



აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და დამხმარე სერვისების სტრუქტურა საქართველოში

კვლევა განხორციელდა
საქართველოში აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის
ექსპერტთა ცენტრის მიერ
ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ (GIP)
მხარდაჭერით

თბილისი, საქართველო, თებერვალი 2008

ქეთევან სტვილია
ნინო ზადრიძე
გიორგი გელეიშვილი





წინასიტყვაობა

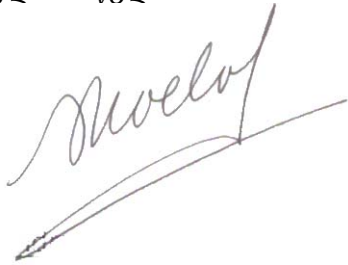
მე, როგორც საქართველოში აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭოს თავმჯდომარე, მივესალმები MAIDS პროექტს და მის ინიციატივას, გააუმჯობესოს ქვეყანაში აივ ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქო-სოციალური სერვისების ადგილობრივი შესაძლებლობები და ტექნიკური სიმძლავრეები.

აივ დადებითი სტატუსის მქონე ადამიანებთან და ამ დარგში დასაქმებულ ორგანიზაციებთან აქტიური თანამშრომლობის შედეგად, დავრწმუნდი, რომ საქართველოში აივ ინფიცირებული პირებისა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ჯეროვან ყურადღებას მოითხოვს. ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გარდა ბევრ ინფიცირებულს აღენიშნება მძიმე დეპრესია და ისინი სერიოზული პრობლემების წინაშე დგანან დაავადებასთან გამკლავების თვალსაზრისით. ყოველივე ამან, თავის მხრივ, შესაძლოა, აივ ინფექციის გავრცელებისათვის კატალიზატორის როლი შეასრულოს. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და მისგან გამოწვეული შედეგები კიდევ უფრო მძიმდება აივ/შიდსთან ასოცირებული სოციალური სტიგმის გამო.

მე მჯერა, რომ პროექტის ფარგლებში ჩატარებული კვლევები დაეხმარება საქართველოს მთავრობას და სამოქალაქო საზოგადოებას, უფრო სიღრმისეულად შეაფასონ აივ/შიდსისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და შეიმუშაონ ეფექტური სტრატეგიები ჯანდაცვის სამსახურებსა და სოციალურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის, რაც მნიშვნელოვანია აივ ინფიცირებული პირების ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის.

ჩვენ მზად ვართ, გავითვალისწინოთ კვლევის შედეგები პოლიტიკისა და სტრატეგიის ნებისმიერ დოკუმენტში, რომელზეც ხელი მიგვიწვდება CCM-ის მისიიდან გამომდინარე; ჩვენ ასევე მხარს დავუჭერთ მათ განხორციელებას. უპირველეს ყოვლისა, იმედს გამოვთქვამთ, რომ წინამდებარე ანგარიში გამოყენებული იქნება, როგორც ადვოკატირების ინსტრუმენტი საქართველოში აივ/შიდსთან ასოცირებული

სტიგმისა და დისკრიმინაციის წინააღმდეგ საბრძოლველად. სტიგმის მასშტაბების შემცირება გაადვილებს დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლას. ჩვენ ყველაფერი უნდა გავაკეთოთ იმისათვის, რომ მოხდეს ინფიცირებული ადამიანების, როგორც სამუშაო ძალის, რეალიზაცია დასაქმების ბაზარზე და მათი ინტეგრირება ქვეყნის სოციალურ ცხოვრებაში. არც ერთი ამ მიზნის მიღწევა იქნება შესაძლებელი, თუ უზრუნველყოფილი არ იქნება აივ ინფიცირებული პირებისათვის ჯანდაცვის, მათ შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის, სერვისებზე თანაბარი და შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა.



სანდრა ელისაშვილ რულოვსი

საქართველოს პირველი ქალბატონი

სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭოს თავმჯდომარე

ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის შესახებ მისიის განცხადება

ფსიქიკური ჯანმრთელობა და აივ/შიდსი

ფსიქიკური ავადობა მჭიდროდაა დაკავშირებული აივ/შიდსთან; იგი წარმოადგენს, როგორც აივ ინფექციის გამომწვევ ფაქტორს, ასევე მის შედეგს. აქედან გამომდინარე ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობა და აივ ინფიცირებული პირების მხარდაჭერა გადამწყვეტია როგორც ინფიცირებულთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისათვის, ასევე აივ ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილებისათვის. აივ/შიდსთან ასოცირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხები განსაკუთრებულ სიმწვავეს იძენს ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის, ასევე ახლად შექმნილი დამოუკიდებელი ქვეყნებისათვის (NIS), სადაც შიდსის სწრაფად მზარდ ეპიდემიასთან ერთად იზრდება ფსიქიკური ავადობის მაჩვენებლებიც. მდგომარეობას კი მკვეთრად ამძიმებს შესაბამისი ორგანიზაციული სტრუქტურების და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების ნაკლებობა.

საჭიროებათა დაკმაყოფილება

ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის პროექტი ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ (GIP) პროექტია (ნიდერლანდების სამეფოს საგარეო საქმეთა სამინისტროს ფინანსური მხარდაჭერით, 2005–2008), რომელიც მიზნად ისახავს აივ/შიდსსა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის ურთიერთკავშირის შესწავლას და იმ პრობლემების გადაჭრას, რომელიც ხშირად უგულებელყოფილია. ქსელი მხარს უჭერს ნებისმიერ ინიციატივას, რომლის მიზანია აივ ინფიცირებულთა ცხოვრების დონის ამაღლება და მათი ტანჯვის შემსუბუქება. ქსელი ცდილობს, გააუმჯობესოს ცოდნა აივ/შიდსისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საზიარო პრობლემების შესახებ და ხელი შეუწყოს აივ ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის სრულფასოვანი სისტემის შექმნას. უფრო მეტიც, მნიშვნელოვანი მუშაობა მიმდინარეობს ზოგად მოსახლეობაში და ჯანდაცვის მუშაკთა შორის აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ცოდნის დონის ასამაღლებლად და ამ დაავადებებთან ასოცირებული სტიგმის შესამცირებლად. ქსელი თანამშრომლობს ადგილობრივ ექსპერტთა ცენტრთან, რომლის სამუშაო პრიორიტეტებია: კვლევები, ტრენინგები, ადვოკატირება, საგანმანათლებლო საქმიანობა, კოორდინაცია და სხვა ფართო სპექტრის ინტერვენციების განხორციელება.

გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში (GIP)

GIP მიზნად ისახავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის ჰუმანური, ეთიკური და ეფექტური სტრატეგიების ხელშეწყობას მსოფლიოს მასშტაბით. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავეა იმ ქვეყნებისათვის, სადაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებს ვერ აკმაყოფილებს და ხშირად ირღვევა ადამიანთა უფლებები. GIP-ის მოღვაწეობას საფუძვლად უდევს უმთავრესი პრინციპი, რომ თითოეულ ადამიანს მსოფლიოში უნდა გააჩნდეს შესაძლებლობა,

მოახდინოს პიროვნული პოტენციალის სრული რეალიზება ინდივიდუალური მოწყვლადობის ან სხვა გარემო ფაქტორებისგან დამოუკიდებლად. შესაბამისად, ნებისმიერი საზოგადოება ვალდებულია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების მქონე ან წარსულში ნამკურნალევი პირებისათვის უზრუნველყოს ჯანდაცვის სრულფასოვანი სისტემა, რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობის, მოვლისა და რეაბილიტაციის ჰუმანური და ეთიკური სერვისების მიწოდებას; ეფექტური სტრატეგიები უნდა იქნეს განხორციელებული ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის წინააღმდეგ.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის საქართველოს ექსპერტთა ცენტრი – GEC ცენტრი საქართველოში დაარსდა ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ MAIDS პროექტის ფარგლებში. ცენტრის უმთავრესი მიზნებია: გააუმჯობესოს დაინტერესებული უწყებების და ჯანდაცვის მუშაკთა განათლება ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის თემაზე; ექსპერტთა ცოდნასა და გამოცდილებაზე დაყრდნობით დაგეგმოს და ჩაატაროს ტრენინგები; განახორციელოს კვლევები საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის პრობლემების მასშტაბების შესასწავლად.

ანგარიშთან დაკავშირებულ საკითხებზე, გთხოვთ, მიმართოთ:

საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონი

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის ექსპერტთა ცენტრი საქართველოში
ქავთარაძის ქ. 16, თბილისი 0186, საქართველო

ტელ/ფაქსი (995 32) 18 60 60

ელ-ფოსტა: GEC@aidsmh.ge

მადლიერების გამოხატვა

სამი პროფესიონალისგან შემდგარი მკვლევართა ჯგუფი მადლიერებას გამოხატავს ექსპერტთა ცენტრის დამფუძნებელი ორგანიზაციების – ბემონისა და თანადგომას მიმართ მათ მიერ გამოჩენილი უწყვეტი მხარდაჭერისათვის. ასევე განსაკუთრებული აღნიშვნის ღირსია ექსპერტთა ცენტრის ადმინისტრაცია, რომელმაც მკვლევარებისათვის მოიძია საოფისე სივრცე და კვლევის ჩატარებისათვის საჭირო ფინანსური რესურსები.

განსაკუთრებული მადლიერება უნდა იქნეს გამოთქმული თბილისისა და ბათუმის (აჭარა) თვითდახმარების ცენტრების კონსულტანტთა მიმართ. თვითდახმარების ცენტრებმა, რომლებიც შიდასივრცით დაავადებულთა დახმარების ფონდის ბაზაზე ფუნქციონირებენ, ორგანიზება გაუკეთეს ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსიისათვის აივ ინფიცირებულ/შიდასივრცით დაავადებულ პირთა რეკრუტირებას და კვლევისათვის გამოყვეს შეხვედრების ადგილი. ჩვენ იმედი გვაქვს, რომ კვლევის ანგარიში დაეხმარება დაინტერესებულ მხარეებს, უკეთ გაიგონ ინფიცირებულთა საჭიროებები და მათი მომავალი საქმიანობა წარიმართება იმ მიზნით, რომ გაუმჯობესდეს ინფიცირებული პირების მხარდამჭერი სერვისები. ჩვენ მადლიერები ვართ ყველა იმ ინფიცირებული ადამიანის მიმართ, რომლებიც, მიუხედავად ამ დაავადებასთან ასოცირებული სტიგმისა, დაგვთანხმდნენ, მონაწილეობა მიეღოთ ფოკუს-ჯგუფებში და ამით განსაკუთრებული წვლილი შეიტანეს კვლევის წარმატებით განხორციელებაში.

მადლობას გამოვთქვამთ ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების იმ ცენტრების ადმინისტრატორთა მიმართ, სადაც განხორციელდა მკვლევართა ვიზიტები. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს პენიტენციური სისტემის მხარდაჭერა, რამაც შესაძლებელი გახადა ციხეებში კვლევის წარმატებით განხორციელება.

უაღრესად მნიშვნელოვანი იყო ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდასივრცის პროექტის ხელმძღვანელობისა და პროექტის სპონსორის დამსახურება. ნიდერლანდების სამეფოს საგარეო საქმეთა სამინისტროს ფინანსური მხარდაჭერის გარეშე შეუძლებელი იქნებოდა პროექტის წარმატებით განხორციელება. დასასრულ, გამოვხატავთ დიდ მადლიერებას GIP-ის კვლევების კონსულტანტის, ქალბატონ კატინკა დე ვრიეს (Katinka de Vries) და კავკასიის ქვეყნებში GIP-ის კვლევების კოორდინატორის, ქალბატონ ჯანა ჯავახიშვილის მიმართ კვლევის მთელ პროცესში გაწეული მაღალპროფესიული დახმარებისათვის.

შემოკლებები და განმარტებები

აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
არვ (თერაპია)	ანტირეტროვირუსული (თერაპია)
ინმ	ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელი
სგგი	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები
შიდსი	შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
CCM	სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭო
ELISA	ენზიმ-შეკავშირებული იმუნოსორბენტული ანალიზი
GIP	გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში
MAIDS	ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის პროექტი, GIP
SHIP Project	სგგი/აივ/შიდსის პრევენციის პროექტი
VCT	ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

სარჩევი

1. მოკლე მიმოხილვა	9
2. შესავალი/ზოგადი ინფორმაცია	13
3. კვლევის დიზაინი და მეთოდოლოგია	17
4. ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის ეროვნული პოლიტიკა და სტრუქტურა	21
5. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში	27
6. ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისები	36
7. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პაციენტებში	44
დასკვნები	50
რეკომენდაციები	54
გამოყენებული ლიტერატურა	60
დანართები	
დანართი 1: აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში დაინტერესებული მხარეების ანალიზის მატრიცა	62
დანართი 2: აივ/შიდსის შესახებ ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა; კვლევის კითხვარი	64
დანართი 3: ინდივიდუალური ინტერვიუები აივ ინფიცირებულებთან მომუშავე მედპერსონალთან; ინტერვიუს დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი	65
დანართი 4: აივ ინფიცირებულ პირებთან ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსიის დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი; აივ-თან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შეფასების კვლევა	67
დანართი 5: კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა განაწილება; აივ-თან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების შეფასება	71

I. მოკლე მიმოხილვა

2006 წლიდან 2007 წლამდე ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის პროექტის (MAIDS) ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ მხარდაჭერით, შესწავლილი იქნა საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის პრობლემები როგორც თვისობრივი, ასევე რაოდენობრივი კვლევების საშუალებით. კვლევები განხორციელდა საქართველოს ოთხ დიდ ქალაქში, სადაც აივ/შიდსი უფრო გავრცელებულია ქვეყნის სხვა რეგიონებთან შედარებით: თბილისი – საქართველოს დედაქალაქი, ბათუმი (აჭარა), ქუთაისი (იმერეთი) და ზუგდიდი (სამეგრელო). კვლევისათვის ასევე შერჩეული იქნა აივ ინფექციის გავრცელების შედარებით დაბალი პრევალენტობის მქონე ორი ქალაქი – თელავი და ახალციხე. კვლევაში მონაწილეობდნენ აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირები, მათ შორის ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, ასევე იმ სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციათა წარმომადგენლები, რომლებიც მუშაობენ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის საკითხებზე; კვლევაში ჩართულნი იყვნენ აივ ინფიცირებული პაციენტები, ინფიცირებულთა ოჯახის წევრები და მეგობრები, სამედიცინო პერსონალი და ახალგაზრდობა.

კვლევის მიზნები:

- შეაფასოს ქვეყანაში აივ ინფექციისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების არსებული სტრუქტურა. განსაზღვროს მათ შორის კოორდინაციის მასშტაბები და შექმნას პრაქტიკული რეკომენდაციები აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების, მათი პარტნიორებისა და ოჯახის წევრებისათვის მიწოდებული სერვისების გასაუმჯობესებლად;
- შეაფასოს აივ/შიდსზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების (VCT) სერვისების უტილიზაცია და შეიმუშაოს რეკომენდაციები;
- განსაზღვროს აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში და მათი ოჯახის წევრთა შორის ყველაზე გავრცელებული პრობლემები ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით;
- განსაზღვროს ის პოტენციური არეალი ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, რომლის გაუმჯობესებაც შესაძლებელია;
- განსაზღვროს საქართველოში აივ ინფექციასთან ასოცირებული სტიგმის მასშტაბები; შეისწავლოს არსებული სიტუაცია ინფიცირებულ პირთა ადამიანის უფლებების დარღვევების თვალსაზრისით და შეიმუშაოს რეკომენდაციები ინფიცირებული პირებისათვის კეთილგანწყობილი გარემოს შესაქმნელად;
- შეიმუშაოს რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის პროექტის თანამშრომელთათვის და სხვა დაინტერესებული მხარეებისათვის, რათა გაუმჯობესდეს აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები, შემცირდეს აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმა და ინფიცირებულ პირთა დისკრიმინაცია დასაქმების, ჯანდაცვისა და განათლების სისტემაში.

ძირითადი მიგნებები:

სადღეისოდ, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ოფიციალურ პირთა მიერ ადეკვატურად არ არის აღიარებული აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ფსიქო-სოციალური სერვისების საჭიროებანი. არ არსებობს არც ერთი სამთავრობო დოკუმენტი ან პროგრამა ამ პრობლემის გადასაწყვეტად.

გამოვლინდა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები უფრო მწვავეა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ ინფიცირებულ პირთა შორის; ამასთან, ზოგად მოსახლეობასთან შედარებით, მათთვის ნაკლებად ხელმისაწვდომია ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო სერვისები.

ინფიცირებულთათვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მთელი ტვირთი შიდსის ცენტრის ექიმებზე მოდის, რომლებიც სათემო ორგანიზაციების ბაზაზე არსებული თვითდახმარების ცენტრების თანამშრომლებთან ერთად ახორციელებენ ინფიცირებულ პირთა ფსიქოლოგიურ დახმარებას. სამედიცინო პერსონალი, რომელიც მკურნალობას უწევს დაავადებულ პირებს, არ არის სათანადოდ მომზადებული ფსიქოლოგიური კონსულტირების ჩასატარებლად. მეორე მხრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე მომუშავე ჯანდაცვის მუშაკებს არ გააჩნიათ ადეკვატური ცოდნა აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პაციენტთათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური საკითხების შესახებ. ქვეყანაში არ არსებობს ფორმალური სასწავლო კურსი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან აივ/შიდსის დარგში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის ტრენინგებისათვის, რომელიც აუცილებელია აივ/შიდსთან ასოცირებული ფსიქიკური პრობლემების დროულად იდენტიფიცირებისა და ეფექტური მართვისათვის.

საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებიც აქტიურად უჭერენ მხარს საქართველოში აივ/შიდსის ეროვნული პასუხის გაძლიერებას, ჯერჯერობით მონაწილეობას არ იღებენ აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებაში; ისინი ასევე არ მუშაობენ ადგილობრივ ინსტიტუტებში მკურნალობის შესაძლებლობების და სამედიცინო კადრის პროფესიული უნარ-ჩვევების გაძლიერების მიმართულებით. ამ მხრივ, ერთადერთი გამონაკლისია GIP – გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში, რომელიც საქართველოში საფუძველს უყრის აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგებს შორის კოორდინირებულ საქმიანობას.

საქართველოში ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების მხოლოდ 10 ცენტრი ფუნქციონირებს და მათი გეოგრაფიული განაწილება არათანაბარია. ქვეყანაში არსებობს აივ-ზე ტესტირების 45 ლაბორატორია, თუმცა ყველა მათგანს არ გააჩნია აივ-ზე კონსულტირების მატერიალურ-ტექნიკური შესაძლებლობები. ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების შედარებით სრულფასოვანი

ცენტრები მუშაობს მხოლოდ რამდენიმე დიდ ქალაქში – თბილისი, ბათუმი, ზუგდიდი და ქუთაისი.

მთავრობის მიერ არ ხდება ადეკვატური დაფინანსების გამოყოფა აივ-ზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების ქსელის გაფართოებისა და შეუფერხებელი მუშაობისათვის. არსებული 10 ცენტრიდან, მხოლოდ ერთი ფუნქციონირებს აივ/შიდსის პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში. დანარჩენი ცენტრების მუშაობა უზრუნველყოფილია გლობალური ფონდის და აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებული პროექტების ფარგლებში, რომელთა ძირითადი სამიზნე ჯგუფები მაღალი რისკის მქონე პოპულაციებია (ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, კომერციული სექსის მუშაკი ქალები და ჰომოსექსუალური ქცევის მამაკაცები).

ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრები განსხვავდება მიწოდებული სერვისების ხარისხის მიხედვით. მხოლოდ 5 ცენტრში ხორციელდება კონსულტირება და ტესტირება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული გაიდლაინების მიხედვით. ცენტრების უმეტესობა (ორი მესამედი) ემსახურება მხოლოდ მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებს, როგორცაა – ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, კომერციული სექსის მუშაკი ქალები და ჰომოსექსუალური ქცევის მამაკაცები. გამოკითხულ კლიენტთა 75% (N=23) აღნიშნავს, რომ ცენტრში მიწოდებული სერვისები დამაკმაყოფილებელი და კლიენტების მიმართ კეთილგანწყობილია.

კვლევამ საქართველოში დაადასტურა აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების არსებობა. ყველაზე გავრცელებული დიაგნოზია დეპრესია და პიროვნული აშლილობა. ზოგიერთ პაციენტს აწუხებს თვითმკვლელობაზე ფიქრი, მცირე შემთხვევებში გამოხატულია ფსიქოზური სიმპტომები (სმენითი ჰალუცინაციები და დევნის მანია). ფსიქოლოგის ან ფსიქიატრის, ასევე თვითდახმარების ჯგუფებისა და სოციალური მუშაკების მხარდაჭერა ესაჭიროება არა მარტო თავად ინფიცირებულ პირს, არამედ მათი ოჯახის წევრებსაც. ოჯახის წევრთა შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა დეპრესია.

შიდსის ცენტრის ექიმთა გადმოცემით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები ძირითადად მანიფესტირდება შიდსის სტადიაში, როდესაც დაავადება აზიანებს პაციენტის ნერვულ სისტემას. შიდსის სტადიაში მყოფი პაციენტის ცნობიერების აშლილობა პოტენციურად იწვევს დემენციის განვითარებას. ამ მდგომარეობაში კი პაციენტის კლინიკური მართვა სასურველია, განხორციელდეს არა მარტო შიდსის მკურნალი ექიმის, არამედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტის მიერ. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ანტირეტროვირუსული (არვ) თერაპიის ფონზე დემენციისა და დეპრესიის განვითარების რისკი მნიშვნელოვნად ქვეითდება. გლობალური ფონდის პროგრამების ფარგლებში არვ თერაპია ხელმისაწვდომია საქართველოში

რეგისტრირებული ყველა პაციენტისათვის, მათ შორის სასჯელადსრულების სისტემაში მყოფი შიდასით დაავადებული პირებისათვის.

ციხეებში პატიმართა დიდი უმრავლესობა (75%) არ უარყოფს, რომ ხელი მიუწვდებოდა ნარკოტიკებთან, თუმცა შეზღუდული რაოდენობით. ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელი პატიმრების დაახლოებით 40% აღნიშნავს, რომ აგრძელებს ნარკოტიკის მოხმარებას ციხეში, ხოლო 25%-მა განაცხადა, რომ თავისუფლების აღკვეთის დროს დაიწყო ნარკოტიკის მოხმარება¹. პატიმართა შორის ყველაზე გავრცელებული პრაქტიკა ნარკოტიკის ინტრავენური ინექციის გზით მოხმარება.

აივ ინფიცირებული/შიდასით დაავადებული პირები, განსაკუთრებით პატიმრები, დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ თავიანთი თანასწორებისაგან, მათ მსგავს მდგომარეობაში მყოფი პირებისგან გამოხატულ მხარდაჭერას. თვითდახმარების ჯგუფები შესაძლებლობას იძლევა, გაფართოვდეს აივ ინფიცირებულთა ქსელი ჯგუფური კონსულტირების, სოციალური აქტივობების და ბინაზე მოვლის ინიციატივების განხორციელების გზით.

კვლევამ ასევე დაადასტურა, რომ ქვეყანაში საკმაოდ მწვავეა აივ/შიდასთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბები. ჩატარებულმა გამოკითხვამ ცხადყო, რომ სტიგმა და დისკრიმინაცია არსებობს ჯანდაცვის მუშაკთა შორისაც. სამედიცინო პერსონალს არ გააჩნია ადეკვატური ცოდნა, გამოცდილება და უნარ-ჩვევები აივ ინფიცირებულ/შიდასით დაავადებულ პირებთან სამუშაოდ. ბევრი მათგანი არ უარყოფს, რომ აქვს ინფიცირების შიში, რაც, სავარაუდოდ, კიდევ უფრო მძაფრია იმის გამო, რომ სამედიცინო ინსტიტუტებში სათანადოდ არ არის უზრუნველყოფილი უნივერსალური უსაფრთხოების ზომების დაცვა. ჯანდაცვის თანამშრომლებს არ გააჩნიათ უსაფრთხოებისათვის საჭირო საშუალებების (ხელთათმანები, სასტერილიზაციო მასალა, და სხვ.) ადეკვატური მარაგი. გარკვეული მარაგის არსებობის პირობებშიც კი, არ ხდება მათი სისტემატური და/ან სწორი გამოყენება. ამ პრობლემის გადასაჭრელად და სამედიცინო პერსონალის ინფორმირებისათვის ქმედითი ღონისძიებები უნდა იქნეს სასწრაფოდ გატარებული.

