

HIV and AIDS in Georgia: A Socio-Cultural Approach

The views and opinions expressed in this publication are those of the authors, and do not necessarily represent the views and official positions of UNESCO or of the Flemish government. The designations employed and the presentation of material throughout this review do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNESCO or the Flemish government concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning its frontiers or boundaries.

This project has been supported by the Flemish government.

Published by:
Culture and Development Section
Division of Cultural Policies and Intercultural Dialogue
UNESCO
1, rue Miollis, 75015 Paris, FRANCE
e-mail : culture.aids@unesco.org
web site : www.unesco.org/culture/aids

Project Coordination: Helena Drobna and Christoforos Mallouris

Cover design and Typesetting: Gega Paksashvili

Project Coordination UNESCO: CLT/CPD/CAD - Helena Drobna, Christoforos Mallouris
Project Coordination Georgia: Foundation of Georgian Arts and Culture – Maka Dvalishvili

Printed by "O.S.Design"
UNESCO Number: CLT/CPD/CAD-05/4D
© UNESCO 2005

CONTENTS

	Pages
Forewords	4
Preface	6
Acknowledgements	8
List of acronyms	9
Map of Georgia	10
Part I. HIV and AIDS overview in Georgia	
Introduction	11
I.1 HIV epidemiology in Georgia	12
I.2 Surveillance	12
I.3 Some characteristics of the Georgian culture	15
I.4 Drug use in Georgia	16
I.4.1 Drug use and related risky behaviour	16
I.4.2 Risk factors for HIV among IDU population	17
I.4.3 Risk-related sexual behaviour of drug users	17
I.4.4 Types of drugs used	18
I.4.5 Social factors of drug use	20
I.5 Cultural peculiarities of sexual behaviour in Georgian culture	22
I.6 MSM and male homosexuality	24
I.7 Commercial sex workers	24
I.8 Gender issues	25
I.8.1 Women's discrimination	26
I.8.2 Domestic violence	27
I.8.3 Trafficking	28
I.9 Young people	30
I.9.1 Children in non-traditional family settings	30
I.10 The penitentiary system	31
I.11 Migrants	32
I.12 HIV/AIDS-related awareness	32
I.12.1 Media on HIV and AIDS	34
I.13 Religion	37
Part II. Institutional Assessment	
II.1 HIV testing and screening	38
II.2 Prevention and support	39
II.3 Care for PLHIV	43
II.4 Health care structure	43
II.5 Legislative issues related to the use of drugs	44
II.6 Legislation	45
II.7 Governmental efforts	47
II.8 Measures restricting the spread of drug use	48
Part III. Case Study	
HIV/AIDS Education among Youth – Lessons learned by the Georgian Federation of Children (GFC)	
III.1 Why the GFC	50
III.2 Information about the organization	51
III.3 Organizational structure	51
III.4 Projects and Activities implemented by GFC	53
III.4.1 HIV- and AIDS-related activities	54
III.5 Report on a focus group meeting	55
III.6 Cultural beliefs, traditions and norms in determining the ability of GFC	58
Part IV. Recommendations	59
References	60
Annex I: Biography of Authors	61

Foreword

The Flemish Government and the global fight against HIV/AIDS

On the occasion of the latest World AIDS Day, UNAIDS and WHO released a report stating that the HIV epidemic is spreading fastest in Eastern Europe, Central Asia, Sub-Saharan Africa, and East Asia. Since 2000, the fight against HIV and AIDS has been one of the top priorities of the international community in general, and of the United Nations in particular. A rough global estimate at the end of 2003 was that 40 million people were living with HIV, with 25 million in Sub-Sahara Africa alone.

Children and young adults represent a crucial target group in the fight against HIV and AIDS. Effective prevention of HIV infection requires, among other things, the sensitisation of adolescents. The Flemish Parliament and Flemish government have repeatedly proven their dedication to targeting these groups, and Flemish policy in the fight against HIV and AIDS emphasizes prevention and targets children, adolescents, and women.

In 2002, the Flemish government decided to make the fight against HIV and AIDS a horizontal priority of its development co-operation policy, which is implemented through bilateral and multilateral channels. Flanders finances international programmes, provides indirect support through NGOs, and has signed an agreement with Mozambique to support its health sector.

The Flemish government has included the battle against HIV and AIDS in its list of projects that are eligible for funding under the *UNESCO/Flanders Fund in Trust*. Within the framework of the Fund, special attention is given to educational and cultural HIV-prevention approaches, as well as to the care of those infected and affected by HIV.

In 2001 the Flemish government decided to support the project, 'Culturally appropriate HIV prevention in the Caucasus.' This ambitious pilot project aims to develop and implement culturally-adapted research, capacity-building, and training in order to achieve sustainable change in the behaviour of the people in this deeply affected region.

We wish the UNESCO team much success in their endeavours and look forward to the results of the project and their potential use in other settings and countries.

David Maenaut

Representative of the Flemish Government
Geneva

Jos Aelvoet

Representative of the Flemish Government
Paris

Foreword

HIV and AIDS is an emerging issue for all the Caucasus countries, and Georgia is no exception. Experts believe that the risk of a wide-scale HIV epidemic – similar to what is now seen in countries like Ukraine and Russia – is quite high in Georgia. This sobering prognosis is based on current trends of HIV epidemic development and its close links to the observed increase in drug use and commercial sex work, both in Georgia and neighbouring countries.

It is well documented that the strongest and most effective response to HIV and AIDS is prevention, the main components of which are public education and promotion of healthy life style among the population. It is critical to ensure that interventions aimed at raising the population's awareness of HIV, AIDS, and related diseases are based on the local culture, traditions, and beliefs. Any educational programmes developed as 'seeds' need a rich soil for adoption and development, one that contains elements of the local culture and traditions. This is the same context that must be taken into account in any HIV and AIDS situational analysis.

The first comprehensive analysis of HIV and AIDS and related issues in Georgia was completed in 1999 with the support of UNAIDS and UNICEF. The group of local experts who conducted that analysis did their best to present the cultural and traditional diversity of the population of Georgia and any possible positive or negative influences on the progress of the HIV epidemic. However, this new report, which was completed with the support of the Flanders government, will show that many things look different from the perspective of 2005.

As the head of HIV and AIDS prevention and control service for Georgia, I would like to express my gratitude to UNESCO, and the group of local experts who worked on the report, for the enormous effort they put into this analysis paper. I hope that organizations working on HIV and AIDS in Georgia will take into consideration the findings and recommendations of this report when implementing various prevention and educational interventions. The knowledge that local experts are sharing with us, through UNESCO's support, will help all of us to succeed in the critical battle against HIV and AIDS in Georgia.

Tengiz Tsertsvadze, M.D., Ph.D. National AIDS Coordinator
Board Chairman,
Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center

Preface

With a low HIV prevalence yet alarmingly-high observed rate of increase, there is an urgent need to address HIV and AIDS in the region of Southern Caucasus: Armenia, Azerbaijan and Georgia.

Priority must be given to the prevention of new infections. However, the specific needs of those already infected with and affected by HIV and AIDS should also be addressed, and people living with HIV must become key partners in the development of HIV-related activities.

Experience has shown that for any prevention, treatment, or care action to be effective, it has to be culturally appropriate. This means that the target population's characteristics – including lifestyles, traditions, beliefs, gender relations, and family structures – must be taken into consideration during the development of strategies and programmes. This is essential if behaviour patterns are to be changed on a long-term basis, and it is a vital condition for slowing – and hopefully one day stopping – the epidemic's expansion.

It is for this reason that UNESCO and UNAIDS, in order to ensure that culture is always taken into account when HIV and AIDS are addressed, launched the joint project 'A Cultural Approach to HIV/AIDS Prevention and Care.' The project aims at stimulating reflection and encouraging actions that would lead to a better integration of the 'cultural approach' in HIV strategies, policies, programmes, and projects.

Based on the experience and lessons of this project, UNESCO developed a new project, '*Culturally Appropriate Information, Education, Communication (IEC) for HIV Prevention in the Three Caucasus Countries.*' This project has come to day thanks to the generous support of the Flemish government and it has been developed in close collaboration with the national authorities of Armenia, Azerbaijan, and Georgia, with contributions from an international team of experts. Its objective is to contribute to the development of culturally-appropriate responses to HIV and AIDS that will be relevant, effective, and sustainable.

This project was conceived in two phases. The first, research-oriented phase was aimed at the assessment of local socio-cultural specificities affecting the trends of the progression of the HIV epidemic. In this context, culture is not seen as a static obstacle but rather as an evolving resource that has a key role in any effective response to HIV and AIDS.

The second, action-oriented phase is based on the results of research and has three main goals: the development of culturally-appropriate IEC materials, the training of trainers in this field and strengthening of sub-regional cooperation.

Capacity-building is a core component of the project, focusing on strengthening local capacity to integrate socio-cultural factors in responses to HIV and AIDS at all levels, especially the training of social science researchers, decision makers, and HIV/AIDS professionals.

The innovative character of the project required the identification of a team of specialists with a broad spectrum of expertise: an international expert to ensure the overall scientific coordination and three teams on national level. Due to the high level of qualifications and experience required of the research teams, the selection process turned out to be much more difficult and lengthy than foreseen. Cynthia Buckley, Professor of Sociology at the University of Texas at Austin, was appointed as the project's Chief Scientific Consultant, and in consultations with her the national teams were selected, each comprised of three experts from different disciplines: sociology, epidemiology, drug-related treatment and care, psychology, etc.

Despite the challenges faced in the elaboration of the reports presented in this publication, it is our belief that the quality of the reports testifies to the success of the project's first phase.

This publication presents the full-length review of the current situation of the epidemic in Georgia from a socio-cultural perspective.

The full-length reviews for Armenia and Azerbaijan, as well as summary reports for all three countries and a comparative analysis, are available in separate publications.

The second phase of the project will be launched during a sub-regional conference to be held in Tbilisi, Georgia, in June 2005. The meeting will bring together high level representatives of Ministries of Education, Health, Youth, Culture and Social Affairs from all three countries, representatives of UN theme group, IGOs and major international NGOs, with the objective to present the results of the research and assess possibilities of a sub-regional cooperation in the fields of HIV/AIDS, education and culture.

The second phase will continue with a series of national meetings to be held in June 2005 with the participation of key stakeholders working on HIV and AIDS on the national levels. They will be organized in close cooperation with the National AIDS Centers and will bring together representatives of NGOs (youth, women, etc.), networks of people living with HIV, religious organizations, media, IGOs and bilateral organizations. The objective will be to present the national research results and sensitise all key stakeholders on main socio-cultural issues related to HIV and AIDS in each country and on the importance of taking these specificities into account when developing HIV strategies, projects and programs.

The second and last phase of the project should end by April 2006.

UNESCO hopes that this publication will not only demonstrate how culture is at the core of the trends of progress of the HIV epidemic in the Caucasus region, but also make the case that if the international community is to develop an effective response to HIV and AIDS, and help end the stigma and discrimination faced daily by people living with HIV, culture must be taken into account in the design of all strategies, policies, projects, and programmes.

Katérina Stenou
Director
Division of Cultural Policies
and Intercultural Dialogue

Acknowledgements

UNESCO owes a special debt to all the authors of this publication, and in particular to the national teams of experts that worked on the development of this report: Ketiv Stvilia, Khatuna Todadze, and George Nizharadze. Analysing the HIV epidemic in this region with a socio-cultural approach is an innovative, and thus very challenging, task that the teams have accomplished with remarkable professionalism and competence.

We have the deepest gratitude for Professor Cynthia Buckley and her invaluable work on this project as the chief scientific consultant. Professor Buckley, designed the research methodology for the entire project, provided training to the national teams, and guided them in the development of the national research reports.

Our special appreciation and thanks goes to the director of the National AIDS centers, Dr. Tengiz Tsertsvadze, for his kind cooperation, support, and valuable contribution to the entire project.

We would also like to acknowledge our partners at UNAIDS – in particular, Ms. Renate Ehmer, Country Coordinator for Armenia, Azerbaijan, and Georgia, and Ms. Elena Sannikova, of UNAIDS Headquarters, for their critical assistance throughout the project.

Special thanks go to Ms. Erin Koch and Ms. Heather Maher for their thorough work and efficient assistance in editing the publication.

Particular gratitude is extended to the National Commissions of Georgia for UNESCO.

For her truly impressive dedication and hard work in organizing all activities related to this publication, we are all very grateful to Ms. Maka Dvalishvili, Executive Director of the Georgian Foundation of Arts and Culture.

Above all, UNESCO remains indebted to the Flemish government, for without its generous financial support, this project will not have been possible.

List of Acronyms

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARV	Antiretroviral
ART	Antiretroviral Therapy
BBP	Basic Benefits Package
CBO	Community-based organisation
CCM	Country Coordinating Mechanism
CDC	Center for Disease Control (USA)
CSW	Commercial Sex Worker
DHS	Demographic and Health Survey
FBO	Faith-based organisation
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GFC	Georgian Federation of Children
GOC	Georgian Orthodox Church
GIPA	Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV and AIDS
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IDACIRC	Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center
IDU	Injecting Drug User
IDP	Internally Displaced Person/People/Population
IEC	Information Education Communication
IGO	Inter-Governmental Organization
IOM	International Organization for Migration
IRC	International Rescue Committee
MoH	Ministry of Health
MSM	Men who have Sex with Men
MTCT	Mother-To-Child-Transmission
NAC	National AIDS Council/Committee
NAP	National AIDS Plan
NGO	Non-Governmental Organization
PLHIV	People/Persons Living with HIV
SHIP	STI/HIV Prevention
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
TB	Tuberculosis
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Fund
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
USAID	United States Agency for International Development
VC(C)T	Voluntary (and Confidential) Counselling and Testing
WB	World Bank
WHO	World Health Organization
WV(I)	World Vision (International)

Map of Georgia



HIV and AIDS in Georgia: a socio-cultural approach

George Nijaradze, Ph.D.

Head of Laboratory for Psychology of Culture,
D. Uznadze Institute of Psychology, Georgian Academy of Science

Ketevan (Katie) Stvilia, M.D., M.S.

Head of AIDS Prevention Department,
Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center

Khatuna Todadze, M.D., Ph.D.

*Associated professor of the Chair of Narcology of
the Tbilisi State Medical Academy*

Part I. HIV and AIDS overview in Georgia

Introduction

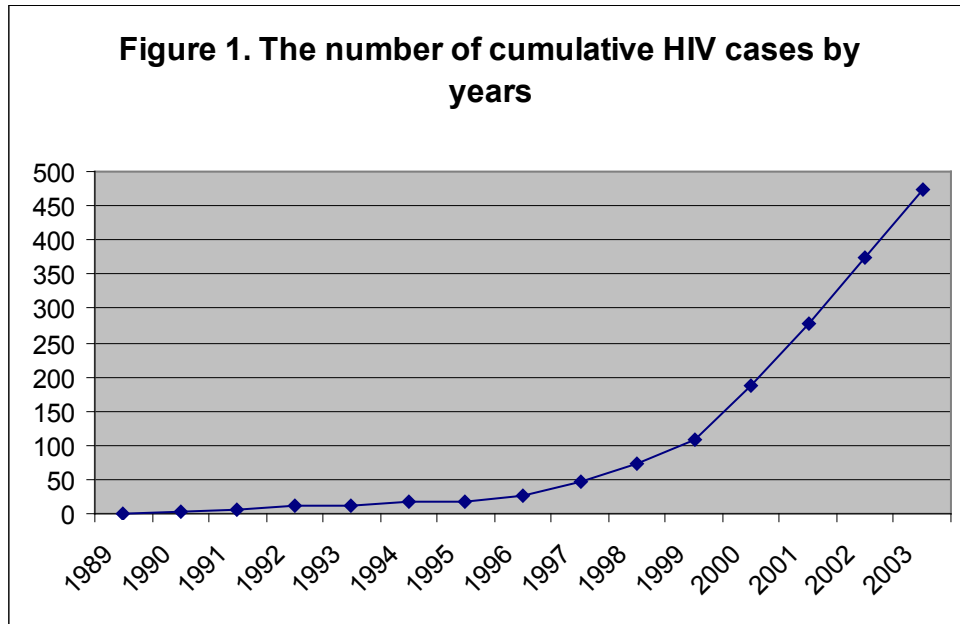
At a level of 0.13 %, the current HIV prevalence in Georgia is relatively low. However, Georgia bears a high potential for the rapid spread of the HIV epidemic. The low prevalence of the infection contributes significantly to a lack of awareness about the potential crisis among the Georgian population. Stigma and fear of discrimination among people living with HIV (PLHIV) in Georgia encourages them to conceal their HIV status. The majority of HIV-positive individuals are former or current injecting drug users, commercial sex workers, or other marginalized community members, which further strengthens the stigma associated with HIV infection.

But in general, when people are asked to recall somebody they know who is or was HIV-positive, they name famous foreign pop stars or sport celebrities who died of AIDS. As an old Georgian proverb says, 'When you don't see, you don't believe and don't fear.'

The perception of, and attitude toward, HIV/AIDS among the general population is characterized by a lack of information about HIV and AIDS and the risk of infection, and is further weakened by the lack of scholarship devoted to the issue; only a few studies have been completed on HIV/AIDS epidemiology, behaviour, and how local cultural influences the development of the epidemic. Research areas that are particularly lacking include the ways in which gender, religious, cultural, and traditional roles influence the effectiveness of programmes aimed at HIV prevention. In many cases the responses to HIV and AIDS are developed on the basis of experience in other countries and with other cultures that do not necessarily match the Georgian context. In addition to determining the leading modes of transmission and the structure of the health care system, Georgian cultural specificities and traditions play a key role in effective responses to HIV and AIDS.

The current report is the first attempt at an in-depth analysis of the socio-cultural factors driving the HIV epidemic in Georgia and the socio-cultural resources that can be used in the response to the epidemic. In addition, it explores effective ways to communicate messages about HIV prevention to the population, and in particular youth, while keeping a balance between local culture and traditions, and innovative educational interventions.

I.1 HIV Epidemiology in Georgia

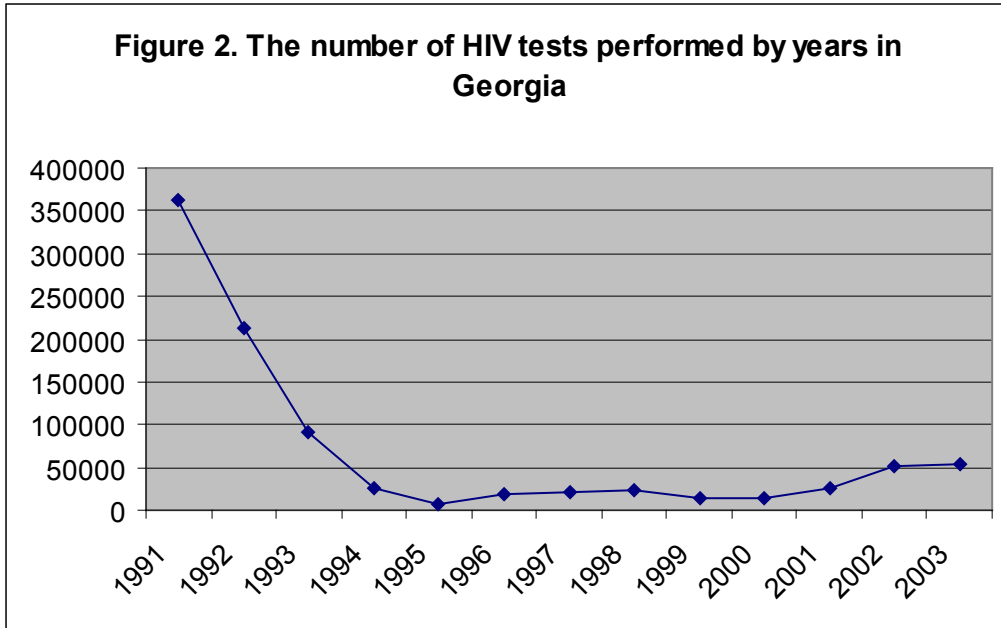


As of 1 November 2004, **a total of 597 cases** of HIV infection had been officially registered in Georgia (National AIDS Center). Among them, 193 individuals developed AIDS, of whom 111 have died. The estimated number of PLHIV in Georgia is approximately 3,000 (World Health Organization). The registered HIV cases are mostly concentrated in the capital city of Tbilisi and the country's Black Sea regions – Ajara and Samegrelo. The first case of HIV/AIDS was registered in 1989 in Sukhumi, Abkhazia, Western Georgia. However, the Georgian AIDS Control Service was already established in 1986, according to the decree of the Minister of Health of the USSR. This decree mandated mass screening of the population for the purposes of case identification and strict epidemiological control over each case of HIV/AIDS. At that time, the USSR Ministry of Health was in charge of HIV/AIDS programming and only governmental institutions were involved in HIV prevention and control activities. Mass screening of citizens, including foreigners, was the main strategy of HIV/AIDS control in all FSU countries. Wide-scale HIV prevention and public education interventions were fully neglected. In Georgia, all patients who consulted out-patient departments or hospitals were required to undergo mandatory HIV testing. In the late 1980s about 500,000 individuals (an estimated one-tenth of the total population), primarily expectant mothers and patients at health care institutions for any kind of health condition, underwent mandatory HIV testing.

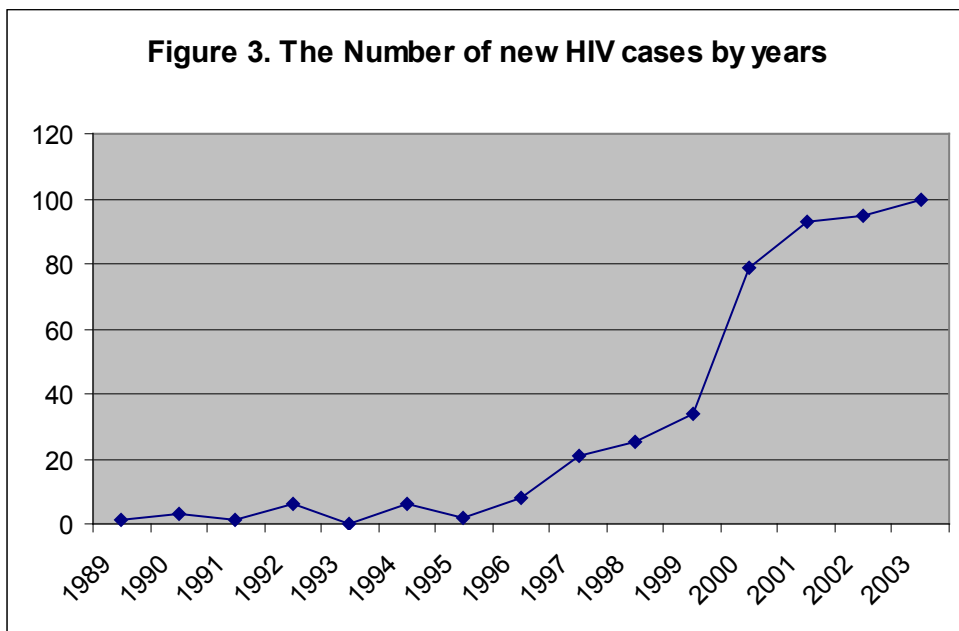
I.2 Surveillance

The largest set of Georgian seroprevalence data comes from HIV testing carried out between 1985 and 1992, when more than 1.4 million individuals were tested for HIV and ten were found to be HIV-positive. In 1995 all hospitalized patients in Georgia were mandatorily tested for HIV. Out of 400,000 persons tested, twenty were found to be HIV-positive. In 1996, out of a total of 30,505 HIV tests performed in Georgia, eight individuals were diagnosed as HIV-positive.

HIV/AIDS prevention and control policy changed substantially after independence and through the early transition period, as the country began to build a democratic state. In 1993 Georgia joined the Riga Declaration and started shifting the emphasis from mandatory HIV testing to broad-scale prevention activities respecting human rights and prioritising public education and community involvement. All mandatory testing was discontinued, except among blood donors. Consequently, the number of HIV tests performed annually in Georgia dropped considerably (about six to eight times), with counselling and testing of key populations, such as IDUs, CSWs, MSM, STI and TB patients, receiving priority. To date, HIV testing and counselling is provided at the National AIDS Center and fifty-four regional counselling centers. Counselling and testing is strictly confidential. Anonymous service is also provided.

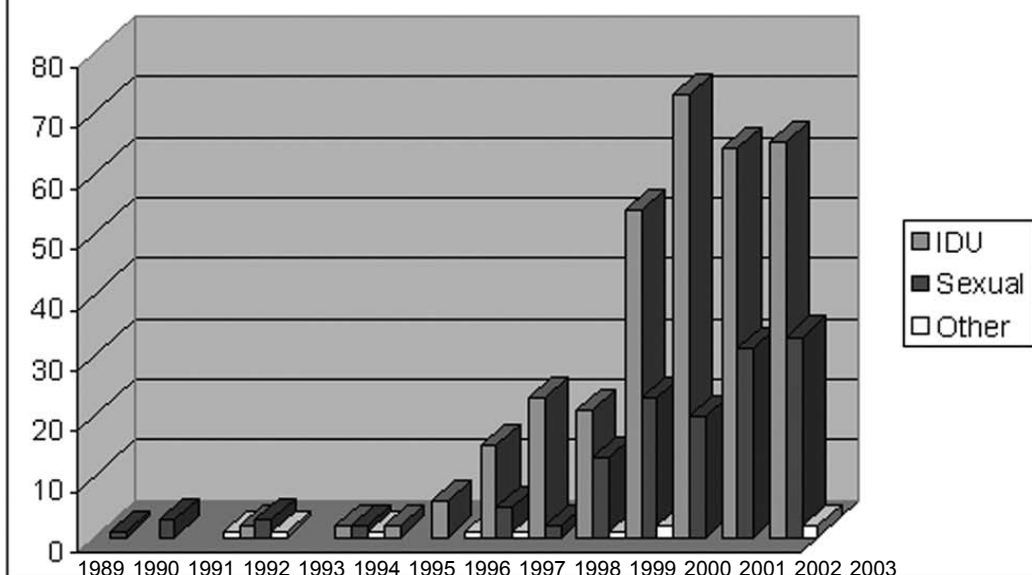


Prior to 1999, very few cases of HIV were registered per year in Georgia. In 1999 the number of cases of HIV infection doubled, and since then, annual infection rates have been stable, with a slow increase – 79 in 2001, 95 in 2002, and 100 in 2003. During the first ten months of 2004, a total of 120 new HIV cases were registered.



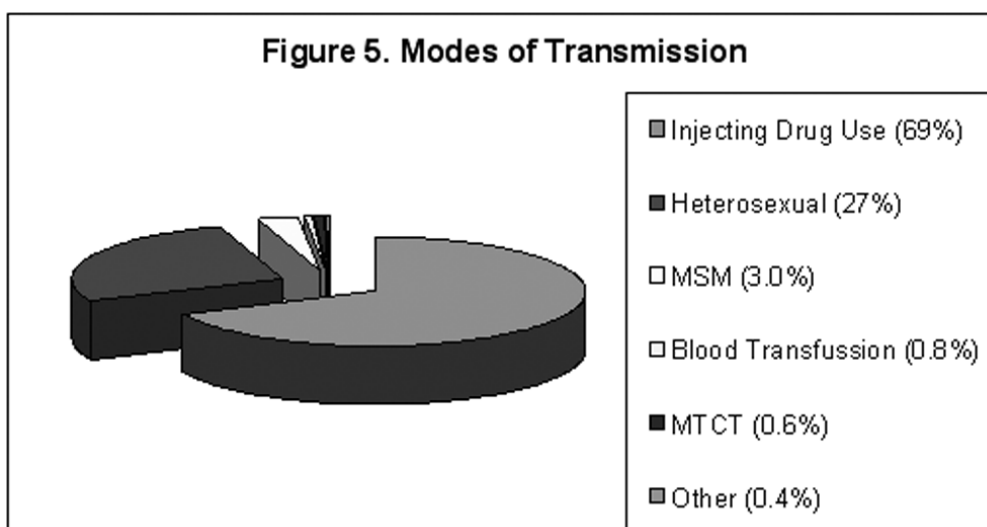
The leading mode of HIV transmission is through injecting drug use, followed by sexual transmission, mainly through unsafe heterosexual practices. IDUs account for 64.7% of registered HIV-positive individuals, 27% of whom were infected through heterosexual contacts, while 3.2% are men who have sex with men (MSM.)

Figure 4. The number of new HIV cases by years and modes of transmission



The pie chart below (Figure 5) gives more specific information on modes of HIV transmission in Georgia. As in other countries of the region, the leading mode is injecting drug use – 68% of registered HIV-positive individuals are IDUs.

Figure 5. Modes of Transmission



Those most affected by HIV infection are within the age groups of 15-24 and 25-34. The majority of HIV-infected individuals are male (ratio of male/female 6:1) and urban residents (60%), and 93 % of them are citizens of Georgia, including Internally Displaced Persons (IDPs) (4%).

Demographics of people living with HIV (PLHIV) (November 1, 2004, IDACIRC)

#	Categories	Number					
1	Gender	Male		399 (84.2%)			
		Female		75 (15.8%)			
2	Residence	Capital city		190 (40%)			
		Rural		284 (60%)			
3	Migration Status	Immigrant		12 (2.5%)			
		IDPs		19 (4.0%)			
		Georgian citizen		443 (93.4%)			
4	Age groups	0-14	15-24	25-34	35-44	45-64	65>
		13 2.7%	174 36.7%	213 44.9%	61 12.9%	12 2.5%	1 0.2%

Certain aspects of local culture and traditions seem to have strong influence on the development of the HIV epidemic and should be considered when building an effective response to HIV and AIDS in Georgia.

I.3 Some Characteristics of the Georgian Culture

Collectivism, oriented on small groups (extended family, relatives, friends, neighbours, and others) must be considered as one of the main characteristics of the Georgian social culture. This baseline determines the following trends:

1. The norms shared by small groups have higher priorities when compared to 'abstract' norms, such as laws, moral perceptions, or the rules of 'rational thought' or the 'right way of life,' and so on;
2. Interpersonal relations are valued as the highest priority when compared to other interests such as professional or career-oriented life;
3. The psychological horizons of space and time are quite narrow – space is limited by small group(s) and time is mainly focused on the present moment;
4. Daily behaviour and practices that affect the future are rarely practiced because their usefulness is not immediately apparent. Healthcare prophylactics against different illnesses, including HIV, are under-utilised. For instance, out of 200 respondents (entrepreneurs and medical staff), only those who were required to do so for various reasons (e.g., work, travelling abroad) chose to be tested for HIV (R. Goodwin et al., 2003).

These cultural peculiarities reveal themselves in every sphere of social life, starting at the individual level with daily behaviour patterns and ending at the governmental level; therefore, they have significant relevance in the design of any response to HIV and AIDS.

At the beginning of the epidemic in Georgia, cultural perceptions about HIV and AIDS reflected the global trend to consider the disease a problem restricted to MSM and CSWs. In the early 1990s, HIV in Georgia was spread mainly through MSM and heterosexual contact, which strengthened these broad-based myths and fuelled stigma and discrimination. From 1996-97, the rise of injecting drug use became the primary route of HIV transmission (69% of registered cases).

The perceived confinement of HIV/AIDS to key populations, such as IDUs, CSWs and MSM, and low HIV prevalence even among these core groups, supports the development and maintenance of false beliefs among the wider population that they are not at risk to HIV. These sentiments are expressed in statements such as, 'I don't use injecting drugs, and I am not a sex worker, AIDS is never going to be my problem.' If in the early 1990s the common public attitude toward HIV and AIDS was that it was a problem only for Africa and the United States, the rise of HIV epidemics in Ukraine and Russia changed this perception, albeit minimally; the Georgian population still believes that as a whole Georgia is relatively secure from the emergence of an acute HIV epidemic.

As the current main mode of HIV transmission is injecting drug use, a more in-depth analysis of the history and traditions, as well as drug-injecting behaviour, is provided here to better understand how these basic culture and behavioural patterns have resulted in the observed HIV epidemic in Georgia.

1.4 Drug use in Georgia

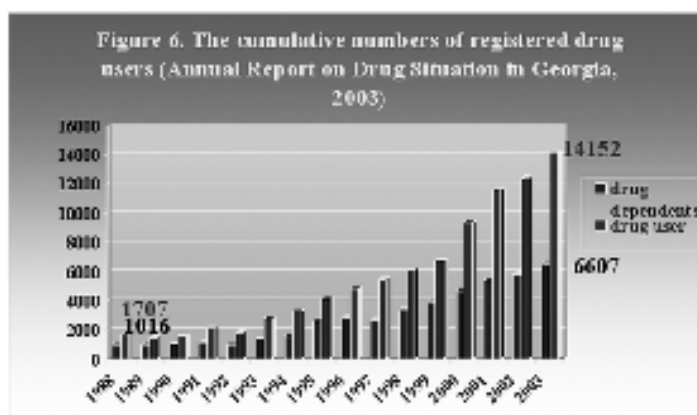
1.4.1 Drug use and related risky behaviour

Since the 1990s, beginning with the collapse of the Soviet totalitarian regime and the fall of the Iron Curtain, Georgia has weathered several social, political, and economic crises. A number of factors have contributed to a rise in injecting drug use in Georgia. Namely: the collapse of governmental efforts to control illegal substances; uncontrolled conditions at borders; dramatic increases in crime rates; worsening corruption; crises in social values; social pessimism; social-economic collapse; escalating unemployment; and the long-term effects of conflicts in Abkhazia and South Ossetia – territories that are nominally parts of Georgia but de facto are out of Georgian jurisdiction.

Georgia's geopolitical location further compounds the situation, as the country is at the crossroads of Asia and Europe. In this context, Georgia is emerging as a key link in the routes through which drugs – primarily opiates and cannabis – are trafficked from Afghanistan and Central Asia (J. Janashia, 2002; L. Shelley), thus increasing the availability of illegal substances throughout Georgia. Despite recent observed gradual improvement of the economy and decreases in crime rates (which also contributed to the initial increase in drug use in Georgia) the usage and trafficking of injecting drugs continues to escalate.

Unfortunately, at the same time, Georgia's budget deficit hinders the implementation of relevant state responses in the form of illegal substance prevention and treatment programmes. This is compounded by a lack of popular, civic attention to the issue and relevant legislation, which would otherwise facilitate such responses.

According to the information contained in the database of the Institute on Addiction (Tbilisi), the officially registered number of drug users and addicts increased from about 2,700 to 21,000 between 1990 and 2004 (the database consists of the persons diagnosed as a 'drug user' or 'drug dependent' by special medical units such as the Institute on Addiction, in response to official requirements (e.g., by the police). These numbers do not reflect the real number of drug users in Georgia. It is widely accepted that the officially registered and the actual figures on drug use differ considerably, both in Georgia and worldwide.



According to some research data, there are currently approximately 150,000 people who regularly use illegal substances in Georgia, about 50-60,000 of whom are IDUs (Annual Report on Drug Situation in Georgia, 2003).

There is currently no coordinated registration system for these users in Georgia, and the difference between the number who have been registered and the actual observed users is quite high¹. IDUs don't register officially because of a fear of being arrested. Despite this, even the existing data point to a sharp increase in drug use. From 1994 to 2003, for example, the number of users registered during the year increased nearly three-fold.

¹ It is too premature to talk about the voluntary registration of drug users, as they view all state departments as hostile, and as having only a punitive function.

In recent years the demographic boundaries of drug use dramatically expanded, in terms of the age, social class, and geographical residence. Today, drug users can be found in all age groups, with the highest numbers between 21-40 years. Since 1999-2000 the main drug of choice has been heroin, followed by homemade cocktails of raw opium or poppy straws. At present, there is more drugs availability and use in the country's cities, but drugs are also used in small towns and rural counties. Drug use is prevalent among all social classes, from the uneducated and poor to high-ranking state officials.

Although drug use by women runs counter to cultural and traditional norms and is not as significant as in some other areas (e.g. Russia, Ukraine, some European countries, etc), experts have recorded an increase in drug use in Georgia among women and young girls in recent years.

1.4.2 Risk factors for HIV among IDU population

The observed relatively low HIV prevalence among IDUs in Georgia (less than 1%) may be attributed to several factors. The first may be due to the fact that since the 1970s, before the emergence of HIV/AIDS, hepatitis C was also widely transmitted through shared needles. At the time, the population was poorly informed about the dangers of needle-sharing and using unsterilized injection paraphernalia, and the benefits and use of disposable syringes. Starting in the 1990s, there was an observed increased awareness on the part of drug users about the risks of needle-sharing, as well increased accessibility of disposable syringes and needles. Today, low-cost disposable syringes can be bought without a prescription at any pharmacy.

Despite this change, interviews with drug users reveal that syringes are still often shared with others. In 2000, interviews with 200 patients invited for examination at the Research Institute of Narcology showed that 56% had used injecting drug equipment that belonged to others; of those who reported sharing needles, 41% said that they had done so during the last year, 8% said that they had not done so during the last year, 11% had not during the last three years, and 40% had not done so during the last five years. This data underscores the fact that drug users have become increasingly cautious about the risks of transmitting infectious diseases through blood, a realisation that has resulted in a change of behaviour.

It has to be mentioned that when drug users utilize injecting instruments that have been used by others, they don't clean the equipment well: 86.7% of the respondents said that for cleaning or sterilizing, they only used water, often not even boiled.

While on one hand, lower needle-sharing rates coincide with the dissemination of information on HIV and hepatitis C in Georgia, on the other hand the relatively low current HIV prevalence among IDUs may be also partially attributed to the fact that the main injecting drug, opium, has been replaced by heroin. In addition to heroin being used less in groups, it also involves a lower risk than (injected) opium.

In recent years, the technique of adding a drop of blood to a communal-use syringe for the filtration purposes, has decreased significantly. In 2000, out of 200 interviewees, 27.2% admitted that they used injection drugs with blood added, even though only one-third had done so during the last year. In a 2002 interview, the number of respondents that had used drugs diluted with another person's blood in the last week was 6.7%. It has to be noted that this technique is used by users of raw opium or poppy stem, but not heroin. Therefore, it is not surprising that according to medical experts of narcology², the practice of adding blood increased again during the mass utilization of the poppy seed tincture in 2003 – the same technique used during the preparation of opium solutions.

Only a small percent (around 5%) of IDUs are tested for HIV, a statistic that can be attributed to the traditionally low concern for of personal health, a lack of trust in medical care providers and institutions, and fear of being arrested (even though HIV testing is confidential, anonymous, and free for key population members, the current law on drugs carries a financial fine or imprisonment for drug use itself). Only IDUs who attend specialized health care institutions – of which there are very few in the country (AIDS Center, Institute on Drug Addiction and the NGOs 'Bemoni Public Union' and 'New Way') – are tested for HIV on a regular basis.

1.4.3 Risk-related sexual behaviour of drug users

Studies also indicate a high risk of HIV transmission between IDUs and their sexual partners (Situation Analysis on HIV/AIDS in Georgia, 2001; Dershem L. et al. 2004). Habitual low condom use makes the sexual partners of IDUs (and especially their spouses and other regular partners) a group highly

² A medical practitioner who provides drug-related treatment, which could be either physical treatment and/or counselling.

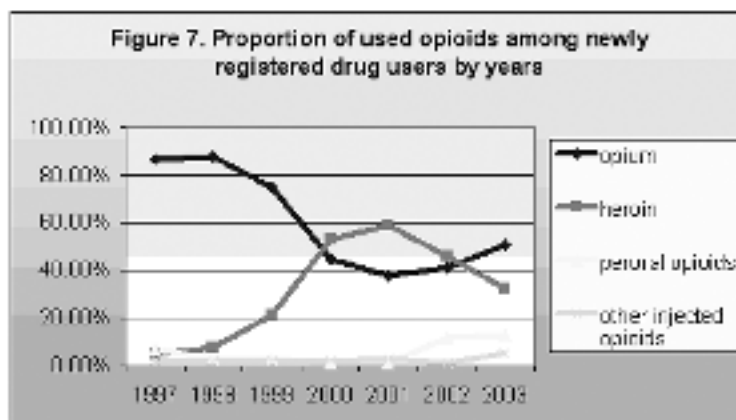
vulnerable to HIV and other infections. An investigation of 300 drug users (BSS report, SHIP project, Save the Children, March 2004) showed that 82.4% had relations with one and the same partner, 60.8% - with different partners, and 48.4% with commercial sex workers. In a twelve-month period, the number of their sexual partners was 6.4 (the median is four). When comparing age groups, the youngest group had the lowest rates of a relationship with a permanent partner (70.6%). This showing increases with age and reaches 97.1% in the upper age group. Contacts with non-regular partners are most frequent in the group of people from 25 to 30. During the last twelve months, contacts with commercial sex-partners were most frequently observed in the youngest group (under 20 years; 64.6%), and least frequently in the oldest group (40 and above; 21.9%).

The utilization of condoms with regular partners normally rarely takes place (28.5%), but the frequency rate goes up with non-regular partners (55.1%) and commercial sex-partners (83.5%). Due to this, it is the regular partners who are the most vulnerable to HIV from their IDU partners. Thus, it is this group (wives and other regular partners of drug users) with whom special educational work must be carried out.

During sexual relations with CSWs, condoms are most frequently used by the youngest respondents (89.1%), and least frequently by persons above 40 (28.6%). Contact with non-regular partners shows the same picture in terms of the utilization of condoms; the youngest respondents use condoms the most frequently (62.3%), and the respondents from the upper age group the least frequently (23.1%). These data show that in Georgian society, the traditionally low level of condom use is gradually changing, and skills related to safer sex are better developed with the younger population.

1.4.4 Types of drugs used

Starting in the 1980s, the main drugs used in Georgia were the so-called raw opium and, somewhat less frequently, poppy stem tincture. The main method of drug use was intravenous injection. In the period 1997-98 a new drug appeared in Georgia – heroin, which, in spite of its high price (1 gram =100 USD and above), rapidly became popular. In 2001, heroin use reached an all-time high. The drug has been trafficked from Afghanistan, through Georgia to western countries since the borders were opened and Georgia obtained its independence. Heroin is easily available to the country’s IDU population. Currently, the main drugs consumed through injection are heroin, and to a smaller extent, raw opium tincture. Another injection drug is subutex, the agonist-antagonist of opium (injectors use a water solution of the tablets). As the price of subutex is quite high on the black market, (one 8-milligram tablet can cost 150 USD), it is largely used by relatively rich and socially secure drug users in Tbilisi and larger towns. This type of drug is ‘fashionable’ among people with high social status because it does not cause the strong psycho-neurological symptoms characteristic of opioid intoxication, and, consequently, evidence that they are using the drug is less obvious to casual observers. It has to be noted that the use of subutex is less linked with HIV-related risk behaviour due to fact that users’ have higher educational levels and pay closer attention to their health.



In 2003, there were important changes in opioid use. A large amount of poppy seeds were brought into the country, as if intended for culinary purposes. Shortly after that, drug users started to use this product as a drug. When the seeds are chemically treated, a solution for injecting use can be obtained with quite a high content of opiates. The appearance on the market of this cheap and dangerous drug created a particular danger for the spread of HIV. It has to be mentioned that this product was used by occasional

users and relatively young people who had not yet developed safe behaviour patterns (such as not sharing needles), rather than regular users. At the same time, the technique for preparing an injectable solution made from poppy seeds is much more complicated than making a solution from heroin powder. This process requires the use of several chemical ingredients, which are not easily obtainable. In addition, the duration of the chemical process is quite long and requires a private room or apartment. These peculiarities increase the chance that the resulting solution will be shared by a group, which increases the risk of shared needles, and therefore, the spread of HIV and hepatitis. In 2003, 65% of poppy seed seeking medical treatment in the Narcology Center were sharing their syringes with others. At the end of 2003 and beginning 2004, after state bodies implemented measures to stop these kind of poppy seed imports, the narcotic substance is no longer considered a problem.

The use of ephedron and pervitin in injection form deserves special mention in the context of behaviour that puts drug users at risk. This form of drug use spread fast during 2001 and 2002. These above narcotics are obtained through the chemical treatment of medicine used for certain respiratory and influenzal diseases and are easy to obtain from pharmacies. These substances are mainly used by young people, including teenagers from especially low-income families. According to Narcology Institute data, the use of shared syringes, as well as the repeated use of personal ones, is frequently observed in this population.

Country	Georgia													
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Associated STDs														
Syphilis	697	740	730	653	755	877	868	2172	2249	1264	873	1150	1325	824
Male	422	466	445	424	445	596	538	1238	1348	733	532	679	833	477
Female	275	274	285	229	310	281	330	934	901	531	341	471	492	347
Gonorrhoea	2644	2261	1809	1562	1144	1201	863	1245	1579	840	457	889	1017	599
Male	2168	1764	1375	1312	846	949	699	944	1151	680	364	676	792	456
Female	476	497	434	250	298	252	164	301	428	160	93	213	225	143
HIV Figures														
Total Tested		362878	213685	92390	25200	6410	18437	21590	22704	14586	14268	25547	51138	52968
Male														
Female														
Total HIV cases		3	6	0	6	2	8	21	25	35	79	93	95	100
Male		3	5	-	6	2	8	19	22	28	66	86	77	76
Female		-	1	-	0	0	0	2	3	7	13	7	18	24
HIV-positive < 25		1	1	0	-	0	1	3	4	5	7	14	15	28
Male		1	-	-	-	-	1	3	3	4	5	14	12	11
Female		-	1	-	-	-	-	-	1	1	2	-	3	7
HIV Drug use		-	-	0	1	1	7	15	23	21	54	73	64	65
Male		-	-	-	1	1	7	15	23	21	54	73	64	65
Female		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HIV Sex Trans.		3	5	0	1	0	0	5	2	13	23	20	31	33
Male		3	4	-	1	-	-	3	0	7	10	15	22	21
Female		-	1	-	-	-	-	2	2	6	13	5	9	12
(please note sources for all figures, full citation)														

Data on STIs is provided by the STI Institute of Georgia

Note: STI rate decline is attributed to underreporting and not to actual reduction of STI incidences in Georgia

STI cases are reported mostly among the male population because men are more likely to go to specialised STI service centers for diagnosis and treatment, while women receive this kind of assistance at women's health centers or private gynecologists, who do not report case results; this leads to underreporting of STI cases among female population in Georgia.

Data on HIV/AIDS is provided by the Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center

The number of HIV tests performed each year has declined about 6.9 times from 1991 to 2003 in Georgia due to a shortage of funds allocated for health care in general and for HIV surveillance in particular. The number of tests performed depends on the budget of the National AIDS Prevention Programme. The lowest number (6,410) of testing was conducted in 1995, but after that the number has been increasing slowly, to 53,968 in 2003, including about 20,000 tests conducted among key populations and about 34,000 among blood donors within the National Safe Blood Programme.

The number of HIV cases have been also slowly increasing in Georgia, from three cases reported in 1991 to 100 cases in 2003.

The majority of HIV cases are detected among the IDU population, therefore, reported cases are predominantly among males. However, the number of cases attributed to heterosexual transmission is growing.

Estimated data on CSWs is not available. Some information on CSWs are provided by the NGO Tanadgoma that works with this key population in the capital city of Tbilisi, and in Batumi, Ajara. According to Tanadgoma, there are about 800 street-based CSWs in Tbilisi and about 120 in Batumi. In Batumi, CSWs work at coffee shops, bars, and restaurants. An increased number of female sex workers has been reported along the main transit routes of Georgia and also in regions of the British Petroleum (BP) pipeline construction. Foreign workers are hired from countries such as India, and then have sexual contact with local sex workers, which increases the risk of HIV spreading in those regions.

1.4.5 Social factors of drug use

Drug use began to spread in Georgia in the 1960s. The Soviet ideology considered drug use a characteristic of the 'capitalist system,' and denied the existence of its social and ideological grounds within the Soviet Union. Drug use was perceived as a vicious habit that had penetrated from the capitalist world, was alien to the 'Soviet person,' and characteristic only of very few 'demoralized' people.

This attitude can be seen in a 1986 statement: 'With us, drug addiction, which has no social grounds, resembles snobbery by its nature, meaning [a] superficial and uncritical attitude to the alien customs and habits and their imitation, which, by all means, contributes to the deprivation of [morality] and its decline.' (A. Zurabashvili et al., 1986) Such a point of view implies that drug use (along with its consequences) was not seen as a social phenomenon of Georgia at the time.

Also, in Soviet times, force was used to fight drug addiction. A drug user was considered an anti-social person, rather than a person in need of treatment, and punishment was thought to be the best way of dealing with them. Therefore, there was no system oriented on prevention and/or treatment. Conversations about drug use with adolescents in schools and higher educational institutions were considered irrelevant. Prevention of drug use was based on repressive measures carried out by law enforcers.

Meanwhile, starting in the second half of the 1960s, interesting developments took place in the former USSR and in Georgia in particular. The KGB (secret police) were replaced by members of the Communist Party elite at the top of the state hierarchy, which resulted in liberalization of the regime. The authorities retained a monopoly on the pillars of the system, ideology, and politics, but at the same time they informally permitted commercial activity, which had been officially banned. In Georgia the new rules of the game were accepted very quickly. As a result, the standard of living went up rather fast and the country became more and more prosperous. Quite a large 'middle class,' composed of Communist Party elite and representatives of the 'shadow' economy (persons practicing illegal activities) – rather well-to-do people according to Soviet standards, was formed.

Changes also took place in family structure and relations, including a decrease in birth rates. At the same time, among youth there was an increase in the level of individualism as well as the desire to break away from parental guardianship, though before they had attained the necessary skills to lead an independent life (Nijaradze, 2001). In this context, a large social group of 'golden youth' formed; these were children of well-off and respectable parents. Their every need was always satisfied and they were totally dependent on their families³.

³Here is another opinion: According to G. Lezhava, professor of medicine and expert in the field of drug dependence, existential problems were one of the main reasons for the spread of drug use in Georgia and other Soviet republics: 'That time, most part of the youth felt, for the first time, the false character of the existent ideology and the deficit of spiritual values. One of the forms of the protest against the false communist values was the use of drugs' (G. Lezhava, 2003).

Drug use spread fast among (mainly) young men residing in urban areas. One could say that it was a manifestation of 'infantile individualism,' of an attempt to escape their parents' guardianship, but retain, at the same time, their material and other kind of support (e.g., if they were detained by the police for drug use, parents would use their personal network or simply bribe policemen to release their son. (ibid.)). A kind of subculture was formed with its own slang and mythology, inaccessible to the older generation.

Eventually, the problem became so big that it was impossible to ignore it. In the 1970s, official Georgian bodies were the first in the socialist countries to talk about the existence of a 'serious social danger related to the spread of drug use' (Gabiani, 1988, p. 5).

In the 1970 and 1980s, several sociological surveys were conducted in Georgia (A. Zurabashvili et al. 1986) and the results showed that drug use was basically a young people's problem; 70% of the interviewees were between the ages of 16 and 29. Among drug users, women constituted 7.5%. Most respondents were from urban areas, only 20% were the migrants from rural areas. The point worth noting here is that the educational level of interviewees was quite high – 28.4% had finished or at least begun higher education.

It is interesting that a survey conducted among IDUs in Tbilisi in 2002 indicated that almost 70% of IDUs had either graduated from a university or had started but not completed their university studies. This shows the significant increase of inclusion of persons with a high education level in the drug user population in the period from 1970s to current day, and indicates that drug use has shifted from marginalized and low economic levels to higher societal levels. The interviewees split into two opposite groups along the lines of the parents' educational level; a large group included drug users whose parents had a high level of education, and a smaller group included people whose parents had a poor level of education.

Thus, in Georgia, drug use spread not among the marginal and poor groups (however, the number of drug users was not small in the latter group; within these groups we could mention the young people who come from provinces to big towns to work and study; many of them, after having problems adjusting to new conditions, turn to drugs, as usually happens) but among people from successful and well-off families. Therefore, the stigmatization of drug users, which was very strong at the beginning, soon weakened. Moreover, among teenagers, the use of drugs became a symbol of maturity and independence.

These are, in short, the social and psychological factors of the spread of drug use in Georgia in the 1970s. The situation has not changed much since then – you can meet 'drug users of the second generation' (i.e. children of those who started drug use in the '70s) in many respectable families. This phenomenon, in addition, has had some consequences that are directly linked to HIV-related risk factors.

In the 1970s, nothing was known about HIV and AIDS, and the existence of drug use in the USSR was kept secret.⁴ Drug users were considered criminals, and therefore, knowledge about diseases that were transmittable through blood was completely absent among drug users. In addition, disposable syringes were not being produced at that time in the USSR. As a result, acute forms of hepatitis (B and C), often followed by serious aggravations (cirrhosis, etc), spread among IDUs. This probably alerted Georgian IDUs to be more cautious during shared use of drugs, to sterilize syringes and needles, etc.

In 1999-2000, an epidemiological and behavioural investigation in Georgia was conducted among key populations that were particularly vulnerable to infectious diseases – including HIV, HBV, and HCV – through the U.S. Civilian Research and Development Foundation (US CRDF). Nine-hundred (900) IDUs from three Georgian cities – Tbilisi, Batumi and Poti – were enrolled in the study. The prevalence of HCV infection among IDUs was 63.4%, which is comparable to the situation in other Eastern European countries (Annual report on drug situation in Georgia, 2003).

It is worth mentioning that as a result of the spread of drug use, drugs were stolen more often from hospitals, pharmacies, etc. When security measures were taken, it became difficult for IDUs to get access to factory-made drugs such as morphine. But within a short time, drug users learned how to produce homemade opiates from poppy stems. This practice is still widespread. In addition, at a certain stage of

⁴Even though the existence of the drug use problem was admitted in Georgia, this topic, with only a few exceptions, was not largely covered. In mid-1970s an issue of a popular comic magazine was released with a photo collage on the cover picturing a portrait composed of two halves – a handsome smiling young man on the left and the same man, with unhealthy wrinkles on the right. Above the portrait was a picture of a syringe accompanied with a phrase that said something like, 'Don't kill yourself.' The publication received strong public reaction. Another important event was a film by Alexandr Tsabadze, 'The Stain' (early 1980s), which showed the environment of drug-dependent people. There were also literary works that portrayed drug users in a negative or comical way.

the production process, a few drops of fresh blood are added to the narcotic substance, which naturally sharply increased the risk of HIV at the beginning of the epidemic. However, long before the outbreak of the HIV epidemic, blood was replaced with vinegar anhydride (in the technique described above describing injecting drug use), so currently, the 'blood' technique is rarely used (During 2000-2002, when poppy seeds were widely offered for sale, the use of blood re-emerged. Currently, poppy seeds have been withdrawn from sale by special law. However, Galina Polyakova, a participant in the research project, 'Social Perception of AIDS in East Europe Countries,' told the authors (during interviews for this report) that blood is still widely used in Ukraine, Russia, and possibly other CIS countries⁵.

Another particularity of drug use in Georgia, compared to Russia (and maybe also to Ukraine) is worth noting: in Russia, for example, alcohol and drug users are often strangers to each other, whereas in Georgia, drug users generally create stable groups in which they can use drugs. It seems that this may be one of the factors that has lowered the risk of HIV transmission.

Therefore, one could assume that, compared to other former CIS republics, a relatively early spread of drug use in Georgia gave rise to a certain 'culture' of drug preparation and injection, which may have contributed to a reduction of the risk of HIV, to a certain extent. In addition, it is also possible that the permanency of young people's groups, which is a tradition in Georgia, also plays a certain role.

Empirical evidence on the subject paints an ambiguous picture. A comprehensive investigation of 300 IDUs from Tbilisi (BBS report, SHIP project, Save the Children, March 2004) showed that most drug users do not necessarily belong to marginalized social groups. The average education level of the investigated group turned out to be higher than the average statistical showing: 52% had some higher education. It is also notable that out of 300 surveyed IDUs, only six were IDPs from Abkhazia and South Ossetia, which is less than the percentage of this category of people living in Tbilisi.⁶

However, this picture raises serious concerns in terms of HIV-related risk behaviour: 22.7% of interviewed IDUs admitted that during the recent period they used already-used needles; moreover, 12.5% shared a needle with unknown persons.

At the same time, a large difference is observed between age groups: used needles were utilized by 37.5% of IDUs under the age of 25 but only 6.7% of IDUs above 40, despite the fact that younger IDUs demonstrated a better knowledge of the ways HIV can be transmitted. It is also interesting that infrequent drug users are more inclined to utilize used needles than are chronic drug addicts, who care more about their 'equipment.'

An additional reason for heightened risk of HIV among young IDUs – in addition to the fact that young IDUs are more inclined to practice risky behaviour because they are unaware of the risks (a perceived characteristic of drug users of a young age) – is that the dramatic social and political developments over the last fifteen years broke the continuity of traditions to a certain extent in the IDU's subculture. One could then hypothesize that, in terms of IDUs, the group most at-risk for HIV are young people who only use injecting drugs from time to time.

Even so, at present the HIV epidemic in Georgia is basically concentrated among the IDU population; the risky sexual behaviour practices prevalent in this group increases the risk that the epidemic will shift to members' sexual partners and other groups in society who may not be considered 'key populations' at particular risk to HIV. The risk is especially evident considering the traditions and culture of sexual behaviour of Georgians (see below).

1.5 Cultural peculiarities of sexual behaviour in Georgian culture

Cultural aspects of sexual behaviour in modern Georgian society are not uniformly tied to the risk of HIV; some increase the risk, while others diminish it.

As previously explained, Georgian culture is collectivist by nature. The relevant research says that collectively-oriented individuals, both men and women, have fewer sexual partners on average, and their

⁵A popular myth says that the technique of homemade opiate production was described in detail in the 1970s in the popular Soviet educational journal, "Chemistry and Life," which had a very large circulation. It would be interesting to find out whether this is true, and if it is, what motivated the publication of the named article.

⁶IDPs are about 3.5% of Tbilisi population; www.statistics.ge

partners less frequently belong to 'risk groups' (Goodwin et al., 2004). On the other hand, collectivists trust their partners more, which means they rarely use condoms or ask their partners to use condoms.

The relatively rare use of condoms (and in general, any contraceptive method) has been demonstrated in several investigations (RHSG-1999, Kachkachishvili, Goodwin). Interestingly enough, in two cross-cultural studies of different age and social groups among six cultures in Central and Eastern Europe, to the question, 'What type of people use condoms?' only Georgian respondents – although though not often – answered, 'cowards.' This, in our opinion, is related to the peculiarities of gender roles in Georgian culture, which are discussed later in this report.

Possibly, the theme of our interest is linked to a quite widespread superstition in Georgia (in rural areas, in particular), which could be summarized as follows: the measures undertaken to prevent an undesirable event increase the probability of that event. For instance, the use of safety belts 'increases' the risk of accidents. It could be that this superstition, perhaps even unconsciously, prevents people from using condoms on a regular basis. However, it is also possible that ordinary bravado and the phenomenon called 'optimistic fatalism,' i.e. the belief in a favourable future combined with the disbelief in the capacity to influence future events, are no less important in this case.

Despite the general liberalizing trends in sexual life, the norms of sexual behaviour in contemporary Georgia support traditional, deeply-rooted double standards and gender roles. For example, while public opinion is quite tolerant of men who have sexual experiences before, as well as outside of, marriage, women are severely condemned for the same behaviour, and are unlikely to discuss pre- or extra-marital sexual experiences in public, or even as survey respondents. Although the situation is similar in many cultures, the situation in Georgia has some unique characteristics.

We could state that Georgian society is going through a somewhat prolonged 'sexual revolution.' Already in the 1970s, and maybe even earlier, plastic surgery aimed at the 'restoration of virginity' (i.e. restoration of the hymen) was considered normal. Even though the practice is observed today, there is an important difference: today, most of these type of surgical operations take place not in Tbilisi, as in the past, but in the province (it is easy to understand that such surgical operations were and are kept in secret, which also means they cannot be statistically recorded. Therefore, we could only base our conclusions on anecdotal evidence – information provided by specialists, who more or less know the situation.) This shows that at the behaviour level, the liberalization of women's sexual life has already taken place. Moreover, premarital relations are no longer absolutely unacceptable for Tbilisi men (differently from men from the province). We could assume that the plastic surgery mentioned above will, gradually, become less 'necessary' also in the province.

Moreover, majority public opinion believes that motherhood is a woman's primary function, and the image of a 'business woman' is perceived with certain scepticism (although, in today's Georgia, women play a more important economic role than men). From this perspective, sex is considered to be primarily a procreative act. The display of women's sexuality generates heavy criticism. Of course, these norms greatly influence lifestyle, and sexual contacts with strangers remain uncommon in Georgia. Flirting with a girl in a café or at a disco and dating her is not always easy to arrange. As a rule, girls are quite concerned about their 'public image' and have a sense of responsibility towards their parents. Escaping the supervision exercised by her parents is also not easy.

Because of that very few Georgian female respondents confess they ever have had any 'illegal' sex. In reality we can suppose that such cases are much more frequent.

Another consequence related to the condemnation of female sexuality is that after the disintegration of the Soviet Union and the ensuing economic chaos, sex work in Georgia increased significantly, but did not reach the levels seen in many other CIS countries.

Empirical data also support this. In a survey, out of more than 2,000 female respondents of reproductive age (16-45), only 1.3% said that they had had sexual relations before marriage (RHSG-1999, p. 240). Out of more than 2,000 female respondents who had never been married, only twelve said that they had sexual experience (RHSG-1999, SPSS data file). According to Kachkachishvili (1999), 94% of a sample group of single women who were interviewed in Tbilisi have never had sex. In other research (Goodwin et al., 2004), out of 250 interviewed girls aged from 14 to 17, 86.7% said that they had not had sexual relations. In this latter research, respondents' family status was not taken into consideration, however,

some of the interviewees were married. Early marriages of girls aged 14-16 are quite widespread in Georgia, and could be thought of as a way to have 'legal sex.' In an earlier cross-cultural survey (Goodwin et al., 2003) none of the 100 interviewed Georgian females pointed to the existence of an 'illegal' partner (premarital or extramarital). Incidentally, a similar picture was observed in Poland (ibid.).

Even though surveys like the ones mentioned above do not necessarily represent the actual situation, they should nonetheless not be neglected, as they reveal trends, social attitudes, and the 'desirable' public image, all of which have an impact on behaviour, including sexual behaviour.

'The absolute majority of Georgian women residing in Tbilisi start their sexual life only after marriage and hardly use any contraceptives after that. Most men, despite starting sexual life before marriage, also never use contraceptives (Kachkachishvili, 1999).' According to sociological data, most Georgian women living in Tbilisi do not have any sexual experience before marriage. Once married, they rarely use contraceptives. According to Georgian cultural norms, premarital sex is an immoral act that reflects negatively on women. The 'tradition of virginity' still dominates (Kachkachishvili, 1999). On the other hand, observed increases in the average age of marriage (Tsuladze et al., 2003, p.57), which increases the likelihood of pre-marital sex, also may become a risk factor.

1.6 Men who have sex with men (MSM) and male homosexuality

In Georgia, male homosexuality is far more stigmatised than women's sexuality. But the things are not as simple as that. The 'normative' gender role of males in Georgia implies dominance, aggressiveness, sexiness, courage, and other purely 'machismo' qualities (recall that the label 'coward' was used only by Georgian respondents to describe people who use condoms). Homosexuals, understood by society as people who have 'changed their original gender role,' have become the object of general hatred and aggression from the majority of society as well as from the Georgian Orthodox Church. The result of the predominating homophobia in Georgia is the fact that homosexuals are deprived of any chance to openly demonstrate their sexual orientation or organise associations or groups. As a result, there are often strong ties between groups of male homosexuals. (It is worth noting that not all men who have sex with men identify themselves as homosexual.)

There has been no study on HIV and STI prevalence or investigation of risk behaviour among the MSM population in Georgia. Although the number of MSM can't be estimated, the reported HIV prevalence among MSM is low (3.0%).

However, it is safe to assume that some of the officially registered HIV cases for which the routes of transmission are undetermined could be attributed to unprotected sexual contacts among MSM (not reported as such due to the associated stigma).

A peculiar attitude towards homosexual men can be clearly seen in the way those who are open about their sexuality are treated in detention places; they are usually kept in separate cells and are called 'hens.'

Outside of prison settings, it is fairly difficult to identify homosexual men. Despite several attempts to open 'gay' bars and nightclubs where MSM could socialise, none have been successful. Because of strong social pressure, the homosexual community depends on an 'underground' life with no desire to reveal themselves publicly. This makes it extremely difficult to conduct HIV/STI prevention and education among MSM in Georgia.

As a result, this key population remains cut off from HIV- and AIDS-related prevention, treatment, and care interventions, and the stigmatisation and marginalisation by the society only heightens their vulnerability to HIV.

1.7 Commercial sex workers

According to unofficial data, there exist different categories of sex workers with corresponding differences in costs of service in Tbilisi and other large cities in Georgia:

1. The 'lowest' category is represented by so called 'street sex workers,' who work mainly on central streets, railway stations, along the transit roads (and other landmarks such as the 'territory of Circus');
2. The 'higher' category is represented by sex workers working in saunas, baths, and other illegal brothels;

3. The 'highest' category is represented by so-called 'mobile phone' sex workers, who work 'on call.' The majority of CSWs (87.3%) say that the main reason they became involved in sex work was poverty and a lack of financial means (Situation Analysis on HIV/AIDS, 2001). For a great many of them, sex work is their only source of income to support themselves and their (often large) families. But there are a few cases when married women with no financial problems have 'ran away' from their husbands and begun working the streets or in saunas as CSWs. When CSWs are asked what level of salary would convince them to stop working in the commercial sex industry, they give unrealistic figures that dwarf the average monthly salary (55 USD). Psychologists suggest that even though poverty pushes women to the 'street' in a certain way, the more basic explanation is 'personal problems.' (Situation Analysis on HIV/AIDS, 2001) The majority of CSWs (236, or 90.75%) perceive themselves to be temporarily involved in sex work and say that after they save a certain amount of money they intend to quit (or find alternative employment). 17.3% (19) of CSWs say they will be involved in commercial sex work for only a short period of time. Some try to avoid any contacts with social workers, journalists, scientists, etc., who are searching for information or conducting research, and show aggression at the slightest suggestion of what they do.

Street and bar/sauna-based CSWs are usually from poor families; many of them are the sole bread winners and have more than three dependents. 27.8% of the survey group had syphilis. The majority (71.6%) said they always used condoms with their clients, but only 17% used condoms with their regular partner (BSS report, SHIP project, USAID, Save the Children, Tbilisi, 2002). Due to the high stigma associated with their work, CSWs do not work in their home cities but instead travel to other regions of Georgia. Younger CSWs who manage to collect enough money to travel abroad leave the country. Many of them go to Turkey, and some work in Europe (NGO 'Tanadgoma').

Information on HIV and STI prevalence has been gathered within the BSS of SHIP project, USAID, and Save the Children, in Tbilisi, 2002.

Almost all CSWs (99.4%) were aware of sexually transmitted infections: 70.9% reported having at least one STI symptom during the year prior to survey. A total of 158 street-based CSWs (all women) have been tested for HIV, syphilis, gonorrhea, and Chlamydia. The most common STI among CSWs was syphilis (27.8%), followed by chlamydia (25.3%), and gonorrhea (17.1%).

While sex work is neither legal or illegal in Georgia, the police are involved in apprehending CSWs for compulsory testing. More than half (51.6%) of street-based CSWs in Tbilisi are believed to have been tested for HIV. Sex workers often attempt to avoid this forced testing by offering bribes, both monetary and sexual.

Within the BSS (2002, Tbilisi, SHIP Project, Save the Children), out of 158 CSWs (all women) voluntarily tested for HIV, none was found to be HIV-positive (interestingly, one of the sex workers was a male transvestite who tested positive for the HIV test).

The network of facility-based sex workers is unknown; access to this part of the commercial sex work industry is controlled by gatekeepers like brothel owners, hotel managers, and pimps.

In this context, HIV and AIDS-related stigma and discrimination against CSWs and MSM remains much higher than that of the IDU population, despite the higher risk of infection among IDUs. These trends can be attributed to the relative social status of these groups; IDUs usually come from wealthy and respected families and have very closed and narrow networks. Stereotypically, they have good jobs, good cars and have a reputation of being 'the smart guy,' or 'the best guy.' On the opposite end of the social spectrum, homosexuality is heavily stigmatised and forced underground, as there is no acceptable public place for MSM to meet openly. Many MSM get married and adopt a bisexual life to avert social scrutiny and discrimination.

I.8 Gender issues

It is known that gender issues, including domestic violence, discrimination of women, and trafficking have an impact on the HIV and AIDS situation.

In general, gender roles have non-symmetric character within contemporary Georgian culture, namely in social representation. Despite the fact that motherhood is the most valued social role in Georgian culture,

a man is considered a more sophisticated and exquisite person than a woman. Therefore, in most families the birth of a son is more welcomed than the birth of a daughter. At the same time, these stereotypes imply a special respect: a 'knightly' attitude towards a woman from the more 'accomplished' male.

As will be shown, this principle does not have much in common with reality, but the behavioural norm still creates a certain social climate. For instance, family violation is condemned; there is no saying in Georgian culture that justifies violence towards women (such as, 'beating a woman is to her benefit,' or 'when a husband beats his wife it means that she is loved').

1.8.1 Women's discrimination

One of the largest sociological studies on discrimination against women in Georgia was carried out in 1999 by the NGO 'Caucasus Women's Research and Consulting Network' (CWN; <http://www.iccn.ge>). Entitled, '*Study of gender stereotypes and hidden female discrimination in Georgia*,' the study's central conclusions were formed on the basis of 400 interviews. These conclusions are summarised here.

The existence of discrimination has been proved in a number of areas, primarily in family situations.

It could be stated that generally, the existence of discrimination is not adequately realized or experienced. This is revealed by the fact that when asked directly about discrimination, women say that they do not feel oppressed, and conversely, men do not think anything needs to be improved in family life. However, the results of the survey contradict these perceptions. In particular, the survey revealed that: both genders think a woman cannot adequately realize her potential; that Georgia lags behind international standards in terms of women's equality; and that the situation for women needs to be improved. Interestingly, both men and women point to a clearly manifested sexism of the society, the existence of which already implies discrimination.

