

აივ დადებითი პირების, სარისკო პოპულაციისა და სამედიცინო პერსონალის აღება და დამოკიდებულებები აივ ტესტირებაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ

ქვევით მეთვლიყრებაზე დაფუძნებული მიზნებები



თვისებრივი კვლევის ანგარიში
2020 წ. თბილისი, საქართველო

წინამდებარე კვლევა ჩატარდა გაეროს მოსახლეობის ფონდისა (UNFPA) და გაეროს განვითარების პროგრამის (UNDP) ერთობლივი ინიციატივის “აივ ტესტირების დაბალი მაჩვენებლის შემაფერხებელი ფაქტორების შესწავლა ქცევითი მეცნიერების (ინსაიტების) პრიზმის საშუალებით” ფარგლებში და დაფინანსებულია გაეროს შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მიერ.

კვლევის განხორციელება შესაძლებელი გახდა გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის ფინანსური და ტექნიკური მხარდაჭერით და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან მჭიდრო თანამშრომლობით.

კვლევის ანგარიში მოამზადა საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიურმა ცენტრმა „თანადგომა“.

კვლევაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნით ავტორებს და შესაძლოა, არ ასახავდნენ გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) შეხედულებებს.

©UNFPA 2020

ციტირებისათვის:

ქცევითი ინსაიტების კვლევა: აივ დადებითი პირების, სარისკო პოპულაციისა და სამედიცინო პერსონალის აღქმა და დამოკიდებულებები აივ ტესტირებაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ. საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი „თანადგომა“. ავტორები: ლელა კურდღელაშვილი, მზია ტაბატაძე, ნინო წერეთელი.

**აივ დადებითი პირების, სარისკო
პოპულაციისა და სამედიცინო პერსონალის
აღქმა და დამოკიდებულებები აივ ტესტირებაზე
მოქმედი ფაქტორების შესახებ**

**ქცევით მეცნიერებაზე
დაფუძნებული მიზნები**

თვისებრივი კვლევის ანგარიში

2020 წ. თბილისი, საქართველო

შემოკლებები	7
კვლევის შეჯამება	9
პროგრამის მოკლე მიმოხილვა	13
საქართველოს კონტექსტი: აივ/შიდსის ეპიდსიტუაციის მიმოხილვა	13
კვლევის მიზანშეწონილობა	15
კვლევის მეთოდოლოგია	18
კვლევის მიზანი და ამოცანები	18
კვლევის მეთოდები	18
კვლევის ინსტრუმენტი	18
კვლევის სამიზნე ჯგუფები და გეოგრაფიული არეალი	20
ეთიკის საკითხები	21
მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი	21
კვლევის მიგნებები	21
კვლევის კოჰორტის მახასიათებლები	21
აღქმული მონაცვლადობა	22
დაავადების აღქმული სიმწვავე	24
ტესტირების აღქმული სარგებელი	26
აივ-ზე ტესტირების ბარიერები	26
ტესტირების ბარიერები სპეციფიკურად ჯანდაცვის სისტემაში	28
სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი ცოდნა	29
სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება	31
პრივატულობის და კონფიდენციალობის დარღვევის საფრთხე	31
ტესტირება პაციენტის ინფორმირების და/ან კონსულტირების გარეშე	32
ინსტიტუციური ბარიერები: შეუსაბამო ინფრასტრუქტურა და მედპერსონალის არასაკმარისი ანაზღაურება	32
ტესტირების ხელმისაწვდომობა	33
აივ-ზე ტესტირების მოტივატორები	33
აივ-ზე ტესტირების არსებული და სასურველი მოდელები	36
პაციენტისთვის ტესტის შედეგების მიწოდების გზები	38
პაციენტებისგან უკუკავშირის მიღების და მასზე რეაგირების მექანიზმი ჯანდაცვის სისტემაში	38
თვითტესტირება, როგორც აივ-ზე ტესტირების გაზრდის შესაძლებლობა	39
დასკვნები	42
რეკომენდაციები	45
ბიბლიოგრაფია	47

შემოკლებები

აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
ა/ო	არასამთავრობო ორგანიზაცია
ნიბ	ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებელი
მსმ	მამაკაცი, რომელსაც სექსი აქვს მამაკაცთან
ნკბ	ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება
პჯდ	პირველადი ჯანდაცვა
სმქ	სექსმუშაკი ქალი
ფ.ჯ.	ფოკუსური ჯგუფები
შიდსი	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ჩ.ი.	ჩადრმავებული ინტერვიუ
PrEP	ექსპოზიციის წინა პროფილაქტიკა (Pre-Exposure Prophylaxis)
EECA	ადმოსავლეთ ევროპა და ცენტრალური აზია
IBBS	ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით
KAP	ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის კვლევა
MICS	მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა
UNDP	გაერთო განვითარების პროგრამა
UNFPA	გაერთო მოსახლეობის ფონდი

გაეროს მოსახლეობის ფონდსა და არასამთავრობო ორგანიზაცია (ა/ო) „თანადგომას“ შორის 2020 წელს გაფორმდა ხელშეკრულება - „ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და სექსუალობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების მხარდაჭერა“, რომლის ფარგლებშიც ჩატარდა თვისებრივი კვლევა: **აივ დადებითი პირების, სარისკო პოპულაციისა და სამედიცინო პერსონალის აღქმა და დამოკიდებულებები აივ ტესტირებაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ.**

კვლევის მიზანი: კვლევის მიზანია აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებული გამოწვევების ანალიზი ქცევითი მეცნიერების ქრილში, იმ ბარიერებისა და მოტივატორების შესწავლა, რომლებიც უკავშირდება აივ-ზე ტესტირების ქცევას.

კვლევის სპეციფიკური ამოცანებია:

- **სარისკო პოპულაციების შეხედულებათა** შესწავლა აივ-ზე ტესტირების, ტესტირებაზე გადაწყვეტილების მიღების და თავად ტესტირების ქცევაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ;

- **ჯანდაცვის მუშაკების შეხედულებათა** შესწავლა სარისკო პოპულაციებსა და აივ-ზე ტესტირების შესახებ;

- **აივ-ზე ტესტირების სერვისების ისეთ მოდელთა** იდენტიფიცირება, რომლებსაც სარისკო პოპულაციები უპირატესობას ანიჭებენ და რომლებიც მისაღებია სერვისის მიმწოდებლებისათვის.

კვლევის მიზანშეწონილობა:

საქართველომ უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია აივ ინფიცირებული პირების მკურნალობისა და ზრუნვის სერვისების გაძლიერების თვალსაზრისით. თუმცა, ამ მიღწევის კვალდაკვალ, მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება აივ ინფიცირებული პირების დაბალი გამოვლენა: აივ დადებითი პირების სავარაუდო რაოდენობიდან ერთ მესამედზე მეტმა (35%; 3,150 ინფიცირებული) ჯერ კიდევ არ იცის თავისი აივ დადებითი სტატუსი.

შესაბამისად, აივ ინფიცირებულ პირთა გამოვლენის გაუმჯობესება ქვეყნის ერთ-ერთ სტრატეგიულ პრიორიტეტად არის აღიარებული. ამ კრიტიკული გამოწვევის დასაძლევად გადაწყდა თვისებრივი კვლევის ჩატარება, რაც გამოიკვლევდა აივ დადებითი პირების, სარისკო პოპულაციების წარმომადგენლებისა და ჯანდაცვის სფეროს მუშაკების აღქმასა თუ შეხედულებებს აივ-ზე ტესტირების ბარიერებისა და ხელშემწყობი ფაქტორების შესახებ.

კვლევის მიგნებები დაეხმარება დაინტერესებულ მხარეებს, გააუმჯობესონ ტესტირების და, შესაბამისად, აივ-ის გამოვლენის მაჩვენებლები. ეს გადამწყვეტია ქვეყნისთვის ეროვნული სტრატეგიული გეგმით განსაზღვრული ამოცანების შესასრულებლად, რათა 2030 წლისათვის მიაღწიოს UNAIDS-ის ამბიციურ სამიზნეს '95-95-95'. აივ/შიდსის ეროვნული პასუხის გაძლიერება ჰარმონიზებულია მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG) ამოცანა 3.3 შესრულებასთან, რომელიც კონკრეტულად შეეხება მთავრობის ვალდებულებას, დაასრულოს შიდსის ეპიდემია 2030 წლისათვის.

კვლევის მეთოდები: საკვლევ პოპულაციებში ჩატარდა ფოკუსირებული დისკუსიები და ჩაღრმავებული ინტერვიუები, რათა შეგროვებულიყო რეალისტური, კონტექსტის შესაბამისი ცოდნა ადამიანების სპეციფიკურ ჯგუფთა ქცევების, წარმოდგენებისა და აღქმის შესახებ, ზოგადად, აივ ინფექციასთან და, კერძოდ, აივ-ზე ტესტირებასთან მიმართებით.

ხარისხობრივი კვლევა ჩატარდა საქართველოს 3 ქალაქში: თბილისი, ბათუმი და ზუგდიდი. კვლევა მიმართული იყო 5 ჯგუფზე: ჯანდაცვის მუშაკები; აივ დადებითი ადამიანები (აივ+); მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ); ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები (ნიმ) და სექსმუშაკი ქალები (სმქ).

კვლევის საველე სამუშაოები ჩატარდა 2020 წლის აგვისტოს თვეში. სულ გამოიკითხა 75 პირი. მათგან 23 ქალი არის აივ დაზარალებული ჯგუფის წარმომადგენელი, ხოლო 13 ქალი - სამედიცინო პერსონალი.

ბიოეთიკის კომისიის დასკვნა: კვლევის ჩატარებაზე ნებართვა გასცა „ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის“ ბიო-სამედიცინო ეთიკის კომისიამ (IRB00009520, IORG0005619) (სერტიფიკატი # 2020-8, 08/06/2020).

კვლევის ინსტრუმენტი: ინტერვიუებისა და ფოკუსჯგუფების სახელმძღვანელო შეიქმნა მონაწილეობითი პროცესის შედეგად, რომელშიც ჩართული იყვნენ კვლევის გუნდის ლიდერი, ეროვნული ექსპერტები და პარტნიორები გაეროს მოსახლეობის ფონდიდან, ასევე, გაეროს განვითარების პროგრამის ქცევითი ინსაიტების ჯგუფიდან.

კვლევის ძირითადი დასკვნები:

აღქმული მოწყვლადობა: მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების წარმომადგენელთა უმეტესობა ობიექტურად აფასებს აივ ინფიცირების რისკს, თუმცა აღმოჩნდა, რომ ამ პოპულაციის გარკვეულ ნაწილს ბოლო 12 თვის მანძილზე აივ-ზე ტესტირება არ ჩაუტარებია. ამრიგად, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ინფიცირების რისკის სწორი აღქმა ტესტირებისთვის აუცილებელი პირობაა, თუმცა არასაკმარისი, რამდენადაც ტესტირების შესახებ გადაწყვეტილებებზე მრავალი სხვა ფაქტორიც ახდენს გავლენას.

დაავადების აღქმული სიმწვავე: დაავადების სიმწვავე და დიაგნოზის შიში საკვლევი ჯგუფების უმრავლესობისთვის უფრო მეტად დაკავშირებულია ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კონტექსტთან, ვიდრე ჯანმრთელობის საკითხებთან. დიაგნოზის შიში უფრო უკავშირდება მოსალოდნელ სტიგმას, დისკრიმინაციას, გარიყვის საფრთხეს ოჯახიდან, სამეგობროდან თუ საზოგადოებისგან; ასევე გამოიკვეთა სამსახურის დაკარგვის და დასაქმების შესაძლებლობათა შეზღუდვის შიში.

დროული ტესტირების სარგებელი: რესპონდენტების უმრავლესობა კარგად არის ინფორმირებული, რამდენად სასარგებლოა აივ ინფექციაზე დროული ტესტირება. თუმცა ისინი ფიქრობენ, რომ მოსახლეობის დიდი ნაწილის ცოდნა ამ მხრივ არააადეკვატურია. მათი აზრით, დროული მკურნალობის ეფექტურობაზე ინფორმირებულობა ტესტირებისთვის ძლიერი მოტივაციის ფაქტორი იქნება.

ტესტირების ბარიერები: კვლევისას დასახელდა არაერთი ბარიერი - არასაკმარისი ინფორმირებულობა აივ-სა და მასთან დაკავშირებულ ხელმისაწვდომ სერვისებზე, სტიგმა და დისკრიმინაცია; უნდობლობა; არაკეთილგანწყობილი გარემო; კონფიდენციალურობის დარღვევის შიში; სამედიცინო პერსონალის გულგრილი და, ზოგჯერ, განსჯადი დამოკიდებულება სარისკო პოპულაციების და ინფიცირებული პირების მიმართ. ასევე დასახელდა ტესტირების შეზღუდული გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ბარიერი ჯამურად გადაწონის იმ პოზიტიურ ფაქტორებს, რომელიც ზრდის ადამიანების მოტივაციას, დროულად ჩაიტარონ გამოკვლევა და გაიგონ თავიანთი სტატუსი.

რეგიონული უთანასწორობა: კვლევაში აქცენტი გაკეთდა რეგიონულ უთანასწორობაზე. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ ტესტირების სერვისები შეზღუდულია სოფლად და პატარა ქალაქებში მცხოვრები ადამიანებისთვის. გარდა ამისა, რეგიონებში უფრო მწვავედ დგას კონფიდენციალურობის დარღვევის შიში.

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა და დამოკიდებულება: აივ-ზე ტესტირების მიდგომები და დამოკიდებულებები სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში განსხვავებულია. მედპერსონალის ნაწილი ღიად საუბრობს, რომ პირველად ჯანდაცვის რგოლში სამედიცინო პერსონალი ჯერჯერობით არ არის მზად, რომ მიაწოდოს კეთილგანწყობილი და მეგობრული სერვისები განსხვავებული და მარგინალიზებული ქცევის მქონე პირებს.

აივ-ზე ტესტის შედეგების შეტყობინების წესის სტანდარტიზაცია: კვლევამ აჩვენა, რომ გამოცდილ, სპეციალიზებულ დაწესებულებებშიც კი, აივ-ზე ტესტის შედეგების შეტყობინებისას, ირღვევა პრივატულობა და კონფიდენციალობა. გამოვლინდა, რომ მედპერსონალი არ არის ინფორმირებული აივ დადებითი პირის პარტნიორის შეტყობინების წესის შესახებ. ამ გამოწვევის სათავე კი არის საკანონმდებლო ხარვეზი, რადგან არ არსებობს კანონქვემდებარე აქტები აივ დადებითი სტატუსის შეტყობინების წესის შესახებ.

ტესტირებისთვის შეუსაბამო ინფრასტრუქტურა: რიგი სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა (განსაკუთრებით, რეგიონებში) შეუთავსებელია ხარისხიანი და კეთილგანწყობილი სერვისების მიწოდებასთან. განსაკუთრებით ხშირად გაუძღვრებული ნაკლოვანება აღმოჩნდა არაპრივატული გარემო. ასევე, ხაზი გაესვა დაწესებულებებში სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების შესრულების აუცილებლობას.

პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) პერსონალის დამოკიდებულება და მოტივაციის ნაკლებობა: პჯდ მედპერსონალის დამოკიდებულება აივ სკრინინგის შესახებ არაერთგვაროვანია. პერსონალის ნაწილი სკრინინგის პროგრამას აღიქვამს, როგორც გეგმას და ორიენტირებულია სერვისების რაოდენობაზე. სკრინინგის პროგრამაში პჯდ-ს ჩართვამ გაზარდა პერსონალის სამუშაოს დატვირთვა, თუმცა მათი ანაზღაურება არ შეცვლილა. ამ ფაქტორებმა, შესაძლოა, გამოიწვიოს პერსონალის დემოტივაცია, რაც საფრთხეს უქმნის სერვისის ხარისხს.

ჯანდაცვაში პრობლემების უარყოფა და პაციენტისგან უკუკავშირის მიღების უფუნქციო მექანიზმები: სამედიცინო პერსონალი უარყოფს ჯანდაცვის სისტემაში ტესტირების ბარიერების არსებობას. თითქმის ყველა მონაწილე მედპერსონალმა აღნიშნა, რომ დაწესებულებაში უგამონაკლისოდ მოქმედებს პაციენტისგან უკუკავშირის მოძიების მექანიზმები, თუმცა, სავარაუდოდ, ეს მექანიზმები ნაკლებად ემედიით ან უფუნქციოა. პერსონალის მხრიდან პრობლემის უარყოფა ნიშანდობლივია - ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ჯანდაცვის სისტემამ გაატაროს ემედიით ღონისძიებები ამ გამოწვევების მოსაგვარებლად, სანამ არ მოხდება შესაბამისი მტკიცებულებების გენერირება და სისტემის მიერ პრობლემის აღიარება.

აივ ტესტირების სამოქალაქო (სათემო) მოდელი: კვლევამ აჩვენა, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციები ტესტირებისთვის ყველაზე კომფორტულ და კეთილგანწყობილ სერვისად არის აღქმული. ტესტირებაზე სოციალური თანხლება, თანასწორობა ჩართულობა და ინფიცირებული პირების წარმატებული გამოცდილების გაზიარება დასახელდა, როგორც მოდელის სასურველი კომპონენტები.

აივ-ზე თვითტესტირება - პოტენციური და მოსალოდნელი გამოწვევები: მონაწილეები ერთმნიშვნელოვნად აცხადებენ, რომ თვითტესტირებას აქვს პოტენციური, გაზარდოს ტესტირებულთა რაოდენობა და, შესაბამისად, გააუმჯობესოს ინფიცირებულ პირთა გამოვლენა. თუმცა, გამოითქვა სხვადასხვა მოსაზრება მოსალოდნელი გამოწვევების შესახებ.

კვლევის მიგნებებზე დაფუძნებით შემუშავებული რეკომენდაციები:

რეკომენდაცია 1: სამედიცინო პერსონალის გადამზადება: მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სხვა კლინიკების პერსონალის ტრენინგები/განმეორებითი ტრენინგები შემდეგ საკითხებზე: კონსულტირების უნარები, მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებთან მუშაობის სპეციფიკა, სტიგმა-დისკრიმინაცია, მონაცემების კონფიდენციალობა, პაციენტის უფლებები და საქართველოს კანონი „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“.

რეკომენდაცია 2: აივ ინფექცია/შიდსზე სახელმწიფო კანონიდან გამომდინარე რეგულაციების/წესების განსაზღვრა და მათი ინსტიტუციონალიზაცია: მნიშვნელოვანია, დარგის ექსპერტებმა შეიმუშაონ პროცედურები აივ ტესტირებასთან, ტესტის შედეგების შეტყობინებასა და პარტნიორის შეტყობინებასთან მიმართებით და ეს განერილი წესები დამტკიცდეს მათი ინსტიტუციონალიზაციის მიზნით.

რეკომენდაცია 3: ტესტირებისთვის შესაბამისი ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება; პრივატული და კომფორტული გარემოს უზრუნველყოფა: მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება და ამით კონსულტანტსა და პაციენტს შორის პრივატული, კომფორტული გარემოს უზრუნველყოფა.

რეკომენდაცია 4: აივ-ზე ტესტირების სათემო მოდელის გაფართოება და მდგრადობა: არასამთავრობო ორგანიზაციების აქტიური ჩართულობა აივ პრევენციის სერვისებში და მათი ფუნქციონირების მდგრადობა მნიშვნელოვანი პირობაა მაღალი ხარისხის ტესტირების სერვისების შენარჩუნებისათვის. სათემო მოდელი უნდა მოიცავდეს: ტესტირებაზე სოციალურ თანხლებას, თანასწორთა და ინფიცირებულ პირთა ჩართულობას.

რეკომენდაცია 5: თვითტესტირების, როგორც ტესტირებით მოცვის ალტერნატიული გზის გაფართოება: რეკომენდებულია მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებისათვის აივ-ზე თვითტესტირების სერვისების მიწოდების ალტერნატიული გზების შეთავაზება. ამისთვის უნდა გაიწეროს თვითტესტირების სერვისის ოპერაციული სახელმძღვანელო, რომელიც პაციენტისთვის იქნება გზამკვლევი.

რეკომენდაცია 6: პაციენტების კმაყოფილების გამოკითხვა და უკუკავშირის ქმედითი მექანიზმების ინსტიტუციონალიზაცია: მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის კონტროლის მექანიზმების შექმნა/გაუმჯობესება და მექანიზმების ამუშავების ხელშეწყობა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტისგან უკუკავშირის რეალურ მოძიებას; პაციენტების მიერ იდენტიფიცირებული საკითხების ანალიზს და მასზე ადეკვატურ, დროულ რეაგირებას.

რეკომენდაცია 7: რეგიონში მცხოვრებთათვის აივ ტესტირებაზე ბარიერების შემცირების სტრატეგიის მოკვლევა და დაგეგმვა: სასურველია რეგიონების სიტუაციის შესწავლა და მათ საჭიროებებსა და სპეციფიკურობაზე მორგებული სტრატეგიის შემუშავება.

რეკომენდაცია 8: საინფორმაციო კამპანიების ორგანიზება: სასურველია საინფორმაციო კამპანიების წარმოება აივ-თან დაკავშირებული დამოკიდებულებებისა და სტიგმის შემცირების მიზნით ზოგად მოსახლეობაში. აქციებისა და ღონისძიებების დროს ხელმისაწვდომი უნდა იყოს უფასო ტესტირება.

რეკომენდაცია 9: პირველად ჯანდაცვაში პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების ფოკუსირება მიზნობრივ ტესტირებაზე: მნიშვნელოვანია პირველად ჯანდაცვაში ინიცირებული აივ-ზე ტესტირების მიმართვა განსაზღვრულ ჯგუფებზე და ამით მიწოდებული სერვისების ეფექტიანობისა და ეფექტურობის ხელშეწყობა.

რეკომენდაცია 10: ჯანდაცვის სისტემაში სტიგმა-დისკრიმინაციის მასშტაბების შესწავლა: სასურველია სტიგმის ინდექსის კვლევის ჩატარება, რომლის მიგნებები საფუძვლად დაედება მიზნობრივი ინტერვენციების დაგეგმვასა და განხორციელებას.

პროგრამის მოკლე მიმოხილვა

ქცევითი ინსაითების კვლევა: „აივ დადებითი პირების, სარისკო პოპულაციისა და სამედიცინო პერსონალის აღქმა და დამოკიდებულებები აივ ტესტირებაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ“ ჩატარდა პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება გაეროს მოსახლეობის ფონდსა და ა/ო „თანადგომა“ შორის 2020 წელს გაფორმებული ხელშეკრულების - „ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და სექსუალობისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ განათლების მხარდაჭერა“ - შესაბამისად.

არსებული ხელშეკრულების ერთ-ერთი მიმართულებაა „მტკიცებულებებზე დაფუძნებული აივ სერვისები საკვანძო პოპულაციებისათვის“. ამ მიზნით, გაეროს განვითარების პროგრამა (UNDP) და გაეროს მოსახლეობის ფონდი (UNFPA) ახორციელებენ ერთობლივ ინიციატივას 2 კონკრეტული ამოცანის შესასრულებლად:

1. აივ ინფიცირებული პირებისა და საკვანძო პოპულაციებისათვის სტიგმისგან თავისუფალი სამედიცინო სერვისების ხელშეწყობა ჯანდაცვის სექტორში
2. რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევის დიზაინის შემუშავება, რათა გამოვლინდეს ბარიერები ტესტირების სერვისებზე და მათი მინიმიზაციის გზით ახალგაზრდებსა და საკვანძო პოპულაციებში გაიზარდოს აივ-ზე ტესტირების პოპულარობა.

ინიციატივის ფარგლებში, გაეროს სააგენტოები და ა/ო „თანადგომა“ მჭიდროდ თანამშრომლობენ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრთან (დკსჯეც), შიდსის ცენტრთან, აკადემიურ ინსტიტუტებსა და სამოქალაქო-სათემო ორგანიზაციებთან.

საქართველოს კონტექსტი: აივ/შიდსის ეპიდსიტუაციის მიმოხილვა

საქართველო აივ-ის დაბალი პრევალენტობის მქონე ქვეყანაა, სადაც აივ ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელი არის 0.4% ზრდასრულ მოსახლეობაში¹. აივ ინფიცირების პირველი შემთხვევის გამოვლენიდან 2020 წლის 1 ოქტომბრამდე სულ 8,520 შემთხვევა იყო დარეგისტრირებული, რომელთაგან 75% კაცია. გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ მოწოდებული ინსტრუმენტის - SPECTRUM მოდელირებით - საქართველოში აივ ინფიცირებული პირების მთლიანი რაოდენობა 2020 წლისათვის 9100-ს აღწევს.

აივ ინფექცია კონცენტრირებულია საკვანძო/სარისკო პოპულაციებში - მამაკაცებში, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან (მსმ) და ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლებში (ნიმ). ბოლო ათი წლის განმავლობაში, აივ-ის გავრცელება მსმ-ებში მკვეთრად გაიზარდა და 2017 წელს მიაღწია 20.7%-ს. მიუხედავად ამისა, აივ ინფექციის ჰეტეროგენული გზით გადაცემამ წამყვანი ხასიათი მიიღო. 2019 წელს რეგისტრირებული შემთხვევების თითქმის ნახევარი (48.5%) გადაცემის სწორედ ამ გზას უკავშირდება².

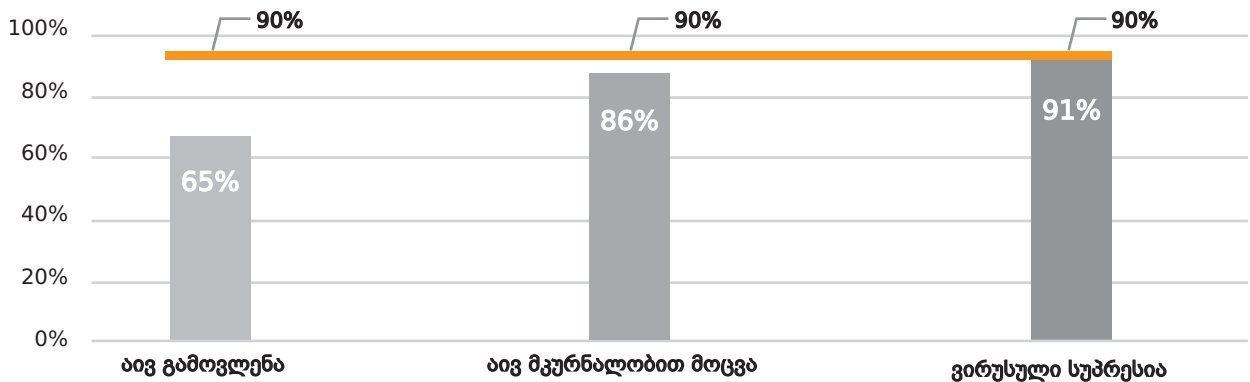
საქართველომ, აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის (EECA) სხვა ქვეყნების მსგავსად, უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია აივ ინფიცირებული პირების მკურნალობისა და ზრუნვის სერვისების გაძლიერების თვალსაზრისით, რაც პირდაპირ კავშირშია მკურნალობაზე მყოფ პირებში ვირუსული სუპრესიის მიღწევასა და მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან. თუმცა, ამ მნიშვნელოვანი მიღწევის კვალდაკვალ, მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება აივ ინფიცირებული პირების დაბალი გამოვლენა: აივ დადებითი პირების სავარაუდო რაოდენობიდან ერთ მესამედზე მეტმა (35%; 3,150 ინფიცირებული)¹ ჯერ კიდევ არ იცის თავისი აივ-დადებითი სტატუსი.

1. გაეროს შიდსის პროგრამის შიდსის მონიტორინგის გლობალური ანგარიში. 2018

2. -http://aidscenter.ge/epidsituation_geo.html, ნანახია 25 მაისს, 2020

აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის ქვეყნების მონაცემების ანალიზი აჩვენებს, რომ საქართველო ლიდერობს გამოვლენილ პირთა მკურნალობაში ჩართვის მაჩვენებლის მიხედვით და ამ ინდიკატორით ყველაზე ახლოს იყო 2020 წლის კონკრეტული სამიზნის მიღწევასთან (ფაქტობრივი 86% vs სამიზნე 90%);³ ხოლო მკურნალობაზე მყოფ პირთა შორის ვირუსული სუპრესიის მაჩვენებლით საქართველომ უკვე 2020 წელს შეძლო ამბიციური მიზნის მიღწევა (ფაქტობრივი 91% vs სამიზნე 90%). თუმცა აივ ინფიცირებულ პირთა გამოვლენის თვალსაზრისით, საქართველო ჩამორჩება EECA რეგიონის ბევრ ქვეყანას.

გრაფიკი 1: UNAIDS 90X90X90 სამიზნეების შესრულება საქართველოში



აივ ტესტირებაზე დაბალი მიმართუიანობა დასტურდება სარისკო პოპულაციებში ჩატარებული კვლევებითაც. კერძოდ:

- მსმ-ები: საქართველოს სამ უდიდეს ქალაქში (თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი) გამოკითხულ მსმ-თა მხოლოდ ნახევარზე ოდნავ მეტი აღნიშნავს, რომ აივ ტესტირება ჩაიტარა ბოლო 12 თვის მანძილზე⁴;
- სექსმუშაკი ქალები: კიდევ უფრო დაბალია ბოლო წლის მანძილზე აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებელი სექსმუშაკ ქალებში⁵;
- ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები: ნიმი-ებს შორის ტესტირების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად ვარირებს ქალაქების მიხედვით, თუმცა გასაშუალოებული მონაცემი ქვეყნის დონეზე აჩვენებს, რომ ინფიცირების მომატებული რისკის მიუხედავად, მხოლოდ მესამედმა ჩაიტარა აივ-ზე ტესტირება ბოლო წლის მანძილზე (33% (24.3-38%))⁶;
- ზოგადი მოსახლეობა: კიდევ უფრო მძიმე შედეგი აჩვენა ზოგადი მოსახლეობის კვლევამ. გაეროს სააგენტოების ერთობლივი ინიციატივით ჩატარებული მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევის (ე.წ. MICS6)⁷ მონაცემებით, ყოველი 20 კაციდან მხოლოდ 1 აღნიშნავს, რომ ჩაუტარებია აივ-ზე ტესტირება ინტერვიუმდე 12 თვის მანძილზე. ქალთა შორის ეს მონაცემი მცირედით მაღალია, რაც შესაძლოა, აიხსნებოდეს ორსულ ქალთა აივ-ზე რუტინული სკრინინგის პროგრამით.

3. გამოუქვეყნებელი პრეზენტაცია. თენგიზ ცერცვაძე. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი. მოხსენება ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს სხდომაზე. 31 ივლისი, 2020 წ.

4. აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან. თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი. ქვეყანაზე ზედამხედველობის კვლევა. 2019. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. ცენტრი „თანადგომა“. გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით

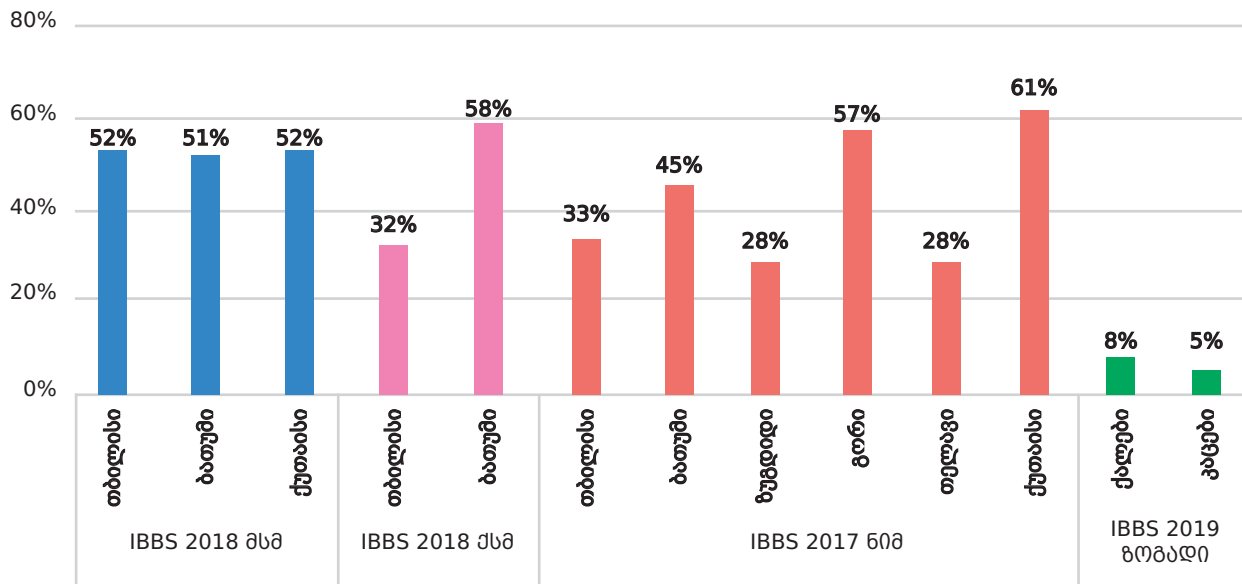
5. აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან. თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი. ქვეყანაზე ზედამხედველობის კვლევა. 2019. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. ცენტრი „თანადგომა“. გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით

6. აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა შორის. 2017 წ. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“. გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით

7. მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS6), საქართველო, 2018

➤ ახალგაზრდებში: MICS6 კვლევის მიხედვით, ხელმისაწვდომი არაა ბოლო წლის მანძილზე აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებელი, თუმცა კვლევის თანახმად, 15-17 წლის ახალგაზრდების მხოლოდ 0.8% აღნიშნავს, რომ ოდესმე ჩაუტარებიათ აივ-ზე ტესტირება.

გრაფიკი 2: აივ-ზე ტესტირების მაჩვენებლები სხვადასხვა პოპულაციაში



კვლევის მიზანშეწონილობა

აივ-ზე ტესტირებაზე დაბალი მოთხოვნა და ტესტირების დაბალი მაჩვენებლები რჩება აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის კრიტიკულ გამოწვევად. შესაბამისად, აივ ინფიცირებულ პირთა გამოვლენის გაუმჯობესება ქვეყნისათვის ერთ-ერთ სტრატეგიულ პრიორიტეტად არის აღიარებული. ეს უკანასკნელი შესაძლებელია მხოლოდ აივ-ზე ტესტირების სერვისების ხელმისაწვდომობის, მისი მიმზიდველობის და სერვისის ხარისხის გაუმჯობესებით.

აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგია⁸, გლობალური ფონდის შიდსის პროგრამა და სხვა სტრატეგიული დოკუმენტები ადასტურებენ, რომ უკვე 2 ათეული წელია მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის აივ-ზე ტესტირების სერვისები ორგანიზებულია როგორც სპეციალიზებულ სამედიცინო ცენტრებში, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციებში. გამოვლენის გაუმჯობესების მიზნით, აქტიურად გაფართოვდა მობილური ლაბორატორიების ქსელი, რომლებიც ამჟამად სხვადასხვა ქალაქში სავსეა მუშაობისას სთავაზობენ პირებს აივ-ზე ტესტირებას.

ბოლო რამდენიმე წლის მანძილზე კი, საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამის⁹ ინიცირების შემდეგ, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციებში ეტაპობრივად დაიწერა აივ ინფექციის, ტუბერკულოზის და ვირუსული ჰეპატიტების ინტეგრირებული სკრინინგის კომპონენტი. ინტეგრირებული სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში, 2020 წლის პირველი 7 თვის მანძილზე (იანვარი - ივლისი) სულ 62,000 ტესტირება ჩატარდა და აივ ინფიცირების 36 შემთხვევა გამოვლინდა (სეროპოზიტიურობის მაჩვენებელია 6 ადამიანი /10,000 გამოკვლეულ პირზე).¹⁰

8. საქართველოს აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგია. 2019-2022 წლები. <http://www.georgia-ccm.ge>

9. C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამა. 2015 წ. აპრილი. <https://www.moh.gov.ge/ka/528/>

10. გამოუქვეყნებელი პრეზენტაცია. თენგიზ ცერცვაძე. შიდსის ცენტრი. მოხსენება ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს სხდომაზე. 31.07.2020

აივ-ზე ტესტირების პოპულარიზაციისა და გაფართოების მიზნით, 2020 წლიდან, ეროვნული სტრატეგიული გეგმისნ შესაბამისად, დაიწყო აივ ინფექციაზე თვითტესტირების დანერგვა; თუმცა ამ ინტერვენციის ეფექტიანობის შესახებ მონაცემები ჯერჯერობით შეზღუდულია.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, აივ-ზე ტესტირების გაფართოება, ინფიცირებულ პირთა გამოვლენა და მათი დროული ჩართვა მკურნალობის და ზრუნვის სერვისებში არის ქვეყნის გაცხადებული პრიორიტეტი და ამ მიზნის მისაღწევად კრიტიკულად მნიშვნელოვანია ტესტირებაზე არსებული ბარიერების შეფასება, ასევე იმ ფაქტორების განსაზღვრა, რომლებიც გავლენას ახდენს ადამიანების ქცევაზე. ტესტირების ბარიერების შესწავლისას განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული გარემოს შეფასება, რადგან უკანასკნელი წლების მანძილზე ბევრი სამედიცინო დაწესებულება, მათ შორის, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები, ჩაერთო აივ-ზე ტესტირების სერვისებში და ეს დაწესებულებები ახალი მოთამაშეები გახდნენ აივ-ზე ტესტირების მიწოდების თვალსაზრისით.

საქართველოში აივ-ზე ეროვნული პასუხის ყველაზე კრიტიკული გამოწვევის დასაძლევად გადაწყდა თვისებრივი კვლევის ჩატარება, რომლის მეშვეობითაც გამოკვლეული იქნებოდა აივ დადებითი პირების, სარისკო პოპულაციების წარმომადგენლებისა თუ ჯანდაცვის სფეროს მუშაკების შეხედულებები აივ-ზე ტესტირების ბარიერების და ხელშემწყობი ფაქტორების შესახებ.

ინფიცირების რისკის ქვეშ მყოფი პოპულაციებისთვის, მათ შორის, მოწყვლადი ქცევის მქონე ახალგაზრდებისთვის, უნდა დაიგეგმოს და განხორციელდეს ქცევის ცვლილებაზე მიმართული ქმედითი სტრატეგიები. ქცევის ცვლილება მოიაზრებს როგორც სარისკო ქცევის შემცირებას, ასევე, აივ ტესტირებაზე გაზრდილ მოთხოვნას. ქცევის ცვლილების ინტერვენციებს კი საფუძვლად უნდა დაედოს ქცევითი მეცნიერების მიგნებები, ე.წ. ქცევითი ინსაითები, რომლის შესწავლაც წინამდებარე კვლევის მთავარი ამოცანა იყო.

თვისებრივი კვლევა ჩატარდა გაეროს მოსახლეობის ფონდისა და გაეროს განვითარების პროგრამის ერთობლივი ინიციატივის ფარგლებში, რომლის განხორციელებაში გაეროს მოსახლეობის ფონდის პარტნიორია ადგილობრივი ა/ო „საინფორმაციო სამედიცინო-ფსიქოლოგიური ცენტრი თანადგომა“, ასევე, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკსჯეც), შიდსის ცენტრი, გაეროს განვითარების პროგრამა (UNDP), სამეცნიერო წრეების წარმომადგენლები და სათემო ორგანიზაციები. ამ თანამშრომლობის შედეგად მიღებული მტკიცებულებები და კვლევის მიგნებები გამოყენებული იქნება ქცევით მეცნიერებაზე დამყარებული, სტიგმისგან თავისუფალი აივ-ზე ტესტირების სერვისების შესაქმნელად.

უნდა აღინიშნოს, რომ აივ-ზე ტესტირების ბარიერები საქართველოში 2020 წლამდე არ გამოკვლეულა. პირველი მსგავსი კვლევა ჩატარა ა/ო „თანადგომა“, UNFPA-ის ფინანსური მხარდაჭერით. ახალგაზრდებს შორის აივ-ზე ტესტირების მოთხოვნისა და დაბალი მიმართვიანობის მიზეზთა კვლევისას¹¹ შესწავლილია ტესტირების ბარიერები 18-24 წლის ასაკის ახალგაზრდებში. კვლევა მიზნად ისახავდა შემდეგ ამოცანებს:

- ინდივიდუალური და სტრუქტურული ბარიერების შესწავლა, რომლებიც განსაზღვრავენ აივ ტესტირებაზე ახალგაზრდების დაბალ მოთხოვნასა და მიმართვიანობას;
- აივ/შიდსთან და აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებული ადგილობრივი კონტექსტის შესწავლა ახალგაზრდების ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის თვალთახედვით და რეკომენდაციების შემუშავება ქცევითი ჩარევის სტრატეგიების დასაგეგმად და განსახორციელებლად.

11. ახალგაზრდებს შორის აივ ტესტირებაზე მოთხოვნისა და მიმართვადობის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზები. თვისებრივი კვლევის ანგარიში. ავტორები: ლელა კურდღელაშვილი; თამარ სირბილაძე; ნინო წერეთელი; და სხვ. ცენტრი თანადგომა. UNFPA-ის ფინანსური მხარდაჭერით. 2020 წ. საქართველო

კვლევაში მონაწილეობდა 115 ახალგაზრდა, მათ შორის, მოწყვლადი და განსაკუთრებული რისკის ქვეშ მყოფი ახალგაზრდები. სულ ჩატარდა 10 ფოკუსირებული დისკუსია და 15 ჩაღრმავებული ინტერვიუ. კვლევა მიმდინარეობდა 5 ქალაქში - თბილისში, ბათუმში, ზუგდიდში, გორსა და თელავში.

ახალგაზრდების კვლევას საფუძვლად დაედო სოციალური შემეცნების (დასწავლის) თეორია¹², რომელიც განიხილავდა სამკომპონენტო მოდელს. ეს უკანასკნელი გულისხმობს, რომ ადამიანის ქცევა არის პიროვნული (მახასიათებლების) ფაქტორების, გარემო ფაქტორების და ქცევის ურთიერთქმედებისა და ურთიერთხემოქმედების ჯამური შედეგი.

ახალგაზრდებში ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოიკვეთა აივ-ზე ტესტირების შემდეგი ძირითადი ბარიერები:

- საზოგადოების მხრიდან აივ დადებითი ადამიანების მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულების მოლოდინი და აივ-თან დაკავშირებული სტიგმა (ეს რესპონდენტებმა დაასახელეს აივ ტესტირებაზე მიმართვის უმთავრეს ბარიერად)
- აივ-ზე ტესტირების სერვისებზე ახალგაზრდების ნაკლები ინფორმირებულობა. ანონიმური და უფასო ტესტირების სერვისების ადგილმდებარეობის არცოდნა
- ანონიმურობისა და კონფიდენციალობის დარღვევის შიში
- არაკეთილგანწყობილი პერსონალი და არაკომპეტენტური გარემო
- აივ-ზე ტესტირების სერვისების შეზღუდული გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით, რეგიონებში. ტესტირების ცენტრების სიშორე და მგზავრობასთან დაკავშირებული დროის ან ფინანსური ფაქტორები.

როგორც ზემოთ არის აღწერილი, ახალგაზრდებში ბარიერების კვლევის მიზანი არ ყოფილა შეეფასებინა აივ მოწყვლადი ჯგუფების, მათ შორის, ინფიცირებული პირებისა თუ სამედიცინო პერსონალის აღქმა და შეხედულებები აივ-ზე ტესტირების ბარიერების შესახებ. ამრიგად, წინამდებარე კვლევა თავისი მიგნებებით უნიკალურია.

სხვადასხვა მიზნობრივი პოპულაციის აღქმა და შეხედულებები აივ-ზე ტესტირების ბარიერების შესახებ ღირებული ინფორმაციაა აივ-ის პრევენციის პოლიტიკისათვის და დაეხმარება დაინტერესებულ მხარეებს, გააუმჯობესონ ტესტირების და, შესაბამისად, აივ-ის გამოვლენის მაჩვენებლები. არსებული ბარიერების მინიმიზაციის გზით აივ-ზე ტესტირების სერვისების გაფართოება და გაუმჯობესება გადამწყვეტი იქნება ქვეყნისთვის, რომ შეასრულოს ეროვნული სტრატეგიული გეგმით განსაზღვრული ამოცანები და 2030 წლისათვის მიაღწიოს UNAIDS-ის ამბიციურ სამიზნეს '95-95-95'. ამასთან, შეასრულოს მდგრადი განვითარების მიზნების (SDG)¹³ ამოცანა 3.3, რომელიც კონკრეტულად შეეხება მთავრობის ვალდებულებას, დაასრულოს შიდსის ეპიდემია 2030 წლისათვის.

ამრიგად, ტესტირების ბარიერების შესახებ დაინტერესებულ ჯგუფთა აღქმის და შეხედულებების კვლევის (შემდგომში, ბარიერების კვლევა) მიზანი სრულად არის ჰარმონიზებული ქვეყნის საერთაშორისო ვალდებულებებთან, მთავრობის მიერ გაცხადებულ პრიორიტეტებსა და ქვეყნის სპეციფიკურ საჭიროებებთან.

12. Social Cognitive (Learning) Theory (SCT; Bandura 1986)

13. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10680SDG%20Voluntary%20National%20Review%20Georgia-.pdf> 17.08.2020

კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანია აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებული გამოწვევების ანალიზი ქცევითი მეცნიერების ქრილში, იმ ბარიერებისა და მოტივატორების შესწავლა, რომლებიც უკავშირდება აივ-ზე ტესტირების ქცევას.

კვლევას შემდგომი სპეციფიკური ამოცანები ჰქონდა მიზნად დასახული:

- **სარისკო პოპულაციების შეხედულებათა** შესწავლა აივ-ზე ტესტირების, ტესტირებაზე გადაწყვეტილების მიღების და თავად ტესტირების ქცევაზე მოქმედი ფაქტორების შესახებ;
- **ჯანდაცვის მუშაკების შეხედულებათა** შესწავლა სარისკო პოპულაციებსა და აივ-ზე ტესტირების შესახებ;
- **აივ-ზე ტესტირების სერვისების ისეთ მოდელთა** იდენტიფიცირება, რომლებსაც სარისკო პოპულაციები უპირატესობას ანიჭებენ და რომლებიც მისაღებია სერვისის მიმწოდებლებისათვის.

კვლევის მეთოდები

კვლევის თვისებრივი დიზაინი ყველაზე კარგად ესადაგება აივ-ზე ტესტირების ფენომენის გამოკვლევის, აღწერისა და სიღრმისეული ანალიზის ამოცანას. შესაბამისად, საკვლევ პოპულაციებში ჩატარდა ფოკუსირებული დისკუსიები (ფოკუსჯგუფები) და ჩაღრმავებული ინტერვიუები, რათა შეგროვებულიყო რეალისტური, კონტექსტის შესაბამისი ცოდნა ადამიანთა სპეციფიკური ჯგუფების ქცევებზე, წარმოდგენებსა და აღქმაზე ზოგადად აივ ინფექციასთან და, კერძოდ, აივ-ზე ტესტირებასთან მიმართებით.

ფოკუსჯგუფები და ჩაღრმავებული ინტერვიუები ჩატარდა სამ ჰეტეროგენურ საკვლევ პოპულაციაში: სარისკო პოპულაციები (რაც მოიცავდა ლგბტქი, ნიშ და სექსუალური პოპულაციებს), აივ დადებითი ადამიანები და ჯანდაცვის მუშაკები. რესპონდენტებისაგან მიღებული თანხმობით, ფოკუსჯგუფებისა და ჩაღრმავებული ინტერვიუების ხმა ჩაიწერა. გარდა ამისა, ინტერვიუერი ჩანაწერებში ინიშნავდა ინფორმატიულ ვიზუალურ დაკვირვებებს - რესპონდენტების მიმიკა, ემოციური ინტონაციები, სახის გამომეტყველება, დაძაბულობა და ა.შ. ეს ჩანაწერები იძლევა დამატებით ინფორმაციას და ეხმარება მკვლევრებს, უკეთ ჩაწვდნენ რესპონდენტების მოსაზრებებს.

კვლევის ინსტრუმენტი

კვლევის ინსტრუმენტი - ინტერვიუებისა და ფოკუსჯგუფების სახელმძღვანელო - შეიქმნა მონაწილეობითი პროცესის შედეგად, რომელშიც ჩართული იყო კვლევის გუნდის ლიდერი, ეროვნული ექსპერტები და პარტნიორები გაეროს მოსახლეობის ფონდიდან და გაეროს განვითარების პროგრამის ქცევითი ინსაიტების ჯგუფიდან.

ინსტრუმენტი ორი ძირითადი ნაწილისაგან შედგება:

ნაწილი I: ქცევითი ინსაიტების, აივ-ზე ტესტირების ბარიერებისა და ტესტირების მამოტივირებელი ფაქტორების შესწავლა

ნაწილი II: სხვადასხვა სამიზნე აუდიტორიის შეხედულებათა შესწავლა აივ-ზე ტესტირების მოდელების შესახებ

ნაწილი I: ქცევითი ინსაითების, აივ-ზე ტესტირების ბარიერებისა და ტესტირების მამოტივირებელი ფაქტორების შესწავლა.

აივ-ზე ტესტირების ქცევითი ინსაითების შესასწავლად გამოყენებულ იქნა ჯანმრთელობის რწმენის მოდელი (HBM)¹⁴. ამ მოდელის მიხედვით, ადამიანების გათვითცნობიერებულობა და წარმოდგენები ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ, აღქმული რისკი, აღქმული სარგებელი, აღქმული ბარიერები და ქცევის მოტივატორები არის ის, რამაც შეიძლება დიდი ზეგავლენა იქონიოს ადამიანის მიერ ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული ქცევის ფორმირებაზე. ეს მოდელი ფართოდ გამოიყენება აივ-ის პრევენციის კვლევებში.^{15;16}

აღქმული მოწყვლადობა	როგორ შეიძლება აივ-ის მიმართ მომატებულმა მოწყვლადობამ გამოიწვიოს ჯანმრთელობის დაცვაზე მიმართული ქცევა, როგორცაა აივ-ზე ტესტირება?
დაავადების აღქმული სიმწვავე	რა ზეგავლენას ახდენს აივ/შიდსის აღქმული სიმწვავე აივ-ზე ტესტირების ქცევაზე? შესწავლის საგანი იყო: ა) იწვევს თუ არა აივ ინფექციის აღქმული სიმწვავე აივ-ზე ტესტირებას; ბ) (ან პირიქით) ადამიანებს ემინიათ, აღმოაჩინონ, რომ ინფიცირებულნი არიან და თავს იკავებენ ტესტირებისაგან.
აღქმული სარგებელი	რამდენად ხელს უწყობს აივ-ზე ტესტირების ქცევას ის, რომ ადამიანს ესმის აივსტატუსის ცოდნასთან დაკავშირებული სარგებელი. შესწავლის საგანი იყო: პირადი (ინდივიდუალურ დონეზე) სარგებელი, ასევე, სარგებელი, რომელსაც მიიღებენ მნიშვნელოვანი სხვები - როგორც ტესტირების გადანაცვლებებზე მოქმედი ფაქტორი.
აღქმული ბარიერები	ინდივიდუალურ, ინსტიტუციურ და საზოგადოებრივ დონეზე აივ-ზე ტესტირების ბარიერების შესწავლა: რამდენად ქმნის აივ-ზე ტესტირების ბარიერს მოსალოდნელი სტიგმა; აივ დადებითი პირების გარიყვისა და დისკრიმინაციის მოლოდინი; პრივატულობასა და კონფიდენციალობასთან დაკავშირებული წუხილები; ტესტის ჩამტარებელი პირის დამოკიდებულება; არაკეთილგანწყობილი გარემო; ხელმისაწვდომობის საკითხები და სხვა.
აივ-ზე ტესტირების მოტივატორები	აივ-ზე ტესტირების პოტენციურად ხელშემწყობი ფაქტორების შესწავლა: ტესტირების შეთავაზება საზოგადოებრივი კამპანიების დროს; ტესტირების შეთავაზება ჯანდაცვის მუშაკის მიერ რუტინული გამოკვლევებისას; ახალი სქესობრივი პარტნიორი და სხვა.

14. Fan, H., Fife, K. H., Cox, D., Cox, A. D., & Zimet, G. D. (2018). Behavior and health beliefs as predictors of HIV testing among women: a prospective study of observed HIV testing. *AIDS care*, 30(8), 1062–1069. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1442555>

15. Nöthling J, Kagee A. Acceptability of routine HIV counselling and testing among a sample of South African students: Testing the Health Belief Model. *Afr J AIDS Res.* 2013;12(3):141-150. doi:10.2989/16085906.2013.863214

16. Ofori, Kennedy Nyeseh. (2019). Application of the Health Belief Model to HIV Testing and Counselling Among Youth Living in Selected Rural Communities in Ghana. *International Journal of HIV/AIDS Prevention, Education and Behavioural Science*. 5. 11-18. 10.11648/j.ijhpebs.20190501.12.

ნაწილი II: სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფის შეხედულებათა შესწავლა აივ-ზე ტესტირების სასურველი მოდელების შესახებ

ინსტრუმენტის მეორე ნაწილი იკვლევს სამიზნე ჯგუფების შეხედულებებს აივ-ზე ტესტირების იმ მოდელების შესახებ, რომელთაც ისინი უპირატესობას ანიჭებენ. ამ ნაწილში შეტანილი კითხვები მიზნად ისახავს, გამოარკვიოს, რა ფაქტორები უწყობს ხელს ადამიანების გადაწყვეტილებას, ჩაიტარონ ტესტირება. გარდა ამისა, კითხვების შედეგად რესპონდენტებმა უნდა განსაზღვრონ ტესტირების ის მოდელები, რომლებიც, სავარაუდოდ, გამოიწვევს დადებით ქცევით ცვლილებას და შეუქმნის ადამიანებს ტესტირების მოტივაციას.

საქართველოში აივ-ზე ტესტირების გაზრდის მიზნით, რამდენიმე ხნის წინ ჯანდაცვის სფეროში დაიწყო აივ-ზე ტესტირების სერვისის გაფართოება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ასევე აივ-ზე თვითტესტირების დანერგვა, როგორც ალტერნატიული ვარიანტი იმათთვის, ვინც უარს ამბობს ტრადიციული ტესტირების სერვისზე. რადგანაც ამ ინიციატივებს დიდი მნიშვნელობა აქვს აივ-ზე ეროვნული პასუხისათვის, გადაწყდა, კვლევას მოეძიებინა პირველადი მონაცემები საქართველოში ტესტირების ალტერნატიული ვარიანტების დანერგვის პერსპექტივებსა და მათ მიმდებლობაზე.

გარდა კვლევის ძირითადი ინსტრუმენტისა, თითოეულ რესპონდენტს ეთხოვა, პირადად შეევსო მოკლე, სტრუქტურირებული კითხვარი, სადაც იყო რამდენიმე კითხვა აივ-ზე ტესტირების ჩატარების გამოცდილებაზე და მათი მოლოდინები თვითტესტირების სერვისების შესახებ.

კვლევის სამიზნე ჯგუფები და გეოგრაფიული არეალი

ხარისხობრივი კვლევა ჩატარდა საქართველოს 3 ქალაქში, კერძოდ: თბილისში, ბათუმსა და ზუგდიდში. კვლევა მიმართული იყო 5 ჯგუფზე: ჯანდაცვის მუშაკები, აივ დადებითი ადამიანები (აივ+); მამაკაცები, რომელთაც სექსი აქვთ მამაკაცებთან, ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები და სექსმუშაკი ქალები.

თითქმის ყველა სამიზნე ჯგუფში (მსმ, ქსმ, ნიმ, სამედიცინო პერსონალი) ჩატარდა ფოკუსური ჯგუფები; თუმცა, აივ დადებითი სტატუსის სენსიტიურობიდან გამომდინარე, აივ ინფიცირებულ პირებთან უპირატესობა მიენიჭა ინდივიდუალურ ჩაღრმავებულ ინტერვიუებს. ქალაქებსა და სამიზნე ჯგუფებში ჩატარებული ფოკუსჯგუფებისა და ინტერვიუების მიხედვით გადანაწილება მოცემულია ცხრილში:

ცხრილი 1 ფოკუსური ჯგუფების და ინდივიდუალური ინტერვიუების სტრუქტურა ქალაქების და ჯგუფების მიხედვით

სამიზნე ჯგუფი	თბილისი		ბათუმი		ზუგდიდი	
	ჩ.ი	ფ.ჯ.	ჩ.ი	ფ.ჯ.	ჩ.ი	ფ.ჯ.
ჯანდაცვის მუშაკები		1				1
ნიმ		1		1		1
სმქ		1	2			1
მსმ		1		1	2	
აივ +	2		2		2	

კვლევის მონაწილეები შეირჩნენ შემდეგი კრიტერიუმებით:

- ასაკი: 18 წლის და უფროსი ასაკის
- ცხოვრება/დასაქმება სამი ქალაქიდან ერთ-ერთში: ბათუმი, თბილისი, ზუგდიდი.
- შესაბამისობა კვლევის სამიზნე ჯგუფის მახასიათებლებთან
- კვლევაში მონაწილეობის ნებაყოფლობითი სურვილი

ეთიკის საკითხები

კვლევის პროტოკოლი, კითხვარები და ინფორმირებული თანხმობის ფორმა დაამტკიცა „ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის“ ბიო-სამედიცინო ეთიკის კომისიამ (IRB00009520, IORG0005619) (სერტიფიკატი # 2020-8, 08/06/2020).

კვლევის დაგეგმვისა და განხორციელებისას გათვალისწინებულია ეთიკის შემდეგი საკითხები:

1. კვლევაში მონაწილეობა იყო ნებაყოფლობითი; მონაწილეებს შეეძლოთ, ნებისმიერ დროს თავისუფლად ეთქვათ მონაწილეობაზე უარი.
2. დაცული იყო ანონიმურობის პრინციპები. მონაწილეთა ვინაობა არ ფიქსირდებოდა. კვლევის დოკუმენტაციაზე აღინიშნებოდა მხოლოდ რესპონდენტის ნომერი.

მონაცემთა შეგროვება და ანალიზი

რესპონდენტებთან წინასწარი შეთანხმებით, მიმდინარეობდა ჯგუფური ფოკუსირებული დისკუსიისა და ჩაღრმავებული ინტერვიუების აუდიოჩანერა. სავსე მუშაობის დასრულების შემდეგ, აუდიოჩანერების საფუძველზე მომზადდა ჯგუფური დისკუსიისა და ინტერვიუების დეტალური ტრანსკრიპტი. კომპიუტერული პროგრამით ATLAS.ti დამუშავდა მონაცემები ძირითადი ტენდენციების თვისებრივი ასპექტების გამოვლენის მიზნით, რის საფუძველზეც გაკეთდა კვლევის ანალიზი. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში შეგროვებული მონაცემები წარმოდგენილია წინამდებარე ანგარიშში თემატურად, ქვეთავების მიხედვით.

კვლევის მიზნები

კვლევის კოჰორტის მახასიათებლები

კვლევის სავსე სამუშაოები ჩატარდა 2020 წლის აგვისტოს თვეში.

სულ გამოიკითხა 75 პირი. მათგან 23 ქალი არის აივდაზარალებული ჯგუფის წარმომადგენელი, ხოლო 13 ქალი - სამედიცინო პერსონალი.

ცხრილი 2: კვლევაში მონაწილე კოჰორტა ჯგუფებისა და გენდერის მიხედვით

კვლევის მონაწილე ჯგუფები	კვლევის მონაწილეთა რაოდენობა	კვლევის მონაწილეთ საშუალო ასაკი
მსმ/ლგბტქ+	15 (14კაცი,1 სხვა)	23 წ.
სმქ	16 ქალი	41 წ.
ნიმ	22 (18 კაცი; 4ქალი)	40 წ.
აივ +	6 (2 კაცი;3 ქალი;1 ტრანსგენდერი)	32 წ.
ჯანდაცვის მუშაკი	16 (3 კაცი; 13 ქალი)	53 წ.
სულ	75 რესპოდენტი (მათ შორის,36 ქალი)	

აბსოლუტურად ყველა გამოკითხულმა აღნიშნა, რომ ჩაუტარებია აივ-ზე ტესტირება, სულ მცირე, ერთხელ მაინც და იცის ტესტის შედეგი. თუმცა ბოლო 12 თვის მანძილზე ტესტირება ჩაიტარა 50-მა რესპონდენტმა; 19-მა აღნიშნა, რომ ბოლო ერთი წლის მანძილზე აივ-ზე ტესტირება არ ჩაუტარებია. საინტერესო იყო, რომ მათ შორის, ვისაც ბოლო წლის მანძილზე აივ-ზე ტესტირება არ ჩაუტარებია, უმრავლესობა იყო ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებელი (ნიმ - 13; სამედიცინო პერსონალი - 5; სექსმუშაკი ქალი - 1). ამასთან, 13 ნიმ-იდან 9 აცნობიერებს, რომ მათ აივ ინფიცირების მაღალი რისკი აქვთ, თუმცა, აღქმული რისკის მიუხედავად, ტესტირება ბოლო წლის მანძილზე არ ჩაუტარებია.

აღქმული მონაცვლადობა

აღქმული მონაცვლადობა: რისკის ჯგუფები

ხარისხობრივი კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა ინფორმირებულია აივ ინფიცირების რისკფაქტორებზე და ასახელებენ სხვადასხვა მიზეზს, რომელმაც შესაძლოა პირს ინფიცირების საფრთხე შეუქმნას: დაუცველი სექსი, კონდომის დაზიანება, პარტნიორების ხშირი ცვლა, საერთო მოხმარების ნემსი, სამედიცინო მანიპულაციები.

კვლევის მონაწილეებმა ასევე ისაუბრეს თავდაცვის გზებზეც, კერძოდ, მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების წარმომადგენლებმა იციან, რომ კონდომის რეგულარული მოხმარება პირს იცავს ინფიცირებისგან. მათ იციან საინექციო საშუალებების გაზიარებასთან დაკავშირებული რისკები. სპეციფიკური ჯგუფები ფლობენ ინფორმაციას, რომ არსებობს ექსპოზიციის წინა პროფილაქტიკური მკურნალობა, რომელიც ვირუსის გადაცემის პრევენციას ახდენს.

მაღალი რისკის ქცევის მქონე რესპონდენტების უმრავლესობა თვლის, რომ აქვს აივ-ით ინფიცირების რისკი. ყურადღებას იქცევს ის ფაქტი, რომ რესპონდენტთა ნაწილი აივ-ით ინფიცირების რისკფაქტორებს აფასებს გამომდინარე კონკრეტული ჯგუფებისადმი მიკუთვნებულობიდან (სექსმუშაკი, მსმ).

“**რესპონდენტი: მეც ასე ვფიქრობ იმიტომ, რომ მაღალი რისკის ქვეშ არის სექსმუშაკი. არც სხვა არის დაზღვეული, მაგრამ სექსმუშაკი უფრო მეტად, უფრო მაღალი რისკის ქვეშ არის.**

რესპონდენტი: რისკჯგუფში შევდივარ იქედან გამომდინარე, რომ მსმ ჯგუფი ვარ, სადაც ყველაზე მეტად არის გავრცელებული. მეც რისკჯგუფში ვარ.

თუმცა ერთ-ერთმა რესპონდენტმა, რომელიც მიეკუთვნება მსმ ჯგუფს, აღნიშნა, რომ ნაკლებად არის რისკის ქვეშ, რადგან მუდმივად იყენებს კონდომს და ჩართულია PrEP-ის პროგრამაში; მიუხედავად დაბალი რისკისა, ის აღნიშნავს, რომ პერიოდულად მაინც იტარებს აივ ინფექციაზე გამოკვლევას.

“**რესპონდენტი: მე პირადად იქედან [გულისხმობს, საიდან გამომდინარე თვლის, რომ ნაკლები რისკი აქვს], რომ სარიცხო ქცევა ნაკლები მაქვს, ვიყენებ კონდომს, ტესტს ვიტარებ და ვარ პრეპის მომხმარებელი.**

რესპონდენტთა ნაწილი ამბობს, რომ გაცნობიერებული აქვთ ინფიცირების რისკი, მაგრამ ცოდნა ყოველთვის არ არის დაკავშირებული უსაფრთხო ქცევასთან. მაგალითად, მიუხედავად სწორი აღქმისა, ერთმა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ ყოველთვის ვერ აკონტროლებს ქცევას. რესპონდენტების ნაწილი აღნიშნავს, რომ შესაძლოა გარკვეულმა შემთხვევითობამ გაუთვალისწინებელი საფრთხე შეუქმნას პირს; მაგალითად, კონდომის გახევა.