ახალგაზრდების განათლების დონე აივ/შიდასის შესახებ არაადამაკმაყოფილებელია. მათ შორის ხშირია შიში არა მარტო თავად ვირუსული ინფექციის, არამედ ინფიცირებული/დაავადებული პირების მიმართაც. ეს შიში კი ნოყიერ ნიადაგს ქმნის საზოგადოებაში ინფიცირებულ პირთა მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებისათვის.

¹ მაია ცინცაძე, „საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში აივ/შიდასის პრევალენტობის და მაღალი რისკის შემცველი ქცევების შესწავლა“; 2006

II. შესავალი/ზოგადი ინფორმაცია

აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები საყოველთაოდ არის აღიარებული. ინფიცირებულ ადამიანებში ფსიქიკური აშლილობანი ძირითადად ან ამ დაავადებასთან ასოცირებული სტიგმის, ან ინფიცირების სტატუსის გაგების შემდეგ ადამიანების იზოლაციის შედეგია. გარდა ამისა, ადამიანთა გარკვეული ფსიქიკური მდგომარეობები (როგორცაა, კოგნიტური დარღვევები, ნარკოტიკების და სხვა სუბსტანციების ავად მოხმარება, პიროვნული აშლილობა) თავისთავად ზრდის სხვა ადამიანების ინფიცირების რისკს. თუმცა, შესაბამისი პოლიტიკის შემუშავების თვალსაზრისით, საქართველოში საკმაოდ მცირე ყურადღება ექცევა აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს. ამ საკითხების მოგვარების მიმართულებით ქვეყანაში მხოლოდ შიდსის ეროვნული ცენტრი და შიდსით დაავადებულთა დახმარების ფონდის ბაზაზე დაარსებული თვითდახმარების ცენტრები მუშაობენ. ამასთან ერთად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში დასაქმებული ორგანიზაციები ნაკლებად არიან ორიენტირებული აივ ინფიცირებული ადამიანების პრობლემებზე. აქედან გამომდინარე, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის სერვისებს შორის კავშირისა და კოორდინაციის შესწავლა გახდა კვლევის ერთ-ერთი ამოცანა. კვლევა მიზნად ისახავდა აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების მკურნალობისა და მოვლის თანამედროვე სტანდარტების გაუმჯობესებას.

წინამდებარე ანგარიში მომზადებულია ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ მხარდაჭერით მიმდინარე ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის პროექტის ფარგლებში. პროექტი მიზნად ისახავს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის პროგრამების ხელშეწყობას აღმოსავლეთ ევროპის, კავკასიისა და აზიის ქვეყნებში. 2005 წლიდან პროექტი ფინანსდება ნიდერლანდების სამეფოს მთავრობის მიერ ღია საზოგადოების ინსტიტუტის (OSI) მიერ გამოყოფილ დამატებით გრანტთან ერთად.

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის პროექტის (შემდგომში **MAIDS** პროექტი) უმთავრესი ამოცანაა, გააუმჯობესოს დაინტერესებული უწყებების და ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელი პირების ინფორმირებულობა შიდსის ეპიდემიასთან ასოცირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხების ირგვლივ. იგი მიზნად ისახავს, შეაფასოს აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირთა შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების არსი, მისი მასშტაბები და თავისებურებანი, რათა კვლევის შედეგების საფუძველზე შეიმუშაოს რეკომენდაციები აივ ინფიცირებულთათვის, მათი პარტნიორებისა და ოჯახის წევრებისათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გასაუმჯობესებლად.

ამ მიზნით ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის ექსპერტთა ცენტრი მუშაობს ორი უმთავრესი მიმართულებით: ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის საკითხებზე კვლევების ჩატარება და ამ სფეროში ტრენინგების ორგანიზება. კვლევები ითვალისწინებს შემდეგს: ქვეყანაში არსებული აივ/შიდსის და ფსიქიკური

ჯანმრთელობის სერვისების მიმოხილვა და მათ შორის ურთიერთკავშირი; ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების შეფასება, მათი ხელმისაწვდომობა და სერვისების ხარისხი; საქართველოში აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების განსაზღვრა და ამ პრობლემების ზეგავლენა აივ დადებითი სტატუსის მქონე პირებზე; აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიცირება; დაავადებულთა ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად რეკომენდაციების შემუშავება.

აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდების მიზნით ტრენინგების ორგანიზება გათვალისწინებულია როგორც სპეციალისტებისათვის (შიდსის მკურნალი ექიმები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგის მედპერსონალი, ოჯახის ექიმები, და სხვ.), ასევე აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის. ტრენინგები ასევე მიზნად ისახავს, მოამზადოს ძლიერი კადრი, რომლებიც შეძლებენ სასურველი ცვლილების მიღწევას სამთავრობო, ინსტიტუციურ და ინდივიდუალურ დონეზე.

წინამდებარე ანგარიშს საფუძვლად დაედო ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის ექსპერტთა ცენტრის მკვლევართა ჯგუფის მიერ 2006 წლის მარტიდან 2007 წლის ნოემბრამდე განხორციელებული ოთხი კვლევა.

კვლევებით შესწავლილი იქნა ქვეყნის პოლიტიკა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის დარგში და არსებული სერვისების სტრუქტურა (თავი მეოთხე); ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და სტიგმა და დისკრიმინაცია აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების მიმართ (თავი მეხუთე); ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების ხელმისაწვდომობა და ხარისხი, კლიენტთა კმაყოფილება და პერსონალის ტრენინგები (თავი მეექვსე); ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აივ ინფიცირებულ პატიმართა შორის (თავი მეშვიდე); ანგარიშში ასევე წარმოდგენილია რეკომენდაციები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან აივ/შიდსთან დაკავშირებულ პრობლემებზე მომუშავე ორგანიზაციებისათვის. ანგარიშის დანართში წარმოდგენილია დაინტერესებული მხარეების ანალიზის მატრიცა; გამოკითხვის დროს გამოყენებული კითხვარი, ინტერვიუების და ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსიის წარმართვის სახელმძღვანელო.

სიტუაცია ქვეყანაში აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით

საქართველო აივ ინფექციის დაბალი გავრცელების ქვეყანაა და სავარაუდო პრევალენტობა მერყეობს 0.01%-დან 0.03%-მდე. 2008 წლის 20 მარტის მონაცემებით ქვეყანაში ოფიციალურად აივ ინფიცირების 1553 შემთხვევაა რეგისტრირებული. აივ ინფექციის პირველი დიაგნოზი საქართველოში 1989 წელს დადგინდა. აივ ინფიცირებულთა სავარაუდო რაოდენობა საშუალოდ 2800–3000²-ს აღწევს. ინფიცირებულთა უმრავლესობა დიაგნოზის დადგენისას 25–დან 40 წლამდე ასაკის იყო; რეგისტრირებულ შემთხვევათა 70% მამაკაცებზე მოდის.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელების დაბალი დონეა, იგი იმ ქვეყნების კატეგორიაში მოიაზრება, სადაც ეპიდემიის სწრაფად გავრცელების დიდი პოტენციალია, რასაც შემდეგი ფაქტორები განაპირობებენ: ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ფართოდ გავრცელება; მაღალი პრევალენტობის მქონე მეზობელ სახელმწიფოებში (უკრაინა და რუსეთის ფედერაცია) საქართველოს მოქალაქეთა ინტენსიური მიგრაცია; CEE/CIS ცენტრალური აღმოსავლეთ ევროპის/დსთ–ს ქვეყნების მსგავსი სოციალურ–ეკონომიკური მახასიათებლები; და ჰეტეროსექსუალური კონტაქტის გზით აივ ინფექციის გადაცემის ზრდის ტენდენცია.

საქართველოში აივ/შიდსის მზარდი ეპიდემია ძირითადად ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებზე მოდის. ოფიციალურად რეგისტრირებული ყველა იმ შემთხვევიდან, რომელთა ინფიცირების სავარაუდო გზა ცნობილია, 60%-ში აივ–ის გადაცემა ნარკოტიკის ინტრავენური ინექციის გზით მოხდა; 32% ჰეტეროსექსუალური კონტაქტებით დაინფიცირდა; შემთხვევათა 3% ჰომოსექსუალური ქცევის მამაკაცებში დაფიქსირდა (წყარო: შიდსის ცენტრის მიერ მოწოდებული სტატისტიკა, 2008 წლის 20 მარტი).

ქვეყნის მასშტაბით აივ–ზე სკრინინგული გამოკვლევის 45 ლაბორატორია ფუნქციონირებს, სადაც ხორციელდება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების ტესტირება აივ ინფექციაზე. მათგან მხოლოდ 9 ემსახურება აივ–ზე მაღალი რისკის ჯგუფების კვლევას. დანარჩენი ლაბორატორია ჩართულია უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამაში და ემსახურება სისხლის დონორების სკრინინგულ კვლევას აივ ინფექციაზე, B და C ჰეპატიტებზე და სიფილისზე.

საქართველო იმ ქვეყნების რიცხვს მიეკუთვნება, ვინც უზრუნველყო არც თერაპიის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა და ყველა პაციენტი, ვინც აკმაყოფილებს მკურნალობის კრიტერიუმებს, იღებს უფასო არც თერაპიას. სადღეისოდ ქვეყანაში ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ჩატარება ოთხ ცენტრშია შესაძლებელი: ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო/პრაქტიკული ცენტრი თბილისში; რეგიონული ინფექციური

² სავარაუდო მონაცემები დამუშავებული სტატისტიკურ პროგრამაში „სპექტრუმი“, შიდსის ეროვნული ცენტრი

საავადმყოფოები ბათუმში (აჭარა), ზუგდიდში (სამეგრელოს რეგიონი) და ქუთაისში (იმერეთი). აივ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისები ძალიან შეზღუდულია საქართველოში. აივ პოზიტიურ პირებს შეუძლიათ, მიიღონ კონსულტირება თავიანთი თანასწორებისაგან შიდსით დაავადებულთა დახმარების ფონდის ოფისებში 4 დიდ ქალაქში – თბილისი, ზუგდიდი, ბათუმი და ქუთაისი.

აივ ინფიცირებული და შიდსით დაავადებული პირებისათვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისები ქვეყანაში ჩამოყალიბების ადრეულ საფეხურზეა. არ არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახური ან განყოფილება, რომელიც ამ მიმართულებით მუშაობს. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ შიდსის ეროვნული ცენტრი, რომელიც მკურნალობს და მონიტორინგს უწევს დაავადებულ პირებს, საჭიროების შემთხვევაში პაციენტს რეფერალით აგზავნის სპეციალისტებთან, მათ შორის ფსიქოლოგთან და ფსიქიატრთან.

2007 წლამდე შიდსის ცენტრში დასაქმებული არ იყო არც ერთი ფსიქოლოგი და მხოლოდ უკანასკნელი წლის მანძილზე იქნა უზრუნველყოფილი ცენტრში ფსიქოლოგიური კონსულტირება. თუმცა, მსგავსი სერვისები ჯერ კიდევ არ არის ჩამოყალიბებული ბათუმის, ქუთაისის და ზუგდიდის შიდსის სამკურნალო რეგიონულ ცენტრებში.

საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში მომუშავე სამთავრობო და არასამთავრობო ინსტიტუტებში ჩატარებული ინტერვიუების შედეგად აღმოჩნდა, რომ სამედიცინო პერსონალს არასოდეს ჩაუტარებია მკურნალობა პაციენტისათვის, რომლის აივ პოზიტიური სტატუსი ცნობილი იყო. ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობების მქონე პაციენტების რუტინული კვლევა აივ ინფექციაზე არ ხორციელდება. მხოლოდ რამდენჯერმე, ექიმების მიერ ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, მოხდა პაციენტის სისხლის გაგზავნა შიდსის ცენტრში აივ ინფექციაზე ტესტირებისათვის, თუმცა ჯერჯერობით ასეთ პაციენტთა შორის აივ/შიდსის დიაგნოზი არ დადასტურებულა.

შიდსის ცენტრის ექიმებმა³ აღნიშნეს, რომ არსებობს გაზრდილი მოთხოვნილება ინფიცირებულ პირთათვის ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისების თვალსაზრისით. ეს საჭიროება განსაკუთრებით მწვავედ დგას აივ ინფექციის პირველადი დიაგნოზის შეტყობინების დროს. მეორე ეტაპი, როდესაც დაავადებულ პირებში დგება ფსიქოლოგიური კრიზისის ხანა და საჭირო ხდება პროფესიონალის მხარდაჭერა, არის პაციენტების მიერ არც თერაპიაში ჩართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პერიოდი.

³ კვლევისათვის ინტერვიუები ჩატარდა შიდსის ცენტრის ექიმებთან: ლალი შარვაძე, მარინა დგებუაძე, მაია მეფარიძე

III კვლევის დიზაინი და მეთოდოლოგია

კვლევის ფარგლებში მოცული იქნა საქართველოს დიდი ქალაქები – თბილისი, ბათუმი, ზუგდიდი და ქუთაისი, სადაც აივ პრევალენტობის შედარებით მაღალი მაჩვენებლები ფიქსირდება. შედარების მიზნით ასევე შერჩეული იქნა აივ ინფექციის დაბალი გავრცელების მქონე ორი ქალაქი აღმოსავლეთ საქართველოში – თელავი და ახალციხე.

კვლევის დიზაინი ითვალისწინებდა ჩაღრმავებულ ინტერვიუებს აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებთან და ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის დარგში მოღვაწე პროფესიონალებთან; ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსია იქნა ორგანიზებული ჯანდაცვის მუშაკებთან, აივ ინფიცირებულებთან და მათი ოჯახის წევრებთან და მეგობრებთან; გამოკითხვა განხორციელდა სამედიცინო პერსონალთან და ახალგაზრდობასთან.

მკვლევართა ჯგუფი შედგებოდა სამი წევრისაგან:

კვლევის კოორდინატორი – **ქეთევან სტილია**, M.D., M.S., პროფილაქტიკის განყოფილების გამგე; ინფექციური დაავადებების, აივ/შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო/პრაქტიკული ცენტრი

კვლევის ასისტენტები – **ნინო ბადრიძე**, M.D., M.P.H., ეპიდემიოლოგიური განყოფილების გამგე; ინფექციური დაავადებების, აივ/შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო/პრაქტიკული ცენტრი

გიორგი გელეიშვილი, M.D., Ph.D., ფსიქიატრი; თბილისის ფსიქო-ნევროლოგიური დისპანსერი

ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ კვლევების კონსულტანტი კატინკა დე ვრიეს და კვლევის კოორდინატორი ჯანა ჯავახიშვილი ტექნიკურ დახმარებას უწევდნენ მკვლევარებს.

როგორც კონცეპტუალური, ისე პრაქტიკული მოსაზრებების გამო კვლევაში გამოყენებული იქნა ხარისხობრივი კვლევის მეთოდოლოგია. კონცეპტუალურად, ხარისხობრივი კვლევები, თავისი შინაარსით და ფორმატით, სტიმულაციას უკეთებს უფრო ჩაღრმავებულ პასუხებს რესპონდენტების მხრიდან, რაც, თავის მხრივ, საკითხის უფრო სიღრმისეულ გაგებას უწყობს ხელს. გარდა ამისა, თვისობრივი კვლევები ეფექტური და საჭირო იარაღია ახალი იდეებისა და სამომავლო ინტერვენციების გენერირებისათვის. ეს უკანასკნელი კი MAIDS პროექტის კვლევების კომპონენტის ერთ-ერთი უმთავრესი ამოცანა იყო. აღიარებულია, რომ ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსია, თუ იგი ადეკვატურად არის განხორციელებული, ხარჯ-ეფექტური მეთოდია საჭირო მონაცემების შეგროვებისათვის დროის შედარებით მოკლე ვადაში (ერთიდან ორ კვირამდე).

გამოყენებული მეთოდოლოგია:

- არსებული ლიტერატურის მიმოხილვა: მოძიებული და განხილული იქნა გამოქვეყნებული პუბლიკაციები, ასევე ვებ გვერდებზე განთავსებული ლიტერატურა აივ/შიდსის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების და ციხეებში აივ/შიდსის პრობლემების შესახებ.
- ინდივიდუალური ინტერვიუები წამყვან ინფორმანტებთან – პირებთან, რომლებიც ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენენ.

ინდივიდუალური ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჩატარდა დაინტერესებულ მხარეებთან (შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს პროგრამების კოორდინატორები, შიდსის ცენტრისა და საქართველოს ფსიქიატრიის ინსტიტუტის ექიმები), რომლებიც მუშაობენ აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების მკურნალობისა და მოვლის საკითხებზე. ჩაღრმავებული ინტერვიუები ასევე განხორციელდა თავად ინფიცირებულ პირებთან. ჩაღრმავებული ინტერვიუების დროს გამოყენებული იყო კითხვარები, რომლებიც შეიმუშავა მკვლევართა ჯგუფმა ჯანმოს და გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ რეკომენდებული კვლევების ინსტრუმენტების საფუძველზე.

- დისკუსიები ფოკუს-ჯგუფებში და ინტერვიუები როგორც სამედიცინო პერსონალთან, ასევე აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებთან და მათი ოჯახის წევრებთან.

ფოკუს-ჯგუფები ორგანიზებული იყო სხვადასხვა ჯგუფში: ინფიცირებული პირები, რომლებიც არ მოიხმარენ ინექციურ ნარკოტიკებს და აივ პოზიტიურები, რომლებიც ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები არიან (მათ შორის მეტადონის ჩანაცვლებით თერაპიაში ჩართული პირები); ინფიცირებულთა ოჯახის წევრები და მეგობრები; და ჯანდაცვის მუშაკები. ფოკუს-ჯგუფებში წევრთა რაოდენობა 5–დან 10–მდე მერყეობდა. ინფიცირებული პირების და მათი ოჯახის წევრების რეკრუტირებისათვის მონაწილეებს გადაეცათ ფულადი წახალისება (ინსენტივი დაახლოებით 10 აშშ დოლარს შეადგენდა). ინსენტივის თანხა ძირითადად რესპონდენტების კვების და ინტერვიუს ადგილამდე ტრანსპორტირების ხარჯებს ფარავდა.

შიდსით დაავადებულთა დახმარების ფონდის მიერ გამოყოფილი იქნა საოფისე სივრცე ფოკუს-ჯგუფების ჩასატარებლად იმ მიზნით, რომ მინიმუმამდე ყოფილიყო შემცირებული პოტენციური რისკ-ფაქტორები ინფიცირებულ პირთა კონფიდენციალურობის ან ეთიკური სტანდარტების დარღვევის თვალსაზრისით (მაგ., რესპონდენტთა აივ პოზიტიური სტატუსის გამჟღავნება). ფოკუს-ჯგუფებში მონაწილეობა იყო სრულიად ნებაყოფლობითი და ფონდის თანამშრომლები უზრუნველყოფდნენ, რომ თითოეული ინფიცირებული ადამიანი ინფორმირებული ყოფილიყო დისკუსიის დროს განსახილველი პოტენციური თემების შესახებ და მათი კვლევაში მონაწილეობა ყოფილიყო მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე.

- ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების შეფასებისათვის მკვლევართა ჯგუფმა გამოიყენა გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ მოწოდებული კვლევის ინსტრუმენტი (UNAIDS's *Tools for Evaluating HIV Voluntary Counseling and Testing*; May, 2000) უმნიშვნელო ცვლილებებით (ელემენტები ტუბერკულოზით დაავადებული პირების და ორსული ქალების კონსულტირების შესახებ არ იყო გათვალისწინებული კითხვარში, რადგან კვლევის ჩატარების პერიოდში ასეთი სერვისები არ არსებობდა). კვლევის დიზაინით გამოყენებული იყო შემდეგი ინსტრუმენტები: ინდივიდუალური ინტერვიუები დაინტერესებულ მხარეებთან; კონსულტირების პროცესზე პირდაპირი დაკვირვება მკვლევართა ჯგუფის მიერ (როგორც ტესტირებამდე, ასევე ტესტირების შემდგომი კონსულტირება); კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისებში ე.წ. იდუმალი კლიენტის (mystery clients) შეგზავნა. ამ მიზნით, სპეციალურად მომზადებული სამი პიროვნება შეიგზავნა ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების 6 სხვადასხვა ცენტრში, როგორც რიგითი კლიენტი და ჩაიტარა კონსულტირება და ტესტირება.
- ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარების გამოყენებით გამოკითხვა ჩატარდა კონსულტანტებთან (15 ადამიანი), რათა შეფასებულიყო პერსონალთა კმაყოფილება სამუშაო ადგილებით. მიწოდებული სერვისებით კლიენტთა კმაყოფილების შესასწავლად სპეციალურად შედგენილი კითხვარის საშუალებით გამოკითხული იქნა კონსულტირებაზე და ტესტირებაზე მისული პირები (გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო სულ 23-მა კლიენტმა).

აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების შესაფასებლად კომბინირებული მეთოდოლოგია იყო გამოყენებული, რაც ითვალისწინებდა როგორც ფოკუს-ჯგუფების ორგანიზებას, ასევე რაოდენობრივ კვლევას. საქართველოში აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის თავისებურებების შესასწავლად ფოკუს-ჯგუფებში კვლევა განხორციელდა აივ ინფიცირებულ პირთა შორის და სამედიცინო პერსონალთან.

აივ ინფიცირებულ პირებთან ჩატარდა 2 ფოკუს-ჯგუფი (სულ 15 მონაწილე, თითოეული დისკუსია გრძელდებოდა დაახლოებით ერთი საათი და 20 წუთი); ერთი სესია გაიმართა დედაქალაქში, თბილისში (10 მონაწილე), ხოლო მეორე, დასავლეთ საქართველოს ქალაქ ზუგდიდში (5 მონაწილე). დისკუსიები შედგა თვითდახმარების ცენტრებში, რომლებიც შიდსით დაავადებულთა დახმარების ფონდის მეურვეობით ფუნქციონირებს.

ჯანდაცვის მუშაკებთან ფოკუს-ჯგუფები ჩატარდა თბილისის #3 სამშობიარო სახლში (სულ 16 მონაწილე), ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის ექიმებსა და ექთნებს შორის (8 მონაწილე) – მათგან 3 მონაწილე შერჩეული იყო ინფექციური დაავადებების განყოფილებიდან, ხოლო 5 – შიდსის განყოფილებიდან. შიდსის ცენტრის სამედიცინო პერსონალის, გინეკოლოგებისა და პედიატრების მონაწილეობა ფოკუს-ჯგუფებში განპირობებული იყო იმ ვარაუდით, რომ მათ ექნებოდათ ინფიცირებულ ადამიანებთან მუშაობის

პროფესიული გამოცდილება. კვლევისათვის ასევე მნიშვნელოვანი იქნებოდა ინტერვიუები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებთან, თუმცა კვლევის ჩატარების პერიოდში ქვეყანაში მიმდინარეობდა პირველადი ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რეორგანიზაცია და ოჯახის ექიმების პოტენციური როლი აივ/შიდსის პრობლემებზე მუშაობის თვალსაზრისით ბუნდოვანი იყო. გარდა ამისა, მკვლევარებმა გაითვალისწინეს შიდსის ცენტრის ოფიციალური პირების მოსაზრება, რომ საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის სპეციალისტთა ჩართულობა აივ დადებითი შემთხვევების მართვის საკითხებში მინიმალური იყო.

რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა მედიცინის მუშაკებთან და ახალგაზრდებთან ქვეყანაში აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების მიმართ არსებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შესაფასებლად.

ახალგაზრდების გამოკითხვა განხორციელდა გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შესწავლისათვის მოწოდებული კვლევის ინსტრუმენტის გამოყენებით (Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Survey Tool; UNAIDS, 2006). გამოკითხვა ჩატარდა საქართველოს ხუთ ქალაქში, რომლებიც განსხვავდებიან ერთმანეთისგან აივ ინფექციის გავრცელების დონით. კვლევაში მონაწილე ქალაქებია: თბილისი, ქუთაისი, ზუგდიდი (შედარებით მაღალი პრევალენტობის მქონე) და თელავი და ახალციხე (დაბალი პრევალენტობის მქონე). გამომდინარე იქიდან, რომ უაღრესად დიდი იყო ახალგაზრდების ინტერესი და მოტივაცია, მონაწილეობა მიეღოთ კვლევაში, ფულადი წახალისების შეთავაზება რესპონდენტებისათვის გათვალისწინებული არ ყოფილა.