The image of an ideal man and woman falls within the male spouse's opinion and is backed by public opinion; contrary to this, it is a women's latent tendency to achieve more freedom. It is observed that men show a tendency to restrict women's rights (at different levels, even in socialising. E.g., men do not think that a woman necessarily requires time to spend with her friends or on the development of her own abilities).

As family is considered to be the most important thing for women, the status of married woman is still the most desirable role for them, but women in families experience the most discrimination. The second category of discriminated women are elderly women, for whom society does not provide any space. Once their sexual attraction is lost, their rights declined dramatically. A women's position has been proved to be directly related to their sexual functions – quite the opposite of men, whose rights increase with age.

The role of society (social norms and traditions) in the understanding of women's discrimination also needs to be emphasized. On one hand, what is considered to be a norm cannot be experienced as discrimination ('It has always been like this.' 'This is what our traditions are,' etc.). This results in a low level of discrimination awareness. On the other hand, individual male and female respondents (especially women) have a more egalitarian disposition than society as a whole, and spoke of the pressure of traditions and public opinion.

The level of freedom and independence provide the clearest distinction between the position of men and women. In particular, women possess less freedom and independence. They are quite aware of this fact and fully experience this deficit. Having said that, these dimensions play a very important role in personality development and satisfaction with life – considerations that typical Georgian men still do not admit should be enjoyed by women. An ideal woman, from their perspective, is a being who is totally dependent on them and restricted in her freedom.

Thus, based on the research, the major symptoms of women's 'Georgian' discrimination could be stated as follows:

- Women are not aware of discrimination, and consequently, accept gender asymmetry in many spheres;
- Discriminative character of traditions have a leading role in the oppression of women;
- Family is an institution supporting discrimination.

1.8.2 Domestic violence

Domestic violence towards women in Georgia was the main focus of a social-psychological study carried out in 2004 (L. Arutjunova. Social-psychological study of domestic violence in Georgia. In: N. Tsikhistavi. Multi-component study of domestic violence towards women in Georgia. ICCN, Tbilisi, in press).

More than 1,000 women were interviewed all over Georgia (except Abkhazia and South Ossetia). According to the data obtained, 22.2% of respondents said they were a victim of physical violence (see the table below).

<i>How often has your husband/partner committed or attempted physical violence against you?</i>	%
Attempted several times but didn't commit	6.5
Once or twice	11.4
Repeatedly	5.2
It happened in the past but not now	5.6
Never	70.5

42.8% of the respondents said they knew of physical violence that had been experienced by their female acquaintances. By the author's estimation, at least 5% of women in Georgia – or 75-85,000 – are the victims of repeated physical violence. Only a few seek police or medical help; the rest are ashamed, fear what their communities will think, or fear their husband/partner. 64.2% agreed with the statement: 'What is happening in the family is to be settled within family, whatever it should be.'

From a cultural point of view it is interesting to hear Georgian women's opinions on how they themselves should react to domestic violence

<i>What should the woman do when experiencing permanent physical and/or verbal violence from her husband/partner?</i>	%
Apply to police or court	1.4
Divorce	52.0
Apply to her relatives	4.8
Remain patient	10.9
Apply to a therapist to improve relations with husband/partner	3.8
Try to improve relations herself	25.5
Defend herself by responding with violence to violence	0.8
Resist physically or verbally	0.4

25.5% of respondents said that they have been forced to have sexual intercourse by their husband/partner (4% repeatedly, 7.9% sometimes). 7.7% stated they have been forced to participate in sexual activities that they found unacceptable. At the same time, a considerable number of respondents said a woman should concede to her husband/partner's desire (see the table below):

<i>If the husband/partner desires sexual contact, woman should concede even if she is not ready for sex at the moment</i>	%
Completely agree	15.3
Rather agree than disagree	31.0
Rather disagree than agree	31.7
Completely disagree	20.3

The answers: 'don't want to frustrate him,' (55.5%) and 'because of compassion' (12.8%) were given as the main reasons for accommodating a husband/partner's desire. Interestingly, only 35.7% of respondents believe that that compulsion for sexual intercourse by their husband/partner is a form of violence.

According to the author's estimation, in reality sexual violence is much more widespread than what was reported by respondents. Thus, sexual violence could be considered a serious risk factor in respect to HIV. Fear of public opinion, the subordinate status of woman, and other 'patriarchal' and small group-oriented collectivistic realities are still widespread in Georgia, mainly in rural areas, heighten women's vulnerability to HIV (as, in addition to the experienced violations, they often do not even have the possibility of negotiating safer sex).

1.8.3 Trafficking

The problem of trafficking is relatively new for Georgia and the link between this phenomenon and the HIV epidemic is poorly investigated.

In recent years, awareness in Georgia about human trafficking, and the issues surrounding the problem – including serious human rights violations – has been growing steadily. Victims of trafficking are usually women who were promised transit abroad and a decent job but instead were forced to have sex with paying clients or treated as slaves.

The Georgian government has worked with international and local NGOs, most notably the International Organization for Migration (IOM), to implement a number of counter-trafficking activities, in particular, small-scale prevention and awareness raising activities.

Notwithstanding the counter-trafficking activities implemented to date and recent political changes, many Georgians are still greatly interested in going abroad, as they continue to be confronted with difficult socio-economic conditions at home. Because of strict visa and immigration policies in the main destination countries, Georgian migrants have increasingly resorted to visa brokers and smuggling rings to gain entry into western countries. People who are trafficked from Georgia are usually taken to Turkey, Greece, the United States of America (USA) or any of several Western European countries, where women and men are exploited in indentured servitude, forced sex work, and small agricultural and industrial businesses (Newsletter of May 2004, *IOM International Organization for Migration, Mission to Georgia*). There is considerable risk that women who are forced into sex work abroad become infected with HIV and upon their return to Georgia risk transmitting the virus to their husbands/regular sex partners.

According to the annual 2003 Trafficking in Persons report published by the U.S. State Department, Georgia ranked as a 'tier 3' state because the government had failed to implement self-compelling obligations regarding anti-trafficking activities the previous year, in 2002. In July 2003, the State Department report became the driving force behind the Georgian parliament's speedy adoption of 'the Law on the Amendments to the Criminal Code of Georgia,' authored by the Ministry of Justice. Since 2002, local and international NGOs have been lobbying for the adoption of this law. The Criminal Code was supplemented by two articles: Article 143¹ – trafficking in persons, and Article 143² - trafficking in minors. The law came into force on 10 July 2003.

According to the law, trafficking in persons is considered a violent crime. Trafficking is defined as: 'the selling or buying of a person, or subjection of them to other illegal deals; also recruiting, transporting, harbouring, or taking them for purposes of exploitation, with the use of force, blackmail, or deception.' It is punishable with five to twelve years of prison. The aggravated circumstances of the crime include: 'the same offence, committed reputedly, against two or more persons, against a pregnant woman knowing about her pregnancy, with the abuse of official authority, by taking the victim abroad, with the use of life-threatening or health-threatening violence, or threatening to use violence, knowingly, against a vulnerable person, or against a person who is financially or otherwise dependant on the offender.' With aggravating circumstances, the crime is punishable by imprisonment for from eight to fifteen years. The same offence committed 'by an organized group, which resulted in a death of a victim or caused other serious consequences', is punishable by up to twenty years of imprisonment or life imprisonment in the case of minor victim (Article 143²).

In July 2003, the National Security Council and the Public Defender's Office of Georgia, in partnership with the IOM, conducted an ad hoc conference, during which the '2003-2005 Plan of Action against Trafficking' was reviewed and refined. In particular, the responsible institutions and deadlines for implementing the steps identified in each section of the action plan were defined.

In March 2004, the Young Lawyers' Association finalized the drafting of the 'Law on Prevention and Prosecution of Trade in People (Trafficking), and Protection and Rehabilitation of the Victims of Trade in People (Trafficking).' It is worth mentioning that this legislation contains three classical approaches toward the problem: prevention, protection, and prosecution. The preventive measures are emphasized in the draft law, in order to minimize and finally to fully eliminate this crime; the measures are mainly related to social activities and the cooperation of state bodies. Issues related to the protection and rehabilitation of the victims are equally important. It is obvious that the draft law stresses activities related to combating human trafficking, which by itself relates to issues of good governmental coordination, timely and effective investigation of the cases, and the prosecution of traffickers. International experts, as well as Georgian experts representing different governmental structures, took part in drafting of this legislation

According to the sociological data (Women trafficking research in Georgia, Informational bulletin #5, 2003, pp. 3-47), during the last three years the level of awareness among the Georgian population has significantly increased: 52% of survey respondents know something about the crime of trafficking, with no difference between women and men concerning the issue.

The survey indicates that one of the objective reasons why women become victims of trafficking is their frequent low level of education and lack of knowledge about their legal rights. A considerable number of women want to go abroad for work (72%) and are ready to work illegally; it does not matter what kind of work they would be required to do. At the same time, the number of women willing to go abroad is relatively high in Tbilisi compared to other regions. If we consider however that people in the regions have a low level of information about trafficking, we might conclude that people in the 'regions' are more at risk for becoming trafficking victims. But in reality, people who have information about trafficking also (and still) want to go abroad, and are ready to do it; therefore, the fact that someone is informed sometimes seems to be insufficient to help them avoid the risk.

The results of surveys have shown that there are two main reason why women are prepared to go abroad to work despite knowing the risks of falling a victim to trafficking: they think that moving abroad is the only way out of their difficult situation, or they are sure that it (trafficking) will not happen to them.

When it does happen, society tends to blame the victims: trafficking is considered a shameful activity for women and is identified with sexual exploitation; trafficked women are thus perceived as sex workers. For a variety of reasons, the public's perception of the seriousness and/or risks of becoming a victim of trafficking do not reflect reality:

- ◆ First, victims of trafficking in Georgia usually do not report or disclose what has happened to them. Also, many people are not aware that trafficking is a problem; the majority of the survey's respondents said they are not personally acquainted with a victim of trafficking, but do know a woman who has worked abroad and returned with positive experiences. Therefore, people have a relatively positive attitude toward working abroad;

- ◆ At the same time, people realize that there are potential dangers connected with working abroad illegally. The biggest reason a woman becomes a trafficking victim, in the opinion of respondents, has to do with her personal disposition, not the compromised situation she finds herself in. Accordingly, only women who conduct themselves recklessly become victims of trafficking;

- ◆ Furthermore, as a result of the same 'Fundamental mistake of the attribution,' the survey's respondents believe that women can avoid becoming victims of trafficking by simply changing their behaviour, 'being honest,' 'being honourable,' or 'not being naïve.' 79% of respondents said that 'honest women, usually, are in no danger of trafficking' and 40% said that 'nobody offends a woman without a reason.' And as people do not identify themselves as 'dishonest,' 'dishonourable,' 'unintelligent,' etc., people fall under an 'illusion of safety,' or 'unrealistic optimism' and believe that they are not faced with any risks. People also fall under the 'illusion of control' in situations that do not reflect reality.

With regards to people who fall victim of trafficking, in addition to the characteristics mentioned above (naiveté, etc.), there is a strengthened stereotype that identifies trafficking in women with sexual exploitation and the sex industry. Thus, given all the above, it is not difficult to feel that the public's 'conclusion' is that women who are trafficked for sex work are 'immoral women' who, moreover, could never be someone they know personally.

I.9 Young people

There are no special programmes in schools or higher educational institutions aimed at HIV and drug use prevention. Attempts to introduce into high school curricula a course on HIV prevention have faced continuous opposition by parents and the church and so far failed.

The HIV/STI prevention pilot programme was a part of the Life Skills Education Programme supported through UNICEF's Georgia country office, in collaboration with the Ministry of Education. The curriculum was developed in 2003 but the team that was in charge of the programme development at the Ministry has been changed (following the 'Rose Revolution') and the programme was never officially adopted. Moreover, public pressure has increased as some leaders of the Georgian Orthodox Christian Church have opposed the programme in fear of 'immoral lifestyle promotion' among young people.

Interviews with 360 high school and university students showed that the largest source of information on drugs is received on the street (56% of respondents said this), followed by the media (34% said this), and educational literature (10%). Comparatively, teachers who were interviewed think that the main source of information is educational literature (34.5%), followed by the media (31%), and lastly, the street (26.5%) (Situation Analysis on HIV/AIDS in Georgia, 2001).

It is interesting to note that students are better informed about drugs than teachers. Some teachers believe that drug use and sexually-transmitted infections (STIs) should not be discussed in teacher-student conversations. Some parents (411 parents were interviewed) demonstrated a negative attitude towards attempts to introduce courses on HIV and drug use prevention in schools.

At the same time, adolescents showed a vivid interest in the topic, found the themes to be relevant, and pointed to the necessity of supplying students with accurate information on drugs, HIV, and STIs.

In research conducted by the Narcology Institute during 2002-2003, 800 students at Tbilisi higher educational institutions were asked about drug use. The results showed quite a high rate drug use by young people: 52% of male respondents said that they had tried marijuana, and 11% were using it on a regular basis; 4.5% had tried ecstasy; 3.9% heroin; and 2.6% were using inhalation drugs. Out of those who regularly used drugs, marijuana was most popular, followed by opium (3.3%), and heroin (2.6%).

When students were asked about their peers' drug-use habits, 41% of young male respondents said that some of their personal acquaintances used marijuana; 17.5% said that most of their acquaintances used marijuana; 24.7% said that at least several of their personal acquaintances used heroin; 11% said the same in relation to ecstasy; and 11% said this in relation to stimulants.

It has to be noted that the use of non-injecting drugs (marijuana, ecstasy, codeine, and tramadol) has recently increased among young people. For instance, the number of newly-registered marijuana users increased 2.8 times from 2000 to 2003. A considerable increase in the use of drugs by girls and young women raises special concern. It is well known that the use of drugs (including those not used in the form of injection) and alcohol increases the number of sexual partners and unsafe sexual contacts, which in turn increases vulnerability to HIV and other STIs. Thus, among the young university men who knew the facts about unsafe sex, 54% named alcoholic intoxication as the reason for such behaviour, and 14% named drug intoxication.

In Georgia, 7.8% of the population is between 15- and 19-years old. According to UNFPA 2002 Adolescent's Reproductive Health Survey, in Georgia 87% of youth has a keen interest in sexuality issues but usually their discussions are limited to their peer networks (63.9% said this). Different sexual standards exist among youth. Both boys and girls think (76%) that it is acceptable for boys to have sexual contacts with a sex worker. Only a few consider it possible for women to have extramarital sexual contact. Adolescents have heard of HIV and other STIs (88.7%) but they have poor knowledge about transmission routes.

I.9.1 Children in non-traditional family settings

In 2001-2004, a cross-cultural survey was conducted on HIV- and AIDS-related problems among adolescents in Georgia, Russia, and Ukraine (Goodwin et al., 2004). 500 adolescents were interviewed

in Georgia. One-third were from shelters (i.e., homes attached to the Ministry of Education that provide accommodation and education for orphans and other care-deprived children). The results seem to be quite unexpected – shelter children demonstrated, on average, a better knowledge of HIV and AIDS (however, there were also more respondents among them who were totally unaware of HIV and AIDS, which could be explained by the large number of mentally-disabled children among the shelter groups), also – due to a lack of money – and had a lower reported level of sexual activity and fewer cases of injecting drug use.

In Georgia, information on HIV and AIDS is basically disseminated among young people by different NGOs with educational functions, who primarily focus on shelter adolescents as their target populations. As for the state programme for the schools of general education, it has not been put in place yet and the situation remains uncertain.

The fewer cases of injecting drug use among this group could be explained by purely economic reasons, such as that drugs are expensive (among shelter children, glue is more often used through inhalation). We could also assume that when shelter children shift their drug use to injecting drugs, they are more susceptible to infection because they are less likely to use disposable syringes.

A comparison of the sexual activity among shelter youth (boys) with their peers who live in traditional family settings shows very different experiences: young boys who attend traditional schools have sexual contacts mainly with CSWs, which shelter adolescents cannot afford. Premarital sexual relations are as taboo for shelter girls as they are for boys, just as they are for their peers in the wider Georgian society. Among the shelter girls interviewed, only two confessed that they were engaged in sex work, and only three reported having sexual intercourse 'with [a] boyfriend.' These numbers are much lower than numbers in a similar study in Russia and Ukraine.

I.10 The penitentiary system

Prisoners are one of the key population groups most at-risk and vulnerable to HIV. Due to limited available funding for health education in the Georgian penitentiary system, there are no HIV or drug-use prevention activities. In fact, the system does not support drug use prevention programmes, as officials are not willing to admit to the fact that prisoners have access to drugs. No condom distribution is allowed either.

However, in places of detention, the rate of drug use is quite high, including injecting drug use. Research carried out by the Institute of Narcology in 2004 in two penitentiary institutions (an interview of 250 male prisoners aged 19 to 50) showed that 70% of respondents had used drugs all their lives and 41% were using drugs in prison. The most frequently used narcotics were injecting drugs. Among the respondents who confirmed the use of drugs during the last three months, 30% had used marijuana, 41% had used heroin, 18% had used subutex (in injecting form), and 8% had used opium. 10% of respondents said they use injecting drugs regularly – either on a daily basis, or every second day.

The following data raises considerable concern with regards to HIV: 87% of drug users repeatedly use their own syringes; 42% share syringes with others; and 52% use syringes that have been used by others. This risky behaviour is justified, say detainees, because sterilised or new syringes are unavailable.

Therefore, a high level of injecting drug use and the frequent practice of sharing injecting instruments creates a great danger for the spread of HIV and hepatitis in the Georgian penitentiary system.

The first investigation into HIV prevalence among the prison population in Georgia was conducted in 1997, when 7,000 prisoners were tested for HIV and five cases of infection were detected.

The last survey was completed in 2001, when 1,200 prisoners were tested after receiving pre-test counselling. The current prevalence of HIV infection in prisons is 0.1%. The National AIDS Center conducts limited HIV testing of prisoners, and has a strategy to address HIV, STI and drug-use prevention in the penitentiary system. The Center, along with the Ministry of Justice, is negotiating with the government and donor community to obtain funding.

The NGO 'Tanadgoma' is also engaged in HIV- and STI-prevention education and counselling activities in prisons of Tbilisi. They refer prisoners who may be at high risk for HIV to the National AIDS Center for testing. (However, testing is voluntary and every prisoner can decide whether or not to be tested.)

I.11 Migrants

Experts estimate that approximately one million individuals are currently living abroad in search of employment or education (Tsuladze et al., 2003, p.161). However, the number of seasonal migrants – a group especially at-risk – is also large and impossible to identify. The majority of the male emigrating population travel to Russia and Ukraine – countries with higher HIV prevalence – as well as Greece and Western Europe, while women emigrants mainly travel to Turkey, Greece, the United States, Germany, and France, where many find work as domestic caregivers. The highest level of emigration is from the regions of Samegrelo and Javakheti. In contrast, very few people immigrate to Georgia; those who do primarily come from Russia and Azerbaijan, and usually find employment on farms. The situation is most alarming in Javakheti, one of the poorest regions, and one that lacks qualified medical personnel. Preventive disease measures are rarely taken there. Some of the women migrants engage in sex work, and thus, put themselves at an increased risk for HIV. (It should be noted that most women cease this activity after they return home and find themselves back in a familiar cultural environment.)

Increased migration is one of the leading factors driving the trends of the HIV epidemic in Georgia; IDPs are another. According to the last census (1989), the population of Georgia was 5.4 million. However, armed conflicts that erupted during the recent years and increased migration (mainly for economic reasons and availability of education abroad) have reduced the population to 4.6 million (2004) (www.statistics.ge). Due to ethnic conflicts, 288,000 people have become internally displaced people (IDPs) (Samachablo and Abkhazia territories). In addition to the issues surrounding displacement, the majority of these IDPs suffered enormous losses, including of their property, possessions, etc. Many male IDPs found jobs as seasonal workers or left the country to find work. Female IDPs found work at small shops or in markets. Some became involved in commercial sex work (no official statistics exist; the information provided here is based on communications with CSWs for the purpose of this report).

188,000 Georgians are registered as refugees in the Russian Federation. Russia is the main destination for the majority of migrants (50%), followed by Turkey (13%), and Ukraine (7%). Migrants (whether seasonal, labour, long-term, etc.) who are returning to Georgia increase the risk of bringing new cases of HIV into the country (Gotsadze T, HIV/AIDS in Georgia – Addressing the Crisis); 79% of citizens in Georgia registered at the National AIDS Center were infected either in Ukraine or Russia.

I.12 HIV/AIDS-related awareness

Although different research data shows that the level of awareness about HIV and AIDS among the population of Georgia can be considered satisfactory (Kachkachishvili, 1999; Goodwin et al., 2003), many of those interviewed (for the current report) expressed incorrect views on how HIV is transmitted: such as through air, touching and sharing the same dishes with an HIV-positive person. Such lack of awareness about modes of transmission may put people at risk and deepens the isolation and mistreatment of PLHIV, who face discrimination and stigmatisation similar to that of lepers. For instance, one report states that medical personnel at a prison hospital demonstrated ‘unnecessary caution’ when dealing with PLHIV (Karselishvili, 2002).

In one such investigation, (Goodwin et al., 2003) doctors, entrepreneurs, and nurses from five Eastern European countries (Hungary, Poland, Georgia, Estonia, and Russia) were interviewed. Entrepreneurs were chosen as the target group because they travel regularly and have more frequent casual sexual contacts. The reason medical personnel (doctors, nurses) were selected for the interviews is that they are an important source for disseminating information on different diseases, including HIV and AIDS. The results show that Georgian nurses are the least aware of HIV and AIDS. Such findings make it clear that there is a crucial need to introduce special educational programmes for nurses and other medical personnel in Georgia.

Comparing the data obtained by Kachkachishvili (2002) and Goodwin et al (2003) one may point out the following: The level of awareness and knowledge on modes of transmission and prevention correlates with the level of education.

In Kachkachishvili (2002; general public interviews), the knowledge level in the general sample about HIV transmission, prevention, and risk-related behaviour is satisfactory. The Social Representation Research (SRR) sample of Goodwin et al. (2003) seems to be more educated than Kachkachishvili’s (2002), but

the data cannot be compared directly because of the different methodology: open questions, referring to the ways of transmission (Kachkachishvili) and closed questions (SRR). Nonetheless, one comes to the conclusion that the SRR respondents are more aware that direct blood contact (injecting drug use, blood transfusion etc.) carries a risk of HIV, in addition to unsafe sex. Therefore, for most Georgians, AIDS is associated with sex (mostly heterosexual), and less with blood.

At the same time, better knowledge about HIV transmission by direct blood contact among those interviewed in the SRR sample is accompanied by a greater belief in untrue methods transmission (saliva, mosquitoes, handshake, etc.), especially among nurses.

According to Kachkachishvili, '...the level of knowledge of HIV/AIDS is not reflected in the respondents' perception of their own risk of becoming HIV infected. The majority of respondents (especially female) either partially or completely deny the possibility that they could become infected... ...half (of male respondents) are not using condoms...' (p.151). These statements correspond to the finding by McFarland et al. (1992), who found wider gap between what people say and how they behave in post-Soviet cultures than people in the West.

**Interview with Dr. Lali Sharvadze, Physician,
Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center,
Tbilisi, Georgia**

The situation with HIV and AIDS has significantly changed since 1991. First, new medications and treatments (like ARV treatment medication) have been introduced. As a result of HAART, medical treatment has become much more effective. This is what the world trend looks like. In Georgia, treatment methods are generally the same as in other countries, although it could be said that we lag behind a bit. As regards the accessibility (and availability) of treatment, five patients are currently receiving state-funded treatment. [...]. Unfortunately, there are no more resources (these five were admitted for treatment five years ago, and HIV was identified in them earlier than in other patients.) [for medical treatment]. Other patients have to pay for their treatment, but even in this case things have changed for the better: Rather cheap Indian products have appeared on the market and these can be used in place of expensive western medical products. Treatment with the Indian medication costs 150 USD per month, whereas western medication costs between 800-900 USD per month (The average monthly salary in Georgia is 55 USD). The difference is very significant, and means that many patients can now pay for their own treatment. On the other hand, I think that this problem will be solved to a large extent when the implementation of the Global Fund project starts in Georgia, which is expected in the near future. This programme provides for the treatment of a greater number of patients than is required by Georgia.

[...]Most important is a timely identification of an HIV infection. In such a case treatment will be much more effective. But there are problems with the early identification and these problems are quite serious. In general, HIV belongs to manageable chronic diseases.

What is the situation like in Georgia? If the Global Fund project did not start in the near future, we would have very different problems. [...] This programme was delayed due to certain bureaucratic requirements, like consistency with Georgian legislation, and the necessity to adjust it to local conditions.

Even now, testing is accessible for actually everyone. There are special programmes for examining 'risk groups'. Many people have the opportunity of being tested free. If an HIV test is positive, all the following procedures – double testing, registration, identifying the stage of disease development, etc. – are also free and are covered by the state programme. But even for an ordinary citizen who is willing to be tested, the payment is not very high and amounts to 5 USD. I have never heard any complaints about the price of testing or its inaccessibility. I would also like to emphasize that HIV/AIDS is treated only through public departments, and, in particular, in our center. I have never heard of HIV/AIDS being treated in a private clinic. It is even difficult to imagine that. It is not likely that private practitioners have the capacity to diagnose the disease.

[...]Drug users form the group at-most risk, of course. Another thing is that drug use causes psychological changes; a drug user [...] is not likely [...] look after himself, undergo testing, etc. Although, some of them do so.

The most difficult regions are those where injecting drug use is spread[ing] such as Samegrelo, following Tbilisi.

Medical personnel, especially surgeons, and we, of course, present a 'risk group', because we are in direct contact with HIV patients. However, there is a rule, according to which a surgeon must not perform a surgical operation if he is not aware of the patient's HIV status and some other parameters (there is no law that demands mandatory testing, but only a recommendation, which is rarely fulfilled).

There are surely problems with the stigmatizations of people living with HIV. There are no problems on our part (anonymity and confidentiality are fully guaranteed), but, sometimes, ties break with friends, neighbours, etc. Like everywhere in the world. We still tell patients not to talk about their status with others to avoid complications.

In the past, there were some problems with medical personnel, when an infected person needed the help of a surgeon or a dentist. Often, doctors refused to take care of an HIV patient. But the situation has improved now; people have learned a lot. In the past, when infection was identified in a hospital, the medical personnel often demanded that the patient immediately leave the hospital. But now this rarely happens. Medical personnel know that there is no danger when the necessary preventive measures are taken.'

1.12.1 Media on HIV and AIDS

Worldwide, the mass media plays an important role in the dissemination of information about HIV and AIDS, and the kind of information the press puts out has a considerable impact on public attitudes about HIV and AIDS; the level of knowledge a population has about the virus and disease is greatly dependent on how the mass media covers this issue. Unfortunately, in Georgia the media has taken almost no role in the response to HIV and AIDS. HIV- and AIDS- related issues are mostly covered episodically and with a 'sensational' tone. As a result, one of the media's major responsibilities – informing and educating society and giving people the information they need to stay healthy – is not being met.

Monitoring of newspapers and magazines with large circulations, as well as selective monitoring of TV and radio news programmes that cover HIV- and AIDS-related issues, was carried out within the framework of two cross-cultural investigations (Goorwin et al., 2003, Goodwin et al., 2004). It is noted, without going into detail, that the media coverage of HIV and AIDS reached its peak in Georgia in 1997-98. In the following period, the amount of coverage gradually decreased to such an extent that on 1 December (International World AIDS Day) 2003, the information programmes on three television and two radio channels did not provide any coverage of HIV or AIDS issues. (However, it has to be noted that 1 December 2003 was the eve of presidential elections, and there was quite a tense political situation in the country.) It seems that HIV and AIDS is no longer perceived by the media as a priority issue, which is naturally alarming, given the current HIV epidemiological trends.

Press, radio, and TV officials also do not seem to take an active interest in this problem, and priority is given to political or social events that are deemed 'more important.' This kind of decision-making reflects the passive position of mass media on HIV and AIDS, and reinforces the fact that no attempt is being made to counter false beliefs or to contribute to the process of raising public awareness of the virus and disease. Coverage of HIV and AIDS subjects is simply not considered 'commercially interesting,' meaning, the most important mass media sources, TV and radio, do not consider it profitable to cover these issues. Even though HIV and AIDS are included in a list of issues that get a so-called 'social advertisement' discount, these ads are broadcast during working hours, when the majority of the population isn't watching TV.

The regional media (press and TV) are even less involved in the coverage of HIV and AIDS. Residents of the capital and large regional centers more or less receive some information, but the rest of the population, for the most part, does not receive information on HIV prevention, which contributes to the information vacuum and increases the risk of HIV in rural areas.

In the majority of cases, this kind of public information system – one based on sensationalised material – only creates panic and fear among the general population and prolongs stigma and discrimination against PLHIV. There have even been cases when there was a violation of confidentiality: the information provided by the media revealed the identity of people living with HIV (Situation Analysis on HIV/AIDS in Georgia, 2001).

What follows is a short survey of the most interesting, and most typical, press activities that occurred during two periods of monitoring. In the first stage, two daily newspapers were analysed for HIV- and AIDS-related content.

'Alia,' 30 October 1999, p. 8, 2,000 words.

'It must be interesting for Georgian drug addicts'

The article discusses the poor situation regarding treatment of drug addiction, mainly because of the lack of financing. Among other issues, the low level of prophylactic use in regards to HIV is mentioned.

'Alia', 23 December 1999, p. 12, 70 words.

'Zhirinovski: The Evil Russian hacker'

Zhirinovski is a scandalous Russian nationalistic politician. Answering a question from Reuters about whether he is going to 'wash,' (a Russian slang word meaning drinking for some event) his election to parliament, he said that Russian people don't drink any more, that the best Russian hackers are working hard to create a computer virus that will destroy the whole Western computer system, and that drinking, smoking, drug addiction, and AIDS are Western attributes.

'The Resonance,' 29 September 1999, p. 8, 100 words.

'One in every 100 women in Russia is infected with syphilis'

Statistical data, reprinted from 'The New York Times' (unemployment, STIs, etc. among Russian women). According to the article, 27,000 Russian women are living with HIV.

'The Resonance', 17 October 1999, p. 4, 300 words.

'Every minute, 5 people in the world become infected with AIDS'

The article says that AIDS is the number two threat for humanity after nuclear war. In addition to world statistics on people living with HIV (mainly in Africa), it is mentioned that there are 102 registered people living with HIV in Georgia. The actual estimated number is 800. The article also points out methods of HIV transmission, the low level of use of prophylactics, and the low level of risk-awareness of people. With regards to ARV treatment, the article stated that four HIV-positive persons in Georgia are treated by state programme and that the treatment is expensive (15,000 USD annually for each person) and that there is no money for other PLHIV in need of treatment.

'The Resonance', 25 October 1999, p. 5, 1,200 words

'Why dilettantism (non-professionalism) is rooted in medicine'

The article discusses the low level of health care in Georgia, which decreased even more after the collapse of USSR, and analyses the reasons. Among other points the author laments that there are a lot of charlatans who promise to treat incurable diseases, including AIDS, and many people believe them.

'The Resonance,' 11 November 1999, p.21, 200 words

The section '*Answering the reader*' answered the question, '*What diseases are spread by a sexual way?*' HIV/AIDS was one of the discussed issues.

'The Resonance,' 25 November 1999, p.8, 350 words

'There are already 50 million infected by AIDS in the world'

subtitle: *'In former USSR the main way of infection is the drug addict's needle'*

In this article, statistical data published by the UN and World Health Organization (with reference to the BBC) were included, and it was pointed out that the epidemic is still spreading, mainly in developing countries and especially in Africa. The article claimed that in Africa the main mode of infection transmission is by unprotected sex with sex workers, whereas in the former USSR, it is by injecting drug use. ARV treatment medication, and how it remains very expensive, was also discussed.

'The Resonance,' 27 November 1999, p.4, 40 words

The Armenian medication '*Armenicum*' was discussed, and in particular, how twenty-four people with AIDS from Ukraine have gone to Armenia for treatment. The article mentioned that the results seem to be promising.⁷

⁷*'Armenicum' medication is reported to be an antiretroviral HIV medication and it is currently being developed at the 'Armenicum Center' in Armenia, and is in the clinical trials stage. Even though little is known of this medication outside Armenia, the World Health Organization and UNAIDS representatives have stated that they have no information on 'Armenicum' as an HIV ARV treatment medication.*

'The Resonance,' 1 December 1999, p. 10, 150 words

Section 'Answering the reader'

To the question: 'What is HIV/AIDS, why it is incurable and how many infected are in Georgia?' detailed answers are given, including the ways by which HIV cannot be transmitted.

'The Resonance,' 12 December 1999, p.21, 200 words

Section 'Answering the reader'

To the question 'What is safe sex?' a detailed answer is given, including how to use a condom. The 'threat of AIDS' is emphasized and hotline numbers are given for those needing more information.

'The Resonance,' 12 December 1999, p.21, 200 words

Section 'Answering the reader'

To the question 'What is safe sex?' a detailed answer is given, including how to use a condom. The 'threat of AIDS' is emphasized and hotline numbers are given for those needing more information.

'The Resonance,' 29 December 1999, p.4-5, 600 words

'Who is propagandizing drug addiction?'

The editorial article, signed by the 'National Bauer Against Drugs and Drug Business (Department of the Ministry of Police)', very aggressively replies to a previous article ran by 'The Resonance' regarding the drug business in. The editorial puts blame to policemen in complicity to the drug dealers and the newspaper for promoting 'propaganda of drugs'. Among other issues, this editorial also points out the threat of AIDS which accompanies drug addiction.

In the second stage of examining the way HIV/AIDS-related issues are covered by the press, the analysis covered one weekly newspaper and two weekly youth magazines. Unlike the first stage, attention was paid not only to mentions of HIV/AIDS but also to related issues (STIs, drugs, safe sex etc.).

'Kviris palitra,' (weekly newspaper), 2-8.06.03

'Soft killer: How to protect oneself from hepatitis C'

The article is an advertisement for the American medicine, 'Silimarin' (used against hepatitis C). There is a detailed story about hepatitis C, its discovery, ways of transmission (one of which is through sex), the dangers, etc. HIV is mentioned once as an infection of high risk.

'Kviris palitra,' 10-16.12.03

Front page photo with the headline, 'Foreign countries'

The photograph chosen was that of the President of Zambia kissing a Zulu princess, who is HIV-positive, to show that a kiss is not dangerous. The photo was taken during a ceremony to transfer 15 million USD for an 'anti-AIDS foundation.' The caption under the photo also mentions that one in five persons in Zambia is living with HIV.

'Kviris palitra,' 30.06-6.07.03.

'Is it possible for an HIV-infected mother to have healthy child?'

The article is a detailed answer to an HIV-positive pregnant woman's question. In addition to MTCT, the article describes modes of transmission of hepatitis and herpes. The expert who wrote the article is the head of prevention department of the National AIDS Centre.

'Kviris palitra' 15-21.09.03.

'Drugs are already sold in supermarkets.'

Subhead: 'Schoolchildren are getting addicted to drugs,' 'Tbilisi soon may become a "drug-city";' and 'Shift directly to opium leaving out the marijuana stage.'

The article talks about the large quantity of poppy seeds legally imported into Georgia as foodstuff for pastry. The point is that after chemical processing, cheap opium (five times cheaper than the cheapest opium bought directly) can be easily obtained from the seeds. In the article, the journalist and a therapist for drug users call for the prohibition of poppy seeds. Both point out that importing the poppy seeds might be promoted by high ranking interested parties (soon after this article was written, all the seeds were prohibited).

'Ultra' (youth magazine) 12-18.08.03.

'STDs cause sterility'

An interview with the head of the Institute for Skin and Sexually Transmitted Diseases mentions the rise of STIs in Georgia. The interview discusses syphilis, gonorrhoea, Chlamydiosis, diagnostic problems, psychological problems, and methods of treatment. HIV and AIDS are mentioned twice as incurable STIs.

'Sarke' (youth magazine) 19-25.03. 03.

'Georgian special services are prepared against bio-terrorism. Are AIDS and cancer biological weapons?'

At the start the journalist talks about the myths around the world concerning artificial viruses produced in the secret labs (USSR, U.S., Iraq) and points out the threat of bio-terrorism (in particular, anthrax threats in the U.S.). The article mentioned that training on bioterrorism was given to the heads of Georgian healthcare institutions (the article did not mention who gave the training). In regards to HIV and AIDS, the article presented a history of discovery and a hypothesis of origin and spread. In particular, the hypothesis presented by this article is that HIV originates from Africa and was spread to the U.S. by means of a 'cheap blood imported' to the country. The article does not support a theory that HIV was fabricated in a laboratory.

'Sarke' 9-15.04.03. (please clarify dates and pages)

'We are permanently under drug effect, every 5 hours we are serving a new client'.

The article is dedicated to the problems of trafficking. Among several cases mentioned there is a story of an 18-year-old Georgian girl, who went to the U.S. for education, but was forced into a brothel and made to use to cocaine and marijuana.

'Sarke' 18-24.06.03.

'Sex without fear'

The article is a kind of a 'rational' advertisement for a French condom company called 'Innotech.' The main topic is HIV and AIDS (other STIs are just mentioned), its dangers, methods of HIV transmission, and the necessity of safer sex. The slogan of the company is, '*Love is romantic, disease is not!*' The text mentions that although a condom is the easiest way to practice safe sex, it is not 100% guaranteed; the article also mentions how HIV is NOT transmitted. An 'Innotex' condom is attached to the page.

NOTE: The articles examined above often used sensational language and there was a clear confusion between 'HIV' and 'AIDS.'

I.13 Religion

The great majority of the population of Georgia belongs to the Georgian Orthodox Church (GOC). After the country obtained independence, the influence of church vastly increased, and according to surveys (e.g. Nizharadze et al, 2004) the GOC enjoys the greatest confidence among all public institutions of Georgia. Visiting church, the fulfilment of rituals, and the simple demonstration of being religious has become 'good form' in society, including for youth.

The ideology of the GOC is rather conservative; liberalism, feminism and other modern trends meet consistent counteraction from the church. In schools, church opposition has prevented any courses on sexual education from being introduced. In relation to HIV and AIDS, the GOC has not given an official point of view, but in television appearances and sermons by clergy, the idea is repeated that HIV and AIDS are punishment for sins, in particular, for premarital and extramarital sexual contacts. According to its dogma, the church cannot advocate principles of safer sex. At the same time, one cannot say that the church's teachings do not influence the behaviour of its believers, and in some cases, convince believers to avoid multiple sex partners. However, when planning scientific- and evidence-based HIV-prevention activities, one can hardly expect the assistance of the GOC.

Part II. Institutional Assessment

II.1 HIV testing and screening in Georgia

The first laboratory for HIV testing opened in 1986 and today there are about 60 HIV diagnostic laboratories in various regions and districts throughout the country. All of them conduct voluntary HIV testing and blood screening. Confirmation of the diagnosis with Western Blot and PCR methods is conducted at the reference Lab of Serology and Virology at the Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center (IDACIRC) in Tbilisi.

Approximately 18-20,000 persons, primarily representatives of HIV key populations, are tested voluntarily for HIV in Georgia each year. In addition, about 28,000 blood donors are subject to mandatory testing through the 'Safe Blood' National Programme. The National Programme on Blood Safety has been operational since 1997, ensuring testing of donated blood for HIV, HCV, HBV, and syphilis. Due to limited funding however, the programme only covers about 80% of all blood donors, although this percentage is growing through the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria (GFATM) project. Testing for HIV is fully confidential, however, anonymous and VCT is provided only at five of the existing HIV diagnostic sites. The number of VCT centres will be increased to 35-40 through GFATM project support during the next five years. Specialized VCT centres will be opened for key populations (IDUs, CSWs, MSM and youth).

In its current condition, the health care system lacks the infrastructure and resources to address the special needs of individual members of key populations and other vulnerable groups, such as IDUs, CSWs, MSM, IDPs and youth. There are a limited number of institutions that operate without the burden of stigma and are able to provide quality services to IDUs, CSWs and MSM in a respectful, user-friendly and confidential atmosphere. These institutions opened around four years ago with the support of various international donor organizations, including USAID and Doctors without Borders (Greece). So far, these centres are located in urban areas, but offer outreach services to rural areas. They provide VCT services and free diagnosis and treatment of STIs at so-called 'Healthy Clinics.' Currently there are two 'Healthy Clinics' in Georgia but the number could go up to at least five with the support of GFATM. Specialized VCT, needle exchange and methadone treatment centres will also be opened for IDUs within the same GFATM project. This project addresses the needs of IDPs and youth by offering VCT services, establishing youth VCT centres, implementing peer education programmes, and beginning school education on HIV and AIDS through the 'Life Skills Building' programme.

Unlike the NGO sector, many state facilities continue to serve key populations in a discriminatory manner, with forced diagnoses and treatment. In addition, state facilities have limited financial resources to provide free services. Along with stigma and discrimination, the cost of care is one of the main issues influencing access to health care for marginalized groups; they tend to seek care elsewhere.

Access to health care remains a problem not only for key populations who are vulnerable to HIV, but for the vast majority of the population of Georgia. Most people say the main obstacle to health care for them is the cost. Direct out-of-pocket payments and unaffordable prices keep citizens away from medical clinics. To get free medical care or receive discounted prices, Georgians go to relatives or friends who are physicians or dentists. Many get medical advice along with medications at pharmacies, and there is no requirement to present a physician's prescription for getting a drug. Self-treatment is a common practice.

Health is not among the first priorities of Georgians. Due to extremely tight finances, people tend to delay visits to physicians until their diseases become severe. They do understand that delaying treatment will require them to spend much more money eventually, with less guarantee of recovery, but they won't allow spending on health when the basic needs of the family can barely be met.

Approximately 90-95% of registered PLHIV in Georgia are unemployed and extremely poor (National AIDS Center). Their needs are not limited to HIV/AIDS treatment and care. Psychosocial support is an essential requirement of PLHIV. Nowadays, PLHIV are becoming more organized, to protect their rights and demand high-quality care and treatment. Many of their needs, including provision of Highly Active Antiretroviral Treatment (HAART) will become fully or partially available through the National Programmes and support from the GFATM. Currently, only HIV-positive persons who develop AIDS are entitled to receive

HAART at no cost. Until such services are available to all PLHIV, four patients are being treated through state support and twenty-two are covering the expenses for ARV drugs themselves. ARV treatment is delivered only at specialised health care institutions – the National AIDS Center and two regional AIDS treatment centres in Ajara and Samegrelo.

The lack of social support and care, including palliative care, demand an immediate response. The absence of palliative care facilities is filled by families of terminally ill AIDS patients, which places an enormous burden on female family members, who are the primary caregivers in Georgia.

The high cost of ARV treatment is unaffordable for the majority of the Georgian HIV-positive population, so the treatment gap has been filled by various unconventional treatments (including traditional healers). In 2002, a popular journal in Georgia published an interview with an HIV-positive Georgian man who claimed to have been cured of AIDS by practicing yoga. Even so, although advertisements by traditional healers are common in Georgian media, we couldn't find any mention of one that treated HIV or AIDS during a one-month monitoring period.

II.2 Prevention and Support

Before 1996 only specialized governmental institutions, namely the National AIDS Center (IDACIRC) and its branch offices, were working on HIV prevention in Georgia. The situation has improved dramatically with the active involvement of UNICEF in 1997. UNICEF, along with other members of the UNAIDS Theme group (UNDP, UNFPA, WHO, WB etc.) has facilitated the national strategic planning on HIV and AIDS in Georgia. This includes the situational and response analysis of HIV/AIDS that was finalized in 2002, and the subsequent development of the National Strategic Plan of Action on HIV/AIDS for 2003-2007 (UNICEF Georgia, 2004). (Personal Communication with Mrs. Mariam Jashi, OPA, Health, UNICEF Georgia).

UNICEF has 'broken the ice' in regards to acknowledging the HIV and AIDS problem in Georgia and has been advocating strongly for wider engagement of the international donor community and local government in the response to the epidemic.

The plan served as a basis for development of the country-wide proposal for GFATM that received a 12 million USD grant for the five-year period (2004-2008). It is the most important external support for HIV and AIDS ever provided to Georgia. The GFATM support is three times larger than the amount the Georgian government is able to provide for HIV and AIDS related programmes.

Interview with Mrs. Mariam Jashi, PO, Health and Mrs. Maya Kurtsikidze, PO, Communications UNICEF, Georgia (what is PO?)

Despite the low prevalence of HIV, Georgia is among the countries with high potential risk for a widespread epidemic. The country is still at a stage at which controlling the spread of HIV is feasible through sustained governmental commitment, available financial and technical resources, and effective inter-UN agency coordination. This chance should not be missed.

Is HIV/AIDS a threat to the population in Georgia? Who is at risk?

The number of cases, though still small, is growing fast. Countries in which HIV/AIDS has become a major issue, like Russia and Ukraine, have gone through a similar stage: a low number of cases that received little attention. By the time the problem becomes evident, it is either too late to tackle it, or too expensive, or both. Thus even though Georgia has a relatively low number of registered HIV/AIDS cases, the potential for a wide-scale epidemic must not be ignored, as it has been in other countries of the region. Young men aged 31-40 and 21-30 are at highest risk for the infection. The majority of PLHIV are IDUs (70%), and most are male. Labour migration, especially to large epidemic countries in the CIS, is of special concern as well.

What activities and programs concerning HIV/AIDS exist in the country?

Despite the low prevalence, the government of Georgia prioritized HIV/AIDS in [the] mid-1990s with [the] establishment of state HIV/AIDS programmes. The state programme envisages all components of HIV/AIDS prevention, care, and treatment for all patients. The main challenge was 100% coverage of HAART

for [people living with AIDS], that [will be] solved from 200[5] (through the Global Fund). Since 1999, international development partners and NGOs joined the national efforts for enhancing the programme performance through supporting advocacy, public awareness-raising campaigns (World AIDS Day, World AIDS Victim's Day), VCCT, and outreach programmes for key populations at particular risk to HIV, as well as supporting involvement of PLHIV within the common national response. Contribution from the UN Theme Group, led by UNICEF was highly acknowledged in advancement of the country-level efforts to prevent and control HIV/AIDS, namely:

Since 2000 UNICEF has been a leading advocate for the National Strategic Planning Process on HIV/AIDS in Georgia. Specific areas of focus included inter-UN agency partnership for the implementation of an HIV/AIDS situation analysis, response analysis, and national strategic plan formulation (2003-2007). [The] UNICEF Country Office has been a key partner with CCM and UNTG-member agencies in the development of the Global Fund (GFATM) proposal. As a result of these sustained efforts, the HIV/AIDS component of the country proposal was approved, ensuring funding for covering the existing 12,126,564 USD gap within the 5-year national plan on HIV/AIDS. UNICEF is also actively involved in awareness-raising programmes on HIV/AIDS (Children's Football Championship on HIV/AIDS in 2003, peer education programmes for IDUs, street actions, IEC materials development, etc)

UNICEF representatives give high evaluation to the current HIV/AIDS programmes implemented in Georgia. Eight priority areas of the 2003-2007 national strategic plan of action (1. Advocacy, 2. HIV prevention among IDUs, 3. HIV prevention among CSWs; 4. HIV prevention among youth, 5. PMTCT, 6. Safe blood, 7. Treatment and care for PLHIV, and 8. Medically-acquired HIV prevention) were formulated based on in-depth analysis of the existing situation and programmatic response. Thus the areas and activities outlined under the strategic framework are directly meeting the needs of the Georgian society. Last year the country was granted with a unique opportunity to turn the planned initiatives into reality, through the Global Fund support. In due course, the UN will be supporting the national partners (National AIDS Center, Children's Federation of Georgia, Georgian + Group, etc.) to update the 2003-2007 action plan in order to keep the up to date programme priorities and adapt the national programme to the dynamics of the country situation.

What types of programmes would you suggest in terms of addressing HIV/AIDS in Georgia?
Awareness-raising programmes for youth, with celebrity involvement and media campaigns on HIV/AIDS; focus on efforts to eliminate stigma and discrimination towards PLHIV; advocacy efforts for addressing rights and needs of PLHIV, with a focus on equal accessibility and affordability of the ARV treatment.

Along with UN organizations, several other international and bilateral organizations have been involved in HIV prevention activities in the country. From 2002-2004, USAID provided 1.5 million USD in grant funds to address HIV prevention among IDUs and CSWs in Tbilisi, and in Ajara, in western Georgia. Regions were selected on the basis of current HIV surveillance data. In addition, these are regions where the country's main ports are located. The project implemented by the international group, Save the Children and its local partner NGOs Tanadgoma and Bemoni, supplies outreach activities and quality counselling, testing, diagnosis, and treatment for HIV and STIs, for IDUs and CSWs in specific locations. A baseline Behaviour and Biomarker Survey (BBS) was conducted within the project to assess the prevalence of high-risk behaviour among these two core groups in 2002. A follow-up survey is planned for late 2004 to assess the effectiveness of the prevention interventions. Both Tanadgoma and Bemoni take a socio-cultural approach to enhance the effectiveness of HIV-prevention interventions directed at the two target key populations: IDUs and CSWs.

Interview with Ms. Ketevan Chelidze, Director of the NGO, Tanadgoma

Tanadgoma is a local NGO. It closely cooperates with international organizations. Our main mission is to improve [the] population's physical and mental health. At present, we are implementing reproductive health programmes. Within the framework of these programmes our objective is to prevent the spread of HIV and STIs, provide psychological and medical assistance to patients with the above diseases, and decrease the number of abortions. Our organization provides the following services:

- Free and confidential consultancy on STIs, HIV/AIDS, contraceptives, sexual relations, abortions, etc.;
- Telephone consultations – hot line.
- Organizing on-site educational meetings with different groups of population.

Our main target groups are firstly young people – students at schools and high-level educational institutions, who are naturally sexually active. We also conduct field work with ‘high risk groups’ (commercial sex workers, MSM, IDUs in prisons). Our organization works both in Tbilisi and regionally. I would like to emphasize the activity of the Tanadgoma office in Batumi, Ajara. The office started operation within the framework of the project for the prevention of HIV and sexually transmittable diseases. It is carried out jointly with the international organization. Save the Children and local government and non-governmental organizations.

Our experience in HIV prevention shows that in Georgia there are some specific factors affecting the spread of these diseases. Some of them prevent the spread of HIV, and others contribute to its spreading. It has to be noted in the first place, that traditionally, in Georgia, sexual relations are not as free as in the West. Consequently, young people, and especially young girls, are engaged in sexual relations very rarely. At the same time, certain moral principles operate in our society, which prevent the population from getting the relevant and correct education and timely information on these issues. [The] provision of information on STIs has to take place at the start of sexual activity, i.e. in the adolescence period. An adolescent should have an accurate information on sexual relations and the norms of sexual behaviour when he reaches the age of sexual activity. Unfortunately, in the recent period some religious and political organizations [are protesting] against the introduction of [these] programmes into the schools and higher educational institutions. This issue is often politicized. The argument often used by the above-mentioned organizations is that these programmes are brought in from the West and aim at the demoralization of Georgian society. This places a taboo on the issues and hinders the implementation of preventive work.

It has to be mentioned that presently the mass media is not sufficiently engaged in the explanatory activity aimed against HIV spread. [A] lack of information is observed not only among young people but also among [the] adult population. Our society does not yet fully realize the danger of HIV for Georgia. Because of a small number of infected persons, many people think that HIV does not present a real problem, does not threaten society. Currently, there are so many social problems in Georgia, that it is not surprising that [the] population, as well as the state, are much more interested in their solution, than in HIV. For this reason, to raise public awareness, we have to start a more intense and effective educational campaign through the mass media.

The preventative work carried out with key populations is also insufficiently intense. There are not enough programmes aimed at the alteration of the behaviour of commercial sex workers, or IDUs. There is no programme for [assisting sex workers in quitting their work and finding alternative occupations].

Our work in prisons demonstrates that the penitentiary system needs important changes. It is well known that in prisons the incidence of drug use is very high. At the same time, it is very difficult to access sterile disposable instruments, which determines a high risk of HIV spread in this sub-population.

One of the spheres in need of serious consideration is legislation. The existing law on drugs needs substantial revision, so that the law does not impede the implementation of preventative measures against HIV transmission among IDUs. As for the legislation on commercial sex, it is actually non-existent, which is a hindrance to the solution of preventative issues in this population.

I hope that the implementation of the Global Fund program will be a crucial step in the improved prevention of HIV and sexually transmittable diseases in Georgia. This project implies comprehensive measures. Our organization is the main recipient of one of the programmes – prevention of sexual transmission of HIV. We also take part in the preventative component covering [the] young population.

I think that the state, as well as the public, have to realize that our country has been so far lucky and [that] HIV, in Georgia, has not yet spread as much as in other regions, and that we have to use this chance and not to repeat the mistakes of others, including those of our neighbours, Ukraine and Russia.

The NGO World Vision International has received a large grant from British Petroleum (BP) to implement an HIV and STI prevention project in regions of Georgia along the Baku-Jeikhan pipeline. The project is aimed at educating local communities and foreign workers on issues of HIV prevention and the promotion of safe sexual behaviour among them. All workers participate in training, and multi-lingual communication is provided to meet the needs of these diverse communities.

In total about twenty local NGOs are working on the HIV and AIDS problem in Georgia, under the umbrella name, 'HIV/STI Prevention Task Force.'

Two local NGOs – HIV/AIDS Patients Support Foundation and Georgian + Group – are very active in the protection of rights of, and in providing psychosocial assistance to, PLHIV. With the support of UNAIDS/ UNICEF they have started building a PLHIV network that can be expanded to other regions of the country within the framework of the GFATM project.

The National AIDS Center and several NGOs are working with youth. The interventions include VCT, a peer education program, cultural-educational events, distribution of IEC materials, and condom promotion. A school-based HIV/STI prevention-education programme is in its pilot phase and is part of the Life Skills Building Programme developed by the Teachers' Postgraduate Education Institute, with UNICEF/GFATM support. Twenty schools will participate during the pilot phase of the project, which will begin in October, 2005.

Sex education in schools has become a highly politicised issue in Georgia. Some religious leaders and political parties fervently protest against such programmes. In order to reach a consensus, a clear distinction has to be made between sex education and HIV-prevention education provided at schools. Following the pilot phase, the programme will be adapted, and only thereafter adopted on a larger scale. The entire IEC package of the programme will be carefully reviewed by a special committee of public representatives, including religious groups, PLHIV, and adolescents, to improve the content and the language of materials. Considering local traditions (e.g., the virginity of women before marriage) and religious leaders' requests, priority would have been given to advocating abstinence while providing information on the modes of HIV transmission.

There is a contradiction between the general public's attitude and the church's view on school-based youth HIV education programmes. According to the Women's Reproductive Health Survey of 1999-2000, 85% of women aged 15-44 believe that HIV and STI prevention information should be delivered in schools in Georgia. However, the NGO, Orthodox Christian Parents Association, strongly objects to this kind of education in schools. They believe that teachers and parents should agree to teach basic Christian values to adolescents and children, to promote the traditions of the Georgian family (abstinence, premarital virginity) and not to teach safe sex principles. According to one of the spiritual leaders of this group, Priest David from Saint Mary Church of Digomi Village, Tbilisi, 'it is too early to talk to adolescents on sexuality in schools, we shouldn't even say the word "sex" to young people, as it will facilitate development of unhealthy interest of [the] "unknown" among them. [The] public has to unite to control all information sources, including television, radio, and internet, to limit the access to sexual education for adolescents outside of schools also.' (Interview record).

Therefore, a clear distinction has to be made between sex education and HIV-prevention education provided at schools. Parents and teachers should be provided with the information to understand that the focus is on HIV-prevention skills, and not on safe sex promotion among adolescents.

In terms of young people's attitude towards sexual education, according to the 2002 UNFPA Adolescent's Reproductive Health Survey, 65.3% of youth in Georgia think that sexual education has to be started at schools, however they would like to have separate classes for boys and girls taught by young teachers of the same gender. Due to the high influence of peer networks on sexual knowledge there is an excellent possibility for the successful implementation of a peer education programme among this population group. Gender norms are persistent, and can be seen in the popular opinions of youth.

The non-profit organization, Children's Federation of Georgia, is in charge of the implementation of the 'HIV/AIDS Prevention among Youth' component of the GFATM project. The consortium organized by the

federation to implement the youth component also includes the National AIDS Center and the NGOs Tanadgoma, Bemoni, and International Network of Youth Organizations' Juvenko. Wide-scale cultural, educational, and peer interventions are planned by the consortium within the GFATM project, with the involvement of Georgian teen pop and sports celebrities. Events include things like 'Safe Vacations' during the summer at the Black Sea coast and during the winter at skiing vacation sites, the 'Gudauri' and 'Bakuriani' music festivals, 'Crystal Eve,' a music bus caravan, 'Georgian youth against AIDS,' a marathon concert on December, which is World AIDS Day, at the Tbilisi Opera House, exhibitions of posters on HIV/AIDS, a movie festival and much more. The main strategy of the intervention is the high involvement and participation of youth themselves in all activities and events.

II.3 Care of PLHIV

Medical and social support for PLHIV is provided through the National HIV/AIDS Treatment Programme and the National Social Assistance Programme. The National HIV/AIDS Treatment Programme was developed in 1997 and covers the cost of all diagnostic services and care for PLHIV, except ARV treatments. Only five AIDS patients receive HAART through state support. (In 1997, these were the only five patients who needed HAART.) Due to the limited available benefits, people in Georgia are not seeking much counselling or testing services for HIV infections. 'Okay, I would learn that I am infected, then what? I will know that I am dying? Who needs to know that?' was the common reply of citizens who were questioned by health care providers for VCT service. The limited access to ARV drugs deepens the sense of fatalism surrounding HIV and AIDS in Georgia, and discourages people from getting tested for HIV.

The funding award received from GFATM may considerably change this situation, as the project envisages the provision of quality health services to PLHIV in Georgia (the project went into effect in January, 2005). All AIDS patients will receive Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) along with the relevant high-tech lab and clinical investigations, including resistance testing through. The estimated cost of ARV treatment is about 1600-2000 USD per patient, per year.

As has happened in many countries, the availability of HAART might change public perception of HIV and AIDS from a deadly disease to dangerous, but manageable infection. Hopefully, it will also increase the number of people seeking VCT services.

However, the major concern is the sustainability of ARV treatment beyond the five years when the GFATM's support will end. All PLHIV and their caregivers and children are eligible for a limited social assistance package. The monthly amount is limited to double the minimum official salary in Georgia (40 GEL, or about 20 USD). However, very few PLHIV (up to 10) have requested this assistance, due to the associated stigma. Family ties are very strong in Georgia, and cross nationalities and communities.

In many cases family support is the only real assistance available, except medical services, that PLHIV receive. Again due to stigma, families of PLHIV try to keep secret the status of their positive family member. Thus the family has to take on the full burden of care and support of the PLHIV and, traditionally, women are usually in a position of caregiver. 45.8% of CSWs interviewed within the BBS conducted in Tbilisi in 2002 (USAID/Save the Children/SHIP project) said they would keep it secret if a family member got infected with HIV; 47% of them said they are ready to take care of HIV-positive family member.

II.4 Health care structure

Since gaining independence in 1991, Georgia has gone through a number of serious political and economic crises and ethnic conflicts. The resulting severe disruption of infrastructure and social services, widespread poverty and unemployment, limited government funding and economic difficulties have been continuous and resulted in an accumulation of severe health problems, including increased morbidity and mortality among the Georgian population. Furthermore, due to financial reasons, a significant part of the population chooses to bypass clinical services and/or postpone visiting health care providers until their symptoms or conditions are severe, a trend which further compromises their health (Skarbinski et al, 2002).

In the early 1990s, the Ministry of Health (MoH) was unable to support a health system that was severely under funded and suffering from inefficiencies; it was also unable to handle the huge surplus of medical

personnel (the ratio of Georgian physicians to the population was 1:194, the highest in Europe) (World Bank, 1996). The government, not having other choice, embarked upon the road of transition from the old centralized health care system, with its state control and financing, toward a decentralized system with health insurance.

Official health care reforms were first developed in 1992 and introduced in 1994 with financial and technical support from the World Bank and the Atlanta-Tbilisi Health Partnership. The first stage of these reforms included the structural reorganization of the system including: a new regulatory and policy development role for the Ministry of Health and the independence of local health authorities; privatization of out-patient and dental clinics; the development of public health departments, and so on. The second stage was aimed at developing a modern primary health care system, and restructuring/rehabilitating major hospital clinics.

Many aspects of the health care system have improved. Some objectives have been fulfilled while others require further work and commitment. An especially weak part of these reforms has been reorganizing the financing of the health care system. Despite the creation of State Medical Insurance Company (SMIC) that allocates 3 + 1 percent (4%) of payroll taxes, the company's budget is extremely minimal. Since 1994, the government's expenditure on health per capita has been increased about twenty times, yet as of 2002, it had not exceeded 18.35 GEL (9 USD). At present, the government covers about 15-20% of all health care costs (A. Gamkrelidze & O. Vasadze, 2003).

Access to health care, especially for the vulnerable groups of the population (the poor, IDPs and etc.) is one of the best indicators of success or failure of any health care reform. The state has to ensure reasonable access to health care, at least to the basic package of health care services for all citizens despite their income, nationality or education level.

From the initiation of these reforms, the Georgian Ministry of Health took responsibility for providing universal coverage of a basic benefits package (BBP) that includes public health and essential clinical services. The BBP was established through SMIC, which pays for the services included in this package. However, SMIC's limited budget and lack of publicly available information concerning the benefit packages discourages the population from visiting health care providers. The SMIC-funded benefits package prioritizes services for children, the poor, IDPs, and the elderly. The diverse needs of the regions are also considered, as much as possible.

Georgians' attitudes towards seeking health care differ from people in other countries. Some aspects of their nature are driven by cultural differences, level of health knowledge, and common beliefs, but there are several other issues that require attention. For instance, the majority of Georgians are not aware of their rights on health care.

As a part of its health care system reform, the Georgian parliament adopted a law regarding the provision of health care in the country. Chapter II of the law addresses 'Citizens Rights on Health Care.' However, very few Georgians know about their rights. Health care consumers in Georgia are primarily passive consumers of services, rather than active role players in the health care system. The term 'quality of care' is completely abstract in Georgia.

In place of such standards are traditional beliefs and consumption patterns, which contradict any rational system of health care service utilization. When seeking health care, Georgians are exposed to direct out-of-pocket payments, both legal and under-the-table, making them resistant to receiving medical services, except in emergency cases. As a result, use of health care facilities in Georgia has declined considerably in the past years. Medical assistance received at the later stages of disease affects the population's overall health and leads to early graves in many cases.

II.5 Legislative issues related to the use of drugs in Georgia

As the Soviet system denied that drug addiction is a social phenomenon, there was no legislative basis in the country regulating the problems related to the phenomenon in question. The existing orders and decrees concerning drug users or drug addicts basically provided for the implementation of punitive measures. After independence, it took the Georgian public (including the specialist working on drug use issues) and legislative and executive power representatives, some time to change the Soviet mentality.

In 2000, Georgia completed the ratification of the relevant conventions and signed on. On 5 December 2002, the Parliament adopted the Law on Drugs, Psychotropic Products, Precursors, and Narcology Assistance. The named law regulates the legal circulation of drugs and psychotropic products within the country and determines the drug addiction treatment principles. It takes a new, progressive approach to 'drug addiction' treatment.

The law in question:

- states that a 'drug addict' is a diseased person and enjoys the same rights the Georgian legislation provides for all patients. It is the first time that such a statement has been made in relation to population who is dependent on drugs;
- makes legal the anonymous treatment of drug users;
- provides for substitute treatment with drug products on the territory of Georgia;
- determines the State's responsibilities with regard to the treatment and rehabilitation of drug users. It says that the state is responsible for the payment of the treatment expenses at least once in the patient's life; and
- provides for the compulsory treatment of drug users in detention places.

The above created a basis for the improvement of service provided to drug users. However, due to non-funding, treatment at the expense of the state as well as the treatment in detention places have not yet been implemented.

As for the illegal circulation of drugs, this matter is regulated by the Administrative Code of Georgia and the Criminal Code. It has to be noted that the use of drugs without the doctor's prescription is punishable in Georgia. According to the Administrative Code (Article 45), when a person commits the above offence for the first time, he/she shall be subjected to the following punitive measures: payment of penalty fee, correctional activity up to thirty days and detention up to fifteen days. Repeated use of drugs after being subjected to administrative punishment is punishable under the Criminal Code of Georgia (Part 33, Article 273), which, along with other measures, provides for the deprivation of freedom for up to one year.

Most narcologists believe that the application of punitive measures for drug use is very important for the prevention of the spread of this activity. At the same time, due to the punishable character of the activity, drug users are the most 'secret' population, which impedes the application of HIV-prevention measures (education, exchange of syringes, introduction of the peer education system) within drug users' groups.

II.6 Legislation

Georgia was one of the first countries of the former Soviet Union to adopt a law on 'HIV/AIDS prevention.' Adopted in 1995, the law is aimed at:

- Raising the awareness and sense of responsibility of the government toward controlling HIV/AIDS;
- Creating an effective government base and coordinating multi-sectoral activities;
- Ensuring social protection, legal rights, and responsibilities of PLHIV;
- Ensuring juridical and social protection of medical personnel;
- Minimizing the impact of HIV and AIDS at the state, society, and individual levels.

(The National HIV/AIDS Prevention Program, Parliament of Georgia, March 1995).

The law was designed for a transitional period and contained several articles violating the rights of PLHIV. As the country progressed in democratic development, the government of and president recognized the need to amend the law. Based on the President's Decree No. 587 (article 5, 8 October 1998) on 'Enforcement of the process of fight against AIDS and preventive activities,' several amendments of the law on HIV/AIDS prevention were drafted. The new draft of the law was revised and adopted by the Parliament and implemented in January 2001.

Major provisions of the Law on HIV/AIDS are as follows:

- Responsibilities (policymaking, capacity building and financing) of the government in response to HIV and AIDS. Policy development at the governmental, regional and local levels;
- Treatment and care of PLHIV and equal access to healthcare services;
- Voluntary HIV testing of citizens;
- Protection of rights and interests of PLHIV, ensuring confidentiality, freedom of choice, respect, safety, and equality;

- Principles of epidemiological surveillance;
- Social protection of PLHIV and their family members;
- Protection of rights and defining responsibilities of medical personnel working on HIV/AIDS and social protection of the medical staff.

Considering Georgia's actual social and cultural context, and the limited resources available for HIV/AIDS prevention and treatment, some articles of the law are difficult to implement. For example, requesting physicians to assist PLHIV without sufficient disposable medical instruments.

The law drafting process revealed different points of view among society and the authorities with regard to policy on HIV testing and screening. The law adopted in 1995 envisaged mandatory HIV testing of foreigners coming to the country, as well as Georgian citizens who were returning from long business trips (or more than one month). Or, instead of testing, they could submit an official certificate with a recent HIV test result. This article was replaced in 2001 with the right to voluntary screening (except for blood donors). Foreigners are not asked for HIV-testing certificates any more. The amendment had a number of opponents, who were demanding even stronger enforcement of the mandatory testing and screening mechanisms. Their attitude revealed that false beliefs still prevail; people still think Georgia can 'close the door' to PLHIV and thereby attenuate the risk of the HIV epidemic spreading in Georgia.

Part of the Georgian public believes that the government should take a full responsibility for the control of HIV epidemic, in effect, denying that they have individual responsibility for self-protection.

The 'us and them' approach still prevails among the Georgian population; it's an attitude that reflects some people's desire to separate themselves from PLHIV.

Fortunately, after a year-long discussion amendments to the law were passed in 2000, and enforced voluntary screening based on universal protection of human rights. Furthermore, the amendments increase the responsibility of individuals. Now testing for HIV infection is fully voluntary, except for blood and organ/tissue donors.

Due to a shortage of disposable medical instruments, inadequate follow up of universal precautions at medical facilities, and lack of means of sterilization and disinfection, one article that contradicts the principals of human rights protection was not altered in the law. This article states that it is the responsibility of an HIV-positive person to inform any health care provider about his or her HIV status 'for the protection of medical personnel and those visiting the same healthcare institution.' An HIV-positive person who knows his status and transmits the infection to another person is punishable by the criminal code of Georgia.

People who don't know their HIV status are not responsible for any action that might result in spreading the infection.

On the other hand, the law says that medical personnel must provide all necessary assistance to PLHIV and not discriminate against them. However, in reality, PLHIV have reported many cases where physicians asked them to leave the medical facility when upon learning of their HIV status.

In addition, the HIV-infected person is obliged to inform their sexual partner and/or future spouse about his/her HIV-status; other STIs are not regulated by the law.

The law also guarantees a right to education and employment for PLHIV in Georgia. However, there is a list of fields, determined as 'high-risk professional fields' (surgeons, gynaecologists, dentists, surgical and maternity hospital nurses and etc) in which PLHIV are not allowed to work. Even though the law states that employment cannot be refused on the basis of one's HIV status, there have been a few cases when PLHIV were fired due to being HIV-positive. The National AIDS Center has intervened in all these cases, but has not succeeded in all of them and sometimes, unfortunately the HIV-positive people have lost their jobs.

The Georgian Law on Drug Addiction was amended in November 2002. The positive changes are partial decriminalisation of IDUs and permission for methadone substitution treatment. Unfortunately, the law does not allow the implementation of needle-exchange programmes, even in prisons. Within the GFATM project, several advocacy workshops are planned for building public and official support to implement

needle-exchange programmes. As of yet, the two pilot projects have been implemented with verbal permission from the local police departments. The organizations implementing the programme will need to present a strong argument in support of the project to gain public support.

Currently there are no laws in place in Georgia regarding commercial sex work. In the Civil Code, commercial sex work is prohibited in one paragraph. There is no mention of the social or economic constraints that force individuals to pursue sex work. This further complicates the development and implementation of specific HIV prevention programmes aimed at CSWs. In the absence of such a law, sex work could be interpreted differently the police and by specialised health care institutions, either of which could apply mandatory measures depending on their own judgement.