“**რესპონდენტი: ... გვაქვს ყველას რისკი, მაინც ნემსთან გვაქვს შეხება. ვიცავთ ყველანაირად, მაგრამ არის შანსები... ყოველთვის ერთნაირად არ ფიქრობ ყველაფერზე... ზოგჯერ უფრო თამამი ხარ და არ ფიქრობ რისკებზე.**

“ რესპონდენტი: მეც კი ვიცავ ყოველთვის თავს, მაგრამ მაინც სულ შიში მაქვს, განსაკუთრებით, თუ გაიხა პრემერვატივი.

სავარაუდოდ, ზოგჯერ ადამიანები სოციალური განწყობილებით, მხოლოდ საკუთარი ქცევის მიხედვით აფასებენ ინფიცირების რისკს და არ ითვალისწინებენ სოციალურ კონტექსტს ან იმ პირების შესაძლო სარისკო ქცევებს, რომლებთანაც თანაცხოვრობენ. ერთ-ერთმა აივ დადებითმა რესპონდენტმა განაცხადა, რომ ინფიცირების რისკის ქვეშ არ აღიქვამდა თავს და საკუთარი აივ სტატუსი ორსულობის პერიოდში გაიგო. როგორც თავად ამბობს, ის მეუღლისგან დაინფიცირდა, რომელმაც იცოდა, რომ აივ დადებითი იყო, მაგრამ ცოლს სტატუსი არ გაუმჟღავნა.

“ რესპონდენტი: ხო, მანამდე არ მეუბნებოდა ჩემი ქმარი. თვითონ კი იცოდა მშვენივრად და ორსულობის დროს გავიგე მე.

კვლევის მონაწილეები აღნიშნავენ, რომ როგორც ზოგად მოსახლეობაში, ასევე გარკვეულ მოწყვლად თემებში აივ ინფექციაზე ინფორმირებულობის დონე საკმარისი არაა, რის გამოც ადამიანები არასწორად აფასებენ ინფიცირების რისკს და ამიტომ არ მიმართავენ ტესტირების სერვისს.

“ ინტერვიუერი: როგორ ფიქრობთ, რა როლს თამაშობს ინფიცირების რისკის სწორი შეფასება ადამიანის გადარჩევილობაზე, რომ გაიკეთოს აივ-ზე ტესტირება?

რესპონდენტი: თუ სწორად აფასებს, ჩემი აზრით, აუცილებლად შეამოწმებს საკუთარ თავს... ჩემი აზრით, თავადაც არ იცინა, რა იცავთ. სწორად რომ იცოდნენ, გაიკეთებდნენ ტესტს.

საინტერესო აღმოჩნდა ტრანსგენდერი ქალის მოსაზრება, რომელმაც - როგორც აღნიშნა - კარგად იცოდა აივ ინფიცირების მაღალ რისკზე, რადგან ჩართული იყო სექსბიზნესში. თუმცა იქვე ხაზი გაუსვა, რომ ტრანსგენდერი ადამიანებისთვის დასაქმების შესაძლებლობები საქართველოში შეზღუდულია და მათ წინაშე სხვა არჩევანიც არ არის.

“ რესპონდენტი: ვიცოდი, რომ ვიყავი ინფიცირების რისკის ქვეშ. ვინაიდან მე ვიყავი სექსმუშაკი, რადგანაც მოგეხსენებათ, რომ საქართველოში სხვა საშუალება არ არის ტრანსგენდერი ქალისთვის, რომ დასაქმდეს.

ადამიანი მოწყვლადობა: სამედიცინო პერსონალი

სამედიცინო პერსონალი თვლის, რომ აივ-ით ინფიცირების რისკის ქვეშ არიან, რადგან ზოგიერთი მანიპულაციისას სისხლსა და სხვადასხვა ბიოლოგიურ სითხესთან აქვთ შეხება. თუმცა ხაზი გაესვა ჯანდაცვის სისტემაში უნივერსალური უსაფრთხოების სტანდარტებს, რომელთა დაცვის შემთხვევაშიც პაციენტისგან დაინფიცირების შანსი მინიმუმამდე არის დაყვანილი.

“ რესპონდენტი: ზოგადად, ექიმებს აქვთ რისკი. მე, როგორც სტაციონარის ექიმს, მიწევს აივ ინფიცირებულებთან შეხება, სხვადასხვა მანიპულაციის ჩატარება, არის იმის შანსი, რომ ნემსი შემერთოს და იყო მსგავსი ფაქტები ჩვენთან კლინიკაში. თუმცა ყველაფერი კარგად დამთავრდა.

რესპონდენტი: ჩემს შემთხვევაში, მიუხედავად იმისა, რომ ყველაზე მაღალი რისკის პოპულაციასთან უშუალოდ ვმუშაობ, ანუ აივ ინფიცირებულებთან, მაინც ვთვლი, რომ რისკი ძალიან მინიმალურია. ვიყენებთ ყოველთვის ხელთათმანს, ვიცავთ სტანდარტით გათვალისწინებულ უსაფრთხოების ყველა წესს. შეიძლება მოხდეს, რა თქმა უნდა, მაინც, მაგრამ მილიონში 1 შემთხვევა.

ჯანდაცვის ერთ-ერთმა მუშაკმა აივ-ით ინფიცირების რისკფაქტორად დაასახელა აგრესიული აივ დადებითი პაციენტი, რომელმაც შესაძლებელია განზრახ დააინფიციროს ექიმი ნემსის ჩხვლევით და ამის მაგალითად ციხის შემთხვევა მოიყვანა.

“ რესპონდენტი: აგრესიული პაციენტიდანაც შესაძლებელია დაინფიცირდეს ექიმი. ციხეში იყო რამდენიმე შემთხვევა ასეთი, ნემსი უჩხვლიტა ძალით ექიმს.

ამ კონკრეტული რესპონდენტის გამონათქვამის განზოგადება მთელ სამედიცინო პერსონალზე არ შეიძლება. თუმცა ის, სავარაუდოდ, იმას მიანიშნებს, რომ სამედიცინო პერსონალს შორის ჯერ კიდევ ფესვამდგარია სტერეოტიპები და მითები, რომლებიც ახდენენ აივ ინფიცირებული პირების „დემონიზებას“. ეს კიდევ უფრო ამყარებს უსაფუძვლო შიშს და ზრდის სტიგმას და პერსონალის მხრიდან შესაბამისი დამოკიდებულების გამოვლენის შანსს.

დაავადების აღქმული სიმწვავე

მონაწილეთა დიდ ნაწილს აივ ინფექცია არ მიაჩნია საშიშ დაავადებად, რადგან დროული დიაგნოზის, მკურნალობის დაწყებისა და შესაბამისი რეჟიმის დაცვით, მის სიცოცხლეს საფრთხე ნაკლებად დაემუქრება. გამოკითხულთა უმრავლესობა აივ-ზე საუბრობს, როგორც მართვად დაავადებაზე. წინა პლანზე მოდის დაავადებასთან დაკავშირებული სოციალურ-ფსიქოლოგიური და არა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ასპექტები.

დაავადების სიმწვავეზე საუბრისას რესპონდენტები უფრო მეტად საუბრობენ აივ-თან გადაბმულ შიშებზე, რაც მომდინარეობს საზოგადოების დამოკიდებულებიდან და სტიგმიდან. შიში ეხება ისეთ საკითხებს, როგორიცაა გარიყვა, სტიგმა და დისკრიმინაცია; ასევე, გაურკვეველი მომავლის შიში დადებითი პასუხის შემთხვევაში.

“ რესპონდენტი: საშიშადაც არ მიმაჩნია, თუ ადამიანი მიხედავს და აკონტროლებს.

რესპონდენტი: არანაირად საშიში არ არის, თუ დროულად გამოვლინდა...

რესპონდენტი: მთავარია დროზე იყოს აღმოჩენილი და პაციენტი ზუსტად იცავდეს ექიმის მითითებებს. არის საშიში დაავადება, მაგრამ ეს აღარ არის დღეს სასიკვდილო დიაგნოზი, აღარ არის განაჩენი, როგორც ადრე... მოგვარებადია

გარდა ამისა, რესპონდენტების ნაწილი ოპტიმისტურად არის განწყობილი და სჯერათ, რომ შიდსის განკურნება შესაძლებელი იქნება, როგორც შესაძლებელი გახდა C ჰეპატიტის განკურნება ქმედითი მედიკამენტური მკურნალობის შედეგად.

“ რესპონდენტი: მე, პირადად, აივ ინფექცია საშიშად არ მიმაჩნია და სხვების აზრი არ ვიცი, აი რას იტყვიან. გამოკვლევაც არსებობს, მკურნალობაც და საბოლოოდ, ალბათ, რაღაცას გამოიგონებენ ისეთს, რომ იყოს გრიპივით. გრიპი რომ დაგემართება და მორჩები, ისე, როგორც თუნდაც C ჰეპატიტი. ხომ იკურნება? ხომ გამოიგონეს.

მართალია, აივ/შიდსი მართვად დაავადებად მიაჩნიათ, მაგრამ რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ აივ/შიდსთან ასოცირებული შიში მულტიფაქტორულია და ეხება ფსიქოლოგიურ, ემოციურ და სოციალურ პრობლემებს, რომელთა წინაშეც ინფიცირებული პირები აღმოჩნდებიან. ყველაზე ხშირად დასახელდა შემდეგი ფაქტორები: გარიყვა, სტიგმა, დისკრიმინაცია, გაურკვეველი მომავლის შიში, დაგვიანებული დიაგნოსტიკა, რის გამოც მკურნალობა, შესაძლოა, ნაკლებად ქმედითი აღმოჩნდეს; სხვადასხვა თანმხლები დაავადების პროგრესირების შიში.

“**რესპონდენტი:** ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, იმდენად საშიში აღარ არის, რამდენადაც სოციალურ კონტექსტში. სოციალურში იმიტომ, რომ ძალიან ბევრმა ადამიანმა ჯერ კიდევ ამ პერიოდში, სადაც უკვე ვართ თანაბარ სამყაროში, იმის გამო, რომ აივ დადებითი ხარ, შეიძლება ვილაყამ გაგრიყოს. კიდევ არის ის დოგმური და სტერეოტიპული მდგომარეობა, რომ შეიძლება, მარტივად რომ ვთქვათ, კოცნითაც გადავიდეს და არ გადაგკოცნონ.

რესპონდენტი: სოციალურ კონტექსტში უფრო საშიშია იმის გამო, რომ შეიძლება საზოგადოებამ გაგრიყოს. ყველასთან ვერ იტყვი, რომ ხარ აივ ინფიცირებული... საზოგადოება ძალიან ცუდად ხედავს. თუ გაიგო, რომ შიდსი აქვს, ნამეტანი ღჯახის წევრი თუ არ არის, რაღაცნაირად უყურებენ და ერიდებიან მას.

რესპონდენტი: თუნდაც იმიტომაც არის საშიში დაავადება, რომ დიდი დრო სჭირდება მაგის გამოვლენას. თუ ტესტი არ გაიკეთე, შეიძლება არაფერი ნიშანი არ გქონდეს, მერე როცა გამოვლინდება, უკვე შეიძლება შორს იყოს წასული და გვიანი იყოს.

დაავადების სიმწვავეზე საუბრისას, რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ დიაგნოზს თან ახლავს შიში, ინფექცია მათგან არ გადაეცეს სხვებს.

“**რესპონდენტი:** მე ვფიქრობ, იმიტომაც კიდევ საშიში, რომ მე სანამ გავიგებ, რომ მაქვს თუ არა ეს დაავადება, სხვასაც ხომ შეიძლება გადავდო.

აივ დადებით რესპონდენტებთან საუბრისას გამოვლინდა, რომ მათი დამოკიდებულება აივ/შიდსის მიმართ ინფიცირებამდე და ინფიცირების შემდგომ განსხვავებულია. ისინი აღნიშნავენ, რომ შიში და უიმედობა ჩაანაცვლა რეალობის რაციონალურმა აღქმამ. მათი თქმით, მსგავსი ცვლილება გამოწვეულია დაავადებაზე მეტი ინფორმაციის მიღებით.

“**რესპონდენტი:** ყველაფერი გავიგე ამ დაავადებასთან დაკავშირებით, აბსოლუტურად ყველაფერი და აი მეც უკვე რამდენი წელი გავიდა და ჩვეულებრივად დავდივარ, არაფერი არ მაწუხებს და ვარ რაა, ჩვეულებრივი ადამიანივით.

სამედიცინო პერსონალთან ფოკუსირებული დისკუსიისას აღმოჩნდა, რომ სამედიცინო პერსონალი ნაკლებად აღიქვამს შიდსს, როგორც სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებას. ისინი აქცენტს უფრო დიაგნოზიდან გამომდინარე მძიმე შედეგებზე აკეთებენ სოციალური თვალსაზრისით.; აღნიშნავენ, რომ დაავადების სიმწვავეს განაპირობებს საზოგადოების მხრიდან ინფიცირებულ პირთა მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულება.

დისკუსიისას გაუღერდა მოსაზრება, რომ 25 წლამდე ახალგაზრდებს უფრო ტოლერანტული დამოკიდებულება აქვთ აივ ინფიცირებული ადამიანების მიმართ, ვიდრე 25 წელს ზემოთ პირებს. ასევე გაიმიჯნა სოფლის და ქალაქის მოსახლეობის დამოკიდებულებები და გამოითქვა მოსაზრება, რომ ქალაქში მაცხოვრებლები უფრო ტოლერანტულები არიან სოფელთან შედარებით, რადგან ქალაქში მეტად მიუწვდებათ ხელი ინფორმაციაზე, ვიდრე სოფლად. ამასთან, ხაზგასმით გაუღერდა მოსაზრება, რომ დაბალი ინფორმირებულობა პირდაპირ კორელაციაშია ინფიცირებულ პირთა მიმართ ნეგატიური დამოკიდებულების გამოვლენასთან.

“**რესპონდენტი:** მე, მაგალითად, ორი ნიშნით გავყოფდი საზოგადოებას: სადაც 25 წლის ზევით და 25 წელს ქვევით ადამიანებს იმიტომ, რომ ახალგაზრდებს ბევრად მეტი ინფორმაცია აქვთ და მიმღებლობაც ბევრად მეტი აქვთ. და გავყოფდი ქალაქის და სოფლის მოსახლეობას. ქალაქში უფრო მაღალი განათლება აქვთ, მეტი ინფორმაცია აქვთ და შესაბამისად უფრო ლოიალური დამოკიდებულება აქვთ პაციენტების მიმართ.

თესტირების აღქმული სარგებელი

კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა ინფორმირებულია იმ სარგებელზე, რაც ახლავს აივ-ზე დროულ ტესტირებას და აივ დადებითი სტატუსის ცოდნას. ისინი აღნიშნავენ, რომ სარგებელი მრავალნაზნაგოვანია, რომელიც ვლინდება როგორც ინდივიდუალურ, ასევე სოციალურ და ეკონომიკურ დონეზე.

ყველაზე ხშირად დასახელდა აივ-ზე ტესტირების შემდეგი ტიპის სარგებელი:

ინდივიდუალურ დონეზე: დროული დიაგნოსტიკა არის იმის წინაპირობა, რომ პირი დროულად ჩაერთოს მკურნალობაში და უკეთ იზრუნოს თავის ჯანმრთელობაზე.

“**რესპონდენტი:** რატომ არის საჭირო [აივ-ზე ტესტირება] და პირველ რიგში, რა ვიცი, ჯანმრთელობას გაუფრთხილდე; მეორე, კიდევ აღვნიშნავ, როგორც თავში ვთქვი, რომ „კრუკში“ მეგობრებს და ყველას გაუფრთხილდე, და პირველ რიგში შენს ჯანმრთელობას.

რესპონდენტი: დადებით შემთხვევაში რომ დროულად დაიწყო მკურნალობა და უარყოფითის შემთხვევაში რომ არ დაინფიცირდეთ...

მიკროსოციალურ დონეზე: ტესტირების შედეგად პირი იცებს თავის აივ დადებით სტატუსს, რაც საშუალებას აძლევს, ინფიცირებისგან დაიცვას სხვები, მათ შორის, ოჯახის წევრები, პარტნიორები ან თემის სხვა წევრები. ნიმ-ები საუბრობდნენ უსაფრთხოების ზომებზე, რითაც თავიდან აიცილებენ ე.წ. „შპრის მებგობრებში“ ვირუსის გადაცემის რისკს.

“**რესპონდენტი:** ოჯახი, მეუღლის გარდა - შვილები. გინდა, რომ ყველანაირად დაცული იყოს ოჯახი.

საზოგადოებრივ დონეზე: ასევე აღნიშნავენ, რომ აივ ინფიცირებულთა გამოვლენა შეამცირებს საზოგადოებაში აივ ინფექციის გავრცელებას და გააუმჯობესებს აივ ეპიდემიის კონტროლს ქვეყანაში.

ჯანდაცვის სისტემა/ეკონომიკურ დონეზე: ზოგიერთი რესპონდენტი ასევე აცნობიერებს, რომ დროული ტესტირების სარგებელი აისახება ჯანდაცვის სისტემის და ქვეყნის ეკონომიკის დონეზეც. მათი აზრით, დროული დიაგნოსტიკა ნიშნავს შედარებით მსუბუქ ავადმყოფებს, რომელთაც ნაკლები რესურსი დასჭირდებათ სამკურნალოდ და მკურნალობის უკეთესი გამოსავალი მიიღწევა ნაკლები დანახარჯებით. გარდა ამისა, ეპიდემიის კონტროლი, ზოგადად, ნიშნავს ნაკლები რაოდენობის ინფიცირებულ ადამიანს და ნაკლებ საჭიროებას მკურნალობის ან ზრუნვის თვალსაზრისით. რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ ამ გზით დაიზოგება ბიუჯეტური თანხები, რასაც დადებითი გავლენა ექნება ქვეყნის ეკონომიკაზე.

“**რესპონდენტი:** თუ ყველა ადამიანი რეგულარულად დაიწყებს ტესტირებას, მოცემული ვირუსის ამდენი გავრცელება აღარ გვექნება. შესაბამისად, დადებითად იმოქმედებს ქვეყნის ჯანდაცვაზე იმიტომ, რომ თუ გავრცელება შემცირდება, მაშინ სახელმწიფოს აღარ მოუწევს იმდენი ხარჯის გაწევა მოცემულ მედიკამენტებსა და მკურნალობაზე.

აივ-ზე თესტირების ბარიერები

უნდა აღინიშნოს, რომ რესპონდენტთათვის ყველაზე მგრძნობიარე თემა აღმოჩნდა აივ-ზე ტესტირების დამაბრკოლებელი ფაქტორები. ასეთ ფაქტორებზე საუბრობენ აივ-ზე ტესტირების ყველა ეტაპთან მიმართებით, დაწყებული ტესტირებაზე მიმართვიდან, დამთავრებული აივ თვითტესტირების მიწოდების გზების შერჩევით. მაღალი რისკის ქცევის

მქონე ჯგუფებთან აივ-ზე ტესტირების ბარიერებზე საუბრისას გამოიკვეთა რამდენიმე ძირითადი ფაქტორი, რომლებიც დემოტივაციას უკეთებს ადამიანებს, რომ მიმართონ ტესტირების სერვისს.

არაპრივატული გარემო: კვლევაში მონაწილეთა მნიშვნელოვანი ნაწილი აღნიშნავს, რომ ტესტირებისას პრივატულობა არ არის დაცული. მათი თქმით, ზოგჯერ ტესტირების ან კონსულტირების პროცესს ესწრება სხვა, მესამე პირი, რაც ქმნის არაკომფორტულ გარემოს სენსიტიურ საკითხებსა ან პრივატულ თემებზე სალაპარაკოდ.

“**რესპონდენტი:** უშუალოდ ვინც არ არის ამ თემასთან ჩართული, არც ინფორმაციას გაწვდის, არც ტესტირებას გიკეთებს, ეს [ასეთი პირის დასწრება] დისკომფორტს შემიქმნის რა თქმა უნდა... თუნდაც კონფიდენციალურობიდან გამომდინარე. შეიძლება ფიზიკურადაც მიცნობდეს.

რესპონდენტი: ხომ შეიძლება, იქით არ იცნობ და აქეთ გიცნობდეს.

ტესტირების შედეგის მიწოდების ფორმა: მნიშვნელოვან ბარიერად დასახელდა აივ-ზე ტესტირების შედეგის შეტყობინების ფორმა. რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ ტესტის დადებით და უარყოფით პასუხს სტანდარტული ფორმით არ ატყობინებენ. ერთმა კვლევის მონაწილემ დაასახელა კონკრეტული კლინიკა და მისი გამოცდილება ამ კლინიკაში. მისი თქმით, დადებით შედეგს განსხვავებული ფორმით ატყობინებენ, რის გამოც გარეშე პირისთვის ადვილად გამოსაცნობია, ვინ არის დადებითი და ვინ - უარყოფითი.

“**რესპონდენტი:** . . . [ასახელებს სამედიცინო დაწესებულებას], ყოველ გაკეთებაზე კვიიან ხოლმე დერეფანში, (სახელი) შენ არაფერი არ გჭირს. რატომ უნდა იკივლო? და ვისაც არ დაუკივლებენ, ის არის აივ დადებითი... და უკვე იცი, რომ საეჭვო დადებითი ოთახში შეჰყავთ ხოლმე. ეს ჩემს თავზე მაქვს გამოცდილი და ძალიან არ მესიამოვნა.

აივ-ის მკურნალობის შესახებ დაბალი ინფორმირებულობა - როგორც ტესტირების ბარიერი: რესპონდენტები ფიქრობენ, რომ ადამიანებს არ აქვთ საკმარისი ინფორმაცია მკურნალობის შესაძლებლობისა და მისი ეფექტიანობის შესახებ. ზოგი ამტკობინებს, არ იცოდეს აივ დადებითი სტატუსი, რადგან ამ სტატუსის შემდგომ მხოლოდ სასონარკვეთას და უიმედობას ხედავენ. რესპონდენტები უაღრესად დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ მოსახლეობისათვის იმის ახსნას, რომ არსებობს უფასო და ქმედითი მკურნალობა, რომელიც აივ ინფიცირებულ პირებს სრულფასოვანი ცხოვრების საშუალებას აძლევს. მათი აზრით, ადამიანებისთვის ასეთი ინფორმაციის მიწოდება მოხსნის აივ-ის მკურნალობაზე არაინფორმირებულობით გამოწვეულ ბარიერს და გაზრდის მათ მოტივაციას, ჩაიტარონ აივ-ზე გამოკვლევა.

“**ინტერვიუერი:** შენ მოყვები ისტორია და თქვი, რომ ბევრს ეშინია, ანალიზის პასუხი დადებითი არ იყოს (ანუ რომ ადამიანი აივ დადებითი აღმოჩნდება), ეს შიშები რამდენად ახდენს გავლენას ადამიანზე, მიიღოს გადაწყვეტილება ტესტირების შესახებ?

რესპონდენტი: კი, ბუსტად. ამიტომ იმ ინფორმაციაში უნდა ჩავაქსოვოთ ისიც, რომ თუ დადებითი ამოუვიდა ადამიანს, არსებობს პრეპარატები, რომელსაც დაღევ და ჩვეულებრივი ადამიანივით იცხოვრებ. ეს ძალიან ღრმად უნდა იყოს ახსნილი, რომ იმ პრეპარატებს ვირუსი ნოლზე დაყავთ, პრაქტიკულად ითვლება, რომ ჯანმრთელი ადამიანი ხარ და ა. შ.

დიაგნოზის შიში, როგორც აივ-ზე ტესტირების ბარიერი: აივ-ზე ტესტირების ბარიერებზე საუბრისას ხშირად სახელდება დიაგნოზის შიში. ეს შიშები ეხება არა მარტო ჯანმრთელობის გაუარესების საფრთხეს, არამედ დიაგნოზიდან გამომდინარე სხვა ნეგატიურ შედეგებს, როგორიცაა სტიგმა და დისკრიმინაცია; კონფიდენციალულობის დარღვევა; საზოგადოებისგან გარიყვა; გაურკვეველი მომავლის შიში, მათ შორის, შიში, რომ ვერ შექმნის ოჯახს, დაკარგავს სამსახურს ან ვერ დასაქმდება; ასევე, მოსალოდნელი ფინანსური დანაკარგების შიში.

“ რესპონდენტი: ზოგს შესაძლოა ემინოდეს, რომ დასაქმების პრობლემა გაუჩნდება.

რესპონდენტი: კი ბატონო. ზოგ სამსახურში ოფიციალურად ითხოვენ აივ-ზე ცნობას: სამხედრო, პოლიცია, მიმტანი, სალონში მუშაობა და ა.შ.

რესპონდენტი: ჩემი აზრით, ყველაზე მნიშვნელოვანი ბარიერებია ინფორმაციის ნაკლებობა, საზოგადოების დამოკიდებულება აივ ინფიცირებულების მიმართ და თვითსტიგმა, რაც ძალიან გავრცელებულია დღესაც. შიში, რომ ოჯახს ვერ შევქმნი, მეგობრები ზურგს შემაქცევენ, სამსახურს ვერ ვიშოვი და ა. შ. მე თუ მკითხავთ, სტიგმა და თვითსტიგმა არის ყველაზე სერიოზული ბარიერი აივ-ზე ტესტირებისთვის.

შემზღუდული გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა - როგორც აივ ტესტირების ბარიერი: კვლევის მონაწილეთა აზრით, ქალაქებში აივ-ზე ტესტირება პრობლემა არ არის, მაგრამ რეგიონები და სოფლები ყურადღების მიღმა დარჩენილი. რესპონდენტები ასევე აღნიშნავენ პატარა ქალაქებისა და სოფლების პრობლემებს, რაც დაკავშირებულია პრივატულობისა და კონფიდენციალობის დაცვასთან. პატარა ქალაქებსა და სოფლებში თითქმის ყველა ერთმანეთს იცნობს. ამის გამო ტესტირებაზე მიმართვა თვალშისაცემი ხდება და მითქმა-მოთქმასაც იწვევს.

“ რესპონდენტი: რეგიონებში მქონდა რამდენჯერმე შეხება და იქ ექიმთან არ მიდიან... რომ გაიგოს მეზობელმა, რომ ვინმეს რამე თქვას? გაიგებს ნათესავი, სიდედრი და რა ვიცი, ყველა. ჩათვალე, რომ მოკვეთილი ხარ. ე.ი. ან ბოზი ხარ ან ნარკომანი. სხვა რა შემთხვევაში უნდა დაგემართოს? ან ერთი, ან მეორე, ან მესამე. იქ პატარა უბნებია, ყველა ერთმანეთს იცნობს და იქ ტესტირება გაიკეთო, ნიშნავს, ყველამ იცოდეს პასუხი.

მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, როგორც აივ-ზე ტესტირების ბარიერი: აივტესტირების ბარიერებზე საუბრისას გამოითქვა მოსაზრება, რომ ადამიანების მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა ნეგატიურად აისახება მათ მოტივაციაზე, იზრუნონ საკუთარ ჯანმრთელობაზე. დაუკმაყოფილებელი საბაზისო საჭიროებები, როგორიცაა კვების პრობლემები, საცხოვრებელი, უმუშევრობა და ა.შ. ჯანმრთელობაზე ზრუნვის საკითხებს არაპრიორიტეტულად აქცევს. ერთ-ერთმა რესპონდენტმა ბარიერად დაასახელა დაავადებასთან დაკავშირებული ფინანსური ტვირთის შიშიც.

“ რესპონდენტი: ძალიან ბევრი პრობლემაა, რაც ადამიანს ხელს უშლის. თუნდაც, სურვილის არქონა, რომ იცოდეს თავის აივ სტატუსი, ან უფრო მეტი პრობლემა აქვს, ვიდრე აივ-ი შეიძლება იყოს მისთვის და არ ჰქონდეს სურვილი, რამე გამოკვლევის ჩატარების საერთოდ... აი ის, რომ ფინანსურად ისე უჭირს, სხვა არაფერზე აღარ ფიქრობს, არც ჯანმრთელობაზე.

რესპონდენტი: ... მეორეც ... ეკონომიკური მხარე. ბევრმა შეიძლება არ იცის, რა მომსახურება ეკუთვნის ინფიცირების შემთხვევაში და ფიქრობს, ვაი თუ გავიგო, რომ ავად ვარ და ვერ შევძლო მერე ამის მოვლა, მკურნალობა.

მესტირების ბარიერები სპეციფიკურად ჯანდაცვის სისტემაში

ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ბარიერები ორი განსხვავებული პოზიციიდან შეფასდა: სერვისების მიმღები მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების თვალთახედვით და სერვისების მიმწოდებელთა (სამედიცინო პერსონალი) პერსპექტივით. არსებული სიტუაციის აღქმა ამ ორი, თვისებრივად განსხვავებული ჯგუფის მხრიდან საკმაოდ განსხვავებული აღმოჩნდა.

გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ „სისტემაში არანაირი ბარიერი არ არსებობს“; ისინი აცხადებენ, რომ მათი სამედიცინო დაწესებულებები თავისუფალია სტიგმისა და ყოველგვარი ბარიერისგან.

“ რესპონდენტი: ჩვენთან არანაირი სხვაობა არ არის პაციენტებთან დამოკიდებულებაში, ექიმისთვის ყველა პაციენტი თანაბარია და არავითარი განსხვავებული დამოკიდებულება არ გვაქვს ადამიანის მიმართ იმის მიხედვით, სარისკო ქცევა აქვს თუ არა, ინფიცირებულია თუ არა.

განსაკუთრებით მკვეთრად საუბრობენ იმ სპეციალიზებული სამედიცინო პერსონალის თანამშრომლები, სადაც აივ ინფიცირებულ პირებთან ხშირი კონტაქტი აქვთ:

“ რესპონდენტი: რას ბრძანებთ, სად ჩვენ და სად სტიგმა? როგორ შეიძლება სამედიცინო დანესებულებაში იყოს სტიგმა?

სამედიცინო პერსონალის არასაკმაღარისი ცოდნა

სამედიცინო პერსონალი აღნიშნავდა, რომ მათ გავლილი აქვთ შესაბამისი ტრენინგები, ფლობენ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ მინიჭებულ შესაბამის სერტიფიკატებს და მზად არიან, ხარისხიანი ტესტირება და კონსულტაცია მიაწოდონ მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებს.

ამავდროულად, ფოკუსირებული დისკუსიისას მედპერსონალის ნაწილმა გამოთქვა მოსაზრება, რომ რეგიონებში კოლეგების ცოდნის დონე აივ/შიდსის და C ჰეპატიტის შესახებ ძალიან დაბალია.

“ რესპონდენტი: ჩემი დაკვირვებით, საკმაოდ დაბალია სამედიცინო პერსონალის ცოდნა ამ საკითხებზე ან ძალიან ზედაპირული.

თუმცა, ჯგუფის ერთ-ერთმა მონაწილემ გამოთქვა საწინააღმდეგო მოსაზრება და ხაზგასმით აღნიშნა, რომ რეგიონებში მომუშავე პირველადი ჯანდაცვის ექიმები კარგად არიან დატრენინგებულნი ტუბერკულოზისა და C ჰეპატიტის საკითხებზე და დამოკიდებულებაც ადეკვატური აქვთ. მისივე თქმით, ტრენინგი ჩატარდა ინტეგრირებული მართვის პროგრამის ფარგლებში და შეეხებოდა C ჰეპატიტს, აივ/შიდსს და ტუბერკულოზს. ტრენინგი სავალდებულო არ იყო, მაგრამ მოიცვა პრაქტიკულად მთელი პირველადი ჯანდაცვის რგოლი ქვეყნის მასშტაბით.