მკვლევართა ჯგუფის მიერ მოხდა 17–დან 25 წლამდე 350 სტუდენტის რეკრუტირება სხვადასხვა უნივერსიტეტიდან (იხ. ცხრილი 1, დანართი 5); გამოკითხვაში ასევე მონაწილეობა მიიღო საავადმყოფოს 170 თანამშრომელმა (იხ. ცხრილი 2, დანართი 5). კვლევის დროს გამოყენებული თვით–ადმინისტრირებული კითხვარი მოცემულია დანართში #3. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მკვლევარები აცნობიერებენ, რომ კვლევაში მხოლოდ უნივერსიტეტის სტუდენტების შერჩევამ შესაძლოა, გამოიწვიოს კვლევის შედეგების ცდომილება, რადგან, სავარაუდოდ, სტუდენტების ინფორმირებულობის დონე აივ/შიდსის საკითხებზე შესაძლოა, უფრო მაღალი იყოს, ვიდრე ახალგაზრდების სხვა ჯგუფებში.

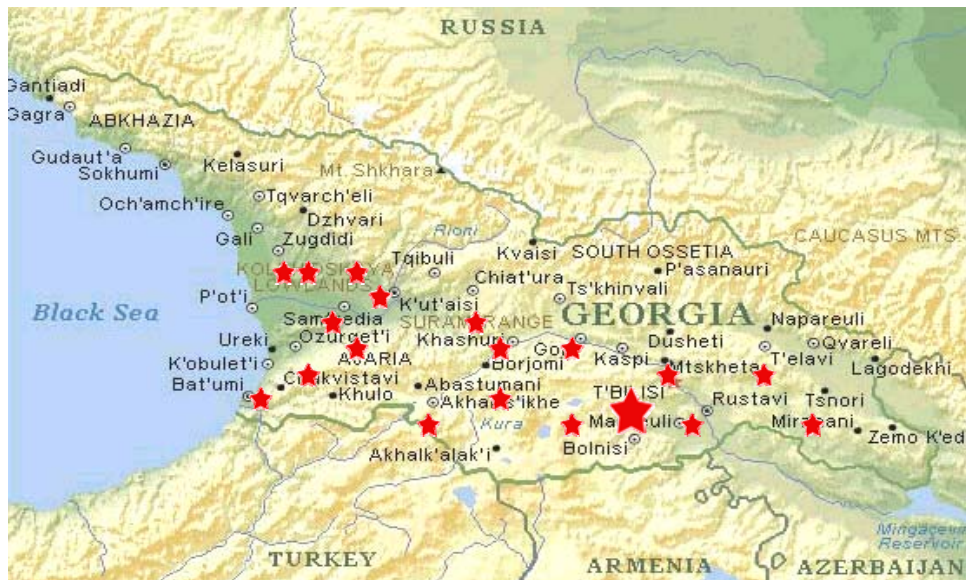
სურათი 1: ტრენინგი ხარისხობრივი
კვლევის მეთოდოლოგიაში;
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
განათლება;
ამერიკულ–ავსტრიული ფონდი/დია
საზოგადოების ინსტიტუტი
ზალსბურგის სემინარი, 2006



IV ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის ეროვნული პოლიტიკა და სტრუქტურა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის სამსახურები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ორი დამოუკიდებელი სტრუქტურული ერთეულია. სამუხაროდ, ამ სტრუქტურებს შორის ურთიერთკავშირისა და კოორდინაციის მწვავე ნაკლებობა აშკარა პრობლემებს ქმნის როგორც სპეციალისტებისათვის, ასევე სერვისის მომხმარებელი პირებისათვის. ქვეყნის მასშტაბით ფსიქიკური ჯანმრთელობის ქსელი მოიცავს როგორც სამთავრობო ორგანიზაციებს – ჰოსპიტალებსა და ფსიქონევროლოგიის დისპანსერებს, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და ერთ კერძო კლინიკას.

დიაგრამა #6
საქართველოში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინსტიტუტების/სერვისების
გეოგრაფიული განაწილება



აივ/შიდსის ორგანიზაციული სტრუქტურები

ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც ბოლო რამდენიმე წლის მანძილზე ფუნქციონირებს საქართველოში, 2007 წლის აპრილში გახდა ერთიანი სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭო და იგი ქვეყნის მასშტაბით კოორდინაციას უწევს აივ/შიდსის დარგში მიმდინარე ყველა პროგრამას.

ინფექციური დაავადებების, აივ/შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი აივ/შიდსის დარგში ქვეყნის წამყვან სამთავრობო ინსტიტუტს წარმოადგენს. ცენტრი პასუხისმგებელია აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული ყველა პაციენტის მკურნალობასა და მონიტორინგზე. ცენტრი ახორციელებს

ტრენინგებს სამედიცინო პერსონალისათვის აივ/შიდსის კონსულტირების, მკურნალობისა და მოვლის თემებზე.

აივ/შიდსის ეროვნულ პოლიტიკაში განხორციელებული ბოლოდროინდელი ცვლილების შემდეგ პროფესიონალთა წრეებში გამოიხატა შემოფოთება დაავადების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის თვალსაზრისით. აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობა გაერთიანდა ქვეყანაში დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ სისტემაში, რაც დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის პირდაპირი ხელმძღვანელობით ხორციელდება. თავისთავად, ეს დადებითი ნაბიჯია და მიმართულია გადამდები და არა-გადამდები დაავადებების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გაძლიერებისაკენ. თუმცა, აქტიური ეპიდზედამხედველობის და მეორე თაობის ზედამხედველობის სისტემის ეფექტური მექანიზმების შენარჩუნების გარეშე, დაავადების მონაცემთა კონცენტრირებას მხოლოდ ერთ ინსტიტუტში უარყოფითი გავლენა ექნება აივ/შიდსის დროულ გამოვლენაზე. ამასთან, უფრო გართულდება აივ ინფიცირებული პირების მონიტორინგისა და მენეჯმენტის, ასევე აივ/შიდსზე კონსულტირების, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მოვლის თვალსაზრისით სრულფასოვანი სერვისების უზრუნველყოფა. შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის მე-6 რაუნდის (2007–2009) პროექტი მოიცავს აივ ინფექციის ეპიდზედამხედველობის გაძლიერების კომპონენტს, რომლის ეფექტური განხორციელების შემთხვევაში შესაძლებელია, ქვეყანაში მოხდეს ეპიდზედამხედველობის ახალი სისტემის შემუშავება, რომელიც უკეთ იქნება მორგებული ზოგადად დაავადებათა კონტროლისა და ზედამხედველობის ეროვნულ სისტემაში ბოლო პერიოდში გატარებულ ცვლილებებზე.

ქვეყანაში 40-ზე მეტი ლაბორატორიაა, სადაც შესაძლებელია აივ-ზე ტესტირება. ლაბორატორიის მედპერსონალი შესაბამის მომზადებას გადის შიდსის ცენტრის პროფესიონალთა მიერ. ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების რაოდენობა საკმაოდ შეზღუდულია. ასეთი მომსახურება ხელმისაწვდომია მხოლოდ თბილისში და დასავლეთ საქართველოს რამდენიმე ქალაქში.

პოლიტიკა და სამართლებრივი რეგულირების სფერო

სადღეისოდ საქართველოში არ არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში ჩამოყალიბებული ეროვნული პოლიტიკა ან სტრატეგიული გეგმა. თუმცა, ფუნქციონირებს სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც მოიცავს, როგორც ამბულატორიულ, ასევე ჰოსპიტალურ კომპონენტს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამა ითვალისწინებს სერვისების დაფინანსების გეგმას, რომლის მიზანია ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტებისათვის მკურნალობისა და მოვლის სამსახურების გაუმჯობესება.

2006 წლიდან, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებში აქტიურად ჩართული არასამთავრობო ორგანიზაციების კოალიცია მუშაობს დარგობრივი ეროვნული

პოლიტიკისა და სტრატეგიული გეგმის შექმნაზე. 2007 წლის ნოემბერში, თბილისში ორგანიზაციამ გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში ჯანდაცვისა და სოციალურ საკითხთა საპარლამენტო კომიტეტთან და არასამთავრობოთა კოალიციასთან ერთად ჩამოაყალიბა ე.წ. მიზნობრივი ჯგუფი (Task Force). ჯგუფის მთავარი ამოცანაა ქვეყანაში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის გაფართოებისა და სრულყოფის ხელშეწყობა. 2007 წელს მიღებული იქნა და ძალაში შევიდა ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ სახელმწიფო კანონი. კანონი განსაზღვრავს პაციენტების უფლებას, კონფიდენციალურობის საკითხებს და სერვისების ხარისხს.

მომზადდა აივ/შიდსის სახელმწიფო კანონში ცვლილებებისა და დამატებების პაკეტი, რომელიც განსახილველად წარედგინება საქართველოს პარლამენტს 2008 წლის გაზაფხულზე. კანონის ცვლილებები მხარს უჭერს აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული ადამიანებისათვის უფრო ლიბერალური სამართლებრივი გარემოს შექმნას. მაგ., აივ ინფიცირებული პირები აღარ იქნებიან ვალდებული სამედიცინო სერვისის მისაღებად აცნობონ მედიცინის მუშაკებს თავიანთი პოზიტიური სტატუსის შესახებ.

დიაგრამა 7. აივ/ზე ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების გეოგრაფიული განაწილება



დაფინანსება:

სახელმწიფო დაფინანსება ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე (2005–2007) 5.2 მილიონი ლარიდან 8.3 მილიონ ლარამდე გაიზარდა⁴. 2009 წლის ბიუჯეტით 8.3 მილიონი ლარი იქნა გათვალისწინებული ფსიქიკური ჯანმრთელობისათვის, თუმცა ჯერ ბიუჯეტი საბოლოოდ დამტკიცებული არაა.

საქართველოს მთავრობა აივ/შიდსის პრობლემას განიხილავს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმთავრეს პრიორიტეტს; თუმცა 2007 წელს სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში აივ-ზე სკრინინგული ტესტირების რაოდენობა 9000-მდე შემცირდა. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ გაეროს აივ/შიდსის თემატური ჯგუფის ფინანსური მხარდაჭერით შესაძლებელი გახდა დამატებით 2500 უფასო ტესტირების ჩატარება მაღალი რისკის მქონე პოპულაციებისათვის. რაც შეეხება საერთაშორისო, ექსტერნალურ მხარდაჭერას, ყველაზე დიდი მოცულობის დაფინანსება გლობალური ფონდის პროექტებზე მოდის, რომლის წლიური ბიუჯეტი დაახლოებით 2 მილიონი აშშ დოლარით განისაზღვრება. აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ დაფინანსებულია სგგი/აივ/შიდსის პრევენციის პროექტი (დაინტერესებულ მხარეთა შორის ცნობილია, როგორც SHIP Project), რომელიც ხორციელდება ფედერაცია გადავარჩინოთ ბავშვების საქართველოს ოფისის მიერ ადგილობრივ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან პარტნიორობით. მაღალი რისკის მოსახლეობაზე (ინმ-ები, მეძავეები, ჰომოსექსუალური ქცევის მქონე მამაკაცები) მიმართული პროექტის საშუალო წლიური ბიუჯეტი 800 000 აშშ დოლარია.

მიუხედავად შედარებით მცირე ბიუჯეტისა (380 000 აშშ დოლარი 2006 წელს) გაეროს სააგენტოების (გაეროს შიდსის პროგრამა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, გაეროს ბავშვთა ფონდი) მიერ მნიშვნელოვანი ტექნიკური მხარდაჭერა ხორციელდება ქვეყანაში აივ/შიდსის ეროვნული პასუხის გასაძლიერებლად.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის სერვისების ძლიერი მხარეები:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხები სამართლებრივად რეგულირდება სახელმწიფო კანონით ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ; კანონი აივ/შიდსის შესახებ მიღებული იქნა საკმაოდ ადრე, 1995 წელს. ამჟამად ექსპერტთა ჯგუფი მუშაობს კანონის რევიზიის მეორე რაუნდზე.
- სადღეისოდ არასამთავრობო ორგანიზაციები აქტიურად არიან ჩართულები ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებაში;
- არასამთავრობო ორგანიზაციები ამჟამად ახორციელებენ პილოტურ პროექტებს ისეთ სფეროში, როგორიცაა: ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია; მობილური საველე მუშაობა; ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში დასაქმებული მედპერსონალის ტრენინგები; ადვოკატირება; კვლევები და სხვა.

⁴ 1 აშშ დოლარი = 1.54 ლარს

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში ჩამოყალიბდა ოჯახისა და მომხმარებლის ორი ასოციაცია და უკვე საფუძველი ჩაეყარა ასოციაციასა და ჯანდაცვის მუშაკებს შორის საქმიან ურთიერთობას;
- არსებობს კარგად მომზადებული და ინტენსიური გამოცდილების მქონე მედპერსონალი როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის (დაახლოებით 450 მუშაკი), ისე აივ/შიდსის დარგში (260-მდე);
- ფუნქციონირებს ჯანდაცვის რამდენიმე სახელმწიფო პროგრამა, მათ შორის აივ პრევენციის, შიდსის მკურნალობის, უსაფრთხო სისხლის და დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პროფილაქტიკის პროგრამები.
- აივ/შიდსის თვალსაზრისით ქვეყანაში არსებული გადაუდებელი და მნიშვნელოვანი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად მოპოვებული იქნა ფართომასშტაბიანი გრანტი შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდიდან (12 მილიონი 2004–2008 წწ.). პროექტის ფარგლებში დაგეგმილია ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების ქსელის განვითარება, რაც გააძლიერებს სამედიცინო დაწესებულებებში ფსიქოლოგიური კონსულტირების ადგილობრივ შესაძლებლობებს და მატერიალურ-ტექნიკურ სიმძლავრეებს.
- სახელმწიფო დაფინანსება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში რეგულარულად იზრდება ყოველწლიურად;
- 2004 წლიდან მოყოლებული საქართველომ უზრუნველყო შიდსით დაავადებული პირებისათვის არც თერაპიის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა; 2007 წლის 1 სექტემბრისათვის ქვეყანაში 290 პაციენტი იღებდა ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას უფასოდ;
- საქართველოში უზრუნველყოფილია ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების უნივერსალური ხელმისაწვდომობა ყველა ორსული ქალისათვის;
- მიმდინარეობს აქტიური მუშაობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში მკურნალობის ეროვნული სტანდარტებისა და გაიდლაინების შესაქმნელად.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის სერვისების სუსტი მხარეები:

- დღეისათვის არ არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული პოლიტიკა ან სტრატეგიული გეგმა.
- ფსიქიატრიული კლინიკები ქვეყანაში საჭიროებენ რეფორმას; დაწესებულებები უპირატესად მოძველებულია; აივ/შიდსის სამსახურებიც, განსაკუთრებით თბილისში, ასევე საჭიროებენ პირობების მკვეთრ გაუმჯობესებას. უნდა აღინიშნოს, რომ გლობალური ფონდის პროექტის ბიუჯეტში გათვალისწინებულია შიდსის ცენტრის რენოვაცია, რაც მნიშვნელოვნად გადაჭრის არსებულ პრობლემას;
- სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი ფინანსები ძირითადად ორიენტირებულია მხოლოდ ჰოსპიტალურ მკურნალობაზე;

- პაციენტის უფლებების დაცვის სრულფასოვანი მექანიზმები განვითარების საწყის ეტაპზე;
- პირველადი ჯანდაცვის რგოლში დასაქმებული ექიმები არაადეკვატურ მომზადებას გადიან (3-დღიანი სასწავლო პროგრამებით) აივ/შიდსის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და პაციენტის უფლებების შესახებ;
- დარგში დასაქმებულ ექთნებს გავლილი არა აქვთ სპეციფიკური მომზადება ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე;
- ფსიქო-სოციალური სერვისების ამჟამინდელი სისტემა არ მოიცავს აივ ინფიცირებულთა/ შიდსით დაავადებულთა სპეციფიკური პრობლემების მართვას;
- ფსიქოლოგიური კონსულტირების შესაძლებლობები მკვეთრად შეზღუდულია რეგიონებში და სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფი ინფიცირებული პირებისათვის;
- აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისათვის ფსიქოლოგიური დახმარების საკითხებზე სპეციალისტთა (ექიმების, სოციალური მუშაკების) ცოდნის დონე და გამოცდილება არაადეკვატურია;
- საქართველოში ფსიქიკურ პრობლემებზე მომუშავე არასამთავრობო სექტორი არ ითვალისწინებს ინფიცირებულებისათვის სერვისის მიწოდებას;
- თვითდახმარების ცენტრების ქსელის მიერ პაციენტთა მოცვა გეოგრაფიულად შეზღუდულია (ცენტრები არსებობს მხოლოდ თბილისში, აჭარაში, სამეგრელოსა და იმერეთის რეგიონებში);
- კონსულტანტებს გააჩნიათ მწირი ცოდნა და გამოცდილება ფსიქიკური პრობლემების მქონე ავადმყოფებთან სამუშაოდ;
- საქართველოში მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისებთან ხელმისაწვდომობა კვლავ შეზღუდული რჩება; თანასწორთა კონსულტირების სერვისი მხოლოდ შიდსით დაავადებულთა დახმარების ფონდის ოფისებში არსებობს სამ ქალაქში: თბილისი, ზუგდიდი და ბათუმი. შიდსით დაავადებულები გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში იღებენ დახმარებას – საკვებ პროდუქტებს, თუმცა შეზღუდული მოცულობით.
- პალიატიური ზრუნვის სერვისების შექმნა გათვალისწინებული იყო გლობალური ფონდის მეორე რაუნდის პროექტის ფარგლებში. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მიმდინარე და დაგეგმილი აქტივობები ვერ აკმაყოფილებს ინფიცირებული/დაავადებული პირების მოთხოვნებსა და საჭიროებებს პაციენტზე ზრუნვის, სოციალური და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის სერვისების თვალსაზრისით;
- საქართველოში აივ/შიდსის ორგანიზაციული სტრუქტურები მეტ-ნაკლებად სრულფასოვანია, თუმცა სერვისები გეოგრაფიულად თანაბრად არ არის განაწილებული და ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია რეგიონებისათვის;
- არ არსებობს ეროვნული გაიდლაინი ან სტანდარტი აივ ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების პრევენციის, მკურნალობის ან მართვის საკითხებზე.

V ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში



სურათი 2. კონსულტირება შიდსის ცენტრში

აივ ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიცირების მიზნით, თბილისში, საქართველოს დედაქალაქში და ბათუმში (აჭარა) ჩატარდა ხარისხობრივი კვლევა – დისკუსიები ფოკუს-ჯგუფებში. კვლევის ორგანიზება შესაძლებელი გახდა შიდსით დაავადებულთა დახმარების ფონდის მხარდაჭერით. ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსია ითვალისწინებდა რესპონდენტთა სამი სხვადასხვა ჯგუფის გამოკითხვას: აივ ინფიცირებულები, რომლებიც უარყოფენ ინექციური ნარკოტიკის მოხმარებას (15 პირი); ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელი აივ პოზიტიური პირები (16 რესპონდენტი); ინფიცირებულთა ოჯახის წევრები და მეგობრები (11 პირი); დამატებით ჩატარდა ინდივიდუალური ინტერვიუები ინფიცირებულ პაციენტებთან (11 პირი) და ინფიცირებულებთან შიდსის ცენტრში (14 პირი). გარდა ამისა, მკვლევარებს გაუზიარეს თავიანთი მოსაზრება სამედიცინო პერსონალმა, რომელიც მუშაობს ინფიცირებულ/დაავადებულ პირებთან.

კვლევის შედეგად გამოიკვეთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მთელი რიგი, რომელიც საკმაოდ გავრცელებულია აივ პოზიტიურ პირებში. რესპონდენტთა მიერ ყველაზე ხშირად დასახელებული ფსიქოლოგიური ჩივილი უკავშირდებოდა დეპრესიას, პიროვნულ აშლილობას და ძილის დარღვევას. თითოეული გართულების გავრცელების სიხშირე დამოკიდებული იყო რესპონდენტების კატეგორიაზე. ინფიცირებულები, რომლებიც არ მოიხმარდნენ ინექციურ ნარკოტიკებს, ყველაზე ხშირად უჩივიან დეპრესიას; ნარკოტიკის მომხმარებელი აივ დადებითი პირები კი აღნიშნავდნენ ხასიათის შეცვლას – ადვილად აგზნებადობას, გაღიზიანებას და ფეთქებად ხასიათს. ციხეებში გამოკითხულ ინფიცირებულ პაციენტთა შორის კი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი სერიოზული დარღვევები დაფიქსირდა, როგორიცაა პიროვნული აშლილობა, კოგნიტური დარღვევები, პარანოია ან დეპრესია თვითმკვლელობის განზრახვით.

აივ ინფიცირებულებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები შესაძლოა, დაიყოს ორ კატეგორიად: ჯგუფი I- დეპრესია და კოგნიტური დარღვევები, (ორიენტაცია, ყურადღების კონცენტრირება, მეხსიერება, მეტყველება, და სხვ.). ამ პრობლემებს უმეტეს შემთხვევაში წინ უსწრებდა აივ ინფექციის დიაგნოზი. ჯგუფი II-პიროვნული აშლილობები, პარანოია და სმენითი ჰალუცინაციები – ზოგადად აივ ინფექციისგან დამოუკიდებლად არსებობს; ეს მდგომარეობები უმეტეს შემთხვევაში ქრონოლოგიურად წინ უსწრებს აივ ინფექციას, რადგან ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები ხშირად თავად ხდება მაღალი რისკის ქცევის ჩამოყალიბების და, შესაბამისად, აივ ინფიცირების მიზეზი.

შიდსის ცენტრის ექიმთა გადმოცემით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის უფრო მწვავე გამოვლინებები ფიქსირდება შიდსის გვიან ფაზაში, როდესაც დაავადების შედეგად მანიფესტირებულია სერიოზული ნევროლოგიური დარღვევები, რაც საშუალოდ ყოველ მეხუთე პაციენტში გვხვდება. შიდსის სტადიაში პაციენტებს, რომლებიც არ იმყოფებიან არც თერაპიაზე, აქვთ შედარებით მაღალი რისკი, რომ განუვითარდეთ ცნობიერების აშლილობა; ეს უკანასკნელი პოტენციურად იწვევს დემენციას და ამ მდგომარეობაში პაციენტის კლინიკური მართვა სასურველია, განხორციელდეს არა მარტო შიდსის მკურნალი ექიმის, არამედ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგის სპეციალისტის მიერ.

აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები

რისკ-ფაქტორები ფსიქიკური პრობლემების განვითარებისათვის

არსებობს უარყოფითი ფაქტორები, რომლებიც ზრდიან ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების განვითარების რისკს. ასეთი ფაქტორებია დაავადების შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე; ინფიცირებულებმა არ იციან, რა პოტენციური გართულებები შეიძლება მოჰყვეს აივ-დადებით სტატუსს მათ ცხოვრებაზე; ასევე ნეგატიური ფაქტორია ზოგად მოსახლეობაში აივ/შიდსის ცოდნის არაადეკვატური დონე.

კვლევაში მონაწილე ინფიცირებულმა რესპონდენტებმა აივ/შიდსზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის დაბალი დონე ერთ-ერთ პრობლემად დაასახელეს. ხალხში გავრცელებული არასწორი ინფორმაციები და ცრუ მითები აივ ინფექციის ან ინფიცირებული პირების შესახებ უარყოფით გავლენას ახდენს ინფიცირებულ ადამიანებზე. მეორე მხრივ, დაავადების შესახებ, ასევე მკურნალობის და პაციენტის მოვლის და სხვა არსებული სერვისების ირგვლივ სრულფასოვანი ინფორმაცია ხელმისაწვდომი არაა თავად ინფიცირებული პირებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის.

გარდა ამისა, ხშირია მოსახლეობის მხრიდან გამოხატული უარყოფითი დამოკიდებულება ინფიცირებული პირების მიმართ, რომელსაც თან ერთვის დაავადებული ადამიანების დისკრიმინაცია და სამედიცინო სამსახურებში აივ

ინფიცირებულთა მიღებაზე და მათ მომსახურებაზე უარის თქმა; ამ ფაქტორთა კომბინაცია, უდავოდ, ძალზე უარყოფით გავლენას ახდენს ინფიცირებული ადამიანების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე და სერიოზულ ზიანს აყენებს მათ მდგომარეობას.

აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმა გავლენას ახდენს თვით აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისა და მათი ოჯახის წევრების დამოკიდებულებაზე აივ პოზიტიური სტატუსის მიმართ. არსებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის გამო ინფიცირებული ადამიანები ერიდებიან თავიანთი სტატუსის გამჟღავნებას ოჯახის წევრებთან ან საზოგადოების წინაშე, რაც მკვეთრად ართულებს დაავადებასთან გამკლავების შესაძლებლობებს:

“რა თქმა უნდა, ინფიცირებულები საქართველოში განიცდიან დისკრიმინაციას, მაგრამ ეს საკითხი მიჩვენალულია, რადგან ბევრი ჩვენგანი არასოდეს ამჟღავნებს რომ ვირუსის მატარებელია. ხალხი არაა აგრესიული ჩვენს მიმართ, რადგან მათ არ იციან ჩვენი აივ სტატუსი“

აივ დადებითი მამაკაცი, 29 წლის, თბილისი

“თქვენს გარდა, არავინ იცის, რომ ინფიცირებული ვარ. მე ხალხს არ ვენდობი. რომ არა ღვთის ან პოლიციის შიში, ადამიანები ერთმანეთს დაჭამდნენ და ერთმანეთის სისხლს დალევდნენ“

32 წლის რესპონდენტი ქალი, თბილისი

ინფიცირებული ადამიანები აღნიშნავენ, რომ ხშირად ჯანდაცვის მუშაკები იჩენენ დისკრიმინაციას მათ მიმართ; ისინი უარს ამბობენ ინფიცირებული პაციენტების მიღებაზე და მათთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე. ამის რეალური მიზეზი კი ის არის, რომ მედპერსონალს არ აქვს სწორი ინფორმაცია ვირუსის გადაცემის გზების შესახებ. ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელმა ინფიცირებულმა პირებმა ასევე აღნიშნეს, რომ საზოგადოების მხრიდან ცუდი დამოკიდებულების საპასუხოდ, ზოგიერთი დაავადებული იმდენად აგრესიული ხდება, რომ შეგნებულად ავრცელებს ვირუსს სხვა ადამიანთა შორის. ინფიცირებულები და მათი ოჯახის წევრები ასევე აღნიშნავენ, რომ ზოგჯერ მასმედია ასრულებს ნეგატიურ როლს, რის შედეგადაც უფრო მწვავედ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმა. რესპონდენტთა გადმოცემით, ნაცვლად იმისა, რომ მიიღონ სასარგებლო ინფორმაცია ტელევიზიის და რადიოს საშუალებით, ისინი უფრო ხშირად შოკირებულები და დეპრესიულები რჩებიან საკითხის გაშუქების შემდეგ.

დამცავი ფაქტორები, რომლებიც ეხმარება აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ ადამიანებს:

ა) ოჯახის მხარდაჭერა

კვლევაში მონაწილე ოჯახის წევრებისა და მეგობრების გამოკითხვამ აჩვენა მათი მხრიდან საკმაოდ დადებითი დამოკიდებულება ინფიცირებული ახლობელი ადამიანების მიმართ. ისინი მხარს უჭერენ მათ და ცდილობენ, დაეხმარონ ინფიცირებულებს. გამოკითხულებმა განაცხადეს, რომ არ გააჩნიათ ინფიცირების

შიში, რადგან იციან, რომ საყოფაცხოვრებო პირობებში ინფიცირების რისკი არ არსებობს. ისინი აცხადებენ, რომ ინფორმაცია ვირუსის გადაცემის გზების შესახებ მათ ან თავად ინფიცირებული პირებისაგან, ან სამედიცინო პერსონალისგან აქვთ მიღებული.

ბ) თანასწორთა მხარდაჭერა

ინფიცირებულმა პირებმა აღნიშნეს, რომ თანასწორთა მხარდაჭერას დადებითი გავლენა აქვს მათზე. თვითდახმარების ცენტრები ინფიცირებულებს სთავაზობენ ჯგუფურ კონსულტაციებს, სხვადასხვა სოციალურ აქტივობებს, ბინაზე მოვლის ინიციატივებს და სხვა; თანასწორთა მხარდაჭერის სერვისები განსაკუთრებით ღირებულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფი აივ პოზიტიური პაციენტებისათვის.

გ) სპეციალიზებული სამედიცინო სერვისები

აივ ინფიცირებულმა რესპონდენტებმა ხაზგასმით აღნიშნეს შიდსის ცენტრის ექიმთა დადებითი როლი და დამოკიდებულება ინფიცირებულ პაციენტთა მიმართ, როგორც კონსულტირების, ისე მკურნალობის და განმეორებითი ვიზიტების დროს; თუმცა ისინი წუხილს გამოთქვამენ იმის გამო, რომ მცირეა იმ სამედიცინო ინსტიტუტების რიცხვი, სადაც ისინი არ განიცდიან დისკრიმინაციას და იღებენ ადეკვატურ მკურნალობას.

დ) რელიგია

რელიგია მნიშვნელოვან როლს ასრულებს, დაეხმაროს ინფიცირებულ პირებს გაუმკლავდნენ აივ სტატუსთან ასოცირებულ სტრესებს და იზოლაციის გრძნობას. მას შეუძლია, მომავლის იმედი ჩაუსახოს ინფიცირებულ ადამიანებს და, შესაბამისად, შეამციროს დეპრესიის განვითარების რისკი.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საჭიროება

გამოკითხვაში მონაწილე ინფიცირებულთა მეგობრები და ოჯახის წევრები აღნიშნავენ, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა უადრესად საჭიროა როგორც ინფიცირებული პირებისათვის, ასევე მათი ოჯახის წევრებისათვის; ამ სერვისს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანისთვის მამინ, როდესაც იგი პირველად იგებს აივ ინფექციის დიაგნოზს.

აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისათვის კონსულტირება და ფსიქოლოგიური დახმარება მხოლოდ რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებაში ან არასამთავრობო ორგანიზაციაშია შესაძლებელი. ესენია:

- შიდსის მკურნალობის ცენტრი (ეროვნული და ორი რეგიონული ცენტრი)
- თვითდახმარების ცენტრები (სამი ცენტრი)
- არასამთავრობო ორგანიზაციები – საინფორმაციო საკონსულტაციო ცენტრი თანადგომა, და საზოგადოებრივი გაერთიანება – ბემონი.

მეტადონით ჩანაცვლების სამკურნალო ცენტრებში ბოლო წლების მანძილზე შედარებით გაუმჯობესდა ფსიქო-სოციალური დახმარების სერვისების მიწოდების

ადგილობრივი შესაძლებლობები. სპეციალურად მომზადებული ფსიქოლოგები მკურნალობაში ჩართულ ინმ-ებს რეგულარულად სთავაზობენ კონსულტირებას (პროგრამაში მონაწილეობს 255 ინმ, მათ შორის 19 აივ ინფიცირებულია). ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელი აივ პოზიტიური პირების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ მეტადონით ჩანაცვლების მკურნალობის პროგრამა დადებით გავლენას ახდენს მათ ფსიქოლოგიურ კეთილდღეობაზე.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჯანდაცვის სისტემა უაღრესად სუსტია. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ აისახება აივ ინფიცირებულ პატიმრებზე. შიდსის ცენტრის ექიმები ახორციელებენ გასვლით სამუშაოებს ციხეებში, თუმცა ვერ ხერხდება პაციენტთა მდგომარეობაზე რეგულარული მონიტორინგი. მხოლოდ რამდენიმე ციხეშია შესაძლებელი პატიმრების ნებაყოფლობითი კონსულტირება აივ-ზე. ეს ციხეები უპირატესად თბილისში მდებარეობს, სადაც თანადგომა ატარებს საველე სამუშაოებს.

აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირები ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ ისინი სერიოზულ პრობლემებს აწყდებიან, როდესაც სამედიცინო მომსახურების მისაღებად შიდსის ცენტრის გარეთ, სხვა სამედიცინო დაწესებულებას მიმართავენ. ექიმები ზოგჯერ უარს აცხადებენ ინფიცირებული პაციენტების მიღებაზე; სწორედ ამის გამო ინფიცირებულები ამჯობინებენ, არ შეატყობინონ ექიმებს თავიანთი აივ-დადებითი სტატუსის შესახებ:

"სამშობიარო სახლის სამედიცინო პერსონალი ძალიან ცუდად მოექცა ჩემს ორსულ მეუღლეს, როცა შიდსის ცენტრის ექიმებმა მათ შეატყობინეს, რომ ორივე აივ ინფიცირებულები ვიყავით. მე რომ არჩევანის უფლება მქონოდა, არავითარ შემთხვევაში არ გავუმჟღავნებდი ექიმებს ჩვენს დიაგნოზს".

- ინფიცირებული მამაკაცი, 27 წლის, თბილისი

ამჟამად, სამედიცინო დაწესებულებებში არ არსებობს უსაფრთხოების საშუალებების ადეკვატური მარაგი, ასევე მწირია სამედიცინო პერსონალის პროფესიული უნარ-ჩვევები უნივერსალური უსაფრთხოების დაცვის თვალსაზრისით; ყოველივე ამის გათვალისწინებით, შესაძლოა, ქვეყანაში არსებობდეს აივ ინფექციის ნოზოკომიური (ჰოსპიტალური) გავრცელების საშიშროება.

სტიგმა და დისკრიმინაცია

აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია მანიფესტირებულია მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში და რეგიონში და იგი წარმოადგენს უაღრესად სერიოზულ ბარიერს ინფექციის გავრცელების პროფილაქტიკის პროგრამების წარმატებით განხორციელებისათვის; სტიგმა და დისკრიმინაცია ამძიმებს დაავადებისგან გამომდინარე უარყოფით შედეგებს და ამცირებს ინფიცირებული პირებისათვის მკურნალობისა და მხარდაჭერის ადეკვატური სერვისების მიღების შესაძლებლობებს (გაეროს შიდსის პროგრამა; აივ-თან ასოცირებული სტიგმა, დისკრიმინაცია და ადამიანის უფლებების დარღვევა; წარმატებული პროგრამების შესწავლა, 2005). აივ-თან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია საქართველოშიც

სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს. ორგანიზაციის „გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში“ MAIDS პროექტის ფარგლებში განხორციელდა ხარისხობრივი და რაოდენობრივი კვლევა ქვეყანაში სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების შესაფასებლად. კვლევის მიგნებები ღირებულ ინფორმაციას იძლევა არა მარტო პროექტის თანამშრომელთათვის, არამედ სხვა დაინტერესებული უწყებების წარმომადგენლებისათვის. იგი კიდევ უფრო პრაქტიკული და სასარგებლო იქნება მათთვის, ვინც განსაზღვრავს ეროვნულ პოლიტიკას აივ/შიდსის დარგში და ჯანდაცვის მუშაკებისათვის, რომლებიც უშუალოდ აწვდიან სერვისებს სამიზნე მოსახლეობას.

ქვეყანაში აივ ინფიცირებული პირების მიმართ არსებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შესაფასებლად ჩატარდა კვლევა მედიცინის მუშაკებთან და ახალგაზრდებთან, რომლის დროსაც გამოყენებული იყო კომბინირებული მეთოდოლოგია. ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსია იყო ორგანიზებული აივ ინფიცირებულებთან და ჯანდაცვის მუშაკებთან. სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების განსაზღვრის მიზნით, რაოდენობრივი კვლევა ჩატარდა ახალგაზრდებში და სამედიცინო პერსონალთან. ახალგაზრდების გამოკითხვა განხორციელდა გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შესწავლისათვის მოწოდებული კვლევის ინსტრუმენტის გამოყენებით (Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Survey Tool; UNAIDS, 2006). გამოკითხვა ჩატარდა საქართველოს ხუთ ქალაქში, რომლებიც განსხვავდებიან ერთმანეთისგან აივ ინფექციის გავრცელების დონით: თბილისი, ქუთაისი, ზუგდიდი (შედარებით მაღალი პრევალენტობის მქონე) და თელავი და ახალციხე (დაბალი პრევალენტობის მქონე ქალაქები).

გამოკითხვის შედეგები:

კვლევის შედეგებმა ცხადყო, რომ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის მიხედვით არსებობს საგრძნობი ასიმეტრია სხვადასხვა ქალაქსა და რეგიონში. მოსახლეობა დასავლეთ საქართველოში უკეთ არის ინფორმირებული აივ/შიდსის შესახებ, ვიდრე აღმოსავლეთ საქართველოში. შესაბამისად, აივ ინფექციასთან ასოცირებული სტიგმა უფრო მწვავედ არის გამოხატული ქვეყნის აღმოსავლეთ ნაწილში. ეს შესაძლოა იმით აიხსნას, რომ აივ ინფექციის გავრცელების შედარებით მაღალი მაჩვენებლების გამო დასავლეთ საქართველოში უფრო ინტენსიურად ხორციელდებოდა აივ საგანმანათლებლო და პროფილაქტიკური ღონისძიებები. ზოგადად, აივ ინფიცირებული პირები ხშირად განიცდიან დისკრიმინაციას სამედიცინო პერსონალის მხრიდან. სწორედ ამის გამო აივ-დადებითი სტატუსის მქონე პირები ამჯობინებენ, დამალონ თავიანთი აივ-სტატუსი იმ მიზნით, რომ მიიღონ საჭირო სამედიცინო მომსახურება.

” მე არ ვვფიქრობ, რომ ჩვენ უნდა ვუთხრათ ექიმებს, რომ ინფიცირებულები ვართ. ექიმმა ყველა პაციენტს ერთნაირი სიფრთხილით უნდა უმკურნალოს. არ მგონია, რომ ჩვენთვის ცალკე კლინიკები აუცილებელი, როგორცაა მაგალითად შიდსის ცენტრი. ნებისმიერი ჰოსპიტალი მზად

უნდა იყოს, რომ დაგვეხმაროს. ჩვენ არ გვჭირს შავი ჭირი, ჩვენ მხოლოდ აივ ინფექცია გვაქვს”.

ფოკუს-ჯგუფის მონაწილე ქალი, 45 წლის, თბილისი

სტიგმისა და დისკრიმინაციის შიშით ინფიცირებულები თავიანთ სტატუსს უმჯდვენებენ მხოლოდ უახლოესი წრის ადამიანებს (ოჯახის წევრებს და უახლოეს მეგობრებს), რომელთა დამოკიდებულება ინფიცირებულის მიმართ უცვლელი რჩება.

კვლევაში მონაწილე არც ერთი ინფიცირებული აღნიშნავს ოჯახის წევრის ან უცხო პირის მხრიდან ფიზიკურ ძალადობას, თუმცა ზოგიერთმა ინფიცირებულმა, უპირატესად რეგიონებიდან, განაცხადა, რომ სხვა ინფიცირებული პირებისგან სმენია მსგავსი შემთხვევების შესახებ.

გინეკოლოგებმა და პედიატრებმა განაცხადეს, რომ არასოდეს სმენიათ აივ ინფიცირებული პირების დისკრიმინაციის შესახებ და ვერ ხსნიან, რა შეიძლება იყოს ქვეყანაში არსებული დისკრიმინაციის მიზეზი. მხოლოდ ორმა მონაწილემ აღნიშნა, რომ სტიგმისა და დისკრიმინაციის უკან ინფიცირების შიშია.

შიდსის ცენტრში ჩატარებული ფოკუს-ჯგუფების მონაწილეებმა განაცხადეს, რომ საქართველოში დისკრიმინაციის ძირითადი მიზეზია აივ/შიდსზე ინფორმირებულობის დაბალი დონე და მოსახლეობის უსაფუძვლო შიში, რომ ისინი შეიძლება დაავადნენ ინფიცირებულ პირთან საყოფაცხოვრებო კონტაქტით.

“ექიმების მხრიდან ინფიცირებულების მიმართ გამოვლენილი დისკრიმინაციის მიზეზი არის შიში, განსაკუთრებით რეგიონის მედპერსონალში. მათი უმეტესობა პირველად ხედავს აივ ინფიცირებულ ადამიანს; მათ არა აქვთ ცოდნა უნივერსალური უსაფრთხოების ზომების შესახებ. ჯანდაცვის ზოგიერთმა მუშაკმა იცის, როგორ დაიცვას უსაფრთხოება, მაგრამ არა აქვს ერთჯერადი ინსტრუმენტები და ადეკვატური მოწყობილობა; ზოგი კი უბრალოდ მოუხერხებლად გრძნობს თავს, იმუშაოს ხელთათმანებით, ნიღბებით, და ა.შ.”

41 წლის ქალბატონი, შიდსის ცენტრის ექიმი,

რაოდენობრივი კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ჯანდაცვის მუშაკთა უდიდესი უმრავლესობა ინფორმირებულია აივ/შიდსის შესახებ. გამოკითხული მედპერსონალის 78%-მა (N=170) სწორად უპასუხა აივ ინფექციის გადაცემის შესახებ დასმულ ექვსივე კითხვას (იხ. დანართი 2, კითხვები 1–6). სტიგმისა და დისკრიმინაციის გამომწვევი მიზეზი უფრო უკავშირდება მედპერსონალის მწირ გამოცდილებას აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებთან მუშაობის თვალსაზრისით. ჯანდაცვის მუშაკებს გააჩნიათ უსაფუძვლო შიში, რომ შიდსით დაავადებული პაციენტის მკურნალობის დროს შესაძლოა, თვითონ დაინფიცირდნენ. ეს შიში კი ხელს უწყობს ინფიცირებულთა მიმართ სტიგმისა და დისკრიმინაციის გამოვლენას, რაც გამოიხატება იმაში, რომ მედპერსონალი უარს აცხადებს

ინფიცირებული პაციენტების მიღებაზე. ისინი ფიქრობენ, რომ უკეთესია, არსებობდეს სპეციალიზებული სამედიცინო დაწესებულება (როგორცაა შიდსის ცენტრი), რომელიც სრულიად იქნება პასუხისმგებელი შიდსით დაავადებულთა და ინფიცირებულთა მკურნალობაზე. ჯანდაცვის მუშაკები აღიარებენ, რომ მათ დაწესებულებაში რთულია უნივერსალური უსაფრთხოების ზომების დაცვა, რის გამოც შიდსით დაავადებული პირების მკურნალობისას არსებობს მედპერსონალის ინფიცირების რისკი.

აივ-თან ასოცირებული სტიგმა საკმაოდ დიდ მასშტაბებს იღებს ახალგაზრდებს შორის. მათ აღნიშნეს, რომ არ სურთ, ისწავლონ სკოლაში/ინსტიტუტში, სადაც აივ ინფიცირებული სტუდენტია; ახალგაზრდები არ წავლენ სტუმრად ოჯახში, რომლის ერთ-ერთი წევრი აივ-პოზიტიურია. ეს შესაძლოა, გამოწვეული იყოს ახალგაზრდებში აივ ინფექციის შესახებ არასაკმარისი ცოდნით. გამოკითხული ახალგაზრდების მხოლოდ ერთი მეხუთედი პასუხობს სწორად აივ-ის გადაცემის შესახებ დასმულ ექვსივე კითხვას. ახალგაზრდების უმეტესობამ იცის, რომ ვირუსი შეიძლება, გადაეცეს დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის გზით; მათ ასევე იციან, რომ ერთი ერთგული პარტნიორის ყოლა, ან კონდომის გამოყენება ყოველი სქესობრივი კავშირის დროს ამცირებს აივ-ის გადაცემის რისკს (კითხვები 1–2). რესპონდენტთა დაახლოებით 60% (N=350) ადასტურებს, რომ აივ ინფიცირებული ადამიანი შესაძლოა, გარეგნულად ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს. გამოკითხულთა 50% თვლის, რომ აივ გადაეცემა კოცნით; დაახლოებით იმდენივე აცხადებს, რომ ინფიცირებული ადამიანის ხელის ჩამორთმევით შეიძლება, მოხდეს ვირუსის გადაცემა. მხოლოდ 35%-მა იცოდა, რომ აივ ინფიცირებულ ადამიანთან ერთად საკვების მიღება უსაფრთხოა. მონაცემთა დამატებითი ანალიზი იქნა ჩატარებული ცოდნასა და სტიგმა-დისკრიმინაციას შორის კორელაციის დასადგენად; აღმოჩნდა, რომ ის რესპონდენტები, რომლებმაც სწორად ვერ უპასუხეს გადაცემის გზების შესახებ კითხვებს, 1.5-ჯერ უფრო მეტად ამჟღავნებენ ნეგატიურ და დისკრიმინაციულ დამოკიდებულებას ინფიცირებულთა მიმართ, ვიდრე ის რესპონდენტები, ვისაც სწორი ცოდნა აქვს ვირუსის გადაცემის გზების შესახებ.

აივ დადებითი პირების მსგავსად, ჯანდაცვის მუშაკები დარწმუნებულნი არიან, რომ დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება მნიშვნელოვანია აივ/შიდსზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდისათვის. ისინი საუბრობენ, რომ საქართველოში უნდა აღდგეს ნდობა ექიმსა და პაციენტს შორის. უკანასკნელი ორი წლის მანძილზე მასმედიის საშუალებებით შუქდებოდა მასალები ექიმების მიერ დაშვებული შეცდომების შესახებ; ეს ძირითადად ეხებოდა ფატალურ შეცდომებს, რამაც მოსახლეობაში გამოიწვია ნეგატიური დამოკიდებულება მედიცინის მუშაკთა მიმართ.

აივ ინფიცირებული პირები თვლიან, რომ ინფორმირებულობის გაზრდა სტიგმისა და დისკრიმინაციის წინააღმდეგ ყველაზე ეფექტური სტრატეგიაა. მათ საჭიროდ მიაჩნიათ, რომ მასმედიით გადაცემული საინფორმაციო მასალა და გზავნილები პროფესიონალურად მაღალ დონეზე უნდა იქნეს ფორმულირებული, რათა მოხდეს

დეონტოლოგიის უმთავრესი პრინციპის – „არ ავნო“ დაცვა. მასმედიის წარმომადგენლებმა უნდა გაიარონ თემატური მომზადება, რომ შეძლონ მოსახლეობის სენსიტიზაცია, ამასთან კომუნიკაციის ისეთი ფორმებით, რომელიც ხალხში არ წარმოშობს დამატებით შიშს. სწორად წარმართული სატელევიზიო საგანმანათლებლო კამპანიები აუცილებელია, რომ მოხდეს აივ/შიდსზე ცოდნის დონის ამაღლება და დაავადებასთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების შემცირება.

VI. ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისები

ქვეყნის მზაობა ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების (VCT) გასაძლიერებლად

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტის პასუხისმგებელ პირთან, ასევე აივ/შიდსის პრევენციის ეროვნული პროგრამის მენეჯერთან ჩატარებულმა ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ VCT სერვისების გაძლიერება აივ/შიდსის დარგში ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთი პრიორიტეტია. ეს ოფიციალურად დოკუმენტირებულია აივ/შიდსზე ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში; თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ უაღრესად შეზღუდულია სახელმწიფოს დაფინანსება VCT სერვისების ქსელის გაფართოებისა და გაძლიერებისათვის. ოფიციალური პირები, რომლებმაც მონაწილეობა მიიღეს კვლევაში, არ უარყოფენ, რომ ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისებზე ხელმისაწვდომობა საკმაოდ შეზღუდულია ქვეყანაში, რამდენადაც ასეთი ცენტრები ფუნქციონირებს მხოლოდ თბილისში და საქართველოს სხვა რამდენიმე დიდ ქალაქში.

2007 წელს დასრულდა აივ/შიდსზე ეროვნული სტრატეგიული გეგმის გადასინჯვა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული რეკომენდაციების საფუძველზე შემუშავდა ეროვნული გაიდლაინი ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების შესახებ, რომელიც დამტკიცდება 2008 წლის ბოლომდე.

აივ/შიდსის პროფილაქტიკის ეროვნული პროგრამა

აივ/შიდსის პროფილაქტიკის ეროვნული პროგრამა დაარსდა 1994 წელს. პროგრამა სხვა აქტივობებთან ერთად ითვალისწინებდა მაღალი რისკის პოპულაციების უფასო ტესტირებას აივ ინფექციაზე. 2000 წლიდან, შიდსის ცენტრი და მისი პარტნიორი ორგანიზაციები ადვოკატირებას უწევენ საქართველოს ყველა რეგიონში ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების შექმნას. ეს ცენტრები პირდაპირ უნდა ყოფილიყო დაკავშირებული აივ-ის სადიაგნოსტიკო ლაბორატორიებთან, რომლებიც საქართველოში ფუნქციონირებენ. თუმცა, შეზღუდული დაფინანსების პირობებში, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ამის განხორციელება პრაქტიკულად შეუძლებლად ჩაითვალა და სადღეისოდ პროგრამის ფარგლებში მხოლოდ შიდსის ეროვნულ ცენტრში ხორციელდება ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება.