There are some groups that have suggested that prostitution be legalised, but the majority of the population is against this. However, a draft of the law exists and there are hopes that it will be reviewed in the near future in order to bring the legislation in full compliance with international standards. Before that, all interested parties are interpreting the code, as well as the limit of current legislation, according to their own interests.

Finally, the law defines who can be tested (every individual has a right to get tested for HIV), who has to be mandatorily tested (blood donors), and who can benefit from HIV and AIDS diagnostic and treatment services (every citizen of Georgia has equal right to such benefits). The law on HIV prevention clearly guarantees access to prevention and treatment services, but there is still a lack of harmonization of this law with other relevant legislation, that defines issues concerning IDUs and CSWs. The provision of ARV treatment to PLHIV was delayed (except for the five individuals who developed AIDS) until 2005, when through the GFATM project, all people living with AIDS will be provided with HAART.

Homosexuality is not addressed in the law at all and no legislative changes are anticipated in the near future on this issue.

II.7 Governmental efforts

The government of Georgia ranks HIV and AIDS among its top priorities in public health. However, due to very limited resources available for health care, the budget allocation for HIV/AIDS prevention and control is rather small. Other health issues competing for governmental funding include children's immunization, primary health care, rural health care, STI prevention and control, and drug use prevention.

The first governmental programme on HIV/AIDS – The National HIV/AIDS Prevention and Control Programme – was introduced in 1994. The main goal of the programme is to control and prevent the HIV epidemic among key populations, as well as throughout the general population, through counselling and testing, education and healthy life style promotion.

Key populations with particular risk and vulnerability to HIV include: IDUs, CSWs, MSM, STI patients (including HBV, HCV and/or TB). Screening of all these groups are covered by the state budget (including sexual partners of PLHIV). About 18,000-20,000 representatives of these key populations are tested for HIV annually in Georgia. In addition, the programme covers the operation of hotlines, the training of health care providers and youth on HIV prevention, and public education activities. Youth, migrants, and IDPs are also considered to be key populations. In 1997, the government assumed responsibility for ensuring the safety of blood and blood products by implementing the National Safe Blood Program, which foresees mandatory testing of all blood donors for HIV, HBV, HCV infections and syphilis. The programmes are funded through the limited state budget allocated to public health programmes. In 2004, a total of 160,000-180,000 USD was earmarked for an HIV and AIDS prevention and control programme. The budget of the National Safe Blood programme for the year 2004 was 400,000-420,000 USD. There has been no case of medically-acquired transmission of HIV in Georgia, except through a blood transfusion.

Preventing mother to child transmission (PMTCT) of HIV during pregnancy is a component of the state programme on HIV/AIDS prevention and treatment. The GFATM project intends to provide HIV testing and counselling to pregnant women throughout Georgia, as well as prophylactic ARV treatment to HIV-positive mothers and their newborns, free of charge.

The National AIDS Control service, established in 1990, is headed by a government commission on HIV/

AIDS, STIs, and other infectious diseases. The commission was created in 1996 by then-Prime Minister Avtandil Jorbenadze and is comprised of top-level officials (ministers or deputy ministers) of different ministries and state departments, including: the Ministry of Labour, Health and Social Affairs, the Ministry of Justice, the Ministry of Education, the Ministry of Internal Affairs, the Ministry of Foreign Affairs, the Ministry of the National Security, and the Department of Border Control. The commission is responsible for developing and implementing multi-sector HIV/AIDS prevention and control policy and programs.

Aware of the limits of existing internal resources, Georgian government officials and national AIDS control groups approached the international donor community about the country's HIV/AIDS problem a few years ago.

In 2002, the country finished a comprehensive strategic plan to address HIV/AIDS during the years 2003-2007, with technical support from UNAIDS and UNICEF. That same year, the Country Coordination Mechanism (CCM) was established, with the goals of involving the NGO sector, PLWH, and community representatives in HIV/AIDS prevention and control policy development, and raising additional external funds.

All the main stakeholders and interested parties are represented in the CCM, which was very successful in developing the national proposal called, 'Strengthening the National Response to HIV/AIDS in Georgia.' This proposal was awarded 12 million USD for the 2003-2007 period by the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria (GFATM) – an amount almost ten times the entire budget of the National HIV/AIDS Prevention and Control Program. Through GFATM, all HIV positive individuals in Georgia who are diagnosed with AIDS will receive Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) as well as other services, such as testing for ARV-resistant strains of HIV. ARV treatment costs an estimated \$1600 to \$2000 per patient, annually. As is the case in many countries, the availability of HAART may shift the public perception on HIV and AIDS from a deadly disease to a dangerous, but manageable chronic infection. In turn, more individuals might actively seek VCT services. When ARVs become readily available, a critical component of care, support, and treatment services will then become treatment education.

II.8 Measures restricting the spread of drug use

- Prevention of drug use is still underdeveloped in Georgia. Only very few small-scale projects have been implemented in this area and state allocations are rather scarce. (For instance, the 2004 budget of the state programme for drug use preventive measures was 500,000 Lari (about 250,000 USD) for the entire country, and a large part of the amount was intended for narcology examination).
- Services for drug-dependent people are also not fully developed in Georgia, in terms of diversity of services and number of specialized institutions (i.e. the institutions working on drug use problems). This could be explained by: the drug use treatment ideology inherited from the Soviet regime, the inhumane aspects of which Georgian specialists had to fight for many years; the weak traditions of such treatment and lack of institutional basis; the difficulty in creating a material basis for a new type of service due to the socio-economic problems observed in the country over the last years; and the inability to fully use the existing drug use treatment means because of financial problems;
- The basic form of treatment is detoxification and further rehabilitation in ambulatory conditions. There are no post-detoxification in-patient treatment centres, therapeutic communes, or specialised rehabilitation institutions in the country. Despite attempts made over several years by Georgian specialists and representatives of foreign Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous volunteers, the self-help movement among drug users has developed very slowly and is still at the initial stage.
- No programme of substitutive therapy has been implemented so far. However, the methadone substitute pilot programme, to be launched in Tbilisi in 2005 and able to simultaneously serve sixty people, could be considered an important step in this direction. Also in the works by 2006 are two more centres to serve 200 people. The mentioned programmes will be financed by the GFATM.
- There are no social rehabilitation programmes for drug users.
- There is no treatment/rehabilitation programme for drug users in the places of detention. Due to non-funding, it is impossible to carry out compulsory treatment (despite the existing law).
- In today's Georgia, the demand for the treatment of drug users and the number of treated cases show a significant difference. In 2003, 306 patients in total were treated in all of Georgia, which is quite a small number given the actual number of drug users in the country. The basic reason is that the state is not able to fund treatment, so treatment expenses are covered by the patients.

Unsatisfactory drug use prevention, as well as ineffective treatment/rehabilitation of drug users, clearly contribute to the use of drugs and the spread of related diseases.

*** * ***

***Interview with Levan Baramidze,
Head of Public Health Department, Ministry of Labour, Health and Social Affairs***

Since I represent the Public Health Department, I can only talk about the priorities in the prevention of different diseases. Among those priorities I can name sexually transmittable diseases, reproductive health, and tobacco smoking. At present, we focus on the programme for general immunisation of children under fifteen, funded by UNICEF, the Rostropovich Foundation and the state. It is a very good capital investment.

In the primary health care sector we run several programmes on reproductive health. In particular, we fight abortion – the main tool for birth control in Georgia, and try to introduce the utilisation of contraceptives on a regular basis. We find primary health care exceptionally important due to its high economic effectiveness. We attempt to follow that route, which has proved to be successful in the ‘west.’

Our department also covers issues like air pollution, water and soil contamination. We also work to cope with these problems.

Another priority for the state is mental health.

[The] prevention of sexually transmittable diseases, including HIV, is another priority. This area is covered by state programmes. There are also grants provided for this purpose by overseas and international organizations. The main programme of HIV prevention is run by the National Center for AIDS and Clinical Immunology. The programme is co-funded by the state and the Global Fund. Some components of the programme are being implemented, and others will be launched in the near future. The programme is facing certain difficulties, some of which are caused by insufficient funding, and others by our mistakes. However, I still think that we are doing quite well in this sphere.

It has to be emphasised that AIDS-fighting programmes developed by international organisations need to be adjusted to local conditions. The largest risk group in Georgia is composed of drug users (including IDUs). According to official, largely understated data, the number of registered chronic drug addicts (i.e. patients) in Georgia is 6,000, plus 15,000 drug users. Regretfully, we have no opportunity to carry out reliable research to find out the actual number of intravenous drug addicts/users, but what we know is that there are many thousands of them. They all run a high risk of being infected. It is very difficult to control this population, as prevention programmes cover only a very small number of IDUs. We need large resources and good management, which are missing today. We need to work with the IDUs, but this exercise does not get enough consideration. There are also other risk groups, like sex-workers, for example. This group also needs a special approach. Another risk group is blood and organ donors. In the past there was no possibility to screen all the donated blood. Donated blood is tested now, but it is not always possible to carry out double or triple checking to ensure full safety. In this relation, the problems of inadequate funding and poor management are also observed. Nevertheless, I can say that the state is gradually getting an insight of the problems and [bringing] them under its own control. So, I think we are moving in the right direction. It is, of course, impossible to fully solve the HIV/AIDS problem given the existing funding, but if the things develop in the right direction, positive results can be surely expected. What I specifically mean is that we expect an HIV epidemic outbreak, but we do not think it will entail catastrophic outcomes like in Ukraine or Russia. I do not think that the state or the National Center alone could cope with this problem. The role of the private sector is very important, indeed. The state can and should identify the sphere of activity for the non-government sector and provide it with necessary funding. As for international donors, their role cannot be overestimated.

It is very important to raise public awareness regarding HIV and AIDS and related issues. Several years ago I conducted small-scale research with the people of medical profession and medical students. [The] research results turned out to be very unsatisfactory. Many of interviewees did not know the ways through which the HIV is transmitted, knew very little about risk factors, etc. Given these results among professionals, it is not difficult to predict the awareness level of general public. Therefore, it is the direction

we also need to focus on. To raise public awareness we think to utilise the mass media. There is a thing like 'healthy behaviour' and it is very important that the components of 'healthy behaviour' become part of public mentality and everyday life.

As for the stigmatisation of people living with HIV, anonymity of testing and confidentiality of testing results are guaranteed, at present. In this respect, we still have to carry out educational work among our public so that infected persons do not become outcasts. We fully realise the seriousness of this problem.

As for the regions with the highest HIV incidence rate, these are the areas adjacent to the border, like ports Batumi and Poti, and the areas bordering with Azerbaijan. Our department has an epidemiological network, which enables us to exercise certain control over HIV/AIDS (and not only over HIV/AIDS). Nevertheless, there is still a ground for certain concerns. As we know, migrants compose a risk group. We have started to think about testing our [own] and foreign citizens living Georgia. We also think that the citizens of Georgia often travelling to the countries with high(er) HIV prevalence, are quite dangerous in this respect. However, the biggest obstacle for the implantation of all the projects has been the financial problem, so far. We are still looking for the ways to solve it.

With new leadership the government of Georgia is confident that through [a] strict fight [against] corruption and improved tax collection, the budget allocations on health, including HIV/AIDS-related issues would be increased in the future in order to build local capacity and resources to supplement the GFATM when it will end.

Part III. Case Study

HIV/AIDS Education among Youth - Lessons learned by the Georgian Federation of Children (GFC)

Georgian Federation of Children (GFC)

Address:

76-b Vajha-Pshavela ave., Tbilisi, 38 00 86, Georgia
Tel: 995 32 30 22 53; 995 32 30 31 91; 995 32 98 39 98;
Fax: 995 32 98 39 98
E-mail shoge7@yahoo.com
Chairman: Koba Gilashvili,
Contact person: Shota Maglakelidze – Deputy Chairman

III.1 Why the GFC?

The organization Georgian Federation of Children was chosen because it has a long history and experience (since 1991) of working with children and adolescents throughout of Georgia on various issues of interest of youth, including HIV and STI prevention. The organisation has experienced staff, capable of understanding the language of youth. They also encourage and promote young people. More than half the staff members are students or recent graduates.

The organization has support from the state as it is founded according to a presidential decree, but also has several grant projects from various local and international donor organizations and the UN (USAID, UNICEF, UNFPA).

The GFC plays a key role in defining the national policy on children and youth affairs in Georgia. The strong network of representatives of the Parliament of Youth of Georgia, an NGO founded and linked to GFC, supports the Federation to successfully implement countrywide activities on different issues, including HIV/AIDS.

The GFC has close collaboration with different experts on youth affairs, including public leaders, Ministry of Education, Ministry of Health, State Department of Youth Affairs, and others. It has good connection with music and sport celebrities of Georgia who actively engage in all campaigns conducted by the Federation to promote healthy lifestyles and knowledge among youth.

As the GFC works both with children and their parents it has the unique opportunity to develop and implement effective programmes on sensitive issues, like HIV/AIDS and sex education for youth. The cultural capital of GFC makes it one of the most appropriate institutions to deal with this challenging task. In addition, the Federation has managed to start a dialogue with Georgian Church leaders and Association of Orthodox Christian Parents Association on sex education of youth at schools. The Federation has established a board of public representatives who will oversee all activities on youth sex education to ensure that it is well suited to local context and is culturally applicable.

In order to further understand the cultural capital of GFC, and in particular how this affects youth education on HIV/AIDS, an interview was conducted with the chairman of the GFC – Mr. Koba Gilashvili. In addition, a focus group was organized and recorded of adolescents attending the GFC to understand the reason behind their interest to come to the GFC. These interviews also gave valuable information on the activities completed by the Federation.

III.2 Information about organization

The Georgian Federation of Children (GFC) was established on 3 June 1991 as a non-governmental organization in order to further improve the state policy of children and youth affairs and meet the requirements of the 'Convention on Children's Rights' of the United Nations organization.

In 1999 by the Order No. 139 of the President of Georgia, GFC was transformed as a legal entity by public law and since then the GFC has been financially supported through the state budget of Georgia and has to obey state politics.

Together with the State Department of Youth Affairs, the GFC is responsible for annual monitoring of children and adolescents' living and education conditions and is accountable to the president of Georgia.

The main goal of the GFC is to ensure the protection of the rights of children according to the International Convention of the Rights on the Child.

III.3 Organizational Structure

GFC has an administrative staff of twelve people headed by the chairman, Mr. Koba Gilashvili (The state appoints the chairman). Three deputy chairmen support him in different areas of administrative and programmatic work.

An interview with Mr. Koba Gilashvili, Chairman of GFC

Our organisation was set up in 1991. [At] that time it was one of the few [members of] the non-governmental sector, which was at the stage of formation in Georgia. In the field of protection of children's rights, it was the first organisation, in a certain way. Since 1998 we have been called the 'Georgian Federation of Children'.

The main service provided by our foundation is the arrangement of cultural and educational activities for children and adolescents, awareness of their skills and their further development. The children and adolescents that the 'The Georgian Federation of Children' deals with, could be split into two main groups. The first group is composed of about 300-350 children, who actively cooperate with us during the academic year, visit our organisation, and work on self- development. The other part covered by the foundation is composed of children and adolescents (about 4,000-5,000 per year), who participate in various theatrical, musical, sports, recreational, and educational activities, competitions, meetings and festivals. Our activities also involve a passive audience, which is composed of a much bigger number of people.

The fact that our organisation [was awarded support for] the implementation of the component, 'HIV/AIDS prevention Among Youth' (Global Fund project) seems logical and at the same time a little unexpected to me. It is unexpected because we had never dealt with HIV issues before. It is logical, firstly because we participated in that difficult competition in coalition with our partners: the Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Centre, the NGOs Bemoni and Tanadgoma, who are very experienced in HIV prevention, and also, the representatives of the Teacher Training Institute. It is also logical that our experienced partners decided to cooperate with us, the reason being that for the effective prevention of HIV in Georgia, programmes and activities have to be necessarily based on the best cultural traditions ... for our society. [The] direct transfer of overseas programmes and techniques to our environment can be senseless or may [bring about] totally opposite results. That is why I think it was the multi-year experience of our Foundation in the arrangement of cultural and educational activities that determined our partners' choice.

We do not think that the implementation of the programmes will be a smooth exercise. In today's Georgia there are religious, parental and political organisations who believe that HIV is not that serious problem for our country and does not require special work with children or students. They think that the programmes like this will only evoke in the youth 'unhealthy interest' in sex or the use of drugs, will develop into the promotion of vice, which will create a ground for debauchery, and will facilitate early sexual relations, use of drugs, the spread of HIV, and other sexually transmittable diseases. They propose to conduct this kind of work only with 'high risk groups.'

But, unfortunately, it is the youth that represents the highest risk group. We cannot neglect the fact that the youth today is much better informed on sexual life and drugs, than, at least, the generation of their parents. They get information from TV and Internet, and the information they receive often provokes risky behaviour. For this reason, we have to provide them with true, professional information, based on real facts.

As already said, our programmes will be based on the concept [that embodies] our traditions, principles of ethical upbringing, and family and religious values. No child or adolescent is excluded from the program due to religious considerations. We invite those organisations to actively participate in the development of prevention projects. In my opinion, one of the problems (although this problem is easy to solve) is that the Ministry of Education is elaborating its own projects on healthy life principles, to be implemented in schools, which could be a duplication of our programmes. Therefore, it is necessary to coordinate our activity. We hope that this issue is easy to solve, especially given the fact that the state is the main recipient of the Global Fund and is deeply interested in the effective implementation of the project.

The specific activities to be carried out are the following:

1. Preparing a curriculum on HIV prevention among young people of different age groups (to be used by teachers); training of trainers to be delivered to teachers and school psychologists; supporting their further work with children and adolescents.
2. Preparation of peer educators among interested adolescents. We especially count on youth parliament members who closely cooperate with our foundation. We intend to start educational work following the principle 'peer-to-peer' also with street children. In this relation we also expect support from the Children's Parliament, which includes children from orphanages and children with impaired faculties.
3. Conducting individual work with the 'high risk groups' (youth who inject drugs, have unsafe sexual contact with CSWs, etc.). This year our coalition intends to conduct this kind of work in Tbilisi in our organisation and also in the port of Poti, where the number of vulnerable children is statistically high.
4. Developing educational material.
5. Conducting educational work with parents.
6. Providing adolescents with alternative activities – participation in cultural, recreational, and sports events.
7. Integrating young people into various cultural and entertaining projects to be implemented by our foundation. Promoting healthy lifestyle and providing information on HIV. About thirty such events have been planned for this year. For example, we, recently had a child drama festival, during which the adolescents informed the audience on HIV problems. In the near future we plan to hold a film festival on HIV and drug use. Performances will be followed by discussions.
8. We plan to involve young Georgian stars from various fields (show business, drama, sport, etc) in our preventative activities. We have already signed a memorandum with some young show business representatives. They recorded a free song against HIV, which is often broadcast by the radio and TV

channels popular with adolescents. Soon an audiocassette with the songs of young stars that has been provided free to us will be released. On the cassette, between songs, brief information on HIV will be recorded. The money generated from the sale of the cassettes will go to the Assistance Fund to AIDS Patients.

Facilities

GFC operates in two store buildings. In addition to five office rooms, the GFC has a training room, a room for children's dance and music classes; a small cinema with a 200-person capacity, a hall and some additional rooms used for various activities aimed at information/education and organization of leisure time for children and adolescents.

Very close to the GFC there is a new church building that serves children and parents enrolled at GFC. Many adolescents from GFC have participated in the church construction work. The church helps GFC to combine religious and educational efforts.

Mission of GFC:

- Assisting with the upbringing of a physically and mentally healthy and harmonized future generation and supporting children and youth of Georgia with problem identification and solving, and education;
- Organization of the children's and youth leisure time, development and implementation of state educational programmes in that direction;
- Support socially vulnerable children (in particular, children from low income families);
- Realization of intellectual-creative, cognitive, recreational, psycho-social rehabilitation programmes for children and youth, including children and adolescents from crisis regions (Aphkazia and South Osetia).

Beneficiaries of GFC:

Children, adolescents and their parents.

More than 400 young people and their parents attend the GFC every day.

In addition, GFC runs various regional projects and programmes reaching more than 40,000 children and adolescents annually.

III.4 Projects and Activities implemented by GFC:

- Annual Children Activities (concerts; charitable activities, exhibitions of children's paintings, cultural, political and public celebrities addressing children by television: extending holiday wishes, etc) on 1 June – International Children Day, and 20 November, through the financial support of UNICEF and Save the Children;
- 'Christmas Eve' celebration show held at the Presidential Palace (accompanied with a concert and presents) for children from low income families. 5,000 children are invited every year. The state budget and President's Fund are the main sponsors, co-financed by other sources;
- Development of the report 'Children's State in Georgia.' Financial coverage provided by the State Foundation of Children Federation (1999);
- The project 'Children and Youth Parliament' founded by UNICEF in cooperation with the State Department of Youth Affairs to facilitate development of leadership skills among children and youth and ensure their participation; The parliament unites 200 children and adolescents (two persons per district) throughout Georgia.
- The project 'A School of Leader-Instructors' supported by the Ministry of Education and State Department of Youth Affairs. A special two-month training programme was organized within the project to train leader-instructors for children camps. Financial support is from the state fund of GFC;
- The Project 'Youth and Children at the Edge of 21st century' supported by UNICEF and Save the Children Foundation to present a permanent exhibition. Project involves upholding a continuous exhibiting at the palace of GFC reflecting children's state, legislature, health care, protection of children's rights, field of child activity, governmental, and non-governmental organizations;
- Creative-cognitive and psycho-social rehabilitation programmes (camps) for all categories (socially unprotected, gifted, etc.) of children and youth of different nationalities (living in Georgia, in the Caucasus, and other regions) funded through donations of the state budget of Georgia and the President's Fund;

- Several training programmes for young people (including trainings for trainers, peer educators) in areas like 'life skills,' etc.
 - Organisation of different cultural events: International Children Music Festival 'Crystal,' 'Fir,' 'Children's Theatre Festival,' 'Children Folk Festival,' etc.
- All activities are combined with HIV/AIDS information and education of youth of Georgia through the project of Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (GFATM);
- Organisation of sport events combined with again HIV/AIDS education, like country-wide football championship for boys and girls (the number of participants is up to 1,000); vacations in snow mountains during the winter and at the Black Sea side during the summer time, etc.

III.4.1 HIV- and AIDS-related activities

The organization as a contractor of GFATM leads the consortium of local governmental and non-governmental organizations implementing the component "*HIV and STI prevention among youth*" of the project.

The consortium includes:

- Georgian Children's Federation – responsible for the organisation of cultural and sports events to raise awareness of HIV and STI prevention among youth;
- National AIDS Center – responsible for peer education programme implementation among student and internally displaced youth;
- Institute of Postgraduate Education of Teachers of Georgia – responsible for development and piloting HIV/AIDS school education programme;
- NGO Tanadgoma – responsible for opening two youth HIV/AIDS and STI counselling centres (one in Tbilisi at GFC and one in Poti, western Georgia);
- International Network of Youth 'JUVENKO' – responsible for knowledge and behaviour investigation of youth on HIV/AIDS and STIs. The results will be used as advocacy tool for school base HIV prevention education programme.

Especially of high interest is the school-based education curriculum that will be developed by the Institute of Postgraduate Education of Teachers of Georgia in close collaboration with other members of the GFC consortium. The issue is very sensitive and needs careful implementation. GFC hopes to build public, teacher and parental support for implementation of the programme at schools. Well-known public leaders, highly qualified specialists, and leaders of the church are invited for a dialogue on the issue.

GFC will operate its own radio channel (activity support through GFATM project) that will be widely used for school-based HIV/AIDS education programme promotion. Public and church leaders, parents and teachers, young people themselves will be invited to share their view and opinion during radio programmes on the issue.

The GFC plans to develop an internet-based promotional campaign for the youth of Georgia. A special Internet website and FORUM will be developed, 'Youth of Georgia against HIV/AIDS,' that will provide basic information on HIV/AIDS, STI, and drug use to youth. In addition, the forum will be used for promotion of all cultural, educational and sport events within the HIV prevention campaign. All problematic and sensitive issues will be available in the forum for discussion in order to learn the opinion of youth.

Ten special youth counselling centres will be opened in Georgia by the end of 2008, to provide additional information to youth on HIV and STI prevention and sexual education.

The student population of Georgia will be highly engaged in a peer education programme run by the National AIDS Center, in close collaboration with the GFC and other members of the consortium. The same programme will be applied to IDP youth.

Throughout 2004-2005 more than 30 cultural and sport events are on the schedule within the HIV prevention campaign of GFC that will reach more than 30,000 young people in Georgia.

Efforts will be made to ensure good coordination of the events and activities completed by the consortium member institutions, to increase the effectiveness of the interventions.

These organizations have been collaborating on youth HIV/AIDS education for several years, implementing

small-scale projects. Through the Global Fund project they became responsible for youth education on HIV/AIDS on a country-wide scale that increases the overall responsibility of the consortium and puts a lot of pressure on the member organizations. All those organizations are well respected by both public and the government, and what is more important, by youth themselves that is an important asset of the union. They have to allocate about 300,000 USD for these activities in 2004-2005, the largest amount ever spent on youth education on HIV/AIDS in Georgia (GFATM funding).

III.5 Report on a focus group meeting

Participants: Members of the organisations, 'Association of Children of Georgia' and 'Children and Young People's Parliament of Georgia.'

Number: 12 people; 8 girls and 4 boys.

Age: 15-17 years.

Members of the above organisations were chosen for the following reasons: they are socially active and they regularly carry out different activities aimed at the promotion of healthy lifestyle, and also related to the HIV/AIDS issues.

Question: How did you find yourself a member of the organisation?

The majority of the young women and men learned about the organisation from friends, from the journal issued by UNICEF. After getting elected to the Parliament, for example, they have been participating in various projects implemented by 'The Federation of Children of Georgia.'

Typical response:

I got into the Federation through the Children's Parliament. My school nominated me to the Parliament, then I was elected, and today I chair a committee. I have never dreamed of that before. Here I made friends with many young people and got involved in many interesting activities, which makes me feel very happy.

Question: In what way do you benefit from working in the Association?

The group's responses, in general, were unanimous: making friends all over the country, feeling of independence and responsibility, opportunity to react to your peers' problems, opportunity to do something.

According to participants, they spend a lot of time at the Association, and often willingly stay there late, which causes dissatisfaction among their parents due to limited transportation available late at night and their children's homework assignments. Work at the Association does not interfere with studying, though sometimes, they have to do their homework in the Association building. All are happy to be and work here. Nobody regrets coming to the Association. Relations with adult association members are very good. Age differences do not pose problems. No one from the group was able to state any problem existent in the organisation, or ways to improve the organisation's functioning.

Quotation: Before becoming a member of the young people's Parliament I just knew my peers' problems and wanted to solve them, but I could not do anything alone, could not approach with proposals any organisations. Now I represent the interests of the people of my age. I have undertaken responsibility and cannot neglect existing problems. Through the Association we can address adults and draw their attention to young people's needs.

Question: What do you think of HIV/AIDS and how serious this problem is for Georgia?

Most participants considered HIV/AIDS quite a serious problem for Georgia. However, two respondents

noted that this disease has not spread very much in Georgia, as compared with many other countries. HIV- and AIDS-related issues were immediately viewed from the perspective of young people's issues. Almost all the participants noted that education was most important. The youth do not know well how to protect themselves from HIV and those who know how do not necessarily observe and practice safe behaviour. It was mentioned that information provided by the people of the same age was more effective than that provided by adults. Therefore, it is very important that young people's organisations implement educational activities. Special attention was given to the discrimination of HIV-positive people (refusal to provide medical assistance, breaking social ties, discrimination at work places, etc.). The main reason for such discrimination, said one of the participants, is that people do not know the ways of its transmission; they do not know that HIV/AIDS it is not transmitted through the air, touching, etc. Other participants shared this opinion.

Quotations:

- *The problem of AIDS is very serious in Georgia. I think, that the youth has to deal with that problem. Information provided by the people of the same age will be more effective.*
- *The problem is very important globally, but HIV is not very much spread in Georgia. We have to do our best to restrict the spread of disease or reduce it.*
- *People do not know that HIV is not transmitted through kisses and handshakes. That is why they are very cautious when being with HIV-positive people; HIV-positive people are discriminated.*
- *Being afraid of discrimination, a person with HIV might not go to the hospital, because s/he might meet an acquaintance there.*

Question: *Is there anything specific in Georgian culture that could be related to HIV and AIDS?*

Several points were observed during the discussion. First, the speakers talked about 'mentality.' It was mentioned that people are not used to taking medical (in particular, HIV) tests in Georgia and the partners do not normally ask each other's HIV status, even before getting married. One of the participants said that all that was because of our 'mentality,' which was very difficult to change.

The participants emphasised another specificity of Georgian culture: the bride is expected to be a virgin, which, in the group's opinion, reduces the risk related to HIV. However, during discussion the group arrived at the following conclusion: in such a case, the risk related to the disease is reduced with women, but it will increase with men, since they 'will have to' visit sex workers.

Then the group touched upon the drug use issue. It was admitted that risks are associated with drug use in itself, [especially] when injecting drugs.

It was also mentioned that in Georgia there is shortage of information around HIV/AIDS. As opposed to other countries, the mass media does not pay adequate attention to HIV- and AIDS-related problems.

The moderator asked for the group's opinion regarding the role of the church. The group responded with general statements, like, 'The church teaches us to be patient' (i.e. prolong the time before sexual debut), and 'It condemns drug use and adultery.'

(Opposing) Quotations regarding religion:

- *True believers are less threatened by HIV and AIDS.*
- *You can't speak with a drug user using the language of religion.*

Question: *Who in Georgia is threatened by HIV and AIDS in the first place?*

The majority of participants named youth, and identified the age of 16-21 as the most at risk in this respect. (One of the participants noted repeatedly that HIV and AIDS threaten people of any age).

During discussion, basic factors like drug use, visiting sex workers, lack of information were pointed out. According to participants, young men face higher risk, because they are more inclined to use drugs and

have pre-marital sexual relations.

It was also mentioned, that the HIV and AIDS problem is not very much discussed in Georgia, since it is related to sex. This topic is 'shameful', tabooed.

Quotation: *We have to lift taboo on this subject, launch an active campaign through the mass media, show clips on TV, use outdoor advertising, etc. We have to change the things so that people find 'shameful' NOT to ask the partner whether he/she has taken a test or not.*

Quotation: *In the AIDS Centre I saw the photos of people who suffer from AIDS⁸. I dreamed of them all week. It was a real nightmare. I had known before that it was a dangerous, incurable disease, but it is very different when you learn something first hand. I want very much to tell my peers how awful it is. I think that we need to hold workshops, disseminate visual information at a large scale, at the national level. I [imagine] the teacher asking, "Why did you miss the lesson?" and you answer, "I had AIDS yesterday".'*

Question: *Are there, in your opinion, any peculiarities to take into consideration when running HIV/AIDS awareness-raising campaigns in Georgia?*

The question somewhat puzzled participants, but as a result of discussion some conclusions were made about cultural peculiarities. Participants mentioned a phenomenon known in psychology as 'groundless optimism.' Group members believe that young people in Georgia are inclined to think (more than representatives of other cultures) that they, personally, are not threatened by anything in risky situations; in case of sexual contacts, for example.

Then participants named the traits typical of the Georgian youth, like carelessness, irresponsibility, and lack of interest in leaflets and other educational materials.

The group concluded that the most dangerous risk-factor in Georgia is drug use, followed by sex work and low public awareness.

Quotation: *Many young people think "I can't catch an infection" and never use preventive means during sexual relations. "This does not threaten me!" and "No problem!" they think.*

Quotation: *Drug addiction is the main problem in Georgia, differently from Poland, for example. All the efforts have to be directed against it.*

The group emphasised once again that the information addressing youth, which is coming from peers, is more effective.

Question: *What can your organisation do in terms of HIV prevention?*

Discussion showed that the group does not overestimate its capacities, but still thinks that it can contribute to fighting HIV/AIDS through promoting healthy lifestyle among peers, organising different cultural and sports events, etc.

During an open discussion, the young women and men in the group discussed gender issues and safer sex. According to participants, due to the strong traditions, women in Georgia are better protected from HIV (fewer sexual contacts, fewer cases of drug use) than women in western countries. In addition, participants noted that in patriarchal societies there is less confidence in medicine, people conceal their problems, and are afraid of condemnation. This could also be related to the HIV and AIDS issues.

In regards to safer sex, the group noted that people in Tbilisi are better informed about protection means and use them more often, than people in the province. However, some problems are also observed

⁸ The young person speaking is referring to UNAIDS posters, not PLHIV from Georgia.

in Tbilisi. Namely, young people feel uncomfortable when buying condoms; such attitudes have to be changed. Condoms are basically used to prevent pregnancy. Two young men said that most of his acquaintances used condoms when they are with sex workers. One of them said that one of his friends, who did not use condoms, was laughed at for this. As for sexual relations with young women who are not sex workers, this is much less frequent than in other countries. But in case of such relations, young men do not normally ask their female partner to protect herself and it is felt to be inappropriate.

The focus group enables us to draw the following conclusions: the organisation is socially and sexually active; its participants are enthusiastic and well aware of young people's problems in Georgia, even though they are somewhat inclined to make general statements, which 'MPs'(Members of Parliament) are supposed to do.

The focus group showed a keen interest in young people and HIV- and AIDS-related issues. They consider drug use to be a major factor in the epidemic's spread and think that young people are the group at highest risk of HIV. Young people lack awareness on HIV and AIDS and cannot talk about it at school or at home. The most effective way to get information to youth, the group thought, was the peer education method. Gender equality is also of concern to youth. Boys are at higher risk due to the predominantly male numbers of injecting drug users and earlier sexual practices, in most cases with a sex worker. On the other hand, more and more young people are attending church.

III.6 Cultural beliefs, traditions, and norms in determining the ability of GFC

- Youth Participation and Engagement

The strongest asset of the GFC is the high rate of youth engagement and participation in all activities conducted by the Federation. Participating youth express the view that their voice is always heard and respected at the GFC, thus they feel comfortable speaking about their problems and searching for solutions with the guidance of experienced adults. At the GFC youth are trusted to identify the issue that needs intervention themselves, as well as consider ways for dealing with it. They feel that they themselves are the decision-makers, and are very enthusiastic about participating.

- High Level of Expertise

The GFC has a strong collaboration with leading institutions working in the area of HIV/AIDS and STIs, such as the National AIDS Center, UNICEF, UNFPA, UNDP, and the NGOs Tanadgoma and Bemoni.

- Respect to traditions and religious beliefs

The GFC makes all efforts to develop respect of local traditions and religious beliefs among youth. Special activities are conducted to educate youth on Georgian history and culture, like school conferences and competitions, visits to traditional places, including religious sites.

The GFC has built a small church close to its facilities where youth can attend services. The Federation works with the church to involve young people attending the Federation in all church charity activities. Adolescents support the church during the construction work, during the services and they also travel throughout the country to clean up the old church buildings.

- Charity

The GFC's efforts are directed at the development of working skills among youth. They make sure that youth receive some remuneration for the work completed, but they also teach youth the values of 'charity.' They help displaced youth, refugees, abandoned children, and street children with counselling and assistance.

Through the GFATM project, by the end of 2005 the organization will have strengthened its experience of working with youth on HIV/AIDS education in Georgia.

Part IV. Recommendations

- As the prevalence of HIV is low but the risk of a spreading epidemic is relatively high, a key area for HIV-prevention interventions in Georgia should be public education and information, and most importantly, education targeting young people. Culturally- and age-appropriate informational/educational campaigns should be developed, piloted, and implemented.
- School-based youth educational programme curricula with relevant educational materials should be developed with the wide participation of all main stakeholders – the Ministry of Education, Ministry of Health, teacher and parents associations, religious leaders, and the public at large – and piloted in urban and rural schools. Parents and teachers should be actively involved in the curriculum review processes.
- In order to control the epidemic among key population groups (IDUs, CSWs, MSM) special prevention programmes must be implemented on a wider scale (harm reduction, outreach, IEC interventions, counselling and testing, peer education).
- The state has to ensure that medical personnel (physicians and nurses) are adequately trained and educated about HIV and AIDS through postgraduate training courses (the level of awareness about the HIV and AIDS among nurses is quite low; Goodwin et al., 1999).
- Special attention is required for HIV prevention among migrant populations. Information/education interventions that meet the linguistic needs of the targeted population, such as the distribution of relevant pamphlets and condom promotion campaigns at borders of the country for migrants, are necessary.
- HIV prevention interventions are needed in Georgia's penitentiary system. Such interventions should target inmates who use injecting drugs, and promote needle exchange, information, education, counselling, and voluntary testing.
- Advocacy interventions are necessary to create a supportive legislative environment for implementing effective HIV-prevention activities targeting key populations. In addition, relevant institutional capacities should be developed.
- At the same time, some of the particular cultural beliefs and practices common in contemporary Georgian society create possibilities for innovative interventions. As has been stated several times, IDUs in Georgia represent the major group at risk. In addition, among some Georgian youth, the social image of a drug user is quite 'attractive,' or at least, not the target of hatred or discrimination. It may be useful to develop a wide or at least pilot programme directed towards countering this image, in order to de-popularize drug use. Here, the church could make a positive influence on perceptions of IDUs and behaviour change within the IDU population in Georgia.
- Mass media representatives in Georgia should be trained on HIV/AIDS-related issues, with full consideration and respect of human rights and confidentiality issues. Advocacy is needed to promote interest in mass media of broadcasting HIV prevention information on a wider scale.

References

- Antelava L., Stvilia K., Jashi M. 2001. *Situational Analysis on HIV/AIDS in Georgia*, UNAIDS, UNICEF, Georgian Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Center. Tbilisi, Georgia.
- Dershem L., Gurolla Bonilla S., Sirbiladze T., Todadze Kh., Dallabetta D., Tsagareli T., Stvilia K. 2004. *Characteristics, High-Risk Behaviours and Knowledge of STI/HIV/AIDS, and HIV and Syphilis Prevalence Among Injecting Drug Users in Tbilisi*. Report on the Behavioural Surveillance Survey with a Biomarker Component for the SHIP Project.
- Gabiani A. 1988. *Drug use yesterday and today*. 'Sabchota Sakartvelo', Tbilisi, Georgia.
- Goodwin R., Kozlova A., Kwiatkowska A., Nguyen Luu L.A., Nizharadze G., Realo, A., Kulvet A., & Rammer A. 2003. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Social Science and Medicine*, Vol. 56, pp. 1373-1384.
- Goodwin R., Kozlova A., Nizharadze G., & Polyakova G. 2004. HIV/AIDS amongst adolescents in Eastern Europe: Knowledge of HIV/AIDS, social representations of risk and sexual activity amongst school children and homeless adolescents in Russia, Georgia and the Ukraine. *Journal of Health Psychology*, Vol. 9, pp. 381-396.
- Gotsadze T., Chawla M., Chkhartishvili K. 2004. *HIV/AIDS in Georgia – Addressing the Crisis*. The World Bank working paper #23.
- Jincharadze G., Paichadze T. 2002. *Who would despise one of these little ones – about child sexual education* 'Union of Orthodox Christian Parents.' Tbilisi, Georgia.
- Janashia J. A. 2002. *Challenge of the XXI Century*. Tbilisi, Georgia.
- Kachkachishvili Y. 1999. *Analysis of Sociological Survey on Reproductive Health Related Problems among Residents of Tbilisi*. The New Paradigms, #3, pp. 125-170.
- Karselishvili V. 2002. *Prevention of HIV/AIDS, hepatitis and STD in prisons of Georgia. Report presented on the conference 'Drug addiction: State or Family problem?'*, Tbilisi, Georgia.
- Khomasuridze A., Kristesashvili J., Tsuladze G. 2002. *'Adolescents' Reproductive Health Survey' – UNFPA*.
- Nizharadze G., Jgerenaya E., Kachkachishvili I., Mshvidobadze R., Khutsishvili G. 2004. *Urban population of Georgia on religious issues*. In: Lejava N. (ed.). *Orthodoxy in states and societies of Georgia and Russia*. Tbilisi, HBS, pp. 104-121.
- Nijaradze G. 2001. *We are the Georgians*. In: Duve F., Tagliavini H., (ed.). *The Caucasus - Defence of the Future*. Vienna, Bolzano, pp. 118-142.
- Serbanesco F., Morris L., Nutsubidze N., Imnadze P., Shaknazarova M. 2001. *Women's Reproductive Health Survey, Georgia 1999: Final Report*. Centers for Disease Control. Atlanta, Georgia, USA.
- Shelley L. *Organized Crime in the Former Soviet Union: The distinctiveness of Georgia*; <http://www.traccc.cdn.ge/publications/publication1.html>) (Accessed May 2005)
- Tkeshelashvili K., Del Rio C., Nelson N., Tsertsvadze T. 2003. The Emerging HIV/AIDS Epidemic in the Republic of Georgia: lessons learned and opportunities for prevention. Accepted for publication by *International Journal of STD and AIDS*.
- Tsuladze G., Maglaperidze N., Vadachkoria A. 2003. *Demographic yearbook of Georgia*. UNFPA, Tbilisi, Georgia.
- UNDP. 2003. *Annual Report on Drug Situation in Georgia, 2003*. Programme of Assistance for the Prevention of Drug Abuse and Drug Trafficking in the Southern Caucasus (SCAD program).

Anex I: Biography of authors

Ketevan (Katie) Stvilia

is the Head of the AIDS Prevention Department, Infectious Diseases, AIDS and Clinical Immunology Research Centre (Tbilisi). Dr. Stvilia has a master's degree from the Robert Wagner School of Public Administration, New York University, New York, NY (1998) and was an Edmond Muskie and Freedom Support Act Fellow. Her main areas of interest are HIV/AIDS prevention and control policy, HIV/AIDS behavioural and epidemiological studies, and health care system reform. Her major accomplishments include implementing modern HIV/AIDS prevention methodologies and active involvement in UNAIDS-supported strategic planning on HIV/AIDS in Georgia, including a Situational Analysis. Dr. Stvilia is a co-author of the Global Fund to Fight against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria's (GFATM) Georgia country proposal, which received a 12 million USD award from the fund for 2003-2007.

George Nizharadze

received his Ph.D. from the Scientific Council of D. Uznadze Institute of Psychology, Georgian Academy of Sciences (1985). He is the head of the Laboratory for the Psychology of Culture at the D. Uznadze Institute of Psychology, Georgian Academy of Sciences (Tbilisi). He is also the head of the research group at the International Centre on Conflict and Negotiation, and a lecturer in social and cross-cultural psychology at the I. Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi State Polytechnic University, and I. Chavchavadze State University of Foreign Languages and Culture. He has participated in two HIV/AIDS-related international research projects: Social Representation of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe (1998-99) and Knowledge of HIV/AIDS: Social Representations of Risk and Sexual Activity Amongst Schoolchildren and Homeless Adolescents in Russia, Georgia, and Ukraine (2001-03).

Khatuna Todadze

received her M.D. from Tbilisi State Medical Institute (1989) and her Ph.D. on substance abuse (addictology) from Tbilisi State Medical Academy (1999). She is the Scientific Director of the Georgian Institute on Addiction, and an associate professor of the Chair of Narcology at the State Medical Academy. Dr. Todadze is an expert on drug addiction for the Ministry of Health's National Focal Point on Drug Demand and Coordination. Her main areas of interest are epidemiological studies on substance abuse and related harm, psycho-social aspects of drug addiction in Georgia, implementation of modern methods of prevention, and treatment of drug addiction. Dr. Todadze has participated in several projects concerning HIV/AIDS epidemiology and prevention, including a Situational and Response Analyses on HIV/AIDS in Georgia (2000-2002). Since 2005 she has been the coordinator of the first substitution therapy program in the country under the framework of the HIV prevention project of the GFATM.

ანიმ-ინფექცია და შიდსი საქართველოში:
სოციალურ-კულტურული მიდგომა

პუბლიკაციაში წარმოდგენილი მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და ყოველთვის არ ემთხვევა UNESCO-სა და ფლანდრიის ოფიციალურ პოზიციასა და შეხედულებებს. ანგარიშში გამოყენებული მითითებები და წარმოდგენილი მასალა არ გულისხმობს UNESCO-სა თუ ფლანდრიის მთავრობის რაიმე თვალსაზრისს რომელიმე ქვეყნის ტერიტორიის, ქალაქის ან რაიონის და მისი ხელისუფლების ან საზღვრების ლეგალურ სტატუსთან დაკავშირებით.

პროექტი ხორციელდება ფლანდრიის მთავრობის მხარდაჭერით

გამომცემელი:

კულტურული პოლიტიკისა და ინტერკულტურული დიალოგის
განყოფილების კულტურისა და განვითარების სექცია

UNESCO

1, rue Miollis, 75015 Paris, FRANCE

e-mail :culture.aids@unesco.org

web site : www.unesco.org/culture/aids

პროექტის კოორდინაცია:

UNESCO: CLT/CPD/CAD - ჰელენა დრობნა, ქრისტოფოროს მალურისი

პროექტის კოორდინაცია საქართველოში:

საქართველოს ხელოვნების და კულტურის ფონდი-მაკა დვალისვილი
ინგლისურიდან თარგმნა თინათინ თოფურიძემ

დიზაინი და დაკაბადონება: გეგა პაქსაშვილი

დაბეჭდილია: □ო.ს. დიზაინი□

UNESCO Number: CLT/CPD/CAD-05/4

© UNESCO 2005

შინაარსი:

წინასიტყვაობა	66
შესავალი	68
განსაკუთრებული მადლობა	70
აკრონიმები	71
საქართველოს რუკა	72

ნაწილი I. აივ-ინფექცია და შიდსი საქართველოში

შესავალი	73
I.1. აივ ინფექციის ეპიდემიოლოგია საქართველოში	74
I.2 მეთვალყურეობა	74
I.3 ქართული კულტურის ზოგიერთი დამახასიათებელი თვისება	77
I.4 საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარება	78
I.4.1 ნარკოტიკების მოხმარება და მასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევა	78
I.4.2 აივ-ის რისკ ფაქტორი ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელ საქართველოს მოსახლეობაში	79
I.4.3 ნარკოტიკების მოხმარებელთა რისკთან დაკავშირებული სექსუალური ქცევა	80
I.4.4 გამოყენებული ნარკოტიკების ტიპები	81
I.4.5 საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარების სოციალური ფაქტორები	83
I.5 საქართველოს კულტურაში სექსუალური ქცევის კულტურული თავისებურებანი	86
I.6 მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები და მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმი საქართველოში	87
I.7 საქართველოში კომერციულ სექს-მუშაკთა დამახასიათებელი თვისებები	88
I.8 გენდერული საკითხები	89
I.8.1 ქალთა დისკრიმინაცია	90
I.8.2 ძალადობა ოჯახში	90
I.8.3 ტრეფიკინგი	92
I.9 ახალგაზრდები	93
I.9.1 ბავშვები არატრადიციული ოჯახებიდან	94
I.10 პენიტენციალური სისტემა	95
I.11 მიგრანტები	96
I.12 აივ/შიდს-თან დაკავშირებული ცოდნის დონე	96
I.12.1 მედია აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ	98
I.13 რელიგია	102

ნაწილი II. ინსტიტუციური შეფასება

II.1 აივ-ინფექციაზე ტესტირება და სკრინინგი	103
II.2 პრევენცია და მხარდაჭერა	104
II.3 მზრუნველობა აივ- ინფიცირებულებზე	109
II.4 ჯანდაცვის სტრუქტურა	110
II.5 საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული საკანონმდებლო საკითხები	111
II.6 კანონმდებლობა	112
II.7 მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებები	114
II.8 ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების შემზღვევითი ზომები	115

III ნაწილი. კონკრეტული მაგალითი

ახალგაზრდების განათლება აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ საკითხებზე საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია (სბფ)

III.1 რატომ საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია	118
III.2 ინფორმაცია ორგანიზაციის შესახებ	118
III.3 ორგანიზაციული სტრუქტურა	119
III.4 სბფ-ის მიერ განხორციელებული პროექტები და საქმიანობა	121
III.4.1 აივ-სა და შიდს-თან დაკავშირებული საქმიანობა	122
III.5 ფოკუს-ჯგუფის შეხვედრის ანგარიში	123
III.6 სბფ-ის შესაძლებლობების განსაზღვრაში კულტურული მრწამსის, ტრადიციებისა და ნორმების გათვალისწინება	126

ნაწილი IV. რეკომენდაციები

ლიტერატურა	128
დამატება I. ბიოგრაფიული მონაცემები ავტორების შესახებ	130

წინასიტყვაობა

ფლანდრიის მთავრობა და საყოველთაო ბრძოლა აივ/შიდს-ის წინააღმდეგ

შიდსის მსოფლიო დღესთან დაკავშირებით, გაერო-ს შიდსთან ბრძოლის გაერთიანებული პროგრამისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოქვეყნებულ ანგარიშში ნათქვამია, რომ აივ-ინფექციის ეპიდემია ყველაზე სწრაფად აღმოსავლეთ ევროპაში, ცენტრალურ აზიაში, საჰარის აფრიკაში და აღმოსავლეთ აზიაში ვრცელდება. 2000 წლიდან აივ ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლა ზოგადად, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და კერძოდ, გაერო-ს ერთ-ერთ პრიორიტეტად იქცა. უხეში გათვლების მიხედვით 2003 წელს მსოფლიოში 40 მილიონი ადამიანი იყო შიდსით დაავადებული და აქედან 25 მილიონი საჰარის აფრიკაში ცხოვრობდა.

აივ- ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ საბრძოლველად ყველაზე მნიშვნელოვან სამიზნე ჯგუფებს ბავშვები და ახალგაზრდები წარმოადგენენ. აივ- ინფექციის ეფექტური პრევენციისათვის ბევრი ფაქტორია გასათავისნივლი, მაგრამ მათთან მუშაობისას მეტად ფაქიზი დამოკიდებულებაა საჭირო. ფლანდრიის პარლამენტს და მთავრობას არაერთხელ გამოუჩენია მზრუნველობა ამ ჯგუფების მიმართ და ბავშვებში, ახალგაზრდებში და ქალებში პრევენციაზე ყურადღების გამახვილებით აივ-ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლაში თავისი პოლიტიკა გამოუხატავს.

2002 წელს ფლანდრიის მთავრობამ გადაწყვიტა აივ-ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლა თავისი კოოპერაციული პოლიტიკის განვითარების საყოველთაო პრიორიტეტად აქციოს, რაც (დღეს) ორმხრივი ან მრავალმხრივი არხებით ხორციელდება. ფლანდრიის საერთაშორისო ფინანსიური პროგრამა მხარდაჭერას არასამთავრობო ორგანიზაციების მეშვეობით აწარმოებს და ჯანმრთელობის სექტორის უზრუნველყოფის შესახებ შეთანხმებაზე მოზამბიკთან ხელი აქვს მოწერილი.

ფლანდრიის მთავრობამ აივ-ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლა იმ პროექტების სიაში შეიტანა, რომლებიც **UNESCO** /ფლანდრიის ნდობის ფონდის მიერ უნდა განხორციელდეს. ფონდის ფარგლებში განსაკუთრებული ყურადღება აივ-ინფექციის პრევენციისათვის საგანმანათლებლო და კულტურულ მიდგომას და ასევე, აივ-ით ინფიცირებულებსა და დაზარალებულებზე ზრუნვას მიეძღვნება.

2001 წელს ფლანდრიის მთავრობამ გადაწყვიტა მხარი დაუჭიროს პროექტს **აივ-ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ კავკასიისთვის კულტურულად შესაფერისი პრევენცია**. ამ ამბიციური პილოტ პროექტის მიზანია მოცემულ პრობლემურ რეგიონში მოსახლეობის ქცევის არსებითი ცვლილებების უზრუნველსაყოფად განახორციელოს კულტურულად შესატყვისი კვლევა, შექმნას პოტენციური და უზრუნველყოს ტრენინგები.

წარმატებებს ვუსურვებთ **UNESCO**-ს ჯგუფს მის მცდელობებში და მოუთმენლად ველით ამ პროექტის სასიკეთო შედეგებს და მის შემდგომ განხორციელებას სხვა გარემოსა თუ ქვეყნებში.

დევიდ მენო

ფლანდრიის მთავრობის
წარმომადგენელი
ჟენევა

ჯო ალვო

ფლანდრიის მთავრობის
წარმომადგენელი
პარიზი

წინასიტყვაობა

აივ-ინფექცია/შიდსი კავკასიის ქვეყნებისათვის, მათ შორის საქართველოსთვისაც, ახლად აღმოცენებული პრობლემაა. ექსპერტების აზრით, საქართველოში აივ-ინფექციის ფართომასშტაბიანი ეპიდემიის - რასაც უკრაინასა და რუსეთში უკვე აქვს ადგილი - რისკი საკმაოდ მაღალია. ასეთი არასაიმედო პროგნოზი ემყარება აივ-ინფექციის ეპიდემიის მიმდინარე ტენდენციას, რაც აგრეთვე როგორც საქართველოში, ასევე მის მეზობელ ქვეყნებშიც ნარკოტიკების მომხმარებელთა და კომერციულ სექს-მუშაკთა მზარდ რაოდენობასთანაა დაკავშირებული.

აივ-ინფექცია/შიდსთან ბრძოლის ყველაზე ეფექტურ მეთოდად მისი პრევენციაა აღიარებული, რომლის მთავარი კომპონენტებიც საზოგადოების განათლება და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პროპაგანდაა. მოსახლეობის აივ-ინფექცია/შიდსის შესახებ ცოდნის ამაღლებისათვის გამიზნულ ღონისძიებებში, ადგილობრივი კულტურის, ტრადიციებისა და რწმენის (მრწამსის) გათვალისწინება აუცილებელია. ნებისმიერი საგანმანათლებლო პროგრამა, როგორც □თესლი□, ადგილობრივი კულტურისა და ტრადიციების ელემენტების მქონე ნოყიერ □ნიადაგ□ საჭიროებს. აივ-ინფექცია/შიდსის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ ნებისმიერი ანალიზის დროს მიზანშეწონილია ამ კონტექსტის მხედველობაში მიღება.

აივ-ინფექცია/შიდსის და მასთან დაკავშირებული საკითხების პირველი მნიშვნელოვანი ანალიზი საქართველოში 1999 წელს გაეროს აივ/შიდს-ის გერთინებული პროგრამისა (UNAIDS) და გაერო-ს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) მხარდაჭერით გაკეთდა. ადგილობრივი ექსპერტების ჯგუფმა, რომელიც ამ ანალიზს აწარმოებდა, ყველა ღონე იხმარა, რათა წარმოეჩინა საქართველოს მოსახლეობის კულტურისა და ტრადიციების განმასხვავებელი თვისებები და აივ-ინფექციის ეპიდემიის გავრცელებაზე მათი დადებითი თუ უაყოფითი ზეგავლენა ეჩვენებინა. შესაბამისად, ფლანდრიის მთავრობის ხელშეწყობით შესრულებული ახალი ანგარიში, 2005 წლის გადმოსახედიდან ბევრ რამეს სხვა თვალთ წარმოაჩენს.

როგორც საქართველოს აივ-ინფექცია/შიდსის პრევენციის და კონტროლის სამასახურის ხელმძღვანელმა, მინდა მაღლიერების გრძნობა გამოვხატო UNESCO-სა და ადგილობრივი ექსპერტების ჯგუფის მიმართ, რომლებმაც ძალ-ღონე არ დაიშურეს ამ ნაშრომის შესაქმნელად. იმედი მაქვს, აივ-ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებული ყველა ორგანიზაცია, პრევენციული თუ საგანმანათლებლო საქმიანობის განხორციელებისას, მათ აღმოჩენებსა და რეკომენდაციებს აუცილებლად გაითვალისწინებს. ცოდნა, რომელსაც UNESCO-ს დახმარებით ადგილობრივი ექსპერტები გვიზიარებენ, უთუოდ დაგვეხმარება აივ-ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ გადამწყვეტ ბრძოლაში წარმატების მისაღწევად.

თენგიზ ცერცვაძე

მედიცინის მეც. დოქტორი, შიდს-ის ეროვნული პროგრამის კოორდინატორი, სამეთვალყურეო საბჭოს თავმჯდომარე ინფექციურ სნეულებათა, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი.

შესავალი

იმის გამო, რომ მიუხედავად აივ-ის ინფექციის გავრცელების დაბალი მაჩვენებლისა, სამხრეთ კავკასიაში □ სომხეთში, აზერბაიჯანში და საქართველოში □ მისი სწრაფად ზრდის საგანგაშო მდგომარეობა არსებობს, აივ-თან და შიდს-თან დაკავშირებულ პრობლემებზე ზრუნვა დროულად არის საჭირო.

პრიორიტეტი ახალი ინფექციების პრევენციას უნდა მიენიჭოს, თუმცა აივ-ით უკვე ინფიცირებულებისა და დაზარალებულების სპეციფიური საჭიროებანიც უნდა გავითვალისწინოთ და აივ-თან დაკავშირებული საკითხების შემუშავებისას აივ-ის მატარებელი პირები ძირითად პარტნიორებად ვიყოლიოთ.

როგორც გამოცდილება გვიჩვენებს, ნებისმიერი პრევენცია, მკურნალობა ან მზრუნველობა ეფექტური რომ გახდეს აუცილებელია იგი ადგილობრივ კულტურას შესატყვისებოდეს. ეს კი ნიშნავს, რომ სტრატეგიისა და პროგრამების შემუშავების დროს, მხედველობაში უნდა მივიღოთ სამიზნე მოსახლეობის დამახასიათებელი თვისებები □ ცხოვრების წესი, ტრადიციები, მრწამსი, გენდერული ურთიერთობები და ოჯახური სტრუქტურა. ყოველივე ეს კი ქცევითი მოდელების ხანგრძლივი დროით შეცვლაში დაგვეხმარება, რაც ეპიდემის გავრცელების შენელების და, იმედია, ერთ მშვენიერ დღეს სრული შეჩერების აუცილებელი პირობაა.

აივ/შიდს-თან დაკავშირებული საკითხების განხილვისას ადგილობრივი კულტურა რომ არ იქნას უგულვებელყოფილი, UNESCO-მ და გაერო-ს აივ/შიდს-ის გაერთიანებულმა პროგრამამ ერთობლივი პროექტი წამოიწყო - □აივ/შიდს-ის პრევენციასა და მის მზრუნველბასთან კულტურული მიდგომა□. პროექტის მიზანი სხვადასხვა მხარდამჭერი ქმედებებია, რომლებიც აივ-ის სტრატეგიაში, პოლიტიკაში, პროგრამებსა და პროექტებში □კულტურული მიდგომის□ უკეთეს ინტეგრაციას შეუწყობენ ხელს.

ამ პროექტის გამოცდილებასა და მაგალითებზე დაყრდნობით, UNESCO-მ კიდევ ერთი ახალი პროექტი შეიმუშავა - □კავკასიის სამ ქვეყანაში აივ-ის პრევენციისათვის (საჭირო) კულტურულად შესატყვისი ინფორმაცია, განათლება და კომუნიკაცია□ (IEC).

ამ პროექტის განხორციელება ფლანდრიის მთავრობის მხარდაჭერით გახდა შესაძლებელი და იგი სომხეთის, აზერბაიჯანისა და საქართველოს ხელისუფლებასთან და საერთაშორისო ექსპერტთა ჯგუფთან მჭიდრო თანამშრომლობით შემუშავდა. მისი მიზანია ხელი შეუწყოს აივ-სა და შიდს-თან ბრძოლის კულტურულად შესატყვისი ისეთი მეთოდების ჩამოყალიბებას, რომლებიც მნიშვნელოვანი, ეფექტური და საფუძლიანი იქნება.

პროექტის განხორციელება ორ ფაზად დაიყო. პირველი, კვლევაზე ორიენტირებული ფაზა გულისხმობდა იმ ადგილობრივი სოციო-კულტურული თავისებურებების შეფასებას, რომლებიც აივ-ის ეპიდემიის გავრცელებაზე ზემოქმედებენ. ამ კონტექსტში, კულტურა განიხილება არა როგორც სტატიური წინააღობა, არამედ როგორც განვითარებადი რესურსი, რომელიც აივ-ისა და შიდს-ის წინააღმდეგ ეფექტურ ბრძოლაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს.

მეორე - მოქმედებაზე ორიენტირებული ფაზაა, რომელიც კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით სამ ძირითად მიზანს ემსახურება:

კულტურულად შესატყვისი ინფორმაციის, განათლებისა და კომუნიკაციისათვის (IEC) საჭირო მასალის შემუშავება, ამ სფეროში ტრენერების ტრენინგები და სუბ-რეგიონალური კოორდინირების გაძლიერება.

ამ პროექტის ცენტრალური კომპონენტი პოტენციალის შექმნაა, რომელიც აივ-თან და შიდს-თან ბრძოლის ყველა დონეზე სოციო-კულტურული ფაქტორების გამაერთიანებელი ადგილობრივი პოტენციალის შექმნაზე, კერძოდ, სოციალური მეცნიერების მკვლევართა, გადანაცვეტილების მიმღებთა და აივ/შიდს-ის პროფესიონალთა ტრენინგებზეა ფოკუსირებული.

პროექტის ინოვაციური ხასიათის გამო მასში მონაწილეობა ფართო სპექტრის გამოცდილების მქონე სპეციალისტთა ჯგუფს უნდა მიეღო -საერთაშორისო ექსპერტს, რომელიც მთელი მეცნიერული მუშაობის კოორდინირებას მოახდენდა და ადგილობრივ სამ ჯგუფს. რადგანაც მკვლევართა ჯგუფის წევრებს დიდი გამოცდილება და მაღალი კვალიფიკაცია მოეთხოვებოდათ, მათი შერჩევის პორცესი უფრო დიდხანს გაგრძელდა ვიდრე ეს მოსალოდნელი იყო. სინტია ბაქლეი (Cynthia Buckley), ტეჰანის უნივერსიტეტის სოციოლოგიის პროფესორი პროექტის მთავარ მეცნიერულ კონსულტანტად დაინიშნა და ადგილობრივი ჯგუფებიც მასთან კონსულტაციის შედეგად შეირჩა, რომელთაგან თითოეული

სხვადასხვა სფეროს სამი ექსპერტისაგან შედგებოდა: სოციოლოგია, ეპიდემიოლოგია, ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული მკურნალობა და მზრუნველობა, ფსიქოლოგია და სხვ.

მიუხედავად უმარავი პრობლემისა, რომლებიც ამ პუბლიკაციაში წარმოდგენილი ანგარიშების შექმნას თან სდევდა, ჩვენ ღრმად გვწამს, რომ ამ ანგარიშების ხარისხი პროექტის პირველი ფაზის წარმატებით მსვლელობაზე მიუთითებს.

ეს პუბლიკაცია საქართველოში ეპიდემიის გავრცელების სოციო-კულტურული კუთხით დანახულ სრულ სურათს ასახვს.

სომხეთსა და აზერბაიჯანში არსებული სიტუაციის სრული განხილვა და სამივე ქვეყანისათვის შემავალბელი ანგარიში და შედარებითი ანალიზი, ასევე, ცალკეულ პუბლიკაციებშია მოცემული.

პროექტის მეორე სტადია, 2005 წლის ივნისში, თბილისში, საქართველოში ჩატარებული სუბრეგიონალური კონფერენციის დროს დაიწება. აქ თავს მოიყრიან საქართველოს განათლების, ჯანმრთელობის, კულტურისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროების მაღალი დონის წარმომადგენლები სამივე ქვეყნიდან, გაერო-ს თემატური ჯგუფის წევრები, სამთავრობო და არასამთავრობო წამყვანი ორგანიზაციები რათა წარმოადგინონ კვლევის შედეგები და აივ/შიდს-ის, განათლებისა და კულტურის სფეროებში სუბრეგიონალური თანამშრომლობის შესაძლებლობები განიხილონ.

მეორე ფაზა 2005 წელს ივნისში ეროვნულ დონეზე მთელი რიგი შეხვედრებით გაგრძელდება, სადაც თავს მოიყრიან ყველა ის ადგილობრივი ძირითადი ორგანიზაციები, რომლებიც აივ-ისა და შიდს-ის საკითხებთან დაკავშირებულ სამუშაოს ეწევიან. შიდს-ის ეროვნულ ცენტრთან მჭიდრო თანამშრომლობის საშუალებით აქ ერთმანეთს არასამთავრობო ორგანიზაციების წევრები (ახალგაზრდები, ქალები), აივ-ით ინფიცირებულები, რელიგიური ორგანიზაციების, მედიის და ორმხრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლები შეხვდებიან. ამ შეხვედრებზე ეროვნული კვლევის შედეგები იქნება წარმოდგენილი; ყველა მთავარი ორგანიზაციის ყურადღება თვითოეული ქვეყნისთვის აივ-თან და შიდს-თან დაკავშირებულ მთავარ სოციო-კულტურულ საკითხებზე კონცენტრირდება; და აივ-ის სტრატეგიის, პროექტებისა და პროგრამების შემუშავებისას ამ დამახასიათებელი თვისებების მხედველობაში მიღება გახდება აუცილებელი.

პროექტის მეორე და საბოლოო ფაზა 2006 წლის აპრილისათვის უნდა დასრულდეს.

UNESCO იმედოვნებს, რომ ეს პუბლიკაცია არა მხოლოდ კავკასიის რეგიონში აივ-ის ეპიდემიის გავრცელებაში კულტურის უდიდეს როლის დემონსტრირებაა არამედ, საერთაშორისო საზგადოებებისთვის იმის მანიშნებელიც, რომ თუ მათ სურთ ეფექტურად ებრძოლონ აივ-სა და შიდს-ს, დასძლიონ სტიგმა და დისკრიმინაცია, რომელსაც აივ-ით ინფიცირებული ადამიანები ყოველდღიურად ეჯახებიან, ნებისმიერი სტრატეგიის, პოლიტიკის, პროექტისა თუ პროგრამის შექმნის დროს ადგილობრივი კულტურის თავისებურებების გათვალისწინებაა აუცილებელი.

კატარინა სტანო

კულტურული პოლიტიკისა და ინტერკულტურული დიალოგის განყოფილების დირექტორი

განსაკუთრებული მადლობა

UNESCO დიდ მადლობას უცხადებს ამ პუბლიკაციის ავტორებს და კერძოდ, ეროვნული ჯგუფის იმ ექსპერტებს, რომლებიც ამ ანგარიშის შექმნაზე მუშაობდნენ: ქეთი სტვილიას, ხათუნა თოდაძეს და გიორგი ნიჭარაძეს. ამ რეგიონში აივ-ის ეპიდემიასთან დაკავშირებული სიტუაციის ანალიზი ახალი წამოწყებაა და ამდენად, საკმაოდ რთული ამოცანაა, რომელსაც ამ ჯგუფმა აღსანიშნავი პროფესიონალიზმითა და კომპეტენტურობით გაართვა თავი.

მადლიერების ღრმა გრძნობას გამოვხატავთ პროფესორ სინტია ბაქლეის მიმართ, რომელმაც როგორც პროექტის მთავარმა კონსულტანტმა ფასდაუდებელი შრომა გასწია. პროფესორ ბაქლეიმ შეიმუშავა მთელი პროექტის კვლევის მეთოდოლოგია, უზრუნველყო ეროვნული ჯგუფების ტრენინგები და ეროვნული კვლევის ანგარიშების წარმოებას უხელმძღვანელა.

გვსურს განსაკუთრებული მადლობა გადავუხადოთ შიდს-ის ნაციონალური ცენტრის დირექტორს, ბატონ თენგიზ ცერცვაძეს, მისი თანამშრომლობის, მხარდაჭერისა და პროექტში შეტანილი მნიშვნელოვანი წვლილისათვის.

პროექტში მონაწილეობისათვის მადლობას ვუცხადებთ გაერო-ს აივ/შიდს-ის გაერთიანებული პროგრამის ჩვენ პატნიორებს, კერძოდ, ქალბატონ რენატე ემერს, სომხეთის, აზერბაიჯანისა და საქართველოს კოორდინატორს და ქალბატონ ლენა სანიკოვას, UNAIDS თანამშრომელს.

განსაკუთრებულ მადლობას მოვასხენებთ ქალბატონ ერინ კოჩს და ქალბატონ ჰიზერ მაჰერს ამ პუბლიკაციის გამოცემაში აღმოჩენილი უდიდესი დახმარებისათვის

დიდ მადლობა UNESCO ს საქართველოს ეროვნულ კომისიას

ერთგულებისა და ამ პუბლიკაციასთან დაკავშირებით განეული შრომისათვის მადლობას მოვასხენებთ ქალბატონ მაკა დვალისვილს, ხელოვნებისა და კულტურის საქართველოს ორგანიზაციის აღმასრულებელ დირექტორს.

პირველ რიგში, UNESCO დიდად დავალებულია ფლანდრიის მთავრობისაგან, რომლის ფინანსური მხარდაჭერის გარეშეც ამ პროექტის განხორციელება შეუძლებელი იქნებოდა.

