სახის.

„ძალიან ხშირია ანალური სექსუალური კონტაქტები. ასევე, ორალური კონტაქტები. ვაგინალური, როგორც წესი თავისთავად, მაგრამ გაუკუღმართებული და... სხვადასხვა... მრავალფეროვანი სპექტრი აქვთ... ძალადობას და სექსუალურ კონტაქტებს რაც შეეხება, ხშირია გაუკუღმართებული“ – ფსიქოლოგი.

თუმცა, ამავდროულად, პროვაიდერების მიხედვით, მოზარდები მეტ-ნაკლებად უზიარებენ სხვებს საპირისპირო სქესთან კავშირის გამოცდილებას, მაგრამ არ საუბრობენ ჰომოსექსუალურ კავშირებზე და თავად სერვისის მიმწოდებლებიც აღნიშნავენ, რომ ინფორმაცია არ აქვთ, რომ ასეთი მოზარდები არ არიან ან არიან. თუ ხდება გარკვეული ფაქტების გამოვლენა და ეჭვის შეტანა, საბოლოოდ აღარ ეძიებიან ამ საკითხში, შესაბამისად ინფორმაციაც მწირია ან საერთოდ არ არის.

„იმ ორი შემთხვევის გარდა, რომელიც აღვნიშნე, რომ... გეი ბენეფიციარები არ მსმენია, იმათიც არ ვიცი. რეალურად, მანამდე არ მისულა საქმე, რომ ამაზე ესაუბრათ“ – სოციალური მუშაკი.

„არ ვიცი, ეგეთი მე არ გამიგია“ – თანასწორ განმანათლებელი.

„არ ყვებიან ამას, რომ კონტაქტი აქვთ თავისივე სქესის წარ-

მომადგენლებთან. ყვებიან მხოლოდ საპირისპირო სქესზე... ამიტომ, არ მაქვს ინფორმაცია“ – სოციალური მუშაკი.

„ასეთები არ არიან“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„არ არის გამორიცხული, რომ ესეც იყოს“ – ფსიქოლოგი.

მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგის თქმით, რომელსაც თავის პრაქტიკაში ჰქონია მსგავსი შემთხვევები, თავისივე სქესთან მოზარდები ამყარებენ ანალურ და ორალურ კავშირებს. ეს კავშირები ძირითადად დაუცველია, რაც მათ მაღალი რისკის წინაშე აყენებს.

„ანალური და ორალური, როდესაც საკუთარი სქესის წარმომადგენელთან აქვთ“ – ფსიქოლოგი.

ასევე, ქუჩასთან დაკავშირებულ მოზარდებს უფრო მეტი შესაძლებლობა ეძლევათ თავისივე სქესის წარმომადგენელთან დაამყარონ სქესობრივი ურთიერთობა. სფეროს სპეციალისტები მიიჩნევენ, რომ მსგავსი ურთიერთობები ხდება ინტერესის დაკმაყოფილების მიზნით. ყოფილა შემთხვევები, როდესაც მოზარდები აზიარებენ ინფორმაციას, მაგალითად სიმთვრალეში გოგონამ გოგონას აკოცა, მაგრამ მათ არ გაუგიათ შემთხვევა, როდესაც ეს ურთიერთობები გადაზრდილა სერიოზულ ურთიერთობაში, რაზეც მოზარდებს შეუძლიათ ღიად საუბარი.

„ეს არის უფრო ინტერესით გამოწვეული, რასაც ვუყურებ, გვექონია შემთხვევები, როდესაც ბავშვს აშკარად ორიენტაცია ჰქონდა მიმართული თავისივე სქესის წარმომადგენლის მიმართ, მაგრამ ძალიან ხშირად ეს არის, ინტერესს იკმაყოფილებენ, რაღაც უფრო თამაშების დონეზეა. ვერ გეტყვით, რომ მქონია შემთხვევა როდესაც ეს ურთიერთობა ჰქონიათ სერიოზულ დონეზე“ – ცენტრის კოორდინატორი.

ერთ-ერთი მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკის თანახმად ლგბტ ახალგაზრდები უფრო მეტად არიან ჩართულები კომერციულ სექსში, ვიდრე მათი ჰეტეროსექსუალი თანატოლები, რაც კიდევ უფრო ზრდის რისკს.

„...და განსხვავებულ ორიენტაცას რაც შეეხება ჩვენ, როგორც გითხარით უფრო ნაკლებად ვმუშაობთ. თუმცა, ვინც გვყოლია აქტიურად არიან ჩართულები პროსტიტუციაში. ესენი უფრო მეტად არიან ჩართულები“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

ასევე, პროვაიდერებმა ისაუბრეს ჯგუფური სექსის შესახებაც.

„ყველაფერს იყენებენ აბსოლიტურად. არაჯანსაღი ურთიერთობები აქვთ. არის, ჯგუფურიც ქონდათ“ – ფსიქოლოგი.

„ყველა ფორმა აქვთ“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

ამრიგად, სექსუალური გამოცდილების მქონე ქუჩასთან დაკავშირებული ბიჭებისთვის მეტადაა დამახასიათებელი სექსუალური მრავალფეროვნება, როგორიცაა ანალური, ორალური და ჯგუფური სექსის ქონა. რაოდენობრივი და თვისებრივი კვლევა ვერ აზუსტებს

ამ ახალგაზრდების სექსუალურ ორიენტაციას, რადგან ეს ტაბუდადებული თემაა და ახალგაზრდები არ ახდენენ საკუთარი თავის სექსუალურ უმცირესობად იდენტიფიცირებას. ეს არ არის გასაკვირი, თუნდაც, მომსახურების მიმწოდებლები ამ თემისადმი დამოკიდებულების გამო. ზოგადად, თავად ახალგაზრდები საუბრობენ ჰომოსექსუალურ ურთიერთობებზე კომერციული სექსის კონტექსტში თავშესაფრისა და საკვების მოპოვების მიზნით. როგორც ჩანს, კომერციულ სექსში ბიჭები საკმაოდ არიან ჩართულნი, თუმცა აქცენტით მაინც პროსტიტუციაში ჩართულ გოგონებზე კეთდება, როგორც ახალგაზრდების, ისე თავად სერვისის მიმწოდებლების მხრიდან.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საერთაშორისო კვლევების მიხედვით, ახალგაზრდების 20%-დან 40%-მდე საკუთარ თავის იდენტიფიცირებას ახდენენ, როგორც ლგბტქ(ი) ჯგუფის. სწორედ ამ ახალგაზრდებში განსაკუთრებით მაღალია აივ-შიდსის რისკები, რადგან, როგორც წესი, მათ ახასიათებთ დაუცველი და რისკის შემცველი სექსუალური ურთიერთობები (Ray, 2016, Durso and Gates, 2012). ეს ჩვენმა კვლევამაც დაადასტურა. ამის შესახებ განხილული იქნება ქვემოთ.

6.2.9. სექსი რაიმეს სანაცვლოდ

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით, სექსუალური გამოცდილების მქონე ბიჭების 32.3%-ს (21 ბიჭი) ჰქონიათ სექსი ტურისტთან, ხოლო 3 გოგონა უარს ამბობს პასუხზე. ამრიგად, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ტურისტთან სექსის ქონას შორის გენდერის მიხედვით. კერძოდ, ბიჭებისთვის მეტად არის დამახასიათებელი ტურისტთან სექსის ქონა, ვიდრე გოგონებისთვის (Pearson Chi-Square=17.392 p=.000).

ამავე კვლევის მიხედვით, სექსუალური გამოცდილების მქონე ბიჭების 7.7%-ს (5 ბიჭი) ჰქონიათ სექსი რაიმეს სანაცვლოდ, ხოლო 3 გოგონა უარს ამბობს პასუხზე. ამრიგად, სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა რაიმეს სანაცვლოდ სექსის ქონას შორის გენდერის მიხედვით. კერძოდ, ბიჭებისთვის მეტად არის დამახასიათებელი რაიმეს სანაცვლოდ სექსის ქონა, ვიდრე გოგონებისთვის (Pearson Chi-Square=8.97 p=.011).

თვისებრივი კვლევა ადასტურებს, რომ ახალგაზრდებს, რომლებიც ქუჩასთან არიან დაკავშირებულნი, აქვთ სექსუალური კავშირები ფულის, ნარკოტიკის, თავშესაფრის და სხვა ნივთების სანაცვლოდ. გოგონებისთვის სექსი თვითდამკვიდრების და თვითგადარჩენის გზაა. მათ ზრდასრული ასაკის მამაკაცებთან აქვთ სექსუალური კავშირი სხვადასხვა მატერიალური მხარდაჭერის სანაცვლოდ. პროსტიტუციაში ჩართვის მთავარი მოტივი არის ფულის შოვნა. ასე მოზარდები უფრო მარტივად მოიპოვებენ გაცილებით დიდ ფულს, ვიდრე შეუძლიათ აიღონ მოწყალეების თხოვნით ან ნივთების გაყიდ-

ვით. რაც უფრო დიდ ხანს რჩება ახალგაზრდა ქუჩაში, მით უფრო ღრმად ეფლობა ამ საქმიანობაში და რთულდება მისი დახსნა. სამეგობრო წრე მოზარდზე დიდ ზეგავლენას ახდენს. თუ მათი მეგობრებისთვის „სექსი რაიმეს სანაცვლოდ“ მიღებული ფორმაა, მაშინ მოზარდისთვისაც მისაღები ხდება ასეთი ქცევა.

„ეგ კი. ძაან ბევრს... რავი, 1000 ლარი სექსის სანაცვლოდ“ (11 წლის ბიჭი, ქართველი).

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ გამოკითხული ახალგაზრდები ძირითადად უარყოფითად აფასებენ ამგვარ ურთიერთობებში ჩათულობას და საუბრობენ, როგორც „ცუდ ქცევზე“ და ამ „ცუდ სხვებისგან“ ახდენენ საკუთარი თავის დისოციაციას. ისინი მიუთითებენ, რომ პროსტიტუციაში ჩართვა ბევრ რისკთან არის დაკავშირებული, როგორცაა დაუცველი სექსი, სექსუალური გზით გადამდები დაავადებები, ნაადრევი ფენმძიმობა და აბორტი, ძალადობის მსხვერპლობა და სხვ. ეს საკითხები ზემოთ ვრცლად არის განხილული.

ქუჩაში მცხოვრები ახალგაზრდები გენდერის მიხედვით სხვადასხვა საქმიანობაში არიან ჩაბმულნი. ბიჭები უფრო კრიმინალურ საქმიანობაში არიან ჩართულები (მოპარვა, ყაჩაღობა), ხოლო გოგონები უფრო პროსტიტუციასა და ნარკოტიკებით ვაჭრობაში. თუმცა, ამის საწინააღმდეგოდ, რაოდენობრივი მონაცემებით მაღალია ბიჭების ჩართვა პროსტიტუციაში, რომელზეც არ საუბრობენ არც თავად ახალგაზრდები და არც პროვაიდერები.

„მემგონი რუსთაველზე იქ რაღაცა ღამის... ყველა იქ იკრიბებიან ბოზები და რაღაცები. ჩემი მეგობარი იყო და იქ მიდიოდა ხოლმე. ეხლა შვილი ყავს. ყველაზე... შეიძლება ნახოთ რუსთაველის ვენდის იქ, არის კიდე მარჯანიშვილზე, სადაც მასაჟებს აკეთებენ. იქ მასაჟები არის, ბოზობა და ფულის გამო აკეთებენ ყველაფერს“ (12 წლის გოგო, ბოშა).

„ჩემი მეგობრები ლაპარაკობდნენ, ვიღაცა გოგო ბოზობდა და რო ნახეს ტიროდა და ეშინოდა... და ეხლა აღარ გადიან ქუჩაში დუხებს ყიდიან“ (12 წლის გოგო, ბოშა).

პროსტიტუციაში ჩაბმული გოგონების ნაწილი არის ოჯახის მხრიდან ძალადობის მსხვერპლი. კვლევის დროს გამოიკვეთა შემთხვევები, როცა გოგონებს უშუალოდ ქმრები ან სხვა ოჯახის წევრი აიუძლებდა კომერციულ სექსში ჩართვას, რათა ეშოვათ ფული. გოგონებს ქმრებთან და იმ მამაკაცთან, რომლის მიმართ გრძნობები გააჩნიათ აქვთ დაუცველი სექსი და ამით მათდამი სიყვარულს ამტკიცებენ, ხოლო პროტიტუციის დროს, იყენებენ კონდომს. თუმცა, იქიდან გამომდინარე, რომ შეიძლება კლიენტის არაფხიზელ მდგომარეობაში იყოს, ხშირია კონდომის გარეშე ურთიერთობები.

„ზოგს ქმრები აიძულებს ფული რომ შეიტანოს ოჯახში, ზოგს რავი ოჯახის გამო, ზოგს ისე, რავი ფული უნდა და ზოგს რავი. გო-

გოგონებში ზოგს უნდა ფული, სპეციალურად აკეთებს, ასე რომ ვთქვათ, არ უნდა ოჯახის შექმნა და იძულებული ხდება რომ... და ერთ-ერთი ალბათ ცოლად მოიყვანს, ვინმე გამოჩნდება“ (18 წლის ბიჭი, ქართველი).

ქართველი არასრულწლოვანი გოგონები სექს-მუშაკებად მუშაობენ ირანელების და არაბების ბარებში. ასევე, როგორც ერთ-ერთი ახალგაზრდის მონაყოლიდან ირკვევა, არაბებს და თურქებს აქვთ ასეთი „ტრადიცია“, „თუ გოგოს მასთან ექნებათ პირველი სექსი“ და დეფლორაციის პროცესი მოხდება, მაშინ მასზე იღებენ პასუხისმგებლობას და უზრუნველყოფენ მთლიანად მატერიალურად. მხოლოდ მათთან უნდა კავდებოდეს ეს ახალზრდა სექსუალური აქტით. ქართველი გოგონები კი მატერიალური კეთილდღეობის გამო, იკეთებენ ოპერაციას, რომლის დროსაც აღიდგენენ საქალწულე აპკს და უცხოელებს ბარდებიან ქალიშვილები.“ ასე უზრუნველი მომავალის გარანტიას იღებენ.

„როგორ ვითხრა ახლა, არაბები, თურქები, არიან ესეთები... თუ დაწვები მაგათთან, ანუ ქალიშვილი თუ ჩაბარდები, ყველაფერს გიკეთებენ, საერთოდ ყველაფერს გიკეთებენ, და ჩვენი კიდევ გოგონები – ქართველები, მიდიან და იკერავენ ერთ ადგილს და ბარდებიან ვითომ ქალიშვილები და მაგით შოულობენ ფულს, ტელეფონებს. მე მალაზიაში როცა ვმუშაობდი, იქ შემოდის გოგო, აიფონ 8-ით და აიფონ 10-ით დადიოდა, 18-17 წლის გოგო იყო რა და ესე დაჯვჯექით ერთხელ, მოსაწევად გავედი და რალაცნაირად მე მაქვს ხოლმე, როგორ ვითხრა, კომუნიკაცია მიყვარს ზოგადად რა და ვკითხე, თუ არ გეწყინება, მითხარი მეთქი, რანაირად... ხომ ვითხარი, ესე და ესე ცირკთან მიწევდა და... ხოდა, ვკითხე ამ გოგოს, ოჯახი გყავს მეთქი, თუ გათხოვილი ხარ მეთქი? გათხოვილი ვარო და... არაბი-აო და მაცხოვრებლო ძაან მაგრად ანუ როგორ მეთქი? რანაირად მეთქი? მაინტერესებს ახლა, რას აკეთებენ მაგათ ქვეყანაში ქალები არ ჰყავთ მეთქი? ქალიშვილი ჩავბარდიო და ისაო, მაგათთან ესეთი წესიაო, თუ ქალიშვილი ჩაბარდებიო, ყველაფერს გიკეთებენო... მაგის მერე სულ მივლისო, სულ რალაცეებს მყიდულობსო, მანქანაც მიყიდაო. დავამტვრიეო. იქით, აქეთ... აშკარად, ახლა 300-400 ლარაინ ფებსაცმელს თუ ყიდულობ, მაშინ იმენა გაცხოვრებს. ანუ რამოდენიმე პირიდან გამიგია რა... რომ ესე და ესეა... თურქულ ბარებში, კლუბებში, შარდენზეც... ტურისტული ადგილები სადაცაა, იქ... ანუ კლუბები, ბარები, მორგი. მორგშიც ძაან ბევრი არიან. რავი, მაგათთან ესეთი წესი აქვთ, რომ გოგო უნდა ჩაბარდეს ქალიშვილი და თუ არ არის, კლავენ ეგრევე... არა, პროსტა იყენებენ. იმ ქვეყანაში თავისი ცოლი, შვილი და ყველაფერი და აქ რომ ჩამოვიდნენ, რო გასართობი ჰყავდეთ... ანუ ბინას ქირაობენ და ფულს უგზავნიან ყოველთვის და რჩებიან აქ“ (18 წლის გოგო, უკრაინელ-ქართველი).

ერთი ახალგაზრდა იმასაც ამბობდა, რომ დედები თავიანთ შვილებს წამალს უყრიან და აძინებენ, რომლის დროსაც შეიძლება ფულის სანაცვლოდ ვინმეს მიყიდონ.

„ან შეიძლება დედამ გაყიდოს შვილი ფულის გამო... რამე დამაძინებელს ჩაუყრიან, რო დააძინონ“ (14 წლის გოგო, ქართველ-რუსი).

პროვაიდერების აზრით, მოზარდები პროსტიტუციაში ერთვებიან 13-14 წლიდან, ზოგი პროვაიდერი აღნიშნავს, რომ შეიძლება 12-დანაც, რადგან ეს მოვლენა შესწავლილი არ არის. სიტუაციას ამძაფრებს ისიც, რომ მოზარდები ამ თემაზე არ საუბრობენ. პროვაიდერებს არ აქვთ მიდგომები მათთან სასაუბროდ. როდესაც სერვისის მიმწოდებელს უჩნდება ეჭვი, თუ საიდან აქვს მოზარდს დიდი რაოდენობის თანხა, რატომ იმყოფება თურქული ბარების მიდამოებში, ის ვერ იღებს პასუხებს. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ ადამიანს აქვს ინფორმაცია მოზარდების პროსტიტუციაში ჩაბმის შესახებ, ფაქტები დადასტურებული მაინც არ არის, შესაბამისად არც რეაგირება მოჰყვება შესაბამისი უწყებების მხრიდან.

„ხშირია თუ არა, ვერ გეტყვი, მაგრამ გავრცელებული არის. არ ვიცი, 15 წლიდან ალბათ, შეიძლება 13-დან, შეიძლება 10-დანაც... ხო, იმიტომ რომ ეს ფაქტები დადასტურებული არ არის. უფრო მეტიც, ვინც იცის, რომ 15 წლის გოგოები მონაწილეობენ სექსუალურ ურთიერთობებში, სექსმუშაკები არიან და ეს ყველამ იცის და ამაზე არაფერი რეაგირებაც არ ხდება რა“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„როგორც ვითხარით, ეს დადასტურებული ფაქტები ჩვენ არ გვაქვს. ძალიან გვიჭირს ამ ფაქტების დადგენა თუმცა ეჭვი გვაქვს იქიდან გამომდინარე, რომ ბავშვები შეგვიძინებია თურქულ ბარებთან... ეს აჩენს ეჭვს, თუმცა ამაზე არ საუბრობენ ბავშვები“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„ხშირია არა, მაგრამ არის ესეთი შემთხვევებიც, სადღაც 13 წლიდან, 12-13 წლიდან“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„სამწუხაროდ, გავრცელებულია. ერთვებიან მცირე ასაკიდან, 12-13 წლიდან“ – ცენტრის ფსიქოლოგი.

პროვაიდერების მიხედვით, ამ თემაზე მუშაობის გზები და მიდგომები ბევრად უფრო კომპლექსურ მუშაობას მოითხოვს, რაც მობილური ჯგუფის დონეზე ვერ ხერხდება. პროსტიტუციის მთავარი მოტივი არის ფული და ამ საქმიანობით მოზარდები ანაცვლებენ მოწყალეების თხოვნას და შემოსავალიც უფრო მეტი აქვთ. პროსტიტუციაში ძირითადად ერთვებიან გოგონები. ბიჭების ჩართვის შემთხვევა არც ერთ პროვაიდერს არ დაუსახელებია. პროსტიტუციის დამადასტურებელ ფაქტებად პროვაიდერებს მოჰყავთ მოზარდის ნახვა თურქულ ბარებთან, ფულის უჩვეულოდ დიდი რაოდენობა. ასევე, ხელს უწყობს ის ფაქტი, რომ მაგალითად, თურქულ ბარებში მათ არ სთხოვენ

პირადობის დამადასტურებელ მოწმობას და 15 წლის მოზარდს ასეთ დაწესებულებაში თავისუფლად შესვლა შეუძლია.

პროსტიტუციაში ჩაბმული გოგონები საკუთარ თავს ხშირად ეძახიან „პრომო გოგონებს“. როგორც ზემოთ ითქვა, რისკ ფაქტორს წარმოადგენს პროსტიტუციაში ჩართული მეგობრის ყოლა, გოგონები ხშირად ბაძავენ ერთმანეთს. დიდი როლს თამაშობს სამეგობრო წრე, გოგონები ცდილობენ ჩართონ ერთმანეთი, სარგებლის მიღების მიზნით, ამასთან ერთად, ის აღარ იქნება მარტო და განსხვავებული, ეყოლება მეგობარი, რომელიც მისნაირად არის ჩართული პროსტიტუციაში.

მოწყალეების თხოვნასთან შედარებით პროსტიტუცია არის ფულის შოვნის მარტივი და უფრო სარფიანი გზა, რომელიც მოზარდს აძლევს საშუალებას დამოუკიდებლად გააგრძელოს ცხოვრება 18 წლიდან, იქირაოს ბინა, დაიკმაყოფილოს საჭიროებები. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზარდებისთვის ფულის შოვნა არის მოტივაცია, ზოგისთვის მატერიალურ სარგებელთან ერთად, ეს გართობის ერთ-ერთი საშუალებაც არის. გოგონები უფრო მეტი რისკის წინაშე დგანან, რომ ჩაებან კომერციულ სექსში, განსაკუთრებით მაშინ, როცა გოგონას კარგი გარეგნული მონაცემები აქვს.

„მაგ შემთხვევაში გააჩნია ვიზუალს“ – ზედამხედველი.

„უფრო მარტივად შოულობენ ფულს. ქუჩაში არ უწევთ დგომა. ეგეთი შემთხვევაც გვექონია, რომ მე ქუჩაში არ ვდგავარო და ჩემი სხეული ჩემია და რასაც მინდა იმას გავაკეთებო.“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„ისევ ის, რომ სჭრიდებათ ფულის გამომუშავება, შეიძლება ეს იყოს ერთადერთი მიზეზი, და გართობის ერთ-ერთი სახეობა შეიძლება დავარქვათ, შეიკრიბება ჯგუფი და მათთვის იქ არის გართობის სახე და პლიუს ამას, ამაში იღებენ თანხას“ – ცენტრის სოციალური მუშაკი.

„ფულის შოვნა, გართობა სავარაუდოდ. პირველ რიგში ალბათ ფულის შოვნა“ – მობილური ჯგუფის მძღოლი.

ამრიგად, სექსუალური გამოცდილების მქონე ქუჩასთან დაკავშირებული ბიჭებისთვის მეტადაა დამახასიათებელი კომერციულ სექსუალურ აქტივობებში ჩართვა, კვლევის მონაცემების მიხედვით. თუმცა, ახალგაზრდებთან და მომსახურების მიმწოდებლებთან თვისებრივი კვლევის მონაცემების მიხედვით, ამ მიმართულებით მეტად არის გაცნობიერებული პროსტიტუციაში გოგონების (ვიდრე ბიჭების) ჩართვის რისკები (მაგ., მშობლის იძულება, გაჭირვება, გოგონას კარგი გარეგნობა, ფულის ადვილად შოვნის მოტივაცია და სხვ.) და ფაქტებიც. საინტერესოა, რომ ბიჭების ჩართვის შემთხვევა არც ერთ პროვაიდერს არ დაუსახელებია. საინტერესოა, რომ

როგორც ახალგაზრდების, ისე პროვადერების მიერ ნორმალიზირებულია გოგონების დადანაშაულება მათი ჩაცმულობის გამო, რაც შეიძლება გახდეს მათზე სექსუალური ძალადობის და პროსტიტუციაში ჩართვის მიზეზი. ახალგაზრდებისთვის სექსი რაიმეს სანაცვლოდ არის ფულის ან ნარკოტიკების ადვილად შოვნის საშუალება. თუმცა აქვე აცნობიერებენ, რომ მათ შესაძლოა დაემართოთ სექსუალურად გადამდები დაავადებები, მათ შორის შიდსი ან შესაძლოა საპატიმროშიც აღმოჩნდნენ.

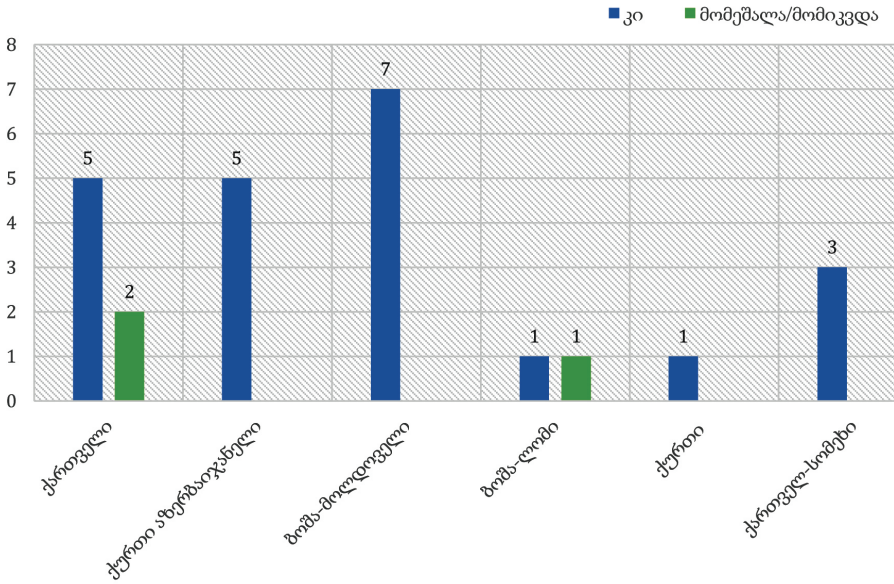
გოგონებიც და ბიჭებიც უარყოფითად აფასებენ პროსტიტუციაში ჩაბმულობას. ამასთან, საინტერესოა, რომ როდესაც ბიჭები საუბრობდნენ ამ თემაზე გულისხმობდნენ გოგონებს.

ჩვენს მიერ მიღებული კვლევის შედეგები ძირითადად თანხმობაშია საერთაშორისო კვლევის შედეგებთან, რომლის მიხედვითაც პროსტიტუცია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში ჩვეული მოვლენაა. ამასთან, საერთაშორისო კვლევების მიხედვით, გოგონების პროსტიტუციაში ჩართულობა ორჯერ აღემატება ბიჭების ჩართულობას (Tarasuk, et al., 2009). თუმცა, აღსანიშნავია, რომ გოგონები საკვების უზრუნველყოფისათვის ამ სტარტეგიას უფრო გრძელვადიანად იყენებენ.

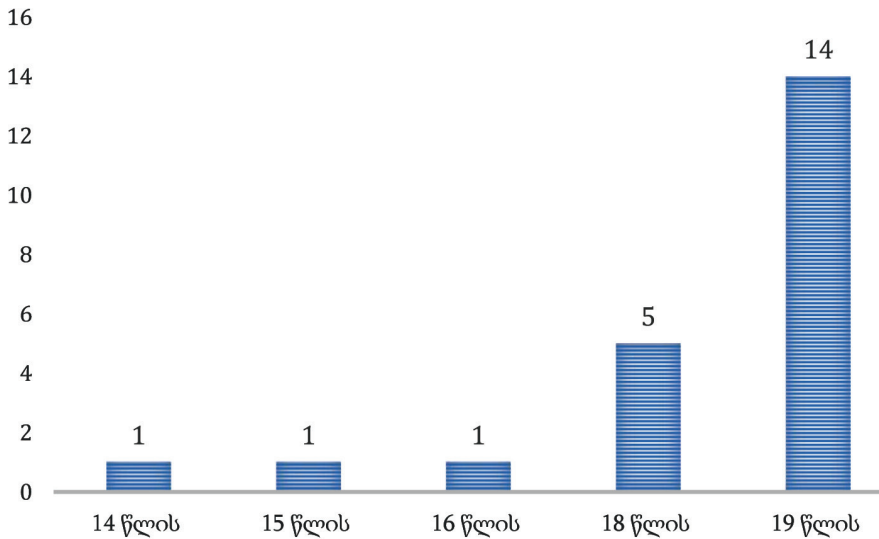
6.2.10. ნაადრევი ქორწინება/ფეხმძიმობა/აბორტი

რაოდენობრივი კვლევის მიხედვით, დაოჯახებულია 24 ახალგაზრდა (8%), გაშორებულია 1.7% (5 ახალგაზრდა). დაახლოებით, 8%-ს ჰყავს შვილი (22 ახალგაზრდა), ხოლო 1%-მა (3 ახალგაზრდა) გაიკეთა აბორტი. შვილები ყავთ როგორც ქართული წარმოშობის ახალგაზრდებს (5 ახალგაზრდა), ასევე ქურთ აზერბაიჯანელებს (5 ახალგაზრდა), ბოშა-მოლდოველებს (7 ახალგაზრდა), ბოშა ლომებს (1 ახალგაზრდა), ქართველ-სომხებს (3 ახალგაზრდა), ქურთებს (1 ახალგაზრდა). ხოლო 2-მა ქართველმა და 1-მა ბოშამ გაიკეთა აბორტი (19 წლის ახალგაზრდები არიან). ბავშვები ჰყავთ 14 წლის (1 რესპონდენტი), 15 წლის (1 რესპონდენტი), 16 წლის (1 რესპონდენტი), 18 წლის (5 რესპონდენტი) და 19 წლის (14 რესპონდენტი) ახალგაზრდებს.

გრაფიკი № 13: შვილის ყოლა ეთნიკურობის/ეროვნების მიხედვით

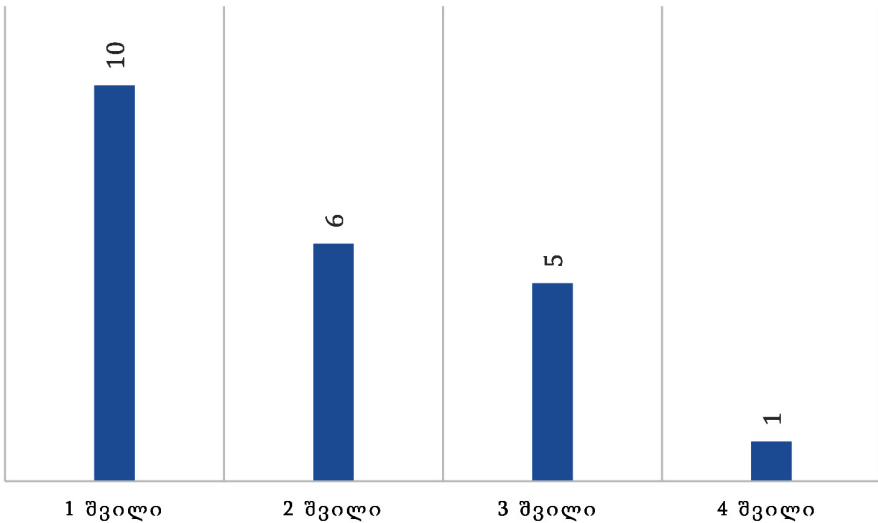


გრაფიკი № 14: რა ასაკში რამდენ, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდას ჰყავს შვილი



ძირითადად, ყავთ ერთი შვილი (10 რესპონდენტი), 2 შვილი (6 რესპონდენტი), 3 შვილი (5 რესპონდენტი) და ოთხი შვილი (1 რესპონდენტი).

გრაფიკი № 15: ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების რაოდენობა შეიღების რაოდენობის მიხედვით.



თვისებრივ ინტერვიუებში გამოჩნდა ქუჩაში მცხოვრები სხვადასხვა ეთნიკურობის მქონე ბავშვების განსხვავებული დამოკიდებულება დაოჯახების მიმართ. მაგალითად, მოლდოველი ან ქურთი-აზერბაიჯანელები ნაადრევ ორსულობას დადებითად აფასებენ. მათთვის ბავშვის გაჩენა დამატებით შემოსავალთან ასოცირდება. ეთნიკურად ქართველების შემთხვევაში კი ორსულობის დროს ხდება კონფლიქტი ოჯახში, რაც შესაძლებელია აბორტითაც კი დამთავრდეს.

„ჩემმა მეგობრებმა ფეისბუქზე გაიცინეს. ეხლა 14 წლისები არიან და უკვე ფეხმძიმედ არიან ესენი. მოლდოველები არიან“ (12 წლის გოგო, ბოშა).

„ჩხუბი და რაღაცეები. ოჯახში პრობლემები შეიძლება შეექმნას და მერე ის პატარებიც იმათხოვრებენ. ეხლა ბავშვს ჩემი მეგობრები რო გააჩენენ, იმათაც ამათხოვრებენ“ (12 წლის გოგო, ბოშა).

„ზოგს უხარია შეიძლება სექსი, რომ აქვთ და რომ ორსულდებიან და ზოგი კიდევ ნანობს, რომ ნაადრევად დაორსულდა, გათხოვდა“ (15 წლის გოგო, ქართველი).