საერთაშორისო მხარდაჭერა

აივ/შიდსის დარგში არსებული საჭიროებები გათვალისწინებული იქნა გლობალურ ფონდში წარსადგენი ქვეყნის განაცხადის მომზადებისას 2003 წელს, რის შედეგად საქართველომ მიიღო გრანტი ბიუჯეტით 12 მილიონი. გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში 2009 წლის ბოლომდე გათვალისწინებულია მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის 15 VCT ცენტრის დაარსება.

აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით, სგგი/აივ პრევენციის პროექტის ფარგლებში შესაძლებელი გახდა VCT ცენტრების ქსელის დაარსება,

რომელიც უმთავრესად ემსახურება ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებს, კომერციული სექსის მუშაკ ქალებს და ჰომოსექსუალური ქცევის მქონე მამაკაცებს. პროგრამის ფარგლებში ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების – თანადგომასა და ბემონის ბაზაზე ფუნქციონირებს 4 VCT ცენტრი ქალაქებში – თბილისი, ბათუმი და ქუთაისი.

უნდა აღინიშნოს, რომ საერთაშორისო და დონორი ორგანიზაციების მიერ დაარსებული ბევრი VCT ცენტრი ვერ აკმაყოფილებს თანამედროვე მოთხოვნებს; ამასთან ცენტრები გეოგრაფიულად არათანაბრადაა განაწილებული ქვეყნის მასშტაბით. განსაკუთრებით გაურკვეველი რჩება პროექტების დასრულების შემდეგ ამ სერვისების მდგრადობა, რადგან მათი ფუნქციონირების შესანარჩუნებლად ადგილობრივი რესურსები უაღრესად შეზღუდულია.

სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და მათი უტილიზაცია

VCT სერვისები აივ პრევენციის და მკურნალობის პირველი და უაღრესად მნიშვნელოვანი რგოლია. ეპიდემიის საწყის ეტაპზე, VCT ცენტრები ძირითადად ემსახურებოდა გარკვეული სიმპტომების მქონე პირთა დიაგნოსტიკას და მას ხშირად ახლდა კონსულტირება, რომელიც საკმაოდ ზედაპირული იყო. დროთა განმავლობაში წარმატებები იქნა მიღწეული შიდსით დაავადებულთა მკურნალობაში: ხელმისაწვდომი გახდა არც თერაპია, აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების შემცირებისათვის დანერგილი იქნა შედარებით იაფი, მაგრამ ეფექტური მეთოდები (როგორიცაა ტუბერკულოზის პრევენციის თერაპია, კოტრიმოქსაზოლით პროფილაქტიკა) და ნაკლებად ძვირი სტრატეგიები დედიდან შვილზე აივ პრევენციის მიზნით. ყველა ამ მიღწევათა ფონზე, ბოლო პერიოდში გადამწყვეტი მნიშვნელობა მიენიჭა VCT სერვისების გაფართოებას ასიმპტომატური პაციენტების დროული დიაგნოსტიკისა და ეპიდემიის კონტროლისათვის. ასევე განვითარდა VCT სერვისების ქსელი ახალგაზრდა ადამიანებისათვის, მოხდა ამ სერვისების ინტეგრირება ოჯახის დაგეგმვის სამსახურებში, რითაც მკვეთრად გაიზარდა ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების კაბინეტების ხელმისაწვდომობა. მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში შეიქმნა სერვისები მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის, როგორიცაა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, მეძავეები, პატიმრები, ლტოლვილები, და სხვ. მოწყვლადი ჯგუფებისათვის VCT სერვისების გაფართოებასთან ერთად უმნიშვნელოვანესია მათზე მონიტორინგი, რათა არ მოხდეს ამ ჯგუფების უფრო მეტად მარგინალიზაცია და უზრუნველყოფილი იქნეს სერვისების ნებაყოფლობითობა და კონფიდენციალურობა (ჯანმოს გაიდლაინი აივ/შიდსის კონსულტირებისათვის).

2007 წლისათვის საქართველოში ფუნქციონირებდა მხოლოდ 9 VCT ცენტრი/კაბინეტი და მათი განაწილება გეოგრაფიულად მკვეთრად არათანაბარია. ქვეყანაში ასევე არსებობს აივ-ზე ტესტირების 45 ლაბორატორია, სადაც კონსულტირება არ ხდება ადეკვატური ბაზის უქონლობის გამო. შედარებით სრული სტანდარტის VCT სერვისები ხელმისაწვდომია ქალაქებში – თბილისი, ბათუმი, ზუგდიდი და ქუთაისი.

ახალგაზრდებს შეუძლიათ გაიარონ VCT ან მხოლოდ კონსულტირება ტესტირების გარეშე – 4 ცენტრში.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ქვეყანაში VCT ცენტრების რაოდენობა საკმაოდ შეზღუდულია; არაადეკვატურია ინფორმაცია აივ/შიდსის შესახებ როგორც ზოგადი მოსახლეობისათვის, ისე მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის. გეოგრაფიულად სერვისების განაწილებაში არსებული საგრძნობი ასიმეტრიის გათვალისწინებით, შეიძლება ითქვას, რომ აივ პრევენციულ სამსახურებზე ხელმისაწვდომობა პრობლემად რჩება საქართველოსთვის. აივ პრევენციის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში კონსულტირება და ტესტირება უფასოა მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის (მეძავები, ინმ-ები, ჰომოსექსუალური ქცევის მქონე მამაკაცები, პატიმრები, ტუბერკულოზით დაავადებულები, B და C ვირუსული ჰეპატიტების მქონე პაციენტები და იძულებით გადაადგილებული პირები). საქართველოში ყველა ორსული ქალისათვის აივ-ზე უფასო ტესტირება (კონსულტირების გარეშე) ხორციელდება ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სახელმწიფო სააგენტოსა და რასტრაპოვიჩის ფონდის (კერძო დონორი ორგანიზაცია) დაფინანსებით; ტესტირება ორგანიზებულია ქალთა კონსულტაციებსა და ჯანმრთელობის ცენტრებში. მოსახლეობის სხვა ჯგუფებისათვის აივ-ზე ტესტირება ფასიანია პაციენტისათვის და იგი დაახლოებით \$7 ღირს, რაც საქართველოში საშუალო დღიური ანაზღაურების 70%-ს შეადგენს.

სურათი 3. VCT ცენტრი თბილისის შიდსის ცენტრში



სერვისების ხარისხი

მიწოდებული სამედიცინო მომსახურება და მისი ხარისხი მნიშვნელოვნად განსხვავდება სერვისების მიხედვით. არსებული 10 ცენტრიდან მხოლოდ 5 აკმაყოფილებს VCT სერვისების შესახებ ჯანმოს სტანდარტებს (ტესტირების წინა და ტესტირების შემდგომი კონსულტირების შეთავაზება კლიენტებისათვის). კვლევის შედეგების მიხედვით უმაღლესი შეფასება დაიმსახურა შემდეგმა VCT ცენტრებმა:

თბილისის შიდსის ცენტრი, თანადგომას ოფისი თბილისსა და ბათუმში, და საზოგადოებრივი გაერთიანება ბემონის ოფისი თბილისში.

VCT ცენტრების შეფასების მიზნით მკვლევარებმა განახორციელეს სერვისებზე დაკვირვება და აღმოჩნდა, რომ კლიენტის პრივატულობა დაცული იყო კაბინეტების უმეტესობაში. დაკვირვების ქვეშ მყოფი VCT ცენტრები ძირითადად მაღალი რისკის ჯგუფებს ემსახურებიან; გამონაკლისს წარმოადგენს მხოლოდ თბილისის შიდსის ცენტრის კაბინეტი, რომელიც კონსულტირებას სთავაზობს ზოგად მოსახლეობასაც. ყველა ცენტრში კონსულტირებისათვის გამოყოფილია ცალკე კაბინეტი, სადაც კონსულტანტი ინდივიდუალურად ხვდება კლიენტს; შეფასებაში მონაწილე 8 ცენტრიდან მხოლოდ სამ მათგანში არის გამოყოფილი კომფორტული მოსადგელი ოთახები. ყველა ცენტრში უზრუნველყოფილია კლიენტთა კონფიდენციალურობა, თუმცა ყველა კონსულტანტს არ გაუფრთხილებია კლიენტი, რომ მათ შესახებ პერსონალური ინფორმაციის გამჟღავნება არ მოხდებოდა მესამე პირთან.

რეფერალები და სერვის-ცენტრებს შორის ურთიერთკავშირი

აივ-ზე კონსულტირების და ტესტირების ზოგიერთ ცენტრს, ასევე სგგი კლინიკას შორის არსებობს საკმაოდ მყარი თანამშრომლობა და ურთიერთკავშირი. კერძოდ, კონსულტირების ცენტრში ხდება სისხლის აღება და იგი გამოსაკვლევად იგზავნება ლაბორატორიებში აივ-ზე ტესტირებისათვის. ლაბორატორიები, თავის მხრივ, გამოგზავნიან დაწესებულებებს აწვდიან ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგებს. სერვისის სხვა მომწოდებლებს შორის (ნარკოლოგიური კლინიკები, რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სერვისები, ინფიცირებულთა თვითდახმარების ცენტრები, და სხვ.) ურთიერთთანამშრომლობა განვითარების მხოლოდ ჩანასახოვან ფაზაშია. VCT ცენტრებში კლიენტები რეფერალით იგზავნება სგგი და ნარკოლოგიური კლინიკებიდან, ზიანის შემცირების პროგრამებიდან და სხვა სამედიცინო დაწესებულებებიდან. გარდა ამისა, საკონსულტაციო ცენტრი თანადგომა და შიდსის ცენტრი ახორციელებს სავსე სამუშაოებს მაღალი რისკის ჯგუფებთან (მეძავეები, ჰომოსექსუალები, ინმ-ები, პატიმრები). თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს ურთიერთკავშირი ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და VCT სერვისებს შორის. VCT კაბინეტებში დიაგნოზის დასმის შემდეგ, ინფიცირებული ადამიანები უკავშირდებიან დაავადებულთა დახმარების ფონდს, თუმცა არც ერთი მათგანი არ მიმართავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურებს ფსიქოლოგიური მხარდაჭერისათვის.

ტესტირება

სისხლის ტესტირება აივ-ზე ხორციელდება სწრაფი მარტივი ან იმუნოფერმენტული ანალიზით (ე.წ. ELISA – Emzyme Linked Immunosorbent Assay; ენზიმ-შეკავშირებული იმუნოსორბენტის ანალიზი). რეგიონებში ლაბორატორიების უმრავლესობა სწრაფი მარტივი ტესტირების მეთოდს იყენებს. ტესტირების ხარისხის კონტროლზე პასუხისმგებელია შიდსის ეროვნული ცენტრი, რომელიც აივ პრევენციის, ასევე უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ახორციელებს გასვლებს რეგიონებში და ადგილზე ამოწმებს ლაბორატორიების საქმიანობას. სწრაფი მარტივი

მეთოდით ტესტირებისას ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგი იმ დღესვე ან მეორე დღეს არის მზად; ხოლო ELISA ტესტირების პასუხი პაციენტს ერთი კვირის ვადაში ეძლევა.

VCT ცენტრების კონსულტანტებს, რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფებს ემსახურებიან, უნდა გააჩნდეთ დამატებითი კვალიფიკაცია ინმ-ებთან, მეძავეებთან ან ჰომოსექსუალ მამაკაცებთან მუშაობის სპეციფიკის გათვალისწინებით. კვლევის ფარგლებში შეფასებული VCT ცენტრების კონსულტანტების პროფესიული მომზადების დონე სტანდარტებს აკმაყოფილებს.

კლიენტთა კმაყოფილება

კლიენტთა კმაყოფილების შესასწავლად VCT სერვისების 23-მა მომხმარებელმა შეავსო კითხვარი (ბათუმი, ზუგდიდი, თბილისი; 2006 წლის ივნისი-ივლისი). კვლევის მიზანი იყო შეფასებინა შემდეგი საკითხები:

- ტესტირების წინა და ტესტირების შემდგომი კონსულტირების ხანგრძლივობა;
- VCT ცენტრში ვიზიტის მიზეზები;
- სარისკო ქცევა და კლიენტის ინდივიდუალური რისკის შეფასება აივ ინფექციასთან დაკავშირებით;
- კლიენტთა კონფიდენციალურობა;
- სარისკო ქცევის შემცირებაზე მიმართული მხარდაჭერა;
- აივ ინფიცირებულთა მხარდაჭერა;
- აივ-ის გადაცემის გზების შესახებ საუბარი;
- ინფორმაცია ტესტირების მეთოდოლოგიის და ტესტირების შედეგების შესაძლო ვარიანტების შესახებ;
- კონსულტანტის პასუხები კლიენტების შეკითხვებზე; მათი დამოკიდებულება კლიენტის მიმართ;
- ისურვებდა თუ არა კლიენტი, განმეორებით მიემართა იგივე კონსულტანტისათვის;
- გაუწევდა თუ არა იგი რეკომენდაციას კონსულტანტს და ურჩევდა თუ არა იგი თავის მეგობრებს, ნათესავებს და თანასწორებს, რომ მიეღოთ სერვისი ამ VCT ცენტრში.

კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ზოგადად კონსულტირების ხარისხი არ არის ადეკვატური; კერძოდ, კონსულტაციები საკმაოდ მოკლე ხანგრძლივობისაა და არასაკმარისია სამედიცინო ტერმინოლოგიის სწორად გამოყენება. VCT ცენტრებში ტესტირების წინა კონსულტირების ხარისხი მეტ-ნაკლებად დამაკმაყოფილებელია; თუმცა ჯერ კიდევ არის სერვისები, სადაც კონსულტირებას საერთოდ არ სთავაზობენ კლიენტებს.

განსაკუთრებით სუსტი აღმოჩნდა VCT ცენტრების შესაძლებლობები ტესტირების შემდგომი კონსულტირების ჩატარების თვალსაზრისით. ბევრ შემთხვევაში, კვლევაში მონაწილე კლიენტებმა მიიღეს არაადეკვატური ტესტის შემდგომი კონსულტირება

(63%, N=23), ხოლო ნაწილს საერთოდ არ შესთავაზეს პოსტ-ტესტ კონსულტირება (25%, N=23).

ინტერვიუს შედეგების მიხედვით გამოკითხული რესპონდენტები ორ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს. პირველ ჯგუფში მოხვდნენ ის მომხმარებლები (6 პიროვნება 23-დან), რომლებიც უარყოფითად აფასებენ მიღებულ სერვისს/კონსულტანტს. ნეგატიური შეფასების ძირითად მიზეზებად დასახელებული იყო კონსულტანტის არადამაკმაყოფილებელი ცოდნა და უნარ-ჩვევები, ან ნაკლებად გულისხმიერი დამოკიდებულება კლიენტების მიმართ.

მეორე ჯგუფმა (23 კლიენტიდან 17-მა) 7 ქულით (10-ბალიანი სისტემით) შეაფასა კონსულტანტი. ეს ჯგუფი კმაყოფილი იყო პრე და პოსტ-ტესტ კონსულტირებით და მათგან უმრავლეს შემთხვევაში (2/3) ტესტირების წინა და ტესტირების შემდგომი კონსულტირება ერთი და იგივე კონსულტანტის მიერ იყო ჩატარებული. ასევე შემთხვევათა 2/3-ში კონსულტანტებმა ისაუბრეს კლიენტებთან ინფორმაციის კონფიდენციალურობაზე. კლიენტთა დიდმა უმრავლესობამ (83%) აღნიშნა, რომ მოწოდებული იყო ამომწურავი ინფორმაცია ვირუსის გადაცემის გზების შესახებ და კონსულტანტმა შეაფასა მათი პერსონალური რისკი.

23 კლიენტიდან 2/3-ზე მეტმა განაცხადა, რომ ისინი ურჩევდნენ თავიანთ მეგობრებს, ნათესავებს და თანასწორებს, გაიარონ კონსულტირება მათ კონსულტანტთან; 5%-მა არ უპასუხა შეკითხვას, ხოლო გამოკითხულთა 12%-მა აღნიშნა, რომ ისინი რეკომენდაციას არ გაუწევდნენ იმ VCT ცენტრს, სადაც თვითონ გაიარეს კონსულტირება.

გაიდლაინები და პროტოკოლები

ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ორი გაიდლაინი არის ხელმისაწვდომი ქართულ ენაზე. ერთი მათგანი მომზადებულია ფედერაცია გადავარჩინოთ ბავშვების მიერ, ხოლო მეორე კი შიდსის ეროვნულ ცენტრში. ორივე სახელმძღვანელო ჯანმოს რეკომენდაციების საფუძველზეა მომზადებული და ადაპტირებული ქვეყნის სპეციფიკის გათვალისწინებით. ორივე სახელმძღვანელოში მოცემულია უაღრესად პრაქტიკული და სასარგებლო რეკომენდაციები პოტენციურად ყველა საინტერესო საკითხზე, რომელიც შესაძლოა წარმოიშვას აივ-ზე კონსულტირების პროცესში.

შიდსის ეროვნული ცენტრის, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების – თანადგომას და ბემონის მიერ შემუშავებულია VCT ტრენინგების კურსი; ამ ორგანიზაციებში ახლად რეკრუტირებული ყველა კონსულტანტი გადის მომზადებას ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების საკითხებზე. ქვეყნის მასშტაბით VCT ცენტრების მონიტორინგი და შეფასება სასურველია, ხორციელდებოდეს VCT-ის ტრენინგების მიერ, ვინაიდან ისინი ამ დარგის საუკეთესო პროფესიონალები არიან.

თანამშრომელთა ტრენინგები და შესაბამისი საჭიროებანი

მკვლევართა ჯგუფმა ჩაატარა ინტერვიუები სხვადასხვა ცენტრის 15 კონსულტანტთან, რათა შეეფასებინათ VCT ცენტრების კონსულტანტების კმაყოფილება სამუშაო ადგილებით და შეესწავლა ცენტრის პერსონალის პროფესიული საჭიროებები.

საქართველოში კონსულტანტებს, საშუალოდ, ამ დარგში მუშაობის 5.7 წლის გამოცდილება აქვთ. კვლევაში მონაწილეთაგან არც ერთს ჰქონდა კონსულტანტად მუშაობის 21-წელზე ხანგრძლივი სტაჟი და ყოველი მათგანი სულ მცირე ერთი წლის მანძილზე მაინც მუშაობდა კონსულტანტის თანამდებობაზე. კონსულტანტები დღეში საშუალოდ 2.8 საათის მანძილზე მუშაობენ (საშუალო მაჩვენებელი შეჯამებულია სრული და ნაწილობრივი სამტატო განაკვეთის მქონე კონსულტანტებისთვის); მაქსიმალური დღიური დატვირთვა 7 საათს აღწევს; დატვირთვა განსხვავდება კონსულტანტის სამტატო განაკვეთების მიხედვით. კონსულტირება არ შემოიფარგლება მხოლოდ აივ/შიდსის თემით: კონსულტანტები სამუშაო დღის 20–45% უთმობენ აივ/შიდსზე კონსულტირებას; 20–45% ხმარდება კონსულტირებას სქესობრივი გზით გადამდები სხვა ინფექციების შესახებ; და სამუშაო დღის 35–80% სხვა მოვალეობების შესრულებისათვის არის საჭირო.

კვლევის მონაწილე კონსულტანტებს შორის აბსოლუტურად ყველას ჰქონდა გავლილი სულ მცირე ერთი ტრენინგი, რომელიც ორგანიზებული იყო ან ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ან ფედერაცია გადავარჩინოთ ბავშვების მიერ აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით მიმდინარე „სგგი/აივ პრევენციის პროექტის“ ფარგლებში.

ტრენინგების შეფასებისას კონსულტანტებმა აღნიშნეს, რომ სწავლება იყო ინტერაქტიული და ითვალისწინებდა როგორც როლების თამაშს და ამ თამაშების ვიდეო ჩანაწერებს, ისე პრაქტიკულ დავალებებსა და დისკუსიებს. თუმცა ზოგიერთმა უკმაყოფილება გამოთქვა ტრენინგების კომუნიკაციის არაადეკვატური უნარის გამო; რამდენიმემ აღნიშნა, რომ ტრენინგი არ იძლეოდა ამომწურავ პასუხებს დასმულ კითხვებზე; ზოგ შემთხვევაში ტრენინგის მონაწილეებს არ მიეცათ საშუალება, გამოეხატათ უკუკავშირი სწავლების პროცესზე. ხოლო ნაწილმა განაცხადა, რომ ტრენინგი ხანმოკლე იყო იმისათვის, რომ სრულყოფილად ყოფილიყო განხილული ყველა საინტერესო საკითხი.

კონსულტანტებმა განაცხადეს, რომ მათ ესაჭიროებათ დამატებითი ტრენინგები შემდეგ თემებზე: პაციენტთა კონსულტირება, თუ მათ აივ-ის გარდა აქვთ სხვა თანმხლები დაავადებები (მაგ. აივ/შიდსი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები); აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია; ინტერვიუები პაციენტებთან; ინფიცირებულთა ოჯახის წევრების კონსულტირება; აივ ინფექციასთან ასოცირებული დაავადებები.

მხარდაჭერა და სუპერვიზია:

გამოკითხულთაგან შვიდი კონსულტანტი აღნიშნავს, რომ პერიოდულად ორგანიზებას უკეთებენ თანასწორთა მხარდაჭერის შეხვედრებს და თავადაც ესწრებიან ამ შეხვედრებს. მათ სჯერათ, რომ ცოდნის, გამოცდილების და პროფესიული უნარ-ჩვევების გაზიარება სხვებთან სასარგებლოა. რვა კონსულტანტმა განაცხადა, რომ ისინი სიამოვნებით მიიღებენ მონაწილეობას ასეთ შეხვედრებში, რადგან კოლეგების მიერ გაზიარებული გამოცდილება და რეკომენდაციები დაეხმარება მათ, გააუმჯობესონ კონსულტირების ხარისხი. გარდა ამისა, ინტერვიუში მონაწილეებმა განაცხადეს, რომ პროფესიონალურ წრეებში მხარდაჭერა და კოლეგებთან საუბრები თავიანთი საქმიანობის შესახებ ამცირებს თანამშრომელთა გადაღლის და გამოფიტვის რისკს.

15-დან მხოლოდ ექვს კონსულტანტს ჰყავს სუპერვიზორი – გამოცდილი კოლეგა, რომელიც რეგულარულად აწვდის მათ ტექნიკურ დახმარებას. დანარჩენი ცხრა კონსულტანტი სუპერვიზიის გარეშე მუშაობს. გამოკითხულთა უმრავლესობამ კამოყოფილება გამოთქვა სამუშაო ადგილების გამო და მიაჩნიათ, რომ მათი საქმიანობა საინტერესო და მნიშვნელოვანია. სამმა კონსულტანტმა განაცხადა, რომ ისინი ხშირად გრძნობენ ემოციურ გადაღლას; შვიდმა აღნიშნა, რომ ასეთი გრძნობა მათ მხოლოდ იშვიათად აქვთ; ხოლო ხუთი კონსულტანტი ამბობს, რომ არასოდეს უგრძნვიათ ემოციური გამოფიტვა. ცხრა რესპონდენტი ფიქრობს, რომ მათი სამუშაო ხშირად დამაბული და სტრესის მომგვრელია; ოთხი ფიქრობს, რომ ასეთი სტრესი მათ შეიძლება მხოლოდ ზოგჯერ იგრძნონ; ხოლო ორი კონსულტანტისათვის მათი საქმიანობა არასოდეს არის სტრესის მომგვრელი.

VCT ცენტრის პერსონალთა შორის გამოცდილების გაზიარება მნიშვნელოვანია საუკეთესო პრაქტიკის პროპაგანდისა და დამკვიდრებისათვის. ადმინისტრატორებმა უნდა შეიმუშაონ პერსონალის გადაწვა/გამოფიტვის პროფილაქტიკის ეფექტური სტრატეგიები. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინების საფუძველზე, საჭიროა, რეგულარულად ხორციელდებოდეს VCT ცენტრის კონსულტანტების მონიტორინგი და სუპერვიზია.