აკრონიმები

AIDS	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (შიდს-ი)
ARV	ანტირეტროვირუსული
BBP	ძირითადი მომსახურების პაკეტი
BSS	ქცევითი მეთვალყურეობის კვლევა
CSW	კომერციული სექს-მუშაკი
CCM	ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი
ESPAD	სკოლაში ალკოჰოლის და ნარკოტიკების (მოხმარების) კვლევის ევროპული პროექტი
GFATM	გლობალ ფონდის პროექტი □დავამარცხოთ შიდს-ი, ტუბერკულოზი და მალარია□
GFC	საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია
GOC	ქართული მართლმადიდებელი ეკლესია
HAART	მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა
HBV	ჰეპატიტ B ვირუსი
HCV	ჰეპატიტ C ვირუსი
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ)
IDACIRC	ინფექციურ დაავადებათა, შიდს-ის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი
IDP	იძულებით გადაადგილებული პირი
IDU	ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი
IOM	მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია
MOH	ჯანმრთელობის სამინისტრო
MSM	მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები
NGO	არასამთავრობო ორგანიზაცია
PLHIV	აივ-ის მატარებელი (აივ-ით ინფიცირებული)
PMTCT	დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია
SHIP	სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების/აივ-ის პრევენცია
SMIC	სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია
STI	სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციები
TB	ტუბერკულოზი
UN	გაერო (გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია)
UNAIDS	გაერო-ს აივ/შიდს-ის გაერთიანებული პროგრამა
UNDP	გაერო-ს განვითარების პროგრამა
UNFPA	გაერო-ს მოსახლეობის ფონდი
UNICEF	გაერო-ს ბავშვთა ფონდი
USAID	საერთაშორისო განვითარების □აშშ-ს სააგენტო
WB	მსოფლიო ბანკი
WHO	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
V(C)CT	ნებაყოფლობითი (კონფიდენციალური) კონსულტირება და ტესტირება

საქართველოს რუკა



აივ-ინფექცია და შიდსი საქართველოში: სოციალურ-კულტურული მიდგომა

გიორგი ნიჟარაძე

ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა კანდიდატი □ საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის, დ. უზნაძის სახელობის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის, კულტურის ფსიქოლოგიის ლაბორატორიის ხელმძღვანელი

ქეთევან (ქეთი) სტვილია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, დოცენტი □ ინფექციურ დაავადებათა, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევის ცენტრის, შიდსის პროფილაქტიკის განყოფილების ხელმძღვანელი

ხათუნა თოდაძე

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, ფსიქოლოგიის მეცნიერებათა კანდიდატი, თბილისის ნარკოლოგიის ინსტიტუტის სამეცნიერო დირექტორი, სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ნარკოლოგიის კათედრის დოცენტი

ნაწილი I. აივ-ინფექცია და შიდსი საქართველოში

შესავალი

საქართველოში აივ-ინფექციის გავრცელების ზოგადი მაჩვენებელი, შედარებით დაბალია - 0.13%. მიუხედავად ამისა, საქართველოში აივ-ის ეპიდემიის სწრაფი გავრცელების დიდი საშიშროება არსებობს. ინფექციის გავრცელების დაბალი მაჩვენებელი ძირითადად გამოწვეულია იმით, რომ საქართველოს მოსახლეობა კრიზისის მოახლოებას ჯეროვნად ვერ აფასებს. სტიგმა და დისკრიმინაციის შიში საქართველოში აივ-ის მტარებელ ადამიანებს (PLHIV) აიძულებს დამალონ თავისი აივ-სტატუსი. აივ-ით ინფიცირებულ ინდივიდთა უმრავლესობა, ყოფილი ან ახლანდელი ნარკომანები, კომერციული სექსის მუშაკების და სხვა, საზოგადოებისაგან გარიყული პირები არიან, რაც აივ-ის ინფექციასთან დაკავშირებულ სტიგმას კიდევ უფრო ამძაფრებს.

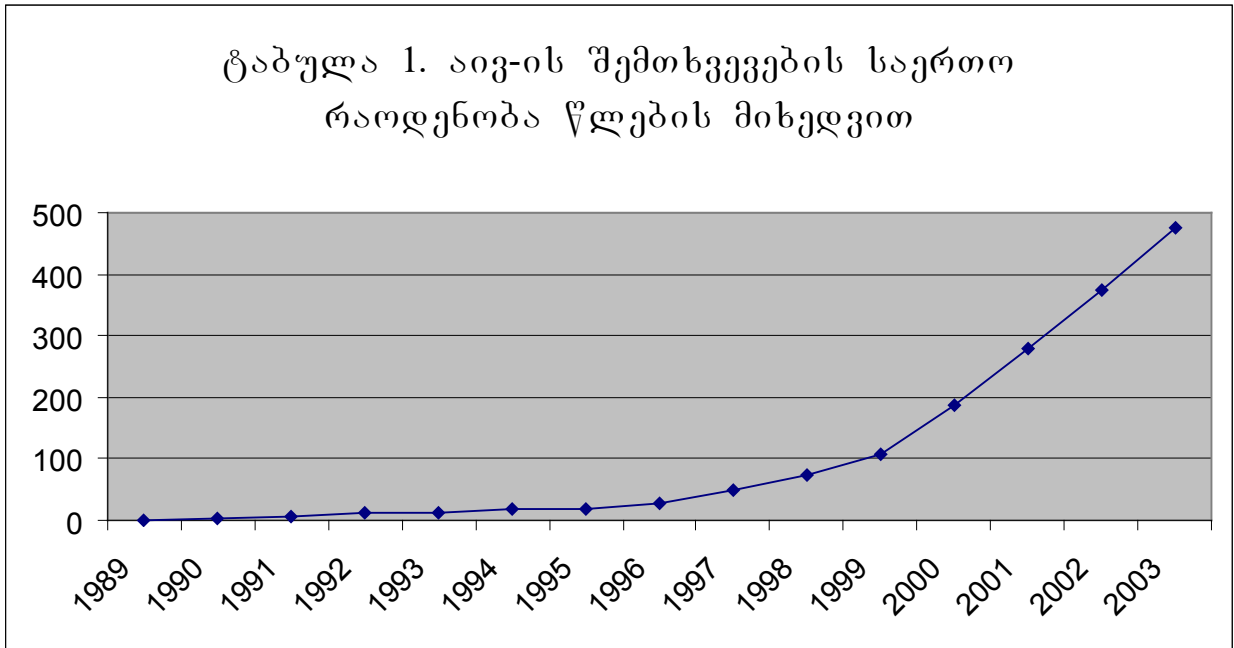
ზოგადად, როდესაც ადამიანებს სთხოვენ დაასახელონ აივ-ით ინფიცირებული მათთვის ნაცნობი პირები, ისინი ძირითადად იხსენებენ გამოჩენილ პოპ ან სპოტის ვარსკვლავს, რომელიც შიდს-ით გარდაიცვალა. ძველი ქართული ანდაზა ამბობს: □რასაც ვერ ხედავ, არ გჯერა და არც გეშინია□.

მოსახლეობის მიერ აივ/შიდს-ის საშიშროების გაცნობიერება და მისადმი დამოკიდებულება ძირითადად აივ-ით და/ან შიდს-ით ინფიცირების რისკის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობითა და გამოყოფილი თანხების სიმწირით განისაზღვრება; აივ/შიდს-ის ეპიდემიოლოგიის, ქცევისა და ეპიდემიის გავრცელებაზე ადგილობრივი კულტურის ზემოქმედების შესასწავლად წარმოებული კვლევებიდან მხოლოდ რამდენიმე დასრულდა. ცოტაა ისეთი კვლევები, რომლებიც შეისწავლიან გენდერის, რელიგიის, კულტურისა და ტრადიციის როლის ზემოქმედებას აივ-ინფექციის პრევენციის პროგრამების ეფექტურობაზე. უმეტეს შემთხვევაში, გამოიყენება უცხო ქვეყნების გამოცდილება, რომელთა კულტურაც ხშირად ვერ ჯდება საქართველოს კონტექსტში. ავადმყოფობის გადაცემის გზებისა და ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურის განსაზღვრასთან ერთად, აივ ინფექცია/შიდსთან ბრძოლის ეფექტურობაში ქათულ ტრადიციებსა და თავისებურებებსაც მნიშვნელოვანი როლი აკისრიათ.

მოცემული მოხსენება პირველი მცდელობაა საქართველოში აივ-ის ეპიდემიის მიზეზების სოციალურ-კულტურული ფაქტორების, ეპიდემიასთან ბრძოლის სოციალურ-კულტურული რესურსების ღრმა ანალიზისა, აგრეთვე, აივ-ის პრევენციისათვის მოსახლეობასთან დაგანსაკუთრებით ახალგაზრდობასთან ურთიერთობის ეფექტური გზების გამონახვისა, ლოკალურ კულტურასა და ტრადიციებს და საგანმანათლებლო ინოვაციებს შორის ბალანსის შენარჩუნების გათვალისწინებით.

1.1. აივ ინფექციის ეპიდემიოლოგია საქართველოში

ტაბულა 1. აივ-ის შემთხვევების საერთო რაოდენობა წლების მიხედვით



2004 წლის 1 ნოემბერს, საქართველოში ოფიციალურად აივ-ის 597 შემთხვევა იყო რეგისტრირებული (შიდს-ის ეროვნული ცენტრი). მათ შორის 193-ს შიდსი განუვითარდა, აქედან 111 გარდაიცვალა. აივ-ის მტარებელთა რაოდენობა საქართველოში დაახლოებით 3000 ადამიანია (ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია). აივ-ის რეგისტრირებული შემთხვევები, უმეტესწილად, საქართველოს დედაქალაქში, თბილისში და შავი ზღვის რეგიონებში, აჭარასა და სამეგრელოშია თავმოყრილი.

□ აივ ინფექცია/შიდსის პირველი შემთხვევა 1989 წელს დასავლეთ საქართველოში, აფხაზეთში, სოხუმში იყო რეგისტრირებული. საქართველოს შიდსის კონტროლის სამსახური სსრკ ჯანმრთელობის სამინისტროს დადგენილებით 1986 წელს დაარსდა. ეს დადგენილება ითვალისწინებდა მთელი მოსახლეობის საყოველთაო სკრინინგს აივ ინფექცია /შიდსის შემთხვევათა დასადგენად და თითოეულ შემთხვევაზე მკაცრი ეპიდემიოლოგიური კონტროლის დასაწესებლად. იმ დროისათვის, აივ ინფექცია/შიდსის დაგეგმარებაზე პასუხს სსრკ ჯანმრთელობის სამინისტრო აგებდა და აივ-ის პრევენციისა და კონტროლის საქმიანობაში მხოლოდ სამთავრობო დანესებულებები იყვნენ ჩართულნი. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში მოქალაქეთა, მათ შორის უცხოელთა, საყოველთაო სკრინინგი აივ/შიდს-ის კონტროლის მთავარ სტრატეგიას წარმოადგენდა. აივ ინფექცია/შიდსის ფართომასშტაბიანი პრევენცია და მოსახლეობის განათლება სრულიად უგულვებელყოფილი იყო. საქართველოში ყველა პაციენტს, ვინც საკონსულტაციოდ პაციენტთა დეპარტამენტებსა და საავადმყოფოებს აკითხავდა, აივ-ინფექციაზე ტესტირება აუცილებლად უნდა გაეწყო.

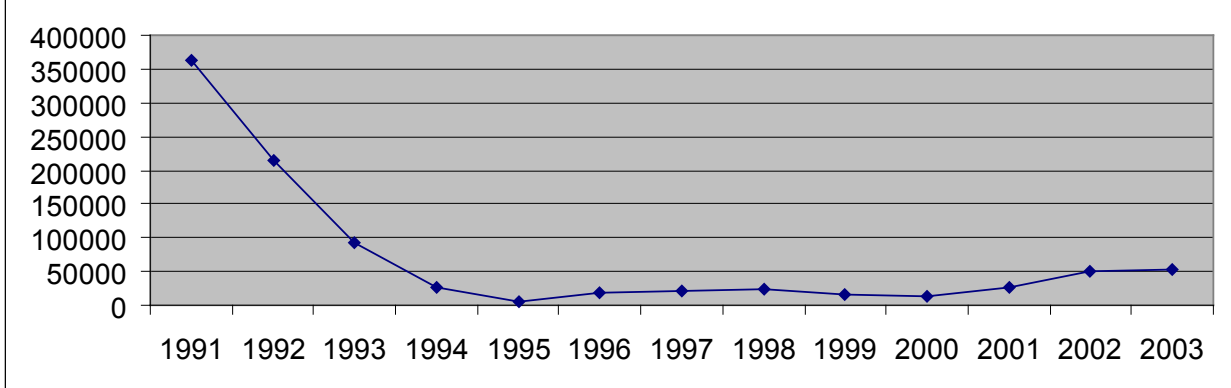
1.2 მეთვალყურეობა

საქართველოში აივ-ის გავრცელების ყველაზე მეტი მონაცემები 1985 □ 1992 წლებში გაკეთებული ტესტირების შედეგია, როდესაც ტესტირება 1.4 მილიონმა ადამიანმა გაიარა და 10 - აივ-ით ინფიცირებული აღმოჩნდა. 1995 წელს საქართველოში ყველა ჰოსპიტალიზირებულმა ავადმყოფმა სავალდებულო აივ-ტესტირება გაიარა. 400 000 კაციდან, 20 აივ-ით ინფიცირებული აღმოჩნდა. 1966 წელს იმ 30 050 ადამიანიდან, ვისაც ტესტი ჩაუტარდა საქართველოში, 8-ს აივ-ინფექციის დაგნოზი დაესვა.

აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის პოლიტიკა არსებითად შეიცვალა დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდეგ და ადრეულ გარდამავალ პერიოდში, მას მერე რაც ქვეყანამ დემოკრატიული აღმშენებლობა დაიწყო. 1993 წელს საქართველო რიგის დეკლარაციას შეუერთდა და სავალდებულო აივ-ტესტირებიდან აქცენტი პრევენციის ფართომასშტაბიან ქმედებებზე გადავიდა, სადაც უპირატესობა ადამიანთა უფლებებს, მოსახლეობის განათლებას, თემის ჩართვასა და მონაწილეობას ენიჭებოდა. შეწყდა ყოველგვარი სავალდებულო ტესტირება □ მხოლოდ დონორები მონმდებოდნენ. შესაბამისად, საქართველოში ყოველწლიურად ჩატარებული აივ-ტესტირების რაოდენობა მნიშვნელოვნად შემცირდა (დაახლოებით 6-8 ჯერ), და უპირატესობა ნარკომანთა, კომერციულ სექს_მუშაკთა, ჰომოსექსუალისტთა, ვენერიული სნეულებებითა და ტუბერკულოზით დაავადებულთათვის კონსულტაციის განწევასა და მათ

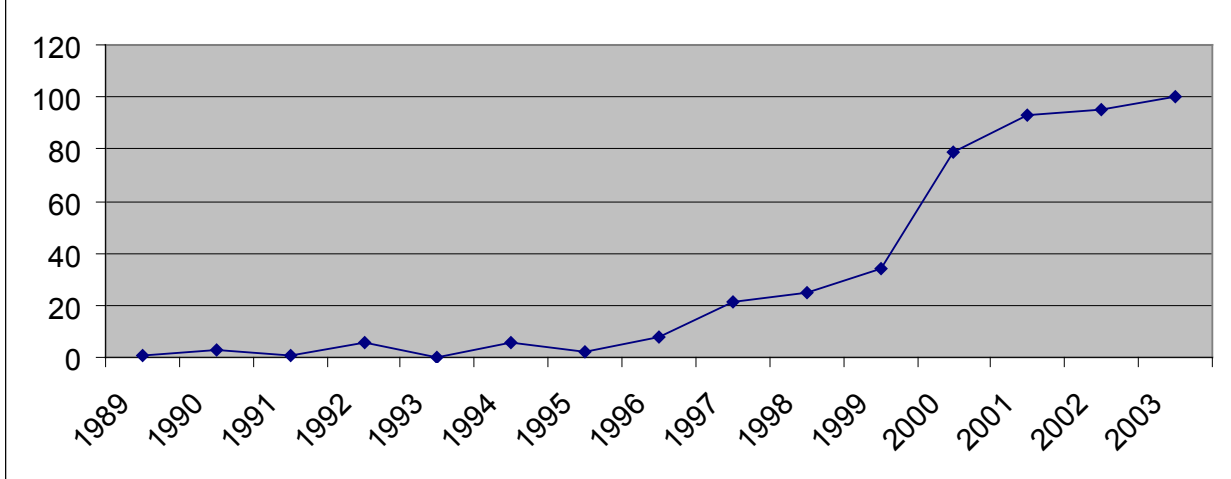
ტესტირებას მიენიჭა. დღემდე, აივ-ინფექციაზე ტესტირება და კონსულტაციები შიდსის ეროვნული ცენტრისა და რეგიონალური ცენტრების (64) მეშვეობით ხდება. როგორც კონსულტაციები, ასევე ტესტირება მკაცრად კონფიდენციალურია. სხვა ანონიმური მომსახურებაც უზრუნველყოფილია.

ტაბულა 2. საქართველოში აივ-ზე ტესტირებაგავლილ ადამიანთა რაოდენობა წლების მიხედვით



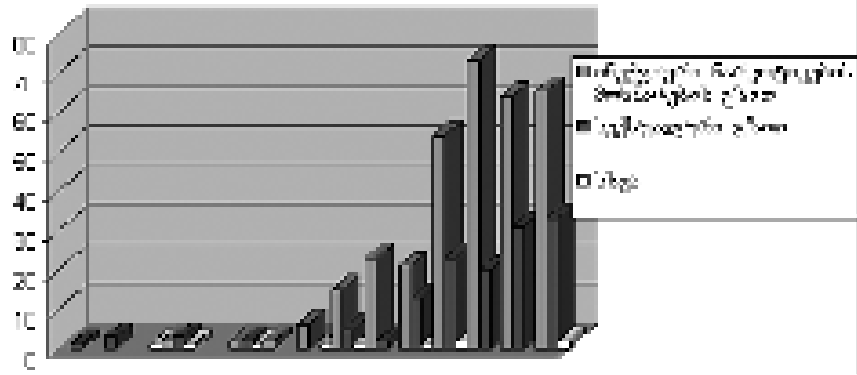
1999 წლამდე საქართველოში ყოველწლიურად აივ ინფექციის შემთხვევათა მეტად მცირე რაოდენობაა რეგისტრირებული. 1999 წელს აივ-ის შემთხვევათა რიცხვი გაორმაგდა და მომდევნო წლებში ინფექციის (ყოველწლიური) მაჩვენებლები სტაბილური გახდა, მხოლოდ მცირე ზრდა აღინიშნება □ 79 - 2001 წელს, 95 - 2002 წელს და 100 - 2003 წელს. 2004 წლის პირველ 10 თვეში აივ-ის სულ 120 შემთხვევა იყო რეგისტრირებული.

ტაბულა 3. აივ-ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობა წლების მიხედვით



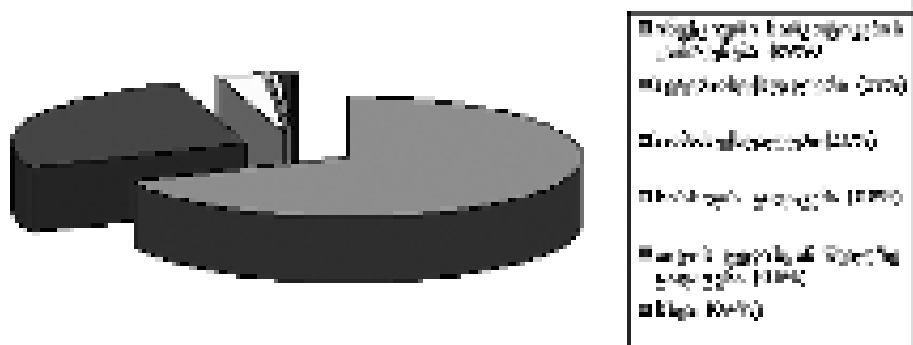
აივ-ინფექციის გადაცემის ძირითადი გზაა ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებაა, შემდეგ ჰომოსექსუალური და დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კავშირები. რეგისტრირებულ აივ-ით ინფიცირებულთა 64.7% ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელია, აქედან 27% ჰეტეროსექსუალური, ხოლო 3.2% ჰომოსექსუალური კავშირის გზით დაინფიცირდა.

ტაბულა 3. აივ-ის ახალი შემოსევების რაოდენობა წლების მიხედვით და შიდა გადაადგილების გზები.



ქვემოთ მოცემული სექტორული დიაგრამა უფრო კონკრეტულ ინფორმაციას გვანვდის საქართველოში აივ-ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ. მსაგავსად ამ რეგიონის სხვა ქვეყნებისა, ინფექციის გადაცემა, ძირითადად, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებით ხდება □ აივ-ით ინფიცირებულთა 68% ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელია.

ტაბულა 3. გადაადგილების გზები



აივ ინფექციით დაავადებულთა ასაკობრივი ზღვარი 15-24 და 25-34 წელია. აივ ინფიცირებულთა უმრავლესობა, (93%), დევნილ პირთა ჩათვლით (IDPs)(4%), საქართველოს მოქალაქე, ქალაქში მაცხოვრებელი (60%) მამაკაცია (მამაკაცებსა და ქალებს შორის შეფარდება 6:1).

აივ-ის მტარებელთა (PLHIV) დემოგრაფია (1 ნოემბერი, 2004 წელი ინფექციურ დაავადებათა, შიდს-ის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი IDACIRC)

#	კატეგორიები	რაოდენობა						
1	სქესი	მამაკაცი						399 (84.2%)
		ქალი						75 (15.8%)
2	საცხოვრებელი ადგილი	დედაქალაქი						190 (40%)
		რეგიონი						284 (60%)
3	მიგრაციული სტატუსი	იმიგრანტი						12 (2.5%)
		იძულებით გადაადგილებული პირი						19 (4.0%)
		საქართველოს მოქალაქე						443 (93.4%)
4	ასაკობრივი ჯგუფი	0-14	15-24	25-34	35-44	45-64	65>	
		13 2.7%	174 36.7%	213 44.9%	61 12.9%	12 2.5%	1 0.2%	

როგორც სჩანს, ადგილობრივი კულტურისა და ტრადიციების ზოგიერთი ასპექტი სერიოზულ გავლენას ახდენს აივ-ინფექციის ეპიდემიის განვითარებაზე, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსთან ეფექტური ბრძოლის დაგეგმვაში.

1.3 ქართული კულტურის ზოგიერთი დამახასიათებელი თვისება

აუცილებელია მცირე ჯგუფებზე ორიენტირებული (მრავალწევრიანი ოჯახი, ნათესაობა, მეგობრები, მეზობლები და სხვა) კოლექტივიზმის გათვალისწინება, როგორც საქართველოს სოციალური კულტურის ერთ-ერთი მთავარი დამახასიათებელი თვისებისა. ეს ძირითადი ხაზი შემდეგ მიმართულებებს განსაზღვრავს:

1. ისეთ აბსტრაქტულ ნორმებთან შედარებით, როგორცაა კანონი, მორალური პერცეპციები, ან რაციონალური აზროვნების წესები თუ ცხოვრების სწორი წესი და ა.შ., მცირე ჯგუფების მიერ გაზიარებულ ნორმებს მეტი უპირატესობა ენიჭებათ;
 2. სხვა ისეთ ინტერესებთან შედარებით, როგორცაა პროფესიონალიზმი ან კარიერაზე ორიენტირებული ცხოვრების წესი, ინტერპერსონალურ ურთიერთობებს მეტი პრიორიტეტი ენიჭებათ.;
 3. სივრცისა და დროის ფსიქოლოგიური ჰორიზონტები საკმაოდ ვიწროა სივრცე შემოფარგლულია პატარა ჯგუფით ან ჯგუფებით, ხოლო დრო კი მხოლოდ ამ მოცემულ მომენტზეა ფოკუსირებული;
- ყოველდღიური ქცევა და ქმედება, რომელიც მომავალს განსაზღვრავს, იშვიათია ვინაიდან ძნელია მათი გამოსადგობის (სარგებლიანობის) მომენტალური დანახვა. სხვადასხვა დაავადებების, მათ შორის აივ-ის პროფილაქტიკის, დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნება. მაგ. 200 რესპონდენტიდან (ბიზნესმენები და მედპერსონალი) აივ-ტესტირება მხოლოდ იმათ გაიარეს, ვინც სხვადასხვა მიზეზების გამო იძულებული შეიქნა(სამსახური, საზღვარგარეთ გამგზავრება) (R.Goodwin et al. 2003) ზემოთხსენებული კულტურული თავისებურებანი სოციალური ცხოვრების ყველა სფეროში იჩენენ თავს, დაწყებული ინდივიდუალური დონითა და ყოველდღიური ქცევით და სახელმწიფო დონით დამთავრებული, რაც ზრდის და კიდევ უფრო ამძაფრებს აივ-თან და შიდს-თან ბრძოლაში მათ მნიშვნელობას.

ეპიდემიის დასაწყისში, საქართველოში, აივ-ის და შიდს-ის კულტურული პერცეფცია (აღქმა) ძირითადად შემდეგი დამოკიდებულებით გამოიხატებოდა: ეს მხოლოდ და მხოლოდ ჰომოსექსუალისტთა და კომერციულ სექს- მუშაკთა პრობლემაა. 1990-იანი წლების დასაწყისში საქართველოში აივ-ი როგორც ჰომოსექსუალური, ასევე ჰეტეროსექსუალური კავშირის გზითაც გავრცელდა, რამაც კიდევ უფრო გაამძაფრა ზოგადი მითი და გზა გაუხსნა სტიგმასა და დისკრიმინაციას. 1996-97 წლებიდან

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ზრდამ იგი აივ-ის გადაცემის ძირითად წყაროდ აქცია (რეგისტრირებული შემთხვევების 69%).

აივ/შიდს-ის, როგორც მოსახლეობის მხოლოდ გარკვეული კატეგორიის, კერძოდ, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა, კომერციულ სექს- მუშაკთა და ჰომოსექსუალისტთა დაავადებად აღქმამ და ამ ჯგუფებშიც კი მისი გავრცელების დაბალმა ტემპმა, მოსახლეობის უფრო ფართო ფენებს გაუჩინა რწმენა, რომ ისინი აივ-ით ინფიცირების რისკის ქვეშ არ იმყოფებიან. ეს დამოკიდებულება კარგად ჩანს შემდეგ განცხადებებში: მე არ ვიყენებ ნარკოტიკებს, არ ვვაჭრობ საკუთარი სხეულით ამიტომ შიდს-ი ჩემი პრობლემა არასოდეს გახდება. თუ 1990-იანი წლების დასაწყისში აივ-სა და შიდს-ს საზოგადოება მხოლოდ აფრიკისა და ამერიკის შეერთებული შტატების პრობლემად მიიჩნევდა, უკრაინაში და რუსეთში აივ-ის ეპიდემიის ზრდამ პრობლემის ასეთი აღქმა, თუმცა უმნიშვნელოდ, მაგრამ მაინც შეარყია; საქართველოს მოსახლეობა ჯერ ისევ თვლის, რომ საქართველო შედარებით დაცულია აივ-ის ეპიდემიის გამწვავებისაგან.

რადგან აივ-ის გავრცელების ძირითადი საშუალება ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებაა, ჩვენ ისტორიის, ტრადიციების და აგრეთვე ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებისას ქცევის თავისებურებათა ღრმა ანალიზის გაკეთება ვცადეთ, რათა უკეთ გაგვეგო ამ ადგილობრივი კულტურისა და ქცევითი მოდელის ზემოქმედება საქართველოში აივ-ის ეპიდემიაზე.

1.4 საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარება

1.4.1 ნარკოტიკების მოხმარება და მასთან დაკავშირებული სარისკო ძველები

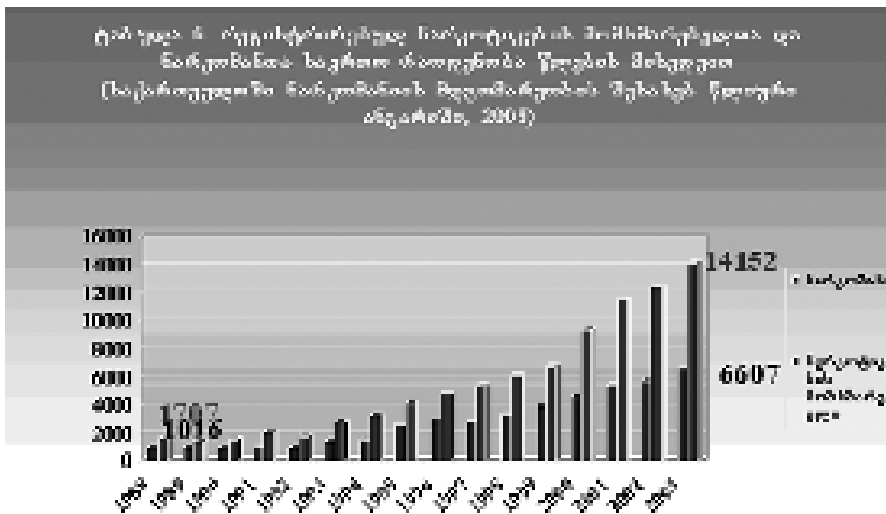
1990 წლიდან, საბჭოთა ტოტალიტარული რეჟიმის რღვევამ და რკინის ფარდის ახდამ, საქართველოში სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიკური კრიზისი გამოიწვია. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ მთელმა რიგმა ფაქტორებმა, საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარების ზრდას შეუწყო ხელი. კერძოდ, მთავრობა აკრძალული ნივთიერებების მოხმარებას ვეღარ აკონტროლებდა; საზღვარი დაცული აღარ იყო; დრამატულად გაიზარდა დანაშაულის მაჩვენებლები; გაბატონდა კორუფცია; შეიქმნა სოციალურ ფასეულობათა კრიზისი; ფეხი მოიკიდა სოციალურმა პესიმიზმმა; მოხდა სოციალურ-ეკონომიკურ კოლაფსი; გაიზარდა უმუშევრობა და აფხაზეთსა და სამხრეთ ოსეთში კი კონფლიქტებს ბოლო აღარ უჩანდა ეს ტერიტორიები ჩვეულებრივ საქართველოს ეკუთვნიან, მაგრამ *de facto* მის იურისდიქციაში არ შედიან.

საქართველოს გეოგრაფიული მდებარეობა სიტუაციას კიდევ უფრო ამძაფრებს, რადგანაც ქვეყანა ევროპისა და აზიის გასაყარზეა განლაგებული. ამ კონტექსტში საქართველო მოგვევლინა იმ მარშრუტების უშუალო დამაკავშირებლად, რომელთა მეშვეობითაც ნარკოტიკები, კერძოდ, ოპიუმი და კანაფი, ავღანეთიდან და ცენტრალური აზიიდან უკანონოდ შემოედინება (J. Janashia; L. Shelley), და ამდენად ხელს უწყობს მათი მოხმარების ზრდას საქართველოში. მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელ ხანებში ეკონომიკის განვითარება და დანაშაულის (რამაც ასევე ხელი შეუყო საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარების საწყის ზრდას) შემცირება აღინიშნება, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება და არალეგალური ვაჭრობა ისევ მატულობს.

სამწუხაროდ, საქართველოს ბიუჯეტის სიმცირის გამო სახელმწიფო ვერ ახერხებს შესაბამისი ზომების გატარებას უკანონო ნივთიერებების მოხმარების პრევენციისა და სამკურნალო პროგრამების დანერგვის მეშვეობით. ყოველივე ამას, კიდევ უფრო ართულებს საზოგადოების არასაკმარისი დაინტერესება და აქტივობა საკითხის მიმართ და დაუხვეწავი კანონმდებლობა.

ნარკოლოგიის ინსტიტუტის მონაცემთა ბაზის ინფორმაციის მიხედვით, ნარკოტიკების მომხმარებელთა და ნარკომანთა იფიციალური რაოდენობა 1990 წლიდან 2004 წლამდე 2.700-დან 21 000 მდე გაიზარდა (მონაცემთა ბაზას შეადგენენ ის პირები, რომლებსაც ნარკოლოგიურმა სამედიცინო დაწესებულებებმა, როგორცაა ნარკოლოგიის ინსტიტუტი, ოფიციალური უწყების (მაგ. პოლიცია) მოთხოვნით ნარკოტიკის მომხმარებლისა და ნარკომანის დიაგნოზები დაუსვეს). ეს რიცხვები საქართველოში ნარკოტიკის მომხმარებელთა რეალურ რაოდენობას არ ასახავს. ცნობილია, რომ საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, ოფიციალურად რეგისტრირებულთა და რეალურად არსებულ მომხმარებელთა რაოდენობა ერთმანეთისაგან მკვეთრად განსხვავდება.

ტაბულა 6. რეგისტრირებულ ნარკოტიკების მომხმარებელთა და ნარკომანთა საერთო რაოდენობა წლების მიხედვით (საქართველოში ნარკომანიის მდგომარეობის შესახებ წლიური ანგარიში, 2003)



ექსპერტული კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების მიხედვით, ამჟამად საქართველოში უკანონო პრეპარატებს რეგულარულად დაახლოებით 150 000 ადამიანი მოიხმარს, რომელთაგან 50-60 000 ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელია (ნლიური ანგარიში ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ სიტუაციაზე საქართველოში, 2003).

საქართველოში არ არსებობს რეგისტრაციის რაიმე კოორდინირებული სისტემა და სხვაობა ქალაქებში არსებულ და რეალურ სურათებს შორის საკმაოდ დიდია.¹ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი დაპატიმრების შიშით ოფიციალურად არ რეგისტრირდებიან. მიუხედავად ამისა, არსებული მონაცემებიც კი ნარკოტიკების გამოყენების მკვეთრ ზრდაზე მიუთითებს. მაგ. 1994 წლიდან 2003 წლამდე, განმეორებით რეგისტრირებულ მომხმარებელთა რიცხვი, 2,9-ჯერ მოიმატა.

უკანასკნელ წლებში, ნარკოტიკების მოხმარების საზღვრები მომხმარებელთა ასაკის, სოციალური და გეოგრაფიული კუთვნილების თვალსაზრისით კატასტროფულად გაიზარდა. 1999-2000 წლებიდან ძირითადი მოხმარების ნარკოტიკი ჰეროინია, შემდეგ - ნედლი ოპიუმისა ან ყაყაჩოს ღეროს თვითნაკეთი კოქტეილები და სუბუტექსი. უკანასკნელ წლებში, ნარკოტიკების მომხმარებელთა ასაკმა, მათ გეოგრაფიულმა და სოციალურმა წარმომავლობამ დიდი ცვლილებები განიცადა. დღესდღეობით, ნარკოტიკების მომხმარებლები სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში გვხვდებიან, მაგრამ მათი უმეტესობა 21-40 წლამდე ასაკისაა.

დღეს, ნარკოტიკები დიდ ქალაქებში უფრო ადვილი ხელმისაწვდომია, თუმცა მათი მოხმარების შემთხვევები პატარა ქალაქებსა და რეგიონებშიც გვხვდება. ნარკოტიკების მოხმარება ყველა სოციალურ ფენაში გავრცელდა, გაუნათლებელი და ღარიბი ფენიდან დაწყებული მაღალი თანამდებობის პირებით დამთავრებული.

თუმცა ქალების მიერ ნარკოტიკების მოხმარება კულტურულ და ტრადიციულ ნორმებს შეესატყვისება და ისეთი რაოდენობით არ აღინიშნება, როგორც სხვა რეგიონებში (მაგ. რუსეთი, უკრაინა, ევროპის ზოგიერთი ქვეყანა და ა.შ.), ექსპერტები მიუთითებენ, რომ უკანასკნელ წლებში ქალებსა და ახალგაზრდა გოგონებში ნარკოტიკების მომხმარებელთა რიცხვი გაიზარდა.

1.4.2 აივ-ის რისკ ფაქტორი ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელ საქართველოს მოსახლეობაში

საქართველოში აივ-ის შედარებით ნელი გავრცელება ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის (1%-ზე ნაკლები) რამდენიმე ფაქტორით შეიძლება აიხსნას. პირველი არის ის, რომ 1970-იან წლებში ჯერ კიდევ აივ/შიდს-ის გაჩენამდე საქართველოში, რამდენიმე პირის მიერ საზიარო შპრიცის გამოყენებამ ინფექციური ჰეპატიტების ფართო გავრცელება გამოიწვია. ამ დროისათვის, მოსახლეობა არ იყო კარგად ინფორმირებული თუ რამდენად სახიფათოა საერთო შპრიცებითა და არასტერილური ნემსებით სარგებლობა. ასევე ნაკლებად ხელმისაწვდომი იყო ერთჯერადი საინექციო ინსტრუმენტები. 1990-იანი წლებში მოსახლეობამ ფართოდ შეიტყო საზიარო შპრიცების გამოყენებასთან არსებული რისკის შესახებ, ერთჯერადი შპრიცებიც უფრო ხელმისაწვდომი გახდა. დღეს, ერთჯერადი შპრიცების ყიდვა რეცეპტის გარეშე და დაბალ ფასებში, თითქმის ყველა ქუჩაზე მდებარე ნებისმიერ აფთიაქშია შესაძლებელი.

რეგისტრირებულ ნარკოტიკების მომხმარებელთა და ნარკომანთა საერთო რაოდენობა წლების მიხედვით (ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მდგომარეობის შესახებ საქართველოში, ნლიური ანგარიში, 2003)

¹ნადრევია ნარკოტიკების მომხმარებელთა ნებაყოფლობით რეგისტრაციაზე ლაპარაკი, რადგანაც ისინი ნებისმიერ სახელმწიფო ორგანიზაციას როგორც მტერს ისე აღიქვამენ და მიაჩნიათ, რომ მათ მხოლოდ დამსჯელობითი ფუნქცია აკისრიათ.

მიუხედავად ამისა, ნარკოტიკების მომხმარებლებთან ინტევიუებმა გვიჩვენეს, რომ ისინი ისევ ხშირად იყენებენ საზიარო შპრიცებს. 2000 წელს იმ 200 პაციენტთან ინტერვიუმ, რომლებიც ნარკოლოგიის კვლევით ინსტიტუტში იქნენ გამოკვლეულნი, გვიჩვენა, რომ 56% პროცენტი სხვების კუთვნილ საიონექციო ინსტრუმენტებს (საშუალებებს) იყენებდა: მათგან ვინც საზიარო შპრიცების გამოყენება აღიარა, 41%-მა თქვა, რომ ასეთი შპრიცებს უკანასკნელი წლის მანძილზე იყენებდნენ, 8%-მა განაცხადა, რომ არ გამოუყენებია საზიარო შპრიცი უკანასკნელი წლის განმავლობაში, 11% -ს უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე, ხოლო 40%-ს კი 5 წლის მანძილზე არ გამოუყენებია ისინი. ეს მონაცემები იმაზე მეტყველებს, რომ უკანასკნელი წლების განმავლობაში ნარკოტიკების მომხმარებლები მეტ სიფრთხილეს იჩენდნენ იმ ინფექციური დაავადებების მიმართ, რომლებიც სისხლის მეშვეობით გადადის, რაც ქვეყნის ცვლილებაში გამოიხატა.

აუცილებლად უნდა ვახსენოთ ისიც, რომ სხვისი კუთვნილი საინექციო ინსტრუმენტების გამოყენებისას ისინი კარგად არ იზრუნებენ. რესპოდენტების 86.7%-მა აღნიშნა, რომ განმენდა/სტერილიზაციისათვის ისინი მხოლოდ წყალს იყენებდნენ, რომელიც ხშირად ადუღებულიც კი არ იყო.

მაშინ როცა, ერთის მხრივ, საქართველოში საზიარო შპრიცების გამოყენების უფრო დაბალი მაჩვენებელი აივ-სა და C ჰეპატიტზე ინფორმაციის ზრდას ემთხვევა, მეორეს მხრივ, აივ-ის შედარებით ნელი გავრცელება ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის, ასევე ნაწილობრივ საინექციო ნარკოტიკის, ოპიუმის, ჰეროინით ჩანაცვლებით შეიძლება იყოს გამოწვეული. გარდა იმისა, რომ ჰეროინი ჯგუფურად ნაკლებად გამოიყენება, იგი ასევე, (ინექციის საშუალებით მიღებულ) ოპიუმთან შედარებით, შემდეგი მიზეზის გამო, ნაკლებ რისკს შეიცავს:

უკანასკნელ წლებში, რამდენიმე ადამიანისათვის განკუთვნილ ერთ შპრიცში მოთავსებული ნარკოტიკული პრეპარატისათვის ფილტრაციის მიზნით სისხლის წვეთის დამატების ტექნიკის გამოყენება საგრძნობლად შემცირდა. თუმცა ასეთი პრაქტიკა იშვიათად, მაგრამ მაინც ჯერ კიდევ გვხვდება. 2000 წელს 200 რესპოდენტიდან 27,2% - მა აღიარა, რომ ისინი ნარკოტიკებს აღნიშნული მეთოდით მოიხმარენ, თუმცა მხოლოდ 1/3 იყენებდა მას უკანასკნელი წლის მანძილზე. 2002 წლის ინტერვიუებში, იმ რესპოდენტთა რაოდენობა, ვინც სხვისი სისხლით გაზავებული ნარკოტიკი უკანასკნელი კვირის მანძილზე მოიხმარა, 6,7% იყო. უნდა აღინიშნოს, რომ ასეთი მეთოდი ნედლი ოპიუმის ან ყაყაჩოს ღეროს, და არა ჰეროინის, მოხმარების დროს გამოიყენება. ამრიგად, არ არის გასაკვირი, რომ ნარკოლოგიის სამედიცინო ექსპერტთა² აზრით, სისხლის დამატების პრაქტიკა კვლავ განხორციელდა 2003 წელს, როდესაც მასიურად ხდებოდა ყაყაჩოს თესლის ტინქტურის (ნაყენის) მოხმარება, რადგანა ამჯერადაც ის მეთოდები გამოიყენებოდა, რომლებიც ოპიუმის ხსნარის დამზადებას ესაჭიროება.

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მხოლოდ მცირე პროცენტმა (5%-მდე) გაიარა აივ-ტესტირება, რაც საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის დაბალი მაჩვენებლის, სამედიცინო დანესებულებების მიმართ უნდობლობის და დაპატიმრების შიშის შედეგია (მიუხედავად იმისა, რომ აივ-ტესტირება კონფიდენციალური, ანონიმური და უფასოა, ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული კანონმდებლობა ნარკოტიკების მოხმარებისათვის ფულად ჯარიმასა და თავისუფლების აღკვეთას ითვალისწინებს). რეგულარულად აივ--ტესტირება მხოლოდ იმ მომხმარებლებს უტარდებათ, რომლებიც ჯანმრთელობის დაცვის სპეციალურ დანესებულებებს აკითხავენ. ასეთი დანესებულებების (შიდს-ის ცენტრი, ნარკოლოგიის ინსტიტუტი და არასამთავრობო ორგანიზაციები ბემონის საზოგადოებრივი კავშირი და ახალი გზა) რაოდენობა კი ქვეყანაში მეტად მცირეა.

1.4.3 ნარკოტიკების მომხმარებელთა რისკთან დაკავშირებული სექსუალური ქცევა

კვლევები ასევე ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და მათ სექსუალურ პარტნიორებს შორის აივ-ის გავრცელების მაღალ რისკზე მონიშნა (საქართველოში აივ/შიდს-თან დაკავშირებული მდგომარეობის ანალიზი, 2001 წელი; Dershem L. et al. 2004). პრეზერვატივების გამოყენების ჩვეული, დაბალი მაჩვენებელი ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა სექსუალურ პარტნიორებს (და განსაკუთრებით მათ მეუღლეებს ან რეგულარულ პარტნიორებს) იმ ჯგუფს მიაკუთვნებს, რომლისთვისაც აივ-ით ან სხვა ინფექციური დაავადებებით ინფიცირების რისკი მაღალია. ნარკოტიკის 300 მომხმარებლის გამოკვლევამ (ქვევაზე მეთვალყურეობის კვლევა) ინექციის სექსუალური გზით გადაცემის და აივ-ის პრევენცია, Save the Children, March 2004) აჩვენა, რომ 82.4%-ს ერთი და იმავე პარტნიორთან აქვს ურთიერთობა, 60.8%-ს _ სხვადასხვა პარტნიორებთან და 48.4% -ს კომერციულ სექს-მუშაკებთან. უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე სექსუალური პარტნიორების რიცხვმა 6,4 (საშუალო რიცხვი 4-ის ტოლია) მიაღწია. ასაკობრივი ჯგუფების შედარებისას, ყველაზე ახალგაზრდა ჯგუფმა პერმანენტულ პარტნიორებთან ურთიერთობის ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი (70,6%) გამოავლინა. ასაკთან ერთად მაჩვენებელიც იზრდება და უმაღლეს ასაკოვან ჯგუფში 97,1%-ს აღწევს. კონტაქტები არარეგულარულ პარტნიორებთან, 25 30 წლის ასაკის პირებში უფრო ხშირია. უკანასკნელი 12 თვის მანძილზე სექს-მუშაკებთან კონტაქტი უფრო მეტად

² პრაქტიკოსი ექიმი, რომელიც ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ მკურნალობას უზრუნველყოფს, რაშიც ფიზიკური მკურნალობა და/ან კონსულტაცია იგულისხმება

ყველაზე ახალგაზრდა ასაკობრივ ჯგუფში შეინიშნება (20 წლის ქვემოთ □ 64,6 %) და ყველაზე ნაკლებად - ხნიერთა ჯგუფში (40 წელი და ზევით □ 21,9%).

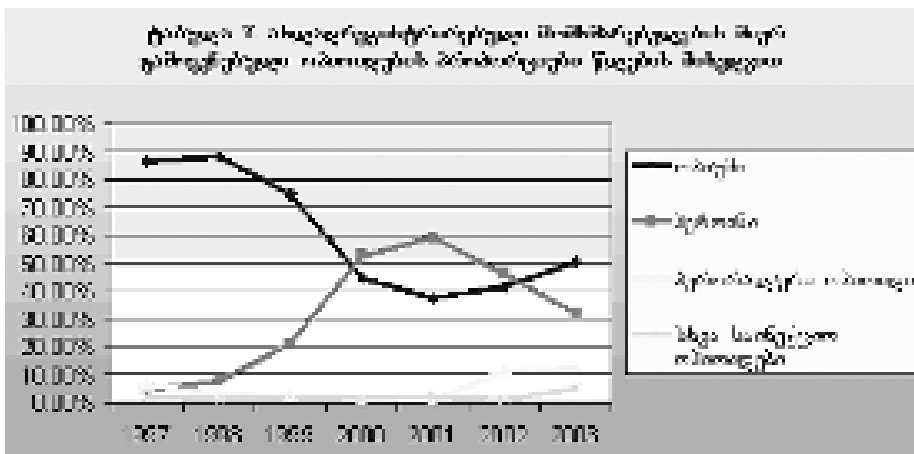
რეგულარულ პარტნიორებთან სექსუალური ურთიერთობისას პრეზერვატივი, ჩვეულებრივ, თითქმის არ გამოიყენება (28,5%), მაგრამ მათი გამოყენების სიხშირე მატულობს არარეგულარულ პარტნიორებთან (55,1%) და სექს-მუშაკებთან (83,5%) კავშირის შემთხვევაში. აქედან გამომდინარე, სწორედ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა რეგულარული პარტნიორები იმყოფებიან აივ-ით დაავადების ყველაზე დიდი რისკის ქვეშ. ამდენად, ეს ის ჯგუფია, რომელთანაც სპეციალური საგანმანათლებლო სამუშაოს ჩატარება ყველაზე მეტადაა საჭირო.

სექს-მუშაკებთან სექსუალური კავშირის შემთხვევაში, პრეზერვატივები უფრო ხშირად ყველაზე ახალგაზრდა რესპოდენტების მიერ გამოიყენება (89,1%) და ყველაზე ნაკლებად - 40 წლის ზევით ასაკის ადამიანების მიერ (28,6%). არარეგულარულ პარტნიორებთან კავშირის შემთხვევაშიც იგივე სურათი გვაქვს □ ყველაზე ახალგაზრდა რესპოდენტები უფრო ხშირად (62,3%) იყენებენ დამცავ საშუალებებს და ყველაზე დიდი ასაკის ინდივიდები კი □ ყველაზე იშვიათად (23,1%). ეს მონაცემები გვიჩვენებენ, რომ ქართულ საზოგადოებაში, და არა მხოლოდ ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის, დამცავი საშუალებების მოხმარების დაბალი მაჩვენებელი ნელ-ნელა იზრდება და უსაფრთხო სექსთან დაკავშირებული უნარ-ჩვევები მოზრდილ თაობასთან შედარებით ახალგაზრდა თაობას უკეთ უფითარდება.

1.4.4 გამომყენებული ნარკოტიკების ტიპები

1980-იანი წლებიდან მოყოლებული, საქართველოში ძირითადად ე.წ. ნედლი ოპიუმი და ოდნავ უფრო იშვიათად ყაყაჩოს ღეროს ტინქტურა (ნაყენი) გამოიყენებოდა - ნარკოტიკების მიღების ყველაზე გავრცელებული მეთოდი კი ინტრავენული ინექცია იყო. 1997 □ 98 წლებში გაჩნდა საქართველოსათვის ახალი ნარკოტიკი □ ჰეროინი, რომელიც მაღალი ფასის (1 გრ. 100 აშშ დოლარი) მიუხედავად, სწრაფი ტემპით ვრცელდება. საზღვრების გახსნის შემდეგ, მას მერე რაც საქართველომ დამოუკიდებლობა მოიპოვა, ოპიატი ვერეჰეროინი საქართველოს გავლით ავღანეთიდან დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში იწყებს გასვლას, რითაც ის საქართველოს ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი მოსახლეობისათვის ადვილად ხელმისაწვდომი ხდება.

ამჟამად, ინექციურ ნარკოტიკებს შორის ყველაზე მეტად ჰეროინი და უფრო ნაკლებად □ ნედლი ოპიუმის ხსნარი გამოიყენება. კიდევ ერთი ნარკოტიკი, რომელიც ბოლო წლებში ფართოდ გამოიყენება არის სუბუტექსი (ბუპრენორფინი) □ ოპიუმის აგონისტ-ანტაგონისტი. მას ნარკოტიკების მომხმარებლები ძირითადად ინექციური გზით ხმარობენ (აბების საინექციო ნყალში გახსნის გზით). ამ ტიპის ნარკოტიკი განსაკუთრებით □ მოდურია □ მაღალი სოციალური სტატუსის მქონე ადამიანებში, რადგანაც არ იწვევს ძლიერ ფსიქო-ნევროლოგიურ სიმპტომებს, რაც ოპიოდ ინტოქსიკაციისთვისაა დამახასიათებელი და შესაბამისად მისი ზემოქმედება გარშემომყოფთათვის ნაკლებად შესამჩნევია. უნდა აღინიშნოს, რომ ამ პრეპარატის გამოყენება ზოგიერთ შემთხვევაში ნაკლებად შეიძლება ჩაითვალოს ქცევად, რომელიც აივ-ით ინფიცირების რისკთანაა დაკავშირებული, რადგანაც მისი მომხმარებლების განათლების დონე უფრო მაღალია და ისინი თავიანთ ჯანმრთელობას მეტ ყურადღებას აქცევენ. თუმცა უკანასკნელ პერიოდში სუბუტექსი ე.წ. □ ელიტარული □ ნარკოტიკიდან სულ უფრო და უფრო ხდება ფართო მასების მოხმარების საგანი და მისი ინექციური გამოყენება აივ-ის გავრცელების მნიშვნელოვან რისკს ქმნის.



2003 წელს იპოიდის მოხმარებაში მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოხდა. ვითომდა კულინარიული მიზნებით, ქვეყანაში ყაყაჩოს თესლის დიდი რაოდენობა შემოიტანეს. ნარკოტიკების მომხმარებლებმა

უმალ დაინყეს მისი როგორც ნარკოტიკის მოხმარება. თესლის ქიმიური დამუშავების შედეგად, მიიღება საინექციო სითხე, რომელიც საკმაოდ დიდი რაოდენობის ოპიატებს შეიცავს. ბაზარზე ამ იაფი და სახიფათო ნარკოტიკის გამოჩენამ აივ-ის გავრცელებას განსაკუთრებული საფრთხე შეუქმნა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ნარკოტიკს რეგულარულ მომხმარებელზე მეტად, ის შემთხვევითი პირები და შედარებით ახალგაზრდა ადამიანები იყენებდნენ, ვისაც უსაფრთხო ქცევის მოდელები ჯერ არ ჰქონდა ჩამოყალიბებული (მაგ როგორცაა საკუთარი შპრიცის მოხმარება). ამავე დროს, ყაყაჩოს თესლისაგან საინექციო სითხის დამზადების ტექნოლოგია ბევრად უფრო რთულია, ვიდრე ჰეროინის ფხვნილისაან. ეს პროცესი მოითხოვს რამდენიმე ძნელად საშოვნელი ქიმიური ინგრედიენტის გამოყენებას. გარდა ამისა, ქიმიური პროცესი საკმაოდ ხანგრძლივია და განცალკევებულ ოთახს/ტერიტორიას საჭიროებს. ზემოთ ჩამოთვლილი თვისებების გამო, ამ პრეპარატის გამოყენება უბიძგებს ჯგუფური მოხმარებისკენ და შესაბამისად, ზრდის აივ-ით და ჰეპატიტით ინფიცირების რისკს . ყაყაჩოს თესლის იმ მომხმარებელთა 65% , რომლებიც 2003 წელს მკურნალობას ნარკოლოგიის ცენტრში გადიოდა, საზიარო შპრიცებს იყენებდა. 2003 წლის ბოლოს და 2004 წლის დასაწყისში, მას მერე, რაც სახელმწიფო ორგანოებმა ასეთი სახის იმპორტის შესაჩერებლად ზომები მიიღეს, ქვეყანაში ყაყაჩოს თესლის შემოტანა შეწყდა და ამდენად, იგი პრობლემას აღარ წარმოადგენს.

იმ ქცევის კონტექსტში, რომელიც ნარკოტიკების მომხმარებლებს რისკის ქვეშ აყენებს, განსაკუთრებით ეფედრონისა და პერვიტინის ინექციის სახით გამოყენება უნდა აღვნიშნოთ. ნარკოტიკების გამოყენების ეს ფორმა საქართველოში, შედარებით ფართოდ, პირველად 2001-2002 წლებში გაჩნდა. ზემოთხსენებული ნივთიერებები იმ მედიკამენტების ქიმიური დამუშავების შედეგად მიიღება, რომლებიც რესპირატორული და გრიპოზული დაავადებების სამკურნალოდ გამოიყენება და ყველა აფთიაქში თავისუფლად იყიდება. ამ პრეპარატებს ძირითადად, მცირეშემოსავლიანი ოჯახებიდან გამოსული ახალგაზრდები, მათ შორის თინეიჯერებიც იყენებენ. ნარკოლოგიის ინსტიტუტის მონაცემების მიხედვით საზიარო შპრიცების და ერთჯერადი პირადი შპრიცების რამდენჯერმე გამოყენების შემთხვევები მოსახლეობაში საკმაოდ ხშირად შეინიშნება.

ქვეყანა	საქართველო	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
სქესობრივი ურთ. მემკვიდრით გადაცემული დაავადებები															
სიფილისი	697	740	730	653	755	877	868	2172	2249	1264	873	1150	1325	824	
მამაკაცი	422	466	445	424	445	596	538	1238	1348	733	532	679	833	477	
ქალი	275	274	285	229	310	281	330	934	901	531	341	471	492	347	
გონორეა	2644	2261	1809	1562	1144	1201	863	1245	1579	840	457	889	1017	599	
მამაკაცი	2168	1764	1375	1312	846	949	699	944	1151	680	364	676	792	456	
ქალი	476	497	434	250	298	252	164	301	428	160	93	213	225	143	
აივ მონაცემები															
სულ		362878	213685	92390	25200	6410	18437	21590	22704	14586	14268	25547	51138	52968	
მამაკაცი															
ქალი															
აივ შემთხვევების რაოდენობა		3	6	0	6	2	8	21	25	35	79	93	95	100	
მამაკაცი		3	5	-	6	2	8	19	22	28	66	86	77	76	
ქალი		-	1	-	0	0	0	2	3	7	13	7	18	24	
აივ-ით ინფიცირებულიები		1	1	0	-	0	1	3	4	5	7	14	15	28	
მამაკაცი		1	-	-	-	-	1	3	3	4	5	14	12	11	
ქალი		-	1	-	-	-	-	-	1	1	2	-	3	7	
აივ-ით დაავად. ნარკ. მომხ.		-	-	0	1	1	7	15	23	21	54	73	64	65	
მამაკაცი		-	-	-	1	1	7	15	23	21	54	73	64	65	
ქალი		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
აივ-ის სექსუალური გზით გადაცემა		3	5	0	1	0	0	5	2	13	23	20	31	33	
მამაკაცი		3	4	-	1	-	-	3	0	7	10	15	22	21	
ქალი		-	1	-	-	-	-	2	2	6	13	5	9	12	

(გთხოვთ ყველა რიცხვის წყარო სრულად მიუთითოთ)

მონაცემები სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციებზე მოპოვებულია საქართველოს სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების ინსტიტუტის მიერ.

შენიშვნა: სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების მაჩვენებელი დანეული ციფრების გამოა დაბალი, და არა საქართველოში მოცემული შემთხვევების შემცირების შედეგად.

სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციებით დაავადების შემთხვევებს ძირითადად მამაკაცებში ვხვდებით, რადგანაც მამაკაცები უფრო ხშირად მიმართავენ ამ დაავადებების სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ცენტრებს, მაშინ როცა ქალები ასეთი სახის დახმარებას ქალთა ჯანმრთელობის ცენტრებში ან კერძო პრაქტიკის მექონე გინეკოლოგებთან იღებენ. ყოველივე ეს კი ხელს უშლის საქართველოში სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების შემთხვევების აღრიცხვას ქალებში. მონაცემები აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ინფექციურ დაავადებათა, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრის მიერაა უზრუნველყოფილი.

ზოგადად ჯანდაცვისა და კერძოდ აივ-ინფექციაზე ზედამხედველობის განხორციელებისთვის გამოყოფილი ფონდების სიმცირის გამო საქართველოში, 1991 წლიდან 2003 წლამდე აივ ტესტირების რაოდენობა ერთი წლის მანძილზე 6.9-ჯერ შემცირდა. ჩატარებული ტესტირების რაოდენობა შიდსის პროფილაქტიკის პროგრამის ბიუჯეტზეა დამოკიდებული. ტესტირების ყველაზე მცირე რაოდენობა (6410) 1995 ჩატარდა, მაგრამ შემდგომში 2003 წელს ეს რიცხვი ნელნელა 53968-მდე გაიზარდა, რაც პრობლემურ მოსახლეობაში დაახლოებით 20 000 ტესტის ჩატარებასა და □სახელმწიფო პროგრამა უსაფრთხო სისხლის□ მიერ სისხლის დონორებისათვის განკუთვნილ დახლოებით 34 000 გამოკვლევას შეიცავს.

საქართველოში აივ-ინფექციის შემთხვევების რაოდენობა ასევე ნელ-ნელა, 1991 წელს აღრიცხული 3 შემთხვევიდან 2003 წლისათვის 100 დაფიქსირებულ შემთხვევამდე გაიზარდა.

აივ ინფექციის შემთხვევების უმრავლესობა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელ მოსახლეობაშია აღმოჩენილი, ამდენად, ისენი ძირითადად მამაკაცები არიან, თუმცა პეტეროსესუალური გზით გადაცემის შემთხვევების რაოდენობა ნელ-ნელა მატულობს.

კომერციული სექს-მუშაკების შესახებ მონაცემები არ არსებობს. გარკვეული ინფორმაცია მათ შესახებ არასამთავრობო ორგანიზაციამ □თანადგომა□ უზრუნველყო, რომელიც თბილისისა (დედაქალაქი) და ბათუმის (აჭარა) ამ კატეგორიის მოსახლებასთან მუშაობს. □თანადგომის□ მიერ მოპოვებული მონაცემების მიხედვით თბილისში დაახლოებით 800 და ბათუმში დაახლოებით 120 ქუჩის სექს-მუშაკია. ბათუმში ისინი კაფეებში, ბარებსა და რესტორნებში მუშაობენ. სექს-მუშაკი ქალების რაოდენობა იზრდება საქართველოს ტრანზიტულ მაგისტრალებსა და აგრეთვე □ბრიტიშ პეტროლიუმის□ მილსადენების გასწვრივ რეგიონებში. აქ მომუშავე დაქირავებული უცხოელები (მაგ ინდოელები), ადგილობრივ სექს-მუშაკებთან ამყარებენ დაუცველ კავშირებს, რაც ზრდის აივ-ინფექციის გავრცელების რისკს ამ რეგიონებში.

1.4.5 საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარების სოციალური ფაქტორები

საქართველოში ნარკოტიკების გამოყენება 1960-იან წლებში დაიწყო. საბჭოთა იდეოლოგია ნარკოტიკების მოხმარებას □კაპიტალისტური სისტემის□ დამახასიათებელ თვისებად მიიჩნევდა და არ აღიარებდა, რომ მისი სოციალური ან იდეოლოგიური საფუძველი საბჭოთა კავშირშიც არსებობდა. ნარკოტიკის მოხმარება კაპიტალისტური სამყაროდან შემოჭრილ მანკიერ, □საბჭოთა ადამიანისათვის□ უცხო ჩვევად ითვლებოდა და მხოლოდ მეტად მცირე რაოდენობის □დემორალიზებული□ ადამიანებისათვის იყო დამახასიათებელი.

□ჩვენში, ნარკომანია, რომელსაც არა ნაირი სოციალური საფუძველი არ გააჩნია, უცხო წესჩვეულებებისადმი სნობურ, ზედაპირულ და კრიტიკამოკლებულ დამოკიდებულებას ასახავს და მათი იმიტაციაა, რაც ერთმნიშვნელოვნად ზნეობის დაკარგვასა და დაცემას უწყობს ხელს. □ (ა. ზურაბაშვილი, 1986). ასეთი თვალსაზრისი მონაწილე იმაზე, რომ ნარკოტიკების მოხმარება (თავისი შედეგებით) იმ დროის საქართველოში სოციალურ მოვლენად არ იყო აღქმული.

გარდა ამისა, საბჭოთა პერიოდში ნარკომანიის წინააღმდეგ ძირითადად ძალისმიერი მეთოდები გამოიყენებოდა. ნარკოტიკის მომხმარებელი ანტი-სოციალურ პიროვნებად აღიქმებოდა და არა ადამიანად, რომელსაც მკურნალობა ესაჭიროება. ამიტომაც, ასეთ ადამიანთან მიდგომის საუკეთესო მეთოდად დასჯა ითვლებოდა. შესაბამისად, არ არსებობდა პრევენციისა და/ან მკურნალობის რაიმე სისტემა. მოზარდებსა და სტუდენტებთან ნარკომანიაზე საუბარი არამართებულად ითვლებოდა.

ამასობაში, 1960-იანი წლების მეორე ნახევრიდან, ყოფილ საბჭოთა კავშირსა და კერძოდ საქართველოში საინტერესო ცვლილებები მოხდა. სუკ-ი (საიდუმლო პოლიცია) სახელმწიფოს იერარქიის სათავეში კომუნისტური პარტიის ელიტამ შეცვალა, რამაც რეჟიმის ლიბერალიზაცია გამოიწვია. მათ სისტემის მთავარი საყრდენების - იდეოლოგიისა და პოლიტიკის მონოპოლია შეინარჩუნეს, მაგრამ ამავე დროს

არაფორმალურად კომერციული საქმიანობა დაუშვეს, რაც მანამდე ოფიციალურად აკრძალული იყო. თამაშის ახალი წესები საქართველოში სწრაფად აითვისეს. ამის შედეგად, აქ ცხოვრების დონე საკმაოდ მალე ამაღლდა და კეთილდღეობამ სულ უფრო და უფრო იმატა. ნომენკლატურის მუშაკებისა და □ჩრდილოვანი□ ეკონომიკის წარმომადგენლებისაგან საკმაოდ ფართო, საბჭოთა სტანდარტებისათვის არადამახასიათებელი კეთილდღეობის მქონე □საშუალო კლასი□ წარმოიქმნა. ცვლილებები ოჯახურ სტრუქტურასა და ურთიერთობებშიც მოხდა და ამასთან ერთად შობადობაც შემცირდა. ახალგაზრდებში ინდივიდუალიზმი მატულობს და მათ მშობლების □ზედამხედველობიდან□ თავის დაღწევის სურვილი უჩნდებათ, თუმცა დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარ-ჩვევები არ გააჩნიათ (ნიჟარაძე, 2001). ამ კონტექსტში, □ოქროს ახალგაზრდების□ საკმაოდ დიდი სოციალური ჯგუფი წარმოიქმნა. ესენი მდიდარი და რესპექტაბელური მშობლების შვილები იყვნენ. მათ უარს არაფერზე ეუბნებოდნენ და ისინი თავის მშობლებზე დამოკიდებული³ იყვნენ.

ნარკოტიკების მოხმარებამ (ძირითადად) დიდ ქალაქებში მაცხოვრებელ ახალგაზრდა მამაკაცებში სწრაფად მოიკიდა ფეხი. შეიძლება ითქვას, რომ ეს იყო მათ მიერ □ინფანტილური ინდივიდუალიზმის□ მანიფესტაცია, მშობლების ზედამხედველობიდან თავის დაღწევის მცდელობა, თუმცა მატერიალურ ან სხვა სახის დახმარებაზე უარს არ ამბობდნენ (მაგ. ნარკოტიკების მოხმარების გამო პოლიციის მიერ მათი დაკავების შემთხვევაში მშობლები არაფორმალურ კავშირებს იყენებდნენ ან ქრთამს აძლევდნენ პოლიციელებს მათ გასათავისუფლებლად). ამრიგად, შეიქმნა გარკვეული ტიპის სუბკულტურა, თავისი სლენგითა და მითოლოგიით, სრულიად მიუღებელი უფროსი თაობისათვის, რომლისთვისაც ნარკოტიკები უცხო ხილი იყო.

პრობლემა იმდენად ნათელი გახდა, რომ შეუძლებელი იყო მისი უგულვებელყოფა. 1970-იანი წლებში საქართველოს ოფიციალური სტრუქტურები პირველები იყვნენ საბჭოთა კავშირში, ვინც □ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების სერიოზულ სოციალურ საფრთხეზე□ ხმა აღიმალა (გაბიანი, 1988, გვ.5).

1970-1080-იან წლებში, საქართველოში რამდენიმე სოციოლოგიური კვლევა ჩატარდა (ა. ზურაბაშვილი 1986). მისმა შედეგებმა გამოავლინა, რომ ნარკოტიკების მოხმარება ძირითადად ახალგაზრდობის პრობლემა იყო; რესპოდენტების 70%, 16 და 29 წლამდე ახალგაზრდა იყო. ნარკოტიკების მოხმარებელთა შორის 7.5% ქალი გახლდათ. რესპოდენტების უმრავლესობა ქალაქში ცხოვრობდა, მხოლოდ 20% იყო სოფლიდან ჩამოსული. აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტთა განათლების დონე საკმაოდ მაღალი იყო □ 28.4% უმაღლესი განათლებით, ან არასრული უმაღლესი განათლებით.

2002 წელს, თბილისში საინექციო ნარკოტიკების მოხმარებელთა გამოკვლევამ საინტერესო ფაქტი გამოავლინა. საინექციო ნარკოტიკების მოხმარებელთა 70% -ი უნივერსიტეტის კურსდამთავრებული იყო ან არასრული უმაღლესი განათლება ჰქონდა მიღებული. ეს 1970-იან 2000-იან წლებში საინექციო ნარკოტიკების მოხმარებელთა შორის უმაღლესი განათლების მქონე პირთა რაოდენობის ზრდაზე მიუთითებს და მარგინალური და დაბალი ეკონომიკური დონიდან უფრო მაღალი სოციალური დონისკენ სვლას გვიჩვენებს. მშობლების განათლების მიხედვით რესპოდენტები ორ საპირისპირო ჯგუფად დაიყო. უმრავლესობისა მშობლებს უმაღლესი განათლება ჰქონდათ მიღებული, ხოლო მცირე ჯგუფი კი ნაკლებად განათლებული მშობლების შვილებისგან შედგებოდა.

ამრიგად, საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარება არა მარგინალურ და ღარიბ ჯგუფებში გავრცელდა (თუმცა ნარკოტიკების მოხმარების მაჩვენებელი ამ ჯგუფებშიც არ არის დაბალი), არამედ საკმაოდ წარმატებული და შეძლებული ოჯახებიდან გამოსულ ახალგაზრდებშიც მოიკიდა ფეხი. უფრო მეტიც, ნარკოტიკების მოხმარება ზრდასრულობისა და დამოუკიდებლობის სიმბოლო გახდა.

ასეთია, მოკლედ, 1970-იან წლებში საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები. მას მერე სიტუაცია დიდად არ შეცვლილა □ საკმაოდ ბევრ რესპექტაბელურ ოჯახში თქვენ □ნარკოტიკების მოხმარებელთა მეორე თაობას□ შეხვდებით (იმათ შვილებს ვინც ნარკოტიკების მოხმარება 70-იან წლებში დაიწყო). ამ მოვლენის შედეგები უშუალოდ აივ-ის გავრცელების რისკ ფაქტორებთანაა დაკავშირებული.

1970-იან წლებში აივ-ისა და შიდს-ის შესახებ არაფერი იყო ცნობილი და ნარკოტიკების მოხმარების ფაქტების არსებობა სსრკ-ში საიდუმლოდ ინახებოდა⁴. ნარკოტიკების მოხმარებლებს კრიმინალურად მიიჩნევდნენ და ამდენად, მათ არაფერი იცოდნენ ამ დაავადების სისხლით გადაცემის

³ აქვე გვინდა წარმოვიდგინოთ სხვა მოსაზრებაც: მედიცინის პროფესორის, ნარკომანიის ექპერტის, ლეჟავას აზრით საქართველოში და საბჭოთა კავშირის სხვა რესპუბლიკებში ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების მთავარი მიზეზი ეგზისტენციალური პრობლემები იყო: □იმ დროისათვის, ახალგაზრდობის უმეტესობამ, პირველად, შეიგრძნო არსებული იდეოლოგიის სიყალბე და სულიერების დეფიციტი. ყალბი კომუნისტური ღირებულებებისადმი პროტესტის ფორმა ნარკოტიკების მოხმარება იყო.□ (გ. ლეჟავა, 2003).