ქართველ გოგონების ნაადრევი ორსულობა არ სურთ. ეწინიათ, რომ ხალხი გაიგებს და ოჯახი ეჩხუბება. შესაბამისად ძირითადი ნაწილი მიმართავს აბორტს. მოზარდების უმრავლესობა აბორტის შესახებ დასმულ კითხვებს არ პასუხობდა, თუმცა ერთმა გოგონამ ახსენა, რომ მისმა დამ გაიკეთა აბორტი, მიზეზად დაასახელა საფრთხისშემცველი ფეხმძიმობა. ორსულობა მისთვის სიცოცხლისთვის საშიში შეიძლება ყოფილიყო.

„ცუდია მერე იმ მამაკაცს თუ ვინცაა აღარ უნდა ბავშვი და აბორტი უნდა გაიკეთო. ჩემ დასაც ერთხელ მოუწია მაგის გაკეთება. თუ ბავშვს გააჩენდა მაშინ თვითონ მოკვდებოდა და თუ ბავშვს მოიშორებდა მაშინ გადარჩებოდა... და ყოფილი დედამთილი გაბრაზდა და ჩხუბზე გადმოვიდა. ვიჩივლებთო. სახლში მოგვივარდა. კარები გადავკეტეთ არ შემოვუშვით“ (13 წლის გოგო, ქართველი).

პროვაიდერების აზრით, ნაადრევი ქორწინება ეთნიკურ უმცირესობებში ითვლება ნორმად და წარმოადგენს რისკ ფაქტორს, რომელიც საფრთხეს უქმნის მათ სექსუალურ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას. ქორწინებაში, ასევე, იგულისხმება პარტნიორის ყოლა გარკვეული პერიოდის განმავლობაში. ფენმძიმობის შემთხვევაში აბორტი იშვიათი მოვლენაა ეთნიკურ უმცირესობებში, რადგან ბავშვი მათთვის არის შემოსავლის წყარო. მათი თქმით, რაც მეტი ბავშვი ეყოლებათ, მით მეტი შემოსავალი ექნებათ.

„თან ეთნიკურობაც საინტერესოა. ქურთ აზერბაიჯანში სხვა ტრადიციებია... ამ ასაკში ძალიან ჩვეულებრივად, ბავშვის გაჩენის ძალიან ხშირი შემთხვევაა. მერე ამ ბავშვებთან ერთად ქურთში გამოსვლა, მოწყალების თხოვნა. შვილი, როგორც ასეთი მათთვის უკვე შემოსავლის წყაროა“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„ეთნიკური უმცირესობები, შეიძლება 14 წლის იყოს და უკვე გათხოვილი და 2 ბავშვით“ – თანასწორ განმანათლებელი.

ქურთსთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს აქვთ ადრეული სქესობრივი კავშირები, საშუალოდ 13-14 წლის ასაკში. გოგონებში, როგორც ქართველებში, ისე ეთნიკურ უმცირესობებში, პირველი ფენმძიმობა შეიძლება დადგეს ძალიან ადრე 14-15 წლის ასაკში. მათ არ ჰყავთ სტაბილური პარტნიორი, ჰყავთ მრავალი პარტნიორი და აქვთ დაუცველი სქესობრივი კავშირები, შესაბამისად რისკიც ძალიან მაღალია. ინფორმაციის მიწოდების მიუხედავად, დამცავი საშუალებების გამოყენება ხდება იშვიათად, რადგან ხშირად არ უნდა პარტნიორს და მოზარდი ვერ უწევს წინააღმდეგობას, ვერ ითანხმებს.

„ძალიან ხშირია. ხომ ვითხარით ბენეფიციარი 16 წლის ასაკში გახდა დედა, მეორე 14-15 წლის ასაკში მამა ხდება და ნუ ადრე იწყებენ. რეგულარული პარტნიორებიც არ ჰყავთ“ – მობილური ჯგუფის სოციალური მუშაკი.

„ნაადრევი ორსულობისა და შესაძლო საფრთხის შემცველი აბორტის რისკს ზრდის მრავალი პარტნიორის ყოლა და დაუცველო სქესობრივი კავშირი, რაც ძალიან გავრცელებულია ქურთსთან დაკავშირებულ მოზარდებში. „ამ ტიპის ბავშვებში პარტნიორის ყოლა იმდენად თავისუფალია, შეუძლიათ ძან ცუდი ნათქვამია, მაგრამ დღეში რამოდენიმე პარტნიორი გამოიცვალონ. სამწუხაროდ არის ეს“ – ფსიქოლოგი.

რაც შეეხება აბორტს, პროვაიდრების ნაწილი აღნიშნავს, რომ აბორტის შემთხვევებზე არ სმენიათ, ზოგი აღნიშნავს, რომ შემთხვევები არის, მაგრამ იშვიათად. ქართველებში უფრო მეტად, ვიდრე ეთნიკურ უმცირესობებში, იმის გამო, რომ არ გაიგოს დედამ ან მამამ. ნაყოფის მოცილებას ძირითადად ცდილობენ საფრთხის შემცველი კუსტარული მეთოდებით. დახმარებისთვის უმეტესწილად მიმართავენ მოზარდები ერთმანეთს. აბორტის ბევრი მეთოდი აქვთ: სირბილი, სიმაღლიდან გადმოხტომა. ასევე, გამოიყენებენ მედიკამენტოზურ აბორტს და სერვისის მიმწოდებლები ამას უკვე გვიან იგებენ. საბოლოო ჯამში, ახალგაზრდა გართულებებით შეიძლება მოხვდეს კლინიკაში, როცა სიტუაცია უკვე გადაუდებელია.

„აბორტები უფრო ქართველებთან არის ხოლმე, რომ დედამ არ გაიგოს მამამ, გოგოს რომ ურთიერთობა ქონდა დამალული. ან მშობლებს არ სურთ მის შვილს ყავდეს არასასურველი შვილი. ყოფილა ეს შემთხვევებიც.“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„მეგობრების რჩევით, ანდა დალევს აბს, ანდა საიდანმე გადმოხტება ან რალაცა ვილაცას ზურგზე დააყენებს და არბენინებს. ძალიან ბევრი მეთოდი აქვთ. მე მაგალითად გავგიჟდი ისეთი მეთოდები ჰქონდათ. ანუ ყველას სხვადასხვა აქვს, მეგობარმა მირჩია... საბოლოო ჯამში ბავშვები კლინიკაში ხვდებიან, უკვე რალაცა სხვა პრობლემით“ – ცენტრის კოორდინატორი.

„აბორტს რაც შეეხება, ქორწინების შემდგომ აბორტს არავინ არ იკეთებს, იმიტომ რომ... არი ეს. თუ იმას ვიტყვით, რომ გოგოა და აბორტს გავიკეთებო, არ ხდება ასე, პირიქით აჩენენ ბავშვებს. და ქორწინებულის შემთხვევაში ძალიან იშვიათობაა აბორტის მიმართვიანობა. შეიძლება ისე გააკეთოს, თავისით“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„კი, ადრეული სექსუალური კავშირები ხშირია, აბორტიც ხშირი არ არის, მაგრამ ხდება ხოლმე“ – მობილური ჯგუფის ფსიქოლოგი.

„14 წლის რო ფეხმძიმედ იქნება ადრეულია აბა რა არის. ეგ ხშირია, ამათთვის არაა პრობლემა. აბორტი არავის გაუკეთებია რაც ვიცი“ – მობილური ჯგუფის თანასწორ განმანათლებელი.

ბავშვის გაჩენის შემთხვევაში, ქართველი დედები ცდილობენ ბავშვი დაიტოვონ და თავად გაზარდონ, ასეთ შემთხვევაში მათ სთავაზობენ დღის ცენტრების მომსახურებას და ათავსებენ დედათა და ბავშვთა თავშესაფარში.

„ქართველი დედები უფრო ცდილობენ ხოლმე, რომ ხო, დაიტოვონ ბავშვები და მათ უფრო დღის ცენტრს ვთავაზობთ, რომ მივებმაროთ, საკვებში მივებმაროთ, რალაცა რომ ცოტა გავაძლიეროთ ეს ოჯახი“ – ცენტრის კოორდინატორი.

ამრიგად, საერთაშორისო კვლევების პარალელურად, საქართველოშიც ხშირია ქუჩასთან დაკავშირებული გოგონების დაორსუ-

ლების შემთხვევები დაუცველი სექსუალური კავშირების შედეგად. თუმცა, ეს შემთხვევები გაცილებით ნაკლებია (დაახ. 9.7%), ვიდრე საერთაშორისო კვლევებშია (მაგალითად, კანადაში 42%) მითითებული (Haley, et al., 2004). აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენს კვლევაში რესპონდენტებს გაუჭირდათ სიტყვა „დაორსულების“ გაგება და შეკითხვები განსხვავებულად დაისვა (მაგალითად, თუ ხარ დაოჯახებული; გყავს შვილები და თუ მოგეშალა ან მოგიკვდა შვილი). აბორტის შემთხვევებზე ახალგაზრდები საერთოდ ვერ საუბრობდნენ. შეიძლება ითქვას, რომ ეს თემები ტაბუდადებულია და ახალგაზრდები თავს არიდებენ ამ საკითხების განხილვას უცხოებთან. ასევე, პროვაიდერების აზრი, თითქოს ეთნიკურობა ზეგავლენას ახდენს დაორსულებაზე, არ არის მთლად ზუსტი, რადგან შვილები ყავთ როგორც ქართული წარმოშობის ახალგაზრდებს, ასევე ქართ აზერბაიჯანელებს, ბოშა-მოლოდველებს და ქართველ-სომხებს. ასევე, აბორტი გაიკეთეს როგორც ქართველებმა, ასევე ერთმა ბოშამაც. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ შესაძლოა ბოშები და სხვა ეთნიკური უმცირესობები სხვა, ტრადიციულ მეთოდებს იყენებენ აბორტის (შესაძლოა სხვა სახელსაც უწოდებდნენ ამ მოვლენას) გასაკეთებლად, რაზეც ხმამაღლა არ საუბრობენ (მაგალითად, სიმაღლიდან გადმოხტომა, რაღაც ბალახების დაღევა და ა.შ.).

6.3. დასკვნები და რეკომენდაციები

ახალგაზრდების და პროვაიდერების თვისებრივმა და რაოდენობრივმა კვლევებმა გამოავლინა, რომ ცხოვრების წესიდან და გარემოდან გამომდინარე ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები იწყებენ ნაადრევ სექსუალურ ცხოვრებას, რაც ხელს უწყობს მათში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარებას. ამ პრობლემებზე რეაგირება არ, ან თითქმის ვერ ხდება. სიტბოს და მზრუნველობას მოკლებული ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები სიტბოს, ყურადღებას და სიყვარულის უმცირეს გამოხატულებას ეძებენ სექსუალურ პარტნიორში. შეიძლება ითაქვს, რომ ჩახუტება, კოცნა, სექსი მათთვის მზრუნველობის ჩამანაცვლებელი ქცევაა.

ქუჩასთან დაკავშირებული მოზარდების რეპროდუქციული და სექსუალური ჯანმრთელობის პრობლემებს ბევრი ფაქტორი უწყობს ხელს, ესენია: ადრეული, სპონტანური და დაუცველი სქესობრივი კავშირები, სექსუალური ძალადობის მსხვერპლობის გამოცდილება, პროსტიტუცია, არატრადიციული ურთიერთობები. შესაბამისად მათი მოგვარების გზაც უფრო კომპლექსურია და მრავალი საპასუხო ქმედებისგან შედგება. თუმცა, არსებობს სტიგმა ამ თემასთან დაკავშირებით, თავად მომსახურების მიმწოდებლებს შორის. მათთვის ეს კვლავ სენსიტიურ თემად რჩება და თავს არაკომფორტულად

გრძობენ, შესაბამისად არ საუბრობენ დეტალებზე ან უბრალოდ არ იციან ეს დეტალები, რადგან ხდება მსგავსი საკითხების განხილვისგან თავის არიდება.

ჩარევები აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით არის ფრაგმენტული. აქტიური ჩარევა ხდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდას აქვს აქტიური სქესობრივი ცხოვრება და პრობლემა ძალიან თვალსაჩინოა. პროსტიტუციის ფაქტების არსებობის შემთხვევაში კი არ ხდება რეფერირება, რადგან პრობლემა პრობლემად არ არის აღიარებული. ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს, რომლებიც ჩართულები არიან სერვისებში მიეწოდებათ ინფორმაცია, თუმცა ის მაინც არაეფექტურია და მოზარდები განაგრძობენ სარისკო სექსუალურ ქცევებს. ის ბავშვები კი, რომლებიც არ არიან სერვისში, საერთოდ ვერ იღებენ საჭირო ინფორმაციას სარისკო სქესობრივ ქცევაზე, მის შედეგებზე, დაცვის საშუალებებზე და ა.შ.

სარისკო სექსუალური ქცევა და მისი შედეგები საკმაოდ გავრცელებულია ქუჩასთან დაკავშირებულ ლგბტქ(ი) ახალგაზრდებში და წარმოადგენს მაღალი რისკის მქონე ჯგუფს. თუმცა, თავად სფეროში მომუშავე პროფესიონალების მხრიდანაც ხდება მათი უგულვებელყოფა და იგნორირება, ისინი ფიქრობენ, რომ ასეთი ბავშვები არ არსებობენ და ყურადღების მიღმა რჩება ახალგაზრდების გარკვეული ქმედებები და სიტყვები. შესაბამისად, არ არსებობს მიდგომები ასეთ ახალგაზრდებთან სამუშაოდ.

კვლევის საფუძველზე გასათვალისწინებელია შემდგომი რეკომენდაციები:

1. ადრეული სექსუალური განათლება. ეს გულისხმობს სექსუალურ ქცევებზე და ტაბუ დადებულ თემებზე ღიად საუბრის მიმღებლობას სერვისის მიმწოდებელთა მხრიდან. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდებისთვის კი ადრეულ ეტაპზე სექსუალური განათლების მიწოდებას და ინფორმირებას.
2. პროაქტიული სერვისების დანერგვა. მოიცავს საინფორმაციო შეხვედრებს რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან და სექსუალურ ქცევასთან დაკავშირებით. ასევე, სწრაფ ტესტირებას აივ ინფექციაზე, არა მხოლოდ თავშესაფრებში და დღის ცენტრებში, არამედ ქუჩაში, მობილური ჯგუფის მიერ სისტემური ხასიათით, იმ ახალგაზრდებისთვის, რომლებიც არ არიან სერვისში ჩართულები, არ დადიან სკოლაში, არ იციან წერა-კითხვა და არ ფლობენ არანაირ ინფორმაციას სარისკო სექსუალური ქცევის ტიპებზე, შედეგებზე და დამცავ საშუალებებზე.
3. სექსუალური გზით გადაამდებ დაავადებებზე კონტროლი. გამომდინარე იქიდან, რომ არ ხდება სერვის ცენტრებში

არანაირი კვლევა სექსუალური გზით გადამდებ დაავადებებზე, აუცილებელია, ყველა ცენტრში, ბავშვის ჩარიცხვის პარალელურად, შესაბამისი ტესტირებების ჩატარება და შემდგომი მონიტორინგი.

4. პროსტიტუციასთან დაკავშირებული მექანიზმები და პროცედურების დახვეწა. პროსტიტუცია, როგორც პრობლემა არ არის აღიარებული. გამომდინარე იქიდან, რომ პროსტიტუცია ეს არის ძალადობა და ამ ფაქტზე არ ხდება არანაირი რეაგირება და არც მიმართვიანობა. შესაბამისად, არ ხდება ბავშვთა დაცვის მიმართვიანობის (რეფერირების) კანონის აღსრულება, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს ბავშვის დაცვა ძალადობისგან.
5. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია. ყველა ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა არის ძალადობის მსხვერპლი, შესაბამისად მათთვის აუცილებლობას წარმოადგენს ფსიქოლოგთან სისტემატიური მუშაობა და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია, იმისთვის რომ არ მოხდეს ძალადობის, ტრავმული გამოცდილების აკუმულირება სხვადასხვა პრობლემების სახით, მათ შორის სარისკო სექსუალური ქცევების სახით.
6. გენდერულ საკითხებზე ცნობიერების ამაღლება სერვისის მიმწოდებლებს შორის. ლგბტქ(ი) ახალგაზრდები უფრო მეტ ზეწოლას, ძალადობასა და სტრესს განიცდიან. ამ პროცესში მათ ექმნებათ იდენტობასთან დაკავშირებული პრობლემები, რომლებზეც ისინი არ საუბრობენ. გენდერულ საკითხებზე ცნობიერების ამაღლება, დაეხმარება სერვისის მიმწოდებლებს უკეთ გაიგონ ახალგაზრდების საჭიროებები, მიიღონ მათგან ინფორმაცია და შეიმუშაონ ეფექტური მიდგომები.
7. კულტურულ უმცირესობებთან მიდგომა, ოჯახის დაგეგმვასთან დაკავშირებით. კულტურული უმცირესობების ტრადიციები ახალისებენ ადრეულ ქორწინებას, რაც წარმოადგენს მაღალ რისკს. მართალია, ეს მათი ტრადიციაა და პრობლემა ძალიან კომპლექსურია, რადგან ბავშვი წარმოადგენს შემოსავლის წყაროსაც, თუმცა, ჩარევები აუცილებელია ამ მიმართულებით.
8. დაცვის საშუალებების ხელმისაწვდომობა. გულისხმობს ისეთი ოთახის, ადგილის არსებობას, სადაც მოზარდისთვის ღიად ხელმისაწვდომი იქნება დაცვის საშუალებები და მას არ მოუწევს თხოვნა ან ნებართვის აღება.
9. სამედიცინო რესურსებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. როგორც არაერთხელ აღინიშნა ქუჩასთან დაკავშირე-

ბული ახალგაზრდები სხვადასხვა მიზეზების გამო არ აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებებს ან აკითხავენ უმძიმეს მდგომარეობაში. ამისათვის საჭიროა, როგორც ახალგაზრდების ინფორმირებულობა სამედიცინო სერვისებზე და დროულ მკურნალობის დადებით მხარეებზე, ასევე სამედიცინო პერსონალის გადამზადება, თუ როგორ მიაწოდონ, მიუდგნენ და იმუშაონ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან.

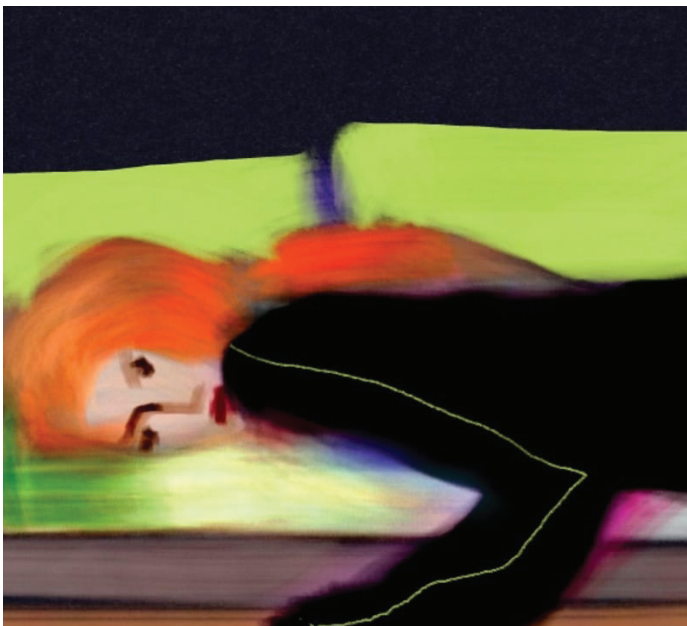
10. ეთნიკურ ჯგუფების ოჯახებთან და თემებთან მუშაობა. მნიშვნელოვანია, რომ მომსახურების მიმწოდებლებმა გააძლიერონ მუშაობა ოჯახებთან და თემებთან ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და სხვა საკითხებთან დაკავშირებით ცნობიერების ამაღლების კუთხით.

ბიბლიოგრაფია:

1. ნინო ბაშარული. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა და სარისკო სექსუალური ქცევა ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2018 წელი. (სამაგისტრო ნაშრომი, ხელმძღვანელი – შ. საძაგლიშვილი).
2. ნინო ხვედელიძე. სექსუალური განათლება და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემები ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 2019 წელი. (სამაგისტრო ნაშრომი, ხელმძღვანელი – შ. საძაგლიშვილი)
3. Boivin, Jean-Francois, Elise Roy, Nancy Haley, and Guillaume Galbaud du Fort. 2005. The health of street youth: Canadian perspective. Canadian journal of public health.
4. Cauce, Ana Mari, Angela Stewart, and Dan R Hoyt. 2005. „Girls on their Own: Homelessness in Female Adolescents.“
5. Cheng, Tessa, Caitlin Johnston, Thomas Kerr, Paul Nguyen, Evan Wood, and Kora DeBeck. 2016. Substance use patterns and unprotected sex among street-involved youth in a Canadian setting. BMC Public Health.
6. Cochran, Bryan N, Angela J Stewart, Joshua A Ginzler, and Ana Mari Cauce. 2002. Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts. Am J Public Health.
7. Durso, Laura E, and Gary J Gates. 2012. Serving Our Youth: Findings from a National Survey of Service Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth who are Homeless or At Risk of Becoming Homeless. Los Angeles: The Williams Institute with True Colors Fund and The Palette Fund.

8. Edidin, Jeniffer P, Zoe Ganim, Scott J Hunter, and Nirranjan S Karnik. 2011. *The Mental and Physical Health of Homeless Youth*. Chicago: Child Psychiatry and Human Development.
9. On the Streets: The Federal Response to Gay and Transgender Homeless Youth. „Gay and Transgender Youth Homelessness by the Numbers.“ 2010.
10. Haley, Nancy, E. Roy, P. Leclers, J-F. Boudreau, and J-F. Boivin. 2004. Characteristics of adolescent street youth with a history of pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. Inter-NGOs. 1983. Switzerland.
11. Lacoursiere, Terri, and Holly B. Fontenot. 2012. „The impact of running away on teen girls’ sexual health.“
12. Muchini, and Backson. 2001. „A study on street children in Zimbabwe.“ In *Orphans and Other Vulnerable Children and Adolescents In Zimbabwe*, 89. Harare: Harare a, UNICEF.
13. Ray, Nicholas. 2016. *Lesbian, gay, bisexual and transgender youth: An epidemic of homelessness*. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and the National Coalition for the Homeless.
14. Rew, Lynn. 2001. „Sexual health practices of homeless youth.“ Taylor and Francis.
15. Rice, Eric. 2010. *The Positive Role of Social Networks and Social Networking Technology in the Condom-Using Behaviors of Homeless Young People*. Los Angeles: Association of Schools of Public Health.
16. Shorena Sadzaglishvili (2017). *Adolescent Risk Taking Behaviors: The case of Georgia*. *GESJ: Education Sciences and Psychology*, No.3 (45), pp.143-153 (<http://gesj.internet-academy.org.ge/download.php?id=2935.pdf>)
17. Tarasuk, Valerie, Naomi Dachner, Blake Poland, and Stephen Gaetz. 2009. „Food deprivation is integral to the ‘hand to mouth’ existence of homeless youths in Toronto.“ Toronto.
18. Thompson, Sanna J, Kimberly A Bender, Carol M Lewis, and Rita Watkins. 2008. Runaway and Pregnant: Risk Factors Associated with Pregnancy in a National Sample of Runaway/Homeless Female Adolescents. *Journal of Adolescent Health*.
19. Thrane, Lisa E, and Xiaojin Chen. 2012. *Impact of running away on girls’ pregnancy*. Elsevier.
20. Van Laauwen, James M, Susan Boyle, Stacy Salomonsen-Sautel, and Nico Baker. 2006. *Lesbian, Gay, and Bisexual Homeless Youth: An Eight-City Public Health Perspective*. Arlington: Child Welfare League of America.

21. Ventimiglia, Nusrat. 2012. „LGBT Selective Victimization: Unprotected Youth on the Streets.“ *The Journal of Law in Society*.
22. Wargan, Katarzyna, and Larry Dershem. 2009. *Don't Call Me a Street Child*. Tbilisi: Save the Children.
23. 23. Weber, Amy E, Jean-Francois Boivin, Lucie Blais, Nancy Haley, and Elise Roy. 2002. HIV risk profile and prostitution among female street youths. *The New York Academy of Medicine*.
24. Whitbeck, Les B. 2009. „Mental Health and Emerging Adulthood among Homeless Young People.“ New York.
25. WHO (a). n.d. „A profile of street children.“ Geneva. 2014
26. 23.WHO (b). n.d. „Determining the needs and problems of street children.“ Geneva. 2014
27. WHO (c). n.d. „Module 4: Understanding Sexual and Reproductive Health Including HIV/AIDS and STDs Among Street Children.“ In *Working With Street Children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health Including HIV/AIDS and STDs*. 2014
28. WHO (d). n.d. „Module 6: Responding to the needs and problems of street children.“ In *Working with street children: A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/AIDS and STDs*. Geneva. 2014



დანართები

დანართი №1. სფეროს ექსპერტების კითხვარი

ადგილობრივი ექსპერტების ინფორმირებული თანხმობის ფორმა	
თარიღი : _____ მონაწილის ID: _____	
ინტერვიუერი : _____	
1. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის ინდივიდუალური მახასიათებლები: ძირითადად, რა მახასიათებლებით დაახასიათებლით?	
1.1	გენდერი (ძირითადად, გოგონები თუ ბიჭები)
1.2	ასაკი 10 წლამდე, 10-14 წლის, თუ 15-19? ამ სამი ასაკობრივი ჯგუფიდან, რომელი უფრო ჭარბობს?
1.3	რამდენად ხშირად გვხვდებიან განსხვავებული სექსუალური ორიენტაციის ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები? რა დამოკიდებულება აქვთ მათ მიმართ? რა რისკებია? რამდენად არიან ჩართულნი იგივე სერვისებში, რასაც სხვა ტიპური ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები იღებენ?
1.4.	მათი ეთნიკური მახასიათებლები – (1)ქართველი (2) აზერბაიჯანელი-ქურთი (3) საქართველოს მოქალაქე /დიდხანს მცხოვრები ბოშა (4) სხვა: რუსი, უკრაინელი, სომეხი და სხვ)
1.5	ამ ჯგუფებიდან ვის უჭირს ქართულ ენაზე მეტყველება? ძირითადად რა ენაზე მეტყველებენ?
1.6	განათლება, სასკოლო პროცესში ჩართულობა (რა სიხშირით დადიან სკოლაში? თუ საერთოდ დადიან?) – ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.7	რამდენად ხშირად გვხვდებიან ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები გონებრივად (სოციალური ჩამორჩენა) შეფერხებულები? სხვა რა ტიპის შეზღუდული შესაძლებლობები გვხვდება? (აუტიზმი, დაუნინგი და სხვ.) ხდება თუ არა დიაგნოსტიკა, თუ არიან ჩართულები სპეციალურ სერვისებში. ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.8	ზოგადად, საქმიანობის ტიპები (რას საქმიანობენ? რას აკეთებენ ? რა ტიპის სამუშაოებს ასრულებენ?) – ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.9	საშუალოდ, რამდენ საათს ატარებენ ქუჩაში? რა პროპორციით მუშაობენ (ფულის მიღების მიზნით განხორციელებული საქმიანობა/აქტივობა)? რა პროპორციით ერთობიან? – ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.10	გართობის რა ტიპები გვხვდება ამ ახალგაზრდებში? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.

1.11	ძირითადად, ვისთან ერთად გამოდიან ქუჩაში პირველად? ოჯახთან, უფროს ნათესავთან (და-ძმა ან სხვა)? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.12	რამდენად ხშირად გვხვდებიან ისეთი ახალგაზრდები, რომლებიც სახლიდან არიან გამოქცეულები და არ აქვთ კავშირი ოჯახთან ან/და მათი ოჯახის წევრები მათთან ერთად არ არიან ქუჩაში? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.13	ძირითადად, რა ასაკში გამოდიან ქუჩაში პირველად? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.14	რამდენად არიან სექსუალური და ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლები? ოჯახის მხრიდან? თანატოლების მხრიდან? საზოგადოების მხრიდან? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.15	ძირითადად, ფიზიკური/სექსუალური ძალადობის რა ფორმები გხვდება? ოჯახის მხრიდან? თანატოლების მხრიდან? საზოგადოების მხრიდან? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.16	ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების დიდ უმრავლესობას ყავს თუ არა მშობლები? რას საქმიანობენ მათი მშობლები? რომელ სოციალურ ფენას მიეკუთვნებიან? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.17	ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მშობლები რამდენად არიან ალკოჰოლზე და წამალზე (ფსიქო აქტიური საშუალებების) მოხმარებაზე დამოკიდებულები? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.18	ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მშობლები რამდენად არიან კომერციულ სექსში ჩართულები? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.19	ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების მშობლები რამდენად არიან სხვადასხვა კრიმინალურ საქმიანობებში ჩართულები? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.
1.20	რამდენად გვხვდებიან ისეთი ახალგაზრდები, რომლებიც არ არიან დაბალი სოციალური ფენებიდან? განმარტეთ ქუჩაში მათი გამოსვლის მიზეზები.
<p>2. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის სოციალური ქსელის მახასიათებლები, როგორ აღწერდით ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდების სოციალურ ქსელებს? მოდით, ვისაუბროთ, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სოციალური ქსელის შემადგენლობასა და სტრუქტურაზე, სოციალურ მხარდაჭერაზე, სოციალურ კაპიტალზე.</p> <p><i>გაახსენეთ!</i></p> <p><i>(სოციალური ქსელი – ქუჩაში მცხოვრები და მომუშავე ახალგაზრდის ე.წ. “მნიშვნელოვანი ადამიანების” წრე, ანუ მეგობრების და ნაცნობების წრეს, რომელებიც მისთვის მნიშვნელოვანია და მასთან აქვს კავშირი ფიზიკურად, ტელეფონით, წერილობით ან სოციალური ქსელებით (ფეის ბუქი და ოდნოკლასნიკები ან სხვა) და შეუძლია დახმარების ან რჩევის თხოვნა პირად საკითხებზე საჭიროების შემთხვევაში)</i></p>	

2.1	<p>ძირითადად, ვინ არიან ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სოციალური ქსელის წევრები? ოჯახის წევრები (მშობლები/მზრუნველები/და-ძმები); ქუჩის მეგობრები; სოციალური მუშაკები/დღის ცენტრის ან თავშესაფრის სერვისის მიმწოდებლები ; დამსაქმებლები; მასწავლებელი; სკოლის მეგობრები; სხვა?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.2	<p>დაახლოებით, რა სიდიდისაა, რამდენი ადამიანისაგან შედგება მათი სოციალური ქსელი?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.3	<p>მათ ქსელში რამდენად სჭარბობენ თავისივე ოჯახის წარმომადგენლები (უფროსი და-ძმები, ნათესავები)</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.4	<p>მათ ქსელში რამდენად სჭარბობენ თავისივე სქესის წარმომადგენლები?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.5	<p>მათ ქსელში რამდენად სჭარბობენ მათივე ასაკის თანატოლები?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.6	<p>მათ ქსელში რამდენად სჭარბობენ მათივე ეთნიკურობის მქონე (თემის) ადამიანები?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.7	<p>მათ ქსელში რამდენად სჭარბობენ მათივე სოციალური სტატუსის მქონე ადამიანები?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.8	<p>მათ ქსელში რამდენად სჭარბობენ მათივე სექსუალური ორიენტაციის მქონე ადამიანები? (მაგ. გეი ახალგაზრდები მეგობრობენ გეი ახალგაზრდებთან).</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.9	<p>რამდენად ხშირია/გავრცელებულია როდესაც სარისკო ქცევების მქონე ახალგაზრდა მჭიდრო სოციალურ კავშირებს ამყარებს იგივე რისკის მქონე ახალგაზრდასთან? რამდენად ირჩევენ სოციალური ქსელის წევრებს ინტერესების მიხედვით?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p> <p>მაგ. თუ უყვარს ალკოჰოლის მოხმარება, რამდენად უახლოვდება ისეთ ადამიანებს, რომლებსაც ასევე მოსწონთ ალკოჰოლის მოხმარება და ა.შ.</p>

2.10	<p>რამდენად კარგად იცნობენ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის სოციალური ქსელში შემავალი წევრები ერთმანეთს? მაგ. რამდენად ხშირად საუბრობენ ისინი ერთმანეთთან სხვადასხვა პირად საკითხებზე?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.11	<p>სოციალური ქსელის წევრები რამდენად ხშირად არიან ერთმანეთთან დაკავშირებული სექსუალური ურთიერთობებით?</p> <p>დააზუსტეთ! განმარტეთ მიზეზები;</p> <p>რამდენად სპონტანურად, უნებლიედ, ბუნებრივად ხდება მსგავსი ურთიერთობები?</p> <p>თუ ადგილი აქვს ძალადობას?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.12	<p>რამდენად ხშირად გხვდება სოციალურ ქსელში სექსუალური ურთიერთობები ერთი და იგივე სქესის მქონე ახალგაზრდებთან?</p> <p>დააზუსტეთ! განმარტეთ მიზეზები;</p> <p>რამდენად სპონტანურად, უნებლიედ, გაუცნობიერებლად ხდება მსგავსი ურთიერთობები?</p> <p>თუ ადგილი აქვს ძალადობას?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.13	<p>რამდენად ხშირად ეხმარებიან ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის ქსელის წევრები ერთმანეთს კრიტიკულ სიტუაციებში?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება.</p>
2.14	<p>ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდები რა სახის სოციალურ მხარდაჭერას იღებენ მათი სოციალური ქსელისგან?</p> <p>დააზუსტეთ!</p> <ul style="list-style-type: none"> - იღებენ ისინი ინსტრუმენტულ დახმარებას (მატერიალურ დახმარება, როგორცაა ფულადი დახმარება, საკვებით დახმარება ან სხვა საჭირო საგნებით). დაასახელეთ, რა ტიპისაა. - იღებენ მითითებებს (იღებენ რჩევებს პირად და კერძო საკითხებზე); მფარველობითი დახმარება (ანუ დახმარების გაწევა როდესაც მათ ვინმე აწუხებს); დაასახელეთ, რა ტიპისაა. (საპროცესო გარიგებაში დახმარება) - ემოციური მხარდაჭერა / ინტიმური ურთიერთქმედება (არადირექტიული გზით ემოციური მხარდაჭერა, უკუკავშირის მიცემა დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ); დაასახელეთ, რა ტიპისაა. - სოციალური მონაწილეობა (გართობა სოციალურ გარემოში, დასვენება და თავისუფალი დროის გატარება). დაასახელეთ, რა ტიპისაა. <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება. - რომელი ეთნიკური ჯგუფი რა ტიპის დახმარებას იღებს თავისი პირადი სოციალური ქსელისგან?</p>
2.15	<p>რამდენად ენდობიან ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები მათ სოციალურ ქსელში შემავალ ადამიანებს?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>