VII. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პაციენტებში

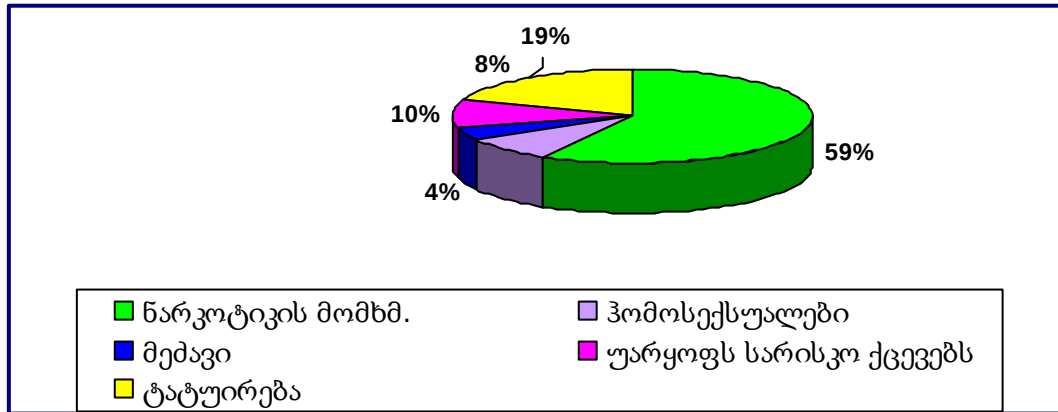
კვლევაში განსაკუთრებული ყურადღება იყო გამახვილებული აივ ინფიცირებულ ადამიანთა შორის თანმხლები, ფსიქიკური დაავადებების იდენტიფიცირებაზე. კვლევა ასევე მიზნად ისახავდა, შეესწავლა ამ დარგში ქვეყნის ეროვნული პოლიტიკა, სამართლებრივი რეგულირება და ასეთ პაციენტთათვის ქვეყანაში არსებული სერვისების ორგანიზაციული სტრუქტურა.

ციხეებში აივ ინფიცირებულთათვის სამედიცინო სერვისების სისტემა უაღრესად სუსტია. შიდსის ცენტრის ექიმები გარკვეული პერიოდულობით ახორციელებენ გასვლით სამუშაოებს ციხეებში, თუმცა ვერ ხერხდება პაციენტთა მდგომარეობაზე რეგულარული მონიტორინგი. მხოლოდ რამდენიმე ციხეშია შესაძლებელი პაციენტების ნებაყოფლობითი კონსულტირება აივ-ზე. ეს ციხეები უპირატესად თბილისში მდებარეობს, სადაც თანადგომა ატარებს გასვლით სამუშაოებს. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი სერიოზული პრობლემა, როგორცაა ფიქრი თვითმკვლელობაზე, თითქმის ყოველთვის პროფესიონალთა ადეკვატური ყურადღების გარეშე რჩება. სამწუხაროდ, ინფიცირებული პაციენტების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა ჯერჯერობით მხოლოდ ოჯახის წევრების პასუხისმგებლობად რჩება. პაციენტები უარყოფენ, რომ განიცდიან დისკრიმინაციას თანასწორობის მხრიდან. ბევრი მათგანისათვის, დაავადებასთან გამკლავების უმთავრესი გზაა აივ-დადებითი სტატუსის გამჟღავნება სხვებისათვის. კვლევაში გამოკითხულმა ინფიცირებულმა პაციენტებმა აღნიშნეს, რომ მათ ხელი არ მიუწვდებოდათ ადეკვატურ სამედიცინო სამედიცინო სერვისებზე და ეს პრობლემა აუცილებლად უნდა გადაიჭრას.

შიდსის ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებული მონაცემების თანახმად, 2008 წლის 20 მარტისათვის სულ 61 აივ ინფიცირებული ადამიანი იხდიდა სასჯელს საქართველოს ციხეებში.

მსოფლიოს შესაბამის სტატისტიკასთან შედარებით, საქართველოში აივ ინფიცირებული პაციენტების რაოდენობა დიდი არაა. თუმცა, ჩატარებულმა კვლევებმა დაადასტურა, რომ ციხეებში გავრცელებულია სარისკო ქცევები და არსებობს აივ ინფექციის გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორები. ამის საფუძველზე გამორიცხული არაა, რომ საქართველოში პენიტენციურ სისტემაში მოხდეს აივ ინფექციის სწრაფი გავრცელება თუ ციხეებში დროულად არ იქნა დანერგილი პრევენციის ეფექტური სტრატეგიები.

დიაგრამაზე #1 წარმოდგენილია საქართველოს ციხეებში პაციენტთა განაწილება სარისკო ქცევების მიხედვით.



დიაგრამა 1. ციხეებში სარისკო ქცევების პრევალენტობა; შიდსის ეროვნული ცენტრი, 2005

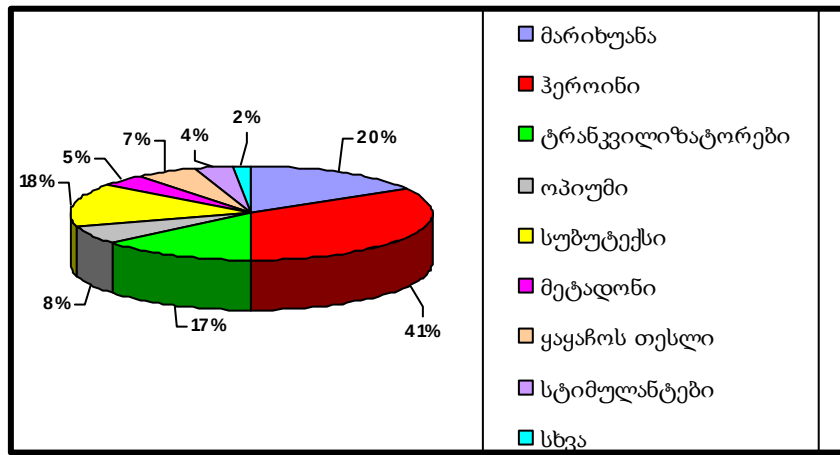
ინექციური ნარკოტიკის მოხმარება – ყველაზე საყურადღებოა პენიტენციურ სისტემაში მყოფი პირების სარისკო ქცევებს შორის. იმ ადამიანთა წილი, ვინც იხდის სასჯელს ან ადმინისტრაციულ ჯარიმას ნარკოტიკის გაყიდვის, გადაცემის ან კუთვნილებისათვის, არ არის ძალიან მაღალი და, საშუალოდ, 7–9%-ს აღწევს.

გამოკითხულ პატიმართა 23% უარყოფს ციხეში ნარკოტიკის მოხმარებას, თუმცა უმრავლესობა აღიარებს, რომ ნარკოტიკი, თუმცა შეზღუდული რაოდენობით, ხელმისაწვდომია ციხეებში; მათ ასევე არ უარყვებს, რომ პერიოდულად მოიხმარენ ნარკოტიკებს. ამასთანავე, რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ ისინი თავისუფლებაზე ყოფნის დროსაც მოიხმარდნენ ნარკოტიკს და მათგან 40% აგრძელებს ნარკოტიკის მიღებას ციხეშიც. საშუალოდ, გამოკითხულთა 25%-მა განაცხადა, რომ სწორედ ციხეში დაიწყო ნარკოტიკის მოხმარება⁵.

რესპონდენტების გადმოცემით, ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნარკოტიკია ოპიოიდები, და ნარკოტიკის მიღების ყველაზე გავრცელებული გზა ნარკოტიკის ინექციის სახით მიღებაა (დიაგრამა #2).

დიაგრამა #2. სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში პატიმრების მიერ მოხმარებული ნარკოტიკი, შიდსის ეროვნული ცენტრი, 2005

⁵ მ. ცინცაძე “აივ/შიდსის პრევალენტობის და რისკის ქცევების კვლევა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში”; 2006



გამომდინარე იქიდან, რომ სტერილური ერთჯერადი საინექციო საშუალებები ციხეებში ადვილად ხელმისაწვდომი არაა, პატიმრები, ჩვეულებისამებრ, არასტერილურ, საზიარო შპრიცებს იყენებენ; ასევე ხშირია წამლის მოსამზადებლად საზიარო ჭურჭლის გამოყენება.

საქართველოს ციხეებში აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პატიმრებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და მათი გადაჭრის სტრატეგიები

აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პატიმრებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შესასწავლად ჩატარდა ჩადრმავებული ინტერვიუები. 16 ციხეში ნანახი იქნა სულ 11 ინფიცირებული პატიმარი და ყველა მათგანმა მიიღო მონაწილეობა კვლევაში. ინსენტივის სახით კვლევის რესპონდენტ პატიმრებს გადაეცათ საკვები პროდუქტები და პირადი ჰიგიენის საშუალებები.

კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ციხეებში აივ-დადებითი პატიმრების პრობლემები გაცილებით უფრო ფართო სპექტრისაა. კვლევაში მონაწილე ინფიცირებული პატიმრების უმრავლესობას აღმოაჩნდა პერსონალური აშლილობა. ზოგიერთ მათგანს ასევე აღენიშნებოდა კოგნიტური დარღვევები და ეს მდგომარეობა განსაკუთრებით ხშირად დაფიქსირდა იმ პატიმრებში, რომლებსაც სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოხვედრამდე უკვე განვითარებული ჰქონდა შიდსი. ყველა რესპონდენტი აღნიშნავდა დეპრესიას. ერთ-ერთ პატიმარს კი აღმოაჩნდა პარანოია. იგი (34 წლის მამაკაცი, ბათუმის ციხე) აცხადებდა, რომ მისი ინფექცია პიროვნული შურისძიების შედეგი იყო. ინტერვიუში მონაწილე ყველა პატიმარი უჩიოდა ხასიათის და გუნება-განწყობილების ცვალებადობას. ისინი გახდნენ უფრო ფეთქებადი ხასიათის, ხოლო მათი ქცევა – გაუთვლელი და მოულოდნელი.

უნდა აღინიშნოს, რომ ერთ-ერთმა პატიმარმა განაცხადა, რომ მას შემდეგ რაც შეიტყო თავისი აივ-დადებითი სტატუსი, მას უფრო მშვიდი და სტაბილური ხასიათი ჩამოუყალიბდა. თუმცა ხასიათის ეს ცვლილება შესაძლოა, გარკვეულწილად, სუსტი დეპრესიის გამოხატულება იყოს. თითქმის ყველა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ უჩივის

უძილობას და შფოთვის. თერთმეტიდან სამმა პაციმარმა განაცხადა, რომ დაკარგული აქვთ მომავლის იმედი და აწუხებთ სიკვდილის შიში.

“მე ციხიდან ცოცხალი ველარ გავალ” –აცხადებს 37 წლის მამაკაცი რესპონდენტი ბათუმის ციხიდან.

შიდსის ეროვნული ცენტრის ექიმები ადასტურებენ, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მყოფ ინფიცირებულ პირებს განსაკუთრებით ესაჭიროებათ ფსიქოლოგიური დახმარება:

“ციხეებში ინფიცირებულ პაციმარებს ზოგჯერ დეპრესია აქვთ, შემდეგ ამ მდგომარეობას ენაცვლება აგზნებულობა, შემდეგ ისევ დეპრესია და ასე შემდეგ.... პრობლემები არასოდეს მთავრდება”

35 წლის ექიმი ქალბატონი, თბილისი

აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პაციმართა შორის საკმაოდ გავრცელებულია B და C ჰეპატიტების კოინფექცია; ზოგიერთი მათგანი კი ტუბერკულოზითაც არის დაავადებული. პაციმარები ასევე უჩივიან ღვიძლის ანთებით დაავადებას, წონაში დაკლებას, ტემპერატურის მატებას, და სხვ. აივ ინფექციის და თანმხლები დაავადებების გამო პაციმართა ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა არადამაკმაყოფილებელია, რაც, თავის მხრივ, ართულებს ინფიცირებულთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს.

ინფიცირებულები, რომლებმაც ციხეში შეიტყვეს თავიანთი აივ-დადებითი სტატუსის შესახებ, გაცილებით მწვავე რეაქციას ამჟღავნებენ დიაგნოზის გაგებისას. სავარაუდოდ, ეს განპირობებულია სხვა ნეგატიური ფაქტორების კომბინაციით, რომელიც სასჯელაღსრულებასთან არის დაკავშირებული: თავისუფლების აღკვეთა, გაუარესებული ჯანმრთელობა, ცუდი ჰიგიენური პირობები საპაციმაროებში, ოჯახის წევრებზე ნერვიულობა, წუხილი მათი მომავლის შესახებ, და სხვა.

ზოგიერთი მათგანი იმდენად შოკირებული იყო აივ დიაგნოზის შეტყობინებისას, რომ ველარ ისმენდნენ კონსულტანტის საუბარს. ორ მათგანს გამოუვლინდა ფსიქომოტორული აგზნება:

“ხმამალა ვყვიროდი და ვტიროდი, თუმცა არ მახსოვს რას...”

ინფიცირებული პაციმარი, 42 წლის კაცი, თბილისის ციხე

ინტერვიუში მონაწილე ორმა ინფიცირებულმა პაციენტმა აღნიშნა, რომ ჰქონდათ თვითმკვლელობის მცდელობა, თუმცა ამის გამომწვევი ფაქტორები შესაძლოა, სხვადასხვა იყოს; ამდენად, ძნელია, დანამდვილებით ითქვას, რომ თვითმკვლელობის მცდელობის მიზეზი მხოლოდ აივ-დადებითი სტატუსი იყო. ორივე ამ პაციენტს აღენიშნებოდა მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა, რაც ამ პირებს, სავარაუდოდ, აივ დიაგნოზის დადგენამდეც აწუხებდათ. ასევე შეიძლება, ვიფიქროთ, რომ აივ ინფიცირების თვალსაზრისით პიროვნების ქცევა სარისკო გახდა სწორედ ფსიქიკური

ჯანმრთელობის პრობლემების შედეგად. აქედან გამომდინარე, ასეთ პაციენტებში დროულად ჩატარებულ ადეკვატურ მკურნალობასა და ფსიქოლოგიურ დახმარებას შეუძლია, შეამციროს სარისკო ქცევები და, შესაბამისად, მათი აივ ინფიცირების რისკი.

ციხეებში პატიმრებისათვის, მათ შორის აივ ინფიცირებული პირებისათვის, არ არსებობს ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე პროფესიონალური დახმარების მიღების შესაძლებლობა. ასეთ ვითარებაში ინფიცირებული პატიმრები ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის ალტერნატიულ გზებს ეძებენ. ბევრი მათგანისათვის, აივ ინფექციის დიაგნოზთან გამკლავების ერთ-ერთ სტრატეგიად სხვებისათვის თავიანთი აივ-სტატუსის გამჟღავნება რჩება. შვიდმა რესპონდენტმა 11-დან გადაწყვიტა, გაეჩინა თავისი დიაგნოზი ოჯახის წევრებისათვის, რათა მიეღოთ მათი მხრიდან თანაგრძნობა და მხარდაჭერა. ორმა პატიმარმა კი გაამჟღავნა თავისი აივ სტატუსი ყველა ადამიანთან, ვისაც ისინი იცნობდნენ და მზად იყვნენ, ეთქვათ თავიანთი დიაგნოზი ნებისმიერი სხვა ადამიანისთვის:

“მე არაფერი მაქვს დასამალი; მე მინდა, ყველამ იცოდეს, რომ აივ ინფიცირებული ვარ“.

ინფიცირებული მამაკაცი, 42 წლის, თბილისის ციხე

უფრო მეტიც, ინტერვიუში მონაწილე ინფიცირებულმა პატიმრებმა განაცხადეს, რომ უფრო უსაფრთხოა ადამიანმა თავად გაამხილოს, თუ იგი ინფიცირებულია; გაცილებით საშიშია, თუ ინფიცირებული ეცდება, დამალოს თავისი აივ-დადებითი სტატუსი და ეს საიდუმლო შემთხვევით გამჟღავნდება. ზოგადად, პატიმრები მაღლიერები არიან, როცა მათ ენდობი და აწვდი ინფორმაციას; ამ შემთხვევაში ისინი ძალიან მეგობრულები არიან ინფიცირებულების მიმართ:

“ხშირად (მას შემდეგ რაც გავაგებინე, რომ ინფიცირებული ვარ) სხვა პატიმრები თავიანთ საკვებსაც კი მიზიარებენ“.

ინფიცირებული მამაკაცი, 47 წლის, თბილისის ციხე

“როცა ჩემთან ერთად საკანში მყოფი პატიმრები რამეს აკეთებენ, ან თამაშობენ, ყოველთვის მთხოვენ, მეც მივიღო მონაწილეობა“.

ინფიცირებული მამაკაცი, 37 წლის, ბათუმის ციხე

თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ინფიცირებულ პატიმრებს ურჩევნიათ თუ საკანში მათთან ერთად სხვა ინფიცირებული პირები იქნებიან. ასეთ შემთხვევაში მათ შეეძლება თანასწორთა ურთიერთმხარდაჭერა; ერთ საკანში ყოფნა საშუალებას მისცემს ინფიცირებულებს, უკეთ იზრუნონ ერთმანეთზე:

“კარგი იქნება თუ ინფიცირებულებს ციხეებში ერთად მოათავსებენ. ჩვენ უკეთ გვესმის ერთმანეთის პრობლემები და უფრო შევძლებთ, დავეხმაროთ ერთმანეთს, თანაც ამას გავაკეთებთ დაინფიცირების შიშის გარეშე“.

ინფიცირებული მამაკაცი, 42 წლის, თბილისის ციხე

ოჯახის წევრების მხარდაჭერა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ინფიცირებული პაციენტებისათვის არა მარტო ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, არამედ, ბევრ შემთხვევაში, მათი მომავალი ცხოვრება დამოკიდებულია ოჯახის მხრიდან გამოვლენილ მხარდაჭერაზე:

“ჩემი ოჯახი რომ არა... მე უკვე მკვდარი ვიქნებოდი. ისინი ყველანაირად მეხმარებიან, ფინანსურად, ემოციურად...”

ინფიცირებული მამაკაცი, 37 წლის, ბათუმის ციხე

შიდსის ეროვნული ცენტრის ექიმები უაღრესად მნიშვნელოვან დახმარებას სთავაზობენ აივ ინფიცირებულ პაციენტებს. ზოგჯერ ეს ექიმები არიან ის ერთადერთი ადამიანები, რომლებსაც პაციენტები ხვდებიან თვეების მანძილზე.

თბილისის ციხეებში პაციენტებს გაცილებით დიდი შესაძლებლობები აქვთ, მიიღონ შიდსის ცენტრის ექიმების მხარდაჭერა შედარებით რეგულარულად. ინფიცირებული პაციენტებისთვის ეს უაღრესად ღირებული სერვისი კი ნაკლებად ხელმისაწვდომია სხვა ციხეებში. ინფიცირებული პაციენტები არ მალავენ, რომ წუხან თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. მათ სჯერათ, რომ ესაჭიროებათ კონსულტირება, ლაბორატორიული და კლინიკური გამოკვლევები და მკურნალობა და თვლიან, რომ ეს სერვისები ყველა პაციენტისათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პენიტენციურ სისტემაში.

სურათი 4. ბათუმის ციხე



VIII. დასკვნები

- ამჟამად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ოფიციალური პირები არ აღიარებენ ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქო-სოციალური სერვისების არსებობის საჭიროებას. არ არსებობს სამთავრობო დოკუმენტი, ეროვნული პოლიტიკა ან პროგრამა, რომელიც ერთმანეთთან კავშირში განიხილავს აივ/შიდსს და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. ქვეყნის კანონმდებლობა ორივე საკითხს ცალ-ცალკე განიხილავს. თუმცა არ არსებობს გაიდლაინი, რომელიც დაარეგულირდება ამ ორ სფეროს შორის რეფერალების სისტემას.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებს გააჩნიათ მთელი რიგი მსგავსი პრობლემებისა; თუმცა ინფიცირებული პირების სამი სხვადასხვა ჯგუფის (ინმ ინფიცირებული, არა-ინმ ინფიცირებული და ინფიცირებული პატიმრები) შესწავლამ აჩვენა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები მათ შორის სხვადასხვა სახით და სიმწვავეთ ვლინდება. ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველაზე გავრცელებული პრობლემებია: პიროვნული აშლილობა, დეპრესია და ძილის დარღვევა. თითოეული გართულების გავრცელების სიხშირე დამოკიდებულია რესპონდენტების კატეგორიაზე: ინფიცირებულები, რომლებიც არ მოიხმარენ ინექციურ ნარკოტიკებს, ყველაზე ხშირად უჩივიან დეპრესიას; ნარკოტიკის მომხმარებელი აივ დადებითი პირები კი აღნიშნავენ ხასიათის შეცვლას – ადვილად აგზნებადობას, გაღიზიანებას და ფეთქებად ხასიათს.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები უფრო ხშირად და მწვავედ არის გამოხატული ინფიცირებულ პატიმართა შორის. ამასთან ერთად, ციხეებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის და აივ/შიდსის სადიაგნოსტიკო ან სამკურნალო სერვისები ნაკლებად ხელმისაწვდომია, ვიდრე თავისუფლებაზე მყოფი ინფიცირებული პირებისათვის. გამოკითხულ ინფიცირებულ პატიმართა შორის კი ფსიქიკური ჯანმრთელობის ისეთი სერიოზული დარღვევები დაფიქსირდა როგორცაა – პიროვნული აშლილობა, კოგნიტური დარღვევები, პარანოია ან დეპრესია თვითმკვლელობის განზრახვით. თუმცა ძნელია, დადასტურებით ითქვას, რომ თვითმკვლელობის სურვილი მხოლოდ აივ-დადებითი სტატუსით არის გამოწვეული.
- გამოკითხული მეგობრები და ოჯახის წევრები აღნიშნავენ, რომ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა უაღრესად საჭიროა როგორც ინფიცირებული პირებისათვის, ასევე მათი ოჯახის წევრებისათვის; ამ სერვისს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ადამიანისთვის, რომელიც პირველად იგებს, რომ აივ ინფიცირებულია.
- აივ ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქოლოგიური დახმარების მთელი ტვირთი განაწილებულია შიდსის ცენტრის ექიმებსა და შიდსით

დაავადებულთა დახმარების ფონდის ბაზაზე დაარსებული თვითდახმარების ცენტრების კონსულტანტებს შორის. ამასთან კონსულტანტებს არ გაუვლიათ სპეციფიკური მომზადება ფსიქოლოგიური კონსულტირების ჩასატარებლად;

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში დასაქმებულ სპეციალისტებს არ გააჩნიათ საკმარისი ცოდნა აივ/შიდსთან დაკავშირებული სპეციფიკური პრობლემების შესახებ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში მოღვაწე არასამთავრობო ორგანიზაციები არ არიან ჩართულები ინფიცირებული პირებისათვის სერვისის მიწოდებაში; თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამ ორგანიზაციათა ლიდერები გამოთქვამენ მზადყოფნას, იმუშაონ აივ ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე და კოორდინაციის მიზნით ითანამშრომლონ აივ/შიდსის სამედიცინო სამსახურებთან;
- საერთაშორისო ორგანიზაციები, რომლებიც აქტიურად უჭერენ მხარს საქართველოში აივ/შიდსის ეროვნული პასუხის გაძლიერებას, ჯერჯერობით მონაწილეობას არ იღებენ აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებაში; ისინი ასევე არ მუშაობენ ადგილობრივ ინსტიტუტებში მკურნალობის შესაძლებლობების და სამედიცინო კადრის პროფესიული უნარ-ჩვევების გაძლიერების მიმართულებით. ამ მხრივ, ერთადერთი გამონაკლისია GIP – გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში.
- ქვეყანაში არ არსებობს ოფიციალური სასწავლო კურსი, და შესაბამისად არ ხორციელდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან აივ/შიდსის დარგის სპეციალისტთა მომზადება ინფიცირებული/შიდსით დაავადებულ პაციენტებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და კლინიკური მენეჯმენტის შესახებ.
- ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების ცენტრების რაოდენობა საკმაოდ შეზღუდულია ქვეყანაში (9) და ამ სერვისებით მოსახლეობის მოცვა არათანაბარია გეოგრაფიული თვალსაზრისით.
- სერვისზე ხელმისაწვდომობა და მისი ხარისხი მნიშვნელოვნად განსხვავდება პროვაიდერების მიხედვით და საჭიროებს გაუმჯობესებას. მხოლოდ 5 VCT ცენტრში ხდება კონსულტირება (ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი) ჯანმოს გაიდლაინების მიხედვით.
- საქართველოს ეროვნული პოლიტიკა აივ/შიდსის დარგში და შესაბამისი სტრატეგიული გეგმა დამტკიცებული იქნა 2007 წლის ბოლოს. გეგმაში წარმოდგენილი არაა ცალკე სექცია VCT სერვისების შესახებ, თუმცა ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება რჩება ყველა იმ სტრატეგიული დოკუმენტის განუყოფელ ნაწილად, რომელიც განსაზღვრავს მაღალი რისკის ჯგუფებში აივ/შიდსის პრევენციის ძირითად მიმართულებებს.