⁴ მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემა აღიარეს, ამ თემას, რამდენიმე გამოკვლევის გარდა, ხშირად არ ეხებოდნენ. 1970-იანი წლების შუა პერიოდში, პოპულარული იუმორისტული ჟურნალის ერთერთი ნომრის ყდაზე დახატული იყო ახალგაზრდა მამაკაცი, რომლის ნახევარი ფიგურა ლამაზ მომღიმარ ადამიანს, ხოლო მეორე ნახევარი კი დაავადებულ, დანაოჭებულ, ავადმყოფური იერის მქონე ადამიანს გამოხატავდა. პოტრეტის ზემოთ დახატული იყო შპრიცი წარწერით: □თავს ნუ მოიკლავთ□. ამან ხალხის რეაქცია გამოიწვია. მნიშვნელოვან მოვლენად იქცა (1980-იანი წლების დასაწყისში) ეკრანებზე ალექსანდრე ცაბაძის ფილმის, □ლაქა□, გამოსვლა: აქვე უნდა ვახსენოთ ზოგიერთი ლიტერატურული ნაწარმოებიც, რომელიც ნარკომანებს ნეგატიური და კომიკური მხრიდან წარმოაჩენდა.

შესაძლებლობის შესახებ. გარდა ამისა, იმ დროს სსრკ-ში ერთჯერადი შპრიცები არ არსებობდა. ამის შედეგად ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში ჰეპატიტები (B და C) მწვავე ფორმები გავრცელდა, რასაც თან სერიოზული გართულებები (ციროზი და სხვ.) მოჰყვებოდა. შესაძლოა, ამან აიძულა საქართველოში მცხოვრები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები საზიარო შპრიცების გამოყენებისას მეტი სიფრთხილე გამოეჩინათ, სტერილური შპრიცები ეხმარათ და სხვ.

1999-2000 წელს, საქართველოს ძირითადი მოსახლეობის იმ ნაწილს, რომელიც განსაკუთრებით დაუცველია ინფექციური დაავადებების, აივ-ის, B და C ჰეპატიტებისაგან, აშშ-ს სამოქალაქო მოსახლეობის კვლევისა და განვითარების ფონდის საშუალებით ეპიდემიოლოგიური და ქცევითი გამოკვლევა ჩაუტარდათ. გამოკვლევაში ჩართეს საქართველოს სამი ქალაქის □ თბილისის, ბათუმისა და ფოთის მაცხოვრებელი 900 ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი. C ჰეპატიტის გავრცელების მაჩვენებელი 63.4% იყო, რაც აღმოსავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნების მაჩვენებლებს უტოლდება (ანგარიში საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ სიტუაციაზე, 2003).

აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებით საავადმყოფოებსა და აფთიაქებში წამლების ქურდობა გახშირდა. მიღებულ იქნა უსფრთხოების გარკვეული ზომები, რის გამოც ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის ისეთი მზა მედიკამენტები როგორცაა მორფიუმი, ხელმიწვდომელი გახდა. ძალიან მალე ნარკოტიკების მომხმარებლებმა ყაყაჩოს ნამჯიდან ოპიატის სახლში დამზადების მეთოდი შეიმუშავეს. ასეთი პრაქტიკა აქ დღესაც გამოიყენება. პრეპარატის დამზადების გარკვეულ ეტაპზე მას სისხლის წვეთი უნდა დაემატოს, რამაც მკვეთრად გაზარდა ბუნებრივია აივ-ით ინფიცირების შესაძლებლობა. ამრიგად, დღეს იგი მეტად იშვიათად გამოიყენება. 2000-2002 წლებში, როდესაც ყაყაჩოს თესლი, რომლისგანაც ოპიატის დამზადება სახლის პირობებშიც შესაძლებელია, მაღაზიის დახლებზე გაჩნდა, სისხლის გამოყენების შემთხვევებმა კვლავ იჩინა თავი. კანონის ძალით, დღეს, ყაყაჩოს თესლის გაყიდვა აკრძალულია. მიუხედავად ამისა, □ აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში შიდს-ის სოციალური პერცეფციის □ შესახებ გაკეთებული კვლევის მონაწილის, გალინა პოლიაკოვას თქმით, რომელიც ავტორებს (ამ მოხსენებისათვის ინტერვიუების აღების დროს) დაუკავშირდა, სისხლს კვლავ ხშირად იყენებენ უკრაინაში, რუსეთსა და, შესაძლოა, ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებშიც⁵.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ ნარკოტიკების მოხმარების კიდევ ერთი თავისებურება, რაც რუსეთისაგან (და შესაძლოა უკრაინისაგანაც) განასხვავებს საქართველოს: რუსეთში მაგ. ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებლები ერთმანეთისათვის უცნობი ადამიანები არიან, მაშინ როცა საქართველოში, ისინი ჩვეულებრივ სტაბილურ ჯგუფებს ქმნიან და ასე მოიხმარენ ნარკოტიკებს. ჩვენი აზრით ეს ფაქტორი აივ-ით ინფიცირების რისკს ამცირებს.

აქედან გამოვიძინარე, შეგვიძლია ვთავაზობ, რომ ყოფილი საბჭოთა კავშირის რეპუბლიკებთან შედარებით, საქართველოში ნარკოტიკების უფრო ადრეულმა გავრცელებამ, ნარკოტიკების მომზადებისა და ინექციის საშუალებით მოხმარების ერთგვარი □ კულტურა □ განავითარა, რაც გარკვეულად ამცირებს აივ-ით ინფიცირების რისკს. უნდა ვიფიქროთ, რომ ახალგაზრდების პერმანენტული ჯგუფების შექმნაც, რაც ტრადიციულ საქართველოში, ასევე, გარკვეულ როლს თამაშობს.

ამ საკითხთან დაკავშირებული ემპირიული მონაცემები არაერთგვაროვანია. თბილისში 300 ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლის გამოკვლევამ (BBS report, SHIP project, Save the Children, March 2004) გვიჩვენა, რომ მომხმარებელთა უმრავლესობა მარგინალურ სოციალურ ჯგუფებს სრულებითაც არ განეკუთვნება. გამოკვლევითი ჯგუფის განათლების საშუალო დონე უფრო მაღალი⁶ აღმოჩნდა, ვიდრე ამას საშუალო სტატისტიკური სურათი გვიჩვენებს და უმაღლესი განათლების მქონე ადამიანების რიცხვმა 52% შეადგინა. აქვე აღვნიშნავთ, რომ გამოკვლევითი 300 ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელიდან, მხოლოდ 6 იყო აფხაზეთიდან და სამხრეთ ოსეთიდან იძულებით გადაადგილებული პირი, რაც თბილისში მაცხოვრებელი ამ კატეგორიის ადამიანების პროცენტულ შემადგენლობაზე ნაკლებია.

აივ-თან დაკავშირებულ სარისკო ქცევის სურათი საკმაოდ საგანგაშოა: გამოკითხულ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა 22,7% აღიარებს, რომ უკანასკნელ პერიოდში გამოყენებულ შპრიცებს იყენებდა; უფრო მეტიც, 12,5% უცნობ ადამიანებთან საზიარო შპრიცებს იყენებდა.

ამავე დროს, ასაკობრივ ჯგუფებს შორის დიდი სხვაობა შეიმჩნევა: მიუხედავად იმისა, რომ ახალგაზრდა მომხმარებლებმა აივ-ის გადაცემის გზების ცოდნის უკეთესი შედეგი აჩვენეს, ნახმარი შპრიცებით ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა 37.5%, 25 წლის ასაკის ქვევითა და მხოლოდ 6,7%- ია 40 წლის ზემოთ. ასევე საინტერესოა, რომ ნარკოტიკების არამუდმივი მომხმარებლები ნახმარი შპრიცების გამოყენებისაკენ უფრო მიდრეკილნი არიან, ვიდრე ქრონიკული ნარკომანები, რადგანაც ისინი ზრუნავენ საკუთარ □ ინსტრუმენტებზე □.

გარდა იმ ფაქტისა, რომ ახალგაზრდა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები უფრო მიდრეკილნი არიან სარისკო ქცევებისაკენ, მათი აივ-ით დაავადების რისკი უფრო იზრდება კიდევ ერთი მიზეზის

⁵. გადმოცემის მიხედვით სახლის პირობებში ოპიატის დამზადების ტექნიკა, თითქოსდა აღწერილი იყო დიდი ტირაჟის მქონე, საბჭოთა საგანმანათლებლო ჟურნალში □ ქიმია და ცხოვრება □. საინტერესოა ამ ფაქტის დადგენა და თუ იგი რეალობას შეესაბამება, იმის გარკვევა თუ რა იყო ამ სტატისტიკის პუბლიკაციის მიზეზი.

⁶ იძულებით გადაადგილებული პირები თბილისში მოსახლეობის 3.5%-ს შეადგენენ; www.statistics.ge

გამო. უკანასკნელი 15 წლის მანძილზე წარმოქმნილმა დრამატულმა სოციალურმა მდგომარეობამ და პოლიტიკურმა მოვლენებმა გარკვეულად დაარღვია ტრადიციები მათ სუბკულტურაში. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შემთხვევაში აივ-ით დაავადების ყველაზე მაღალი რისკის მქონე ჯგუფს შეადგენს ახალგაზრდობა, რომელიც საინექციო ნარკოტიკებს დროდადრო ღებულობს.

და თუმცა დღეს აივ-ის ეპიდემია ძირითადად საქართველოს ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებელ მოსახლეობაზეა კონცენტრირებული, სარისკო სექსუალური ქცევა, რომელიც ამ ჯგუფში ჭარბობს, ზრდის ეპიდემიის გადანაცვლების შეასაძლებლობას მათ სექსუალურ პარტნიორებსა და მოსახლეობის იმ ფენებზეც, რომლებიც აივ-ით დაავადების რისკის ქვეშ მყოფ ჯგუფებად არ მოიაზრებიან. ამის საშიშროება კიდევ უფრო დიდია თუ საქართველოში არსებული სექსუალური ქცევის ტრადიციებს გავითვალისწინებთ (იხ. ქვევით)

1.5 საქართველოს კულტურაში სექსუალური ქცევის კულტურული თავისებურებანი

თანამედროვე საქართველოში სექსუალური ქცევის კულტურული ასპექტები აივ-ით ინფიცირების რისკთან ერთგვაროვან მიმართებაში არ იმყოფებიან, რადგანაც ზოგი მათგანი ამცირებს, ზოგიერთი კი ზრდის ასეთი რისკის არსებობას.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ქართული კულტურა თავისი ბუნებით კოლექტივისტურია. შესაბამისი გამოკვლევა (Goodwin et al., 2004) გვიჩვენებს, რომ კოლექტივზე ორიენტირებულ ინდივიდებს, როგორც ქალებს, ასევე მამაკაცებს, საშუალოდ ნაკლები სექსუალური პარტნიორები ჰყავთ და მათი პარტნიორები რისკ ჯგუფებს იშვიათად მიეკუთვნებიან. მეორეს მხრივ, კოლექტივისტები თავიანთ პარტნიორებს უფრო ენდობიან, დამცავ საშუალებებს ნაკლებად იყენებენ და პარტნიორებისაგანაც არ მოითხოვენ ამას.

რამდენიმე კვლევა (RHSG-1999, Kachkachishvili, Goodwin) ნათლად მიუთითებს დამცავი საშუალებების (ნებისმიერი კონტრაცეფციული საშუალება) შედარებით იშვიათ გამოყენებაზე. სხვადასხვა ასაკობრივი და სოციალური ჯგუფების განსხვავებული კულტურების ორ კვლევაში, რომლებიც ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპის კულტურებს შეისწავლიდა, კითხვაზე "რა ტიპის ადამიანები ხმარობენ დამცავ საშუალებებს?" მხოლოდ ქართველმა რესპოდენტებმა, თუმცა არც თუ ისე ბევრმა, უპასუხეს "მხდელი ადამიანები". ჩვენი აზრით, ამის ახსნა ქვევით ამ მოხსენებაში განხილული ქართული კულტურის გენდერული როლის თავისებურებებით შეიძლება.

უნდა ვიფიქროთ, რომ ჩვენი ინტერესი, საქართველოში ფართოდ გავრცელებულ (განსაკუთრებით რეგიონების მაცხოვრებლებში) შემდეგ ცრურწმენას უკავშირდება:

რაიმე მოვლენის თავიდან ასაცილებლად უსაფრთხოების ზომების მიღება, ამ მოვლენის ალბათობას კიდევ უფრო ზრდის. მაგალითად, უსაფრთხოების ქამრების გამოყენება საგზაო შემთხვევების რისკს კიდევ უფრო ზრდის. ადვილი შესაძლებელია, რომ სწორედ ასეთი ცრურწმენა, ალბათ არაცნობიერადაც კი, ადამიანებს აიძულებს პრევენციის რეგულარული ხმარებისაგან თავი შეიკავონ. შესაძლებელია, რომ ჩვეულებრივი მოჩვენებითი სიმამაცე და ოპტიმისტური ფატალიზმი, ანუ ბედნიერი შემთხვევითობის რწმენისა და მომავალ მოვლენებზე ზემოქმედების ურწმუნობის კომბინაცია, არც თუ ისე უმნიშვნელოა ამ შემთხვევაში.

მიუხედავად სექსუალურ ცხოვრებაში ზოგადი ლიბერალური მიმართულებებისა, სექსუალური ქცევის ნორმები თანამედროვე საქართველოში ტრადიციულ, ღრმად ფესვგადგმულ ორმაგ სტანდარტებსა და გენდერულ როლს ეყრდნობიან. მაგალითად, მაშინ როცა საზოგადოება სრულიად ტოლერანტულია იმ მოსაზრების მიმართ, რომ მამაკაცისათვის სექსუალური გამოცდილების შეძენა ქორწინებამდე და მის გარეშეც ბუნებრივია, ქალებისათვის ეს სავსებით დაუშვებელია და ამიტომ ისინი ქორწინებამდე ან ქორწინების გარეშე საკუთარ სექსუალურ გამოცდილებაზე საჯარო საუბარს ან გამოკვლევაში რესპოდენტებად მონაწილეობის მიღებას თავს არიდებენ. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ სხვა კულტურაშიც მსგავსი სურათი გვაქვს, საქართველო მაინც განსაკუთრებული დამახასიათებელი თვისებებით გამოირჩევა.

შეგვიძლია განვაცხადოთ, რომ ქართული საზოგადოება ხანგრძლივ სექსუალურ რევოლუციას განიცდის. უკვე 1970-იან წლებში, და შესაძლებელია უფრო ადრეც, ქალწულობის აღდგენის (ჰიმენის, საქალწულო აპკის აღდგენა) პლასტიკური ქირურგიის მცდელობები სრულიად ჩვეულებრივი რამ იყო. და თუმცა, ეს დღესაც ხდება, მნიშვნელოვანი სხვაობა აშკარაა: ასეთი ოპერაციების უმეტესი ნაწილი, დღეს თბილისში აღარ ტარდება, მათ ახლა ძირითადად პროვინციებში აკეთებენ (ადვილი გასაგებია, რომ ეს ოპერაციები არ ხმაურდება და ამიტომაც სტატისტიკურად მათი აღრიცხვა შეუძლებელია. ამიტომ, ჩვენი დასკვნები მხოლოდ იმ სპეციალისტების მიერ გადმოცემულ ინფორმაციას

დაეყრდნობა, რომლებიც მეტნაკლებად იცნობენ სიტუაციას. ყოველივე ზემოთქმული კი, გვიჩვენებს, რომ ქცევით დონეზე უკვე სახეზეა ქალთა სექსუალური ცხოვრების ლიბერალიზაცია. უფრო მეტიც, ქორწინებამდე სექსუალური კავშირის დამყარება თბილისელ მამაკაცებს (პროვინციაში მცხოვრები მამაკაცებისაგან განსხვავებით) უკვე დასაშვებად მიაჩნიათ. უნდა ავლინდნოთ, რომ ზემოხსენებული პლასტიკური ქირურგიული ოპერაცია მალე პროვინციებშიც აღარ იქნება □საჭირო□.

გამეფებული საზოგადოებრივი აზრით, ყველა ქალის უპირველესი, რეალური თუ პოტენციური, ფუნქცია დედობაა და □საქმიანი ქალის□ ხატი გარკვეული სკეპტიციზმით აღიქმება (თუმცა დღეს საქართველოში ქალების ეკონომიკური როლი უფრო მნიშვნელოვანია ვიდრე მამაკაცებისა). ამ კუთხით დანახული სექსი ძირითადად მხოლოდ მომავალი თაობის გამრავლებისათვის საჭირო აქტია. ქალის სექსუალობის წარმოჩენა კრიტიკულად აღიქმება. რა თქმა უნდა, ეს ნორმები სექსუალური ცხოვრების წესზე დიდ გავლენას ახდენს და უცნობებთან სექსუალური კავშირის დამყარება საქართველოში ჯერ კიდევ უჩვეულოა. ფლირტი გოგონასთან კაფეში ან დისკოტეკაზე, ან მასთან პაემანი ყოველთვის ადვილი არ არის. როგორც წესი, გოგონები საზოგადოებაში თავიანთ სახელს მეტად უფრთხილდებიან და მშობლების მიმართ პასუხისმგებლობის გარკვეული გრძნობა გააჩნიათ. მშობლების ზედამხედველობიდან თავის დაღწევაც არ არის ადვილი.

მიუხედავად იმისა, რომ ქართველი რესპოდენტი ქალების მხოლოდ მცირე ნაწილი აღიარებს, რომ □არაკანონიერი□ სექსუალური კავშირი ჰქონია, ჩვენ შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ასეთი შემთხვევები საკმაოდ ბევრია.

ქალის სექსუალობა სამარცხვინო იყო კიდევ ერთი გარემოების გამო - საბჭოთა კავშირის დაშლის შედეგად ეკონომიკური ქაოსის პირობებში საქართველოში კომერციულ სექს-მუშაკთა რაოდენობა გაიზარდა, თუმცა დსთ-ს სხვა ქვეყნებში არსებული დონისათვის არ მიუღწევია.

ემპირიული მონაცემებიც იგივეს მეტყველებს. რეპროდუქტიული ასაკის (16 □ 45) 2000 რესპოდენტი ქალი დან მხოლოდ 1.3%-მა განაცხადა, რომ ჰქონდა სექსუალური კავშირი გათხოვებამდე (RHSG-1999, p.240); 2000-ზე მეტი რესპოდენტი გაუთხოვარი ქალიდან, მხოლოდ 12-მა თქვა, რომ სექსუალური გამოცდილება ჰქონია (RHSG-1999, SPSS data file). კაჭკაჭიშვილის (1999) მიხედვით, თბილისში გამოკითხული გაუთხოვარი ქალების 94%-ს სექსი არასოდეს ჰქონია. სხვა გამოკვლევებში (Goodwin et al., 2003) 14-დან 17 წლამდე ასაკის 250 გამოკითხული გოგონადან 17,86%-მა თქვა, რომ სექსუალური კავშირები არა აქვთ. ამ უკანასკნელ მონაცემებში ოჯახური მდგომარეობა არ არის მხედველობაში მიღებული, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი გამოკითხული გათხოვილი იყო. 14-16 წლის ასაკში გათხოვება საკმაოდ გავრცელებულია საქართველოში, რაც შესაძლოა □კანონიერი□ სექსის საშუალებად მოვიჩინოთ. უფრო ადრე ჩატარებულ სხვადასხვა კულტურების შემსწავლელ კვლევაში (Goodwin et al., 2003) □არაკანონიერი□ (ქორწინებამდე თუ ქორწინებაგარეშე) პარტნიორის ყოლა 100 გამოკითხულიდან არცერთმა ქალმა არ აღიარა. სხვათა შორის, პოლონეთშიც იგივე სურათია. თუმცა, შესაძლოა ზემოთ მოცემული კვლევები რეალურ სიტუაციას არ ასახავდნენ, მათ გვერდს ვერ ავუვლით, რადგანაც ისინი იმ მიმართულებებს, სოციალურ დამოკიდებულებებსა და □სასურველ□ საზოგადოებრივ □ხატს□ გამოხატავენ, რომლებიც აუცილებლად ნებისმიერი სახის, მათ შორის სექსუალურ ქცევაზეც ახდენენ ზეგავლენას.

□თბილისის მაცხოვრებელი ქართველი ქალების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ, სექსუალური ცხოვრება მხოლოდ გათხოვების შემდეგ დაიწყო და კონტრაცეპტივები თითქმის არ უხმარია. მამაკაცების უმეტესი რაოდენობაც, მიუხედავად იმისა, რომ სექსუალური ცხოვრება ქორწინებამდე აქვს დაწყებული, კონტრაცეპტივებს არ ხმარობს □ (კაჭკაჭიშვილი, 1999). სოციოლოგიური მონაცემების მიხედვით თბილისში მცხოვრები ქართველი ქალების უმრავლესობას სექსუალური გამოცდილება გათხოვებამდე არ ჰქონია. გათხოვების შემდეგ კი ისინი იშვიათად თუ იყენებენ კონტრაცეპტივებს. ქართული კულტურული ნორმების მიხედვით, სექსი ქორწინებამდე ამორალური აქტია და იგი ქალზე ნეგატიურ ზეგავლენას ახდენს. □ქალიშვილობის ტრადიცია□ აქ ჯერ კიდევ ბატონობს (კაჭკაჭიშვილი, 1999). მეორე მხრივ, აღინიშნება საშუალო ასაკში ქორწინებათა რიცხვის ზრდა (ნულაძე და სხვ., 2003, გვ.57.), რაც ასევე შეიძლება რისკ-ფაქტორი გახდეს, ვინაიდან თავისთავად ზრდის ქორწინებამდელი სექსის ალბათობას.

1.6 მამაკაცებთან სქესის მქონე მამაკაცები და მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმი საქართველოში

საქართველოში მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმი ქალთა სექსუალიზმზე უფრო სამარცხვინოა. მაგრამ საქმე არც თუ ისე მატრივადია. მამაკაცის გენდერული როლი საქართველოში დომინანტურობას, აგრესიულობას, სექსუალურობას, ვაჟკაცობას და სხვა წმინდად □მამაკაცურ□ თვისებებს გულისხმობს (გაიხსენეთ განსაზღვრება □მხდალი□, რომელიც პრეზერვატივის მოხმარებასთან დაკავშირებით მხოლოდ ქართველმა რესპოდენტებმა გამოიყენეს). ჰომოსექსუალებს ისეთ ადამიანებად აღიქვამენ, რომლებმაც □გენდერული როლი შეიცვალეს□ და ამის გამო ისინი საზოგადოებისა და ქართული მართლმადიდებელი ეკლესიის სიძულვილისა და აგრესიის ობიექტები ხდებიან. საქართველოში

გაბატონებული ჰომოფობიის გამო, ჰომოსექსუალები მალავენ საკუთარ სექსუალურ ორიენტაციას. ამის გამო, ხშირად, მამაკაცი ჰომოსექსუალების ჯგუფები ერთმანეთში მჭიდრო კავშირს ამყარებენ. ჰომოფობიის გამო ჰომოსექსუალები, ჯერჯერობით, ვერ ახდენენ საკუთარი ორიენტაციის დემონსტრირებას, საკუთარი კავშირების შექმნას და ა.შ. აქედან გამომდინარე შემთხვევით კონტაქტებიც ნაკლები აქვთ. გარდა ამისა, მამაკაცებთან სექსის მქონე ყველა მამაკაცი თავს ჰომოსექსუალად როდი თვლის.

მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცებში აივ-ისა და სექსუალური გზით გადაცემულ დაავადებათა გავრცელებისა და სარისკო ქცევის შემსწავლელი კვლევა საქართველოში არ ჩატარებულა. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი მამაკაცების რაოდენობის დადგენა შეულებელია, მათ შორის აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი საქართველოში მეტად დაბალია (3.0%).

მიუხედავად ამისა, თავისუფლად შეგვიძლია განვაცხადოთ, რომ აივ-ის ზოგიერთი რეგისტრირებული შემთხვევა, რომლის წყაროც დაუდგენელია, შეიძლება მამაკაცის მამაკაცთან დაუცველი სექსუალური კონტაქტის შედეგი იყოს (რომლის აღრიცხვაც არსებული სტიგმის გამო ვერ ხერხდება).

ჰომოსექსუალი კაცებისადმი დამოკიდებულება კარგად ჩანს, ციხეებსა და კოლონიებში იმ პატიმარ ჰომოსექსუალ მამაკაცებთან მოპყრობაში, რომელნიც თავის ორიენტაციას არ მალავენ. მათ ჩვეულებრივ ცალკე კამერებში ათავსებენ და მამლებს უწოდებენ.

ციხის გარეთ ჰომოსექსუალი მამაკაცის დადგენა ბევრად უფრო რთულია. მათთვის განკუთვნილი ბარებისა ან ღამის კლუბების გახსნის მრავალი მცდელობის მიუხედავად, დღეს ვერცერთი მათგანი ვერ ფონქციონირებს. ძლიერი სოციალური წნეხის გამო, ჰომოსექსუალური თემი იატაქვეშა ცხოვრებას ეწევა და საზოგადოებისადმი გახსნილობის არანაირი სურვილი არ გააჩნია. ეს კი მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცებში აივ/შიდს-ის პრევენციასა და საგანმანათლებლო სამუშაოს ჩატარებას საქართველოში მეტად ართულებს.

აივ/შიდს-ის პრევენციის, მკურნალობისა და მზრუნველობისათვის ამ კატეგორიის მოსახლეობის აღრიცხვა და შეფასება ჯერ კიდევ შეუძლებელია, ხოლო საზოგადოების მიერ ჰომოსექსუალების სტიგმატიზაცია და მარგინალიზაცია კი, მათ აივ-ის მიმართ დაუცველობას თავისთავად ზრდის.

1.7 საქართველოში კომერციულ სექს-მუშაკთა დამახასიათებელი თვისებები.

არაოფიციალური მონაცემების მიხედვით თბილისში და საქართველოს სხვა დიდ ქალაქებში კომერციულ სექს-მუშაკთა რამდენიმე კატეგორია არსებობს და შესაბამისად მომსახურების ფასებიც განსხვავებულია.

1. ყველაზე დაბალ კატეგორიას ე.წ. ქუჩის კომერციული სექს-მუშაკები წარმოადგენენ, რომლებიც ძირითადად ცენტრალურ ქუჩებზე, რკინიგზის სადგურებსა, სატრანზიტო გზებზე (და სხვა ისეთ ადგილად შესამჩნევ ადგილებში როგორცაა მაგ. ცირკის ტერიტორია) მუშაობენ;

2. შედარებით მაღალ კატეგორიას საუნებში, აბანოებში და სხვა არალეგალურ ბორდელებში მომუშავე კომერციული სექს-მუშაკები არიან;

3. უმაღლეს კატეგორიას მობილურის კომერციულ სექს-მუშაკებს უწოდებენ - ისინი გამოძახებით მუშაობენ.

კომერციული სექს-მუშაკების უმეტესობა (87.3%) განაცხადებს, რომ ამ საქმიანობას ფინანსიური გაჭირვების გამო ეწევა (აივ/შიდს-თან დაკავშირებული მდგომარეობის ანალიზი, 2001). მათი უმრავლესობისათვის, ეს სამუშაო საკუთარი თავისა და (ხშირად დიდი) ოჯახების შესანახად საჭირო შემოსავლის ერთადერთი წყაროა. არსებობს რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც გათხოვილი ქალები არც თუ ისე გაჭირვებული ოჯახიდან, მიუღწევენ გამოქცენ და ქუჩასა თუ საუნაში კომერციული სექს-მუშაკები გახდნენ. როდესაც მათ ეკითხებიან რა ხელფასი უნდა გქონდეთ ამ საქმიანობას თავი რომ დაანებოთ , ისინი საკუთარ ყოველთვიურ შემოსავალზე ბევრად უფრო დიდ თანხას ასახელებენ. ფსიქოლოგების აზრით, მიუხედავად იმისა, რომ მათ ქუჩისაკენ სიდუხჭირე უბიძგებს, ამის ახსნა, ძირითადად, პერსონალური პრობლემებით შეიძლება (აივ/შიდს-თან დაკავშირებული მდგომარეობის ანალიზი, 2001)..

კომერციული სექს-მუშაკების უმრავლესობა (236 (90.75%)) თვლის, რომ დროებითაა ამ საქმიანობაში ჩართული და გარკვეული თანხის მოგროვებისთანავე მას თავს დაანებებს (ან სხვა სამსახურს იშოვის). 17.3% (19) თვლის, რომ მხოლოდ დროებით (მცირე ხნით) არის ამ საქმიანობით დაკავებული. ზოგიერთი მათგანი სოციალური სფეროს მუშაკებს, ჟურნალისტებს, მეცნიერებს, მოკლედ ყველა იმ ადამიანს, ვინც ცდილობს მათი საქმიანობის შესახებ ინფორმაცია მოიპოვოს ან კვლევა აწარმოოს, თავს არიდებს და მათი საქმიანობის სულ მცირე მინიშნებაზეც კი აგრესიითი პასუხობს.

ქუჩასა და ბარ/საუნებში მომუშავე კომერციული სექს-მუშაკები ჩვეულებრივ, ღარიბი ოჯახებიდან არიან და მათ ხშირად სამ სულზე მათი ადამიანის შენახვა უხდებათ. სიფილისის გავრცელების მაჩვენებელი 27.8%-ია. მათმა უმრავლესობამ (71.6%) განაცხადა, რომ კლიენტთან დამცავ საშუალებებს იყენებს, თუმცა მუდმივ პარტნიორთან მათგან მხოლოდ 17% ხმარობს ამ საშუალებებს ((BSS

report, SHIP project, USAID, Save the Children, Tbilisi, 2002). არსებული სტიგმის გამო კომერციული სექს-მუშაკები მშობლიურ ქალაქებსა და რაიონებში არ მუშაობენ და საქართველოს სხვა რეგიონებში მიემგზავრებიან. ახალგაზრდა კომერციული სექს-მუშაკი, ვინც გარკვეული თანხის დაზოგვა შესძლო, ქვეყანას ტოვებს და საზღვარგარეთ მიემგზავრება. მრავალი მათგანი თურქეთში მიდის, ზოგი ევროპაში მუშაობს (არასამთავრობო ორგანიზაცია □თანადგომა□).

აივ-ინფექციის და სექსუალური გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების შესახებ ინფორმაცია 2002 წელს თბილისში ჩატარებული ბიოლოგიური მარკერებისა და სარისკო ქცევების კვლევის ფარგლებში იქნა მოპოვებული (სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციებისა და აივ-ინფექციის პრევენციის პროგრამა - SHIP), ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო, ფედერაცია გადავარჩინოთ ბავშვები დახმარებითაა მოპოვებული.

თითქმის ყველა სექს-მუშაკს (99.4%) სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების შესახებ ინფორმაციის მიღებული ჰქონდა. 70.9%-მა განაცხადა, რომ გამოკვლევამდე ერთი წლით ადრე სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციის სულ მცირე ერთი სიმპტომი მაინც აღენიშნებოდა. ქუჩის სულ 158 სექს-მუშაკმა (ყველა ქალია) გაიარა აივ-ინფექციის, სიფილისის, გონორეისა და ქლამიდიოზის ტესტირება. ამ ქალებში ყველაზე ხშირი სიფილისის (27.8%) შემთხვევა იყო, ხოლო შემდეგ კი ქლამიდიოზი (25.3%) და გონორეა (17.1%) მოდიოდა.

მამინ როცა საკუთარი სხეულით ვაჭრობა საქართველოში არც ლეგალური და არც არალეგალურია, პოლიცია ვალდებულია სექს-მუშაკები აიძულოს მათ ტესტირება გაიარონ. სავარაუდოდ, ქუჩის კომერციულ სექს-მუშაკთა ნახევარზე მეტს (51.6%) თბილისში აივ ინფექციაზე გამოკვლევა გავლილი აქვს. თუმცა ისინი ამ ტესტირებას, ხშირად, ქრთამის ან/და უფასო მომსახურების შეთავაზების გზით თავს არიდებენ.

ბიოლოგიური მარკერებისა და სარისკო ქცევების კვლევის ფარგლებში (სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციებისა და აივ-ინფექციის პრევენციის პროგრამა) გამოკვლეული იქნა 158 კომერციული სექს-მუშაკი ქალი, და მათგან აივ ინფიცირებული არცერთი არ აღმოჩნდა. (საინტერესოა, რომ ერთი მამაკაცი ტრანსვესტი სექს-მუშაკი აივ-ინფიცირებული იყო).

მომსახურეობის სფეროში მომუშავე კომერციული სექს-მუშაკების ქსელის აგებულება (მექანიზმი) უცნობია. მათთან კავშირს შვეიცრები, ბორდელის მეპატრონეები, სასტუმროს მენეჯერები და სუტენიორები განახორციელებენ.

კომერციული სექს-მუშაკებისა და ჰომოსექსუალი მამაკაცების აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებთან შედარებით კვლავ უფრო მაღალია მიუხედავად იმისა, რომ ეს უკანასკნელები ინფიცირების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ამ ჯგუფების სოციალური სტატუსი შემდეგია: ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა უმეტესობა მდიდარი და რესპექტაბელური ოჯახებიდანაა და ისინი ვიწრო გარემოში არიან ჩაკეტილი. ჩვეულებრივ, მათ კარგი სამსახური, კარგი მანქანა და □მაგარი ბიჭის□ რეპუტაცია აქვთ. ამის საპირისპიროდ, ჰომოსექსუალობა საქართველოში ტრადიციულად სამარცხვინოა და არ არსებობს რაიმე ოფიციალური ადგილი სადაც მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცებს დაუფარავად შეხვედრა შეეძლოთ. სოციალური დისკრიმინაციისა და სხვათა ცნობისმოყვარეობის თავიდან ასაცილებლად ბევრ მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცს მოჰყავს ცოლი და ბისექსუალურ ცხოვრებას ეწევა.

1.8 გენდერული საკითხები

ცნობილია, რომ გენდერულმა საკითხებმა, ოჯახში ძალადობის, ქალთა დისკრიმინაციისა და ტრეფიკინგის ჩათვლით, დიდი გავლენა მოახდინა აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ მდგომარეობაზე. თანამედროვე ქართულ კულტურაში, კერძოდ მის სოციალურ წარმოსახვაში, ზოგადად, გენდერული როლი არასიმეტრიული ხასიათისაა. მიუხედავად იმისა, რომ დედობა ქართულ კულტურაში ყველაზე ღირებული სოციალური როლია, მამაკაცი, ქალთან შედარებით, სრულყოფილ და უფრო დახვეწილ არსებად აღიქმება. აქედან გამომდინარე, უმეტეს ოჯახებში ბიჭის დაბადება ბევრად უფრო სასიხარულო მოვლენაა, ვიდრე გოგოსი. ამავე დროს, იგივე სტერეოტიპებით □სრულყოფილ□ მამაკაცს ქალისადმი □რაინდული□ დამოკიდებულება მოეთხოვება.

როგორც ამას ქვემოთ ვნახავთ, ასეთ პრინციპებს რეალობასთან საერთო არაფერი აქვთ, თუმცა, მოცემული ნორმა სოციალურ კლიმატს აქ ჯერ კიდევ ქმნის. მაგ. დაგმოილია ძალადობა ოჯახში; ქართულ კულტურაში არ არსებობს ანდაზა, რომელიც ქალის ძალადობას ამართლებდეს (მაგ. ისეთი როგორიცაა □ქალის ცემა თვით ქალსავე ნაადგება□ ან □თუ ქმარი ცოლს სცემს, ესე იგი ძალიან უყვარს□).

1.8.1 ქალთა დისკრიმინაცია

საქართველოში ქალთა დისკრიმინაციასთან დაკავშირებული ერთ-ერთი ყველაზე ფართომასშტაბიანი სოციოლოგიური კვლევა 1999 წელს არასამთავრობო ორგანიზაციამ კავკასიის ქალთა კვლევა და საკონსულტაციო ქსელი, ჩაატარა (CWN; <http://www.iccn.ge>): *გენდერული სტერეოტიპების შესწავლა და ქალთა ფარული დისკრიმინაცია საქართველოში*. 400 ინტერვიუზე დაფუძნებული დასკვნების შესახებ ქვემოთ მოგახსენებთ.

დისკრიმინაციის არსებობის დამადასტურებელი ნიშნები მთელ რიგ სფეროებში და განსაკუთრებით ოჯახში შეინიშნება.

ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ, დისკრიმინაციის არსებობა არაადეკვატურად აღიქმება. ეს ნათლად ჩანს პასუხებში ქალთა დისკრიმინაციის შესახებ პირდაპირ დასმულ შეკითხვებზე. ქალების თქმით, ისინი თავს დაჩაგრულად არ გრძნობენ, ხოლო მამაკაცები კი არ თვლიან, რომ მათ ოჯახურ ცხოვრებაში რაიმე უნდა შეიცვალოს. გამოკვლევის შედეგები კი ასეთ განცხადებებს სრულიად ეწინააღმდეგება. კერძოდ, გამოკვლევის მიხედვით: ორივე სქესის წარმომადგენელი ფიქრობს, რომ ქალი თავის პოტენციალს არაადეკვატურად აღიქვავს, რომ ქალისა და მამაკაცის თანასწორობის თვალსაზრისით, საქართველო საერთაშორისო სტანდარტებს ჩამორჩება, რომ ქალთა მდგომარეობა უნდა გამოსწორდეს. საინტერესოა, რომ ქალებიცა და მამაკაცებიც, საზოგადოებას, აშკარად, სქესის მიხედვით ყოფენ, რაც თავისთავად უკვე დისკრიმინაციაა.

მამაკაცის მიერ შექმნილი და საზოგადოებრივი აზრით განმტკიცებული იდეალური კაცისა და ქალის ხატი, დამოუკიდებლობისაკენ (თავისუფლებისაკენ) ქალის ფარულ ლტოლვას სრულიად ეწინააღმდეგება. აღმოჩნდა, რომ მამაკაცები ქალთა უფლებების შეზღუდვის მომხრენი არიან. (მაგ. მამაკაცები თვლიან, რომ არ არის აუცილებელი ქალმა მეგობრებთან ურთიერთობას ან საკუთარი შესაძლებლობების განვითარებას დრო დაუთმოს).

რადგანაც ითვლება, რომ ქალისათვის ოჯახი ყველაზე მნიშვნელოვანი უნდა იყოს, ხოლო გათხოვილი ქალის სტატუსი კი – ყველაზე სასურველი, ამიტომ ოჯახის მქონე ქალები, ქალების ყველაზე დისკრიმინირებულ ჯგუფს განეკუთვნებიან. დისკრიმინირებული ქალების შემდეგი კატეგორია – ასაკოვანი ქალებია. საზოგადოებაში მათი ადგილი გაურკვეველია. დაკარგეს რა სექსუალური მიმზიდველობა, უფლებებიც აღარ გააჩნიათ. მამაკაცებისაგან განსხვავებით, რომლებიც ასაკთან ერთად მეტ უფლებებს იძენენ, ქალების ადგილი საზოგადოებაში მათი სექსუალური ფუნქციების პირდაპირპროპორციული აღმოჩნდა.

ქალთა დისკრიმინაციასთან მიმართებაში, აუცილებელია საზოგადოების როლის (სოციალური ნორმები და ტრადიციები) გამოყოფაც. ერთი მხრივ, ის რაც ნორმად ითვლება დისკრიმინაციად არ აღიქმება ("ეს ყოველთვის ასე იყო ასეთია ჩვენი ტრადიცია). ყოველივე ეს კი დისკრიმინაციის არსებობის აღიარების დაბალ დონეს უზრუნველყოფს. მეორეს მხრივ, ორივე სქესის რესპოდენტები საზოგადოებისაგან განსხვავებით, (განსაკუთრებით კი ქალები) თანასწორობისაკენ არიან მიდრეკილნი და ტრადიციებისა და საზოგადოებრივი აზრის ზენოლაზე საუბრობენ.

თავისუფლება და დამოუკიდებლობა ის კატეგორიებია, რომლებიც მკვეთრად გამიჯნავს საზოგადოებაში ქალებისა და მამაკაცების მდგომარეობას.

კერძოდ, ქალები ნაკლებად თავისუფალნი და დამოუკიდებელნი არიან. ისინი ამას საკმაოდ კარგად აღიქვამენ და ამის მოთხოვნილებაც გააჩნიათ. აცხადებენ რა, რომ ეს კატეგორიები მართლაც დიდ როლს ასრულებენ პიროვნულ ზრდასა და სიცოცხლით ტკბობაში, ტიპური ქართველი მამაკაცები არ თვლიან, რომ თავისუფლება და დამოუკიდებლობა ქართველი ქალისათვის მნიშვნელოვანი უნდა იყოს. მათი აზრით, იდეალური ქალი მათზე ბოლომდე დამოკიდებული და თავისუფლებაზეზღუდული უნდა იყოს.

ამრიგად, გამოკვლევაზე დაყრდნობით, ქალების ქართული დისკრიმინაციის მთავარი სიმპტომები შემდეგია:

- ქალებმა არ იციან, რომ დისკრიმინირებულნი არიან და შესაბამისად, გენდერულ ასიმეტრიას ბევრ სფეროში ეთანხმებიან კიდევ.
- დისკრიმინაციული ხასიათის ტრადიციები და მათი წამყვანი როლი დაჩაგრული ქალების ცხოვრებაში.
- ოჯახი ინსტიტუტია, რომელიც დისკრიმინაციას უწყობს ხელს.

1.8.2 ძალადობა ოჯახში

ოჯახში ქალთა მიმართ ძალადობა იყო იმ სოციოლოგიურ-ფსიქოლოგიური კვლევის მიზანი, რომელიც 2004 წელს ჩატარდა (ლ. არუთიუნოვა. ოჯახში ძალადობის სოციოლოგიურ-ფსიქოლოგიური კვლევა საქართველოში. ნ. ციხისთავი ოჯახში ქალთა ძალადობის მრავალკომპონენტური შესწავლა საქართველოში. ICCN თბილისი. ბეჭდვაში)

მთელი საქართველოს მასშტაბით (აფხაზეთისა და ჩრდილოეთ ოსეთის გამოკლებით) 1000-ზე მეტი ქალი გამოიკითხა. მიღებული მონაცემების მიხედვით, რესპოდენტთა 22.2%-მა აღიარა, რომ ის ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლია (იხ. ტაბულა ქვემოთ).

რა სიხშირით იყენებდა თქვენი მეუღლე/პარტნიორი თქვენს მიმართ ფიზიკურ ძალადობას?	%
რამდენჯერმე ჰქონდა მცდელობა, მადრამ არ გამოუყენებია	6,5
ერთხელ ან ორჯერ	11,4
მუდმივად იყენებს	5,2
წარსულში იყენებდა, მაგრამ ახლა აღარ იყენებს	5,6
არასდროს	70,5

რესპოდენტების 42%-მა მიუთითა, რომ სმენიათ მათ ნაცნობ ქალებზე განხორციელებული ფიზიკური ძალადობის შესახებ. ავტორთა შეფასებით საქართველოს ქალების სულ მცირე 5% ანუ 75-85 000 ქალი მუდმივი ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლია. მათგან მხოლოდ რამდენიმე მიმართა პოლიციას ან სამედიცინო დაწესებულებას; ამის მიზეზები, ძირითადად, სირცხვილის გრძობა, საზოგადოებრივი აზრის წინაშე შიში, მეუღლის/პარტნიორის შიშია. 64.2% დაეთანხმა შემდეგ წინადადებას: ოჯახში რაც არ უნდა მოხდეს, ოჯახშივე უნდა მოგვარდეს.

კულტურული თვალსაზრისით საინტერესოა ქართველ ქალთა აზრი იმის შესახებ, თუ როგორი უნდა იყოს ოჯახში ძალადობაზე ქალის რეაქცია.

როგორ უნდა მოიქცეს ქალი, რომელიც მეუღლისა თუ პარტნიორისგან ფიზიკურ და/ან ვერბალურ ძალადობას მუდმივად განიცდის?	%
მიმართოს პოლიციას ან სასამართლოს	1,4
მოითხოვოს განქორწინება	52,0
მიმართოს საკუთარ ნათესავებს	4,8
მოითმინოს	10,9
მიმართოს ფსიქოთერაპევტს, რათა მან მეუღლეების/პარტნიორების ურთიერთობა მოაგვაროს	3,8
თვითონ სცადოს ურთიერთობების მოგვარება	25,5
თავი დაიცვას და ძალადობაზე ძალადობითვე უპასუხოს	0,8
ფიზიკური ან ვერბალური წინააღმდეგობა გაუწიოს	0,4

რესპოდენტების 25.5%-მა მიუთითა, რომ მეუღლე/პარტნიორი აძალებს მასთან სექსუალური ურთიერთობის დამყარებას (4%-ს მუდმივად, 7.9%-ს დროდადრო). 7.7%-მა განაცხადა, რომ მას მისთვის მიუღებელ სექსუალურ ქმედებებს აძალებენ. ამავე დროს, რესპოდენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი თვლის, რომ ქალი მეუღლის/პარტნიორის სურვილებს უნდა დაემორჩილოს (იხ. ქვემოთ)

თუ მეუღლეს/პარტნიორს სექსუალური კონტაქტი სურს, ქალი მას, იმ შემთხვევაშიც კი უნდა დაემორჩილოს, თუ იმ მომენტში სექსისთვის მზად არაა.
სრულიად ვეთანხმები
უფრო ვეთანხმები, ვიდრე არ ვეთანხმები
უფრო არ ვეთანხმები, ვიდრე ვეთანხმები
სრულიად არ ვეთანხმები

ქმრის/პარტნიორის სურვილის შესრულების ძირითად მიზეზებად შემდეგი პასუხები იყო მითითებული: არ მინდა ნერვები ავუშალო (55.5%) და თანაფერძნობ (მეცოდება) (12.8%). საინტერესოა, რომ რესპოდენტების მხოლოდ 35.7%-ს სჯერა, რომ მეუღლის/პარტნიორის მხრიდან სექსუალური კავშირის იძულება ძალადობის ერთ-ერთი ფორმაა.

ავტორთა შეფასებით, სექსუალური ძალადობა ბევრად უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ამაზე რესპოდენტები მიუთითებენ. ამდენად, სექსუალური ძალადობა აივ-თან დაკავშირებულ სერიოზულ რისკ ფაქტორად შეიძლება ჩაითვალოს. საზოგადოებრივი აზრის მიმართ შიში, ქალის სუბორდინაციული სტატუსი და სხვა პატრიარქალური და პატარა ჯგუფებზე ორიენტირებული კოლექტივისტური რეალობანი, რომლებიც საქართველოში, და კერძოდ მის რეგიონებში (სოფლებში) ჯერ კიდევ ფართოდაა გავრცელებული, ზრდიან ქალების აივ-ით ინფიცირების შესაძლებლობას.

1.8.3 ტრეფიკინგი

ტრეფიკინგის პრობლემა საქართველოში შედარებით ახალია და მისი კავშირი აივ-ის ეპიდემიასთან ჯერ არ არის კარგად შესწავლილი.

საქართველოს მოსახლეობისთვის უკანასკნელ წლებში ნელ-ნელა ნაცნობი ხდება ადამიანთა ტრეფიკინგის მოვლენა და, ადამიანთა უფლებების სხვა სერიოზულ დარღვევებთან ერთად, მასთან დაკავშირებულ პრობლემებიც. ტრეფიკინგის მხვერპლნი ძირითადად ის ქალები არიან, ვისაც უცხოეთში წესიერ სამუშაოს ჰპირდებიან, მაგრამ ამის სანაცვლოდ სექსის ბიზნესში ითრევენ, ან სულაც მონებივით ეპყრობიან.

საერთაშორისო და ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები, განსაკუთრებით კი, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია (IOM) და საქართველოს მთავრობა ტრეფიკინგის წინააღმდეგ სხვადასხვა ზომებს იღებს. კერძოდ, ატარებსამ მოვლენის პრევენციისკენ მიმართულ ღონისძიებებს და ეწევა საგანმანათლებლო საქმიანობას.

მაგრამ, ტრეფიკინგთან ბრძოლის მარავალი მცდელობის და უკანასკნელ პერიოდში მომხდარი პოლიტიკური ცვლილებების მიუხედავად, მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გამო, საზღვარგარეთ წასვლით ჯერ კიდევ ბევრი ქართველი დაინტერესებული. მათ მიერ არჩეულ ქვეყნებში არსებული მკაცრი სავიზო რეჟიმისა და იმიგრაციული კანონების გამო, ქართველი ემიგრანტები იქ მოხვედრას კონტრაბადული გზით ცდილობენ. ქართველთა ტრეფიკინგი ძირითადად თურქეთში, საბერძნეთში, ამერიკასა და აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებში ხორციელდება, სადაც ქალებსა და კაცებს ექსპლუატაციას უწევენ და როგორც სექს-ბიზნესში, ასევე სასოფლო-სამეურნეო და ინდუსტრიულ ბიზნესში იძულებითი დასაქმებით (Newsletter of May 2004, IOM International Organization for Migration, Mission to Georgia). სექს-ბიზნესში იძულებით დაკავებული ქალები აივ-ით ინფიცირების მნიშვნელოვანი რისკის ქვეშ იმყოფებიან და საქართველოში დაბრუნების შემდეგ შესაძლებელია ამ ვირუსით მეულღე/პარტნიორიც დააავადონ.

2003 წელს ამერიკის შეერთებული შტატების დეპარტამენტის მიერ გამოქვეყნებულ ყოველწლიურ ანგარიშში ადამიანთა ტრეფიკინგის შესახებ, საქართველო მე-3 ქვეყნების კატეგორიას მიაკუთვნეს, იმის გამო, რომ 2002 წელს მთავრობამ ტრეფიკინგთან ბრძოლის საქმეში თავის თავზე აღებული ვალდებულება ვერ განახორციელა. 2003 წლის ივლისში, იუსტიციის სამინისტროს მიერ მომზადებული კანონი საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში შესწორების შეტანის შესახებ პარლამენტმა ნაჩქარევად სწორედ ამ მოხსენების გამო მიიღო. ამ კანონის მისაღებად, 2002 წლიდან, როგორც არასამთავრობო, ასევე საერთაშორისო ორგანიზაციები ერთსულოვნად მუშაობდნენ. სისხლის სამართლის კოდექსს ორი მუხლი დაემატა: მუხლი 143¹ - ადამიანთა ტრეფიკინგი და მუხლი 143² - მცირეწლოვანთა ტრეფიკინგი. კანონი ძალაში 2003 წლის 10 ივლისს შევიდა.

საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, ადამიანთა ტრეფიკინგი მძიმე დანაშაულად ითვლება. ტრეფიკინგის განსაზღვრება შემდეგნაირია: ადამიანის ყიდვა ან გაყიდვა, ანუ ადამიანებით არალეგალური ვაჭრობა, აგრეთვე, ძალდატანებით, შანტაჟით ან მოტყუებით მათი დაქირავება, ტრანსპორტირება, დაფარვა (დამალვა) ან ქვეყნიდან გაყვანა ექსპლოატაციის მიზნით 5 დან 12 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ისჯება. ამ დანაშაულის დამამძიმებელი გარემოებები შემდეგია: იგივე ქმედება, ჩადენილი არაერთგზის, ორი ან მეტი პირის მიმართ, დამნაშავისათვის წინასწარი შეცნობით ორსული ქალის, არასრულწლოვანის, ან უმწეო მდგომარეობაში მყოფის მიმართ, უცხოეთის ოფიციალური წარმომადგენლის ან საერთაშორისო სამართლებრივ დაცვას დაქვემდებარებულის მიმართ, სხვა დანაშაულის დაფარვის ან მისი ჩადენის გაადვილების მიზნით 8-დან 15 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ისჯება. იგივე დანაშაული ჩადენილი ორგანიზებული ჯგუფის მიერ, რამაც გაუფრთხილებლობით გამოიწვია დაზარალებულის სიცოცხლის მოსპობა ან სხვა მძიმე შედეგი 20 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ისჯება (მუხლი 143²).

2003 წლის ივლისში, ნაციონალური უსაფრთხოების საბჭომ და საქართველოს სახალხო დამცველის ოფისმა, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის (IOM) პარტნიორობით, სპეციალური კონფერენცია ჩაატარა, რომლის ფარგლებშიც 2003-2005 წლისთვის ტრეფიკინგის წინააღმდეგ მოქმედების გეგმა იქნა განხილული და შემუშავებული. კერძოდ, განისაზღვრა სამოქმედო გეგმის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი ორგანიზაციები და გეგმის შესრულების ვადები.

2004 წლის მარტში ახალგაზრდა იურისტთა ასოციაციამ დაასრულა ადამიანებით ვაჭრობის (ტრეფიკინგი) პრევენციისა და სამართალდარღვევების და ადამიანებით ვაჭრობის მსხვერპლთა უსაფრთხოებისა და რეაბილიტაციის კანონის პროექტზე მუშაობა. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს კანონპროექტი პრობლემისადმი სამ კლასიკურ მიდგომას მოიცავს პრევენცია, უსაფრთხოება და სამართალდარღვევა. კანონპროექტი განსაკუთრებით ხაზგასმულია დანაშაულის შემცირებისა და შემდგომში მისი სრული აღმოფხვრისათვის საჭირო პრევენციული ზომები: კერძოდ ისინი, რომლებიც სოციალურ საქმიანობასა და უსაფრთხოების დამცველ ორგანოებთან თანამშრომლობას ეხება. ასევე მნიშვნელოვანია მსხვერპლთა უსაფრთხოებასა და რეაბილიტაციასთან დაკავშირებული საკითხები. ამკარაა, რომ კანონპროექტი ადამიანთა ტრეფიკინგის დამარცხებასთან დაკავშირებულ

საქმიანობაზე ამასხვილებს ყურადღებას, რასაც თავისთავად სრულყოფილი სამთავრობო კოორდინაციის, ტრეფიკინგის საქმეთა დროული და ეფექტური გამოძიებისა და სამართალსრულების საკითხებთან მივყავართ. ამ კანონპროექტის შექმნაში სხვადასხვა სამთავრობო სტრუქტურების წარმომადგენელი საერთაშორისო და ქართველი ექსპერტები მონაწილეობდნენ.

სოციოლოგიური მონაცემების მიხედვით (საქართველოში ქალთა ტრეფიკინგის კვლევა. საინფორმაციო ბიულეტენი №5, 2003, 3-47), უკანასკნელი სამი წლის მანძილზე საქართველოს მოსახლეობის გათვითცნობიერებულობის დონე მეტად ამაღლდა. რესპოდენტების 52%-ს, განუსხვავებლად ქალისა და მამაკაცისა, სმენია ასეთი დანაშაულის შესახებ.

გამოკითხვა გვიჩვენებს, რომ იურიდიული უფლებების უცოდინრობა ერთ-ერთი მიზეზია ქალების ტრეფიკინგის მსხვერპლად გახდომისა. ქალთა მნიშვნელოვან ნაწილს (72%) საზღვარგარეთ სურს მუშაობა და მიუხედავად იმისა თუ, რა სახის სამუშაოს შესრულებას მოსთხოვენ, ისინი მზად არიან უკანონოდ იმუშაონ. ამავე დროს, საზღვარგარეთ მუშაობის მსურველ ქალთა რიცხვი თბილისში შედარებით უფრო დიდია, ვიდრე რეგიონებში. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ტრეფიკინგის შესახებ ინფორმაცია სოფლებში ნაკლებია, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ტრეფიკინგის მსხვერპლად გახდომის რისკი რეგიონების მოსახლეობისათვის უფრო მაღალია. მაგრამ საქმე ისაა, რომ მოსახლეობის ის ნაწილიც, რომელიც ტრეფიკინგის შესახებ ინფორმაციას ფლობს, საზღვარგარეთ მუშაობისაკენ ასევე ილტვის, ამდენად, რისკის თავიდან ასაცილებლად მხოლოდ ცოდნა არ არის საკმარისი.

შედეგებმა გვიჩვენა, რომ ორი ძირითადი მიზეზი, რომლის გამოც, ტრეფიკინგის მსხვერპლად ქცევის რისკის მიუხედავად, ქალები მაინც მზად არიან საზღვარგარეთ სამუშაოდ წავიდნენ, შემდეგია: 1) მათი აზრით მძიმე სიტუაციიდან თავის დასაღწევა მხოლოდ საზღვარგარეთ წასვლით შეიძლება 2) ისინი დარწმუნებული არიან, რომ ეს მათ არ ემუქრებათ. გარდა ამისა, ითვლება, რომ ტრეფიკინგი მსხვერპლისათვის სამარცხვინოა და საზოგადოება კიცხავს ასეთ ქალებს, რადგან იგი სექსუალურ ექსპლუატაციასთანაა გაიგივებული და, ამდენად, მისი მსხვერპლი ქალები სექს-მუშაკებად აღიქმებიან.

საზოგადოება ტრეფიკინგის მსხვერპლად გახდომის სერიოზულობას და/ან რისკს არაადექვატურად აღიქვამს, შემდეგ მიზეზთა კომბინაციის გამო:

□ პირველ რიგში, ტრეფიკინგის მსხვერპლნი საქართველოში ამ მოვლენაზე ხმამაღლა არ ლაპარაკობენ. გარდა ამისა, ბევრმა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ პირადად არ იცნობს ტრეფიკინგის მსხვერპლთ და არაფერი იცის ამ მოვლენის შესახებ. და პირიქით, რესპოდენტების უმრავლესობამ მიუთითა, რომ საზღვარგარეთ სამუშაოდ წასულ ბევრ ადამიანს პირადად იცნობს და ისინი იქიდან დადებითი შთაბეჭდილებებით დაბრუნდნენ. ამდენად, საზღვარგარეთ მუშაობაზე დადებითი აზრი არსებობს.

□ ამავე დროს, ხალხი აცნობიერებს საზღვარგარეთ არალეგალურად მოშობასთან დაკავშირებულ საფრთხეს. საზღვარგარეთ მუშაობასთან დაკავშირებული დამოკიდებულება, ეწინააღმდეგება იმ ნეგატიურ დამოკიდებულებას, რომელიც ტრეფიკინგზე მიღებული ინფორმაციის შედეგად ჩამოყალიბდა. რესპოდენტთა აზრით, ქალები ტრეფიკინგის მსხვერპლნი საკუთარი სურვილით, და არა სიტუაციის გამო ხდებიან. შესაბამისად, მხოლოდ ის ქალი შეიძლება გახდეს ტრეფიკინგის მსხვერპლი, ვინც შეუგნებლად იქცევა.

□ ასეთი, □ფუნდამენტურად მცდარი განსაზღვრების□ გამო, რესპოდენტებს სჯერათ, რომ □პატიოსნებით□, □სანდომიანობით□, □გონიერებით□ ქალებს შეუძლიათ ტრეფიკინგს თავი აარიდონ; რესპოდენტთა 79%-მა განაცხადა, რომ □პატიოსანი ქალი, ჩვეულებრივ, ტრეფიკინგის მსხვერპლი არ გახდება□ და 40%-მა კი მიუთითა, რომ □ქალს უმიზეზოდ არავინ შეურაცხყოფს□. რაგანაც არავინ თვლის, რომ □უპატიოსნო□, □არაპატივისცემი□, □უჭკუო□ და ა.შ., ადამიანები □დაცულობის ილუზიით□ ან □არარეალური ოპტიმიზმით□ საზრდოობენ და სჯერათ, რომ მათ არანაირი საფრთხე არ ემუქრებათ. ადამიანებს აგრეთვე სიტუაციის □გაკონტროლების ილუზიაც□ აქვთ, რაც აგრეთვე არ ასახავს რეალობას.

□ ზემოთ მოცემულ განსაზღვრებებთან ერთად, ტრეფიკინგის მსხვერპლად გახდომის კანდიდატებთან დაკავშირებით ძლიერი სტერეოტიპი არსებობს, რომელიც ქალებში ტრეფიკინგს სექსუალურ ექსპლუატაციასთან და სექს-ინდუსტრიასთან აიგივებს. ამრიგად, ყოველივე ზემოთქმულის გათვალისწინებით, არსებული საზოგადოებრივი აზრის შესახებ □დასკვნის□ გაკეთება ძნელი არ არის □ სექსის ბიზნესში ტრეფიკინგის მსხვერპლი ქალები ისეთი □ამორალური□ ქალები არიან, რომელთა მსგავსი მათ ნაცნობებს შორის არც კი შეიძლება არსებობდეს.

1.9 ახალგაზრდები

სკოლებსა და უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებებში აივ-ისა და ნარკოტიკების გამოყენების პრევენციისაკენ მიმართული სპეციალური პროგრამები არ არსებობს. საშუალო სკოლის პროგრამაში აივ-ის პრევენციის კურსის შეტანამ მშობლებისა და ეკლესიის წინაარმდეგობა გამოიწვია და

ის ჯერ-ჯერობით განუხორციელებელი რჩება. აივ/სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციათა პრევენციის პილოტური პროგრამა, განათლების სამინისტროსთან თანამშრომლობით, UNICEF-ის საქართველოს ოფისის ცხოვრების უნარ-ჩვევების საგანმანათლებლო პროგრამის ნაწილი იყო. 2003 წელს შემუშავებულ იქნა სასწავლო კურსი, მაგრამ განათლების სამინისტროს ჯგუფი, რომელიც ამაზე მუშაობდა, შეიცვალა (ვარდების რევოლუციის შემდეგ) და პროგრამა არ იქნა ოფიციალურად მიღებული. გარდა ამისა, გაიზარდა საზოგადოების ზენოლაც, რადგან ქართული მართლმადიდებელი ქრისტიანული ეკლესიის ზოგიერთმა გავლენიანმა პირმა პროგრამას წინააღმდეგობა გაუწია იმის შიშით, რომ იგი ახალგაზრდებში ამორალური ცხოვრების წესს გაუწევდა პროპაგანდას.

საშუალო სკოლის უმაღლესი კლასებისა და უმაღლესი სასწავლებლების 360 ახალგაზრდის გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ნარკოტიკებზე ინფორმაციის ძირითად წყაროდ ქუჩას რესპოდენტების 56% მიიჩნევს, მასმედიას – 34% და საგანმანათლებლო ლიტერატურას – 10%. გამოკითხული მასწავლებლები კი ფიქრობენ, რომ ძირითადი წყარო საგანმანათლებლო ლიტერატურაა (34.5%), მასმედია (31%) და ქუჩა (26.5%) (აივ/შიდს-თან დაკავშირებული სიტუაციის ანალიზი საქართველოში, 2001).

საინტერესოა იმის აღნიშვნა, რომ ნარკოტიკების შესახებ მოსწავლეები/სტუდენტები უკეთ არიან ინფორმირებული, ვიდრე მასწავლებლები. მასწავლებლებისა და მშობლების ნაწილი ვერ ხვდება თუ როდენ დიდი პასუხისმგებლობა აკისრიათ საგანმანათლებლო დაწესებულებებს ნარკოტიკების მოხმარების, აივ-ისა და სხვა დაავადებების გავრეცელების პროფილაქტიკაზე. ზოგიერთი მასწავლებლის თქმით კი ნარკოტიკებსა და სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციებზე საუბარი სკოლებში არ უნდა ხდებოდეს. ზოგ მშობელს (გამოკითხა 411 მშობელი) ამკარად არ მოსწონს საგანმანათლებლო დაწესებულებების მცდელობა, სასკოლო პროგრამაში აივ-ისა და ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის კურსი შეიტანოს.

ამავე დროს, ახალგაზრდა თაობამ ამ თემისადმი ცხოველი ინტერესი გამოავლინა. იგი თვლის, რომ სავალდებულოა აივ-ის, ნარკოტიკების მოხმარებისა და სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციების შესახებ ზუსტი ინფორმაციით მოსწავლეების/სტუდენტების უზრუნველყოფა.

2002-2003 წელს ნარკოლოგიის ინსტიტუტის მიერ თბილისის უმაღლესი სასწავლებლების 800 სტუდენტის გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ახალგაზრდებში ნარკოტიკების მოხმარების მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია; ვაჟების 52%-მა თქვა, რომ მათ გასინჯული აქვთ მარიჟუნა, ხოლო 11% კი მას რეგულარულად იყენებს; 4,5%-ს გასინჯული აქვს ექსტაზი; 3,9%-ს ჰეროინი; 2,6% ნარკოტიკებს შესუნთქვის გზით მოიხმარს და ა.შ. რეგულარულად მოხმარებული ნარკოტიკებიდან პირველ ადგილზე მარიჟუნაა, შემდეგ – ოპიუმი (3,3%) და ჰეროინი (2,6%).

მეორე მხრივ, როდესაც სტუდენტებს მათი თანატოლების ნარკოტიკების მოხმარების ჩვენებზე ჰკითხეს: 41%-მა თქვა, რომ ზოგიერთი მისი ნაცნობი ახალგაზრდა მამაკაცები მარიჟუნას მოიხმარენ; 17,5%-მა თქვა, რომ მარიჟუნას მისი ნაცნობების უმეტესობა იყენებს; 24,7%-მა თქვა, რომ მისი ნაცნობებიდან რამდენიმე ჰეროინს მოიხმარს, 11%-მა იგივე თქვა ექსტაზზე და 11%-მა -სტიმულანტებზე.

უნდა აღინიშნოს, რომ ახალგაზრდებში არაინექციური გზით მოხმარებული ნარკოტიკების (მარიჟუნა, ექსტაზი, კოდეინი, ტრამადოლი) გამოყენება გახშირდა. მაგ. 2000 წლიდან 2003 წლამდე მარიჟუნას ახლადრეგისტრირებული მოხმარებლების რიცხვი 2,8-ით გაიზარდა. განსაკუთრებით საყურადღებოა ქალებისა და გოგონების მიერ ნარკოტიკების მოხმარების მაჩვენებლის ზრდა. ცნობილია, რომ ნარკოტიკებისა (მათ შორის არაინექციური) და ალკოჰოლის მოხმარება სექსუალური პარტნიორებისა და დაუცველი სექსუალური კონტაქტების როდენობას ზრდის, რაც თავისთავად აივ-ისა და სხვა სექსუალური გზით გადაცემული დაავადებების მიმართ დაუცველობას იწვევს. ამრიგად, უმაღლესი სასწავლებლების სტუდენტი იმ ახალგაზრდა მამაკაცებიდან, რომლებმაც უსაფრთხო სექსის შემთხვევებზე მიუთითეს, 54%-მა ასეთი ქცევის მიზეზად ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია დაასახელა, ხოლო 14%-მა კი ნარკოტიკული ინტოქსიკაცია.

საქართველოს მოსახლეობის 7,8% 15-19 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნება. გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მიერ 2002 წელს ჩატარებული ახალგაზრდობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით საქართველოში ახალგაზრდების 87%-ს აინტერესებს და მსჯელობს სექსუალურ საკითხებზე, მაგრამ მათი საუბრები მათივე თანატოლების ფარგლებს არ სცილდება (63,9%). ახალგაზრდებში არსებული სექსუალური სტანდარტები განსხვავებულია. ვაჟებიც და გოგონებიც (76%) ფიქრობენ, რომ დასაშვებია ვაჟებს ჰქონდეთ კონტაქტი კომერციულ სექს-მუშაკებთან. მხოლოდ მათი მცირე ნაწილისთვისაა დასაშვები გოგონებისათვის ქორწინებამდე სექსუალური კავშირი. ახალგაზრდებს სმენიათ აივ-ისა და სხვა სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების შესახებ (88,75), მაგრამ ცოტა რამ იციან მათი გადაცემის გზებზე.

1.9.1 ბავშვები არატრადიციული ოჯახებიდან

2001-2004 წლებში განსხვავებულ კულტურებში – საქართველოს, რუსეთისა და უკრაინის ახალგაზრდებში – აივ-თან და შიდს-თან დაკავშირებული პრობლემების კვლევა ჩატარდა (Goodwin

etal., 2004). საქართველოში 500 ახალგაზრდა გამოიკითხა. გამოკითხულთა ერთი მესამედი ბავშვთა თავშესაფარიდან იყო (განათლების სამინისტროსთან არსებული სკოლა ინტერნატები ობოლი და მზრუნველობამოკლებული ბავშვებისათვის). შედეგები სრულიად მოულოდნელი აღმოჩნდა □ თავშესაფარის ბავშვებმა, საშუალოდ, აივ-სა და შიდს-ზე გაცილებით მეტი ცოდნა გამოავლინეს (თუმცა მათ შორის იყვნენ ისეთებიც, ვინც საერთოდ არაფერი იცოდა აივ/შიდს-ზე. ეს შეიძლება, ასეთ თავშესაფარებში გონებადაქვეითებული ბავშვების დიდი რაოდენობით აიხსნას). სექსუალური აქტივობების მაჩვენებელი და ნარკოტიკების გამოყენების შემთხვევები აქ მეტად მცირეა, რაც უსახსრობის შედეგი უნდა იყოს.

საქართველოში აივ-სა და შიდს-ის შესახებ ინფორმაციას ახალგაზრდებს, ძირითადად, საგანმანათლებლო ფუნქციების მქონე ის არასამათავრობო ორგანიზაციები აწვდიან, რომლებიც თავშესაფარში მცხოვრებ ახალგაზრდებზე არიან ორიენტირებულნი. რაც შეეხება ზოგადსაგანმანათლებლო სკოლების სახელმწიფო პროგრამას, იგი ჯერ არ არსებობს და ამათან დაკავშირებული სიტუაციაც ჯერჯერობით გაურკვეველია.

ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევების სიმცირე მხოლოდ და მხოლოდ უსახსრობით აიხსნება (თავშესაფარის ბავშვები იყენებენ ნებს, რომელსაც შესუნთქვის გზით მოიხმარენ). უნდა აღინიშნოს, რომ თუ თავშესაფარის ბავშვები ინექციურ ნარკოტიკებს გამოიყენებენ, აქ ინფიცირების საშიშროება გაცილებით მეტი იქნება, ვინაიდან თავშესაფარის პირობებში ერთჯერადი შპრიცების გამოყენების შესაძლებლობა მეტად მცირეა.