“ რესპონდენტი: დიახ, ეს იყო ინტეგრირებული მართვის პროგრამა, შეეხებოდა C ჰეპატიტს, აივ ინფექციას და ტუბერკულოზს, რომელიც სავალდებულო არ იყო, მაგრამ პრაქტიკულად მოიცვა მთელი პირველადი ჯანდაცვის რგოლი. ამ ტრენინგებით შემოვიარეთ მთელი ქვეყანა, რამდენიმე კვირის მანძილზე ვრჩებოდით რეგიონში და ვთვლი, რომ ძალიან კარგი ინფორმაცია მივაწოდეთ. ასე რომ, ცხადია, კიდევ მეტია საჭირო, მაგრამ ცუდი მდგომარეობა ნამდვილად არ გვაქვს.

რესპონდენტის საუბრიდან ჩანს, რომ იგი, სავარაუდოდ, თავად იყო ჩართული ტრენინგების პროცესში და, ამრიგად, მისი მოსაზრება, შესაძლებელია, ობიექტური არ ყოფილიყო. თუმცა თითქმის ყველა მონაწილემ ერთსულოვნად აღიარა, რომ სამედიცინო პერსონალის გადამზადება უწყვეტი პროცესი უნდა იყოს.

“ რესპონდენტი: ნამდვილად ასეა, უბრალოდ, ერთადერთ საკითხს აღვნიშნავდი: მართლაც კარგ შედეგს მივაღწიეთ, მაგრამ ეს მუდმივი მუშაობის საგანს წარმოადგენს, ამას სჭირდება შენარჩუნება, მუდმივი მხარდაჭერა, ცოდნას - მუდმივი განახლება და სიახლეების გაზიარება.

სამწუხაროდ, საქართველოში სამედიცინო პერსონალის ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის (KAP) კვლევა არ ჩატარებულა და რთულია განისაზღვროს, რამდენად ობიექტურია რესპონდენტების წარმოდგენები ჯანდაცვის მუშაკთა აივ-ზე ინფორმირებულობის შესახებ.

ტესტირების ბარიერების კვლევის მიზანი არ ყოფილა სამედიცინო პერსონალის ცოდნის დონის შემოწმება აივ/შიდსის შესახებ, თუმცა ფოკუსურ ჯგუფებში დისკუსიისას გამოვლინდა ინფორმაციის ნაკლებობა გარკვეული საკვანძო საკითხების ირგვლივ. მაგალითად, როდის და რა პირობებში შეიძლება აივ დადებითი პირის სტატუსის გაზიარება სხვა სამედიცინო პერსონალთან, პარტნიორსა თუ ოჯახის სხვა წევრთან.

დისკუსიისას მედპერსონალი ერთმანეთთან დიალოგით ცდილობდა დაედგინათ, რა უფლება-მოვალეობა აქვს მედიცინის მუშაკს აივ დადებითი პირის პარტნიორის შეტყობინების კუთხით. მონაწილეთა ნაწილი დადასტურებით ამბობდა, რომ მათ არა აქვთ უფლება, შეატყობინონ აივ ინფიცირებული პირის სტატუსი მის მეუღლეს/სქესობრივ პარტნიორს. ამ დროს საქართველოს კანონი აივ/შიდსის შესახებ ადგენს, რომ სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია შეატყობინოს სქესობრივ პარტნიორს (თუ მისი ვინაობა ცნობილია) პირის აივ დადებითი სტატუსი თუ ინფიცირებული თავად არ გააკეთებს ამას.

დიალოგი მედპერსონალს შორის:

- მაინტერესებს, როცა აივ ტესტი დადებითი უდასტურდება პაციენტს და, მაგალითად, ცოლი პყავს და აღმოაჩნდა აივ ინფექცია, მაშინ როგორ აკეთებთ? არ ხართ ვალდებული, მის ცოლს უთხართ?

- არა, არ ვართ ვალდებული

- მაგრამ მან ხომ შეიძლება თავის ცოლს არ უთხრას, დაუმალოს... და გადასდოს ვირუსი?

- შეიძლება, მაგრამ ჩვენ არ ვაკონტროლებთ ამას. ჩვენ არ გვევალება და არ გვაქვს უფლება, სხვას უთხრათ მისი სტატუსი.

ფოკუსური ჯგუფის დიალოგისას ასევე გამოვლინდა, რომ სამედიცინო პერსონალის ნაწილმა არ იცის, რა პირობებში უნდა შეატყობინოს მკურნალ ექიმს მის პაციენტის აივ/შიდსის დადასტურებული დიაგნოზი. ეს საკითხიც დარეგულირებულია საქართველოს კანონით აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ¹⁵, რომელიც გარკვევით ამბობს, რომ მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ეცნობოს ექიმს პაციენტის აივ დადებითი სტატუსი, თუ ეს ინფორმაცია პაციენტის მკურნალობის ინტერესებშია. მოყვანილი კონკრეტული მაგალითები აჩვენებს, რომ მედპერსონალი ზოგჯერ გაურკვეველია და არაკომპეტენტური აივ-თან დაკავშირებულ საკითხებზე, თუმცა ამის აღიარება დისკუსიისას უჭირთ.

ფგდ-ისას ჩანდა, რომ სამედიცინო პერსონალის დიდი ნაწილი სიფრთხილეს იჩენს აივ დადებითი სტატუსის შეტყობინებისას, მაგრამ არსებობს დარღვევების ფაქტებიც, რასაც ადასტურებს ერთ-ერთი ინფიცირებული რესპონდენტის გამოცდილება, როდესაც მისი სტატუსი ექიმმა დედას გაუმჟღავნა. თუმცა ამავე რესპონდენტმა ექიმის საქციელი შეცდომად/არასასურველ საქციელად შეაფასა და არა კანონდარღვევად:

რესპონდენტი: მე ქუთაისში წავედი, სხვა დიაგნოზს ვფიქრობდი, საერთოდ არ ვფიქრობდი ამაზე [აივ-ზე]. მაშინ დედაჩემი შევიდა პასუხებზე. დედაჩემი გაიფიქრებოდა. კაცი იყო ექიმი, არ მახსოვს მისი სახელი. დედაჩემს რომ უთხრა ჩემი პასუხი, დედაჩემს ფერი ეცვალა...

ინტერვიუერი: თქვენ როგორ ფიქრობთ, ექიმს აივ-ის ტესტის პასუხი თქვენთვის უნდა ეთქვა თუ დედათქვენისთვის?

რესპონდენტი: არა. ჯობდა ჩემთვის ეთქვა, იმიტომ, რომ დედაჩემს არ ენერვიულა. მერე მე, ჩემებურად, გემრიელად ვეტყოდი დედაჩემს

ამრიგად, კვლევისას ზედაპირული დაკვირვებითაც ჩანს, რომ სამედიცინო პერსონალის ცოდნა აივ-თან დაკავშირებულ რეგულაციებზე არასაკმარისია და, ამგვარად, არ არის გამორიცხული ექიმის შეცდომა, რომელიც წინააღმდეგობაში იქნება პაციენტის უფლებებსა და საქართველოს კანონთან აივ ინფექციის/შიდსის შესახებ.

17. საქართველოს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90088?publication=4>

სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება

იმის პარალელურად, რომ სამედიცინო პერსონალი საუბრობს სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმისგან თავისუფალ გარემოსა და ბარიერების არარსებობაზე, მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფები მათ სხვაგვარად აღწერენ, გულგრილებად და არაეთიკურებად ახასიათებენ. ამ შეფასებას ფოკუსური ჯგუფის თითქმის ყველა მონაწილე დაეთანხმა.

“რესპონდენტი: ჩემი აზრით, უკეთეს შემთხვევაში, გულგრილები არიან და უარეს შემთხვევაში, გვაგრძნობინებენ, რომ ჩვენ ვართ არასასურველი პაციენტები.

ერთ-ერთმა ექიმმა პერსონალის აივ მოწყვლადობა დაუკავშირა აივ ინფიცირებული პირების მხრიდან შესაძლო აგრესიულ ქცევას და ინფექციის განზრახ შეყრის მცდელობას (იხ. აღქმული მოწყვლადობა). ამით მან გავრცელებული სტერეოტიპი გააუღერა და ზოგიერთი ექიმის დამოკიდებულება გამოავლინა.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ კვლევის მონაწილეთა ნაწილი, საკუთარი გამოცდილებიდან გამომდინარე, სამედიცინო პერსონალს ახასიათებს, როგორც მშვიდსა და კეთილგანწყობილს. სავარაუდოდ, მაღალი რისკის ჯგუფების გამოცდილება განსხვავებულია და სხვადასხვა ტიპის სამედიცინო დაწესებულება განსხვავებულად რეაგირებს აივსენსიტიურ საკითხებზე.

ჯანდაცვის მუშაკების უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ მედპერსონალს სწორი და ჯანსაღი დამოკიდებულება აქვს მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების მიმართ. თუმცა გამოითქვა განსხვავებული აზრიც, რომ მედპერსონალი, კერძოდ, პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, არ არიან მზად მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებთან სამუშაოდ.

“რესპონდენტი: თუ იგულისხმება ზოგადად სამედიცინო დაწესებულებები და არა სპეციფიკური დაწესებულებები, მაშინ, ჩემი აზრით, პირველადი ჯანდაცვის რგოლი არ არის ბოლომდე მზად, რომ მაღალი რისკის ქცევის მქონე ადამიანებს გაუწიოს მაღალი ხარისხის კონსულტირება. ვინც კონსულტანტები ხართ, ძალიან კარგად მოგეხსენებათ, რომ საკმაოდ რთულია მაღალი ხარისხის კონსულტირების ჩატარება. ასევე, ტრანსგენდერი ადამიანი რომ მივიღეს ჰქდ კლინიკაში, არ ვარ დარწმუნებული, რამდენად კეთილგანწყობილი დახვდება იქ პერსონალი.

მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების წარმომადგენლები საუბრობენ დისკრიმინაციულ და არაკეთილგანწყობილ დამოკიდებულებაზე სამედიცინო პერსონალის მხრიდან. ისინი აღნიშნავენ, რომ მსგავსი განწყობა ბარიერს უქმნის ადამიანებს ჯანმრთელობაზე ზრუნვისას. მათი აზრით, ტექნიკურად გამართულ კლინიკაში შეიძლება სამედიცინო პერსონალის ცოდნა და დამოკიდებულება იყოს არასწორი, რაც პირდაპირ აისახება მიწოდებული სერვისის ხარისხზე და უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო პერსონალის მიმართ ნდობასა და მიმართვიანობაზე.

“რესპონდენტი: შეიძლება კლინიკა თვითონ კარგი იყოს, ანუ ინფრასტრუქტურულად და ყველაფერი ჰქონდეთ, ტესტირება რომ გააკეთონ, მაგრამ დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, ვინც ტესტს ატარებს, როგორ არის განწყობილი და რა დამოკიდებულება აქვს უმცირესობების მიმართ. თუ სკეპტიკურად არის განწყობილი, რა თქმა უნდა, სჯობს, რომ იქ არ გაიკეთო ტესტირება.

პრივატულობის და კონფიდენციალობის დარღვევის საფრთხე

მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფები საუბრობენ კონფიდენციალობის დარღვევის შიშზე და კლინიკებში არაპრივატულ გარემოზე, თუმცა სამედიცინო პერსონალთან ტესტირების ბარიერებზე საუბრისას კონფიდენციალობის დარღვევის შიში მათ არ დაუსახელებიათ.

მხოლოდ მოდერატორის პირდაპირ დასმული შეკითხვის შემდგომ - შეიძლება თუ არა, რომ კონფიდენციალობის დარღვევის შიში ქმნიდეს ტესტირების ბარიერს - კვლევის ერთ-ერთმა მონაწილემ განმარტა, რომ მათ დაწესებულებაში კონფიდენციალობა დაცულია, ყველა მანიპულაცია ხორციელდება პაციენტის სიტყვიერი ინფორმირებული თანხმობის შესაბამისად, ტესტირების პასუხს გასცემს იგივე ადამიანი, ვინც ჩაატარა წინასწარი კონსულტაცია და ტესტირება.

“**რესპონდენტი:** ეს ხომ ისედაც ყველასათვის ცნობილია, რომ [კონფიდენციალობა] მნიშვნელოვანია. ჩვენ ყველას ვუბნებით, რომ მათ შესახებ ინფორმაცია კონფიდენციალურია და ძალიან მკაცრადაა დაცული. როდესაც ხდება პრეკონსულტირება, იქ პაციენტის სიტყვიერი თანხმობის გარეშე არაფერს არ ვაკეთებთ. როცა ვთავაზობდით გამოკვლევას ჰეპატიტზე და აივ-ზე, ვანვლიდით ყველანი ინფორმაციას და ადამიანი ნყვებდა, ჩაეტარებინა თუ არა ტესტირება. რა თქმა უნდა, პირადი მონაცემები ფიქსირდებოდა იმით, რომ შემდეგ ხომ უნდა მიგვეწოდებინა პასუხი, ხომ უნდა მიგვეცა მიმართვა, თუ დაფიქსირდებოდა ინფექცია, მაგრამ ეს ხდებოდა პაციენტის ნებართვით. მაგრამ, კონფიდენციალობა არის დაცული უმაღლეს დონეზე. თუ ჩემთან იყო პაციენტი, მხოლოდ მე უნდა მეთქვა პასუხი, არანაირი ტელეფონით ან სხვა გზით პასუხს არ გავცემდით.

მესტირება პაციენტის ინფორმირების და/ან კონსულტირების გარეშე

სერვისების მიმღები მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების წარმომადგენელთა თქმით, მათ არ მიეწოდებათ ნკტ მომსახურება სამედიცინო კლინიკებში მაშინ, როცა სერვისების მიმწოდებელი სამედიცინო პერსონალი აღნიშნავს, რომ კლინიკებში მიმდინარეობს აივ-ზე ტესტირება ტესტირებამდე და ტესტირების შემდგომი კონსულტირების თანხლებით.

მაღალი რისკის პოპულაციის წარმომადგენლები საუბრობენ, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში შესაძლებელია პირის აივ-ზე ტესტირება მისი ინფორმირების გარეშე, რასაც მედპერსონალი, ძირითადად, უარყოფს.

ინსტიტუციური ბარიერები: შეუსაბამო ინფრასტრუქტურა და გედვერსონალის არასაკმარისი ანაზღაურება

ერთადერთი ხელის შემშლელი ფაქტორი, რომელსაც აღიარებენ როგორც ჯანდაცვის სფეროს, ასევე მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების წარმომადგენლები, ეს არის კლინიკებში არსებული შეუსაბამო ინფრასტრუქტურა, კერძოდ, საკმარისი სივრცის ნაკლებობა, კომფორტული და პრივატული გარემოს არარსებობა.

კვლევისას გამოიკვეთა სხვა გამოცდილებაც, როდესაც კლინიკებში (ძირითადად, საუბარია კლინიკებზე რეგიონებში) პაციენტი არ არის ექიმთან პირისპირ და არა აქვს პრივატულად საუბრის შესაძლებლობა, რადგან ექიმის კონსულტაციას ესწრება სხვა სამედიცინო პერსონალიც. რესპონდენტებმა ისაუბრეს დაწესებულებათა ინფრასტრუქტურის შეუსაბამობაზეც - ხშირად ოთახი არ არის შესაფერისად მოწყობილი და იზოლირებული, რის გამოც დიალოგი ოთახში ცნობილი ხდება მესამე პირისთვის. როგორც შეხვედრის მონაწილემ აღნიშნა, მსგავსი ვითარების გამო ექიმები ცდილობენ, პაციენტებს კომფორტი შეუქმნან და სხვადასხვა ხერხს მიმართავენ, მაგალითად, იპოვონ თავისუფალი, ალტერნატიული სივრცე პაციენტთან გასაუბრებისთვის, ან პაციენტი დაიბარონ კონკრეტულ დროს.

“**რესპონდენტი:** კონფიდენციალობას უკვე გავუსვით ხაზი, მაგრამ ყველგან არ არის შესაბამისი პირობები. მაგალითად, ზოგან ექიმთან ერთად ექთანაც იმყოფება კაბინეტში. ზოგან ცალკე ოთახია, მაგრამ შეიძლება ფანჯარა ჰქონდეს და ისმოდეს საუბარი. ეს, ძირითადად, რაიონში ხდება, სადაც არ არის საკმარისი სივრცე პერსონალისთვის. მაგრამ

პერსონალი ამას სხვადასხვაგვარად აგვარებს. ან პოულობს თავისუფალ სივრცეს, ან, მაგალითად, წამლის მიცემის დროსაც შეიძლება შეიქმნას ასეთი ვითარება, ამიტომ წინასწარ უთანხმოებიან პაციენტებს, რომ თავიდან აირიდონ კონფიდენციალობის დარღვევა.

ჯანდაცვის მუშაკებმა აღნიშნეს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა უკანასკნელი წლების მანძილზე ჩაერთო აივ-ზე ტესტირების სერვისებში, რითაც მათი სამუშაო დატვირთვა გაიზარდა. მიუხედავად ამისა, მათი ანაზღაურება უცვლელი დარჩა. რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მედპერსონალის დაბალმა ანაზღაურებამ შესაძლებელია, უარყოფითად იმოქმედოს პერსონალის მოტივაციაზე და, შესაბამისად, ვერ უზრუნველყოს კეთილგანწყობილი მომსახურება.

“ რესპონდენტი: ...დაბალი ხელფასი. როცა ხელფასი დაბალია, მოტივაციაც დაბალია. მე იმის თქმა მინდა, რომ როცა ამბულატორიის ექიმებს გვემატება საქმიანობა, ხელფასი არ იმატებს, თანხები ხელფასზე უნდა გვემატებოდეს.

თესტირების ხელმისაწვდომობა

სამედიცინო პერსონალთან ტესტირების ბარიერებზე საუბრისას განიხილეს სამედიცინო დაწესებულებებში აივ-ზე უფასო ტესტირების ხელმისაწვდომობის საკითხი. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ჯანდაცვის მუშაკები არ ფლობენ, ან სხვადასხვა ინფორმაციას ფლობენ აივ-ზე ტესტირების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებით. ერთ-ერთი მონაწილე აღნიშნავს, რომ აივ-ზე უფასო ტესტირება ხელმისაწვდომია მხოლოდ C ჰეპატიტზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში; მეორე აღნიშნავს, რომ სკრინინგი მოიცავს აივ-სა და C ჰეპატიტზე უფასო ტესტირებას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიერ შერჩეულ სამედიცინო ერთეულებში. ისაუბრეს იმაზეც, რომ პირველადი ჯანდაცვის კლინიკებში მოხვედრილი ყველა პაციენტისთვის ხელმისაწვდომია აივ-ზე უფასო ტესტირება.

“ რესპონდენტი: დამასრულებინეთ და შემდეგ თქვით. მე გეტყვით ჩემს გამოცდილებას: ჩვენთან რაც დაავადებათა კონტროლის ცენტრმა ტესტები შემოიტანა, უკეთდებათ მხოლოდ C ჰეპატიტზე დადებითი პაციენტებს. ანუ C ჰეპატიტი ვისაც არ აქვს დადებითი, ჩვენ აივ-ის თემას გვერდზე გადავდებთ.

რესპონდენტი: მოგახსენებთ, პირველად როცა შემოვიდა ჩვენთან ტესტირება, აბსოლუტურად ყველასთვის ჰეპატიტის და აივ-ის იყო უფასო, ასაკის შეუზღუდავად, მერე წამოვიდა ისე, რომ ასაკი შეიზღუდა, მერე წამოვიდა, თუ C-ზე იყო დადებითი, მხოლოდ იმათ უტარდებოდათ აივ-ზე. ახლა ისევ ყველას უტარდება, შეზღუდვის გარეშე.

მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლები ინფორმირებულები არიან აივ ტესტირების ცენტრების შესახებ. მათ იციან, რომ აივ-ზე უფასო ტესტირება შესაძლებელია როგორც არასამთავრობო ორგანიზაციებში, ასევე სამედიცინო დაწესებულებებში. თუმცა, ისინი ხაზს უსვამენ, რომ ტესტირების ცენტრების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა არათანაბარია, განსაკუთრებით, რეგიონებში.

აივ-ზე თესტირების მოტივატორები

რესპონდენტებმა ისაუბრეს, როგორ ფორმირდება ადამიანის მიერ აივ-ზე ტესტირების გადაწყვეტილება. დისკუსიისას გამოიკვეთა გადაწყვეტილების მიღების 4 ძირითადი ეტაპი: **ეტაპი 1:** შიში და არაინფორმირებულობა როგორც აივ-ის, ასევე სერვისების მიმწოდებლების შესახებ;

ეტაპი 2: აივ-სა და სერვისცენტრებზე ინფორმაციის მოძიების დაწყება და დარწმუნება, რომ სერვისის მიმწოდებელი კეთილგანწყობილია და იცავს კონფიდენციალობას;

ეტაპი 3: შიშის დაძლევის მყარი გადაწყვეტილება;

ეტაპი 4: აივ ტესტირებაზე მიმართვა.

“**რესპონდენტი:** თავიდან იყო შიში, სანამ პირველად გავიკეთებდი - ამას გეუბნებით წლების წინ - იმის გამო, რომ არ მექონდა განათლება, არ ვიცოდი, რა იყო საზოგადოების დამოკიდებულება, არ ვიცოდი, კონფიდენციალური იქნებოდა თუ არა. თავიდანვე ვთქვი, რომ ეს ყველაფერი ინვესტის ისეთ შიშს, რომ ადამიანებმა არ გაიკეთონ ტესტირება. მაგრამ, როგორც კი დაინახავს ადამიანი, რომ არასამთავრობო იქნება თუ სამედიცინო დაწესებულება, რომ იქ ოჯახია შენი, მერე უმარტივდება ამ საკითხთან მიმართებით გადაწყვეტილების მიღება. მე გამიმარტივდა ... [ასახელებს რამდენიმე სოცმუშაკს არასამთავრობო ორგანიზაციიდან] ამის გაკეთება.

რესპონდენტი: მე პირველად სანამ გადავწყვეტდი, ძალიან მეშინოდა, არც ვიცოდი მაშინ კარგად ამ დაავადებაზე და თან მაინტერესებდა, ვაითუ მაქვს და რა მეშველება-მეთქი. მერე გადავწყვიტე, რომ ჯობია გადავაბიჯო ამ შიშს და დროზე გავიგო და თუ რამეა, დროზე მივხედო თავს-მეთქი. და ერთხელ რომ გავიკეთე და უარყოფითი იყო, მერე აღარ მეშინოდა.

მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებმა ტესტირებაზე მოტივაციის ასამაღლებელ ფაქტორებად დაასახელეს რამდენიმე ძირითადი ასპექტი:

ინფორმირებულობა: სწორი ცოდნა ტესტირების სარგებლისა და მკურნალობის შესაძლებლობათა შესახებ. ინფორმაცია აივ-ზე ტესტირების ცენტრების შესახებ და ნდობა, რომ აღნიშნული ცენტრი მიაწოდებს ღირსეულ სერვისს პრივატულობის და კონფიდენციალობის დაცვის გარანტიით.

უფასო ტესტირების შესაძლებლობა: კვლევის ყველა მონაწილე აღნიშნავს, რომ აივ-ზე ტესტირებისთვის არ უნდა არსებობდეს ფინანსური ბარიერი და სერვისი პაციენტისთვის უფასო უნდა იყოს. საქართველოში უფასო ტესტირების შესაძლებლობის შესახებ კარგად არიან ინფორმირებულნი მაღალი რისკის ჯგუფები. თუმცა სამედიცინო პერსონალის შეხედულებები არაერთგვაროვანი იყო.

ტესტირებაზე თანხლების სერვისი: რესპონდენტების უმეტესობა აღნიშნავს, რომ პირს, შესაძლოა, უჭირდეს ტესტირებაზე მართო წასვლა და ვინმეს თანხლება მას გაუმარტივებდა გადაწყვეტილების მიღებას. განსაკუთრებული აქცენტი გაკეთდა სოციალური მუშაკის თანხლების სერვისზე. ისინი ამბობდნენ, რომ ტესტირება უფრო მარტივია, როდესაც კეთილგანწყობილი სოცმუშაკი გახლავს, რომელიც კარგადაა ინფორმირებული ტესტირების პროცესის შესახებ, იცის, როგორ უნდა მოიქცეს პირი ტესტის დადებითი შედეგის მიღების შემდეგ. ამასთან, სოცმუშაკები დატრენინგებულები არიან და შეუძლიათ ყველაზე კრიტიკულ ეტაპზე პირველადი მხარდაჭერის შეთავაზება. თანხლების უპირატესობის დასტურად, რესპონდენტები ასევე საუბრობდნენ მეგობრის ან ოჯახის წევრის თანხლებაზე.

“**რესპონდენტი:** სოციალური მუშაკის გაყოლა სასარგებლოა იმიტომ, რომ უფრო ინფორმირებულია. მე მაინც მეგობრებთან ერთად წავედი. 3 მეგობარი მივედი და ავიღეთ ანალიზი.

კომფორტული და კეთილგანწყობილი გარემო: გამოკითხულ პირთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ კომფორტული და კეთილგანწყობილი გარემო ამცირებს ტესტირების ბარიერს და ზრდის პირის მოტივაციას, ჩაიტაროს ტესტირება. მათი აზრით, კეთილგანწყობილი გარემო გულისხმობს თბილ და უშუალო დამოკიდებულებას პერსონალის მხრიდან; და გარემოს, რომელიც თავისუფალია დოგმებისაგან, სტერეოტიპებისა და სტიგმისგან. ბევრი რესპონდენტისთვის ასევე მნიშვნელოვანია სასიამოვნო დიზაინი და სისუფთავე. სანიტარიულ-ჰიგიენური ნორმების დაცვაზე აქცენტი შესაძლებელია იმით აიხსნას, რომ ბევრი აივ ინფიცირებული ადამიანი ღიად საუბრობს გარკვეულ სამედიცინო დაწესებულებებში შეუსაბამო პირობების არსებობაზე.

“**რესპონდენტი:** ჩვენ, ადამიანებს, ძირითადად გვიყვარს, როცა თბილად გვექცევიან და რაღაცა სითბოს რომ გრძნობ, შენც უფრო გახსნილი ხარ. ჰოდა, მნიშვნელოვანია ძალიან, თბილად გექცეოდნენ, თბილები იყვნენ და ასე შემდეგ.

რესპონდენტი: სისუფთავეს, რა თქმა უნდა, [მნიშვნელობა აქვს], სიკოხტავე, სისუფთავე - ახლა ხომ ყველაფერი მოწესრიგებული უნდა იყოს?

სხვისი წარმატებული ისტორია: მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლები აღნიშნავენ, რომ სხვა ადამიანის მაგალითი, შესაძლოა, წამახალისებელი და მამოტივირებელი ფაქტორი აღმოჩნდეს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირდაპირი კონტაქტები იმ ინფიცირებულ-ბთან, რომლებიც მზად არიან, ღიად ისაუბრონ საკუთარ გამოცდილებაზე; ვინც ამჟღავნებს თავის სტატუსს და ქცევით აჩვენებს თანასწორებს, როგორ მკურნალობს წარმატებით, არის პრაქტიკულად ჯანმრთელი და აგრძელებს სრულფასოვან ცხოვრებას, მიუხედავად აივ დადებითი სტატუსისა.

რესპონდენტი: რამდენიმე ჩემს მეგობარზე მე ვიმოქმედე, ოღონდ სევდიანი ისტორია არ მქონია. მე ვთქვი, ვარ აივ ინფიცირებული, არ ვმალავ ჩემს სტატუსს, ვიცი რომ არ უნდა დავმალო. ყოველთვის ჩემს ნებისმიერ პარტნიორს ვეუბნები, რომ ვარ აივ ინფიცირებული და ვფიქრობ, რომ ჩემი სტატუსი არ ცვლის ჩემს ცხოვრებას. ამან ჩემს მეგობრებზე ითამაშა დიდი როლი, რომ გაეკეთებინათ ტესტი. როცა ვთქვი, რომ ვიყავი ინფიცირებული, დავინწყე მკურნალობა და მე აღარანაირი რთული პრობლემა არ მაქვს... მათაც გადაწყვიტეს, რომ ტესტირება უნდა გაეკეთებინათ, რადგან არ იყო ასეთი საშიში ვირუსი და პასუხის არ უნდა შეშინებოდათ.

ახალ პარტნიორთან ურთიერთობის დაწყება: სარიცხო ჯგუფების რამდენიმე წარმომადგენელმა განაცხადა, რომ ზოგჯერ ახალ სქესობრივ პარტნიორთან ურთიერთობის დაწყება ხდება ტესტირების მოტივით. ამ დროს ბევრი ცდილობს, დაიწყოს უსაფრთხო ურთიერთობა და, შესაძლებელია, ორივე პარტნიორმა ერთმანეთი წამახალისოს, რომ ტესტირება ჩაიტარონ.

რესპონდენტი: რამდენიმე მეგობარი მყავს, ვინც იკეთებს ტესტირებას, როდესაც ახალ პარტნიორთან იწყებს ურთიერთობას და პარტნიორსაც აიძულებს, რომ გაიკეთოს.

რუტინული ტესტირება და მასობრივი სკრინინგი: აშშ CDC¹⁸ და სხვა ავტორიტეტული ინსტიტუტები აცხადებენ, რომ ჯანდაცვის სექტორში რუტინულად აივ-ზე ტესტირების შეთავაზება გაზრდის ტესტირების რაოდენობას და გააუმჯობესებს აივ გამოვლენას. ამ მიდგომას უწოდებენ opt-out პრინციპს, რაც გულისხმობს შემდეგს: სერვისის მიმწოდებელი რუტინული სკრინინგის პაკეტის ფარგლებში პაციენტს ატყობინებს, რომ სხვა ტესტებთან ერთად, ჩატარდება აივ ტესტირება, თუ პაციენტი უარს არ ამბობს. ამიტომ წინამდებარე კვლევა დაინტერესდა, რამდენად მისაღები იქნებოდა მონაწილეებისათვის ტესტირების ეს სტრატეგია და გაიზრდებოდა თუ არა ტესტირების მაჩვენებელი. ამ საკითხზე საუბრისას რესპონდენტებმა არაერთგვაროვანი დამოკიდებულება გამოხატეს. კვლევის მონაწილეთა ნაწილისთვის მასობრივი სკრინინგი მიმზიდველი და კომფორტულია, ნაწილისთვის კი არაპრივატულობას და კონფიდენციალობის დარღვევის შიშს უკავშირდება.

რესპონდენტი: სხვათა შორის, ბევრი არ თანხმდება [გულისხმობს მასობრივ სკრინინგს] იმიტომ, რომ შიში აქვთ. აქვთ ასეთი აზრი, რომ, თუნდაც ჰეპატიტზე, აქ რომ გავიკეთო და ყველა მე მიფურებს, ვაი და აღმომაჩნდესო, ყველა გაიგებს ჩემს სტატუსსო.

რესპონდენტი: მასობრივი აქციების დროს უფრო სპონტანურია. დაინახეს, რომ ერთი იკეთებს, მეორემ გაიკეთა... მერე ვიღაცამ მიბაძა, მეოთხემ, მეხუთემ და ასე შემდეგ და კარგია.

რესპონდენტი: ზოგ ადამიანს შეიძლება უნდა ტესტირება, მაგრამ დაკავებულობის გამო ვერ ახერხებს მოსვლას და ასეთი გამოკვლევა, როცა არსად სპეციალურად არ უნდა მივიდეს, ადგილზე რომ შეუძლია, სპონტანურად, შემთხვევით, სადაც არის, იქვე გაიკეთოს, ალბათ, ბევრისთვის მოსახერხებელია.

18. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation Toolkit: Patient and Provider Perspectives about Routine HIV Screening in Health Care Settings. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/healthcare/index.htm>. Published March 2012. Accessed 09.12.2020

აივ-ზე ტესტირების ნეგატიური პასუხი, როგორც ქცევის შეცვლის მოტივატორი: აივ-ზე ტესტირების შემდგომ ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებით საუბრისას, რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ ზოგს ტესტის უარყოფითი შედეგი უბიძგებს უსაფრთხო ქცევისკენ, რათა შეინარჩუნოს ვირუსისგან თავისუფალი სტატუსი; თუმცა გამოითქვა საწინააღმდეგო მოსაზრებაც: ზოგჯერ აივ-ზე ტესტის ნეგატიური შედეგი ათამამებს ადამიანს, ადუნებს სიფრთხილეს, რომ დაიცვას თავი და, შესაძლოა, გაუმყაროს სარისკო ქცევა.