- კონსულტანტები აღნიშნავენ, რომ სამსახურის სპეციფიკიდან გამომდინარე, ზოგჯერ აქვთ გადაღლის/გამოფიტვის სიმპტომები და ამასთან საბრძოლველად არანაირი მექანიზმი არ არის შემუშავებული. კონსულტანტებმა გამოხატეს ინტერესი და სურვილი, მოაწყონ რეგულარული შეხვედრები კოლეგებთან, რათა მოხდეს დარგში დაგროვილი ცოდნისა და გამოცდილების გაზიარება.
- კლიენტებთან, განსაკუთრებით კი მარგინალიზებული ჯგუფების წარმომადგენლებთან (მეძავეები, ინმ-ები, ჰომოსექსუალური ქცევის მამაკაცები) ინტერვიუებმა აჩვენა, რომ მათთვის უპირატესი მნიშვნელობა ენიჭება სერვისის მიმწოდებელთა დამოკიდებულებას. მათ სურთ, რომ VCT სერვისები იყოს კლიენტების მიმართ კეთილგანწყობილი და არ მოხდეს მათი პიროვნული ღირსების შელახვა. ზოგიერთი კლიენტი უკმაყოფილებას გამოთქვამს კონსულტანტების მიმართ და აღნიშნავს, რომ ზოგს არ აქვს საკმარისი ცოდნა და კონსულტირებისათვის საჭირო უნარ-ჩვევები (მაგ., კლიენტთან კომუნიკაციის უნარები).
- კვლევაში მონაწილე ყველა კონსულტანტს მიუღია მონაწილეობა VCT ტრენინგში; ზოგ მათგანს სხვა დამატებითი მომზადებაც აქვს გავლილი. თუმცა ზოგიერთმა კონსულტანტმა აღნიშნა, რომ 3–4 დღიანი ტრენინგი საკმარისი არაა და ზოგმა კი უკმაყოფილება გამოთქვა ტრენინგების არაადეკვატური მომზადების გამო. საქართველოში ორი VCT გაიდლაინია ხელმისაწვდომი ქართულ ენაზე.
- VCT სერვისების მონიტორინგი უნდა ხორციელდებოდეს რეგულარულად და განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს კონსულტანტების მიერ ჯანმოს გაიდლაინების დაცვაზე.
- ჯანდაცვის მუშაკებსა და ახალგაზრდებს შორის აივ/შიდსის შესახებ ცოდნა არაადეკვატურია, რაც გადამწყვეტია აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებაში. თავად ინფიცირებული პირები საუბრობენ საქართველოში აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის მძიმე შედეგების შესახებ. აივ ინფიცირებული პირების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე საკმაოდ პრობლემური ხდება, თუ მათ სჭირდებათ სამედიცინო სერვისი შიდსის ცენტრის გარეთ, სხვა სამედიცინო ინსტიტუტებში. ზოგიერთი ექიმი უარს აცხადებს ინფიცირებული პაციენტების მიღებაზე. დისკრიმინაციის შიშით ინფიცირებული პირები თავიანთ აივ სტატუსს მხოლოდ ოჯახის წევრებს და ახლო მეგობრებს უმჟღავნებენ, რადგან მათი დამოკიდებულება ინფიცირებულის მიმართ უცვლელი რჩება. გამოკითხული ახალგაზრდები და ჯანდაცვის მუშაკები ყველაზე ხშირად აღნიშნავენ, რომ აქვთ შიშის და სიბრაულის გრძნობა ინფიცირებულთა მიმართ. თუმცა რესპონდენტთა დაახლოებით ერთმა

მეხუთედმა განაცხადა, რომ განიცდის სიბრაზეს აივ-დადებითი სტატუსის მქონე პირების მიმართ.

- 1994 წლიდან საქართველოში შიდსის ეროვნული ცენტრი და რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაცია ახორციელებენ საგანმანათლებლო საქმიანობას, თუმცა იგი არასაკმარისი აღმოჩნდა იმისათვის, რომ ახალგაზრდებსა და ჯანდაცვის მუშაკებს შორის აივ ინფექციის შესახებ ცოდნა დამაკმაყოფილებელი ყოფილიყო.
- კვლევაში მონაწილე არც ერთი ინფიცირებული ადამიანი თავად არასოდეს გამხდარა ფიზიკური ძალადობის მსხვერპლი. თუმცა ზოგიერთი მათგანი, განსაკუთრებით რეგიონებში, აღნიშნავს, რომ სმენიათ მსგავსი ძალადობის შესახებ სხვა ინფიცირებული ადამიანების მიმართ.
- შიდსით დაავადებულთა დახმარების ფონდის ოფისების დახმარებით აივ ინფიცირებული ადამიანები ახერხებენ ერთმანეთის გაცნობას და გრძნობენ ერთმანეთის მხარდაჭერას. ისინი უაღრესად დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ თანასწორობთან შეხვედრებს და დისკუსიებს, სადაც მათ ეძლევათ შესაძლებლობა, ისაუბრონ მათთვის საერთო პრობლემებზე და საჭიროებებზე (სოციალური და იურიდიული დაცვა); ასეთი შეხვედრები ძალას ჰმატებს ინფიცირებულ ადამიანებს და ეხმარება მათ, გადალახონ თავიანთი სტატუსის გამჟღავნების და დისკრიმინაციის შიში.
- აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირები ფიქრობენ, რომ მოსახლეობაში აივ ინფორმირებულობის გაზრდა ყველაზე ეფექტური სტრატეგიაა ქვეყანაში არსებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის მასშტაბების შესამცირებლად. მათ ასევე მიაჩნიათ, რომ მასობრივი საინფორმაციო საშუალებებით აივ/შიდსზე მოწოდებული გზავნილები პროფესიონალთა მიერ უნდა იქნეს ფორმულირებული, რომ არ მოხდეს უმთავრესი პრინციპის „არ ავნო“ – დარღვევა.

ჯანდაცვის მუშაკებს აქვთ ინფორმაცია აივ/შიდსის ძირითადი ფაქტების შესახებ, თუმცა მათ შორის აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პაციენტებთან მუშაობის გამოცდილება და პროფესიული უნარ-ჩვევები არასაკმარისია. უნივერსალური უსაფრთხოების პრინციპების დაცვა სამედიცინო დაწესებულებებში ყოველთვის არ ხდება, რაც განაპირობებს დაუსაბუთებელ შიშს, რომ მედპერსონალს შესაძლოა გადაეცეს ვირუსი ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პაციენტებისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას. ყველა ეს ფაქტორი კიდევ უფრო ამძიმებს ქვეყანაში აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმის მასშტაბებს.

IX. რეკომენდაციები აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების ფსიქიკური ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად

ჯანდაცვის ოფიციალური წრეებისათვის

- აივ ინფიცირებულთათვის ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის საჭიროება გათვალისწინებული უნდა იყოს აივ/შიდსის შესახებ ეროვნული პოლიტიკის და სტრატეგიული დოკუმენტების შემუშავების დროს;
- ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ეროვნული პოლიტიკა უნდა არეგულირებდეს აივ ინფიცირებული პირებისათვის სამედიცინო სერვისებზე გარანტირებულ ხელმისაწვდომობას. სერვისებში აუცილებლად უნდა მოიაზრებოდეს კონსულტირების შეუზღუდავი შესაძლებლობები როგორც ცენტრალურ, ისე რეგიონულ დონეზე;
- სახელმწიფო კანონმდებლობა და ეროვნული პოლიტიკა უნდა უზრუნველყოფდეს აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების თავისუფლებას და ადამიანის უფლებების დაცვას;
- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა უნდა არეგულირებდეს პენიტენციურ სისტემაში ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და აივ/შიდსის სერვისებზე ხელმისაწვდომობას, რომ ყველა ინფიცირებულ პატიმარს შეეძლოს, ციხეში მიიღოს ადეკვატური სამედიცინო მომსახურება.

მთავრობისათვის

- ქვეყანამ უნდა შეიმუშაოს სპეციალური სამოქმედო გეგმა, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს კონსულტირებისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა, რაც შესაძლებელი იქნება სერვისების სტრუქტურასა და რეფერალურ სისტემაში ორგანიზაციული ცვლილებების გზით. გეგმის განსახორციელებლად მოძიებული უნდა იქნეს ადეკვატური დაფინანსება; გათვალისწინებული უნდა იყოს სერვისების მიწოდებაში არსებული ასიმეტრია (განსხვავებები რეგიონების მიხედვით);
- მთავრობამ უნდა უზრუნველყოს კონსულტირების, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სერვისების ხელმისაწვდომობა და მათი თანაბარი გეოგრაფიული განაწილება;
- შემუშავებული უნდა იქნეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაიდლაინები და სტანდარტები ინფიცირებული პირებისათვის;
- სამედიცინო უნივერსიტეტებმა და ექიმთა გადამზადების პროგრამებმა უნდა შეიმუშაონ ტრენინგების სახელმძღვანელოები და უზრუნველყონ სასწავლო კურსების ორგანიზება მედპერსონალისათვის, ვინც მუშაობს აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე.
- ჯანდაცვის მუშაკებმა, რომლებიც დასაქმებული არიან აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების მკურნალობისა და

მოვლის დარგში, უნდა გაიარონ ტრენინგები ფსიქიკური ჯანდაცვის საკითხებზე;

აივ პრევენციის ეროვნული პროგრამების მენეჯერებისათვის

- აივ პრევენციის ეროვნული პროგრამების მენეჯერებმა უნდა აწარმოონ აქტიური ადვოკატირების კამპანია, რომ ოფიციალურ წრეებში მოხდეს ინფიცირებულ პირთათვის ფსიქო-სოციალური დახმარების მნიშვნელობის აღიარება. პროგრამები უნდა ითვალისწინებდეს ყველა დამხმარე სერვისის არსებობას აივ პრევენციის სამედიცინო სამსახურის ყველა რგოლში.
- პროგრამის მენეჯერებმა MAIDS ტრენინგ-ცენტრის რესურსების გამოყენების გზით უნდა უზრუნველყონ ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის ადეკვატური ხარისხი, რისთვისაც გადამწყვეტია, რომ პროვაიდერი პროფესიულად მაღალ დონეზე იყოს მომზადებული და კარგად ესმოდეს აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხები.
- შიდსის სახელმწიფო პროგრამის მენეჯერებმა ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალურ პირებთან ადვოკატირების გზით უნდა უზრუნველყონ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა და სერვისების მაღალი ხარისხი ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში.
- აივ ინფექციაზე კონსულტირების მატერიალურ-ტექნიკური სიმძლავრეები უნდა გაუმჯობესდეს ციხეებში, რომ მოხდეს პატიმრებისათვის სერვისების მიწოდება და მათ შორის უსაფრთხო ქცევის პროპაგანდა.

MAIDS პროექტის თანამშრომლებისათვის

- MAIDS პროექტის პერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს ყველა ის პრობლემა, რაც კვლევის ფარგლებში გამოვლინდა და მიზნობრივად იმუშაოს ჯანდაცვის სისტემის ოფიციალურ პირებთან, აივ/შიდსის პროგრამების მენეჯერებთან, ინფიცირებული პირებისათვის სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლებთან და იმ ადამიანებთან, რომლებიც ზრუნავენ აივ-დადებითი პირების მოვლასა და კეთილდღეობაზე. ამ მიზნობრივ ჯგუფებთან მუშაობა უნდა ითვალისწინებდეს საგანმანათლებლო, საადვოკატო საქმიანობას და ტრენინგებს;
- MAIDS ტრენერებმა უნდა უზრუნველყონ იმ პერსონალის პროფესიული გადამზადება, რომლებიც ინფიცირებულ პირებს აწვდიან სერვისებს და ახორციელებენ კონსულტირებას აივ/შიდსისა და ფსიქიკური ჯანმრთელობის საკითხებზე;
- MAIDS პროექტმა უნდა გააფართოოს მისი ინტერესის სფერო და საქმიანობა და მიზნობრივად იმუშაოს ინფიცირებული პირების ოჯახის წევრებთან და მეგობრებთან, გამომდინარე იქიდან, რომ ზოგადად ეს ადამიანები ზრუნავენ და მხარს უჭერენ აივ-დადებითი სტატუსის მქონე პირებს;

- აივ ინფიცირებული პირების ფსიქო-სოციალური დახმარება ორგანიზებული უნდა იყოს სერვისის მიმწოდებელ ყველა რგოლში და ამ მიმართულებით MAIDS პროექტმა უფრო ინტენსიურად უნდა აწარმოოს ადვოკატირება ეროვნული პოლიტიკის განმსაზღვრელ ოფიციალურ პირებთან შეხვედრების გზით და თავად ინფიცირებული ადამიანების მოტივაციის და ძალაუფლების გაზრდით, რომ შეძლონ მათთვის საჭირო სერვისების დასაბუთებული მოთხოვნა.
- ორგანიზაციამ გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში (GIP) უნდა აწარმოოს ადვოკატირების საქმიანობა, რომ გაფართოვდეს მეტადონით ჩანაცვლების მკურნალობის პროგრამები ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის ზოგადად, და განსაკუთრებით კი, აივ ინფიცირებული ინმ-ებისათვის; ადვოკატირება აუცილებელია ციხეებში VCT სერვისებზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.
- MAIDS პროექტმა უნდა გააძლიეროს მუშაობა ჯანდაცვის მუშაკებთან, რომ მინიმუმამდე შემცირდეს შიში იმის გამო, რომ აივ ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობისას შესაძლოა, მედპერსონალი დაინფიცირდეს. ეს უნდა განხორციელდეს აივ/შიდსზე და უნივერსალური უსაფრთხოების ზომებზე ჯანდაცვის მუშაკების ცოდნის დონის და მათი პროფესიული უნარ-ჩვევების გაუმჯობესებით.
- MAIDS პროექტმა უნდა ითანამშრომლოს რელიგიურ ორგანიზაციებთან, რომ მოხდეს მათი სენსიტიზაცია აივ ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე; MAIDS პროექტმა შესაძლოა ორგანიზება გაუკეთოს სასწავლო სემინარებს საეკლესიო პირებისათვის, რომ მოხდეს ამ პრობლემის ირგვლივ მოძღვართა ინფორმირებულობის დონის ამაღლება;
- MAIDS პროექტმა უნდა აწარმოოს აქტიური მუშაობა მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებთან, რათა აივ/შიდსის და ინფიცირებული პირების შესახებ ზუსტი და კარგად მოფიქრებული ინფორმაცია იქნეს მიწოდებული მოსახლეობისთვის და მასმედიის საშუალებით გაკეთებული განცხადება ან გზავნილი არ ლახავდეს ინფიცირებული პირების ღირსებასა და უფლებებს. აუცილებელია ჟურნალისტებთან უფრო ინტენსიური თანამშრომლობა, ტრენინგების ორგანიზება და ადვოკატირება მასმედიის წინაშე ინფიცირებული პირებისათვის მხარდამჭერი საინფორმაციო კამპანიების პროპაგანდისათვის.
- MAIDS პროექტის მიერ განხორციელებული კვლევების შედეგებისა და მიგნებების გათვალისწინებით უნდა ჩატარდეს უფრო სიღრმისეული, დამატებითი კვლევები აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკურ სიმძლავრეებში არსებული ხარვეზებისა და ნაკლოვანებების შესასწავლად.

სასწავლო პროგრამების მოდულები ისე უნდა იქნეს შედგენილი, რომ მაქსიმალურად ითვალისწინებდეს სამიზნე მოსახლეობის რეალურ საჭიროებებს.

სერვისის პროვაიდერებისათვის

- ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის ძირითადი ტვირთი უნდა გადანაწილდეს სხვადასხვა ინსტიტუტებზე და პერსონალზე: სერვისის პროვაიდერები, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, VCT კონსულტანტები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ინსტიტუტების ექიმები. ამისათვის აუცილებელია შესაბამისი ტრენინგების ორგანიზება სამედიცინო პერსონალის პროფესიული უნარ-ჩვევების გაძლიერების მიზნით.
- ინსტიტუტებს, სადაც ხორციელდება ინფიცირებული პირების მკურნალობა და მათზე ზრუნვა, ასევე უნდა გააჩნდეთ ფსიქოლოგიური სერვისების მიწოდების შესაძლებლობები და ტექნიკური სიმძლავრეები;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის და შიდსის სამკურნალო დაწესებულებებში უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი განათლება აივ ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების საკითხებზე;
- თითოეულმა პროფესიონალმა, რომელიც კონსულტირებას სთავაზობს აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებს, უნდა გაითვალისწინოს სამიზნე ჯგუფისათვის დამახასიათებელი ჯანმრთელობის, ფსიქიკური და სოციალური პრობლემების სპეციფიკა და განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გაამახვილოს ინფიცირებულ პირთა ფსიქო-სოციალურ მდგომარეობებზე და კონფიდენციალურობის დაცვაზე.

ადგილობრივი არასამთავრობო და სათემო ორგანიზაციებისათვის

- ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა უნდა იყოს ინფიცირებულ პირებზე მიმართული ნებისმიერი სერვისის აუცილებელი კომპონენტი;
- აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების თვითდახმარების ქსელი უნდა გაფართოვდეს და შესაბამისი ტრენინგების ორგანიზების გზით უნდა გაძლიერდეს ქსელის წევრთა უნარ-ჩვევები ფსიქოლოგიური კონსულტირების ჩატარების თვალსაზრისით;
- ცენტრებმა ინტენსიურად უნდა იმუშაონ აივ ინფიცირებულ პირებისათვის თანასწორთა მხარდაჭერის ქსელის გასაძლიერებლად.
- აქტიური ადვოკატირებაა საჭირო, რომ გაძლიერდეს არასამთავრობო და სათემო ორგანიზაციების ინტერესი, მიაწოდონ ინფიცირებულ პირებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები;

- არასამთავრობო და სათემო ორგანიზაციებს შორის უნდა გაუმჯობესდეს თანამშრომლობა და ქსელური კოორდინაცია; უნდა მოხდეს ინფიცირებულთათვის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების მიწოდებაში არსებული ხარვეზების იდენტიფიცირება და გამოსწორება.
- უნდა განხორციელდეს სტიგმის წინააღმდეგ მიმართული ეფექტური კამპანიები, რომ გაუმჯობესდეს მოსახლეობის დამოკიდებულება ფსიქიკური დარღვევების მქონე აივ ინფიცირებული პირების მიმართ.
- ფსიქოლოგიური დახმარება უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს ინფიცირებულთა ოჯახის წევრებისთვისაც. უნდა იქნეს შესწავლილი ფსიქოლოგიური მხარდაჭერისათვის ცხელი ხაზის სერვისის დაარსების და მისი ფუნქციონირების შესაძლებლობები.

საერთაშორისო ორგანიზაციებისათვის

- აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე მომუშავე საერთაშორისო ორგანიზაციებმა თავიანთი პროგრამების დაგეგმვის, დანერგვისა და მონიტორინგის დროს უნდა გაითვალისწინონ აივ ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქო-სოციალური დახმარების აუცილებლობა;
- საერთაშორისო ორგანიზაციებმა უნდა ითანამშრომლონ აივ/შიდსის დარგში დასაქმებულ ორგანიზაციებთან როგორც ცენტრალურ, ისე ლოკალურ დონეზე; ისინი უნდა ჩაერთონ ამ დარგში არსებული ოფიციალური თუ არაოფიციალური საკოორდინაციო მექანიზმების (მაგ., CCM, სგვი/აივ/შიდსის სამუშაო ჯგუფი – Prevention Task Force, და სხვ.) მუშაობაში.
- საერთაშორისო ორგანიზაციებმა ტექნიკური დახმარება უნდა გაუწიონ ადგილობრივ კადრებს, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს პერსონალის სათანადო პროფესიული მომზადება, მათი უნარ-ჩვევების გაძლიერება და მათთვის ადეკვატური მოტივაციის შექმნა, რომ სამედიცინო პერსონალმა შეძლოს მაღალი ხარისხის სერვისების მიწოდება ინფიცირებული პირებისათვის.
- აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმა საკმაოდ დიდ მასშტაბებს იღებს საქართველოში. ექიმებმა და ფსიქოლოგებმა არ უნდა დაუშვან ინფიცირებული პირებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ზიანის მიყენება და ამავდროულად, აივ-თან ასოცირებული სტიგმის შესამცირებლად მათ უნდა გააგრძელონ ადვოკატირება პაციენტების უფლებებისათვის და საგანმანათლებლო საქმიანობა მოსახლეობის უკეთ ინფორმირებისათვის.

- რეკომენდაციები მომავალში დამატებითი კვლევების ჩასატარებლად:
- კვლევა ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების შესადარებლად ინფექციის ადრეულ და გვიან სტადიებში.
- არც მკურნალობის გავლენა ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აივ-დადებითი სტატუსის მქონე ბავშვებსა და მათ მშობლებში.
- შესაძლო მიდგომები მომავალი პროგრამების ან სამეცნიერო კვლევებისათვის:

წინამდებარე კვლევამ დაადასტურა აივ ინფიცირებულებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ფსიქო-სოციალური კონსულტირების საჭიროება. საქართველოში ასეთ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია. აქედან გამომდინარე, მკვლევართა ჯგუფმა ადვოკატირების სამუშაო გასწია აივ ინფიცირებულთათვის ფსიქოლოგიური მომსახურების – პირისპირ კონსულტირებისა და ცხელი ხაზის სერვისების ინიცირებისათვის. ორმა წამყვანმა ადგილობრივმა არასამთავრობო ორგანიზაციამ – ბემონმა და თანადგომამ მოამზადა საპროექტო განაცხადი ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქოლოგიური დახმარების სერვისების შესაქმნელად, რომელიც მოწონებული და დაფინანსებული იქნა ევრო კომისიის მიერ. ეს პილოტური პროექტი საძირკველს ჩაუყრის ქვეყანაში ინფიცირებული პირებისათვის ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის სერვისების დანერგვასა და მათ შემდგომ გაფართოებას. ქვეყანაში აუცილებელია მოხდეს ფსიქო-სოციალური დახმარების პროგრამების კოორდინაცია და ინტეგრაცია აივ ინფიცირებულ ადამიანებზე გამიზნულ სხვა პროგრამებთან.

X გამოყენებული ლიტერატურა

1. HNP discussion paper of the WB *HIV/AIDS and Mental Health* Baingana, F. et al (2005) 'HIV/AIDS and Mental Health'.
2. Mental health care for people with HIV infection: HIV clinical guidelines for the primary care practitioner'. AIDS Institute New York State Department of Health (2004)
3. World Health Organization, *World Health Report 2001: Mental Health*, 44.
4. Lucia Gallego, Victoria Gordillo, and Jose Catalan, "Psychiatric and Psychological Disorders associated to HIV Infection," *AIDS Reviews* 2, no. 1 (2000): 49.
5. Robert A. Stern, Diana O. Perkins, and Dwight L. Evans, "Neuropsychiatric Manifestations of HIV-1 Infection and AIDS," in *Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress*, eds. F. E. Bloom and D. J. Kupfer. New York: Raven Press Ltd, 2000.
6. Judyth L. Twigg, *HIV/AIDS in Russia and Eurasia*, Vol. II, Library of Congress, USA, 2006.
7. მაია ცინცაძე, „აივ/ზიდსის პრევალენტობისა და მაღალი რისკის ქცევის შესწავლა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში“; საკანდიდატო დისერტაციის თეზისი, 2006;
8. Understanding the Prison Health Care - Mental Health-
<http://movementbuilding.org/prisonhealth/mental.html>).
9. The Health Status of Soon-to-be-Released Inmates. National Commission on Correctional Healthcare and National Institute of Justice joint project. Meeting of the Expert Panel on Communicable Disease, June 14-15, 1999, Chicago, IL.
10. Browne A, Miller B, Maguin E. *International J Law Psychiatry: Special Issue: Current Issues in Law and Psychiatry*, July 1999
11. Depression, Neurocognitive Disorders, and HIV in Prisons.
<http://www.idcronline.org/archives/jan01/intro.html>).
12. HIV in prisons, a reader with particular relevance to the newly independent states, WHO, regional office for Europe.
13. მანანა შარაშიძე, ჯან ვორისევი, ნინო გიგუაშვილი, ნინო სანიკიძე; სიტუაცია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე და ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულ ადამიანებში; საჭიროებების შეფასების კვლევა, თბილისი, 2005 .
14. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიში; საქართველო, 2006
15. წლიური ანგარიში; საქართველოში აივ/ზიდსის პრევენციის სახელმწიფო პროგრამა, 2005.
16. წლიური ანგარიში; საქართველოში უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამა, 2005.
17. წლიური ანგარიში; საქართველოში აივ/ზიდსის მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამა, 2005.
18. აივ/ზიდსი საქართველოში: სოციალურ-კულტურალური მიდგომა, UNESCO, 2005.
19. ქვეყნის პროფილი, საქართველო, UNAIDS, 2005.
20. Country Report on Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment, National AIDS Center, UNAIDS, 2005.