2.16	<p>როგორია მათი დამოკიდებულება/სოციალური ნორმა</p> <p>ა) წამლის (ფსიქო ატიური ნივთიერების)</p> <p>ბ) ალკოჰოლის მოხმარებასთან, \</p> <p>გ) სარისკო სექსუალურ ქცევასთან, კომერციულ სექსში ჩართულობასთან და ა.შ დაკავშირებით.</p> <p>(მაგ. ნარკოტიკების / ალკოჰოლის გამოყენების წახალისება, სარისკო სექსუალური ცხოვრების წახალისება, კომერციული სექსის წახალისება, მრავალი/ზევრი პარტნიორის ყოლა, სანქციები, ვინც ამ წესებს არ ემორჩილება და ა.შ.)..</p> <p><i>დაზუსტებისთვის წაიკითხეთ!</i></p> <p><i>თუ საქმის კურსში ხართ, გთხოვთ აღგვიწეროთ შესაბამისი წესები და სისტემა (ვინ კურირებს, ვინ მართავს პროცესს, რა როლებია ამ სისტემაში, რა რეზულტატი მოყვება ამ წესების დაუმორჩილებლობას ე.წ სანქციები, ვის აქვს მეტი ზეგავლენა? უფროსს/ უმცროსს? რის მიხედვით? პიროვნებაზეა დამოკიდებული? დ ა.შ.)</i></p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
2.17	<p>ზოგადად, რა რისკებია მათ სოციალურ ქსელში? რა სახის მუქარებია? შიშებია? კონფლიქტებია?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
<p>3. საზოგადოება და ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა: ურთიერთ აღქმები</p>	
3.1	<p>როგორ აღიქვამს საზოგადოება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს? როგორია საზოგადოების განწყობა მათ მიმართ? რამდენად მტრულია თუ მხარდამჭერი/კეთილგანწყობილი? ან აზრი იყოფა?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
3.2	<p>როგორ ფიქრობთ, როგორ აღიქვამენ ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები საზოგადოებას? როგორია ამ ბავშვების მიერ აღქმული სოციალური მხარდაჭერა, რომელსაც იღებენ საზოგადოებისაგან?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
3.3	<p>რა ტიპის დახმარებას/მხარდაჭერას ითხოვენ თავად ასეთი ახალგაზრდები საზოგადოებისაგან? თქვენი აზრით, როგორია მათთვის სასურველი დახმარების ტიპი/მხარდაჭერის ტიპი.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინსტრუმენტული დახმარებას (მატერიალურ დახმარება, როგორიცაა ფულადი დახმარება, საკვებით დახმარება ან სხვა საჭირო საგნებით). • მფარველობითი დახმარება - მითითებების (რჩევა პირად და კერძო საკითხებზე); ანუ დახმარების გაწევა როდესაც მათ ვინმე აწუხებს). • ემოციური მხარდაჭერა / ინტიმური ურთიერთქმედება (არადირექტიული გზით ემოციური მხარდაჭერა, უკუკავშირის მიცემა დადებითი და უარყოფითი მხარეების შესახებ); • სოციალური მონაწილეობა/მიმღებლობა (გართობა სოციალურ გარემოში, დასვენება და თავისუფალი დროის გატარება). <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>

4. აივ ინფექციის გავრცელების რისკები ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში	
4.1	როგორ ფიქრობთ, რამდენად გაცნობიერებული აქვთ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს, რომ მათი ნაწილი შესაძლოა იყოს აივ ინფექციის მატარებელი? თუ ყოფილა აივ-ინფექციით დაინფიცირების შემთხვევები? თუ კი, რ აგზებით მოხდა გადაღება?
4.2	რამდენად ხდება აივ ინფექციის ტესტირება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში? ვინ ახორციელებს? 24 საათიან თავშესაფრებში? დღის ცენტრებში?
4.3	როგორ ფიქრობთ, რამდენად ხშირად აქვთ ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს დაუცველი სექსი, მოიხმარენ ნარკოტიკებს / ალკოჰოლს?
4.4	როგორ ფიქრობთ, ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები რამდენად აცნობიერებენ აივ/შიდსით დაინფიცირების რისკებს? თუ აცნობიერებენ, საიდან აქვთ ეს ინფორმაცია?
4.5	თუ არა აქვთ ინფორმაცია, თქვენი აზრით, საიდან ამჯობინებდნენ რომ ეს ინფორმაცია მიიღონ?
5. სოციალური ქსელების ჰეტეროგენულობა თუ ჰომოგენურობა	
5.1	რამდენად ხშირია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდების პირად ქსელში ისეთი წევრების ყოფნა, რომელთაც აქვთ განსხვავებული სოციალური-ეკონომიკური მდგომარეობა, ფასეულობა, ეთნიკურობა, განათლების დონე და ა.შ. მოყვანეთ მაგალითები. ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება
5.2	თქვენ როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეუძლიათ მათგან განსხვავებულ ადამიანებთან კავშირის დამყარებით (სხვა, მაღალი სოციალური სტატუსის მქონესთან) უფრო მეტი რესურსების მოპოვება.
5.3	რამდენად ხშირია, როდესაც ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდა ამყარებს ურთიერთობას უფლებამოსილ ინსტიტუტებთან (დღის ცენტრი, სკოლა, სამედიცინო დაწესებულება და სხვ) და ადამიანებთან, რომელთაც შეუძლიათ ამ ახალგაზრდის უზრუნველყოფა სხვადასხვა მომსახურებით? ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება
5.4	რამდენად ხშირად ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდას ჰყავს თავის სოციალურ ქსელში ვინმე, ვინც უზრუნველყოფს მის სოციალურ მხარდაჭერას მატერიალური და არამატერიალური გზებით, რომ შეძლოს მისი სოციალური კეთილდღეობის გაუმჯობესება. (მაგ.: მასწავლებლები, სოციალური მომსახურების მიმწოდებლები, სოციალური მუშაკები, პოლიტიკოსები ა.შ.). მოიყვანეთ მაგალითები. ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება

<p>6. ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს შორის ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენება და სარისკო სექსუალური ქცევა.</p> <p>შემდეგი კითხვები უკავშირდება ფსიქოაქტიური საშუალებების გამოყენებას და სარისკო სექსუალურ ქცევას ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან შეახსენეთ! ფსიქოაქტიური საშუალებებში ვგულისხმობთ საშუალებებს, რომლებიც ცვლის ცნობიერების მდგომარეობას - დაწყებული ალკოჰოლითა და თამბაქოთი, მერე არალეგალური ნარკოტიკები, და ბოლოს - ექიმის დანიშნულების გარეშე ავთიაქიდან მოპოვებული წამლები. ასევე, წებო და სხვა ამგვარი ყოფილი ფსიქოაქტიური ნივთიერებები.</p>	
6.1	<p>რამდენად მასშტაბურია ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში წამლის (ნივთიერების) მოხმარება? რამდენად დამახასიათებელია მათთვის? ძირითადად, რა ასაკში იწყებენ?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.2	<p>რა ფაქტორები უწყობს ხელს მათ ჩართვას ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებაში? რა ფაქტორები იცავს ჩართვისაგან?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.3	<p>რომელია ყველაზე გავრცელებული წამალი/ნივთიერება, რომელსაც მოიხმარენ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.4	<p>როგორ იყენებენ ამ ნარკოტიკს (წამალს)? ხდება თუ არა ინექციური მოხმარება, შესუნთქვა, თუ მოწევა? ხდება თუ არა ალკოჰოლთან ერთად მიღება?</p> <p>სად და როგორ იყენებენ ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები ამ ფსიქოაქტიურ საშუალებებს (წამალს), კერძო თუ საჯარო ადგილებში?</p> <p>მართო თუ ჯგუფურად?... შეგიძლია აღწეროთ ეს ადგილები და შესაბამისი ქცევა/რიტუალები?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.5	<p>რამდენად მასშტაბურია (ხშირია) ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში ალკოჰოლის მოხმარება? რამდენად დამახასიათებელია მათთვის? ძირითადად, რა ასაკში იწყებენ?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.6	<p>რა ფაქტორები უწყობს ხელს მათ ჩართვას ალკოჰოლის მოხმარებაში? რა ფაქტორები იცავს ჩართვისაგან?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.7	<p>ძირითადად რა რაოდენობით მოიხმარენ ალკოჰოლს?</p> <p>ა) ცხოვრებაში ერთხელ მაინც მოხმარება ბ) უკანასკნელი წლის მანძილზე მოხმარება ერთხელ მაინც მოხმარება გ) უკანასკნელი 30 დღის მანძილზე ერთხელ მაინც მოხმარება დ) რეგულარული მოხმარება. (თითქმის ყოველ დღე)</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>

6.8	<p>რამდენადაა გავრცელებული ალკოჰოლის გადაჭარბებით მოხმარება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში? (მაგ. ბოლო თვის განმავლობაში, ალკოჰოლს მოიხმარდა თითქმის ყოველ დღე, 3-4 ჭიქას) (Binge drinking is 3-4 drink on each day in the past month).</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.9	<p>რა არის ყველაზე გავრცელებული ალკოჰოლის სახეობა (ლუდი, არაყი, ღვინო, სხვა სპირტიანი სასმელები, ნარევები) ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.10	<p>სად და როგორ იღებენ ალკოჰოლს? კერძო თუ საჯარო ადგილებში? შეგიძლიათ აღწეროთ ეს ადგილები? რა რიტუალებია გავრცელებული ალკოჰოლის მიღებასთან დაკავშირებით?..</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.11	<p>რამდენად ხშირია თვითდაზიანებები და სხვადასხვა ფსიქიატრიული სიმპტომები ამ ახალგაზრდებში, რაც ძირითადად მომდინარეობს ფსიქოპათიური ნივთიერებების (ალკოჰოლი და წამალი/ნარკოტიკი) გადაჭარბებული მოხმარებისაგან?</p> <p>მოიყვანეთ მაგალითები.</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.12	<p>რამდენად ხშირია, როდესაც ფსიქოპათიური ნივთიერებების გადაჭარბებული მოხმარება (წამალი/ალკოჰოლი) იწვევს ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდის საავადმყოფოში მოხვედრას/გადაუღებელ დახმარებას?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.13	<p>რამდენად გავრცელებულია, როდესაც ფსიქოპათიური ნივთიერებების გადაჭარბებული მოხმარება (წამალი/ალკოჰოლი) ან ამ ნივთიერებების მოპოვების სურვილი ხდება ქუჩის კრიმინალურ აქტივობებში ჩართვის მიზეზი?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.14	<p>რამდენად ხშირია/გავრცელებულია ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ჩართვა კომერციულ სექსში? ძირითადად, რა ასაკში იწყებენ?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.15	<p>რა ფაქტორები უწყობს ხელს მათ ჩართვას კომერციულ სექსში? რა ფაქტორები იცავს ჩართვისაგან?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>

6.16	<p>ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები რა ტიპის სარისკო სქესობრივ ქცევაში არიან ჩართულნი?</p> <p>წაუკითხეთ თითოეული!</p> <p>ვაგინალური სქესობრივი ურთიერთობა ანალური სქესობრივი აქტი ორალური სექსი სექსუალური ურთიერთობა კონდომის არასწორი გამოყენებით სექსუალური ურთიერთობა კონდომის გამოყენების გარეშე და ა.შ. ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.17	<p>რამდენად გავრცელებულია სექსუალური ურთიერთობის დამყარება თავისივე სქესის მქონეებთან ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში? (ჰომოსექსუალური ურთიერთობები)? ძირითადად, რა ტიპის კავშირებს ამყარებენ?</p> <p>წაუკითხეთ თითოეული!</p> <p>ანალური სქესობრივი აქტი ორალური სექსი და სხვ. ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.18	<p>თქვენი ინფორმაციით, რა პროპორცია კომერციულ სექსში ჩართულობასა და სპონტანურ სექსუალურ აქტივობებს შორის? ანუ უფრო მეტად რომელი გვხვდება სპონტანური სექსუალური აქტივობები, თუ კომერციული სექსუალური აქტივობები.</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.19	<p>ინფორმირებულები არიან თუ არა ქუჩასთან დაკავშირებული ბავშვები სპონტანურ სექსუალურ აქტივობებთან დაკავშირებულ რისკებზე და რა წყაროდან? თუ არ არიან ინფორმირებულები, როგორ უნდა მივაწოდოთ მათ ეს ინფორმაცია ეფექტური შედეგი რომ მივიღოთ?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.20	<p>ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები სექსუალური აქტის წინ რამდენად ხშირად იყენებენ ალკოჰოლს ან წამალს/ნივთიერებას?</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.21	<p>რამდენად იციან ქუჩასთან დაკავშირებულმა ახალგაზრდებმა, რომ წამლის/ალკოჰოლის მოხმარება და დაუცველი სექსუალური ურთიერთობა შეიძლება გახდეს აივით დაინფიცირების/გადაცემის მიზეზი? (ან ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდები რამდენად უკავშირებენ წამლის /ალკოჰოლის მოხმარებას და დაუცველ სექსუალურ კავშირს აივ ინფექციის გავრცელების საფრთხეს?)</p>
6.22	<p>რამდენადაა გავრცელებული ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებში ადრეული ქორწინება (პარტნიორის ყოლა)? აბორტები? ადრეული ფეხმძიმობა? მოიყვანეთ მაგალითები.</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
6.23	<p>თქვენი აზრით, აივ ინფექციის გავრცელება რამდენად შეიძლება აისახოს ახალგაზრდის ჯანდაცვასა და კეთილდღეობაზე?</p>

7. ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სამყოფელი, უსაფრთხოების საკითხები, რეკომენდაციები	
7.1	<p>თბილისში (რუსთაველი, ბათუმში) სად იკრიბებიან ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები? სად შეგვიძლია ამ ახალგაზრდების მოძებნა, რომ ჩავრთოთ ჩვენს კვლევაში? როგორ ფიქრობთ რა ადგილებში შევძლებთ მათ ნახვას?</p> <p>გთხოვთ, დაასახელოთ ეს ადგილები</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
7.2	<p>როგორ ანაწილებენ დროს ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები? აღწერეთ ერთი დღე, ცალკე ბიჭის და ცალკე გოგოსი ან თუ არ არის განსხვავება, ნებისმიერი ასეთი ბავშვის ერთი ცალკე აღებული დღე.</p> <p>ეთნიკური მახასიათებლის მიხედვით განსხვავება</p>
7.3	<p>ჩვენი კვლევითი ჯგუფი მიზნად ისახავს, ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან ჩაატაროს ინტერვიუ, რათა შევავსოთ მეტი ინფორმაცია ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების სარისკო ქცევებზე და მათ შორის აივ ინფექციის გავრცელებაზე.</p> <p>კვლევის ჩატარებისას რა უსაფრთხოების საკითხები უნდა გავითვალისწინოთ და რა პრობლემები შეიძლება წარმოიქმნას ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებთან მუშაობის დროს? სად არის უმჯობესი ინტერვიუს აღება?</p>
7.4	<p>რა სტრატეგია ან მითითებები უნდა დავიცვათ კვლევისას, რომ დაცული იყოს მკვლევრის უსაფრთხოება?</p>
7.5	<p>რა დაგვეხმარება რომ ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობები დამყარდეს?</p> <p>რა უნდა გავითვალისწინოთ ნდობის მოსაპოვებლად? რითი შეიძლება დავაინტერესოთ ბავშვები, მათი მშობლები (რა ტიპის საჩუქარი)?</p>
7.6	<p>როგორ შეგვიძლია უზრუნველყოთ ადგილობრივი საზოგადოების მხარდაჭერა პროექტისთვის? ვინ და რა ორგანიზაციები უნდა ჩავრთოთ ჩვენს სამუშაო ჯგუფში? როგორ დავუკავშირდეთ ამ ორგანიზაციებს, ვის გვიჩვენებთ?</p> <p>გთხოვთ, მოგვაწოდეთ მათი საკონტაქტო ინფორმაცია.</p>
7.7	<p>აივ ის ტესტირება (ან სხვა ინფექციური დაავადებების, C ჰეპატიტის ტესტირება) რამდენად შეგვიძლია ამ ბავშვებთან? ხომ არ შექმნის პრობლემას? ხომ არ გააპროტესტებენ ბავშვები? მათი მშობლები?</p>

დანართი №2. სფეროს ექსპერტების თანხმობის ფორმა

სფეროს ექსპერტების ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

თქვენ მონაწილეობას იღებთ კვლევაში, რომელიც ეხება ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდებს. კვლევა ტარდება ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის, სოციალური მომსახურებებისა და ინტერვენციების მეცნიერული განვითარების კვლევითი ცენტრის მიერ, რუსთაველის სამეცნიერო ეროვნული ფონდის მხარდაჭერით. კვლევის ხელმძღვანელია ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, დოქტორი შორენა საძაგლიშვილი. თუ თანახმა ხართ მიიღოთ კვლევაში მონაწილეობა:

1. თქვენ მონაწილეობას მიიღებთ სიღრმისეულ ინტერვიუში, რომელიც ეხება: (ა) ქუჩასთან დაკავშირებულ ახალგაზრდების სოციალური ქსელის მახასიათებლებს და მათ გავლენას ახალგაზრდის სარისკო ქცევებზე (წამლის/ალკოჰოლის მოხმარება და დაუცველი სექსუალური კავშირები და ა.შ.); და (ბ) ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების შეკრების ადგილის იდენტიფიკაციას.

კვლევაში მონაწილეობა გაგრძელდება დაახლოებით 2 საათს.

თქვენი მონაწილეობა მნიშვნელოვანია. ამ კვლევით გავიგებთ თუ როგორია ის რისკები, რაც თან ახლავს ახალგაზრდის ქუჩაში ცხოვრებას და მუშაობას. ჩვენ გავინტერესვებთ გავიგოთ, თუ სოციალური ქსელი რა გავლენას ახდენს მათ სარისკო ქცევებზე. მაგალითად ალკოჰოლის მოხმარებაზე, წამლის მოხმარებაზე, მათ სექსუალურ ცხოვრებაზე და ა.შ. თქვენი მონაწილეობით შევძლებთ, ერთის მხრივ, მივიღოთ მეტი ინფორმაცია მათი ცხოვრების შესახებ და მეორეს მხრივ, გავიგოთ იმ ადგილების შესახებ, სადაც ისინი იკრიბებიან და თვითონ დროის უმეტეს ნაწილს ატარებენ.

თქვენთან საუბარს ჩავიწერთ მხოლოდ კვლევითი მიზნებისთვის. ჩანაწერს ვერ მოუსმენს ვერავინ. ამ ჩანაწერის მოსმენა შეგიძლიათ მხოლოდ თქვენ და ჩვენი კვლევითი ჯგუფის წევრებს. არსად არ იქნება ჩაწერილი თქვენი სახელი/გვარი. ჩანაწერის გადმოწერის შემდეგ, აუდიო ჩანაწერი წაიშლება.

თუ რაიმე შეკითხვა გაგიჩნდება შეგიძლია მოგვმართო. საკონტაქტო ინფორმაცია: პროექტის ხელმძღვანელი - შორენა საძაგლიშვილი 577 50 15 77 პროექტის კორდინატორი - თეონა გოცირიძე 599 30 49 91

შეგიძლიათ შეინახოთ დოკუმენტის ასლი.
თანხმობის ფორმა

მონაწილეს ხელმოწერა

თარიღი

მონაწილის სახელი (გარკვევით) _____

დანართი №3. კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

კანონიერი წარმომადგენლის ნებართვის ფორმა 16 წლამდე ბავშვებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან 24 საათიან თავშესაფარში თქვენ მზრუნველობის ქვეშ მყოფი მონაწილეობას იღებს კვლევაში, რომელიც ენება ბავშვებს და ახალგაზრდებს, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ. მაგალითად, ქუჩაში ყიდიან რაღაცეებს, ან მოწყალეობას ითხოვენ, ქუჩაში ცხოვრობენ და ა.შ. კვლევა ტარდება თბილისში, რუსთავსა და ბათუმში-ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის კვლევითი ჯგუფის მიერ. კვლევის ხელმძღვანელი ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, დოქტორი შორენა საძაგლიშვილი.

თუ თანახმა ხართ თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფმა მიიღოს კვლევაში მონაწილეობა:

1. მან უნდა გაგვიზიაროს თავისი აზრები იმ ბავშვებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ და თავანთ თავს “ქუჩის ბავშვებს” უწოდებენ.

2. მან უნდა გაგვიზიაროს თავისი აზრები, თუ როგორ ცხოვრობენ ასეთი ბავშვები. მაგალითად, უყვართ თუ არა დალევა, ეწევიან თუ არა სიგარეტს, მოიხამრენ თუ არა წამალს, როგორია მათი სექსუალური ცხოვრება და ა.შ.

3. ასევე, მაინტერესებს, მისთვის მნიშვნელოვანი ადამიანები. კონკრეტულად კი, როგორები არიან ის ადამიანები, ვისთანაც ფიზიკურად, ტელეფონით, წერილობით ან სოციალური ქსელებით (ფეის ბუქი და ოდნოკლასნიკები ან სხვა) აქვს კავშირი, ვისაც შეუძლია სთხოვოს დახმარება და რჩევა, როცა დასჭირდება. გარდა ამისა, მაინტერესებს, თუ რას აკეთებენ ეს ადამიანები და როგორ ცხოვრობენ. მაგალითად, უყვართ თუ არა დალევა, ეწევიან თუ არა სიგარეტს, მოიხამრენ თუ არა წამალს, როგორია მათი სექსუალური ცხოვრება აქვთ და ა.შ.

როდესაც ინტერვიუს დაასრულებს, გადაეცემ საჩუქარს. ეს არის ვენდისის ერთი საბავშვო მენიუ და ერთი კვატრო მენიუ. ხოლო 14 წლისა და ზემოთ ბავშვებს გადაეცემათ სამი კვატრო მენიუ და თუ აივ ტესტირებასაც ჩაიტარებს, მაშინ გადაეცემათ დამატებით ვენდისის საბავშვო მენიუ. მისი მონაწილეობა მნიშვნელოვანია, რადგან დაგვეხმარება უკეთ გავიგოთ, იმ ბავშვების საჭიროებები, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ.

კვლევაში მონაწილეობა დაახლოებით გაგრძელდება 20-30 წუთი. თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფის საუბარს ჩავიწერ და ჩავინიშნავ კითხვარში კვლევითი მიზნებისთვის. ჩანაწერს/კითხვარს ვერ მოუსმენს/ნახავს ვერავინ (მათ შორის ვერც მისი კანონიერი წარმომადგენლები, მშობლები, მეგობრები, სოციალური მუშაკები და სხვა პირები). ამ ჩანაწერის მოსმენა/კითხვარის ნახვა შეეძლება მხოლოდ მე და თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფს; არსად არ იქნება ჩაწერილი ბავშვის სახელი/გვარი. მას მიენიჭება ნომერი და კოდი რომელსაც ადგენს პროექტის კორდინატორი და რომლის მიხედვით მე გავიგებ, რომ ეს ამ ბავშვის ჩანაწერია/კითხვარია. ჩანაწერის გადმოწერის შემდეგ, აუდიო ჩანაწერი წაიშლება.

მოკლედ, არსად არ იქნება ჩაწერილი თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფის სახელი/გვარი. არავის ვეტყვი თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფის პასუხებს, პასუხების მონაცემთა ბაზაში შეყვანის შემდეგ, კითხვარი განადგურდება.

ამრიგად, არავის ვეტყვი და ვერავინ გაიგებს, თუ რა თქვა თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფმა. თუმცა არის გამონაკლისი, როდესაც საქმე ეხება თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფის და სხვა ადამიანის უსაფრთხოებას (ძალადობა, მუქარა, თვითდაზიანება და სხვა). ამ შემთხვევაში მივმართავ შესაბამის პასუხისმგებელ პირებს.

კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითია. თქვენმა მზრუნველობის ქვეშ მყოფმა შეიძლება უარი თქვა მონაწილეობაზე ან შეწყვიტოს მონაწილეობა ნებისმიერ დროს, როდესაც თავს უხერხულად იგრძნობს ან აღარ მოუნდება გაგრძლება. აგრეთვე, შეუძლია გამოტოვოს და არ უპასუხოს რომელიმე შეკითხვას. თუ რაიმე შეკითხვა გაუჩნდება, თავისუფლად შეუძლია მომმართოს. მე ვეცდები დავხმარო ამ უხერხულობის გადალახვაში. ასევე, თუ ექნება სურვილი თქვენს მზრუნველობის ქვეშ მყოფს (ის, რომელიც არის **14 წლის ან ზემოთ**), ჩვენ ჩავუტარებთ უფასოდ აივ ინფექციის ტესტირებას და გავუწევთ პრე და პოსტ კონსულტირებას მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

ტესტირებაში მისი მონაწილეობა არავის ეცოდინება, გარდა ჩვენი პროფესიონალთა გუნდისა (რომელიც შედგება სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგისა და ადიქტოლოგიის სპეციალისტებისაგან), რომელიც უშუალოდ გააცნობს ტესტირების შედეგებს. პროფე-

სიონალთა გუნდი ინტენსიურად იმუშავებს , რომ მაქსიმალურად დაეხმაროს.

ტესტირების შედეგად თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფს შესაძლოა ჰქონდეს სავარაუდო დადებითი პასუხი ან უარყოფით პასუხი. (რეაქტიული) სავარაუდო დადებითი პასუხის შემთხვევაში თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფს დავაკავშირებ შესაბამის სამკურნალო ცენტრთან, სადაც დაზუსტდება მიღებული პასუხი და საჭიროების შემთხვევაში ჩაერთვება სახელმწიფო პროგრამაში. ავიღებთ რა თანხმობას თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფისაგან, სავარაუდო დადებითი პასუხის შემთხვევაში თქვენ შეგატყობინებთ ამ ინფორმაციას. ასევე, თუ თქვენი მზრუნველობის ქვეშ მყოფი თანხმა არ იქნება მკურნალობაზე, ჩვენ გვაქვს ვალდებულება თქვენ (კანონიერ წარმომადგენელს) შეგატყობინოთ ეს ინფორმაცია.

საკონტაქტო ინფორმაცია: პროექტის ხელმძღვანელი – შორენა საძაგლიშვილი T 577 501 577 პროექტის კოორდინატორი – თეონა გოცირიძე T 599 304 991, საქართველოს სახალხო დამცველის ცხელი ხაზი T – 1481 (24/7)

მკვლევარის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ მივაწოდე მონაწილეს დეტალური ინფორმაცია კვლევის შესახებ, ვუპასუხე მის ყველა შეკითხვას. ჩემის აზრით მონაწილეს ესმის კვლევის არსი და ნებაყოფლობით თანხმდება კვლევაში მონაწილეობაზე.

მკვლევარის სახელი	ხელმოწერა	თარიღი
-------------------	-----------	--------

მონაწილის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე წინამდებარე ფორმაში მოცემული ინფორმაცია. მე მომეცა საშუალება დამესვა შეკითხვები, რაზეც მივიღე დამაკმაყოფილებელი პასუხები. ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ნებაყოფლობით ვაძლევ თანხმობას ჩემს მზრუნველობის ქვეშ მყოფს ზემოაღნიშნულ კვლევაში მონაწილეობისთვის

მონაწილეს ხელმოწერა	თარიღი
---------------------	--------

დანართი №4. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა თვისებრივ კვლევაში

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდები

**ინფორმირებული თანხმობის ფორმა
(სოციალური ქსელების გამოკითხვა)**

გთავაზობ მონაწილეობა მიიღო კვლევაში. კვლევა არის ბავშვებზე და ახალგაზრდებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ. მაგალითად, ზოგი ქუჩაში ყიდის რალაცეებს, ან მოწყალეობას ითხოვს, ქუჩაში ცხოვრობს ან უბრალოდ ქუჩაში დგას. კვლევა ტარდება თბილისში, რუსთავსა და ბათუმში-ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის კვლევითი ჯგუფის მიერ. კვლევითი ჯგუფის ხელმძღვანელია ასოცირებული პროფესორი შორენა საძაგლიშვილი. თუ თანახმა ხარ მიიღო კვლევაში მონაწილეობა:

მხოლოდ სოციალური ქსელის კითხვარში

1. გთხოვ, მიაღებო ბავშვებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ და თავის თავს „ქუჩის ბავშვებს“ უწოდებენ.
2. ასევე, მაინტერესებს, შენთვის მნიშვნელოვანი ადამიანები. კონკრეტულად კი, როგორები არიან ის ადამიანები, ვისთანაც ფიზიკურად, ტელეფონით, წერილობით ან სოციალური ქსელებით (ფეის ბუქი და ოდნოკლასნიკები ან სხვა) გაქვს კავშირი, ვისაც შეგიძლია სთხოვო დახმარება და რჩევა, როცა დაგჭირდება. გარდა ამისა, მაინტერესებს, თუ რას აკეთებენ ეს ადამიანები და როგორ ცხოვრობენ. მაგალითად, უყვართ თუ არა დალევა, ეწევიან თუ არა სიგარეტს, მოიხმარენ თუ არა წამალს, როგორია სექსუალური ცხოვრება აქვთ და ა.შ.

მხოლოდ ალკოჰოლ დამოკიდებულების კითხვარში

1. გთხოვ, გვიაღებო ბავშვებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ და თავის თავს „ქუჩის ბავშვებს“ უწოდებენ.
2. მაინტერესებს, როგორ ცხოვრობენ ასეთი ბავშვები. მაგალითად, უყვართ თუ არა დალევა, ეწევიან თუ არა სიგარეტს, მოიხმარენ თუ არა წამალს და ა.შ.

მხოლოდ წამალ დამოკიდებულების კითხვარში

1. გთხოვ, გვიაღებო ბავშვებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ და თავის თავს „ქუჩის ბავშვებს“ უწოდებენ.

2. ასევე, მაინტერესებს, როგორ ცხოვრებენ ასეთი ბავშვები. მაგალითად, უყვართ თუ არა დაღევა, ეწევიან თუ არა სიგარეტს, მოიხამრენ თუ არა წამალს და აშ.

მხოლოდ სარისკო სექსუალური ქცევის კითხვარში

1. გთხოვ, მიაბო ბავშვებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ და თავის თავს „ქუჩის ბავშვებს“ უწოდებენ.
2. ასევე, მაინტერესებს, როგორი სექსუალური ცხოვრება აქვთ იმ ბავშვებს, რომლებიც ქუჩაში თავიანთი დროის უდიდეს ნაწილს ატარებენ

გაქვს რამე შეკითხვა? რა გაიგე? ვისზეა კვლევა? რაზე ვისაუბრებთ?	0 1 2
--	-------

ვისაუბრებ ისეთ საკითხებზე, რაც მარტივი იქნება სასაუბროდ. იქნება ისეთი საკითხებიც, რამაც შეიძლება უზნერხულობა გამოიწვიოს. თუ თავს ცუდად იგრძნობ, დაგეხმარები ამ უზნერხულობის გადალახვაში. შენი სურვილის შემთხვევაში, ჩაგიტარებ უფასოდ აივ ინფექციის ტესტირებას და გაგიწევ კონსულტირებას შენს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

როდესაც ინტერვიუს დავასრულებ, გადმოგცემ საჩუქარს. ეს არის ვენდისის სამი კვატრო მენიუ, ხოლო თუ აივ ტესტირებასაც ჩაიტარებ, მაშინ გადმოგეცემა დამატებით საბავშვო მენიუ. შენი მონაწილეობა მნიშვნელოვანია, რადგან დაგვეხმარები უკეთ გავიგოთ, იმ ბავშვების საჭიროებები, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ. გავიგებთ, რა გავლენას ახდენს ქუჩაში ყოფნა შენზე და შენ მეგობრებზე.

გაქვს რამე შეკითხვა? რა გაიგე? როდის იღებ საჩუქარს? რა პირად სარგებელს მიიღებ ინტერვიუს დასრულების შემდეგ? რა პირად საჩუქარს მიიღებ ტესტირების ჩატარების შემდეგ?	0 1 2
--	-------

კვლევაში მონაწილეობა გაგრძელდება დაახლოებით 20-30 წუთი. შენს პასუხებს აღვნიშნავ ამ კითხვარზე კვლევითი მიზნებისთვის. კითხვარს არ ეწერება შენი სახელი და შეინახება ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში კონფიდენციალურად, დალუქულ ადგილას. კითხვარის პასუხებს ვერავინ დააკავშირებს შენს სახელთან, მათ შორის შენი მშობლები, მეგობრები, სოციალური მუშაკები და სხვა პირები. კითხვარს ექნება კოდი, რომელიც მხოლოდ მე მეცოდინება და კვლევით ჯგუფს. მოკლედ, არსად არ იქნება ჩაწერილი შენი სახელი/გვარი. შენ მოგენიჭება ნომერი, რომელსაც ადგენს პროექტის კორდინატორი და რომლის მიხედვით გავიგებ, რომ ეს

კითხვარი შენია. არავის ვეტყვი, რა მითხარი. პასუხების მონაცემთა ბაზაში შეყვანის შემდეგ, კითხვარი განადგურდება.