“ რესპონდენტი: . . . როცა გაიგებენ, რომ სუფთები არიან და რამე არ ჭირთ, ასე მგონია, რომ უფრო უფრთხილდებიან თავს. მე, მაგალითად, მასე ვარ, თავს უფრო ვუფრთხილდები, მაგრამ ბევრი მინახავს, გოგოები, რომლებიც რომ გაიგებენ, რამე არ ჭირთ, მერე არც პრეზერვატივს ხმარობენ და არც არაფერს აბსოლუტურად.

რესპონდენტი: არა, პირიქით უფრო მოქმედებს ხოლმე ადამიანზე, თუ დარწმუნდება, რომ მას არაფერი არ ჭირს, უფრო სარისკო მოქმედებებს ჩაიდენს. ჩემს გარშემო მყოფი ადამიანებიდან, მეგობარმა, რომელმაც გაიკეთა ტესტირება რამდენჯერმე და პასუხი იყო უარყოფითი, გადანწყობა, რომ დაუსველი სექსი შესაძლებელი და კარგი იყო.

აივ-ზე ტესტირების არსებული და სასურველი მოდელები

კვლევაში ჩართული პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალი ერთხმად აღნიშნავს, რომ პირველადი ჯანდაცვა მოსახლეობის დიდ ნაწილთანაა კავშირში და მათ აქვთ პოტენციალი, ტესტირებით მოიცვან მოსახლეობის ფართო ფენები. ამიტომ სჭერათ, რომ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები, შესაძლოა, გახდეს აივ-ის პრევენციის ძირითადი საყრდენი.

სამედიცინო პერსონალმა კმაყოფილებით შეაფასა პირველად ჯანდაცვაში არსებული აივ-ზე ტესტირების მოდელი. მოდელზე საუბრისას გამოვლინდა ისიც, რომ ყველას არ სთავაზობენ ტესტირების წინა კონსულტირებას, შემოიფარგლებიან მცირედი ინფორმაციის მიწოდებით და პირდაპირ ტესტავენ აივ-ზე იმ საბაბით, რომ: „ვინც იცის, რაზე ვთავაზობთ ტესტირებას, პირდაპირ თანხმდება“. რესპონდენტებმა აღნიშნეს, რომ მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიმართავენ ტესტირების წინა კონსულტაციას, როცა პაციენტი უარს ამბობს კვლევაზე, ან დადებითა C ჰეპატიტზე.

“ რესპონდენტი: ეს მოდელი, რომელიც მუშაობს, სავსებით მისაღებია, საკმაოდ მარტივიცაა. ყველა მოსულ პაციენტს ვთავაზობთ ტესტირებას და არ ყოფილა პრაქტიკულად უარის შემთხვევა, ყველა იტარებს. ოჯახის ექიმი უწევს კონსულტირებას, ანვდის ინფორმაციას და შემდეგ იბარებს პასუხზე. იგივე ექიმი აძლევს პასუხებს შემდეგ და, საჭიროების შემთხვევაში, ამისამართებს შესაბამის დაწესებულებაში.

მედპერსონალთან დისკუსიის დროს აღმოჩნდა, რომ სამედიცინო პერსონალს არა აქვს კონკრეტული მითითება, როდის და მოსახლეობის რომელ ჯგუფებში უნდა ჩაატარონ აივ-ზე ტესტირება. ისინი აღნიშნავენ, რომ მათ აქვთ გეგმა, აძლევენ გარკვეული რაოდენობის ტესტებს, რომელთა დახარჯვის შემდეგ შესაბამისი ანგარიში უნდა წარადგინონ. ამიტომ პერსონალი ამბობს, რომ ისინი კლინიკის ყველა ვიზიტორს იკვლევენ ორივე ინფექციაზე - C ჰეპატიტსა და აივ-ზე. თუმცა მათ არ ახსოვთ, დაახლოებით, რამდენი აივ დადებითი პირის გამოვლენა ხერხდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პოპულაციის სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში.

პჯდ-ში აივ-ზე ტესტირების ინტეგრირებასთან დაკავშირებით მცირედით განსხვავებულია სარისკო პოპულაციის შეხედულებები. კლინიკებში მიღებული გამოცდილების გაზიარებისას მათ აღნიშნეს, რომ არ ხდება ტესტირების წინა და შემდგომი კონსულტირება. არადა ადასტურებენ, რომ ეს ტესტირების მნიშვნელოვანი კომპონენტი უნდა იყოს. მათი თქმით, კონსულტირება მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ ადამიანის ინფორმირებისთვის, არამედ იგი იძლევა ნდობის მოპოვების შესაძლებლობასაც. ამასთან, სკეპტიკურად უყურებენ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში ოჯახის ექიმის მიერ აივ-ზე კონსულტირების შესაძლებლობას. ისინი ფიქრობენ, რომ ოჯახის ექიმს ამის დრო არა აქვს და კონსულტირება და ტესტირება სხვა თანამშრომელს უნდა გადაეცეს. გამოითქვა მოსაზრება, რომ კონსულტაციას უნდა ატარებდეს ფსიქოლოგი, ექიმი, ფსიქიატრი ან აივ დადებითი პირი. რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ტესტის დადებით შედეგს, უმჯობესია, ფსიქოლოგი აწვდიდეს, რომელიც შეძლებდა ამის ისე გაკეთებას, რომ ნაკლები ზიანი მიაღგეს ინფიცირებული პირის ფსიქიკას.

გარდა ამისა, სარისკო პოპულაციების წარმომადგენლები ამბობენ, რომ აივ-ზე ტესტირება სამედიცინო დაწესებულებაში ხშირად პაციენტის ინფორმირების გარეშე ტარდება და ამის შესახებ მხოლოდ მას შემდეგ იგებენ, როდესაც სხვა ანალიზების შედეგებთან ერთად იღებენ აივ ინფიცირების პასუხს.

“ რესპონდენტი: არც უკითხავთ [ტესტირებაზე თანხმობა], რაც არის სავალდებულო, ის ანალიზები უნდა გავაკეთოთ და მორჩა. არც უკითხავთ ნებართვა, გავიკეთებდი ტესტს თუ არა.

რესპონდენტი: ზოგადად ასეა, როცა პოლიკლინიკაში თუ საავადმყოფოში მიდიხარ, გიტარებენ პირდაპირ ანალიზებს და მერე ფურცელს გახვედრებენ და გეუბნებიან თქვენ გჭირთ ეს და ეს.

ტესტირების სერვისები არასამთავრობო ორგანიზაციებსა და სამედიცინო დაწესებულებებში.

კვლევა ნაკლებად დაინტერესდა ტესტირების იმ მოდელით, რომელიც არასამთავრობო ორგანიზაციებში (ა/ო) მუშაობს. მაღალი რისკის პოპულაციებს ტესტირების სერვისს ქვეყანაში ორ ათეულ წელზე მეტია სთავაზობენ სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციები, მათ შორის, სათემო ორგანიზაციები. ამ ორგანიზაციებში ხშირად დასაქმებულნი არიან თავად თემის წარმომადგენლები. თანამშრომლებს გავლილი აქვთ ტრენინგები და რისკის ჯგუფებთან მასტიგმატიზებული დამოკიდებულება არ ვლინდება. ამრიგად, უკვე არსებობს სოლიდური მტკიცებულება, რომ აივ-ზე ტესტირება სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციებში მისაღები მოდელია რისკის მქონე პოპულაციებისათვის. სწორედ ამიტომ კვლევის ფარგლებში აქცენტი გაკეთდა რესპონდენტთა შეხედულებების შესწავლაზე ჯანდაცვის სექტორში ტესტირების ახალი მოდელის მიმართ.

თუმცა კვლევა დაინტერესდა, ტესტირების რომელ ცენტრში ურჩევდნენ რესპონდენტები მეგობარს წასვლას, თუ მას აივ-ზე ტესტირება დასჭირდებოდა. საინტერესო, თუმცა მოსალოდნელი იყო, რომ კვლევის აბსოლუტურად ყველა მონაწილე სამედიცინო პერსონალიდან რეკომენდაციას გაუწევდა ტესტირების სერვისებს სამედიცინო დაწესებულებებში. თუმცა განსხვავებული იყო მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენელთა პრეფერენციები. მათგან დიდი უმრავლესობა (დაახლოებით, 85%) ამბობს, რომ მეგობარს ტესტირებისთვის ურჩევდნენ არასამთავრობო ორგანიზაციას. მხოლოდ მცირე ნაწილი უწევს რეკომენდაციას ასევე სამედიცინო დაწესებულებებში არსებულ აივ-ზე ტესტირების სერვისს.

პაციენტისთვის ტესტის შედეგების მიწოდების გზები

ტესტირების სასურველი მოდელების განხილვისას, რესპონდენტები აღნიშნავენ, რომ მნიშვნელოვანია ტესტის შედეგების სწრაფი გაცემა, რომ საჭირო არ გახდეს განმეორებითი მისვლა დაწესებულებაში. თითქმის ყველა რესპონდენტი აღნიშნავს, რომ ტესტის პასუხის დაბრუნება ურჩევნია პირისპირ, რადგან ეს უფრო უსაფრთხოდ აგრძნობინებს თავს.

თუმცა, თუ პასუხების მიღებას ხანგრძლივი დრო სჭირდება და აუცილებელი ხდება ტესტირების ცენტრში განმეორებითი ვიზიტი, მაშინ რესპონდენტებს სურთ, რომ ჰქონდეთ პასუხის მიღების ალტერნატიული გზაც. დისკუსიისას ისაუბრეს პასუხის დაბრუნების სამ შესაძლო გზაზე: ელფოსტით, ტელეფონით და სმს-ით. რესპონდენტების ნაწილი ამბობს, რომ მათთვის მისაღები იქნებოდა, თუ ტესტის შედეგს მიიღებდნენ ელფოსტით.

“ რესპონდენტი: ჩემთვის მეილი მისაღებია. თუ პასუხები იმწუთასვე არაა და მერე კიდევ მისასვლელი ვიქნები, მირჩევნია მომწეროს პასუხი.

რესპონდენტი: მეც მირჩევნია მეილით, რატომ უნდა ვიარო ტყუილად აქეთ-იქით?

ამავდროულად აღმოჩნდა, რომ ტელეფონით პასუხის მიღებაში მაღალი რისკის ჯგუფის წარმომადგენლები გარკვეულ საფრთხეს ხედავენ კონფიდენციალობის დარღვევის თვალსაზრისით. ასევე, თითქმის ყველა რესპონდენტი კატეგორიულად აცხადებს, რომ არ ისურვებდა სმს-ით ტესტის შედეგის მიღებას, რადგან ტელეფონთან შესაძლოა, სხვა პირს ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა და შეტყობინება წაიკითხოს.

“ რესპონდენტი: უი, არა. მესიჯი რო ჩემმა შვილმა ნახოს; ან ვიღაცამ დარეკოს და ჩემმა ქმარმა უპასუხოს? არა, მართო პირისპირ მინდა მე პასუხების მიღება.

პაციენტებისგან უკუკავშირის მიღების და მასზე რეაგირების მექანიზმი ჯანდაცვის სისტემაში

აივ-ზე ტესტირების სერვისის ხარისხის გაუმჯობესების გარეშე შეუძლებელია ტესტირების ბარიერების შემცირება და მაჩვენებლების გაუმჯობესება. სწორედ ამიტომ კვლევა დაინტერესდა, რამდენად არსებობს სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტისგან უკუკავშირის მიღების და მასზე რეაგირების ინსტიტუციური მექანიზმები.

სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალმა აღნიშნა, რომ ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით, ყველა კლინიკაში არსებობს უკუკავშირის მექანიზმი. როგორც თავად აღწერეს, ეს არის პაციენტის კმაყოფილების კითხვარი, რომელიც მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა: პაციენტების მომსახურება, დაყოვნება, რიგების მართვა, დისკომფორტი, წუხილი და ა.შ.

რესპონდენტების გადმოცემით, შევსებული კითხვარები გროვდება ყუთში და შემდგომ განიხილება. ყუთები ყველა კლინიკაში მოთავსებულია გამოსაჩენ ადგილას, ან კლინიკის შესასვლელში ყველა პაციენტს უშუალოდ სთავაზობენ კმაყოფილების კითხვარის შევსებას. თუმცა, როდესაც მოდერატორი სვამს კითხვას, კვლევაში მონაწილე ვერცერთი პერსონალი ვერ იხსენებს თავის დაწესებულებაში პაციენტის საჩივარზე რეაგირების კონკრეტულ მაგალითს.

უკუკავშირის მეორე შესაძლებლობად დასახელდა პირდაპირი და დაუყოვნებელი კავშირი მენეჯმენტთან. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მედპერსონალის უმრავლესობა რეგიონში აცხადებს, რომ უკუკავშირის მექანიზმი არ არსებობს მათ კლინიკებში. მხოლოდ ერთმა მონაწილემ ახსენა, რომ აქვთ ასეთი სისტემა - საჩივრების წიგნი, რომელიც არავის არასდროს გამოუყენებია. გაახსენდა მხოლოდ ერთი შემთხვევა, როდესაც პაციენტმა პირდაპირ ადმინისტრაციას მიმართა საჩივრით და საკითხი ამ დონეზე გადაწყდა.

თვითმხსტირება, როგორც აივ-ზე თვითმხსტირების გაზრდის შესაძლებლობა

საქართველომ 2020 წელს მიიღო გადაწყვეტილება, რომ სარისკო პოპულაციებს შესთავაზოს აივ-ზე თვითმხსტირების შესაძლებლობა, რომელიც უზრუნველყოფს ტესტირების კომფორტულობას, პრივატულობას და გამორიცხავს კონფიდენციალობის დარღვევის საფრთხეს. სწორედ ამიტომ კვლევა დაინტერესდა შეესწავლა, როგორი იყო სხვადასხვა პოპულაციის განწყობა და შეხედულებები თვითმხსტირების შესახებ.

აღსანიშნავია, რომ კვლევის მონაწილე მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების უმეტესობა ინფორმირებულია აივ-ზე თვითმხსტირების შესაძლებლობის შესახებ. მონაწილეთა ნაწილი კი, უპირატესად პირველადი ჯანდაცვის მედპერსონალი, არ იცნობდა ტესტირების ამ მეთოდს და მოდერატორი უხსნიდა, რას ნიშნავდა აივ ინფექციაზე თვითმხსტირება.

ის რესპონდენტებიც, რომლებსაც შეხვედრამდე არასოდეს სმენიათ აივ-ზე თვითმხსტირების შესახებ და ისინიც, ვისაც სმენიათ, ერთმნიშვნელოვნად თვლიან, რომ ასეთი შესაძლებლობის შემთხვევაში აივ-ზე ტესტირება გაიზრდება. თუმცა, ამავედროულად, რესპონდენტები საუბრობენ თვითმხსტირებასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი დადებითი და უარყოფითი ასპექტების შესახებ.

აივ-თვითმხსტირების დადებითი ასპექტები

თითქმის ყველა რესპონდენტი აცხადებს, რომ ტესტირების ჩატარებისთვის დროისა და ადგილის შერჩევის შესაძლებლობა გამოსაკვლევი პირის პრეფერენციების შესაბამისად (სურვილის მიხედვით) თვითმხსტირების უმთავრესი პრივილეგიაა. მეორე ძირითად დადებით ფაქტორად დასახელდა პრივატულობა და კონფიდენციალობის დაცვის გარანტიები.

“**რესპონდენტი: კი, გაამარტივებს და გაზრდის [აივ-ზე ტესტირებას], უფრო ადვილი იქნება, როცა გინდა, მაშინ გაიკეთებ.**

რესპონდენტი: შეიძლება, დაეხმაროს სხვაგან წასვლა, გაკეთება და კიდევ ეცოდინება, რომ აგერ მივა აიღებს და გაუკეთებს თავის თავს

რესპონდენტი: კი, ვიცი და გამომიყენებია. ამ შემთხვევაში თვითმხსტირებასთან კონფიდენციალობის შიში ქრება. ადამიანი საკუთარ თავს უკეთებს ტესტირებას და სრულიად მართლ რჩება.

რესპონდენტებმა გამოთქვეს მოსაზრებები იმ გამოწვევებზე, რომლებიც თვითტესტირებას უკავშირდება. ესაა: ტესტის არასწორი მოხმარება; ტესტზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში ფსიქოლოგიური შოკი, საკუთარ თავში ჩაკეტვის საფრთხე; კონფირმაციულ ტესტირებაზე მიუმართაობა; და იმ კლინიკების ადგილმდებარეობის არცოდნა, სადაც კონფირმაციული ტესტირება ტარდება.

“ რესპონდენტი: რა ვიცი, ხომ შეიძლება ვერ გავიკეთო სწორად, აქ სპეციალისტი აკეთებს და გარანტირებული ხარ... ”

რესპონდენტი: მე ვფიქრობ, რომ რისკი იმისი უფრო არის, რომ როცა დადებით პასუხს მიიღებს, მერე არ ვიცი, როგორ მოიქცევა, დამალავს, დეპრესიაში ჩავარდება, თავს მოიკლავს... ”

თვითტესტირების გავრცელების სასურველი გზები: კვლევა დაინტერესდა, აივ თვითტესტირებისათვის სადიაგნოსტიკო ტესტი რა გზებით უნდა ვრცელდებოდეს სამიზნე პოპულაციებში. აივ-ზე თვითტესტირების ტესტების მიწოდების გზებზე საუბრისას, თვალშისაცემია ის ფაქტი, რომ ადამიანებს იმდენად ეშინიათ აივ/შიდსთან ბმული სტიგმის, რომ ეს შიში მოქმედებს არა მხოლოდ აივ-ზე ტესტირებისთვის მიმართვაზე, არამედ თვითტესტირების მიწოდების გზების შერჩევაზეც.

მონაწილეთა ნაწილმა აღნიშნა, რომ აივ-ზე თვითტესტირების ტესტი ხელმისაწვდომ ფასად უნდა იყიდებოდეს აფთიაქებსა და სუპერმარკეტებში. თუმცა, პატარა ქალაქებში მცხოვრებ რესპონდენტთა ნაწილი ფიქრობს, რომ თვითტესტების აფთიაქში შეძენა ისეთივე დისკომფორტის შემქმნელი იქნება მათთვის, როგორც კონდომის შეძენა.

“ რესპონდენტი: აუფ, აფთიაქში პრეზერვატივს რომ ვყიდულობ, ისეთი თვალებით გამოგხედავენ, რო რა ვიცი და აივ-ის ტესტი რო მოვითხოვო, გედვირევიან სულ. ”

აივ-ზე თვითტესტის გავრცელების/მიღების გზები: რესპონდენტებმა თვითტესტის გავრცელების რამდენიმე შესაძლო გზა განიხილეს: აპარატით (vending machines) ტესტის მიღება ან შეძენა; საველე სამუშაოების დროს სოციალური მუშაკების მიერ ტესტის უფასოდ მიწოდება; ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას ტესტის მიღება; სოფლის ამბულატორიებიდან მიღება; ექიმის მიერ ბინაზე პაციენტთან ვიზიტისას; კურიერის მიერ ტესტის მიწოდება (მაგ: გლოვო; ამ სერვისს უკვე ახორციელებს ა/ო „თანასწორობის მოძრაობა“).

“ რესპონდენტი: სპეციალური რაღაც რომ იყოს. რამე აპარატი რომ იყოს. მიხვიდე, იყიდო. ჩააგდო ფული. ”

რესპონდენტი: არასამთავრობო ორგანიზაციებმა შეიძლება დაარიგონ, ან შეიძლება საავადმყოფოშიც მივიდეს, ან კიდევ კარდაკარ რომ დადიან ექიმები, იმათ შეიძლება ტესტი დაარიგონ. ”

ზოგადად, რესპონდენტები თანხმდებიან, რომ სასურველია თვითტესტის მიწოდების სხვადასხვა არხის არსებობა, განსხვავებული საჭიროებების და პრეფერენციების მქონე პირებისათვის: „მეტი არჩევანი, მეტი ჩართულობა“, - აცხადებს ერთი რესპონდენტი. დისკუსიის დროს გამოკითხულთა ნაწილმა ასევე დაასახელა ტესტის გავრცელების სხვა გზებიც: კლუბები, ტატუ სალონები, არასამთავრობო ორგანიზაციები, მასობრივი ღონისძიებები.

“რესპონდენტი: არცერთი სერვისი არ იქნებოდა ცუდი იმიტომ, რომ არსებობს ადამიანის გარკვეული კატეგორია, რომელსაც ურჩევნია აფთიაქში იყიდოს, სოცმუშაკიდან აიღოს, ასევე, ორგანიზაციიდან მიიღოს ან კლინიკიდან. ან შეუძლია გამოიძახოს სახლში, რადგან ძალიან ბარმაცია,

თვითტესტირების შემდეგ ტესტის შედეგების დაბრუნება: თვითტესტირების დანერგვის საწყის ეტაპზე მთავარ გამოწვევად რჩება ტესტის პასუხების დაბრუნების და ინფიცირების საექვო შემთხვევების მიდევნების საკითხი. ამიტომ კვლევის ფარგლებში შესწავლილია რესპონდენტების დამოკიდებულება და მათი მოლოდინები, თუ რამდენად შეიყვანდნენ ტესტირების შედეგების მონაცემებს გამოკვლეული პირები სპეციალურად შექმნილ ვებგვერდზე. ამასთან დაკავშირებით არაერთგვაროვანი აზრი დაფიქსირდა: კვლევის მონაწილეთა ნაწილი ფიქრობს, რომ მონაცემებს შეიტანენ სარეგისტრაციო ბაზაში; ნაწილი კი ვარაუდობს, რომ მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებს მაინც შეეშინდებათ მონაცემების შეყვანა ვებგვერდზე რეგისტრაცია რომც ანონიმური იყოს, რადგან არ აქვთ ნდობა და იდენტიფიცირების საფრთხეს დაინახავენ; ნაწილის აზრით, დაეზარებათ და/ან არასწორ მონაცემებს შეიყვანენ. აქედან გამომდინარე, გამოითქვა ეჭვი, რომ სარეგისტრაციო ბაზის და მონაცემების სანდოობა დაბალი იქნება.

პასუხები კითხვაზე - „შეიტანენ თუ არა პირები თვითტესტირების შემდგომ მონაცემებს ონლაინ სარეგისტრაციო ბაზაში?“ - ასე გადანაწილდა: 3 რესპონდენტი ფიქრობს, რომ უმრავლესობა შეავსებს მონაცემებს; 20-მა აღნიშნა, რომ დაახლოებით ნახევარი შეიტანს მონაცემებს; თუმცა 52 რესპონდენტი სკეპტიკურად არის განწყობილი და აცხადებს, რომ ძალიან ცოტა, ან ცოტა ადამიანი შეავსებს ონლაინ რეგისტრაციის ფორმას. რესპონდენტთა პასუხები მრავალფეროვანი იყო:

“რესპონდენტი: ვინც პასუხისმგებლობით მოეკიდება და შეიტანს მონაცემს, გულწრფელი იქნება. სხვა შემთხვევაში საერთოდ არ შეიტანს ადამიანი. ბევრს უბრალოდ დაეზარება.

რესპონდენტი: აქ შეიძლება სხვა პრობლემაც იყოს. აი, როგორც სასწრაფოს რო იძახებს ზოგი ტყუილად, აქაც შეიძლება გამოჩნდეს ასეთი ხალხი, შეიტანოს, მაგრამ ცრუ, არასწორი მონაცემი. ასე რომ, იქ თავმოყრილი ინფორმაცია რამდენად იქნება ადეკვატური და გამოსაყენებელი სტატისტიკისთვის, ძალიან საეჭვოა.

რესპონდენტი: შიში მაინც არსებობს, ყველა ადამიანი ინდივიდუალურია. ყველას სხვადასხვა მიდგომა და დამოკიდებულება აქვს ამ საკითხში, მე მირჩევნია, მაგალითად, მივანდოლო ინფორმაცია ინფექციურს, ვიდრე სადღაც საიტზე ჩავწერო. ბევრი პაკერი არსებობს, აიპის [IP მისამართს გულისხმობს] გაგება ძალიან მარტივია, საიდან არის ეს ინფორმაცია მარტივად იგებენ, ასე რომ, ეს უფრო სარისკოა კონფიდენციალობისთვის.

კვლევის მონაწილეთა უმეტესობას მიაჩნია, რომ აივ-ზე თვითტესტირების შედეგად მიღებული დადებითი პასუხის შემთხვევაში უმრავლესობა მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას კონფირმაციისა და მკურნალობისათვის. რესპონდენტთა ნაწილი ფიქრობს, რომ საექვო დადებითი პასუხის შემთხვევაში უმრავლესობა არ მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას შიშისა და საზოგადოებაში არსებული სტიგმის გამო.

აღქმული მონაცვლადობა

მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების წარმომადგენელთა უმეტესობა ობიექტურად აფასებს ინფიცირების რისკს. თუმცა მოკლე სტრუქტურირებული კითხვარის ანალიზი აჩვენებს, რომ მიუხედავად ინფიცირების რისკის სწორი აღქმისა, სარისკო ქცევის მქონე პოპულაციის გარკვეულ ნაწილს (დაახლოებით მესამედს) ბოლო 12 თვის მანძილზე აივ-ზე ტესტირება არ ჩაუტარებია. ამრიგად, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ინფიცირების რისკის სწორი აღქმა არის ტესტირებისთვის აუცილებელი პირობა, მაგრამ არასაკმარისი, რამდენადაც ტესტირების შესახებ გადაწყვეტილებაზე მრავალი სხვა ფაქტორი ახდენს გავლენას.

დაავადების აღქმული სიმწვავე

დაავადების სიმწვავე და დიაგნოზის შიში საკვლევი ჯგუფების უმრავლესობისთვის უფრო მეტად დაკავშირებულია ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კონტექსტთან, ვიდრე ჯანმრთელობის საკითხებთან. დიაგნოზის შიში, რა თქმა უნდა, გარკვეულ როლს ასრულებს ადამიანების გადაწყვეტილებაში, თავი აარიდონ სტატუსის გაგებას. თუმცა ეს განცდა უფრო უკავშირდება მოსალოდნელ სტიგმას, დისკრიმინაციას, გარიყვის საფრთხეს ოჯახიდან, სამეგობროდან თუ საზოგადოებისგან. აივ დადებითი სტატუსი ასევე ასოცირებულია სამსახურის დაკარგვის და დასაქმების შესაძლებლობათა შეზღუდვის შიშთან, გამომდინარე მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური შედეგების გამო.

დროული ტესტირების სარგებელი

რესპონდენტების უმრავლესობა კარგად არის ინფორმირებული აივ ინფექციაზე დროული ტესტირების მოსალოდნელ სარგებელზე და იცის, რა დადებითი შედეგები მოაქვს დროულ დიაგნოზსა და მკურნალობაში ჩართვას. გარდა ინდივიდუალურ დონეზე სარგებლისა, რესპონდენტები აცნობიერებენ, რომ აივ დადებითი სტატუსის გაგებით, ინფიცირებული პირები შეძლებენ ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილებას თავიანთ ოჯახის წევრებში, სამეგობროსა თუ მთლიანად საზოგადოებაში. თუმცა რესპონდენტები ფიქრობენ, რომ მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ ფლობს ინფორმაციას ტესტირების სარგებლის და მკურნალობის ეფექტიანობის შესახებ, რომელიც, მათი აზრით, ტესტირების ძლიერი მამოტივირებელი ფაქტორი იქნებოდა.

ტესტირების ბარიერები

მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფების აივ ტესტირებაზე დამაბრკოლებლად მოქმედებს რიგი ფაქტორები, კერძოდ: არასაკმარისი ინფორმირებულობა აივ-სა და მასთან დაკავშირებულ ხელმისაწვდომ სერვისებზე, სტიგმა და დისკრიმინაცია; უნდობლობა; კონფიდენციალობის დარღვევის შიში; არაკეთილგანწყობილი გარემო, სამედიცინო პერსონალის გულგრილი და, ზოგჯერ, განსჯადი დამოკიდებულება სარისკო პოპულაციების და ინფიცირებული პირების მიმართ. ასევე, ტესტირების შეზღუდული გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, განსაკუთრებით, რეგიონში მცხოვრებთათვის. მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა, რომელიც ნაკლებად პრიორიტეტულს ხდის ჯანმრთელობაზე ზრუნვას. უნდა ვივარაუდოთ, რომ ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ბარიერი იმდენად მრავალფეროვანია და მწვავე, რომ იგი ჯამურად გადაწონის სამოტივაციო ფაქტორებს (მონაცვლადობის სწორი აღქმა, მოსალოდნელი სარგებლის ცოდნა, ხელმისაწვდომობა, უფასო მკურნალობა და სხვა).

რეგიონული უთანასწორობა

კვლევაში აქცენტი გაკეთდა რეგიონულ უთანასწორობაზე. ერთი მხრივ, რესპონდენტები საუბრობენ ტესტირების შეზღუდულ შესაძლებლობაზე სოფლად და პატარა ქალაქებში მცხოვრები ადამიანებისთვის. ამავდროულად, ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ

რეგიონების მოსახლეობისათვის უფრო მწვავედ დგას კონფიდენციალობის დარღვევის შიში და უნდობლობა, ვიდრე დიდი ქალაქების ბინადართათვის. ისინი აცხადებენ, რომ რეგიონში, სადაც „ყველა ერთმანეთს იცნობს“, ადამიანი ვერ ბედავს ტესტირებაზე მისვლას. ყოველივე ამის გამო, საეჭვოა, რომ აივ-ზე ტესტირების სერვისებზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობა მოაგვარებს რეგიონული უთანასწორობის პრობლემას. ამჟამად, რომ საზოგადოების ინფორმირებულობა და აივ/შიდსის მიმართ მოსახლეობის დამოკიდებულება არის პირველი რიგის გამოწვევა რეგიონებში.

სამედიცინო პერსონალის ცოდნა და დამოკიდებულება

პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ინტეგრირებულია აივ სკრინინგი და სამედიცინო მუშაკები ფლობენ დაავადებათა კონტროლის სერტიფიკატებს, თუმცა აივ-ზე ტესტირების მიმართ მიდგომა და დამოკიდებულებები სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში განსხვავებულია. ჩადრმაკებული დისკუსიისას მედპერსონალის ნაწილი მაინც საუბრობს ღიად, რომ ჩატარებული ტრენინგები არაა საკმარისი. ნაწილი აღიარებს, რომ პირველად ჯანდაცვის რგოლში სამედიცინო პერსონალი ჯერჯერობით არ არის მზად, მიაწოდოს კეთილგანწყობილი და მეგობრული სერვისები განსხვავებული და მარგინალიზებული ქცევის მქონე პირებს. ყოველივე ეს ნათლად წარმოაჩენს უწყვეტი განათლების სისტემის აუცილებლობას და განსაკუთრებით ხაზს უსვამს, რომ კლინიკურ მეცნიერებასთან ერთად გასაძლიერებელია სამედიცინო პერსონალის განათლება პაციენტის უფლებების, სენსიტიურ ჯგუფებთან მუშაობის სპეციფიკის, სამედიცინო ეთიკისა და ჯანდაცვის კანონმდებლობის საკითხებზე.

აივ-ზე ტესტის შედეგების შეტყობინების წესის სტანდარტიზაცია

კვლევამ აჩვენა, რომ გამოცდილ, სპეციალიზებულ დაწესებულებებშიც კი, აივ-ზე ტესტის შედეგების შეტყობინების მიმართ რესპონდენტებს გარკვეული შენიშვნები ჰქონდათ. ოპერირების სტანდარტი გაწერილი არაა და ტესტის უარყოფითი თუ დადებითი შედეგის შეტყობინების პრაქტიკა იმდენად განსხვავებულია, რომ დაკვირვებული პაციენტი უნებლიედ ხვდება, რა შედეგი უნდა აცნობოს ექიმმა. ამ პრობლემის სათავე საკანონმდებლო ხარვეზია. საქართველოს კანონში აივ ინფიცირება/შიდსზე (დამტკიცდა 2009 წ.) გაწერილი იყო, რომ უნდა შემუშავებულიყო კანონთან შესაბამისი კანონქვემდებარე აქტები და დამტკიცებულიყო კანონის ამოქმედებიდან 6 თვის ვადაში. ერთ-ერთი ასეთი კანონქვემდებარე აქტი ეხებოდა ტესტის შედეგის შეტყობინების წესს. 2010 წელს აქტების სამუშაო ვერსიები მომზადდა, მაგრამ მათ განხილვას ჯანდაცვის სამინისტროში მსვლელობა არ მისცემია. ამიტომ ეს საკითხი უკვე ათწლეულია, დარეგულირებული არ არის და სასწრაფო რეაგირებას მოითხოვს. ზოგადად, კანონქვემდებარე აქტების არარსებობა საფრთხეს უქმნის სამედიცინო დაწესებულებაში სერვისის ხარისხს და ქმნის ნოყიერ ნიადაგს საექიმო შეცდომებისთვის. ამის მაგალითია ისიც, რომ სამედიცინო პერსონალი არ არის ინფორმირებული პარტნიორის შეტყობინების წესის შესახებ, რაც ასევე კანონქვემდებარე აქტის სახით უნდა დამტკიცებულიყო.