თავშესაფარის ბავშვებისა და ჩვეულებრივ ოჯახში მცხოვრები მათი თანატოლების სექსუალურ აქტივობებს შორის სხვაობა უნდა არსებობდეს, რადგან, თუ ჩვეულებრივი საშუალო სკოლის ბიჭებს საშუალება აქვთ კონტაქტი სექს-მუშაკებთან დაამყარონ, თავშესაფარის ბავშვები უსახსრობის გამო ამას მოკლებული არიან. ქორწინებამდე სექსუალური კონტაქტები თანაბრად ტაბუირებულია, როგორც თავშესაფარის გოგონებისა და ბიჭებისთვის, ასევე მათი სხვა თანატოლებისათვის. გოგონებთან ინტერვიუებში, თავშესაფარის მხოლოდ ორმა გოგომ აღიარა, რომ სექსის ბიზნესში ჩართული და მხოლოდ სამმა თქვა, რომ □მეგობარი ბიჭი□ ჰყავს. რუსეთთან და უკრაინასთან შედარებით, ეს მნიშვნელოვნად მცირე მაჩვენებელია.

I.10 პენიტენციალური სისტემა

აივ-ის მიმართ მოსახლეობის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფი პატიმრებია. საქართველოში პენიტენციალურ სისტემაში ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებულ განათლებაზე გამოყოფილი თანხების სიმცირის გამო, აქ ცოტა რამ კეთდება აივ-ისა და ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციისათვის. თვით ეს სისტემა არ □უნყოფს ხელს პრევენციული პროგრამების მუშაობას, რადგანაც, მის ოფიციალურ წარმომადგენლებს არ სურთ აღიარონ, რომ პატიმრებისთვის ნარკოტიკები ადვილად ხელმისაწვდომია. აქ რთულია დამცავი საშუალებების (პრეზერვატივის) გავრცელებაც მიუხედავად ამისა, ციხეებსა და კოლონიებში, ნარკოტიკების მოხმარების, მათ შორის ინექციურის, მაჩვენებელი (და მასთან დაკავშირებული რისკიც) მეტად მაღალია. 2004 წელს ნარკოლოგიის ინსტიტუტის მიერ ორ პენიტენციალურ დაწესებულებაში ჩატარებულმა გამოკითხვამ (ინტერვიუ 19-დან 50 წლამდე 250 პატიმარ მამაკაცთან) აჩვენა, რომ რესპოდენტების 70% ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 41% კი ნარკოტიკებს საპყრობილეში იყენებს. ყველაზე ხშირად აქ ინექციური ნარკოტიკები გამოიყენება. იმ რესპოდენტებიდან, რომლებმაც აღიარეს, რომ უკანასკნელი სამი თვის მანძილზე აქვთ მიღებული ნარკოტიკი, 30% მოიხმარს მარიჟუნას, 41% - ჰეროინს, 18% - სუბუტექსს (ინექციის სახით), ხოლო 8% - ოპიუმს და სხვ. რესპოდენტების 10% ინექციურ ნარკოტიკებს რეგულარულად მოიხმარს □ ყოველდღიურად ან ყოველ მეორე დღეს.

აივ-თან დაკავშირებით შემდეგი მონაცემები იქნა მოპოვებული: ნარკოტიკების მოხმარებლების 87% მრავალჯერადად იყენებს საკუთარ ნახმარ შპრიცს, ; 42% არიარებს, რომ საკმაოდ ხშირად გამოუყენებია სხვის მიერ ნახმარი შპრიცი, 52% კი აღნიშნავს მათ მიერ გამოყენებული შპრიცების შემდგომში სხვის მიერ მოხმარებას. ასეთი სარისკო ქცევა ამ დაწესებულებებში სტერილური შპრიცებისა და გამოუყენებელი შპრიცების ნაკლებობით აიხსნება.

აქედან გამომდინარე, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებისა და საზიარო შპრიცების გამოყენების შემთხვევების სიმრავლის გამო, საქართველოს პენიტენციალურ სისტემაში აივ-ისა და ჰეპატიტების გავრცელების საშიშროება დიდია.

საქართველოში პატიმრებში აივ-ის გავრცელების კვლევა პირველად 1997 წელს ჩატარდა, როდესაც 7000-მა პატიმარმა აივ-ტესტირება გაიარა; აღმოჩენილ იქნა აივ-ის 5 შემთხვევა.

უკანასკნელი გამოკვლევა 2001 წელს დასრულდა, როდესაც 1200 პატიმარს, მას მერე, რაც მათ კონსულტაცია გაიარეს, ტესტირება ჩატარდა. ციხეებში აივ-ის ინფექციის გავრცელების მიმდინარე მაჩვენებელი 0.1%-ია. შიდს-ის ეროვნული ცენტრი პატიმრების აივ ინფექციაზე ტესტირებას შეზღუდულად აწარმოებს, მაგრამ პენიტენციალურ სისტემაში აივ-ის, სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციებისა და ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციაზე მიმართული სტრატეგია ვითარდება

და ცენტრი, იუსტიციის სამინისტროსთან ერთად, ფონდების მოსაპოვებლად მთავრობასა და დონორებთან მოლაპარაკებას აწარმოებს.

არასამთავრობო ორგანიზაცია "თანადგომა" თბილისის ციხეებში აივ-ისა და სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციათა პრევენციის დარგში განათლებასა და კონსულტაციებს ეწევა. ისინი აივ-ით ინფიცირების რისკის ქვეშ მყოფ პატიმრებს შიდსის ეროვნულ ცენტრში ტესტირებისათვის მიავლენენ. ტესტირება ნებაყოფლობითია და პატიმრები თვითონ წყვეტენ, გაიარონ ის თუ არა.

1.11 მიგრანტები

ექსპერტების შეფასებით, დაახლოებით 1 მილიონი ადამიანი სამუშაოსა თუ განათლების მისაღებად უცხოეთში მიემგზავრება (წულაძე, 2003, გვ.161). გარდა ამისა, დიდია სეზონური მიგრანტების რიცხვი განსაკუთრებული რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფი – რომელთა დადგენაც მეტად რთულია. ემიგრანტი მამაკაცების უმრავლესობა რუსეთსა და უკრაინაში (ქვეყნები აივ-ის გავრცელების დიდი მაჩვენებლებით) ან თურქეთში, საბერძნეთში, აშშ-ში, გერმანიაშია თუ აღმოსავლეთ ევროპაში მიემგზავრება, მაშინ როცა ქალები ძირითადად, თურქეთში, საბერძნეთში, აშშ-ში, გერმანიაში და საფრანგეთში მიდიან და ბევრი მათგანი შინამოსამსახურებად იწყებს მუშაობას. ემიგრაციის ყველაზე მაღალი დონე სამეგრელოსა და ჯავახეთში შეინიშნება. და პირიქით, ძალიან ცოტა ადამიანის მიგრირებს საქართველოში, - აქ ძირითადად რუსეთიდან და აზერბაიჯანიდან ფერმეებში სამუშაოდ მოდიან. სიტუაცია განსაკუთრებით შემამოფოთებელია ჯავახეთში; ეს ერთ-ერთი ყველაზე ღარიბი რეგიონია და იგი კვალიფიციური მედპერსონალის ნაკლებობას განიცდის. აქ, პრევენციული ზომები თითქმის არ ტარდება. ზოგიერთი მიგრანტი ქალი სექსის ბიზნესში იწყებს მუშაობას და, ამდენად, ეს აივ-ით ინფიცირების რისკს ზრდის. მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის ფაქტიც, რომ სამშობლოში დაბრუნების შემდეგ, ასეთი ქალები წყვეტენ ამ საქმიანობას და საკუთარ კულტურულ გარემოს უბრუნდებიან.

მიგრაციის ზრდა საქართველოში აივ-ის ეპიდემიის გავრცელების ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია, ხოლო იძულებით გადაადგილებული პირების არსებობა კი კიდევ ერთი ფაქტორი. მოსახლეობის 1989 წლის აღწერით, საქართველოს მოსახლეობა 5.4 მილიონი იყო. კონფლიქტებმა, რომლებმაც უკანასკნელ წლებში იფეთქა და მიგრაციის ზრდამ (ძირითადად ეკონომიკური სიდუხჭირის გამო ან განათლების მისაღებად) ქვეყნის მოსახლეობა 4.6 მილიონამდე შეამცირა (www.statistics.ge). ეთნიკური კონფლიქტების წყალობით, 288 000 ადამიანი იძულებით გადაადგილებული პირი გახდა (სამაჩაბლოსა და აფხაზეთის ტერიტორიები). გარდა იმისა, რომ მათ გადაადგილება მოუხდათ, ამ ადამიანების უმრავლესობამ დიდი დანაკარგები განიცადა. იძულებით გადაადგილებულმა მამაკაცებმა სეზონური სამუშაო იშოვეს ან სამსახურის საძებნელად ქვეყნიდან წავიდნენ. ქალებმა კი პატარა მალაზიებსა და ბაზრებში პროდუქტისა და სხვადასხვა ნივთების გაყიდვა დაიწყეს. ზოგიერთი მათგანი სექსის ბიზნესით დაკავდა (ოფიციალური სტატისტიკა ამ სფეროში არ არსებობს და ინფორმაცია ამ ანგარიშისათვის მხოლოდ სექს-მუშაკებთან გასაუბრებითაა მოპოვებული).

რუსეთის ფედერაციის ტერიტორიაზე ლტოლვილის სტატუსით 188 000 ქართველია რეგისტრირებული. რუსეთში მიგრანტების 50%-ია, შემდეგ მოდის თურქეთი (13%) და უკრაინა (7%). უკან დაბრუნების შემდეგ ეს ადამიანები სამშობლოში აივ-ის ახალი შემთხვევების შემოტანის რისკს ზრდიან (თ გოცაძე, აივ/შიდს_ი საქართველოში მივმართავთ კრიზისს); შიდს-ის ნაციონალურ ცენტრში რეგისტრირებული საქართველოს მოქალაქეების 79% უკრაინაში ან რუსეთში დაინფიცირდა.

1.12 აივ/შიდს-თან დაკავშირებული ცოდნის დონე

მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა კვლევების მონაცემები საქართველოში აივ-თან და შიდსთან დაკავშირებით ცოდნის დონე დამაკმაყოფილებელ დონეს გვიჩვენებენ (კაჭკაჭიშვილი, 1999; Goodwin et al., 2003), (ამ ანგარიშისათვის), გამოკითხულთა უმრავლესობა აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ არასწორი ინფორმაცია აქვთ: მაგ. მათ სჯერათ რომ შიდსი ჰაერით, ან შეხებით ან აივ-ით დაავადებულის ჭურჭლის გამოყენებითაც ვრცელდება. ცოდნის დანალმა დონემ, შესაძლებელია ადამიანები აივ-ით ინფიცირების რისკის ქვეშ დააყენოს და აივ-ის მატარებელი ადამიანების იზოლაცია, დისკრიმინაცია და სტიგმატიზაცია გამოიწვიოს. ერთ-ერთ ანგარიშში, აღწერილია შემთხვევა, როდესაც ციხის ჰოსპიტალში სემედიცინო პერსონალმა აივ-ის მატარებლის მიმართ უსაფრთხოების გადაჭარბებული ზომები მიიღო (ქარსელიშვილი, 2002).

აღმოსავლეთ ევროპის ხუთ ქვეყანაში (უნგრეთი, პოლონეთი, საქართველო, ესტონეთი, რუსეთი) ჩატარებულ ერთ-ერთ ზემოხსენებულ კვლევაში (Goodwin et al., 2003), ექიმების, ხელმძღვანელი მუშაკებისა და მედლების გამოკითხვა მოხდა. სამიზნე ჯგუფად ხელმძღვანელი მუშაკები შეირჩა, რადგანაც ისინი ბევრს მოგზაურობენ და შემთხვევითი სექსუალური კონტაქტების შესაძლებლობაც მეტი აქვთ. ინტერვიუებისათვის მედპერსონალის (ექიმები, მედლები) შერჩევის მიზეზი კი ის გახლდათ,

რომ ისინი სხვადასხვა დაავადებების და მათ შორის აივ- ინფექციის და შიდსის შესახებ ინფორმაციის გავრცელების მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენენ. ქართველი მედლების გათვითცნობიერებულობის დონე აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ყველაზე დაბალია. ასეთი აღმოჩენა კი მედლებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალისათვის სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამების განხორციელების აუცილებლობაზე მეტყველებს.

კაჭკაჭიშვილისა (2002) და გუდვინის (Goodwin et al 2003) მიერ მოპოვებული მონაცემების შედარებით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ: ავადმყოფობის გადაცემის გზებისა და მისი პრევენციის შესახებ გათვითცნობიერებულობა კორელაციაშია ცოდნის დონესთან.

კაჭკაჭიშვილის აზრით (2002; ზოგადი ინტერვიუები საზოგადოებასთან), აივ-ის გადაცემის, პრევენციის და სარისკო ქცევის შესახებ ცოდნის დონე გამოკითხულებში დამაკმაყოფილებელია. სოციალური რეპრეზენტაციის კვლევაში (SRR) გუდვინის მიერ შერჩეული გამოკითხულები უფრო განათლებულები ჩანან, ვიდრე კაჭკაჭიშვილისა (2002). განსხვავებული მეთოდოლოგიის გამო მონაცემთა უშუალო შედარება შეუძლებელია: ღია კითხვები (კაჭკაჭიშვილი) და დახურული კითხვები (SRR) ავადმყოფობის გადაცემის გზებთან დაკავშირებით. მიუხედავად ამისა, შეიძლება გაკეთდეს დასკვნა, რომ SRR რესპოდენტებმა იციან, რომ დაუცველი სექსის გარდა, აივ-ით

ინფიცირების რისკს სისხლით უშუალო კონტაქტიც (ინექციური ნარკოტიკების გამოყენება, სისხლის გადასხმა) შეიცავს. აქედან გამომდინარე, ქართველთა უმრავლესობისათვის შიდსი უფრო სექსთანაა (როგორც სჩანს, უფრო პეტეროსექსუალურთან) დაკავშირებული და ნაკლებად – სისხლთან.

ამავე დროს, SRR-ის იმ გამოკითხულებს, და განსაკუთრებით მედლებს რომლებმაც აივ-ის სისხლით უშუალო კონტაქტით გადაცემის შესახებ კარგად იციან, ასევე სჯერათ, რომ არაპირდაპირი გზებიც არსებობს (მაგ. ნერწყვი, კოლო, ხელის ჩამორთმევა).

კაჭკაჭიშვილის მიხედვით, აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ არსებული ცოდნის დონე შერჩეული რესპოდენტების მიერ საკუთარი თავის აივ-ით ინფიცირების რისკის აღქმაში არ აისახება. რესპოდენტების უმრავლესობა (განსაკუთრებით ქალები) ნაწილობრივ ან სრულიად უარყოფს იმის შესაძლებლობას, რომ ამ დაავადებით თვითონ დაინფიცირდნენ. რესპოდენტთა ნახევარი (განსაკუთრებით მამაკაცები) დამცავ საშუალებებს არ იყენებს (გვ.151). ყოველივე ეს კი მაკფარლანდის (McFarland et al 1992) დასკვნას შეესაბამება, რომელმაც აღმოაჩინა, რომ ხალხის აზროვნებასა და ქცევას შორის ყოფილ საბჭოთა კავშირში გაცილებით დიდი ზღვარი არსებობს, ვიდრე დასავლეთის ქვეყნებში.

360 მოსწავლისა და სტუდენტის შესწავლისას გამოკითხულთა 56% უკანონო პრეპარატების შესახებ ინფორმაციას ქუჩიდან იღებს, 43% ინფორმაციის წყაროდ მასმედიას ასახელებს, და მხოლოდ 10% იღებს ინფორმაციას პოპულარული საგანმანათლებლო ლიტერატურიდან. საშუალო სკოლის პროგრამაში სექსუალური განათლების საკითხების შეტანის მცდელობას დიდი წინააღმდეგობა გაუწიეს ზოგიერთმა სოციალურმა ჯგუფებმა და, განსაკუთრებით, მნიშვნელოვანი კულტურული ზეგავლენისა და ძალაუფლების მქონე რელიგიურმა ლიდერებმა. სექსთან დაკავშირებული საკითხები ძირითადად ტაბუირებულია ოჯახებშიც. ამდენად, სექსუალური განათლების მიღების სარწმუნო წყაროები ჯერ კიდევ მცირეა.

ინტარპიუ ინფორმაციური კათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის
კვლევითი ცენტრის (შიდსის ეროვნული ცენტრის) ექიმთან,
ძ-ნ. ლალი შარვაშიძესთან. თბილისი, საქართველო

1991 წლიდან სიტუაცია საგრძნობლად შეიცვალა. პირველ რიგში, გაჩნდა ახალი მედიკამენტები და მკურნალობის მეთოდები (მაგ. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტებით მკურნალობა ARV treatment medication). მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის შედეგად სამედიცინო ჩარევა უფრო ეფექტიანი გახდა. ასეთია შიდსის მკურნალობის ახალი მიმართულებები. მკურნალობის ეს მეთოდები საქართველოშიც დაინერგა და ფაქტიურად, შეგვიძლია განვაცხადოთ, რომ მსოფლიო პრაქტიკა ჩვენთანაც არის დანერგილი, თუმცა ოდნავ ჩამოვრჩებით. რაც შეეხება მკურნალობის სახსრებს, მთავრობამ თავის თავზე ხუთი პაციენტის მკურნალობა აიღო. სამწუხაროდ, ჯერ-ჯერობით მეტის საშუალება არ არის (ამ ხუთი პაციენტის მკურნალობა ხუთი წლის წინ დაიწყო. მათ აივ-ი სხვა პაციენტებზე ადრე დაუდგინდათ. მას მერე პაციენტების რიცხვი გაიზარდა, მაგრამ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაძლებლობები არ შეცვლილა). სხვა პაციენტებს მკურნალობის საფასურის გადახდა უხდებათ, თუმცა სასიკეთო ცვლილებები აქაც მოხდა. ბაზარზე გაჩნდა ინდური წარმოების საკმაოდ იაფი პროდუქცია, რომელმაც შესაძლებელი გახდა დასავლეთის ძვირადღირებული მედიკამენტების შეცვლა. ინდური წარმოებით მკურნალობა თვეში 150 აშშ დოლარი ჯდება, მაშინ როცა დასავლეთის მედიკამენტებისთვის თვეში 800 - 900 აშშ დოლარია საჭირო.

სხვაობა მეტად მნიშვნელოვანია. ამრიგად, დღეს ბევრ პაციენტს შეუძლია თავისი მკურნალობის საფასური გადაიხადოს, მიუხედავად იმისა, რომ ეს ჯერ კიდევ არც თუ ისე იაფია. მეორეს მხრივ, ვთვლი, რომ ამ პრობლემის უდიდესი ნაწილი გადაიჭრება საქართველოში გლობალ ფონდის (Global Fund) პროექტის მუშაობის დაწყებასთან ერთად, რაც უახლოეს მომავალშია მოსალოდნელი. ეს პროექტი გაცილებით უფრო მეტი პაციენტის მკურნალობას უზრუნველყოფს, ვიდრე ეს საქართველოს სჭირდება.

[...] აივ ინფექციის დროული დადგენა მეტად მნიშვნელოვანია. ამ დროს მკურნალობა ბევრად უფრო ეფექტურია. თუმცა ავადმყოფობის ადრეულ სტადიაში დადგენას თავისი პრობლემები გააჩნია და ეს პრობლემები მეტად სერიოზულია. ზოგადად, აივ ინფექცია მართვადი ქრონიკული დაავადებაა. როგორია სიტუაცია საქართველოში? თუ გლობალ ფონდის პროექტი მუშაობას უახლოეს მომავალში არ დაიწყებს, ჩვენ მრავალი სხვადასხვა პრობლემის წინაშე აღმოვჩნდებით. □ ამ პროგრამის ამუშავებას ხელს გარკვეული ბიუროკრატიული მოთხოვნები უშლის, მაგ. ქართული კანონმდებლობის შესაბამისობა და მისი ადგილობრივ პირობებთან მისადაგების აუცილებლობა.

ტესტირება დღესაც კი ყველასათვის ხელმისაწვდომია. □ რსებობს ე.წ. □ რისკის ჯგუფების □ შემომნების სპეციალური პროგრამები. მრავალ ადამიანს უფასო ტესტირების საშუალება ეძლევა. თუ ტესტირების შედეგი დადებითია, ყველა მომდევნო პროცედურა (განმეორებითი ტესტირება, რეგისტრაცია, ავადმყოფობის სტადიის დადგენა და ა.შ.) ასევე უფასოა და სახელმწიფოს სახსრებით ხდება. რიგითი მოქალაქისთვის, რომელსაც სურს ტესტირება გაიაროს, გადასახადი დიდი არ არის - 5 აშშ დოლარის ექვივალენტი. ჯერ არ მსმენია, რომ ვინმეს ტესტირების ფასთან დაკავშირებით უკმაყოფილება გამოეთქვას. აქვე მინდა აღვნიშნო, რომ აივ ინფექცია/შიდსის მკურნალობა მხოლოდ საზოგადოებრივ დაწესებულებებში და, კერძოდ, ჩვენთან ხდება. □ ივ ინფექცია/შიდსის კერძო კლინიკაში მკურნალობის შესახებ არც კი მსმენია - ეს წრმოუდგენელიცაა. შეუძლებელია კერძო პრაქტიკოსებს ამ დაავადების სადიაგნოსტიკო საშუალებები გააჩნდეთ.

[...] ნარკოტიკების მომხმარებლები, რა თქმა უნდა, ყველაზე დიდი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ნარკოტიკების გამოყენება ფსიქოლოგიურ ცვლილებებსაც იწვევს; ნარკოტიკების მომხმარებელი უმეტესწილად თავს არ უვლის, არ გადის ტესტირებას და ა.შ. თუმცა ზოგიერთი ამას აკეთებს კიდევც.

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლის ყველაზე დიდი მაჩვენებლები სამეგრელოსა და თბილისშია - ეს რთული რეგიონებია. სამედიცინო პერსონალი, განსაკუთრებით ქირურგები, და რა თქმა უნდა ჩვენც, □ რისკის ჯგუფს □ განვეკუთნებით, რადგანაც აივ-პაციენტებთან უშუალო კონტაქტში ვიმყოფებით. არსებობს წესი, რომლის მიხედვითაც ქირურგმა ოპერაციას ხელი არ უნდა მოჰკიდოს, თუ მისთვის პაციენტის აივ სტატუსი და სხვა რამდენიმე პარამეტრიც (ფაქტორი) ცნობილი არაა (არ არსებობს რაიმე კანონი, რომელიც სავალდებულო ტესტირებას მოითხოვს, არსებობს მხოლოდ რეკომენდაცია, რომელსაც იშვიათად ასრულებენ).

რა თქმა უნდა, სახეზეა აივ-ით ინფიცირებულთა სტიგმატიზაციის პრობლემებიც. ჩვენი მხრიდან პრობლემები არ არსებობს (ანონიმურობა და კონფიდენციალურობაც სრულიად დაცულია), მაგრამ ხშირ შემთხვევებში, როგორც წესი, წყდება ურთიერთობა მეგობრებთან, მეზობლებთან და ა.შ. მთელ მსოფლიოში ასეა. ჩვენ ვაფრთხილებთ ჩვენს პაციენტებს გართულებების თავიდან ასაცილებლად საკუთარ სტატუსზე არ ილაპარაკონ.

ადრე, თუ ინფიცირებულ პირს ქირურგის ან სტომატოლოგის დახმარება დასჭირდებოდა, სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებით მას პრობლემები ექმნებოდა. აივ-პაციენტის მკურნალობაზე ექიმები ხშირად უარს ამბობდნენ. ამჟამად სიტუაცია გამოსწორდა; ხალხმა ბევრი რამ ისწავლა. წარსულში, როდესაც საავადმყოფოში ინფიცირებულ პირს აღმოაჩნდნენ, სამედიცინო პერსონალი მას საავადმყოფოს დაუყვონებლ დატოვებას სთხოვდა. დღეს ეს იშვიათად ხდება. სამედიცინო პერსონალმა იცის, რომ თუ უსაფრთხოების ზომები დაცულია, სამიში არაფერია. □

1.12.1 მედია აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ

მთელ მსოფლიოში აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ინფორმაციის გავრცელებასა და საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებაში მასმედია დიდ როლს თამაშობს. ამ საკითხებში ადამიანების განათლების დონე მასმედიის აქტივობაზე დიდადაა დამოკიდებული. სამწუხაროდ, საქართველოში აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ საკითხებზე მასმედია ნაკლებად რეაგირებს. მისი გაშუქება ეპიზოდურად ხდება და ძირითადად სენსაციურ ხასიათის ატარებს. შესაბამისად, მასმედიის ფუნქცია, ინფორმაცია მიაწოდოს საზოგადოებას, გაანათლოს იგი და ჯანმრთელის ცხოვრების წესს პროპაგანდა გაუწიოს, იგნორირებული და/ან აუთვისებელია.

ორი განსხვავებული კულტურის თვალთახედვით, აივ-ისა და შიდს-ის საკითხების გაშუქებასთან

დაკავშირებით, დიდი ტირაჟის მქონე ჯურნალ-გაზეთების მონიტორინგი და ამავე დროს, (Goorwinet al., 2003, Goodwin et al., 2004) ტელე- და რადიო- საინფორმაციო პროგრამების შერჩევითი მონიტორინგი მოხდა. დეტალებში ჩალრმავების გარეშე უნდა ითქვას, რომ აივ/შიდს-ზე პუბლიკაციების პიკმა საქართველოში 1997-1998 წლებში მიაღწია. შემდგომ პერიოდში ასეთი მასალის რაოდენობა თანდათანობით კლებულობს და 2003 წლის 1 დეკემბერს (შიდსის საერთაშორისო დღე) სამმა ტელე- და ორმა რადიოარხმა აივ/შიდს-თან დაკავშირებული საკითხები საერთო არ გააშუქა. (თუმცა, აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 1 დეკემბერი საპრეზიდენტო არჩევნების წინა დღე იყო და ქვეყანაში დაძაბული პოლიტიკული სიტუაცია სუფევდა). როგორც ჩანს, აივინფექცია და შიდსის მედიცინის პრიორიტეტულ საკითხებს აღარ წარმოადგენს, რაც, არსებული ეპიდემიოლოგიური ტენდენციების გათვალისწინებით, თავისთავად მეტად საგანგაშოა. ასევე არც პრესის, რადიოსა და ტელევიზიის ხელმძღვანელობა ინტერესდება საზოგადოების ამ პრობლემით და პრიორიტეტს სხვა უფრო მნიშვნელოვან პოლიტიკურ თუ სოციალურ მოვლენებს ანიჭებს; მედია პასიურია აივ ინფექციისა და შიდსის საკითხების მიმართ, არ ცდილობს საზოგადოებაში არსებულ ცრურწმენაზე ზემოქმედება მოახდინოს და არ სურს საზოგადოებაში აივინფექციის და შიდსის შესახებ ცოდნის დონის ამაღლების პროცესში თავისი წვლილი შეატანოს. გარდა ამისა, აივ/შიდს-ის საკითხების გაშუქება კომერციულ ინტერესებთან არ არის დაკავშირებული, ამიტომ მასმედიის ისეთი უმნიშვნელოვანესი ნყაროები, როგორც ტელევიზია და რადიო, აივ/შიდსის საკითხების გაშუქებას მომგებიანად არ მიიჩნევენ. და თუმცა აივ/შიდსი იმ საკითხების სიაშია, რომლებსაც ე.წ. სოციალური რეკლამის შეღავათები გააჩნია, ასეთი

სოციალური რეკლამები ტელევიზიით სამუშაო საათებში გადის, როდესაც მოსახლეობის უმრავლესობა ტელევიზორს არ უყურებს.

რეგიონალური მედია (პრესა და ტელევიზია) კიდევ უფრო ნაკლებად არის აივ/შიდსთან დაკავშირებული საკითხების გაშუქებით დაკავებული, რაცაშკარა ინფორმაციულ ასიმეტრიამ გამოიხატება. დედაქალაქისა და დიდი რეგიონალური ცენტრების მოცხოვრებლები მეტ-ნაკლებად გათვითცნობიერებულნი არიან, მაშინ როცა, მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილი აივ ინფექციის პრევენციის შესახებ ინფორმაციას პრაქტიკულად მოკლებულია. ეს კი რეგიონებში (სოფლებში) ინფორმაციულ ვაკუუმს ქმნის და აივ-ის რისკს შესაძლებლობას ზრდის.

უმეტეს შემთხვევაში, საინფორმაციო სისტემა, რომელიც სენსაციურ მასალაზე დაფუძნებული, მოსახლეობაში პანიკასა და შიშს ბადებს და აივ-ის მტარებელთა სტიგმასა და დისკრიმინაციას აძლიერებს. ყოფილა შემთხვევებიც, როდესაც მასმედიის მიერ გამოქვეყნებული ინფორმაციით კონფიდენციალობა დაირღვა და აივ ინფექციის მტარებელი პიროვნება დასახელდა. (აივ/შიდსთან დაკავშირებული სიტუაციური ანალიზი საქართველოში, 2001

გთავაზობთ იმ ყველაზე საინტერესო ან ტიპიური პუბლიკაციების მოკლე მიმოხილვას, რომლებიც მონიტორინგის ორი პერიოდის განმავლობაში იქნა შენიშნული.

პირველ სტადიაზე, აივ/შიდს-თან დაკავშირებული საკითხების გაშუქების თავლსაზრისით, ორი ყოველდღიური გაზეთის ანალიზი გაკეთდა.

□ ალია □. 30 იანვარი, 1999, გვ. 8, 2000 სიტყვა

□ ეს ქართველი ნარკომანებისთვის საინტერესო უნდა იყოს □

სტატია უსახსრობის გამო ნარკომანთა მკურნალობასთან დაკავშირებულ არსებულ მძიმე მდგომარეობას განიხილავს. სხვა საკითხებთან ერთად, აივ-ის პროფილაქტიკის დაბალი დონეცაა ნახსენები.

□ ალია □, 23 დეკემბერი 1999, გვ. 12, 70 სიტყვა

□ ჟირინოვსკი: ბოროტი რუსი ჰაკერი □

ჟირინოვსკი სკანდალური რუსი ნაციონალისტი პოლიტიკოსია. როიტერის კითხვაზე თუ სად აპირებს საპარლამენტო არჩევნებში თავისი გამარჯვება დასავლელს (რუსული სლენგი, რაც რაიმე მოვლენის აღსანიშნავად დალევას ნიშნავს), იგი პასუხობს, რომ რუსები აღარ სვამენ, რომ რუსეთის საუკეთესო ჰაკერები ისეთი კომპიუტერული ვირუსის შექმნაზე მუშაობენ, რომელიც დასავლეთის კომპიუტერულ სისტემას მთლიანად გაანადგურებს, ხოლო დალევა, მონევა, ნარკომანია და შიდს-ი კი დასავლეთის ატრიბუტებია.

□ რეზონანსი □, 29 სექტემბერი, 1999 წელი, გვ. 8, 100 სიტყვა

□ ყოველი მესამე ქალი რუსეთში სიფილისითაა ინფიცირებული □

სტატისტიკური მონაცემები, გადმობეჭდილია □ The New York Times □-დან (უმუშევრობა, სექსუალური

გზით გადაცემული ინფექციები რუს ქალებში). სტატიის მიხედვით 27 000 რუსი ქალი ავიწიციცირებულა.

□რეზონანსი□, 17 ოქტომბერი, გვ. 4, 300 სიტყვა.

□მსოფლიოში ყოველ წუთს შიდსით 5 ადამიანი ინფიცირდება□

სტატიის მიხედვით, შიდსი კაცობრიობისათვის ბირთვული საფრთხის მერე №2 საფრთხეა. აივ-ის მტარებელთა მსოფლიო სტატისტიკასთან ერთად (ძირითადად აფრიკის შესახებ), ნათქვამია, რომ საქართველოში 102 აივ-ის მატარებელია რეგისტრირებული, სავარაუდო რაოდენობა კი 800-ია. სტატიაში ასევე ლაპარაკია: აივ-ის გადატანის გზებზე, პროფილაქტიკის დაბალ დონეზე, და რისკის გათვითცნობიერებულობის დაბალ დონეზე. ანტირეტროვირუსულ მკურნალობასთან (ARV treatment) დაკავშირებით სტატიაში ნათქვამია, რომ ოთხი აივ-ით ინფიცირებული ადამიანი საქართველოში სახელმწიფო პროგრამით მკურნალობს, ეს მკურნალობა მეტად ძვირი ჯდება (ერთ ადამიანზე წელნადში 15 000) და რომ სხვა აივ- ინფიცირებულთა სამკურნალოდ სახსრები არ არსებობს.

□რეზონანსი□ 25 ოქტომბერი, 1999 წლი, გვ.5, 1200 სიტყვა

□რატომ გაიძვრა ფესვები დილეტანტიზმმა (არაპროფესიონალიზმმა) მედიცინაში□

სტატია საქართველოში ჯანდაცვის დაბალ დონეს განიხილავს, რომელმაც საბჭოთა კავშირის რღვევის შემდეგ კიდევ უფრო დაბლა დაინია. სხვა საკითხებთან ერთად, ავტორი უკმაყოფილებას გამოთქვავს ისეთი შარლატანების გამოჩენაზე, რომლებიც უკურნებელი სნეულებების, მათ შორის შიდსისგან განკურნებასაც ჰპირდებიან ხალხს, რომელიც მათ ენდობა.

□რეზონანსი□, 11 ნოემბერი, 1999 წელი, გვ. 21, 200 სიტყვა

რუბრიკა □ვპასუხობთ მკითხველს□, პასუხში კითხვაზე □რა დაავადებები ვრცელდება სექსუალური გზით?□, აივ/შიდსი განხილული საკითხებიდან ერთ-ერთია.

□რეზონანსი□, 25 ნოემბერი, 1999 წელი, გვ.8, 350 სიტყვა

□მსოფლიოში შიდს-ით ინფიცირებული უკვე 50 მილიონი ადამიანია□, ქვესათაური:

□ყოფილ სსრკ-ში ინფიცირების ძირითადი გზა ნარკომანთა ნემსებია□

ამ სტატიაში მოცემულია გაეროსა (UN) და მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის (World Health Organization) სტატისტიკური მონაცემები (BBC-ზე დაყრდნობით), რომლებიც მიუთითებენ, რომ ეპიდემია ჯერ კიდევ ვრცელდება, ძირითადად, განვითარებად ქვეყნებში და განსაკუთრებით – აფრიკაში. აქ ნათქვამია, რომ აფრიკაში ინფექციის გადატანის ძირითადი წყარო სექს- მუშაკებთან დაუცველი სექსია, მაშინ როცა ყოფილ საბჭოთა კავშირში ინექციური ნარკოტიკების გამოყენებაა დასახელებული. აქვე განხილულია ანტირეტროვირუსული მკურნალობის მედიკამენტები და ნათქვამია, რომ ისინი ჯერ კიდევ ძალიან ძვირია.

□რეზონანსი□ 27 ნოემბერი, 1999 წელი, გვ. 4, 40 სიტყვა

ლაპარაკია სომხურ მედიკამენტზე □არმენიკუმი□ და კერძოდ შიდს-ით ინფიცირებულ 24 ადამიანზე, რომლებიც სომხეთში სამკურნალოდ უკრაინიდან ჩავიდნენ. სტატიაში ნათქვამია, რომ შედეგები იმედის მომცემია.⁷

□რეზონანსი□ 1 დეკემბერი, 1999 წელი გვ.10, 159 სიტყვა

რუბრიკა □ვპასუხობთ მკითხველს□

კითხვა: □რა არის აივ/შიდს-ი, რატომ არის უკურნებელი და რამდენი ინფიცირებულია საქართველოში?□.

კითხვაზე დეტალური პასუხია გაცემული, ჩამოთვლილია გზებიც, რომელთა მეშვეობითაც აივ-ი არ ვრცელდება.

⁷მედიკამენტი □არმენიკუმი□ ანტირეტროვირუსულ აივ მედიკამენტად გამოცხადდა და მასზე მუშაობა სომხეთში □არმენიკუმ ცენტრში□ მიმდინარეობს. მუშაობა კლინიკური გამოცდის სტადიაზეა. სომხეთის ფარგლებს გარეთ ამ მედიკამენტის შესახებ ცოტა რამაა ცნობილი და მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციისა (World Health Organization) და UNAIDS-ის წარმომადგენლებიმა აღნიშნეს, რომ მათ □არმენიკუმზე□, როგორც აივ-ის ანტირეტროვირუსული მკურნალობის მედიკამენტზე ინფორმაცია არ გააჩნიათ.

□რეზონანსი□, 12 დეკემბერი, 1999, გვ.21 200 სიტყვა

რუბრიკა □რა არის უსაფრთხო სექსი?□ კითხვაზე დეტალური პასუხია გაცემული, ახსნილია პრეზერვატივის გამოყენების მათოდიც. ხაზგასმულია □შიდს-ის საფრთხე□ და დამატებითი ინფორმაციის მიღების მსურველთათვის მითითებულია ცხელი ხაზის ნომრები.

□რეზონანსი□ 29 დეკემბერი, 1999 წელი, გვ. 4-5, 600 სიტყვა

□ვინ ეწევა ნარკოტიკების პროპაგანდას?□ მოწინავე სტატია, რომელსაც □ნარკოტიკებისა და ნარკობიზნესის წინააღმდეგ ბრძოლის ეროვნული ბიურო□ (შინაგან საქმეთა სამინისტროს დეპარტამენტი)□ აწერს ხელს, მეტად აგრესიულად პასუხობს □რეზონანსის□ მიერ მანამდე გამოქვეყნებულ ნარკობიზნესთან დაკავშირებულ სტატიას. სტატია პოლიციელებს ნარკოდიდებთან გარიგებაში ამხელს და გაზეთს □ნარკოტიკების პროპაგანდაში□ სდებს ბრალს. სხვა საკითხებთან ერთად, სტატია შიდს-ის საფრთხეზე მიუთითებს, რომელიც თან სდევს ნარკომანიას.

პრესის მიერ აივ/შიდს-თან დაკავშირებული საკითხების გაშუქების შესწავლის მეორე სტადიაზე, გაანალიზებულ იქნა ერთი ყოველკვირეული გაზეთი და ორი ყოველკვირეული ახალგაზრდული ჟურნალი. პირველი სტადიისაგან განსხვავებით, ყურადღება არა მხოლოდ აივ/შიდს-ის ხსენებაზე გამახვილდა, არამედ მასთან დაკავშირებულ საკითხებზეც (სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციები, ნარკოტიკები, უსაფრთხო სექსი და ა.ს.).

□კვირის პალიტრა□ (ყოველკვირეული გაზეთი) გვ. 2-8 06.03

□ჩუმი მკვლელი: როგორ დავიცვათ თავი ჰეპატიტისაგან□

სტატია ამერიკული მედიკამენტის, □სილიმარინი□ რეკლამაა. აქვე დეტალურად არის მოთხრობილი C ჰეპატიტის შესახებ, მისი აღმოჩენის ისტორია, გადაცემის გზები (რომელთაგან ერთ-ერთი სექსუალური გზაა), მასთან დაკავშირებული საფრთხე და ა.შ. აივ-ი, როგორც მაღალი რისკის ინფექცია, ერთხელ არის ნახსენები.

□კვირის პალიტრა□, გვ.10-16. 12. 2003

ფოტო (სათაური: უცხო ქვეყნები).

შერჩეულ ფოტოზე გამოსახულია ზამბიის პრეზიდენტი, რომელიც ზულუს აივ-ით ინფიცირებულ პრინცესას კოცნის რათა აჩვენოს, რომ კოცნა სახიფათო არ არის. ფოტო □შიდს-თან ბრძოლის ფონდისათვის□ 15 000 000 დოლარის გადაცემის ცერემონიაზეა გადაღებული. ფოტოს ახლავს წარწერა, რომ ზამბიაში ყოველი მე-5 ადამიანი აივ-ის მტარებელია..

□კვირის პალიტრა□, 30.06 □ 6.07.03

□შესაძლებელია რომ აივ-ით ინფიცირებულ დედას ჯანმრთელი შვილი ჰყავდეს?□

სტატია აივ-ით ინფიცირებული ფეხმძიმე ქალის კითხვას დეტალურად პასუხობს. დედიდან შვილზე გადაცემის (MTCT) გარდა, სტატიაში აღწერილია ჰეპატიტისა და ჰერპესის გადაცემის გზებიც. სტატიის ავტორი შიდს-ის ნაციონალური ცენტრის პრევენციის განყოფილების ხელმძღვანელია.

□კვირის პალიტრა□, გვ.15-21. 09. 03.

□ნარკოტიკები უკვე სუპერმარკეტში იყიდება□.

ქვესათაური: □სკოლის ბავშვები ნარკომანები ხდებიან□; □თბილისი ალბათ მალე "ნარკოტიკების ქალაქი" გახდება; "პირდაპირ ოპიუმზე გადასვლა მარიჟუანას სტადიის გამოტოვებით".

სტატია გვამცნობს, რომ კულინარიული მიზნებისათვის საქართველოში დიდი რაოდენობით ყაყაჩოს თესლი შემოიტანეს. საქმე ისაა, რომ თესლის ქიმიური დამუშავების შემდეგ ადვილად მიიღება იაფი ოპიუმი (5-ჯერ უფრო იაფი, ვიდრე უიაფესი მზა ოპიუმი). ჯურნალისტები და ნარკოტიკების მომხმარებელების თერაპევტები ყაყაჩოს თესლის აკრძალვისაკენ მოუწოდებენ. ისინი აცხადებენ, რომ ყაყაჩოს თესლის იმპორტირება, შესაძლოა, მაღალი თანამდებობის მქონე პირთა მფარველობით ხდებოდეს (ამ სტატიის გამოქვეყნებიდან მცირე დროში ყაყაჩოს თესლის გაყიდვა აიკრძალა).

□ულტრა□, (ახალგაზრდული გაზეთი) 12-18 08.03

□ვენერიული დაავადებების დისპანსერები სტერილობას საჭიროებენ□

ეს არის კანისა და ვენერიულ სნეულებათა ინსტიტუტის ხელმძღვანელთან ინტერვიუ, რომელმაც განაცხადა, რომ სქესობრივი გზით გადაცემული დაავადებების რიცხვი საქართველოში იზრდება. ინტერვიუში საუბარია სიფილისზე, ჰონორეასა და ქლამიდიოსზე; განხილულია დიაგნოსტიკის დარგში არსებული პრობლემები. ინტერვიუ ფსიქოლოგიურ პრობლემებსა და მკურნალობის მეთოდებსაც ეხება. აივინფექცია/შიდსი, როგორც უკურნებელი დაავადება, ორჯერ არის ნახსენები.

□სარკე□, (ახალგაზრდული ჟურნალი) 19 □ 25. 03 03

□საქართველოს სპეცსამსახურები ბიო-ტერორიზმის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის მზად არიან. შიდს-ი და კიბო ბიოლოგიური იარაღია?□

სტატიის დასწყისში ჟურნალისტი საუბრობს მსოფლიოში გავრცელებული ქორის შესახებ, თითქოს საიდუმლო ლაბორატორიებში (სსრკ, აშშ, ეარყი) ხელოვნური ვირუსები იქმნება; ლაპარაკია ბიოტერორიზმის საფრთხეზე. სტატიაში ნათქვამია, რომ ჯანდაცვის დანესებულებების ხელმძღვანელებს ბიოტერორიზმის შესახებ ტრენინგებს უტარებენ (ნახსენები არ არის, თუ ვინ ატარებს ამ ტრენინგებს). აივ/შიდსთან დაკავშირებით, სტატიას მათი წყაროების და აღმოჩენისა და გავრცელების ჰიპოთეზები მოჰყავს. კერძოდ, სტატიაში გამოთქმული ჰიპოთეზის მიხედვით აივ-ის სამშობლო აფრიკაა, საიდანაც იგი □იმპორტირებული იაფი სისხლის□ მეშვეობით აშშ-ში გავრცელდა. სტატია არ ემხრობა აივ-ის ლაბორატორიაში შექმნის ვარაუდს.

□სარკე□. 9-15. 04.03

□ჩვენ მუდმივად ნარკოტიკის ზემოქმედების ქვეშ ვიმყოფებით, 5 საათში ერთხელ ახალ კლიენტს ვემსახურებით□.

სტატია ტრეფიკინგის პრობლემებს ეძღვნება. რამდენიმე ისტორიასთან ერთად 18 წლის ქართველი გოგონას ამბავიცაა მოთხრობილი. იგი აშშ-ში სასწავლებლად გაემგზავრა, მაგრამ ბორდელში მუშაობა აიძულეს და კოკაინისა და მარიჰუანას მოხმარებას მიაჩვიეს.

□სარკე□, 18-24. 06. 03.

□სექსი შიშის გარეშე□

ეს სტატია პრეზერვატივების მწარმოებელი ფრანგული კომპანია „ინოტექის“ ე.წ. „რაციონალური“ რეკლამაა. სტატიის ძირითადი თემა აივ ინფექცია/შიდსი (ვენერიული დაავადებები ზოგადად არის ნახსენები) მისი საშიშროება, აივ-ის გადაცემის გზები და უფრო უსაფრთხო სექსის აუცილებლობაა. ამ კომპანიის ლოზუნგია □სიყვარული რომანტიულია, დაავადება □ არა!□ აქ ნათქვამია, რომ თუმცა პრეზერვატივი უსაფრთხო სექსის ყველაზე ხელმისაწვდომი საშუალებაა, იგი 100%-იან გარანტიას არ იძლევა; აქვე საუბარია იმაზეც, თუ რა შემთხვევებში არ გადადის აივ-ი. ჟურნალის გვერდზე მიმაგრებულია □ინოტექის□ პრეზერვატივი .

ზემოთ მოყვანილ სტატიებში ხშირადაა გამოყენებული სენსაციური ენა და აივ-ი და შიდს-ი ერთმანეთშია არეული.

1.13 რელიგია

საქართველოს მოსახლეობის უმრავლესობა ქართულ მართლმადიდებელ ეკლესიას მიეკუთვნება. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ეკლესიის გავლენა მეტად გაიზარდა და გამოკითხვების (მაგ. ნიჟარაძე და სხვები, 2004) შედეგად ჩანს, რომ დღეს საქართველოში იგი მარავალი საზოგადოებრივი დანესებულების ნდობით სარგებლობს. ეკლესიაში სიარული, რიტუალების შესრულება და რელიგიურობის გამოხატვა □კარგ ტონად□ იქცა ახალგაზრდობისათვის და საერთოდ მთელი საზოგადოებისათვის.

ქართული მართლმადიდებელი ეკლესიის იდეოლოგია საკმაოდ კონსერვატიულია; ლიბერალიზმი, ფემინიზმი და სხვა თანამედროვე მიმართულებანი ეკლესიის მხრიდან მუდმივ წინააღმდეგობას ხვდებიან. ეკლესიის წინააღმდეგობის გამო, სასკოლო პროგრამაში სექსუალური განათლების კურსის შეტანაც ჯერ ვერ მოხერხდა. ქართულ მართლმადიდებლურ ეკლესიას აივ-თან და შიდს-თან დაკავშირებით აზრი ოფიციალურად ჯერ არ გამოუთქვამს, თუმცა ტელევიზიით გამოსვლებსა და ქადაგებებში ეკლესიის მასხურნი მუდმივად იმეორებენ, რომ აივ-ით და შიდს-ით ადამიანი ცოდვების გამო, კერძოდ, ქორწინებამდე და ქორწინების გარეშე სექსუალური კონტაქტების გამო ისჯება. საკუთარი დოგმებიდან გამომდინარე, ეკლესია უსაფრთხო სექსის პრინციპებს მხარს ვერ დაუჭერს. მაგრამ შეიძლება მოხდეს ისეც, რომ ეკლესიის სწავლებამ მორწმუნეთა ქცევაზე ზეგავლენა ყოველთვის ვერ მოახდინოს და მათ ერთზე მეტი სექსუალური პარტნიორი იყოლიონ. ყოველ შემთხვევაში, მეცნიერულ მონაცემზე დაყრდნობილი აივ-ის პრევენციული საქმიანობის დაგეგმვისას ქართული მართლმადიდებლური ეკლესიის თანადგომის იმედი არ უნდა გვქონდეს.

ნაწილი II. ინსტიტუციური შეფასება

II.1 აივ-ინფექციაზე ტესტირება და სკრინინგი

აივ-ინფექციაზე კვლევის პირველი ლაბორატორია 1986 წელს გაიხსნა. დღეს ქვეყნის სხვადასხვა რაიონებში აივ-სადიაგნოსტიკო 60 ლაბორატორიაა. ყველა მათგანი აივ ტესტირებას და სისხლის სკრინინგს ნებაყოფლობით აწარმოებს.

ვესტერნ ბლოტისა (Western Blot) და PCR მეთოდით დიაგნოზის დამოწმება თბილისის ინფექციურ დაავადებათა, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრის სეროლოგიისა და ვიროლოგიის შესამოწმებელ ლაბორატორიაში ხდება. საქართველოში აივ-ტესტირებას ნებაყოფლობით წელნადში დაახლოებით 18-20 000 ადამიანი გადის -- პირველ რიგში ესენი აივ-ის რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლების წარმომადგენლები არიან. ამასთან ერთად, ნაციონალური პროგრამით "უსაფრთხო სისხლი" დაახლოებით 28 000 სისხლის დონორის აუცილებელი ტესტირება ხდება. სისხლის უსაფრთხოების ნაციონალური პროგრამა 1997 წლიდან მუშაობს და ჩაბარებული სისხლს ამ პროგრამით აივ- ინფექციაზე, B და C ჰეპატიტზე და სიფილისზე მონმდება. შეზღუდული ფინანსირების გამო პროგრამა სისხლის დონორების 80%-ს ემსახურება, თუმცა გლობალ ფონდის პროგრამის "დავამარცხოთ შიდს-ი, ტუბერკულოზი და მალარია" წყალობით (Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria (GFATM) project) ეს რიცხვი ნელ-ნელა იზრდება. აივ-ინფექციაზე ტესტირება სრულიად კონფიდენციალური და ანონიმურია და არსებული აივ-ინფექციის დიაგნოსტიკის ლაბორატორიებიდან 5 მათგანი ნებაყოფლობით (კონფიდენციალურ) კონსულტაციასა და ტესტირებას (VCT) აწარმოებს. მომავალ წელს გლობალ ფონდის პროექტის ფარგლებში (Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria (GFATM) project) ნებაყოფლობითი კონსულტაციისა და ტესტირების ცენტრების რაოდენობა 35-40-მდე გაიზრდება. იგივე პროექტის ხელშეწყობით მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობისათვის (ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, კომერციული სექს-მუშაკები, კაცებთან სექსის მქონე კაცები და ახალგაზრდობა) ნებაყოფლობითი კონსულტაციისა და ტესტირების სპეციალიზირებული ცენტრები გაიხსნება.

დღესდღეობით, ჯანდაცვის სისტემას არ გააჩნია ინფრასტრუქტურა და რესურსები, რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობისა და აივის მიმართ დაუცველი სხვა ჯგუფების (ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, კომერციული სექს-მუშაკები, კაცებთან სექსის მქონე კაცები და ახალგაზრდობა) სპეციალური მოთხოვნები რომ დააკმაყოფილოს. ისეთი დანესებულებები, რომლებიც სტიგმის ზენოლის გარეშე მოქმედებენ და ამ ჯგუფებს თავაზიანად, მათთვის მეგობრულ და კონფიდენციალურ გარემოში ხარისხიანად ემსახურებიან, მეტად მცირეა. ისინი, 3-4 წლის წინ, სხვადასხვა საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების, მათ შორის, USAID-ის და "ექიმები საზღვრების გარეშე" (and Doctors without Borders (საბერძნეთი) შემწეობით გაიხსნა. ჯერჯერობით, ეს ცენტრები ქალაქებშია განლაგებული მაგრამ თავის სამსახურს სოფლებსაც სთავაზობენ. ეს დანესებულებები ნებაყოფლობითი კონსულტაციის და ტესტირების სამსახურს, უფასო დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას ე.წ. "ჯანმრთელობის კაბინეტში" უზრუნველყოფენ. დღეს საქართველოში ორი "ჯანმრთელობის კაბინეტი" ფუნქციონირებს მაგრამ (GFATM project) გლობალ ფონდის პროექტის მხარდაჭერით მათი რიცხვი ქვეყანაში 5-მდე გაიზრდება. გლობალ ფონდის იგივე პროექტის ფარგლებში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისათვის ნებაყოფლობითი კონსულტაციისა და ტესტირების სპეციალიზირებული მომსახურების, ნემსის გაცვლითა და მეტადონით მკურნალობის ცენტრები გაიხსნება. ეს პროექტი, აგრეთვე, იძულებით გადაადგილებული პირებისა და ახალგაზრდობის საჭიროებებზეა მიმართული და მათ ნებაყოფლობითი კონსულტაციისა და ტესტირების მომსახურებით, ასეთი ახალგაზრდული ცენტრების შექმნით, თანატოლთა ურთიერთგანათლების პროგრამების განხორციელებითა და პროგრამის "ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბება" მეშვეობით სკოლებში აივ/შიდს-თან დაკავშირებული განათლებით უზრუნველყოფს.

არასამთავრობო სექტორისაგან განსხვავებით, სახელმწიფო მომსახურების მრავალი დანესებულება ასეთი მოსახლეობის მიმართ ტენდენციურია და მათ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას იძულების წესით ეწევა. გარდა ამისა, ფინანსების სიმცირის ასეთი მომსახურება ფასიანია. დისკრიმინაციასა და სტიგმასთან ერთად, მკურნალობის ღირებულებაც ასევე ის მნიშვნელოვანი საკითხია, რომელს გამოც მარგინალიზირებული ჯგუფები ჯანდაცვის დანესებულებებს ვერ მიმართავენ და მკურნალობის სხვა საშუალებებს ეძებენ.

საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა არა მხოლოდ აივ-ის "მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ჯგუფების" პრობლემაა, დღეს მის წინაშე საქართველოს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი დგას და თვით მოსახლეობა ამის ძირითად მიზეზად მკურნალობის საფასურს ასახელებს. ჯიბიდან გადახდის მეთოდი და მაღალი ფასები მოქალაქეებს აიძულებს სამედიცინო კლინიკებს გვერდი აუარონ. ქართველები, ხშირად, უფასო ან შეღავათიანი მომსახურებისათვის, სამკურნალოდ ნათესავ ან

მეგობარ მკურნალ ექიმებსა და სტომატოლოგებს მიმართავენ. ბევრი მათგანი მედიკამენტების შესახებ კონსულტაციას აფთიაქებში გადის, მით უმეტეს, რომ წამლის საყიდლად ექიმის რეცეპტი საჭირო აღარ არის. თვითმკურნალობა ჩვეულებრივი მოვლენაა საქართველოში.

ჯანმრთელობა ქართველებისათვის ნაკლებად პრიორიტეტულია. შეზღუდული შემოსაღების გამო ისინი ექიმს არ მიმართავენ, ვიდრე ავადმყოფობა სერიოზულ შედეგებს არ გამოიღებს. მათ, რა თქმა უნდა, შესანიშნავად იციან, რომ დაგვიანებული მკურნალობა მეტ თანხებს მოითხოვს და გამოჯანმრთელების გარანტიაც ნაკლებია, მაგრამ თავს უფლებას არ აძლევენ ფული ჯანმრთელობაზე დახარჯონ, როდესაც ოჯახში სხვა მოთხოვნილებებია დასაკმაყოფილებელი.

საქართველოში რეგისტრირებული აივ-ინფიცირებულთა დაახლოებით 90-95% უმუშევარი და უკიდურესად გაჭირვებულია (შიდს-ის ნაციონალური ცენტრი). მათი საჭიროებები მხოლოდ აივ/შიდსის მკურნალობითა და მზრუნველობით არ შემოიფარგლება. მათთვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის აღმოჩენა მეტად მნიშვნელოვანია. აივ-ის მატარებლები უფრო და უფრო ორგანიზებულად იცავენ საკუთარ უფლებებს და მაღალხარისხოვან მკურნალობასა და მზრუნველობას მოითხოვენ. მათი მოთხოვნილებების დიდი ნაწილი და მათ შორის მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, სრულად ან ნაწილობრივ, ნაციონალური პროგრამისა და გლობალ ფონდის პროექტის (GFATM) მხარდაჭერით დაკმაყოფილდება. ამჟამად, მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა უფასო მხოლოდ აივ-ით ინფიცირებულ იმ პირებისთვისაა, ვისაც შიდს-ი განუვითარდა. დღეს, ვიდრე ასეთი მომსახურება ყველა აივ-ის მატარებლისათვის ხელმისაწვდომი გახდება, 4 პაციენტი მკურნალობას სახელმწიფოს შემწევობით გადის, ხოლო 22 კი ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების საფასურს თვითონ ფარავს. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა მხოლოდ ჯანდაცვის სპეციალიზირებულ დაწესებულებებშია შესაძლებელი □ შიდსის ცენტრში და შიდსის სამკურნალო ორ რეგიონალურ ცენტრში აჭარასა და სამეგრელოში.

სოციალური მხარდაჭერისა და მზრუნველობის, მათ შორის პალიატიური მზრუნველობის ნაკლებობა მეტად შემაშფოთებელია. პალიატიური მზრუნველობის ფუნქციას შიდსით დაავადებული მომაკვდავი ავადმყოფის ოჯახი იღებს თავისთავზე, რაც ყველაზე მეტად ოჯახის მდედრობითი სქესის წარმომადგენლებს აწვება ტვირთად, რადგანაც საქართველოში მზრუნველები (მომვლენები) ძირითადად ქალები არიან.

იმის გამო, რომ ძვირადღირებული ანტირეტროვირუსული მკურნალობა საქართველოს აივ-ით ინფიცირებული მოსახლეობის უმრავლესობისათვის ხელმისაწვდომელია, სწორია სხვადასხვა არატრადიციული მკურნალობის შემთხვევები (მათ შორის ექიმბაშებთან კონსულტაციები). 2002 წელს საქართველოს ერთ-ერთმა პოპულარულმა ჟურნალმა გამოაქვეყნა ინტერვიუ აივ-ით ინფიცირებულ ქართველ მამაკაცთან, რომელიც ამტკიცებდა, რომ შიდს-ისგან განკურნება იოგის მეშვეობით მოახერხა. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმბაშების განცხადებები მრავლადაა ქართულ მედიაში, ერთი თვის მანძილზე აივ/შიდს-ის მკურნალობასთან დაკავშირებით ვერაფერი აღმოვაჩინეთ.

II.2 პრევენცია და მხარდაჭერა

1996 წლამდე შიდსის პრევენციაზე საქართველოში ერთადერთი სპეციალიზირებული სამთავრობო დაწესებულება, კერძოდ შიდსის ნაციონალური ცენტრი და მისი ფილიალები მუშაობდა. 1997 წელს გაერო-ს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) საქმეში ჩართვის შემდეგ მდგომარეობა მნიშვნელოვნად შეიცვალა. გაერო-ს ბავშვთა ფონდმა (UNICEF), გაერო-ს აივ/შიდს-ის გაერთიანებული პროგრამის (UNAIDS) თემატური ჯგუფის სხვა წევრებთან ერთად (გაერო-ს განვითარების პროგრამა, გაერო-ს მოსახლეობის ფონდი, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, მსოფლიო ბანკი და ა.შ. (UNDP, UNFPA, WHO, WB)) საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებით სტრატეგიული ეროვნული დაგეგმარება უზრუნველყო. ამაში შედიოდა აივ/შიდსზე სიტუაციური და საპასუხო ქმედებების ანალიზი, რომელიც 2002 წელს დასრულდა და აივ/შიდსთან ბრძოლის 2003 □ 2007 წლების სტრატეგიული ეროვნული გეგმის შემდგომი შემუშავება დაიწყო (UNICEF Georgia, 2004). (პირადი საუბარი ქალბატონ მარიამ ჯაშთან, პროგრამის ხელმძღვანელი, გაეროს ბავშვთა ფონდი).

გაეროს ბავშვთა ფონდმა საქართველოში აივ/შიდსთან დაკავშირებული პრობლემების აღიარების საქმეში ყინული გააღწეო და ეპიდემიის წინააღმდეგ საბრძოლველად საერთაშორისო დონორებისა და ადგილობრივი მთავრობის უფრო ფართომასშტაბიან ჩარევას დაუჭირა მხარი.

ამ გეგმაზე დაყრდნობით გლობალ ფონდის პროექტში □დავამარცხოთ შიდს-ი, ტუბერკულოზი და მალარია□ (GFATM) მონაწილეობისათვის განაცხადი გაკეთდა, რომელიც ხუთი წლის ვადით (2004-2008) 12 000000 აშშ დოლარით დაფინანსდა. აივ/შიდსის საკითხებთან დაკავშირებით ეს ყველაზე მნიშვნელოვანი დახმარებაა, რომელიც კი ოდესმე საქართველოს გარედან მიუღია. გლობალ ფონდის პროგრამის □დავამარცხოთ შიდსი, ტუბერკულოზი და მალარია□ (GFATM) ასეთი დახმარება სამჯერ აღემატება სახსრებს, რომლებიც საქართველოს მთავრობას შეუძლია გამოყოს .მსგავსი პროგრამებისათვის

ინტერვიუ ქალბატონ მარიამ ჯაშთან, (წანდაცვის პროგრამებზე პასუხისმგებელი) და ქალბატონ მაია ქურციკიძესთან (კომუნიკაციის პროგრამებზე პასუხისმგებელი, გაეროს ბავშვთა ფონდი)

მიუხედავად აივ-ის გავრცელების დაბალი მაჩვენებლისა, საქართველო ეპიდემიის გავრცელების მაღალი პოტენციური რისკის მქონე ქვეყნების რიცხვს განეკუთვნება. ქვეყანა იმ სტადიაში იმყოფება, როდესაც მთავრობის ხანგრძლივი ვალდებულებებით, ხელმისაწვდომი ფინანსური და ტექნიკური რესურსებითა და გაერო-ს სააგენტოების საქმიანობის ფექტური კოორდინირებით აივ-ინფექციის გავრცელებაზე კონტროლი ჯერ კიდევ შესაძლებელია და ამის ხელიდან არ უნდა გავუშვათ.

რამდენად ემუქრება აივ/შიდსი საქართველოს მოსახლეობას? რისკის ქვეშ ვინ იმყოფება?

შემთხვევების რაოდენობა, თუმცა ჯერ კიდევ დიდი არ არის, მაგრამ იზრდება. იმ ქვეყნებმაც, მაგ. უკრაინამ და რუსეთმა, რომლებისთვისაც დღეს აივ/შიდსი მთავარი პრობლემაა, იგივე სტადია გაიარეს: ყურადღება არ მიექცა შემთხვევათა დაბალ აბსოლუტურ რიცხვს. მოსახლეობისათვის როდესაც პრობლემა აშკარა ხდება, მისი აღმოფხვრა ან უკვე ძალიან გვიანაა, ან ეს მეტად ძვირი ჯდება ზოგჯერ კი ორივე ერთად. ამრიგად, თუმცა საქართველოში აივ/შიდსის რეგისტრირებული შემთხვევების რიცხვი შედარებით დაბალია, არ შეიძლება ფართომასშტაბიანი ეპიდემიის პოტენციალის უგულვებელყოფა, რაც ამ რეგიონის სხვა ქვეყნებში მოხდა. ინფიცირების ყველაზე მაღალი რისკის ქვეშ 31-40 და 21-30 წლამდე ახალგაზრდა მამაკაცები იმყოფებიან. აივ-ის მატარებელთა უმრავლესობა (70%) ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, უმეტესწილად მამაკაცები არიან. სამუშაო ძალის მიგრაციაც განსაკუთრებით დსთ-ს იმ ქვეყნებში სადაც დიდი ეპიდემიაა, ყურადსაღები ფაქტია.

აივ/შიდსთან დაკავშირებით რა საქმიანობა და პროგრამები არსებობს ქვეყანაში?

მიუხედავად გავრცელების დაბალი მაჩვენებლისა, საქართველოს მთავრობამ ჯერ კიდევ 1990წელს აივ/შიდს-ის სახელმწიფო პროგრამების დაარსებით აივ/შიდს-ს პრიორიტეტი მიანიჭა. სახელმწიფო პროგრამა მიზნად ისახავს აივ/შიდს-ის ყველა კომპონენტის პრევენციას, ყველა პაციენტზე მზრუნველობასა და მათ მკურნალობას. მთავარი ამოცანა შიდსით დაავადებულთა მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის 100%-იანი გადაფარვაა, რაც 200[5] წლისთვის (გლობალ ფონდის მეშვეობით) უნდა გადაწყდეს.

1999 წლიდან ამ ეროვნულ მცდელობას განვითარების საერთაშორისო პარტნიორები და არასამთავრობო ორგანიზაციებიც შეუერთდნენ, რათა პროპაგანდის, საზოგადოების გათვითცნობიერებულობის ასამაღლებელი კამპანიების (შიდსის მსოფლიოდღე, შიდსის მსხვერპლთა მსოფლიოდღე), ნებაყოფლობითი (კონფიდენციალური) კონსულტაციებისა და ტესტირების მეშვეობით, განსაკუთრებული რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის ჯგუფებისათვის დახმარების პროგრამები გააძლიერონ და აივ-ის მატარებელი პირები აივ/შიდსის წინააღმდეგ საყოველთაო ეროვნულ ბრძოლაში ჩართონ. ქვეყანაში აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერების მცთელობაში ნათლად ჩანს გაერო-ს თემატური ჯგუფის საქმიანობა, რომელსაც იგი გაერო-ს ბავშვთა ფონდის მეშვეობით ეწევა. კერძოდ:

2002 წლიდან გაეროს ბავშვთა ფონდი საქართველოში აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ სტრატეგიული ეროვნული დაგეგმარების მხარდაჭერ პროცესს ხელმძღვანელობს. ფოკუსში გაერო-ს საერთაშორისო სააგენტოების პარტნიორობა მოექცა აივ/შიდსთან დაკავშირებით არსებული სიტუაციის ანალიზისა და სტრატეგიული ეროვნული გეგმის (2003-2007 ჩამოსაყალიბებლად). გაერო-ს ბავშვთა ფონდის საქართველოს ოფისი ქვეყნის საკოორდინაციო მაქანიზმისა (CCM) და გაეროს თემატური ჯგუფის (UNTG) წევრი ორგანიზაციების საკვანძო პარტნიორია გლობალ ფონდის (GFATM) პროექტის განაცხადის შემუშავებაში. ამ ხანგრძლივ მცდელობათა შედეგად კი აივ/შიდს-ის კომპონენტებზე გაკეთებული ქვეყნის განაცხადი დადებითად შეფასდა იყო და გამოიყო თანხა, 12 126 564 აშშ დოლარი, აივ/შიდსის 5 წლიანი ეროვნული გეგმის ხარვეზების ამოსავლებად.

გაეროს ბავშვთა ფონდი აქტიურად არის ჩართული აივ/შიდსისზე მოსახლეობის ცოდნის დონის ამაღლების პროგრამაში (2003 წელს გამართული აივ/შიდსთან დაკავშირებული ბავშვთა ჩემპიონატი ფახზურთში, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ურთიერთგანათლების პროგრამა, ქუჩის აქციები, IEC მასალების შემუშავება და სხვ.)

გაეროს ბავშვთა ფონდის წარმომადგენლები საქართველოში აივ/შიდსის პროგრამების განხორციელებას დადებითად აფასებენ. 2003-2007 წლების სტრატეგიული ეროვნული გეგმის მოქმედების 8 პრიორიტეტული სფერო ჩამოყალიბდა (1. პროპაგანდა; 2. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში აივ-ის პრევენცია; 3. სექს-ბიზნესის მუშაკებში აივ-ის პრევენცია; 4. ახალგაზრდებში აივ-ის პრევენცია; 5. დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია; 6. უსაფრთხო სისხლი; 7. აივ ინფიცირებულთა მკურნალობა და მზრუნველობა; 8. სამედიცინო გზით მიღებული აივ-ის პრევენცია. ამრიგად,

სტრატეგიულ ჩარჩოებში ჩამოყალიბებული სფეროები და საქმიანობა საქართველოს მოსახლეობის საჭიროებებს უშუალოდ პასუხობენ. გასულ წელს გლობალ ფონდის შემწევობით ქვეყანას დაგეგმილი ინიციატივების რეალობად ქცევის უნიკალური შესაძლებლობა მიეცა. მომავალშიც, გაერო მხარს დაუჭერს ეროვნულ პარტნიორებს (შიდს-ის ეროვნულ ცენტრს, საქართველოს ბავშვთა ფედერაციას, საქართველო+ჯგუფს, და ა.შ.), რათა მათ 2003-2007 წლის სამოქმედო გეგმა ისე გადაახალისონ, რომ პროგრამის თანამედროვე პრიორიტეტები შეინარჩუნონ და ეროვნული პროგრამა ქვეყანაში არსებული სიტუაციის დინამიკას მიუსადაგონ.

ახალგაზრდების გათვითცნობიერებულობის ამაღლების პროგრამა, რომელშიც ჩაერთვებიან გამოჩენილი ადამიანები და მედია აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ კამპანიებს გამართავს; აქცენტი აივ-ის მატარებელთა მიმართ დისკრიმინაციისა და სტიგმის აღმომფხვრელ მცდელობებზე; აივ-ის მატარებელთა უფლებებისა და მოთხოვნილებების პროპაგანდა, აქცენტით აქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის თანაბარ ხელმისაწვდომობაზე.