გაქვს რამე შეკითხვა? რა გაიგე? ვინ გაიგებს ამ ჩანაწერის შესახებ? 0 1 2

არავის ვეტყვი, რა მითხარი. თუმცა არის გამონაკლისი, როდესაც საქმე ეხება შენი და სხვა ადამიანის უსაფრთხოებას (ძალადობა, მუქარა, თვითდაზიანება და სხვა). ამ შემთხვევაში მივმართავ შესაბამის პასუხისმგებელ პირებს.

გაქვს რამე შეკითხვა? რა გაიგე? რა შემთხვევაში მოხდება პასუხების გამჟღავნება? 0 1 2

კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითია. შეგიძლია უარი თქვა მონაწილეობაზე ან შეწყვიტო მონაწილეობა ნებისმიერ დროს, როდესაც თავს უხერხულად იგრძნობ ან აღარ მოგინდება გაგრძელება. აგრეთვე, შეგიძლია გამოტოვო და არ უპასუხო რომელიმე შეკითხვას. თუ რაიმე შეკითხვა გაგიჩნდება შეგიძლია მოგვმართო.

გაქვს რამე შეკითხვა? რა გაიგე? რა ხდება თუ არ უპასუხე შეკითხვას? როდის შეგიძლია შეწყვიტო მონაწილეობა? 0 1 2

საკონტაქტო ინფორმაცია: პროექტის ხელმძღვანელი - შორენა საძაგლიშვილი T 577 501 577 პროექტის კორდინატორი - თეონა გოცირიძე T 599 304 991, საქართველოს სახალხო დამცველის ცხელი ხაზი T – 1481 (24/7)

რამდენიმე წუთის წინ მითხარი, რომ გინდოდა კვლევაში მონაწილეობის მიღება. ჩვენი საუბრის შემდეგ რას ფიქრობ? კიდე გსურს მონაწილეობის მიღება? 0 1 2

მკვლევარის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ მივაწოდე მონაწილეს დეტალური ინფორმაცია კვლევის შესახებ, ვუპასუხე მის ყველა შეკითხვას. ჩემის აზრით მონაწილეს ესმის კვლევის არსი და ნებაყოფლობით თანხმდება კვლევაში მონაწილეობაზე.

მკვლევარის სახელი

ხელმოწერა

თარიღი

მონაწილის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე მოცემული ინფორმაცია. მე მომეცა საშუალება დამესვა შეკითხვები, რაზეც მივიღე დამაკმაყოფილებელი პასუხები. ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ნებაყოფლობით ვიღებ მონაწილეობას კვლევაში.

მკვლევარის სახელი

ხელმოწერა

თარიღი

ქუჩასთან დაკავშირებული 14-დან 19 წლამდე ახალგაზრდებთან აივ ტესტირების ჩატარების თანხმობის ფორმა

გთავაზობ, ჩაიტარო აივის/შიდსის ტესტირება – რათა იცოდე შენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ეს ვირუსი შეიძლება ყველას გადაედდოს თუ:

- ხშირად გაგიკეთებია ტატუირება ან პირსინგი;
- ხშირად არ იტარებ სამედიცინო გამოკვლევებს;
- გაქვს ან გქონია რომელიმე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია;
- დედას არ ჩაუტარებია ფეხმძიმობის დროს გამოკვლევები;
- შენი შეყვარებული/მეუღლე/პარტნიორი არის ან იყო ნარკოტიკის მომხმარებელი;
- გადატანილი გაქვს ან ამჟამად ავად ხარ B ან C ან D ჰეპატიტის ვირუსით;
- გქონია შემთხვევითი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტები;
- ერთხელ მაინც მოგიხმარია ნარკოტიკი;
- გქონდა ტუბერკულოზი;
- ჩაგიბარებია სისხლი;

გაქვს რაიმე შეკითხვა? რა გიგე? დამისახელე 3 მიზეზე რის გამოც საჭიროა ტესტის ჩატარება ნებისმიერი აღამიანისთვის? 0 1 2

თუ ჩაიტარებ ტესტირებას, დამატებით გადმოგეცემა ვენდისის საბავშვო მენიუ.

აივ შიდსის დროული აღმოჩენა და მკურნალობის დაწყება აჩერებს დაავადების გავრცელებას და ახანგრძლივებს სიცოცხლეს. თუ გვინდა, რომ ჩვენს ახლობლებს არ გადაედოთ შიდსი, ამიტომ საჭიროა ტესტის ჩატარება და საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობა.

ტესტირებაში შენი მონაწილეობა არავის ეცოდინება, გარდა ჩვენი პროფესიონალთა გუნდისა (რომელიც შედგება სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგისა და ადიქტოლოგიის სპეციალისტებისაგან), რომელიც უშუალოდ გაგაცნობს ტესტირების შედეგებს. პროფესიონალთა გუნდი ინტენსიურად იმუშავებს შენთან, რომ მაქსიმალურად დაგეხმაროს. ისინი გაგიწევენ პრე და პოსტ კონსულტირებას. შეგიძლია მათ ნებისმიერი კითხვით მიმართო.

ტესტირების შედეგად შენ შესაძლოა გქონდეს სავარაუდო დადებითი პასუხი ან უარყოფითი პასუხი. (რეაქტიული) სავარაუდო დადებითი პასუხის შემთხვევაში დაგაკავშირებთ შესაბამის სამკურნალო ცენტრთან, სადაც დაზუსტდება მიღებული პასუხი და საჭიროების შემთხვევაში ჩაერთვები სახელმწიფო პროგრამაში. იმ შემთხვევაში თუ თანახმა არ იქნები მკურნალობაზე, ჩვენ გვაქვს ვალდებულება დავუკავშირდეთ შენს კანონიერ წარმომადგენლებს და შევატყობინოთ ეს ინფორმაცია.

გაქვს რაიმე შკითხვა? რა გაიგე? რა ხდება დადებითი პასუხის შემთხვევაში?
0 1 2

სავარაუდო უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში:

- თუ შენ ჩართული ხარ დაუცველ სექსუალურ ურთიერთობებში ან მრავალჯერადად იყენებ შპრიცებს, მაშინ საჭიროა 3 თვეში ხელახალი ტესტირების ჩატარება;
- საქართველოს შიდსის ეროვნული ცენტრის რეკომენდაციით, საჭიროა ტესტირება 14-65 წლის ასაკისთვის.
- შენ უნდა შეიმუშავო საკუთარი უსაფართოების გეგმა და ამის შემუშავებაში ჩვენ დაგეხმარებით;

სავარაუდო დადებითი პასუხის შემთხვევაში

- შენ უნდა ჩაიტარო დამდასტურებელი ტესტი სამედიცინო კლინიკაში. თუ შენი თანხმობა იქნება, მე დაგაკავშირებ ამ კლინიკასთან;
- ჩვენ გვაქვს კავშირი ზრუნვის სპეციალისტთან, რომელიც დაგელაპარაკება შენი შედეგების შესახებ და დაგაკავშირებს სამედიცინო კლინიკასთან. აქ შენ მიიღებ მკურნალობას.
- მინდა იცოდე, რომ ადამიანებს ვისაც აქვთ აივშიდსი, ცხოვრობენ დიდხანს და არიან ჯანმრთელები, თუ ისინი საჭირო ნაბიჯებს დგავენ ამისათვის.

თუ შენი შედეგები არ გავძლევს სავარაუდოდ პასუხს დადებითი თუ უარყოფითი, მაშინ:

- ასეთი შედეგები თითქმის არ გვხვდება
- განმეორებით ჩაგიტარებ ტესტს
- თუ არ ჩაიტარებ ტესტს მაშინ, მაინც მიიღებ შენს საჩუქარს

გთავაზობ, მარტივ პროცედურას, რომელიც მოითხოვს რამდენიმე წუთს. გავაკეთებ შენი სისხლის ტესტს, რომლითაც გავიგებთ ხარ თუ არა აივ დადებითი ან უარყოფითი. როგორც კი პასუხი გვეცოდინება, შენი ტესტის ნარჩენები განადგურდება. ნებისმიერი პასუხის შემთხვევაში, მოგაწვდი ინფორმაციას აივის/შიდსის გადადების გზების, თავიდან აცილების და რისკების შესახებ.

უფრო ზუსტად რომ აგიხსნათ პროცედურა:

1. გავხსნი პაკეტს, სადაც მოთავსებულია ტესტი;
2. თითზე სკარიფიკატორის ჩხვლეტით აგიღებ 1 წვეთ სისხლს;
3. ტესტს დავაწვეთებ სისხლს და 4 წვეთ სითხეს და ველოდებით 5 წუთი;
4. პასუხის გაგების შემდეგ ტესტს და სკარიფიკატორს განადგურებთ ბიო ნარჩენებისთვის განკუთვნილ უტილიზაციის ყუთში;
5. პროცედურისთვის ვიყენებთ ერთჯერად ხელთათმანებს.

თუ თანახმა ხარ, გთხოვ, დამიდასტურე ხელმოწერით.

გაქვს რაიმე შეკითხვა? რა გაიგე? შეგიძლია მოკლედ ამიღწერო როგორ ჩატარდება ტესტირება? 0 1 2

რამდენიმე წუთის წინ მითხარი, რომ გინდოდა კვლევაში მონაწილეობის მიღება. ჩვენი საუბრის შემდეგ რას ფიქრობ? კიდე გასურს მონაწილეობის მიღება? 0 1 2

მკვლევრის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ მივაწოდე მონაწილეს დეტალური ინფორმაცია კვლევის შესახებ, ვუპასუხე მის ყველა შეკითხვას. ჩემი აზრით მონაწილეს ესმის კვლევის არსი და ნებაყოფლობით თანხმდება კვლევაში მონაწილეობაზე.

მკვლევარის სახელი

ხელმოწერა

თარიღი

მონაწილის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე მოცემული ინფორმაცია. ხელმოწერით ვადასტურებ რომ ნებაყოფლობით ვაცხადებ თანხმობას აივ ტესტირების ჩატარებაზე.

მკვლევარის ხელმოწერა

თარიღი

არასრულწლოვანი მონაწილის განაცხადი პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მესამე პირისთვის (საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის მობილური ჯგუფის წარმომადგენლისთვის) ინფორმაციის გამჟღავნების შესახებ

მესმის, რომ საქართველოს კანონმდებლობით საჭიროა მოხდეს ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაზიარება კანონიერ წარმომადგენელთან, თუ უარს ვაცხადებ მკურნალობაზე, აივ დადებითი პასუხის აღმოჩენის შემთხვევაში. ხოლო მკურნალობის სურვილის შემთხვევაში, მზად ვარ ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია მიეწოდოს იმ სტურუქტურებს, რომლებიც გამიწევენ სათანადო კონსულტირებას და ჩამრთავენ ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის სახელმწიფო პროგრამაში.

მკვლევარის ხელმოწერა

თარიღი

დადებითი პასუხის შემთხვევაში ივსება

სახელი, გვარი
დაბადების თარიღი
მისამართი
საკონტაქტო ინფორმაცია

ქუჩასთან დაკავშირებული ახალგაზრდების ინფორმირებული თანხმობის ფორმა

გთავაზობ მონაწილეობა მიიღო კვლევაში. კვლევა არის ბავშვებზე და ახალგაზრდებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ. მაგალითად, ზოგი ქუჩაში ყიდის რაღაცეებს, ან მოწყალეობას ითხოვს, ქუჩაში ცხოვრობს ან უბრალოდ ქუჩაში დგას. კვლევა ტარდება თბილისში, რუსთავსა და ბათუმში-ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის კვლევითი ჯგუფის მიერ.

თუ თანახმა ხარ მიიღო კვლევაში მონაწილეობა:

1. გთხოვ, მიაბო ბავშვებზე, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ და თავის თავს „ქუჩის ბავშვებს“ უწოდებენ.
2. ასევე, მაინტერესებს, შენთვის მნიშვნელოვანი ადამიანები. კონკრეტულად კი, როგორები არიან ის ადამიანები, ვისთანაც ფიზიკურად, ტელეფონით, წერილობით ან სოციალური ქსელებით (ფეის ბუქი და ოდნოკლასნიკები ან სხვა) გაქვს კავშირი, ვისაც შეგიძლია სთხოვო დახმარება და რჩევა, როცა დაგჭირდება. გარდა ამისა, მაინტერესებს, თუ რას აკეთებენ ეს ადამიანები და როგორ ცხოვრებენ. მაგალითად, უყვართ თუ არა დალევა, ეწევიან თუ არა სიგარეტს, მოიხმარენ თუ არა წამალს, როგორი სექსუალური ცხოვრება აქვთ და ა.შ.

გაქვს რამე შეკითხვა? რა გაიგე? ვისზეა კვლევა? რაზე ვისაუბრებთ? 0 1 2

ვისაუბრებ ისეთ საკითხებზე, რაც მარტივი იქნება სასაუბროდ. იქნება ისეთი საკითხებიც, რამაც შეიძლება უხერხულობა გამოიწვიოს. თუ თავს ცუდად იგრძნობ, დაგეხმარები უხერხულობის გადალახვაში. შენი სურვილის შემთხვევაში, ჩაგიტარებ უფასოდ აივ ინფექციის ტესტირებას და გაგიწევ კონსულტირებას შენს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით.

როდესაც ინტერვიუს დავასრულებ, გადმოგცემ საჩუქარს. ეს არის ვენდისის კვატრო მენიუ, ხოლო თუ აივ ტესტირებასაც ჩაიტარებ, მაშინ გადმოგცემა დამატებით საბავშვო მენიუ. შენი მონაწილეობა მნიშვნელოვანია, რადგან დაგვეხმარები უკეთ გავიგოთ, იმ ბავშვების საჭიროებები, რომლებიც ქუჩაში დიდ დროს ატარებენ. გავიგებთ, რა გავლენას ახდენს ქუჩაში ყოფნა შენზე და შენ მეგობრებზე.

გაქვს რამე შკითხვა? რა გაიგე? როდის იღებ საჩუქარს? რა პირად სარგებელს მიიღებ ინტერვიუს დასრულების შემდეგ? რა პირად საჩუქარს მიიღებ ტესტირების ჩატარების შემდეგ?

0 1 2

კვლევაში მონაწილეობა გაგრძელდება დაახლოებით 15-20 წუთი. შენს პასუხებს აღვნიშნავ ამ კითხვარზე კვლევითი მიზნებისთვის. კითხვარს არსად არ ეწერება შენი სახელი და შეინახება ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტში კონფიდენციალურად, დალუქულ ადგილას. კითხვარის პასუხებს ვერავინ დააკავშირებს შენს სახელთან, მათ შორის შენი მშობლები, მეგობრები, სოციალური მუშაკები და სხვა პირები. კითხვარს ექნება კოდი, რომელიც მხოლოდ მე მეცოდინება და კვლევით ჯგუფს. მოკლედ, არსად არ იქნება ჩაწერილი შენი სახელი/გვარი. შენ მოგენიჭება ნომერი, რომელსაც ადგენს პროექტის კოორდინატორი და რომლის მიხედვით გავიგებ, რომ ეს კითხვარი შენია. არავის ვეტყვი, რა მითხარი. პასუხების მონაცემთა ბაზაში შეყვანის შემდეგ, კითხვარი განადგურდება.

გაქვს რამე შკითხვა? რა გაიგე? ვინ გაიგებს ამ ჩანაწერის შესახებ?

0 1 2

თუმცა არის გამონაკლისი, როდესაც საქმე ეხება შენი და სხვა ადამიანის უსაფრთხოებას (ძალადობა, მუქარა, თვითდაზიანება და სხვა). ამ შემთხვევაში მივმართავ შესაბამის პასუხისმგებელ პირებს.

გაქვს რამე შკითხვა? რა გაიგე? რა შემთხვევაში მოხდება პასუხების გამჟღავნება? 0 1 2

კვლევაში მონაწილეობა ნებაყოფლობითია. შეგიძლია უარი თქვა მონაწილეობაზე ან შეწყვიტო მონაწილეობა ნებისმიერ დროს, როდესაც თავს უხერხულად იგრძნობ ან აღარ მოგინდება გაგრძელება. აგრეთვე, შეგიძლია გამოტოვო და არ უპასუხო რომელიმე შეკითხვას. თუ რაიმე შეკითხვა გაგიჩნდება შეგიძლია მოგვმართო.

გაქვს რამე შკითხვა? რა გაიგე? რა ხდება თუ არ უპასუხე შეკითხვას? როდის შეგიძლია შეწყვიტო მონაწილეობა? 0 1 2

საკონტაქტო ინფორმაცია: პროექტის ხელმძღვანელი - შორენა საძაგლიშვილი T 577 501 577 პროექტის კოორდინატორი - თეონა გოცირიძე T 599 304 991, საქართველოს სახალხო დამცველის ცხელი ხაზი T – 1481 (24/7)

რამდენიმე წუთის წინ მითხარი, რომ გინდოდა კვლევაში მონაწილეობის მიღება. ჩვენი საუბრის შემდეგ რას ფიქრობ? კიდევ გასურს მონაწილეობის მიღება?

0 1 2

მკვლევარის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ მივაწოდე მონაწილეს დეტალური ინფორმაცია კვლევის შესახებ, ვუპასუხე მის ყველა შეკითხვას. ჩემის აზრით მონაწილეს ესმის კვლევის არსი და ნებაყოფლობით თანხმდება კვლევაში მონაწილეობაზე.

მკვლევარის სახელი

ხელმოწერა

თარიღი

მონაწილის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე მოცემული ინფორმაცია. მე მომეცა საშუალება დამესვა შეკითხვები, რაზეც მივიღე დამაკმაყოფილებელი პასუხები. ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ნებაყოფლობით ვიღებ მონაწილეობას კვლევაში.

მკვლევარის სახელი

ხელმოწერა

თარიღი

ქუჩასთან დაკავშირებული 14-დან 19 წლამდე ახალგაზრდებთან აივ ტესტირების ჩატარების თანხმობის ფორმა

გთავაზობ, ჩაიტარო აივის/შიდსის ტესტირება – რათა იცოდე შენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა. ეს ვირუსი შეიძლება ყველას გადაედდოს თუ:

- ხშირად გაგიკეთებია ტატუირება ან პირსინგი;
- ხშირად არ იტარებ სამედიცინო გამოკვლევებს;
- გაქვს ან გქონია რომელიმე სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია;
- დედას არ ჩაუტარებია ფეხმძიმობის დროს გამოკვლევები;
- შენი შეყვარებული/მეუღლე/პარტნიორი არის ან იყო ნარკოტიკის მომხმარებელი;
- გადატანილი გაქვს ან ამჟამად ავად ხარ B ან C ან D ჰეპატიტის ვირუსით;
- გქონია შემთხვევითი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტები;
- ერთხელ მაინც მოგიხმარია ნარკოტიკი;
- გქონდა ტუბერკულოზი;
- ჩაგიბარებია სისხლი;

გაქვს რაიმე შეკითხვა? რა გიგე? დამისახელე 3 მიზეზზე რის გამოც საჭიროა ტესტის ჩატარება ნებისმიერი ადამიანისთვის? 0 1 2

თუ ჩაიტარებ ტესტირებას, დამატებით გადმოგეცემა ვენდისის საბავშვო მენიუ.

აივ შიდსის დროული აღმოჩენა და მკურნალობის დაწყება აჩერებს დაავადების გავრცელებას და ახანგრძლივებს სიცოცხლეს. თუ გვინდა, რომ ჩვენს ახლობლებს არ გადაედოთ შიდსი, ამიტომ საჭიროა ტესტის ჩატარება და საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობა.

ტესტირებაში შენი მონაწილეობა არავის ეცოდინება, გარდა ჩვენი პროფესიონალთა გუნდისა (რომელიც შედგება სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგისა და ადიქტოლოგიის სპეციალისტებისაგან), რომელიც უშუალოდ გაგაცნობს ტესტირების შედეგებს. პროფესიონალთა გუნდი ინტენსიურად იმუშავებს შენთან, რომ მაქსიმალურად დაგეხმაროს. ისინი გაგიწევენ პრე და პოსტ კონსულტირებას. შეგიძლია მათ ნებისმიერი კითხვით მიმართო.

ტესტირების შედეგად შენ შესაძლოა გქონდეს სავარაუდო დადებითი პასუხი ან უარყოფითი პასუხი. (რეაქტიული) სავარაუდო დადებითი პასუხის შემთხვევაში დაგაკავშირებთ შესაბამის სამკურნალო ცენტრთან, სადაც დაზუსტდება მიღებული პასუხი და საჭიროების შემთხვევაში ჩაერთვები სახელმწიფო პროგრამაში. იმ შემთხვევაში თუ თანახმა არ იქნები მკურნალობაზე, ჩვენ გვაქვს ვალდებულება დავუკავშირდეთ შენს კანონიერ წარმომადგენლებს და შევატყობინოთ ეს ინფორმაცია.

გაქვს რაიმე შეკითხვა? რა გიგე? რა ხდება დადებითი პასუხის შემთხვევაში? 0 1 2

სავარაუდო უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში:

- თუ შენ ჩართული ხარ დაუცველ სექსუალურ ურთიერთობებში ან მრავალჯერადად იყენებ შპრიცებს, მაშინ საჭიროა 3 თვეში ხელახალი ტესტირების ჩატარება;
- საქართველოს შიდსის ეროვნული ცენტრის რეკომენდაციით, საჭიროა ტესტირება 14-65 წლის ასაკისთვის.
- შენ უნდა შეიმუშავო საკუთარი უსაფრთხოების გეგმა და ამის შემუშავებაში ჩვენ დაგეხმარებით;

სავარაუდო დადებითი პასუხის შემთხვევაში

- შენ უნდა ჩაიტარო დამდასტურებელი ტესტი სამედიცინო კლინიკაში. თუ შენი თანხმობა იქნება, მე დაგაკავშირებ ამ კლინიკასთან;
- ჩვენ გვაქვს კავშირი ზრუნვის სპეციალისტთან, რომელიც

დაგელაპარაკება შენი შედეგების შესახებ და დაგაკავშირებს სამედიცინო კლინიკასთან. აქ შენ მიიღებ მკურნალობას.

- მინდა იცოდე, რომ ადამიანებს ვისაც აქვთ აივშიდსი, ცხოვრობენ დიდხანს და არიან ჯანმრთელები, თუ ისინი საჭირო ნაბიჯებს დგავენ ამისათვის.

თუ შენი შედეგები არ გავძლევს სავარაუდოდ პასუხს დადებითა თუ უარყოფითი, მაშინ:

- ასეთი შედეგები თითქმის არ გვხვდება
- განმეორებით ჩაგიტარებ ტესტს
- თუ არ ჩაიტარებ ტესტს მაშინ, მაინც მიიღებ შენს საჩუქარს

გთავაზობ, მარტივ პროცედურას, რომელიც მოითხოვს რამდენიმე წუთს. გავაკეთებ შენი სისხლის ტესტს, რომლითაც გავიგებთ ხარ თუ არა აივ დადებითი ან უარყოფითი. როგორც კი პასუხი გვეცოდინება, შენი ტესტის ნარჩენები განადგურდება. ნებისმიერი პასუხის შემთხვევაში, მოგაწვდი ინფორმაციას აივის/შიდსის გადაღების გზების, თავიდან აცილების და რისკების შესახებ.

უფრო ზუსტად რომ აგინხნათ პროცედურა:

1. გავხსნი პაკეტს, სადაც მოთავსებულია ტესტი;
2. თითზე სკარიფიკატორის ჩხვლეტივთ ავიღებ 1 წვეთ სისხლს;
3. ტესტს დავაწვეთებ სისხლს და 4 წვეთ სითხეს და ველოდებით 5 წუთი;
4. პასუხის გაგების შემდეგ ტესტს და სკარიფიკატორს ვანადგურებთ ბიო ნარჩენებისთვის განკუთვნილ უტილიზაციის ყუთში;
5. პროცედურისთვის ვიყენებთ ერთჯერად ხელთათმანებს.

თუ თანახმა ხარ, გთხოვ, დამიდასტურე ხელმოწერით.

გაქვს რაიმე შეკითხვა? რა გაიგე? შეგიძლია მოკლედ ამიღწერო როგორ ჩატარდება ტესტირება? 0 1 2

რამდენიმე წუთის წინ მითხარი, რომ გინდოდა კვლევაში მონაწილეობის მიღება. ჩვენი საუბრის შემდეგ რას ფიქრობ? კიდევ გსურს მონაწილეობის მიღება? 0 1 2

მკვლევრის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ მივაწოდე მონაწილეს დეტალური ინფორმაცია კვლევის შესახებ, ვუპასუხე მის ყველა შეკითხვას. ჩემი აზრით მონაწილეს ესმის კვლევის არსი და ნებაყოფლობით თანხმდება კვლევაში მონაწილეობაზე.

მკვლევარის სახელი

ხელმოწერა

თარიღი

მონაწილის განაცხადი

ვადასტურებ, რომ წავიკითხე და გავიგე მოცემული ინფორმაცია. ხელმოწერით ვადასტურებ რომ ნებაყოფლობით ვაცხადებ თანხმობას აივ ტესტირების ჩატარებაზე.

მკვლევარის ხელმოწერა

თარიღი

არასრულწლოვანი მონაწილის განაცხადი პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მესამე პირისთვის (საქართველოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს სოციალური რეაბილიტაციისა და ბავშვზე ზრუნვის სახელმწიფო პროგრამის მობილური ჯგუფის წარმომადგენლისთვის) ინფორმაციის გამჟღავნების შესახებ

მესმის, რომ საქართველოს კანონმდებლობით საჭიროა მოხდეს ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაზიარება კანონიერ წარმომადგენელთან, თუ უარს ვაცხადებ მკურნალობაზე, აივ დადებითი პასუხის აღმოჩენის შემთხვევაში. ხოლო მკურნალობის სურვილის შემთხვევაში, მზად ვარ ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია მიეწოდოს იმ სტურუქტურებს, რომლებიც გამიწევენ სათანადო კონსულტირებას და ჩამრთავენ ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის სახელმწიფო პროგრამაში.

მკვლევარის ხელმოწერა

თარიღი

დადებითი პასუხის შემთხვევაში ივსება

სახელი, გვარი
დაბადების თარიღი
მისამართი
საკონტაქტო ინფორმაცია

დანართი №6. თვისებრივი კვლევის კითხვარი

Code რესპონდენტის კოდი	
Date თარიღი: დღე/თვე/წელი	
INT ინტერვიუერი:	
ინტერვიუს დაწყების დრო:	
ინტერვიუს დასრულების დრო:	
Duration ხანგრძლივობა: (წუთები)	

მადლობა რომ დამთანხმდი კვლევაში მონაწილეობაზე. კითხვებზე, რომელსაც დაგისვამ, მინდა გულწრფელად მიპასუხო. ამ კითხვებზე არ არსებობს სწორი და არასწორი პასუხები. მაინტერესებს შენი აზრი და გამოცდილება მოცემულ საკითხებთან დაკავშირებით. ზოგიერთი შეკითხვა შეეხება შენს პირად საკითხებს. განსოვდეს, რომ შენს პასუხებს ვერავინ გაიგებს. თუ რომელიმე კითხვაზე თავს უხერხულად იგრძნობ, შეგიძლია გამოტოვო ეს კითხვა და არ უპასუხო. მინდა გავიგო შენი გამოცდილება და შეხედულებები ქურაში ცხოვრებასა და მუშაობაზე. ამასთანავე მინდა, რომ ამ კითხვებზე პასუხებით თავი არ იგრძნო უხერხულად. შენი მონაწილეობა არის ნებაყოფლობითი. თუ გადაწყვეტ, რომ არ გინდა ამ ინტერვიუში მონაწილეობა, შეგიძლია ნებისმიერ დროს თქვა უარი. დიდი მადლობა დანმარებისთვის და კვლევაში მონაწილეობისთვის!

G (General) ზოგადი: ინდივიდუალური მახასიათებლები

კარგი, ახლა ზოგად შეკითხვებს დაგისვამ შენს შესახებ.

1. რამდენი წლის ხარ? [ჩაწერე ციფრები]

2. რომელ სქესს მიაკუთვნებ შენს თავს?

① მამრობითი (ბიჭი)

② მდედრობითი (გოგო)

③ სხვა(დააკონკრეტე)

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

3. რომელი აღწერს უკეთესად შენს ეროვნებას?

① ქართველი

② ქურთი-აზერბაიჯანელი

③ ბოშა-მოლდაველი

④ რუსი

⑤ უკრაინელი

⑥ სომეხი

⑦ იეზიდო

⑧ სხვა, დააკონკრეტე _____

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

4. დადიხარ სკოლაში?

① არა

② დიახ

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

5. რამდენი წელი სწავლობდი სკოლაში?

① 1-4 კლასები

② 5-9 კლასები

③ 10-12 კლასები

④ არასოდეს მივლია სკოლაში

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

6. სად გეძინა გასული თვის განმავლობაში / 30 დღის?
შემონახეთ ყველა შესაბამისი პასუხი

- ① საკუთარ სახლში/ბინაში
 - ② ოჯახის წევრის/ნათესავის ბინაში/სახლში
 - ③ რომანტიკული პარტნიორის (შეყვარებულის) ბინაში/
სახლში
 - ④ მეგობრის (არა ნათესავის) ბინაში/სახლში
 - ⑤ სასწრაფოს კლინიკაში/ჰოსპიტალში
 - ⑥ ლამის თავშესაფარში
 - ⑦ დღის ცენტრში / 24 საათიან თავშესაფარში
 - ⑧ სამკურნალო კლინიკაში
 - ⑨ ციხეში, დროებითი განთავსების იზოლატორში
 - ⑩ ქუჩაში, მანქანაში, გარეთ
 - ⑪ ჩასახლებაში, პატარა ქოხში
- 12 სხვა: აღწერე კიდევ სად გეძინა:
- 98 არ ვიცი
 - 99 არ პასუხობს

7. გაქვს მობილური ტელეფონი?

- ① დიახ
 - ② არა
- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს

8. გაქვს ფეისბუქი?

- ① დიახ
 - ② არა
- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს

9. გყავს შეყვარებული/პარტნიორი?

- ① დიახ
 - ② არა
- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს

10. რა სქესისაა შენი შეყვარებული/ პარტნიორი?

① მამრობითი (ბიჭი)

② მდედრობითი (გოგო)

③ სხვა: აღწერე მისი გენდერი

-98 არ ვიცი/მიჭირს პასუხის გაცემა

-99 არ პასუხობს

11. როგორია შენი სექსუალური ორიენტაცია? (ინტერვიუერს: განუმარტეთ)

① ჩვეულებრივი (საწინააღმდეგო სქესის ადამიანი იზიდავს სექსუალურად)

② გეი/ლესბოსელი (თავისივე სქესის ადამიანი იზიდავს სექსუალურად)

③ ბისექსუალი (ორივე სქესის ადამიანი იზიდავს სექსუალურად)

④ სხვა, გთხოვთ აღწეროთ თქვენი სექსუალური ორიენტაცია:

-98 არ ვიცი /მიჭირს პასუხის გაცემა

-99 არ პასუხობს

12. ადამიანები განსხვავდებიან იმის მიხედვით, თუ რომელი სქესის ადამიანები მოსწონთ. რომელი აღწერს უკეთესად შენს გრძნობებს? შენ მოგწონს მხოლოდ ბიჭები, უფრო ხშირად (უმეტესად) ბიჭები, ბიჭები და გოგონები თანაბრად, უფრო ხშირად (უმეტესად) გოგონები, თუ მხოლოდ გოგონები?

① მხოლოდ ბიჭები

② უმეტესად ბიჭები

③ ბიჭები და გოგონები თანაბრად

④ უმეტესად გოგონები

⑤ მხოლოდ გოგონები

⑥ სხვა: დააზუსტე პასუხი

-98 არ ვიცი /მიჭირს პასუხის გაცემა

-99 არ პასუხობს

13. შენს ცხოვრებაში, ვისთან გქონია სექსუალური კავშირი?

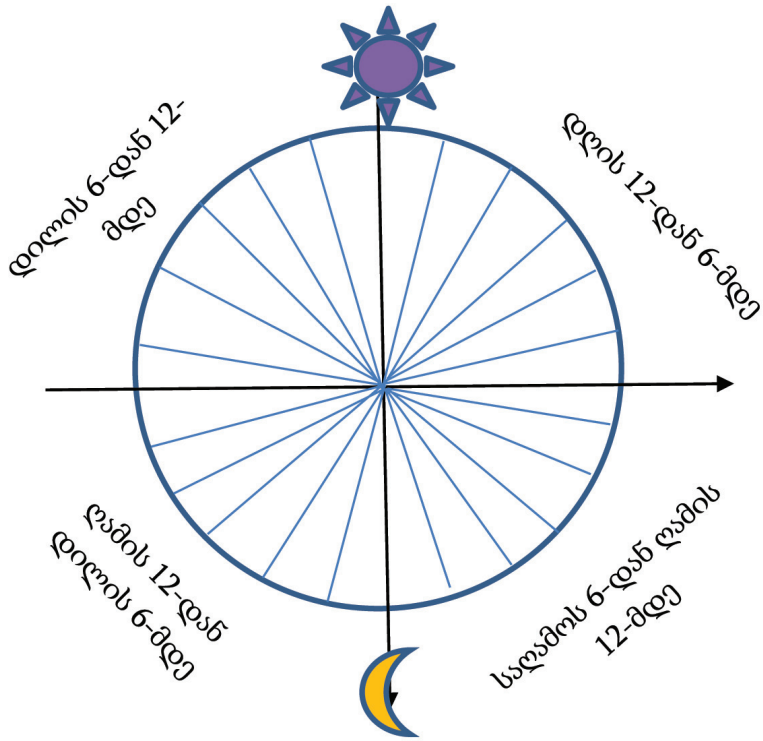
[ინტერვიუერს: განუმარტეთ - სექსუალურ კავშირში ვგულისხმობ ვაგინალურ, ანალურ, და ორალურ სექსს. „ორალური სექსია“; როცა ვინმე თავის პირს ან ენას უყოფს მეორე ადამიანის გენიტალიებს/სასქესო ორგანოებს, „ვაგინალური სექსია“ როცა მამაკაცი თავის სასქესო ორგანოს, ასოს შეუყოფს ქალის ვაგინას, და „ანალური სექსია“; როცა მამაკაცი თავის სასქესო ორგანოს, ასოს შეუყოფს მეორე ადამიანის (ქალის ან კაცის) უკანაღს.]