შეუსაბამო ინფრასტრუქტურა

რიგი სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურა (განსაკუთრებით, რეგიონებში) შეუთავსებელია ხარისხიანი და კეთილგანწყობილი სერვისების მიწოდებასთან. განსაკუთრებით ხშირად გაუღერდა არაპრივატული გარემო, რაც გულისხმობს იმას, რომ ტესტირების და კონსულტირების ოთახებში ხშირად პაციენტი არ იმყოფება მარტო პერსონალთან და არ არის გამორიცხული სხვა პირების დასწრება. ეს ხელს უშლის ღიაობას და ნდობაზე დაფუძნებული ურთიერთობის დამყარებას. ხაზგასმით აღინიშნა, რომ ტესტირების კაბინეტების სასიამოვნო დიზაინი ასევე წაახალისებდა ტესტირების მსურველებს; თუმცა განსაკუთრებულად კრიტიკული მოთხოვნაა დაწესებულების სისუფთავე და ისეთი სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის უზრუნველყოფა, რომელიც არ შელახავს პაციენტის ღირსებას.

ტესტირება პჯდ-ში: პერსონალის მოტივაციის ნაკლებობა

პჯდ მედპერსონალის დამოკიდებულება აივ სკრინინგის შესახებ არაერთგვაროვანია. მიუხედავად იმისა, რომ პერსონალი აშკარად ცდილობდა სოციალურად მისაღები, ე.წ. „სწორი“ პასუხები გაეცათ კითხვებზე, ერთეულ შემთხვევებში მაინც მჟღავნებოდა გულახდილი პოზიცია. მაგალითად, პერსონალი სკრინინგის პროგრამას აღიქვამს, როგორც გეგმას, რომლის შესრულებაც რაოდენობრივი ინდიკატორებით იზომება. ამის გამო, პერსონალი ორიენტირებულია სერვისების რაოდენობაზე, რაც პირდაპირ აისახება მიწოდებული მომსახურების ხარისხზე. გულწრფელი რესპონდენტები ასევე აღიარებენ, რომ სკრინინგის პროგრამაში ჩართვამ გაზარდა მათი სამუშაოს დატვირთვა, თუმცა მათი ანაზღაურება არ შეცვლილა. პირველად ჯანდაცვის რგოლში არსებულ გამოწვევებზე ასევე მიანიშნებდნენ სარისკო პოპულაციების წარმომადგენლები, რომლებიც აცხადებენ, რომ ოჯახის ექიმს პაციენტის მიღების, მასთან კონსულტაციისა და გულთბილი, გახსნილი დიალოგის არც დრო აქვთ და არც შესაძლებლობა. სწორედ ამით ხსნიან, რომ ჯანდაცვის სისტემაში ტესტირებას ხშირად არ ახლავს არც ტესტის წინა და არც ტესტის შემდგომი კონსულტაცია; უფრო მეტიც, აივ-ზე ტესტი ხშირად პაციენტის ინფორმირების გარეშე ტარდება, რაც მათთვის მიუღებელია და არ უწყობს ხელს პაციენტსა და მედპერსონალს შორის ნდობის დამყარებას.

ჯანდაცვაში პრობლემების უარყოფა და პაციენტისგან უკუკავშირის მიღების უფუნქციო მექანიზმები

სამედიცინო პერსონალი უარყოფს ჯანდაცვის სისტემაში ტესტირების ბარიერების არსებობას. ყურადღებას იქცევს მათი პოზიცია - „სისტემაში არანაირი ბარიერი არ არსებობს“. პრობლემის უარყოფა ნიშანდობლივია და ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ჯანდაცვის სისტემამ ქმედითი ღონისძიებები გაატაროს მის მოსაგვარებლად, სანამ არ შეგროვდება შესაბამისი მტკიცებულებები და სისტემა პრობლემას არ აღიარებს. თითქმის ყველა მონაწილე მედპერსონალმა აღნიშნა, რომ ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანების შესაბამისად, პაციენტის კმაყოფილების შესწავლა და მათგან უკუკავშირის მოძიების მექანიზმების არსებობა ყველა დაწესებულების ვალდებულებაა. რესპონდენტების ნაწილი აცხადებს, რომ აქვთ პაციენტის კმაყოფილების კითხვარები, ან საჩივრების ჟურნალი, მაგრამ ვერცერთი ვერ იხსენებს კონკრეტულ შემთხვევას, როდესაც პაციენტის უკმაყოფილება კლინიკაში განხილვის საგანი გახდა, რასაც მოჰყვა შესაბამისი რეაგირება. უფრო სავარაუდოა, რომ სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტის უკუკავშირის მექანიზმები მინისტრის ბრძანების შესრულების ფორმალურ აქტად იქცა და რეალურად უფუნქციო ან ნაკლებად ქმედითია. ამრიგად, მოსალოდნელიც არის, რომ პერსონალი, რომელსაც ვერ (ან არ) ესმის პაციენტის ხმა, მისი საჭიროებები და წუხილი, სრულფასოვნად ვერ აცნობიერებს ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ ბარიერებს.

აივ-ზე ტესტირების სამოქალაქო (სათემო) მოდელი

კვლევაში აჩვენა, რომ არასამთავრობო ორგანიზაციები ტესტირებისთვის ყველაზე კომფორტულ და კეთილგანწყობილ სერვისად აღიქმება. რესპონდენტების მოსაზრებით, თანასწორთა ჩართულობა ეფექტიანი გზაა მიზნობრივი პოპულაციების განათლებისა და მათი მოტივირებისთვის, ჩაიტარონ აივ-ზე ტესტირება. გარდა ამისა, სოციალური თანხლების კომპონენტიც დასახელდა, როგორც ტესტირების ერთ-ერთი ხელშემწყობი ფაქტორი. აღმოჩნდა, რომ აივ დადებითი პირების ჩართულობამ ასევე შეიძლება წაახალისოს მოწყვლადი ჯგუფების მოტივაცია აივ ტესტირებაზე.

აივ-ზე თვითტესტირება: პოტენციალი და მოსალოდნელი გამოწვევები

თვითტესტირების ინოვაციური მიდგომის გაფართოება კარგ მოლოდინებს უკავშირდება: კვლევაში მონაწილე როგორც სამედიცინო პერსონალი, ასევე დაზარალებული ჯგუფები ერთმნიშვნელოვნად აცხადებენ, რომ თვითტესტირებას აქვს პოტენციალი, გაზარდოს ტესტირებულთა რაოდენობა და, შესაბამისად, გააუმჯობესოს ინფიცირებულ პირთა გამოვლენა. აივ-ზე თვითტესტირების შესაძლებლობას დადებითად აფასებს კვლევის ყველა

სამიზნე ჯგუფი, დროისა და ადგილის კუთხით მოქნილობისა და პრივატულობის შესაძლებლობის გამო. თუმცა გამოითქვა სხვადასხვა მოსაზრება მოსალოდნელი გამოწვევების შესახებ (ტესტის სანდოობა, ინტერპრეტაციის სირთულე, შემდგომი ნაბიჯების შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა, ტესტის შედეგებზე უკუკავშირი სპეციალურ ვებგვერდზე და სხვა). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საზოგადოებაში გამჭადარმა შიშმა და სტიგმამ შესაძლებელია შეუქმნას ბარიერი ტესტების მიწოდებას, ასევე ჯანმრთელობაზე ზრუნვისა და თვითტესტირების შედეგების სტატისტიკურ მონაცემთა შეგროვებას.

რეკომენდაციები

რეკომენდაცია 1: სამედიცინო პერსონალის გადამზადება

მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებისა და სხვა კლინიკების პერსონალის ტრენინგები/განმეორებითი ტრენინგები შემდეგ საკითხებზე: კონსულტირების უნარები, მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებთან მუშაობის სპეციფიკა, სტიგმა-დისკრიმინაცია, მონაცემების კონფიდენციალობა, პაციენტის უფლებები, საქართველოს კანონი „აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ“ და სხვა.

რეკომენდაცია 2: აივ ინფექცია/შიდსზე სახელმწიფო კანონიდან გამომდინარე რეგულაციების/წესების განსაზღვრა და ინსტიტუციონალიზაცია

რამდენადაც აქტიურად განიხილება აივ-ზე ტესტირების სერვისის ინტეგრირება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, მნიშვნელოვანი ხდება, დარგის ექსპერტებმა შეიმუშაონ პროცედურები (კანონქვემდებარე აქტი ან სტანდარტული ოპერირების სახელმძღვანელო) ტესტის შედეგების შეტყობინებასა და პარტნიორის შეტყობინებასთან მიმართებით და ეს გაწერილი წესები დამტკიცდეს მათი ინსტიტუციონალიზაციის მიზნით. თუმცა კვლევა ასევე მიანიშნებს, რომ სპეციალიზებულ კლინიკებშიც აუცილებელია ტესტის შედეგების შეტყობინების სტანდარტული წესის ამოქმედება.

რეკომენდაცია 3: ტესტირებისთვის შესაბამისი ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება; პრივატული და კომფორტული გარემოს უზრუნველყოფა

მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებების ინფრასტრუქტურის მოწესრიგება და ამით კონსულტანტსა და პაციენტს შორის პრივატული, კომფორტული გარემოს უზრუნველყოფა.

რეკომენდაცია 4: აივ-ზე ტესტირების სათემო მოდელის გაფართოება და მდგრადობა

არასამთავრობო ორგანიზაციების აქტიური ჩართულობა აივ პრევენციის სერვისებში და მათი ფუნქციონირების მდგრადობა მნიშვნელოვანი პირობაა ტესტირების სერვისების გაფართოებისთვის. სოციალური თანხლების და თანასწორი-თანასწორს მიდგომების გაფართოება და მდგრადობა ერთ-ერთი პრიორიტეტი უნდა გახდეს. აივ დადებითი პირების წარმატებული გამოცდილების გამოყენება შესაძლებელია აივ-ზე გამოკვლევის მოტივაციის გაზრდის მიზნით.

რეკომენდაცია 5: თვითტესტირების, როგორც ტესტირებით მოცვის ალტერნატიული გზის გაფართოება

რეკომენდებულია მაღალი რისკის ქცევის მქონე ჯგუფებისათვის აივ-ზე თვითტესტირების სერვისების მიწოდების ალტერნატიული გზების შეთავაზება. ეს ხელს შეუწყობს ტესტირებაში მეტი ადამიანის ჩართვას და შეამცირებს დანახარჯებს. თვითტესტირების სერვისის პოპულარიზაციისა და მისი პოტენციალის ეფექტიანად გამოყენების მიზნით, აუცილებელია გაიწეროს თვითტესტირების სერვისის ოპერაციული სახელმძღვანელო, რომელიც გააერთიანებს (სულ მცირე) შემდეგ საკითხებს: ტესტის ჩატარების დეტალური ინსტრუქცია (შესაძლოა, ვიდეო ინსტრუქციის მომზადება); შედეგების ინტერპრეტაცია; ტესტის შედეგების შემდგომი ეტაპები; კონფიდენციალის შესაძლებლობები და შესაბამისი ლაბორატორიების ადგილმდებარეობა; ვებგვერდზე ინტეგრირებული საინფორმაციო პორტალი - „ხშირად დასმული კითხვები“, სადაც თვითტესტირების ჩატარების შემდეგ ნებისმიერ პირს საშუალება

ეწება, იპოვოს პასუხი მისთვის კრიტიკულ კითხვებზე; დაუყოვნებელი მხარდაჭერის საჭიროების შემთხვევაში - ცხელი ხაზის ან სხვა საკონტაქტო ინფორმაცია. სახელმძღვანელომ ასევე უნდა განსაზღვროს ტესტ-სისტემების მიზნობრივ ჯგუფებთან მიწოდების/გავრცელების ალტერნატიული გზები, მათ შორის, ავტომატების (სიგმა აპარატის) მეშვეობით. სასურველია მექანიზმების შექმნა ტესტირებულ პირთა წასახალისებლად თვითტესტირებისა და შედეგების ბაზაში რეგისტრაციისათვის.

რეკომენდაცია 6: პაციენტების კმაყოფილების გამოკითხვა და უკუკავშირის ქმედითი მექანიზმების ინსტიტუციონალიზაცია

მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემაში ხარისხის კონტროლის მექანიზმების შექმნა/გაუმჯობესება და მექანიზმების ამუშავების ხელშეწყობა. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტისგან უკუკავშირის რეალურ მოძიებას; პაციენტების მიერ იდენტიფიცირებული საკითხების ანალიზს და მათზე ადეკვატურ, დროულ რეაგირებას. უკუკავშირის მექანიზმის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით და პაციენტების წახალისებისათვის, სასურველია, სამედიცინო დაწესებულებებმა განსაზღვრონ, რა ტიპის ანგარიშვალდებულებას იღებენ პაციენტების მიმართ და როგორ წარმართავენ მათთან უკუკავშირის კონკრეტულ ქეისებზე.

რეკომენდაცია 7: რეგიონში მცხოვრებთათვის აივ ტესტირებაზე ბარიერების შემცირების სტრატეგიის მოკვლევა და დაგეგმვა

მნიშვნელოვანია, მეტი ყურადღება დაეთმოს რეგიონებში მცხოვრებ მოსახლეობას. სასურველია რეგიონების სიტუაციის შესწავლა და მათ საჭიროებებსა და სპეციფიკურობაზე მორგებული სტრატეგიის შემუშავება აივ/შიდსთან დაკავშირებული ინფორმირებულობის დონის ამაღლების, სტიგმა-დისკრიმინაციის შემცირებისა და სერვისებზე მიმართვიანობის გაზრდის მიზნით.

რეკომენდაცია 8: საინფორმაციო კამპანიების ორგანიზება

სასურველია საინფორმაციო კამპანიების წარმოება აივ-თან დაკავშირებული დამოკიდებულებებისა და სტიგმის შემცირების მიზნით ზოგად მოსახლეობაში. ინფორმაციის მიწოდებისას განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს დროული ტესტირებისა და მკურნალობის მოსალოდნელ სარგებელზე - სწორედ ეს აღიქმება ტესტირების მოტივაციის ასამაღლებელ ფაქტორად. ასევე რეკომენდებულია აივ-ზე მასობრივი ტესტირების ხელშეწყობა და პერიოდულად სხვადასხვა აქციის ორგანიზება საზოგადოების გარკვეული ჯგუფების ჩასართავად.

რეკომენდაცია 9: პირველად ჯანდაცვაში პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების ფოკუსირება მიზნობრივ ტესტირებაზე

მნიშვნელოვანია პირველად ჯანდაცვაში ინიცირებული აივ-ზე ტესტირების მიმართვა განსაზღვრულ ჯგუფებზე და ამით მიწოდებული სერვისების ეფექტიანობისა და ეფექტურობის ხელშეწყობა.

რეკომენდაცია 11: ჯანდაცვის სისტემაში სტიგმა-დისკრიმინაციის მასშტაბების შესწავლა

სასურველია სტიგმის ინდექსის კვლევის ჩატარება, რომლის მიგნებები საფუძვლად დაედება მიზნობრივი ინტერვენციების დაგეგმვასა და განხორციელებას. რამდენადაც სტიგმა და დისკრიმინაცია ტესტირების ერთ-ერთ უმთავრეს ბარიერად გვევლინება, ჯანდაცვის სისტემაში მათი მასშტაბის შესასწავლად აუცილებელია რაოდენობრივი კვლევის ჩატარება. მაგალითად, რეკომენდებულია არაერთ ქვეყანაში დანერგილი და აპრობირებული სტიგმის ინდექსის კვლევა. მისი მონაცემები დაეხმარება ჯანდაცვის ოფიციალურ პირებსა და პოლიტიკის განმსაზღვრელებს, დაგეგმონ ისეთი მიზნობრივი ინტერვენციები, რომლებიც ხელს შეუწყობს სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმისგან თავისუფალი გარემოს შექმნას. გარდა ამისა, სტიგმის ინდექსის კვლევა მოგვცემს საბაზისო მონაცემებს, რომელთა მიმართებითაც მომავალში გაიზომება ქვეყანაში მიღწეული პროგრესი სტიგმასთან ბრძოლის თვალსაზრისით.

ბიბლიოგრაფია

გაეროს შიდსის პროგრამის შიდსის მონიტორინგის გლობალური ანგარიში. 2018 . საქართველო საქართველოში აივ/შიდსის ეპიდსიტუაცია. http://aidscenter.ge/epidsituation_geo.html, ნანახია 25.09.2020

მდგრადი განვითარების მიზნები. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10680SDG%20Voluntary%20National%20Review%20Georgia-.pdf>

გამოუქვეყნებელი პრეზენტაცია. თენგიზ ცერცვაძე. შიდსის ცენტრი. მოხსენება ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს სხდომაზე.

საქართველოს აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგია. 2019-2022 წლები. <http://www.georgia-ccm.ge>

C ჰეპატიტის ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამა. 2015 წ. აპრილი. <https://www.moh.gov.ge/ka/528/>

აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან. თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა. 2019. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. ცენტრი „თანადგომა“. გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით.

აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები მამაკაცებს შორის, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი აქვთ მამაკაცებთან. თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი. ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა. 2019. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. ცენტრი „თანადგომა“. გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით.

აივ-თან დაკავშირებული სარისკო და უსაფრთხო ქცევები ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა შორის. 2017 წ. საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“. საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონი“. გლობალური ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით.

მრავალინდიკატორული კლასტერული კვლევა (MICS6), საქართველო, 2018

Fan, H., Fife, K. H., Cox, D., Cox, A. D., & Zimet, G. D. (2018). Behavior and health beliefs as predictors of HIV testing among women: a prospective study of observed HIV testing. *AIDS care*, 30(8), 1062-1069. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1442555>

Nöthling J, Kagee A. Acceptability of routine HIV counselling and testing among a sample of South African students: Testing the Health Belief Model. *Afr J AIDS Res*. 2013;12(3):141-150. doi:10.2989/16085906.2013.863214

Ofori, Kennedy Nyese. (2019). Application of the Health Belief Model to HIV Testing and Counseling Among Youth Living in Selected Rural Communities in Ghana. *International Journal of HIV/AIDS Prevention, Education and Behavioural Science*. 5. 11-18. 10.11648/j.ijhpebs.20190501.12.

საქართველოს კანონი აივ ინფიცირების/შიდსის შესახებ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/90088?publication=4>

Centers for Disease Control and Prevention. Evaluation Toolkit: Patient and Provider Perspectives about Routine HIV Screening in Health Care Settings. <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/healthcare/index.htm>. Published March 2012. Accessed 09.12.2020

Social Cognitive (Learning) Theory (SCT; Bandura 1986)

ახალგაზრდებს შორის აივ ტესტირებაზე მოთხოვნისა და მიმართვიანობის დაბალი მაჩვენებლის მიზეზები. თვისებრივი კვლევის ანგარიში. ავტორები: ლელა კურდღელაშვილი; თამარ სირბილაძე; ნინო წერეთელი; და სხვა. ცენტრი „თანადგომა“. UNFPA-ის ფინანსური მხარდაჭერით. 2020 წ. საქართველო

დანართი 1. კვლევის ინსტრუმენტები

თარიღი:

კოდი: ____/____/____/____/____

ინტერვიუს სახელმძღვანელო - რისკის ჯგუფები

სექცია 1: აღქმული მონყვლადობა

1.1 დიდი მადლობა მოკლე კითხვარის შევსებისათვის. თქვენ უკვე უპასუხეთ კითხვას იმის შესახებ, როგორ აფასებთ თქვენს რისკს აივ ინფიცირების შესახებ. გთხოვთ, გაგვიზიაროთ, რაზე დაყრდნობით აფასებთ თქვენს რისკს ასე? საიდან გამომდინარე აფასებთ თქვენს რისკს ასე?

(**ინტერვიუერს:** თუ ინფორმაცია კარგად არ ამოდის; შეგიძლიათ, სცადოთ მესამე პირის ტექნიკა. ჰკითხეთ: ზოგადად ადამიანს, თქვენი აზრით, როდის აქვს აივ-ით ინფიცირების მომატებული რისკი?)

სექცია 2: დაავადების აღქმული სიმწვავე

2.1 რამდენად საშიშ დაავადებად მიგაჩნიათ აივ ინფექცია? რა მიზეზით ფიქრობთ ასე? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

2.2 როგორ ფიქრობთ, რამდენად რეალისტურად აფასებს საზოგადოება აივ ინფექციის საფრთხეს? ხომ არ აქვთ ზედმეტი (გადაჭარბებული) შიში ამ დაავადების ან დაავადებული პირების მიმართ? საიდან გამომდინარე ფიქრობთ ასე?

(**ინტერვიუერს:** თუ დიალოგი არ შედგა, ჩაეძიეთ)

➤ როგორ ფიქრობთ, რამდენად საშიშია ეს ინფექცია ადამიანის ჯანმრთელობისთვის?

➤ რამდენად შეიძლება ამ ინფექციის მკურნალობა?

სექცია 3: აღქმული სარგებელი

3.1 როგორ ფიქრობთ, რატომ არის აუცილებელი, ჩაიტაროთ აივ-ზე ტესტირება და იცოდეთ საკუთარი აივ სტატუსი?

(**ინტერვიუერს:** ზოგმა რესპონდენტმა შეიძლება, ამ სექციაში ისაუბროს ბარიერებზე. ნუ შეაწყვეტინებთ. მიეცით საშუალება განავრცოს თავისი მოსაზრება, მიუხედავად იმისა, რომ ბარიერებზე ცალკე სექციაა. თუ ჩათვლით, რომ თემა არ ამოიწურა, ან ყველა რესპონდენტის აზრი ვერ მოისმინეთ, ბარიერების სექციაზე როდესაც გადახვალთ, აქცენტი გააკეთეთ მათზე, ვინც ბარიერებზე მოსაზრებები არ გაგიზიარათ.)

3.2 როგორ ფიქრობთ, რამდენად სასარგებლოა ადრეული დიაგნოსტიკა, ანუ ის, რომ ადამიანმა რაც შეიძლება ადრე შეიტყოს, თუ აქვს აივ ინფექცია?

3.3 თქვენ აივ-ზე ტესტირების სარგებელზე საუბრობდით; ხომ ვერ გვეტყვით, ვისთვის მოაქვს სარგებელი ტესტირებას? იმ პირისთვის, ვინც ტესტირებას იტარებს თუ მასთან დაკავშირებული სხვა პირებისთვის? გაგვიზიარეთ, რატომ ფიქრობთ ასე.

(ინტერვიუერს: ჩვენ, ასევე, გვსურდა, გაგვეგო, რამდენად აღიქვამენ რისკის ქცევის მქონე ჯგუფები ტესტირების სარგებელს არა მარტო ინდივიდუალურ დონეზე, არამედ ჯანდაცვის სისტემაზე და ეკონომიკაზე. თუმცა, გადაწყდა, არ გადაგვეტვირთა ისინი რთული კითხვებით და ამასთან დაკავშირებული სპეციფიკური კითხვები არ გავითვალისწინეთ. თუმცა, თუ ამ თემას წამოწევინ, მიეცით ჩაღრმავების საშუალება.)

სექცია 4: აღქმული ბარიერები

4.1 როგორ ფიქრობთ, რა არის მნიშვნელოვანი ბარიერი, რომელიც ადამიანებს აფერხებს, რომ ჩაიტარონ აივ-ზე ტესტირება?

(ინტერვიუერს: თემები განვრცობისთვის)

- როგორ ფიქრობთ, რა როლს თამაშობს ინფიცირების რისკის ადეკვატური აღქმა (რისკის რეალისტურად შეფასება) ადამიანისათვის, რომ გადაწყვიტოს აივ-ზე გამოკვლევა?
- როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეიძლება დაბალი ინფორმირებულობა იყოს ბარიერი ტესტირებისთვის? რის გამო ფიქრობთ ასე?
- როგორ ფიქრობთ, თუ ადამიანს ეცოდინება, რომ აივ-ზე ტესტირება სასარგებლოა, ეს უბიძგებს მას, ჩაიტაროს ტესტირება? გთხოვთ, აგვიხსნათ, რის გამო ფიქრობთ ასე?
- როგორ ფიქრობთ, იმის შიში, რომ ანალიზის პასუხი დადებითი იქნება (ანუ რომ ადამიანი აივ დადებითი აღმოჩნდება), რამდენად ახდენს გავლენას ადამიანზე, მიიღოს გადაწყვეტილება ტესტირების შესახებ?
- რა როლს ასრულებს კონფიდენციალურობა ტესტირებაზე გადაწყვეტილების მიღებაში?
- როგორ ფიქრობთ რა როლს ასრულებს სტიგმის, იზოლაციის და გარიყვის შიში (ოჯახის მხრიდან ან საზოგადოებისგან) გადაწყვეტილების მიღებისას?
- (ინტერვიუერს: თუ დისკუსიის/ინტერვიუს დროს არ ყოფილა საუბარი გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობაზე, ჩაეკითხეთ რესპონდენტებს) - როგორ დაახასიათებდით აივ ტესტირებაზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას?
- (ინტერვიუერს: თუმცა ნაკლებად მოსალოდნელია ფინანსური ბარიერი, მაგრამ გადაამოწმეთ) - რას იტყოდით ფინანსურ ბარიერებზე?

ბარიერები სპეციფიკურად ჯანდაცვის სისტემაში

4.2 ჩვენ ვისაუბრეთ ბარიერებზე ინდივიდუალურ, პიროვნულ დონეზე, ასევე ვისაუბრეთ სხვადასხვა სოციალურ ბარიერებზეც. ამჟამად გვაინტერესებს, როგორ შეაფასებთ ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ ბარიერებს. როგორ ფიქრობთ, რამდენად არის სამედიცინო დაწესებულებები მზად, რომ შესთავაზოს კეთილგანწყობილი და მაღალი ხარისხის ტესტირების და კონსულტირების სერვისები მაღალი რისკის პირებს?

4.3 რა ადგილები იცით, სადაც ტარდება აივ-ზე გამოკვლევა?

4.4 მოდით, ჯერ წარმოვიდგინოთ აივ-ზე ტესტირების სერვისები სამედიცინო დაწესებულებებში, კლინიკებში. თქვენს წარმოდგენაში როგორ დაახასიათებდით იმ პერსონალს, სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელს, რომელიც აივ-ზე ტესტირებას და კონსულტირებას ატარებს? როგორი იქნებოდა ასეთი პერსონალის ტიპური პორტრეტი?

4.5 როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს სამედიცინო დაწესებულებებში, თუ ასეთები გახსენდებათ?

4.6 ჯერჯერობით პირველად ჯანდაცვაში (მაგალითად, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები) აივ ტესტირების სერვისები შეზღუდულია. მაინც გვსურს, გკითხოთ. ხომ არ გაქვთ რამე გამოცდილება პოლიკლინიკებში, ან ქალთა კონსულტაციებში აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებით? გთხოვთ, გაგვიზიაროთ.

4.7 თქვენ აღნიშნეთ, რომ აივ-ზე გამოკვლევა ტარდება არასამთავრობო ორგანიზაციებში. როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს არასამთავრობო ორგანიზაციებში, თუ ასეთი გახსენდებათ?

სექცია 5: ტესტირების მოტივატორები

5.1 თქვენ უკვე უპასუხეთ მოკლე კითხვარში, ჩაგიტარებიათ თუ არა აივ-ზე ტესტირება ცხოვრების მანძილზე, და ბოლო 12 თვის განმავლობაში. ამჯერად გვაინტერესებს, როგორი იყო თქვენი გამოცდილება ტესტირებასთან დაკავშირებით.

(ინტერვიუერს: თუ ინდივიდუალურ ინტერვიუს ატარებთ, დაუსვით კითხვა იმის მიხედვით, ჩაუტარდება თუ არა რესპონდენტს აივ-ზე გამოკვლევა; ფჯდ-ის დროს კი იკითხეთ შემდეგი)

5.2 მოდით, გავყოთ გამოცდილება 2 ნაწილად: ჯერ მოვუსმინოთ მათ, ვისაც ჩაუტარებია ტესტირება. გთხოვთ, გაიხსენოთ ის ეტაპები, რომელიც გაიარეთ თავად გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. რა დაგეხმარათ ასეთი გადაწყვეტილების მიღებაში?

5.3 როგორ დაახასიათებდით თქვენს გამოცდილებას ტესტირების ჩატარების შემდეგ?

5.4 ახლა ვსთხოვთ მათ, ვისაც ტესტირება არ ჩაუტარებია. გთხოვთ, გაგვიზიაროთ, რამ შეგიშალათ ხელი? რა გახდა შემაფერხებელი ფაქტორი, რის გამოც ტესტირება არ ჩაიტარეთ?

5.5 როგორ ფიქრობთ, რამდენად გაუმარტივდება ადამიანს, წავიდეს აივ ტესტირებაზე, თუ მას გაჰყვება სოციალური მუშაკი?

5.6 თქვენ ვის გაიყოლებდით ტესტირებაზე - მეგობარს, პარტნიორს, ოჯახის წევრს, ვინმე სხვას? რის გამო გაიყოლებდით ამ ადამიანს?

5.7 დიდი მადლობა თქვენი გამოცდილების გაზიარებისთვის. ახლა გვაინტერესებს თქვენი მოსაზრება, რომელიც, შესაძლოა, საკუთარი ისტორიიდან მომდინარეობდეს, ან შესაძლოა თქვენი ახლობლების გამოცდილებას ეხებოდეს. ხომ არ ფიქრობთ, რომ თუ ადამიანი გაიგებს, რომ ინფიცირებული არაა, ამან შეიძლება უბიძგოს მას, რომ უფრო უსაფრთხო ცხოვრების წესით იცხოვროს? მაგალითად, ხომ არ გსმენიათ ვინმესგან, რომ შეცვალა დამოკიდებულება კონდომის მოხმარების მიმართ? ან, გახდა უფრო ფრთხილი ნარკოტიკის მოხმარებისას?

5.8 არსებობს კვლევები, რომ ზოგჯერ სხვა პირის, ნაცნობის ან უცნობის სევდიანი ან ტრაგიკული ისტორია უბიძგებს ადამიანებს, გადალახონ არსებული ბარიერები და გაიკეთონ აივ-ზე ტესტირება? გთხოვთ, მოკლედ აღწეროთ ასეთი ისტორიები, თუ გახსენდებათ.

5.9 ასევე აღწერილია, რომ ადამიანები უფრო იკეთებენ ტესტირებას, როდესაც ახალ სქესობრივ პარტნიორთან იწყებენ ურთიერთობას. გთხოვთ, გვიამბოთ, თუ ასეთი შემთხვევის შესახებ გსმენიათ.

4.5 როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს სამედიცინო დაწესებულებებში, თუ ასეთები გახსენდებათ?

4.6 ჯერჯერობით პირველად ჯანდაცვაში (მაგალითად, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები) აივ ტესტირების სერვისები შეზღუდულია. მაინც გვსურს, გკითხოთ. ხომ არ გაქვთ რამე გამოცდილება პოლიკლინიკებში, ან ქალთა კონსულტაციებში აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებით? გთხოვთ, გაგვიზიაროთ.

4.7 თქვენ აღნიშნეთ, რომ აივ-ზე გამოკვლევა ტარდება არასამთავრობო ორგანიზაციებში. როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს არასამთავრობო ორგანიზაციებში, თუ ასეთი გახსენდებათ?