ქვეყანაში აივ-ის პრევენციისათან დაკავშირებულ საქმიანობაში გაერო-სთან ერთად რამდენიმე საერთაშორისო და ორმხრივი ორგანიზაციაც არის ჩართული. 2002-2004 წლებიდან, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტომ (USAID) 1.5 აშშ მილიონი დოლარის ოდენობის სუბსიდია უზრუნველყო თბილისსა და აჭარაში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებსა და სექს-ბიზნესის მუშაკებში აივ-ის პრევენციისათვის. რეგიონები აივ-ინფექციის გავრცელების უკანასკნელი მონაცემების მიხედვით შეირჩა. გარდა ამისა, ეს ის რეგიონებია სადაც საქართველოს უმთავრესი პორტები მდებარეობს. პროექტი, რომელსაც საერთაშორისო ფედერაცია გადავარჩინოთ ბავშვები და მისი ადგილობრივი პარტნიორი არასამთავრობო ორგანიზაციები თანადგომა და ბემონი ანხორციელებენ, კონკრეტულ ადგილებში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა და სექს-ბიზნესის მუშაკთათვის დახმარებას, აივ/სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციებთან დაკავშირებულ კონსულტაციებს, ამ დაავადებების მაღალხარისხიან ტესტირებას, დაიგნოსტიკასა და მკურნალობას უზრუნველყოფს. პროექტის ფარგლებში 2002 წელს ამ ორ ძირითად ჯგუფში სარისკო ქცევის გავრცელების შესაფასებლად ქცევებისა და ბიომარკერული კვლევა (Behaviour and Biomarker Survey (BBS)) ჩატარდა. შემდგომი კვლევა, რომლის მიზანიც პრევენციული ზომების ეფექტურობის შეფასებაა 2004 წლის ბოლოს იგეგმება. თანადგომა და ბემონი მოსახლეობის ორ პრობლემურ სამიზნე ჯგუფში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები და სექს-ბიზნესის მუშაკები - აივ-ის პრევენციის ზომების ეფექტურობის გაძლიერებას სოციალურ-კულტურული მიდგომის გზით ცდილობს.

ინტერვიუ არასამთავრობო ორგანიზაცია თანადგომის ღირეძტორთან, ქალბატონ ქეთევან ჭელიძესთან

თანადგომა ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია აივ-ის რეგულაციისა და მენეჯმენტის საერთაშორისო ორგანიზაციებთან. ჩვენი მთავარი ამოცანა მოსახლეობის ფიზიკური და მენტალური ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაა. დღეს, ჩვენ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პროგრამებს ვანხორციელებთ. ამ პროგრამების ფარგლებში, ჩვენი მიზანი აივ-ისა და სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციათა გავრცელების თავიდან აცილება, ამ სნეულებებით დაავადებულ პაციენტთა ფსიქოლოგიური და სამედიცინო დახმარება და აბორტების რაოდენობის შემცირებაა. ჩვენი ორგანიზაციის სამსახურებია:

უფასო და კონფიდენციალური კონსულტაციები სექსუალური გზით გადაცემული ავადმყოფობების, აივ/შიდს-ის, კონტრაცეპტივების, სექსუალური კავშირების, აბორტებისა და სხვ. შესახებ

კონსულტაცია ტელეფონით ცხელი ხაზი

მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებთან საგანმანათლებლო სახის შეხვედრები ადგილზე.

ჩვენი ძირითდი სამიზნე ჯგუფი ახალგაზრდობაა სკოლის მოსწავლეები და უმაღლესი სასწავლო დაწესებულებების სტუდენტები მოსახლეობის სექსუალურად აქტიური ფენა. ასევე, მაღალი რისკის ჯგუფებთან (კომერციული სექს-მუშაკები, მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები ციხეში) დარგობრივ მუშაობასაც ვწევით. ჩვენი ორგანიზაცია თბილისში და რეგიონებშიც მუშაობს. მინდა გამოვყო ჩვენი ოფისის მუშაობა ბათუმში, აჭარაში. ოფისმა ფუნქციონირება აივ-ისა და სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების პრევენციის პროექტის ფარგლებში დაიწყო. ეს პროექტი საერთაშორისო ორგანიზაციის გადავარჩინოთ ბავშვები და ადგილობრივი სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ ხორციელდება.

აივ-ის პრევენციასთან დაკავშირებული ჩვენი გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ საქართველოში რამდენიმე კონკრეტული ფაქტორია, რომელიც ამ დაავადებათა გავრცელებაზე ზემოქმედებს. ზოგი მათგანი ხელს უშლის, ზოგი კი, პირიქით, ხელს უწყობს აივ-ის გავრცელებას. პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში სექსუალური ურთიერთობები, ტრადიციულად, ისეთი თავისუფალი არაა, როგორც დასავლეთში. შესაბამისად, ახალგაზრდები, განსაკუთრებით კი გოგონები, სექსუალურ კავშირებს იშვიათად ამყარებენ. ამავე დროს, ჩვენს საზოგადოებაში გარკვეული მორალური პრინციპები მოქმედებს, რაც საზოგადოებას ხელს უშლის ასეთ საკითხებზე სათანადო განათლება და დროული ინფორმაცია მიიღოს. სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციებზე ინფორმაციის უზრუნველყოფა სექსუალური აქტივობის დაწყებით სტადიაზე, ანუ საყმანვილო ასაკში უნდა ხდებოდეს. მოზარდს, როდესაც იგი სექსუალური აქტივობის ასაკს მიაღწევს, სექსუალური ურთიერთობებისა და სექსუალური ქცევის ნომებზე ზუსტი ინფორმაცია უნდა გააჩნდეს. სამწუხაროდ, უკანასკნელ წლებში ზოგიერთი რელიგიური და პოლიტიკური ორგანიზაცია ეწინააღმდეგება სკოლებსა და უმაღლეს სასწავლებლებს მსგავსი პროგრამების შეტანას. ეს თემა ხშირად პოლემიკის საგანია. ზემოხსენებული ორგანიზაციების აზრით ეს პროგრამები დასავლეთიდანაა შემოტანილი და მიზნად ქართული საზოგადოების დემორალიზებას ისახავენ. ეს კი ტაბუს ადებს მოცემულ საკითხებს და პრევენციულ ქმედებებს უშლის ხელს.

უნდა აღინიშნოს, რომ დღეს აივ-ის გავრცელების წინააღმდეგ მიმართულ ახსნა-განმარტებით საქმიანობაში არც მასმედიაა ჯეროვნად ჩართული. ინფორმაცია არა მხოლოდ ახალგაზრდებს, არამედ მოზრდილებსაც აკლიათ. ჩვენი მოსახლეობა აივ-ის საფრთხეს საქართველოში სრულად ვერ აცნობიერებს. ინფიცირებულ ადამიანთა მცირე რაოდენობა დანარჩენ მოსახლეობას აფიქრებინებს, რომ აივ-ი რეალურ პრობლემას არ წარმოადგენს და იგი საზოგადოებას არაფრით ემუქრება. საქართველოში დღეს იმდენი სოციალური პრობლემაა, რომ მოსახლეობა და მთავრობაც ჯერჯერობით უფრო მათი გადაჭრითაა დაინტერესებული. სწორედ ამიტომ, აუცილებელია, საზოგადოების გათვითცნობიერებულობის ასამაღლებლად, მედიის მეშვეობით, უფრო ინტენსიური და ეფექტური საგანმანათლებლო კამპანია ვანარმოთ.

პრევენციული სამუშაო, რომელიც პრობლემურ მოსახლეობასთან ტარდება საკმარისად ინტენსიური არაა. კომერციული სექსის მუშაკებისა და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ქცევის შეცვლისაკენ მიმართული პროგრამების რაოდენობა მცირეა. არ არსებობს რაიმე პროგრამა, რომელიც [სექს-ბიზნესის მუშაკებს თავიანთი საქმიანობის შეწყვეტასა და ახალი სამსახურის შოვნაში დაეხმარებოდა].

ციხეებში მუშაობამ დაგვანახა, რომ პენიტენციალური სისტემა მნიშვნელოვან ცვლილებებს საჭიროებს. ცნობილია, რომ ციხეებში ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევები მრავალია. ამავე დროს, აქ სტერილური შპრიცები ნაკლებად მოიპოვება, რაც (ამ) სუბ-პოპულაციაში აივ-ის გავრცელების მაღალ რისკს განაპირობებს.

ერთ-ერთი სფერო, რომელიც სერიოზულ ყურადღებას მოითხოვს, კანონმდებლობაა. ნარკოტიკების შესახებ არსებული კანონი მნიშვნელოვან გადახედვას საჭიროებს, რათა მან ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში აივ-ის გავრცელების წინააღმდეგ მიმართული პრევენციული ზომების განხორციელებას ხელს არ შეუშალოს. კომერციულ სექსთან დაკავშირებული კანონმდებლობა კი ფაქტიურად არ არსებობს, ეს კი მოახლეობის ასეთ ჯგუფში პრევენციული საკითხების განხილვას აგრეთვე აფერხებს.

იმედი მაქვს, რომ გლობალ ფონდის პროგრამის განხორციელება, საქართველოში აივ-ისა და სექსუალური გზით გადაცემული დაავადებების პრევენციის გასაუმჯობესებლად გადადგმული გადამწყვეტი ნაბიჯი იქნება. ჩვენი ორგანიზაციას ამ პროგრამის --აივ-ის სექსუალური გზით გადაცემის პრევენცია განხორციელებაში მთავარი როლი აკისრია. ჩვენ ასევე ვმონაწილეობთ პრევენციულ იმ კომპონენტში, რომელიც ახალგაზრდა მოსახლეობას მოიცავს.

ვფიქრობ, რომ როგორც სახელმწიფო, ასევე საზოგადოება კარგად უნდა უნდა აცნობიერებდეს თუ რაოდენ წყალობს ბედი საქართველოს, რომ აივ-ი აქ ჯერ ისე არ გავრცელებულა, როგორც ეს სხვა რეგიონებში მოხდა. ეს შანსი უნდა გამოვიყენოთ და სხვისი, მათ შორის ჩვენი მეზობლების უკრაინისა და რუსეთის შეცდომები არ გავიმეოროთ.

არასამთავრობო ორგანიზაციამ World Vision International ბრიტიშ პერტოლიუმ კომანიისაგან, საქართველოში, ბაქო-ჯეიჰანის გაზსადენის გავლის რეგიონში აივ/შიდს-ის პრევენციის პროექტის განსახორციელებლად დიდი გარნტი მიიღო. ეს პროექტი გულისხმობს ადგილობრივი მაცხოვრებლებისა და უცხოელი მუშების განათლებას აივ-ის პრევენციის საკითხებთან დაკავშირებით და მათ შორის უსაფრთხო სექსუალური ქცევის პროპაგანდას. ყველა მუშა ტრენინგებში მონაწილეობს და მრავალეროვანი თემების მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად მათთან ურთიერთობა სხვადასხვა ენებზეა უზრუნველყოფილი.

საქართველოში აივ/შიდს-ის პრობლემებზე აივ/სექსუალური გზებით გადაცემული დაავადებების

პრევენციის სპეციალური კომისიით გაერთიანებული სულ 20 ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაცია მუშაობს.

ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები აივ/შიდს-ის პაციენტების მხარდაჭერის ფონდი და საქართველო+ჯგუფი აქტიურად ცავენ აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უფლებებს დამათ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უზრუნველყოფენ. გაეროს აივ/შიდსის გაერთიანებული პროგრამა/ გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNAIDS/UNICEF) მხარდაჭერით მათ აივ-ის მატარებელთა ქსელის შექმნა დაიწყეს, რომელიც გლობალ ფონდის დაფინანსებით შიდსი, ტუბერკულოზი და მალარია პროექტით ქვეყნის რეგიონებსაც გასწვდება.

შიდსის ეროვნული ცენტრი და რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია ახალგაზრდებთან მუშაობს. მათი საქმიანობა ნებაყოფლობითი კონსულტაცია და ტესტირება, თანატოლთა ურთიერთგანათლების პროგრამა, კულტურულ-საგანმანათლებლო ღონისძიებები, ინფორმაცია, განათლება და კომუნიკაციის (IEC) მასალების დისტრუბუცია და პრეზერვატივების პროპაგანდა. სკოლისათვის განკუთვნილი აივ/შიდსის პრევენციის საგანმანათლებლო პროგრამა მოსამზადებელ სტადიაშია და ცხოვრებისეული უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბების პროგრამასთან ერთად, გაეროს ბავშვთა ფონდი/გლობალ ფონდის პროექტის ხელშეწყობით (UNICEF/GFATM), მასწავლებელთა დეხელოვნების ინსტიტუტში მუშავდება. პროექტში, მის მოსამზადებელ (პილოტურ) საფეხურზე 20 სკოლა მიიღებს მონაწილეობას. პილოტური პროგრამა 2005 წელს ოქტომბერში დაიწყება.

სკოლებში სექსუალურ განათლებასთან დაკავშირებული საკითხები მეტად პოლიტიზირებული გახდა საქართველოში. ზოგიერთი რელიგიური თუ პოლიტიკური პარტიის ლიდერი ამ პროგრამების წინააღმდეგ ენერგიულად იბრძვის. კონსენსუსის მისაღწევად აუცილებელია მკვეთრად ჩამოყალიბდეს სხვაობა სექსუალურ განათლებასა და აივ-ის პრევენციის საკითხების სწავლებას შორის სკოლაში. მოსამზადებელ პერიოდს პროგრამის ადაპტაცია მოყვება და დამხოლოდ შემდეგ დაიწყება მისი ფართომასშტაბიანი ამოქმედება. მასალის, შინაარსისა და ენის დასახვეწად საზოგადოების, რელიგიური ჯგუფების, აივ ინფიცირებულებისა და მოზარდების წარმომადგენლებისაგან შემდგარი კომიტეტი გულდასმით განიხილავს პროგრამის ინფორმაცია, განათლება და კომუნიკაცია სრულ პაკეტს. ადგილობრივი ტრადიციებისა (მაგ. ქალიშვილბა გათხოვებამდე) და რელიგიური ლიდერების მოთხოვნების გათვალისწინებით, აივ-ის გადაცემის საკითხებთან დაკავშირებული ინფორმაცია მოკრძალებული ქცევის პროპაგანდა იქნება.

სკოლაში ახალგაზრდობისათვის განკუთვნილი აივ-ის საგანმანათლებლო პროგრამისადმი საზოგადოებისა და ეკლესიის დამოკიდებულება განსხვავებულია. 1999-2000 წლებში ჩატარებული ქალთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის მიხედვით, 15-44 წლამდე ქალების 85%-ს სჯერა, რომ აივ/შიდს-ის პრევენციაზე ინფორმაცია მოზარდებს სკოლებში უნდა მიენოებოდეს. არასამთავრობო ორგანიზაცია მართლმადიდებელ ქრისტიან მშობელთა ასოციაცია კი სკოლაში ასეთი სახის განათლების წინააღმდეგია. მათ სჯერათ, რომ მასწავლებლებმა და მშობლებმა ერთობლივი ძალისხმევით ბავშვებსა და მოზარდებს უმთავრესი ქრისტიანული ღირებულებები უნდა შეასწავლონ და ქართული ოჯახის ისეთი ტრადიციები განამტკიცონ, როგორც ზომიერება (მოკრძალება), ქორწინებამდე ქალიშვილობის შენარჩუნება და არა უსაფრთხო სექსის პრინციპებს აზიარონ. ამ ჯგუფის ერთ-ერთი სულიერი ლიდერის, სოფელ დილომის წმინდა მარიამის ეკლესიის მღვდელთმსახურის, მამა დავითის აზრით: სკოლაში მოზარდებთან სექსუალურ საკითხებზე საუბარი ნაადრევია. სიტყვა სექსი ბავშვებთან არც კი უნდა ვახსენოთ, რადგანაც ეს მათ შეუცნობელის მიმართ არაჯანსაღ ინტერესს გაუღვივებს. საზოგადოება უნდა გაერთიანდეს და ყველა საინფორმაციო წყარო, მათ შორის ტელევიზია, რადიო და ინტერნეტი გააკონტოლოს, რათა სექსუალურ საკითხებზე ინფორმაციის მიღების საშუალება ახალგაზრდებს არც სკოლის გარეთ მიეცეთ (ინტერვიუს ჩანაწერი).

აქედან გამომდინარე, საზოგადოების ცოდნის დონის ამაღლებით და სხვა საგანმანათლებლო ღონისძიებების მეშვეობით სექსუალური საკითხების სწავლებასა და აივ-ის პრევენციის სწავლებას შორის ამკარა სხვაობის დემონსტრირება აუცილებელია. მშობლები და მასწავლებლები გაეცნობიან პროგრამას და დარწმუნდებიან, რომ იგი მხოლოდ და მხოლოდ აივ-ის პრევენციისათვის აუცილებელი უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებას ეხება და მოზარდებში სექსის პროპაგანდასთან არაფერი აქვს საერთო.

გაერო-ს მოსახლეობის ფონდის მიერ 2002 წელს საქართველოში ჩატარებული ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევის (UNFPA Adolescent's Reproductive Health Survey) მონაცემების მიხედვით, ახალგაზრდების 65% ფიქრობს, რომ სკოლებში სექსუალური განათლება აუცილებელია, თუმცა ასეთი გაკვეთილები ბიჭებსა და გოგონებს ცალ-ცალკე იგივე სექსის ახალგაზრდა მასწავლებლების მიერ უნდა უტარდებოდეთ. იმის გამო, რომ ახალგაზრდების სექსუალურ განათლებაზე თანატოლთა წრე დიდ გავლენას ახდენს, მოსახლეობის ამ ჯგუფებში თანატოლთა ურთიერთგანათლების (peer education programme's) პროგრამების წარმატებით განხორციელების ბრწყინვალე შესაძლებლობა ჩნდება. გენდერული ნორმები მდგრადია, რაც ახალგაზრდების მოსაზრებებშიც ვლინდება.

არაკომერციული ორგანიზაცია საქართველოში ბავშვთა ფედერაცია გლობალ ფონდის პროექტის დავამარცხოთ შიდა, ტუბერკულოზი და მალარია ერთ-ერთ კომპონენტს - ახალგაზრდების აივ/შიდსის პრევენციას ახორციელებს. ამ პროექტის ახალგაზრობისათვის განკუთვნილი კომპონენტის განსახორციელებლად ფედერაციამ კონსორციუმი შექმნა, რომლის წევრებიც არიან: შიდსის ეროვნული ცენტრი და არასამთავრობო ორგანიზაცია თანადგომა, ბემონი და საერთაშორისო ახალგაზრდულ ორგანიზაცია ქსელი იუვენკო. გლობალ ფონდის პროექტის დავამარცხოთ შიდა, ტუბერკულოზი და მალარია ფარგლებში კონსორციუმი ფართომასშტაბიან კულტურულ და საგანმანათლებლო ღონისძიებებს გეგმავს, რომლებშიც ქართველი სპორტული და პოპ-ვარსკვლავებიც იქნებიან ჩართულნი: უსაფრთხო არდადეგები შავი ზღვის სანაპიროზე, ზაფხულში და გუდაური და ბაკურიანი ზამთრის სათხილამურო კურორტებზე; მუსიკალური ფესტივალი ბროილს სალამო, მუსიკალური ავტობუსი საქართველოს ახალგაზრდობა შიდა-ის წინააღმდეგ; შიდა-ის მსოფლიო დღეს, 1 დეკემბერს კონცერტი-მართონი თბილისის ოპერისა და ბალეტის თეატრში, აივ/შიდა-ის თემატიკაზე შექმნილი პლაკატების გამოფენა, კინოფესტივალი და მრავალი სხვა. ასეთი ღონისძიებების მთავარი სტრატეგია ამ საქმიანობასა და მოვლენებში თვითონ ახალგაზრდების ჩართვაა.

II.3 მზრუნველობა აივ-ინფიცირებულთაზე

აივ-ის მტარებელთა სამედიცინო და სოციალურ მხარდაჭერას აივ/შიდა-ის მკურნალობის ეროვნული და სოციალური დახმარების ეროვნული პროგრამები უზრუნველყოფენ.

აივ/შიდა-ის მკურნალობის ეროვნული პროგრამა საქართველოში 1997 წელს შემუშავდა. იგი ანტირეტროვირუსული მკურნალობის გარდა, აივ-ის მტარებელთა დიაგნოსტიკისათვისა და მათზე მზრუნველობისათვის საჭირო თანხებსაც შეიცავს. უფასო მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობის უზრუნველყოფა სახელმწიფომ მხოლოდ 5 პაციენტისათვის შესძლო. შიდა-ის პრევენციისა და მკურნალობის ეროვნული პროგრამით განეული შედეგების სიმწირის გამო საქართველოს მოსახლეობა აივ ინფექციის ტესტირებისა და კონსულტაციების სამსახურის გამოყენებას არ ჩქარობს: ვთქვათ დაავადებული ვარ, მერე? გავიგებ რომ ვკვდები! ვის უნდა წინასწარ ამის ცოდნა? ასეთი იყო მოქალაქეთა პასუხები ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სამსახურის მუშაკთა აგიტაციაზე. აივ/შიდა-ის ფატალიზმს საქართველოში ისიც ამძაფრებს, რომ ანტირეტროვირუსული მკურნალობის მედიკამენტები მოსახლეობის უმრავლესობისათვის ხელმიუწვდომელია, რაც თავისთავად მოსახლეობას სურვილს უკარგავს აივ-ტესტირება გაიაროს.

გლობალ ფონდის პროექტით დავამარცხოთ შიდა, ტუბერკულოზი და მალარია მიღებული დაფინანსება, ალბათ, საგრძნობლად შეცვლის ამ სიტუაციას საქართველოში, რადგანაც ამ პროექტის მიზანი საქართველოში აივ-ის მტარებელთათვის განკუთვნილი მომსახურების დონის ამაღლებაა (პროექტი 2005 წლის იანვრიდან ხორციელდება). შიდა-ით დაავადებული ყველა პაციენტი მაღალაქტიურ ანტირეტროვირუსულ თერაპიასთან ერთად შესაბამისი მაღალტექნიკური აპარატურით გამართულ ლაბორატორიებსა და კლინიკური კვლევის, მათ შორის, რეზისტენტულობაზე ტესტირების საშუალებებს მიიღებს. წელიწადში ერთ ავადმყოფს ანტირეტროვირუსული თერაპიისათვის 1600 აშშ დოლარი სჭირდება.

როგორც ეს ბევრ ქვეყანაში მოხდა, მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული თერაპიის ხელმასაწვდომობამ, შესაძლოა, საზოგადოების დამოკიდებულება აივ-სა და შიდა-სთან, როგორც მომაკვდინებელ დაავადებასთან, შეცვალოს ეს ინფექცია სახიფათოა მაგრამ მართვადი. იმედია, ეს ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების მომსახურების მსურველთა რიცხვსაც გაზრდის.

მთავარი პრობლემა ანტირეტროვირუსული თერაპიის გაგრძელებაა მას მერეც, რაც 5 წლის შემდეგ გლობალ ფონდის ეს პროექტი დასრულდება. ყველა აივ-ის მტარებელი, მათზე მზრუნველი პირები და ბავშვები სოციალური დახმარების ლიმიტირებულ პაკეტს მიიღებენ. ყოველთვიური თანხა არანაკლებია საქართველოში ოფიციალური მინიმალური ხელფასის გაორმაგებული თანხისა (40 ლარი, დაახლოებით 20 აშშ დოლარი). მაგრამ არსებული სტიგმის გამო, ასეთი დახმარება ცოტამ თუ მოითხოვა (დაახლოებით 10-მა).

ოჯახური კავშირები მეტად ძლიერია საქართველოში. მრავალ შემთხვევაში ოჯახის მხარდაჭერა ერთადერთი რეალური დახმარებაა, თუ იმ სამედიცინო მომსახურებას, რომელსაც აივ-ის მტარებლები იღებენ, არ ჩავთვლით. სტიგმის გამო აივ-ის მტარებლების ოჯახები მათი წევრის სტატუსის დამალვას ცდილობენ და აივ-ით ინფიცირებულზე ზრუნვისა და მისი დახმარების ტვირთს მთლიანად თავის თავზე იღებენ, რასაც ტრადიციულად საქართველოში ქალები უძღვებიან. თბლისში 2002 წელს ჩატარებული ქცევების კვლევის (BBS) (USAID/Save the Children/SHIP project) მიხედვით, გამოკითხულ სექს-მუშაკთა 45.8% ამბობს, რომ არავის ეტყვის თუ მისი ოჯახის წევრი აივ-ით დაავადდება. მათი 47% კი მზადაა აივ-ით ინფიცირებული ოჯახის წევრს მოუაროს.

II.4 ჯანდაცვის სტრუქტურა

1991 წელს დამოუკიდებლობის გამოცხადების შემდეგ, საქართველომ მრავალი ეკონომიკური კრიზისი და ეთნო კონფლიქტი განიცადა. ინფრასტრუქტურისა და სოციალური სამსახურების მკვეთრმა რღვევამ, საყოველთაო სიღარიბემ და უმუშევრობამ, სამთავრობო ფონდების სიმწირემ და ეკონომიკურმა სირთულეებმა მოსახლეობაში ჯანმრთელობის სერიოზული პრობლემები, მათ შორის ხშირი ავადობა და დიდი სიკვდილიანობა გამოიწვია. უფრო მეტიც, ფინანსური მიზეზების გამო მოსახლეობის დიდი ნაწილი სამედიცინო დაწესებულებებს ვეღარ აკითხავდა, ვიდრე დაავადების სიმპტომები ან მდგომარეობა არ გამძაფრდებოდა, რაც მათ ჯანმრთელობას სერიოზულად საფრთხეს უქმნიდა (სკარბინსკი და სხვები, 2002).

ჯანდაცვის სამინისტროს არ შეეძლო ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა, რის გამოც მან ფუნქცია დაკარგა და ვეღარ შესძლო ისედაც ჭარბი მედპერსონალის მართვა (ქართველ ექიმთა თანაფარდობა მოსახლეობასთან 1:194 □ ევროპაში ყველაზე მაღალია; მსოფლიო ბანკი, 1996). აღარ დარჩა რა სხვა არჩევანი საქართველოს მთავრობამ, ჯანდაცვის ძველი ცენტრალიზებული სისტემიდან, რომელსაც სახელმწიფო აკონტროლებდა და მართავდა, ჯანმრთელობის დაზღვევის დეცენტრალიზებული სისტემისაკენ იწყო სვლა.

პირველი ოფიციალური რეფორმა 1992 წელს შემუშავდა და 1994 წელს ამოქმედდა მსოფლიო ბანკის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერითა და ჯანდაცვის დარგში □ ატლანტა □ თბილისის □ პარტნიორობით (Atlanta-Tbilisi Health Partnership). ამ რეფორმების პირველი სტადია სისტემის სტრუქტურულ რეორგანიზაციას გულისხმობდა: მართვასა და პოლიტიკის შემუშავებაში ჯანდაცვის სამინისტროს ახალი როლის განსაზღვრა; ჯანდაცვის ადგილობრივ ხელმძღვანელთათვის დამოუკიდებლობის მინიჭება; ამბულატორიული და სტომატოლოგიური კლინიკების პრივატიზაცია; ჯანდაცვის საზოგადოებრივი დეპარტამენტების შექმნა და სხვ. მეორე სტადიის მიზანი თანამედროვე, ჯანდაცვის პირველადი დახმარების სისტემის განვითარება და საავადმყოფოების რესტრუქტურისა/რეაბილიტაცია იყო.

ჯანდაცვის სისტემის მრავალი ასპექტი გაუმჯობესდა. ბევრი რამ, რაც მიზნად იყო დასახული შესრულდა, ბევრი რამ ისევ გასაკეთებელია. ამ რეფორმების ყველაზე სუსტი ნაწილი ჯანდაცვის სისტემის ფინანსირების რეორგანიზაცია არმოჩნდა. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია შეიქმნა, რომელსაც საშემოსავლო გადასახადების 3+1 პროცენტი (4%) ეკუთვნის, მისი ბიუჯეტი მაინც მეტად მცირეა. 1994 წლიდან მთავრობის დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე დაახლოებით 20-ჯერ გაიზარდა, თუმცა 2002 წლამდე 18.35 (9 აშშ დოლარი) ლარს ვერ გადააჭარბა. დღეს მთავრობა ჯანდაცვის ხარჯების 15-20%-ს ფარავს (ა. გამყრელიძე და ო. ვასაძე, 2003).

ჯანმრთელობისდაცვის ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით მოსახლეობის პრობლემური ჯგუფებისათვის (მოსახლეობის ღარიბი ფენა, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები და სხვ.) ჯანდაცვის დარგში ნებისმიერი რეფორმის წარმატებასა თუ მარცხზე ყველაზე კარგად მიგვანიშნებს. მთავრობა ვალდებულია ყველა მოქალაქისათვის, მისი შემოსავლის, ეროვნებისა და განათლების მიუხედავად ჯანმრთელობის დაცვის თუნდაც სულ მცირე, აუცილებელი პაქეტის ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოს.

ამ რეფორმების ინიციატივით, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრომ თავის თავზე ძირითადი შეღავათების პაკეტის (BBP) სრული დაფარვის ვალდებულება აიღო. ეს პაკეტი საზოგადოებისათვის ჯანდაცვისა და ძირითადი კლინიკური მომსახურების უზრუნველყოფას შეიცავს. ძირითადი შეღავათების პაკეტი სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიამ დაარსა; იგი ამ პაკეტში შემავალი მომსახურების საფასურს იხდის. თუმცა, იმის გამო რომ სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიას შეზღუდული ბიუჯეტი აქვს და იგი საზოგადოებას შეღავათების პაკეტის შესახებ ჯეროვნად ვერ აწოდებს ინფორმაციას, მოსახლეობა არ ჩქარობს ჯანდაცვის დაწესებულებებს მიაკითხოს. სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის მიერ დაფინანსებული შეღავათების პაკეტი პრიორიტეტს ბავშვებს, მოსახლეობის ღარიბ ფენას, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებს და მოხუცებს ანიჭებს _ შეძლებისდაგვარად რეგიონების სხვადასხვა მოთხოვნილებებსაც ითვალისწინებს. საკუთარ ჯანმრთელობაზე ქართველების ზრუნვა და ამასთან დაკავშირებული მათი ქცევა სხვა ქვეყნებისაგან მეტად განსხვავდება. ამის ზოგიერთი ასპექტი კულტურული სხვაობით, ჯანმრთელობის საკითხებში განათლების დონითა და ზოგადი მრწამსითაა გამოწვეული, თუმცა აქვე სხვა საკითხებიც იკვეთება. მაგ. ქართველების უმრავლესობამ ჯანმრთელობის დაცვის საკუთარ უფლებებზე არაფერი იცის.

როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის ნაწილი, საქართველოს პარლამენტმა ქვეყანაში ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად კანონი მიიღო. ამ კანონის II თავი □ მოქალაქეთა უფლებებსა და ჯანდაცვას □ ეხება. მიუხედავად ამისა, ბევრმა ქართველმა არ იცის საკუთარი უფლებების შესახებ. ჯანმრთელობის დაცვის მომხმარებლები მისი სამსახურის პასიური მომხმარებლები უფრო არიან, ვიდრე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის აქტიური წევრები. ცნება

□ჯანდაცვის ხარისხი□ სრულიად აბსტარქტულია საქართველოში.

ასეთი სტანდარტების ადგილს ის ტრადიციული მრწამსი და მოხმარების მოდელები იკავებენ, რომლებიც ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურის გამოყენების ნებისმიერ რაციონალურ სისტემას ეწინააღმდეგება. ჯანდაცვის დანესებულებებში ქართველები მომსახურების საფასურს, როგორც კანონიერს ასევე დახლქვემას, ნაღდი ფულით (ჯიბიდან) იხდიან - გამონაკლისს სასწრაფო დახმარება წარმოადგენს. ამის შედეგად ჯანდაცვის დანესებულებებში დასწრება და მათი დაკავებულობა, უკანასკნელი წლების მანძილზე, საგრძნობლად შემცირდა. ავადმყოფობის გვიან სტადიაში მკურნალობამ მოსახლეობის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე დამლუპველად იმოქმედა.

II.5 საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული საკანონმდებლო საკითხები

იმის გამო, რომ საბჭოთა სისტემა ნარკომანიას როგორც სოციალურ მოვლენას, ქვეყანაში არც შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზა არსებობდა, რომ ამ მოვლენასთან დაკავშირებული პრობლემები დაერეგულირებინა. ნებისმიერი ბრძანებულება თუ განკარგულება, რომელიც ნარკოტიკების მომხმარებლებსა თუ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირებს ეხებოდა, ძირითადად დამსჯელობითი ხასიათისა იყო. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ქართულ საზოგადოებას, მათ შორის ნარკომანიის საკითხებზე მომუშავე სპეციალისტებს, საკანონმდებლო თუ აღმასრულებელი ხელისუფლების წარმომადგენლებს საბჭოური მენტალიტეტის შესაცვლელად საკმაოდ დრო დასჭირდათ. 2000 წელს საქართველომ გაერო-ს შესაბამისი კონვენციების რატიფიცირება დაასრულა და მათ შეუერთდა. 2002 წლის 5 დეკემბერს საქართველოს პარლამენტმა □ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული პრეპარატების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ□ კანონი მიიღო. აღნიშნული კანონი ქვეყანაში ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული პრეპარატების ლეგალურ ბრუნვას არეგულირებს და ნარკომანიის მკურნალობის პრინციპებს განსაზღვრავს. ეს, ნარკომანიის მკურნალობასთან ახალი, პროგრესული მიდგომაა.

აღნიშნული კანონი:

- აცხადებს, რომ ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პირი დაავადებული ადამიანია და ნებისმიერი პაციენტისათვის საქართველოს კანონმდებლობით უზრუნველყოფილი ყველა უფლებით სარგებლობს.
- ლეგალიზაციას უკეთებს ნარკოტიკების მომხმარებელთა ანონიმურ მკურნალობას.
- უზრუნველყოფს საქართველოს ტერიტორიაზე ნარკოტიკული პრეპარატებით ჩანაცვლებით მკურნალობას.
- განსაზღვრავს ნარკოტიკების მომხმარებელთა მკურნალობასა და რეაბილიტაციასთან დაკავშირებულ სახელმწიფო ვალდებულებებს. იგი აცხადებს, რომ სახელმწიფო ვალდებულია ნარკოტიკების მომხმარებლის უფასო მკურნალობა და რეაბილიტაცია სულ მცირე, მისთვის ერხელ მაინც უზრუნველყოს.
- უზრუნველყოფს ნარკოტიკების მომხმარებელთა სავალდებულო მკურნალობას დაკავების ადგილებში (პენიტენციურ სისტემაში).

ყოველივე ზემოხსენებულმა □ნარკოტიკების მომხმარებელთა მომსახურების გაუმჯობესებისათვის შექმნა საფუძველი. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ თანხების სიმწირის გამო, მათი სახელმწიფოს ხარჯზე მკურნალობა და მკურნალობა დაკავების ადგილებში, პრაქტიკულად, დღემდე განუხორციელებელია.

რაც შეეხება ნარკოტიკების უკანონო მიმოქცევას, ეს საქართველოს ადმინისტრაციული და სისხლის სამართლის კოდექსებით რეგულირდება. უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოში ნარკოტიკული ნივთიერებების ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარება სისხლისსამართლის კოდექსით ისჯება. ადმინისტრაციული კოდექსის (45-ე მუხლი) თანახმად, პირველად ჩადენილი ასეთი დანაშაული ისჯება: ჯარიმის საფასურის გადახდით, 30 დღემდე გამასწორებელი სამუშაოებით და 15 დღემდე თავისუფლების აღკვეთით. ადმინისტრაციული სასჯელის მოხდის შემდეგ □ნარკოტიკების განმეორებით მოხმარება საქართველოს სისხლისსამართლის კოდექსით (ნაწილი 33 მუხლი 273) ისჯება, რაც სხვა ზომებთან ერთად, 1 წლამდე თავისუფლების აღკვეთას გულისხმობს.

ნარკოლოგების დიდი ნაწილის აზრით, ნარკოტიკების მოხმარებისათვის დამსჯელი ღონისძიებების გამოყენებას ამ საქმიანობის პრევენციისათვის მეტად მნიშვნელოვანია. თუმცა ამავე დროს, ნარკოტიკების მოხმარების დასჯადობა ნარკოტიკების მომხმარებლებს □გასაიდუმლოებულ□ მოსახლეობად აქცევს და შესაბამისად, ასეთ ჯგუფებში აივ/შიდსი-ის პრევენციული ღონისძიებების გატარებას უშლის ხელს (განათლება, საზიარო სპრიცების გამოყენება და ა.შ)

II.6 კანონმდებლობა

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებს შორის, საქართველო ერთ-ერთი პირველი იყო ვინც აივ ინფექცია/ შიდსის პროფილაქტიკის კანონი მიიღო. 1995 წელს მიღებული კანონი უზრუნველყოფს:

- მთავრობის გათვითცნობიერებულობასა და პასუხისმგებლობას აივ/შიდს-ის კონტროლზე;
 - სამათავრობო ეფექტური ბაზისის შექმნასა და მრავალსექტორიანი საქმიანობის კოორდინირებას;
 - აივ-ინფიცირებულთა სოციალურ უსაფრთხოებას, კანონიერ უფლებებსა და ვალდებულებებს;
 - სამედიცინო პერსონალის იურიდიულ და სოციალურ უსაფრთხოებას
 - სახელმწიფო, საზოგადოებრივ და ინდივიდუალურ დონეებზე აივ-ისა და შიდსის ზეგავლენის შესუსტებას.
- (აივ/შიდს-ის პრევენციის ეროვნული პროგრამა, საქართველოს პარლამენტი, მარტი, 1995 წელი).

გარდამავალი პერიოდისათვის შექმნილი კანონმდებლობა რამდენიმე ისეთ მუხლს შეიცავდა, რომელიც აივ-ის მატარებელთა უფლებებს უხეშად არღვევდა. მას მარე რაც ქვეყანა დემოკრატიული განვითარების გზას დაადგა, საქართველოს მთავრობამ და პრეზიდენტმა აღიარეს, რომ აუცილებელი იყო კანონში შესწორებების შეტანა. □ შიდს-ის წინაარმდეგ ბრძოლისა და პრევენციასთან დაკავშირებული საქმიანობის გაძლიერების შესახებ □, პრეზიდენტის ბრძანებულებაზე №587 (მუხლი 5, 8 ოქტომბერი, 1998) დაყრდნობით, აივ/შიდს-ის პრევენციის კანონში რამდენიმე შესწორება შეიტანეს. ეს ახალი კანონპროექტი პარლამენტმა მოისმინა და მიიღო და იგი 2001 წელს ამოქმედდა.

ძირითადი საკითხები, რომელთაც □ აივ/შიდს-თან დაკავშირებული კანონი უზრუნველყოფს შემდეგია:

- მთავრობის ვალდებულებები (პოლიტიკურ გადანაცვებილებათა შემუშავება, შესაძლებლობების (პოტენციალის) განსაზღვრა და ფინანსირება) აივ/შიდსთან საბრძოლველად. სამთავრობო, რეგიონალურ და ადგილობრივ დონეებზე პოლიტიკის შემუშავება;
- აივ-ის მატარებელთა მკურნალობა და მათზე ზრუნვა, ჯანდაცვის სამსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა;
- მოქალაქეთა ნებაყოფლობითი აივ-ტესტირება;
- აივ-ინფიცირებულთა უფლებებისა და ინტერესების დაცვა, კონფიდენციალობის, თავისუფალი არჩევანის, პატივისცემის, უსაფრთხოებისა და თანასწორუფლებიანობის უზრუნველყოფა;
- ეპიდემიოლოგიური მეთვალყურეობის პრინციპები;
- აივ-ინფიცირებულთა და მათი ოჯახის წევრების სოციალური უსაფრთხოება (დაცვა);

აივ/შიდსისათვის განკუთვნილი დანესებულებებში მომუშავე მედპერსონალის უფლებებისა დაცვა, მათი ვალდებულებების განსაზღვრა და სოციალური უსაფრთხოება.

საქართველოს სოციალური და კულტურული კონტექსტის გათვალისწინებით და აივ/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის რესურსების სიმწირის გამო, კანონის ზოგიერთი მუხლის განხორციელება საკმაოდ რთულია. მაგ. ექიმებისაგან იმის მოთხოვნა, რომ ერჯერადი სამედიცინო ინსტრუმენტების ნაკლებობის პირობებში აივ-ის მატარებლებს დახმარება აღმოუჩინონ.

კანონპროექტის შემუშავების პროცესმა საზოგადოებაში და ხელისუფლებაში აივ-ტესტირებისა და სკრინინგის პოლიტიკასთან დაკავშირებული განსხვავებული თვალსაზრისები გამოავლინა. 1995 წელს მიღებული კანონი ქვეყანაში შემოსული ყველა უცხოელისა და აგრეთვე სამშობლოში უცხოეთიდან, ხანგრძლივი საქმიანი მოგზაურობის შემდეგ (თვეზე მეტი), დაბრუნებული ქართველების სავალდებულო აივ-ტესტირებას უზრუნველყოფდა. სხვა შემთხვევაში მათ აივ-ტესტირების შედეგების ოფიციალური მონმობა უნდა წარმოედგინათ. 2001 წელს ეს მუხლი ნებაყოფლობითი სკრინინგის უფლებით შეიცვალა (გამონაკლისის სისხლის დონორები წარმოადგენენ). უცხოელებს აღარ სთხოვენ აივ-ტესტირების გავლის მონმობა წარმოადგინონ. კანონის შესწორებას მრავალი ოპონენტი ჰყავდა, რომლებიც კვლავ აუცილებელი ტესტირებისა და სკრინინგის მექანიზმების შემოღებას მოითხოვდნენ.

ამ დამოკიდებულებამ გამოავლინა, რომ საზოგადოებაში კვლავ არსებობს ცრურწმენა, რომ შესაძლებელია ქვეყანამ აივ-ის მატარებლებს □ კარი დაუკეტოს □ და საქართველოში აივ-ის ეპიდემიის გავრცელების რისკი ასე აიცილოს თავიდან.

ქართველების ნაწილს სჯერა, რომ აივ-ის ეპიდემიის გავრცელებაზე კონტროლი მთავრობის ვალდებულებაა და ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობასა და საკუთარი თავის დაცვას სრულიად უგულვებელყოფს.

□ ჩვენ და ისინი □ დამოკიდებულება ისევ ჭარბობს საქართველოს მოსახლეობაში, რომელიც აივ-ის მატარებლებისაგან გამოყოფას ცდილობს.

საბედნიეროდ, ხანგრძლივი განხილვის შემდეგ კანონპროექტი შეტანილი ცვლილებები მიიღეს და ადამიანთა უფლებების საყოველთაო დაცვაზე დაყრდნობით 2000 წელს ნებაყოფლობითი

სკრინინგი დაკანონდა. უფრო მეტიც, კანონმდებლობაში შტანილი შესწორებები ზრდის ინდივიდების პასუხისმგებლობას. დღეს აივ-ის ინფექციაზე ტესტირების გავლა სრულიად ნებაყოფლობითია, სისხლისა და ორგანოების/ქსოვილების დონორების გამოკლებით, რომლებიც ამ ტესტირებას სავალდებულო წესით გადაიან.

ერთჯერადი სამედიცინო ინსტრუმენტების ნაკლებობის გამო, სამედიცინო დაწესებულებებში უსაფრთხოების არაადეკვატური ზომების გამო, სტერილიზატორებისა და დეზინფექციის საშუალებების არ არსებობის გამო, კანონმდებლობის ერთი-ერთი მუხლი, რომელიც ადამიანის უფლებების დაცვის პრინციპებს ეწინააღმდეგებოდა არ შეცვლილა. აქ ლაპარაკია იმაზე, რომ მედპერსონალისა და მათი პაციენტების უსაფრთხოების მიზნით, აივ-ით ინფიცირებული პიროვნება ვალდებულია ნებისმიერ დაწესებულებას, რომელიც მის ჯანმრთელობაზე ზრუნავს, თავისი აივ-სტატუსი შეატყობინოს. პიროვნება, ვინც თავისი სტატუსი არ იცის, პასუხს არ აგებს ქმედებაზე, რომელმაც შეასძლოა ინფექციის გავრცელება გამოიწვიოს.

მეორე მხრივ, კანონი იმ ვალდებულებებს განმარტავს, რომლებიც მედპერსონალს აკისრია, რათა მან აივ-ინფიცირებულთა მკურნალობა მათი დისკრიმინაციის გარეშე განახორციელოს.

ამასთან ერთად, აივ ინფიცირებული პიროვნება ვალდებულია მისი სექსუალური პარტნიორი და/ან მომავალი მეუღლე საკუთარი აივ-სტატუსის შესახებ გააფრთხილოს. სესუალური გზით გადაცემული სხვა ინფექციებს კანონმდებლობა რა აკონტროლებს.

კანონმდებლობა აივ-ის მატარებლებს განათლებისა და მუშაობის უფლებებითაც უზრუნველყოფს. თუმცა არსებობს მთელი რიგი პროფესიებისა, რომელთაც კანონმდებლობა მაღალი რისკის მქონე პროფესიულ სფეროებად განსაზღვრავს (ქირურგები, გინეკოლოგები, სტომატოლოგები, ქირურგიული და გინეკოლოგიური საავადმყოფოების მედდები), და სადაც აივ ინფიცირებულთა მიღება სამსახურში აკრძალულია. მიუხედავად იმისა, რომ კანონის მიხედვით აკრძალულია აივ-ის მატარებლებს მათი სტატუსის გამო სამსახურზე ეთქვათ უარი, არსებობს შემთხვევები როდესაც ისინი სწორედ ამის გამო სამსახურიდან დაუთხოვიათ. შიდს-ის ეროვნული ცენტრი ყველა ასეთ შემთხვევაში ჩაერია, თუმცა რამდენიმე მათგანში წარმატებას ვერ მიაღწია და აივ ინფიცირებულმა ადამიანებმა სამსახური დაკარგეს.

აივ ინფიცირებული ადამიანი, რომლისთვისაც საკუთარი სტატუსი ცნობილია და სხვა ადამიანს დააავადებს, საქართველოს სისხლისსამართლის კოდექსთ ისჯება.

ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა შესახებ საქართველოს კანონმდებლობა 2002 წელს შესწორდა. კანონმდებლობაში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთან დაკავშირებული დადებითი ცვლილებები ნაწილობრივი დეკრიმინალიზაცია და მეტადონით ჩანაცვლებული მკურნალობის დაშვებაა. სამწუხაროდ, კანონი არ იძლევა ნემსის-გაცვლის პროგრამის, მათ შორის ციხეებშიც, განხორციელების უფლებას. გლობალ ფონდის პროექტი დავამარცხოთ შიდს-ი, ტუბერკულოზი და მალარია (GFATM project) გეგმავს პროპაგანდისტულ მეცადინეობებს (workshops) რათა ნემსის-გაცვლის პროგრამის განსახორციელებლად საზოგადოებრივი და ოფიციალური მახარდჭერა მოიპოვოს. ჯერჯერობით, ადგილობრივი პოლიციის დეპარტემენტის სიტყვიერი თანხმობის მოპოვების შედეგად ორი მოსამზადებელი (pilot) პროექტი ხორციელდება. ორგანიზაციებს, რომლებიც ამ პროგრამას ახორციელებენ, მის დასაცავად საზოგადოებისათვის ძლიერი არგუმენტების წარდგენა მოუწევთ. დღეს საქართველოში არ არსებობს კომერციულ სექ-მუშაკებთან დაკავშირებული მოქმედი კანონი. სამოქალაქო კოდექსში სექს-ბიზნესი აკრძალულია ერთ პარაგრაფში. არ არის ნახსენები ის სოციალური და ეკონომიკური პირობები, რომლებიც მათ ამ საქმიანობისაკენ უბიძგებს. ეს კი ართულებს კომერციულ სექს-მუშაკებზე ორიენტირებული აივ-ის პრევენციის პროგრამის შემუშავებასა და განხორციელებას. ასეთი კანონის უქონლობის გამო, სექს-ბიზნესს შესაძლებელია პოლიციისა და ჯანდაცვის სპეციალიზირებული დაწესებულებების მუშაკებმა განსხვავებული ინტერპრეტაცია გაუკეთონ და აუცილებელი ზომებიც საკუთარი (განსხვავებული) მოსაზრებების საფუძველზე მიიღონ.

არის ჯგუფები, რომლებიც პროსტიტუციის ლეგალიზებას მოითხოვენ, თუმცა მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი ამის წინააღმდეგია. ასე თუ ისე, კანონპროექტი არსებობს და არის იმედიც, რომ იგი უახლოეს მომავალში

განიხილება, რათა კანონმდებლობა საერთაშორისო სტანდარტებთან სრულ შესაბამისობაში მოიყვანოს. მანამდე კი, ყველა დაინტერესებული მხარე კოდექსსა თუ ამჟამად მოქმედი კანონმდებლობის შეზღუდვებს, ინტერპრეტაციას საკუთარი ინტერესების შესაბამისად უკეთებს.

და ბოლოს, კანონი განსაზღვრავს თუ ვის აქვს უფლება ტესტირებაზე (ყოველ ინდივიდს აქვს უფლება აივ-ტესტირება გაიაროს), ვინ არის ვალდებული ეს ტესტირება გაიაროს (სისხლის დონორები), და ვინ უნდა მიიღოს აივ/შიდსის სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო სამსახურების შეღავათები (საქართველოს ყველა მოქალაქე ამ შეღავათების მიმართ თანასწორუფლებიანია).

აივ-ის პრევენციის კანონი პრევენციისა და სამკურნალო სამასახურების ხელმისაწვდომობის მტკიცე გარანტიას იძლევა, მაგრამ იგი ჯერ კიდევ სრულ ჰარმონიაში არ იმყოფება ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლებისა და კომერციული სექს-მუშაკების საკითხებთან დაკავშირებულ კანონმდებლობასთან. შიდასი დაავადებულთა ანტირეტროვირუსული მკურნალობის უზრუნველყოფა ვერ მოხერხდა 2005 წლამდე (შიდასი-ით დაავადებულებს ეს არ ეხება), ვიდრე არ გადაწყდა, რომ გლობალ ჰფონდის პროექტით ყველა შიდასი დაავადებულის მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ჩაუტარდება.

ჰომოსექსუალობის საკითხებს კანონი საერთოდ არ ეხება და ამასთან დაკავშირებით არც კანონმდებლობის რაიმე ცვლილება იგეგმება ახლო მომავალში.

II.7 მთავრობის მიერ გატარებული ღონისძიებები

საზოგადოების ჯანმრთელობის საკითხებს შორის საქართველოს მთავრობა აივ ინფექცია/შიდსს ერთ-ერთ მთავარ პრიორიტეტულ საკითხად მიიჩნევს. თუმცა უნდა ითქვას, რომ შეზღუდული რესურსების გამო, აივ/შიდს-ის პრევენციისა და კონტროლისათვის გამოყოფილი თანხები მეტად მწირია. ჯანმრთელობის სხვა საკითხებიც, როგორცაა ბავშვთა იმუნიზაცია, პირველადი სამედიცინო დახმარება, ჯანდაცვა რეგიონებში, სექსუალური გზით გადაცემული დაავადებების პრევენცია და კონტროლი, ნარკოტიკების მოხმარების პრევენცია ასევე პრიორიტეტულია და კონკურენციას უწევს ერთმანეთს სამთავრობო ფინანსირების მისაღებად. აივ ინფექცია/შიდსსთან დაკავშირებული პირველი სამთავრობო პროგრამა აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული პროგრამა 1994 წელს ამუშავდა. მისი მთავარი მიზანი როგორც პრობლემურ მოსახლეობაში ასევე მთელს საქართველოში აივ-ინფექციის ეპიდემიის კონტროლი იყო, რაც კონსულტირებისა და ტესტირების, განათლებისა და ცხოვრების ჯანმრთელის წესის პროპაგანდის მეშვეობით უნდა განხორციელებულიყო.

აივ-ინფექციის რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის ჯგუფები შემდეგია: ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლები, კომერციული სექს-მუშაკები, მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები, სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციებით დაავადებულნი (მათ შორის B და C ჰეპატიტები და/ან ტუბერკულოზი). ყველა ამ ჯგუფის წევრის (მათ შორის მათი სექსუალური პარტნიორების) სკრინინგისათვის საჭირო თანხებს სახელმწიფო ბიუჯეტი ფარავს. ამ ჯგუფების დაახლოებით 18 000 - 20 000 წარმომადგენელი ყოველწლიურად აივ-ტესტირებას გადის. ამასთან ერთად, პროგრამა ნდობის ტელეფონის ფუნქციონირებას, ჯანდაცვის მუშაკებისა და ახალგაზრდების აივ-ის პრევენციასთან დაკავშირებულ საკითხებში განათლებასა და საზოგადოების ცოდნის დონის ამაღლებისათვის საჭირო ღონისძიებებს აფინანსებს. სახალგაზრდობა, მიგრანტები და იძულებით გადაადგილებული პირებიც სარისკო ჯგუფებს განეკუთვნებიან. 1997 წელს, მთავრობამ სისხლისა და სისხლის პროდუქტების უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად უსაფრთხო სისხლის ეროვნული პროგრამა განახორციელა, რომელიც სისხლის ყველა დონორისათვის აივ ინფექციის, B და C ჰეპატიტებისა და სიფილისის აუცილებელ ტესტირებას გულისხმობს. ეს პროგრამები შეზღუდული სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანმრთელობის პროგრამისათვის გამოყოფილი თანხებით ფინანსდება. 2004 წელს აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის პროგრამებზე სულ 160 000-180 000 აშშ დოლარი გამოიყო. 2004 წლისათვის უსაფრთხო სისხლის ნაციონალური პროგრამის ბიუჯეტი 400 000 - 420 000 აშშ დოლარი იყო. საქართველოში სამედიცინო მონმსახურების გზით აივ-ის გადაცემის არცერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა, თუ სისხლის გადასხმას არ ჩავთვლით.

ორსულობის დროს აივ-ინფექციის დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია (PMTCT) აივ/შიდსის პრევენციისა და მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთი კომპონენტია. გლობალ ფონდის პროექტი დავამარცხოთ შიდასი, ტუბერკულოზი და მალარია საქართველოში ფეხმძიმე ქალების უფასო აივ-ტესტირებასა და კონსულტირებას, აივ ინფიცირებული დედებისა და მათი ახალშობილების პროფილაქტიკურ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობასაც ისახავს მიზნად.

შიდსის კონტროლის ეროვნულ ცენტრს, რომელიც 1990 წელს დაარსდა, აივ/შიდსის, სექსუალური გზით გადაცემული და სხვა ინფექციური დაავადებების სამთავრობო კომისია ხელმძღვანელობს. კომისია იმჟამინდელმა პრემიერ მინისტრმა, ავთანდილ ჯორბენაძემ 1996 წელს შექმნა. იგი სხვადასხვა სამინისტროების (მინისტრებისა და მათი მოადგილეების) და სახელმწიფო დეპარტამენტების უმაღლესი რანგის ხელმძღვანელებისაგან შედგება: შრომის სამინისტრო, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, იუსტიციის სამინისტრო, განათლების სამინისტრო, შინაგან საქმეთა სამინისტრო, საგარეო საქმეთა სამინისტრო, ეროვნული უსაფრთხოების სამინისტრო და სასაზღვრო კონტროლის დეპარტამენტი. ეს კომისია ვალდებულია აივ/შიდსის პრევენციის და კონტროლის პოლიტიკა და პროგრამები შეიმუშაოს და განახორციელოს.

2002 წელს ქვეყანაში 2003-2007 წლებისათვის აივ/შიდსისთან ბრძოლის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის შემუშავება დასრულდა, რომლის ტექნიკურ მხარდაჭერასაც გაეროს აივ/შიდსის გაერთიანებული პროგრამა (UNAIDS) და გაეროს ბავშვთა ფონდი (UNICEF) ახორციელებენ. იმავე წელს დაარსდა

ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმი (CCM), რომლის მიზანია აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის პოლიტიკის შემუშავებაში არასამთავრობო სექტორი, ადამიანები, რომელთაც შიდსის ეპიდემის შეეზო (PLWHA) და საზოგადოების სხვადასხვა წარმომადგენლები ჩართოს და გარედან დამატებითი თანხები მოიზიდოს.

ქვეყნის საკოორდინაციო მექანიზმში (CCM) ყველა დაინტერესებული მხარეა წარმოდგენილი, რამაც ეროვნული განაცხადის გლობალური ფონდის აივ/შიდსის წინაარმდეგ ეროვნული საპასუხო ღონისძიებების გაძლიერება საქართველოში წარმატება განაპირობა. ეს განაცხადი შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის პროექტით დაფინანსდა 12 მილიონი აშშ დოლარით დაფინანსდა და ეს თანხა თითქმის 10-ჯერ აღემატება აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული პროგრამის მთელ ბიუჯეტს. გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში საქართველოში შიდსით დაავადებული ყველა ავადმყოფი უზრუნველყოფილია მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული თერაპიით, ანტირეტროვირუსულ რეზისტენტულობაზე ტესტირებითა და სხვ. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ერთი ადამიანისათვის წელიწადში 1600 -იდან 2000-მდე ამერიკული დოლარი ჯდება. როგორც ეს სხვა ბევრ ქვეყანაში უკვე მოხდა, მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული თერაპიის ხელმისაწვდომობა აივ-ინფექციისა და შიდსის მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულებას ჩვენშიც შეცვლის. საზოგადოება დაინახავს, რომ ეს არა მომაკვდინებელი, არამედ სახიფათო მაგრამ მართვადი ქრონიკული ინფექციაა. შესაბამისად, მრავალ ადამიანს გაუჩნდება ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების (VCT) სურვილი. ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ხელმისაწვდომობასთან ერთად, შიდსით დაავადებულები უზრუნველყოფილი იქნებიან განათლებით, მოვლითა და მხარდაჭერით

II.8 ნარკოტიკების მოხმარების ბავრცელეების შემზღუდავი ზომები

- საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის ტრადიცია ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია. ამ სფეროში მხოლოდ ერთეული მცირე მასშტაბიანი პროექტები ხორციელდება და სახელმწიფოს მხრიდან გამოყოფილი თანხებიც ძალზედ მწირია. (მაგალითად, 2004 წლის ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის ბიუჯეტი მთელი საქართველოსათვის 500000 ლარი იყო, რომლის დიდი ნაწილიც ნარკოლოგიურ ექსპერტიზას უნდა მოხმარებოდა).
- საქართველოში ნარკოტიკებზე დამოკიდებულთა მომსახურების სფეროებიც ჯერ კიდევ განვითარების ეტაპზეა. ქვეყანაში ამ მხრივ მნიშვნელოვანი დეფიციტი არსებობს, როგორც მომსახურების სპექტრის მრავალფეროვნების, ისე ამ პროცესში ჩართული ნარკოლოგიურ დაწესებულებათა რაოდენობის თვალსაზრისით. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს: ნარკოტიკების მოხმარებელთა მკურნალობის იდეოლოგიის მძიმე საბჭოური მემკვიდრეობა, რომლის არაჰუმანური პრინციპების დაძლევის ქართველ სპეციალისტთა მრავალწლიანი ბრძოლა დასჭირდა; ასეთი ტიპის მკურნალობის ღარიბი ტრადიციები და შესაბამისი ინსტიტუციონალური ბაზისის სიმწირე; უკანასკნელ წლებში ქვეყანაში არსებული სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების შედეგად ახალი ტიპის მომსახურებისათვის მატერიალური ბაზის შესაქმნელად წარმოქმნილი სირთულეები; და ფინანსური პრობლემების გამო ნარკოტიკების მოხმარების მკურნალობისათვის არსებული საშუალებების გამოუყენებლობა.
- მკურნალობის ძირითადი სახე ამბულატორიულ პირობებში განხორციელებული დეტოქსიკაცია და შემდგომი რეაბილიტაციაა. ქვეყანაში არ არსებობს პოსტ-დეტოქსიკაციის სტაციონარული მკურნალობის ცენტრები, მათ შორის არც ერთი თერაპიული ან სხვა ტიპის რაიმე სპეციფიკური სარეაბილიტაციო დაწესებულება. მიუხედავად ქართველ სპეციალისტთა და ალკოჰოლზე დამოკიდებულთა ანონიმური და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულთა ანონიმური საზოგადოების (Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous volunteers) მოხალისე უცხოელ წარმომადგენელთა მრავალწლიანი (მრავალგზისი) მცდელობისა, ნარკოტიკების მოხმარებელთა თვითდახმარების მოძრაობა წელი ტემპით ვითარდება და ჯერ კიდევ ჩანასახოვან სტადიაში იმყოფება.
- ჯერჯერობით ჩანაცვლებითი თერაპიის არცერთი პროგრამა არ განხორციელებულა. თუმცა ამ თვალსაზრისით აღინიშნება მნიშვნელოვანი წინსვლა – მეტადონური ჩანაცვლების პილოტური პროგრამა, რომელიც ერთდროულად 60 პირს მოემსახურება, 2005 წელს დაიწყო თბილისში. 2006 წლის დასაწყისისთვის კი კიდევ ორი ცენტრის გახსნა დაგეგმილი და იგი 200 პირს მოემსახურება. აღნიშნული პროგრამები გლობალ ფონდის პროექტის ადვანსარცხით შიდს-ი, ტუბერკულოზი და მალარია მიერ დაფინანსდება
- არ არსებობს ნარკოტიკების მოხმარებელთა სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამა.
- დაკავების ადგილებშიც არ მუშაობს ნარკოტიკების მოხმარებელთა მკურნალობა/რეაბილიტაციის რაიმე პროგრამა; ფინანსების უქონლობის გამო სავალდებულო მკურნალობაც (მიუხედავად არსებული კანონისა). ვერ ხორციელდება
- დღესდღეობით საქართველოში ნარკოტიკების მოხმარებელთა მკურნალობაზე მოთხოვნა და ასეთი მკურნალობის ჩატარების შემთხვევების რაოდენობა მნიშვნელოვან სხვაობას იძლევა. 2003

წელს საქართველოში მკურნალობა 306-მა პაციენტმა გაიარა, რაც ნარკოტიკების მომხმარებელთა რაოდენობას თუ გავითვალისწინებთ, ძალიან ცოტაა. ამის ძირითადი მიზეზი კი ის არის, რომ სახელმწიფო ვერ აფინანსებს მათ მკურნალობას და ამიტომ პაციენტების უმრავლესობას, ამის გაკეთება საკუთარი სახსრებით უხდებათ.

ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის არადაამაკმაყოფილებელი დონე და მომხმარებელთა არაეფექტური მკურნალობა/რეაბილიტაცია, მეტად უწყობს ხელს ნარკოტიკების მოხმარებისა და მასთან დაკავშირებული დაავადებების გავრცელებას.

ინტერვიუ, ჯანმრთელობის, შრომისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროსთან არსებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის უფროსთან, ლევან ბარამიძესთან

ვინაიდან საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტს წარმოვადგენ, მე შემიძლია მხოლოდ სხვადასხვა დაავადებების პრევენციის პრიორიტეტებზე გესაუბროთ. აქ გამოვყოფდი სექსუალური გზით გადაცემულ დაავადებებს, რეპროდუქციულ ჯანმრთელობას და მწველობას. ამჟამად, ბავშვების საყოველთაო იმუნიზაციის პროგრამაზე ვართ ფოკუსირებული, რომელსაც გაეროს ბავშვთა ფონდი, როსტროპოვიჩის ფონდი და სახელმწიფო აფინანსებენ. ეს არაჩვეულებრივი კაპიტალდაბანდებაა. პირველადი დახმარების სექტორში რეპროდუქციული ჯანმრთელობის რამდენიმე პროგრამა მუშაობს. კერძოდ, ჩვენ ვებრძვით აბორტს საქართველოში შობადობის კონტროლის მთავარი ბერკეტი - და ვცდილობთ კონტრაცეპტივების რეგულარული გამოყენება დაწინაურებულ. პირველადი დახმარება, ჩვენი აზრით, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისი ეკონომიკური მაღალეფექტურობის გამო. ჩვენ დასავლეთის მიერ აპრობირებული, წარმატებული გზა ავირჩიეთ.

ჩვენი დეპარტამენტი ასევე ჰაერის, წყლისა და ნიადაგის დაბინძურების საკითხებზეც მუშაობს. ვცდილობთ ამ პრობლემებსაც გავართვათ თავი.

სახელმწიფოს კიდევ ერთ პრიორიტეტს ფსიქიატრიული დაავადებები წარმოადგენს.

სექსუალური გზით გადაცემული დაავადებები, მათ შორის აივ-ის პრევენცია ასევე ჩვენი პრიორიტეტია. ამ სფეროს სახელმწიფო პროგრამები მოიცავენ. უცხოური და საერთაშორისო ორგანიზაციებიც გამოყოფენ გრანტებს ამ მიზნებისათვის. აივ-ის პრევენციის მთავარ პროგრამას შიდს-ის და კლინიკური იმუნოლოგიის ეროვნული ცენტრი განახორციელებს. პროგრამას სახელმწიფო და გლობალ ფონდი აფინანსებენ. პროგრამის ზოგიერთი კომპონენტი უკვე ხორციელდება, დანარჩენები კი უახლეს მომავალში ამუშავდება. რა თქმა უნდა, არსებობს სირთულეებიც, რაც როგორც არასაკმარისი თანხებით ასევე ჩვენი შეცდომებითაა გამოწვეული. ვფიქრობ, მიუხედავად ყველაფრისა მაინც წარმატებებს ვაღწევთ ამ სფეროში.

უნდა აღინიშნოს, რომ საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ შემუშავებული შიდს-თან ბრძოლის პროგრამები ადგილობრივი პირობებთან მორგებას მოითხოვს. საქართველოში ყველაზე დიდია რისკ-ჯგუფი ნარკოტიკების მომხმარებლებისაგან (მათ შორის ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებისაგან) შედგება. ოფიციალური, მნიშვნელოვნად დაწეული (შემცირებული) მონაცემების მიხედვით, რეგისტრირებული ქრონიკული ნარკომანების (ანუ პაციენტების) რიცხვი საქართველოში 6 000 ია, პლუს 15 000 ნარკოტიკის მომხმარებელი. სამწუხაროდ, ინტრავენული ნარკომანების/ნარკოტიკების მომხმარებლების რეალური რაოდენობის დადგენა ვერ ხერხდება, მაგრამ ჩვენ ვიცით, რომ ისინი ათასობით არიან და ყველანი ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. რთულია ასეთი მოსახლეობის გაკონტროლება, რადგანაც პრევენციის პროგრამების მხოლოდ

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების მცირე ნაწილს მოიცავენ. ჩვენ დიდი რესურსები და კარგი მენეჯმენტი გვესაჭიროება, რაც დღეს აშკარად გვაკლია. კიდევ ერთ რისკ-ჯგუფს კომერციული სექს-მუშაკები წარმოადგენენ. ეს ჯგუფიც განსაკუთრებულ მიდგომას მოითხოვს. კიდევ ერთი რისკ-ჯგუფი სისხლისა და ორგანოების დონორები არიან. წრსულში მთელი ჩაბარებული სისხლის სკრინირება შეუძლებელი იყო. ეს სისხლი დღეს ტესტირებას გადის, თუმცა მისი მეტი უსაფრთხოებისათვის ორმაგი ან სამმაგი შემოწმება ყოველთვის ვერ ხერხდება. აქაც არასაკმარისი ფინანსები და ცუდი მენეჯმენტის პრობლემები იჩენს თავს. მიუხედავად ამისა, შემიძლია ვთქვა, რომ სახელმწიფო თანდათანობით, მეტი და მეტი გაგებით ეკიდება ამ პრობლემებს და მათ აგვარებს კიდევ. ჩვენ სწორი გზით მივდივართ. რა თქმა უნდა, თანხების სიმწირის გამო შეუძლებელია აივ/ შიდს-ის ყველა პრობლემის გადაჭრა, მაგრამ თუ ყველაფერი სწორი მიმართულებით განვითარდება, დადებით შედეგებს აუცილებლად მივიღებთ. კერძოდ იმას ვგულისხმობ, რომ ჩვენ აივ-ის ეპიდემიის სერიოზულ აფეთქებას ველოდებით, მაგრამ არ ვფიქრობთ, რომ იგი ისეთ კატასტროფულ შედეგებს გამოიწვევს როგორც ეს რუსეთსა და უკრაინაში ხდება. რა თქმა უნდა, მხოლოდ სახელმწიფო

და ეროვნული ცენტრი ამ პრობლემას თავს ვერ გაართმევენ. კერძო სექტორის როლი აქ მეტად დიდია. სახელმწიფოს შეუძლია და მან უნდა განსაზღვროს არასამთავრობო სექტორის საქმიანობის სფერო და იგი შესაბამისი ფონდებით (თანხებით) უზრუნველყოს. საერთაშორისო დონორებს რაც შეეხება, შეუძლებელია მათი როლი სათანადოდ არ შევავსოთ.

აივ-ინფექცია/შიდსის საკითხებთან დაკავშირებით საზოგადოების ცოდნის ამაღლებაც აუცილებელია. რამდენიმე წლის წინ მედიცინის მუშაკთა და სტუდენტთა მცირემასშტაბიან კვლევას ვანარმოებდი. შედეგები მეტად არადადამაკმაყოფილებელი აღმოჩნდა. გამოკითხულთა დიდმა რაოდენობამ არ იცოდა აივ-ის გადაცემის გზები, ცოტა იცოდა რისკ-ფაქტორების შესახებ და ა.შ. თუ პროფესიონალებში ასეთი შედეგებია, წარმოდგინეთ ცოდნის რა დონე აქვს საზოგადოებას. ამდენად, ამ მიმართულებაზეც გვინევს აქცენტის გაკეთება. საზოგადოების ცოდნის დონის ასამაღლებლად, ვფიქრობთ, მასმედიას გამოვიყენებთ. ცნება ჯანმრთელი ქცევა და მისი კომპონენტები საზოგადოების მენტალიტეტისა და მისი ყოველდღიური ცხოვრების ნაწილი უნდა გახდეს.