შენი ცხოვრების განმავლობაში, გქონია სექსუალური კავშირი:

	დიახ	არა	აგ	აპ
არ მქონია სექსუალური კონტაქტი	①	②	-98	-99
ქალთან	①	②	-98	-99
მამაკაცთან	①	②	-98	-99
ტრანს გენდერ ქალთან (განუმარტეთ)	①	②	-98	-99
ტრანს გენდერ მამაკაცთან (განუმარტეთ)	①	②	-98	-99

**Street Experience (SE)
ქუჩაში ცხოვრების გამოცდილება - ჩასაწერი**

- როდის დაიწყო ქუჩაში დროის დიდი ნაწილის გატარება? რამდენი წლის იყავი? როგორ მოხდა ეს? რა მიზეზებით გამოხვედი ქუჩაში?
- ვისთან ერთად გამოხვედი ქუჩაში პირველად? ოჯახთან, მეგობართან, უფროს ნათესავთან (და-ძმა ან სხვა)? სხვა ვისთან? თუ მშობელმა/მზრუნველმა არ იცოდა ამის შესახებ, როცა გაიგო რა რეაქცია ჰქონდა? რა გითხრა? ახლა სად არიან შენი მშობლები? რას აკეთებენ? და-ძმები თუ გყავს? რამხელები არიან? ისინიც ქუჩაში არიან? ახლა სად არიან? რას აკეთებენ?
- საშუალოდ, რამდენ საათს ატარებ ქუჩაში? ვისთან ერთად ატარებ დროს ქუჩაში? (მივცემთ ვიზუალურ დიაგრამას და უნდა აღნიშნოს, დროის რა მონაკვეთს ატარებს ქუჩაში)?



მხოლოდ წამალ დამოკიდებულების, ალკოჰოლის და სარისკო სექსუალური ქცევის კითხვარებში

4. რას უწოდებ შენს თავს და იმ ბავშვებს რომლებიც დროის უმეტეს ნაწილს ქუჩაში ატარებენ, გაქვთ რაიმე საერთო სახელ
5. მომიყევი, თუ როგორია (ან როგორი იყო, როცა ქუჩაში იყავი) შენი ჩვეულებრივი დღე? აღწერე ერთი ჩვეულებრივი დღე. რას აკეთებ (აკეთებდი) დღლით, შუადღეს, საღამოს. ღამე? მუშაობ (დი)? რა ტიპის სამუშაოს ასრულებ (დი)? ითხოვ (დი) მოწყალებას? ყიდი (დი) რაღაცეებს? წმენდ (დი) მანქანების მინებს? კიდევ რა? ახლა თუ გაქვს იმ ბავშვებთან რაიმე კონტაქტი/კავშირი, რომლებთანაც ერთად იყავი ხოლმე ქუჩაში? (მხოლოდ ცენტრებში დაუსვით)
6. რამდენ ფულს შოულობ (შოულობდი) დღეში? როგორ ანაწილებ ამ ფულს? (უფროსს აძლევ, მშობელს, შენთვის რამდენს იყენებ და ა.შ. როგორი იყო შენი დღიური მაქსიმალური და მინიმალური შემოსავალი?

7. აქ როგორ მოხვდი? ვინ მოგიყვანა ცენტრში? **(მხოლოდ ცენტრებში ჩატარების დროს იკითხეთ)**
8. ხომ არ გენატრება ის ძველი დრო, როცა ქუჩაში იყავი? მომიყევი მეტი ამის შესახებ. რა იყო კარგად? რა იყო ცუდად, რა შეიცვალა? **(მხოლოდ ცენტრებში ჩატარების დროს იკითხეთ)**

ყველა კითხვარში

Street Mapping (SM) რუკა

მინდა ვიცოდე მეტი შენი ჩვეულებრივი დღის შესახებ და როგორ მოძრაობ ქალაქში. აი ეს არის რუკა. *[ინტერვიუერს: აჩვენეთ რუკა და აღნიშნეთ შესაბამისი ადგილები რუკაზე] (იხ. დანართი_5_რუკა)*

- ა) სად ატარებ შენი დროის უმეტეს ნაწილს? ვისთან ერთად?
- ბ) სად გძინავს? თუ სახლში გძინავს, მაშინ ვისთან ერთად ცხოვრობ სახლში?
- გ) სად მიდიხარ გასართობად? ვისთან ერთად? კონკრეტულად როგორ ერთობი? რას აკეთებ? თუ ლაპარაკობთ ხოლმე, ძირითადად რაზე საუბრობთ?
- დ) სად მიდიხარ საქმელად? ვისთან ერთად?
- ე) სად ითხოვ მოწყალეობას? სად ყიდი რაღაცეებს ხოლმე? სად წმენდავ მანქანის მინებს? ვისთან ერთად?
- ვ) სად მუშაობ ხოლმე? სად მოძრაობ? რას აკეთებ? (მოპარვა, ბირჟაობა და სხვ.) ვისთან ერთად?
- ზ) სად ბანაობ?
- თ) სად იღებ სხვადასხვა მომსახურებებს (მაგ. ღამის გასათევი, სამედიცინო, კვება, დაბანა, მეცადინეობა და სხვა გასართობი აქტივობები)
- ი) სად იღებ პრეზერვატივებს? ვინ გაძლევს? სხვები სად შოულობენ?
- კ) სად ყიდულობ ალკოჰოლს/სიგარეტს? ვინ გაძლევს ხოლმე? სხვები სად შოულობენ?
- ლ) სად სვამ ხოლმე? ვისთან ერთად? სხვები სად სვამენ?
- მ) სად შოულობ ნარკოტიკებს/წამალს? ვინ გეხმარება? სხვები სად შოულობენ?

- ნ) სად მოიხმარ ნარკოტიკებს/წამალს? ვისთან ერთად? სხვები სად მოიხმარენ?
- ო) სად იკეთებ/ებენ აივ /შიდსის ტესტს? სკრინინგს? ვინ მიგასწავლა?
- პ) სად იკეთებ/ებენ სქესობრივად გადამდები დაავადებების ანალიზებს? ვინ მიგასწავლა?
- ჟ) სად იღებ სამედიცინო დახმარებას? ვის მიყავხარ ხოლმე?
- რ) სად თამაშობ აზარტულ თამაშებს ფულზე? ვისთან ერთად? სხვები სად თამაშობენ?
- ს) სად გაქვს ხოლმე სექსი? ან სად აქვთ ხოლმე ბავშვებს სექსი (ჯგუფური, სარგებლის მიღების სანაცვლოდ და სხვ.)
- ტ) სად არის შენთვის უსაფრთხო (სადაც დაცულად გრძნობ თავს და გიხარია ყოფნა) ადგილი და რა მიზეზით?
- ი) სად არის შენთვის ყველაზე ცუდი ადგილი (სადაც თავს დაუცველად გრძნობ და არ გიხარია ყოფნა) და რა მიზეზით?
- კ) რუქაზე კიდევ არის ადგილი რომლის დამატებაც გინდა? რით არის ეს ადგილი შენთვის მნიშვნელოვანი?

მხოლოდ სოციალური ქსელის გამოკითხვაში

დაასრულეთ ჩაწერა!

Social Network (SN) - სოციალური ქსელი

შესავალი: ინტერვიუს შემდეგი ნაწილი ეხება იმ ადამიანებს, რომლებსაც იცნობ და რომლებიც შენ გიცნობენ. ეს ადამიანები შენთვის მნიშვნელოვანნი არიან და ზეგავლენას ახდენენ შენს ცხოვრებაზე. ესენი არიან ის ადამიანები, რომლებთანაც გაქვს/გქონდა პირდაპირი (პირადად ხვდებოდი) ან არაპირდაპირი (ტელეფონით, ფეისბუქით, ოდნოკლასნიკებით, ინტერნეტით) კონტაქტი ბოლო 6 თვის მანძილზე და რომლებთანაც საუბრობ შენ პირად საკითხებზე და რომლებსაც საჭიროების შემთხვევაში მიმართავ დახმარებისთვის. შენ შეგიძლია ნებისმიერი ადამიანის დასახელება, ვისაც იცნობ და გიცნობს, იმის მიუხედავად ვინ არიან ან სად ცხოვრობენ ისინი. მოდი გავაკეთოთ იმ ადამიანების სია, რომლებიც შენთვის მნიშვნელოვანია და ზეგავლენას ახდენენ შენს ყოველდღიურ, სოციალურ, სექსუალურ ცხოვრებაზე, ფიზიკურ და ემოციურ მდგომარეობაზე.

ესენი არიან ადმიანები, რომლებთანაც ახლოს ხარ, ვისაც უყვები შენს თავზე. შენ შეგიძლია მითხრა მათი ზედმეტი სახელები, ინიციალები ან როგორც შენ გსურს ისე აღნიშნე. კარგი, მოდი დავიწყოთ ყველაზე მნიშვნელოვანი ადამიანით, უფრო ნაკლებად მნიშვნელოვანით და ა.შ.

სახელი (ზედმეტი სახელი ან ინიციალი):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

სოციალური ქსელის წევრების რაოდენობა
წევრების ჩამონათვალი

1. (რამდენს ასახლებს-ჩაწერეთ რაოდენობა)

კარგი, ჩვენი საუბრის შემდეგ ნაწილში ვაპირებ დავისვა რამდენიმე კითხვა თითოეულ მათგანზე. თუ შენ არ იცი რომელიმე კითხვაზე პასუხი, ან შენთვის უსიამოვნოა პასუხის გაცემა, მითხარი და გადავიდეთ შემდეგ კითხვაზე. მოდი, დავიწყოთ პირველით [სახელი 1]

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
2. როგორი ურთიერთობა გაქვს ამ პიროვნებასთან? მისი როლი: ვინ არის შენთვის ეს პიროვნება? მაგ: მეგობარი, შეყვარებული, მშობელი, ძმა ან და, ნათესავი, სოციალური მუშაკი, მასწავლებელი, დღის ცენტრის თანამშრომელი (წარმომადგენელი), ფსიქოლოგი, თანასწორგანმანათლებელი და ა.შ.					
3. რა არის [სახელი1] მისი სქესი? (მამრობითი, მდედრობითი, სხვა, დააკონკრეტე)					

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
4. რა არის [სახელი1] ეროვნება?					
5. რამდენი წლისაა [სახელი 1, და ა.შ.] თუ არ იცი, მითხარი შენი აზრით რამდენი წლის იქნება?					
6. თუ 19 წლისაა და ქვემოთ: [სახელი1] დადის სკოლაში? (დიახ/არა)					
7. თუ 19 წლის ზევითაა, რას აკეთებს [სახელი 1], რომ მიიღოს/იშოვოს ფული?					
8. ეს პიროვნება [სახელი1] თავისი დროის დიდ ნაწილს ატარებს ქუჩაში: მაგ. ცხოვრობს ან მუშაობს? (დიახ ან არა)					
9. რა არის [სახელი1] სექსუალური ორიენტაცია? (ჩვეულებრივი, გეი/ლესბოსელი, ბისექსუალი, სხვა, გთხოვთ დააკონკრეტოთ)					

10. ამ წრეებიდან აირჩიე ის წყვილი, რომელიც საუკეთესოდ გამოხატავს შენს ურთიერთობას [სახელ 1.] -თან

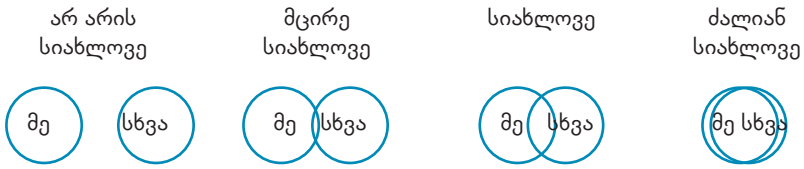
ა) პიროვნება 1

არ არის სიახლოვე მცირე სიახლოვე სიახლოვე ძალიან სიახლოვე

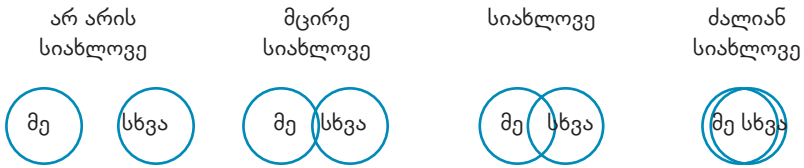
ბ) პიროვნება 2

არ არის სიახლოვე მცირე სიახლოვე სიახლოვე ძალიან სიახლოვე

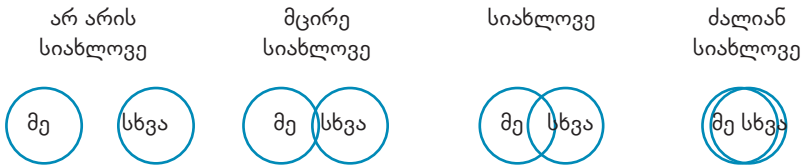
გ) პიროვნება 3



დ) პიროვნება 4



ე) პიროვნება 5



	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
11. დაახლოებით რამდენი ხანია რაც ამ პიროვნებას იცნობთ? (ჩაწერეთ დაახლოებითი დრო ინტ: ჩაწერეთ თვეების რაოდენობა)					
12. რამდენად ხშირად საუბრობ ხოლმე სახელ 1? - თან					
1. თითქმის ყოველთვის					
2. ხშირად					
3. საშუალო სიხშირით					
4. იშვიათად					
5. თითქმის არასოდეს					
-98 არ ვიცი					
-99 არ პასუხობს					

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
<p>13. რამდენად ხშირად გეხმარება [სახელი1] მატერიალურად, როგორცაა ფულადი დახმარება, საკვებით, საცხოვრებელი ადგილით/თავშესაფრით და სხვა საგნებით (ხელშესახები)?</p> <p>1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>14. ოდესმე [სახელი 1] დაუკავშირებინარ სააგენტოსთან, ორგანიზაციასთან ან ცენტრთან, რომლებსაც შეუძლიათ დაგეხმარონ მიმდინარე პრობლემის მოგვარებაში? ან ამის შესახებ უსაუბრია?</p> <p>1. დიახ 2. არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>15. რამდენად ხშირად [სახელი1] გთავაზობს/გაძლევს ინფორმაციას ან რჩევას პირად და კერძო საკითხებზე?</p> <p>თითქმის ყოველთვის</p> <p>1. ხშირად 2. საშუალო სიხშირით 3. იშვიათად 4. თითქმის არასოდეს</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>16. რამდენად მნიშვნელოვანია [სახელი 1]-ის რჩევა?</p> <p>1. ძალიან მნიშვნელოვანი 2. გარკვეულწილად მნიშვნელოვანია 3. საერთოდ არაა მნიშვნელოვანი</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
17. რამდენად ხშირად [სახელი 1] გიცავს ან გეხმარება, როცა ვინმე გაწუხებს ან გავიწროებს? 1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს					
18. რამდენად ხშირად [სახელი 1] გისმენს როცა ესაუბრები შენი გრძნობების შესახებ? 1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს					
19. რამდენად ხშირად [სახელი 1] ერთობით ერთად, მხიარულობთ და ისვენებთ? 1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს					
20. რამდენად ხშირად ესაუბრები/ელაპარაკები [სახელი 1] ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებაზე 1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს					

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
<p>21. რამდენად ხშირად ელაპარაკები შენ სქსუალურ ცხოვრებაზე [სახელ 1]?</p> <p>1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>22. რამდენად მოსალოდნელია, რომ [სახელ 1] არ მოეწონება შენს მიერ ალკოჰოლის მოხმარება?</p> <p>1. ძალიან მოსალოდნელია 2. მეტნაკლებად მოსალოდნელია 3. არ არის მოსალოდნელი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>23. რამდენად მოსალოდნელია, რომ [სახელი 1] -ს არ მოეწონება, შენს მიერ წამლის/ნარკოტიკის მოხმარება?</p> <p>1. ძალიან მოსალოდნელია 2. მეტნაკლებად მოსალოდნელია 3. არ არის მოსალოდნელი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>24. რამდენად მოსალოდნელია, რომ [სახელი 1] -ს არ მოეწონება, შენს მიერ სექსის წინ, სიამოვნების გახანგრძლივების ან სექსის გაადვილების მიზნით ალკოჰოლის, ან წამლის/ნარკოტიკის მოხმარება?</p> <p>1. ძალიან მოსალოდნელია 2. მეტნაკლებად მოსალოდნელია 3. არ არის მოსალოდნელი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
<p>25. რამდენად მოსალოდნელია, რომ [სახელი 1]-ს არ მოეწონება, რომ გქონდეს სექსი პრე-ზერვატივისის გარეშე?</p> <p>1. ძალიან მოსალოდნელია 2. მეტნაკლებად მოსალოდნელია 3. არ არის მოსალოდნელი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>26. რამდენად მოსალოდნელია, რომ [სახელი 1]-ს არ მოეწონოს შენ რომ გქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ? (ფული, ნივთი, ნარკოტიკი, წამალი, ან სხვა)?</p> <p>1. ძალიან მოსალოდნელია 2. მეტნაკლებად მოსალოდნელია 3. არ არის მოსალოდნელი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>27. რამდენად მოსალოდნელია, რომ [სახელი 1]-ს არ მოეწონება, შენ რომ გქონდეს ჯგუფური სექსი?</p> <p>1. ძალიან მოსალოდნელია 2. მეტნაკლებად მოსალოდნელია 3. არ არის მოსალოდნელი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>28. რამდენად ხშირად [სახელი 1] სვამს ალკოჰოლს, მათ შორის ლუდს, არაყს, ღვინოს და სხვა შერეულ სასმელებს?</p> <p>1. თითქმის ყოველ დღე 2. ყოველ კვირა 3. ყოველ თვე 4. წელიწადში. რამდენჯერმე/დღესასწაულებზე 5. არასდროს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
<p>29. რამდენად ხშირად იყენებს[სახელი 1] -ს ნარკოტიკს /წამალს?</p> <p>1. თითქმის ყოველ დღე 2. ყოველ კვირა 3. ყოველ თვე 4. წელიწადში რამდენჯერმე/დღესასწაულებზე 5. არასდროს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>30. რამდენად ხშირად[სახელი 1] იყენებს ნარკოტიკებს/ წამალს ან ალკოჰოლს სექსის წინ, სიამოვნების გახანგრძლივების ან სექსის გაადვილების მიზნით?</p> <p>1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					
<p>31. რამდენად ხშირად [სახელი 1] აქვს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (ფული, ნივთი, ნარკოტიკი, წამალი, თავშესაფარი ან სხვა ღირებული რამისთვის)?</p> <p>1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>					

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
32. ბოლო 6 თვეში, რამდენად ხშირად [სახელი 1]-ის ცხოვრებაზე აისახა უარყოფითად ნარკოტიკის ან ალკოჰოლის გამოყენება? 1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს					
33. [სახელი 1] ყოფილა ოდესმე დაკავებული, განთავსებული დროებით იზოლატორში ან იმყოფებოდა ციხეში ? 1. დიახ 2. არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს					
34. არის [სახელი 1] აივ დადებითი ან უარყოფითი? 1. დადებითი 2. უარყოფითი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს					

1. ახლა, მსურს გავიგო თითოეული შენ მიერ დასახელებული პიროვნება რამდენად ხშირად საუბრობს ერთმანეთთან?

ინტერვიუერს: შეავსე გამუქებული ნაწილები:

	სახელი 1:	სახელი 2:	სახელი 3:	სახელი 4:	სახელი 5:
სახელი 1:					
სახელი 2:					
სახელი 3:					
სახელი 4:					
სახელი 5:					

სკალა

1. თითქმის ყოველთვის
 2. ხშირად
 3. საშუალო სიხშირით
 4. იშვიათად
 5. თითქმის არასოდეს
- 98 არ ვიცი
-99 არ პასუხობს

Service Availability (SA ნაწილი)

ინტერვიუს ბოლოს ვაპირებ რამდენიმე კითხვა დაგისვა შენს პირად გამოცდილებაზე ქუჩაში ცხოვრების და მუშაობის შესახებ.

1. რამდენად ხშირად მიდიხარ დღის ცენტრში, 24 საათიან თავშესაფარში, მობილურ ჯგუფთან ან სხვა (დაასახელებინე ცენტრი -----)?
 1. თითქმის ყოველთვის
 2. ხშირად
 3. საშუალო სიხშირით
 4. იშვიათად
 5. თითქმის არასოდეს

-98 არ ვიცი
-99 არ პასუხობს
2. რომელ დღის ცენტრს, 24 საათიან თავშესაფარს, მობილური ჯგუფს სტუმრობ ხოლმე? (შემოახაზინე იმდენი რამდენიც შეესაბამება)

დასახელება	რამდენად ხშირად სტუმრობ ხოლმე?	მიზეზი რის გამოც არ ან აღარ დადინხარ
	1. თითქმის ყოველთვის 2. ხშირად 3. საშუალო სიხშირით 4. იშვიათად 5. თითქმის არასოდეს -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
1. საქართველოს კარიტასი თბილისი 24 საათიანი თავშესაფარი		
2. საქართველოს კარიტასი თბილისი დღის ცენტრი ნაძალადევი (მანჯგალაძის ქ.)		
3. საქართველოს კარიტასი რუსთავი 24 საათიანი		
4. საქართველოს კარიტასი რუსთავი დღის ცენტრი		
5. ველდ ვიჟენ საქართველო ჩიქობავას დღის ცენტრი		
6. ველდ ვიჟენ საქართველო გლდანის დღის ცენტრი		
7. ბავშვი და გარემო (ვაგზალი) დღის ცენტრი		
8. ბავშვი და გარემო (ვაგზალი) 24 საათიანი		
9. კარიტასის მობილური ჯგუფი		
10. ველდ ვიჟენის მობილური ჯგუფი		
11. სხვა		

Addiction (A) დამოკიდებულება

1. ადამიანები მოიხმარენ სხვადასხვა ტიპის ნარკოტიკებს/წამლებს. თუ შენ ოდესმე მოიხმარე ნარკოტიკი/ნივთიერება, ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი გასინჯე გასული 12 თვის განმავლობაში(რესპონდენტს მიაწოდეთ ჩამონათვალი – ამობეჭდილი სია)

ინტერვიუერი: მითხარი, თუ როგორ მოიხმარე ეს წამალი, მოწიე, დალიე, შეისუნთქე, გადაყლაპე, ინექცია გაიკეთე, თუ როგორ ? (არ დაეხმარო, შესაძლებელია რამდენიმე პასუხი).

		მოწევა	დაღევა	ჩასუნთქება/შესუნთქება	გადაყლაბევა	ინექცია
0	არასოდეს გამოიყენებია ნარკოტიკი/წამალი თრობისთვის!!! შეჩერდი: არ წაიკითხო, გადაღი შემდეგ სექციაზე					
1	ჰეროინი					
2	ოპიუმი					
3	ყაყაჩოს თესლი					
4	ელ-ეს-დე (LSD) და სხვა ჰალუცინოგენები					
5	სუბოტექსი					
6	ბიო (სპაისი)					
7	ამფეტამინი ან მეტამფეტამინები					
8	დეზომორფინი (Crocodile)					
9	ინჰალანტები (მაგ. წებო, აცეტონი, ბენზინი, სხვ.)					
10	მარიჟანა/კანაბი/ჰაშიში (ე.წ. პლანი)					
11	ექსტაზი					
12	კოკაინი ან კრეკი					
13	სედატიური საშუალებები ე.წ. ტრანკვილიზატორები (დამამშვიდებელი ან საძილე წამლები ექიმის დანიშნულების გარეშე					
14	ტაბლეტების (მედიკამენტები) დაღევა ალკოჰოლურ სასმელებთან ერთად „კაიფის“ მისაღწევად (დააკონკრეტე რომელი და როგორ)					
15	ბალახოვანი ნარევები, ფხვნილი, კრისტალები, ტაბლეტები, რომელთა მოქმედება ნარკოტიკების მსგავსია.					
16	ავურიე სხვადასხვა სასმელები (დააკონკრეტე რომელი და როგორ)					
17	ტკივილგამაყუჩებლები „კაიფის“ მისაღწევად					
18	ენერგეტიკული სასმელი, მაგ. რედ ბული.					
19	სხვა (დააკონკრეტე)					
-98	არ ვიცი					
-99	არ პასუხობს					

2. ბოლო თვის/30 დღის განმავლობაში, რამდენად ხშირად მოიხმარე ნებისმიერი ტიპის ნარკოტიკს ან წამალს ?
1. არასდროს
 2. 1-2 ჯერ
 3. 3-5 ჯერ
 4. 6-9 ჯერ
 5. 10-19 ჯერ
 6. 20+
- 98 არ ვიცვი
-99 არ პასუხობს
3. ბოლო თვის/30 დღის განმავლობაში, რამდენად ხშირად მოიხმარე ნებისმიერი ალკოჰოლურ სასმელს, როგორცაა ლუდი, ღვინო, არაყი, ჭაჭა და სხვა?
1. არასდროს
 2. 1-2 ჯერ
 3. 3-5 ჯერ
 4. 6-9 ჯერ
 5. 10-19 ჯერ
 6. 20+
- 98 არ ვიცვი
-99 არ პასუხობს
4. ბოლო 30 დღეში, რა სინშირით გაქვს 4 ან მეტი ულუფა დალეული ერთ ჯერზე? [1 ულუფა სხვადასხვა სასმელი – 1 ჭიქა/ბოთლი/ქილა ლუდი – 500მლ; 1 ჭიქა ღვინო – 125 მლ; 1 ჭიქა სპირტიანი სასმელი – 50 მლ; 1 ჭიქა კოქტეილი – 100 მლ.]
1. 0
 2. 1
 3. 2
 4. 3-5
 5. 6-9
 6. 10+
- 98 არ ვიცვი
-99 არ პასუხობს

5. გასული 12 თვის განმავლობაში, რამდენად ჰქონდა ადგილი მოწამვლას ან შეგვექმნა პრობლემა ნარკოტიკის/წამლის ან სასმელის გამოყენების გამო?

1. 0
 2. 1-2 ჯერ
 3. 3-9 ჯერ
 4. 10 -19 ჯერ
 5. 20 -39 ჯერ
 6. 40 +
- 98 არ ვიცი
-99 არ პასუხობს

6. ბოლო თვის/30 დღის განმავლობაში, რამდენად ხშირად ეწეოდი სიგარეტს (ან ელექტრონულ სიგარეტს)?

1. საერთოდ არ მომიწევია
 2. ერთ ღერ სიგარეტზე ნაკლები
 3. ერთი-ხუთი სიგარეტი დღეში
 4. 6-10 სიგარეტი დღეში
 5. 11-20 სიგარეტი დღეში
 6. 21+ სიგარეტი დღეში
- 98 არ ვიცი
-99 არ პასუხობს

მხოლოდ სოციალურ ქსელის გამოკითხვაში და 26 კითხვის ჩათვლით სარისკო სექსუალური ქცევის კითხვარში

Sexual Behavior (SB) სექსუალური ქცევა

ინტერვიუერს: თუ რესპონდენტს არ ჰქონია სექსუალური კონტაქტი (G13), მაშინ დაუსვით კითხვა 27 დან.

შემდეგი შეკითხვები ეხება სექსუალურ გამოცდილებას ქალებთან და კაცებთან. კერძოდ, შეგეკითხები ვაგინალური სექსის, ანალური სექსის და ორალური სექსის შესახებ. როდესაც ვლაპარაკობ „ვაგინალურ სექსზე“ ვგულისხმობ, რომ პიროვნება თავის სასქესო ორგანოს (ასოს) შეუყოფს მეორე პიროვნების ვაგინას (ქალის სასქესო ორგანოს – ე.წ. პირით აღება). „ანალური სექსის“ დროს, ვგულისხმობ, რომ პიროვნება შეუყოფს თავის სასქესო ორგანოს (ასოს) მეორე პიროვნების უკანალს (ტ-ით აღება). „ორალური სექსის“ დროს კი, პიროვნება თავის პირს ან ენას უყოფს მეორე პირის გენი-

ტალიებს (სასქესო ორგანოებს). განსოვდეს, რომ შენი პასუხები იქნება კონფიდენციალური და ვერავინ, ვისაც შენ იცნობ ვერასოდეს ნახავს ამას. ამავე დროს, შეგიძლია არ მიპასუხო ნებისმიერ შეკითხვაზე, რომელზეც გინდა, თუკი ეს შენთვის უხერხული იქნება.

1. ოდესმე თუ გქონია ორალური სექსი? [ინტერვიუერი განმარტავს: „ორალური სექსი“ არის, როცა პიროვნება თავის პირს ან ენას უყოფს მეორე პირის გენიტალიებს (სასქესო ორგანოებს, ქალის ვაგინას ან მამაკაცის ასოს)].

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

2. გქონია თუ არა ორალური სექსი ბოლო 12 თვის მანძილზე/განმავლობაში?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

3. ბოლო ორალური სექსის დროს შენ და შენმა პარტნიორმა გამოიყენეთ პრეზერვატივი? (ინტერვიუერს: აუხსენით პრეზერვატივის – თავდაცვის საშუალების მნიშვნელობა!)

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

4. თუ არა, რა მიზეზის გამო არ გამოიყენე პრეზერვატივი? (არ წაიკითხო პასუხები)

① არ მქონდა

② ძალიან ძვირია

③ პარტნიორმა თქვა უარი

④ არ მომწონს

⑤ არ ვფიქრობდი, რომ საჭირო იყო

⑥ ამაზე არ ვფიქრობდი

⑦ სხვა: დააზუსტე პასუხი

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

5. ოდესმე გქონია ვაგინალური სექსი? [ინტერვიუერი განმარტავს: “ვაგინალურ სექსის” დროს ვგულისხმობ, რომ პიროვნება თავის სასქესო ორგანოს (ასოს) შეუყოფს მეორე პიროვნების ვაგინას].

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

6. გასული 12 თვის განმავლობაში/მანძილზე გქონია თუ არა ვაგინალური სექსი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

7. ბოლო ვაგინალური სექსის დროს შენ და შენმა პარტნიორმა გამოიყენეთ თუ არა პრეზერვატივი?

① დიახ (თუ კი გამოტოვე შემდეგი შეკითხვა)

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

8. თუ არა, რა მიზეზის გამო არ გამოიყენე პრეზერვატივი? (არ წაიკითხო პასუხები)

① არ მქონდა

② ძალიან ძვირია

③ პარტნიორმა თქვა უარი

④ არ მომწონს

⑤ არ ვფიქრობდი, რომ საჭირო იყო

⑥ ამაზე არ ვფიქრობდი

⑦ სხვა: დააზუსტე პასუხი

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

9. გქონია ოდესმე ანალური სექსი? „[ინტერვიუერი განმარტავს: ანალური სექსის“ დროს, ვგულისხმობ, რომ პიროვნება შეუყოფს თავის სასქესო ორგანოს (ასოს) მეორე პიროვნების უკანაღსასურსათს].“

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

10. ბოლო 12 თვის განმავლობაში გქონია ანალური სექსი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

11. ბოლო ანალური სექსის დროს, შენ და შენმა პარტნიორმა გამოიყენეთ თუ არა პრეზერვატივი?

① დიახ (გადადი შემდეგ შეკითხვაზე)

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

12. თუ არა, რა იყო მიზეზი რის გამოც არ გამოიყენე პრეზერვატივი? (არ წაიკითხო პასუხები)

① არ მქონდა

② ძალიან ძვირია

③ პარტნიორმა თქვა უარი

④ არ მომწონს

⑤ არ ვფიქრობდი, რომ საჭირო იყო

⑥ ამაზე არ ვფიქრობდი

⑦ სხვა: დააზუსტე პასუხი

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

13. ბოლო 12 თვის განმავლობაში, რამდენი მდედრობითი სქესის (ქალი, გოგო) პარტნიორთან გქონდა სექსუალური კავშირი?

① არც ერთი (გამოტოვე შემდეგი შეკითხვა)

② შეიყვანე/ჩაწერე რიცხვი ----

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

14. ზოგადად, რა სიხშირით გამოიყენე პრეზერვატივი შენს მდედრობითი სქესის პარტნიორთან ბოლო 12 თვის განმავლობაში?

① ყოველთვის

② ხშირად

③ ზოგჯერ

④ არასდროს

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

15. ბოლო 12 თვის განმავლობაში, რამდენ მამრობითი სქესის პარტნიორთან გქონდა სექსუალური კავშირი?

① არც ერთი (გამოტოვე შემდეგი შეკითხვა)

② შეიყვანე/ჩაწერე რიცხვი ----

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

16. ზოგადად, რა სიხშირით გამოიყენე პრეზერვატივი შენს მდედრობითი სქესის პარტნიორთან ბოლო 12 თვის განმავლობაში?

① ყოველთვის

② ხშირად

③ ზოგჯერ

④ არასდროს

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

17. ბოლო 12 თვის განმავლობაში, მოიხმარე თუ არა ალკოჰოლი ან წამალი/ნარკოტიკი, რომ სექსი ყოფილიყო უფრო ადვილი, დიდხანს გაგრძელებულიყო ან მეტი სიამოვნება მიგელო?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

18. ოდესმე თუ გქონია სექსი ტურისტთან?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

19. ოდესმე ფულის, ნარკოტიკის/წამლის, საკვების, ღამის გასათევის, ან სხვა ღირებული რამის გამო გქონია თუ არა სექსი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

20. ბოლო 12 თვის განმავლობაში, ფულის, ნარკოტიკის/წამლის, თავშესაფრის ან სხვა ღირებული რამის გამო გქონია სექსი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

21. ოდესმე თუ გქონია ჯგუფური სექსი, რაც არის სამ ან მეტ ადამიანთან სექსის ქონა?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

22. ბოლო 12 თვის განმავლობაში გქონდა თუ არა ჯგუფური სექსი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

23. როგორ ჯგუფებთან გქონდა სექსუალური კავშირი, მხოლოდ ქალების (გოგოების), მხოლოდ მამაკაცების (ბიჭების), თუ შერეულ ჯგუფებთან?