სექცია 5: ტესტირების მოტივატორები

5.1 თქვენ უკვე უპასუხეთ მოკლე კითხვარში, ჩაგიტარებიათ თუ არა აივ-ზე ტესტირება ცხოვრების მანძილზე, და ბოლო 12 თვის განმავლობაში. ამჯერად გვაინტერესებს, როგორი იყო თქვენი გამოცდილება ტესტირებასთან დაკავშირებით.

(ინტერვიუერს: თუ ინდივიდუალურ ინტერვიუს ატარებთ, დაუსვით კითხვა იმის მიხედვით, ჩაუტარებია თუ არა რესპონდენტს აივ-ზე გამოკვლევა; ფჯდ-ის დროს კი იკითხეთ შემდეგი)

5.2 მოდით, გავყოთ გამოცდილება 2 ნაწილად: ჯერ მოვუსმინოთ მათ, ვისაც ჩაუტარებია ტესტირება. გთხოვთ, გაიხსენოთ ის ეტაპები, რომელიც გაიარეთ თავად გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. რა დაგეხმარათ ასეთი გადაწყვეტილების მიღებაში?

5.3 როგორ დაახასიათებდით თქვენს გამოცდილებას ტესტირების ჩატარების შემდეგ?

5.4 ახლა ვსთხოვთ მათ, ვისაც ტესტირება არ ჩაუტარებია. გთხოვთ, გაგვიზიაროთ, რამ შეგიშალათ ხელი? რა გახდა შემაფერხებელი ფაქტორი, რის გამოც ტესტირება არ ჩაიტარეთ?

5.5 როგორ ფიქრობთ, რამდენად გაუმარტივდება ადამიანს, წავიდეს აივ ტესტირებაზე, თუ მას გაჰყვება სოციალური მუშაკი?

5.6 თქვენ ვის გაიყოლებდით ტესტირებაზე - მეგობარს, პარტნიორს, ოჯახის წევრს, ვინმე სხვას? რის გამო გაიყოლებდით ამ ადამიანს?

5.7 დიდი მადლობა თქვენი გამოცდილების გაზიარებისთვის. ახლა გვაინტერესებს თქვენი მოსაზრება, რომელიც, შესაძლოა, საკუთარი ისტორიიდან მომდინარეობდეს, ან შესაძლოა თქვენი ახლობლების გამოცდილებას ეხებოდეს. ხომ არ ფიქრობთ, რომ თუ ადამიანი გაიგებს, რომ ინფიცირებული არაა, ამან შეიძლება უბიძგოს მას, რომ უფრო უსაფრთხო ცხოვრების წესით იცხოვროს? მაგალითად, ხომ არ გსმენიათ ვინმესგან, რომ შეცვალა დამოკიდებულება კონდომის მოხმარების მიმართ? ან, გახდა უფრო ფრთხილი ნარკოტიკის მოხმარებისას?

5.8 არსებობს კვლევები, რომ ზოგჯერ სხვა პირის, ნაცნობის ან უცნობის სევდიანი ან ტრაგიკული ისტორია უბიძგებს ადამიანებს, გადალახონ არსებული ბარიერები და გაიკეთონ აივ-ზე ტესტირება? გთხოვთ, მოკლედ აღწეროთ ასეთი ისტორიები, თუ გახსენდებათ.

5.9 ასევე აღწერილია, რომ ადამიანები უფრო იკეთებენ ტესტირებას, როდესაც ახალ სქესობრივ პარტნიორთან იწყებენ ურთიერთობას. გთხოვთ, გვიამბოთ, თუ ასეთი შემთხვევის შესახებ გსმენიათ.

5.10 ასევე ცნობილია, რომ ზოგიერთი უფრო ადვილად თანხმდება აივ-ზე ტესტირებას, თუ ამ სერვისის სთავაზობენ სპონტანურად - მაგ., მასობრივი კამპანიების, აქციების დროს. ასეთი ღონისძიებები საქართველოშიც იმართება ხოლმე - საპირველდევებროდ, ასევე მაისის თვეში. თქვენ როგორ ფიქრობთ, შესაძლებელია მასობრივ ღონისძიებებზე და აქციებზე უფრო მეტი ადამიანი დათანხმდეს აივ-ზე ტესტირებას? გთხოვთ, გაიხსენოთ კონკრეტული ისტორიები, თუ ასეთის შესახებ გსმენიათ.

5.11 წარმოიდგინეთ, რომ მიდიხართ პოლიკლინიკაში (ან ქალთა კონსულტაციაში) (ინტერვიუერს: ახსენეთ, თუ ქალი რესპონდენტები გყავთ) და იქ შესაძლებელია აივ-ზე ტესტირების ჩატარება. როგორი იქნებოდა თქვენთვის სასურველი, თქვენთვის მოსაწონი ტესტირების პროცედურა?

(ინტერვიუერს: მიეცით საშუალება დაახასიათონ ასეთი სერვისი. საჭიროების შემთხვევაში ჩაეძიეთ შემდეგი:)

- ვინ უნდა ჩაატაროს ტესტირება? (მინიშნება ინტერვიუერს: ოჯახის ექიმი, ექთანი, ლაბორატორიის თანამშრომელი, ან სპეციალურად გამოყოფილი თანამშრომელი?)
- რა პირობებში უნდა ჩატარდეს ტესტირება? (მინიშნება ინტერვიუერს - ექიმის გარდა კაბინეტში ვინმე რომ იყოს, ეგ სიტუაციაც გამოვიძიოთ)
- ტესტირების გარდა, კონსულტაციაც უნდა ჩატარდეს?
- როგორ უნდა ხდებოდეს ანალიზის შედეგის მიღება - დარეკვით, ადგილზე მისვლით; დაუყოვნებლივ; მესიჯით, და სხვ.?
- ექნებოდა მნიშვნელობა, ქალი ჩაგიტარებდათ კონსულტაციას თუ კაცი?

5.12 თქვენ რომ მეგობარი ან ნაცნობი გეკითხებოდეთ, სად ურჩევდით აივ-ზე ტესტირებას და რის გამო?

სექცია 6: თვითტესტირება - როგორც აივ-ზე ტესტირების გაზრდის შესაძლებლობა

(ინტერვიუერს: ამ სექციაში გვაინტერესებს რესპონდენტების მოსაზრებები აივ ინფექციაზე თვითტესტირებასთან დაკავშირებით. სანამ დაიწყებთ, ჰკითხეთ, ესმით თუ არა, რას ნიშნავს თვითტესტირება. სასურველია, ტრანსკრიპტში ავსახოთ, რამდენ მათგანს ესმოდა თვითტესტის მნიშვნელობა. მიეცით საშუალება, ახსნას რესპონდენტმა, თუ მსურველი გამოჩნდება. ან საჭიროებისამებრ აუხსენით: აივ-ზე თვითტესტირებისას ტესტი ეძლევა გამოსაკვლევ პირს, რომელმაც შეიძლება გამოკვლევა ჩაიტაროს ბინაზე, ან მისთვის სასურველ ნებისმიერ ადგილას; ანუ, ტესტირებისთვის მას არ სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებაში ან არასამთავრობო ორგანიზაციაში მისვლა. თვითტესტირება შეიძლება გაკეთდეს როგორც ნერწყვში, ასევე, სისხლის წვეთზეც. თვითტესტი გულისხმობს, რომ ტესტის შედეგიც თვითონ უნდა წაიკითხოს ინსტრუქციის შესაბამისად. რომ გაუმარტივოთ გაგება, აუხსენით, რომ ეს ტესტი იგივე პრინციპით მუშაობს, როგორც, მაგალითად, ორსულობის ტესტი. შემდეგ გააგრძელეთ დისკუსია/ინტერვიუ)

6.1 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე თვითტესტირება რამდენად გაზრდის ტესტირების მოტივაციას და გაამარტივებს გადაწყვეტილების მიღების პროცესს? გთხოვთ, ახსენით, რატომ ფიქრობთ ასე?

6.2 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე თვითტესტის მიღების რა მოდელი იქნება უფრო მოსახერხებელი და მიმზიდველი დაინტერესებული პირისთვის? თუ ფიქრობთ, რომ გარკვეულ ადამიანებს არ სურთ სპეციალიზებულ კლინიკაში ან არასამთავრობო ორგანიზაციებში მისვლა ტესტირებაზე, მაშინ როგორ მიგაჩნიათ, რა გზებით, საიდან სჭობს, რომ ადამიანმა მიიღოს თვითტესტი?

(ინტერვიუერს: თუ თვითონ არ ასახელებს, გამოიძიეთ შემდეგი ალტერნატივები:)

- შეიძინოს ავთიაქში?
- მიიღოს უფასოდ შიდსის ცენტრისგან
- მიიღოს უფასოდ არასამთავრობო ორგანიზაციისგან
- მიიღოს ბინაზე მიტანის სერვისით (მაგ., გლოვო)
- ან მიიღოს აპარატისგან, სადაც ადამიანებთან კონტაქტი საერთოდ საჭირო არ იქნება. მაგალითად, უალკოჰოლო სასმელების გაყიდვის მსგავსი აპარატიდან?

6.3 როგორ ფიქრობთ, თუ თვითტესტი ხელმისაწვდომი გახდება, რამდენად აქტიური იქნება ამ ტესტებზე მოთხოვნა მაღალი რისკის პოპულაციის მხრიდან? ან იმ ახალგაზრდების მხრიდან, რომელთაც არ სურთ სერვისებში მისვლა? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

6.4 ვენ დაინტერესებულები ვართ, რომ თუ პირი ჩაიტარებს თვითტესტირებას, ვიცოდეთ ზოგადი სტატისტიკა - რამდენი თვითტესტირება ჩატარდა და მათგან რამდენი იყო დადებითი. გარდა ამისა, გვსურს, დავრწმუნდეთ, რომ თუ ტესტის პასუხი დადებითი იქნება, გამოკვლეული პირი არ დაიკარგება აივ/შიდსის სამკურნალო და ზრუნვის პროგრამებიდან. ამიტომ გვინდა, გკითხოთ შემდეგი: როგორ ფიქრობთ, თუ პირი ჩაიტარებს აივ-ზე თვითტესტირებას და ტესტის შედეგი დადებითი იქნება, რამდენად მიაკითხავენ ისინი თვითონ (თვითდინებით) აივ/შიდსის სერვისებს დიაგნოზის გადამოწმებისთვის/ დადასტურებისთვის? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

6.5 ასევე არის საუბარი, რომ შეიქმნება სპეციალური ვებგვერდი, სადაც ადამიანს შესაძლებლობა ექნება, შეიტანოს თვითტესტირების შედეგი (დადებითი, ან უარყოფითი, ან გაურკვეველი); ამასთან, მონაცემები ანონიმური იქნება - ვებგვერდი სახელის და გვარის რეგისტრაციას არ მოითხოვს. როგორ ფიქრობთ, რამდენად გულწრფელად და სრულყოფილად მოხდება თვითტესტირების შედეგები (პასუხების) რეგისტრაცია?

ინტერვიუერს: დისკუსიის/ინტერვიუს დასაწყისში, თქვენ უკვე აუხსენით რესპონდენტებს, რომ მოკლე კითხვარის მეორე გვერდზე იქნებოდა ერთი კითხვა, რომელზეც რესპონდენტებს პასუხი გამოკითხვის ბოლოს უნდა გაეცათ. შეახსენეთ ახლა, რომ ნახონ კითხვარის მეორე გვერდი; წაიკითხონ კითხვა თვითტესტირებასთან დაკავშირებით და სთხოვეთ, მონიშნონ ერთი პასუხი, რომელიც მათ მოსაზრებას ყველაზე სწორად ასახავს.

ინტერვიუერს: თუ დრო გაძლევთ საშუალებას, ჰკითხოთ, ხომ არ უნდათ, რამე დაამატონ, ან უკუკავშირი მოგვცენ. შემდეგ, მადლობა გადაუხადეთ და დაემშვიდობეთ.

ინდივიდუალური ინტერვიუ: აივ დადებითი პირები

დიდი მადლობა გამოკითხვაში მონაწილეობისათვის. თქვენი მოსაზრებები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჩვენთვის.

თქვენ, სავარაუდოდ, გაცილებით უკეთ ხართ ინფორმირებული აივ ინფექციის მიმდინარეობის შესახებ, ამიტომ თქვენს პერსონალურ გამოცდილებასთან ერთად, ჩვენ გვსურს, გაგვიზიაროთ თქვენი შეხედულებები ზოგადად მოსახლეობის, ან მაღალი რისკის ჯგუფების ცოდნის, აივ-ზე ტესტირების მოტივაციის და ბარიერების შესახებ. ამიტომ, ჩვენი ინტერვიუ მოიცავს კითხვებს, როგორც თქვენი პერსონალური გამოცდილების შესახებ, ასევე, თქვენს წარმოდგენებს და მოსაზრებებს სხვა ადამიანების ირგვლივ.

ინტერვიუს დროს ჩვენ გთხოვთ, გაიხსენოთ კონკრეტული ისტორიები. შეგახსენებთ, რომ თქვენ გაქვთ უფლება, გამოთვოთ ნებისმიერი კითხვა. თუმცა, აქვე გვსურს, დაგარწმუნოთ, რომ რესპონდენტისგან მოწოდებული ნებისმიერი ინფორმაციის ანონიმურობა დაცული იქნება, მათ შორის კვლევის ანგარიშის მომზადების დროსაც. უფრო მეტიც, თუ ისტორია, რომელსაც თქვენ მოგვითხრობთ, თავისი სპეციფიკიდან გამომდინარე, გამორჩეულია და არსებობს საფრთხე, რომ მოხდეს კონკრეტული პირის (ისტორიის) იდენტიფიცირება მესამე პირის მიერ, გთხოვთ, გაგვაფრთხილოთ ამის შესახებ. ასეთ შემთხვევაში ჩვენ მოგისმენთ, რომ უფრო სრული სურათი შეგვექმნას საკვლევი თემის ირგვლივ, თუმცა ანგარიშში ასეთი ისტორია არ მოხვდება.

ინტერვიუს დასრულების შემდეგ, ჩვენ, ასევე, გთხოვთ, თავად შეავსოთ კითხვარი, სადაც მხოლოდ 3 კითხვაა მოცემული.

თუ დამატებითი კითხვა არ გაქვთ ინტერვიუსთან დაკავშირებით, შეგვიძლია, დავიწყოთ.

სექცია 1: აღქმული მონყვლადობა

1.1 გთხოვთ, გაგვიზიაროთ, როგორ აფასებდით თქვენს აივ ინფიცირების რისკს, სანამ ტესტირებას გაიკეთებდით და შეიტყობდით სტატუსს?

1.2 ხომ არ შეგეცვალათ თქვენეული რისკის შეფასება მას შემდეგ, რაც სტატუსი შეიტყვეთ? გთხოვთ, აღწეროთ, რა შეიცვალა.

1.3 ზოგადად, როგორ ფიქრობთ, რა როლს თამაშობს ინფიცირების რისკის სწორი შეფასება ადამიანის გადანაცვლებებზე, რომ გაიკეთოს აივ ტესტირება?

სექცია 2: დაავადების აღქმული სიმწვავე

2.1 რამდენად საშიშ დაავადებად მიგაჩნდათ აივ ინფექცია დიაგნოზის გაგებამდე და ხომ არ შეგეცვალათ დამოკიდებულება დიაგნოზის შემდეგ? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

2.2 არსებობს მოსაზრება, რომ დაავადების მიმდინარეობის სიმწვავე გარკვეულ გავლენას ახდენს ადამიანზე, მიიღოს გადანაცვლებები ტესტირების შესახებ. როგორ ფიქრობთ, რამდენად რეალისტურად აფასებს საზოგადოება აივ ინფექციის საფრთხეს? ხომ არ აქვთ ზედმეტი (გადაჭარბებული) შიში ამ დაავადების ან დაავადებული პირების მიმართ? საიდან გამომდინარე ფიქრობთ ასე?

2.3 როგორ მიგაჩნიათ, ეს ინფექცია უფრო საშიშია ადამიანისთვის სოციალურ კონტექსტში, ვიდრე ჯანმრთელობის თვალსაზრისით?

სექცია 3: აღქმული სარგებელი

3.1 ამ ეტაპზე, ალბათ, ფიქრობთ, რომ აივ-ზე ტესტირება აუცილებელია და ადამიანმა უნდა იცოდეს თავისი აივ სტატუსი? ადრე ან ამჟამად ხომ არ ფიქრობდით/ფიქრობთ განსხვავებულად და გთხოვთ, აგვიხსნათ, როგორი იყო მაშინ და როგორია ახლა თქვენი დამოკიდებულება ტესტირების სარგებელზე?

3.2 როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეძელით ადრეული დიაგნოსტიკა და რატომ არის მნიშვნელოვანი დროულად დაადგინოს პირმა თავისი სტატუსი?

3.3 ხომ არ გამოყოფდით ცალ-ცალკე - ვისთვის და რატომ არის სასარგებლო აივ სტატუსის ადრეულ ეტაპზე დადგენა? პიროვნულ დონეზე - რატომ არის მნიშვნელოვანი ადრეული დიაგნოსტიკა? სხვებისთვის, ან ინფიცირებული პირის ახლობელი ადამიანებისთვის რა სარგებელი მოაქვს ადრეულ დიაგნოსტიკას?

3.4 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე დროულ ტესტირებას როგორი გავლენა შესაძლოა, ჰქონდეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაზე? როგორი ტიპის სარგებელი შეიძლება მოიტანოს ტესტირებამ ჯანდაცვის სისტემისთვის?

3.5 როგორ ფიქრობთ, აივ-ტესტირებას როგორი გავლენა შესაძლოა ჰქონდეს ქვეყნის ეკონომიკაზე? (მინიშნება - ჯანმრთელი და შრომისუნარიანი მოსახლეობა, როგორც ეკონომიკის განვითარების ერთერთი ფაქტორი)

სექცია 4: აღქმული ბარიერები

4.1 როგორ ფიქრობთ, რა არის მნიშვნელოვანი ბარიერი, რომელიც ადამიანებს აფერხებს, რომ ჩაიტარონ აივ-ზე ტესტირება? თუ გსურთ, გვიამბეთ საკუთარი გამოცდილებით. თუ ამჯობინებთ, არ ისაუბროთ თქვენს ისტორიაზე, ხომ არ გაგვიზიარებთ სხვების გამოცდილებას?

(ინტერვიუერს: სჯობს თავად ისაუბროს, კარნახის გარეშე. თუ უჭირს განვრცობა, ჩაეძიეთ)

- როგორ ფიქრობთ, რა როლს თამაშობს ინფიცირების რისკის ადეკვატური აღქმა (რისკის რეალისტურად შეფასება) ადამიანისათვის, რომ გადაწყვიტოს აივ-ზე გამოკვლევა?
- როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეიძლება დაბალი ინფორმირებულობა იყოს ბარიერი ტესტირებისთვის? რის გამო ფიქრობთ ასე?
- როგორ ფიქრობთ, თუ ადამიანს ეცოდინება, რომ აივ-ზე ტესტირება სასარგებლოა, ეს უბიძგებს მას, ჩაიტაროს ტესტირება? გთხოვთ, აგვიხსნათ, რის გამო ფიქრობთ ასე?
- როგორ ფიქრობთ, იმის შიში, რომ ანალიზის პასუხი დადებითი იქნება (ანუ რომ ადამიანი აივ დადებითი აღმოჩნდება), რამდენად ახდენს გავლენას ადამიანზე, მიიღოს გადაწყვეტილება ტესტირების შესახებ?
- რა როლს ასრულებს კონფიდენციალურობა ტესტირებაზე გადაწყვეტილების მიღებაში?

- **(ინტერვიუერს:** თუ დისკუსიის/ინტერვიუს დროს არ ყოფილა საუბარი გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობაზე, ჩაეკითხეთ რესპონდენტებს) - როგორ დაახასიათებდით აივ ტესტირებაზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას?
- **(ინტერვიუერს:** თუმცა ნაკლებად მოსალოდნელია ფინანსური ბარიერი, მაგრამ გადაამოწმეთ) - რას იტყოდით ფინანსურ ბარიერებზე?

ბარიერები სპეციფიკურად ჯანდაცვის სისტემაში

4.2 წარმოიდგინეთ ჩვეული სიტუაცია, როდესაც პერსონალი ინფიცირებულ ადამიანს ატყობინებს აივ-დადებით სტატუსს. შეგიძლიათ, დაახასიათოთ, როგორია ამ პერსონალის ტიპური პორტრეტი? ჩვენ არ ვითხოვთ, რომ აუცილებლად საკუთარი ისტორია გაიხსენოთ. ჩვენ გვსურს, თქვენი თვალით დავინახოთ მედპერსონალი, რომელიც დიაგნოზს ეუბნება აივ-დადებით პირს.

4.3 ჩვენ ვისაუბრეთ ბარიერებზე ინდივიდუალურ, პიროვნულ დონეზე, ასევე ვისაუბრეთ სხვადასხვა სოციალურ ბარიერებზეც. ამჟამად გვაინტერესებს, როგორ შეაფასებთ ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ ბარიერებს. როგორ ფიქრობთ, რამდენად არის სამედიცინო დაწესებულებები მზად, რომ შესთავაზოს კეთილგანწყობილი და მაღალი ხარისხის ტესტირების და კონსულტირების სერვისები რისკის მქონე პირებს?

4.4 მოდით, ჯერ წარმოვიდგინოთ აივ-ზე ტესტირების სერვისები სამედიცინო დაწესებულებებში /კლინიკებში. როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს სამედიცინო დაწესებულებებში, თუ ასეთები გახსენდებათ?

4.5 ჯერჯერობით პირველად ჯანდაცვაში (მაგალითად, პოლიკლინიკები, ქალთა კონსულტაციები) აივ ტესტირების სერვისები შეზღუდულია. მაინც გვსურს, გკითხოთ. ხომ არ გაქვთ რამე გამოცდილება პოლიკლინიკებში, ან ქალთა კონსულტაციებში აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებით? გთხოვთ, გაგვიზიაროთ.

4.6 როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს არასამთავრობო ორგანიზაციებში, თუ ასეთი გახსენდებათ?

(ინტერვიუერს: მიაქციეთ ყურადღება, რომ აქცენტი გაკეთდეს ტესტირების ბარიერებზე, რომ სხვა მიმართულებით არ წავიდეს ინტერვიუ. მაგ., ზოგადად, შესაძლოა, ისაუბრონ აივ-თან დაკავშირებულ სტიგმაზე სამედიცინო დაწესებულებებში; როდესაც მკურნალობისთვის სამედიცინო დაწესებულებაში მისულ პირებს ხვდებათ ღირსების შემლახავი დამოკიდებულება, ან მასტიგმატიზებული გარემო თავიანთი დადებითი სტატუსის გამო. ეს საკითხები ჩვენი გამოკითხვის ამოცანებს სცილდება. თუმცა, იყავით სენსიტიური, რომ არ დარჩეს რესპონდენტს შთაბეჭდილება, რომ მისი პიროვნული ემოციები არ გვაინტერესებს და მხოლოდ კვლევაზე ვზრუნავთ.)

4.7 ძალიან საინტერესოა, თქვენგან მოვისმინოთ, რამდენად ეთიკური იყო პერსონალი თქვენს მიმართ, როდესაც აივ დადებითი სტატუსის შესახებ შეგატყობინეს? როგორ დაახასიათებდით ტესტირების შემდგომ კონსულტაციას? თუ პირად გამოცდილებაზე საუბარი არ გსურთ, გვიაშბუთ თქვენთვის ცნობილი ისტორია.

(ინტერვიუერს: თუ საუბრისას თავად არ აღნიშნავს, რა ტიპის დაწესებულებაზე საუბრობს, უთხარით, რომ კონკრეტული დაწესებულების დასახელებას არ სთხოვთ; აუხსენით, რომ გსურთ, გაიგოთ დაწესებულების ტიპი - ეს იყო სამედიცინო დაწესებულება თუ არასამთავრობო ორგანიზაცია.)

4.8 ჯერჯერობით პირველად ჯანდაცვაში აივ ტესტირების სერვისები შეზღუდულია. მაინც გვსურს, გკითხოთ, ხომ არ გაქვთ რამე გამოცდილება (თუნდაც სხვებისგან გაგონილი) პოლიკლინიკებში/ოჯახის კლინიკებში, ან ქალთა კონსულტაციებში აივ-ზე ტესტირებასთან დაკავშირებით. გთხოვთ, გაგვიზიაროთ.

სექცია 5: ტესტირების მოტივატორები

5.1 ჩვენ გვაინტერესებს თქვენი ან სხვა პირთა გამოცდილება, თუ ასეთი გსმენიათ, თუ რა ეტაპებს გადის ადამიანი, სანამ მიიღებს გადაწყვეტილებას, რომ ჩაიტაროს აივ-ზე გამოკვლევა? რამდენად მძიმე ან ხანგრძლივია ეს პროცესი და რა ფაქტორები უწყობს ხელს გადაწყვეტილების მიღებას და მის სისრულეში მოყვანას?

5.2 როგორ ფიქრობთ, რამდენად გაუმარტივდება ადამიანს, წავიდეს აივ ტესტირებაზე, თუ მას გაჰყვება სოციალური მუშაკი?

5.3 თანმხლებ პირებზე რადგან ვსაუბრობთ, როგორ ფიქრობთ, ვინ არის ადამიანებისთვის ის მნიშვნელოვანი პირი, ვისთან ერთადაც სურთ ტესტირებაზე წასვლა (მეგობარი, პარტნიორი, ოჯახის წევრი, და სხვა)?

5.4 ახლა გვაინტერესებს თქვენი მოსაზრება, რომელიც, შესაძლოა, საკუთარი ისტორიიდან მომდინარეობდეს, ან შესაძლოა თქვენი ახლობლების გამოცდილებას ეხებოდეს. ხომ არ ფიქრობთ, რომ თუ ადამიანი გაიგებს, რომ ინფიცირებული არაა, ამან შეიძლება უბიძგოს მას, რომ უფრო უსაფრთხო ცხოვრების წესით იცხოვროს? მაგალითად, ხომ არ გსმენიათ ვინმესგან, რომ შეცვალა დამოკიდებულება კონდომის მოხმარების მიმართ? ან, გახდა უფრო ფრთხილი ნარკოტიკის მოხმარებისას?

5.5 არსებობს კვლევები, რომ ზოგჯერ სხვა პირის, ნაცნობის ან უცნობის სევდიანი ან ტრაგიკული ისტორია უბიძგებს ადამიანებს, გადალახონ არსებული ბარიერები და გაიკეთონ აივ-ზე ტესტირება? გთხოვთ, მოკლედ აღწეროთ ასეთი ისტორიები, თუ გახსენდებათ.

5.6 ასევე აღწერილია, რომ ადამიანები უფრო იკეთებენ ტესტირებას, როდესაც ახალ სექსობრივ პარტნიორთან იწყებენ ურთიერთობას. გთხოვთ, გვიამბოთ, თუ ასეთი შემთხვევის შესახებ გსმენიათ.

5.7 ასევე ცნობილია, რომ ზოგიერთი უფრო ადვილად თანხმდება აივ-ზე ტესტირებას, თუ ამ სერვისს სთავაზობენ სპონტანურად - მაგ., მასობრივი კამპანიების, აქციების დროს. ასეთი ღონისძიებები საქართველოშიც იმართება ხოლმე - საპირველდევკემბროდ და მაისის თვეში. თქვენ როგორ ფიქრობთ, შესაძლებელია მასობრივ ღონისძიებებზე და აქციებზე უფრო მეტი ადამიანი დათანხმდეს აივ-ზე ტესტირებას? გთხოვთ, გაიხსენოთ კონკრეტული ისტორიები, თუ ასეთის შესახებ გსმენიათ.

5.8 საქართველოში გააქტიურდა საუბარი, რომ ოჯახის ექიმებმა კლინიკაში მისულ პაციენტებს უნდა შესთავაზონ აივ-ზე და ჰეპატიტზე ტესტირება. თუ ეს გადაწყვეტილება ამოქმედდება მომავალში, როგორი ტიპის ტესტირების სერვისს ისურვებდით პირველად ჯანდაცვაში? როგორი იქნებოდა თქვენთვის მოსაწონი ტესტირების პროცედურა?

(ინტერვიუერს: მიეცით საშუალება, დაახასიათონ ასეთი სერვისი. საჭიროების შემთხვევაში ჩაეკითხეთ შემდეგი)

- ვინ უნდა ჩაატაროს ტესტირება? (**მინიშნება ინტერვიუერს:** ოჯახის ექიმი, ექთანი, ლაბორატორიის თანამშრომელი, ან სპეციალურად გამოყოფილი თანამშრომელი?)
- როგორ ფიქრობთ, ოჯახის ექიმი უნდა ატარებდეს თუ არა ხანმოკლე კონსულტაციას აივ-ზე, და რამდენად მისაღები იქნებოდა პაციენტებისათვის კონსულტაცია ოჯახის ექიმისგან?

(**მინიშნება ინტერვიუერს** - თუ თვითონ არ წამოწვევს საკითხს - ჩაეძიეთ: ოჯახის ექიმი თითქმის არასოდეს არის მართო და მასთან ერთად კაბინეტში მისი ასისტენტი იმყოფება. რა გავლენა შესაძლოა ჰქონდეს ამ ფაქტს კონსულტირებაზე?)

- ექნებოდა მნიშვნელობა, ქალი ჩაატარებს კონსულტაციას თუ კაცი? რატომ ფიქრობთ ასე?

5.9 თქვენ რომ მეგობარი ან ნაცნობი გეკითხებოდეთ, სად ურჩევდით აივ-ზე ტესტირებას და რის გამო?

სექცია 6: თვითტესტირება - როგორც აივ-ზე ტესტირების გაზრდის შესაძლებლობა

(**ინტერვიუერს:** ამ სექციაში გვაინტერესებს რესპონდენტების მოსაზრებები აივ ინფექციაზე თვითტესტირებასთან დაკავშირებით. სანამ დაიწყებთ, ჰკითხეთ, ესმით თუ არა, რას ნიშნავს თვითტესტირება. სასურველია, ტრანსკრიპტში ავსახოთ, რამდენ მათგანს ესმოდა თვითტესტის მნიშვნელობა. მიეცით საშუალება, ახსნას რესპონდენტმა, თუ მსურველი გამოჩნდება. ან საჭიროებისამებრ აუხსენით: აივ-ზე თვითტესტირებისას ტესტი ეძლევა გამოსაკვლევ პირს, რომელმაც შეიძლება გამოკვლევა ჩაიტაროს ბინაზე, ან მისთვის სასურველ ნებისმიერ ადგილას; ანუ, ტესტირებისთვის მას არ სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებაში ან არასამთავრობო ორგანიზაციაში მისვლა. თვითტესტირება შეიძლება გაკეთდეს როგორც ნერწყვში, ასევე, სისხლის წვეთზე. თვითტესტი გულისხმობს, რომ ტესტის შედეგიც თვითონ უნდა წაიკითხოს ინსტრუქციის შესაბამისად. რომ გაუმარტივოთ გაგება, აუხსენით, რომ ეს ტესტი იგივე პრინციპით მუშაობს, როგორც, მაგალითად, ორსულობის ტესტი. შემდეგ გააგრძელეთ დისკუსია/ინტერვიუ)

6.1 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე თვითტესტირება რამდენად გაზრდის ტესტირების მოტივაციას და გაამარტივებს გადაწყვეტილების მიღების პროცესს? გთხოვთ, ახსენით, რატომ ფიქრობთ ასე?

6.2 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე თვითტესტის მიღების რა მოდელი იქნება უფრო მოსახერხებელი და მიმზიდველი დაინტერესებული პირისთვის? თუ ფიქრობთ, რომ გარკვეულ ადამიანებს არ სურთ სპეციალიზებულ კლინიკაში ან არასამთავრობო ორგანიზაციებში მისვლა ტესტირებაზე, მაშინ როგორ მიგაჩნიათ, რა გზებით, საიდან სჭობს, რომ ადამიანმა მიიღოს თვითტესტი?

(**ინტერვიუერს:** თუ თვითონ არ ასახელებს, გამოიძიეთ შემდეგი ალტერნატივები)

- შეიძინოს აფთიაქში?
- მიიღოს უფასოდ შიდსის ცენტრისგან
- მიიღოს უფასოდ არასამთავრობო ორგანიზაციისგან
- მიიღოს ბინაზე მიტანის სერვისით (მაგ., გლოვო)

➤ ან მიიღოს აპარატისგან, სადაც ადამიანებთან კონტაქტი საერთოდ საჭირო არ იქნება. მაგალითად, უალკოჰოლო სასმელების გაყიდვის მსგავსი აპარატიდან?