აივ-ინფიცირებული ადამიანების სტიგმატიზაციას რაც შეეხება, დღესდღეობით ტესტირების ანონიმურობა და კონფიდენციალობა გარანტირებულია. საზოგადოებაში, ამასთან დაკავშირებით, საგანმანათლებლო სამუშაოების ჩატარება ჯერ კიდევ აუცილებელია, რათა ინფიცირებული ადამიანები მისგან გარიყელი არ აღმოჩნდნენ. ჩვენ ვიცით, რომ ეს მეტად სერიოზული პრობლემაა.

რაც შეეხება რეგიონებს, აივ-ინფექციის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი საზღვართან ახლო მდებარე რაიონებში (მაგ. პორტები ბათუმი და ფოთი) და აზერბაიჯანის მოსაზღვრე ტერიტორიაზეა. ჩვენს დეპარტამენტს ეპიდემიოლოგიური ქსელი აქვს, რომელიც აივ ინფექცია/შიდსის (და არა მხოლოდ აივ/შიდს-ის) გარკვეული კონტროლის საშუალებას იძლევა. მიუხედავად ყველაფრისა, მაინც არსებობს წუხილის გარკვეული საფუძველი. როგორც ვიცით, მიგრანტებიც რისკ-ჯგუფს განეკუთვნებიან. უკვე იმაზეც ფიქრობთ, რომ ტესტირება ჩვენ [საკუთარ] მოქალაქეებს და საქართველოში მცხოვრებ უცხოელებსაც ჩავუტაროთ. საქართველოს მოქალაქეები ხშირად მოგზაურობენ ისეთ ქვეყნებში, სადაც აივ-ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი უფრო მაღალია ეს კი მეტად სახიფათოა. ყველა პროექტის განხორციელებას, ჯერჯერობით, თანხების სიმწირე უშლის ხელს. ჩვენ მათი გადაჭრის გზებსაც ვეძებთ.

განახლებული საქართველოს მთავრობას სჯერა, რომ კორუფციასთან დაუნდობელი ბრძოლით და გადასახადების აკრეფის გაუმჯობესებით, ჯანმრთელობისთვის, მათ შორის აივ/შიდს-თან დაკავშირებული პრობლემების გადასაჭრელად, ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხების რაოდენობა მომავალში გაიზრდება და საკუთარი ახალი რესურსებითა და საშუალებებით გლობალ ფონდის პროექტის დავამარცხოთ შიდს-ი, ტიბერკულოზი და მალარია დასრულების შემდეგ, საქმის გაგრძელებას თვითონ შესძლებს.

III ნანილი. კონკრეტული მაგალითი

ახალგაზრდების განათლება აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ საკითხებზე საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია (სფ)

მისამართი:

380086 საქართველოს რესპუბლიკა

თბილისი, ვაჟა-ფშაველას 76ბ

ტელ. 955 32 302252; 955 32 303191; 955 32 983998;

ფაქსი: 955 32 983998

ელ-ფოსტა: shoge7@yahoo.com

თავმჯდომარე: კობა გილაშვილი

საკონტაქტო პირი: შოთა მაღლაკელიძე □ თავმჯდომარის მოადგილე

III.1 რატომ საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია?

არჩევანი საქართველოს ბავშვთა ფედერაციაზე იმიტომ შეჩერდა, რომ მას საქართველოს მთელი მასშტაბით ბავშვებთან და მოზარდებთან მრავალ სხვადასხვა და მათ შორის აივ/შიდსთან დაკავშირებულ საკითხებზე მუშაობის ხანგრძლივი და დიდი გამოცდილება გააჩნია. ამ ორგანიზაციის თანამშრომლები გამოცდილი ადამიანები არიან, რომლებსაც ახალგაზრდების ენა კარგად ესმით. ისინი ამხნევენ და მხარს უჭერენ ახალგაზრდებს. თანამშრომელთა ნახევარზე მეტი სტუდენტი ან ახალი კურსდამთავრებულია.

პრეზიდენტის ბრძანებულებით ორგანიზაცია სახელმწიფოს მიერ ფინანსდება, თუმცა სხვადასხვა ადგილობრივი თუ საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციების და გაეროს (USAID, UNICEF, UNFPA) მიერ დაფინანსებულ პროექტებსაც ანხორციელებს.

საქართველოს ბავშვთა ფედერაციას ბავშვთა და მოზარდთა საკითხებთან დაკავშირებული ეროვნული პოლიტიკის განსაზღვრაში ერთ-ერთი მთავარი როლი აკისრია. სფ-თან მჭიდრო კავშირში მყოფი არასამთავრობო ორგანიზაციის, საქართველოს ახალგაზრდული პარლამენტის წარმომადგენელთა ძლიერი ქსელი, ფედერაციასთან ერთად მთელ ქვეყანაში სხვადასხვა სახის და მათ შორის აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ საქმიანობას ანხორციელებს.

საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია ახალგაზრდული საკითხების ექსპერტთა დიდ ჯგუფთან თანამშრომლობს (საზოგადოებრივი ლიდერები, განათლების სამინისტრო, ჯანდაცვის სამინისტრო, ახალგაზრდული საკითხების სახელმწიფო დეპარტამენტი და სხვ.) მას აგრეთვე ურთიერთობა აქვს საქართველოს მუსიკისა და სპორტის ვარსკვლავებთან, რომლებიც ფედერაციის მიერ ჯანმრთელი ცხოვრების წესისა და ახალგაზრდებში ცოდნის პროპაგანდის მიზნით გამართულ კამპანიებში აქტიურად არიან ჩაბმულნი.

სფ არა მხოლოდ ბავშვებთან, არამედ მის მშობლებთანაც მუშაობს, რაც მას არაჩვეულებრივ შესაძლებლობას უქმნის, შეიმუშაოს და განახორციელოს ეფექტური პროგრამები ისეთ მტკიცებულ საკითხებზე, როგორცაა, მაგალითად, აივ/შიდს-ი და ახალგაზრდების სექსუალური განათლება. სფ-ს კულტურული კაპიტალი კი იმას მონიშნავს, რომ ეს დაწესებულება ამ რთულ საქმეს თავს კარგად გაართმევს. ამასთან ერთად, სკოლაში ახალგაზრდების სექსუალური განათლების საკითხებთან დაკავშირებით, ფედერაცია დიალოგს აწარმოებს ქართული ეკლესიის ლიდერებთან და მართლმადიდებელქრისტიანმშობელთა ასოციაციასთან. ფედერაციამ საზოგადოების წარმომადგენელთა კომისია შექმნა, რომელიც ახალგაზრდების სექსუალურ განათლებასთან დაკავშირებულ საქმიანობას თვალყურს ადევნებს, რათა დარწმუნდეს, რომ ეს პროგრამა ადგილობრივი (გარემოს) პირობების შესატყვისი და კულტურულად მისაღებია.

სფ-ის კულტურული კაპიტალის სათანადოდ შესაფასებლად და კერძოდ, ახალგაზრდების აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებული განათლების საკითხებზე მისი ზემოქმედების გამოსავლენად ჩვენ ინტერვიუ ავიღეთ ამ ორგანიზაციის თავმჯდომარისაგან, ბატონ კობა გილაშვილისაგან. გარდა ამისა, სფ-ში გაერთიანებული ახალგაზრდებისაგან შეიქმნა ფოკუს-ჯგუფი და ფედერაციაში მათი მოსვლის ინტერესების დასადგენად ამ მოზარდების გამოკითხვა მოხდა. ეს ინტერვიუებიც ფედერაციის საქმიანობაზე ასევე მნიშვნელოვან ინფორმაციას იძლევა.

III.2 ინფორმაცია ორგანიზაციის შესახებ

საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია, როგორც არასამთავრობო ორგანიზაცია, 1991 წლის 3 ივნისს დაარსდა. მისი მიზანია ახალგაზრდულ საქმეებთან დაკავშირებული სახელმწიფო პოლიტიკის გაუმჯობესება და გაეროს ბავშვთა უფლებების კონვენციის მოთხოვნების დაკმაყოფილება.

საქართველოს პრეზიდენტის 1999 წლის № 139 ბრძანებულების მიხედვით სბფ იურიდიულ პირად იქცა საზოგადოებრივი კანონით, რის შედეგადაც, იგი სახელმწიფო □ბიუჯეტიდან ფინანსდება და სახელმწიფო პოლიტიკას ემორჩილება.

ახალგაზრდულ საქმეთა სახელმწიფო დეპერტამენტთან ერთად, სბფ ვალდებულია ბავშვებისა და მოზარდების ცხოვრებისა და სწავლის პირობების მონიტორინგი აწარმოოს და პრეზიდენტს ანგარიში ჩააბაროს.

ბავშვთა უფლებების საერთაშორისო კონვენციის თანახმად ბავშვთა უფლებების დაცვის უზრუნველყოფა სბფ-ის უმთავრესი მიზანია

III.3 ორგანიზაციული სტრუქტურა

სბფ-ის ადმინისტრაციული შტატი 12 ადამიანისაგან შედგება, რომლებსაც თავმჯდომარე, ბატონი კ. გილაშვილი ხელმძღვანელობს (თავმჯდომარეს სახელმწიფო ნიშნავს). სხვადასხვა სფეროების ადმინისტრაციულ და პროგრამულ სამუშაოებს მისი სამი მოადგილე წარმართავს.

ინტერვიუ სბფ-ის თავმჯდომარესთან, ბატონ კობა გილაშვილთან

ჩვენი ორგანიზაცია 1991 წელს დაარსდა. იგი, იმ დროს ჩამოყალიბების პროცესში მყოფი არასამთავრობო სექტორის მცირერიცხოვან წევრთა შორის, ერთ-ერთი იყო. ბავშვთა უფლებების დაცვის სფეროში მუშაობა, გარკვეულწილად, ჩვენ პირველებმა დავიწყეთ. 1998 წლიდან ჩვენს ორგანიზაციას □საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია□ ეწოდება.

ჩვენი ორგანიზაცია (ფონიდი), ძირითად, ბავშვებისა და მოზარდებისათვის კულტურული და საგანმანათლებლო საქმიანობის წარმართვას, მათი უნარ-ჩვევების გაცნობიერებასა და შემდგომ განვითარებას ემსახურება. ის ბავშვები და მოზარდები, რომლებთანაც □საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია□ მუშაობს ორ ჯგუფად შეიძლება დაეყოთ. პირველი ჯგუფი დაახლოებით 300-350 ბავშვისგან შედგება. ეს ბავშვები, მთელი აკადემიური წლის მანძილზე, ჩვენთან აქტიურად თანამშრომლობენ, დადიან ჩვენს ორგანიზაციაში და თვითგანვითარებას ეწევიან. მეორე ჯგუფი, რომელთანაც ორგანიზაცია მუშაობს იმ ბავშვებისა და მოზარდებისაგან შედგება, ვინც სხვადასხვა თეატრალურ, მუსიკალურ, სპორტულ, გამაჯანსაღებელ და საგანმანათლებლო ღონისძიებებში, შეჯიბრებებში, შეხვედრებში და ფესტივალებში მონაწილეობს. ჩვენი საქმიანობა პასიურ აუდიტორიასაც მოიცავს, რომელიც ბევრად უფრო მეტი ადამიანისაგან შედგება.

ფაქტი, რომ ჩვენმა ორგანიზაციამ გლობალ ფონდისაგან დაფინანსება მიიღო, რათა პროექტის ერთ-ერთი კომპონენტი, კერძოდ, ახალგაზრდებში აივ/შიდს-ის პრევენცია განახორციელოს, ლოგიკურიც არის და მოულოდნელიც. მოულოდნელია იმიტომ, რომ აივ-ინფექციის საკითხებზე აქამდე არასოდეს გვიმუშავია. ლოგიკური კი, პირველ რიგში, იმიტომ არის, რომ ამ რთულ კონკურსში მონაწილეობისას ჩვენს გვერდით ისეთი პარტნიორები იდგნენ როგორებიც არიან: ინფექციურ სნეულებათა, შიდს-ის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრი, არასამთავრობო ორგანიზაციები □ბემონი□ და □თანადგომა□, მასწავლებელთა დახელოვნების ინსტიტუტეს წარმომადგენლები. მათ შიდს-ის პრევენციაში დიდი გამოცდილება გააჩნიათ. ლოგიკურია მიზეზიც რომლის გამო ამ გამოცდილმა პარტნიორებმა ჩვენთან თანამშრომლობა გადაწყვიტეს □ საქართველოში აივ-ინფექციის ეფექტური პრევენციისათვის საჭირო პროგრამები და საქმიანობა აუცილებლად საუკეთესო კულტურულ ტრადიციებს უნდა ეყრდნობოდეს. უცხოური პროგრამებისა და მეთოდების უცვლელად გადმოღებამ შესაძლოა შედეგი საერთოდ არ გამოიღოს, ან სრულიად საპირისპირო სურათი მივიღოთ. ჩვენი პარტნიორების არჩევანი, ჩემი აზრით, კულტურული და საგანმანათლებლო საქმიანობის წარმართვის ჩვენმა მრავალწლიანმა გამოცდილებამ განაპირობა.

ჩვენ არ ვფიქრობთ, რომ ამ პროგრამების ამოქმედება ადვილი საქმეა. დღეს საქართველოში არსებობენ ისეთი რელიგიური და პოლიტიკური ორგანიზაციები, რომლებიც თვლიან, რომ აივ-ინფექცია ჩვენს ქვეყანაში სერიოზულ პრობლემას არ წარმოადგენს და ამ მიმართულებით ბავშვებთან და სტუდენტებთან მუშაობა სრულიად არ არის საჭირო. ისინი ფიქრობენ, რომ ასეთი პროგრამები ახალგაზრდებს მხოლოდ სექსისა და ნარკოტიკების მოხმარებისადმი □არაჯანსაღ ინტერესს□ გაუჩენს, ცოდვებისაკენ, გარყვნილებისა და ნადრევი სექსუალური კავშირებისაკენ უბიძგებს, რაც შიდსისა და სხვა სექსუალური გზით გადაცემული დაავადებების გავრცელებას კიდევ უფრო შეუწყობს ხელს. მათი აზრით, ასეთი სახის სამუშაო მხოლოდ მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებთანაა საჭირო.

სამწუხაროდ, სწორედ ახალგაზრდობა წარმოადგენს მაღალი რისკის ჯგუფს. შეუძლებელია არ ვაღიაროთ, რომ სექსუალური ცხოვრებისა და ნარკოტიკების შესახებ დღევანდელი ახალგაზრდობა

თავის მშობლებზე ბევრად უკეთაა ინფორმირებული. ტელევიზიითა და ინტერნეტით მიღებული ინფორმაცია ხშირად სარისკო ქცევას იწვევს. სწორედ ამიტომ არის საჭირო ისინი რეალურ ფაქტებზე დაყრდნობილი სწორი, პროფესიონალური ინფორმაციით ვუზრუნველყოთ.

როგორც უკვე ავლინებ, ჩვენი პროგრამები იმ კონცეფციებს დაეყრდნობა, რომლებიც ჩვენს ტრადიციებს, ეთიკური აღზრდის პრინციპებს და ოჯახისა თუ რელიგიურ ფასეულობებს გამოხატავენ. ამ ორგანიზაციებს პრევენციის პროექტების შემუშავებაში აქტიური მონაწილეობის მიღებას ვთავაზობთ. ერთ-ერთი პრობლემა ისიცაა (თუმცა ამ პრობლემის გადაჭრა რთული არ არის), რომ ჯანსაღი ცხოვრების პრინციპების პროექტს სკოლებისათვის განათლების სამინისტროც ამუშავებს, რამაც ჩვენი პროგრამების განმეორება შეიძლება გამოიწვიოს. ამიტომ, ჩვენი საქმიანობის კოორდინირებაა აუცილებელი. იმედი გვაქვს, ეს საკითხი ადვილი გადაწყდება, მითუმეტეს, რომ გლობალ ფონდის მთავარი ადრესატი სახელმწიფოა, და იგი ამ პროექტის ეფექტური განხორციელებით მეტად დაინტერესებულია.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ გაკეთდეს:

1. ახალგაზრდების სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფებისათვის აივ-ის პრევენციის საკითხზე სასაწავლო პროგრამის (კურიკულუმის) (მასწავლებლებისათვის გამოსაყენებლად) მომზადება; ტრენინგების ტრენინგები, რომლებიც მასწავლებლებსა და სკოლის ფსიქოლოგებს ჩაუტარდებათ; შემდგომ ბავშვებთან და მოზარდებთან შემდგომი მუშაობა.
2. თანატოლთა ურთიერთგანათლებლაში მონაწილეობის მიღებით დაინტერესებული მოზარდების მომზადება. ჩვენი მიზანია საგანმანათლებლო მუშაობა, პრინციპით □თანატოლი-თანატოლს□, ქუჩის ბავშვებთანაც ვანარმოთ. დიდი იმედი გვაქვს, რომ ამასთან დაკავშირებით ბავშვთა□ პარლამენტი დაგვეხმარება, რომლის წევრებიც ობოლი და უნარშეზღუდული ბავშვთა სახლების ბავშვებიც არიან.
3. □მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებთან□ (ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი და სექს-მუშაკებთან დაუცველი სექსი მქონე ახალგაზრდები) ინდივიდუალური მუშაობა. ჩვენი კოალიცია, წელს, ასეთი მუშაობის ჩატარებას ჩვენს ორგანიზაციაში თბილისში და ფოთის პორტში გეგმავს, სადაც ამგვარ, სტატისტიკურად პრობლემურ ბავშვთა რაოდენობა დიდია.
4. სასწავლო მასალის შემუშავება.
5. მშობლებთან საგანმანათლებლო სამუშაოს ჩატარება.
6. მოზარდებისთვის ალტერნატიული საქმიანობის უზრუნველყოფა □კუთურულ, გამაჯანსაღებელ და სპორტულ ღონისძიებებში მონაწილეობა.
7. ჩვენი დანესებულების მიერ განსახორციელებელ სხვადასხვა კულტურულ და გასართობ პროექტებში ახალგაზრდების გაერთიანება; ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პროპაგანდა და აივ-ინფექციის შესახებ ინფორმაციის უზრუნველყოფა; წელს დახლოებით ასეთი 30 ღონისძიება გვაქვს დაგეგმილი. მაგ. ეხლახანს, საბავშვო თეატრალური ფესტივალი გვექონდა. მოზარდები სცენიდან აუდიტორიას აივ-ინფექციის პრობლემებზე აწვდიდნენ ინფორმაციას. უახლოეს მომავალში აივ-ინფექცია/შიდსისა და ნარკოტიკების მოხმარების თემატიკაზე კინო ფესტივალი ჩატარდება. კინოსეანსების შემდეგ ამ თემაზე დისკუსიები გაიმართება.
8. განზრახული გვაქვს პრევენციულ საქმიანობაში სხვადასხვა სფეროს წარმომადგენელი (შოუბიზნესი, თეატრი, სპორტი) ქართველი ვარსკვლავები ჩავრთოთ. შოუბიზნესის რამდენიმე ახალგაზრდა წარმომადგენელთან მემორანდუმს უკვე მოვანერეთ ხელი. მათ უფასოდ ჩაწერეს აივ-ის წინააღმდეგ მიმართული სიმღერა, რომელიც ხშირად ჟღერს მოზარდებში პოპულარულ რადიო და ტელეარხებზე. მალე გამოვა აუდიოკასეტა, რომელიც ახალგაზრდა ვარსკვლავებმა ჩვენთვის უფასოდ ჩაწერეს. კასეტაზე, სიმღერებს შორის, აივ-ის შესახებ მოკლე ინფორმაცია გაიჟღერებს. ამ კასეტების რეალიზაციის შედეგად მიღებული თანხა შიდს-ით დაავადებულთა დახმარების ფონდს გადაეცემა.

მატირილარ-ტიქნიკური ბაზა

სბფ ორსართულიან შენობაშია განთავსებული. 5 სამუშაო ოთახის გარდა, აქ არის ტრენინგისათვის განკუთვნილი კაბინეტი და ოთახი ცეკვისა და მუსიკის გაკვეთილებისათვის; გარდა ამისა, 200 ადგილიანი კინო-დარბაზი, დარბაზი და რამდენიმე დამათებითი ოთახი ბავშვებისა და მოზარდების საინფორმაციო/საგანმანათლებლო საქმიანობისა და თავისუფალი დროის ორგანიზებისათვისაა განკუთვნილი.

სბფ-ს გვერდით ახლადშენებული ეკლესიაა, რომელიც სბფ-ის წევრ ბავშვებსა და მშობლებს ემსახურება. ამ ეკლესიის აგებაში ფედერაციის ბევრმა მოზარდმა მიიღო მონაწილეობა. ეკლესია სბფ-ს რელიგიური და საგანმანათლებლო საქმიანობის კომბინირებაში ეხმარება.

სფ-ის მისია:

ხელი შეუწყოს ფიზიკურად და გონებრივად ჯანმრთელი და ჰარმონიული მომავალი თაობის აღზრდას და საქართველოს ბავშვებსა და ახალგაზრდებს პრობლემის დანახვასა თუ გადაჭრაში და განათლების მიღებაში დახმარება აღმოუჩინოს.

- ბავშვებისა და ახალგაზრდების თავისუფალი დროის ორგანიზება და ამ მიმართულებით საგანმანათლებლო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება.

- ბავშვებისა და ახალგაზრდებისთვის, მათ შორის კრიზისული რეგიონებიდან (აფხაზეთი და ოსეთი), ინტელექტუალურ-შემოქმედებითი, შემეცნებითი, გამაჯანსაღებელი, ფსიქო-სოციალური პროგრამების განხორციელება.

სფ-ის ბენეფიციარები

ბავშვებისა და მოზარდების მშობლები.

400 მეტი ახალგაზრდა და მისი მშობელი, რომელიც ყოველდღე დადის სფ-ში. გარდა ამისა, სფ სხვადასხვა რეგიონალურ პროექტსა და პროგრამას ანხორციელებს, რომელიც ყოველწლიურად 40 000 ბავშვთან და მოზარდთან ურთიერთობას გულისხმობს.

III.4 სფ-ის მიერ განხორციელებული პროექტები და საქმიანობა:

- 1 ივნისს ბავშვთა საერთაშორისო დღეს და 20 ნოემბერს, ყოველწლიური საბავშვო ღონისძიებების (კონცერტები, საქველმოქმედო ღონისძიებები, ბავშვთა ნახატების გამოფენები, პოლიტიკურ და საზოგადოებრივ მოღვაწეთა ტელევიზიით ბავშვებისადმი მიმართვა, სადღესასწაულო-მისალოცი ღონისძიებები და სხვ.) ჩატრება გაეროს ბავშვთა ფონდისა და Save the Children ფინანსიური მხარდაჭერით;

- საშობაო საღამო პრეზიდენტის დარბაზში (სასახლეში) (კონცერტითა და საჩუქრებით), სადაც ყოველწლიურად მონაწილეობს 5 000 მეტი ბავშვი ხელმოკლე ოჯახებიდან. ეს ღონისძიება, ძირითადად, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება, თუმცა რამდენიმე თანადაამფინანსებელიც ჰყავს.

- ანგარიში ბავშვთა მდგომარეობაზე საქართველოში რომელიც მთლიანად ბავშვთა ფედერაციის სახელმწიფო ფონდმა დააფინანსა (1999).

- პროექტი ბავშვებისა და ახალგაზრდების პარლამენტი , რომელიც გაერო-ს ბავშვთა ფონდმა ახალგაზრდულ საქმეთა სახელმწიფო დეპარტამენტთან თანამშრომლობით, ბავშვებში და ახალგაზრდებში ლიდერობისათვის საჭირო უნარ-ჩვევების განვითარებისათვის დააფინანსა; პარლამენტი მთელი საქართველოს მასშტაბით 200 ბავშვსა და მოზარდს (თითოეული რაიონიდან 2 ადამიანი) აერთიანებს.

- პროექტი ლიდერ-ინსტრუქტორების სკოლა , რომელსაც მხარდაჭერა განათლების სამინისტრომ და ახალგაზრდულ საქმეთა სახელმწიფო დეპარტამენტმა აღმოუჩინა. პროექტის ფარგლებში ბავშვთა ბანაკისათვის ლიდერ-ინსტრუქტორების სპეციალური ორთვიანი ტრენინგი იყო ორგანიზებული. ფინანსიური მხარდაჭერა სფ-ის სახელმწიფო ფონდმა განახორციელა.

- პროექტი ახალგაზრდები და ბავშვები XXI საუკუნის მიჯნაზე , რომელსაც მუდმივმოქმედი გამოფენის მოსაწყობად გაეროს ბავშვთა ფონდი და ორგანიზაცია Save the Children აფინანსებს. პროექტი სფ-ის შენობაში მუდმივმოქმედი გამოფენის ორგანიზებას გულისხმობს, რომელიც ბავშვთა მდგომარეობას, კანონმდებლობას, ჯანდაცვას, ბავშვთა უფლებების დაცვას, მათი საქმიანობის სხვადასხვა სფეროებს და სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მუშაობას გააშუქებს;

- შემოქმედებით-შემეცნებითი და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები (ბანაკები) ყველა კატეგორიის (სოციალურად დაუცველი, განსაკუთრებული ნიჭით დაჯილდოვებული და სხვ.) სხვადასხვა ეროვნების (საქართველოში, კავკასიაში და სხვა რეგიონებში მცხოვრები) ბავშვებისა და ახალგაზრდებისათვის. ეს პროგრამები სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და პრეზიდენტის ფონდის მეშვეობით ფინანსდება;

- რამდენიმე პროგრამა, რომელიც განკუთვნილია ახალგაზრდების ტრენინგებისათვის (მათ შორის ტრენინგების ტრენინგი და ტრენინგი თანატოლთა ურთიერთგანათლების პროგრამაში მონაწილეობისათვის (წამყვანთათვის)

- სხვადასხვა კულტურულ ღონისძიებათა ორგანიზება: ბავშვთა საერთაშორისო მუსიკალური ფესტივალი ბროლის ნაძვი , საბავშვო თეატრალური ფესტივალი , საბავშვო ფოლკლორული ფესტივალი , და სხვ. ყველა ღონისძიებას თან ერთვის აივ/შიდს-ის შესახებ ინფორმაცია და საგანმანათლებლო აქტივობანი, რომელთაც გლობალ ფონდის პროექტი დავამარცხოთ შიდს-ი,

ტუბერკულოზი და მალარია (GFATM) უძღვება.

- სპორტულ ღონისძიებათა ორგანიზება კვლავ აივ/შიდსის შესახებ საგანმანათლებლო აქტივობებთან კომბინირებული: ქვეყნის ჩემპიონატი ფეხბურთში ვაჟებსა და გოგონებში (მონაწილეთა რაოდენობა 1000-მდე ადამიანი); ზამთარში მაღალმთიან ადგილებში არდადეგები და ზაფხულში - შავი ზღვის სანაპიროზე)

III.4.1 აივ-სა და შიდს-თან დაკავშირებული საქმიანობა

ორგანიზაცია როგორც გლობალ ფონდის პროექტის დაფინანსებით შიდსი ტუბერკულოზი და მალარია კონტრაქტორი, იმ ადგილობრივი სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების კონსორციუმს ხელმძღვანელობს, რომლებიც პროექტის ახალგაზრდებში აივ-ინფექციისა და სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების პრევენციის კომპონენტს განახორციელებენ.

კონსორციუმში შედიან:

-საქართველოს ბავშვთა ფედერაცია ისეთ სპორტული და კულტურული ღონისძიებების ორგანიზებაზეა პასუხისმგებელი, რომლებიც ახალგაზრდებში აივ-ისა და სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების პრევენციის ცოდნის დონეს ამაღლებენ;

-შიდს-ის ეროვნული ცენტრი სტუდენტებსა და იძულებით გადაადგილებულ ახალგაზრდებში თანატოლთა ურთიერთგანათლების პროგრამის განხორციელებაზეა პასუხისმგებელი;

-საქართველოს მასწავლებელთა დახელოვნების ინსტიტუტი პასუხისმგებელია აივ/შიდსი-ის სასკოლო საგანმანათლებლო პროგრამის შემუშავებასა და პილოტირებაზე;

-არასამთავრობო ორგანიზაცია თანადგომა აივ/შიდსის და სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების საკონსულტაციო ორი ახალგაზრდული ცენტრის (თბილისში და ფოთში) გახსნაზეა პასუხისმგებელი;

-ახალგაზრდების საერთაშორისო ქსელი იუვენკო აივ/შიდსის და სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების შესახებ ახალგაზრდებში არსებული ცოდნისა და ამ დაავადებებთან დაკავშირებული ქცევის შესწავლაზეა პასუხისმგებელი. ასეთი კვლევის შედეგები აივ-ინფექციის პრევენციის სასკოლო საგანმანათლებლო პროგრამების პროპაგანდას შეუწყობს ხელს.

განსაკუთრებით საინტერესოა სასკოლო საგანმანათლებლო კურიკულუმი, რომელსაც საქართველოს მასწავლებელთა დახელოვნების ინსტიტუტი სბფ-ის კონსორციუმის სხვა წევრებთან ერთად შეიმუშავებს.

ეს მეტად მტკივნეული საკითხია და ფრთხილ დამოკიდებულებას მოითხოვს. სბფ-ს იმედი აქვს, რომ საზოგადოების, მასწავლებლებისა და მშობლების მხარდაჭერით ამ პროგრამის სკოლებში განსახორციელება იქნება შესაძლებელი. ამ საკითხებზე გამართულ დიალოგებში მონაწილეობას ცნობილი საზოგადო მოღვაწეები, კვალიფიცირებული სპეციალისტები და რელიგიური ლიდერები მიიღებენ.

მაღე, (გლობალ ფონდის პროექტის დაფინანსებით შიდს-ი, ტუბერკულოზი და მალარია აქტიური ხელშეწყობით), სბფ-ს საკუთარი რადიო ტალღა ექნება რომელიც აივ/შიდსთან დაკავშირებულ სასკოლო საგანმანათლებლო პროგრამას პროპაგანდას გაუწევს და ამ საკითხებზე გამართულ რადიო გადაცემებში საზოგადოებრივი და რელიგიური ლიდერები, მშობლები, მასწავლებლები და თვით ახალგაზრდებიც საკუთარ აზრს თავისუფლად გამოთქვამენ.

ინტერნეტის მეშვეობით სბფ საქართველოს ახალგაზრდობისათვის პროპაგანდისტულ კამპანიას გეგმავს. შეიქმნება სპეციალური ვებ-გვერდი საქართველოს ახალგაზრდობა აივ ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ და ფორუმი, რომელიც ახალგაზრდებისათვის აივ/შიდსის, სექსუალური გზით გადაცემულ ინფექციებისა და ნარკოტიკების გამოყენების შესახებ ძირითადი ინფორმაციით უზრუნველყოფს. ფორუმი კი აივ-ინფექციის პრევენციის ფარგლებში ყველა კულტურული, საგანმანათლებლო და სპორტული ღონისძიებების გაშუქებას შეუწყობს ხელს. აქ, ყველა პრობლემურ და მტკივნეულ საკითხზე საუბარი იქნება შესაძლებელი, რაც საშუალებას მოგვცემს გავიგოთ თუ რას ფიქრობენ ახალგაზრდები.

აივ-სა და სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების შესახებ ახალგაზრდებისათვის ინფორმაციის მისაწოდებლად და მათი სექსუალური განათლების უზრუნველსაყოფად, 2008 წლის ბოლოს საქართველოში 10 ახალგაზრდული საკონსულტაციო ცენტრი გაიხსნება. საქართველოს სტუდენტები ჩაერთვებიან თანატოლთა ურთიერთგანათლების პროგრამაში, რომელსაც შიდს-ის ნაციონალური ცენტრი გაუძღვება სბფ-სა და კონსორციუმის სხვა წევრებთან თანამშრომლობით. იგივე პროგრამა იძულებით გადაადგილებული ახალგაზრდებისთვისაც განხორციელდება.

სბფ-ის მიერ, 2004-2005 წლებში, აივ-ინფექციის პრევენციის კამპანიის ფარგლებში 30-ზე მეტი კულტურული და სპორტული ღონისძიება დაგეგმილი, რომელშიც საქართველოს 30 000 მეტი

ახალგაზრდა მიიღებს მონაწილეობას.

საკუთარი საქმიანობის ეფექტურობის გასაძლიერებლად, კონსორციუმის წევრი ორგანიზაციები ღონეს არ დაიშურებენ, რომ ღონისძიებებისა და მოვლენების სწორი კოორდინირება უზრუნველყონ.

ეს ორგანიზაციები ახალგაზრდობის აივ/შიდსთან დაკავშირებული განათლების საკითხებზე ერთმანეთთან რამდენიმე წელია თანამშრომლობენ და პატარა მასშტაბის პროექტებს ანხორციელებენ. გლობალ ფონდის პროექტის მეშვეობით ისინი, ახალგაზრდების აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ განათლებაზე, მთელი ქვეყნის მასშტაბით გახდნენ პასუხისმგებელნი, რამაც კონსორციუმის საერთო ვალდებულებებიც გაზარდა და თითოეულ მის წევრსაც დიდი როლი დააკისრა. მთავრობა და საზოგადოებაც ყველა ამ ორგანიზაციას დიდ პატივს სცემს, და რაც კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, ისინი ახალგაზრდობის ნდობასაც იმასახურებენ, ეს კი ამ კავშირის ყველაზე მნიშვნელოვანი მონაპოვარია. 2004-2005 წლების საქმიანობისათვის 300 000 აშშ დოლარი უნდა გამოიყოს, რაც ყველაზე დიდი თანხაა, რომელიც საქართველოში ახალგაზრდების აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ განათლებაზე დახარჯულა (დაფინანსებულია გლობალ ფონდის პროექტის □დავამარცხოთ შიდს-ი, ტუბერკულოზი და მალარია□).

III.5 ფოკუს-ჯგუფის შეხვედრის ანგარიში

მონაწილეები: ორგანიზაციის წევრები, □საქართველოს ბავშთა ფედერაცია□ და □საქართველოს ბავშვების და ახალგაზრდების პარლამენტი□.

რაოდენობა: 8-გოგონა და 4- ბიჭი

ასაკი: 15-17

შემოსვენებული ორგანიზაციების წევრების შერჩევა შემდეგი კრიტერიუმით მოხდა: ისინი სოციალურად აქტიურები არიან და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პროპაგანდასა და აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ საქმიანობაში მუდმივად მონაწილეობენ.

კითხვა: როგორ გახდით ორგანიზაციის წევრი?

ახალგაზრდების უმრავლესობამ ორგანიზაციის შესახებ მეგობრისაგან ან გაერო-ს ბავშვთა ფონდის მიერ გამოცემული ჟურნალიდან შეიტყო, პარლამენტში არჩევის შემდეგ ისინი სბფ-ის მიერ განხორციელებულ მრავალ პროექტში მონაწილეობენ.

ტიპიური პასუხი:

ფედერაციაში ბავშვების პარლამენტიდან მოხვდი. ჩემმა სკოლამ ჩემი კანდიდატურა პარლამენტში ასარჩევად წამოაყენა, შემდეგ პარლამენტში ამირჩიეს და ახლა კომიტეტის თავმჯდომარე ვარ. ამაზე არც კი მიოცნებია. ბევრ ახალგაზრდას დაუფრთხობდნენ და აქ მრავალ საინტერესო საქმიანობას ვენევი, რის გამოც ძლიერ ბედნიერ ვარ.

კითხვა: ასოციაციაში მუშაობამ რა სარგებლობა მოგიტანათ?

ჯგუფის პასუხები, ძირითადად, ერთსულოვანი იყო: მთელი ქვეყნის მასშტაბით მეგობრების გაჩენა, თავისუფლების შეგრძნება და პასუხისმგებლობის გრძნობა, თანატოლთა პრობლემების გაზიარების შესაძლებლობა, რაღაცის კეთების შესაძლებლობა.

მონაწილეების თქმით, ისინი ასოციაციაში დიდ დროს ატარებენ და ხშირად სიამოვნებით რჩებიან აქ გვიანობამდე, რაც მათი მშობლების უკმაყოფილებას იწვევს, რადგანაც ღამით ტრანსპორტი ცუდად მოძრაობს და გაკვეთილებიც გასაკეთებელი აქვთ. ასოციაციაში მუშაობა სწავლას ხელს არ უშლის, თუმცა ზოგჯერ საშინაო დავალების გაკეთება აქ უხდებათ. ასოციაციაში მუშაობა ყველას უხარია და აქ რომ მოვიდა არ ნანობს. ასოციაციის მოზრდილ წევრებთან ურთიერთობა კარგია. ასაკობრივი სხვაობა პრობლემა არაა. ჯგუფის ვერც ერთმა წევრმა ორგანიზაციაში არსებული რაიმე პრობლემა და ვერც ორგანიზაციის ფუნქციონირების გაუმჯობესების გზები დაასახელა. ამონარიდი: *ვიდრე ახალგაზრდული პარლამენტის წევრი ვავხდებოდი, ვიცოდი ჩემი თანატოლების*

პრობლემების შესახებ და ამ პრობლემების გადაჭრა მსურდა მაგრამ მარტო ვერაფერი შევცვალე, ვერცერთ ორგანიზაციას ვერ დავუკავშირდი. დღეს ჩემი თანატოლების ინტერესებს წარმოვადგენ. ჩემს თავზე პასუხისმგებლობა ავიღე და არსებულ პრობლემებს ვერ ვუფუძვლებლავყოფ. ასოციაციის მეშვეობით ჩვენ შეგვიძლია უფროსებს მივმართოთ და მათი ყურადღება ახალგაზრდების საჭიროებებზე შევაჩეროთ.

კითხვა: აივ/შიდს-ზე რას ფიქრობთ და რამდენად სერიოზულია ეს პრობლემა საქართველოსათვის?

მონაწილეთა უმრავლესსა ფიქრობს, რომ აივ/შიდსი საქართველოსთვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. თუმცა ორმა რესპოდენტმა განაცხადა, რომ ეს დაავადება სხვა ქვეყნებთან შედარებით საქართველოში არ არის ძალიან გავრცელებული. აივ-სა და შიდს-თან დაკავშირებული პრობლემები მაშინვე ახალგაზრდული საკითხების პრიზმიდან იქნა დანახული. თითქმის ყველა რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ განათლებას დიდი მნიშვნელობა აქვს. ახალგაზრდებმა კარგად არ იციან აივ-ინფექციისაგან თავი როგორ უნდა დაიცვან, ხოლო ვინც იცის, უსაფრთხო ქცევას ისიც არ ასახელებს. უნდა ითქვას, რომ თანატოლების მიერ უზრუნველყოფილი ინფორმაცია, უფროსების მიერ მიწოდებულ ინფორმაციაზე უფრო ეფექტურია. აქედან გამომდინარე, მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ახალგაზრდების ორგანიზაციებმა საგანმანათლებლო საქმიანობა განახორციელონ. განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა აივ-ით ინფიცირებულთა დისკრიმინაციას (სამედიცინო დახმარებაზე უარი, სოციალური კავშირების განწყვეტა, დისკრიმინაცია სამუშაო ადგილებზე და სხვ.). ასეთი დისკრიმინაციის მთავარი მიზეზი, როგორც ერთ-ერთმა მონაწილემ შენიშნა, არის ის რომ საზოგადოებამ ამ დაავადების გადაცემის გზები არ იცის; მათ არ იციან, რომ აივ ინფექცია ჰაერით, შეხებით და სხვ. არ გადადის. სხვა მონაწილეებმაც გაიზიარეს ეს მოსაზრება.

ამონარიდი:

- შიდსის პრობლემა საქართველოში ძალიან სეროზულია. ვფიქრობ, რომ ახალგაზრდობამ ეს პრობლემა უნდა გაიზიაროს. თანატოლების მიერ უზრუნველყოფილი ინფორმაცია უფრო ეფექტური იქნება.

- პრობლემა გლობალურად მეტად მნიშვნელოვანია, თუმცა საქართველოში აივ-ინფექცია ძალიან გავრცელებული არ არის. ჩვენ ყველა ღონე უნდა ვიღონოთ, რომ ამ დაავადების გავრცელება შევაჩეროთ და მისი შემთხვევების რაოდენობა შევამცოროთ კიდევ.

- ხალხმა არც კი იცის, რომ აივ-ინფექცია ხელის ჩამორთმევითა და კოცნით არ გადადის. სწორედ ამიტომ ფრთხილობენ, როდესაც აივ-ით ინფიცირებულს ხვდებიან; აივ ინფიცირებულები დისკრიმინირებულნი არიან.

- დისკრიმინაციის გამო, აივ- ინფიცირებული სავაავადმყოფოში შეიძლება არც კი წავიდეს, იქ ნაცნობს რომ არ გადაეყაროს.

კითხვა: არის რაიმე ისეთი განსაკუთრებული ქართულ კულტურაში რაც აივ-ს ან შიდს-ს შეიძლება უკავშირდებოდეს?

ამ საკითხის განხილვის დროს რამდენიმე თვალსაზრისი გამოიკვეთა. პირველი, რესპოდენტები მენტალიტეტზე საუბრობდნენ. ნათქვამი იყო, რომ საქართველოში ხალხი მიჩვეული არ არის სამედიცინო შემოწმება (კერძოდ, აივ-ტესტირება) გაიაროს და პარტნიორებიც, ჩვეულებრივ, ერთმანეთის აივ-სტატუსით, თვით ქორწინების წინაც კი არ ინტერესდებიან. ერთ-ერთმა მონაწილემ თქვა, რომ ამის მიზეზი ჩვენი მენტალიტეტი, რომლის შეცვლაც არცთუ ისე ადვილია.

მონაწილეებმა ქართული კულტურის კიდევ ერთი თავისებურება აღნიშნეს: პატარძალი ქალიშვილი უნდა იყოს, რაც ჯგუფის აზრით აივ-თან დაკავშირებულ რისკს ამცირებს. ამ საკითხების განხილვის დროს, ჯგუფი შემდეგ დასკვნამდე მივიდა: ასეთ შემთხვევაში დაავადებასთან დაკავშირებული რისკი მცირდება ქალებში, მაგრამ იზრდება მამაკაცებში, იმის გამო, რომ მათ სექს-მუშაკებთან უხდებათ ურთიერთობა.

ჯგუფი ნარკოტიკების მოხმარების საკითხსაც შეეხო. აღნიშნეს, რომ რისკი ნარკოტიკების და [განსაკუთრებით] ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებასთან არის დაკავშირებული.

ასევე ითქვა, რომ საქართველოში აივ/შიდსთან დაკავშირებით ინფორმაციის ნაკლებობაა. სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებით მასმედია სათანადო ყურადღებას არ აქცევს მასთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

ფასილიტატორმა გუფს ეკლესიის როლის შესახებ აზრის გამოთქმა სთხოვა. ჯგუფმა ზოგადი განცხადებებით უპასუხა ამ კითხვას. მაგ. ეკლესია მოგვიწოდებს მომთმენნი ვიყოთ (ანუ სექსუალური დებიუტამდე დრო გავახანგრძლივოთ), და იგი ნარკოტიკების მოხმარებასა და სიმრუშეს გმობს ამონარიდები რელიგიასთან დაკავშირებულ საკითხებზე (საპირისპირო მოსაზრებები):

- *ქეშმარიტ მორწმუნეებს აივ-ი და შიდს-ი არ ემუქრება.*
- *ნარკოტიკების მომხმარებელთა რელიგიურ ენაზე საუბარი შეუძლებელია.*

კითხვა: *საქართველოში აივ-ი და შიდს-ი ყველაზე მეტად ვის ემუქრება?*

მონაწილეების უმრავლესობამ ახალგაზრდობა დაასახელა და მიუთითა ყველაზე სარისკო ასაკი 16-21 წლამდე. (ერთ-ერთი მონაწილე კი დაჟინებით იმეორებდა, რომ აივ-ი და შიდს-ი ყველა ასაკის ადამიანს თანაბრად ემუქრება).

დისკუსიის დროს ისეთი ძირითადი ფაქტორები გამოიკვეთა როგორცაა ნარკოტიკების მოხმარება, სექს-მუშაკებთან ურთიერთობა, ინფორმაციის ნაკლებობა. მონაწილეთა აზრით ახალგაზრდა მამაკაცები უფრო დიდი საფრთხის ქვეშ დგანან, რადგანაც ისინი ნარკოტიკების მოხმარებასა და ქორწინებამდე სექსუალური კავშირებისადმი უფრო მეტად არიან მიდრეკილნი.

ასევე ითქვა, რომ აივ-ის და შიდს-ის პრობლემებზე საქართველოში ბევრს არ საუბრობენ, რადგანაც ეს სექსთანაც არის დაკავშირებული. ეს თემა კი აქ სამარცხვინოა და ტაბუად დებული.

ამონარიდი: *ამ თემას აუცილებლად უნდა მოვხსნათ ტაბუ, მასმედიის, სატელევიზიო კლიპებისა და სხვა სახის რეკლამების მეშვეობით აქტიური კამპანია ვანარმოოთ. ჩვენ ვითარება ისე უნდა შევცვალოთ, რომ აღარ იყოს სამარცხვინო პარტნიორს ჰკითხოთ გაიარა თუ არა მან ტესტირება.*

ამონარიდი: *შიდსის ცენტრში მე ვნახე შიდსით დაავადებული ადამიანების ფოტოები.⁸ მთელი კვირა მესზმრებოდნენ. კომპარული სიზმრები იყო. ადრე მეგონა, რომ ეს დაავადება სახიფათო და უკურნებელია, მაგრამ პირველი პირისაგან გავიგონილი ამბავი სხვანაირად ჟღერს. ძალიან მინდა ჩემს თანატოლებს ვუთხრა თუ ეს რა საშინელებაა. აუცილებელია ჩავატაროთ მეცადინეობები, მთელ ქვეყანაში ვიზუალური ინფორმაცია გავარცელოთ. ნარმოიდგინეთ, მასწავლებლის კითხვაზე: რატომ არ იყავი სკოლაში? ჩვენ შეგვეძლება ვუპასუხოთ (გუშინ) შიდსი მქონდა .*

კითხვა: *რა თავისებურებები უნდა გავითვალისწინოთ, როდესაც საქართველოში აივ/შიდსის ცოდნის დონის ასამაღლებელ კამპანიას ვანარმოებთ?*

კითხვამ მონაწილეები ოდნავ დააბნია, მაგრამ რამდენიმე კულტურულ თავისებურებებზე ყურადღება მაინც გამახვლდა. მონაწილეებმა ახსენეს მოვლენა, რომელსაც ფსიქოლოგიურ ენაზე უსაფუძვლი ოპტიმიზმი ეწოდება. ჯგუფის წევრების აზრით საქართველოში ახალგაზრდები ფიქრობენ (უფრო მეტად ვიდრე სხვა კულტურების წარმომადგენლები), რომ მათ სარისკო სიტუაციებში (მაგ. სექსუალური კონტაქტის დროს და სხვ.) არაფერი ემუქრებათ. შემდეგ მონაწილეებმა საქართველოს ახალგაზრდობისათვის დამახასიათებელი თვისებები ჩამოთვალეს: უზრუნველობა, უპასუხისმგებლობა, უინტერესობა ბუკლეტებისა და სხვა საგანმანათლებლო მასალის მიმართ.

ჯგუფმა დაასკვნა, რომ საქართველოში ყველაზე დიდი რისკ-ფაქტორი ნარკოტიკების მოხმარებაა, შემდეგ კი, სექს-ბიზნესი და საზოგადოებაში ცოდნის დაბალი დონეა.

ამონარიდი: *ბევრი ახალგაზრდა ფიქრობს, რომ მე ინფექცია არ გადამედება და სექსუალური ურთიერთობების დროს დამცავ საშუალებებს არ იყენებს. ეს მე არ ემუქრება! და პრობლემა არ არსებობს! ფიქრობენ ისინი.*

ამონარიდი: *საქართველოში, მაგ პოლონეთისაგან განსხვავებით, ნარკომანია ძირითადი პრობლემაა. მთელი ძალისხმევა ამის წინააღმდეგ უნდა მივმართოთ.*

ჯგუფმა კიდევ ერთხელ გაამახვილა ყურადღება იმაზე, რომ თანატოლების მიერ უზრუნველყოფილი ინფორმაცია უფრო ეფექტურია.

⁸ ახალგაზრდას გაერო-ს აივ/შიდს-ის გაერთიანებული პროგრამის მიერ შექმნილი პლაკატები აქვს მხედველობაში და არა საქართველოში აივ-ის მატარებლების ფოტოები.

კითხვა: რისი გაკეთება შეუძლია თქვენს ორგანიზაციას აივ-ინფექციის პრევენციის თვალსაზრისით?

დისკუსიამ აჩვენა, რომ ჯგუფის წევრები საკუთარი ორგანიზაციის შესაძლებლობებს გადაჭარბებულად არ აფასებენ, მაგრამ ფიქრობენ, რომ თანატოლებში ჯანმრთელი ცხოვრების წესის პროპაგანდით, სხვადასხვა კულტურული თუ სპორტული ღონისძიებებით მათ დიდი წვლილის შეტანა შეუძლიათ აივ-შიდთან ბრძოლის საქმეში.

ღია დისკუსიის დროს ჯგუფის გოგონებმა და ვაჟებმა გენდერული და უსაფრთხო სექსის საკითხებიც განიხილეს. მონაწილეების აზრით, მტკიცე ტრადიციების გამო, საქართველოს ქალები აივ-ისაგან (ნაკლები სექსუალური კონტაქტები, ნარკოტიკების მოხმარების ნაკლები შემთხვევები) უფრო დაცულები არიან, ვიდრე სხვა ქვეყნის მდებარეობით სექსის წარმომადგენლები. მონაწილეებმა აქვე აღნიშნეს, რომ პატრიარქალურ საზოგადოებაში მედიცინას ნაკლებად ენდობიან. ხალხი მალავს საკუთარ პრობლემებს, რადგანაც გაკიცხვის ეშინია. ესეც აივ-ის და შიდს-ის საკითხებთან არის დაკავშირებული.

უსაფრთხო სექსთან დაკავშირებით ჯგუფმა აღნიშნა, რომ პროვინციების მოსახლეობასთან შედარებით, თბილისის მაცხოვრებლები დამცავი საშუალებების შესახებ უკეთ არიან ინფორმირებულნი და უფრო ხშირად იყენებენ კიდეც მათ. მიუხედავად ამისა, თბილისშიც არსებობს პრობლემები. კერძოდ, ახალგაზრდა მამაკაცები პრეზერვატივების ყიდვისას უხერხულობას გრძნობენ. ასეთი დამოკიდებულება უნდა შეიცვალოს. პრეზერვატივებს ძირითადად ორსულობის თავიდან ასაცლებლად იყენებენ. ორმა ახალგაზრდამ აღნიშნა, რომ მათი ნაცნობების უმეტესობა პრეზერვატივებს სექს-მუშაკებთან ურთიერთობისას იყენებს. ერთ-ერთმა თქვა, რომ მის მეგობარს, რომელიც პრეზერვატივს არ ხმარობდა დასცინეს ამის გამო. არასექს-მუშაკ ახალგაზრდა ქალებთან სექსუალური ურთიერთობის დროს პრეზერვატივის გამოყენება უფრო ხშირია ვიდრე დასავლეთის ქვეყნებში, თუმცა ასეთ შემთხვევებში, ახალგაზრდა მამაკაცები თავის პარტნიორს ჩვეულებრივ არ სთხოვენ ხოლმე თავი დაიცვას და ფიქრობენ, რომ ეს უადგილოა.

ფოკუს-ჯგუფის მსჯელობის საფუძველზე შემდეგი დასკვნების გაკეთება შეგვიძლია: ორგანიზაცია სოციალურად აქტიურია; მისი წევრები ენთუზიასტი ახალგაზრდები არიან და მათთვის საქართველოში არსებული ახალგაზრდული პრობლემები ნაცნობია, თუმცა ზოგადი ხასიათის განცხადებებს აკეთებენ, რაც პარლამენტების წევრებისაგან მოსალოდნელიცაა.

ფოკუს-ჯგუფმა დიდი ინტერესტი გამოამჟღავნა ახალგაზრდებისა და აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებულ საკითხებში. მათი აზრით ნარკოტიკების მოხმარება ეპიდემიის გავრცელების უმთავრესი ფაქტორია და ფიქრობენ, რომ ახალგაზრდები აივ-ით ინფიცირების ყველაზე მაღალი რისკის მქონე ჯგუფს განეკუთვნებიან. ახალგაზრდების აივ-ინფექცია/შიდსის ცოდნის დონე დაბალია. ამ თემაზე საუბარი მათ, არც სკოლაში და არც სახლში შეუძლიათ. ჯგუფი თვლის, რომ ახალგაზრდობისათვის ინფორმაციის მიწოდების ყველაზე კარგი მეთოდი თანატოლთა ურთიერთგანათლებაა. გენდერული თანასწორობაც ახალგაზრდული პრობლემაა. ვაჟები უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან იმის გამო, რომ ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებლები ძირითადად მამაკაცები არიან და მათი სექსუალური ცხოვრებაც უფრო ადრე, თანაც უმეტესწილად სექს-მუშაკებთან კონტაქტით იწყება. მეორე მხრივ, ეკლესიაში დღეს სულ უფრო მეტი და მეტი ახალგაზრდა დადის.

III.6 სბფ-ის შესაძლებლობების განსაზღვრაში კულტურული მრწამსის, ტრადიციებისა და ნორმების გათვალისწინება

- ახალგაზრდების ჩართვა და მონაწილეობა

სბფ-ის ყველაზე დიდი მონაპოვარია ის, რომ ახალგაზრდები მის საქმიანობაში ფართოდ არიან ჩართულნი. მონაწილე ახალგაზრდები თვლიან, რომ სბფ-ში მათი ყოველთვის ესმით და მათ პატივსაც სცემენ ამიტომაც, საკუთარ პრობლემებზე თავისუფლად საუბრობენ და მეტი გამოცდილების მქონე უფროსების ხელმძღვანელობით ამ პრობლემების გადაჭრის გზებსაც ეძებენ. სბფ-ში თვით ახალგაზრდები ირჩევენ თუ რაში მიიღონ მონაწილეობა, რა საკითხები წამოჭრან და შემდგომში როგორ გადაწყვიტონ ისინი. ახალგაზრდები გრძნობენ, რომ თვითონ იღებენ გადაწყვეტილებებს და მონაწილეობის მიღების ენთუზიამსაც გამოხატავენ.

- კომპეტენტურობის მაღალი დონე

სბფ მჭიდროდ თანამშრომლობს აივ/შიდსის და სექსუალური გზით გადაცემული ინფექციების სფეროში მომუშავე ისეთ წამყვან ორგანიზაციებთან, როგორებიც არიან: შიდსის ცენტრი, გაერო-ს ბავშვთა ფონდი, დაერო-ს მოსახლეობის ფონდი, გაერო-ს განვითარების პროგრამა და არასამთავრობო ორგანიზაციები თანადგომა და ბემონი .

- რადიციებისა და რელიგიური მოსაზრებების მიმართ პატივისცემა

სბფ ყველა ღონეს ხმარობს, რომ ახალგაზრდების ადგილობრივ ტრადიციებსა და რელიგიურ მოსაზრებებს პატივი სცეს. სპეციალურად გამართული ღონისძიებები ახალგაზრდებს საქართველოს ისტორიასა და კულტურას აზიარებენ (კონფერენციები და შეჯიბრებები სკოლაში, ისტორიული ადგილების მონახულება და სხვ.).

სბფ-ს მიმდებარე ტერიტორიაზე პატარა ეკლესია აშენდა, სადაც ახალგაზრდები წირვას ესწრებიან. ფედერაცია ეკლესიასთან ერთად ცდილობს ეკლესიის ქველმოქმედებაში თავისი ახალგაზრდობაც ჩართოს. მოზარდებმა ეკლესიის მშენებლობაშიც მიიღეს მონაწილეობა. ისინი მთელი ქვეყნის მასშტაბით ძველი ეკლესიების აღდგენა-დასუფთავებასაც ეწევიან.

- ქველმოქმედება

სბფ ახალგაზრდებში მუშაობის უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებისათვის იღწვის. ისინი ცდილობენ, რომ განეული შრომისათვის ანაზღაურება ყველა ახალგაზრდამ მიიღოს, მაგრამ ამავე დროს მათ ქველმოქმედებასაც ასწავლიან. ეს ახალგაზრდობა იძულებით გადაადგილებულ ახალგაზრდა პირებს, ლტოლვილებს, მიტოვებულ და ქუჩის ბავშვებს კონსულტაციებს უწევენ და ეხმარებიან.

გლობალ ფონდის პროექტის დავამაცხობ შიდსი, ტუბერკულოზი და მალარია მეშვეობით 2005 წლის ბოლოს ორგანიზაციას კიდევ უფრო მეტი გამოცდილება დაუგროვდება და საქართველოს ახალგაზრდებისათვის აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ საკითხებზე საგანმანათლებლო სამუშაოს კიდევ უფრო პროდუქტიულს გახდის.

ნაწილი IV. რეკომენდაციები

- იმის გამო, რომ აივ-ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი დაბალია მაგრამ ეპიდემიის გავრცელების რისკი მაღალი, საქართველოში აივ-ის პრევენციისათვის საჭირო საქმიანობის ძირითადი სფერო საზოგადოების განათლება და მისათვის ინფორმაციის მიწოდებაა - პირველ რიგში კი ახალგაზრდების განათლება. კულტურული და ასაკისათვის შესაფერისი ინფორმაციულ/საგანმანათლებლო ღონისძიებების დაგეგმვა, პილოტირება და განხორციელებაა საჭირო.
- სკოლებისათვის უნდა შემუშავდეს საგანმანათლებლო პროგრამის კურსი, შესაბამისი საგანმანათლებლო მასალა და ამაში მონაწილეობა ყველა ამ საქმესთან დაკავშირებულმა ორგანიზაციამ უნდა მიიღოს: განათლების სამინისტრო, ჯანდაცვის სამინისტრო, მასწავლებელთა და მშობელთა ასოციაცია, რელიგიური ლიდერები, ფართო საზოგადოება. ეს პროგრამები პილოტირებული უნდა იყოს ქალაქებისა და სოფლების სკოლებში. მშობლები და მასწავლებლები აქტიურად უნდა ჩაერთონ სწავლების ამ კურსის განხილვაში.
- ეპიდემიის კონტროლისათვის აუცილებელია მოსახლეობის პრობლემურ ჯგუფებში (ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, კომერციული სექს-მუშაკები, მამაკაცებთან სექსის მქონე მამაკაცები) პრევენციის სპეციალური პროგრამების უფრო ფართომასშტაბიანი განხორციელება (მავნებლობის შემცირება, IEC interventions, აუთრიჩი (outreach), კონსულტირება და ტესტირება, თანატოლთა ურთიერთგანათლება).
- სახელმწიფომ უნდა იზრუნოს იმაზე, რომ დამატებითი კურსების მეშვეობით სამედიცინო პერსონალის (ექიმების და მედდები) შესაბამისი მომზადება და განათლება უზრუნველყოს (მედდების აივ-ისა და შიდს-ის ცოდნის დონე მეტად დაბალია; Goodwin et al., 1999)
- მიგრანტებში აივ-ის პრევენციას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს. აუცილებელია განხორციელდეს საინფორმაციო/საგანმანათლებლო საქმიანობა, რომელიც ამოსახლეობის ლინგვისტურ საჭიროებებსაც ითვალისწინებს: შესაბამისი ბუკლეტების დისტრიბუცია და პრეზერვატივების პროპაგანდა ქვეყნის სასაზღვრო რაიონებში მიგრანტებისათვის.
- აივ-ინფექციის პრევენცია აუცილებელია საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში. ასეთი საქმიანობა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი პატიმრებისაკენ უნდა იყოს მიმართული და ნემსის გაცვლის პროგრამას, ინფორმაციას, განათლებას, კონსულტირებასა და ნებაყოფლობით ტესტირებას უნდა უზრუნველყოფდეს.
- აივ-პრევენციისათვის საჭირო ეფექტური საქმიანობის განხორციელებისათვის, რომელიც პრობლემური ჯგუფებისაკენ იქნება მიმართული, აუცილებელია საყრდენი საკანონმდებლო გარემოს შექმნა. ამასთან ერთად აუცილებელია შესაბამისი ინსტიტუციონალური პოტენციალის არსებობაც.
- ქრთული თანამედროვე საზოგადოების გარკვეული კულტურული მრწამსი და ჩვევა ინოვაციური ხასიათის საქმიანობის საშუალებას იძლევა. როგორც უკვე მრავალჯერ აღვნიშნეთ, ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები მთავარ რისკ-ჯგუფს წარმოადგენენ საქართველოში. გარდა ამისა, საქართველოს ახალგაზრდობისათვის ნარკოტიკების მომხმარებლის სოციალური იმიჯი მეტად მომხიბვლელია ყოველ შემთხვევაში ზიზღისა და დისკრიმინაციის ობიექტი არ არის. კარგი იქნება შეიქმნას ვრცელი, ან თუნდაც პილოტური, პროგრამა, რომელიც ასეთ იმიჯს დაუპირისპირდება და ნარკოტიკების მომხმარებლების დეპოპულარიზაციას მოახდენს.
- საქართველოში მასმედიის წარმომადგენლებს აივ ინფექცია/შიდსთან დაკავშირებული მეცადინეობები უნდა ჩაუტარდეთ, სადაც აუცილებლად განხილული იქნება ადამიანთა უფლებები და კონფიდენციალობის საკითხები. აუცილებელია მასმედია აივ-ინფექციის პრევენციის საკითხების უფრო ფართოდ გაშუქებით დაინტერესდეს.

ლიტერატურა

ანთელავა ლ., სტვილია ქ., ჯაში მ. 2001, საქართველოში აივ/შიდსის სიტუაციური ანალიზი, UNAIDS, UNICEF, ინფექციურ დაავადებათა, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევის ცენტრი, თბილისი, საქართველო.

Dershem L., Gurola Bonilla S., Sirbiladze T., Todadze Kh., Dallabetta D., Tsagareli T., Stvilia K. 2004. *Characteristics, High-Risk Behaviours and Knowledge of STI/HIV/AIDS, and HIV and Syphilis Prevalence Among Injecting Drug Users in Tbilisi*. Report on the Behavioural Surveillance Survey with a Biomarker Component for the SHIP Project.

გაბიანი ა. 1988. ნარკოტიკების მოხმარება გუშინ და დღეს, □საბჭოთა საქართველო□, თბილისი, საქართველო

Goodwin R., Kozlova A., Kwiatkowska A., Nguyen Luu L.A., Nizharadze, G., Realo, A., Kulvet A., & Rammer A. 2003. Social representations of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Social Science and Medicine*, Vol. 56, pp. 1373-1384.

Goodwin R., Kozlova A., Nizharadze G., & Polyakova G. 2004. HIV/AIDS amongst adolescents in Eastern Europe: Knowledge of HIV/AIDS, social representations of risk and sexual activity amongst school children and homeless adolescents in Russia, Georgia and the Ukraine. *Journal of Health Psychology*, Vol. 9, pp. 381-396.

Gotsadze T., Chawla M., Chkhartishvili K. 2004. *HIV/AIDS in Georgia – Addressing the Crisis*. The World Bank working paper #23.

ჯინჭარაძე გ., პაიჭაძე თ., 2002. ბავშვთა სექსუალური განათლების შესახებ □ორთოდოქს ქრისტიან მშობელთა კავშირი□ თბილისი, საქართველო

ჯანაშია ჯ.ა. 2002. 21-ე საუკუნის გამოწვევა, თბილისი, საქართველო

Kachkachishvili Y. 1999. *Analysis of Sociological Survey on Reproductive Health Related Problems among Residents of Tbilisi*. The New Paradigms, #3, pp. 125-170.

კარსელიშვილი ვ. 2002. საქართველოს ციხეებში აივ/შიდსი-ის, ჰეპატიტებისა და სექსუალური გზით გადამდები დაავადებების პრევენცია. მოხსენება კონფერენციაზე □ნარკომანია: სახელმწიფოს თუ ოჯახის პრობლემა?□, თბილისი, საქართველო

Khomasuridze A., Kristesashvili J., Tsuladze G. 2002. 'Adolescents' Reproductive Health Survey' – UNFPA.

Nizharadze G., Jgerenaya E., Kachkachishvili I., Mshvidobadze R., Khutsishvili G. 2004. *Urban population of Georgia on religious issues*. In: Lejava N. (ed.). Orthodoxy in states and societies of Georgia and Russia. Tbilisi, HBS, pp. 104-121.

Nijaradze G. 2001. *We are the Georgians*. In: Duve F., Tagliavini H., (ed.). The Caucasus - Defence of the Future. Vienna, Bolzano, pp. 118-142.

Serbanesco F., Morris L., Nutsbidze N., Imnadze P., Shaknazarova M. 2001. *Women's Reproductive Health Survey, Georgia 1999: Final Report*. Centers for Disease Control. Atlanta, Georgia, USA.

Shelley L. *Organized Crime in the Former Soviet Union: The distinctiveness of Georgia*; <http://www.traccc.cdn.ge/publications/publication1.html> (Accessed May 2005)

Tkeshelashvili K., Del Rio C., Nelson N., Tsertsvadze T. 2003. The Emerging HIV/AIDS Epidemic in the Republic of Georgia: lessons learned and opportunities for prevention. Accepted for publication by *International Journal of STD and AIDS*.

Tsuladze G., Maglaperidze N., Vadachkoria A. 2003. *Demographic yearbook of Georgia*. UNFPA, Tbilisi, Georgia.

UNDP. 2003. *Annual Report on Drug Situation in Georgia, 2003*. Programme of Assistance for the Prevention of Drug Abuse and Drug Trafficking in the Southern Caucasus (SCAD program).

დამატება I. პიოგრაფიული მონაცემები ავტორების შესახებ

ქეთევან (ქეთი) სტვილია

- ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის (თბილისი), ინფექციურ დაავადებათა შიდს-ის პრევენციის განყოფილების გამგე. ქ-ნ ქეთევანს მიღებული აქვს ნიუ-იორკის უნივერსიტეტის რობერტ ვაგნერის საზოგადოებრივი ადმინისტრაციული სკოლის მაგისტრის წოდება (ნიუ-იორკი, 1998) და იყო ედმონდ მასკისა და Freedom Support Act წევრი. მისი ინტერესის ძირითადი სფეროებია აივ/შიდსის პრევენცია და კონტროლის პოლიტიკა, აივ/შიდსის ქვევითი და ეპიდემიოლოგიური კვლევები და ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. მისი ძირითადი მიღწევებია: აივ/შიდს-ის პრევენციის თანამედროვე მეთოდოლოგიების დანერგვა (განხორციელება) და საქართველოში UNAIDS მხარდაჭერით აივ/შიდსის სტრატეგიულ დაგეგმარებასა და სიტუაციურ ანალიზში აქტიური მონაწილეობა. ქეთევან სტვილია თანაავტორია გლობალ ფონდის საქართველოს განაცხადისა □ აივ ინფექცია/შიდსის წინააღმდეგ საპასუხო ღონისძიებების გაძლიერება □, რომელიც 12 მილიონი □ აშშ დოლარით დაფინანდა 2003-2007 წლების პერიოდისათვის.

გიორგი ნიჟარაძე

□ საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის, დ. უზნაძის სახ. ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭოს (1985) მიერ მინიჭებული აქვს დოცენტის წოდება. იგი საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის, დ. უზნაძის ფსიქოლოგიის ინსტიტუტის (თბილისი) კულტურის ფსიქოლოგიის ლაბორატორიის ხელმძღვანელია. იგი ასევე ხელმძღვანელობს კონფლიქტისა და მოლაპარაკების საერთაშორისო ცენტრის კვლევით ჯგუფს და ლექციებს კითხულობს სოციალურ და განსხვავებული კულტურების ფსიქოლოგიაში თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახ. უნივერსიტეტში და ილია ჭავჭავაძის სახ. უცხო ენათა სახელმწიფო უნივერსიტეტში. იგი მონაწილეობდა აივ/შიდს-თან დაკავშირებულ ორ საერთაშორისო პროექტში: აივ/შიდს-ის სოციალური გამოხატვა ცენტრალურ და აღმოსავლეთ ევროპაში (1998-1999) და აივ/შიდს-ის ცოდნა: რუსეთში, საქართველოსა და უკრაინაში რისკის და სექსუალური აქტივობის სოციალური გამოხატვა სკოლის მოსწავლეებსა და უსახლ-კარო მოზარდებში (2001-2003).

ნათუნა თოდაძე

□ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტს მიერ მინიჭებული აქვს დოცენტის წოდება (1989) და თბილისის სახელმწიფო აკადემიის მიერ მინიჭებული აქვს დოქტორის წოდება substance abuse (addictology) (1999).

იგი არის საქართველოს ნარკოლოგიის (ნარკომანიის) ინსტიტუტის მეცნიერული დირექტორი და სახელმწიფო სამედიცინო აკადემიის ნარკოლოგიის კათედრის პროფესორი. პროფ. თოდაძე არის ნარკომანიის ექსპერტი Ministry of Health's National Focal Point on Drug Demand and Coordination. მისი ინტერესის მთავარი სფეროებია: ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებისა და მასთან დაკავშირებული ზიანის ეპიდემიოლოგიური შესწავლა, ნარკომანიის ფსიქო-სოციალური ასპექტები საქართველოში, ნარკომანიის პრევენციისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების დანერგვა. პროფ. თოდაძეს მიღებული აქვს მონაწილეობა აივ/შიდს-ის ეპიდემიოლოგიასა და პრევენციასთან დაკავშირებულ რამდენიმე პროექტში და საქართველოში აივ/შიდს-ის სიტუაციურ და საპასუხო ანალიზში (2002 □ 2002). 2005 წლიდან გლობალ ფონდის პროექტის □ დაავადებების შიდს-ი ტუბერკულოზი და მალარია □ ფარგლებში იგი ჩანაცვლებითი თერაპიის საქართველოში პირველი პროგრამის კოორდინატორია.