① მხოლოდ მამაკაცები (ბიჭები)

② მხოლოდ ქალები (გოგოები)

③ შერეული – გოგოების და ბიჭების

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

24. ოდესმე გქონია თუ არა ჯგუფური მასტრუბაცია? (ინტერვიურს: აუხსენით რა არის მასტრუბაცია)

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

25. ბოლოს როდესაც მიიღე მონაწილეობა ჯგუფურ სექსში, გამოყენე თუ არა პრეზერვატივი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

26. თუ არა, რა იყო მიზეზი რის გამოც არ გამოიყენე პრეზერვატივი? (არ წაიკითხო პასუხები)

① არ მქონდა

② ძალიან ძვირია

- ③ პარტნიორმა თქვა უარი
- ④ არ მომწონს
- ⑤ არ ვფიქრობდი, რომ საჭირო იყო
- ⑥ ამაზე არ ვფიქრობდი
- ⑦ სხვა: დააზუსტე პასუხი
- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს

27. თუ იცი რამე ადგილი ან თუ იცნობ ვინმეს, ვისგანაც, ან საიდანაც შეგიძლია პრეზერვატივის მოპოვება/მიღება?

- ① დიახ
- ② არა
- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს

28. რა ადგილზე ან ვისგან შეგიძლია პრეზერვატივის მოპოვება/მიღება? (არ წაუკითხო, შემთხვევაზე ყველა დასახელებული პასუხი)

- 1 მაღაზია
- 2 აფთიაქი
- 3 სუპერმარკეტი
- 4 საავადმყოფო/კლინიკა
- 5 ბარი/სასტუმრო/სასტუმრო სახლი
- 6 თანასწორგანმანათლებელი
- 7 მეგობარი
- 8 მობილური ჯგუფის წევრი
- 9 დღის ცენტრი/ლამის თავშესაფარი
- 10 „თანადგომის“ ან სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციის ოფისი
- 11 სხვა ----- (დააზუსტეთ და ჩაწერეთ)
- 98 არ ვიცი
- 99 არ პასუხობს

29. ბოლო 12 თვის განმავლობაში, თუ მივიღიათ პრეზერვატივი სოციალური მუშაკის და ჯანმრთელობის ოთახში, სპეციალისტის ან მობილური ჯგუფის წევრის მიერ?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

30. ოდესმე გასმენიათ თუ არა აივ ინფექციის ან შიდსის შესახებ? (აივ ინფექცია არის ადმიანის იმუნოდეფიციტის სინდრომი, რომელიც იწვევს შიდსს, შეძენილი იმუნური დეფიციტის სინდრომი)

① არა

② დიახ (გადადი შემდეგ-ზე)

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

31. საჭირო არ არის სახელების თქმა, იცით თუ არა ვინმე, რომელსაც ჰქონდა აივ ინფექცია, ან გარდაიცვალა შიდსის გამო?

① არა

② დიახ (გადადი შემდეგ-ზე)

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

გთხოვ, გამიზიარო შენი აზრი შემდეგი საკითხების შესახებ: (წაკითხეთ ყველა შესაძლო პასუხები და შემოხაზეთ შესაბამისი პასუხი)

32. შესაძლებელია აივ/შიდსისგან დაცვა, თუ გეყოლება სანდო და არა დაინფიცირებული სექსუალური პარტნიორი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

33. შესაძლებელია აივ ინფექციის რისკის შემცირება, თუ მოხდება პრეზერვატივების სწორი გამოყენება ყველა სექსუალური კონტაქტის დროს.

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

34. ფიქრობ, რომ ადამიანი, რომელიც ჯანმრთელად გამოიყურება, შესაძლოა დაავადებული იყოს აივ ინფექციით?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

35. შესაძლებელია აივ ინფექციის გადაცემა კოლოს ნაკბენით.

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

36. გჯერა თუ არა, რომ შესაძლებელია აივ/შიდსის გადაცემა, დაინფიცირებული ადამიანის ნაპირალი საჭმლის ან სასმელის მიღებით?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

37. გჯერა თუ არა, რომ შესაძლებელია აივ/შიდსის გადაცემა, ნახმარი შპრიცის გამოყენებით?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

38. გჯერა თუ არა, რომ შესაძლებელია აივ/შიდსით დაინფიცირება, თუ გაქვს პირველი ჯგუფის სისხლი?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

39. გჯერა თუ არა, რომ აივ/შიდსით დაინფიცირებულ ქალს შეუძლია ვირუსის თავის ნაყოფზე ან შვილზე გადაცემა?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

მხოლოდ ალკოჰოლის კითხვარში

Alcohol Use (AU) – ალკოჰოლის გამოყენება

ჩემი შემდეგი კითხვები შეეხება ალკოჰოლს, როგორცაა ლუდი, არაყი, ჭაჭა, ღვინო, ენერჯეტიკული სასმელი, და სხვა შერეული სასმელები.

1. რას ფიქრობ, ახალგაზრდები, რომლებიც თავიანთი დროის უდიდეს ნაწილს ატარებენ ქუჩაში, მუშაობენ ან ცხოვრობენ, რა მიზეზებით იწყებენ ალკოჰოლის მოხმარებას? (მოლოდინები)
 - a. რა მიზეზებია ბიჭებში? (როგორ იწყებენ ბიჭები)
 - b. რა მიზეზებია გოგონებში? (როგორ იწყებენ გოგონები)
2. რა დადებითი მხარეები აქვს ალკოჰოლის მოხმარებას, რა დადებითი (კარგი) შედეგები მოჰყვება? (შედეგების მოლოდინები)
3. რა უარყოფითი მხარეები აქვს ალკოჰოლის მოხმარებას, რა უარყოფითი (ცუდი) შედეგები მოჰყვება? (შედეგების მოლოდინები)
4. რა სახის წესები აქვთ შენს მეგობრებს და ნაცნობებს ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებით? რა ხდება, როცა ამ წესებს არღვევენ ხოლმე? (სოციალური ნორმები) – [გართობის, დღესასწაულის დროს აუცილებელი დალევა, მარტო დალევა არ არის მისაღები, რაც მეტს დალევ, უფრო კარგია, დალევა ნიშნავს კაცობას, თუ არ დალევ, გარიყული იქნები ჯგუფიდან და ა.შ.)
 - a. როგორი წესები აქვთ ბიჭებს?
 - b. როგორი წესები აქვთ გოგონებს?
 - c. რა მსგავსებები, რა განსხვავებებია?

5. როცა ფიქრობ ალკოჰოლის მოხმარებაზე, რა გრძნობები და ემოციები გიჩნდება ხოლმე?
6. მითხარი ბოლოს როდის დალიე ალკოჰოლი. როდის იყო ეს? რა მოხდა? სად იყავი? ვისთან ერთად იყავი? როგორ იშოვე ეს სასმელი? რა მიზეზით დალიეთ? დეტალურად აღმიწერე ეს სიტუაცია.
7. რა ხდება ხოლმე, როცა ვინმე გაძალებთ დალევას, მაშინ როცა ეს შენ არ გინდა? რას ეუბნები? რას გრძნობ ხოლმე? რა აზრები გიჩნდება ხოლმე?

მხოლოდ სარისკო სექსუალური ქცევის კითხვარში

Sex Behavior (SB) - სექსუალური ქცევები
Romantic Relationships & Sex (RRS) – რომანტიკული
ურთიერთობები და სექსი

ჩემი შემდეგი შეკითხვები შეეხება რომანტიკულ ურთიერთობებს და სექსს.

1. ახალგაზრდა, რომელიც დიდ დროს ატარებს ქუჩაში, როგორ პოულობს შეყვარებულს?
2. როდესაც ახალგაზრდას ჰყავს შეყვარებული, რას აკეთებენ ერთად? (შემოხაზეთ იმდენი პასუხი, რამდენიც შეესაბამება)
 1. საუბრობენ
 2. ერთმანეთზე ზრუნავენ
 3. ერთმანეთს ეუბნებიან მე შენ მიყვარხარ
 4. ერთმანეთის ხელი უჭირავთ
 5. ერთად სვამენ
 6. ერთად მოიხმარენ ნარკოტიკებს /წამალს
 7. ერთად ჭამენ
 8. ერთად ეწევიან
 9. ერთად მუშაობენ (მოწყალებას ითხოვენ, ყიდიან, და ა.შ)
 10. კოცნიან
 11. აქვთ ორალური სექსი
 12. აქვთ ვაგინალური სექსი კონდომით
 13. აქვთ ვაგინალური სექსი კონდომის გარეშე
 14. აქვთ ანალური სექსი კონდომით
 15. აქვთ ანალური სექსი კონდომის გარეშე
 16. აქვთ ჯგუფური სექსი (სექსი სამ ან მეტ ადამიანთან ერთად)

3. რას ფიქრობ, ახალგაზრდები, რომლებიც თავიანთი დროის უდიდეს ნაწილს ატარებენ ქუჩაში, მუშაობენ ან ცხოვრობენ, რა მიზეზებით იწყებენ სექსუალურ ცხოვრებას? (მოლოდინები)
 - a. რა მიზეზებია ბიჭებში? (როგორ იწყებენ ბიჭები)
 - b. რა მიზეზებია გოგონებში? (როგორ იწყებენ გოგონები)
4. რა დადებითი მხარეები აქვს სექსის ქონას, რა დადებითი (კარგი) შედეგები მოჰყვება? (შედეგების მოლოდინები)
5. რა უარყოფითი მხარეები აქვს სექსის ქონას, რა უარყოფითი (ცუდი) შედეგები მოჰყვება? (შედეგების მოლოდინები)
6. რა სახის წესები აქვთ შენს მეგობრებს და ნაცნობებს სექსის ქონასთან დაკავშირებით? (მრავალი პარტნიორის ყოლა, სექსუალური ურთიერთობის პრესტიჟულობა, კაცობის გამოხატულება, სექსის წინ თრობა, მეგობრებში გართობის მიზნით, პრეზერვატივის გამოყენება და ა.შ.)

როგორი წესები აქვთ ბიჭებს?

როგორი წესები აქვთ გოგონებს?

რა მსგავსებები, რა განსხვავებებია?
7. როცა ფიქრობ სექსის ქონაზე, რა გრძნობები და ემოციები გიჩნდება ხოლმე?
8. როგორ ფიქრობ, იმ ახალგაზრდებს, რომლებიც დროის უმეტეს ნაწილს ქუჩაში ატარებენ (მუშაობენ ქუჩაში, ცხოვრობენ და ა.შ.) და სექსი აქვთ სხვებთან ფულის და/ან ღამის გასათევის, და/ან წამლის, და/ან ნივთების გამო, რა უბიძგებთ ხელს მათ ამის აკეთებაში ან რა მიზეზებით აკეთებენ ამას? (მოლოდინები)
 - a. რა მიზეზებია ბიჭებში? (როგორ იწყებენ ბიჭები)
 - b. რა მიზეზებია გოგონებში? (როგორ იწყებენ გოგონები)
9. რა დადებითი მხარეები აქვს ფულის, ნივთების, წამლის, ღამის გასათევის სანაცვლოდ სექსის ქონას? რა დადებითი (კარგი) შედეგები მოჰყვება? (შედეგების მოლოდინები)
10. რა უარყოფითი მხარეები აქვს ფულის, ნივთების, წამლის, ღამის გასათევის სანაცვლოდ სექსის ქონას? რა უარყოფითი (ცუდი) შედეგები მოჰყვება? (შედეგების მოლოდინები)
11. რა სახის წესები აქვთ შენს მეგობრებს და ნაცნობებს ფულის, ნივთების, წამლის, ღამის გასათევის სანაცვლოდ სექსის ქონასთან დაკავშირებით? რა წესებია გოგონებისთვის? რა წესებია ბიჭებისთვის?

12. როდესაც ფიქრობ ფულის, ნივთების, წამლის, ღამის გასათევის სანაცვლოდ სექსის ქონაზე, რა გრძნობები და ემოციები მოგდის თავში?
13. თუ ახალგაზრდას მოუნდება ფულის, ნივთების, წამლის, ღამის გასათევის სანაცვლოდ სექსის ქონა, სად წავა?
14. ფულის, ნივთების, წამლის, ღამის გასათევის სანაცვლოდ სექსის ქონის დროს, რა სახის ქცევებს აქვს ადგილი ადამიანებს შორის? (შემოხაზეთ იმდენი პასუხი, რამდენიც შეესაბამება)
 1. საუბრობენ
 2. ერთმანეთზე ზრუნავენ
 3. ერთმანეთს ეუბნებიან მე შენ მიყვარხარ
 4. ერთმანეთის ხელი უჭირავთ
 5. ერთად სვამენ
 6. ერთად მოიხმარენ ნარკოტიკებს /წამალს
 7. ერთად ჭამენ
 8. ერთად ეწვევიან
 9. ერთად მუშაობენ (მოწყალებას ითხოვენ, ყიდიან, და ა.შ)
 10. კოცნიან
 11. აქვთ ორალური სექსი
 12. აქვთ ვაგინალური სექსი კონდომით
 13. აქვთ ვაგინალური სექსი კონდომის გარეშე
 14. აქვთ ანალური სექსი კონდომით
 15. აქვთ ანალური სექსი კონდომის გარეშე
 16. აქვთ ჯგუფური სექსი (სექსი სამ ან მეტ ადამიანთან ერთად)
15. რა წესები აქვთ შენს მეგობრებს და ნაცნობებს პრეზერვატივების გამოყენებასთან დაკავშირებით? (სოციალური ნორმები).
16. რა გსმენია აივ-შიდსის შესახებ?
17. რამდენი ადამიანი იცი, რომელსაც აქვს აივ-შიდსი?
18. როგორ გახდნენ ისინი აივ-ინფიცირებულები?

Drug Use (DU) - ნარკოტიკის/წამლის გამოყენება

ახლა მე ვაპირებ მსგავსი კითხვები დაგისვა წამლის/ნარკოტიკის გამოყენებასთან დაკავშირებით. როდესაც ვამბობ ნარკოტიკს ვგულისხმობ აბებს, ფსიქოტროპულ წამლებს, ლირიკას, წამლებს რომლებიც გაიცემა მხოლოდ რეცეპტით, მარინუანას, ჰაშიშს, ჰეროინს, ექსტაზს, ტკივილგამაყუჩებლებს, ყაყაჩოს თესლს, ოპიუმის და სხვა წამლებს რომლებიც იწვევს ნარკოტიკულ თრობას.

1. როგორ ფიქრობ, ახალგაზრდები, რომლებიც თავიანთი დროის უდიდეს ნაწილს ატარებენ ქუჩაში, მუშაობენ ან ცხოვრობენ, რა მიზეზებით იწყებენ ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებას? (მოლოდინები)
 - a. რა მიზეზებია ბიჭებში? (როგორ იწყებენ ბიჭები)
 - b. რა მიზეზებია გოგონებში? (როგორ იწყებენ გოგონები)
2. რა დადებითი მხარეები აქვს ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებას, რა დადებითი (კარგი) შედეგები მოჰყვება? (+ შედეგების მოლოდინები)
3. რა უარყოფითი მხარეები აქვს ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებას, რა უარყოფითი (ცუდი) შედეგები მოჰყვება? (- შედეგების მოლოდინები)
4. რა სახის წესები აქვთ შენს მეგობრებს და ნაცნობებს ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებასთან დაკავშირებით? რა ხდება, როცა ამ წესებს არღვევენ ხოლმე? (სოციალური ნორმები: გართობის, დღესასწაულის დროს აუცილებელი წამლის დაღლევა, მარტო, ჯგუფში, მოხმარება ნიშნავს კარგ ტიპობას, თუ არა, გარიყული იქნები ჯგუფიდან, და ა.შ.)
 - a. როგორი წესები აქვთ ბიჭებს?
 - b. როგორი წესები აქვთ გოგონებს?
 - c. რა მსგავსებები, რა განსხვავებებია?
5. როცა ფიქრობ ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებაზე, რა გრძობები და ემოციები გიჩნდება ხოლმე?
6. მითხარი ბოლოს როდის მოიხმარე ნარკოტიკი/წამალი ან იყვნენ შენს გარშემო ისინი ვინც მოიხმარდნენ? როდის იყო ეს? რა მოხდა? სად იყავი? ვისთან ერთად იყავი? როგორ

იშოვე/იშოვეთ ეს წამალი? რა იყო მიზეზი ნარკოტიკის/წამლის მოხმარების? დეტალურად აღმიწერე ეს სიტუაცია.

7. რა ხდება ხოლმე, როცა ვინმე გადაღებთ ნარკოტიკის/წამლის მოხმარებას, მაშინ როცა ეს შენ არ გინდა? რას ეუბნები? რას გრძნობ ხოლმე? რა აზრები გიჩნდება ხოლმე?

ყველა კითხვარში რომელმაც მონაწილეობას იღებდნენ 14 დან 19 წლამდე ახალგაზრდები

Testing (T) ნაწილი

ახლა, როდესაც ჩვენ ვისაუბრეთ შენს სექსუალურ ქცევაზე, მინდა შემოგთავაზო შესაძლებლობა, რომ ჩაიტარო აივ ინფექციის სწრაფი ტესტი. არ აქვს მნიშვნელობა, თუ წარსულში შენ გაგიკეთებია თუ არა ეს ტესტი და გქონდა თუ არა დადებითი ან უარყოფითი პასუხი. ყველას შეუძლია განმეორებითი ტესტირება ამ კვლევაში. ვინც დათანხმდება, მიიღებს დამატებით ვენდისის ჰამბურგერ მენიუს და ორ სათამაშო უეტონს. ეს ნიშნავს იმას, რომ მხოლოდ ორი კომბო მენიუს გარდა გამოკითხვის ბოლოს, შენ მიიღებ დამატებით ჰამბურგერ მენიუს და ორ სათამაშო უეტონსაც. სანამ ჩვენ უშუალოდ ვისაუბრებთ ტესტის შესახებ, შეგეკითხები რამდენიმე შეკითხვას შენი ტესტირების ისტორიის შესახებ.

1. ოდესმე ჩაგიტარებია თუ არა აივ ინფექციის ტესტი?

① დიახ

② არა à აღნიშნე ამ გვერდზე N/A და გადადი შემდეგ სექციაზე

-99 არ პასუხობს

2. თუ, დიახ, როდის ჩაიტარე ბოლო აივ ტესტი?

① თვე _____ [თუ არ ახსოვს თვე, გაარკვიე სეზონი/დრო]

② წელი _____

-4 N/A

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

**3. თუ ჩაიტარე ტესტი, სად ჩაიტარე შენი ბოლო აივ-ტესტი?
დააზუსტე ადგილის სახელი და მდებარეობა**

ადგილის სახელი ან ტიპი _____

ქუჩა/ჩვეულებრივი ტესტირების ადგილი _____

-4 N/A

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

4. თუ ჩაიტარე ტესტი, რა შედეგი გქონდა ბოლო ტესტის მიხედვით:

① ნეგატიური

② პოზიტიური

-4 N/A

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

პრე კონსულტირება:

მოიშველიეთ ინფორმირებული თანხმობის ფორმა და კიდევ ერთხელ გაუმეორე შემდეგი საკითხები: ტესტირების პროცედურების აღწერა, კონფიდენციალურობის საკითხები, მიაწოდეთ ტესტირების სარგებლიანობაზე ინფორმაცია, ბოლოს, უთხარით, რომ აივ/შიდსი განკურნებადია და ადრეული გამოვლენა ენმარება მკურნალობის დადებით გამოსავალს ანუ აივ/შიდსი ისეთი დაავადებაა, რომელიც შეიძლება რომ მოიწინოს, თუ დროულად გამოავლინე!

5. აივ ტესტის ჩატარებაზე თანახმა ხარ თუ არა?

① თანახმაა

② არ არის თანახმა

თუ უარს ამბობს ტესტზე: სანამ გავაგრძელებ, წაგიკითხავ სხვადასხვა მიზეზებს, რომლითაც ადამიანები უარს ამბობენ აივ ტესტირებაზე. თითოეულ მათგანზე, მითხარი რამდენად არის ეს შენთვის უარის თქმის მიზეზი და კიდევ რამოდენიმე შეკითხვას დაგისვამ.

6. მიზეზები	დიახ	არა	N/A	არ პასუხობს
1. არ გრძნობ ამ გარემოში კომფორტულად თავს	①	②	-4	-99
2. არ გრძნობ კომფორტულად თავს შენი თანატოლების გარშემო	①	②	-4	-99
3. ახლახანს ჩაიტარე ტესტი	①	②	-4	-99
4. მზად არ ხარ ტესტის ჩასატარებლად	①	②	-4	-99
5. შენ უპირატესობას ანიჭებ სისხლის ტესტს	①	②	-4	-99
6. უკვე იცი შენი სტატუსი	①	②	-4	-99
7. სხვა კიდევ რა მიზეზებია, რის გამოც უარს ამბობ ჩაიტარო აივ ინფექციის ტესტი დღეს? ჩაწერეთ ყველაფერი, რასაც იცყვის.				

① არა

-99 არ პასუხობს

-4 N/A

თუ თანახმაა ტესტირების ჩატარებაზე, აღნიშნე N/A ზემოთ დასახელებულ მიზეზებზე.

ტარდება ტესტი! –

(1) თუ არ იტარებს ტესტს, მაშინ კითხვარს ვასრულებთ (კითხვა 8 დან 18 ჩათვლით) ბოლომდე და ვაძლევთ კითხვარის შევსების შემდგომ დაწესებულ საჩუქარს.

(2) თუ იტარებს ტესტს: კარგი, სანამ გავიგებთ ტესტის პასუხს, დაგისვამ კიდევ რამდენიმე კითხვას, რომ დავასრულოთ გამოკითხვა.

Trauma Experience (TE) ტრავმატული გამოცდილება

კარგი, კიდევ დაგისვამ კიდევ რამდენიმე კითხვას, რომ დავასრულოთ გამოკითხვა.

1. შენი მშობელი ან სხვა მოზრდილი შენს სახლში, ხშირად გაგინებს, შეურაცყოფას გაყენებს, ან გამცირებს?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

2. შენი მშობელი ან სხვა მოზრდილი შენს სახლში ხშირად გირტყავს ისე მაგრად, რომ შენ გაქვს დაღურჯებები?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

3. შენი მშობელი ან სხვა მოზრდილი შენს ცხოვრებაში ოდესმე თუ შეგნებია სექსუალურად ან შენ შეეხე მის სხეულს სექსუალურად?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

4. შენ მშობელს ან სხვა მოზრდილს შენს სახლში, ჰქონდა თუ არა ალკოჰოლზე ან წამალზე დამოკიდებულების პრობლემა?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

5. შენი მშობელი ან სხვა მოზრდილი შენს სახლში, ოდესმე მჯდარა ციხეში?

① დიახ

② არა

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

6. ოდესმე შენ თუ მჯდარხარ დროებით იზოლაცორში ან იყავი თუ არა დაპატიმრებული ან იჯექი ციხეში?

① დიახ

② არა

-98 არ იცის

-99 არ პასუხობს

7. რამდენად ვეთანხმები ამ წინადადებას: „არ მაქვს მომავლის იმედი“

① სრულიად არ ვეთანხმები

② არ ვეთანხმები

③ არც კი, არც არა

④ ვეთანხმები

⑤ სრულიად ვეთანხმები

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

8. რამდენად ვეთანხმები ამ წინადადებას: „არ მგონია, რომ დღისანს ვიცოცხლებ“?

① სრულიად არ ვეთანხმები

② არ ვეთანხმები

③ არც კი, არც არა

④ ვეთანხმები

⑤ სრულიად ვეთანხმები

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

9. რამდენად ვეთანხმები ამ წინადადებას: „ცხოვრებაში არასდროს შემიგინებია“?

① სრულიად არ ვეთანხმები

② არ ვეთანხმები

③ არც კი, არც არა

④ ვეთანხმები

⑤ სრულიად ვეთანხმები

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

10. რამდენად ეთანხმები ამ წინადადებას „ცხოვრებაში არასდროს მითქვამს ტყუილი“?

① სრულიად არ ვეთანხმები

② არ ვეთანხმები

③ არც კი, არც არა

④ ვეთანხმები

⑤ სრულიად ვეთანხმები

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

11. რამდენად ეთანხმები ამ წინადადებას „ყოველთვის ვახერხებ შევინარჩუნო კარგი განწყობა, მაშინაც კი, როცა გარშემო ყველაფერი ცუდად მიდის“?

① სრულიად არ ვეთანხმები

② არ ვეთანხმები

③ არც კი, არც არა

④ ვეთანხმები

⑤ სრულიად ვეთანხმები

-98 არ ვიცი

-99 არ პასუხობს

პოსტ კონსულტირება!

თუ იტარებს ტესტს, მაშინ ტესტის დასრულების შემდგომ ვაძლევთ დაწესებულ საჩუქარს!

დანართი №7. რაოდენობრივი კვლევის კითხვარი

თარიღი:	
ინტერვიუს დაწყების დრო	
ინტერვიუს დასრულების დრო	
ინტერვიუერი	
1. რამდენი წლის ხარ?	2. შენი სქესი? ① ბიჭი ② გოგო სხვა _____ -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
3. რომელი აღწერს შენს ეროვნებას? (შესაბამისი პასუხები)	
① ქართველი ② ქურთი-აზერბაიჯანელი ③ ბოშა მოლდაველი ④ ბოშა-ლომი ⑤ რუსი	⑥ იეზიდი ⑦ სომეხი ⑧ უკრაინელი სხვა _____ -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
3.a. რა არის შენი რელიგია?	
① მართლმადიდებელი ქრისტიანი ② კათოლიკე ქრისტიანი ③ მუსულმანი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
3.b. რამდენად მნიშვნელოვანია შენთვის რელიგია? (ბარათი A)	
① უმნიშვნელოა ② საშუალოდ ნიშნელოვანია ③ ძალიან მნიშვნელოვანია -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
4.a. სად დაიბადე:	
① საქართველო ② აზერბაიჯანი -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
4.b. არის თუ არა თბილისის გარდა სხვა ადგილი სადაც მიდიხარ ხოლმე სამუშაოდ?	
① თუ კი სად: _____ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
5. რა ენაზე საუბრობთ ძირითადად ოჯახთან/ მეგობრებთან?	
მეგობარი	ოჯახი
① ქართული ② ქურთული ენის დიალექტი ③ დომარი/ყარაჩი ④ ბოშური (მოლდაველი ბოშა) ⑤ ბოშური (ლომი) ⑥ რუსული ⑦ სომხური ⑧ იეზიდური ⑨ აზერბაიჯანული ⑩ უკრაინული ⑪ ქაჯური სხვა ----- -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① ქართული ② ქურთული ენის დიალექტი ③ დომარი/ყარაჩი ④ ბოშური (მოლდაველი ბოშა) ⑤ ბოშური (ლომი) ⑥ რუსული ⑦ სომხური ⑧ იეზიდური ⑨ აზერბაიჯანული ⑩ უკრაინული ⑪ ქაჯური სხვა ----- -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
6. გაქვს მობილური?	
① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	

IND ნაწილი I: ინდივიდუალური მახასიათებლები	
7. დადიხარ სკოლაში? ① დიახ → ② არა → -98 არ ვიცი ③ დავდივარ 1-4 ⑥ დავდივარ 10-12 -99 არ პასუხობს ④ დავდივარ 5-9 ⑦ ალარ დავდივარ ⑤ დავამთავრე 9 კლასი ⑧ არასოდეს მივლია სხვა _____	
7a. იცი წერა? ქართული ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	7b. იცი კითხვა? ქართული ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
მშობლიური ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	მშობლიური ენა ① დიახ ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
8. გაიხსენე ყველა ის ადგილი, სადაც გეძინათ ბოლო თვეს/30 დღის განმავლობაში? [შემოხაზეთ ყველა შესაბამისი პასუხი]	
① შენს სახლში/ბინაში ② ნათესავის სახლი/ბინა ③ მეგობრის (არა ნათესავი) სახლი ბინა ④ სასტუმრო/ბინა, რომელიც დაიქირავეთ ⑤ სარეაბილიტაციო ცენტრი ⑥ ციხე, დროებითი განთავსების საკანი ⑦ საავადმყოფო ⑧ დღის ცენტრი/ 24-საათიანი ცენტრი ⑨ ქუჩაში/პარკი/სკვერი ⑩ მანქანა ⑪ მითოვებული შენობა ⑫ ავტობუსი/ მატარებელი/ავროპორტის სადგური, ⑬ მიწის ქვეშა გადასასვლელი ⑭ კარავი ⑮ ინტერნეტ -კაფე სხვა _____ -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
9. ხარ დაოჯახებული?	
① დიახ ② არა ③ გაშორებული სხვა _____ -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
10. გყავს შეყვარებული?	
① დიახ (Go to Q9a) ② არა (Skip to Q10) -98 არ ვიცი (Skip to Q10) -99 არ პასუხობს (Skip to Q10)	
10a. რა სქესისაა შენი შეყვარებული?	
① მამრობითი ② მდედრობითი სხვა _____ -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
11. გყავს შვილები?	
① დიახ ② არა ③ მომეშალა/მომიკვდა	
11a-ზე თუ დიახ, რამდენი? _____ სხვა _____ -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	
12. იყენებ სოც. ქსელებს?	
① Facebook. ① დიახ. ② არა. -98 არ ვიცი. -99 არ პასუხობს ② Odnoklas. ① დიახ. ② არა. -98 არ ვიცი. -99 არ პასუხობს ③ Instagram. ① დიახ. ② არა. -98 არ ვიცი. -99 არ პასუხობს სხვა _____	

SE ნაწილი 1a: თვითშეფასება/
მომავალზე ორიენტაცია

მე წავიკითხავ წინადადებებს და უნდა მითხრა, რამდენად ეთანხმებით, ან არ ეთანხმებით. გამოიყენეთ ბარათი B თქვენი პასუხების ასარჩევად. პასუხები: არ ვეთანხმები, საშუალოდ ვეთანხმები, სრულიად ვეთანხმები.					
Q12	არ ვეთანხმები	საშუალოდ ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები	არ ვიცი	არ პასუხობს
① ვფიქრობ კარგი მომავალი მაქვს					
② ბევრი კარგი თვისება მაქვს					
③ მომწონს ჩემი თავი, როგორც ვარ					
④ ვფიქრობ ყველაფერს სწორად ვაკეთებ					
⑤ როცა პრობლემები მაქვს, ვიცი სად მივიღო დახმარება (R)					
⑥ როცა რაღაცა არ გამომდის, არ ვნებდები (R)					
⑦ ვფიქრობ, ძლიერი პიროვნება ვარ (R)					

**DEMO ნაწილი 1b: დემოგრაფიული მონაცემები,
ACES და ფსიქიკური ჯანმრთელობა**

<p>ამ ნაწილში შეგეკითხები ოჯახთან და ქუჩასთან დაკავშირებულ კითხვებს. ჩვენ გვინტერესებს შენი გრძნობები. უპასუხეთ: დიახ ან არა</p>	
<p>1. რა ასაკში დაიწყე ქუჩაში ცხოვრება ან მუშაობა?</p> <p>ჩაწერე: _____</p>	<p>6. ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა მოზრდილს შენს სახლში, ჰქონდა თუ არა ალკოჰოლზე ან წამალზე დამოკიდებულების პრობლემა?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>2. რა მიზეზით დაიწყეთ ქუჩაში ცხოვრება ან მუშაობა? არ წაუკითხოთ (აღნიშნეთ შესაბ. პასუხები)</p> <p>① გავიქეცი ოჯახიდან ⑨ ოჯახმა, მზრუნველმა გამომაგდო</p> <p>② ოჯახს რომ დავნმარებოდი ფულით (ახლაც ეხმარება) ⑩ სხვაგან არ მქონდა წასასვლელი</p> <p>③ ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გამო (იძულებულია) ⑪ ოჯახი უსახლკაროა</p> <p>④ მეგობრის ზეგავლენით ⑫ მშობლები არიან ციხეში</p> <p>⑤ თავისუფლება და სიანხლების ძიება, გართობა ⑬ ჩემი მშობლები/მზრუნველები გარდაიცვალნენ</p> <p>⑥ ოჯახში ძალადობა ⑭ ტრადიცია/ცხოვრების წესი</p> <p>⑦ ჩემი ფულის ქონა ⑮ მოპარვა</p> <p>⑧ მიგრანტი ვარ</p>	<p>7. ოდესმე, შენი მშობელი ან სხვა უფროსი შენს სახლში, მჯდარა ციხეში, ან ყოფილა დაპატიმრებული?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
	<p>8. ოდესმე, მჯდარხარ დროებით იზოლატორში ან იყავი თუ არა დაპატიმრებული ან იჯექი ციხეში?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
	<p>9. ოდესმე, მოგპარავს რამე?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
	<p>10. სხვა ბავშვებთან შედარებით, უფრო მეტ ჩხუბებში მონაწილეობ?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
	<p>11. ნერვიული ადამიანი ხარ?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
	<p>12. ადვილია შენი შეშინება?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>სხვა _____</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	
<p>3. ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა უფროსს შენს სახლში, ხშირად შეუგინებია, შეურაცხყოფა მოუყენებია ან დაუმცირებია?</p> <p>① დიახ ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>13. ხარ მოუსვენარი ადამიანი და არ შეგიძლია ერთ ადგილზე გაჩერება?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p style="text-align: center;">-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>

<p>4. ოდესმე, შენ მშობელს ან სხვა უფროსს შენს სახლში ხშირად დაურტყამს, ისე მაგრად, რომ გქონია დაღურჯებები?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>14. გაქვს ბევრი ენერჯია, რომ არ იცი რა უყო?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>5. შენი მშობელი ან სხვა უფროსი შენს სახლში ოდესმე თუ შეგხვებია სექსუალურად ან შენ შეეხე მის სხეულს სექსუალურად?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>15. გაწუნებს აკვიატებული (ამოჩემებული) აზრები?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>16. მარტოდ გრძნობ თავს?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>24. სხვა ადამიანები დიდხანს გიყურებენ/გაშტერდებიან?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>17. ბევრს ნერვიულობ?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>25. გესმის ხმები, რომლებიც სხვებს არ ესმით?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>18. ადვილია შენი განაწყენება?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>26. გაქვს ისეთი ძალა, რომელიც სხვა ადამიანებს არა აქვთ?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>19. გიჭირს აზრების მოკრეფა/ყურადღების მიქცევა რამეზე?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>27. გეშინია სხვა ადამიანების გარშემო ყოფნის?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>20. ხშირად მოწყენილი და ნაღვლიანი ხარ?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>28. ხშირად გინდება ტირილი?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>21. ფრჩხილებს იკვნეტ?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>29. გაქვს რაიმე სერიოზული სახის ფიზიკური ტკივილები?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>22. გიჭირს დაძინება?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>30. ამჟამად იღებ რაიმე ტიპის წამლებს?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p>23. ძალით დაგიზიანებია (დაგიმტვრევია, გაგიფუჭებია) ვინმეს საკუთრება?</p> <p>① დიახ. ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	

31. განვიცდია თუ არა შემდეგი?					
წინადადებები:	დიახ ①	არა ②	არ ვიცი -98	არ პასუხობს -99	
① დაყარალების და ძარცვის მსხვერპლი გამხდარხარ?					
② საკუთარ თავსთვის განზრახ მიგიყენებია ზიანი?					
③ გიფიქრია თავის მოკვლაზე?					
④ გქონდა თავის მოკვლის მცდელობა?					
31. სტიგმა Stigma შემდეგი შეკითხვები შეეხება, შენს გამოცდილებას ქუჩაში, თუ როგორ გექცევიან ადამიანები. (ბარათი B)	არ ვეთან- ხმები ①	საშუ- ალოდ ვეთან- ხმები ②	სრუ- ლიად ვეთან- ხმები ③	არ ვიცი -98	არ პასუ- ხობს -99
① ქუჩაში როგორც მექცევიან, ძალიან მწყინს.					
② რადგან ქუჩაში ვარ, სხვებივით კარგი არ ვარ.					
③ რადგან ქუჩაში ვარ, მე დამნაშავედ და შერცხვენილად ვგრძნობ თავს.					
④ რადგან ქუჩაში ვარ ადამიანებს ჩემი ეშინიათ.					
⑤ რადგან ქუჩაში ვარ, ხალხს გონია ჩემი ბრალია.					
⑥ რადგან ქუჩაში ვარ, ხალხი მექცევა როგორ უპატრონოს.					
⑦ რადგან ქუჩაში ვარ, სხვა ადამიანები ჩემში მხოლოდ ცუდ რაღაცეებს ხედავენ					
⑧ რადგან ქუჩაში ვარ, გამვლელები შეურაცხყოფას მაყენებენ.					
⑨ რადგან ქუჩაში ვარ, ხალხი ფიქრობს რომ ზარმაცი და საზიზღარი ვარ.					
⑩ ქუჩაში ყოფნის დროს იძულებული ვარ ყველას შევეწინააღმდეგო.					
⑪ რადგან ქუჩაში ვარ, პოლიცია ძალიან მაწუხებს.					