21. Global Fund, the (2002-2004). Portfolio of Grants in Georgia.
<http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?countryID=GEO&lang>.
22. ექსპერტთა ჯგუფი (2002); აივ/შიდსის პრევენციის ეროვნული სტრატეგიული გეგმა; საქართველო 2003–2007.
<http://www.unaids.org/EN/other/functionalities/Search.asp>
23. მაია ცინცაძე, „აივ შიდსის ეპიდემიოლოგია საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში“, სადოქტორო თეზისი, 2007
24. UNAIDS AIDS HIV/AIDS Knowledge, Attitude and Practice Survey Tool, 2006 2.
<http://www.un.org/ga/aids/coverage>
25. McNeil J. and Anderson S. (1998) Beyond the dichotomy: linking HIV prevention with care. AIDS, 12 (Supplement 2): S19-S26;
26. Busza J. (1999) Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: past successes and future priorities. Population Council: Horizons Project.
http://www.popcouncil.org/horizons/reports/book_report/default.html
27. Parker R. and Aggleton P. (2002) HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. Population Council: Horizons Project.
Available at:
<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdcncptlfrmwrk.pdf>. See also: Maluwa M., Aggleton P., and Parker R. (2002) HIV/AIDS stigma, discrimination and human rights – a critical overview. Health and Human Rights, 6, 1: 1-15.
28. Goffman E. (1963) Stigma: notes on the management of a spoiled identity. New York: Simon and Schuster.
29. Parker R. and Aggleton P. (2003) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Social Science and Medicine, 57, 13-24.
30. An examination of the links between racism, stigma and discrimination
<http://www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/hivbpracism.doc>
31. Parker R. and Aggleton P. (2002) HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. Population Council: Horizons Project.
32. WHO draft report (Alfred Chingono), Protocol for setting and monitoring locally acceptable standards of counselling in relation to HIV diagnosis. (1994)
33. WHO draft report, Guidelines for implementing HIV/AIDS counselling (1993)
34. NACO, India draft report, Counselling policy and related aspects: National AIDS prevention and control policy (1998)
35. Miller D., Casey K., Thailand dept of health application for counselling: participant information & casework audit form (1998)
36. Temmerman M., Ndinya-Achola J., Ambani J., Piot P., (1996), The right not to know HIV-test results, *Lancet* 345 696-7
37. WHO/UNAIDS Policy statement on preventive therapy against tuberculosis in people living with HIV, WHO/TB/98.255 UNAIDS/98.34 (1998)
38. Coates T., Collins C., Preventing HIV infection, Scientific American, July 96-7, 1998
39. Sangiwa G., Balmer D., Furlonge C., et al. (1998). Voluntary HIV counselling and testing (VCT) reduces risk behavior in developing countries: results from the multisite voluntary counselling and testing efficacy study. Abstract 33269 presented at the 12th International Conference on HIV/AIDS, Geneva, Switzerland

აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში დაინტერესებული მხარეების ანალიზის მატრიცა

დაინტერესებული მხარეების პრიორიტეტული განაწილება

პოტენციური პარტნიორებისა და მხარდამჭერი ორგანიზაციების იდენტიფიცირების მიზნით, MAIDS მკვლევართა ჯგუფმა დაინტერესებული მხარეები დაყო შემდეგი კრიტერიუმების მიხედვით:⁶

ტერმინისათვის „ძალაუფლება“ დადგინდა შემდეგი კრიტერიუმები:

- ✓ გავლენა და ავტორიტეტი მაღალი თანამდებობის გამო
- ✓ მუშაობის ხარისხი და გამოცდილება
- ✓ ძლიერი ფინანსური, ტექნიკური და ადამიანური რესურსები
- ✓ დადებითი იმიჯი და აღიარებული რეპუტაცია როგორც ეროვნულ, ისე საერთაშორისო დონეზე
- ✓ აღიარებული ძალაუფლება და გავლენა ქვეყანაში
- ✓ აივ/შიდსის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარგში პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებზე გავლენის უნარი

ტერმინისათვის „დაინტერესებული“ დადგინდა შემდეგი კრიტერიუმები:

- ✓ პროექტის რელევანტურობა დაინტერესებული მხარის მიზნებთან და ამოცანებთან
- ✓ აივ/შიდსთან ასოცირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ასპექტების მნიშვნელობის გაცნობიერება/აღიარება
- ✓ პროექტის განხორციელების პოტენციური ბენეფიტების ცოდნა
- ✓ პროექტის ფარგლებში სპეციფიკური აქტივობის მიმართ დემონსტრირებული ინტერესი
- ✓ MAIDS ექსპერტთა ცენტრთან ორმხრივი კოოპერაციის გაცხადებული სურვილი

დაინტერესებული მხარეების ძალაუფლებისა და ინტერესების გათვალისწინებით მოხდა მათი შემდეგ კატეგორიებად დაყოფა:

დიდი ძალაუფლების მქონე დაინტერესებული მხარეები:

პროექტის შემუშავების პროცესში ეს ორგანიზაციები სრულფასოვნად უნდა იქნენ ჩართულნი, როგორც პოტენციური პარტნიორები.

⁶ კრიტერიუმები შემუშავდა და მოწოდებული იქნა კოლეგების მიერ აზერბაიჯანის MAIDS პროექტიდან

დიდი ძალაუფლების მქონე, ნაკლებად დაინტერესებული მხარეები:

ეს ორგანიზაციები კმაყოფილი უნდა დარჩნენ შემუშავებული პროექტით.

ნაკლები ძალაუფლების მქონე, დაინტერესებული მხარეები:

ეს ორგანიზაციები ადეკვატურად უნდა იქნენ ინფორმირებულნი, რომ მოხდეს მათი ჩართვა, როგორც პროექტის ბენეფიციარების.

ნაკლები ძალაუფლების, ნაკლებად დაინტერესებული მხარეები:

ეს ორგანიზაციები შეძლებისდაგვარად უნდა მოიაზრებოდნენ როგორც პროგრამის პოტენციური პარტნიორები.

მეფინგის მიხედვით, სამთავრობო ორგანიზაციებს გააჩნიათ დიდი ძალაუფლება და საკმაოდ დიდი ინტერესი; აქედან გამომდინარე ეს ორგანიზაციები უნდა განიხილებოდნენ, როგორც MAIDS პროექტის პირველი რიგის სამიზნე. ადგილობრივ და საერთაშორისო ორგანიზაციებს ნაკლები ძალაუფლება აქვთ, გავლენა მოახდინონ MAIDS პროექტის განხორციელებაზე, თუმცა ისინი იჩენენ დიდ ინტერესს პარტნიორობის დასამყარებლად.

კვლევის ინსტრუმენტი 1. აივ/შიდსის შესახებ ცოდნა, დამოკიდებულება და პრაქტიკა;

კვლევის კითხვარი

კვლევის ადაპტირებული ინსტრუმენტი; გაეროს შიდსის პროგრამა

(UNAIDS HIV/AIDS Knowledge, Attitude and Practice Survey Tool) 2006

1. აივ/შიდსის შესახებ ცოდნა

- ერთი ჯანმრთელი სქესობრივი პარტნიორის ყოლა ამცირებს აივ ინფიცირების რისკს;
- კონდომის გამოყენება ყოველი სქესობრივი კონტაქტის დროს ამცირებს აივ ინფიცირების რისკს;
- აივ ინფიცირებული პირი შესაძლოა, ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს;
- ვირუსი შესაძლოა, გადაეცეს აივ ინფიცირებულის კოცნით;
- ვირუსი შესაძლოა, გადაეცეს აივ ინფიცირებულის ხელის ჩამორთმევით;
- ადამიანი შეიძლება, დაინფიცირდეს ინფიცირებულ პირთან საკვების გაზიარებით.

2. სტიგმა და დისკრიმინაცია

- მე მოვუვლიდი ჩემი ოჯახის წევრს, თუ ის დაინფიცირდება;
- მე შევიძენდი ბოსტნულს და ხილს აივ ინფიცირებული გამყიდველისგან;
- აივ ინფიცირებულ პირს შეუძლია, ასწავლოს სკოლაში;
- თუ ჩემი ოჯახის წევრი დაინფიცირდება, ამას საიდუმლოდ შევინახავ.
- მე წინააღმდეგი არ ვიქნებოდი, ჩემს შვილს აივ ინფიცირებული თანაკლასელი რომ ჰყოლოდა.
- მე წინააღმდეგი არ ვიქნებოდი, თუ ჩემი თანამშრომელი აივ ინფიცირებული აღმოჩნდებოდა.
- მე შემიძლია, ჩავიცვა აივ ინფიცირებულის ნახმარი ტანსაცმელი მისი გარეცხვის შემდეგ.
- მე შემიძლია, ვისადილო ოჯახში, სადაც აივ ინფიცირებული პირი ცხოვრობს.
- აივ ინფიცირებული ადამიანები იზოლირებულნი უნდა იყვნენ.
- აივ ინფიცირებულების სახელები საზოგადოებისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, რომ თავიდან აიცილონ ინფიცირებულებთან კონტაქტი.
- ორსულ ქალებს უნდა მოსთხოვონ აივ-ზე ტესტირება ნაყოფის ჯანმრთელობის დასაცავად.
- აივ ინფიცირებულთა უმეტესობას არ აღეღვებს, თუ სხვა ადამიანებს დააინფიცირებენ.
- ადამიანები, რომლებიც დაინფიცირდნენ დაუცველი სექსით ან ნარკოტიკის მოხმარების გზით, ისჯებიან თავიანთი ცუდი საქციელის გამო.
- მაღალი რისკის ჯგუფების (ინმ-ები, მეძავეები, ჰომოსექსუალები და სხვ.) მოსახლეობას პერიოდულად უნდა ჩაუტარდეს აივ-ზე ტესტირება.

3. გრძნობები აივ ინფიცირებული პირების მიმართ

ინფიცირებული პირის მიმართ განვიცდი შემდეგ გრძნობას:

- სიბრაზე
- შიში
- სიბრაღული
- ზიზღი
- თანაგრძნობა

ინტერვიუს სახელმძღვანელო

ინდივიდუალური ინტერვიუები აივ ინფიცირებულებთან მომუშავე მედპერსონალთან
ინტერვიუს დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი

შესავალი

კვლევის მიზანი

კონფიდენციალურობა

აივ ინფიცირებულების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა:

რამდენი ხანია აივ ინფიცირებულებს მკურნალობთ?

რამდენი ინფიცირებული პაციენტი გყავთ ამჟამად?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები:

როგორ შეაფასებდით თქვენი პაციენტების ფსიქიკურ ჯანმრთელობას?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის რა პრობლემებს აწყდებით აივ ინფიცირებულ პაციენტებში?

როგორია თქვენი რეაქცია/მომდევნო სტრატეგიები ამ პრობლემების გადასაჭრელად?

როგორ აღწერდით აივ ინფიცირებულ პაციენტებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დინამიკას?

როგორ აღწერდით აივ ინფიცირებული პაციენტების საჭიროებებს?

სერვისები:

რა სახის სერვისებს აწვდით აივ ინფიცირებულ პაციენტებს?

რა სახის სერვისებს იღებენ ინფიცირებულები ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გადასაჭრელად?

რა სახის რეფერალური სისტემაა დანერგილი თქვენს დაწესებულებაში ინფიცირებულ პაციენტებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გადასაჭრელად?

როგორ ფიქრობთ, ეფექტურია ამჟამად არსებული სერვისები?

რას გააუმჯობესებდით/შეცვლიდით ინფიცირებული პაციენტების მენეჯმენტის არსებულ სისტემაში?

როგორ ფიქრობთ, ინფიცირებულები კმაყოფილები არიან სერვისებით, რასაც მათ სთავაზობენ?

როგორ ფიქრობთ, რა სახის სხვა სერვისები სჭირდებათ აივ ინფიცირებულ პირებს?

ციხეებში ინფიცირებული პირების ინდივიდუალური ინტერვიუს დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი

შესავალი

კვლევის მიზანი

კონფიდენციალურობა

აივ ტესტირება და კონსულტირება:

რამდენი ხანია იცით თქვენი აივ-დადებითი სტატუსი?

თუ იცით, რა გზით მოხდა თქვენი ინფიცირება?

გაგივლიათ კონსულტირება (ტესტის წინა და ტესტის შემდგომი) აივ ინფექციაზე?

თუ დიახ, იყო კონსულტირება ეფექტური?

რომელ ინსტიტუტში გაიარეთ კონსულტირება და ვინ იყო კონსულტანტი?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები:

გქონიათ რამე ფსიქიკური პრობლემა?

როგორ ფიქრობთ, ეს პრობლემა კიდევ გაქვთ? თუ დიახ, გვითხარით რა პრობლემა გაწუხებთ ამჟამად?

როგორი იყო თქვენი რეაქცია, როდესაც შეიტყვეთ აივ-დადებითი სტატუსის შესახებ?

როგორ უმკლავდებით აივ ინფექციის დიაგნოზს?

დროთა განმავლობაში შეიცვალა თქვენი აღქმა საკუთარი აივ სტატუსის მიმართ? თუ დიახ, რა მხრივ შეიცვალა?

სერვისები:

მიგიწვდებათ ხელი სამედიცინო სერვისებზე?

თუ დიახ, რა სახის სერვისებს იღებთ?

ციხეში მიგიწვდებათ ხელი კონსულტირების სერვისზე?

ციხეში მიგიწვდებათ ხელი მკურნალობის სერვისებზე?

რამდენად ხშირად ხედავთ ექიმს ციხეში?

როგორ შეაფასებდით ჯანდაცვის სისტემას ციხეებში?

რას გააუმჯობესებდით/შეცვლიდით ციხეებში ინფიცირებული პაციენტების მენეჯმენტის არსებულ სისტემაში?

რა სახის სხვა დახმარება გჭირდებათ?

ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ აივ ინფიცირებული პირების ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე:

რა ან ვინ გეხმარებათ ციხეში?

რა გაწუხებთ თქვენ, როგორც აივ ინფიცირებულ პირს?

განგიცდიათ დისკრიმინაცია ციხეში აივ-დადებითი სტატუსის გამო?

როგორ აღწერდით სხვა პატიმრების დამოკიდებულებას თქვენს მიმართ?

ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსიის დროს გამოყენებული ინსტრუმენტი

აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შეფასება
აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირებში
ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსიის ინსტრუმენტი

კითხვარი შემუშავდა MAIDS პროექტის მკვლევართა ჯგუფის მიერ. იგი შეიცავდა შესავალ ნაწილს, მოთელვის სავარჯიშოს, და კითხვებს აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შესახებ.

შესავალი

ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსიის მიზნები
კონფიდენციალურობის დაცვა

შესავალი კითხვები დისკუსიაში ჩასაბმელად (მოთელვის სავარჯიშო)

კითხვები აივ/შიდსთან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შესახებ:

- შეგიძლიათ, გვითხრათ, რა ნიშნავს თქვენთვის სტიგმა და დისკრიმინაცია?
- იცის ვინმემ თქვენი აივ-დადებითი სტატუსი? თუ დიახ, ვის გაუმჟღავნეთ თქვენი სტატუსი?
- განგიცდიათ დისკრიმინაცია იმის გამო, რომ აივ ინფიცირებული ხართ?
- რამდენად ხშირად გსმენიათ ხალხისგან, რომ აივ/შიდსი დაავადება, რომელიც მეძავებს, ნარკომანებს და ჰომოსექსუალ მამაკაცებს ემართებათ?
- თქვენი აზრით, ვინ შეიძლება დაინფიცირდეს აივ-ით?
- რა გზით მოხდა თქვენი ინფიცირება?
- როგორ ფიქრობთ, სტიგმა და დისკრიმინაცია, რომელსაც თქვენ განიცდით, არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რა გზით მოხდა თქვენი დაინფიცირება?
- თქვენი აზრით, რა არის აივ-თან ასოცირებული სტიგმის მიზეზი?
- რა რეაქცია აქვთ ადამიანებს, როდესაც ისინი იგებენ, რომ თქვენ ინფიცირებული ხართ?
- თქვენს გარშემო მყოფმა ადამიანებმა, მაგალითად თქვენმა კოლეგებმა სამსახურში, იციან თქვენი ინფიცირების შესახებ? თუ დიახ, როგორი იყო მათი რეაქცია?
- რატომ არ ამჟღავნებთ თქვენს აივ სტატუსს?
- თქვენმა სქესობრივმა პარტნიორმა იცის, რომ აივ ინფიცირებული ხართ?

- (თუ რესპონდენტი ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელია) თქვენმა მეგობარმა, რომელიც ასევე მოიხმარს ნარკოტიკს (ვისთანაც შესაძლოა, გამოიყენოთ საზიარო შპრიცი), იცის თქვენი აივ სტატუსის შესახებ?
- შეგიძლიათ, მოიგონოთ შემთხვევა, როდესაც თქვენ ან თქვენი ოჯახის წევრებს მიაყენეს შეურაცხყოფა თქვენი აივ-დადებითი სტატუსის გამო?
- გაქვთ ურთიერთობა სხვა აივ ინფიცირებულ პირებთან? რატომ გაქვთ ან რატომ არ გაქვთ?
- რა შეიძლება, გაკეთდეს აივ/შიდსთან ასოცირებულ სტიგმასთან და ინფიცირებული პირების დისკრიმინაციასთან საბრძოლველად?

სამედიცინო პერსონალთან ფოკუს-ჯგუფებში დისკუსიის დრო გამოყენებული კვლევის ინსტრუმენტი

შესავალი და მოთელვის სავარჯიშო

1. რა არის აივ ინფიცირების რისკი?
2. როგორ ფიქრობთ, სამედიცინო პერსონალი შეიძლება დაინფიცირდეს აივ-ით? თუ დიახ, რა გზით?
3. შეგიძლიათ, განსაზღვროთ ტერმინები – სტიგმა და დისკრიმინაცია?
4. რა იცით აივ ინფიცირებული პირების დისკრიმინაციის შესახებ? როგორ ფიქრობთ, რა მიზეზები დგას ასეთი დამოკიდებულების/ქმედებების უკან?
5. როგორი იყო თქვენი რეაქცია, როდესაც თქვენთან სამკურნალოდ აივ ინფიცირებული პაციენტი მოვიდა?
6. წარმოიდგინეთ, რომ თქვენ გყავდათ აივ ინფიცირებული პაციენტი, რომლის სტატუსი თქვენ არ იცოდით? როგორ ფიქრობთ, რა შეიძლება ყოფილიყო იმის მიზეზი, რომ თქვენ არ იყავით ინფორმირებული პაციენტის აივ-დადებითი სტატუსის შესახებ?
7. როგორ ფიქრობთ, ვისთან არის ჯანდაცვის მუშაკი უფლებამოსილი, გაამჟღავნოს პაციენტის აივ-დადებითი სტატუსი?
8. თქვენი აზრით, სად უნდა იღებდეს აივ ინფიცირებული პირი სამედიცინო სერვისს?
 - ა. ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში
 - ბ. სპეციალიზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში
 - გ. არსად
9. როგორ განსაზღვრავთ აივ ინფიცირებული პირის მიმართ დისკრიმინაციას სამედიცინო სერვისის მიწოდებისას?
10. უსაფრთხოების რა მინიმალური ზომები უნდა იყოს დანერგილი თქვენს სამედიცინო დაწესებულებაში, რომ დაინფიცირების შიშის გარეშე მიაწოდოთ სამედიცინო მომსახურება აივ ინფიცირებულ ადამიანს?
11. სამთავრობო ან დონორის მხარდაჭერით მიმდინარე რომელ პროგრამებს იცნობთ, რომლებიც საქართველოში აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების მკურნალობას და მოვლას ითვალისწინებენ?

- 12 რა კომენტარს გააკეთებდით აივ/შიდსის პროფილაქტიკის სახელმწიფო კანონზე? როგორ იცავს იგი იმ სამედიცინო პერსონალის უფლებებს, რომლებიც შიდსით დაავადებულ პირებს მკურნალობენ?
- 13 როგორი იქნებოდა თქვენი რეკომენდაციები აივ ინფიცირებულ ჯანდაცვის მუშაკთან დაკავშირებით მათი პროფესიული საქმიანობის თავისებურებებიდან გამომდინარე?
- 14 თქვენი აზრით, რა უნდა გაკეთდეს აივ–თან ასოცირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შესამცირებლად?

აივ ინფიცირებულ (ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელ და არა–მომხმარებელ) პირებთან ფოკუს–ჯგუფებში დისკუსიის დროს გამოყენებული კვლევის ინსტრუმენტი

შესავალი

ფოკუს–ჯგუფებში დისკუსიის მიზნები
კონფიდენციალურობა
მონაწილეთა წარდგინება

მოთელვის სავარჯიშო:

რა იცით საქართველოში აივ/შიდსის სიტუაციის შესახებ?

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები:

რას გრძნობდით, როდესაც პირველად შეიტყვეთ თქვენი აივ–დადებითი სტატუსის შესახებ?

რას გრძნობთ ამჟამად?

- გრძნობები/ემოციები
- აზრები (თვითმკვლელობაზე ფიქრი)
- ქმედებები (თვითმკვლელობის მცდელობა)

რა ცვლილებები შენიშნეთ თქვენს პიროვნებაში მას შემდეგ, რაც შეიტყვეთ თქვენი აივ–დადებითი სტატუსის შესახებ?

როგორ შეგიძლიათ აღწეროთ თქვენი ამჟამინდელი საჭიროებანი?

გამოსავალი:

აივ ინფიცირებული პირებისათვის დამახასიათებელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების სპექტრი;

აივ ინფიცირებულ პირებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების დინამიკა/ფაზები;
აივ ინფიცირებულ პირთა პიროვნული რეაქციები აივ/შიდსის დიაგნოზის და დაავადების პროგრესირების მიმართ.

ფაქტორები რომლებიც გავლენას ახდენენ აივ ინფიცირებულ პირთა ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე:

რა ან ვინ გეხმარებოდათ თქვენ?

რა ან ვინ გეხმარებათ თქვენ ამჟამად?

რა ან ვინ შეიძლება დაგხმარებოდეთ?

რა ან ვინ შეიძლება იყოს დამხმარე თქვენთვის (ფიზიკურად, სოციალურად)?

რისგან ან ვისგან გიგრძენიათ შეწუხება/ზეწოლა აივ-დადებითი სტატუსის გამო და რა სახის უარყოფით ფაქტორებს გაიხსენებდით?
რა ან ვინ გაწუხებთ ან ახდენს ზეწოლას თქვენზე ამჟამად?

სერვისები

როგორც აივ-ინფიცირებულ ადამიანს, რა სახის სერვისები/მხარდაჭერა მიგიღიათ?
რა მოგეწონათ ან რა არ მოგეწონათ თქვენთვის მოწოდებული სერვისებიდან?
როგორ აღწერდით სერვისებს/მხარდაჭერას, რომლის მიღებასაც ისურვებდით?
სხვა რა სახის მხარდაჭერა გაქვთ ან ისურვებდით რომ გქონდეთ?

სტიგმისა და დისკრიმინაციის კვლევაში მონაწილე რესპონდენტთა განაწილება

ცხრილი # 1

ინტერვიუში მონაწილე რესპონდენტთა რაოდენობა (18–25 წლის)	
ქალაქი	მონაწილეთა #
თბილისი	150
ზუგდიდი	70
ქუთაისი	70
ახალციხე	30
თელავი	30
სულ	350

ცხრილი # 2

ინტერვიუში მონაწილე ჯანდაცვის მუშაკთა რაოდენობა ქალაქების მიხედვით

ქალაქი	მონაწილეთა #
თბილისი	60
ზუგდიდი	40
ქუთაისი	40
ახალციხე	15
თელავი	15
სულ	170