6.3 როგორ ფიქრობთ, თუ თვითტესტი ხელმისაწვდომი გახდება, რამდენად აქტიური იქნება ამ ტესტებზე მოთხოვნა მაღალი რისკის პოპულაციის მხრიდან? ან იმ ახალგაზრდების მხრიდან, რომელთაც არ სურთ სერვისებში მისვლა? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

6.4 ჩვენ დაინტერესებულები ვართ, რომ თუ პირი ჩაიტარებს თვითტესტირებას, ვიცოდეთ ზოგადი სტატისტიკა - რამდენი თვითტესტირება ჩატარდა და მათგან რამდენი იყო დადებითი. გარდა ამისა, გვსურს, დავრწმუნდეთ, რომ თუ ტესტის პასუხი დადებითი იქნება, გამოკვლეული პირი არ დაიკარგება აივ/შიდსის სამკურნალო და ზრუნვის პროგრამებიდან. ამიტომ გვინდა, გკითხოთ შემდეგი: როგორ ფიქრობთ, თუ პირი ჩაიტარებს აივ-ზე თვითტესტირებას და ტესტის შედეგი დადებითი იქნება, რამდენად მიაკითხავენ ისინი თვითონ (თვითდინებით) აივ/შიდსის სერვისებს დიაგნოზის გადამოწმებისთვის/დადასტურებისთვის? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

6.5 ასევე არის საუბარი, რომ შეიქმნება სპეციალური ვებგვერდი, სადაც ადამიანს შესაძლებლობა ექნება, შეიტანოს თვითტესტირების შედეგი (დადებითი, ან უარყოფითი, ან გაურკვეველი); ამასთან, მონაცემები ანონიმური იქნება - ვებგვერდი სახელის და გვარის რეგისტრაციას არ მოითხოვს. როგორ ფიქრობთ, რამდენად გულწრფელად და სრულყოფილად მოხდება თვითტესტირების შედეგები (პასუხების) რეგისტრაცია?

ინტერვიუერს: ინტერვიუს დასაწყისში, თქვენ უკვე აუხსენით რესპონდენტს, რომ სთხოვდით მოკლე კითხვარის შევსებას. მიაწოდეთ კითხვარი ახლა, და სთხოვეთ, უპასუხონ 3 კითხვას.

ინტერვიუერს: თუ დრო გაძლევთ საშუალებას, ჰკითხეთ, ხომ არ უნდა, რამე დაამატოს, ან უკუკავშირი მოგვცეს კვლევასთან დაკავშირებით. შემდეგ, მადლობა გადაუხადეთ და დაემშვიდობეთ.

ინტერვიუს სახელმძღვანელო - გამოკითხვა ჯანდაცვის მუშაკებში

სექცია 1: აღქმული მონეველადობა

1.1 დიდი მადლობა მოკლე კითხვარის შევსებისათვის. თქვენ, ალბათ უკვე უპასუხეთ კითხვას იმის შესახებ, როგორ აფასებთ თქვენს რისკს აივ ინფიცირების შესახებ. გთხოვთ, გაგვიზიაროთ, რა ფაქტორებით შეაფასეთ თქვენი რისკი?

1.2 ზოგადად, თქვენ, როგორც ჯანდაცვის მუშაკს, როგორ მიგაჩნიათ, ვინ შეიძლება დაინფიცირდეს აივ ინფექციით? ან როგორ ფიქრობთ, ვინ უნდა იტარებდეს აივ-ზე ტესტირებას?

(ინტერვიუერს: აქ შეიძლება, გამოვლინდეს მედპერსონალის სტერეოტიპული ხედვა)

1.3 წარმოიდგინეთ, რომ მე არაფერი ვიცი აივ დადებით ადამიანებზე. როგორ აღმინერდით ტიპური აივ დადებითი ადამიანის პორტრეტს? წარმოიდგინეთ, რომ ხართ რეჟისორი, რომელიც იღებს ფილმს აივ დადებითი ადამიანის შესახებ. როგორი იქნებოდა თქვენი პერსონაჟი?

- ვინ იქნებოდა თქვენი პერსონაჟი?
- თქვენი პერსონაჟი იქნებოდა ქალი, თუ კაცი?
- განათლებული, თუ განათლების არმქონე?
- რა სპეციალობის იქნებოდა იგი?
- რა ასაკის?
- ცხოვრობს ქალაქში, თუ სოფლად?
- თანამედროვეა, თუ ძველმოდური?
- საუბრის რა მანერა აქვს?
- თქვენი პერსონაჟის ერთი მნიშვნელოვანი დეტალი/მახასიათებელი, რომელსაც აუცილებლად გაუსვამდით ხაზს.

სექცია 2: დაავადების აღქმული სიმწვავე

2.1 რამდენად საშიშ დაავადებად მიგაჩნიათ აივ ინფექცია და რის გამო ფიქრობთ ასე?

2.2 როგორ ფიქრობთ, რამდენად თანაზომიერია (რამდენად რეალისტურია) მოსახლეობის აღქმა ამ დაავადების სიმწვავის შესახებ? რამდენად ადეკვატურია შიში საზოგადოების მხრიდან დაავადების ან ინფიცირებული პირების მიმართ? (ანუ, ხომ არ არის მოჭარბებული შიში დაავადების ან ინფიცირებულების მიმართ?)

2.3 როგორ ფიქრობთ, რამდენად ინფორმირებულები არიან ექიმები პირველად ჯანდაცვაში ზოგადად, და ასევე, კონკრეტულად, თქვენს დაწესებულებაში აივ პრევენციის ან მკურნალობის საკითხებზე?

სექცია 3: აღქმული სარგებელი

3.1 როგორ ფიქრობთ, რატომ არის აუცილებელი ჩაიტარონ ადამიანებმა აივ-ზე ტესტირება და იცოდნენ თავიანთი აივ სტატუსი?

(ინტერვიუერს: თუ ვინმე იტყვის, რომ არაა აუცილებელი სტატუსის ცოდნა, ჩაეძიეთ - რატომ ფიქრობს ასე. ზოგმა რესპონდენტმა შეიძლება, ამ სექციაში ისაუბროს ბარიერებზე. ნუ შეაწყვეტინებთ. მიეცით საშუალება განავრცოს თავისი მოსაზრება, მიუხედავად იმისა, რომ ბარიერებზე ცალკე სექციაა. თუ ჩათვლით, რომ თემა არ ამოიწურა, ან ყველა რესპონდენტის აზრი ვერ მოისმინეთ, ბარიერების სექციაზე როდესაც გადახვალთ, აქცენტი გააკეთეთ მათზე, ვინც ბარიერებზე მოსაზრებები არ გაგიზიარათ.)

3.2 როგორ ფიქრობთ, რამდენად სასარგებლოა ადრეული დიაგნოსტიკა?

3.3 თქვენ აივ-ზე ტესტირების სარგებელზე საუბრობდით; ხომ ვერ გვეტყვი, ვისთვის მოაქვს სარგებელი ტესტირებას? იმ პირისთვის, ვინც ტესტირებას იტარებს თუ მასთან დაკავშირებული სხვა პირებისთვის? გაგიზიარეთ, რატომ ფიქრობთ ასე.

3.4 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე დროულ ტესტირებას როგორი გავლენა შესაძლოა, ჰქონდეს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაზე? როგორი ტიპის სარგებელი შეიძლება მოიტანოს ტესტირებამ ჯანდაცვის სისტემისთვის?

(ინტერვიუერს: შესაძლოა ვინმეს ჰქონდეს მოსაზრება, რომ ტესტირების გაფართოებას ჯანდაცვის სისტემაზე ნეგატიური გავლენა ჰქონდეს; მიეცით საშუალება, გადმოსცეს თავისი მოსაზრება)

3.5 როგორ ფიქრობთ, აივ-ტესტირებას როგორი გავლენა შესაძლოა, ჰქონდეს ქვეყნის ეკონომიკაზე?

(მინიშნება ინტერვიუერისთვის - ჯანმრთელი და შრომისუნარიანი მოსახლეობა, როგორც ეკონომიკის განვითარების ერთერთი ფაქტორი; შესაძლოა, გამოითქვას საინინაალმდეგო მოსაზრებებიც - რომ ინფიცირებული პირები ფინანსური ტვირთია ეკონომიკისთვის; ან, რომ მათზე სახელმწიფო დიდ ფინანსურ რესურსს ხარჯავს. სთხოვეთ, განავრცონ, თუ ასეთი მინიშნება გაიჟღერებს. მედპერსონალის ასეთი დამოკიდებულების შესწავლა ჩვენთვის საინტერესოა.)

სექცია 4: აღქმული ბარიერები

4.1 როგორ ფიქრობთ, რა არის ის მნიშვნელოვანი ბარიერები, რომელიც ადამიანებს აფერხებს, რომ ჩაიტარონ აივ-ზე ტესტირება?

თემები განვრცობისთვის

- როგორ ფიქრობთ, რა როლს თამაშობს ინფიცირების რისკის ადეკვატური აღქმა (რისკის რეალისტურად შეფასება) ადამიანისათვის, რომ გადაწყვიტოს აივ-ზე გამოკვლევა?
- როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეიძლება, დაბალი ინფორმირებულობა იყოს ბარიერი ტესტირებისთვის? რის გამო ფიქრობთ ასე?

- როგორ ფიქრობთ, თუ ადამიანს ეცოდინება, რომ აივ-ზე ტესტირება სასარგებლოა, ეს უბიძგებს მას, ჩაიტაროს ტესტირება? გთხოვთ, აგვიხსნათ, რის გამო ფიქრობთ ასე?
- როგორ ფიქრობთ, იმის შიში, რომ ანალიზის პასუხი დადებითი იქნება (ანუ რომ ადამიანი აივ დადებითი აღმოჩნდება), რამდენად ახდენს გავლენას ადამიანზე, მიიღოს გადაწყვეტილება ტესტირების შესახებ?
- რა როლს ასრულებს კონფიდენციალურობის დაცვის გარანტიები ტესტირებაზე გადაწყვეტილების მიღებაში?
- როგორ ფიქრობთ, რა როლს ასრულებს სტიგმის, იზოლაციის და გარიყვის შიში (ოჯახის მხრიდან ან საზოგადოებისგან) გადაწყვეტილების მიღებისას?
- **(ინტერვიუერს:** თუ დისკუსიის/ინტერვიუს დროს არ ყოფილა საუბარი გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობაზე, ჩაეკითხეთ რესპონდენტებს) - როგორ დაახასიათებდით აივ ტესტირებაზე გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას?
- **(ინტერვიუერს:** თუმცა ნაკლებად მოსალოდნელია ფინანსური ბარიერი, მაგრამ გადაამოწმეთ) - რას იტყოდით ფინანსურ ბარიერებზე?

სპეციფიკური ბარიერები ჯანდაცვის სისტემაში

4.2 ჩვენ ვისაუბრეთ ბარიერებზე ინდივიდუალურ, პიროვნულ დონეზე, ასევე ვისაუბრეთ სხვადასხვა სოციალურ ბარიერებზეც. ამჟამად გვაინტერესებს, როგორ შეაფასებთ ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ ბარიერებს. გთხოვთ, დაასახელოთ, რა ადგილები იცით, სადაც ტარდება აივ-ზე გამოკვლევა?

4.3 როგორ ფიქრობთ, რამდენად არის სამედიცინო დაწესებულებები მზად, რომ შესთავაზოს კეთილგანწყობილი და მაღალი ხარისხის ტესტირების და კონსულტირების სერვისები რისკის პირებს?

4.4 როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს სამედიცინო დაწესებულებებში, თუ ასეთები გახსენდებათ?

4.5 როგორ დაახასიათებდით ტესტირების ბარიერებს არასამთავრობო ორგანიზაციებში, თუ ასეთი გახსენდებათ?

4.6 გთხოვთ, გვითხრათ, ტარდება თუ არა აივ-ზე ტესტირება თქვენს კლინიკაში? თუ კი, როგორ ფიქრობთ, რამდენად არის სერვისი სტიგმისგან თავისუფალი? ბარიერებისგან თავისუფალი? გთხოვთ, ახსნათ.

4.7 თუ ტესტირება არ ტარდება, გთხოვთ გვითხრათ, როგორ ფიქრობთ, რატომ არ ხდება აივ-ზე ტესტირება თქვენს კლინიკაში?

(ინტერვიუერს: ყურადღება მიაქციეთ, ხომ არ ფიქრობენ, რომ აივ-ზე ტესტირება მხოლოდ სპეციალიზებულ კლინიკებში და/ან არასამთავრობო ორგანიზაციებში უნდა ხდებოდეს.)

4.8 ზოგადად, როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე ტესტირება უნდა იყოს თუ არა შეთავაზებული პირველადი ჯანდაცვის რგოლში და გთხოვთ, ახსნათ, რატომ ფიქრობთ ასე?

4.9 როგორ ფიქრობთ, ამჟამად რამდენად არის თქვენი კლინიკა/სამედიცინო დაწესებულება მზად, რომ შესთავაზოს კეთილგანწყობილი და მაღალი ხარისხის ტესტირების და კონსულტირების სერვისები მაღალი რისკის პირებს? რა მიზეზით ფიქრობთ ასე?

(ინტერვიუერს: მოლოდინი გვაქვს, რომ მედპერსონალმა უნდა იცოდეს, ვინ ითვლება აივ ინფექციისთვის მაღალი რისკის მქონე პოპულაციები; თუ გამოჩნდება, რომ არ იციან, აუხსენით, რომ საქართველოში სარისკო პოპულაციებად ითვლება: ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები, მსმ, სექს-მუშაკი ქალები, პათიმრები)

4.10 ხომ არ გაიხსენებდით ბოლო 2 წლის მანძილზე შემთხვევას თქვენს კლინიკაში, როდესაც აივ ინფექციის დიაგნოზი დაუსვეს ვინმეს, ან ინფიცირებული პირი მოვიდა სამკურნალოდ?

(ინტერვიუერს: ასაუბრეთ, თუ იტყვის რომ - დიახ; ჰკითხეთ, თავად მისი პაციენტი იყო თუ არა? თუ აცხადებს, რომ მისი პაციენტი არ იყო, ჰკითხეთ, საიდან შეიტყო ამ პაციენტის ინფიცირების სტატუსის შესახებ?)

4.11 როგორ დაახასიათებდით ზოგადად, პირველად ჯანდაცვაში მედპერსონალის დამოკიდებულებას რისკის პოპულაციების მიმართ? აივ ინფიცირებული პირების მიმართ?

4.12 თქვენ ისაუბრეთ ზოგადად პტ-ში მედპერსონალის დამოკიდებულების შესახებ. რამდენად მართებულია ეს დახასიათება თქვენი კლინიკის პერსონალის დამოკიდებულებების შესახებ? თუ განსხვავებულია, გთხოვთ, აგვიხსნათ, რაში გამოიხატება განსხვავებულობა და რა განაპირობებს ამ განსხვავებებს.

4.13 როგორ ფიქრობთ, თუ თქვენს კლინიკაში მედპერსონალი შეიტყობს, რომ პაციენტი ინფიცირებულია, მიიღებს პერსონალი დამატებით (უჩვეულო) უსაფრთხოების ზომებს გასინჯვის ან პროცედურის ჩატარების დროს? როგორ ფიქრობთ, რა მიზეზით მიმართავს ამ ზომებს?

(ინტერვიუერს: ხარ უკარნახოთ; საჭიროების შემთხვევაში ჩაეძიეთ - მაგ., ჩაიცვამს ხელთათმანს, გაიკეთებს ნიღაბს, გამოიყენებს განსხვავებულ ინსტრუმენტებს, ან თვითონ არ მიიღებს პაციენტს და გადაამისამართებს მას სხვა პროვაიდერთან.)

4.14 როგორ ფიქრობთ, არსებობს მედპერსონალისთვის შფოთვის მიზეზი, რომ მიიღოს აივ ინფიცირებული პაციენტი?

(ინტერვიუერს: არ უკარნახოთ, მხოლოდ საჭიროების დროს ჩაეკითხეთ - მაგ., რითი აიხსნება ინფექციის გადაცემის შიში სამედიცინო პერსონალში? ან, სხვა პაციენტებისათვის ინფიცირების საფრთხის შექმნა - მიზეზი, რომელიც ხშირად თავის გასასამართლებელ მიზეზად მოაქვთ ექიმებს; ან, ჰკითხეთ, ხომ არ არის შფოთვის მიზეზი ის ფაქტი, რომ უნივერსალური უსაფრთხოების ზომები შესაძლოა სტანდარტულად ყოველთვის არ იყოს დაცული ოჯახის კლინიკებში?

4.15 როგორ ფიქრობთ, რამდენად დამაკმაყოფილებელია პირველად ჯანდაცვაში აივ ინფექციის შესახებ მედპერსონალის ინფორმირება?

(ინტერვიუერს: ჰკითხეთ, ხომ ვერ გაიხსენებენ აივ/შიდსის თემაზე ფორმალური ან არაფორმალური განათლების კურსს, რომელიც მათ გაუვლიათ; რამდენად საჭიროდ თვლიან ასეთი განათლების მიღებას და რატომ?)

4.16 როგორ ფიქრობთ, ექიმმა, რომელიც მიიღებს აივ ინფიცირებულ პაციენტს, ვის უნდა გაუზიაროს პაციენტის სტატუსი?

(ინტერვიუერს: ჩაეკითხეთ ცალ-ცალკე - გაანდობს სხვა მედპერსონალს? ან პაციენტის ოჯახის წევრებს? ან ხომ არ უამბობს ისტორიას სხვა - გარეშე პირს?)

4.17 როგორ ფიქრობთ, უნდა ხდებოდეს თუ არა აივ ტესტირებაზე შეთავაზება ოჯახის ექიმების მიერ კლინიკაში მისული პაციენტებისთვის და რატომ?

(ინტერვიუერს: ჩაეკითხეთ - შეთავაზება უნდა გულისხმობდეს ტესტირებისთვის სხვა სამსახურებში რეფერირებას, თუ აივ-ზე ტესტირება უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ადგილზევე - პირველადი ჯანდაცვის რგოლში? სთხოვეთ, ახსნას, რატომ ფიქრობს ასე (რატომ იქნება კარგი ან ცუდი?)

4.18 გაიხსენეთ, თქვენს კლინიკაში - თუ არსებობს რამე ინსტიტუციური მექანიზმი (მაგ., რამე განყოფილება, ან ხარისხის კონტროლის სტაფი, ან საჩივრების ყუთი), სადაც პაციენტს შეუძლია უკუკავშირის მონოდება კლინიკის ადმინისტრაციისათვის (მაგ., თუ დაირღვა კონფიდენციალურობა; ან თუ ექიმის დამოკიდებულება არ იყო ეთიკური)? თუ ასეთი მექანიზმი არსებობს, გთხოვთ, აღწერეთ, როგორ მუშაობს იგი.

4.19 რამდენად ხელმისაწვდომია ასეთი მექანიზმის არსებობის შესახებ ინფორმაცია პაციენტებისთვის? რამდენად იციან ან რამდენად გამოუყენებიათ ეს მექანიზმი პაციენტებს? **(ინტერვიუერს:** მოიძიეთ, რამდენად არის პაციენტისთვის თვალსაჩინო ადგილას განთავსებული ამის შესახებ ინფორმაცია.)

4.20 თქვენთან ან რომელიმე ნაცნობ კლინიკაში, ხომ არ გახსენდებათ კონკრეტული შემთხვევა ბოლო 2 წლის მანძილზე, როდესაც პაციენტის საჩივარს მოჰყვა მენეჯმენტიდან/ადმინისტრაციიდან რეაგირება. გთხოვთ, გვიაშბოთ ამ შემთხვევის შესახებ.

4.21 როგორ ფიქრობთ, თუ პირველად ჯანდაცვაში მოვა განსხვავებული ქცევის, ან ჩაცმულობის პაციენტი, როგორი იქნება მედპერსონალის დამოკიდებულება ასეთი განსხვავებული ადამიანების მიმართ?

4.22 თავად, როგორ დაახასიათებდით ასეთ ადამიანებს, ან ზოგადად მაღალი რისკის ჯგუფებს?

(ინტერვიუერს: თუ საჭიროა, ისევ ჩამოუთვალეთ მაღალი რისკის ჯგუფები - მსმ, ნიმ, ტრანსები, კსმ. შესაძლოა უნებლიეთ ვინმემ თქვას, რომ არიან პრეტენზიულები; რომ აქვთ კომპლექსები და მედპერსონალი კარგად ექცევა, მაგრამ თვითონ არიან ეჭვებში და ამიტომ არიან სულ უმაყოფილო, და ა.შ. თუ ასეთი გაიჟღერებს, განავრცობინეთ.)

სექცია 5: ტესტირების მოტივატორები

თქვენ უკვე უპასუხეთ მოკლე კითხვარში, ჩაგიტარებიათ თუ არა აივ-ზე ტესტირება ცხოვრების მანძილზე, და ბოლო 12 თვის განმავლობაში. ამჯერად გვაინტერესებს, როგორი იყო თქვენი გამოცდილება ტესტირებასთან დაკავშირებით?

5.1 (ფტდ-ის დროს) მოდით, გავყოთ გამოცდილება 2 ნაწილად: ჯერ მოვუსმინოთ მათ, ვისაც ჩაუტარებია ტესტირება. გთხოვთ, გაიხსენოთ ის ეტაპები, რომელიც გაიარეთ თავად გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. რა დაგეხმარათ ასეთი გადაწყვეტილების მიღებაში?

5.2 როგორ დაახასიათებდით თქვენს გამოცდილებას ტესტირების ჩატარების შემდეგ?

5.3 როგორ ფიქრობთ, რამდენად გაუმარტივდება ადამიანს, წავიდეს აივ ტესტირებაზე, თუ მას გაჰყვება სოციალური მუშაკი, მაგალითად, არასამთავრობო ორგანიზაციიდან?

5.4 თანმხლებ პირებზე რადგან ვსაუბრობთ, როგორ ფიქრობთ, ვინ იქნება ადამიანებისთვის ის მნიშვნელოვანი პირი, ვისთან ერთადაც სურთ ტესტირებაზე წასვლა (მეგობარი, პარტნიორი, ოჯახის წევრი, და სხვა)?

5.5 დიდი მადლობა თქვენი გამოცდილების გაზიარებისთვის. ახლა გვაინტერესებს თქვენი მოსაზრება, რომელიც შესაძლოა, თქვენი პირადი ისტორიიდან მომდინარეობდეს, ან შესაძლოა, თქვენი ახლობლების გამოცდილებას ეხებოდეს. ხომ არ ფიქრობთ, რომ აივ ტესტზე ნეგატიური პასუხი (როდესაც პირი შეიტყობს, რომ ინფიცირებული არაა) შესაძლოა, გახდეს მოტივატორი, რომ უფრო უსაფრთხო ცხოვრების წესით იცხოვროს? ხომ არ გსმენიათ ვინმესგან, რომ მაგალითად შეცვალა დამოკიდებულება კონდომის მოხმარების მიმართ? ან, გახდა უფრო ფრთხილი ნარკოტიკის მოხმარებისას?

5.6 არსებობს კვლევები, რომ ზოგჯერ სხვა პირის, ნაცნობის ან უცნობის სევდიანი ან ტრაგიკული ისტორია უბიძგებს ადამიანებს, გადალახონ არსებული ბარიერები და გაიკეთონ აივ-ზე ტესტირება? გთხოვთ, მოკლედ აღწეროთ ასეთი ისტორიები, თუ გახსენდებათ.

5.7 ასევე აღწერილია, რომ ადამიანები უფრო იკეთებენ ტესტირებას, როდესაც ახალ სექსობრივ პარტნიორთან იწყებენ ურთიერთობას. გთხოვთ, გვიამბოთ, თუ ასეთი შემთხვევის შესახებ გსმენიათ.

5.8 ასევე ცნობილია, რომ ზოგიერთი უფრო ადვილად თანხმდება აივ-ზე ტესტირებას, თუ ამ სერვისს სთავაზობენ სპონტანურად - მაგ., მასობრივი კამპანიების, აქციების დროს. ასეთი ღონისძიებები საქართველოშიც იმართება ხოლმე - საპირველდევკემბროდ, ასევე, მაისის თვეში. თქვენ როგორ ფიქრობთ, შესაძლებელია მასობრივ ღონისძიებებზე და აქციებზე უფრო მეტი ადამიანი დათანხმდეს აივ-ზე ტესტირებას? გთხოვთ, გაიხსენოთ კონკრეტული ისტორიები, თუ ასეთის შესახებ გსმენიათ.

5.9 ჩვენ ადრეც შევეხეთ საკითხს - პირველად ჯანდაცვის სისტემაში აივ-ზე ტესტირების შესახებ. საქართველოში გააქტიურდა საუბარი, რომ ოჯახის ექიმებმა კლინიკაში მისულ პაციენტებს უნდა შესთავაზონ აივ-ზე და ჰეპატიტზე ტესტირება. თუ ეს გადაწყვეტილება ამოქმედდება მომავალში, როგორი ტიპის ტესტირების სერვისს ისურვებდით პირველად ჯანდაცვაში? დაახასიათეთ?

(ინტერვიუერს: მიეცით საშუალება დაახასიათონ ასეთი სერვისი. საჭიროების შემთხვევაში ჩაეკითხეთ შემდეგი)

- ვინ უნდა ჩაატაროს ტესტირება? (მინიშნება ინტერვიუერს: ოჯახის ექიმი, ექთანი, ლაბორატორიის თანამშრომელი, ან სპეციალურად გამოყოფილი თანამშრომელი?)
- როგორ ფიქრობთ, ოჯახის ექიმი უნდა ატარებდეს თუ არა ხანმოკლე კონსულტაციას აივ-ზე, და რამდენად მისაღები იქნებოდა პაციენტებისათვის კონსულტაცია ოჯახის ექიმისგან

(მინიშნება ინტერვიუერს - თუ თვითონ არ წამოწვევენ საკითხს - ჩაეძიეთ: ოჯახის ექიმი თითქმის არასოდეს არის მართო და მასთან ერთად კაბინეტში მისი ასისტენტი იმყოფება. რა გავლენა შესაძლოა ჰქონდეს ამ ფაქტს კონსულტირებაზე?)

- ექნებოდა მნიშვნელობა, ქალი ჩაატარებს კონსულტაციას თუ კაცი? რატომ ფიქრობთ ასე?

5.10 როგორ ფიქრობთ, რა ინტერვენციები უნდა დაგეგმოს სამინისტრომ, რომ პირველად ჯანდაცვაში შეთავაზებული ტესტირების სერვისები იყო მიმზიდველი კლინიკებში მოსული ადამიანებისათვის?

5.11 თქვენ რომ მეგობარი ან ნაცნობი გეკითხებოდეთ, სად ურჩევდით აივ-ზე ტესტირებას და რატომ?

სექცია 6: თვითტესტირება - როგორც აივ-ზე ტესტირების გაზრდის შესაძლებლობა

(ინტერვიუერს: ამ სექციაში გვაინტერესებს რესპონდენტების მოსაზრებები აივ ინფექციაზე თვითტესტირებასთან დაკავშირებით. სანამ დაიწყებთ, ჰკითხეთ, ესმით თუ არა, რას ნიშნავს თვითტესტირება. სასურველია, ტრანსკრიპტში ავსახოთ, რამდენ მათგანს ესმოდა თვითტესტის მნიშვნელობა. მიეცით საშუალება, ახსნას რესპონდენტმა, თუ მსურველი გამოჩნდება. ან საჭიროებისამებრ აუხსენით: აივ-ზე თვითტესტირებისას ტესტი ეძლევა გამოსაკვლევ პირს, რომელმაც შეიძლება გამოკვლევა ჩაიტაროს ბინაზე, ან მისთვის სასურველ ნებისმიერ ადგილას; ანუ, ტესტირებისთვის მას არ სჭირდება სამედიცინო დაწესებულებაში ან არასამთავრობო ორგანიზაციაში მისვლა. თვითტესტირება შეიძლება გაკეთდეს როგორც ნერწყვში, ასევე, სისხლის წვეთზეც. თვითტესტი გულისხმობს, რომ ტესტის შედეგიც თვითონ უნდა წაიკითხოს ინსტრუქციის შესაბამისად. რომ გაუმარტივოთ გაგება, აუხსენით, რომ ეს ტესტი იგივე პრინციპით მუშაობს, როგორც, მაგალითად, ორსულობის ტესტი. შემდეგ გააგრძელეთ დისკუსია/ინტერვიუ)

6.1 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე თვითტესტირება რამდენად გაზრდის ტესტირების მოტივაციას და გაამარტივებს გადაწყვეტილების მიღების პროცესს? გთხოვთ, ახსენით, რატომ ფიქრობთ ასე?

6.2 როგორ ფიქრობთ, აივ-ზე თვითტესტის მიღების რა მოდელი იქნება უფრო მოსახერხებელი და მიმზიდველი დაინტერესებული პირისთვის? თუ ფიქრობთ, რომ გარკვეულ ადამიანებს არ სურთ სპეციალიზებულ კლინიკაში ან არასამთავრობო ორგანიზაციებში მისვლა ტესტირებაზე, მაშინ როგორ მიგაჩნიათ, რა გზებით, საიდან სჭობს, რომ ადამიანმა მიიღოს თვითტესტი?

(ინტერვიუერს: თუ თვითონ არ ასახელებს, გამოიძიეთ შემდეგი ალტერნატივები)

- შეიძინოს აფთიაქში?
- მიიღოს უფასოდ შიდსის ცენტრისგან
- მიიღოს უფასოდ არასამთავრობო ორგანიზაციისგან
- მიიღოს ბინაზე მიტანის სერვისით (მაგ., გლოვო)
- ან მიიღოს აპარატისგან, სადაც ადამიანებთან კონტაქტი საერთოდ საჭირო არ იქნება. მაგალითად, უალკოჰოლო სასმელების გაყიდვის მსგავსი აპარატიდან?

6.3 როგორ ფიქრობთ, თუ თვითტესტი ხელმისაწვდომი გახდება, რამდენად აქტიური იქნება ამ ტესტებზე მოთხოვნა მაღალი რისკის პოპულაციის მხრიდან? ან იმ ახალგაზრდების მხრიდან, რომელთაც არ სურთ სერვისებში მისვლა? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

6.4 ჩვენ დაინტერესებულები ვართ, რომ თუ პირი ჩაიტარებს თვითტესტირებას, ვიცოდეთ ზოგადი სტატისტიკა - რამდენი თვითტესტირება ჩატარდა და მათგან რამდენი იყო დადებითი. გარდა ამისა, გვსურს, დავრწმუნდეთ, რომ თუ ტესტის პასუხი დადებითი იქნება, გამოკვლეული პირი არ დაიკარგება აივ/შიდსის სამკურნალო და ზრუნვის პროგრამებიდან. ამიტომ გვინდა, გკითხოთ შემდეგი: როგორ ფიქრობთ, თუ პირი ჩაიტარებს აივ-ზე თვითტესტირებას და ტესტის შედეგი დადებითი იქნება, რამდენად მიაკითხავენ ისინი თვითონ (თვითდინებით) აივ/შიდსის სერვისებს დიაგნოზის გადამოწმებისთვის/ დადასტურებისთვის? გთხოვთ, აგვიხსნათ.

ინტერვიუერს: დისკუსიის/ინტერვიუს დასაწყისში, თქვენ უკვე აუხსენით რესპონდენტებს, რომ მოკლე კითხვარის მეორე გვერდზე იქნებოდა ერთი კითხვა, რომელზეც რესპონდენტებს პასუხი გამოკითხვის ბოლოს უნდა გაეცათ. შეახსენეთ ახლა, რომ ნახონ კითხვარის მეორე გვერდი; წაიკითხონ კითხვა თვითტესტირებასთან დაკავშირებით და სთხოვეთ, მონიშნონ ერთი პასუხი, რომელიც მათ მოსაზრებას ყველაზე სწორად ასახავს.

თუ დრო გაძლევთ საშუალებას, ჰკითხეთ, ხომ არ უნდათ, რამე დაამატონ, ან უკუკავშირი მოგვცენ. შემდეგ, მადლობა გადაუხადეთ და დაემშვიდობეთ.