SN ნაწილი II: სოციალური ქსელები

შესავალი: შემდგომი ნაწილის მიზანია გაიგოს იმ ადამიანების შესახებ, რომელთაც თქვენ იცნობთ და რომლებიც თქვენ გიცნობენ. გთხოვ, დამისახელე შენი ახლობელი ადამიანები, რომლებსაც ეხმარები და /ან გეხმარებიან. შეგიძლიათ დაასახელოთ მისი სახელი ან „კლიჩკა“; არ მჭირდება მათი გვარების დასახელება. ჩვენ გვინდა დავიცვათ ამ ადამიანების პირადი ინფორმაცია. პირველ რიგში – ის ადამიანი დამისახელე რომელიც ყველაზე მნიშვნელოვანია შენთვის და ასე შემდეგ.....

სახელები („კლიჩკები“ ან რამე მიმანიშნებელი, ზედმეტი სახელი):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

დასახელებული პირების რაოდენობა:

შემდეგ, მე დაგისვამთ შეკითხვებს თითოეული ამ დასახელებული ადამიანის შესახებ. თუ არ იცით პასუხი ან უხერხულობას გრძნობთ, მითხარით და ამ შეკითხვებს აღარ შეგეკითხებით. მოდით, დავიწყოთ სახელით [NAME 1].

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
1. ვინ არის ეს პიროვნება შენთვის? ① დედა ② მამა ③ და/ძმა ④ ბებია/ბაბუა ⑤ სხვა ნათესავი ⑥ ქუჩის მეგობარი ⑦ ცენტრის მეგობარი ⑧ სკოლის მეგობარი/კლასელი ⑨ შეყვარებული/ყოფილი შეყვარებული ⑩ ბიზნეს პარტნიორი/პაქტენიკი ⑪ მასწავლებელი ⑫ სოციალური მუშაკი სხვა_____					
2. რამდენი ხანია, რაც იცნობ მას [NAME]? ჩაწერეთ რიცხვი/ციფრა - წლების რაოდენობა [-98 არ ვიცი, -99 არ მახსოვს]					
3. რა არის მისი სქესი? ① მამრობითი ② მდედრობითი სხვა_____ [-98 არ ვიცი, -99 არ მახსოვს]					

შემდეგ, მე დაგისვამთ შეკითხვებს თითოეული ამ დასახელებული ადამიანის შესახებ. თუ არ იცით პასუხი ან უხერხულობას გრძნობთ, მითხარით და ამ შეკითხვებს აღარ შეგეკითხებით. მოდით, დავიწყოთ სახელით [NAME 1].					
	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					
4. რა არის მისი ეროვნება? ① ქართველი ⑥ რუსი ② ქურთი-აზებაიჯანელი ⑦ იეზიდი ③ ბოშა მოლდაველი ⑧ სომეხი ④ ბოშა ლომი ⑨ უკრაინელი ⑤ შერეული სხვა _____ [-98 არ ვიცი, -99 არ პასუხობს]					
5. რა ასაკისაა [NAME]? მითხარი მისი მიახლოებითი ასაკი, ჩაწერეთ რიცხვი/ციფრა [-98 არ ვიცი, -99 არ პასუხობს]					
6. თუ არის 19 წლის და მასზე პატარა: [NAME] დადის სკოლაში? ჩაწერეთ: ① დიახ, ② არა, -98 არ ვიცი, -99 არ პასუხობს					
7. [NAME] თავის ძირითად დროს ატარებს ქუჩაში სამუშაოდ ან ცხოვრობს ქუჩაში? დაწერეთ: ① დიახ, ② არა, -98 არ ვიცი, -99 არა პასუხობს					
8. რას აკეთებს [NAME] ფულის საშოვნელად? ① ითხოვს მოწყალეობას ⑤ წმენდს შუშებს ② ყიდის რალაცეებს ⑥ იპარავს/ქურდობს ③ ქუჩის ზედამხედველია/აგროვებს ფულს ბავშვებისგან) ④ ქუჩის მუსიკოსია/მღერის სხვა _____ -98 არ ვიცი, -99 არ პასუხობს					

9. შეარჩიეთ წრეების წყვილი, რომელიც კარგად აღწერს თქვენს ურთიერთობას NAME-თან. გამოიყენე ბარათი C თქვენი პასუხების შერჩევისას. პასუხებია: არ არის სიახლოვე, მცირე სიახლოვე, სიახლოვე, ძალიან სიახლოვე.

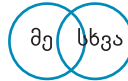
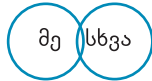
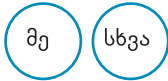
A ①	B ②	C ③	D ④	-98 არ იცის	-99 არ პასუხობს
-----	-----	-----	-----	-------------	-----------------

არ არის სიახლოვე

მცირე სიახლოვე

სიახლოვე

ძალიან სიახლოვე



	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
სახელი:					

ვაპირებ გკითხო თუ რას აკეთებდი ამ ადამიანებთან ერთად. პასუხებია: ყოველთვის, ხანდახან, არასდროს. (ბარათი D)

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
NAME:					
10. რა სიხშირით ისაუბრე [NAME] თან?	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის
11. რამდენად ხშირად დაგეხმარა [NAME] ფულით, საკვებით, თავშესაფრით და სხვა რამით?	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის
12. რა სიხშირით შემოგთავაზა რჩევა [NAME] მა, პირად და კერძო საკითხებზე?	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის
13. რა სიხშირით [NAME] -მა დაგიცვან დაგეხმარა, როცა ვინმე გაწუხებდა ან გავიწროებდა?	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის

14.რა სიხშირით [NAME] -ს გაუზიარე შენი გრძნობები და ემოციები?	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის
15.რა სიხშირით ითამაშეთ ან იმხიარულეთ [NAME] -თან ერთად?	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის	① არასდროს ② ხანდახან ③ ყოველთვის

SNO. ვაპირებ გვითხო დასახლებული ადამიანების შესახებ ზოგიერთი შეკითხვა. შეგიძლიათ მიპასუხოთ, კი ან არა.

	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
NAME:					
1. [NAME] მოიხმარს ალკოჰოლს, მათ შორის ლუდს, არაყს, ღვინოს ან სხვა შერეულ სასმელს?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
2. [NAME] მოიხმარს ნარკოტიკებს?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
3. [NAME] -ს აქვს სექსი ფულის, ნარკოტიკის, საკვების, ან თავშესაფრის, რაიმე ღირებული რამის მიღების სანაცვლოდ?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
4. [NAME] -ს ყოფილა დაპატიმრებული, ციხეში ან დროებით იზოლაციაში?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
5. [NAME] გეუბნება, რომ არ დალიო ალკოჰოლი?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
6. [NAME] გეუბნება, რომ არ მოიხმარო ნარკოტიკი?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს

SNO. ვაპირებ გკითხო დასახელებული ადამიანების შესახებ ზოგიერთი შეკითხვა. შეგიძლიათ მიპასუხოთ, კი ან არა.					
	პიროვნება 1	პიროვნება 2	პიროვნება 3	პიროვნება 4	პიროვნება 5
NAME:					
7. [NAME] ი არღვევს კანონს? ქურდობს, აყაჩაღებს, ტყეს ფანჯრებს, მანქანებს, გადააქვთ ნარკოტიკები, და ა.შ.	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
8. ეს NAME გეუბნება, რომ არ გქონდეს სექსი?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
9. ეს NAME გეუბნება, რომ გამოიყენო "პრეზერვატივი" როცა გაქვს სექსი?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს
10. NAME გეუბნება, რომ არ გქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ, როგორცაა ფული, თავშესაფარი, წამალი, ან სხვა ღირებული რამე?	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს	① დიას ② არა -98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს

12. მოდით ახლა ისცე შევხედოთ ბარათს D, ჩვენ გვინდა ვიცოდეთ, თუ თითოეული ადამიანი ერთმანეთთან რა სიხშირით საუბრობს?

- სახელი 1 საუბრობს სახელ 2-თან?
სახელ 3-თან? სახელ 4-თან? სახელ 5-თან?
- სახელი 2 საუბრობს სახელ 3-თან?
სახელ 4-თან? სახელ 5-თან?
- სახელი 3 საუბრობს სახელ 4-თან?
სახელ 5-თან?
- სახელი 4 საუბრობს სახელ 5-თან?

გასაღები:
 1. არასდროს
 2. ხანდახან
 3. ყოველთვის
 -98 არ ვიცი
 -99 არ პასუხობს

	სახელი 2:	სახელი 3:	სახელი 4:	სახელი 5:
სახელი 1:				
სახელი 2:				
სახელი 3:				
სახელი 4:				
სახელი 5:				

A ნაწილი III: ალკოჰოლი და წამლები/ ნარკოტიკები				
შემდეგ, შეგეკითხებით შეკითხვებს, რომელიც შეეხება შენს მიერ ალკოჰოლის და წამლის გამოყენებას. გთხოვ, უპასუხეთ გულწრფელად და გახსოვდეს, რომ პასუხები, არადროს დაუკავშირდება შენს სახელს.				
	დიახ	არა	არ ვიცი	არ პასუხობს
1. მოიხმარ თუ არა ალკოჰოლურ სასმელებს? (მათ შორის ლუდი)?				
2. როცა მოიხმარ ალკოჰოლს, სვამ თუ არა 5 ულუფაზე მეტს (ბოთლი/ბანკა/ჭიქა) ერთ დაღვევაზე? [1 ულუფა იგულისხმება სასმელი-1 ჭიქა/ბოთლი/ქილა)				
3. მოწამლულხარ თუ არა ან გქონია რაიმე სერიოზული პრობლემა (სიარულის სირთულე, ენის არევა, დავიწყება) ალკოჰოლის ან წამლის მოხმარების გამო?				

2. ქვემოთ ჩამოთვლითაგან რომელი ტიპის ნარკოტიკი გამოგიყენებია? შეგიძლია უპასუხოთ „დიახ“ ან „არა“. ინტერვიუერი: მითხარი, თუ მოგიხმარია შემდეგი ნარკოტიკი/წამალი? (წაუკითხე ყველა პასუხი და მიუთითე ყველა შესაბამისი პასუხები)				
	დიახ	არა	არ ვიცი	არ პასუხობს
1. ინჰალატორები (წებო/გაზი/ბენზინი/საღებავები)				
2. მარიხუანა (პლანი, ჰაშიში)				
3. „ხიშია“ (მოსაწვევისგან, ბულბულატორით, ბოთლით)				
4. სედატიური/საძილე წამლები/ტკივილ გამაყუჩებლები/ფსიქოტროპული (დიმედროლი/დიაზეპამი/ბაკლოსანი/ლირიკა/ციკლადოლი/გაბა-გამა)				
5. ბიო (შოკოლადი, თეთრი, შავი, კრისტალები)				

6. კოკაინი (კრეკი)				
7. სტიმულატორები/ ამფეტამინები (MDMA (ექსტაზი))				
8. ოპიოიდები (ჰეროინი, მორფინი, მეტადონი, კოდინი და ა.შ.)				
9. ჰალუცინოგენები (LSD, წვეთები, ტაბლეტი, სოკოები, მუავები)				
10. მიგილიათ ნარკოტიკი ინექციით (ნემსით)				
11. სხვა _____				

SC ნაწილი IVa: მე-კონცეფცია და ატიტულები

შემდეგ, მე წაგიკითხავთ წინადადებებს – რომელიც აღწერს სექსის შესახებ ზოგად მოსაზრებებს. თითოეული წინადადებისთვის მითხარით, რამდენად ეთანხმები ან არ ეთანხმები. გამოიყენეთ ბარათი B პასუხები არის: არ ვეთანხმები, საშუალოდ ვეთანხმები, სრულიად ვეთანხმები. იყავით გულწრფელი. თქვენი პასუხები არის კონფიდენციალური და ვერავინ ვერ ნახავს მათ.

	არ ვეთანხმები	საშუალოდ ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები	არ ვიცი	არ პასუხობს
1. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, უნდათ რომ უყვარდეთ;					
2. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, მოსწონთ სექსი;					
3. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, ამას აკეთებენ ალკოჰოლის და ნარკოტიკების ზემოქმედების ქვეშ;					
4. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი უარს ვერ ამბობენ;					
5. გოგონებს/ბიჭებს, რომელთაც აქვთ სექსი, არიან პოპულარულები.					

EX ნაწილი IVb: მოლოდინები, თვით-ეფექტურობა, განზრახვა

<p>შემდეგ, მე წაგიკითხავ წინადადებებს რომელიც ეხება სექსის ზეგავლენას შენს ცხოვრებაზე. თითოეულ წინადადებაზე მითხარი რამდენად ეთანხმები ან არ ეთანხმები. გამოვიყენებ ბარათი B. პასუხები: არ ვეთანხმები, საშუალოდ ვეთანხმები, სრულიად ვეთანხმები. თქვენი პასუხები კონფიდენციალურია და ვერაფერს ვერასოდეს ნახავს მას.</p>					
	არ ვეთანხმები	საშუალოდ ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები	არ ვიცი	არ პასუხობს
1. მე რომ მქონდეს სექსი, დაფუნძიმდებოდი ან სხვას დავაფუნძიმებდი.					
2. მე რომ მქონდეს სექსი, გადამედებოდა დაავადება, მათ შორის აივ-შიდსი.					
3. მე რომ მქონდეს სექსი, ვიგრძნობდი, რომ შეყვარებულს ვუყვარვარ.					
4. მე რომ მქონდეს სექსი, ჩემს ოჯახს/ახლობლებს შევარცხვენდი.					
5. მე რომ მქონდეს სექსი, „მაგარი ტიპი ვიქნებოდი“.					
6. მე რომ მქონდეს სექსი, ბევრი შვილი მეყოლებოდა და მეტი შემოსავალი მექნებოდა					
7. მე რომ მქონდეს სექსი შეყვარებულთან, ადვილად გამოვიყენებდი პრეზერვატივს.					
8. შეყვარებული რომ მყავდეს მექნებოდა სექსი.					

CS ნაწილი IVc: სექსი რაიმეს სანაცვლოდ

შემდეგი შეკითხვები შეეხება შენს შეხედულებებს სექსის შესახებ, რომელიც ხდება, როცა ვინმე ფულს (ფული, ნარკოტიკი, საკვები, თვშესაფარი ან სხვ. ღირებულ რამ) გათავაზობს სექსის სანაცვლოდ. თითოეული წინადადებისთვის გამოხატე თქვენი აზრი, რამდენად ეთანხმებით, ან არ ეთანხმები. გამოიყენეთ ბარათი B პასუხები: არ ვეთანხმები, საშუალოდ ვეთანხმები და სრულიად ვეთანხმები.					
	არ ვეთანხმები	საშუალოდ ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები	არ ვიცი	არ პასუხობს
1. მისაღებია, რომ ბიჭი/გოგო ჩაერთოს სექსში რაიმეს სანაცვლოდ, როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებულ რამ?					
2. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებულ რამ), მე გავხდებოდი ძალადობის მსხვერპლი.					
3. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებულ რამ), მე გადაამედებოდა დაავადება, მათ შორის აივშიდსი.					
4. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებულ რამ), მე ადვილად გამოვიყენებდი პრეზერვატივს.					
5. მე რომ მქონდეს სექსი რაიმეს სანაცვლოდ (როგორცაა ფული, თავშესაფარი, საკვები ან სხვა ღირებულ რამ), მე ბევრ ფულს ვიშოვიდი.					
6. სექსი მექნებოდა თუ ვინმე მომცემდა ფულს, წამალს, საკვებს, თავშესაფარს ან სხვა რამეს, რაც მენდობებოდა.					

SEX ნაწილი V: SB სექსუალური ქცევა

ახლა, მე მინდა მოგცე შესაძლებლობა, რომ ჩაიტარო აივ ინფექციის სწრაფი ტესტირება. არ აქვს მნიშვნელობა, შენ ადრე გაგიკეთებია თუ არა და იყავი თუ არა პოზიტიური თუ ნეგატიური. ყველას შეუძლია ამ ტესტის განმეორებით ჩატარება, თუ არის ამ კვლევის მონაწილე. ის მონაწილე, რომელიც ჩაიტარებს ამ ტესტირებას მიიღებს დამატებით საჩუქარს. ეს ნიშნავს იმას, რომ თქვენ მიიღებთ უფრო მეტ საჩუქარს, ვიდრე ჩვეულებრივ ის ადამიანი, ვინც ტესტირებას არ ჩაიტარებს. სანამ ჩვენ უშუალოდ ვისაუბრებთ ტესტზე, მანამდე მე შეგეკითხებით რამოდენიმე შეკითხვას შენი ტესტირების ისტორიაზე.

<p>1. ოდესმე თუ გსმენიათ აივ ინფექციის ან შიდსის შესახებ? [აუხსენით: აივ არის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი, რომელიც იწვევს შიდსს, რაც ნიშნავს შექცევილ იმუნო დეფიციტის სინდრომს.]</p> <p>② არა [SKIP TO #2] ① დიახ</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p> <p>1a. თუ იცნობ ვინმეს, რომელსაც აქვს აივი ან გარდაიცვალა შიდსისგან? (სახელს ნუ იტყვი)</p> <p>① დიახ ② არა</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>	<p>2. ოდესმე გაგიკეთებიათ აივ ტესტირება?</p> <p>② არა [SKIP TO #3] ① დიახ</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p> <p>2a. როდის გაიკეთეთ ბოლო აივ ტესტი? თვე _____ წელი _____</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p> <p>[თუ არ ახსოვს თვე, შეეკითხე რომელი სეზონი იყო]</p> <p>2b. სად გაიკეთეთ ბოლო აივ ტესტირება? [გაახსენებინეთ სახელი და ადგილი]</p> <p>ადგილის სახელი/ტიპი _____</p> <p>ქუჩა ან კონკრეტული ადგილი _____</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p> <p>2c. რა შედეგი მიიღეთ ბოლო აივ ტესტირების დროს?</p> <p>① პოზიტიური ② ნეგატიური</p> <p>-98 არ ვიცი -99 არ პასუხობს</p>
<p><u>ინელმძღვანელებს ტესტირების თანხმობის ფორმით და პრე ტესტირების კონსულტირებით</u></p> <p>3. დათანხმდა თუ არა მონაწილე აივ-ტესტირებას?</p> <p>① დათანხმდა ② უარი თქვა</p>	
<p>4. თუ უარს იტყვის ტესტირებაზე: კარგით, სანამ დავასრულებთ, მინდა წავიკითხო ზოგიერთი მიზეზი, თუ ადამიანების ნაწილი რატომ ამბობს უარს ტესტირებაზე. თითოეულ ამ მიზეზთან მიმართებაში დააფიქსირე შენი აზრი. იყო თუ არა ეს კონკრეტული მიზეზი, რის გამოც შენ უარი თქვი აივ ტესტირებაში მონაწილეობაზე.</p>	

მიზეზები	დიახ	არა	არ ვიცი	არ პასუ- ხობს
1. არ გრძნობ ამ გარემოში კომფორტულად თავს	①	②	-98	-99
2. არ გრძნობ კომფორტულად თავს შენი თანატოლების გარშემო	①	②	-98	-99
3. ახლახანს ჩაიტარე ტესტი	①	②	-98	-99
4. მზად არ ხარ ტესტის ჩასატარებლად	①	②	-98	-99
5. უპირატესობას ანიჭებ ნერწყვის ტესტს	①	②	-98	-99
6. უკვე იცი შენი სტატუსი	①	②	-98	-99
7. სხვა კიდევ რა მიზეზებია, რის გამოც უარს ამბობ ჩაიტარო აივ ინფექციის ტესტი დღეს? [ჩაწერეთ ყველაფერი, რასაც იტყვის]	①	②	-98	-99

<p>3. შენი ეროვნება?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ქართველი</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ქურთი-აზერბაიჯანელი</p> <p>3 <input type="checkbox"/> ბომა 4 <input type="checkbox"/> სხვა (დააზუსტეთ)</p>	<p>7. ხშირად აცდენ სკოლას? არ შეესაბამება</p> <p>1 <input type="checkbox"/> კი</p> <p>0 <input type="checkbox"/> არა ან (საერთოდ არ დადის)</p>
<p>4. მუშაობ ყოველ დღე ქუჩაში?</p> <p><input type="checkbox"/> არ შეესაბამება</p> <p>1 <input type="checkbox"/> კი 0 <input type="checkbox"/> არა</p>	<p>8. ხარ საქართველოს მოქალაქე? გაქვს ოფიციალური საბუთი?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> კი 0 <input type="checkbox"/> არა</p>

მხოლოდ ინტერვიუერისთვის

<p>1. გამომდინარე აქამდე დასმული შეკითხვების საფუძველზე, თუ რამდენად გაიგო მონაწილემ დასმული შეკითხვები ქართულ ენაზე, ჩემი აზრით ეს მონაწილე შეძლებს ინფორმირებული თანხმობის მოცემას და კითხვებზე პასუხის გაცემას.</p> <p><input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ შეესაბამება**</p>	<p>4. მონაწილე არის ალკოჰოლის ან წამლის ზემოქმედების ქვეშ ან სხვა.</p> <p><input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ შეესაბამება</p>
<p>2. მონაწილეს როგორც ჩანს აქვს ფსიქიატრიული პრობლემები, ჰალუცინაციები ან აზროვნების სირთულე.</p> <p><input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ შეესაბამება</p>	<p>5. მონაწილე უკვე ჩართული იყო კვლევაში.</p> <p><input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ შეესაბამება</p>
<p>3. მონაწილე არის ამკარად შეწუხებული, არის თვითმკვლელობისკენ მიდრეკილი ან ახასიათებს ძალადობრივი ქცევები.</p> <p><input type="checkbox"/> კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> არ შეესაბამება</p>	

** „არ შეესაბამება“ – დაასრულეთ.

<p>მონაწილეები რომლებიც თავიანთი მონაცემებით არ შეესაბამებიან კვლევაში მონაწილეობის კრიტერიუმს (სხვა ასაკობრივი ჯგუფიდან, ერთხელ უკვე მიიღო მონაწილეობა კვლევაში, არ ესმის ქართული)</p> <p>ინსტრუქცია: დაემშვიდობეთ და მადლობა გადაუხადეთ დროის დათმობისთვის და მიეცით სიმბოლური საჩუქარი.</p>	<p>მონაწილე რომელსაც აქვს ფსიქიატრიული სიმპტომები, აქვთ თვითმკვლელობის ან სხვისი დაშავების ნიშნები, შეინიშნება ინტოქსიკაცია</p> <p>ინსტრუქცია: დაუკავშირდით ცხელ ხაზს 15 05 ან გადაამისამართეთ მობილური ჯგუფთან.</p>
<p>მონაწილე რომელიც შეესაბამება კვლევაში ჩართვის კრიტერიუმებს: ინსტრუქცია: გადაუხადეთ მადლობა ინფორმაციისთვის და კიდევ ერთხელ კითხეთ სურს თუ არა კვლევაში მონაწილეობის მიღება.</p>	

რესპონდენტს კითხეთ:

10. მიიღებ მონაწილეობას?

- კი
 არა
 არ ვიცი
 არ პასუხობს

ინტერვიუერი	_____	_____	_ / _ / _ _
	ხელმოწერა	სახელი გვარი	თარიღი

დანართი №9. მოდული ეთიკის პრინციპები

კვლევის ეთიკური საკითხები

ეთიკური საკითხები კვლევის განხორციელებისას

1979 წელს, დაიხვეწა აშშ-ს ეროვნული კომისიის მიერ შექმნილი ეთიკური და სახელმძღვანელო პრინციპები. რომელიც ცნობილია ბელმონტის ანგარიშის / (BELMONT REPORT) სახელით და შედგებოდა სამი ძირითადი კომპონენტისგან, რაც გათვალისწინებული უნდა იყო კვლევაში, ესენია: (1) ადამიანის პატივისცემა (2) კვლევის სარგებელი (3) სამართლიანობა;

ადამიანის პატივისცემა

ადამიანთა პატივისცემის და ეთიკურობის პრინციპები შეიძლება დაიყოს 2 ძირითად ტიპად:

1. ადამიანები უნდა განიხილებოდნენ დამოუკიდებლად

დამოუკიდებელ პიროვნებას შეუძლია:

- განიხილოს პოტენციური ზიანი და სარგებელი
- გაანალიზოს, თუ რა რისკების და სარგებლის მომტანი შეიძლება იყოს მონაწილეობა
- ანალიზის საფუძველზე მიიღოს გადაწყვეტილება

კვლევის სავარაუდო მონაწილეებს უნდა მიეწოდოთ სრული ინფორმაცია კვლევაზე, რათა დამოუკიდებლად გადაწყვიტონ მიიღებენ თუ არა მონაწილეობას. არ უნდა მოხდეს მათზე ზეწოლა და უნდა მივცეთ საკმარისი დრო, რომ მიიღონ გადაწყვეტილება, სურთ თუ არა მონაწილეობა. ეთიკური პრინციპები გულისხმობს, რომ მონაწილეები ნებაყოფლობით ჩაერთვნენ კვლევაში და ჰქონდეთ შესაბამისი ინფორმაცია კვლევასთან დაკავშირებით. ეს მოხდება ინფორმირებული თანხმობის ფორმის გამოყენებით.

2. ადამიანები, რომლებსაც დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღება არ/ვერ შეუძლიათ, საჭიროა მათი უფლებების დაცვისთვის დამატებითი ღონისძიებების განხორციელება

როდესაც პირებს უჭირთ დამოუკიდებლად შეაფასონ კვლევაში ჩართვის რისკები და სარგებელი, საჭიროა შემუშავებულ იქნას სპეციალური დამხმარე დებულებები თანხმობის ფორმების სახით. ასეთი ფორმები საჭიროა ბავშვებთან, ქმედუუნარო პირებთან, შშმ პირებთან, მძიმე გონებრივი განვითარების მქონე ადამიანებთან. ასეთ შემთხვევებში თითოეულ მონაწილეს უნდა ეძლეოდეს შესაძლებლობა დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს, მიიღებს თუ არ

მონაწილეობას კვლევაში. ზოგ შეთხვევაში ეს ეთიკური საკითხები შეიძლება იყოს მშობლისგან ან მეურვისგან ინფორმირებული თანხმობის მოპოვება.

კვლევის ეთიკურ საკითხებში მნიშვნელოვანია გათვალისწინებული იყოს შემდეგი:

რისკის პრევენციის ძირითადი გამოწვევები, რომ

- უნდა დავრწმუნდეთ კვლევის მონაწილეებმა კარგად გაიაზრეს თუ არა მიწოდებული ინფორმაცია. გაიაზრეს რისკები და სარგებელი.
- მონაწილეზე არავის მოუხდენია ზეგავლენა და კვლევაში მონაწილეობას არ იღებს იძულებით ან სხვისი გავლენით.

ბენეფიტი/სარგებელი

- კვლევაში მონაწილეობა არ იყოს ზიანის მომტანი კვლევის მონაწილისათვის;
- მაქსიმალური სარგებლის მიღება და ზიანის მინიმუმამდე შემცირება;

სამართლიანობა

სამართლიანობა მოითხოვს, რომ ფიზიკურ პირებს და ჯგუფებს ექცეოდნენ სამართლიანად და მათ შეეძლოთ თანაბრად მიიღონ კვლევაში სარგებელი და მონაწილეობა. სამართლიანობის პრინციპებმა შეიძლება განსაზღვროს კრიტერიუმები კვლევაში მონაწილეებისთვის და მკვლევრებმა დასვან კითხვები, თუ რომელი ჯგუფები უნდა ჩართონ კვლევაში მათი კომპეტენტურობიდან, სარგებლიანობიდან და მოწყვლადობიდან გამომდინარე და არა იმის გამო, რომ პირდაპირ უკავშირდება შესასწავლ პრობლემას.

ეთიკური საკითხები სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებთან

ეთიკური საკითხების რეგულაციები შედგება 5 მთავარი სტანდარტისგან:

(STANDART A) – ძირითადი ეთიკური საკითხები ეხება ყველა სახის კვლევას, რომელიც ტარდება ნებისმერი უწყების მიერ.

(STANDART B) – დამატებითი პროტოკოლის და ინფორმირებული თანხმობის გამოყენება საჭიროა კვლევაში, როდესაც მონაწილეობას იღებენ – ორსული ქალები, მუცლად მყოფი ნაყოფი და ახალშობილები.

(STANDART C) – ადამიანზე სამედიცინო ან ქცევითი დაკვირვების დროს საჭიროა დამატებითი ეთიკური საკითხების დაცვა. მაგ: პატიმრებთან ან სხვა პირებთან, რომლებიც იმყოფებიან ერთ სივრცეში და მიმდინარეობს მათზე დაკვირვება.

(STANDART D) – ბავშვების, როგორც კვლევის მთავარ ობიექტების მონაწილეობისას გამოიყენება დამატებითი ეთიკური საკითხები, რომ მაქსიმალურად დაცული იყოს მათი უფლებები.

(STANDART E) – ეთიკური კომისიების და ინსტიტუციების დარეგისტრირება, რომლებმაც უნდა დაიცვან და შექმნან შესაბამისი პირობები ნებისმიერი კვლევის ჩატარებისას, აგრეთვე ვალდებულებები არიან წარმოადგინონ ამ უფლებამოსილების დამადასტურებელი დოკუმენტები.

კვლევაში ჩართული მონაწილეების დამატებითი დაცვითი მექანიზმები

კვლევაში დამატებითი დაცვითი მექანიზმები მოიცავს კვლევის ეთიკურობის პრინციპების დამატებით დაცვას, რომლის გამოყენება შეიძლება საჭირო იყოს კვლევის სპეციფიკურობიდან გამომდინარე და ასევე, კვლევის მონაწილის საჭიროებიდან გამომდინარე. ქვემოთ ჩამოთვლილ მოწყვლად ჯგუფებთან საჭიროა გამოვიყენოთ დამატებითი დაცვის მექანიზმები ინფორმირებული თანხმობის ფორმების მეშვეობით, რომელიც მათ მიანიჭებს კვლევაში მონაწილეობის უფლებას, ეთიკურ ნორმების დაცვით. მაგალითად, შეიძლება საჭირო გახდეს მათი კანონიერი წარმომადგენლის, მშობლის, ინსტიტუციის ხელმძღვანელის, საბჭოების ან სხვა უწყებების მიერ გაცემული თანხმობა. ძირითადად დამატებითი დაცვის მექანიზმების გამოყენება საჭიროა:

- ორსულ ქალებთან, ნაყოფ და ჩვილ/ახალდაბადებულ ბავშვებთან;
- თავისუფლების შეზღუდვის დაწესებულებებში მყოფ ადამიანებთან;
- ბავშვებთან;²

ასევე, ამ მოწყვლად ჯგუფში მოიაზრებიან: შშმ პირები (გონებრივი ჩამორჩენის მქონე), სოციალურად დაუცველები ან დაბალი განათლების მქონე პირები. მიუხედავად იმისა რომ, ამ კონკრეტული ჯგუფისთვის არ არსებობს პროტოკოლით გათვალისწინებული რეგულაციები, მკვლევრები ვალდებულნი არიან წარმოადგინონ დამატებით გარანტიები/პირობები ამ პირების უფლებების დაცვისთვის და მათი კეთილდღეობისთვის.

ზოგადად, HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS)³ მიხედვით სახელმწიფო დეპარტამენტები და სააგენტოები, რომლებიც ატარებენ ან მხარს უჭერენ კვლევების ჩატარებას, სადაც მონაწილე-

2 HHS Regulations - <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/45cfr46.html#subpartd>

3 HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS) <https://www.hhs.gov/>

ობენ ადამიანები ვალდებულნი არიან დაიცვან და შეაფასონ ყველა კვლევა შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:

- რისკები ინდივიდებში;
- რისკებისგან დაცვის ადეკვატურობა;
- კვლევის პოტენციური სარგებელი სუბიექტებისა და სხვებისათვის;
- მიღებული/მიღწეული ცოდნის მნიშვნელობა;

ინფორმირებული თანხმობის პროცესი

პირველ რიგში ინფორმირებული თანხმობისას მონაწილემ ნება-ყოფლობით უნდა მიიღოს მონაწილეობა კვლევაში. ინფორმირებული თანხმობა მოიცავს სამ მნიშვნელოვან ასპექტს:

- ნებაყოფლობითობა
- გააზრება/გაგება (Comprehension)
- გახსნა/გულწრფელობა (Disclosure)

ნებაყოფლობითობა: კვლევის მონაწილეზე მკვლევართა ჯგუფი არ უნდა ახდენდეს გავლენას, ჩაერთოს თუ არა კვლევაში. თანხმობა უნდა იყოს დამოუკიდებლად მიღებული და/ან ნამდვილად თავისი სურვილით.

გააზრება/გაგება: კვლევის მონაწილეებს უნდა შეეძლოთ გადაწყვეტილების მიღება და ინფორმაციის კარგად გაგება, რათა მიიღონ კვლევაში მონაწილეობის ან არ მონაწილეობის გადაწყვეტილება.

გახსნა/გულწრფელობა: მკვლევრებმა მონაწილეებს უნდა მიაწოდონ შემდეგი ინფორმაცია:

1. კვლევის მიზნები;
2. ნებისმიერი შესაძლო რისკები;
3. შესაძლო სარგებლის შესახებ, როგორც თვითონ მონაწილის, ასევე კვლევის და იმ ჯგუფისთვის, ვისთანაც ტარდება კვლევა;
4. კვლევის ალტერნატივის შესახებ;
5. კონფიდენციალურობის დაცვის შესახებ;
6. ზიანის შემთხვევაში კონპენსაციის გადახდის უზრუნველყოფაზე ინფორმაცია;
7. მონაწილეთა უფლებების დაცვის და ზიანის რისკების მინიმუმამდე შემცირების შესახებ ინფორმაცია;
8. მონაწილეობის პირობების გაცნობა, მათ შორის კვლევაში მონაწილეობის შეწყვეტის უფლებასთან დაკავშირებული ინფორმაცია.

აღნიშნული ინფორმაციის მიწოდება უნდა მოხდეს ისე, რომ პირმა მიიღოს შესაბამისი გონივრული გადაწყვეტილება მონაწილეობასთან დაკავშირებით.

რეგულაციები მოითხოვს, რომ მკვლევარმა გამოიყენოს კვლევაში ეფექტური ინფორმირებული თანხმობის ფორმა, რომელსაც ექნება იურიდიული ძალა და მონაწილეს მისცემს საშუალებას გადაწყვიტოს ჩაერთვება თუ არა კვლევაში, რაც ამცირებს იძულებას და არასასურველ გავლენას. პოტენციურ მონაწილეებს კარგად უნდა ესმოდეთ, რომ მონაწილეობის მიღება ნებაყოფლობითია და მათ შეუძლიათ ნებისმიერ დროს შეწყვიტონ კვლევაში მონაწილეობა.

იმისთვის, რომ კვლევა იყოს ნებაყოფლობითი აუცილებელია მინიმუმამდე შემცირდეს იძულების ან ზეწოლის რისკები კვლევის მონაწილეზე. ინფორმირებული თანხმობის ფორმა უნდა იყოს გაგებულ, როგორც მიმდინარე პროცესებში სამართლებრივი დაცვის მექანიზმი.

ამრიგად, ინფორმირებული თანხმობა მიზნად ისახავს კვლევის პოტენციური მონაწილეებისთვის კვლევის მიზნებთან, რისკებთან, ბენეფიტებთან/სარგებელთან, ალტერნატივებთან/ ცვლილებებთან დაკავშირებით ინფორმაციის სრულ მიწოდებას, რაც მონაწილეებს დაეხმარებათ გადაწყვეტილების მიღებაში .

ინფორმირებული თანხმობის პროცესში ინფორმაციის მიწოდების ვალდებულება მონაწილისთვის ეკისრება მკვლევარს. მკვლევარმა კვლევაში არ უნდა ჩართოს მონაწილე, სანამ არ დარწმუნდება, რომ მონაწილე იაზრებს მიწოდებულ ინფორმაციას, მისთვის ყველაფერი გასაგებია და დამოუკიდებლად იღებს გადაწყვეტილებას მონაწილეობასთან/ ჩართვასთან დაკავშირებით.

მკვლევარს შეუძლია გამოიყენოს რამდენიმე მეთოდი რომელიც დაეხმარება მონაწილეს ინფორმაციის გააზრებაში, მაგრამ ეს არ უნდა იყოს თანხმობის ფორმა. შესაძლებელია ეს მეთოდები იყოს:

- ზეპირი პრეზენტაცია, რომელიც კვლევის შესაძლო მონაწილეს აწვდის ინფორმაციას კვლევაზე. განიხილოს მიწოდებული ინფორმაცია და დასვას მონაწილეობის შესახებ ან სხვა ნებისმიერი კითხვა;
- დამატებითი მასალებით უზრუნველყოფა, როგორცაა ბროშურები, კვლევის ზოგადი ან კონკრეტული პროცედურების ახსნა, რომელსაც გამოიყენებთ კვლევაში და ა.შ.
- ვიდეო პრეზენტაციები შესაძლო მონაწილეებისთვის, რომელთაც გაეცნობიან კვლევას და მასთან დაკავშირებულ პროცედურებს.
- ინფორმირებული თანხმობა უნდა იყოს გასაგებ ენაზე დაწე-

რილი, რომ კვლევის ნებისმიერი მონაწილისთვის იყოს გასაგები.

კვლევის ჩატარება ინფორმირებული თანხმობის გარეშე

HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS)⁴ მიხედვით, არსებული ეთიკური საკითხების რეგულაციები საშუალებას იძლევა მოხდეს ინფორმირებული თანხმობის შეცვლა ან მოიხსნას ზოგიერთ შემთხვევაში, თუ დაკმაყოფილებულია შემდეგი პირობები:

- კვლევა ან პროექტი ხორციელდება სახელმწიფოს ან ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლების თანხმობით, ან მათთან დაქვემდებარებით და კვლევა მიზნად ისახავს შეისწავლოს და შეაფასოს:
 - i. საზოგადოებრივი სარგებელი ან მომსახურების პროგრამები;
 - ii. პროგრამის /სერვისის მომსახურების და სარგებლის მიღების პროცედურები;
 - iii. შესაძლო ცვლილებები ან ალტერნატივები ამ სერვისებში/პროგრამებში;
 - iv. პროგრამის/ სერვისის მეთოდების შესაძლო ცვლილება ბენეფიტის/სარგებლის გადახდის ან ამ პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიღების.

ინფორმირებული თანხმობისგან განთავისუფლება ან მისი შეცვლა შესაძლებელია Institutional Review Board⁵ (IRB – აშშს სახელმწიფო ინსტიტუციის/ეთიკის კომისიის საბჭო) ეთიკის კომისიის პრინციპებზე დაყრდნობით, თუ დაკმაყოფილებულია შემდეგი პირობები:

1. კვლევა მოიცავს მინიმალურ რისკებს ინდივიდების მიმართ;
2. უარის თქმა ან შეცვლა უარყოფით გავლენას არ მოახდენს ადამიანის კეთილდღეობაზე და უფლებებზე;
3. ნებისმიერ კვლევაში, მონაწილეს აქვს მონაწილეობაზე უარის თქმის შესაძლებლობა;
4. საჭიროების შემთხვევაში კვლევის მონაწილეს მიეწოდება დამატებითი ინფორმაცია კვლევის შესახებ, კვლევაში მონაწილეობის შემდეგ.

გადაწყვეტილება, იმის შესახებ უნდა გაუქმდეს ან საჭირო არის თუ არა ინფორმირებული თანხმობა, დამოკიდებულია, რამდენად

4 HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS) <https://www.hhs.gov/>

5 Institutional Review Board - <https://www.hhs.gov/ohrp/register-irbs-and-obtain-fwaf/irb-registration/new-irb-registration/index.html>

აქტუალურია ესა თუ ის საკითხი. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ რეგულაციაში არაა განსაზღვრული, რას შეიძლება მოიცავდეს აქტუალურობა. ეს მკვლევარს არ აძლევს დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღების უფლებას, გამოიყენოს თუ არა ინფორმირებული თანხმობის ფორმა.

ზოგიერთ შემთხვევაში ინფორმირებულ თანხმობაზე უარის თქმის მიზეზი შეიძლება იყოს კვლევისთვის საჭირო სამედიცინო ჩანაწერის განხილვა ან არსებული მონაცემების და ნიმუშების გამოყენება, რომელიც უკავშირდება კვლევის შესაძლო მონაწილეს. კონკრეტული გადაწყვეტილებების მიღება ხდება ინსტიტუციური/ეთიკური კომისიის მიერ (IRB).

ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტი აუცილებლად უნდა იყოს წერილობითი ფორმის, რომელიც მოიცავს ყველა საჭირო პუნქტს ან უნდა იყოს შემოკლებული ფორმით, თუმცა, ყველა საჭირო პუნქტი და დეტალი ზეპირად უნდა გადაეცეს კვლევის შესაძლო მონაწილეს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს. აუცილებელია, რომ ინფორმირებულ თანხმობის ფორმას მოეწეროს ხელი მონაწილის და მკვლევრის მიერ.

ასევე, ინსტიტუციურმა/ეთიკურმა კომისიამ (IRB) შესაძლებელია გააუქმოს დეტალიზირებული/წერილობით ინფორმირებული თანხმობის ფორმის გამოყენება, იმ შემთხვევაში თუ:

1. კვლევაში მონაწილეების იდენტიფიცირების ერთადერთი საბუთი ინფორმირებული თანხმობის ფორმაა და მონაწილეების კონფიდენციალურობა შესაძლოა დაირღვეს მხოლოდ ინფორმირებულ თანხმობაზე დატანილი ხელმოწერით. ამისთვის აუცილებელია მკვლევარმა კითხოს თითოეულ პოტენციურ მონაწილეს სურს, თუ არა გაფორმდეს და ხელი მოეწეროს ინფორმირებულ თანხმობის ფორმას.
2. ან, კვლევა არ მოიცავს მინიმალურ რისკებსაც კი კვლევის მონაწილეებისთვის და არ საჭიროებს წერილობით გაფორმდეს და ხელი მოეწეროს ინფორმირებულ თანხმობის ფორმას.

დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღება

დამოუკიდებელ გადაწყვეტილებაზე შეიძლება გავლენა იქონიოს რამდენიმე ფაქტორმა. ესენია: ასაკი, გონებრივი და შემეცნებითი შეზღუდვა, ავადმყოფობა და მკურნალობა. ინდივიდუალური შესაძლებლობები უნდა შეფასდეს ინფორმირებული თანხმობისთვის, თუ რამდენადაა გასაგები მონაწილისთვის, შემდეგი კრიტერიუმებით:

1. ინდივიდს რამდენად შესწევს გაგების და გააზრების უნარი, რა დონეზეა მისი თუნდაც ჩამორჩენილობა, განათლება და ა.შ.
2. ინდივიდს რამდენად შესწევს უნარი გაიაზროს კვლევის სირთულეები და რისკები და რამდენად საკმარისია მისი შესაძლებლობები მონაწილეობის მისაღებად.

გადაწყვეტილების მიღების უნარი და კანონიერი წარმომადგენლის უფლებამოსილება

ბელმონტის⁶ პრინციპების თანახმად მკვლევარებმა უნდა შეიმუშაონ დებულება კვლევაში მონაწილე პირებისთვის, რომლებმაც თავიანთი ინტერესებიდან გამომდინარე უნდა მიიღონ გადაწყვეტილება. აქედან გამომდინარე, კანონიერ წარმომადგენელს ენიჭება უფლება ნებაყოფლობით გასცეს თანხმობა ინფორმირებული თანხმობაზე, სხვადასხვა შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე მონაწილეებისთვის. თუმცა, კვლევის მონაწილემაც უნდა განაცხადოს წარმომადგენელთან ერთად თანხმობა მონაწილეობასთან დაკავშირებით. მაგალითად, ზოგიერთი ადამიანი, რომელიც იმყოფება მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე, მათთან ისეთი დრო უნდა შეარჩიოს მკვლევარმა, როდესაც შეძლებს უშუალოდ მისგან მოიპოვოს თანხმობა. ხოლო თუ კვლევის დაწყების მომენტში მონაწილეს არ შეეძლო დამოუკიდებლად თანხმობის მიცემა და საჭირო გახდა კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა, მაგრამ კვლევის წარმოების პროცესში მას „დაუბრუნდა გადაწყვეტილების მიღების უნარი, გახდა ქმედუნარიანი“, მკვლევარმა მისგან ისევ უნდა აიღოს ინფორმირებული თანხმობა.

ბავშვების მონაწილეობა კვლევაში

ბავშვებს არ აქვთ სრულფასოვანი გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა. შესაბამისად, (1) ბავშვები განიხილებიან მოწყვლად ჯგუფებად და სოციალურად დაუცველებად; (2) ბავშვებს არ შეუძლიათ იურიდიულად ეფექტური თანხმობის მიცემა ინფორმირებული თანხმობის რეგულაციების შესაბამისად.⁷

იმის გამო, რომ ბავშვებს არ შეუძლიათ მოგვაწოდონ ინფორმირებული თანხმობა, ისინი გვაძლევენ თანხმობას კვლევაში მონაწილეობისთვის იმდენად, რამდენადაც მათ აქვთ სურვილი კვლევაში

6 THE BELMONT REPORT. 1974. *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Department of Health, Education, and Welfare. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

7 Department of Health and Human Services. 2018. *Requirements – Additional Protections for Children*. <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/45cfr46.html#subpartd>

მიიღონ მონაწილეობა, ხოლო მშობელი/მეურვე ნებართვას აძლევს ბავშვის მონაწილეობის მისაღებად ინფორმირებული თანხმობით.

დამატებითი მარეგულირებელი (მშობლის თანხმობა) მოთხოვნა თანხმობისთვის და ბავშვის თანხმობა კვლევაში მონაწილეობისთვის არის განკუთვნილი იმის დასადგენად, რომ მკვლევარი პატივს სცემს, როგორც ბავშვის, ასევე მშობლის/მეურვის გადაწყვეტილებას.

თანხმობა და უფლება ბავშვებისთვის კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე

ასაკი, სიმწიფე და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა უნდა იქნეს გათვალისწინებული ბავშვის კვლევაში ჩასართავად. ამის განსაზღვრა ხდება ინსტიტუციური/ეთიკური კომისიის (IRB)⁸ მიერ. მას შეუძლია მოახდინოს თითოეული ბავშვის ინდივიდუალური შეფასება თუ, რამდენად შეუძლია ან არ შეუძლია მიიღოს მონაწილეობა. ასევე, შეიძლება შეიმუშაოს შეფასების ფორმა ყველა მონაწილე ბავშვისთვის და ამით დაადგინოს, ვის შეუძლია კვლევაში მონაწილეობა და ვის არა.

თანხმობის პროცედურების/ფორმის შინაარსი და ენა უნდა შეესაბამებოდეს ბავშვის ასაკს, განათლების და განვითარების დონეს. შესაძლებელია საჭირო გახდეს თანხმობის სხვადასხვა ფორმების მომზადება, თუ კვლევაში მონაწილეობას იღებს სხვადასხვა ასაკის და განათლების ბავშვი.^{9 10}

8 The Institutional Review Board - <https://www.hhs.gov/ohrp/register-irbs-and-obtain-fw/irb-registration/index.html>

9 The National Institutes of Health (NIH) Office of Extramural Research. 2018. "Protecting Human Research Participants". [https://grants.nih.gov/grants/glossary.htm?fbclid=IwAR0ir18dHm4fCtBW_22IEYM86c4CJqV99WUcaMq8nQt6n8JGfPEABJHS2Us#InstitutionalReviewBoard\(IRB\)](https://grants.nih.gov/grants/glossary.htm?fbclid=IwAR0ir18dHm4fCtBW_22IEYM86c4CJqV99WUcaMq8nQt6n8JGfPEABJHS2Us#InstitutionalReviewBoard(IRB))

10 HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS) <https://www.hhs.gov/>

ნებაყოფლობითი კონსულტირება ტესტირება აივ/შიდსზე – ნკტ

პირველ რიგში კლიენტს აუხსენით, რომ აივთან დაკავშირებული ყველა ეტაპი არის კონფიდენციალური, მათ შორის კონსულტირების დროს მის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია, ტესტირების პროცედურა და შედეგი!

1 ეტაპი: კონსულტირება ტესტირების წინ

კლიენტს ვაცნობთ აივის გადადების/არ გადადების გზების და სიმპტომების შესახებ ინფორმაციას:

აივი ეს არის ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი და არის გადადები. არსებობს გადადების 3 გზა: 1. ყველა ფორმის დაუცველი (პრეზერვატივის გარეშე), შეღწევადი სქესობრივი კონტაქტი; 2. შეუმოწმებელი სისხლის ან სისხლის კომპონენტების გადასხმა, არასტერილური, საზიარო სამედიცინო და კოსმეტოლოგიური, მჭრელი და მჩხვლეტავი ინსტრუმენტები და 3. დედიდან ბავშვზე/ნაყოფზე: ორსულობისას; მშობიარობის დროს; ძუძუთი კვების დროს.

აივი არ გადადის: ხელის ჩამორთმევით, კოცნით, ჰაერწვეთოვანი, ჩახუტებით, საერთო აბაზანის, ტანსაცმლის, საერთო ჭურჭელი მოხმარების გზით.

აივით დაინფიცირების დროს, ხშირია: არამოტივირებული ცხელება; ძლიერი საერთო სისუსტე; წონაში კლება სხეულის მასის 10%-ით და მეტად; ოფლიანობა; ლიმფური კვანძების გადიდება; ფალარათი; სხვადასხვა სახის გამონაყარი კანსა და ლორწოვან გარსებზე; თეთრი ფერის ნაღები ენაზე; გახანგრძლივებული ფილტვების ანთება, რომელიც ცუდად ექვემდებარება ჩვეულებრივ ანტიბაქტერიულ თერაპიას; ნერვული სისტემის სხვადასხვა სახის დაზიანება (დემენცია, მენინგიტი, ენცეფალიტი, მიელოპათია, პერიფერიული ნეიროპათია) და სხვა.

შემდეგ კლიენტს ვუხსნით, რატომ უნდა ჩაიტაროს აივის ტესტი და ვებმარებით რისკის შეფასებაში:

- ჰქონია თუ არა მას სქესობრივი კონტაქტები სხვადასხვა პარტნიორთან?
- ჰქონია თუ არა მას სქესობრივი კონტაქტები (ვაგინალური, ანალური ან ორალური) რომელიმე პარტნიორთან პრეზერვატივის გარეშე?

- ხომ არ არის ის ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი და ხომ არ იყენებს საზიარო შპრიცებს?
- ჰქონია თუ არა სქესობრივი ურთიერთობები ვინმესთან, ვინც იყენებს საზიარო შპრიცებს?
- ხომ არ ჰქონია სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციური დაავადებები, ან აქვს თუ არა ამ ინფექციების სიმპტომები (გამონადენი, ტკივილი შარდვის დროს, ქავილი საზარდულის არეში ან წყლულები)?
- ხომ არ დაუმყარებია სქესობრივი ურთიერთობა ფულის ან ნარკოტიკების სანაცვლოდ?
- ხომ არ იყენებს ალკოჰოლურ სასმელებს, მარიხუანას ან ინექციურ ნარკოტიკებს სქესობრივი კავშირის დამყარებამდე?

თუ კლიენტი დადებითად პასუხობს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ კითხვას, მისი აივ-ით დაინფიცირების რისკი მატულობს. ჰკითხეთ, ხომ არ აქვს რაიმე შეკითხვები დაუთმეთ დრო შეკითხვებზე პასუხს; კლიენტს განუმარტეთ რომ რაც უფრო ადრე მოახდენს აივის იდენტიფიცირებას რისკის შემთხვევაში მით მეტი დადებითი შედეგი აქვს მკურნალობას და ასევე საგრძნობლად ახანგრძლივებს სიცოცხლეს. ჰკითხეთ, ხომ არ აქვს რაიმე შეკითხვები დაუთმეთ დრო შეკითხვებზე პასუხს;

2 ეტაპი: ტესტირება

ვუხსნით კლიენტს ტესტირების პროცედურებს, ვუხსნით რომ არსებობს 3-თვიანი “ფანჯრის პერიოდი”. როგორ ჩატარდება ტესტირება და ტესტირების რა სახეები გამოიყენება როდის იქნება შედეგები და როგორ და როდის შეუძლია კლიენტს მათი მიღება.

ნეგატიური (უარყოფითი) - პიროვნება არ იყო ინფიცირებული ტესტის ჩატარებამდე 3 თვით ადრე;

პოზიტიური (დადებითი) - პიროვნება არის აივ ინფიცირებული და საჭიროებს მხარდაჭერას და დახმარებას სოციალურ და სამედიცინო სფეროებში;

გაურკვეველი - პიროვნების აივ სტატუსი რჩება დაუდგენელი, საჭიროებს განმეორებით ტესტირებას.

ჰკითხეთ, ხომ არ აქვს რაიმე შეკითხვები დაუთმეთ დრო შეკითხვებზე პასუხს;

ტესტირების პროცედურის ჩატარება:

- ვიკეთებთ ლატექსის ერთჯერად ხელთათმანებს;
- გავხსნით პაკეტს, სადაც მოთავსებულია ტესტი;
- თითზე სკარიფიკატორის ჩხვლეტით ვიღებთ 1 წვეთ სისხლს;
- ტესტს დავაწვეთებთ სისხლს და 4 წვეთ სითხეს და ველოდებით 5 წუთი;

- როდესაც ტესტი სრულად გაფერადდება წითელი ფერით, სინჯზე უნდა გამოჩნდეს 1 ხაზი (თუ უარყოფითი პასუხია) 2 ხაზი (თუ დადებითი პასუხია) ან არცერთი ხაზი ტესტი საექტვლა, ან ხარვეზი აქვს)
- პასუხის გაგების შემდეგ ტესტს და სკარიფიკატორს ვაგდებთ ბიო ნარჩენებისთვის განკუთვნილ უტილიზაციის ყუთში, რომელსაც ვაწვდით შესაბამის ორგანიზაციას გასანადგურებლად.

3 ეტაპი: კონსულტირება ტესტირების შემდეგ

ტესტირების შედეგის გამოცხადებამდე: მიაწოდეთ კლიენტს საინფორმაციო მასალები, სამომავლო რისკების თავიდან ასაცილებლად, კონდომების სწორი გამოყენების შესახებ, ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია მხარდაჭერის სოციალური და სამედიცინო სამსახურების შესახებ. განსაზღვრეთ და განიხილეთ ქცევის უსაფრთხო მოდელები, შეაფასეთ კლიენტის უნარი, გაუმკლავდეს სირთულეებს ტესტის პასუხის მოლოდინის პერიოდში და შეატყობინეთ კლიენტს ტესტის შედეგები:

- (1) თუ შედეგი უარყოფითია: კლიენტი არ იყო ინფიცირებული სამი თვის წინ. თუ არსებობს რისკები, რომ ის დაინფიცირდა უახლოესი 3 თვის განმავლობაში - აუხსენით ტესტის შეზღუდვები (დაგვიანება ინფექციასა და ანტისხეულების გამომუშავებას შორის) და განიხილეთ განმეორებითი ტესტირების შესაძლებლობა.
- (2) თუ შედეგი დადებითია: კლიენტი ინფიცირებულია, კლიენტს შეუძლია ინფექცია გადასდოს სხვას. დაავადების განვითარება და პროგნოზი დამოკიდებულია ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაზე. ამიტომ, მიეცით სამედიცინო რეკომენდაციები: განიხილეთ გეგმიური სამედიცინო ღონისძიებები (საკონტროლო ტესტირება, მკურნალობის ჩატარება, წამალდამოკიდებულების მკურნალობა, ფსიქოთერაპია) დაეხმარეთ კლიენტს, შეადგინოს სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების გეგმა განსაზღვრეთ კლიენტის ემოციური მდგომარეობა, თუ რა მხარდაჭერას საჭიროებს კლიენტი (კრიზისული მდგომარეობიდან გამოყვანა, თვით დახმარების ჯგუფები, სანიტარული განათლება).
- (3) თუ შედეგი გაურკვეველია: მიაწოდეთ ინფორმაცია ტესტის ჩატარების სხვა გზებთან დაკავშირებით და ავუხსნათ, რამ გამოიწვია გაურკვეველი შედეგი. ეს შესაძლოა იყოს ტესტის ხარვეზი, სხვა ცვლილები ორგანიზმში ან სხვა დაავადება; გადავამისამართოთ შესაბამის უწყებაში განმეორებით ტესტისთვის.

დანართი №11. ბროშურა აივ/შიდსის



შიდსი გადაეცემა

ნებისმიერი დაუცველი სექსუალური ურთიერთობით

საერთო კოსმეტიკური ნივთებით (შაკრატელი, საპარსი), სამედიცინო ნეშით/მპრიცით ან სხვა სისხლთან კავშირში მყოფი ინსტრუმენტებით;

ინფიცირებული დედიდან ბავშვზე ორსულობის, მშობიარობის ან მუქეთი კვების შედეგად;

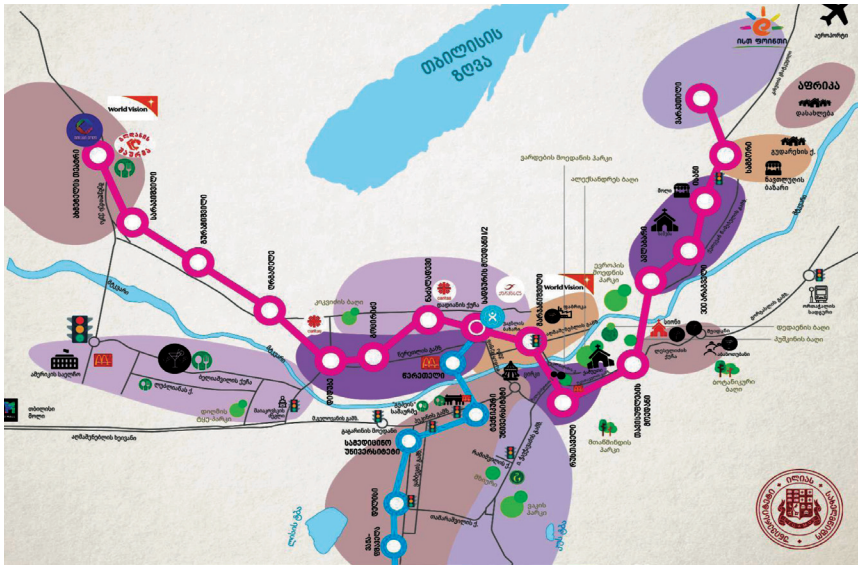
დაიცავი თავი! აირიდე დაავადება!

გამოიყენე პრეზერვატივი

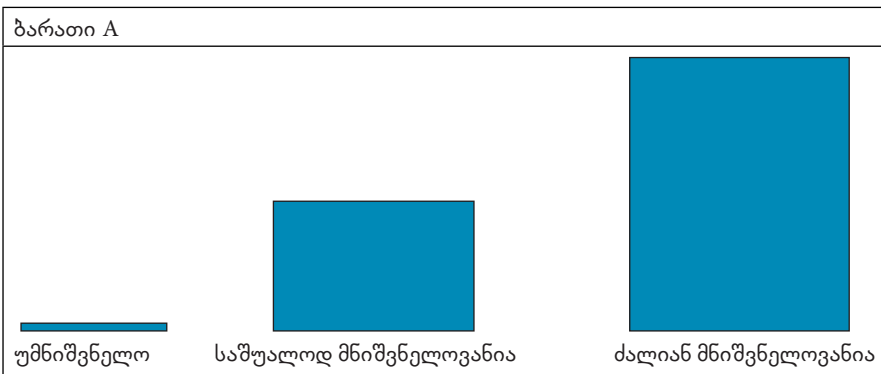
ისარგებლეთ მხოლოდ ერთჯერადი ან სათანადოდ გასტერილბებული შპრიცებით, ნეშით და სხვა კოსმეტიკური ნივთებით

- ნებაყოფლობითი კონსულტირება
- ანტივირუსული კვება
- საკეისრო კვეთა
- ხელოვნური კვება

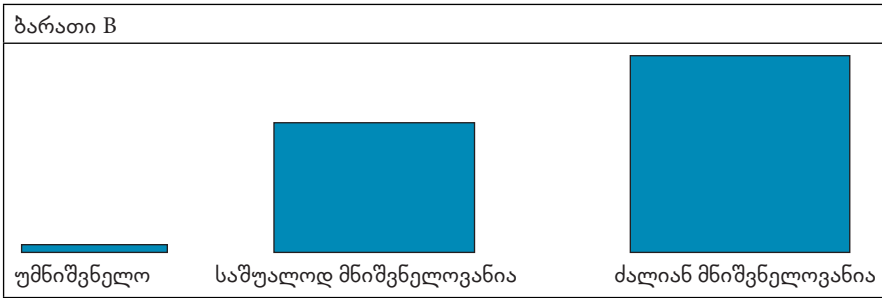
დანართი №12. რუკა



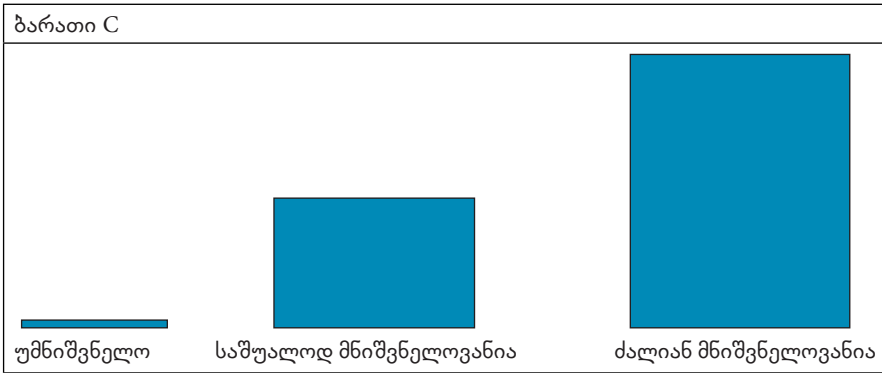
დანართი №13. ბარათი A



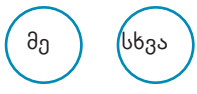
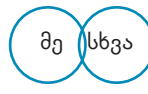
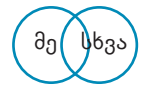

დანართი №14. ბარათი B



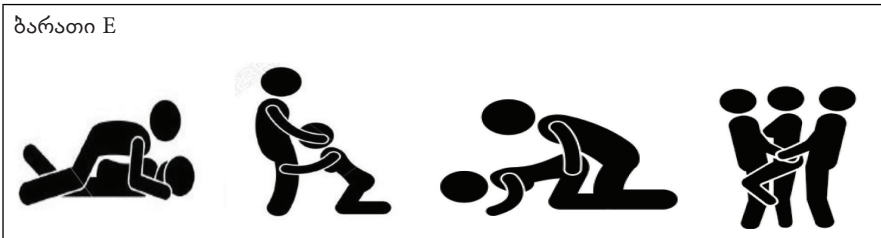
დანართი №15. ბარათი C



დანართი №16. ბარათი D

ბარათი D			
<p>არ არის სიახლოვე</p>  <p>A</p>	<p>მცირე სიახლოვე</p>  <p>B</p>	<p>სიახლოვე</p>  <p>C</p>	<p>ძალიან სიახლოვე</p>  <p>D</p>

დანართი №17. ბარათი E



დანართი_18_ბროშურა კვლევის შესახებ



რას ბაღისმომს პრემიის მქონეთან დაკავშირებული ხალხგანმეცხვინ შეხასებ?

პრემიის მქონეთან დაკავშირებული ხალხგანმეცხვინ სოციალური ბაზრისთვის შეხასებ?

ვის შეხასებთ მონაწილეობა?

მონაწილეობა შეხასებთ მონაწილეობა 10-დან 19 წლამდე მონაწილეობა, რომლისთვისაც „მე“ მისი მონაწილეობა განაწილებს ნაწილს და რომლისაც აკავშირებს მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით. მონაწილეობის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით.

მონაწილეობის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით.

რას ბაღისმომს კვლევაში მონაწილეობა?

კვლევაში მონაწილეობა ბაღისმომს მონაწილეობაში მონაწილეობა.

14 წლიდან ნებისმიერ ასაკში მონაწილეობა, ან მონაწილეობა მონაწილეობაში.

ხარ ჩამარტება კვლევა?

მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით.

კვლევაში მონაწილეობის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით.

კვლევაში მონაწილეობის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით მონაწილეობის დასრულების შემდეგ კომუნიკაციის მიხედვით.



